



รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด  
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตากพระยา  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

# ปัญหา

## สุขภาพ



### สาเหตุการป่วย OPD

- DM (261.83 ต่อแสน) ↑
- HT (257.70 ต่อแสน) ↑



### สาเหตุการตาย

- ชราภาพ (45.64 ต่อแสน) ↓
- อุบัติเหตุ (35.72 ต่อแสน) ↑



### สาเหตุการป่วย IPD

- โรคเกี่ยวกับปอดและระบบหายใจ (6.51 ต่อแสน) ↑
- บาดเจ็บบริเวณร่างกาย (4.15 ต่อแสน) ↓



### NCD

- DM (3,534.85 ต่อแสน) ↑
- HT (6,688.63 ต่อแสน) ↑
- Stroke (105.19 ต่อแสน) ↑
- CKD (377.10 ต่อแสน) ↑



### ระบาดวิทยา

- อุจจาระร่วง (351.91 ต่อแสน) ↓
- ไข้เลือดออก (72.24 ต่อแสน) ↑
- TB (299.69 ต่อแสน) ↑



### ANC

- Teenage ตั้งครรภ์ซ้ำ (27.27%) ↑
- LBW (5.38%) ↓

# สภาพ ปัญหา



## ด้านบริหาร

- การบริหารจัดการภาพรวม



## ด้านบริการ

- ระบบการรับ-ส่งกลับ



## ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์

- การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี < 10% **(27.27 %)**
- ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน > 80% **(68.44 %)**
- Pt.DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี > 40% **(34.87 %)**
- อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี < 6.5 แส่น ปชก ของเด็ก (ตาย 2 คน) **(21.42 แส่น ปชก)**

# ข้อมูลการดำเนินงาน

ปี 2560

## ผลการประเมิน

- 1. CUP ผ่านการประเมิน  
ระดับ 3 ดาว 77.23 คะแนน
- 2. รพ.สต. ผ่านการประเมิน
  - 5 ดาว 11 แห่ง
  - 4 ดาว 4 แห่ง

## ผลการประเมิน QLN

- ผ่านทั้ง 3 ระบบงาน  
15 แห่ง **100%**

ปี 2561

## ผลการประเมิน

- 1. CUP ผ่านการประเมิน  
ระดับ 4 ดาว 87.82 คะแนน
- 2. รพ.สต. ผ่านการประเมิน
  - 5 ดาว 15 แห่ง
  - **100%**

ปี 2562

## เป้าหมาย

- 1. CUP มีคะแนนการประเมิน  
คปสอ.ติดดาว  
(เพิ่มขึ้น 5 คะแนน)
- 2. รพ.สต. 15 แห่ง
  - ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.  
ติดดาว **100%**
  - ผ่านเกณฑ์ HWP  
ระดับดีมาก **100%**



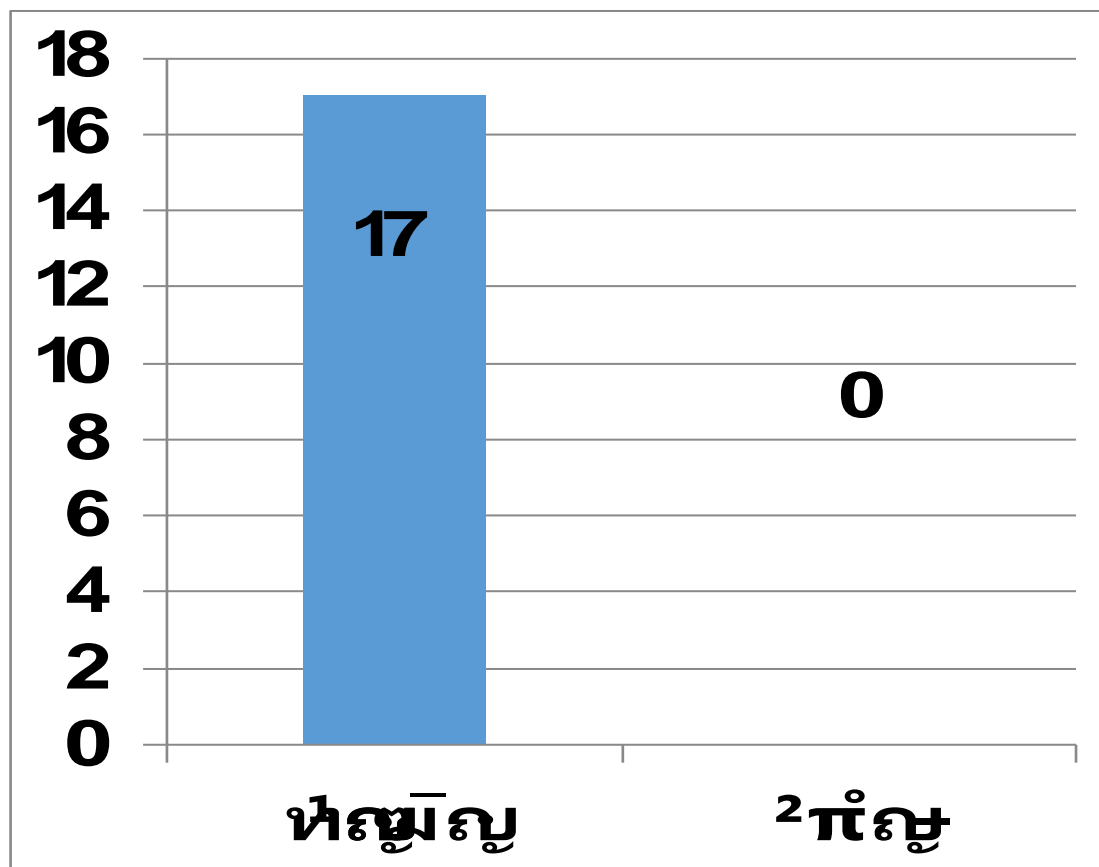
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

## ❖ อัตราส่วนการตายมารดา ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ชื่อ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
รพ.ตาพระยา			
สสอ.ตาพระยา			
CUP ตาพระยา	๗๒	๐	๐

ไม่มีผู้เสียชีวิต

ผ่าน

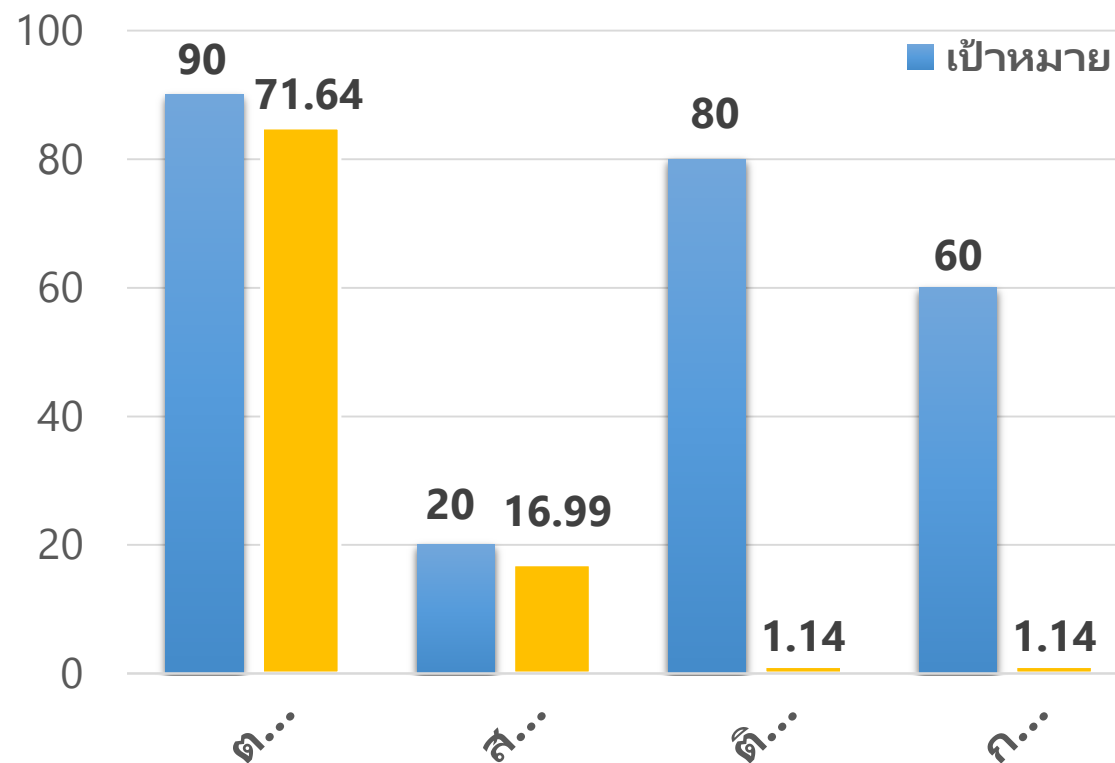


## ❖ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

ร้อยละ 90 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ  
 ร้อยละ 20 ของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า  
 ร้อยละ 80 ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ  
 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ  
 ด้วย TEDA4I

หน่วยบริการ	จำนวนเด็ก	จำนวนตรวจ	ร้อยละ ร้อยละ	สงสัยล่าช้า	ร้อยละ ร้อยละ	ส่งต่อ	ร้อยละ ร้อยละ	กระตุ้น TED A4I	ร้อยละ ร้อยละ
รพ.ตาพระยา	93	36	38.7	9	25.0	1	11.1	1	11.11
สสอ.ตาพระยา	517	482	93.2	79	16.3	0	0.00	0	0.00
CUP ตาพระยา	610	518	84.9	88	16.9	1	1.14	1	1.14

ไม่ผ่าน

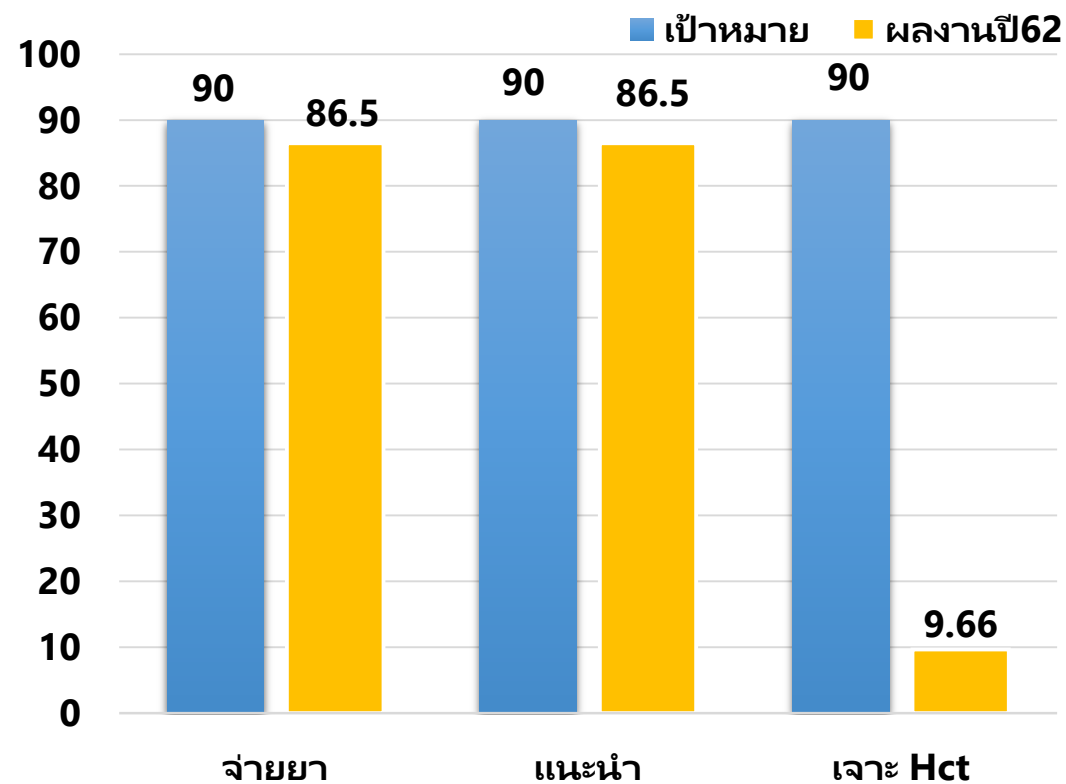


## ❖ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

ร้อยละ 90 ของการบริการยาน้ำธาตุเหล็ก  
 ร้อยละ 90 ของการให้คำแนะนำ  
 ร้อยละ 90 ของของการเจาะ Hct

ไม่ผ่าน

หน่วยบริการ	จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก			ให้คำแนะนำ			เจาะ Hct		
	ทั้งหมด	ผลงาน	ร้อยละ	ทั้งหมด	ผลงาน	ร้อยละ	ทั้งหมด	ผลงาน	ร้อยละ
รพ.ตาพระยา	126	65	51.59	126	65	51.59	126	0	0
สสอ.ตาพระยา	712	674	94.66	712	674	94.66	712	81	11.37
CUP ตาพระยา	838	739	86.5	838	739	86.5	838	81	9.66





## ❖ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

ปี 2561

ระดับดีมาก



ปี 2562

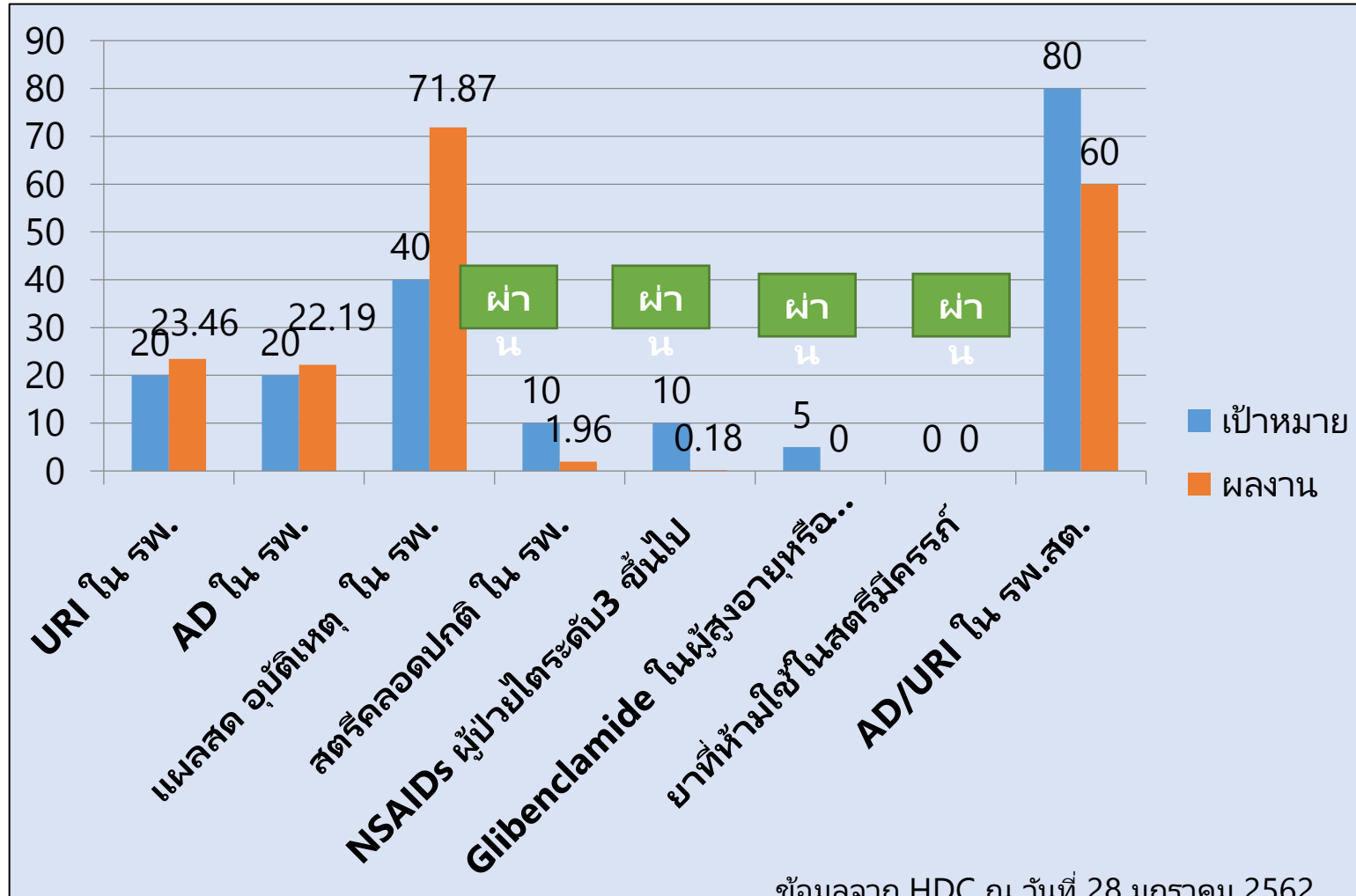
ระดับดีมาก Plus



### แผนการดำเนินงาน

1. ปรับปรุง OPD / ทางเข้า-ออก / ที่จอดรถ / ทาสีอาคาร
2. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน (ทีมรับผิดชอบพื้นที่ / ทีมประเมิน)
3. ตรวจสอบประเมินตามมาตรฐาน 5 ส. ทุกวันพุธที่ 4 ของเดือน
4. จัดทำแผนบำรุงบ่อบำบัด
5. จัดหาอุปกรณ์ออกกำลังกายเพิ่มเติม

# ❖ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล (RDU)



## กลวิธี/การแก้ไขปัญหา

1. ใช้แบบประเมินการ  
สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะใน 3 โรค  
คือ URI, AD และแผลสด  
ที่จุดตรวจของ รพ. และ  
รพ.สต.
2. ทีม PTC ของ รพ.  
กำหนดให้แพทย์เท่านั้น  
ที่สามารถสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ  
ได้โดยการล็อกใน HOSXP



# ❖ จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข





## ❖ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสิทธิภาพวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7

### โรงพยาบาลตาพระยา

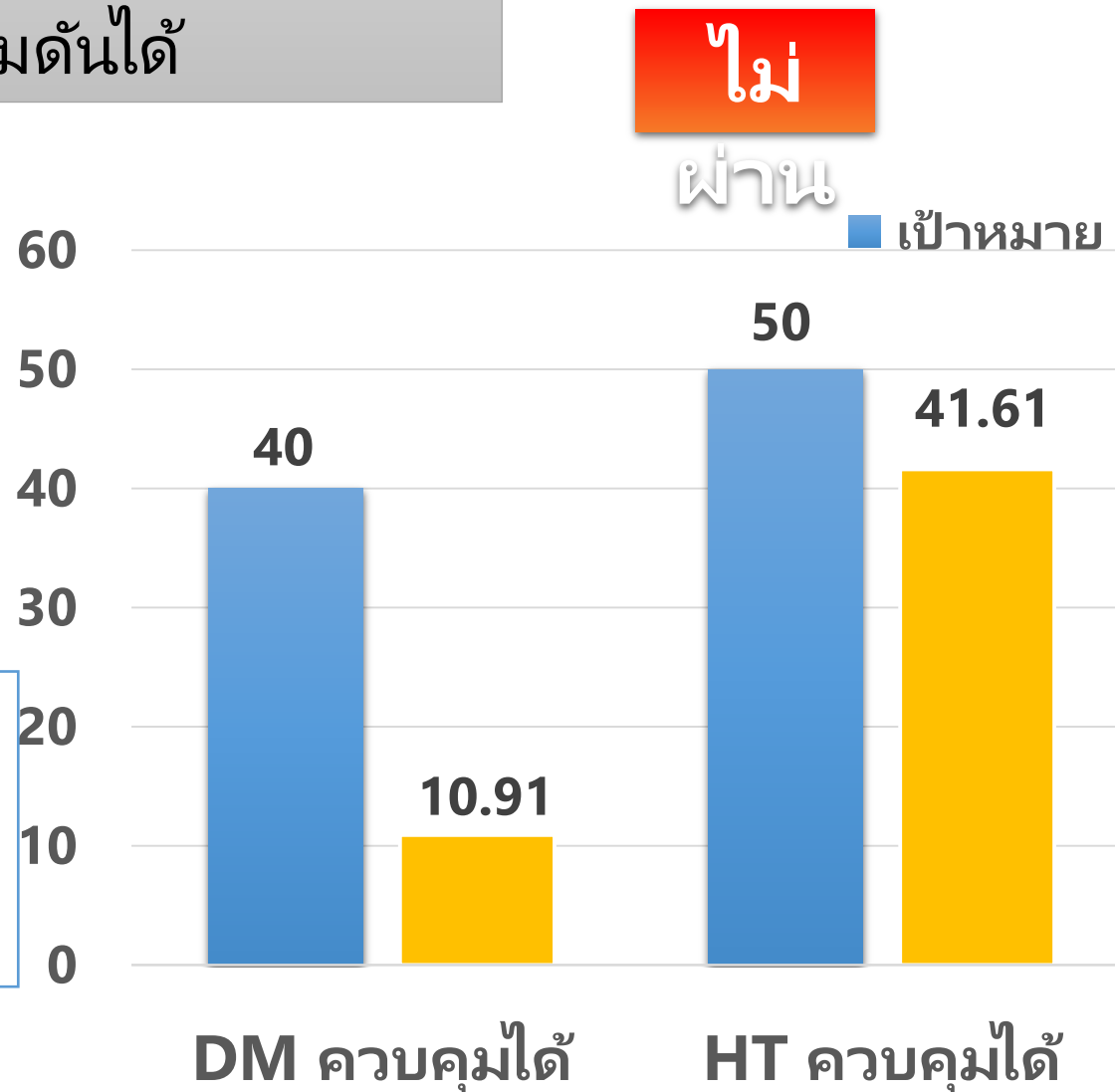
เดือน	Risk Score
ตุลาคม	0
พฤศจิกายน	0
ธันวาคม	0
มกราคม	0
กุมภาพันธ์	0
มีนาคม	0



## ❖ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานความดันที่ควบคุมได้

ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลได้  
 ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยความดัน ควบคุมความดันได้

หน่วยบริการ	DM ควบคุมน้ำตาลได้			HT ควบคุมความดันได้		
	ทั้งหมด	คุมได้	ร้อยละ	ทั้งหมด	คุมได้	ร้อยละ
รพ.ตาพระยา	298	7	2.68	534	129	24.16
สสอ.ตาพระยา	1563	165	10.55	2963	1326	44.75
CUP ตาพระยา	1861	172	10.91	3497	1455	41.61



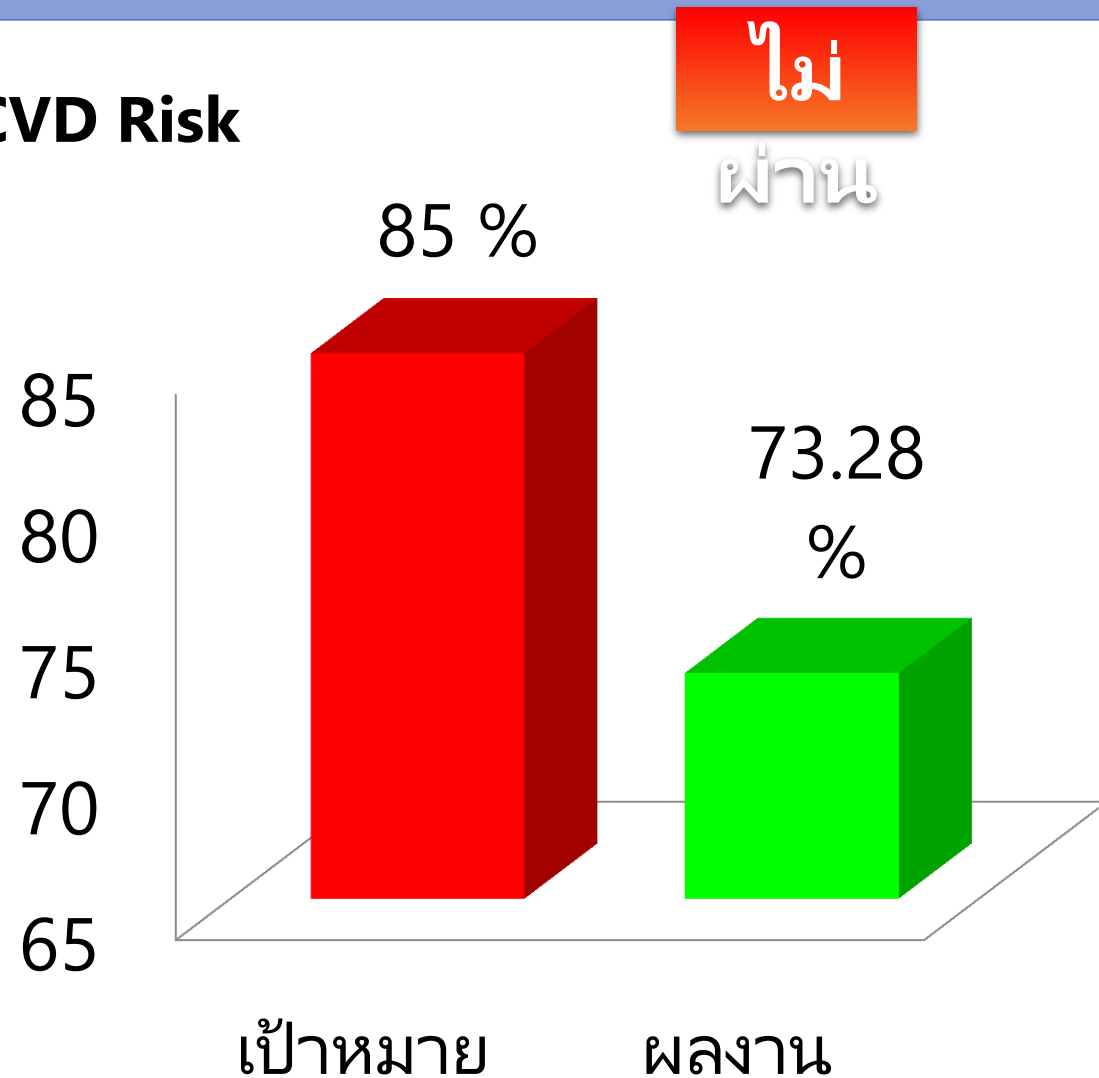
### กลยุทธ์/การแก้ไขปัญหา

1. กำหนดให้กลุ่มสหวิชาชีพ เช่น โภชนากร , เกษัชกร , กายภาพ ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะบุคคล
2. คัดกลุ่มควบคุมไม่ได้ เข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น และใช้ Self-help group

❖ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

อัตราผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD Risk

ชื่อ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
รพ.ตาพระยา	261	1	0.38
สสอ.ตาพระยา	1,322	1,159	87.67
CUP ตาพระยา	1,583	1,160	73.28







# ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)

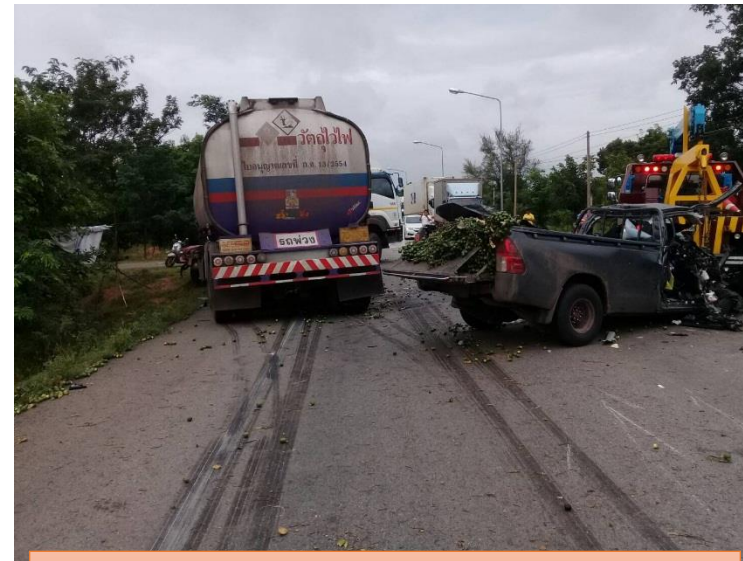


ประชุมทีมนำ



การซ้อมแผน

# ตัวอย่างเหตุการณ์อุบัติเหตุ



รถบรรทุกเบรคแตก เขาช่อง  
ตะโก

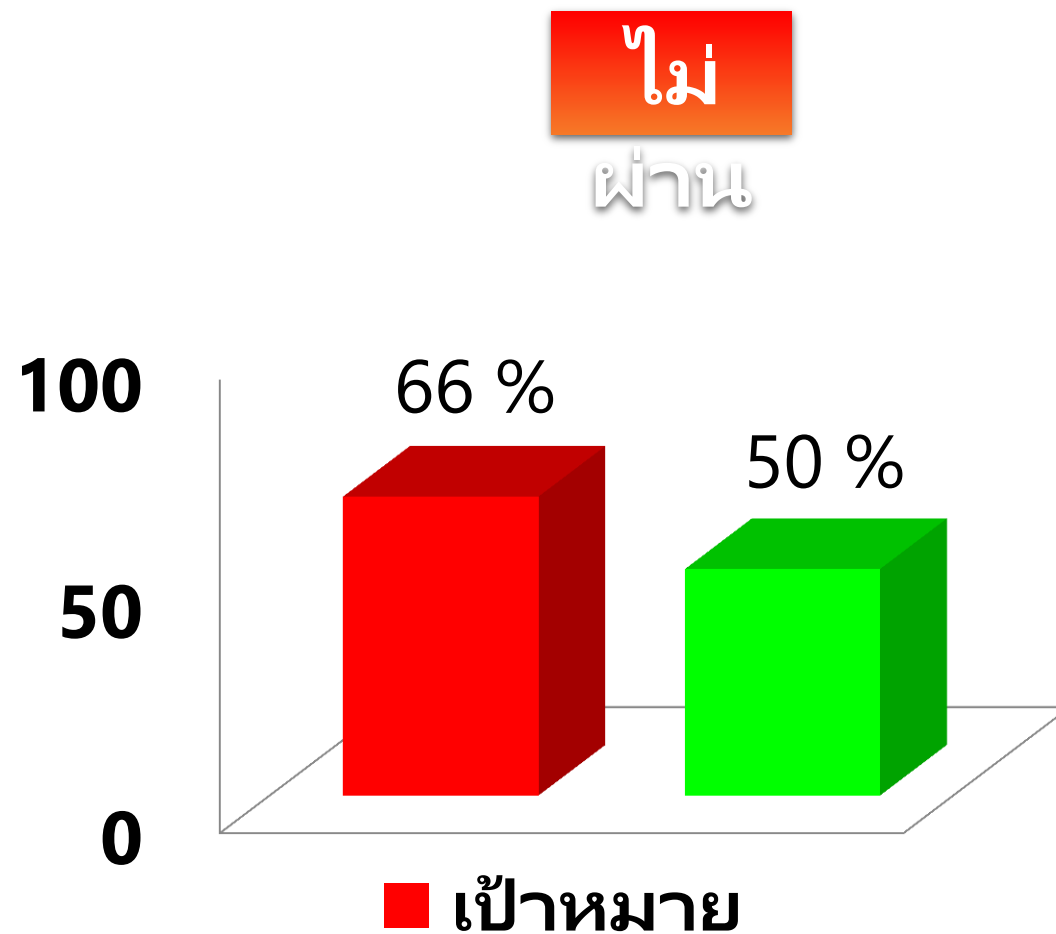
รถกะบะชนท้ายรถน้ำมัน บ.  
โคกกราด

## ❖ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

ชื่อ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
รพ.ตาพระยา	2	1	50.00
สสอ.ตาพระยา			
CUP ตาพระยา	2	1	50.00

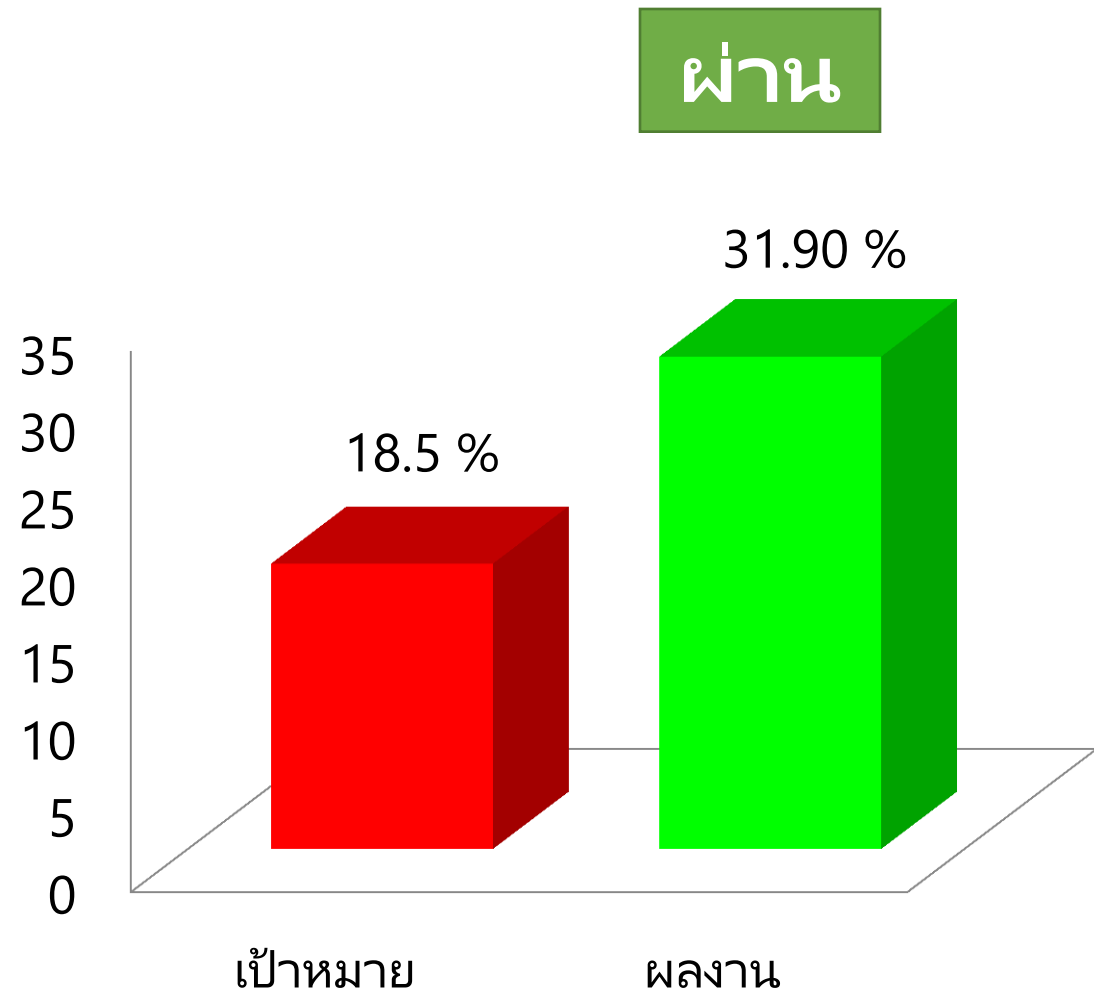
### กลยุทธ์/การแก้ไขปัญหา

1. ให้ความรู้และจัดการรายกรณีในกรณีที่มีค่าระดับน้ำตาล  $\geq 200$  mg% และ ค่าความดันโลหิตสูง  $\geq 130/80$  mmhg
2. Double check แพทย์, พยาบาล, เกสซ์ชกร
3. ติดตามเคอร์ซีเตือน บนปกสมุดประจำตัวในกลุ่มผู้ป่วย NCD เพื่อเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs
4. อบรมฟื้นฟู Case Manager CKD 1 ครั้ง/ปี



❖ ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัยรักษาโรค และ  
ฟื้นฟู ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

ชื่อ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
รพ.ตาพระยา	18,471	4,942	26.76
สสอ.ตาพระยา	16,521	6,221	37.65
CUP ตาพระยา	34,992	11,163	31.90




## ❖ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ไตรมาสแรก โรงพยาบาล ได้คะแนนร้อยละ 20 ยังผ่านเกณฑ์



การดำเนินงานในไตรมาสที่ **2** ได้รวบรวมเอกสารเชิงประจักษ์ทั้งหมด และแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบ แต่ละ **EB** เรียบร้อยแล้ว คาดว่าจะสามารถส่งหลักฐาน ให้ครบสมบูรณ์ ในไตรมาส **2** นี้

  
**คำสั่งโรงพยาบาลตาพระยา**  
 ที่ ๒๐๖ / ๒๕๖๒  
 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

ตามแนวทางการส่งเสริมความซื่อสัตย์สุจริตที่ ๕/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขด้านการปราบปรามการทุจริต โดยศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตได้จัดทำคำสั่งที่ ๔๔3 เรื่องของหน่วยงานในสังกัดงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าแก่ต้นสังกัดฯ กรม ITA (ร้อย ๓๒ ๙๐) และวันที่ ๑๑ การพิจารณาประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เพื่อเป็นไปตามนโยบายด้านธรรมาภิบาลของหน่วยงาน ให้บรรลุเป้าหมายผ่านเกณฑ์ประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการรองรับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน จึงแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานโครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ตามข้อคำความแบบสำรวจพฤติกรรมเชิงประจักษ์ (Evidence - Based Integrity & Transparency Assessment : EBIT คณิต)

๑. คณะอำนวยการ

๑. นายเอกชัย ยอดขาว	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาพระยา	ประธานกรรมการ
๒. นางทิพย์พร พรมสิทธิ์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รองประธานกรรมการ
๓. นางจรัสอุบลมาศ บุญมี	ตำแหน่ง แพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๔. นายพิเชษฐ ศิริวิชัย	ตำแหน่ง หัวหน้าแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๕. นายวิเชียร คุ้มแจ้งรัมย์	ตำแหน่ง เกษตรกรปฏิบัติการ	กรรมการ
๖. นายวิเชียร ชำคำ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางมาภรณ์ คำแสน	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นายสมชาย แก้วเกษม	ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญาน	กรรมการ
๙. นายกรณณีนงา บุญเดชะวิรัมย์	ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
๑๐. นางสาวประภาวรรณ สว่างอุจิจ	ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย	กรรมการ
๑๑. นางจุลภากร จันทร์คล้าย	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๒. นางสาวธีรพร กุญชรวิชัย	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๓. นายสมชาย พิณแพทย์	ตำแหน่ง นักวิชากรช่วยเหลือคนไข้	กรรมการ
๑๔. นายมานพศักดิ์ ปันแก้ว	ตำแหน่ง เกษตรกรปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๕. นายพนพล คำแสน	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ/เลขานุการ

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

- กำกับ ควบคุม สั่งการ ผลิต เฝ้าระวัง ติดตามการดำเนินงานประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลตาพระยา ของต้นสังกัด
- วิเคราะห์ พัฒนากลยุทธ์กิจกรรม ที่สอดคล้องกับระบบธรรมาภิบาล ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity & Transparency Assessment : ITA) คือ ความโปร่งใส ความรับผิดชอบ คุณธรรมในการให้บริการแก่ประชาชน วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กรและคุณธรรม การทำงานในหน่วยงาน
- ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแบบปฏิบัติการ ด้านการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุข

๒. คณะทำงานในการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity & Transparency Assessment : EBIT) ดังนี้

ลำดับ	EBIT	หน้าที่	ผู้รับผิดชอบ
๑	EB๒๓-EB๒๔	จากคู่มือ ITA หน้า ๓๘-๓๙	กลุ่มงานบริหารทั่วไป (งานโสต) และ อธิการ ศิริวิ
๒	EB๒๔-EB๒๕	จากคู่มือ ITA หน้า ๓๕-๓๗	กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพศาสตร์สาธารณสุข นายพนพล คำแสน
๓	EB๒๕	จากคู่มือ ITA หน้า ๓๙	กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพศาสตร์สาธารณสุข (งาน IT) นายสมชาย แก้วเกษม
๔	EB๒๕	จากคู่มือ ITA หน้า ๓๐-๓๑	กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพศาสตร์สาธารณสุข กลุ่มงานนิติการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป นายพนพล คำแสน
๕	EB๒๐-EB๒๑	จากคู่มือ ITA หน้า ๑๒-๑๔	กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพศาสตร์สาธารณสุข นายวิเชียร ชำคำ
๖	EB๒๓-EB๒๔	จากคู่มือ ITA หน้า ๓๕-๓๗	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล นส. กัญญาอุทัย วัชรจิตร
๗	EB๒๔-EB๒๖	จากคู่มือ ITA หน้า ๓๘-๔๔	กลุ่มงานนิติการ นายพนพล คำแสน
๘	EB๒๘	จากคู่มือ ITA หน้า ๔๖-๔๗	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล นส. กัญญาอุทัย วัชรจิตร
๙	EB๒๙-EB๒๙	จากคู่มือ ITA หน้า ๕๐-๕๕	กลุ่มงานนิติการ นายพนพล คำแสน
๑๐	EB๒๕	จากคู่มือ ITA หน้า ๔๖-๕๗	กลุ่มงานตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน นายพนพล คำแสน
๑๑	EB๒๖	จากคู่มือ ITA หน้า ๕๖-๕๙	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข นายวิเชียร คุ้มแจ้งรัมย์ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นายประภาวรรณ สว่างอุจิจ

โดยให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายดำเนินการจัดทำเอกสารประกอบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของ โรงพยาบาลตาพระยา ตามแบบสำรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence - Based Integrity & Transparency Assessment : EBIT) ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย หากพบปัญหาอุปสรรคให้รายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลฯทราบทันที

๑. บรรดาคำสั่งได้ตั้งหรือมีมติ ให้ใช้คำสั่งนี้แทน

ที่รับสั่งและบังคับเป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

(นายเอกชัย ยอดขาว)  
 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ วิชาการในตำแหน่ง  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาพระยา





# ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด PA ผู้บริหารจังหวัดสระแก้ว ๖ ตัวชี้วัด

- ตัวที่ ๑ ระดับความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จังหวัดสระแก้ว ปี ๒๕๖๒
- ตัวที่ ๒ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข
- ตัวที่ ๓ ระดับความสำเร็จการพัฒนาผลงานวิชาการประเภทนวัตกรรม/วิจัย/R๒R/Best Practice
- ตัวที่ ๔ คปสอ.มีคะแนนไม่น้อยกว่า ๘๕ คะแนนและได้คะแนนรวมหมวดไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
- ตัวที่ ๕ ระดับความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)
- ตัวที่ ๖ ระดับความสำเร็จของอำเภอดำเนินการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่

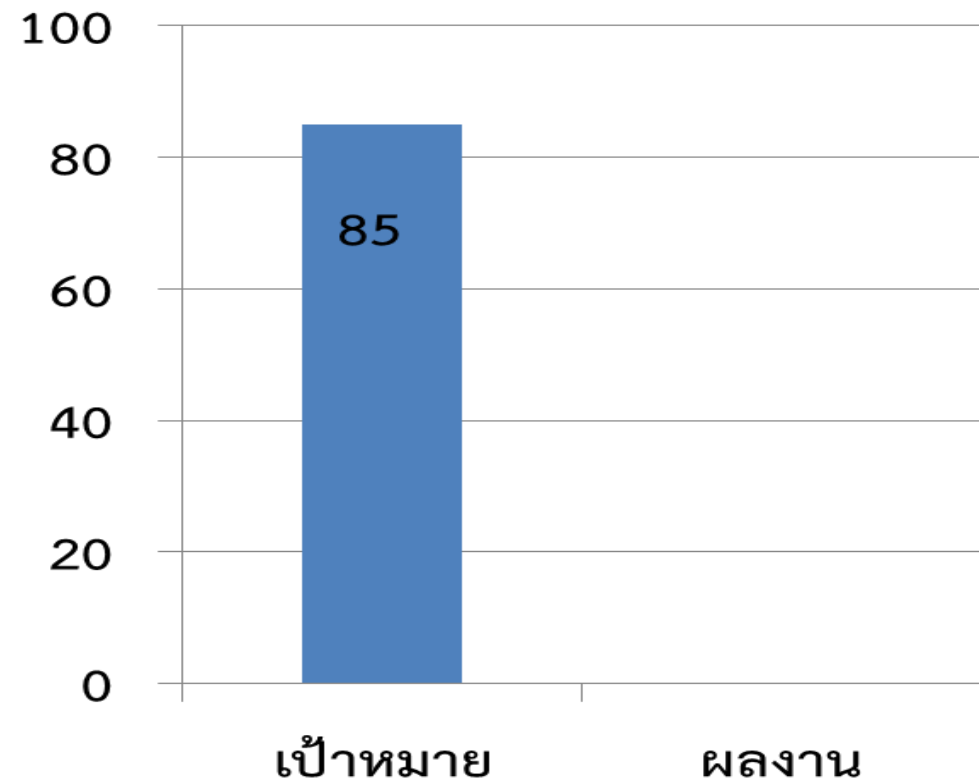
# ตัวที่ ๑ ระดับความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จังหวัดสระแก้ว ปี ๒๕๖๒

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ ๘๕

N/A

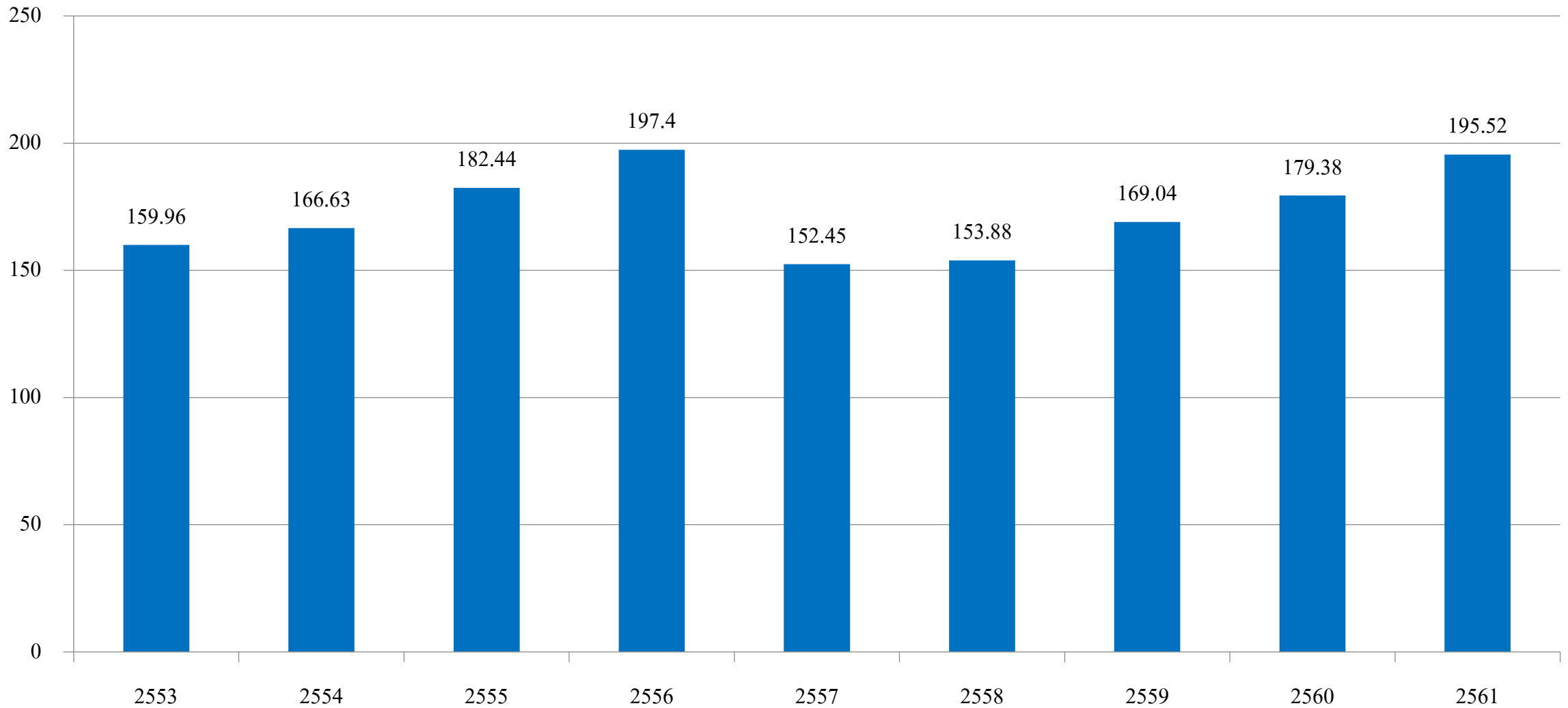
ชื่อ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
รพ.ตาพระยา			
สสอ.ตาพระยา			
CUP ตาพระยา	๓๒	N/A	

ผู้ป่วยรายใหม่ ไตรมาส ๑ ปี ๖๒ รักษายังไม่ครบ ๖ เดือน





# กราฟแสดงอัตราป่วยวันโรค อำเภอตาพระยา ปี 2553-2561 ต่อแสนประชากร



# แผนการดำเนินงานวัณโรค อำเภอตาพระยา ปี 2562

ลำดับ	ประเด็น	กาหนดนิมงาน	ผู้รับผิดชอบ
1	พัฒนาระบบการจัดการ	จัดตั้งศูนย์วัณโรค	สสอ
		แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน	สสอ
		พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูล (Line Group Ground)	TBdinic
		พัฒนาระบบการจัดเก็บและระบบเขตสุขภาพ สปชช	TBdinic
		พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลใน TBComOnline <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยใหม่ บันทึกข้อมูลภายในวันนั้น</li> <li>- ผู้ป่วยนัด (Dinic) บันทึกข้อมูลการให้บริการภายใน 7 วัน แต่ต้องให้เสร็จภายในเดือนนั้น</li> <li>- หลังจากการเคียบ 3 วัน ให้ไปตรวจสอบที่ฝ่ายเภสัชฯ ว่ายาขึ้นหรือไม่</li> <li>- ฝ่ายเภสัชฯ นำเสนอการเบิกยา TB ในที่ประชุม CFO ของโรงพยาบาล ซึ่งประชุมวันจันทร์สัปดาห์ที่ 2 ของทุกเดือน</li> </ul>	TBdinic
2	Active surveillance R506 and report system	ตรวจสอบรหัส diagnosis ผู้ป่วย TB รายใหม่ในระบบ HbsXp ผ่านโปรแกรม R506 ทุกวัน	TBdinic
		ขึ้นทะเบียนบันทึกใน TBRegister และ TBComonline	TBdinic
3	ระบบการดูแลผู้ป่วย	นำนวัตกรรม 4 วัน เอาข้อมูลมาใช้	ทีมสหวิชาชีพ
		กำหนดสถานที่เก็บส่งขวดเจาะ	TBdinic
		รพสตกำหนดผู้รับผิดชอบทำ DOT ทุกสาย	TBdinic/ รพสต
		แจ้งเตือนพื้นที่ติดตามผู้ป่วยกรณีขาดนัด	TBdinic/ รพสต
		เยี่ยมบ้าน ติดตามการรักษาตามระยะเวลา	TBdinic/ รพสต
4	การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	จัดทำขณบัตินำหมาย	TBdinic/ รพสต
		จัดทำตารางกำหนดการ X-ray	TBdinic
		บันทึกการคัดกรองในโปรแกรม TBCM	TBdinic/ รพสต

# Goal

## Process Indicator ปีงบประมาณ 2562

- ผู้ป่วย TB รายใหม่ได้รับการรายงานเข้าสู่ระบบ TBCM และ TB network Taphraya 100%
- ผู้ป่วย TB รายใหม่ที่ถูกรายงานเข้าสู่ระบบภายใน 24 ชม.  $\geq 95\%$
- ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการคัดกรอง  $\geq 90\%$
- ผู้ป่วย DM ได้รับการตรวจ CXR อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี  $\geq 50\%$
- ผู้ป่วย TB รายใหม่ได้รับการให้ความรู้ก่อนกลับบ้านจาก Team HCC  $\geq 95\%$
- ผู้ป่วย TB รายใหม่ได้ทำ DOT (อย่างน้อย 14 วันแรกของการรักษา)  $\geq 90\%$
- ผู้ป่วย TB รายใหม่ ขาดนัด/การรักษา  $\leq 2\%$



อัตราการรักษาสำเร็จ

$\geq 90\%$



สิ้นปีงบประมาณ 2564

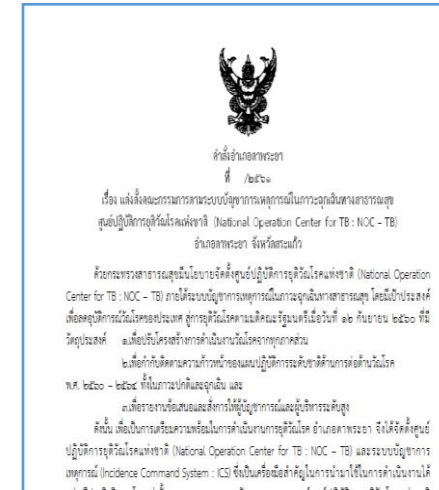
อัตราป่วยวัณโรค < 85/แสนประชากร  
หรือมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่  $\leq 50$  รายต่อปี

# ผลการดำเนินงานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

ประเภทกลุ่มเสี่ยง	ผลการดำเนินงาน					หมายเหตุ
	จำนวนเป้าหมาย	คัดกรองด้วยวาจา		X-ray ทรวงอก		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน	๑๐๑	๑๐๑	๑๐๐	๑๐๐	๙๙.๐๐	
กลุ่มผู้สูงอายุ	๙๒	๙๒	๑๐๐	๙๒	๑๐๐	
กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	๑,๑๑๓	๑,๑๑๓	๑๐๐	๓๕๙	๓๒.๒๕	
กลุ่มผู้ป่วย HIV	๑๗๙	๑๗๙	๑๐๐	๑๓	๗.๒๖	
กลุ่มแรงงานต่างด้าว	๑,๔๕๐	๓๐	๒.๐๖	๓๐	๒.๐๖	
กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข	๒๒๖	๒๒๖	๑๐๐	๒๒๖	๑๐๐	
รวม	๓,๑๖๑	๑,๗๔๑	๕๕.๐๗	๘๒๐	๒๕.๙๔	

# ผลการดำเนินงาน “ค้นให้พบ จบด้วยหาย”

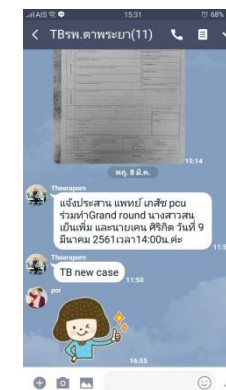
- จัดตั้งศูนย์ยุติวัณโรค
- แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน
- พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูล
  - Line Group
  - Grandround
- จัดทำระบบ DOT โดยให้ จนท. เป็นผู้ดำเนินการ
- ติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง



- รพ.สต.
- ผู้ป่วยในชุมชน

การนำนวัตกรรม “๔ วัน เอาอยู่” มาปรับใช้

ศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรคแห่งชาติ		
ส่วนกลาง ศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรคแห่งชาติ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว		
วันที่ 12/5/21		
วันพุธที่ ๑๒ ตุลาคม 2561		
๓ ถึง ๕ หมู่บ้านเขตเทศบาล		
ผู้เข้าร่วมประชุม		
1. น.นพ.ชัช ๒๒๓๖๖	เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค	
2. น.นพ.ชัช ๒๒๓๖๖	เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค	
3. น.วชิร ๑๒๓๖๖	เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค	
4. น.นพ.ชัช ๒๒๓๖๖	เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค	
5. น.นพ.ชัช ๒๒๓๖๖	เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค	
6. น.นพ.ชัช ๒๒๓๖๖	เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค	
7. น.นพ.ชัช ๒๒๓๖๖	เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค	
8. น.นพ.ชัช ๒๒๓๖๖	เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค	
9. น.นพ.ชัช ๒๒๓๖๖	เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค	
10. น.นพ.ชัช ๒๒๓๖๖	เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค	
11. น.นพ.ชัช ๒๒๓๖๖	เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค	



# การนำนวัตกรรม “ ๔ วัน เอาอยู่ ” มาปรับใช้

๑. ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ
๒. ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะไม่พบเชื้อที่มีอายุมากกว่า ๔๐ ปี

1

- Pre--Post Couselling
- เหตุผลการ Admit การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ห้องแยก
- ออกสมุดประจำตัวผู้ป่วย พร้อมทั้งคัดกรอง เหล้า-บุหรี่ , MDR TB, ขึ้นทะเบียน TB, ทะเบียน Contract

2

- สาเหตุของการเกิดโรค , แนวทางการรักษา
- การประเมินโภชนาการ BMI , อาหารที่รับประทาน ได้/ไม่ได้ , อาหารหลัก ๕ หมู่
- ตรวจ DTX
- การป้องกันการแพร่เชื้อ , การใช้ผ้าปิดปาก , การจัดการเสมหะ , การล้างมือ
- การกินยา , อาการข้างเคียงของยา , การดื้อยา

3

- ประเมินเรื่องที่สอนวันที่ ๒ ผู้ป่วย , ญาติ
- การทำ DOTS
- Grand round

4

- ทบทวนการปฏิบัติตัวที่บ้านของผู้ป่วย , ญาติ
- ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถ้ามีปัญหาการเดินทางกลับภูมิลำเนา



## ตัวที่ ๒ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข

ความคืบหน้าการตอบแบบประเมิน Happinometer และ HPI จังหวัดสระแก้ว ปี 2562

หน่วยงาน	การประเมิน Happinometer			การประเมิน HPI		
	จำนวนเป้าหมาย	จำนวนที่ตอบแล้ว	ร้อยละ	จำนวนเป้าหมาย	จำนวนที่ตอบแล้ว	ร้อยละ
สสจ.สระแก้ว	117	117	100.00	32	32	100.00
รพร.สระแก้ว	963	668	69.37	80	60	75.00
รพ.อรัญประเทศ	450	75	16.67	16	3	18.75
รพ.วัฒนานคร	210	136	64.76	17	17	100.00
รพ.วังน้ำเย็น	227	213	93.83	22	22	100.00
รพ.คลองหาด	132	123	93.18	19	18	94.74
รพ.เขาลงกรรจ์	142	63	44.37	8	4	50.00
รพ.ตาพระยา	138	110	79.71	1	1	100.00
รพ.โคกสูง	82	67	81.71	10	10	100.00
รพ.วังสมบูรณ์	86	74	86.05	8	8	100.00
สสอ.เมืองสระแก้ว	119	115	96.64	22	21	95.45
สสอ.อรัญประเทศ	99	99	100.00	17	17	100.00
สสอ.วัฒนานคร	113	111	98.23	24	24	100.00
สสอ.วังน้ำเย็น	52	51	98.08	6	6	100.00
สสอ.คลองหาด	47	47	100.00	15	15	100.00
สสอ.เขาลงกรรจ์	63	51	80.95	14	14	100.00
สสอ.ตาพระยา	75	73	97.33	16	16	100.00
สสอ.โคกสูง	48	47	97.92	10	10	100.00
สสอ.วังสมบูรณ์	62	57	91.94	7	7	100.00
รวม	3225	2297	71.22	344	305	88.66

ข้อมูล ณ วันที่ 30 ม.ค. 62

# ตัวที่ ๓ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการพัฒนาผลงานวิชาการประเภท นวัตกรรม/วิจัย/R๒R/Best Practice

## เป้าหมาย

- ❖ แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงการจัดทำผลงานวิชาการระดับอำเภอ
- ❖ จนท. ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการทำผลงานวิชาการ ครอบคลุมทุกวิชาชีพ
- ❖ ให้มีการจัดทำผลงานวิชาการตาม **Cluster** และตามกลุ่มวิชาชีพภายใน **Cluster**  
เช่น พยาบาล นวก. จพ. แผนไทย ทันตะกรรม เป็นต้น
- ❖ หน่วยบริการทุกแห่งมีผลงานนวัตกรรม/วิจัย/R๒R/Best Practice อย่างน้อย 1 เล่ม/ปี/สถานบริการ
- ❖ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ/จังหวัด
- ❖ ผลงานวิชาการทุกประเภทมีการนำไปใช้จริงในชุมชน





# Time Line การพัฒนางานวิชาการ ปี 62

ลำดับ	กิจกรรม	เป้าหมาย	ระยะเวลา	หมายเหตุ
1	นำเสนอหัวข้อการวิจัย	กลุ่มวิชาชีพทุกกลุ่ม ตาม Cluster	30 ธ.ค. 61	
2	จัดทำโครงร่างการวิจัย	ทุกกลุ่ม	15 ม.ค. 62	
3	ยื่นขอจริยธรรมการวิจัย (รพร.)	งานวิจัยทุกฉบับ	ม.ค.- พ.ค. 62	
4	เก็บข้อมูล วิเคราะห์ เขียนฉบับ สมบูรณ์	งานวิชาการทุกฉบับ	ม.ค.- พ.ค. 62	
5	นำเสนอระดับอำเภอ (ทุกกลุ่ม วิชาชีพ)	1 วัน	มิ.ย.62	
6	เผยแพร่ นำไปปรับใช้ในชุมชน	งานวิชาการทุกฉบับ		

**ปัจจุบัน ทุกกลุ่มวิชาชีพ ตาม Cluster มีการจัดทำผลงานวิชาการ 100 %**

ตัวที่ ๔ คปสอ.มีคะแนนการประเมิน คปสอ.ติดตาม ไม่น้อยกว่า ๘๕ คะแนน  
และได้รับคะแนนรวมทั้งหมด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐



# ถอดบทเรียนการดำเนิน

ลำดับ	หมวด	คะแนนเต็ม	คะแนนได้	ร้อยละ
1	หมวด นโยบาย ตัวชี้วัด	35	28.54	81.54
2	หมวด พชอ.	20	20	100
3	หมวด รพ.สต.ติดดาว	30	27.28	90.93
4	หมวด To Excellence	15	12	80
รวม		100	87.82	87.82

ลำดับ	หมวด	คะแนนเต็ม	คะแนนได้ เฉลี่ย	ร้อยละ
1	หมวด 1 การนำองค์กร และการจัดการที่ดี	20	19.41	97.09
2	หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย	10	8.2	82
3	หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	10	8	80
4	หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย	320	299.1	93.72
5	หมวด 5 ผลลัพธ์	24	22.5	90

# ประเด็นการพัฒนา

## ❖ หมวด นโยบาย ตัวชี้วัด

- การคัดกรองพัฒนาการเด็ก
- การคัดกรองวัณโรคปอด
- การดำเนินงาน ITA
- การลงสาเหตุการตาย
- DM ควบคุมได้
- DM HT ตรวจ CVD Risk
- HA
- RDU
- Happinometer

## ❖ หมวด To Excellence

- การนำเสนอผลงานระดับเขตขึ้นไป

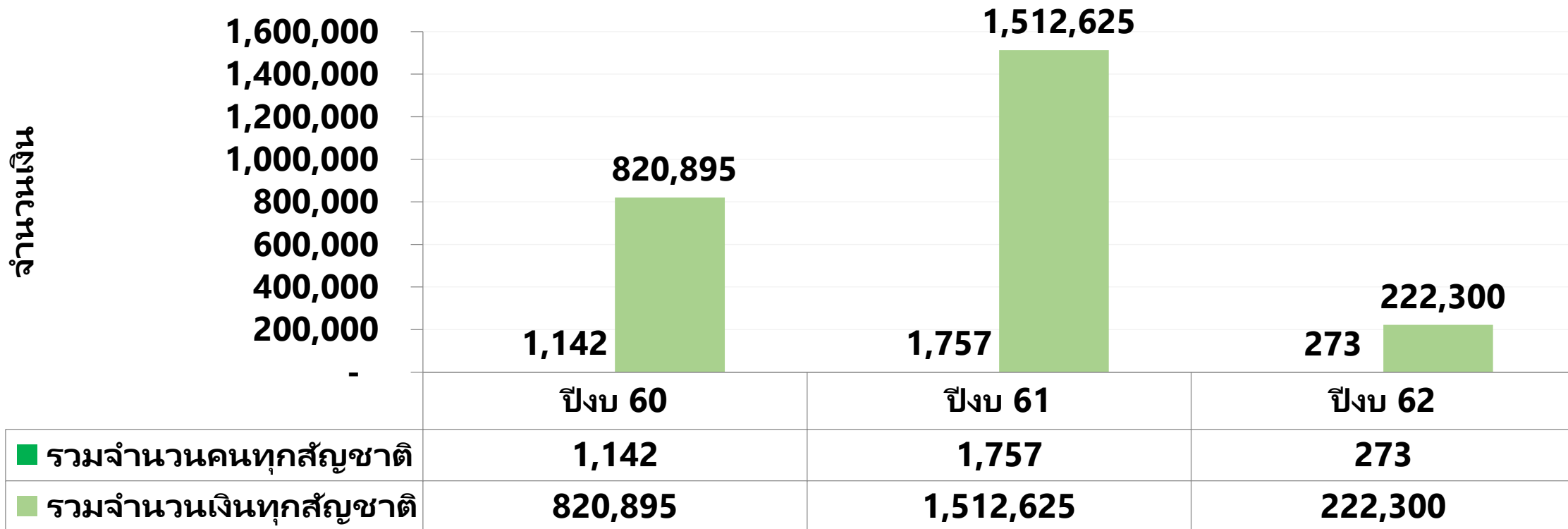
# TimeLine การดำเนินงาน

ลำดับที่	รายละเอียดกิจกรรม	เป้าหมาย	ระยะเวลา	หมายเหตุ
1	แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยง ระดับ Cup	ทีมนำ (รพ.+สสอ.)	30 มค.61	
2	จับคู่ประสาน รพ.-สสอ. ทีมนำ (รพ.+สสอ.)	ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ	30 มค.61	
3	ชี้แจงเกณฑ์และกรอบการดำเนินงาน	ทีมพี่เลี้ยง/จนท.ทุกคน ทราบเกณฑ์	8 มค.62	
4	มอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน (ระดับ คปสอ. / รพ.สต.)	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน	มค.62	
5	ศึกษารายละเอียดเกณฑ์และประเมินตนเอง	จนท.ทุกคนเข้าใจเกณฑ์สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้	มค.62	
6	จัดทำแผนพัฒนาและนำเสนอผู้บังคับบัญชา	หน่วยบริการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน	มค.62	
	(ทีมนำ เสนอ คปสอ. ผู้ปฏิบัติระดับ รพ.สต. เสนอ ผอ.รพ.สต.)	ตามความเหมาะสม		
7	พัฒนาตามส่วนขาด	ระดับ รพ.สต./Cluster/Cup	กพ. – กค.62	
8	นิเทศติดตาม เยี่ยมหน้างาน	ระดับ รพ.สต./Cluster/Cup	กพ. – กค.62	

**ระบบการดูแล  
รักษา**

**แผนภูมิแสดงการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวรายใหม่ รวมทุกสัญชาติ (พม่า, ลาว, กัมพูชา)**

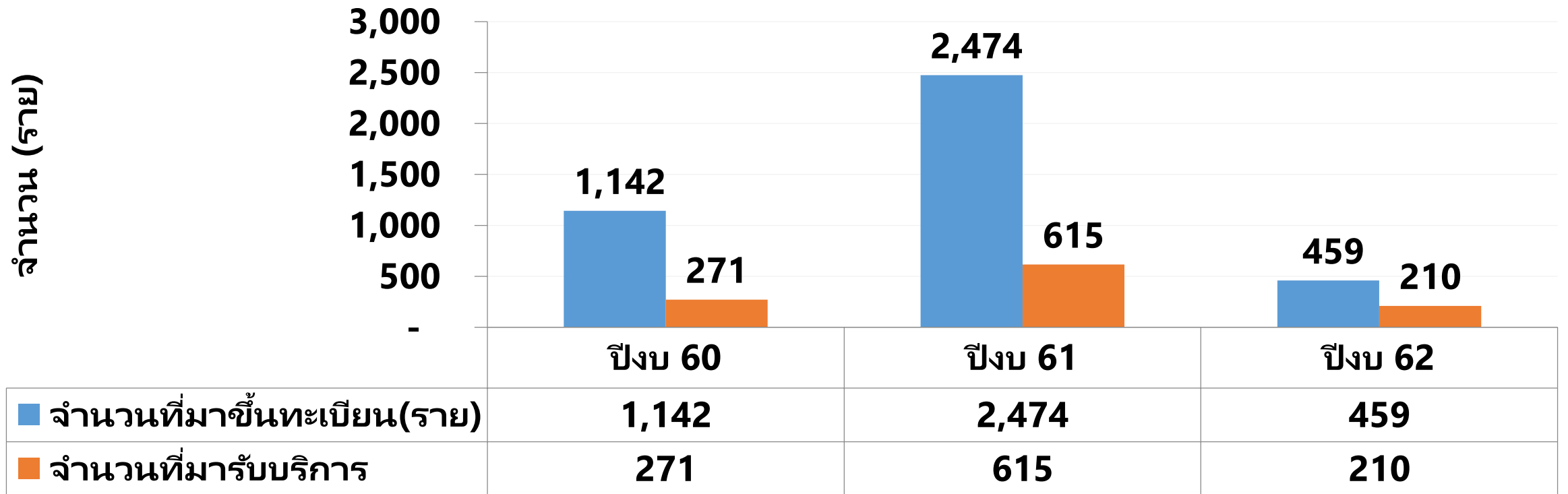
**แยกเป็นจำนวนคนและจำนวนเงิน ประจำปีงบประมาณ 2560 - 2562**



**\*\*\* ปีงบประมาณ 2562 ข้อมูลเป็นของเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2561**

จากแผนภูมิแสดงให้เห็นว่า ในปีงบประมาณ 60 – 62 มีแรงงานต่างด้าวมาขึ้นทะเบียนรายใหม่รวมทุกสัญชาติ จำนวน 1,142 1,757 และ 275 ราย จำนวนเงินที่ได้รับจากการขึ้นทะเบียนรายใหม่รวมทุกสัญชาติ เป็นจำนวน 820,895 1,512,625 และ 222,300 บาท ตามลำดับ

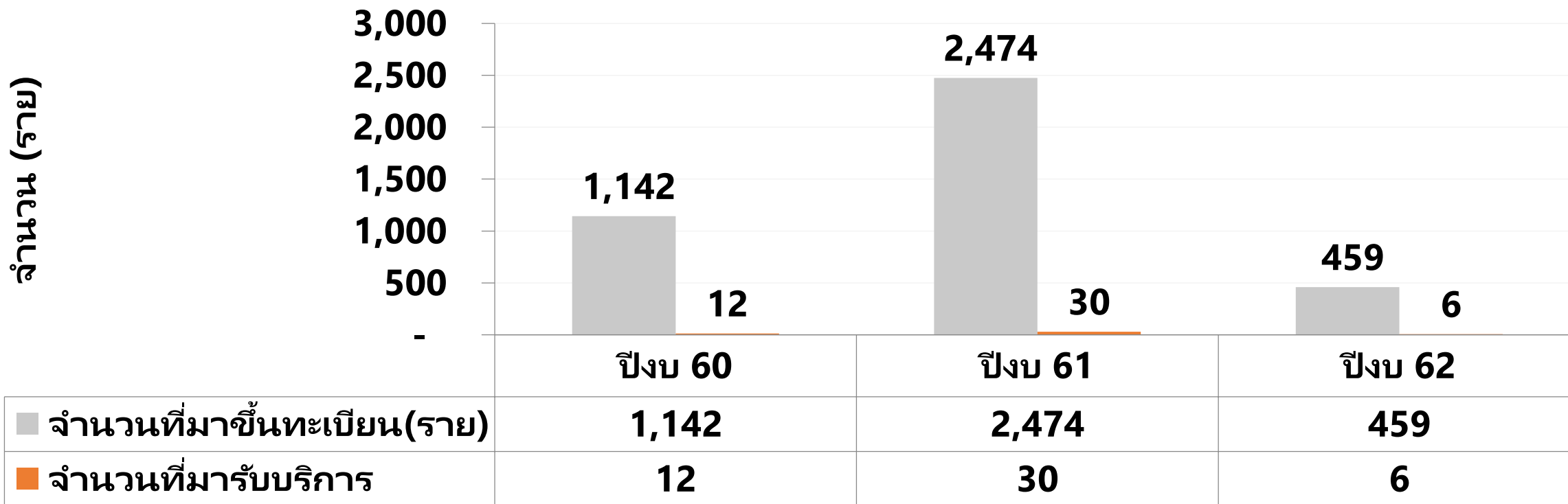
**แผนภูมิแสดงการเปรียบเทียบแรงงานต่างด้าวที่มาขึ้นทะเบียนและมารับ  
บริการ ผู้ป่วยนอก  
ปีงบประมาณ 2560 - 2562**



\*\*\* ปีงบประมาณ 2562 ข้อมูลเป็นของเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2561

จากแผนภูมิแสดงให้เห็นว่า ในปีงบประมาณ 60 – 62 ผู้ป่วยนอก มีแรงงานต่างด้าวรวมทุกสัญชาติ มาขึ้นทะเบียน 1,142 2,474 และ 459 ราย ตามลำดับ มารับบริการที่โรงพยาบาล 271 615 และ 210 ราย ตามลำดับ

แผนภูมิแสดงการเปรียบเทียบแรงงานต่างด้าวที่มาขึ้นทะเบียนและมารับ  
บริการ ผู้ป่วยใน  
ปีงบประมาณ 2560 - 2562



\*\*\* ปีงบประมาณ 2562 ข้อมูลเป็นของเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2561

จากแผนภูมิแสดงให้เห็นว่า ในปีงบประมาณ 60 – 62 ผู้ป่วยใน มีแรงงานต่างด้าวรวมทุกสัญชาติ มาขึ้นทะเบียน 1,142 2,474 และ 459 ราย ตามลำดับ มารับบริการที่โรงพยาบาล 12 30 และ 6 ราย ตามลำดับ

แผนภูมิแสดงจำนวนแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการ แยกตามแผนก  
ผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทบริการ  
ปีงบประมาณ 2560 - 2562

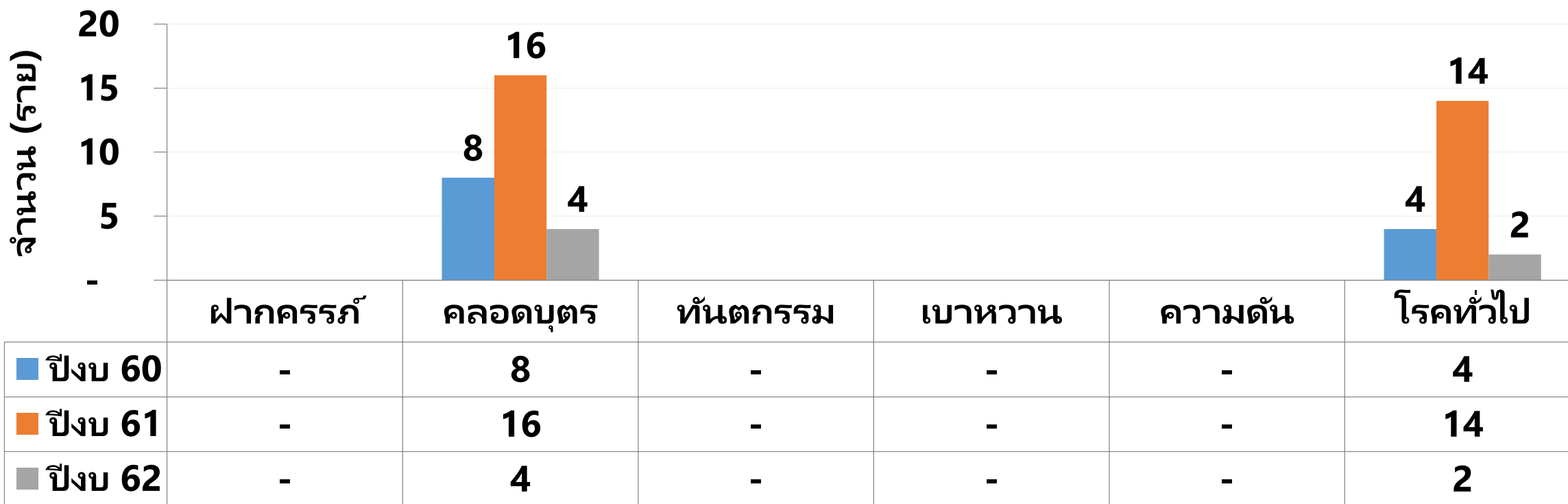


\*\*\* ปีงบประมาณ 2562 ข้อมูลเป็นของเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2561

จากแผนภูมิแสดงให้เห็นว่า ในปีงบประมาณ 60 – 62 ผู้ป่วยนอก มีแรงงานต่างด้าวรวมทุกสัญชาติ มารับบริการ แผนกผากครรภ์ 51 147 และ 43 ราย ตามลำดับ แผนก ทันตกรรม 18 และ 4 ราย ตามลำดับ แผนกความดัน 5 ราย และมาตรวจโรคทั่วไป 186 427 และ 156 ราย ตามลำดับ



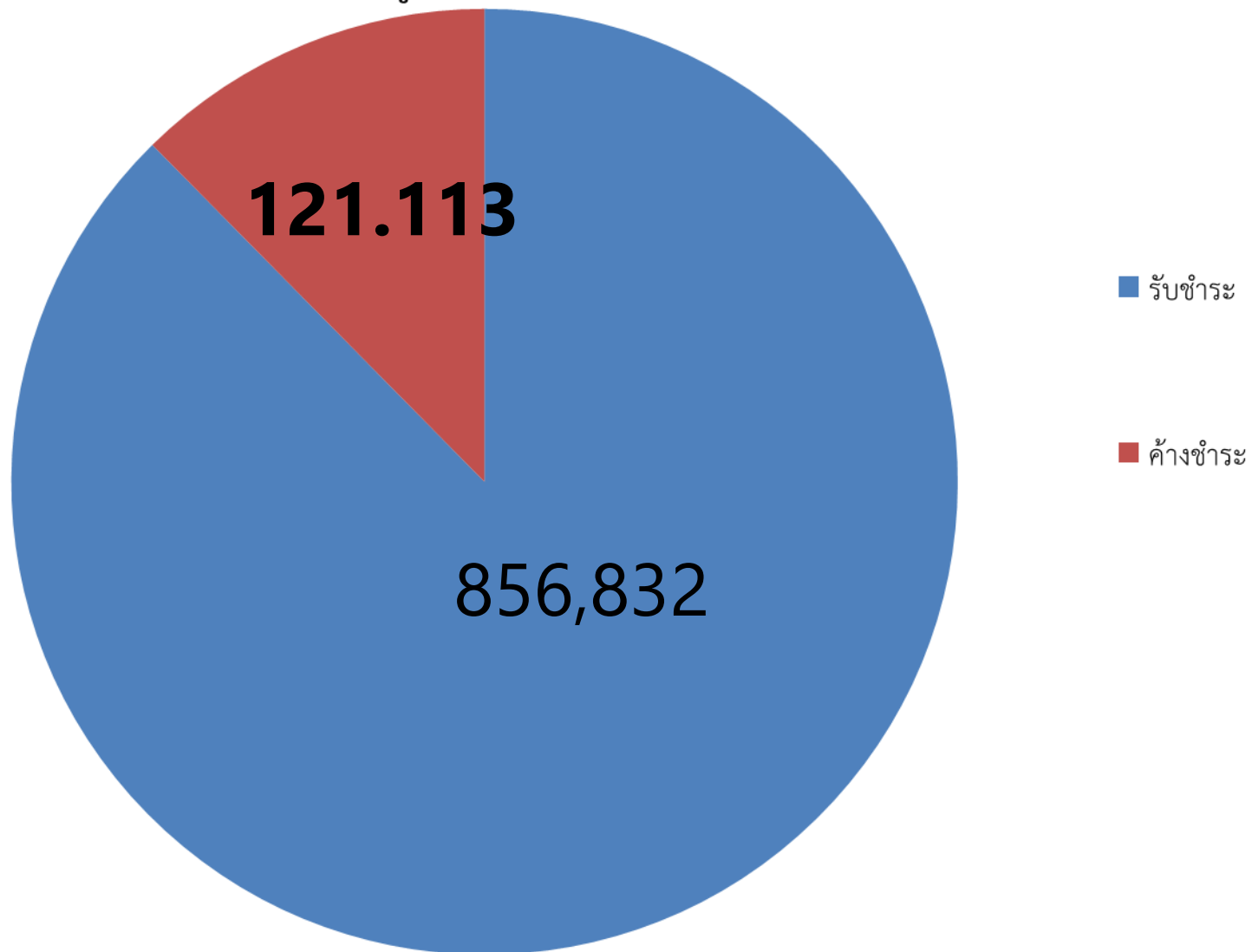
**แผนภูมิแสดงจำนวนแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการ แยกตามแผนก  
ผู้ป่วยใน จำแนกตามประเภทบริการ  
ปีงบประมาณ 2560 - 2562**



\*\*\* ปีงบประมาณ 2562 ข้อมูลเป็นของเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2561

จากแผนภูมิแสดงให้เห็นว่า ในปีงบประมาณ 60 – 62 ผู้ป่วยใน มีแรงงานต่างด้าวรวมทุกสัญชาติ มาคลอดบุตร 8 16 และ 4 ราย และมาตรวจโรคหัวใจ 4 14 และ 2 ราย ตามลำดับ

ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติสิทธิชำระเงินเอง



สรุปประเด็นจากการเยี่ยมเสริมพลัง ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว พร้อมคณะ  
 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

ลำดับที่	ประเด็นที่ค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
	โรงพยาบาลตาพระยา	
๑.	รพ.มีประชากร ๕๐,๐๐๐ กว่า ทำงานเกินดุล LC ยังไม่หนักมาก	-ควรเพิ่มบุคลากรเท่าที่จำเป็น เฉพาะเปิดหน่วยงานใหม่เท่านั้น เพราะยังมีช่องเพิ่มประสิทธิภาพให้คนทำงานให้เต็มที่มาขึ้นก่อน
๒.	รพ.มีสภาพโทรมและเก่ามาก	๑. จัดทำ master plan รพ. ๒. ดำเนินการ G&C และ ๕ ส. ๓. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนา รพ. โดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อช่วยงาน และปรับภูมิทัศน์ รพ. ๔. ตั้งเป้า Accredit HA ต้นปีหน้า
	สสอ .และ รพ.สต.	
๑.	ภูมิทัศน์ดีมาก แตกต่างกับ รพ. มาก	๑. สสอ. และ รพ.สต. ต้องช่วย รพ. ๒. ต่อยอดเรื่องขยะชุมชน ๓. ให้อำเภอกำหนดประเด็นหลักที่ต้องการขับเคลื่อน ๑ ประเด็น ๔. การพัฒนา back office แบบรวมศูนย์ ๕. ควรจัดการยืมเครื่องมือที่ช่วยดูแล LTC ระดับอำเภอเพื่อหมุนเวียนกันใช้
	คปสอ.ตาพระยา	๑. โรงพยาบาลลงทุนแต่น้อยก่อน จ้างทาสีเป็นรายอาคาร ไม่ให้เกินวงเงินจัดจ้าง ๒. ปรับปรุง OPD ให้นำเชือกถือ จัดเส้นทางเดินคนใช้ราบรินไม่่วกวน ๓. บุคลากรส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ประสานกับฝ่ายการพยาบาลอย่างเข้าใจ และมีส่วนร่วมกับ re-accreditation ๔. บ้านตาพระยานี้ บ้านของเราทุกคน ทุกคนคือพี่น้องเรา
	สสจ.สระแก้ว	-น่าจะพัฒนาระบบ it เรื่อง back office เพื่อช่วยให้เป็นรูปแบบให้ สสอ ได้ใช้ในภาพจังหวัด ช่วยลดคนทำงาน และ LC

# แผนการดำเนินการต่อเนื่อง

- จัดสวนหย่อม ปลูกต้นไม้ ฯลฯ และดำเนินงานตามเกณฑ์ **Green Clean Hospital / Healthy Workplace**
- จัดทำถนนเพิ่มเติม
- สร้างโรงเก็บออกซิเจน