รายงานการกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไตรมาสที่ ๑
เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอศรีสัชนาลัย

งานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย
มีนาคม ๒๕๖๒

คำนำ

รายงานฉบับนี้จัดทำเพื่อการกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการที่สนองต่อนโยบายกระทรวงสารณสุข ประจำปีประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ผลงานไตรมาสที่ ๑ ในภาพรวมเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอศรีสัชนาลัย โดยงานยุทธศาสตร์ได้รวบรวมจากเครือข่าย กลุ่มงาน หน่วยงาน และผู้รับผิดชอบแผนงานโครงการ เพื่อให้เป็นไปตามหลักการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล EB ๑๒ ประเด็นการเผยแพร่การกำกับติดตามการดำเนินงานกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปี

การจัดทำรายงานในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ โดยความร่วมมือเป็นอย่างดีจากกลุ่มงาน หน่วยงาน เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอ และผู้เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

งานยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย
จังหวัดสุโขทัย

สารบัญ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (P&P Excellence)

- มารดาและทารก: ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กพัฒนาการสมวัย ๕
- GREEN & CLEAN Hospital ๘
- การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (Road Traffic Injury) ๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาการบริการให้มีคุณภาพได้มาตรฐานรองรับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการ (Service Excellence)

- การควบคุมป้องกันวัณโรค (TB) ๑๒
- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan: งานยาเสพติด ๑๓
- การพัฒนาระบบบริการ Service Plan: การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ๑๔
- การบูรณาการดำเนินงาน Clinic NCD Plus คุณภาพ กับ Clinic CKD / CVD ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ไต เท้า หัวใจ ๑๕
- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Excellence : บูรณาการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตาในผู้ป่วย DM และผู้สูงอายุ ๑๖
- การพัฒนาระบบบริการสุภาพ Service Plan: RDU ๑๗
- การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบส่งต่อ ๑๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาประสิทธิภาพบริหารจัดการองค์การ (People &Governance Excellence)

- Happinomiter ๒๑
- ITA ๒๒
- Digital Transformation ๒๓
- Financial Management การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ ๒๔
- การควบคุมรายจ่ายงานคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา (๔คลัง) ๒๕
- การควบคุมรายจ่าย..ด้านการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ (คลังแลบ) ๒๖

ผลการดำเนินโครงการตามนโยบายเร่งด่วน

- โครงการบูรณาการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เพื่อดูแลประชาชนอุทิศถวายพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร และถวายสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในรัชกาลที่ ๙ และสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว” อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ๒๘
- โครงการบูรณาการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เพื่อดูแลประชาชนอุทิศถวายพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร และถวายสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในรัชกาลที่ ๙ และสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ” อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ๒๙
- โครงการเยี่ยมเสริมพลัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัยปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ๓๐

ยุทธศาสตร์ที่ ๑

ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

(P&P Excellence)

ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กพัฒนาการสมวัย

ประเด็น

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาประเทศ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานให้ประชาชนมีสุขภาวะ ทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม ปัญญา จิตวิญญาณ และมิติของคนครอบครัว สังคมมากขึ้น โดยเริ่มต้นจากมีการตั้งครรภ์คุณภาพ ดูแลครรภ์คุณภาพ เตรียมคลอดคุณภาพ ดูแลหลังคลอดคุณภาพและเด็กไทยคุณภาพ "ตามนโยบาย ๖ โปรแกรมสร้างเด็กไทยคุณภาพ"

สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก อ.ศรีสัชนาลัย ยังพบว่ายังมีปัญหาหญิงตั้งครรภ์ไม่เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ การมาฝากครรภ์ล่าช้า หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด ซึ่งส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิดทารกเกิดมามีน้ำหนักน้อย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น
ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบถึงคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด การดูแลเลี้ยงบุตร พัฒนาการเด็กไม่สมวัย เด็กจะมีสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน พัฒนาการในเด็กปฐมวัยช้ากว่าปกติ ส่งผลให้เด็กมีการเรียนรู้ช้า IQต่ำ เติบโตไปเป็นเยาวชนของชาติที่ด้อยคุณภาพเกิด ปัญหาของสังคม

สถานการณ์ปัจจุบัน

อำเภอศรีสัชนาลัย มีอัตราส่วนการตายของมารดาผ่านเกณฑ์ ไม่เกิน ร้อยละ๑๗/แสนการเกิดมีชีพ โดยไม่พบการตายของมารดา มาตั้งแต่ ปี๕๘ –ปัจจุบัน =๐

ตัวชี้วัด	ปีงบ ๕๙	ปีงบ ๖๐	ปีงบ ๖๑	ปีงบ๖๒ ไตรมาส๑
๑. การฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ตามเกณฑ์ (เป้าหมายร้อยละ ๖๐)	๖๗.๕๗	๖๕.๘๑	๗๐.๔๔	๔๙
๒. ทารกแรกเกิด เกิดมามีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (LBW) เกณฑ์ น้อยกว่า ๗%	๓.๐๒ (๑๙/๖๓๐)	๖.๑๕ (๓๗/๖๐๒)	๖.๔๓ (๓๓/๕๑๓)	๑.๘๒ (๑/๕๕)
๓. อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ท้องซ้ำเป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ ๑๐	๑๑.๕๔	๗.๖๙	๑๒.๙	๙.๐๙
๔. อัตราทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีน TSH มากกว่า ๑๒.๒ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ๓)	๔.๑๒	๖.๓๒	๗.๖๓	๖.๕๒

๕. พัฒนาการเด็กสมวัย	ปีงบ ๖๐	ปีงบ ๖๑	ปีงบ๖๒ ไตรมาส๑
-ผลการคัดกรอง (เกณฑ์๙๐%)	๙๐.๑๑ (๒๖๑๐/๒๓๕๒)	๙๓.๕ (๒๕๓๙/๒๓๗๔)	๗๗.๙๙ (๕๘๖/๔๕๗)
-สงสัยล่าช้าได้รับการฝึก ๓๐ วัน(เกณฑ์๒๐%)	๑๗.๕๒ (๒๓๕๒/๔๑๒)	๒๐.๖๐ (๒๓๗๔/๔๘๙)	๒๗.๓๕ (๔๕๗/๑๒๕)
-สงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม(เกณฑ์๙๐%)	๗๒.๗๓ (๔๑๒/๒๙๖คน)	๘๖.๓๖ (๔๘๙/๔๑๘คน)	๕๑.๒๒ (๑๒๕/๖๓คน)
-ส่งต่อ TEDA4I	๑๑ คน	๑๑ คน	-

๖. การกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA๔I

ปีงบประมาณ/หัวข้อ	ทั้งหมด(คน)	สมวัย(คน)	ส่งต่อ(คน)	ดูแลต่อเนื่อง(คน)
๒๕๖๐	๑๑	๒	๖	๓
๒๕๖๑	๑๙	๘	๓	๘
๒๕๖๒	๑๐	๓	๒	๕

๖.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือน ที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ(TEDA๔I) ร้อยละ ๖๐ (ข้อมูลจาก HDC)

ปีงบประมาณ	๖๐	๖๑	ไตรมาส ๑(คน)
ร้อยละ	NA	๗๕ (๖/๘)	๖๖.๖๗ (๒/๓)

<u>**ปัญหาอุปสรรค –**</u> มีปัญหาเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายข้อมูลใน HDC เช่นการย้ายเข้าย้ายออกของกลุ่มเป้าหมาย การสร้างเงื่อนไขของการส่งรายงานของฝ่ายข้อมูล การไม่สามารถดูกลุ่มเป้าหมายเป็นรายชื่อทั้งภาพ cup ได้ (TEDA๔I) เนื่องจากรหัสที่ได้เป็นของรายโรงพยาบาล

<u>**แผนการดำเนินงาน ดำเนินงานตามโปรแกรมสร้างเด็กไทยคุณภาพ**</u>

๑.ชี้แจงนโยบายกับผู้ปฏิบัติงาน ในทุกระดับ พร้อมแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ ๖ โปรแกรมสร้างเด็กไทยคุณภาพ

๒.ประเมินตนเองเบื้องต้น ในแต่ละโปรแกรมเพื่อหาส่วนขาด เพื่อพัฒนา ดังต่อไปนี้

<u>**๒.๑ เตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์**</u> – จัดตั้งสถานที่”คลีนิกคู่รัก สร้างเด็กศรีสัชคุณภาพ”กำหนดทุกวันจันทร์บ่าย แนวทาง การบริการ- คลิปวีดีโอ จัดเตรียมยาเสริมธาตุเหล็ก-โฟลิก-ไอโอดีน วัคซีนและบุคคลากร พร้อมเครือข่าย - การ ประชาสัมพันธ์ ผ่าน หอกระจายข่าว สถานศึกษา แผนกจดทะเบียนสมรส ติดตั้ง QR-CODE คู่มือเอกสาร ปชส. กลุ่มเป้าหมาย คู่รัก/คู่สมรสที่แต่งงานใหม่ นักเรียนที่มีคู่รัก คู่สมรส/ผู้ต้องการจะมีบุตร

<u>**๒.๒ การฝากครรภ์มาคุณภาพตามเกณฑ์**</u>-เช่นสถานที่ อุปกรณ์ บุคลากรผู้ให้บริการ –มีห้องฝากครรภ์แยกเป็นสัดส่วน อุปกรณ์และบุคลากรที่พร้อมให้บริการอย่างพียงพอ ๑:๒๐ เป้าหมาย อายุครรภ์น้อยกว่า ๑๒ สัปดาห์(สร้างระบบสมอง,อายุครรภ์ ๑๒-๓๖ สัปดาห์(เน้นความเจริญเติบโตของร่างกาย) อายุครรภ์ มากกว่า ๓๖ สัปดาห์(เน้นการคลอด การเปิด การขยาย อุ้งเชิงกราน)

<u>**๒.๓ เตรียมคลอดคุณภาพตามเกณฑ์**</u>-เช่นจัดตั้งทีมหมอครอบครัว ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีบทบาทดูแล ปชช. เพื่อปรานทีมทำคลอดเพื่อลดหรือป้องกันความเสี่ยงระหว่างคลอดต่อแม่และลูก

<u>**๒.๔ ทำคลอดคุณภาพตามเกณฑ์**</u>-จัดห้องคลอดคุณภาพตามมาตรฐานมีการ referral system ไปสู่ fast tact มีรบบตรวจสอบเครื่องมือพร้อมให้บริการ และระบบส่งต่อ

<u>**๒.๕ ดูแลหลังคลอดคุณภาพตามเกณฑ์NICU คุณภาพ**</u> –การดูแลทารก ใน NICU ๑ สัปดาห์เฝ้าระวังแม่และทารกหลังคลอด ๒ สัปดาห์ เฝ้าระวังการติดเชื้อในแม่และเฝ้าระวังภาวะผิดปกติของลูก ส่งเสริมบทบาทพ่อแม่ มากกว่า ๒สัปดาห์ ขึ้นไป กระตุ้นความต่อเนื่องบทบาทความเป็นพ่อแม่ ผ่านกิจกรรม กินนมแม่ เล่านิทาน แม่กอด ร้องเพลงเพื่อสร้างการเชื่อมโยงทางกายและจิตใจแนบแน่นกับลูก

<u>**๒.๖ เด็กไทยคุณภาพ**</u>-จัดตั้งคลีนิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี สถานที่ เครื่องมือ คู่มือและขั้นตอนการปฏิบัติงาน บุคลลากรให้(มีห้องตรวจคัดกรอง ตรวจร่างกายให้เหมาะสม มีสถานที่ให้ความรู้ พ่อแม่ มีมุมส่งเสิมพัฒนาการเด็ก) กำหนดวันให้ทุกสถานบริการ มี ปชส. มีการให้บริการต่างๆ มีการคัดกรอง กลุ่มเป้าหมายเบื้องต้นโดยผู้ปกครอง อสม. และได้รับการคัดกรองเครื่องมือ dspm และdaim โดย จนท. พร้อมติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กและมีระบบส่งต่อในเครือข่ายในทุกระดับที่มีขีดความสามารถการดูแล ที่สูงขึ้น ตามนโยบาย

๓.มีการประชุมวางแผนงานวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนด งบประมาณ นโยบาย โครงการร่วมกันร่วมกัน และเพิ่มศักยภาพ จนท. ในการลงบันทึกข้อมูล ฐานข้อมูล และเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันภายในหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ

๔. ทบทวน และวิเคราะห์สถานการณ์ตามภารกิจของหน่วยงานให้สอดคล้องกับงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อรับฟังปัญหา และอุปสรรคของพื้นที่ เพื่อสรุปนำเสนอผู้บริหารซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขต่อไป

ภาพกิจกรรม ปี๖๒ ไตรมาส๑

GREEN & CLEAN Hospital

<u>สถานการณ์</u>

ผลการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ปี ๒๕๖๑ ผ่านระดับดี

<u>กิจกรรมไตรมาส ๑/๖๒</u>

๑. มีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กร

๒. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

๓. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ

๔. มีคณะกรรมการและประชุม เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

๕. มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร

๖. ดำเนินการจิตอาสา และกิจกรรม ๕ส.

<u>ผลงานไตรมาส ๑/๖๒</u>

ผลการประเมินตนเอง GREEN & CLEAN Hospital ปี ๒๕๖๒ ผ่านระดับดีมาก

ปัญหา/อุปสรรค

๑. ส้วมผู้ป่วยนอก มีการระบายอากาศไม่ดี และมีกลิ่นเหม็น สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักชำรุด

๒. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การขยายผลการดำเนินงานสู่ชุมชน เครือข่าย

<u>แนวทางแก้ไข/แผนดำเนินการ</u>

๑. มีแผนการพัฒนาส้วม ผู้ป่วยนอก ในปี ๒๕๖๒ และเพิ่มความถี่ในการทำความสะอาด

๒. การจัดการสุขาภิบาลอาหาร ประเด็น เกษตรปลอดสาร อาหารปลอดภัย เข้าสู่วาระ พชอ.

๓. รพ และสร้างเครือข่าย เทศบาล อบต. โรงเรียน ชุมชน มีการดำเนินนวัตกรรม เช่น มูลฝอยรีไซเคิลเป็นสิ่งประดิษฐ์ มูลฝอยอินทรีย์เป็นปุ๋ย

<u>ภาพกิจกรรม</u>

การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (Road Traffic Injury)

ประเด็น

การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๓ อันดับแรกของผู้ป่วยนอกของอำเภอศรีสัชนาลัย ในระหว่างปี ๒๕๕๗ ถึงปี ๒๕๖๑ มีอัตราการเสียชีวิต ๒๔.๔๗ ,๒๑.๓๔,๒๖.๖๘,๒๐.๓๔,๒๗.๘๔ ต่อแสนประชากร และอัตราการบาดเจ็บ ๑,๒๑๐.๙ , ๙๒๑ , ๑,๐๑๗.๑๖ , ๑,๐๖๘.๔ , ๙๗๓.๔ ต่อแสนประชากร ปัจจัยการเกิดเหตุมาจากความประมาท ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเกิดการบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตคือการไม่สวมหมวกนิรภัย และคาดเข็มขัดนิรภัย การบาดเจ็บส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยแรงงาน ผู้เสียชีวิตกระจายทุกกลุ่มอายุ โดยผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนใหญ่เกิดในถนนสายรองและถนนในหมู่บ้าน เนื่องจากอำเภอศรีสัชนาลัยมีพื้นที่กว้างใหญ่ถนนแต่ละเส้นมีความยาวมาก จึงทำการควบคุมจราจรเป็นไปได้ยาก

สถานการณ์ปัจจุบัน

ในไตรมาศที่ ๑ /๖๒ มีอัตราการบาดเจ็บ ๓๔๖ ต่อแสนประชากร มีอัตราการเสียชีวิต ๑๕.๐๑ ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าช่วงเดียวกันของปีที่แล้ว และสูงกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง โดยมีอุบัติเหตุหมู่ ๑ ครั้ง มีผู้เสียชีวิต ๕ ราย ผู้เสียชีวิตกระจายอยู่ทุกกลุ่มอายุ น้อยที่สุด ๔ ปี มากที่สุด ๘๐ ปี ส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์

กิจกรรม – ผลงานไตรมาศที่ ๑ /๖๒

ใช้กลไก พชอ.ในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

๑. เน้นมาตรการทางกฎหมาย การตรวจปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ประสบเหตุ

๒.การสร้างจิตสำนึกและวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน

- ๒.๑. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบ ทุกช่องทาง อย่างเข้มข้น ต่อเนื่อง
- ๒.๒ .นำนโยบาย “ประชารัฐ” เป็นแนวทาง (ศปถ.ตำบล + ด่านชุมชน)
- ๓.๓. ให้ความรู้ เรื่อง “ความปลอดภัยทางถนน” ผ่านโครงการนายอำเภอพบนักเรียน กฎหมายจราจร ๕ นาทีหน้าเสาธง ผู้นำชุมชนพบนักเรียน
- ๒.๔ มาตรการองค์กรลดอุบัติเหตุทางถนน

๓.การเฝ้าระวังความเสี่ยงจากอุบัติเหตุทางถนน จากรายงานสอบสวนอุบัติเหตุและการเก็บข้อมูลจากกู้ชีพ และทีมสหสาขานำมาสู่

- ๓.๑ แก้ปัญหา จุดเสี่ยง จุดอันตรายเพื่อการแก้ไขโดยชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- **๓.๒** กำกับ ดูแล และพัฒนาปรับปรุงมาตรฐานของยานพาหนะ
- **๓.๓** ลงข้อมูลในโปรแกรม GIS for RTI เพื่อให้ผู้รับผิดชอบทุกระดับสามารถทราบสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุเพื่อร่วมแก้ไข

๔.การพัฒนาองค์กรและกลไกการบริหารจัดการทุกระดับ

- ๔.๑ มีวาระการนำเสนอปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในที่ประชุมหัวหน้าส่วน
- ๔.๒ พัฒนาศักยภาพทีมกู้ชีพ หน่วย FR ตำบล

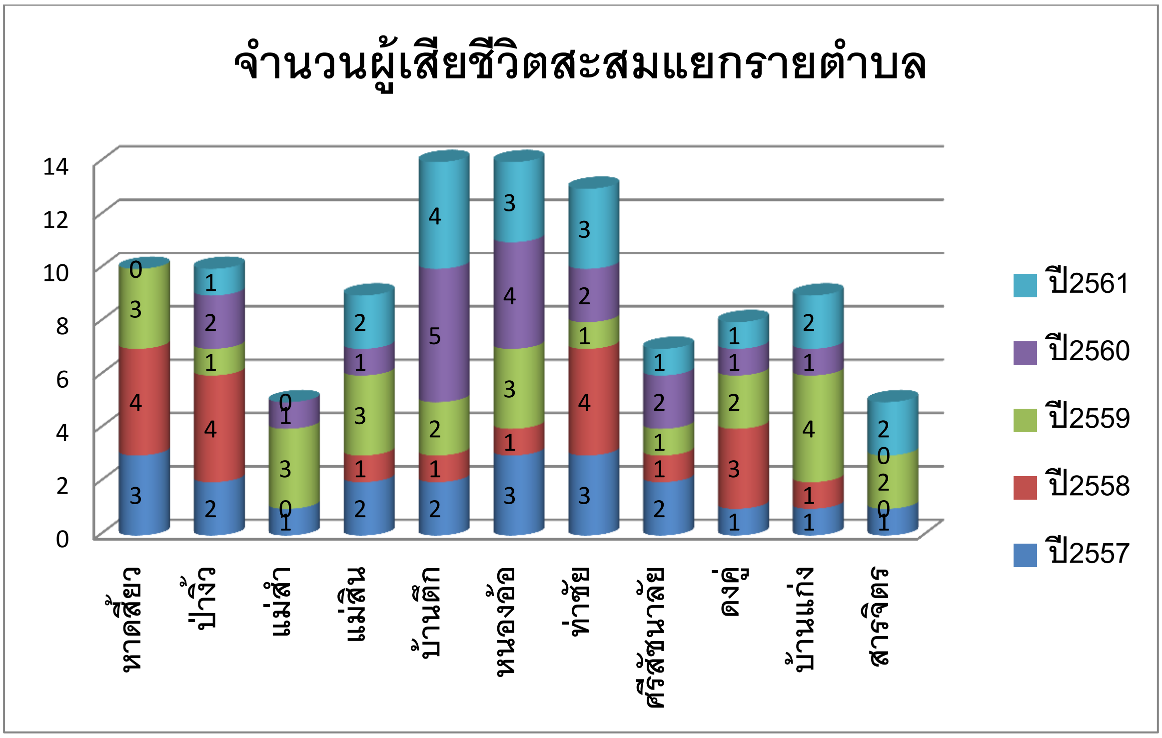
ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร

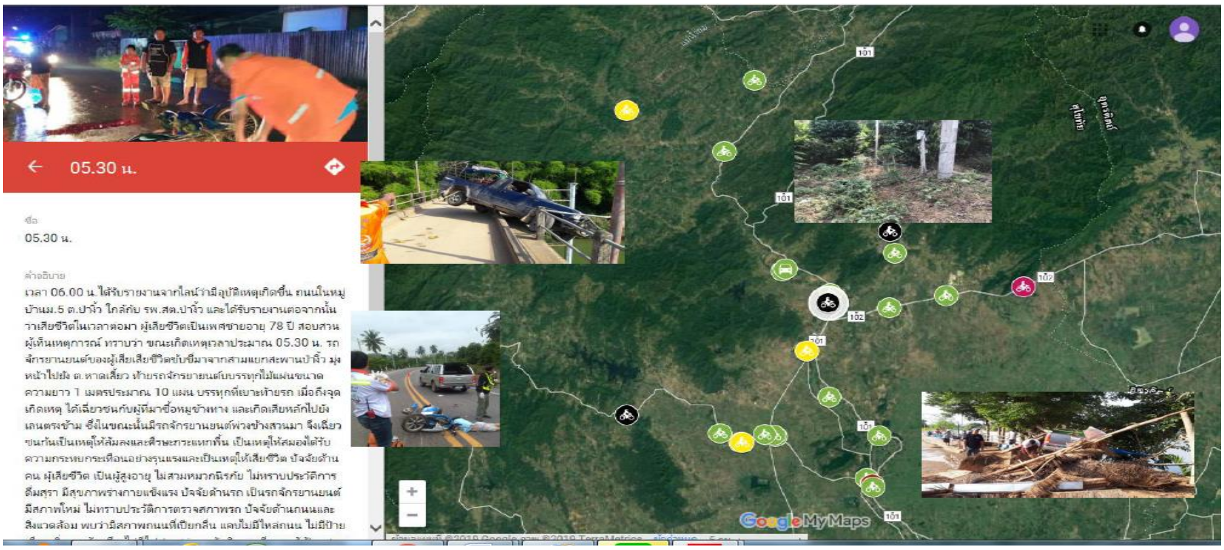
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๕๗	ปี ๕๘	ปี ๕๙	ปี ๖๐	ปี ๖๑	ปี ๖๒ (๓เดือน)
อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร	< ๑๘	๒๔.๔๗	๒๑.๓๔	๒๖.๖๘	๒๐.๓๔	๒๗.๘๔	๑๕.๐๑
อัตราบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร		๑,๒๑๐.๙๐	๙๒๑	๑,๐๑๗.๑๖	๑,๐๖๘.๔๑	๙๗๓.๔	๓๔๖.๔๗
อัตราผู้ป่วยที่มีพฤตกรรมเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุจราจรลดลง -การไม่สวมหมวกกันน็อก	๖๗.๘	๖๗.๑๕	๖๕.๐๕	๘๕.๖	๗๘.๘๘	๗๒.๒๑	๕๘.๘๒
-การดื่มสุรา	๒๕.๕	๒๗.๔๘	๒๘.๕	๓๕.๑	๓๘.๗	๓๙.๘	๓๔.๔๒

<u>ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข แผนการดำเนินงาน</u>

๑.ประชาชนขาดความตระหนักเรื่องกฎจราจร จึงเน้นมาตรการ ๓ ม.๒ข.๑. ร. ให้ผู้ใหญ่บ้านประกาศเสียงตามสายและพูดคุยแก้ปัญหาในเวทีคณะกรรมการหมู่บ้าน

๒. เสริมศักยภาพ ชุมชนโดยส่งข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุให้ตำบลแก้ไขปัญหาด้วยตนอง ผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพ และสะท้อนความต้องการสู่ ศปถ.อำเภอ เพื่อประสานการแก้ไข





ยุทธศาสตร์ที่ ๒

พัฒนาการบริการให้มีคุณภาพได้มาตรฐานรองรับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการ

(Service Excellence)

การควบคุมป้องกันวัณโรค (TB)

ประเด็น

โรควัณโรคเป็นปัญหาสำคัญของอำเภอศรีสัชนาลัย เนื่องจากมี Success Rate ไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องด้วยมีอัตราตายที่สูง รวมถึงมีอัตราการค้นหาที่มีแนวโน้มต่ำลง จึงทำให้เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก็พบว่ามีอาการที่รุนแรง ประกอบกับเป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม จึงทำให้มีผลข้างเคียงจากยา ทำให้ปฏิเสธการรักษาและเป็นเหตุให้เสียชีวิตในที่สุด ถึงแม้ในปี ๒๕๖๑ จะมีแนวโน้มอัตราการรักษาสำเร็จดีขึ้น และอัตราตายน้อยลง แต่ยังต้องดำเนินงานอย่างเข้มข้นต่อไป

สถานการณ์ปัจจุบัน

ในไตรมาสที่ ๑ /๖๒ พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนทุกประเภท ๒๐ ราย แบ่งเป็น
ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อ ๑๓ ราย ไม่พบเชื้อ ๖ รายและ นอกปอด ๑ ราย
และเสียชีวิต ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และเสียชีวิตในระยะเข้มข้น

กิจกรรม

๑.กิจกรรมลดการเสียชีวิต ตรวจทดสอบสอบ Gen X pert ในผู้ป่วย B+ และ B- ทุกราย มีระบบทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ทุกราย

๒.กิจกรรมลดการขาดยา มีระบบการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ ในระยะเข้มข้นจะให้ยาไว้กับเจ้าหน้าที่ และร่วมวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายสร้างการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบ

๓.กิจกรรมพัฒนาระบบติดตาม มีการประชุมคณะกรรมการ NOC –TB เพื่อเป็นเวทีติดตามงานวัณโรคและ Conference Dead Case พัฒนารูปแบบการติดตามผู้ป่วย ทั้ง อสม.โทรศัพท์ ไลน์

ผลงานไตรมาส ๑/๖๒

ผลผลิต

๑.การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เป้าหมาย ๓,๑๑๗ ราย ผลงาน ๙๓๘ ราย ร้อยละ ๓๐.๐๙

๒.อัตราความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ≥ ร้อยละ ๘๒.๕ = ๑๒๐ ราย
ผลงาน ๒๐ ราย ร้อยละ ๑๖.๖๗

ผลลัพธ์

๑.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย≥ ร้อยละ ๘๕) ผลงานร้อยละ ๘๑.๒๕

๒.อัตราตายร้อยละ ๑๒.๕

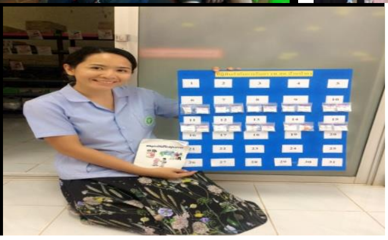
๓.อัตราล้มเหลวร้อยละ ๖.๒๕

ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข แผนการดำเนินงาน

๑.มีอัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการคัดกรองช้า เนื่องจากมีพื้นที่ห่างไกล แนวทางแก้ไขจัดทำแผนงบประมาณกองทุนสุขภาพเพื่อสนับสนุนรถ x-ray Mobile เข้าคัดกรอง ๗ กลุ่มเสี่ยง

๒.ผู้ป่วยหลายรายที่ไปทำงานต่างถิ่นแล้วกลับมาตอนป่วย และกลับไปรักษาต่อที่ทำงาน ทำให้ติดตามได้ยาก แนวทางการแก้ไข ประสานกับพื้นที่ที่อยู่จริง เพื่อโอนผู้ป่วยกลับไปรักษาในพื้นที่จริง

๓.แผนการดำเนินงาน ประชุมคณะทำงานวัณโรคทุกระดับ จัดทำคู่มือพัฒนาศักยภาพทีม กำกับติดตามผ่านไลน์กลุ่มและลงนิเทศงาน และลงแก้ไขปัญหาในเชิงสหวิชาชีพ



การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan: งานยาเสพติด

ตัวชี้วัด ปีงบ ๖๐-๖๑ และปีงบ ๖๒

ตัวชี้วัด	ปีงบ ๖๐	ปีงบ ๖๑	ปีงบ ๖๒ ไตรมาสที่๑
ร้อยละ ๙๒ ของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (๓ Month Remission Rate)	๘๑.๘๒	๙๐	-
ร้อยละ ๔๐ ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (๓ Month Remission Rate)	-	-	๓๕.๗๑

ปัญหาที่พบ	การปรับปรุงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
เมื่อผู้ป่วยห่างจากการเข้ารับการบำบัดและกลับไปสู่สิ่งแวดล้อมเดิมๆ ในชุมชน ที่มีตัวกระตุ้นอยู่รอบตัว จึงทำให้เกิดโอกาสกลับไปเสพซ้ำได้ง่าย สาเหตุหลักจากการไปเจอตัวกระตุ้นใกล้ตัว เช่นเพื่อนที่เคยเสพด้วยกันชวนเสพ วงเหล้า เพื่อนให้ใช้ฟรีๆ ไม่คิดเงิน หรือเครียดปัญหาในครอบครัว	<u>การปรับปรุงและพัฒนา</u> ๑. สสจ. ได้จัดอบรมเป็นภาพรวมของจังหวัด ในการพัฒนาเครือข่าย ด้านการติดตาม ดูแล ผู้ที่ผ่านการบำบัดในชุมชนเพื่อช่วยกันดูแลและติดตามผู้ที่ผ่านการบำบัด ๒. ให้คำปรึกษารายบุคคลก่อนจำหน่าย เพื่อค้นหาสาเหตุในการกลับไปเสพซ้ำ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันกับผู้ป่วย กระบวนการที่นำมาใช้คือ การปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ๓.สำรวจการต้องการความช่วยเหลือด้านงานอาชีพ การศึกษา ด้านจิตใจ หรือด้านอื่นๆ ๔.ประสานความร่วมมือไปยัง ศป.ปส.อ.ศรีสัชนาลัย กรณีมีผู้ขอความช่วยเหลือ

ตัวชี้วัด	ปีงบ ๖๐	ปีงบ ๖๑	ปีงบ ๖๒ ไตรมาสที่๑
อัตราการคงอยู่ในระบบการติดตามการรักษา (Retention rate)	๑๐๐	๙๓.๔๘	รอข้อมูล

ปัญหาที่พบ	การปรับปรุงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
- หลังจากบำบัดครบ ๔ เดือน ผู้บำบัดไม่มาติดตามหลังบำบัด ซึ่งกำหนดไว้ในปี ๒๕๕๘-๒๕๕๙ จำนวนไม่น้อยกว่า ๔ ครั้ง/ ปี และในปี ๒๕๖๐ จำนวน ๗ ครั้ง/ ปี - โทรติดต่อไม่ได้ หรือให้เครือข่ายตามให้แล้วไม่พบตัว -จากการวิเคราะห์พบว่าบางคนไปทำงานนอกพื้นที่ หรือจงใจไม่มาบำบัด หรือไม่สะดวกในการเดินทาง หรือติดภาระงาน ถึงแม้ว่าจะใช้กลยุทธ์ในการขอเบอร์โทร หรือให้เครือข่ายตามให้ ก็ไม่สัมฤทธิ์ผล และในบางครั้งไปล่วงละเมิดสิทธิ์ผู้บำบัดโดยที่ไม่ได้ตั้งใจ ในการไปติดตามโดยเครือข่าย (รพ.สต.) เนื่องจากผู้บำบัดบางคนไม่อยากให้คนในชุมชนทราบว่าตนกำลังบำบัดกับทางโรงพยาบาล	<u>การปรับปรุงและพัฒนา</u> ๑. หลังจากบำบัดครบ ๔ เดือน ได้แจ้งผู้บำบัดทุกราย ในการที่ต้องมาติดตามหลังบำบัด เป็นระยะเวลา ๑ ปี และได้อธิบายถึงผลดี ผลเสียของการไม่มาติดตามหลังบำบัด ๒. ขอที่อยู่และเบอร์โทรผู้บำบัดและญาติไว้ทุกราย ๓. มีระบบการประสานงานภายในเครือข่าย ในการติดตามดูแล ๔.โทรตามทุกรายที่ขาดนัด <u>สิ่งที่จะพัฒนา ต่อ</u> - ให้ผู้บำบัดโทรมาแจ้งกรณีย้ายที่อยู่หรือที่ทำงาน กรณีทำงานต่างจังหวัด - ให้ผู้บำบัดโทรมา กรณีลางานไม่ได้ในช่วงที่กำลังติดตาม - ขอเบอร์โทรญาติที่สามารถติดต่อได้ไว้หลายๆคน - ทำข้อตกลง ที่อาจไปติดตามในชุมชน กรณีขาดนัด

การพัฒนาระบบบริการ Service Plan: การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการพัฒนาระบบบริการคุณภาพ

รูปแบบบริการ

(√) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ / คณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนงาน Intermediate Care ใช้คณะทำงานพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดสุโขทัย และกำลังดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงานในการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ระดับโรงพยาบาลในเดือน มกราคม ๒๕๖๒ และเริ่มให้บริการ Intermediate Bed ในตึกผู้ป่วยใน ในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

(√) OPD
(√) IPD
(√) Intermediate Bed
จำนวน ๒ เตียง (ตึกชาย ๑ เตียง / ตึกหญิง ๑ เตียง)
( ) Intermediate Ward
(√) บริการแบบเยี่ยมบ้าน / ลงพื้นที่ในชุมชน
(√) มีแผนการดูแลระยะกลาง และแผนการจำหน่ายสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน
(√) มีการให้องค์ความรู้และทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑. หน่วยบริการยังไม่มีระบบการดูแลที่ชัดเจน ต้องใช้ทีมสหวิชาชีพในการจัดการ
๒. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนได้ไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จัดบริการในรูปแบบผู้ป่วยนอก
๓. อัตรากำลังทีมสหวิชาชีพไม่เพียงพอสำหรับการจัดบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน
๔. มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่สำหรับการจัดบริการในรูปแบบผู้ป่วยใน

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการจัดทำแผนการบริหารจัดการบุคลากรและงบประมาณให้สอดคล้องกับการดำเนินงานและอยากให้มีการจ้างนักกายภาพบำบัดบำบัดเพิ่ม เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และอีก ๒ ปีข้างหน้าจะมีการจัดตั้ง PCC ตอนนี้ทาง รพ.ได้รับเครื่องมือมาแล้ว ๑ ชุด แต่ยังไม่มีสถานที่ในการดำเนินการรวมทั้งขาดแคลนบุคลากรในแต่ละสาขาวิชาชีพที่จะไปให้บริการที่ PCC

ผู้ประสานงาน นางสาวรุ้งกาญจน์ จันทร์สุคนธ์ งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู รพ.ศรีสัชนาลัย

การบูรณาการดำเนินงาน Clinic NCD Plus คุณภาพ กับ Clinic CKD / CVD
ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ไต เท้า หัวใจ

<u>สถานการณ์ปัจจุบัน</u>

ผลการประเมิน Clinic NCD Plus คุณภาพ ปี ๒๕๖๑ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

<u>กิจกรรม ไตรมาส ๑/๖๒</u>

๑. ทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการงานโรคไม่ติดต่อเครือข่ายอำเภอศรีสัชนาลัย กำหนดนโยบายทิศทางการดำเนินงาน
๒. ประชุมวางแผนการดำเนินงาน/ ติดตามประเมินผลทุก ๓ เดือน
๓. ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาปัญหา/ สาเหตุนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ
๔. จัดระบบการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน โดยทีมหมอครอบครัว ระดับอำเภอร่วมกับระดับตำบล รพ.สต.ละ ๓ ครั้ง/ปี
๕. จัดระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง
๖. ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง
๗. คัดกรองความเสี่ยง/ ภาวะแทรกซ้อน

<u>โรคหลอดเลือดสมอง</u>

การคัดกรอง / ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มป่วย/กลุ่มเสี่ยง DM/HTลงทะเบียน จัดกลุ่มระดับความเสี่ยงกลุ่มเสี่ยงปานกลาง(๒๐-๓๐%) กลุ่มเสี่ยงสูงมาก(๓๐-๔๐%) สูงอันตราย(>๔๐%) ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นติดตามประเมินผลทุก ๒-๓ เดือน ส่งต่อข้อมูลให้ชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่อง

<u>โรคไตเรื้อรัง</u>

คัดกรองโรคไตในผู้ป่วย DM / HT โดยตรวจ Cr หรือ urine microalbumin ในกลุ่มป่วย / กลุ่มเสี่ยง แบ่งระยะการเกิดโรคไตเรื้อรังเป็น ๕ กลุ่ม CKD Stage ๑ eGFR > ๙๐-๑๐๐ , CKD Stage ๒ eGFR > ๖๐-๘๙ , CKD Stage ๓ eGFR ๕๙-๓๐ , CKD Stage ๔ eGFR ๒๙-๑๕ และ CKD Stage ๕ eGFR < ๑๕

คัดผู้ป่วยเข้าคลินิกโรคไตเรื้อรังตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยอายุ < ๖๐ ปี มีค่า eGFR < ๖๐ , ผู้ป่วยอายุ ≥ ๖๐ ปี มีค่า Cr > ๑.๕

<u>ผลงานไตรมาส ๑/๖๒</u>

ผลการประเมินตนเอง Clinic NCD Plus คุณภาพ ปี ๒๕๖๒ **ผ่านเกณฑ์ระดับพอใช้**

<u>ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข</u>

๑. บุคลากรไม่เพียงพอ ภาระงานเกินเกณฑ์มาตรฐาน
๒. เครื่องมือ-อุปกรณ์ไม่เพียงและไม่พร้อมใช้ ห้องตรวจไม่เพียงพอสำหรับแพทย์ตรวจ

<u>แผนการดำเนินงาน</u>

๑. ส่งเสริม , สนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเบาหวาน ในเขต รพ.สต.แม่สิน
๒. กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรัง (ชมรมรักษ์ไต) ในเขต รพ.สต.แม่สิน / รพ.สต.บ้านแก่ง / รพ.สต.แม่ราก
๓. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (หมู่บ้านลดเค็ม) รพ.สต.ป่างิ้ว
๔. พัฒนาระบบสารสนเทศ
๕. ทบทวนมาตรฐานการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Excellence

: บูรณาการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตาในผู้ป่วย DM และผู้สูงอายุ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ พบผู้ป่วยต้อกระจกรายใหม่ และผู้ป่วย High Risk DR มีจำนวนเพิ่มขึ้นเท่าๆเดิม แต่ผู้ป่วยต้อหินมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

กิจกรรม ไตรมาส ๑/๖๒

๑. รับนโยบาย Service Plan สาขาจักษุ
๒. จัดประชุมชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่รับผิดชอบทั้งเครือข่าย
๓. จัดทำแผนงานโครงการ รณรงค์การออกคัดกรองถ่ายภาพจอประสาทตาผู้ป่วยเบาหวานและตาต้อกระจก ต้อหินในผู้สูงอายุ
๔. จัดทำแนวทางการตรวจคัดกรองตาต้อกระจก ต้อหินในผู้สูงอายุ /แนวทางการส่งต่อ
๕. ให้ความรู้เชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลที่รับผิดชอบ เรื่องการวัด V/A ผิดปกติส่งต่อพบจักษุแพทย์ตามแนวทาง ดังนี้
   ๕.๑ ผู้สูงอายุที่มี V/A < ๑๐/๒๐๐ หรือค่า Tn > ๒๐
   ๕.๒ ผู้ป่วยเบาหวานที่ถ่ายภาพจอประสาทตาอ่านผล Moderate NPDR , Severe NPDR
๖. กำหนดตารางวันออกตรวจและจัดทีมผู้รับผิดชอบออกตรวจราย รพ.สต. ซึ่ง รพ.สต. ที่ออกตรวจแล้ว คือ รพ.สต.สะท้อ , รพ.สต.ปางสา , รพ.สต.ห้วยโป้ , รพ.สต.แม่สำ , รพ.สต.แม่ราก , รพ.สต.ท่าโพธิ์ , รพ.สต.สะพานยาว , รพ.สต.ป่างิ้ว , รพ.สต.แม่สิน ,รพ.สต.สารจิตร , รพ.สต.บ้านแก่ง , รพ.สต.แสนตอ , รพ.สต.ปากคะยาง , รพ.สต.ป่าคา , รพ.สต.บ้านตึก , รพ.สต.ดงคู่ , รพ.สต.ดงย่าปา
๗. กำหนดจำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบผิดปกติ ๑๐๐ คน ต่อวัน มาพบจักษุแพทย์ที่ รพ.ศรีสัชนาลัย คือ วันศุกร์ที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ , วันจันทร์ที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ , วันศุกร์ที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๒ , วันจันทร์ที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๒ , และวันศุกร์ที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๒
๘. รพ.สต. เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และติดตามผู้ป่วย / ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมาตรวจตามกำหนด
๙. ดำเนินการตรวจคัดกรองตาต้อกระจก ต้อหินในผู้สูงอายุและผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจถ่ายภาพจอประสาทตาผู้ป่วยเบาหวาน
๑๐. ลงบันทึกข้อมูลผลการตรวจในระบบ HosXp / JHS / version ๒๐๒๐
๑๑. จัดทำทะเบียนผู้ป่วย / ผู้สูงอายุที่ตรวจพบความผิดปกติ

ผลงานไตรมาส ๑/๖๒

- การตรวจคัดกรองตาต้อกระจก ต้อหินในผู้สูงอายุ จำวน ๒,๖๒๗ ราย ผิดปกติ ๘๙ ราย ต้อกระจก ๑๑๐ ราย ต้อหิน ๓๖ ราย ต้อเนื้อ ๖ ราย ส่งต่อรพ.ศว. ๑๕๖ ราย ส่งต่อทันที ๑๒ ราย
- การตรวจคัดกรองตาต้อกระจก ต้อหินในผู้ป่วย DM จำนวน ๑,๐๙๘ ราย พบ Mild NPDR ๑๔ ราย Moderlate NPDR ๕ ราย DR เก่า ๑ ราย Severe NPDR ใหม่ ๓ ราย ส่งต่อรพ.ศว. ๒ ราย ส่งต่อทันที ๓ ราย

ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข

๑. การคัดกรอง การเข้าถึง ไม่ครอบคลุม เนื่องจากผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด
๒. บุคลากรในโรงพยาบาลไม่เพียงพอตรวจ ผู้ป่วยที่ไม่ได้ไปตรวจที่ รพ.สต.
๓. พยาบาลเวชปฏิบัติทางตาปฏิบัติงานหน่วยงาน ER และต้องขึ้นเวร จึงไม่สะดวกที่จะมาตรวจตาผู้ป่วย DM / ผู้สูงอายุ ที่มาตรวจคัดกรองใน โรงพยาบาล

แผนการดำเนินงาน

๑. คัดกรองสายตา – พบทีมจักษุ เดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม ๒๕๖๒
๒. ติดตามผลการส่งต่อพบจักษุแพทย์
๓. ติดตามผลการรักษาของแพทย์

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan: RDU

รายงานผลการดำเนินงาน RDU โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย **ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไตรมาส๑**

ภาพรวม การดำเนินงาน RDU จังหวัดสุโขทัย

ผลการดำเนินงาน RDU จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ 2562

RDU1 : ระดับโรงพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	สุโขทัย	ศรีสังวรฯ	สวรรคโลก	ศรีสัชนาลัย	ทุ่งเสลี่ยม	กงไกรลาศ	บ้านด่านฯ	ศรีมาศ	ศรีนคร
1	ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ยา ED	S ≥ 80% M1-M2 ≥ 85% F1-F3 ≥ 90%	93.97	87.97	94.59	96.08	91.83	97.36	93.97	91.84	99.21
2	ประสิทธิผลการดำเนินงานของ PTC	ระดับ 3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	การจัดทำฉลากมาตรฐาน ฉลากเสริม เอกสารข้อมูลยา ในยา 13 กลุ่ม	ระดับ 3	3	4	3	3	3	3	3	3	4
4	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ	เหลือ ≤ 1	1	1	1	1	0	0	1	1	0
5	การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3	4	3	3	3	3	3	3	3	3
6	ร้อยละการใช้ยา ABO ในโรค URI ในผู้ป่วยนอก	รพท.≤30%, รพช. ≤20%	49.22	25.42	31.27	33.05	29.18	46.22	26.37	26.70	20.93
7	ร้อยละการใช้ยา ABO ในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD)	≤ 20 %	26.10	18.57	19.19	33.33	61.54	40.00	22.22	16.07	39.39
8	ร้อยละการใช้ยา ABO ในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (FTW)	≤ 50 %	61.86	43.98	65.99	66.51	75.40	65.00	65.63	70.88	63.80
9	ร้อยละการใช้ยา ABO ในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (APL)	≤ 15 %	8.11	10.53	15.38	61.90	0	14.29	14.29	0	0
10	ร้อยละของผู้ป่วยที่การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม.	≤ 5 %	3.03	0	0	4.55	0	0	0	0	0
11	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ที่ได้รับยา NSIADs	≤ 10 %	0.06	0.52	0	0.17	0.86	0	1.32	0.60	2.26
12	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ wafarin , statin และ ergot	0 ราย	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	รพ.ระดับ A , S , M1 มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ระดับ Intermediate	≥ 20 %	อยู่ระหว่างดำเนินการ	อยู่ระหว่างดำเนินการ							

RDU2 : ระดับ รพ.สต./ PCU ใน CUP

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	สุโขทัย	ศรีสังวรฯ	สวรรคโลก	ศรีสัชนาลัย	ทุ่งเสลี่ยม	กงไกรลาศ	บ้านด่านฯ	ศรีมาศ	ศรีนคร
14	ร้อยละของ รพ.สต./PCU ในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยา ABO ใน URI ≤ 20%	≥ 60 %	100	100	94.44	100	100	100	100	100	100
15	ร้อยละของ รพ.สต./PCU ในเครือข่าย ที่มีการใช้ยา ABO ใน AD ≤ 20 %	≥ 60 %	86.67	94.74	94.44	90	100	100	100	100	100
A	ร้อยละของ รพ.สต.และ PCU ในเครือข่าย ที่มีการใช้ยา ABO ใน URI และ AD <= ร้อยละ 20 ทั้ง 2 โรค	≥ 60 %	86.67	94.74	88.89	90	100	100	100	100	100

ข้อมูล ณ 1-31 ต.ค 61 RDU1 : ระดับโรงพยาบาล จากโปรแกรม RDU2016 RDU2 : ระดับ รพ.สต./ PCU ใน CUP จาก HDC

<u>มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะทุกชนิด (เบิกจากคลังยา)</u>

ปีงบประมาณ	รพ.	รพ.สต	รวม
๒๕๖๐	๑,๐๙๘,๘๔๘.๖๘	๓๑๘,๑๙๒.๐๐	๑,๔๑๗,๐๔๐.๖๘
๒๕๖๑	๑,๑๐๖,๕๗๖.๙๘	๑๗๗,๒๐๖.๐๐	๑,๒๘๓,๗๘๒.๙๘
	๐.๗๐	- ๔๔.๓๑	- ๙.๔๐

DRUG_NAME	๕๗	๕๘	๕๙	๖๐	๖๑	**%เปลี่ยนแปลง**
AMOXYCILLIN CAP ๕๐๐ MG	๔๑๑,๖๐๐.๐๐	๓๗๐,๕๐๐.๐๐	๓๕๒,๕๐๐.๐๐	๑๘๕,๘๐๐.๐๐	๘๖,๔๕๐.๐๐	**(๕๓.๔๗)**
DICLOXACILLIN ๕๐๐ MG.	๓๐๔,๘๕๐.๐๐	๒๖๓,๒๕๐.๐๐	๒๓๒,๐๐๐.๐๐	๒๐๙,๒๔๐.๐๐	๑๒๐,๘๗๐.๐๐	**(๔๒.๒๓)**
CLARITHROMYCIN ๕๐๐ MG.	๒๑๗,๒๐๐.๐๐	๑๒๗,๘๕๐.๐๒	๑๓๙,๕๖๙.๙๗	๑๑๐,๖๔๐.๐๐	๔๘,๗๒๐.๐๐	**(๕๕.๙๗)**
AMOXYCILLIN CAP ๒๕๐ MG	๕๘,๒๕๐.๐๐	๔๒,๓๐๐.๐๐	๕๒,๖๕๐.๐๐	๑๖,๗๖๐.๐๐	๑๒,๕๔๐.๐๐	**(๒๕.๑๘)**
DICLOXACILLIN ๒๕๐ MG.	๔๖,๗๕๐.๐๐	๓๓,๐๐๐.๐๐	๔๔,๕๕๐.๐๐	๓๐,๖๘๐.๐๐	๑๘,๕๕๐.๐๐	**(๓๙.๕๔)**
AMOXYCILLIN DRY SYR ๑๒๕ MG.	๖๔,๑๗๐.๐๐	๕๓,๓๗๐.๐๐	๕๙,๘๕๐.๐๐	๑๙,๐๘๐.๐๐	๙,๒๗๐.๐๐	**(๕๑.๔๒)**
CEFTRIAXONE SOD INJ ๑ GM รวม	๑๖๖,๐๗๑.๐๐	๑๕๖,๕๐๔.๐๐	๑๗๕,๔๘๐.๐๐	๑๗๖,๕๒๐.๐๐	๑๕๔,๓๖๘.๐๐	**(๑๒.๕๕)**
CEFTAZIDIME ๑G.INJ	๑๐๔,๕๐๔.๔๐	๑๓๔,๘๐๑.๑๕	๑๐๐,๕๘๑.๘๐	๑๔๓,๔๕๐.๖๕	๑๕๘,๖๑๕.๒๐	**๑๐.๕๗**
CLINDAMYCIN ๑๕๐ MG/ML	๗๘,๐๒๕.๐๐	๙๔,๘๗๕.๐๐	๔๕,๕๕๐.๐๐	๔๒,๙๕๐.๐๐	๖๙,๕๖๐.๐๐	**๖๑.๙๖**

<u>ผลการดำเนินงาน</u>

RDU ในโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ในภาพรวม มีการใช้**ยาปฏิชีวนะทุกชนิด** ลดลง ๙.๔ % โดยเฉพาะ AMOXYCILLIN CAP ๕๐๐ MG **ลดลง ๕๓.๔๗ %** แต่ยาฉีดยังพบการใช้เพิ่มมากขึ้นที่หอผู้ป่วยใน CLINDAMYCIN ๑๕๐ MG/ML **๖๑.๙๖** % CEFTAZIDIME ๑G.INJ **๑๐.๕๗** %

<u>ผลการดำเนินงานจัดซื้อยา และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา</u>

งาน/กิจกรรม	**หน่วยนับ**	**ปี ๒๕๖๒**
<u>รวมมูลค่าการจัดซื้อ</u>	บาท	๑๐,๘๖๓,๒๗๙.๙๒
-ยาในบัญชียาหลัก		๙,๕๓๓,๓๒๕.๓๒
-ยานอกบัญชียาหลัก		๗๐,๘๕๖.๗๐
-สมุนไพร		๑,๐๙๔,๘๐๗.๙๐
-เวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา(เภสัช)		๑๖๔,๒๙๐.๐๐
มูลค่าการเบิก	บาท	๖,๐๕๘,๔๙๗.๙๔
มูลค่าคงคลัง	บาท	๙,๓๔๒,๒๔๓.๕๓

<u>ผลการดำเนินงาน ลดการใช้ถุงพลาสติกในการจ่ายยา</u>

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไม่มีการจัดซื้อ**ถุงพลาสติก**

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบส่งต่อ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

-อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง

ปี ๒๕๖๑	trauma	๐ %	ปี ๒๕๖๒	trauma	๓.๒๗ %
	Non-trauma	๑.๒๖ %		Non-trauma	๒.๘๐ %

สถานการณ์

-ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินมาด้วย EMS ๑๙.๕๙ %

-ร้อยละผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน (ภาวะผู้ป่วยล้นในห้องฉุกเฉิน)

ผู้ป่วยประเภท ๑ คิดเป็น ๑.๐๗ %
ผู้ป่วยประเภท ๒ คิดเป็น ๖.๖ %
ผู้ป่วยประเภท ๓ คิดเป็น ๓๑.๐๙ %
ผู้ป่วยประเภท ๔ คิดเป็น ๑๐.๓๖ %
ผู้ป่วยประเภท ๕ คิดเป็น ๕๐.๘ % (ฉีดยา/ทำแผล/หัตถการอื่นๆ)

-ER คุณภาพ ๕๗.๖ %

-ข้อที่ไม่ผ่าน
๑. การศึกษาและวิจัย (ไม่มี)
๒. บุคลากร (ขาดแพทย์ EP/พยาบาล ENP)
๓. ระบบบริหารจัดการ (แผนพัฒนา/งานธุรการ)

-RTI ปี ๒๕๖๑ ๒๗.๘๔ ต่อแสนประชากร
ปี ๒๕๖๒ ๑๕.๐๑ ต่อแสนประชากร

ผลงานการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อ ตัวชี้วัด	ปีงบ61	ปีงบ62/Q1
1.อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร)	27.84	15.02
2.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน24ชั่วโมง (<ร้อยละ12)	1.10	2.86
3.ร้อยละ ECS คุณภาพ	57.6	0
4.อัตราของผู้ป่วยที่มี ROSC ของ รพ. ระดับ F2 ขึ้นไป	46.34	13.33
5.อัตราผู้ป่วยของ รพ.ระดับ F2 ,M1,M2 ที่มีชีวิตรอดถึงการนำส่ง (Survival to Refer)	41.46	13.33
6.อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Severe Traumatic Brain Injury (<40%)	55.56	66.67
7.อัตราส่วนของผู้ป่วยสีแดง และFast track ที่มาด้วยระบบ EMS* (เพิ่มขึ้น>ร้อยละ 20 ในช่วงเวลาเดียวกัน)		
-STEMI	6.67	6.67
-Stroke	7.05	15.09
-Trauma	53.04	4.76
-Severe Sepsis	10.14	18.18
8.ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ20)	19.60	35.71
9.ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมาโดยระบบ EMS (>60%)	2.76	4.76

แผนพัฒนา
- พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน
-มาตรการลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด
-จัดทำแผนอัตรากำลัง EP/ENP
-ขับเคลื่อน DHS-RTI ระดับอำเภอ

<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๓</u>

พัฒนาประสิทธิภาพบริหารจัดการองค์การ

(People &Governance Excellence)

Happinomiter

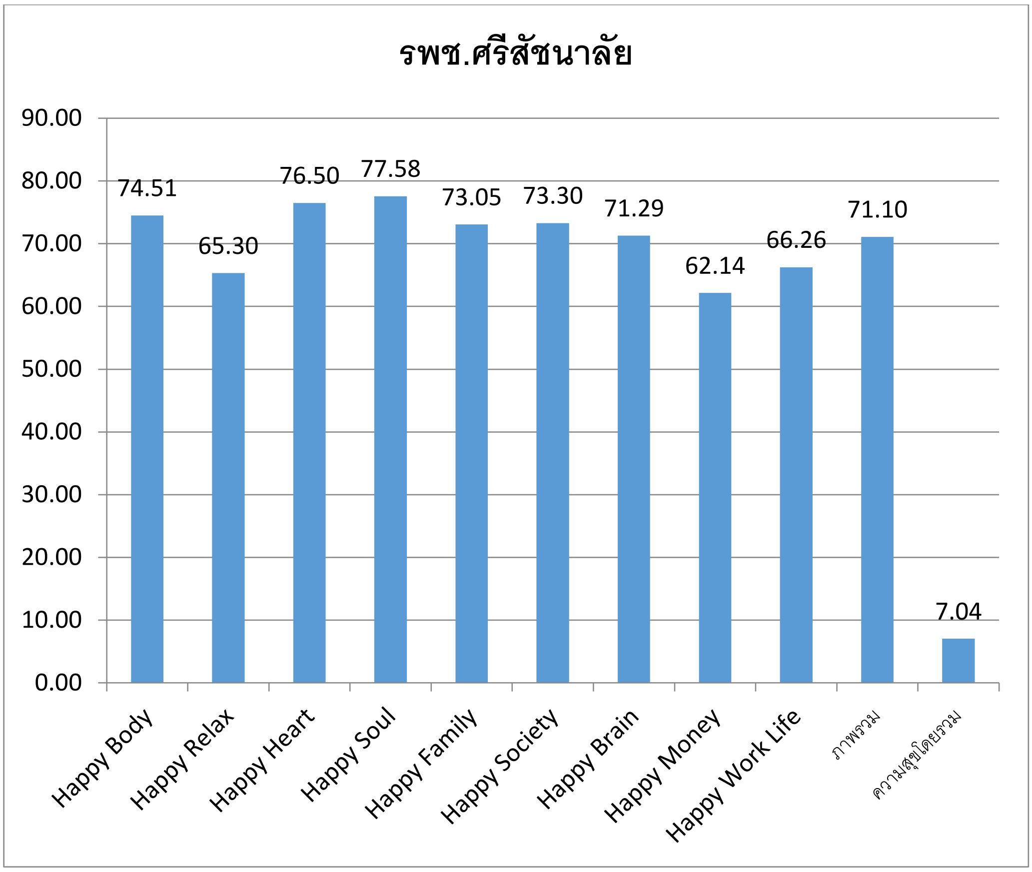
ประเด็น

เป้าหมาย ตัวชี้วัด =เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

สถานการณ์

องค์กรแห่งความสุข ปี ๒๕๖๐ Happinometer = ๖๒.๕ , HPI = ๕๖.๖ , ปี ๒๕๖๑ หน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ตั้งแต่ระดับ ๔ ขึ้นไป ร้อยละ ๗๑.๙

ปี ๒๕๖๑



ผลงาน ไตรมาสที่๑/๖๒

ผลงานการลงข้อมูล Happinomiter ได้ร้อยละ ๓๘ ข้อมูล ณ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๑

ปัญหาอุปสรรค

๑.เจ้าหน้าที่ ไม่สามารถเข้าระบบได้ทุกคน เนื่องจากระบบไม่อำนวย ในการใส่รหัสสมัคร

๒.เจ้าหน้าที่ ไม่มีอุปกรณ์เครื่องมือ เช่น สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์

๓.ความล่าช้าในการกรอกข้อมูลของแต่ละบุคคล

แนวทางแก้ไข/แผนการดำเนินงาน

๑. เร่งรัดการดำเนินการให้แล้วเสร็จ ภายในเดือน มกราคม ๒๕๖๒ โดย

- กำกับติดตามผ่านไลน์กลุ่ม
- ให้หัวหน้ากลุ่มงาน กำกับติดตาม
- ดำเนินการสมัคร และให้เจ้าหน้าที่มากรอกข้อมูลที่กลุ่มงานบริหารทั่วไป
- ดำเนินการ Print เอกสารจากระบบ ให้เจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล และนำมาลงในระบบ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการทำ

ITA

ประเด็น ตัวชี้วัดที่ ๔๔ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

เป้าหมาย ตัวชี้วัด = ร้อยละ ๙๐

ปี/ร้อยละ	**ไตรมาส ๑**	**ไตรมาส ๒**	**ไตรมาส ๓**	**ไตรมาส ๔**
ปี ๒๕๖๑ **ตัวชี้วัดที่ ๖๐ ร้อยละ ๘๕**	**๓/๕**	**๕๗.๕๘**	**๑๐๐**	**๑๐๐**
ปี ๒๕๖๒ **ตัวชี้วัดที่ ๔๔ ร้อยละ ๙๐**	**๕/๕**			

ผลงาน ไตรมาสที่๑/๖๒

วัดระดับความสำเร็จของตัวชี้วัดที่ ๑ การจัดซื้อจัดจ้าง สำหรับดัชนีความโปร่งใส

ผ่านเกณฑ์ระดับ ๕

ปัญหาอุปสรรค

๑. แนวทางการดำเนินงานมีความหลากหลาย ไม่มีรูปแบบ หรือแนวทางร่วมกันในการจัดทำในภาพรวมจังหวัด

แนวทางแก้ไข แผนการดำเนินงาน

๑. กำกับติดตามผ่านไลน์

๒. มีการประชุม และให้หัวหน้ากลุ่มงาน กำกับติดตามผู้รับผิดชอบแต่ละ EB

๓. ขอคำแนะนำจากโรงพยาบาลอื่นและสสจ.

แผนงาน ไตรมาสที่ ๒ /๖๒

๑. ดำเนินการให้แล้วเสร็จทันเวลา และมีความถูกต้อง ภายในเดือน มีนาคม ๒๕๖๒

Digital Transformation

สถานการณ์ปัจจุบัน:

จากนโยบาย Thailand ๔.๐ ปี ๒๕๖๑ และ Smart Hospital กระทรวงสาธารณสุขปี ๒๕๖๒ ประกอบกับ สถานการณ์เวชระเบียนผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ไม่มีที่จัดเก็บเพียงพอ รวมทั้งนโยบาย Green and Clean Hospital เพื่อลดการใช้กระดาษ

กิจกรรม:

๑. งานเวชระเบียน/ เริ่มใช้งานระบบ Paperless ลดการค้น OPD Card ในบางหน่วยบริการ โดยมีการสแกนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เข้าในระบบ HosXP หากจำเป็นต้องใช้ OPD Card หน่วยบริการ สามารถ แจ้งความ ต้องการ ได้ที่ห้องบัตร
๒. การประชุมคณะกรรมการต่างๆในโรงพยาบาล/ ลดการใช้กระดาษ ในการใช้เอกสารประกอบการประชุม โดยใช้การสแกน QR Code แทน หรือ ใช้การดูร่วมกันจากจอคอมพิวเตอร์ หรืออิเลคทรอนิคส์ไฟล์ ที่ส่งในไลน์กลุ่มคณะกรรมการต่างๆ
๓. กิจกรรมการบันทึกข้อมูลตามผลงาน และการตรวจสอบข้อมูลตามตัวชี้วัด กองทุนต่างๆ โดยมีคณะกรรมการ IM และทีมงานสารสนเทศ เป็นผู้ร่วมตรวจสอบ กลุ่มงานประกันเป็นผู้ดูข้อมูล และตรวจสอบการจ่ายเงินตามผลงาน
๔. มีการพัฒนาโปรแกรมการติดตามทวงถามหนี้ โดยพัฒนาจากโปรแกรมการจัดเก็บรายได้ โปรแกรมตรวจสอบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และ HDC ก่อนส่ง

ผลการดำเนินงาน:

๑. มีปัญหาการใช้งานในขณะที่เริ่มใช้ระบบ Paperless ครั้งแรก แต่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งนำปัญหาที่เกิดขึ้นหารือในที่ประชุมคณะกรรมการสารสนเทศทุกครั้ง รวมถึงการแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงแนวทางปฏิบัติร่วมกัน และลดภาระงานของห้องบัตร ซึ่งทำให้ห้องบัตรสามารถทำงานอื่นได้มากขึ้น ได้แก่ การปรับหน้าโปรไฟล์เวชระเบียน การตรวจสอบสิทธิเพิ่มเติม มีที่เก็บเวชระเบียนเพียงพอ
๒. มีการประชุมโดยไม่ใช้กระดาษในวาระ และรายงานการประชุมแจกคณะกรรมการ ในการประชุม ได้แก่ คณะกรรมการจัดเก็บรายได้ คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการ IM เป็นต้น
๓. มีการตรวจสอบการจ่ายเงินตามผลงานบริการ เพื่อพัฒนาระบบบันทึก
๔. ลดภาระงานประกันในการเขียนจดหมายติดตามทวงถามหนี้

ปัญหาและอุปสรรค:

๑. การปรับตัวของเจ้าหน้าที่ ในการใช้ระบบ Papaerless แทน OPD Card รวมถึงการดูรายงานการประชุมผ่านหน้าจอมือถือ/คอมพิวเตอร์ ใช้เวลานาน ในช่วงแรก จึงมีปัญหาการใช้งานพอสมควร

แนวทางการแก้ไข:

ประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และกรรมการ IM เพื่อหาทางออก และเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารเพิ่มขึ้น

แผนการพัฒนา:

๑. การใช้ระบบเรียกคิวผู้ป่วย ที่จุดบริการผู้ป่วยนอก เพื่อลดความสับสนระหว่างสีคิวต่างๆ ในแต่ละคลินิก
๒. การลงเวลาการปฏิบัติงาน ผ่านช่องทางการสแกนลายนิ้วมือ แทนการลงลายมือชื่อในสมุด เป็นการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
๓. การตรวจสอบข้อมูลต่างๆ โดยผ่านคำแนะนำ ตรวจสอบจากภาคีเครือข่ายด้าน คอมพิวเตอร์ และสารสนเทศ เพื่อใช้ในการควบคุมกำกับงานตามตัวชี้วัด

Financial Management การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน:

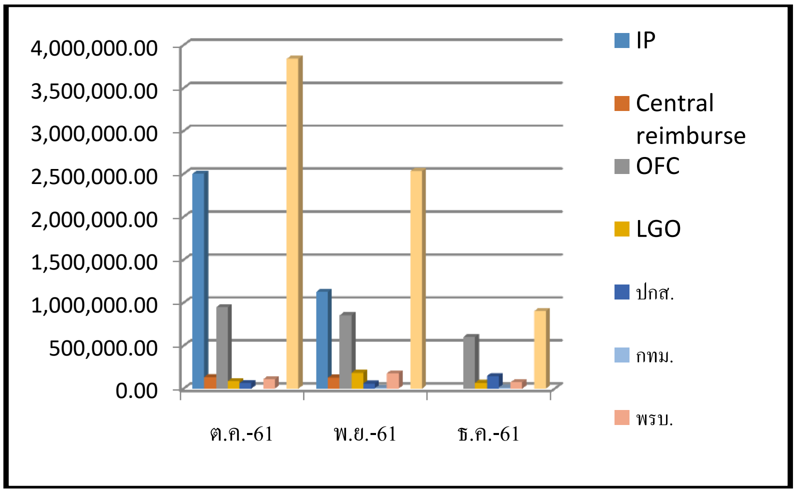
โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๖ และ ๗ ในปี ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ ตามลำดับ ระดับ ๖, ๔ ในเดือน ตุลาคมและพฤศจิกายน ๒๕๖๑

กิจกรรม:

• พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงาน ทั้งเจ้าหน้าที่เวชระเบียนและสถิติ แพทย์ ในการลงรหัสวินิจฉัยตามเกณฑ์ สปสช	• การใช้ประโยชน์จากโปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ ในการตรวจสอบการเคลม และการบันทึกลูกหนี้ การตัดยอดลูกหนี้ เพื่อชนยอดกับบัญชี
• พัฒนาประสิทธิภาพการเรียกเก็บให้ทันเวลา และครบถ้วน ถูกต้องตามเกณฑ์	• การแต่งตั้ง Auditor ในการตรวจสอบเวชระเบียนก่อนการเคลม
• นโยบายจากแผนธุรกิจ ของโรงพยาบาล	• เพิ่มอัตราการครองเตียง
• ผู้อำนวยการประกาศนโยบายเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย อุดรูรั่ว	• มีการประชุมคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ เป็นประจำทุกเดือน

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไตรมาสที่ ๑

เดือน	Active Bed	วันนอน<เฉลี่ย>	อัตราครองเตียง	AdjRW	CMI
ตุลาคม ๒๕๖๑	๕๙.๔๒	๓.๘๑	๙๙.๐๓	๒๙๘.๔๖๘๐	๐.๖๑๖๗
พฤศจิกายน ๒๕๖๑	๕๙.๓๓	๔.๔๔	๙๘.๘๙	๓๐๒.๙๕๗๕	๐.๗๕๕๕
ธันวาคม ๒๕๖๑	๕๔.๑๖	๔.๐๓	๙๐.๒๗	๒๒๑.๗๔๙๔	๐.๕๓๓๑



เป็นผลงานในเดือนนั้นๆ (ยังไม่มีผลงานกองทุนผู้ป่วยใน คาดการณ์ รายรับผู้ป่วยในเดือนธันวาคม หลังหักค่าแรง 1,180,000.-, กองทุน Central Reimburse คาดการณ์รายรับ 130,000.-

ปัญหาและอุปสรรค:

1. เนื่องจากการทำงานจัดเก็บรายได้ ต้องประสานการทำงานกับหน่วยงานอื่น ที่ต้องทำให้เกิดผลงานชัดเจน ดังนั้นนโยบายการขับเคลื่อนจึงควรเป็นการดำเนินงานทั้งองค์กร
2. การประสานงานกับงานการเงิน ไม่คล่องตัว ทำให้การดำเนินงานล่าช้า

แนวทางแก้ไข:

๑. ประสานการดำเนินงานผ่านการประชุมคณะกรรมการจัดเก็บรายได้
๒. ทบทวน และจัดทำแนวทาง และผังการดำเนินงานใหม่ทั้งสายประสานงาน และการจัดเก็บรายได้

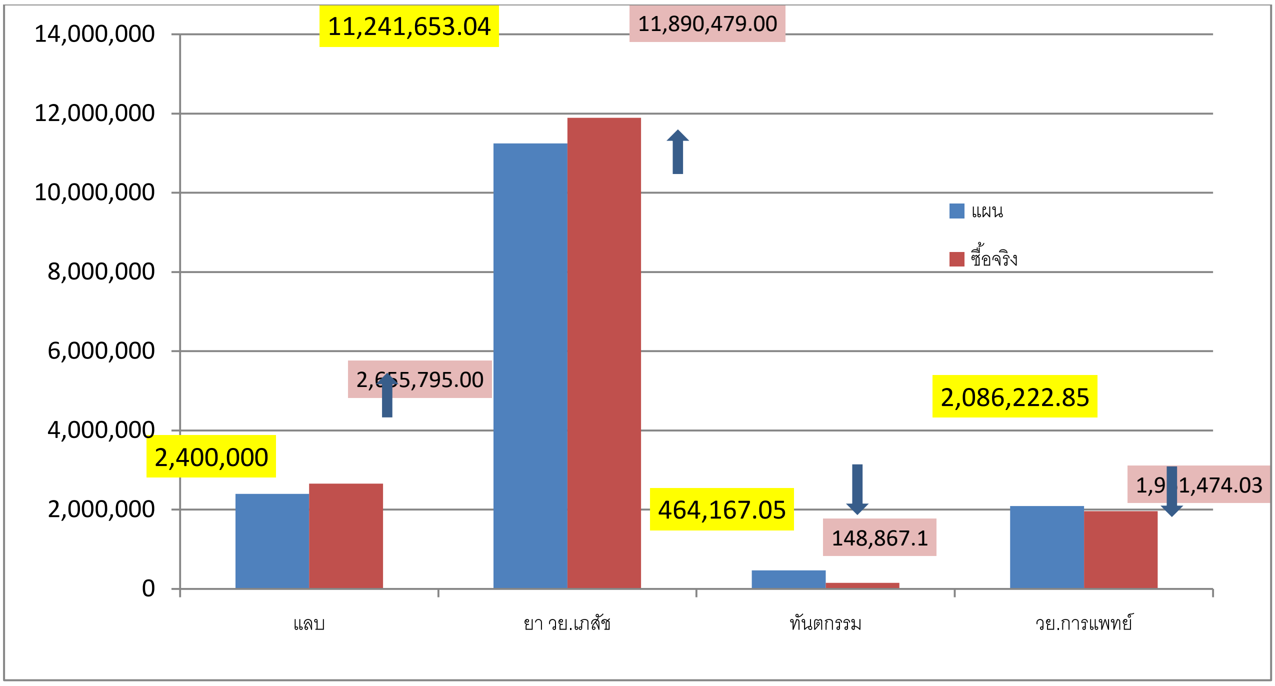
แผนการดำเนินงาน:

๑. พัฒนาด้านระบบลูกหนี้ การตัดลูกหนี้
๒. พัฒนาระบบการจัดเก็บ ตามเกณฑ์ FAI และ ระบบการเงินการคลัง ๕ มิติ
๓. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดทำระบบการจัดเก็บลูกหนี้ของโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒
๔. การตรวจสอบรายรับกองทุนต่างๆ เพื่อเพิ่มรายได้นอกจากการเคลม

การควบคุมรายจ่ายงานคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา (๔คลัง)

ผลการดำเนินงาน ไตรมาส๑/๖๒

มูลค่าจัดซื้อเปรียบเทียบแผนรายไตรมาส (บาท)



จากแผน ๑๖, ๑๙๒,๐๔๒.๙๔ บาท จัดซื้อจริง ๑๖,๖๕๖,๖๑๕.๑๓ บาท มีมูลค่าจัดซื้อเฉลี่ยรวมแล้วสูงกว่าแผน ๒.๗๘ % โดย

- คลังแลบ เกินแผน ๑๐%

  สาเหตุ ซื้อชุดตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว เกินแผนจำนวน ๔๕๐ ชุดๆละ ๕๗๕ บาทเนื่องจากนโยบายเร่งตรวจคัดกรองเบาหวานให้เสร็จสิ้นต้นปีงบประมาณ

  แนวทางแก้ไข...ควรชี้แจงนโยบายก่อนทำแผนเพื่อการปรับเกลี่ยจำนวนเงินรายไตรมาสให้เหมาะสม

- คลังยา เกินแผน ๕.๔%

  สาเหตุ ยาบางรายการต้องจัดซื้อในปริมาณสูงช่วงต้นไตรมาส ลดปัญหายาขาด stock กลางปีของบริษัทผู้แทนจำหน่าย

- คลังทันตกรรม ซื้อต่ำกว่าแผน มากกว่า ๑๐๐%
- คลังวัสดุการแพทย์ ซื้อต่ำกว่าแผน ๖.๓%

แนวทางแก้ไข คลังที่มีการจัดซื้อ ต่ำหรือสูงเกิน ๑๐%จะเสนอปรับแผน ตามรอบที่กำหนด

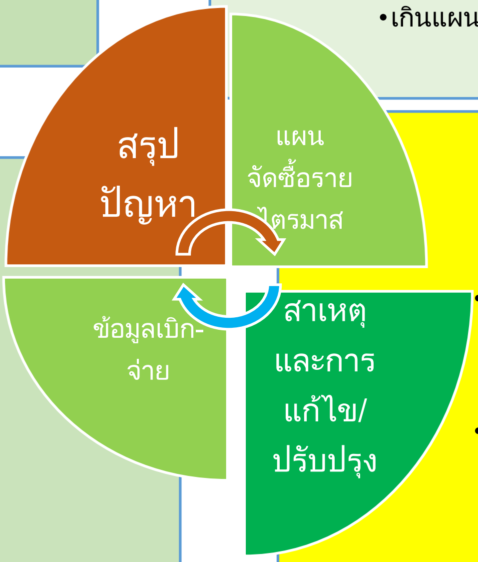
การควบคุมรายจ่าย..ด้านการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ (คลังแลบ)

การควบคุมรายจ่าย...การจัดซื้อคลังแลบ

ปีงบประมาณ ๖๒ ไตรมาสที่ ๑

- แผน 2,400,000.00บาท
- ซื้อจริง2,655,795.00บาท
- เกินแผน 255,795.00บาท

- เกินแผน 10.9%
- 255,795.00บาท



- รพ.สต.410,073.50 บาท (เทียบ1/61....116,761.39 บาท+250%)
- รพ. 2,226,748.17บาท (เทียบ1/61...2,221,870.87 บาท+0.21%)

- ซื้อชุดตรวจน้ำตาลปลายนิ้วเกินแผน 450ชุด(ชุดละ575บาท) สนับสนุน20รพ.สต.
- การปรับปรุง/แก้ไข...(ไม่มี)เป็นนโยบาย เร่งคัดกรองเพื่อลงทะเบียนรายใหม่ให้เสร็จสิ้นตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ/เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลเบาหวานรายใหม่

<u>ผลการดำเนินโครงการตามนโยบายเร่งด่วน</u>

“ โครงการบูรณาการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เพื่อดูแลประชาชน
อุทิศถวายพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร
และถวายสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในรัชกาลที่ ๙ และสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ”
อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

วันที่ ๑๑ธันวาคม ๒๕๖๑ อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อดูแลประชาชน อุทิศถวายพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร และถวายสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในรัชกาลที่ ๙ และสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว โดยมีท่านรองผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย
นายสุมิตร เกิดกล่ำ เป็นประธานเปิดโครงการ ณ โรงเรียนบ้านผาเวียง หมู่ ๓ ตำบลแม่สิน อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยมี ดร.นพ.ปองพล วรปาณิ พร้อมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสังกัด ออกให้บริการ ได้จัดกิจกรรมบริการประชาชนสำหรับด้านสาธารณสุข ๖ กิจกรรม ได้แก่การตรวจสุขภาพทั่วไป ทันตกรรมเคลื่อนที่ บริการตรวจตา สุขภาพจิตเคลื่อนที่และแนะนำฝึกอาชีพ โดยมีผู้ร่วมโครงการทั้งหมด ๔๕๗ คน และเข้ารับบริการ จำนวน ๒๕๙ ราย ตรวจโรคทั่วไป ๘๖ ราย ส่งรักษาต่อโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ๑ ราย ตรวจทันตกรรม ๖๐ ราย (ขูดหินปูน/อุดฟัน/ถอนฟัน) ตรวจคัดกรองตา ๘๘ ราย ส่งรักษาต่อ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ๗ ราย คัดกรองภาวะซึมเศร้า จิตเวช ๒๕ ราย โภชนากรจัดนิทรรศการหวาน มัน เค็ม ธงโภชนาการและการให้ความรู้ในหัวข้อ “ปรับแนวคิดชีวิตปลอดภัย ห่างไกลโรค NCD และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านโภชนาการ รวมถึงการแนะนำฝึกอาชีพทำน้ำยาล้างจาน ปุ๋ยปรับปรุงดินด้วยน้ำชีวภาพ

“ โครงการบูรณาการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เพื่อดูแลประชาชน
อุทิศถวายพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร
และถวายสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในรัชกาลที่ ๙ และสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ”
อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

วันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๒ อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อดูแลประชาชน อุทิศถวายพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร และถวายสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในรัชกาลที่ ๙ และสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว โดยมีนายกองโท พยุงศักษ์ สุวรรณโณ นายอำเภอศรีสัชนาลัย เป็นประธานเปิดโครงการ ณ วัดบ้านแม่ท่าแพ หมู่ ๘ ตำบลบ้านแก่ง อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยมี นาย สุทนต์ ทั่งศิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย พร้อมบุคลากรเครือข่ายสุขภาพอำเภอ จัดกิจกรรมบริการประชาชนสำหรับด้านสาธารณสุข ๖ กิจกรรม ได้แก่การตรวจสุขภาพทั่วไป ทันตกรรมเคลื่อนที่ บริการตรวจตา สุขภาพจิตเคลื่อนที่และแนะนำฝึกอาชีพ ตรวจโรคทั่วไป ๕๕ ราย ส่งรักษาต่อโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ๒ ราย ตรวจทันตกรรม ๓๔ ราย (ขูดหินปูน/อุดฟัน/ถอนฟัน) ตรวจคัดกรองตา ๕๒ ราย ส่งรักษาต่อ โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ๔ ราย (ต้อกระจก ๓ ราย ต้อเนื้อ ๑ ราย) สุขภาพจิตเคลื่อนที่ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๘๘ ราย แจกเอกสาร พรบ.สุขภาพจิต ๒๕๕๑ ๑๘ ราย คัดกรองภาวะซึมเศร้า จิตเวช ๒๑ ราย ตรวจรักษาโรคจิตเวช ๗ ราย โภชนากรจัดนิทรรศการหวาน มัน เค็ม ธงโภชนาการและการให้ความรู้ในหัวข้อ “ปรับแนวคิดชีวิตปลอดภัย ห่างไกลโรค NCD และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านโภชนาการ รวมถึงการแนะนำฝึกอาชีพสาทิตการทำขนมปั้นสิบ โดยได้รับการสนับสนุนจาก กศน.ในพื้นที่ จำนวน๑๕ราย

“โครงการเยี่ยมเสริมพลัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย”ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

วัตถุประสงค์เพื่อเยี่ยมเสริมพลัง สร้างขวัญกำลัง ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และเก็บข้อมูล ปัญหา อุปสรรค วางแผนพัฒนาเชื่อมการทำงานของ PCC กับ พชอ.

กิจกรรมลงเยี่ยมรพ.สต.ในพื้นที่ของคณะผู้บริหารเครือข่าย ระหว่างวันที่ ๘-๙ มกราคม ๒๕๖๒ และ๘ มีนาคม ๒๕๖๒

ผลผลิต: รพ.สต. ได้รับการเยี่ยม ๒๐ แห่ง ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐, จำนวนบุคลากรได้รับการเยี่ยมจำนวน ๑๐๔ ท่าน

รพ.สต.บ้านป่าคา

รพ.สต.บ้านปากคะยาง

รพ.สต.สารจิตร

รพ.สต.บ้านแก่ง

รพ.สต.ศรีสัชนาลัย

รพ.สต.ท่าชัย

รพ.สต.หนองอ้อ

รพ.สต.บ้านสะท้อ

รพ.สต.แม่สำ

รพ.สต.บ้านแม่ราก

รพ.สต.แม่สิน

รพ.สต.บ้านห้ายโป้

รพ.สต.บ้านปากสา

รพ.สต.บ้านสะพานยาา

รพ.สต.ดงคู่

รพ.สต.บ้านตึก

รพ.สต.ดงย่าปา

รพ.สต.บ้านท่าโพธิ์

รพ.สต.ป่างิ้ว

รพ.สต.บ้านแสนตอ