

ผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

(รอบที่ ๑ / ๒๕๖๒) อำเภอคีรีรัฐนิคม

จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)			ผลการประเมิน	
เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๔๖	๐	๐		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. โครงการเยี่ยมชมห้องคลอด
๒. โครงการอบรมภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์แก่บุคลากร
๓. มีแนวทางการดูแล มารดาที่มีภาวะเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด
๔. มีอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และสารน้ำเพียงพอ และพร้อมใช้
๕. มีระบบ consult และส่งต่อแบบfast tract

Best practice

ไม่มี

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย

ผลงาน

อัตรา / ร้อยละ

ผ่าน

ไม่ผ่าน

๓๓๘

๓๒๗

๙๖.๘

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

- ๑.สำรวจเด็กอายุ ๐-๕ ปี ในพื้นที่
๒. จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายเพื่อคัดกรอง
๓. คัดกรองพัฒนาการเด็ก ในกลุ่มเป้าหมายตามช่วงอายุ โดยใช้เครื่องมือ DSPM และ DAIM ในกลุ่มเสี่ยง
๔. ส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้กระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า

Best practice

ระบบการส่งต่อเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า และเด็กวัยเรียนที่พบ ๔ โรคหลัก(LD/ADHD/Autistic และ สติปัญญาบกพร่อง) รพ.แม่ข่าย และ รพ.ลูกข่าย

ตัวชี้วัดที่ ๒.๒

เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย

ผลงาน

อัตรา / ร้อยละ

ผ่าน

ไม่ผ่าน

๓๒๗

๑๔

๔.๒๘



แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. คัดกรองพัฒนาการเด็กในกลุ่มเป้าหมายตามช่วงอายุที่กำหนด ด้วยเครื่องมือ DSPM และ DAIM ในกลุ่มเสี่ยง
๒. พบเด็กสงสัยล่าช้า แนะนำมารดากระตุ้นพัฒนาการ นัดประเมินซ้ำอีก ๑ เดือน

Best practice

ตัวชี้วัดที่ ๒.๓

เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย

ผลงาน

อัตรา / ร้อยละ

ผ่าน

ไม่ผ่าน

๙

๙

๑๐๐



แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. ติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า มาประเมิน DAIM ครั้งที่ ๒
๒. พบล่าช้า ส่งต่อ ตามระบบส่งต่อ/ปกติ กระตุ้นตามช่วงวัย
๓. ติดตามผลการดำเนินงาน

Best practice

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)			ผลการประเมิน	
เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑	๑	๑๐๐		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า หลังกระตุ้น DSPM ๒ ครั้ง

ผิดปกติ ให้ประเมินด้วย TEDA ๔๑

๒. หากปกติ ส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัย / ผิดปกติ นัด

ประเมิน TEDA ๔๑ ทุก ๑ เดือน ๓ ครั้ง

๓. หลังประเมินด้วย TEDA ๔๑ ๓เดือน ผิดปกติ ส่งต่อ รพ.

ศูนย์ / ปกติ ส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัย

Best practice

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)			ผลการประเมิน	
เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑,๗๗๐	๗๔๔	๔๒.๐๓		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน


๑. สํารวจ/จัดทำทะเบียนข้อมูลเด็กปฐมวัย
๒. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เด็กอายุ ๐-๕ ปี ทุก ๓ เดือน
๓. ให้ความรู้เรื่องโรงเรียนพ่อแม่
๔. เฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก
๕. การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก

Best practice

-

ตัวชี้วัดที่ ๓

ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์
GREEN&CLEEN Hospital

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)			ผลการประเมิน	
เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ๑ โรงพยาบาล	๑โรงพยาบาล	๑๐๐		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. จัดทำกิจกรรมแกรนด์ราวด์
๒. จัดเวทีการมีส่วนร่วมของชุมชน
๓. จัดทำโครงการพัฒนาGREEN & CLEEN
๔. จัดทำตลาดนัดผักปลอดสารพิษในโรงพยาบาล

Best practice

- สร้างคุณค่า โดยการตรวจเยี่ยมให้กำลังใจ
ผู้ปฏิบัติงานจัดทำกิจกรรมแกรนด์ราวด์
พัฒนาหน่วยงาน

ตัวชี้วัดที่ ๔

ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๐

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๒๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย

ผลงาน

อัตรา / ร้อยละ

ผ่าน

ไม่ผ่าน

๘ ตำบล

๗ ตำบล

๘๗.๕๐



แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน


- พัฒนาศักยภาพบุคลากรและผู้จัดการผู้สูงอายุในชุมชน (Care Manager)
- การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอคีรีรัฐนิคม ดำเนินการขับเคลื่อน LTC โดยมีการทำ Care Plan ครอบคลุมทุกตำบล และมีการเบิกจ่ายงบประมาณตามแผน
- พัฒนาศักยภาพเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ (ต่อเนื่อง) และขยายโรงเรียนผู้สูงอายุ

Best practice

Day Care ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม เป็นศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้และฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดที่ ๕

อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
ค่าเป้าหมาย > ร้อยละ ๓๐

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)			ผลการประเมิน	
เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
> ร้อยละ ๓๐	๗	๔.๒๑		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. ประชุมคณะกรรมการวางแผนการดำเนินงาน
๒. ติดตามการดำเนินการผ่านการประชุมคณะกรรมการและทางไลน์กลุ่ม
๓. ทบทวน ติดตาม แก้ไขปัญหา ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

Best practice

ตัวชี้วัดที่ ๖

ร้อยละของทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอปฏิบัติงานได้จริง ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๙๐

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย

ผลงาน

อัตรา / ร้อยละ

ผ่าน

ไม่ผ่าน

๑ ทีม

๑ ทีม

๑๐๐



แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. การเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์
๒. การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
๓. การเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข
๔. การจัดบริการทางการแพทย์ระหว่างเกิดอุทกภัย
๕. การประเมินผลกระทบ และดำเนินการฟื้นฟู
๖. การรายงาน

Best practice

=

ตัวชี้วัดที่ ๗

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี

ค่าเป้าหมาย ๓๘ ต่อ ๑,๐๐๐

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย

ผลงาน

อัตรา / ร้อยละ

ผ่าน

ไม่ผ่าน

๑,๒๗/๒

๑๒

๙.๔๓



แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. ให้ศึกษาในโรงเรียนแก่นักเรียนมัธยมต้น
๒. อบรมให้ความรู้ในกลุ่ม อสม. , อสน. เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำแก่วัยรุ่นในหมู่บ้าน
๓. แนะนำสนับสนุนให้มีการคุมกำเนิดในหญิงหลังคลอดที่มีอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี โดยวิธีการฝังยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายกลับบ้านทุกราย
๔. มีโครงการวัยรุ่นวัยใส ในโรงเรียนมัธยม

Best practice

-

ตัวชี้วัดที่ ๘

โครงการ “๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรืทั่วประเทศ เทิดไถ้องค์ราชัน

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย

ผลงาน(ผู้เข้าร่วม คค.)

อัตรา / ร้อยละ

ผ่าน

ไม่ผ่าน

๓,๐๖๓

๒,๙๙๗

๙๗.๘๔

ครบ ๖ เดือน มีนาคม ๒๕๖๒

อสม.จำนวน ๑,๐๒๑ คน

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

- 1.เสริมสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่าย โดยอสม. / ผู้จะเลิกบุหรื/ผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการชักชวนในการเลิกบุหรื
- 2.เสริมสร้างความตระหนักโทษของบุหรื พร้อมชี้ช่องทางและกลวิธีในการเลิกบุหรื กลุ่มเป้าหมายหลักคือ เยาวชน นักเรียน นร.กศน. ควบคู่กับกิจกรรมกลุ่มครอบครัวสัมพันธ์ “ครอบครัวห่างไกลบุหรื”

Best practice

-

ตัวชี้วัดที่ ๙

ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้
(ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ > ร้อยละ 40 ผู้ป่วยความดันโลหิต > ร้อยละ 50)

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)			ผลการประเมิน	
เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๒,๐๕๕/๕,๖๘๖	๓๘๗/๘๕๑	๑๔.๙๗/๑๘.๘๗		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

- ปรับแนวทางการตรวจเลือดประจำปี
- ปรับแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในเครือข่าย

Best practice

:



ตอนที่ 2

การพัฒนา:ระบบบริการสุขภาพ



คลินิก
หมอกครอบครัว
Primary Care Cluster



โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุสมผล
(Rational Drug Use Hospital)

คีรีรัฐนิคม
KIRI NATHANIKHOM



ตัวชี้วัดที่ ๑๐

ร้อยละของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖๐

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย

ผลงาน

อัตรา / ร้อยละ

ผ่าน

ไม่ผ่าน

๑ ทีม

๑ ทีม

๑๐๐



แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. ดำเนินให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่คณะกรรมการกำหนด
๒. กำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในพื้นที่
๓. ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด
๔. สนับสนุน เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน
๕. ประสานความร่วมมือกับ พชอ.หรือหน่วยงานอื่น ทั้งในและนอกเขตพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง
๖. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

Best practice

รางวัลรองชนะเลิศระดับ

จังหวัด

หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพ ปี ๒๕๖๑

ตัวชี้วัดที่ ๑๑

ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการ ในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

ค่าเป้าหมาย สละมร้อยละ ๓๖

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)			ผลการประเมิน	
เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑ PCC	๑ PCC	๑๐๐		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

คอบสอ.คีรีรัฐนิคม ได้คัดเลือก รพ.สต. ถ้ำสิงขร เป็นแม่ข่ายของทีม จำนวนประชากร ๔,๖๙๙ คน ในทีมประกอบด้วย รพ.สต.ย่านยาว ประชากร ๑,๖๒๑ คน และ รพ.สต.ท่ากระดาน ประชากร ๒,๕๔๕ คน รวมประชากรทุกแห่งในทีม จำนวน ๘,๘๖๕ คน

เปิด PCC ถ้ำสิงขร เมื่อวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๑

Best practice

ตัวชี้วัดที่ ๑๒

ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม

ค่าเป้าหมาย ผ่านระดับ ๓ ร้อยละ ๑๐๐ ระดับ ๕ ดาวสะสม ร้อยละ๖๐

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย

ผลงาน

อัตรา / ร้อยละ

ผ่าน

ไม่ผ่าน

๖ รพ.สต.

๔ รพ.สต.

๔๔.๔๔

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

มีการประสานงาน มีช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน โดยมี
กลไกสร้างความสัมพันธ์ และสร้างความร่วมมือ ร่วมกัน
คิด ค้นหาความจำเป็น มีการวางแผน ร่วมกันทำ ร่วมกัน
แก้ปัญหา รวมถึงประเมินผลและทบทวนเรียนรู้ไปด้วยกัน

Best practice

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน


เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๔	๔	๑๐๐	กำลังดำเนินการ	

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. จัดประชุมติดตามการดำเนินงาน
๒. จัดเวทีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังโรค
๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรภาคีเครือข่ายบริการในการดูแลผู้ป่วย

Best practice

- ภาคีเครือข่ายเข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)			ผลการประเมิน	
เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
RDU ชั้นที่ ๒	RDU ชั้นที่ ๒	-		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน


๑. สรุปผลการดำเนินแต่ละเดือนและสะท้อนกลับข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง
๒. จัดประชุมทีมเพื่อหาแนวทางขับเคลื่อนให้ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้น ๓
๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ในสัปดาห์ RDU awareness week ในหน่วยงาน
๔. จัดกิจกรรม/โครงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ RDU สู่ชุมชน

Best practice

การพัฒนาการดำเนินงานและสามารถผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะใน ๓ กลุ่มโรคได้

ตัวชี้วัดที่ ๑๕

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม
ค่าเป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ ๗

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๒)			ผลการประเมิน	
เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๓๒๑	๐	๐		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. คัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง
๒. ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
๓. โครงการ alarm alert โรคหลอดเลือดสมอง
๔. โครงการ FAST Tract STROKE

Best practice

=

ตัวชี้วัดที่ ๑๖

อัตราการตายของผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรง ชนิด community-acquired
ค่าเป้าหมาย > ร้อยละ ๓๐

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย

ผลงาน

อัตรา / ร้อยละ

ผ่าน

ไม่ผ่าน

๐

๐

๐



แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. อบรมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วย Sepsis
๒. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเรื่อง ดูแลผู้ป่วย Sepsis
๓. เผื่อระวังคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
๔. สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย
๕. เยี่ยมบ้านให้คำแนะนำผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร่วมกับทีมผู้สูงอายุ ทีมเครือข่าย
๖. เก็บรวบรวมข้อมูล ตัวชี้วัด เพื่อวิเคราะห์และพัฒนาต่อเนื่อง

Best practice

แนวทางการปฏิบัติเรื่อง Sepsis

ตัวชี้วัดที่ ๑๘

ร้อยละ๘๐ของผู้เข้าบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้ติดตามดูแลต่อเนื่อง๑ปี (Retention Rate) ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๒๐

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย

ผลงาน

อัตรา / ร้อยละ

ผ่าน

ไม่ผ่าน

๑๔ ราย

๑๔ ราย

๑๐๐



แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. ประชุมผู้รับผิดชอบภาคีเครือข่ายบริการในการติดตามและเฝ้าระวัง
๒. สร้างภาคีเครือข่ายในชุมชน
๓. ติดตามเยี่ยมบ้านโดยมีพี่เลี้ยงกำกับดูแล(เน้นผลลัพธ์)
๔. สนับสนุนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

Best practice

ติดตามเยี่ยมบ้านผู้เข้ารับการบำบัด
ฯโดยมีพี่เลี้ยงกำกับดูแลซึ่งเน้น
ผลลัพธ์การดูแล

ตัวชี้วัดที่ ๑๙

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ค่าเป้าหมาย < ๖.๓ ต่อแสนประชากร

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย

ผลงาน

อัตรา

ผ่าน

ไม่ผ่าน

๔๑, ๗๙๒

๑

๒.๓๙ ต่อแสน



แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

- คัดกรอง ๒Q ๙Q ประชากรกลุ่มเป้าหมายโดยความร่วมมือของเครือข่าย
- ประเมิน ๒Q ๙Q ผู้รับบริการในโรงพยาบาลทุกราย
 - ผู้รับบริการที่ ๒Q ๙Q ผิดปกติ ส่งพบนักจิตวิทยา
 - จัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล
- ติดตามเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ยังคงไม่เสียชีวิต

Best practice


ระบบการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

ตัวชี้วัดที่ ๒๐

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m²/yr (ร้อยละ ๖๖)

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
<ร้อยละ๖๖	๗/๖	๘๕.๗๑		

แนวทางการดำเนินงาน ๒๕๖๒

- ๑.ประชุมคณะกรรมการวางแผนการดำเนินงาน
- ๒.ติดตามการดำเนินการผ่านการประชุมคณะกรรมการโรคเรื้อรัง
- ๓.จัดกิจกรรมตามมาตรฐานคลินิกไตเรื้อรัง
- ๔.ติดตามผลการดำเนินงาน ทุก ๓ เดือน

Best practice

ไม่มี

ตัวชี้วัดที่ ๒๔

ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ค่าเป้าหมาย รพ. ร้อยละ ๒๐ รพ.สต.+PCU ร้อยละ ๓๐

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)			ผลการประเมิน	
เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ. ๑๙,๙๔๓	๔,๙๔๗	๒๔.๘๑		
สสอ. ๑๓,๕๙๐	๓,๖๕๗	๒๖.๙๐		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

- ๑.การให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๒. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย
๓. จัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรใน รพ.สต.หรือชุมชน
๔. การพัฒนาบริการด้านการแพทย์แผนไทยให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน รพ. สส.พท

Best practice

ตัวชี้วัดที่ ๒๕

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ค่าเป้าหมาย ๒๖ ต่อแสนประชากร

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)			ผลการประเมิน	
เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
< ๒๖ ต่อแสนประชากร	๐	๐		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. ประชุมคณะกรรมการวางแผนการดำเนินงาน
๒. ติดตามการดำเนินการผ่านการประชุมคณะกรรมการโรค
ฉุกเฉิน
๓. คัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่ม
เสี่ยง
๔. ติดตามผลการดำเนินงาน ทุก ๓ เดือน

Best practice

ไม่มี




ตอนที่ 3

การพัฒนา:ระบบบริหารจัดการ
เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

เครื่องมือวัดความสุขด้วยตัวเอง
Happinometer
กระทรวงสาธารณสุข



ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ม.ค.๒๕๖๑)			ผลการประเมิน	
เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑๔๓	๓๔	๒๓.๗๗		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

- ๑.การประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI)
- ๒ การวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI)
- ๓ การจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข
- ๔ การดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข
- ๕ มีความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม

Best practice



ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)			ผลการประเมิน	
เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑ แห่ง	๐	๐		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

รอกการสนับสนุน Application จากศูนย์เทคโนโลยีและ
สารสนเทศของกระทรวง

Best practice

=

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย

ผลงาน

อัตรา / ร้อยละ

ผ่าน

ไม่ผ่าน

๑

๐

๐

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. ทบทวนปรับปรุง ๗ Plus Efficiency score จากระดับ ๔D ให้เป็นระดับที่ดีขึ้น
๒. ทบทวนปรับปรุงระบบการจัดเก็บรายได้และควบคุมรายจ่ายอย่างเข้มข้น

Best practice

=

ระดับความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่
ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับ ๕)

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.– ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)			ผลการประเมิน	
เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑ แห่ง	๑ แห่ง	๑๐๐		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

ดำเนินการ ๒ หมวดคือ หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และ
หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

การประเมินคะแนนคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐหมวด ๒ และ ๔
, การแสดงผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย, การวิเคราะห์และประเมินจุด
แข็งและจุดอ่อน , การสรุปจุดแข็งและจุดอ่อน พร้อมคะแนน , การจัดทำ
แผนการปรับปรุง และการรายงาน


Best practice

ตัวชี้วัดที่ ๓๓

จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด
ค่าเป้าหมาย อย่างน้อย ๘ เรื่อง

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา / ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
อย่างน้อย ๘ เรื่อง	-	-		

แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

จัดทำโครงการ “โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี” กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอคีรีรัฐนิคม จำนวน ๔๐ คน ระยะเวลาในการอบรมเชิงปฏิบัติการ ๑๐ วัน โดยแบ่งเป็น ๔ ระยะ ระยะที่ ๑ วันที่ ๑๔ - ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ , ระยะที่ ๒ วันที่ ๒๘ - ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๒ , ระยะที่ ๓ วันที่ ๑๖ - ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๒ และ ระยะที่ ๔ วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๒ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๒ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ มีนักวิจัยระดับผู้ปฏิบัติในพื้นที่ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคีรีรัฐนิคม มีผลงานวิจัยที่เป็นรูปธรรมตามเป้าหมาย และสามารถพัฒนางานสาธารณสุขโดยอิงผลงานวิจัย และวิชาการได้

ตัวชี้วัดที่ ๓๔

ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
ค่าเป้าหมายร้อยละ ๙๐

ผลการดำเนินงาน (๑ต.ค.- ๓๑ ธ.ค.๒๕๖๑)

ผลการประเมิน

เป้าหมาย

ผลงาน

อัตรา / ร้อยละ

ผ่าน

ไม่ผ่าน

๕ คะแนน

รพ.(๕)/สสอ.(๓)

๑๐๐/๖๐

รพ.



สสอ.



แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนางาน

๑. มีการประกาศนโยบายการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
๒. มีการประชุมพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
๓. มีการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
๔. มีการสรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาส เพื่อรับการประเมินจากบุคคลภายนอก

Best practice



“ ก้าว สู่ เพชร ”

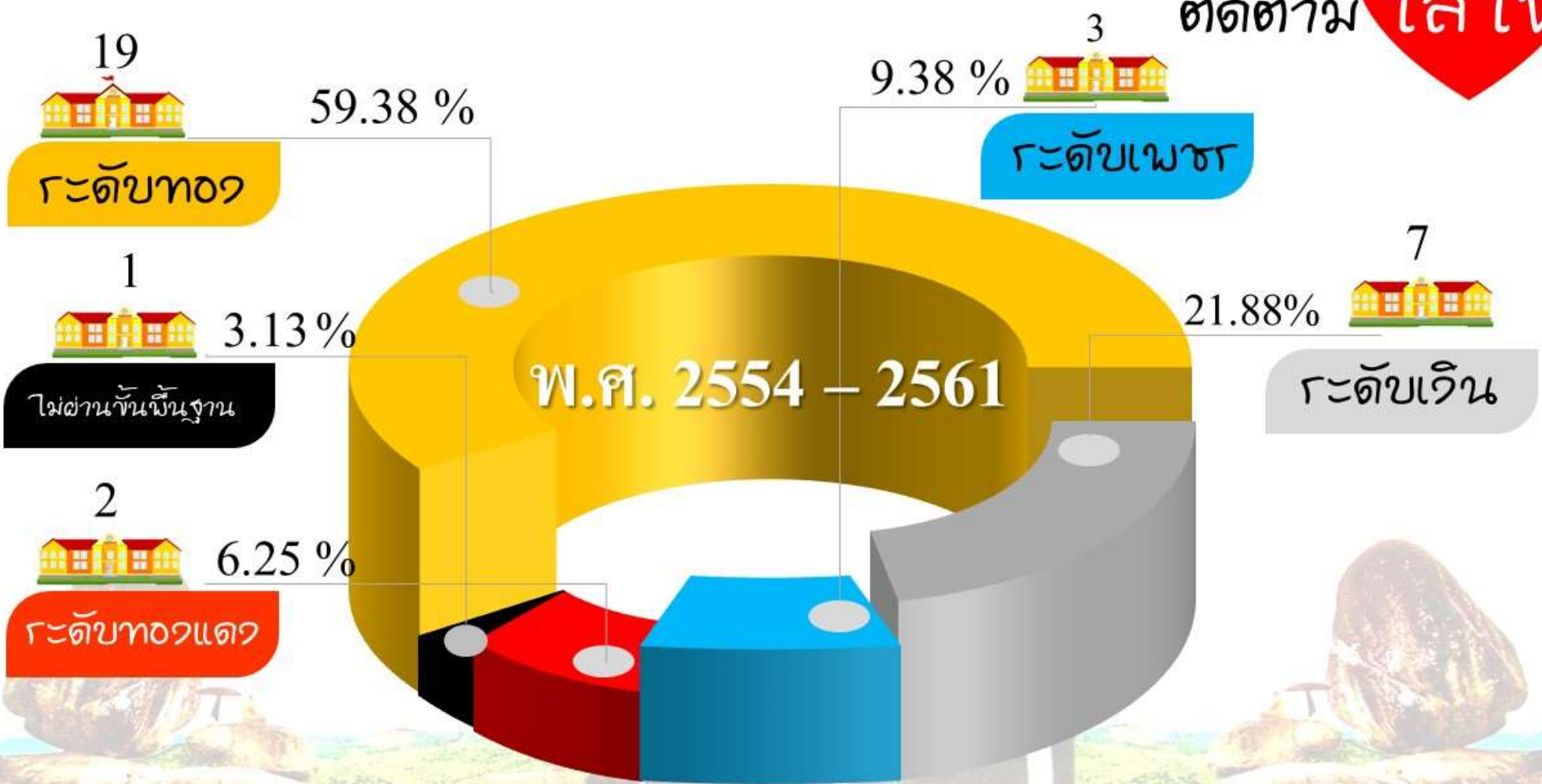
ผลงานเด่น นวัตกรรม หรือผลงานที่ภาคภูมิใจ
เครื่องใช้บริการสุขภาพอำเภอตี่กรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี



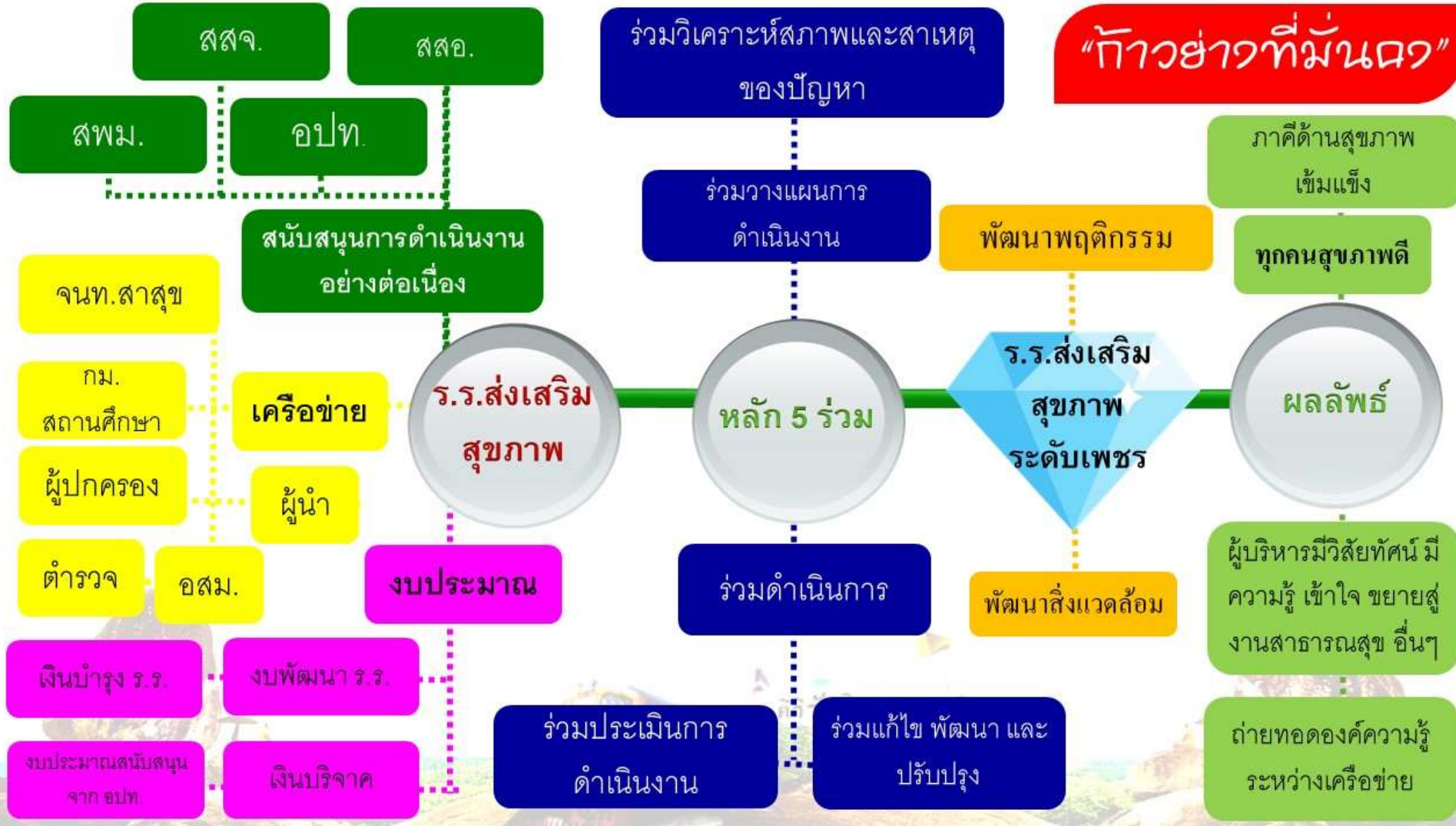
สถานการณ์ / ความสำคัญ



ผลการประเมินนิเทศติดตามโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ



"ก้าวยาวที่มั่นคง"





พ.ศ.2554

ร.ร.บ้านท่าขนอน



พ.ศ.2560

ร.ร.วัดโกตาวาส

“ก้าวสู่เพชร”



โรงเรียนต้นแบบนักเรียน
สุขภาพดีมีความสุข
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร (Happiness School)

โรงเรียนบ้านมะเลาะ

พ.ศ.2561

ร.ร.บ้านมะเลาะ



“มากกว่าเพชร”





คบสอ.ดีรัฐนิคม

ขอบคุน/สัวสดี

