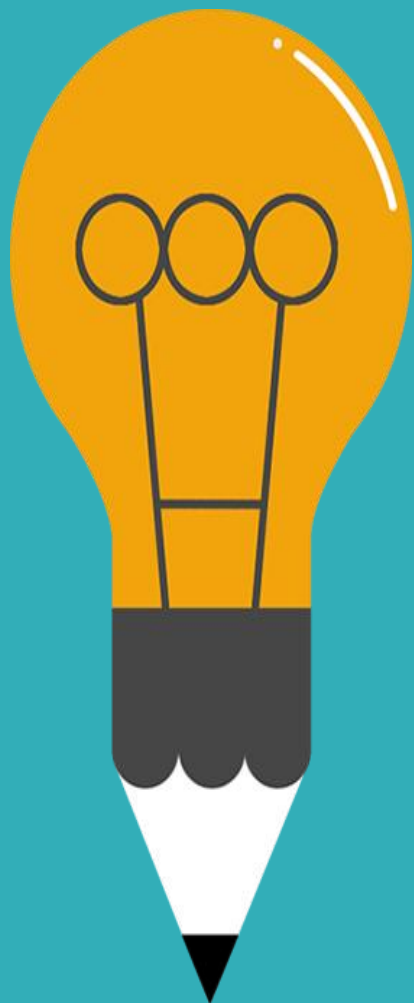




สรุปแผนปฏิบัติการ ประจำปี 2562 โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร

12 กันยายน 2562

นพ.ปกาสีทธิ์ ณะหันลิไฟบูลย์
รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

วิสัยทัศน์

เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ

เป้าประสงค์

1

ผู้รับบริการได้รับบริการที่มี
คุณภาพและปลอดภัย

2

โรงพยาบาลมีระบบบริหารจัดการ
ภาครัฐที่ดี เป็นองค์กรแห่งการ
เรียนรู้ และสร้างนวัตกรรม

3

เจ้าหน้าที่มีสมรรถนะที่ดี
และมีความสุข

พันธกิจ

1

พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับ
ทุกสาขาทั้งเครือข่าย

2

พัฒนานวัตกรรมและการวิจัย

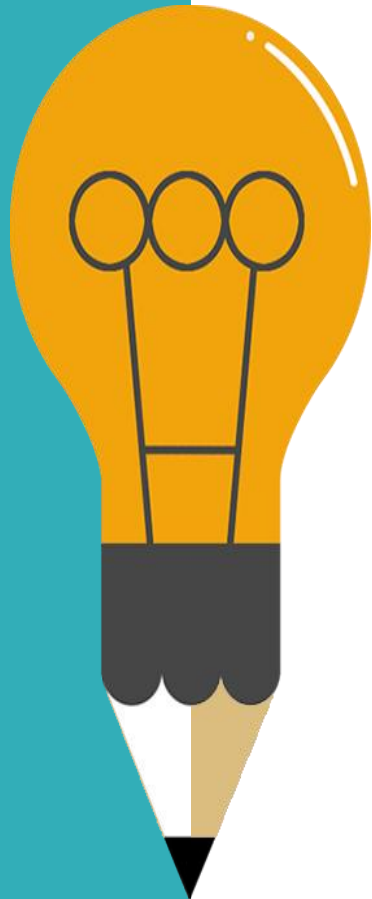
3

พัฒนาระบบบริหารจัดการเทคโนโลยี
สารสนเทศ

4

พัฒนาสมรรถนะบุคลากร องค์กร และ
เครือข่าย

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลชั้นนำบนเรนทร



01

พัฒนาระบบบริการทุกระดับให้มีคุณภาพมาตรฐาน

02

พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะที่ดีและมีความสุข

03

พัฒนาระบบเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ
ข้อมูลข่าวสาร

04

พัฒนาระบบการเงินการคลัง

05

พัฒนาระบบบริหารจัดการที่ดีโดยหลักธรรมาภิบาล

06

พัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพ

สรุปแผนปฏิบัติการ ประจำปี 2562

ยุทธศาสตร์ที่	จำนวนโครงการ	งปม.(โครงการ)	ใช้จริง	คงเหลือ	ร้อยละเบิกจ่าย
1	36	1,888,871	1,107,750	781,121	58.65
2	14	895,415	474,924	420,491	53.04
3	4	230,730	99,950	130,780	43.32
4	1	30,000	-	30,000	0.00
5	3	102,200	-	102,200	0.00
6	14	1,332,590	791,346	541,244	59.38
รวม	72	4,479,806	2,473,970	2,005,836	55.22

สรุปงบประมาณโครงการ ประจำปี 2562

	เงินบำรุง	เงิน PP	เงิน สป.	เงิน SP	เงินสนับสนุน (งบอุดหนุน)	รวมทั้งหมด
จำนวนเงิน	2,263,235	1,096,150	309,940	510,481	300,000	4,479,806
ใช้จริง	1,116,525	648,346	297,099	297,950	114,050	2,473,970
ร้อยละ	49.33	59.15	95.86	58.37	38.02	55.22

สรุปแผนปฏิบัติการ ประจำปี 2562

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการทุกระดับให้มีคุณภาพมาตรฐาน

จำนวน 36 โครงการ (รายละเอียดตามเอกสาร)

	เงินบำรุง	PP	สป.	งบ SP	รวม
จำนวน	983,950	293,000	101,440	510,481	1,888,871
ใช้จริง	511,395	209,500	88,905	297,950	1,107,750
คงเหลือ	472,555	83,500	12,535	212,531	781,121
ร้อยละ เบิกจ่าย	51.97	71.50	87.64	58.37	58.65

หมายเหตุ : โครงการประชาชนชาวอ.เมืองชัยนาทมีสถานะทันตสุขภาพดี อยู่ระหว่างดำเนินการ ยังไม่ได้เบิกจ่าย
โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา Palliative Care จัดแล้วแต่ไม่ได้เบิกจ่าย
โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาปลูกถ่ายอวัยวะ ประสาน สสจ.แล้วให้ทำในปีงบประมาณ 2563
โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อ ไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากทำ NCD Clinic plus ระดับประเทศ

สรุปแผนปฏิบัติการ ประจำปี 2562

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะที่ดีและมีความสุข

จำนวน 14 โครงการ (รายละเอียดตามเอกสาร)

	เงินบำรุง	PP	สป.	รวม
จำนวนเงิน	605,415	100,000	190,000	895,415
ใช้จริง	217,790	67,440	189,694	474,924
คงเหลือ	387,625	32,560	306	420,491
ร้อยละเบิกจ่าย	35.97	67.44	99.84	53.04

หมายเหตุ : โครงการเฝ้าระวังป้องกันระงับอัคคีภัยพิบัติ และซ่อมอพยพหนีไฟ ดำเนินการ แต่ไม่ได้เบิกค่าใช้จ่าย

สรุปแผนปฏิบัติการ ประจำปี 2562

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบเทคโนโลยีทางการแพทย์ และข้อมูลข่าวสาร

จำนวน 3 โครงการ (รายละเอียดตามเอกสาร)

เงินสำรอง	ใช้จริง	คงเหลือ	ร้อยละเบิกจ่าย
230,730	99,950	130,780	43.32

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการเงินการคลัง จำนวน 1 โครงการ

เงินสำรอง	ใช้จริง	คงเหลือ	ร้อยละเบิกจ่าย
30,000	0	30,000	0

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่ดีโดยหลักธรรมาภิบาล จำนวน 3 โครงการ

เงินสำรอง	ใช้จริง	คงเหลือ	ร้อยละเบิกจ่าย
102,200	0	102,200	0

สรุปแผนปฏิบัติการ ประจำปี 2562

ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพ

จำนวน 14 โครงการ (รายละเอียดตามเอกสาร)

	เงินบำรุง	PP	สป.	เงินสนับสนุน (งบอุดหนุน)	รวม
จำนวน	310,940	703,150	18,500	300,000	1,332,590
ใช้จริง	287,390	371,406	18,500	114,050	791,346
คงเหลือ	23,550	331,744	-	185,950	541,244
ร้อยละ เบิกจ่าย	92.43	52.82	100.00	38.02	59.38

ผลการดำเนินงาน ทั้ง 72 โครงการ
ทำให้บรรลุผลลัพธ์ (Out come)

ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 78.98
และ ยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ร้อยละ 72.92



สรุป KPI ตรวจสอบราชการ ประจำปี 2562

ยุทธศาสตร์	KPI	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1 PP&P Excellence	10	9 (90%)	1(10%)
2 Service Excellence	24	17 (70.83%)	7 (29.17%)
3 People Excellence	4	4 (100%)	0
รวม	38	30 (78.95%)	8 (21.05%)

สรุป KPI ยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ประจำปี 2562

ยุทธศาสตร์	KPI	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1 พัฒนาระบบบริการทุกระดับให้มีคุณภาพมาตรฐาน	21	13 (61.91%)	8 (38.09%)
2 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะที่ดีและมีความสุข	7	6 (85.71%)	1 (14.29%)
3 พัฒนาระบบเทคโนโลยีทางการแพทย์ และข้อมูลข่าวสาร	4	3 (75.0%)	1 (25.0%)
4 พัฒนาระบบการเงินการคลัง	8	7 (87.5%)	1 (12.5%)
5 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่ดี โดยหลักธรรมาภิบาล	5	4 (80.0%)	1 (20.0%)
6 พัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพ	3	3 (100%)	0
รวม	48	35 (72.92%)	13 (27.08%)

Thank
You



เขตสุขภาพที่ ๓

สรุปผลการตรวจราชการฯ กรณีปกติ รอบที่ ๒ ปี ๒๕๖๒

เขตสุขภาพที่ ๓

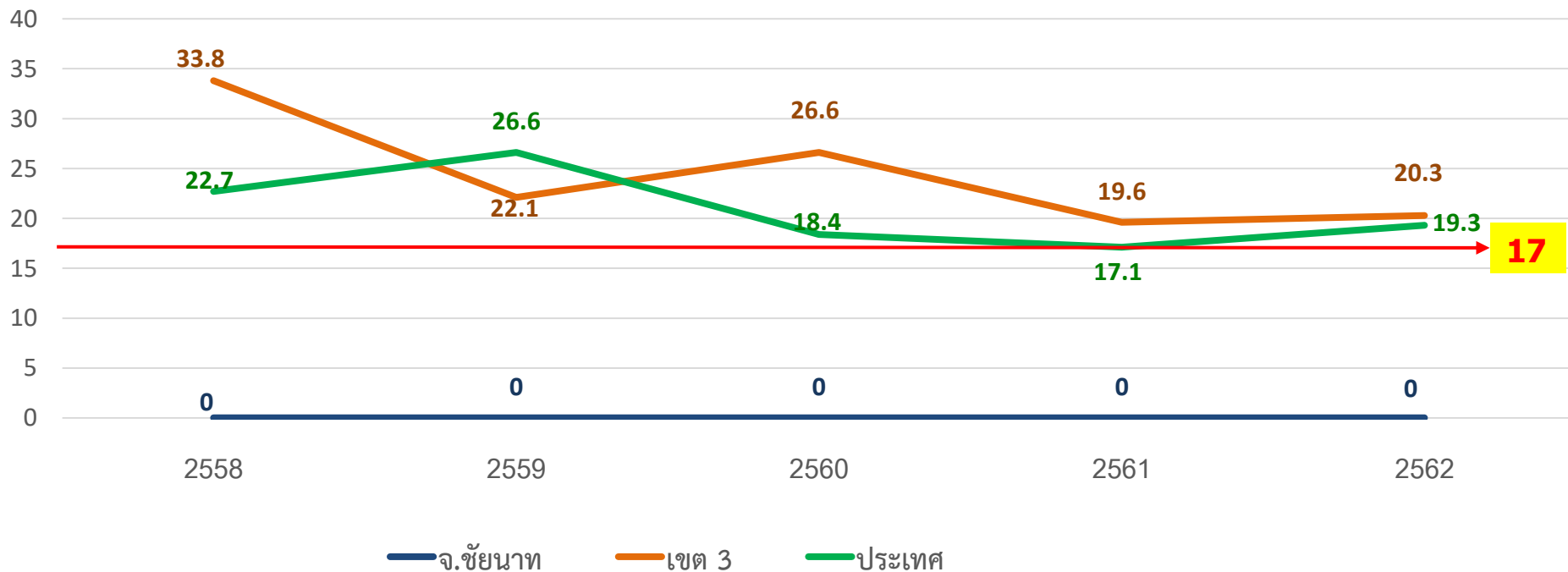
จังหวัดชัยนาท

๑๐ - ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒



การตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด เป้าหมายร้อยละ 20 ลดลงจากปี 61	ไม่มีแม่ตาย
การตายมารดาจากความดันโลหิตสูง เป้าหมายร้อยละ 30 ลดลงจากปี 61	ไม่มีแม่ตาย
การตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง เป้าหมายร้อยละ 20 ลดลงจากปี 61	ไม่มีแม่ตาย
ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง	100
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง	42.56
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการและส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา	100
ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด 5 อันดับ จากโรคอายุรกรรม	1.GDM 2.PIH 3.ติดเชื้อ 4.หัวใจ 5.ระบบหายใจ
โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เป้าหมายร้อยละ 70	100

อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ



ที่มาข้อมูล : Service Plan สู่ติกรรม 30 มิ.ย. 62

ปัญหา/ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุผล ตามเป้าหมาย

การเฝ้าระวังและป้องกันหญิงตั้งครรภ์-คลอด
ยังไม่ครอบคลุมเรื่องการประเมินความเสี่ยงต่อ
การเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันหญิง
ตั้งครรภ์-คลอด ให้ครอบคลุมตามมาตรฐาน
ฝากครรภ์คุณภาพ-ห้องคลอดคุณภาพ

กลุ่มเด็กปฐมวัย

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน



ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (เป้าหมาย : ร้อยละ 90)

96.9%

ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า (เป้าหมาย : ร้อยละ 20)

21.4%

ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่พัฒนาการ ล่าช้า ได้รับการติดตาม/ส่งต่อ (เป้าหมาย : ร้อยละ 90)

89.6%
(รอติดตาม
7.9%)

ร้อยละของเด็กพัฒนาการ ล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I (เป้าหมาย : ร้อยละ 60)

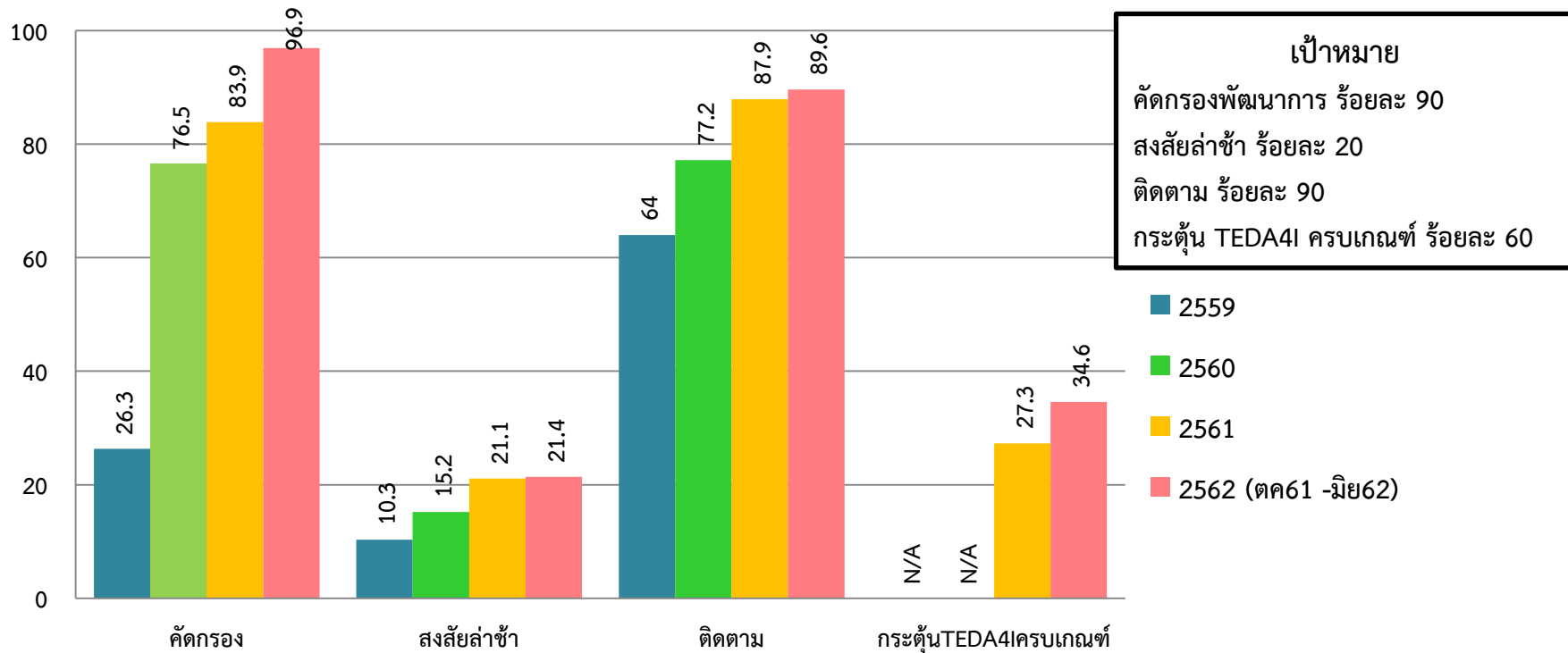
74.3%
(ครบตามเกณฑ์
34.6%)

ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (เป้าหมาย : ร้อยละ 57)

60.4%

กลุ่มเด็กปฐมวัย

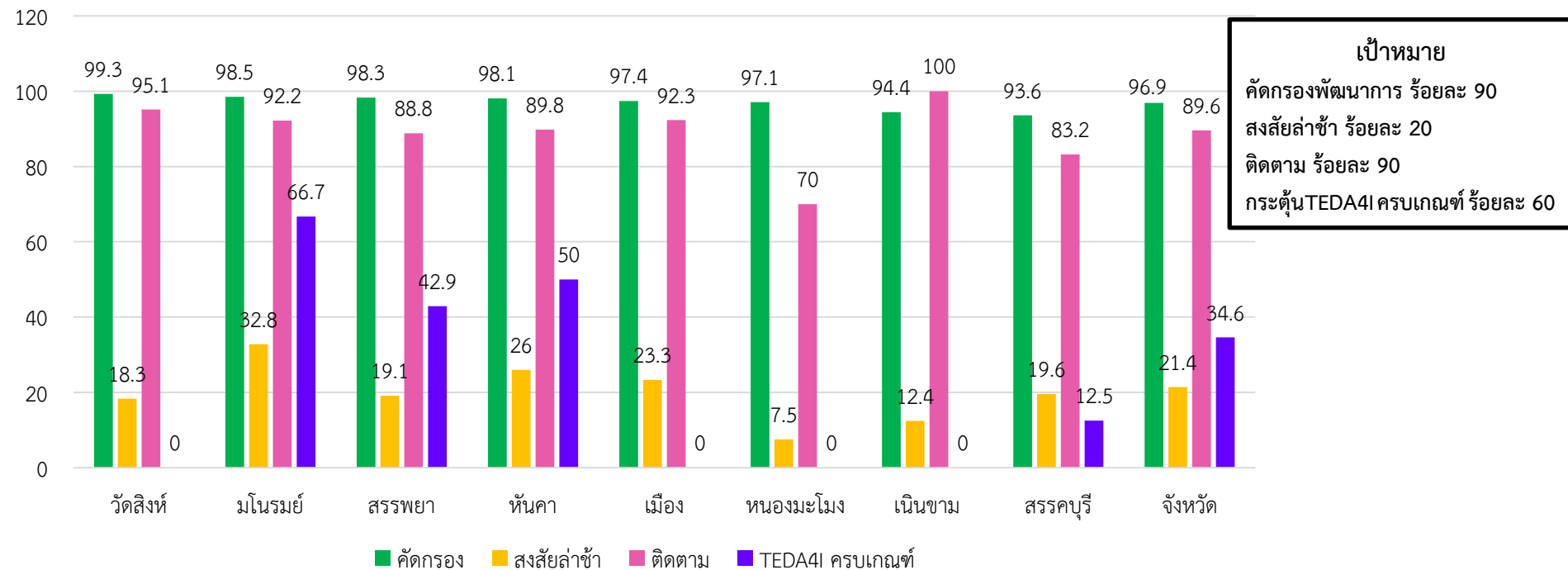
สถานการณ์พัฒนาการเด็ก 0-5 ปี จังหวัดชัยนาท



ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิ.ย. 62

กลุ่มเด็กปฐมวัย

สถานการณ์พัฒนาการเด็ก จังหวัดชัยนาท



หมายเหตุ

อ.วัดสิงห์ อยู่ระหว่างติดตาม (1)

อ.เมือง ติดตามไม่ได้ (2)

อ.หนองมะโมง อยู่ระหว่างกระตุ้น (1)

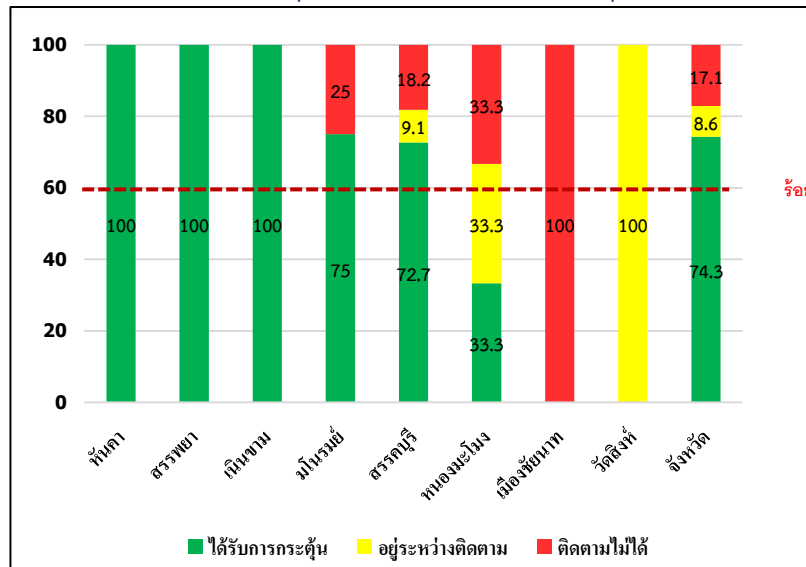
อ.เนินขาม กระตุ้นไม่ครบเกณฑ์ (1)



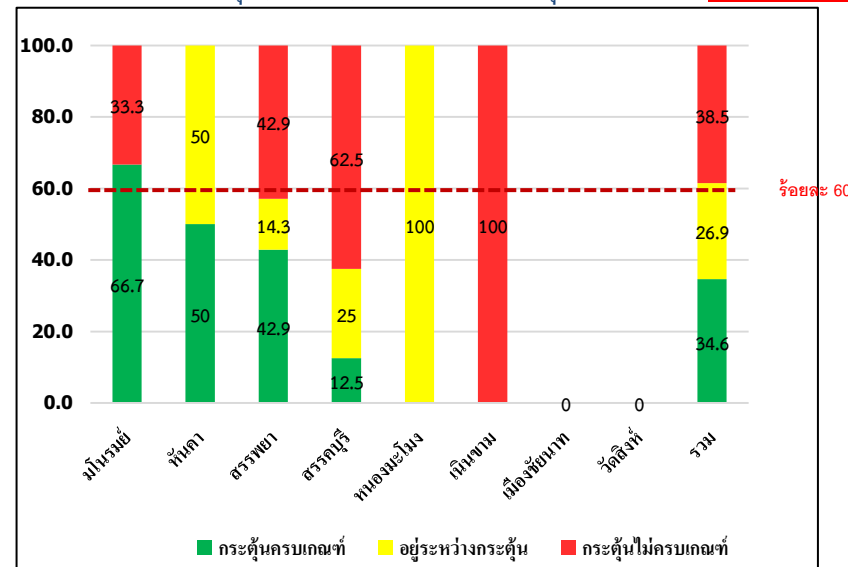
ผลการดำเนินงานกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้า จังหวัดชัยนาท ปี 2562



ร้อยละของเด็กล่าช้าอายุ 9,18 ,30 ,42 ที่ได้รับการกระตุ้นด้วยTEDA4I



ร้อยละของเด็กล่าช้าอายุ 9,18 ,30 ,42 ที่ได้รับการกระตุ้นด้วยTEDA4I ครบตามเกณฑ์



หมายเหตุ

อ.วัดสิงห์ อยู่ระหว่างติดตาม (1)

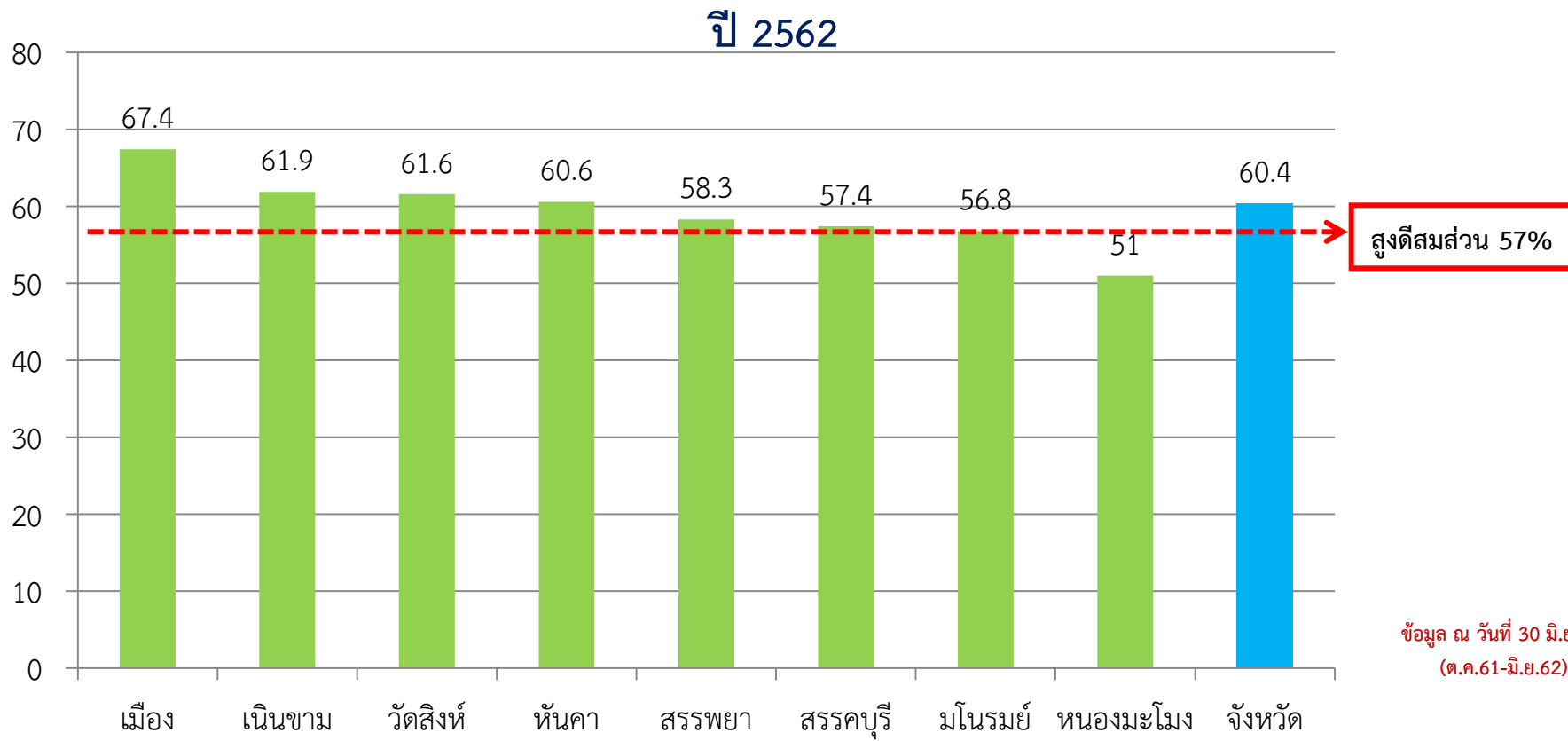
อ.หนองมะโมง อยู่ระหว่างกระตุ้น (1)

อ.เมือง ติดตามไม่ได้ (2)

อ.เนินขาม กระตุ้นไม่ครบเกณฑ์ (1)

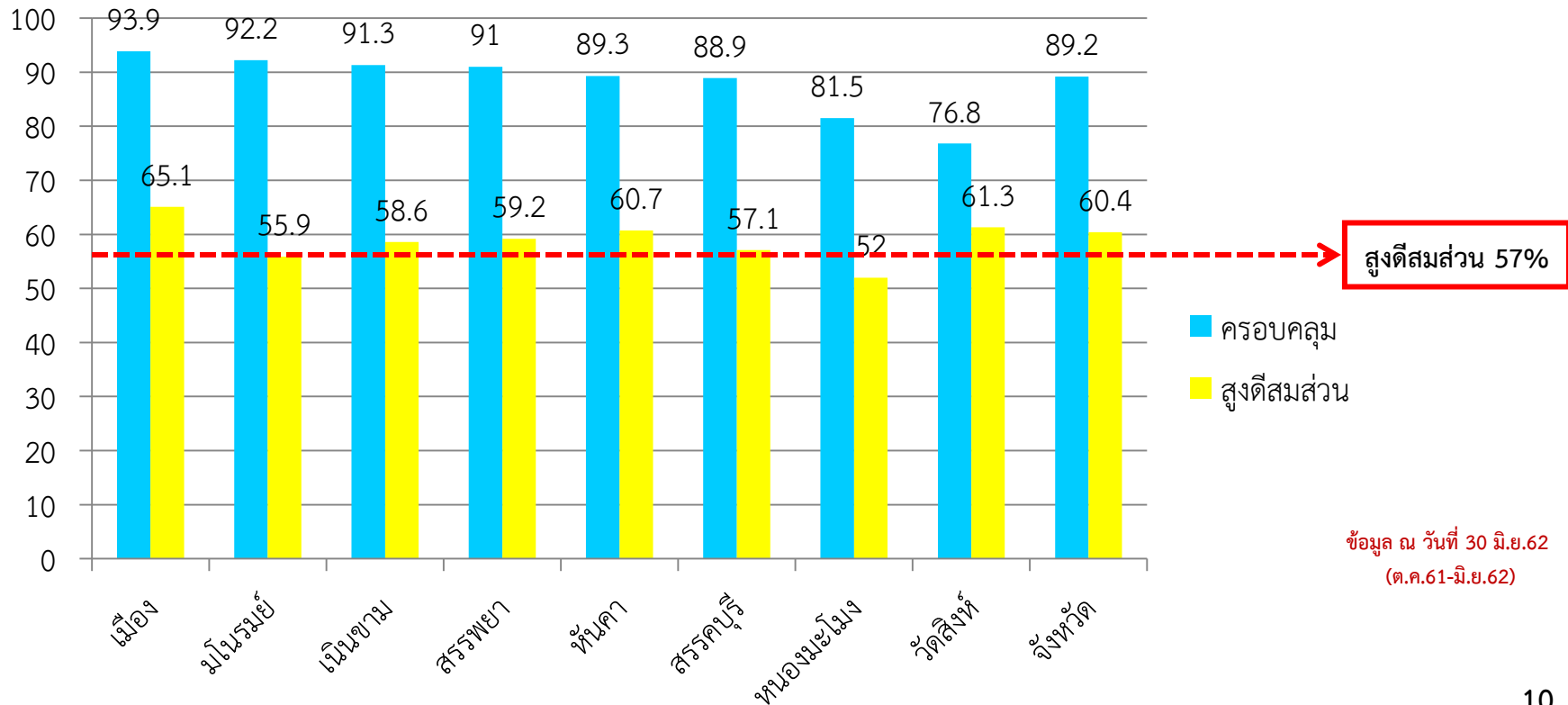
กลุ่มเด็กปฐมวัย

สถานการณ์เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน จังหวัดชัยนาท



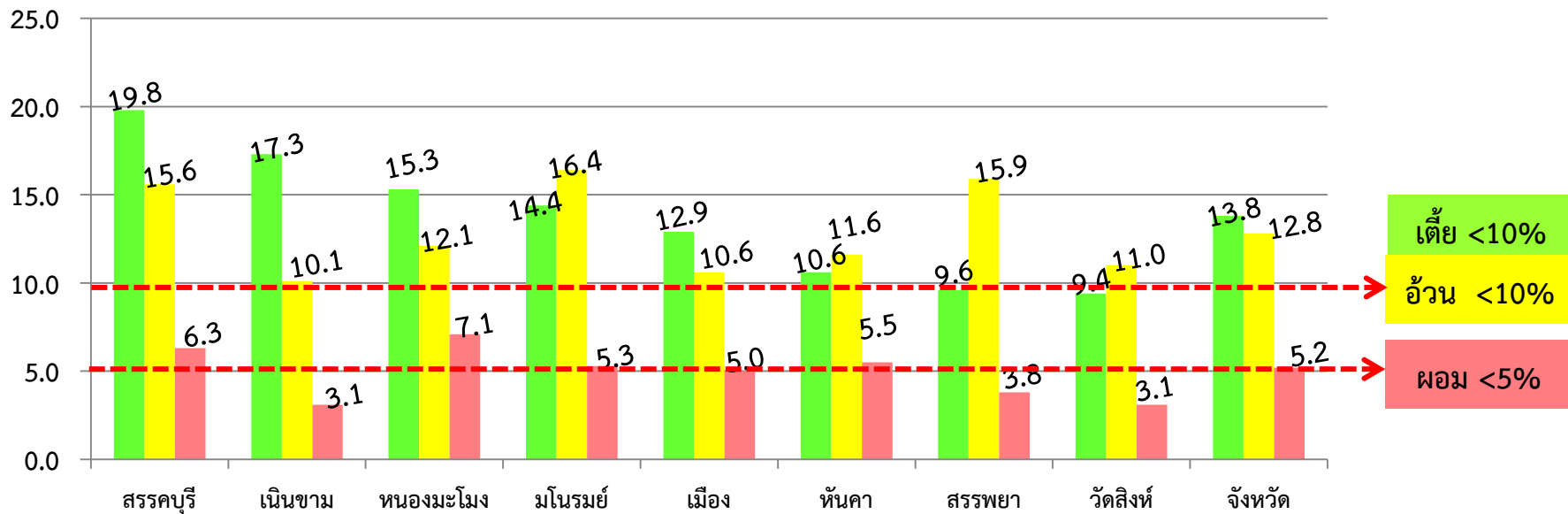
กลุ่มเด็กปฐมวัย

สถานการณ์เด็ก 0-5 ปีสูงดีสมส่วน ปี 2562
จังหวัดชัยนาท



กลุ่มเด็กปฐมวัย

สถานการณ์ภาวะโภชนาการ เด็ก 0-5 ปี จังหวัดชัยนาท ปี 2562



ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิ.ย.62
(ต.ค.61-มิ.ย.62)

การบูรณาการดำเนินงาน มหัศจรรย์ 1000 วัน



หญิงตั้งครรภ์

LBW= 5.03%
(น้อยกว่า 7%)
ANC<12 wks = 78.58%
(มากกว่า 65 %)
ANC 5 ครั้งตามเกณฑ์=68.30%
(มากกว่า 65%)
โลหิตจาง = 13.82 %
(น้อยกว่า 16 %)



ANC คุณภาพ

ตั้งครรภ์และเตรียมคลอด

MMR = 0
(17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)
PPH = 0.96 %
(น้อยกว่า 5%)
PIH = ไม่มีข้อมูล
BA = 28.25
(น้อยกว่า 25 ต่อ 1,000)



คลอดคุณภาพ

คลอดและหลังคลอด

เยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้ง
ตามเกณฑ์ 82.74 %
(มากกว่า 65 %)



- ดูแลหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ
- โรงเรียนป๋วยทนาย

เด็ก 0-5 ปี

นมแม่ 6 เดือน 74.9 % (50 %)
พัฒนาการสมวัย 97.2%
คัดกรอง 96.9 % (90 %)
สงสัยล่าช้า 21.4% (≥ 20)
การติดตาม 89.6 % (90 %)
TEDA4I ครบเกณฑ์ 34.6% (60 %)
สูงตีสมส่วน 60.4 % (57%)
เตี้ย 13.8% (<10%)
อ้วน 12.8% (<10%)
ผอม 5.2 % (<5 %)



WCC คุณภาพ

ศพด.มาตรฐานแห่งชาติ

ข้อค้นพบ

1. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานใหม่ยังไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการประเมิน DSPM และการประเมินภาวะโภชนาการ
2. การติดตามเด็กล่าช้า มากกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ยังไม่ครบตามเกณฑ์
3. เด็ก 0-5 ปี เตี้ย อ้วน และผอมเกินเกณฑ์ จากคุณภาพการดูแลภาวะโภชนาการทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์เด็กเล็ก

ข้อเสนอแนะ

1. เร่งรัดการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบใหม่ และติดตามนิเทศในเจ้าหน้าที่ที่เคยผ่านการอบรม DSPM เพื่อดูทักษะในการคัดกรองเด็ก
2. CPM ระดับอำเภอพัฒนาระบบการติดตามเด็กโดยใช้ข้อมูลจากHDC และส่งข้อมูลให้สถานบริการทุกระดับที่เกี่ยวข้องติดตามเด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นครบตามเกณฑ์
3. ประสานให้ท้องถิ่น และศูนย์เด็กเล็กมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กอย่างครบวงจรทั้งในเด็กปกติ เสี่ยง และป่วยทั้งในเรื่องพัฒนาการ และโภชนาการ
4. จัดหาเครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูงให้มีมาตรฐาน และพัฒนาทักษะในการใช้เครื่องมือให้ถูกต้อง
5. ดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ให้เกิดคุณภาพ
 - ขับเคลื่อนมติศจรรย 1000 วันให้ครอบคลุมทุกอำเภอ
 - ขับเคลื่อน พ.ร.บ.นมผงปกป้องนมแม่

โรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS และอำเภออนามัย
การเจริญพันธุ์

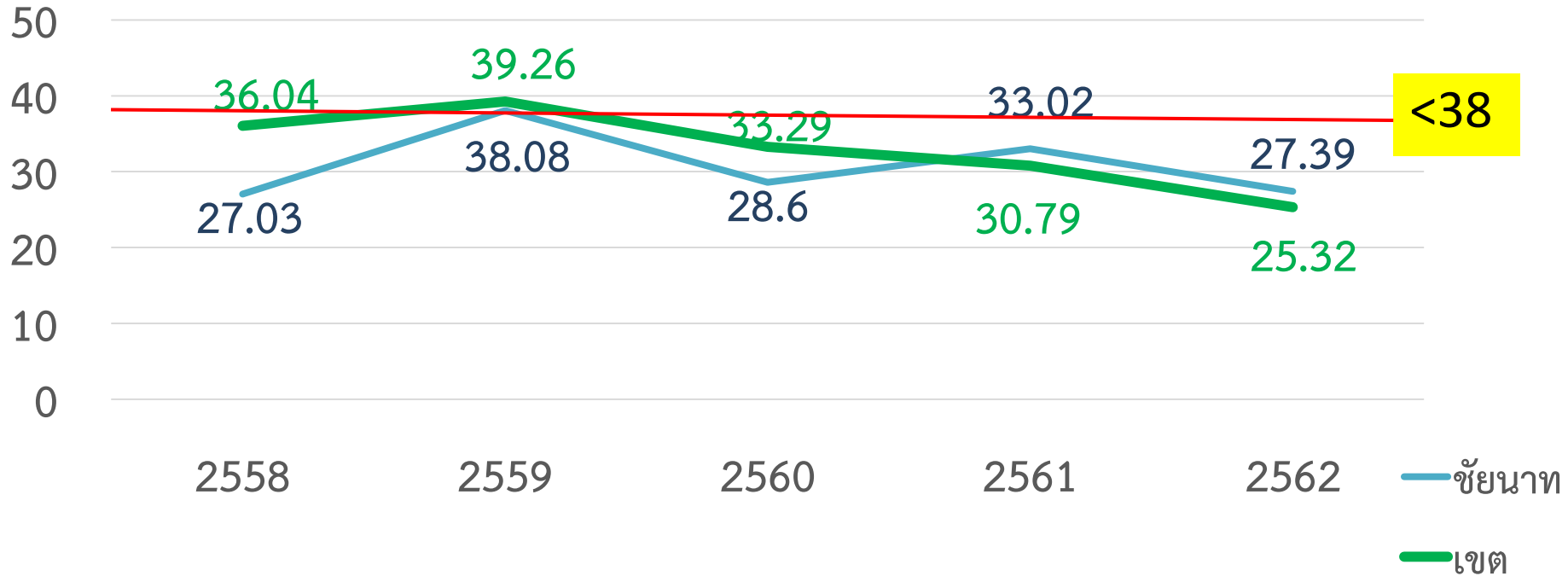
รพ. ผ่านเกณฑ์ฯ 5 แห่ง ร้อยละ 62.5
อำเภอผ่านเกณฑ์ฯ 5 แห่ง ร้อยละ 62.5

การขับเคลื่อน พ.ร.บ. ป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยจัดประชุมคณะกรรมการฯ

จัดประชุมฯ ครั้งที่ 1 วันที่ 17 มิ.ย. 2562
วางแผนจัดประชุมครั้งที่ 2 วันที่ 9 ส.ค. 2562

มีบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นหลังคลอด/หลังแท้งที่มี
ประสิทธิภาพ

มีการให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอด



ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย ร้อยละ 70



ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
(Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

100 %

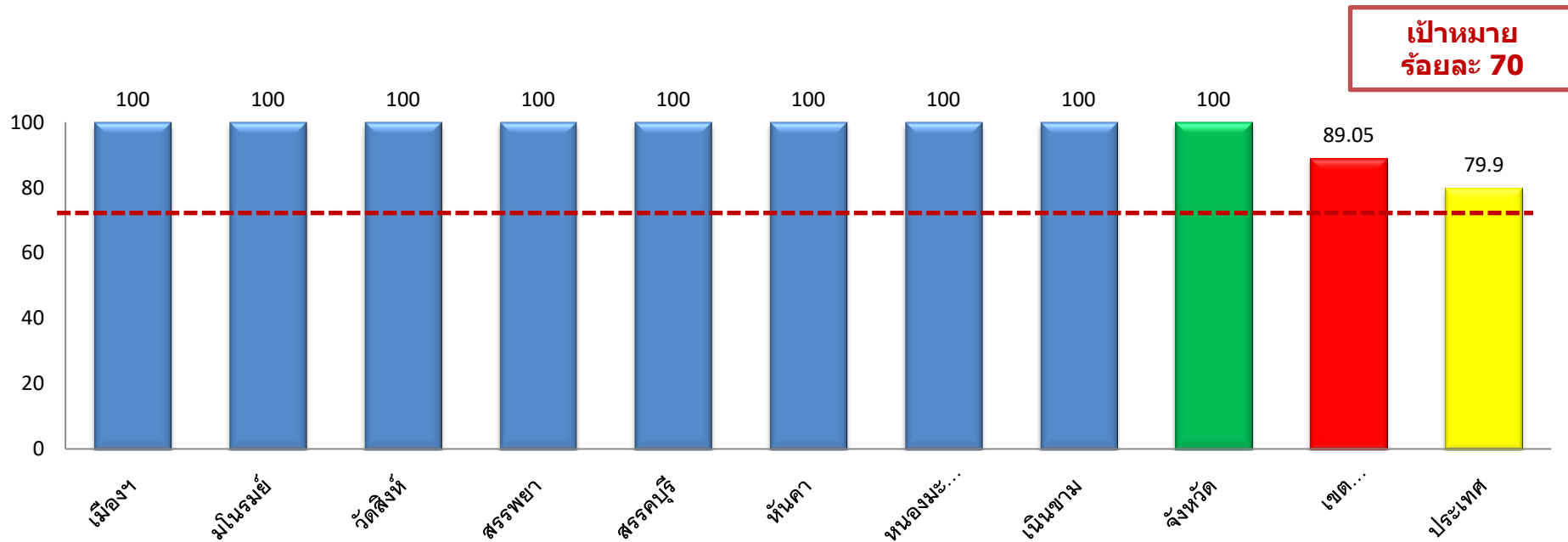
จำนวน อปท.ที่เข้าร่วมโครงการ LTC (เป้าหมาย 53 อปท.)

46
(86.79%)

จำนวน อปท.ที่เข้าร่วมโครงการ LTC และมีการเบิกจ่าย (เป้าหมาย 46 อปท.)

28
(60.87%)

ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย ร้อยละ 70



จังหวัดชัยนาท

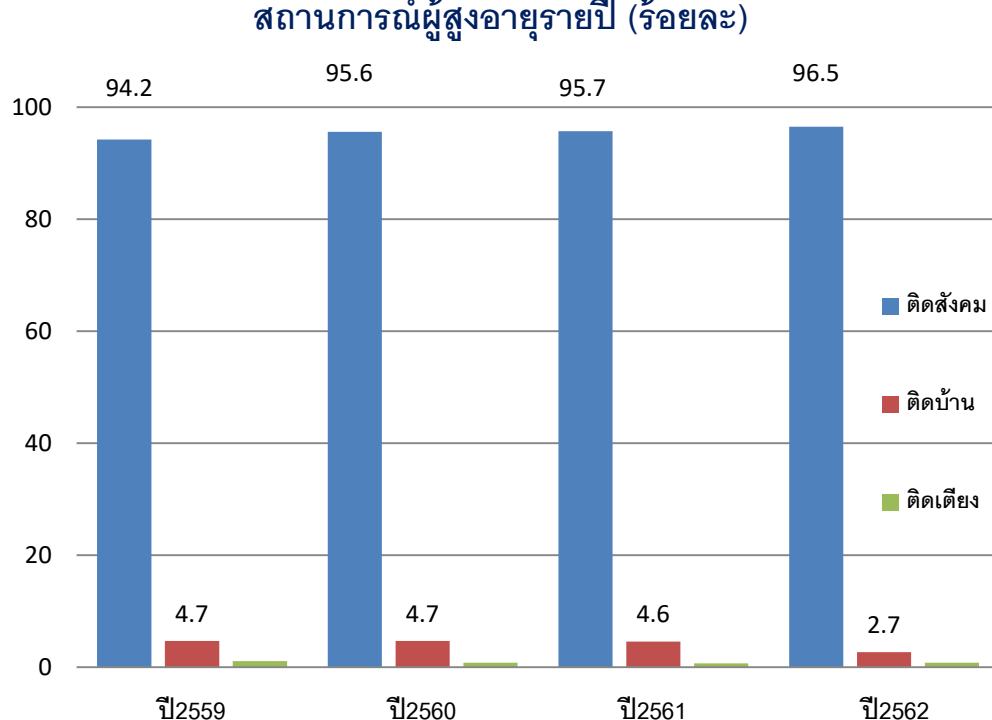
ร้อยละ 100

เขตสุขภาพที่ 3

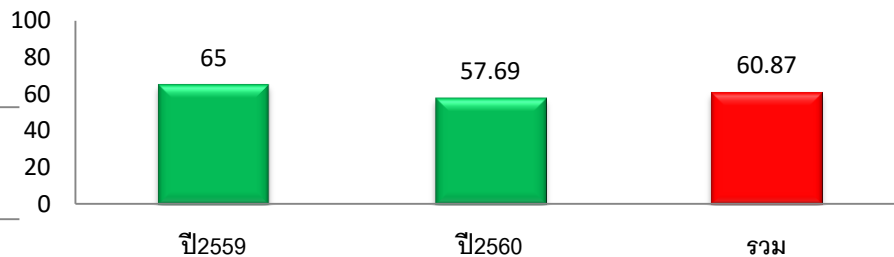
ร้อยละ 89.05 (ลำดับ 2 ของประเทศ)

สถานการณ์การเบิกจ่ายรายปี (ร้อยละ)

สถานการณ์ผู้สูงอายุรายปี (ร้อยละ)



(6 เดือน)



ปี	อปท. ที่เข้าร่วม โครงการ (แห่ง)	CM	จำนวนท้องถิ่นที่มี CM ปฏิบัติงาน (แห่ง)
2559	20	121	45 แห่ง ขาด 1 แห่ง (รพ.สต.กุดจอก)
2560	26		
2561	-		
รวม	46		

ข้อค้นพบ

- กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีแนวโน้มสูงขึ้น
กลุ่มผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มลดลง
- แนวโน้มสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงกลุ่มของผู้สูงอายุจากการประเมิน ADL **ดีขึ้น**
- พื้นที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการ 7 แห่ง(ร้อยละ13.2%)
- ปี 2559 – 2561 มีจำนวน อปท.ที่มีการเบิกจ่ายเงินตามโครงการฯ แล้ว **จำนวน 28 แห่ง (ร้อยละ 60.8)** ยังคงเหลือ 18 แห่งที่ยังไม่เบิกจ่าย

ข้อเสนอแนะ

- สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ / กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้อายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง
- ประเมินสถานการณ์การเปลี่ยนกลุ่มผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงหลังจากได้รับการดูแลตาม care plan อย่างต่อเนื่อง
- เยี่ยมเสริมพลังพื้นที่ ที่ยังไม่มีการเบิกจ่ายเพื่อประเมินปัญหาและร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา

การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

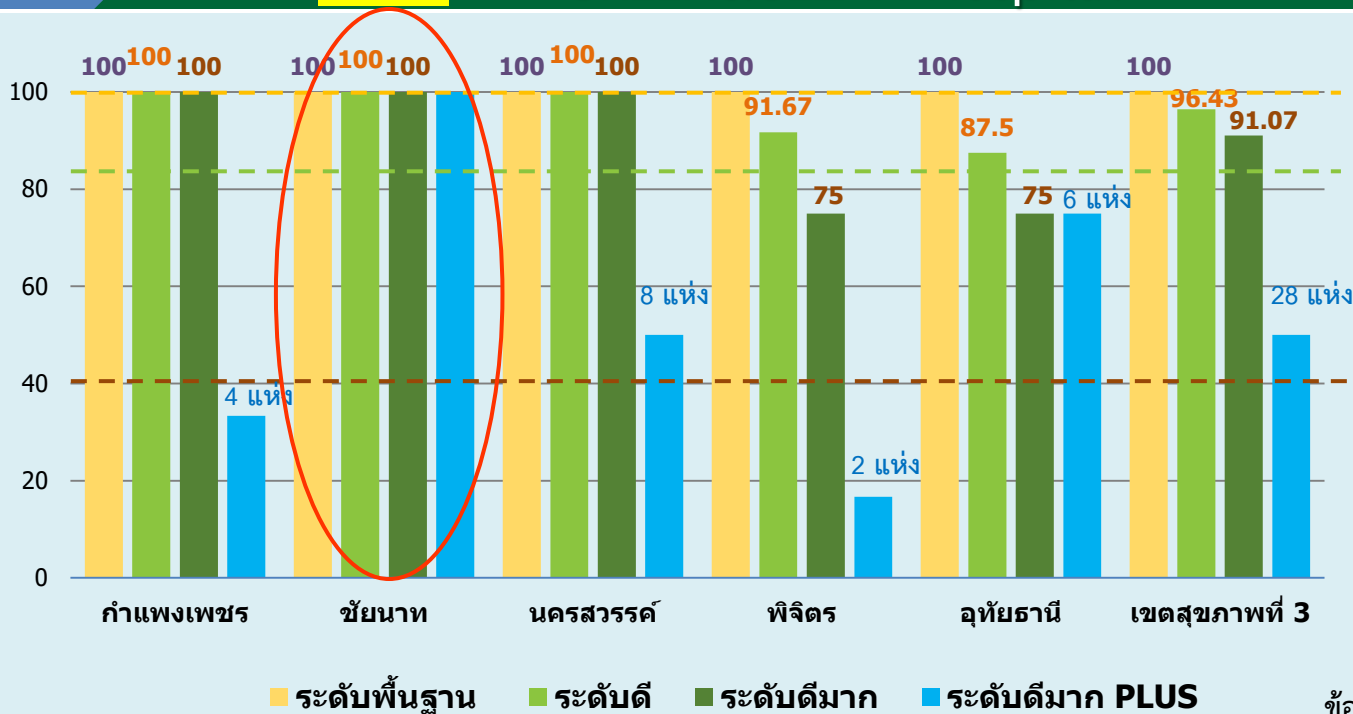
โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์
GREEN&CLEAN Hospital

100

โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

17.21

ร้อยละของโรงพยาบาลพัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital



ข้อมูล ณ วันที่ 31 พ.ค. 62

ผลงานเทียบเป้าหมาย

- ร้อยละ 85 ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป
- ร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป
- ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus จังหวัดละ 1 แห่ง

ผลงาน 8 แห่ง (ร้อยละ 100)

ผลงาน 8 แห่ง (ร้อยละ 100)

ผลงาน 8 แห่ง

จุดเด่น/ข้อค้นพบ

ข้อเสนอแนะ

สสจ. มีการกำกับ ติดตาม การลงข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อผ่านโปรแกรม Manifest ครอบคลุมถึง รพ.สต.

สสจ. กำกับ ติดตาม รพ. ทุกแห่ง ในการรักษามาตรฐาน G&C ระดับดีมาก plus อย่างเคร่งครัด

มีการดำเนินงาน G&C ใน รพ.สต.

รูปแบบการบริหารจัดการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อเพื่อไปกำจัด ใช้รูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด โดยวิธีการจ้างเหมาเอกชน ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อจาก รพท./รพช./รพ.สต. ทุกแห่ง กำหนดทุก 7 วัน เป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545

เป้าหมาย



ผู้ที่สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน และเลิกสูบบุหรี่ได้ จำนวน 3 ล้านคน

Quick Win

รอบ 3 เดือน

มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วม
โครงการ
1 ล้านคน (สะสม)

รอบ 6 เดือน

มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วม
โครงการ
3 ล้านคน (สะสม)

รอบ 9 เดือน

คนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่
1 ล้านคน (สะสม)

รอบ 12 เดือน

คนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่
3 ล้านคน (สะสม)

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย(คน)	เข้าร่วมโครงการ (คน)	ร้อยละ	เลิกได้ 6 เดือน (คน)	ร้อยละ	
						เทียบเป้าหมาย	เทียบผู้เข้าร่วมโครงการ
1	เมือง	8,433	9,044	107.25	3,183	37.74	35.19
2	เนินขาม	1,503	1,732	115.24	387	25.75	22.34
3	สรรพยา	3,120	4,120	132.05	642	20.58	15.58
4	มโนรมย์	2,265	4,074	179.87	339	14.97	8.32
5	หนองมะโมง	1,344	1,879	139.81	133	9.90	7.08
6	วัดสิงห์	2,100	2,516	119.81	143	6.81	5.68
7	สรรคบุรี	5,865	5,561	94.82	80	1.36	1.44
8	หันคา	4,092	4,804	117.40	35	0.86	0.73
รวม		28,722	33,730	117.44	4,942	17.21	14.65

ปัญหา / ความเสี่ยง ต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา
1. การสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังของประชาชนในพื้นที่	1. วิเคราะห์การสูบบุหรี่ของประชาชนกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ นำเข้าสู่การบำบัดการเลิกบุหรี่ในคลินิกฟ้าใสของโรงพยาบาล
2. การสนับสนุนและการติดตามการช่วยเลิกบุหรี่	1. ส่งเสริมบังคับใช้มาตรการด้านกฎหมาย เช่น การจำกัดพื้นที่การสูบบุหรี่ 2. หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการบำบัดรักษา ฟื้นฟู 3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการช่วยเลิกบุหรี่/การให้คำปรึกษา 4. ส่งเสริมการบำบัดในชุมชน การสร้างมาตรการทางสังคม กระตุ้นและสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมนวัตกรรม/ภูมิปัญญาท้องถิ่นช่วยเลิกบุหรี่ในชุมชน 5. พัฒนาการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเยาวชน 6. เร่งรัดการบันทึกข้อมูลผลการติดตามการเลิกบุหรี่ครบ 6 เดือน

การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

แนวโน้ม
สำเร็จตาม
เป้าหมาย

อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (เป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ 2.05)

1.29

อัตรากลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 30)

69.61

ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมได้ (เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 50)

39.23

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมได้ (เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 40)

30.33

การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

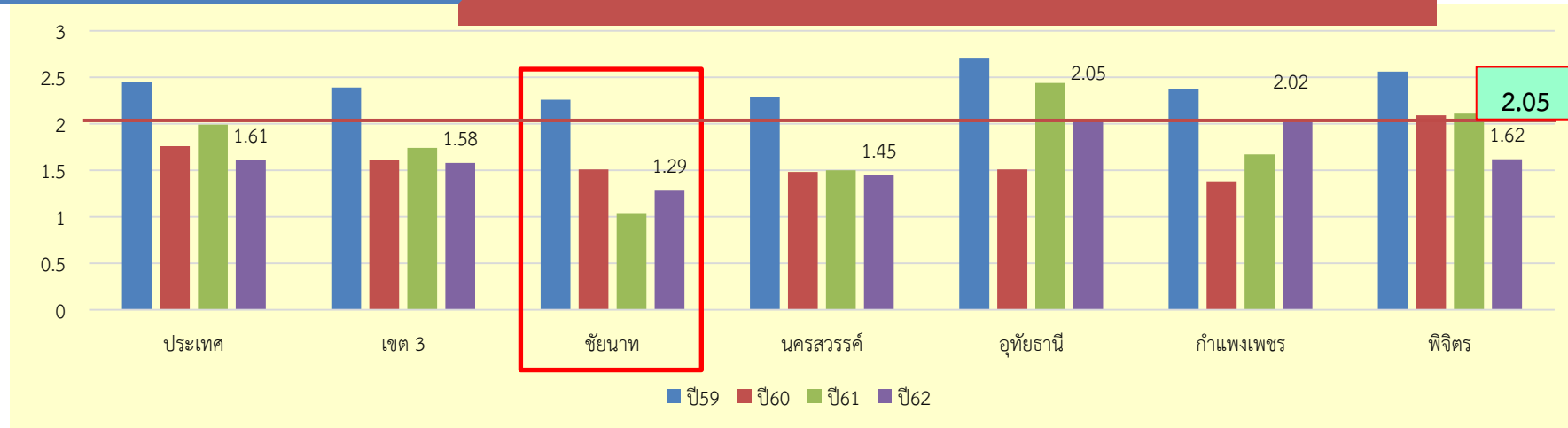
ตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะ
1. จังหวัด มีผู้บัญชาการเหตุการณ์ รองผู้บัญชาการเหตุการณ์และหัวหน้ากลุ่มภารกิจที่กำหนด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS	ผู้บริหารในจังหวัด ได้รับการอบรม ICS ครบ	1. อบรมพัฒนาทีม EOC จังหวัดให้มีความรู้ความเข้าใจในระบบ EOC&SAT ผ่านระบบ E-learning ของกรมควบคุมโรค เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน (ระยะแรกเน้นหัวหน้ากลุ่มภารกิจ) 2. กรณีไม่มีเหตุการณ์เข้าเกณฑ์ ทีม SAT ควรจัดทำรายงานเป็น Zero Report และดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้เป็นปัจจุบัน
2. จังหวัดจัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด	- อยู่ระหว่างรายงานการตรวจสอบว่า SAT Weekly report ทุกสัปดาห์ จัดทำตารางเวรทีม SAT รายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยง (Rapid Risk Assessment, RRA) ระดับจังหวัด และ Spot Report ได้ตามที่กำหนด	
3. จังหวัดมีการเตรียมความพร้อมของทรัพยากรเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด	อยู่ระหว่างจัดทำรายการทรัพยากรที่ต้องใช้เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพ	
4. จังหวัดมีการจัดทำรายชื่ออัตรากำลังคน (Surge capacity plan) ของหน่วยงานในระดับจังหวัด	อยู่ระหว่างจัดทำทะเบียนรายชื่ออัตรากำลังคนที่เข้าร่วมปฏิบัติงานใน EOC	
5. จังหวัดมี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่มีการยกระดับ EOC หรือรายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	อยู่ระหว่างจัดทำรายงานซ้อมแผนยกระดับ EOC โรคไข้หัด	

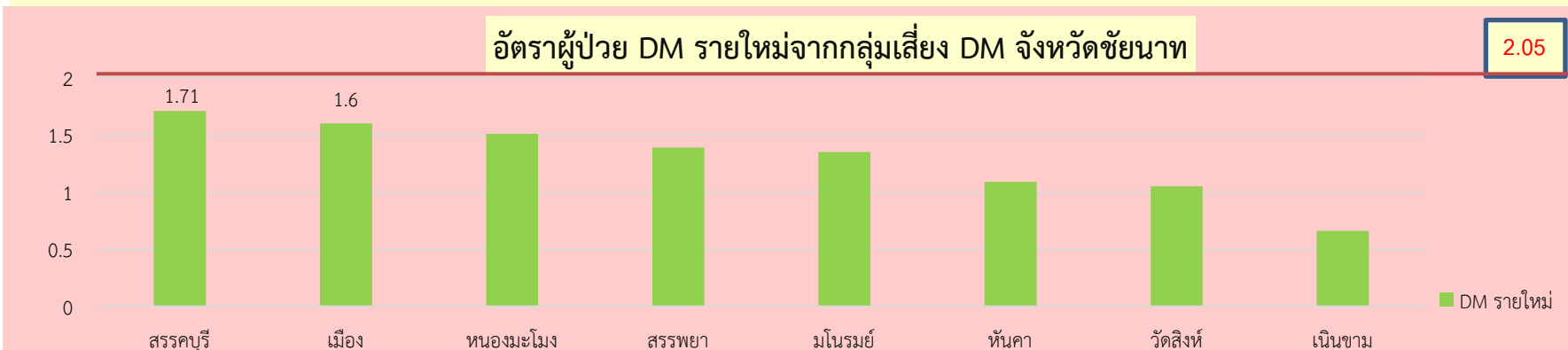


การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 2.05

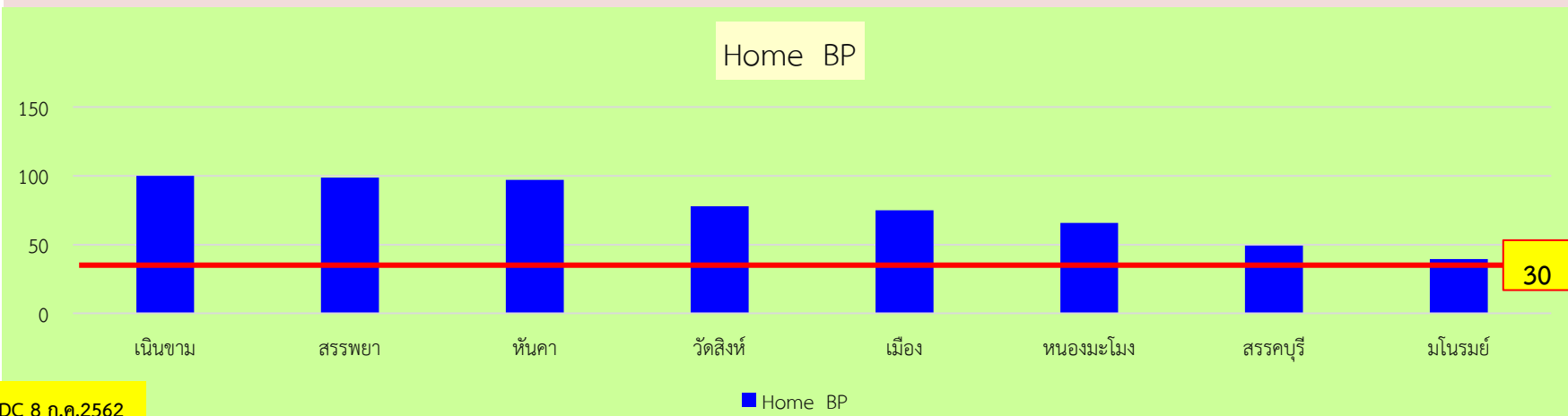
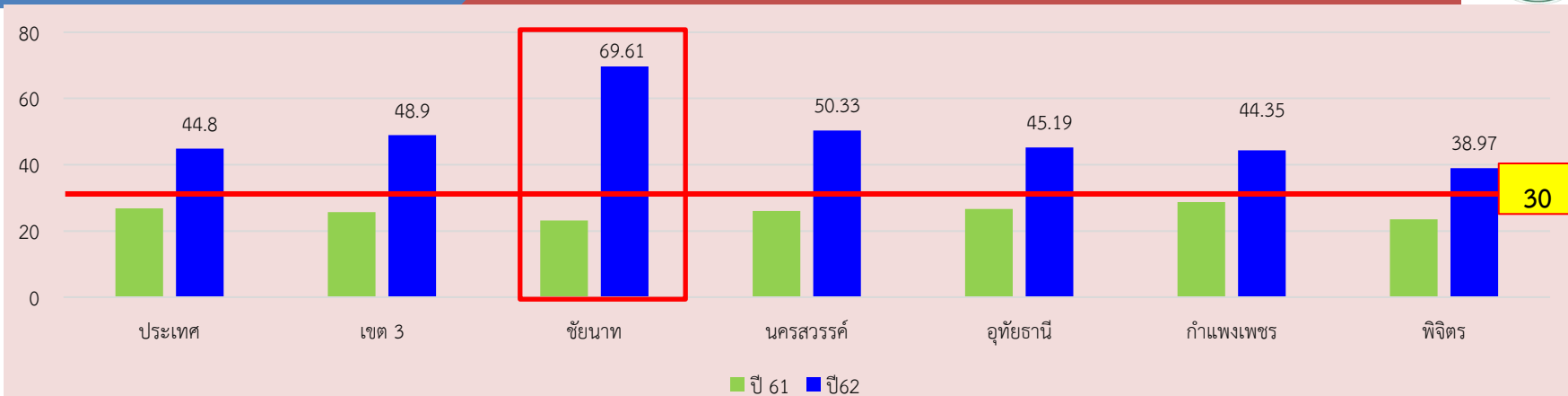


อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง DM จังหวัดชัยนาท



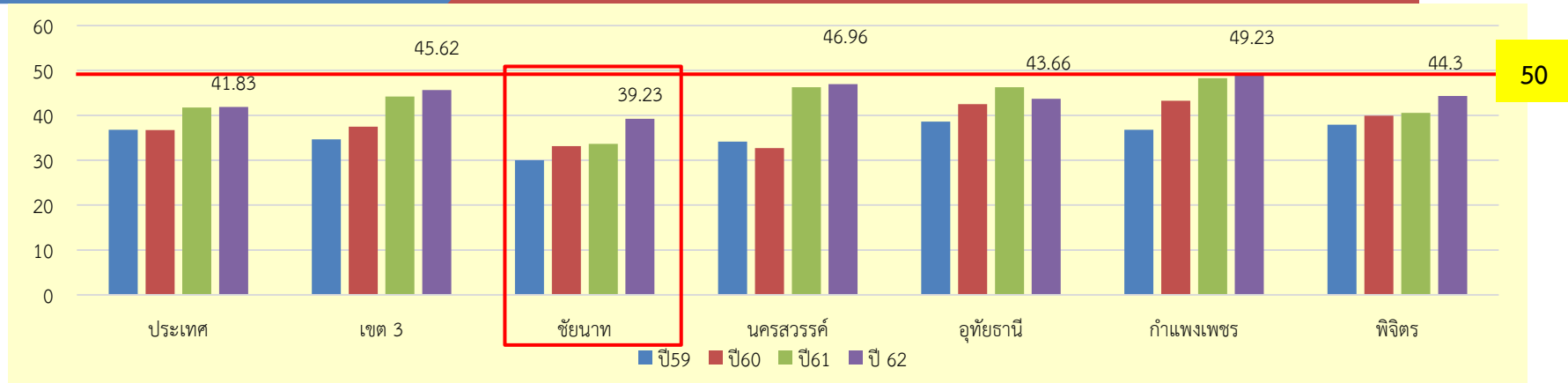
การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

อัตราการวัดความดันโลหิตที่บ้านในกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง
(เป้าหมาย ร้อยละ 30)

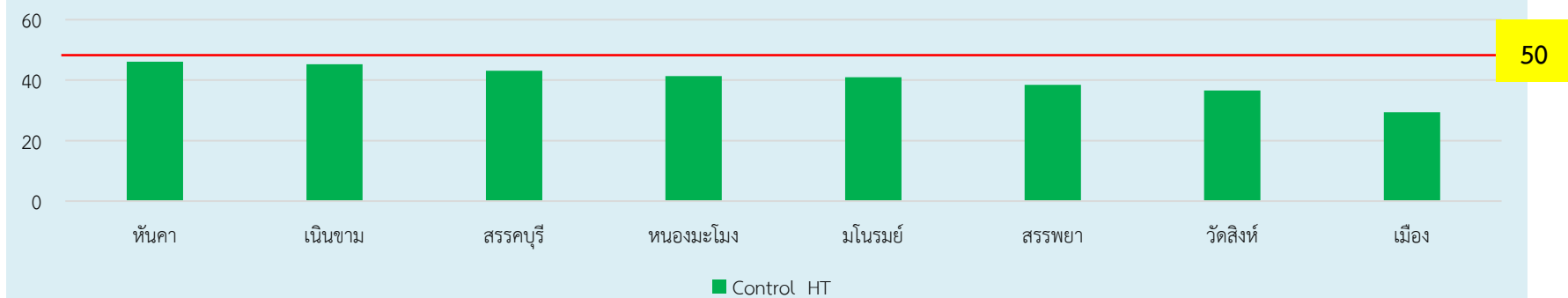


การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

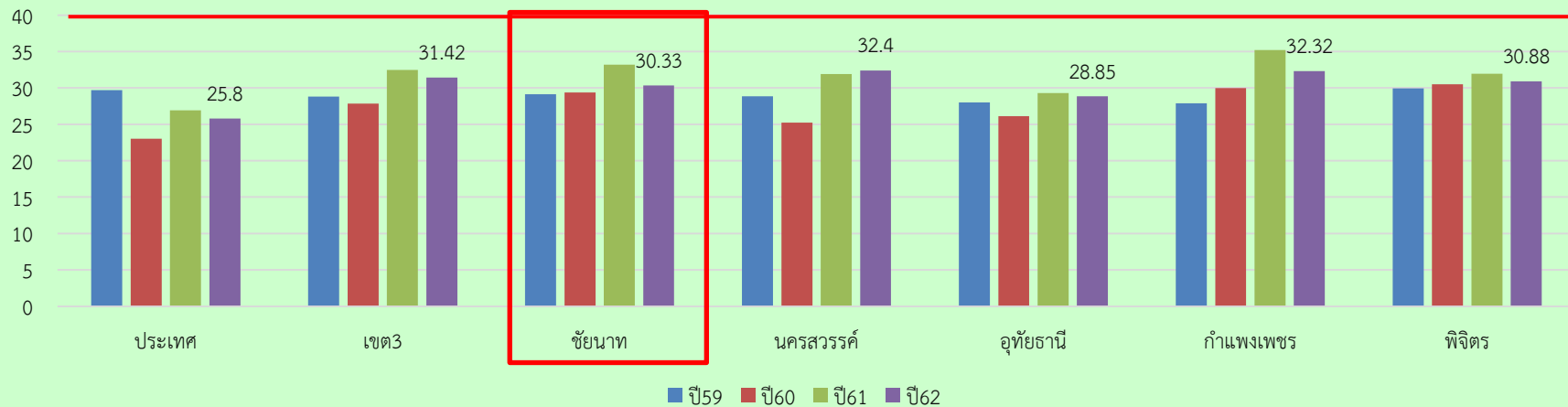


ร้อยละผู้ป่วย HT ที่ควบคุมได้ จังหวัดชัยนาท



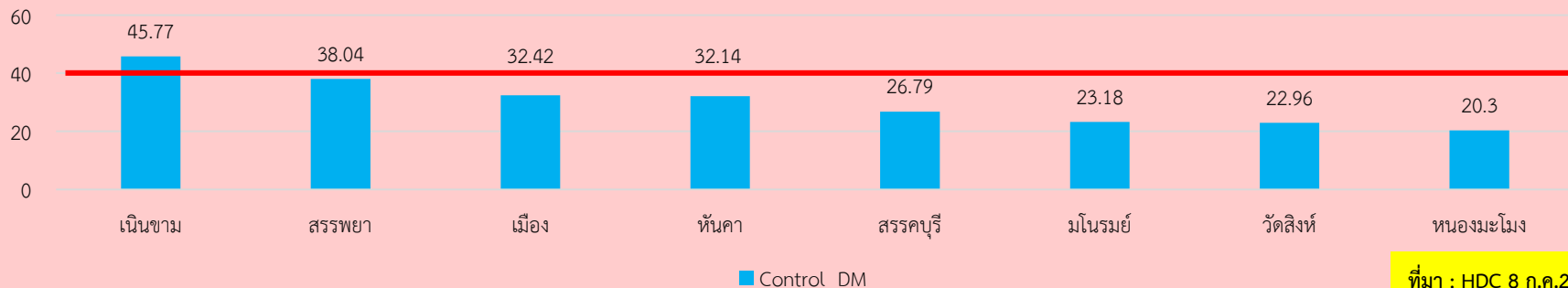
การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้



40

ร้อยละผู้ป่วยโรค DM ควบคุมได้ จังหวัดชัยนาท



40

การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ข้อค้นพบ

1. ผลการดำเนินงานการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานลดลง
2. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง ในชุมชน (เช่น การจัดเข้าค่ายฯ) ไม่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทำให้ไม่บรรลุผลตามที่ต้องการ ส่งผลให้กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น



ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุนให้คณะกรรมการ NCD Board หรือ Service Plan NCD ตรวจสอบ/ทบทวนกระบวนการจัดบริการ ตั้งแต่ต้นทางคือการคัดกรองแยกกลุ่มดี, เสี่ยง, ป่วย จนกระทั่งถึงมาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อใช้เป็นแนวทางมาตรฐานที่ถูกต้องและเหมือนกันทั้งจังหวัด
2. สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยใช้ปัญหาในพื้นที่เป็นตัวกำหนดและขับเคลื่อนด้วยกลไก พขอ./มาตรการสังคม/ชุมชนลดเสี่ยง



THANK YOU



วันที่...10 - 12...กรกฎาคม...2562...
จังหวัดชัยนาท



ผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ

ระดับกระทรวง

เขตสุขภาพที่.....3.....รอบที่.....2.....

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



การจัดระดับสถานบริการสุขภาพจังหวัด

A

S

M1

M2

F1

F2

F3

จังหวัด...ชัยนาท...

- * ระดับ S จำนวน 1 แห่ง
- * ระดับ F2 จำนวน 5 แห่ง
- * ระดับ F3 จำนวน 2 แห่ง

จำนวนประชากร 329,004 คน





ประเด็นที่เป็นปัญหาของพื้นที่



ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

4

Key Steps



Awareness

Health Literacy



Transfer

EMS / ER



Triage

Screening



Fast track

Care map / Protocol

External Process

Internal Process

Golden Period

Screening
<u>คัดกรอง DM/HT</u> <u>ในประชากร อายุ > 35 ปี</u> ปี 2562 123,553/102,852
<u>ประเมิน CVD Risk</u> ปี 2561 → 85.25 ปี 2562 → 93.86
<u>สับบัญชี</u> จำนวน 36,570 ราย
เข้าบำบัด 83.48 %

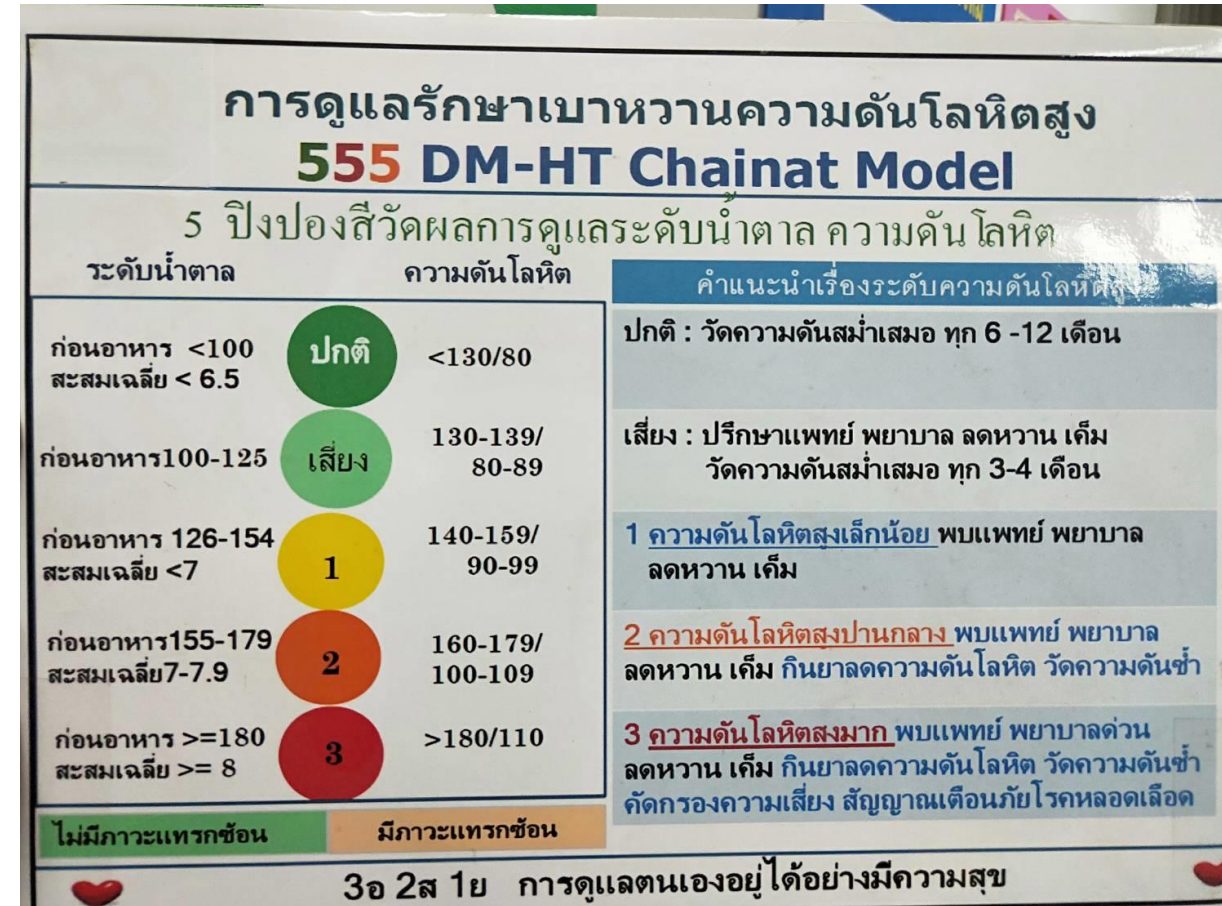
Control
ปี 2562 DM 30.34 % (40) HT 39.31 % (50) เลิกบุหรี 16.20 %

จำนวนผู้ป่วย
STROKE Ischemic - ปี 2561 767 - ปี 2562 564 Hemorrhagic - ปี 2561 296 - ปี 2562 198 STEMI - ปี 2561 89 - ปี 2562 101 CKD - ปี 2561 2,967 - ปี 2562 2,790

อัตราการตาย
STROKE 11.97 % Ischemic - ปี 2561 5.35 % - ปี 2562 4.96 % Hemorrhagic - ปี 2561 32.77 % - ปี 2562 34.34 % STEMI - ปี 2561 2.78 % - ปี 2562 6.93 % CKD - ปี 2561 64.71 % - ปี 2562 63.25 %

การดูแลรักษาเบาหวานความดันโลหิตสูง

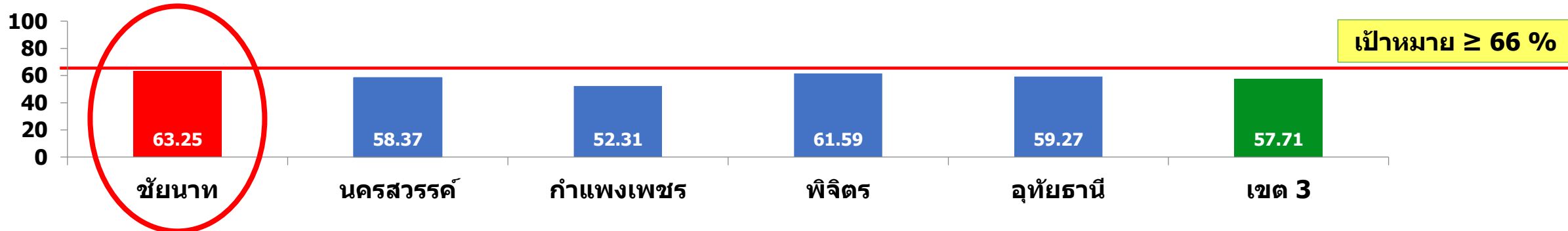
555 DM-HT Chainat Model



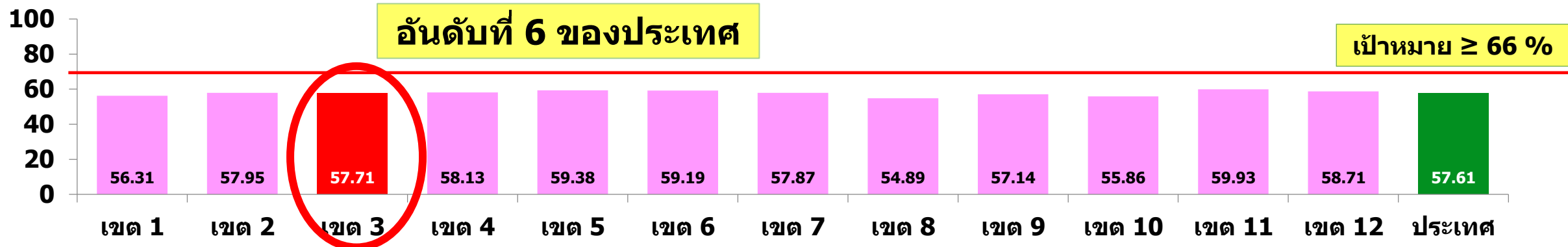
สาขาโรคไต (CKD)

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ
eGFR < 4 ml/min/1.73m²/y (เป้าหมาย ≥ 66 %)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2562 (9 เดือน)



สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ



Key Success



**มีความเข้มแข็งของ NCD
คลินิก เพื่อลดการเกิด
CKD ในอนาคต**

ปัญหา/อุปสรรค

ข้อเสนอแนะ



1

ขาดนักโภชนาการใน รพช.

ขอจัดสรรอัตรากำลัง

2

ยังมีการสั่งใช้ยา NSAIDS ใน รพ.
หลังจากที่มีระบบ warning

ปรับระบบมาตรการสั่งจ่ายยา

3

ประชาชนยังใช้ยาสมุนไพร
(หนานเฉาเหว่ย , ยาชุด)

- ประชาสัมพันธ์ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง
- ใช้แพทย์แผนไทยทดแทนยาแก้ปวด

4

ขาดศัลยแพทย์ Vascular Access /
การวางสาย CAPD

ประสานความร่วมมือในการทำหัตถการ

5

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยังน้อยอยู่

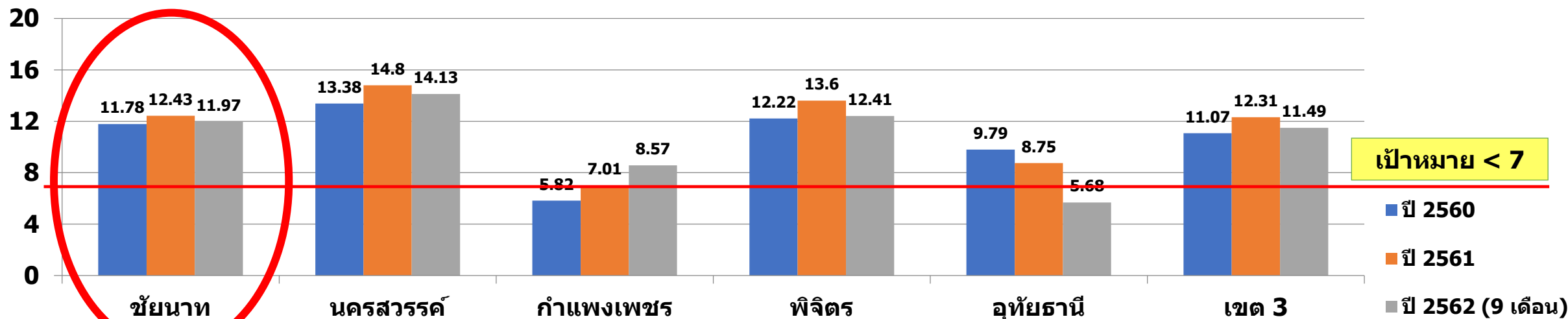
เร่งการตรวจคัดกรอง

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย < 7)

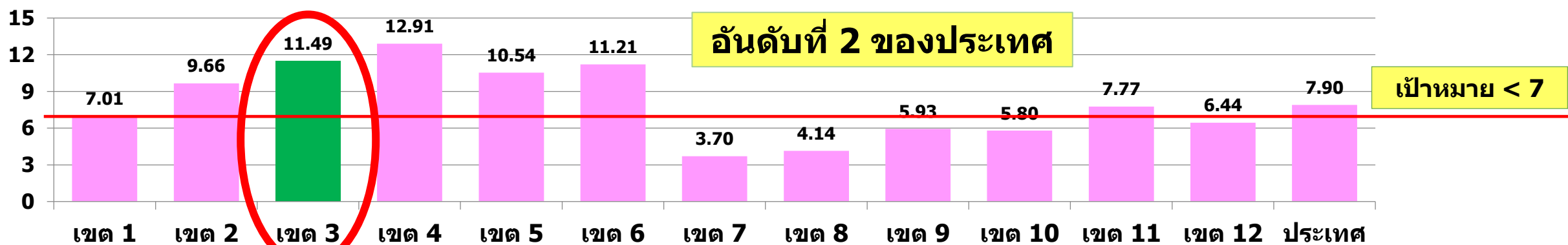
ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ย้อนหลัง 3 ปี

ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ 10 กค.2562



สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ

ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ 10 กค.2562



ตัวชี้วัดรอง

เป้าหมาย

อัตรา/ร้อยละ

ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	< ร้อยละ 25	34.34 (68/198)
ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	< ร้อยละ 5	4.96 (28/564)
Door to needle time ภายใน 60 นาที	≥ 50	57.36 (78/136)
Door to Stroke Unit ไม่เกิน 72 ชั่วโมง	≥ 40	N/A
Door to OR ภายใน 90 นาที	≥ 60	N/A



1

ทำงานร่วมกับ NCD

มีพยาบาลเฉพาะทางด้านส่องและ IMC

2

ปัญหา/อุปสรรค

ข้อเสนอแนะ



1

ไม่มี Stroke Unit

**อยู่ระหว่างแผน Stroke Unit
(เปิด พ.ย.62)**

2

ปฏิเสธการให้ rt-PA

**ประชาสัมพันธ์ให้กับผู้ป่วย
โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง NCD**

3

**อัตราการเสียชีวิตยังสูง
โดยเฉพาะกลุ่ม Hemorrhage**

**สร้างเครือข่ายการส่งต่อระหว่าง
รพ.ที่มี Neuro Sur เช่น สปร. อุทัยธานี**

4

**มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ rt-PA
โดยเฉพาะเส้นเลือดแตก (10 %)**

ทำ RCA หาสาเหตุ

90% ของ สโตรค ป้องกันได้



จนารู้จัก
สโตรค

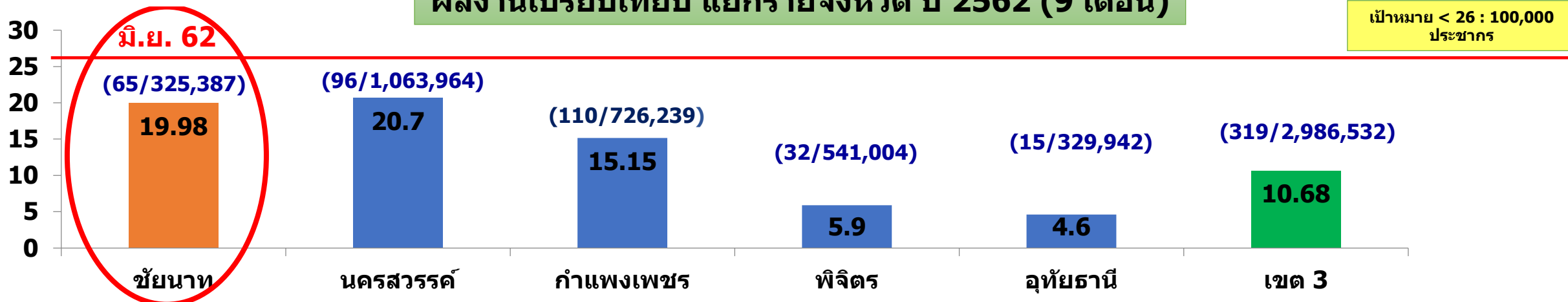


เชิญมา
สแกน

ที่มา : โรงพยาบาลศิริราช

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย < 26/100,000 ประชากร)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2562 (9 เดือน)

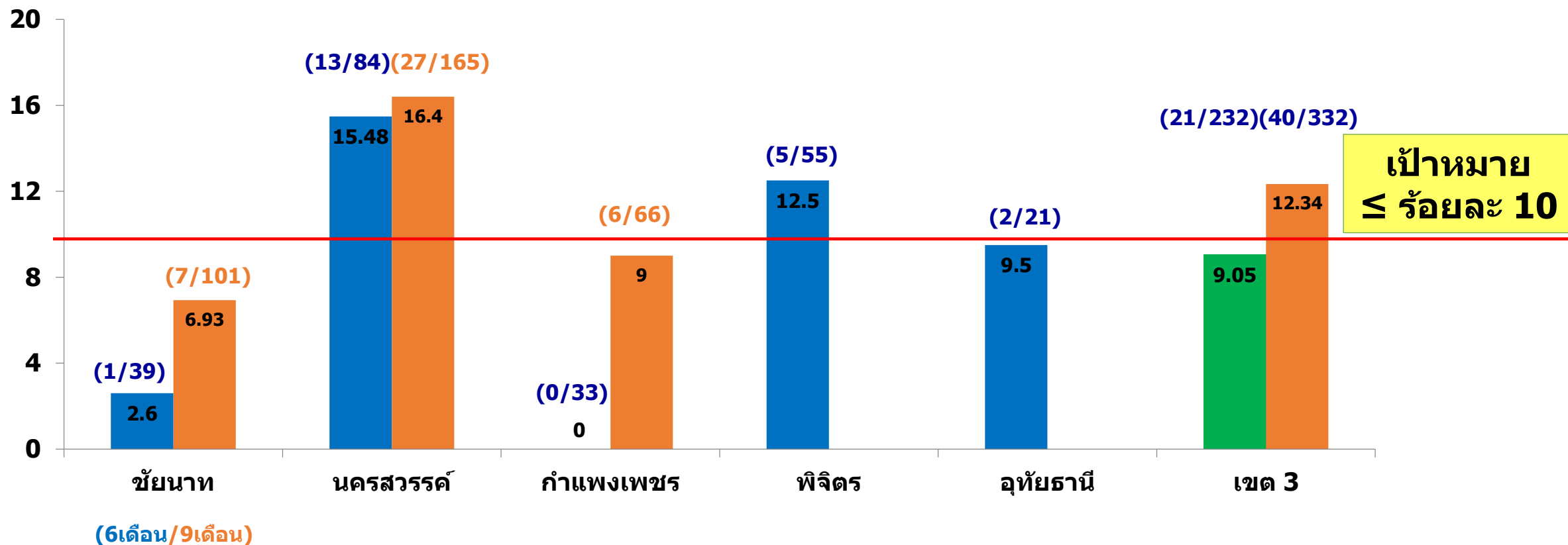


สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ



ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย $\leq$ ร้อยละ 10)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2562 (9 เดือน)



Key Success



**มีการประชาสัมพันธ์ใน
NCD คลินิก ทำให้ผู้ป่วย
กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้
เร็วขึ้น (75%)**

ปัญหา/อุปสรรค

ข้อเสนอแนะ



1

ระบบให้คำปรึกษายังล่าช้าในรพช.

ทบทวนแนวทางการส่งต่อ

2

**NCD ยังควบคุมได้ไม่ดี
รวมถึง กลุ่มผู้สูบบุหรี่**

การทำงานเชิงรุกร่วมกับ PCC

3

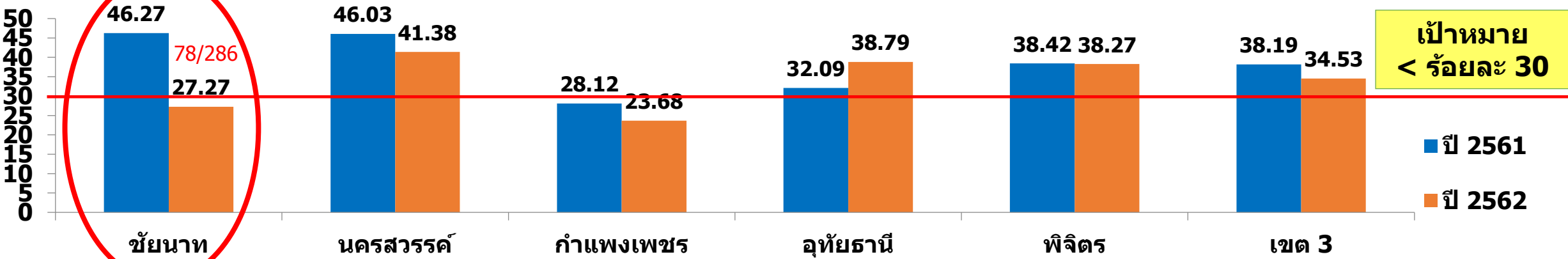
**ผู้ใช้ระบบ EMS ยังไม่มาก
(18%)**

มีการประชาสัมพันธ์ระบบ EMS

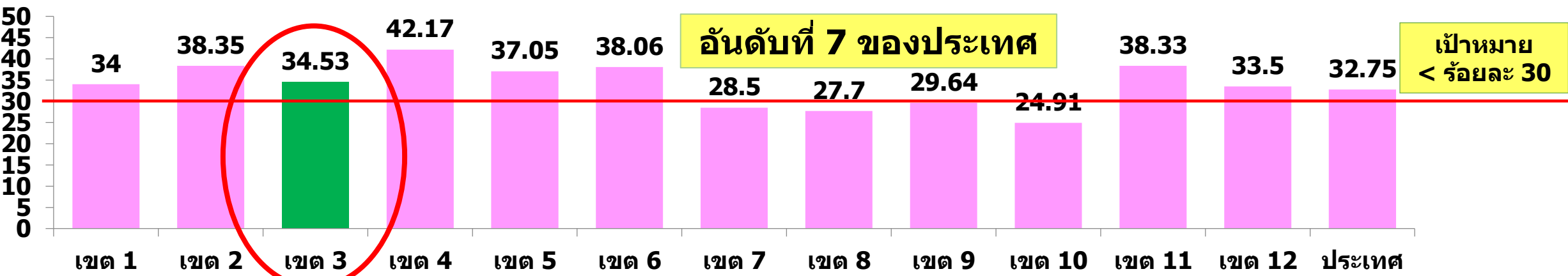
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (เป้าหมาย < ร้อยละ 30)

รพ. 44.64% (72/162)

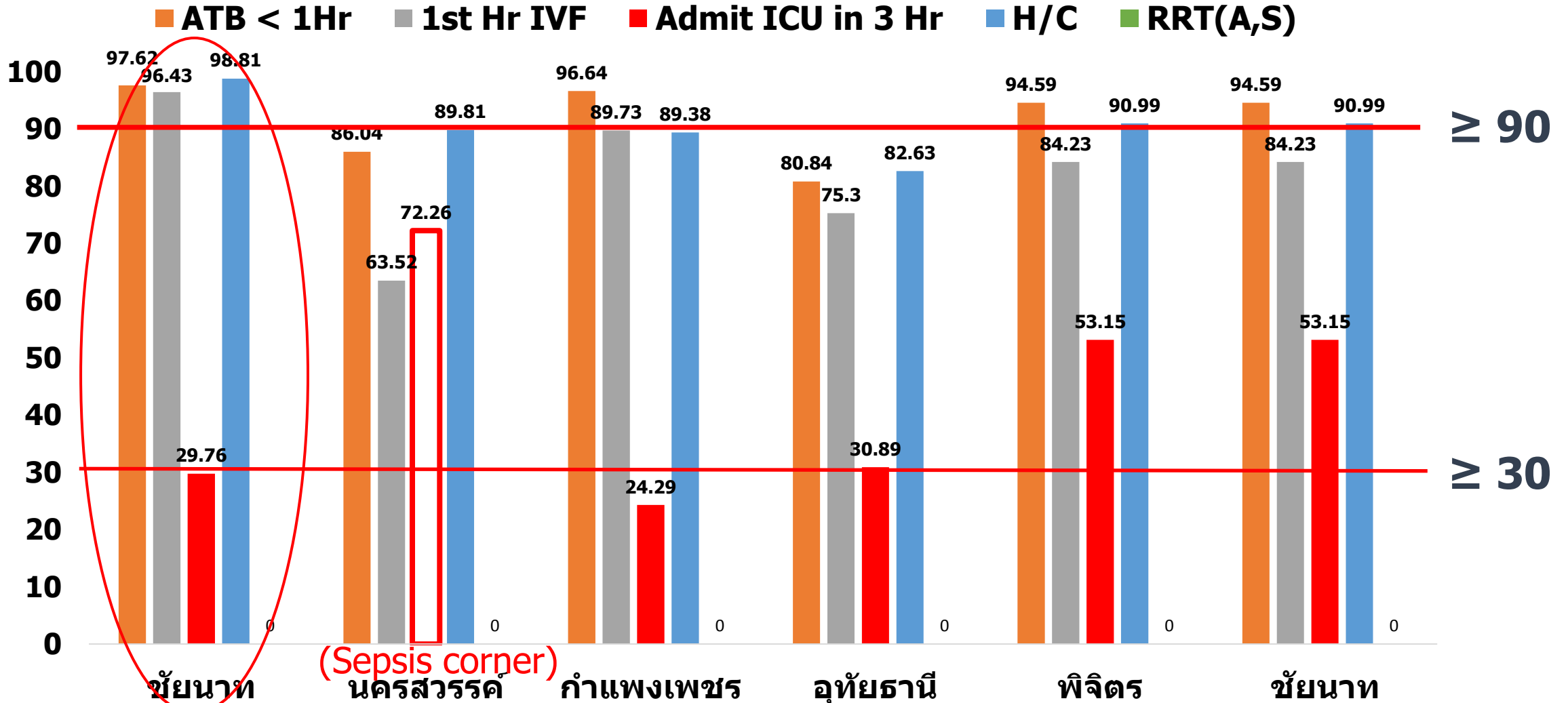
ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ย้อนหลัง 8 เดือน



สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกแยะเขต ภาพรวมประเทศ



ตัวชี้วัดรอง



ปัญหา/อุปสรรค

ข้อเสนอแนะ



1

**จำนวนเตียง ICU
มีจำกัด 20 : 348**

- ทำข้อกำหนดการรับและจำหน่าย ICU
- ปรับปรุง sepsis corner ให้ใกล้เคียง ICU (monitor)

2

บุคลากรไม่เพียงพอ

ขอจัดสรรอัตรากำลัง

3

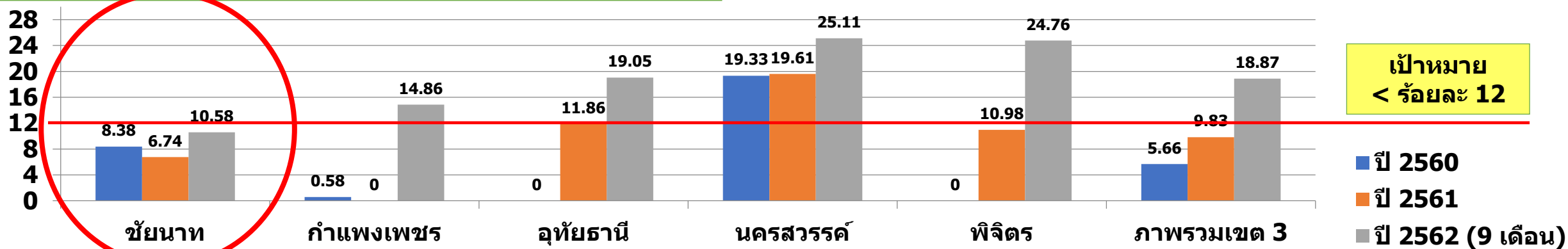
**การลงวินิจฉัยโรค
ยังไม่ถูกต้อง**

**ทบทวนการลงข้อมูลผู้ป่วย
(Intern)**

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย < ร้อยละ 12)

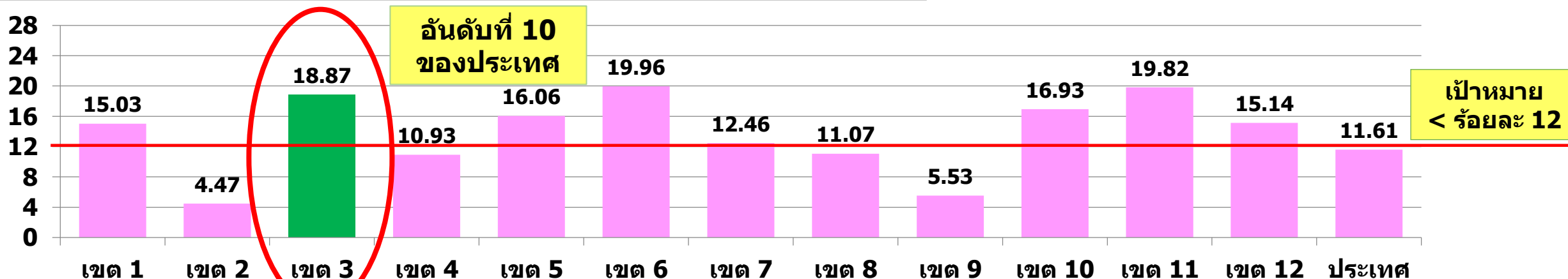
ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ย้อนหลัง 3 ปี

ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ 20 มิ.ย.2562



สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ

ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ มิ.ย.2562



จำนวนแพทย์ EP

นครสวรรค์

• 5 ท่าน

พิจิตร

• 3 ท่าน

ชัยนาท

• 3 ท่าน

กำแพงเพชร

• 2 ท่าน

อุทัยธานี

• 1 ท่าน

ตัวชี้วัด

เป้าหมาย

ร้อยละ

หลัก	อัตราการตายการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A ,S ,M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	$\leq$ ร้อยละ 12	140/1,323 10.58
รอง	อัตราผู้ป่วย Trauma triage level 1 เข้าห้องผ่าตัดภายใน 60 นาที (ER->OR)	$\geq$ ร้อยละ 80	1/1 100
	อัตราผู้ป่วย triage level 1,2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม	$\geq$ ร้อยละ 60	2,698/3,694 73.04
	อัตราผู้ป่วยเสียชีวิต PS score >0.75 ได้รับการทำ Root cause analysis	ร้อยละ 100	2/2 100
	อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง Severe Traumatic Brain Injury	$\leq$ ร้อยละ 45	18/26 69.23
	อัตรา TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A , S และ M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	$\geq$ ร้อยละ 80	0/1 0
	ร้อยละทีม ECS คุณภาพใน รพ.ระดับ F2 ขึ้นไป	$\geq$ ร้อยละ 80	6/6 100

ปัญหา/อุปสรรค

ข้อเสนอแนะ

1

ไม่มีแพทย์ Neuro Surg

สร้างเครือข่ายกับ รพ.นครสวรรค์
ประจักษ์ และรพ.อุทัยธานี

2

อัตราการเสียชีวิตสูงใน TBI

ทำโครงการประชาสัมพันธ์เชิงรุกและ
รณรงค์ป้องกันการบาดเจ็บที่ศีรษะ

3

TEA unit ยังไม่ผ่านเกณฑ์
ขาดแคลนบุคลากร

ใช้ระบบหมุนเวียนบุคลากร

4

ขาดความร่วมมือจาก
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

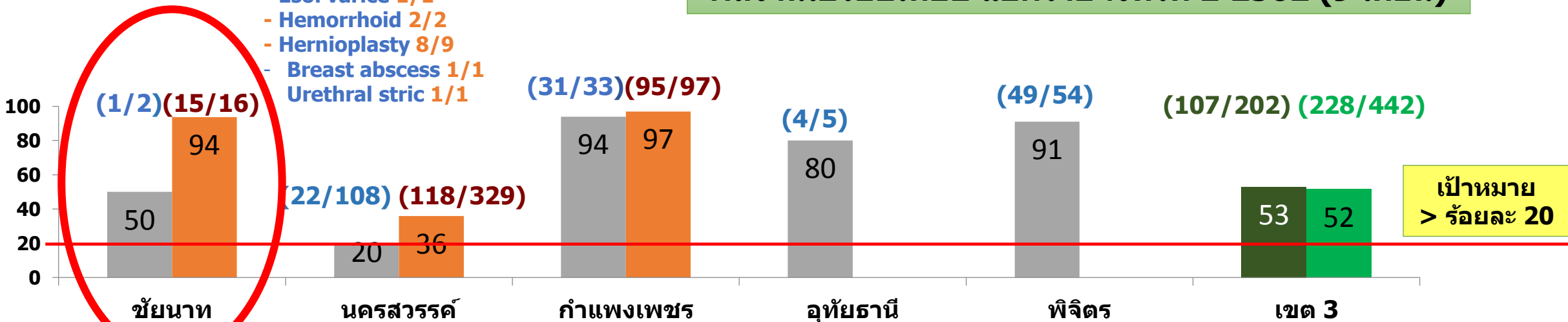
หาแนวทางในการทำงานร่วมกัน
ผู้บริหารจังหวัดกับท้องถิ่น

สาขา One Day Surgery

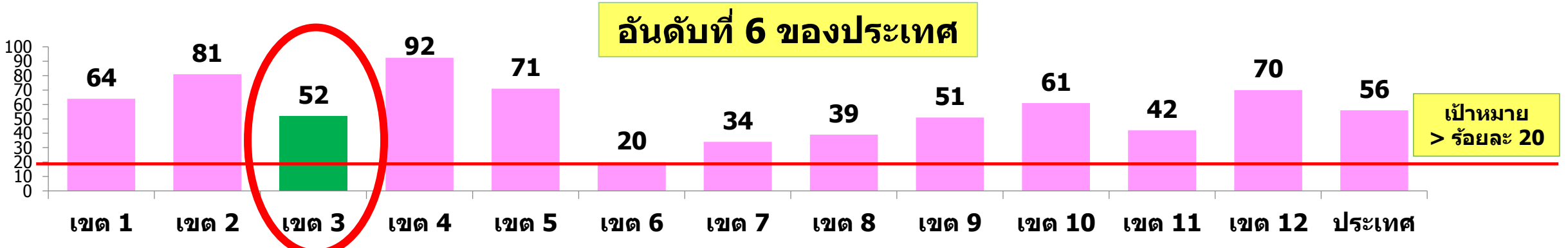
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS (เป้าหมาย > ร้อยละ 20)

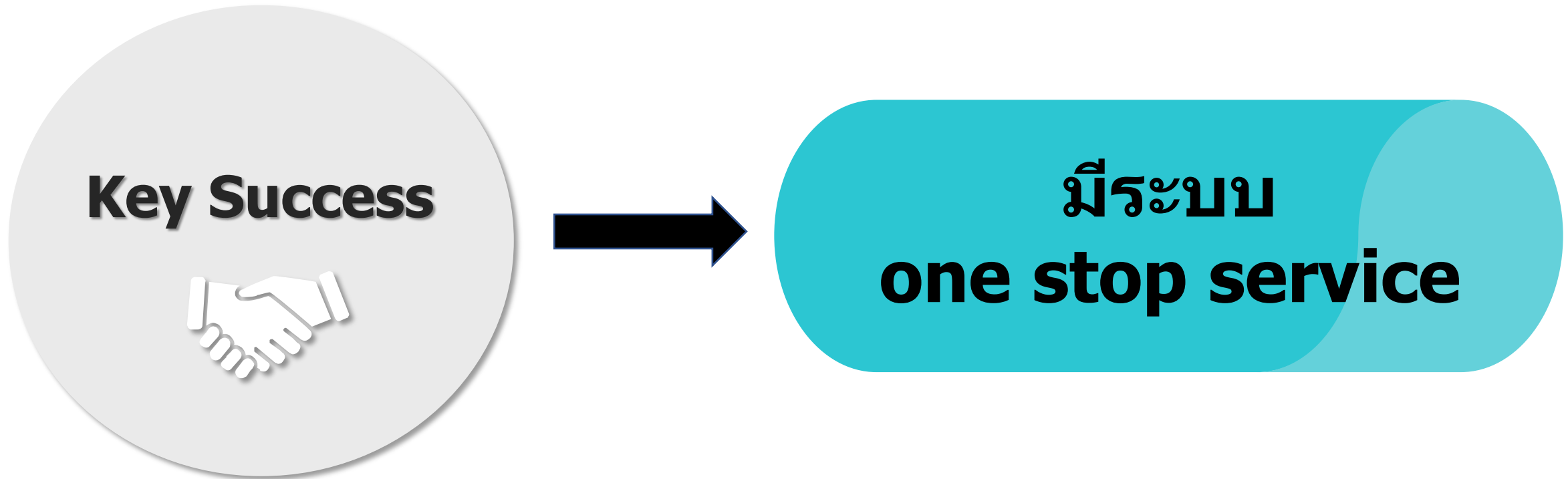
- Colono polypec 2/2
- Eso. varice 1/1
- Hemorrhoid 2/2
- Hernioplasty 8/9
- Breast abscess 1/1
- Urethral stric 1/1

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2562 (9 เดือน)



สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ





ปัญหา/อุปสรรค

ข้อเสนอแนะ

1

**จำนวนโรคและสาขาที่
ทำยังน้อยอยู่**

**เพิ่มชนิดโรค ODS ร่วมกับแพทย์
สาขาอื่น เช่น สูติ ออร์โธ ENT**

2

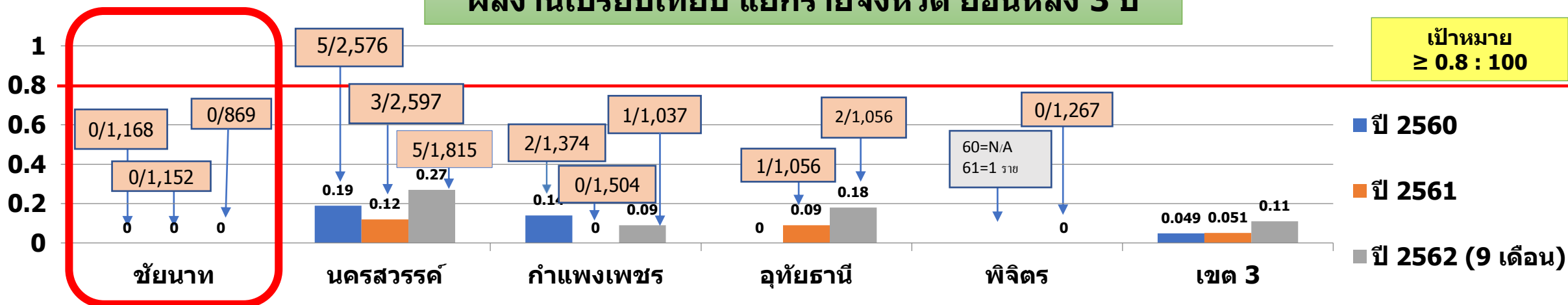
**การเชื่อมต่อโปรแกรม
ODS กับโปรแกรมอื่น ๆ**

**พัฒนาโปรแกรม
ให้สามารถเชื่อมต่อได้**

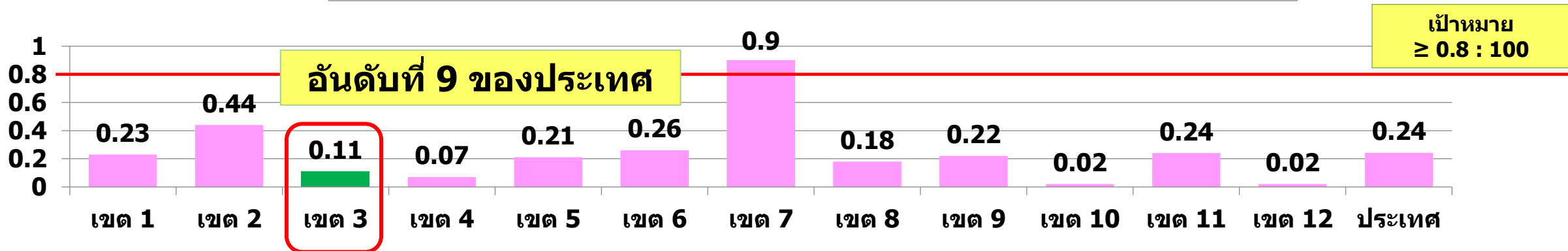
สาขา ปลุกถ่ายอวัยวะ

อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย $\geq 0.8 : 100$)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ย้อนหลัง 3 ปี

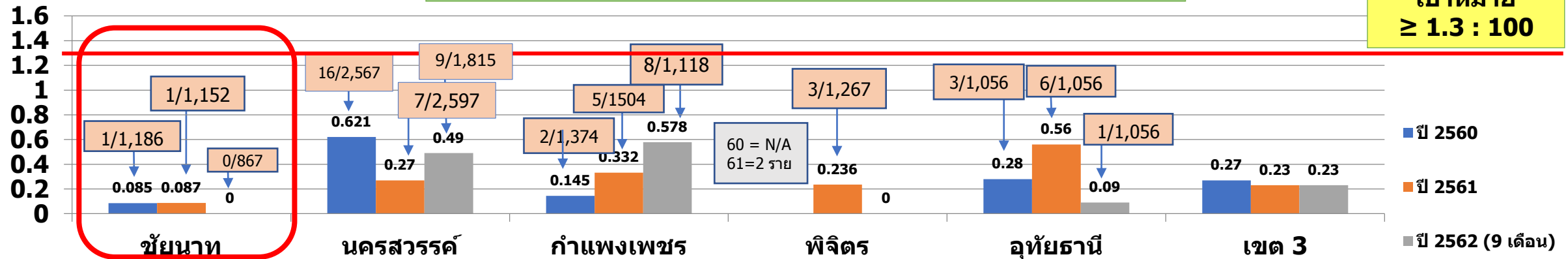


สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ

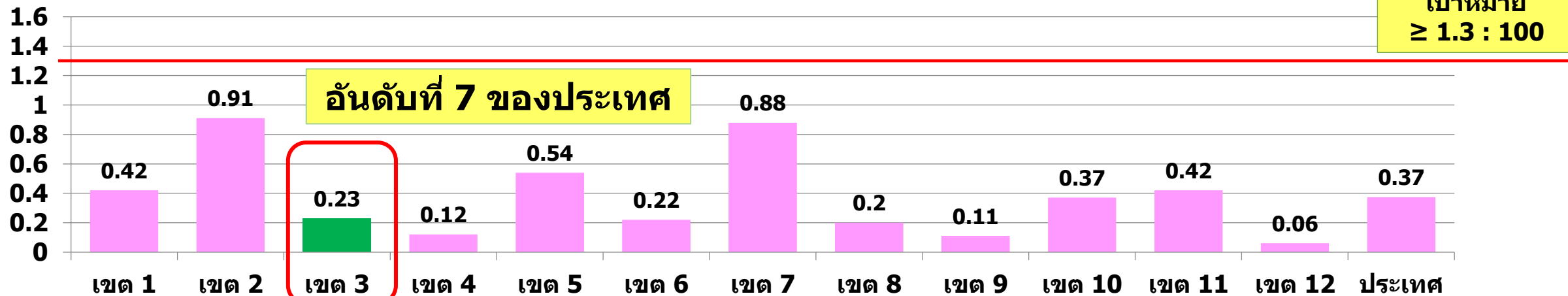


อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย $\geq 1.3 : 100$)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ย้อนหลัง 3 ปี



สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกแยะเขต ภาพรวมประเทศ



ปัญหา/อุปสรรค

1. ขาดอัตรากำลัง ผู้ประสานงานมืองานประจำ
2. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตร้อยละ 90 ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่จะบริจาคดวงตาได้
3. ทักษะและความเชื่อของญาติต่อการบริจาค
4. ผู้ป่วย Trauma ที่วิกฤติมักถูก Refer ไปยัง รพศ.
5. การประชาสัมพันธ์ยังไม่ดีพอเนื่องจากขาดตัวแทนการประสานงานสู่ชุมชน

ข้อเสนอแนะ

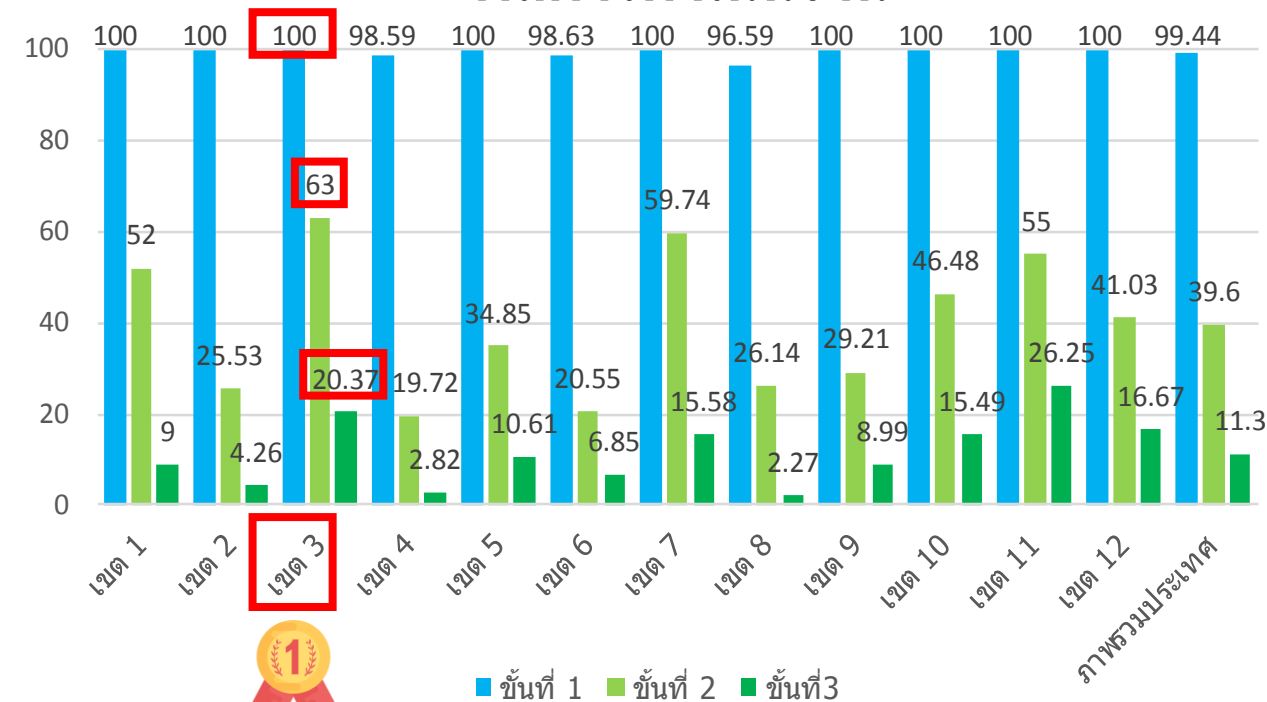
1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ประสานงานกับ TC nurse
2. ปรับทัศนคติของผู้ป่วยและญาติโดยรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ประสานเครือข่ายเชิงรุกกับ สสจ. รพช. อสม.
3. เชิดชูเกียรติผู้บริจาค
4. สร้างความร่วมมือกับพระภิกษุเพื่อประชาสัมพันธ์การบริจาคอวัยวะและดวงตา
5. จัดหาบุคลากรต้นแบบ

สาขา RDU

เป้าหมาย RDU ชั้นที่ 1 $\geq$ ร้อยละ 95 RDU ชั้นที่ 2 $\geq$ ร้อยละ 20

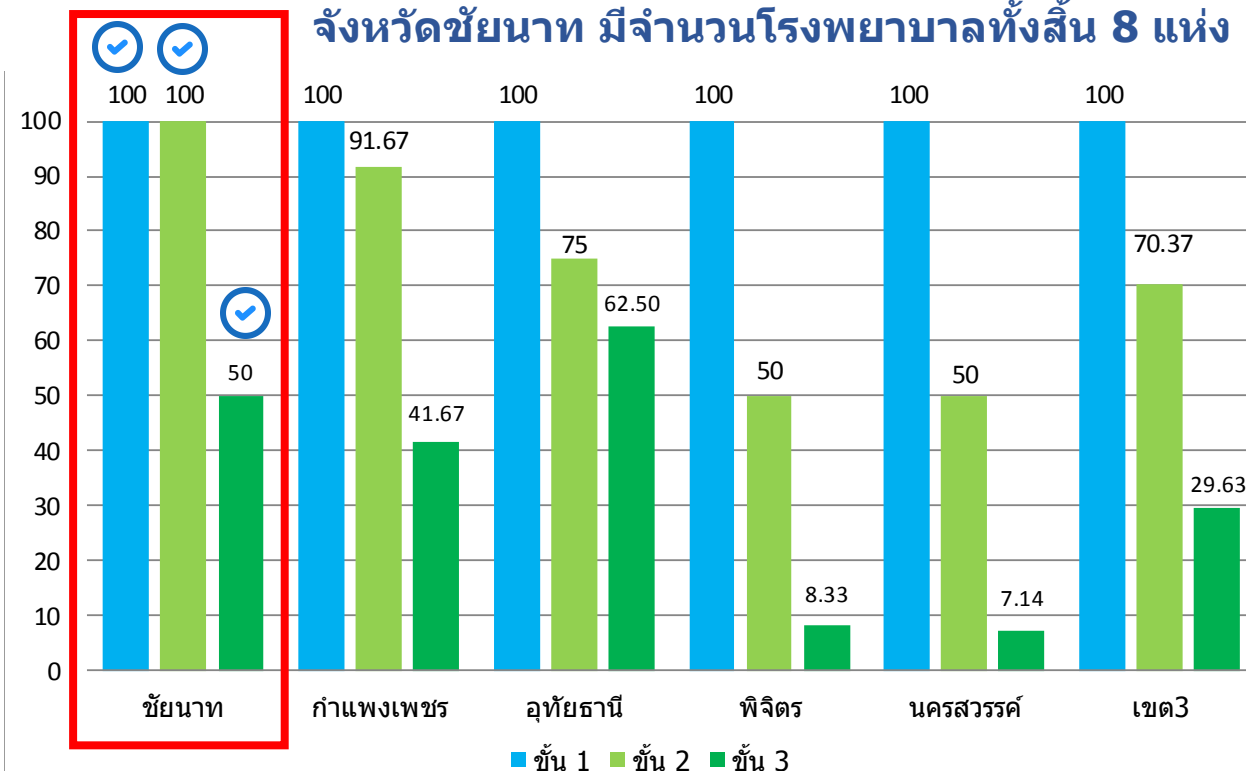


ผลการดำเนินงาน



ข้อมูลภาพรวมประเทศ นิเทศงาน รอบที่ 1 ณ 31 มีนาคม 2562

จังหวัดชัยนาท มีจำนวนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 8 แห่ง



โรงพยาบาลทุกแห่งผ่าน RDU ชั้นที่ 1 และชั้นที่ 2 ร้อยละ 100
ผ่านชั้น 3 ร้อยละ 50 (4 แห่ง) ได้แก่ รพ.สรรพยา หันคา มโนรมย์ เนินขาม

ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

Key success

ผลงานเด่น



- **Strong policy** ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญและมอบนโยบาย
- การกำกับติดตามประเมินผลอย่างเข้มข้น

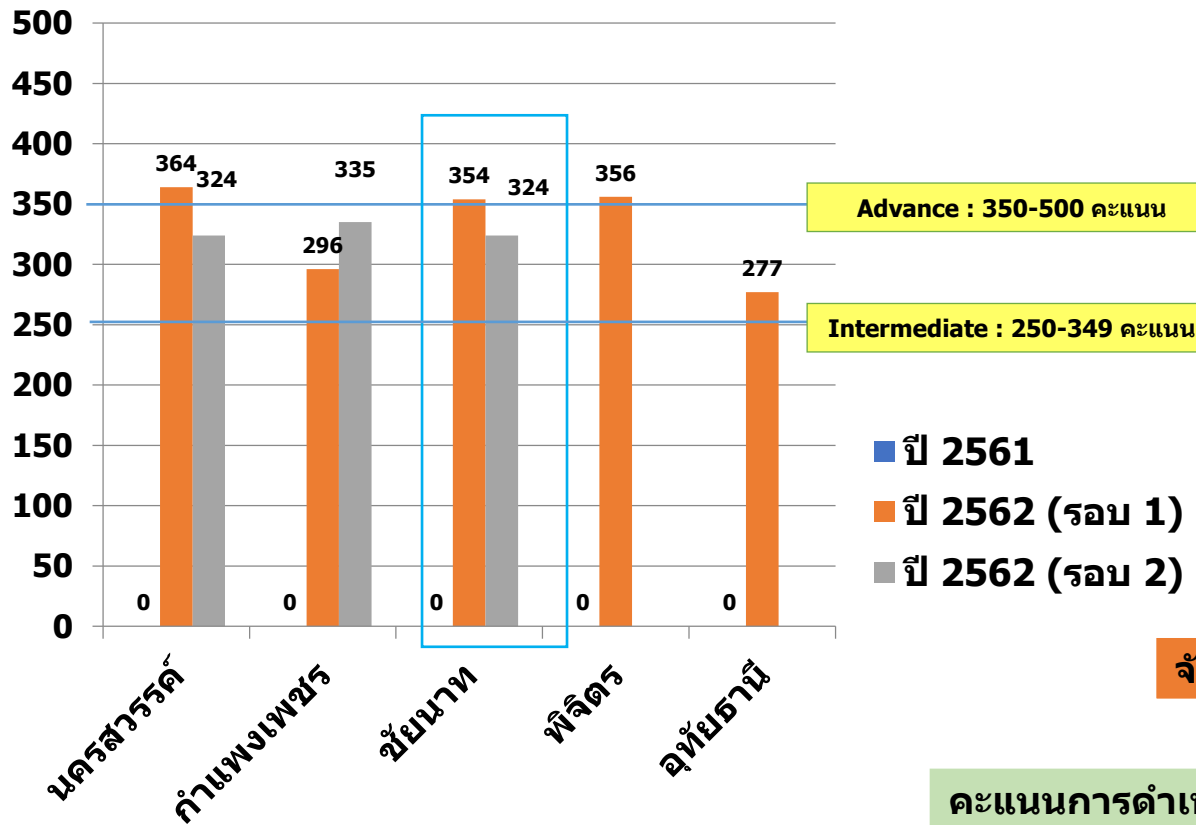
- รพ.เนินขาม ต้นแบบการดำเนินงาน RDU
- ประชาสัมพันธ์ความรู้สู่ชุมชนผ่านงานสัปดาห์เภสัชกรรม

ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สาขา AMR

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) (เป้าหมาย : ระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด (ปรับตัวชี้วัดปี 2562)



สรุปคะแนนการดำเนินงาน 5 กิจกรรมสำคัญ		
กิจกรรม	รอบ 1	รอบ 2
1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	57	52
2. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	77	65
3. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาใน รพ.	45	62
4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน ร.พ.	85	85
5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	90	60
รวม (คะแนนเต็ม 500 คะแนน)	354	324
* ข้อบังคับ basic ทุกข้อ > 0 คะแนน	(✓)ใช่ () ไม่ใช่	(✓)ใช่ () ไม่ใช่
** ข้อบังคับ Intermediate ทุกข้อ > 0 คะแนน	(✓)ใช่ () ไม่ใช่	(✓)ใช่ () ไม่ใช่

จังหวัดชัยนาทได้คะแนน 324 อยู่ในระดับ Intermediate (ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด)

คะแนนการดำเนินงาน
5 กิจกรรมสำคัญ

ระดับ Intermediate : 250-349 คะแนน

และข้อบังคับ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน

ระดับ Advance : 350 - 500 คะแนน

และข้อบังคับ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน



Key Success



1

ผู้บริหารให้ความสำคัญ และพร้อมสนับสนุนการพัฒนา และแก้ไขปัญหาของดำเนินงาน

มีคณะกรรมการครบถ้วนจากทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
ในงาน AMR

2

3

มีการจัดทำโครงการวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์การดื้อยา
ในหอผู้ป่วย

มีคณะกรรมการ AMR ระดับเขต

4

5

เข้าร่วมโครงการเฝ้าระวังแบบค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
(WHO: Global Antimicrobial Resistance Surveillance
System, GLASS)

ปัญหา/อุปสรรค

การสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นถึงความเชื่อมโยงของการทำงานเรื่อง **AMR** ของแต่ละฝ่ายงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้กรอบการทำงาน **Integrated AMR Management (IAM)** เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564
2. ควรมีแนวปฏิบัติ มีผังงาน มีการสื่อสาร และมีการวางระบบ **outbreak** เชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ



เป้าหมาย/
ประเด็นตรวจ
ราชการ

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค
ปอดรายใหม่

> ร้อยละ
85

ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วย
วัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

> ร้อยละ
82.5

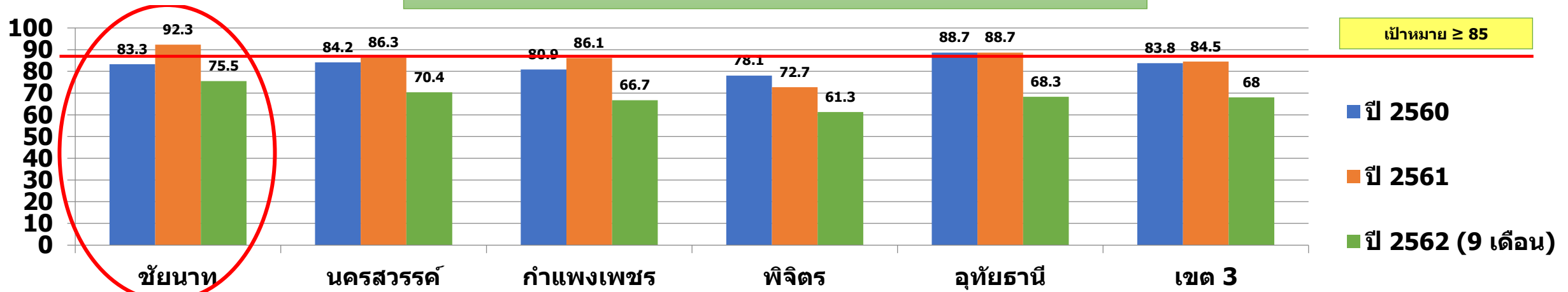
สถานการณ์ในภาพรวม



- 1.** พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำได้เพียง 220 ราย จากเป้าหมาย 514 ราย คิด TB Treatment Coverage ได้ร้อยละ 42.8
- 2.** มีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (PA) ที่ขึ้นทะเบียนรักษา 55 ราย
- 3.** มีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (PA) ที่รักษาสำเร็จ 40 ราย (ร้อยละ 75.5)
- 4.** ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (PA) อยู่ระหว่างรักษา 8 ราย (ร้อยละ 15.1)
- 5.** ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (PA) เสียชีวิตแล้ว 4 ราย (ร้อยละ 7.6)

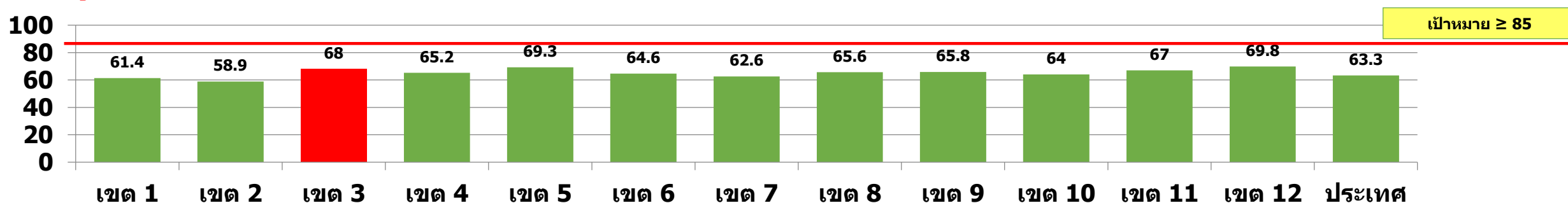
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย ≥ 85)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ย้อนหลัง 3 ปี



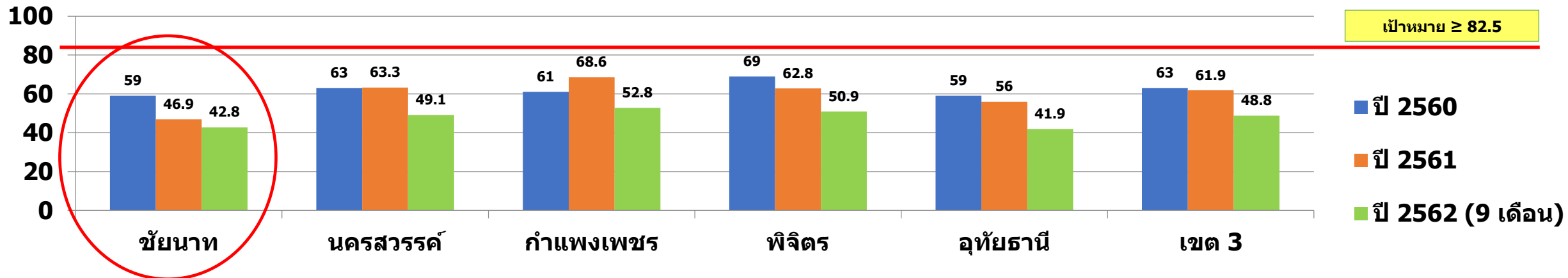
สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ

*ข้อมูล ณ 8 ก.ค. 2562



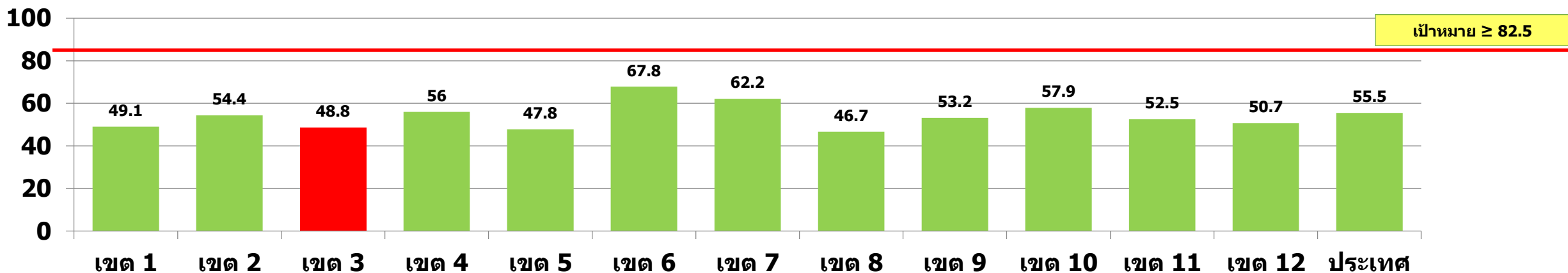
ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (เป้าหมาย ≥ 82.5)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ย้อนหลัง 3 ปี



สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ

*ข้อมูล ณ 8 ก.ค. 2562



Key Success

มีระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ดี (อัตราการขาดยาเป็นศูนย์) และอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคสูง

ปัญหา/อุปสรรค

1. ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำต่ำกว่าเกณฑ์

เป้าหมาย ปี 2562 = 82.5 %

ผลงาน ปี 2562 = 42.8 %

(ข้อมูล ณ 8 ก.ค. 2562)

2. ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรคในระดับชุมชนยังน้อย

ข้อเสนอแนะ

1. เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้มากขึ้นโดยเพิ่มการคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน และกลุ่มสูงอายุ ให้เข้ารับการรักษาที่เร็ว ลดการเสียชีวิต โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ยังมีความครอบคลุมการรักษา (TB Treatment Coverage) ต่ำมาก ได้แก่

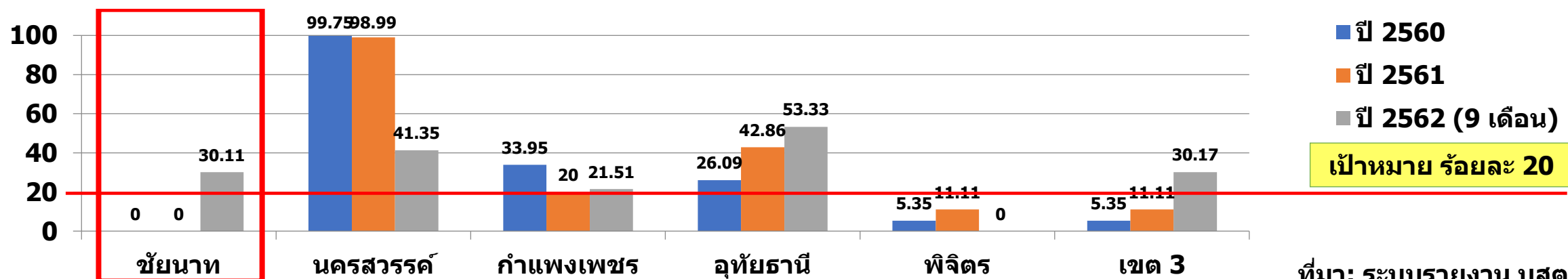
สรรพยา มโนรมย์ สรรคบุรี และ หนองมะโมง

2. วิเคราะห์ผู้ป่วยวัณโรค Case Walk in ที่ขึ้นทะเบียนรักษาเพื่อประโยชน์ในการกำหนดกลุ่มเสี่ยงในการค้นหา คัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่เพิ่มขึ้น

3. เพิ่มความครอบคลุมในการสื่อสารความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคในชุมชน

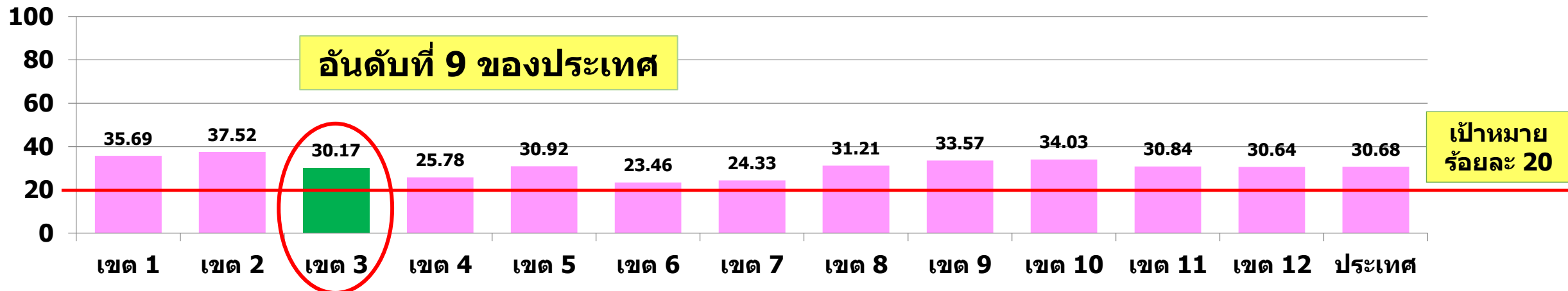
ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate) (เป้าหมาย ร้อยละ 20)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ย้อนหลัง 3 ปี



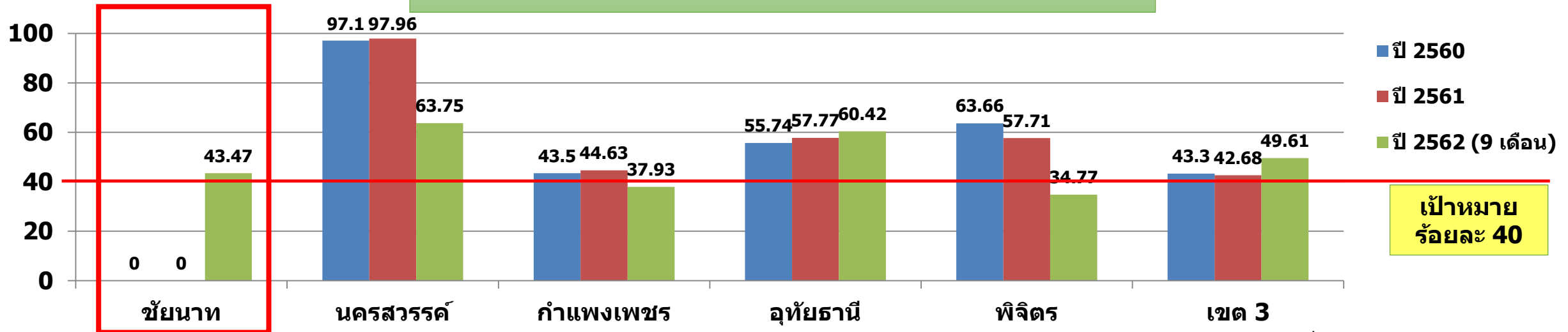
สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ

อันดับที่ 9 ของประเทศ



ร้อยละผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (Remission rate) เป้าหมาย ร้อยละ 40

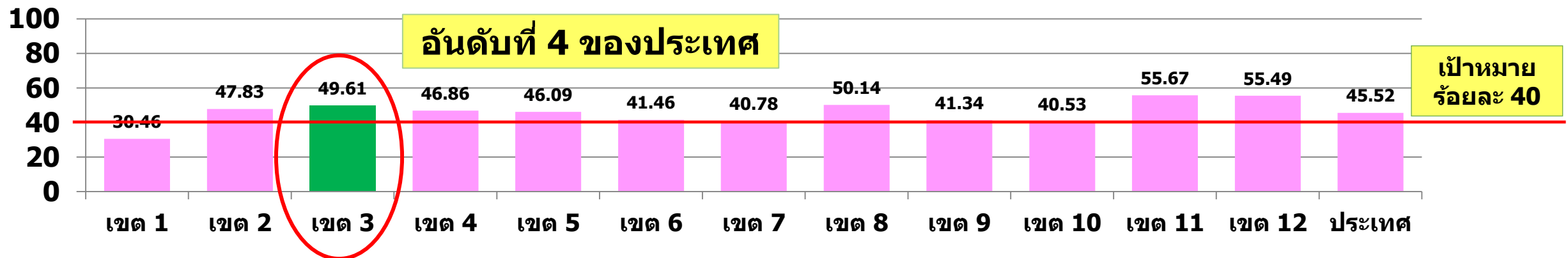
ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ย้อนหลัง 3 ปี



ที่มา: ระบบรายงาน บสต.
ณ เดือนมิถุนายน 2562

สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกแยะเขต ภาพรวมประเทศ

อันดับที่ 4 ของประเทศ



การดำเนินงาน ปี 2562 :



1.

การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

1.1 ขอขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลเป็นหน่วยบำบัด 2 แห่ง รพ.หนองมะโมง และ รพ.เนินขาม อยู่ระหว่างดำเนินการ

1.2 สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง (HA) จำนวน 6 แห่ง ปัจจุบันขาดอายุ ขณะนี้อยู่ระหว่างส่งแบบประเมินเพื่อขอต่อการรับรอง

2.

ดำเนินงานบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (HARM Reduction)

กำลังดำเนินงานในทุกพื้นที่โดยจัดชุดบริการ 16 ชุดบริการให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมและวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม (รพ. 8 แห่ง/สสอ.ทุกแห่ง)

3.

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx)

ดำเนินการใน 5 พื้นที่ ได้แก่ มโนรมย์ สรรคบุรี สรรพยา หันคา หนองมะโมง ได้ 46 รายโดยมีชุมชนนำร่อง ดำเนินการที่วัดหนองขนก อำเภอนองมะโมง

ปัญหา/อุปสรรค

1. ระบบลงข้อมูลใน Internet ติดขัด ล่าช้า ส่งผลต่อรายงาน บสต. ไม่สอดคล้องกับข้อมูลดิบ ที่มีอยู่จริง

2. อัตราการกำลั้งน้อย ประกอบกับ มีภารกิจที่รับผิดชอบหลายงาน ส่งผลให้การทำงานขาด คุณภาพไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ



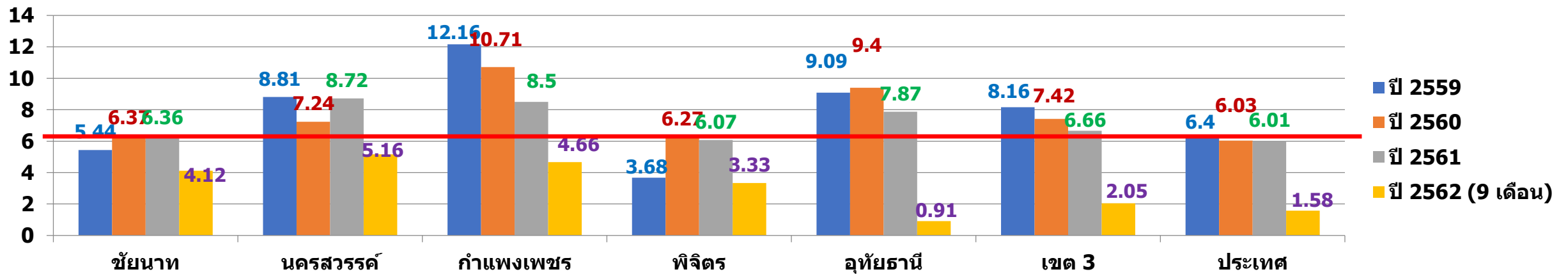
จัดหาอัตรากำลัง
จนท.ที่รับผิดชอบ
ดูแลข้อมูลและ
การประสานงานเรื่อง
ยาเสพติดโดยตรง

สาขาสุขาพจิตและจิตเวช

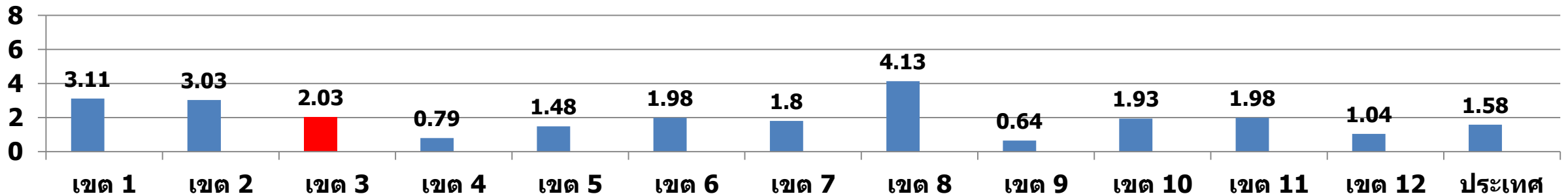


ตัวชี้วัด อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ย้อนหลัง 4 ปี



สถานการณ์ / ผลงาน ปี 2562 (6 เดือน) เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ



ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



Key Success

1

มีการบูรณาการระบบคัดกรองและการประเมินในกลุ่มเสี่ยง

2

มีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยทางจิตเวชที่เชื่อมโยงกัน

3

จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อให้สามารถช่วยค้นหาคัดกรอง เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

4

ให้ชุมชน อสม. เครือข่าย และญาติมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแล

ปัญหาอุปสรรค

- ปัญหาการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีความซับซ้อน เกี่ยวกับปัจจัยหลายด้าน
- กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ไม่เข้าสู่ระบบสาธารณสุข
- ไม่มีการส่งสัญญาณเตือนมาก่อน
- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาและสอบสวนโรคเชิงลึกในผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จยังทำได้ไม่ครอบคลุมทุกราย ส่งผลให้การวางแผนเชิงกระบวนการสู่ผลลัพธ์ยังไม่ดีเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะ

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนทั้งในและนอกระบบบริการ สธ
- เน้นบริการเชิงรุกส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยง
- สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในประชาชน ให้มีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวได้เมื่อเผชิญกับความเครียดและสถานการณ์ที่กดดัน สามารถหาทางออกที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือภาวะวิกฤติในชีวิต



สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน



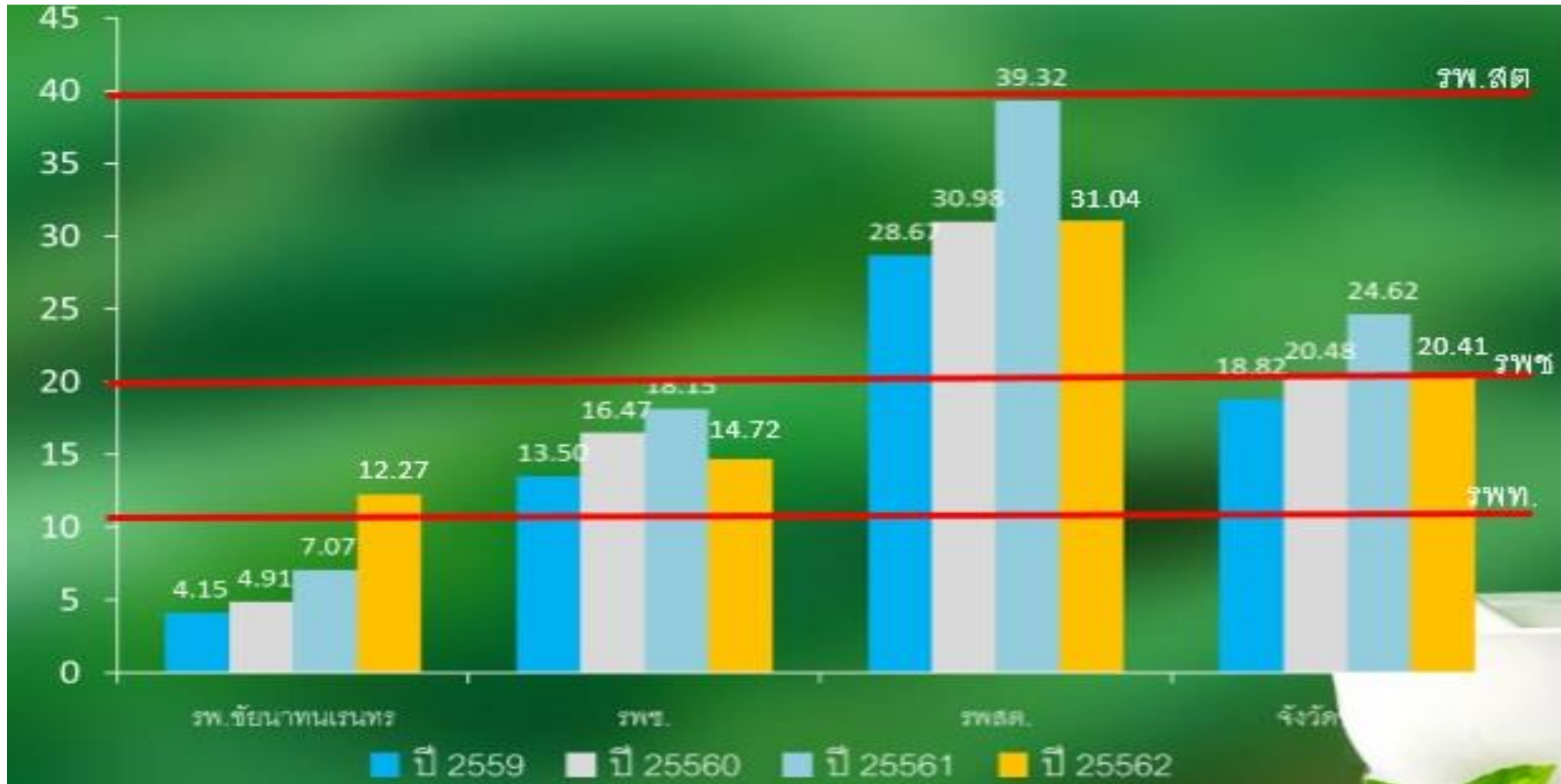
ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 58	ปี 59	ปี 60	ปี 61	ปี 62 (ตค.61 - มิย.62)
โรงพยาบาลทั่วไป	10.00	2.38	4.15	4.91	7.07	12.27
โรงพยาบาลชุมชน	20.00	11.57	13.50	16.47	18.15	14.72
รพ.สต.	30.00	9.58	28.67	30.98	39.32	31.04
รวม	20.00	9.09	18.82	20.48	24.65	20.41

ที่มา : 1. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
2. <http://hs.dtam.moph.go.th/> ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

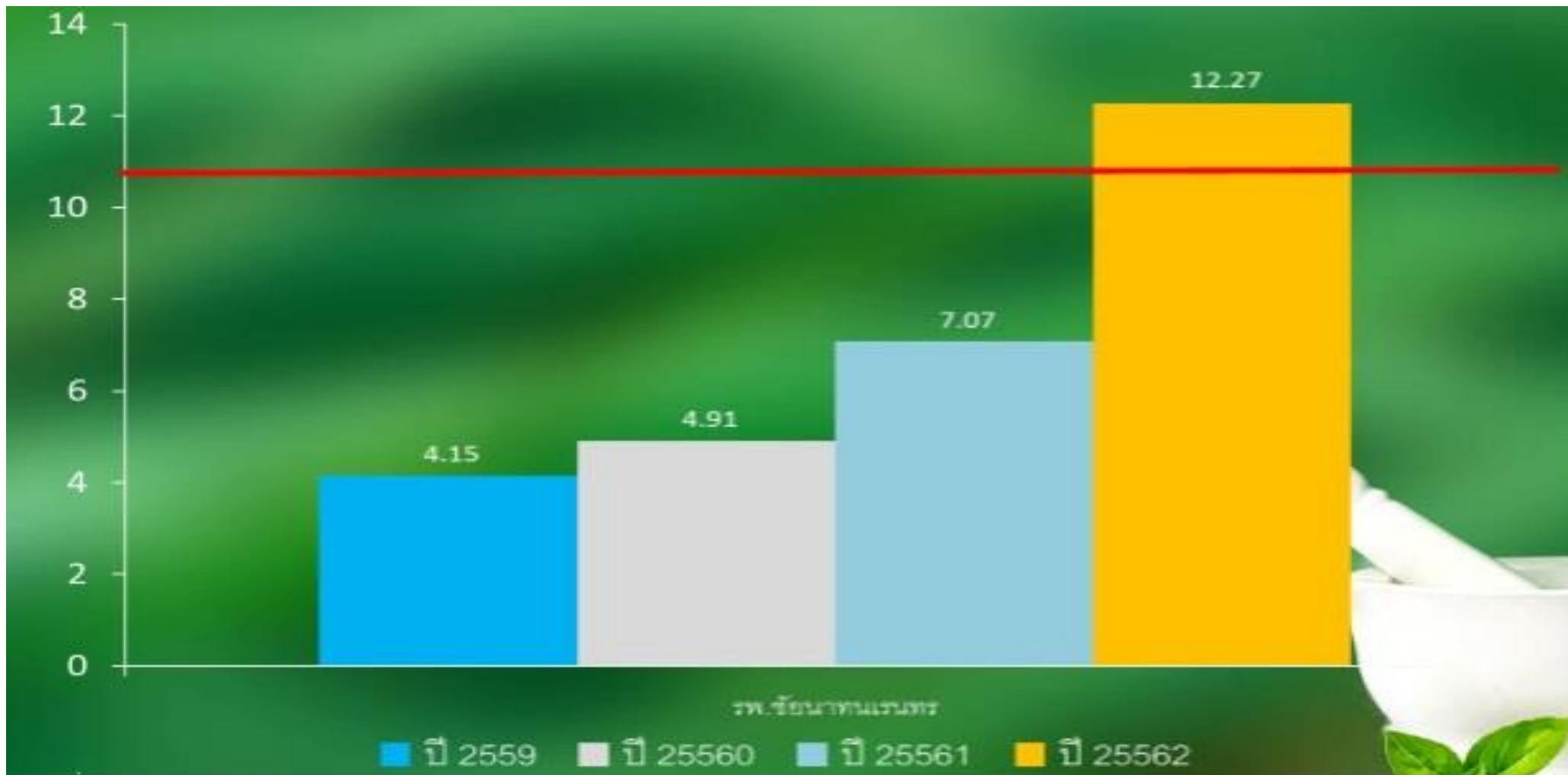
ร้อยละการให้บริการแพทย์แผนไทยฯ ใน OPD



ที่มา : 1. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
2. <http://hs.dtam.moph.go.th/> ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

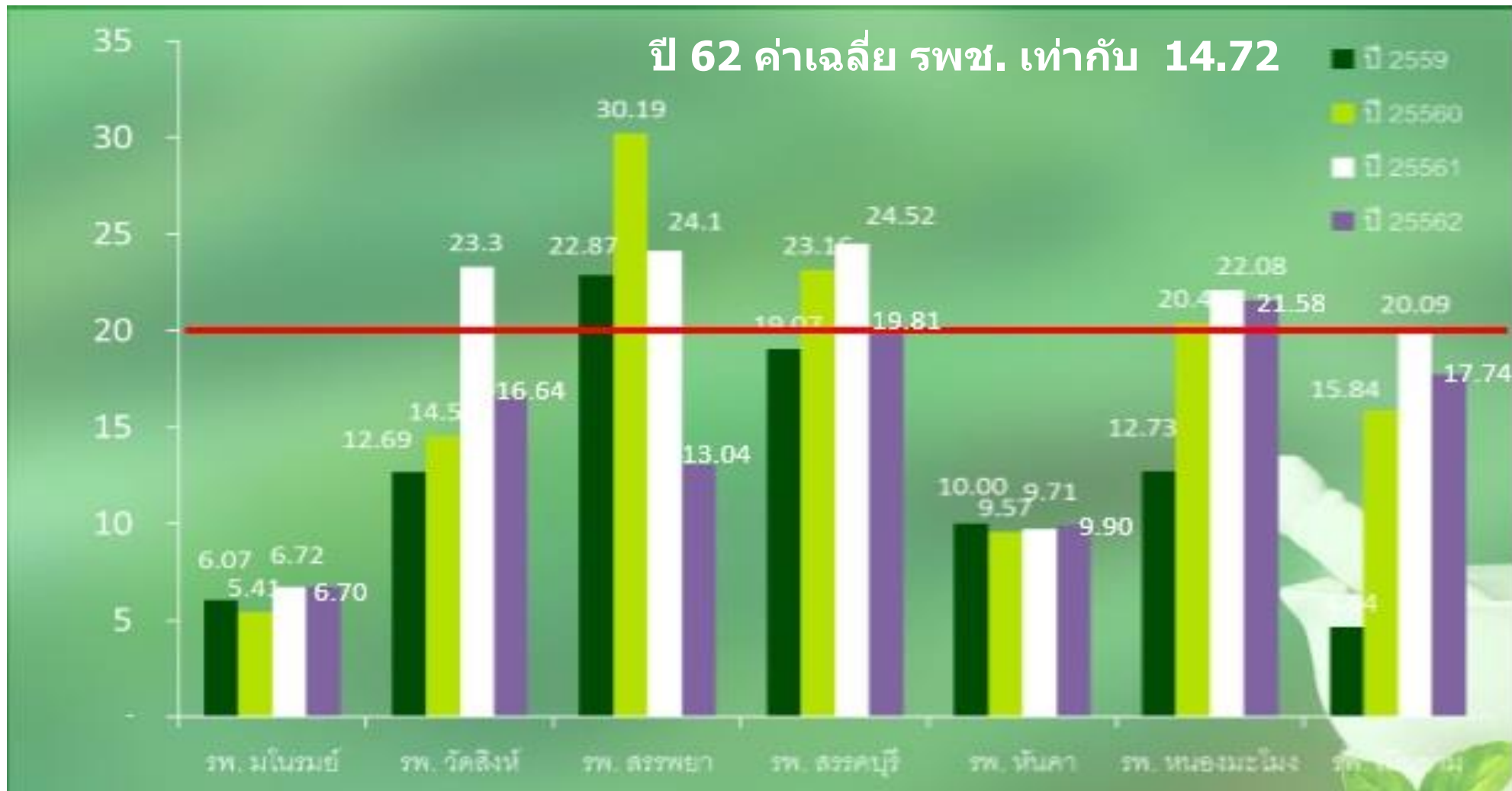
ร้อยละการให้บริการแพทย์แผนไทยฯ ใน OPD รพ.ชยันนาทนเรนทร



ที่มา : 1. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
2. <http://hs.dtam.moph.go.th/> ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

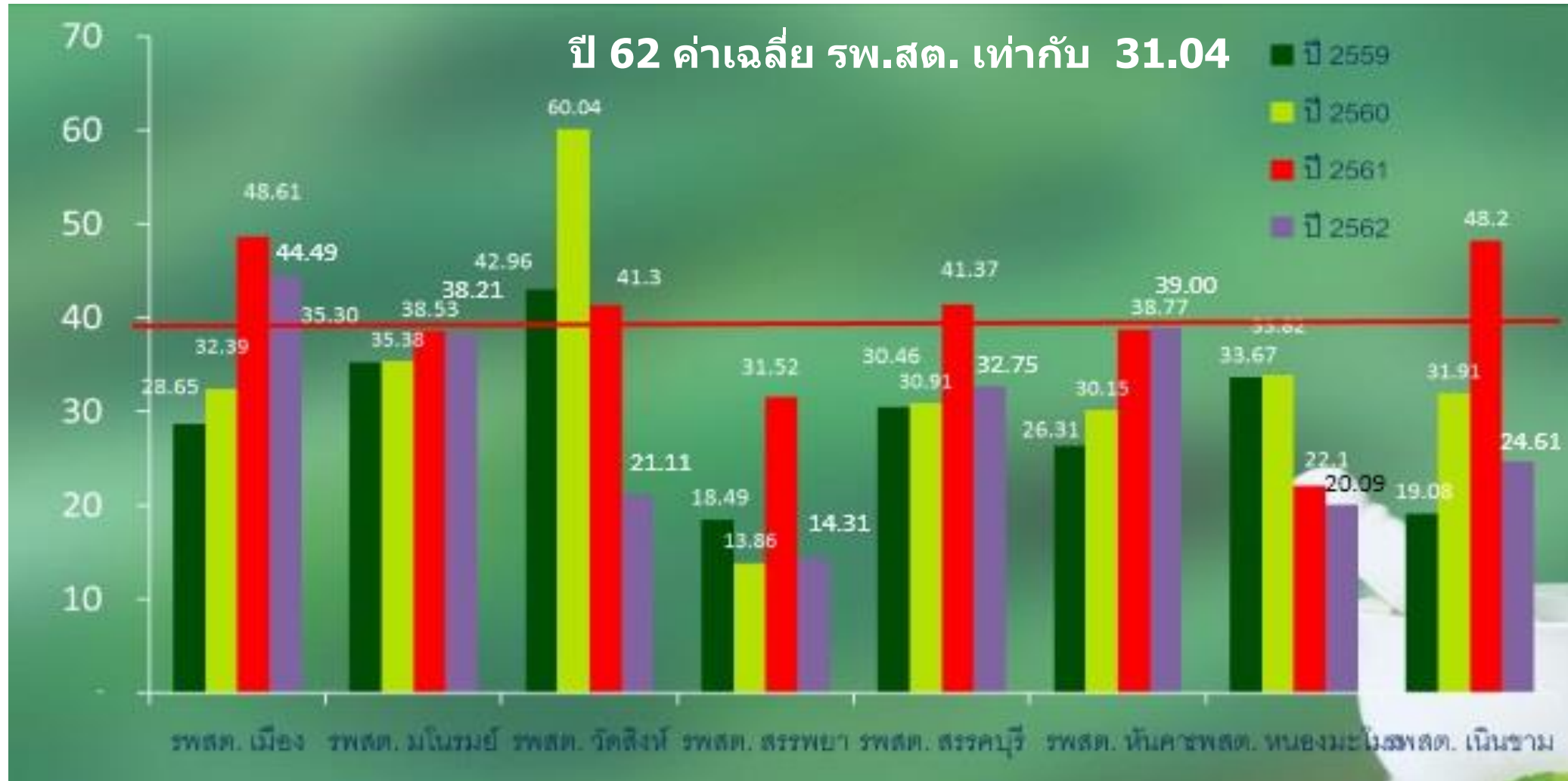
ร้อยละการให้บริการแพทย์แผนไทยฯ ใน OPD รพช.



ที่มา : 1. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
 2. <http://hs.dtam.moph.go.th/> ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ร้อยละการให้บริการแพทย์แผนไทยฯ ใน OPD รพสต.



ที่มา : 1. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
 2. <http://hs.dtam.moph.go.th/> ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

แนวทางการแก้ไขปัญห



1. สนับสนุนให้ PCC และ รพ.สต.ขนาดใหญ่ มีแพทย์แผนไทยครบทุกแห่ง
2. ควรมีการเชื่อมโยงความรู้ แพทย์แผนไทยกับการแพทย์ปัจจุบันในด้านงานวิชาการ
3. ควรมีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร First Line Drug เช่น ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน และยาสมุนไพรอื่น ๆ
4. การบริหารระบบยา และรายการยาสมุนไพร ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน / การกระจายยาสมุนไพรในระดับจังหวัด และเขตสุขภาพที่ 3
5. การอบรมบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ให้การรักษายาพยาบาลใน รพ.สต.

ตัวชี้วัด: ร้อยละของอำเภอมีการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มี คุณภาพ ร้อยละ 60



ปี 2562

- ✓ 1. ดำเนินการพัฒนาทั้ง 8 อำเภอ
- ✓ 2. มีคำสั่งคณะกรรมการฯ และประชุมเพื่อกำหนดประเด็นพัฒนา
- ✓ 3. กำหนดประเด็นพัฒนาอย่างน้อย 2 ประเด็น
- ✓ 4. กำหนดแผนการพัฒนา และการบริหารจัดการ โดยการมีส่วนร่วม
ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

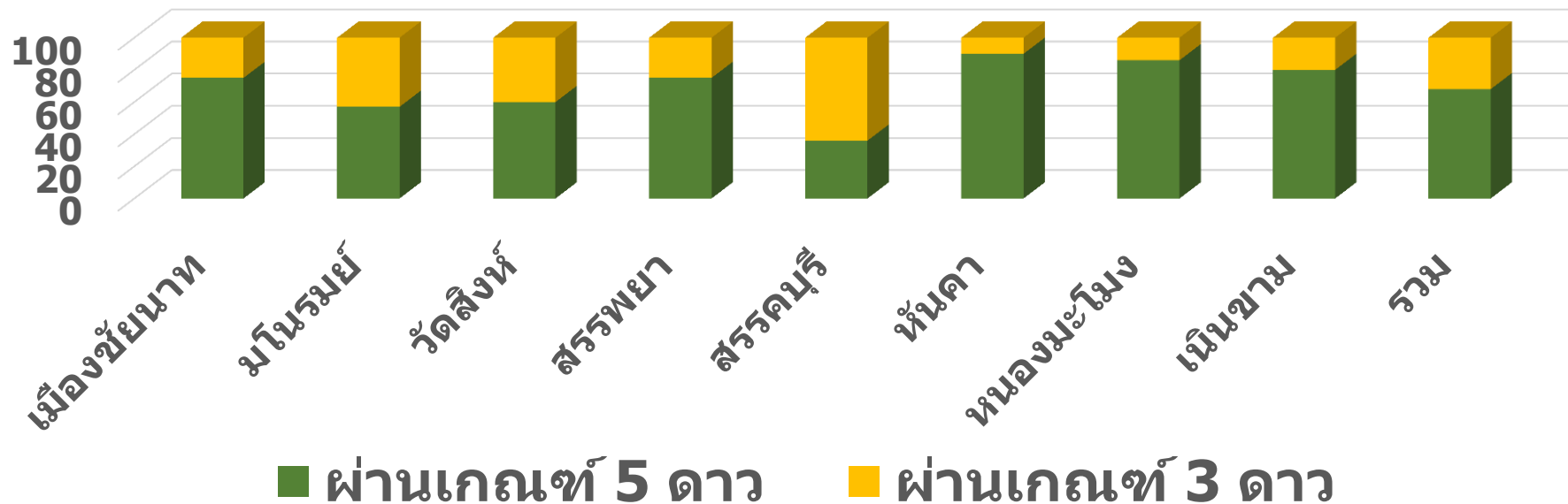
ระดับการพัฒนา 8 อำเภอ	U	C	C	A	R	E	เฉลี่ย
คะแนน	4.00	3.87	4.00	4.00	4.00	4.12	4.00

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ รพ.สต.5 ดาว



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560-2561	รวมสะสม (ปัจจุบัน)
รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การพัฒนา คุณภาพ ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว 44 แห่ง	30 แห่ง (ร้อยละ 41.67)	49 แห่ง (ร้อยละ 68.00)
รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การพัฒนา คุณภาพระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ดาว 72 แห่ง	ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100	

ระดับผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว ปี 2561 แยกรายอำเภอ



ตัวชี้วัด : ร้อยละ 36 ของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่

คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) จังหวัดชัยนาท

- ❑ จำนวนคลินิกหมอครอบครัวทั้งหมด 29 ทีม เปิดสะสม 2560-2561 จำนวน 8 แห่ง
- ❑ ตามแผน ปี 2562 เดิมจะเปิดจำนวน 3 แห่ง(เปิดแล้ว 1 แห่ง)
- ❑ ต่อมาปรับแผนตามนโยบายเขตเปิดเพิ่มอีก 5 แห่ง

ทีมคลินิกหมอครอบครัว	อำเภอ	เปิดดำเนินการ ปี 2560 – 2562			ระบุข้อที่ไม่ผ่าน
		ปีขึ้น ลงทะเบียน	ผ่าน เกณฑ์	ไม่ผ่าน เกณฑ์	
1. รพ.สต.หาดท่าเสา	เมือง	2562	✓		
2. รพ.สต.บางหลวง	สรรพยา	2562		-	รอขึ้นทะเบียน ก.ค.62
3. รพ.สต.บางซุด	สรรคบุรี	2562		-	รอแพทย์อบรมระยะสั้น รุ่น 12

ลำดับ	อำเภอ	สถานที่เปิดบริการ	ประชากรทีม	หมายเหตุ
1	มโนรมย์	กลุ่มเวชปฏิบัติ รพ.มโนรมย์	11,998	กำหนดเปิด ส.ค. 62
2	วัดสิงห์	กลุ่มเวชปฏิบัติ รพ.วัดสิงห์	10,066	กำหนดเปิด ส.ค. 62
3	หันคา	รพ.สต.สามง่ามท่าโบสถ์	9,932	เปิดบริการ ก.พ.62 แพทย์อบรมเวช รุ่น 13
4	หนองมะโมง	กลุ่มเวชปฏิบัติ รพ.หนองมะโมง	8,978	กำหนดเปิด ก.ค. 62
5	เนินขาม	รพ.สต.สุขเดือนห้า	8,536	เปิดบริการ ก.พ. 62 แพทย์อบรมเวช รุ่น 13

ถ้าเปิดตามแผนจะมี PCC เปิดดำเนินการในปี งปม. 2562 สะสมจำนวน 13 ทีม (44.8 %)

ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

Best Practice :

- มีการเตรียมพื้นที่ให้มีความพร้อม (Pre PCC)
- มีการจัดสรรบุคลากรตามเกณฑ์และนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้



ปัญหา/อุปสรรค/ข้อขัดข้อง

- การบริหารจัดการบุคลากรแพทย์คลินิกหมอบรรวเนื่องจากหมุนเวียนจากการไปเรียนต่อ หรือ ย้าย ทำให้ขาดความต่อเนื่อง
- การสนับสนุนในการดำเนินงานล่าช้าในช่วงต้นปีงบประมาณ
- ยังไม่มีแหล่งผลิตหรือฝึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

แนวทางการดำเนินงาน

- ❑ สร้างแรงจูงใจให้แพทย์ใช้ทุน เข้าอบรม FM หลักสูตรระยะสั้นๆ
- ❑ ทบทวนแผนการพัฒนาศูนย์คลินิกหมอบรรวระยะ 10 ปี ครอบคลุมการบริหารจัดการทรัพยากรทั้งคน เงิน ของ
- ❑ พัฒนาแหล่งฝึกบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

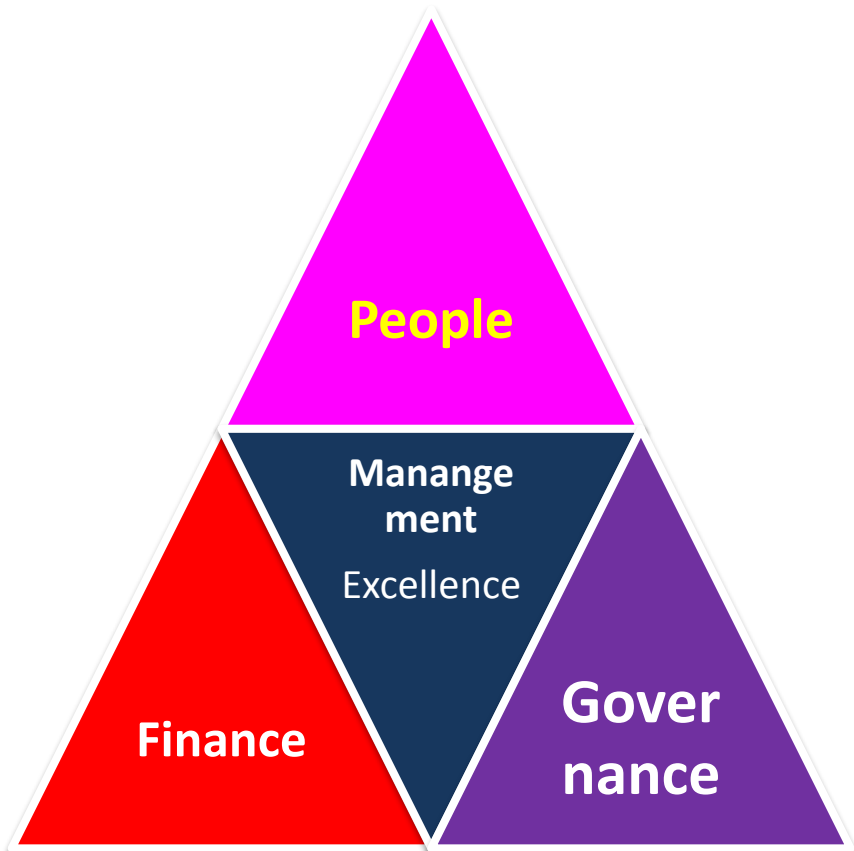


ขอบคุณครับ



สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง รอบที่ 2 ประจำปี 2562

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ



จังหวัดชัยนาท
10-12 กรกฎาคม 2562



HRH Transformation

ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข

Digital Transformation

เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation

มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง

Financial Management

ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ≤ ร้อยละ 4

Quality Organization

ร้อยละของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3

ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

เขตสุขภาพ

ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ

ระบบธรรมาภิบาล

ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป. มีระบบการตรวจสอบภายในควบคุมภายใน และบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

HRH TRANSFORMATION

ตัวชี้วัดที่ 1

ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 2

จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข



รายงานผลการตรวจราชการและนิเทศงาน เขตสุขภาพ(จังหวัด)ที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มี ประสิทธิภาพ

จังหวัดชัยนาท เขตสุขภาพที่ 3



การตรวจราชการ รอบที่ 2/2562

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัด: ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

(มีข้อมูล มีแผนการบริหารตำแหน่ง มีการดำเนินการตามแผน และบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ $\geq$ ร้อยละ 71)

ที่มา : แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ จังหวัดชัยนาท

ประเด็นที่ 1 มีข้อมูล

1.1 ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจุบัน



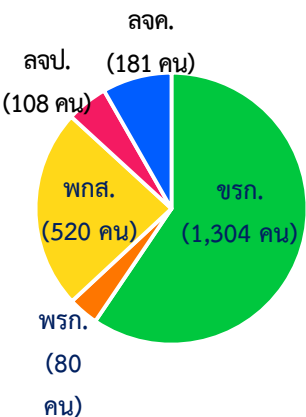
1.2 มีการรายงานข้อมูลบุคลากร

จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงทั้งหมด
2,193 คน

จำนวนการสูญเสีย 61 คน (2.65%)
(2,298 คน)

สาเหตุการสูญเสียบุคลากร

ลาออก 61 คน



1.3 มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข*



ประเด็นที่ 2 มีแผนการบริหารตำแหน่ง*

เขตสุขภาพมีแผนกำลังคน ดังนี้

แผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ

แผนสรรหาเชิงรุก

แผนพัฒนาบุคลากร

ประเด็นที่ 3 มีการดำเนินการตามแผน

ร้อยละตำแหน่งว่างคงเหลือ (เกณฑ์ $\leq 3\%$)



ผลการประเมินในเบื้องต้น



ประเด็นที่ 4 บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ

สายงานให้บริการทางการแพทย์ ยกเว้น สายขาดแคลนสูง
เกณฑ์ $\geq 71\%$

บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ร้อยละ

66.62



ให้จังหวัดส่งเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม
ในประเด็นที่ 1.3 และ ประเด็นที่ 2

การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

ประเด็น ปัญหา อุปสรรค

การบริหารตำแหน่ง

- แนวทางการบริหารอัตรากำลังและการบริหารตำแหน่งที่ไม่ชัดเจน

ระบบ HROPS

- ผู้รับผิดชอบขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ระบบ
- ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบันและไม่ถูกต้อง

อื่นๆ

- ขาดความรู้ความเข้าใจระเบียบ หลักเกณฑ์ต่างๆ
- การประสานงานขาดความเป็นเอกเทศ
- มีการเปลี่ยนงานที่รับผิดชอบ จึงเกิดความไม่ต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน



ข้อเสนอแนะ

การบริหารตำแหน่ง

- สป. กำหนดแนวทางที่ชัดเจนและจัดอบรมพัฒนาความรู้ในการจัดทำแผนการบริหารอัตรากำลังและการบริหารตำแหน่งระบบ HROPS
- เข้าร่วมอบรม/ประชุม/สัมมนา ที่ทาง สป.จัด
- เพิ่มช่องทางการเผยแพร่คู่มือ และปรับปรุงคู่มือให้ทันสมัย
- กำหนดมาตรการในการบันทึกข้อมูลในระบบให้เป็นปัจจุบันและถูกต้อง และมีช่องทางแสดงความคิดเห็นในการพัฒนา

อื่นๆ

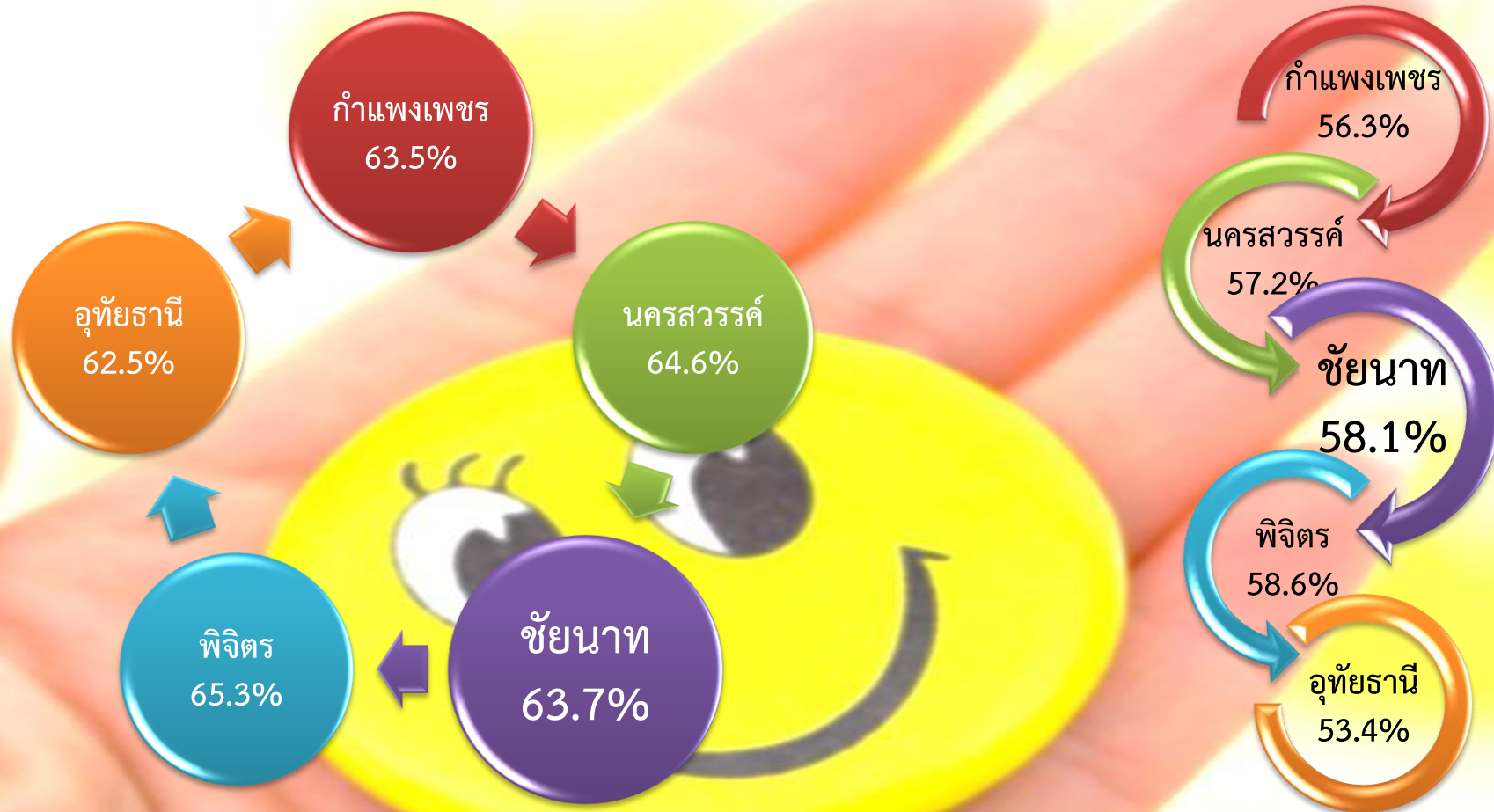
- จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัดเดียวกัน
- จัดทำรายละเอียดหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละกลุ่มงานให้ชัดเจน
- จัดทำคู่มือเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์สูง เพื่อถ่ายทอดแก่ผู้มาปฏิบัติงานใหม่

จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization) จังหวัดละ 1 แห่ง



ค่าเฉลี่ยความสุขรวมของบุคลากร
(Happinometer)

สุขภาวะรวมขององค์กร (Happy Public
organization Index)



DIGITAL TRANSFORMATION

ตัวชี้วัดที่ 3
เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation

ตัวชี้วัดที่ 4
มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง



Smart Hospital

1. คิว
2. ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์
3. การแลกเปลี่ยนข้อมูล (HIS gateway)



Digital
Transformation

รพ. ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน Smart Hospital ปี 62 ต้องมี 3 ข้อดังนี้

1. มี Digital Queue หมายถึง มีการใช้ระบบดิจิทัลช่วยจัดการคิวรอรับการตรวจ มีการแสดงลำดับคิวผ่านหน้าจออย่างชัดเจน ในจุดที่ผู้ป่วยรอคอย เช่น โรงอาหาร สวนพักผ่อน
2. มีการส่งจ่ายยาผ่านโปรแกรมระบบ HIS ของ รพ. สำหรับ OPD ทุกแผนก โดยแพทย์หรือผู้ช่วยแพทย์ จากห้องตรวจไปยังห้องจัดยา/จ่ายยา (ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์)
3. มีผลสำเร็จของการทดสอบการเปิดช่องทาง API (HIS Gateway) จากระบบ HIS ของ รพ. ไปยัง Server กลางที่ Data Center กระทรวงสาธารณสุข (ศทส. ส่งหนังสือแจ้งเวียน คู่มือการติดตั้งและทดสอบ API HIS Gateway ที่ สธ 0212/ว 722 ลงวันที่ 7 มิ.ย.62 เรียน นพ.สสจ./ผอ.รพศ./ผอ.รพท. ทุกแห่ง)

การปรับเกณฑ์ประเมินในรอบ 6 และ 9 เดือน

- เฉพาะ PA49 (Smart Hospital)
- เฉพาะระดับ **รพช. เท่านั้น** เปลี่ยนเป็น ผ่านเกณฑ์ เมื่อมี 2 ข้อ ดังนี้
 - มี Digital Queue (มีการใช้ระบบดิจิทัลช่วยจัดการคิวรอรับการตรวจ มีการแสดงลำดับคิวผ่านหน้าจออย่างชัดเจน ในจุดที่ผู้ป่วยรอคอย เช่น โรงอาหาร สวนพักผ่อน)
 - มีการส่งจ่ายยาผ่านโปรแกรมระบบ HIS ของ รพ. สำหรับ OPD ทุกแผนก โดยแพทย์หรือผู้ช่วยแพทย์จากห้องตรวจไปยังห้องจัดยา/จ่ายยา (*ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์*)
- เนื่องจาก หลายหน่วยงาน ยังไม่ได้รับการสื่อสารที่ชัดเจน ถึงวิธีการปฏิบัติในประเด็นการติดตั้ง HIS Gateway ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการได้ทัน
- ศทส.สป.สร. ส่งหนังสือแจ้งเวียน เรื่อง คู่มือการติดตั้งและทดสอบ API HIS Gateway เรียน นพ.สสจ./ผอ.รพศ./ผอ.รพท. (ที่ สธ 0212/ว 722 ลงวันที่ 7 มิ.ย.62)
- รอบ **12 เดือน** ประเมินผล รพช. ผ่านเกณฑ์ เมื่อมี ครบ 3 ข้อ

เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่ก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

ค่าเป้าหมาย

Small Success 9 เดือน :

รพศ/รพท ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ระดับ 2 ร้อยละ 60

รพช ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ระดับ 2 ร้อยละ 35

ผลการดำเนินงาน :

รพศ/รพท ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ระดับ 2 ร้อยละ 100

รพช ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ระดับ 2 ร้อยละ 100(ผ่านทั้ง 7 แห่ง)

จุดเด่นที่พบ : สสจ.มีการกำกับดูแลโรงพยาบาลในการดำเนินการ ให้ รพท ชัยนาท นเรนทร เป็นพี่เลี้ยงในการช่วยเหลือและให้คำแนะนำ รพช ในการดำเนินการด้านเทคนิค และมีการทำงานเป็นเครือข่ายช่วยเหลือกัน ทำให้การดำเนินการในปัจจุบัน สูงกว่าค่าเป้าหมาย 12 เดือน ที่ รพท ร้อยละ 100 (ทำได้ร้อยละ 100) และรพช ร้อยละ 50 (ทำได้ร้อยละ 57.1)แล้ว

ตัวชี้วัดที่ 4 มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน หน่วยบริการปฐมภูมิ

- เนื่องจากตัวชี้วัด **PCC App** เป็นการชี้วัดในจังหวัดกำแพงเพชรจังหวัดเดียว และยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือความคืบหน้าของผลงาน จึงไม่มีรายงานในส่วนนี้

FINANCIAL MANAGEMENT

ตัวชี้วัดที่ 5

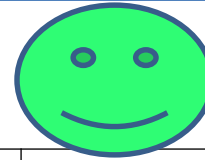
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 $\leq$ ร้อยละ 4



การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (Financial Management)

ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 4

Risk 7 scoring Plus เดือน พฤษภาคม 2562

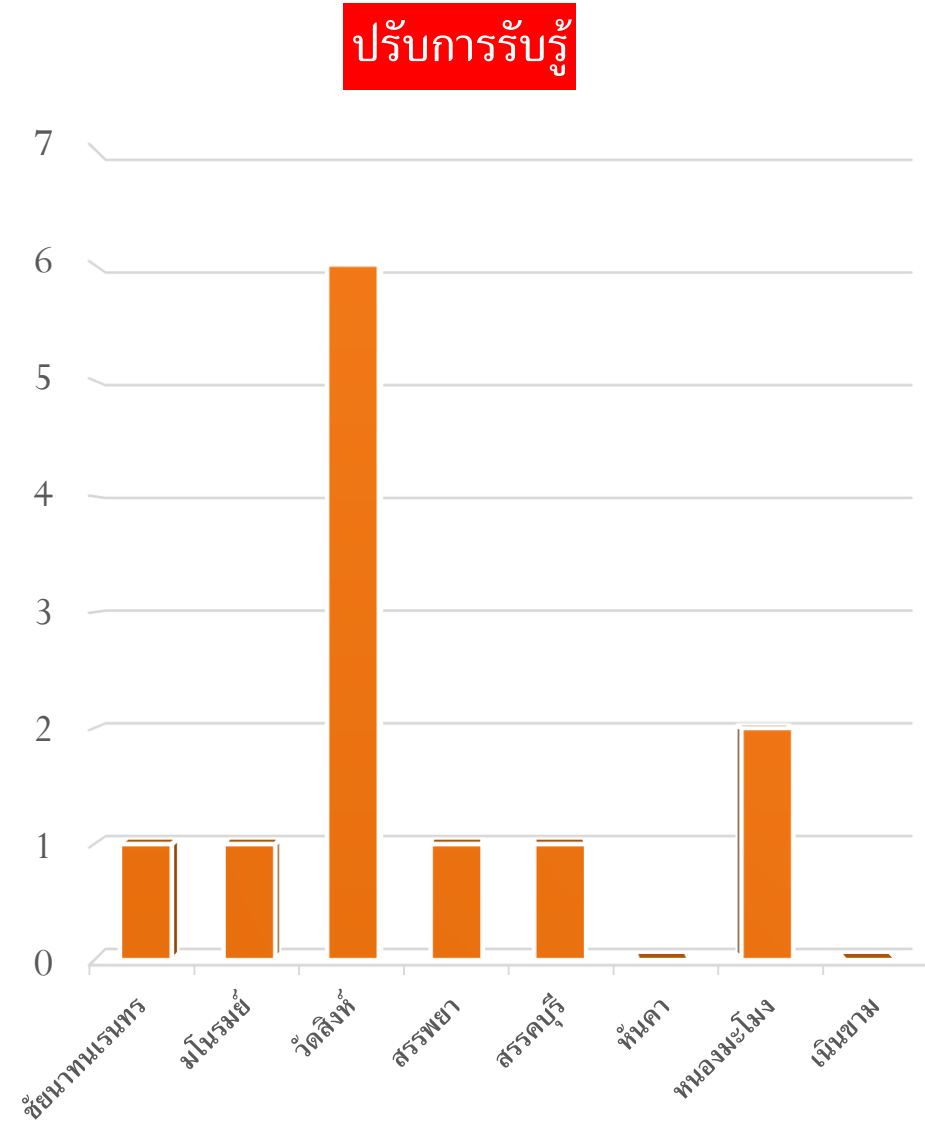
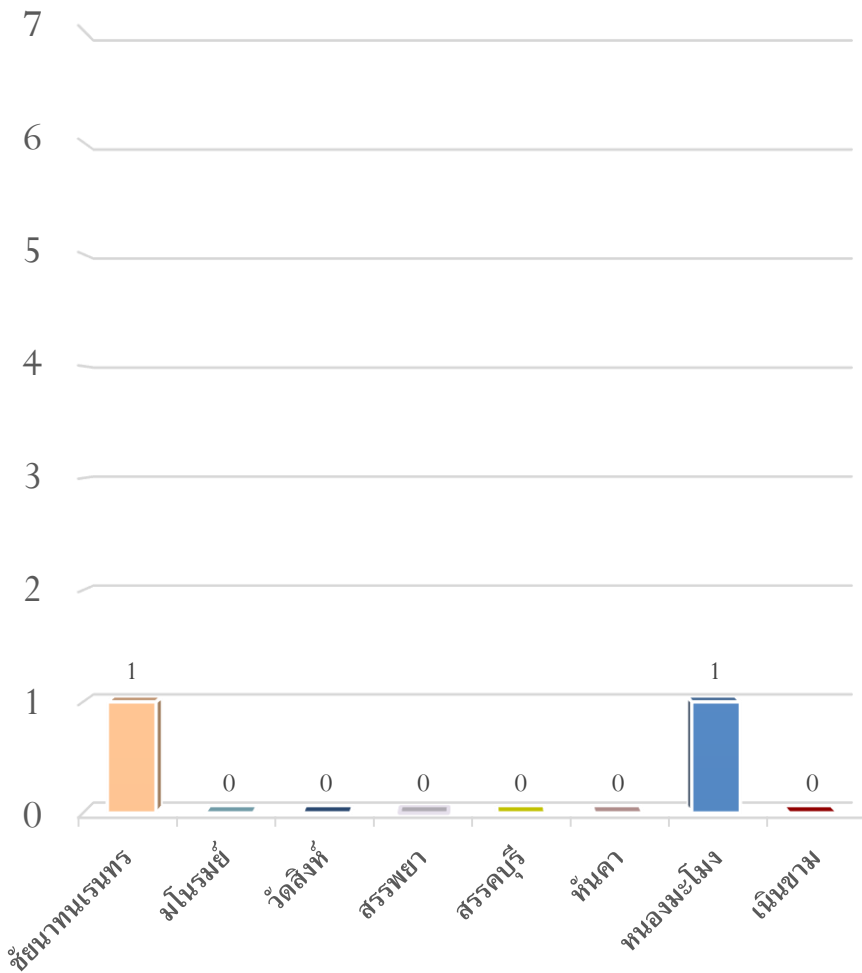


ไม่พบหน่วยบริการที่มี
ภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7

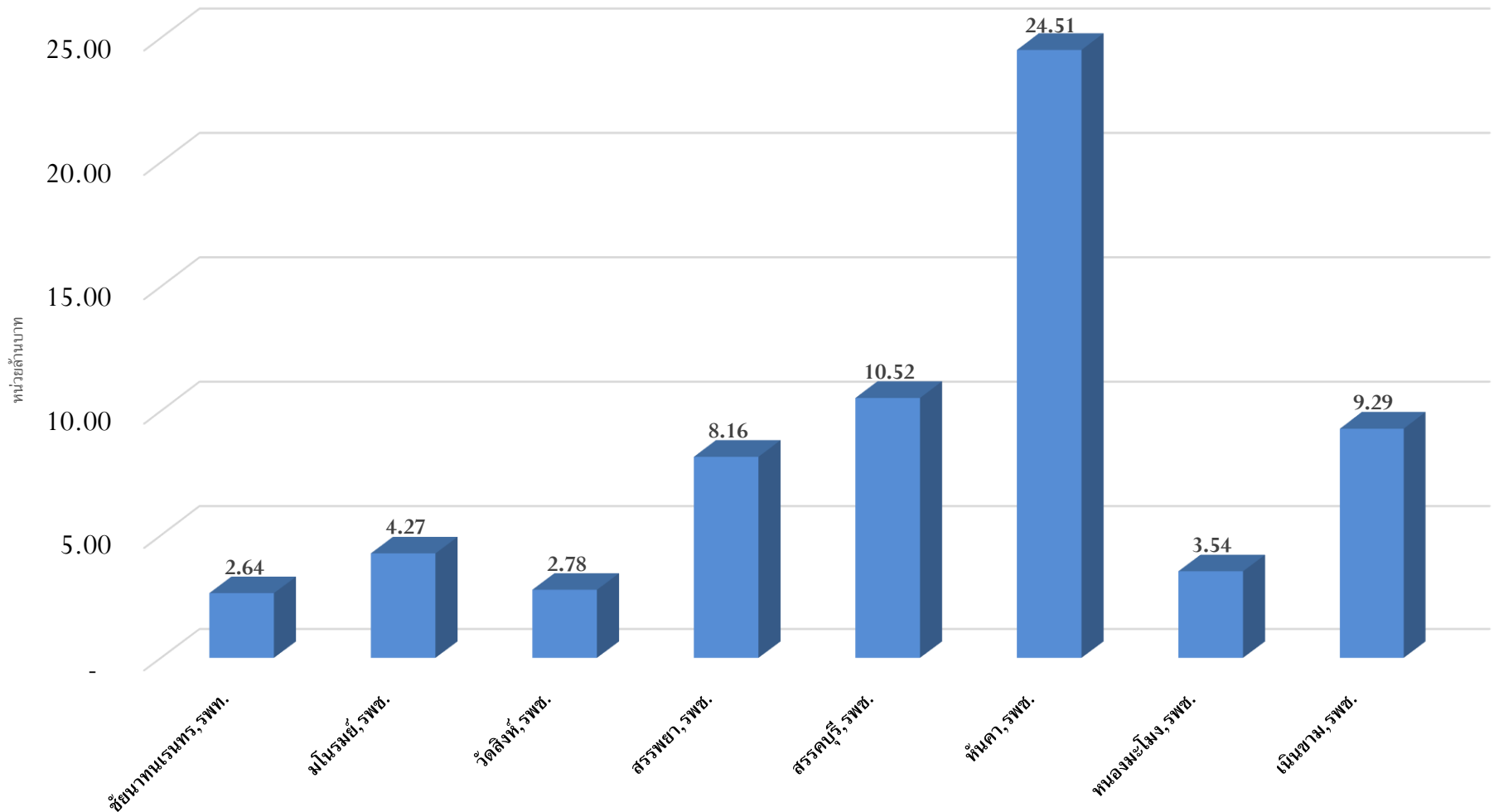
	A	A-	B	B-	C	C-	D	F	
0					มโนรมย์, วัด สิงห์, สรรพยา, สรรคบุรี, หันคา , เนินขาม,				0
1				ชัยนาทเรนทร	หนองมะโมง,				1
2									2
3									3
4									4
5									5
6									6
7									7
	A	A-	B	B-	C	C-	D	F	

หมายเหตุ : ค่ากลาง Operating Margin และ Return on Asset ใช้ของไตรมาสที่ 2/2561

สรุประดับวิกฤติทางการเงินจังหวัดชัยนาท ณ เดือน พฤษภาคม 2562



เงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สิน จังหวัดชัยนาท ณ 31 พฤษภาคม 2562



มาตรการ เรืองติดตามกำกับด้วยประสิทธิภาพทางการเงิน ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่าน
เกณฑ์ประเมิน 7 Plus Efficiency ≥ 5 ตัว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

ณ 31 พ.ค.62

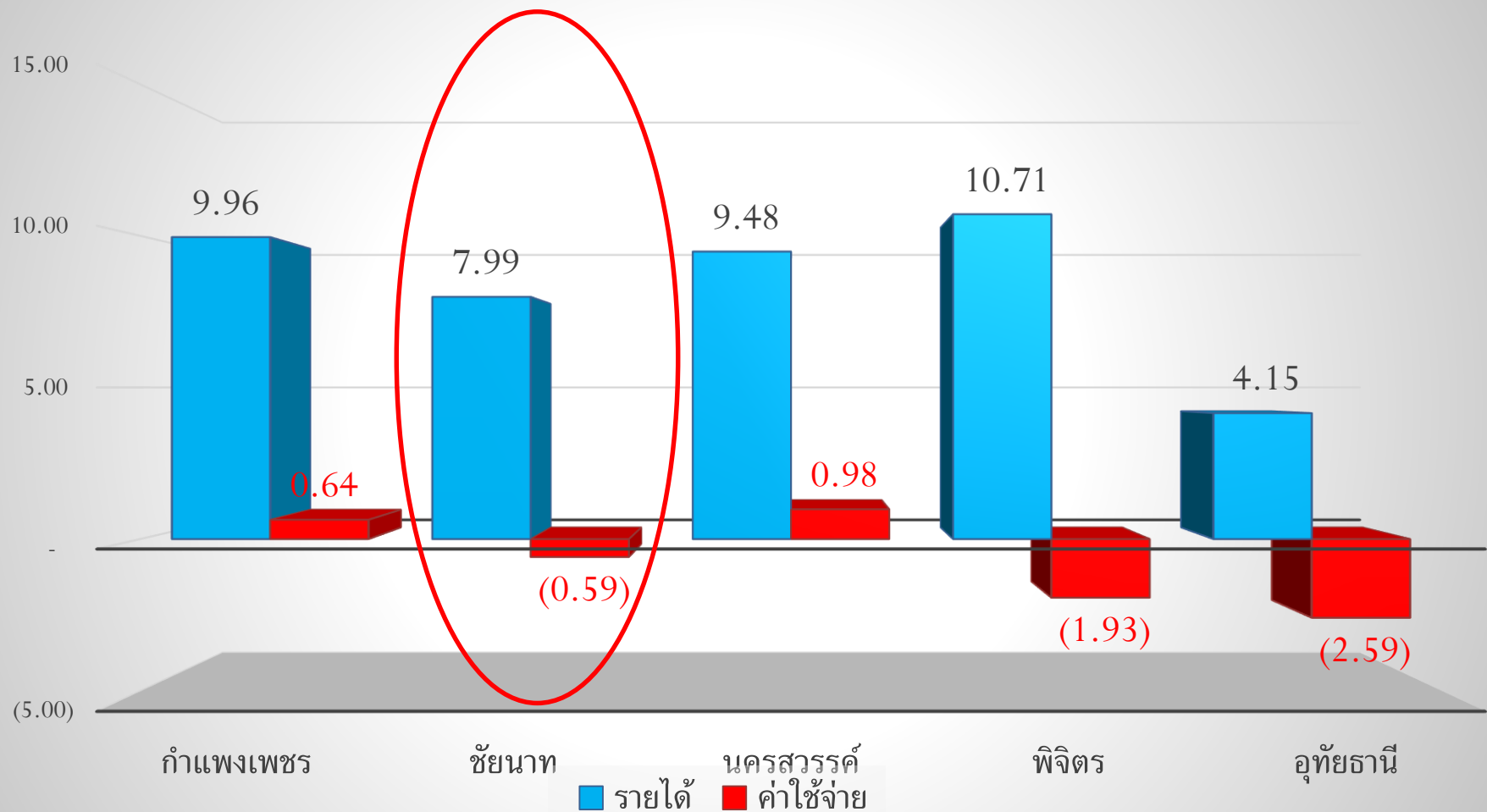


ผ่าน 0 แห่ง =0.00%

Org	Risk Scoring	เงินบำรุงคงเหลือ(หัก หนี้แล้ว)	EBITDA	Operating Margin	Return on Asset	A Payment Period	A Collection Period-UC	A Collection Period - CSMBS	A Collection Period-SSS	Inventory Management	GradePlus	R G +
รพ.ชัยนาทนเรนทร	1	2,644,598.57	22,708,109.58	1	0	1	0	1	0	1	B-	1B-
รพ.มโนรมย์	0	4,267,093.54	11,304,172.22	1	1	0	1	0	0	0	C	0C
รพ.วัดสิงห์	0	2,782,113.28	9,815,964.56	1	1	0	0	1	0	0	C	0C
รพ.สรรพยา	0	8,155,418.13	9,846,879.06	1	1	0	1	0	0	0	C	0C
รพ.สรรคบุรี	0	10,521,330.16	25,313,887.15	1	1	0	0	1	0	0	C	0C
รพ.หันคา	0	24,513,404.97	16,441,056.94	1	1	0	1	0	0	0	C	0C
รพ.หนองมะโมง	1	3,537,612.92	7,705,305.12	1	0	0	1	0	0	1	C	1C
รพ.เนินขาม	0	9,287,956.24	8,332,536.73	1	1	0	0	1	0	0	C	0C

มาตรการ เรืองติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (PlanfinManagement)

ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่าง ของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้ และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)



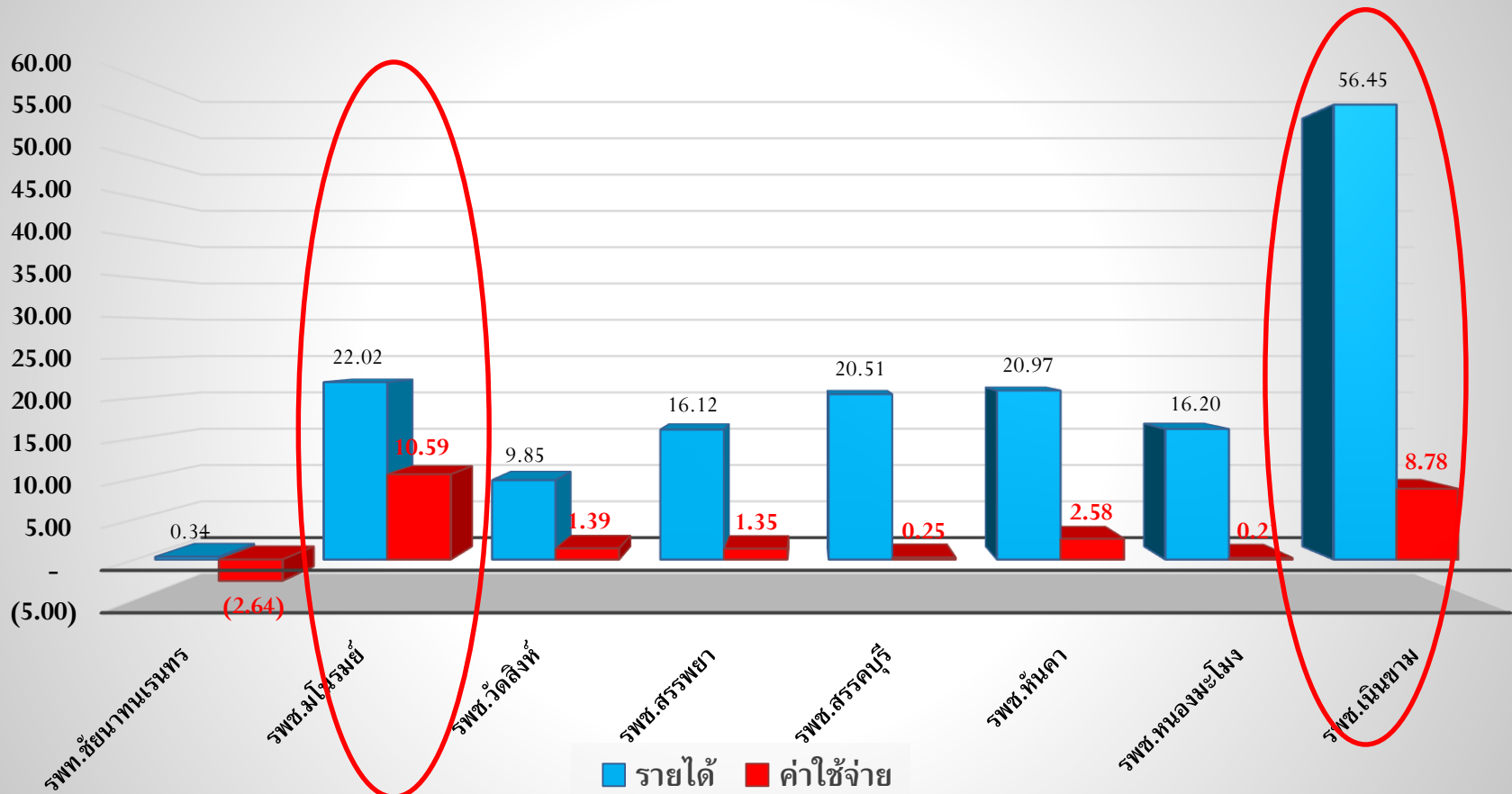
มาตรการ เรื่องติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (PlanfinManagement)

ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่าง ของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5
(รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)

ณ 31 พ.ค.62



ผ่าน 6 แห่ง = 75.00 %



สรุปข้อเสนอแนะ / โอกาสในการพัฒนา

1. เพื่าระวังสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการที่มีความเสี่ยง

1.1 การลงทุน

1.2 ควบคุมค่าใช้จ่าย

1.3 ประสิทธิภาพศูนย์จัดเก็บรายได้

2. การใช้Planfin ติดตาม กำกับ ควบคุมกับผลการดำเนินงาน

QUALITY ORGANIZATION

ตัวชี้วัดที่ 6

ร้อยละของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน
ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3

ตัวชี้วัดที่ 7

ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป.ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ
การบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

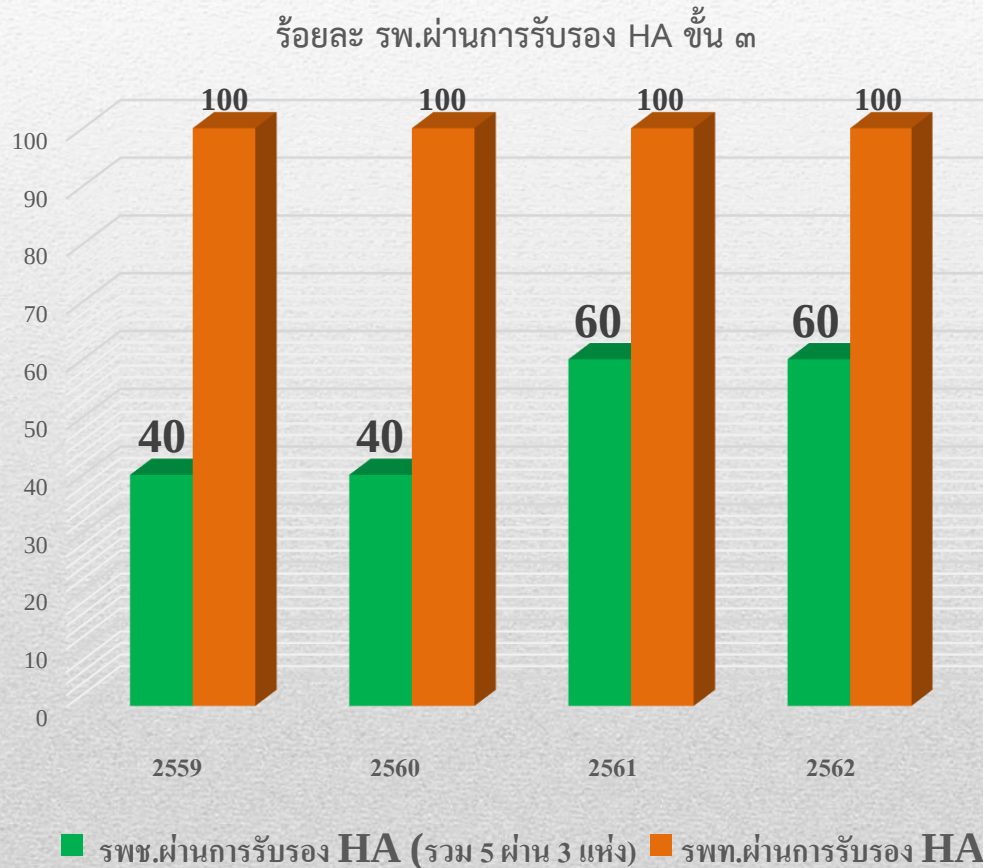


ตัวชี้วัด : ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3

ผลการดำเนินงาน

รพท.ร้อยละ ๑๐๐ (เป้าหมาย ๑๐๐ %)

รพช.ร้อยละ ๖๐ (เป้าหมาย ๙๐ %)



ข้อเสนอแนะ

๑. เตรียมความพร้อมในการขอรับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยบูรณาการการใช้ Internal survey สร้างความตื่นตัวในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
๒. ด้านความรู้ ความเข้าใจ การใช้มาตรฐาน HA ฉบับ ๒๐๑๘ โดยให้ใช้กลไกของ QLN ที่เป็นต้นทุนเดิมขับเคลื่อนการพัฒนา ทั้งในเรื่องการจัดการความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ภายในเครือข่าย ลงเยี่ยมหน่วยบริการตามประเด็นสำคัญที่เครือข่ายมุ่งเน้น
๓. สนับสนุนงบประมาณการเยี่ยมสำรวจจากส่วนกลาง



ยุทธศาสตร์ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ตัวชี้วัดที่ 45 : ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป.ที่ดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ไตรมาส 3/2562
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการPMQA สตจ.ร้อยละ 100 , สตอ.ร้อยละ	สตจ. 1 แห่ง สตอ. 8 แห่ง	(รอบ 9 เดือน) ดำเนินการและส่งผลการดำเนินงานเข้าระบบได้ตามกำหนดเวลา (ภายในวันที่ 2 ก.ค. 62)	เชิงปริมาณ : สตจ. , สตอ. ส่งรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบออนไลน์ทันเวลา จำนวน 9 แห่ง (100%) เชิงคุณภาพ : ประเด็นปรับปรุงแจ้งผู้รับผิดชอบงานจังหวัด (ตามแบบ ตก.1)

ประเด็นที่พบจากการตรวจราชการ
การดำเนินการ **PMQA** ได้รับการส่งเสริม สนับสนุนจากผู้บริหาร ประกาศเป็นนโยบายให้ความสำคัญ และ**เครือข่าย**ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน

มาตรการสำคัญที่ดำเนินงานในช่วงไตรมาส 9 เดือน
การส่ง**รายงาน**ตามแบบฟอร์ม F2 – F5 ในระบบออนไลน์ ที่**สอดคล้อง**กับผลการดำเนินงานตามเอกสารอ้างอิง ของหน่วยงาน

ความเฝ้าระวัง
1.การตรวจ ติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแผน พัฒนาองค์กรและผลลัพธ์ตัวชี้วัด PMQA ผ่านระบบออนไลน์
2. กระบวนการพัฒนา PMQA บุคลากรในองค์กรทุกระดับ

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ
พี่เลี้ยงระดับจังหวัด**ร่วมกันจัดกระบวนการเรียนรู้ ทบทวน** องค์ความรู้ แนวทาง การ**ประเมิน** การส่งรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบออนไลน์ให้**ถูกต้องและครบถ้วน** ตามเกณฑ์ อย่างต่อเนื่อง

ระบบธรรมาภิบาล

ตัวชี้วัดที่ 9

ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

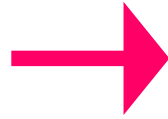
ตัวชี้วัดที่ 10

ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป. มีระบบการตรวจสอบภายใน
ควบคุมภายใน และบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด



การตรวจราชการ ITA รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จังหวัดชัยนาท

เป้าหมาย

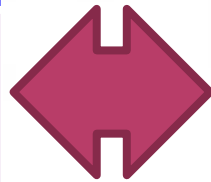


1. สสจ. 1 แห่ง
2. รพ. ชัยนาทนเรนทร 1 แห่ง
3. รพช. 7 แห่ง
4. สสอ. 8 แห่ง รวมจำนวน 17 แห่ง

Formular

ข้อ EB 1 – EB 26

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๔ ข้อ ระดับ ๕ ๔ (๕)	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐

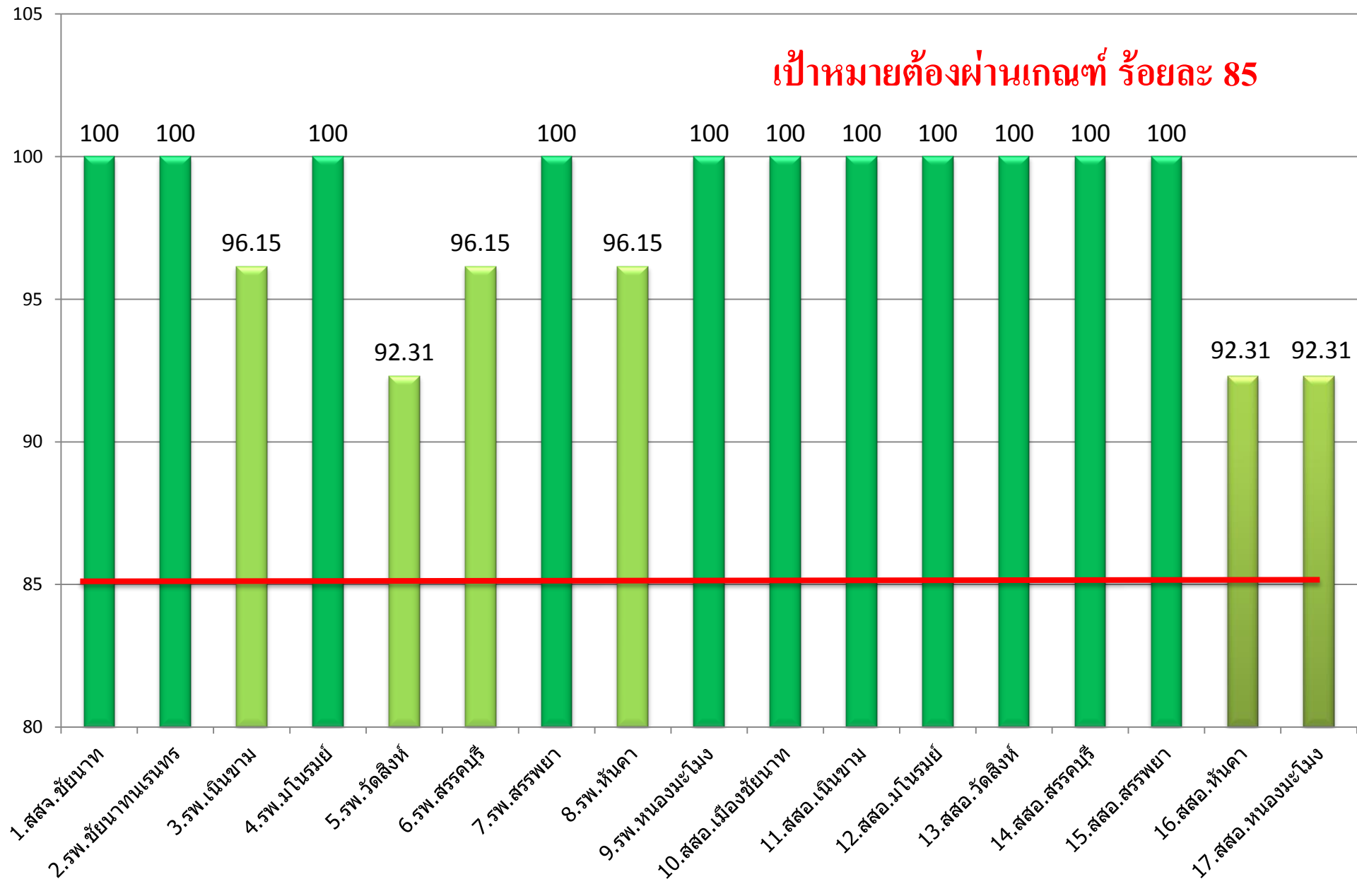


การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 :
ประเมินตนเองตามแบบ
สำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์
ข้อ EB 1 – EB 26

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 พบว่า หน่วยงานใน
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท จำนวน
17 หน่วยงาน พบว่า หน่วยงานทุกแห่งผ่านเกณฑ์
การประเมิน ITA ร้อยละ 85 คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยของ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ชัยนาทที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ 97.96

คะแนน ITA ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

เป้าหมายต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 85



ปัญหาและข้อเสนอแนะจากการตรวจประเมิน ITA จังหวัดชัยนาท

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
1.หน่วยงานบางแห่งขาดความเข้าใจในการกำหนดมาตรการหรือกลไกในการปฏิบัติงาน และการเผยแพร่กระบวนการอำนวยความสะดวกหรือการให้บริการประชาชนตามข้อ EB 25-26	1.หน่วยงานควรศึกษาคู่มือและรายละเอียดการดำเนินงานเพื่อให้สามารถกำหนดมาตรการหรือกลไกในการปฏิบัติงาน และการเผยแพร่กระบวนการอำนวยความสะดวกหรือการให้บริการประชาชนได้
2.หน่วยงานบางแห่งมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนภายในหน่วยงานตามข้อ EB 20 แต่ไม่ได้กำหนดมาตรการกลไกป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนภายในหน่วยงานตามข้อ EB 21	2.หน่วยงานควรเชื่อมโยงการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนในหน่วยงานเพื่อนำไปสู่การจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนในหน่วยงานโดยกำหนดมาตรการ กลไกป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนภายในหน่วยงานให้สอดคล้องกัน

หัวข้อ : ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล

ตัวชี้วัดที่ 10 : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

สถานการณ์

สสจ.ชัยนาท กำกับติดตามให้หน่วยบริการดำเนินการประเมินระบบควบคุมควบคุมภายใน 5 มิติด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA) ครบทุกหน่วยบริการทั้งสิ้น 8 แห่ง และหน่วยบริการตามกลุ่มเป้าหมายได้รับการประเมินการตรวจสอบงบการเงิน ครบทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลวัดสิงห์ โรงพยาบาลมโนรมย์ และโรงพยาบาลสรรพยา



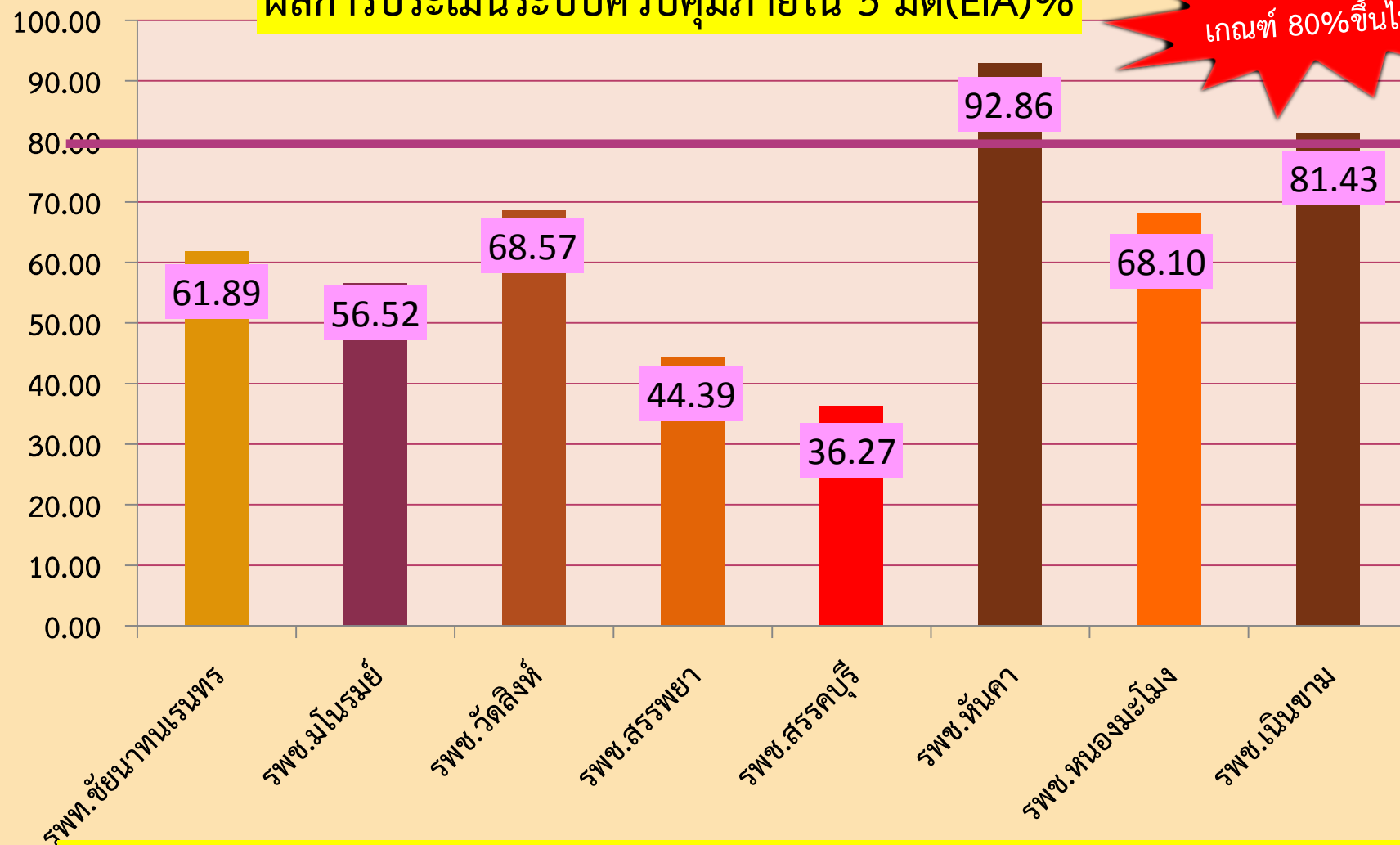
1. กำกับและติดตามผลการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA)
2. ประเมินการตรวจสอบงบการเงินของหน่วยบริการตามกลุ่มเป้าหมาย

เกณฑ์การประเมิน	ผลการดำเนินงาน
1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์(EIA)	ครบทุกหน่วยบริการ
2. การดำเนินการประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA)	ครบทุกหน่วยบริการ
3. หน่วยบริการตามกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจสอบงบการเงิน	ครบทุกหน่วยบริการ
4. หน่วยบริการมีการแก้ไขข้อบกพร่องและข้อเสนอแนะจากผลการตรวจสอบงบการเงิน ครบทุกหน่วยบริการ	อยู่ระหว่างดำเนินการ
5. ผลการประเมินระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์(EIA)ภาพรวมผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	ผลการประเมิน





ผลการประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ(EIA)%



เกณฑ์ 80%ขึ้นไป

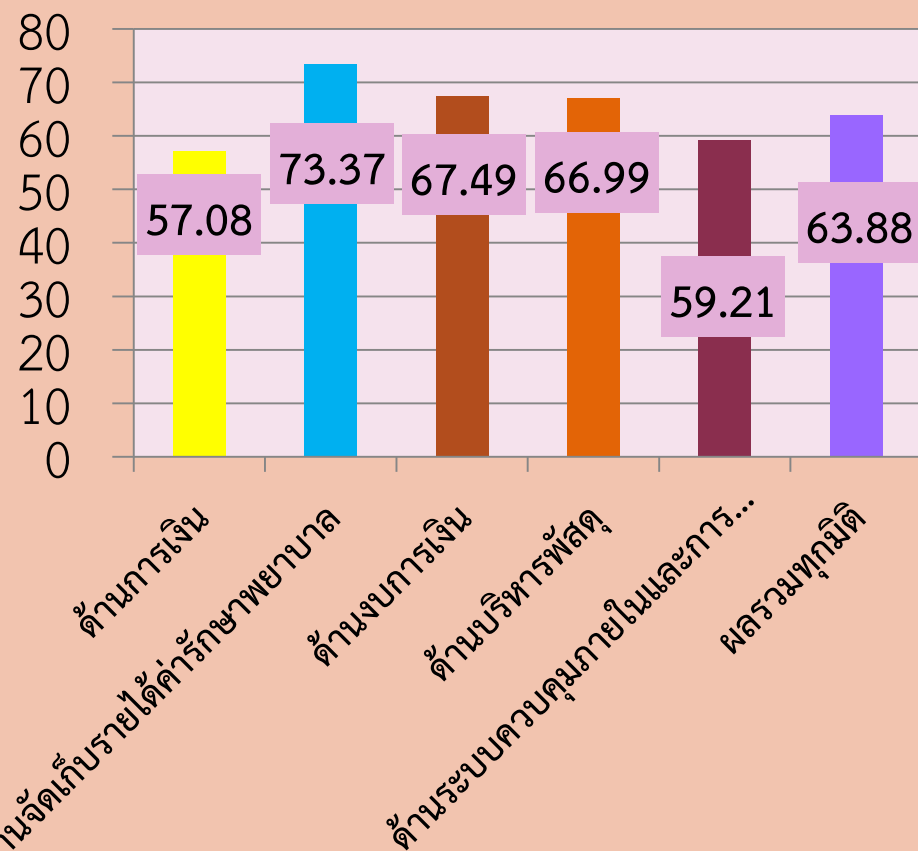
*เกณฑ์การประเมินต้องได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ต่ำกว่า 80 ต้องทำแผนพัฒนาองค์กร

91 - 100 ดีมาก

81 - 90 ดี

70 - 80 พอใช้ (ต้องจัดทำแผนพัฒนาองค์กร)

ผลการประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ (EIA) ภาพรวมแต่ละมิติ (%)



ปัญหาและอุปสรรค

1. การส่งเอกสารเพื่อประเมินในระบบ EIA ไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด ผู้รับรองการประเมินมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการสอบทานข้อมูลก่อนส่งในระบบ
2. ข้อจำกัดทางการเงินในการตรวจสอบงบการเงินในบางข้อยังไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน



ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินระบบควบคุมภายในควรดำเนินการโดยคณะกรรมการ/คณะทำงาน เพื่อสะท้อนความเสี่ยงที่แท้จริง
2. ประชุมร่วมกันทุกกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการแก้ไขข้อจำกัดและรายงานเป็นลายลักษณ์อักษร

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

