



# ผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน (ตุลาคม 2565 - มีนาคม 2566)

รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวง ฯ

- ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวง ฯ

รายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ฯ

- ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ ฯ

รายงานผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

รายงานติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนการปฏิบัติราชการ

รายงานติดตามความก้าวหน้า แผนเงินบำรุง

รายงานติดตามความก้าวหน้า แผนงบลงทุน

สรุปประเด็น อุปสรรค และปัญหาการดำเนินงาน

เครือข่ายบริการสุขภาพ  
**โรงพยาบาลพูนพิณ**

## สารบัญ

		หน้า
	คำนำ	ก
	สารบัญ	ข
	<b>ผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข</b>	
ตัวชี้วัดที่ ๑	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	๑
ตัวชี้วัดที่ ๒	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย	๓
ตัวชี้วัดที่ ๓	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA <sup>๔</sup> หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย	๕
ตัวชี้วัดที่ ๔	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	๗
ตัวชี้วัดที่ ๕	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	๘
ตัวชี้วัดที่ ๖	ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	๑๐
ตัวชี้วัดที่ ๗	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๑๒
	๗.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	
	๗.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	
ตัวชี้วัดที่ ๘	โรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุ	๑๔
ตัวชี้วัดที่ ๙	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	๑๖
ตัวชี้วัดที่ ๑๐	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	๑๘
	๑๐.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	
	๑๐.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	
ตัวชี้วัดที่ ๑๑	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	๒๑
ตัวชี้วัดที่ ๑๒	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	๒๒
ตัวชี้วัดที่ ๑๓	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	๒๔
ตัวชี้วัดที่ ๑๔	ร้อยละประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน	๒๗
ตัวชี้วัดที่ ๑๕	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	๒๙
ตัวชี้วัดที่ ๑๖	อัตรารายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit	๓๑
	๑๖.๑ อัตรารายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙)	

## สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
ตัวชี้วัดที่ ๑๗	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๑๗.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๑๗.๒ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	๓๒
ตัวชี้วัดที่ ๑๘	โรงพยาบาลผ่านตามเกณฑ์ส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU hospital)	๓๕
ตัวชี้วัดที่ ๑๙	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๓๗
ตัวชี้วัดที่ ๒๐	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	๓๘
ตัวชี้วัดที่ ๒๑	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	๔๒
ตัวชี้วัดที่ ๒๒	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๔๖
ตัวชี้วัดที่ ๒๓	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	๕๐
ตัวชี้วัดที่ ๒๔	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒๔.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒๔.๒ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	๕๒
ตัวชี้วัดที่ ๒๕	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	๕๔
ตัวชี้วัดที่ ๒๖	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด ๒๖.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ๒๖.๒ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ๒๖.๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ๒๖.๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๕๗
ตัวชี้วัดที่ ๒๗	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง ๒๗.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๒๗.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้องColposcopy	๖๐

## สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	๒๗.๓ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	
	๒๗.๔ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ)	
	ได้รับการส่อง กล้อง Colonoscopy	
ตัวชี้วัดที่ ๒๘	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓ m <sup>2</sup> /yr	๖๓
ตัวชี้วัดที่ ๒๙	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	๖๔
ตัวชี้วัดที่ ๓๐	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	๖๖
ตัวชี้วัดที่ ๓๑	ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	๖๘
	๓๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	
	๓๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	
	๓๑.๓ จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	
	๓๑.๓.๑ หน่วยงานตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์	
	๓๑.๓.๒ หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (๑๒ เขต)	
ตัวชี้วัดที่ ๓๒	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๗๑
ตัวชี้วัดที่ ๓๓	หน่วยงานเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	๗๓
ตัวชี้วัดที่ ๓๔	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๗๔
ตัวชี้วัดที่ ๓๕	หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	๗๖
ตัวชี้วัดที่ ๓๖	โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	๗๗
ตัวชี้วัดที่ ๓๗	สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	๗๙
ตัวชี้วัดที่ ๓๘	โรงพยาบาลมีการปรับโฉม Smart Hospital (Smart ER /Modernize OPD / มีการใช้พลังงานสะอาด)	๘๑
ตัวชี้วัดที่ ๓๙	สถานบริการมีการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก	๘๓
ตัวชี้วัดที่ ๔๐	ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มีดิจิทัลไอดีเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	๘๕

## สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	๔๐.๑ ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี	
	๔๐.๒ ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	
ตัวชี้วัดที่ ๔๑	โรงพยาบาลมีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	๘๗
ตัวชี้วัดที่ ๔๒	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	๘๙
ตัวชี้วัดที่ ๔๓	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	๙๑
	<b>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข</b>	<b>๙๔</b>
	<b>ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์</b>	
ตัวชี้วัดหลัก	ร้อยละความสำเร็จเครือข่ายต้นแบบระดับประเทศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑๐๖
ตัวชี้วัดที่ ๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	๑๑๐
ตัวชี้วัดที่ ๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	๑๑๒
ตัวชี้วัดที่ ๓	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้นในปีที่ผ่านมา	๑๑๔
ตัวชี้วัดที่ ๔	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	๑๑๕
ตัวชี้วัดที่ ๕	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	๑๑๖
ตัวชี้วัดที่ ๖	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	๑๑๗
ตัวชี้วัดที่ ๗	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	๑๑๘
ตัวชี้วัดที่ ๘	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าสู่ระยะสงบ (Remission) เพิ่มขึ้น	๑๒๐
ตัวชี้วัดที่ ๙	ร้อยละของผู้ป่วยผู้ป่วยไตเรื้อรัง (CKD) ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr	๑๒๑
ตัวชี้วัดที่ ๑๐	ร้อยละผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel Index=๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	๑๒๒
ตัวชี้วัดที่ ๑๑	ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจนครบ ๖ เดือน มี Barthel Index= ๒๐	๑๒๔
ตัวชี้วัดที่ ๑๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA๑C ลดลง หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา / โภชนบำบัด	๑๒๕
ตัวชี้วัดที่ ๑๓	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mmHg หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด	๑๒๖

## สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
ตัวชี้วัดที่ ๑๔	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ระยะที่๓-๔) มีระดับ eGFR ลดลง < ๕ ml/min/๑.๗๓/yr หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด	๑๒๘
ตัวชี้วัดที่ ๑๕	อัตราการติดเชื้อผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง (Infected CAPD)	๑๓๐
ตัวชี้วัดที่ ๑๖	อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์	๑๓๑
ตัวชี้วัดที่ ๑๗	อัตราการเกิดความดันโลหิตสูงรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	๑๓๓
ตัวชี้วัดที่ ๑๘	ผู้ป่วยในคลินิก NCD (เบาหวาน) ที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการรักษา	๑๓๕
ตัวชี้วัดที่ ๑๙	ผู้ป่วยในคลินิก NCD (เบาหวาน) ที่ไร้ฟัน ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก	๑๓๖
ตัวชี้วัดที่ ๒๐	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DM)/ โรคไตเรื้อรัง (CKD) ไข้ยาได้ถูกต้อง	๑๓๗
ตัวชี้วัดที่ ๒๑	ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก NCD ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	๑๓๘
ตัวชี้วัดที่ ๒๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดบุหรี่ได้รับการบำบัด ฟันฟูแบบองค์รวม สามารถเลิกบุหรี่ได้ภายใน ๖ เดือน	๑๔๐
ตัวชี้วัดที่ ๒๓	ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนืองที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม	๑๔๒
ตัวชี้วัดที่ ๒๔	ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลด้วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	๑๔๔
ตัวชี้วัดที่ ๒๕	ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ที่มีอาการนอนไม่หลับได้รับการดูแลด้วยกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	๑๔๕
ตัวชี้วัดที่ ๒๖	ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Impaired มีค่าระดับน้ำตาลปกติ	๑๔๖
ตัวชี้วัดที่ ๒๗	ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Mild DM มีค่าระดับน้ำตาลปกติ	๑๔๗
ตัวชี้วัดที่ ๒๘	ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Impair HT) มีค่าความดันโลหิตสู่ภาวะปกติ	๑๔๙
ตัวชี้วัดที่ ๒๙	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	๑๕๐
ตัวชี้วัดที่ ๓๐	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการพูดไม่ชัดดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	๑๕๒
ตัวชี้วัดที่ ๓๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีใบหน้าเบี้ยวดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	๑๕๔
ตัวชี้วัดที่ ๓๒	ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๑๕๖
ตัวชี้วัดที่ ๓๓	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาด้วยยา Fibrinolytic drug ภายในเวลา ๓๐ นาที	๑๕๘
ตัวชี้วัดที่ ๓๔	ร้อยละของผู้ป่วย Stroke on Set time ภายในเวลา ๓ ชั่วโมง	๑๕๙

## สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
ตัวชี้วัดที่ ๓๕	ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๑๖๐
ตัวชี้วัดที่ ๓๖	ร้อยละมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร	๑๖๒
ตัวชี้วัดที่ ๓๗	ระดับความสำเร็จในการให้บริการ Wellness แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ & SPA Level ๑ : จัดบริการ Wellness ศาสตร์แพทย์แผนไทย และเปิดให้บริการสปาเต็มรูปแบบ Level ๒ : ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการ Wellness & Spa Level ๓ : Wellness & Spa มีความยั่งยืน มีส่วนร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพ ประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพทางการเงิน	๑๖๓
ตัวชี้วัดที่ ๓๘	ร้อยละของผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยมีผลการรักษาอ่อนไม่กลับดีขึ้น ปวดเรื้อรังลดลง	๑๖๕
ตัวชี้วัดที่ ๓๙	ระดับความสำเร็จของสถานบริการผ่านเกณฑ์การประเมินนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	๑๖๖
ตัวชี้วัดที่ ๔๐	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	๑๖๘
ตัวชี้วัดที่ ๔๑	ร้อยละข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ	๑๗๐
ตัวชี้วัดที่ ๔๒	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	๑๗๒
ตัวชี้วัดที่ ๔๓	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	๑๗๔
ตัวชี้วัดที่ ๔๔	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อ	๑๗๖
ตัวชี้วัดที่ ๔๕	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อ	๑๗๗
ตัวชี้วัดที่ ๔๖	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	๑๗๘
ตัวชี้วัดที่ ๔๗	ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี Wellness Plan	๑๘๐
ตัวชี้วัดที่ ๔๘	ร้อยละของผู้สูงอายุและญาติมีความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	๑๘๑
ตัวชี้วัดที่ ๔๙	ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุไร้ฟัน (ในชมรมผู้สูงอายุ) ในแต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๑๘๓
ตัวชี้วัดที่ ๕๐	ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุไร้ฟัน ในแต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ได้รับการรักษาใส่ฟันเทียมพื้นที่ละ ๕-๑๐ คน	๑๘๔
ตัวชี้วัดที่ ๕๑	ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และโรคโควิดในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑๘๕
ตัวชี้วัดที่ ๕๒	ร้อยละความผูกพันของบุคลากรในทุกระดับของโรงพยาบาลพุนพินและเครือข่ายฯ	๑๘๗
ตัวชี้วัดที่ ๕๓	ค่าเฉลี่ยความสุขของบุคลากรในทุกระดับของโรงพยาบาล	๑๘๙

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า	
ตัวชี้วัดที่ ๕๔	ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลพูนพิณและหน่วยบริการใน เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณ มีผลงานวิชาการมุ่งเน้นด้าน ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม)	๑๙๐
	๑. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลพูนพิณและหน่วยบริการ ในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณมีผลงานวิชาการมุ่งเน้น ด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม) อย่างน้อย ๑ เรื่อง	
	๒. บุคลากรในหน่วยงานมีผลงานวิชาการมุ่งเน้นด้านผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม)	
ตัวชี้วัดที่ ๕๔.๑	ร้อยละบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลพูนพิณ และเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณผ่านการอบรมเชิง ปฏิบัติการด้านการจัดทำผลงานวิชาการ (ผลงานพัฒนางานคุณภาพ CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม)	๑๙๒
ตัวชี้วัดที่ ๕๕	ระดับความสำเร็จประสิทธิผลการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๑๙๓
ตัวชี้วัดที่ ๕๖	ร้อยละเกณฑ์ประเมินผลระบบการตรวจสอบภายในด้วยระบบ อิเล็กทรอนิกส์ (EIA)	๑๙๖
ตัวชี้วัดที่ ๕๗	ร้อยละความสำเร็จการให้บริการการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ	๑๙๘
ตัวชี้วัดที่ ๕๘	ร้อยละของการประเมินข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	๒๐๐
ตัวชี้วัดที่ ๕๙	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	๒๐๒
ตัวชี้วัดที่ ๖๐	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	๒๐๔
ตัวชี้วัดที่ ๖๑	ระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน	๒๐๖
ตัวชี้วัดที่ ๖๒	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์	๒๐๘
ตัวชี้วัดที่ ๖๓	ร้อยละของหมู่บ้านผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	๒๑๐
ตัวชี้วัดที่ ๖๔	ร้อยละ อสม. มีสมรรถนะด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	๒๑๒
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์		๒๑๓
ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ		๒๒๘
ผลการติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนการปฏิบัติราชการ		๒๓๒
ผลการติดตามความก้าวหน้า แผนเงินบำรุง ปีงบประมาณ ๒๕๖๖		๒๕๐
ผลการติดตามความก้าวหน้า แผนงบลงทุน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖		๒๕๒
สรุปประเด็น อุปสรรคและปัญหาการดำเนินงาน		๒๕๙



รายงานผลการดำเนินงาน

ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	
ตัวชี้วัด	๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล		
ผู้กำกับดูแล : นางจารุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุภาพร สุขแดง	
โทรศัพท์ : ๐๘๖-๙๔๐๒๒๘๒	โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑๑๒๙ ต่อ ๒๐๘	
คำอธิบาย :	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน ๔๒ วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่ เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	

๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน ๔๒ วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด	๐
จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน	๔๘ (HDC)
อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (A/B) x ๑๐๐,๐๐๐	๐

๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	ทบทวนคำสั่ง/คณะทำงาน MCH board ระดับเครือข่ายอำเภอพุนพิน รับนโยบายและขับเคลื่อนบริหารจัดการตาม MCH board ระดับจังหวัด วิเคราะห์สถานการณ์ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
๒	ประชาสัมพันธ์เรื่องการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีคลินิกฝากครรภ์และคลินิกครรภ์เสี่ยงและมีระบบนัด/ติดตาม ทั้งในโรงพยาบาล และใน รพ.สต.เครือข่ายทุกแห่ง
๓	จัดทำแบบคัดกรองความเสี่ยงระยะตั้งครรภ์ทั้งเครือข่าย ให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ เรื่องอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์แก่ผู้รับบริการและผู้ดูแล พร้อมทั้งติดป้ายสติ๊กเกอร์ความเสี่ยงเพื่อส่งต่อข้อมูลระหว่างเจ้าหน้าที่และหน่วยบริการ แจ้งการเข้าถึงบริการฉุกเฉินโดยระบบ ๑๖๖๙
๔	ปฏิบัติตามมาตรฐาน ANC LR คุณภาพ
๕	จัดทำ CPG เฉพาะโรค อบรมให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลและใน รพ.สต.เฝ้าระวังดูแลตาม early warning sign specific clinical risk เฉพาะโรคเช่น PPH PIH
๖	ติดตามวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงและทบทวนหา RCA เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะเสี่ยง
๗	กำหนดแนวทางการส่งต่อกรณีมีภาวะเสี่ยงเกินศักยภาพตามที่รพ. แม่ข่ายกำหนด

๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	๐	(ผ่าน)

๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ตัวชี้วัด	๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :	
-	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	
ตัวชี้วัด	๒. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม		
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสุทธิดา จำปาทอง
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๙	โทรศัพท์ : ๐๙๓-๖๗๕๙๗๑๘
คำนิยาม :	<p><b>เด็กปฐมวัย</b> หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน</p> <p><b>พัฒนาการสมวัย</b> หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐)</p> <p><b>คำนิยามเพิ่มเติม</b></p> <p><b>การคัดกรองพัฒนาการ</b> หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p><b>พัฒนาการสงสัยล่าช้า</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมทั้งเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</p> <p><b>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน(๑B๒๖๑) ติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒</p> <p><b>เด็กพัฒนาการล่าช้า</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ ๒ (๑B๒๐๒, ๑B๒๑๒, ๑B๒๒๒, ๑B๒๓๒, ๑B๒๔๒)</p>	
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)</b>		
	<b>ไตรมาส ๑</b>	<b>ไตรมาส ๒</b>
จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก	๗๘.๔๑	๗๐.๘๓
จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐)	๑๔.๒๐	๑๓.๑๐
จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด	๑๗๖	๑๖๘
<b>ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย</b>	<b>๙๒.๖๑</b>	<b>๘๓.๙๓</b>

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
ตัวชี้วัด	๒. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย		
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน			
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน		
๑	มีทะเบียนคุมเด็กปฐมวัยที่ต้องได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพัฒนาการล่าช้าที่ต้องได้รับการกระตุ้น		
๒	ให้สูขศึกษารายบุคคลกับผู้ปกครองในวันที่มีการประเมิน ในคลินิกสุขภาพเด็กดี และคลินิกพัฒนาการเด็ก		
๓	ให้บริการตรวจพัฒนาการเชิงรุกในชุมชน โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก		
๔	โครงการส่งเสริมพัฒนาการ พัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัย ในชุมชน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (๔ D )		
๕	ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย ป้ายประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก		
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน		ค่าคะแนนที่ได้
	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	
ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	๙๒.๖๑ %	๘๓.๙๓ %	ไตรมาส ๑ (ผ่าน) ไตรมาส ๒ (ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :			
๑. มีบัตรนัดที่ระบุ QR Code Line เพื่อติดต่อเจ้าหน้าที่โดยตรง			
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :			
๑.ผู้ปกครองเปลี่ยนที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อทำให้เลยช่วงการคัดกรองพัฒนาการเด็ก			

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	
ตัวชี้วัด	๓. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	
หน่วยงาน : กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด		
ผู้กำกับดูแล :	นางสาวจตุพร จันทร์ทิพย์วารี	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวบุญยวีร์ จิวประดิษฐกุล
โทรศัพท์ :	๐๘๑-๙๗๙๐๐๔๒	โทรศัพท์ : ๐๙๒-๖๙๑๔๙๐๔
คำนิยาม :	<p>เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ในเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ ๑ แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ ๒ แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย ๑ ด้านขึ้นไป ทั้งนี้ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการ ตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-๑๐ (หมวด F๘๔.x, G๘๐.x, Q๙๐.x) ในเขตสุขภาพที่ ๑๓ หมายถึง เด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ ๑ แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ ๒ แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย ๑ ด้านขึ้นไป</p> <p>ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA๔1) หรือใช้เครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-๕ ปี (Developmental Skill Inventory: DSI), คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-๕ ปี, โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย) เป็นต้น ภายในระยะเวลา ๓ เดือน (๙๐ วัน) แล้วกลับมามีพัฒนาการสมวัยตามช่วงอายุปัจจุบันทั้ง ๕ ด้าน จากการประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)</p>	
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)</b>		
จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย		๕ คน
จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นครบตามเกณฑ์แล้วได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วย DSPM		๗ คน
ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย		๗๑.๔๓

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ตัวชี้วัด	๓. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	ทะเบียนเด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการล่าช้าด้วยเครื่องมือ TEDA ๔1
๒	ระบบรายงาน HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน ส่งเสริมป้องกัน อนามัยแม่และเด็ก

๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	๗๑.๕๓	(ผ่าน)

๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ด้วยคู่มือ TEDA๔1 รวมทั้งทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง
๒. ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่บริการ
๓. ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าให้มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง
๔. การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC และข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1

๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. การย้ายที่อยู่
๒. การปรับเปลี่ยนฐานข้อมูลประชากร
๓. ทักษะการคัดกรองผู้ปกครอง ประเมินพัฒนาการบุตรแล้วเห็นว่าสมวัยจึงมามาตามนัด
๔. ไม่มีห้อง / สถานที่ ที่มีความพร้อมแก่การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
ตัวชี้วัด	๔. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน		
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล			
ผู้กำกับดูแล :	นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางสุภาพร สุขแดง
โทรศัพท์ :	๐๘๖-๙๔๐๒๒๘๒	โทรศัพท์ :	๐๗๗-๓๑๑๑๒๙ ต่อ ๒๐๘
คำนิยาม :	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน		
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)			
จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี (จากเพิ่ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)		๗	
จำนวนหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=๑,๓)		๑,๑๑๐	
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากระบบ HDC = (A/B) X ๑,๐๐๐		๖.๓๑	
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน			
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน		
๑	มีนโยบายให้บริการคุมกำเนิดแก่แม่วัยรุ่นที่มาคลอดก่อนออกจาก รพ. โดยเฉพาะวิธีกึ่งถาวรทุกราย		
๒	การวางแผนจำหน่ายกรณีมารดาวัยรุ่นแท้งบุตรและหลังคลอดทุกราย		
๓	การดำเนินงานเชิงรุกเสริมสร้างทักษะชีวิตและการเรียนรู้เพศศึกษาแก่วัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา		
๔	การจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นใน รพ. เพื่อการเข้าถึงบริการและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยเฉพาะ		
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)			
ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน		๖.๓๑	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :			
-			
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :			
๑. มารดาหลังคลอดบางรายมีปัญหาสุขภาพเป็นข้อบกพร่องที่ไม่สามารถวางแผนครอบครัวโดยวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร			



แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	
ตัวชี้วัด	๕. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม		
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๙	โทรศัพท์ : ๐๙๔-๕๙๔๙๖๙๑

คำนิยาม :	<p><b>ผู้สูงอายุ</b> หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p><b>ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</b> หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน</p> <p><b>ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง</b> หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน</p> <p><b>ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC)</b> หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน ฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p><b>ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC</b> หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager /Caregiver /บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p><b>แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)</b> หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง</p> <p><b>การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกสัปดาห์ ๙ เดือนและ ๑๒ เดือน</li> <li>๒.การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน (ตามแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น)</li> <li>๓.การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)</li> </ol>
-----------	--

๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้สูงอายุ ที่ได้รับการ ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน		๓,๑๒๗
จำนวนผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ ทั้งหมด		๓,๖๓๔
ร้อยละ ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน		๘๖.๐๕
จำนวน Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)		๕๓

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	
ตัวชี้วัด	๕. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	
	จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องทำ Care Plan ทั้งหมด	๗๐
	ร้อยละ จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) และผ่านการอนุมัติจาก คณะอนุกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล	๐
	จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจาก คณะอนุกรรมการกองทุน LTC	๐
	จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC	๐
	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	๐

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	แฟ้มประวัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยแบบประเมิน ADL / care plan / ประวัติการเยี่ยม
๒	ข้อมูลการจัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓c)
๓	โครงการจัดซื้อผ้าอ้อมสำเร็จรูปผ่านกองทุน สปสช.
๔	Spot map

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	๐	(ไม่ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. ทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้จัดการการดูแล (CM) / ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)
๒. การส่งต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจากทุกภาคส่วน เพื่อการดูแลประเมินที่เร็วยิ่งขึ้น ทั้งภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล
๓. งบประมาณการสนับสนุนโครงการสำหรับผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง
๔. การได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาคท้องถิ่น ชุมชน

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. เนื่องจากพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลพุนพิน แบ่งเป็น ๒ เขต เทศบาล/อบต. การของบประมาณโครงการอาจเกิดความล่าช้า
๒. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนมาก การดูแลประเมินต้องใช้เวลาานาน อีกทั้งมีรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ
๓. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายสิทธิการรักษาไม่ใช่สิทธิบัตรทองจึงไม่สามารถนำเข้าโครงการได้

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
ตัวชี้วัด	๖. ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)		
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม			
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางสาวกัญยรัตน์ เพชรลู่
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๙	โทรศัพท์ :	๐๘๘-๐๗๔๒๑๕๘
คำนิยาม :	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง เครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่า หมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี”</p> <p>มีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัย เสี่ยง ๖ ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ</li> <li>๒. ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ</li> <li>๓. ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ</li> <li>๔. ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี</li> <li>๕. ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ</li> <li>๖. ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ</li> </ol> <p>ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้</li> <li>๒. ผู้สูงอายุประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน เพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ</li> <li>๓. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผ่านโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น</li> <li>๔. หรือผ่านรูปแบบอื่นๆ</li> <li>๕. นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง</li> <li>๖. หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แล้ว ผู้สูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง</li> <li>๗. หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่</li> <li>๘. ปรับปรุง / พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย</li> <li>๙. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม /</li> <li>๑๐. กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน หรือผู้ที่สนใจ</li> <li>๑๑. เสร็จสิ้นกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี</li> </ol>		

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	
ตัวชี้วัด	๖. ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อจำแนกกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ และจัดบริการตามบริบทของผู้สูงอายุ	กลุ่มดี ๒๘๙๙ กลุ่มเสี่ยง ๒๒๘ กลุ่มป่วย ๐	
จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ประเด็น ได้ทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	๓๓	
จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ประเด็น	๓๓	
ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	๐	
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ในรูปแบบ Digital พร้อมจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุ	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	๐	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

**แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข**
 รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ตัวชี้วัดที่	๗. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ๗.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ๗.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

**หน่วยงาน :** กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

**ผู้กำกับดูแล :** นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางสาวกัญยรัตน์ เพชรสุ

**โทรศัพท์ :** ๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๙

**โทรศัพท์ :** ๐๙๘๐๗๔๒๑๕๘

**คำนิยาม :** คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด) การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุการตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม

**จำนวนโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป มีทั้งหมด ๒๑๑ โรงพยาบาล(กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)**

**จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวน ๑๑,๓๑๒,๔๔๗ คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)**

**๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)**

จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๓
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม	๔๔
จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๑๔
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๖.๘๑
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๔๒.๔๒

**๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน**

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑.	ประวัติการรักษาผู้ป่วย
๒.	ผลการคัดกรอง

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)											
ตัวชี้วัดที่	<p>๗. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>๗.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>๗.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p>											
<p>๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :</p> <p>รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ผลการดำเนินงาน</th> <th>ค่าคะแนนที่ได้</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</td> <td>๖.๘๑</td> <td>(ไม่ผ่าน)</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</td> <td>๔๒.๔๒</td> <td>(ไม่ผ่าน)</td> </tr> </tbody> </table>				ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๖.๘๑	(ไม่ผ่าน)	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๔๒.๔๒	(ไม่ผ่าน)
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้										
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๖.๘๑	(ไม่ผ่าน)										
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๔๒.๔๒	(ไม่ผ่าน)										
<p>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</p> <p>๑.สถานที่ต่อการให้บริการคลินิก</p> <p>๒.ทีมสหวิชาชีพพร้อมกันดูแลรักษา</p>												
<p>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</p> <p>๑.อุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน</p> <p>๒.สถานที่ไม่พร้อมต่อการให้บริการ</p> <p>๓.ระบบการดูแลรักษาการพัฒนาไม่เต็มที่</p>												

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ตัวชี้วัด	๘. โรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุ
หน่วยงาน : งานการพยาบาล	
ผู้กำกับดูแล :	นางจารุวรรณ วิชัยดิษฐ์
ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางสุนิสา หงส์บิน
โทรศัพท์ :	๐๘๖-๙๔๐๒๒๘๒
โทรศัพท์ :	๐๙๔-๕๕๓๔๗๖๘
คำนิยาม	<p><b>คลินิกผู้สูงอายุ</b> หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด</p> <p>จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (Fn-A) กำหนดแนวทาง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล ฟนฟูสุขภาพผู้สูงอายุ</li> <li>๒. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ</li> <li>๓. มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย</li> <li>๔. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล</li> </ol> <p>เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น ๓ ระดับ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. โรงพยาบาลระดับ F๑-F๓</li> <li>๒. โรงพยาบาลระดับ M๑-M๒</li> <li>๓. โรงพยาบาลระดับ S-A</li> <li>๔. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. แบ่งตามประเภท Service Plan มีดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระดับ A (Advance-level Hospital): โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง</li> <li>- ระดับ S (Standard-level Hospital): โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ</li> <li>- ระดับ M๑ (Middle-level Hospital): โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ</li> <li>- ระดับ M๒ (Middle-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๑๒๐ เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๓ -๕ คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง ๖ สาขาหลัก สาขาละอย่างน้อย ๒ คน</li> <li>- ระดับ F๑ (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาด ๖๐-๑๒๐ เตียง</li> <li>- ระดับ F๒ (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ขนาด ๓๐-๕๐ เตียง</li> <li>- ระดับ F๓ (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาด ๓๐ เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม ๑-๒ คน</li> </ul> </li> <li>๕. การดูแลรักษา หมายถึง มีการดูแลรักษา ฟนฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา ฟนฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มหรือ กลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่นๆ</li> <li>๖. จำนวนโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป มีทั้งหมด ๙๐๑ โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)</li> <li>๗. จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๕มีจำนวน ๑๓,๒๖๑,๖๓๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๐๓</li> </ol>

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ตัวชี้วัด	๘. โรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุ

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม	๓	๑
บุคลากร	๕	๕
การจัดบริการผู้สูงอายุ	๙	๗

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	คำสั่งแต่งตั้งการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
๒	การพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุตามเกณฑ์/การอบรมระยะสั้นการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม(Dementia Care Manager; DT CM), หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ, การอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ( Care Manager) หลักสูตร Online,การอบรม ครู ก. การพัฒนาศักยภาพสมองพกร่อง ระยะต้น
๓	เอกสารสำหรับดำเนินการ แบบฟอร์ม GA (Geriatric Assessment),แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ ๑๔ ข้อคำถาม, แบบทดสอบสภาพสมอง Abbreviate Mental Test (AMT), แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย:MMSE-Thai ๒๐๐๒, แบบทดสอบ Montreal Cognitive Assessment (MoCA), แบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale ( TGDS)

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
โรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุ	๐	(ไม่ผ่าน)
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndrome ได้รับการดูแลและรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ทั้งหมด ๓,๖๓๔ คน คัดกรอง ๓,๑๒๗ คน	๘๖.๐๔
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ทั้งหมด ๔๔ คน ส่งต่อ ๓ คน	๖.๘๑
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ทั้งหมด ๔๗ คน ส่งต่อ ๑๔ คน	๒๙.๗๘

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ (การเดินทาง/ข้อจำกัดด้านสุขภาพ/ค่าใช้จ่าย/ผู้ดูแล/การไม่เห็นความสำคัญด้านสุขภาพในการรักษา
๒. การรับ-ส่งต่อ ข้อมูลการดูแลในเครือข่าย
๓. ไม่มีสถานที่ที่เหมาะสมและอุปกรณ์ในการให้บริการและฝึกสมอง ในกลุ่ม MCI ( TEAM-V),บุคลากรน้อย



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
ตัวชี้วัด	๙. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน		
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม			
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางสาวเนตรฤทัย สุวรรณทิพย์
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๙	โทรศัพท์ :	๐๙๕-๐๙๓๘๘๘๐
คำนิยาม	<p><b>อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน</b> หมายถึง ความชุกหรือร้อยละของประชาชนที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอขึ้นไป วัดจากแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป</p> <p><b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b> หมายถึง ทักษะหรือความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจได้ตอบ ชักถาม จนสามารถประเมิน และตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่การมีสุขภาพที่ดี และสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพต่อผู้อื่นได้</p> <p><b>ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b> หมายถึง ประชาชนมีทักษะ (๑) การค้นหาคำตอบที่ต้องการ (๒) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่จำเป็น (๓) การตรวจสอบและทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมา และ (๔) การประพฤติปฏิบัติโดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสถานการณ์ความจำเป็น และสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพกับผู้อื่นได้ (เพื่อให้มีความหมายตรงกับ Health Literacy)</p>		
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)</b>			
จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์	๒๑๔ คน		
จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจทั้งหมด	๒๑๔ คน		
อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	ระดับดีมาก (คะแนน ๘๐-๑๐๐) = ร้อยละ ๔๒.๐๖ ระดับดี (คะแนน ๗๐ - ๗๙) = ร้อยละ ๕๒.๘๐ ระดับพอใช้ (คะแนน ๖๐ - ๖๙) = ร้อยละ ๕.๑๔		
<b>๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน</b>			
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน		
๑	ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ผู้วิจัย: นาง ปิยะนาถ รักษาพรหมณ์)		
๒	การทำ QR-code แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และประชาสัมพันธ์ให้มีการทำแบบสอบถาม		
๓	การประเมินโดยใช้ link การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของสาสุขอุ้นใจ (อยู่ระหว่างรวบรวมผล)		
<b>๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :</b>			
<b>รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)</b>			
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	
อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	ระดับดีมาก (คะแนน ๘๐-๑๐๐) = ร้อยละ ๔๒.๐๖ ระดับดี (คะแนน ๗๐ - ๗๙) = ร้อยละ ๕๒.๘๐ ระดับพอใช้ (คะแนน ๖๐ - ๖๙) = ร้อยละ ๕.๑๔	<b>(ไม่ผ่าน)</b>	

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ตัวชี้วัด	๙. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :	
-	
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :	
๑. เนื่องจากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษายังคงน้อยเกินไป	
** ขณะนี้อยู่ระหว่างการสำรวจข้อมูล เพื่อให้มีความครอบคลุมของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ๘๐%	

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ตัวชี้วัด	๑๐. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ๑๐.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ๑๐.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
หน่วยงาน :	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมพันธ์
ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางสาวอาริยา ชัยยศ
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๘๙
โทรศัพท์ :	๐๙๑-๑๖๐๑๐๐๖
คำนิยาม	<p><b>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</b></p> <p>กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ ๒ วิธี ดังนี้</p> <p>(๑) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า <math>\geq 126</math> mg/dl</p> <p>(๒) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า <math>\geq 110</math> mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ ๑ วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส ในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า <math>\geq 126</math> mg/dl</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>๑. ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (๑) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน</p> <p>๒. กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (๒) มีค่าระดับน้ำตาล <math>\geq 110</math> มก./ดล. ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (๑) ในวันถัดไป</p> <p><b>การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย</b> หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๑๘๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน ๑-๑๘๐ วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p> <p><b>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</b></p> <p>กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง ๑๔๐-๑๗๙ mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง ๙๐-๑๐๙ mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบัน</p> <p><b>การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย</b> หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน ๙๐ วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน ๙๐ วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทาง</p>

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ตัวชี้วัด	๑๐. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ๑๐.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ๑๐.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
	<p>การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ ๒ วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย <math>\geq</math> ร้อยละ ๙๓ แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) <math>\geq</math> ร้อยละ ๖๐ จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Office BP) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ</p>

๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

๑๑.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

จำนวนประชากร ระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๑๘๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ประมวลผลจาก แพ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = ๐๕๓๑๐๐๒ (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา)	รพ. = ๒๕ คน
จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแพ้ม NCDScreen ประมวลผลจาก BSTEST เป็น ๑ (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), ๓ (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL $\geq$ ๑๒๖ mg/dl	รพ. = ๔๑ คน
<b>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</b>	<b>รพ. = ๖๐.๙๘</b>

๑๒.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน ๙๐ วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน ๙๐ วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง	รพ. = ๓๙๒ คน
จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง	รพ. = ๔๖๑ คน
<b>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</b>	<b>รพ. = ๘๕.๐๓</b>

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	
ตัวชี้วัด	๑๐. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ๑๐.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ๑๐.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	การออกหน่วยเชิงรุกตรวจคัดกรองกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	
๒	ติดตาม Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) ๗ วัน	
๓	กิจกรรมให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	รพ. = ๖๐.๙๘ เครือข่าย = ๕๒	(ไม่ผ่าน)
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	รพ. = ๘๕.๐๓ เครือข่าย = ๙๐.๒๐	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	
ตัวชี้วัด	๑๑. ร้อยละผลิตภัณธ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	
หน่วยงาน : กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค		
ผู้กำกับดูแล :	นางสาววิมลรัตน์ เชาว์นประเทือง	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสมพงศ์ คำเนตร
โทรศัพท์ :	โทรศัพท์ : ๐๘๑-๖๙๑๐๓๓๙	
คำนิยาม :	<p>ผลิตภัณธ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณธ์สุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ ออย.ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณธ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายได้รับอนุญาตจาก ออย. หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ) ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ประกอบการรายย่อยในพื้นที่ ๑๓ เขตสุขภาพดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. วิสาหกิจชุมชน ผู้ประกอบการรายย่อยภายในชุมชนที่จดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน หรือเครือข่ายวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. ๒๕๔๘</li> <li>๒. วิสาหกิจรายย่อย ตามกฎกระทรวงลักษณะวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ.๒๕๖๒</li> <li>๓. สถานที่ผลิตไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พรบ.โรงงาน พ.ศ. ๒๕๖๒</li> </ol> <p>ได้รับการส่งเสริม หมายถึง ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานต่าง ๆ ของผลิตภัณธ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย จนสามารถได้รับการอนุญาต ร้อยละ ๕๐ ของผลิตภัณธ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาตจากผู้ประกอบการที่ได้รับการส่งเสริมต่อเขตสุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณธ์สุขภาพได้รับการส่งเสริมจนสามารถได้รับอนุญาต โดยมีเป้าหมายร้อยละ ๕๐ ต่อเขตสุขภาพ (สามารถเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง และนับรวมกันทุกผลิตภัณธ์)</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผลิตภัณธ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต		๑๒
จำนวนผลิตภัณธ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริม		๑๒
ร้อยละผลิตภัณธ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต		๑๐๐
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	ผลการตรวจวิเคราะห์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด จำนวน ๒ ตัวอย่าง	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละผลิตภัณธ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	๑๐๐	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ตัวชี้วัด	๑๒. ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนารถ รักษาพรหมณ์
ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นายภาคภูมิ จันทร์เพชร
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๙
โทรศัพท์ :	
คำนิยาม :	<p>สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎกระทรวงสุลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้ที่หรือทางสาธารณะ และมีใช้การขายของในตลาด</li> <li>๒. ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จ</li> <li>๓. มีการจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่าย โดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือ นำไปบริโภคที่อื่น</li> </ol> <p><b>โดยเกณฑ์มาตรฐานที่ดำเนินการได้ ดังนี้</b></p> <p><b>มาตรฐาน Clean Food Good Taste</b> หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับพื้นฐาน ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน ๕ หมวด (สุลักษณะ ๔ หมวด และ ชีวภาพ ๑ หมวด)</p> <p><b>มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus</b> หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน ๕ หมวด และผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า จำนวน ๙ ข้อ</p> <p><b>เกณฑ์การรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานคร</b> หมายถึง สถานที่ประกอบการอาหารที่จะได้รับป้ายรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานครจะต้องเป็นสถานประกอบการอาหารที่ได้รับใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยของกรุงเทพมหานคร ๔ องค์ประกอบหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ด้านสุลักษณะทางกายภาพ อาคารสถานที่ (Place)</li> <li>๒. ด้านคุณภาพอาหาร (Food)</li> <li>๓. ด้านบุคลากร ผู้สัมผัสอาหาร (Food Handler)</li> <li>๔. ด้านการบริการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green Service)</li> </ol>
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)</b>	
จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	๑๓ ร้าน
จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ร่วมพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	๑ ร้าน
<b>ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด</b>	<b>๗.๖๙</b>

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
ตัวชี้วัด	๑๒. ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด		
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน			
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน		
๑	การลงพื้นที่ตรวจร้านค้าร้านอาหารใน หมู่ที่ ๖ และ หมู่ที่ ๗ ตำบลท่าข้าม		
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	๗.๖๙	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :			
-			
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :			
๑.มีการปิดตัวของร้านค้าในอดีตเพิ่มมากขึ้น และมีร้านค้าใหม่เพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนทั้งหมดที่ได้ยังไม่คงที่			



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
ตัวชี้วัด	๑๓. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)		
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม			
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : ok'lk;เนตรฤทัย สุวรรณทิพย์	
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๙	โทรศัพท์ : ๐๙๕-๐๙๓๘๘๘๐	
คำนิยาม :	โรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์ รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้		
	ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๓ ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน ๘๐% ขึ้นไป)		
	หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	
	หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	๒. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	
		๓. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	
		๔. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕	
	หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตาม มาตรฐานส้วมสาธารณะ ไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล	๕. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)	
		๖. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. ๒๕๖๑ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	
	หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน และทรัพยากร	๗. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงานและมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	
	หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล	๘. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	
๙. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค			

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
ตัวชี้วัด	๑๓. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)		
		กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	
	<b>หมวด N: Nutrition</b> การจัดการสุขาภิบาล อาหารการจัดการน้ำ อุบัติเหตุ/โรค และการ ดำเนินงานอาหารปลอดภัย ในโรงพยาบาล	๑๐. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร	
		๑๑. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล	
		๑๒. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน	
		๑๓. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)	
	<b>ระดับดีเยี่ยม (Excellent)</b> หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน ๙๐% ขึ้นไป)		
	<b>หมวด Innovation:</b> การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN	๑๔. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน	
	<b>หมวด Network:</b> การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN	๑๕. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community	
	<b>ระดับท้าทาย (Challenge)</b> หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกรายงาน ๑ ด้าน		
	๑. การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) ๒. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) ๓. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ ๔. การจัดการของเสียทางการแพทย์		

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

	หมวด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<b>ส่วนที่ ๑ การพัฒนา GREEN &amp; CLEAN โรงพยาบาล (ระดับมาตรฐานและระดับดีเยี่ยม)</b>			
หมวด ๑	CLEAN : การสร้างกระบวนการพัฒนา	๒๕	๒๕
หมวด ๒	G : GARBAGE การจัดการมูลฝอยทุกประเภท	๓๐	๒๖
หมวด ๓	R : RESTROOM การพัฒนาส่วนมาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล	๓๐	๒๓

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
ตัวชี้วัด	๑๓. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)		
หมวด ๔	E : ENERGY การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร	๓๕	๒๔
หมวด ๕	E : ENVIRONMENT การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	๖๐	๔๕
หมวด ๖	N : NUTRITION การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภคและการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล	๔๐	๒๔.๒๕
หมวด ๗	Innovation : การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN	๓๐	๓๐
หมวด ๘	Network : การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN	๒๐	๑๕
	<b>คะแนนรวม</b>	๒๗๐	๒๑๒.๒๕
<b>ส่วนที่ ๒ การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน (ระดับท้าทาย)</b>			
๑.	การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล	มี	ระดับเริ่มต้นพัฒนา
๒.	การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)	มี	ไม่มี
๓.	การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ	มี	ไม่มี
๔.	การจัดการของเสียทางการแพทย์(Medical Waste Management)	มี	-
<b>๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน</b>			
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน		
๑	ประเมินตนเอง เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge		
๒	การบริหารจัดการเพื่อป้องกันอัคคีภัย /การซ้อมแผนอัคคีภัย		
๓	การสร้างโรงพักขยะติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน		
๔	การพัฒนาการดำเนินงานตลาดนัดสุขภาพ		
๕	การวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย		
๖	แผนการสร้างห้องน้ำ		
<b>๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :</b>			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)			
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	
ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	CLEAN + GREEN ๑๖๗.๒๕ คะแนน	(ไม่ผ่าน)	
	CLEAN + GREEN + Innovation +Network ๒๑๒.๒๕ คะแนน		
<b>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b>			
-			
<b>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b>			
-			

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	๑๔. ร้อยละประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน	
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม		
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณี	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอาริยา ชัยยศ
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๘	โทรศัพท์ : ๐๙๑-๑๖๐๑๐๐๖
คำนิยาม :	<p>ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ข้อมูลประชากรจาก สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)</p> <p>หมอประจำตัว ๓ คน หมายถึง ระบบบริการที่ให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง ๓ คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพ จะได้รับคำปรึกษาจากหมอทั้ง ๓ คน ตามลำดับความต้องการ</p> <p>โดยหมอทั้ง ๓ คนจะมีการติดต่อประสานงานกัน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ</p> <p>หมอคคนที่ ๑ คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน โดยวางแผนการทำงานของ อสม. แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. ๑ คน รับผิดชอบประชาชน ๘ - ๑๕ หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้นทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอคคนที่ ๒ และหมอคคนที่ ๓</p> <p>หมอคคนที่ ๒ คือ หมอสาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการ ทั้ง รพ.สต., PCU/NPCU, คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เกษีศกร นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ มอบหมายพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประชากร ๑,๒๕๐ - ๒,๕๐๐ คน หรือ ๑-๓ หมู่บ้าน มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. หมอคคนที่ ๑ และหมอคคนที่ ๓</p> <p>หมอคคนที่ ๓ คือ หมอครอบครัว หมายถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ โดยกำหนดให้หมอ ๑ คน รับผิดชอบประชากร ๑๐,๐๐๐ คน หรือ ๑-๓ รพ.สต. ต้องประสานเชื่อมต่อกับหมอคคนที่ ๑ และ ๒ อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอคคนที่ ๑ และ ๒ มีความรู้และทักษะในการทำงานดีขึ้น</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน		๑๕๔๘๐ คน
จำนวนประชาชนคนไทย ในพื้นที่		๑๖๘๑๗ คน
ร้อยละประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน		๙๒.๐๕
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	การระบุหมอประจำตัว ๓ คนลงในระบบ	
๒	การกำหนดเจ้าหน้าที่ที่เป็นพี่เลี้ยงประจำหมู่บ้าน/ชุมชน	
๓	การประชาสัมพันธ์ในชุมชนเรื่องหมอประจำตัว ๓ คน	
๔	การวางแผนเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงาน	

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	๑๔. ร้อยละประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน	๙๒.๐๕	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ – กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
ตัวชี้วัด	๑๕. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน		
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม			
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๙	โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๙
คำนิยาม :	<p>ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับหมู่บ้าน ทั้งในเขตเมืองและชนบท</p> <p>การจัดการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยกระบวนการ สร้างทีมแก่นำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result)</p> <p>แก่นำสุขภาพ หมายถึง ผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยูวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยูว อสม.) เป็นต้น</p> <p>เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ภาคร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น พชอำเภอบพท. โรงเรียน ชมรม หรือ เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน</p> <p>พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน ๗๕,๐๘๖ แห่ง</p>		
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)			
ชุมชนที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับพัฒนาขึ้นไป) ชุมชนทั้งหมด		○	
ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน		○	
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน			
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน		
๑	รายงานผลการประเมินตนเอง		
๒	มีการจัดเวทีประชุมของทีมสุขภาพในชุมชน		
๓	มีการจัดทำแผนสุขภาพโดยทีมสุขภาพชุมชน		
๔	มีการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน <ul style="list-style-type: none"> <li>- กิจกรรมด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม./แก่นำสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)</li> <li>- กิจกรรมด้านการสร้างสุขภาพ/นวัตกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)</li> <li>- กิจกรรมการจัดบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในหมู่บ้าน/ชุมชน</li> <li>- การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในชุมชนผ่านช่องทาง line official</li> </ul>		
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)			
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	
ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	○	(ไม่ผ่าน)	

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๑๕. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :	
-	
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :	
-	

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	๑๖. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit ๑๖.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙)	
หน่วยงาน :	กลุ่มการพยาบาล	
ผู้กำกับดูแล :	นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวปภัสนร ทองนิยม
โทรศัพท์ :	โทรศัพท์ : ๐๘๔-๕๑๘-๙๒๖๑	
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน(ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป)ที่มี principal diagnosis(pdx)เป็นโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke: 1๖๐-1๖๙) การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke:1๖๐-1๖๙) การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke:1๖๐-1๖๙)	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke: 1๖๐ - 1๖๙) จากทุกหอผู้ป่วย		๐
จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: 1๖๐ - 1๖๙)		๕๖
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐ - 1๖๙)		๐
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
	-	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐ - 1๖๙)	๐	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๑๗. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๑๗.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๑๗.๒ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล	
ผู้กำกับดูแล : นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางดาวรุ่ง วิชัยดิษฐ์
โทรศัพท์ :	โทรศัพท์ : -
คำนิยาม :	<p><b>ความสำเร็จของการรักษา</b> หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบรักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p><b>รักษาครบ (Treatment Completed)</b> หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p><b>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</b> หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ</p> <p>ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p><b>ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ</b> หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (๑๔๓ ต่อประชากรแสนคน)</p> <p><b>ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ)</b> หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรค (๑๔๓ ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (๑๐๓,๐๐๐ ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report)</p> <p><b>กลุ่มเป้าหมาย</b></p> <p>การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๕) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p>

### แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๑๗. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๑๗.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๑๗.๒ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
	การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๕ - ๓๐ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๖) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

#### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)	๐
จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖	๘
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๐
จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖	๑๖
จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖	๗๔
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	๒๑.๖๒

#### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	คู่มือแนวทางการปฏิบัติผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยงานและเครือข่าย
๒	การลงข้อมูลในโปรแกรม NTIP

#### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๐	(ไม่ผ่าน)
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ กลับเป็นซ้ำ	๒๑.๖๒	(ไม่ผ่าน)

#### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. การให้ความร่วมมือ ของทีมสหวิชาชีพ และเครือข่าย การประสานส่งต่อข้อมูล และมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง จนครบตามเกณฑ์ที่กำหนด
๒. การให้ความร่วมมือของผู้รับบริการ

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	<p>๑๗. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>๑๗.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>๑๗.๒ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ</p>
<p>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</p> <p>๑. การติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการ ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้เนื่องจาก ไม่มีโทรศัพท์ ไม่มีญาติ และมีการย้ายถิ่นฐานบ่อยไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง</p>	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
ตัวชี้วัด	๑๘. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (RDU hospital)		
หน่วยงาน :	กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค		
ผู้กำกับดูแล :	พญ.พัชร์ชิสรา เมฆะอำนวยชัย	ผู้จัดเก็บข้อมูล :	ภญ.วิมลรัตน์ เขาวนประเทือง
โทรศัพท์ :	๐๘๘-๒๕๒๗๕๓๙	โทรศัพท์ :	๐๘๓-๑๗๓๔๖๐๘
คำนิยาม :	<p>การใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล หมายถึง การที่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ทักษะและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง</p> <p>ยา ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) ตามกฎหมายว่าด้วยยา และยาจากสมุนไพรตาม กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา ครอบคลุมยาสำหรับมนุษย์และยาสำหรับสัตว์</p> <p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีการโฆษณาและกล่าวอ้างสรรพคุณมุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วย</p>		

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัดที่กำหนดเกณฑ์	เกณฑ์	ผลงาน
๑. ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาล (RI)	๒๐	๑๑.๐๒
๒. ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาล (AD)	๒๐	๖.๘๒
๓. ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ระดับโรงพยาบาล (FTW)	๔๐	๓๗.๕๔
๔. ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติ ครอบคลุมทางช่องคลอดระดับ รพ.(APL)	๑๐	๘.๘๙
๕. ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูง (Essential hypertension) ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) ๒ ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	๐	๐
๖. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้	๘๐	๙๓.๓๔
๗. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	๕	๐
๘. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	๑๐	๑.๒๒
๙. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	๘๐	๘๕.๘๗
๑๐. ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	๕	๐.๓๙
๑๑. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ยา Warfarin หรือ Statins หรือ Ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว	๐	๐
๑๒. ร้อยละครั้งบริการ (visit) ผู้ป่วยเด็ก ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	๒๐	๐

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
ตัวชี้วัด	๑๘. โรงพยาบาลผ่านตามเกณฑ์ส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (RDU hospital)		
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน			
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน		
๑	การติดตามและรายงานผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด องค์กรแพทย์และผู้บริหารทราบทุกเดือนผ่านระบบไลน์และการประชุม รวมถึงการกระตุ้นเตือนเมื่อตัวชี้วัดมีแนวโน้มที่จะตกเกณฑ์		
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
	โรงพยาบาลผ่านตามเกณฑ์ส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (RDU hospital)	๑๒/๑๒	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :			
๑.ผู้บริหารและองค์กรแพทย์ให้ความสำคัญ			
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :			
๑.การเปลี่ยนแปลงแพทย์บ่อย			

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	๑๙. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล		
ผู้กำกับดูแล :	นางจารุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุภาพร สุขแดง
โทรศัพท์ :	โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑๑๒๙ ต่อ ๒๐๘	
คำนิยาม :	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รูดออกมามีน้ำหนัก $\geq ๕๐๐$ กรัม มีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/รพท./รพช./รพ.สต.)	

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนทารกที่เสียชีวิต $\leq ๒๘$ วัน	๐
จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ	๔๘ (HDC)
อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๐

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	ประชาสัมพันธ์เรื่องการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีคลินิกฝากครรภ์และคลินิกครรภ์เสี่ยงและมีระบบนัดติดตาม ทั้งในโรงพยาบาล และใน รพ.สต.เครือข่ายทุก
๒	จัดทำแบบคัดกรองความเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์และเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในระยะตั้งครรภ์ทั้งเครือข่าย ให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ เรื่องอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์แก่ผู้รับบริการและผู้ดูแล พร้อมทั้งติดป้ายสติ๊กเกอร์ความเสี่ยงเพื่อส่งต่อข้อมูลระหว่างเจ้าหน้าที่และหน่วยบริการ แจกการเข้าถึงบริการฉุกเฉินโดยระบบ ๑๖๖๙แก่ผู้รับบริการในเขตพื้นที่และเครือข่าย
๓	เฝ้าระวังเชิงรุก ปฏิบัติตามมาตรฐาน ANC LR คุณภาพ
๔	จัดทำ CPG เฉพาะโรค CPG Preterm อบรมให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลและใน รพ.สต.เฝ้าระวังดูแลตาม early warning sign specific clinical risk เฉพาะโรคเช่น Preterm PIH
๕	ทบทวนทักษะการอ่าน EFM NCPR อุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็น
๖	กำหนดแนวทางการส่งต่อกรณีมีภาวะเสี่ยงเกินศักยภาพ

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๐	(ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

-

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๐. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ระดับประคองอย่างมีคุณภาพ
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล	
ผู้กำกับดูแล :	นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ์
ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางปราณี จรุงรักษ์
โทรศัพท์ :	โทรศัพท์ : ๐๘๖-๔๗๙-๗๗๗๑
คำนิยาม :	<p>การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting ให้แก่ผู้ป่วยระดับประคอง/ระยะท้าย (ICD-๑๐ Z๕๑.๕) ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย และบันทึกรหัส ICD-๑๐ Z๗๑.๘ ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้</p> <p><b>โรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้</b></p> <p>๑. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่องหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐) และบันทึกในระบบ E-claim บันทึกรหัส ICD-๑๐ Z๗๑.๘ และส่งข้อมูลเข้า HDC รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า</p> <p>๒. มีบุคลากรในทีมการดูแลระดับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) และให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ ดังนี้</p> <p>๒.๑. โรงพยาบาลระดับ A/S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย ๓-๔ คน โรงพยาบาลระดับ M/F แพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full-time(M๑)/partime(M๒,F) อย่างน้อย ๑ คน</p> <p>๒.๒. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย ๓-๔ คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน fulltime/part time อย่างน้อย ๑ คน</p> <p>๒.๓. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย ๑ คน และมีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลตามบริบท</p> <p>๒.๔. โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว</p> <p>๓. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคอง (ICD-๑๐ Z๕๑.๕) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้</p> <p>๓.๑ กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-๑๐ รหัส C๐๐-C๙๖ หรือ D๓๗-D๔๘</p>

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๐. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
	<p>๓.๒ กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I๖๐-I๖๙ และ (Dementia) ICD-10 รหัส F๐๓</p> <p>๓.๓ โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 1๐ รหัส N๑๘.๕</p> <p>๓.๔ โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-1๐ รหัส J๔๔</p> <p>๓.๕ ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-1๐ รหัส I๕๐</p> <p>๓.๖ ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K๗๒ หรือ alcoholic hepatic failure (K๗๐.๔) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K๗๑.๗)</p> <p>๓.๗ ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B๒๐-B๒๔ ยกเว้น B๒๓.๐, B๒๓.๑</p> <p>๓.๘ ผู้สูงอายุ (อายุ &gt; ๖๐ ปี) ที่เจ็บป่วยใน ๗ กลุ่มโรคตามข้อ ๓.๑-๓.๗ หรือภาวะพึ่งพิง ICD-1๐ รหัส R๕๔ เข้าสู่ระยะประคับประคอง</p> <p>๓.๙ ผู้ป่วยเด็ก (อายุ ๐-๑๔ ปี) ประคับประคองระยะท้าย</p> <p>๔. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก/กระทรวงสาธารณสุข ในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการส่งชื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ ๔๐) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย</p> <p>๕. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (๑AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ ๓๕)</p> <p>* เมื่อดำเนินการตามข้อ ๔-๕ หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช กำหนด</p> <p>๖. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟิน และร่วมกับหน่วยงานราชการหรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>๗. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-1๐TM รหัส U๗๗๘-๗๗๙, แพทย์แผนจีน รหัส U๗๘-๗๙ (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)</p>



แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๐. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ

๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z๕๑.๕) และได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD ๑๐ รหัส Z๗๑.๘ เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ	๖๘
จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z๕๑.๕) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD ๑๐ ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-๑๐ C๐๐-C๙๖, D๓๗-D๔๘, I๖๐-I๖๙, F๐๓, N๑๘.๕, J๔๔, I๕๐, K๗๒, K๗๐.๔, K๗๑.๗, B๒๐-B๒๔ (ยกเว้น B๒๓.๐, B๒๓.๑), R๕๔ และผู้ป่วยอายุ ๐-๑๔ ปี (ที่วินิจฉัย Z๕๑๕ ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ	๗๕
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ	๙๐.๖

๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	มีการจัดตั้งคณะกรรมการ PC ในรูปแบบโครงสร้างการบริหารและทีมสหวิชาชีพ
๒	มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย palliative care
๓	กำหนดกลุ่มโรคตามเกณฑ์ผู้ป่วยระดับประคองและการใช้ pps score
๔	มีการวางแผนล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการดูแลและตัดสินใจรักษา/Family meeting พร้อมทีมสหวิชาชีพ
๕	จัดทำแบบฟอร์มการวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยระดับประคอง (Advance care plane)
๖	จัดหา Strong opioid medication ให้มากขึ้นมีการใช้ Siring driver และแนะนำเจ้าหน้าที่พยาบาลในการใช้
๗	วางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพและมีการส่งเยี่ยมบ้านโดยผ่านโปรแกรม Smart coc ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพสต. ในพื้นที่รับผิดชอบนั้น
๘	จัดทำ pop up ผู้ป่วย PC
๙	จัดทำคลังอุปกรณ์สำหรับให้ผู้ป่วยยืมไปใช้ที่บ้าน เช่น ออกซิเจนไฟฟ้า เครื่องดูดเสมหะ เตียงที่นอน / ปรับปรุงห้อง PC สองห้อง (๕๑๙) (๕๒๐)
๑๐	ประเมินความพึงพอใจ

๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า ACP ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ	๙๐.๖	(ผ่าน)

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๐. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :	
๑. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนให้คำแนะนำปรึกษาแก้ไขปัญหา มีทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง	
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :	
๑. ผู้ป่วยและญาติมักจะไม่ค่อยให้พูดถึงอาการและการเสียชีวิตในระยะสุดท้าย	

### แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๑. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)
หน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
ผู้กำกับดูแล : นางสาวฐานี ศรีล้ำ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวฐานี ศรีล้ำ
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๑๐๐ ต่อ ๓๐๒	โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๑๐๐ ต่อ ๓๐๒
คำนิยาม :	<p><b>การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)</b> หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึง ชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการ หรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วย ระยะกลาง ใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและ ให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙</p> <p><b>คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย</b></p> <p>อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง กับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตก หรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่า เกิดจากลมอโรคมาวาตา และลมอุทังคมาวาตา พัดระคนกัน (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์, ๒๕๔๒: ๒๕๔๖) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U๖๑.๐ ถึง U๖๑.๑๙</p> <p><b>การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</b> หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</li> <li>๒. การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก <ul style="list-style-type: none"> <li>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การฝังเข็ม</li> </ul> </li> <li>๓. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยา รักษา กลุ่มอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเถาวัลย์เปรียง, และ ยาสหัสธารา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, ๒๕๕๘)</li> </ol> <p><b>เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</b></p>

### แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๑. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)
	<p><b>๑. แพทย์แผนปัจจุบัน</b> ให้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: 1๖๐</li> <li>- เลือดออกในสมองใหญ่: 1๖๑</li> <li>- เลือดออกในกะโหลกศีรษะแบบอื่นที่ไม่เกิดจากการบาดเจ็บ: 1๖๒</li> <li>- เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: 1๖๓</li> <li>- โรคอัมพาตเฉียบพลัน ไม่ระบุว่าเกิดจากเลือดออกหรือเนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: 1๖๔</li> <li>- การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงก่อนถึงสมอง ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: 1๖๕</li> <li>- การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงของสมอง แต่ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: 1๖๖</li> <li>- โรคหลอดเลือดสมองอื่น: 1๖๗</li> <li>- โรคหลอดเลือดสมองในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น: 1๖๘</li> <li>- ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง: 1๖๙</li> </ul> <p><b>๒. แพทย์แผนไทย</b> ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส ๓ ตัวหลัก ขึ้นต้นด้วย 1๖๐ ถึง 1๖๙ อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัมพฤกษ์หรือ ลมอัมพฤกษ์: U๖๑.๐</li> <li>- อัมพาตครึ่งซีก: U๖๑.๑๐</li> <li>- อัมพาตครึ่งท่อนล่าง: U๖๑.๑๑</li> <li>- อัมพาตทั้งตัว: U๖๑.๑๒</li> <li>- อัมพาตเฉพาแขน: U๖๑.๑๓</li> <li>- อัมพาตเฉพาขา: U๖๑.๑๔</li> <li>- อัมพาตหน้า: U๖๑.๑๕</li> <li>- อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด: U๖๑.๑๘</li> <li>- อัมพาต ไม่ระบุรายละเอียด: U๖๑.๑๙</li> </ul> <p>ควบคู่กับการให้รหัสการแพทย์แผนไทย (๙๐๐-๙๗๗-๐๐) ถึง (๙๐๐-๙๘๘-๘๘) หรือการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ ในพื้นที่รับผิดชอบในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ</p> <p><b>๓. แพทย์แผนจีน</b> ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส ๓ ตัวหลัก ขึ้นต้นด้วย 1๖๐ ถึง 1๖๙ อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน (Apoplectic wind stroke): U๗๘.๑๑๐</li> <li>- อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Prodrome of wind stroke): U๗๘.๑๑๑</li> <li>- โรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง (Sequelae of wind stroke): U๗๘.๑๑๒</li> <li>- โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณแขนง (Collateral stroke): U๗๘.๑๑๓</li> </ul>

### แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๑. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณหลัก (เส้นจิง) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนักขึ้น (Meridian stroke): U๗๘.๑๑๔</li> <li>- โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลาง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบากว่าโรคหลอดเลือดสมองที่อวัยวะต้น (Bowel stroke): U๗๘.๑๑๕</li> <li>- โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะต้น (Visceral stroke): U๗๘.๑๑๖</li> <li>- อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U๗๘.๑๑๗</li> </ul> <p>ควบคู่กับการให้หัตถการการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู อย่างไม่อย่างหนึ่ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>๙๙๙๑๘๐๑ Electro-acupuncture therapy</li> <li>๙๙๙๑๘๑๐ Single-handed needle insertion</li> <li>๙๐๒๑๘๐๑ Subcutaneous electro-needling</li> <li>๙๙๙๑๘๑๑ Double-handed needle insertion</li> <li>๙๐๓๑๘๐๑ Muscle electro-needling</li> </ul>

#### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 1๖๐ ถึง 1๖๙ ควบคู่กับ U๖๑.๐ ถึง U๖๑.๑๙ และให้หัตถการ (๙๐๐-๗๗-๐๐) ถึง (๙๐๐-๗๘-๘๘) หรือสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัส ขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ หรือได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัว มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 1๖๐ ถึง 1๖๙ ควบคู่กับ U๗๘.๑๑๐ ถึง U๗๘.๑๑๗ และให้หัตถการการแพทย์แผนจีน ๙๙๙๑๘๐๑ หรือ ๙๙๙๑๘๑๐ หรือ ๙๐๒๑๘๐๑ หรือ ๙๙๙๑๘๑๑ หรือ ๙๐๓๑๘๐๑ อย่างไม่อย่างหนึ่ง ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก	๗๑
จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 1๖๐ ถึง 1๖๙ ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก	๑๘๒
ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	๓๙.๐๑

#### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	เปิดบริการแพทย์แผนไทย รูปแบบ OPD Stroke ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
ตัวชี้วัด	๒๑. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)		
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)			
	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก Coverage	๓๙.๐๑	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :			-
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :			-

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๒. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
หน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
ผู้กำกับดูแล :	นางสาวรุอาปณี ศรีล้ำ
ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางสาวรุอาปณี ศรีล้ำ
โทรศัพท์ :	๐๗๗-๓๑๑-๑๐๐ ต่อ ๓๐๒
โทรศัพท์ :	๐๗๗-๓๑๑-๑๐๐ ต่อ ๓๐๒
คำนิยาม :	<p><b>บริการระดับปฐมภูมิ</b> หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน</p> <p>ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์</p> <p><b>รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ</b></p> <p>๐๓ สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม</p> <p>๐๔ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน</p> <p>๐๘ ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล</p> <p>๑๓ ศูนย์บริการสาธารณสุข</p> <p>๑๘ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p><b>การบริการด้านการแพทย์แผนไทย</b> หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>- การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์</li> <li>- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น</li> <li>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ</li> <li>- การทาบหม้อเกลือ</li> <li>- การพอกยาสมุนไพร</li> <li>- กานวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก</li> </ul>

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๒. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
	<p>- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน</p> <p><b>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย</b></p> <p>๑. โรคสตรี: P๕๐ ถึง P๕๒</p> <p>๒. โรคเด็ก: P๕๔ ถึง P๕๕</p> <p>๓. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: P๕๖ ถึง P๖๐</p> <p>๔. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: P๖๑ ถึง P๗๒</p> <p>๕. โรคและอาการอื่น: P๗๔ ถึง P๗๕</p> <p>๖. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: P๗๗</p> <p><b>รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (๑๐๐ ถึง ๑๐๘๑)</b></p> <p>๑๐๐ ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>๑๐๑ การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>๑๐๒ ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>๑๐๒๐ การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>๑๐๓ ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>๑๐๔ การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>๑๐๕ การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>๑๐๕๐ การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>๑๐๕๑ การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>๑๐๕๒ การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน</p> <p>๑๐๕๓ การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน</p> <p>๑๐๕๔ การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน</p> <p>๑๐๖ การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการทักหม้อเกลือที่บ้าน</p> <p>๑๐๖๐ การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน</p> <p>๑๐๗ การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>๑๐๗๐ การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน</p> <p>๑๐๗๑ การให้คำแนะนำ หึ่งหลังคลอด และการบริบาลทารกด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>๑๐๘ การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน</p> <p>๑๐๘๐ การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>๑๐๘๑ การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p><b>รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (๑๑๐๐ ถึง ๑๑๘๓)</b></p> <p>๑๑๐๐ การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)</p> <p>๑๑๐๑ การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น</p> <p>๑๑๐๒ การให้บริการสมาธิบำบัด</p>



แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๒. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
	<p>๑๑๐๓ การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)</p> <p>๑๑๐๔ การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)</p> <p>๑๑๐๕ การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)</p> <p>๑๑๑๐ การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)</p> <p>๑๑๑๑ การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง (Low-Caeb Diet)</p> <p>๑๑๑๒ การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics)</p> <p>๑๑๑๓ การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น</p> <p>๑๑๘๐ การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)</p> <p>๑๑๘๑ การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น</p> <p>๑๑๘๒ การให้บริการกัวซา (Guasa)</p> <p>๑๑๘๓ การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกายด้วยอาหาร และ สมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี)</p> <p><b>๓. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง</b> การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน</p> <p>๑. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U๗๘</p> <p>๒. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U๗๙</p>
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)</b>	
จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘ โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๖ หรือ U๗๘ ถึง U๗๙ หรือการส่งจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ หรือการให้หัตถการ (๙๐๐-๗๗-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๘-๘๘) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (๙๐๐-๗๙-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๙-๙๙) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (๑๑๐๐ ถึง ๑๑๘๑) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (๑๑๐๐ ถึง ๑๑๘๓) ใดๆอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่นับรวมรหัส Z	๓,๒๗๗
จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘ โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๖ หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๗๘ ถึง U๗๙ ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า ๑ รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ ๑ ครั้ง (visit)	๑๐,๔๐๔
ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๓๑.๓๘

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	๒๒. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	ประชาสัมพันธ์การบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก หน่วยงานราชการในอำเภอพุนพิน	
๒	เปิดบริการแพทย์แผนจีน	
๓	จัดทำไวนิลประชาสัมพันธ์การให้บริการป้ายหน้าโรงพยาบาลพุนพิน	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๓๑.๓๘	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

### แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	๒๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	
หน่วยงาน : กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด		
ผู้กำกับดูแล :	นางสาวจตุพร จันทร์ทิพย์วารี	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวบุญยวีร์ จิวประดิษฐกุล
โทรศัพท์ :	๐๘๑-๙๗๙๐๐๔๒	โทรศัพท์ : ๐๙๒-๖๙๑๔๙๐๔
คำนิยาม :	<p><b>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</b> หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM ๕ : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD-๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) หมวด F๓๒.X, F๓๓.X, F๓๔.๑, F๓๘.X และ F๓๙.X</p> <p><b>เข้าถึงบริการสุขภาพจิต</b> หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p>	
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)</b>		
จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ จนถึงปีประมาณ ๒๕๖๖ ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน ในเขตที่รับผิดชอบ		๘๔๒
จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพจากความชุกที่ได้จากการสำรวจระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าปี ๒๕๕๑ โดยกรมสุขภาพจิต		๗๐๖.๓๗
<b>ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต</b>		<b>๑๑๙.๒๐</b>
<b>๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน</b>		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า จากระบบฐานข้อมูล HDC	
๒	ทะเบียนการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ๑๐ ด้าน	
๓	ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย โดยเครื่องมือ mental health check in	
๔	ระบบการส่งต่อข้อมูลการติดตามดูแลผู้ป่วยภายในหน่วยงาน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี Smart coc , โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (Thai COC)	
<b>๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :</b>		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	๑๑๙.๒๐	(ผ่าน)

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
<p>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</p> <p>๑. เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง ๒Q และพัฒนาเป็น ๒QPlus โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือหลังคลอด ผู้ที่มีปัญหาสุรา สารเสพติด กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าที่ชัดเจน ทุกราย หากพบว่ามีความเสี่ยง ส่งต่อคลินิกจิตเวชและยาเสพติดทุกราย</p> <p>๒. เครื่องมือประเมินและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นออนไลน์ โดย Mental health check in พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต หากพบว่ามีความเสี่ยงสูงจะมีการส่งต่อข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง รพช.</p>	
<p>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</p> <p>๑. กรณีพี่แพทย์พิจารณา Refer ไปยังแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญกว่า ผู้รับบริการมักไม่ไปตามระบบ Service plan</p>	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
ตัวชี้วัด	<b>๒๔. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ</b> <b>๒๔.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ</b> <b>๒๔.๒ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี</b>		
หน่วยงาน : กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด			
ผู้กำกับดูแล :	นางสาวจตุพร จันทร์ทิพย์วาริ	ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางสาวบุญยวีร์ จีวีประดิษฐกุล
โทรศัพท์ :	๐๘๑-๘๗๙๐๐๔๒	โทรศัพท์ :	๐๘๒-๖๙๑๔๙๐๔
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิตโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD - ๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) หมวดIntentional self-harm (X๖๐-X๘๔) หรือเทียบเคียงกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕(DSM-๕: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕)</p> <p><b>ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี</b> หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน (ปีงบประมาณนับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) ซึ่งการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย ๗ กิจกรรม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายรวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทัน่วงที</li> <li>๒) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔)</li> <li>๓) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวัง การฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน</li> <li>๔) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง</li> <li>๕) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และดำเนิน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย</li> <li>๖) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่</li> <li>๗) ได้รับการเฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ</li> </ol>		
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)</b>			
จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ		๗	
จำนวนประชากรกลางปี		๕๐,๗๒๑	
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน		๑๓.๘๐	

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๔. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒๔.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒๔.๒ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี

๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	รายงานการการฆ่าตัวตาย รง.๕๐๖ ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชของแก่นราชนครินทร์
๒	ทะเบียนการเก็บข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จภายในหน่วยงาน

๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน	๑๓.๘๐	(ไม่ผ่าน)

๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง ๒QPlus ๙Q ๘Q โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยตั้งครรรภ์หรือหลังคลอด ผู้ที่มีปัญหาสุรา สารเสพติด กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าที่ชัดเจน ทุกราย หากพบว่ามีความเสี่ยง ส่งต่อคลินิกจิตเวชและยาเสพติดทุกครั้งที่ได้รับบริการ

๒. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะการให้คำปรึกษา การสอบสวนโรคหลักสูตรการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามหลักระบาดวิทยาในการกำหนดมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่ต่อไป อีกทั้งยังใช้กระบวนการและทักษะของการให้คำปรึกษาทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจกับผู้ใช้ข้อมูลหรือญาติหรือคนใกล้ชิดของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายส่งผลให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและเป็นความลับมากกว่าการเก็บข้อมูลรายงานด้วย รง.๕๐๖

๓. ได้รับการสนับสนุนที่ดีในการร่วมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายสำเร็จ ประกอบด้วย สสออำเภอ และ รพ.สต ทั้ง ๗ แห่ง

๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จที่อยู่นอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ หรือพื้นที่ใกล้เคียงมาชันสูตรที่โรงพยาบาลพุนพิน ทำให้ต้องสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเองและนับเป็นผลงานของโรงพยาบาลพุนพิน ทำให้เกินค่าเป้าหมาย

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๕.อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล	
ผู้กำกับดูแล :	นางจารุวรรณ วิชัยดิษฐ
ผู้จัดเก็บข้อมูล :	อิศรียา สุวรรณ
โทรศัพท์ :	๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓
โทรศัพท์ :	๐๘๓-๕๙๑๙๖๘๓
คำนิยาม :	<p><b>ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>๑.๑ ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ ๒) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน ๔.๒ - ๔.๔</p> <p>๑.๒ ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP <math>\geq 65</math> mm Hg และ มีค่า serum lactate level <math>&gt; 2</math> mmol/L (๑๘ mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p><b>Community-acquired sepsis</b> หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราตายจาก community-acquired sepsis</li> <li>- อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis</li> </ul> <p><b>กลุ่มเป้าหมาย</b> ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ปีถัดไป</p> <p><b>การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง</b> หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้</p> <p>๑. ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ ๒) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP <math>\geq 65</math> mm Hg และ มีค่า serum lactate level <math>&gt; 2</math> mmol/L (๑๘ mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอ แล้วก็ตาม</p> <p>๒. qSOFA ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๓)</p> <p>๓. SOS score (search out severity) ตั้งแต่ ๔ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๔)</p> <p>๔. Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ ๕) หรือ NEWS ๒ ตั้งแต่ ๕ ข้อ ขึ้นไป</p>

### แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๕.อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
	๕. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD ๑๐ และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตรา อุบัติการณ์ มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับ ยาคุมกำเนิด นอกจานี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก,ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

#### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖) (A+C) / D × ๑๐๐

A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication)และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)	๐
B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๒ ดีขึ้น	๐
C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๓ ไม่ดีขึ้น	๐
D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)	๐
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	๐

#### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	มีการจัดกลุ่มไลน์ Sepsis ของ รพ ชุมชน และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๒	มีระบบบันทึกข้อมูล จาก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี Sepsis pro



แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	๒๕.อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	๐	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	<p>๒๖. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด</p> <p>๒๖.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p> <p>๒๖.๒ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <p>๒๖.๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <p>๒๖.๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p>	
หน่วยงาน :	กลุ่มการพยาบาล	
ผู้กำกับดูแล :	นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางพัชนี เกิดผล
โทรศัพท์ :	๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓	โทรศัพท์ : ๐๘๗-๒๖๘๖๕๐๑
คำนิยาม	<p>อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด มาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก(ST-Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>อัตราตายในผู้ป่วย STEMI</p> <p>๑. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น ๑ visit)</p> <p>๒. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก(ST-Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง</p> <p>ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ</p> <p>ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน :	รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖) (A/B) x ๑๐๐	
A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ WHO: I๒๑.๐ – I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด		๐
B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ WHO: I๒๑.๐ – I๒๑.๓ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด		๘
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด		๐

### แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	<p>๒๖. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด</p> <p>๒๖.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p> <p>๒๖.๒ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <p>๒๖.๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <p>๒๖.๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p>	
A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล		๒
B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด		๒
C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล		-
D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด		-
ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล (A/B) x ๑๐๐		๑๐๐
ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล (C/D) x ๑๐๐		-

#### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	จัดอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยและ Care giver ในการจัดการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง
๒	ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วย (CV risk score ๓๐-๔๐% และ ๔๐%) เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในคลินิกโรคเรื้อรัง
๓	ทีมสหวิชาชีพทบทวนแนวทาง CPG การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ร่วมกัน
๔	มีการจัดเตรียมยา Streptokinase ให้เพียงพอพร้อมใช้

#### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด	๐	(ผ่าน)
ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	๑๐๐	(ผ่าน)

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
ตัวชี้วัด	<p>๒๖. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด</p> <p>๒๖.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p> <p>๒๖.๒ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <p>๒๖.๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <p>๒๖.๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p>		
	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
	ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	๐	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :			
๑.โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานีมีการสำรองยา Streptokinase พร้อมให้แลกเปลี่ยนหลังมีการใช้ยาตลอดเวลา			
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :			
๑.การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยยังไม่ครอบคลุม			
๒.การโทรติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาล ต้องโทรหลายจุด ทำให้ต้องใช้เวลาในการประสาน			

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๗. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง ๒๗.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๒๗.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy ๒๗.๓ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ๒๗.๔ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	
ผู้กำกับดูแล : นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวมุกฉลิษฐ์ พิศสุวรรณ นางสาวธีรารัตน์ เพชรทอง
โทรศัพท์ : ๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๙	โทรศัพท์ : ๐๘๗-๐๘๕๒๒๘๖ / ๐๙๕-๗๔๒๗๓๔๐
คำนิยาม	<p><b>การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</b> หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐ - ๖๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง ๑๔ สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ แนะนำให้ เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก ๕ ปี</p> <p><b>ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ</b> หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ ๑๖ และหรือ ๑๘ หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy)</p> <p>ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่น ๆ เช่น ๓๑, ๓๓, ๓๙, ๔๕, ๕๑, ๕๒, ๕๖, ๕๘, ๕๙, ๖๖ และ ๖๘ เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลืมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ <math>\geq</math> ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน ๑ ปีที่โรงพยาบาล</p> <p><b>การส่องกล้อง Colposcopy</b> หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด</p> <p><b>การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</b> หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off ๑๐๐ ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง ๑ ครั้ง</p>

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๗. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง ๒๗.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๒๗.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy ๒๗.๓ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ๒๗.๔ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
	ในรอบ ๒ ปีงบประมาณ ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ ไส้ตรงในระยะต้น

๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

A(C) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๒๓,๙๙๖
A(CP) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	๓๖
A(F) = จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี เป็นรายจังหวัด ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	๒๖๒
A(CL) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	๗
B(C) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ทั้งหมด	๔,๒๒๕
B(CP) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ	๓๖
B(F) = จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี เป็นรายจังหวัด ทั้งหมด	๕,๒๓๙
B(CL) = จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ	๗
ผู้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก = $(A(C)/ B(C)) \times ๑๐๐$	๗๐.๙๑
ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy = $(A(CP)/ B(CP)) \times ๑๐๐$	๑๐๐
ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง = $(A(F)/ B(F)) \times ๑๐๐$	๕.๐๐
ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy = $(A(CL)/ B(CL)) \times ๑๐๐$	๑๐๐

๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	ลงพื้นที่คัดกรองกลุ่มเป้าหมายจากชุมชนและตำบลและส่งต่อการเข้ารับบริการที่รพ.
๒	จัดกิจกรรมเชิงรุกในคลินิกเบาหวานเดือนมีนาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในเกณฑ์ต้องได้รับการคัดกรองทุกราย
๓	เชิงรุกให้ออม. ๑ คน ต่อกลุ่มเป้าหมาย ๑๐ ราย

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																
ตัวชี้วัด	<p>๒๗. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง</p> <p>๒๗.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>๒๗.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy</p> <p>๒๗.๓ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p> <p>๒๗.๔ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy</p>																
<p>๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :</p> <p>รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ผลการดำเนินงาน</th> <th>ค่าคะแนนที่ได้</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</td> <td>๗๐.๙๑</td> <td>(ผ่าน)</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy</td> <td>๑๐๐</td> <td>(ผ่าน)</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</td> <td>๕.๐๐</td> <td>(ไม่ผ่าน)</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy</td> <td>๑๐๐</td> <td>(ผ่าน)</td> </tr> </tbody> </table>			ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๗๐.๙๑	(ผ่าน)	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	๑๐๐	(ผ่าน)	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	๕.๐๐	(ไม่ผ่าน)	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy	๑๐๐	(ผ่าน)
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้															
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๗๐.๙๑	(ผ่าน)															
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	๑๐๐	(ผ่าน)															
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	๕.๐๐	(ไม่ผ่าน)															
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy	๑๐๐	(ผ่าน)															
<p>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</p> <p>-</p>																	
<p>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</p> <p>๑. ประชาชนรับอุปกรณ์การเก็บอุจจาระ แต่ไม่ส่งคืนให้เจ้าหน้าที่</p>																	

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	๒๘. ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓ m <sup>2</sup> /yr	
หน่วยงาน :	กลุ่มการพยาบาล	
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางวารภรณ์ คงเสน่ห์
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๙	โทรศัพท์ : ๐๙๔-๖๑๔-๒๒๙๑
คำนิยาม :	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)	
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖) (A/B) × ๑๐๐</b>		
A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓ - ๔ สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < ๕		๓๘๑
B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓ - ๔ สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ปีงบประมาณ		๕๙๗
ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓ m <sup>2</sup> /yr		๖๓.๘๒
<b>๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน</b>		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	คู่มือคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.๒๕๖๕	
๒	คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรังCKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	
<b>๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :</b>		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓ m <sup>2</sup> /yr	๖๓.๘๒	(ไม่ผ่าน)
<b>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b>		
๑.มีทีมสหวิชาชีพในการดำเนินสนับสนุนงานคลินิก		
๒.มีอุปกรณ์ เพียงพอ พร้อมใช้		
<b>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b>		
๑.บุคคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกไม่เพียงพอ		
๒.ขาดความร่วมมือกับหน่วยงานภาคชุมชน		



### แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๙. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)

หน่วยงาน : กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ผู้กำกับดูแล : นางสาวจตุพร จันทร์ทิพย์วารี

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางรชตกร มีสุข

โทรศัพท์ :

โทรศัพท์ : ๐๘๕-๗๘๖๖๒๙๙

คำนิยาม : ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาหมายถึงผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.๑๑๓ , ม.๑๑๔) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องหมายถึงการดูแลช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟูอย่างรอบด้าน ทั้งด้านกาย จิตสังคมอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะรายตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐานหลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย ๑ ปี

๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)(A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษาตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วยตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขหลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู	๕
B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษาและที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมดยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, เปลี่ยนแปลงการรักษาหรือบำบัดโดยMethadone	๑๒
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	๔๑.๖๗

๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	ทะเบียนผู้บำบัดและการติดตามต่อเนื่องภายในหน่วยงาน
๒	ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต)

๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	๔๑.๖๗	(ไม่ผ่าน)

๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- มีระบบการติดตามทางไลน์กับผู้บำบัด ทำให้สะดวกในการติดต่อสื่อสาร การให้ข้อมูล การแจ้งผลการบำบัดและผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด
- ได้รับการสนับสนุน การประสานงานที่ดีกับเครือข่าย ในการติดตามให้มาบำบัดยาเสพติด

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๒๙. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)
<p>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</p> <p>๑. ผู้รับการบำบัดยาเสพติดบางรายมีข้อจำกัดด้านการประกอบอาชีพ เช่น ต้องขับรถ รับ - ส่ง สินค้า ไปต่างจังหวัดครั้งละหลาย ๆ วัน ทำให้ไม่สามารถมาเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมได้</p> <p>๒. ผู้รับการบำบัด เพิ่งได้เริ่มทำงานใหม่ ต้องทำงานในวัยเวลาราชการ ไม่สามารถลางานมาเข้ารับการบำบัดได้ ถึงแม้จะมีการอำนวยความสะดวกเปิดบริการเวลาพักเที่ยง แต่ยังไม่สามารถมาได้</p> <p>๓. ผู้รับการบำบัดประกอบอาชีพทำลูกจ้างบริษัทรับเหมา สถานที่ทำงานไม่แน่นอน เช่น ไปต่างจังหวัด ไม่อยู่ประจำที่ทำให้ไม่มีเวลาและไม่มีเงินจ่ายค่าโดยสารมาบำบัดฯ ตามโปรแกรม</p>	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๓๐.ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน
หน่วยงาน : กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู	
ผู้กำกับดูแล :	นางสาวสรวรรณ แพเพชรทอง
ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางสาวสรวรรณ แพเพชรทอง
โทรศัพท์ :	โทรศัพท์ : ๐๘๖-๙๔๔๕๖๒๕
คำนิยาม :	<p><b>การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)</b> หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเอนต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ</p> <p><b>ผู้ป่วย Intermediate care</b> หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา ๖ เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index &lt;๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥๑๕ with multiple impairments</p> <p><b>Intermediate ward</b> คือ การให้บริการ Intensive inpatient rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน อย่างน้อยวันละ ๓ ชั่วโมง และอย่างน้อย ๕ วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย ๑๕ ชั่วโมง/สัปดาห์ (รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก ๑</p> <p><b>Intermediate bed</b> คือ การให้บริการ Inpatient rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ ๑ ชั่วโมงอย่างน้อย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)</p> <p><b>การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ</b> หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยคนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยคนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยคนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>๑. โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา</p>

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๓๐.ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน
	๒. การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ ๓. ควรใช้ Barthel ADL index รายงานผลเพิ่มเติม เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ

๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Fracture hip (Fragility fracture) ทุกรายที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel Index < ๑๕ ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel Index= ๒๐	๑๒
จำนวนผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายใน ๖ เดือน และ Fracture hip (Fragility fracture) ทุกรายที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางของโรงพยาบาล พุนพินอย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel Index= ๒๐ หมายเหตุ: การดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเยี่ยมบ้าน	๑๒
ร้อยละผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel Index= ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	๑๐๐

๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL index
๒	โปรแกรม Hosxp
๓	โปรแกรม Smart COC
๔	Google sheet ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วย IMC โรงพยาบาลศูนย์
๑	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL index

๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel Index= ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	๑๐๐	(ผ่าน)

๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑.งานกายภาพบำบัดมีการปรับแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สัปดาห์ละ ๒ วัน

๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. ผู้ป่วยนอกเขต ไม่สะดวกนัดเป็น OPD case แก้ปัญหาโดยการติดตามทางโทรศัพท์ Line official account: กายภาพบำบัด รพ.พุนพิน

### แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	<p>๓๑. ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>๓๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์</p> <p>๓๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์</p> <p>๓๑.๓ จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
หน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
ผู้กำกับดูแล : นางสาวฐาปนี ศรีล้ำ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศรณยา คงยิ่ง
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒	โทรศัพท์ : ๐๘๗-๖๓๒๖๔๒๓
คำนิยาม :	<p>การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค ง่าย ยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา กัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือ นัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ</p> <p>หน่วยบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ หมายถึง กรมสุขภาพจิต, กรมการแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>ยา กัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา</p> <p>Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD๑๐ กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน Z๕๑.๕ กรณีแพทย์แผนไทย U๕๐-U๗๗ และ Z๕๑.๕)</p> <p>งานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง งานวิจัยเกี่ยวกับยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม น้ำมันกัญชา ผู้ให้บริการด้วยกัญชาทางการแพทย์ และการวิจัยด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการเผยแพร่หรือการนำเสนอผลงานวิชาการในที่ประชุมวิชาการหรือตีพิมพ์ในวารสาร โดยเป็นผลงานจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือเป็นผลงานที่หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำร่วมกับหน่วยงานอื่น ซึ่งไม่นับสะสมในแต่ละปี</p> <p>การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่มาพัฒนาให้เป็นระบบโดยกำหนดกิจกรรม อาทิเช่น การศึกษาดูงาน, เวทีเสวนา, การจัดอบรม, หรืองานประจำสู่งานวิจัย (R๒R)</p>

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	<p>๓๑. ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>๓๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์</p> <p>๓๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์</p> <p>๓๑.๓ จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

A๑ = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	๖
A๒ = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ปงบประมาณ ๒๕๖๖	๖๙
C = จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์และหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (๑๒ เขต)	๑
B๑ = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care)	๑๐๖
B๒ = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ปงบประมาณ ๒๕๖๔	๒๖
$(A๑/B๑) \times ๑๐๐$ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	๕.๖๖
$(A๒-B๒/B๒) \times ๑๐๐$ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	๑๖๕.๓๙

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	สรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ปงบประมาณ ๒๕๖๕ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ( ต.ค. ๖๕ - มี.ค. ๖๖) กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
๒	Service Plan สาขา กัญชา >> ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์
๓	งานวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของตำรับยาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคนอนไม่หลับ โรงพยาบาลพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี A Retrospective Study on Efficacy of Thai Herbal Formulations for Chronic Insomnia in Phunphin Hospital, Suratthani Province (อยู่ระหว่างการส่งตีพิมพ์)

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	๕.๖๖	(ผ่าน)
ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	๖๙	(ผ่าน)

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
ตัวชี้วัด	<p>๓๑. ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>๓๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์</p> <p>๓๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์</p> <p>๓๑.๓ จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>		
	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
	จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๑ เรื่อง	(ผ่าน)
<p>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</p> <p>๑. การทำงานร่วมกันเป็นทีม มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน ทุกวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา โดยแพทย์แผนไทยสามารถสั่งจ่ายยาที่มีกัญชาปรุงผสมให้กับ Pt. ใน ward ได้แต่ต้องผ่านเกณฑ์ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care)</li> <li>- เป็นกลุ่มผู้ป่วย CA ที่มีอาการปวดและนอนไม่หลับ เป็นต้น</li> </ul>			
<p>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</p> <p>๑. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) กลุ่มมะเร็งบางรายก็ไม่ยินยอมเข้าร่วมการรักษาโดยการให้ยาที่มีกัญชาปรุงผสม</p>			

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
ตัวชี้วัด	๓๒. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล			
ผู้กำกับดูแล :	นายไชยทัศน์ ยิ่งยง	ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางสาวธนภรณ์ สภาพันธ์
โทรศัพท์ :	๐๘๓-๑๘๑๙๓๑๕	โทรศัพท์ :	๐๘๒-๘๓๒๙๗๙๙
คำนิยาม :	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาล โดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ <b>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต</b> ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ(Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ ๑ และระดับ ๒ ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉินชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่ตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>		
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖) (A/B) x ๑๐๐</b>			
A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)		๑๑๘	
B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)		๕๓๕	
<b>ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</b>		<b>๒๒.๐๖</b>	
<b>๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน</b>			
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน		
๑	จัดอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยและ Care giver ในการจัดการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง		
๒	ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ในหน่วยงาน คลินิกบริการในโรงพยาบาลและชุมชน		
๓	จัดทำแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบ EMS และเรียกใช้บริการ ๑๖๖๙ ในชุมชน		
๔	จัดหน่วยงานปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับFR และ BLS รองรับให้ครอบคลุมในพื้นที่		
๕	มีระบบขอตีม ALS ออกสนับสนุนและกำหนดจุดรับส่งเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วย มีการฝึกอบรมฟื้นฟูให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติทุกปี		



แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
ตัวชี้วัด	๓๒. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๒๒.๐๖	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :			-
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :			๑. การประชาสัมพันธ์การรับรู้การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ของประชาชน ในชุมชนยังไม่ทั่วถึง

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
ตัวชี้วัด	๓๓. หน่วยงานเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ		
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป			
ผู้กำกับดูแล :	นายอาทิตย์ จรจรัส	ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นายอาทิตย์ จรจรัส
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔	โทรศัพท์ :	-
คำนิยาม :	<p>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานมีการพัฒนาคนให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายของหน่วยงานอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่ คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ มีการทำงานเป็นทีม ความสุขในการทำงาน ประกอบด้วย ๙ มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพกายดี (Happy Body) มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax) มิติหัวใจดี (Happy Heart) มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) มิติครอบครัวดี (Happy Family) มิติสังคมดี (Happy Society) มิติใฝ่รู้ดี (Happy Brain) มิติสุขภาพเงินดี (Happy Money) มิติการงานดี (Happy Work-Life) มิติความผูกพันดี (Happy Engagement) มิติสมดุลชีวิตกับการทำงาน (Happy Work Life Balance) โดยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน</p>		

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

เกณฑ์การประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
หมวดที่ ๑ ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ (Success)	๑๐	๐
หมวดที่ ๒ การบริหาร (Administration)	๒๕	๐
หมวดที่ ๓ มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย-ใจของบุคลากร (Body & Mind)	๔๕	๐
หมวดที่ ๔ บรรยากาศในการท างาน (Atmosphere)	๒๕	๐
หมวดที่ ๕ การลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร (Investment)	๓๐	๐

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุขด้วย Happy Public Organization Index (HPI)

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
หน่วยงานเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	๐	(ไม่ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

-

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	๓๔.หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป		
ผู้กำกับดูแล :	นายอาทิตย์ จรจรัส	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวจินตนา สะดวกการ
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔	โทรศัพท์ : ๐๙๙-๔๐๘๑๒๘๔
คำนิยาม :	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ถือเป็นเครื่องมือที่ของหน่วยงานภาครัฐได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนักและปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและค</p> <p style="text-align: center;">ว</p> <p style="text-align: center;">า</p> <p style="text-align: center;">ม</p> <p>โปร่งใสขององค์กรตนเองมากยิ่งขึ้น ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม และเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ ๒๑ การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๘๕ คะแนนขึ้นไป โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖) A x ๑๐๐ / B		
A = จำนวนคะแนนการประเมิน ITA		๐
B = จำนวนคะแนนทั้งหมด การประเมิน ITA		๐
หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA		๐
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
	-	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	B	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๓๔.หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :	
-	

### แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	๓๕. หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ และประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป		
ผู้กำกับดูแล :	นายอาทิตย์ จรจรัส	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศิริพร คงนาสร
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔	โทรศัพท์ : ๐๘๕-๓๓๕๒๓๙๓
คำนิยาม :	<p>ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายความว่า ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๐ ส่วนราชการ ได้แก่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถาบันพระบรมราชชนก</p> <p>หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายความว่า หน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายความว่า การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ และแนวทาง ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖) $(A / B) \times 100$		
A = คะแนนที่ได้รับการตรวจสอบและผ่านเกณฑ์การประเมิน		๐
B = คะแนนทั้งหมดที่ได้รับการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน		๐
ร้อยละผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน		๐
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
	-	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	๐	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
ตัวชี้วัด	๓๖.โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓		
หน่วยงาน : งานคุณภาพโรงพยาบาลพูนพิณ			
ผู้กำกับดูแล :	นายแพทย์สำเนียง แสงสว่าง	ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางวรรณ พรหมอักษร
โทรศัพท์ :	๐๗๗-๓๑๑๓๘๕ ต่อ ๓๓๔	โทรศัพท์ :	๐๘๓-๗๖๕๕๕๑๑
คำนิยาม :	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขใน ๑๒ เขตสุขภาพ จำนวน ๑๒๖ แห่ง (ทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ ๒ กันยายน ๒๕๖๔)</li> <li>- โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน ๕๐ แห่ง</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๗๔๙ แห่ง (ทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ ๒ กันยายน ๒๕๖๔) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๓ ที่ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๓ มีเตียงที่เปิดบริการไม่ถึง ๓ ป)</li> </ul> <p><b>HA (Hospital Accreditation)</b> หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีกระบวนการรับรอง ๓ ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HA ชั้น ๑ หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง</li> <li>- HA ชั้น ๒ หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น ๒</li> <li>- HA ชั้น ๓ หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน</li> </ul> <p><b>A-HA หรือ Advanced HA</b> คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลชั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรอง Advanced HA (A-HA) ได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้วเพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่งและมีความพร้อมในการพัฒนา มีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป</p> <p><b>โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓</b> หมายถึง โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ชั้น ๓ หรือ Re-Accreditation หรือ Advanced HA โดยมีเงื่อนไข ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ชั้น ๓ หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ เช่น R๑, R๒, R๓ เป็นต้น หรือ Advanced HA ( A-HA)</li> <li>๒.โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ชั้น ๓ อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ ที่ผลการรับรองหมดอายุ (e) เช่น Ree, R๒e R๓e เป็นต้น แต่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง</li> </ol>		

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	๓๖.โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)		
โรงพยาบาลพูนพิณผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ชั้น ๓ หรือ Re-Accreditation ระยะเวลาการรับรอง ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒ – ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔ รอรับการ Re accredit ครั้งที่ ๒		ผ่าน
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (เตรียม Re accredit ครั้งที่ ๒ )	
๒	ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ชี้แจงแผนการดำเนินงาน แนวทางการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ ๕ การเขียนรายงานประเมินตนเอง ๒๐๒๒ และ จัดทำservice profile ของหน่วยงาน	
๓	ติดตามการดำเนินงานตามแผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแต่ละทีม และลงเยี่ยมสำรวจผู้ปฏิบัติงาน ในทุกแผนก โดยทีมนำและผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	ชั้น ๓ (Re-accredit ครั้งที่ ๑)	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
๑.สนับสนุนการเข้าร่วมประชุมวิชาการ HACCo๕ / HA Forum Thailand สนับสนุนคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ ๕ และคู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (SPA) ตอนที่๑-๓		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑.การติดตามการดำเนินงาน คณะกรรมการงานคุณภาพในแต่ละทีม ไม่เป็นไปตามแผนดำเนินการเนื่องจากภาระงานเร่งด่วนหน้างานในแต่ละช่วงเวลา		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	๓๗. สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป		
ผู้กำกับดูแล :	นายอาทิตย์ จรจรัส	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายอาทิตย์ จรจรัส
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔	โทรศัพท์ : ๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔
คำนิยาม :	<p>การพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบายEMS (Environment, Modernization and Smart Service) คือ การพัฒนาให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยีนวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดบริการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ทั้ง ๓ ด้าน</p> <p>๑. สิ่งแวดล้อมดี (Environment) : การคำนึงถึงผลกระทบของสถานบริการทั้งภายในและภายนอก ภายใต้อการบริหารจัดการ ที่คำนึงถึงความปลอดภัย การเยียวยา และลดผลกระทบ ต่อชุมชน</p> <p>๒. ความทันสมัย (Modernize) : การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ เพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ</p> <p>๓. บริการด้วยหัวใจ (Smart Service) : การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัย ให้ผู้รับบริการ จนเกิดผลตอบรับด้วยความพึงพอใจ ความรู้สึกพิเศษ</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)		
การประเมินการพัฒนาสถานบริการ		คะแนนเต็ม
๑. สิ่งแวดล้อมดี (Environment)		๑๘
๒. ด้านความทันสมัย (Modernization)		๑๘
๓. ด้านบริการด้วยหัวใจ (Smart Service)		๑๐
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	ประเมินการพัฒนาสถานบริการ EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	๒๖	(ผ่าน)



แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๓๗. สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :	
-	
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :	
-	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	๓๘.โรงพยาบาลมีการปรับโฉม Smart Hospital (Smart ER /Modernize OPD / มีการใช้พลังงานสะอาด)	
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป		
ผู้กำกับดูแล :	นายอาทิตย์ จรจรรัส	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายอาทิตย์ จรจรรัส
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔	โทรศัพท์ : ๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพัฒนาเป็น Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ ระดับโรงพยาบาลทั่วไป และระดับโรงพยาบาลชุมชน มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลหรือนวัตกรรมที่มีความทันสมัย มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการทำงานเดิม เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน อีกทั้งสนับสนุนการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ส่งผลให้เกิดความสะดวกสบายต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการและเกิดความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพ ตามแบบ Smart Hospital โดยสามารถเลือกพัฒนาด้านใดด้านหนึ่ง ดังนี้</p> <p><b>Smart ER</b> หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐานและสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้อย่างทันเวลา ปลอดภัย และประทับใจ</p> <p><b>Modernize OPD</b> หมายถึง การให้บริการผู้ป่วยนอกรูปแบบใหม่ที่มีการนำเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ ในการให้บริการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยให้แก่ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อีกทั้งสามารถจัดบริการที่มีประสิทธิภาพและเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ</p> <p><b>การใช้พลังงานสะอาด</b> หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการเลือกใช้พลังงานสะอาดหรือพลังงานทางเลือกมาทดแทนพลังงานเดิม หรือนำมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล ภายใต้การบริหารจัดการ ที่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย การเยียวยา และลดผลกระทบต่อชุมชน เช่น การใช้พลังงานแสงอาทิตย์ พลังงานลม พลังงานน้ำ พลังงานชีวมวล เป็นต้น</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖) (A/B) x ๑๐๐		
เกณฑ์การประเมิน		ผลการดำเนินงาน
Smart ER		
๑. มีการปรับโฉมการทำงาน SERVICE ของโรงพยาบาล ด้านบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น one province one ER, Tele-medicine, Tele-Consult, AOC, Referral system, Triage, Patient tracking เป็นต้น		อยู่ระหว่างดำเนินการ (กำหนดราคากลาง)
๒. มีการปรับโฉมการทำงาน SAFETY ของโรงพยาบาล ด้านบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น ๓P safety, Double door with access control, Transport capsule เป็นต้น		อยู่ระหว่างดำเนินการ (กำหนดราคากลาง)

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๓๘.โรงพยาบาลมีการปรับโฉม Smart Hospital (Smart ER /Modernize OPD / มีการใช้พลังงานสะอาด)

Modernize OPD	
๑. มีการปรับโฉมการทำงาน SERVICE ของโรงพยาบาล ด้านบริการผู้ป่วยนอก เช่น Tele-medicine, Tele-Consult, Registration, Appointment, Smart Queue, Self-service center, AI, E-payment, Free WIFI เป็นต้น	อยู่ระหว่างดำเนินการ (กำหนดราคากลาง)
๒. มีการปรับโฉมการทำงาน SAFETY ของโรงพยาบาล ด้านบริการผู้ป่วยนอก เช่น ๓P safety, Infectious control, Clean ventilation เป็นต้น	อยู่ระหว่างดำเนินการ (กำหนดราคากลาง)
๓. มีการปรับโฉมการทำงาน SPACE ของโรงพยาบาล ด้านบริการผู้ป่วยนอก เช่น Smart space utilization, Co-working Space, Green Area, Relax environment เป็นต้น	อยู่ระหว่างดำเนินการ (กำหนดราคากลาง)
การใช้พลังงานสะอาด	
มีการนำพลังงานสะอาดมาใช้แทนแหล่งพลังงานปกติ เช่น Solarcell เป็นต้น	อยู่ระหว่างดำเนินการ (กำหนดราคากลาง)

๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
-	

๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
โรงพยาบาลมีการปรับโฉม Smart Hospital (Smart ER /Modernize OPD / มีการใช้พลังงานสะอาด)	อยู่ระหว่างดำเนินการ	(ไม่ผ่าน)

๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

-

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๓๙.สถานบริการมีการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป	
ผู้กำกับดูแล : นายอาทิตย์ จรจรรัส	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายอาทิตย์ จรจรรัส
โทรศัพท์ : ๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔	โทรศัพท์ : ๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔
คำนิยาม :	<p><b>งานสื่อสารเชิงรุก (Proactive Communication)</b> หมายถึง การดำเนินกิจกรรมประชาสัมพันธ์หรือการชี้แจงให้เพิ่มความเข้าใจที่ถูกต้องของหน่วยงานกับประชาชนผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับบทบาท ภารกิจ กิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงานและข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพต่างๆ ที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าก่อนจะมีกิจกรรมหรือเหตุการณ์เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการยอมรับและความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมาย ด้วยเทคนิคการบริหารประเด็น (Issue Management) และการบริหารจัดการภาวะวิกฤต (Crisis Management) ผ่านรูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย สอดคล้องกับเทคโนโลยีการสื่อสารในปัจจุบัน</p> <p><b>การดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก</b> หมายถึง การขับเคลื่อนนโยบายการสื่อสารเชิงรุกของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ประกอบด้วย สำนักสารนิเทศ กองตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒) และการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุกของสถานบริการในส่วนภูมิภาค ตามประเด็นการดำเนินงาน ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. รับมอบและถ่ายทอดนโยบายการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนตามลำดับ</li> <li>๒. สำนักสารนิเทศ จัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายประชาสัมพันธ์กระทรวงสาธารณสุข คลังสื่อประชาสัมพันธ์ออนไลน์ และประเด็นการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุก (รายปี) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของสถานบริการในส่วนภูมิภาค</li> <li>๓. สถานบริการจัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายประชาสัมพันธ์และปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน</li> <li>๔. เขตสุขภาพทุกแห่งมีการพัฒนาศักยภาพและทักษะด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กับเครือข่ายสถานบริการ</li> <li>๕. เขตสุขภาพทุกแห่งจัดทำแผนสื่อสารประชาสัมพันธ์ประเด็นข่าวเชิงบวกของสถานบริการตามแนวทาง “๑ จังหวัด ๑ หน่วยบริการ ๑ ข่าวดี” พร้อมจัดส่งให้สำนักสารนิเทศรวบรวมจัดทำแผนประชาสัมพันธ์ “๑ จังหวัด ๑ หน่วยบริการ ๑ ข่าวดี” กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ เสนอผู้บริหารรับทราบตามลำดับ</li> <li>๖. สถานบริการดำเนินการผลิตและเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ตามแผนประชาสัมพันธ์ “๑จังหวัด ๑ หน่วยบริการ ๑ ข่าวดี” กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖</li> <li>๗. สำนักสารนิเทศ ขยายผลการเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ตามแผนประชาสัมพันธ์ “๑จังหวัด ๑ หน่วยบริการ ๑ ข่าวดี” กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ</li> </ol>

### แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๓๙.สถานบริการมีการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก
	<p>พ.ศ.๒๕๖๖ ผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ของกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายสื่อมวลชน เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณชนในวงกว้าง</p> <p>๘. สถานบริการทุกแห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดพื้นที่หรือจุดเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนผู้มารับบริการ</p> <p>๙. เขตสุขภาพทุกแห่ง ประสานงาน ควบคุม การกำกับ ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานของสถานบริการในพื้นที่รายไตรมาส</p> <p>๑๐. กองตรวจราชการและสำนักสารนิเทศ ควบคุม การกำกับ ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส</p> <p>สถานบริการ หมายถึง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วย เขตสุขภาพ (จำนวน ๑๒ แห่ง) โรงพยาบาลศูนย์ (จำนวน ๓๕ แห่ง) โรงพยาบาลทั่วไป (จำนวน ๙๒ แห่ง) และ โรงพยาบาลชุมชน (จำนวน ๗๗๔ แห่ง) ข้อมูล ณ วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕</p>

๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖) (A/B) x ๑๐๐

-	
---	--

๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	เว็บไซต์ของหน่วยงาน <a href="https://www.pphhos.com/">https://www.pphhos.com/</a>
๒	Facebook หน่วยงาน : โรงพยาบาลพุนพิน
๓	Page Facebook : โรงพยาบาลพุนพิน

๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
สถานบริการมีการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก	๐	(ไม่ผ่าน)

๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. มีบุคลากรสนับสนุนการดำเนินงานโดยเป็นแอดมินของ Facebook หน่วยงาน (นายเชษฐา แก้ววิรัช นักโภชนาการ)

๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. Page Facebook ที่มียอดผู้ติดตาม ๗,๔๐๐ คน ขณะนี้ถูกปิดกั้นไม่สามารถใช้งานได้

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๔๐. ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มีดิจิทัลไอดีเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ๔๐.๑ ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี ๔๐.๒ ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์	
ผู้กำกับดูแล : นายณภัทร แซ่มชื่น	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายจเร วีระกุลนิธิรัตน์
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑๑๐๐ ต่อ ๔๐๗	โทรศัพท์ :
คำนิยาม	<p><b>ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID)</b> หมายถึง ชุดของข้อมูลหรือคุณลักษณะที่รวบรวมและบันทึกในรูปแบบดิจิทัล เพื่อใช้ระบุตัวบุคคลในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ผ่านระบบการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนของระบบ Identity provider (IdP) เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ประชาชน และช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง แม้จะเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง</p> <p><b>ระบบ Identity provider (IdP)</b> หมายถึง ระบบกลางสำหรับบริหารจัดการข้อมูล Digital ID เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข(บุคคลธรรมดา) และประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ผ่านแพลตฟอร์มพร้อมพร้อม เช่น การตรวจพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Electronic)</p> <p><b>Know Your Customer : e KYC)</b> ช่วยลดขั้นตอนในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ประหยัดเวลา ลดภาระในการติดต่อหรือใช้บริการจากหน่วยบริการภาครัฐ*** ระบบ IdP ของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสอดคล้องตามมาตรฐาน และผ่านการพิจารณารับรองจาก</p> <p>๑. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic TransactionsDevelopment Agency: ETDA ตาม “ประกาศขอเสนอแนะมาตรฐานฯ ว่าด้วยการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล” และ</p> <p>๒. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) หรือ Digital Government Development Agency (Public Organization) (DGA) ตาม มาตรฐานรัฐบาลดิจิทัล Digital Government Standard ว่าด้วย แนวทางการจัดทำกระบวนการและการดำเนินงานทางดิจิทัล เรื่องการใช้ดิจิทัลไอดีสำหรับบริการภาครัฐ แล้ว</p> <p><b>บุคลากรสาธารณสุข</b> หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ได้แก่ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้นลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน (อ้างอิงจากระบบฐานข้อมูล HROPS)</p>

### แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๔๐. ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มีดิจิทัลไอดีเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ๔๐.๑ ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี ๔๐.๒ ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
	ประชาชน หมายถึง ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัด ทุกคน (อ้างอิงตามฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๑ เมษายน ๒๕๖๕)

#### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

A๑ = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่มีดิจิทัลไอดีในโรงพยาบาล	๒๖๔
B๑ = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมดในโรงพยาบาล	๒๖๔
A๒ = ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบที่มีดิจิทัลไอดี	๐
B๒ = จำนวนประชาชนรวมทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ	๐
ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี = $(A๑/B๑) \times ๑๐๐$	๑๐๐
ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ = $(A๒/B๒) \times ๑๐๐$	๐

#### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	การยืนยันตัวตนใน “หมอพร้อม”

#### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี	๑๐๐	(ผ่าน)
ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	๐	(ไม่ผ่าน)

#### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

#### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

- ผลการดำเนินงานจะคิดในรายภาพรวมจังหวัด โดยไม่สามารถแยกดูเป็นรายเขตรับผิดชอบได้
- ขาดการลงพื้นที่เชิงรุกในการให้บริการประชาชน

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๔๑.โรงพยาบาลมีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด
หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์	
ผู้กำกับดูแล :	นายณภัทร แซ่มชื่น
ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นายณัฐพร ประชุม
โทรศัพท์ :	๐๗๗-๓๑๑๑๐๐ ต่อ ๔๐๗
โทรศัพท์ :	-
คำนิยาม	<p><b>การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)</b> หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้านระหว่างสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้านคลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานแพ้มService (๑๔) รหัสประเภทการมารับบริการ “๕ การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine”</p> <p>บริการการแพทย์ทางไกลในตัวชี้วัดนี้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์ และบริบทของพื้นที่ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้านรหัส ๑B๑๒๘๑ ผู้ป่วยติดเตียง รหัส ๑B๑๒๘๒ จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E๑๐-E๑๔ โรคความดันโลหิตสูง ๑๐-๑๕ จากรหัส ICD-๑๐ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD) โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดให้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. เขตสุขภาพ คัดเลือกจังหวัด และโรงพยาบาล เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องดำเนินการให้สำเร็จมีผลการให้บริการในงบประมาณ ๒๕๖๖ อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ของจำนวนจังหวัดในเขตสุขภาพ และอย่างน้อยจังหวัดละ ๓ โรงพยาบาล</li> <li>๒. โรงพยาบาล จะต้องให้บริการการแพทย์ทางไกล และการเตรียมการ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>๒.๑ ให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอื่นๆ ตามที่แพทย์เห็นสมควรหรือตามบริบทของพื้นที่</li> <li>๒.๒ มีการจัดสรรบุคลากรเป็นทีมงานให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถดำเนินการในรูปแบบกลุ่มงานภายใน งานภายใน หรือคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล ด้วยบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพดิจิทัล การแพทย์ทางไกล และอื่น ๆ (รายละเอียดตามร่างคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล แนบท้าย)</li> <li>๒.๓ มีระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth</li> <li>๒.๔ มีกระบวนการต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน</li> <li>๒.๕ มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือญาติของผู้ป่วยร่วมอยู่ในระบบบริการ</li> </ol> </li> <li>๓. โรงพยาบาล มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆมาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ <ol style="list-style-type: none"> <li>๓.๑ หน่วยบริการประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ</li> <li>๓.๒ หน่วยบริการจัดให้มีระบบสารสนเทศ (ระบบอิเล็กทรอนิกส์) ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล ที่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ</li> </ol> </li> </ol>



แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๔๑.โรงพยาบาลมีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด
	<p>๓.๓ หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือตามบริบทของพื้นที่</p> <p>๓.๔ อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก ๓ หมอ</p> <p>๓.๕ การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อบริบบนที่กการให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) และสามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้</p> <p>๓.๖ การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการสงยาที่บ้านได้</p> <p>๓.๗ รพ. จัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ทางไกล</p> <p>๓.๘ รพ. มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ</p> <p>๓.๙ คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด ติดตามและกำกับดูแล รพ. ให้มีการดำเนินงานด้านความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ และมีรูปแบบการให้บริการที่สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้ และมีบริการสงยาที่บ้านได้</p> <p>หมายเหตุ ศทส. จะแจ้งเวียนแบบสอบถาม และระบบประเมินความพึงพอใจ ภายในเดือนมกราคม ๒๕๖๖</p>

๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

A = จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ “๕ การบริการการแพทย์ทางไกลTelehealth/ Telemedicine”)	๐
B = จำนวนครั้งของการมารับบริการทุกประเภท	๐
ร้อยละการบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	๐

๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	กำลังดำเนินการขอให้ติดตั้งและทดสอบและรอขึ้นระบบจริงเพื่อให้แพทย์ได้ทดลองใช้จริง

๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละการบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	๐	(ไม่ผ่าน)

๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

-

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
ตัวชี้วัด	๔๒. หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน		
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป			
ผู้กำกับดูแล :	นายอาทิตย์ จรจรัส	ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นายอาทิตย์ จรจรัส
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔	โทรศัพท์ :	๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔
คำนิยาม :	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน</p> <p>อัตราส่วนทางการเงิน ที่ใช้ในการคำนวณวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ (Risk Scoring) ประกอบด้วย</p> <p>๑.อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน</p> <p>๒.อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หัก สินค้าคงเหลือและสินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน</p> <p>๓.อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio) = เงินสด และรายการเทียบเท่าเงินสด หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน</p> <p>๔. ทุนสำรองสุทธิ(Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน</p> <p>๕.รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income : NI) = รวมรายได้ หัก รวมค่าใช้จ่าย</p> <p><b>เกณฑ์การให้คะแนน</b> หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม มี ๗ ข้อย่อย ขอละ</p> <p>๑ คะแนน ผลรวมคะแนนสูงสุด เท่ากับ ๗ คะแนน หมายถึง หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ รองลงมา ๖ คะแนน หมายถึง หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๖</p> <p>๑. กลุ่มแสดงสภาพคล่องทางการเงิน</p> <p style="padding-left: 20px;">๑.๑ CR &lt; ๑.๕</p> <p style="padding-left: 20px;">๑.๒ QR &lt; ๑.๐</p> <p style="padding-left: 20px;">๑.๓ Cash &lt; ๐.๘</p> <p>๒. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน รวม ๒ คะแนน</p> <p style="padding-left: 20px;">๒.๑ ทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net Working Capital) NWC &lt; ๐</p> <p style="padding-left: 20px;">๒.๒ รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income) NI &lt; ๐</p> <p>๓. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง (ได้คะแนนขอ ๓.๑ หรือ ๓.๒)</p> <p style="padding-left: 20px;">๓.๑ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด &lt; ๓ เดือน*</p> <p style="padding-left: 20px;">๓.๒ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด &lt; ๖ เดือน</p> <p>*โดยให้น้ำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด &lt; ๓ เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น ๒ เท่าการจัดกลุ่มหน่วยบริการ ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน นำผลรวมคะแนนข้างต้น (๐ -๗ คะแนน) มาจัดกลุ่ม โดยเรียงลำดับการเกิดวิกฤตทางการเงินจากระดับน้อยไปมาก แต่ระดับมีความหมาย ดังนี้</p> <p>การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมิน</p>		

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๔๒. หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
	<p>ทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ ๗ ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ ๖ ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๓ เดือน ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้ การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี ๒๕๖๖</p> <p>๑. มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง</p> <p>มาตรการที่ ๑ : พัฒนาระบบบัญชีบริหาร (Accounting )</p> <p>มาตรการที่ ๒ : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)</p> <p>มาตรการที่ ๓ : พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจสุขภาพ และด้านหลักประกันสุขภาพ (Competency)</p> <p>มาตรการที่ ๔ : เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง (Division of regional health)</p> <p>มาตรการที่ ๕ : ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเผื่อระวัง (Efficiency)</p>

๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖) (A/B) x 100

อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio : CR) ไม่ต่ำกว่า ๑.๕	๒.๔๔
อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) ไม่ต่ำกว่า ๑	๒.๔๐
อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio) ไม่ต่ำกว่า ๐.๘	๒.๒๘
ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC)	๑๘,๕๖๑,๔๒๓.๙๐
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income : NI)	๔๕,๔๕๒,๙๓๐.๓๕

๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
-	-

๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน		(ผ่าน)

๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

-

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
ตัวชี้วัด	๔๓.จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด		
หน่วยงาน : การจัดการความรู้ KM			
ผู้กำกับดูแล :	ทันตแพทย์หญิงชนนต์ ธีรรัช	ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางสาวบุญยวีร์ จิวประดิษฐกุล
โทรศัพท์ :	๐๖๑-๘๖๒๔๕๖๓	โทรศัพท์ :	๐๙๒-๖๙๑๔๙๐๔
คำนิยาม :	<p>๑. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หมายถึงความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยสามารถเผยแพร่ ถ่ายทอดและนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้</p> <p>๒. การพัฒนาต่อยอดหมายถึงการนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษาวิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแลนำมาพัฒนาต่อยอดให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม</p> <p>๓. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หมายถึงผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดผ่านกระบวนการวิจัยพัฒนาหรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วมทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนดซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้วจำแนกเป็น ๔ ประเภท ได้แก่</p> <p>๑) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่รวมถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นเช่นชุดทดสอบชุดเครื่องมือผลิตภัณฑ์รักษาโรคป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น</p> <p>๒) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างขึ้นใหม่หรือปรับปรุงสิ่งเดิมเช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ของการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากลระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น</p> <p>๓) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทางหรือวิธีการผลิตสินค้าหรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิมด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยีกระบวนการและเทคนิคต่างๆที่เกี่ยวข้องรวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิดวิธีการหรือกระบวนการใหม่ๆที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงขึ้นเช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนากระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น</p> <p>๔) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้องค์ความรู้ทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กรสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น</p>		

### แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ตัวชี้วัด	๔๓.จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด
	<p>๔. เทคโนโลยีทางสุขภาพหมายถึงการรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันรักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายเพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิตทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องผลิตภัณฑ์สุขภาพ(เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางอาหารยาเครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการตรวจโรคการรักษาโรคการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ)</p> <p>๕. การผลิตหมายถึงการนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ</p> <p>๖. การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์หมายถึงการมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้</p> <p>๑) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือการนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรครักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพเช่นการนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการการตรวจชั้นสูตรการใช้อ้างอิงทางวิชาการการใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเป็นต้น</p> <p>๒) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคเช่นการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยการสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับอาหารยาเสพติดวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทสารระเหยเครื่องสำอางเครื่องมือแพทย์ วัสดุและวัตถุอันตรายทางสาธารณสุขชีววัตถุสมุนไพรและการชันสูตรโรคเป็นต้น</p> <p>๓) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์เช่นการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้นๆการถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจเป็นต้นฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึงระบบบริหารจัดการองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บ</p> <p>ข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกันทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่างๆร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อนและหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูลรวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล</p>

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง(เมษายน ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
ตัวชี้วัด	๔๓.จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด		๐
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	คลังความรู้ออนไลน์	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	๐	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑. บุคลากรติดภาระหน้างานด้านคลินิก ไม่มีเวลาในการเขียนผลงานวิชาการ		
๒. บุคลากรบางส่วนยังไม่ได้รับการอบรมส่งเสริมความรู้/ทักษะการเขียนผลงานวิชาการ		

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	(ผ่าน)	-	-
๒. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย	ไตรมาส ๑ (ผ่าน) ไตรมาส ๒ (ไม่ผ่าน)	๑. มีบัตรนัดที่ ระบุ QR Code Line เพื่อติดต่อเจ้าหน้าที่โดยตรง	๑. ผู้ปกครองเปลี่ยนที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ทำให้เลยช่วงการคัดกรองพัฒนาการเด็ก
๓. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย	(ผ่าน)	๑. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะ การประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA๔1 รวมทั้งทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง ๒. ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่บริการ ๓. ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าให้มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ๔. การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC และข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1	๑. การย้ายที่อยู่ ๒. การปรับเปลี่ยนฐานข้อมูลประชากร ๓. ทิศนคติของผู้ปกครอง ประเมินพัฒนาการบุตรแล้วเห็นว่าสมวัยจึงมามาตามนัด ๔. ไม่มีห้อง / สถานที่ ที่มีความพร้อมแก่การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
๔. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	(ผ่าน)	-	๑. มารดาหลังคลอดบางรายมีปัญหาสุขภาพเป็นข้อบกพร่องที่ไม่สามารถวางแผนครอบครัวโดยวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร
๕. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	(ไม่ผ่าน)	๑. ทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้จัดการการดูแล (CM) / ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ๒. การส่งต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจากทุกภาคส่วน เพื่อการ	๑. เนื่องจากพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลพุนพิน แบ่งเป็น ๒ เขต เทศบาล/อบต. การของบประมาณโครงการอาจจะเกิดความล่าช้า

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
		<p>ดูแลประเมินที่เรื้อรังขึ้น ทั้งภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล</p> <p>๓.งบประมาณการสนับสนุนโครงการสำหรับผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง</p> <p>๔.การได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาคท้องถิ่น ชุมชน</p>	<p>๒.ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนมาก การดูแลประเมินต้องใช้เวลาานาน อีกทั้งมีรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ</p> <p>๓.ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายสิทธิการรักษาไม่ใช่สิทธิบัตรทองจึงไม่สามารถนำเข้าโครงการได้</p>
๖. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	(ไม่ผ่าน)	-	-
<p>๗. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>๗.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>๗.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p>	<p>(ไม่ผ่าน)</p> <p>(ไม่ผ่าน)</p>	<p>๑.สถานที่ต่อการให้บริการคลินิก</p> <p>๒.ทีมสหวิชาชีพพร้อมกันดูแลรักษา</p>	<p>๑.อุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน</p> <p>๒.สถานที่ไม่พร้อมต่อการให้บริการ</p> <p>๓.ระบบการดูแลรักษาการพัฒนาไม่เต็มที่</p>



ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๘. โรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุ	(ไม่ผ่าน)	-	<p>๑. การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ (การเดินทาง/ข้อจำกัดด้านสุขภาพ/ค่าใช้จ่าย/ผู้ดูแล/การไม่เห็นความสำคัญด้านสุขภาพในการรักษา</p> <p>๒. การรับ-ส่งต่อ ข้อมูลการดูแลในเครือข่าย</p> <p>๓. ไม่มีสถานที่ที่เหมาะสมและอุปกรณ์ในการให้บริการและฝึกสมอง ในกลุ่ม MCI ( TEAM-V), บุคคลากรน้อย</p>
๙. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	(ไม่ผ่าน)	-	<p>๑. เนื่องจากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ยังคงน้อยเกินไป</p> <p>** ขณะนี้อยู่ระหว่างการสำรวจข้อมูล เพื่อให้มีความครอบคลุมของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ๘๐%</p>
<p>๑๐. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง</p> <p>๑๐.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>๑๐.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>(ไม่ผ่าน)</p> <p>(ไม่ผ่าน)</p>	-	-

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๑๑. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	(ไม่ผ่าน)	-	-
๑๒. ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	(ไม่ผ่าน)	-	๑.มีการปิดตัวลงของร้านค้าในอดีตเพิ่มมากขึ้น และมีร้านค้าใหม่เพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนทั้งหมดที่ได้ยังไม่คงที่
๑๓. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	(ไม่ผ่าน)	-	-
๑๔. ร้อยละประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน	(ไม่ผ่าน)	-	-
๑๕. ร้อยละของชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	(ไม่ผ่าน)	-	-
๑๖. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit ๑๗.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙)	(ผ่าน)	-	-
๑๗. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโรคปอดร้ายใหม่	(ไม่ผ่าน)	๑. การให้ความร่วมมือ ของทีมสหวิชาชีพ และเครือข่าย การประสานส่งต่อข้อมูล และมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง จนครบตามเกณฑ์ที่กำหนด	๑. การติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการ ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้เนื่องจาก ไม่มีโทรศัพท์ ไม่มีญาติ และมีการย้ายถิ่นฐานบ่อยไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๑๗.๑ อัตราความสำเร็จการ รักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๑๗.๒ อัตราความครอบคลุมการ ขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	(ไม่ผ่าน)	๒. การให้ความร่วมมือของผู้รับบริการ	
๑๘. โรงพยาบาลผ่านตามเกณฑ์ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital)	(ผ่าน)	๑.ผู้บริหารและองค์การแพทย์ให้ความสำคัญ	๑.การเปลี่ยนแปลงแพทย์บ่อย
๑๙. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อย กว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	(ผ่าน)	-	-
๒๐. ร้อยละการให้การดูแลตาม แผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับ ประคองอย่างมีคุณภาพ	(ผ่าน)	๑. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนให้คำแนะนำ ปรึกษาแก้ไขปัญหา มีทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง	๑. ผู้ป่วยและญาติมักจะไม่ค่อยให้พูดถึงอาการและ การเสียชีวิตในระยะสุดท้าย
๒๑. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการ วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	(ผ่าน)	-	-
๒๒. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการ ในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วย	(ไม่ผ่าน)	-	-

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
๒๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิต	(ผ่าน)	<p>๑. เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง ๒Q และพัฒนาเป็น ๒QPlus โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือหลังคลอด ผู้ที่มีปัญหาสารเสพติด กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าที่ชัดเจน ทุก ราย หากพบว่ามีความเสี่ยง ส่งต่อคลินิกจิตเวชและยาเสพติดทุกราย</p> <p>๒. เครื่องมือประเมินและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นออนไลน์ โดย Mental health check in พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต หากพบว่ามี ความเสี่ยงสูงจะมีการส่งต่อข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง รพช.</p>	๑. กรณีที่แพทย์พิจารณา Refer ไปยังแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญกว่า ผู้รับบริการมักไม่ไปตามระบบ Service plan
๒๔. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒๔.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒๔.๒ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	(ไม่ผ่าน) (ไม่ผ่าน)	<p>๑. เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง ๒QPlus ๙Q ๘Q โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือหลังคลอด ผู้ที่มีปัญหาสารเสพติด กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าที่ชัดเจน ทุก ราย หากพบว่ามี ความเสี่ยง ส่งต่อคลินิกจิตเวชและยาเสพติดทุกครั้งที่มาใช้บริการ</p> <p>๒. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ทักษะการให้คำปรึกษา การสอบสวนโรคหลักสูตรการ</p>	๑. มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จที่อยู่นอกเขตพื้นที่รับผิดชอบหรือพื้นที่ใกล้เคียงมาชั้นสูตรที่โรงพยาบาลพูนพิณ ทำให้ต้องสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเองและนับเป็นผลงานของโรงพยาบาลพูนพิณ ทำให้เกินค่าเป้าหมาย

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
		<p>สอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามหลักระบาดวิทยา ในการกำหนดมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่ต่อไป อีกทั้งยังใช้กระบวนการและทักษะของการให้คำปรึกษาทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลหรือญาติหรือคนใกล้ชิดของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายส่งผลให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและเป็นความลับมากกว่าการเก็บข้อมูลรายงานด้วยรง.๕๐๖</p> <p>๓. ได้รับการสนับสนุนที่ดีในการร่วมสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จประกอบด้วย สสอำเภอ และ รพ.สต ทั้ง ๗ แห่ง</p>	
<p>๒๕. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p>	<p>(ผ่าน)</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>๒๖. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด</p> <p>๒๖.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p>	<p>(ผ่าน)</p>	<p>๑. โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานีมีการสำรองยา Streptokinase พร้อมให้แลกเปลี่ยนหลังมีการใช้ยาตลอดเวลา</p>	<p>๑. การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยยังไม่ครอบคลุม</p> <p>๒. การโทรติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาลต้องโทรหลายจุด ทำให้ต้องใช้เวลาในการประสาน</p>

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
<p>๒๖.๒ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <p>๒๖.๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <p>๒๖.๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p>	<p>(ผ่าน)</p> <p>(ไม่ผ่าน)</p>		
<p>๒๗. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง</p> <p>๒๗.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>๒๗.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy</p> <p>๒๗.๓ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p> <p>๒๗.๔ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy</p>	<p>(ผ่าน)</p> <p>(ผ่าน)</p> <p>(ไม่ผ่าน)</p> <p>(ผ่าน)</p>	-	๑. ประชาชนรับอุปกรณ์การเก็บอุจจาระ แต่ไม่ส่งคืนให้เจ้าหน้าที่

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๒๘. ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓ m <sup>๒</sup> /yr	(ไม่ผ่าน)	๑. มีทีมสหวิชาชีพในการดำเนินสนับสนุนงานคลินิก ๒. มีอุปกรณ์ เพียงพอ พร้อมใช้	๑. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกไม่เพียงพอ ๒. ขาดความร่วมมือกับหน่วยงานภาคชุมชน
๒๙. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	(ไม่ผ่าน)	๑. มีระบบการติดตามทางไลน์กับผู้บำบัด ทำให้สะดวกในการติดต่อสื่อสาร การให้ข้อมูล การแจ้งผลการบำบัดและผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ๒. ได้รับการสนับสนุน การประสานงานที่ดีกับเครือข่าย ในการติดตามให้มาบำบัดยาเสพติด	๑. ผู้รับการบำบัดยาเสพติดบางรายมีข้อจำกัดด้านการประกอบอาชีพ เช่น ต้องขับรถ รับ – ส่ง สินค้า ไปต่างจังหวัดครั้งละหลาย ๆ วัน ทำให้ไม่สามารถมาเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมได้ ๒. ผู้รับการบำบัด เพิ่งได้เริ่มทำงานใหม่ ต้องทำงานในวัยเวลาราชการ ไม่สามารถลางานมาเข้ารับการบำบัดได้ ถึงแม้จะมีการอำนวยความสะดวกเปิดบริการเวลาพักเที่ยง แต่ยังไม่สามารถมาได้ ๓. ผู้รับการบำบัดประกอบอาชีพทำลูกจ้างบริษัท รับเหมา สถานที่ทำงานไม่แน่นอน เช่น ไปต่างจังหวัด ไม่อยู่ประจำที่ ทำให้ไม่มีเวลาและไม่มีเงินจ่ายค่าโดยสารมาบำบัดฯ ตามโปรแกรม
๓๐. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	(ผ่าน)	๑. งานกายภาพบำบัดมีการปรับแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สัปดาห์ละ ๒ วัน	๑. ผู้ป่วยนอกเขต ไม่สะดวกนัดเป็น OPD case แก้ปัญหาโดยการติดตามทางโทรศัพท์ Line official account: กายภาพบำบัดรพ.พูนพิณ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
<p>๓๑. ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>๓๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์</p> <p>๓๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์</p> <p>๓๑.๓ จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๓๑.๓.๑ หน่วยงานตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์</p> <p>๓๑.๓.๒ หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามเขตสุขภาพ (๑๒ เขต)</p>	(ผ่าน)	-	<p>๑. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) กลุ่มมะเร็งบางรายก็ไม่ยินยอมเข้าร่วมการรักษาโดยการใ้ยาที่มีกัญชาปรุงผสม</p>
<p>๓๒. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</p>	(ไม่ผ่าน)	-	<p>๑. การประชาสัมพันธ์การรับรู้การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ของประชาชน ในชุมชนยังไม่ทั่วถึง</p>



ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๓๓. หน่วยงานเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	(ไม่ผ่าน)	-	-
๓๔. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	(ผ่าน)	-	-
๓๕. หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	(ไม่ผ่าน)	-	-
๓๖. โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	(ผ่าน)	๑.สนับสนุนการเข้าร่วมประชุมวิชาการ HACCP๖๕ / HA Forum Thailand สนับสนุนคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ ๕ และคู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (SPA) ตอนที่๑-๓	๑.การติดตามการดำเนินงานคณะกรรมการงานคุณภาพในแต่ละทีม ไม่เป็นไปตามแผนดำเนินการเนื่องจากภาระงานเร่งด่วนหน้างานในแต่ละช่วงเวลา
๓๗. สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	(ผ่าน)	-	-
๓๘. โรงพยาบาลมีการปรับโฉม Smart Hospital (Smart ER /Modernize OPD / มีการใช้พลังงานสะอาด)	(ไม่ผ่าน)	-	-
๓๙.สถานบริการมีการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก	(ไม่ผ่าน)	๑. มีบุคลากรสนับสนุนการดำเนินงานโดยเป็นแอดมินของเฟซบุ๊กหน่วยงาน	๑. เฟจเฟซบุ๊กที่มียอดผู้ติดตาม ๗,๔๐๐ คน ขณะนี้ถูกปิดกั้นไม่สามารถใช้งานได้

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๔๐. ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มีดิจิทัลไอดีเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ๔๐.๑ ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี ๔๐.๒ ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	(ผ่าน)  (ไม่ผ่าน)	-	๑.ผลการดำเนินงานจะคิดในรายภาพรวมจังหวัด โดยไม่สามารถแยกดูเป็นรายเขตรับผิดชอบได้ ๒.ขาดการลงพื้นที่เชิงรุกในการให้บริการประชาชน
๔๑.โรงพยาบาลมีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	(ไม่ผ่าน)	-	-
๔๒. หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	(ผ่าน)	-	-
๔๓.จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	(ไม่ผ่าน)	-	๑. บุคลากรติดภาระงานด้านคลินิก ไม่มีเวลาในการเขียนผลงานวิชาการ ๒. บุคลากรบางส่วนยังไม่ได้รับการอบรมส่งเสริมความรู้/ทักษะการเขียนผลงานวิชาการ

รายงานผลการดำเนินงาน  
ตามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ร้อยละความสำเร็จเครือข่ายต้นแบบระดับประเทศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
หน่วยงาน : คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์						
ผู้กำกับดูแล : นายแพทย์สำเนียง แสงสว่าง	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางวารารณม์ คงเสน่ห์					
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑๓๘๕ ต่อ ๓๓๔	โทรศัพท์ : ๐๙๔-๖๑๔-๒๒๙๑					
คำอธิบาย :						
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เครือข่าย หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณ</li> <li>● เครือข่ายต้นแบบระดับประเทศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง การขับเคลื่อนดำเนินงานเพื่อให้ก้าวสู่ต้นแบบระดับประเทศ โดยยึดหลัก ดังต่อไปนี้             <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ได้รับรางวัล NCD Clinic Plus Award ระดับประเทศ</li> <li>๒. ผลการดำเนินงานเครือข่าย ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็น ๑ ใน ๕ อันดับแรกของประเทศ</li> </ol> </li> </ul>						
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)						
ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน			คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	
๑	- มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และการสื่อสารกับภาคีเครือข่าย - มีการวางแผนปฏิบัติการ การทำงานร่วมกัน และจัดการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			๑	๑	
๒	- ระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงและต่อเนื่อง ทั้งเครือข่าย รวมถึงการวิเคราะห์และคืนข้อมูล เพื่อก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในระดับเครือข่าย - มีการค้นหาปัจจัยเสี่ยง และพัฒนากระบวนการบริการ			๑	๐.๕	
๓	- มีการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน - สนับสนุนการจัดกิจกรรมป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง			๑	๑	
๔	- มีผลงานวิชาการสนับสนุน CQI R๒R Research เพื่อพัฒนาการดำเนินงาน			๒	๒	
๕	ระดับคะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus			๕	๓	
	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
	ระดับ	≤๖๔	๖๕-๗๔	๗๕-๗๙	๘๐-๘๔	๘๕-๑๐๐
	คะแนน	ต่ำกว่าพื้นฐาน	พื้นฐาน	ดี	ดีมาก	ดีเด่น
๖	ผลการงานดีเด่น NCD clinic Plus Award ประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็ก			๑๕	๕	
	คะแนน	๕	๑๐	๑๕		
	ระดับ	จังหวัด	เขต	ประเทศ		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)     รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ร้อยละความสำเร็จหรือขาดันแบบระดับประเทศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง							
๗	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด (โดยมีการเปรียบเทียบผลงานระดับประเทศ)						๗๕	๔
	ตัวชี้วัด	คะแนน					ผลงาน	
		๑	๒	๓	๔	๕		
	๑. ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐	๐	
	๒. ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐	๐	
	๓. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐	๐	
	๔. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐	๐	
	๕. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐	๐	
	๖. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๐	
	๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์	๖๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑	
	๘. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI >= ๒๕ กก./ตร.ม.] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๐	
	๙. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน	๒.๕	๒	๑.๕	๑	๐.๕	๓	
	๑๐. ร้อยละของผู้ที่มีความดันโลหิต ≥ ๑๘๐/๑๑๐ มม.ปรอทจากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัย	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๐	
	๑๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐	๐	
	๑๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐	๐	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ร้อยละความสำเร็จเครือข่ายต้นแบบระดับประเทศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	คะแนน					ผลงาน	
		๑	๒	๓	๔	๕		
๑๓. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง		๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐	๐	
๑๔. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq$ ๒๐% หลังได้รับการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงแล้วมี CVD Risk ลดลง		๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐	๐	
๑๕. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD ๓-๔ ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย		๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐	๐	
<b>คะแนนรวม</b>							<b>๑๐๐</b>	<b>๑๖.๕</b>

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	มีการประชาสัมพันธ์การลงพื้นที่คัดกรอง และ ๕ สัญญาณเตือน ๕ โรค NCDs
๒	มีการจัดตั้งทีมคัดกรองสุขภาพ ร่วมกับ อสม. ในชุมชน / มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองและบันทึกผลการคัดกรอง
๓	มีการจัดทำโครงการการคัดกรองสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ร่วมกับอสม.
๔	การพัฒนาให้เกิด wellness clinic อย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน และต่อเนื่อง ขยายผลลงสู่ชุมชนโดย อสม. (กำลังดำเนินการ)
๕	ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
๖	ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่เป็น อสม. โรงพยาบาลพุนพิน (กำลังดำเนินการ)
๗	พัฒนางานวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดูแล/ควบคุม/ป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเข้าถึงยาก
๘	ส่งเสริม/สนับสนุน ให้เกิดบุคคลต้นแบบด้านป้องกัน/ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
๙	จัดให้มีการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอพุนพิน เพื่อดำเนินงาน
๑๐	พัฒนา แนวทางการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการรับบริการของประชาชน
๑๑	พัฒนาระบบ Line official ของ งานปฐมภูมิฯ เพื่อการสื่อสารกับประชาชน

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด | ร้อยละความสำเร็จเครือข่ายต้นแบบระดับประเทศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละความสำเร็จเครือข่ายต้นแบบระดับประเทศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑๖.๕	(ไม่ผ่าน)

๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- ปัจจัยด้านนโยบาย ที่ชัดเจน การพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน การควบคุมกำกับและติดตามงาน อย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านทรัพยากร และกำลังคน ในการดำเนินงาน
- ปัจจัยด้านทีมสนับสนุนจากเครือข่ายอื่นๆในอำเภอพุนพิน ได้แก่ อสม. อบต. เทศบาล สสส. ฯ

๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

- ปัจจัยด้านทะเบียนราษฎร์
  - ประชากรที่มีชื่ออาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ แต่ต้องไปทำงานนอกเขตพื้นที่
- ปัจจัยส่วนบุคคล
  - ประชาชน/ผู้ป่วย ยังมีการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม รับประทานเนื้อสัตว์มากกว่าผักผลไม้
  - บางรายพบว่ยังมีการดื่มเหล้าอยู่เป็นประจำ
  - มีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อย/ไม่สม่ำเสมอ
  - มีความเครียด ทั้งเรื่องงาน เรื่องครอบครัว พักผ่อนน้อย
- ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ/สังคม
  - สมาชิกในครอบครัววัยทำงาน ต้องทำงานหาเงิน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยในครอบครัว
  - การร่วมรับประทานอาหารงานเลี้ยงในงานพิธีต่างๆในชุมชนบ่อยๆ

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา
หน่วยงาน: กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	
ผู้กำกับดูแล : นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอาริยา ชัยยศ
โทรศัพท์ : ๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๙	โทรศัพท์ : ๐๙๑-๑๖๐๑๐๐๖
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานและมีระดับน้ำตาล FBS มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒๖ mg/dL ปีงบประมาณปัจจุบัน และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานมาก่อน ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ปีงบประมาณปัจจุบันลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ในปีงบประมาณปัจจุบัน	๑๐
จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ในปีงบประมาณปัจจุบัน	๒๕
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	๕๐

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	มีการประชาสัมพันธ์การลงพื้นที่คัดกรอง และ ๕ สัญญาณเตือน ๕ โรค NCDs
๒	มีการจัดตั้งทีมคัดกรองสุขภาพ ร่วมกับ อสม. ในชุมชน / มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองและบันทึกผลการคัดกรอง
๓	มีการจัดทำโครงการการคัดกรองสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ร่วมกับอสม. ในเขต อบต.ท่าข้าม
๔	การพัฒนาให้เกิด wellness clinic อย่างเป็นทางการที่ชัดเจน และต่อเนื่อง ขยายผลลงสู่ชุมชนโดยอสม.
๕	ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
๖	ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่เป็น อสม.โรงพยาบาลพุนพิน (กำลังดำเนินการ)
๗	พัฒนางานวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดูแล/ควบคุม/ป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเข้าถึงยาก
๘	ส่งเสริม/สนับสนุน ให้เกิดบุคคลต้นแบบด้านป้องกัน/ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
๙	จัดให้มีการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอพุนพิน เพื่อดำเนินงาน
๑๐	พัฒนา แนวทางการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการรับบริการของประชาชน
๑๑	พัฒนาระบบ Line official ของ งานปฐมภูมิฯ เพื่อการสื่อสารกับประชาชน



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	๓๒.๗๒
		ค่าคะแนนที่ได้ (ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
๑. ปัจจัยด้านนโยบาย ที่ชัดเจน การพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน การควบคุมกำกับและติดตามงาน อย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านทรัพยากร และกำลังคน ในการดำเนินงาน		
๒. ปัจจัยด้านทีมสนับสนุนจากเครือข่ายอื่นๆในอำเภอพุนพิน ได้แก่ อสม. อบต. เทศบาล สสส. ฯ		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑. ปัจจัยส่วนบุคคล		
- ประชาชน/ผู้ป่วย ยังมีการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม รับประทานเนื้อสัตว์มากกว่าผักผลไม้		
- มีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อย/ไม่สม่ำเสมอ มีความเครียด ทั้งเรื่องงาน เรื่องครอบครัว พักผ่อนน้อย		
๒. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ/สังคม		
- สมาชิกในครอบครัววัยทำงาน ต้องทำงานหาเงิน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยในครอบครัว , การร่วมรับประทานอาหารงานเลี้ยงในงานพิธีต่างๆ ในชุมชนบ่อยๆ		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล		
ผู้กำกับดูแล :	นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางวารภรณ์ คงเสน่ห์
โทรศัพท์ :	๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓	โทรศัพท์ : ๐๙๔-๖๑๔-๒๒๙๑
คำนิยาม	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงและมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mm.hg หมายเหตุ : ต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากที่ใดมาก่อน	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคความดันโลหิตสูง (1๐) ในปีงบประมาณปัจจุบัน		๑๗๖
จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคความดันโลหิตสูง (1๐) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา (เฉลี่ย ๖ เดือน)		๒๒๒
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา		๒๐.๗๒
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	มีการประชาสัมพันธ์การลงพื้นที่คัดกรอง และ ๕ สัญญาณเตือน ๕ โรค NCDs	
๒	มีการจัดตั้งทีมคัดกรองสุขภาพ ร่วมกับ อสม.ในชุมชน / มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง และบันทึกผลการคัดกรอง	
๓	มีการจัดทำโครงการการคัดกรองสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ร่วมกับ อสม. ในเขต อบต.ท่าข้าม	
๔	การพัฒนาให้เกิด wellness clinic อย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน และต่อเนื่อง ขยายผลลงสู่ชุมชนโดย อสม.	
๕	ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี	
๖	ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่เป็น อสม.โรงพยาบาลพุนพิน (กำลังดำเนินการ)	
๗	พัฒนางานวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดูแล/ควบคุม/ป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเข้าถึงยาก	
๘	ส่งเสริม/สนับสนุน ให้เกิดบุคคลต้นแบบด้านป้องกัน/ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	
๙	จัดให้มีการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอพุนพินเพื่อดำเนินงาน	
๑๐	พัฒนา แนวทางการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการรับบริการของประชาชน	
๑๑	พัฒนาระบบ Line official ของ งานปฐมภูมิฯ เพื่อการสื่อสารกับประชาชน	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ		
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ		
ตัวชี้วัดที่ ๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา		
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	๒๐.๗๒	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :			
๑. ปัจจัยด้านนโยบาย ที่ชัดเจน การพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน การควบคุมกำกับและติดตามงาน อย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านทรัพยากร และกำลังคน ในการดำเนินงาน			
๒. ปัจจัยด้านที่สนับสนุนจากเครือข่ายอื่นๆในอำเภอพุนพิน ได้แก่ อสม. อบต. เทศบาล สสส. ฯ			
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :			
๑. ปัจจัยส่วนบุคคล			
- ประชาชน/ผู้ป่วย ยังมีการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม รับประทานเนื้อสัตว์มากกว่าผักผลไม้			
- บางรายพบว่าการดื่มเหล้าอยู่เป็นประจำ มีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อย/ไม่สม่ำเสมอ มีความเครียด			
ทั้งเรื่องงาน เรื่องครอบครัว พักผ่อนน้อย			
๒. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ/สังคม			
- สมาชิกในครอบครัววัยทำงาน ต้องทำงานหาเงิน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยในครอบครัว			
- การร่วมรับประทานอาหารงานเลี้ยงในงานพิธีต่างๆ ในชุมชนบ่อยๆ			

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ		
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ		
ตัวชี้วัดที่ ๓	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่		
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล			
ผู้กำกับดูแล : นางจารุวรรณ วิชัยดิษฐ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางวราภรณ์ คงเสน่ห์		
โทรศัพท์ : ๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓	โทรศัพท์ : ๐๙๔-๖๑๔-๒๒๕๑		
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ที่ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในการคัดกรองโรคไตเรื้อรังพบความผิดปกติ ๒ ครั้ง ตามเกณฑ์		
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่ผลการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังพบความผิดปกติ ๒ ครั้ง ตามเกณฑ์			๑๘
จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรัง			๑,๐๔๘
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่			๑.๗๒
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน			
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน		
๑	คู่มือคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.๒๕๖๕		
๒	คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง		
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้นในปีที่ผ่านมา	๑.๗๒	(ไม่ผ่าน)	
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :			
-			
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :			
-			

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๔	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล		
ผู้กำกับดูแล :	นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางวารภรณ์ คงเสน่ห์
โทรศัพท์ :	๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓	โทรศัพท์ : ๐๙๔-๖๑๔-๒๒๙๑
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณ</p> <p>ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA<sub>1c</sub> ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า ๖.๙ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่มีโรคร่วมมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA<sub>1c</sub> ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า ๘</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบ		๑,๒๕๔
จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี		๕๒๐
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี		๔๑.๔๗
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี ๒๕๖๐	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	๔๑.๔๗	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
๑. มีทีมสหวิชาชีพในการดำเนินสนับสนุนงานคลินิก		
๒. มีอุปกรณ์ เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว เพียงพอ พร้อมใช้		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกไม่เพียงพอ		
๒. ขาดความร่วมมือกับหน่วยงานภาคชุมชน		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๕	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล		
ผู้กำกับดูแล : นางจารุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางวราภรณ์ คงเสน่ห์	
โทรศัพท์ : ๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓	โทรศัพท์ : ๐๙๔-๖๑๔-๒๒๙๑	
คำนิยาม :	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส I๑๐ - I๑๕ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควมระดับความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตสูงครั้งสุดท้าย <๑๔๐ และ <๙๐ mmHg จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบที่มีระดับความดันโลหิตสูงครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี	๑,๙๗๑	
จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ	๒,๖๑๙	
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	๗๘.๙๖	
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	๗๘.๙๖	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
๑.มีทีมสหวิชาชีพในการดำเนินสนับสนุนงานคลินิก		
๒.มีอุปกรณ์เครื่องวัดความดันโลหิตแบบพกพาเพียงพอ พร้อมใช้ จำนวน ๒๐๐ ตัว		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑.บุคคลกรที่ปฏิบัติงานในคลินิกไม่เพียงพอ		
๒.ขาดความร่วมมือกับหน่วยงานภาคชุมชน		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๖	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา

หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล

ผู้กำกับดูแล : นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสุรีย์ เตชะภาส

โทรศัพท์ : ๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓

โทรศัพท์ : ๐๘๙-๘๖๘๕๙๙๔

คำนิยาม : ผู้ป่วย Stroke รายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเข้ารับการรักษามีการส่งตรวจ CT scan และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มี Principal diagnosis (PDX) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I ๖๐ - I๖๙)  
หมายเหตุ : ต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากที่ใดมาก่อน

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (I ๖๐ - I๖๙) ในปีงบประมาณปัจจุบัน	๓๖
จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (I ๖๐ - I๖๙) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา	๗๙
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	๒.๑๙

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	จัดอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและ Care giver ในการจัดการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง
๒	ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วย (CV risk score ๓๐-๔๐% และ ๔๐%) เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกโรคเรื้อรัง

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	๒.๑๙	(ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยยังไม่ครอบคลุม

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๗	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล	
ผู้กำกับดูแล : นางจารุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางพัชนี เกิดผล
โทรศัพท์ : ๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓	โทรศัพท์ : ๐๘๗-๒๖๘๖๕๐๑
คำนิยาม :	ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) หมายถึง กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญคือเจ็บแน่นอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพักนานกว่า ๒๐ นาที รวมทั้ง STEMI , NSTEMI และ Unstable angina ที่มี Principal diagnosis (PDX) เป็นโรค ACS (I ๒๐๐, I ๒๑๐ - I ๒๑๔) หมายเหตุ : ต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากที่ใดมาก่อน

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญคือเจ็บแน่นอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพักนานกว่า ๒๐ นาที รวมทั้ง STEMI , NSTEMI และ Unstable angina ที่มี Principal diagnosis (PDX) เป็นโรค ACS (I ๒๐๐, I ๒๑๐ - I ๒๑๔) ในปีงบประมาณปัจจุบัน	๒๑
จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญคือเจ็บแน่นอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพักนานกว่า ๒๐ นาที รวมทั้ง STEMI , NSTEMI และ Unstable angina ที่มี Principal diagnosis (PDX) เป็นโรค ACS (I ๒๐๐, I ๒๑๐ - I ๒๑๔) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา	๔๒
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	๒

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	จัดอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยและ Care giver ในการจัดการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง
๒	ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วย (CV risk score ๓๐-๔๐% และ ๔๐%) เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในคลินิกโรคเรื้อรัง

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	๒	(ผ่าน)



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๗	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :	
-	
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :	
๑. การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยยังไม่ครอบคลุม	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๘	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าสู่ระยะสงบ (Remission) เพิ่มขึ้น	
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล		
ผู้กำกับดูแล :	นางจรรุภรณ์ วิชัยดิษฐ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางวราภรณ์ คงเสนห์
โทรศัพท์ :	๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓	โทรศัพท์ : ๐๙๔-๖๑๔-๒๒๙๑
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ระยะสงบ (Remission) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในปัจจุบันมีระดับน้ำตาลเลือดสะสม (HbA <sub>1c</sub> ) $\leq$ ๖.๕ % และหยุดยาต่อเนื่องอย่างน้อย ๑ ปี	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในคลินิกที่เข้าร่วมโครงการ Remission ที่มีระดับน้ำตาลเลือดสะสม (HbA <sub>1c</sub> ) $\leq$ ๖.๕ % และหยุดยาต่อเนื่องอย่างน้อย ๑ ปี		๐
จำนวนผู้ป่วยในโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในคลินิกที่เข้าร่วมโครงการ Remission ทั้งหมดในปัจจุบัน		๓๑
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าสู่ระยะสงบ (Remission) เพิ่มขึ้น		๐
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	แนวทางการดำเนินงาน remission	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าสู่ระยะสงบ (Remission) เพิ่มขึ้น	ไม่ครบตามเกณฑ์	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
๑.มีทีมสหวิชาชีพในการดำเนินสนับสนุนงานคลินิก		
๒.มีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑.บุคคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกไม่เพียงพอ		
๒.ขาดความร่วมมือกับหน่วยงานภาคชุมชน		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๙	ร้อยละของผู้ป่วยผู้ป่วยไตเรื้อรัง (CKD) ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m <sup>2</sup> /yr	
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล		
ผู้กำกับดูแล : นางจารุวรรณ วิชัยดิษฐ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางวารภรณ์ คงเสน่ห์	
โทรศัพท์ : ๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓	โทรศัพท์ : ๐๙๔-๖๑๔-๒๒๙๑	
คำนิยาม	ผู้ป่วยไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง ผู้ป่วยไตเรื้อรัง eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากคำนวณ จากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย	
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)</b>		
จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) Stage ๓-๔ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลตรวจ creatinine มีผลการตรวจของ eGFR $\geq 2$ ml/min/๑.๗๓m <sup>2</sup> /yr และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < ๕ ml/min/๑.๗๓m <sup>2</sup> /yr		๓๘๑
จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) Stage ๓-๔ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลตรวจ creatinine มีผลการตรวจของ eGFR $\geq 2$ ml/min/๑.๗๓m <sup>2</sup> /yr และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณ		๕๙๗
ร้อยละของผู้ป่วยผู้ป่วยไตเรื้อรัง (CKD) ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m <sup>2</sup> /yr		๖๓.๘๒
<b>๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน</b>		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	คู่มือคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.๒๕๖๕	
๒	คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	
<b>๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :</b>		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยผู้ป่วยไตเรื้อรัง (CKD) ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m <sup>2</sup> /yr	๖๓.๘๒	(ไม่ผ่าน)
<b>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b>		
๑.มีทีมสหวิชาชีพในการดำเนินสนับสนุนงานคลินิก		
๒.มีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้		
<b>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b>		
๑.บุคคลกรที่ปฏิบัติงานในคลินิกไม่เพียงพอ		
๒.ขาดความร่วมมือกับหน่วยงานภาคชุมชน		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๑๐	ร้อยละผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel Index= ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	
หน่วยงาน : กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู		
ผู้กำกับดูแล : นางสาวสรวรรณ แพเพชรวง	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสรวรรณ แพเพชรวง	
โทรศัพท์ : ๐๘๖-๙๔๔๕๖๒๕	โทรศัพท์ : ๐๘๖-๙๔๔๕๖๒๕	
คำนิยาม :	<p><b>การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)</b> หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน</p> <p><b>ผู้ป่วย Intermediate care</b> หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Fracture hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel Index &lt;๑๕ รวมทั้ง คะแนน Barthel Index &gt;๑๕ with multiple impairment ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)</p> <p><b>การให้บริการแบบผู้ป่วยใน</b> หมายถึง การให้บริการ Intensive IPD rehab program ทุกวัน อย่างน้อย ๔๕ นาที/ครั้ง</p> <p><b>การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก</b> หมายถึง การบริการในกรณีผู้ป่วยยังมีความบกพร่องทางร่างกาย ควรนัดผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกตามความถี่ที่เหมาะสม เช่น ๑-๓ ครั้ง/สัปดาห์ อย่างน้อย ๔๕ นาที/ครั้ง อย่างน้อย ๒๔ ครั้ง ภายใน ๖ เดือน</p> <p><b>การบริการเยี่ยมบ้านในชุมชน</b> หมายถึง กรณีผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่องทางกาย แต่ไม่สามารถมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้ ควรได้รับการเยี่ยมบ้านในชุมชน ๑-๒ ครั้ง/เดือน ในช่วง ๖ เดือนแรก ทั้งนี้ ขึ้นกับศักยภาพและพัฒนาการในการฝึกของผู้ป่วย</p>	
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)</b>		
จำนวนผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Fracture hip (Fragility fracture) ทุกสายที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel Index <๑๕ ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel Index= ๒๐		๑๒
จำนวนผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายใน ๖ เดือน และ Fracture hip (Fragility fracture) ทุกสายที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางของโรงพยาบาล พุนพินอย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel Index= ๒๐ หมายถึง: การดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเยี่ยมบ้าน		๑๒
ร้อยละผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel Index= ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน		๑๐๐

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๑๐	ร้อยละผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel Index= ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL index
๒	โปรแกรม Hosxp
๓	โปรแกรม Smart COC
๔	Google sheet ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วย IMC โรงพยาบาลศูนย์

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel Index= ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	๑๐๐	(ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. งานกายภาพบำบัดมีการปรับแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สัปดาห์ละ ๒ วัน

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. ผู้ป่วยนอกเขตตำบลท่าข้าม ไม่สะดวกนัดเป็น OPD case แก้ปัญหาโดยการติดตามทางโทรศัพท์ และ Line official account: กายภาพบำบัดโรงพยาบาลพูนพิณ

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัด ๑๑	ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจนครบ ๖ เดือน มี Barthel Index= ๒๐	
หน่วยงาน : กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู		
ผู้กำกับดูแล : นางสาวสรวรรณ แพเพชรทอง	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสรวรรณ แพเพชรทอง	
โทรศัพท์ : ๐๘๖-๙๔๔๕๖๒๕	โทรศัพท์ : ๐๘๖-๙๔๔๕๖๒๕	
คำนิยาม :	ผู้ป่วย Stroke หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD๑๐= I๖๐-I๖๔ และได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเยี่ยมบ้าน ในช่วง ๖ เดือนแรกหลังเกิดโรค หรือยุติก่อนหาก Barthel Index= ๒๐	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ผู้ป่วย Stroke ทุกรายที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจนครบ ๖ เดือน มี Barthel Index= ๒๐		๑๐
ผู้ป่วย Stroke รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำทุกรายที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางของโรงพยาบาล พุนพินอย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน		๑๒
ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจนครบ ๖ เดือน มี Barthel Index= ๒๐		๘๓.๓๓
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL index	
๒	โปรแกรม Hosxp	
๓	โปรแกรม Smart COC	
๔	Google sheet ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วย IMC โรงพยาบาลศูนย์	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจนครบ ๖ เดือน มี Barthel Index= ๒๐	๘๓.๓๓	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
๑. มีการจัดตั้งห้องดำรงชีวิตอิสระ (IL Room) เพื่อจำลองการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยทั้งในรูปแบบ OPD และ IPD/IMC case		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑. ผู้ป่วย IMC นอกเขตตำบลท่าข้ามหลังจำหน่าย แก้ปัญหาโดยการนัดเป็น OPD case เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่อง		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด ๑๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA1C ลดลง หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา / โภชนบำบัด

หน่วยงาน : กลุ่มงานโภชนศาสตร์

ผู้กำกับดูแล : นางสาวยุวดี บุญผล

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวยุวดี บุญผล

โทรศัพท์ : ๐๙๓-๘๓๐๔๓๒๒

โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๔๘๓๑๑ ต่อ ๒๙๙

**คำนิยาม :** ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ได้รับการขึ้นทะเบียน โภชนบำบัด หมายถึง การให้อาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่และจัดให้ถูกหลักโภชนาการ โดยมี จุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ ช่วยรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค เพิ่มโอกาสรอดชีวิต ลดเวลาดอน โรงพยาบาล รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างที่ได้รับการรักษาโรค โภชนศึกษา หมายถึง การให้การศึกษาเพื่อดัดแปลงการปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น การให้โภชนศึกษาเป็นวิธีการ หนึ่งใน การเปลี่ยนแปลงนิสัยการบริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งหมด ที่ได้รับการตรวจ HbA1C	๑,๒๕๔
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ มีระดับ HbA1c ลดลง หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด	๗๖๐
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA1C ลดลงหลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษาโภชนบำบัด	๖๐.๖๑

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	Google sheet ทะเบียนการให้โภชนบำบัดผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวาน
๒	สมุดประจำตัวผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวาน
๓	แบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA๑C ลดลง หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด	๖๐.๖๑	(ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. คอมพิวเตอร์เพียงพอ และสื่อในการให้ความรู้ที่เพียงพอ

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. ระยะเวลาในการให้โภชนศึกษารายบุคคล

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๑๓	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mmHg หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด	
หน่วยงาน : กลุ่มงานโภชนศาสตร์		
ผู้กำกับดูแล : นางสาวยุวดี บุญผล	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวยุวดี บุญผล	
โทรศัพท์ : ๐๙๓-๘๓๐๔๓๒๒	โทรศัพท์ : ๐๙๓-๘๓๐๔๓๒๒	
คำนิยาม :	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยรหัส = ๑๐-๑๕ โภชนบำบัด หมายถึง การให้อาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่และจัดให้ถูกหลักโภชนาการ โดยมี จุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ ช่วยรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค เพิ่มโอกาสรอดชีวิต ลดเวลานอนโรงพยาบาล รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างที่ได้รับการรักษาโรค โภชนศึกษา หมายถึง การให้การศึกษาเพื่อดัดแปลงการปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น การให้โภชนศึกษาเป็นวิธีการหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงนิสัยการบริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด	๒,๖๑๙	
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mmHg หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด	๑,๖๐๖	
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mmHg หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด	๖๑.๓๒	
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	Google sheet ทะเบียนการให้โภชนบำบัดผู้ป่วยในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง	
๒	สมุดประจำตัวผู้ป่วยในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง	
๓	แบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mmHg หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด	๖๑.๓๒	(ผ่าน)



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๑๓	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mmHg หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>๑. คอมพิวเตอร์เพียงพอ</li> <li>๒. มีสื่อในการให้ความรู้ที่เพียงพอ</li> </ul>	
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>๑. ระยะเวลาในการให้โภชนศึกษารายบุคคล</li> </ul>	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๑๔	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ระยะที่๓-๔) มีระดับ eGFR ลดลง < ๕ ml/min/๑.๗๓/yr หลังจาก การได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด

หน่วยงาน : กลุ่มงานโภชนศาสตร์

ผู้กำกับดูแล : นางสาวยุวดี บุญผล

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวยุวดี บุญผล

โทรศัพท์ : ๐๙๓-๘๓๐๔๓๒๒

โทรศัพท์ : ๐๙๓-๘๓๐๔๓๒๒

คำนิยาม :	<p>ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ในข้อสองข้อต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมีภาวะไตผิดปกติมานานติดต่อกัน ๓ เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไตผิดปกติ</li> <li>2. ผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า ๖๐ ML/min/๑.๗๓ m<sup>2</sup> ติดต่อกันเกิน ๓ เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติ</li> </ol> <p>eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณค่า Serum creatinine ของผู้ป่วยตามสมการ CKD-EPI</p> <p>โภชนบำบัด หมายถึง การให้อาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่และจัดให้ถูกหลักโภชนาการ โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ ช่วยรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค เพิ่มโอกาสรอดชีวิต ลดเวลานอนโรงพยาบาล รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างที่ได้รับการรักษาโรค</p> <p>โภชนศึกษา หมายถึง การให้การศึกษาเพื่อดัดแปลงการปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น การให้โภชนศึกษาเป็นวิธีการหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงนิสัยการบริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>
-----------	--

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ระยะที่๓-๔) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด	๕๙๗
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ระยะที่๓-๔) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดที่มีระดับ eGFR ลดลง < ๕ ml/min/๑.๗๓/yr หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด	๔๗๗
ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ระยะที่๓-๔) มีระดับ eGFR ลดลง < ๕ ml/min/๑.๗๓/yr หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด	๗๙.๙

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	Google sheet ทะเบียนการให้โภชนบำบัดผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรัง
๒	สมุดประจำตัวผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรัง
๓	แบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ระยะที่๓-๔) มีระดับ eGFR ลดลง < ๕ ml/min/๑.๗๓/yr หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด	๗๙.๙	(ผ่าน)

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๑๔	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ระยะที่๓-๔) มีระดับ eGFR ลดลง < ๕ ml/min/๑.๗๓/yr หลังจาก การได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด
<p>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. คอมพิวเตอร์เพียงพอ</li> <li>๒. มีสื่อในการให้ความรู้ที่เพียงพอ</li> </ol>	
<p>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ระยะเวลาในการให้โภชนศึกษารายบุคคล</li> </ol>	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๑๕	อัตราการติดเชื้อผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง (Infected CAPD)	
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล		
ผู้กำกับดูแล :	นางจารุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางมนต์สิริ วุฒิศักดิ์ชัยกุล
โทรศัพท์ :	๐๘๖-๔๗๘-๔๓๔๓	โทรศัพท์ : ๐๘๙-๔๗๐-๙๕๒๒
คำนิยาม :	<p>Infected CAPD มี ๓ ประเภท (CAPD=Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)</p> <p>๑. Exit site infection เป็นการติดเชื้อเกิดขึ้นบริเวณแผลที่ท่อล้างช่อง (catheter) โผล่พ้นผิวหนัง มีอาการบวมแดง หรืออาจมีหนองหรือน้ำเหลืองไหลออกมา</p> <p>๒. Tunnel infection เป็นการติดเชื้อที่ลึกเข้าไปจากผิวหนัง โดยเกิดที่เนื้อเยื่อรอบท่อล้างช่องท้อง มีอาการเจ็บบวมแดงร้อนที่บริเวณดังกล่าว</p> <p>๓. Peritoneal dialysis related peritonitis มีอาการ ๒ ใน ๓ ดังนี้</p> <p>๓.๑ มีอาการแสดงของการอักเสบของเยื่อช่องท้อง</p> <p>๓.๒ น้ำล้างไตขุ่น มีจำนวนเซลล์มากกว่า ๑๐๐ เซลล์/cumm และในจำนวนนี้มี PMN&gt;๕๐%</p> <p>๓.๓ ตรวจพบเชื้อโรคด้วยการย้อมสีแกรม หรือเพาะเชื้อขึ้น</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้ป่วย Infected CAPD		๒
จำนวนผู้ป่วย CAPD ทั้งหมด		๑๒
อัตราการติดเชื้อผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง (Infected CAPD)		๑๖.๖๗
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย CAPD จากโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี โดยผ่านช่องทางระบบ Smart COC	
๒	ประสานการเยี่ยมผู้ป่วยกับทีม HHC งานปฐมภูมิและองค์กรวม	
๓	ประสานงานเวชระเบียนในการค้นหาผู้ป่วย Infected CAPD ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทุกเดือน	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
อัตราการติดเชื้อผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง (Infected CAPD)	๑๖.๖๗	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
๑. การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑. การย้ายที่อยู่ของผู้ป่วย อาจทำให้การดูแลไม่ครอบคลุม		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๑๖	อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์	
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล		
ผู้กำกับดูแล : นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ์	
โทรศัพท์ : ๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓	โทรศัพท์ :	
คำนิยาม	<p>หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลพูนพิณ</p> <p>หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลพูนพิณ ที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้การวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ ๕๐g Glucose Challenge Test (๕๐g GCT) ผลมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐ mg/dL</p> <p>หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลพูนพิณ ที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้การวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ ๑๐๐g Oral Glucose Tolerance Test (๑๐๐g OGTT) ผลมากกว่าหรือเท่ากับ ๙๕, ๑๘๐, ๑๕๕ และ ๑๔๐ mg/dL ตั้งแต่ ๒ ค่าขึ้นไป</p> <p>หญิงหลังคลอดได้รับการวินิจฉัยเบาหวาน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลพูนพิณ ที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยสูตินารีแพทย์ และได้รับการติดตามน้ำตาลหลังคลอดโดยใช้วิธีการตรวจ ๗๕ g Oral Glucose Tolerance Test (๗๕g OGTT) ผลมากกว่า ๑๒๖ mg/dL</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนหญิงหลังคลอดได้รับการวินิจฉัยเบาหวาน		๐
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลพูนพิณ และ รพ.สต.ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ		๒๐๕
อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์		๐
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	เข้าร่วมประชุมงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH board)	
๒	จัดทำแนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Clinical Practice Guidelines: CPG) ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ	
๓	จัดประชุมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กเครือข่าย อำเภอพูนพิณ	
๔	ประชุมระดับหน่วยงานให้เจ้าหน้าที่เข้าใจและปฏิบัติไปตามแนวทางการดูแลรักษาได้ อย่างถูกต้อง	
๕	จัดกิจกรรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยง (หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์)	
๖	ส่งต่อข้อมูลผ่าน Program Smart COC	
๗	เพิ่มช่องทางการติดต่อและติดตาม ได้แก่ Application Line และ Save mom	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๑๖	อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์
๘	ประเมินผลการดูแลและติดตามหลังคลอดร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์	๐	(ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. การสื่อสารกับแรงงานข้ามถิ่น

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๑๗	อัตราการเกิดความดันโลหิตสูงรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล

ผู้กำกับดูแล : นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ์

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวลิณี รัตนพันธ์

โทรศัพท์ : ๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓

โทรศัพท์ : ๐๘๙-๖๔๘๗๓๙๔

**คำนิยาม :**

**หญิงตั้งครรภ์** หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลพูนพิณ

**หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์** หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลพูนพิณ ที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mmHg ที่อายุครรภ์มากกว่า ๒๐ สัปดาห์

**หญิงหลังคลอดวินิจฉัยความดันโลหิตสูง** หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลพูนพิณ ที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และได้รับการติดตามระดับความดันโลหิตหลังคลอดที่ ๖ สัปดาห์, ๓ เดือน หรือ ๖ เดือน มากกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg

๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

หญิงหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	๒๐๕
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลพูนพิณ และ รพ.สต.	๐
อัตราการเกิดความดันโลหิตสูงรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	๐

๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	เข้าร่วมประชุมงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH board)
๒	จัดทำแนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Clinical Practice Guidelines: CPG) ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ
๓	จัดประชุมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กระดับเครือข่าย อำเภอพูนพิณ
๔	ประชุมระดับหน่วยงานให้เจ้าหน้าที่เข้าใจและปฏิบัติไปตามแนวทางการดูแลรักษาได้ อย่างถูกต้อง
๕	จัดกิจกรรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยง (หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์)
๖	ส่งต่อข้อมูลผ่าน Program Smart COC
๗	เพิ่มช่องทางการติดต่อและติดตาม ได้แก่ Application Line และ Save mom
๘	ประเมินผลการดูแลและติดตามหลังคลอดร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ		
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ		
ตัวชี้วัดที่ ๑๗	อัตราการเกิดความดันโลหิตสูงรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์		
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
	อัตราการเกิดความดันโลหิตสูงรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	๐	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :			
-			
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :			
-			



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๑๘	ผู้ป่วยในคลินิก NCD (เบาหวาน) ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการรักษา

หน่วยงาน : ทันตกรรม

ผู้กำกับดูแล : ทพญ.ชเนตตี ธนรักษ์

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวชิตกมล นิมสะอาด

โทรศัพท์ : ๐๖๑-๘๖๒๔๕๖๓

โทรศัพท์ : ๐๘๔-๔๔๕๑๘๐๙

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก	๘๙.๔๘
ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากที่ได้รับการรักษา	๕๑.๕
ผู้ป่วยในคลินิก NCD(เบาหวาน)ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการรักษา	๖๐.๙

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
๒	คนไข้ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ได้รับการรักษาในวันที่ตรวจ

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ผู้ป่วยในคลินิก NCD (เบาหวาน) ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการรักษา	๖๐.๙	(ไม่ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. คนไข้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้คิวทางด่วนในการมารับการรักษา

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. คนไข้บางคนยังคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ทำให้ไม่ได้รับการรักษา

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ		
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ		
ตัวชี้วัดที่ ๑๙	ผู้ป่วยในคลินิก NCD (เบาหวาน) ที่ไร้ฟัน ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก		
หน่วยงาน : ทันตกรรม			
ผู้กำกับดูแล : ทพญ.ชเนตตี ธนรักษ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวชิตกมล ฉิมสะอาด		
โทรศัพท์ : ๐๖๑-๘๖๒๔๕๖๓	โทรศัพท์ : ๐๘๔-๔๔๕๑๘๐๙		
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
ผู้ป่วยเบาหวานที่ไร้ฟัน			๓๐
ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก			๗
ผู้ป่วยในคลินิก NCD (เบาหวาน) ที่ไร้ฟัน ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก			๒๓.๓
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน			
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน		
๑	ตรวจคัดกรองช่องปากในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
๒	ผู้ป่วยเบาหวานที่ไร้ฟัน ได้รับการนัดเพื่อทำฟันปลอมทั้งปาก		
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	
ผู้ป่วยในคลินิก NCD (เบาหวาน) ที่ไร้ฟัน ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก	๒๓.๓	(ไม่ผ่าน)	
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :			
-			
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :			
๑.ผู้ป่วยบางคนไม่ยอมทำฟันเทียมทั้งปาก เนื่องจากต้องมาหลายครั้ง			

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ		
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ		
ตัวชี้วัดที่ ๒๐	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DM)/ โรคไตเรื้อรัง (CKD) ใช้ยาได้ถูกต้อง		
หน่วยงาน : กลุ่มงานทันตกรรม			
ผู้กำกับดูแล :	นางสาววิมลรัตน์ เชาวนประเทือง	ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางสาววิมลรัตน์ เชาวนประเทือง
โทรศัพท์ :	๐๘๓-๑๗๓-๕๖๐๘	โทรศัพท์ :	๐๘๓-๑๗๓-๕๖๐๘
คำนิยาม :	ใช้ยาได้ถูกต้อง หมายถึง ถูกคน ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกชนิด ถูกทาง และถูกเทคนิค (หลัก ๖ R)		
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาถูกต้อง			๑๔๘
จำนวนผู้ป่วยที่สอบถามทั้งหมด			๒๑๐
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DM)/ โรคไตเรื้อรัง (CKD) ใช้ยาได้ถูกต้อง			๗๐.๔๗
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน			
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน		
๑	แบบบันทึกการค้นหาค้นหาปัญหาด้านยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก		
๒	แบบฟอร์มเก็บข้อมูลการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ แบบประเมิน The ๘-item Morisky Medication Adherence Scale และแบบประเมินการใช้ยาฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดยาอินซูลิน		
๓	กระบวนการให้ความรู้รายกลุ่ม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและมีเกณฑ์ในการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ		
๔	บัตรแจ้งระดับการทำงานของไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DM)/ โรคไตเรื้อรัง (CKD) ใช้ยาได้ถูกต้อง	๗๐.๔๗	(ไม่ผ่าน)	
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :			
๑. การดำเนินงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ			
๒. การเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรม HosXP ช่วยลดภาระงานและสามารถประมวลผลได้รวดเร็ว			
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :			
๑. ผู้ป่วยสูงอายุและไม่มีผู้ดูแลทำให้ไม่สามารถใช้ยาได้ถูกต้อง			
๒. ผู้ป่วยไม่มาตามนัดที่คลินิก ทำให้ไม่ได้ผ่านกระบวนการที่คลินิก			
๓. สถานที่ให้บริการแออัด ทำให้การ flow ของคนไข้ยังไม่ดีและเครื่องมือสื่อสารกับคนไข้ไม่พร้อม			

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๒๑	ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก NCD ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	
หน่วยงาน : กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด		
ผู้กำกับดูแล :	นางสาวจตุพร จันทร์ทิพย์วารีย์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวบุญยวีร์ จิวประดิษฐกุล
โทรศัพท์ :	๐๘๑-๙๗๙๐๐๔๒	โทรศัพท์ : ๐๙๒-๖๙๑๔๙๐๔
คำนิยาม :	<p>ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับการรักษาในคลินิก NCD โรงพยาบาลพูนพิน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ถึงเดือนตุลาคม ๒๕๖๖</p> <p>โรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM๕ : Diagnosis of Disease and Health Related Problem-๑๐) หมวด F๓๒.X, F๓๓.X, F๓๔.๑, F๓๘.X และ F๓๙.X</p> <p>การคัดกรองภาวะซึมเศร้า หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยแบบประเมิน ๒Q (คัดกรองโรคซึมเศร้า), ๙Q (ประเมินโรคซึมเศร้า), ๘Q (ประเมินการฆ่าตัวตาย)</p> <p>การดูแลตามมาตรฐาน หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการโรงพยาบาลพูนพิน (ประเมิน ๙Q หรือ/ ๘Q ทุก ๑ เดือน เป็นเวลา ๑ ปี หรือลดลงจนหยุดยาได้)</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ปีงบประมาณ ๒๕๖๖		๗
จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน		๖
ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก NCD ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐาน		๘๕.๗๑
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	ทะเบียนการรับบริการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ได้รับการดูแลตามมาตรฐานภายในหน่วยงาน	
๒	ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข : การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก NCD ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	๘๕.๗๑	(ไม่ผ่าน)

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๒๑	ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก NCD ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐาน
<p>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</p> <p>๑. ได้รับความร่วมมือที่ดีจากคลินิก NCD ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วย ๒QPlus และพบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามีการส่งต่อเข้ารับบริการคลินิกจิตเวชและยาเสพติดทุกราย</p>	
<p>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</p> <p>-</p>	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๒๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดบุหรี่ได้รับการบำบัด ฟันฟู แบบองค์รวม สามารถเลิกบุหรี่ได้ภายใน ๖ เดือน

หน่วยงาน : กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ผู้กำกับดูแล : นางสาวรชตกร มีสุข

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวจตุพร จันทร์ทิพย์วาริ

โทรศัพท์ :

โทรศัพท์ : ๐๘๑-๙๗๙๐๐๔๒

**คำนิยาม :**

**ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับการรักษาในคลินิก NCD โรงพยาบาลพูนพิณ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ถึงเดือนตุลาคม ๒๕๖๖

**ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดที่ติดบุหรี่ทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลพูนพิณ

**การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง** หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟันฟูอย่างรอบด้าน ทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดบุหรี่เฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟันฟูจนถึงติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐานหลังการบำบัดรักษา อย่างน้อย ๑ ปี (บำบัด ๑ เดือน ด้วยการให้คำปรึกษาและกระตุ้นการใช้ยาชงหญ้าดอกขาว ติดตาม ๑ เดือน ๓ เดือน และ ๑ ปี เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ)

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	๑๒๔
จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ สามารถเลิกบุหรี่ได้ภายใน ๖ เดือน	๑๖
ร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดบุหรี่ได้รับการบำบัด ฟันฟู แบบองค์รวม สามารถเลิกบุหรี่ได้ภายใน ๖ เดือน	๑๒.๙๐

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	ทะเบียนการรับบริการบำบัดและติดตามผู้สูบบุหรี่ภายในหน่วยงาน
๒	ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข : Service Plan สาขา ยาเสพติด

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดบุหรี่ได้รับการบำบัด ฟันฟู แบบองค์รวม สามารถเลิกบุหรี่ได้ภายใน ๖ เดือน	๑๒.๙๐	(ไม่ผ่าน)

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๒๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดบุหรี่ได้รับการบำบัด ฟันฟู แบบองค์รวม สามารถเลิกบุหรี่ได้ ภายใน ๖ เดือน
<p>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</p> <p>๑. ได้รับความร่วมมือที่ดีในการคัดกรองผู้สูบบุหรี่จากคลินิก NCD แล้วส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี่เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดและติดตาม</p>	
<p>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</p> <p>๑. ไม่มีสถานที่ / ห้องบริการที่เพียงพอต่อการบำบัดผู้สูบบุหรี่เนื่องจากขณะนี้ให้บริการร่วมกับผู้มารับบริการอื่น เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้บำบัดยาเสพติด ให้คำปรึกษายุติการตั้งครรภ์ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ๔ โรคในเด็กปฐมวัย หรืออื่น ๆ ทำให้เกิดระยะเวลาการรอนานในการเข้ารับบริการ</p> <p>๒. ผู้สูบบุหรี่ไม่ให้ความสำคัญและไม่ตระหนักถึงโทษและพิษภัยของบุหรี่ จึงไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ให้สามารถเลิกได้</p>	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี	
ตัวชี้วัดที่ ๒๓	ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่งที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม	
หน่วยงาน : บริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม		
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล นางพรนภา อุทัยพันธุ์
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๘	โทรศัพท์ : ๐๘๑-๕๖๙๕๖๗๖
คำนิยาม :	<p>การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่อง Body, Mind, Psychosocial and Spiritual support และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ (Symptoms Control) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มุ่งเน้นกิจกรรม Family meeting, Advance care plan เป็นต้น</p> <p>ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี หมายถึงผู้ป่วยในปีที่คำนวณ ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ของสถานพยาบาลนั้นๆ พบว่าต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(หน่วยนับเป็นคน)</p> <p>กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย) ผู้ป่วยระยะท้าย เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. โรคมะเร็ง</li> <li>๒. Neurological Disease /Stroke</li> <li>๓. โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต การรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต</li> <li>๔. Pulmonary and Heart Disease</li> <li>๕. Multiple Trauma Patient</li> <li>๖. Infectious Disease HIV/AIDS</li> <li>๗. Pediatric</li> <li>๘. Aging /Dementia</li> </ol> <p>โดยมี Criteria ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care ชุมชนมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของ ทีมชุมชน หมอครอบครัว ตัวแทนอสม. ผู้นำหมู่บ้าน/ชุมชน</p>	

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่งที่ได้รับการดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วม	๕๓
จำนวนผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่ง	๖๓
ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่งที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม	๘๔.๑๒

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	โครงการอบรม อสม. ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ		
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี		
ตัวชี้วัดที่ ๒๓	ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่งที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม		
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
	ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่งที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม	๘๔.๑๒	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :			
๑. ความพร้อมเรื่องรถในการออกเยี่ยมบ้าน			
๒. มีแผนการลงเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน			
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :			
๑. ผู้ป่วย Dx.Palliative Admit และ เสียชีวิตก่อนส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน			
๒. การส่งข้อมูลภายนอกล่าช้า ทำให้ทีมลงเยี่ยมไม่ทันเวลา			

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๒๔	ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลด้วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	
หน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		
ผู้กำกับดูแล :	นางสาวฐาปณี ศรีล้ำ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศรียา คงยิ่ง
โทรศัพท์ :	๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒	โทรศัพท์ : ๐๘๗-๖๓๒๖๔๒๓
คำนิยาม :	ผู้ป่วย Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ ๕๐ ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น การประเมินสมรรถนะใช้ PPS $\leq$ ร้อยละ ๕๐ คุณภาพชีวิต หมายถึง ภาวะความเป็นอยู่ที่ดี (Well being) ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้ป่วย Palliative care ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น		๕๐
จำนวนผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการดูแลด้วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		๕๗
ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลด้วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น		๘๗.๗๒
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	ทะเบียนผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี ๒๕๖๖ (ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลด้วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	๘๗.๗๒	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
๑. การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๒๕	ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ที่มีอาการนอนไม่หลับได้รับการดูแลด้วยกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

หน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้กำกับดูแล : นางสาวฐาปณี ศรีล้ำ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศรัณยา คงยิ่ง

โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒

โทรศัพท์ : ๐๘๗-๖๓๒๖๔๒๓

คำนิยาม : ผู้ป่วย Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการด้อยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ ๕๐ ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น การประเมินสมรรถนะใช้ PPS  $\leq$  ร้อยละ ๕๐ นอนไม่หลับ หมายถึง นอนหลับยาก หลับๆ ตื่นๆ สะดุ้งโหยง ตื่นมาแล้วรู้สึกนอนไม่อึด อ่อนเพลีย นอนน้อยกว่า ๖ ชั่วโมงต่อวัน กัญชาทางการแพทย์แผนไทย หมายถึง ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมเพื่อจ่ายให้กับกลุ่มผู้ป่วย

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้ป่วย Palliative care ที่มีอาการนอนไม่หลับ	๑๒
จำนวนผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการดูแลด้วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๕๗
ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ที่มีอาการนอนไม่หลับได้รับการดูแลด้วยกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	๒๑.๐๕

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
๒	ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยใน Case Palliative care ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ระหว่างเดือนตุลาคม ๖๕ - มีนาคม ๖๖)

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ที่มีอาการนอนไม่หลับได้รับการดูแลด้วยกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	๒๑.๐๕	(ไม่ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑.การทำงานร่วมกันเป็นทีม

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. ผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ในการสั่งจ่ายยา เช่น On Ng tube เป็นต้น

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๒๖	ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Impaired มีค่าระดับน้ำตาลปกติ	
หน่วยงาน : กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนทางเลือก		
ผู้กำกับดูแล : นางสาวฐาปณี ศรีล้ำ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวมลธิชา เพชรชุม	
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒	โทรศัพท์ : ๐๘๕-๗๙๖๓๙๙๔	
คำนิยาม :	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Impaired หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl ค่าระดับน้ำตาลในเลือดปกติ หมายถึง ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง (FPG) ระดับน้ำตาลในเลือดในบุคคลปกติจะมีค่าน้อยกว่า ๑๐๐ mg/dl	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Impaired) ที่น้ำตาลกลับสู่ค่าปกติ	๓๔	
จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Impaired) ที่ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	๑๕๕	
ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Impaired มีค่าระดับน้ำตาลปกติ	๒๑.๙๓	
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	ดูแลกลุ่มเสี่ยงในคลินิก NCD ทุกวัน อังคาร และวันศุกร์	
๒	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl แพทย์ส่งพบแพทย์แผนไทย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแนะนำสมุนไพรที่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด	
๓	นัดติดตามผลเดือนละ ๑ ครั้ง จำนวน ๓ เดือน เดือนที่ ๔ นัดติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด	
๔	บันทึกขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	
๕	เก็บรวบรวมข้อมูลจาก HosXP	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Impaired มีค่าระดับน้ำตาลปกติ	๒๑.๙๓	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
๑. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยพบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงร้อยละ ๘๔.๖๖ จากผลการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑. การดำเนินงานในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล หากผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำผลลัพธ์สุขภาพสามารถที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องเสริมพลังผู้ป่วยเพื่อให้เห็นผลดีและประโยชน์ต่อผู้ป่วย		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๒๗	ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Mild DM มีค่าระดับน้ำตาลปกติ
หน่วยงาน : กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนทางเลือก	
ผู้กำกับดูแล : นางสาวฐาปณี ศรีล้ำ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวมลิษา เพชรชุม
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒	โทรศัพท์ : ๐๘๕-๗๙๖๓๙๙๔
คำนิยาม :	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Mild DM หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง ๑๒๖-๑๔๐ mg/dl ค่าระดับน้ำตาลในเลือดปกติ หมายถึง ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง (FPG) ระดับน้ำตาลในเลือดในบุคคลปกติจะมีค่าน้อยกว่า ๑๐๐ mg/dl

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Mild DM ที่น้ำตาลกลับสู่ค่าปกติ	๔
จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Mild DM ที่ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยทั้งหมด	๒๗
ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Mild DM มีค่าระดับน้ำตาลปกติ	๑๔.๘๑

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	ดูแลกลุ่มเสี่ยงในคลินิก NCD ทุกวัน อังคาร และวันศุกร์
๒	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง ๑๒๕-๑๔๐ mg/dl แพทย์ส่งพบแพทย์แผนไทย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแนะนำสมุนไพรที่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด เริ่มจ่ายยาสมุนไพรลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ยาตำรับเบาหวาน มะระขี้นก ชาขิงผักเชียงดา
๓	นัดติดตามผลเดือนละ ๑ ครั้ง จำนวน ๓ เดือน เดือนที่ ๔ นัดติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด
๔	บันทึกขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
๕	เก็บรวบรวมข้อมูลจาก HosXP

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Mild DM มีค่าระดับน้ำตาลปกติ	๑๔.๘๑	(ไม่ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยพบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร้อยละ ๘๔.๖๖ จากผลการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๒๗	ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Mild DM มีค่าระดับน้ำตาลปกติ
<p>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</p> <p>๑. การดำเนินงานในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล หากผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำผลลัพธ์สุขภาพสามารถที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องเสริมพลังผู้ป่วยเพื่อให้เห็นผลดีและประโยชน์ต่อผู้ป่วย</p>	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๒๘	ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Impair HT) มีค่าความดันโลหิตสูงภาวะปกติ
หน่วยงาน : กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนทางเลือก	
ผู้กำกับดูแล : นางสาวฐาปณี ศรีล้ำ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวมลธิชา เพชรชุม
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒	โทรศัพท์ : ๐๘๕-๗๙๖๓๙๙๔
คำนิยาม	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่มีค่าระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง ๑๔๐-๑๕๙/๙๐-๙๙ มม.ปรอท ค่าความดันโลหิตปกติ หมายถึง วัดค่าความดันโลหิตคนปกติจะมีค่าอยู่ที่ ๑๒๐/๘๐ มม.ปรอท

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตกลับสู่ค่าปกติ	๗๕
จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยทั้งหมด	๑๕๑
ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Impair HT) มีค่าความดันโลหิตสูงภาวะปกติ	๔๙.๖๖

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ณ คลินิก Wellness กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วมทุกวันจันทร์
๒	นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบแพทย์แผนไทย ค่า BP > ๑๓๐/๘๐ mm/Hg
๓	นัดติดตามผลเดือนละ ๑ ครั้ง จำนวน ๓ เดือน เดือนที่ ๔ นัดติดตามค่าระดับความดันโลหิต
๔	บันทึกขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในแบบฟอร์มการดูแลในคลินิก Wellness
๕	เก็บรวบรวมข้อมูลจาก HosXP

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Impair HT) มีค่าความดันโลหิตสูงภาวะปกติ	๔๙.๖๖	(ไม่ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยพบว่าค่าระดับความดันโลหิตลดลง จากผลการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. การดำเนินงานในการดูแลกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล หากผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำผลลัพธ์สุขภาพสามารถที่จะลดระดับความดันโลหิตได้ การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องเสริมพลังผู้ป่วยเพื่อให้เห็นผลดีและประโยชน์ต่อผู้ป่วย

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๒๙	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	
หน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		
ผู้กำกับดูแล : นางสาวฐาปณี ศรีล้ำ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวฐาปณี ศรีล้ำ	
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒	โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒	
คำนิยาม :	<p>โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง จนส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายหรือตายในที่สุด ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน สาเหตุของโรคนี้แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มใหญ่ คือ สมองขาดเลือดจากการอุดตัน ( Ischemic Stroke) และหลอดเลือดสมองแตกหรือเลือดออกในสมอง (Cerebral hemorrhage/ hemorrhagic stroke)</p> <p>ภาวะกลืนลำบาก หมายถึง ภาวะที่รู้สึกยากลำบากหรือความรู้สึกไม่สุขสบายในการกลืน เกิดจากความผิดปกติของกระบวนการกลืน ทั้งทางด้านโครงสร้างการกลืน ระบบประสาทสั่งการ ระบบประสาทรับความรู้สึก รวมถึงการสูญเสียกระบวนการนำอาหารจากปากไปสู่กระเพาะได้อย่างปลอดภัย</p> <p>การแพทย์แผนไทย หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทยและให้ความหมายรวมถึงการเตรียมการผลิตยาแผนไทยและการ ประดิษฐ์อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย		๕
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากทั้งหมด		๕
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย		๑๐๐
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	พัฒนาศักยภาพการนวดกระตุ้นการกลืน ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	๑๐๐	(ผ่าน)



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๒๙	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :	
-	
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :	
-	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๓๐	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการพูดไม่ชัดดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย

หน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้กำกับดูแล : นางสาวฐาปนี ศรีล้า

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวฐาปนี ศรีล้า

โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒

โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒

คำนิยาม :	<p><b>โรคหลอดเลือดสมอง</b> หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองจนส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายหรือตายในที่สุด ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน สาเหตุของโรคนี้แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มใหญ่ คือ สมองขาดเลือดจากการอุดตัน ( Ischemic Stroke) และหลอดเลือดสมองแตกหรือเลือดออกในสมอง (Cerebral hemorrhage/ hemorrhagic stroke)</p> <p><b>พูดไม่ชัด</b> หมายถึง เป็นความผิดปกติของการพูด เนื่องจากพยาธิสภาพในระบบประสาท ส่วนปลายหรือส่วนกลางส่งผลให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง เคลื่อนไหวได้ช้าทำงาน ประสานงานกับบกพร่องและทำให้มีความผิดปกติของกลไกการพูด</p> <p><b>การแพทย์แผนไทย</b> หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทยและให้ความหมายรวมถึงการเตรียมการผลิตยาแผนไทยและการ ประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา</p>
-----------	--

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการพูดไม่ชัดที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	๒๖
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการพูดไม่ชัดทั้งหมด	๒๐
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการพูดไม่ชัดดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	๗๖.๙๒

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	พัฒนาศักยภาพการนวดพูดไม่ชัด ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการพูดไม่ชัดดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	๗๘.๒๖	(ไม่ผ่าน)

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๓๐	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการพูดไม่ชัดดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :	
-	
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :	
-	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๓๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีใบหน้าเบี้ยวดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย

หน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้กำกับดูแล : นางสาวฐาปณี ศรีล้ำ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวฐาปณี ศรีล้ำ

โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒

โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒

**คำนิยาม :**

**โรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองจนส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายหรือตายในที่สุด ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน สาเหตุของโรคนี้แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มใหญ่ คือ สมองขาดเลือดจากการอุดตัน ( Ischemic Stroke) และหลอดเลือดสมองแตกหรือเลือดออกในสมอง (Cerebral hemorrhage/ hemorrhagic stroke)

**ใบหน้าเบี้ยว** หมายถึง การทำงานผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ ๗ ส่งผลให้มีอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อใบหน้า

**การแพทย์แผนไทย** หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทยและให้ความหมายรวมถึงการเตรียมการผลิตยาแผนไทยและการ ประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีใบหน้าเบี้ยวที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	๑๘
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีใบหน้าเบี้ยวทั้งหมด	๒๓
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีใบหน้าเบี้ยวดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	๗๘.๒๖

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	พัฒนาศักยภาพการนวดใบหน้าเบี้ยว ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีใบหน้าเบี้ยวดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	๗๘.๒๖	(ไม่ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๓๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีใบหน้าเบี้ยวดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :	
-	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๓๒	ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล	
ผู้กำกับดูแล : นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวธนภรณ์ สภาพันธ์
โทรศัพท์ : ๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓	โทรศัพท์ : ๐๘๒-๘๓๒๙๗๙๙
คำนิยาม :	<p><b>ประชากร</b> หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย</p> <p><b>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</b> หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p><b>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต</b> ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามการคัดแยก ระดับ ๑ และระดับ ๒ ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p> <p><b>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน</b> หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่ตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)</b>	
จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	๑๑๘
จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	๕๓๕
ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๒๒.๐๖
<b>๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน</b>	
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	จัดอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยและ Care giver ในการจัดการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง
๒	ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ในหน่วยงาน คลินิกบริการในโรงพยาบาล และชุมชน
๓	จัดทำแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบ EMS และเรียกใช้บริการ ๑๖๖๙ ในชุมชน
๔	จัดหน่วยงานปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับFR และ BLS รองรับให้ครอบครัวในพื้นที่
๕	มีระบบของทีม ALS ออกสนับสนุนและกำหนดจุดรับส่งเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วย มีการฝึกอบรมฟื้นฟูให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติทุกปี

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๓๒	ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
	ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๒๒.๐๖
		ค่าคะแนนที่ได้ <b>(ไม่ผ่าน)</b>
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑. การประชาสัมพันธ์การรับรู้การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ของประชาชน ในชุมชนยังไม่ทั่วถึง		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๓๓	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาด้วยยา Fibrinolytic drug ภายในเวลา ๓๐ นาที	
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล		
ผู้กำกับดูแล : นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางพัชนี เกิดผล	
โทรศัพท์ : ๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓	โทรศัพท์ : ๐๘๗-๒๖๘๖๕๐๑	
คำนิยาม :	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อและมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที โดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด(Fibrinolytic drug) (หลังจาก Consult แพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี)	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล		๒
จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด		๒
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาด้วยยา Fibrinolytic drug ภายในเวลา ๓๐ นาที		๑๐๐
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	ทีมสหวิชาชีพทบทวนแนวทาง CPG การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ร่วมกัน	
๒	มีการจัดเตรียมยา Streptokinase ให้เพียงพอพร้อมใช้	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาด้วยยา Fibrinolytic drug ภายในเวลา ๓๐ นาที	๑๐๐	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑.การโทรติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาล ต้องโทรหลายจุด ทำให้ต้องใช้เวลาในการประสาน		



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๓๔	ร้อยละของผู้ป่วย Stroke on Set time ภายในเวลา ๓ ชั่วโมง	
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล		
ผู้กำกับดูแล : นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสุรีย์ เตชะภาส	
โทรศัพท์ : ๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓	โทรศัพท์ : ๐๘๙-๘๖๘๕๙๙๔	
คำนิยาม :	ผู้ป่วย Stroke หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาภายในระยะเวลาไม่เกิน ๓ ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการที่มี Principal diagnosis (PDX) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐ - I๖๙)	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพูนพิณภายใน ๓ ชม. หลังมีอาการ	๒๔	
จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพูนพิณทั้งหมด	๔๙	
ร้อยละของผู้ป่วย Stroke on Set time ภายในเวลา ๓ ชั่วโมง	๔๘.๙๘	
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	แจกป้ายสติ๊กเกอร์สัญญาณอาการเตือนของโรคไว้ที่บ้านผู้ป่วย	
๒	ให้ความรู้เรื่องโรคอาการแสดงของโรค และทราบถึงช่องทางการเข้าถึงการรักษาระบบ ๑๖๖๙ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี CVD Risk score ๓๐ - ๔๐% ขึ้นไป	
๓	ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ในชุมชนและคลินิกบริการต่างๆในโรงพยาบาล	
๔	จัดหน่วยงานปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับFR และ BLS รองรับให้ครอบคลุมในพื้นที่	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วย Stroke on Set time ภายในเวลา ๓ ชั่วโมง	๔๘.๙๘	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑. สาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยมาล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการในช่วงที่เข้านอน ตื่นมาตอนเช้าพบว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจอาการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรีบมารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๓๕	ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
หน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
ผู้กำกับดูแล : นางสาวฐาปนี ศรีล้า	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวฐาปนี ศรีล้า
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒	โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒
คำนิยาม :	<p><b>ผู้ป่วยนอก</b> หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ แบบไม่นอนพัก รักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล โดยผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น</p> <p><b>การบริการด้านการแพทย์แผนไทย</b> หมายถึง บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>- การประคบยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบการศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์</li> <li>- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา</li> <li>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสมรรถภาพ</li> <li>- การประคบเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสมรรถภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสมรรถภาพ</li> <li>- การบำบัดมือเกลือ</li> <li>- การพอกยาสมุนไพร</li> <li>- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การอบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนทางเลือก</li> <li>- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</li> </ul> <p><b>การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก</b> หมายถึง การรักษาพยาบาล ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว/ครอบกระปุก</li> </ul> <p><b>การแพทย์ทางเลือก</b> เช่น สมุนไพรบำบัด หรือบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p>

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๓๕	ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้รับบริการ(ครั้ง) ที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๔๗,๑๘๙	
จำนวนผู้รับบริการ(ครั้ง) ที่ได้รับการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐรวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล	๑๑,๓๑๕	
ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒๓.๙๘	
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	ประชาสัมพันธ์ จัดทำสื่อ ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลใช้ยาสมุนไพร first line drug	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒๓.๙๘	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๓๖	ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร	
หน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		
ผู้กำกับดูแล : นางสาวฐาปนี ศรีล้า	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวฐาปนี ศรีล้า	
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒	โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒	
คำนิยาม :	ยาสมุนไพร หมายถึง ยาสมุนไพรเดี่ยว ยาสมุนไพรตำรับที่มีรหัสขึ้นต้น ๔๑ หรือ ๔๒	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร(ราคาขาย)	๗๑๓,๐๖๒.๒๕	
มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด	๕,๔๓๖,๗๓๗.๗๐	
ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร	๑๓.๓๐	
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	ประชาสัมพันธ์ จัดทำสื่อ ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลใช้ยาสมุนไพร first line drug	
๒	จัดทำคู่มือ เพื่อเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ PTC	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร	๑๓.๓๐	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๓๗	ระดับความสำเร็จในการให้บริการ Wellness แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ & SPA Level ๑ : จัดบริการ Wellness ศาสตร์แพทย์แผนไทย และเปิดให้บริการสปาเต็มรูปแบบ Level ๒ : ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการ Wellness & Spa Level ๓ : Wellness & Spa มีความยั่งยืน มีส่วนร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพ ประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพทางการเงิน

หน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้กำกับดูแล : นางสาวฐาปณี ศรีล้ำ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวกรกมล แซ่ลิ่ง

โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒

โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๑๐๐ ต่อ ๓๐๒

คำนิยาม :	<p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานที่ที่สร้างขึ้นเพื่อดำเนินกิจการตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ ดังต่อไปนี้</p> <p>กิจการสปา ได้แก่ บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพโดยวิธีการบำบัดด้วยน้ำและการนวดร่างกายเป็นหลัก ประกอบกับบริการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวงอีกอย่าง น้อยสามอย่าง เว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือการอาบน้ำ นวดหรืออบตัวที่เป็นการให้บริการในสถานอาบน้ำ นวดหรืออบตัวตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ</p> <p>กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม ยกเว้นการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงามในสถานพยาบาลเอกชน/หน่วยงานสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ และการนวด/การอบตัวที่เป็นบริการในสถานอาบน้ำตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ</p> <p>มาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง สถานประกอบการจะต้องดำเนินการจัดสถานประกอบการให้ได้มาตรฐาน ตามมาตรา ๒๖ แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้แก่มาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพแต่ละประเภท ให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง</p>
-----------	---

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

กิจกรรมดำเนินการ	ดำเนินการ	ยังไม่ดำเนินการ
เปิดบริการ wellness & spa เต็มรูปแบบ		/
ผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์เวลเนส กรมการแพทย์แผนไทยฯ		/
ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการ Wellness & Spa		/
อัตรากำไรขั้นต้น (GPM)		/
มีผลิตภัณฑ์ที่สนับสนุนวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่		/

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	ติดต่อผู้รับผิดชอบการเปิดบริการ Wellness & Spa สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ – กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๓๗	ระดับความสำเร็จในการให้บริการ Wellness แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ & SPA Level ๑ : จัดบริการ Wellness ศาสตร์แพทย์แผนไทย และเปิดให้บริการสปาเต็มรูปแบบ Level ๒ : ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการ Wellness & Spa Level ๓ : Wellness & Spa มีความยั่งยืน มีส่วนร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพ ประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพทางการเงิน	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ระดับความสำเร็จในการให้บริการ Wellness แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ & SPA	๐	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบการดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๓๘	ร้อยละของผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยมีผลการรักษาอนไม่หลับดีขึ้น ปวดเรื้อรังลดลง	
หน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		
ผู้กำกับดูแล : นางสาวฐาปณี ศรีล้ำ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศรณยา คงยิ่ง	
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑-๓๐๐ ต่อ ๓๐๒	โทรศัพท์ : ๐๘๗-๖๓๒๖๔๒๓	
คำนิยาม :	<p>คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย หมายถึง คลินิกที่เปิดให้บริการดูแลรักษาด้วยตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมตามแนวทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>นอนไม่หลับ หมายถึง นอนหลับยาก หลับๆ ตื่นๆ สะดุ้งโหยง ตื่นมาแล้วรู้สึกนอนไม่อึม อ่อนเพลีย นอนน้อยกว่า ๖ ชั่วโมงต่อวัน</p> <p>ปวดเรื้อรัง หมายถึง อาการปวดที่มีระยะเวลาต่อเนื่องมากกว่า ๓ เดือน</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีกัญชาปรุงผสม		๙๓
จำนวนผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับและปวดเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพูนพิณ		๔๙
ร้อยละของผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยมีผลการรักษาอนไม่หลับดีขึ้น ปวดเรื้อรังลดลง		๕๒.๖
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	สรุปข้อมูลผู้ป่วยกัญชาประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
๒	เปิดให้บริการดูแลรักษาด้วยตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมตามแนวทางการแพทย์แผนไทย โดยมีแพทย์แผนไทยส่งจ่ายยาที่มีกัญชาปรุงผสมในผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าการใช้ยา	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยมี ผลการรักษาอนไม่หลับดีขึ้น ปวดเรื้อรังลดลง	๕๒.๖	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
๑. มีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง ประชาชนเริ่มมาเข้ารับบริการมากขึ้น มีการส่งต่อระหว่างทีมสหวิชาชีพ		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ					
เป้าประสงค์	ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ					
ตัวชี้วัดที่ ๓๙	ระดับความสำเร็จของสถานบริการผ่านเกณฑ์การประเมินนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)					
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป						
ผู้กำกับดูแล : นายอาทิตย์ จรจรัส	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายอาทิตย์ จรจรัส					
โทรศัพท์ : ๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔	โทรศัพท์ : ๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔					
คำนิยาม	<p>การพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) หมายถึง การพัฒนาให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมที่มีความทันสมัย มาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดบริการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงานและสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ทั้ง ๓ ด้าน</p> <p><b>สิ่งแวดล้อมดี (Environment) :</b> การคำนึงถึงผลกระทบของสถานบริการทั้งภายใน และภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการที่คำนึงถึงความปลอดภัย การเยียวยา ลดผลกระทบต่อชุมชน</p> <p><b>ความทันสมัย (Modernize) :</b> การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการและเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ</p> <p><b>บริการด้วยหัวใจ (Smart Service) :</b> การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีข้อจำกัด เรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้รับบริการจนเกิดผลตอบรับด้วยความพึงพอใจและความรู้สึกพิเศษ</p>					
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)						
ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน				คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
๑	มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล EMS				๑	๐
๒	มีการจัดทำแผนพัฒนาสถานบริการ ตามนโยบาย EMS (Environment Modernization and Smart Service)				๑	๑
๓	ร้อยละความสำเร็จการดำเนินตามแผนพัฒนาฯ				๑	๐.๒
	คะแนน	๐.๒	๐.๔	๐.๖	๐.๘	๑
	ร้อยละ	≤๖๐	๖๐-๖๙	๗๐-๗๙	๘๐-๘๙	> ๙๐
๔	- มีผลคะแนนรวมการประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐ - ประเมินในระดับสถานบริการฯ โดยสถานบริการประเมินตนเอง				๑	๑
๕	- มีผลคะแนนรวมการประเมินขั้นสูง (The best) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ - ประเมินในระดับสถานบริการฯ โดยสถานบริการประเมินตนเอง				๑	๐
	<b>คะแนนรวม</b>				<b>๕</b>	<b>๒.๒</b>



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ
ตัวชี้วัดที่ ๓๙	ระดับความสำเร็จของสถานบริการผ่านเกณฑ์การประเมินนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล EMS
๒	แผนพัฒนาสถานบริการ ตามนโยบาย EMS (Environment Modernization and Smart Service)

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ระดับความสำเร็จของสถานบริการผ่านเกณฑ์การประเมินนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	๒.๒๐	(ไม่ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

-

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ
ตัวชี้วัดที่ ๔๐	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล	
ผู้กำกับดูแล : นางจรรุวรรณ วิชัยดิษฐ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิตา วิสามาศ
โทรศัพท์ : ๐๘๖-๔๗๘๔๓๔๓	โทรศัพท์ : ๐๘๓-๑๘๒๗๖๕๒
คำนิยาม :	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ ผู้รับบริการ หมายถึง ประชาชนไทยผู้มารับบริการโดยตรงหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มารับบริการที่หน่วยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ประเด็นการสำรวจประกอบด้วย ความสะอาด และการเข้าถึงบริการ การให้คำแนะนำและขั้นตอนของการรับบริการ การดูแลใส่ของเจ้าหน้าที่ สีสัน ศึกษิตตามบอร์ดประชาสัมพันธ์เหมาะสม การพูดจา สื่อสาร ท่าทางของเจ้าหน้าที่ การถามอาการของโรค ความพร้อมของเครื่องมือ ความสะอาดของสถานที่ที่ได้รับคำแนะนำหลังแพทย์ตรวจรักษาแล้ว ความรวดเร็วในการให้บริการ ภาพรวมทั่วไป

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ผลรวมของคะแนนความพึงพอใจ	๙๕
ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม	๑๑๐
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	๘๖.๔๒

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	การเข้าถึงบริการ : จัดนักประชาสัมพันธ์คอยให้บริการ ให้ข้อมูลขั้นตอนการรับบริการ ช่วยเหลือประสานงานการรับบริการแผนกต่าง ๆ ตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ
๒	การสื่อสารประชาสัมพันธ์ : จัดทำป้ายบอกขั้นตอนการรับบริการและป้ายบอกจุดรับบริการที่มองเห็นได้ชัดเจน ให้ข้อมูล : การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพด้านโรค ข้อมูลการใช้จ่าย การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคโดยการรณรงค์ตามความเหมาะสมกับโรค
๓	การปรับสถานที่ให้บริการ : การเดินสำรวจและตรวจสอบความสะอาด ความปลอดภัยของสถานที่ของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อม คณะกรรมการ IC ของหน่วยงานกำหนดการคัดแยกผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อความพร้อมใช้ของเครื่องมือ-อุปกรณ์ : การจัดหาเครื่องมือ-อุปกรณ์ที่นำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการ ให้มีจำนวนเพียงพอพร้อมใช้ ตรวจสอบรายวัน

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	๘๖.๔๒	(ผ่าน)

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ
ตัวชี้วัดที่ ๔๐	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :	
๑. การให้การสนับสนุนของผู้บริการและบุคลากรในหน่วยงานทุกคนให้ความร่วมมือ	
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :	
๑. มีข้อจำกัดการใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุ ผู้มีปัญหายายตา ผู้รับบริการที่อยู่ในช่วงเวลาเร่งรีบ	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ	
ตัวชี้วัดที่ ๔๑	ร้อยละข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ	
หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์		
ผู้กำกับดูแล : นายณภัทร แซ่มชื่น	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวกาญจนา รัตนอุบล	
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑๑๐๐ ต่อ ๔๐๗	โทรศัพท์ : ๐๖๓-๓๒๓๔๖๗๐	
คำนิยาม :	<p><b>ข้อร้องเรียน</b> หมายถึง คำร้องจากผู้มารับบริการซึ่งได้รับผลกระทบอันก่อให้เกิดความเสียหายของผู้รับบริการเป็นผลที่ไม่พึงประสงค์ของระบบบริการ กระบวนการให้บริการและพฤติกรรมบริการ ตลอดจนได้มีการแก้ไขข้อร้องเรียนนั้น</p> <p><b>ผู้รับบริการ</b> หมายถึง ประชาชนไทยผู้มารับบริการโดยตรงหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่มารับบริการที่หน่วยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ประเด็นการสำรวจประกอบด้วย ความสะดวกและการเข้าถึงบริการ การให้คำแนะนำและขั้นตอนของการรับบริการ การดูแลใส่ของเจ้าหน้าที่ สื่อสุขศึกษาตามบอร์ดประชาสัมพันธ์เหมาะสม การพุดจา สื่อสาร ท่าทางของเจ้าหน้าที่ การถามอาการของโรค ความพร้อมของเครื่องมือ ความสะอาดของสถานที่ การได้รับคำแนะนำหลังแพทย์ตรวจรักษาแล้ว ความรวดเร็วในการให้บริการ ภาพรวมทั่วไป</p>	
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)</b>		
จำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมด	๑๙	
จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด	๗๙,๕๒๙	
ร้อยละข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ	๒.๓๘	
<b>๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน</b>		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน	
๒	ทะเบียนควบคุมเรื่องร้องเรียน	
๓	รวบรวมสถิติผ่านฐานข้อมูลความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียน	
<b>๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :</b>		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ	๒.๓๘	(ไม่ผ่าน)
<b>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b>		
๑. คู่มือการปฏิบัติงานรับเรื่องร้องเรียน		
<b>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b>		
๑. คณะกรรมการอาจไม่มีความชำนาญโดยตรง รับข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์		
๒. เกิดความล่าช้าในการ รับข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ
ตัวชี้วัดที่ ๔๑	ร้อยละข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ
<p>๓. กรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม ข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ไม่ถูกต้อง และไม่ครบถ้วน</p> <p>๔. เจ้าหน้าที่ยังไม่เข้าถึงระบบการรับข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์</p> <p>๕. เจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานยังไม่เข้าใจ การพิจารณา มาตรา ๔๑ และมาตรา ๑๘(๑) ของการรับข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์</p> <p>๖. เกิดความล่าช้าในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากภาระกิจงานหลัก</p> <p>๗. ข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ บางเรื่องเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน อาจทำให้เกิดความล่าช้าในการประสานงาน</p>	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
ตัวชี้วัดที่ ๔๒	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	
ผู้กำกับดูแล : นางปิยะนาถ รักษาพรหมพันธ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอาริยา ชัยยศ
โทรศัพท์ : ๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๘	โทรศัพท์ : ๐๘๑-๑๖๐๑๐๐๖
คำนิยาม :	กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre - DM) หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS ๑๐๐ -๑๒๕ mg/dl ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ	เครือข่าย = ๑๐ คน
จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา	เครือข่าย = ๔๔๖ คน
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	เครือข่าย = ๒.๒๔

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	มีการประชาสัมพันธ์การลงพื้นที่คัดกรอง และ ๕ สัญญาณเตือน ๕ โรค NCDs
๒	มีการจัดตั้งทีมคัดกรองสุขภาพ ร่วมกับ อสม.ในชุมชน / มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองและบันทึกผลการคัดกรอง
๓	มีการจัดทำโครงการการคัดกรองสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ร่วมกับ อสม. ในเขต อบต.ท่าข้าม
๔	การพัฒนาให้เกิด wellness clinic อย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน และต่อเนื่อง ขยายผลลงสู่ชุมชนโดย อสม. (กำลังดำเนินการ)
๕	พัฒนางานวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดูแล/ควบคุม/ป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเข้าถึงยาก
๖.	ส่งเสริม/สนับสนุน ให้เกิดบุคคลต้นแบบด้านป้องกัน/ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
๗.	จัดให้มีการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอพุนพิน เพื่อดำเนินงาน
๘.	พัฒนา แนวทางการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการรับบริการของประชาชน
๙.	พัฒนาระบบ Line official ของ งานปฐมภูมิฯ เพื่อการสื่อสารกับประชาชน

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาาระบบบริการที่มีคุณภาพ	
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี	
ตัวชี้วัดที่ ๔๒	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	(เครือข่าย) ๒.๒๔	เครือข่าย (ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
ตัวชี้วัดที่ ๔๓	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	
ผู้กำกับดูแล : นางปิยะนาถ รักษาพรหม	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอาริยา ชัยยศ
โทรศัพท์ : ๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๙	โทรศัพท์ : ๐๘๑-๑๖๐๑๐๐๖
คำนิยาม :	<p>อัตรากลุ่มสงสัยป่วย HT ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <p>กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ( Pre - HT) หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่มีค่าระดับความดันโลหิต ๑๓๐ - ๑๓๙/ ๘๕-๘๙ mmHg ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง</p>

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ	เครือข่าย = ๔๑ คน
จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณที่ผ่านมา	เครือข่าย = ๖๔๔ คน
อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	เครือข่าย = ๖.๓๗

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	มีการประชาสัมพันธ์การลงพื้นที่คัดกรอง และ ๕ สัญญาณเตือน ๕ โรค NCDs
๒	มีการจัดตั้งทีมคัดกรองสุขภาพ ร่วมกับ อสม.ในชุมชน / มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองและบันทึกผลการคัดกรอง
๓	มีการจัดทำโครงการการคัดกรองสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ร่วมกับ อสม. ในเขต อบต.ท่าข้าม
๔	การพัฒนาให้เกิด wellness clinic อย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน และต่อเนื่อง ขยายผลลงสู่ชุมชนโดย อสม.
๕	การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
๖	งานวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่เป็น อสม.โรงพยาบาลพุนพิน (กำลังดำเนินการ)
๗	พัฒนางานวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดูแล/ควบคุม/ป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเข้าถึงยาก
๘	ส่งเสริม/สนับสนุน ให้เกิดบุคคลต้นแบบด้านป้องกัน/ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
๙	จัดให้มีการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอพุนพิน
๑๐	พัฒนา แนวทางการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการรับบริการ
๑๑	พัฒนาระบบ Line official ของ งานปฐมภูมิฯ เพื่อการสื่อสารกับประชาชน



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี	
ตัวชี้วัดที่ ๔๓	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	(เครือข่าย) = ๖.๓๗%	เครือข่าย = (ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี	
ตัวชี้วัดที่ ๔๔	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อ	
หน่วยงาน : บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม		
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวกัญญารัตน์ เพชรลู่
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๘	โทรศัพท์ : ๐๘๘-๐๗๔๒๑๕๘
คำนิยาม	การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุการตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ		๔๔
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม		๓
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อ		๖.๘๑
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	
๒	ประวัติการดูแลรักษาผู้ป่วย	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อ	๐	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
๑.สถานที่ที่อำนวยความสะดวกการรักษา		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑.การใช้เครื่องมือในการฟื้นฟูยังไม่พร้อม		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี	
ตัวชี้วัดที่ ๔๕	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อ	
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม		
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๘	โทรศัพท์ : ๐๘๔-๕๙๔๙๖๙๑
คำนิยาม :	การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุการตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงภาวะพลัดตกหกล้ม	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษา		๑๔
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม		๔๗
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อ		๒๙.๗๙
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	เอกสารคัดกรองภาวะหกล้ม	
๒	ประวัติการเข้ารับการดูแลรักษาในคลินิก	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อ	๒๙.๗๙	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
๑. ทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนการดูแลรักษา		
๒. สถานที่อำนวยความสะดวกผู้สูงอายุ		
๓. อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลฟื้นฟู		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑. สถานที่ไม่พร้อมสำหรับการจัดตั้งคลินิก		
๒. แนวทางการรักษาต่อเนื่องยังไม่ชัดเจน		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
ตัวชี้วัดที่ ๔๖	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม

ผู้กำกับดูแล : นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ

โทรศัพท์ : ๐๘๔-๖๓๔๖๘๘๘๘

โทรศัพท์ : ๐๘๔-๕๙๔๙๖๙๑

**คำนิยาม :**

ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนาสนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีมีอายุยืนยาว

**แผนดูแลรายบุคคล (Care Plan)** หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ /ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง

**การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์** หมายถึง

- การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ ๙ เดือนและ ๑๒ เดือน
- ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	๕๓
จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ	๗๐
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	๗๐.๗๑

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	แฟ้มประวัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยแบบประเมิน ADL / care plan / ประวัติการเยี่ยม
๒	ข้อมูลการจัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓c)
๓	โครงการจัดซื้อผ้าอ้อมสำเร็จรูปผ่านกองทุน สปสช.
๔	Spot map

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	๗๐.๗๑	(ไม่ผ่าน)

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
ตัวชี้วัดที่ ๔๖	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
<p>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้จัดการการดูแล (CM) / ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)</li> <li>๒. การส่งต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจากทุกภาคส่วน เพื่อการดูแลประเมินที่เร็วยิ่งขึ้น ทั้งภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล</li> <li>๓. งบประมาณการสนับสนุนโครงการสำหรับผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง</li> <li>๔. การได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาคท้องถิ่น ชุมชน</li> </ol>	
<p>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. เนื่องจากพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลพูนพิณ แบ่งเป็น ๒ เขต เทศบาล/อบต. การของบประมาณโครงการ อาจเกิดความล่าช้า</li> <li>๒. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนมาก การดูแลประเมินต้องใช้เวลาานาน อีกทั้งมีรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ</li> <li>๓. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายสิทธิการรักษาไม่ใช่สิทธิบัตรทองจึงไม่สามารถนำเข้าโครงการได้</li> </ol>	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี	
ตัวชี้วัดที่ ๔๗	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี Wellness Plan	
หน่วยงาน : บริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม		
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวกัญยารัตน์ เพชรรุ
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๘	โทรศัพท์ : ๐๘๘-๐๗๔๒๑๕๘
คำนิยาม :	แผนส่งเสริมสุขภาพดี: Wellness Plan. เป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุและคนทุกกลุ่มวัย การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Individual Wellness Plan) รายบุคคล ตามแบบคัดกรองประเมินภาวะสุขภาพ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำเป็นพี่เลี้ยง	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้สูงอายุที่มีการนำแผนสู่การปฏิบัติจริง		๐
จำนวนผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี Wellness Plan		๐
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี Wellness Plan		๐
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	เอกสารคู่มือความรู้การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี Wellness Plan	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี Wellness Plan	๐	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
๑.ความร่วมมือของผู้สูงอายุและญาติ		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
๑.การวางแผนล่วงหน้าในการคัดกรองและการดูแลต่อผู้ที่มีความผิดปกติ		
๒.ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมในการดูแลผู้ที่มีผลผิดปกติ		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี	
ตัวชี้วัดที่ ๔๘	ร้อยละของผู้สูงอายุและญาติที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	
หน่วยงาน : บริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม		
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวกัญญารัตน์ เพชรรุ
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๘	โทรศัพท์ : ๐๘๘-๐๗๔๒๑๕๘
คำนิยาม :	<p>ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะของประชาชนในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ กล้าซักถาม ตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนนำไปปฏิบัติตามเพื่อการมีสุขภาพที่ดี</p> <p><b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ</li> <li>๒. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ</li> <li>๓. ทักษะการสื่อสารสุขภาพ</li> <li>๔. ทักษะรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ</li> <li>๕. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง</li> <li>๖. ทักษะการจัดการตนเอง</li> </ol>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนผู้สูงอายุและญาติที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ		๐
จำนวนผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุซึ่งเป็นตัวแทนหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ		๐
ร้อยละของผู้สูงอายุและญาติที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ		๐
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	เอกสารการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในด้านต่างๆ	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของผู้สูงอายุและญาติที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	๐	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
๑. ความร่วมมือของผู้สูงอายุและญาติ		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
ตัวชี้วัดที่ ๔๘	ร้อยละของผู้สูงอายุและญาติที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
<p>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</p> <p>๑. มีการบันทึกข้อมูลหลายโปรแกรม ทำให้เกิดความล่าช้าต่อการดำเนินงาน</p>	



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
ตัวชี้วัดที่ ๔๙	ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุไร้ฟัน (ในชมรมผู้สูงอายุ) ในแต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

หน่วยงาน : กลุ่มงานทันตกรรม

ผู้กำกับดูแล : ทพญ.ชเนตตี ธนรักษ์

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอรวรรณ ปิ่นแก้ว

โทรศัพท์ : ๐๖๑-๘๖๒๔๕๖๓

โทรศัพท์ : ๐๘๖-๖๘๖๓๒๔๘

คำนิยาม : ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป มีความอ่อนแอทางร่างกายและจิตใจ มีความเจ็บป่วยหรือความพิการเกิดร่วมด้วยเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมทางร่างกายและจิตใจ

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด	๐
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๐
ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุไร้ฟัน (ในชมรมผู้สูงอายุ) ในแต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๐

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	ยกเลิกโครงการ

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุไร้ฟัน (ในชมรมผู้สูงอายุ) ในแต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๐	(ไม่ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. เนื่องจากมีการถ่ายโอน รพ.สต. และเป็นการดำเนินงานภายใน รพ.สต. จึงไม่ได้ดำเนินการ

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
ตัวชี้วัดที่ ๕๐	ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุไร้ฟัน ในแต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต ได้รับการรักษาใส่ฟันเทียมพื้นที่ละ ๕-๑๐ คน

หน่วยงาน : กลุ่มงานทันตกรรม

ผู้กำกับดูแล : ทพญ.ชเนตตี ธนรักษ์

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอรวรรณ ปิ่นแก้ว

โทรศัพท์ : ๐๖๑-๘๖๒๔๕๖๓

โทรศัพท์ : ๐๘๖-๖๘๖๓๒๔๘

๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้สูงอายุใน รพ.สต ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมในแต่ละ รพ.สต.	๐
๗๐ (จำนวน รพ.สต* ๑๐)	๐
ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุไร้ฟัน ในแต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต ได้รับการรักษาใส่ฟันเทียมพื้นที่ละ ๕-๑๐ คน	๐

๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	ยกเลิกโครงการ

๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุไร้ฟัน ในแต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต ได้รับการรักษาใส่ฟันเทียมพื้นที่ละ ๕-๑๐ คน	๐	(ไม่ผ่าน)

๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. เนื่องจากมีการถ่ายโอน รพ.สต. และเป็นการดำเนินงานภายใน รพ.สต. จึงไม่ได้ดำเนินการ

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
ตัวชี้วัดที่ ๕๑	ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และโรคโควิดในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	
ผู้กำกับดูแล : นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวจุลินท์ พิศสุวรรณ
โทรศัพท์ : ๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๘	โทรศัพท์ : ๐๘๗-๐๘๕๒๒๘๖
คำนิยาม :	ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ หมายถึง ความครอบคลุมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มโรคที่ระบุให้เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการให้บริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโควิด หมายถึง ความครอบคลุมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มโรคที่ระบุให้เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	๐
จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่	๐
ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๐

จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับวัคซีนโควิด	๑๖๘
จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการฉีดวัคซีนโควิด	๗๑
ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันและโรคโควิดในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๘๗.๖๒

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	ลงพื้นที่เชิงรุกเคาะประตูฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในชุมชน
๒	จัดรถประชาสัมพันธ์เสียงตามสายให้ความรู้วัคซีนโควิด-๑๙ และวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในชุมชน
๓	โทรนัดกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น
๔	ให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๐	(ไม่ผ่าน)
ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิดในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๘๗.๖๒	(ผ่าน)

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
ตัวชี้วัดที่ ๕๑	ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และโรคโควิดในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :	
-	
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :	
๑. วัคซีนไข้หวัดใหญ่ยังไม่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ทำให้ยังไม่มีผลงาน	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	องค์กรมีสมรรถนะ บุคลากรมีความสุข	
ตัวชี้วัดที่ ๕๒	ร้อยละความผูกพันของบุคลากรในทุกระดับของโรงพยาบาลพูนพิณและเครือข่ายฯ	
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป		
ผู้กำกับดูแล : นายอาทิตย์ จรจรัส	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายอาทิตย์ จรจรัส	
โทรศัพท์ : ๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔	โทรศัพท์ : ๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔	
คำนิยาม :	<p>ความผูกพันต่อองค์กร หมายถึง ทศนคติของบุคคลที่มีต่อองค์กร ความรู้สึกที่ดีต่อองค์กร ความรัก ความภาคภูมิใจ ความเอาใจใส่ต่อองค์กร การรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่ง มีความเชื่อมั่น ยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร แสดงออกมาในลักษณะทางการพูด ทางความคิด ทางการแสดงออก และทางพฤติกรรม การเต็มใจเสียสละความสุขส่วนตัวเพื่อเป้าหมายและต้องการที่จะดำรงไว้ซึ่งการเป็นสมาชิกขององค์กรนั้นตลอดไป โดยแบ่งเป็น ๖ ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ด้านงานในความรับผิดชอบ</li> <li>๒. ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน</li> <li>๓. ด้านวัฒนธรรมในองค์กร</li> <li>๔. ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ</li> <li>๕. ด้านโอกาสและความก้าวหน้าทางอาชีพในองค์กร</li> <li>๖. ด้านการรักษาคุณภาพระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว</li> </ol> <p>บุคลากร หมายถึง บุคลากรในทุกระดับที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลพูนพิณ และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพูนพิณ</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนบุคลากรที่มีความผูกพันต่อองค์กร		๐
จำนวนบุคลากรทุกระดับที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลพูนพิณ และเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพูนพิณ		๐
ร้อยละความผูกพันของบุคลากรในทุกระดับของโรงพยาบาลพูนพิณและเครือข่ายฯ		๐
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	กิจกรรมยกย่องชมเชยบุคลากรที่ได้รับรางวัลจากหน่วยงานภายนอกและแสดงความยินดีในวาระต่างๆ	
๒	กิจกรรม Happy Birthday (มอบเค้กและการ์ดวันเกิด และรวมคลิปวิดีโอในรอบเดือน)	
๓	กิจกรรมสร้างคนต้นแบบด้านสุขภาพ, ตลาดนัดสุขภาพ	
๔	ยกย่องเชิดชูผู้ที่มีค่านิยมดีเด่นประจำเดือน	
๕	กิจกรรมกีฬาสามสัมพันธ์ภายนอกองค์กร (แบดมินตัน)	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	องค์กรมีสมรรถนะ บุคลากรมีความสุข	
ตัวชี้วัดที่ ๕๒	ร้อยละความผูกพันของบุคลากรในทุกระดับของโรงพยาบาลพูนพิณและเครือข่ายฯ	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
	ร้อยละความผูกพันของบุคลากรในทุกระดับของโรงพยาบาลพูนพิณ และเครือข่ายฯ	๐
		ค่าคะแนนที่ได้ <b>(ไม่ผ่าน)</b>
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	องค์กรมีสมรรถนะ บุคลากรมีความสุข
ตัวชี้วัดที่ ๕๓	ค่าเฉลี่ยความสุขของบุคลากรในทุกระดับของโรงพยาบาล

หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ผู้กำกับดูแล : นายอาทิตย์ จรจรัส

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายอาทิตย์ จรจรัส

โทรศัพท์ : ๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔

โทรศัพท์ : ๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔

**คำนิยาม :**

**ความสุขของบุคลากร** หมายถึง การรับรู้ของบุคลากร หรืออารมณ์ความรู้สึกชื่นชอบหรือเป็นสุขกับการทำงาน การได้รับการยกย่องและยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน ได้ทำงานในที่ทำงานที่มั่นคง มีความก้าวหน้า เข้าถึงโอกาสในการพัฒนา มีผู้บังคับบัญชาที่มีความเมตตากรุณา เพื่อนร่วมงานที่จริงใจ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการทำงาน

**องค์กรแห่งความสุข** หมายถึง การดำเนินงานภายในองค์กรมุ่งเน้นการสร้างเสริมบุคลากรให้มีทั้งสุขภาพที่ดีและมีความสุขในการทำงาน โดยอาศัยหลักการ ๓ ประการ คือ ๑) คนทำงานมีความสุข (Happy People) การจัดสมดุลชีวิตในการทำงานได้อย่างมีอาชีพ มีศีลธรรมอันดีงาม และเอื้ออาทรต่อตนเองและผู้อื่น ๒) ที่ทำงานน่าอยู่ (Happy Workplace) ที่ทำงานมีความปลอดภัย ดูแลความสุขในการทำงานของบุคลากรให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการอยู่ร่วมกัน และ ๓) การทำงานเป็นทีม (Happy Teamwork)

**บุคลากร** หมายถึง บุคลากรในทุกระดับที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลพูนพิณ และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพูนพิณ

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ผลรวมคะแนนความสุขของบุคลากรทั้งหมด	๐
จำนวนบุคลากรทุกระดับที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลพูนพิณ และเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพูนพิณ	๒๕๑
ค่าเฉลี่ยความสุขของบุคลากรในทุกระดับของโรงพยาบาล	๐

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
-	

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ค่าเฉลี่ยความสุขของบุคลากรในทุกระดับของโรงพยาบาล	๐	(ไม่ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

-

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	องค์กรมีสมรรถนะ บุคลากรมีความสุข	
ตัวชี้วัดที่ ๕๔	ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลพูนพิณและหน่วยบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณ มีผลงานวิชาการมุ่งเน้นด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม) <ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลพูนพิณและหน่วยบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณมีผลงานวิชาการมุ่งเน้นด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม) อย่างน้อย ๑ เรื่อง</li> <li>บุคลากรในหน่วยงานมีผลงานวิชาการมุ่งเน้นด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม)</li> </ol>	
หน่วยงาน :	คณะอนุกรรมการการจัดการความรู้ (KM)	
ผู้กำกับดูแล :	ทันตแพทย์หญิงชนนต์ตี ธนรักษ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวบุญยวิทย์ จิวประดิษฐกุล
โทรศัพท์ :	๐๖๑-๘๖๒๔๕๖๓	โทรศัพท์ : ๐๙๒-๖๙๑๔๙๐๔
คำนิยาม :	<p><b>CQI (Continuous Quality Improvement)</b> หมายถึง การพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งมุ่งสู่ความเป็นเลิศ</p> <p><b>R๒R (Routine to Research)</b> หมายถึง การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ผลลัพธ์ของ R๒R ไม่ได้มุ่งหวังเพียงแค่ได้ผลงานวิจัยเท่านั้น มีเป้าหมายที่จะนำผลงานวิจัย R๒R ไปใช้พัฒนางานประจำนั้นๆ</p> <p><b>นวัตกรรม (Innovation)</b> หมายถึง ความคิด การปฏิบัติ หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยมีใช้มาก่อนหรือเป็นการพัฒนาดัดแปลงมาจากของเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้ทันสมัยและใช้ได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อนำนวัตกรรมมาใช้จะช่วยให้การทำงานนั้นได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สูงกว่าเดิม ทั้งยังช่วยประหยัดเวลาและแรงงานได้ด้วย</p>	
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)</b>		
จำนวนผลงานวิชาการด้านโรคติดต่อไม่เรื้อรัง (NCD) ทั้งหมดที่ดำเนินการบรรลุเป้าหมาย		๒
จำนวนหน่วยงานภายในโรงพยาบาลพูนพิณทั้งหมด		๓๓
<b>ร้อยละหน่วยงานมีผลงานวิชาการทั้งหมดที่ดำเนินการบรรลุเป้าหมาย</b>		<b>๖.๐๖</b>
จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่มีผลงานวิชาการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ทั้งหมด ที่ดำเนินการบรรลุเป้าหมาย		๒
จำนวนบุคลากรในหน่วยงานทั้งหมด		๒๔๙
<b>ร้อยละบุคลากรในหน่วยงานมีผลงานวิชาการทั้งหมดที่ดำเนินการบรรลุเป้าหมาย</b>		<b>๐.๘๐</b>



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการและระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	องค์กรมีสมรรถนะ บุคลากรมีความสุข
ตัวชี้วัดที่ ๕๔	ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลพูนพิณและหน่วยบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณ มีผลงานวิชาการมุ่งเน้นด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม) ๑. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลพูนพิณและหน่วยบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณมีผลงานวิชาการมุ่งเน้นด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม) อย่างน้อย ๑ เรื่อง ๒. บุคลากรในหน่วยงานมีผลงานวิชาการมุ่งเน้นด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม)

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	คลังความรู้ออนไลน์

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลพูนพิณและหน่วยบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณมีผลงานวิชาการมุ่งเน้นด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม) อย่างน้อย ๑ เรื่อง	๖.๐๖	(ไม่ผ่าน)
บุคลากรในหน่วยงานมีผลงานวิชาการมุ่งเน้นด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม)	๐.๘๐	(ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

- บุคลากรติดภาระหน้างานด้านคลินิก ไม่มีเวลาในการเขียนผลงานวิชาการ
- บุคลากรบางส่วนยังไม่ได้รับการอบรมส่งเสริมความรู้/ทักษะการเขียนผลงานวิชาการ

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการและระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	องค์กรมีสมรรถนะ บุคลากรมีความสุข	
ตัวชี้วัดที่ ๕๔.๑	ร้อยละบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลพูนพิณและเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการจัดทำผลงานวิชาการ (ผลงานพัฒนางานคุณภาพ CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม)	
หน่วยงาน : คณะอนุกรรมการการจัดการความรู้ (KM)		
ผู้กำกับดูแล : ทันตแพทย์หญิงชนนต์ ธนรัช	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวบุญญวิทย์ จิวประดิษฐกุล	
โทรศัพท์ : ๐๖๑-๘๖๒๔๕๖๓	โทรศัพท์ : ๐๙๒-๖๙๑๔๙๐๔	
คำนิยาม :	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพูนพิณและเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณ	

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

บุคลากรโรงพยาบาลพูนพิณที่เข้ารับการอบรมเสริมสมรรถนะ เรียนรู้ด้านการทำผลงานวิชาการ (ผลงานพัฒนางานคุณภาพ CQI, R๒R, นวัตกรรม)	๓๐
บุคลากรโรงพยาบาลพูนพิณ ทั้งหมด	๒๔๖
ร้อยละบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลพูนพิณและเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการจัดทำผลงานวิชาการ (ผลงานพัฒนางานคุณภาพ CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม)	๑๒.๑๙

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	คลังความรู้ออนไลน์

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลพูนพิณและเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการจัดทำผลงานวิชาการ (ผลงานพัฒนางานคุณภาพ CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม)	๑๒.๑๙	(ไม่ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. คณะกรรมการ KM ไม่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการจัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ			
เป้าประสงค์	ระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ			
ตัวชี้วัดที่ ๕๕	ระดับความสำเร็จประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง			
หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์				
ผู้กำกับดูแล :	นายแพทย์สำเนียง แสงสว่าง	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายณภัทร เข้มชื่น		
โทรศัพท์ :	๐๗๗-๓๑๑๓๘๕ ต่อ ๓๓๔	โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑๑๐๐ ต่อ ๔๐๗		
คำนิยาม :	ด้าน	รายการ	เกณฑ์	คะแนน
	<b>๑. ตัวชี้วัดกระบวนการ</b>			
๑.๑ ด้านการบริหารแผนการเงิน (Planfin)	รายได้		±๕%	๑
	ค่าใช้จ่าย		±๕%	๑
๑.๒ ด้านการบริหารต้นทุนบริการและค่าใช้จ่าย	Unit Cost for OP		ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม โรงพยาบาล	๑
	Unit Cost for IP		ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม โรงพยาบาล	๑
	LC ค่าแรง		ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม โรงพยาบาล	๐.๕
	MC ค่ายา		ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม โรงพยาบาล	๐.๕
	MC ค่า Lab		ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม โรงพยาบาล	๐.๕
	MC ค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยา		ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม โรงพยาบาล	๐.๕
๑.๓ ด้านการบริหารจัดการบัญชีและการเงิน	ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้		≤๙๐ วัน	๑
	ระยะเวลาเรียกเก็บหนี้ UC		≤๖๐ วัน	๐.๕
	ระยะเวลาเรียกเก็บหนี้ ชรก		≤๖๐ วัน	๐.๕
	การบริหารสินค้าคงคลัง		≤๖๐ วัน	๑
	คะแนนงบทดลองเบื้องต้น		๑๐๐%	๑
๑.๔ ด้านการบริการ	อัตราครองเตียง		≥๘๐% หรือเพิ่มขึ้น ๕%	๑
	Sum of Adj.RW / CMI		เกินค่ากลางกลุ่ม โรงพยาบาล	๑
<b>๒. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน</b>				
๒.๑ ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน Operating Margin			เกินค่ากลางกลุ่ม โรงพยาบาล	๑
๒.๒ อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ Return of Asset			เกินค่ากลางกลุ่ม โรงพยาบาล	๑
๒.๓ ทุนสำรองสุทธิ Net Working Capital			≥๐	๑
๒.๔ ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม EBITDA			≥๐	๑
๒.๕ Cash Ratio			≥๐.๘	๑
<b>Total Performance Score (เต็ม ๑๕)</b>			<b>Grade</b>	
๑๒	≥ ๑๒ คะแนน		A	ดีมาก
๑๐.๕	≥ ๑๐.๕ คะแนน แต่ < ๑๒ คะแนน		B	ดี

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ			
เป้าประสงค์	ระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ			
ตัวชี้วัดที่ ๕๕	ระดับความสำเร็จประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง			
	๙	≥ ๙ คะแนน แต่ < ๑๐.๕ คะแนน	C	พอใช้
	๗.๕	≥ ๗.๕ คะแนน แต่ < ๙ คะแนน	D	ต้องปรับปรุง
	๗.๕	< ๗.๕ คะแนน	F	ไม่ผ่าน

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

เกณฑ์ประสิทธิภาพ	ผลงาน	เต็ม	ได้
รวม		๑๕.๐	๑๑.๐
<b>๑. ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)</b>			
<b>๑.๑ การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน</b> ผลต่าง บวกหรือลบไม่เกิน ๕%		๒.๐	๐.๐
๑.๑.๑ มิติรายได้	+๔๕.๗๗	๑.๐	๐.๐
๑.๑.๒ มิติค่าใช้จ่าย	+๒๑.๑๐	๑.๐	๐.๐
<b>๑.๒ การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน (๓ คะแนน)</b>		๓.๐	๑.๕
๑.๒.๑ ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์มีชีเย่า ≤ ๙๐ วัน หรือ ≤ ๑๘๐ วัน	๙๖ วัน	๑.๐	๐.๐
๑.๒.๒ ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ≤ ๖๐ วัน	๓๖.๔๖	๐.๕	๐.๕
๑.๒.๓ ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ ≤ ๖๐ วัน	๖๒.๗๑	๐.๕	๐.๐
๑.๒.๔ การบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management) ≤ ๖๐ วัน ยกเว้น โรงพยาบาลพื้นที่เกาะ ≤ ๙๐ วัน	๕๒.๙๑	๑.๐	๑.๐
<b>๑.๓ การบริหารจัดการ</b>		๕.๐	๔.๕
<b>๑.๓.๑ การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย (๒ คะแนน)</b>		๒.๐	๒.๕
๑.๓.๑.๑ Unit Cost for OP	๑,๐๙๑.๖๘	๑.๐	๑
๑.๓.๑.๒ Unit Cost for IP	๘,๑๒๔.๒๘	๑.๐	๑
๑.๓.๑.๓ LC ค่าแรงบุคลากร	๔๒,๕๔๑,๗๙๗.๔๕	๐.๕	๐.๐
๑.๓.๑.๔ MC ค่ายา	๘,๔๔๘,๓๓๐.๐๓	๐.๕	๐.๐
๑.๓.๑.๕ MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์	๓,๒๑๙,๖๑๒.๘๘	๐.๕	๐.๐
๑.๓.๑.๖ MC ค่าเวชภัณฑ์มีชีเย่าและวัสดุการแพทย์	๑,๖๗๒,๕๑๘.๘๐	๐.๕	๐.๕
๑.๓.๒ คะแนนตรวจสอบงบประมาณเบื้องต้น	๑	๑.๐	๑.๐
๑.๓.๓ ผลผลิต (Productivity) เป็นที่ยอมรับ (๒ คะแนน)		๒.๐	๑.๐
๑.๓.๓.๑ อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน ≥ ๘๐ %	๖๒.๐๔	๑.๐	๐.๐

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ			
เป้าประสงค์	ระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ			
ตัวชี้วัดที่ ๕๕	ระดับความสำเร็จประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง			
	๑.๓.๓.๒ Sum of AdjRW เกินค่ากลางกลุ่ม โรงพยาบาล หรือ เพิ่มขึ้น ๕ %	๐.๖๙๙๘	๑.๐	๑.๐
	<b>๒. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน</b>		<b>๕.๐</b>	<b>๕.๐</b>
	<b>๒.๑ ความสามารถในการทำกำไร</b>		<b>๓.๐</b>	<b>๓.๐</b>
	๒.๑.๑ ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)	๓.๔	๑.๐	๑.๐
	๒.๑.๒ อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)	๑๒.๑๙	๑.๐	๑.๐
	๒.๑.๓ ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) $\geq 0$ (๑คะแนน)	+	๑.๐	๑.๐
	<b>๒.๒ การวัดสภาพคล่องทางการเงิน</b>		<b>๒.๐</b>	<b>๒.๐</b>
	๒.๒.๑ ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) $\geq 0$ (๑ คะแนน)	+	๑.๐	๑.๐
	๒.๒.๒ Cash Ratio $\geq 0.๘$ (๑ คะแนน)	๒.๒๘	๑.๐	๑.๐

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	แผน planfin
๒	รายงานการควบคุม Planfin

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ระดับความสำเร็จประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๑๑ (B)	(ไม่ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. ผู้อำนวยการเล็งเห็นความสำคัญด้านการบริหารจัดการด้านการเงินคลัง

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. มิติรายได้สูงเกิน เนื่องจากมีการโอนเงินการให้บริการ COVID-๑๙ ที่ค้างจ่ายจากปีงบประมาณที่ผ่านมา

๒. จำนวนผู้ป่วยในน้อยลง ทำให้อัตราครองเตียงน้อยลง และรายได้จากผู้ป่วยในลดลง

๓. รายจ่ายด้านต้นทุน LC MC เกินค่ากลาง โดยต้องทบทวนการจ่ายยา และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย และการวินิจฉัยโรค

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ		
เป้าประสงค์	ระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ		
ตัวชี้วัดที่ ๕๖	ร้อยละเกณฑ์ประเมินผลระบบการตรวจสอบภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA)		
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป			
ผู้กำกับดูแล : นายอาทิตย์ จรจรัส	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายอาทิตย์ จรจรัส		
โทรศัพท์ : ๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔	โทรศัพท์ : ๐๘๔-๔๔๖๖๔๗๔		
คำนิยาม :	การตรวจสอบและการประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายถึง การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐที่กระทรวงการคลังและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด		
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)</b>			
ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในให้เป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐที่กระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยประเมินตามเกณฑ์การประเมินตั้งแต่ระดับที่ ๑- ๕ ดังนี้			
ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้
๑	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน	๑	๐
๒	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกส่วนงานย่อย โดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุขกำหนด	๑	๐
๓	จัดทำรายงานทุกระดับโดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่าง ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา	๑	๐
๔	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด	๑	๐
๕	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง มีการปรับปรุงระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบัน อยู่เสมอ	๑	๐
หมายเหตุ ค่าคะแนนแต่ละระดับ = คิดเป็นร้อยละ ๒๐			
<b>๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :</b>			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	
ร้อยละเกณฑ์ประเมินผลระบบการตรวจสอบภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA)	ดำเนินการแล้วเมื่อมีนาคม ๖๖ รอผลการประเมิน เดือน ก.ค. ๖๖	<b>(ไม่ผ่าน)</b>	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	ระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๕๖	ร้อยละเกณฑ์ประเมินผลระบบการตรวจสอบภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :	
-	
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :	
-	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ		
เป้าประสงค์	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร มีประสิทธิภาพ		
ตัวชี้วัดที่ ๕๗	ร้อยละความสำเร็จการให้บริการการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ		
หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์			
ผู้กำกับดูแล :	นายณภัทร แซ่มชื่น	ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นายจเร วีระกุลนิติรัตน์
โทรศัพท์ :	๐๗๗-๓๑๑๑๐๐ ต่อ ๔๐๗	โทรศัพท์ :	
คำนิยาม	การให้บริการการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและงาน BackOffice ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. Paper Less (OPD IPD BackOffice)</li> <li>๒. การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อช่วยในการเชื่อมต่อและจัดการระบบฐานข้อมูล</li> <li>๓. การใช้ Telemedicine</li> <li>๔. ระบบแจ้งเตือนวันนัดหมาย (SMS)</li> <li>๕. การใช้เทคโนโลยี เช่น AI, IOT, EMR มาช่วยในการบริหารจัดการ</li> </ol>		

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ระบบเทคโนโลยี	ดำเนินการแล้ว	กำลังดำเนินการ	ยังไม่ดำเนินการ
๑. มีระบบ BackOffice ครอบคลุมทุกระบบงาน	/		
๒. พัฒนาระบบตู้เก็บเงิน Digital กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ	/		
๓. พัฒนาระบบแจ้งเตือนวันนัดหมายล่วงหน้ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ			/
๔. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลแบบไร้สายภายในโรงพยาบาล ครอบคลุมทุกจุดบริการ (คลังข้อมูล/คลังความรู้)	/		
๕. พัฒนาการใช้ Telemedicine กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ		/	
๖. พัฒนาระบบจองคิว Online สำหรับผู้รับบริการ			/
๗. พัฒนาระบบลงทะเบียนบัตรใหม่ผ่านระบบ Smart phone			/
๘. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย EMR ผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน	/		
๙. พัฒนาระบบสื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้ความรู้ผู้ป่วยผ่านระบบ Digital signage หรือจอประชาสัมพันธ์	/		

จำนวนระบบเทคโนโลยีที่พัฒนา	๕
จำนวนระบบเทคโนโลยี ที่หน่วยบริการต้องการ	๙
ร้อยละความสำเร็จการให้บริการการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ	๕๕.๕๖



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ		
เป้าประสงค์	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร มีประสิทธิภาพ		
ตัวชี้วัดที่ ๕๗	ร้อยละความสำเร็จการให้บริการการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ		
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน			
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน		
	-		
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :			
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)			
	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
	ร้อยละความสำเร็จการให้บริการการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ	๕๕.๕๖	(ไม่ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :			
-			
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :			
-			

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๕๘	ร้อยละของการประเมินข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	
หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์		
ผู้กำกับดูแล : นายณภัทร แซ่มชื่น	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศิริวรรณ พรหมเมือง	
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑๑๐๐ ต่อ ๔๐๗	โทรศัพท์ : ๐๘๒-๖๓๔๐๑๔๕	
คำนิยาม :	<p>ร้อยละของการประเมินข้อมูล ๔๓ แฟ้ม วัตถุประสงค์ที่เกี่ยวกับกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีดังนี้ PERSON, CHRONIC, CHRONICFU, SPECIALPP, SERVICE, DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, LABFU, NCDScreen และ DEATH ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา</p> <p>คุณภาพ หมายถึง ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านเกณฑ์ตรวจสอบทุกด้าน ทั้งด้านความถูกต้อง ความครบถ้วนและความทันเวลา</p> <p>ความครบถ้วน หมายถึง การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HOSXP และดึงข้อมูล ๔๓ แฟ้ม นำเข้าโปรแกรม OP/PP๒๐๑๐ เพื่อประมวลผลความครบถ้วนของข้อมูล</p> <p>ความถูกต้อง หมายถึง การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแฟ้มที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้ PERSON, CHRONIC, CHRONICFU, SPECIALPP, SERVICE, DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, LABFU, NCDScreen, และ DEATH</p> <p>ความทันเวลา หมายถึง การส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านระบบ HDC ทันเวลาภายในวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป</p> <p>แฟ้ม PERSON หมายถึง ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในเขตรับผิดชอบและผู้ที่มาใช้บริการ</p> <p>แฟ้ม CHRONIC หมายถึง ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>แฟ้ม CHRONICFU หมายถึง ข้อมูลการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง)</p> <p>แฟ้ม SPECIALPP หมายถึง ข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับผู้ที่มารับบริการและประวัติการได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ</p> <p>แฟ้ม SERVICE หมายถึง ข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้ที่มารับบริการและการให้บริการนอกสถานพยาบาล</p> <p>แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD หมายถึง ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ</p> <p>แฟ้ม DIAGNOSIS_IPD หมายถึง ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยใน</p> <p>แฟ้ม LABFU หมายถึง ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</p> <p>แฟ้ม NCDScreen หมายถึง ข้อมูลการให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ที่มารับบริการและประวัติการได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ โดยยังไม่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>แฟ้ม DEATH หมายถึง ข้อมูลประวัติการเสียชีวิตของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ</p>	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ข้อมูลที่ผ่านมาเกณฑ์ความครบถ้วน		๙๙.๒๕
ข้อมูลที่ผ่านมาเกณฑ์ความถูกต้อง		๙๗.๔๒
ข้อมูลที่ผ่านมาเกณฑ์ความทันเวลา		๘๗.๘๓
ร้อยละของการประเมินข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านเกณฑ์คุณภาพ		๙๔.๘๔

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๕๘	ร้อยละของการประเมินข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	
<b>๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน</b>		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	กำหนดรายชื่อผู้รับผิดชอบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
๒	รายงานผลการตรวจสอบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ในแต่ละเดือน	
<b>๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :</b>		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของการประเมินข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	๙๔.๘๔	(ไม่ผ่าน)
<b>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b>		
<p>๑. มีรายชื่อผู้รับผิดชอบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และสามารถควบคุม ติดตาม แก้ไขข้อมูลก่อนส่งรายงาน ผ่านระบบ HDC</p> <p>๒. กรณีข้อมูลที่ยังไม่ถูกต้อง ครบถ้วน มีการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกับเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>๓. สะท้อนข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละแฟ้มทราบ (ทุกวันศุกร์) พร้อมส่งข้อมูลผ่านระบบ HDC</p>		
<b>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b>		
<p>๑. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการบันทึกข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ยังขาดความรู้ในการบันทึกข้อมูลในแต่ละแฟ้ม</p> <p>๒. มีการสะท้อนข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละแฟ้มทราบ แต่ขาดการสรุปผลก่อนและหลังดำเนินการแก้ไขข้อมูล</p>		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๕๙	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์	
ผู้กำกับดูแล : นายนภัทร แซ่มชื่น	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศิริวรรณ พรหมเมือง
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑๑๐๐ ต่อ ๔๐๗	โทรศัพท์ : ๐๘๒-๖๓๔๐๑๔๕

คำนิยาม :	<p>ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน หมายถึง การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยตามมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด</p> <p>การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด ๗ เรื่อง โดยแบ่งการตรวจออกเป็น ๒ ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป/ฉุกเฉิน และผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ๗ ข้อ ในแต่ละเรื่อง</p> <p>๑. เรื่องที่ต้องประเมินทุกราย ๕ เรื่อง ได้แก่</p> <p>๑.๑ Patient's profile</p> <p>๑.๒ History</p> <p>๑.๓ Physical examination/Diagnosis</p> <p>๑.๔ Treatment/Investigation</p> <p>๑.๕ Follow up (เฉพาะกรณีโรคเรื้อรัง และกรณีโรคทั่วไปที่แพทย์นัดมารักษาต่อเนื่อง)</p> <p>๒. เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ ๒ เรื่อง ได้แก่</p> <p>๒.๑ Operative note</p> <p>๒.๒ Informed consent</p>
-----------	--

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ผลรวมคะแนนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนที่ตรวจได้ของหน่วยบริการ	๖,๗๔๔
ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการ	๗,๖๖๔
อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	๘๗.๙๙

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนและตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD)
๒	ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (MRA) ทุกเดือน

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	๘๗.๙๙	(ไม่ผ่าน)

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๕๙	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
<p><b>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. กำหนดตัวชี้วัด และ Template อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>๒. กำหนดวันในการเข้าประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนอย่างต่อเนื่องทุกเดือน</li> <li>๓. กำหนด Flow งานการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกอย่างชัดเจน เพื่อนำข้อมูลที่ตรวจสอบมาวิเคราะห์และนำเสนอปัญหาจากการตรวจสอบเวชระเบียนเข้าในที่ประชุมคณะกรรมการสารสนเทศเวชระเบียน และการจัดการความรู้ (IM)</li> <li>๔. มีการทบทวนแบบฟอร์มการบันทึกเวชระเบียนตามเกณฑ์แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline 2563) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> </ol>	
<p><b>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. มีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการในการตรวจสอบเวชระเบียนบ่อยครั้ง และคณะกรรมการยังไม่ผ่าน การอบรมแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (MRA)</li> <li>๒. กรณีพิมพ์เวชระเบียนออกมาเป็นไฟล์ PDF ข้อมูลบางส่วนไม่ปรากฏในเวชระเบียน</li> </ol>	

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๖๐	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์	
ผู้กำกับดูแล : นายณภัทร แซ่มชื่น	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวกมลรส ชูวงศ์
โทรศัพท์ : ๐๗๗-๓๑๑๑๐๐ ต่อ ๔๐๗	โทรศัพท์ : ๐๖๓-๑๒๕๓๓๖๔

คำนิยาม :	<p>ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน หมายถึง การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยตามมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด</p> <p>การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหา ๑๒ เรื่อง แบ่งเป็น</p> <p>๑. เกณฑ์ที่ต้องประเมินทุกราย ๗ เรื่อง มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ๙ ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่</p> <p>๑.๑ Discharge summary : Dx , Op</p> <p>๑.๒ Discharge summary : Other</p> <p>๑.๓ Informed consent</p> <p>๑.๔ History</p> <p>๑.๕ Physical exam</p> <p>๑.๖ Progress note</p> <p>๑.๗ Nurse note</p> <p>๒. เกณฑ์ที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ ๕ เรื่อง มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ๙ ข้อในแต่ละเรื่อง ได้แก่</p> <p>๒.๑ Consultation record</p> <p>๒.๒ Anesthetic record</p> <p>๒.๓ Operative record</p> <p>๒.๔ Labor record</p> <p>๒.๕ Rehabilitation record</p>
-----------	--

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ผลรวมคะแนนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนที่ตรวจได้ของหน่วยบริการ	๓,๕๙๕
ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการ	๔,๓๙๐
อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	๘๑.๘๙

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนและตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD)
๒	แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน (Audit Chart)
๓	ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (MRA) ทุกเดือน
๔	ผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Coding Audit)

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๖๐	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	๘๑.๘๙	(ไม่ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. กำหนดตัวชี้วัด และ Template อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

๒. กำหนดวันในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนอย่างต่อเนื่องทุกเดือน

๓. กำหนด Flow งานการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกอย่างชัดเจน เพื่อนำข้อมูลที่ตรวจสอบมาวิเคราะห์และนำเสนอปัญหาจากการตรวจสอบเวชระเบียนเข้าในที่ประชุมคณะกรรมการสารสนเทศเวชระเบียน และการจัดการความรู้ (IM)

๔. มีการทบทวนแบบฟอร์มการบันทึกเวชระเบียนตามเกณฑ์แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline 2563) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. มีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการในการตรวจสอบเวชระเบียนบ่อยครั้ง และคณะกรรมการยังไม่ผ่าน การอบรมแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (MRA)

๒. กรณีพิมพ์เวชระเบียนออกมาเป็นไฟล์ PDF ข้อมูลบางส่วนไม่ปรากฏในเวชระเบียน

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๖๑	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน	
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม		
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาล รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวเนตรฤทัย สุวรรณทิพย์
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๘	โทรศัพท์ : ๐๘๕-๐๙๓๘๘๘๐
คำนิยาม :	<p>ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะของประชาชนในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ กล้าซักถาม ตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนนำไปปฏิบัติตามเพื่อการมีสุขภาพที่ดี <b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ</li> <li>๒. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ</li> <li>๓. ทักษะการสื่อสารสุขภาพ</li> <li>๔. ทักษะรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ</li> <li>๕. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง</li> <li>๖. ทักษะการจัดการตนเอง</li> </ol>	
<b>๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)</b>		
จำนวนประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับดีมาก	๒๑๔ คน	
จำนวนประชาชนที่ได้รับการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๒๑๔ คน	
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน	ระดับดีมาก (คะแนน ๘๐-๑๐๐) = ร้อยละ ๔๒.๐๖ ระดับดี (คะแนน ๗๐ - ๗๙) = ร้อยละ ๕๒.๘๐ ระดับพอใช้ (คะแนน ๖๐ - ๖๙) = ร้อยละ ๕.๑๔	
<b>๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน</b>		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ผู้วิจัย: นาง ปิยะนาล รักษาพรหมณ์)	



## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนากระบวนการจัดการและระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๖๑	ระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน	<p>- ความครอบคลุมของการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ ยังคงน้อยกว่า ๘๐%</p> <p>- กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา สรุปผลดังนี้</p> <p>ระดับดีมาก (คะแนน ๘๐-๑๐๐) = ร้อยละ ๔๒.๐๖</p> <p>ระดับดี (คะแนน ๗๐ - ๗๙) = ร้อยละ ๕๒.๘๐</p> <p>ระดับพอใช้ (คะแนน ๖๐ - ๖๙) = ร้อยละ ๕.๑๔</p>	<p>(ไม่ผ่าน)</p> <p>เนื่องจากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษายังคงน้อยเกินไป</p> <p>** ขณะนี้อยู่ระหว่าง การสำรวจข้อมูล เพื่อให้มีความครอบคลุมของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ๘๐%</p>
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์	การควบคุม กำกับ ติดตาม การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๖๒	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์	
หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์		
ผู้กำกับดูแล :	นายแพทย์สำเนียง แสงสว่าง	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางภัทรานันท์ แซ่มชื่น
โทรศัพท์ :	๐๗๗-๓๑๑๓๘๕ ต่อ ๓๓๔	โทรศัพท์ :
คำนิยาม :	<p>การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ๒๕๖๖-๒๕๖๗ หมายถึง หน่วยงานมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ๒๕๖๖-๒๕๖๗ โดยผู้บริหาร เห็นชอบและอนุมัติ</p> <p>การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ หมายถึง การขับเคลื่อนดำเนินงานตามแผนฯ ซึ่งประกอบด้วย ตัวชี้วัด โครงการ กิจกรรม เป้าหมาย ระยะเวลา และการควบคุมกำกับ เพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายตามแผนฯ</p> <p>บรรลุเป้าหมาย หมายถึง บรรลุเป้าหมายของกิจกรรมในโครงการภายใต้แผนฯ ของเครือข่าย โดยผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย หรือเกินค่าเป้าหมาย</p>	

### ๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

#### เกณฑ์การประเมิน :

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	คะแนนที่ได้												
๑	Assessment มีรายการข้อมูล สารสนเทศ แผนปฏิบัติการ และความรู้ที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานให้บรรลุเป้าหมาย	๑	๑												
๒	Advocacy/ Intervention มีการกำหนดมาตรการที่จะใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้บรรลุเป้าหมาย	๑	๑												
๓	Management and Governance มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตัวชี้วัด ๓.๑ มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน ๓.๒ มีการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการในการประชุมประจำเดือน	๑	๑												
๔	Output ผลผลิต มีผลการดำเนินงานตามแผนและผลการประชุม /อบรม/สัมมนา เกณฑ์ให้คะแนนร้อยละของการเบิกจ่ายแผนการ ประชุม/อบรม/สัมมนา	๑	๐												
	<table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>๐.๒</td> <td>๐.๔</td> <td>๐.๖</td> <td>๐.๘</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>≤๖๐</td> <td>๖๐-๖๙</td> <td>๗๐-๗๙</td> <td>๘๐-๘๙</td> <td>&gt; ๙๐</td> </tr> </table>	คะแนน	๐.๒	๐.๔	๐.๖	๐.๘	๑	ร้อยละ	≤๖๐	๖๐-๖๙	๗๐-๗๙	๘๐-๘๙	> ๙๐		
คะแนน	๐.๒	๐.๔	๐.๖	๐.๘	๑										
ร้อยละ	≤๖๐	๖๐-๖๙	๗๐-๗๙	๘๐-๘๙	> ๙๐										
๕	Outcome ผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ร้อยละการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่บรรลุเป้าหมายกิจกรรมตามรอบการประเมิน	๑	๐												
	<table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>๐.๒</td> <td>๐.๔</td> <td>๐.๖</td> <td>๐.๘</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>≤๖๔</td> <td>๖๕-๖๙</td> <td>๗๐-๗๔</td> <td>๗๕-๗๙</td> <td>๘๐-๑๐๐</td> </tr> </table>	คะแนน	๐.๒	๐.๔	๐.๖	๐.๘	๑	ร้อยละ	≤๖๔	๖๕-๖๙	๗๐-๗๔	๗๕-๗๙	๘๐-๑๐๐		
คะแนน	๐.๒	๐.๔	๐.๖	๐.๘	๑										
ร้อยละ	≤๖๔	๖๕-๖๙	๗๐-๗๔	๗๕-๗๙	๘๐-๑๐๐										
	<b>คะแนนรวม</b>	<b>๕</b>	<b>๓</b>												

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์	การควบคุม กำกับ ติดตาม การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๖๒	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

### ๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน

ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน
๑	แผนปฏิบัติการ และแผนยุทธศาสตร์ประจำปี
๒	แนวทางการติดตามการดำเนินงานโรงพยาบาลพูนพิณ
๓	แนวทางการติดตามและประเมินผลแผนงาน/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติราชการ
๔	รายงานผลการดำเนินงาน ไตรมาส ที่ ๑

### ๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์	๓	(ไม่ผ่าน)

### ๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

-

### ๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. แผนงานโครงการ/แผนปฏิบัติการ มีจำนวนเยอะมาก ซึ่งบางส่วนได้มีการดำเนินการงานประจำแล้ว ผู้รับผิดชอบงานจึงไม่ได้จัดทำโครงการตามแผนที่วางไว้

๒. ตัวชี้วัด บางตัวมีการวัดผลลัพธ์ที่ซ้ำซ้อนกัน แต่กระบวนการและวิธีการรักษาต่างกัน ซึ่งผลลัพธ์ควรเป็น ๑ ตัวชี้วัด

๓. ผลการดำเนินการ ควรมีการบูรณาการของแต่ละงาน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การสนับสนุนและยกระดับคุณภาพบริการของเครือข่าย
เป้าประสงค์	เครือข่ายบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง
ตัวชี้วัดที่ ๖๓	ร้อยละของหมู่บ้านผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	
ผู้กำกับดูแล : นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์
โทรศัพท์ : ๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๘	โทรศัพท์ : ๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๘
คำนิยาม :	<p>การประเมินผลการพัฒนาผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ จะมุ่งเน้นหมู่บ้าน/ชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการวัดเพื่อจัดระดับการพัฒนาของหมู่บ้าน / ชุมชน ในการดำเนินงานจัดการด้านสุขภาพเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ดังนี้</p> <p><u>การสร้างทีม/เตรียมความพร้อม</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดเวทีประชุมของทีมสุขภาพในชุมชน</li> <li>มีทีมสุขภาพในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพของชุมชนที่</li> <li>มีการระดมทรัพยากร (คน เงิน ของ)</li> </ol> <p><u>การขับเคลื่อนกระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดทำแผนสุขภาพโดยทีมสุขภาพชุมชน</li> <li>มีการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน <ol style="list-style-type: none"> <li>กิจกรรมด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม./แกนนำสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)</li> <li>กิจกรรมด้านการสร้างสุขภาพ/นวัตกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)</li> <li>กิจกรรมการจัดบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในหมู่บ้าน/ชุมชน</li> <li>การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในชุมชนผ่านช่องทางกระจายข่าว/เสียงตามสาย/วิทยุชุมชน</li> <li>การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)</li> </ol> </li> </ol> <p>ในหมู่บ้าน/ชุมชน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีการประเมินผลการจัดการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในหมู่บ้าน/ชุมชน <ol style="list-style-type: none"> <li>มีระบบเฝ้าระวังดูแลสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ทุกกลุ่มวัยในชุมชน</li> <li>มีการกำหนดกติกาหรือข้อบังคับหรือมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในหมู่บ้าน/ชุมชน</li> </ol> </li> <li>เป็นต้นแบบการจัดการสุขภาพของชุมชน <ol style="list-style-type: none"> <li>เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในหมู่บ้าน/ชุมชนให้แก่ชุมชนอื่น</li> <li>มีบุคคล/ทีมต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในหมู่บ้าน/ชุมชน</li> </ol> </li> <li>มีผลลัพธ์และผลกระทบของการพัฒนาโดยต้องมีผู้มีส่วนร่วมในการทำหน้าที่ประเมินผลลัพธ์</li> </ol>
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)	
จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	๐
จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนของพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด	๐
ร้อยละของหมู่บ้านผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	๐

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การสนับสนุนและยกระดับคุณภาพบริการของเครือข่าย	
เป้าประสงค์	เครือข่ายบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง	
ตัวชี้วัดที่ ๖๓	ร้อยละของหมู่บ้านผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	
<b>๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน</b>		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	มีการจัดเวทีประชุมของทีมสุขภาพในชุมชน	
๒	มีการจัดทำแผนสุขภาพโดยทีมสุขภาพชุมชน	
๓	มีการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน <ul style="list-style-type: none"> <li>- กิจกรรมด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม./แกนนำสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)</li> <li>- กิจกรรมด้านการสร้างสุขภาพ/นวัตกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)</li> <li>- กิจกรรมการจัดบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในหมู่บ้าน/ชุมชน</li> <li>- การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในชุมชนผ่านช่องทางกระจายข่าว/เสียงตามสาย/วิทยุชุมชน</li> </ul>	
๔	มีการจัดเวทีประชุมของทีมสุขภาพในชุมชน	
<b>๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :</b>		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละของหมู่บ้านผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	๐	(ไม่ผ่าน)
<b>๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b>		
-		
<b>๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b>		
-		

## แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

 รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)
  รอบ ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๖)

ยุทธศาสตร์	การสนับสนุนและยกระดับคุณภาพบริการของเครือข่าย	
เป้าประสงค์	เครือข่ายบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง	
ตัวชี้วัดที่ ๖๔	ร้อยละ อสม. มีสมรรถนะด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	
หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม		
ผู้กำกับดูแล :	นางปิยะนาถ รักษาพรหมณ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอาริยา ชัยยศ
โทรศัพท์ :	๐๘๔-๖๓๙๖๘๘๙	โทรศัพท์ : ๐๙๑-๑๖๐๑๐๐๖
คำนิยาม :	อสม. หมายถึง อาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) สมรรถนะ หมายถึง ความรู้ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และสมรรถนะการให้บริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เช่น การวัดความดันโลหิต การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	
๑) ข้อมูลการดำเนินงาน : รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
จำนวนอสม. ที่มีผลประเมินสมรรถนะดี	๒๐๓ คน	
จำนวนอสม. ทั้งหมด	๒๑๔ คน	
ร้อยละ อสม. มีสมรรถนะด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	๙๔.๘๖	
๒) เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงาน		
ลำดับที่	เอกสาร/หลักฐาน	
๑	การอบรมให้ความรู้ในโครงการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โรงพยาบาลพุนพิน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
๒	การศึกษาวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี	
๓) ตัวชี้วัดความสำเร็จ :		
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)		
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้
ร้อยละ อสม. มีสมรรถนะด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	๙๔.๘๖	(ผ่าน)
๔) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :		
-		
๕) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :		
-		

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๑. ร้อยละความสำเร็จเครือข่ายต้นแบบระดับประเทศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	(ผ่าน)	<p>๑. ปัจจัยด้านนโยบาย ที่ชัดเจน การพัฒนาบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน การควบคุมกำกับและติดตามงานอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านทรัพยากร และกำลังคน ในการดำเนินงาน</p> <p>๒. ปัจจัยด้านทีมสนับสนุนจากเครือข่ายอื่นๆในอำเภอ พุนพิน ได้แก่ อสม. อบต. เทศบาล สสส. ฯ</p>	<p>๑. ปัจจัยด้านทะเบียนราษฎร์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชากรที่มีเชื้ออาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ แต่ต้องไปทำงานนอกเขตพื้นที่</li> </ul> <p>๒. ปัจจัยส่วนบุคคล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชน/ผู้ป่วย ยังมีการบริโภคอาหารหวานมัน เค็ม รับประทานเนื้อสัตว์มากกว่าผักผลไม้</li> <li>- บางรายพบว่ายังมีการดื่มเหล้าอยู่เป็นประจำ</li> <li>- มีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อย/ไม่สม่ำเสมอ</li> <li>- มีความเครียด ทั้งเรื่องงาน เรื่องครอบครัว พักผ่อนน้อย</li> </ul> <p>๓. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ/สังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สมาชิกในครอบครัววัยทำงาน ต้องทำงานหาเงิน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยในครอบครัว</li> <li>- การร่วมรับประทานอาหารงานเลี้ยงในงานพิธีต่างๆในชุมชนบ่อยๆ</li> </ul>
๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	เครือข่าย (ผ่าน) โรงพยาบาล (ไม่ผ่าน)	<p>๑. ปัจจัยด้านนโยบาย ที่ชัดเจน การพัฒนาบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน การควบคุมกำกับและติดตามงานอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านทรัพยากร และกำลังคน ในการดำเนินงาน</p> <p>๒. ปัจจัยด้านทีมสนับสนุนจากเครือข่ายอื่นๆในอำเภอ พุนพิน ได้แก่ อสม. อบต. เทศบาล สสส. ฯ</p>	<p>๑. ปัจจัยส่วนบุคคล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชน/ผู้ป่วย ยังมีการบริโภคอาหารหวานมัน เค็ม รับประทานเนื้อสัตว์มากกว่าผักผลไม้</li> </ul>

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อย/ไม่สม่ำเสมอ มีความเครียด ทั้งเรื่องงาน เรื่องครอบครัว พักผ่อนน้อย</li> <li>๒. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ/สังคม               <ul style="list-style-type: none"> <li>- สมาชิกในครอบครัววัยทำงาน ต้องทำงานหาเงิน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ,การร่วมรับประทานอาหารงานเลี้ยงในงานพิธีต่างๆ ในชุมชนบ่อยๆ</li> </ul> </li> </ul>
<p>๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา</p>	<p>(ผ่าน)</p>	<p>๑. ปัจจัยด้านนโยบาย ที่ชัดเจน การพัฒนาบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน การควบคุมกำกับและติดตามงานอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านทรัพยากร และกำลังคน ในการดำเนินงาน</p> <p>๒. ปัจจัยด้านทีมสนับสนุนจากเครือข่ายอื่นๆในอำเภอ พุนพิน ได้แก่ อสม. อบต. เทศบาล สสส. ฯ</p>	<p>๑. ปัจจัยส่วนบุคคล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชน/ผู้ป่วย ยังมีการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม รับประทานเนื้อสัตว์มากกว่าผักผลไม้</li> <li>- บางรายพบว่ายังมีการดื่มเหล้าอยู่เป็นประจำ มีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อย/ไม่สม่ำเสมอ มีความเครียดทั้งเรื่องงาน เรื่องครอบครัว พักผ่อนน้อย</li> <li>๒. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ/สังคม               <ul style="list-style-type: none"> <li>- สมาชิกในครอบครัววัยทำงาน ต้องทำงานหาเงิน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยในครอบครัว</li> <li>- การร่วมรับประทานอาหารงานเลี้ยงในงานพิธีต่างๆ ในชุมชนบ่อยๆ</li> </ul> </li> </ul>



ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๔. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รายใหม่เพิ่มขึ้นในปีที่ผ่านมา	(ไม่ผ่าน)	-	-
๕. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	(ไม่ผ่าน)	๑. มีทีมสหวิชาชีพในการดำเนินสนับสนุนงานคลินิก ๒. มีอุปกรณ์ เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว เพียงพอพร้อมใช้	๑. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกไม่เพียงพอ ๒. ขาดความร่วมมือกับหน่วยงานภาคชุมชน
๖. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	(ไม่ผ่าน)	๑. มีทีมสหวิชาชีพในการดำเนินสนับสนุนงานคลินิก ๒. มีอุปกรณ์เครื่องวัดความดันโลหิตแบบพกพาเพียงพอพร้อมใช้ จำนวน ๒๐๐ ตัว	๑. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกไม่เพียงพอ ๒. ขาดความร่วมมือกับหน่วยงานภาคชุมชน
๗. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	(ผ่าน)	-	๑. การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยยังไม่ครอบคลุม
๘. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	(ผ่าน)	-	๑. การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยยังไม่ครอบคลุม
๙. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าสู่ระยะสงบ (Remission) เพิ่มขึ้น	(ไม่ผ่าน)	๑. มีทีมสหวิชาชีพในการดำเนินสนับสนุนงานคลินิก ๒. มีอุปกรณ์ เพียงพอ พร้อมใช้	๑. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกไม่เพียงพอ ๒. ขาดความร่วมมือกับหน่วยงานภาคชุมชน
๑๐. ร้อยละของผู้ป่วยผู้ป่วยไตเรื้อรัง (CKD) ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr	(ไม่ผ่าน)	๑. มีทีมสหวิชาชีพในการดำเนินสนับสนุนงานคลินิก ๒. มีอุปกรณ์ เพียงพอ พร้อมใช้	๑. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกไม่เพียงพอ ๒. ขาดความร่วมมือกับหน่วยงานภาคชุมชน
๑๑. ร้อยละผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel Index= ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	(ผ่าน)	๑. งานกายภาพบำบัดมีการปรับแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สัปดาห์ละ ๒ วัน	๑. ผู้ป่วยนอกเขตตำบลท่าข้าม ไม่สะดวกนัดเป็น OPD case แก้ปัญหาโดยการติดตามทางโทรศัพท์ และ Line official account: กายภาพบำบัดโรงพยาบาลพูนพิน

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๑๒. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจนครบ ๖ เดือน มี Barthel Index= ๒๐	(ผ่าน)	๑. มีการจัดตั้งห้องดำรงชีวิตอิสระ (IL Room) เพื่อจำลองการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยทั้งในรูปแบบ OPD และ IPD/IMC case	๑. ผู้ป่วย IMC นอกเขตตำบลท่าข้ามหลังจำหน่ายแก้ปัญหาโดยการนัดเป็น OPD case เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่อง
๑๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA๑C ลดลง หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา / โภชนบำบัด	(ผ่าน)	๑. คอมพิวเตอร์เพียงพอ ๒. มีสื่อในการให้ความรู้ที่เพียงพอ	๑. ระยะเวลาในการให้โภชนศึกษารายบุคคล
๑๔. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mmHg หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด	(ผ่าน)	๑. คอมพิวเตอร์เพียงพอ ๒. มีสื่อในการให้ความรู้ที่เพียงพอ	๑. ระยะเวลาในการให้โภชนศึกษารายบุคคล
๑๕. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ระยะที่ ๓-๔) มีระดับ eGFR ลดลง < ๕ ml/min/๑.๗๓/yr หลังจากการได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด	(ผ่าน)	๑. คอมพิวเตอร์เพียงพอ ๒. มีสื่อในการให้ความรู้ที่เพียงพอ	๑. ระยะเวลาในการให้โภชนศึกษารายบุคคล
๑๖. อัตราการติดเชื้อผู้ป่วยล่างไตทางหน้าท้อง (Infected CAPD)	(ไม่ผ่าน)	๑. การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย	๑. การย้ายที่อยู่ของผู้ป่วย อาจทำให้การดูแลไม่ครอบคลุม
๑๗. อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์	(ผ่าน)	-	๑. การสื่อสารกับแรงงานข้ามถิ่น
๑๘. อัตราการเกิดความดันโลหิตสูงรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	(ผ่าน)	-	-

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๑๙.ผู้ป่วยในคลินิก NCD (เบาหวาน) ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการรักษา	(ไม่ผ่าน)	๑. คนไข้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้คิวทางด่วนในการมารับการรักษา	๑. คนไข้บางคนยังคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ทำให้ไม่ได้รับการรักษา
๒๐.ผู้ป่วยในคลินิก NCD (เบาหวาน) ที่ไร้ฟันได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก	(ไม่ผ่าน)	-	๑.ผู้ป่วยบางคนไม่ยอมทำฟันเทียมทั้งปาก เนื่องจากต้องมาหลายครั้ง
๒๑. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DM)/ โรคไตเรื้อรัง (CKD) ใช้อาได้ถูกต้อง	(ไม่ผ่าน)	๑.การดำเนินงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ๒.การเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรม HosXP ช่วยลดภาระงานและสามารถประมวลผลได้รวดเร็ว	๑.ผู้ป่วยสูงอายุและไม่มีผู้ดูแลทำให้ไม่สามารถใช้ยาได้ถูกต้อง ๒.ผู้ป่วยไม่มาตามนัดที่คลินิก ทำให้ไม่ได้ผ่านกระบวนการที่คลินิก ๓.สถานที่ให้บริการแออัด ทำให้การ flow ของคนไข้ยังไม่ดีและเครื่องมือสื่อสารกับคนไข้ไม่พร้อม
๒๒.ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก NCD ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	(ไม่ผ่าน)	๑. ได้รับความร่วมมือที่ดีจากคลินิก NCD ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วย ๒QPlus และพบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามีการส่งต่อเข้ารับบริการคลินิกจิตเวชและยาเสพติดทุกราย	
๒๓.ร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดบุหรี่ได้รับการบำบัด ฟันฟู แบบองค์รวม สามารถเลิกบุหรี่ได้ภายใน ๖ เดือน	(ไม่ผ่าน)	๑. ได้รับความร่วมมือที่ดีในการคัดกรองผู้สูบบุหรี่จากคลินิก NCD แล้วส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดและติดตาม	๑. ไม่มีสถานที่ / ห้องบริการที่เพียงพอต่อการบำบัดผู้สูบบุหรี่เนื่องจากขณะนี้ให้บริการร่วมกับผู้มารับบริการอื่น เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้บำบัดยาเสพติด ให้คำปรึกษายุติการตั้งครรภ์ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ๔ โรคในเด็กปฐมวัยหรืออื่น ๆ ทำให้เกิดระยะเวลาการรอนานในการเข้ารับบริการ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
			๒. ผู้สูบบุหรี่ไม่ให้ความสำคัญและไม่ตระหนักถึงโทษและพิษภัยของบุหรี่ จึงไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ให้สามารถเลิกได้
๒๔. ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนืองที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม	(ผ่าน)	๑. ความพร้อมเรื่องรถในการออกเยี่ยมบ้าน ๒. มีแผนการลงเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน	๑. ผู้ป่วย Dx.Palliative Admit และ เสียชีวิตก่อนส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน ๒. การส่งข้อมูลภายนอกล่าช้า ทำให้ทีมลงเยี่ยมไม่ทันเวลา
๒๕. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลด้วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	(ผ่าน)	๑. การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ	-
๒๖. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ที่มีอาการนอนไม่หลับได้รับการดูแลด้วยกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	(ไม่ผ่าน)	๑. การทำงานร่วมกันเป็นทีม	๑. ผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ในการส่งจ่ายยา เช่น On Ng tube เป็นต้น
๒๗. ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Impaired มีค่าระดับน้ำตาลปกติ	(ไม่ผ่าน)	๑. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยพบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงร้อยละ ๘๔.๖๖ จากผลการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้	๑. การดำเนินงานในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล หากผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำผลลัพธ์สุขภาพสามารถที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องเสริมพลังผู้ป่วยเพื่อให้เห็นผลดีและประโยชน์ต่อผู้ป่วย
๒๘. ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Mild DM มีค่าระดับน้ำตาลปกติ	(ไม่ผ่าน)	๑. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยพบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงร้อยละ ๘๔.๖๖ จากผลการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้	๑. การดำเนินงานในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล หากผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำผลลัพธ์สุขภาพสามารถที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ การที่จะ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
			ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องเสริมพลังผู้ป่วย เพื่อให้เห็นผลดีและประโยชน์ต่อผู้ป่วย
๒๙. ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Impair HT) มีค่าความดันโลหิตสู่ภาวะปกติ	(ไม่ผ่าน)	๑. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยพบว่าค่าระดับความดันโลหิตลดลง จากผลการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้	๑. การดำเนินงานในการดูแลกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล หากผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำผลลัพธ์สุขภาพสามารถที่จะลดระดับความดันโลหิตได้ การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องเสริมพลังผู้ป่วยเพื่อให้เห็นผลดีและประโยชน์ต่อผู้ป่วย
๓๐. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	(ผ่าน)	-	-
๓๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการพูดไม่ชัดดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	(ไม่ผ่าน)	-	-
๓๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีใบหน้าเบี้ยวดีขึ้น หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	(ไม่ผ่าน)	-	-
๓๓. ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	(ไม่ผ่าน)	-	๑.การประชาสัมพันธ์การรับรู้การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ของประชาชนในชุมชนยังไม่ทั่วถึง

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๓๔. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาด้วยยา Fibrinolytic drug ภายในเวลา ๓๐ นาที	(ผ่าน)	-	๑. การโทรติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาลต้องโทรหลายจุด ทำให้ต้องใช้เวลาในการประสาน
๓๕. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke on Set time ภายในเวลา ๓ ชั่วโมง	(ไม่ผ่าน)	-	๑. สาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยมาล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการในช่วงที่เข้านอน ตื่นมาตอนเช้าพบว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจอาการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรีบมารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที
๓๖. ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	(ไม่ผ่าน)	-	-
๓๗. ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร	(ผ่าน)	-	-
๓๘. ระดับความสำเร็จในการให้บริการ Wellness แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ & SPA Level ๑ : จัดบริการ Wellness ศาสตร์แพทย์แผนไทย และเปิดให้บริการสปาเต็มรูปแบบ Level ๒ : ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการ Wellness & Spa Level ๓ : Wellness & Spa มีความยั่งยืนมีส่วนร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพทางการเงิน	(ไม่ผ่าน)	-	-
๓๙. ร้อยละของผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยมีผลการรักษานอนไม่หลับดีขึ้น ปวดเรื้อรังลดลง	(ไม่ผ่าน)	๑. มีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง ประชาชนเริ่มมาเข้ารับบริการมากขึ้น มีการส่งต่อระหว่างทีมสหวิชาชีพ	-

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๔๐.ระดับความสำเร็จของสถานบริการผ่านเกณฑ์การประเมินนโยบาย EMS(Environment, Modernization and Smart Service)	(ไม่ผ่าน)	-	-
๔๑.ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	(ผ่าน)	๑.การให้การสนับสนุนของผู้บริการและบุคลากรในหน่วยงานทุกคนให้ความร่วมมือ	๑.มีข้อจำกัดการใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุ ผู้มีปัญหายาเสพติด ผู้รับบริการที่อยู่ในช่วงเวลาเร่งรีบ
๔๒.ร้อยละข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ	(ไม่ผ่าน)	๑. คู่มือการปฏิบัติงานรับเรื่องร้องเรียน	๑. คณะกรรมการอาจไม่มีความชำนาญโดยตรงรับข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ๒. เกิดความล่าช้าในการ รับข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ๓. กรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม ข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ไม่ถูกต้อง และไม่ครบถ้วน ๔. เจ้าหน้าที่ยังไม่เข้าถึงระบบการรับข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ๕. เจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานยังไม่เข้าใน การพิจารณา มาตรา ๔๑ และมาตรา ๑๘(๑) ของการรับข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ๖. เกิดความล่าช้าในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากภาระกิจงานหลัก ๗. ข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ บางเรื่องเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน อาจทำให้เกิดความล่าช้าในการประสานงาน

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๔๓. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	รพ. (ผ่าน) เครือข่าย (ไม่ผ่าน)	-	-
๔๔. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อ	(ไม่ผ่าน)	๑. สถานที่ที่อำนวยความสะดวกการรักษา	๑. การใช้เครื่องมือในการฟื้นฟูยังไม่พร้อม
๔๕. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อ	(ไม่ผ่าน)	๑. ทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนการดูแลรักษา ๒. สถานที่อำนวยความสะดวกผู้สูงอายุ ๓. อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลฟื้นฟู	๑. สถานที่ไม่พร้อมสำหรับการจัดตั้งคลินิก ๒. แนวทางการรักษาต่อเนื่องยังไม่ชัดเจน
๔๖. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	(ไม่ผ่าน)	๑. ทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้จัดการการดูแล (CM) / ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ๒. การส่งต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจากทุกภาคส่วน เพื่อการดูแลประเมินที่เรื้อรังขึ้น ทั้งภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ๓. งบประมาณการสนับสนุนโครงการสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ๔. การได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาคท้องถิ่นชุมชน	๑. เนื่องจากพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลพุนพินแบ่งเป็น ๒ เขต เทศบาล/อบต. การของบประมาณโครงการอาจจะเกิดความล่าช้า ๒. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนมาก การดูแลประเมินต้องใช้เวลาาน อีกทั้งมีรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ๓. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายสิทธิการรักษาไม่ใช่สิทธิบัตรทองจึงไม่สามารถนำเข้าโครงการได้
๔๗. ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี Wellness Plan	(ไม่ผ่าน)	๑. ความร่วมมือของผู้สูงอายุและญาติ	๑. การวางแผนล่วงหน้าในการคัดกรองและการดูแลต่อผู้ที่มีความผิดปกติ ๒. ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมในการดูแลผู้ที่มีผลผิดปกติ
๔๘. ร้อยละของผู้สูงอายุและญาติมีความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	(ไม่ผ่าน)	๑. ความร่วมมือของผู้สูงอายุและญาติ	๑. มีการบันทึกข้อมูลหลายโปรแกรม ทำให้เกิดความล่าช้าต่อการดำเนินงาน



ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๔๙.ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุไร้ฟัน (ในชมรมผู้สูงอายุ) ในแต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	(ไม่ผ่าน)	-	เนื่องจากมีการถ่ายโอน รพ.สต. และเป็นการดำเนินงานภายใน รพ.สต.จึงไม่ได้ดำเนินการ
๕๐.ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุไร้ฟัน ในแต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ได้รับการรักษาใส่ฟันเทียมพื้นที่ละ ๕-๑๐ คน	(ไม่ผ่าน)	-	๑.เนื่องจากมีการถ่ายโอน รพ.สต. และเป็นการดำเนินงานภายใน รพ.สต. จึงไม่ได้ดำเนินการ
๕๑.ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และโรคโควิดในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (ไม่ผ่าน) วัคซีนป้องกันโรคโควิด(ผ่าน)	-	๑.วัคซีนไข้หวัดใหญ่ยังไม่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ทำให้ยังไม่มีผลงาน
๕๒.ร้อยละความผูกพันของบุคลากรในทุกระดับของโรงพยาบาลพุนพินและเครือข่ายฯ	(ไม่ผ่าน)	-	-
๕๓.ค่าเฉลี่ยความสุขของบุคลากรในทุกระดับของโรงพยาบาล	(ไม่ผ่าน)	-	-
๕๔.ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลพุนพินและหน่วยบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพุนพิน มีผลงานวิชาการมุ่งเน้นด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (CQI, R๒R,วิจัย, นวัตกรรม) ๑. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลพุนพินและหน่วยบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพุนพินมีผลงานวิชาการมุ่งเน้นด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ	(ไม่ผ่าน)	-	๑.บุคลากรติดภาระหน้างานด้านคลินิก ไม่มีเวลาในการเขียนผลงานวิชาการ ๒.บุคลากรบางส่วนยังไม่ได้รับการอบรมส่งเสริมความรู้/ทักษะการเขียนผลงานวิชาการ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
เรื้อรัง (NCD) (CQI, R๒R,วิจัย, นวัตกรรม) อย่างน้อย ๑ เรื่อง ๒. บุคลากรในหน่วยงานมีผลงาน วิชาการมุ่งเน้นด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม)	(ผ่าน)		
๕๔.๑. ร้อยละบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุขในโรงพยาบาลพูนพิณและเครือข่าย บริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณผ่านการ อบรมเชิงปฏิบัติการด้านการจัดทำผลงาน วิชาการ (ผลงานพัฒนางานคุณภาพ CQI, R๒R, วิจัย, นวัตกรรม)	(ไม่ผ่าน)	-	๑. คณะกรรมการ KM ไม่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ด้านการจัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้
๕๕.ระดับความสำเร็จประสิทธิภาพการบริหาร จัดการด้านการเงินการคลัง	(ไม่ผ่าน)	๑.ผู้อำนวยการเล็งเห็นความสำคัญด้านการบริหารจัดการ ด้านการเงินคลัง	๑. มิติรายได้สูงเกิน เนื่องจากมีการโอนเงินการ ให้บริการ COVID-๑๙ที่ค้างจ่ายจากปีงที่ผ่านมา ๒. จำนวนผู้ป่วยในน้อยลง ทำให้อัตราครองเตียง น้อยละ และรายได้จากผู้ป่วยในลดลง ๓. รายจ่ายด้านต้นทุน LC MC เกินค่ากลาง โดย ต้องทบทวนการจ่ายยา และการส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ให้สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย และการวินิจฉัยโรค
๕๖. ร้อยละเกณฑ์ ประเมินผลระบบการ ตรวจสอบภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA)	(ไม่ผ่าน)	-	-

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
๕๗. ร้อยละความสำเร็จการให้บริการการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ	(ไม่ผ่าน)	-	-
๕๘. ร้อยละของการประเมินข้อมูล ๔๓ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	(ไม่ผ่าน)	<p>๑. มีรายชื่อผู้รับผิดชอบข้อมูล ๔๓ แพ้ม และสามารถควบคุม ติดตาม แก้ไขข้อมูลก่อนส่งรายงาน ผ่านระบบ HDC</p> <p>๒. กรณีข้อมูลที่ยังไม่ถูกต้อง ครบถ้วน มีการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกับเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบข้อมูล ๔๓ แพ้ม ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>๓. สะท้อ น ข้อมูลที่ ยังไม่ ครบถ้วน ไม่ ถูก ต้อง ให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละแพ้มทราบ (ทุกวันศุกร์) พร้อมส่งข้อมูล ผ่านระบบ HDC</p>	<p>๑. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการบันทึกข้อมูล ๔๓ แพ้ม ยังขาดความรู้ในการบันทึกข้อมูลในแต่ละแพ้ม</p> <p>๒. มีการสะท้อนข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละแพ้มทราบ แต่ขาดการสรุปผลก่อนและหลังดำเนินการแก้ไขข้อมูล</p>
๕๙. อัตราความสมบูรณ์ ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	(ไม่ผ่าน)	<p>๑. กำหนดตัวชี้วัด และ Template อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>๒. กำหนดวันในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนอย่างต่อเนื่องทุกเดือน</p> <p>๓. กำหนด Flow งานการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกอย่างชัดเจน เพื่อนำข้อมูลที่ตรวจสอบมาวิเคราะห์ และนำเสนอปัญหาจากการตรวจสอบเวชระเบียนเข้าในที่ประชุมคณะกรรมการสารสนเทศเวชระเบียน และการจัดการความรู้ (IM)</p> <p>๔. มีการทบทวนแบบฟอร์มการบันทึกเวชระเบียนตามเกณฑ์แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการ</p>	<p>๑. มีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการในการตรวจสอบเวชระเบียนบ่อยครั้ง และคณะกรรมการยังไม่ผ่าน การอบรมแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (MRA)</p> <p>๒. กรณีพิมพ์เวชระเบียนออกมาเป็นไฟล์ PDF ข้อมูลบางส่วนไม่ปรากฏในเวชระเบียน</p>

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
		บันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline ๒๕๖๓) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
๖๐. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	(ไม่ผ่าน)	<p>๑. กำหนดตัวชี้วัด และ Template อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>๒. กำหนดวันในการเข้าประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนอย่างต่อเนื่องทุกเดือน</p> <p>๓. กำหนด Flow งานการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกอย่างชัดเจน เพื่อนำข้อมูลที่ตรวจสอบมาวิเคราะห์และนำเสนอปัญหาจากการตรวจสอบเวชระเบียนเข้าในที่ประชุมคณะกรรมการสารสนเทศเวชระเบียนและการจัดการความรู้ (IM)</p> <p>๔. มีการทบทวนแบบฟอร์มการบันทึกเวชระเบียนตามเกณฑ์แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline ๒๕๖๓) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>	<p>๑. มีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการในการตรวจสอบเวชระเบียนบ่อยครั้ง และคณะกรรมการยังไม่ผ่าน การอบรมแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (MRA)</p> <p>๒. กรณีพิมพ์เวชระเบียนออกมาเป็นไฟล์ PDF ข้อมูลบางส่วนไม่ปรากฏในเวชระเบียน</p>
๖๑. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน	(ไม่ผ่าน)	-	-
๖๒. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์	(ไม่ผ่าน)	-	๑. แผนงานโครงการ/แผนปฏิบัติการ มีจำนวนเยอะมาก ซึ่งบางส่วนได้มีการดำเนินการงานประจำแล้ว ผู้รับผิดชอบงานจึงไม่ได้จัดทำโครงการตามแผนที่วางไว้

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ของผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน	อุปสรรคต่อการดำเนินงาน
			๒. ตัวชี้วัด บางตัวมีการวัดผลลัพธ์ที่ซ้ำซ้อนกัน แต่กระบวนการและวิธีการรักษาต่างกัน ซึ่งผลลัพธ์ควรเป็น ๑ ตัวชี้วัด ๓.ผลการดำเนินการ ควรมีการบูรณาการของแต่ละงาน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ
๖๓.ร้อยละของหมู่บ้านผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	(ไม่ผ่าน)	-	-
๖๔.ร้อยละ อสม. มีสมรรถนะด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	(ผ่าน)	-	-

รายงานผลการดำเนินงาน

กองทุนหลักประกันสุขภาพ

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

รายงานผลการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  
โรงพยาบาลพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

รายการที่ให้บริการ	จำนวน คน/ครั้ง	จำนวนเงินที่ขอเบิก	จ่ายขาดเชยสุทธิ	ไม่ชดเชย	หมายเหตุ ปัญหา/ อุปสรรค
ผู้ป่วยนอก	๒๘,๙๙๔	๒๔,๔๕๒,๓๓๒.๙๑	-	-	-
ผู้ป่วยใน		๙,๐๔๗,๐๘๓.๖๒	-	-	-
			๒๑,๙๓๖,๒๓๕.๐๖	-	-
<b>กองทุนย่อย</b>					
ผู้ป่วยนอก OP ที่เบิกจ่ายจาก ส่วนกลาง (OPAE)	๑๔๖	๑๐๖,๐๓๕.๐๐	๑๐๑,๘๕๒.๕๐	๔,๑๘๒.๕๐	-
บริการจิตเวชในชุมชน	๗	๑๒,๕๐๐.๐๐	๑๒,๕๐๐.๐๐	-	-
<b>บริการผู้ป่วยวัณโรค</b>					
ค่าบริการตรวจเสมหะ AFB เพื่อ ติดตามการรักษา	๓๗	๗๔๐.๐๐	๖๘๐.๐๐	๖๐.๐๐	-
ค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาและติดตาม	๔๓	๘๖๐.๐๐	๗๔๐.๐๐	๑๒๐.๐๐	-
ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก CXR เพื่อติดตามการรักษา	๑๘	๑,๘๐๐.๐๐	๑,๗๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	-
<i>รวมกองทุน วัณโรค TB</i>	๑๕๔	๙,๐๐๐.๐๐	๓,๑๒๐.๐๐	๕,๘๘๐.๐๐	-
<b>กองทุน HIV</b>					
<b>การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์</b>					
ค่าตรวจ Anti HIV	๗๗๑	๑๐๗,๙๔๐.๐๐	๘๐,๕๐๐.๐๐	๒๗,๔๔๐.๐๐	-
ค่าตรวจ Anti HCV	๑๕๖	๗,๘๒๐.๐๐	-	๗,๘๒๐.๐๐	-
ค่าตรวจ CBC, Blood Chemistry	๑,๒๔๕	๓๑,๑๒๕.๐๐	๒๔,๑๐๐.๐๐	๗,๐๒๕.๐๐	-
ค่าบริการให้คำปรึกษา VCT	๑,๐๐๖	๕,๕๔๔.๐๐	๔,๐๗๔.๐๐	๑,๔๗๐.๐๐	-
ค่าบริการให้คำปรึกษา ติดตามผล	๒๔๓	๔,๘๖๐.๐๐	๓,๗๘๐.๐๐	๑,๐๘๐.๐๐	-
ค่าวัสดุ/ขนส่ง CD๔ และ VL กรณีส่งตรวจ	๔๑๓	๘,๒๖๐.๐๐	๖,๔๔๐.๐๐	๑,๘๒๐.๐๐	-
<b>บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี</b>					
RECRUIT	๓๕๕	๒๘๔,๐๐๐.๐๐	๒๐๒,๔๐๐.๐๐	๘๑,๖๐๐.๐๐	-
RETAIN	๗๓๖	๓๓๑,๒๐๐.๐๐	๓๙,๖๐๐.๐๐	๒๙๑,๖๐๐.๐๐	-
TEST	๓๕๒	๑๙๓,๖๐๐.๐๐	๑๓๙,๑๕๐.๐๐	๕๔,๔๕๐.๐๐	-
<b>บริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับผู้รับบริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี</b>					
Syphilis	๖๕๖	๖๕,๖๐๐.๐๐	๒๕,๓๐๐.๐๐	๔๐,๓๐๐.๐๐	-
<i>รวมกองทุน HIV</i>	๕,๙๓๓	๑,๐๓๙,๙๔๙.๐๐	๕๒๕,๓๔๔.๐๐	๕๑๔,๖๐๕.๐๐	-
Palliative care	๑๒๘	๗๑,๕๘๙.๙๐	๑๖๒,๐๕๐.๐๐	-	-
การบริการฟื้นฟู	๒๑	๗๒,๙๐๐.๐๐	๗๒,๙๐๐.๐๐	-	-

รายงานผลการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  
โรงพยาบาลพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

รายการที่ให้บริการ	จำนวน คน/ครั้ง	จำนวนเงินที่ขอเบิก	จ่ายชดเชยสุทธิ	ไม่ชดเชย	หมายเหตุ ปัญหา/ อุปสรรค
<b>บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง</b>					
บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน	๖๗	๑,๐๖๗,๓๑๕.๙๗	๗๐๓,๖๔๒.๖๙	-	-
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้าน การแพทย์ระยะกลาง	-	-	-	-	-
บริการฝังเข็ม หรือบริการฝังเข็ม ร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง (stroke) รายใหม่ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ แพทย์ระยะกลาง	๒๙	๔,๓๕๐.๐๐	-	-	-
รวมการบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง					
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้าน การแพทย์ แบบผู้ป่วยนอก	๒,๐๐๕	๓๐๐,๐๐๐.๐๐	๒๒๓,๙๕๕.๕๔	-	(ตุลาคม ๒๕๖๕ - ธันวาคม ๒๕๖๕)
บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ ทางเลือก	-	-	-	-	-
<b>๑. บริการแพทย์แผนไทย (หมวด อบ ประคบ ฟันฟู มารดาหลังคลอด ยา สมุนไพรอื่น ๆ)</b>					
๑. บริการหมวด ๒๐๐ Point	-	-	-	-	-
๒. บริการประคบ ๑๕๐ Point	-	-	-	-	-
๓. บริการหมวดและประคบ ๒๕๐ Point	๔,๙๕๓	๑,๒๓๘,๒๕๐	-	-	-
๔. บริการอบสมุนไพร ๑๒๐ Point	-	-	-	-	-
๕. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดา หลังคลอด ๕๐๐ point	๑๙	๙,๕๐๐	-	-	-
๖. ปรับเงื่อนไขการจ่ายยา สมุนไพร (นอกเหนือจาก ๙ รายการ) ๒๕ Point /รายการ โดยจ่ายจาก เหมาจ่ายใบสั่งยา ๑ ใบ เป็นจ่ายตาม รายการยา***	๘,๙๖๐	๒๒๔,๐๐๐	-	-	-
๒. สมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผล ชัดเจน/กลุ่มต้องการสนับสนุนให้ใช้ ทดแทนยาแผนปัจจุบัน (๙ รายการ)	๑,๒๖๐	๕,๓๗๕.๔๒	-	-	-



รายงานผลการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
 รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  
 โรงพยาบาลพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

รายการที่ให้บริการ	จำนวน คน/ครั้ง	จำนวนเงินที่ขอเบิก	จ่ายชดเชยสุทธิ	ไม่ชดเชย	หมายเหตุ ปัญหา/ อุปสรรค
รวมกองทุนแผ่นดินไทย	๑๕,๑๙๒	๑,๔๗๗,๑๒๕.๔๒	-	-	-
<b>การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP Fee Schedule</b>					
บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก (CA Cervix Screening)	๑๗	๘๕๐.๐๐	๓๕๐.๐๐	๕๐๐.๐๐	-
การบริการฝากครรภ์	๔๒๖	๒๔๙,๗๕๐.๐๐	๒๐๖,๖๗๐.๐๐	๔๓,๐๘๐.๐๐	-
บริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	๖๔	๗,๖๘๐.๐๐	๕,๕๒๐.๐๐	๒,๑๖๐.๐๐	-
บริการป้องกันและควบคุมกลุ่ม อาการตาบอดในหญิงตั้งครรภ์	๙๘	๙,๘๐๐.๐๐	๕,๗๐๐.๐๐	๔,๑๐๐.๐๐	-
บริการตรวจหลังคลอด	๗๕	๑๒,๙๖๐.๐๐	๑๒,๔๖๕.๐๐	๔๙๕.๐๐	-
การบริการทดสอบการตั้งครรภ์	๑๖๖	๑๒,๔๕๐.๐๐	๑๑,๐๒๕.๐๐	๑,๔๒๕.๐๐	-
บริการวางแผนครอบครัวและการ ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	๖	๑๕,๐๐๐.๐๐	๑๕,๐๐๐.๐๐	-	-
ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก CXR เพื่อวินิจฉัยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	๕๖	๕,๖๐๐.๐๐	-	๕,๖๐๐.๐๐	-
<b>บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต</b>					
ค่าบริการคัดกรองและประเมินปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ ๑๕-๓๔ ปี	-	-	-	-	-
ค่าบริการคัดกรองและประเมินปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ ๓๕-๕๙ ปี	๔๓๔	๖๗,๐๓๐.๐๐	๖๒,๔๐๐.๐๐	๔,๖๓๐.๐๐	-
ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือด ดำภายหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง ส่ง ตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG)	-	-	-	-	-
ค่าบริการคัดกรองและประเมินปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ ๕๕-๗๐ ปี	-	-	-	-	-
<b>รวมบริการคัดกรอง</b>	<b>๔๓๔</b>	<b>๖๗,๐๓๐</b>	<b>๖๒,๔๐๐</b>	<b>๔,๖๓๐</b>	
บริการคัดกรองโลหิตจางจากการ ขาดธาตุเหล็ก	-	-	-	-	-
บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	-	-	-	-	-
บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่	-	-	-	-	-

รายงานผลการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
 รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  
 โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

รายการที่ให้บริการ	จำนวน คน/ครั้ง	จำนวนเงินที่ขอเบิก	จ่ายชดเชยสุทธิ	ไม่ชดเชย	หมายเหตุ ปัญหา/ อุปสรรค
บริการเคลื่อนปลู่ออไรด์ (กลุ่มเสียง)	๕	๕๐๐.๐๐	๕๐๐.๐๐	-	
บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง (Fit test)	๑๙๐	๑๒,๑๑๐.๐๐	๑๑,๒๒๐.๐๐	๘๙๐.๐๐	-
บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัด ใหญ่ตามฤดูกาล	-	-	-	-	-
<b>กองทุนผู้ป่วยใน</b>					
บริการผู้ป่วยใน	๑,๓๖๖	๗,๘๙๙,๓๘๔.๕๑	๘,๓๖๔,๕๑๘.๒๘	-	-
บริการ Home Ward (รายการใหม่)	๒	๒๒,๗๕๗.๕๐	๓๘,๗๕๗.๗๖	-	-
บูรณาการ Intermediate care ๔ กลุ่มโรค ร่วมกับบริการฟื้นฟู และแพทย์แผนไทย(รายการใหม่)					
บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน	๖๗	๑,๐๖๗,๓๑๕.๙๗	๗๐๓,๖๔๒.๖๙	-	-
บริการฝังเข็ม หรือบริการฝังเข็ม ร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง (stroke) รายการใหม่ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ แพทย์ระยะกลาง	๒๙	๔,๓๕๐.๐๐	๔,๓๕๐.๐๐	-	-
<b>รวมกองทุนผู้ป่วยใน</b>	<b>๑,๔๖๔</b>	<b>๘,๙๙๓,๘๐๘</b>	<b>๙,๑๑๑,๒๖๙</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>รวมผลงาน ๖ เดือนแรก</b>	<b>๗,๙๖๖</b>	<b>๒,๗๗๑,๗๗๐</b>	<b>๑,๙๑๒,๒๕๙.๑๙</b>	<b>๕๘๑,๙๔๘</b>	

รายงานติดตามความก้าวหน้า  
โครงการ/กิจกรรมตาม แผนการปฏิบัติราชการ  
รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)



แบบรายงานติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	โครงการ	กลุ่ม/ฝ่าย	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน				ปัญหา/ อุปสรรค	หมายเหตุ
			ระยะ เวลา ตามแผน	ระยะ เวลาดำเนิน การจริง	งบอนุมัติ	เบิกจริง	แล้วเสร็จ		ระหว่าง ดำเนิน การ	ไม่ได้ ดำเนินการ		
							บรรลุ วัตถุประสงค์	ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์				
๖	โครงการ NCD ไร้รอยต่อ	กลุ่มงานปฐมภูมิ และองค์กรรวม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		-							
๗	โครงการพัฒนาศักยภาพด้านการ จัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	กลุ่มการพยาบาล	ม.ค.๖๖		๔๐,๐๐๐	๙,๑๗๕	/				-	-
๘	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดการด้านข้อมูลโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง	กลุ่มการพยาบาล	ม.ค.๖๖- มี.ค.๖๖		๒๐,๐๐๐							
๙	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการดูแล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	กลุ่มการพยาบาล	มิ.ย.๖๖- ส.ค.๖๖		๔๐,๐๐๐							
๑๐	โครงการห้องดำรงชีวิตอิสระ (Independent Living Room)	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ฟื้นฟู	ต.ค.๖๕- ธ.ค.๖๕		๒๕๐,๐๐๐	๒๕๐,๐๐ ๐	/				เหลือติดตั้ง เครื่องปรับ อากาศ	
๑๑	โครงการพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน ชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลพูนพิณ	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ฟื้นฟู	ม.ค.๖๖- มี.ค.๖๖		๕๐,๐๐๐					/		
๑๒	โครงการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วย NCD ด้านโภชนาการ	กลุ่มงานโภชน ศาสตร์	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		-							

แบบรายงานติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	โครงการ	กลุ่ม/ฝ่าย	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน				ปัญหา/ อุปสรรค	หมายเหตุ
			ระยะ เวลา ตามแผน	ระยะ เวลาดำเนิน การจริง	งบอนุมัติ	เบิกจริง	แล้วเสร็จ		ระหว่าง ดำเนิน การ	ไม่ได้ ดำเนินการ		
							บรรลุ วัตถุประสงค์	ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์				
๑๓	โครงการพัฒนาระบบการดูแลหญิง ตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	งานการพยาบาลผู้ คลอดคลินิกฝาก ครรภ์	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๓๐,๐๐๐							
๑๔	โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริม สุขภาพทารกแรกเกิดและมารดา หลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์	กลุ่มงานปฐมภูมิ และองค์กรรวม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๑๒,๐๐๐							
๑๕	โครงการตรวจคัดกรองสุขภาพช่อง ปากผู้ป่วยในคลินิก NCD (โครงการรักษาผู้ป่วย)	กลุ่มงานทันต กรรม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๒๐,๐๐๐			/				
๑๖	โครงการรักษาผู้ป่วย NCD ที่มี ปัญหาสุขภาพช่องปาก	กลุ่มงานทันต กรรม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		-			/				
๑๗	โครงการทำฟันเทียมทั้งปาก ใน ผู้ป่วย NCD ที่ไร้ฟัน	กลุ่มงานทันต กรรม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๒๔๐,๐๐๐			/			ผู้ป่วยปฏิเสธ การรักษา	
๑๘	การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วย NCD	กลุ่มงานเภสัช กรรม	ธ.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๕๐,๐๐๐							
๑๙	พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง	กลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๓๐,๐๐๐			/				

แบบรายงานติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	โครงการ	กลุ่ม/ฝ่าย	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน				ปัญหา/ อุปสรรค	หมายเหตุ
			ระยะ เวลา ตามแผน	ระยะ เวลาดำเนิน การจริง	งบอนุมัติ	เบิกจริง	แล้วเสร็จ		ระหว่าง ดำเนิน การ	ไม่ได้ ดำเนินการ		
							บรรลุ วัตถุประสงค์	ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์				
๒๐	พัฒนากระบวนการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดบุหรี่	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๑๐,๐๐๐				/			
๒๑	โครงการส่งเสริมสุขภาพ และลดพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในโรงเรียน	กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๒๐,๐๐๐							
๒๒	โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยชุมชนมีส่วนร่วมระดับเครือข่าย	กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม	พ.ย.๖๕- ก.ย.๖๖		๑๔,๐๐๐				/			
๒๓	โครงการอบรมเพิ่มศักยภาพ Care giver ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ไบหน้าเบี้ยว และ พูดไม่ชัด ด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๔๐,๐๐๐				/			
๒๔	โครงการ รพ.สต.ต้นแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ระยะกลาง) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย (ต่อเนื่อง)	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		-			/				

แบบรายงานติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	โครงการ	กลุ่ม/ฝ่าย	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน				ปัญหา/ อุปสรรค	หมายเหตุ
			ระยะ เวลา ตามแผน	ระยะ เวลาดำเนิน การจริง	งบอนุมัติ	เบิกจริง	แล้วเสร็จ		ระหว่าง ดำเนิน การ	ไม่ได้ ดำเนินการ		
							บรรลุ วัตถุประสงค์	ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์				
๒๕	โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวานด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย	กลุ่มงานแพทย์ แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก	ม.ค.๖๖- มี.ค.๖๖		๔๕,๐๐๐							
๒๖	โครงการส่งเสริมการปลูกสมุนไพร รั้วกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	กลุ่มงานแพทย์ แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก	ก.พ.๖๖- เม.ย.๖๖		๓๐,๐๐๐							
๒๗	โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทย	กลุ่มงานแพทย์ แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก	ม.ค.๖๖- พ.ค.๖๖		๔๕,๐๐๐							
๒๘	โครงการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง (Palliative care) ด้วยแพทย์แผนไทยและ การแพทย์เลือกให้กับเครือข่ายรพ. พูนพิณ	กลุ่มงานแพทย์ แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๕,๐๐๐							
๒๙	โครงการ พูนพิณ พุงไม่มี (รับประทานให้มาก อาหารที่ควร เลือกรับประทานแต่พอควร และ อาหารที่ควรรับประทานให้ DPAC)	กลุ่มงานปฐมภูมิ และองค์กรรวม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		-							
๓๐	โครงการคัดกรองไตกลุ่มเสี่ยงใน ชุมชน	กลุ่มงานปฐมภูมิ และองค์กรรวม	ม.ค.๖๖- ก.ย.๖๖		๑๐,๐๐๐							



แบบรายงานติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	โครงการ	กลุ่ม/ฝ่าย	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน				ปัญหา/ อุปสรรค	หมายเหตุ	
			ระยะ เวลา ตามแผน	ระยะ เวลาดำเนิน การจริง	งบอนุมัติ	เบิกจริง	แล้วเสร็จ		ระหว่าง ดำเนิน การ	ไม่ได้ ดำเนินการ			
							บรรลุ วัตถุประสงค์	ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์					
๓๑	โครงการเฝ้าระวังและป้องกันการ ใช้ยาไม่เหมาะสม	กลุ่มงานเภสัช กรรม	ม.ค.๖๖- ก.ย.๖๖		๕๐,๐๐๐								
๓๒	โครงการพัฒนาศักยภาพการรับรู้ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และ Care giver ในการจัดการภาวะ ฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง	กลุ่มการพยาบาล	ม.ค.๖๖- ก.พ.๖๖	๑๐ ก.พ.๖๖	๑๐,๐๐๐	๖,๘๖๔	/					-	-
๓๓	กิจกรรมส่งเสริมความรู้ “รู้เข้าใจ ระบบ ๑๖๖๙ มาเร็วมาไว คนไข้ ปลอดภัย”	กลุ่มการพยาบาล	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๓,๕๐๐								
๓๔	กิจกรรมยกระดับการให้บริการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก	กลุ่มงานแพทย์ แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๕๐,๐๐๐				/				
๓๕	โครงการประชาสัมพันธ์งานแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รพ.พูนพิณ	กลุ่มงานแพทย์ แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๒๐,๐๐๐			/					
๓๖	กิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร	กลุ่มงานแพทย์ แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๑๐,๐๐๐				/				



แบบรายงานติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	โครงการ	กลุ่ม/ฝ่าย	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน				ปัญหา/ อุปสรรค	หมายเหตุ
			ระยะ เวลา ตามแผน	ระยะ เวลาดำเนิน การจริง	งบอนุมัติ	เบิกจริง	แล้วเสร็จ		ระหว่าง ดำเนิน การ	ไม่ได้ ดำเนินการ		
							บรรลุ วัตถุประสงค์	ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์				
๔๔	โครงการปรับปรุงห้องน้ำผู้พิการและผู้สูงอายุ	คณะกรรมการ ENV	ม.ค.๖๖- ก.ย.๖๖		๕๐,๐๐๐				/			
๔๕	โครงการลดใช้พลังงานในกระบวนการทำงาน	คณะกรรมการ ENV	ม.ค.๖๖- ก.ย.๖๖		๕๐,๐๐๐							
๔๖	โครงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของระบบบำบัดน้ำเสีย	กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม	ธ.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๖๐,๐๐๐							
๔๗	โครงการให้คำปรึกษาด้านการพัฒนาาระบบบำบัดน้ำเสียโดยผู้เชี่ยวชาญ	กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม	ม.ค.๖๖- ก.ย.๖๖		๕๐,๐๐๐							
๔๘	ปรับปรุงห้องจ่ายยา	กลุ่มงานเภสัชกรรม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๔๐๐,๐๐๐				/			
๔๙	ปรับปรุงคลังยา	กลุ่มงานเภสัชกรรม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๓๐๐,๐๐๐				/			
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ</b>												
๕๐	โครงการศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน (Wellness center)	กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๒๐๐,๐๐๐							
๕๑	นวัตกรรมชุมชน : บ้านเกลอโมเดล	กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๒๐๐,๐๐๐				/		ไม่ตอบโจทย์ปัญหาในพื้นที่	

แบบรายงานติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	โครงการ	กลุ่ม/ฝ่าย	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน				ปัญหา/ อุปสรรค	หมายเหตุ	
			ระยะ เวลา ตามแผน	ระยะ เวลาดำเนิน การจริง	งบอนุมัติ	เบิกจริง	แล้วเสร็จ		ระหว่าง ดำเนิน การ	ไม่ได้ ดำเนินการ			
							บรรลุ วัตถุประสงค์	ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์					
๕๒	โครงการพัฒนาระบบการบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)	กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม	ต.ค.๖๕-ก.ย.๖๖		๑๒,๐๐๐						/		
๕๓	โครงการการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)	กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม	ต.ค.๖๕-ก.ย.๖๖		๕๐,๐๐๐						/		
๕๔	โครงการส่งเสริมความรู้และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม	ม.ค.๖๖-ก.ย.๖๖		๙๐,๐๐๐						/		
๕๕	โครงการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไร้ฟันในทุกรพ.สต.	กลุ่มงานทันตกรรม	ต.ค.๖๕-มิ.ย.๖๖		-						/		ยกเลิก
๕๖	โครงการทำฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุที่ไร้ฟัน ใน รพ.สต.	กลุ่มงานทันตกรรม	ต.ค.๖๕-มิ.ย.๖๖		๒๕๐,๐๐๐						/		ยกเลิก
๕๗	โครงการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-๑๙ วัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๕ กลุ่มโรค	กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม	ต.ค.๖๕-ก.ย.๖๖		๑๗,๐๐๐								
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ</b>													
๕๘	โครงการพัฒนาบุคลากรสู่องค์กรแห่งความสุข	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป	พ.ย.๖๕-ก.ย.๖๖		๗๕๐,๐๐๐						/		
๕๙	โครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	กลุ่มงานบริหาร	ต.ค.๖๕-		๔๐,๐๐๐						/		

แบบรายงานติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	โครงการ	กลุ่ม/ฝ่าย	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน				ปัญหา/ อุปสรรค	หมายเหตุ
			ระยะ เวลา ตามแผน	ระยะ เวลาดำเนิน การจริง	งบอนุมัติ	เบิกจริง	แล้วเสร็จ		ระหว่าง ดำเนิน การ	ไม่ได้ ดำเนินการ		
							บรรลุ วัตถุประสงค์	ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์				
		งานทั่วไป	ธ.ค.๖๕									
๖๐	โครงการพัฒนาการบริการที่เป็นเลิศ	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป	ต.ค.๖๕- ธ.ค.๖๕		๑๐๐,๐๐๐				/			
๖๑	โครงการ PPH Happy Life	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป	ม.ค.๖๖- มิ.ย.๖๕		๑๗๐,๐๐๐				/			
๖๒	การพัฒนาและบ่มเพาะค่านิยมหลัก	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป	เม.ย ๖๖- มิ.ย.๖๖		๒๕๐,๐๐๐				/			
๖๓	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการจากงานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) และเทคนิคการเขียนรายงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่ ออง (CQI, นวัตกรรม) ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	คณะกรรมการการจัดการความรู้	ต.ค.๖๕- ธ.ค.๖๕		๑๐๘,๕๐๐				/			ไม่อนุมัติ
๖๔	การพัฒนาคลังความรู้โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยและเข้าถึงง่าย	คณะกรรมการการจัดการความรู้	ต.ค.๖๕- ธ.ค.๖๕		-			/				
๖๕	โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมหกรรมการประกวดผลงานวิชาการ การจัดการความรู้(KM) ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง( NCD )	คณะกรรมการการจัดการความรู้	พ.ย.๖๕-ต.ค. ๖๖	-	๖๐,๐๐๐	-			/			รวมกับโครงการของคลินิก NCD









แบบรายงานติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	โครงการ	กลุ่ม/ฝ่าย	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน				ปัญหา/ อุปสรรค	หมายเหตุ
			ระยะ เวลา ตามแผน	ระยะ เวลาดำเนิน การจริง	งบอนุมัติ	เบิกจริง	แล้วเสร็จ		ระหว่าง ดำเนิน การ	ไม่ได้ ดำเนินการ		
							บรรลุ วัตถุประสงค์	ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์				
		สารสนเทศ ทางการแพทย์										
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสนับสนุนและยกระดับคุณภาพบริการของเครือข่าย</b>												
๘๓	โครงการพัฒนาหมู่บ้านและชุมชน จัดการสุขภาพ	กลุ่มงานปฐมภูมิ และองค์กรรวม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๒๐๐,๐๐๐							
๘๔	โครงการพัฒนาศักยภาพ (กลุ่ม ขยายผล) อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านด้านโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (NCD) ในรพ.สต. เครือข่าย บริการ รพ.พูนพิณ	สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอพูนพิณ	ม.ค.๖๖- ก.ย.๖๖		๑๓๙,๘๐๐							
๘๕	โครงการอบรม อสม.ให้สามารถ เจาะเลือดจากปลายนิ้วและใช้ เครื่องตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้วได้ ถูกต้องมีประสิทธิภาพ	กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์	ต.ค.๖๕-		-							
<b>ตามนโยบาย/ยุทธศาสตร์ ด้านสาธารณสุข</b>												
๘๖	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	กลุ่มงานปฐมภูมิ และองค์กรรวม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๒๐,๐๐๐				/			
๘๗	การคัดกรองมะเร็งเต้านม	กลุ่มงานปฐมภูมิ และองค์กรรวม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๒๐,๐๐๐				/			

แบบรายงานติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	โครงการ	กลุ่ม/ฝ่าย	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน				ปัญหา/ อุปสรรค	หมายเหตุ
			ระยะ เวลา ตามแผน	ระยะ เวลาดำเนิน การจริง	งบอนุมัติ	เบิกจริง	แล้วเสร็จ		ระหว่าง ดำเนิน การ	ไม่ได้ ดำเนินการ		
							บรรลุ วัตถุประสงค์	ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์				
๘๘	การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	กลุ่มงานปฐมภูมิ และองค์กรรวม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๒๐,๐๐๐				/			
๘๙	พัฒนาระบบบริการงานรังสีให้ได้ คุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยกระทรวง สาธารณสุข	กลุ่มงานรังสีวิทยา	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		-							
๙๐	กิจกรรม ลดการคลอดก่อนกำหนด	คณะกรรมการ อนามัยแม่และเด็ก	ต.ค.๖๕- ธ.ค.๖๖		๓๐,๐๐๐							
๙๑	โครงการ ฝากครรภ์ได้มาตรฐานทั้ง เครือข่าย เพื่อให้บุตรสุขภาพดี	กลุ่มงานบริการ ปฐมภูมิและองค์กร รวม	ต.ค.๖๕- ธ.ค.๖๖		๓๐,๐๐๐							
๙๒	โครงการส่งเสริมป้องกันการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดการตั้งครรรภ์ซ้ำ	กลุ่มงานบริการ ปฐมภูมิและองค์กร รวม	พ.ย.๖๕- มี.ค.๖๖		๑๒,๐๐๐							
๙๓	โครงการอบรมเรื่องคุณภาพสิ่งส่ง ตรวจ (Speciment Quality)	กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์	ม.ค.๖๖-		-							
๙๔	โครงการลดปัจจัยเสี่ยงทาง สุขภาพจิตด้านยาเสพติดติดแบบ บูรณาการ	กลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๖๐,๐๐๐							

แบบรายงานติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	โครงการ	กลุ่ม/ฝ่าย	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน				ปัญหา/ อุปสรรค	หมายเหตุ
			ระยะ เวลา ตามแผน	ระยะ เวลาดำเนิน การจริง	งบอนุมัติ	เบิกจริง	แล้วเสร็จ		ระหว่าง ดำเนิน การ	ไม่ได้ ดำเนินการ		
							บรรลุ วัตถุประสงค์	ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์				
๙๕	โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๖ อบรมเชิง ปฏิบัติ การจัดการทาง การแพทย์เมื่อเกิดสาธารณภัยและ ซ้อมแผนรับสถานการณ์ไฟไหม้ใน หน่วยงาน	กลุ่มงานบริการ ปฐมภูมิและองค์ รวม	ม.ค.๖๖- ก.ย.๖๖		๘๐,๐๐๐				/			
๙๖	โครงการพัฒนาการสร้างความสุขภาพ วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ ปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานบริการ ปฐมภูมิและองค์ รวม	ม.ค.๖๖- ก.ย.๖๖		๕๐,๐๐๐							
๙๗	โครงการอบรม อสม.ใหม่ประจำปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานบริการ ปฐมภูมิและองค์ รวม	ม.ค.๖๖- ก.ย.๖๖		๓๐,๐๐๐							
๙๘	โครงการพัฒนาศักยภาพการ ดำเนินงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลพูนพิณ	กลุ่มงานบริการ ปฐมภูมิและองค์ รวม	ต.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๕๐,๐๐๐							
๙๙	โครงการวัยรุ่นวัยใส เปิดใจเรื่อง เพศ	กลุ่มงานบริการ ปฐมภูมิและองค์ รวม	ธ.ค.๖๕- ก.ย.๖๖		๑๕,๐๐๐							

แบบรายงานติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
โรงพยาบาลพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	โครงการ	กลุ่ม/ฝ่าย	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน				ปัญหา/ อุปสรรค	หมายเหตุ
			ระยะ เวลา ตามแผน	ระยะ เวลาดำเนิน การจริง	งบนอนุมัติ	เบิกจริง	แล้วเสร็จ		ระหว่าง ดำเนิน การ	ไม่ได้ ดำเนินการ		
							บรรลุ วัตถุประสงค์	ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์				
๑๐๐	โครงการตรวจคัดกรองสารเคมีตกค้างในเลือดของกลุ่มเด็กวัยรุ่นตั้งแต่ ๑๕-๑๘ ปี	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม	ธ.ค.๖๕-ก.ย.๖๖		๒๐,๐๐๐							
๑๐๑	โครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำอสม.สุขภาพจิต	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด	ธ.ค.๖๕-ก.ย.๖๖		๕,๐๐๐							
๑๐๒	โครงการอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์	กลุ่มการพยาบาล	เม.ย.๖๖		๗,๕๐๐		/					
๑๐๓	โครงการซ่อมแผนสาธารณสุข	กลุ่มการพยาบาล	พ.ค.๖๖		๑๐,๐๐๐		/					
๑๐๔	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพ	กลุ่มการพยาบาล	มี.ค.๖๖		๑๘,๐๐๐	๑๓,๖๕๐	/				-	-
๑๐๕	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้และทักษะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	กลุ่มการพยาบาล	ม.ค.๖๖-ก.ย.๖๖		๔๐,๐๐๐							
๑๐๖	โครงการบูรณาการความร่วมมือด้านสุขภาพ (๔D) ส่งเสริมเด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัยสูงสุดมีส่วนร่วม	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม	พ.ย.๖๕-ก.ย.๖๖		๓๕,๐๐๐					/	ปิดภาคเรียน	
๑๐๗	โครงการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	กลุ่มงานเภสัชกรรม	ธ.ค.๖๕-ก.ย.๖๖		-							

แบบรายงานติดตามความก้าวหน้า โครงการ/กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	โครงการ	กลุ่ม/ฝ่าย	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน				ปัญหา/ อุปสรรค	หมายเหตุ
			ระยะเวลา ตามแผน	ระยะเวลา ดำเนินการจริง	งบอนุมัติ	เบิกจริง	แล้วเสร็จ		ระหว่าง ดำเนิน การ	ไม่ได้ ดำเนินการ		
							บรรลุ วัตถุประสงค์	ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์				
๑๐๘	โครงการพัฒนาศักยภาพทีม ปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable disease control unit : CDCU)	สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอพูนพิณ	ต.ค.๖๕- มี.ค.๖๖		๒๔,๒๐๐							

รายงานติดตามความก้าวหน้า

แผนเงินบำรุง

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)

## รายงานติดตามความก้าวหน้า แผนเงินบำรุง ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	รายการ	ประมาณการ ปี ๒๕๖๖	แผนคาดการณ์ ๖ เดือนแรก	แผนรอบ ๖ เดือน แรก	ผลต่าง	ร้อยละ
<b>รายรับ</b>						
๑.	รายได้ UC	๖๔,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๓๒,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๒๕,๗๗๖,๖๐๖.๘๘	-๖,๒๒๓,๓๙๓.๑๒	-๑๙.๕๕
๒.	รายได้ EMS	๓๕๐,๐๐๐.๐๐	๑๗๕,๐๐๐.๐๐	๐.๐๐	-๑๗๕,๐๐๐.๐๐	-๑๐๐.๐๐
หมายเหตุ*** ระบบเบิกจ่ายจาก สพฉ.ค้างจ่ายตั้งแต่ ต.ค.- ก.พ.๖๖ ทั้งจังหวัด						
๓.	รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	๔๐๐,๐๐๐.๐๐	๒๐๐,๐๐๐.๐๐	๘๒,๑๒๐.๐๐	-๑๑๗,๘๘๐.๐๐	-๕๘.๙๔
๔.	รายได้ค่ารักษา อปท.	๑,๒๕๐,๐๐๐.๐๐	๖๒๕,๐๐๐.๐๐	๑,๖๕๐,๔๔๖.๐๙	๑,๐๒๕,๔๔๖.๐๙	๑๖๔.๐๗
๕.	รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	๙,๕๐๐,๐๐๐.๐๐	๔,๗๕๐,๐๐๐.๐๐	๓,๖๕๓,๖๒๘.๗๒	-๑,๐๙๖,๓๗๑.๒๘	-๒๓.๐๘
๖.	รายได้ประกันสังคม	๗,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๓,๕๐๐,๐๐๐.๐๐	๒,๐๕๑,๓๖๙.๖๗	-๑,๔๔๘,๖๓๐.๓๓	-๔๑.๓๙
๗.	รายได้ค่ารักษาแรงงานต่างด้าว	๓๑,๔๐๐,๐๐๐.๐๐	๑๕,๗๐๐,๐๐๐.๐๐	๑๗,๐๙๑,๕๐๕.๗๖	๑,๓๙๑,๕๐๕.๗๖	๘.๘๖
๘.	รายได้ค่ารักษาและบริการอื่นๆ	๑๕,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๗,๕๐๐,๐๐๐.๐๐	๒๗,๑๗๔,๒๒๘.๖๙	๑๙,๖๗๔,๒๒๘.๖๙	๒๖๒.๓๒
๙.	รายได้อื่น	๒๓,๕๕๐,๐๐๐.๐๐	๑๑,๗๗๕,๐๐๐.๐๐	๑,๑๗๕,๐๘๒.๙๕	-๑๐,๕๙๙,๙๑๗.๐๕	-๙๐.๐๒
๑๐.	รายได้งบประมาณ	๑,๘๔๔,๘๗๐.๑๐	๙๒๒,๔๓๕.๐๕	๐.๐๐	-๙๒๒,๔๓๕.๐๕	-๑๐๐.๐๐
๑๑.	รายได้โครงการกองทุนสุขภาพตำบล	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐
รวมรายรับ		๑๕๔,๒๙๔,๘๗๐.๑๐	๗๗,๑๔๗,๔๓๕.๐๕	๗๘,๖๕๔,๙๘๘.๗๖	-	๐.๒๔
<b>รายจ่าย</b>						
๑.	ยา	๘,๙๖๒,๗๒๔.๒๔	๔,๔๘๑,๓๖๒.๑๒	๘,๑๔๕,๓๒๑.๐๒	-๓,๖๖๓,๙๕๘.๙๐	-๘๑.๗๖
๒.	เวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์	๓,๘๐๕,๑๔๓.๓๑	๑,๙๐๒,๕๗๑.๖๖	๑,๙๓๔,๓๖๕.๓๖	-๓๑,๗๙๓.๗๐	-๑.๖๗
๓.	วัสดุทันตกรรม	๗๘๗,๓๖๓.๐๐	๓๙๓,๖๘๑.๕๐	๕๓๕,๙๘๔.๓๐	-๑๕๒,๓๐๒.๘๐	-๓๖.๑๕
๔.	วัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์	๕,๐๒๐,๗๘๐.๕๐	๒,๕๑๐,๓๙๐.๒๕	๒,๙๔๐,๘๓๗.๒๔	-๔๓๐,๔๔๖.๙๙	-๑๗.๑๕
๕.	ค่าจ้าง พกส./ลูกจ้างชั่วคราว/รายวัน/จ้างเหมา	๒๓,๕๓๗,๓๗๖.๐๐	๑๑,๗๖๘,๖๘๘.๐๐	๕,๔๘๓,๓๒๐.๐๐	๖,๒๘๕,๓๖๘.๐๐	๕๓.๔๑
๖.	ค่าตอบแทน	๒๑,๕๖๑,๗๗๔.๒๙	๑๐,๗๘๐,๘๘๗.๑๕	๑๒,๓๓๑,๓๒๑.๘๐	-๑,๕๕๐,๔๖๔.๖๖	-๑๔.๓๘
๗.	ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	๑,๑๙๐,๗๐๒.๔๐	๕๙๕,๓๕๑.๒๐	๗๖๘,๘๖๑.๐๐	-๑๗๓,๕๐๙.๘๐	-๒๙.๑๔

ลำดับ	รายการ	ประมาณการ ปี ๒๕๖๖	แผนคาดการณ์ ๖ เดือนแรก	แผนรอบ ๖ เดือน แรก	ผลต่าง	ร้อยละ
๘.	ค่าใช้สอย	๑๓,๘๒๒,๒๗๗.๓๓	๖,๙๑๑,๑๓๘.๖๗	๒๘,๓๖๑,๑๔๒.๗๒	-๒๑,๔๕๐,๐๐๔.๐๖	-๓๑๐.๓๗
๙.	ค่าสาธารณูปโภค	๔,๖๓๒,๕๑๗.๓๒	๒,๓๑๖,๒๕๘.๖๖	๒,๒๖๒,๙๕๓.๓๖	๕๓,๓๐๕.๓๐	๒.๓๐
๑๐.	ค่าวัสดุทั่วไป (บริหาร)	๓,๙๒๕,๖๙๗.๐๐	๑,๙๖๒,๘๔๘.๕๐	๑,๓๐๕,๗๙๒.๖๖	๖๕๗,๐๕๕.๘๔	๓๓.๔๗
๑๑.	ค่าใช้จ่ายอื่น	๗,๘๙๖,๑๓๐.๐๐	๓,๙๔๘,๐๖๕.๐๐	๘,๙๙๘,๑๕๑.๐๐	-๕,๐๕๐,๐๘๖.๐๐	-๑๒๗.๙๑
	รวมรายจ่าย	๙๕,๑๔๒,๔๘๕.๓๙	๔๗,๕๗๑,๒๔๒.๗๐	๗๓,๐๖๘,๐๕๐.๔๕	-	-๔๘.๑๒
	ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	๒๑,๘๑๔,๔๐๐.๐๐		๗,๓๙๘,๕๑๐.๕๓		



รายงานติดตามแผนงบประมาณ  
งบประมาณ งบค่าเสื่อม งบเงินบำรุง  
และงบเงินบริจาค

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

รายงานติดตามความก้าวหน้า แผนงบบุณ งบประมาณ ๒๕๖๖  
 รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  
 โรงพยาบาลพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	รายการ	งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน			หมายเหตุ
		งบที่อนุมัติ	เบิกจริง	ดำเนินการแล้ว	กำลังดำเนินการ	ยังไม่ดำเนินการ	
<b>ครุภัณฑ์สำนักงาน</b>							
๑	เครื่องปรับอากาศ ขนาด ๒๔๐๐๐ BTU	๔๐,๙๐๐.๐๐				๑	รอเอกสารขออนุมัติกลับจากจังหวัด
๒	เครื่องปรับอากาศ ขนาด ๔๘๐๐๐ BTU	๕๓,๕๐๐.๐๐				๑	รอเอกสารขออนุมัติกลับจากจังหวัด
๓	เครื่องปรับอากาศ ขนาด ๑๘๐๐๐ BTU	๕๐,๐๐๐.๐๐				๑	รอเอกสารขออนุมัติกลับจากจังหวัด
๔	เครื่องโทรศัพท์สำนักงาน	๗๕,๖๐๐.๐๐	๗๕,๖๐๐.๐๐		๑		ออกไปสั่งซื้อแล้ว
๕	เครื่องปรับอากาศ ๑๘,๐๐๐ BTU	๒๗,๒๐๐.๐๐				๑	รอเอกสารขออนุมัติกลับจากจังหวัด
๖	พัดลมติดผนัง	๗๕,๐๐๐.๐๐				๑	รอปรับปรุงหอผู้ป่วยในชั้น ๔ ก่อน
๗	เครื่องปรับอากาศ ๒๔๐๐๐ BTU	๓๐,๐๐๐.๐๐				๑	รอเอกสารขออนุมัติกลับจากจังหวัด
๘	เครื่องแฟกซ์	๑๕,๐๐๐.๐๐	๑๕,๐๐๐.๐๐		๑		อยู่ระหว่างสืบราคาท้องตลาด
๙	เครื่องปรับอากาศ ๒๕,๐๐๐ BTU	๑๒๗,๘๐๐.๐๐				๑	รอเอกสารขออนุมัติกลับจากจังหวัด
๑๐	เครื่องสแกนเนอร์	๒๐,๐๐๐.๐๐	๑๖,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายแล้ว
๑๑	โต๊ะพับอเนกประสงค์ขาล้อเลื่อน ห้องประชุมชั้น ๕	๔๙๔,๐๐๐.๐๐	๔๙๔,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายแล้ว
๑๒	ชุดโต๊ะเก้าอี้สำหรับห้องประชุมชั้น ๔	๔๐๒,๓๐๐.๐๐	๔๐๒,๓๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายแล้ว
๑๓	เครื่องปรับอากาศ ๑๘๐๐๐ BTU	๕๔,๔๐๐.๐๐				๑	รอเอกสารขออนุมัติกลับจากจังหวัด
๑๔	ชุดระบบสแกนหน้าเข้าห้องทำงาน	๕๐,๐๐๐.๐๐	๕๐,๐๐๐.๐๐	๑			
๑๕	เครื่องปรับอากาศ ๑๘๐๐๐ BTU	๕๔,๔๐๐.๐๐				๑	รอเอกสารขออนุมัติกลับจากจังหวัด
๑๖	พัดลมไอน้ำ	๒๐,๐๐๐.๐๐	๑๒,๙๘๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายแล้ว
๑๗	ชุดโซฟาห้องผู้อำนวยการ	๗๘,๐๐๐.๐๐	๗๘,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายแล้ว

รายงานติดตามความก้าวหน้า แผนงบบุณ ปิงบประมาณ ๒๕๖๖  
 รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มินาคม ๒๕๖๖)  
 โรงพยาบาลพุนพิน จังหวัตุสุราชฎรธานี

ล่ำ ดับ	รายการ	งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน			หมายเหตุ
		งบที่อนุมัติ	เบิกจริง	ดำเนินการแล้ว	กำลังดำเนินการ	ยังไม่ดำเนินการ	
๑๘	เครื่องปรับอากาศ ขนาด ๓๖๐๐๐ BTU	๑๐๐,๐๐๐.๐๐				๑	รอเอกสารขออนุมัติกลับจากจังหวัด
<b>ครุภัณฑ์ไฟฟ้าและวิทยุ</b>							
๑๙	ป้ายไฟ LED แจ็งเดือน	๕,๐๐๐.๐๐	๕,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายแล้ว
๒๐	ตู้เชื่อมสแตนเลส	๘,๙๐๐.๐๐	๘,๙๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายแล้ว
๒๑	ส่วานไฟฟ้า	๑๖,๐๐๐.๐๐	-		๑		สืบราคาท้องตลาด
๒๒	ไมค์ลอย	๑๖,๐๐๐.๐๐	-		๑		สืบราคาท้องตลาด
๒๓	ชุดลำโพง	๒๐,๐๐๐.๐๐	๒๐,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายแล้ว
๒๔	ไฟฉุกเฉิน	๗๕,๐๐๐.๐๐	-		๑		สืบราคาท้องตลาด
๒๕	จักรเย็บผ้า	๑๐,๐๐๐.๐๐	๘,๔๕๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายแล้ว
๒๖	รถลำเลียงขยะติดเชื้อส่งบริษัท	๔๐,๐๐๐.๐๐	๔๐,๐๐๐.๐๐			๑	สืบราคาท้องตลาด
๒๗	ตู้เย็น	๕,๐๐๐.๐๐	๕,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายแล้ว
๒๘	ชุดโต๊ะทานอาหารและเก้าอี้	๕,๕๐๐.๐๐	๕,๕๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายแล้ว
๒๙	เคาน์เตอร์ชุดครัวพร้อมซิงค์ล้างมือสำหรับเตรียมยาสมุนไพร	๒๐,๐๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้ใบขอใช้
๓๐	เครื่องสูญญากาศ	๒๐,๐๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้ใบขอใช้
๓๑	หม้อต้มไอน้ำขนาดใหญ่	๓,๐๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้ใบขอใช้
๓๒	โต๊ะรับประทานอาหาร	๒,๐๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้ใบขอใช้
๓๓	ตู้แช่เครื่องดื่ม ๑ ประตู	๑๘,๕๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้ใบขอใช้
๓๔	อ่างน้ำวนจากุซซี่	๗๐,๐๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้ใบขอใช้

รายงานติดตามความก้าวหน้า แผนงบลงทุน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
 รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  
 โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	รายการ	งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน			หมายเหตุ
		งบที่อนุมัติ	เบิกจริง	ดำเนินการแล้ว	กำลังดำเนินการ	ยังไม่ดำเนินการ	
๓๕	ตู้เย็น ขนาด ๓ คิว	๔,๐๐๐.๐๐	๔,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายแล้ว
<b>ครุภัณฑ์โฆษณาและเผยแพร่</b>							
๓๖	TV คิว ๕๕ นิ้ว พร้อมขาและติดตั้ง	๑๘,๐๐๐.๐๐	๑๖,๙๙๐.๐๐		๑		ทำเอกสารเบิกจ่าย
๓๗	TV คิว ๔๓ นิ้ว พร้อมขาและติดตั้ง	๑๖,๐๐๐.๐๐	๑๒,๙๙๐.๐๐		๑		ทำเอกสารเบิกจ่าย
๓๘	TV คิว ๕๕ นิ้ว พร้อมขาและติดตั้ง	๑๘,๐๐๐.๐๐	๑๖,๙๙๐.๐๐		๑		ทำเอกสารเบิกจ่าย
<b>ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์</b>							
๓๙	เครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย แบบที่ ๑	๑๓๐,๐๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้รับใบขอใช้
๔๐	คอมพิวเตอร์เน็ตบุ๊กสำหรับประมวลผล	๒๒,๐๐๐.๐๐	๒๒,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๔๑	คอมพิวเตอร์พกพา ขนาดไม่เกิน ๑๐.๕ นิ้ว ใช้ลงโปรแกรม Hosxp	๘๑,๐๐๐.๐๐	๘๑,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๔๒	I Pad พร้อมปากกา	๕๒,๐๐๐.๐๐	๕๒,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๔๓	เครื่องสำรองไฟ ขนาดไม่น้อยกว่า ๘๐๐ VA	๗๕,๐๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้รับใบขอใช้
๔๔	จอภาพขนาด ๒๔ นิ้ว	๓๕,๐๐๐.๐๐	๓๕,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๔๕	เครื่องพรีนส์แบบสแกนได้	๕,๐๐๐.๐๐	๕,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๔๖	เครื่องสแกนเนอร์ความเร็วสูง แบบที่ ๑	๑๖,๐๐๐.๐๐	๑๖,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๔๗	โปรแกรม inmucal - nutrients v.๔	๑๖,๐๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้รับใบขอใช้
๔๘	ซื้อตู้ Kiosk เพิ่มเติม งานเวชปฏิบัติ ครอบครัว,งานกายภาพบำบัด,งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน	๔๘๐,๐๐๐.๐๐	๔๘๒,๓๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว

รายงานติดตามความก้าวหน้า แผนงบลงทุน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
 รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  
 โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	รายการ	งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน			หมายเหตุ
		งบที่อนุมัติ	เบิกจริง	ดำเนินการแล้ว	กำลังดำเนินการ	ยังไม่ดำเนินการ	
๔๙	ตู้รับชำระค่าบริการอัตโนมัติ (Payment Kiosk)	๓๗๕,๕๗๐.๐๐	๓๗๕,๕๗๐.๐๐		๑		รอส่งมอบ
๕๐	Nas Server	๓๒๐,๐๐๐.๐๐	๓๒๐,๐๐๐.๐๐		๑		อยู่ระหว่างสืบราคา
๕๑	Mikrotik	๔๐,๐๐๐.๐๐	๔๐,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๕๒	ชุดอุปกรณ์ต่อพ่วง Swich/hub ขนาด ๑๖ port	๓๒,๐๐๐.๐๐	๓๒,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๕๓	ชุดอุปกรณ์ต่อพ่วง Swich/hub ขนาด ๒๔ port	๑๐๕,๐๐๐.๐๐	๑๐๕,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๕๔	ชุดอุปกรณ์ต่อพ่วง Swich/hub ขนาด ๘ port	๑๐,๐๐๐.๐๐	๑๐,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๕๕	ตู้ Rack ๖ U	๒๔๐,๐๐๐.๐๐	๒๔๐,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๕๖	Card TenGig	๑๕,๐๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้รับใบขอใช้
๕๗	เครื่องพิมพ์เลเซอร์พร้อมสติกเกอร์	๒๘,๐๐๐.๐๐	๒๘,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๕๘	เครื่องเซิร์ฟเวอร์	๑๐๔,๐๐๐.๐๐	๒๓,๙๐๐.๐๐		๑		ออกไปสั่งซื้อแล้ว
๕๙	นาฬิกา Smart Watch	๑๘,๙๐๐.๐๐	๑๘,๙๐๐.๐๐	๑			รอส่งของ
๖๐	เครื่องปรับความเร็วสูงพร้อมสแกน	๒๐,๐๐๐.๐๐	๑๖,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๖๑	เครื่องสแกนอ่านบาร์โค้ด	๓๐,๐๐๐.๐๐	๓๐,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๖๒	เครื่องติดสติกเกอร์อัตโนมัติ	๒๐๐,๐๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้รับใบขอใช้
๖๓	ระบบ Mobile Phone	๒๐๐,๐๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้รับใบขอใช้
๖๔	ตู้รับชำระค่าบริการอัตโนมัติแบบทอนเงิน	๔๑๗,๓๐๐.๐๐	๔๑๗,๓๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว

รายงานติดตามความก้าวหน้า แผนงบบุณ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
 รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  
 โรงพยาบาลพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	รายการ	งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน			หมายเหตุ
		งบที่อนุมัติ	เบิกจริง	ดำเนินการแล้ว	กำลังดำเนินการ	ยังไม่ดำเนินการ	
๖๕	เครื่องสำรองไฟ ขนาด ๒๐KVA(๒เครื่อง)	๔๕๘,๐๐๐.๐๐	๔๕๘,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
<b>ครุภัณฑ์การแพทย์</b>							
๖๖	หม้อแช่พาราฟิน	๕๔,๐๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้รับใบขอใช้
๖๗	Inductive applicator ๑๔๐ mm, with cable	๓๓,๐๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้รับใบขอใช้
๖๘	เครื่องสั่นปอด (Vibrator)	๑๗,๕๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้รับใบขอใช้
๖๙	แผ่นประคบร้อนขนาดมาตรฐาน(๑๒แผ่น)	๑๔,๔๐๐.๐๐	-			๑	ยังไม่ได้รับใบขอใช้
๗๐	เครื่องวัดความดันอัตโนมัติชนิดตั้งโต๊ะ	๓,๐๐๐.๐๐	๓,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๗๑	เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล	๙๐๐.๐๐	๙๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๗๒	โคมไฟ เย็บแผล/PV แบบมีล้อ	๕,๐๐๐.๐๐	๕,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๗๓	เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติชนิดตั้งโต๊ะ	๓,๐๐๐.๐๐	๓,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๗๔	เครื่อง Infusion pump	๕๐,๐๐๐.๐๐	๕๐,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๗๕	ตู้เย็นเก็บวัคซีน	๑๕,๐๐๐.๐๐			๑		อยู่ระหว่างสืบราคา
๗๖	กล่องควบคุมอุณหภูมิ (ใส่วัคซีนออกนอกพื้นที่)	๑๓,๐๐๐.๐๐	๑๓,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๗๗	เครื่องชุดหินปูนแบบ Piezo - electric (๖เครื่อง)	๓๓๐,๐๐๐.๐๐	๓๓๐,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๗๘	เครื่องทำความสะอาดและบำรุงรักษา ต่อมกรอพื้น	๗๙,๐๐๐.๐๐	๗๙,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๗๙	ปั๊มลม มอเตอร์ชักขึ้น	๖๐,๐๐๐.๐๐	๖๐,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว

รายงานติดตามความก้าวหน้า แผนงบลงทุน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
 รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  
 โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	รายการ	งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน			หมายเหตุ
		งบที่อนุมัติ	เบิกจริง	ดำเนินการแล้ว	กำลังดำเนินการ	ยังไม่ดำเนินการ	
๘๐	เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล	๙๐๐.๐๐	๙๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๘๑	เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล ๑ กิโลกรัม	๑๗,๑๐๐.๐๐	๑๗,๑๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๘๒	เครื่องรับสัญญาณภาพ	๓๙๐,๐๐๐.๐๐	๓๙๐,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๘๓	เครื่องเอกซเรย์ฟัน	๑๐๐,๐๐๐.๐๐	๑๐๐,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
๘๔	ชุดเครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและเครื่องวัดความดันสอดแขน พร้อมเครื่องวัดอุณหภูมิ มีจอแสดงผลที่สามารถเชื่อมต่อฐานข้อมูลโรงพยาบาล ผ่าน His Gateway Hos-xp พร้อมทั้งเครื่องอ่านบาร์โค้ดและอ่านบัตรประชาชนยืนยันตัวตนในการใช้งาน	๔๖๐,๐๐๐.๐๐	๔๖๐,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายเรียบร้อยแล้ว
		๗,๓๓๐,๕๗๐.๐๐	๕,๖๐๗,๕๗๐.๐๐				
<b>งานก่อสร้าง/ปรับปรุง</b>							
๘๕	ปรับปรุงแผนไทย	๑,๕๐๐,๐๐๐.๐๐	๑,๖๑๙,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายแล้ว (เงินบริจาค ๕๐๐,๐๐๐ บาท ส่วนที่เหลือเป็นเงินบำรุง ๑,๑๑๙,๐๐๐ บาท)
๘๖	ปรับปรุงห้องกายภาพ	๔๐๐,๐๐๐.๐๐	๔๐๐,๐๐๐.๐๐		๑		อยู่ระหว่างทำราคากลาง
๘๗	ปรับปรุงระบบระบายอากาศ	๑,๒๐๐,๐๐๐.๐๐	-		๑		ทบทวนราคากลาง
๘๘	ปรับปรุงห้องบริหาร	๔๐๐,๐๐๐.๐๐	๔๐๐,๐๐๐.๐๐		๑		อยู่ระหว่างเบิกจ่าย

รายงานติดตามความก้าวหน้า แผนงบลงทุน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
 รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)  
 โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	รายการ	งบประมาณ		ผลการดำเนินงาน			หมายเหตุ
		งบที่อนุมัติ	เบิกจริง	ดำเนินการแล้ว	กำลังดำเนินการ	ยังไม่ดำเนินการ	
๘๙	กั้นห้องหัวหน้า บริหาร	๒๕๐,๐๐๐.๐๐	๒๕๐,๐๐๐.๐๐		๑		อยู่ระหว่างแต่งตั้งคณะกรรมการ ราคากลาง
๙๐	ปรับปรุงห้องพิเศษ ๕๐๑-๕๐๔	๔๘๐,๐๐๐.๐๐	-		๑		ทบทวนราคากลาง
๙๑	ปรับปรุงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	๒,๓๑๔,๐๐๐.๐๐	-		๑		อยู่ระหว่างแต่งตั้งคณะกรรมการ ราคากลาง
๙๒	ปรับปรุงโรงพักขยะติดเชื้อและบริเวณ โดยรอบ ตัดทางเชื่อมอาคารสนับสนุน	๔๐๐,๐๐๐.๐๐	๔๑๓,๐๐๐.๐๐	๑			เบิกจ่ายแล้ว
๙๓	ปรับปรุงห้องยานพาหนะ	๔๕๐,๐๐๐.๐๐	๓๔๖,๕๐๐.๐๐		๑		อยู่ระหว่างแต่งตั้งคณะกรรมการ ราคากลาง
๙๔	ห้องก่อสร้างห้องออกกำลังกาย	๔๖๔,๕๐๐.๐๐	๔๖๔,๕๐๐.๐๐		๑		อยู่ระหว่างแต่งตั้งคณะกรรมการ ราคากลาง
๙๕	ปรับปรุงห้องปฐมภูมิและองค์รวม	๓๕๕,๐๐๐.๐๐	๓๕๕,๐๐๐.๐๐		๑		รอส่งมอบงาน
๙๖	ปรับปรุงห้องนำผู้ป่วย	๓,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	-			๑	อยู่ระหว่างทำแบบ
รวมแผนก่อสร้างเป็นเงินทั้งสิ้น		๑๑,๒๑๓,๕๐๐.๐๐	๔,๒๔๘,๐๐๐.๐๐				
				๔๓	๑๙	๑๘	



สรุปประเด็น อุปสรรค

และปัญหาการดำเนินงาน

รอบ ๖ เดือนแรก(ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖)

**สรุปประเด็น อุปสรรคและปัญหาการดำเนินงาน**  
**รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)**

ประเด็น	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ
<b>ปัจจัยภายใน</b>		
<b>กำลังคน</b>	- บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกไม่เพียงพอ	- ทบทวนประเด็นอัตรากำลังในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านคณะกรรมการ HRD
<b>สมรรถนะบุคลากร</b>	- เจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานยังไม่เข้าใจ การพิจารณา มาตรา ๔๑ และมาตรา ๑๘ (๑) - บุคลากรติดภาระงานด้านคลินิก ไม่มีเวลาในการเขียนผลงานวิชาการ - บุคลากรบางส่วนยังไม่ได้รับการอบรมส่งเสริมความรู้/ทักษะการเขียนผลงานวิชาการ - คณะกรรมการ KM ไม่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการจัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้ - เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการบันทึกข้อมูล ๔๓ แพ้มียังขาดความรู้ในการบันทึกข้อมูลในแต่ละแฟ้ม	- พัฒนาบุคลากร เสริมสมรรถนะในด้านต่างๆ ที่บกพร่องให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยขับเคลื่อนผ่าน คณะกรรมการ KM
<b>อุปกรณ์/เครื่องมือ</b>	- การใช้เครื่องมือในการฟื้นฟูยังไม่พร้อม	- เสนอแผนการพัฒนาเครื่องมือ อุปกรณ์ ที่เกี่ยวกับด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู
<b>งบประมาณ</b>	-	-
<b>ระบบงาน</b>	- มีการบันทึกข้อมูลหลายโปรแกรม ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความล่าช้าต่อการดำเนินงาน - ระยะเวลาในการให้โภชนาการรายบุคคล - ผู้ป่วย Dx. Palliative Admit และเสียชีวิตก่อนส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน - การส่งข้อมูลภายนอกล่าช้า ทำให้ทีมลงเยี่ยมไม่ทันเวลา - การประชาสัมพันธ์การรับรู้การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ของประชาชน ในชุมชนยังไม่ทั่วถึง	- วางแผนการดำเนินงาน โดยวิเคราะห์เก็บข้อมูลในส่วนที่ซ้ำซ้อน ให้สามารถเก็บข้อมูลได้ในคราวเดียว และกำหนดระยะเวลาแล้วเสร็จให้ชัดเจน ก่อนบันทึกลงโปรแกรมต่างๆ - กำหนด flow ในการให้บริการโภชนาการ ให้ชัดเจน - วางแผนรับมือความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

**สรุปประเด็น อุปสรรคและปัญหาการดำเนินงาน  
รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)**

ประเด็น	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ
	- สาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยมาล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการในช่วงที่เข้านอน ตื่นมาตอนเช้าพบว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจอาการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรีบมารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที	- เพิ่มประชาสัมพันธ์ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
	- ข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ บางเรื่องเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน อาจทำให้เกิดความล่าช้าในการประสานงาน	- กำหนด flow chart
	- ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนมาก การดูแลประเมินต้องใช้เวลาานาน อีกทั้งมีรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ - ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายสิทธิการรักษาไม่ใช่สิทธิบัตรทองจึงไม่สามารถนำเข้าโครงการได้	- เพิ่มการวางแผน
	- มีติรายได้สูงเกิน เนื่องจากการโอนเงินการให้บริการ COVID-๑๙ ที่ค้างจ่ายจากปีงบประมาณที่ผ่านมา - จำนวนผู้ป่วยในน้อยลง ทำให้อัตราครองเตียงน้อยลง และรายได้จากผู้ป่วยในลดลง - รายจ่ายด้านต้นทุน LC MC เกินค่ากลาง โดยต้องทบทวนการจ่ายยา และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย และการวินิจฉัยโรค	
	- มีการสะท้อนข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละแฟ้มทราบ แต่ขาดการสรุปผลก่อนและหลังดำเนินการแก้ไขข้อมูล	
	- มีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการในการตรวจสอบเวชระเบียนบ่อยครั้ง และคณะกรรมการยังไม่ผ่าน การอบรมแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (MRA) - กรณีพิมพ์เวชระเบียนออกมาเป็นไฟล์ PDF ข้อมูลบางส่วนไม่ปรากฏในเวชระเบียน	
	- แผนงานโครงการ/แผนปฏิบัติการ มีจำนวนเยอะมาก ซึ่งบางส่วนได้มีการดำเนินงานประจำแล้ว ผู้รับผิดชอบงานจึงไม่ได้จัดทำโครงการตามแผนที่วางไว้	

**สรุปประเด็น อุปสรรคและปัญหาการดำเนินงาน**  
**รอบ ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖)**

ประเด็น	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตัวชี้วัด บางตัวมีการวัดผลลัพธ์ที่ซ้ำซ้อนกัน แต่กระบวนการและวิธีการรักษาต่างกัน ซึ่งผลลัพธ์ควรเป็น ๑ ตัวชี้วัด</li> <li>- ผลการดำเนินการ ควรมีการบูรณาการของแต่ละงาน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ</li> </ul>	
<b>สิ่งแวดล้อม</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานที่ไม่พร้อมสำหรับการจัดตั้งคลินิก</li> <li>- ไม่มีสถานที่ / ห้องบริการที่เพียงพอต่อการบำบัดผู้สูบบุหรี่เนื่องจากขณะนี้ให้บริการร่วมกับผู้มารับบริการอื่น เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้บำบัดยาเสพติด ให้คำปรึกษายุติการตั้งครรภ์ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ๔ โรคในเด็กปฐมวัย หรืออื่น ๆ ทำให้เกิดระยะเวลาการรอนานในการเข้ารับบริการ</li> </ul>	
<b>ปัจจัยภายนอก</b>		
<b>ส่วนบุคคล</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ยังไม่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- ผู้สูบบุหรี่ไม่ให้ความสำคัญและไม่ตระหนักถึงโทษและพิษภัยของบุหรี่ จึงไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ให้สามารถเลิกได้</li> </ul>	วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางกลยุทธ์ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง
<b>ชุมชน/สังคม</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ด้านทะเบียนราษฎร ประชากรที่มีชื่ออาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ แต่ต้องไปทำงานนอกเขตพื้นที่</li> <li>- การย้ายที่อยู่ของผู้ป่วย อาจทำให้การดูแลไม่ครอบคลุม</li> <li>- ขาดความร่วมมือกับหน่วยงานภาคชุมชน</li> </ul>	
<b>หน่วยงานภายนอก</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เนื่องจากมีการถ่ายโอน รพ.สต. การดำเนินงานค่อนข้างยาก</li> </ul>	

