

คปสอ.ม.พนัสนิคม



สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด

ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

รอบ ๑๒ เดือน

(ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑)

คำนำ

เอกสารสรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ของ คปสอ.ม.พนัสนิคม ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อรับการตรวจคุณภาพงานและประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป สรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานงานในปีงบประมาณ ต่อไป จำนวน ๒๘ ตัวชี้วัด

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานสาธารณสุขของ คปสอ.ม.พนัสนิคม ในการนำผลการปฏิบัติงานตามนโยบายดังกล่าว ไปปรับปรุงและพัฒนางาน ให้ดียิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

คณะผู้จัดทำ

๙ ตุลาคม ๒๕๖๑

สารบัญ	
	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	๑
ข้อมูลทั่วไปอำเภอพนัสนิคม	๖
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย	
เป้าประสงค์ ๑.ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมจัดการสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน	
กลยุทธ์ที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย	
๑) อัตราส่วนการตายมารดาไทย	๑๗
๒) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ cavity free	๑๙
๓) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	๒๑
๔) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	๒๔
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การจัดการภัยสุขภาพ	
เป้าประสงค์ ๒. มีการจัดการภัยสุขภาพที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ บูรณาการทุกภาคส่วน	
กลยุทธ์ที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	
๕) ระดับความสำเร็จของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	๒๕
๖) ระดับความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	๒๖
๗) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	๒๘
การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
๘) อำเภอผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ ครบ ๖ ประเด็น	๓๐
เป้าประสงค์ ๓. ลดป่วย ลดตาย ด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดชลบุรี	
กลยุทธ์ที่ ๓ : การพัฒนาระบบการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน	
การควบคุมโรคติดต่อ	
๙) ระดับความสำเร็จการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน	๓๒
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ	
เป้าประสงค์ ๔.ประชาชนเชื่อมั่นและวางใจในระบบบริการสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ	
ที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัย มีคุณภาพมาตรฐาน ไร้รอยต่อ	
กลยุทธ์ที่ ๔ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)	
๑๐) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	๓๔
กลยุทธ์ที่ ๕ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	
๑๑) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	๓๕
๑๒) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง	๓๘
๑๓) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล	๔๐
๑๔) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI	๔๔
๑๕) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	๔๖

๑๖) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	๔๖
กลยุทธ์ที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	
๑๗) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	๔๘
กลยุทธ์ที่ ๗ : การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ	
๑๘) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๔๙
๑๙) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัด	๕๐
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
๒๐) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	๕๒
๒๑) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	๕๓
๒๒) ระดับความสำเร็จของคุณภาพการจัดบริการในโรงพยาบาล(มาตรฐาน ๘ วิชาชีพ)	๕๔
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	
เป้าประสงค์ ๕. บุคลากรสาธารณสุข มีความสุขในการทำงานมีความคงอยู่อย่างภาคภูมิใจ และเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่ดี	
กลยุทธ์ที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	
๒๓) ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	๕๔
๒๔) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)	๕๕
๒๕) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)	๕๖
เป้าประสงค์ ๖. จังหวัดชลบุรีมีระบบบริหารจัดการที่ทันสมัย เอื้อต่อการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ และมีธรรมาภิบาล	
กลยุทธ์ที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	
๒๖) ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	๕๗
กลยุทธ์ที่ ๑๐ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ	
๒๗) ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง	๕๙
กลยุทธ์ที่ ๑๑ : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ	
๒๘) ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	๖๐

บทสรุปผู้บริหาร

ประเด็นยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			เทียบเกณฑ์
			เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ/ระดับ	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาสุขภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย						
กลยุทธ์ที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย						
	อัตราส่วนการตายมารดาไทย	ไม่เกิน ๒๐ : แสน ของการเกิดมี ชีพ	๑,๗๗๔	๐	๐.๐๐/แสน ปก.	ผ่านเกณฑ์
	เชิงคุณภาพ (ประเมินกระบวนการ)					
	๑.๑ สสอ. รวบรวม สรุปรู วิเคราะห์	ร้อยละ ๘๐	๒๒ แห่ง	๒๒ แห่ง	๑๐๐	ผ่านเกณฑ์
	๑.๒ กระบวนการของ รพ	ระดับ ๔	๑๐๐ คะแนน	๑๐๐ คะแนน	ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	๑.๓ กระบวนการ รพ.สต.	ระดับ ๔	๑๐๐ คะแนน	๑๐๐ คะแนน	ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	๒. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดี ไม่มีผุ cavity free	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒	๖๙.๒๘	๘๑.๒๘	เพิ่ม ๑๔.๗๖	ผ่านเกณฑ์
	๓. อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี	ไม่เกิน ๔๐ ต่อพันการคลอดมีชีพ	๓,๒๑๔	๑๓๒	๔๑.๐๗	ไม่ผ่านเกณฑ์
	เชิงคุณภาพ (ประเมินกระบวนการ)					
	๑.๒ กระบวนการของ รพ	๖๐ คะแนน	๖๐ คะแนน		๖๐ คะแนน	ผ่านเกณฑ์
	๑.๓ กระบวนการ สสอ. พนัสนิคม	๖๐ คะแนน	๖๐ คะแนน		๖๐ คะแนน	ผ่านเกณฑ์
	๑.๓ กระบวนการ รพ.สต.	๖๐ คะแนน	๖๐ คะแนน		๖๐ คะแนน	ผ่านเกณฑ์
	๔. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทีมคุณภาพ	ระดับ ๓	ระดับ ๓		ระดับ ๔	ผ่านเกณฑ์
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การจัดการภัยสุขภาพ						
กลยุทธ์ที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ						
	๕. ระดับความสำเร็จของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ระดับ ๔	ระดับ ๔		ระดับ ๔	ผ่านเกณฑ์
	๖. ระดับความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน					
	สรุปเชิงปริมาณ	๑๘	๑๘	๓๖	เพิ่ม ๑๐๐.๐๐	ไม่ผ่านเกณฑ์
	สรุปเชิงคุณภาพ	ระดับ ๓	ระดับ ๓		ระดับ ๒	ไม่ผ่านเกณฑ์

	๗.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด					
	๑.๒กระบวนการของ รพ	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ผ่านเกณฑ์
	๑.๓กระบวนการ สสอ.พนัสนิคม	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	๘) อำเภอฟันผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ ครบ ๖ ประเด็น					
	๑.๒กระบวนการของ รพ	ระดับ ๓	ระดับ ๓		ระดับ ๔	ผ่านเกณฑ์
	๑.๓กระบวนการ สสอ.พนัสนิคม	ระดับ ๓	ระดับ ๓		ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	๑.๓กระบวนการ รพ.สต.	ระดับ ๓	ระดับ ๓		ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
กลยุทธ์ที่ ๓ : การพัฒนาระบบการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน						
	๙.ระดับความสำเร็จการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน	ระดับ ๔	ระดับ ๔		ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ						
กลยุทธ์ที่ ๔ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)						
	๑๐. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	ระดับ ๓			ระดับ ๓	ผ่านเกณฑ์
กลยุทธ์ที่ ๕ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)						
	๑๑.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้					
	ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ ๔๐	๗,๑๗๑	๒,๓๔๕	๓๒.๗๐	ไม่ผ่านเกณฑ์
	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ ๕๐	๑๖,๑๙๔	๕,๗๓๕	๓๕.๔๐	ไม่ผ่านเกณฑ์
	๑๒. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง	อัตราการตาย น้อยกว่าร้อยละ ๗	๒๗๔	๑๙	๖.๙๓	ผ่านเกณฑ์
	สสอ. รวบรวม สรุปรู วิเคราะห์ รพ.สต.	ระดับ ๓			ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	โรงพยาบาลพนัสนิคม	ระดับ ๓			ระดับ ๒	ไม่ผ่านเกณฑ์
	๑๓.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล					
	รพ.สต.	ระดับ ๔	๒๑	๑๘	๘๕.๗๑	ผ่านเกณฑ์
	สสอ. รวบรวม สรุปรู วิเคราะห์ รพ.สต.	ระดับ ๒			ระดับ ๔	ผ่านเกณฑ์

	โรงพยาบาลพนสนนิคม	ระดับ ๓			ระดับ ๓	ผ่านเกณฑ์
	๑๔.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI	อัตราการตายน้อยกว่าร้อยละ ๑๐	๓๐	๗	๒๓.๓๐	ไม่ผ่านเกณฑ์
	สสอ. รวบรวม สรุปรู วิเคราะห์ รพ.สต.	ระดับ ๓			ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	โรงพยาบาลพนสนนิคม	ระดับ ๓			ระดับ ๒	ไม่ผ่านเกณฑ์
	๑๕.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	ร้อยละ ๑๕	๑๑	๖	๕๔.๕๔	ผ่านเกณฑ์
	๑๖. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ ๒๐	๔๙๕,๙๐๒	๗๔,๘๕๘	๑๗.๕๗	ไม่ผ่านเกณฑ์
กลยุทธ์ที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ						
	๑๗. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)					
	เชิงปริมาณ	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	๒,๗๑๕	๙๒	๓.๑๙	ผ่านเกณฑ์
	เชิงคุณภาพ	ระดับ ๕		ระดับ ๕	ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
กลยุทธ์ที่ ๗ : การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ						
	๑๘. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ ๘๕	๒๘	๒๒	๗๘.๕๗	ไม่ผ่านเกณฑ์
	๑๙. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ ๕			ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	๒๐.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	ชั้น ๓			ชั้น ๓	ผ่านเกณฑ์
	๒๑.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	ร้อยละ ๔๐	๒๑ แห่ง	๑๓ แห่ง	๖๑.๙๐	ผ่านเกณฑ์
	๒๒. ระดับความสำเร็จของคุณภาพการจัดบริการในโรงพยาบาล (มาตรฐาน ๘ วิชาชีพ)	ร้อยละ ๒๕			ร้อยละ ๒๕	ผ่านเกณฑ์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ						
กลยุทธ์ที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ						
	๒๓. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้					
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม	ระดับ ๔			ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	โรงพยาบาลพนัสนิคม	ระดับ ๔			ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	๒๔. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)					
	สสอ. รวบรวม สรุปรู วิเคราะห์ รพ.สต.	มากกว่าร้อยละ ๘๕	๑๐๔	๙๔	๙๐.๓๘	ผ่านเกณฑ์
	โรงพยาบาลพนัสนิคม	มากกว่าร้อยละ ๘๕	๕๒๙	๕๒๒	๙๘.๖๗	ผ่านเกณฑ์
	๒๕. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)	ร้อยละ ๖๐	๒,๖๒๐	๒,๖๐๒	๑๐๐	ผ่านเกณฑ์
กลยุทธ์ที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ						
	๒๖. ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล					
	๒๖.๑ วิเคราะห์คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน สสอ.	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	๒๑	๒๑	๑๐๐.๐๐	ผ่านเกณฑ์
	๒๖.๒ คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนการวินิจฉัยโรค (รพ.)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕			๘๒.๗๕	ผ่านเกณฑ์
กลยุทธ์ที่ ๑๐ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ						
	๒๗. ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง	ปกติ/ระดับ ๑			ปกติ/ระดับ ๑	ผ่านเกณฑ์
กลยุทธ์ที่ ๑๑ : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ						
	๒๘. ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์					
	๒๘.๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	ระดับ ๔			ระดับ ๔	ผ่านเกณฑ์
	๒๘.๒ สสอ.พนัสนิคม	ระดับ ๔			ระดับ ๔	ผ่านเกณฑ์
	๒๘.๓ โรงพยาบาลพนัสนิคม	ร้อยละ ๘๕	๑๐๐ เรื่อง	๑๐๐เรื่อง	ร้อยละ ๑๐๐	ผ่านเกณฑ์

สรุปผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของ คปสอ.ม.พนัสนิคม รอบ ๑๒ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๐ – กันยายน ๒๕๖๑) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวนตัวชี้วัด ทั้งหมด ๒๘ ตัวชี้วัด พบว่า

- ผ่านเกณฑ์จำนวน ๒๑ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๗๕

- ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน ๗ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๒๕ ได้แก่

๑. ตัวชี้วัด ๓ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี
๒. ตัวชี้วัด ๖ ระดับความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน
๓. ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
๔. ตัวชี้วัด ๑๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้
๕. ตัวชี้วัด ๑๔ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI
๖. ตัวชี้วัด ๑๖ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกที่ได้

มาตรฐาน

๗. ตัวชี้วัด ๑๘ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ข้อมูลทั่วไป อำเภอพนสนิม จังหวัดชลบุรี

คำขวัญอำเภอพนสนิม

พระพนัสบดีคู่บ้าน จักสานคู่มือเมือง ลือเลื่องบุญกลางบ้าน
ตำนานพระรถเมรี ศักดิ์ศรีเมืองสะอาด เก่งกาจการทนายโจ๊ก



วิสัยทัศน์

เป็นเครือข่ายสุดยอดผู้นำในการสร้างสุขภาพและบริการสุขภาพเป็นเลิศระดับชาติ

ค่านิยม

MOPH & สามัคคี ดี เก่ง สุข

พันธกิจ

๑. ดำเนินการตามนโยบายมาตรฐาน กฎหมาย และการบริหารจัดการ รวมถึงการติดตาม กำกับ ประเมินผล บนฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ มีธรรมาภิบาล และองค์กรมีความสุข
๒. จัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นเลิศที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และไร้รอยต่อ
๓. อภิบาลระบบสุขภาพโดยให้ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพมีส่วนร่วม อย่างยั่งยืน

๑. ประวัติอำเภอพนสนนิคม

พนสนนิคมเป็นเมืองโบราณซึ่งเคยรุ่งเรืองเมื่อสมัยประมาณ ๑,๐๐๐ ปีมาแล้ว หรือสมัยที่ขอมยังเรืองอำนาจอยู่ในอาณาจักรสุพรรณภูมิ จากหลักฐานต่าง ๆ นำเชื่อกันว่าเมืองที่รุ่งเรืองดังกล่าวชื่อ "เมืองพระรถ"

พนสนนิคมตั้งขึ้นเป็นเมืองในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๔๐ ต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทรงปฏิรูปการปกครองส่วนภูมิภาคและจัดระเบียบการปกครองใหม่เป็นมณฑล จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน จึงโปรดเกล้าฯ ให้เมืองพนสนนิคม เมืองบางละมุง และเมืองบางปลาสร้อยรวมกัน และเมืองพนสนนิคมจึงเป็นอำเภอของชลบุรีเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๔๗ ตั้งแต่นั้นมา

๒. สภาพทั่วไปและอาณาเขต

อำเภอพนสนนิคม ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของจังหวัดชลบุรีตัวว่าการอำเภออยู่ในเขตเทศบาลเมืองพนสนนิคม ห่างจากจังหวัดชลบุรี ประมาณ ๒๒ กิโลเมตร ตามเส้นทางถนนสุขประยูร มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดและอำเภอใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ อำเภอบ้านโพธิ์ และอำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา
ทิศใต้	ติดต่อกับ อำเภอบ้านบึง และอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี, อำเภอบ่อทอง จ.ชลบุรี
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี และอำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

๓. ลักษณะภูมิประเทศ

อำเภอพนสนนิคม มีพื้นที่ประมาณ ๔๕๐.๙ ตารางกิโลเมตร มีลักษณะภูมิประเทศที่ราบสูงและพื้นที่ราบลุ่ม ทิศตะวันออกเป็นพื้นที่ไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลัง ทิศเหนือ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มส่วนใหญ่ใช้ในการทำนา และบางส่วนใช้เลี้ยงปลา, กุ้ง ส่วนทิศใต้และทิศตะวันตกเป็นที่ราบสูง มีการทำไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลังและพืชผักต่าง ๆ

๔. ภูมิอากาศ

มีลักษณะอากาศแบบฝนเมืองร้อน ในช่วงฤดูร้อน อากาศไม่ร้อนจัด ฤดูหนาวอากาศไม่หนาวจัด อุณหภูมิเฉลี่ยอยู่ระหว่าง ๒๑ - ๓๖ องศาเซลเซียส

๕. ทรัพยากรธรรมชาติ

แหล่งน้ำ อำเภอพนสนนิคม ไม่มีแม่น้ำไหลผ่านตัวอำเภอ มีเฉพาะลำคลอง เช่น คลองหลวงไหลมาจากอำเภอบ่อทอง ซึ่งเดิมเคยเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอพนสนนิคม ผ่านอำเภอเกาะจันทร์ และเข้าสู่ตำบลนาเวียง นาวังหิน หนองเหียง ไร่หลักทอง วัดหลวง และวัดโบสถ์ ไปลงคลองชลประทาน นอกนั้นจะเป็นคลองชลประทาน ลักษณะคลองฤดูแล้งน้ำแห้ง ฤดูฝนน้ำล้นคลองเอ่อท่วมสองฝั่ง

๖. ประชากร / การปกครอง

๖.๑ ประชากร อำเภอพนสนนิคม มีประชากรตามทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ รวม ๑๒๓,๖๔๐ คน ชาย ๕๙,๗๓๓ คน หญิง ๖๓,๙๐๗ คน

๖.๒ การปกครอง มีรูปแบบเป็นลักษณะการปกครองท้องถิ่น ดังนี้

๖.๒.๑ การปกครองท้องถิ่น แบ่งเป็น ๒๐ ตำบล ๑๘๕ หมู่บ้าน ๑๒ ชุมชน

๖.๒.๒ การปกครองท้องถิ่น รูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

- เทศบาลเมือง ๑ แห่ง คือ เทศบาลเมืองพนัสนิคม
- เทศบาลตำบล ๓ แห่ง คือ เทศบาลตำบลหมอนนาง, หัวถนน และกุฎโง้ง
- องค์การบริหารส่วนตำบล ๑๖ แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเช็ด หนองขยาด ทุ่งขวาง นามะตุ้ม นาเร็ก หนองเหียง นาวังหิน หนองปรือ สระสี่เหลี่ยม ท่าข้าม โคนเพลาะ วัดโบสถ์ วัดหลวง หน้าพระธาตุ ไร่หลักทอง และบ้านช้าง

๗. สภาพเศรษฐกิจ / สังคม

อำเภอพนัสนิคม เป็นเมืองด้านการเกษตรกรรม ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการเกษตร เช่น ทำนา ปลูกอ้อย มันสำปะหลัง ดังนั้นกิจกรรมทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่จึงเป็นกิจกรรมทางด้านที่เกี่ยวกับการเกษตรเป็นส่วนมาก

๘. การคมนาคม

ทางรถยนต์

- ใช้เส้นทางถนนชลบุรี – พนัสนิคม ในการเดินทางจากชลบุรีมุ่งสู่อำเภอพนัสนิคม ตลอดจนสามารถเดินทางต่อไปยังอำเภอบ่อทอง อำเภอเกาะจันทร์ และจังหวัดฉะเชิงเทรา

ทางรถยนต์โดยสารประจำทาง

- มีรถโดยสารประจำทางสายพนัสนิคม – ชลบุรี ในการเดินทางติดต่อระหว่างชลบุรีและอำเภอพนัสนิคม โดยวิ่งผ่านเส้นทางทุก ๑๕ นาที

๙. ศาสนา

อำเภอพนัสนิคม ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ ๙๐ ของจำนวนประชากรทั้งหมด รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ ๙ และนับถือศาสนาคริสต์ร้อยละ ๑ โดยสามารถจำแนกจำนวนศาสนสถาน ได้ดังนี้

๑. วัดพุทธ	จำนวน ๗๔ แห่ง
๒. มัสยิด	จำนวน ๘ แห่ง
๓. โบสถ์คริสต์	จำนวน ๑ แห่ง

๑๐. การศึกษา

อำเภอพนัสนิคม มีสำนักงานเขตการศึกษาพื้นที่ชลบุรี เขต ๒ ดูแลด้านการศึกษาของประชากรในเขตอำเภอพนัสนิคม โดยมีโรงเรียนในสังกัดดังนี้

๑. ก่อนประถมศึกษา	จำนวน ๑ แห่ง
๒. ระดับประถมศึกษา	จำนวน ๕๓ แห่ง
๓. ระดับมัธยมศึกษา	จำนวน ๔ แห่ง

๑๑. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

ภาครัฐ

- โรงพยาบาลชุมชน ประเภทM๒ ขนาด ๑๒๐ เตียง จำนวน ๑ แห่ง
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๑ แห่ง
- สถานีอนามัย/รพ.สต. จำนวน ๒๑ แห่ง
- ศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล จำนวน ๑ แห่ง

- ศูนย์บริการสาธารณสุขเขตเทศบาล	จำนวน ๑ แห่ง
ภาคเอกชน	
- คลินิกเวชกรรม	จำนวน ๑๑ แห่ง
- คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง	จำนวน ๑๔ แห่ง
- คลินิกทันตกรรม	จำนวน ๘ แห่ง
- เทคนิคการแพทย์	จำนวน ๑ แห่ง
- คลินิกวัตถุออกฤทธิ์	จำนวน ๗ แห่ง
- ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย๑)	จำนวน ๒๐ แห่ง
- ร้านขายยาบรรจุน้ำยา (ขย๑)	จำนวน ๙ แห่ง
- ร้านขายยาแผนโบราณ	จำนวน ๗ แห่ง
- ร้านขายยาสัตว์	จำนวน ๗ แห่ง
- ร้านขายยาวัตถุออกฤทธิ์	จำนวน ๑ แห่ง
- ผลิตยาแผนโบราณ	จำนวน ๓ แห่ง

บุคลากรภาครัฐ

ตารางที่ ๑ แสดงประเภทและจำนวนบุคลากรของ ร.พ.พนัสนิคมและ สสอ.พนัสนิคม

ประเภทบุคลากร	ร.พ.พนัสนิคม	สสอ.พนัสนิคม
แพทย์	๓๖	๐
ทันตแพทย์	๑๒	๐
เภสัชกร	๑๖	๐
พยาบาลวิชาชีพ	๑๕๙	๒๒
เทคนิคการแพทย์	๖	๐
นักรังสีการแพทย์	๒	๐
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	๑	๐
นักวิชาการสาธารณสุข	๑๔	๕๔
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	๖	๑๙
นักกายภาพบำบัด	๖	๐
แพทย์แผนไทย	๘	๐
จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์	๔	๐
เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์และรังสี	๑	๐
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	๑๐	๐
นักวิชาการ/เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	๖	๔
เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู	๑	๐
นักจัดการงานทั่วไป	๑	๐
นักวิชาการคอมพิวเตอร์	๓	๐
นักวิชาการการเงินการบัญชี	๑	๐
นายช่างเทคนิค	๕	๐
โภชนาการ	๑	๐

เจ้าพนักงานเวชสถิติ	๒	๐
ประเภทบุคลากร	ร.พ.พนัสนิคม	สสอ.พนัสนิคม
พนักงานการเงินและบัญชี	๖	๐
พนักงานอื่นๆ(ธุรการ)	๒๒๑	๓
รวม	๕๒๘	๑๐๔

ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐

บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ

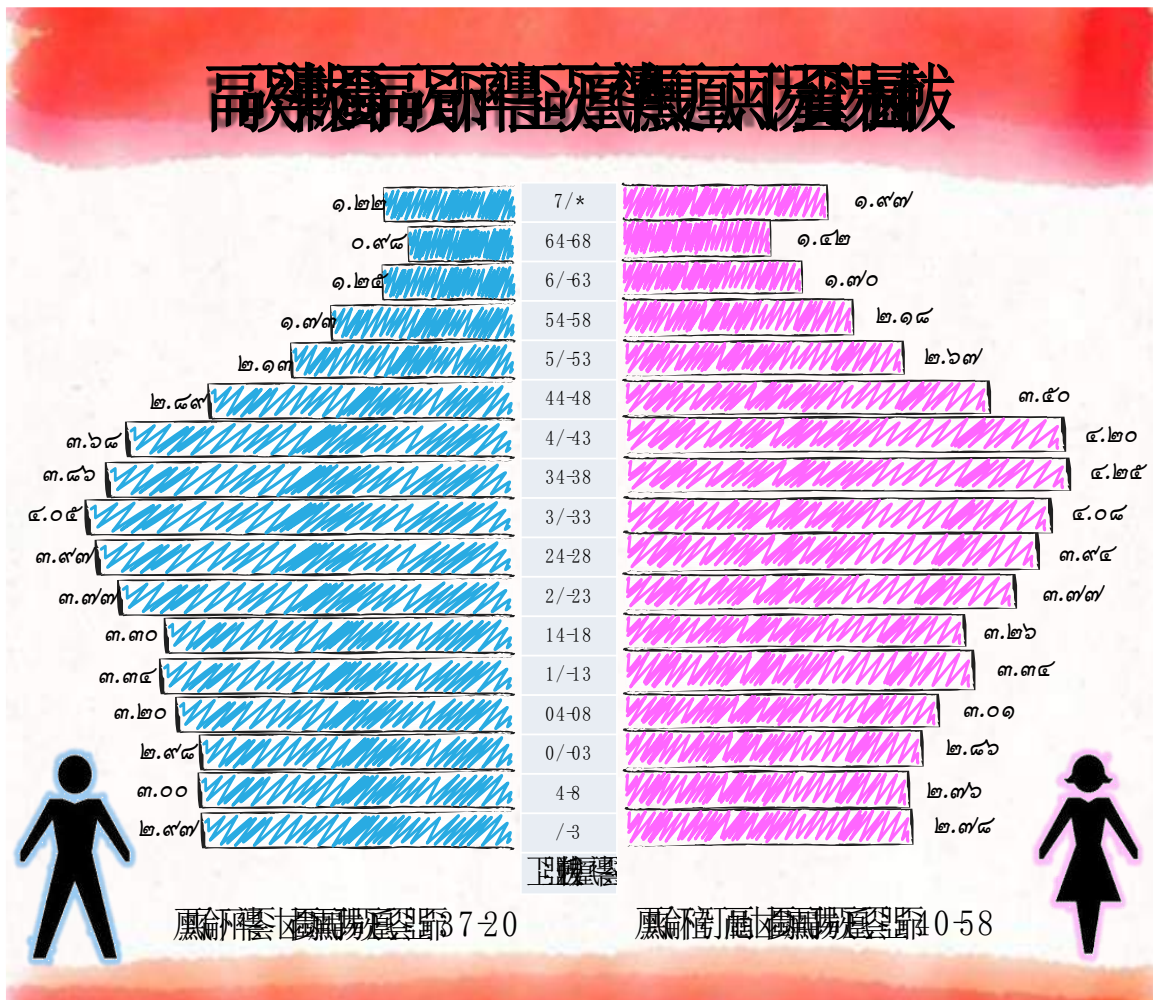
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จำนวน ๒,๑๒๑ คน

แกนนำสุขภาพประจำหมู่บ้าน

จำนวน ๓๓,๕๗๓ คน

พีระมิตประชากร



ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนประชากรของอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ						
กลุ่มอายุ (ปี)	ประชากร					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๐-๔	๓,๖๖๘	๒.๙๗	๓,๔๓๔	๒.๗๘	๗,๑๐๒	๕.๗๕
๕-๙	๓,๗๐๗	๓.๐๐	๓,๔๑๒	๒.๗๖	๗,๑๑๙	๕.๗๖
๑๐-๑๔	๓,๖๘๖	๒.๙๘	๓,๕๓๖	๒.๘๖	๗,๒๒๒	๕.๘๕
๑๕-๑๙	๓,๙๕๓	๓.๒๐	๓,๗๒๒	๓.๐๑	๗,๖๗๕	๖.๒๑
๒๐-๒๔	๔,๑๒๙	๓.๓๔	๔,๑๒๙	๓.๓๔	๘,๒๕๘	๖.๖๘
๒๕-๒๙	๔,๐๗๖	๓.๓๐	๔,๐๒๖	๓.๒๖	๘,๑๐๒	๖.๕๕
๓๐-๓๔	๔,๖๖๗	๓.๗๗	๔,๖๖๕	๓.๗๗	๙,๓๓๒	๗.๕๔
๓๕-๓๙	๔,๙๑๔	๓.๙๗	๔,๘๖๘	๓.๙๔	๙,๗๘๒	๗.๙๒
๔๐-๔๔	๕,๐๐๗	๔.๐๕	๕,๐๔๙	๔.๐๘	๑๐,๐๕๖	๘.๑๓
๔๕-๔๙	๔,๗๗๓	๓.๘๖	๕,๒๕๑	๔.๒๕	๑๐,๐๒๔	๘.๑๑
๕๐-๕๔	๔,๕๔๖	๓.๖๘	๕,๑๙๐	๔.๒๐	๙,๗๓๖	๗.๘๗
๕๕-๕๙	๓,๕๗๗	๒.๘๙	๔,๓๒๓	๓.๕๐	๗,๙๐๐	๖.๓๘
๖๐-๖๔	๒,๖๓๗	๒.๑๓	๓,๓๐๔	๒.๖๗	๕,๙๔๑	๔.๘๐
๖๕-๖๙	๒,๑๔๐	๑.๗๓	๒,๗๐๑	๒.๑๘	๔,๘๔๑	๓.๙๑
๗๐-๗๔	๑,๕๔๒	๑.๒๕	๒,๑๐๓	๑.๗๐	๓,๖๔๕	๒.๙๕
๗๕-๗๙	๑,๒๐๘	๐.๙๘	๑,๗๕๙	๑.๔๒	๒,๙๖๗	๒.๓๙
๘๐+	๑,๕๐๓	๑.๒๒	๒,๔๓๕	๑.๙๗	๓,๙๓๘	๓.๑๙
รวม	๕๙,๗๓๓	๔๘.๓๑	๖๓,๙๐๗	๕๑.๖๙	๑๒๓,๖๔๐	๑๐๐

แหล่งข้อมูล ทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙

ตารางที่ ๓ แสดงจำนวนประชากรของอำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี จำแนกตามรายตำบล				
ตำบล	หลังคาเรือน	รวม	ชาย	หญิง
บ้านเข็ด	๒,๘๓๓	๕,๖๗๙	๒,๗๕๐	๒,๙๒๙
หน้าพระธาตุ	๒,๐๒๖	๕,๒๕๙	๒,๕๖๒	๒,๖๙๗
หนองขยาด	๑,๒๔๔	๔,๐๘๑	๒,๐๒๔	๒,๐๕๗
นามะตูม	๑,๑๙๔	๓,๐๑๙	๑,๔๓๑	๑,๕๘๘
ทุ่งขวาง	๑,๑๒๗	๔,๔๔๐	๒,๑๓๖	๒,๓๐๔
หมอนนาง	๔,๐๖๔	๑๓,๖๗๓	๖,๖๓๒	๗,๐๔๑
นาเร็ก	๒,๗๑๗	๙,๔๙๘	๔,๖๗๖	๔,๘๒๒
วัดโบสถ์	๑,๐๒๔	๓,๐๐๐	๑,๔๓๘	๑,๕๖๒
วัดหลวง	๙๖๒	๒,๗๐๙	๑,๒๖๒	๑,๔๔๗
ไร่หลักทอง	๑,๒๒๑	๓,๕๔๑	๑,๖๖๓	๑,๘๗๘
ท่าข้าม	๘๓๙	๓,๑๑๑	๑,๕๐๗	๑,๖๐๔
โคกเพลาะ	๗๕๓	๒,๘๑๕	๑,๓๔๖	๑,๔๖๙
หัวถนน	๑๔๑๘	๕,๑๓๔	๒,๔๕๘	๒,๖๗๖
สระสี่เหลี่ยม	๑,๘๔๗	๖,๙๕๖	๓,๔๓๗	๓,๕๑๙
หนองปรือ	๑,๕๘๗	๕,๖๑๗	๒,๗๙๔	๒,๘๒๓
หนองเหียง	๔,๕๑๖	๑๔,๐๒๐	๖,๙๓๐	๗,๐๙๐
บ้านช้าง	๒,๔๖๐	๖,๓๗๙	๓,๐๐๓	๓,๓๗๖
นาวังหิน	๑,๙๙๐	๗,๔๖๔	๓,๖๙๕	๓,๗๖๙
กุฎโง้ง	๒,๗๕๗	๖,๕๕๐	๓,๐๙๗	๓,๔๕๓
เทศบาล	๔,๘๐๔	๑๐,๖๖๙	๔,๙๐๑	๕,๗๖๘
รวม	๔๑๔๖๗,	๑๒๓,๖๔๐	๕๙,๗๓๓	๖๓,๙๐๗

แหล่งข้อมูล ทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙

๑๒. ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

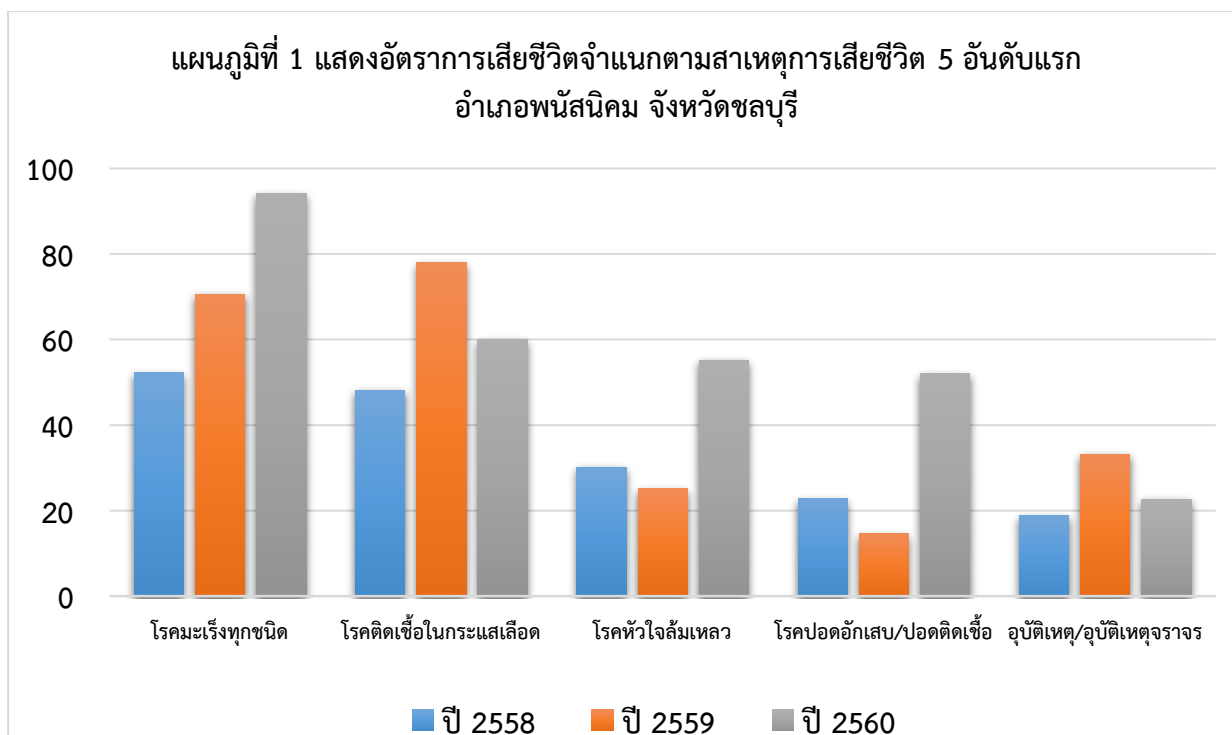
ตารางที่ ๔ แสดงจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจำแนกตามสาเหตุการเสียชีวิต ๕ อันดับแรก

ลำดับ	สาเหตุการตาย	ปี ๒๕๕๘		ปี ๒๕๕๙		ปี ๒๕๖๐	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	มะเร็งทุกชนิด	๖๔	๕๒.๒๓	๘๗	๗๐.๖๐	๑๑๖	๙๔.๑๔
๒	ติดเชื้อในกระแสเลือด	๕๙	๔๘.๑๔	๙๖	๗๗.๙๐	๗๔	๖๐.๐๕
๔	หัวใจล้มเหลว	๓๗	๓๐.๑๙	๓๑	๒๕.๑๖	๖๘	๕๕.๑๘
๓	ปอดอักเสบ/ปอดติดเชื้อ	๒๘	๒๒.๘๕	๑๘	๑๔.๖๑	๖๔	๕๑.๙๔
๕	อุบัติเหตุ/อุบัติเหตุจราจร	๒๓	๑๘.๗๗	๔๑	๓๓.๒๗	๒๘	๒๒.๗๒

ที่มา : รายงานการตาย ฐานข้อมูล ณ ที่ว่าการอำเภอพนัสนิคม

จากตารางพบว่า สาเหตุการตายที่สำคัญเรียงลำดับ ได้แก่ คือ ๑. มะเร็งทุกชนิด ๒. ติดเชื้อในกระแสเลือด ๓. ภาวะหัวใจล้มเหลว ๔. ปอดอักเสบ/ปอดติดเชื้อ ๕. อุบัติเหตุ/อุบัติเหตุจราจร โดยมีอัตราการตาย เท่ากับ ๙๔.๑๔, ๖๐.๐๕ ๕๕.๑๘ , ๕๑.๙๔ , ๒๒.๗๒ ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 1 แสดงอัตราการเสียชีวิตจำแนกตามสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรก อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

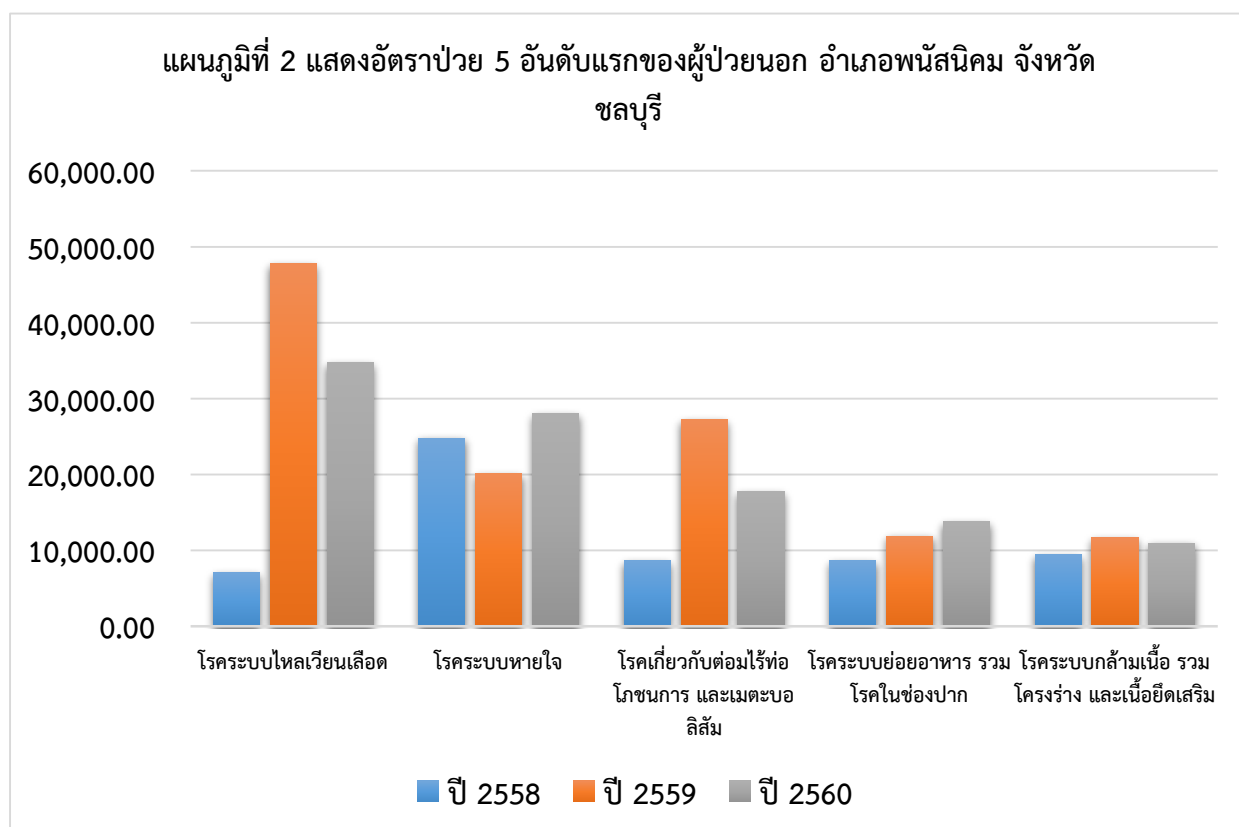


ตารางที่ ๕ แสดงจำนวนและอัตราป่วย ๕ อันดับแรกของผู้ป่วยนอก

ลำดับ	สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก	ปี ๒๕๕๘		ปี ๒๕๕๙		ปี ๒๕๖๐	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	โรคระบบไหลเวียนเลือด	๘,๖๔๓	๗,๐๕๓.๕๕	๕,๘๕๕.๕๑	๔๗,๗๗๕.๓๑	๔๒,๘๖๕	๓๕,๗๓๘.๑๑
๒	โรคระบบหายใจ	๓๐,๔๑๒	๒๔,๘๒๖.๕๘	๒๔,๖๕๘	๒๐,๑๒๓.๓๙	๓๔,๕๒๐	๒๘,๐๑๔.๔๘
๓	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม	๑๐,๖๑๙	๘,๖๖๖.๑๗	๓๓,๓๘๕	๒๗,๒๔๕.๕๐	๒๑,๘๖๑	๑๗,๗๔๑.๑๕
๔	โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	๑๐,๖๑๙	๘,๖๖๖.๑๖	๑๔,๕๖๑	๑๑,๘๘๓.๒๓	๑๖,๙๕๔	๑๓,๗๕๘.๙๑
๕	โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริม	๑๑,๖๐๘	๙,๔๗๓.๒๙	๑๔,๓๕๒	๑๑,๗๑๒.๖๗	๑๓,๕๔๗	๑๐,๙๙๓.๙๘

ที่มา : รายงาน ๕๐๔

จากตารางพบว่า สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอก ๕ อันดับแรก ได้แก่ ๑.โรคระบบไหลเวียนเลือด ๒.โรคระบบทางเดินหายใจ ๓.ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึมอื่น ๆ ๔.โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก ๕.โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริมตามลำดับ

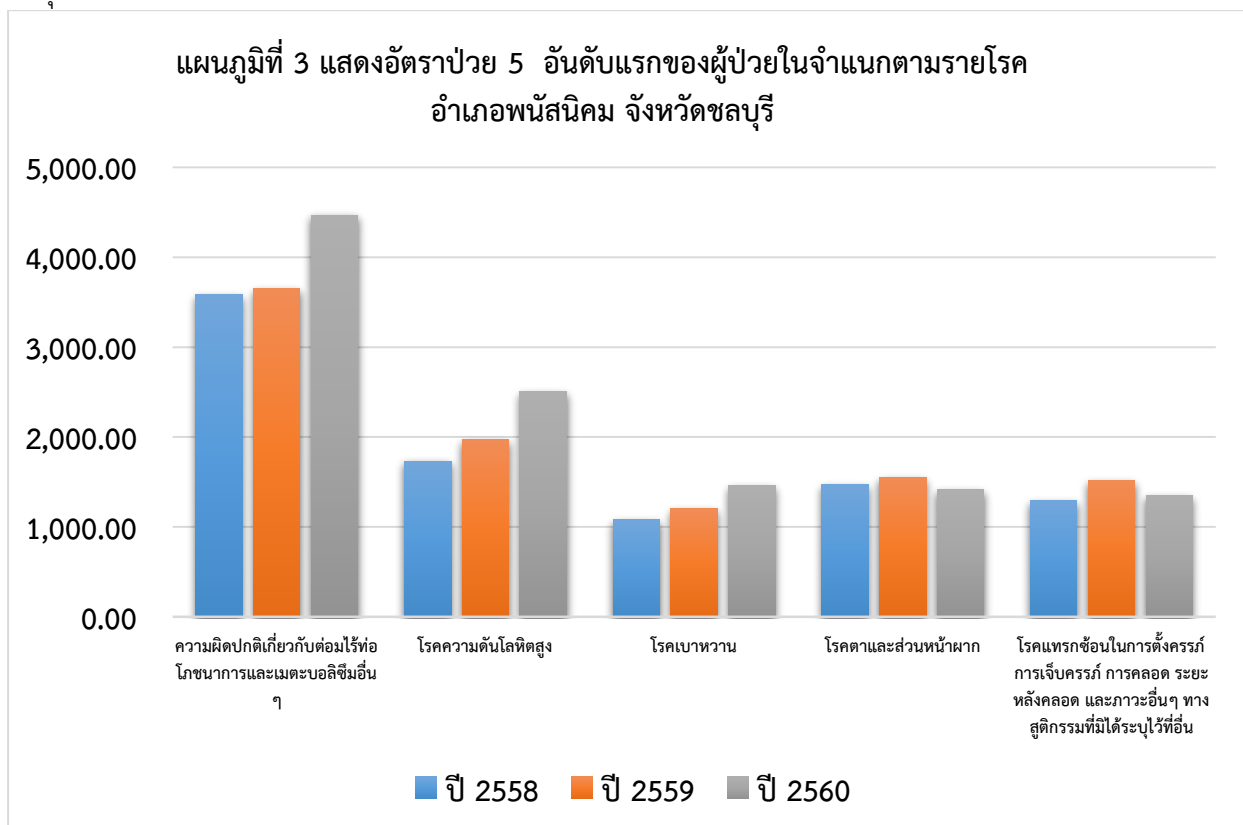


ตารางที่ ๖ แสดงจำนวนและอัตราป่วย ๕ อันดับแรกของผู้ป่วยในจำแนกตามรายโรค อำเภอพนัสนิคม

ลำดับ	สาเหตุการป่วย ของผู้ป่วยใน	ปี ๒๕๕๘		ปี ๒๕๕๙		ปี ๒๕๖๐	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตะบอลิซึมอื่น ๆ	๔,๓๔๙	๓,๕๕๑.๒๘	๔,๔๗๕	๓,๖๕๒.๐๕	๕,๕๐๙	๔,๔๗๐.๘
๒	โรคความดันโลหิตสูง	๒,๑๐๑	๑,๗๓๐.๑๖	๒,๔๑๘	๑,๙๗๓.๓๓	๓,๐๘๘	๒,๕๐๖.๐๕
๓	โรคเบาหวาน	๑,๓๑๐	๑,๐๗๘.๗๔	๑,๔๖๙	๑,๑๙๘.๘๕	๑,๘๐๑	๑,๔๖๑.๕๙
๔	โรคตาและส่วนหน้าผาก	๑,๗๘๓	๑,๕๖๘.๒๕	๑,๘๙๘	๑,๕๔๘.๙๖	๑,๗๔๒	๑,๔๑๓.๗๑
๕	โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด ระยะหลังคลอด และภาวะอื่นๆ ทางสูติกรรมที่มีได้ระบุไว้ที่อื่น	๑,๕๖๙	๑,๒๙๒.๐๓	๑,๘๕๙	๑,๕๑๗.๑๓	๑,๖๕๗	๑,๓๔๔.๗๓

ที่มา : รายงาน ๕๐๕

จากตารางพบว่า สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใน ๕ อันดับแรก ได้แก่ ๑. ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตะบอลิซึมอื่น ๆ ๒. โรคความดันโลหิตสูง ๓. โรคเบาหวาน ๔. โรคตาและส่วนหน้าผาก ๕. โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด ระยะหลังคลอด และภาวะอื่นๆ ทางสูติกรรมที่มีได้ระบุไว้ที่อื่น

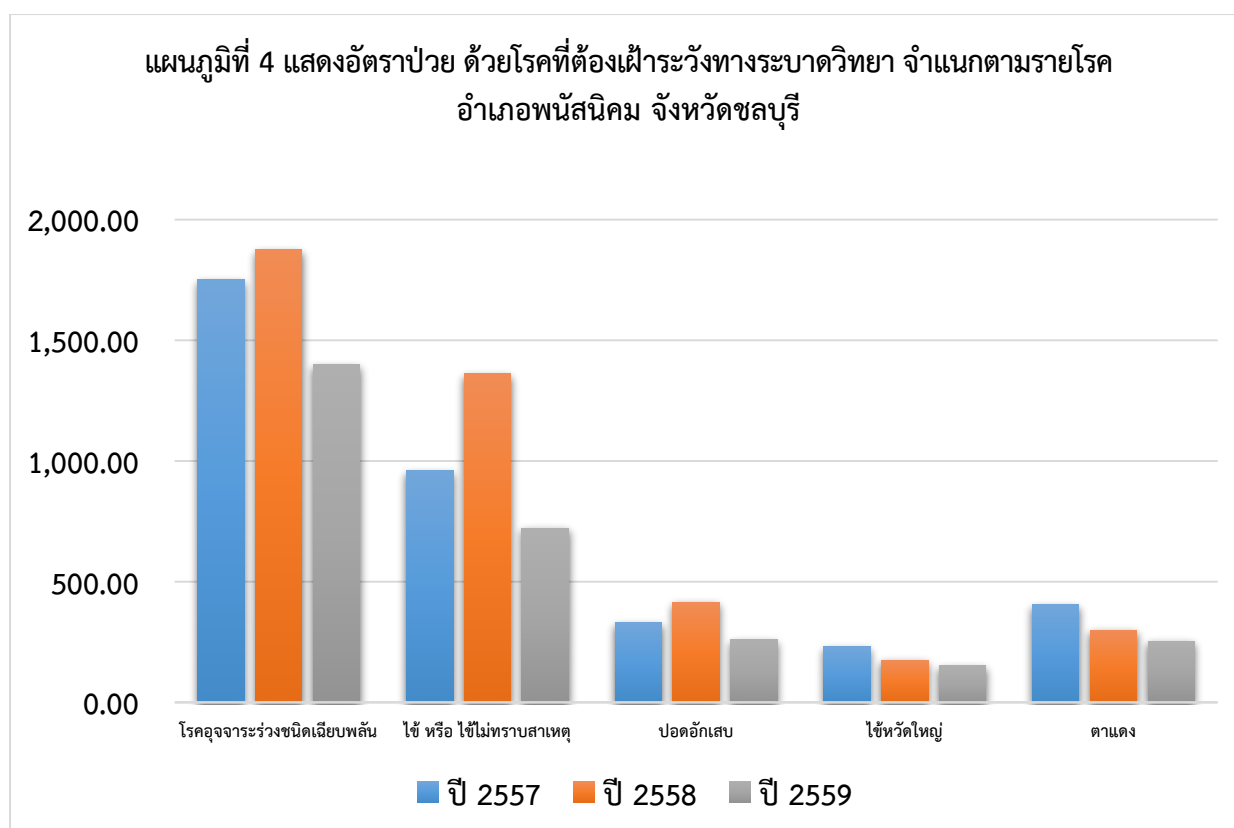


ตารางที่ ๗ แสดงจำนวนและอัตราป่วย ด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จำแนกตามรายโรค

ลำดับ	สาเหตุการป่วย ของผู้ป่วยใน	ปี ๒๕๕๗		ปี ๒๕๕๘		ปี ๒๕๕๙	
		จำนวน	จำนวน	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	โรคอุจจาระร่วงชนิดเฉียบพลัน	๒,๑๑๕	๑,๗๕๒.๕๓	๒,๒๙๘	๑,๘๗๕.๓๙	๑,๖๘๙	๑,๓๙๗.๗๐
๒	ไข้ หรือ ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	๑,๑๕๗	๙๕๘.๗๑	๑,๖๖๘	๑,๓๖๑.๒๕	๘๘๙	๗๒๑.๔๖
๓	ปอดอักเสบ	๔๐๐	๓๓๑.๔๕	๕๐๙	๔๑๕.๓๙	๓๒๒	๒๖๑.๓๒
๔	ไข้หวัดใหญ่	๒๗๘	๒๓๐.๓๖	๒๑๔	๑๗๔.๖๔	๑๘๘	๑๕๒.๕๗
๕	ตาแดง	๔๘๘	๔๐๔.๓๗	๓๖๗	๒๙๙.๕๑	๓๑๒	๒๕๓.๒๐

ที่มา : รายงาน ๕๐๖

จากตารางพบว่า โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ๕ อันดับแรก ได้แก่ คือ ๑.โรคอุจจาระร่วงชนิดเฉียบพลัน ๒. ไข้ หรือ ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ๓. ปอดอักเสบ ๔. ไข้หวัดใหญ่ ๕. ตาแดง โดยมีอัตราป่วย เท่ากับ ๑,๓๙๗.๗๐, ๗๒๑.๔๖, ๒๖๑.๓๒, ๑๕๓.๒๐ และ ๑๕๒.๕๗ต่อแสนประชากร ตามลำดับ



สรุปผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑
รอบ ๑๒ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๐-กันยายน ๒๕๖๑)

ตัวชี้วัดที่ ๑ : อัตราส่วนการตายมารดาไทย

ผลการดำเนินงาน

เชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย ไม่เกิน ๒๐ : แส่นของการเกิดมีชีพ

หน่วยงาน	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน	อัตรา/แสน	ระดับ	คะแนนที่ได้	ประเมินผล	
						ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.บ้านเข็ด	๕๗	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.หนองขยาด	๓๙	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.นามะตูม	๑๘	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๒๘	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.บ้านช้าง	๔๔	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.วัดโบสถ์	๑๐	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.วัดหลวง	๙	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๒๕	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.ท่าข้าม	๑๕	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.โคกเพลาะ	๑๐	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๓๓	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.หัวถนน	๖๓	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.หนองปรือ	๓๔	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๓๔	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.หนองเหียง	๘๙	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.หนองเหียง (บ.ไร่เส้ง)	๓๓	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.หมอนนาง	๗๓	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.หมอนนาง (บ.หนองไทร)	๗๕	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.นาเร็ก	๔๒	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.นาเร็ก (บ้านเนินแร่)	๔๖	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.สต.นาวังหิน	๘๘	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รพ.พนสนิคม+เทศบาล	๙๗	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
นอกเขต	๘๑๒	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	
รวม	๑,๗๗๔	๐	๐.๐๐	๕	๓๐	/	

เชิงคุณภาพ เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับ ๔ (ร้อยละ ๘๐)

หน่วยงาน โรงพยาบาล

ผลงานเชิงคุณภาพของโรงพยาบาล					คะแนนรวม	คะแนนเชิงคุณภาพ	การประเมินผล		ระดับคะแนน
หัวข้อ ๑	หัวข้อ ๒	หัวข้อ ๓	หัวข้อ ๔	หัวข้อ ๕			ผ่าน	ไม่ผ่าน	
๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐					
คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน					
๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	๑๐๐	๑๐๐	/		๕

หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม

เป้าหมาย รพ.สต. (แห่ง)	ผลงานเชิงคุณภาพของรพ./รพ.สต.					ประเมินผล	
	ข้อ ๑	ข้อ ๒	ข้อ ๓	ข้อ ๔	ข้อ ๕	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
๒๒	๒๒	๒๒	๒๒	๒๒	๒๒	๒๒	๐

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

๑. รพ.สต.มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก

รพ.สต.ในเขตอำเภอพนัสนิคม จำนวน ๒๑ แห่งมีการดำเนินการผ่านตามเกณฑ์รพ.สต.มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กทุกแห่งในปี ๒๕๖๐ ซึ่งปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีการดำเนินงานรักษาสุขภาพซ้ำ จำนวน ๓ แห่ง ดำเนินงานผ่านการรับรองระดับจังหวัดจำนวน ๓ แห่ง ได้แก่ ๑.รพ.สต.บ้านเข็ช ๒.รพ.สต.หนองปรือ ๓.รพ.สต.หมอนนาง(บ้านหนองไทร)

๒. ตำบลบูรณาการงานกลุ่มวัย

ตำบลในเขตอำเภอพนัสนิคม จำนวน ๒๐ แห่ง มีการดำเนินการผ่านเกณฑ์ตำบลเด็กพัฒนาการดี เริ่มที่นมแม่ ในปี ๒๕๕๖-๒๕๖๐ จำนวน ๑๕ แห่ง ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีตำบลที่ต้องดำเนินการตำบลบูรณาการงานกลุ่มวัย เป้าหมายใหม่ ๕ แห่งและรักษาสุขภาพจำนวน ๒ แห่ง ดำเนินงานผ่านการรับรองระดับจังหวัดจำนวน ๗ แห่ง ได้แก่ ๑.ตำบลหนองขยาด ๒.ตำบลหนองเหียง ๓.ตำบลนาเร็ก ๔.ตำบลนาวังหิน ๕.เทศบาลเมืองพนัสนิคม ๖.ตำบลวัดโบสถ์(รักษาสุขภาพ) ๗.ตำบลหนองปรือ(รักษาสุขภาพ)

๓. นวัตกรรม

มีนวัตกรรมจากรพ.สต.หนองปรือ เรื่องลูกประคบ เพื่อนมแม่ เพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดให้นมบุตรได้อย่างน้อย ๖ เดือน โดยไม่ใช้นมผงเสริม ลดการอักเสบจากการคัดตึงเต้านม ท่อน้ำนมอุดตัน และเต้านมอักเสบ ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ทำให้มารดารู้สึกผ่อนคลาย มารดาหลังคลอดที่มีปัญหาเกี่ยวกับการให้นมบุตรได้รับการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่ทำให้ดำเนินการสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
<p>๑.การทำงานเป็นทีม มีการประชุมวางแผนการทำงานร่วมกันผ่านคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอเพื่อติดตามงานและดำเนินการแก้ไขปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน</p> <p>๒.มีกระบวนการพัฒนาระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก ทั้งในด้าน ANC คุณภาพ ,WCC คุณภาพ,ชมรมจิตอาสาที่มีความเข้มแข็ง</p> <p>๓.การรับส่งต่อข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็กจากรพ.แม่ข่าย สสอ. ให้รพ.สต.อย่างเป็นระบบตลอดจนการกำกับติดตามงานอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>๑.ควรมีการสร้างความรู้/ความเข้าใจในการฝากครรภ์เร็วอย่างต่อเนื่องและการจัดบริการ ANC รายใหม่ที่รพ.สต. อย่างเป็นรูปธรรมและการเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีทักษะในการดำเนินงานแม่และเด็ก</p>

ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ cavity free

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

ตามที่เป้าหมายของประเทศไทยกำหนดให้เด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุมากกว่าร้อยละ ๕๒ จากผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุข คปสอ.ม.พนัสนิคมปี ๒๕๖๑ พบว่าเด็กอายุ ๑๒ ปี มีแนวโน้มอัตราการปราศจากฟันผุเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๖๙.๒๘ เป็นร้อยละ ๘๑.๒๘ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๔.๗๖ เนื่องจากอำเภอพนัสนิคม เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงาน มีการวางแผนในการปฏิบัติงานเพื่อลดความซ้ำซ้อนของงาน ผู้ปกครองและครูให้ความสนใจกับปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กมากขึ้น นอกจากนี้ในสถานบริการสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคมยังให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก,ทาฟลูออไรด์วานิชให้แก่เด็กอายุ ๙ เดือน - ๓ ปี และให้คำแนะนำพร้อมฝึกทักษะการแปรงฟันผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่มารับวัคซีนที่คลินิกเด็กดี ทำให้ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี type ๑และ๓ มีทั้งหมดจำนวน ๒,๙๗๓ คน ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ จำนวน ๒,๗๑๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๔๒ สูงกว่าเป้าหมายจังหวัดชลบุรีที่กำหนดให้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ และมีการสุ่มประเมินตรวจประสิทธิภาพการแปรงฟันสะอาด โดยการยอมเม็ดสีฟันในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๓ และ๔ จากคณะกรรมการระดับอำเภอ ซึ่งพบว่า อำเภอพนัสนิคมมีนักเรียน ป.๓ และ ป.๔ ทั้งหมดจำนวน ๓,๓๑๙ คน ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติจำนวน ๓,๒๓๘ คน จากการตรวจประสิทธิภาพการแปรงฟันสะอาดพบฟันไม่ติดสีเลย จำนวน ๑,๙๐๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๗๔ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายจังหวัดชลบุรีที่กำหนดให้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕ และสูงกว่าผลงานปี ๒๕๖๐ เนื่องจากสถานศึกษาเห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากจึงจัดให้มีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน นอกจากนี้ยังมีสร้างกระแสสังคม เช่น การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันฟันผุ รวมถึงการเข้ารับบริการทางทันตกรรมตามสิทธิ เมื่อพบปัญหาฟันผุ แก่ผู้ปกครองหรือญาติที่มารับบริการในวันคลินิก WBC คลินิก NCD วันประชุมผู้ปกครอง หอกระจายข่าวชุมชน เป็นต้น

ผลการดำเนินงาน

เชิงคุณภาพ : เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒ จาก เด็ก ๑๒ ปีพื้นที่ไม่มีผู้ระดับอำเภอ ปี ๒๕๖๐

หน่วยงาน	ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ผลงาน (พื้นที่ไม่มีผู้)	ร้อยละ	ผลงานปี๖๐	ร้อยละการเพิ่ม	ระดับคะแนน	ประเมินผล	
							ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.บ้านเข็ด	๒๕	๒๑	๘๔	๐	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.หนองขยาด	๒๑	๑๖	๗๖.๑๙	๓๙.๕๓	๔๘.๑๒	๕	√	
รพ.สต.นามะตูม	๒๐	๑๖	๘๐	๗๕	๖.๒๕	๕	√	
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๒๖	๒๑	๘๐.๗๗	๗๖.๙๒	๔.๗๗	๕	√	
รพ.สต.บ้านช้าง	๓๘	๓๐	๗๘.๙๕	๔๐	๔๙.๓๓	๕	√	
รพ.สต.วัดโบสถ์	๑๙	๑๕	๗๘.๙๕	๒๘.๕๗	๖๓.๘๑	๕	√	
รพ.สต.วัดหลวง	๒๑	๑๕	๗๑.๔๓	๕๓.๘๕	๒๔.๖๑	๕	√	
* รพ.สต.ไร่หลักทอง	๔	๔	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.ท่าข้าม	๔๓	๒๙	๖๗.๔๔	๔๕.๘๓	๓๒.๐๔	๕	√	
รพ.สต.โคกเพลาะ	๙	๙	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๓๖	๓๓	๙๑.๖๗	๘๙.๔๗	๒.๓๙	๓	√	
* รพ.สต.หัวถนน	๕๔	๕๔	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.หนองปรือ	๔๒	๕๗	๗๗.๐๓	๖๔.๗๗	๑๕.๙๑	๕	√	
รพ.สต.สระสีเหล็ก	๗๔	๖๗	๗๖.๑๔	๕๕.๒๖	๒๗.๔๒	๕	√	
รพ.สต.หนองเหียง	๘๘	๖๗	๗๖.๑๔	๕๕.๒๖	๒๗.๗๘	๕	√	
รพ.สต.หนองเหียง (บ.ไร่เส้ง)	๑๘	๙	๕๐.๐๐	๓๖.๑๑	๒๗.๗๘	๕	√	
รพ.สต.หมอนนาง	๖๑	๔๙	๘๐.๓๓	๗๔.๖๒	๗.๑๑	๕	√	
รพ.สต.หมอนนาง (บ.หนองไทร)	๖๔	๕๖	๘๗.๕๐	๘๓.๓๓	๔.๗๖	๕	√	
รพ.สต.นาเร็ก	๔๖	๔๒	๙๑.๓๐	๗๘.๕๗	๑๓.๙๔	๕	√	
รพ.สต.นาเร็ก (บ้านเนินแร่)	๓๗	๓๓	๘๙.๑๙	๖๓.๖๔	๒๘.๖๕	๕	√	
รพ.สต.นาวังหิน	๔๖	๓๔	๗๓.๙๑	๕๐	๓๒.๓๕	๕	√	
รพ.พนัสนิคม	๙๐	๖๙	๗๖.๖๗	๙๐.๙๑	ลิดลึง ๑๘.๕๗	๑		√
รวม	๙๐๓	๗๓๔	๘๑.๒๘	๖๙.๒๘	๑๔.๗๖	๕	√	

แหล่งข้อมูล : HDC ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

๑. กระจกคู่หู หนูหนูฟันสวย

๒. งานวิจัย ปัจจัยคัดสรร และ ทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อ.พนัสนิคม

นวัตกรรม ๑. PIP home made ๒. Shade Guide งานฟันเทียม

ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑. กรณีตรวจช่องปากเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาพบมีปัญหาฟันผุ แต่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถดำเนินการให้บริการทางทันตกรรมได้เนื่องจากไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง	๑. สร้างกระแสสังคม เช่น การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันฟันผุ รวมถึงการเข้ารับบริการทางทันตกรรมตามสิทธิ เมื่อพบปัญหาฟันผุ แก่ผู้ปกครองหรือญาติที่มารับบริการในวันคลินิก WBC คลินิกNCD วันประชุมผู้ปกครอง ทอกระจายข่าวชุมชน เฟสบุ๊ก เป็นต้น อย่างต่อเนื่อง
๒. การตรวจประสิทธิภาพการแปรงฟัน ยังพบปัญหาการติดสีอยู่ถึงแม้จะแปรงฟันสะอาดแล้วก็ตามซึ่งเกิดจากการมีคราบหินน้ำลายและการมีฟันผุในช่องปาก	๒. การสอนทักษะแปรงฟันสะอาดต้องควบคู่ไปกับการป้องกันและรักษาฟัน โดยการขูดหินน้ำลายและการอุดฟันในรายที่ฟันผุหรือมีหินน้ำลาย และแนะนำให้มีการเปลี่ยนแปรงสีฟันทุก ๓ เดือน เพื่อการแปรงฟันที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
	๓. พัฒนาศักยภาพทันตสาธารณสุข ให้ดำเนินงานตามหน้าที่ให้เต็มความสามารถแบ่งปันประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สามัคคี ในการบริการร่วมกันเพื่อลดภาระ ช่วยกันดูแลเด็ก

ตัวชี้วัดที่ ๓ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

จากสถิติที่ผ่านมาพบว่า พบว่าอัตราการคลอดของหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี อำเภอพนัสนิคม มีอัตราค่อนข้างสูงแต่เมื่อพิจารณาภายในอำเภอพนัสนิคม พบว่า อัตราคลอดแม้ว่าจะสูงแต่แนวโน้มการคลอดลดลงจากสถิติย้อนหลังพบว่า สถานการณ์การคลอดของหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากปี ๒๕๕๘ ผลงาน ๗๐.๔๔/พัน ปี ๒๕๕๙ ผลงาน ๔๘.๒๗/พัน ปี ๒๕๖๐ ผลงาน ๔๔.๘๒/พัน และปี ๒๕๖๑ ผลงาน ๔๑.๐๗/พัน ทั้งนี้จากการสำรวจอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคนรัก เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ ๒ จำนวน ๔๑๐ คน ปี ๒๕๖๑ พบว่า มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเฉลี่ยอายุ ๑๔ ปี เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วจำนวน ๗๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๒๙ ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกจำนวน ๓๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๒ มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก ในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา จำนวน ๔๘ คน ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรักในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา จำนวน ๑๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓๓ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ทราบว่าวัยรุ่นในอำเภอพนัสนิคม ยังมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยน้อยทำ

ให้เกิดปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในพื้นที่ ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการป้องกันตั้งครุภัณฑ์ควรดำเนินการตั้งแต่ระดับประถมศึกษา รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องการดูแลครุภัณฑ์ที่ถูกต้องเมื่อมีการตั้งครุภัณฑ์นี้เกิดความผิดพลาดท้องในวัยรุ่น

ผลการดำเนินงาน

เชิงเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย :ไม่เกิน ๔๐ ต่อพันการคลอดมีชีพ

หน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตราต่อพัน	คะแนนที่ได้	ประเมินผล	
					ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.บ้านเข็ด	๑๓๖	๓	๒๒.๐๖	๔๐	√	
รพ.สต.หนองขยาด	๑๑๐	๓	๒๗.๒๗	๔๐	√	
รพ.สต.นามะตูม	๖๕	๔	๖๑.๕๔	๕		√
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๑๐๐	๕	๕๐	๕		√
รพ.สต.บ้านช้าง	๒๑๐	๔	๑๙.๐๔	๔๐	√	
รพ.สต.วัดโบสถ์	๖๕	๑	๑๕.๓๘	๔๐	√	
รพ.สต.วัดหลวง	๕๓	๐	๐	๔๐	√	
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๘๑	๒	๒๔.๖๙	๔๐	√	
รพ.สต.ท่าข้าม	๗๑	๓	๔๒.๒๕	๒๐		√
รพ.สต.โคกเพลาะ	๔๘	๐	๐	๔๐	√	
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๑๒๖	๓	๒๓.๘๑	๔๐	√	
รพ.สต.หัวถนน	๑๔๐	๑๓	๙๒.๘๖	๕		√
รพ.สต.หนองปรือ	๑๕๔	๗	๔๕.๔๕	๑๐		√
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๑๗๙	๔	๒๒.๓๕	๔๐	√	
รพ.สต.หนองเหียง	๒๘๓	๗	๒๔.๗๓	๔๐	√	
รพ.สต.หนองเหียง (บ.ไร่เสร์)	๑๓๐	๖	๔๖.๑๕	๕		√
รพ.สต.หมอนนาง	๒๓๒	๖	๒๕.๘๖	๔๐	√	
รพ.สต.หมอนนาง (บ.หนองไทร)	๑๖๑	๘	๔๙.๖๙	๕		√
รพ.สต.นาเว็ก	๑๓๓	๔	๓๐.๐๗	๔๐	√	
รพ.สต.นาเว็ก (บ้านเนินแร่)	๑๑๗	๖	๕๑.๒๘	๕		√
รพ.สต.นาวังหิน	๒๐๗	๑๒	๕๗.๙๗	๕		√
รพ.พนัสนิคม	๑๓๖	๑๓	๓๑.๔๗	๔๐	√	
คลอดที่โรงพยาบาลอื่นๆ ณ มิย.๖๑		๑๘				
รวมอำเภอ	๓,๒๑๔	๑๓๒	๔๑.๐๗	๓๐	√	

แหล่งข้อมูล : HDC ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ระดับระดับสำนักงาน /โรงพยาบาล แห่งละ ๖๐ คะแนน

ระดับสำนักงาน / โรงพยาบาล	กิจกรรม
	(√) มีการวิเคราะห์สถานการณ์/ปัญหา การตั้งครมในวัยรุ่น อายุ ๑๕ – ๑๙ ปี จำแนกรายหน่วยบริการ
	(√) มีคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครมในวัยรุ่น และขับเคลื่อนงาน
	(√) จัดทำแผนงาน/โครงการสอดคล้องกับปัญหาและแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขปัญหการตั้งครมในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙
	(√) ดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และผ่านการรับรองมาตรฐานระดับจังหวัด
	(√) มีการดำเนินงานคลินิกวัยรุ่น (YFHS) และผ่านการรับรองมาตรฐานระดับจังหวัด

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งละ ๖๐ คะแนน

ระดับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล	กิจกรรม
	(√) มีการวิเคราะห์สถานการณ์/ปัญหา การตั้งครมในวัยรุ่น อายุ ๑๕ – ๑๙ ปี จำแนกรายหน่วยบริการ
	(√) มีคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครมในวัยรุ่น และขับเคลื่อนงาน
	(√) จัดทำแผนงาน/โครงการสอดคล้องกับปัญหาและแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขปัญหการตั้งครมในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙
	(√) มีการดำเนินงานคลินิกวัยรุ่น (YFHS)

ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไข้ปัญหา
๑. ผลงานการคุมกำเนิดทุกวิธี และการฝังยาคุมกำเนิด ลดลง เนื่องจากการพูดต่อกันว่า “ฝังยาคุมกำเนิด แล้วประจำเดือนมาจะปริตกะปรอย หลายเดือน” ส่งผลให้อัตราการคลอดซ้ำในวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น	๑. ในการประชาสัมพันธ์รพ.พนัสนิคมให้บริการยาฝังคุมกำเนิดฟรีแก่หญิงไทยอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ให้ชี้แจงถึงผลข้างเคียง และอาการเลือดออกกะปริดกะปรอยหลังฝังยาคุมกำเนิด เพราะหากมีอาการดังกล่าวให้กลับมาพบแพทย์เพื่อรับยา เมื่อทานไปแล้วประจำเดือนจะหายภายใน ๗ วัน
๒. ผู้ปกครองบางส่วนมีเวลาให้กับบุตรหลานน้อยและยังไม่เห็นความสำคัญกับการคุยเรื่องเพศกับลูกเพราะมองว่าเป็นการชี้โพรงให้กระรอก ทำให้ลูกแสวงหาข้อมูลและเรียนรู้ด้วยตนเองจากแหล่งต่างๆโดยเฉพาะจากเพื่อนและสื่อลามก	๒. สร้างกระแสสังคมอย่างต่อเนื่อง เช่น สถานศึกษา คุยเรื่องเพศกับผู้ปกครองในวันประชุมผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ปกครองตระหนัก ใส่ใจ และเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น
หญิงอายุ ๑๕- ๑๙ มีการฝังยาคุมลดลง	ให้ทางเลือกฉีดยาคุมก่อนกลับบ้าน

ตัวชี้วัดที่ ๔ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

อำเภอพนสนนิคม ขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)ตามองค์ประกอบ UCARE ในปัจจุบัน และดำเนินการควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมทุกมิติ (กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ) เน้นกระบวนการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสุขภาพ อำเภอพนสนนิคม เข้าร่วมดำเนินงาน “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” เป็นพื้นที่นำร่อง เน้นการจัดระบบสุขภาพพื้นที่ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๑ มติคณะรัฐมนตรี ให้จัดทำระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ ๒๕๖๑ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ : เกณฑ์เป้าหมาย

เกณฑ์	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
๑.ทุกอำเภอมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ตามร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.....	ทุกอำเภอ	คำสั่ง อำเภอพนสนนิคม ที่ ๒๔๗/๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่อำเภอพนสนนิคม จังหวัดชลบุรี
๒. อำเภอที่มีคุณภาพ คือ อำเภอที่มีการแก้ไขปัญหาตามคุณภาพชีวิตที่ พชอ.เลือกดำเนินการ ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไป ตามองค์ประกอบ UCCAREและแนวทาง DHS-PCA เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพจาก Service Planจนถึงตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	ระดับ ๓ อย่างน้อย ๒ เรื่อง	การแก้ไขปัญหาในพื้นที่อำเภอพนสนนิคม ๓ เรื่อง ๑. การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ๒.การเฝ้าระวังป้องกันโรคฉี่หนู ๓.การป้องกันอุบัติเหตุ

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพนสนนิคม จังหวัดชลบุรี มีสิ่งทีภาคภูมิใจคือ การร่วมมือกันของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมกันบริหารจัดการร่วมกัน จนทำให้เกิดการแก้ปัญหาและการพัฒนาที่ตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
พื้นที่อำเภอพนสนนิคมเป็นพื้นที่ที่มีประชากรเป็นจำนวนมากอยู่กันแบบกระจายการเข้าถึงประชาชนเป็นเรื่องยาก การประชาสัมพันธ์หรือการทํากิจกรรมเข้าไปไม่ถึงซึ่งเป็นปัญหาในการดำเนินงาน	ต้องดำเนินงานไปที่ละก้าว พัฒนาคุณภาพชีวิตจากกลุ่มเล็กสู่กลุ่มใหญ่ให้คนพนสนนิคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ตัวชี้วัดที่ ๕ : ระดับความสำเร็จของอำเภอมิศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์(SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

อำเภพนัสนิคม มีนโยบายเร่งรัดการพัฒนากระบวนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพในทุกกระดับ เพื่อให้ได้มาตรฐานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ และเพื่อรองรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันให้สามารถลดขนาดปัญหา ลดการสูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน ลดปัญหาเชิงเศรษฐกิจและสังคม จากโรคและภัยสุขภาพ จากการประเมินในรอบปีที่ผ่านมา อำเภพนัสนิคมสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย มีประสิทธิภาพ ได้มีการพัฒนาประสิทธิภาพของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) โดยเพิ่มสมรรถนะของทีมปฏิบัติการ (Operation Teams) และทีมตระหนักรู้ (SAT Teams) ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและตาพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ อำเภพนัสนิคม ได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เนื่องจากอำเภพนัสนิคมต้องประสบปัญหาโรคและภัยสุขภาพอยู่เสมอ จึงมีความจำเป็นต้องให้มีศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมที่มีประสิทธิภาพในทุกกระดับ เพื่อให้การปฏิบัติงานสามารถบรรลุเป้าหมาย กล่าวคือ ลดโรค ลดภัย ประชาชนสุขภาพดี

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๔

เกณฑ์เป้าหมาย	ผลงานการดำเนินงาน	รายละเอียด
ระดับ ๔	ระดับ ๕ (๗ ข้อ)	(✓) มีแผนงาน/โครงการ พัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรคและภัยสุขภาพที่ครอบคลุม ได้แก่ โรคติดต่อทางอากาศ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคติดต่ออุบัติใหม่ ระบาดซ้ำเช่น ไข้หวัดใหญ่ MERS Ebola ไข้หวัดนก โรคติดต่อที่เป็นปัญหา ได้แก่ วัณโรค มือเท้าปาก โรคเอดส์
		(✓) จัดทำคำสั่ง ประกอบด้วย ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับอำเภอทีมปฏิบัติการในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ
		(✓) จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ
		(✓) วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ
		(✓) มีการพัฒนา CDCU ให้ครอบคลุมการดำเนินงาน
		(✓) มีคู่มือ/มีการพัฒนา SOP ในการทำงาน
		(✓) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด มีการซ้อมแผน หรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่ (มีการซ้อมแผนโรคติดต่ออย่างน้อย ๑ เรื่อง)

ปัญหา/อุปสรรค ต่อการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑. การประสานและดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานในภาคีเครือข่ายยังขาดความต่อเนื่อง	๑. จัดประชุมหน่วยงานในภาคีเครือข่ายติดตามผลการดำเนินงาน
๒. ภาระหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานในภาคีเครือข่ายอาจทำให้ช่วงเวลาดำเนินงานไม่สอดคล้องกัน	๒. จัดทำแผนผังการดำเนินงานและแบ่งภารกิจหน้าที่หน่วยงานในภาคีเครือข่ายให้ชัดเจน

ตัวชี้วัดที่ ๖ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า จังหวัดชลบุรี มีอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๕๘ เท่ากับ ๔๑.๗๒ ต่อแสนประชากร จำแนกพื้นที่โดยใช้สี่เป็นตัวกำหนด สีแดง = อัตราที่ ๒๒.๓๐ ขึ้นไป สีเหลือง = อัตราที่ ๑๖.๐๐ ถึง ๒๒.๒๙ สีเขียว = อัตราที่ ๐ ถึง ๑๕.๙๙ ทั้งนี้ พบว่าปี ๒๕๕๘ จังหวัดชลบุรี อำเภอที่อยู่ในกลุ่มสีแดงคือ อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอบางละมุง และอำเภอบ่อทอง ส่วนอำเภอในกลุ่มสีเขียวคือ อำเภอพนัสนิคม อำเภอเกาะจันทร์ และอำเภอเกาะสีชัง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม มีอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๓๐ ราย คิดเป็นอัตราราย เท่ากับ ๒๔.๒๖ ต่อแสนประชากร

ผลการดำเนินงาน

เชิงปริมาณ เหนือเป้าหมาย จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ๒๑ % จากฐาน

เฉลี่ยปี ๒๕๕๓-๒๕๕๕ (ค่ามัธยฐาน ๓ ปี (ปี๕๓-๕๕) = ๑๘ ราย)

หน่วยงาน	จำนวนการเสียชีวิตจากค่ามัธยฐาน ๓ ปี (ปี๕๓-๕๕)	จำนวนผู้เสียชีวิตปี๖๑ (คน)	ผลงาน	เกณฑ์การประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.บ้านเข็ด		๑			
รพ.สต.หนองขยาด		-			
รพ.สต.นามะตูม		-			
รพ.สต.ทุ่งขวาง		-			
รพ.สต.บ้านช้าง		๓			
รพ.สต.วัดโบสถ์		๑			
รพ.สต.วัดหลวง		๒			
รพ.สต.ไร่หลักทอง		-			
รพ.สต.ท่าข้าม		๓			
รพ.สต.โคกเพลาะ		๑			
รพ.สต.หน้าพระธาตุ		๔			
รพ.สต.หัวถนน		-			
รพ.สต.หนองปรือ		๔			

หน่วยงาน	จำนวนการเสียชีวิต จากค้ำมัธฐาน ๓ ปี (ปี๕๓-๕๕)	จำนวนผู้เสียชีวิต ปี๖๑ (คน)	ผลงาน	เกณฑ์การประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม		๕			
รพ.สต.หนองเหียง		๕			
รพ.สต.หนองเหียง (บ.ไร่เสธ)		-			
รพ.สต.หมอนนาง		๒			
รพ.สต.หมอนนาง (บ.หนองไทร)		-			
รพ.สต.นาเว็ก		๑			
รพ.สต.นาเว็ก (บ้านเนินแร)		-			
รพ.สต.นาเว็กหิน		-			
รพ.พนัสนิคม		๔			
รวม	๑๘	๓๖	เพิ่มขึ้น ๑๐๐.๐๐		✓

เชิงคุณภาพ ผ่าน ระดับ ๒

เป้าหมาย	ผลงาน	เกณฑ์การประเมิน
ระดับ ๓	ระดับ ๒	(√)ระดับที่ ๑ ชั้นที่ ๑ มีแผนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ
		(√)ระดับที่ ๒ ชั้นที่ ๑ มีแผนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ ชั้นที่ ๒ มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ และมีการ ดำเนินมาตรการการชุมชน
		()ระดับที่ ๓ ชั้นที่ ๑ มีแผนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ ชั้นที่ ๒ มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ และมีการ ดำเนินมาตรการการชุมชน ชั้นที่ ๓ มีรายงานการดำเนินการป้องกันและลดการบาดเจ็บทางถนนอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี ชั้นที่ ๔ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลดลงร้อยละ ≥ ๗ จากค่า Baseline Data (ค้ำมัธฐาน ๓ ปี ปี๕๓-๕๕)
		()ระดับที่ ๔ ชั้นที่ ๑ มีแผนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ ชั้นที่ ๒ มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ ชั้นที่ ๓ มีรายงานการดำเนินการป้องกันและลดการบาดเจ็บทางถนนอย่างต่อเนื่อง ตลอดทั้งปี ชั้นที่ ๕ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลดลงร้อยละ ≥ ๑๔ จากค่า Baseline Data (ค้ำมัธฐาน ๓ ปี ปี๕๓-๕๕)
		()ระดับที่ ๕ ชั้นที่ ๑ มีแผนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ ชั้นที่ ๒ มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ ชั้นที่ ๓ มีรายงานการดำเนินการป้องกันและลดการบาดเจ็บทางถนนอย่างต่อเนื่อง ชั้นที่ ๖ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลดลงร้อยละ ≥ ๒๑ จากค่า Baseline Data (ค้ำมัธฐาน ๓ ปี)

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑. จุดเสี่ยงมีหลายจุดและอยู่ในความดูแลของหลายหน่วยงาน	๑. ใช้รูปแบบของการมีส่วนร่วมคณะกรรมการแก้ไขปัญหาคู่ปรับเหตุทางถนน กำหนดแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาคู่ปรับเสี่ยงในหน่วยงานที่รับผิดชอบ
๒. การเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่จะไม่ได้อยู่ในช่วงรณรงค์ (๗ วันอันตราย) ตามเทศกาลช่วงวันหยุดยาว	๑. ดำเนินมาตรการรณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ๒. พัฒนาระบบ EMS การคัดกรองและช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุ พัฒนาทักษะของพยาบาลวิชาชีพเวชกิกฉุกเฉิน พนักงานขับรถและเจ้าหน้าที่มูลนิธิ ๓. พัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วย

ตัวชี้วัดที่ ๗ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

อำเภอพนัสนิคมเป็นอำเภอที่มีสภาพสังคมในลักษณะของสังคมเกษตรกรรม สังคมหัตถกรรม และเป็นเมืองท่องเที่ยว รวมถึงอยู่ในพื้นที่เขตส่งเสริมระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ซึ่งปัจจุบันอำเภอพนัสนิคมมีสถานประกอบการด้านอาหาร และสถานที่จำหน่ายหรือสะสมอาหาร ดังนี้

๑. มีร้านจำหน่ายอาหารสด	จำนวน ๗๑	ร้าน
๒. ตลาดประเภทที่ ๑	จำนวน ๒	แห่ง
๓. ตลาดประเภทที่ ๒	จำนวน ๑๖	แห่ง
๔. ร้านอาหารและแผงลอย	จำนวน ๔๓๔	ร้าน
๕. โรงอาหารในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก	จำนวน ๑๐๗	แห่ง
๖. โรงอาหาร/โรงครัวในโรงพยาบาล	จำนวน ๑	แห่ง
๗. สถานที่ผลิตน้ำบริโภคและน้ำแข็ง	จำนวน ๔๐	แห่ง
๘. ร้านค้าชำ/สถานที่จำหน่ายน้ำบริโภคฯ	จำนวน ๔๙๓	แห่ง

ปัจจุบันยังคงพบปัญหาการเกิดพิษภัยในอาหารทั้งการปนเปื้อนจุลินทรีย์ที่ก่อให้เกิดโรค หรือการนำสารเคมีที่เป็นอันตรายมาใช้ในอาหาร ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพหากมีการใช้ในปริมาณที่สูง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม ได้ตระหนักถึงภาระความรับผิดชอบที่มีความสำคัญยิ่ง จึงได้ดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยด้านอาหาร ตรวจสอบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารครอบคลุมพื้นที่ทั่วอำเภอพนัสนิคม ดังนั้นเพื่อความเข้มแข็งในการกำกับดูแลและการคุ้มครองผู้บริโภค จึงได้ดำเนินกิจกรรมสำรวจสถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยของอาหารและเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน

จากการดำเนินงานการตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านเคมีของอำเภอพนัสนิคมในช่วง ๓ ปีล่าสุด ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ พบว่าสถานการณ์การปนเปื้อนสารเคมี ๖ ชนิด ได้แก่ บอแรกซ์ สารกันรา สารฟอกขาว สารเร่งเนื้อแดง และยาฆ่าแมลงตกค้างในผักและผลไม้ สถานการณ์โดยรวมพบว่า ปี ๒๕๕๘ การสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารตรวจสอบความปลอดภัยด้านเคมีด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น จำนวน ๓๙๐ ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๓๘๗ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๒๓ ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๓ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๗ ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๓๙๓ ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๓๙๐ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๒๔ ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๓ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๖ และปี ๒๕๖๐ จำนวน

๖๔๙ ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๖๔๘ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๘๕ ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๑ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๕ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง

ผลการดำเนินงาน

เชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละของหน่วยงานระดับอำเภอผ่านเกณฑ์อาหารปลอดภัย ร้อยละ ๙๕

จำนวนหน่วยงาน (แห่ง)	จำนวนหน่วยงานผ่านเกณฑ์ อาหารปลอดภัย (แห่ง)	ร้อยละ	เกณฑ์การประเมิน	
			ผ่าน	ไม่ผ่าน
๒๒	๒๒	๑๐๐.๐๐		✓

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๔

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม ผลงานระดับ ๕

- (/) ขั้นตอนที่ ๑ มีแผนงาน/ โครงการเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหาร
- (/) ขั้นตอนที่ ๒ มีสรุปผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน
- (/) ขั้นตอนที่ ๓ มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน/โครงการ
- (/) ขั้นตอนที่ ๔ มีข้อเสนอแนะ/แนวทาง หรือขั้นตอนในการพัฒนางาน/โครงการ
- (/) ขั้นตอนที่ ๕ มีนวัตกรรมในการดำเนินงาน หรืออ่านการนำเสนอผลงานระดับจังหวัด

โรงพยาบาลพนัสนิคม ผลงานระดับ ๔

- (/) ขั้นตอนที่ ๑ มีแผนงาน/ โครงการเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย
- (/) ขั้นตอนที่ ๒ มีการสรุปผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน
- (/) ขั้นตอนที่ ๓ มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน/โครงการ
- (/) ขั้นตอนที่ ๔ มีข้อเสนอแนะ/แนวทาง หรือขั้นตอนในการพัฒนางาน/โครงการ
- () ขั้นตอนที่ ๕ มีนวัตกรรมในการดำเนินงาน หรือผ่านการนำเสนอผลการดำเนินงานระดับจังหวัด

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

ร้านอาหาร The Rock (เดอะร็อก) ผ่านการติดตาม เกณฑ์ร้านอาหารไทย ปลอดภัย สุขภาพดี (CFGT Plus) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม และเทศบาลตำบลหมอนนาง

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑. ผู้ประกอบการ ยังขาดความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้บริโภค สืบเนื่องจากการไม่รักษามาตรฐานหลังผ่านการอบรมหรือประเมินตามมาตรฐานจากเจ้าหน้าที่แล้ว	อบรมและประเมินทุกปี แม้ร้านจะผ่านมาตรฐานแล้วก็ตาม โดยการอบรมกำหนดเป็น ๑ ครั้ง/ปี แต่การประเมินตามมาตรฐาน ให้กำหนดเป็น ๑ ครั้ง/ปี และสถานที่ผลิตอาหารประเภทน้ำบริโภคฯและน้ำแข็งที่ไม่ได้มาตรฐาน ถูกดำเนินการตามกฎหมายตาม Compliance Policy เพื่อให้ผู้ประกอบการมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเองตามมาตรฐานอยู่เสมอ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๒. ผู้บริโภค บางส่วนมีความรู้แต่ไม่ปฏิบัติ แต่ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการบริโภค อย่างไรให้ปลอดภัยจากโรคอยู่	เพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการบริโภคให้ถึงประชาชนในพื้นที่มากขึ้น โดยประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน ร่วมกับพลังเครือข่ายในชุมชน เช่น ออ.น้อย แกนนำ อสม. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ชมรมคุ้มครองผู้บริโภคระดับตำบล เป็นต้น ในการช่วยเป็นหูเป็นตาในการสอดส่องภัยอันตรายจากการบริโภคในชุมชนและช่วยให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับชาวบ้าน รวมทั้งแจ้งเบาะแสให้เจ้าหน้าที่ทราบอีกด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๘: อำเภอฟันสนิคม มีอำเภอฟันสนิคมผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการครบ ๖ ประเด็น

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

อำเภอฟันสนิคม มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๑ แห่ง จากการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๐ ประเด็นอำเภอฟันสนิคมผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ และมีผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินครบทั้ง ๖ ประเด็น โดยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้แผนบูรณาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน ดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษด้านสิ่งแวดล้อม

ผลการดำเนินงาน

เชิงคุณภาพ เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๓

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ตัวชี้วัด	เป้าหมายระดับ	ผลงานระดับ	ผลการประเมิน	
			ผ่าน	ไม่ผ่าน
ระดับ ๑ ๑) มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ระดับ ๒ ๑) ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ ๒) มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยผ่านคณะกรรมการสาธารณสุขอำเภอ ตาม พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕	ระดับ ๓	ระดับ ๕	มี	
ระดับ ๓ ๑) ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ ๒) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐			ร้อยละ ๑๐๐	
ระดับ ๔ ๑) ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๒) มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์GREEN & CLEAN			มี	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ระดับ	ผลงาน ระดับ	ผลการประเมิน	
			ผ่าน	ไม่ผ่าน
<p>๓) อำเภอมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดชุมชนต้นแบบ ที่มีที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active or GREEN and CLEAN Communities) หรือ ชุมชน จัดการพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม (Hot Zone : มลพิษทางอากาศ ประเภท ฝุ่นหิน) หรือ พื้นที่เสี่ยงผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม จากพื้นที่ระเปียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก EEC</p> <p>ระดับ ๕ ๑) ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔</p> <p>๒) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดบริการอาชีวอนามัยของแรงงานในชุมชน ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ และมีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐</p>			<p>ชุมชน ๒๑ แห่ง ผ่าน ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>- จัดบริการ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>- อาชีวเวชกรรม ร้อยละ ๐.๔</p>	

โรงพยาบาลพนสนิคม เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๕

- (✓) พัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพระดับดีขึ้น
- (✓) รพ.พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ G&C hospital
- (✓) (๓) ส่งเสริม/สนับสนุนให้เกิดชุมชนต้นแบบที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน/หรือชุมชนจัดการพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม/หรือพื้นที่เสี่ยงผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ EEC
- (✓) มีผลการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรใน รพ. ผ่านเกณฑ์
- () มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพื้นฐานขึ้นไป ภายใน ๓ ปีที่ผ่านมา

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

- การจัดการบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร
- โครงการหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร ๑๐๐% ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (กำลังดำเนินการโครงการ)
- จัดให้มีเกษตรอินทรีย์ ใน รพ.พนสนิคมปลูกพืชผักสวนครัวและผลไม้ เพื่อให้หน่วยโภชนาการปรุงอาหารบริการผู้ป่วย

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑.) การบันทึกข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น เนื่องจากมีการเพิ่มระบบฐานข้อมูลใหม่เข้ามา	๑.) พัฒนาระบบฐานข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (NEHIS) อย่างต่อเนื่องทุกเดือน
๒.) ขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างนวัตกรรม GREEN กับเครือข่ายในชุมชน	๒.) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานนวัตกรรม GREEN กับเครือข่ายในพื้นที่ และขยายผลสู่ชุมชนอื่นต่อไป
๓.) ชุมชนยังไม่ทราบถึงหลักเกณฑ์การพัฒนาชุมชนเข้มแข็งด้านสิ่งแวดล้อม	๓.) จัดประชุมชี้แจงเกณฑ์การพัฒนาชุมชนเข้มแข็งด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อชุมชนจะได้รับทราบเกณฑ์ที่จะต้องดำเนินการ และพัฒนาต่อไป
๔.) บุคลากรขาดความรู้ด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	๔.) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานท้องถิ่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัดที่ ๙ : ชื่อตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของอำเภอในการจัดการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

อำเภอพนัสนิคม ได้ดำเนินการค้นหาเชิงรุกภายใต้ยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย ตามพระราชปณิธานของศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ฟ้าหญิงจุฬารัตน์วลัยลักษณ์ มีการทำ MOU ร่วมกัน ในระดับอำเภอ/พื้นที่ มีการประสานแผนงาน จัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างเครือข่าย เพื่อการเฝ้าระวังโรค เพื่อการติดตามผู้สัมผัสโรคได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค/ได้รับ Rig ตามเกณฑ์ กรณีไม่มีผู้เสียชีวิต เมื่อพบว่าพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอพนัสนิคมได้มีการเปิด EOC บูรณาการทำงานจนปัญหาลด โดยมีมาตรการเร่งรัดดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมการให้วัคซีน และแก้ปัญหาในพื้นที่ ผลตรวจสุนัขเป็น Positive ส่วนในกรณีมีผู้เสียชีวิต เมื่อเกิดโรคในพื้นที่ ได้มีทีมตอบโต้ได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ มีการเปิดศูนย์ EOC มีการรายงานผู้บังคับบัญชาในกรณีสงสัยอย่างเร่งด่วน ลงพื้นที่ในการสอบสวนและควบคุมโรคภายใน ๒๔ ชั่วโมง มีการค้นหาผู้สัมผัสโรคเพื่อมารับการฉีดวัคซีน ภายใน ๔๘ ชั่วโมง และดำเนินการควบคุมโรคได้โดยไม่เกิดโรคเพิ่มในพื้นที่เดียวกัน ในระยะ ๖ เดือน

ผลการดำเนินงาน เกณฑ์เป้าหมาย รวมเชิงปริมาณและคุณภาพ ระดับ ๔

หน่วยงาน	คะแนนข้อที่ ๑	คะแนนข้อที่ ๒	คะแนนข้อที่ ๓	รวมคะแนน	ระดับ	ผลการประเมิน	
						ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.บ้านเข็ด	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.หนองขยาด	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.นามะตูม	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	

หน่วยงาน	คะแนน ข้อที่ ๑	คะแนน ข้อที่ ๒	คะแนน ข้อที่ ๓	รวม คะแนน	ระดับ	ผลการประเมิน	
						ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.บ้านช้าง	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.วัดโบสถ์	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.วัดหลวง	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.ท่าข้าม	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.โคกเพลาะ	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.หัวถนน	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.หนองปรือ	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.หนองเหียง	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.หนองเหียง (บ้านไร่เสด็จ)	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.หมอนนาง	๕๐	๒๕	๒๕	๕๐	๕	/	
รพ.สต.หมอนนาง (บ้านหนองไทร)	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.นาเริก	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.นาเริก (บ้านเนินแร่)	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.สต.นาวังหิน	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รพ.พนัสนิคม	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๕	/	
รวม	๕๐	๒๕	๒๕	๑๐๐	๑	/	

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

๑. การให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาของหน่วยงานและภาคีเครือข่าย ในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) และการทำข้อตกลงร่วมของเครือข่าย(MOU) ในการปฏิบัติงาน

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑. ประชาชนบางส่วน ยังขาดความเข้าใจ/ตระหนักในการนำสัตว์เลี้ยงของตนไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค	ประสานเจ้าหน้าที่ให้ความรู้โดยตรงกับกลุ่มประชาชน
๒. ประชาชนผู้เลี้ยงสุนัข ยังขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องและครบถ้วนหลัง	รณรงค์ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า การลดความเสี่ยงไม่ให้ถูกสุนัข/แมว กัด (คาถา ๕ ย ออย่าแห่)

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
ถูกสัตว์เลี้ยง ตนเอง กัด ข่วน เลียบาดแผล	อย่าเหยียบ อย่าแหยก อย่าหยิบ อย่ายุ่ง) และการปฏิบัติตนหลังถูกสุนัข/แมว กัดข่วน เลียบาดแผล อย่างต่อเนื่อง
๓. ปัญหา สุนัข/แมว ไม่มีเจ้าของ (สุนัข/แมวจรจัด)	ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการควบคุมจำนวนสุนัข/แมว

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ : ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

จังหวัดชลบุรี ดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ สอดคล้องกับแผนการพัฒนาระบบบริการรองรับนโยบายลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้สามารถดูแลประชาชนแบบองค์รวม ภายใต้การดำเนินงานทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ตามนโยบายคนไทยมีทีมหมอครอบครัว ประจำตัวทุกคน เรือ่น “ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีมหมอครอบครัว” ตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ จนถึงปัจจุบัน ในระยะเริ่มแรกพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานปฐมภูมิทุกวิชาชีพ ให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนที่รับผิดชอบ โดยใช้ชื่อว่า “นักสุขภาพครอบครัว” ต่อมาในปี ๒๕๕๘ ปรับเปลี่ยนชื่อเรียกเป็น “หมอประจำครอบครัว” หรือ “ทีมหมอครอบครัว” ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน ดูแลประชาชน ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน พร้อมด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ทันตแพทย์ ทันตภิบาล เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด พร้อมด้วย ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข ทีมอาสาสมัครประจำครอบครัว ที่ดูแลประชาชนตามสัดส่วน ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย (WECANDO) หรือ ๕ กลุ่มวัยในปัจจุบัน โดยใช้กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในการบริหารจัดการของเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (DHS: District Health System)

อำเภอพนัสนิคม เริ่มมีการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ตามประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาคความ เป็นเลิศใน ๔ ด้าน ในด้านการจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและการบริการเป็นเลิศ (Service Excellen) โดยในปี ๒๕๖๑ โดยเปิดบริการที่ รพ.สต.หัวถนน รับผิดชอบตำบลหัวถนน ตำบลสระสีเหลือง ตำบลหนองเหียง และตำบลหนองปรือ ดูแลประชากรรวม ๒๖,๕๕๙ คน ตามเกณฑ์การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ได้ดำเนินการจัดตั้งทีมหมอครอบครัว จำนวน ๒ ทีม ได้แก่ ทีมที่ ๑ รพ.สต.หัวถนน,รพ.สต.สระสีเหลือง ดูแล ประชากรรวม ๙,๕๐๔ คน และทีมที่ ๒ รพ.สต.หนองเหียง ดูแลประชากรรวม ๘,๕๐๐ คน (ทีมที่ ๓ รพ.สต.หนองเหียง(บ้านไร่เสร์),รพ.สต.หนองปรือ ยังไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากขาดแพทย์ FM/แพทย์ที่ผ่านการอบรม)

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ จำนวนของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ๒ ทีม

เปิดดำเนินการ ๑ PCC คือ PCC รพ.สต.หัวถนน เป็น ๑ Cluster ดูแลประชากร ๒๖,๕๕๙ คน ประกอบด้วยทีมหมอครอบครัวเปิดจำนวน ๓ ทีม (เปิดบริการจำนวน ๒ ทีม) ได้แก่ FCT รพ.สต.หัวถนน,รพ.สต.สระสีเหลือง และ FCT รพ.สต.หนองเหียง และกำลังพัฒนาอีก ๑ ทีม คือ FCT รพ.สต. หนองเหียง(บ้านไร่เสร์),รพ.สต.หนองปรือ ซึ่งยังไม่มี แพทย์ FM/แพทย์ที่ผ่านการอบรม (รอเข้ารับการอบรม) ในการดำเนินงานตามเกณฑ์การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๓

- (✓) ขั้นตอนที่ ๑ มีแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ๑๐ ปี ตามเกณฑ์การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว
- (✓) ขั้นตอนที่ ๒ ข้อมูลทีมหมอครอบครัวและคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิดบริการตั้งแต่ปี ๕๙-๖๑ มีข้อมูลบุคลากรตามเกณฑ์ กำหนด (Staff) กรณียังไม่มีบุคลากรตามเกณฑ์ให้จัดทำแผนการสรรหาบุคลากร ส่วนขาด,มีข้อมูล System และ Structure
- (✓) ขั้นตอนที่ ๓ ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตาม Primary Service Package ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
- () ขั้นตอนที่ ๔ ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตาม Primary Service Package ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
- () ขั้นตอนที่ ๕ ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตาม Primary Service Package ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

- รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเตรียมพร้อมก่อนตาย ทุกฝ่ายมีสุข (รพ.สต.หัวถนน)
- กองทุนธนาคารกายอุปกรณ์เพื่อผู้ป่วยที่มีภาวะพังผืด (รพ.สต.หนองเหียง)
- โครงการหมอถึงบ้านพยาบาลถึงเรือน (รพ.สต.หนองเหียง)

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑.ขาดแคลนอัตรากำลังตามกรอบโครงสร้างบุคลากร เช่น แพทย์ FM	- ผลิตพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและกำลังคนด้านปฐมภูมิรองรับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (PCC) - ขยาย/เพิ่มศักยภาพสถาบันสมทบการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อรองรับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (PCC) - การวางแผนแม่บทในการพัฒนาระยะยาวของจังหวัด เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และสอดคล้องกับอัตรากำลังแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีอยู่และผลิตเพิ่มได้
๒.ขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าของวิชาชีพ	- สร้างแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อจูงใจบุคลากรในการดำเนินงานหมอครอบครัวมากขึ้น

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(non-communicable diseases) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาหลายประการจนถึงขั้นสูญเสียชีวิต นอกจากนี้ยังอาจเกิดทุพพลภาพตามมาและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยเองรวมถึงสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักควบคุมโรคไม่ได้ จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๔๖-๒๕๕๕ พบว่าอัตราการตายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ การที่ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงไม่

สามารถควบคุมน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หัวใจ หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง จากข้อมูลปี ๒๕๕๙ ปี ๒๕๖๐ ปี ๒๕๖๑(ต.ค.๖๐-มิ.ย.๖๑) ของจังหวัดชลบุรี พบว่าคลินิกบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ ๒๕.๗๙,๓๐.๐๑,๓๐.๐๗และ๑๙.๘๘,๒๒.๘๔,๒๑.๑๔ ตามลำดับและจากข้อมูลปี ๒๕๕๙ ปี ๒๕๖๐ ปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-มิ.ย.๖๑) ของอำเภอนนทบุรี พบว่าคลินิกบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ ๑๘.๘๓,๓๒.๖๗,๓๑.๙๑และ ๓๓.๗๑,๓๑.๖๔,๓๒.๙๖ ตามลำดับ แหล่งอ้างอิงข้อมูล จาก HDC ซึ่งในเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการของคลินิก NCD ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐ และร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนหนึ่งยังไม่เข้าถึงระบบบริการด้านสาธารณสุข/ขาดนัด/รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ/ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย ๑๑.๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมได้ $\geq 40\%$ (HbA1c ครึ่งสุดท้ายน้อยกว่า ๗ mg%)

หน่วยงาน	จำนวนผู้ป่วย DM ทั้งหมด	ได้รับการตรวจ	จำนวนที่ควบคุมได้	ร้อยละ	ผลการประเมิน	
					ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๓๑๕	๒๑๕	๑๐๙	๓๔.๖		/
รพ.สต.วัดหลวง	๒๒๑	๑๕๘	๗๗	๓๔.๘๔		/
รพ.สต.บ้านเข็ด	๒๔๙	๑๕๖	๗๒	๒๘.๙๒		/
รพ.สต.นาเร็ก	๒๖๒	๑๗๔	๘๒	๓๑.๓		/
รพ.สต.เนินแร่	๓๑๒	๑๙๕	๗๘	๒๕		/
รพ.สต.หนองไทร	๓๒๔	๒๑๕	๗๙	๒๔.๓๘		/
รพ.สต.หมอนนาง	๔๔๐	๒๘๙	๑๓๘	๓๑.๓๖		/
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๓๕๒	๒๗๓	๑๖๖	๔๗.๑๖	/	
รพ.สต.วัดโบสถ์	๒๓๘	๑๗๒	๙๕	๓๙.๙๒		/
รพ.สต.หัวถนน	๓๓๘	๒๕๔	๑๒๙	๓๘.๑๗		/
รพ.สต.ท่าข้าม	๑๙๔	๑๒๔	๔๗	๒๔.๒๓		/
รพ.สต.หนองปรือ	๓๗๖	๓๒๐	๒๓๒	๖๑.๗	/	
รพ.สต.หนองขยาด	๒๒๖	๑๖๑	๘๓	๓๖.๗๓		/
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๒๘๑	๒๐๕	๙๘	๓๔.๘๘		/
รพ.สต.หนองเหียง	๕๗๖	๓๕๖	๑๓๙	๒๔.๑๓		/
รพ.สต.ไร่สีร์	๑๗๑	๑๑๗	๓๕	๒๐.๔๗		/
รพ.สต.นาวังหิน	๓๗๓	๒๓๐	๑๑๓	๓๐.๒๙		/
รพ.สต.บ้านช้าง	๔๒๓	๒๕๒	๑๑๖	๒๗.๔๒		/
รพ.สต.โคกเปลาะ	๒๖๒	๑๘๓	๖๙	๒๖.๓๔		/
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๒๐๙	๑๔๒	๖๔	๓๐.๖๒		/
รพ.สต.นามะตูม	๑๔๕	๑๐๒	๔๖	๓๑.๗๒		/
รพ.พนสนิม	๘๘๔	๖๐๖	๒๗๘	๓๑.๔๕		/
รวม	๗,๑๗๑	๔,๘๙๙	๒,๓๔๕	๓๒.๗๐		/

แหล่งข้อมูล : HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย ๑๑.๒ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้ $\geq 50\%$ (ค่าระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท.)

หน่วยงาน	จำนวนผู้ป่วยHTทั้งหมด	ได้รับการตรวจ	จำนวนที่ควบคุมได้	ร้อยละ	ผลการประเมิน	
					ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๖๔๒	๕๑๓	๓๑๐	๔๘.๒๙		/
รพ.สต.วัดหลวง	๕๑๘	๔๑๒	๒๖๔	๕๐.๙๗	/	
รพ.สต.บ้านเข็ด	๔๘๖	๓๐๖	๑๔๘	๓๐.๔๕		/
รพ.สต.นาเวียง	๖๔๑	๓๕๙	๑๗๓	๒๖.๙๙		/
รพ.สต.เนินแร่	๗๑๙	๔๐๑	๒๐๔	๒๘.๓๗		/
รพ.สต.หนองไทร	๖๙๘	๓๘๘	๑๘๗	๒๖.๗๙		/
รพ.สต.หมอนนาง	๘๖๔	๕๒๐	๓๕๖	๔๑.๒		/
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๘๐๔	๗๐๒	๕๑๗	๖๔.๓	/	
รพ.สต.วัดโบสถ์	๕๐๔	๓๙๕	๒๘๑	๕๕.๗๕	/	
รพ.สต.หัวถนน	๘๖๓	๕๙๕	๒๙๗	๓๔.๔๑		/
รพ.สต.ท่าข้าม	๔๐๖	๒๕๐	๑๕๘	๓๘.๙๒		/
รพ.สต.หนองปรือ	๘๔๔	๖๕๑	๔๕๘	๕๔.๒๗	/	
รพ.สต.หนองขยาด	๕๖๘	๔๙๔	๓๗๖	๖๖.๒	/	
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๕๙๙	๓๗๖	๑๖๘	๒๘.๐๕		/
รพ.สต.หนองเหียง	๑๕๔๖	๗๑๗	๓๕๙	๒๓.๒๒		/
รพ.สต.ไร่สำเภา	๕๐๔	๒๐๙	๑๐๓	๒๐.๔๔		/
รพ.สต.นาวังหิน	๗๗๗	๔๕๕	๒๑๕	๒๗.๖๗		/
รพ.สต.บ้านช้าง	๙๒๔	๕๑๔	๒๙๕	๓๑.๙๓		/
รพ.สต.โคกเปลาะ	๔๖๕	๓๐๕	๑๖๐	๓๔.๔๑		/
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๕๔๗	๓๑๓	๑๖๑	๒๙.๔๓		/
รพ.สต.นามะตูม	๓๑๖	๑๘๐	๘๐	๒๕.๓๒		/
รพ.พนัสนิคม	๑๙๕๙	๑๐๗๕	๔๖๕	๒๓.๗๔		/
รวม	๑๖,๑๙๔	๑๐,๑๓๐	๕,๗๓๕	๓๕.๔		/

แหล่งข้อมูล : HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

๑. นวัตกรรมกระจกส่องเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน PCU วัดโบสถ์
๒. รูปแบบการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในคลินิก NCD สสอ.พนัสนิคม

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑.เป้าหมายจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในฐานข้อมูล HDC ใน Type ๑และ Type ๓ ในพื้นที่อำเภอพนสนิมคม มากกว่าข้อมูลให้บริการอยู่จริง ปัญหาที่พบเนื่องจากส่วนที่ ๑ ผู้ป่วยไปรักษานอกพื้นที่ต่างโรงพยาบาลทำให้การลงข้อมูลการรักษายังไม่ครบถ้วน ส่วนที่ ๒ แพทย์ผู้วินิจฉัยโรคบางรายเมื่อพบว่ากลุ่มเสี่ยงบางรายมาด้วยอาการแต่ยังไม่ได้มีการตรวจยืนยันซ้ำแต่แพทย์วินิจฉัยลงในข้อมูล ๔๓ แพ้ม แล้วส่งออกแต่กลุ่มเสี่ยงไม่ได้ป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ส่วนที่ ๓	๑.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข(Health Data Center)อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง (ได้มีการจัดประชุมไปเมื่อระหว่างวันที่ ๒๕-๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๑) หนึ่งห้องประชุมสุขสด สุข.ชลบุรี กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประชุม คือ ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล,แม่และเด็ก และNCD ระดับอำเภอเพียงอย่างเดียว ควรจะมีการพัฒนาจัดประชุมให้กับ รพ.สต.ที่เป็นหน่วยบริการ PCU เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการเคลียร์ฐานข้อมูลให้ครอบคลุม ครบถ้วน ถูกต้อง
๒.ผู้ป่วยบางรายขาดความตระหนักรู้ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓๐ ๒๕ ๑๖	๒.จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓๐ ๒๕ ๑๖ ให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงการให้บริการ โดยเน้นกลุ่มป่วยที่เสี่ยงระดับ ๐,๑,๒ ก่อน รายบุคคล รายกลุ่ม และมีการประเมินหลังปรับเปลี่ยน
๓.PCU บางแห่งยังขาดการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวันคลินิก NCDเป็นทีมภาพโซน	๓.พัฒนาระบบและรูปแบบการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวันคลินิก NCD
๔.ผู้ป่วยเบาหวานต้องคัดกรอง ตา ไต เท้าไม่สามารถตรวจคัดกรองได้ปริมาณที่มากเท่าที่ตั้งเป้าไว้ได้ทุกตัว โดยเฉพาะคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต(รพ)	๔.ขอให้ผู้รับผิดชอบพิจารณาปรับลดความท้าทายลง

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ชื่อตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในเขตจังหวัดชลบุรี มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติปี ๒๕๕๗-๒๕๖๐ พบผู้ป่วยจำนวน ๑๕๕๖, ๑๒๒๗, ๒๒๗๘, ๒๐๗๔ รายตามลำดับ โรงพยาบาลชลบุรีสามารถให้บริการผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลภายในเวลา ๔.๕ ชั่วโมง ด้วยระบบ stroke fast tract เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ ทำให้ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงได้จากอดีต แต่เนื่องจากประชาชนทั่วไปยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะมีอาการผิดปกติใด ที่จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลไม่ทันเวลาที่จะได้รับยาละลายลิ่มเลือดส่งผลให้โอกาสที่จะมีอาการดีขึ้นลดลง

ในปี ๒๕๖๑ อำเภอพนสนิมคม พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๒๑๘ ราย ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันในช่วงเวลา Golden period ๔.๕ ชม. จำนวน ๙๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๒๘ และพบผู้ป่วยตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๑๓ คน คิดเป็น ร้อยละ ๕.๙๖ และพบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง ๑๐.๕๑ ต่อแสนประชากร

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย ลดอัตราการตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองน้อยกว่า ร้อยละ ๗

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) (คน)	ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (คน)	ร้อยละ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
๒๗๔	๑๙	๖.๙๓	๓	√	

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๓

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ระดับ ๕

- (✓) ระดับ ๑ มีข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ย้อนหลัง ๓ ปี และมีข้อมูลปัจจุบัน
- (✓) ระดับ ๒ มีข้อ ๑ และมีแผนกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign ในชุมชน
- (✓) ระดับ ๓ มีข้อ ๑-๒ และมีการควบคุมกำกับให้ รพ.สต. มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เชิงรุกในชุมชน \geq ร้อยละ ๘๐
- (✓) ระดับ ๔ มีข้อ ๑-๒ และมีการควบคุมกำกับให้ รพ.สต. มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เชิงรุกในชุมชน \geq ร้อยละ ๙๐
- (✓) ระดับ ๕ มีข้อ ๑-๒ และมีการควบคุมกำกับให้ รพ.สต. มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เชิงรุกในชุมชน \geq ร้อยละ ๑๐๐

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ระดับ ๔

- (✓) ระดับ ๑ มีข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มเสี่ยง CVD Risk ย้อนหลัง ๓ ปี และมีข้อมูลปัจจุบัน
- (✓) ระดับ ๒ มีแผนการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign อย่างน้อยในกลุ่มต่อไปนี้
 - ๑.กลุ่มเสี่ยง เช่น CVD Risk
 - ๒.กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข/จิตอาสาและชมรมต่างๆ
 - ๓.กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - ๔.อื่นๆ เช่น นักเรียน
- (✓) ระดับ ๓ มีการดำเนินงานแผนการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign และจัดกิจกรรมเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง
- (✓) ระดับ ๔ มีข้อ ๑-๓ และร้อยละผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในเวลา ๔.๕ ชั่วโมง น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐
- () ระดับ ๕ มีข้อ ๑-๓ และร้อยละผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในเวลา ๔.๕ ชั่วโมง $>$ ร้อยละ ๔๐

โรงพยาบาลพนัสนิคม ผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ระดับ ๒

- (✓) ๑.มีข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในระบบ Fast track และการวิเคราะห์ความเสี่ยงในกรณีมี AE ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปีที่ผ่านมาและในรอบปีปัจจุบัน
- (✓) ๒.มีการวางแผนการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยโรคที่สำคัญในพื้นที่อำเภอมีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign ในชุมชนร่วมกับอำเภอ

() ๓. มีข้อ ๑-๒ และมีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Goldenperiod) ภายใน ๔.๕ ชม และ door to refer= ๓๐ นาที) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ และมีการวิเคราะห์ ปัญหาความเสี่ยง (RCA)

() ๔. มีข้อ ๑-๒ และมีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Goldenperiod) ภายใน ๔.๕ ชม และ door to refer= ๓๐ นาที) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ มีการวิเคราะห์ ปัญหาความเสี่ยง (RCA)

() ๕. มีข้อ ๑-๒ และมีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Golden period) ภายใน ๔.๕ ชม และ door to refer= ๓๐ นาที) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ และมีการวิเคราะห์ ปัญหาความเสี่ยง (RCA)

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑. ผู้ป่วยบางรายไม่มียานพาหนะในการมาโรงพยาบาล	- พัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย โดยประสานงานความร่วมมือจากองค์กรภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ ร่วมกำหนดแนวทางในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
๒. ผู้ป่วยบางรายมารับการรักษาไม่ทันภายใน ระยะเวลา ๔.๕ ชั่วโมง	- เพิ่มแนวทางการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เพื่อเพิ่มความตระหนัก และให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมารับรักษาให้ทันตามระยะเวลา - จัดทำป้ายสติ๊กเกอร์ประชาสัมพันธ์เพิ่มเติม
๓. การส่งต่อภายในเวลา ๓๐ นาที ยังไม่ได้ทุก Case ที่มา รพ.	๑. จัดทำ Standing order เพื่อเป็นแนวทางที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ๒. การเตรียมความพร้อมของพาหนะที่ใช้ส่งต่อมีการจัดตั้ง CT scan ในโรงพยาบาลเพื่อใช้ส่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยได้เร็วขึ้น

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

ตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะปี ๒๕๖๐					ร้อยละ
	จำนวนผู้ป่วย	ผลงานการใช้ยาปฏิชีวนะ	ร้อยละ	จำนวนรพ.สต.ทั้งหมด	จำนวนรพ.สต.ผ่านเกณฑ์	
โรคระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	๒๑,๗๑๗	๒,๘๗๕	๑๓.๒๔	๒๑	๑๙	๙๐.๔๘
โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	๑,๔๐๐	๕๗๐	๔๐.๗๑	๒๑	๔	๑๙.๐๕

ผลการดำเนินงาน

เชิงปริมาณ (แสดงผลการดำเนินงานแยกรายหน่วยบริการและภาพรวมอำเภอ)

ร้อยละของรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคURIและAD ในผู้ป่วยนอก <๒๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

หน่วยบริการ	รวมทั้งปีงบประมาณ		ไตรมาส ๑		ไตรมาส ๒		ไตรมาส ๓		ไตรมาส ๔	
	URI	AD	URI	AD	URI	AD	URI	AD	URI	AD
๐๑๘๖๖ รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๑.๑๓	๐.๐๐	๒.๒๑	๐.๐๐	๑.๘๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐
๐๑๘๖๗ รพ.สต.วัดหลวง	๑.๓๗	๖.๗๔	๐.๖๖	๕.๕๖	๒.๐๑	๐.๐๐	๐.๐๐	๘.๓๓	๓.๐๖	๑๓.๗๙
๐๑๘๖๘ รพ.สต.บ้านเข็ด	๗.๓๒	๙.๐๙	๕.๘๐	๐.๐๐	๖.๔๕	๑๔.๒๙	๔.๗๖	๑๔.๒๙	๑๐.๙๖	๐.๐๐
๐๑๘๖๙ รพ.สต.นาเว็ก	๓.๕๗	๑๙.๖๑	๕.๘๒	๖๐.๐๐	๘.๓๘	๑๗.๘๖	๑.๐๙	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐
๐๑๘๗๐ รพ.สต.นาเว็ก (บ้านเนินแร่)	๒.๒๐	๒.๐๔	๓.๑๙	๙.๐๙	๑.๐๖	๐.๐๐	๒.๙๙	๐.๐๐	๑.๙๘	๐.๐๐
๐๑๘๗๑ รพ.สต.หมอนนาง (บ้านหนองไทร)	๕.๒	๑๐.๘๔	๙.๐๙	๒๖.๓๒	๘.๓๑	๑๐.๒๖	๒.๐๗	๑.๖๗	๐.๗๑	๕.๕๖
๐๑๘๗๒ รพ.สต.หมอนนาง	๘.๘๖	๑๙.๓๔	๑๑.๒๒	๘๐.๐๐	๑๒.๔๑	๑๕.๐๐	๖.๐๙	๔.๘๘	๔.๖๓	๑๔.๒๙
๐๑๘๗๓ รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๔.๒๑	๑๒.๒๔	๖.๘๘	๒๓.๐๘	๘.๕๓	๒๑.๘๘	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๓๓	๘.๗๐
๐๑๘๗๔ รพ.สต.วัดโบสถ์	๒.๐๙	๐.๐๐	๑.๘๒	๐.๐๐	๕.๕๖	๐.๐๐	๐.๘๐	๐.๐๐	๐.๖๔	๐.๐๐
๐๑๘๗๕ รพ.สต.หัวถนน	๑๔.๗๓	๙.๓๘	๑๘.๘๐	๖๖.๖๗	๑๙.๐๘	๑๘.๗๕	๖.๒๑	๙.๐๙	๑๑.๓๙	๐.๐๐
๐๑๘๗๖ รพ.สต.ท่าข้าม	๒.๖๖	๔.๓๕	๕.๙๕	๐.๐๐	๑.๗๔	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๑.๙๗	๙.๐๙
๐๑๘๗๗ รพ.สต.หนองปรือ	๘.๐๘	๗.๑๘	๘.๐๙	๑๔.๘๑	๙.๓๓	๖.๑๕	๘.๓๑	๒.๘๖	๖.๕๑	๗.๔๑
๐๑๘๗๘ รพ.สต.หนองขยาด	๒.๙๖	๗.๕๓	๒.๗๗	๑๔.๒๙	๓.๕๗	๑๒.๕๐	๓.๒๖	๔.๖๕	๒.๔๓	๐.๐๐
๐๑๘๗๙ รพ.สต.ทุ่งขวาง	๒.๙๘	๑๗.๙๕	๓.๙๒	๖๐.๐๐	๘.๘๖	๑๖.๖๗	๐.๐๐	๒๓.๘๑	๐.๐๐	๐.๐๐
๐๑๘๘๐ รพ.สต.หนองเหียง	๗.๑	๓๓.๓๓	๘.๖๕	๔๑.๖๗	๘.๙๙	๓๓.๓๓	๘.๑๕	๑๖.๖๗	๑.๕๔	๐.๐๐
๐๑๘๘๑ รพ.สต.หนองเหียง (บ้านไร่เสร์)	๔.๔	๘.๘๙	๖.๖๐	๐.๐๐	๕.๔๔	๑๐.๓๔	๕.๕๖	๐.๐๐	๑.๒๗	๓๓.๓๓
๐๑๘๘๒ รพ.สต.นาวังหิน	๕.๔๗	๒๐.๔๕	๔.๒๗	๒๘.๕๗	๙.๑๑	๒๘.๑๓	๕.๔๗	๑๑.๑๑	๓.๔๙	๕.๘๘
๐๑๘๘๓ รพ.สต.บ้านช้าง	๓.๓๘	๑๒.๑๒	๔.๖๗	๕๐.๐๐	๕.๐๙	๐.๐๐	๐.๙๐	๐.๐๐	๒.๒๖	๐.๐๐
๐๑๘๘๔ รพ.สต.โคกเพลาะ	๒.๓๒	๖.๙	๔.๐๕	๐.๐๐	๒.๔๑	๒๐.๐๐	๑.๙๒	๐.๐๐	๑.๐๘	๐.๐๐
๐๑๘๘๕ รพ.สต.ไร่หลักทอง	๑.๙๖	๓๗.๕๐	๑.๒๐	๓๓.๓๓	๐.๐๐	๐.๐๐	๓.๖๔	๗๕.๐๐	๓.๒๕	๒๘.๕๗
๐๑๘๘๖ รพ.สต.นามะตุ้ม	๒.๓	๐.๐๐	๓.๘๕	๐.๐๐	๑.๓๗	๐.๐๐	๑.๗๙	๐.๐๐	๒.๗๘	๐.๐๐
จำนวน รพ.สต.ทั้งหมด		๒๑		๒๑		๒๑		๒๑		๒๑
จำนวนรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์		๑๘		๑๑		๑๘		๑๙		๑๙
คิดเป็นร้อยละ		๘๕.๗๑		๕๒.๓๘		๘๕.๗๑		๙๐.๔๘		๙๐.๔๘

วันที่ประมวลผล : ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

สรุป รพ.สต.มีการดำเนินงานพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ผ่านเกณฑ์ขั้นที่ ๑ จำนวน ๑๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๑ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ระดับ โรงพยาบาล เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๓

(√)ระดับ ๑ มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU และรายงานผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดทุกเดือนในระบบรายงานเฉพาะกิจ โดยโรงพยาบาลขนาดตั้งแต่ M๑ ขึ้นไปมีคณะกรรมการ AMR และแผนปฏิบัติการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)ของ รพ.

(√)ระดับ ๒ ผ่านระดับ ๑ และมีกิจกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลและสู่ชุมชน

(√) ระดับ ๓ ผ่านระดับ ๒ และผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ ๑(RDU ขั้นที่ ๑) โดยโรงพยาบาลขนาดตั้งแต่ M๑ ขึ้นไปมีการจัดทำรายงานตามกิจกรรมการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในข้อ ๒-๔

() ระดับ ๔ ผ่านระดับ ๓ และผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ ๒(RDU ขั้นที่ ๒) โดยโรงพยาบาลขนาดตั้งแต่ M๑ ขึ้นไปมีการจัดทำรายงานตามกิจกรรมการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในข้อ ๒-๕

() ระดับ ๕ ผ่านระดับ ๔ และมีนวัตกรรม/R๒R/ผลงานวิชาการที่สามารถเป็นแบบอย่างหรือนำเสนอแลกเปลี่ยนในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพที่ ๖ โดยโรงพยาบาลขนาดตั้งแต่ M๑ ขึ้นไปมีการจัดทำรายงานตามกิจกรรมการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในข้อ ๒-๖

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ระดับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนสนิคม เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๒

จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด (แห่ง)	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง)	ร้อยละ	ผลงาน (ระดับ)	เกณฑ์ประเมินระดับ สสอ.
๒๑	๑๖	๗๖.๑๙	๓	(/) ระดับ ๑ จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค (/) ระดับ ๒ จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค (/)ระดับ ๓ จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค () ระดับ ๔ จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วง

จำนวนหน่วย บริการทั้งหมด (แห่ง)	จำนวนหน่วย บริการ (แห่ง)	ร้อยละ	ผลงาน (ระดับ)	เกณฑ์ประเมินระดับ สสอ.
				เฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค () ระดับ ๕ จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

- มีนวัตกรรมจากรพ.สต.ท่าข้าม เรื่อง ATB Syrup Circle เพื่อให้เด็กผู้มารับบริการในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับปริมาณยาปฏิชีวนะ ตามสัดส่วนที่ถูกต้องเหมาะสม ก่อให้เกิดความสะดวก ต่อเจ้าหน้าที่ผู้ทำการรักษา และลดระยะเวลาในการคำนวณขนาดยาในเด็ก อีกทั้งลดความเสี่ยงที่อาจ เกิดจากการจ่ายยาผิดพลาดในเด็กป่วยที่มารับการรักษาที่รพ.สต. ด้วย

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่ทำให้ดำเนินการสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
<p>๑.มีการบูรณาการ งานเภสัชกรรมและ RDU ร่วมกับการ พัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดตาม โดยการจัดอบรมฟื้นฟู ความรู้ พัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรม และRDU ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑</p> <p>๒.มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดย ผ่านการประชุมประจำเดือนสำหรับผู้บริหารและการ ตรวจสอบประเมินกำกับติดตามงานในการใช้ยาปฏิชีวนะผ่าน การตรวจสอบภายในระดับอำเภอในรพ.สต.ทุกแห่ง</p> <p>๓.มีการสนับสนุนสื่อโปสเตอร์แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผลในโรค URI , AD และบาดแผลสดจาก สสจ.</p>	<p>ควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ ประชาชนเรื่องการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างสม เหตุผลอย่างต่อเนื่องและขยายการดำเนินงานลง สู่ชุมชน</p>
<p>๓.ในปี ๒๕๖๑ รพ.ตั้งเป้าหมายให้การดำเนินงานผ่าน เกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๒ แต่ยังไม่สามารถผ่านเกณฑ์ชั้นที่ ๒ ได้ เนื่องจากผลงานในตัวชี้วัดเรื่องการเข้ายาปฏิชีวนะใน โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนฯ โรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน บาดแผลสดจากอุบัติเหตุยังไม่ผ่านเกณฑ์(รพ)</p>	<p>-มีการส่งข้อมูลผลการดำเนินงานกลับไปยัง องค์กรแพทย์ เพื่อให้พิจารณาการสั่งใช้ให้สม เหตุ</p> <p>-การปรับเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสด จากอุบัติเหตุ ไม่ควรนับรวมข้อมูลที่เป็นบาดแผล จากการถูกสัตว์กัด เนื่องจากเป็นกลุ่มอาการที่มี ความจำเป็นต้องใช้ปฏิชีวนะอยู่แล้ว</p>

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

ในปี ๒๕๖๑ พบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI จำนวน ๓๐ ราย จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลา Golden period ๑๒ ชั่วโมง จำนวน ๓๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI จำนวน ๗ ราย

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๑๐

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ทั้งหมดที่เข้ารับรักษา ใน รพ. (คน)	ผู้ป่วยโรค STEMI เสียชีวิต (คน)	ร้อยละ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
๓๐	๗	๒๓.๓๓	๑		√

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๓

โรงพยาบาลพนสนิคม ผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ระดับ ๒

(√) ระดับ ๑ มีข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในระบบ Fast track และการวิเคราะห์ความเสี่ยงในกรณีมี AE ของผู้ป่วย STEMI ในปีที่ผ่านมาและในรอบปีปัจจุบัน

(√) ระดับ ๒ มีการวางแผนการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยโรคที่สำคัญในพื้นที่อำเภอมีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เชิงรุกในชุมชนร่วมกับอำเภอ

() ระดับ ๓ มีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Golden period ภายใน ๑๒ ชม และทำ EKG ภายใน ๑๐ นาที) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ และ มีการวิเคราะห์ปัญหาความเสี่ยง (RCA)

() ระดับ ๔ มีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์(Golden period)ภายใน ๑๒ ชม , KG ภายใน ๑๐ นาที) ร้อยละ ๘๐-๙๐ และมีการวิเคราะห์ปัญหาความเสี่ยง(RCA)

() ระดับ ๕ มีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์(Goldenperiodภายใน ๑๒ ชม และทำEKG ภายใน ๑๐ นาที) มากกว่าร้อยละ ๙๐ และมีการวิเคราะห์ปัญหาความเสี่ยง (RCA)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ระดับ ๕

(√) ระดับ ๑ มีข้อมูลผู้ป่วย STEMI และกลุ่มเสี่ยง CVD ย้อนหลัง ๓ ปี และมีข้อมูลปัจจุบัน

(√) ระดับ ๒ มีข้อ ๑ และมีแผนกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign ในชุมชน

(√) ระดับ ๓ มีข้อ ๑-๒ และมีการควบคุมกำกับให้ รพ.สต. มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เชิงรุกในชุมชน \geq ร้อยละ ๘๐

(√) ระดับ ๔ มีข้อ ๑-๒ และมีการควบคุมกำกับให้ รพ.สต. มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เชิงรุกในชุมชน \geq ร้อยละ ๙๐

(√) ระดับ ๕ มีข้อ ๑-๒ และมีการควบคุมกำกับให้ รพ.สต. มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เชิงรุกในชุมชน \geq ร้อยละ ๑๐๐

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ระดับ ๕

(√) ระดับ ๑ มีข้อมูลผู้ป่วย STEMI และกลุ่มเสี่ยง CVD Risk ย้อนหลัง ๓ ปี และมีข้อมูลปัจจุบัน

(√) ระดับ ๒ มีแผนการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign อย่างน้อยในกลุ่มต่อไปนี้

๑.กลุ่มเสี่ยง เช่น CVD Risk

- ๒.กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข/จิตอาสาและชมรมต่างๆ
- ๓.กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ๔.อื่นๆ เช่น นักเรียน

(√) ระดับ ๓ มีการดำเนินงานแผนการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign และจัดกิจกรรมเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง

(√) ระดับ ๔ มีข้อ ๑-๓ และร้อยละผู้ป่วยสงสัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในเวลา ๑๒ ชั่วโมง ร้อยละ ๘๐-๙๐

(√) ระดับ ๕ มีข้อ ๑-๓ และร้อยละผู้ป่วยสงสัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในเวลา ๑๒ ชั่วโมง > ร้อยละ ๙๐

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินในการอ่าน EKG STEMI ได้

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑.ประชาชนยังไม่ตระหนักถึงอันตรายจากการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI	-ประชาสัมพันธ์และสร้างความตระหนักแก่ชุมชนและเครือข่าย - สร้างเครือข่ายกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการสื่อสารกับประชาชน และจัดรับบริการ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน
๒ .door to depature time คือระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง รพ.จนได้รับการ Refer เพื่อไปทำ PCI ยัง รพ.ที่มีศักยภาพ เช่น รพ.ชลบุรี ,รพ.จุฬารัตน์ ๓ ,รพ. พญาไทศรีราชา ๓.การ Consult case STEMI ทุกรายจะต้อง Consult ศูนย์ Refer รพ.ชลบุรีก่อน เมื่อศูนย์ refer รพ.ชลบุรีส่ง line EKGต่อไปให้อายุรแพทย์โรคหัวใจ รพ.ชลบุรีแล้วเราจะต้องรอรพ.ชลบุรีตอบกลับมาก่อนทุกครั้ง ถ้า รพ.ชลบุรีไม่เปิดห้องสวนหัวใจหรือห้องสวนหัวใจไม่ว่างจึงจะมาบอกให้ รพ.ที่ ส่งConsult ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปทำการสวนหัวใจที่ใดเช่น พญาไทศรีราชาหรือจุฬารัตน์ ๓ ซึ่งทางรพ.ที่ Consultต้องเสียเวลาเพิ่มขึ้นในการโทรไป Consult ใหม่ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้นจึงทำให้ระยะเวลาตั้งแต่มา รพ.จนได้รับการส่งต่อออกจาก รพ.ในระยะเวลาสั้นขึ้น ซึ่งตามตัวชี้วัดใช้เวลาไม่เกิน ๓๐ นาทีและระยะเวลา Consultที่นานทำให้ระยะเวลาตั้งแต่ มารพ.จนได้รับยา SK นานขึ้นด้วย	ประสานเพื่อพัฒนาแนวทางไปในกลุ่มservice plan

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ชื่อตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย โรงพยาบาลระดับ M (วัดเฉพาะ ๕ กลุ่มโรค)

๑. Inguinal hernia, Femoral hernia
๒. Hydrocele
๓. Hemorrhoid
๔. Vaginal bleeding
๕. อื่นๆ ตามศักยภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลพนัสนิคมได้รับการประเมินจากคณะกรรมการระดับเขต ในวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยดำเนินการตามแนวทาง. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery และคู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient Safety)

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (ราย)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (ราย)	ร้อยละ	ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑๑	๖	๕๔.๕๔	๕	√	

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่ทำให้ดำเนินการสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
ไม่มี	ไม่มี

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ : ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

อำเภอพนัสนิคม มีโรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่ง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒๑ แห่ง โดยมีโรงพยาบาลพนัสนิคม มีบริการนวดไทยและผ่านมาตรฐาน รพ.สส.พท. ร้อยละ ๑๐๐ มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบันที่แผนกผู้ป่วยนอกและมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร การให้บริการรักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค ไ้มเกรน ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์/อัมพาต ภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น มีกรอบรายการยาสมุนไพรที่ใช้สำหรับบริการไม่น้อยกว่า ๓๐ รายการ และมีการจัดบริการการแพทย์ทางเลือก(ฝังเข็ม) ซึ่งทางโรงพยาบาลพนัสนิคมยังมีการจัดบริการแพทย์แผนไทยแบบ One Stop Service เป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย เป็นศูนย์ทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ ประเภทการแพทย์แผนไทย ศูนย์ต้นแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์พื้นบ้าน(คลินิก ลด ละ เลิก บุหรี่) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด ๒๑ แห่ง มีการจัดบริการการจ่ายยาสมุนไพร การให้สุศึกษา เช่น การออกกำลังกายด้วยท่า ฤาษีตัดตน การทำสมาธิบำบัด เป็นต้น รวมไปถึงการจัดสวนสมุนไพรใน รพ.สส. และมุมให้ความรู้การใช้ยาสมุนไพร

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๒๐

ลำดับ	หน่วยงาน	จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด	ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	ระดับคะแนน	เทียบเกณฑ์	
						ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑	รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๖,๖๐๗	๒,๗๔๙	๔๑.๖๑	๕	√	
๒	รพ.สต.วัดหลวง	๕,๐๔๙	๑๙๐๑	๓๗.๖๕	๕	√	
๓	รพ.สต.บ้านเข็ด	๑,๕๕๑	๔๘๓	๓๑.๓๔	๕	√	
๔	รพ.สต.นาเวียง	๓,๖๒๑	๑๔๔๔	๓๙.๘๘	๕	√	
๕	รพ.สต.บ้านเนินแร่	๖,๓๒๔	๑,๙๒๙	๓๐.๕๕	๕	√	
๖	รพ.สต.บ้านหนองไทร	๘,๑๑๔	๒,๕๘๘	๓๑.๙	๕	√	
๗	รพ.สต.หมอนนาง	๙,๑๒๖	๒,๗๘๗	๓๐.๕๔	๕	√	
๘	รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๑๐,๙๔๘	๓,๕๑๔	๓๒.๑	๕	√	
๙	รพ.สต.วัดโบสถ์	๓,๕๙๕	๒,๐๕๐	๕๗.๐๒	๕	√	
๑๐	รพ.สต.หัวถนน	๑๓,๙๔๙	๔,๖๗๖	๓๓.๕๒	๕	√	
๑๑	รพ.สต.ท่าข้าม	๓,๗๕๐	๒๓๖๕	๖๓.๐๗	๕	√	
๑๒	รพ.สต.หนองปรือ	๑๐,๓๗๑	๓,๒๒๓	๓๑.๑๘	๕	√	
๑๓	รพ.สต.หนองขยาด	๖,๖๒๗	๒,๒๒๓	๓๓.๕๔	๕	√	
๑๔	รพ.สต.ทุ่งขวาง	๒,๑๙๙	๗๓๑	๓๓.๒๔	๕	√	
๑๕	รพ.สต.หนองเหียง	๘,๓๐๕	๒,๘๓๕	๓๔.๑๔	๕	√	
๑๖	รพ.สต.บ้านไร่เสรี	๑,๘๑๐	๕๕๑	๓๐.๔๔	๕	√	
๑๗	รพ.สต.นาวังหิน	๗,๔๕๐	๓๘๘๓	๕๒.๑๒	๕	√	
๑๘	รพ.สต.บ้านช้าง	๕,๒๔๖	๑๘๙๘	๓๖.๑๘	๕	√	
๑๙	รพ.สต.โคกเพลาะ	๒,๕๖๑	๑๗๐๓	๖๖.๕	๕	√	
๒๐	รพ.สต.ไร่หลักทอง	๒,๓๐๑	๘๘๒	๓๘.๓๓	๕	√	
๒๑	รพ.สต.นามะตูม	๑,๔๔๓	๔๓๖	๓๐.๒๑	๕	√	
ภาพรวม รพ.สต.		๑๒๐,๙๓๗	๔๔,๘๕๑	๓๗.๐๙			
๒๒	รพ.พนัสนิคม	๒๕๗,๖๖๗	๓๐,๐๐๗	๑๑.๖๕	๔๑,๓๔๑	๒๖๕,๓๘๗	๑๕.๕๗
รวม		๔๒๕,๙๐๒	๗๔,๘๕๘	๑๗.๕๗	๕	√	

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑.ตัวชี้วัด จำนวนครั้งที่มารับบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ ๒๐สาเหตุ เนื่องจากรพ.พนสนิม มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขาโดยจะขยายขนาดจากระดับ M๒ ไปเป็นระดับ M๑ทำให้มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก ในการให้บริการของกลุ่มงานแพทย์แผนไทยไม่สามารถผ่านตัวชี้วัดในระดับ M๒ ได้เนื่องตัวชี้วัดในระดับ M๒= ร้อยละ ๒๐ ของผู้ป่วยนอก แต่ระดับM๑ = ร้อยละ ๑๐ ของผู้ป่วยนอก เท่านั้น	จัดให้บริการเพิ่มโดยสอนสุขศึกษาในคลินิกผู้ป่วยนอก และ คลินิก ANC
๒.การขาดแคลนบุคลากรทางด้านบริการแพทย์แผนไทย ๓.ไม่สามารถให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยได้ครบคลุม นอกจากการจ่ายยาสมุนไพร และการให้ความรู้ เช่น การใช้ยาสมุนไพร การฝึกการบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตน การฝึกสมาธิบำบัด ๔.การใช้ยาสมุนไพรยังไม่สามารถทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ตามเป้าหมาย	-ให้มีการจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น และต้องบันทึกข้อมูลควบคุมกันไป -จัดทำสื่อความรู้ด้านการใช้ยาสมุนไพร -อบรมให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยให้กับ อสม. และประชาชน -ควรใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาบัญชีหลักเพิ่มมากขึ้น -เน้นปลูกฝังให้ชาวบ้านมองเห็นคุณค่าของสมุนไพร -ควรเริ่มจากสิ่งที่ใกล้ตัวก่อน เช่น การปลูกสมุนไพรในบ้าน การทำน้ำสมุนไพร

ตัวชี้วัดที่ ๑๗ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (ราย)	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง (ราย)	ร้อยละ	ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
๒,๗๑๕	๙๒	๓.๓๘	๑	√	

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๕

เกณฑ์การประเมิน	ผลงาน	รายละเอียดเกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพ
ระดับ ๕	ระดับ ๕	(√) ระดับ ๑ โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับS ขึ้นไป (√) ระดับ ๒ (ดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๑) ๑. มีการรวบรวมอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมงในปี ๒๕๕๙, ๒๕๖๐ เป็นข้อมูลพื้นฐาน ๒. วิเคราะห์โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต

เกณฑ์การประเมิน	ผลงาน	รายละเอียดเกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพ
		๓. Audit เพื่อค้นหาสาเหตุ ๔. วางแผนการพัฒนาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต (√)ระดับ ๓ (ดำเนินงานขั้นตอนที่ ๑ , ๒) ๑.มีการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน ๒. มีรายงานผลการปฏิบัติงานตามแผนเชิงประจักษ์ (√)ระดับ ๔ (ดำเนินงานขั้นตอนที่ ๑ , ๒ ,๓) ๑.มีผลการประเมินทุก ๑ เดือน ๒.อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F๒ ลดลงจากค่า Baseline ปี๖๐ ร้อยละ ๑-๕ (√)ระดับ ๕ ดำเนินงานขั้นตอนที่ ๑ , ๒ ,๓ , ๔ ๑.มีผลการประเมินทุก ๑ เดือน ๒.อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปน้อยกว่าร้อยละ ๑๒

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

๑. พัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วย โดยแวนป้ายสีตามระบบ Emergency Severity index (ESI)
๒. ประเมิน Case CPR ทุกรายตามแบบฟอร์ม เพื่อพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
๓. เพิ่มเครื่องมือแพทย์ เพื่อใช้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และฉุกเฉิน เช่น NIBP Monitor ติดผนัง ผ่านจอคอมพิวเตอร์
๔. กลุ่มผู้ป่วย HI /Stroke Non Fast Track การส่งต่อลดลง เนื่องจาก รพ. สามารถ CT Scan ได้เอง
๕. พัฒนาระบบความปลอดภัยของ จนท. โดยการใช้ประตูอัตโนมัติ

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑. พบผู้ป่วยล้นที่ตึกอุบัติเหตุ ๒. Admit ล่าช้า ๓. อัตราเสียชีวิตสูง พบว่า OHCA นำส่งโดยญาติ ๔. อัตราเสียชีวิตสูง พบว่า OHCA จากพยาธิสภาพของผู้ป่วย ประชาสัมพันธ์ ๑๖๖๙	-

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ ๘๕

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่มีผลการรักษาหาย(คน)	จำนวนผู้ป่วยที่มีผลการรักษาครบ(คน)	จำนวนผู้ป่วยรักษาล้มเหลว/ขาดยา(คน)	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต (คน)	กำลังรักษา	โอนออก	ร้อยละ
๓๐	๔	๑๔	๒	๓	๖	๑	๘๐%

ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๖๑

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

๑. นวัตกรรมปฏิทินยาของฉัน ต้องตาต้องใจใส่ใจสุขภาพ ด้วยตัวเอง (รพ.สต.หนองขยาด)
๒. คู่มือปฏิทินกินยา (รพ.สต. สระสี่เหลี่ยม)
๓. จัดระบบติดตามคนไข้ในชุมชนกรณีผู้ป่วยผิวดำทางโทรศัพท์/ทางไลน์เจ้าหน้าที่ (โรงพยาบาลพนสนิมคม)
๔. นำยาไปให้ ทำ DOT ประสานผู้นำชุมชนเพื่อช่วยเหลือปัญหาด้านการเดินทาง (โรงพยาบาลพนสนิมคม)

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑. ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ไม่แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ติดตามผู้ป่วยไม่ได้ / ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ ๒. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ทำงานนอกพื้นที่หรือเร่ร่อนมีปัญหาในการคัดกรองและการติดตามการรักษาเมื่อเป็นโรค	๑. พัฒนาระบบการประสานงานเครือข่ายระดับจังหวัด, ประเทศโดยใช้ระบบ IT การดูแลต่อเนื่องที่มีระบบการใช้เครือข่ายชุมชน
๓. ผู้ป่วยวิมโรคส่วนใหญ่เป็นผู้ยากไร้เมื่อเจ็บป่วยต้องหยุดงานขาดรายได้ ขาดผู้ดูแล มีผลทำให้ผู้ป่วยขาดนัด/ขาดยาได้ง่าย	๒. ควรจัดให้มีกองทุนสนับสนุนค่าเดินทางมาโรงพยาบาล จากหน่วยงานอื่นๆ
๔. คนไข้ที่ไม่ใช่สัญชาติไทย ที่จะขาดยาเนื่องจากกลับประเทศเดิม	๓. วางระบบ มาตรการการรักษาผู้ป่วยที่เป็นต่างด้าว

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการองค์กรโดยนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการ พัฒนาองค์กร ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดในแผน ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ ๒๐ ปียุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการที่ ๓๙ โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพตัวชี้วัดที่ ๖๓ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของ ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายความสำเร็จการ ดำเนินการในระดับ หน่วยงานส่วนกลางร้อยละ ๖๐ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ ๖๐ และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ ๒๐ ตามลำดับ และได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดในคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข นั้น

ในการดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทาง เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) PMQA ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนสนิมคม โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เน้น ดำเนินการใน หมวดบังคับ คือ หมวด ๑ การนำองค์กร และหมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร โดยมีสรุปผลความก้าวหน้าการ ดำเนินงาน PMQA ของหน่วยงานใน รอบ ๓,๖,๙ และ ๑๒ เดือน

เกณฑ์เป้าหมาย : ผ่านระดับ ๓

เป้าหมายการดำเนินงาน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ผลการดำเนินงาน
ระดับ ๓	ระดับ ๕	√ (๑) มีการจัดตั้งคณะกรรมการ และมีการประชุมคณะกรรมการเพื่อจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน	-จัดตั้งคณะกรรมการ ตามคำสั่งเลขที่ / -มีการคณะกรรมการจัดประชุมเพื่อจัดทำลักษณะขององค์กร
		√ (๒) มีการประเมินองค์กรด้วยตนเองในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน	-ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ ภาคบังคับ ๒ หมวด(หมวด ๑, หมวด ๕) ตอบคำถาม ๑๓ ข้อ
		√ (๓) มีการจัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน	จัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวด ๑ จำนวน ๓ แผนดังนี้ หมวด ๕ จำนวน ๓ แผนดังนี้
		√ (๔) อำเภอดำเนินการกระบวนการข้อ ๑-๓ และจัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน	จัดทำตัวชี้วัดสะท้อนผลลัพธ์ในหมวด๗.๓ ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร จำนวน ๕ ตัวชี้วัดและหมวด๗.๔ ผลลัพธ์ด้านการนำองค์การและการกำกับดูแล จำนวน ๕ ตัวชี้วัด
		√ (๕) อำเภอมิผลการดำเนินงานตามแผนและตัวชี้วัดที่กำหนดผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ และมีกระบวนการดำเนินการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ	มีสรุปผลการปฏิบัติตามตัวชี้วัด ในหมวด ๗.๓ ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร จำนวน ๕ ตัวชี้วัดและหมวด๗.๔ ผลลัพธ์ด้านการนำองค์การและการกำกับดูแล จำนวน ๕ ตัวชี้วัด

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
แนวทางการปฏิบัติงานยังไม่ถูกถ่ายทอดมาถึงผู้ปฏิบัติยังเชื่อมโยงความเข้าใจไม่ตรงกัน	-ต้องพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานให้รู้และเข้าใจการดำเนินงานพัฒนาระบบราชการ -การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของหน่วยงานต้องใช้เวลาในการศึกษาการดำเนินงานในแต่ละหมวด

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ : ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านการรับรองคุณภาพ รพ.

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

โรงพยาบาลพนัสนิคมได้รับรอง HA accredit ครั้งล่าสุดและหมดอายุเมื่อวันที่ ๔ ก.พ.๖๑ ได้รับการตรวจประเมินรับรองคุณภาพ HA re-accredit วันที่ ๒๑-๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ผลการประเมิน จาก สรพ.ผ่านการรับรองเมื่อวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๑ กำหนดระยะเวลา ๓ ปี

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ เกณฑ์เป้าหมาย ผ่านการรับรอง HA ผ่านชั้น ๓ (ระดับ ๕)

หน่วยบริการ	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลงาน	เกณฑ์การประเมิน	
			ผ่าน	ไม่ผ่าน
โรงพยาบาลพนัสนิคม	HA ผ่านชั้น ๓ (ระดับ ๕)	HA ผ่านชั้น ๓ (ระดับ ๕)	√	

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

ผลงานวิจัยที่ได้นำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขต เครือข่ายบริการที่ ๖ เดือนสิงหาคม ปี ๒๕๕๘ จำนวน ๒ เรื่อง ได้แก่ เรื่อง ผลของการนัดแบบราชสำนักในการรักษากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อส่วนบนของผู้มารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี และเรื่องการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยในที่ใช้ยารักษาโรคลมชัก โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

ผลงานที่ได้นำเสนอระดับจังหวัด ปี ๒๕๕๘ มีจำนวน ๒ เรื่อง ได้แก่ เรื่อง ผลของการนัดแบบราชสำนักในการรักษากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนของผู้มารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพนัสนิคม , ปัจจัยที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช่วง ๑๒ สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพนัสนิคม

ผลงานวิจัยที่ได้นำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขต เครือข่ายบริการที่ ๖ ปี ๒๕๕๙ ได้รับรางวัลชนะเลิศ เรื่อง การรักษาโรคสะเก็ดเงินของหมอนพื้นบ้าน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

ผลงานที่ได้นำเสนอระดับจังหวัด ปี ๒๕๕๙ มีจำนวน ๔ เรื่อง ได้แก่ เรื่อง การดูแลผู้ป่วย Stroke แบบผสมผสาน , ป้องกันหญิงตกเลือดหลังคลอด , ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด และมือจับช่วยชีวิต

ผลงานวิชาการที่ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอที่โรงพยาบาลชลบุรี ในการจัดประชุมวิชาการ R๒R ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี ๒๕๕๙ คือ เรื่อง กระโจนท์หมัก , เรื่อง การปรับปรุงการสื่อสาร ประเมินผู้ป่วยได้รับยาความดัน , เรื่อง ป้องกันการเกิดหลอดเลือด Phlebitis และ เรื่อง พัฒนาเครื่องมือประเมินสุขภาพผู้ป่วย ๔ มิติ

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่ทำให้ดำเนินการสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
-	๑.พัฒนาการทบทวนตัวชี้วัดระดับ รพ. ให้ครอบคลุมบริบทเพื่อมุ่งสู่โรงพยาบาลระดับ M๑ ๒.ทบทวน/ตามรอย ครอบคลุมกลุ่ม refer in, refer out,ทรุดลง นำมาวางระบบป้องกันแก้ไข

ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน จึงพัฒนาเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รพ.สต.ติดดาว ๕ ดี ประกอบด้วย บริหารดี ประสานงานดี ภาควิชามีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ แบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันโรค พิ้นฟูและคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและดูแลตนเองได้

ในปี ๒๕๖๐ อำเภอพนสนิมคม มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ระดับ ๕ ดาว แล้วจำนวน ๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๒๙ และในปี ๒๕๖๑ ได้มีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ทั้งนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนสนิมคม ได้มีการพัฒนาตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ ๔๐

ผลการดำเนินงาน

จำนวน รพ.สต.ทั้งหมด (แห่ง)	ดำเนินการ ปี ๒๕๖๐ (แห่ง)	ดำเนินการ ปี ๒๕๖๑ (แห่ง)	รพ.สต.ติดดาว (สะสม) (แห่ง)	คิดเป็นร้อยละ	เกณฑ์การประเมิน	
					ผ่าน	ไม่ผ่าน
๒๑	๓	๑๐	๑๓	๖๑.๙๐	√	

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑.เกณฑ์การประเมินมีความละเอียดตามมาตรฐานมาก รพ.สต.ขนาดเล็ก อาจทำได้ยาก ภายใต้อำนาจกีดด้านทรัพยากร	-ควรวางระดับในการประเมินตามขนาดและเงื่อนไข บริบทของ รพ.สต.และขนาดพื้นที่
๒.การปรับปรุง และพัฒนาด้านโครงสร้างอาคาร และสถานที่ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก เพื่อให้ผ่านเกณฑ์	-ควรมีจัดสรรงบประมาณ และวางแผนให้สอดคล้องกับแผนการพัฒนา
๓.บทบาทการสนับสนุนจากเครือข่ายบริการ (CUP) ยังไม่ชัดเจน ทำให้การสนับสนุนยังไม่เป็นระบบเท่าที่ควร	-ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และสร้างความเข้าใจกับเครือข่ายบริการ (CUP) ในเรื่องของการสนับสนุน รพ.สต. เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพร่วมกันเป็นภาพรวม และเห็นความเชื่อมโยงในการพัฒนา

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๔.เขตไม่มีการจัดอบรม ครู ข ให้กับทีมจังหวัด (ครู ค) ทีมจังหวัดต้องจัดประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจเกณฑ์กันเอง ซึ่งอาจทำให้ความเข้าใจไม่ตรงกับที่กระทรวงกำหนด	-ควรกำหนดบทบาทของเขตให้ชัดเจน รวมไปถึงการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดกระบวนการที่เป็นรูปธรรมที่สามารถปฏิบัติได้

ตัวชี้วัดที่ ๒๒ : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพการจัดการบริการในโรงพยาบาล ๘ วิชาชีพ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ ๒๕

หน่วยงาน	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลงาน
โรงพยาบาลพนัสนิคม	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๒๕

ตัวชี้วัดที่ ๒๓ : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๔

หน่วยงาน	เป้าหมาย (ระดับ)	ผลงาน	คะแนนที่ได้	ผลการประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
สสอ.พนัสนิคม	ระดับ ๔	ระดับ ๕	๕	√	
โรงพยาบาลพนัสนิคม	ระดับ ๔	ระดับ ๕	๕	√	

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑. มีหน่วยบริการหลายแห่ง มีลักษณะความพร้อมในการดำเนินงานของพื้นที่แตกต่างกัน ยากต่อการรวมกลุ่มในการกิจกรรมเป็นกลุ่มใหญ่	๑. สร้างรูปแบบในการจัดกิจกรรมในระดับหน่วยงานย่อย เพื่อเป็นรูปแบบและแนวทางในการดำเนินงานเดียวกัน
๒. มีภาระงานด้านบริการมาก เมื่อเทียบกับจำนวนผู้มารับบริการ ทำให้ขาดความร่วมมือในการร่วมกิจกรรม	๒. จัดทีมช่วยให้บริการเป็นภาพโซนเพื่อลดภาระงานในการบริการ
๓. หน่วยบริการ บุคลากร ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	๓. ชี้แจง สร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ บุคลากรในหน่วยบริการในการร่วมกิจกรรม และส่งเสริมการสร้างนักรสร้างสุขในองค์กร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้
โรงพยาบาลพนัสนิคม	๑. สร้างนวัตกรรมและผลงานที่ดี ในการสร้างความผูกพันกับองค์กร ๒. ประเมินและปรับปรุงแรงจูงใจในการสร้างผลงานที่ดี ๓. ประเมินและปรับปรุงการเรียนรู้ของบุคลากรอย่างเป็นระบบ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไข้ปัญหา
โรงพยาบาลพนสนิมคม	๔. ประเมินและปรับปรุงการบริหารบุคลากรให้เป็นตัวอย่างที่ดีและเป็นองค์กรที่มีชีวิต ๕. ปรับปรุงการดูแลสุขภาพของบุคลากรการเป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๒๔ : อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ ๘๕

หน่วยงาน	จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ณ ต้นปีงบประมาณ (๑ ตุลาคม) (คน)	จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ณ วันที่เก็บข้อมูล(คน)	ร้อยละ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การประเมิน	
					ผ่าน	ไม่ผ่าน
สสอ.พนสนิมคม	๑๐๔	๙๔	๙๐.๓๘	๔	✓	
โรงพยาบาลพนสนิมคม	๕๒๙	๕๒๒	๙๘.๖๗	๕	✓	

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไข้ปัญหา
๑.บุคลากรบางส่วนมีภูมิลำเนาอยู่นอกพื้นที่จึงมีการขอย้าย และขอลาออก เพื่อกับภูมิลำเนา	-สร้างกิจกรรมและสร้างความผูกพันให้บุคลากรที่อยู่ใกล้บ้านรู้สึกอบอุ่นใจ และวางแนวทางการรับบุคลากรเข้าทำงานใหม่ในหน่วยงานที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดหรือใกล้เคียง
๒.ร้อยละความผูกพันต่อบรรยากาศองค์กร โดยวิเคราะห์แยกรายวิชาชี้พบว่า ความผูกพันน้อยที่สุดของแพทย์/ทันตแพทย์ ในเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับค่าตอบแทนและสวัสดิการ	-มีการยกย่องชมเชยและให้รางวัล ในกรณีมีผลงานได้รับรางวัลสร้างลานกีฬา ห้องฟิตเนส และร้านค้า สวัสดิการค่าตอบแทนเพิ่มค่าปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ,เบี้ยเลี้ยงชุมชน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานวิชาการ

ตัวชี้วัดที่ ๒๕ : ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)
ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย ครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๖๐

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	ผลงาน	ร้อยละ	ระดับ	เทียบเกณฑ์	
					ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
CKD	๒,๖๖๙	๒๔๘	๑๐๐	๕	/	
LTC		๑๒	๑๐๐			
NCD		๒,๔๔๙	๑๐๐			
รวม	๒,๖๖๙	๒,๖๖๙	๑๐๐			

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

๑. อสค.ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ทำนวัตกรรมการ กะลาวยืด ป้องกันภาวะข้อติดแข็งกล้ามเนื้อฝ่อลีบสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และส่งเสริมสุขภาพประชาชน บำบัดรักษาผู้ป่วยสอดคล้องกับวิถีชุมชน และใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นอย่างคุ้มค่า

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑.การจัดสรรงบประมาณไม่สอดคล้องกับจำนวนเป้าหมาย	ควรจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับจำนวนเป้าหมาย
๒.การกำหนดเป้าหมาย และการตั้งยอดกลุ่มเป้าหมาย	ควรใช้กลุ่มเป้าหมายจริงจากพื้นที่
๓.การสร้างความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยยังไม่ทั่วถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย	๑.จัดทำคู่มือเฉพาะโรคให้แก่ อสค. ๒.ประเมินความรู้ อสค.และ อสม.อย่างต่อเนื่อง ๓.มีช่องทางการติดต่อประสานงานและการส่งต่อ ๔.แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง อสค.ในแต่ละชุมชน ๕.ประสานท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแล

ตัวชี้วัดที่ ๒๖ : ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และการให้รหัสโรค ในผู้ป่วยนอก

ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕

ระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

เกณฑ์การประเมิน	จำนวนหน่วยบริการ ทั้งหมด (แห่ง)	จำนวนหน่วยบริการที่ผ่าน เกณฑ์ (แห่ง)	ร้อยละ	ระดับคะแนน	ผลการประเมิน	
					ผ่าน	ไม่ผ่าน
คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยนอก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕	๒๑	๒๑	๑๐๐.๐๐	๕	√	

ระดับหน่วยบริการ โรงพยาบาลพนัสนิคม

คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยนอก (OPD)	คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยใน (IPD)	คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และการให้รหัสโรค เฉลี่ย	ระดับคะแนน	ผลการประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
๘๐.๖๐	๘๔.๙	๘๒.๗๕	๓	√	

ระดับหน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

หน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	ระดับคะแนน	ผลการประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.บ้านเข็ด	ร้อยละ ๗๕	๙๘.๔๘	๕	√	
รพ.สต.หนองขยาด	ร้อยละ ๗๕	๙๙.๔๗	๕	√	
รพ.สต.นามะตูม	ร้อยละ ๗๕	๘๐.๓๒	๓	√	
รพ.สต.ทุ่งขวาง	ร้อยละ ๗๕	๙๑.๗๗	๔	√	
รพ.สต.บ้านช้าง	ร้อยละ ๗๕	๙๙.๕๓	๕	√	
รพ.สต.วัดโบสถ์	ร้อยละ ๗๕	๙๙.๑๔	๕	√	
รพ.สต.วัดหลวง	ร้อยละ ๗๕	๙๘.๕๓	๕	√	
รพ.สต.ไร่หลักทอง	ร้อยละ ๗๕	๙๔.๖๕	๔	√	
รพ.สต.ท่าข้าม	ร้อยละ ๗๕	๙๗.๘๘	๕	√	
รพ.สต.โคกเพลาะ	ร้อยละ ๗๕	๙๖.๖๓	๕	√	
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	ร้อยละ ๗๕	๙๘.๐๐	๕	√	
รพ.สต.หัวถนน	ร้อยละ ๗๕	๙๐.๗๖	๔	√	
รพ.สต.หนองปรือ	ร้อยละ ๗๕	๙๓.๐๗	๔	√	
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	ร้อยละ ๗๕	๘๙.๑๔	๔	√	
รพ.สต.หนองเหียง	ร้อยละ ๗๕	๙๐.๐๖	๔	√	
รพ.สต.หนองเหียง (บ.ไร่เสร์)	ร้อยละ ๗๕	๘๔.๘๒	๓	√	

หน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	ระดับคะแนน	ผลการประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.หมอนนาง	ร้อยละ ๗๕	๘๘.๔๑	๔	√	
รพ.สต.หมอนนาง (บ.หนองไทร)	ร้อยละ ๗๕	๘๗.๓๐	๔	√	
รพ.สต.นาเวียง	ร้อยละ ๗๕	๙๐.๒๘	๔	√	
รพ.สต.นาเวียง (บ.เนินแร่)	ร้อยละ ๗๕	๙๗.๓๕	๕	√	
รพ.สต.นาเวียง	ร้อยละ ๗๕	๙๖.๐๐	๕	√	
รวม	√			๒๑	

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

โรงพยาบาลพนสนิมคม

- จัดทำคู่มือบันทึกทางการแพทย์เป็นรูปเล่ม และเป็นไฟล์วางที่ server ๓ ของทุกหน่วยงาน และมีตัวอย่างการบันทึกโรคให้ดูเป็นแนวทาง
- เป็นที่ปรึกษาของรพ.เครือข่าย เช่น ไปสอน รพ.เกาะจันทร์ เกี่ยวกับการบันทึกและการตรวจเวชระเบียน
- จัดทำคู่มือการตรวจให้ง่ายต่อการตรวจ โดยการตั้งเกณฑ์ในการให้คะแนนชัดเจนไม่ต้องเดาเอาเอง

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
<p>๑.เจ้าหน้าที่แต่ละคนยังมีความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล การให้บริการไม่เท่ากันส่งผลให้คุณภาพของข้อมูลยังไม่สมบูรณ์</p> <p>๒.บางหน่วยบริการมีจำนวนผู้รับบริการมากน้อยไม่เท่ากัน แห่งที่มีงานบริการมาก อาจจะทำให้ขาดความรัดกุมในการบันทึกข้อมูลงานบริการที่สมบูรณ์</p> <p>๓.การตรวจสอบเป็นไปด้วยความล่าช้าเนื่องจากมีจำนวนหน่วยบริการจำนวนมาก</p> <p>๔.ตัวอย่าง OPD ที่ส่งไปตรวจสอบในภาพจังหวัด (External) และนำกลับมาตรวจสอบในภาพอำเภอ ไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล และเกิดความล่าช้า ในกาตรวจสอบ</p> <p>๕.การตรวจสอบข้อมูล ด้วยเจ้าหน้าที่หลายคน ที่มีความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ไม่เท่ากัน ส่งผลให้คุณภาพข้อมูลไม่เท่ากัน</p> <p>โรงพยาบาลพนสนิมคม</p> <p>๑.ความรู้ในการใช้ระบบHosxp ไม่เพียงพอ ทำให้ต้องบันทึกซ้ำซ้อน</p> <p>๒.แพทย์ต้องบันทึกทั้ง ICD และคำวินิจฉัยทำให้ล่าช้าผู้ป่วยรอนาน</p>	<p>๑.จัดประชุม/อบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ เรื่องการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาศักยภาพการตรวจสอบข้อมูลและการบันทึกข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ และถูกต้องไปในทิศทางเดียวกัน</p> <p>๒.วางแผนการดำเนินงานการส่งข้อมูลให้ถูกต้อง รวดเร็ว และรัดกุม(ยกตัวอย่างมีสำเนา OPD ส่วนที่ส่งไปตรวจที่ สสจ.ควรมีสำเนาเก็บไว้ที่ สสอ. หรือ รพ.สต.อีก ๑ ชุด)</p> <p>๑.ปรับระบบ Hosxp และจัดสอนการบันทึกข้อมูลการใช้ประโยชน์จากการบันทึกให้คุ้มค่า</p> <p>๒.ให้แพทย์ลงคำวินิจฉัยอย่างเดียว และจัดให้มี Coderลง ICDให้แพทย์</p>

ตัวชี้วัดที่ ๒๗ .: ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานบัญชี ๓ คน หน้าที่ในการดำเนินงาน

- กำกับดูแลให้สถานการณ์การเงินเป็นไปตาม Planfin
- รายงานงบการเงินให้ผู้บริหารระดับสูงทันตามเวลาที่กำหนด
- รายงานถึงสถานการณ์การเงิน ๗ ระดับให้ผู้บริหารทราบเพื่อหาสาเหตุและวิธีการแก้ไขปัญหา

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย สถานการณ์ด้านการเงิน ระดับปกติ (๑)

รายการ	ผลงาน
<p>๑.การวิเคราะห์จากการคำนวณภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง ๗ ระดับ</p> <p>๑.๑ กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพคล่องทรัพย์</p> <p>๑. CR < ๑.๕</p> <p>๒. QR < ๑</p> <p>๓. Cash < ๐.๘</p> <p>๔. NWC > ๐</p> <p>๕. NI > ๐</p>	<p>ปกติ</p> <p>๑.๗๖</p> <p>๑.๖๖</p> <p>๑.๒๓</p> <p>๑๐๓,๖๗๙,๒๕๕.๑๓</p> <p>(-๔๐,๙๒๘,๕๗๒.๔๗)</p>
<p>๒. ร้อยละของผลต่างของแผน planfin</p> <p>๒.๑ ร้อยละของผลต่าง ของรายได้</p> <p>A=ข้อมูล รายได้ ของหน่วยบริการ ตามระยะเวลาที่กำหนด (๔๒๗,๐๘๕}{๔๙๗.๙๖)</p> <p>B=ข้อมูล รายได้ ของหน่วยบริการ ตาม Planfin ที่ตั้งไว้ (๔๓๑,๑๒๙,๔๐๘.๐๐)</p> <p>ระดับของผลต่าง</p> <p>๒.๒ ร้อยละของผลต่าง ของค่าใช้จ่าย</p> <p>A=ข้อมูล ค่าใช้จ่าย ของหน่วยบริการ ตามระยะเวลาที่กำหนด (๔๖๘,๐๑๔,๐๗๐.๔๓)</p> <p>B=ข้อมูล ค่าใช้จ่าย ของหน่วยบริการ ตาม Planfin ที่ตั้งไว้ (๔๑๕,๙๘๒,๗๔๒.๔๘)</p> <p>ระดับของผลต่าง ของค่าใช้จ่าย</p>	<p>(-๔๐๔๓๙๑๐.๐๔)</p> <p>(ร้อยละ -๐.๙๔)</p> <p>ระดับ ๓ ๑๕.๐๑-</p> <p>๑๐.๐๐</p> <p>ร้อยละ ๑๒.๕๐</p>
<p>๓. ต้นทุนบริการไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการเดียวกัน</p> <p>A=ต้นทุน OPD ของหน่วยบริการ (๗๕๕.๙๕)</p> <p>B=ต้นทุน OPD เฉลี่ยกลุ่มบริการเดียวกัน ระดับประเทศ (๗๖๓.๓๖)</p> <p>ต้นทุน IPD</p> <p>A=ต้นทุน IPD ของหน่วยบริการ (๑๕,๔๓๖.๖๓)</p> <p>B=ต้นทุน IPD เฉลี่ยกลุ่มบริการเดียวกัน ระดับประเทศ (๑๖,๕๑๖.๒๗)</p>	<p>ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ย</p> <p>ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ย</p>

แหล่งข้อมูล www.hfo๖๑.cfo.in.th

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้ -

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่ทำให้ดำเนินการสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
-การประสานข้อมูลในหน่วยงานยังมีความคลาดเคลื่อน และซ้ำซ้อนอยู่บ้างบางส่วน	- นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เป็นเครื่องมือ เพื่อได้ข้อมูลที่ถูกต้องและรวดเร็วมากขึ้น และยังเป็นการใช้ข้อมูลเดียวกับของทุกหน่วย ทำให้วิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้องแม่นยำ

ตัวชี้วัดที่ ๒๘ : ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ ๘๕

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๔

หน่วยงาน	จำนวนผลงาน (เรื่อง)			ผลการนำไปใช้	ร้อยละ	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ	ผล	
	๕๙	๖๐	๖๑				ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.บ้านเข็ด	-	-	๑	๑	๑๐๐	๔	√	
รพ.สต.หนองขยาด	-	-	๑	๑	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.นามะตูม	-	-	๑	๑	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.ทุ่งขวาง	-	-	๑	๑	๑๐๐	๔	√	
รพ.สต.บ้านช้าง	-	-	๑	๑	๑๐๐	๔	√	
รพ.สต.วัดโบสถ์	-	๑	๑	๒	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.วัดหลวง	-	-	๑	๑	๑๐๐	๔	√	
รพ.สต.ไร่หลักทอง	-	-	๑	๑	๑๐๐	๔	√	
รพ.สต.ท่าข้าม	-	-	๑	๑	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.โคกเพลาะ	-	-	๑	๑	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	-	-	๑	๑	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.หัวถนน	-	-	๑	๑	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.หนองปรือ	-	-	๑	๑	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	-	-	๑	๑	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.หนองเหียง	-	-	๑	๑	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.หนองเหียง(บ.ไร่เส้ง)	-	-	๑	๑	๑๐๐	๔	√	
รพ.สต.หมอนนาง	-	-	๑	๑	๑๐๐	๕	√	
รพ.สต.หมอนนาง (บ.หนองไทร)	-	-	๑	๑	๑๐๐	๔	√	
รพ.สต.นาเร็ก	-	-	๑	๑	๑๐๐	๔	√	
รพ.สต.นาเร็ก (บ.เนินแร่)	-	-	๑	๑	๑๐๐	๕	√	

หน่วยงาน	จำนวนผลงาน (เรื่อง)			ผลการนำไปใช้	ร้อยละ	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ	ผล	
	๕๙	๖๐	๖๑				ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.นาเวียงหิน	-	-	๑	๑	๑๐๐	๕	√	
สสอ.พนัสนิคม	-	-	๑	๑	๑๐๐	๕	√	
รพ.พนัสนิคม	๔๓	๔๗	๑๐	๖	๑๐๐		√	
รวม	-	-	๒๘	๒๘	๑๐๐		๒๓	

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

๑.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม R๒R : เรื่องรูปแบบการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เป็นการพัฒนารูปแบบในการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกเบาหวาน (PCU) ที่มารับบริการให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ดี

๒.ผลงานวิจัยที่ได้นำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขต เครือข่ายบริการที่ ๖ ปี ๒๕๕๙ ได้รับรางวัลชนะเลิศ เรื่อง การรักษาโรคสะเก็ดเงินของหมอนพื้นบ้าน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

๓.ผลงานที่ได้นำเสนอระดับจังหวัด ปี ๒๕๕๙ มีจำนวน ๔ เรื่อง ได้แก่ เรื่องการดูแลผู้ป่วย Stroke แบบผสมผสาน , ป้องกันหญิงตกเลือดหลังคลอด , ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด และมือจับช่วยชีวิต

๔.ผลงานวิชาการที่ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอที่โรงพยาบาลชลบุรี ในการจัดประชุมวิชาการ R๒R ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี ๒๕๕๙ คือ เรื่อง กระโจนหมักรัก , เรื่อง การปรับปรุงการสื่อสาร ประเมินผู้ป่วยได้รับยาความดัน, เรื่อง ป้องกันการเกิดหลอดเลือด Phlebitis และ เรื่อง พัฒนาเครื่องมือประเมินสุขภาพผู้ป่วย ๔ มิติ

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่ทำให้ดำเนินการสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑.การประชาสัมพันธ์ให้นำผลงานทางวิชาการมาเผยแพร่และใช้ประโยชน์ยังไม่ครอบคลุมแพร่หลายมากนัก	๑.ประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ที่ทราบและวางระบบการใช้ในคลังความรู้/โพสท์ไลน์กลุ่มให้เข้าไปศึกษา
๒.เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ทักษะในการจัดทำผลงานทางวิชาการ(ผลงานวิจัย/นวัตกรรม/R๒R)	๒.จัดทำแผนพัฒนาความรู้ ทักษะการจัดทำผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพ ให้กับเจ้าหน้าที่ให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง
๓.ภาระงานในด้านบริการ ส่งเสริม ป้องกันควบคุมโรค ในพื้นที่ที่มีปริมาณมาก ทำงานด้านวิชาการ นวัตกรรม R๒R เกิดประสิทธิผลได้น้อย	๓.จัดทีมช่วยให้บริการเป็นภาพโซนเพื่อลดภาระงานในการบริการและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในปฏิบัติงาน และแนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการบริการ ควบคู่กับการทำผลงานทางวิชาการอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนร่วมกัน