

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานด้านสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ชื่อหน่วยงานรับตรวจ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเวียงเชียงรุ้ง

วันที่ ๑๔ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค		
1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)								
แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (3 โครงการ 7 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)								
1	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	1	1) อัตราส่วนการตายมารดา	0	0	0	0	
		2	2) ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน					
			2.1 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรอง	33.7	87.91	91.62	46.86	ข้อมูลครึ่งปีงบประมาณ 2562
			2.2 ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรอง	25.9	23.93	34.25	31.84	
			2.3 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัย	80.52	88.89	83.47	86.73	อยู่ระหว่างรอดติดตามภายใน 30 วัน ยังไม่ถึงกำหนดและรอการอัปเดตข้อมูลเพิ่มเติม
			2.4 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น	na	na	0	83.33	
		3	3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูง					การวิเคราะห์สถานการณ์ Gap Analysis พัฒนาการเด็ก
			3.1 ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความ	na	na	97.77	97.7	-พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแล ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย
			3.2 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	49.45	48.93	36.82	41.11	น้อย จากการสอบถามสังเกต การใช้คู่มือDSPM ผปค.ไม่ได้บันทึกพัฒนาการ/ เปิดอ่านแต่ไม่บันทึก/ไม่นำDSPM มาด้วย/หาย ขำรุตและมาจาก ตจว.ไม่ได้รับคู่มือ -แนวทาง แนะนำคู่มือDSPMในร.พ่อแม่ช่วงตั้งครรภ์ /หลังคลอดอธิบาย สอนการใช้คู่มือ DSPM /WCC เน้นย้ำให้นำมาด้วยทุกครั้ง ตรวจบันทึก พัฒนาการพร้อมผปค. สอนการใช้และกระตุ้นพัฒนาการแต่ละช่วงวัยตามคู่มือ
			3.3 ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี	na	na	111.53	110.52	-กรณีคู่มือหาย ขำรุต ไม่เคยได้รับ ส่วนใหญ่มาจากตจว. ให้คู่มือ DSPM พร้อม วิธีการใช้ - เด็กสงสัยล่าช้า ต้องได้รับการติดตามภายใน 30 วัน มีทะเบียน

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์			ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค	
		3.4 ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี	na	na	111.3	110.43	<p>รายชื่อเด็กส่งสัยล่าช้า/จาก HDC (DataExchang) นัดติดตามภายใน30วัน ถ้าไม่มาตามนัด โทร/ติดตามโดยอสม.ครุศพด. -ตรวจสอบ วดป.รหัสการตรวจบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง สูงดีสมส่วน -ทบทวนเทคนิค วิธีการวัดความยาว/วัดส่วนสูง การชั่งน้ำหนักของ อสม.ให้ถูกต้องตามมาตรฐาน</p> <p>- พบเครื่องชั่งไม่ได้ผ่านการรับรองมาตรฐานความถูกต้อง - ขาดการวิเคราะห์ แยกสาเหตุ เช่นเด็กที่เตี้ย ผอม เป็นเด็กคลอดก่อนกำหนด LBW เด็กมีภาวะซีดหรือไม่ การเลี้ยงดู อาหารที่รับประทาน</p> <p>-การลงข้อมูล 43 แห่ง ของโรงพยาบาลในโปรแกรม HosXp มีความซับซ้อนยุ่งยากและข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาการลงข้อมูล</p> <p>แนวทางแก้ไข -</p> <p>- ให้ความรู้ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแล เช่น จัดอบรมตามโครงการ PP บูรณาการร่วมกับการออกเวทีในชุมชนตามโครงการไทยนิยมยั่งยืนและการขับเคลื่อนในประเด็น พขอ. เป็นต้น เพื่อให้เห็นความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย</p> <p>- ตรวจสอบเครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ให้ได้มาตรฐาน</p> <p>- ปรับฐานข้อมูลให้ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องประสานงานเรื่องการลงระยะเวลา และการส่งข้อมูลให้ทันเวลา</p>	
2	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	4	1) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 4.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	na	na	0	50	<p>ปัญหาการบันทึกข้อมูล ระยะเวลาที่ติดตาม การคีย์รหัส ข้อมูลไม่ขึ้นHDC ทางศูนย์สุขภาพจิตที่1 ได้ส่งFLOW CHART มาให้และรอการชี้แจงโดยละเอียดอีกครั้งในวันที่03/06/2562</p>
		5	2) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน					<p>แนวทางแก้ไข ได้ดำเนินการโดย</p> <p>- ส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายในโครงการลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้</p> <p>- จัดอบรมให้ความรู้เด็กนักเรียนและครูอนามัยโรงเรียน</p> <p>ส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ</p>
			5.1 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	30.35	62.33	60.56	59.4	

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์			ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค	
		5.2 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม	5.22	4.18	4.56	4.88	ยังไม่มีผลการดำเนินงานเชิงประจักษ์	
		5.3 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	11.57	11.6	11.36	13.58		
		5.4 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย	6.35	7.42	8.49	8.91		
		5.5 ความครอบคลุม	55.35	67.23	74.66	89.45		
		6	3) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี					
	6.1 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC	34.66	26.79	25.59	13.31			
	6.2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี Adjusted				18.23			
3	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	7	1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	33.33	66.67	66.67	66.67	<p>ตำบลทุ่งก้อยังไม่ได้ดำเนินการ Long Term Care เนื่องจาก</p> <p>1 .เทศบาลตำบลบ้านเหล่า ไม่เข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ 2. อบต.ทุ่งก้อ ยังไม่ได้รับให้เข้าร่วมโครงการ Long Term Care</p>
<p>แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</p>								

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์				ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค
4	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	8	*1) ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	NA	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	มีการขับเคลื่อนในประเด็น 1. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2. การลดปริมาณขยะ
แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (3 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)								
5	1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	9	1 ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	NA	NA	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85 (อยู่ระหว่างดำเนินการ รอซ่อมแผนสาธารณสุขระดับอำเภอ 23 พ.ค. 2562)	1.ประชุมคณะกรรมการ EOC ด้านการแพทย์และสาธารณสุข อำเภอเวียงเชียงรุ้ง 2.ประชุมจัดทำแผนรองรับภัยพิบัติด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ 3.ปรับปรุงจัดทำแผนของฝ่ายต่างๆตามหลัก 2P2R 4.อบรมซ่อมแผนสาธารณสุขระดับอำเภอเวียงเชียงรุ้ง 1ครั้ง/ปี 5.อบรมเชิงปฏิบัติการ BASIC Life support และ Advance trauma life support 1ครั้ง/ปี 6.อบรมเชิงปฏิบัติการ แผนอัคคีภัย 1ครั้ง/ปี 7.งานสุขภาพจิตอบรมฟื้นฟูการดำเนินงานทีม DMATT ให้กับ รพสต.ทุกแห่ง 8.คณะกรรมการระดับอำเภอมีการติดตามแผนการดำเนินงานในเวทีประชุมหัวหน้าส่วน กำนันผู้ใหญ่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง
6	2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	10	1) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน					

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์			ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค
		10.1 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	8.06	0.67	3.03	1.28	การวิเคราะห์สถานการณ์ ประชาชนไม่กลุ่มเสี่ยงยังไม่ตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ แนวทางการแก้ไข 1.ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง เบาหวานความดัน (งบ PPA เขต 1 2562) 2.สถานบริการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน พื้นที่โดยบูรณาการลงในหน่วยงานประจำ
		10.2 กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	NA	NA	12.29	31.91	1.กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะทำการวัด BP บ้าน (กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดัน โลหิตสูงจากผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงประจำปี) 2.กำหนดให้ ญาติหรือผู้ดูแลวัดความดันที่บ้าน โดยให้อสมเป็นผู้กำกับ ดูแล 3.ลงข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วน สมบูรณ์ ทันเวลา
7	3. โครงการ คุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพและ บริการสุขภาพ	11	1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการ ตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด				
		11.1 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการ ตรวจสอบมีความปลอดภัย	na	na	na	96	- พบยาฆ่าแมลงในระดับอันตราย ในตัวอย่าง ถั่วลิสงเตา ค่ะน้ำ ต้นหอม - พบน้ำมันทอดซ้ำ มีค่าโพลาไร่มากกว่า 25 % แนวทางแก้ปัญหา -ได้แจ้ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลตลาดเพื่อดำเนินการแจ้งต่อให้ผู้ค้า ปรับปรุง แก้ไขเพื่อรอการตรวจซ้ำในรอบต่อไป
		11.2 ร้อยละของยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยงปลอดภัย ไม่พบ การปลอมปนสเตียรอยด์	na	na	na	na	
<p>แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</p>							

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์				ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค
8	1.โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	12	*1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ตัวชี้วัดย่อย 12.1 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป 12.2 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป 12.3 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป 12.4 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus	NA	ผ่านการประเมินระดับดี	ผ่านการประเมินระดับดี	อยู่ระหว่างประเมินวันที่ 30 พ.ค.2562	โรงพยาบาลเวียงเชียงใหม่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ในปีงบประมาณ 2561 ซึ่งได้ดำเนินการพัฒนาตามแผนงานที่ตั้งไว้ และรอรับการประเมินมาตรฐานในวันที่ 30 พฤษภาคม 2562
2. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)								
แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (2 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)								
9	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	13	*1) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	NA	NA	ร้อยละ 36	ร้อยละ 36	ปัญหาอุปสรรค -ขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขวิชาชีพ วางแผนปี 2565

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์				ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค
10	2. โครงการพัฒนา เครือข่ายกำลังคน ด้านสุขภาพ	14	1) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	NA	7.26	10.96	11.89	อำเภอเวียงเชียงรุ้ง ปี 2560 อบรม อสค. 91 คน ปี 2561 อบรม อสค. 340 คน ปี 2562 อบรม อสค. 86 คน และรวมจำนวน อสม.ทั้งหมด 577 คน ยังไม่ได้ ตามเป้าหมาย ร้อยละ 55 (จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด = 9,209 หลังคา เรือน)โดยมีแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยให้ รพ.สต. บูรณาการงบประมาณ ท้องถิ่นเพื่อพัฒนา อสค.เพิ่มขึ้น
<p>แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (17 โครงการ 22 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</p>								

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์			ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค	
11	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	15	*1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตัวชี้วัดย่อย 15.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) 15.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) 15.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69)การรักษาใน Stroke Unit 15.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม 15.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) 15.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	ปี 2559 = 0 (ป่วย 16ราย เสียชีวิต 0 ราย)	ปี 2560 = 0 (ป่วย 63 ราย เสียชีวิต 0 ราย)	ปี 2561 = 0 (ป่วย 43 ราย เสียชีวิต 0 ราย)	ปี 2562 = 0 (ป่วย 22 ราย เสียชีวิต 0 ราย)	เฝ้าระวังอาการวิกฤตของคนที่ใช้โรคหลอดเลือดสมอง ให้ศึกษาในคลินิกโรคความดันสูง ทั้งในรพ.และ รพ.สต. เพิ่มระบบการเข้าถึงระบบบริการ ด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ให้ทันเวลา
12	2. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคติดต่อ	16	*1) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	75.2	89.29	77.27	84.21	เนื่องจากการป่วยซ้ำซ้อนระหว่างการรักษาและผู้ป่วย TB ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้การรักษาไม่ครบ โปรแกรมผู้ป่วยเสียชีวิตก่อน
13	3. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	17	*1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)		ไม่ผ่าน	รพ.ผ่าน ชั้นที่ 1	รพ.ผ่าน ชั้นที่ 2	รพ.ยังไม่ผ่านชั้นที่ 3 เนื่องจากติดการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานและหอบหืด รพ.สต. ผ่านทุกแห่งแนวทางการดำเนินงานเน้นย้ำให้แพทย์และพยาบาลให้ปฏิบัติตามแนวทางRDUที่ได้วางไว้โดยรายงานข้อมูลตัวชี้วัด ในที่ประชุม คปสอ กรรมการบริหารโรงพยาบาล ทุกเดือน /ทุกไตรมาส เพื่อหาแนวทางการแก้ไข

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์				ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค
		18	2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	NA	NA	NA	NA	
14	4. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	19	1) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	0	0	0	0	
15	5. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด	20	1) อัตราตายทารกแรกเกิด	0	0	0	0	
16	6. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน	21	1) ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	NA	NA	51.6	58.3	(*ข้อมูลจากผู้ป่วยมาเรื่อยๆ) 1.อบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลกึ่งเฉียบพลันในการใช้ยา Strong Opioid Medication 2. ส่งเสริมให้มีการใช้ยา Strong Opioid แก่ผู้ป่วยมากขึ้น 3. มีการบันทึกผลอาการปวดและอาการรบกวน ก่อนและหลังการใช้ยาทุกครั้ง ปัญหาและอุปสรรค 1. เจ้าหน้าที่ยังมีความรู้ในการใช้ยา Strong Opioid น้อย 2. อยู่ในระหว่างการเขียนโครงการและจัดอบรมให้ความรู้แก่ จนท. 3.โรงพยาบาลมียากลับ Strong Opioid เช่น Fentanyl path ขาดอุปกรณ์ Syring driver เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
17	7. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ	22	1) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	17.74	20.36	24.07	32.77	ปฏิบัติตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์			ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค	
18	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	23	1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	59.36	85.18	35.42	37.82	จากเป้าประมาณการของกรมสุขภาพจิต มีปริมาณผู้ป่วยที่เป็นเป้าสูงกว่าจำนวนผู้ป่วยที่ค้นเจอในพื้นที่ มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน - มีการคัดกรองผู้รับบริการทั้ง ในรพ. และรพ.สต.ทุกแห่ง ถ้าพบผลปกติ ส่งต่อประเมินซ้ำที่งานสุขภาพจิต รพ.เวียงเชียงรุ้ง
		24	2) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	4 ราย (14.82%)	11 ราย (40.74%)	3 ราย (10 %)	1 ราย (3.6 %)	มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน - ทำการสอบสวนโรค ผู้พยายามทำร้ายตนเองและผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาทั้งระบบ
19	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช	25	*1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	19.82	25.26	5.56	0	
	สูตินารีเวช	26	2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention	NA	NA	NA	NA	
20	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ	27	1) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	33.33 (1/3)	85.71(6/7)	100(4/4)	100(1/1)	
		28	2) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	3.85	2.99	5.71	2.6	เฝ้าระวังอาการวิกฤตของคนไข้กลุ่มโรคเรื้อรัง ให้สูทศึกษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (COPD) ทั้งในรพ.และ รพ.สต. เพิ่มระบบการเข้าถึงระบบบริการด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ให้ทันเวลา

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์			ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค	
21	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง	29	1) ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ตัวชี้วัดย่อย 29.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 29.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ 29.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	NA	NA	NA	NA	
22	12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต	30	1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr	52.42	66.94	63.62	60.76	การวิเคราะห์สถานการณ์ พบการบันทึกรหัส ICD 10 ของโรคแทรกซ้อนที่ไม่ครอบคลุม ทำให้ข้อมูลตกหล่น มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน - มีแนวทางในการติดตามและเฝ้าระวังการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) - มีการให้รหัสโรคแทรกซ้อน CKD ในโรคเรื้อรัง ที่ถูกต้องตาม มาตรฐานการให้รหัสโรคที่กำหนดไว้ - มีการตรวจ ค้นหาโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ตามมาตรฐานการดูแลคนไข้โรคเรื้อรัง
23	13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาจักษุวิทยา	31	1) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	NA	NA	NA	NA	

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์				ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค
24	14. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	32	1) อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	NA	NA	NA	NA	
25	15. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	33	*1) ร้อยละของผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year)	0/7 0%	0/4 0%	3/14 21.43%	3/12 25%	การวิเคราะห์สถานการณ์ การติดตาม ทางโรงพยาบาลติดตามเฉพาะผู้บำบัดสมัครใจ แต่กรณีบังคับบำบัด ตาม พ.ร.บ. เมื่อโรงพยาบาลได้บำบัดครบแล้วส่งกลับสำนักงานคุมประพฤติ ไม่ได้ติดตามเอง
		34	*1) ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพยาที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพยาต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate)	0/1 0%	0/6 0%	15/37 40.54%	3/50 6%	มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน 1.เสนอให้ สสจ.ประสานทีมงานระดับจังหวัดกำหนดผู้รับผิดชอบติดตามและบันทึกข้อมูล บสต.
26	16. โครงการการบริหารฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)	35	1) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริการฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) <u>ตัวชี้วัดรอง</u> 35.1 ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริการฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20	NA	NA	NA	NA	
27	17. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery	36	1) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	NA	NA	NA	NA	

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค		
แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (1 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)								
28	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	37	*1) อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(triaget level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1	NA	NA	NA	NA	
		38	2) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	508 ราย 1.88 %	540 ราย 2 %	647 ราย 2.3 %	197 ราย 0.72%	การวิเคราะห์สถานการณ์ 1. หน่วย FR ในอำเภอ(ท้องถิ่น)ยังให้บริการไม่ครบ 100 % ขาด อบต.ป่าซาง อบต.ตงมหาวัน (ขาดรถบริการที่ได้มาตรฐาน) 2. ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินส่วนใหญ่มา รพ.ด้วยตัวเอง มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน 1. สนับสนุน ส่งเสริมให้ท้องถิ่นจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกที่(ท้องถิ่นส่งอบรม หน่วย FR 100%)
แผนงานที่ 8 : การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ								
29	2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)	39	1) ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	NA	NA	NA	NA	
แผนงานที่ 9 : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)								
30	1. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	40	1) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	NA	NA	NA	NA	

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค		
3. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)								
แผนงานที่ 10 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (2 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)								
31	1.โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	41	1) ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	NA	NA	NA	NA	
32	2.โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข	42	*1) ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคน	NA	NA	NA	NA	
		43	*2) จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข	NA	NA	NA	NA	
4. แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)								
แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ (2 โครงการ 4 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)								
33	1.โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใสและบริหารความ	44	1) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	NA	ผ่าน	ผ่าน รพ. 100 สสอ. 96.97	ผ่าน รพ. 38 สสอ. 92.31	รพ. อยู่ระหว่างการดำเนินการตามแผนปี 2562

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์			ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค	
34	2. โครงการ พัฒนาองค์กร คุณภาพ	45	1) ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	NA	NA	ผ่านหมวด 1 , 5	ผ่านหมวด 2 , 4	
		46	*2) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 3	
		47	*3) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว	NA	1 แห่ง	2 แห่ง	จาก คะแนน ประเมิน ตัวเอง ผ่านระดับ 3 ดาว 100% (6 แห่ง) และ ผ่านระดับ 5 ดาว 66.66% (4 แห่ง)	ปัญหาอุปสรรค -ความเข้าใจในเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน รพ.สต.ตีตดาว ไม่ตรงกัน -ตัวชี้วัด KPI มีมาก ไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาการปฏิบัติและประเมินมาตรฐาน รพ.สต.ตีตดาว -การพัฒนาระบบบริการเช่น Lab เกสซ์ คบส.ยังไม่ครอบคลุม -งบประมาณในการสนับสนุน รพ.สต.ตีตดาวยังไม่เพียงพอ แนวทางการพัฒนา - ชี้แจง ทำความเข้าใจกับเกณฑ์มาตรฐานให้ตรงกัน -แต่งตั้งทีมพัฒนารคุณภาพระดับอำเภอ เพื่อเป็นพี่เลี้ยงปรับปรุง พัฒนาส่วน ขาดเพื่อ ให้กับ รพ.สต.
<p>แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (2 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</p>								

แผนงาน/ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์				ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	มาตรการ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค
35	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (น.น.ส.)	48	1) ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	NA	NA	NA	NA	
36	2. โครงการ Smart Hospital	49	*1) เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	NA	NA	NA	NA	
		50	มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง	NA	NA	NA	NA	
แผนงานที่ 13 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (2 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)								
38	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	53	*1) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	1 รพ.	1 รพ.	1 รพ.	1 รพ.	1. สรุปรายงานการดำเนินงานในการประชุม กรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน เพื่อประเมินรายได้ ค่าใช้จ่าย เพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป 2. การประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงานโดยดัชนี 7 ตัว ได้เสนอรายงานดัชนีตัวชี้วัด 7 ตัว ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน เพื่อรับทราบสถานะของโรงพยาบาล และหาวิธีป้องกัน แก้ไข เพื่อไม่ให้โรงพยาบาลเข้าสู่ภาวะวิกฤต
แผนงานที่ 14 : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)								
39	1. โครงการพัฒนางานวิจัย / นวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์	54	1) จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	NA	NA	NA	NA	

http://61.19.32.29/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed00be22210b502b7a

http://61.19.32.29/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=beb866fceaef84c4078965eaf619565&id=67e41dbb1ce5d844d49f6b7b10e30d01

http://61.19.32.29/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=beb866fceaef84c4078965eaf619565&id=67e41dbb1ce5d844d49f6b7b10e30d01

<http://61.19.32.29/hdc/reports/report.php?source=pformatted>

http://61.19.32.29/hdc/reports/report.php?source=pformatted
/format1.php&cat_id=bebf866fceaef84c4078965eaf619565&i
d=67e41dbb1ce5d844d49f6b7b10e30d01

[https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?so
urce=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310
b503b7ca9b32af425ae5&id=2fe4b69b0d279a4d2a38
ed24c4f08e98](https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=2fe4b69b0d279a4d2a38ed24c4f08e98)

[https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?so
urce=pformatted/format1.php&cat_id=46522b5bd1e0](https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=46522b5bd1e0)

https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pf
ormated/format1_nhn&cat_id=46522h5hd1e06d24a5hd81917
https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pf
ormated/format1_nhn&cat_id=46522h5hd1e06d24a5hd81917
https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pf
ormated/format1_nhn&cat_id=46522h5hd1e06d24a5hd81917

https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=1336d766d29c4a739ed33ff9f4e79d83

https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=d3aad6d7729c370287f43d1f094b3dd1

https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=1d1f760554763b3ff098d5b696ecb8f3

https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=30bc6364fc06a33a7802e16bc596ac3b&id=4bd243de1e007bf9c7aa7cc799a1a01c

https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/format1.php&cat_id=144fdf97a756b3f82dce197287e06316&id=00366a85bd3c2b6932a228df29137252

https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/format1.php&cat_id=39fd60c25235db479930db85a0e97dd3&id=12d5b6eef67669da17758ef281915cbb

https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd_death_age.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=e2a5a66dd74fa1252fcf786674f05f02

https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=d843f25a088253c22344d771113cf409

<http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=88>

