

สรุปผลการปฏิบัติงาน
ประจำปีงบประมาณ 2561

โรงพยาบาลกาบัง
อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา

คำนำ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในปี 2561 ของโรงพยาบาลกาบัง ได้มีแนวทางการพัฒนาการแก้ไขส่วนที่เป็นความเสี่ยง และแผนการพัฒนาในปีต่อไป ซึ่งได้ถูกรวบรวมไว้ในรายงานสรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญของหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล เพื่อรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานและเป็นข้อมูลเพื่อการวางแผนพัฒนางานให้ก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง อันจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชน ผู้รับบริการและบุคลากรของโรงพยาบาลกาบัง ให้มีการพัฒนาด้านบริหารด้านบริการ และด้านวิชาการ ได้อย่างครอบคลุมต่อไป

31 ธันวาคม 2561

สารบัญ

ส่วนที่ 1 บทนำ

- | | |
|--|----|
| 1. ข้อมูลองค์กร | 4 |
| 2. ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561 โรงพยาบาลกาบัง | 14 |
| 3. แผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 | 19 |

ส่วนที่ 2 รายงานการประเมินการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ . 2561

- | | |
|---|----|
| 1. ผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561 พร้อม
ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการประเมินผลการดำเนินงาน | 22 |
| 2. ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ 2561 | 66 |

ส่วนที่ 1 บทนำ

ข้อมูลองค์กร

1.1 ประวัติความเป็นมาอำเภอกาบัง

อำเภอกาบัง ได้รับการจัดตั้งโดยแยกพื้นที่การปกครอง ๒ ตำบลของ อำเภอยะหา คือ ตำบลกาบังและตำบลบะละ เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2534 ตามประกาศของกระทรวงมหาดไทย เรื่องแบ่งเขตท้องที่อำเภอ ยะหา จังหวัดยะลา ตั้งเป็นกิ่งอำเภอกาบัง วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2533 ได้จัดตั้งขึ้นตามพระราชกฤษฎีกา ประกาศตั้งอำเภอซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา ตอนที่ 50 ก วันที่ 26 กันยายน 2540 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 11 ตุลาคม 2547

สาเหตุที่เรียกว่า อำเภอกาบัง เพราะในอดีตมีต้นกาบัง ขึ้นอยู่ในหมู่บ้านกาบัง ต้นขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 เมตร อยู่ริมทางเส้นทางจากบ้านยี่นัง - บาละ ซึ่งเส้นทางนี้ในอดีตใช้สัญจรในการเดินทางไปอำเภอยะหา

คำว่า "กาบัง" หรือ "กาแบ" เป็นภาษามลายูพื้นเมืองของปักษ์ใต้เป็นคำเรียกพันธุ์ไม้ชนิดหนึ่ง เป็นไม้ตระกูลเดียวกับเงาะ ลำต้น กิ่ง ก้านใบและดอกผล มีลักษณะเหมือนเงาะ มีผลลักษณะกลม โตกลม ว่าเงาะบ้าน ขนเกรียนดูเพียงขรุขระเท่านั้น ไม่เป็นเส้นยาวๆ เหมือนขนเงาะ (และมีประวัติมาจากคำว่า ขามแบ แปลว่า ต้นสีเสียด)

คำขวัญอำเภอกาบัง

แหล่งต้นน้ำใหญ่ ชื่นใจธรรมชาติ ไม้กวาดดอกหญ้า จำปาตะพันธ์ดี

ที่ตั้งและขนาดอำเภอกาบัง

อำเภอกาบังตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกสุดของจังหวัดยะลา บริเวณหมู่บ้านลาแล หมู่ที่ 5 ตำบลกาบัง อยู่ห่างจากจังหวัดยะลาประมาณ 40 กิโลเมตร โดยใช้เส้นทางหลวงแผ่นดิน หมายเลข 4106 – 409 – 4065 – 4070 (เส้นทางถนนสายยะลา-บ้านเนียง-ยะหา-บ้านบันนังตاما-บ้านลาแล) อำเภอกาบังมีพื้นที่รวมทั้งสิ้นประมาณ 451 ตารางกิโลเมตร

ลักษณะการตั้งถิ่นฐาน

การตั้งถิ่นฐานของราษฎรอำเภอกาบัง ส่วนใหญ่มีลักษณะการตั้งถิ่นฐานแบบรวมกลุ่มในบริเวณสถานที่สำคัญที่เป็นศูนย์กลางของชุมชน เช่น ที่ว่าการอำเภอ โรงเรียน วัด มัสยิด หรือสถานที่สำคัญอื่นๆ ได้แก่ ชุมชนในพื้นที่บ้านบันนังตามาบ้านบะละ และมีลักษณะการตั้งถิ่นฐานแบบกระจายในบริเวณที่เป็นป่าเขา ลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว หรือกลุ่มบ้านสองสามหลัง ตั้งกระจายห่างไกลจากเพื่อนบ้าน ในบริเวณที่มีการทำสวนยางพารา และเกษตรกรเป็นเจ้าของที่ดินผืนใหญ่

ลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศ

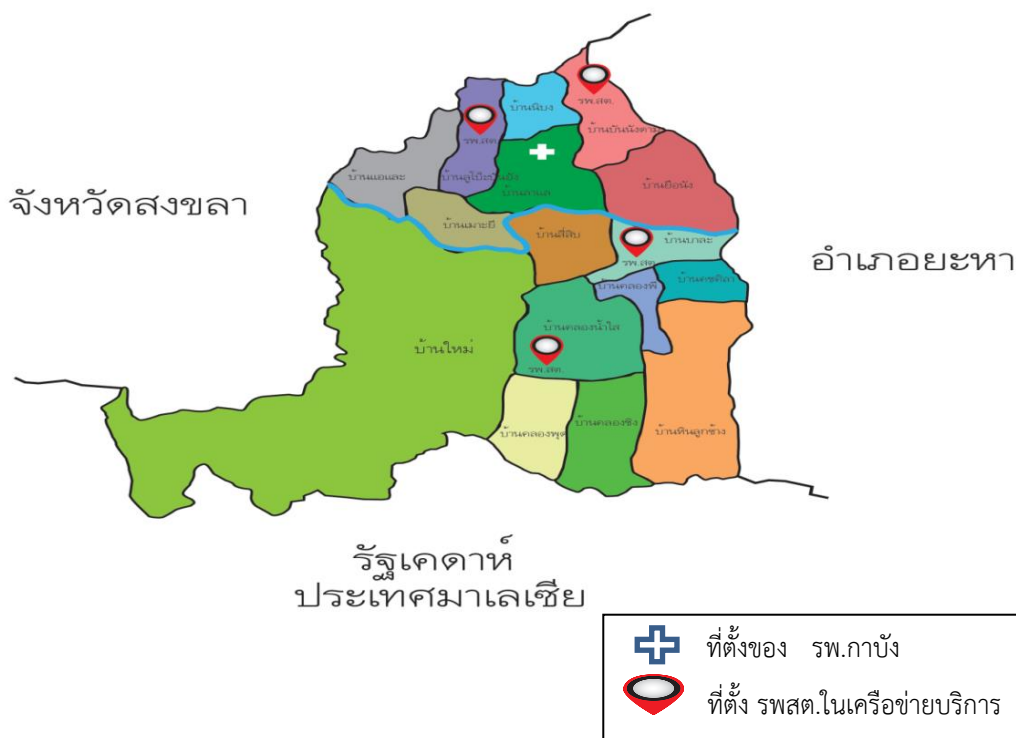
ลักษณะภูมิประเทศ ส่วนใหญ่โดยทั่วไปของอำเภอกาบัง เป็นป่าเนินเขาสูง มีภูเขาสลับซับซ้อนมากมาย มีที่ราบเพียงส่วนน้อยอยู่บริเวณตอนเหนือ ส่วนทางทิศใต้มีลักษณะเป็นภูเขาสูงเป็นพื้นที่ลักษณะป่าดิบชื้นตามแนวชายแดนไทย-มาเลเซีย มีลำคลองและลำธารไหลผ่านหลายสาย

สภาพภูมิอากาศ สภาพภูมิอากาศของอำเภอกาบัง มี 2 ฤดูกาล คือ ฤดูฝน และฤดูร้อนส่วนใหญ่ มีฝนตกชุกเกือบตลอดทั้งปี มีฝนตกมากที่สุดในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนธันวาคม อุณหภูมิเฉลี่ย 28.1 องศาเซลเซียส

อาณาเขตติดต่อ

อำเภอกาบังมีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอ และจังหวัดใกล้เคียงดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	ตำบลกาตอง อำเภอยะหา จังหวัดยะลา และอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา
ทิศใต้	ติดต่อกับ	รัฐเคดาร์ประเทศมาเลเซีย
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	ตำบลบาโร๊ะ, ตำบลปะแต อำเภอยะหา จังหวัดยะลา
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา

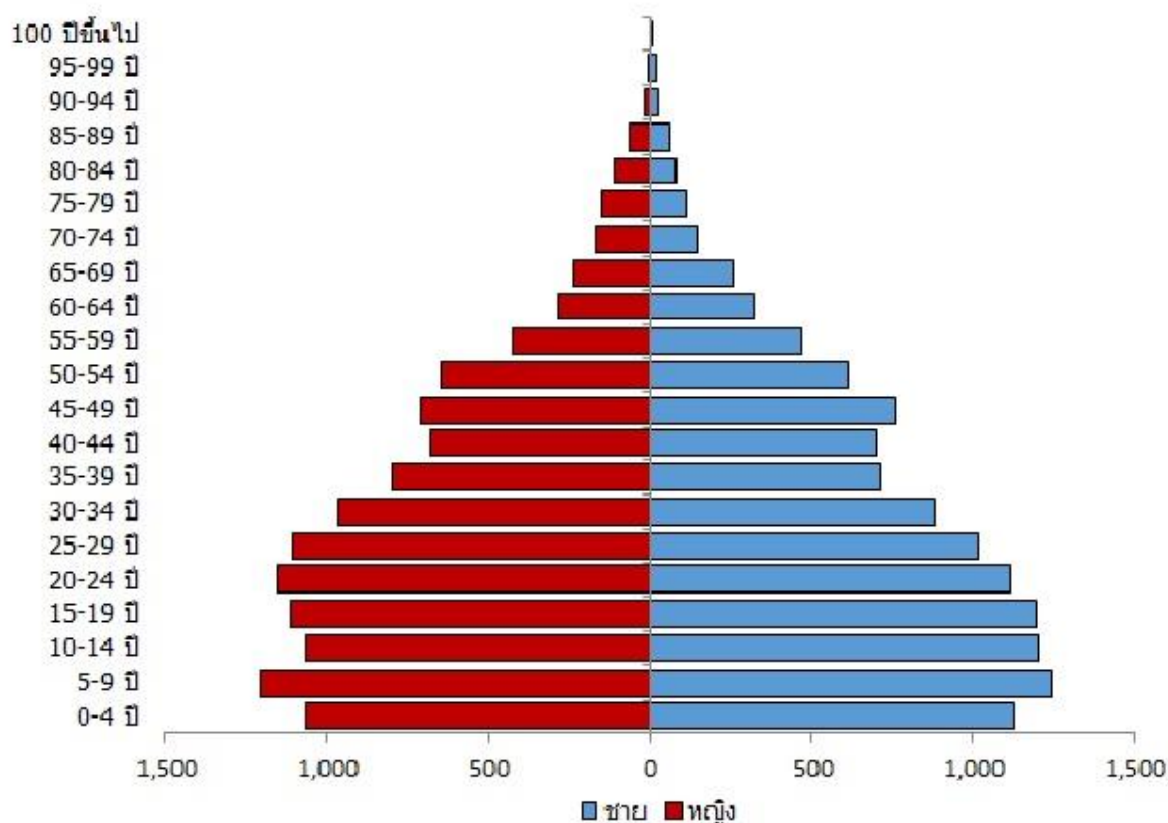


แผนที่อำเภอกาบัง

1.2 ประชากร

ประชากรอำเภอกาบัง ณ. วันที่ 1 ตุลาคม 2561 รวมทั้งสิ้น 24,032 คน ชาย 12,062 และ เพศหญิง 11,970 คน

ปิรามิดประชากรตามเพศและกลุ่มอายุ ปี 2561 อำเภอกาบัง



ที่มา : ฐานข้อมูลประชากร Health Data Center (HDC) สสจ.ยะลา ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2561

จากปิรามิดประชากรพบว่า ปิรามิดประชากรอำเภอকাবাং เป็นปิรามิดแบบหดตัว (constrictive pyramid) มีลักษณะเป็นฐานแคบ ตรงกลางพองออก และยอดค่อยๆแคบลง คล้ายดอกบัวตูม ซึ่งแสดงลักษณะโครงสร้างประชากรลดลง หรือรูปแบบของอัตราการเกิด และอัตราการตายที่ต่ำ จะพบว่าพื้นที่อำเภอকাবাং มีประชากรวัยเรียน, วัยรุ่น , วัยเจริญพันธุ์และวัยทำงานเป็นจำนวนมาก การจัดการด้านสุขภาพจึงต้องเน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพทั่วไปตามกลุ่มวัย และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง เป็นต้น

ศาสนาและสภาพทางสังคม

ราษฎรส่วนใหญ่ของอำเภอকাবাং นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 88 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 12 มีมัสยิดจำนวน 20 แห่งและวัดจำนวน 2 แห่ง ด้านภาษาที่ใช้มีภาษามลายูพื้นเมือง ภาษาไทยกลางและภาษาท้องถิ่นภาคใต้

การศึกษา

ราษฎรในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อำเภอকাবাংมีสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาในสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา เขต 2 จำนวน 8 โรงเรียน ระดับมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 จำนวน 1 โรงเรียน มีโรงเรียนสอนศาสนาอิสลาม (สถาบันศึกษาปอเนาะ) 2 แห่ง รวมทั้งสิ้น 11 แห่ง มีแหล่งส่งเสริม

การศึกษาอื่นๆ เช่น การศึกษานอกระบบ ห้องสมุดประชาชนประจำอำเภอ ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน หอกระจายข่าว เป็นต้น

1.3 การปกครอง

อำเภอกาบังแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 2 ตำบล 19 หมู่บ้าน ได้แก่

การปกครอง				
ตำบล	จำนวนหมู่บ้าน	จำนวนหลังคาเรือน	จำนวนครอบครัว	อบต
กาบัง	8	3,391	3,391	1
บालะ	11	3,352	3,296	1
รวม	19	6,743	6,687	2

ที่มา : ทะเบียนราษฎรจากอำเภอกาบัง

ศิลปวัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี

เนื่องจากในพื้นที่อำเภอกาบัง ราษฎรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามจึงมีศิลปวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีตามหลักศาสนาอิสลาม ได้แก่ งานฮารีรายอ งานเมาลิด งานเข้าสุนัต ลิเกฮูลู ปัญจะซีละ การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน สำหรับชาวไทยพุทธมีงานทำบุญวันสารทเดือนสิบ งานอุปสมบท งานสงกรานต์ งานวันเข้าพรรษา เป็นต้น อำเภอกาบังจะมีเทศกาลสำคัญ คือเทศกาลจำปาตะและของดีอำเภอกาบัง ในระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม ของทุกปี

สถานที่ท่องเที่ยว

อำเภอกาบังมีแหล่งท่องเที่ยว คือศาลทวดกุหล่ำ ตั้งอยู่ภายในวัดบาละ หมู่ที่ 1 ตำบลบาละ ประชาชนนิยมกราบไหว้บูชา สามารถชมแหล่งท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ประเภทป่าลำธาร ชมน้ำสะอาดบริสุทธิ์ที่ไหลออกจากเชิงเนินป่าและหินประชาชนสามารถใช้ดื่มตลอดปี ณ บ้านแอแล๊ะ หมู่ที่ ๖ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

ด้านการคมนาคม

การคมนาคมขนส่งสะดวกเฉพาะสายหลักสู่ตัวอำเภอและในบางพื้นที่ที่อยู่ไม่ไกลจากตัวอำเภอ (พื้นที่ตำบลกาบัง) ยังมีบางพื้นที่ที่มีความยากลำบากด้านการคมนาคม ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ตำบลบาละ เนื่องจากสภาพปัญหาผิวจราจรไม่ได้มาตรฐาน ส่วนการคมนาคม-ขนส่ง พาหนะที่ใช้ในการคมนาคม โดยส่วนใหญ่เป็นรถยนต์ส่วนตัว และรถมอเตอร์ไซด์ และมีรถตู้ปรับอากาศโดยสารประจำทางสาย ยะลา – หาดใหญ่ ไม่ได้เดินทางผ่านตัวอำเภอ จะสิ้นสุดเส้นทางเพียงบ้านบันนังตามา ซึ่งระยะทางอยู่ห่างจากตัวอำเภอกาบัง 7 กิโลเมตร

สภาพทางเศรษฐกิจ

ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตรกรรม อาชีพหลักคือการทำสวนยางพารา รองลงมาเป็นสวนไม้ผล และประกอบอาชีพอื่นควบคู่กันไปด้วย เช่น การเลี้ยงสัตว์

ส่วนที่ 2

ข้อมูลทรัพยากร

2.1 สถานบริการสาธารณสุข

โรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง	1	แห่ง
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	1	แห่ง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	4	แห่ง
ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.)	10	แห่ง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	5	แห่ง

2.2 ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาบัง ณ 1 ตุลาคม 2561

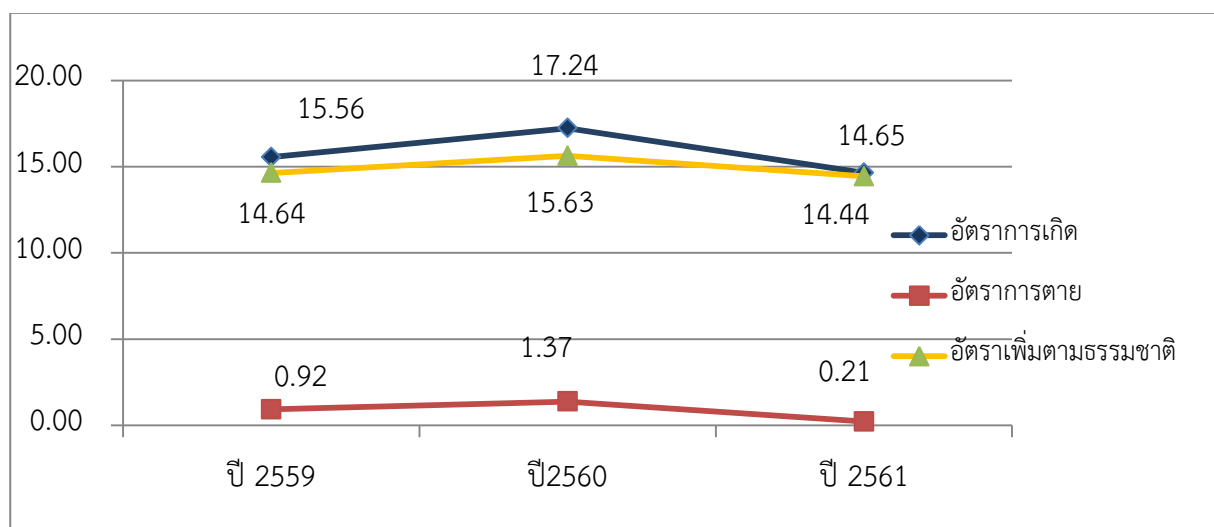
ลำดับ	ตำแหน่ง	จำนวน(คน)
1	แพทย์	5
2	ทันตแพทย์	3
3	เภสัชกร	3
4	พยาบาลวิชาชีพ	46
5	นักเทคนิคการแพทย์	2
6	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3
7	นักกายภาพบำบัด	1
8	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	4
9	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	1
10	แพทย์แผนไทย	2
11	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	1
12	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	1
13	เจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน)	4
14	นักวิชาการสาธารณสุข	3
15	อื่นๆ	72
	รวม	150

จากข้อมูลพบว่าบุคลากรสายงานวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชและพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลกาบังในภาพรวม พบว่ามีอัตรากำลังบุคลากรที่ปฏิบัติงานเพียงพอ แต่ยังมีตำแหน่งที่ขาดอัตรากำลัง คือ ตำแหน่งรังสีการแพทย์ ยังไม่มีข้าราชการที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนี้โดยตรง มีเพียงแค่ลูกจ้างประจำตำแหน่งพนักงานรังสีเทคนิคและวินิจฉัย ปฏิบัติงานแทน และยังไม่มียาตำแหน่งนักโภชนากร ส่งผลต่อการบริการอาหารแก่ผู้ป่วยเฉพาะโรคที่ต้องได้รับการดูแลด้านโภชนาการ

ส่วนที่ 3

ข้อมูลสถานะสุขภาพ

3.1 สถิติชีพต่อ 1,000 ประชากร



ที่มา ระบบข้อมูลสารสนเทศอำเภอกาบัง

3.2 จำนวนและอัตราการเกิดมีชีพ การตาย ทารกตาย มารดาตายและอัตราเพิ่มตามธรรมชาติอำเภอกาบัง ปี 2559-2561

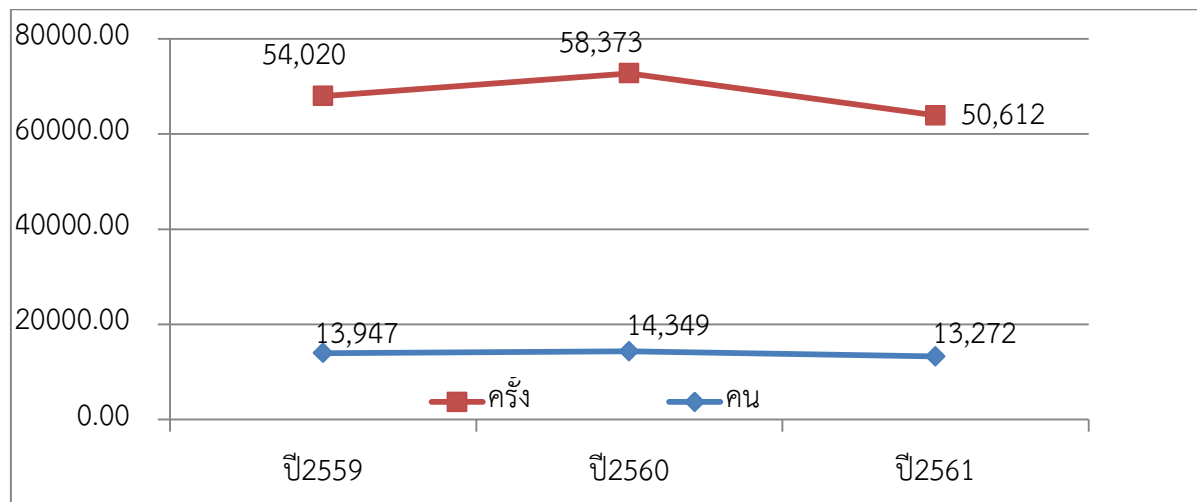
ประเภท	เป้าหมาย	2559	2560	2561
อัตราเกิดต่อพันประชากร		15.56	17.24	14.65
อัตราตายต่อพันประชากร		0.92	1.37	0.21
อัตราเพิ่มตามธรรมชาติต่อพันประชากร	ไม่เกิน 12	14.64	15.63	14.44
อัตราส่วนการตายมารดาต่อเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 36	1	0	0
อัตราทารกตายปริกำเนิดต่อการเกิดหนึ่งคน	ไม่เกิน 9	5.42	0	0
ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม	ไม่เกินร้อยละ 7	9.21	9.09	8.89
ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดต่อการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน 25	0	13.16	17.24
ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์	ไม่เกินร้อยละ 10	10.80	6.27	
หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ 90	53.14	49.00	67.14
มารดาคลอด				
- โดยเจ้าหน้าที่	ร้อยละ 90	96.58	96.45	100
- โดยผดุงครรภ์โบราณ	ร้อยละ 10	2.42	3.55	0
เด็กอายุ 0- 5 ปี มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์	ร้อยละ 80	98.00	90.70	91.61
ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	ร้อยละ 90	96.68	69.77	52.84

ที่มา ระบบข้อมูลสารสนเทศอำเภอกาบัง

3.3 จำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาบัง ปีงบประมาณ 2559 - 2561

ปีงบประมาณ	จำนวน (คน)	จำนวน (ครั้ง)	ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน
2559	13,947	54,020	148
2560	14,349	58,373	160
2561	13,272	50,612	138

จำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาบัง ปีงบประมาณ 2559 - 2561

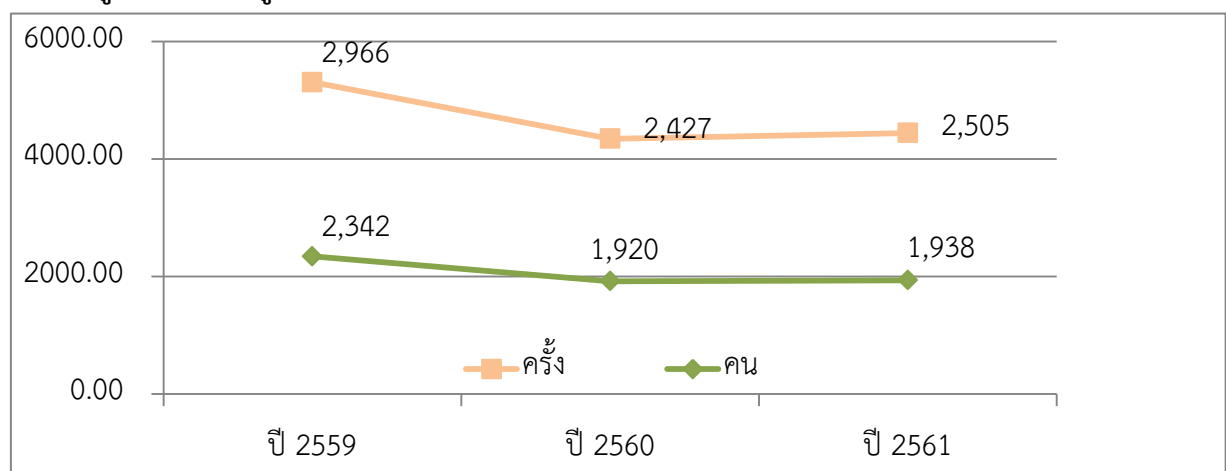


ที่มา : งานเวชระเบียน รายงานข้อมูลจากฐานข้อมูล HosXP โรงพยาบาลกาบัง

3.4 จำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยในทั้งหมดปีงบประมาณ 2559 - 2561

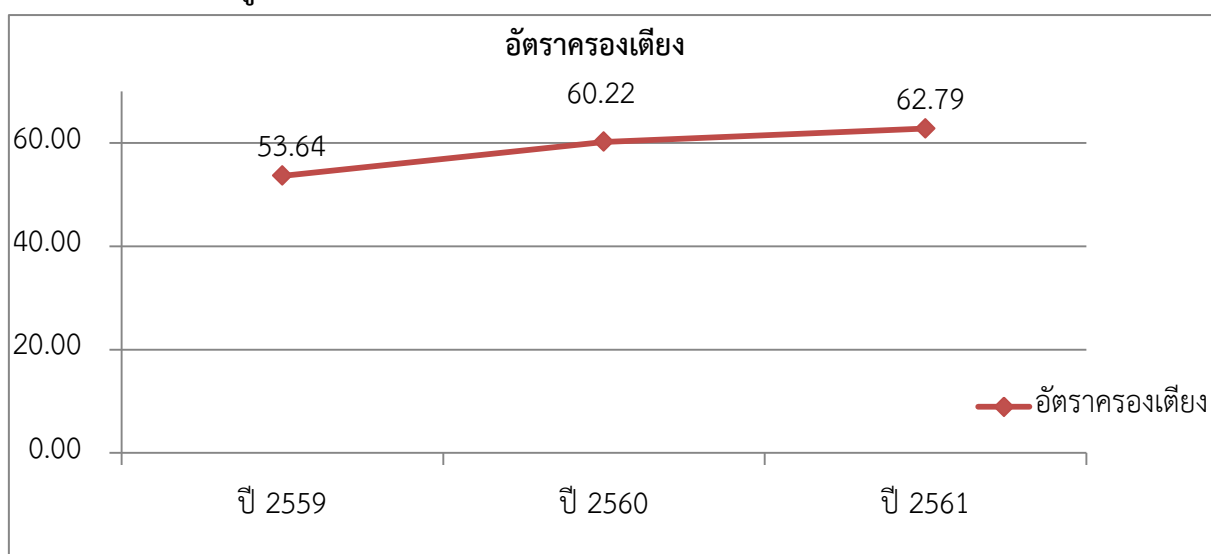
ปีงบประมาณ	จำนวน (คน)	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนวันนอน	ผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน
2559	2,342	2,966	8,434	23
2560	1,920	2,427	6,446	18
2561	1,938	2,505	6,875	18

จำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยในทั้งหมดปีงบประมาณ 2559 - 2561



ที่มา : งานเวชระเบียน รายงานข้อมูลจากฐานข้อมูล HosXP โรงพยาบาลกาบัง

3.5 อัตราครองเตียงผู้ป่วยในทั้งหมดปีงบประมาณ 2559-2561



ที่มา : งานเวชระเบียน โรงพยาบาลกาบัง

3.6 สถิติ ๕ อันดับโรคผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2559 - 2561

อันดับ	ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561	
	โรค	จำนวน(ราย)	โรค	จำนวนครั้ง	โรค	จำนวนครั้ง
1	Acute bronchitis	3,551	common cold	3,509	HT	3,430
2	common cold	3,323	HT	3,027	common cold	2,354
3	HT	2,756	Acute bronchitis	2,824	NIDDM	1,975
4	Fever,unspecifie	1,832	NIDDM	1,698	Acute bronchitis	1,709
5	NIDDM	1,470	Fever,unspecifie	1,546	Pneumonia	587

ที่มา : งานเวชระเบียน รายงานข้อมูลจากฐานข้อมูล HosXP โรงพยาบาลกาบัง

จากข้อมูล 5 อันดับโรคผู้ป่วยนอกในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า พื้นที่อำเภอกาบังอัตราการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเป็นกลุ่มโรคที่สำคัญที่มีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้น และเนื่องจากการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จึงพบอัตราการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานมากขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนางาน NCD ให้มีคุณภาพมากขึ้น

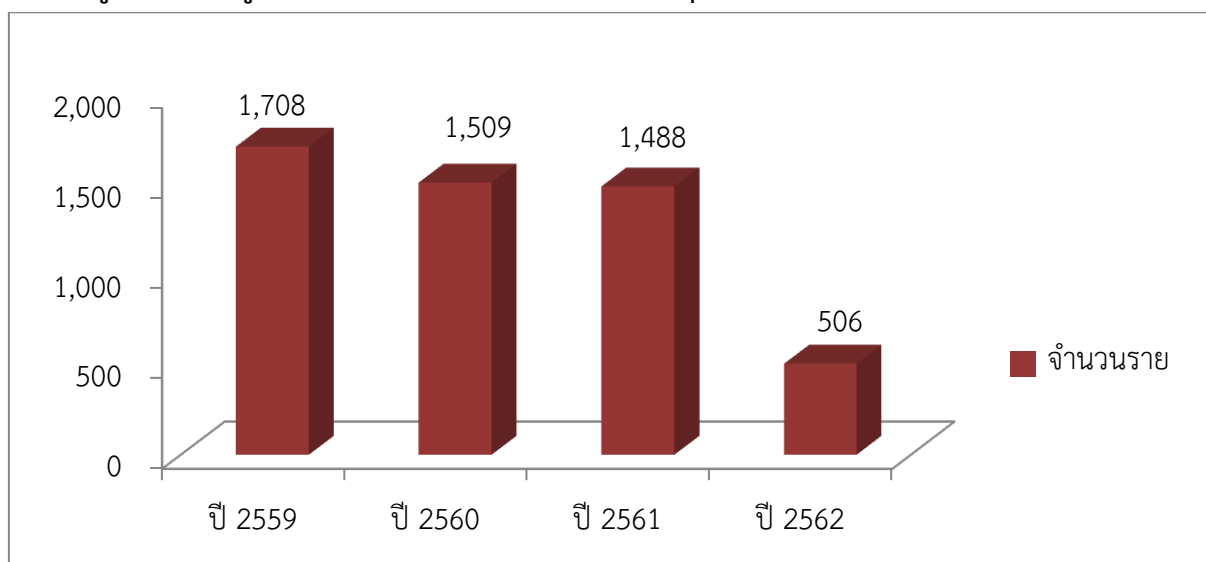
3.7 สถิติ 5 อันดับโรคผู้รับบริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2559 - 2561

อันดับ	ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561	
	โรค	จำนวนครั้ง	โรค	จำนวนครั้ง	โรค	จำนวนครั้ง
1	Diarrhea	266	Diarrhea	134	Diarrhea	163
2	Pneumonia	127	DF/DHF	126	Pneumonia	118
3	DF/DHF	121	COPD	90	COPD	
4	COPD	85	Pneumonia	78		
5	Plasmodium vivax malaria	83	Neonatal jaundice	71	Neonatal jaundice	

ที่มา : งานเวชระเบียน รายงานข้อมูลจากฐานข้อมูล HosXP โรงพยาบาลกาบัง

จากข้อมูล 5 อันดับโรคของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ในรอบ 3 ปี (ปีงบประมาณ 2559–2561) พบว่าประชาชนในพื้นที่ มีอัตราการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารเป็นอันดับ 1 จะเห็นได้ว่า ประชาชนในพื้นที่อำเภอกาบัง มีลักษณะในการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง และในปี 2558–2560 พบว่ามีผู้ป่วยโรคระบาดในพื้นที่ คือ ไข้มาลาเรียที่มีอัตราการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงขึ้น สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยไข้มาลาเรียในผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้น ในรอบปีงบประมาณ 2558-2559 และโรคที่จะต้องเฝ้าระวังคือการป่วยด้วยโรคมาลาเรียน ซึ่งในปี 2558-2560 มีการป่วยและพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องวางมาตรการในการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมอย่างครอบคลุม

3.8 ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลกาบัง 2559-2562 (ตุลาคม 2560 – ธันวาคม 2561)



ที่มา : งานเวชระเบียน โรงพยาบาลกาบัง

3.9 สถิติ 5 อันดับจำนวนผู้ป่วยโรคระบาดในพื้นที่อำเภอกาบัง ปี 2559 - 2561

อันดับ	ปี 2559			ปี 2560		
	โรค	จำนวน	อัตราป่วย	โรค	จำนวน	อัตราป่วย
1	มาลาเรีย	607	2599.68	อุจจาระร่วง	127	541.58
2	อุจจาระร่วง	376	1610.35	มาลาเรีย	85	362.47
3	ปอดบวม	115	492.53	ปอดบวม	33	140.72
4	ไข้เลือดออก	49	209.86	ตาแดง	22	93.82
5	อีสุกอีใส	43	184.16	อีสุกอีใส	16	68.23

อันดับ	ปี 2561		
	โรค	จำนวน	อัตราป่วย
1	อุจจาระร่วง	232	984.85
2	ปอดบวม	80	339.60
3	อีสุกอีใส	50	212.25
4	ตาแดง	40	169.80
5	มาลาเรีย	19	80.66

ที่มา : รง.506 ศูนย์ระบาด อ.กาบัง (อัตราป่วย: อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน)

จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคระบาดในพื้นที่อำเภอกาบัง ปี 2558-2560 พบว่าโรคที่มีปัญหา คือโรคมาลาเรียซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในพื้นที่และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกาบังได้ดำเนินการป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2557 จนถึงปัจจุบัน แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งงานควบคุมโรค อำเภอกาบังได้มีแนวทางการดำเนินงาน โดยการติดตามการรับประทานยาด้วยวิธี Dot โดย อสม.ในพื้นที่รับผิดชอบ

ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561 โรงพยาบาลกาบัง

ลำดับ	ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561 ระดับจังหวัด	ค่าเป้าหมาย	ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561 ระดับโรงพยาบาล	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด
1	ร้อยละ ANC คุณภาพ	ร้อยละ 60	1)หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 75	นางสาวยาวาเห ดอเลาะเซ็ง
			2) หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง	นางสาวยาวาเห ดอเลาะเซ็ง
			ตามเกณฑ์ ร้อยละ 60	
2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	DM มากกว่า 40% HT มากกว่า 50%	3) ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 40	นางอารันตี มุสลีมานุกูล
			4) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 50	นางอารันตี มุสลีมานุกูล
3	ผู้ป่วย Stroke เข้าถึงสถานบริการ(รพ.) ภายใน 4.5 ชม. หลังมีอาการ และได้รับยา RTPA จาก โรงพยาบาลศูนย์ยะลา	ร้อยละ 80	5) อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการภายใน 4.5 ชม และได้รับการส่งต่อไปยัง รพ. ยะลา	นางสาวอุไรวรรณ สุวรรณเลิศ
4	ร้อยละของ ECS คุณภาพ	ทุกโรงพยาบาล	6) องค์ประกอบของมาตรฐาน ECS คุณภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60	นางสุมาวดี รือฮีม
5	อัตราการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	7) อัตราการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงและตรวจพบขึ้นทะเบียน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	นางโสธยา ทิเล

ลำดับ	ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561 ระดับจังหวัด	ค่าเป้าหมาย	ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561 ระดับโรงพยาบาล	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด
6	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง	ร้อยละ 80	8) การเฝ้าระวังตามระบบรายงานทางระบาดวิทยา (รง. 506) การส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอย่าง ต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด ความทันเวลาของการ รายงานผู้ป่วย	นายอับดุลกอเดร์ แวมามะ
			9) การสอบสวนโรคมีความครบถ้วนของการสอบสวน ผู้ป่วยเฉพาะรายในพื้นที่รับผิดชอบ มีความทันเวลา เขียน รายงานมีคุณภาพและจัดส่งรายงานการสอบสวนโรค ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา	นายอับดุลกอเดร์ แวมามะ
8	ร้อยละ พขอ. - RTI ระดับดีมาก	ระดับดีมาก ร้อยละ 60	10) หน่วยงานมีการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนนด้วยกลยุทธ์ 5 ส. ผ่าน พขอ (10 กรอบ กิจกรรม)	นางสุมาวดี ร่อฮีม
9	โรงพยาบาลผ่านการดำเนินงานที่ใช้ยา อย่างสมเหตุผลRDU ชั้นที่ 2	ผ่านชั้น 2	11) โรงพยาบาลผ่านการดำเนินงานที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ชั้นที่ 2	นางสาวฟารีดา ปะจู
10	ร้อยละของโรงพยาบาล/รพ.สต. ที่พัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ผ่านเกณฑ์ระดับดี	12) โรงพยาบาลมีการจัดการมูลฝอยทุกประเภทถูก สุขลักษณะ	นายอาบีลุคมาน โตะลากอ

ลำดับ	ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561 ระดับจังหวัด	ค่าเป้าหมาย	ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561 ระดับโรงพยาบาล	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด
			13)โรงพยาบาลมีการพัฒนาส้วมมาตรฐาน สะอาด เพียงพอและปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก และ อาคารผู้ป่วยใน	นายอาปีลุภมาน โตะลากอ
			14)โรงพยาบาลมีมาตรฐานการประหยัดพลังงานที่เป็น รูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้ง องค์กร	นายอาปีลุภมาน โตะลากอ
			15) มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอก อาคารโดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้าง ความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรม ท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ	นายอาปีลุภมาน โตะลากอ
			16) โรงพยาบาลมีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	นายอาปีลุภมาน โตะลากอ
			17) สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ใน ระดับพื้นฐาน	นางจันทนา แยนา

ลำดับ	ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561 ระดับจังหวัด	ค่าเป้าหมาย	ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561 ระดับโรงพยาบาล	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด
			18) จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน	นายอาปีลุภมาน โตะลากอ
11	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลผ่าน มาตรฐาน HA	ผ่านชั้น 3	โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	นายณณนาท บรรจงละเอียด
12	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน(Happinometer) ไปใช้	ระดับ 5	19) โรงพยาบาลมีการประเมินดัชนีความสุขของ คนทำงานมีการจัดทำและใช้แผนพัฒนาความสุขของ คนทำงาน	นางจันทนา แยนา
13	ระดับความสำเร็จตามแผนการเงินการคลัง planfin	5 ขั้นตอน	20) โรงพยาบาลมีการดำเนินการบริหารแผนทางการเงิน Planfin ครบ 5 ขั้นตอน และมีผลต่างของรายได้ - ค่าใช้จ่าย สูงหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกิน ร้อยละ 5	นายการิยา อารีบุหงา
14	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานคุณภาพ บัญชี	5 ขั้นตอน	21) โรงพยาบาลมีการดำเนินงานคุณภาพบัญชีครบ 5 ขั้นตอน	นายการิยา อารีบุหงา
15	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 100	22) โรงพยาบาลประเมินตามแบบประเมินคุณธรรมและ ความโปร่งใสผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90	นายการิยา อารีบุหงา
16	ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบ การควบคุมภายใน (5 คะแนน)	ร้อยละ 100	23) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุม ภายในระดับ 1-5	นางสาวสาอิดา มะยั้งอ

ลำดับ	ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561 ระดับจังหวัด	ค่าเป้าหมาย	ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561 ระดับโรงพยาบาล	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด
17	ระดับความสำเร็จของคุณภาพข้อมูลเวช ระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกมี ความถูกต้องครบถ้วน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	24) คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วย นอกมีความถูกต้อง ครบถ้วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75	นางสาวไชนะ ยูโซ๊ะ
18	ระดับความสำเร็จของคุณภาพข้อมูล ประชากร (person)	ร้อยละ 100	25) คุณภาพข้อมูลประชากรชก.ในแฟ้ม PERSON ที่ ผิดพลาดต้องเป็น 0	นางสาวนุรฮารีซาร์ บาวแซมซ้อย

แผนปฏิบัติการ ปังบประมาณ 2561

ลำดับที่	ประเภทของโครงการ	จำนวนโครงการ	งบประมาณที่รับจัดสรร(บาท)	หมายเหตุ
1	ปัญหาสำคัญของพื้นที่			
	1. โครงการพัฒนาคุณภาพงานเยี่ยมบ้าน		9,150	
	รวม	1	9,150	
2	ยุทธศาสตร์หน่วยงาน			
	1.โครงการธนาคารชีวิต2 เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย Paliative care		10,000	
	2.โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับพื้นที่		87,600	
	3. โครงการครูสุขภาพ รักษาสุขภาพ		23,600	
	4.ขับเคลื่อนทิศทางการองค์กร เพื่อคุณภาพที่ยั่งยืน		68,000	
	รวม	4	189,200	
3	ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสุขภาพจ.ยะลา			
	1.โครงการพัฒนาระบบ ER คุณภาพ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ		47,257	
	2. โครงการ การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ รพ.สต. ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข		5,250	
	3. โครงการการเก็บส่งตรวจอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน		12,000	
	4. โครงการไกล่บ้าน ไกล่ใจ ดูแลปอดถึงบ้าน		10,200	
	5. โครงการพัฒนาการสมวัย ใส่ใจหนูน้อย		14,000	

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2561

ลำดับที่	ประเภทของโครงการ	จำนวนโครงการ	งบประมาณที่รับ จัดสรร(บาท)	หมายเหตุ
	6. โครงการพัฒนาศูนย์คลินิกหัวใจ		1,400	
	7. โครงการพัฒนาศูนย์คลินิกฟ้าใสไร้ควัน		26,000	
	8. โครงการป้องกันและควบคุมโรค ประจำปี 2561		20,400	
	9. โครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช		17,640	
	10. โครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอตากบ		111,300	
	11. โครงการพัฒนาผลงานวิชาการ โรงพยาบาลตากบ		76,000	
	รวม	11	341,447	
4	นโยบายของกระทรวง/กรม/เขต/งานประจำที่ต้องใช้เงิน			
	1. โครงการอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Test)		2,000	
	2. โครงการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการอำเภอตากบ		15,100	
	3. โครงการการผลิตยาสมุนไพรใช้ในครัวเรือน		28,280	
	4.โครงการใกล้บ้านใกล้ใจแพทย์แผนไทย		19,730	
	5. โครงการผู้ป่วยกักตักปลอดภัยไม่ติดเชื้อ		52,800	
	6. โครงการเตรียมความพร้อมกรณีเกิดอัคคีภัย		61,500	
	7. โครงการBig Cleaning Day		49,200	

แผนปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2561

ลำดับที่	ประเภทของโครงการ	จำนวนโครงการ	งบประมาณที่รับ จัดสรร(บาท)	หมายเหตุ
	8. โครงการตลาดนัดสุขภาพในโรงพยาบาล		41,400	
	9 ตรวจสอบสุขภาพประจำปี สำหรับบุคลากรโรงพยาบาลกาบัง		46,325	
	รวม	9	316,335	
	รวมทั้งสิ้น	25	856,132	

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561

ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ - ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ - ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง
-----------	---

1. สถานการณ์พื้นที่

สถานการณ์ ในภาพรวม จังหวัดยะลาพบว่าการตายของมารดา มีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 – 2561 มีอัตราตาย 55.13 ,19.89 และ 42.47 ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น จำนวน 11 ราย พบว่าสาเหตุการตาย เป็นสาเหตุทางสูติศาสตร์โดยตรง 5 ราย ร้อยละ 45.46 และสาเหตุทางอ้อม 6 ราย ร้อยละ 54.54 ปี 2562 จำนวน 2 ราย รายที่ 1 เสียชีวิตจาก (Indirect cause) Septic Abortion โอกาสพัฒนา ให้สรุปบทวนการดูแลต่อเนื่องในทุกแผนกที่มีประวัติการรักษาของผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล บุคลากรสาธารณสุขต้องให้ข้อมูลการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้คำปรึกษา และการส่งต่อไปยังหน่วยงาน OSCC และคืนข้อมูลให้ รพ.สต.เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน รายที่ 2 เสียชีวิตจาก Hyper emesis Gravid arum with Hyperthyroid รับยาจาก รพศ. ไม่กินยาตามแผนการรักษาและไม่ไปตามนัดเจ้าหน้าที่ PCU และ อสม. เยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย ส่งต่อ รพ.ยะลา โอกาสพัฒนา โดยปรับระบบรายงานมารดาตาย ใช้หลัก 273 (รายงานด้วยวาจา 2 hr./RCA 7 day/Full paper 3 day) ในอำเภอกาบัง ในรอบ 3 ปี ตั้งแต่ปี 59 60 และ 61 ไม่มีมารดาตาย แต่พบว่า ตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ร้อยละ 67.14 ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาระบบการติดตามหญิงตั้งครรภ์เชิงรุก มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และบันทึกข้อมูลแบบออนไลน์ ให้ความสำคัญการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงรายใหม่ทุกราย และการคัดกรองกลุ่มโรคหลัก คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจทุกชนิด ไทรอยด์ หอบหืด และหญิงที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในปี 2561 พบภาวะเสี่ยงจากกลุ่มโรค ร้อยละ 5.70 (27/473) โรคที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน และเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 62.96(17/27) ,29.62 (8/27) และ 7.40(2/27)

2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่ใช้สำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น) (ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปี 60	ปี 61	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	ปี 62 (ตค-ธค61)					
						รพสต บันนัง ดามา	รพสต คลองน้ำ ใส	รพสต ลูโป๊ะ ป็นยัง	รพสต บาละ	รพ.กาบัง	รวม
1	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับ การฝากครรภ์ ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	70.78	82.12	ร้อยละ 60	เป้าหมาย	18	16	27	12	12	85
					ผลงาน	16	15	21	10	7	69
					ร้อยละ	88.89	93.75	77.78	83.33	58.33	81.18
2	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝาก ครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	50.77	67.14	ร้อยละ 75	เป้าหมาย	18	16	27	12	12	85
					ผลงาน	14	15	20	7	5	61
					ร้อยละ	77.78	93.75	74.07	58.33	41.67	71.76
					ร้อยละ	0	0	21.05	0	0	6.25
					ร้อยละ						100

ตัวชี้วัด	3. ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี
	4. ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

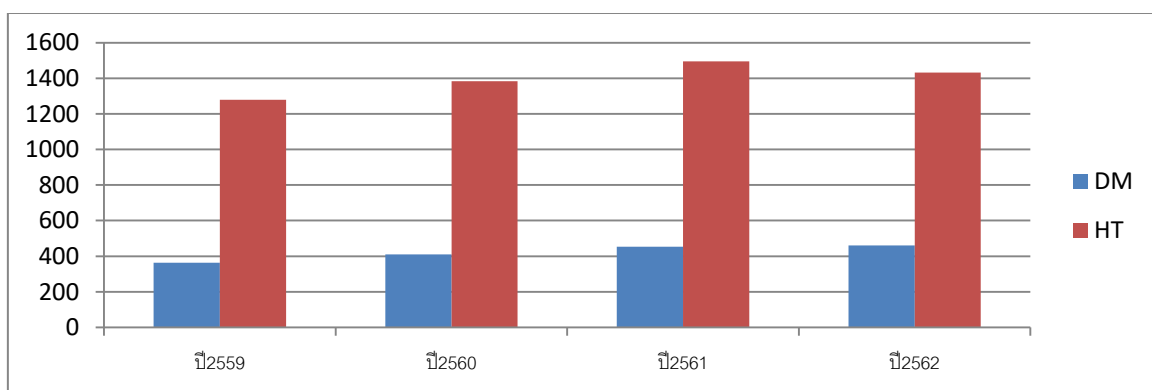
1. สถานการณ์

เครือข่ายสาธารณสุขอำเภอบางไทรได้วิเคราะห์สถานะสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญ เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยใช้การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาอย่างต่อเนื่องในปี 2561 ได้ดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan NCD) เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่และกำกับติดตามคุณภาพมาตรฐานการบริการด้วยการรับการประเมิน NCD Clinic Plus ซึ่งแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองค้นหากลุ่มป่วยเพื่อให้ได้รักษาเข้าถึงบริการมากขึ้น

ตารางที่ 1 แสดงอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางไทรจังหวัดยะลา ปี 2559– 2561

โรค	2559		2560		2561		2562	
	จำนวนที่ป่วย (คน)	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนที่ป่วย (คน)	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนที่ป่วย (คน)	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนที่ป่วย (คน)	จำนวนประชากร (คน)
โรคเบาหวาน	363	23,156	411	23,248	454	23,157	460	20,473
โรคความดันโลหิตสูง	1,279	23,156	1,383	23,248	1,495	23,157	1,531	20,473

กราฟแสดงอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางไทรจังหวัดยะลา ปี 2559– 2562



ที่มา : ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (Health Data Center) ณ วันที่ 14 มกราคม 2562

2. ข้อมูลการวิเคราะห์ (ระบุรายการที่จำเป็น สำหรับการติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

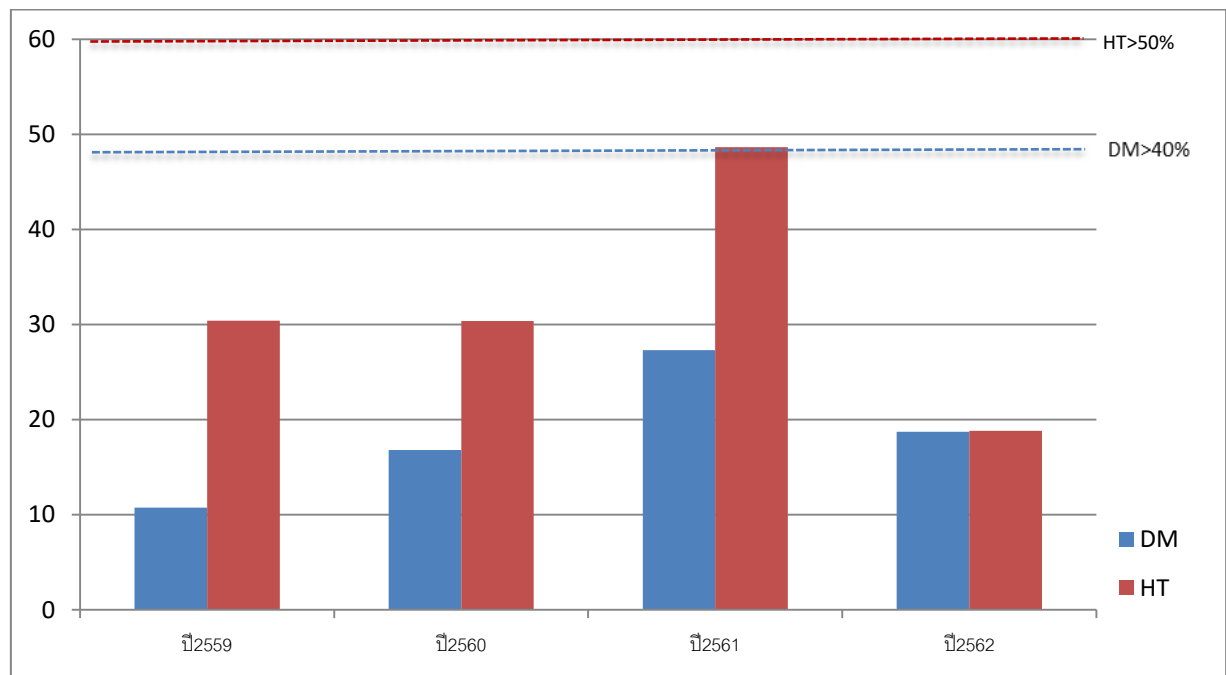
เครือข่ายอำเภอบางไทรกำหนดวางแผนการดำเนินงานและติดตามในการปฏิบัติงานด้วยการกำหนดเป็น small success โดยกำหนดกิจกรรมและการติดตามเป็นไตรมาส ซึ่งประกอบไปด้วยการคัด

กรองประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป การตรวจเลือดประจำปีในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสภาวะโรค และการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อให้การดูแลอย่างถูกต้องและลดความรุนแรง ซึ่งจากการปรับกระบวนการส่งผลให้ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำหรับโรคติดต่อเรื้อรังกลุ่มเบาหวานและความดันโลหิตสูงดีขึ้นจากปีที่ผ่านมา ตารางที่ 2 แสดงร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี ปี 2559- 2562

โรค	2559			2560			2561			2562		
	ได้รับ การ ตรวจ	ควบคุม ได้	ร้อยละ ควบคุม ได้ดี	ได้รับ การ ตรวจ	ควบคุม ได้	ร้อยละ ควบคุม ได้ดี	ได้รับ การ ตรวจ	ควบคุม ได้	ร้อยละ ควบคุม ได้ดี	ได้รับ การ ตรวจ	ควบคุม ได้	ร้อยละ ควบคุม ได้ดี
โรคเบาหวาน	201	39	10.74	271	69	16.79	371	124	27.31	313	86	18.70
โรคความดันโลหิตสูง	647	389	30.41	786	420	30.37	1051	727	48.63	471	288	18.81

ที่มา : ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (Health Data Center) ณ วันที่ 14 มกราคม 2562

กราฟแสดงร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี ปี 2559- 2562



ที่มา : ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (Health Data Center) ณ วันที่ 14 มกราคม 2562

แสดงผลการดำเนินงาน (ข้อมูลเชิงปริมาณ และการบริหารจัดการ)

2.1 แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	รายการ/ตัวชี้วัด	Base Line		2562	อำเภอกาบัง					รวม
		2560	2561		รพ. กาบัง	รพ.สต. บันนัง	รพ.สต. บาละ	รพ.สต. คลอง	รพ.สต. ลูโป๊ะ	

						ดามา		น้ำใส	ป็นยัง	
1	ร้อยละผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ควบคุมความดัน โลหิตได้ดี	1,383	1,495	เป้า หมาย	255	291	404	259	322	1,531
		420	727	ผลงาน	28	54	57	87	62	288
		30.37	48.63	ร้อยละ/ อัตรา	10.98	18.56	14.11	33.59	19.25	45.33
2	ร้อยละผู้ป่วย โรคเบาหวานควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด ได้ดี	411	454	เป้า หมาย	78	97	119	68	98	460
		69	124	ผลงาน	12	19	24	17	14	86
		16.79	27.31	ร้อยละ/ อัตรา	16.38	19.59	20.17	25.00	14.29	18.70

ที่มา : ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (Health Data Center) ณ 14 มกราคม 2562

2.2 การบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการในการขับเคลื่อน/ทรัพยากร 4 M)

เครือข่ายอำเภอกาบังได้กำหนดรูปแบบการดำเนินงานแบ่งโดยกลุ่มประชากรในพื้นที่ คือ กลุ่มทั่วไป กลุ่มป่วย กลุ่มฟื้นฟู ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

กลุ่มทั่วไป คือ ค้นหากลุ่มเสี่ยงและผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มุ่งเน้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ รวมถึงติดตามประเมินกลุ่มเสี่ยงในปีที่ผ่านมาให้ได้รับการตรวจซ้ำและเสริมพลังความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มป่วย คือ พัฒนาระบบบริการโดยยึดแนวทางการดำเนินงานตามกระบวนการคุณภาพ NCD Clinic Plus ร่วมกับการจัดการตามรูปแบบ Integrated Chronic Care Model โดยอาศัยสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มฟื้นฟู คือ พัฒนาระบบบริการโดยร่วมดำเนินงานกับทีม Home Health care , palliative care และทำกายภาพบำบัดในการดูแลติดตาม

นอกจากนี้ได้มีการกำหนดระบบสนับสนุนการดูแลรักษา ส่งต่อ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างไร้รอยต่อส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยได้กำหนดเป้าหมายเพื่อ

1. ลดปัจจัยเสี่ยงในประชากร/ชุมชน
2. ลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย
3. ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงสูงและ
4. ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พร้อมทั้งมีแผนการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1.ด้านการบริหารจัดการ

1.1 จัดทำนโยบาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน

- 1.2 มีการจัดประชุมชี้แจง นโยบาย ตัวชี้วัดการดำเนินงาน NCD และปัจจัยเสี่ยงต่อโรค NCD แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง
 - 1.3 มีการจัดประชุม NCD board ของ คปสอ.ทุกเดือน เพื่อการจัดทำแผนการดำเนิน ติดตามผล และแก้ไขปัญหา
 - 1.4 นิเทศ เยี่ยมติดตามและประเมินผล ในหน่วยงานและพื้นที่เป้าหมายระดับอำเภอ/ระดับตำบล
- ผลการดำเนินงาน พบว่า การติดตามในการปฏิบัติตามนโยบายเป็นไปตามแผนที่กำหนด และมีการปรับเปลี่ยนการติดตามเพื่อให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วขึ้นโดยการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย รวมถึงการประชุมภายในทีมงาน

2. ด้านบุคลากร

- 2.1 แต่งตั้งคณะทำงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและชัดเจน ทั้งในหน่วยงานและชุมชน
 - 2.2 มีแผนการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต.เช่น case manager, mini case manager, นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น
 - 2.3 จัดประชุมฟื้นฟูศักยภาพแก่ผู้รับผิดชอบภายในอำเภอทุกปี เช่น การจอบประสาทคัดกรองโดยเครื่อง fundus camera, การตรวจเท้า แขนงำออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ผลการดำเนินงาน พบว่า การแต่งตั้งคณะทำงานยังไม่ครอบคลุมในรูปแบบภาคีเครือข่าย เช่น ผู้นำชุมชน ครู และผู้นำศาสนา เป็นต้น

3.ด้านงบประมาณ

จัดทำแผนในการใช้งบประมาณ ซึ่งได้รับจาก กองทุนโรคเรื้อรังของ สปสช., กองทุนสุขภาพประจำตำบล, งบจาก อบต. รวมถึงงบ PP ระดับอำเภอและรพ.สต.

4. ด้านทรัพยากร

รพ.สต. ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูงและเบาหวานจาก อบต. โดยเขียนโครงการเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมีการดำเนินงานในส่วนของกิจกรรมการสร้างชมรมกลุ่มป่วยในชุมชน

มาตรการที่อำเภอเฝ้าระวังดำเนินงาน ดังนี้

1. สถานที่ทำงาน ที่ดำเนินการบูรณาการป้องกันโรค NCD และปัจจัยเสี่ยงต่อโรค NCD
- ในปี 2562 มีปรับปรุงสถานที่ทำงานให้เหมาะสมต่อการทำงานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และสามารถให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปได้
2. การดำเนินงานด้านการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCD
- มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ปัจจัยเสี่ยงสุรา ยาสูบ ต่อการเกิดโรค NCD ในสถานที่ทำงาน ในชุมชน ครัวเรือน และจัดทำสถานที่ เขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย
 - มีการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

3. มาตรการการดำเนินงานในกลุ่มผู้ป่วยเพื่อควบคุม สถานะความรุนแรงของโรคให้ได้ตามเกณฑ์ โดยบูรณาการจัดการโรคและลดปัจจัยเสี่ยง ผ่าน NCD Clinic Plus คุณภาพ โดยมีการพัฒนาระบบบริการ การดำเนินงานดังนี้

3.1 มีการทบทวนแนวทางการดำเนินงาน NCD ร่วมกับจังหวัด และแม่ข่ายโรงพยาบาลละลา

3.2 มีการทบทวน Gap ของการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพในปีงบประมาณ 2561 และมีแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเครือข่ายอำเภอกาบังเพื่อ ปิด Gap ในปี 2562

3.3 รายงานสรุปผลการประเมินรับรอง NCD Clinic Plus คุณภาพปี 2561 เครือข่ายอำเภอ กาบังยังไม่ผ่านเกณฑ์ในประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ทิศทางและนโยบายพบว่า การจัดทำทิศทาง นโยบายยังไม่ชัดเจน และการกระจาย ลงสู่การปฏิบัติไม่ครอบคลุม

ประเด็นที่ 2 ข้อมูลสารสนเทศพบว่า การจัดทำฐานข้อมูลยังไม่สมบูรณ์

ประเด็นที่ 3 ระบบและกระบวนการบริการพบว่า การจัดทำแนวทางในคลินิกยังไม่ชัดเจน

ประเด็นที่ 4 มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเองพบว่า ประเมินระยะผู้ป่วยยังไม่ชัดเจนและยัง ขาดจัดชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ประเด็นที่ 5 การมีระบบสนับสนุนการตัดสินใจพบว่า ยังขาดการจัด KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และยังไม่มีการกระจายให้ทุกพื้นที่มีส่วนร่วมอย่างทั่วถึง และไม่บันทึกสรุปองค์ความรู้ ที่จัดการแล้ว เพื่อ การพัฒนาต่อยอด ในองค์ความรู้นั้นต่อไป

ประเด็นที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชนพบว่า มีการสนับสนุนการเชื่อมโยงในระดับชุมชนแต่ยังไม่ มีความต่อเนื่องและทั่วถึงรวมทั้งการการประเมินติดตามผล การดำเนินงาน/ กิจกรรมของเครือข่าย แบบมี ส่วนร่วมด้วย

ผลลัพธ์ที่ต้องการ(Small Success)

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
เป้าหมาย 1.ประชุมทบทวนการจัดการข้อมูล 43แฟ้ม ที่เกี่ยวข้องในงานNCD 2.ประชากรอายุ 35ปีได้รับการคัดกรอง 90%และบันทึกข้อมูล 3.คัดกลุ่มเสี่ยงในปีที่ผ่านมาให้ ได้รับการตรวจซ้ำและบันทึก 4.ทบทวนแนวทางการดำเนินการ คลินิกNCD คุณภาพ (NCD Clinic Plus)	เป้าหมาย 1.จนท.หน่วยงานสามารถตรวจสอบข้อมูล รายงานจาก43 แฟ้ม เทียบข้อมูลโปรแกรม JHCIs ,Hosxp 2.พื้นที่คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย 95%และ บันทึกข้อมูล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงแบบกลุ่ม/ บุคคล 3.จนท.สามารถนำความรู้และทักษะไปใช้กับ กลุ่มเป้าหมายในคลินิกหรือพื้นที่รับผิดชอบมี การติดตามประเมินผลตามแนวทาง	เป้าหมาย 1.จนท.หน่วยงานสามารถ ตรวจสอบข้อมูลรายงานจาก HDC ในการดำเนินงาน ติดตาม 2.พื้นที่ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและ เสี่ยงสูงแบบกลุ่ม / รายบุคคล มีการติดตาม ประเมินผล 3.ทีมพัฒนาระบบบริการเชิง	เป้าหมาย 1.จนท.หน่วยงานสามารถนำ ข้อมูลใน HDC มาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนในการ ดำเนินงานปีถัดไป 2.พื้นที่ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและสรุป ประเมินผลการดำเนิน งาน เปรียบเทียบกับเป้าหมายปี 2561 3.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ

5.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c เพื่อประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	-มีคลินิกDPAC 1.รพ.สต.ระดับประเมินตนเองและพัฒนาในส่วน ขาด	รูก (งานNCD) นิเทศติดตาม และจัดเวทีแลกเปลี่ยนครั้งที่ 2 เพื่อพัฒนางานในส่วนที่ยัง ขาด 4. รพ.เตรียมรับการประเมิน NCD Clinic Plus	สรุปผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัด 4. นิเทศ/สรุปผลการ ดำเนินการ
ผลงาน จัดทำแผนงาน/โครงการบูรณา การทั้งเนื้อหา และงบประมาณ จากแหล่งต่างๆสามารถดำเนิน งานตามแผนที่ได้กำหนดไว้ทั้งส่วน คัดกรองและติดตาม	ผลงาน 1.คัดกรองความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 85.06 คัดกรองเบาหวานได้ ร้อยละ 84.71 2.คัดกรอง CVD Risk ได้ร้อยละ 80.82 3.ความครอบคลุมการตรวจ HbA1c ร้อยละ 68.04 DM control ได้ ร้อยละ 18.70 - HT control ได้ร้อยละ 18.81 คัดกรองภาวะแทรกซ้อน ทางเท้า 41.09 คัดกรองภาวะแทรกซ้อน ทางไต 56.58		

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบ
ความสำเร็จ(Key Risk Area /KeyRisk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์
จากการติดตาม

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ Key Success Factor

1.การมีระบบพี่เลี้ยง case manager และ mini case manager ทุกรพ.สต โดยมีการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ในระดับเครือข่ายทั้งอำเภอและระดับจังหวัด เพื่อมาพัฒนางาน NCD คุณภาพ ร่วมกับทีมสาขา
วิชาชีพ ในการเป็นทีมที่ปรึกษา

2. มีแผนการพัฒนาคุณภาพบริการ

2.1 มีการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วย NCD อย่างต่อเนื่องทุกปี

2.2 มีการส่งเสริมบุคลากรมีข้อมูลที่ทันสมัยในการให้คำแนะนำ ปรึกษาด้านสุขภาพและ เป็นบุ
คลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ

2.3 มีการนิเทศงาน NCD คลินิกคุณภาพ ในระดับอำเภอ และรพ.สต

2.4 การสนับสนุนเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ ให้เพียงพอในการบริหารจัดการออก
ให้บริการให้ครอบคลุมเครือข่ายและพื้นที่เป้าหมาย

2.5 การได้รับจัดสรรและสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการให้บริการ
วิชาการ และการบริหารจัดการจากงบกองทุนโรคเรื้อรัง กองทุนตำบล

5.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะในเชิงบริหารและวิชาการ
การดำเนินงานในคลินิก - ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างแม่ข่ายและรพ.สต - จนท. ขาดความรู้ในการบันทึกใน JHCIS ,Hos xpและตรวจสอบข้อมูล - ขาดความรู้ในการส่งข้อมูลเข้า HDC - ความสมบูรณ์ของจำนวนผู้ป่วยในทะเบียนคลินิกพิเศษ - ศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล แต่ผู้รับผิดชอบไม่ได้ใช้ ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูล เกิดปัญหาข้อมูลไม่ตรงกันไม่มีการนำข้อมูลมาใช้ ประโยชน์ ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รพ.สต.ไม่ตรงกับ รพ.แม่ข่ายเนื่องจากแหล่งข้อมูลคน ละแหล่ง ไม่มีการตรวจสอบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง	- พัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังในการ วิเคราะห์และใช้ข้อมูลโรคเรื้อรังระดับอำเภอจาก ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
การดำเนินงานในชุมชน - การดำเนินงานลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับชุมชนส่วนใหญ่เน้น กิจกรรมการคัดกรอง ยังขาดกิจกรรมการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรค - การรณรงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนน้อยไม่ต่อเนื่อง ชุมชนยังไม่เข้มแข็ง ในการจัดการดูแลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เรื้อรัง - งบประมาณในการดำเนินงานล่าช้า - กลุ่มเป้าหมายการคัดกรองมีการเปลี่ยนแปลง - กลุ่มเป้าหมายการคัดกรองมีการเปลี่ยนแปลง	- ขอความร่วมมือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รณรงค์การ ส่งเสริมการออกกำลังกาย , ส่งเสริมการปลูกผัก จัดหา สถานที่ออกกำลังกายประจำ - การรณรงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนน้อยไม่ ต่อเนื่อง ชุมชนยังไม่เข้มแข็ง ในการจัดการดูแลเกี่ยวกับความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคเรื้อรัง - งบประมาณในการดำเนินงานล่าช้า - กลุ่มเป้าหมายการคัดกรองมีการเปลี่ยนแปลง

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ในด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อรัง โดยใช้โปรแกรม
43 แฟ้ม ระดับพื้นที่สามารถพัฒนาความครอบคลุมของฐานข้อมูลได้มากขึ้น แต่ยังมีปัญหาในการ
ตรวจสอบข้อมูลที่ไม่สามารถตรวจสอบย้อนหลังได้

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- 1.คู่มือแบบติดตาม กลุ่มเสี่ยง (ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 งานวิชาการจังหวัดยะลา ปี 2561)
- 2.CQI :การพัฒนาบริการคลินิกโรคเรื้อรัง (ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ1 งานวิชาการจังหวัดยะลาปี2561)
- 3.CQI :การพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรังเพื่อลดระยะเวลารอคอย(ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ1 งานวิชาการจังหวัดยะลาปี2561)

ตัวชี้วัด	ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย stroke เข้าถึงสถานบริการ(รพ.)ภายใน 4.5 ชม. หลังมีอาการ และได้รับ ยา RTPA จากโรงพยาบาลศูนย์ยะลา
-----------	---

1. สถานการณ์

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 3 ปีย้อนหลัง พบว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลกาบัง ผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการ Stroke Fast tract น้อยมากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด ในปี 2558 เป็น 0 ปี 2559 1 Case คิดเป็น 14% ปี 2560 มีจำนวน 6 Case คิดเป็นร้อยละ 50% ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลพบว่าในปี 2558 – 2559 ไม่มีผู้ป่วยได้รับยา RTPA เลย และในปี 2560 มี 1 Case คิดเป็น 8% จากผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมดของปี 2560 จากผู้ป่วย 12 Case จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการ Stroke fast tract น้อย จึงมีการส่งเสริมให้มีการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น โดยผ่านช่องทาง EMS แต่มีข้อจำกัด คือ อำเภอกาบังมีสองตำบล ซึ่งตำบลบางละยังไม่มีรถพยาบาล จึงออกรับ Case โดยโรงพยาบาลต้องออกรับ Case ในช่วงเวลาปกติ เพราะมีข้อจำกัดเรื่องความปลอดภัยและจำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลา จึงได้มีการปรับเปลี่ยนโดยการจัดอบรม จิตอาสา ผู้นำชุมชน อสม. ขณะนี้ยังอยู่ในช่วงการดำเนินการ แต่พบว่า ในปีงบประมาณ 2560 ทำให้มีผู้ป่วยเข้าถึงบริการช่องทางด่วน Stroke Fast tract มากขึ้น คิดเป็น ร้อยละ 50 เทียบกับปี 2558 และ 2559 นอกจากนี้ยังมีการจัดทำ CPG การส่งต่อผู้ป่วยทางช่องทางด่วน Stroke fast tract ที่ รพ.สต. อยู่ในขั้นการทดลองใช้ และขาดอุปกรณ์สำคัญ คือ เครื่องวัดปริมาณออกซิเจนในเลือด จึงมีการนำเข้าที่ประชุม ผลักดันให้มีการขจัดซื้อต่อไป

2. ข้อมูลการวิเคราะห์ (ระบุรายการที่จำเป็น สำหรับการติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ข้อมูลผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

โรงพยาบาลกาบังเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีแพทย์ตรวจโรคทั่วไป 6 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ใช้ระบบ consult จากรพ.ในเครือข่ายคือ ไม่สามารถ ท ำ CT Scan และให้ยา Rt-PA ได้ ต้องส่งต่อคนไข้ไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ยะลาเพื่อการวินิจฉัยและให้การรักษาต่อ จากสถิติผู้ป่วย Stroke ปี 2558 – ปัจจุบัน มีจำนวน 35, 48, 42 รายตามลำดับ ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการรักษา มีจำนวน

7, 8, 12 รายตามลำดับ และมีการส่งต่อ จากปี 2558 – ปัจจุบัน จำนวน 20, 22, 16 รายจากการทบทวนพบว่า

1. การคัดกรองและประเมินไม่ครอบคลุมทำให้เกิดการ Miss Diagnosis Delay treatment จึงได้มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติ ในแต่ละแผนก ได้แก่ เจ้าหน้าที่เวรเปล งานเวชระเบียน งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ขึ้น ผลการดำเนินงานแนวทางการปฏิบัติมาใช้ พบว่าสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

2. ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลช้าและไม่เข้าถึงการให้บริการ Stroke fast tract ระยะเวลานับจากมีอาการโรคหลอดเลือดสมองถึงโรงพยาบาล (On set > 4.5 hr.) จากสถิติผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกาบัง ปี 2558 – ปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 0, 14 %, 50%, ในปีปัจจุบันจึงมีการหาแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการ Stroke Fast tract มากขึ้น โดยจัดทำ stroke alert ได้แก่

2.1) จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

2.2) ฝึกอบรมให้ความรู้แก่ เจ้าหน้าที่ อสม. เครื่องช่วยสุขภาพชุมชน และจิตอาสา (การดำเนินการไปแล้วบางส่วน)

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่ได้รับการรักษารายใหม่ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็น DMHT DLP คิดเป็น ร้อยละ 69.70 ของ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด และเป็นผู้ป่วยมีรับยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา คิดเป็นร้อยละ 58 ของจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีโรคประจำตัวเป็น DM HT DLP จึงได้หาแนวทางเพิ่มการขึ้นการรับบริการ Stroke Fast tract โดยการ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติในคลินิก NCD ของโรงพยาบาล และ รพ.สต. ต่อไป

วิเคราะห์ผลปัจจุบัน

โรงพยาบาลกาบังปี 2558 และ 2559 ไม่มีผู้ป่วยที่เข้าถึงสถานบริการ Fast tract ภายใน 4.5 ชม.

หลังมีอาการ และได้รับยา RTPA จากโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ในปี 2560 มีผู้ป่วยเข้าถึงบริการ Stroke Fasttract และได้รับยา RTPA จากโรงพยาบาลศูนย์ยะลา 1 ราย จากผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 8 % ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยตั้งเป้าหมายไว้ที่ 20%

2.2 การบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการในการขับเคลื่อน/ทรัพยากร 4 M)

การบริหารจัดการไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายเพราะมีบางโครงการได้ดำเนินการไปก่อนและยังไม่ได้เขียนโครงการเบิกงบประมาณ บางโครงการยังไม่ผ่านการอนุมัติ มีบางโครงการที่จัดทำขึ้นโดยใช้งบประมาณของโครงการอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โดยไม่ได้ของงบประมาณ

3. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area /Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการติดตาม

1. ความเชื่อ เข้าใจผิดว่าเป็นโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ ทำงานรักษาเองเบื้องต้นโดยการไปหาหมอบ้าน ทำงานนวด ให้น้ำมนต์ อาการไม่ดีขึ้นขึ้น 2-3 วันกว่าจะมาโรงพยาบาล
2. ระบบ EMS ไม่ครอบคลุม ในพื้นที่

4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะในเชิงบริหารและวิชาการ
1. เขต อบต. บาละ ไม่มีรถกู้ชีพฉุกเฉิน	1. ผลักดันให้มีการจัดซื้อ หรือหาหน่วยงานบริจาค 2. จัดหา รถพยาบาลฉุกเฉินขนาดเล็กประจำ รพ.สต.
2. รพ.สต. ไม่มีเครื่องวัด ออกซิเจน Sat	หางบประมาณในการจัดซื้อ
3. ทศนคต ความเชื่อของชาวบ้านส่งผลต่อการถึงบริการ	ให้ความรู้แก่ผู้นำหมู่บ้าน ผู้นำตามธรรมชาติ เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. ปรับทัศนคติ สอนกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับความรุนแรง อาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลด่วน
2. อบรม รพสตและ อสม. FR จิตอาสา เกี่ยวกับ early warning sign ของ stroke
3. สร้างเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
4. ปรับแนวทางการส่งต่อ Stroke fast track ระหว่าง รพ.สต. กับ รพ.

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(อยู่ในขั้นการทดลองใช้)

ตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไปมีระบบ ECS คุณภาพ (>ร้อยละ 60)
-----------	--

1. ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐาน ECS คุณภาพโรงพยาบาลกาบัง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
		2559	2560	2561
ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ที่ผ่าน ECS คุณภาพ	ร้อยละ 60	44	55.9	58.1

องค์ประกอบ 3 S	คะแนน ECS		
	2559	2560	2561
1.Strcture (อาคารสถานที่, เครื่องมือ)	48	55.6	57
2.Staff (บุคลากรทุกประเภท)	34.1	54.1	60
3.System (EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, referral system)	45.1	56.9	56.9
รวม	44	55.9	58.1

สิ่งที่ต้องดำเนินการตามมาตรฐาน ESC คุณภาพ

พัฒนาจุดชะล้าง ขาดบุคลากร Nurse Aid EMT-B ประจำห้องฉุกเฉิน ระบบการคัดแยกผู้ป่วยไม่ชัดเจน ขาดการทบทวนแผนภัยฉุกเฉินต่างๆ พื้นที่ EMS ไม่ครอบคลุม 100% ไม่มีการทำ R2R

2. ER คุณภาพ

เป้าหมาย 1. ร้อยละผู้ป่วย Return of spontaneous circulation (ROHC) ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นคืนชีพ จนรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพคืนมา (ร้อยละ30)

2. ร้อยละผู้ป่วย รพ. F2 Survivor to refer ที่มีชีวิตรอดจนถึงการนำส่ง (ร้อยละ 15)

2.1 ผลดำเนินการของตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
ROHC	ร้อยละ30	0
Survivor to refer	ร้อยละ 15	0

2.2 การดำเนินการที่สอดคล้องกับตัวชี้วัด

1. จัดอบรม CPR advent ที่โรงพยาบาล
2. จัดอบรม basic CPR ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
3. จัดอบรมการใช้วิทยุในโรงพยาบาล

2.3 แผนการดำเนินการต่อ ทบทวน basic CPR ให้กู้ชีพ กู้ภัย ดำเนินจัดอบรม อาสาฉุกเฉินชุมชน

3. EMS คุณภาพ

เป้าหมายการพัฒนา

. จัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครบ 100% ภายในปี 2564 และบูรณาการ EMS ในผู้ป่วย fast track และกลุ่มเสี่ยง ให้ครอบคลุม

ปัญหา EMS โรงพยาบาลกาบัง

1. การใช้วิทยุสื่อสารกับศูนย์สั่งการมีน้อยเนื่องจากขาดความชำนาญ ขาดการประชาสัมพันธ์ 1669 ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรค fast track ข้อจำกัดของช่วงเวลาภูมิประเทศและ ความปลอดภัยของผู้ออกเหตุ จากสถานการณ์ความไม่สงบ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ครอบคลุมทุกตำบล

แผนการพัฒนาโดย ทีม EMT-I

แผนดำเนินการ	ช่วงเวลา
1.ประชาสัมพันธ์ 1669 กับกลุ่มเสี่ยง(DM HT COPD)ที่มารับยาในโรงพยาบาล ในครบ 100% พร้อมจัดทำแผนในการออกไปเหตุของแต่ละคน	กค.61 – กย.61
2.ผลักดัน อบต.บาละ ให้ขึ้นทะเบียนตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายในปี 2564	2564

4. Refer

เป้าหมาย ใช้โปรแกรม thai refer 100% ทุกหน่วยงาน ยกเลิกทะเบียน refer ใช้เอกสารจาก thai refer แทนแบบฟอร์มการส่งต่อ

ปัญหา ระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ต ความเสถียรของโปรแกรม ความล่าช้าในกรณี fast track และ ความชำนาญของผู้ใช้โปรแกรม

การดำเนินการ การใช้โปรแกรม Thai refer ทุกแผนกในโรงพยาบาลกาบัง 80.42% การใช้เอกสารจาก Thai refer แทนแบบฟอร์มการส่งต่อ ดำเนินการใช้ใน Er และ OPD ใน

3. กรณีที่ refer case Trauma จะมีแบบฟอร์มการส่งต่อของ Trauma โดยเฉพาะ

5. สรุป small success ของ ECS ที่ต้องดำเนินการภายใน 6 เดือน

1. ปรับปรุงระบบการคัดกรอง ด้านหน้าในเวลา / นอกเวลาและระบบการการคัดกรองกระจาย คลินิกต่างๆ กระบวนการที่ไวเหมาะสม เกณฑ์จำแนกตามหลักการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตาม บริบททั้งเด็ก /ผู้ใหญ่

2. ระบบการบันทึกผู้ป่วยขณะการส่งต่อ

3. เกณฑ์การรายงานแพทย์ เกณฑ์การส่งต่อ

ตัวชี้วัด	อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงและตรวจพบขึ้นทะเบียน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
-----------	---

สถานการณ์วัณโรคในเขตพื้นที่โรงพยาบาลกาบังในปี พ.ศ. 2559 - 2561 พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 16 , 13 และ 28 รายตามลำดับ ผู้ป่วย TB/HIV จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนาน จำนวน 3 ราย ปัจจุบันรักษาหายในปีงบประมาณ 2560 อัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ร้อยละ 99.43 อัตราตายร้อยละ 0.57 และอัตราการขาดยาร้อยละ 0

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		หมายเหตุ
		2559	2561	
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	>85%	94%	96%	ปีงบประมาณ 2561 ผู้ป่วยกำลังรักษา 11 ราย
การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง	>90%	NA	98.2%	คัดกรองในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านย้อนหลัง 5 ปี 61.25%

วัตถุประสงค์ : เพิ่มความครอบคลุมการค้นพบและการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกราย

- 3 เดือน	- 6 เดือน	- 9 เดือน	- 12 เดือน
ลดความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัย โดยการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก	ลดการเสียชีวิต โดยการคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ได้แก่ Contact case , TB/HIV , HCW , Migrant , Prisoners , Uncontrolled DM HbA1C>7 , Elderly with morbidity	เพิ่มการเข้าถึง TB CM online ในหน่วยบริการที่จำเป็น เช่น สสอ. / รพ.สต.	ผู้ป่วยตาย เป็น 0 ผู้ป่วยขาดยา เป็น 0

ประเด็น	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง
ตัวชี้วัด	8. ร้อยละของการค้นหาผู้ป่วยโรคมาลาเรียเชิงรุก - ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียลดลง ร้อยละ 30 จากปีที่ผ่านมา - อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ร้อยละ 20 จากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี

1. สถานการณ์

งานควบคุมโรคติดต่ออำเภอกาบัง ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ปี 2561 ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 – 5 มกราคม 2562 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 55 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 233.59 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต และ ลดอัตราป่วยลดลงจากปี 2560 ร้อยละ 61.02 ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ตำบลบาละ อัตราป่วย 368.05 ต่อประชากรแสนคน (จำนวน 37 ราย) รองลงมาคือ ตำบลกาบัง อัตราป่วย 133.22 ต่อประชากรแสนคน (จำนวน 18 ราย) ตามลำดับ

ไข้เลือดออก ปี 2561 ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 – 5 มกราคม 2562 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 25 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 106.61 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต และ อัตราป่วยลดลงจากปี 2560 ร้อยละ 40.27 ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ตำบลบาละ อัตราป่วย 159.16 ต่อประชากรแสนคน (จำนวน 16 ราย) ตำบลกาบัง ยังไม่มีรายงานพบผู้ป่วยไข้เลือดออก

2. ข้อมูลการวิเคราะห์ (ระบุรายการที่จำเป็น สำหรับการติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น) แสดงผลการดำเนินงาน (ข้อมูลเชิงปริมาณ และการบริหารจัดการ)

2.1 แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	รายการ/ตัวชี้วัด	Base Line		2562	สถานบริการ					รวม
		2560	2561		รพ.กาบัง	รพ.สต.บ้านลูโบ๊ะปันยัง	รพ.สต.บ้านนันทามา	รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส	รพ.สต.บาละ	
1.	ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียลดลง ร้อยละ 30 จากปีที่ผ่านมา	143 609.81	56 237.72	ยังไม่มี รายงาน case	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
2.	ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ร้อยละ 20 มัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี	25 106.61	55 233.59	ยังไม่มี รายงาน case	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

แหล่งข้อมูล รง. 506 อำเภอกาบัง

2.2 การบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการในการขับเคลื่อน/ทรัพยากร 4 M)

ด้านบุคลากรบุคลากรที่รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคเชิงรุกในพื้นที่ไม่เพียงพอ มีการใช้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม คือ ผู้นำชุมชน ครู นักเรียน และ อสม.ในพื้นที่ร่วมขับเคลื่อนกิจกรรมในพื้นที่

ด้านงบประมาณ คปสอ.กาบัง ได้สนับสนุนงบประมาณ PP Basic Service ระดับอำเภอ ตำบล และงบกองทุนสุขภาพประจำตำบล ระดับตำบล

ด้านทรัพยากรอำเภอกาบังได้รับสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการดำเนินการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลาและหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5 ยะหา ได้แก่ สารเคมีพ่นหมอกควัน สารเคมีตกค้าง, ยาทากันยุง, แผ่นสไลด์, เข็มเจาะ และงบประมาณ PP Basic Service ในการจัดซื้อเวชภัณฑ์ ได้แก่ ทรายอะเบท, ยาทากันยุง,สเปรย์ไล่ยุง,Strip ตรวจมาลาเรีย

ด้านการบริหารจัดการอำเภอกาบังใช้หลักระบดของโรคติดต่อ นำโดยแมลงและเฝ้าระวังโรคในการพยากรณ์การระบาดของโรคและได้เลือกพื้นที่เสี่ยงสูง ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคตามลำดับความสำคัญของพื้นที่ เพื่อลดงบประมาณและแรงงาน และต้องมีการควบคุมกำกับ ติดตามจากผู้รับผิดชอบงานและการประชุมทีม SRRT kabang

ผลลัพธ์ที่ต้องการ(Small Success)

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- เป้าหมาย - อัตราป่วยลดลง ร้อยละ 5	อัตราป่วยลดลง ร้อยละ 10	อัตราป่วยลดลง ร้อยละ 20	อัตราป่วยลดลง ร้อยละ 30
	- ผลงาน - อัตราป่วยมาลาเรียปี 60/61 609.81/237.72 - ผลงานอัตราป่วยลดลงร้อยละ 61.02 - อัตราป่วยไข้เลือดออกปี 60/61 106.61/63.68 - ผลงานอัตราป่วยลดลงร้อยละ 40.27		

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area /KeyRisk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการติดตาม

1. การดำเนินงานเน้นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ทำให้มีรายงานผู้ป่วยจำนวนมาก แต่ไม่สามารถติดตามการกินยาครบทุกราย ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำ ต้องมีการเปลี่ยนรูปแบบการติดตามการกินยาให้ครบทุกราย

2. การพ่นสาตกค้างยังไม่ถูกต้อง ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบเน้นการพัฒนา อสม. ในการพ่นสาตกค้างในพื้นที่ระบาด

3. การพ่นควบคุมยุงพาหะนำโรคในพื้นที่ทำได้น้อยและทำได้ยาก เนื่องจากเจ้าหน้าที่ นคม มีไม่เพียงพอและเป็นพื้นที่ป่าเขา และสวนยาง ต้องมีการบูรณาการร่วมกันโดยทีม นคม. รพ. สสอ. รพ.สต. ทหาร และ อสม.ในพื้นที่

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ระบบบริการ	ข้อเสนอแนะ
- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีภาระงานที่รับผิดชอบหลายงาน ทำให้การดำเนินงานควบคุมโรคล่าช้า - การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยยังล่าช้าทำให้การควบคุมไม่ทันเวลาและครบถ้วน	- พัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถค้นหาเชิงรุกในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้ - พัฒนารูปแบบการแจ้งข่าวสารและการส่งต่อผู้ป่วยมาลาเรียผ่าน Line กลุ่ม SRRT kabang

ตัวชี้วัด	ร้อยละ พขอ. RTI ระดับดีมาก
-----------	----------------------------

1. สถานการณ์

สถานการณ์ของอุบัติเหตุทางถนนอำเภอกาบังในช่วงปี พ.ศ. 2557 – 2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น กล่าวคือในปี 2560 มีจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุ 281 ครั้ง เพิ่มขึ้นจากปี 2557 ที่มีสถิติอุบัติเหตุ 251 ครั้ง โดยในปี 2560 มีผู้บาดเจ็บ 307 ราย มีผู้เสียชีวิต ณ.จุดเกิดเหตุ 1 ราย (อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร 18:100,000 ราย) อัตราการบาดเจ็บ 0.32 ต่อแสนประชากร คิดเป็นร้อยละ 1.32 ต่อประชากรอำเภอกาบัง เฉลี่ยการเกิดอุบัติเหตุ 0.8 ครั้ง/วัน และผู้บาดเจ็บ 0.9 คน/วันสำหรับอุบัติเหตุจราจรปี 2561 ลดลงจากเดิมในช่วงเดิม ร้อยละ 5 จำนวนอุบัติเหตุ 82 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บทั้งหมด 149 คน ผู้บาดเจ็บชาย 84 ราย หญิง 65 คน เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 1 ราย ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ มากที่สุด 16.00 – 18.00 น เกิดเหตุในวันศุกร์มากที่สุด โดยมีช่วงอายุ 20 – 29 ปี โดยขอความร่วมมือใน มาตรการสวมหมวกนิรภัยในอำเภอกาบัง เข้มงวดกลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ในการขับจักรยานยนต์ และควรให้มีการจัดตั้งด่านชุมชน

2. ข้อมูลการวิเคราะห์ (ระบุรายการที่จำเป็นสำหรับการติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

2.1 แสดงข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (10 กระบวนการ)

รายการ/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561
1.การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวัง และจัดทำสถานการณ์ ปีฐาน	3 ปี	2 ปี	3 ปี
2.การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน	5 ครั้ง/ปี	-	1 ครั้ง
3.การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา	5 ครั้ง/ปี	3	3
4.มีแผนงาน/โครงการ	1 แผน	1	1
5.การชี้เป้าและจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	5 จุด	3	8
6. การดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด่านชุมชน	5 แห่ง	3	6
7. การดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทาง ถนน	5 หน่วย	1	1
8.การรณรงค์ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์	5 ทีม	3	5
9.การขับเคลื่อนทีมระดับตำบล/ท้องถิ่น/หน่วยงาน	5 ทีม	2	2
10.การสรุปผลการดำเนินงาน	1 ฉบับ	-	1

วิเคราะห์ผลการดำเนินการ จากข้อเสนอแนะของทีมตรวจเยี่ยม RTI ระดับเขตพบว่า จำนวนอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอกาบังมีจำนวนน้อย ทำให้การสอบสวนทางถนนก็น้อย แต่การจากฟังข้อมูลของทีมต่างๆในพื้นที่ที่มีความหลากหลายในวัฒนธรรม และแต่ละรัฐในการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดในช่วงเดือนรอมฎอน (ศีลออก) แต่ในเมื่อเหตุส่วนใหญ่เกิดจากวัฒนธรรมท้องถิ่น ควรมีการกำหนดมาตรการการเพื่อให้สอดคล้องกับท้องถิ่น

3.2 การบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการในการขับเคลื่อน/ทรัพยากร 4M)

ผลลัพธ์ที่ต้องการ (Small Success)

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
.การด าเนินงาน มาตรการ องค์กรความปลอดภัย ทาง ถนน	การด าเนินงาน มาตรการชุมชน/ด้าน ชุมชน	มีแผนโครงการทุก องค์กร	-ใส่หมวกนิรภัย 100%
เป้าหมาย โรงพยาบาล สสอ./ อ าเภอกาบัง / โรงพัก	-นโยบายที่ออกมาจาก ชุมชน	-	

3. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area /Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการติดตาม

- ความร่วมมือระดับตำบล โอกาสพัฒนาความรู้ในการสอบสวน

4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะในเชิงบริหารและวิชาการ
- ความร่วมมือระดับตำบล	ใช้พลังขับเคลื่อนผู้บริหารระดับอำเภอ
- โอกาสพัฒนาความรู้ในการสอบสวน	ฝึกทักษะสอบสวนจุดเสี่ยงที่เกิดบ่อย

5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

เร่งรัดมาตรฐานด้านชุมชน บังคับใช้กฎหมายหมวกนิรภัย คมเข้มผู้ขับขี่อายุน้อย 15 ปี

ตัวชี้วัด	โรงพยาบาลผ่านการดำเนินงานที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ชั้นที่ 2
-----------	--

1. สถานการณ์

1.1. โรงพยาบาลผ่านการประเมิน RDU ชั้นที่ 1 ในปีงบประมาณ 2560 ตามเป้าหมายและระดับการพัฒนาตามเกณฑ์ดังนี้

1.1.1. ผ่านผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัด

1.1.2. จำนวนรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค คือ รพ.สต. คลองน้ำใส กับ รพ.สต. ภูโตะบันยัง

1.2. โรงพยาบาลไม่ผ่านการประเมิน RDU ชั้นที่ 2 ในช่วง 3 ไตรมาส ปีงบประมาณ 2561 แสดงผลดังตารางที่ 2.1

2. ข้อมูลการวิเคราะห์

2.1. โรงพยาบาลผ่านการประเมิน RDU ชั้นที่ 1 ในปีงบประมาณ 2560 ตามเป้าหมายและระดับการพัฒนาตามเกณฑ์ดังนี้

2.1.1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนดอัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติของโรงพยาบาลก้างในปีงบประมาณ 2560 โดยมีการติดตามทั้ง 4 ไตรมาส พบว่าตั้งแต่ไตรมาส 1-4 คิดเป็นร้อยละ 91.03, 91.63, 93.82, และ 94.82ตามลำดับซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ โรงพยาบาลระดับ F1-F2 $\geq$ ร้อยละ 90

2.1.2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3

- คณะกรรมการ PTC ได้มีมติให้ดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service plan) สาขา RDU และได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในเครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอ ก้าง เพื่อวางแผนการปฏิบัติในเรื่องพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลมีการจัดอบรม “การสร้างความรู้ความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อการใช้อย่างสมเหตุผล” ใน 3 กลุ่มโรคเป้าหมาย คือ โรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน(Upper Respiratory infection: URI) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน(Acute diarrhea:AD) และบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ(Fresh trauma wounds) เพื่อให้สามารถดำเนินการควบคุมการใช้อย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและให้เป็นไปตามตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุผล ร้อยละ 50 ของรพ.สต.ในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอผ่านเกณฑ์เป้าหมายเป้าหมายการใช้อย่างสมเหตุผลทั้ง 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน(Upper Respiratory infection: URI) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน(Acute diarrhea: AD) ใน 2 ไตรมาส ปีงบประมาณ 2560

2.1.3. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาล(PTC)ร่วมกับทีมผู้รับผิดชอบได้มี

การตัดยา นอก บัญชี บางรายการออกจาก บัญชียา โรงพยาบาล ได้แก่ Serratiopeptidase,Cloxacillin (capsule,dry syrup) และเพิ่มยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเข้ามาในบัญชียาโรงพยาบาล ได้แก่ Dicloxacillin dry syrup นอกจากนี้ยังมีการตัดรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติอื่นๆนอกเหนือจาก 8 รายการ ออกจากบัญชียาโรงพยาบาล ได้แก่ Tolperisone Hydrochloride, Cinnarizine, Bromhexine,Orphenadrine+ Paracetamol, Glibenclamide

2.1.4. โรงพยาบาลมีการจัดทำฉลากเสริมยามาตรฐาน 13 กลุ่มยา ส่วนฉลากยากำลัง

ดำเนินการให้เป็นไปตามฉลากยาส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.1.5. โรงพยาบาลมีการประกาศแนวทางการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อ จัดหา และการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

2.1.6. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามแนวทาง RDU 2 ตามแนวทางที่กำหนด คือ ร้อยละ

50 ของรพ.สต.ในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอผ่านเกณฑ์เป้าหมายเป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะทั้ง 2 กลุ่ม

โรค คือ โรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน(Upper Respiratory infection: URI) โรคอุจจาระร่วง

เฉียบพลัน(Acute diarrhea: AD) ใน 2 ไตรมาส ปีงบประมาณ 2560

2.2 โรงพยาบาลยังไม่ผ่านการประเมิน RDU ขั้นที่ 2 ในช่วง 3 ไตรมาส ปีงบประมาณ 2561

แสดงผลดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงเป้าหมายและผลการพัฒนา RDU ขั้นที่ 2 ในช่วง 3 ไตรมาส ปีงบประมาณ 2561

RDU 1: ประเมินผล การดำเนินงาน (Output) ขั้นที่ 2	ผลการประเมิน RDU 1	RDU 2: ประเมินผลการ ดำเนินงาน (Output) ขั้นที่ 2	ผลการประเมิน RDU 2
1.ผลการดำเนินงานของ ตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้น ที่ 1	1.ผลการดำเนินงานของ ตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัด ผ่านตาม RDU ขั้นที่ 1	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้ จำนวนรพ.สต./หน่วยบริการ ปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐม ภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่าน เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	ร้อยละ 75 ของรพ. สต./หน่วยบริการปฐม ภูมิทั้งหมดในเครือข่าย ระดับอำเภอมีอัตรา การใช้ยาปฏิชีวนะทั้ง 2 โรคในกลุ่มโรคติด เชื้อทางเดินหายใจ ส่วนบน และโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (รพ.สต. คลองน้ำใส, รพ.สต.บ้านวังดามา และอุ้มผาง)

ตารางที่ 2.2 แสดงผลรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอมีอัตราการไ้ยาปฏิชีวนะทั้ง 2 โรคในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์

รพ.สต.	AD<20%	URI<20%	AD+URI<20% ผ่าน 100%
ดามา	/	/	/
คลองน้ำใส	/	/	/
บาละ	×	/	×
ลูโป๊ะบันยัง	/	/	/

ตารางที่ 3.3 แสดงเปรียบเทียบผลการประเมิน RDU ขั้นที่ 2

ลำดับ	รายการ/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 (6 ไตรมาส)
1	ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	F1-F3 ≥ ร้อยละ90	88.36	91.31	97.69
2	ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนไปสู่ การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ3	2	3	3
3	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยา มาตรฐานฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	รายการยา13 กลุ่ม ระดับ 3	1	3	3
4	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก8 รายการซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาล	≤1 รายการ	1	0	0
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3	2	3	3
6	ร้อยละการไ้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ร้อยละ20	29.01	21.01	17.27

7	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ร้อยละ20	22.46	23.43	21.06
8	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ร้อยละ40	60.82	50.45	38.04
9	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ร้อยละ10	62.14	46.67	6.00
10	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีหรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ร้อยละ5	0	0	0
11	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ3 ขึ้นไป ที่ได้รับยาNSAIDs	≤ร้อยละ5	4.41	3.58	2.52
12	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ได้แก่ยาwarfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (*ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	0 คน	0	0	0
13	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการ ใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน≤ร้อยละ20	ร้อยละ 100	100	100	100
14	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีการใช้จ่าย ปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ20	ร้อยละ 100	25	50	75
15	ร้อยละของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายระดับอำเภอ ที่ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 2 โรค URI และ ADจากเกณฑ์ เป้าหมาย	ร้อยละ 100	25	50	75

แหล่งข้อมูล โปรแกรม RDU 2016

3.2 การบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ด าเนินการในการขับเคลื่อน/ทรัพยากร 4 M)

การดำเนินการ

1. เลขาธิการคณะกรรมการ RDU รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดทุกเดือน เพื่อแจ้งประธาน RDUและนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อพัฒนาต่อไป
2. มีการเปลี่ยน standing order ที่ไม่มี ATB เพื่อใช้ในห้องคลอด
3. มีการปรึกษาการสั่งใช้ยา ATB เป็นรายเคส
4. มีการดักจับการวินิจฉัยกับการสั่งใช้ยา ATB ที่ไม่เหมาะสม

อุปสรรคในการดำเนินงาน

1. การสั่งใช้ยา ATB ไม่ได้เป็นไปตาม center
2. แพทย์มีการหมุนเวียนทุกปี ท าให้ผลการดำเนินงานไม่เสถียร

แนวทางแก้ปัญหา

1. แต่งตั้งประธาน RDU คนใหม่เพื่อให้การดำเนินงาน RDU เป็นไปอย่างต่อเนื่อง
4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area /Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการติดตาม

- 1.1. ขาดความร่วมมือจากคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- 1.2 ขาดความร่วมมือจากองค์กรแพทย์ในการสั่งใช้ยาตามนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- 1.3. จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- 1.4. โรงพยาบาลไม่มีงบประมาณสนับสนุนสำหรับการดำเนินกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะในเชิงบริหารและวิชาการ
ขาดความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยาตามนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ควรมีการจัดอบรมสร้างความตระหนักในการสั่งใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล(รพ.สต.ได้ดำเนินการแล้ว)
จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ผู้อำนวยการหรือหัวหน้าฝ่ายควรจัดหาบุคลากรให้เพียงพอ เพื่อบริการต่อการดำเนินตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
โรงพยาบาลไม่มีงบประมาณสนับสนุนสำหรับการ	ผู้อำนวยการควรจัดสรรงบประมาณ เพื่อบริการต่อการ

ดำเนินกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้อย่าง สมเหตุผล	ดำเนินตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่าง สมเหตุผล
---	---

6. ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนางานในเบื้องต้น

- 6.1. ควรมีการจัดอบรมสร้างความตระหนักในการสั่งใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล
- 6.2. ผู้อำนวยการหรือหัวหน้าฝ่ายควรจัดหาคู่มือให้เพียงพอ เพื่ออำนวยความสะดวกการดำเนินตามนโยบาย
โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล
- 6.3. ผู้อำนวยการจัดสรรงบประมาณ เพื่ออำนวยความสะดวกการดำเนินตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่าง
สมเหตุผล

ตัวชี้วัด	รพ. ที่พัฒนานามยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital
-----------	--

ในปี พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลกาบังได้ดำเนินการพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย GREEN&CLEAN Hospital ผ่านการประเมินระดับพื้นฐานจากศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ซึ่งในปี 2561 นี้ โรงพยาบาลกาบังต้องพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN Hospital ให้ผ่านในระดับดีขึ้น โดยในปี 2561 นี้โรงพยาบาลกาบังได้วางแผนการดำเนินงานและเริ่มดำเนินการในบางส่วนแล้ว ในการพัฒนางานคาดว่าจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในไตรมาสที่ 3 ของปีงบประมาณ 2561 นี้

2. ข้อมูลการวิเคราะห์

โรงพยาบาลได้ประกาศนโยบาย GREEN and CLEAN Hospital ใน รพ. โดยจัดประชุม เจ้าหน้าที่ ประเด็นเกณฑ์มาตรฐาน

-มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยจัดทำแผนในการดำเนินงาน
มีกระบวนการติดตาม ควบคุม กำกับ

- ดำเนินการพัฒนานามยสิ่งแวดล้อมดังนี้

- G: Garbage : มูลฝอยติดเชื้อ

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จัดให้มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด คัดแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุไม่มีคม และวัสดุมีคม ใส่ภาชนะที่แข็งแรง มีป้ายบ่งชี้ประเภทขยะบนภาชนะ ในกระบวนการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ กำหนดให้ ผู้ปฏิบัติงานสวมใส่ PPE ทุกครั้ง และ ใช้รถเข็นที่ปิดมิดชิดในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ มีการกำหนดเวลาในการเก็บขยะจากหน่วยงาน (07.30 น.ของทุกวัน) กำหนดเส้นทางการเคลื่อนย้ายขยะติดเชื้อในอาคาร และ ทำความสะอาดรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อทุกครั้งหลังใช้งาน สำหรับสถานที่พักมูลฝอยติดเชื้อ ได้จัดปรับปรุงที่พักขยะติดเชื้อให้ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานสามารถ

บรรจุพักขยะได้ 1 สัปดาห์ จัดระบบท่อระบายน้ำเสียลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย ติดป้ายคำเตือน “ที่พักขยะติดเชื้อสถานที่พักมูลฝอยติดเชื้อ

- รพ. จัดส่งขยะมูลฝอยให้เทศบาลนครยะลาเป็นผู้กำจัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อประมาณการ 80 กิโลกรัมต่อสัปดาห์)

- G: Garbage มูลฝอยอื่น ๆ

จัดระบบคัดแยกมูลฝอยคือมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอื่นๆ กำหนดเส้นทางและเวลาในการเก็บขยะ มีป้ายแสดงประเภทขยะอย่างชัดเจน มูลฝอยทั่วไปกำจัดโดยการประสาน อบต. ในการส่งมูลฝอยกำจัด

R: RESTROOM : การพัฒนาส้วม(HAS) ได้มี ปรับปรุงพัฒนาส้วม OPD ให้ได้มาตรฐาน (HAS)

เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ จัดห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และมีสิ่งอำนวยความสะดวก ที่จุด OPD

E: ENERGY : การจัดการด้านพลังงาน ได้มีประกาศนโยบายมาตรการประหยัดพลังงานใน รพ.

กำหนดเวลาการเปิด-ปิด เครื่องปรับอากาศ เครื่องคอมพิวเตอร์ ไฟฟ้า แสงสว่าง กำหนดตั้งค่าอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศที่ 25 องศาเซลเซียส

กำหนดการใช้รถยนต์ร่วมกัน (Car pool) การใช้รถยนต์ทางราชการ

ส่งเสริมการใช้จักรยานในโรงพยาบาล

รณรงค์การใช้น้ำอย่างประหยัด

E:ENVIRONMENT : การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

- จัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร มีการจัดกิจกรรม 5 ส ในหน่วยงานทุกวันศุกร์ กิจกรรม Big Cleaning Day ทุกๆ 3 เดือน ปรับปรุงภูมิทัศน์ให้ร่มรื่นน่าอยู่ และจัดให้มีที่พักร่อนหย่อนใจให้สะอาดเพียงพอและปลอดภัยให้แก่ผู้มารับบริการ

- รพ. มีระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลชนิดแบบเติมอากาศ จำนวนระบบน้ำเสียมีทั้งหมด 3 จุด มีการส่งตรวจน้ำเสีย ที่ มอ.หาดใหญ่ ทุก 3 เดือน ผลการตรวจ น้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

- ดำเนินการปรับปรุงภูมิทัศน์ เช่น การจัดสวนสร้างความร่มรื่นหรือเพิ่มพื้นที่สีเขียว การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น- ดำเนินกิจกรรมเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การเต้นแอโรบิค การออกกำลังกาย กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

NUTRITION : การจัดการสุขภาพโภชนาการและการจัดการน้ำ

สถานที่ประกอบอาหารใน รพ.

- จัดแบ่งโซนสะอาด และโซนสกปรกเป็นระบบ จัดบริเวณเตรียม-ปรุงอาหาร สะอาด เป็นระเบียบ

- จัดระบบการแยกอ่างล้างภาชนะกับอ่างล้างวัตถุดิบชัดเจน

- จัดระบบการแยกเก็บวัตถุดิบ อาหารแห้งและอาหารสด

- ตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารปีละ 2 ครั้ง

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area /Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการติดตาม

- เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบบ่อบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลยังไม่มียุทธศาสตร์ความรู้เท่าที่ควร
- ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมมีภาระงานหลายงานทำให้ไม่ทันได้ลงติดตามอย่างต่อเนื่อง
- ระบบบ่อบำบัดขาดการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง
- การจัดการขยะติดเชื้อยังมีปัญหาของรถเก็บขนที่ยังไม่ได้มาตรฐาน

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะในเชิงบริหารและวิชาการ
1.การแก้ปัญหาเรื่องรถเก็บขนขยะติดเชื้อทำได้ยากมากเพราะเป็นเรื่องของงบประมาณ	1.ประสานงานกับเทศบาลเมืองเพื่อให้แนะนำวิธีแก้ไขเรื่องรถเก็บขนขยะให้ได้ตามมาตรฐานต่อไป
2.ในระบบบ่อบำบัดน้ำเสียมียุทธศาสตร์มากเพราะยังไม่เคยดูตักออกเลยทำให้การทำงานของระบบไม่ได้คุณภาพเท่าที่ควร	2.ต้องทำงานดูตักก่อนออกจากระบบก่อนแล้วทำการเลี้ยงเชื้อจุลินทรีย์ในระบบใหม่เพื่อให้เชื้อทำงานได้เต็มที่ที่จะทำให้ทั้งมีคุณภาพมากขึ้น
3.เจ้าหน้าที่ไม่ตระหนักในเรื่องการประหยัดพลังงานในองค์กร	3.ประชุมชี้แจงและประกาศนโยบายประหยัดพลังงานและวางมาตรการประหยัดพลังงานให้ทราบโดยทั่วกันทั้งองค์กร

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

รถเก็บขนขยะติดเชื้อต้องเป็นรถที่ได้มาตรฐานตามที่กฎกระทรวง ซึ่งรถต้องมีลักษณะมีหลังคาคลุม ปกปิดมิดชิดเพื่อป้องกันขยะตกหล่นระหว่างการขนส่งไปกำจัด

ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนา คุณภาพมาตรฐาน HA
-----------	---

1. สถานการณ์

โรงพยาบาลกาบังผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพ HA จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ขั้นที่ 3 เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2556 อยู่ในขั้นการ และหมดอายุการรับรอง 23 สิงหาคม 2558 และได้ดำเนินการส่งเอกสารแบบประเมินตนเอง (Self-Assessment Report) ให้กับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เพื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณาเอกสารและการมาประเมินเพื่อการรับรองรองคุณ เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2560 และได้รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองคุณภาพในวันที่ 21-22 มิถุนายน 2561 ผลจากการเยี่ยมสำรวจพบว่า โรงพยาบาลกาบังยังพบประเด็นเร่งด่วนในการพัฒนาเฉพาะเรื่อง ซึ่งจะต้องได้รับการพัฒนาคุณภาพใน 4 เดือน และได้ดำเนินการพัฒนาประเด็นเร่งด่วนเฉพาะเรื่องในระหว่างเดือน กรกฎาคม 2561- ตุลาคม 2561 และได้สรุปรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาประเด็นเร่งด่วนเฉพาะเรื่อง ส่งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และได้กำหนดวันการเยี่ยมสำรวจเป็นวันที่ 22 มกราคม 2561

2. ข้อมูลการวิเคราะห์ (ระบุรายการที่จำเป็น สำหรับการติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น) ข้อมูลผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

โรงพยาบาลกาบัง ได้รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ในวันที่ 21-22 มิถุนายน 2561 ผลจากการเยี่ยมสำรวจพบว่า โรงพยาบาลกาบังยังพบประเด็นเร่งด่วนในการพัฒนาเฉพาะเรื่อง ซึ่งจะต้องได้รับการพัฒนาคุณภาพใน 4 เดือน ทีมนำคุณภาพได้วางแผนการพัฒนาและได้ดำเนินการพัฒนาในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ทีมนำพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ ทีม PCT ทีมพัฒนาทรัพยากรบุคคล HRD ทีมสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) ทีมสารสนเทศ IM ทีมบริหารความเสี่ยง (RM) ได้มีการทบทวนบทบาทหน้าที่ ขอบเขตของระบบงานและทบทวนการดำเนินงานตามกรอบมาตรฐาน และนำมาปรับปรุงออกแบบระบบงาน และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ เพื่อการพัฒนาคุณภาพ
2. ระบบการดูแลผู้ป่วย ทีมนำทางคลินิก ได้ดำเนินการตามประเด็นการพัฒนาเฉพาะเรื่องดังนี้
 - 2.1 ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ปีงบประมาณ 2557-2661 และทบทวน RCA ในปีงบประมาณ 2561 โดยใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ค้นหา ระบุความเสี่ยง โอกาสพัฒนา แล้วนำวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ

2.2 ปรับปรุงระบบการคัดกรองที่ OPD ด้านหน้าใน/นอกเวลาราชการ และระบบการคัดกรองในคลินิก อิงเกณฑ์การจำแนกตามหลักวิชาการ ระบบการเฝ้าระวังซ้ำ การประเมินซ้ำ (Reassessment) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย

2.3 ปรับปรุงเกณฑ์การประเมินแรกรับที่หอผู้ป่วยในและ LR ให้สามารถจำแนกผู้ป่วยตามอาการ ความรุนแรงได้สอดคล้องกับ (ER/OPD) เกณฑ์การตัดสินใจรายงาน เกณฑ์การส่งต่อ

2.4 กำหนดผู้ป่วยเสี่ยงสูง/ลักษณะอาการกลุ่มเสี่ยงในแต่ละหน่วยงาน ค่า early warning sign ค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการพร้อมแนวทางการเฝ้าระวังประเมินต่อเนื่องที่เหมาะสมในกลุ่มโรค/อาการสำคัญ

2.5 ปรับปรุงระบบการติดตามการดูแลต่อเนื่องของคลินิกโรคเรื้อรัง ประสานหน่วยงานภายในและภายนอกให้สามารถติดตามการนัดของผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน สร้างระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ขาดนัด กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย

2.6 วิเคราะห์ปัญหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยมองภาพรวมทั้งขนาดปัญหา ความรุนแรง ผลลัพธ์การดูแล วางแผนในการพัฒนาทั้งมิติรักษาและสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน ภาควิชาที่เกี่ยวข้อง

3. ระบบบริหารความเสี่ยง ได้มีการปรับปรุง ออกแบบระบบค้นหา โดยการผลักดันให้หน่วยงานจัดทำ Risk Profile จากการทบทวนผู้ป่วย, มาตรฐานการรักษา, กระบวนการทำงาน, ความเสี่ยง/อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ให้สมาชิกในหน่วยงานเก็บความเสี่ยง/อุบัติการณ์ (10-15 ครั้ง/คน/เดือน) เพิ่มช่องทางการรายงานความเสี่ยง เช่น ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน เวชระเบียน กิจกรรมทบทวน Trigger tool การนิเทศ กระบวนการหลัก เป็นต้น แล้วนำมารวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล จัดลำดับความสำคัญ (risk matrix) ส่งต่อระบบที่เกี่ยวข้องจัดการแก้ไข และ RCA ปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง นำสู่การปฏิบัติ ติดตาม ประเมินผล และสะท้อนข้อมูลกลับสู่หน่วยงาน / ระบบที่เกี่ยวข้อง

4. ระบบสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ดำเนินการพัฒนาดังนี้

4.1 จัดระบบการจัดการกับภาวะฉุกเฉินซ้อมแผนรองรับภาวะฉุกเฉินที่เป็นความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาลและสถานการณ์ในพื้นที่ เช่น EOC และสรุปบทเรียนจากการซ้อมแผน

4.2 ระบบบำบัดน้ำเสีย ออกแบบระบบในการประเมินคุณภาพน้ำใช้ น้ำเสีย ประจำวัน ประจำสัปดาห์ ประจำเดือน จัดทำแผนการวิเคราะห์คุณภาพน้ำที่ศูนย์สิ่งแวดล้อมที่ มอ. หาดใหญ่ ทุก 3 เดือน. และวิเคราะห์หาสาเหตุค่าบำบัดน้ำเสียที่ผลการตรวจผิดปกติ จัดทำ

แผนในการบำรุงรักษาทีม จัดทำแผนตรวจเช็คระบบบำบัดน้ำเสียทุกสัปดาห์และทำแผนซ่อมบำรุงรักษาทุกเดือน

4.3 จัดทำแผนการปรับปรุงจุดพักขยะแต่ละประเภทเป็นรูปธรรมและมีการแบ่งโซนที่ชัดเจน

4.4 จัดทำแผนการสำรองออกซิเจนทางการแพทย์ในแต่ละเดือน โดยการสำรวจความเพียงพอ และพร้อมใช้ของออกซิเจนในแต่ละวันโดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ จัดทำแผนสำรองกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน และกรณีเกิดเหตุออกซิเจนไม่เพียงพอ

3. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area /Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการติดตาม

การขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA นั้น มีความจำเป็นในการวางแผนการติดตาม ควบคุมกำกับ โดยผู้บริหารสูงสุด และทีมพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง และจะต้องมีการทบทวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการนำมาตรฐานของประเด็นคุณภาพลงสู่การปฏิบัติ มีความเชื่อมโยงในการปฏิบัติงานในหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อความยั่งยืนและต่อเนื่องของการพัฒนา จนเกิดเป็นวัฒนธรรมคุณภาพในหน่วยงาน

4.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะในเชิงบริหารและวิชาการ
ความไม่ต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพ ทีมผู้ปฏิบัติขาดความเข้าใจมาตรฐานและการเชื่อมโยงมาตรฐาน HA กับหน่วยงาน	- การติดตามควบคุม กำกับกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง - การพัฒนาองค์ความรู้มาตรฐานระบบงาน และความเชื่อมโยงมาตรฐานของทีมผู้ปฏิบัติ

ตัวชี้วัด	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้
-----------	--

1. สถานการณ์

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับความสุขของเจ้าหน้าที่มากขึ้น ส่งผลให้หน่วยบริการสาธารณสุข ต้องดำเนินการในด้านความสุขของเจ้าหน้าที่ที่จริงจังมากยิ่งขึ้น โดยการเล็งเห็นความสำคัญ

ของความสุขเจ้าหน้าที่นี้ จะช่วยเสริมจุดแข็ง ลดจุดอ่อน เพื่อการสร้างความสุขได้อย่างตรงจุด การจะสร้างความสุขให้เจ้าหน้าที่นั้น องค์กรต้องรู้ว่าความสุขของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับไหน จะทำอย่างไรให้เกิดการสร้าง

สุขจากการทำงาน เกิดประสบการณ์ที่มีคุณค่า และเกิดการสร้างบุคลากรให้เติบโตกับงาน

2. ข้อมูลการวิเคราะห์ (ระบุนายการที่จำเป็น สำหรับการติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

โรงพยาบาลกาบังได้มีการดำเนินการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร ในการสำรวจความสุขตามแบบประเมิน Happinometer ผ่านระบบ <http://happinometer.moph.go.th> ระหว่างวันที่ 18 เมษายน - 30 มิถุนายน 2560 มีบุคลากรในสังกัดทำแบบประเมิน คิดเป็นร้อยละ 99.25 ของบุคลากรทั้งหมด ผลการประเมิน Happinometer ในภาพรวมของหน่วยงาน ค่าเฉลี่ยความสุข อยู่ในระดับมีความสุข ร้อยละ 62.29

ค่าเฉลี่ยรายมิติ สูงสุด 3 อันดับแรก๑.มิติจิตวิญญาณดี ๒.มิติสุขภาพกายดี ๓.มิติน้ำใจดี	ร้อยละ 74.34 ร้อยละ 69.95 ร้อยละ 67.95
ค่าเฉลี่ยรายมิติ ต่ำสุด 3 ลำดับแรก ๑.มิติสุขภาพเงินดี ๒.มิติผ่อนคลายดี ๓.มิติการงานดี	ร้อยละ 50.81 ร้อยละ 52.82 ร้อยละ 57.56

3. การดำเนินงาน /ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

โรงพยาบาลกาบังได้นำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการวางแผนงาน/กิจกรรมเพื่อพัฒนาองค์กร ส่งเสริมความสุขของคนทำงานอย่างตรงประเด็น ดังนี้

- 3.1 แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนดัชนีความสุขของคนทำงาน เพื่อกำหนดนโยบายและทิศทางการเสริมสร้างความสุขในการทำงาน การควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล การสร้างสุขในองค์กร
- 3.2 ประชุมผู้รับผิดชอบงานทรัพยากรบุคคล เพื่อการนำข้อมูลสำรวจความสุขของบุคลากรมาวิเคราะห์ และจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อจัดกิจกรรมที่ตอบสนองมิติที่มีความสุขน้อย เพื่อการบำรุงรักษาบุคลากร ให้บุคลากรมีใจรักองค์กร และมีความสุขในการทำงาน

3.3 จัดทำแผนการสร้างความสุข โดยมีกิจกรรมดังนี้

3.3.1 แผนเสริมสร้างสุขด้านการเงิน

- ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทราบและเข้าร่วมโครงการการเงิน (Financing Day) ร่วมกับธนาคารไทยพาณิชย์ จัดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลาในวันที่ 10 มกราคม 2561 ณ ห้องประชุม รพ.ยะลา และในวันที่ 11 มกราคม 2561 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา

- จัดตั้ง บูล Happy Money โดยความร่วมมือกับธนาคารออมสิน ณ. โรงพยาบาลกาบัง

- จัดทำแผนตลาดนัดสุขภาพ เพื่อส่งเสริมรายได้ของบุคลากร (ในปี 2561 ยังไม่ได้

ดำเนินการ พบปัญหา อุปสรรค ในประเด็น สถานที่ และการบริหารจัดการ เป็นโอกาสพัฒนาในปี 2562)

3.3.2 แผนพัฒนาในการส่งเสริมองค์กรสร้างสุขของหน่วยงานในด้านอื่นเช่น กิจกรรม OD

กิจกรรมออกก าลังกายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กิจกรรมการแข่งขันกีฬาภายใน และระหว่างหน่วยงาน สาธารณสุข จัดกิจกรรมเสริมความสุขต้อนรับปีใหม่ – วันเด็ก กิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น เช่นวันอาซูรอของมุสลิม เมลิต การเข้าร่วมทำบุญในวันสำคัญ วันทอดกฐิน

ผลการดำเนินงาน

แผนงาน/โครงการ	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ	ผลการดำเนินงาน
1.การประชาสัมพันธ์โครงการของธนาคารเพื่อลดภาระทางการเงิน - เพิ่มช่องทางการรับรู้ข่าวสารด้านการเงินโครงการของธนาคาร - ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย แจ้งในไลน์กลุ่มต่าง ๆจัดบุคลากรให้คำปรึกษาทางการเงินของธนาคาร ส่งเสริมบุคลากรเข้าร่วมโครงการผ่อนผันและลดภาระทางการเงินกับธนาคารที่เจ้าหน้าที่พิจารณาเลือกรับบริการ	ตค.2560 - เมย.2561	-	มีเจ้าหน้าที่เข้าร่วมโครงการทางการเงินกับธนาคารจำนวน 3 คน
2.ตลาดนัดสุขภาพ เปิดตลาดขายผลผลิตทางการเกษตร งานฝีมือ อาหาร เสื้อผ้า การปลูกผักปลอดสารพิษ	ตค.2560-กย 2561	-	ยังไม่ได้ดำเนินการ
3. กิจกรรม OD	สค -กย 2561	500,000	ยังไม่ได้ดำเนินการ
4. กิจกรรมออกก าลังกายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	สัปดาห์ละ 2 ครั้ง	-	บุคลากรเข้าร่วมครั้งละ 15 คน

5. กิจกรรมการแข่งขันกีฬา ภายในและระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข	ตค 2560-ธค 2561	150,000	บุคลากรเข้าร่วมโครงการ 200 คน
6. จัดกิจกรรมเสริมความสุขต้อนรับ ปีใหม่-วันเด็ก	ธค.2560-มค 2561	100,000	บุคลากรเข้าร่วมโครงการ 130 คน
7. กิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรม ประเพณีท้องถิ่นเช่นวันอาซูรอของมุสลิมเมาลิด การเข้าร่วมท าบญวันทอดกฐิน	ตค.-กย 2561	-	จัดกิจกรรมทอดกฐิน 1 ครั้งทำบุญ 1 ครั้ง
8. กิจกรรมตรวจสอบสุขภาพบุคลากรประจำปี	ธค.2560- มค 2561	43,000	บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพ 140 คน

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area /Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์

จากการติดตาม

4.1 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบยังขาดความเข้าใจการวิเคราะห์ข้อมูล การใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้ไม่เต็มที่และขาดประสบการณ์ การจัดกิจกรรมที่หลากหลาย

4.2 ระบบการกรอกข้อมูล (Happinometer) ออนไลน์ เปิดให้กรอกเพียงรอบเดียวอาจจะยังไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขา ข้อมูลตามผลสรุป/ค่าเฉลี่ยความสุขอาจจะยังคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ส่งผลต่อการจัดทำแผนเสริมสร้างความสุขไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง

4.3 ในบางแผนงานกิจกรรมยังเป็นโอกาสพัฒนาในการดำเนินการ เนื่องจากข้อจำกัดในด้านการบริหารงบประมาณ เช่นแผนงานกิจกรรม OD ที่จะต้องใช้งบประมาณมากในการดำเนินการ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะในเชิงบริหารและวิชาการ
5.1 ไม่สามารถเข้าระบบ โปรแกรม Happinometer หลังจากปิดระบบไม่ให้ทำการกรอกแบบประเมิน	ควรเปิดระบบให้เฉพาะผู้รับผิดชอบระดับหน่วยงานสามารถเข้าไปดูรายงานได้ เพราะที่ผ่านมา ผู้รับผิดชอบบางหน่วยงานเข้าไปติดตามผลหรือดึงข้อมูลรายงานผู้บริหารไม่ได้ภายหลังปิดระบบ
5.2 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบยังขาดความเข้าใจการวิเคราะห์ข้อมูล	จัดอบรมพัฒนาศักยภาพให้แก่ผู้รับผิดชอบข้อมูล happinometer ของแต่ละหน่วยงานให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาใช้พัฒนาองค์กรต่อไปได้

ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จตามแผนการเงินการคลัง planfin
	- โรงพยาบาลมีการดำเนินการบริหารแผนทางการเงิน Planfin ครบ 5 ขั้นตอน และมีผลต่างของรายได้ -ค่าใช้จ่าย สูงหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกิน ร้อยละ 5

สถานการณ์/ปัญหา	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา	นวัตกรรมกรดำเนินงาน																																																																	
ตามตัวชี้วัดปี 2561 โรงพยาบาลกาบัง ได้ดำเนินการอยู่ในขั้นตอนที่ 5ขั้นตอนที่ 1 มีแผนทางการเงินครบถ้วนทั้ง 7 แผนขั้นตอนที่ 2 เป็นแผนแบบที่ 1แผนปกติ เกินดุลขั้นตอนที่ 3 มีการจัดทำแผนเพิ่มรายได้ – ลดรายจ่ายขั้นตอนที่ 3 มีการติดตามผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์ผลต่างรายได้และค่าใช้จ่าย สูงหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5	แผนประมาณการรายได้ – ควบคุมค่าใช้จ่าย Planfin ปีงบประมาณ 2561 รายได้ <table><tr><th>รายการ</th><th>แผนทั้งปี</th><th>ประมาณการที่ควรเป็น</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>ร้อยละผลงานเทียบแผน</th></tr><tr><td>รายได้ UC</td><td>36,919,702.00</td><td>24,613,134.67</td><td>29,810,358.55</td><td>21.12</td></tr><tr><td>รายได้จาก EMS</td><td>30,000.00</td><td>20,000.00</td><td>17,650.00</td><td>-11.75</td></tr><tr><td>รายได้ค่าบริการเบื้องต้นสังกัด</td><td>4,000.00</td><td>,666.67</td><td>3,830.00</td><td>43.63</td></tr><tr><td>รายได้ค่าบริการ อปท.</td><td>189,202.51</td><td>126,135.01</td><td>87,296.94</td><td>-30.79</td></tr><tr><td>รายได้เปิดตรงกรมบัญชีกลาง</td><td>2,114,382.84</td><td>1,409,588.56</td><td>1,653,974.15</td><td>17.34</td></tr><tr><td>รายได้ประกันสังคม</td><td>278,467.30</td><td>185,644.87</td><td>125,433.34</td><td>-32.43</td></tr><tr><td>รายได้แรงงานต่างด้าว</td><td>214,601.70</td><td>143,067.80</td><td>127,598.00</td><td>-10.81</td></tr><tr><td>รายได้ค่าบริการและบริการอื่นๆ</td><td>621,890.59</td><td>414,593.73</td><td>417,443.59</td><td>0.69</td></tr><tr><td>รายได้งบประมาณบุคลากร</td><td>27,405,418.61</td><td>18,270,279.07</td><td>19,760,295.35</td><td>8.16</td></tr><tr><td>รายได้อื่น</td><td>6,528,647.19</td><td>4,352,431.46</td><td>2,832,868.77</td><td>-34.91</td></tr><tr><td>รายได้งบลงทุน</td><td>5,134,422.18</td><td>3,422,948.12</td><td>5,134,422.18</td><td>50.00</td></tr><tr><td>รวมรายได้ทั้งหมด</td><td>79,440,734.92</td><td>52,960,489.95</td><td>59,971,170.87</td><td>13.24</td></tr></table> จากผลการดำเนินงาน จะเห็นได้ว่ารายรับบางหมวดมีแนวโน้มที่ดีขึ้น และการเรียกเก็บค่าบริการพยาบาลในกรณีสิทธิต่างๆ เป็นในทิศทางที่ดี และโครงการตรวจสุขภาพ	รายการ	แผนทั้งปี	ประมาณการที่ควรเป็น	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละผลงานเทียบแผน	รายได้ UC	36,919,702.00	24,613,134.67	29,810,358.55	21.12	รายได้จาก EMS	30,000.00	20,000.00	17,650.00	-11.75	รายได้ค่าบริการเบื้องต้นสังกัด	4,000.00	,666.67	3,830.00	43.63	รายได้ค่าบริการ อปท.	189,202.51	126,135.01	87,296.94	-30.79	รายได้เปิดตรงกรมบัญชีกลาง	2,114,382.84	1,409,588.56	1,653,974.15	17.34	รายได้ประกันสังคม	278,467.30	185,644.87	125,433.34	-32.43	รายได้แรงงานต่างด้าว	214,601.70	143,067.80	127,598.00	-10.81	รายได้ค่าบริการและบริการอื่นๆ	621,890.59	414,593.73	417,443.59	0.69	รายได้งบประมาณบุคลากร	27,405,418.61	18,270,279.07	19,760,295.35	8.16	รายได้อื่น	6,528,647.19	4,352,431.46	2,832,868.77	-34.91	รายได้งบลงทุน	5,134,422.18	3,422,948.12	5,134,422.18	50.00	รวมรายได้ทั้งหมด	79,440,734.92	52,960,489.95	59,971,170.87	13.24	1. เพิ่มรายได้ควบคุมค่าใช้จ่าย
รายการ	แผนทั้งปี	ประมาณการที่ควรเป็น	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละผลงานเทียบแผน																																																															
รายได้ UC	36,919,702.00	24,613,134.67	29,810,358.55	21.12																																																															
รายได้จาก EMS	30,000.00	20,000.00	17,650.00	-11.75																																																															
รายได้ค่าบริการเบื้องต้นสังกัด	4,000.00	,666.67	3,830.00	43.63																																																															
รายได้ค่าบริการ อปท.	189,202.51	126,135.01	87,296.94	-30.79																																																															
รายได้เปิดตรงกรมบัญชีกลาง	2,114,382.84	1,409,588.56	1,653,974.15	17.34																																																															
รายได้ประกันสังคม	278,467.30	185,644.87	125,433.34	-32.43																																																															
รายได้แรงงานต่างด้าว	214,601.70	143,067.80	127,598.00	-10.81																																																															
รายได้ค่าบริการและบริการอื่นๆ	621,890.59	414,593.73	417,443.59	0.69																																																															
รายได้งบประมาณบุคลากร	27,405,418.61	18,270,279.07	19,760,295.35	8.16																																																															
รายได้อื่น	6,528,647.19	4,352,431.46	2,832,868.77	-34.91																																																															
รายได้งบลงทุน	5,134,422.18	3,422,948.12	5,134,422.18	50.00																																																															
รวมรายได้ทั้งหมด	79,440,734.92	52,960,489.95	59,971,170.87	13.24																																																															

สถานการณ์/ปัญหา	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา				
ตามตัวชี้วัดปี 2561 โรงพยาบาลกาบังได้ ดำเนินการอยู่ใน ขั้นตอนที่ 5 ขั้นตอนที่ 1 มีแผนทาง การเงินครบถ้วนทั้ง 7 แผน ขั้นตอนที่ 2 เป็นแผน แบบที่1 แผนปกติ เกินดุล ขั้นตอนที่ 3 มีการจัดทำ แผนเพิ่มรายได้ – ลด รายจ่าย ขั้นตอน ที่ 3 มีการ ติดตามผลการ ดำเนินงานให้เป็นไป ตามแผน ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์ ผลต่างรายได้ แ ละ ค่าใช้จ่ายสูงหรือต่ำกว่า แผนได้ไม่เกินร้อยละ 5	แผนประมาณการรายได้ – ควบคุมค่าใช้จ่าย Planfin ปีงบประมาณ 2561 ค่าใช้จ่าย				
	รายการ	แผนทั้งปี	ประมาณการที่ควร เป็น	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ ผลงาน เทียบแผน
	ต้นทุนยา	3,040,365.05	2,026,910.03	2,013,153.96	-0.68
	ต้นทุนเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์	1,636,578.79	1,091,052.53	1,070,950.72	-1.84
	ต้นทุนวัสดุทันตกรรม	160,000.00	106,666.67	155,299.48	45.59
	ต้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	1,873,176.00	1,248,784.00	1,154,280.41	-7.57
	เงินเดือนและค่าจ้างประจำ	27,405,418.61	18,270,279.07	17,909,261.41	-1.98
	ค่าจ้างชั่วคราว	7,616,404.51	5,077,603.01	4,913,044.25	-3.24
	ค่าตอบแทน	22,141,993.10	14,761,328.73	15,408,068.10	4.38
	ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	1,645,505.03	1,097,003.35	1,220,649.38	11.27
	ค่าใช้สอย	1,344,763.00	896,508.67	1,657,387.66	84.87
	ค่าสาธารณูปโภค	1,651,843.64	1,101,229.09	928,884.31	-15.65
	วัสดุใช้ไป	2,047,452.96	1,364,968.64	1,589,604.81	16.46
	ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	4,289,752.94	2,859,835.29	4,253,896.20	48.75
	หนี้สูญและสงสัยจะสูญ	100,000.00	66,666.67	0.00	
	ค่าใช้จ่ายอื่น	3,012,594.00	2,008,396.00	2,759,592.65	37.40
	รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด	77,965,847.63	51,977,231.75	55,034,073.34	5.88
	จากผลการดำเนินงานรายจ่ายรวม โรงพยาบาลกาบังจะเห็นว่า รายจ่ายค่อนข้างสูงกว่าเป็นที่ประมาณการ คิดเป็นร้อยละ 5.88 ค่าใช้จ่ายที่สูงเนื่องจากบางหมวดเพื่อเตรียมความพร้อมรับประเมินโรงพยาบาลคุณภาพ				

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
1. ไม่มีมาตรการควบคุมการใช้ควบคู่กับแผน 2. บันทึกบัญชีผิดประเภท 3. ส่งข้อมูลล่าช้าไม่ครบถ้วน 4. มีการปรับเปลี่ยนวิธีการบันทึกบัญชีทุกปี	1. ชี้แจงผู้รับผิดชอบให้จัดทำแผนควบคุมการใช้ไปแต่ละเดือนเปรียบเทียบกับแผนการเงิน 2. ปรับปรุงรายการทันที 3. ประสานให้หน่วยงานที่รับผิดชอบหาแนวทางและวิธีการแก้ปัญหาเพื่อส่งข้อมูลทันเวลาและครบถ้วน 4. ศึกษาคู่มือตามนโยบายที่กระทรวงกำหนดบุคลากรที่เกี่ยวข้องพร้อมที่จะเรียนรู้และมุ่งมั่นที่จะพัฒนา

ตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จการดำเนินงานคุณภาพบัญชี

สถานการณ์/ปัญหา	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา	นวัตกรรมดำเนินงาน																																				
จากตารางแสดงคะแนนคุณภาพบัญชี จะเห็นได้ยังมีข้อที่มีคะแนนน้อยแต่บุคลากรที่เกี่ยวข้องจะมุ่งมั่นและพัฒนาต่อไปตรวจสอบคุณภาพบัญชีไตรมาสที่ 2 ณ 31 มีนาคม 2561	ตารางแสดงคะแนนคุณภาพบัญชีโดยทีมตรวจสอบ ณ 31 มีนาคม 2561 <table><tr><th>รายการ</th><th>ปีงบประมาณ</th><th colspan="2"></th></tr><tr><th>น้ำหนัก</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ระดับ</th><th></th></tr><tr><td>เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด</td><td>25</td><td>94.44</td><td>A</td></tr><tr><td>ลูกหนี้ค่ารักษา รายได้ เงินกองทุน</td><td>50</td><td></td><td></td></tr><tr><td>วัสดุคง และเจ้าหนี้</td><td>25</td><td></td><td></td></tr><tr><td>สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน</td><td>ประเมินปีงบประมาณ 60</td><td>ประเมิน 31 มีค.61</td><td></td></tr><tr><td>คะแนนที่ได้</td><td>2.27</td><td>23.64</td><td></td></tr><tr><td>คะแนนที่ได้</td><td>ระดับ</td><td>เป้าหมาย</td><td></td></tr><tr><td>94.44</td><td>A</td><td>A</td><td></td></tr></table>	รายการ	ปีงบประมาณ			น้ำหนัก	คะแนนที่ได้	ระดับ		เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	25	94.44	A	ลูกหนี้ค่ารักษา รายได้ เงินกองทุน	50			วัสดุคง และเจ้าหนี้	25			สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน	ประเมินปีงบประมาณ 60	ประเมิน 31 มีค.61		คะแนนที่ได้	2.27	23.64		คะแนนที่ได้	ระดับ	เป้าหมาย		94.44	A	A		-
รายการ	ปีงบประมาณ																																					
น้ำหนัก	คะแนนที่ได้	ระดับ																																				
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	25	94.44	A																																			
ลูกหนี้ค่ารักษา รายได้ เงินกองทุน	50																																					
วัสดุคง และเจ้าหนี้	25																																					
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน	ประเมินปีงบประมาณ 60	ประเมิน 31 มีค.61																																				
คะแนนที่ได้	2.27	23.64																																				
คะแนนที่ได้	ระดับ	เป้าหมาย																																				
94.44	A	A																																				
ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข																																					
ตรวจสอบระดับคะแนนที่น้อยคือลูกหนี้ค่ารักษาอปท.ลูกหนี้ค่ารักษาประกันสังคมสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน	1.บันทึกบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาอปท.สลับรายการ 2. บันทึกลูกหนี้ค่าบริการทันตเป็นลูกหนี้ค่ารักษา ปกส. OPD 3.ตรวจสอบยอดยกมากับทะเบียนคุมพัสดุไม่สามารถหาที่มาได้	1. ดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้ข้อมูลบัญชีครบถ้วนและถูกต้อง 2.ดำเนินการตรวจสอบและหาที่มาของยอดคู่กับทะเบียนคุมงานพัสดุเพื่อให้ข้อมูลบัญชีครบถ้วนและถูกต้อง																																				

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณ

สถานการณ์/ปัญหา	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา	นวัตกรรมดำเนินงาน																																			
จากผลการดำเนินงาน จะเห็นได้ว่างบแสดงฐานะทางการเงินโรงพยาบาลกาบังเปรียบเทียบกับ 3 ปีย้อนหลัง 2 ปีแรก เงินบำรุงคงเหลือค่อนข้างดีส่วนปี 2561 เงินบำรุงคงเหลือลดลงเนื่องจากการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวลดลง หนี้สินเพิ่มขึ้นทุนสำรองสุทธิลดลง โรงพยาบาลจะต้องเฝ้าระวังสถานการณ์ทางการเงินอย่างต่อเนื่อง	งบแสดงฐานะทางการเงินโรงพยาบาลกาบัง ย้อนหลัง 3 ปี ณ 31 พฤษภาคม 2561	-																																			
	<table><tr><th rowspan="2">รายการ</th><th colspan="3">ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr><tr><td>เงินนอกงบประมาณ</td><td>32,197,490.55</td><td>30,385,965.56</td><td>27,076,289.56</td></tr><tr><td>ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล</td><td>950,662.92</td><td>1,706,065.64</td><td>1,721,971.02</td></tr><tr><td>เงินยืมเงินนอกงบประมาณ</td><td>209,482.00</td><td>128,070.00</td><td>0.00</td></tr><tr><td>วัสดุคงคลัง</td><td>2,433,316.28</td><td>2,010,442.01</td><td>2,107,323.47</td></tr><tr><td>หนี้สินที่ต้องชำระ</td><td>17,359,801.13</td><td>15,882,266.17</td><td>15,645,814.28</td></tr><tr><td>ทุนสำรองสุทธิ</td><td>18,945,404.67</td><td>19,482,786.00</td><td>15,263,694.82</td></tr><tr><td>งบลงทุนคงเหลือ</td><td>4,272,236.75</td><td>3,864,211.82</td><td></td></tr></table>		รายการ	ปีงบประมาณ			2559	2560	2561	เงินนอกงบประมาณ	32,197,490.55	30,385,965.56	27,076,289.56	ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	950,662.92	1,706,065.64	1,721,971.02	เงินยืมเงินนอกงบประมาณ	209,482.00	128,070.00	0.00	วัสดุคงคลัง	2,433,316.28	2,010,442.01	2,107,323.47	หนี้สินที่ต้องชำระ	17,359,801.13	15,882,266.17	15,645,814.28	ทุนสำรองสุทธิ	18,945,404.67	19,482,786.00	15,263,694.82	งบลงทุนคงเหลือ	4,272,236.75	3,864,211.82	
	รายการ			ปีงบประมาณ																																	
			2559	2560	2561																																
	เงินนอกงบประมาณ		32,197,490.55	30,385,965.56	27,076,289.56																																
	ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล		950,662.92	1,706,065.64	1,721,971.02																																
	เงินยืมเงินนอกงบประมาณ		209,482.00	128,070.00	0.00																																
	วัสดุคงคลัง		2,433,316.28	2,010,442.01	2,107,323.47																																
	หนี้สินที่ต้องชำระ		17,359,801.13	15,882,266.17	15,645,814.28																																
	ทุนสำรองสุทธิ		18,945,404.67	19,482,786.00	15,263,694.82																																
งบลงทุนคงเหลือ	4,272,236.75	3,864,211.82																																			
จากผลการดำเนินงาน ในส่วนของลูกข่าย4 รพ.สต. พบว่าไม่มีปัญหาทางการเงิน และโรงพยาบาลกาบังได้มีการประสานงานในเรื่องของการส่งรายงานทางการเงินให้ทันต่อเวลาอย่างต่อเนื่อง	เงินนอกงบประมาณคงเหลือลูกข่าย 4 รพ.สต. ย้อนหลัง 3 ปี ณ 31 พฤษภาคม 2561	-																																			
	<table><tr><th>หน่วยบริการ</th><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr><tr><td>รพ.สต.บันนังตมา</td><td>573,074.09</td><td>425,635.01</td><td>208,000.64</td></tr><tr><td>รพ.สต.ลูโป๊ะปันยัง</td><td>463,679.48</td><td>473,920.84</td><td>392,413.53</td></tr><tr><td>รพ.สต.คลองน้ำใส</td><td>259,515.93</td><td>526,658.21</td><td>138,699.82</td></tr><tr><td>รพ.สต.บาละ</td><td>884,995.77</td><td>899,651.27</td><td>888,669.65</td></tr></table>		หน่วยบริการ	2559	2560	2561	รพ.สต.บันนังตมา	573,074.09	425,635.01	208,000.64	รพ.สต.ลูโป๊ะปันยัง	463,679.48	473,920.84	392,413.53	รพ.สต.คลองน้ำใส	259,515.93	526,658.21	138,699.82	รพ.สต.บาละ	884,995.77	899,651.27	888,669.65															
	หน่วยบริการ		2559	2560	2561																																
	รพ.สต.บันนังตมา		573,074.09	425,635.01	208,000.64																																
	รพ.สต.ลูโป๊ะปันยัง		463,679.48	473,920.84	392,413.53																																
	รพ.สต.คลองน้ำใส		259,515.93	526,658.21	138,699.82																																
รพ.สต.บาละ	884,995.77	899,651.27	888,669.65																																		

ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ ITA ของหน่วยงาน
-----------	---------------------------------

1. สถานการณ์

คปสอ.กาบัง มีนโยบายในเรื่องของคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment-ITA) โดยเริ่มปฏิบัติตามนโยบายของสำนักงาน ปปช. ใน ปีงบประมาณ 2560 โดยประกาศเป็นนโยบายของโรงพยาบาล เรื่อง มาตรการป้องกันการทุจริต และแก้ไข การกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐ ที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อย เช่น มาตรการการใช้รถยนต์ทางราชการ มาตรการการเบิกค่าตอบแทน มาตรการจัดทำโครงการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประชุมและสัมมนา มาตรการ การจัดหาพัสดุ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้าง สืบทอดวัฒนธรรมสุจริต และแสดงเจตจำนงสุจริตในการบริหาร ราชการให้เกิดความคิดแยกแยะประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม เพื่อแสดงความมุ่งมั่นในการบริหาร ราชการโดยใช้หลักธรรมาภิบาล เพื่อตรวจสอบการบริหารงานและการปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ไม่ให้เกิดการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัวในตำแหน่งหน้าที่อันมิควรได้โดยชอบตามกฎหมาย เพื่อสร้างความ เชื่อมั่นศรัทธาต่อการบริหารราชการแผ่นดินแก่ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้เสีย และประชาชน โดยมีนโยบายหลัก ดังนี้ มุ่งมั่นการสร้าง สืบทอดวัฒนธรรมสุจริตไม่ให้เกิดการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัวในตำแหน่งหน้าที่ ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีความสุข มีคุณธรรม จริยธรรมในความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ และมุ่งเน้นการจัดหาพัสดุ ภาครัฐโดยการซื้อ จ้าง เช่า แลกเปลี่ยน หรือโดยวิธีอื่นใดให้สอดคล้องกับประกาศ ระเบียบ หลักเกณฑ์ วิธี ปฏิบัติ และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส การดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment-ITA)

2. ข้อมูลการวิเคราะห์

ข้อมูลผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

โรงพยาบาลกาบังได้ดำเนินการปฏิบัติตามนโยบายคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของ หน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment-ITA) ในปีงบประมาณ 2561 โดยมีกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. ชี้แจงนโยบายการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment-ITA) แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาบังและเครือข่าย บริการสาธารณสุขในพื้นที่
2. โรงพยาบาลกาบังประกาศนโยบายคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงาน ภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment-ITA)
3. การแต่งตั้งคณะกรรมการด้านต่างๆ เพื่อปฏิบัติตามนโยบายคุณธรรมและความโปร่งใสการ ดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment-ITA)
4. มีการดำเนินการจัดส่งแบบสำรวจเชิงประจักษ์เป็นไปตามแผนและทันตามกำหนดเวลาที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลาได้กำหนดไว้
5. ผลการประเมินแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and

Transparency Assessment-EBIT) ไตรมาสที่ 1/2561 ผ่านเกณฑ์ระดับ 5

6. ผลการประเมินแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment-EBIT) ไตรมาสที่ 2/2561 ได้คะแนนร้อยละ 72

7. ผลการประเมินแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment-EBIT) ไตรมาสที่ 3/2561 ได้คะแนนร้อยละ 93.94

8. ได้จัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การตอบแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment-EBIT) และเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนในหน่วยงาน ในวันที่ 4 กรกฎาคม 2561 มีกลุ่มเป้าหมาย 30 คน

3. ปัญหา อุปสรรค

1. การกำกับติดตามการดำเนินการประเมิน ITA ที่ไม่ต่อเนื่อง

2. เจ้าภาพหลักเป็นแกนหลักในการดำเนินงานของหน่วยงาน การร่วมมือจากจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานยังไม่เต็มที่ เนื่องจากขาดองค์ความรู้ในการตอบและเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์

3. เจ้าภาพหลักในการตอบหัวข้อแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment-EBIT) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรม ทำให้ไม่เกิดกระบวนการรับรู้ และไม่เข้าใจแนวทางการประเมิน ITA คาดว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2562 หลังจากได้จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การตอบแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment-EBIT) และเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนในหน่วยงาน

4. เจ้าภาพหลักของหน่วยงาน ต้องทำความเข้าใจคู่มือฯ ที่ได้นำเสนอเนื้อหาของเอกสารหลักฐานอย่างสมบูรณ์ที่สุด ดังนั้น หลักฐานเชิงประจักษ์ จึงยังไม่ถูกต้องตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางการตอบแบบสำรวจเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment-EBIT) ประจำปีงบประมาณ 2561

5. ระบบการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศมีจำกัด เนื่องจากมีบุคลากรน้อย โดยเฉพาะการนำข้อมูลต่างๆ ขึ้นเว็บไซต์ของโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเปิดเผยข้อมูลการดำเนินงาน อาจมีความล่าช้าบ้าง

4. ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาและพัฒนางานในเบื้องต้น

1. ความร่วมมือของคนในองค์กรซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จในการประเมิน ITA ผู้บริหารทุกระดับต้องมีความรู้ ต้องกำกับติดตาม เสริมแรง กระตุ้น หนุนเสริม จะเป็นพลังในการขับเคลื่อนการประเมิน ITA

2. กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบหรือเจ้าภาพหลักเป็นลายลักษณ์อักษร

3. ให้ตัวชี้วัดการประเมิน ITA มีผลต่อการประเมินทุกระดับ

4. ให้ความสำคัญกับการ รักษา ระบบการบริหารจัดการภาครัฐอย่างมีธรรมาภิบาลที่ดีให้ต่อเนื่องและยั่งยืน โดยนำข้อกำหนดของเกณฑ์การประเมิน ITA เป็นกระบวนการปฏิบัติงานสู่งานประจำ

5. เขตสุขภาพ จะต้องพัฒนาเครือข่ายทีมพี่เลี้ยง ITA (Coach) ในการให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานสู่งานประจำ

6. สนับสนุนระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเฉพาะ Internet ความเร็วสูง ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน

เนื่องจากการประเมิน ITA มุ่งเน้นการเปิดเผยข้อมูล ตรวจสอบได้ และการเข้าถึงข้อมูลของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานตามโมเดลประเทศไทยสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน (Thailand 4.0)

ตัวชี้วัด	ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
-----------	--

1. สถานการณ์

ปี 2560 กระทรวงแก้ไขแบบประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 5 มิติประกอบด้วยมิติด้านจัดเก็บรายได้ มิติด้านการเงิน มิติด้านพัสดุ มิติด้านบัญชีและการเงินและมิติด้านควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง โดยหน่วยบริการประเมิน 5 มิติ ต้องมีคะแนนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ต้องจัดทำแผนพัฒนาองค์กร เปรียบเทียบแผน-ผลการพัฒนาองค์กร 5 มิติ ซึ่งโรงพยาบาลกาบังมี 2 มิติที่มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 90 คือ มิติด้านพัสดุและมิติด้านควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง

2. ข้อมูลการวิเคราะห์ (ระบุรายการที่จำเป็น สำหรับการติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น) ข้อมูลผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

โรงพยาบาลกาบังได้นำผลการประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ มาใช้ในการวางแผนงาน/กิจกรรมเพื่อพัฒนาองค์กร เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมภายในมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนี้

2.1 แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมภายในผู้รับผิดชอบในแต่ละมิติ เพื่อกำหนดบทบาทและกรอบการปฏิบัติงานได้รวดเร็วมากขึ้น และสามารถควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล ได้ดียิ่งขึ้น

2.2 ประชุมผู้รับผิดชอบงานแต่ละมิติ เพื่อการนำข้อมูลผลการประเมินควบคุมภายใน 5 มิติมาวิเคราะห์ และจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อจัดกิจกรรมที่ตอบสนองมิติที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน เพื่อให้การดำเนินการด้านควบคุมภายในมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.1 แสดงผลการดำเนินงาน (ข้อมูลเชิงปริมาณ และการบริหารจัดการ)

แผนงาน/โครงการ	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ	ผลการดำเนินงาน
1. จัดทำคู่มือ “การปฏิบัติงาน/แนวทางการปฏิบัติ”	พ.ค.2561 – 30 ก.ย. 2561	-	อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร
2. ศึกษาดูงานโรงพยาบาลใกล้เคียง (รพ.ยะลา)	พ.ค.2561 – 30 ก.ย. 2561	15,000	อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร

2.2การบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการในการขับเคลื่อน/ทรัพยากร 4 M)

โรงพยาบาลกาบังได้ดำเนินการโดย การประชุมชี้แจงคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง แจกแจงแนวทางการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในมิติต่าง ๆ จัดทำแผนพัฒนาองค์กรในมิติที่มีคะแนนไม่ถึงเกณฑ์ และ

3. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area /Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการติดตาม

- ผู้รับผิดชอบแต่ละมิติไม่มีความรู้ความเข้าใจแนวทางปฏิบัติ
- การจัดอบรมด้านกระบวนการและการดำเนินการด้านการควบคุมภายในมีน้อย

4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะในเชิงบริหารและวิชาการ
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในแต่ละมิติขาดความรู้ความเข้าใจ ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง การส่งรายงานล่าช้าและขาดความสมบูรณ์ ครบถ้วน	จัดการอบรมการดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมภายใน
การดำเนินงานควบคุมภายในของหน่วยงานยังไม่ได้รับการตอบสนองให้เป็นไปตามเป้าหมายเท่าที่ควรเนื่องจาก ระบบดำเนินการ การขาดความเข้าใจในการปฏิบัติที่ถูกต้อง การไม่มีระบบการติดตามควบคุมที่เพียงพอและหัวหน้าหน่วยยังไม่ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้านการควบคุมภายในที่เพียงพอ	

5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. ควรจัดอบรมให้ให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการควบคุมภายในแก่เจ้าหน้าที่เพื่อให้สามารถดำเนินการด้านการควบคุมภายในได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ
2. ควรจัดการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่องและควรให้ผู้รับผิดชอบการควบคุมภายในของโรงพยาบาล ร่วมนิเทศในโรงพยาบาลอื่นด้วย เพื่อให้สามารถนำข้อดีและข้อเสียในต่างโรงพยาบาลมาปรับปรุงแก้ไขใช้กับโรงพยาบาลของตนเอง

ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกมีความถูกต้องครบถ้วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 75
-----------	---

1. ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน	ไม่ น้อยกว่า 75	61.25	65.72
วินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก	ไม่ น้อยกว่า 75	11.11	26.56

2. สรุปจากตาราง

ข้อมูลผลงานการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับความสำเร็จคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกมีความถูกต้องครบถ้วน พบว่า การดำเนินงานยังไม่ถึงเป้าหมาย >75% โดยยังมีปัญหาการลงข้อมูลที่ไม่ครบ ตามเกณฑ์ของการบันทึกเวชระเบียน สำหรับคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนเกณฑ์ที่ยังเป็นปัญหาและไม่ผ่านเกณฑ์มีดังนี้ 1.การบันทึกประวัติ 2.การตรวจร่างกาย 3.การบันทึกคำวินิจฉัยโรค ส่วนการวินิจฉัยโรค ปัญหาที่พบคือ ให้รหัสโรคผิดพลาด และ มีการให้รหัสโรคทั้งๆที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก

3. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน

เรียกประชุมผู้เกี่ยวข้องชี้แจงเกี่ยวกับแนวทางหลักเกณฑ์ของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน โดยจะให้ความสำคัญกับหัวข้อยังเป็นปัญหา คือ การวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก , การบันทึกประวัติ และการตรวจร่างกาย- จัดทำการให้ มี Audit ภายในโรงพยาบาล

สรุปผลการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2561

ลำดับ	ชื่อโครงการ	งบประมาณที่รับ จัดสรร(บาท)	งบประมาณ เบิกจ่าย	หมายเหตุ
1	โครงการผู้ป่วยกักขังปลอดภัยไม่ติดเชื้อ	52,800	52,800	
2	โครงการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการอำเภอกาบัง	15,100	15,100	
3	โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับพื้นที่	87,600	87,600	
4	โครงการพัฒนาคุณภาพงานเยี่ยมบ้าน	9,150	9,150	
5	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย	48,010	48,010	บูรณาการ โครงการการผลิตยาสมุนไพรใช้ในครัวเรือนร่วมกับโครงการใกล้บ้านใกล้ใจแพทย์แผนไทย
6	โครงการเตรียมความพร้อมกรณีเกิดอัคคีภัย	61,500	61,500	
	ขับเคลื่อนทิศทางการองค์กร เพื่อคุณภาพที่ยั่งยืน	68,000	169,000	บูรณาการเป็นโครงการสานต่อการพัฒนาโรงพยาบาลโรงพยาบาลกาบังอย่างต่อเนื่อง
7	ตรวจสอบสุขภาพประจำปี สำหรับบุคลากรโรงพยาบาลกาบัง	46,325	0	
การดำเนินโครงการคิดเป็นร้อยละ 28 ของโครงการทั้งหมด และรวมเบิกจ่ายงบประมาณทั้งสิ้น 443,160 บาท คิดเป็นร้อยละ 51.76 ของงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเนื่องจากสถานะทางการเงินที่มีข้อจำกัดในการลดรายจ่าย จึงมีการพิจารณาการจัดทำโครงการที่สำคัญ				