**ส่วนที่ 2 ผลการดาเนินงาน**

**Prevention Promotion & Protection Excellence**

**การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค**

**และการจัดการสุขภาพ**

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

1. **ประเด็นการตรวจราชการ**
   1. มีระบบบริหารจัดการ MCH Board คุณภาพ และขับเคลื่อนการดำเนินงาน
   2. มีการจัดการการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และลดปัจจัยเสี่ยงอย่างมีคุณภาพ
   3. มีการสร้างภาคีเครือข่าย (Zoning)
   4. มีระบบบริการที่มีคุณภาพ (ANC, LR, PP)
   5. มารดาตายจากการป้องกันได้ ลดลง(PPH, PIH)
2. **สถานการณ์**

สถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2558-2560 พบว่าอัตราส่วนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน เป็น 15.31, 15.22 และ 0 ตามลำดับ (0-1รายต่อปี) สาเหตุจากภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นในหลอดเลือดปอด(Amniotic fluid embolism; AFE) ระยะก่อนคลอด 1ราย ขณะผ่าตัดคลอด 1 ราย ซึ่งเป็นภาวะที่ป้องกันหรือคาดการณ์ไม่ได้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วโอกาสรอดชีวิตต่ำมาก อีก 1 รายเกิดจากสาเหตุเลือดคั่งในสมอง(Intracranial hemorrhage)จากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (Pre-eclampsia with severe feature) ไม่มีมารดาตายจากสาเหตุตกเลือดหลังคลอด(Postpartum hemorrhage; PPH) เสียชีวิตจากสาเหตุเลือดออกในสมอง ไม่มีมารดาตายจากภาวะตกเลือดหลังคลอด

มีการทบทวน MM conference ได้แนวปฏิบัติใหม่คือ กลุ่ม Preeclampsia เมื่อพบที่คลินิกฝากครรภ์ ให้Admission for investigate , มีการจัดทำคู่มือประจำตัวหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีระบบส่งกลับข้อมูลไปยังชุมชนพื้นที่ให้เฝ้าระวังในระหว่างตั้งครรภ์และ 6 สัปดาห์หลังคลอด ผลการทบทวนกรณีเกิดภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นในหลอดเลือดปอด กลุ่มงานสูติกรรม กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานวิสัญญีและ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม ได้ร่วมจัดทำแนวทางการช่วยเหลือฉุกเฉินโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายอย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร

ด้านสถานการณ์ตกเลือดหลังคลอด(PPH) พบอัตรา PPH ปี 2558-2560 เป็น 0.69, 0.55, 1.04 ตามลำดับ ปี 2559 กรรมการ MCH Board จังหวัดมหาสารคามได้ประกาศนโยบาย ให้ใช้ถุงตวงเลือด (Safety Bag) ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อเป็น Warning signs ในการเฝ้าระวังปริมาณการสูญเสียเลือดขณะคลอด เป็นเครื่องมือช่วยให้บุคลากรสามารถประเมินปริมาณเลือดได้ใกล้เคียงความเป็นจริง สามารถวางแผนช่วยเหลือผู้คลอดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความมั่นใจในการตัดสินใจมากขึ้น

มีการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทั้งจังหวัดอย่างต่อเนื่อง เช่นการจัด Zoning เพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอดได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ จัดให้โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงทำหน้าที่เป็น Node แม่ข่ายในพื้นที่ คือโรงพยาบาลระดับM2 2 แห่งคือ รพ.พยัคฆภูมิพิสัยและ รพ.บรบือ โรงพยาบาลระดับ F1 ที่มีสูติแพทย์ 1 แห่ง คือ รพ.โกสุมพิสัย มีศักยภาพในการดูแล High risk ได้ดีเช่นเดียวกัน ส่วนโรงพยาบาล F1 ที่ไม่มีสูติแพทย์คือรพ.วาปีปทุม จัดให้สูติแพทย์จากรพ.มหาสารคามออกช่วยตรวจ/ผ่าตัดคลอดในราย Elective 1 วันต่อสัปดาห์ นอกจากนั้นทีมสูติแพทย์และพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลมหาสารคาม ร่วมกับทีมกุมารเวชกรรม ออกเยี่ยมเสริมพลังและสร้างความเข้มแข็งในการจัดระบบบริการด้านแม่และเด็ก มีการประเมินมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ ฝากครรภ์คุณภาพ การจัดบริการคลอดมาตรฐาน ฟื้นฟูความรู้บุคลากร ออกชี้แจงทำความเข้าใจการใช้ CPG update มีการสมมุติสถานการณ์ฉุกเฉินและแก้ปัญหา เป็นต้น นอกจากนั้นยังส่งทีมตัวแทนจากโรงพยาบาลระดับ F1 และ F2 เข้าร่วมฝึกประสบการณ์การช่วยเหลือ High risk pregnancy ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน (Obtretics crisis rally) เขตสุขภาพที่ 7 ด้านการบริหารจัดการ, มีจัดระบบการให้คำปรึกษาที่โดดเด่นคือมีผู้สูติแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม คอยรับและให้การปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงแบบพี่ดูแลน้องและเป็นห้องคลอดเดียวกัน (One Labor Room One Province) คือผู้คลอดที่รับไว้ในห้องคลอดทุกโรงพยาบาล จะได้รับการวางแผนดูแลโดยทีมผู้เชี่ยวชาญ ทำให้โรงพยาบาลชุมชนมีความเชื่อมั่นและสามารถดูแลผู้คลอดได้เต็มศักยภาพ กรณีฉุกเฉินมีระบบส่งต่อแบบ Fast track ที่มีประสิทธิภาพ ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์และยาจำเป็น จัดหาให้มีครบทุกโรงพยาบาล เช่น Electronic fetal monitoring, Newborn resuscitator, Ultrasound, Infusion pump และอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพมารดา-ทารก มีระบบสำรองยาจำเป็นในกรณีตกเลือดหลังคลอดคือ Nalador, Cytotec โดยเภสัชกรประจำโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบจัดหาให้มีพร้อมใช้ ด้านระบบสำรองเลือด ในโรงพยาบาลระดับ F ไม่มีระบบสำรองเลือดแต่สามารถจัดหาจาก Node แม่ข่ายได้อย่างทันท่วงที

ผลการพัฒนาปี 2561 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 1.29 โรงพยาบาลชุมชนที่พบมากที่สุดคือโกสุมพิสัย(ร้อยละ 3.32) รองลงมาคือ รพ.พยัคฆภูมิพิสัย (ร้อยละ 2.61) และ รพ.บรบือ (ร้อยละ 2.59) มีผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดส่งดูแลต่อใน รพ.มหาสารคาม จำนวน 5 ราย ตัดมดลูกจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 3 ราย จากสาเหตุรกเกาะแน่นผิดปกติ (Placental adherence) 2 รายและ Post C/S with endometritis 1 ราย ไม่มีมารดาตายจากการตกเลือด แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการป้องกันและช่วยเหลือดูแลรักษาได้ทันเวลา

1. **แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน | ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน | ใช้มาตรการป้องกันปัญหาแม่ตาย เขตสุขภาพที่ 7 | 24.02  (1\*100,000/4,164) |
| ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน | 70 | 1.พัฒนาระบบส่งต่อ  2.พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้สามารถการดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้ตามมาตรฐาน  3.จัดอบรมครู ก. เพื่อเป็นพี่เลี้ยงในการให้ความรู้และ พัฒนาบุคลากรในพื้นที่ได้ ด้วยตนเอง  4. ร่วมกับเขตสุขภาพที่ 7 ดำเนินงานอบรมพัฒนา บุคลากรในพื้นที่ | 100  (11แห่ง) |

**มาตรการป้องกันแม่ตาย เขตสุขภาพที่ 7**

| **มาตรการทั่วไป** | **ข้อกำหนดแนวปฏิบัติ** |
| --- | --- |
| 1. มาตรการทั่วไป | 1. Maternal Anemia Management : ให้นำแนวทางการดูแล/ เฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จังหวัดขอนแก่น (Khonkaen Model) ไปใช้แก้ปัญหา 2. Classifying Form กลุ่ม High Risk ให้ปฏิบัติตามคู่มือการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยวสูงและโรคทางนรีเวชเขตสุขภาพที่ 7 เพิ่มการคัดกรองความเสี่ยงตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และเร่งรัดมาตรการให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 3. MCH Board นิเทศงานให้มีการปฏิบัติตามคู่มือ ฯ และรับรองคุณภาพสถานบริการทุกระดับ 4. MM Conference Maternal Near Miss conference ได้แก่ 1)หญิงคลอดที่ต้องตัดมดลูก 2)รายที่เข้า ICU 3) ช็อค 4) ชัก 5) Sepsis |
| 2. มาตรการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ | 1. ระดับ รพ.สต. พัฒนาทักษะในการคัดกรองภาวะเสี่ยง (ใช้ Classifying Form 18 ข้อ) 2. ระดับ รพช. พัฒนาทักษะในการดูแลภาวะฉุกเฉินในห้องคลอด การรักษาภาวะตกเลือดและความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์  * เพิ่มRally ร่วมกัน 4 จังหวัด โดย รพ.ขอนแก่นเป็นเจ้าภาพ  1. ระดับ รพท./ รพ.ศ. มีการบูรณาการทีมรักษาเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ  * เพิ่มประชุมร่วมสูติแพทย์ อายุรแพทย์รับทราบปัญหาและแลกเปลี่ยนหาข้อตกลงการดูแลกลุ่มเสี่ยงอย่างเหมาะสมร่วมกัน  1. การสร้างระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ มีระบบส่งกลับข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องขณะอยู่ในชุมชน |
| 3.มาตรการระดับชุมชน | 1. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ Early ANC (มีรูปแบบชัดเจน มีระบบติดตามจริงจัง มีข้อมูลชัดเจนในกลุ่มไปทำงานต่างจังหวัด และศึกษาปัจจัยที่ฝากครรภ์ช้าในภาพรวมเขต) 2. สื่อสาร Early Warning Signs หญิงตั้งครรภ์ที่เป็น High Risk ให้กับชุมชน 3. ติดตาม ANC ตามนัด |
| 4.มาตรการกรณีการตกเลือดหลังคลอด | 1. Active Management of Third Stage of Labor(AMTSL) ทุกโรงพยาบาลและปฏิบัติจริงจัง (ให้ Uterotonic drug, Late cord clamping 1-3นาทีหลังคลอด 2. Early Blood Transfusion (BP ≤100/60 mmHg. PR ≥100/min) ดู V/S ไม่ต้องรอให้ HCT Drop 3. รพช. มียาที่จำเป็นและ Blood bank ที่สามารถสนับสนุนทุกโรงพยาบาลได้เพียงพอ ทันเวลา (ยาจำเป็นทุกโรงพยาบาลควรมีไว้ เช่น Nalador และจังหวัดมีระบบแลกเปลี่ยนยาเมื่อใกล้หมดอายุ) 4. ถุงตวงเลือดโรงพยาบาล ใช้ต่อไป |
| 5.มาตรการกรณี Indirect Causes | 1. Identify หญิงวัยเจริญพันธุ์ Family Planning หรือรักษาให้หายก่อนตั้งครรภ์ 2. Early ANC ถ้าตั้งครรภ์ 3. Refer |

**Small success**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
| 1. MCH board ประชุมชี้แจง เพื่อให้รับทราบนโยบาย และวางแผนดำเนินงาน 2. ประเมินตนเองตามแบบประเมินการคลอดมาตรฐาน 3. วิเคราะห์ส่วนขาด ปัญหาอุปสรรค 4. วางแผนพัฒนา | 1.จัดอบรมบุคลากรภายในจังหวัด หรือส่งอบรมภายนอก  2. ทบทวนระบบส่งต่อ พัฒนาส่วนขาด  3. พัฒนาระบบการ คลอดในแต่ละโรงพยาบาล ให้เป็นไปตามเกณฑ์การคลอดมาตรฐาน | 1.มีแนวปฏิบัติการดูแลการคลอดตามเกณฑ์ มาตรฐานที่ชัดเจนมากขึ้น ได้แก่ การประเมิน ภาวะเสี่ยง การบันทึก ข้อมูลตามแบบฟอร์ม มาตรฐาน การประเมิน ทารกในครรภ์ การ ตรวจอุ้งเชิงกราน มารดา การใช้กราฟดูแลการคลอด มีทีมกู้ชีพมารดาทารก | 1. มีเกณฑ์ Refer เป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อพบผู้ป่วยที่ เข้าเกณฑ์ ให้สามารถ refer ได้ทันที  2. มีการทบทวน การดูแลรักษาที่ เสียชีวิตจากการคลอด ตามเกณฑ์ (รายละเอียดในคู่มือ เวชปฏิบัติการคลอด มาตรฐาน กรมการ  ทางการป้องกันและ รักษาภาวะตกเลือดหลัง คลอด เป็นต้น  แพทย์)  3. มีครู ก. เพื่อเป็น พี่เลี้ยงในการให้ความรู้ และพัฒนาบุคลากรใน พื้นที่ได้ด้วยตนเอง |

1. **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

4.1 ทีมช่วยเหลือภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ เวียนบุคลากรใหม่เข้ามาทำงาน ทำให้ขาดประสิทธิภาพ

4.2 ขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแม่ข่าย คือ 1)สูติแพทย์ไม่เพียงพอ มีแห่งละ 1 คน

ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง 2)ขาดกุมารแพทย์ เช่น พยัคฆภูมิพิสัย

1. **ปัญหาอุปสรรค**

5.1 ขาดงบประมาณสนับสนุนในการพัฒนาบุคลากรหลักสูตรเฉพาะทางผดุงครรภ์ 4เดือน

5.2 ทรัพยากรบุคคลไม่เพียงพอใน Node

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

1. ขอสนับสนุนทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอ

2. ขอสนับสนุนงบประมาณการอบรมเฉพาะทางผดุงครรภ์ในภาวะเสี่ยงสูง (4 เดือน) ปีละ 4 ทุน

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

1. ระบบการบริหารจัดการเครือข่ายแบบพี่ดูแลน้อง (One Labor Room One Province)

2. นวัตกรรม Safety Bag (ถุงตวงเลือด) ใช้ทั้งจังหวัด (Warning sign PPH)

3. ระบบคัดกรองป้องกันการคลอดติดไหล่ด้วยตาข่ายดักจับ 3 ชั้น

**ผู้รับผิดชอบ ประธาน**  พญ.สุทธิวรรณ โสภณวิวัฒน์

โทร 0813417533

e-mail; suobgyne@gmail.com

**เลขานุการ** นางรำไพ เกตุจิระโชติ

โทร 0892740119

e-mail; rjirachot@gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

**2. สถานการณ์**

### การแก้ไขปัญหาพัฒนาการเด็กอำเภอเมืองมหาสารคาม ได้มีการขยายพื้นที่การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาพัฒนาการล่าช้าของเด็ก โดยมีกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการและส่งต่อเด็กปฐมวัย ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือล่าช้าอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เด็กและครอบครัวได้รับการรักษาดูแลและการช่วยเหลืออย่างครบวงจร ในปี 2559-2560 กลุ่มเด็กอายุ 9,18,30 และ42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ร้อยละ 15.46, 73.18 มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 81.31,92.98 สงสัยล่าช้าร้อยละ 16.56,25.72 (เป้าหมายคัดกรองพบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าร้อยละ 20) และเมื่อติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังกระตุ้นพัฒนาการ 1 เดือน พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยถึงร้อยละ 81.31, 92.98 นอกจากนั้นจากการสำรวจสาเหตุของปัญหาดังกล่าวพบว่าเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าประมาณร้อยละ 30 – 40 ที่ไม่ได้รับการติดตามการกระตุ้นพัฒนาการอย่างถูกต้องอย่างต่อเนื่อง สาเหตุพบว่า การคีย์ข้อมูลไม่ทันเวลา กลุ่มเป้าหมายติดตามลำบาก และระบบการประสานส่งต่อระหว่างพื้นที่ในการติดตามเด็กยังไม่ชัดเจน รวมทั้งผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่เป็น ญาติหรือเป็นผู้สูงอายุ มีรายได้น้อยและขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องพัฒนาการทำให้เด็กขาดโอกาสการเรียนรู้และการส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยอย่างเหมาะสม (ข้อมูลจากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2558)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ผลการดำเนินงาน** (ร้อยละ) | | |
| **2558** | **2559** | **2560** |
| ร้อยละเด็ก 0-5 ปี  มีพัฒนาการสมวัย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 | 99.65 | 92.91 | 93.79 |

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| 1. ร้อยละเด็ก 0-5 ปี  มีพัฒนาการสมวัย | ≥ 85 | - ประชุมชี้แจงพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานกลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี กับพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง  - ประชุมเชิงปฏิบัติการ การใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนา การเด็กปฐมวัย(DSPM) | เป้าหมาย 1,002ราย  สมวัย 771 ราย คิดเป็น 94.53% |
| 2. ร้อยละของเด็กอายุ  9, 18, 30 และ42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก  (ความครอบคลุม) | ≥ 90 | สนับสนุนแบบคัดกรอง และคัดกรองการตรวจพัฒนาการโดยใช้เครื่องมือ DSPMร่วมกับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง | 1,002 รายคัดกรองได้ 815 ราย  คิดเป็น 81.52% |
| 3. ร้อยละของเด็กอายุ  9, 18, 30 และ42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า  (ตรวจครั้งแรก) | ≥ 20 | ตรวจคัดกรอง โดยใช้แบบประเมิน DSPM ซ้ำหลังจากการให้คำแนะนำ และส่งเสริมพัฒนาการตามวัยใน 30 วัน | สมวัย 508 รายสงสัยล่าช้า 307 รายคิดเป็น 37.63% |
| 4. ร้อยละของเด็กอายุ  9, 18, 30 และ42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตามภายใน 30 วัน | ≥ 90 | มีการติดตามเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าให้ได้รับการส่งต่อทันทีหลังการประเมินซ้ำ และเจ้าหน้าที่เวชกรรมประสานงานกับคลินิกพัฒนาการ | สงสัยล่าช้า 307ราย ติดตามได้ 266 ราย คิดเป็น 91.86% |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

4.1 การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยใช้เครื่องมือ DSPM เป็นเครื่องที่มีความละเอียดมาก ทำให้การนำมาใช้ในการประเมินเด็กของเจ้าหน้าที่มีความยากต่อการใช้และเจ้าหน้าที่ยังไม่เข้าใจ

4.2 การคีย์ข้อมูลไม่ทันเวลา ทำให้ความครอบคลุมของข้อมูลในแต่ละเดือนไม่ได้ตามเกณฑ์

**5. ปัญหาอุปสรรค**

5.1 ผู้ปกครองไม่มารับบริการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามนัด

5.2 กลุ่มเป้าหมายไม่อยู่ในพื้นที่ ทำให้การติดตามเด็กมาตรวจคัดกรองพัฒนาการตามช่วงวัยมีความยากลำบาก

5.3 บางพื้นที่มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานการคีย์ข้อมูล

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

6.1 จัดให้ทีมผู้รับผิดชอบงานศึกษาดูระบบและรูปแบบการทำงานในพื้นที่ที่เป็นเขตเมืองที่มีลักษณะคล้ายกันและประสบความสำเร็จในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก เพื่อนำมาปรับใช้ในพื้นที่

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

มีการนำผู้รับผิดชอบงานที่มีผลงานการคัดกรองพัฒนาการเด็กผ่านเกณฑ์ ออกเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำเทคนิคและวิธีการคีย์ข้อมูลให้กับหน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์

ผู้รายงาน นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 086-6329580

e-mail : wisuda.tee@gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี

**2. สถานการณ์**

ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในแต่ละปี พบว่าเด็กวัย 0-5 ปี ไม่ได้กินนมแม่ กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ต่อวัน ไม่กินอาหารเช้า ไม่กินผักและผลไม้ทุกวัน ไม่ดื่มนมทุกวัน กินอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ เช่นขนม-เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด ขนมขบเคี้ยว เป็นต้น ปริมาณอาหารที่ได้รับไม่เพียงพอโดยเฉพาะกลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มนม เป็นผลให้เด็กบางคนได้รับพลังงานไม่เพียงพอ บางคนได้รับพลังงานมากเกินไป แต่ขาดแคลเซียม เหล็ก วิตามินเอ และวิตามินซี นอกจากนั้นการดำเนินงานโภชนาการสตรีและเด็กในพื้นที่ ยังไม่มีประสิทธิภาพ จากการประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ พบว่า มีการให้บริการคล้ายคลึงกัน ต่างกันที่คุณภาพบริการ การให้บริการโภชนาการใน WCC ขาดคุณภาพ คือ ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการจัดระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคามยังไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ในปี 2560 พบว่า เด็กได้รับการประเมินการเจริญเติบโต ในช่วงวัย 0-5 ปี พบว่า สูงสมส่วน คิดเป็นร้อยละ 45.63 โดยสูงเฉลี่ยชายอยู่ที่ 110.01 เซนติเมตร และ สูงเฉลี่ยหญิงอยู่ที่ 110.57 เซนติเมตร ซึ่งข้อมูลดังกล่าวยังต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ที่ตั้งเป้าหมายไว้ร้อยละ 51 นอกจากนั้นยังพบว่า ศูนย์เด็กเล็กดำเนินงานไม่ได้มาตรฐานทางโภชนาการ และปัญหาที่พบในพื้นที่ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงชำรุดและไม่ได้มาตรฐานขาดการสอบเทียบเครื่องมือ และไม่มีโมเดลสาธิตอาหารสำหรับเด็กแต่ละช่วงวัย รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายไม่อยู่ในพื้นที่ ทำให้ติดตามลำบากเพิ่มขึ้นด้วย

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| 1. ร้อยละเด็กสูงดี  สมส่วน | ≥ 52 | - ประชุมชี้แจงพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานกลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี กับพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง  - อบรมพัฒนาศักยภาพ ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อสม.ในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก | เป้าหมาย2,665 ราย  สูงดีสมส่วน1,256 ราย  คิดเป็น 47.13% |
| 2. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี | - | - สนับสนุนแบบประเมินการเจริญเติบโต การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงในไตรมาสแรก  - ให้คำแนะนำผู้ปกครองเกี่ยวกับอาหารเด็กตามวัยที่เหมาะสม | 115.25 เซนติเมตร |
| 3. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี | - | - สนับสนุนแบบประเมินการเจริญเติบโต การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงในไตรมาสแรก  - ให้คำแนะนำผู้ปกครองเกี่ยวกับอาหารเด็กตามวัยที่เหมาะสม | 110 เซนติเมตร |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

4.1 เครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงชำรุดและไม่ได้มาตรฐาน

4.2 ขาดการสอบเทียบเครื่องมือ ทำให้ค่าที่ได้เกิดความคลาดเคลื่อนในการประเมินเด็ก

**5. ปัญหาอุปสรรค**

5.1 ผู้ปกครองไม่พาเด็กมารับบริการตรวจการเจริญเติบโตในแต่ละช่วงวัยตามนัด และกลุ่มเป้าหมายไม่อยู่ในพื้นที่ ทำให้การติดตามเด็กมาตรวจยาก

5.2 ศูนย์เด็กเล็กดำเนินงานไม่ได้มาตรฐานทางโภชนาการ

5.3 ไม่มีโมเดลสาธิตอาหารสำหรับเด็กแต่ละช่วงวัย

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

การจัดให้ทีมผู้รับผิดชอบงาน ไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับระบบและรูปแบบการทำงานในพื้นที่ที่เป็นลักษณะเขตเมืองคล้ายกันสามารถดำเนินงานได้ดีเพื่อนำรูปแบบนั้นมาประยุกต์และปรับใช้ในบริบทในพื้นที่ได้

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

การจัดทำสื่อแผ่นภาพพลิกเพื่อใช้แทนโมเดลสาธิตอาหารสำหรับเด็กแต่ละช่วงวัย

ผู้รายงาน นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 086-6329580

e-mail : wisuda.tee@gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของเด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ได้รับการพัฒนาและดูแลช่วยเหลืออย่าง

ต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่เด็กไทยมีสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100

**2. สถานการณ์**

.ในเด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี ช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ปี 2559 – 2560) จังหวัดมหาสารคาม ได้มีการดำเนินการสำรวจ IQ ของเด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตอำเภอเมือง โดยในเขตอำเภอเมืองได้สุ่มเลือก 2 โรงเรียนและได้สำรวจนักเรียนชั้น ป. 1 คือ โรงเรียนท่าตูมดอนเรือ และโรงเรียนสาธิตราชภัฏมหาสารคาม พบว่า IQ ของเด็กอยู่ในช่วงเฉลี่ย 95

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3 เดือน** | **6 เดือน** | **8 เดือน** |
| 1.ร้อยละของเด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ได้รับการพัฒนาและดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 60 (เพื่อนำไปสู่เด็กไทยมีสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100) | IQ ไม่ต่ำกว่า 100 | 1. ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ทุก รพ.สต. 17 แห่ง และศสม. 4 แห่ง และครูอนามัยโรงเรียนเป้าหมาย 1 แห่ง | / |  |  |
| 2.ครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคัดกรองเบื้องต้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แบบประเมิน Kussi |  | 120 คน |  |
| 3.ครูส่งเด็กเข้ารับการคัดกรองยืนยัน ครั้งที่ 2 โดยพยาบาลเฉพาะทางโรงพยาบาลมหาสารคาม |  | 56 คน |  |
| 4.ผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโดยพยาบาลและแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลมหาสารคาม |  | 36 คน |  |
| 5.แพทย์นัดหมายและติดตามเด็กมารับการรักษาและกระตุ้นพัฒนาการตามเกณฑ์ |  |  | 26 คน  (100%) |
|  |  | 6.ขับเคลื่อนจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กศิลา4.0  -แจกยาโฟลิคแอสิคหญิงวัยเจริญพันธุ์นักศึกษาที่วิทยาลัยอาชีวะมหาสารคาม |  |  | 350 คน |

**4.สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

1 ครูไม่สามารถพาเด็กกลุ่มเสี่ยงมาตรวจพบแพทย์ได้ครบทุกโรงเรียน

2. แพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอให้บริการแก่เด็กนักเรียน

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้ติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง

**5.ปัญหาอุปสรรค**

1 ขาดจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

2 ขาดนักจิตวิทยาคลินิกเด็กและนักแก้ไขการพูด

3 พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมีไม่เพียงพอ (ปัจจุบันมี 2 คน)ในปี2561โรงพยาบาลมหาสารคามได้ส่ง

พยาบาลไปศึกษาต่อเฉพาะทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1คนซึ่งมีแผนส่งพยาบาลไปศึกษาต่อเฉพาะ

ทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นให้ครบทุก รพช.

4. การคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงยังพบน้อย ซึ่งมีแผนลงค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงให้ครบ 100 เปอร์เซ็นต์ในเขต

อำเภอเมือง

**6.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

ขอให้เพิ่มจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวชให้เพียงพอกับกลุ่มผู้รับบริการ

**7.นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นายนิพนธ์ นาสุริวงค์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร. 095 1793684

e-mail:kob14nipon@gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน

**2. สถานการณ์/ตัวชี้วัด (KPIs)/ผลการดำเนินงาน (ตัวชี้วัดระดับกระทรวง เขต)**

เด็กอายุ 5-14 ปี เป็นฐานทรัพยากรที่สำคัญต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของชาติ กำลังศึกษาทั้งในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา โรงเรียนจึงเป็นที่รวมของเด็กนักเรียนซึ่งมาจากที่ต่างกัน มีฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อมและพฤติกรรมอนามัยที่แตกต่างกัน โรคที่พบในเด็กนักเรียนอาจเกิดขึ้นได้เสมอ เพื่อให้กลุ่มประชากรดังกล่าวมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม สามารถศึกษาเล่าเรียนได้อย่างเต็มที่ เพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง จากการสำรวจเฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนอายุ 6 – 14 ปี ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองมหาสารคาม ตั้งแต่ปี 2558, 2559, 2560 พบภาวะสูงดีสมส่วน ร้อยละ 65.55, 66.18, 67 ยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ที่ ร้อยละ 68 พบภาวะผอม ร้อยละ 6.04, 5.97, 4.30 ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ที่กำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ 7 พบภาวะเตี้ย ร้อยละ 2.90, 5.97, 3.60 ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ 7 พบภาวะส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี เพศชาย 153.22, 150.06, 153.65 เพศหญิง 155.51, 152.22, 153.30 ยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ เพศชาย 154 เซนติเมตร เพศหญิง155 เซนติเมตร พบภาวะเด็กวัยเรียน 6 – 14 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ16.65,12.35, 11.48 ยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ร้อยละ 10 สาเหตุที่ทำให้เด็กอ้วนมากขึ้นเนื่องจากปัจจุบันนี้เด็ก มีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวน้อยลงกว่าปกติจากการใช้เวลาดูโทรทัศน์ เล่นเกมส์ ที่มากเกินไป มีร้านค้าจำนวนมากตั้งอยู่รอบรั้วและในบริเวณโรงเรียนที่เอื้อให้เด็กมีความสะดวกในการบริโภคอาหาร แต่ขาดการควบคุมให้บริโภคอาหารอย่างเหมาะสมตามสัดส่วน ปัจจุบันนี้เด็กมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวน้อยลงกว่าปกติจากการใช้เวลาดูโทรทัศน์และเล่นเกมส์ที่มากเกินไป

จากสถานการณ์ดังกล่าว เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลมหาสารคาม จึงให้มุ่งเน้นแก้ไขปัญหา เด็กเตี้ย เด็กเริ่มอ้วนและอ้วนเป็นการเร่งด่วน โดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ชุมชน ทีมงานสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย ในพื้นที่เข้ามามีบทบาทในการดูแลกลุ่มเด็กวัยเรียนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มวัยเรียนทั้งในโรงเรียนและชุมชน ได้รับการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีการเจริญเติบโตอย่างสมวัยและสามารถ เรียนรู้ได้เต็มศักยภาพ

**3. ผลการดำเนินงาน ( ปี 2558 – 2561 )**

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย  (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| 1 | ร้อยละของเด็กวัยเรียน (6 – 14 ปี) สูงดีสมส่วนเท่ากับ 6**8** | 68 | 67.00  (ไม่ผ่าน) |
| 2 | ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี  - เด็กชาย (เซนติเมตร)  - เด็กหญิง (เซนติเมตร) | 154  155 | 152.30  153.30  (ไม่ผ่าน) |
| ภาวะเตี้ย | 7 | 3.60  (ผ่าน) |
| ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน | 10 | 11.48  (ผ่าน) |
| ภาวะผอม | 7 | 4.30  (ผ่าน) |

**4. การขับเคลื่อน ปี 2561**

จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน เน้นการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ปรับทัศนคติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายเด็กนักเรียนโดยคณะครู นักเรียน ผู้ปกครองและภาคีเครือข่ายทั้งในโรงเรียนและชุมชนต้นแบบ จำนวน 3 โครงการ รวมงบประมาณ 317,750 บาทได้แก่

1. โครงการโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยไร้พุง งบประมาณ 207,050 บาท

2. โครงการโครงการพัฒนางานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ งบประมาณ 65,000 บาท

3. โครงการชุมชนต้นแบบเด็กไทยไร้พุง งบประมาณ 45,700 บาท

5. มาตรการดำเนินงาน

1. ประชุมชี้แจงแนวทางดำเนินงานแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู และภาคีเครือข่าย

2. คัดกรองสุขภาพเด็กนักเรียน เน้นการได้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ เน้นให้ครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกันตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

3. ประชุมคืนข้อมูลแก่คณะครูในแต่ละโรงเรียนโดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบโรงเรียนใน แต่ละพื้นที่และจัดทำแผนแก้ไขปัญหาเด็กนักเรียนโดยการมีส่วนร่วมของคณะครู นักเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่าย

4. จัดกิจกรรมตามแผนงานเน้นการดูแลสุขภาพนักเรียนให้ได้คุณภาพตามเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองและระดับเพชร โดยครูเป็นผู้รับผิดชอบควบคุมกำกับกิจกรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ วัสดุ ถ่ายทอดความรู้ ตรวจสุขภาพ คัดกรอง ให้การรักษา ร่วมกับภาคีเครือข่ายจัดเวที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผล

**6. แผนการดำเนินงาน/มาตรการ**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | มาตรการ/กิจกรรม | ผลการดำเนินงาน |
| --- | --- | --- | --- |
| ตค.60-พค.61(8 เดือน) |
| 1.ร้อยละของเด็กวัยเรียน ( 6-14 ) สูงดีสมส่วน | 6**8**  ผลงาน  66.18 | 1.ประชุมชี้แจงแนวทางดำเนินงานแก่ จนท.สาธารณสุขและประสานชี้แจงครู  2.คัดกรองสุขภาพเด็กนักเรียน 6 - 14 ปี เป้าหมาย 12,283 คน | -  เทอมที่1 ปี /2561  อยู่ระหว่างบันทึกข้อมูล |
| .ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี  - เด็กชาย (เซนติเมตร)  - เด็กหญิง (เซนติเมตร)  ภาวะเตี้ย (ผ่าน)  เด็กทั้งหมด 12,283 คน  เป้าหมาย : มีเด็กเตี้ย ไม่เกิน 7 %  ผลงาน : มีเด็กเตี้ย = 447 คน 3.60 %  ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ( ไม่ผ่าน ) เด็กทั้งหมด 12,283 คน  เป้าหมาย : มีเด็กอ้วน ไม่เกิน 10 %  ผลงาน : มีเด็กอ้วน = 1,411 คน 11.48 %  ภาวะผอม (ผ่าน)  เด็กทั้งหมด 12,283 คน  เป้าหมาย : มีเด็กผอม ไม่เกิน 7 %  ผลงาน : มีเด็กผอม = 532 คน 4.30 % | 154  ผลงาน  152.30  155  ผลงาน  153.30  7  10  7 | 2.คัดกรองชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเด็กนักเรียนเป้าหมาย 12,283 คน  3.จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและออกในโรงเรียนเป้าหมาย 1 แห่ง  -เตรียมวัสดุ อุปกรณ์  -เตรียมทีมวิทยากร คณะทำงานในโรงเรียน  4.ติดตามประเมินผล  5.ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดทำแผนพัฒนา ปี 2561 | -  ยังไม่ดำเนินการ  ยังไม่ดำเนินการ  ยังไม่ดำเนินการ |

**5. นวัตกรรม/Best practice (ปีที่ผ่านมา) ไม่มี  
6. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ**  
 1. ผู้บริหารทุกระดับระดับของฝ่ายมหาดไทย สาธารณสุขและฝ่ายศึกษาธิการ ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด ผอ.เขตพื้นที่การศึกษา (สพท.),ผอ.โรงเรียนทุกแห่ง ,ผอ.รพ.มค. ,ผอ.รพ.สต.ให้ความสำคัญและกำหนดเป็นนโยบายที่ต้องปฏิบัติอย่างจริงจัง และติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความจริงใจร่วมมือกันทำเพื่อสุขภาพของเด็ก

3. โรงเรียนควรจัดสถานที่ให้เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น สนามกีฬาในร่ม สร้างศูนย์ฟิตเน็ทในโรงเรียน

4. มีฐานข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ชื่อถือได้

5. ทีมเครือข่ายมีการสื่อสาร การแบ่งหน้าที่สู่การปฏิบัติที่ชัดเจน มีการกำกับติดตามและประเมินผล

ร่วมกัน

6. การส่งเสริมการออกกำลังกายและจำกัดการบริโภคอาหารในโรงเรียนมีข้อจำกัดด้านเวลาและการ

ติดตาม ควรมีการติดตามต่อในระดับครอบครัว

7. ควรมีมาตรการให้เด็กเตี้ย อ้วน ผอม จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเยียมบ้านและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข

**7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร**  
 1. ควรกำหนดตัวชี้วัดสุขภาพเด็กนักเรียนให้เป็นเกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงศึกษาธิการด้วย

2. กระทรวงศึกษาธิการควรสนับสนุนงบประมาณสร้างอาคารสนามกีฬาในร่มให้โรงเรียนนำร่องตำบลละ 1 แห่ง

3. กระทรวงศึกษาธิการควรกำหนดนโยบายให้ทุกโรงเรียนเต้นขยับกายระหว่างคาบเรียนละ 5 นาที เพื่อเพิ่ม

การเผาผลาญพลังงานและกระตุ้นให้เด็กมีส่วนสูงเพิ่มขึ้น

4. กระทรวงศึกษาธิการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรจัดสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมในโรงเรียนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กอ้วนและสนับสนุนสื่อสาธิตอาหาร เพิ่มงบค่าอาหารเสริมสำหรับเด็ก

เตี้ยเด็กผอม ให้ครบทุกโรงเรียน

ผู้รายงาน นายนิพนธ์ นาสุริวงค์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร. 095 1793684

e-mail:kob14nipon@gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี

ฟันดีไม่มีผุ(cavity free)

**2. สถานการณ์**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย  (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | | |
| ปี2558 | ปี2559 | ปี2560 |
| ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ(cavity free) | 54 | 55 | 59.55 | 80.44 |

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ(cavity free) | 54 | -เพิ่มความครอบคลุมและคุณภาพงานส่งเสริมทันตสุขภาพและเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมเพื่อลดการสูญเสียฟัน | 93.68 |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

* **โรงเรียนปลอดน้ำอัดลมขนมกรุบกรอบและกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ในโรงเรียนต้องได้รับความร่วมมือเชิงนโยบายอย่างจริงจังเช่น โรงเรียนระดับเพชร**

**5. ปัญหาอุปสรรค**

* งบประมาณในการดำเนินงาน(pp) เช่น อบรมครู/ผู้นำนักเรียน การสนับสนุนอุปกรณ์และกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

* ขับเคลื่อนนโยบายร่วมกับสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากำกับติดตามการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในโรงเรียนรวมทั้งพัฒนาโมเดลโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

**-**

ผู้รายงาน ธรรยภรณ์ ตนะสอน

ตำแหน่ง จพ.ทันตสาธารณสุขชำนาญงาน

โทร.091-0611395.

e-mail ..tong33321 @gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

**2. สถานการณ์**

ปัญหาโดยรวมของจังหวัดมหาสารคามจะพบว่าพื้นที่อำเภอเมืองเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีปัญหาทางด้านการตั้งครรภ์วัยรุ่นกล่าวคือข้อมูลสถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นอำเภอเมืองมหาสารคามพบว่าในปี 2556-2558 คิดเป็น 43.70, 40.70 ,30.60 ต่อพันประชากร แม้ว่าขนาดปัญหาดังกล่าวจะยังไม่เกินเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดคือ50/พันประชากร แต่สภาพปัญหายังไม่ได้จำกัดเฉพาะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพียงอย่างเดียว แต่สถานการณ์ปัญหาของการตั้งครรภ์วัยรุ่นในพื้นที่อำเภอเมืองยังเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยรุ่นสามารถพบได้มาก คิดเป็น ร้อยละ 77.43 ,56.82 และ 47.83 โดยกลุ่มที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จะพบได้ในกลุ่มอายุ มากกว่า 20ปี ขึ้นไปและพบในกลุ่มนิสิต นักศึกษาโดยพบว่า กลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่สามารถไปทำแท้งเถื่อนได้ (ข้อมูลจากสถิติผู้มารับบริการ แผนก สวัสดิการสังคมรพ.มหาสารคามปี2557) จากประสบการณ์การดำเนินงานพบว่าสาเหตุของปัญหาดังกล่าวเกิดจาก การที่กลุ่มเป้าหมายยังขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวการเสพสื่อ ค่านิยมวัตถุนิยม การเลียนแบบ ตลอดจน พื้นที่เสี่ยงที่ส่งผลยั่วยุต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยสอดคล้องกับสภาพเป็นจริงในพื้นที่ กล่าวคือ อำเภอเมืองมีจำนวนหอพัก 619แห่ง ร้านอาหารผับบาร์ 6แห่ง โรงแรม 138แห่ง ร้านเกมส์ร้านเน็ท 424แห่ง ร้านคาราโอเกะ 102แห่ง ร้านจำหน่ายสุรา 280แห่งและจากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณืการตั้งครรภ์วัยรุ่นในพื้นที่แยกรายตำบล พบว่าพื้นที่ที่เกิดอุบัติการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นเรียงลำดับจากมากไปน้อยจะพบว่าพื้นที่ที่เกิดอุบัติการณ์มากที่สุดคือตำบลบัวค้อ โคกก่อ ท่าสองคอน ท่าตูมและตำบลเกิ้งโดยคิดเป็น 65.04/35.71/33.59/30.77/29.53 ต่อประชากรหญิง 15-19ปี1,000 คน ตามลำดับด้วยเหตุนี้จึงได้มีการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นขึ้น**แผนการ**

**3. ดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ15-19ปี | ไม่เกิน40/ประชากร1,000คน | -จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ด้านเพศศึกษา  -ประสานการจัดทำหลักสูตรเพศศึกษา | 12.83 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
|  | ไม่เกิน40/ประชากร1,000คน | รอบด้านร่วมกับมหาวิทยาลัยให้กับนักศึกษาเพื่อเป็นแกนนำสอนในโรงเรียน  -ขับเคลื่อนงานโดยคณะกรรมการDHB  -สร้างความรู้ความตระหนักแก่กลุ่มเยาวชนในโรงเรียน/มหาวิทยาลัย  -ถอดบทเรียน |  |
| อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิง 15-19ปี | ไม่เกินร้อยละ10 | การพัฒนาทักษะบุคลากรด้านการฝังเข็มคุมกำเนิดบุคลากรปฐมภูมิ | 18.42 |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

.การตั้งครรภ์ซ้ำ ในกลุ่ม 15-19ปี และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยรุ่น ตลอดจนการตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 15ปี

**5. ปัญหาอุปสรรค**

การจัดการข้อมูล/การใช้ข้อมูลร่วมของภาคีเครือข่าย

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

การใช้พรบ.ป้องกันตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างพร้อมเพรียง

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

**1.การจัดทำหลักสูตรเพศศึกษารอบด้านร่วมกับคณะครุศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฎมหาสารคาม (หลักสูตรวิชาเเลือก) นักศึกษาฝึกสอน เพศศึกษารอบด้านในโรงเรียน**

**2.บริการคลินิกยาฝังคุมกำเนิดเคลื่อนที่ 5โซน พื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม**

**3.สรุปวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอคณะกรรมการความมั่นคงระดับอำเภอ(ผู้บริหารระดับอำเภอ)1ครั้ง/เดือน**

**4.ถอดบทเรียน**

ผู้รายงาน.ฉวีวรรณ เผ่าพันธ์

ตำแหน่ง.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร.081-7688308

e-mail phoaphan\_komalotok@hotmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของเด็กที่มีความฉลาดทางด้านอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ได้รับการพัฒนาและดูแลช่วยเหลืออย่าง

ต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่เด็กไทย เก่ง ดี มีสุข เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 70

**2. สถานการณ์**

ในเด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี ช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ปี 2559 – 2560) จังหวัดมหาสารคาม ได้มีการดำเนินการสำรวจ EQ ของเด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตอำเภอเมือง โดยในเขตอำเภอเมืองได้สุ่มเลือก 2 โรงเรียนและได้สำรวจนักเรียนชั้น ป. 1 คือ โรงเรียนท่าตูมดอนเรือ และโรงเรียนสาธิตราชภัฏมหาสารคาม พบว่า EQ ของเด็กอยู่ในช่วงเฉลี่ย 90

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3 เดือน** | **6 เดือน** | **8 เดือน** |
| 1.ร้อยละของเด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ได้รับการพัฒนาและดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 60 (เพื่อนำไปสู่เด็กไทยมีสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100) | EQ ไม่ต่ำกว่า 100 | 1. ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ทุก รพ.สต. 17 แห่ง และศสม. 4 แห่ง และครูอนามัยโรงเรียนเป้าหมาย 1 แห่ง | / |  |  |
| 2.ครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคัดกรองเบื้องต้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แบบประเมิน Kussi |  | 120คน |  |
| 3.ครูส่งเด็กเข้ารับการคัดกรองยืนยัน ครั้งที่ 2 โดยพยาบาลเฉพาะทางโรงพยาบาลมหาสารคาม |  | 56  คน |  |
| 4.ผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโดยพยาบาลและแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลมหาสารคาม |  | 36  คน |  |
| 5.แพทย์นัดหมายและติดตามเด็กมารับการรักษาและกระตุ้นพัฒนาการตามเกณฑ์ |  |  | 26  คน  (100%) |
|  |  | 6.ขับเคลื่อนจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กศิลา4.0  -แจกยาโฟลิคแอสิคหญิงวัยเจริญพันธุ์นักศึกษาที่วิทยาลัยอาชีวะมหาสารคาม |  |  | 350  คน |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

1 ครูไม่สามารถพาเด็กกลุ่มเสี่ยงมาตรวจพบแพทย์ได้ครบทุกโรงเรียน

2 แพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอให้บริการแก่เด็กนักเรียน

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้ติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง

**5. ปัญหาอุปสรรค**

1 ขาดจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

2 ขาดนักจิตวิทยาคลินิกเด็กและนักแก้ไขการพูด

3 พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมีไม่เพียงพอ (ปัจจุบันมี 2 คน)ในปี2561โรงพยาบาลมหาสารคามได้ส่ง

พยาบาลไปศึกษาต่อเฉพาะทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1คนซึ่งมีแผนส่งพยาบาลไปศึกษาต่อเฉพาะ

ทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นให้ครบทุก รพช.

4. การคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงยังพบน้อย ซึ่งมีแผนลงค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงให้ครบ 100 เปอร์เซ็นต์ในเขต

อำเภอเมือง

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

ขอให้เพิ่มจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวชให้เพียงพอกับกลุ่มผู้รับบริการ

**7.นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นายนิพนธ์ นาสุริวงค์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร. 095 1793684

e-mail:kob14nipon@gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

1. **ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ

1. **สถานการณ์**

สถานการณ์ของภาวะอ้วนในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี 2559-2561 พบว่าประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 7,641 8,554และ7,147 คน คิดเป็นร้อยละ 50.27, 49.14และ45.64 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ 55 ขึ้นไป) ซึ่งบริบทเขตเมืองเป็นพื้นที่ที่ใช้ชีวิตเร่งรีบมีแหล่งบริโภคที่หลากหลาย ประชาชนใส่ใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพน้อย มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง กินตามใจต้องการ ไม่ออกกำลังกาย

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ มีการขับเคลื่อนโดย พชอ. ดังนี้ | | | |
| 1.คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ | ร้อยละ 55 ขึ้นไป | 1.คัดกรองความเสี่ยงภาวะอ้วนในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป บูรณาการร่วมกับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง  2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้มีภาวะอ้วน ภายใต้การขับเคลื่อนของ พชอ.ตามนโยบายเมือง 5 ดี(อาหารดี กำลังกายดี กำลังใจดี สิ่งแวดล้อมดีความรู้ดี)  3.ขยายผลโครงการอาหารปลอดภัยสู่ระดับตำบลเพื่อส่งเสริมการปลูกและบริโภคผักปลอดสารพิษ  4.จัดค่ายแพทย์วิถีธรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอ้วนบูรณาการกับงานบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 8 แห่งคือรพ.สต.โนนแต้ อุปราช ท่าตูม เขวา เชียงเหียน โคกก่อ หนองโน โนนเพ็ก | กลุ่มเป้าหมาย 15,659 คน  BMI ปกติ คน คิดเป็นร้อยละ 45.64 |
| 2. มีแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการติดตามประเมินผลเพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ |  |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

4.1 บริบทสังคมเมืองใช้ชีวิตเร่งรีบ มีแหล่งบริโภคที่หลากหลาย ยังมีอาหารที่ไม่ปลอดภัย

**5. ปัญหาอุปสรรค**

5.1 ข้อมูลการคัดกรองยังไม่ผ่านเกณฑ์

5.2 ประชาชนใส่ใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพน้อย มีพฤติกรรมเนือยนิ่งกินตามใจปาก ไม่ออกกำลังกาย

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

6.1 ควรบูรณาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มร่วมกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ขับเคลื่อนโดย พชจ.และพชอ. เช่น เกษตร ประมง ปศุสัตว์ ประชาสัมพันธ์ หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง**

-ค่ายแพทย์วิถีธรรมให้กับกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและกลุ่มอ้วนของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี 2560 จำนวน 3 แห่ง คือ รพ.สต.โนนแต้ ท่าตูมและเขวา มีผู้เข้าอบรมแห่งละ 100 คน รวม 300 คน

ผู้รายงาน นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 086-6329580

e-mail : wisuda.tee@gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care ) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

**2. สถานการณ์**

ข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี 2559 – 2560 พบจำนวน 19,562 และ 20,414 คิดเป็นร้อยละ12.25 และ 12.75 ของประชากรทั้งหมด พื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม มี 14 ตำบล และมีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จำนวน 15 กองทุน เริ่มมีการดำเนินงานกองทุน Long Term Care (LTC) ในปี 2558 จำนวน 1 ตำบล ปี 2559 จำนวน 2 ตำบล ปี 2560 จำนวน 4 ตำบล และในปี 2561 จำนวน 6 ตำบล มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager)ของปี 2559-2561 จำนวน 40 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ของปี 2559-2561 จำนวน 300คน มีชมรมผู้สูงอายุ 14 ชมรม ครบทุกตำบล และโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 9 แห่ง โดยสรุปมีการดำเนินงานตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care ) ในชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ทุกตำบล คิดเป็นร้อยละ 100

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | | | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ มี 7 องค์ประกอบ ดังนี้ | | | | | |
| 1.มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว | | ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ | -ชี้แจงแนวทางและสนับสนุนแบบคัดกรองADL  -คัดกรองร่วมกับโรคเรื้อรังไตรมาสแรก | | ผู้สูงอายุ21,423คน  คัดกรอง15,909คน  ร้อยละ 74.26  คัดกรองทุกตำบล |
| 2.มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ | | -ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ  -ส่งเสริมให้มีกิจกรรม ร.ร.ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง | | 14 ชมรม ครบทุกตำบล |
| 3.มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager)ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care giver) | | -พัฒนาศักยภาพ CM/CG  - จัดอบรม CG เพิ่มเติม 90 คน | | -CM จากหน่วยงานสาธารณสุขและ อปท. 40 คน  -CG ครบทุกตำบล จำนวน 300 คน |
| 4.มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home health care)จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุข  และทีมสหวิชาชีพ หมอครอบครัว | | -ชี้แจงนโยบายให้งานดูแลต่อเนื่อง หมอครอบครัวทุกแห่ง และทีมสหวิชาชีพ | | หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งมีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ |
| 5.มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล | | -จัดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพครอบคลุมทุกเรื่อง  -คลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่โดยทีมสหวิชาชีพจากรพ. | | ผู้สูงอายุ21,423 คน  คัดกรอง12,596คน ร้อยละ 63.09 สุขภาพฟันปกติ 10,441 คน คัดกรองทุกตำบล |
| 6.มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (care plan) | | - ติดตามนิเทศกองทุน LTC ร่วมกับกองทุนหลักฯ  -พัฒนาการเขียน care plan | | มีกองทุน LTC จำนวน 13 กองทุน |
| 7.มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล | |  | -ทำความเข้าใจการจัดบริการกับทุกกองทุน  -มี CM ของท้องถิ่นทุกแห่ง | | -มีคณะกรรมการกองทุนหลักฯและ/หรือคณะอนุกรรมการ LTCทุกตำบล |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

4.1 การดำเนินงานเพื่อดูแลเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวของกองทุน LTC ต้องมีการทำความเข้าใจกับอปท.เพื่อจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งผู้บริหารอปท.บางแห่งยังไม่เข้าใจจึงขับเคลื่อนนโยบายกองทุน LTC ไม่ได้

**5. ปัญหาอุปสรรค**

5.1 ข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพทั่วไปและความเสี่ยงต่างๆยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีการปรับเพิ่มการบันทึกข้อมูลในเมนู specialPP ในฐาน HosXP จนท.ยังขาดความเข้าใจในระบบการบันทึกแบบใหม่

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

6.1 นโยบายกองทุน LTC ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสปสช.โดยความร่วมมือทั้งจาก อปท. หน่วยงานสาธารณสุข และชุมชน ทำให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรสนับสนุนให้มี นโยบายดังกล่าวต่อไป

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม**

ความสำคัญของปัญหา

กลุ่มประชากรผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาวะเศรษฐกิจและสภาพทางสังคมในระยะยาวได้ เทศบาลเมืองมหาสารคาม ซึ่งเป็นพื้นที่เขตเมือง มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด และเมื่อประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงกลุ่มที่2และกลุ่มที่3 ร้อยละ3.9 จากปัญหาดังกล่าวในการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีระบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมที่บูรณาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงในระดับตำบล เขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม

2.เพื่อศึกษาผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

-กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลมีค่าbathel Index เพิ่มขึ้น

-คุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระดับดี/ดีมาก

-ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

-ระดับความพร้อมครอบครัวในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย

-ระดับความเสี่ยงผู้รับบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

- รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) Kemmis & Mctaggart

-ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานผู้สูงอายุ 4 คน ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลมหาสารคาม 6 คน เจ้าหน้าที่จากเทศบาลเมืองมหาสารคาม 6 คน ผู้สูงสูงอายุกลุ่มที่ 3 จำนวน 57 คน รวม 73 คน

-เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบประเมิน Bathel Index แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินความพร้อมของครอบครัว แบบประเมินระดับความเสี่ยงของผู้รับบริการ

-การเก็บรวบรวมข้อมูลบันทึกการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

-วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ขั้นตอนการวิจัย

1.จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับตำบล

**2.** ค้นหาความต้องการและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงาน/คืนข้อมูล/จัดทำแผน

3. อบรมพัฒนาศักยภาพ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยบริการ (Care Manager)

**4.** อบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน

5. ทำโครงสร้าง และกำหนดผู้รับผิดชอบในหน่วยบริการ

6. กำหนดบทบาทผู้ดูแล

7. ประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่ทีมหมอครอบครัว

8. คัดกรองADLผู้สูงอายุในชุมชน

9. แยกประเภทผู้สูงอายุและคืนข้อมูลให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ

10. Care Conference การประชุมทีมสหวิชาชีพ

11. การวางแผนดูแลช่วยเหลือจัดทำ Care Plan

12. ติดตามนิเทศ

**รูปแบบใหม่ของการดูแลผู้สูงอายุ**

ทีม

มีManager (FCT)รับผิดชอบร่วม

อสม.มีความมั่นใจในการดำเนินงาน สามารถเขียนCare plan วางแผนการดูแลได้/มีท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพในการบริหารจัดการ ทำงานเป็นสหวิชาชีพ บูรณาการ

ระบบบริการ

มีการแยกประเภทผู้รับบริการ

ศึกษาผู้ป่วยรายกรณี

มีการจัดทำ Care Conference ร่วมกับสหวิชาชีพ

จัดทำแผนการดูแล(Care Plan)ร่วมกันระหว่างผู้ดูแล

การติดตามประเมินผลรายกรณี

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (เกิดจากการมีส่วนร่วมของรพ. ชุมชน เทศบาล ภาคประชาชน)

ชุมชน/ผู้รับบริการ

ชุมชนมีส่วนร่วม ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เอื้ออาทร มีความมั่นใจในตัวผู้ให้บริการ เปิดโอกาสให้ผู้บริการเข้าถึงได้มากขึ้น

ผลลัพธ์

1. คุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลในระดับดี/ดีมาก ได้ 98.5% (เกณฑ์ร้อยละ 90 ขึ้นไป)
2. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลมีค่า Bethel Index เพิ่มขึ้น ได้ 45 % (เกณฑ์ร้อยละ 30 ขึ้นไป)
3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในระดับดี/ดีมาก ได้ 97.3 % (เกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป)
4. ระดับความพร้อมของครอบครัวอยู่ในระดับดี ได้ 35 % (เกณฑ์ร้อยละ 30 ขึ้นไป)
5. ระดับความเสี่ยงผู้รับบริการอยู่ในระดับดี ได้ 35 % (เกณฑ์ร้อยละ 30 ขึ้นไป)

ผู้รายงาน นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 086-6329580

e-mail : wisuda.tee@gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของ Healthy Ageing (ด้านสุขภาพ)

**2. สถานการณ์**

ข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี 2559 – 2560 พบจำนวน 19,562 และ 20,414 คิดเป็นร้อยละ12.25 และ 12.75 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2560 จากผลงานการคัดกรองผู้สูงอายุตามการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง จำนวน 9,645 คน คิดเป็นร้อยละ 50.46 เป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 9,270 คน กลุ่มติดบ้าน จำนวน 329 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 46 คน คัดกรองด้าน Geriatric พบผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.44 เสี่ยงต่อโรคเบาหวานร้อยละ 5.48 เสี่ยงต่อโรคหัวใจหลอดเลือดร้อยละ 45.16 สมองเสื่อมร้อยละ 1.48 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ15.95 พลัดตกหกล้มร้อยละ 13.44สุขภาพฟันผิดปกติ ร้อยละ 13.98 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 4.69 เป็นต้น นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2556 – 2557 จาก 77,129 ราย เพิ่มเป็น 96,937 ราย ส่งผลให้ปัญหาผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงยังมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2560 พบว่าผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 441 ราย จาก 80 รายในปี 2556

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| ร้อยละของ Healthy Ageing (ด้านสุขภาพ) มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้ | | | |
| 1.ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ | มีฐานข้อมูลสถานะผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 | -ชี้แจงแนวทางและสนับสนุนแบบคัดกรองADL  -คัดกรองร่วมกับโรคเรื้อรังไตรมาสแรก | ผู้สูงอายุ21,423คน  คัดกรอง15,909 คน ร้อยละ 74.26 |
| 2.ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม | มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม | -ชี้แจงแนวทางและสนับสนุนแบบคัดกรอง MMSE | คัดกรองสมองเสื่อม 12,322 คน พบมีภาวะสมองเสื่อม 188 คน ร้อยละ 1.53 |
| 3.ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม | มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม | -ชี้แจงแนวทางและสนับสนุนแบบคัดกรอง  คัดกรองร่วมกับโรคเรื้อรังไตรมาสแรก | คัดกรองภาวะหกล้ม 12,317 คน พบมีภาวะเสี่ยงหกล้ม 1,086 คน ร้อยละ 8.82 |
| 4.ร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน | เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2560 | -ส่งเสริมให้มีกิจกรรม ร.ร.ผู้สูงอายุ  -พัฒนาศักยภาพ CM/CG  -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ | กลุ่มติดสังคม ปี2561 พบร้อยละ96.57 เพิ่มขึ้น ร้อยละ0.46 จากปี 2560 |
| 5.มีการดำเนินจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ | รพท. 1 แห่ง | -จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่โดยทีมสหวิชาชีพจากรพ. | มีคลินิกผู้สูงอายุโดยทีมสหวิชาชีพให้บริการทุกรพ.สต. |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

4.1 การดำเนินงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวของกองทุน LTC ต้องมีการทำความเข้าใจกับอปท.เพื่อจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของสปสช. ซึ่งผู้บริหาร อปท.บางแห่งยังไม่เข้าใจ และยังไม่สมัครเข้าร่วมนโยบายกองทุน LTC

**5. ปัญหาอุปสรรค**

5.1 การดำเนินจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ยังขาดสถานที่ในการให้บริการที่เป็นช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

5.1 นโยบายกองทุน LTC ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสปสช.โดยความร่วมมือทั้งจาก อปท. หน่วยงานสาธารณสุข และชุมชน ทำให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรสนับสนุนให้มีนโยบายดังกล่าวต่อไป

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

7.1 โครงการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล

จากสภาพปัญหาและสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพเศรษฐกิจ สังคม โดยรวม ซึ่งปัญหาดังกล่าวในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคามก็พบว่ามีปัญหาทางโครงสร้างผู้สูงอายุที่คล้ายกัน กล่าวคืออำเภอเมืองก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ พบว่าจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 11.59 เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมดและพบว่า ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้น้อย ผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุมากกว่า 65ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม คิดเป็นร้อยละ24.49 ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีการเตรียมให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ลดความพิการและภาวะแทรกซ้อนตลอดจนสอดคล้องตามความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ จึงได้จัดทำโครงการนี้ขึ้น ทั้งนี้คาดหวังว่ากลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้านข้อเข่าเสื่อมเสี่ยงต่อภาวะหกล้มและสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว และสามารถลดความพิการในกลุ่มดังกล่าวได้อย่างรวดเร็วทันเวลาส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคม

แนวคิดการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่จึงเป็นแนวคิดหนึ่งในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ตอบสนองแนวนโยบายการป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรให้สอดคล้องกับหลักการดูแลระยะยาว (LTC) ทางเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลจึงได้จัดดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ให้บริการผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม สมองเสื่อม และต้อกระจกที่ได้รับการคัดกรองในพื้นที่ ทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลคัดกรองความเสี่ยงของผู้สูงอายุ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักสุขศึกษา นักวิทยาศาสตร์การกีฬา ออกให้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ทุกวันพฤหัสที่ 2 และ 4 ของเดือน

ผู้รายงาน นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 086-6329580

e-mail : wisuda.tee@gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)

**2. สถานการณ์**

จากการดำเนินงานปี 2560 มีถอดบทเรียนกระบวนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ) เมืองมหาสารคาม จึงได้มีการประชุมวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างต่อเนื่องในปี 2561 โดยมีการคืนข้อมูลที่เป็นปัญหาและสรุปเลือกประเด็นที่จะขับเคลื่อนในปี 2561 ทั้งหมด 6 ประเด็น คือ 1. เด็กเมืองเก่งดีมีสุข 2. อาหารปลอดภัยและเมืองสมุนไพร ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงและเกษตรอินทรีย์ 3. จิตอาสาประชารัฐดูแลกลุ่มเปราะบางทางสังคม 4. เมือง 5 ดีลดโรคเรื้อรัง 5. พิษสุนัขบ้าและ 6.วัณโรค

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| ร้อยละของคณะกรรม  การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)ที่มีคุณภาพ | 50 | 1.มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพชอ.ระดับอำเภอ,ตำบล  2.มีแผนปฏิบัติการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ,ตำบล  3.มีการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการ UCCARE | 1.สำรวจพื้นที่นำร่องการพัฒนาเกษตรอินทร์ในพื้นที่ 8 ตำบล(มีค-พค 61)  2.ประชุมคณะกรรมการพชอ.ครั้งที่ 3 รายงานความก้าวหน้า(พค 61)  3.จัดประชุมคณะอนุกรรมการเชิงประเด็น (เมย-มิย61)  4.ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเปราะบางบูรณาการกับอำเภอยิ้มเดือนละ 1 ครั้ง  5.ขับเคลื่อนกิจกรรมถนนสายบุญดูแลกลุ่มเปราะบางเริ่มที่ตำบลแวงน่าง(29 พค 61) |

แผนงาน/โครงการกิจกรรม ระบุผลงานเชิงปริมาณแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือลดลงเมื่อเทียบกับปี 2560

|  |  |
| --- | --- |
| ปี 2560 | ปี2561 |
| โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ หลังคลอด จนถึงเด็กอายุ11ปี | 1.โครงการ เด็กเมืองเก่งดีมีสุข Mueang Smart Kid 4.0 ภายใต้นโยบายมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus |
|  | 2.โครงการอาหารปลอดภัยและเมืองสมุนไพร ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและเกษตรอินทรีย์และเกษตรอินทรีย์ |
|  | 3.โครงการจิตอาสาประชารัฐดูแลกลุ่มเปราะบางทางสังคม จะไม่ทอดทิ้งกัน |
|  | 4.โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยทีมหมอครอบครัว |
|  | 5. โครงการเตรียมความพร้อมควบคุมป้องกันสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า |
|  | 6. โครงการป้องกันและควบคุมโรควัณโรค |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

การบูรณาการพชอ.กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.การสื่อสาร การสร้างความเข้าใจ และทิศทางการขับเคลื่อน ในแต่ละประเด็น

2.ความเข้าใจ ความร่วมมือ ความต่อเนื่องของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**5. ปัญหาอุปสรรค**

1. ประเด็นเก่งดีมีสุข กลุ่มเป้าหมายมีหลายกลุ่ม ทำให้การประสานงานยุ่งยากและล่าช้า

2. ความไม่ต่อเนื่องในการเข้าร่วมประชุมของคณะอนุกรรมการในแต่ละเชิงประเด็น

3.งบประมาณในการขับเคลื่อนงาน พชอ.ระดับอำเภอไม่เพียงพอ

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

1.ด้วยนโยบายระดับจังหวัดให้ขับเคลื่อนหลายประเด็น เสนอให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน เพื่อการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการในภาพจังหวัด

2.เนื่องจากพชอ.เป็นความร่วมมือของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เสนอให้สสจ.เป็นเจ้าภาพในการทำแผนบูรณาการในภาพของจังหวัด เพื่อให้อำเภอได้ทำงานพชอ.ได้ง่ายขึ้น

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

1.การจัดประชุมสภากาแฟทุกเดือน(แบบไม่เป็นทางการ)เพื่อให้ทุกหน่วยงานในอำเภอได้พบปะสร้างความสัมพันธ์และได้รับฟังการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ

2.มีการจัดตั้งอนุกรรมการเลขาของทุกหน่วยงานเพื่อเป็นคณะทำงานของอำเภอในการประชุมวางแผน การดำเนินงานวาระพชอ.ของอำเภอ

3. บูรณาการติดตามเยี่ยมบ้านดูแลกลุ่มเปราะบาง ร่วมกับงานอำเภอยิ้ม โดยนายอำเภอเมืองฯนำทีมช่วยเหลือดูแลแบบองค์รวม

4. กิจกรรมถนนสายบุญ บริจาคสิ่งของ อาหารแห้ง และเงิน เพื่อช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางในวันสำคัญทางศาสนาของตำบลแวงน่าง

ผู้รายงาน นางพัชรา พรหมอารักษ์

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร081-4702524

e-mail: patpatchara.m@gmail.com

ผู้รายงาน นางลักษณี ยศราวาส

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร089-571-3190

e-mail: uang17@ yahoo.co.th

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฎิบัติการฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์

(SAT) ที่สามารถปฎิบัติงานได้จริง  
**2. สถานการณ์/ตัวชี้วัด(KPIs)/ผลการดำเนินงาน (ตัวชี้วัดระดับประเทศ)**

ปีงบประมาณ 2561 เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม มีการแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฎิบัติการภาวะฉุกเฉินเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม เป็น ICS มีโครงสร้างของศูนย์แยกตามภัยสุขภาพ เช่น อุบัติเหตุจราจร โรคอุบัติใหม่ อุทกภัย และภัยอื่นๆ มีทีม SAT ในภาวะปกติใช้ทีมเดียวกับงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในภาวะฉุกเฉินแต่งตั้งเพิ่มเติมตามโครงสร้างของแต่ละภัย มีการประเมินความเสี่ยงในโรคและภัยที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และจัดทำแผน IAP จำนวน 3 แผน คือ แผนรับอุบัติเหตุหมู่ แผนรับโรคอุบัติใหม่ ( MERS,EBOLA) และแผนรับอัคคีภัย ได้มีการประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุหมู่และกรณีสารเคมีรั่วในโรงงานน้ำแข็ง และร่วมซ้อมแผนกับจังหวัดกรณีเกิดเหตุการณ์สารเคมีรั่วในโรงงานน้ำแข็งทั้งในพื้นที่เกิดเหตุและกรณีส่งคนไข้มารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล ส่วนการซ้อมรับอุบัติเหตุหมู่และรับการระบาดของโรคติดต่อ มีแผนแต่ยังไม่ได้ดำเนินการ

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | มาตรการ | ตค.60-พค.61(8 เดือน) |
| ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฎิบัติการฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฎิบัติงานได้จริง | ร้อยละ 85 | 1.จัดทำโครงสร้าง EOC และทีม SAT  2. จัดทีมปฎิบัติการระดับอำเภอ  3. มีการเฝ้าระวังตรวจจับและประเมินสถานการณ์  4. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ  5. มีการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่และโรคหรือภัยสุขภาพ  6.กรณีเกิดโรคที่เข้าเกณฑ์ภาวะฉุกเฉินมีการ Activate EOC | -มีคณะกรรมการ EOC และทีม SAT  -มีรายงานการเฝ้าระวังทุกเดือน เสนอผู้เกี่ยวข้อง  -ร่วมซ้อมอุบัติภัยสารเคมีรั่วในดรงงานน้ำแข็ง และเตรียมความพร้อมรับอุบัติเหตุหมู่ 2 ครั้ง |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

- การกำหนดระเบียบปฎิบัติและข้อสั่งการระหว่างหน่วยงานไม่ชัดเจน(แผนรับอุบัติภัย ยังไม่ครอบคลุม) และการสื่อสารโครงสร้าง EOCและบทบาทหน้าที่ยังไม่ทั่วถึง

**5. ปัญหาอุปสรรค -**

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย -**

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี) ไม่มี**

ผู้รายงาน นายสุรสิทธิ์ ศรีวิรัตน์

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข

โทร 0 8664 30298

e-mail **sriwi08.sura@gmail.com**

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก

**2. สถานการณ์**

พื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามมีบริบทเฉพาะคือเป็นเมืองแห่งการศึกษา มีสถานศึกษาเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เยาวชนจากทุกภาคของประเทศไทย รวมทั้งมีนักศึกษาต่างประเทศหลายประเทศมาศึกษา และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม และจากข้อมูลการเข้ารับบริการที่ศูนย์บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2559 พบว่า ร้อยละ 85 ของผู้เข้ารับบริการที่เจ็บป่วยด้วยโรคหนองใน และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆเป็นนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา และพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีในนักศึกษากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 10 และผลจากการจัดกิจกรรมค่ายให้ความรู้และทักษะในการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับนักศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและได้ให้บริการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี จำนวน 80 คน ในปีที่ผ่านมาพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 และพบเชื้อซิฟิลิสจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 และในปี 2560 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 16.7 โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงได้เห็นความสำคัญในการที่จะลดการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มประชากรหลักชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จึงได้ดำเนินโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดมหาสารคาม ภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559 สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2559 และดำเนิน โครงการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและเร่งรัดยุติปัญหาเอดส์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2560 โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่ เขต 7 จังหวัดขอนแก่น ภายใต้กองทุนเพื่อบริการผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อดำเนินการกิจกรรมในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงการป้องกันสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มชายขายบริการทางเพศ

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| 1.ร้อยละของกลุ่มประชากรหลัก (MSM )ที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก | 1,686  (100) | RRTTR | 1,301  ร้อยละ 77.16 |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

ทัศนคติผู้เกี่ยวข้องต่อกลุ่มเป้าหมายหลักในหน่วยงานต่างๆ ที่มองต่างมุม (เชิงลบ)

**5. ปัญหาอุปสรรค**

-ระบบบริการยังไม่เอื้อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม

-ระยะเวลาการให้บริการไม่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย

-ทัศนคติเชิงลบ การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มเป้าหมายของผู้เกี่ยวข้อง

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

ควรมีนโยบายในการส่งเสริมทักษะชีวิตและการป้องกันในทุกหน่วยงาน ทุกกระทรวง และเป็นนโยบายที่ชัดเจน มีการดำเนินงานอย่างจริงจัง เพื่อนำสู่การยุติเอดส์ในปี 2573

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง**

-การสร้างเครือข่ายเพื่อการนำกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุกและเข้าถึงบริการการปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ ได้แก่เครือข่ายร้านขายยา ร้านเสริมสวย สถานศึกษา วัด และสถานปฏิบัติธรรม สถานบันเทิง

-กิจกรรมค่ายชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ให้ความรู้และทักษะในการป้องกัน มีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง และให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส ทราบผลภายใน 15 นาที นำผู้มีผลเลือดผิดปกติเข้าสู่การรักษาทันทีหรือในวันรุ่งขึ้นวันทำการ

โครงการที่กำลังดำเนินการ

-ประสบการณ์การดูแลวัยรุ่นมาตั้งแต่ปี 2538 และเปิดศูนย์ให้บริการวัยรุ่นแบบองค์รวม ดูแลทั้งด้านร่างกาย

ด้านจิตใจ และด้านสังคมเศรษฐกิจตั้งแต่ปี 2550 จนแบบรูปแบบที่ดี เป็นแบบอย่างให้กับหน่วยงานอื่นๆมาอย่างต่อเนื่อง และได้มีการขยายงานให้บริการในชุมชน (PCC) เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล วางแผนที่จะทำหลักสูตรการดูแลวัยรุ่นร่วมกับมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จัดทำศูนย์เรียนรู้วัยรุ่น สร้างแกนนำนักศึกษาให้มีความรู้ และทักษะในเรื่องการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น เพื่อที่จะนำไปใช้กับตนเองและนำไปใช้กับเด็กเยาวชนที่อยู่ในความดูแลของแกนนำนักศึกษาเมื่อจบการศึกษาไปประกอบอาชีพ

ผู้รายงาน นางเกศมุกดา ไตรรัตน์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 08 1261 7736

E-mail: ketmook06@hotmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

**2. สถานการณ์/ตัวชี้วัด(KPIs)/ผลการดำเนินงาน (ตัวชี้วัดระดับประเทศ)**

ปีงบประมาณ 2561 เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ได้ดำเนินการตำบลต้นแบบที่ตำบลแก่งเลิงจาน ผลการตรวจอุจจาระคัดกรองในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 1,049 ราย พบพยาธิใบไม้ในตับ 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.19ส่งกลุ่มเป้าหมายมาตรวจอัลตร้าซาวน์ เป้าหมาย 905 ราย ผลการดำเนินการ ร้อยละ 19.3 (175 ราย ข้อมูล ณ วันที่ 19 มิถุนายน61) จัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแส และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่ปลอดภัยในชุมชนและให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ในโรงเรียนประถมศึกษา ยังไม่ได้ดำเนินการ สำหรับตำบลต้นแบบในปี 2559 ตำบลโคกก่อ และ2560 ตำบลตลาด กำลังอยู่ระหว่างดำเนินการเก็บอุจจาระและให้ความรู้ในโรงเรียนประถมศึกษา

3. **แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | มาตรการ | ผลการดำเนินการ |
| ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี | 1 ตำบล/ปี | 1. มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจอุจจาระ  2. มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการทำอัลตร้าซาวน์  3. มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ Isan cohort  4.มีการจัดการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ในตับในโรงเรียน  5.มีการรณรงค์สื่อสารสาธารณและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ  6. มีการจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฎิกูลด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม/ข้อตกลงของชุมชน | - ตรวจอุจจาระกลุ่มเสี่ยง 100% พบ OV ร้อยละ 4.17  - คัดกรองด้วยการทำอัล ตร้าซาวน์ ร้อยละ 19.3(175 ราย) |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

- การประสานงานการดำเนินงานระหว่างหน่วยงาน เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

**6. ปัญหาอุปสรรค**

**7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย -**

**8. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี) ไม่มี**

ผู้รายงาน นายสุรสิทธิ์ ศรีวิรัตน์

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข

โทร 0 8664 30298

e-mail **sriwi08.sura@gmail.com**

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

อัตราการเสียชีวิตของเด็กจมน้ำอายุน้อยกว่า 15 ปี ไม่เกิน 3.90 ต่อแสนประชากร

**2. สถานการณ์/ตัวชี้วัด (KPIs)/ผลการดำเนินงาน (ตัวชี้วัดระดับกระทรวง เขต)**

สถานการณ์การจมน้ำในเขตอำเภอเมืองมหาสารคามตั้งแต่ปี 2557 - 2559 พบว่าอัตราตายจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เท่ากับ 0 , 4.79 และ5.06 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ในปี 2560 (มกราคม–ธันวาคม) ไม่เด็กจมน้ำเสียชีวิต การดำเนินงานควบคุมป้องกันเด็กจมน้ำ ในปี 2559 ได้จัดทำโครงการ สร้างความรู้ เพิ่มพูนทักษะ ขจัดปัญหาการจมน้ำ” อำเภอเมืองมหาสารคาม ดำเนินการในพื้นที่ตำบลโคกก่อและ ตำบลหนองโน ในปี 2561 จะดำเนินการในพื้นที่ตำบลบัวค้อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อขอการรับรองผลการดำเนินงานในระดับทองแดง

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย(ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | | | |
| 2557 | 2558 | 2559 | 2560 |
| 1 | อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี | ไม่เกิน 3.9 ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีแสนคน(1 ราย) | 0 | 4.79  (1) | 5.06  (1) | 0 |

**3. การขับเคลื่อน ปี 2561**

มีแผนดำเนินการมีการอบรมผู้ก่อการดีและอบรมให้ความรู้แก่นักเรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด, CPR, การให้สุขศึกษาในโรงเรียน ชุมชนและ รพ.สต.บัวค้อ,ติดป้ายเตือนบ่อน้ำเสี่ยง จำนวน8แห่งในพื้นที่ตำบลบัวค้อ

**4. ผลการดำเนินงาน/มาตรการ**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | มาตรการ | ผลการดำเนินงาน |
| --- | --- | --- | --- |
| ตค.60-พค.61(8 เดือน) |
| อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี | ไม่เกิน 3.9 ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีแสนคน  (1 ราย) | 1.ประชุมคณะทำงานระดับตำบลบัวค้อ | 1ครั้ง |
| 2.สำรวจแหล่งน้ำเสี่ยงในพื้นที่เป้าหมาย | 8 แห่ง |
| 3.อบรมเชิงปฏิบัติการทักษะการช่วยชีวิตเด็กจมน้ำ | 1ครั้ง/110คน |
| 4.จัดตั้งทีมผู้ก่อการดี 2 ทีม | 1ทีม |
| 5.อบรมทีมวิทยากร รพ.สต. อำเภอเมือง 2 ทีม | 1 ทีม |
| 6.ให้ความรู้และจัดการสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็ก | 2 ศูนย์ |
| 7.จำนวนเด็กจมน้ำเสียชีวิตในพื้นที่อำเภอเมือง | เสียชีวิต 1 คน  /อัตราตาย 5.43 ต่อแสน ปชก. |
| 8.สรุปผลการดำเนินงาน/ติดตามประเมินผล ระดับทองแดง | 1เล่ม/1ตำบล |

**5. นวัตกรรม/Best practice (ปีที่ผ่านมา) -ไม่มี-**

**6. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ**

1. บุคลากรติดภาระงานเร่งด่วนจึงยังไม่ได้รับการอบรมเป็นวิทยากร

2. บ่อน้ำในชุมชนไม่เหมาะต่อการฝึกอบรมทักษะการช่วยชีวิต เช่นน้ำลึก น้ำขุ่น มีเศษขยะอันตรายมองไม่เห็นหากเด็กจมน้ำ

3. ผู้ปกครองเด็กบางส่วนไม่อนุญาตให้เด็กเข้ารับการอบรมเนื่องจากกังวลใจความเสี่ยงต่อชีวิตจากการเดินทางและขณะฝึกอบรม  
**7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร**  
 1. ผลักดันเป็นนโยบาย ให้เป็นหลักสูตรการเรียนการสอนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดในโรงเรียน

2. ควรมีสระหรือสระว่ายน้ำเคลื่อนที่เพื่อการฝึกปฏิบัติที่โรงเรียนต่อเนื่อง

ผู้รายงาน นายนิพนธ์ นาสุริวงค์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร. 095 1793684

e-mail : kob14nipon@gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน  
**2. สถานการณ์/ตัวชี้วัด (KPIs)/ผลการดำเนินงาน (ตัวชี้วัดระดับกระทรวง เขต)**

อัตราการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคามในปี 57 คิดเป็น 1147.9/แสนประชากร ปี58 คิดเป็น1524.11/แสนประชากร และในปี 2559คิดเป็น1077.77/แสนประชากร นอกจากนี้พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากจราจรอำเภอเมือง เพิ่มจาก 16.70/ประชากรแสนคน ในปี2557 เป็น 21.38/ประชากรแสนคนในปี2558 ซึ่งพบว่ามากกว่าเกณฑ์มาตรฐานระดับประเทศกำหนด(16/ประชากรแสนคน)เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพและเป็นประเด็นความท้าทายในการดำเนินงาน จึงปรับเป้าหมายการดำเนินงานเป็น อัตราการเกิดอุบัติเหตุลดลงร้อยละ10 ปี 2558 พบว่าการดำเนินงายังไม่บรรลุตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้เกิดจาก 1.การไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร(ขาดความตระหนัก)2.กลุ่มเป้าหมายการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กเยาวชน(อายุ11-20ปี)3.ช่วงเวลาที่เกิดเหตุอยู่ในช่วง 12.00-17.59 น. 4.พาหนะที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์ โดยสาเหตุแห่งปัญหาดังกล่าวสอดคล้องซึ่งกันและกัน

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย(ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | | | |
| 2558 | 2559 | 2560 | 2561  ตค.60-พค.61  (8 เดือน) |
| 1 | อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน | ไม่เกิน 16ต่อประชากรแสนคน | 21.38 | 17.37 | 17.97  เสียชีวิต 20 ราย / ประชากร111,284 คน | รอข้อมูล |

**3. การขับเคลื่อน ปี 2561**

1. ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ทุก รพ.สต. และคณะกรรมการลดอุบัติเหตุและเสียชีวิตระดับอำเภอ,ตำบล

2. จัดอบรมทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุ การฟื้นคืนชีพและการแจ้งเหตุแก่ทีมในพื้นที่เป้าหมาย 6 ตำบล

3. จัดตั้งทีมลดอุบัติเหตุบนท้องถนน เป้าหมาย 6 ตำบล

4. จัดทำแผนสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานจากเครือข่ายทุกภาคส่วน

5. กิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนและเด็กนักเรียน

6. กิจกรรมด่านชุมชนในช่วงเทศกาล งานประเพณีต่างๆ

7. การสอบสวนอุบติเหตุในชุมชน

**4. ผลการดำเนินงาน/มาตรการ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | มาตรการ | ผลการดำเนินงาน | | | |
| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
| อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน | ไม่เกิน18ต่อประชากรแสนคน | ตามแผนขับเคลื่อน ข้อ 1 - 7 | -มีแผนRTI  -มีแผนปฏิบัติการ  -นำเสนอข้อมูลระดับอำเภอ/ตำบล | อบรมทักษะครู ก.แกนนำเด็กเยาวชนในพื้นที่/จัดทำหลักสูตรการอบรม/ดำเนินงานด่านชุมชน/ดำเนินงานอำเภอDHS | มีระบบการรายงานและสังเคราะห์ข้อมูล/ดำเนินงานDHsผ่านระดับดี | มีการนำเสนอจุดเสี่ยง/อำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอDHS-RTIระดับดี |
| อัตราการเกิดอุบัติเหตุ |  |

**5. นวัตกรรม/Best practice (ปีที่ผ่านมา)**

โครงการเสริมสร้างความร่วมมือด้านการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ของภาคีเครือข่ายสู่การขับเคลื่อนระดับชุมชน

**6. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ**  
 1. ขาดการสอบสวนโรคร่วมกันในรูปคณะกรรมการระดับอำเภอ เนื่องจากมีภาระงานมากและไม่แผน ไม่มีข้อตกลงร่วมกันที่ชัดเจน

2.ความตระหนักรู้ของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุ /การไม่บังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง/ฐานข้อมูลที่แตกต่างกันระหว่างหน่วยงาน

**7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร**

ผู้รายงาน นายนิพนธ์ นาสุริวงค์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร. 095 1793684

e-mail:kob14nipon@gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40 และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

≥ร้อยละ 10

1) การคัดกรองโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเป้าหมาย

2) สื่อสารสาธารณะ การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง

**2. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม**

จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้คู่มือและแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านคณะกรรมการ NCD Board ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และ system manager ระดับอำเภอ

ผลการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ภาพรวมของจังหวัด พ.ศ. 2559–2561 เท่ากับ 83.38, 89.54, 94.50 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน พ.ศ. 2559–2561 เท่ากับ2.81 **,** 2.88,2.06 ตามลำดับ (แหล่งที่มา:ฐานข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม วันที่ 16 มิ.ย. 2561) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย อีกทั้งวิถีชีวิตที่ไม่เพียงพอและขาดสมดุล สภาพแวดล้อมที่ ไม่ปลอดภัย ขาดการใส่ใจดูแลควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด สูบบุหรี่ และดื่มสุรา เพื่อลดปัญหาดังกล่าว จึงจัดระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ให้ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนระยะเกิดโรค ระยะป่วย และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ เพื่อลดปัญหาที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต และลดภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ

**2.1 ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี**

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่องอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.4 และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน≥ร้อยละ 10 ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2559-2561

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ** | **เกณฑ์** | **ผลการดำเนินงาน** | | | | | |
| **2559** | | **2560** | | **ตค.60-พค.61**  **(8 เดือน)** | |
| **จำนวน** | **อัตรา** | **จำนวน** | **อัตรา** | **จำนวน** | **อัตรา** |
| 1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.4 และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน≥ร้อยละ 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน | <ร้อยละ 2.4 | 654  (n=23,305) | 2.81 | 532  (n=18,496) | 2.88 | 286  (n=13,884) | 2.06 |
| 1.2 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน | ≥ร้อยละ 10 | - | - | - | - | 7,673  (n=16,574) | 46.3 |

จากตาราง พบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับร้อยละ 2.81, 2.88, 2.06 (ข้อมูล 8 เดือน) ตามลำดับ แต่เมื่อเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายการดำเนินงานยังถือว่า “ผ่านเกณฑ์” และผลการคัดกรองโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป พบกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (FBS 100-125 mg%) มีแนวโน้มลดลง

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เรื่องอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน≥ร้อยละ 10 ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2561 เท่ากับ 46.3 เมื่อเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายการดำเนินงานแล้วถือว่า “ผ่านเกณฑ์”

(ที่มา : ฐานข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม ณ วันที่ 16 มิ.ย.2561)

**2.2 ข้อมูลสถานการณ์แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2559-2561**

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เรื่องอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

ไม่เกินร้อยละ 2.4 แยกรายอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2559-2561

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **อำเภอ** | **2559** | | **2560** | | **2561**  **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** | |
| **เป้าหมาย** | **ผลงาน** | **เป้าหมาย** | **ผลงาน** | **เป้าหมาย** | **ผลงาน** |
| 1 | เมือง | 4,342 | 104(2.4) | 3,450 | 85(2.46) | 2,078 | 52(2.5) |
| 2 | แกดำ | 949 | 32(3.37) | 833 | 30(3.6) | 776 | 12(1.55) |
| 3 | โกสุมพิสัย | 2,695 | 86(3.19) | 2,276 | 64(2.81) | 1,677 | 34(2.03) |
| 4 | กันทรวิชัย | 2,002 | 58(2.9) | 1,651 | 47(2.85) | 1,058 | 17(1.61) |
| 5 | เชียงยืน | 2,021 | 55(2.72) | 1,608 | 34(2.11) | 1,441 | 38(2.64) |
| 6 | บรบือ | 2,011 | 56(2.78) | 1,913 | 76(3.97) | 786 | 18(2.29) |
| 7 | นาเชือก | 1,487 | 40(2.69) | 820 | 22(2.68) | 855 | 8(0.94) |
| 8 | พยัคฆภูมิพิสัย | 1,882 | 53(2.82) | 1,406 | 36(2.56) | 1,279 | 32(2.5) |
| 9 | วาปีปทุม | 2,049 | 60(2.93) | 1,459 | 38(2.6) | 1,511 | 28(1.85) |
| 10 | นาดูน | 1,308 | 33(2.52) | 1,101 | 26(2.36) | 951 | 20(2.1) |
| 11 | ยางสีสุราช | 1,326 | 45(3.39) | 935 | 26(2.78) | 754 | 15(1.99) |
| 12 | กุดรัง | 681 | 22(3.23) | 615 | 35(5.69) | 477 | 7(1.47) |
| 13 | ชื่นชม | 552 | 10(1.81) | 429 | 13(3.03) | 241 | 5(2.07) |
|  | **รวมจังหวัด** | **23,305** | **654(2.81)** | **18,496** | **532(2.88)** | **13,884** | **286(2.06)** |

จากตารางเมื่อแยกข้อมูลรายอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยรายใหม่เบาหวานจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มากกว่าร้อยละ 2.4 จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเชียงยืน อำเภอเมือง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย เท่ากับร้อยละ 2.64, 2.5, 2.5 ตามลำดับ ซึ่งถือว่า “ไม่ผ่านเกณฑ์”

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เรื่องอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน≥ร้อยละ 10 แยกรายอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2561

| **ที่** | **อำเภอ** | **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เป้าหมาย** | **ผลงาน** | **ร้อยละ** |
| 1 | เมือง | 1,359 | 1,357 | 26.28 |
| 2 | แกดำ | 303 | 300 | 36.64 |
| 3 | โกสุมพิสัย | 1,355 | 1,219 | 99.01 |
| 4 | กันทรวิชัย | 363 | 292 | 29.56 |
| 5 | เชียงยืน | 760 | 535 | 19.49 |
| 6 | บรบือ | 1,040 | 690 | 80.44 |
| 7 | นาเชือก | 777 | 463 | 36.72 |
| 8 | พยัคฆภูมิพิสัย | 847 | 311 | 99.85 |
| 9 | วาปีปทุม | 614 | 225 | 29.73 |
| 10 | นาดูน | 639 | 190 | 66.35 |
| 11 | ยางสีสุราช | 1,218 | 360 | 89.96 |
| 12 | กุดรัง | 4,539 | 1,193 | 59.59 |
| 13 | ชื่นชม | 2,760 | 538 | 70.39 |
|  | **รวมจังหวัด** | **16,574** | **7,673** | **46.3** |

จากตาราง พบว่า อำเภอที่มีอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน น้อยที่สุด 3 ลำดับแรก คือ อำเภอเชียงยืน อำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย เท่ากับร้อยละ 19.49, 26.28, 29.56 ทั้งนี้การดำเนินงานวัดความดันโลหิตสูงที่บ้านถือว่า “ผ่านเกณฑ์”ทุกอำเภอ

**2.3 ข้อมูลผลการดำเนินงานแยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2561 รอบ 8 เดือน(1 ตุลาคม 2560-31 พฤษภาคม 2561)**

จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2561 ดังนี้

1.โครงการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน NCD ในหน่วยบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

1.1 กิจกรรมอบรมให้ความรู้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มเป้าหมายคือพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 200 คน ในวันที่ 2-4 พฤษภาคม 2561 ณ โรงแรมวสุ อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

1.2 กิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายคือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ดูแลระบบฐานข้อมูล หรือผู้บันทึกข้อมูล จำนวน 200 คน ในวันที่ 29 มีนาคม 2561 ณ โรงแรมวสุ จังหวัดมหาสารคาม

1.3 กิจกรรมพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม อยู่ระหว่างดำเนินการ

2.โครงการการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus บูรณาการ CKD Clinic คุณภาพ ในหน่วยบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

2.1ประชุมชี้แจงเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus บูรณาการ CKD Clinic คุณภาพ กลุ่มเป้าหมายคือผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 50 คน วันที่ 22 ธันวาคม 2561 ณ ห้องประชุมเพทาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

2.2ออกกำกับ ติดตาม นิเทศ ประเมินผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus บูรณาการ CKD Clinic คุณภาพ กลุ่มเป้าหมายคือเครือข่ายบริการสุขภาพทุกอำเภอ โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมติดตาม นิเทศ ประเมินผลการดำเนินงาน NCDระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม – 29 มิถุนายน 2561

2.3ประชุมสรุปผลการประเมิน NCD Clinic Plus บูรณาการ CKD Clinic คุณภาพ อยู่ระหว่างดำเนินการ

เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด/เรื่องอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.4 และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน≥ร้อยละ 10 ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2561 รอบ 8 เดือน (1 ตุลาคม 2560-31 พฤษภาคม 2561) ของจังหวัดมหาสารคาม แยกรายอำเภอ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก**  **Pre-DM** | | | **อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน** | | |
| **ที่** | **อำเภอ** | **เป้าหมาย** | **ผลงาน** | **ร้อยละ** | **เป้าหมาย** | **ผลงาน** | **ร้อยละ** |
| 1 | เมือง | 2,078 | 52 | 2.5 | 1,359 | 1,357 | 26.28 |
| 2 | แกดำ | 776 | 12 | 1.55 | 303 | 300 | 36.64 |
| 3 | โกสุมพิสัย | 1,677 | 34 | 2.03 | 1,355 | 1,219 | 99.01 |
| 4 | กันทรวิชัย | 1,058 | 17 | 1.61 | 363 | 292 | 29.56 |
| 5 | เชียงยืน | 1,441 | 38 | 2.64 | 760 | 535 | 19.49 |
| 6 | บรบือ | 786 | 18 | 2.29 | 1,040 | 690 | 80.44 |
| 7 | นาเชือก | 855 | 8 | 0.94 | 777 | 463 | 36.72 |
| 8 | พยัคฆภูมิพิสัย | 1,279 | 32 | 2.5 | 847 | 311 | 99.85 |
| 9 | วาปีปทุม | 1,511 | 28 | 1.85 | 614 | 225 | 29.73 |
| 10 | นาดูน | 951 | 20 | 2.1 | 639 | 190 | 66.35 |
| 11 | ยางสีสุราช | 754 | 15 | 1.99 | 1,218 | 360 | 89.96 |
| 12 | กุดรัง | 477 | 7 | 1.47 | 4,539 | 1,193 | 59.59 |
| 13 | ชื่นชม | 241 | 5 | 2.07 | 2,760 | 538 | 70.39 |
|  | **รวม** | **13,884** | **286** | **2.06** | **16,574** | **7,673** | **46.3** |

จากตาราง พบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยรายใหม่เบาหวานจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เกินค่าเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 2.4 จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเชียงยืน อำเภอเมือง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย เท่ากับร้อยละ 2.64, 2.5, 2.5 ตามลำดับ ซึ่งถือว่า “ไม่ผ่านเกณฑ์”

จากปัญหาดังกล่าว มีแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังนี้

1. สืบค้น วิเคราะห์ข้อมูลว่าผู้ป่วยเป็นเบาหวานรายใหม่จริงหรือไม่ โดยเพิ่มกระบวนการสอบถามและสัมภาษณ์ ว่าเป็นรายใหม่จริง ไม่เคยรับการรักษาจากที่อื่น

2. ลง Intervention ในประชาชนทั่วไป และประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเพิ่มความเข้มข้นขึ้นในการใช้หลัก 3 อ. 2 ส. เข้ามาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. ให้ความรู้กับผู้บันทึกข้อมูล HoS-XP เรื่องการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ให้ถูกต้อง โดยต้องตรวจสอบการวินิจฉัยทุกราย

**3. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่องอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.4 และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน≥ร้อยละ 10**

3.1 การวิเคราะห์การดำเนินงาน ตัวชี้วัด/เรื่องอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.4 และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน≥ร้อยละ 10

| **หัวข้อ** | **สิ่งที่ดำเนินการในปี 2561** | **ปัญหาและอุปสรรคที่พบ** |
| --- | --- | --- |
| 1. Structure | - แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Board) ระดับจังหวัด อำเภอ และคณะกรรมการ Service plan | - |
| 2. Information | -มีระบบรายงานมาตรฐานกลาง 43 แฟ้ม (HDC)-โปรแกรม HOSxP, HOSxP-PCU และโปรแกรม รพ.มค.  -จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดมหาสารคาม | -การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ ยังไม่ถูกต้อง  -ทะเบียนแฟ้ม chronic ยังไม่ถูกบันทึก  -การลงบันทึกข้อมูลผลแลปไม่ถูกต้อง  -ผู้ป่วยไม่ป่วยจริง ถูกนำไปขึ้นทะเบียน |
| 3. Intervention/  Innovation | -มีการประเมิน NCD Clinic Plus (ปี 60 ประเมิน 13 แห่ง ผ่าน 70%= 7 แห่ง ขาดสุทธาเวช) ปี 61 อยู่ระหว่างดำเนินการประเมิน  -กรอบอัตรากำลัง (SM=7คน, CM=17 คน,ขาด รพ.ชื่นชม,รพ.กุดรัง และพยาบาลเวชปฏิบัติครบทุก รพ.สต., ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองและเทศบาล รวม180 แห่ง) | -Nurse case manager ยังไม่ครบทุกโรงพยาบาล  - Nurse case manager มีหลายภารกิจ |
| 4. Integrate | -ขับเคลื่อนผ่าน พชอ., NCD Broad, DHS, System manager ระดับจังหวัดและอำเภอ  -ปี2559-2560 โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส.1ฟ. มุ่งสู่ชุมชนรักษ์ไตฯ งบ PPA เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น  ปี2561  -โครงการชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรค งบจาก สคร. 7 ขอนแก่น  -โครงการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน NCD ในหน่วยบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561  -โครงการการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus บูรณาการ CKD Clinic คุณภาพ ในหน่วยบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561 | -ช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมค่อนข้างน้อย เนื่องจากติดปัญหาด้านงบประมาณ และช่วงเวลาดำเนินงานตรงกับกิจกรรมอื่นๆ ด้วย |
| 5. Monitoring/ Evaluation | -ประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด เตรียมจัดทำแผนการดำเนินงานปี 2561 ในวันที่17ส.ค.2560 ชี้แจงเกณฑ์และการดำเนินงานชุมชนลดเลี่ยงลดโรค 22 ธ.ค.2560  -ประชุมคณะกรรมการติดตามข้อมูลระดับจังหวัด เดือนละ 1 ครั้ง  -นิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานNCD Clinic Plus บูรณาการร่วมกับ CKD คุณภาพระดับพื้นที่ ระหว่างวันที่ 28พ.ค.-29 มิ.ย.2561 | -การออกติดตาม นิเทศ ประเมิน ต้องใช้ทีมสหวิชาชีพ ทำให้มีปัญหาเรื่องวัน เวลาในการออกติดตาม นิเทศ ประเมิน |

3.2 การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project manager/Project Team) ของปี 2561

1. จัดทำ Road map การดำเนินงาน NCD ปี 2561

2. อบรมให้ความรู้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดมหาสารคาม

4. พัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม 5. ติดตาม กำกับ นิเทศ ประเมินผลการดำเนินงานคุณภาพ NCD Clinic Plus

2.4 ปัจจัยความสำเร็จ (Key success factors) ของการดำเนินงานปี 2561

1. เป็นนโยบายระดับประเทศ เขต และจังหวัดในการขับเคลื่อนงาน

2. มีการติดตามในประเด็นการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

3. ผู้บริหารให้การสนับสนุนและเห็นความสำคัญ

4. ผู้ปฏิบัติมีความตั้งใจและมีความรู้ในการทำงาน

5. บุคลากรได้รับการอบรมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

6. มีแผนการนิเทศ กำกับ ติดตาม

7. มีงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ

8. มีกำหนดคณะกรรมการและผู้รับชอบที่ชัดเจนทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ

9. ระบบอำเภอมีความเข้มแข็งชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ ของตัวชี้วัด/เรื่องอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.4 และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน≥ร้อยละ 10**

4.1 ประสิทธิภาพการจัดระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและเบาหวานในระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทและปัจจัยความสำเร็จที่แตกต่าง

4.2 Key Success คือ ทีมดำเนินงานในทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะรูปแบบการควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศ และประเมินผล การดำเนินงาน ปี 2560 ที่ผ่านมาได้บูรณาการและรวบรวม Key success person ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ร่วมกับโรงพยาบาลมหาสารคาม และตัวแทนจากโรงพยาบาลทุกแห่ง ออกดำเนินการและบูรณาการร่วมกับการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. 1ฟ. ที่เป็นโครงการระยะยาว ตั้งแต่ปี 2557 ถึงปัจจุบัน (เช้า ออกประเมิน NCD Clinic Plus และบ่ายออกติดตาม ประเมินผล โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. 1ฟ. พัฒนาสู่ชุมชนรักษ์ไตฯ) ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น

4.3 การติดตามประเมินผลโครงการภาพรวม พบยังมีปัญหาไม่ได้ดำเนินการให้เป็นรูปธรรมผลลัพธ์จึงไม่ชัดเจน

4.4 เนื่องจากงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินการกิจกรรมครั้งนี้ได้รับล่าช้า ส่งผลให้กระบวนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ไม่เป็นไปตามกำหนด

**5. การแก้ไขปัญหาอุปสรรคจากการตรวจราชการ รอบที่ 1/2561**

การแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ของจังหวัดมหาสารคาม ตามที่ส่วนกลางได้ให้ข้อเสนอแนะ ของตัวชี้วัด/เรื่องอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.4 และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน≥ร้อยละ 10 ปี 2561 จากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1/2561

| **ข้อเสนอแนะจากทีมตรวจราชการ รอบที่ 1/2561** | **การดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค**  **ของจังหวัดมหาสารคาม** |
| --- | --- |
| 1.การขับเคลื่อน NCD Clinic Plus โดยภาคีในและนอกโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ (ปกติ เสี่ยง ป่วย) | - จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการขับเคลื่อนงาน NCD Clinic Plus บูรณาการร่วมกับตำบลสุขภาพดี, DHS และ พชอ. มุ่งสู่ชุมชนรักษ์ไต ใส่ใจเบาหวานฯ  - จัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกับผู้บริหารหน่วยงานที่อยู่ในการควบคุมกับ ประกอบด้วย รอง นพ.สสจ., ผอ.รพท.,รพช. รวม 13 แห่ง, สสอ. 13 อำเภอ, หัวหน้ากลุ่มงานใน สสจ. 13 กลุ่มงาน เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2560  - ดำเนินการตามโครงการการสร้างชุมชนต้นแบบ “ลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” บูรณาการกับชุมชนรักษ์ไตผ่าน ตำบลจัดการสุขภาพ จำนวน 13 อำเภอๆ ละ 1 ชุมชน โดยได้รับงบประมาณจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น มีช่วงระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่ มีนาคม 2560 – กันยายน 2561 โดยอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามมีขั้นตอน ดังนี้  1. จัดทำโครงการย่อยของแต่ละอำเภอ เพื่อให้สอดคล้องกับโครงการการสร้างชุมชนต้นแบบ “ลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” บูรณาการกับชุมชนรักษ์ไตผ่าน ตำบลจัดการสุขภาพ จำนวน 13 โครงการ  2. จัดตั้งคณะทำงาน  3. ค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCD CKD ในชุมชน  4. วิเคราะห์ปัญหาระดับความสำคัญของปัญหา  5. วางแผนการจัดการความเสี่ยงและปัญหา NCD ของชุมชน โดยชุมชน  6. อยู่ระหว่างการดำเนินการตามแผน  -พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Mini Nurse Case Manager DM HT) เมื่อวันที่ 2-4 พฤษภาคม 2561  -ประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2561 |
| 2.พัฒนาระบบการคัดกรองที่บ้าน และขอสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องวัดความดัน จากอปท. | - จัดประชุมชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานการคัดกรองและการบันทึกวข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring : HBPM) เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2560 และ วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2561  - ชี้แจงผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CM Manager DM HT) ทุกอำเภอประสานขอสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องวัดความดันจาก อปท. |
| 3.ติดตามการใช้และตรวจสอบระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล | - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัด เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2561 และบูรณาการร่วมกับผู้รับผิดชอบระบบข้อมูล HDC ระดับจังหวัดในกิจกรรมกำกับ ติดตาม และตรวจสอบการใช้งานระบบ Data Exchange ในหน่วยบริการสาธารณสุข |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย**

1.จัดหลักสูตรอบรม Nurse Case Manager DM HT ให้ครบทุกพื้นที่

2. จัดอบรมชี้แจงแนวทางการบันทึกข้อมูล HoS-XP ตามตัวชี้วัดทุกตัว

**7. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (อาจค้นพบที่ระดับจังหวัด อำเภอหรือตำบล โดยให้ระบุเรื่องและพื้นที่ดำเนินการหรือหน่วยงานที่ดำเนินการ)

รูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วย 3 อ. 2 ส. 1 ฟ. โดยเริ่มดำเนินการดังนี้

ปี 2557 พัฒนาชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. 1 ฟ. พื้นที่เป้าหมาย 1 หมู่บ้าน/อำเภอ จำนวน 15 หมู่บ้าน

ปี 2558 เพิ่มศักยภาพพื้นที่เดิมบูรณาการ สร้างเครือข่ายเข้าสู่ระบบ DHS ทุกอำเภอให้ครอบคลุม และคลินิก NCD/CKD เป็นชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับอำเภอ

ปี 2559 เพิ่มศักยภาพพื้นที่เดิม บูรณาการผ่าน DHS และ service plan NCD/CKD เป็นชุมชนรักษ์ไต ใส่ใจเบาหวานความดันฯ มุ่งสู่การลดโรคหลอดเลือดขยายขอบเขตเป็น 1 รพ.สต./อำเภอ(พื้นที่หมู่บ้านนำร่องเดิม) และสร้างเครือข่ายเข้าสู่ระบบ DHS ทุกอำเภอให้ครอบคลุมเป็นชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับอำเภอภายใต้สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

ปี 2560ขยายพื้นที่ ร่วมกับ service plan NCD/ CKD ขยายพื้นที่นำร่อง (ขอบเขตเป็น พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.) เป็น 16 แห่ง บูรณาการ ร่วมกับ ตำบลสุขภาพดี และ สร้างเครือข่ายเข้าสู่ระบบ DHS ทุกอำเภอให้ครอบคลุมมุ่งสู่ชมรมรักษ์ไตใส่ใจเบาหวาน ความดันฯ ระดับอำเภอ(Model มีการ

บูรณาการร่วมกับทีม Service plan CKD)

ปี 2561 ขยายพื้นที่ ร่วมกับ service plan NCD/CKD ขยายพื้นที่นำร่อง (ขอบเขตเป็น พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.) เป็น 40 แห่ง บูรณาการร่วมกับ ตำบลสุขภาพดี และ สร้างเครือข่ายเข้าสู่ระบบ DHS ทุกอำเภอให้ครอบคลุมมุ่งสู่ชมรมรักษ์ ไตใส่ใจเบาหวานความดันฯระดับอำเภอ ให้ชัดเจนขึ้น

**7. ภาพกิจกรรม**

**กิจกรรมอบรมให้ความรู้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

**(เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

**ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus บูรณาการ CKD Clinic คุณภาพ**

**ในหน่วยบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

****

**ผู้รับผิดชอบ :** แพทย์หญิงจิราพร พิลัยกุล

E-mail : j\_pilaikul@yahoo.com

**ผู้จัดเก็บ :** พว.พูนทรัพย์ สมกล้า

โทร 081-8727707

E-mail : n\_aae9@hotmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ตัวชี้วัดที่ 20: ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย (ร้อยละ 75)

**2. สถานการณ์**

โรงคัดและบรรจุผักและผลไม้ในพื้นที่ อ.เมือง ไม่มี และที่ผลิตนม รร. มี 1 แห่ง

1. **แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| อาหารสด | | | |
| ผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช | 60 | 1. ตรวจประเมินและพัฒนาความพร้อมสถานที่ผลิตและสุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด  (สสจ.แจ้งว่าโรงคัดและบรรจุของ อ.เมืองไม่เข้าเกณฑ์จึงรายงานผลการตรวจสอบเฝ้าระวังสารปนเปื้อนอาหารสดและอาหารแปรรูปแทน) | 89.28 |
| สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ได้รับการพัฒนาผ่านเกณฑ์ | 50 | 1. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสถานที่ (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้ | ไม่มี |
| อาหารแปรรูป | | | |
| ผลิตภัณฑ์นม ร.ร. ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามที่กำหนด | 90 | 1. มีผลวิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์นม รร. | 100 |
| สถานที่ผลิตนมโรงเรียนได้รับการตรวจประเมินและสุ่มเก็บตัวอย่างตามแนวทางที่กำหนด | 100 | 1. ตรวจประเมินสถานที่ผลิตนม รร ทุกแห่งในพื้นที่  2. สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์นม รร ณ สถานที่ผลิต | 100 |

1. **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม:** -
2. **ปัญหาอุปสรรค**
3. ค่าตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับห้องปฏิบัติการมีราคาสูง (15,000 บาท/1 ตัวอย่าง) และศูนย์วิทย์การแพทย์ขอนแก่นไม่สามารถส่งตรวจได้ ต้องส่งต่อไปกรมวิทย์ฯ ที่ จ.นนทบุรี
4. รถ Mobile Unit จำกัดโควตาในการส่งตรวจ และแต่ละเดือนที่มาไม่สามารถส่งตัวอย่างตรวจได้ทุกชนิดของสารปนเปื้อน ทำให้ความคลอบคลุมการเฝ้าระวังทำได้ไม่มาก จึงต่อวางแผนเพื่อของบประมาณในการส่งตรวจ/ซื้อชุดทดสอบ เพื่อใช้ตรวจสอบเฝ้าระวังให้คลอบคลุมมากขึ้น
5. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย -**
6. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี) -

ผู้รายงาน ภญ.ปริญา ถมอุดทา

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ หัวหน้างานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรม โทร 0816143587

e-mail pocky107@hotmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าหมายร้อยละ 96

**2. สถานการณ์**

1. อาหาร: สถานประกอบการน้ำดื่มในภาชนะปิดสนิทมีจำนวน 29 แห่ง, ผลิตน้ำแข็งบริโภค จำนวน 6 แห่ง, โรงงานเกลือ 1 แห่ง, GMP ทั่วไป 9 แห่ง 2. เครื่องสำอาง: แหล่งผลิตเครื่องสำอาง 5 แห่ง, สถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง 110, สถานเสริมความงาม ประเภทสถานเสริมสวย 220 แห่ง 3. สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน (ประเภทอาหาร) (OTOP) 4 แห่ง

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| ผลิตภัณฑ์อาหารได้มาตรฐาน (น้ำดื่มบริโภคในภาชนะที่ปิดสนิท, น้ำแข็ง, ไอศกรีม, น้ำส้มเกล็ดหิมะ, เกลือ) | 96 | 1. ตรวจเฝ้าระวังสถานที่ผลิตโดยพนักงานเจ้าหน้าที่  2. มีผลวิเคราะห์ตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี  3. มีการสุ่มเก็บตัวอย่างเครื่องสำอางทดสอบสารต้องห้ามโดยใช้ชุดทดสอบและส่งตรวจห้องปฏิบัติการในกรณีพบตัวอย่างที่มีปัญหา | 100 |
| ร้อยละเครื่องสำอางได้มาตรฐาน | 96 | 99.25  1. ตรวจแนะนำฉลาก ณ สถานที่จำหน่าย 8 แห่ง  2. ตรวจสอบการจำหน่ายและการใช้ในร้านเสริมสวย 10 แห่ง  3. จำนวนเครื่องสำอางทั้งหมดที่ได้ตรวจสอบ 1605 รายการ (เจอเครื่องสำอางตามประกาศต้องห้าม 12 รายการ)  4. ร้านที่เจอลงตรวจซ้ำ 2 ร้าน  5. รณรงค์ให้ความรู้ผู้ประกอบการ 2 ครั้ง |
| ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนประเภทอาหาร (OTOP) | 96 | 100 |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

1. รพ.มหาสารคามเป็นปีแรกที่จะผลักดันให้ผู้ประกอบการโรงน้ำแข็งส่งวิเคราะห์ตัวอย่างเพื่อเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์จากผู้ประกอบการเอง ซึ่งค่าส่งตรวจวิเคราะห์น้ำแข็งมีราคาสูง ตกตัวอย่างละ 5,400-6,000 บาท จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ประกอบการที่สูงมาก
2. สถานประกอบการที่จำหน่ายเครื่องสำอางในเขต CUP เมืองที่รับผิดชอบมีมากขึ้นและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่พนักงานเจ้าหน้าที่ที่ทำการเฝ้าระวังมีเพียง 2 ท่าน ทำให้การขับเคลื่อนการเฝ้าระวังมีความยากในการทำงาน

**5. ปัญหาอุปสรรค**

ค่าตรวจวิเคราะห์น้ำ น้ำแข็ง สารกันบูดในอาหาร ระดับห้องปฏิบัติการที่ต้องส่งศูนย์วิทย์การแพทย์ขอนแก่นมีราคาสูง

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

1. การสนับสนุนอัตราบุคลากรทั้งเภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค ในระดับ รพ.ทั่วไป ควรมีเพิ่มขึ้นเพื่อให้การทำงานเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. มีหน่วยงานกลางในแต่ละจังหวัดที่รับหน้าที่ในการตรวจตัวอย่างเครื่องสำอาง สำหรับภาคประชาชนเพื่อช่วยคุ้มครองประชาชนจากการใช้ผลิตภัณฑ์ที่สงสัยหรือมีความเสี่ยง

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

ผู้รายงาน ภญ.ปริญา ถมอุดทา

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ หัวหน้างานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรม โทร 0816143587

e-mail pocky107@hotmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

**2. สถานการณ์**

ปีงบประมาณ 2561 ไตรมาสแรกมีสถานพยาบาลเอกชนตั้งใหม่อีก 4 แห่ง รวมสถานพยาบาลในพื้นที่ปัจจุบันมี 85 แห่ง และสถานประกอบการสุขภาพรายใหม่ไตรมาสแรกปีงบ 2561 5 แห่ง รวมปัจจุบันพื้นที่อำเภอเมืองมีสถานประกอบการสุขภาพเป็น 9 แห่ง

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่ = 4 แห่ง) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด | 100 | 1. จัดทำแผนงานการออกตรวจเฝ้าระวัง  2. ออกตรวจเฝ้าระวัง  3. วิเคราะห์ความเสี่ยงและดำเนินการแก้ไข | 100  (ตรวจเฝ้าระวังรายเก่า 10 แห่ง) |
| สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด | 65 | 1. จัดทำแผนงานการออกตรวจเฝ้าระวัง  2. ออกตรวจเฝ้าระวัง  3. วิเคราะห์ความเสี่ยงและดำเนินการแก้ไข | - |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

* พื้นที่ทำงานอยู่ในเขต อ.เมือง มีแนวโน้มที่สถานพยาบาลเอกชน และสถานประกอบการสุขภาพเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่พนักงานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคมีเพียง 2 คน

**5. ปัญหาอุปสรรค**

* บุคลากรมีน้อยในการรับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคเขต อ.เมือง

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

1. การออกเฝ้าระวังของอำเภอเมืองประจำปีสำหรับสถานพยาบาลเอกชน และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพอยากให้ทีม สสจ.ออกร่วมกัน เนื่องจากมีความซับซ้อนชองสถานพยาบาลที่หลากหลาย

2. กรอบโครงสร้างอัตรากำลังงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับ รพ.ทั่วไป ควรมีการเพิ่มอัตรากำลังเนื่องจากแนวโน้มสถานประกอบการที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อทำให้การขับเคลื่อนงานเป็นได้เร็วขึ้น

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

ผู้รายงาน ภญ.ปริญา ถมอุดทา

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ หัวหน้างานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรม

โทร 0816143587

e-mail pocky107@hotmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

**2. สถานการณ์**

โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN โดยให้สถานบริการเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ทั้งผู้ป่วยและญาติรวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปี 2560 โรงพยาบาลมหาสารคามผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN ระดับดี ปัจจุบันอยู่ระหว่างแต่ตั้งคณะกรรมการชุดใหม่ และอยู่ในช่วงส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล/ชุมชน และสร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด Green community

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์  GREEN&CLEAN Hospital | ระดับ ดีมาก | 1.มีนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital  2.มีกลไกการขับเคลื่อนและเตรียมทีมตรวจประเมินโรงพยาบาล  3.ดำเนินการประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital  4.วิเคราะห์ผลดำเนินการ ปรับปรุง แก้ไขตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital | ระดับดี |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

1. การรับทราบนโยบายของบุคลากรยังไม่ครอบคลุม ทำให้การมีส่วนร่วมดำเนินงานของบุคลากรในหน่วยงานน้อย

2. ไม่สามารถดำเนินการได้ตามช่วงเวลาที่วางแผนไว้

**5. ปัญหาอุปสรรค**

|  |  |
| --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **แนวทางแก้ไข** |
| การรับทราบนโยบายของบุคลากรยังไม่ครอบคลุม ทำให้การมีส่วนร่วมดำเนินงานของบุคลากรในหน่วยงานน้อย และการดำเนินงานไม่มีความก้าวหน้าเท่าที่ควร | 1.ทีมดำเนินการติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประกาศและรับทราบนโยบายของบุคลากรในโรงพยาบาล  2.เร่งรัดให้ประเมินตนเอง และรวบรวมและวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และร่วมหาแนวทางสนับสนุนการดำเนินงานให้ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

-

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นายอนุชิต พรหมรักษ์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

โทร 093-3288009

e-mai chito\_jang2me@hotmail.co.th

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการ

และยั่งยืน

**2. สถานการณ์**

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้หน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ ได้จัดบริการด้านเฝ้าระวังและจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข โดยใช้กลไกคณะกรรมการอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับอำเภอเป็นตัวขับเคลื่อน มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพประชาชนให้ปลอดภัยจากจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ ได้แก่ มลพิษจาการเกษตร การอุตสาหกรรม การประกอบอาชีพในทุกรูปแบบ ทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพและเคมี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามได้กำหนดแนวทางการทำงานให้ทุกอำเภอได้ดำเนินการตามมาตรการ 5 ด้าน ได้แก่ 1. การพัฒนาฐานข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม 2. มีการจัดการความเสี่ยงโดยผ่านคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมระดับอำเภอ 3. มีการประสานงานและส่งเสริมให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจัดบริการสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน (Environment Health Accredit: EHA) 4. ส่งเสริมให้ชุมชนสามารถจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

โรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 21 แห่ง ได้เริ่มดำเนินการตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ ปี 2559 - 2560 ผ่านการประเมินระดับพื้นฐาน ปัญหาที่พบ ได้แก่ คณะกรรมการระดับหมู่บ้านยังไม่เข้มแข็งและผลลัพธ์การดำเนินงานยังไม่ชัดเจน จะต้องส่งเสริมให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านการประเมินมาตรฐาน (Environment Health Accredit: EHA) ส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชนตามมาตรฐาน ซึ่งโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่ายจะเร่งรัดให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

**3. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ( ปี 2558 – 2561 )**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย(ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | | | |
| 2558 | 2559 | 2560 | 2561  ตค.60-พค.61(8 เดือน) |
| 1. | ร้อยละตำบลมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ( ผ่านระดับมาตรฐาน )  เท่ากับ 100 | 14 | 0 | 7.1  ( ผ่าน 1 แห่ง ตำบลตลาด) | 7.1  ( ผ่าน 1 แห่ง ตำบลตลาด) | 7.1  ( ผ่าน 1 แห่ง ตำบลตลาด) |

**4. การขับเคลื่อน ปี 2561 ( ต.ค. 60 – 31 พ.ค. 61 )**

ดำเนินการตามมาตรการ เร่งปรับปรุงมาตรฐานการจัดบริการด้านสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ให้ผ่านตามเป้าหมายเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ภายใน ปี 2561 โดยใช้งบประมาณจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการดังนี้

1. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และวิชาการมาตรฐาน (Environment Health

Accredit: EHA) ให้แก่คณะทำงานด้านสิ่งแวดล้อมระดับอำเภอ อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี

2. สำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านสิ่งแวดล้อม จัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์สถานการณ์ และประเมิน

มาตรฐานการจัดการสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ทุกตำบล

3. มีการกำหนดนโยบายและประเด็นปัญหาระดับอำเภอและตำบล

4. มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับตำบลอย่างต่อเนื่อง

5. มีการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในชุมชน

**5. แผนการดำเนินงาน/มาตรการ**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | มาตรการ | ผลการดำเนินงาน | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
| ร้อยละตำบลมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ( ผ่านระดับมาตรฐาน )  เท่ากับ 100 | 100 | 1. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และวิชาการมาตรฐาน (Environment Health Accredit: EHA) ให้แก่คณะทำงานด้านสิ่งแวดล้อมระดับอำเภอ อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี  2. สำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านสิ่งแวดล้อม จัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์สถานการณ์ | 1.ประชุมคณะทำงานด้านสิ่งแวดล้อมระดับอำเภอ ครั้งที่ 1  2. สำรวจข้อมูล วิเคราะห์ | 1.ประชุมคณะทำงานด้านสิ่งแวดล้อมระดับอำเภอ ครั้งที่ 2  2.กำหนดนโยบายและประเด็นปัญหาระดับอำเภอและตำบล  3.มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับตำบล  4.มีการจัดการปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในชุมชน | 1.ประชุมคณะทำงานด้านสิ่งแวดล้อมระดับอำเภอ ครั้งที่ 3  4.มีการจัดการปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในชุมชน |  |

**5. นวัตกรรม/Best practice (ปีที่ผ่านมา)**  
-

**6. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ**

|  |  |
| --- | --- |
| ปัญหา/อุปสรรค | ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข |
| 1. ขาดการประสานงานระหว่างเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ 2. การบันทึกข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อม ยังล่าช้า และขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง 3. ยังไม่มีนวัตกรรมการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมสามารถเป็นแบบอย่างที่ดี | 1. ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับควรประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง  2. ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับควรสำรวจข้อมูลและบันทึกผล/วิเคราะห์ข้อมูลให้ทันตามกำหนดเวลาและนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนดำเนินงาน  3. ควรสนับสนุนให้ชุมชนมีนวัตกรรมและมีการส่งเสริมการเรียนรู้นวัตกรรมทั้งในและนอกพื้นที่ |

**7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร**

1. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขประสานงานให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง พัฒนาการจัดการด้าน

อนามัยสิ่งแวดล้อมให้ผ่านเกณฑ์การจัดบริการสิ่งแวดล้อม (Environment Health Accredit: EHA)

2. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขประสานงานให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งเป็นเจ้าภาพหลักในการ ส่งเสริมการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

ผู้รับผิดชอบ นายนิพนธ์ นาสุริวงค์

โทร 080-755-2992

e-mail nip0nnasuriwong@hotmail.com  
 นายพิสิฏฐ์ แสงโทโพธิ์

โทร 095 –657-9597

e-mail topo8354@hotmail.com

**ส่วนที่ 2 ผลการดาเนินงาน**

**People & Governance Excellence**

**การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ**

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

**2. สถานการณ์**

โรงพยาบาลมหาสารคามได้สำรวจดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ครั้งแรกในปี 2560 ผลการสำรวจพบมีค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 61.30% (ระดับ Happy) โดยระดับความสุขของบุคลากรสูงสุดในด้าน Happy Soul ร้อยละ 72.09% รองลงมา Happy Heart ร้อยละ 68.76% Happy Body ร้อยละ 64.08% Happy Brain ร้อยละ 63.35% Happy Family ร้อยละ 63.26% Happy Society ร้อยละ62.54% Happy Work Life ร้อยละ 60.28% Happy Relax ร้อยละ 52.87% และบุคลากรมีความสุขต่ำสุดในด้าน Happy money ร้อยละ 44.36%

ดังนั้นโรงพยาบาลมหาสารคามจึงได้ตระหนักถึงความสุขของบุคลากรโดยดำเนินการดังนี้

1. มีการ Survey โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดกับบุคลากรรายบุคคลทุกหน่วยงานเพื่อหาข้อมูล ข้อเท็จจริง วิเคราะห์ความต้องการและรายงานผู้บริหารทราบ

2. กำหนดช่องทางร้องทุกข์ ร้องเรียนและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำงานการบริหารงานบุคคล

3. มีการส่งเสริมการทำกิจกรรมการพัฒนาองค์กร (OD) ในโรงพยาบาล

4. ส่งเสริมการเชิดชูเกียรติบุคลากรที่มีผลงานวิจัย นวัตกรรมดีเด่นและบริการประทับใจ มีความซื่อสัตย์

5. ผู้บริหารระดับสูงและทีมนำลงเยี่ยมตรวจให้กำลังใจหน่วยงานในองค์กรอย่างต่อเนื่อง

6. ส่งเสริมในบุคลากรมีโอกาสได้พัฒนาตนเองไปประชุม อบรม ลาศึกษาต่อเพื่อความก้าวหน้าในอาชีพและเตรียมเข้าสู่ตำแหน่งสูงขึ้น

7. ให้ความสำคัญด้านสุขภาพ ตรวจสุขภาพประจำปี กำหนดเป็นตัวชี้วัดรายบุคคลด้านการรักษาสุขภาพ

8. กำหนดโครงการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กรเพื่อส่งเสริมองค์กรที่มีความสุข

**สำหรับกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคลี่คลายปัญหา Happy money มีดังนี้ คือ**

1. Kick off Happy money project ร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและธนาคารไทยพาณิชย์ โดยมีบุคลากรเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 117 คน เป็นโครงการ Refinance 43 ราย บ้านหลังใหม่ 5 ราย สินเชื่อรถใหม่/มือสอง 15 ราย Speedy loan 29 ราย My Home My Cash 13 ราย

2. มีชมรม Shop Mahasarakham ตลาดซื้อของสินค้าออนไลน์ของชาวโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยเจ้าหน้าที่จะมีการทำกิจกรรมเศรษฐกิจพอเพียง มีการเคลื่อนไหวซื้อขายสินค้าทุกวัน มีสมาชิกทั้งหมด 507 คน

3. มีกิจการร้านค้าสวัสดิการ มีสมาชิกทั้งหมด 1,273 คน ดำเนินเปิดกิจการร้านค้า จำนวนหุ้นรวม 23,350 หุ้น คิดเป็นมูลค่า 23,350,000 บาท โดยมีวัตถุประสงค์ช่วยสมาชิกและเจ้าหน้าที่ได้มีแหล่งอาหารราคาถูก สมาชิกสามารถประกอบอาหารมาขาย สร้างรายได้และช่วยเหลือจัดหาสินค้ามาจำหน่ายในราคายุติธรรม โดยมีผู้ป่วยและลูกค้าร่วมกัน

4. มีตลาดสีเขียวเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ซื้อสินค้าเกษตรที่ปลอดภัยราคาถูก อาหารคุณภาพปลอดสารพิษและส่งเสริมภายใต้ชุมชนและเจ้าหน้าที่ทุกวันศุกร์

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย  (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน |
| ตค.60-พค.61(8 เดือน) |
| 1 | ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ | 50% | 80% |

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** | | | |
| **3 เดือน** | **6 เดือน** | **9 เดือน** | **12 เดือน** |
| ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ | 50% | 1. บุคลากรในองค์กรมีความสุขในการทำงาน  2. ทุกหน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ในการพัฒนาเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน | ศึกษาคู่มือแบบประเมินเตรียมระบบการประเมินสุขภาพวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ | มีการชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการวัดดัชนี้ความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ | หน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน(Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ 60ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น | ร้อยละ50ของหน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน(Happino  meter) ไปใช้ตั้งแต่ระดับที่3 ขึ้นไป |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **กิจกรรม** | **Key Risk Factor** | **Key Success** |
| 1. มีการ Survey โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดกับบุคลากรรายบุคคลทุกหน่วยงานเพื่อหาข้อมูล ข้อเท็จจริงและรายงานผู้บริหารทราบ | บุคลากรมีความเข้าใจปัญหาและความต้องการไม่ตรงกันกับผู้บริหาร | - หัวหน้างานติดตามส่งแบบสำรวจครอบคลุมทุกหน่วยงาน  - ผู้บริหารให้ความสำคัญ |
| 2. กำหนดศูนย์และช่องทางร้องทุกข์ ร้องเรียนและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำงานการบริหารงานบุคคล | การสื่อสารในด้านความเสี่ยงด้านบุคลากรมีน้อย | ผู้บริหารตระหนักถึงทุกข์สุขของบุคลากร |
| 3. มีการส่งเสริมการทำกิจกรรมการพัฒนาองค์กร (OD)ในโรงพยาบาล | เข้าร่วมไม่ได้ 100% เนื่องจากติดภาระงาน | บุคลากรทุกระดับให้ความร่วมมือ |
| 4. ส่งเสริมการเชิดชูเกียรติบุคลากรที่มีผลงานวิจัย นวัตกรรมดีเด่นและบุคลากรที่บริการประทับใจผู้รับบริการ | การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานในหน่วยงาน | บุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนดี เก่ง |
| 5. ผู้บริหารระดับสูงและทีมนำลงเยี่ยมตรวจหน่วยงานในองค์กรอย่างต่อเนื่อง | ไม่ครบทุกหน่วยงาน เช่นหน่วยสนับสนุน | ผู้บริหารให้ความสำคัญ |
| 6. ส่งเสริมในบุคลากรมีโอกาสได้พัฒนาตนเองไปประชุม อบรม ลาศึกษาต่อเพื่อความก้าวหน้าในอาชีพและเตรียมเข้าสู่ตำแหน่งสูงขึ้น | งบประมาณมีจำกัดและอัตรากำลังน้อยไม่สามารถไปประชุมได้ | มีการทำแผนครอบคลุมวิชาชีพสำคัญ |
| 7. ให้ความสำคัญด้านสุขภาพ ตรวจสุขภาพประจำปี กำหนดเป็นตัวชี้วัดรายบุคคลด้านการรักษาสุขภาพ | บุคลากรไม่ตระหนักในการตรวจสุขภาพ | กำหนดเป็นตัวชี้วัดรายบุคคล |
| 8. กำหนดโครงการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กรเพื่อส่งเสริมองค์กรที่มีความสุข | งบประมาณมีจำกัด | ชมรมจริยธรรมและทีมงานเข้มแข็ง |

**5. ปัญหาอุปสรรค**

ไม่มี

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

ไม่มี

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง**

มีกิจการร้านค้าสวัสดิการ มีสมาชิกทั้งหมด 1,273 คน ดำเนินเปิดกิจการร้านค้า จำนวนหุ้นรวม 23,350 หุ้น คิดเป็นมูลค่า 2,335,000 บาท โดยมีวัตถุประสงค์ช่วยสมาชิกและเจ้าหน้าที่ได้มีแหล่งอาหารราคาถูก สมาชิกสามารถประกอบอาหารมาขาย สร้างรายได้และช่วยเหลือจัดหาสินค้ามาจำหน่ายในราคายุติธรรม โดยมีผู้ป่วยและลูกค้าร่วมกัน

ผู้รายงาน นางทิพย์พาณี มารีน

ตำแหน่งหัวหน้างานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

โทร.091-8133539

e-mai: tippanee03@hotmail.com

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

**1. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น**

อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
| มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ | มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในรพ. เช่น HR Clinic | 1. 1.ดำเนินตามแผน 2. 2.ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน | อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข**(**Retention rate)ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85% |

**2. สถานการณ์**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายละเอียด** | ปี 2558 | ปี 2559 | ปี 2560 | ปี 2561  ตค.60-พค.61(8 เดือน) |
| อัตรากำลัง(ยกเว้นลูกจ้างรายวัน/รายคาบ | 1,460 | 1,439 | 1,480 | 1,509 |
| **อัตราการคงอยู่** | 94.16 | 96.04 | 97.03 | 97.68 |

**3.แผนดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

**1.วิเคราะห์ข้อมูลการลาออก**

- สายสนับสนุนบริการ เช่น ตำแหน่งพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล เจ้าพนักงานธุรการ

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี พนักงานประจำตึก พนักงานประจำห้องยา พนักงานประกอบอาหาร

พนักงานเปล พนักงานบริการ สาเหตุที่ลาออก เนื่องจากได้งานใหม่และไปประกอบอาชีพอื่น และ

บรรจุข้าราชการกระทรวงอื่น มีปัญหาด้านสุขภาพ

* สายวิชาชีพ แพทย์ เหตุที่ลาออก เพื่อไปศึกษาต่อ ได้งานที่อื่น และย้ายติดตามครอบครัว

พยาบาล เหตุที่ลาออก ได้งานที่โรงพยาบาลอื่น(รพ.เอกชน) ภาระงานหนัก

เภสัชกร เหตุที่ลาออก ภาระงานหนักไม่ได้บรรจุ

ทันตแพทย์ เหตุที่ลาออก ทำงานคลินิกเอกชน

นักเทคนิคการแพทย์ เหตุที่ลาออก เหนื่อยล้ากับภาระงานที่หนักเกินไป

2. จัดทำแผน

2.1.ระบบการบริหารบุคลากรแบบ Staff mix และการจัดระบบงานที่มีลักษณะงานชัดเจนได้แก่ พยาบาล

เภสัชกร พนักงานทำความสะอาด(ศูนย์สะอาด)

2.2. ระบบการนำเข้าสายวิชาชีพโดยเฉพาะพยาบาล

2.3. ระบบการส่งเสริมการศึกษาต่อของแพทย์

2.4. ดำเนินการตามนโยบาย 9 Happy เน้น Happy money, Happy Life

2.5. จัดทำ HR Clinic

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/Key RisK Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม**

- ความมั่นคงในวิชาชีพ/รายได้

**5. ปัญหาอุปสรรค**

- กรอบอัตรากำลังไม่สัมพันธ์กับภาระงาน โดยเฉพาะตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ตำแหน่งเภสัชกร ในตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์

- ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น แต่ไม่สามารถสรรหาบุคลากรมาปฏิบัติงานเพราะจำกัดด้วย

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย**

- กรอบบุคลากรควรปรับปรุงให้ได้สัดส่วนต่อ จำนวนประชาการ หรือภาระงาน

- ควรมีจุดศูนย์รวมการตอบคำถามในเชิงระเบียบ ที่ส่วนกลาง

- นโยบายในการบรรจุข้าราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ควรครอบคลุมและได้ประโยชน์

อย่างชัดเจน

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง**

- ได้รับรางวัลการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล (Bright spot)

ผู้รายงาน นางสุวัฒนา แก้วกัลยา

ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

**2. สถานการณ์**

ปีงบประมาณ 2560 โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้คะแนนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน 96.97 คะแนน

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน | | | |
| 2558 | 2559 | 2560 | 2561 |
| 1 | ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | ปี 2558 มากกว่าร้อยละ 75  ปี 2559 มากกว่าร้อยละ 80  ปี 2560 มากกว่าร้อยละ 85  ปี 2561 มากกว่าร้อยละ 90 | รอบที่1 :59คะแนน  รอบที่2 :75คะแนน | 80คะแนน | 96.97 คะแนน | ไตรมาสที่ 1ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 |

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย  (ร้อยละ) | มาตรการ | ผลการดำเนินงาน | | | |
| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
| ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | มากกว่า  ร้อยละ90 | 1. ประกาศเจตจำนงสุจริต อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน  2.ประเมินตนเองตามแบบประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessment (เฉพาะ EB4-EB6)  3.ประชุมสรุปผลการปฏิบัติงาน ปี 2561 | 1.ประกาศเจตจำนงสุจริตและอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน  2.แจ้งหน่วยงานให้เตรียมส่งหลักฐานเชิงประจักษ์  3.จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจ | จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจรอบ 6 เดือน | 1.จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจ รอบ 6 เดือน  2.ติดตามผลการปรับปรุงกระบวนงาน | 1. จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจรอบ 12 เดือน  2. ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน  ปี 2561 |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

เรื่องการสื่อสารและสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ควรมีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาแนะนำในการทำงานและสร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ตระหนักถึงการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในหน่วยงาน

**5. ปัญหาอุปสรรค**

บุคลากรในหน่วยงานยังไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนและบุคลากรยังไม่สามารถแยกแยะได้ว่าสิ่งไหนเป็นผลประโยชน์ทับซ้อน

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

มีมาตรการในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์หรือสร้างความตระหนักให้บุคลากรในหน่วยงานให้เห็นความสำคัญของประโยชน์ส่วนตัวละประโยชน์ส่วนรวม

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** –

ผู้รายงาน นางสาวสุภาพร จันทิชัย

ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป

โทร 0872371591 E-mail koisuphaphorn@gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุ ทันตกรรม

**2. สถานการณ์**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| มูลค่าซื้อยา | ปี 58 | % | ปี 59 | % | ปี 60 | % |
| จัดซื้อร่วมกันระดับจังหวัด | 12,010,002.40 | 5.61% | 34,990,507.10 | 15.34% | 21,029,626.18 | 10.08% |
| จัดซื้อร่วมกันระดับเขต | 22,620,425.65 | 10.58% | 55,002,164.10 | 24.12% | 61,166,610.37 | 29.30% |
| รวมซื้อร่วม | 34,630,486.05 | 16.19% | 89,992,730.20 | 39.46% | 82,196,236.55 | 39.38% |
| มูลค่าซื้อยาทั้งหมด | 213,894,784.56 |  | 228,070,989.70 |  | 208,739,208.80 |  |

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| จัดซื้อร่วมกันระดับจังหวัด | 20 | จัดซื้อร่วม | 8.24% |
| จัดซื้อร่วมกันระดับเขต |  |  | 31.58% |
| รวมซื้อร่วม |  |  | 39.82% |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม** -

**5. ปัญหาอุปสรรค**

การรวบรวมรายงานการจัดซื้อวัสดุทุกประเภท / การดำเนินการทางพัสดุ

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย -**

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง**

มีการดำเนินการจัดหายาร่วมกันทั้งในระดับจังหวัด และระดับเขตอย่างต่อเนื่อง

ผู้รายงาน นายวุฒิพงษ์ อักกะมานัง

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

โทร.043711750 ต่อ 251

e-mail : akkamanang@gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3

**2. สถานการณ์**

โรงพยาบาลมหาสารคามเข้าสู่กระบวนการรับรองกระบวนการคุณภาพ และผ่านการรับรองมาตรฐานฉบับปีกาญจนาภิเษก ครั้งแรก ตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน2548 -9 พฤศจิกายน 2550 จนกระทั่งโรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ผ่านกระบวนการรับรองกระบวนการ (Accreditation) ตั้งแต่วันที่ 24 กพ.2555-23 กพ.2557 ผ่านการรับรองกระบวนการประเมินซ้ำ ครั้งที่ 1 (Re-accreditation 1st) วันที่ 30 พค.2557 –29 พค.2560 และครั้งที่ 2 (Re-accreditation 2 nd) วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2561 -19 กุมภาพันธ์ 2564 และโรงพยาบาล ทีมนำมีความมุ่งมั่นในการจัดการด้านคุณภาพ และต่อยอดไปสู่การพัฒนาตามแนวทาง Advance HA ต่อไป

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** | | | |
| **3 เดือน** | **6 เดือน** | **8 เดือน** | **12 เดือน** |
| โรงพยาบาลมหาสารคามผ่านการรับรอง Advance HA | ผ่านการรับรอง | 1.ฝึกกระบวนการเรียนรู้โดยการอบรมหลักสูตร HA702  2.สร้างการเรียนรู้ภายในหน่วยงาน  3.เข้าสู่กระบวนการรับรอง Advance HA ภายในปี2563 | เรียนรู้มาตรฐาน Advance HA | เข้าอบรมหลักสูตร HA 702 Advance HA in Practice | กระบวน  การเรียนรู้ภายในหน่วยงาน | ติดตามความก้าว  หน้า และการ กำกับติดตามผลลัพธ์ |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

4.1 การประเมินประสิทธิผลของระบบการนำในประเด็นต่างๆ เช่นระบบการนำที่คำนึงถึงความสามารถของบุคลากร และส่งเสริมพัฒนา การรับฟังความต้องการของผู้รับบริการ มาเป็นข้อมูลดำเนินการ การตั้งความคาดหวังต่อผลการดำเนินงาน

4.2การประเมินความเสี่ยงเชิงกลุยทธ์ หาปัจจัยที่อาจทำให้องค์กรไม่สามารถดำเนินตามแผนได้ ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และทรัพยากรอื่นๆ

4.3ทบทวนตัวชี้วัดสำคัญที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และมีการเปรียบเทียบผลงาน (Benchmark)ที่เหมาะสม

4.4.นำแนวคิด 3P และPCSA ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพด้วยความเข้าใจ ทบทวนระบบต่างๆที่วางไว้และดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

**5. ปัญหาอุปสรรค**

5.1 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องกระบวนการ มาตรฐานคุณภาพเนืองจากมีการปรับเปลี่ยนมาตรฐานใหม่

5.2 ความไม่ต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพ

* 1. ระบบสารสนเทศที่ไม่เป็นปัจจุบัน น่าเชื่อถือ และเข้าถึงง่าย

5.4 ไม่มีการกำกับติดตามผลงาน อย่างต่อเนื่อง

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

สนับสนุนด้านกำลังคนงานพัฒนาคุณภาพ และความก้าวหน้าในวิชาชีพ

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง**

ไม่มี

ผู้รายงาน นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 0910658167

e-mail : Chorpakkad@gmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาว

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ปี พ.ศ. | ร้อยละผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว | หน่วยบริการปฐมภูมิ |
| 2560 | ร้อยละ 11.76 | 2 แห่ง ได้แก่ รพ.สต โนนแต้ ,รพ.สต ลาดพัฒนา |
| 2561 | ร้อยละ 52.94 | 9 แห่ง ได้แก่ รพ.สต โนนแต้ ,รพ.สต ลาดพัฒนา, รพ.สต.โคกก่อ, รพสต.หนองจิก, รพ.สต.อุปราช, รพ.สต.หนองแวง,รพ.สต.ท่าตูม, รพ.สต.โนนเพ็ก , รพ.สต.ห้วยแอ่ง |

**2. สถานการณ์**

การพัฒนารพสต.ติดดาว ปี 2561 มีเป้าหมายในการประเมินผ่านเกณฑ์ระดับ5ดาว ทั้งหมด 9 แห่ง ได้นำผลการประชุมถอดบทเรียนจากปี 2560 มาวางแผนพัฒนาปรับปรุงแก้ไข เช่น อบรมให้ความรู้บุคลากรเรื่อง เกณฑ์การพัฒนาตามมาตรฐานการพัฒนารพ.สต.ติดดาวครบ100% , มีการเชื่อมโยงระบบคุณภาพบริการสู่รพ.สต. เช่น งาน IC, Lab ,ER และมีการพัฒนาทักษะของบุคลากรโดยใช้กระบวนการ CBL เป็นต้น

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว | 50 | 1.ความร่วมมือจากเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (DHS)  2.การเชื่อมโยงคุณภาพบริการจากทุติยภูมิสู่ปฐมภูมิ | 1.คกก.พัฒนารพ.สต.ติดดาวระดับอำเภอลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลัง  -รพ.สต.เป้าหมาย 5ดาว จำนวน 7 แห่ง  (8-11พค 61)  2.การฝึกทักษะบุคลากร รพ.สต 100% ในงาน IC LAB, CPR โดยใช้กระบวนการ CBL  3.รพ.สตโคกก่อรับการประกวดระดับจังหวัดและรพ.สต แก่งเลิงจานเป็นตัวแทนรับการประเมิน(30พค.61) |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

4.1 แผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอยังไม่เป็นปัจจุบัน

4.2 การพัฒนาตามมาตรฐานงานห้องตรวจทางปฏิบัติการ (Lab)อุปกรณ์บางอย่างขาดการสอบเทียบ

เครื่องมือ เช่น นาฬิกาจับเวลา

4.3 ขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ในการพัฒนาระบบ IT ยังขาดเครื่อง Server

4.4 ความเชื่อมโยงระบบบริการ การ Imprement มาตรฐานจากทุติยภูมิสู่ปฐมภูมิ เช่น ข้อมูลการแพ้ยาของคนไข้

4.5 ในเกณฑ์ Green & Clean รพ.สต บางแห่งยังไม่มีส้วมตามมาตรฐาน HASS **,**ที่พักขยะที่ได้มาตรฐานซึ่งต้องใช้งบประมาณจำนวนมากเพื่อการพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์

4.6 หมวด 3 ขาดการรวบรวมแผนพัฒนาบุคคลากรที่เป็นภาพรวม ยังไม่มี portfolio รายบุคคล และแผนการจัดสรรบุคลากรระดับอำเภอ

**5. ปัญหาอุปสรรค**

5.1 บุคลากรในรพ.สต.ยังไม่เข้าใจการพัฒนาตามมาตรฐานการพัฒนารพ.สต.ติดดาว การทำงาน คุณภาพยังไม่เป็นทีม ขาดการสื่อสารในรพ.สต.และการพัฒนายังไม่ชัดเจนต่อเนื่อง

5.2 โรงพยาบาล บางระบบงานยังเชื่อมโยงคุณภาพบริการสู่รพ.สต.ไม่ชัดเจน เช่น OPD ยังไม่มีพี่เลี้ยงที่รับผิดชอบหลัก เป็นต้น

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

6.1 การพัฒนารพสต.ติดดาว เป็นเกณฑ์คุณภาพที่มีความละเอียด ต้องใช้เวลาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เสนอให้สสจ.เป็นพี่เลี้ยงพัฒนาแต่ละหมวดให้เป็นระบบ มีแนวทางที่ชัดเจนและให้อำเภอนำไปชี้แจงรพ.สต.เพื่อการปฏิบัติที่ตรงกัน

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

7.1 การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)ของอำเภอเมืองมหาสารคาม

7.2 การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) : การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการการป้องกันและแก้ปัญหามารดาวัยรุ่นตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ผู้รายงาน นางพัชรา พรหมอารักษ์

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร081-4702524

e-mail: patpatchara.m@gmail.com

ผู้รายงาน นางลักษณี ยศราวาส

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร089-571-3190

e-mail: uang17@ yahoo.co.th

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561**

**คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

1.1 มีคณะทำงานและกลไกในการแก้ไขปัญหาทางการเงิน

1.2 หน่วยบริการมีและใช้แผนทางการเงิน (Planfin)

1.3 หน่วยบริการมีการจัดทำและใช้ต้นทุนบริการ(Unit cost)

1.4 หน่วยบริการมีการพัฒนาระบบการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI

**2. สถานการณ์**

สถานการณ์ปีงบประมาณ 2561 ประสิทธิภาพการบริหารการเงิน โรงพยาบาลมหาสารคาม ระดับวิกฤติ เท่ากับ 0

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด/ไตรมาส** | **ธ.ค. 2560** | **มี.ค. 2561** | **พ.ค. 2561** |
| Current Ratio | 2.69 | 2.53 | 2.64 |
| Quick Ratio | 2.37 | 2.09 | 2.24 |
| Cash Ratio | 1.29 | 1.53 | 1.28 |
| ทุนสำรองสุทธิ (NWC) | 568.30 ล้านบาท | 450.17 ล้านบาท | 536.82 ล้านบาท |
| กำไรสุทธิ | 135.27 ล้านบาท | 272.16 ล้านบาท | 397.65 ล้านบาท |
| Risk Scoring (ระดับ) | 0 | 0 | 0 |
| ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ (เดือน) | 5.74 เดือน | 4.37 เดือน | 5.03 เดือน |
| I/E Ratio | 1.32 | 1.21 | 1.42 |
| คุณภาพบัญชี | 100 | 100 | 100 |

ต้นทุน Unit Cost แบบ Quick Method เปรียบเทียบโรงพยาบาลขนาดเดียวกันในเขต 7 ปี 2561 ซึ่งจะมีการเสนอผลต่อผู้บริหารทุกไตรมาส

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ไตรมาส | ประเภท | ค่า Mean+1SD | รพ.มหาสารคาม | รพ.ร้อยเอ็ด | รพ.กาฬสินธุ์ |
| ธ.ค. 2560 | OPD | 1,141.76 | 876.80 | 873.73 | 867.29 |
| IPD | 15,704.17 | 10,486.43 | 11,122.52 | 11,042.00 |
| มี.ค. 2561 | OPD | 1,141.76 | 829.01 | 1,058.34 | 750.42 |
| IPD | 15,704.17 | 11,394.42 | 10,946.03 | 11,849.10 |
| พ.ค. 2561 | OPD | 1,141.76 | 806.85 | 1,045.38 | 614.37 |
| IPD | 15,704.17 | 12,373.48 | 11,151.83 | 12,841.25 |

**ผลการดำเนินงานตามแผนทางการเงิน Planfin**



ผลการประเมิน FAI ( ประเมินตนเอง) ไตรมาส 2/2561 เท่ากับ 92 คะแนน

1. การพัฒนาคุณภาพบัญชี AC มีทีมหรือคณะทำงานระบบบัญชีและมีการประชุมอย่างน้อยทุกไตรมาส มีการรายงานทางการเงิน ตัวชี้วัดทางการเงินและการวิเคราะห์สถานะการเงินของโรงพยาบาลเสนอต่อผู้บริหาร(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) ทุกไตรมาส มีการรายงานการเงินของลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ตามผังบัญชี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครบทุกแห่ง มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นที่ยอมรับ(คุณภาพบัญชีทางอิเล็กทรอนิกส์หน่วยบริการแม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ 100% ) ส่วนปัญหาหรือประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งส่งผลต่อคุณภาพบัญชีเสนอต่อผู้บริหาร (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) อยู่ระหว่างรวบรวมประเด็นจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อจะนำเสนอต่อผู้บริหารต่อไป

2. การพัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMIS โรงพยาบาลมีงบทดลอง ณ 30 กันยายน 2560 สำหรับการยกยอดเข้าระบบ GFMIS ที่ถูกต้อง มีการส่งงบทดลองประจำเดือน เข้าระบบ GFMIS ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

3. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FM มีคณะทำงานบริหารการเงินการคลังปละมีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินทุกเดือน มีการกำหนดปัญหาหรือประเด็นที่เป็นผลกระทบด้านการเงินการคลังในพื้นที่ มีกระบวนการแก้ไขปัญหา/เสนอแผนมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายหรือประเด็นที่เป็นปัญหาพร้อมนำเครื่องมือมาใช้ในการบริหารประสิทธิภาพ Planfin ดัชนี 7 ระดับ ค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ความสำเร็จ คือ ไม่มีความเสี่ยงทางการเงินระดับ 7 (ผลระดับวิกฤติ 0)

4. ในส่วนของ UnitCost แบบ Quick Method พบว่ายังคงสามารถควบคุมไม่ให้เกินค่าเฉลี่ยของหน่วยบริการระดับเดียวกัน

**3. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย**  **(ร้อยละ)** | **มาตรการ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| **ตค.60-พค.61(8 เดือน)** |
| ประสิทธิภาพการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาทางการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการ | ระดับวิกฤติ 0 |  | ระดับ 0 |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

-

**5. ปัญหาอุปสรรค**

การนำข้อมูลทางการเงินเข้าระบบ GFMIS พบว่า รายงานงบทดลองของระบบเกณฑ์คงค้างกับงบทดลองของระบบ GFMIS บางรายการยังไม่ตรงกัน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานระบบ GFMIS ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ในการบันทึกบัญชีในระบบ GFMIS

ระบบเจ้าหนี้บางรายการมีการแก้ไขย้อนหลัง รายงานในงบทดลองกับทะเบียนคุมไม่ตรงกันทำให้ต้องมีการตรวจสอบหลายรอบ

ระบบลูกหนี้โปรแกรม RCM ยังไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ได้ เนื่องจากข้อมูลในโปรแกรมไม่ตรงกับฐานข้อมูลในระบบการให้บริการของโรงพยาบาล

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย**

นโยบายการลดค่าใช้จ่ายบางรายการ เช่น ต้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ เป็นต้น ในทางปฏิบัติเมื่อจำนวนผู้ป่วยไม่ลดลง แต่ได้เพิ่มจำนวนมากขึ้น เมื่อจัดทำแผนตามนโยบายฯ จึงทำให้ผลการดำเนินงานจริงสูงกว่าที่แผนประมาณการ หรือบางหน่วยบริการหากควบคุมตามนโยบายในปีหนึ่ง ๆ ลงมาได้แล้ว ในปีถัดไปจึงยากที่จะลดตามนโยบายได้

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** -

ผู้รายงาน นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์

ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ