

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัดที่๒/...อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ผู้รับผิดชอบ.....กลุ่มการพยาบาล/งานห้องคลอด.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	Outcome ที่สำคัญ (ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
<p>- อัตราส่วนมารดาตาย ไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p>	<p>- รอบปีที่ผ่านมา</p> <p><u>ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๐</u> (ต.ค. ๕๙ -ก.ย.๒๕๖๐)</p> <p>- จำนวนเด็กเกิดมีชีพ ๓,๒๐๗ คน</p> <p>- มารดาไทยตาย ๑ คน จาก PPH คิดเป็น ๓๑.๑๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p>	<p>- วิธีการดำเนินงาน</p> <p>* พัฒนาการฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพ</p> <p>* การคัดกรองมารดาที่ High risk เพื่อมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนใกล้ชิด</p> <p>* การเฝ้าระวังและดูแลในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด</p> <p>* มีเกณฑ์การรับ-ส่งต่อมารดาระหว่าง รพช. และ รพ.พุทธโสธร การรับปรึกษาการส่งต่อระหว่างแพทย์โดยตรงมี high risk pregnancy fast tract</p> <p>* จัดเตรียมเครื่องมือ-อุปกรณ์ต่างๆให้พร้อมใช้โดยเฉพาะอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ</p> <p>* การทบทวนการดูแลรักษารายที่มีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตร่วมกับเขต ๖</p>	<p>- เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ หรือเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>- จำนวนเด็กเกิดมีชีพ ๑,๖๖๓ คน</p> <p>- มารดาไทยตาย ๐ คน</p> <p>ผ่านเกณฑ์</p> <p>- ปัญหาอุปสรรค</p> <p>- การสำรองเลือด ส่วนประกอบของเลือดเช่น PLT ไม่พร้อมใช้</p> <p>- มารดาวิกฤตเกินศักยภาพไม่สามารถส่งต่อได้</p>

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	Outcome ที่สำคัญ (ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
		<ul style="list-style-type: none"> * ร่วมมือกับคลังเลือดจัดสำรองเลือดให้พร้อมใช้พัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรในการดูแลมารดาและทารกในครรภ์ภาวะ severe PIH PPH - แผนงานโครงการรองรับ * โครงการห้องคลอดคุณภาพ * การลดการตกเลือดหลังคลอด * การป้องกันภาวะช้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง * โครงการอบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพ 	

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ ๘๕)

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

กรอบแนวทางการตรวจ/ตัวชี้วัด/ เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/ แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์ (Outcome) ที่สำคัญ (ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ ๘๕)		- ส่งเสริมโภชนาการ	- เครือข่ายอำเภอเมืองฯ ร้อยละ ๘๘.๕๗

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี (ร้อยละ ๕๔)

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

กรอบแนวทางการตรวจ/ตัวชี้วัด/ เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/ แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์ (Outcome) ที่สำคัญ (ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี (ร้อยละ ๕๔)		<ul style="list-style-type: none"> - ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง - ส่งเสริมโภชนาการให้ความรู้ มารดาและทารก 	<ul style="list-style-type: none"> - เครือข่ายอำเภอเมืองฯ ร้อยละ ๖๓.๓๗ (ชาย ๑๑๐.๕๒ หญิง ๑๐๙.๖)

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (ร้อยละ ๕๔)

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

กรอบแนวทางการตรวจ/ตัวชี้วัด/ เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/ แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์ (Outcome) ที่สำคัญ (ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (ร้อยละ ๕๔)		<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้ผู้ปกครอง - อุดฟันในเด็กที่มีปัญหาฟันผุ 	<ul style="list-style-type: none"> - เครือข่ายอำเภอเมืองฯ ร้อยละ ๗๙.๕๑

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีองค์ประกอบครบทุกข้อ (ร้อยละ ๖๐)

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

กรอบแนวทางการตรวจ/ตัวชี้วัด/ เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/ แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์ (Outcome) ที่สำคัญ (ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๖๐)	- มีตำบลที่เข้าร่วมตำบล Long Term Care ทั้งหมด ๑๔ ตำบล ผ่าน ๑๓ ตำบล จากทั้งหมด ๑๙ ตำบล	- อยู่ในช่วงระหว่างรอดำเนินการให้ตำบลที่เหลือเข้าร่วมตำบล Long Term Care	- เครือข่ายอำเภอเมืองฯ เข้าร่วมตำบล (Long Term Care) มีองค์ประกอบครบทุกข้อ ๑๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๔๒

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (ร้อยละ ๕๔)

ผู้รับผิดชอบ...กลุ่มงานเวชกรรมสังคม./คปสอ.เมือง/ก.ทันตกรรม.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ตัวชี้วัด/ เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์ (Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (ร้อยละ ๕๔)	- ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ร้อยละ ๘๕.๘๑ -ผลงานปี ๒๕๖๑ ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑ ร้อยละ ๕๘.๖๗	วิธีดำเนินงาน - ออกตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียน - ให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียนตาม กลุ่มเป้าหมาย	- เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ หรือเป้าหมายที่กำหนด ผลการดำเนินงาน ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑ ร้อยละ ๕๘.๖๗

รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๔ บริหารเป็นเลิศ (Governance Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๖๑ ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม(ร้อยละ ๒๐)

ผู้รับผิดชอบ.....ก.ทันตกรรม.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/ แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์ (Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละของการจัดซื้อร่วม ของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และ วัสดุ ทันตกรรมร้อยละ ๒๐	๑.จัดซื้อวัสดุการแพทย์และมิใช่ยาร่วม - ทั้งหมด-.....บาท - ซื้อร่วม.....-.....บาท ๒.จัดซื้อวัสดุทันตกรรมร่วม - ทั้งหมด ๑,๕๗๐,๑๖๖ บาท - ซื้อร่วม ๔๓๐,๕๙๐ บาท = ๒๗.๔% ๓.จัดซื้อวัสดุรังสีวินิจฉัยร่วม - ทั้งหมด.....-.....บาท - ซื้อร่วม.....-.....บาท	ปัญหาและอุปสรรค - ขั้นตอนในการจัดซื้อมีหลายขั้นตอนขึ้นและ ต้องใช้เวลาในการจัดซื้อต่อครั้งนานขึ้น - ความหลากหลายของวัสดุ และความ ต้องการของทันตแพทย์ ที่ใช้ แนวทางแก้ไข - วางแผนจัดซื้อตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ - มีคณะกรรมการในการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม	๑.จัดซื้อวัสดุการแพทย์และมิใช่ยาร่วมร้อยละ... ๒.จัดซื้อวัสดุทันตกรรมร่วมร้อยละ ๒๗.๔% ๓.จัดซื้อวัสดุรังสีวินิจฉัยร่วมร้อยละ...

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นด้าน ๓ การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย(วัยรุ่นอายุ-๑๕-๑๙ ปี)

ตัวชี้วัด ๙ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (ไม่เกิน ๔๐ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี พันคนในปี ๒๕๖๑)

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานการพยาบาล/กลุ่มงานสูติฯ/กลุ่มงานเวชกรรม/กลุ่มงานกุมารเวชกรรม

กรอบแนวทางการตรวจ/ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Processกระบวนการพัฒนา/การแก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(out come) ที่สำคัญ (ผลการดำเนินงานรอบ ต.ค. ๖๐- มี.ค. ๖๑)
:อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่เกิน ๔๐ ต่อประชากรวัยรุ่น ๑,๐๐๐ ราย	<p>ต.ค. ๖๐ -มี.ค.๖๑</p> <p>วัยรุ่น๑๐-๑๙ ปี คลอด ๑๕๐ราย (รวมต่างด้าว ๙)เหลือวัยรุ่นคนไทย ๑๔๑ ราย</p> <p>๑๕-๑๙ ปี ๑๓๗ ราย คลอดทั้งหมด ๑,๖๖๐ รายคิดเป็น</p> <p>๓๘. ๓๙... ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน(ประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๓,๕๖๙ ราย)</p> <p>ครรภ์แรก ๑๒๘ คน ครรภ์หลัง ๙ ราย</p> <p>คิดเป็นท้องซ้ำร้อยละ๖.๖.....</p> <p>*คลอดอายุ ๑๐-๑๔ ปี...๔. ราย**</p> <p>ประชากรหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี๓,๓๘๙ราย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้คำปรึกษาสุขภาพอนามัยทางเพศห้องวางแผนครอบครัว ในคลินิกวัยรุ่น หอผู้ป่วย หลังคลอด - สร้างเครือข่ายผู้ให้บริการที่ปรึกษาวัยรุ่น เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร และรับคำปรึกษาด้านต่างๆ - ผลักดันสร้างจิตให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น และเยาวชน ในเครือข่ายผู้ให้บริการ - รณรงค์ให้ความรู้เรื่องคุมกำเนิดในวัยรุ่น ทั่วไป/วัยรุ่นตั้งครรภ์และหลังคลอด - จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดที่หลากหลาย และมีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูง(ยาฝัง 	<p>:วัยรุ่นรับบริการปรึกษาคุมกำเนิด/คุมกำเนิดวางแผนครอบครัว ๒๗๒ ราย</p> <p>: วัยรุ่นหลังคลอดบุตรหลังแท้ง/บริการปรึกษาคุมกำเนิดกึ่งถาวร ..๑๒๒. ราย (หลังคลอด/หลังแท้งทั้งหมด ๑๔๑ราย)</p>

	<p>อายุ ๑๓ ปี ..๐.. ราย อายุ ๑๔ ปี ..๕.. ราย อายุ ๑๕ ปี ๕ ราย อายุ ๑๖ ปี ๑๙. ราย อายุ ๑๗ ปี ๓๑. ราย อายุ ๑๘ ปี ๓๗. ราย ๑๙ ปี ๔๑ ราย</p>	<p>คุมกำเนิด) - จัดให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรฟรีในวัยรุ่นทุกราย</p>	
--	--	--	--

กรอบแนวทางการตรวจ/ตัวชี้วัด/ เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Processกระบวนการพัฒนา/การแก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(out come)ที่สำคัญ(ผลการดำเนินงาน รอบ ตุลาคม-มีค..๖๑)
<p>ร้อยละ ๘๐ ของวัยรุ่นหลังคลอด ได้รับความคุมกำเนิดกึ่งถาวร</p> <p>- อัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์และเอดส์ในวัยรุ่น</p>	<p>: ผลงานปี ๒๕๖๑(ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑) มารดาวัยรุ่นมาคลอดได้รับการฝังยา คุมกำเนิดก่อนกลับบ้านร้อยละ ๘๖.๕</p> <p>: วัยรุ่นที่มาใช้บริการตรวจหลัง คลอด /และวัยรุ่นทั่วไป พบโรคติดต่อทาง</p>	<p>- วัยรุ่นหลังคลอดที่มาคลอดจะส่งรับคำแนะนำการ เลือกบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรที่ห้องวางแผน ครอบครัวตามความสมัครใจทุกราย - วัยรุ่นหลังคลอดที่บุตรมารับบริการในโรงพยาบาล ในส่วนอื่น เช่น หอผู้ป่วยเด็กต่างๆ OPDเด็ก ฯลฯ ถ้ายังไม่ได้รับบริการคุมกำเนิดจะส่งมาปรึกษา คุมกำเนิด - วัยรุ่นหลังคลอดมารับบริการจุดบริการอื่นแต่ยังไม่ ได้รับความคุมกำเนิดผู้ให้บริการจะส่งปรึกษาคุมกำเนิด - จัดโครงการฝังยาในกลุ่มที่ไม่เข้าถึงสิทธิบัตร - ประชาสัมพันธ์ให้ครู อาจารย์ วัยรุ่น เพื่อนในและ นอกสถานศึกษาให้มีความรู้ตระหนักถึงความสำคัญ ของการคุมกำเนิดและการป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ - แจกถุงยางอนามัยฟรีกับวัยรุ่นทุกรายที่มารับ</p>	<p>วัยรุ่นหลังคลอดที่ส่งคุมกำเนิดร้อยละ ๘๐.๓ ได้รับการคุมกำเนิดกึ่งถาวร(ยา ฝังคุมกำเนิด)โดยสมัครใจร้อยละ ๘๖.๕ <u>ปัญหาและอุปสรรค</u> - ญาติมารดาวัยรุ่น(สามี มารดา)บางราย ไม่เห็นความสำคัญของการฝังยาคุมกำเนิด - วัยรุ่นที่ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดมี ผลข้างเคียงมารับคำปรึกษาแก้ไข ผลข้างเคียง มาขอถอดบ้างส่วนใหญ่รับ การแก้ไขไม่ถอยยา - บุคลากรจำกัดบางครั้งรอนาน - ติดวันหยุด/นัดมา/ผู้รับบริการมี เพศสัมพันธ์ก่อนมา - บางรายแยกกะสามีไม่ฝังยา remarried ตั้งครรภ์ซ้ำมา</p>

	<p>เพศสัมพันธ์(วางแผนครอบครัว) HIV ๑ ราย ติดจากมารดา(เดิม) VDRL ๑:๑๖ ๑ ราย - วัคซีนที่รับคำปรึกษาห้องให้ คำปรึกษา ๓๐ ราย พบ ติด HIV ๕ ราย(ชาย ๓หญิง ๒) แจกถุงยางรวม ๒๔๔ราย - วัคซีนปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ๒๗๒ ราย</p>	<p>บริการ๕ถึงแม้จะคุมกึ่งถาวรไปแล้ว - ให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น - เปิดช่องทางให้บริการปรึกษาคุมกำเนิดและ สุขภาพอนามัยทางเพศทางไลน์ และ face book -ส่งวัยรุ่นหลังคลอด/วัยรุ่นที่มาคลอด/มาตรวจ รักษารับบริการปรึกษาคุมกำเนิด/โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์</p>	<p><u>หมายเหตุ</u> - วัคซีนบางรายเลิก/แยกกะสามิไม่ได้ฝึ งยา. - วัคซีนบางราย/ญาติไม่ยินยอมฝึงยา/ไม่ รอ ***ปัจจุบันโรงพยาบาลมิโครงการ จัดบริการการเข้าถึงการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ในวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่พร้อมมี บุตร</p>
--	---	--	--

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ตัวชี้วัด ๑๓ ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

(ร้อยละ ๕๐)

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม/คปสอ.เมือง

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์ (Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐ - มี.ค.๖๑)
<p>ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ (ร้อยละ ๕๐)</p>	<p>๑. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คำสั่งอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ที่ ๔๒๘/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๙ ธ.ค.๒๕๖๐</p> <p>๒. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) - ครั้งที่ ๑ เมื่อ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม สสอ.เมือง ฉช. (หลังเก่า)</p>	<p>๑. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>๒. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ จำนวน ๑ ครั้ง (วันที่ ๒๐ ก.พ. ๒๕๖๑)</p> <p>๓. ประชุมคณะอนุกรรมการฯ เพื่อร่วมดำเนินการจัดทำแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อย ๒ เรื่อง</p> <p>๔. คณะกรรมการฯ ติดตามการดำเนินการตามแผนโดยมีระบบบริหารแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ โดยเน้นการมีส่วนร่วม</p>	<p>๑. ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คำสั่งอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ที่ ๔๒๘/ ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๐</p> <p>๒. ประชุมคณะอนุกรรมการฯ เพื่อร่วมดำเนินการจัดทำแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อย ๒ เรื่อง</p> <p>๓. มีการประชุมชี้แจง นโยบาย คินข้อมูลใน ที่ประชุมคณะเจ้าหน้าที่ รพ.สต./ หัวหน้าส่วนราชการ/ ที่เวทีประชุม</p>

	<p>๓. คณะกรรมการฯ จัดทำแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพระดับอำเภอ (ODOP) ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคไตเรื้อรัง (CKD) - การดูแลผู้สูงอายุ (LTC) - โรคพิษสุนัขบ้า 	<p>ของทุกภาคส่วน ทุกเดือน</p> <p>๕. สรุปผลการดำเนินงานตามประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ระดับ ๓ ขึ้นไปทุกข้อตามแนวทางการพัฒนา DHS-PCA</p>	<p>กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน และที่ประชุมกองทุนตำบลทุกตำบล</p> <p>๔. ประชุมภาคีเครือข่าย แผนยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๔ ในวันที่ ๒๗ - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ณ ดิวารี่ รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี</p>
--	---	--	---

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/ ๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๓ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (ไม่เกินร้อยละ ๑๖ ต่อแสนประชากร)

ผู้รับผิดชอบ ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน/กลุ่มการพยาบาล (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน)

กรอบแนวทางการตรวจ/ตัวชี้วัด/ เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/ แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome)ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน(ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
-อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (ไม่เกินร้อยละ ๑๖ ต่อแสนประชากร)	ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๖๑ <u>ผลงาน</u> ๒๐.๓๐ % (๑๔๓/๗๐๔,๓๙๙)	มีการวิเคราะห์สถานการณ์การบาดเจ็บผู้ป่วยทางถนนว่าสาเหตุเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านไหน และมีการวิเคราะห์จุดเสี่ยง เพื่อลดอัตราการบาดเจ็บ อัตราการตาย ความสูญเสียทั้งด้านทรัพยากรบุคคลและทรัพย์สิน โดยมีการจัดการประชุมประจำเดือนและขับเคลื่อนการทำงาน โดย คณะทำงานศปถ.จังหวัด	เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ หรือเป้าหมายที่กำหนด -ผลการดำเนินงานตามแผน (Quick win รอบ ๖ เดือน) - ไม่ผ่านเกณฑ์

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/ ๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๗ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ

ตัวชี้วัดที่ ๕๐ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาล F ๒ ขึ้นไป ทั้งที่ ER และ Admit (<ร้อยละ ๑๒)

ผู้รับผิดชอบ ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน/กลุ่มการพยาบาล (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน)

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/ แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome)ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
--	-------------------	------------------------------------	--

<p>-อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วย วิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล F ๒ ขึ้นไป ทั้งที่ ER และ Admit (<ร้อยละ ๑๒)</p>	<p>ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑และปัญหาอุปสรรค</p> <p><u>ผลงาน</u></p> <p>-๒.๑๑ % (๓๔๘/๑๖,๔๗๕)</p>	<p><u>ปัญหา</u> ๑. ขาดบุคลากรระดับพยาบาลวิชาชีพ</p> <p>๒. เก็บข้อมูลได้ล่าช้า ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน เพราะ รพ.อยู่ในช่วงเปลี่ยนแปลงระบบเป็น Hos-XP</p> <p>๓. การเข้าถึงระบบ EMS น้อย</p> <p><u>กระบวนการพัฒนา</u></p> <p>๑. มีการReview case dead ที่ ER และ Admit ใน ๒๔ ชั่วโมง ทุกรายทุกเดือนเพื่อวิเคราะห์ หาปัญหา สาเหตุการเสียชีวิต ตามกระบวนการดูแล ผู้ป่วย สรุปเป็นแนวทางในการพัฒนา และแจ้งให้ ผู้ปฏิบัติงานทราบและถือปฏิบัติ ทุกเดือน</p> <p>๒. ปรับปรุงการเก็บข้อมูลใน Hos-XP แบบ Real time</p> <p>๓. เก็บข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาER,EMS รายโรคและนำมาวิเคราะห์</p> <p><u>การแก้ไขปัญหา</u></p> <p>๑. ขอเพิ่มบุคลากรระดับพยาบาลและ Para-</p>	<p>เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ หรือเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>-ผลการดำเนินงานตามแผน (Quick win รอบ ๖ เดือน)</p> <p>- ผ่านเกณฑ์</p>
--	--	---	--

		<p>medic</p> <p>๒. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ ๑๖๖๙</p> <p>๓. เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ ER โดยส่งอบรม PHTLS, ENP, Pre-hos, ACLS, EMS Course, MT</p> <p>๔. เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่.รพสต.และกู้ชีพระดับ EMR การดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ได้แก่การทำ CPR และการใช้ AEDและผลักดันให้มี AED ใช้ในรถกู้ชีพ EMR</p>	
--	--	--	--

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๓ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (ไม่เกินร้อยละ ๔)
และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง (ไม่เกินร้อยละ๑๐)

ผู้รับผิดชอบ.....กลุ่มการพยาบาล/เวชกรรมสังคม.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome)ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (ไม่เกินร้อยละ ๔) และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง (ไม่เกินร้อยละ ๑๐)	<ul style="list-style-type: none"> - จากการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชากร ๓๕ ปีขึ้นไป ปี ๒๕๖๑ ประชากร ๒๙๔,๙๕๘ คน พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ๑๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๔๘ พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๖๙๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๓ - ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือ สังคมในปัจจุบันเป็นสังคมที่หาเช้ากินค่ำ มีตลาดนัดเพิ่มขึ้นที่ไม่มีการควบคุมเรื่องอาหารหวาน มัน เค็ม และมีอาหารจำพวก fast food เพิ่มขึ้น ซึ่งง่ายต่อการซื้อมารับประทาน - ประชาชนไม่ตระหนักถึงการปรับเปลี่ยน 	<p>วิธีการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองประชาชนตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปเพื่อค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง - จัดกิจกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลัก ๓ อ ๒ ส - จัดกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชนอย่างน้อย สัปดาห์ละ ๕ วัน - เชื่อมโยงกับคลินิก DPAC ในการส่งต่อประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อ้วน ดัชนีมวลกายเกิน รอบเอวเกิน - อสม.สำรวจประชาชน ๓๕ปีขึ้นไปและจัดทำ 	<ul style="list-style-type: none"> - เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ หรือเป้าหมายที่กำหนด - ปี๒๕๖๑ พบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ๑๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๔๘ - พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๖๙๑ คนคิดเป็นร้อยละ ๐.๒๓

	พฤติกรรม - ประชาชนไม่ทราบถึงว่าตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	ทะเบียน - อสมที่ได้รับการอบรมแล้ว นำความรู้ไปคัดกรอง/เฝ้าระวังที่บ้าน	
กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome)ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
		- แจ้งค่าและอธิบายความหมายและคำแนะนำเป็นรายบุคคล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ตามสถานะความเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงระดับความดันโลหิต และ/หรือระดับน้ำตาลที่วัดได้ - ประเมินติดตามและให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุก ๖ เดือนและตรวจติดตามค่าระดับความดันโลหิต/น้ำตาลในเลือด	

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒ /๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ.

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วันที่ ๒๓ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital (ร้อยละ๑๐๐)

ผู้รับผิดชอบ ก.อาชีวเวชกรรม / คณะกรรมการ ENV โรงพยาบาล / คณะกรรมการ GREEN&CLEAN Hospital

กรอบแนวทางการ ตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/ เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไข ปัญหา	ผลลัพธ์ (Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค. ๖๑)
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์	ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๖๑ และปัญหา อุปสรรค ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ รพ.พุทธโสธรผ่านเกณฑ์ระดับ พื้นฐาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ได้ดำเนินการต่อเนื่อง <u>ปัญหาอุปสรรคที่พบ</u> ๑. หลังจากก่อสร้างโรงพักมูลฝอยทั่วไปใหม่ พบว่า มีมูลฝอยทั่วไปสะสมมาก สาเหตุเพราะการขน ย้าย	<u>วิธีดำเนินงาน</u> ๑. ประชุมคณะกรรมการ G&C hospital เพิ่ม คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ๒. ติดตามผลการดำเนินงาน ความก้าวหน้า ๓. สรุปผลการดำเนินงาน และปัญหาที่พบ แก้ไข ๑. ก่อสร้างโรงพักมูลฝอยทั่วไป เสร็จสิ้น ๒. ประสานเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา เกี่ยวกับการ	เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ หรือเป้าหมายที่กำหนด ผลการดำเนินงานตามแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา มาประเมิน ให้ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน

	<p>ของเทศบาลยังไม่เข้าที่ ลงตัว</p>	<p>จัดเก็บ ขนย้าย</p> <p>๓. ปรับระบบการขนรวบรวมตามเวลาที่กำหนด</p> <p>๔. ประเมินผลและปรับการดำเนินการ แก้ไขปัญหา</p>	
	<p>๒. ห้องส้วมตีผู้ป่วยนอกไม่สะอาด และชำรุด ห้องส้วมผู้พิการไม่มีสัญญาณขอความช่วยเหลือ ราวจับยังไม่ได้มาตรฐาน</p> <p>๓. การจัดการด้านพลังงาน ค่าใช้จ่ายที่เป็นค่ากระแสไฟฟ้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในด้านแสงสว่าง และเครื่องปรับอากาศ</p> <p>๔. สิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ <u>ระบบบำบัดน้ำเสียบางส่วนต้องถูกรื้อถอน</u> <u>เนื่องจาก</u> <u>ต้องใช้พื้นที่ก่อสร้างอาคารอุบัติเหตุและโรคหัวใจ</u></p> <p>๕. ด้านสุขาภิบาลอาหาร โรงอาหารในโรงพยาบาล ไม่ถูกสุขลักษณะ อาหารที่จำหน่ายยังพบเชื้อ</p>	<p>๑. ปรับปรุงห้องส้วมผู้พิการ ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์ ทุกส้วมได้ตามเกณฑ์</p> <p>๑. จัดทำสถิติข้อมูลการใช้พลังงานไฟฟ้าใน รพ. และจะขยายผลไปสาธารณสุขปโคอื่นๆให้ ครบถ้วน</p> <p>๒. ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ สนับสนุนจาก กรม พ.พ. ต่อเนื่อง</p> <p>๑. ปรับภูมิทัศน์รอบโรงพยาบาล</p> <p>๒. วางแผนรองรับการก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสีย ทดแทน</p> <p>๓. ตรวจสอบปรับปรุง ระบบบำบัดน้ำเสีย เปลี่ยน จัดหาอุปกรณ์ตรวจวัดที่ทันสมัย</p> <p>๔. ซ่อม เปลี่ยน ฝาท่อระบายน้ำที่ชำรุด ลอกท่อที่อุดตัน</p> <p>๑. ประชุม วางแผนเรื่องการจัดหาโรงอาหารสำหรับ ร้านค้าสวัสดิการทดแทน ที่จะถูกรื้อถอน</p>	

	<p>แบคทีเรีย และโรงอาหารสวัสดิการ ๒ จะถูกรื้อถอนเนื่องจากต้องใช้พื้นที่ก่อสร้างอาคารอุบัติเหตุและโรคหัวใจ</p>	<p>๒. วางแผนการย้ายแผนกโภชนาการไปอาคารสนับสนุน มีการวางแผนปรับปรุงโครงสร้างรองรับ</p> <p>๓. ส่งเสริมการบริโภคผักเบอร์ ๘ และผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ โดยจัดพื้นที่ให้เกษตรกรผู้ผลิตได้มาจำหน่ายกับผู้บริโภคโดยตรง</p> <p>๔. สั่งซื้อผักเบอร์ ๘ ในการปรุงอาหารแก่ผู้ป่วย โดยวางแผนเพิ่มปริมาณจัดซื้อให้มากขึ้น</p>	
		<p>๕. ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ มีประโยชน์แก่ประชาชน ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ โดยมีเมนูสุขภาพ แนะนำ</p> <p>๖. ส่งเสริมใช้ผักพื้นบ้าน อาหารพื้นเมือง โดยยึดหลัก</p> <p>เศรษฐกิจพอเพียง โดยจัดเมนูอาหารงานเลี้ยงใช้ผักพื้นบ้าน ปรุงอาหารพื้นเมือง รวมทั้งสร้างอาชีพแก่กลุ่มผู้พิการปลูกผักพื้นบ้านโดยไม่ใช้สารเคมี</p> <p>๗. รณรงค์อาหารว่าง เครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ</p> <p>๘. ตรวจสอบปนเปื้อน ๖ ชนิด และแบคทีเรียในอาหาร</p> <p>และน้ำที่จำหน่ายในโรงพยาบาล และติดตามแนะนำปรับปรุงให้ได้ตามมาตรฐาน ต่อเนื่อง</p>	

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวงรอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๒ บริการเป็นเลิศ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดที่ ๒๕ ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary care cluster)

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

กรอบแนวทางการตรวจ/ตัวชี้วัด/ เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Processกระบวนการพัฒนา/แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	<p>ผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา</p> <p>-เครือข่ายพุทธโสธรได้กำหนดพื้นที่เป้าหมายการเปิด PCC ตามนโยบาย ทั้งสิ้น ๕ Cluster</p> <p>- clusterที่ ๑ คือ ศสม.วัดโสธร+รพ.สต.บางพระ+รพ.สต.โสธร มี FCT ๓ ทีม ประชากรรวม ๓๑,๒๓๑ คน เปิดดำเนินการเมื่อวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๙</p> <p>-Clusterที่ ๒ คือ ศสม.วัดจีน+รพ.สต.ท่าไข่</p>	<p>การสรรหากำลังคน</p> <p>๑ มีการสำรวจบุคลากรที่ต้องการในPCC เพื่อจัดทำแผนขอสนับสนุนบุคลากรตามส่วนขาดให้สอดคล้องกับอัตรากำลังที่กำหนดตามมาตรฐาน PCC</p> <p>๒.ประกาศรับย้าย / บรรจุใหม่</p>	<p>-มีการจัด PCC ใหม่ให้เหมาะสมตามเงื่อนไข ดังนี้คือ</p> <p>clusterที่ ๑ มี ๓ FCT ในส่วน FCT ที่ ๑ คือ ศสม.วัดโสธร ประชากร ๑๐,๔๖๙ คน FCT ที่ ๒ ศสม.วัดโสธร ประชากร ๙,๗๒๒ คน FCT ที่ ๓ คือ รพ.สต.บางพระ+รพ.สต.โสธร ประชากร ๑๒,๑๒๒ คน รวมประชากร ๓ ทีม ๓๒,๓๓๑ คน เปิดดำเนินการเมื่อวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๙</p>

	<p>+รพ.สต.บ้านใหม่ มี FCT ๓ ทีม ประชากรรวม ๓๒,๔๘๐ คน จะเปิดดำเนินการในปี ๒๕๖๑</p> <p>-Cluster ที่ ๓ คือ รพ.สต. คลองอุดม + หนามแดง+คลองเปรง + สมอเซ มี FCT ๒ ทีม ประชากรรวม ๒๑,๘๑๙ จะเปิดดำเนินการในปี ๒๕๖๒ และอีก ๑ FCT คือ รพ.สต. คลองหลวงแพ่ง มีประชากรรวม ๑๑,๒๙๘ จะดำเนินการเปิดในปี ๒๕๖๓</p> <p>-Cluster ที่ ๔ คือ รพ.สต. บางดินเปิด + คลองนา+บางไผ่+บางเตย+แขวงกลั่น+บางกะไห มี ๓ FCT ประชากรรวม ๓๑,๐๙๓ คน จะเปิดดำเนินการในปี ๒๕๖๔</p> <p>-Cluster ที่ ๕ คือ รพ.สต. วังตะเคียน+คลองนครเนื่องเขตหมู่ ๘+ คลองนครเนื่องเขตหมู่ ๑๗ มี ๑ FCT มีประชากรรวม ๑๔,๐๔๗ คน จะเปิดดำเนินการในปี ๒๕๖๕ และ รพ.สต.</p>	<p>การวางแผนครุภัณฑ์</p> <p>๑. มีการสำรวจครุภัณฑ์ส่วนขาด เพื่อวางแผนขอสนับสนุน / จัดซื้อครุภัณฑ์ตามกรอบ</p> <p>พัฒนารูปแบบการจัดบริการ</p> <p>-จัดทำคำสั่ง PCC ระดับอำเภอ</p> <p>-ทำแผนการจัดตั้ง PCC และประเมินส่วนขาดในเรื่อง System Structure และ Staff ตามแผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายปฐมภูมิ</p> <p>-จัดทำแผนการสนับสนุนให้ PCC เป้าหมายจัดบริการได้ตามเกณฑ์ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย</p>	<p>-Cluster ที่ ๒ มี ๓ FCT ใน FCT ที่ ๑ คือ รพ.สต. คลองอุดมชลจร + หนามแดง ประชากรรวม ๑๑,๘๐๑ FCT ที่ ๒ คลองเปรง + สมอเซ ประชากรรวม ๑๐,๒๐๑ FCT ที่ ๓ คือ รพ.สต. คลองหลวงแพ่ง ประชากรรวม ๑๑,๖๕๖ รวม ๓ FCT มีประชากรรวม ๓๓,๖๕๘ คน ได้เปิดดำเนินการ FCT ที่ ๑ วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๑</p> <p>Cluster ที่ ๓ มี ๓ FCT ในส่วน FCT ที่ ๑ คือ ศสม. วัดจันทน์+รพ.สต. บ้านใหม่ มีประชากร ๑๑,๓๒๗ คน FCT ที่ ๒ คือ ศสม. วัดจันทน์ มีประชากร ๑๐,๘๕๗ คน FCT ที่ ๓ คือ รพ.สต. ทำไร่ ประชากร ๑๐,๓๙๒ คน รวม ๓ FCT มีประชากรรวม ๓๒,๕๗๖ คน ได้เปิดดำเนินการ FCT ที่ ๑ และ ๒ วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๑</p> <p>-Cluster ที่ ๔ มี ๓ FCT ในส่วน FCT ที่ ๑ คือ รพ.สต. บางแก้ว + รพ.สต. คลองจุกกระเฉม ประชากร ๙,๑๐๐ คน FCT ที่ ๒ คือ รพ.สต. บางขวัญ + รพ.สต. คลองนครเนื่องเขตหมู่ ๘ ประชากร ๑๐,๒๘๒ คน FCT ที่ ๓ รพ.สต. วังตะเคียน + รพ.สต. คลอง</p>
--	--	---	--

	<p>บางแก้ว + บางขวัญ มี ๑ FCT ประชากรรวม ๑๒,๙๘๑ คน จะเปิดดำเนินการในปี ๒๕๖๖</p> <p>ความต้องการอัตรากำลัง</p> <p>-Clusterที่ ๑</p> <p>๑.พยาบาลวิชาชีพ ๓ คน</p> <p>๒.นวก./ จพ. ๓ คน</p> <p>๓.จพง.เภสัชกรรม ๓ คน</p> <p>๔.นักกายภาพบำบัด ๑ คน</p> <p>๕.แพทย์แผนไทย ๓ คน</p> <p>๖.นวก.คอมพิวเตอร์ ๑ คน</p> <p>๗.จหน.การเงิน / บัญชี ๑ คน</p> <p>๘.พนักงานพิมพ์ ๓ คน</p> <p>๙.พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ๓ คน</p>		<p>นครเนื่องเขตหมู่ ๑๗ ประชากร ๑๐,๖๘๕ คน รวม ๓ FCT มีประชากรรวม ๓๐,๐๖๗ คนจะเปิดดำเนินการในปี ๒๕๖๓</p> <p>-Clusterที่ ๕ มี ๓ FCT ในส่วน FCT ที่ ๑ คือ รพ.สต.บางดินเป็ด ประชากร ๘,๕๙๙ คน FCTที่ ๒ รพ.สต.บางเตย + รพ.สต.บ้านแขวงกลั่น + รพ.สต.บางกะโท ประชากร ๑๐,๑๖๔ คน FCT ที่ ๓ รพ.สต.คลองนา + รพ.สต. บางไผ่ ประชากร ๙,๘๐๔ คน รวม ๓ FCT มีประชากรรวม ๒๘,๕๖๗ คน จะเปิดดำเนินการในปี ๒๕๖๔</p> <p>การจัดระบบบริการ PCC วัดโสธร</p> <p>-มีการเปิด PCC วัดโสธร เมื่อวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๙ โดยมีการส่งข้อมูลลงทะเบียนกับ สปค. ครบทั้ง ๓ FCT โดยมีการเปิดให้บริการด้านแพทย์แผนไทยเมื่อ ๑๘ พ.ค.๒๕๖๐ ที่ผ่านมา ณ อาคาร ชั้น ๒ ของ PCC วัดโสธร มีจำนวนเตียงให้บริการ ๘ - ๑๐ เตียง มีบริการนวด อบ ประคบหลังคลอด</p>
--	---	--	---

	<p>-Clusterที่ ๒</p> <p>๑.เภสัชกร ๑ คน</p> <p>๒.พยาบาลวิชาชีพ ๕ คน</p> <p>๓.จพง.เภสัชกรรม ๓ คน</p> <p>๔.นักกายภาพบำบัด ๑ คน</p> <p>๕.แพทย์แผนไทย ๓ คน</p> <p>๖.นวก.คอมพิวเตอร์ ๑ คน</p> <p>๗.จนท.การเงิน / บัญชี ๑ คน</p> <p>๘.พนักงานพิมพ์ ๓ คน</p> <p>๙.พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ๓ คน</p> <p>-Cluster ที่ ๓</p> <p>๑.เภสัชกร ๑ คน</p> <p>๒.พยาบาลวิชาชีพ ๕ คน</p>		<p>มีการตรวจรักษาทางแพทย์แผนไทยโดยอายุรเวท เวลา ๘.๐๐-๑๖.๐๐น. ซึ่งถ้ามีผู้รับบริการจำนวนมากจะวางแผนเปิดให้บริการนอกเวลาราชการ</p> <p>ครุภัณฑ์</p> <p>-ด้านกายภาพบำบัด อยู่ในระหว่างวางระบบโดยประสานแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อส่งนักกายภาพบำบัดมาปฏิบัติงานที่ PCC ซึ่งขณะนี้ได้รับจัดสรรเครื่องมือทางกายภาพ ๔ ชนิด คือ เครื่องอบความร้อนแบบคลื่นสั้น, เครื่องดึงคอและหลังอัตโนมัติพร้อมเตียงปรับระดับได้, หม้อแช่พาราฟิน, หม้อต้มแผ่นความร้อน</p> <p>-PCC วัดโสมรได้รับการสนับสนุนครุภัณฑ์ การแพทย์งบ PCC ปี ๒๕๖๐ คือ เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดสอดแขน, เครื่อง EKG, DROPTONE</p> <p>บุคลากร</p> <p>-มีบุคลากรรับย้ายตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพจำนวน</p>
--	--	--	--

	<p>๓.จพ.ทันตสาธารณสุข ๑ คน</p> <p>๔.จพง.เภสัชกรรม ๓ คน</p> <p>๕.นักกายภาพบำบัด ๑ คน</p> <p>๖.แพทย์แผนไทย ๓ คน</p> <p>๗.นวก.คอมพิวเตอร์ ๑ คน</p> <p>๘.จนท.การเงิน / บัญชี ๑ คน</p> <p>๙.พนักงานพิมพ์ ๓ คน</p> <p>๑๐.พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ๓ คน</p> <p>๑๑.ทันตแพทย์ ๑ คน</p> <p>-Cluster ที่ ๔</p> <p>๑.แพทย์ ๓ คน</p> <p>๒.ทันตแพทย์ ๑ คน</p> <p>๓.เภสัชกร ๑ คน</p>		<p>๒ รายปฏิบัติงานที่ PCC วัดโสธร และ รพ.สต. คลองอุดมชลจร นักวิชาการสาธารณสุข ๑ ราย ปฏิบัติงานที่ รพ.สต.คลองหลวงแพ่ง</p> <p>-เปิดรับพยาบาลวิชาชีพบรรจุใหม่ จำนวน ๔ ราย ปฏิบัติงานที่ รพ.สต.คลองอุดมชลจร, รพ.สต.คลองหลวงแพ่ง , รพ.สต.บางดินเปิด และ รพ.สต.บางไผ่</p> <p>-มีการจัดสรรบุคลากรจาก Center ของกลุ่มงาน เวชกรรมสังคม ไปปฏิบัติงานที่ PCCวัดจีนประชาสโมสรในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพจำนวน ๓ ราย , นักวิชาการสาธารณสุข ๒ ราย และปฏิบัติงานที่ PCC วัดโสธรวราราม ในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑ ราย</p> <p>-มีการจ้างเภสัชกรเพิ่ม ๑ ราย ปฏิบัติงานที่ PCC วัดโสธร</p> <p>-มีการจ้างพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ปฏิบัติงานที่ PCC วัดโสธร ๒ ราย และ PCC วัดจีน ๒ ราย</p> <p>-มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอ-</p>
--	---	--	--

	<p>๔.พยาบาลวิชาชีพ ๕ คน</p> <p>๕.จพง.เภสัชกรรม ๓ คน</p> <p>๖.นักกายภาพบำบัด ๑ คน</p> <p>๗.แพทย์แผนไทย ๒ คน</p> <p>๘.นวก.คอมพิวเตอร์ ๑ คน</p> <p>๙.จนท.การเงิน / บัญชี ๑ คน</p> <p>๑๐.พนักงานพิมพ์ ๓ คน</p> <p>๑๑.พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ๓ คน</p> <p>-Clusterที่ ๕</p> <p>๑.แพทย์ ๓ คน</p> <p>๒.ทันตแพทย์ ๑ คน</p> <p>๓.เภสัชกร ๑ คน</p> <p>๔.พยาบาลวิชาชีพ ๕ คน</p>		<p>ครอบครัวให้กับเจ้าหน้าที่</p> <p>-มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการแผนพัฒนาระบบ คลินิกหออกรับระดับอำเภอ</p> <p>งบประมาณ</p> <p>PCC วัดโสธรวรารามได้รับจัดสรรงบประมาณเป็น ค่าบริการฯ เพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่ มีแพทย์ประจำครอบครัว ๑ เขตที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๑ เป็นเงิน ๔๙๐,๐๐๐ บาท โดยเป็น ของ FCT ที่ ๑ และ ๒ จำนวน ๔๒๐,๐๐๐ บาท และ FCT ที่ ๓ จำนวน ๗๐,๐๐๐ บาท</p> <p>การจัดระบบบริการPCC วัดจันทระประชาสโมสร</p> <p>-มีการเปิดให้บริการวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๑ มี การส่งข้อมูลลงทะเบียนกับ สปค. จำนวน ๒ FCT มีการเปิดให้บริการด้านตรวจโรคโดยแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัวในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐- ๑๖.๓๐น.บริการด้านแพทย์แผนไทยมี นวด อบ</p>
--	---	--	--

	<p>๕.จพง.เภสัชกรรม ๓ คน</p> <p>๖.นักกายภาพบำบัด ๑ คน</p> <p>๗.แพทย์แผนไทย ๒ คน</p> <p>๘.นวก.คอมพิวเตอร์ ๑ คน</p> <p>๙.จนท.การเงิน / บัญชี ๑ คน</p> <p>๑๐.พนักงานพิมพ์ ๓ คน</p> <p>๑๑.พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ๓ คน</p> <p>ความต้องการครุภัณฑ์</p> <p>-Clusterที่ ๑</p> <p>๑.รถกระบะ ๑ คัน</p> <p>๒.รถ Ambulance ๑ คัน</p> <p>๓. Smart phone ๑ เครื่อง</p>		<p>ประคบ ในวันจันทร์- ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. และบริการทันตกรรม อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน วันจันทร์- ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐น.และมีบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>การจัดการระบบบริการPCC คลองอุดมชลจร</p> <p>-มีการเปิดให้บริการวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๑ มีการส่งข้อมูลลงทะเบียนกับสปค. จำนวน ๑ FCT</p> <p>มีบริการตรวจโรคโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในวันอังคารที่ ๒ และ ๔ และบริการทันตกรรม อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐น. มีบริการแพทย์แผนไทย นวด อบประคบ ท้าหม้อเกลือหญิงหลังคลอด ในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐น. และบริการเชิงรุกดูแลผู้ป่วยติดเตียง และบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</p>
--	--	--	--

	<p>๔. เครื่องมือถ่ายภาพ ๑ ชุด มีเครื่องมือ ๖ ชนิด</p> <p>-Cluster ที่ ๒</p> <p>๑. เครื่อง EKG ๑ เครื่อง</p> <p>๒. เครื่อง U/S ๑ เครื่อง</p> <p>๓. รถกะบะ ๑ คัน</p> <p>๔. รถ Ambulance ๑ คัน</p> <p>๕. Smart phone ๑ เครื่อง</p> <p>๖. เครื่องมือถ่ายภาพ ๑ ชุด มีเครื่องมือ ๖ ชนิด</p> <p>-Cluster ที่ ๓</p> <p>๑. เครื่อง EKG ๑ เครื่อง</p> <p>๒. เครื่อง U/S ๑ เครื่อง</p>		
--	--	--	--

	<p>๓.รถกระบะ ๑ คัน</p> <p>๔.รถ Ambulance ๑ คัน</p> <p>๕. Smart phone ๑ เครื่อง</p> <p>๖.เครื่องมือกายภาพ ๑ ชุด มีเครื่องมือ ๖ ชนิด</p> <p>- Clusterที่ ๔</p> <p>๑.เครื่องEKG ๑ เครื่อง</p> <p>๒.เครื่อง U/S ๑ เครื่อง</p> <p>๓.รถกระบะ ๑ คัน</p> <p>๔.รถ Ambulance ๑ คัน</p> <p>๕. Smart phone ๑ เครื่อง</p> <p>๖.เครื่องมือกายภาพ ๑ ชุด มีเครื่องมือ๖ชนิด</p> <p>- Clusterที่ ๕</p> <p>๑.เครื่องEKG ๑ เครื่อง</p>		
--	--	--	--

	<p>๒.เครื่อง U/S ๑ เครื่อง</p> <p>๓.รถกะบะ ๑ คัน</p> <p>๔.รถ Ambulance ๑ คัน</p> <p>๕. Smart phone ๑ เครื่อง</p> <p>๖.เครื่องมือถ่ายภาพ ๑ ชุด มีเครื่องมือชนิด</p> <p>ปัญหาที่พบ</p> <p>-การจัด PCC ปี ๒๕๖๐ ที่ผ่านมามีพบว่าบาง ที่มีจำนวนประชากรไม่เหมาะสมทำให้มีผล ต้องงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร</p> <p>-การจัดแพทย์ลงแต่ละ PCC ต้องเป็นแพทย์ที่ มีวุฒิ อว. /วว. / หรือผ่านการอบรมระยะสั้น จึงจะสามารถจัดลงแต่ละ PCC ได้ ซึ่งปัจจุบัน มีแพทย์ดังกล่าวไม่เพียงพอ แพทย์ Inservice ที่มีไม่สามารถจัดลง PCC ได้ จึงส่งผลให้มีการ</p>		
--	--	--	--

	<p>เปิด PCC ไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้</p> <p>-บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ / สายสนับสนุน ในส่วนขาดไม่สามารถดำเนินการจัดสรร / จัดจ้าง ได้ตามเกณฑ์ที่ PCC กำหนด</p> <p>-ครุภัณฑ์ที่ได้รับสนับสนุนไม่เป็นไปตามกรอบรายการที่ขอสนับสนุนทำให้ไม่สามารถจัดบริการได้อย่างครอบคลุม</p> <p>-กระบวนการดำเนินงาน PCC ในเรื่องบุคลากร งบประมาณ ไม่มีแนวทางสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน</p> <p>-ทันตแพทย์ เกสัชกร ไม่สามารถปฏิบัติงานที่ PCC ได้เต็มเวลา</p>		
--	---	--	--

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวงรอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๔ บริหารเป็นเลิศ (Governance Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๖๕ ร้อยละของรพ.สต.ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดตาม (ร้อยละ๒๕)

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม/ คปสอ.เมือง

กรอบแนวทางการตรวจ/ตัวชี้วัด/ เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Processกระบวนการพัฒนา/แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์ (Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละของรพ.สต.ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ๒๕)	-ผลงานปีงบประมาณ๒๕๖๐ ผลการประเมินโดยทีมพัฒนาระดับอำเภออยู่ในระดับ ๔ ดาว ๗ แห่ง, ๓ ดาว ๑๕ แห่ง ๒ ดาว ๑ แห่ง -ทีมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราสุ่มประเมิน ๓ แห่ง จากแห่งที่มีผลการประเมินระดับ ๔ ดาว จากการประเมินของทีมพัฒนาระดับอำเภอ คือ รพ.สต.คลองจุกกระเฉง ทีม สสจ.ฉช.ประเมินได้ระดับคะแนน ๙๐.๙๑ อยู่ในระดับ ๕ ดาว, ศสม.วัดโสธรวราราม ทีม สสจ.ฉช.ประเมินได้ระดับคะแนน ๗๕.๒๔ อยู่ในระดับ ๓ ดาว,	วิธีการดำเนินงาน -จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ให้ผ่านเกณฑ์ ๕ ดาว โดยมีกิจกรรมดังนี้ ๑.แต่งตั้งทีมพัฒนา รพ.สต.ติดตามระดับอำเภอ ๒.จัดกิจกรรมศึกษาดูงานรพ.สต.ต้นแบบที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดตาม ๓.จัดกิจกรรมสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ ๔.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำเสนอผลงานวิชาการ ๕.สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนางานเภสัชกรรมใน รพ.สต.โดยให้งบจัดซื้อ	-ทบทวน / จัดคำสั่งแต่งตั้งต่างๆ ได้แก่ Green&clean, Lab, IC, NCD, พชอ, ๕ ส -มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี ๒๕๖๑ -รพ.สต.และ ศสม.ทุกแห่งมีการประเมินตนเองให้เสร็จสิ้นภายใน ๑๕ ม.ค. ๒๕๖๑ -ชี้แจงเกณฑ์ รพ.สต.ติดตามจาก ผู้รับผิดชอบงาน สสจ.ฉช. -จัดทำCPG ตามเกณฑ์ที่กำหนด -ผลการประเมินตนเองของ รพ.สต. / ศสม. ผ่านเกณฑ์ ๓ ดาว ทุกแห่ง -ทีมประเมินระดับอำเภอลงตรวจเยี่ยมเดือนมีนาคม-

	<p>รพ.สต.บางพระ ทีม สสจ.ฉช.ประเมินได้ระดับคะแนน ๖๗.๕๗ อยู่ในระดับ ๒ ดาว</p> <p>ปัญหาอุปสรรค</p> <p>-เกณฑ์การประเมินบางหัวข้อ ทางCUP ต้องเป็นผู้สนับสนุนซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณทำให้ CUPไม่สามารถสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ได้ครบทุกแห่ง และครอบคลุมทุกรายการ</p> <p>-เกณฑ์บางส่วนยังไม่เหมาะสมกับบริบทของ รพ.สต.และศสม.</p>	<p>Thermal printer และจัดซื้อเครื่องปรับอากาศติดในคลังยา</p> <p>๖.ทบทวน CPG ให้เป็นปัจจุบันครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามเกณฑ์รพ.สต.ติดตามกำหนด</p> <p>๗.สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ส่วนขาด เช่น เครื่องตรวจหูดอกจมูก, Suction mobile, Droptone, Laryngoscope, เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดเข็ม, กระดานรองหลังทำ CPR</p> <p>๗.สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อถังคัดแยกขยะ จำนวน ๒๑ ชุด</p> <p>๘.สนับสนุนงบประมาณในการปรับโครงสร้างให้กับ รพ.สต.เปรัง, รพ.สต.บางพระ, รพ.สต.บ้านแขวงกลิ่น เป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๒๙๖,๐๐๐ บาท</p> <p>๙.จัดทำแผนเยี่ยมบ้านเชิงรุก, แผนปฏิบัติการออกให้บริการตรวจผู้ป่วยเรื้อรังใน รพ.สต.เขตอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา, แผนปฏิบัติการออกให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการใน รพ.สต.เขตอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา, แผนพัฒนาระบบ IC ใน รพ.สต/ ศสม.</p> <p>๑๐.จัดอบรมฟื้นฟูความรู้วิชาการเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลเวช</p>	<p>เมษายน ๒๕๖๐ ผลการประเมิน ระดับ ๕ ดาว ๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๑๓ ระดับ ๔ ดาว ๑๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๕๓ ระดับ ๓ ดาว ๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔.๓๔</p>
--	---	--	--

		ปฏิบัติในการรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น วันที่ ๒๕- ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๑ ๑๑.จัดอบรมโครงการ ๕ ส วันที่ ๒๓- ๒๔ เมษายน ๒๕๖๑ ๑๒.สนับสนุนอุปกรณ์ PPE จำนวน ๕ ชุด Set คลอด จำนวน ๔ ชุด	
--	--	--	--

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)

ตัวชี้วัดที่ ๒๗ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) (≥ร้อยละ ๘๐)

ผู้รับผิดชอบ.....กลุ่มงานอายุรกรรม/OPD/SP.สาขาหัวใจ/NCD.รพ.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	ปี ๒๕๖๑ (ต.ค. ๒๕๖๐ - ธ.ค.๒๕๖๐) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงทั้งหมด	วิธีการดำเนินงาน - การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงให้ครอบคลุมพื้นที่บริการโดยเชื่อมโยงกับสาขาหัวใจและหลอดเลือดสมอง	- เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ หรือเป้าหมายที่กำหนด - ผลการดำเนินงานตามแผน (Quick win รอบ ๖ เดือน) ปี ๒๕๖๑ (ต.ค.-มี.ค. ๖๑) จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด ๖,๗๒๖ คน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

<p>(CVD Risk) - ≥ ร้อยละ ๘๐</p>	<p>๕,๙๗๓ คน ได้รับการประเมินโอกาสโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ๔,๓๑๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๑๒</p> <ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองไม่ครอบคลุมพื้นที่บริการ - ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างแม่ข่ายและ รพ.สต. ทำให้เกิดปัญหาข้อมูลไม่ตรงกัน และ ไม่สามารถดึงข้อมูลเอามาใช้ประโยชน์ได้ - ชุมชนยังไม่เข้าใจถึงภาวะเสี่ยงที่ต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มช่วงเวลาวัดความดันโลหิตพร้อมคัดกรอง CVD Risk ช่วงเช้าขณะรอแพทย์ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ.พุทธโสธร โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤตจะได้รับการส่งต่อห้องฉุกเฉินทันที - จัดโครงการอบรมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยทีมรักษหทัยจากรพ.จุฬาลงกรณ์พร้อมมีการติดตามทุก ๓ เดือน - รณรงค์ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอาการเร่งด่วนที่ต้องมารพ. พร้อมติดแจกสติ๊กเกอร์ในชุมชน - การค้นหากลุ่มเสี่ยง และผู้มีปัจจัยเสี่ยง เช่นผู้ที่สูบบุหรี่ อ้วนลงพุง ดัชนีมวลกายเกิน และเสริมพลังความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีแนวทางการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงสูงที่รอบแเวเกินมาตรฐานไปยังหน่วยงาน DPAC - ดำเนินการดูแล และติดตามผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตามศักยภาพ โดยสหสาขาวิชาชีพ case manager ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม และรายประชากร 	<p>(CVD Risk) ๖,๐๘๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๔๑</p>
---------------------------------	--	---	--

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวงรอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นแผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)

ตัวชี้วัดที่ ๒๘ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (<ร้อยละ ๗)

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานอายุรกรรม/ SP.สาขาหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค. ๖๑)
--	-------------------	-----------------------------------	--

<p>อัตราการตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง (<ร้อยละ ๗)</p>	<p>ผลการดำเนินงานรอบปีที่ผ่านมา ๒๕๖๐</p> <p>อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง (<๗%) = ๑๑.๐๒ % (Ischemic = ๓.๐๓ % Hemorrhage = ๒๙.๐๖%)</p> <p>ผลการดำเนินงานรอบปีที่ผ่านมา ๒๕๖๑ (ต.ค.-มี.ค.๖๑)</p> <p>อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง (<๗%) = ๑๑.๑๑ % (Ischemic = ๓.๙๙% Hem- orrhage = ๓๕.๖๒%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย SFT – พัฒนาระบบการส่งต่อ-รับกลับ – เพิ่ม Node of rt-PA – primary prevention สร้างเครือข่าย สุขภาพในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ Stroke Alert & awareness ๑๖๖๙ – คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคและ ให้ความรู้ – ระบบการติดตามการเยี่ยมบ้านและตอบ กลับ – ร่วมกับ อปท. มูลนิธิต่างๆ หน่วยราชการ ภาคเอกชน ในการประชาสัมพันธ์ – เครือข่ายสุขภาพในชุมชนมีส่วนร่วมในการ ประชาสัมพันธ์ 	<p>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1๖๐-1๖๙ = ๗๙ ราย/๗๑๑ ราย (๑๑.๑๑%)</p> <p>หลอดเลือดสมองตีบ = ๒๒/๕๕๑ราย (๓.๙๙ %) หลอดเลือดสมองแตก ๕๗/๑๖๐ราย (๓๕.๖๒ %)</p>
--	---	---	---

รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัดที่ ๒๙ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๘๐)

ผู้รับผิดชอบ.....กลุ่มงานเภสัชกรรม/ SP สาขา RDU.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ตัวชี้วัด/เกณฑ์/ เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไข ปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ 3 เดือน (เม.ย.-มิ.ย.61)
<p>เป้าหมายของกระทรวง ปี 2561 รพ.ในสังกัดสร. ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และ RDU ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรพ.ทั้งหมด</p> <p>เป้าหมายของ Service Plan RDU จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2561 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลและผ่าน RDU ชั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และ RDU ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรพ.</p>	<p>ทุกรพ.ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ชั้นที่ 2 เนื่องจากยังมีการใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค คือ URI, AD, FTW และ APL เกินเกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>ดำเนินกิจกรรมตามกฎแฉ PLEASE</p> <p>1. ติดตามกิจกรรม ชั้นที่ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ - PTC เข้มแข็ง - ฉลากยามาตรฐาน - ตัดยาที่ไม่เหมาะสมออกจากบัญชียาโรงพยาบาล - ส่งเสริมจริยธรรมฯ 	<p>ณ สิ้นไตรมาสที่ 2/2561 โรงพยาบาลมีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.1 คือ ผ่านชั้นที่ 3 คือ โรงพยาบาลบางคล้า และโรงพยาบาลราชสาส์น คิดเป็นร้อยละ 18.18 รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และAD ทุกแห่ง (122/122) คิดเป็นร้อยละ 100</p>

<p>ทั้งหมดในจ.ฉะเชิงเทรา</p> <p style="text-align: center;">ไตรมาส 1</p> <p>RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 60</p> <p>RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 5</p> <p style="text-align: center;">ไตรมาส 2</p> <p>RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 70</p> <p>RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 10</p> <p style="text-align: center;">ไตรมาส 3</p> <p>RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 80</p> <p>RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 15</p> <p style="text-align: center;">ไตรมาส 4</p> <p>RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 80</p> <p>RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 20</p> <p><u>เงื่อนไขการผ่าน RDU ชั้นที่ 1</u></p> <p><u>RDU 1: การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล</u></p> <p><u>I ประเมิน Process</u></p> <p>รพ.ทุกแห่งต้องดำเนินการ 5 ประการที่ เกี่ยวกับนโยบาย มาตรการการดำเนินงาน, การ เก็บข้อมูลตัวชี้วัด, การติดตามประเมินผล และ</p>		<p>2.ติดตามกิจกรรม ชั้นที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นใน 4 กลุ่มโรค - ดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต 	
--	--	--	--

การจัดทำแผนปฏิบัติการการจัดการซื้อยาใน รพศ./รพท.			
---	--	--	--

ตาราง RDU (ต่อ)

กรอบแนวทางการตรวจ/ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome)ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ 3 เดือน (เม.ย.-มิ.ย.61)
<p><u>II ประเมิน Output</u></p> <p>รพ. <u>ต้องผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 5 ตัว</u> ที่เกี่ยวกับการสั่ง ใช้ยา ED การดำเนินงานของ PTC, การตัดรายการยาที่ไม่ เหมาะสม , การจัดทำฉลากยา และจริยธรรมในการจัดซื้อ ยา</p> <p><u>RDU 2: การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในรพ. สต./หน่วย บริการปฐมภูมิ</u></p> <p><u>I ประเมิน Output</u></p> <p>ทุกอำเภอต้องมีจำนวนรพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของรพ.สต.ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ผ่านเกณฑ์ ตัวชี้วัดของการใช้ยาปฏิชีวนะใน Upper Respiratory Infection (URI) และ Acute Diarrhea (AD) ทั้ง 2 ตัว ตัวชี้วัด</p>			

<p><u>เงื่อนไขการผ่าน RDU ชั้นที่ 2</u></p> <p><u>RDU 1: การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล</u></p> <p><u>I ประเมิน Output</u></p> <p>รพ. <u>ต้องผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 ร่วมกับ 7 ตัวชี้วัด</u> ที่เกี่ยวกับการสั่งจ่ายปฏิชีวนะใน URI, AD, FTW และ APL และอีก 3 ตัวชี้วัดในผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ และผู้ป่วยโรคไต</p> <p><u>RDU 2: การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในรพ. สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ</u></p> <p><u>I ประเมิน Output</u></p> <p>ทุกอำเภอต้องมีจำนวนรพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของรพ.สต. ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของการจ่ายปฏิชีวนะใน Upper Respiratory Infection (URI) และ Acute Diarrhea (AD) ทั้ง 2 ตัวชี้วัด</p>			
--	--	--	--

รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัดที่ ๓๑ อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด (๓.๔ ต่อพันทารกเกิดมีชีพ)

ผู้รับผิดชอบ ..ก.กumarเวชกรรม / SP. สาขาNewborn.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/ แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome)ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
-อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน(น้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ๕๐๐ กรัม) (ไม่เกิน ๓.๔ ต่อพันทารกเกิดมีชีพ)	-จากสถิติปี ๒๕๕๗ ปี ๒๕๕๘ ปี ๒๕๕๙ และปี ๒๕๖๐ พบว่าจังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวนทารกเกิดมีชีพ ๘,๒๙๗, ๘,๓๐๖, ๘,๐๑๑ และ ๗,๖๘๖ ราย ตามลำดับ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน น้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ๕๐๐ กรัมต่อเกิดมีชีพ เท่ากับ ๕.๓๕, ๕, ๓.๗๔ และ ๕.๘๕ ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในปีที่ผ่านมา เนื่องจากปัญหาทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักต่ำกว่า ๑๐๐๐ กรัมยังมีอัตราตายที่สูงและยังมีภาวะพร่องออกซิเจนแต่กำเนิด ทำให้อาจมีภาวะพิการร่วม	๑. เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ เกิดมีชีพ ในโรงพยาบาลระดับ M๒ (โรงพยาบาลพนมสาร-คาม) ๒.เพิ่มพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับจำนวน NICU ที่เพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	๑.อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วันน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัม = ๒.๓๘:๑,๐๐๐ เกิดมีชีพ (เสียชีวิต ๙ ราย เกิดมีชีพ ๓,๗๘๗ ราย เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด ๒ ราย ซึ่งน้ำหนัก< ๑,๐๐๐ กรัมทั้ง ๒ ราย เป็นทารกครบกำหนดที่มีภาวะ severe birth asphyxia ๓ ราย ทารกพิการแต่กำเนิด ๑ ราย MAS ๑ ราย ติดเชื้อในกระแสเลือด ๑ ราย และมีภาวะหัวใจพิการ

กรอบแนวทางการ ตรวจ/ตัวชี้วัด/เกณฑ์/ เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไข ปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome)ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
	<p>ด้วยหลังการรอดชีวิต ดังนั้นทารกเหล่านี้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต</p> <p>-จากการให้บริการดูแลผู้ป่วยทารกวิกฤต พบข้อมูลดังนี้ในปี ๒๕๕๗ อัตราการครองเตียง ๑๙๖% ปี ๒๕๕๘ อัตราการครองเตียง ๑๑๑% ปี ๒๕๕๙ อัตราการครองเตียง ๑๐๑% และปี ๒๕๖๐ อัตราการครองเตียง ๑๐๐% นอกจากนี้ปัจจุบันยังต้องรับส่งต่อทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรมจากในเขตบริการสุขภาพที่ ๖ เพิ่มขึ้น เนื่องจากกุมารศัลยแพทย์ทั้งเขตบริการมีเพียง ๔ ท่าน โดย ๒ ท่านประจำที่ โรงพยาบาลพุทธโสธร ทำให้ต้องให้บริการในด้านศัลยกรรมเพิ่มขึ้น จำนวนเตียง NICU จังหวัดฉะเชิงเทรารวมทั้งสิ้น ๑๓ เตียง โรงพยาบาลพุทธโสธรมีจำนวนเตียง NICU ๑๒ เตียง และโรงพยาบาลสนามชัยเขต ๑ เตียง ซึ่งพยายามบริหารจัดการที่จะรองรับทารกแรกเกิดวิกฤตที่เกิดในโรงพยาบาลและรับการส่งต่อ Intrauterine transfer จากโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดและภายในเขตสุขภาพ โดยการให้บริการทารกแรกเกิดที่พื้นภาวะวิกฤตและยังต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอทารกแรกเกิดป่วย (SNB) ซึ่งมีจำนวนรับได้ ๒๔ เตียง แต่ขาดพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้ โดยปัจจุบันต้องใช้บุคลากรที่มียุทธศาสตร์เดียวกับ NICU และยังคงต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะด้านทารกแรกเกิดมากขึ้น โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือน ซึ่งยังอยู่ในอัตราที่ไม่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด อีกทั้งการส่งต่อผู้ป่วยทารกแรกเกิด</p>	<p>๓.พัฒนาความร่วมมือ Intrauterine transfer ให้ยั่งยืน</p> <p>๔.จัดระบบstep down beds (refer back)</p> <p>๕.การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกราย</p> <p>๖.การฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพ ผ่าน MCH board</p> <p>๗. สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตโดยร่วมกับ สบช.และสถาบันทางการแพทย์</p> <p>๘. สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการรับส่งต่อทารกแรกเกิด โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในลักษณะพี่สอนน้องทั้งด้านองค์ความรู้ ทักษะการใช้เครื่องมือ พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ได้ตามมาตรฐานโดยติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินสมรรถนะปีละ ๑ ครั้ง ด้วยการติดตามเยี่ยมหน่วยงานโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัด</p>	<p>ชนิด Hypoplastic left heart syndrome ๑ราย</p> <p>๒.ไม่สามารถเพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์เนื่องจากขาดบุคลากรด้านทารกแรกเกิดทั้งแพทย์และพยาบาลเนื่องจากมีการลาออกและย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน(ปัจจุบัน = ๑:๖๐๐)</p> <p>๓. มีการจัดระบบIntrauterine transfer ให้มารดาคลอดในโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจำนวนทารกที่เกิดจากมารดากลุ่มเสี่ยงเข้ารับการรักษาใน NICU รับจากในจังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน ๔๕ ราย จากในเขตสุขภาพ ๑ ราย และนอกเขตสุขภาพ ๑ ราย รวมเป็น ๔๗ ราย จากสาเหตุ premature labour ๓๓ ราย และเป็นด้านศัลยกรรม ๕ ราย</p> <p>๔. มีการบริหารจัดการเตียงเพื่อการรองรับการส่งกลับไปรักษาต่อเนื่องใน รพช.๕ แห่ง (มีกุมารแพทย์ประจำอยู่) ในจังหวัดฉะเชิงเทรา และในเขตบริการสุขภาพเมื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลต่อที่สถานพยาบาลใกล้บ้านได้ ใน ๒ ไตรมาสนี้=๑๗ ราย (Step down bed for refer back)</p> <p>๕. มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำนวน ๓,๗๔๒รายจากเกิดมีชีพ๓,๗๘๗รายคิดเป็น</p>

กรอบแนวทางการ ตรวจ/ตัวชี้วัด/เกณฑ์/ เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไข ปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
	จากโรงพยาบาลชุมชนมาโรงพยาบาลแม่ข่ายยังมีข้อจำกัด ใน กรณีทีมส่งต่อยังมีอัตราการหมุนเวียนและไหลออกของทีมเดิม ทำให้ขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิดขณะส่ง ต่อ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่งผลให้การดูแล รักษาผู้ป่วยเหล่านี้ใช้ระยะเวลาในการรักษานานมากขึ้น ซึ่งจะมี ผลต่อคุณภาพชีวิตของทารกเหล่านี้ในอนาคตอีกด้วย	เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและเกิดความ ต่อเนื่องในการดูแลทารกแรกเกิด ๙.บูรณาการการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขต บริการสุขภาพ	๙๘.๘๑% โดยคัดกรองได้ทุกโรงพยาบาลในจังหวัด ฉะเชิงเทรา ๖.ส่งพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิดอบรมการ ดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต ๑ เดือนที่สถาบันการแพทย์ ๑ คน ส่งพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิด อบรม หลักสูตรเฉพาะทาง ๔ เดือน จำนวน ๔ คน (รพ. พุทธโสธร ๒ คน,รพ.พนมสารคาม ๑ คน และ รพ. สนามชัยเขต ๑ คน) นอกจากนี้รับส่งต่อเพื่อการ รักษาด้านกุมารศัลยกรรมภายในเขตและนอกเขต บริการสุขภาพจำนวน ๖ ราย ส่งต่อเพื่อทำ Thera- peutic Hypothermiaที่ โรงพยาบาลชลบุรี ๓ ราย แต่ยังคงมีการส่งต่อออกนอกเขตบริการสุขภาพที่ สถาบันการแพทย์เพื่อรับการรักษาด้วยโรคหัวใจที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ๑รายเนื่องจากเกินศักยภาพ ของเขตบริการสุขภาพไม่สามารถให้บริการได้

รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัดที่ ๓๓ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ ๑๐)

ผู้รับผิดชอบ ก.แพทย์แผนไทย / SP สาขาแพทย์แผนไทย

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์ (Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน(ต.ค.๖๐-ธ.ค.๖๐)
<p>ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ ๑๐)</p>	<p>ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และปัญหาอุปสรรค</p> <p>สถานการณ์และปัญหา</p> <p>๑.ได้ทำการจัดสรรจัดจ้างแพทย์แผนไทยเพิ่ม ๑ ตำแหน่ง ทำให้สามารถปฏิบัติงานในชุมชน งานส่งเสริมสุขภาพ งานตรวจผู้ป่วยนอก ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในได้เพิ่มมากขึ้น (เริ่มปฏิบัติงานเดือน มีนาคม ๒๕๖๑)</p> <p>๒.เปลี่ยนการบันทึกข้อมูลจากระบบเดิมมาใช้ โปรแกรม Hosxp ทำให้บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน ครอบคลุม</p>	<p>วิธีการดำเนินงาน</p> <p>๑. จัดจ้างแพทย์แผนไทยด้วยงบประมาณจัดสรรจาก สปสช.</p> <p>๒. บริการเชิงรุก ออกเยี่ยมบ้านและส่งเสริมคัดกรองโรคร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</p> <p>๓. ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ประคบเต้านมหลังคลอด ผู้ป่วย palliative care</p> <p>๓.ปรับปรุง ตรวจสอบการลงข้อมูล ผ่านโปรแกรม HosXp</p> <p>๔.ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรและการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกผ่านโครงการต่าง ๆ</p>	<p>เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ หรือเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>๑.จำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ข้อมูลของโรงพยาบาล</p> <p>ไตรมาสที่ ๑</p> <p>ระหว่างเดือน ตุลาคม ๖๐ – ธันวาคม ๖๐</p> <p>จำนวน ๘,๘๙๑ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๗.๖</p> <p>ไตรมาสที่ ๒</p> <p>ระหว่างเดือน มกราคม ๖๑ – มีนาคม ๖๑</p> <p>จำนวน ๑๑,๖๖๐ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๐๔</p> <p>บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด ๑๙๘,๙๓๒ ครั้ง</p> <p>บริการแพทย์แผนไทย ๒๐,๕๕๑ครั้ง</p> <p>คิดเป็นภาพรวมร้อยละ ๑๐.๓๓</p>

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัดที่ ๓๔. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (\geq ร้อยละ ๕๕)

๓๕. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน

ผู้รับผิดชอบ...กลุ่มงานจิตเวช.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
- ร้อยละ ของผู้ป่วยโรค ซึม เศ ร ้า เข้า ถึง บ ริ ก า ร สุขภาพจิต (\geq ร้อยละ ๕๕) - อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่ เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน	ปี ๒๕๖๐ - พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึง บริการสุขภาพจิต จำนวน ๖,๔๕๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๕๓ ปี ๒๕๖๐ - มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน ๓๑ รายคิดเป็น อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ = ๔.๔๒ ต่อประชากรแสนคน	- ยังมีการคัดกรอง ด้วยแบบประเมิน ๒Q, ๙Q และ๘Q เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว ตายในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในพื้นที่ และ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง (โรคจิต โรคซึมเศร้า โรค เรื้อรัง โรคสุรา สารเสพติด ผู้สูงอายุ หญิง ตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด) อย่างต่อเนื่อง ทั้ง ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต จำนวน ๖,๖๘๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๘๗ (ข้อมูลจาก thaidepression.com ณ.วันที่ ๒๕ พ.ค. ๒๕๖๑) - มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน ๒๐ ราย คิดเป็น อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ = ๒.๘๔ ต่อ ประชากรแสนคน(ข้อมูล ณ. วันที่ ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๑)

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
<p>- ร้อยละ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ ภายใน ๑ ปี \geq ร้อยละ ๙๐</p> <p>- ร้อยละ ของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ลดลง ร้อยละ ๒</p> <p>- ร้อยละ ของผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้น เข้าถึงบริการ ร้อยละ ๙</p>	<p>ปี ๒๕๖๐</p> <p>- พบว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ ภายใน ๑ ปี จำนวน ๕๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒๕๖๐</p> <p>- พบว่ามีผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้น เข้าถึงบริการ จำนวน ๙๖๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๖๒</p>	<p>- พัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลติดตามและส่งต่อผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</p> <p>- บูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยสร้างความตระหนักให้กับประชาชนและชุมชนพร้อมทั้ง ให้ความรู้ในการดูแลเฝ้าระวังและรับรู้ถึงสัญญาณเตือนในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p> <p>- ติดตามการดำเนินงานของเครือข่ายในพื้นที่ ในการเฝ้าระวังและติดตามผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย</p>	<p>- ผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน ๖๘ ราย ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ ภายใน ๑ ปี จำนวน ๖๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๕๙</p> <p>- ผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้น เข้าถึงบริการ จำนวน ๖๖๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๒๓</p> <p>(ข้อมูลจาก HDC)</p>

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๒ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
<p>-ร้อยละของผู้ป่วยติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑</p>	<p>ปี ๒๕๖๐</p> <p>- พบว่ามีผู้ป่วยติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการตามมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ ๖.๙๗</p>	<p>- มีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องการประเมินและการคัดกรองโรคจิตเวชแก่ผู้รับผิดชอบงานจิตเวช ระดับ รพ.สต. และพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน</p> <p>- ปรับปรุงระบบฐานข้อมูล และการจัดเก็บข้อมูล พัฒนาระบบการลงข้อมูล Hos xp พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล รายงาน ๕๐๖ S ให้ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา</p>	<p>- ผู้ป่วยติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการตามมาตรฐาน จำนวน ๙๗๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๙๘ และมีร้อยละของการเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้น ๑.๗๖</p> <p>(ข้อมูลจาก รพ.สวนปรุง ณ เดือน เม.ย. ๒๕๖๑)</p>

รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัดที่ ๓๙ อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ(๒๘ ต่อประชากรแสนคน)

ผู้รับผิดชอบ.....ก.อายุรกรรม/SP สาขาหัวใจ.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (๒๘ ต่อประชากรแสนคน)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ร้อยละ๑๐๐ มีการพัฒนาเครือข่าย STEMI Fast Track ภายในจังหวัด มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ ๑ คน 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบ STEMI fast track ควบคู่กับ Node SK ภายในจังหวัด - เครือข่ายบริการสุขภาพประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (1๒๑-1๒๕) ๑๑๔ : ๗๐๔,๓๙๙ ราย คิดเป็น ๑๖.๑๘ ต่อแสนประชากร (ที่มา :สนย.๑ ต.ค.๖๐-๓๐มี.ค.๖๑) - อัตราตายจาก STEMI ๒/๕๖ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๓.๕๗ - อัตราเปิดหลอดเลือดใน STEMI ๕๓/๕๖ ราย(SK ๑๖ ราย , PPCI ๓๗ ราย) คิดเป็น ร้อยละ ๙๔.๖๔

รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัดที่ ๔๑ สหระยเวลารอคอยผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก(ร้อยละ ๘๐)

ผู้รับผิดชอบ .ก.อวยุทธธรรม./SPสาขามะเร็ง.

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome)ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๒ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษาของ มะเร็ง ๕ อันดับแรก (ร้อยละ ๘๐)	- ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ผลงาน ๖ เดือน) ๑.ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ -เป้าหมาย ๑๒๕ ราย ผลงาน ๑๐๐ ราย ร้อยละ ๘๐ (เฉพาะกลุ่มโรคที่ทำได้) ๒.เคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์ -เป้าหมาย ๑๑๐ ราย ผลงาน ๙๘ ราย ร้อยละ ๘๙.๐๙ ๓.รังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ -เป้าหมาย ๕๓ ราย ผลงาน ๔๖ ราย ร้อยละ ๘๖.๗๙	ปัญหาเชิงบริหารจัดการ ๑.ด้านรังสีรักษารพ.พุทธโสธรไม่มีเครื่องฉายรังสีรักษา ผู้ป่วยทุกราย ต้องส่งต่อ จากการติดตามผู้ป่วยหลังส่ง ต่อ หน่วยรับส่งต่อนัดคิวฉายแสงส่วนใหญ่ร้อยละ ๔๐ นานเกิน ๖ สัปดาห์ ๒.ด้านเคมีบำบัดเตรียมพัฒนาเปิดหน่วย Day care unit โดยแผนเปิดเพิ่มจำนวน ๑๕ เตียง ๓.ด้านผ่าตัดศัลยกรรมโรงพยาบาลสามารถทำผ่าตัด รักษาโรคมะเร็งได้ ๒ โรค คือมะเร็งลำไส้และมะเร็งเต้านม และเตรียมพัฒนาระบบ Fast track ๔.ด้านบุคลากรและอาคารสถานที่ ส่ง บุคลากรเรียน เฉพาะทางหลักสูตร ๔ เดือนเพิ่ม ๑ รายและเตรียม ส่งอบรมหลักสูตรระยะสั้น ๑๐ วัน ปรับปรุงสถานที่	- เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ หรือเป้าหมายที่กำหนด ๑.ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ -เป้าหมาย ๑๒๕ ราย ผลงาน ๑๐๐ ราย ร้อยละ ๘๐ ๒.เคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์ -เป้าหมาย ๑๑๐ ราย ผลงาน ๙๘ ราย ร้อยละ ๘๙.๐๙ ๓.รังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ -เป้าหมาย ๕๓ ราย ผลงาน ๔๖ ราย ร้อยละ ๘๖.๗๙

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๒ บริการเป็นเลิศ(Service Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นแผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัดที่ ๔๓ ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการลดลงของ (eRFR) < ๔ มล/๑.๗๒ ตร.ม./นาที/ปี (มากกว่าร้อยละ ๖๖)

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มอายุรกรรม./สาขาไต.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ (ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑))
<p>ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการลดลงของ eGFR<๔มล/๑.๗๒ ตร.ม/นาที/ปี (มากกว่าร้อยละ ๖๖)</p>	<p><u>ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๐</u> - ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT มี ๗๔,๐๔๘ ราย ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังจำนวน ๔๑,๐๙๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๕๐ (เขต ๓๙.๙ ,ประเทศ ๔๔.๖๕) - ผู้ป่วย CKD stage ๓-๔ มี ๗,๗๙๙ ราย ซะลอลไตเสื่อมได้จำนวน ๔,๙๖๖รายคิดเป็นร้อยละ ๖๓.๖๗ (เขต ๖๑.๕๖ , ประเทศ ๖๓.๐๐) - จัดตั้ง CKD Clinic ครบทุกโรงพยาบาล</p>	<p><u>วิธีการดำเนินงาน</u> - รพช. ประเมินตนเองใน CKD Clinic คุณภาพ และ Best Practice - ลงพื้นที่ลงประเมิน CKD Clinic - ร่วมกับ สำนักป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ประเมิน Best Practice CKD Clinic</p>	<p>- ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT มี ๗๐,๐๕๙ ราย ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังจำนวน ๕๔,๖๘๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๐๕ (เขต ๔๙.๗๙ ,ประเทศ ๔๕.๘๕) - ผู้ป่วย CKD stage ๓-๔ มี ๖,๕๗๑ ราย ซะลอลไตเสื่อมได้จำนวน ๔,๑๗๘รายคิดเป็นร้อยละ ๖๓.๕๘ (เขต ๖๒.๑๙ , ประเทศ ๖๒.๔๕)- CKD Clinic คุณภาพผ่านเกณฑ์ครบ ๑๐๐ %</p>

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัดที่ ๔๔ ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (ร้อยละ ๘๐)

ผู้รับผิดชอบ.....กลุ่มงานจักษุ /SPสาขาจักษุ.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome)ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)		
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละ ของผู้ป่วยตาบอด จากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๓๐ วัน(ร้อยละ 80)	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดจักษุแพทย์ประจำ (มี ๒ คน) - งาน OPD - งานผ่าตัด Blinding Cataract(ต้อค้ำง) 	<ul style="list-style-type: none"> - เชิญจักษุแพทย์จากโรงพยาบาลวัดไร่ขิงมา ช่วยออก OPD ทุกวันจันทร์ ตั้งแต่ เม.ย. ๖๑-มี.ย.๖๑ - ทีมจากโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ช่วยผ่าตัด Blinding Cataract (โรงพยาบาลพุทธโสธร และ รพช.) 	เป้าหมาย ๘๐%	ผลงาน ๒๐๐/๒๗๐ ตา	ร้อยละ ๗๔.๐๗

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/ แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome)ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
	<ul style="list-style-type: none"> - โรคร่วมของผู้ป่วย Blinding Cataract - DM, HT, antiplatelet ที่ Control ไม่ได้ ทำให้มีการเลื่อนหรืองดผ่าตัด - เครื่องมือ ขาด Set วัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้กับ เครื่อง PE - ได้รับจัดสรรในปี ๖๑ : เครื่องตรวจลาน สายตา (Visual field) และเครื่องยิงเลเซอร์ จอประสาทตา (Pattern laser) - เครื่องมือที่ยังไม่มี: OCT, เครื่องตรวจชั้นจอ ประสาทตา, เครื่องวัดเลนส์ตาด้วยเลเซอร์ (IOL master) 	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการ Control โรคร่วม - มีเอกสารให้ผู้ป่วยถือไปประสานกับแพทย์ อายุรกรรม และ รพช. Pre-op Check Up CBC, UA, FBS, HbA๑C และการหยุดยา Antiplatelet ก่อนผ่าตัด - ให้พัสดุเร่งการจัดซื้อ - เสนอขอซื้อในงบปีถัดไป 	

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๘ การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ

ตัวชี้วัดที่ ๕๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕)

ผู้รับผิดชอบ.....กลุ่มการพยาบาล/คลินิกวัณโรค/ก.เวชกรรมสังคม.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/ เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■จังหวัดฉะเชิงเทรา ประชากร ๗๐๔,๓๙๙ คน / อ.เมือง ๑๕๗,๑๘๑ คน ■ประมาณการผู้ป่วยวัณโรคในจว. ๑๗๒คน/ แส่นปชก. เท่ากับ ๑๒๑๒ คน /ใน อ.เมือง ๒๗๐ คน ■ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ทั้งจังหวัด ๕๗๑ คน /อ.เมือง ๑๕๐ คน 	<ul style="list-style-type: none"> ■ศึกษา การดำเนินงานคลินิกวัณโรค และค้นหาปัญหาที่ ทำให้อัตราความสำเร็จ ของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ สำเร็จตามเป้าหมาย ■สร้างความเข้าใจการดำเนินงาน /การจัดการตัวชี้วัดให้บุคลากรทุกระดับ โดยมีคณะกรรมการเอดส์และวัณโรค ขับเคลื่อนการดำเนินงาน เน้นความสำเร็จการรักษาวัณโรคหมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหาย รวมทั้งรักษาครบ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จ.ฉะเชิงเทรา ๑๒๙ ราย ความสำเร็จในการรักษา ๗๓ ราย คิดเป็นอัตรา ความสำเร็จ ๕๗.๙๔% ■ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ อ.เมือง ๒๙ ราย ความสำเร็จในการรักษา ๑๗ ราย คิดเป็นอัตรา ความสำเร็จ ๕๘.๖๒%

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/ เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
	<p>■พื้นที่ ยังค้นหาผู้ป่วย ได้ไม่ถึงค่าเป้าหมาย ที่ประมาณการไว้ ๘๒.๕% คือประมาณ ๒๒๓ คน เป็นโอกาสที่ ต้องเร่งค้นหา ผู้ป่วยจากกลุ่มเสี่ยง และผู้สัมผัสโรค</p> <p>ต่อไป โดยเฉพาะ จากกลุ่ม ผู้ติดเชื้อHIV/ ผู้ต้องขัง/ แรงงานต่างด้าว /ผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ผู้สูงอายุและบุคลากรในรพ</p> <p>■การรักษา ผู้ป่วยวัณโรค มีความครอบคลุมมากขึ้น มีคลินิกบริการเป็นสัดส่วน แบบ One Stop Service และมีการติดตามการรักษา/ การรับประทานยาที่บ้านและการติดตามเยี่ยมบ้าน ผ่านระบบประสานของTB CM และศูนย์ COC</p>	<p>๑.ผู้ป่วยที่รักษาหาย (Cured) คือผู้ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มรักษาและต่อมาตรวจไม่พบเชื้ออย่างน้อย ๑ ครั้ง ก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>๒.ผู้ที่รักษาครบ (Treatment Completed) คือผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนด โดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ผลตรวจเสมหะ อย่างน้อย ๑ ครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา</p> <p>๓.ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน ไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงาน</p> <p>■มีความพยายามในการดำเนินการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพื่อให้ได้ ตามค่าเป้าหมายภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากรที่ไม่เพียงพอ จึง ต้องมีการวางแผนการค้นหาผู้ป่วย โดยเลือก ตามความเสี่ยงสูงก่อน</p>	

	เพียงพอต่อความต้องการ		<ul style="list-style-type: none">-อบรมหลักสูตรรองแพทย์ ๑ คน-หลักสูตรผู้บริหาร ๑ คน (กฎหมายมหาชน)-อบรมการใช้โปรแกรม Hos XP ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก จำนวน ๑,๒๕๐ คน-มีการดำเนินการปรับแผนการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางให้สอดคล้องกับความต้องการตามภาระงานจำนวน ๓ หลักสูตร
--	-----------------------	--	--

		ไทยพาณิชย์ก็ได้มีการอำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ประสงค์จะเปิดบัญชีใหม่กับธนาคารไทยพาณิชย์ และนำเสนอโครงการ Happy Money สำหรับเจ้าหน้าที่ที่สนใจในวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๑	
กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome)ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
หน่วยงานมีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ (ต่อ)		-Happy work life โรงพยาบาลพุทธโสธร ได้มีการดำเนินการปรับปรุงภูมิทัศน์และสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน ได้แก่ การปลูกต้นไม้ การจัดกิจกรรม Big cleaning ฯลฯ มีการจัดสวัสดิการที่พักอาศัย อาคารจอดรถยนต์ให้แก่เจ้าหน้าที่ การตรวจสุขภาพประจำปี และมีการประเมินเลื่อนขั้นให้แก่เจ้าหน้าที่ในทุกปี -Happy Society โรงพยาบาลพุทธโสธร ได้มีการจัดกิจกรรม กีฬาสีของโรงพยาบาล เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน รู้จักรักใคร่กัน มีความสามัคคี และใช้ชีวิตอย่างมีความสุขในองค์กร -Happy Brain โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล ได้มีการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี เพื่อสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้มีการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ความสามารถ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานประจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตาม	-Happy work life เจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพัน และความพึงพอใจต่อองค์กร -Happy Society เจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพัน และความพึงพอใจต่อองค์กร มีความรักสามัคคีกันในองค์กร -Happy Brain เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาโดยการประชุม/อบรม จำนวน ๗๒๗ คน คิดเป็น ๔๗.๓๐% ประชุม/อบรมภายใน คิดเป็น ๘๑.๓๓% และอบรมตามแผน Service Plan ปีงบประมาณ ๒๕๖๑จำนวน ๕ คน (๔ หลักสูตร) ไปอบรมจำนวน ๕ คน คิดเป็น ๑๐๐%

		<p>แผนพัฒนาบุคลากร Service Plan</p> <p>-Happy Body</p> <p>โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม ได้ดำเนินการตรวจสุขภาพประจำปีกับเจ้าหน้าที่ทุกคน แล้วนำเจ้าหน้าที่ที่มีปัญหาน้ำหนักเกิน(BMI เกิน) มีโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิต ไขมัน มาเข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพในบุคลากรโรงพยาบาลพุทธโสธรที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน เพื่อให้ความรู้ในการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารโดยคำนวณจากแคลอรีอาหารที่รับประทาน</p>	<p>-Happy Body</p> <p>เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็น ๘๕.๕๖% เจ้าหน้าที่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๒๗ คน</p>
--	--	--	--

รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๑๐ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๕๗ อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ ๘๐)

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

กรอบแนวทางการตรวจ /ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์ปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์ (Outcome) สำคัญ (ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน ต.ค.๖๐ - มี)
<p>อัตราการคงอยู่ของบุคลากร สาธารณสุข (ร้อยละ ๘๐)</p>	<p>- ผลงานในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา (ต.ค. ๖๐ - มี.ค. ๖๑) และปัญหาและอุปสรรค จากการสำรวจข้อมูลของบุคลากร ทุกระดับ เรื่องย้าย โอน และการลาออก ประเภท อายุงานมากกว่า ๑ ปี (โดยไม่รวมประเภทการ สูญเสียบุคลากรที่มีอายุงานน้อยกว่า ๑ ปี เกษียณอายุราชการ และเสียชีวิต) พบว่าอัตรา การสูญเสีย จำนวน ๔๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๑๓ ข้อมูล ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ โดยแบ่งเป็นข้าราชการ ๑๐ ราย ลูกจ้างประจำ ๓ ราย พนักงานราชการ ๒ ราย พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ๒๗ ราย และ ลูกจ้างชั่วคราว ๗ ราย</p>	<p>วิธีการดำเนินงาน คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล (HRM) ได้ วางแนวทางการสรรหาบุคลากรทดแทน โดย วิธีการต่างๆ คือการส่งเข้าอบรมเฉพาะทาง/ศึกษา ต่อ การจัดสรรนักเรียนทุน การสนับสนุนสวัสดิการ ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน การสร้างความผูกพันใน องค์กร เช่น การจัดกิจกรรม ๕ ส การจัดกิจกรรม กีฬา การจัดกิจกรรมผู้อำนวยความสะดวกพบเจ้าหน้าที่ ๑๐๐% เป็นต้น</p>	<p>- อัตราการคงอยู่ (Retention Rate) คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๘๗ (จากจำนวนบุคลากรทั้งหมด ณ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ทั้งสิ้น ๑,๕๖๗ ราย ลาออก ๔๙ ราย)</p> <p>รายงานข้อมูล ณ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๑</p>

รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

ผู้รับคณะที่ ๔ บริหารเป็นเลิศ (Governance Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มี มุ่งเน้น แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๖๐ ร้อยละของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๘๕)

ผู้รับผิดชอบ.....กลุ่มงานบริหาร.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๘๕)	- เกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๘๕) ข้อมูล บางส่วนที่จะนำมาใช้ในการจัดทำ ITA EB(๔)- (๖) ไตรมาส ๒ ไม่ครบถ้วนทำให้ขาดข้อมูล บางส่วน คือข้อมูลด้านการตอบแบบสำรวจเชิง ประจักษ์ (Evidence – Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT)	- ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในส่วนที่หายไป บางส่วนนั้นให้ครบถ้วนที่สุด - ทำผังขั้นตอนการดำเนินการที่เข้าใจง่าย ไม่ ซับซ้อน เพื่อบุคคลภายนอกสามารถเข้าใจขั้นตอน ต่างๆได้โดยง่าย - วางแผนจัดทำคู่มือระเบียบข้อบังคับ เป็นสิ่งที่ สามารถตอบโจทย์ของภารกิจหลักที่เป็นเชิง ประจักษ์ เพื่อเผยแพร่แก่ผู้เกี่ยวข้อง	หน่วยงานได้มีการดำเนินการ ดังนี้ ๑. EB ๔ หน่วยงาน มีการดำเนินการเกี่ยวกับการ จัดซื้อ จัดจ้างด้วยความโปร่งใส ๒. EB ๕ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ หน่วยงานมี การ ดำเนินการเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลการจัดซื้อ จัดจ้างแต่ละโครงการให้สาธารณชนรับทราบผ่าน หลายช่องทาง ๓. EB ๖ หน่วยงานมีการวิเคราะห์ผล การจัดซื้อจัดจ้าง ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์และเป้าหมายที่ กำหนด

รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๔ บริหารเป็นเลิศ (Governance Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๖๑ ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (ร้อยละ ๒๐)

ผู้รับผิดชอบ.....ก.พัสดุ...

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/ แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละของการจัดซื้อร่วม ของยา <u>เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา</u> <u>วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุ</u> <u>ทันตกรรม</u> ร้อยละ ๒๐	๑.จัดซื้อวัสดุการแพทย์และมิใช่ยาร่วม - ทั้งหมด ๒๔,๔๘๐,๗๘๔.๖๙ บาท - ซื้อร่วม ๔,๔๓๖,๓๒๘.๗ บาท ๒.จัดซื้อวัสดุทันตกรรมร่วม - ทั้งหมด ๘๒๒,๖๔๒ บาท - ซื้อร่วม ๕๑,๐๙๐ บาท ๓.จัดซื้อวัสดุรังสีวินิจฉัยร่วม - ทั้งหมด ๙๑๑,๙๖๘.๔๖ บาท - ซื้อร่วม - บาท	บันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในโปรแกรมเพื่อวิเคราะห์ และประมวลผล นำเสนอผู้บริหารใช้เป็นข้อมูลใน การวางแผนร่วมกันภายในจังหวัด	๑.จัดซื้อวัสดุการแพทย์และเวชภัณฑ์มิใช่ ยา ร่วมร้อยละ ๑๖.๖๗ ๒.จัดซื้อวัสดุทันตกรรมร่วม ร้อยละ ๖.๒๐ ๓.จัดซื้อวัสดุรังสีวินิจฉัยร่วม ร้อยละ ๐

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/ ๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๑๒ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

ตัวชี้วัดที่ ๖๑ ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (ร้อยละ ๒๐)

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

ประเด็นตรวจราชการ / ตัวชี้วัด/ เกณฑ์ / เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / การแก้ปัญหา	Outcome ที่สำคัญ (ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม(ร้อยละ ๒๐)	<p>ตุลาคม-มีนาคม ปีงบประมาณ๒๕๖๐</p> <p>การจัดซื้อทั้งหมด (A๑) ๒๘,๘๗๖,๗๖๓.๕๐</p> <p>การจัดซื้อร่วม (B๑) ๕,๔๗๙,๒๗๐.๐๐</p> <p>ร้อยละการจัดซื้อร่วม(C๑) คิดเป็น ๑๘.๙๗</p> <p>ตุลาคม-มีนาคม ปีงบประมาณ๒๕๖๑</p> <p>การจัดซื้อทั้งหมด (A๒) ๒๕,๕๒๐,๑๐๗.๐๐</p> <p>การจัดซื้อร่วม (B๒) ๒,๔๘๒,๐๔๐.๐๐</p> <p>ร้อยละการจัดซื้อร่วม(C๒) คิดเป็น ๙.๗๒ %</p>	<p>๑.นำข้อมูลราคาการจัดซื้อวัสดุวิทย์ เข้าร่วมประชุมในคณะทำงานการจัดซื้อ วัสดุวิทยาศาสตร์ร่วมระดับจังหวัด เพื่อจัดทำราคาอ้างอิงซื้อร่วมใน รายการที่ High cost และHi volume</p> <p>๒.ควบคุมราคาการจัดซื้อให้อยู่ใน ราคาอ้างอิงของจังหวัด ของเขตหรือ โรงพยาบาลข้างเคียง</p>	<p>เมื่อเปรียบเทียบเกณฑ์</p> <p>๑.ร้อยละของการจัดซื้อร่วม วัสดุวิทยาศาสตร์ คิดเป็น ๙.๗๒ %</p> <p>๒.เปรียบเทียบกับไตรมาสปี๖๐ จัดซื้อร่วมลดลง ๔๘.๗๖ % { (C๒-C๑)/C๑x๑๐๐ = (๙.๗๒-๑๘.๙๗) / ๑๘.๙๗ X ๑๐๐ = ๔๘.๗๖ %}</p>

นแบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๔ บริหารเป็นเลิศ (Governance Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๖๑ ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม(ร้อยละ ๒๐)

ผู้รับผิดชอบ.....ก.เกสัชกรรม.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละของการจัดซื้อร่วม ของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุ ทันตกรรม ร้อยละ ๒๐	๑.จัดซื้อยาร่วม - ทั้งหมด <u>๘๖,๕๗๖,๙๒๖.๗๕</u> บาท - ซื้อร่วม <u>๒๗,๔๔๖,๕๑๐.๑๖</u> บาท	มีการดำเนินจัดซื้อร่วมเขต และร่วมจังหวัด	๑.จัดซื้อยาร่วมร้อยละ ...๓๒..... ผ่านเกณฑ์

รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รองที่ ๒/๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๔ บริหารเป็นเลิศ (Governance Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๖๒ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน

ผู้รับผิดชอบ.....กลุ่มงานการเงิน.....

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/ แก้ปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome) ที่สำคัญ (ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน ต.ค.๖๐ - มี.ค.๖๑)
<p>หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินควบคุมภายใน</p> <p>- เกณฑ์การประเมิน ๒ ครั้ง/ปี</p> <p>(ต.ค.๖๐ - มี.ค.๖๑)</p> <p>(เม.ย.๖๑ - ก.ย.๖๑)</p>	<p>- ดำเนินการตรวจสอบภายในรพ.สต. ครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ ครอบคลุมทั้ง ๒๑ แห่ง</p> <p>สรุปผลการตรวจสอบภายในครั้งที่ ๑ ดังนี้</p> <p>ด้าน ประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามระเบียบ คตง.</p> <p>* คณะกรรมการฯ ยังไม่มีการประชุมพิจารณาประเด็นเพื่อจัดทำปย.๑และปย.๒</p> <p>ด้าน การบริหารพัสดุ</p> <p>* พบมียาใกล้หมดอายุ</p> <p>* เจ้าหน้าที่ใหม่ขาดความรู้ความเข้าใจ</p> <p>ด้าน การเงิน</p> <p>*พบการยกเลิกเช็ค/ใบเสร็จรับเงิน จำนวนมากเกิดจากเจ้าหน้าที่ขาดความรอบคอบ</p>	<p>วิธีการดำเนินงาน</p> <p>๑.ได้รับคำสั่ง นัดประชุมวางแผนการตรวจสอบ</p> <p>๒.จัดวางระบบควบคุมภายใน</p> <p>๓.จัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ</p> <p>๔.นำระบบควบคุมภายในที่กำหนดสู่การปฏิบัติ</p> <p>๕.ตรวจประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน</p>	<p>- เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>เกณฑ์กำหนด ๒ ครั้ง/ปี</p> <p>- ครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ ดำเนินการตรวจสอบภายในครบ ๒๑ แห่งคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ เป็นไปตามแผนการตรวจสอบภายใน</p> <p>- ครั้งที่ ๒ อยู่ระหว่างดำเนินการตรวจสอบภายใน</p>

<p>*สำเนาใบเสร็จรับเงินเขียนด้วยปากกา ตรวจสอบใบสั่งยาพบคำรักษาตรงตาม ใบเสร็จรับเงิน</p> <ul style="list-style-type: none">- ดำเนินการตรวจสอบภายใน รพ.สต. ครั้งที่ ๒ ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม ๒๕๖๑		
---	--	--

รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่ ๒/ ๒๕๖๑ โรงพยาบาลพุทธโสธร

คณะที่ ๔ บริหารเป็นเลิศ (Governance Excellence)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น แผนงานที่ ๑๓ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๗๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

ผู้รับผิดชอบ...กลุ่มงานบัญชี

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/เกณฑ์/เป้าหมาย	สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา / แก้ไขปัญหา	ผลลัพธ์(Outcome)ที่สำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
มีการเสนอรายงานการเงิน ตัวชี้วัด ๗ ระดับ บทวิเคราะห์แก่ผู้บริหาร ทุกเดือน	<p>☐ สิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐</p> <ul style="list-style-type: none"> - หนี้สิน ๓๕๗ ล้านบาท <p>Cash ratio: ๑.๑๖, Quick ratio (QR): ๑.๖๐, Current ratio (CR): ๑.๗๘</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planfin ปีงบประมาณ ๒๕๖๑: Earning before Interest, Tax, Depreciation and Amortization (EBITDA) +๓๐,๐๐๐ บาท 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดประชุมติดตาม ประเมินผล รายงานจริง เปรียบเทียบกับแผนรายจ่ายทุก ๓ เดือน - ควบคุม กำกับ และประมาณการเพิ่มรายได้ลดรายจ่ายปีละ ๒ ครั้ง - ปรับปรุงระบบรายงานการลงข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลการวิเคราะห์วิกฤตทางการเงินอยู่ในระดับ ๑ <p>Cash ratio: ๑.๐๑, Quick ratio (QR): ๑.๔๒, Current ratio (CR): ๑.๕๗ ,Net Income (๒๒.๒๐)</p>

