

รายงานผลการกำกับติดตามผล
การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไตรมาส ๑



1 : พัฒนาการเด็ก

เป้าหมายปี 2562 : 1. ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ 2. ร้อยละ 20 ของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า 3. ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ 4. ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการพบล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA41

ผลงานปี 2561 : เด็กแรกเกิด – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 92.67

ผลงานปี 2562 Q1 : 1=92.21, 2=20.67, 3=71.50, 4=62.50

ผลการดำเนินงาน

ไตรมาส	ผลงาน
Q1	1=92.21, 2=20.67, 3=71.50, 4=62.50
Q2	
Q3	
Q4	

สถานการณ์ที่เป็นปัญหา/อุปสรรค

- บุคลากร/เจ้าหน้าที่ ขาดทักษะในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
- ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กขาดความรู้ในการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก

กลยุทธ์ :

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการ ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
- ติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยง/พัฒนาการล่าช้า ให้ได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการ

ไตรมาส 1 :

- ประชุม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ
- ฟื้นฟูความรู้ จนท.รพ.สต. ประเมิน ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ไตรมาส 2-4 :

- รร.พ่อแม่ เฝ้าระวังพัฒนาการเด็กโดยใช้ DSPM
- ประเมินศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กคุณภาพ
- จัดมหกรรมเด็กไทยคุณภาพ

2 : วัยเรียน



เป้าหมายปี 2562 : ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

ผลงานปี 2561 : เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 64.79

ผลงานปี 2562 Q1 : เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70.84

ผลการดำเนินงาน

ไตรมาส	ผลงาน
Q1	70.84
Q2	
Q3	
Q4	

สถานการณ์ที่เป็นปัญหา/อุปสรรค

1. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเครือข่ายสุขภาพเปลี่ยนงานใหม่
2. ครูผู้ปกครองขาดความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

กลยุทธ์ :

1. พัฒนาศักยภาพการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานและเครือข่าย
2. พัฒนาศักยภาพผู้ปกครองด้านการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี

ไตรมาส 1 :

1. จัดทำแผนงาน โครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ครู ผู้ปกครอง

ไตรมาส 2-4 :

1. อบรมฟื้นฟูความรู้ จนท.เครือข่าย ครูพี่เลี้ยง ผู้ปกครองในการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ
2. จัดประเมินมาตรฐานคลินิกพัฒนาการเด็กดีเด่น
3. กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่
4. ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและทีมผู้นำชุมชน

3 : RDU (PA)



เป้าหมายปี 2562 : ผ่าน RDU ขั้นที่ 2

ผลงานปี 2561 : ไม่ผ่าน

ผลงานปี 2562 : Q1 : ไม่ผ่าน

Q3 :

Q2 :

Q4 :

ผลการดำเนินงาน

ไตรมาส	ผลงาน
Q1	รพ. : ไม่ผ่าน / รพ.สต. : ผ่าน
Q2	
Q3	
Q4	

สถานการณ์ที่เป็นปัญหา/อุปสรรค

1. ยังคงมีการขึ้นลงของตัวชี้วัด ยังไม่มีแนวโน้มที่ชัดเจน ว่าอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะจะลดลงอย่างเดียว อาจจะมีบางช่วงที่ เพิ่มขึ้นจนเกินเกณฑ์
2. ยังมี รพ.สต. สองแห่งที่ ยังมีการใช้จ่ายปฏิชีวนะเกินเกณฑ์ ร้อยละ 20 ใน ผู้ป่วย อัจฉริยะร่วมเขียนพจนานุกรม

กลยุทธ์ :

1. พัฒนาศักยภาพ จนท. ในหน่วยงานอย่าใกล้ชิด
2. สะท้อนข้อมูลสม่ำเสมอ ทุกเดือน
3. ให้มีการทบทวน และร่วมกันกำหนดแนวทางสำหรับเครือข่ายนครไทย

ไตรมาส 1 :

1. การติดตามตัวชี้วัดใกล้ชิด การให้ขวัญกำลังใจต่อ จนท.ผู้ปฏิบัติงาน
2. การนำแนวทางใบเช็คลิสมมาใช้ใน โรงพยาบาล ผู้สั่งยาต้องทำเช็คลิสมในรายที่ให้ ATB แนบมาพร้อมใบสั่งยา
3. ทบทวนเวชระเบียนในรายที่ได้ ATB อย่างไม่เหมาะสม

ไตรมาส 2-4 :

การติดตามตัวชี้วัดใกล้ชิด การให้ขวัญกำลังใจต่อ จนท.ผู้ปฏิบัติงาน



4 : สุขภาพจิต

เป้าหมายปี 2562 : 1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต 63 %

2. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.3 ต่อแสนประชากร

ผลงานปี 2561 : 1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต 31%

2. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 10.6 ต่อแสน ประชากร

ผลงานปี 2562 Q1 : 1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต 31.21%

2. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 3.49 ต่อแสนประชากร



สถานการณ์ที่เป็นปัญหา/อุปสรรค

1. รพสต.ยังมีการส่งต่อผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าเข้ามารับบริการจำนวนน้อย
2. ครอบครัว/คนใกล้ชิดผู้ฆ่าตัวตายยังไม่ทราบการสังเกตสัญญาณเตือน
3. อสม./จนท.ยังต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการประเมินและการให้การดูแล

กลยุทธ์ :

1. – พัฒนาความร่วมมือการสำรวจซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง และการส่งต่อ
2. พัฒนาระบบการรักษา/ การปรึกษา/ จิตบำบัด แก่ผู้ที่มีความเสี่ยง

ไตรมาส 1 :

1. ประสานความร่วมมือในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการส่งต่อ
2. คืบข้อมูลให้กับชุมชนของ รพสต./ อบต.

ไตรมาส 2-4 :

1. ประสาน รพสต. ทีมให้การดูแล/รักษา/เยี่ยมบ้านผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
2. พัฒนาศักยภาพด้านการปรึกษาแก่ จนท.



5 : CKD

เป้าหมายปี 2562 : ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <

4 ml/min/1.73m²/yr > 66%

ผลงานปี 2561 : 63.07%

ผลงานปี 2562 Q1 : 67.27 %

ผลการดำเนินงาน

ไตรมาส	ผลงาน
Q1	67.27
Q2	
Q3	
Q4	

สถานการณ์ที่เป็นปัญหา/อุปสรรค

1. ผู้ป่วย CKD stage 3 และ 4 ได้รับการเจาะ Cr เพื่อติดตาม eGFR 2 ครั้ง/ปี ไม่ได้ตามเป้าหมาย
2. กลุ่ม DM/HT Uncontrolled, กลุ่มแพทย์ทางเลือก มีพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับโรค

กลยุทธ์ :

1. พัฒนาความครอบคลุมในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการตรวจ Cr ให้ครบ 2 ครั้ง/ปี ในระยะ 3-4
2. พัฒนาศักยภาพผู้ป่วย CKD ในการดูแลตนเองโดยใช้หลัก 3อ2ส+MI อย่างต่อเนื่อง

ไตรมาส 1 :

1. คัดกรองกลุ่มเสี่ยง DM /HTอย่างน้อย 60%
2. เจาะ Cr เพื่อติดตาม eGFR ครั้งแรก อย่างน้อย 60%

ไตรมาส 2-4 :

1. อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยชะลอไตเสื่อม
2. คัดกรองกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อย 80%
3. เจาะ Cr เพื่อติดตาม eGFR ให้ครั้งที่ 2 อย่างน้อย 80%

6 : มะเร็ง



เป้าหมายปี 2562 : ร้อยละผู้ป่วยโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด (รพ.ชุมชน คัดกรองมะเร็งเต้านม,ปากมดลูก,ลำไส้ มากกว่าร้อยละ 80 เพื่อส่งต่อรักษาในรพ.แม่ข่าย)

ผลงานปี 2561 : คัดกรองเต้านม(72.21%), ปากมดลูก(69.98%), ลำไส้ (74.5%)

ผลงานปี 2562 Q1 : คัดกรองเต้านม(33.1%), ปากมดลูก(55.21%), ลำไส้ (0%)

ผลการดำเนินงาน

ไตรมาส	ผลงาน
Q1	• รณรงค์ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งร้อยละ 25 • มะเร็งเต้านม ร้อยละ 33.1 • มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 55.21 • มะเร็งลำไส้ 0
Q2	• รณรงค์ป้องกันการเกิดโรคในพื้นที่ ร้อยละ 75 • มะเร็งเต้านม ร้อยละ 52.55 • มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 72.87 • มะเร็งลำไส้ 0 (รอชุดตรวจจากรพ.แม่ข่าย)
Q3	NA
Q4	NA

สถานการณ์ที่เป็นปัญหา/อุปสรรค

1. มะเร็งตับและปอด อัตราตายสูงอันดับ 1
2. มะเร็งรายใหม่เกิดมากขึ้นหลากหลายระบบ ส่วนใหญ่เกิดพื้นที่เกษตรกรรมที่ได้รับสารเคมีทั้งทางตรงและทางอ้อม
3. ประชาชนให้ความสำคัญในการคัดกรองน้อย รอเมื่อเกิดโรคจึงเข้ารับการรักษา

กลยุทธ์ :

1. พัฒนาระบบการคัดกรองให้ครอบคลุมหลากหลายระบบ
2. สะท้อนปัญหาและปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค โดยเฉพาะการใช้สารเคมีในเกษตรกรรม

ไตรมาส 1 :

1. ทบทวนสาเหตุการเกิด และอัตราตายโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาในแต่ละพื้นที่
2. วิเคราะห์ปัญหาเพื่อการรณรงค์ป้องกันการเกิดโรค
3. จัดทำแนวทางการคัดกรองและส่งต่อให้ได้ตามเป้าหมาย

ไตรมาส 2-4 :

1. รณรงค์ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งรายใหม่
2. คัดกรองมะเร็งตามเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80 โดยใช้ 7 สัญญาณเตือน
3. พัฒนาระบบข้อมูล การส่งต่อ และการติดตามดูแลต่อเนื่อง



7. TB

กลุ่มเสี่ยง CXR	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ผู้สัมผัสวัณโรค	343	101	29.44*
ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV	257	150	58.36
โรคเบาหวาน	1,219	850	69.72
ผู้สูงอายุ	1,075	1,124	104.55
แรงงานต่างด้าว	180	155	86.11
บุคลากรสาธารณสุข	383	34*	8.87**
อื่นๆ	-	63	-
รวม	3,457	2,477	71.7

PA ปลัดกระทรวง

สถานการณ์ที่เป็นปัญหา/อุปสรรค

1. ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สัมผัสร่วมบ้านไม่ได้มาคัดกรองตามนัด ไม่สนใจ ไม่ใส่ใจ/ มาไม่ครบตามจำนวนที่นัดด้วยปัญหาต่างๆ เช่น บ้านไกล สูงอายุเดินทางมาลำบาก ทำงานอยู่ต่างภูมิลำเนา บางรายมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน แต่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ และ ปีงบประมาณ 2560-2561 ไม่ได้ทำการคัดกรองอย่างเต็มประสิทธิภาพ
2. บุคลากรสาธารณสุข โครงการตรวจสุขภาพประจำปียังไม่อนุมัติ จักรออนุมัติโครงการช่วงเดือน เมษายน 2562 แล้วจะดำเนินการให้ครบ 100 %
3. เบาหวานและผู้ป่วยติดเชื้อ HIV อยู่ระหว่างการดำเนินงาน
 - ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV คัดกรอง CXR แล้ว 100% กำลังลงข้อมูล
 - ผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ระหว่างการดำเนินงาน



7. TB

PA ปลัดกระทรวง

อัตราการรักษาสำเร็จ (Treatment Success rate) ร้อยละ 72.22

อัตราการเปลี่ยนผลเสมหะจากบวกเป็นลบ (Sputum Conversion rate) ร้อยละ 91.67

อัตราการตาย (Death rate) ร้อยละ 27.78

การเสียชีวิตสูง 8.33 % (7 ราย) จากการทบทวน Case ร่วมกับ รพ.พุทธชินราช ผู้ป่วยเสียชีวิตจากวัณโรค และพบสาเหตุของการเสียชีวิตคือ 1. การคัดกรองไม่ทั่วถึง 2. ผู้ป่วยไม่เข้าถึงการรักษา 3. เข้าถึงการรักษแล้ว แต่แพทย์อ่านฟิล์ม X-ray และวินิจฉัย ไม่ชัดเจน จึงทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า 4. ผู้ป่วยมีโรคร่วมเยอะ และมีอาการหนัก

การส่งต่อผู้ป่วย มีการโอนออกสูง 2.90 % เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนในพื้นที่ มารับจ้างทั่วไป จึงขอไปรับการรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้านเพราะมีผู้ดูแล ไปอยู่กับครอบครัว

การติดตามผลการรักษา มีผู้ป่วยค้างประเมิน 21.74 % เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคที่รักษานานเกิน 6 เดือน เกิดจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาโรค จึงมีความจำเป็นต้องขยายสูตรยา เช่น ภาวะตับอักเสบจากยา ผื่นแพ้ยา หรือผู้ป่วยวัณโรคที่ต้องรอผลการเพาะเชื้อ เช่น การวินิจฉัย NTM และผู้ป่วย Relapsed, ผู้ป่วยที่ย้ายที่อยู่บ่อยๆ ทำให้เกิดการติดตามที่ยากขึ้น

ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนต่ำ ไม่ได้ตามเป้าหมาย เกิดจากการคัดกรองในชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นการคัดกรองด้วยวาจา ไม่ได้ CXR หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ

แผนพัฒนา

1. เร่งค้นหา/คัดกรอง active case finding ในกลุ่มเสี่ยงหลัก และในกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติมในกลุ่มเสี่ยงสูงให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยการทำ CXR ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกราย และอ่าน CXR โดยแพทย์เฉพาะทาง
2. แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ที่ต้องรักษาวัณโรค ร่วมเรียนรู้การอ่านฟิล์มกับรังสีแพทย์ และร่วมเรียนรู้ในการติดตาม interesting case review, dead case report, peer review (ยังปฏิบัติได้ยาก)
3. ขับเคลื่อนกลไก case management team กำกับติดตามรักษา ด้วยวิธีประชุมการทำ DOT ในพื้นที่ใหม่ / โครงการเยี่ยมบ้านโดยทีมโรงพยาบาล ประสานกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
4. จัดประชุม DOT meeting ทบทวน ถอดบทเรียน การดำเนินงานที่ผ่านมา
5. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และติดตามรักษาผลการรักษาหลังเริ่มยา อย่างใกล้ชิด



พชอ. (DHS)



KPI : ร้อยละของ พชอ. ที่มีคุณภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน/ผลการดำเนินงาน :

1. จัดตั้ง 4 คทง.ขับเคลื่อนในระดับอำเภอ ในประเด็น พชอ.62
 - อุบัติเหตุ >> ประธาน ผกก.สถานีตำรวจภูธรอำเภอ นครไทย
 - สุรา บุหรี่ >> ประธาน สสอ.นครไทย
 - วัฒนธรรมท้องถิ่น >> ประธาน พัฒนาการอำเภอ นครไทย
 - พฤติกรรมวัยรุ่น >> ประธาน ผอ.โรงเรียนนครไทย
2. แต่งตั้ง คทง. พชต. ในระดับตำบล ทุกตำบล ให้ประธาน=นายก อบต.
3. มีการประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอและตำบล
4. มีการจัดทำแผนขับเคลื่อนประเด็นในระดับอำเภอและตำบล

แผนพัฒนาฯ ปี 62 : งบ DHB สปสช.

1. การขับเคลื่อนให้เกิดธรรมนูญฯ ใน 4 ประเด็น พชอ.
2. ส่งเสริมให้เกิดพื้นที่ต้นแบบในการพัฒนา ในประเด็น พชอ.

เป้าหมาย
การ
พัฒนา

PA ปลัดกระทรวง



ปี 59-61

คนนครไทยใส่ใจ
ดูแล แบ่งปัน
ไม่ทอดทิ้งกัน
(ผู้พิการผู้สูงอายุ
ติดบ้านติดเตียง)

ปี 62

ป้องกัน อุบัติเหตุ
จราจร ร่วมใจ ลดละ
เลิกสุรา พาสู่
วัฒนธรรมนครไทย
ใส่ใจห่วงใยเยาวชน

● ปี 63
สุ นครไทย
อำเภอแห่ง
ความสุข



PCC

PA ปลัดกระทรวง

KPI : ร้อยละของ PCC ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่

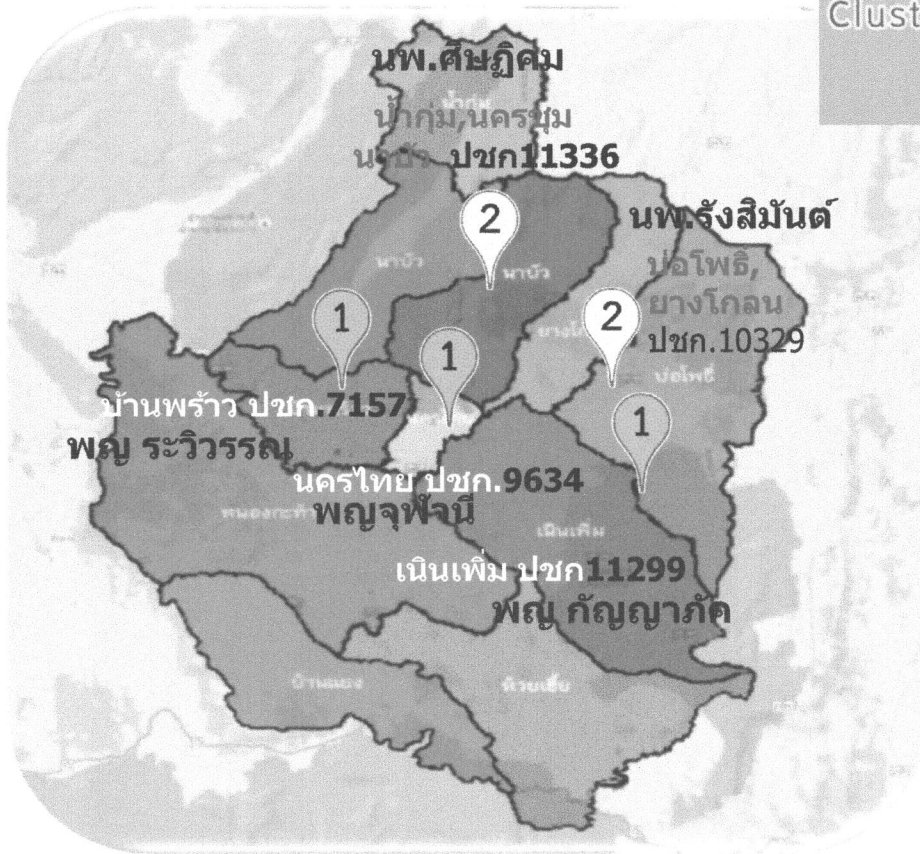
Cluster1 : ดำเนินการปี 2560 จำนวน 3 ทีม ➡ ผ่านตามเกณฑ์คุณภาพ
: พื้นที่ 3 ตำบล 1 PCU , 4 รพ.สต. , ปชก. 30,216 คน

Cluster2 : ดำเนินการปี 2561 จำนวน 2 ทีม

➡ พัฒนา FM ให้บริการตามเกณฑ์ /non-Med
: พื้นที่ 5 ตำบล , 9 รพ.สต. , ปชก. 25,994 คน

แผนพัฒนาฯ ปี 62 : งบ PCC

1. Staff >> พัฒนาศักยภาพทีม FCT
>> จัด FM ให้บริการตามเกณฑ์ /non-Med
2. System >> พัฒนาการจัดบริการโดยมีส่วนร่วมของชุมชน/
>> ระบบ Green Channel
>> จัดระบบสนับสนุน ยา LAB supply รพ.สต. ติดดาว
>> Green&clean
3. Structure >> อาคารสถานที่/ครุภัณฑ์ /ครุภัณฑ์การแพทย์



X : HRH Transformation (PA)



เป้าหมายปี 2562 :

1. ร้อยละของเขตที่มีการบริการจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 70
2. ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข ร้อยละ 70

ผลงานปี 2561 : HAPPINOMETER 67.59

ผลงานปี 2562 Q1 : รอผลการประเมิน HAPPINOMETER



สถานการณ์ที่เป็นปัญหา/อุปสรรค

1. อัตรากำลังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะพยาบาล
2. Happinometer ต่ำ
3. জনত.มีความกดดันและเหนื่อยล้าจากภาระงาน

กลยุทธ์ :

1. วางแผนอัตรากำลังระยะสั้น - ระยะยาว
2. เพิ่ม Happinometer ให้กับเจ้าหน้าที่

ไตรมาส 1 :

1. ประชุมทีมบริหารทรัพยากรมนุษย์
2. รวบรวมปัญหาจากการปฏิบัติงาน และข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ

ไตรมาส 2-4 :

1. ปฏิมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่
2. ประชุมร่วมกับนักเรียนและครู ชั้น ม.ปลายเพื่อให้ความรู้และเตรียมความพร้อมในการเรียนสายวิชาชีพสาธารณสุข
3. จัดกิจกรรมให้กับเจ้าหน้าที่เก่า โดยใช้กระบวนการจิตปัญญา

X : MCH (PA)



เป้าหมายปี 2562 : อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17

ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ผลงานปี 2561 : 210.53 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ผลงานปี 2562 Q1 : 719.42 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ผลการดำเนินงาน

ไตรมาส	ผลงาน
Q1	719.42
Q2	
Q3	
Q4	

สถานการณ์ที่เป็นปัญหา/อุปสรรค

1. บุคลากร/เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการดูแลช่วยคลอด นอกโรงพยาบาล
2. บุคลากร/เจ้าหน้าที่ขาดความรู้/ทักษะในการประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์
3. ผู้ป่วยขาดความรู้/ความตระหนักในประโยชน์ของการมาฝากครรภ์

กลยุทธ์ :

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการ
2. พัฒนางานระบบงานเชิงรุกเพื่อค้นหา/ประชาสัมพันธ์หญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์

ไตรมาส 1 :

1. สร้างเครือข่ายแกนนำ/อสม.และอบรมให้ความรู้เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์
2. พัฒนาระบบงาน ANC และการดูแลผู้ป่วยคลอดฉุกเฉิน

ไตรมาส 2-4 :

1. พัฒนาศักยภาพจนท. รพ./รพ.สต. โดยการอบรมฟื้นฟูและฝึกทักษะการหาคคลอดและดูแลหลังคลอดนอก รพ.
2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานแม่และเด็ก เพื่อนำเสนอผลงานของเครือข่าย

X : Green&Clean Hospital (PA)



เป้าหมายปี 2562 : รพ.ผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไป : 99.7%

ผลงานปี 2561 : รพ./รพสต.ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน = 100% , รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากและกำลังพัฒนาสู่ G&C Plus

ผลงานปี 2562 Q1 : รพสต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดี 85%
ระดับดีมาก 15%

ผลการดำเนินงาน

ไตรมาส	ผลงาน
Q1	รพสต. 85% / 15%
Q2	
Q3	
Q4	

สถานการณ์ที่เป็นปัญหา/อุปสรรค

- บุคลากร/เจ้าหน้าที่ ขาดทักษะในการสื่อสารสาธารณะในการระบุเป้าหมายกิจกรรมและวิธีการประเมินให้ชัดเจน
- การวางระบบการรวบรวมจัดการขยะติดเชื้อในสถานบริการคลินิก ยังขาดความครอบคลุมทุกหน่วยสถานบริการ

กลยุทธ์ :

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการ

ไตรมาส 1 :

- จนท.ได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยหลัก IC และการสื่อสารสาธารณะ
- เครือข่ายเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการจัดการ G&C

ไตรมาส 2-4 :

- ปรับปรุงรถ ขนย้ายขยะติดเชื้อ รพสต. พร้อมรถจัดส่งยาสถานบริการเครือข่าย
- นิเทศติดตามและทีมมีการประเมิน/ ส่งเสริมปรับปรุงด้าน ENV. ตามเกณฑ์

X : ยาเสพติด (PA)



เป้าหมายปี 2562 : 1. ร้อยละผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) ร้อยละ 20

2. ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate) ร้อยละ 40

ผลงานปี 2561 : 1. ร้อยละ 45 2. ร้อยละ 100

ผลงานปี 2562 Q1 : 1. ร้อยละ 67 2. ร้อยละ 100



สถานการณ์ที่เป็นปัญหา/อุปสรรค

1. ผู้ที่มาเลิกบุหรี่ ผิดนัดไม่ค่อยมารับการบริการต่อเนื่อง
2. ผู้มาเลิกสุราจะหยุดดื่ม หรือดื่มน้อยลงในช่วงที่ป่วยและมักจะกลับมาดื่มใหม่
3. জন.มีความหวาดกลัว เสี่ยงต่อถูกทำร้าย ไม่ปลอดภัย จากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีการเสพยาเสพติดร่วมกันหลายประเภทรวมถึงการดื่มสุรา

กลยุทธ์ :

1. พัฒนาความร่วมมือทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมกันดูแล
2. บูณาการดำเนินงานร่วมกับ ฝ่ายปกครอง ทหาร ตำรวจ และกู้ภัย

ไตรมาส 1 :

1. ประสานแกนนำและเครือข่ายในชุมชนเข้าร่วมแก้ไขปัญหา
2. ส่งเสริมให้ขยายเครือข่ายชมรมเลิกสุราในชุมชน

ไตรมาส 2-4 :

1. ประชุมสมาชิกกลุ่มเลิกสุรา
2. ให้การบำบัดรักษา ฟันฟู ในผู้ติดสุรา บุหรี่ ยาเสพติด
3. ประสานแกนนำและเครือข่ายในชุมชนเข้าร่วมแก้ไขปัญหา
4. ส่งเสริมให้ขยายเครือข่ายชมรมเลิกสุราในชุมชน

X : FAST TRACK (PA)



เป้าหมายปี 2562 : อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน Triage level 1
ภายใน 24 ชม. ไม่เกินร้อยละ 12

ผลงานปี 2561 : 7 %

ผลงานปี 2562 Q1 : 2.4 %

ผลการดำเนินงาน

ไตรมาส	ผลงาน
Q1	2.4%
Q2	
Q3	
Q4	

สถานการณ์ที่เป็นปัญหา/อุปสรรค

- บุคลากรและเจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วย และขาดการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- เครือข่ายจิตอาสาและประชากร ขาดความรู้และทักษะการช่วยเหลือเกี่ยวกับการช่วยภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน

กลยุทธ์ :

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในสถานพยาบาล
- พัฒนาเครือข่ายกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน

ไตรมาส 1 :

- จัดอบรมจนท.และเครือข่ายได้รับพัฒนาศักยภาพ Fast Track
- การจัดทำแผนรองรับสาธารณภัยในชุมชน 11 อบต.

ไตรมาส 2-4 :

- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงและ AED
- การจัดทำแผนรองรับสาธารณภัยและอุบัติเหตุกลุ่มชนในรพ.
- การซ้อมแผนสาธารณภัยเครือข่ายพื้นที่เสี่ยง 2 อบต



การเงินการคลัง

PA ปลัดกระทรวง



KPI : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

สถานการณ์ปัจจุบัน/ผลการดำเนินงาน :

สถานการณ์ทางการเงิน	2559	2560	2561	2562
Current ratio ค่าปกติ > 1.5	2.05	1.60	1.24	2.01
Quick ratio ค่าปกติ > 1	1.86	1.45	1.08	1.81
Cash ratio ค่าปกติ > 0.8	1.65	1.09	0.89	1.55
ระดับวิกฤต	1	0	2	0
เงินบำรุงคงเหลือ (ล้านบาท)	53.59	47.22	51.80	94.06

แผนพัฒนาฯ ปี 62 :

1. พัฒนาระบบงานเพื่อลดรายจ่าย
2. พัฒนาระบบการดำเนินงานเพื่อเพิ่มรายรับ



Quality Organization

PA ปลัดกระทรวง



KPI : โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพ
มาตรฐานผ่านการรับรอง HA. ชั้น 3



สถานการณ์ปัจจุบัน/ผลการดำเนินงาน :

1. กระตุ้นการทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโดยพี่เลี้ยงคุณภาพ
2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายต่าง ๆ เช่น ระดับจังหวัด, มูลนิธิ รพร.
3. อยู่ในระหว่างการเขียนแบบประเมินตามมาตรฐาน DHSA.เพื่อขอรับรองมาตรฐาน DHSA.

แผนพัฒนาฯ ปี 62 : งบ เงินบำรุง

1. ส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับทีม QLN.ระดับจังหวัดและรพร.
2. ขอรับการประเมินมาตรฐาน DHSA.

X : NCD



เป้าหมายปี 2562 : 1.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.05 และ 2.อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30

ผลงานปี 2561 : 1 = 1.03%, 2 = 14.04%

ผลงานปี 2562 Q1 : 1 = 0.34%, 2 = 9.66%

ผลการดำเนินงาน

ไตรมาส	ผลงาน
Q1	1 = 0.34%, 2 = 9.66%
Q2	
Q3	
Q4	

สถานการณ์ที่เป็นปัญหา/อุปสรรค

1. พบผู้ป่วยรายใหม่ DM/HT จากกลุ่มเสี่ยงน้อย

กลยุทธ์ :

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้รับการติดตามระดับน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำในการปรับพฤติกรรม
2. สนับสนุนกลุ่มสงสัยป่วย HT ให้ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

ไตรมาส 1 :

1. ดำเนินการคัดกรองโรคDM/HTประชากรกลุ่มเสี่ยง 35 ปี อย่างน้อยร้อยละ 60

ไตรมาส 2-4 :

1. คัดกรองโรคDM/HTปชก.กลุ่มเป้าหมายร้อยละ90
2. อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงด้วยหลัก 3อ2ส
3. ติดตามระดับน้ำตาลซ้ำกลุ่ม Pre-DM
4. สนับสนุนHome BP กลุ่มสงสัยป่วย HT