



**เอกสารประกอบการตรวจราชการ กรณีปกติ**  
**จังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕**  
**วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕**

กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
จังหวัดสิงห์บุรี

ระหว่างวันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

**วันจันทร์ที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕**

เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.

- ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์ ประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๔ และคณะ รับฟังผลการดำเนินงาน ๘ Big Rock ของจังหวัด ณ ห้องประชุมอัมพวัน ชั้น ๖ อาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี (นำเสนอ BR ละไม่เกิน ๓ สไลด์)
  - ☒ ความก้าวหน้า ๘ Big Rock พิจารณาจาก OKR
    - ผลการดำเนินงาน ข้อมูล ณ ไตรมาสที่ ๓
    - เปรียบเทียบตรวจราชการ รอบที่ ๑ กับ ๒ และ
    - เปรียบเทียบก่อนหลังการปฏิรูป ตัวอย่างความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม
    - แหล่งงบประมาณที่ใช้/คงเหลือ/ปัญหาการเบิกจ่าย
    - ชี้ประเด็นปัญหา/อุปสรรคการดำเนินงาน พร้อมเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา
    - แผนการพัฒนา ๘ Big Rock ใน Action Plan ปี ๒๕๖๖
    - ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพที่ ๔
- โดย ผู้บริหารของ สสจ./ผ.รพ./สสอ. และผู้รับผิดชอบประเด็นฯ ของ สสจ. Response and Feedback ผลการนำเสนอ

**ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข**

เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น.

- ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และคณะ ตรวจเยี่ยม คปสอ.ท่าช้าง นำเสนอ “การดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ณ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีตำบลพิบูลทอง อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

เวลา ๑๔.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

- ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข พบผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการฯ เพื่อ Pre-Existing ประเด็นการตรวจราชการฯ ณ ห้องประชุมอัมพวัน ชั้น ๖ อาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี

**สาธารณสุขนิเทศก์ และ ประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๔**

เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น.

- สาธารณสุขนิเทศก์ ประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๔ และคณะ ตรวจเยี่ยม Big Rock ผู้สูงอายุ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระบือ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

เวลา ๑๔.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

- สาธารณสุขนิเทศก์ ประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตสุขภาพที่ ๔ และคณะ ตรวจเยี่ยม Big Rock NCD ณ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีตำบลพิกพัน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

เวลา ๑๗.๐๐ - ๑๘.๓๐ น.

- กิจกรรมออกกำลังกาย

**วันอังคารที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕**

เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.

- ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และคณะ รับฟังสรุปผลการตรวจราชการ และนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ จังหวัดสิงห์บุรี จากประธานประเด็นการตรวจราชการ โดยจังหวัด Response and Feedback ผลการนำเสนอ ณ ห้องประชุมอัมพวัน ชั้น ๖ อาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี

**หมายเหตุ**

กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมตามที่ผู้บริหารกำหนด

๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๕

## คำนำ

เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ เขตสุขภาพที่ ๔ จังหวัดสิงห์บุรี ระหว่างวันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕ จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอแนวทางการดำเนินงาน การบริหารจัดการงานสาธารณสุข และประเด็นตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามกรอบแนวคิด “AFA” ดังนี้

### ๑. Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)

ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์

ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

### ๒. Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ )

ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

ประเด็นที่ ๒ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

ประเด็นที่ ๓ ระบบธรรมาภิบาล

### ๓. Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) เขตสุขภาพที่ ๔

การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Preterm)

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เอกสารประกอบด้วย ผลการดำเนินงานตามกรอบแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และผลการดำเนินงานการปฏิรูปเขตสุขภาพ ๘ Big Rock โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ได้ดำเนินการตามนโยบายที่สำคัญด้านสุขภาพและประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติราชการให้ดำเนินไปตามเป้าหมายที่กำหนดและแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

ขอขอบคุณ คณะผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงานตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกกระดับ ที่ให้ความร่วมมือการจัดทำเอกสารเล่มนี้สำเร็จลุล่วง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารประกอบการตรวจราชการฯ ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อไปและหากมีข้อบกพร่องประการใด ผู้จัดทำขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

กรกฎาคม ๒๕๖๕

## สารบัญ

	หน้า
กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	
คำนำ	
สารบัญ	
บทสรุปผู้บริหาร	ก
ผลการดำเนินงานตามกรอบแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕	
Agenda Based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)	
ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์	
โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์	๑
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์	
การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	๑๕
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	๒๒
Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)	
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต	
สุขภาพเด็ก	
ระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ของเด็กไทย	๔๖
สุขภาพวัยทำงาน	
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๕๑
การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง	๕๕
สุขภาพผู้สูงอายุ	๖๓
สุขภาพวิถีใหม่	
พฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์	๖๘
ประชากรที่เข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ ๕ ล้านบัญชี	๗๐
กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ	๗๒
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย	
Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด	๗๔
Service plan สาขาอุบัติเหตุ	๗๙
Service plan สาขามะเร็ง	๘๑
Service plan สาขาทารกแรกเกิด	๘๕
Intermediate care	๘๗
ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล	
ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)	๙๔
การเงินการคลังสุขภาพ (วิกฤตการเงินระดับ ๗, ระบบจัดเก็บรายได้)	๙๖
การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT)	๑๐๖
องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	๑๐๘

## สารบัญ

	หน้า
<b>Area based ปัญหาสำคัญของเขตสุขภาพที่ ๔</b>	
การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Preterm)	๑๑๓
อุบัติเหตุและฉกฉวย	๑๑๗
<b>ผลการดำเนินงาน ๘ Big Rock จังหวัดสิงห์บุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕</b>	
Big Rock EID	๑๑๙
Big Rock NCD	๑๒๓
Big Rock ผู้สูงอายุ	๑๒๗
Big Rock กองทุนหลักประกันสุขภาพ	๑๓๐
Big Rock ๓๐ บาทรักษาทุกที่	๑๓๒
Big Rock IMC	๑๓๗
Big Rock Preterm	๑๔๐
Big Rock RTI	๑๔๔

## บทสรุปผู้บริหาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี และหน่วยงานในสังกัดทุกแห่งได้ดำเนินการตามนโยบายที่สำคัญด้านสุขภาพภายใต้ประเด็นนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ ๔ และกรอบประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงาน จากการประเมินผลการดำเนินงาน ได้มีการสรุปวิเคราะห์สถานการณ์ แผนงาน/โครงการ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในประเด็นต่าง ๆ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - เดือนมิถุนายน ๒๕๖๕ ผลการดำเนินงาน ดังนี้

### Agenda Based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)

**๑. ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ : โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์** การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี โดยมี อสรจ. ๕๐ คน สัตส่วน อสรจ. ต่อผู้ต้องขัง ๑ : ๑๙.๓๒ (เป้าหมาย สัตส่วน อสรจ. ต่อผู้ต้องขัง ๑ : ๕๐) จำนวนชั่วโมงรวมที่แพทย์เข้าตรวจรักษาในเรือนจำ ๖ ชั่วโมง/สัปดาห์ มีพยาบาลปฏิบัติงานในเวลาราชการจำนวน ๓ คน และนอกเวลาราชการ มีพยาบาลอยู่เวรรักษาการณ์ จำนวน ๑ คน ทาง Video Conference ผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๙๙.๖๘ (เป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ ๖๐) ได้รับการบริการรักษาทางทันตกรรม ร้อยละ ๓๗.๖๗ (เป้าหมาย ร้อยละ ๓๐) บริการสุขภาพจิต เรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี ไม่มีนักจิตวิทยา แต่มีการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดโดยพยาบาลจิตเวชและจิตแพทย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี เดือนละ ๑ ครั้ง กรณี Case ถูกฉีดยาได้ ๒๔ ชั่วโมง และเรือนจำมีระบบ Telepsychiatry ๑ ครั้ง/เดือน เรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี ผู้ต้องขังแรกรับ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕) จำนวน ๕๗๕ คน ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจิตและจิตเวช ร้อยละ ๑๐๐ มีผลการคัดกรองค้นหาวินิจฉัยโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ต้องขังแรกรับ ร้อยละ ๑๐๐ ได้รับการตรวจ HIV จำนวน ๕๒๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๗๘ (เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐) การคัดกรองซีฟิลิส ได้รับการตรวจ จำนวน ๓๑๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๔๓ (เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐) ดำเนินการคัดกรอง Hepatitis C ในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ จำนวน ๑๙๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๕๖ (เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐) การดำเนินงานเรือนจำสีขาวปลอดเชื้อ (โรคอุบัติใหม่) มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด จำนวน ๑,๐๑๑ คน

### ๒. ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์ พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้

จังหวัดสิงห์บุรี มีการจัดตั้ง คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลแล้ว ๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐) มียา กัญชาทางการแพทย์ ให้บริการในหน่วยบริการแล้ว ๕ แห่ง ยังไม่มียา กัญชาทางการแพทย์ ในหน่วยบริการ ๑ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล มีการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แล้ว จำนวน ๑ แห่ง มีแผนการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานเพิ่มเติมจำนวน ๕ แห่ง ปัจจุบันมีผู้ประกอบการที่ประสงค์ปลูกกัญชา จำนวน ๒ ราย ยังไม่มีโรงงานที่สามารถผลิตตำรับยาน้ำมันกัญชาได้สำหรับผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระดับประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ ๕.๖๐ (เป้าหมาย ร้อยละ ๕) ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๔๒.๐๘ (เป้าหมาย เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕)

**๓. ประเด็นที่ ๓ ๑) ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน** จากผลการดำเนินงานพบว่า NPCU ที่มีหมอประจำตัว ๓ คน จำนวน ๑๐ NPCU คิดเป็นร้อยละ ๕๐ จากเป้าหมายปี ๒๕๖๒-๒๕๗๒ จำนวน ๒๐ แห่ง **๒) การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิฯ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒** การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) จำนวน ๑๐ แห่ง (เป้าหมาย ปี ๒๕๖๒-๒๕๗๒ จำนวน ๒๐ แห่ง) ในปี ๒๕๖๕ ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ๑ แห่ง (NPCU โภทรวม)

๓) การพัฒนาพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผลการดำเนินงาน ผ่านเกณฑ์ (ตาม small success ไตรมาสที่ ๓ ร้อยละ ๑๐๐ (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๕) และผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามองค์ประกอบ UCCARE จำนวน ๖ อำเภอ คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๕) ๔) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดดาว ภาพรวมสะสม ๔๑ แห่ง ร้อยละ ๘๗.๒๓ (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๕) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มี รพ.สต.เข้ารับการประเมินครั้งแรกเพื่อขึ้นทะเบียน ๕ แห่ง ผ่านการประเมิน ๕ แห่ง และ รพ.สต.ที่ต้องเข้ารับการประเมินซ้ำ จำนวน ๔๑ แห่ง ผ่านการประเมินแล้วทั้ง ๔๑ แห่ง

**Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)**

**ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้**

๑) สุขภาพเด็ก : ระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ของเด็กไทย เด็ก ๐-๕ ปี พัฒนาการสมวัย โดยได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ ร้อยละ ๙๖.๙๓ (เป้าหมายร้อยละ ๙๐) เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ ร้อยละ ๙๘.๓๖ (เป้าหมายร้อยละ ๙๐) เด็ก ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๓.๐๓ (เป้าหมายร้อยละ ๘๕) สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๓.๘๐ (เป้าหมายร้อยละ ๖๔) ๒) สุขภาพวัยทำงาน ๑) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดสิงห์บุรี พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๒ คน คิดเป็นอัตรา ๑๓.๙๙ ต่อแสนประชากร (เป้าหมายอัตราไม่เกิน ๘ ต่อแสนประชากร) สูงสุดอำเภอท่าช้าง อัตรา ๑๓.๙๙ ต่อแสนประชากร ๒) การตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยกลุ่ม สงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง จังหวัดสิงห์บุรี ดำเนินงานคัดกรองเบาหวานในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พร้อมให้คำแนะนำเรื่อง โรคการป้องกัน และการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน สำหรับการคัด กรองเบาหวาน ในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จังหวัดสิงห์บุรี ดำเนินการได้ร้อยละ ๙๑.๙๐ (เป้าหมายร้อยละ ๙๐) สูงกว่าระดับเขตสุขภาพ ระดับประเทศ การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๗๖๓ คน หลังให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรค และติดตามให้ตรวจเลือดซ้ำ จำนวน ๖๙๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๘๓ (เป้าหมายร้อยละ ๘๐) เป็นผู้ป่วยรายใหม่จากที่ได้รับการตรวจยืนยัน กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน โดยแพทย์ จำนวน ๑๖๐ คน (ร้อยละ ๒๓.๐๙) ๓) สุขภาพผู้สูงอายุ : ๑) ประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๖๘.๔๘ ๒) ตำบล ที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๑๐๐ (เป้าหมายร้อยละ ๙๘) ๔) สุขภาพวิถีใหม่ Living with COVID : ๑) พฤติกรรมป้องกันโรค พึ่งประสงค์ จากการติดตามข้อมูลพฤติกรรมป้องกันโรคพึ่งประสงค์ของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี พบว่า ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการ DMH ร้อยละ ๘๑.๗๓ (เป้าหมายร้อยละ ๘๐) ๒) วัยทำงาน จำนวนประชากร ที่เข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ ๕ ล้านบัญชี มีเป้าหมายการดำเนินการ ๑๕,๕๕๔ คน สมัครเข้าร่วมกิจกรรม ก้าวทำใจ ๓,๙๑๕ คน คิดเป็น ร้อยละ ๒๕.๑๗ ๓) กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ในภาพรวมจังหวัดสิงห์บุรีมีกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการที่ดำเนินการ (๑.ตลาด ๒.ร้านอาหาร ๓.สถานศึกษา ๔.สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ๕.โรงงาน ๖. โรงแรม ๗.ร้านเสริมสวยแต่งผมหรือตัดผม สำหรับ บุรุษ หรือสตรี ๘.ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้าคอมมิวนิตี้ออลล์ ๙.ฟิตเนสเซ็นเตอร์) ดำเนินการลงทะเบียน แพลตฟอร์ม COVID Free Setting จำนวน ๒๖๖ แห่ง ประเมิน CFS ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๒๖๒ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๘.๔๙ และยังไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑.๕๑

**ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้**

๑) Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ร้อยละ ๘.๑๖ (๔/๔๙) เป้าหมาย < ร้อยละ ๘, ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ ๗๘.๗๒ (๓๗/๔๗) เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๖๐ ๒) Service plan สาขาอุบัติเหตุ การเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในจังหวัดสิงห์บุรี

ร้อยละ ๕.๘๐ (๔๓/๗๔๒) เป้าหมาย < ร้อยละ ๑๒ (โรงพยาบาลสิงห์บุรี ระดับ S ร้อยละ ๖.๙๕ (๒๖/๓๗๔) โรงพยาบาลอินทร์บุรี ระดับ M๑ ร้อยละ ๔.๖๒ (๑๗/๓๖๘) **๓) Service plan สาขามะเร็ง** ร้อยละผู้ป่วย มะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งหลอดคอ หลอดลมและปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ การรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ ๗๕ ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๘๘.๐๐ (๖๖/๗๕) การรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ ๗๕ ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๕๖.๘๖ (๒๙/๕๑) และการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ ๖๐ ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๕๐.๐๐ (๖/๑๒) **๔) Service plan สาขาทารกแรกเกิด** ปี ๒๕๖๕ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq$  ๒๘ วัน ที่คลอดออกมามีน้ำหนัก  $\geq$  ๕๐๐ กรัม (เป้าหมาย ๓.๕ : ๑๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ) เท่ากับ ๔.๓๒ **๕) Intermediate care** การดำเนินงานติดตามผู้ป่วย Intermediate care ให้ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพ และติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน ผลการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัดสิงห์บุรี ร้อยละ ๙๗.๔๔ (๗๖/๗๘) ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้ป่วยที่ติดตามไม่ได้มีจำนวน ๒ ราย เป็นผู้ป่วยนอกเขตที่อยู่ต่างจังหวัด จึงไม่สามารถติดตามเพื่อการฟื้นฟูต่อเนื่องได้

**ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล** พบประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ดังนี้ **๑) ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)** : ผลการดำเนินงาน หน่วยบริการทุกระดับมีการจัดทำแผน เงินบำรุงครบทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) พร้อมทั้งแผนเงินบำรุงได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ครบถ้วน **๒) การเงินการคลังสุขภาพ (วิกฤตการเงินระดับ ๗ ระบบศูนย์จัดเก็บรายได้)** ไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๖ และระดับ ๗ มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับดีมาก จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลอินทร์บุรี ระดับคะแนน ๙๔ โรงพยาบาลที่มีผลการประเมิน ศูนย์จัดเก็บรายได้ อยู่ระดับดี จำนวน ๔ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางระจัน โรงพยาบาลค่ายบางระจัน โรงพยาบาลพรหมบุรี และโรงพยาบาลท่าช้าง ระดับคะแนน ๙๐ **๓) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) เป็นศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน** ๑) แต่งตั้งคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูล และเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด และจัดประชุม คณะทำงานฯ ครั้งที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยระบบ Cisco Webex Meetings ๒) โรงพยาบาลทุกแห่งเข้าร่วมอบรมการติดตั้ง HIS Gateway เมื่อวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๔ โดยโรงพยาบาลสามารถติดตั้ง HIS Gateway ได้ครบทุกแห่ง และเชื่อมโยงส่งข้อมูลสำเร็จ ๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓๓ (เป้าหมาย ร้อยละ ๖๐) ไม่สำเร็จ ๑ แห่ง (รพ.อินทร์บุรี) ๓) เตรียมความพร้อมอำเภอนำร่องการติดตั้ง HIS Gateway ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล คือ อำเภوتاช้าง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๓ แห่ง **๔) องค์กรแห่งความสุข** บุคลากรสาธารณสุข เข้าตอบแบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ผ่านเว็บไซต์ Happy MOPH จำนวน ๑,๖๗๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๔๖ (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐)

**Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) เขตสุขภาพที่ ๔ ๑) การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Preterm)** ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด (ไม่เกินร้อยละ ๙) ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๕.๓๒ (๔๖/๘๖๔) โรงพยาบาลสิงห์บุรี ร้อยละ ๔.๙๗ (๓๒/๖๔๔) โรงพยาบาลอินทร์บุรี ร้อยละ ๖.๔๒ (๑๔/๒๑๘) **๒) อุบัติเหตุและฉุกเฉิน** อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง ต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS $\leq$ ๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ร้อยละ ๔๐.๗๔ (๑๑/๒๗) (เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ ๓๐)



สรุปประเด็นสำคัญที่จังหวัดสิงห์บุรี ต้องเร่งรัดดำเนินการ ได้แก่ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบบริการในกลุ่มแม่และเด็ก ลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลดอัตราการตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง ระบบการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยเคมีบำบัด และรังสีรักษา โดยได้วิเคราะห์ปัญหา (Gap Analysis) วางแผนในการแก้ไขปัญหา จัดทำ Action Plan เรียบร้อยแล้ว อีกทั้งยังได้กำหนดนโยบายสำคัญ ๔ นโยบายหลัก ปี ๒๕๖๖ ประกอบด้วย ๑) เมืองเป็นมิตรผู้สูงอายุ ๒) มหัตศวรรษ ๒๕๐๐ วัน ๓) จังหวัดบูรณาการการแพทย์ฉุกเฉิน และ ๔) ชุมชนสิงห์บุรีห่างไกล NCD

# Agenda based

นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ

ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์

ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

## รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

Agenda based ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

หัวข้อ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕

วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

ชื่อเรือนจำ.....จังหวัดสิงห์บุรี.....จังหวัด.....สิงห์บุรี.....

ชื่อโรงพยาบาลแม่ข่าย.....สิงห์บุรี.....

## ๑. ผลการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพของผู้ต้องขัง

## ๑.๑ ข้อมูลทั่วไป

ผู้ต้องขัง...๙๖๖...คน ชาย...๘๓๗..คน หญิง...๑๒๙....คน

จำนวนผู้ต้องขังรับบริการ	จำนวน (คน)		
	ชาย	หญิง	รวม
จำนวนผู้ต้องขังรับบริการเฉลี่ยก็คน/วัน	๕๐	๑๔	๖๕
จำนวนผู้ต้องขังรับบริการเฉลี่ยก็คน/เดือน	๑,๕๐๐	๔๕๐	๑,๙๕๐

สิทธิการรักษาพยาบาล	จำนวน (คน)
สิทธิหลักประกันสุขภาพ UC	๙๔๔
อยู่ระหว่างรอย้ายสิทธิ UC	๐
สิทธิประกันสังคม	๑๗
สิทธิราชการ	๓
อื่น ๆ ต่างด้าว / คนไทยไม่มีเลข ๑๓ หลัก	๒
<b>รวม</b>	<b>๙๖๖</b>

## ๑.๒ ข้อมูลสถานะสุขภาพ (๑๐ อันดับโรคที่พบบ่อย)

ลำดับ	โรค	จำนวน (คน)		
		ชาย	หญิง	รวม
๑	ความดันโลหิตสูง	๔๐	๑๓	๕๓
๒	ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	๒๐	๗	๒๗
๓	จิตเวช	๒๔	๓	๒๗
๔	หอบหืด	๒๒	๔	๒๖
๕	เบาหวาน	๑๖	๒	๑๘
๖	เก๊าท์	๙	๐	๙
๗	ภูมิแพ้	๔	๓	๗
๘	ไทรอยด์	๒	๓	๕
๙	วัณโรค	๕	๐	๕
๑๐	ต่อมลูกหมากโต	๕	๐	๕

## ๒. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒

กิจกรรม	เกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
<b>๑. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕) รอบที่ ๒</b>		
๑.๑ การพัฒนา อสรจ. ในเรือนจำ	- มีการอบรม อสรจ. ๒ ครั้ง/ปี	จำนวน ๒ ครั้ง/ปี ครั้งที่ ๑ เดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๒ เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๕
	- มี อสรจ. ต่อผู้ต้องขัง ไม่น้อยกว่า ๑ ต่อ ๕๐	จำนวน อสรจ. ๕๐ คน อัตราส่วน ๑ ต่อ ๑๙.๓๒ (ข้อมูล ณ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕)
	- มีแผนการสนับสนุน อสรจ. ร่วมจัดบริการสุขภาพตามบริบทแต่ละเรือนจำ	มี <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>
<p>๑.๒ โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดบริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) ในสถานพยาบาลเรือนจำตามเกณฑ์คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ อย่างน้อยร้อยละ ๖๐</p> <p>ชื่อแพทย์ที่เข้าตรวจรักษาในเรือนจำ</p> <p>๑) ชื่อ - สกุล แพทย์หญิง พัดชา คุณวุฒิ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ หน่วยงาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี</p> <p>๒) ชื่อ - สกุล นายแพทย์ พีร์ บรรจง ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ หน่วยงาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี</p> <p>๓) ชื่อ - สกุล แพทย์หญิง ญัฐวาท เรืองบุรพ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ หน่วยงาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี</p> <p>๔) ชื่อ - สกุล นายแพทย์ ธนดล ตรีชัยรัมย์ ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ หน่วยงาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี</p>	<p><u>เกณฑ์</u></p> <p>- สถานพยาบาลที่มีผู้ต้องขัง &lt; ๑,๒๕๐ คน ๓ ชั่วโมง/สัปดาห์</p> <p>- สถานพยาบาลที่มีผู้ต้องขังระหว่าง ๑,๒๕๐ - ๔,๐๐๐ คน ๖ ชั่วโมง/สัปดาห์</p> <p>- สถานพยาบาลที่มีผู้ต้องขัง &gt; ๔,๐๐๐ คน ๙ ชั่วโมง/สัปดาห์</p>	<p>จำนวนชั่วโมงรวมที่แพทย์เข้าตรวจรักษาในเรือนจำ ๖ ชั่วโมง/สัปดาห์ จำนวนที่ตรวจรักษา ๖๙๐ คน</p> <p>ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔ - ๑๕ ก.ค.๖๕</p>
๑.๓ ให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (พยาบาล)	ในเวลาราชการ	ในเวลาราชการ
๑.๔ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินมีพยาบาลเวชปฏิบัติ	๒๔ ชั่วโมง	เรือนจำมีพยาบาลปฏิบัติงานในเวลา ราชการจำนวน ๓ คน และนอกเวลา ราชการมีพยาบาลอยู่เวรรักษาการณ์จำนวน ๑ คน สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ๒๔ ชั่วโมง

กิจกรรม	เกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
<b>๑. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕) รอบที่ ๒</b>		
๑.๕ ให้บริการให้คำปรึกษาและจิตบำบัด (นักจิตวิทยา)	๑ ครั้ง/เดือน	เรือนจำไม่มีนักจิตวิทยาแต่มีการให้คำปรึกษาและจิตบำบัด โดยพยาบาลจิตเวชและจิตแพทย์ รพ.สิงห์บุรี เดือนละ ๑ ครั้ง และ Case ฉุกเฉินปรึกษาได้ ๒๔ ชั่วโมง
๑.๖ ให้บริการตรวจรักษาและให้ปรึกษาทาง Video Conference ทั้งรายปกติและกรณีฉุกเฉิน	๒๔ ชั่วโมง	เรือนจำมีการตรวจรักษา และให้ปรึกษาทาง Video Conference ทั้งรายปกติและกรณีฉุกเฉิน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง
<b>๒. ด้านบริการสุขภาพช่องปาก (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕) รอบที่ ๒</b>		
๒.๑ การให้บริการสุขภาพช่องปาก - จำนวนผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก	อย่างน้อยร้อยละ ๖๐	จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด ๙๖๖ คน จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก ๙๖๓ คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๖๘ ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔ – ๑๕ ก.ค.๖๕
- จำนวนผู้ต้องขังได้รับการรักษาทางทันตกรรม	อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี/คน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก	- จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม ๓๕๐ ครั้ง/ปี - จำนวนผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ๙๒๙ คน - จำนวนผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการรักษา ๓๕๐ คน - คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๖๗ ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔ – ๑๕ ก.ค.๖๕
- มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเรือนจำ เช่น ผู้ต้องขังได้รับการฝึกทักษะการตรวจฟัน การแปรงฟัน อสรจ. ได้รับการอบรมเรื่องสุขภาพช่องปาก หรือ การจัดการอาหารว่างและเครื่องดื่มที่มีโทษต่อสุขภาพช่องปาก		- ผู้ต้องขังได้รับการฝึกทักษะการตรวจฟัน การแปรงฟัน ๙๖๓ คน - อสรจ. ได้รับการอบรมเรื่องสุขภาพช่องปากหรือการจัดการอาหารว่างและเครื่องดื่มที่มีโทษต่อสุขภาพช่องปาก ๓๔ คน - ให้ความรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก - การแปรงฟันแห้งด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์โดยไม่มีน้ำ

ชื่อเรือนจำ	จำนวนผู้ต้องขัง (คน)	จำนวนที่ได้รับ การคัดกรอง (คน)	พบปัญหาสุขภาพ ช่องปาก (คน)	ได้รับการรักษา ทันตกรรม (คน)
เรือนจำจังหวัด สิงห์บุรี	๙๖๖	๙๖๓	๙๒๙	๓๕๐

### ๓. ด้านบริการสุขภาพจิต (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕) รอบที่ ๒

<p>- ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ ๑๐๐</p>	<p>- มีระบบการประเมินภาวะสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ต้องขังอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง</p>	<p>จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด ๙๖๖ คน ผู้ต้องขังเข้าใหม่ จำนวน ๕๗๕ คน ได้รับการตรวจคัดกรองจำนวน ๕๗๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐</p> <p><b>ผลการตรวจ</b> ปกติ ๕๗๓ คน ร้อยละ ๙๙.๖๖ ผิดปกติ ๒ คน ร้อยละ ๐.๓๔</p>															
	<p>- สนับสนุนให้ รพ.แม่ข่าย/รพ.ในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีระบบการให้บริการตรวจรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำและทัณฑสถานหรือตรวจผ่านระบบ Telepsychiatry อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ครอบคลุมทุกแห่ง</p>	<p><b>ได้รับการวินิจฉัย</b> วินิจฉัยเป็นภาวะสุขภาพจิตหรือจิตเวช ๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐</p> <p>มีระบบ Telepsychiatry ๑ ครั้ง/เดือน</p>															
	<p>- ให้มีการบันทึกข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชในระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชของกรมสุขภาพจิต</p>	<p>มีการบันทึกข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชในระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชของกรมสุขภาพจิต ๒๘ คน/เดือน</p> <p><b>ผู้ต้องขังที่ได้รับการปล่อยตัว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับแจ้งจากเรือนจำ</b> จำนวนรวม ๑๖ คน</p> <p><b>- ในจังหวัด</b></p> <table border="0"> <tr> <td>เดือนตุลาคม ๖๔</td> <td>๑</td> <td>คน</td> </tr> <tr> <td>เดือนพฤศจิกายน ๖๔</td> <td>๑</td> <td>คน</td> </tr> <tr> <td>เดือนธันวาคม ๖๔</td> <td>๑</td> <td>คน</td> </tr> <tr> <td>เดือนมกราคม ๖๕</td> <td>๖</td> <td>คน</td> </tr> <tr> <td>เดือนกุมภาพันธ์ ๖๕</td> <td>๒</td> <td>คน</td> </tr> </table>	เดือนตุลาคม ๖๔	๑	คน	เดือนพฤศจิกายน ๖๔	๑	คน	เดือนธันวาคม ๖๔	๑	คน	เดือนมกราคม ๖๕	๖	คน	เดือนกุมภาพันธ์ ๖๕	๒	คน
เดือนตุลาคม ๖๔	๑	คน															
เดือนพฤศจิกายน ๖๔	๑	คน															
เดือนธันวาคม ๖๔	๑	คน															
เดือนมกราคม ๖๕	๖	คน															
เดือนกุมภาพันธ์ ๖๕	๒	คน															

กิจกรรม	เกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
	- ให้มีการบันทึกข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชในระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชของกรมสุขภาพจิต	<p>เดือนมีนาคม ๖๕            ๑    คน</p> <p>เดือนเมษายน ๖๕            ๐    คน</p> <p>เดือนพฤษภาคม ๖๕            ๐    คน</p> <p>เดือนมิถุนายน ๖๕            ๒    คน</p> <p>เดือนกรกฎาคม ๖๕            ๐    คน</p> <p>- นอกจังหวัด (ผู้ต้องขังที่พ้นโทษจากเรือนจำนอกจังหวัด)</p> <p>เดือนกุมภาพันธ์ ๖๕            ๑    คน</p> <p>เดือนกรกฎาคม ๖๕            ๑    คน</p> <p>ปัญหาและอุปสรรคในการติดตามผู้ต้องขังจิตเวชหลังพ้นโทษ</p> <p>- ไม่พบผู้ต้องขังปล่อยตัวพ้นโทษ ตามที่อยู่ ที่แจ้งไว้</p> <p>ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔ - ๑๕ ก.ค.๖๕</p>

ชื่อเรือนจำ	จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด (คน)	จำนวนที่ได้รับการคัดกรอง (คน)	พบปัญหาสุขภาพจิต (คน)	ได้รับการดูแลรักษา	ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการดูแลรักษา	ผู้ป่วยเวชรายเก่า (คน)
เรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี	๙๖๖	๕๗๕	๒ (๐.๓๔%)	๒ (๑๐๐%)	๒	๒๖
- บริการคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ที่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเสพยาเสพติด			๑ ครั้ง/ปี (แรกรับ)		๕๗๕ ครั้ง/ปี	
- ตรวจคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้ต้องขัง (PMHQ-Thai)			๑ ครั้ง/ปี		๕๗๕ ครั้ง/ปี	
- บริการให้คำปรึกษาและบำบัดรักษาแก่ผู้ต้องขังที่มีภาวะเครียด ซึมเศร้า รวมถึงการเจ็บป่วยทางจิตเวช (นักจิตวิทยา/พยาบาล/แพทย์)			๑ ครั้ง/เดือน		๑ ครั้ง/เดือน	

กิจกรรม	เกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน				
<b>๔. ด้านควบคุมป้องกันโรค (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕) รอบที่ ๒</b>						
<b>๔.๑ การคัดกรองวัณโรค (TB)</b>						
- ผู้ต้องขังแรกเริ่มได้รับการคัดกรองวัณโรค ร้อยละ ๑๐๐	ดำเนินการคัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ต้องขังแรกเริ่ม	<b>ได้รับการตรวจ</b> จำนวนผู้ต้องขังแรกเริ่มทั้งหมด ๕๗๕ คน จำนวนผู้ต้องขังแรกเริ่มที่คงอยู่ ๔๗๕ คนได้รับการคัดกรอง วัณโรค ...๔๗๕...คน คิดเป็นร้อยละ...๑๐๐..... <b>ผลการตรวจ</b> ปกติ...๔๖๐...คน ผิดปกติ...๑๕...คน <b>ได้รับการวินิจฉัย</b> วินิจฉัยเป็น (TB).....๔.....คน คิดเป็นร้อยละ.....๒๖.๖๖..... ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔ - ๑๕ ก.ค.๖๕				
ชื่อเรือนจำ	จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้ต้องขังแรกเริ่ม (คน)	จำนวนผู้ต้องขังแรกเริ่มที่ได้รับการคัดกรอง (คน)	ผลฟิล์มผิดปกติสงสัย TB (คน)	ส่ง Gene X-pert (คน)	วินิจฉัยวัณโรค (คน)
เรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี	๙๖๖	- ๕๗๕ คน - ผู้ต้องขังแรกเริ่มที่คงอยู่ ๔๗๕ คน	๔๗๕ คน (๑๐๐%)	๑๕	๑๕	๕
- ผู้ต้องขังรายเก่าได้รับการคัดกรองวัณโรค ปีละ ๑ ครั้ง ร้อยละ ๙๐	ดำเนินการคัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ต้องขังรายเก่า	จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด.....๙๖๖.....คน จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรอง วัณโรค ...๙๔๐.....คน เป็นผู้ป่วยวัณโรค.....๒.....คน คิดเป็นร้อยละ.....๐.๒๑..... จำนวนคัดกรองวัณโรค .....๒.....ครั้ง/ปี ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔ - ๑๕ ก.ค.๖๕				



กิจกรรม			เกณฑ์ความถี่ ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน		
ชื่อเรือนจำ	จำนวน ผู้ต้องขัง ทั้งหมด (คน)	จำนวน ผู้ต้องขัง รายเก่า (คน)	จำนวนผู้ต้องขัง รายเก่า ได้รับการ คัดกรอง (คน)	ผลฟิล์ม ผิดปกติ สงสัย TB (คน)	ส่ง Gene Xpert (คน)	วินิจฉัย วัณโรค (คน)
เรือนจำ จังหวัดสิงห์บุรี	๙๖๖	๙๔๐	๙๔๐ ๑๐๐%	๒๕ ๒.๗%	๒๕ ๑๐๐%	๒ ๘%
<b>การใช้รถเอกซเรย์พระราชทาน</b> เมื่อวันที่ ๗-๙ มีนาคม ๒๕๖๕ จำนวนเอกซเรย์ ๘๑๖ คน เมื่อวันที่.....จำนวนเอกซเรย์.....คน เมื่อวันที่.....จำนวนเอกซเรย์.....คน <b>มีการใช้จ้างเหมาบริการหรือดำเนินการโดย โรงพยาบาลแม่ข่าย</b> เมื่อวันที่.....จำนวนเอกซเรย์.....คน เมื่อวันที่.....จำนวนเอกซเรย์.....คน <b>อื่นๆ (ระบุ)</b> เมื่อวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๖๕ จำนวนเอกซเรย์ ๑๒๔ คน				การดำเนินการคัดกรองค้นหาวัณโรคในผู้ต้องขัง แรกรับอย่างไร ๑.ตรวจคัดกรองแบบ TB-P๑ ในวันแรกรับเข้า เรือนจำฯ ๒.ส่งตรวจเอกซเรย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง		
<b>๔.๒ การคัดกรอง HIV SY HCV ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕) รอบที่ ๒</b>						
- มีการดำเนินการคัดกรองเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขัง แรกรับ			ดำเนินการคัดกรอง เอชไอวีในผู้ต้องขัง แรกรับ ร้อยละ ๕๐	จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด.....๙๖๖.....คน จำนวนผู้ต้องขังแรกรับ.....๕๗๕.....คน <b>ได้รับการตรวจ</b> ได้รับการตรวจ.....๕๒๒.....คน คิดเป็นร้อยละ.....๘๗.๘..... <b>ผลการตรวจ</b> ปกติ...๕๑๗...คน ผิดปกติ...๕..คน <b>ได้รับการวินิจฉัย</b> วินิจฉัยเป็น (HIV)...๕...คน คิดเป็นร้อยละ...๑๐๐...  ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔ - ๑๕ ก.ค.๖๕		

กิจกรรม		เกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ		ผลการดำเนินงาน		
ชื่อเรือนจำ	จำนวนผู้ต้องขัง (คน)	จำนวนผู้ต้องขังแรกเริ่ม (คน)	จำนวนผู้ต้องขังแรกเริ่มที่ได้รับการคัดกรอง HIV (คน)	ผลการตรวจคัดกรอง HIV (คน)		
				ปกติ	ผิดปกติ	ได้รับการวินิจฉัย
เรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี	๙๖๖	๕๗๕	๕๒๒ ๙๐.๗๘%	๕๑๗ ๙๙.๐๔%	๕ ๐.๙๖%	๕ ๑๐๐%
- มีการดำเนินการคัดกรองซิฟิลิสในกลุ่มผู้ต้องขังแรกเริ่ม		การคัดกรองซิฟิลิสในกลุ่มผู้ต้องขังแรกเริ่ม ร้อยละ ๕๐		จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด.....๙๖๖.....คน จำนวนผู้ต้องขังแรกเริ่ม...๕๗๕.....คน <b>ได้รับการตรวจ</b> ได้รับการตรวจ...๓๑๓...คน คิดเป็นร้อยละ.....๕๔.๔๓..... <b>ผลการตรวจ</b> ปกติ.....๓๑๐.....คน ผิดปกติ.....๓.....คน <b>ได้รับการวินิจฉัย</b> วินิจฉัยเป็น (ซิฟิลิส).....๓.....คน คิดเป็นร้อยละ.....๑๐๐.....  ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔ - ๑๕ ก.ค.๖๕		
ชื่อเรือนจำ	จำนวนผู้ต้องขัง (คน)	จำนวนผู้ต้องขังแรกเริ่ม (คน)	จำนวนผู้ต้องขังแรกเริ่มที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส (คน)	ผลการตรวจคัดกรองซิฟิลิส (คน)		
				ปกติ	ผิดปกติ	ได้รับการวินิจฉัย
เรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี	๙๖๖	๕๗๕	๓๑๓ ๕๔.๔๓%	๓๑๐ ๙๙.๐๔%	๓ ๐.๙๖%	๓ ๑๐๐%

กิจกรรม	เกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
- มีการดำเนินการคัดกรอง Hepatitis C ในกลุ่มผู้ต้องขัง แรกรับ ร้อยละ ๕๐	การคัดกรอง Hepatitis C ในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ ร้อยละ ๕๐	จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด.....๙๖๖.....คน จำนวนผู้ต้องขังแรกรับ.....๕๗๕.....คน <b>ได้รับการตรวจ</b> ได้รับการตรวจ.....๑๙๓.....คน คิดเป็นร้อยละ.....๓๓.๕๖.... <b>ผลการตรวจ</b> ปกติ.....๑๙๓.....คน ผิดปกติ.....๐.....คน <b>ได้รับการวินิจฉัย</b> วินิจฉัยเป็น ไวรัสตับอักเสบซี...๐....คน คิดเป็นร้อยละ...๐.....  ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔ - ๑๕ ก.ค.๖๕

ชื่อเรือนจำ	จำนวนผู้ต้องขัง (คน)	จำนวนผู้ต้องขังแรกรับ (คน)	จำนวนผู้ต้องขังแรกรับที่ได้รับการคัดกรอง Hepatitis C (คน)	ผลการตรวจคัดกรอง Hepatitis C (คน)		
				ปกติ	ผิดปกติ	ได้รับการวินิจฉัย
เรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี	๙๖๖	๕๗๕	๑๙๓ ๓๓.๕๖%	๑๙๓ ๑๐๐%	๐	๐

#### ๔.๓ เรือนจำสี่ขาวปลอดภัย (โรคอุบัติใหม่) (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕) รอบที่ ๒

๑. มีแผนการดำเนินการเรือนจำสี่ขาวปลอดภัย (โรคอุบัติใหม่)	- มีผลการดำเนินงานเรือนจำสี่ขาวปลอดภัย (โรคอุบัติใหม่) ร้อยละ ๑๐๐	มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด...๑,๐๑๑...คน ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔ - ๑๕ ก.ค.๖๕  <b>- วัคซีนโควิด 19 (สำหรับเจ้าหน้าที่ 84คน)</b>
๒. มีแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรคโควิด 19 เจ้าหน้าที่ในเรือนจำ	- ตามความเสี่ยงและสถานการณ์	<b>วัคซีนโควิด 19 (สำหรับเจ้าหน้าที่)</b> จำนวน.....๕.....ครั้ง/ปี จำนวนเข็มที่ ๑.....๐.....คน ร้อยละ..... จำนวนเข็มที่ ๒.....๑.....คน ร้อยละ ๑.๑๙ จำนวนเข็มที่ ๓.....๑๖.....คน ร้อยละ ๑๙.๐๔ จำนวนเข็มที่ ๔.....๔๒.....คน ร้อยละ...๕๐..... จำนวนเข็มที่ ๕...๒๕...คน ร้อยละ ๒๙.๗๗.  ข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ ก.ค.๖๕

กิจกรรม	เกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
<b>มาตรฐานเรือนจำสีขาวปลอดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน ๑๐ ข้อ</b> ๑. ระบบการจัดห้องกักกันโรคที่มีมาตรฐาน มี <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ๒. ตรวจ RT-PCR ผู้ต้องขังแรกจับ ๓ ครั้ง (day ๐, Day ๕-๗, Day ๑๙-๒๑ หรืออย่างน้อย ๒ ครั้ง ดังนี้ (day ๐, Day ๑๙-๒๑) มี <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ๓. สุ่มตรวจผู้ต้องขังแรกจับที่ส่งตัวกลับเข้าแดน มี <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ๔. ในรอบ ๑ เดือน มี จนท.ที่มีเป็นหวัดแล้วไม่ได้ตรวจ RT-PCR หรือไม่/ถ้าไม่มีผู้มีอาการหวัดถือว่าผ่านเกณฑ์ มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> ๕. ในรอบ ๑ เดือนมีการสุ่มตรวจ RT-PCR จนท. อสรจ. ร้อยละ ๕-๑๐ มี <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> (ตรวจ ATK ร้อยละ ๑๐) ๖. ทบพวนทะเลเบียนการรักษา (ตรวจสอบทะเบียนการส่งตรวจ) มี <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ๗. กรณีที่พบผู้ต้องขังในห้องกักโรคผล RT-PCR เป็นบวก ดำเนินการอย่างไร มี <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ๘. มีการฉีดวัคซีนผู้ต้องขังหรือไม่ มี <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ๙. จนท.และผู้ต้องขังกลุ่มเปราะบางได้รับวัคซีน มี <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ๑๐. ถ้ามีการระบาด มีส่งตรวจ RT-PCR ก่อนปล่อย/ถ้าไม่มีการระบาดไม่ต้องตรวจ มี <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>		
<b>๔.๔ บูรณาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อสำคัญในเรือนจำ</b>		
การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อสำคัญในเรือนจำ ๑. มีแผนการดำเนินงาน คัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคสำคัญในเรือนจำ ๒. มีแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน - วัคซีนไข้หวัดใหญ่ - วัคซีนโควิด 19	- วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ๑ ครั้ง/ปี  - วัคซีนหัดเยอรมัน ในกลุ่มอายุ ๒๐ - ๔๐ ปี ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน  - วัคซีนโควิด 19 อย่างน้อยได้รับการฉีด ๒ เข็ม	มีแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน - วัคซีนไข้หวัดใหญ่ จำนวน.....๑.....ครั้ง/ปี จำนวนที่ได้รับการฉีด.....๓๓๕.....คน (กลุ่มเป้าหมาย ๖๐๘ ชายและหญิง จำนวน ๒๒๗ คนได้รับการฉีด ร้อยละ ๑๐๐ และในส่วนที่เหลือ ดำเนินการฉีดในกลุ่มผู้ต้องขังหญิง ที่ไม่ใช่ กลุ่ม ๖๐๘ จำนวน ๑๐๘ คน ร้อยละ ๑๐๐) วันที่ฉีด...๒๐ เมษายน ๒๕๖๕.....  - วัคซีนโควิด 19 (สำหรับผู้ต้องขัง) จำนวน.....๔.....ครั้ง/ปี จำนวนรวมที่ได้รับการฉีด...๙๔๕...คน ไม่เคยได้รับวัคซีน...๒๑...คนร้อยละ..๒.๑๘ จำนวนเข็มที่ ๑..๑๘...คนร้อยละ...๑.๘๖... จำนวนเข็มที่ ๒...๑๗๑...คนร้อยละ๑๗.๗๐ จำนวนเข็มที่ ๓...๗๔๕...คนร้อยละ๗๗.๑๒ จำนวนเข็มที่ ๔...๑๑.....คนร้อยละ๑.๑๔  ข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ ก.ค.๖๕

กิจกรรม	เกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
<b>๕. ด้านบริการพื้นฐานงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕) รอบที่ ๒</b>		
- บริการฝากครรภ์	๕ ครั้ง ตามเกณฑ์	ผู้ต้องซังหญิงจำนวน ๑ คน ตั้งครรภ์จากภายนอก เรือนจำ มีประวัติการฝากครรภ์ไม่ผ่านเกณฑ์ ANC ๕ ครั้ง เนื่องจากก่อนเข้าเรือนจำ ฝากครรภ์ช้าและ ฝากครรภ์ไม่ต่อเนื่อง ภายหลังหลังจากเข้าเรือนจำ ได้ฝากครรภ์ตามแพทย์นัดเป็นระยะ (๑ ครั้ง อายุ ครรภ์ ๒๘ สัปดาห์) โดยผ่านการคัดกรองและ ประเมินความเสี่ยง พร้อมได้รับการให้ความรู้ตาม มาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ ชักประวัติ ตรวจ ร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- บริการดูแลตรวจหลังคลอด	๓ ครั้ง ตามเกณฑ์	ไม่มีหญิงหลังคลอด
- บริการวัคซีนแก่เด็กตามโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก	ในเวลาราชการตามโปรแกรม	ปัจจุบัน ไม่มีเด็กติดผู้ต้องซัง แต่ถ้าหากมีจะมี บริการวัคซีนตามโปรแกรม โดยจะนำเด็กไปรับ วัคซีนที่ รพ.สิงห์บุรี
- บริการตรวจคัดกรองเบาหวาน เมื่อพบความผิดปกติได้รับการรักษาตามมาตรฐาน	๑ ครั้ง/ปี	จำนวนผู้รับบริการ...๖๓๐....คน ผลการตรวจ ปกติ.....๖๐๒.....คน ผิดปกติ.....๒๘.....คน <b>ได้รับการวินิจฉัย</b> วินิจฉัยเป็น (DM).....๐.....คน คิดเป็นร้อยละ.....๐..... ผู้ต้องซังมีผลตรวจน้ำตาลผิดปกติ อยู่ในช่วง ๑๐๐ - ๑๔๐ mg% จำนวน ๒๘ คน ส่งปรึกษาแพทย์ รพ.สิงห์บุรี แพทย์ให้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง โดยให้ control diet และให้ตรวจน้ำตาลซ้ำอีก ๓ เดือน โดยใช้ปิงปอง จราจรชีวิต ๗ สี ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔ - ๑๕ ก.ค.๖๕
- บริการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง เมื่อพบความผิดปกติได้รับการรักษาตามมาตรฐาน	๑ ครั้ง/ปี	จำนวนผู้รับบริการ.....๖๓๐.....คน ผลการตรวจ ปกติ.....๖๒๒.....คน ผิดปกติ.....๘.....คน <b>ได้รับการวินิจฉัย</b> วินิจฉัยเป็น (HT).....๘.....คน ได้รับการรักษาจำนวน.....๘..... คน คิดเป็นร้อยละ.....๑๐๐..... ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔ - ๑๕ ก.ค.๖๕

กิจกรรม	เกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
- การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก/เต้านม	๑ ครั้ง/ปี	จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๑๙ คน ผลการตรวจ ปกติ.....๑๘.....คน ผิดปกติ.....๓.....คน คัดกรองมะเร็งเต้านม...๑๓๑...คน ผลการตรวจ ปกติ.....๑๓๑.....คน ผิดปกติ.....๑.....คน ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔ - ๑๕ ก.ค.๖๕
<b>๖. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕) รอบที่ ๒</b>		
- จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขัง	ตามความเหมาะสม	๔ ครั้ง/ปี
- ให้บริการให้คำปรึกษาและกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด	๒ ครั้ง/ปี	๔ ครั้ง/ปี
- ให้บริการตรวจรับรองความพิการและประสานขอสนับสนุนกายอุปกรณ์	ตามความเหมาะสม	๑ ครั้ง (แพทย์ลงความเห็นว่าไม่พิการ)
<b>๗. ด้านการส่งต่อเพื่อการรักษา (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕) รอบที่ ๒</b>		
- มีระบบการส่งต่อทั้งทางกายและทางจิตครอบคลุมถึงการส่งต่อประวัติการรักษา	๑ ครั้ง/สัปดาห์	ทุกวัน จำนวนผู้รับบริการ จำนวน ๕๑ ราย
- มีระบบบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเตรียมส่งต่อผู้ต้องขังป่วยไปรับการรักษานอกเรือนจำในกรณีฉุกเฉิน	ทุกวัน	ทุกวัน ผู้รับบริการ จำนวน ๘ ราย
<b>๘. ด้านการตรวจสอบสิทธิ (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕) รอบที่ ๒</b>		
- มีระบบให้คำปรึกษา เกี่ยวกับเรื่อง การรักษาพยาบาลของผู้ต้องขัง เพื่อการย้ายสิทธิ เปลี่ยนสิทธิการรักษา พยาบาล การเพิกถอนสิทธิ หรือแม้แต่ผู้ที่ไม่มีสิทธิ การรักษาใด ๆ	ทุกวัน	ทุกวัน บริการให้คำปรึกษาเรื่องสิทธิการรักษา/ตรวจสอบสิทธิการรักษา โดยพยาบาลเรือนจำ
- มีระบบการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ	ทุกวัน	ทุกวัน ดำเนินการลงทะเบียนย้ายสิทธิ UC ตรง CUP ทุกวัน และในกรณี สิทธิประกันสังคม ดำเนินการตรวจสอบและส่งเอกสารย้ายสถานพยาบาลให้สำนักงานประกันสังคมดำเนินการต่อเดือนละ ๑ ครั้ง

กิจกรรม	เกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
<b>๙. ด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อม (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕) รอบที่ ๒</b>		
- การจัดทำห้อง Admit สำหรับผู้ต้องขัง	จัดทำห้อง Admit แยกเป็นสัดส่วนสำหรับผู้ต้องขัง	รพ.แม่ข่ายจัดห้อง ปันสุข เป็นห้อง Admit สำหรับผู้ต้องขัง จำนวน ๑ ห้อง
- จัดระบบ Telemedicine	จัดให้มีระบบ Telemedicine ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับเรือนจำ	ปัจจุบัน เรือนจำดำเนินการตรวจผู้ต้องขังผ่านจอภาพ ในรูปแบบของ ZOOM และ Application LINE
- ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการติดต่อของโรค	มีการดำเนินการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการติดต่อของโรค	เรือนจำดำเนินการด้านสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน ๕ ด้าน ของกรมราชทัณฑ์และดำเนินงานตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำให้มีความครอบคลุมเรื่องสิ่งแวดล้อมในเรือนจำและปัจจุบันได้รับการบริการเก็บขยะติดเชื้อจาก รพ.แม่ข่าย สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง

#### นวัตกรรม

การค้นหาข้อมูลการฉีดวัคซีนของ ผู้ต้องขัง เข้าใหม่ผ่านระบบฐานข้อมูลวัคซีน Moph IC ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เรือนจำสามารถดำเนินการเรื่องการฉีดวัคซีน COVID – ๑๙ ให้กับ ผู้ต้องขังได้อย่างรวดเร็ว

#### ปัจจัยความสำเร็จ

TEAM - การทำงานเป็นทีมระหว่าง โรงพยาบาลแม่ข่าย / เรือนจำ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ สำนักและศูนย์วิชาการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทำให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

#### ปัญหา/อุปสรรค

การใช้โปรแกรม Hosxp PCU ในเรือนจำเริ่มดำเนินการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จนถึงปัจจุบัน พบปัญหาการดำเนินงานดังนี้

๑. ความชัดเจนเรื่องขอบเขตการบันทึกการบริการในโปรแกรม Hosxp PCU ในเรือนจำ ซึ่งบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิในเรือนจำมีความแตกต่างจาก หน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ

๒. ขาดพี่เลี้ยงในการบันทึกการใช้ Hosxp PCU

๓. การนำฐานข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC

๓. ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	แนวทางการแก้ไข
-การพัฒนา อสรจ.ให้เป็น อสม.หมอประจำบ้านและดำเนินการนโยบาย ๓ หมอ	-เพิ่มหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้านและดำเนินการนโยบาย ๓ หมอ อสรจ.รุ่นที่ ๒ วันที่ ๑๘-๒๖ ก.ค.๖๕ เพิ่ม อสบ.(เทียบเท่าอสค.)
-การให้บริการรักษาทันตกรรมภายใต้มาตรการความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	-การดำเนินด้านทันตกรรมมีการดำเนินงานในช่วงเดือน มิ.ย.๖๕ ผลงานเป็นไปตามแผนและเป้าหมาย

๔. การดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
๑.การพัฒนา อสรจ.ให้เป็น อสม.หมอประจำบ้านและดำเนินการนโยบาย ๓ หมอ ๒.การให้บริการรักษาทันตกรรมภายใต้มาตรการความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	๑.เพิ่มหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้านและดำเนินการนโยบาย ๓ หมอ ใน อสรจ. ๒.มีแผนออกให้บริการรักษาทางทันตกรรม เดือน มิ.ย.๖๕ และ ก.ย. ๖๕	๑.อบรม อสรจ.รุ่นที่ ๒ วันที่ ๑๘-๒๖ ก.ค.๖๕ เพิ่ม อสบ.(เทียบเท่าอสค.) ๒.เป็นไปตามแผนและบรรลุเป้าหมาย

๕.แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

จัดทำแผนปฏิบัติการครบตามบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นในเรือนจำและตามประเด็นตรวจราชการกำหนด

๖.ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ

กรณีเพิ่มตัวชี้วัดที่กำหนดเพิ่มเติมจากบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นในเรือนจำ ควรสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานควบคู่กันให้เพียงพอ

ผู้รายงาน นายเสกสิทธิ์ วิเศษอักษร  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
สถานที่ปฏิบัติงาน เรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี  
เบอร์โทร ๐๙ ๗๑๒๓ ๖๖๒๑  
E-mail Seksit\_@hotmail.com  
ผู้รายงาน นายทรงชนะ เอสมบูรณ์  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี  
เบอร์โทร ๐๘ ๐๕๘๐ ๖๔๙๒  
E-mail pragunsing@gmail.com  
วัน/เดือน/ปี ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕



รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
Agenda based ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์  
หัวข้อ กัญชาทางการแพทย์  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

## ๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

### ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

- ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ.ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ ๗๐
- สถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละเขตสุขภาพฯ ละ ๓ แห่ง
- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ ๕
- ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕

## ๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

### ภาพรวมการดำเนินงานในจังหวัดสิงห์บุรี

#### ต้นน้ำ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ซึ่งมีผลบังคับใช้ในวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๕ โดยตามประกาศได้ระบุถึงส่วนที่ยังเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ของพืชกัญชา และกัญชง ซึ่งได้แก่ สารสกัดจากทุกส่วนของพืชกัญชาหรือกัญชง ยกเว้นกรณีที่สารสกัดที่มีปริมาณสารสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ ๐.๒ โดยน้ำหนัก เฉพาะที่ได้รับอนุญาตให้สกัดจากพืชกัญชาหรือกัญชงที่ปลูกภายในประเทศ และสารสกัดจากเมล็ดของพืชกัญชาหรือกัญชง ที่ได้จากการปลูกภายในประเทศ ทำให้ส่วนต่างๆ ของพืชกัญชา กัญชง เช่น ช่อดอก เมล็ด ไม่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ แล้ว ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ขอความร่วมมือให้ประชาชนที่ต้องการปลูกกัญชาหรือกัญชง ให้จดแจ้งรายละเอียดในเว็บไซต์ปลูกกัญ หรือจดแจ้งผ่านทางโทรศัพท์ ที่แอปพลิเคชันปลูกกัญ โดยในปัจจุบัน จังหวัดสิงห์บุรี มีการจดแจ้งการปลูกกัญชาทั้งหมด ๒๐๐๓ ครั้ง และกัญชง ๓๕ ครั้ง (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๕) โดยมีวัตถุประสงค์จดแจ้งเพื่อสุขภาพ ๑,๘๕๖ ครั้ง เพื่อทางการแพทย์แผนไทย ๑๓๓ ครั้ง เพื่อเชิงพาณิชย์ ๔๙ ครั้ง และไม่มีการจดแจ้งเพื่อการศึกษาวิจัย

#### กลางน้ำ

จังหวัดสิงห์บุรี ยังไม่มีสถานที่ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการในการผลิต (สกัด) ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ทั้งกัญชาและกัญชง

#### ปลายน้ำ

- ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ปัจจุบัน ยังไม่พบการแปรรูปกัญชาหรือกัญชงเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพในรูปแบบของผลิตภัณฑ์อาหารและผลิตภัณฑ์สมุนไพร แต่พบการแปรรูปในส่วนของผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางจากพืชกัญชง โดยได้มีการจดแจ้งกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ทั้งหมด ๑๑ ตำรับ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ประเภทเซรั่มหรือน้ำตบบำรุงผิว ๕ ตำรับ ประเภททอไลน์ซิง ๒ ตำรับ ประเภทเพิ่มความชุ่มชื้น ๑ ตำรับ ประเภทมาสก์หน้า ๑ ตำรับ และประเภทกันแดด ๒ ตำรับ

- คลินิกกัญชาทางการแพทย์

จังหวัดสิงห์บุรี มีโรงพยาบาลทั้งสิ้น ๖ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๔๗ แห่ง มีการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทั้งหมด ๗ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๒ แห่ง (โรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลอินทร์บุรี) โรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่ง (โรงพยาบาลค่ายบางระจัน โรงพยาบาลท่าช้าง โรงพยาบาลพรหมบุรี และโรงพยาบาลบางระจัน) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑ แห่ง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองเอน ๑) โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ทั้งหมด ๒๘ คน ได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบัน ๕ คน แพทย์แผนไทย ๑๐ คน ทันตแพทย์ ๐ คน และเภสัชกร ๑๓ คน ทั้งนี้ สำหรับตำรับยา กัญชาทางการแพทย์ที่ใช้ในแต่ละโรงพยาบาลเป็นดังนี้

โรงพยาบาลสิงห์บุรี : มีตำรับยาแผนปัจจุบันที่เป็นสารสกัดน้ำมันกัญชา ๑ ตำรับ คือ ๑.๗% THC และตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ๓ ตำรับ คือ ตำรับสุขไสยาศน์ ตำรับทำลายพระสุเมรุ และน้ำมันกัญชาสูตรหอมเดชา

โรงพยาบาลอินทร์บุรี : มีตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมที่มีให้บริการในคลินิกอยู่ ๒ ตำรับ คือ ตำรับสุขไสยาศน์ และตำรับทำลายพระสุเมรุ

โรงพยาบาลค่ายบางระจัน : มีตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมที่มีให้บริการในคลินิกอยู่ ๓ ตำรับ คือ ตำรับสุขไสยาศน์ และตำรับทำลายพระสุเมรุ และน้ำมันกัญชาตำรับหอมเดชา

โรงพยาบาลบางระจัน : มีตำรับยาแผนปัจจุบันที่เป็นสารสกัดน้ำมันกัญชา ๑ ตำรับ คือ THC:CBD ๑:๑ และตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ๑ ตำรับ คือ ตำรับสุขไสยาศน์

โรงพยาบาลท่าช้าง โรงพยาบาลพรหมบุรี : มีตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมที่มีให้บริการในคลินิกอยู่ ๑ ตำรับ คือ ตำรับสุขไสยาศน์

สำหรับผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์จังหวัดสิงห์บุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ได้จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดสิงห์บุรี สาขา กัญชาทางการแพทย์ ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เพื่อขับเคลื่อนแนวทางการดำเนินงานต่าง ๆ ตามข้อเสนอแนะในการตรวจราชการครั้ง ๑/๒๕๖๕ เช่น การจัดทำข้อมูลจำนวนผู้ป่วย Palliative care ของทุกโรงพยาบาลใหม่ (Revise data) โดยได้เชิญผู้รับผิดชอบงาน Palliative care ของแต่ละโรงพยาบาลเข้าร่วมประชุมในครั้งที่ผ่านมาด้วย เพื่อให้รับทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และได้มีการปรับความเข้าใจในส่วนของนิยามการวินิจฉัย Palliative care ใหม่ นอกจากนี้ยังมีประเด็นการใช้ยาในผู้ป่วย Palliative care โดยจากการตรวจราชการครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ พบว่าร้อยละของของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ของจังหวัดสิงห์บุรี เป็น ๑.๕๓ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนด ทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดสิงห์บุรี สาขา กัญชาทางการแพทย์ ได้มีการตั้งเป้าหมายให้แต่ละโรงพยาบาลในการค้นหา กลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วย palliative care ที่มีข้อบ่งใช้ในการได้รับยา กัญชาทางการแพทย์เชิงรุก โดยใช้กระบวนการ ๓ หมอ โดยจัดทำแบบคัดกรองประชาชนเบื้องต้น การใช้ประโยชน์กัญชาทางการแพทย์ โดย อสม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เพื่อให้เกิดการดำเนินการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เชิงรุก ปัจจุบันได้เริ่มมีการใช้แบบคัดกรองดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว โดยประชาชนได้รับการคัดกรองแล้ว ทั้งหมด ๒๙๒ คน ต้องการใช้อีกัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๑๗๗ คน ได้รับยา ๗ คน ไม่ได้รับยา ๑๑ คน อยู่ระหว่างดำเนินการ ๑๕๙ คน

ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ได้ดำเนินการจัดสอบและเป็นศูนย์สอบขึ้นทะเบียนผู้สั่งใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เมื่อวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ โดยได้มีผู้ที่สนใจและสมัครสอบเข้าร่วมทั้งหมด ๒ คน (แพทย์แผนปัจจุบันทั้ง ๒ คน)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ครอบคลุมทั้ง ๖ แห่งเรียบร้อยแล้ว คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ในส่วนของตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เป้าหมาย ร้อยละ ๕ จังหวัดสิงห์บุรีมีผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่ได้รับการรักษาทางการแพทย์ทั้งหมด ๒๘ คน จาก ๕๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๖๐ และตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เป้าหมาย เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕ จังหวัดสิงห์บุรีมีผู้มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทั้งหมด ๒๘๗ คน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และ ๒๐๒ คน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๐๘ (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๔๒.๐๘)

สำหรับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการได้รับยา กัญชาทางการแพทย์ ในเบื้องต้น พบว่ามีผู้ป่วยที่มีการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด ๘ ราย โดยเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยาคุชไฮยาซีน จำนวน ๕ ราย (อาการเจ็บคอ ร้อนคอ ๓ ราย และมึนงง ๒ ราย) เกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยาทำลายพระสุเมรุ จำนวน ๒ ราย (อาการแสบร้อนท้อง ๒ ราย) และเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยา THC:CBD ๑:๑ จำนวน ๑ เคส (อาการใจสั่น)

### ๒.๑ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

โรงพยาบาล	โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ
โรงพยาบาลสิงห์บุรี	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลอินทร์บุรี	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลบางระจัน	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลพรหมบุรี	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลท่าช้าง	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลค่ายบางระจัน	๑	๑๐๐
<b>รวม</b>	<b>๖</b>	<b>๑๐๐</b>

### ๒.๒ สถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละเขตสุขภาพ ๗ ละ ๓ แห่ง

สถานพยาบาลเอกชนทั้งหมด	สถานพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ
อำเภอเมืองสิงห์บุรี	ไม่มี	๐
อำเภออินทร์บุรี		
อำเภอบางระจัน		
อำเภอพรหมบุรี		
อำเภอท่าช้าง		
อำเภอค่ายบางระจัน		
<b>รวม</b>		

๒.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวด  
ทางการแพทย์ ร้อยละ ๕

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ระยะประคับประคอง (Palliative care) (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับ การรักษาด้วยยาแก้ปวด ทางการแพทย์ (คน)	ร้อยละ
โรงพยาบาลสิงห์บุรี	๑๑๑	๑๘	๑๖.๒๒
โรงพยาบาลอินทร์บุรี	๓๓๓	๑	๐.๓๐
โรงพยาบาลบางระจัน	๒๒	๔	๑๘.๑๘
โรงพยาบาลพรหมบุรี	๑๕	๐	๐
โรงพยาบาลท่าช้าง	๑๐	๔	๔๐.๐๐
โรงพยาบาลค่ายบางระจัน	๙	๑	๑๑.๑๑
<b>รวม</b>	<b>๕๐๐</b>	<b>๒๘</b>	<b>๕.๖๐</b>

๒.๔ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดทางการแพทย์

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ รักษาด้วยยาแก้ปวดทางการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (คน)	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับ การรักษาด้วยยาแก้ปวดทาง การแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (คน)	ร้อยละ
โรงพยาบาลสิงห์บุรี	๑๒๖	๑๓๐	๓.๑๗
โรงพยาบาลอินทร์บุรี	๗๖	๗๖	๐
โรงพยาบาลบางระจัน	๐	๓๓	๑๐๐
โรงพยาบาลพรหมบุรี	๐	๑๐	๑๐๐
โรงพยาบาลท่าช้าง	๐	๒๑	๑๐๐
โรงพยาบาลค่ายบางระจัน	๐	๑๗	๑๐๐
<b>รวม</b>	<b>๒๐๒</b>	<b>๒๘๗</b>	<b>๔๒.๐๘</b>

## ๓. ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	การแก้ไข
เร่งรัดวางแผนการจัดบริการคลินิกกัญชาฯ	ได้ดำเนินการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ครบทุกแห่งเรียบร้อยแล้ว
การใช้ยาในผู้ป่วย Palliative Care (ร้อยละ ๕)	ดำเนินการผ่านคณะกรรมการ service plan สาขา กัญชา - Revise ข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care - ตั้งเป้าหมาย - กระบวนการ ๓ หมอ
ในส่วนต้นน้ำ กลางน้ำ มีรัฐ วิชาหกิจชุมชน เป็นแหล่งปลูก ๑ แห่ง ยังไม่มีการแปรรูป ขอให้วิเคราะห์สาเหตุปัญหาให้ชัดเจน	ปัจจุบันมีการแปรรูปพืชกัญชาเป็นผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง จำนวน ๑๑ ตำรับ

## ๔. การดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕ Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
๑. บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมยังไม่เพียงพอ	๑.๑ ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ Service Plan สาขา กัญชาทางการแพทย์  ๑.๒ ให้โรงพยาบาลที่ยังมีบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์	- จัดประชุมคณะกรรมการ Service Plan สาขา กัญชาทางการแพทย์เรียบร้อยแล้ว จำนวน ๒ ครั้ง - จัดสอบและเป็นศูนย์สอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้สั่งใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เมื่อวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๖๕
๒. การเข้าถึงบริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์	๒.๑ แผนการจัดตั้งคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล  ๒.๒ แผนการประชาสัมพันธ์การให้บริการของแต่ละโรงพยาบาลการให้ความรู้เกี่ยวกับกัญชากับประชาชน และแผนการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกใน ผู้ป่วย Palliative	- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานจำนวน ๕ แห่ง ได้เริ่มดำเนินการจ่ายยาสุขไสยาสน์ ให้กับผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว - โรงพยาบาลได้มีการจัดทำแผนประชาสัมพันธ์การให้บริการของแต่ละโรงพยาบาล การให้ความรู้เกี่ยวกับกัญชากับประชาชน และแผนการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕ Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
๒. การเข้าถึงบริการของ คลินิกกัญชาทางการแพทย์	๒.๓ การดำเนินการให้บริการเชิงรุก โดยใช้ ๓ หมอ	- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ได้จัดทำแบบคัดกรองประชาชนเบื้องต้น การใช้ประโยชน์กัญชาทางการแพทย์ โดย อสม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สิงห์บุรี เพื่อให้เกิดการดำเนินการ ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เชิง รุก โดยได้คัดกรองไปแล้วทั้งสิ้น ๒๙๒ คน
๓. ตำรับยาจากกัญชาในการ ให้บริการในคลินิกกัญชา ทางการแพทย์	๓.๑ แผนการจัดซื้อยา ทางการแพทย์	- โรงพยาบาลได้ดำเนินการจัดซื้อตำรับ ยาจากกัญชาทางการแพทย์และได้รับการ สนับสนุนจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔ ตามแผนการดำเนินงาน

#### ๕. แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๖
๑. การเข้าถึงบริการของ คลินิกกัญชาทางการแพทย์	๑.๑ ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ Service Plan สาขากัญชาทางการแพทย์ ๑.๒ แผนการประชาสัมพันธ์การให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แต่ละโรงพยาบาล การให้ความรู้เกี่ยวกับกัญชากับประชาชน ผ่านช่องทาง ออนไลน์และออฟไลน์ และแผนการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในผู้ป่วย Palliative ๑.๓ การดำเนินการให้บริการเชิงรุก โดยใช้ ๓ หมอ
๒. การเฝ้าระวังการเกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการใช้กัญชา	๒.๑ ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ Service Plan สาขากัญชา ทางการแพทย์ ๒.๒ แผนการประชาสัมพันธ์การใช้กัญชาในทางที่ถูกต้อง ประโยชน์และโทษ ของการใช้กัญชา ๒.๓ มีระบบการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในแต่ละหน่วยบริการ ๒.๔ ให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับการเกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชา และแนวทางการจัดการภาวะที่เกิดขึ้น

## การดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ จังหวัดสิงห์บุรี ปีงบประมาณ 2566

กิจกรรมที่จะดำเนินการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการ จังหวัดสิงห์บุรี	แผนการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ 2566 )											
	ไตรมาสที่ 1			ไตรมาสที่ 2			ไตรมาสที่ 3			ไตรมาสที่ 4		
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
1. จัดประชุมคณะกรรมการ service plan สาขา กัญชา ทางการแพทย์ เรียบร้อยแล้วจำนวน 2 ครั้ง	←————→						←————→					
2. แผนการประชาสัมพันธ์ - การให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของแต่ละโรงพยาบาล - การให้ความรู้เกี่ยวกับกัญชากับประชาชนเกี่ยวกับการใช้กัญชา กัญชง ในทางที่ถูกต้อง ประโยชน์และโทษจากการใช้กัญชา กัญชง - การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการเกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการได้รับกัญชา และแนวทางการจัดการ กับภาวะที่เกิดขึ้น	←————→										————→	
3. แผนการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้ป่วย palliative care และการดำเนินการให้บริการเชิงรุก โดยใช้ 3 หมอ	←————→						————→					
4. สรุปผลการดำเนินงาน										←————→		

### ๖. ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ

#### ๖.๑ ข้อเสนอแนะ

๖.๑.๑ ข้อมูล และแนวทางการซื้อ-ขาย ตำรับยากัญชาทางการแพทย์จากแหล่งต่าง ๆ เพื่อเป็นข้อมูล  
ให้โรงพยาบาลในจังหวัดประกอบการพิจารณานำตำรับดังกล่าวมาใช้ในหน่วยบริการ

๖.๑.๒ ขั้นตอนการซื้อ-ขายตำรับยากัญชาค่อนข้างยุ่งยาก หากลดขั้นตอนการจัดซื้อ จะทำให้กระบวนการ  
การจัดหาง่ายขึ้น และบางแหล่งจำหน่ายมีราคาค่อนข้างสูง

๖.๑.๓ ควรมีการจัดทำ Clinical Practice Guideline ที่เป็นมาตรฐานสำหรับทุกโรงพยาบาลในการ  
รักษาผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยวิกฤติที่ได้รับกัญชาเกินขนาด

#### ๖.๒ สิ่งที่ขอรับการสนับสนุน

๖.๒.๑ อยากให้มีการทำสื่อเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์การใช้กัญชาในทางที่ถูกต้อง ประโยชน์และโทษ  
ของการใช้กัญชา เพื่อให้ประชาชนได้ทราบและตระหนักถึงผลดี ผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นได้เมื่อใช้กัญชา และ  
ประชาสัมพันธ์จากสื่อหลักจากส่วนกลางเพิ่มเติม

ผู้รายงาน นายอลงกรณ์ อันประนิตย์  
ตำแหน่ง เกษีชรปฏิบัติกร  
วัน/เดือน/ปี ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
E-mail jae.alongkorn@gmail.com.  
เบอร์โทร ๐๖ ๑๔๒๑ ๔๙๐๔

## แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

## ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

## หัวข้อ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

จังหวัด สิงห์บุรี เขตสุขภาพที่ ๔ รอบที่ ๒/๒๕๖๕

วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

## ๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี


หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : โรงพยาบาล ๖ แห่ง, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๖ อำเภอ, NPCU ๑๐ ทีม

(สอน. ๒ แห่ง/ศสม. ๑ แห่ง/PCUรพ. ๑ แห่งและ รพ.สต. ๒๓ แห่ง)

## ๒.วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕
<b>ตัวชี้วัดที่ ๑ : จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน</b>		
<p>๑ ปัญหา : การเข้าสู่ระบบแบบ Real Time</p> <p>สาเหตุ : -การเข้าถึงระบบ internet ของหมอคนที่ ๑ (ค่าใช้จ่าย)</p> <p>- สมรรถนะหมอคนที่ ๑ ที่สูงวัย</p> <p>๒ การดำเนินงานคนไทยทุกคน มีหมอปประจำตัว ๓ คน ผ่านระบบสามหมอรู้จักคุณ</p> <p>๒.๑ การนำเข้าสู่ข้อมูลประชากรจาก HDC ของสภส.ไปที่โปรแกรมระบบสามหมอรู้จักคุณพบว่า ฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ได้แก่ ประชากรซ้ำซ้อน,มีชื่อประชากรผู้เสียชีวิต,ข้อมูลประชากรบางส่วนไม่แสดงในโปรแกรม เช่น ในเขตเทศบาล</p> <p>๒.๒ การเข้าใช้งาน เป็นรหัสของตำบล ทำให้การบันทึกข้อมูลเกิดปัญหาทับซ้อน , ลบหายได้</p> <p>๒.๓ ผู้รับผิดชอบนโยบายจากส่วนกลาง ไม่ชัดเจนและการชี้แจงการใช้โปรแกรมล่าช้า</p>	<p>๑.๑ การสร้างความรอบรู้ในทักษะและกระบวนการใช้ สมาร์ทโฟน ผ่านโปรแกรม สุขภาพต่าง ๆ เช่น หมอพร้อม สมาร์ท อสม. เป็นต้น</p> <p>๑.๒ ยกระดับงานประจำ อสม. สู่ Paperless</p> <p>๒ ระบบสามหมอรู้จักคุณ ถูกออกแบบในการโต้ตอบและแก้ไขปัญหาโดยให้สื่อสารตรงระหว่าง หน่วยบริการที่บันทึกกับ IT สภส. ผ่าน Line ID : @๓๘๓๖๖๖๒๕๕๕</p> <p>ชี้แจงนโยบาย/บทบาทหน้าที่/แนวทางการบันทึกข้อมูล ให้กับเจ้าหน้าที่ในแต่ละระดับเพื่อจะได้ดำเนินการในทิศทางที่ถูกต้องและเป็นแนวเดียวกัน</p> <p>๒.๑ - ๒.๓ หน่วยบริการประสาน IT สสจ./สภส.และผู้รับผิดชอบงาน สภส. ดำเนินการแก้ไข</p>	<p>๑.๑ ผลลัพธ์จากการสร้างความรอบรู้แบ่ง หมอที่ ๑ เป็น ๓ ระดับ เพื่อสามารถดำเนินการได้ถึงเป้าหมาย</p> <p>๑.๑.๑ หมอที่ ๑ สมรรถนะมีความรอบรู้สามารถเป็นครู ก</p> <p>๑.๑.๒ หมอที่ ๑ สมรรถนะมีความรอบรู้สามารถจัดการข้อมูลในการะงานตนเองเท่านั้นไม่มีความสามารถทางการถ่ายทอด</p> <p>๑.๑.๓ หมอที่ ๑ จำเป็นต้องมี BUDDY (สมรรถนะและระบบ (wifi)</p> <p>๑.๒ อสม.สามารถ ส่งงานผ่านระบบ line และโปรแกรมสุขภาพได้สำเร็จถึงเป้าหมาย</p> <p>-โควต้า อสม.จ.สิงห์บุรี ทั้งหมด ๔,๕๙๑ คน</p> <p>อสม.ที่มีจริงและส่งเบิกค่าป่วยการ ๔,๕๘๓ คน (ข้อมูล ณ ๓๐ มิ.ย. ๒๕๖๕)</p> <p>ลง app smart อสม. จำนวน ๓,๗๗๒ คน คิดเป็น ร้อยละ ๕๒ (ข้อมูล ณ ๓๐ มิ.ย. ๒๕๖๕)</p>



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕
<b>ตัวชี้วัดที่ ๑ : จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน</b>		
		<p>-ส่งงาน อสม.๑ ด้วย app smart อสม. จำนวน ๑,๘๕๗ คน คิดเป็น ร้อยละ ๕๒ (ข้อมูล ณ ๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๕)</p> <p>๒.ผลการดำเนินงานเชื่อมโยงข้อมูลในระบบ ๓ หมอ รู้จักคุณ <a href="https://mdoctor.hss.moph.go.th">https://mdoctor.hss.moph.go.th</a></p> <p>- ประชาชนคนไทยมีหมอปประจำตัว ๓ คน คิดเป็น ร้อยละ ๘๗.๒๕</p> <p>การเชื่อมโยงสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ติดสังคม จำนวน ๓๓,๖๙๗ คน</li> <li>-ติดบ้าน จำนวน ๓,๐๖๖ คน</li> <li>-ติดเตียง จำนวน ๔๙๙ คน (ข้อมูล ณ ๑๒ ก.ค.๒๕๖๕)</li> </ul>
<b>ตัวชี้วัดที่ ๒ : จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒๕๖๒</b>		
<p>๒.๑ ปัญหา : จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไม่ได้ตามแผน</p> <p>๑๐ ปี</p> <p>สาเหตุ: ขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>๒.๒ ปัญหา : การประสานงาน ไม่ชัดเจน มีอุปสรรคในการพัฒนาระบบเครือข่าย</p> <p>สาเหตุ : ผู้บริหารในเครือข่าย มีบทบาทหน้าที่ในระนาบเดียวกัน</p>	<p>๒.๑ จัดหาทุนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/ประชาสัมพันธ์หลักสูตรฝึกอบรม BC/SC</p> <p>๒.๒ ข้อเสนอแนะควรออกแบบระบบ เพื่อแก้ปัญหาบทบาทหน้าที่เครือข่ายในระบบ NPCU และมีคำสั่งมอบหมายบทบาทหน้าที่ให้มีความชัดเจน</p> 	<p>-ปี ๒๕๖๕ ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ๑ แห่ง (NPCU โภกกรรม)</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕
<b>ตัวชี้วัดที่ ๓ : ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ</b>		
<p>๓.๑ สถานการณ์โควิด-๑๙ ส่งผลให้การดำเนินงานส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นการจัดประชุมคณะกรรมการต้องเลื่อนระยะเวลาออกไปตามสถานการณ์ ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานต้องขยายเวลาออกไป</p> <p>๓.๒ ขาดเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิ เนื่องจากลาออกและเกษียณราชการ</p> <p>๓.๓ ในสถานการณ์โควิดที่ต้องระดมกำลังบุคลากรในการควบคุม/ป้องกัน/สอบสวนโรค ประกอบกับบางครั้ง กรม/กอง/เขต/สปสข.จัดประชุมออนไลน์พร้อมกัน ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง มีข้อจำกัดในการเข้าประชุม</p>	<p>๓.๑ ปรับรูปแบบการให้บริการแบบ NEW Normal และใช้กลวิธีขับเคลื่อนตามสายงานบังคับบัญชาของการบริหารราชการส่วนภูมิภาค</p> <p>๓.๒ จัดทำแผนการสรรหาบุคลากรทดแทน</p> <p>๓.๓. จัดลำดับความสำคัญการประชุมออนไลน์ร่วมกับงานประจำ และการดำเนินงานโรคโควิด-๑๙ ให้สอดคล้องกับทรัพยากรบุคคลที่มี</p> <p>๓.๔ ประชุมคณะกรรมการ พขอ. เพื่อบูรณาการความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อน</p> <p>๓.๕ พัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกับเครือข่ายโดยใช้หลักการ UCCARE</p>	<p>๓.๑ ประสานการทำงานให้บริการทางสื่อออนไลน์ ได้แก่ LINE group เป็นต้น</p> <p>๓.๒ อยู่ระหว่างดำเนินการตามรอบการย้ายของเจ้าหน้าที่และรอการรับจัดสรรเจ้าหน้าที่จบใหม่</p> <p>๓.๓ มีเจ้าหน้าที่เข้าร่วมประชุมตามบริบทสถานการณ์จัดการการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-๑๙, กลุ่มเปราะบาง</p> <p>๓.๔ กลุ่มเปราะบางได้รับการดูแล ดังนี้ ผู้สูงอายุ จำนวน ๓๑,๒๓๓ คน ผู้พิการ จำนวน ๕,๔๒๙ คน ผู้ป่วย IMC จำนวน ๒๒๓๓ คน อื่น ๆ ตามประเด็น พขอ. จำนวน ๖๐,๘๐๖ คน</p> <p>๓.๕ ผลการประเมินตนเองตามหลัก UCCARE จังหวัดสิงห์บุรี ได้คะแนนระดับ ๓</p>
<b>ตัวชี้วัดที่ ๔ : ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดตาม</b>		
<p>๔.๑ การระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทำให้บุคลากรมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น จึงมีการขาดช่วงของการดำเนินงานตามมาตรฐาน</p>	<p>๔.๑ การประเมินผ่านระบบออนไลน์ เพื่อลดการรวมคนและลดความเครียดให้บุคลากร</p> <p>๔.๒ การประเมินรูปแบบ online และ onsite ใน รพ.สต. ที่ขึ้นทะเบียนใหม่</p> <p>๔.๓ ประสิทธิภาพการดำเนินงานปี ๒๕๖๕ ผ่าน Google form เพื่อนำผลมาพัฒนาต่อไป</p>	<p>๔.๑ จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๒๒ แห่ง (คงสถานะ ๕ ดาว)</p> <p>๔.๒ จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ จำนวน ๑๙ แห่ง (Re-accredit) จำนวน ๑๘ แห่ง ในรูปแบบการประเมิน Online</p> <p>๔.๓ จำนวน รพ.สต.ที่เข้ารับการประเมินครั้งแรกเพื่อขึ้นทะเบียน ในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๕ แห่ง ผ่านการประเมินทั้งสิ้น ๕ แห่ง ในรูปแบบการประเมินทั้ง Online และ Onsite</p>

## ๒. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๒.๑ ชุมชนรอบรู้การควบคุมป้องกันไข้เลือดออก NPCU สอน.พิบูลทอง

๒.๒ ทัศนสุขภาพดีด้วยเครือข่ายรอบรู้ NPCU สอน.พิบูลทอง

๒.๓ โรคไตเสื่อม รู้ไว้ ชะลอได้ ใช้ระบบ ประภพผู้ป่วย NPCU สอน.พิบูลทอง

๒.๔ นวัตกรรมของ NPCU สอน.พิบูลทอง ในประเด็นการพัฒนางานประจำศูนย์เรียนรู้องค์กรรอบรู้ทางสุขภาพ

๒.๕ ไม้กวาดจอมพลัง ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางกระบือ พขอ.เมืองสิงห์บุรี ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล

๒.๖ ตรวจสอบ ATK พขอ.เมืองสิงห์บุรี การตรวจหาเชื้อโควิด-๑๙ ปัจจุบันสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การตรวจแบบ ATK ที่เน้นความสะดวกรวดเร็ว สามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยการใช้ไม้สำลี สอดเข้าไปโพรงจมูก ความลึกในการสอดตามคู่มือแต่ละยี่ห้อ ซึ่งผู้ทำการทดสอบอาจเกิดความไม่มั่นใจในการสอดสำลี ว่าต้องใช้ความลึกประมาณไหน จึงได้คิดนวัตกรรม ๑๙ ช่วยตรวจ ATK โดยทำสัญลักษณ์บนของไม้พันสำลี และให้ผู้ทดสอบเปิดช่องทำการติดธงบนก้านสำลี เพื่อเป็นสัญลักษณ์ในการสอดเข้าจมูกของตัวเองให้ลึกพอดีกับธงที่ติดไว้

๒.๗ การระบาดของโควิด-๑๙ ตั้งแต่ระลอกจนถึงปัจจุบัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม.มีหน้าที่หลักในการออกค้นหาผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง ที่เข้ามาพำนักอยู่ในพื้นที่ ซึ่งการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ เป็นการออกปฏิบัติงานกลางแจ้ง และด้วยสภาพอากาศที่ร้อนอบอ้าว ส่งผลให้การทำงานเชิงรุกเป็นไปด้วยความยากลำบาก ทางรพ.สต.บางกระบือ จึงคิดค้นนวัตกรรม “เฟสซิลล์ ชิว” โดยเป็นการประยุกต์ Face shield ซึ่งเป็นอุปกรณ์ป้องกันฝอยละอองเชื้อโรคมามากมาย โดยนำฟิล์มกรองแสงรถยนต์มาติด Face shield แบบเดิม เพื่อเป็นการป้องกันรังสี UV อีกทั้งยังสามารถป้องกันฝอยละอองได้ดีเช่นเดิม และ รพ.สต.บางกระบือ มีการนำ “เฟสซิลล์ ชิว” ไปเผยแพร่ให้กับ อสม.และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เขตอำเภอเมืองสิงห์บุรี นำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานในพื้นที่อีกด้วย

## ๓. ข้อเสนอจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	แนวทางการแก้ไข
ขอให้เร่งรัดชี้แจงระบบบันทึกข้อมูล ๓ หมอ และมอบภารกิจ อสม.ให้ชัดเจน และเชื่อมโยงฐานข้อมูล หมอ ๑,๒,๓	๑.จัดประชุมชี้แจงเชิงปฏิบัติการดำเนินงาน โปรแกรม ระบบ ๓ หมอ รู้จักคุณ ในไตรมาส ๑ ๒.บันทึก/แก้ไขข้อมูลในระบบโดยการประสานตรงระหว่าง หน่วยบริการที่บันทึก กับ IT สบส. ผ่าน Line ID : @๓๘๓๖๖๖๖๖ ที่ <a href="https://๓doctor.hss.moph.go.th/main">https://๓doctor.hss.moph.go.th/main</a> ๓.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำกับติดตามการบันทึกผลการดำเนินงาน ๔.ติดตามเชิงคุณภาพโดยการสอบถามประชาชนผู้เกี่ยวข้อง พบว่า การรับรู้ หมอที่ ๑ และ หมอที่ ๒ เป็นรูปธรรมสามารถติดต่อได้ แต่ยังขาดการรับรู้หมอที่ ๓ ในการดูแลสุขภาพของครอบครัว ปัจจุบันผลการดำเนินงาน โปรแกรม ระบบ ๓ หมอ รู้จักคุณ คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๙๗
สร้าง Health literacy ให้กับประชาชน	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบ
สรุปผลลัพธ์ถอดบทเรียน พขอ.	เขตสุขภาพร่วมกับศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ดำเนินการ

**๔. ข้อเสนอแนะ**

๔.๑ สำหรับพื้นที่ ข้อเสนอจากพื้นที่ : ในสถานการณ์โรคโควิด-19

- ให้มีการบูรณาการงานต่าง ๆ เข้าด้วยกันเพื่อไม่ให้เกิดความทับซ้อน ยุ่งยาก
- การร่วมกันบริหารบุคลากรที่มีอยู่จำกัดโดย สสจ. เพื่อให้การดำเนินการได้ครอบคลุม
- ผู้บริหารควรมีนโยบายสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน

๔.๒ สำหรับส่วนกลาง

- ประสานงานกับพื้นที่ให้มีความชัดเจน และอย่าให้ระยะเวลาจำกัดในการดำเนินงาน
- ลดการคีย์ข้อมูลต่าง ๆ ให้ลดลง
- การจัดสรรงบประมาณต่าง ๆ ให้สามารถใช้ได้ง่าย ๆ ไม่เป็นภาระกับผู้ปฏิบัติงานจนเกินไป

**พื้นที่เป้าหมายเพื่อสังเคราะห์ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม : Bright Spot**

- ๑ อำเภอ ที่ถอดบทเรียน พชอ.ระดับดีเด่น คือ อำเภอน้ำขุ่น
- ๑ อำเภอ ที่ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เต็มพื้นที่ ในปี ๒๕๖๕ คือ อำเภอน้ำขุ่น
- ๑ อำเภอ ของเขตสุขภาพที่ ๔ ที่บูรณาการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (๓ หมอ – PCU/NPCU - รพ.สต.ติดตาม – พชอ.) คือ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

**๔. ประเด็นการตรวจราชการ**

ตัวชี้วัดที่ ๑ : จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอมประจำตัว ๓ คน (ร้อยละ ๕๐ ของประชากรทั้งหมด)

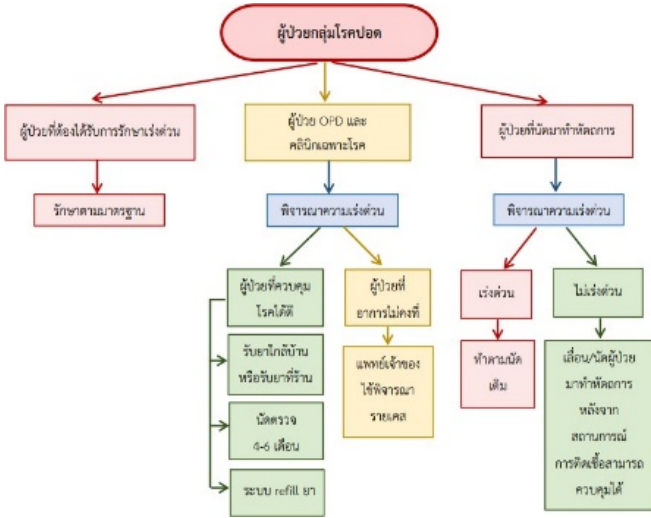
ตัวชี้วัดที่ ๒ : จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ (ร้อยละ ๔๔ ของแผน ๑๐ ปี)

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน											
ข้อมูล ประชาชน คนไทย มี หมอม ประจำตัว ๓ คน	ข้อมูลประชาชนคนไทย มีหมอมประจำตัว ๓ คน (ระบบ ๓ หมอรู้จักคุณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)											
	อำเภอ	ประชากรทั้งหมด (คน)	ข้อมูล ๓ หมอ (คน)			ข้อมูลครอบครัว (ปี ๖๔)	ประชากรที่มีหมอม ๓ คน (คน)	ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุ (คน)				ร้อยละ
			หมอมประจำบ้าน	หมอมสาธารณสุข	หมอมครอบครัว		กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	ไม่ระบุ		
	เมืองสิงห์บุรี	๔๓,๗๐๔	๑,๐๓๒	๔๙	๗	๑๑,๐๐๗	๓๔,๗๗๑	๘,๕๔๗	๘๐๗	๑๐๕	-	๑๐๐
	อินทร์บุรี	๔๔,๘๖๔	๑,๓๗๓	๖๘	๘	๑๑,๓๐๕	๓๓,๕๕๙	๑๐,๕๙๖	๙๒๐	๑๖๘	-	๑๐๐
	บางระจัน	๒๖,๓๔๔	๘๓๐	๓๗	๑๔	๒,๙๗๓	๑๖,๓๗๕	๖,๗๔๕	๓๖๕	๘๒	-	๗๓.๔๔
	ค่ายบางระจัน	๒๔,๕๕๒	๕๒๕	๒๖	๓	๕,๗๕๕	๔,๗๙๕	๘๙๒	๑๒๒	๑๘	-	๔๐.๔๔
	พรหมบุรี	๑๘,๙๕๖	๔๖๓	๒๖	๔	๒,๑๑๔	๑๖,๘๔๒	๑,๗๔๕	๘๐	๓๗	-	๓๖.๓๘
	ท่าช้าง	๑๑,๒๓๗	๓๕๖	๑๗	๑	๑,๘๙๕	๙,๓๔๑	๒,๗๖๒	๕๔๐	๔๓	-	๖๒.๙๕
	รวม	๑๖๙,๖๕๗	๔,๕๗๙	๒๒๓	๓๗	๓๕,๐๔๙	๑๐๒,๖๐๘	๓๑,๒๘๗	๒,๘๓๔	๔๕๓	-	๘๑.๒๓
ข้อมูลจากระบบ ๓ หมอรู้จักคุณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ณ วันที่ ๖ ก.ค.๖๕												

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน											
ข้อมูล ประชาชนคน ไทย มีหมอ ประจำตัว ๓ คน	ข้อมูลประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน (ข้อมูลจากพื้นที่)											
	อำเภอ	ประชากร ทั้งหมด (คน)	ข้อมูล ๓ หมอ (คน)			ข้อมูล ครอบครัว (ปี ๖๔)	ประชากร ที่มีหมอ ๓ คน (คน)	ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุ (คน)				ร้อยละ
			หมอ ประจำ บ้าน	หมอ สาธารณสุข	หมอ ครอบครัว			กลุ่ม ติดสังคม	กลุ่ม ติด บ้าน	กลุ่ม ติด เตียง	ไม่ ระบุ	
	เมือง สิงห์บุรี	๔๓,๗๐๔	๑,๐๓๒	๔๙	๗	๑๑,๐๐๗	๓๔,๗๗๑	๘,๕๔๗	๘๐๗	๑๐๕	-	๑๐๐
	อินทร์บุรี	๔๔,๘๖๔	๑,๓๗๓	๖๘	๘	๑๑,๓๐๕	๓๓,๕๕๙	๑๐,๕๙๖	๙๒๐	๑๖๘	-	๑๐๐
	บางระจัน	๒๖,๓๔๔	๘๓๐	๓๗	๑๔	๒,๙๗๓	๑๖,๓๗๑	๖,๗๔๕	๓๖๕	๘๒	-	๗๓.๔๔
	ค่าย บางระจัน	๒๔,๕๕๒	๕๒๕	๒๖	๓	๕,๗๕๕	๔,๗๙๗	๘๙๒	๑๒๒	๑๘	-	๔๐.๔๔
	พรหมบุรี	๑๘,๙๕๖	๔๖๓	๒๖	๔	๒,๑๑๔	๑๖,๘๔๒	๑,๗๔๕	๘๐	๓๗	-	๓๖.๓๘
	ท่าช้าง	๑๑,๒๓๗	๓๕๖	๑๗	๑	๑,๘๙๕	๙,๓๔๒	๒,๗๖๒	๕๔๐	๔๓	-	๖๒.๙๕
รวม	๑๖๙,๖๕๗	๔,๕๗๙	๒๒๓	๓๗	๓๕,๐๔๙	๑๐๒,๖๐๘	๓๑,๒๘๗	๒,๘๓๔	๔๕๓	-	๘๑.๒๓	
หน่วยบริการ ปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วย บริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ขึ้นทะเบียน ตาม พระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๑.แผนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕											
	อำเภอ	แผน ๑๐ ปี (แห่ง)	ขึ้นทะเบียน (สะสม) ณ วันที่.....		ยื่นขึ้นทะเบียน รอบ ๒/๒๕๖๕ (รอประกาศ มิถุนายน ๒๕๖๕)		แผนขึ้นทะเบียน รอบ ๓/๒๕๖๕ (ประกาศ กันยายน ๒๕๖๕)		รวมทั้งหมด (สะสม)			
			จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน ยื่นเพิ่ม (แห่ง)	จำนวน (สะสม)	จำนวน ยื่นเพิ่ม (แห่ง)	จำนวน (สะสม)	จำนวน (สะสม)	ร้อยละ		
	เมืองสิงห์บุรี	๖	๔	๖๖.๖๖	-	-	-	-	๔	๖๖.๖๖		
	อินทร์บุรี	๖	๒	๓๓.๓๓	-	-	-	-	๒	๓๓.๓๓		
	บางระจัน	๓	๑	๓๓.๓๓	-	-	-	-	๑	๓๓.๓๓		
	ค่าย บางระจัน	๒	๑	๕๐	-	-	-	-	๑	๕๐		
	พรหมบุรี	๒	๑	๕๐	-	-	-	-	๑	๕๐		
ท่าช้าง	๑	๑	๑๐๐	-	-	-	-	๑	๑๐๐			
รวม	๒๐	๑๐	๕๐	-	-	-	-	๑๐	๕๐			
๒.วิเคราะห์แผน ๑๐ ปี ของ สสพ.กับของจังหวัด ว่าสามารถดำเนินการได้หรือไม่ อย่างไร พร้อม ข้อเสนอแนะ และต้องการการสนับสนุนเรื่องใดบ้าง ขาดแคลนแพทย์ที่จบหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว การอบรมหลักสูตรระยะสั้น Basic Course/Short Course ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของแพทย์ ข้อเสนอแนะ ควรหาวิธีแก้ปัญหาในระดับกระทรวงสาธารณสุข												

ประเด็น	การดำเนินงาน/ผลลัพธ์			
	รายชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่แพทย์โยกย้าย/ลาออก/ไม่มี (ปัจจุบัน)			
	ลำดับ	อำเภอ	ประเภท PCU/NPCU	ชื่อ PCU/NPCU
		-	-	ปัจจุบันยังไม่มี
	มีแผนการรองรับอย่างไรบ้าง (วิเคราะห์ภาพรวมจังหวัด)			
	ประชาสัมพันธ์จูงใจ การอบรมหลักสูตรระยะสั้น Basic Course/Short Course			

ประเด็น	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน/ผลลัพธ์	ผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ รวม
			เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ	
ผลการดำเนินงาน PCU/NPCU และ ๓ หมอ -การพัฒนา ระบบบริการ ในการดูแล ประชาชน ให้ มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี	๑.เด็กอายุ ๐-๕ ปี ให้มีพัฒนาการ สมวัย	ขยายผล DPAC ในครอบครัวที่มี เด็กมีปัญหาน้ำหนักเกินรณรงค์ เรื่องการมาฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์และการมาฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ โรงเรียนพ่อแม่สร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพ จัดทำทะเบียนเด็ก ๕ ช่วงอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ตรวจพัฒนาการตามเกณฑ์ช่วงอายุ ให้ความรู้กับบิดามารดาและ ผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน เรื่องพัฒนาการ และโภชนาการเด็ก จัดทำทะเบียนเด็กพัฒนาการล่าช้า เพื่อวางแผนติดตามกระตุ้น พัฒนาการตามช่วงเวลา เยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ต้อง กระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA๔ ประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับ เจ้าหน้าที่ตำบล ผู้ปกครอง ครูศูนย์ เด็กเล็ก อสม. และหญิงตั้งครรภ์/ หลังคลอด	คัดกรอง ร้อยละ ๗๓.๑๑	สมวัย ร้อยละ ๗๐.๔๙	กลุ่มงานส่งเสริม สุขภาพฯ/หน่วย บริการทุก ระดับ/อสม./ ภาศึเครือข่าย

ประเด็น	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน/ผลลัพธ์	ผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ ร่วม
			เชิง ปริมาณ	เชิงคุณภาพ	
	๒.ผู้สูงอายุไม่มี การพลัดตกหกล้ม	ประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานและอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพ ADL จัดทำทะเบียนและส่งคืนพื้นที่ อปท. ผู้นำชุมชน -กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การรวมกลุ่มกิจกรรม -กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ได้รับการเตรียมพร้อม สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยโดยชุมชน อปท. -ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลจากนักรับบาลและ Care Giver	คัดกรอง ร้อยละ ๙๑.๒๖	ปกติ ร้อยละ ๘๕.๗๔	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพฯ/หน่วยบริการทุกระดับ/อสม./ภาคีเครือข่าย
	๓.การให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้าอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ผู้ป่วยนอก ACSC ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)				กลุ่มงานNCD/หน่วยบริการทุกระดับ/อสม./ภาคีเครือข่าย

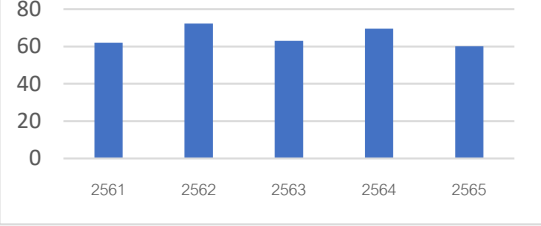
ประเด็น	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน/ผลลัพธ์	ผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ ร่วม																																							
			เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ																																								
	<p>๓.การให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ผู้ป่วยนอก ACSC ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)</p>			<table border="1"> <caption>ระดับการมีโรคเรื้อรัง</caption> <thead> <tr> <th rowspan="2">ชนิดโรค</th> <th colspan="4">ระดับการมีโรคเรื้อรัง</th> </tr> <tr> <th>High (มากกว่า 50% หรือ 100% หรือ 100%)</th> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. โรคหัวใจและหลอดเลือด</td> <td>ต่ำ</td> <td>ต่ำ</td> <td>ปานกลาง</td> <td>สูง</td> </tr> <tr> <td>2. โรคเบาหวาน</td> <td>ปานกลาง</td> <td>ปานกลาง</td> <td>สูง</td> <td>สูง</td> </tr> <tr> <td>3. โรคหอบหืดเรื้อรัง</td> <td>ปานกลาง</td> <td>สูง</td> <td>สูง</td> <td>สูง</td> </tr> <tr> <td>4. โรค COPD เรื้อรัง</td> <td>ปานกลาง</td> <td>สูง</td> <td>สูง</td> <td>สูง</td> </tr> <tr> <td>5. โรคความดันโลหิตสูง</td> <td>สูง</td> <td>สูง</td> <td>สูง</td> <td>สูง</td> </tr> <tr> <td>6. โรคหลอดเลือดหัวใจ</td> <td>สูง</td> <td>สูง</td> <td>สูง</td> <td>สูง</td> </tr> </tbody> </table> <p> <span style="color: green;">■</span> ต่ำ  <span style="color: yellow;">■</span> ปานกลาง  <span style="color: orange;">■</span> สูง  <span style="color: red;">■</span> สูงมาก                 </p>	ชนิดโรค	ระดับการมีโรคเรื้อรัง				High (มากกว่า 50% หรือ 100% หรือ 100%)	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	1. โรคหัวใจและหลอดเลือด	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	2. โรคเบาหวาน	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	สูง	3. โรคหอบหืดเรื้อรัง	ปานกลาง	สูง	สูง	สูง	4. โรค COPD เรื้อรัง	ปานกลาง	สูง	สูง	สูง	5. โรคความดันโลหิตสูง	สูง	สูง	สูง	สูง	6. โรคหลอดเลือดหัวใจ	สูง	สูง	สูง	สูง	<p>กลุ่มงาน NCD/หน่วยบริการทุกระดับ/อสม./ภาคีเครือข่าย</p>
ชนิดโรค	ระดับการมีโรคเรื้อรัง																																											
	High (มากกว่า 50% หรือ 100% หรือ 100%)	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3																																								
1. โรคหัวใจและหลอดเลือด	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	สูง																																								
2. โรคเบาหวาน	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	สูง																																								
3. โรคหอบหืดเรื้อรัง	ปานกลาง	สูง	สูง	สูง																																								
4. โรค COPD เรื้อรัง	ปานกลาง	สูง	สูง	สูง																																								
5. โรคความดันโลหิตสูง	สูง	สูง	สูง	สูง																																								
6. โรคหลอดเลือดหัวใจ	สูง	สูง	สูง	สูง																																								
	<p>๔.การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้</p>	<p>๑.ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี</p> <p>๒.ผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c &gt; ๗ ได้รับคำปรึกษาจาก case manager /ทีมสหสาขาวิชาชีพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปัญหาของแต่ละราย</p> <p>๓.จัดทำคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>	<p>ได้รับการตรวจร้อยละ ๖๙.๓๔</p>	<p>ควบคุมได้ ร้อยละ ๓๔.๗๕</p>	<p>กลุ่มงาน NCD/หน่วยบริการทุกระดับ/อสม./ภาคีเครือข่าย</p>																																							



ประเด็น	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน/ผลลัพธ์	ผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ รวม
			เชิง ปริมาณ	เชิง คุณภาพ	
	๕.การใช้บริการ ปฐมภูมิของ ประชาชนในเขต รับผิดชอบของ หน่วยบริการปฐม ภูมิ	- มีระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพ มาตรฐานตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ทุกแห่ง - ใช้กลไกโดยคณะกรรมการ พขอ. ในการขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบ บริการปฐมภูมิกับชุมชนและ ท้องถิ่น โดยการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟู ชุมชน (หรือ ศูนย์ร่วมสุข) ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทองเอน โดยให้การดูแลผู้ป่วยที่มี อาการผ่านพ้นวิกฤตและมีอาการ คงที่แต่ยังมีความบกพร่อง ทาง ร่างกายบางส่วนที่จำเป็นต้องได้รับ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย โดยสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัดและพยาบาล เป็นต้น ในช่วงเวลาสำคัญช่วงแรก ของการออกจากโรงพยาบาล (ใน ระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือน) เพื่อลด ความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ตลอดชีวิต	ร้อยละ ๖๐.๑๗	-	คปสอ./หน่วย บริการทุก ระดับ/อสม./ ภาคีเครือข่าย
	๖.การดูแลกลุ่ม เปราะบาง (กลุ่มผู้ พิการ ผู้สูงอายุ (ติดเตียง) IMC และผู้ได้รับ ผลกระทบจาก COVID 19	- มีการขับเคลื่อนโดยตำบลจัดการ สุขภาพ LTC - บูรณาการในแต่ละพื้นที่โดยใช้ งบประมาณจากกองทุน หลักประกันสุขภาพประจำตำบลใน การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง โดยบุคลากร CM และ CG - การดูแลกลุ่มเปราะบางผ่านกลไก พขอ. ยกตัวอย่างเช่น พขอ.ท่าช้าง			คปสอ./หน่วย บริการทุก ระดับ/อสม./ ภาคีเครือข่าย

ประเด็น	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน/ผลลัพธ์	ผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ รวม
			เชิง ปริมาณ	เชิง คุณภาพ	
<b>นโยบาย พชอ.ท่าช้าง</b>	<b>แผนงานโครงการ</b>	<b>ผลลัพธ์</b>			
๑.ไวรัสโคโรนา 2019	-New normal medical service (เครือข่าย คปสอ.) -Local Quarantine	๑.๓P safety ตามมาตรการ คกก.โรคติดต่อจังหวัด			
๒.ช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมาย ประชากรกลุ่มเปราะบาง	-โครงการแคร์ทิม (สปสช.) -บูรณาการ มหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน + ลูกผู้ว่าหลาน นายอำเภอ (พช.) - จัดอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาวะ (คณะกรรมการพัฒนา สอน.) - Pre aging - คลินิกจิตเวชปฐมภูมิ	-ผู้ป่วย NCD , จิตเวช -ปฏิสนธิถึง ๒ ปี – ๒ ปี ถึง ๖ ปี -ช่วยเหลือเครื่องอุปโภคบริโภคกลุ่ม เปราะบาง -ปรับปรุงที่อยู่อาศัยเหมาะสมขีดจำกัด ทางสุขภาพ			
๓.ความปลอดภัยบน ท้องถนน	ป้ายจราจรแจ้งเตือนระวางเขตชุมชนผู้สูงอายุ (สปสช, ชมรมผู้สูงอายุ)	ป้องกันอันตรายการใช้นถนนของผู้สูงอายุ พัฒนาสังคมสิ่งแวดล้อมเหมาะสม มาตรฐานสากล			

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน		
ผลการ ดำเนินงาน PCU/NPCU และ ๓ หมอ	ผลงาน ๕ ลด (ลดรอยโรค ลดแออัด ลดค่าใช้จ่าย ลดป่วย ลดตาย) ***วิเคราะห์ภาพรวม จังหวัด		
	ผลงาน ๕ ลด	กิจกรรม	ผลลัพธ์ (เชิงปริมาณ)
	ลดรอยโรค	ระยะเวลาที่ประชาชน (จำนวน ๘,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ คน) ในเขต พื้นที่รับผิดชอบของ PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียนตาม พรบ.ระบบ สุขภาพปฐมภูมิ รับบริการที่ PCU/NPCU ลดลงจากการรับ บริการที่โรงพยาบาล ก็ชั่วโมง/ นาที	-โรคทั่วไป สามารถรับบริการตั้งแต่ ยื่นบัตร จนถึงรับยากลับบ้านใช้เวลา ประมาณ ๑๐ นาที -คลินิกโรคเรื้อรัง ใช้เวลารอคอย ประมาณ ๑ ชั่วโมง

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน													
ผลการดำเนินงาน PCU/NPCU และ ๓ หมอ	<b>ผลงาน ๕ ลด (ลดรอยคอย ลดแออัด ลดค่าใช้จ่าย ลดป่วย ลดตาย) ***วิเคราะห์ภาพรวมจังหวัด</b>													
	ผลงาน ๕ ลด	กิจกรรม	ผลลัพธ์ (เชิงปริมาณ)											
	<b>ลดแออัด</b>	ประชาชน (จำนวน ๘,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ คน) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียนตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ มารับบริการที่ PCU/NPCU ของตนเองเพิ่มขึ้นจำนวนเท่าไร นับตั้งแต่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำเทียบจากเดิมที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล	ร้อยละการให้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบให้บริการผู้ป่วยนอก(OPD)ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จ. สิงห์บุรี 5 ปีซ้อนหลัง  <table border="1" data-bbox="858 593 1401 817"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละการให้บริการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละการให้บริการ	2561	60	2562	70	2563	60	2564	70	2565
ปี	ร้อยละการให้บริการ													
2561	60													
2562	70													
2563	60													
2564	70													
2565	60													
<b>ลดค่าใช้จ่าย</b>	ค่าใช้จ่ายลดลงจำนวนกี่บาท เมื่อประชาชน (จำนวน ๘,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ คน) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียนตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ มารับบริการที่ PCU/NPCU แทนการไปรับบริการที่โรงพยาบาล	-ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป รพ. (ถ้ารถส่วนตัว) ๓๐ บาทต่อคน -ถ้ารถรับจ้าง ๒๐๐ บาทต่อคน												

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน																										
ผลการดำเนินงาน PCU/NPCU และ ๓ หมอ	<b>ผลงาน ๕ ลด (ลดรอยโรค ลดแออัด ลดค่าใช้จ่าย ลดป่วย ลดตาย) ***วิเคราะห์ภาพรวมจังหวัด</b>																										
	<b>ผลงาน ๕ ลด</b>	<b>กิจกรรม</b>	<b>ผลลัพธ์ (เชิงปริมาณ)</b>																								
	<b>ลดป่วย</b>	โรค/ประเด็น หรืออื่น ๆ ที่จังหวัดตั้งเป้าหมาย และมีผลลัพธ์ลดลง เท่าไหร่ (จำนวนคน/ร้อยละ) ในประชาชน (จำนวน ๘,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ คน) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียนตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	<div style="text-align: center;"> <p>อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร จ.สิงห์บุรี</p> <table border="1"> <caption>อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร จ.สิงห์บุรี</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราป่วยต่อแสนประชากร</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>1450</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>1400</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>1450</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>1750</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>1450</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร</p> <table border="1"> <caption>อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>700.00</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>700.00</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>750.00</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>850.00</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>800.00</td> </tr> </tbody> </table> </div>	ปี	อัตราป่วยต่อแสนประชากร	2561	1450	2562	1400	2563	1450	2564	1750	2565	1450	ปี	อัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร	2561	700.00	2562	700.00	2563	750.00	2564	850.00	2565	800.00
ปี	อัตราป่วยต่อแสนประชากร																										
2561	1450																										
2562	1400																										
2563	1450																										
2564	1750																										
2565	1450																										
ปี	อัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร																										
2561	700.00																										
2562	700.00																										
2563	750.00																										
2564	850.00																										
2565	800.00																										
	<b>ลดตาย</b>	โรค/ประเด็น หรืออื่น ๆ ที่จังหวัดตั้งเป้าหมาย และมีผลลัพธ์ลดลง เท่าไหร่ (จำนวนคน/ร้อยละ) ในประชาชน (จำนวน ๘,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ คน) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียนตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ																									
<b>การบริการและผลงาน Telemedicine</b>	มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการแล้ว (แห่ง)	มีการให้บริการ Telemedicine (แห่ง)	มีจำนวนผู้ใช้งาน (คน/ครั้ง)																								
	-	-	-																								

ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

มุ่งเน้น : การมีส่วนร่วมของพหุข.ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

ประเด็น	การดำเนินงาน/ผลลัพธ์																			
	อำเภอ	ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็นและประเด็น Covid 19	จำนวนกลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลจริง(คน)					คะแนน ตามองค์ประกอบ UCCARE										สรุปผล การประเมิน UCCARE		
			ผู้สูงอายุ	ผู้พิการ	IMC	COVID ๑๙	อื่นๆ (ตามประเด็น)	U	C	C	A	R	E							
๑.มีการกำหนด ประเด็นการพัฒนา คุณภาพชีวิต อย่าง น้อย ๒ ประเด็น และ ประเด็น Covid 19 อีก ๑ ประเด็น ครบทุกอำเภอ - มีผลการประเมิน ตนเองครบทุกอำเภอ - มีเป้าหมายการดูแล กลุ่มเปราะบาง ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ คือ กลุ่มผู้พิการ ผู้สูงอายุ (กลุ่มติด เตียง) ผู้ป่วยที่ได้รับ การดูแลผู้ระยะกลาง (Intermediate Care) ผู้ที่ได้รับผลกระทบ จากปัญหา COVID 19 ครบทุกอำเภอ รวมถึงผู้เปราะบาง จากประเด็นการ พัฒนาคุณภาพชีวิต อื่น ๆ	การประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามองค์ประกอบ UCCARE ปีงบประมาณ ๒๕๖๕																			
	๑.เมือง สิงห์บุรี	๑.การป้องกันอุบัติเหตุ ทางถนน	-	-	-	-	๕๐,๔๑๓	๒	๔	๒	๓	๒	๓	๒	๓	๒	๓	๒	๓	๓
		๒.การดูแลผู้สูงอายุและผู้ ที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล	๑๓,๗๖๗	๘๑๙	๔๔	-	๒๘	๒	๔	๒	๓	๒	๓	๒	๓	๒	๓	๒	๓	๓
		๓.การป้องกันโรคและการ ดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบ จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019	๑๓,๗๖๗	๘๑๙	๔๔	๒๓๔๐	๕๐,๔๑๓	๒	๔	๒	๓	๒	๓	๒	๓	๒	๓	๒	๓	๓
	๒.อินทร์บุรี	๑.การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ	๑๒๗๕	-	-	-	-	๒	๓	๒	๓	๒	๔	๒	๔	๒	๔	๒	๔	๓
		๒.การจัดการขยะใน ชุมชน	-	-	-	-	๔๔,๗๖๗	๒	๔	๒	๔	๒	๔	๒	๔	๒	๔	๒	๔	๔
		๓.ป้องกันโรคติดต่อ อันตราย ๓.๑ โรคโควิด-19	๑๒๗๕	๑๖๔๐	๘๘	๔๘๑	๔๔,๗๖๗	๒	๕	๒	๔	๒	๔	๒	๔	๒	๔	๒	๔	๔
	๓.บางระจัน	๑.การดูแลผู้สูงอายุ	๗,๙๗๑	-	-	-	-	๔	๔	๔	๔	๓	๓	๓	๓	๔	๔	๔	๔	๓
		๒.การดูแลพัฒนาการเด็ก และเยาวชน	-	-	-	-	๖,๘๒๓	๔	๔	๔	๔	๓	๓	๓	๓	๔	๔	๔	๔	๓
		๓.การควบคุมป้องกันโค วิด-๑๙	๗,๙๗๑	๑,๑๙๒	๒๕	๒๗,๔๒๖	๒๗,๔๒๖	๔	๔	๔	๔	๓	๓	๓	๓	๔	๔	๔	๔	๓

ประเด็น		การดำเนินงาน/ผลลัพธ์																		
๑.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย ๒ ประเด็น และประเด็น Covid 19 อีก ๑ ประเด็น ครอบคลุมอำเภอ - มีผลการประเมินตนเองครบทุกอำเภอ - มีเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบาง ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ คือ กลุ่มผู้พิการ ผู้สูงอายุ (กลุ่มติดเตียง) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ระยะกลาง (Intermediate Care) ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหา COVID 19 ครอบคลุมอำเภอ รวมถึงผู้เปราะบางจากประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอื่น ๆ	การประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามองค์ประกอบ UCCARE ปีงบประมาณ ๒๕๖๕																			
	อำเภอ	ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็นและประเด็น Covid 19	จำนวนกลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลจริง(คน)					คะแนน ตามองค์ประกอบ UCCARE										สรุปผล การประเมิน UCCARE		
			ผู้สูงอายุ	ผู้พิการ	IMC	COVID ๑๙	อื่นๆ (ตาม ประเด็น)	U		C		C		A		R			E	
		รอบ ๑	รอบ ๒	รอบ ๑	รอบ ๒	รอบ ๑	รอบ ๒	รอบ ๑	รอบ ๒	รอบ ๑	รอบ ๒	รอบ ๑	รอบ ๒	รอบ ๑	รอบ ๒	รอบ ๑	รอบ ๒			
๔.ค่าย บางระจัน	๑.การช่วยเหลือผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ผู้ด้อยโอกาสทางสังคมและกลุ่มเปราะบาง	๖,๑๒๖	๘๑๓	๒๙	-	๑๑๘	๔	๔	๓	๓	๔	๔	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	
	๒.ความปลอดภัยบนท้องถนน	-	-	-	-	๒๔,๓๓๘	๔	๔	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	
	๓.การควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19	๖,๑๒๖	๘๑๓	๒๙	๖๑๔	๒๔,๓๓๘	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕
	๔.ลดอัตราฆาตกรรม						๔	๔	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓
๕.พรหมบุรี	๑.การช่วยเหลือผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ผู้ด้อยโอกาสทางสังคมและกลุ่มเปราะบาง	๔,๑๒๐	๕๕๕	๒๐	-	๔๒	๔	๔	๓	๔	๓	๔	๓	๔	๓	๔	๓	๔	๓	
	๒.ความปลอดภัยบนท้องถนน	-	-	-	-	๑๘,๓๔๔	๓	๔	๓	๔	๓	๔	๓	๔	๓	๔	๓	๔	๓	
	๓.การควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 2019	๔,๑๒๐	๕๕๕	๒๐	๓๒๐	๑๘,๓๔๔	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕
๖.ท่าช้าง	๑.การช่วยเหลือผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ผู้ด้อยโอกาสทางสังคมและกลุ่มเปราะบาง	๓,๔๘๔	๕๑๐	๑๗	-	๓๗	๔	๔	๓	๓	๔	๔	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	
	๒.ความปลอดภัยบนท้องถนน	-	-	-	-	๑๑,๒๓๖	๔	๔	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	
	๓.การควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา- 2019	๓,๔๘๔	๕๑๐	๑๗	๓๔๘	๑๑,๒๓๖	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	

ผลการดูแลกลุ่มเปราะบาง เป็นอย่างไร(ระบุ).....




ประเด็น	การดำเนินงาน/ผลลัพธ์								
	อำเภอ	การจัดตั้งกองทุน			การบูรณาการทรัพยากร				
		ไม่มี	มี	ระบุชื่อกองทุน	คน	เงิน	ของ	ข้อมูล	รูปแบบ/ผลการบูรณาการ
ท่าช้าง		/	  						<p>และต่อมาได้เปลี่ยนเป็นการติดตั้งกระปุกออมสินรูปสามแฉกรที่มุมหน้ารถเข็นรับอาหารบิณฑบาต เป็นการร่วมทำบุญกับพระสงฆ์สามเณรวัดโบสถ์ที่ออกบิณฑบาตเป็นประจำ โดยแยกเป็น ๖ สาย ออกรับบิณฑบาตในเขตตำบลถอนสมอ แล้วนำเงินออมหรือเงินทำบุญมารวมกันฝากเข้าบัญชีทุกวัน ในปัจจุบันได้รับเงินออมบุญรวมประมาณวันละ ๘๐๐ บาท เพื่อรวบรวมนำไปช่วยเหลือผู้ทุกข์ยากเดือดร้อน</p> <p><b>ผลการดำเนินงาน</b></p> <p>๑.สนับสนุนแพมเพิสให้ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ จำนวน ๓๒ ราย เป็นประจำทุกเดือน</p> <p>๒ ช่วยเหลือพระภิกษุเป็นค่าใช้จ่ายในการไปฟอกไตที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี</p> <p>๓ สนับสนุนงบประมาณให้กับชมรมทูปี่นัมเบอร์วัน บ้านขุนโลก เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายให้การไปประกวดชมรม ทูปี่นัมเบอร์วัน ระดับภาค ระดับประเทศ เป็นเงิน ๕๐,๐๐๐ บาท</p> <p>๔ สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อชุดตรวจ ATK ในกับ รพ.สต.ถอนสมอ เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท</p> <p>๕.จัดซื้อชุด PPE สนับสนุนโรงพยาบาลท่าช้าง</p>



ประเด็น	การดำเนินงาน/ผลลัพธ์				
๓. ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ผ่านมาที่เป็นรูปธรรมหรือที่ภาคภูมิใจของพื้นที่และมีแผนในการพัฒนาต่อเนื่อง	อำเภอ	ประเด็นที่ทำต่อเนื่องหรือประสบความสำเร็จ	ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม (เชิงปริมาณและคุณภาพ)	ปัจจัยความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม(อธิบาย)	การขยายผล
	เมืองสิงห์บุรี	๑.การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ๒.การดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล	๑.พื้นที่ต้นแบบ หมู่ที่ ๗ ตำบลบางกระปือ ๒.กองทุน LTC ดำเนินการครอบคลุมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกคน		
	อินทร์บุรี	การจัดการขยะในชุมชน	เกิดสวัสดิการในชุมชน กองทุนขยะเป็นบุญ	ทุกตำบลในพื้นที่อำเภออินทร์บุรีให้ความร่วมมือ	
	บางระจัน	ประเด็นการดูแลพัฒนาเด็กและเยาวชน	กลุ่มเยาวชนหมู่ ๑ บ้านหนองโหลง ต.บ้านจำ อ.บางระจันได้รับรางวัล To be number One ระดับภาค ปี ๒๕๖๔	ดำเนินการต่อเนื่องในปี ๒๕๖๕ ในรูปแบบชมรม ๘ To be number One และอำเภอบางระจันได้รับรางวัล To be number One ระดับเขต ได้เป็นตัวแทนระดับภาค	ดำเนินการโครงการ To be number One ในโรงเรียนมัธยมและโรงเรียนขยายโอกาส ทุกแห่งในเขตอำเภอ บางระจันเข้าร่วมกิจกรรมโครงการต่อต้านยาเสพติด
	ค่ายบางระจัน	NA	NA	NA	NA
	พรหมบุรี	การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	ได้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดและเป็นอันดับที่ ๑ ของจังหวัด	มีการบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วนในการรณรงค์เชิญชวนให้ประชาชนในพื้นที่มารับการบริการฉีดวัคซีน	

ประเด็น	การดำเนินงาน/ผลลัพธ์				
<p>๓. ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ผ่านมาที่เป็นรูปธรรมหรือที่ภาคภูมิใจของพื้นที่และมีแผนในการพัฒนาต่อเนื่อง</p>	<p>อำเภอ</p> <p>ท่าช้าง</p>	<p>ประเด็นที่ทำต่อเนื่องหรือประสบความสำเร็จ</p> <p>๑.การดูแลผู้สูงอายุ และเตรียม Pre aging ในชุมชน</p>	<p>ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม (เชิงปริมาณและคุณภาพ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา</li> <li>- การทำ Smart discharge วางแผนการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้าน</li> <li>- การออกกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ “รำไทย บ้านพิบูลทอง”</li> <li>- การสร้าง Health literacy ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง</li> <li>- การปรับเปลี่ยนบ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ “บ้านต้านล้ม” โดยความร่วมมือของชุมชน</li> <li>- ป้ายเตือนป้องกันอันตรายจากการใช้ถนนของผู้สูงอายุ</li> <li>- ต้นแบบการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ด้วย ๕ ต. ๕ เตรียม ๑) เตรียมบ้านปลอดภัย ๒) เตรียมอารมณ์สดใส ๓) เตรียมรับความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ๔) เตรียมถ่ายโอนภาระค่าใช้จ่ายให้คนอื่นในครอบครัว และ ๕)เตรียมผู้ดูแลเมื่อเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง</li> </ul>	<p>ปัจจัยความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม(อธิบาย)</p>      	<p>การขยายผล</p> <p>คณะกรรมการของท่าช้าง มอบถุงยังชีพให้แก่ประชาชน</p> <p>คณะกรรมการของท่าช้าง มอบถุงยังชีพให้แก่ผู้พิการ</p>   <p>คณะกรรมการของท่าช้าง มอบถุงยังชีพให้แก่ผู้พิการ</p> 

ประเด็น	การดำเนินงาน/ผลลัพธ์				
๓. ผลลัพธ์การ พัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับ อำเภอที่ผ่านมา ที่เป็นรูปธรรม หรือที่ภาคภูมิใจ ของพื้นที่และมี แผนในการ พัฒนาต่อเนื่อง	อำเภอ	ประเด็นที่ทำต่อเนื่องหรือ ประสบความสำเร็จ	ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม (เชิงปริมาณและคุณภาพ)	ปัจจัยความสำเร็จที่เป็น รูปธรรม(อธิบาย)	การขยายผล
	ท่าช้าง	๒.ความปลอดภัยบนท้อง ถนน	ป้ายจราจรแจ้งเตือนระวัง เขตชุมชน ผู้สูงอายุ - ป้องกันอันตรายการใช้ถนนของ ผู้สูงอายุ - พัฒนาสังคมสิ่งแวดล้อมเหมาะสม มาตรฐานสากล		
			การดำเนินด้านชุมชนช่วงเทศกาล โดย อปท.		
	๓.การควบคุมป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา - ๒๐๑๙	- CI ศูนย์ปฏิบัติการวัดพิบูลทอง - New normal medical service(เครือข่าย คปสอ.) - Local Quarantine (อปท.)			

ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละของรพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาว.

มุ่งเน้น : การพัฒนารพ.สต.ให้ผ่านเกณฑ์การพัฒนา รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว

ประเด็น	การดำเนินงาน/ผลลัพธ์								
๑.ข้อมูลผลการประเมินรพ.สต.ติดดาว	อำเภอ	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ใช่ รพ.สต. (PCU รพ., ศสม.) (แห่ง)	จำนวนรพ.สต.ทั้งหมด (แห่ง)	ผลการประเมินโปรแกรม GIS Health (เขตตั้งข้อมูล)			ผลการประเมินโดย คณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับจังหวัด		
				๓ ดาว (แห่ง)	๔ ดาว (แห่ง)	๕ ดาว (แห่ง)	๓ ดาว (แห่ง)	๔ ดาว (แห่ง)	๕ ดาว (แห่ง)
	เมือง	NPCUบางกระบือ	๒			๒			๒
		NPCUม่วงหมู่	๒			๒			๒
		NPCUต้นโพธิ์	๔			๔			๔
		NPCUโพกรวม	๓	๑ ศสม.		๒	๑ศสม.		๒
	บางระจัน	NPCUพักทัน	๓	๑		๒	๑		๒
	อินทร์บุรี	NPCUท่างาม	๒			๒			๒
		NPCUทองเอน	๒			๒			๒
		ท่าช้าง	๓			๓			๓
	รวม	๒๑	๒		๑๙	๒		๑๙	
๒.ผลกระทบของการมีเกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ติดดาวต่อบุคลากรและระบบบริการที่เปลี่ยนแปลงไป	ด้านบวก				ด้านลบ				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่และน่าใช้บริการ</li> <li>-การทบทวนตนเองในการดำเนินงาน</li> <li>-เกิดความร่วมมือใน CUP</li> <li>-มีการทำงานเป็นทีม</li> <li>-ทำให้ภาพลักษณ์ขององค์กรดีขึ้น เป็นที่ศรัทธาของประชาชน</li> <li>-มีการพัฒนาความรู้การเขียนผลงาน /ผลลัพธ์/และนวัตกรรม</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>-เพิ่มภาระงานให้บุคลากร</li> <li>-ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน</li> <li>-เกณฑ์ยากเกินไป ไม่อยากมีการประเมิน</li> </ul>				

ประเด็น	การดำเนินงาน/ผลลัพธ์		
๓.เกณฑ์ข้อใดที่ไม่สามารถปฏิบัติได้หรือไม่เหมาะสมกับพื้นที่	เกณฑ์	เหตุผล	ข้อเสนอแนะ
	<p>-ควรมีการปรับปรุงเกณฑ์</p> <p>-IC การเฝ้าระวังการติดเชื้อ HAI</p>	<p>เนื่องจากใช้มาระยะหนึ่งแล้ว มีความยากง่ายหรือเหมาะสมกับบริบทหรือไม่</p> <p>-รพ.สต.ไม่ใช่สถานพยาบาลที่รับค้ำคืน ประเด็นนี้เลยไม่น่าจะมานั้น</p> <p>-บางตัววิธีการประเมินมันยังไม่ค่อยละเอียด เช่นเรื่อง การทำให้ปราศจากเชื้อ เพราะถ้าถามตามมาตรฐานจริง ๆ มันก็ไม่ค่อยผ่าน เพราะบางส่วนก็ยังใช้เกณฑ์เดียวกับ รพ. อยู่ มันก็จะประเมินยากใน รพ.สต. เพราะมันก็ลึกเกิน เนื่องจาก รพ.สต. ไม่ใช่ รพ.</p>	<p>อนาคตถ้าเป็นไปได้เกณฑ์ควรกำหนดจาก ส่วนกลาง ๗๐% จังหวัดกำหนดเอง ๓๐%</p> <p>ควรจะไปเน้นในเรื่องของการป้องกันการติดเชื้อมากกว่า อย่างเช่น ที่เป็นแผลฝีที่ไม่ใช่หนอง กรีดลงไปทั้งที่ไม่มีการอักเสบ ก็จะได้ว่าเป็นแผลสะอาด ส่วนอื่น ๆ</p>

\*\*ขอให้ส่งแบบรายงานก่อนที่มติเทศบาลพื้นที่ ล่วงหน้า ๗ วัน

### ๓. ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	แนวทางการแก้ไข
๑.การแก้ไขปัญหาสุขภาพ/ปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยใช้กลไก คกก.พชอ.ยังไม่สามารถระบุผลลัพธ์และแนวทางขยายผลได้ชัดเจน	๑.ทบทวนประเด็นที่จะดำเนินการต่อเนื่องถึงความสำเร็จและสิ่งที่จะดำเนินการต่อ ๒.ความชัดเจนของเป้าหมายในการประเมินผลของแต่ละประเด็น จาก คกก.พชอ. ๓.Process การดำเนินงานสู่ความสำเร็จ ๔.เวทีเสริมพลังของคน พชอ.
๒.จัดตั้งหน่วย NPCU ให้เป็นไปตามแผน	๑.ทบทวนแผน ๑๐ ปี ๒.วางแผนกำลังคน(FM)/สหวิชาชีพเพื่อรองรับแผน ๑๐ ปี ๓.ประชาสัมพันธ์หลักสูตร/สร้างแรงจูงใจ อบรม BC, SC ๔.ประสานกลุ่มงานบริหารทั่วไปเพื่อสร้างแรงจูงใจในตามข้อบังคับกระทรวงฯ ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนฯ พ.ศ.๒๕๔๔
๓.ระบบ ๓ หมอรู้จักคุณการบันทึกข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมาย โดยให้ ศบส. ๔ พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลและพัฒนาทักษะผู้รับผิดชอบงาน	๑.ชี้แจงการดำเนินงานในไตรมาส๑ แต่โปรแกรมยังไม่สมบูรณ์ ๒.ให้ดำเนินการบันทึกข้อมูลเชิงปริมาณในระบบโดยพื้นที่ประสานกับส่วนกลางที่รับผิดชอบร่วมกับการกำกับติดตามของท่าน สสอ. ๓.สอบถามเชิงคุณภาพในการดำเนินงาน พบว่า การรับรู้ หมอที่ ๑ และหมอที่ ๒ เป็นรูปธรรมสามารถติดต่อได้ แต่ยังขาดการรับรู้หมอที่ ๓ ในการดูแลสุขภาพของครอบครัว

### ๔. การดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
๑.ระบบ ๓ หมอรู้จักคุณ การนำเข้าฐานประชากรที่ไม่เป็นปัจจุบันไม่สามารถใช้ในการบันทึกได้ ๒.การชี้แจงจากส่วนกลางล่าช้า ผู้รับผิดชอบงานของ สสจ.ไม่สามารถดำเนินการได้ต้องรอส่วนกลางเท่านั้น จึงทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	๑.สสจ.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การบันทึกข้อมูลระบบ ๓ หมอ ในไตรมาส ๑ แต่โปรแกรมยังไม่สมบูรณ์(กำลังพัฒนา) ๒.หน่วยบริการ บันทึก/แก้ไขข้อมูลในระบบโดยการประสานตรงระหว่าง หน่วยบริการกับ IT สบส. (สบส.กำหนดรูปแบบไว้) ผ่าน Line ID : @๓๘๓vozhx ที่ <a href="https://๓doctor.hss.moph.go.th/main">https://๓doctor.hss.moph.go.th/main</a> ๓.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำกับติดตามการบันทึกผลการดำเนินงาน	ปัจจุบันผลการดำเนินงาน โปรแกรมระบบ ๓ หมอ รู้จักคุณ คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๙๗

๕.แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

จัดทำแผนปฏิบัติการ ให้ครบทุกประเด็นปฐมภูมิ

๖.ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ

การสนับสนุนทรัพยากรให้สอดคล้องกับ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒

ผู้รายงาน นายทรงชนะ เอ็มสมบูรณ์  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
วันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
e-mail pragunsing@gmail.com  
โทร ๐๘ ๐๕๘๐ ๖๔๙๒

# Functional based

## ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

### ๑. สุขภาพเด็ก

-ระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ของเด็กไทย

### ๒. สุขภาพวัยทำงาน

-อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

-การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/  
หรือความดันโลหิตสูง

### ๓. สุขภาพผู้สูงอายุ

-ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

-ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม  
หรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

-ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว  
(Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์



รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
 Functional based ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต  
 หัวข้อ สุขภาพเด็ก  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
 วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด

เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ไม่ต่ำกว่า ๑๐๐

ประเด็นมุ่งเน้น

เด็กไทยสุขภาพแข็งแรงพัฒนาการสมวัย IQ เกิน ๑๐๐

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ที่ดีไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ จะต้องเริ่มจากการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งแต่เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ที่ดีไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ จะต้องเริ่มจากการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งแต่ก่อนระหว่างตั้งครรภ์ให้มีสุขภาพที่ดี มีการตั้งครรภ์และคลอดที่ปลอดภัยและมีสุขภาพหลังคลอดที่ดี ซึ่งสถานการณ์ในปี ๒๕๖๔ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๘๐.๐๘ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ร้อยละ ๗๓.๔๗ หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมไอโอดีน ร้อยละ ๘๘.๒๘ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางร้อยละ ๗.๗๓ ยังมีบางตัวชี้วัดที่ยังตกเกณฑ์เป้าหมายสาเหตุปัญหาหลักเกิดจากความตระหนักรู้/ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ในเรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การฝากครรภ์เร็ว และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

จากการดำเนินงานของจังหวัดสิงห์บุรี ในปี ๒๕๖๕ พบว่าทารกแรกเกิด ๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน ร้อยละ ๗๘.๕๔ สูงดีสมส่วน เด็กอายุ ๐-๕ ปี ร้อยละ ๖๓.๘๖ และสูงเฉลี่ยที่ ๕ ปี ช.= ๑๑๑.๖๐/ญ.= ๑๑๐.๒๕ เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ๕ ช่วงวัยร้อยละ ๙๖.๙๓ เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามร้อยละ ๙๘.๓๖ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๙๓.๐๓ เด็ก ๐-๕ ปี มีภาวะเตี้ยร้อยละ ๗.๘๙ เด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กร้อยละ ๘๓.๗๘ เด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน มีภาวะโลหิตจางร้อยละ ๑๐.๗๑ และเมื่อพบเด็กพัฒนาการล่าช้า ระบบดูแลช่วยเหลือมีส่งต่อไปยัง รพช./รพท. ต่อไป

๓. ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	การแก้ไข
- มีการให้คำแนะนำ เนื่องด้วยปัญหาที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ต้องมีการพิจารณาการปรับรูปแบบประเมิน พัฒนาการโดยการส่ง Clip VDO และให้มีการให้คำแนะนำแบบ Online job training การนำโครงการส่งการบ้านวันวัคซีน โครงการบูรณาการครู หมอ พ่อแม่ มาปรับใช้ และมุ่งเน้นการลงข้อมูลในระบบ HDC ให้ถูกต้องและครบถ้วน	- ได้แจ้งแนวทางการดำเนินงานไปในทุกพื้นที่ และทุกพื้นที่ได้นำข้อเสนอแนะไปปรับใช้ - ได้มีการนำเนื้องานโครงการครูหมอปอแม่ และโครงการส่งการบ้านวันวัคซีนในพื้นที่นำร่องอำเภอเมืองสิงห์บุรี

## ๔.การดำเนินงาน หญิงตั้งครรภ์

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕/Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการ ดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
<p><b>หญิงตั้งครรภ์</b></p> <p>๑. ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ ให้ฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์/หญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์</p> <p>ปัญหา : มารดาขาดความรอบรู้ในการดูแลตนเอง ด้านความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด/HL</p>	<p>๑.๑ ค้นหาเชิงรุก/ประชาสัมพันธ์/ติดตามให้มาตรวจตามนัด</p> <p>๑.๒ สร้างความรอบรู้ในการดูแลตนเอง</p> <p>เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแก่หญิงตั้งครรภ์ ในโรงเรียนพ่อแม่</p>	<p>๑.๑ ประชุม MCH Board และ Service Plan</p> <p>๑.๒ ออกแบบกระบวนการพัฒนาทักษะ HL Preterm ในหญิงตั้งครรภ์ (อำเภอนำร่อง)</p> <p>๑.๓ ประชุม MCH Board สัญจร เน้นกระบวนการพัฒนาทักษะ HL Preterm ในหญิงตั้งครรภ์ ในเจ้าหน้าที่ทุกระดับ</p>
<p>๒.จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคน : สาเหตุ ๑.) หญิงตั้งครรภ์ที่ส่งตัวมารักษาต่อ ได้รับยามา จากร.พ.เดิม หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์จากคลินิก มา ร.พ.เพื่อเจาะเลือดตรวจดาวน์ซินโดรม มียาจากคลินิก, หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์จากคลินิก ครบกำหนดคลอดมาฝากครรภ์แล้ว Admit ๒.) หญิงตั้งครรภ์ไม่กินยา เมื่อมาฝากครรภ์บอกยายังมีอยู่ กรณีนี้จะไม่ได้จ่ายยาให้</p> <p>๓.) อีกกรณีคือมีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถรับประทานยาTriferdineได้</p>	<p>๒.๑ การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ข้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒.๒ จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายตลอดการต้องงครรภ์ และหญิงให้นมบุตรระยะหลังคลอด</p> <p>๒.๓ หากแพ้ Triferdine แนะนำเรื่องการรับประทานที่มีไอโอดีนเพียงพอ</p>	<p>๒.๑ ติดตามตัวชีวิตในที่ประชุม MCH Board และ Service Plan</p> <p>๒.๒ ยังคงพบข้อผิดพลาดในการศึกษาข้อมูล ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ ๔ จัดทีม IT สัญจร ลงดูระบบเพื่อแก้ไขปัญหาหน้างาน</p>
<p>๓. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ ฉีดวัคซีนป้องกันการ ติดเชื้อโควิด 19 หลังอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ปัญหา:กลัวผลข้างเคียง</p>	<p>๓.๑ มีการประชาสัมพันธ์การฉีดวัคซีนโควิด 19 รวมทั้งให้ความรู้ประโยชน์ของการได้รับวัคซีนโควิด 19</p> <p>๓.๒ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์สื่อการป้องกันการติดเชื้อ COVID – 19 ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ แม่และเด็ก</p> <p>๓.๓ จัดบริการ ให้หญิงตั้งครรภ์/ญาติ เข้าถึงวัคซีน</p> <p>๓.๔ แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้และกระตุ้นโน้มน้าวทุกครั้งมาฝากครรภ์</p>	<p>๓.๑ มีการประชาสัมพันธ์ในทุกระดับบริการ /สื่อออนไลน์/เพิ่มช่องทาง สามารถติดต่อสอบถามได้ง่ายขึ้น/ผู้ที่ประสงค์จะฉีดวัคซีนสามารถ walk in ณ โรงพยาบาลใกล้บ้านได้</p> <p>การดำเนินงานการฉีดวัคซีนเข็ม ๑ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ รายอำเภอดังนี้</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕ /Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการ ดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
<p>๓. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ ฉีดวัคซีน ป้องกันการ ติดเชื้อโควิด 19 หลังอายุ ครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ปัญหา:กลัว ผลข้างเคียง</p>		<p>-อ.เมือง ๖๓ คน ฉีดแล้ว๖๓คน ร้อยละ ๑๐๐ -อ.อินทร์บุรี ๗๖ คน ฉีดแล้ว ๗๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๗๔ -อ.บางระจัน ๓ คน ฉีดแล้ว ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ -อ.ค่ายบางระจัน ๓๙ คน ฉีดแล้ว ๓๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๘๗ -อ.พรหมบุรี ๓๖ คน ฉีดแล้ว ๓๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๒๒ -อ.ท่าช้าง ๑๙ คน ฉีดแล้ว ๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๔๗ ภาพรวมจังหวัดสิงห์บุรี ทั้งหมด ๒๓๖ คน ฉีดวัคซีนเข็ม ๑ แล้ว ๒๒๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๑๙</p>

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายงาน ข้อมูล	รพ.สิงห์บุรี	รพ.บางระจัน	รพ.ค่าย บางระจัน	รพ.พรหมบุรี	รพ.ท่าช้าง	รพ.อินทร์บุรี	ภาพของ จังหวัด จาก HDC ต.ค.๖๔ - ๒๓ มี.ย. ๖๕
๑.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก หรือเท่ากับก่อน ๑๒ สัปดาห์(ร้อยละ ๗๕)	เป้าหมาย	๑๒๕	๖๔	๖๘	๔๐	๓๑	๑๐๕	๔๓๓
		ผลงาน	๑๑๐	๕๗	๕๘	๓๔	๒๘	๙๓	๓๘๐
		ร้อยละ	๘๘	๘๙.๐๖	๘๕.๒๙	๘๕	๙๐.๓๒	๘๗.๗๖	๘๗.๗๖
๒.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ (ร้อยละ ๗๕)	เป้าหมาย	๑๒๕	๖๔	๖๘	๔๐	๓๑	๑๐๒	๔๓๐
		ผลงาน	๑๐๗	๕๓	๕๓	๓๒	๒๖	๘๒	๓๕๕
		ร้อยละ	๘๕.๖	๘๒.๘๑	๘๐.๘๘	๘๐	๘๓.๘๗	๘๐.๓๙	๘๒.๕๖
๓.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มี ภาวะโลหิตจาง (ไม่เกิน ร้อยละ ๑๖)	เป้าหมาย	๔๓๘	๒๐	๒๘	๒	๑๐	๒๑๙	๗๑๗
		ผลงาน	๕๙	๓	๙	๐	๐	๑๙	๙๐
		ร้อยละ	๑๓.๔๗	๑๕	๑๕	๐	๐	๘.๖๘	๑๒.๕๕
๔.	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับ ยา เม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุ เหล็ก และกรดโฟลิก (ร้อยละ ๑๐๐)	เป้าหมาย	๗๐๙	๕๒	๔๙	๒๙	๓๖	๓๗๒	๑๒๔๗
		ผลงาน	๕๑๗	๔๓	๔๙	๒๕	๓๖	๒๘๗	๙๕๗
		ร้อยละ	๗๒.๙๒	๘๒.๖๙	๑๐๐	๘๖.๒๑	๑๐๐	๗๗.๑๕	๗๖.๗๔
๕.	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย กว่า ๒,๕๐๐ กรัม (ไม่เกิน ร้อยละ ๗) (จำแนกเป็น อำเภอ)	เป้าหมาย	๑๒๔	๗๐	๕๒	๔๑	๑๙	๗๒	๓๗๘
		ผลงาน	๓	๖	๒	๓	๒	๖	๒๒
		ร้อยละ	๒.๔๒	๘.๕๗	๓.๘๕	๗.๓๒	๑๐.๕๓	๘.๓๓	๕.๘๒
๖.	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับ การฉีดวัคซีนป้องกัน การติดเชื้อโควิด 19 หลังอายุ ครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๐)(จำแนกเป็น อำเภอเฉพาะเข็ม ๑)	เป้าหมาย	๖๓	๗๖	๓	๓๙	๓๖	๑๙	๒๓๖
		ผลงาน	๖๓	๗๒	๓	๓๗	๓๕	๑๗	๒๒๗
		ร้อยละ	๑๐๐	๙๔.๗๔	๑๐๐	๙๔.๘๗	๙๗.๒๒	๘๙.๔๗	๙๖.๑๙

#### ๔.การดำเนินงาน เด็กอายุปฐมวัย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหาปี ๒๕๖๕ Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
๑.เด็กอายุปฐมวัย ไม่สูงตีสสมส่วน และสูงเฉลี่ยที่ ๕ ไม่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน	๑.จัดการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลเด็กกับเจ้าหน้าที่ ผู้ปกครอง ครู พี่เลี้ยง ๒.สร้างความรอบรู้ในเรื่องโภชนาการ ผู้ปกครอง ครู พี่เลี้ยง ๓.จัดหาอุปกรณ์ในการวัดและชั่งน้ำหนัก ให้ตรงตามมาตรฐาน	๑. ติดตามตัวชี้วัดในที่ประชุมประชุม MCH Board และ Service Plan ๒.ติดตามผลร่วมลงพื้นที่กับศูนย์ อนามัยที่ ๔ สระบุรี ในการให้ความรู้ ความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ ผู้ปกครอง และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ๓.MOU เด็กปฐมวัยกับส่วนราชการที่ เกี่ยวข้อง

## ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	เมือง	บาง ระจัน	ค่าย บางระจัน	พรหมบุรี	ท่าช้าง	อินทร์บุรี	จังหวัด
ทารกแรกเกิด ๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๕๐	๘๐.๔๕	๗๒.๗๓	๘๓.๖๑	๖๑.๕๔	๖๖.๖๗	๘๘.๙๙	๗๘.๕
สูงตีสสมส่วนเด็กอายุ ๐-๕ ปี ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๔ และ สูงเฉลี่ยที่ ๕ ปี ช.= ๑๑๓ ซม./ ญ.= ๑๑๒ ซม.	๖๗.๓๖ ช.= ๑๑๒.๑๗ ญ.= ๑๑๐.๖๙	๖๑.๘๕ ช.= ๑๑๓.๑๘ ญ.= ๑๐๙.๗๕	๕๘.๗๓ ช.= ๑๑๐.๔๙ ญ.= ๑๐๙.๙๑	๕๙.๖๕ ช.= ๑๑๑.๔๙ ญ.= ๑๑๑.๔๔	๖๗.๓๕ ช.= ๑๑๑.๕๔ ญ.= ๑๐๘.๕๘	๖๕.๕๖ ช.= ๑๑๑.๑๒ ญ.= ๑๑๐.๒๘	๖๓.๘ ช.= ๑๑๑.๖๐ ญ.= ๑๑๐.๒๕
เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ ๕ ช่วงวัย ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๙๐	๙๘.๓๓	๙๗.๐๕	๙๑.๙๔	๙๔.๙๕	๙๗.๙๓	๙๙	๙๖.๙
เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัย ล่าช้าได้รับการติดตามไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๙๐	๙๖.๘๗	๙๕.๓๘	๙๑.๑๒	๘๘.๐๗	๘๘.๓๙	๙๖.๖๒	๙๒.๘
เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๘๕	๙๑.๔๕	๙๕.๙๖	๘๗.๗๘	๙๑.๗๒	๙๒.๔๒	๙๖.๖๖	๙๓
เด็ก ๐-๕ ปี มีภาวะเตี้ย ไม่เกิน ร้อยละ ๑๐	๖.๔	๘.๕๗	๗.๘๑	๗.๒	๙.๐๖	๖.๒๙	๗.๑๗
เด็ก ๖ เดือน-๕ ปี ได้รับ ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ๗๐%	๘๖.๖๘	๘๙.๙๑	๙๓.๑๒	๘๘.๗๘	๙๓.๕๗	๗๐.๔๕	๘๓.๙
เด็ก ๖-๑๒ เดือน มีภาวะซีด ไม่เกิน ๒๐%	๘.๖๒	๑๘.๕๒	๑๒.๑๒	๑๑.๔๓	๐	๑๒.๗๙	๑๐.๗

## ๕.แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

๕.๑ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ On the job training

## ๖.ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ

ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวภาณุมาศ เรือนหลวง  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
โทร.๐๙ ๒๖๖๙ ๑๙๒๒

ผู้รายงาน นางสาว กาญจนา อยู่นาค  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข  
วัน/เดือน/ปี ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๕

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
Functional based ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต  
หัวข้อ สุขภาพวัยทำงาน  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

๑.๑.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

การฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี ๒๕๖๔ มีจำนวน ๒๙ คน คิดเป็นอัตรา ๑๓.๙๗ ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด สูงสุดที่อำเภอบางระจัน จำนวน ๙ คน อัตรา ๒๖.๙๓ อำเภอท่าช้าง จำนวน ๓ คน อัตรา ๒๐.๙๘ อำเภออินทร์บุรี จำนวน ๘ คน อัตรา ๑๔.๗๖ อำเภอกำแพงแสน จำนวน ๓ คน อัตรา ๑๐.๘๒ พบเป็นเพศชาย จำนวน ๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๖๖ เพศหญิง จำนวน ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๓๔ สถานภาพส่วนใหญ่มีคู่สมรส จำนวน ๑๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๓๘ โสด จำนวน ๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๐๓ และม่าย/หย่า/แยก จำนวน ๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๕๕ ช่วงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จ สูงสุดอายุ ๓๐-๓๙ ปี จำนวน ๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๕๕ อายุ ๔๐-๔๙ ปี และอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป ช่วงอายุละ ๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๖๙ อายุ ๕๐-๕๙ ปี จำนวน ๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๗๙ อายุ ๖๐-๖๙ ปี จำนวน ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๓๔ ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท จำนวน ๑๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๓๗ ตกงาน/ว่างงาน จำนวน ๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๐๓ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๓๔ เกษตรกรรม จำนวน ๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๘๙ แม่บ้าน ค้าขาย และพระ อาชีพละ ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๔๔ วิธีการฆ่าตัวตายสูงสุด คือการผูกคอตาย จำนวน ๒๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๖ และใช้ปืน กระโดดจากที่สูง, กินสารกำจัดแมลง กำจัดวัชพืช วิธีละ ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๔๔ สาเหตุการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด จำนวน ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๘๐ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช และมีปัญหาเศรษฐกิจ/ตกงาน จำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๖๖ ปัญหาความรักหึงหวง จำนวน ๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๒๘ และมีปัญหาด้านการทำงาน จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๑๔ ปัญหาสุรา จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๗๖ อื่น ๆ จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๓๘

๓. ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ

-ขอให้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และ HL

แนวทางการแก้ไข

-สุขภาพจิตกลุ่มวัย และการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงขับเคลื่อนบูรณาการ ร่วมกับงาน NCD งานผู้สูงอายุ และงานบริการ ANC โดยมีผลการคัดกรอง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ดังนี้

หน่วยงาน	ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง	คัดกรอง	ร้อยละ	ผู้สูงอายุ	คัดกรอง	ร้อยละ	หญิง ตั้งครรภ์	คัดกรอง	ร้อยละ
ประเทศ	๙,๐๖๑,๑๕๓	๔,๒๗๐,๑๕๘	๔๗.๑๓	๙,๕๗๐,๒๗๑	๖,๗๒๓,๕๖๕	๗๐.๒๕	๑๓๗,๓๖๖	๖๐,๓๘๑	๔๓.๙๖
เขต สุขภาพที่ ๔	๗๘๘,๗๒๖	๓๕๔,๖๓๓	๔๔.๙๖	๙๑,๘๑๔	๕๖๙,๓๗๘	๖๓.๘๔	๙,๒๘๙	๒,๘๑๕	๓๐.๓
จังหวัดสิงห์บุรี	๔๗๘๗๗	๒๗๖๑๔	๕๗.๖๘	๔๗๕๑๔	๔๑๗๓๔	๘๗.๘๔	๔๙๒	๑๗๓	๓๕.๑๖
อ.เมืองสิงห์บุรี	๑๒๖๓๔	๖๗๑๔	๕๓.๑๔	๑๒๐๗๙	๑๐๔๐๙	๘๖.๑๗	๑๓๖	๒	๑.๔๗
อ.บางระจัน	๘๒๕๙	๔๗๖๔	๕๗.๖๘	๘๑๙๕	๗๐๕๓	๘๖.๐๖	๗๗	๔๑	๕๓.๒๕
อ.ค่าย บางระจัน	๖๕๒๙	๓๔๒๓	๕๒.๔๓	๕๘๑๕	๔๖๗๑	๘๐.๓๓	๘๑	๑๙	๒๓.๔๖
อ.พรหมบุรี	๕๕๕๘	๒๙๗๗	๕๓.๕๖	๕๑๘๒	๔๒๔๓	๘๑.๘๘	๔๕	๔	๘.๘๙
อ.ท่าช้าง	๓๗๗๓	๒๔๔๔	๖๔.๗๘	๓๕๓๕	๓๓๕๐	๙๔.๗๗	๓๓	๑๕	๔๕.๔๕
อ.อินทร์บุรี	๑๑๑๒๔	๗๒๙๒	๖๕.๕๕	๑๒๗๐๘	๑๒๐๐๘	๙๔.๔๙	๑๒๐	๙๒	๗๖.๖๗

ข้อมูล ณ ๑๒ ก.ค.๖๕

## ๔. การดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕ Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)																																
๑ การสื่อสารภายใน ครอบครัว	<p>๑.๑ นำข้อมูลการฆ่าตัวตายจังหวัดสิงห์บุรี เข้าคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต และคณะทำงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตจังหวัดสิงห์บุรี</p> <p>๑.๒ อบรมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ของบุคคลสาธารณสุข วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๕ โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ ๔</p> <p>๑.๓ อบรม อสม. ป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดสิงห์บุรี วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ ๔</p> <p>๑.๔ พัฒนาระบบช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน ระดับประถมศึกษา คืบข้อมูลการฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี ให้กับครูช่วยเหลือนักเรียนทุกแห่ง วันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๕ โดยทีม Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช</p>	<p>๑.๑ มีแนวทางป้องกันและช่วยเหลือ การฆ่าตัวตาย ครอบครัวผู้ฆ่าตัวตาสสำเร็จ จังหวัดสิงห์บุรี</p> <p>๑.๒ อัตราฆ่าตัวตาสสำเร็จจังหวัดสิงห์บุรี ณ ๓๐ มิ.ย.๖๕</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th> <th>พชก.</th> <th>ฆ่าตัวตาสสำเร็จ</th> <th>อัตราต่อแสน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เมืองสิงห์บุรี</td> <td>๕๔,๔๘๑</td> <td>๓</td> <td>๕.๕๑</td> </tr> <tr> <td>อินทร์บุรี</td> <td>๕๔,๒๐๒</td> <td>๓</td> <td>๕.๕๓</td> </tr> <tr> <td>ค่ายบางระจัน</td> <td>๒๗,๗๓๔</td> <td>๑</td> <td>๓.๖๑</td> </tr> <tr> <td>บางระจัน</td> <td>๓๓,๔๒๕</td> <td>๒</td> <td>๕.๙๘</td> </tr> <tr> <td>พรหมบุรี</td> <td>๒๓,๓๘๖</td> <td>๑</td> <td>๔.๒๘</td> </tr> <tr> <td>ท่าช้าง</td> <td>๑๔,๓๐๐</td> <td>๒</td> <td>๑๓.๙๙</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>๒๐๗,๕๒๘</td> <td>๑๒</td> <td>๕.๗๘</td> </tr> </tbody> </table> <p>ชาย ๘ คน หญิง ๔ คน ร้อยละ ๓๓.๓๓ โสด ๑ คน คู่ ๗ คน แยก ๔ คน อายุ ๒๐-๒๙ ปี ๑ คน อายุ ๓๐-๓๙ ปี ๓ คน อายุ ๔๐-๔๙ ปี ๒ คน อายุ ๕๐-๕๙ ปี ๑ คน อายุ ๖๐-๖๙ ปี ๓ คน อายุมากกว่า ๗๐ ปี ๒ คน อาชีพรับจ้าง ๖ คน ข้าราชการ ๒ คน ว่างาน ๒ คน ค้าขาย ๑ คน เกษตร ๑ คน ด้วยวิธีกำจัด</p>	อำเภอ	พชก.	ฆ่าตัวตาสสำเร็จ	อัตราต่อแสน	เมืองสิงห์บุรี	๕๔,๔๘๑	๓	๕.๕๑	อินทร์บุรี	๕๔,๒๐๒	๓	๕.๕๓	ค่ายบางระจัน	๒๗,๗๓๔	๑	๓.๖๑	บางระจัน	๓๓,๔๒๕	๒	๕.๙๘	พรหมบุรี	๒๓,๓๘๖	๑	๔.๒๘	ท่าช้าง	๑๔,๓๐๐	๒	๑๓.๙๙	รวม	๒๐๗,๕๒๘	๑๒	๕.๗๘
อำเภอ	พชก.	ฆ่าตัวตาสสำเร็จ	อัตราต่อแสน																															
เมืองสิงห์บุรี	๕๔,๔๘๑	๓	๕.๕๑																															
อินทร์บุรี	๕๔,๒๐๒	๓	๕.๕๓																															
ค่ายบางระจัน	๒๗,๗๓๔	๑	๓.๖๑																															
บางระจัน	๓๓,๔๒๕	๒	๕.๙๘																															
พรหมบุรี	๒๓,๓๘๖	๑	๔.๒๘																															
ท่าช้าง	๑๔,๓๐๐	๒	๑๓.๙๙																															
รวม	๒๐๗,๕๒๘	๑๒	๕.๗๘																															

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕ Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)																																
	<p>๑.๕ พัฒนาแนวทางการสอบสวนการฆ่าตัวตายจังหวัดสิงห์บุรี ในทีม Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี คืบข้อมูลการฆ่าตัวตายและสร้างแนวทางป้องกันช่วยเหลือการฆ่าตัวตายจังหวัดสิงห์บุรี ในคณะทำงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต จังหวัดสิงห์บุรี วันที่ ๒๒ มิ.ย.๖๕</p> <p>๑.๖ ประชาสัมพันธ์ พรบ.สุขภาพจิตและคืบข้อมูลการฆ่าตัวตายสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายในทีมระดับอำเภอและกำนันผู้ใหญ่บ้าน ในวันที่ ๔ ก.ค. ๖๕ อำเภอ เมืองสิงห์บุรี และวันที่ ๕ ก.ค.๖๕ อำเภอบางระจัน วันที่ ๗ ก.ค. ๖๕ อำเภอค่ายบางระจัน โดยทีมจังหวัดสิงห์บุรี เสียตามสายในชุมชน</p> <p>๑.๗ พัฒนาระบบช่วยเหลือนักเรียนระดับมัธยมลออาชีวศึกษา คืบข้อมูลการฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรีให้กับครูช่วยเหลือนักเรียนทุกแห่ง ในวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ ๔</p>	<p>วิชาชีพ ๑ คน ใช้ปืน ๑ คน ผูกคอ ๙ คน กระโดดน้ำ ๑ คน โรคประจำตัว ๘ คน โรคทางสุขภาพจิต ๒ คน โรคทางกาย ๖ คน สาเหตุ ความสัมพันธ์ในคนใกล้ชิด ๙ คน เศรษฐกิจ ๕ คน สารเสพติด ๔ คน เจ็บป่วย ๓ คน</p> <p>๑.๓ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กระทำซ้ำใน ๑ ปี ณ ๓๐ มิ.ย.๖๕</p> <table border="1" data-bbox="914 701 1426 1108"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th> <th>ทั้งหมด</th> <th>ไม่กระทำซ้ำ</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เมืองสิงห์บุรี</td> <td>๔๒</td> <td>๓๕</td> <td>๘๓.๓๓</td> </tr> <tr> <td>อินทร์บุรี</td> <td>๓๒</td> <td>๓๐</td> <td>๙๓.๗๕</td> </tr> <tr> <td>ค่ายบางระจัน</td> <td>๑๘</td> <td>๑๘</td> <td>๑๐๐.๐๐</td> </tr> <tr> <td>บางระจัน</td> <td>๑๙</td> <td>๑๙</td> <td>๑๐๐.๐๐</td> </tr> <tr> <td>พรหมบุรี</td> <td>๑๖</td> <td>๑๔</td> <td>๘๗.๕๐</td> </tr> <tr> <td>ท่าช้าง</td> <td>๑๔</td> <td>๑๒</td> <td>๘๕.๗๑</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>๑๔๑</td> <td>๑๒๘</td> <td>๙๐.๗๘</td> </tr> </tbody> </table>	อำเภอ	ทั้งหมด	ไม่กระทำซ้ำ	ร้อยละ	เมืองสิงห์บุรี	๔๒	๓๕	๘๓.๓๓	อินทร์บุรี	๓๒	๓๐	๙๓.๗๕	ค่ายบางระจัน	๑๘	๑๘	๑๐๐.๐๐	บางระจัน	๑๙	๑๙	๑๐๐.๐๐	พรหมบุรี	๑๖	๑๔	๘๗.๕๐	ท่าช้าง	๑๔	๑๒	๘๕.๗๑	รวม	๑๔๑	๑๒๘	๙๐.๗๘
อำเภอ	ทั้งหมด	ไม่กระทำซ้ำ	ร้อยละ																															
เมืองสิงห์บุรี	๔๒	๓๕	๘๓.๓๓																															
อินทร์บุรี	๓๒	๓๐	๙๓.๗๕																															
ค่ายบางระจัน	๑๘	๑๘	๑๐๐.๐๐																															
บางระจัน	๑๙	๑๙	๑๐๐.๐๐																															
พรหมบุรี	๑๖	๑๔	๘๗.๕๐																															
ท่าช้าง	๑๔	๑๒	๘๕.๗๑																															
รวม	๑๔๑	๑๒๘	๙๐.๗๘																															

#### ๕.แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

๕.๑ ขับเคลื่อนคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต และคณะทำงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต จังหวัดสิงห์บุรี

๕.๒ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน Service Plan สาขาสุขภาพจิต และจิตเวช

๕.๓ ประชาสัมพันธ์การสื่อสารเชิงบวกในชุมชน

๕.๔ พัฒนาระบบช่วยเหลือนักเรียน



๖. ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ

- ๖.๑. สื่อสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย
- ๖.๒. คลิปเสียงรณรงค์การเข้าถึงบริการผู้ป่วยสุขภาพจิต
- ๖.๓. คลิปเสียงรณรงค์สร้างความเข้าใจโรคจิต

ผู้รายงาน นางสุภาวดี ตั้งเจริญ  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
วัน/เดือน/ปี ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
E-mail kungka2522@gmail.com  
โทร ๐๙ ๘๒๔๘ ๗๖๘๑

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
Functional based ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต  
หัวข้อ สุขภาพวัยทำงาน  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

---

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

๑.๒. การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง  $\geq$  ร้อยละ ๘๐

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

๒.๑ สถานการณ์

การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ พบว่าจังหวัดสิงห์บุรี ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โดยการคัดกรองเบาหวานในประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ร้อยละ ๙๐.๔๖, ๙๐.๖๒ และ ๙๒.๒๒ ตามลำดับ (ปี ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๔ ร้อยละ ๖๓.๕๔ ประเทศ ร้อยละ ๘๗.๑๔) พบกลุ่มสงสัยป่วยมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ ๐.๘๐, ๐.๘๒ และ ๐.๗๙ ตามลำดับ (ปี ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๔ ร้อยละ ๐.๘๘ ประเทศ ร้อยละ ๐.๙๑) กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (Pre-DM) ในพื้นที่รับผิดชอบปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๙๒.๗๑, ๙๒.๖๘ และ ๙๕.๘๒ ตามลำดับ (ปี ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๔ ร้อยละ ๘๒.๓๔ ประเทศ ร้อยละ ๙๒.๙๑) และพบอัตราป่วย เบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีแนวโน้มคงที่ ร้อยละ ๒.๓๗, ๓.๑๒ และ ๓.๐๑ ตามลำดับ (ปี ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๔ ร้อยละ ๒.๖๙ ประเทศ ร้อยละ ๒.๒๑)

การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ พบว่าจังหวัดสิงห์บุรี ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการคัดกรองความดันโลหิตแก่ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๙๒.๐๑, ๙๑.๗๓ และ ๙๓.๐๓ ตามลำดับ (ปี ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๔ ร้อยละ ๖๓.๕๖ ประเทศ ร้อยละ ๘๗.๒๐) พบกลุ่มสงสัยป่วย มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ ๓.๑๒, ๒.๖๕ และ ๒.๖๓ ตามลำดับ (ปี ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๔ ร้อยละ ๓.๙๙ ประเทศ ร้อยละ ๔.๑๐) กลุ่มสงสัยป่วยต่อความดันโลหิตสูงได้ดำเนินการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๕๓.๔๐, ๙๐.๔๔ และ ๘๔.๑๔ ตามลำดับ (ปี ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๔ ร้อยละ ๕๔.๑๕ ประเทศ ร้อยละ ๗๖.๑๖)

(ข้อมูลจาก <http://hdcservice.moph.go.th/hdc/>)



## ๒.๔ ผลการดำเนินงาน

การดำเนินงานตามมาตรการเร่งรัดการเฝ้าระวังและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs ขับเคลื่อนด้วยนโยบาย SING PLUS ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เน้นหนักการดำเนินงาน Early Detection & Screening ในการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง พร้อมให้ความรู้ และเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วย ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยได้รับการตรวจยืนยัน ใช้ป้องกันจรรยาชีวิต ๗ สี ในการทำ Health Literacy & Behavior Change & Self care ขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิ พัฒนาระดับคลินิก NCD Plus ในโรงพยาบาล

### ๒.๔.๑ ผลการดำเนินงานโรคเบาหวาน (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)

จังหวัดสิงห์บุรี ได้ดำเนินงานคัดกรองเบาหวานในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พร้อมให้คำแนะนำเรื่องโรคการป้องกัน และการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน สำหรับการคัดกรองเบาหวาน ในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จังหวัดสิงห์บุรีดำเนินการได้ ร้อยละ ๙๑.๙ ผ่านเกณฑ์ สูงกว่าระดับเขตสุขภาพที่ ๔ ร้อยละ ๖๐.๐๖ และระดับประเทศ ร้อยละ ๘๒.๘๖

การดำเนินงานติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๗๖๓ คน หลังให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรค และติดตามให้ตรวจเลือดซ้ำ จำนวน ๖๙๓ คน (ร้อยละ ๙๐.๘๓) ผ่านเกณฑ์ พบเป็นผู้ป่วยรายใหม่จากที่ได้รับการตรวจยืนยันกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยแพทย์ จำนวน ๑๖๐ คน (ร้อยละ ๒๓.๐๙) รายละเอียดดังตารางที่ ๑, ๒

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของประชาชนอายุ ๑๕-๓๔ ปีขึ้นไป และ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ยังไม่ป่วยได้รับ

การคัดกรองเบาหวานพร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจาและให้คำปรึกษาลดเสี่ยง

จังหวัดสิงห์บุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)

อำเภอ	คัดกรองเบาหวานในประชาชน อายุ ๑๕ - ๓๔ ปี			คัดกรองเบาหวานในประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ ๙๐)		
	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ
เมืองสิงห์บุรี	๑๐,๕๘๘	๔,๖๘๒	๔๔.๒๒	๒๔,๒๔๗	๑๙,๙๙๑	๘๒.๕๕
บางระจัน	๖,๑๖๘	๖๕๖	๑๐.๖๔	๑๕,๐๑๐	๑๔,๐๑๐	๙๓.๓๔
ค่ายบางระจัน	๕,๕๗๒	๖๖๑	๑๑.๘๖	๑๒,๑๖๓	๑๑,๕๔๓	๙๔.๙๐
พรหมบุรี	๓,๘๒๓	๑,๒๓๐	๓๒.๑๗	๙,๑๖๓	๘,๖๘๓	๙๔.๗๖
ท่าช้าง	๒,๕๔๔	๓๖๕	๑๔.๓๕	๖,๑๒๙	๕,๖๖๖	๙๒.๕๕
อินทร์บุรี	๑๑,๓๗๗	๕,๑๓๘	๔๕.๕๑	๒๕,๐๕๐	๒๔,๔๓๕	๙๗.๕๔
จังหวัดสิงห์บุรี	๔๐,๐๗๒	๑๒,๗๗๒	๓๑.๘๗	๙๑,๗๖๒	๘๔,๓๒๘	๙๑.๙๐
เขตสุขภาพที่ ๔	๑,๑๓๕,๒๘๒	๙๔,๗๐๘	๘.๓๔	๒,๒๐๐,๐๘๔	๑,๓๒๑,๓๘๖	๖๐.๐๖
ประเทศ	๑๑,๙๒๑,๘๔๑	๕๘๔,๙๐๒	๔.๙๑	๒๒,๕๙๘,๘๒๒	๑๘,๗๒๔,๖๙๖	๘๒.๘๖

ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละของการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ( $\geq$  ร้อยละ ๘๐)

และอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยัน จังหวัดสิงห์บุรี  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)

อำเภอ	ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน			อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยัน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสิงห์บุรี	๑๔๑	๑๒๓	๘๗.๒๓	๑๒๓	๒๐	๑๖.๒๖
บางระจัน	๑๕๒	๑๓๑	๘๖.๑๘	๑๓๑	๔๓	๓๒.๘๒
ค่ายบางระจัน	๗๗	๗๒	๙๓.๕๑	๗๒	๒๗	๓๗.๕
พรหมบุรี	๑๔๐	๑๒๒	๘๗.๑๔	๑๒๒	๔๒	๓๔.๔๓
ท่าช้าง	๖๖	๖๐	๙๐.๙๑	๖๐	๙	๑๕
อินทร์บุรี	๑๘๗	๑๘๕	๙๘.๙๓	๑๘๕	๑๙	๑๐.๒๗
จังหวัดสิงห์บุรี	๗๖๓	๖๙๓	๙๐.๘๓	๖๙๓	๑๖๐	๒๓.๐๙
เขตสุขภาพที่ ๔	๘,๘๔๘	๔,๓๕๓	๔๙.๒๐	๔,๓๕๓	๙๙๖	๒๒.๘๘
ประเทศ	๑๗๙,๕๕๗	๘๖,๗๔๙	๔๘.๓๑	๘๖,๗๔๙	๑๕,๖๔๗	๑๘.๐๓

ที่มา : <http://hdcservice.moph.go.th/hdc/> ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

#### ๒.๔.๒ ผลการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูง (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)

จังหวัดสิงห์บุรี ได้ดำเนินงานคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พร้อมให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันโรค และการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคต่อผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง สำหรับคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จังหวัดสิงห์บุรีดำเนินการได้ ร้อยละ ๙๒.๗๐ ผ่านเกณฑ์ แต่สูงกว่าระดับเขตสุขภาพที่ ๔ ร้อยละ ๕๙.๖๘ และระดับประเทศร้อยละ ๘๓.๘๔

การดำเนินงานติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๑,๙๙๑ คน หลังให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรค และติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) จำนวน ๑,๘๙๒ คน (ร้อยละ ๙๘.๐๓) ผ่านเกณฑ์ พบเป็นผู้ป่วยรายใหม่จากที่ได้รับการตรวจยืนยันกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงโดยแพทย์ จำนวน ๑๓๘ คน (ร้อยละ ๗.๒๙) รายละเอียดดังตารางที่ ๓, ๔

ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละของประชาชนอายุ ๑๕-๓๔ ปีขึ้นไป และ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ป่วย ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงพร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจาและให้คำปรึกษาความเสี่ยง จังหวัดสิงห์บุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ - มิถุนายน ๒๕๖๕)

อำเภอ	คัดกรองความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ ๑๕ - ๓๔ ปี			คัดกรองความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ ๙๐)		
	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ
เมืองสิงห์บุรี	๑๐,๕๑๖	๔,๖๗๔	๔๔.๔๕	๑๙,๐๙๗	๑๖,๒๒๑	๘๕.๙๔
บางระจัน	๖,๑๒๙	๖๖๖	๑๐.๘๗	๑๑,๒๙๘	๑๐,๖๘๓	๙๔.๕๖
ค่ายบางระจัน	๕,๕๑๘	๖๔๑	๑๑.๖๒	๙,๑๙๓	๘,๗๗๖	๙๕.๔๖
พรหมบุรี	๓,๗๙๔	๑,๕๒๗	๔๐.๒๕	๖,๙๙๒	๖,๕๕๘	๙๓.๗๙
ท่าช้าง	๒,๕๑๘	๓๖๒	๑๔.๓๘	๔,๕๓๒	๔,๑๖๘	๙๑.๙๗
อินทร์บุรี	๑๑,๓๖๐	๕,๑๗๐	๔๕.๕๑	๒๐,๗๐๒	๒๐,๑๖๓	๙๗.๔
จังหวัดสิงห์บุรี	๓๙,๘๓๕	๑๓,๐๔๐	๓๒.๗๔	๗๑,๘๑๔	๖๖,๕๖๙	๙๒.๗
เขตสุขภาพที่ ๔	๑,๑๓๐,๘๖๘	๑๒๙,๕๘๒	๑๑.๔๖	๑,๙๐๓,๘๘๕	๑,๑๓๖,๓๒๒	๕๙.๖๘
ประเทศ	๑๑,๘๐๑,๐๕๗	๘๐๕,๐๗๗	๖.๘๒	๑๙,๕๘๑,๘๑๘	๑๖,๔๑๖,๖๖๗	๘๓.๘๔

ตารางที่ ๔ จำนวนและร้อยละของการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ( $\geq$  ร้อยละ ๘๐) และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยัน จังหวัดสิงห์บุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ - มิถุนายน ๒๕๖๕)

อำเภอ	ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง			อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใหม่จาก กลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยัน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสิงห์บุรี	๒๓๕	๒๒๗	๙๖.๖	๒๒๗	๑๙	๘.๓๗
บางระจัน	๕๗๖	๕๓๔	๙๒.๗๑	๕๓๔	๓๑	๕.๘๑
ค่ายบางระจัน	๓๔๘	๓๒๗	๙๓.๙๗	๓๒๗	๗	๒.๑๔
พรหมบุรี	๓๑๐	๒๙๒	๙๔.๑๙	๒๙๒	๕๑	๑๗.๔๗
ท่าช้าง	๑๑๐	๑๑๐	๑๐๐	๑๑๐	๙	๘.๑๘
อินทร์บุรี	๔๑๒	๔๐๒	๙๗.๕๗	๔๐๒	๒๑	๕.๒๒
จังหวัดสิงห์บุรี	๑,๙๙๑	๑,๘๙๒	๙๕.๐๓	๑,๘๙๒	๑๓๘	๗.๒๙
เขตสุขภาพที่ ๔	๕๐,๒๙๗	๔๒,๐๐๑	๘๓.๕๑	๔๒,๐๐๑	๒,๕๒๓	๖.๐๑
ประเทศ	๗๔๐,๖๓๙	๖๖๓,๓๘๙	๘๙.๕๗	๖๖๓,๓๘๙	๓๐,๖๔๓	๔.๖๒

ตารางที่ ๕ จำนวนและร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ( $\geq$  ร้อยละ ๔๐) จังหวัดสิงห์บุรี  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการ ตรวจ HbA๑c			ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดี (ร้อยละ ๔๐)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสิงห์บุรี	๔,๓๔๘	๒,๙๙๒	๖๘.๘๑	๔,๓๔๘	๑,๖๒๓	๓๗.๓๓
บางระจัน	๓,๐๐๘	๑,๘๖๕	๖๒	๓,๐๐๘	๘๖๘	๒๘.๘๖
ค่ายบางระจัน	๒,๒๙๙	๑,๖๗๑	๗๒.๖๘	๒,๒๙๙	๙๔๑	๔๐.๙๓
พรหมบุรี	๒,๑๑๓	๑,๔๙๖	๗๐.๘	๒,๑๑๓	๖๑๕	๒๙.๑๑
ท่าช้าง	๑,๓๑๕	๖๕๘	๕๐.๐๔	๑,๓๑๕	๒๓๗	๑๘.๐๒
อินทร์บุรี	๔,๔๕๓	๓,๒๗๙	๗๓.๖๔	๔,๔๕๓	๑,๗๕๗	๓๙.๔๖
จังหวัดสิงห์บุรี	๑๗,๕๓๖	๑๑,๙๖๑	๖๘.๒๑	๑๗,๕๓๖	๖,๐๔๑	๓๔.๔๕
เขตสุขภาพที่ ๔	๒๙๖,๙๖๒	๑๖๑,๐๖๔	๕๔.๒๔	๒๙๖,๙๖๒	๗๖,๔๐๒	๒๕.๗๓
ประเทศ	๓,๒๓๕,๗๐๓	๑,๙๙๐,๒๐๗	๖๑.๕๑	๓,๒๓๕,๗๐๓	๘๕๑,๗๙๖	๒๖.๓๒

ตารางที่ ๖ จำนวนและร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ( $\geq$  ร้อยละ ๖๐)  
จังหวัดสิงห์บุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)

อำเภอ	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ( $\geq$ ร้อยละ ๖๐)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสิงห์บุรี	๙,๘๔๕	๔,๕๘๓	๔๖.๕๕
บางระจัน	๖,๙๖๕	๓,๐๒๔	๔๓.๔๒
ค่ายบางระจัน	๕,๔๑๖	๒,๔๗๗	๔๕.๗๓
พรหมบุรี	๔,๔๑๕	๒,๒๙๙	๕๒.๐๗
ท่าช้าง	๓,๑๗๐	๑,๓๖๖	๔๓.๐๙
อินทร์บุรี	๙,๐๙๑	๕,๐๘๘	๕๕.๙๗
จังหวัดสิงห์บุรี	๓๘,๙๐๒	๑๘,๘๓๗	๔๘.๔๒
เขตสุขภาพที่ ๔	๖๑๙,๙๗๐	๒๔๑,๕๗๔	๓๘.๙๗
ประเทศ	๖,๖๗๕,๒๐๙	๓,๓๓๒,๑๕๗	๔๙.๙๒

### ๓. ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	การแก้ไข
๑. ประเด็นการคัดกรอง DM, HT ยังต่ำกว่าเกณฑ์ ขอให้เร่งรัดดำเนินการ (เกณฑ์ >ร้อยละ ๙๐)	๑. เร่งรัดการดำเนินการคัดกรอง DM, HT (Early Detection & Screening ) ๒. ใช้ Tree Diagram / ปิงปองจราจรชีวิต ๗ สี และ HL & Behavior Change & Self care
๒. การตรวจยืนยันกลุ่มสงสัย (เกณฑ์ >ร้อยละ ๘๐)	๑. จัดทำคู่มือการบันทึกข้อมูลฯ ให้หน่วยบริการทุกแห่ง ๒. System manager ระดับจังหวัด/อำเภอ monitor ข้อมูลรายหน่วยบริการ

### ๔. การดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕ Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
.สถานการณ์ COVID-19 ทำให้การดำเนินงานยากขึ้น ดังนี้ ๑. การ Screening DM/HT และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	(๑) ใช้ line application/สื่อ มัลติมีเดีย/ เสียงตามสาย การปรับเปลี่ยนรายบุคคล (๒) แชนท์ทรัพยากร เช่น เครื่องวัด ความดันโลหิต /strip dtx ระหว่าง เครือข่ายบริการ	(๑) ดำเนินการครอบคลุม รพ.สต./รพ ทุกแห่ง (๒) ผลการคัดกรอง DM/HT ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย DM (๙๑.๘๙%), HT (๙๒.๖๗%)
๒. กลุ่มผู้ป่วยสงสัยป่วยไม่ยอม เดินทางไปเจาะ FBS ที่ รพ.	(๑) เจ้าหน้าที่ ลงเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ และเจาะ FBS ส่งรพ.แม่ข่าย	(๑) ดำเนินการครอบคลุม รพ.สต./รพ ทุกแห่ง (๒) ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๙๒.๗๐
๓. เจ้าหน้าที่ระดับ รพ.สต. มีการ สับเปลี่ยนหมุนเวียน ไม่เข้าใจ ในการบันทึกข้อมูล	(๑) จัดทำคู่มือการบันทึกข้อมูลและ ดำเนินการชี้แจงวิธีการบันทึกข้อมูล ในการนิเทศงานระดับ คปสอ. ทั้ง ๖ แห่ง	(๑) เจ้าหน้าที่ระดับ รพ.สต สามารถบันทึกข้อมูลเข้าระบบ HDC ได้ถูกต้อง

### ๕. แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

๕.๑ ทบทวนพื้นฟูองค์ความรู้ Case Manager Chronic Disease & Mini Case Manager Chronic Disease

๕.๒ พัฒนาระบบการบริหารจัดการข้อมูลในระบบ ๔๓ แฟ้ม และขับเคลื่อนงานด้วยระบบาติวิทยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



๖. ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ

๖.๑ การพัฒนาศักยภาพ/คู่มือในการบันทึกข้อมูลในระบบ ๔๓ เพิ่ม

๖.๒ สนับสนุนการใช้เทคโนโลยี เช่น HEALTH STATION เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้วยตนเอง

ผู้รายงาน นายวันเฉลิม สัมครวงษ์  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
วัน/เดือน/ปี ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
e-mail ncdsingburi@gmail.com  
โทร ๐๘ ๖๘๑๒ ๘๐๗๑

## รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

## Functional based ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

## หัวข้อ สุขภาพผู้สูงอายุ

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕

วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

## ๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

๑.๑. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๕๐

๑.๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๓๐

๑.๓. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC)

ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๘ ผลงาน การประเมินของระดับจังหวัด ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐

ขณะนี้ อยู่ระหว่างการประเมินของศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี

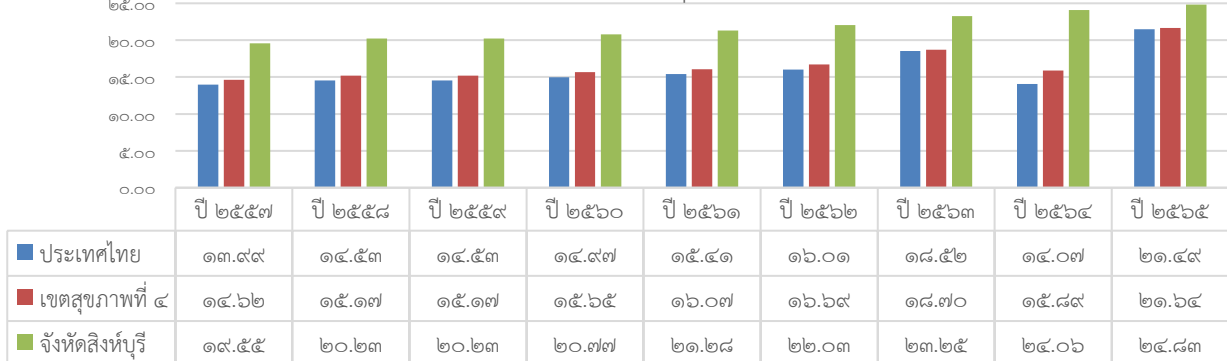
## ๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

จังหวัดสิงห์บุรี มีประชากร ๒๐๒,๕๒๕ คน เป็นผู้สูงอายุ ๕๐,๒๘๖ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๒๔.๘๓ ซึ่งสัดส่วนผู้สูงอายุของจังหวัดสิงห์บุรีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ ๑๖.๒๐ ในปี ๒๕๔๖ เป็นร้อยละ ๑๖.๕๗, ๑๖.๗๖, ๑๗.๐๔, ๑๗.๑๙, ๑๗.๔๓, ๑๗.๘๗, ๑๘.๒๐, ๑๘.๔๐, ๑๘.๘๖, ๒๐.๖๐, ๒๐.๐๐, ๒๓.๔๘, ๒๓.๓๐, ๒๒.๑๐, ๒๓.๕๒, ๒๔.๒๐, ๒๓.๒๕, ๒๔.๐๖ และ **๒๔.๘๓** ในปี ๒๕๔๗-**๒๕๖๕** ตามลำดับ (ที่มาของข้อมูล จากการสำรวจข้อมูลประชากรกลางปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะสังคมผู้สูงอายุของจังหวัดสิงห์บุรีมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจังหวัดสิงห์บุรีจำแนกเป็นกลุ่มผู้ช่วยเหลือตัวเองได้สมบูรณ์ (ติดสังคม) ร้อยละ ๙๗.๕๔ กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (ติดบ้าน) ร้อยละ ๑.๖๗ และกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง (ติดเตียง) ร้อยละ ๐.๗๙ ทั้งนี้ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้สมบูรณ์ มีแนวโน้มสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างและไม่ได้เลย) มีแนวโน้มลดลง

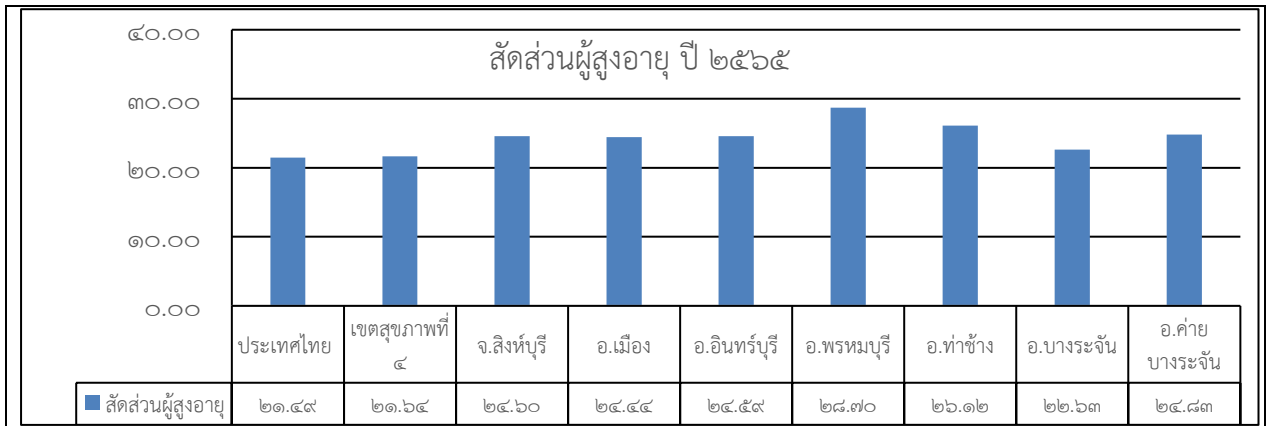
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) ได้รับการจัดทำและดูแลตาม Care Plan ร้อยละ ๑๐๐

ในปี ๒๕๖๕ จังหวัดสิงห์บุรีมีตำบลที่ต้องได้รับการประเมินเข้าตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) ในชุมชน จำนวน ๔๓ ตำบล ได้ผ่านการประเมินระดับจังหวัดแล้วทุกตำบล ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๑๐๐) ขณะนี้อยู่ระหว่างการประเมินระดับเขต ณ ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี

แผนภูมิแสดงสัดส่วนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรกลางปี เปรียบเทียบประเทศไทย เขตสุขภาพที่ ๔ และจังหวัดสิงห์บุรี

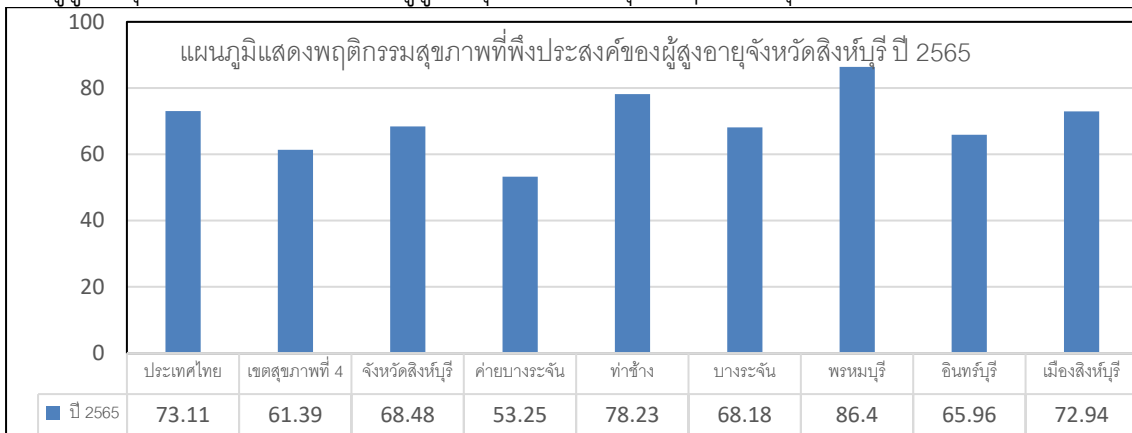


ประชากร			ผู้สูงอายุจำแนกตาม ADL				ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care plan		การผ่านเกณฑ์ตำบล LTC		
ประชากร	ทุกวัย	สูงอายุ	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง	พึ่งพิง	จำนวน	ร้อยละ	ตำบล	ผ่าน	ร้อยละ
เมือง	๕๔๓๘๓	๑๓๓๘๓									
อินทร์บุรี	๕๑๔๙๙	๑๒๕๘๔	๑๒๐๙๕	๓๒๗	๑๖๒	๔๘๙	๔๘๙	๑๐๐	๑๐	๑๐	๑๐๐
พรหมบุรี	๒๒๒๔๓	๕๔๗๐	๕๒๗๑	๑๓๙	๖๐	๑๙๙	๑๙๙	๑๐๐	๗	๗	๑๐๐
ท่าช้าง	๑๓๓๘๗	๓๙๕๗	๓๘๕๙	๕๙	๓๙	๙๘	๙๘	๑๐๐	๔	๔	๑๐๐
บางระจัน	๓๓๗๐๒	๘๘๐๓	๘๗๒๖	๕๘	๑๙	๗๗	๗๗	๑๐๐	๘	๘	๑๐๐
ค่ายบางระจัน	๒๖๙๐๑	๖๘๘๙	๕๙๒๙	๑๒๕	๓๕	๑๖๐	๑๖๐	๑๐๐	๖	๖	๑๐๐
จังหวัดสิงห์บุรี	๒๐๒๕๒๕	๕๐๒๘๖	๔๙๐๕๑	๘๓๙	๓๙๖	๑๒๓๕	๑๒๓๕	๑๐๐	๔๓	๔๓	๑๐๐



ผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้(ไม่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดสังคม)

การดำเนินงานสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการใน Application Blue Book ในผู้สูงอายุร้อยละ ๔๕.๓๘ ในภาพผู้สูงอายุจังหวัดสิงห์บุรีมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ ๖๘.๔๘



การดำเนินงานเรื่องคลินิกผู้สูงอายุ ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดสิงห์บุรี สาขาผู้สูงอายุ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลอินทร์บุรี โดยโรงพยาบาลอินทร์บุรี จะเปิดดำเนินการทุกวันศุกร์ ส่วนโรงพยาบาลสิงห์บุรี จะเปิดดำเนินการทุกวันศุกร์ (ช่วงบ่าย) ซึ่งการดำเนินงานผู้สูงอายุ มีทั้งดำเนินงานในชุมชน (Community Base) ซึ่งในส่วนการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่ในชุมชน หากพบปัญหาที่จะมีการส่งต่อเพื่อให้การดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ (Hospital Base) เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างไร้รอยต่อจากชุมชนสู่โรงพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ดีที่สุด โดยพบว่าส่วนใหญ่สามารถแก้ไขปัญหาได้ตั้งแต่ใน รพ.สต.

ข้อมูล ณ วันที่ ๒ กค.๖๕	ผู้สูงอายุ ประชากร กลางปี (คน)	ความคิดความจำ/สมองเสื่อม			ความเคลื่อนไหว /พลัดตกหกล้ม		
		คัดกรอง	ร้อยละ	ผิดปกติ	คัดกรอง	ร้อยละ	มีความเสี่ยง
ประเทศไทย	๙,๖๒๗,๗๒๔	๕,๙๐๓,๘๑๕	๖๑.๓๒	๘๑,๑๖๗	๖,๖๘๒,๘๕๑	๖๙.๔๑	๒๙๐,๘๖๖
เขตสุขภาพที่ ๔	๘๙๘,๓๑๔	๕๔๒,๗๑๔	๖๐.๔๑	๑๒,๗๔๘	๕๙๓,๐๐๕	๖๖.๐๑	๓๓,๔๙๙
จังหวัดสิงห์บุรี	๕๐,๒๘๖	๓๕,๐๖๗	๖๙.๗๔	๖๓๗	๔๓,๒๐๗	๘๕.๙๒	๒,๔๓๗
เมืองสิงห์บุรี	๑๓,๓๘๓	๔,๙๑๒	๓๖.๗๐	๙๑	๑๐,๖๔๐	๗๙.๕๐	๕๑๑
บางระจัน	๘,๘๐๓	๖,๐๓๒	๖๘.๕๒	๓๓	๖,๘๗๔	๗๘.๐๙	๒๕๕
ค่ายบางระจัน	๖,๐๘๙	๔,๖๘๑	๗๖.๘๘	๙๓	๕,๔๖๙	๘๙.๘๒	๒๖๓
พรหมบุรี	๕,๔๗๐	๔,๐๐๒	๗๓.๑๖	๑๖๘	๔,๕๔๓	๘๓.๐๕	๗๖๙
ท่าช้าง	๓,๙๕๗	๓,๓๖๖	๘๕.๐๖	๕๔	๓,๔๐๙	๘๖.๑๕	๑๙๐
อินทร์บุรี	๑๒,๕๘๔	๑๒,๐๗๔	๙๕.๙๕	๑๙๘	๑๒,๒๗๒	๙๗.๕๒	๔๕๐

ข้อมูล ณ วันที่ ๒ กค.๖๕	ผู้สูงอายุ ประชากร กลางปี (คน)	สุขภาพช่องปาก			ภาวะขาดสารอาหาร			
		คัดกรอง	ร้อยละ	ผิดปกติ	คัดกรอง	ร้อยละ	เสี่ยง	ขาด สารอาหาร
ประเทศไทย	๙,๖๒๗,๗๒๔	๖,๖๑๗,๔๓๔	๖๘.๗๓	๒๗๔,๔๙๓	๖๓๒,๕๙๕	๖.๕๗	๑๔,๐๙๕	๕๘๗
เขตสุขภาพที่ ๔	๘๙๘,๓๑๔	๕๙๕,๘๐๕	๖๖.๓๒	๓๘,๒๒๘	๕๕๓,๖๐๖	๖๑.๖๓	๑๐,๙๘๗	๕๖๒
จังหวัดสิงห์บุรี	๕๐,๒๘๖	๔๓,๗๕๖	๘๗.๐๑	๒,๒๑๕	๔๒,๙๐๓	๘๕.๓๒	๔๐๐	๑๔๓
เมืองสิงห์บุรี	๑๓,๓๘๓	๑๐,๖๒๔	๗๙.๓๘	๕๘๘	๑๐,๕๙๗	๗๙.๑๘	๕๑	๐
บางระจัน	๘,๘๐๓	๗,๓๙๓	๘๓.๙๘	๑๘๖	๗,๑๓๒	๘๑.๐๒	๘๑	๐
ค่ายบางระจัน	๖,๐๘๙	๕,๓๐๐	๘๗.๐๔	๘๔	๕,๑๗๖	๘๕.๐๑	๓๖	๒
พรหมบุรี	๕,๔๗๐	๔,๕๗๖	๘๓.๖๖	๕๗๑	๔,๒๙๕	๗๘.๕๒	๑๐๒	๐
ท่าช้าง	๓,๙๕๗	๓,๔๒๐	๘๖.๔๓	๓๖๔	๓,๔๐๙	๘๖.๑๕	๙	๐
อินทร์บุรี	๑๒,๕๘๔	๑๒,๔๔๓	๙๘.๘๘	๑๒๒	๑๒,๒๙๔	๙๗.๗๐	๑๒๑	๑๔๑

ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๓๐ ผลงานร้อยละ ๐ เนื่องจากยังไม่มีมีการเก็บรวบรวมรายงานของคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งเพิ่งเปิดให้บริการ และกำลังพัฒนาระบบดูแล การส่งต่อ และการรายงานข้อมูลในคลินิกผู้สูงอายุ และพบว่าจากการคัดกรองภาวะทศถอย ๙ ด้าน ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขปัญหาได้ตั้งแต่ในระดับ รพ.สต.

## ๓. ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	แนวทางการแก้ไข
๑. จากประเด็นปัญหาโรค COVID-19 อาจปรับรูปแบบระบบการทำงาน ใช้โทรศัพท์ และ Line เยี่ยมผู้สูงอายุ เร่งรัดฉีดวัคซีน COVID-19	๑. ได้ปรับปรุงวิธีการดำเนินงานในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ทั้งการเยี่ยมผู้สูงอายุ และการดำเนินงาน LTC รวมถึงการดำเนินงานที่ต้องสัมผัสใกล้ชิดผู้สูงอายุ เร่งรัดการฉีดวัคซีน COVID-19 ในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
๒. การแก้ไขปัญหาเรื่องการพลัดตกหกล้ม ให้ประสานสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานสังกัดกระทรวงมหาดไทย ในการปรับสิ่งแวดล้อม	๒. ได้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเร่งแก้ไขปัญหาล้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้ม ทั้งในและนอกอาคาร รวมทั้งเร่งดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้วย

## ๔. การดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
๑. การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุล่าช้า	๑.๑ ขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี สาขาผู้สูงอายุ ๑.๒ ชี้แจงการดำเนินงานคลินิกผู้สูงวัยที่เหมาะสม การดำเนินงานเพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานจากชุมชนสู่โรงพยาบาลและการส่งกลับไปดูแลในชุมชน	มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอินทร์บุรีและโรงพยาบาลสิงห์บุรี
๒. การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในสภาวะการระบาดของโรค COVID-19 ทำได้ยาก (ยากในการเข้าถึงผู้สูงอายุ)	๒.๑ เพิ่มเทคนิคในการเข้าถึงผู้สูงอายุ ๒.๒ ปฏิบัติงานด้วยความรวดเร็วและแม่นยำลดระยะเวลาและโอกาสในการสัมผัสผู้สูงอายุ ๒.๓ เร่งรัดให้ผู้สูงอายุได้รับการฉีดวัคซีน COVID-19	สามารถคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน -ADL ร้อยละ ๑๐๐ -พฤติกรรมสุขภาพที่พึ่งประสงค์ ร้อยละ ๓๒.๗๕ (กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ร้อยละ ๑๐) มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึ่งประสงค์ ร้อยละ ๖๘.๔๘ -ภาวะถดถอยในชุมชน ร้อยละ ๙๐.๐๕

**๕.แผนปฏิบัติการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖**

- ขยายการดำเนินงานเรื่องคลินิกผู้สูงอายุสู่โรงพยาบาลชุมชนให้ครอบคลุมทุกอำเภอ
- ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อกลับมาทำงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
- ขยายการดำเนินงานคัดกรอง/แก้ไข ภาวะถดถอย ๙ ด้าน เพื่อดำเนินงานในชุมชนให้มากขึ้นก่อน

เมื่อไม่สามารถแก้ไขได้ในระดับชุมชน จึงค่อยส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ

- ปรับปรุงระบบการดำเนินงานต่าง ๆ ในคลินิกผู้สูงอายุ

**๖. ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ**

ไม่มี

ผู้รายงาน นายสมพล พวงจันทร์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

E-mail : sompol.p11032511@gmail.com

โทร ๐๘ ๖๓๒๕ ๓๓๔๒

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
 Functional based ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต  
 หัวข้อ สุขภาพวิถีใหม่ Living with COVID (พฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์)  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
 วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัด	แนวทางการตรวจฯ	ผลการดำเนินงาน ๔ เดือน (ม.ค.๖๕ - มิ.ย. ๖๕)						
		รวม	เมือง	อินทร์บุรี	บางระจัน	ค่ายฯ	พรหมบุรี	ท่าช้าง
ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อยละ ๘๐	ข้อมูลการสำรวจ Anamai Poll	๘๑.๗๓	๘๘.๒๔	๘๐.๔๕	๘๑.๘๘	๘๐.๓๒	๗๐.๒๗	๖๘.๗๕

ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

จากการติดตามข้อมูลพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรีตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ พบว่าประชาชนปฏิบัติตามมาตรการ DMH ร้อยละ ๘๑.๗๓ จำนวนผู้ตอบข้อมูล ๓๘๔ คน จำนวนผู้ที่ทำประจำครบทั้ง ๓ ข้อ ๓๒๒ คน

๓. ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข  
ไม่มี

๔. การดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์	๑.๑ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนสร้างการรับรู้ การป้องกันส่วนบุคคล เช่น universal prevention/DMHTT การสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง และอย่างถูกต้องเมื่อเข้าไปในที่ชุมชนและพูดคุยกัน รวมถึงการเว้นระยะห่าง หากเข้าไปที่แออัด ๑.๒ ประชาสัมพันธ์การป้องกันผ่านเสียงตามสาย และหอกระจายข่าวในชุมชนทุกแห่งอย่างต่อเนื่อง ๒ ช่วงเวลาในช่วงเช้าและช่วงเย็น	พฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ พบว่าประชาชนปฏิบัติตามมาตรการ DMH ร้อยละ ๘๑.๗๓ (เป้าหมาย ๘๐%) D : Distancing ๘๔.๗๗% M : Mask wearing ๘๗.๔๖% H : Hand washing ๘๓.๑๕%

๕. แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

- สร้างการรับรู้การป้องกันส่วนบุคคลให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการ Universal Prevention/ DMHTT อย่างต่อเนื่อง

- ประชาสัมพันธ์มาตรการ ๒ U ประโยชน์ของหน้ากากอนามัย ระยะห่าง ล้างมือ การเกิดภาวะ Long COVID

๖. ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนสำหรับการตรวจราชการ

ไม่มี

ผู้รายงาน นายสมควร เสนลา  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
วัน/เดือน/ปี ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
E-mail somkuansen@gmail.com  
โทร ๐๘ ๑๙๙๑ ๗๖๐๖



รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
 Functional based ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต  
 หัวข้อ สุขภาพวิถีใหม่ Living with COVID (วัยทำงาน)  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
 วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

จำนวนประชากรที่เข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ ๕ ล้านบัญชี

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

จังหวัดสิงห์บุรีมีการขับเคลื่อน ก้าวทำใจร่วมกับศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการลงพื้นที่ในสถานศึกษา การปกครองส่วนท้องถิ่น และในสถานประกอบการ แต่เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ไม่สามารถลงพื้นที่เชิญชวนให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามเป้าหมาย และยากต่อการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย ประชาชนที่ลงสมัครก้าวทำใจ ในจังหวัดสิงห์บุรี ปี ๒๕๖๕ มีจำนวนทั้งหมด ๓,๙๑๕ คน (ข้อมูล ณ ตุลาคม ๒๕๖๔- มิถุนายน ๒๕๖๕)

อำเภอ/ เขต	จำนวน ประชากร	จำนวน สมาชิก ทั้งหมด	ชาย	หญิง	ประชาชน ทั่วไป	นักเรียน	อสม.	บุคลากร ภาคเอกชน	บุคลากร ภาครัฐ
เมือง	๒๖,๙๗๒	๑,๑๒๘	๒๙๙	๘๒๙	๒๗๓	๙๐	๔๔๔	๑๔	๓๐๗
บางระจัน	๑๕,๗๐๓	๔๔๓	๑๑๙	๓๒๔	๑๑๖	๑๑๕	๖๕	๓	๑๔๔
ค่ายา	๑๔,๐๐๔	๕๒๗	๑๓๒	๓๙๕	๙๖	๑๑๑	๒๔๕	๒	๗๓
พรหมบุรี	๙,๖๓๐	๕๕๒	๑๑๘	๔๓๔	๘๗	๑๐๗	๒๔๖	๓	๑๐๙
ท่าช้าง	๖,๒๘๐	๔๘๘	๑๕๙	๓๒๙	๕๙	๒๓๓	๕๗	๕	๑๓๔
อินทร์บุรี	๒๗,๗๓๐	๗๗๗	๑๔๕	๖๓๒	๒๗๖	๕๘	๒๖๒	๙	๑๗๒
จังหวัด	๑๐๐,๓๑๙	๓,๙๑๕	๙๗๒	๒๙๔๓	๙๐๗	๗๑๔	๑๓๑๙	๓๖	๙๓๙

๓. ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ไม่มี

## ๔. การดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
๑. ระบบการสมัครไม่เสถียร ไม่สามารถสมัครได้ ๒. เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ไม่สามารถลงพื้นที่เชิญชวนให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามเป้าหมาย ๓. การส่งผลหลายขั้นตอนทำให้ในบางกลุ่มวัยดำเนินการได้ยาก	๑. จัดกิจกรรมประชุมชี้แจงกิจกรรมให้กับกลุ่มผู้รับผิดชอบกลุ่มวัยทำงาน ๒. จัดให้มีกิจกรรม ประชาสัมพันธ์แบบออนไลน์ มากขึ้น ๓. ส่งปัญหาแจ้งไปยังผู้ดูแลระบบให้มีการปรับปรุงระบบ ๔. จัดทำแผนลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์ในหน่วยงานอื่น ๆ ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี	๑. จัดประชุมผู้รับผิดชอบกลุ่มวัยทำงาน และชี้แจงแนวทางการดำเนินงานก้าวหน้าทำให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ๒. ลงพื้นที่ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี ในการประชาสัมพันธ์กิจกรรมก้าวหน้า

## ๕. แผนปฏิบัติการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

- คืบข้อมูล/รณรงค์/คัดกรอง/ช่วยเหลือ/ส่งต่อ/ติดตามความก้าวหน้าในลงทะเบียนสมัครก้าวหน้า
- มีการจัดประชุมวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานกลุ่มวัยทำงานของจังหวัดสิงห์บุรี
- จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์และการแนะนำข้อมูลด้านสุขภาพในกลุ่มโรงเรียน สถานประกอบการ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่น ๆ

## ๖. ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนสำหรับการตรวจราชการ

อยากให้มีการปรับปรุงแอปพลิเคชันให้เข้าใจง่าย สามารถสะสมคะแนนการออกกำลังกายได้เลยในแอปพลิเคชันโดยไม่ต้องบันทึกจากแอปพลิเคชันอื่น และระบบสมัครเข้าถึงง่าย ไม่หลายขั้นตอนในการสมัครและสะสมแต้ม

ผู้รายงาน นางสาวกาญจนา อยู่ภาค  
 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข  
 วัน/เดือน/ปี ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
 E-mail u5526002@gmail.com  
 โทร ๐๘ ๗๘๔๓ ๔๘๒๒

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
 Functional based ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต  
 หัวข้อ สุขภาพวิถีใหม่ Living with COVID (กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ)  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
 วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ ๙๐

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

ในภาพรวมจังหวัดสิงห์บุรี กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการที่ดำเนินการ จำนวน ๙ Setting ประกอบด้วย ๑.ตลาด ๒.ร้านอาหาร ๓.สถานศึกษา ๔.สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ๕.โรงงาน ๖. โรงแรม ๗.ร้านเสริมสวย แต่งผม หรือตัดผม สำหรับบุรุษหรือสตรี ๘.ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า คอมมิวนิตีมอลล์ ๙.ฟิตเนส เซ็นเตอร์ ดำเนินการ ลงทะเบียนแพลตฟอร์ม COVID Free Setting จำนวน ๒๖๖ แห่ง ประเมิน CFS ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๒๖๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๔๙ และยังไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑.๕๑ รายละเอียดแยกอำเภอ ดังนี้

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสิงห์บุรี	๖๘	๖๕	๙๕.๕๘
อินทร์บุรี	๘๒	๘๑	๙๘.๗๘
บางระจัน	๓๓	๓๓	๑๐๐
ค่ายบางระจัน	๓๘	๓๘	๑๐๐
พรหมบุรี	๒๘	๒๘	๑๐๐
ท่าช้าง	๑๗	๑๗	๑๐๐
จังหวัดสิงห์บุรี	๒๖๖	๒๖๒	๙๘.๔๙

ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

๓. ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	แนวทางการแก้ไข
-	-

๔. การดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕ Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
- การประเมินตนเองของสถานประกอบการผ่านแพลตฟอร์ม COVID Free Setting ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหรือครอบคลุมทุกกิจการ	- สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ผ่านทางช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้สถานประกอบการ Setting (เป้าหมาย) ประเมินตนเองผ่านแพลตฟอร์ม COVID Free Setting	- มีการตรวจประเมินโดยคณะทำงานตรวจประเมินมาตรฐานความปลอดภัยสำหรับองค์กรฯ ตามคำสั่งจังหวัดสิงห์บุรี ๒๑๓๓/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

**๕.แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖**

๕.๑ บูรณาการร่วมระหว่างหน่วยงาน และภาคประชาสังคม : การขับเคลื่อน ติดตามกำกับ

๕.๒ จัดทำ Database โดยจำแนกเป็น Setting

๕.๓ ขับเคลื่อนให้แต่ละ Setting ประเมิน Platform COVID Free Setting

๕.๔ คณะทำงานตรวจประเมินมาตรฐานความปลอดภัยสำหรับองค์กรฯ ในระดับจังหวัด/ศปก.อำเภอ ประเมินมาตรการ เพื่อตรวจสอบและรับรองผลการประเมินฯ

**๖.ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ**

ไม่มี

ผู้รายงาน นายกิตติคุณ บัวศรีพันธุ์  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
วัน/เดือน/ปี ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
E-mail kittikunb@hotmail.com  
โทร ๐๘ ๙๗๔๑ ๔๕๖๘

# Functional based

## ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

- Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด
- Service plan สาขาอุบัติเหตุ
- Service plan สาขามะเร็ง
- Service plan สาขาทารกแรกเกิด
- Intermediate Care

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
 Functional based ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย  
 หัวข้อ Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
 วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

- ๑.๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ ๘
- ๑.๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด  $\geq$  ร้อยละ ๖๐
  - ๑.๒.๑. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด  $\geq$  ร้อยละ ๖๐
  - ๑.๒.๒. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด  $\geq$  ร้อยละ ๖๐

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

จังหวัดสิงห์บุรี แบ่งการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI ออกเป็น ๒ เครือข่ายบริการ คือ เครือข่ายบริการโรงพยาบาลสิงห์บุรี รับผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองสิงห์บุรี อำเภอบางระจัน อำเภอบางบาล และเครือข่ายบริการโรงพยาบาลอินทร์บุรี รับผู้ป่วยอำเภอบางระจัน โดยมีแนวทางการรักษาในการเปิดหลอดเลือดผู้ป่วย STEMI ด้วย Streptokinase ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการให้ Streptokinase จะส่งไปทำ PPCI ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลในจังหวัดสิงห์บุรีสามารถให้ Streptokinase ได้ทุกโรงพยาบาล ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ระดับ F๓ ขึ้นไป โดยมีโรงพยาบาลสิงห์บุรี (ระดับ S) และโรงพยาบาลอินทร์บุรี (ระดับ M๑) เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มีระบบ FAST TRACK ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด ประกอบด้วย ระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย ระบบการให้คำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายตลอด ๒๔ ชั่วโมง มี Standing order สำหรับผู้ป่วย STEMI มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ทุกโรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือดให้พร้อมใช้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง รวมทั้งมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด จะได้รับการส่งต่อมายังโรงพยาบาลสิงห์บุรีและโรงพยาบาลอินทร์บุรี เพื่อส่งต่อไปทำ Pharmaco-invasive ยังโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตบริการสุขภาพที่ ๔ ต่อไป

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ๑ ใน ๕ ลำดับแรก ในจังหวัดสิงห์บุรี พบว่าอัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในปี ๒๕๕๙-๒๕๖๔ เป็นร้อยละ ๒๐.๖๙, ๑๐.๐๐, ๑๒.๕๐, ๑๕.๑๕, ๑๐.๕๒ และ ๘.๐๖ ตามลำดับ ส่วนร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดผลการดำเนินการปี ๒๕๖๔ คือ ร้อยละ ๕๙.๐๙ ซึ่งผลการดำเนินการยังไม่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนด

การรักษาที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การเปิดหลอดเลือดหัวใจโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (SK) หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention) ดังนั้นการดำเนินงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีประสิทธิภาพ โดยการทำงานร่วมกัน ทั้งเครือข่ายบริการ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ จึงเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลง สำหรับผู้ป่วย NSTEMI ในแต่ละปีงบประมาณมีผู้ป่วยเฉลี่ย ประมาณ ๑๐๐ ราย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ที่ผ่านมามีผู้ป่วย ๑๒๙ ราย ผู้ป่วยเสียชีวิต ๑๔ ราย (ร้อยละ ๑๐.๘๕) ซึ่งเป็นผู้ป่วย very high risk ทั้งหมด ส่วนผู้ป่วย high risk ๑๘ ราย สามารถส่งต่อไปทำ PCI ใน Admission ได้ทั้งหมด ส่วนใหญ่ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตบริการสุขภาพที่ ๔ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ข้อมูลตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔- มิถุนายน ๒๕๖๕ พบว่ามีผู้ป่วย NSTEMI จำนวน ๑๓๘ ราย สามารถส่งต่อไปทำ PCI ใน Admission ได้ ๒๖ ราย เสียชีวิต ๑๗ ราย (ร้อยละ ๑๒.๓๑) ปัญหาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ระยะเวลารอคอยเพื่อส่งต่อ นาน โดยเฉลี่ย ๑ - ๓ วัน

### ๓. ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	การแก้ไข
๑. ประเด็น Stemi มีการส่งต่อ PPCI ไม่ทันเวลา เพิ่มช่องทางส่งต่อ รพ.อนันตมหิตล จังหวัดลพบุรี ๒. ปรับกระบวนการ เวลาเตรียมการไม่เกิน ๓๐ นาที เวลาเดินทางไม่เกิน ๖๐ นาที โดยมีเงื่อนไข ถ้าติดต่อ refer ไม่ได้ภายใน ๑๕ นาที พิจารณาให้ SK	- ปรับ Process /เงื่อนไข การรักษาผู้ป่วย STEMI ใน รพท.ให้ติดต่อ refer for PPCI ก่อน ถ้าไม่ได้ภายใน ๑๕ นาที จึงพิจารณาให้ SK - เพิ่มช่องทางส่งต่อ รพ.อนันตมหิตล จ.ลพบุรี - ทบทวนกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยไปทำ PPCI ตั้งแต่ระยะเวลาติดต่อ ระยะเวลาเตรียมรพ.พยาบาล เพื่อลดระยะเวลารอคอย
๓. วางแผน HL ให้กับ ประชาชน	- มีการดำเนินการสร้าง HL แก่ประชาชน ดังนี้ - ควบคุมปัจจัยเสี่ยง ตามหลัก ๓๐.๓ส. - STEMI Alert/awareness

### ๔. การดำเนินงาน

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (ตุลาคม ๒๕๖๔ - มิถุนายน ๒๕๖๕)

ตัวชี้วัด	ตุลาคม ๒๕๖๔ - มิถุนายน ๒๕๖๕	
	เกณฑ์	ผลลัพธ์
<b>ตัวชี้วัดหลัก</b> อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ๘ %	๘.๑๖ % (๔/๔๙)
<b>ตัวชี้วัดรอง</b> ร้อยละของการให้การรักษานผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ๖๐%	๗๘.๗๒ % (๓๗/๔๗)

ตารางที่ ๒ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายโรงพยาบาล (ตุลาคม ๒๕๖๔ - มิถุนายน ๒๕๖๕)

โรงพยาบาล	ผู้ป่วยทั้งหมด	เสียชีวิต	การได้ SK และ PPCI					
			ได้ SK	ได้ SK ใน ๓๐ นาที	ทำ PPCI	PPCI ทัน ๑๒๐ นาที	SK+ PPCI ทั้งหมด	SK ใน ๓๐ นาที + PPCI ๑๒๐ นาที
สิงห์บุรี	๑๙	๓	๑๗	๑๖	๒	๐	๑๙	๑๖ (๘๔.๒๑%)
อินทร์บุรี	๑๓	๑	๗	๗	๕	๓	๑๒	๑๐ (๘๓.๓๓%)
บางระจัน	๗	๐	๕	๕	๒	๐	๖	๕ (๖๖.๖๖%)
ค่ายบางระจัน	๕	๐	๕	๔	๐	๐	๕	๔ (๘๐.๐๐%)
พรหมบุรี	๒	๐	๒	๑	๐	๐	๒	๑ (๕๐.๐๐%)
ท่าช้าง	๒	๐	๒	๑	๐	๐	๒	๑ (๕๐.๐๐%)
(รพ.ท่าช้าง)	๑	๐	๑	๑	๐	๐	๑	๑ (๑๐๐%)
รวม	๕๙	๔/๕๙ (๘.๑๖%)	๓๘	๓๔/๓๘ (๘๙.๔๗%)	๙	๓/๙ (๓๓.๓๓%)	๔๗	๓๗/๔๗ (๗๘.๗๒%)

วิเคราะห์ตาม building block	ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. Health Service Delivery	-การคัดกรอง CVD Risk และควบคุมปัจจัยเสี่ยงตามโปรแกรม ให้ความรู้ Warning Sing และการเข้าถึงบริการ ๑๖๖๙ ไม่ครอบคลุม	กำหนดนโยบาย Sing plus เน้นการคัดกรอง CVD Risk และควบคุมปัจจัยเสี่ยง ตามโปรแกรม ให้ความรู้ Warning Sing และการเข้าถึงบริการ ๑๖๖๙	- การคัดกรอง CVD Risk ร้อยละ ๘๒.๗๐ - มีการดำเนินการสร้าง HL แก่ประชาชน ควบคุมปัจจัยเสี่ยง ตามโปรแกรม ให้ความรู้ Warning Sing และการเข้าถึงบริการ ๑๖๖๙



วิเคราะห์ตาม building block	ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. Health Service Delivery	-ส่ง ผู้ป่วย PPCI ไม่ทันเวลา -ผู้ป่วย High risk NSTEMI มีระยะเวลารอคอยเพื่อส่ง ทำ intervention นาน	- ปรับ Process /เงื่อนไข การรักษา ผู้ป่วย STEMI ใน รพท.ให้ติดต่อ refer for PPCI ก่อน ถ้าไม่ได้ภายใน ๑๕ นาที จึงพิจารณาให้ SK - เพิ่มช่องทางส่งต่อ รพ.อนันตมหิตล จ.ลพบุรี - เพิ่มช่องทางส่งต่อ รพ.ศรีสวรรค์ (นอกเขต) กรณีสิทธิกรมบัญชีกลาง/ ประกันสังคม ที่ให้ SK ไม่ได้	- สามารถส่งผู้ป่วย PPCI ได้ทันเวลา ๑๒๐ นาที ๓ ราย ใน ๙ ราย (ร้อยละ ๓๓.๓๓) - สามารถส่งต่อผู้ป่วย High risk NSTEMI ไปทำ PCI ใน Admission ได้ ๒๖ รายใน ๔๓ ราย (ร้อยละ ๖๐.๔๖) ระยะเวลารอคอยโดยเฉลี่ย ๑-๓ วัน
๒. Health Workforce	- ขาด cardiologist ใน รพ.สิงห์บุรี (ระดับ S ) จำนวน ๑ คน - ขาด CVT NURSE ใน รพ.อินทร์บุรี จำนวน ๒ คน	- ส่งแพทย์เข้าศึกษาปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑ คน - MOU กับ รพ.เอกชน ได้แก่ รพ.ราชธานี, รพ.แพทย์รังสิต , รพ.ภัทร-ธนบุรี - จัดทำแผนส่งพยาบาล รพ.อินทร์บุรี อบรม CVT NURSE จำนวน ๒ คน ในปี ๒๕๖๖	- แพทย์จบการศึกษาในปี ๒๕๖๗ - จัดบริการคลินิกเฉพาะทางโรคหัวใจ โดยแพทย์ Cardiologist จากรพ.ที่ MOU - จัดทำแผนส่งพยาบาลรพ.อินทร์บุรี อบรม CVT NURSE จำนวน ๒ คน
๓. Medical Products, Vaccine & Technology	ขาดเครื่อง Echocardiogram ใน รพ.อินทร์บุรี ๑ เครื่อง	- ยืมเครื่อง Echocardiogram MOBILE จาก รพ.ที่ทำ MOU	เสนอแผนของบงลงทุน ปี ๒๕๖๗

#### ๕. แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

##### ระดับ รพ.สต.

##### ๑. Early detection

- มีการคัดกรอง CVD Risk ในผู้ป่วย DM/HT (มากกว่าร้อยละ ๙๐)

##### ๒. Prevention

- การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy ๓๐๓ ส.) ให้กับกลุ่มที่มี CVD Risk ระดับสูงขึ้นไป >๒๐% (มากกว่าร้อยละ ๙๐)

##### ๓. Promotion

- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่ม CVD Risk และในรายที่ป่วยแล้ว ตามระดับความเสี่ยง

- Early warning signs การเข้าถึงบริการ ๑๖๖๙

##### ๔. พัฒนาด้านการรักษาพยาบาล

- สามารถตรวจคัดกรองผู้ป่วย STEMI/NSTEMI/UA

- สามารถให้ ASPIRIN ในภาวะที่สงสัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

- มีระบบส่งต่อเข้าสู่ รพ./ระบบ FAST TRACK

**ระดับ รพช.**

- พัฒนาแนวทางการวินิจฉัย ACS และ Consult รพ.แม่ข่าย และให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลา
- พัฒนาระบบส่งต่อที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย

**ระดับ รพ.ทั่วไป M๑**

- พัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาและรับรักษาแก่โรงพยาบาลลูกข่าย
- พัฒนาระบบส่งผู้ป่วย STEMI ไปทำ PPCI ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (๑๒๐ นาที)

**รพ.ทั่วไป S**

- พัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาและรับรักษาแก่โรงพยาบาลลูกข่าย
- พัฒนาระบบส่งผู้ป่วย STEMI ไปทำ PPCI ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (๑๒๐ นาที)
- แผนในการมี Warfarin Clinic, CHF Clinic, cardio Clinic ทุกวัน ในปี ๒๕๖๗

**๖. ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ**

ควรเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลที่สามารถรองรับผู้ป่วยที่ส่งไปทำ PPCI ให้มากขึ้น เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย อันจะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจลดลง

ผู้รายงาน นางทองเปลว ชมจันทร์  
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
 โทรศัพท์ ๐๘ ๙๖๐๙ ๖๖๙๖  
 ผู้รายงาน นางสาวสุกานดา จันทร์รักษ์  
 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
 โทรศัพท์ ๐๖ ๕๒๔๖ ๔๙๔๔  
 E-mail. ncdsingburi@gmail.com  
 วัน/เดือน/ปี ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
 Functional based ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย  
 หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (Trauma)  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
 วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย < ร้อยละ ๑๒) (Trauma<๑๒%, Non-trauma<๑๒%)

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

จังหวัดสิงห์บุรี มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวนทั้งสิ้น ๖ แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) จำนวน ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M๑) จำนวน ๑ แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่ง แบ่งเป็น ระดับ F๒ จำนวน ๓ แห่ง และระดับ F๓ จำนวน ๑ แห่ง ทุกโรงพยาบาลมีการดำเนินงานพัฒนา ECS คุณภาพ

ปี ๒๕๖๔ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ของจังหวัดสิงห์บุรี คิดเป็นร้อยละ ๗.๔๓ (เสียชีวิต ๗๖ ราย จากผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน triage level ๑ ทั้งหมด ๑,๐๒๓ ราย) ผ่านตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (ไม่เกินร้อยละ ๑๒ ) โดยแยกเป็นอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) Trauma ร้อยละ ๑๔.๗๐ และ Non-trauma ร้อยละ ๖.๙๑ ในส่วนของบุคลากรโรงพยาบาลยังขาดเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน (A-EMT) และไม่มี Paramedic

หน่วยบริการ	รายการข้อมูล		
	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง (A)	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B)	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (A/B) x ๑๐๐
โรงพยาบาลสิงห์บุรี S	๒๖	๓๗๔	๖.๙๕
โรงพยาบาลอินทร์บุรี M๑	๑๗	๓๖๘	๔.๖๒
ภาพรวมจังหวัด	๔๓	๗๔๒	๕.๘๐

๓. ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	การแก้ไข
พัฒนาระบบการเข้าถึงผู้ป่วยภายใน ๘ นาที	- จัดอบรมหลักสูตรปฐมพยาบาล และช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)
พัฒนา BLS, ALS	- จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับพื้นฐานและระดับสูง
เพิ่มการขึ้นทะเบียน หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน	- ขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

## ๔.การดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕ Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
๑.พัฒนาระบบการเข้าถึงผู้ป่วยภายใน ๘ นาที	๑.๑ จัดทำแผนปฏิบัติการและแผนพัฒนาด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสิงห์บุรี	๑.๑ ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสิงห์บุรี ครั้งที่ ๑ / ๒๕๖๕ เพื่ออนุมัติแผนปฏิบัติการและแผนพัฒนาด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสิงห์บุรี เมื่อวันที่ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕
๒.พัฒนา BLS, ALS	๒.๑ จัดอบรมหลักสูตรปฐมพยาบาล และช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)  ๒.๒ อบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้กับโรงพยาบาลทุกแห่ง	๒.๑ อบรมหลักสูตร “การปฐมพยาบาลและปฏิบัติการช่วยการแพทย์ขั้นพื้นฐาน” (EMR) จำนวน ๕๕ คน ๒.๒ อบรมฟื้นฟู pre – hospital nurse ร่วมกับเขตสุขภาพที่ ๔ ๒.๓ อบรมพนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับพนักงานขับรถยนต์โรงพยาบาลทุกแห่งและองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี
๓.เพิ่มการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน	๓.๑ เตรียมความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการฯ	๓.๑ จัดทำแผนเตรียมความพร้อมหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ๓.๒ ขึ้นทะเบียน “รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” จำนวน ๑๔ คัน อยู่ระหว่างการขึ้นทะเบียน ๒๒ คัน

## ๕.แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

- จัดทำแผนเตรียมความพร้อมหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี
- สนับสนุนงบประมาณและจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับพื้นฐานและระดับสูง

## ๖.ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ

- ผลักดันนโยบายการดำเนินงาน ผ่านกรมการส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- สนับสนุนงบประมาณด้านการพัฒนาบุคลากรให้กับหน่วยปฏิบัติการ (อปท / มูลนิธิ / สมาคม)

ผู้รายงาน นายภูวิช โชติการทองกุล

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วัน/เดือน/ปี ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

E-mail : emssingburi.๑๖๖๙@gmail.com

โทร ๐๙ ๒๗๔๑ ๘๑๓๓

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
 Functional based ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย  
 หัวข้อ Service Plan สาขามะเร็ง  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
 วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์  $\geq$  ร้อยละ ๗๕
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์  $\geq$  ร้อยละ ๗๕
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์  $\geq$  ร้อยละ ๖๐

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

ปี ๒๕๖๔ จังหวัดสิงห์บุรี มีอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็ง ๕ ลำดับแรก คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งตับ และท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งหลอดคอ หลอดลมและปอด และมะเร็งปากมดลูก อัตราป่วยเท่ากับ ๕๐.๒๑, ๔๖.๓๕, ๔๓.๔๕, ๓๑.๘๖ และ ๑๕.๙๓ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และอัตรารายของโรคมะเร็ง ๕ อันดับแรก คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งหลอดคอ หลอดลมและปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก อัตรารายเท่ากับ ๒๗.๐๔, ๒๐.๗๖, ๙.๖๖, ๙.๖๖ และ ๕.๗๙ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ พบว่าการเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ ร้อยละ ๙๑.๑๔ การเข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๐.๙๑ และการเข้าถึงการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๖๓.๖๔

๓. ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	การแก้ไข
<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาศักยภาพ Cancer Nurse Coordinator</li> <li>- อบรมการใช้โปรแกรม TCB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนส่งพยาบาล รพ.สิงห์บุรี เข้าอบรมหลักสูตร Cancer Nurse Coordinator ในปี ๒๕๖๖</li> <li>- ประสานเขตสุขภาพที่ ๔ ในการจัดอบรมการใช้โปรแกรม TCB (เขตสุขภาพที่ ๔ มีแผนจัดอบรมในปี ๒๕๖๖)</li> </ul>

## ๔.การดำเนินงาน (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)

ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C๒๒,C๒๔) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมและปอด (C๓๓-C๓๔) มะเร็งเต้านม (C๕๐) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C๑๘-C๒๑) และมะเร็งปากมดลูก (C๕๓)

(๑) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์  $\geq$  ร้อยละ ๗๕

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับ ที่ได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ระยะเวลา ๔ สัปดาห์ $(A/B) \times ๑๐๐$
โรงพยาบาลสิงห์บุรี	๕๒	๕๙	๘๘.๑๔
โรงพยาบาลอินทร์บุรี	๑๔	๑๖	๘๗.๕๐
ภาพรวมจังหวัด	๖๖	๗๕	๘๘.๐๐

(๒) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์  $\geq$  ร้อยละ ๗๕

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับ ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมี บำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $(A/B) \times ๑๐๐$
โรงพยาบาลสิงห์บุรี	๒๓	๔๑	๕๖.๑๐
โรงพยาบาลอินทร์บุรี	๖	๑๐	๖๐.๐๐
ภาพรวมจังหวัด	๒๙	๕๑	๕๖.๘๖

(๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์  $\geq$  ร้อยละ ๖๐

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับ ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี รักษา ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (A)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $(A/B) \times ๑๐๐$
โรงพยาบาลสิงห์บุรี	๓	๙	๓๓.๓๓
โรงพยาบาลอินทร์บุรี	๓	๓	๑๐๐
ภาพรวมจังหวัด	๖	๑๒	๕๐.๐๐

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
<p>๑. ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด/รังสีรักษา เกินระยะเวลา ๖ สัปดาห์</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามผลขึ้นเนื้อขณะ Admit/ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย</li> <li>- ก่อนการผ่าตัด MRM ให้มีการเตรียม Lab และผลการตรวจพิเศษเพื่อเตรียมไว้สำหรับการส่งต่อ</li> <li>- มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปที่ศูนย์ refer online ขณะยัง admit อยู่</li> <li>- จัดให้มีพยาบาลในหอผู้ป่วย ๑ ท่าน รับผิดชอบติดตาม ส่งต่อข้อมูล การลงโปรแกรม TCB</li> <li>- เตรียมข้อมูลก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า</li> <li>- กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จนถึงการส่งต่อไม่เกิน ๓ สัปดาห์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลการดำเนินงานผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๕๖.๘๖</li> <li>- ผลการดำเนินงานผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๕๐ (ต.ค.๖๔-มิ.ย.๖๕)</li> </ul>
<p>๒. บุคลากรไม่เพียงพอ และขาดความรู้ในการลงข้อมูลโปรแกรม TCB</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อบรมการใช้โปรแกรม TCB</li> <li>- สนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชน ใช้โปรแกรม TCB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานเขตสุขภาพที่ ๔ ในการจัดอบรมการใช้โปรแกรม TCB (เขตสุขภาพที่ ๔ มีแผนจัดอบรมในปี ๒๕๖๖)</li> </ul>
<p>๓. รพ.สิงห์บุรี ขาด Nurse Coordinator</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งพยาบาลอบรมหลักสูตรพยาบาลประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Nurse Coordinator)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนส่งพยาบาล รพ.สิงห์บุรี เข้าอบรมหลักสูตร Cancer Nurse Coordinator</li> </ul>
<p>๔. บุคลากรขาดการอบรมการฟื้นฟูผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด/โรคมะเร็ง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องการให้ยาเคมีบำบัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนพัฒนาบุคลากรของ service plan สาขา โรคมะเร็ง</li> </ul>
<p>๕. รพ.สิงห์บุรี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดเครื่อง Mammogram</li> <li>- เครื่อง Colonoscopy มีจำนวนไม่เพียงพอต่อปริมาณผู้ป่วย</li> <li>- ขาดทีวี LED เพื่อใช้เป็นที่สอนผู้ป่วยมะเร็ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดซื้อเครื่อง Mammogram</li> <li>- จัดซื้อเครื่อง Colonoscopy พร้อม Station Colonoscopy Light Source</li> <li>- จัดซื้อทีวี LED ๓๒ นิ้ว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เสนอแผนของบงลงทุน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ในการจัดซื้อ</li> </ul>

**๕.แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖**

- (๑) ส่งพยาบาล รพ.สิงห์บุรี อบรมหลักสูตร Cancer Nurse Coordinator
- (๒) ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมโปรแกรม TCB และมีการจัดอบรมภายในจังหวัด โดยเขตบริการสุขภาพที่ ๔
- (๓) เพิ่มศักยภาพในการให้ยาเคมีบำบัด เพิ่มสูตรในการรักษา Capecitabine (Xeloda tab.)

๑.ผู้รายงาน นางสาวจุฑามาศ กั้นนุช  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
วัน/เดือน/ปี ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
E-mail Ta\_pound@hotmail.com  
โทรศัพท์ ๐๙ ๓๐๑๔ ๔๗๙๙

๒.ผู้รายงาน นางสาวณัฐณิญา สมาสชัย  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
วัน/เดือน/ปี ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
E-mail.ncdsingburi@gmail.com.  
โทรศัพท์ ๐๙ ๓๕๓๖ ๕๖๕๓



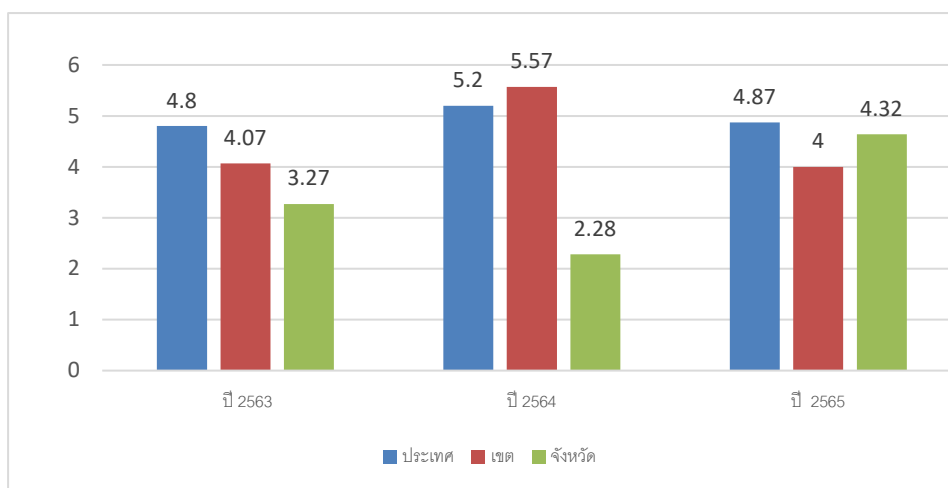
รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
 Functional based ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอยรอย ลดป่วย ลดตาย  
 หัวข้อ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
 วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมามีน้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม  
 (เป้าหมาย < ๓.๖ : ๑๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ)

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

จากการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด โดยนำข้อมูลประมวลผลจากโปรแกรม HDC ปี ๒๕๖๕ มีอัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (เป้าหมาย ๓.๕: ๑๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ) ผลงานระดับจังหวัด เท่ากับ ๔.๓๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ ปี ๒๕๖๕



ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ		
	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ (ต.ค ๖๔ - มิ.ย. ๖๕)
(๑) อัตราตายของทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (คิดอัตรา : ๑๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ)	๓.๒๗ (ไม่เกิน ๓.๖)	๒.๒๘ (ไม่เกิน ๓.๖)	๔.๓๒ (ไม่เกิน ๓.๕)

ปี ๒๕๖๕ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่คลอดออกมามีน้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม (เป้าหมาย ๓.๕: ๑๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ) ข้อมูล ตั้งแต่ตุลาคม ๖๔ - มิถุนายน ๖๕ เท่ากับ ๔.๓๒ เนื่องจากคลอดก่อนกำหนด ซึ่งได้นำข้อมูลเข้าที่ประชุม คณะกรรมการ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด และคณะกรรมการ MCH Board จังหวัด เพื่อร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ และวางแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

๓. ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	การแก้ไข
- ให้จัดทำแผนนำเอนข้อมูล ขอบบุคลากรและงบประมาณ ในการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์เสนอต่อผู้บริหาร	- จัดทำแผนเสนอในงบ Service Plan สาขา ทารกแรกเกิดจังหวัดสิงห์บุรี

๔. การดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหาปี ๒๕๖๕ Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
๑. เครื่องช่วยหายใจไม่มีเพียงพอ ๒. จำนวนพยาบาลไม่เพียงพอ ต้องใช้ร่วมกับหน่วยงานกุมาร ๓. ยังไม่มีห้องแยกโรคสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มารดา มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	๑. แร้งการใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่าง รพ ๒. มีการจัดทำแผนงบประมาณ ในปี ๒๕๖๕ -๒๕๖๖ เพื่อจัดสรรอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและไม่เพียงพอ ๓. วางแผนส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม เวชปฏิบัติทารกแรกเกิดวิกฤต ๔ เดือน จำนวน ๑ คน ในปี ๒๕๖๖ ๔. อบรมความรู้เรื่องการดูแลทารกแรกเกิด /NCPR ให้กับ จนท.สาธารณสุข	๑. ติดตามตัวชีวิตทุกเดือนและ นำปัญหามาร่วมแก้ไขในการประชุมคณะกรรมการ Service Plan สาขาทารกแรกเกิดและ MCH Board จังหวัด ๒. กำลังดำเนินการจัดทำห้องแยกโรค สำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด มารดาที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรพ.สิงห์บุรี ๓. จัดทำคู่มือมารดาและทารก สนับสนุนทุกโรงพยาบาลในเครือข่าย ไปปฏิบัติให้เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน

๕. แผนปฏิบัติการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

- ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมอีก ๑ คนในปี ๒๕๖๖ อบรมเวชปฏิบัติทารกแรกเกิดวิกฤต ๔ เดือน
- อบรมความรู้เรื่องการดูแลทารกแรกเกิด /NCPR ให้กับ จนท.สาธารณสุข
- จัดทำคู่มือมารดาและทารกสนับสนุนทุกโรงพยาบาลในเครือข่าย ไปปฏิบัติให้เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน
- ติดตามตัวชีวิตทุกเดือนและนำปัญหามาร่วมแก้ไขในการประชุมคณะกรรมการ service plan ทารกแรกเกิด

๖. ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ

ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวกาญจนา อยู่นาค  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข  
วัน/เดือน/ปี ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
E-mail u๕๕๒๖๐๐๒@gmail.com  
โทร ๐๘ ๗๘๔๓ ๔๘๒๒

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
 Functional based ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย  
 หัวข้อ Service Plan Intermediate care  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
 วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care\* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐)

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ใน ๔ กลุ่มโรคหลักที่ได้รับการดูแลในระยะเวลากลาง (Intermediate Care) ได้แก่ ผู้ป่วย Stroke, ผู้ป่วย Traumatic Brain Injury, ผู้ป่วย Spinal Cord Injury และผู้ป่วย Fracture around hip ที่มีค่าคะแนน Barthel index (BI) < ๑๕ โดยปัจจุบันได้ติดตามฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้ง ๔ กลุ่มโรค ซึ่งผู้ป่วยทั้ง ๔ กลุ่มโรคมีความจำเป็นต้องได้รับการติดตามฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล ซึ่งในช่วง ๖ เดือนแรกหลังจากผู้ป่วยมีสถานะทางการแพทย์คงที่และพ้นภาวะวิกฤติหรือระยะกึ่งเฉียบพลันถือว่าเป็นช่วง Golden period ของการฟื้นฟูสภาพ จังหวัดสิงห์บุรีเล็งเห็นถึงความสำคัญในการติดตามฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ความพิการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัวโดยให้การบริการฟื้นฟูสภาพ แบ่งเป็น ๓ รูปแบบ คือ การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน (IPD), ผู้ป่วยนอก (OPD) และติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน

การดำเนินงาน IMC ของจังหวัดสิงห์บุรี มีการให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุกแห่ง โดยจัดบริการ IMC Ward จำนวน ๒๐ เตียง ในโรงพยาบาลอินทร์บุรี และ IMC Bed จำนวน ๒ เตียง ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ทั้งนี้ได้ผ่านการประเมินมาตรฐานตามแบบ Check List ผ่านเกณฑ์การประเมินแบบมีเงื่อนไข แต่หากจะให้ผ่านมาตรฐานทั้งหมด จะต้องดำเนินการ ดังนี้

โรงพยาบาล	สิ่งที่ควรมีตามมาตรฐาน
อินทร์บุรี	นักกิจกรรมบำบัด
บางระจัน	ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัญชียู ซี ข) /Shoulder – Bobath sling/Plastic AFO/ One-point cane
ค่ายบางระจัน	ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัญชียู ซี ข) /Shoulder – Bobath sling/Plastic AFO
ท่าช้าง	ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัญชียู ซี ข) /Plastic AFO
พรหมบุรี	ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัญชียู ซี ข) /Shoulder – Bobath sling/Plastic AFO

ในส่วนของการให้บริการฟื้นฟูในโรงพยาบาลก็ยังคงดำเนินการอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยมีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในไตรมาสที่ ๓ ดังนี้

โรงพยาบาล	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
สิงห์บุรี	๒๔	๒๔	๑๐๐
อินทร์บุรี	๒๘	๒๖	๙๒.๘๖
บางระจัน	๒	๒	๑๐๐
ค่ายบางระจัน	๑๒	๑๒	๑๐๐
พรหมบุรี	๗	๗	๑๐๐
ท่าช้าง	๕	๕	๑๐๐
<b>รวม</b>	<b>๗๘</b>	<b>๗๖</b>	<b>๙๗.๕๕</b>

เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันยังมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีมาตรการลดความแออัดของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสิงห์บุรี ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะระยะกลาง (Intermediate care) ขึ้น โดยเน้นให้ Home program กับผู้ป่วยและญาติ และปรับรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนเป็นการโทรติดตามและให้คำแนะนำ (Tele rehabilitation) แก่ผู้ป่วยและญาติแทนการออกเยี่ยมบ้านเพื่อลดการสัมผัสและการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ก็ยังมีการดำเนินงานติดตามฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องและผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนด โดยผู้ป่วยที่ติดตามไม่ได้มีจำนวน ๒ ราย ของโรงพยาบาลอินทร์บุรีนั้น เป็นผู้ป่วยนอกเขตที่อยู่ต่างจังหวัด จึงไม่สามารถติดตามเพื่อการฟื้นฟูต่อเนื่องได้

ในส่วนของการ Refer Back ผู้ป่วย IMC ในปี ๒๕๖๕ เป็นดังนี้

ไตรมาส	จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมดที่เข้าระบบจาก รพ.สิงห์บุรี, รพ.อินทร์บุรี	จำนวนผู้ป่วยที่รับ Refer	ร้อยละ
๑	๘๖	๙	๑๐.๔๗
๒	๖๘	๘	๑๑.๗๖
๓	๗๑	๔	๕.๖๓
<b>รวม</b>	<b>๒๒๕</b>	<b>๒๑</b>	<b>๙.๓๓</b>

การดำเนินงานตาม BR: IMC จังหวัดสิงห์บุรี มีรายละเอียด ดังนี้

## การขับเคลื่อนการดำเนินงาน Big Rock Intermediate Care

**1** มีการจัดตั้งศูนย์บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ประจำ รพศ./รพท. ครบทุกแห่ง

พื้นที่เป้าหมาย: รพ.สิงห์บุรี และ รพ.อินทร์บุรี  
งบประมาณ: 56,250 บาท

**2** มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยระยะกลาง (IMC Ward) จังหวัดละ 1 แห่ง และทุก รพท. มีการให้บริการเตียงผู้ป่วยระยะกลาง (IMC bed) อย่างน้อย 2 เตียง

พื้นที่เป้าหมาย: IMC Ward รพ.อินทร์บุรี 20 เตียง  
IMC Bed รพท.ทุกแห่งๆ ละ 2 เตียง  
งบประมาณ: - ปรับปรุงห้องน้ำผู้พิการ IMC Ward รพ.อินทร์บุรี 50,000 บาท  
- ทุนการศึกษานักกายภาพบำบัดอบรม 4 เดือน จำนวน 1 ทุน รพ.อินทร์บุรี 40,000 บาท (เริ่มอบรมตั้งแต่ 7 ก.พ.65)

**3** มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูชุมชน (ศูนย์ร่วมสุข) อย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง

พื้นที่เป้าหมาย: 1. อ.เมือง (รพ.สต.โพทรวรม) 4. อ.อินทร์บุรี (รพ.สต.ทองเอน 1)  
2. อ.บางระจัน (รพ.สต.โพชนโก) 5. อ.ท่าช้าง (สอ.น.พิบูลทอง)  
3. อ.ค่ายบางระจัน (รพ.สต.ท่าข้าม) 6. อ.พรหมบุรี (รพ.สต.พระงาม)

งบประมาณ: 153,000 บาท

**4** มีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีความจำเป็นให้ครอบคลุมทุกจังหวัด

- มีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูแล้ว ในส่วนของงาน IMC ได้สนับสนุนในเรื่องของการปรับปรุงบ้านที่เหมาะสมกับผู้ป่วย  
- มีคกก.ในกองทุนฟื้นฟูที่เกี่ยวข้องกับ IMC คือ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.สิงห์บุรี 1 ท่าน และหัวหน้างานกายภาพบำบัด รพ.สิงห์บุรี 1 ท่าน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี โทร 0-3681-3493 หรือ 0-3681-3503 | Website : <https://sbo.moph.go.th>

๑. การจัดตั้งศูนย์ IMC ในโรงพยาบาลทั่วไปทั้ง ๒ แห่ง ดำเนินการจัดซื้อวัสดุสำนักงาน

โรงพยาบาล	การดำเนินงาน
สิงห์บุรี	เสนอโครงการขอจัดซื้อวัสดุสำนักงาน จำนวน ๖ รายการ และได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว และได้ทำงานจัดซื้อครบทุกรายการแล้ว แต่ยังไม่เปิดบริการ เนื่องจาก อยู่ระหว่างการขอติดตั้งระบบอินเทอร์เน็ต
อินทร์บุรี	เสนอโครงการขอจัดซื้อวัสดุสำนักงาน จำนวน ๖ รายการ และได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว อยู่ในระหว่างการแจ้งจัดหา

๒. พัฒนาและปรับปรุงระบบ IMC Ward/Bed (ปรับปรุงห้องน้ำสำหรับคนพิการ) ใน รพ.อินทร์บุรี ได้เสนอโครงการและอนุมัติโครงการเรียบร้อยแล้ว อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน

๓. การจัดตั้งศูนย์ร่วมสุขใน รพ.สต.ทั้ง ๖ แห่ง

ศูนย์ร่วมสุข	สิ่งที่ดำเนินการแล้ว	อยู่ระหว่างดำเนินการ
รพ.สต.โพทรวรม	- ส่งต่อข้อมูล Pt.IMC กับ รพ.สิงห์บุรี - เสนอโครงการขึ้นมาที่ สสจ.แล้ว และอนุมัติโครงการแล้ว	- เปิดดำเนินการแล้วในเดือน มิ.ย.๖๕ ซึ่งยังไม่มีผู้ป่วยให้ดำเนินการในเดือนนั้น แต่จะมีผู้ป่วยในเดือน ก.ค.๖๕ จำนวน ๑ ราย และวางแผนนัดผู้ป่วยมารับบริการในวันที่ ๒๗ ก.ค.๖๕ เป็นครั้งแรก

ศูนย์ร่วมสุข	สิ่งที่ดำเนินการแล้ว	อยู่ระหว่างดำเนินการ
รพ.สต.ทองเอน ๑	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งต่อข้อมูล Pt.IMC กับ รพ.อินทร์บุรี</li> <li>- เสนอโครงการขึ้นมาที่ สสจ.แล้ว และอนุมัติโครงการแล้ว</li> <li>- จัดตั้งคณะกรรมการศูนย์ฯ เรียบร้อยแล้ว</li> <li>- รับการตรวจเยี่ยมจากเขต เมื่อวันที่ ๒๕ พ.ค.๖๕</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดดำเนินการแล้ว ในวันพุธที่ ๘ มิ.ย.๖๕</li> <li>- นัดให้บริการสัปดาห์ละ ๒ ราย ให้บริการไปแล้ว ๖ ราย</li> <li>- จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการศูนย์ฯ</li> <li>- จัดอบรมนักฟื้นฟูชุมชน (อสม.หมู่ละ ๓ คน)</li> <li>- จัดทำคู่มือการทำกายภาพบำบัดให้ จนท. และผู้รับบริการ</li> </ul>
รพ.สต.โพชนไก่	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งต่อข้อมูล Pt.IMC กับ รพ.บางระจัน</li> <li>- เสนอโครงการขึ้นมาที่ สสจ.แล้ว และอนุมัติโครงการแล้ว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เตรียมสถานที่ในการดำเนินการ และวางแผนร่วมกับนักกายภาพบำบัด</li> </ul>
รพ.สต.ท่าข้าม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งต่อข้อมูล Pt.IMC กับ รพ.ค่ายบางระจัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เสนอโครงการ และประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนทราบ</li> <li>- ทำป้ายศูนย์ และใช้พื้นที่ร่วมกับห้องส่งเสริมสุขภาพ เป็นที่ประชุม/คุยเคสกับกรรมการ ส่วนรูปแบบการให้บริการ วางแผนร่วมกับนักกายภาพบำบัด ลงทำในชุมชนไปก่อน</li> </ul>
รพ.สต.พระงาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งต่อข้อมูล Pt.IMC กับ รพ.พรหมบุรี</li> <li>- เสนอโครงการ มา สสจ.แล้ว อยู่ระหว่าง แก้ไขครั้งที่ ๑</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปรับสภาพพื้นที่เพื่อทำศูนย์ฯ โดย Plan แล้วเสร็จในเดือน ก.ค.๖๕ และ Plan เปิดให้บริการในเดือน ส.ค.๖๕</li> </ul>
สอ.น.พิบูลทอง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งต่อข้อมูล Pt.IMC กับ รพ.สิงห์บุรี</li> <li>- ติดตามเยี่ยม Pt. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดแล้ว</li> <li>- เสนอโครงการ มา สสจ.แล้ว อยู่ระหว่าง แก้ไขครั้งที่ ๑</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วางแผนร่วมกับนักกายภาพบำบัดในการนัดผู้ป่วยมารับบริการเดือนละ ๒ ครั้ง</li> </ul>

### ๓.ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	การแก้ไข
๑. ต่อยอด BR: IMC ร่วมกับกองทุนฟื้นฟูจังหวัด	มีการดำเนินงานร่วมกันกับกองทุนฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับการสนับสนุนในเรื่องของ การปรับปรุงสภาพบ้านให้เหมาะกับผู้ป่วย IMC และการสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อดำเนินงาน IMC ให้กับโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์ IMC
๒. เน้นการ Refer back IMC Bed/Ward	เนื่องจากบริบทของจังหวัด ทำให้การ Refer back ค่อนข้างน้อย แต่ก็ได้เพิ่มการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติถึงความสำคัญในการ Refer back

## ๔.การดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕ Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
๑. การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืน	- จัดอบรมฟื้นฟูการกลืนให้กับผู้รับผิดชอบงาน IMC ทุกระดับ	- จัดอบรมฟื้นฟูการกลืน เมื่อวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน ๕๐ คน (ผ่านระบบออนไลน์)
๒. ภาระงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อการดูแลและฟื้นฟูสภาพมีจำนวนมาก ประกอบกับมีการแบ่งอัตรากำลังเพื่อช่วยจุดบริการคัดกรองวัคซีนโควิด 19	- สลับเวรปฏิบัติงาน โดยแบ่งไปช่วยจุดวัคซีน ๑ คน	- สามารถจัดระบบนัดผู้ป่วยเหลือเวลา และนัดจำนวนน้อยลง เพื่อไม่ให้ไหล ผู้ปฏิบัติงาน เช่น จากเดิมเข้านัด ๘ ราย อาจจะนัดเพียง ๔ ราย
๓. โควิด 19 ต้องเว้นระยะห่างลดการสัมผัสผู้ป่วย	- จัดทำสื่อ QR code คลิปวิดีโอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคลิปวิดีโอในการให้ความรู้ทางด้านกายภาพบำบัด มาใช้ในการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย และปรับรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนเป็นการโทรติดตามและให้คำแนะนำ (Tele rehabilitation) แก่ผู้ป่วยและญาติแทนการออกเยี่ยมบ้านในชุมชน เพื่อลดการสัมผัสและการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	- ดำเนินการแล้ว และได้รับการตอบรับที่ดี ผู้ป่วยสนใจในเรื่องการฟื้นฟูตัวเองมากขึ้น และสะดวกกับญาติผู้ป่วย
๔. ผู้ป่วย Refer back ไม่สามารถเข้าสู่ระบบ IMC ได้ เนื่องจากยังอยู่ในช่วง Acute Care อาการยังไม่คงที่	- ทบทวนกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย & ปรับระบบให้ผู้ป่วยเข้าถึง ระบบ IMC ผ่านระบบ Refer Back	- ดำเนินการแล้ว โดยเป็นการทบทวนในโรงพยาบาลที่พบปัญหา
๕. ผู้ป่วยที่อยู่บ้านคนเดียว/ผู้ป่วยที่ญาติไม่มีความพร้อมในการดูแล	- จัดให้มีทีม อสม.เข้าเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง - ติดต่อสำนักงานการปกครอง อาทิจุใหญ่บ้าน กำหนด ให้ได้มีส่วนร่วมในการเข้ามาดูแลลูกบ้านเพื่อให้ได้รับสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ - ญาติจัดสรรแบ่งเวลาในการดูแลมากขึ้น - ให้ความรู้ผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน และญาติในการปฏิบัติตัวโดยทีมสหวิชาชีพ	- ผู้ป่วย IMC มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เข้าถึงสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น - ได้รับสวัสดิการ เบี้ยสนับสนุนสิทธิประโยชน์อื่น ๆ - ญาติจัดสรรเวลามาดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น - สอนผู้ป่วย ญาติ แจกแผ่นพับความรู้ และแนะนำคลิปวิดีโอ ความรู้ในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕ Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
		จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้เพื่อใช้ประกอบในการดูแลผู้ป่วย และเป็นความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วย
๖. ญาติผู้ป่วยบางรายมีความคาดหวังในการรักษาสูง/ผู้ป่วยและญาติไม่ให้ความร่วมมือ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการพูดคุยทำความเข้าใจ ความต้องการ ความคาดหวัง ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาสร้างเป้าหมายในการรักษาร่วมกันระหว่าง ทีมสหวิชาชีพ ญาติ และผู้ป่วย</li> <li>- ขอความร่วมมือญาติและผู้ป่วยในการดูแล เพื่อให้สำเร็จตรงตามเป้าหมายในการรักษาที่ได้มีการตกลงร่วมกันระหว่าง ทีมสหวิชาชีพ ญาติ และผู้ป่วย</li> <li>- มีการนัดติดตามผลการรักษาเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการในการรักษา</li> <li>- อบรม care giver</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการให้บริการอย่างมีคุณภาพ เพื่อตอบสนองกับความคาดหวังของผู้ที่มาใช้บริการ</li> <li>- ญาติและผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา</li> <li>- ญาติและผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น มีการฝึกตาม Home program</li> </ul>
๗. สิทธิในการรักษาพยาบาลอยู่ที่อื่นแต่กลับมาอยู่ภูมิลำเนาเดิมกับญาติ/ไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขอความร่วมมือญาติในการพาไปติดต่อยื่นคำขอลงทะเบียนบ้านและทำเรื่องยื่นลงทะเบียนต่อหน่วยบริการตามที่อยู่จริงการและตรวจสอบสิทธิ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์และบริการสาธารณสุขอย่างครอบคลุมรวมถึงสิทธิประโยชน์อื่น ๆ</li> </ul>
๘. การดำเนินงานให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน IMC Bed/Ward	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดำเนินการประเมินมาตรฐาน และสรุปส่วนที่ขาดหรือที่ยังไม่มีตามเกณฑ์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วางแผนประสานงานเก็ชเรื่อง การนำเข้ายาลดเกร็งในรพช. และการนำเข้าอุปกรณ์ที่ใช้ฟื้นฟูผู้ป่วย</li> </ul>
๙. พบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย IMC เช่นการเดินแบบยกสะโพก แขนเกร็ง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดอบรมญาติ</li> <li>- เพิ่มช่องทางในการติดต่อนักกายภาพบำบัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สอนญาติและแจกแผ่นพับความรู้</li> <li>- มีช่องทางไลน์ในการติดต่อนักกายภาพบำบัดและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.</li> <li>- อัตราการ Re-admit ลดลง</li> </ul>
๑๐. มีผู้มารับบริการในแผนกกายภาพบำบัดจำนวนมากขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปรับ-ขยาย พื้นที่การให้บริการ</li> <li>- นัดหมายเวลาล่วงหน้า</li> <li>- นำเทคโนโลยีมาใช้ เช่น โทรศัพท์, VDO call</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการให้บริการใน รพ.สต. และในศูนย์ร่วมสุข</li> <li>- ระยะเวลาในการรอคอยลดลง</li> <li>- มีการลงเยี่ยมบ้านโดย อสม.</li> </ul>
๑๑. ผู้ป่วยบางรายไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการฟื้นฟูที่โรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการลงเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย IMC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยมี BI เพิ่มขึ้นและสามารถช่วยเหลือตัวเองเบื้องต้นได้</li> </ul>



## ๕.แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

๕.๑ เปิดดำเนินงานศูนย์ร่วมสุขครบทั้ง ๖ แห่ง และขยายกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูไปในพื้นที่ใกล้เคียง

๕.๒ จัดประชุมแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงานศูนย์ร่วมสุขภายในจังหวัด

๕.๓ เชื่อมโยงข้อมูล IMC กับงานกองทุนฟื้นฟูจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนงานไปด้วยกัน

๕.๔ เพิ่มการ Refer back IMC Bed/Ward ให้มากขึ้น โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ และการสื่อสารให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญมากขึ้น

## ๖.ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ

๖.๑ สนับสนุนนักกายภาพบำบัด ขยายกรอบอัตรากำลังให้นักกายภาพบำบัด เนื่องจาก ในอนาคตประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ทำให้งานในด้านการฟื้นฟูสภาพมีกลุ่มเป้าหมายในการดูแลเพิ่มมากขึ้น

๖.๒ สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานศูนย์ IMC ในโรงพยาบาล และศูนย์ร่วมสุขใน รพ.สต. อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการมากที่สุด

๖.๓ การ Refer back ในกลุ่มผู้ป่วย Fracture around hip ไม่ควรนำมาคิดรวมกับการ Refer back ผู้ป่วยทั้งหมด เนื่องจากของจังหวัดสิงห์บุรี แพทย์ออร์โธปิดิกส์ ต้องการติดตามดูแลผู้ป่วยเป็น Case By Case และต้องการดูกระบวนการหลังผ่าตัดจนครบกระบวนการ เพื่อดูแลผู้ป่วยของตนเอง จึงจะไม่ได้ Refer back ผู้ป่วยกลุ่มนี้มากนัก

๖.๔ ใช้ IT มาลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพของข้อมูล รวมถึงใช้สื่อโซเชียลมีเดียเพื่อสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยและญาติ

ผู้รายงาน นางสาวอุไรวรรณ ตั้งพานิชวงศ์  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
วัน/เดือน/ปี ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
E-mail URAIWAN\_DA@HOTMAIL.COM  
โทร ๐๙ ๒๗๑๔ ๒๔๒๕

# Functional based

## ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล

- ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)
- การเงินการคลังสุขภาพ
  - วิกฤตทางการเงินระดับ ๗
  - ระบบจัดเก็บรายได้
- การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT)
- องค์กรแห่งความสุข

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
 Functional based ประเด็นที่ ๖ Good Governance  
 หัวข้อ ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
 วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

การกำกับติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง (หน่วยบริการทุกแห่งมีแผนเงินบำรุง ร้อยละ ๑๐๐)

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ประกอบด้วย

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๖ แห่ง
๓. โรงพยาบาลทั่วไป ๒ แห่ง
๔. โรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่ง
๕. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๔๗ แห่ง

หน่วยบริการมีการจัดทำแผนเงินบำรุงทุกแห่ง รวม ๖๐ แห่ง และแผนเงินบำรุงได้รับการอนุมัติจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดสอบทานแผนเงินบำรุงก่อนเสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอนุมัติ

การกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง

- หน่วยบริการมีการรายงานผลการใช้จ่ายเงินบำรุงให้คณะกรรมการบริหารหน่วยบริการทราบทุกเดือน
- จังหวัดติดตามผลการใช้จ่ายเงินบำรุงของหน่วยบริการในการประชุม กวป. ทุกเดือน และติดตาม

ในการประชุมคณะกรรมการ CFO จังหวัดทุกครั้ง

๓. ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	การแก้ไข
- ควบคุมการจัดทำบัญชีหรือทะเบียนคุมวัสดุ และการเบิกจ่ายพัสดุให้เป็นไปตามระเบียบอย่างเคร่งครัด	- มีการเพิ่มความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ควบคุมคลังพัสดุของหน่วยบริการให้จัดทำทะเบียน คุมต่าง ๆ ให้เป็นปัจจุบัน และเป็นไปตามระเบียบ โดยเคร่งครัด
- ให้ดำเนินการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างให้ครบถ้วน ตามกระบวนการ/ขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง และก่อน การเบิกจ่ายเงินให้เจ้าหน้าที่	- มีการควบคุม กำกับให้เจ้าหน้าที่จัดทำเอกสาร ประกอบการจัดซื้อจัดจ้างให้ครบถ้วนทุกขั้นตอน
- ให้ดำเนินการบันทึกบัญชีเจ้าหนี้จากเอกสารชุดสมบูรณ์ ตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชี ภาครัฐกำหนด	- มีการเพิ่มความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ให้บันทึกบัญชี รั้งเจ้าหนี้ให้เป็นไปตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ และนโยบายการบัญชีภาครัฐโดยเคร่งครัด
- ให้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเจ้าหนี้/ มติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารเกี่ยวกับการบริหาร จัดการเจ้าหนี้ แผนบริหารจัดการเจ้าหนี้ และหลักเกณฑ์ การชำระหนี้ของหน่วยงาน ตลอดจนเร่งรัดการจ่ายชำระหนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง	- กำหนดให้หน่วยบริการจัดทำแผนบริหารจัดการ เจ้าหนี้ โดยผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการ บริหารหน่วยบริการ ตามแนวทางที่กองเศรษฐกิจ สุขภาพฯ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด

## ๔.การดำเนินงาน

การดำเนินงาน	ผลลัพธ์
<ul style="list-style-type: none"> <li>- จังหวัดมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบสอบถามแผนเงินบำรุงก่อนเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอนุมัติ</li> <li>- มีกระบวนการกำกับ ติดตาม การใช้จ่ายตามแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการทุกแห่ง</li> <li>- หน่วยบริการทบทวน และปรับแผนเงินบำรุงให้สอดคล้องตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ในสิ้นไตรมาส ๒ โดยผ่านการอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด</li> </ul>	หน่วยบริการทุกระดับมีการจัดทำแผนเงินบำรุงครบทุกแห่ง (๑๐๐%) พร้อมทั้งแผนเงินบำรุงได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดครบถ้วน

## ๕.แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
๑	ประเมินผลการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ส.ค. ๖๕- ก.ย. ๖๕	สสจ.
๒	จัดทำแผนเงินบำรุงปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ก.ย. ๖๕	หน่วยบริการ
๓	ควบคุมการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง	ต.ค. ๖๕ – ก.ย. ๖๖	หน่วยบริการ/สสจ.
๔	เปรียบเทียบแผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุงกับผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริง	สิ้นเดือน/สิ้นไตรมาส/ สิ้นปี	หน่วยบริการ/สสจ.
๕	ปรับแผนเงินบำรุง (ถ้ามี)	เม.ย. ๖๕	หน่วยบริการ
๖	ประเมินผลการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ส.ค. ๖๖ – ก.ย. ๖๖	สสจ.

๖.ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ  
ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวินี เขียววี  
ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ  
วัน/เดือน/ปี ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
E-mail sawineek@yahoo.co.th  
โทร ๐๘ ๖๑๓๖ ๔๐๖๘

## รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

## Functional based ประเด็นที่ ๖ Good Governance

## หัวข้อ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕

วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

## ๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

ประเด็นที่ ๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๒

ระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๔

ประเด็นที่ ๒ หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐

## ๒. สถานการณ์

ประเด็นที่ ๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๒

ระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๔

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ได้มีการเฝ้าระวังทางการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี และมีการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินการคลังของหน่วยบริการทั้ง ๖ แห่งอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ผ่านการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้ดัชนีภาวะวิกฤตทางการเงิน ๗ ระดับ ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเดือนพฤษภาคม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่าโรงพยาบาลในจังหวัดสิงห์บุรีไม่มีภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ และระดับ ๖ (ร้อยละ ๐)

ไตรมาส ๑ และไตรมาส ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง พบว่าโรงพยาบาลในจังหวัดสิงห์บุรี ไม่มีภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๖ และระดับ ๗ (ร้อยละ ๐)

โรงพยาบาลในจังหวัดสิงห์บุรีมีจำนวนทั้งหมด ๖ แห่ง ผลการดำเนินการ ๓ ปีซ้อนหลังของหน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน มีดังนี้

## ตารางที่ ๑ แสดงระดับวิกฤตทางการเงิน (Risk Score) ย้อนหลัง ๓ ปี

ลำดับ	โรงพยาบาล	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕		
					(ไตรมาส ๑)	(ไตรมาส ๒)	(ณ พ.ค.๖๕)
๑	สิงห์บุรี	๑	๑	๐	๐	๐	๐
๒	อินทร์บุรี	๗	๒	๑	๐	๐	๐
๓	บางระจัน	๐	๒	๑	๐	๐	๐
๔	ค่ายบางระจัน	๗	๒	๓	๑	๐	๐
๕	พรหมบุรี	๓	๖	๑	๐	๐	๐
๖	ท่าช้าง	๗	๑	๐	๐	๐	๐

ข้อมูลจาก <https://hfo๖๕.cfo.in.th> ณ วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๕

### สรุปวิเคราะห์วิกฤตทางการเงินระดับ ๗

ระดับวิกฤตทางการเงิน ๓ ปี ย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔) มีหน่วยบริการประสบปัญหาวิกฤตการเงินระดับ ๗ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๓ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลอินทร์บุรี โรงพยาบาลค่ายบางระจัน และโรงพยาบาลท่าช้าง ระดับ ๖ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลพรหมบุรี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ไม่มีหน่วยบริการในจังหวัดสิงห์บุรีที่ประสบวิกฤตทางการเงินระดับ ๖ และระดับ ๗ ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ไตรมาส ๑ ไตรมาส ๒ และเดือน พฤษภาคม พบว่าประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการ ในจังหวัดสิงห์บุรีทั้ง ๖ แห่ง ไม่มีหน่วยบริการในจังหวัดสิงห์บุรีที่ประสบวิกฤตทางการเงินระดับ ๖ และระดับ ๗ ร้อยละ ๐ ผ่านเกณฑ์

#### ตารางที่ ๒ แสดง ระดับความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Score) ณ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕

ลำดับ	หน่วยบริการ	Current Ratio	Quick Ratio	Cash Ratio	NWC (ล้านบาท)	Net Income (ล้านบาท)	Risk Scoring
๑	โรงพยาบาลสิงห์บุรี	๕.๓๕	๔.๙๔	๒.๓๕	๓๑๔,๑๙๕,๗๙๐.๔๘	๕๑,๖๑๕,๕๒๒.๘๙	๐
๒	โรงพยาบาลอินทร์บุรี	๒.๔๙	๒.๒๘	๑.๓๖	๑๐๕,๓๙๐,๙๓๕.๘๐	๖๙,๕๒๔,๒๕๙.๒๐	๐
๓	โรงพยาบาลบางระจัน	๓.๐๘	๒.๘๒	๑.๖๑	๓๐,๙๗๖,๘๑๔.๔๐	๒๘,๑๘๙,๓๙๐.๔๓	๐
๔	โรงพยาบาลค่ายบางระจัน	๑.๕๓	๑.๔๔	๐.๘๓	๙,๗๑๙,๖๕๕.๘๘	๘,๕๓๑,๘๐๕.๑๒	๐
๕	โรงพยาบาลพรหมบุรี	๒.๙๐	๒.๗๓	๑.๗๕	๒๔,๕๒๖,๑๖๒.๙๐	๑๑,๕๙๕,๕๘๖.๔๖	๐
๖	โรงพยาบาลท่าช้าง	๑๐.๑๓	๙.๙๘	๕.๔๙	๗๔,๙๐๙,๐๙๓.๕๕	๕๓,๔๘๘,๔๖๙.๙๑	๐

ข้อมูลจาก <https://hfo๖๕.cfo.in.th> ณ วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๕

#### ตารางที่ ๓ แสดงข้อมูลวิเคราะห์วิกฤตทางการเงินระดับ ๗ (Risk Scoring Plus) ณ พฤษภาคม ๒๕๖๕

หน่วยบริการ	๑ Operating Margin	๒ Return on Asset	๓ Average Payment Period	๔ Average Collection Period-UC	๕ Average Collection Period -CSMBS	๖ Average Collection Period-SSS	๗ Inventory Management	Grade Plus	RG+	ผลการประเมิน
รพ.สิงห์บุรี	๐	๐	๑	๐	๐	๐	๑	C-	๐C-	ไม่ผ่าน
รพ.อินทร์บุรี	๐	๑	๐	๐	๐	๑	๐	C-	๐C-	ไม่ผ่าน
รพ.บางระจัน	๑	๑	๐	๐	๐	๐	๐	C-	๐C-	ไม่ผ่าน
รพ.ค่ายบางระจัน	๐	๐	๐	๑	๐	๐	๑	C-	๐C-	ไม่ผ่าน
รพ.พรหมบุรี	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	F	๐F	ไม่ผ่าน
รพ.ท่าช้าง	๑	๑	๐	๐	๐	๐	๐	C-	๐C-	ไม่ผ่าน

ข้อมูลจาก <https://hfo๖๕.cfo.in.th> ณ วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๕

หมายเหตุ : ผ่าน = ๑, ไม่ผ่าน = ๐ (ผ่านเกณฑ์ประเมิน  $\geq ๕$  ตัวชี้วัด)

สรุป รพ. ในจังหวัดสิงห์บุรี ทั้ง ๖ แห่ง ผลการประเมินไม่ผ่าน

**ตารางที่ ๔ แผนการเงิน (Planfin) ประมาณการรายได้และค่าใช้จ่าย ปี ๒๕๖๕ (ครึ่งปีหลัง)**

หน่วยบริการ	รวมรายได้ (ไม่รวมรายได้อื่นระบบบัญชีอัตโนมัติและงบลงทุน)	รวมค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	EBITDA	สรุปประเภทแผน	วงเงินที่ลงทุนได้ (๒๐% ของ EBITDA)	จัดซื้อ/จัดหาด้วยเงินบำรุงของ รพ.	Plan Fin แบบ
รพ.สิงห์บุรี	๗๗๔,๔๐๒,๓๐๐.๐๐	๗๒๘,๓๔๓,๒๐๐.๐๐	๔๖,๐๕๙,๑๐๐.๐๐	เกินดุล	๙,๒๑๑,๘๒๐.๐๐	๕๕๓,๖๕๒.๐๐	๑
รพ.อินทร์บุรี	๓๙๕,๖๙๔,๖๑๖.๗๓	๓๗๐,๔๔๗,๕๐๐.๐๐	๒๕,๒๔๗,๑๑๖.๗๓	เกินดุล	๕,๐๔๙,๔๒๓.๓๕	๕,๐๔๓,๖๐๐.๐๐	๑
รพ. บางระจัน	๑๐๑,๙๗๙,๕๐๐.๐๐	๙๙,๗๒๗,๒๐๐.๐๐	๒,๒๕๒,๓๐๐.๐๐	เกินดุล	๔๕๐,๔๖๐.๐๐	๔๙๙,๕๐๐.๐๐	๓
รพ. ค่าย บางระจัน	๙๐,๔๔๐,๐๐๐.๐๐	๘๘,๖๘๐,๓๒๗.๐๐	๑,๗๕๙,๖๗๓.๐๐	เกินดุล	๓๕๑,๙๓๔.๖๐	๖๕๐,๐๐๐.๐๐	๓
รพ.พรหมบุรี	๗๐,๓๐๕,๙๘๒.๖๕	๖๘,๘๔๓,๙๒๖.๒๘	๑,๔๖๒,๐๕๖.๓๗	เกินดุล	๒๙๒,๔๑๑.๒๘	๑๔๖,๐๐๐.๐๐	๑
รพ.ท่าช้าง	๑๓๑,๖๓๕,๗๘๓.๒๘	๗๙,๙๑๙,๔๒๑.๒๓	๕๑,๗๑๖,๓๖๒.๐๕	เกินดุล	๑๐,๓๔๓,๒๗๒.๔๑	๑,๗๗๙,๖๓๔.๘๔	๑

ข้อมูลจาก <http://planfin.cfo.in.th/> ณ วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๕

มาตรการที่ ๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้องสมบูรณ์ จังหวัดสิงห์บุรีมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้องสมบูรณ์ หน่วยบริการทั้ง ๖ แห่ง ๑๐๐%

๑.๒ ร้อยละของหน่วยบริการเมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงของแผนการเงิน (Planfin Analysis) พบว่า หน่วยบริการในจังหวัดสิงห์บุรีจัดทำแผนเกินดุล จำนวน ๖ แห่ง เป็นแผนแบบที่ ๑ จำนวน ๔ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลอินทร์บุรี โรงพยาบาลพรหมบุรี และโรงพยาบาลท่าช้าง เป็นแผนแบบที่ ๓ จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางระจัน และโรงพยาบาลค่ายบางระจัน

**ตารางที่ ๕ แสดงผลประเมินรายได้ Planfin ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ข้อมูลเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๕**

หน่วยบริการ	แผน	ผล	ผลต่าง	ร้อยละ	ผลประเมิน
โรงพยาบาลสิงห์บุรี	๔๕๖,๒๖๘,๒๐๐.๐๐	๔๘๙,๑๘๓,๔๔๐.๓๖	๓๒,๙๑๕,๒๔๐.๓๖	๗.๒๑	ไม่ผ่าน
โรงพยาบาลอินทร์บุรี	๒๒๐,๔๙๖,๐๐๐.๐๑	๒๔๐,๗๒๐,๖๑๐.๒๔	๒๐,๒๒๔,๖๑๐.๒๓	๙.๑๗	ไม่ผ่าน
โรงพยาบาลบางระจัน	๔๓,๗๕๓,๐๐๐.๐๐	๔๓,๑๘๐,๙๔๔.๔๙	- ๕๗๒,๐๕๕.๕๑	- ๑.๓๑	ผ่าน
โรงพยาบาลค่าย บางระจัน	๓๖,๙๖๐,๐๐๐.๐๐	๔๖,๐๓๒,๖๖๐.๐๖	๙,๐๗๒,๖๖๐.๐๖	๒๔.๕๕	ไม่ผ่าน
โรงพยาบาลพรหมบุรี	๓๒,๔๐๓,๙๘๘.๔๓	๓๒,๓๖๓,๙๒๒.๒๑	- ๔๐,๐๖๖.๒๒	- ๐.๑๒	ผ่าน
โรงพยาบาลท่าช้าง	๗๘,๖๑๔,๑๒๐.๖๕	๘๕,๗๐๔,๘๔๓.๘๒	๗,๐๙๐,๗๒๓.๑๗	๙.๐๒	ไม่ผ่าน

**ตารางที่ ๖ ผลประเมินค่าใช้จ่าย Planfin ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ข้อมูลเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๕**

หน่วยบริการ	แผน	ผล	ผลต่าง	ร้อยละ	ผลประเมิน
โรงพยาบาลสิงห์บุรี	๕๑๗,๔๕๗,๕๓๓.๓๔	๕๐๑,๖๗๘,๕๑๒.๑๘	- ๑๕,๗๗๙,๐๒๑.๑๖	- ๓.๐๕	ผ่าน
โรงพยาบาลอินทร์บุรี	๒๔๖,๙๖๕,๐๐๐.๐๐	๒๓๙,๘๗๑,๔๘๓.๒๙	- ๗,๐๙๓,๕๑๖.๗๑	- ๒.๘๗	ผ่าน
โรงพยาบาลบางระจัน	๖๖,๔๘๔,๘๐๐.๐๐	๕๔,๔๗๙,๘๙๗.๕๒	- ๑๒,๐๐๔,๙๐๒.๔๘	- ๑๘.๐๖	ไม่ผ่าน
โรงพยาบาลค่ายบางระจัน	๕๙,๑๒๐,๒๑๘.๐๐	๖๑,๖๙๕,๒๑๓.๖๖	๒,๕๗๕,๙๙๕.๖๖	๔.๓๖	ผ่าน
โรงพยาบาลพรหมบุรี	๔๕,๘๙๕,๙๕๐.๘๕	๓๗,๘๒๙,๖๔๒.๘๔	- ๘,๐๖๖,๓๐๘.๐๑	- ๑๗.๕๘	ไม่ผ่าน
โรงพยาบาลท่าช้าง	๕๓,๒๗๙,๖๑๔.๑๕	๔๕,๑๑๗,๕๓๑.๓๐	- ๘,๑๖๒,๐๘๒.๘๕	- ๑๕.๓๒	ไม่ผ่าน

ข้อมูลจาก <https://hfo๖๕.cfo.in.th> ณ วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๕

หน่วยบริการทุกแห่งมีการควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนทุกเดือน ระดับจังหวัดประชุม ติดตามผลการดำเนินการทุกไตรมาส ผลการประเมินแผนการเงิน (Planfin) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (พฤษภาคม ๒๕๖๕) ผลต่างของแผน และผลของรายได้ไม่เกินร้อยละ ๕ จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓๓ ส่วนผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่ายไม่เกินร้อยละ ๕ จำนวน ๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๐

**ตารางที่ ๗ แสดงต้นทุนหน่วยบริการ แบบ Quick Method ณ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕**

หน่วยบริการ	ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก		ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน		ผลการประเมิน	
	ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกต่อครั้ง	Mean + ๑ Sd	ต้นทุนบริการผู้ป่วยในต่อ AdiRW	Mean + ๑ Sd	OP	IP
โรงพยาบาลสิงห์บุรี	๖๘๕.๑๑	๙๐๕.๒๗	๒๑,๐๓๙.๐๒	๒๑,๖๕๓.๙๘	ผ่าน	ผ่าน
โรงพยาบาลอินทร์บุรี	๗๓๓.๖๕	๗๖๕.๕๐	๒๓,๕๙๓.๐๗	๓๐,๒๙๒.๕๑	ผ่าน	ผ่าน
โรงพยาบาลบางระจัน	๔๙๓.๒๒	๖๔๓.๓๑	๑๔,๔๘๖.๙๐	๕๕,๐๐๔.๕๗	ผ่าน	ผ่าน
โรงพยาบาลค่ายบางระจัน	๖๐๕.๙๒	๖๔๓.๓๑	๔๒,๘๑๒.๙๘	๕๕,๐๐๔.๕๗	ผ่าน	ผ่าน
โรงพยาบาลพรหมบุรี	๔๔๓.๕๒	๗๘๔.๕๔	๑๔,๐๑๕.๓๒	๖๖,๗๓๘.๑๒	ผ่าน	ผ่าน
โรงพยาบาลท่าช้าง	๑๒๗.๒๖	๖๔๓.๓๑	๒๒,๘๓๘.๐๐	๕๕,๐๐๔.๕๗	ผ่าน	ผ่าน

ข้อมูลจาก <https://hfo๖๕.cfo.in.th> ณ วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๕

ต้นทุนหน่วยบริการแบบ Quick Method ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ผ่านเกณฑ์ทุกโรงพยาบาล ต้นทุนบริการไม่เกิน mean+๑sd ของหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกและต้นทุนบริการผู้ป่วยใน



ประเด็นที่ ๒ หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (ร้อยละ ๑๐๐) ๔S ๔C

สรุปผลการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามเกณฑ์แนวทางการตรวจประเมินระบบการจัดเก็บรายได้คุณภาพ ๔S ๔C ซึ่งพบว่า มีผลการประเมินดังนี้

ตารางที่ ๔ ผลการประเมินตนเองของหน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ

เกณฑ์การประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ ( ๔ S ๔ C )	คะแนนเต็ม	รพ. สิงห์บุรี	รพ. อินทร์บุรี	รพ. บางระจัน	รพ. ค่ายบางระจัน	รพ. พรหมบุรี	รพ. ท่าช้าง
๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐
๒. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)	๒๐	๑๔	๑๖	๑๖	๑๖	๑๔	๑๔
๓. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และ ทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.	๘	๘	๘	๖	๖	๖	๖
๔. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษาครบถ้วน (Care)	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘
๕. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลครบถ้วน และถูกต้อง (Code)	๘	๘	๘	๘	๖	๘	๘
๖.ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน	๘	๘	๘	๖	๘	๖	๘
<b>รวม ๔S๔C</b>	<b>๗๒</b>	<b>๖๖</b>	<b>๖๘</b>	<b>๖๔</b>	<b>๖๔</b>	<b>๖๒</b>	<b>๖๔</b>
<b>การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)</b>							
๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖
๒. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘
๓. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษาครบถ้วน (Care)	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘
๔. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลครบถ้วน และถูกต้อง (Code)	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๕.ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน	๒	๒	๐	๐	๐	๒	๐
<b>รวม สิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง</b>	<b>๒๘</b>	<b>๒๘</b>	<b>๒๖</b>	<b>๒๖</b>	<b>๒๖</b>	<b>๒๘</b>	<b>๒๖</b>
<b>รวมคะแนนทั้งสิ้น</b>	<b>๑๐๐</b>	<b>๙๔</b>	<b>๙๔</b>	<b>๙๐</b>	<b>๙๐</b>	<b>๙๐</b>	<b>๙๐</b>
<b>เกรด</b>	<b>A</b>	<b>A</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>B</b>
<b>ระดับ</b>	<b>ดีมาก</b>	<b>ดีมาก</b>	<b>ดีมาก</b>	<b>ดี</b>	<b>ดี</b>	<b>ดี</b>	<b>ดี</b>

ตารางที่ ๘ จากผลการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพในรอบที่ ๑ ประกอบกับการตรวจราชการครั้งที่ ๑ พบว่ามีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคะแนนประเมินตนเองอยู่ในเกณฑ์ระดับดีมากและดี ส่วนใหญ่มักจะตกเกณฑ์ในเรื่องของ System ประสิทธิภาพในการเรียกเก็บ UC, ข้าราชการ และประกันสังคม กลุ่มงานประกันสุขภาพร่วมกับงานตรวจสอบภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ลงพื้นที่ตรวจสอบข้อมูลศูนย์จัดเก็บรายได้ในโรงพยาบาล ทุกแห่งพร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพของโรงพยาบาล และนำเสนอให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลรับทราบปัญหาอุปสรรค ในการพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ (ยังเหลือ ๓ โรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ลงตรวจสอบ คือ โรงพยาบาลค่ายบางระจัน โรงพยาบาลพรหมบุรี และโรงพยาบาลท่าช้าง)

ผลจากการลงพื้นที่ และศูนย์จัดเก็บรายได้ประเมินตนเองครั้งที่ ๒ พบว่ามีบางโรงพยาบาลที่คะแนนเพิ่มขึ้น มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับดีมาก จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลอินทร์บุรี ระดับคะแนน ๙๔ โรงพยาบาลที่มีผลการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้อยู่ระดับดี จำนวน ๔ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางระจัน โรงพยาบาลค่ายบางระจัน โรงพยาบาลพรหมบุรี และโรงพยาบาลท่าช้าง ระดับคะแนน ๙๐

เมื่อพิจารณาเกณฑ์การประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔ S ๔ C) ในภาพของจังหวัดสิงห์บุรี

๑. ด้านโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure) พบว่าผ่านเกณฑ์ทุกโรงพยาบาล

๒. ด้านระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System) ไตรมาส ๒/๒๕๖๕ พบว่าประสิทธิภาพการเรียกเก็บกองทุน UC ผ่านเกณฑ์ ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางระจัน และโรงพยาบาลค่ายบางระจัน กองทุนกรมบัญชีกลาง ไม่ผ่านเกณฑ์ทุกโรงพยาบาล กองทุนประกันสังคม ผ่านเกณฑ์ ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลอินทร์บุรี จากการตรวจสอบข้อมูลจากการลงพื้นที่ร่วมกับทีมตรวจสอบภายใน พบว่าสาเหตุหลักจากการติด C ในการเรียกเก็บ เช่น แพทย์วินิจฉัยไม่ครอบคลุม การบริการกับการเคลมไม่สอดคล้องกัน การคีย์ข้อมูลซ้ำ ราคาไม่ตรงกับกรมบัญชีกลาง จำนวนเงินไม่ตรงกับที่แจ้งไว้กับเครื่อง EDC การจัดสรรเงินประกันสังคมล่าช้า เนื่องจากเอกสารการเรียกเก็บถึงโรงพยาบาลล่าช้า

๓. ด้านระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & Skill) พบว่าโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลอินทร์บุรี โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๔ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางระจัน โรงพยาบาลค่ายบางระจัน โรงพยาบาลพรหมบุรี และโรงพยาบาลท่าช้าง เนื่องจากมีบุคลากรที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้มีน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

๔. ด้านการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care) พบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์

๕. ด้านการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code) พบว่าโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ จำนวน ๕ แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์ ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลค่ายบางระจัน เนื่องจากบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่บันทึกรหัสการรักษาพยาบาลไม่ได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ

๖. ด้านระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน พบว่าโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ จำนวน ๔ แห่ง ยังไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางระจัน และโรงพยาบาลพรหมบุรี เนื่องจากไม่ได้รับการหัก ๕% เพราะส่งเบิกจ่ายล่าช้า

## ๓. ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	แนวทางการแก้ไข
ประสิทธิภาพ ๗ Plus Efficiency ยังไม่ผ่านขอให้วางแผนการเรียกเก็บเงินกองทุนประกันสังคมล่าช้ากว่ากำหนด และเพิ่มจำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ฯ และขอให้จัดทำบัญชีหรือทะเบียนคุมวัสดุ การเบิกจ่าย ให้เป็นปัจจุบัน การจัดทำเอกสารจัดซื้อฯ ให้ครบถ้วน บันทึกการรับรู้เจ้าหนี้ ให้เป็นปัจจุบัน	จัดประชุมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการจัดเก็บรายได้ และทีมติดตาม ได้ลงพื้นที่วิเคราะห์ข้อมูล/รวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ สะท้อนข้อมูลวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในแต่ละกระบวนการ และแนวทางแก้ไข โดย CFO จังหวัดกำกับ ติดตาม

## ๔. การดำเนินงาน

รายการ	ปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์ของหน่วยบริการ	มาตรการของหน่วยบริการ	แนวทาง/ข้อเสนอแนะจากทีมติดตามฯ
<b>ระบบการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล</b>			
๑. Operating Margin (อัตรากำไรจากการดำเนินงาน)	เกณฑ์คือค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ซึ่งโรงพยาบาลมีกำไร แต่เมื่อเทียบค่าเฉลี่ยแล้วยังไม่ผ่านเกณฑ์	เพิ่มรายได้ลดรายจ่ายจัดเก็บรายได้ในส่วนที่คนไข้จะต้องจ่ายเพิ่ม เช่น ยานอกบัญชีที่อยู่นอกเหนือสิทธิประโยชน์ บางรายการยังให้ฟรีอยู่ ปรับอัตรารักษาตามเพดานที่กำหนดให้	
๒. Return on Asset (อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ทั้งหมด)			
๓. ระยะเวลาชำระหนี้ Cash	ปัญหาคือมีเจ้าหนี้การค้าค้างค่างานที่ยังไม่ได้จ่ายชำระหนี้สิน จึงทำให้มีระยะเวลาจ่ายชำระหนี้เกินเกณฑ์ที่กำหนด  ผู้แทนบริษัทไม่เข้ามาวางบิลรับเช็ค	จ่ายชำระหนี้ค่างาน  ติดต่อกับผู้แทนบริษัทให้เข้ามาดำเนินการวางบิลและจัดส่งเช็คให้บริษัทลงทะเบียน EMS	

รายการ	ปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์ของหน่วยบริการ	มาตรการของหน่วยบริการ	แนวทาง/ข้อเสนอแนะจากทีมติดตามฯ
๔. ระยะเวลาเรียกเก็บหนี้ UC	การตามจ่าย OP-UC นอก CUP ในจังหวัดจะทำการจ่ายกันปีละครั้ง	ต้องนำข้อมูลลูกหนี้ในจังหวัดมาประชุมทำข้อตกลงในการตามจ่ายให้เร็วขึ้น	เร่งทำลูกหนี้เดือนต่อเดือน จังหวัดประชุมทำข้อตกลงในการตามจ่ายลูกหนี้ทุกเดือน
๕. ระยะเวลาเรียกเก็บหนี้ กรมบัญชีกลาง	ข้อมูลติด C แต่ละรหัสที่เกิดขึ้น มีความยุ่งยากซับซ้อน บางรหัสไม่สามารถแก้ไขได้ในหน่วยงานเดียว ทำให้มีขั้นตอนการแก้ไขข้อมูลที่มากกว่า ๑ หน่วยงาน การบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง และไม่สอดคล้องกับรหัสโรค (ผิดประเภท ผิดสิทธิ ผิดราคา) ทำให้ข้อมูลติด C และต้องแก้ไขส่งให้ทันเวลา	ผู้จัดเก็บตรวจสอบข้อมูลก่อนการส่งเรียกเก็บเพื่อลดการแก้ติด C ผู้จัดเก็บรวบรวมข้อมูลการติด C ที่พบบ่อยแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันการติด C ในครั้งต่อไป	- ควรมีโปรแกรมในการตรวจ จับข้อผิดพลาด ตรวจสอบความซ้ำซ้อน - ตั้งกลุ่ม Line หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกงาน เพื่อแจ้งและรับทราบปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ส่งข้อมูลได้ทันเวลา / ระบบการแจ้งเตือนในการส่งข้อมูล - ประชุมสรุปปัญหาทุกเดือน
๖. ระยะเวลาเรียกเก็บหนี้ประกันสังคม	การจัดสรรเงินประกันสังคมล่าช้า เนื่องจากเอกสารการเรียกเก็บถึง รพ.ล่าช้า	กำหนดเวลาในการส่งเอกสาร เรียกเก็บแต่ละเดือนให้ชัดเจนและรวดเร็วยิ่งขึ้น	ให้ส่งข้อมูลภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน
๗. ระยะเวลา Stock	ปัญหา คือ มีการสำรองสินค้าคงเหลือเป็นมูลค่าสูง ทำให้มีอัตราการหมุนของสินค้าคงคลังเกินเกณฑ์ที่กำหนด	นำเข้าที่ประชุม คณะกรรมการจัดเก็บรายได้เพื่อแก้ปัญหา ดำเนินการให้ Lab ปรับเรื่องของการตัดจ่าย	

รายการ	ปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์ของหน่วยบริการ	มาตรการของหน่วยบริการ	แนวทาง/ข้อเสนอแนะจากทีมติดตามฯ
๗. ระยะเวลา Stock	ระยะเวลาคงคลังที่เกิน คือ วัสดุทันตกรรมคงคลังค้างเหลือเยอะจากที่หยุดให้บริการคนไข้เพิ่งจะเริ่มให้บริการคนไข้เดือน ม.ค. และมีเข็มฉีดยาคีซีที่จัดซื้อเพราะขาดช่วงได้รับสนับสนุน แต่พอจัดซื้อแล้วได้รับสนับสนุนเพิ่มเติมมาจาก สสจ.จึงทำให้ Stock ค้างอยู่	แจ้งหน่วยงานรับผิดชอบคงคลังวัสดุการแพทย์และวัสดุทันตกรรมรับทราบให้ตรวจสอบและหาแนวทางแก้ไข	
<b>ระบบเบิกจ่ายเงินสดของแต่ละกองทุน</b>			
	สปสช.เปลี่ยนหลักเกณฑ์บ่อย และไม่ชัดเจน	มีการตั้งกลุ่มไลน์ในการสอบถามและแก้ไขปัญหา แต่บางครั้งตอบช้า มีการประชุม ZOOM Pre audit HI CI SI (๒๒๐๔๖๕)	
	สปสช.ช่องทางเข้าถึงยาก การลิงค์ข้อมูลเข้ายาก	แจ้ง สปสช.เขต ทราบเพื่อการแก้ไข รพท.ยังเข้าได้ช้าเฉลี่ยประมาณ ๗ นาที รพช.เข้าถึงได้เร็วขึ้น	
	เบิก ๓ กองทุน รหัสในการคีย์เบิกไม่เหมือนกัน แต่ละกองทุนรหัสเยอะ ทำให้ยุ่งยากในการคีย์ข้อมูล	แจ้ง สปสช.เขต ทราบเพื่อการแก้ไข	

**๕. แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖**

- การบริหารจัดการระบบการจัดเก็บรายได้ค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการในจังหวัดสิงห์บุรี เพื่อพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ และให้หน่วยบริการนำข้อมูลรายได้ค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ไปใช้ในการบริหารการเงินการคลัง
- เฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังหน่วยบริการจังหวัดสิงห์บุรี เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องทราบข้อมูลสถานการณ์เพื่อให้หน่วยบริการได้นำผลการเฝ้าระวังไปใช้ประโยชน์

**๖. ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ**

ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวสุดารัตน์ รวดทอง  
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี  
วัน/เดือน/ปี ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕  
E-mail : sudaratuad047@gmail.com  
โทร ๐๘ ๒๙๒๘ ๗๕๐๑

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
Functional based ประเด็นที่ ๖ Good Governance  
หัวข้อ การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) เป็นศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

---

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

จังหวัดสิงห์บุรี มีโรงพยาบาลจำนวน ๖ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน ๔๗ แห่ง โรงพยาบาลทุกแห่งใช้โปรแกรม HOSXP และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งใช้โปรแกรม HOSXP PCU โดยโรงพยาบาลทุกแห่ง มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายสำหรับเก็บข้อมูล (Database Server) ได้แก่ เครื่อง Master และ Slave ที่เป็นระบบปฏิบัติการลินุกซ์ (Linux) ที่แตกต่างเวอร์ชันกัน

๓. ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ไม่มี

๔. การดำเนินงาน

๔.๑ มีการแต่งตั้งคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด และจัดประชุม คณะทำงานฯ ครั้งที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยระบบ Cisco Webex Meetings

๔.๒ โรงพยาบาลทุกแห่งเข้าร่วมอบรมการติดตั้ง HIS Gateway เมื่อวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๔ โดยโรงพยาบาล สามารถติดตั้ง HIS Gateway และเชื่อมโยงส่งข้อมูลสำเร็จ ได้ครบทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๔.๓ เตรียมความพร้อมอำเภอนำร่องการติดตั้ง HIS Gateway ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คืออำเภอน่าช้าง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๓ แห่ง

ปัญหา/สาเหตุ

- ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway เดิมเคยส่งข้อมูลได้ ต่อมาส่งไม่ได้ ไม่ทราบสาเหตุเกิดจากอะไร ไม่ทราบ

วิธีตรวจสอบและการแก้ไข

- ส่วนกลางมีการอัปเดตเวอร์ชันบ่อยครั้ง ทำให้สถานะการส่งข้อมูลของโรงพยาบาลไม่เป็นปัจจุบัน
- ไม่มีคู่มือการอัปเดตเวอร์ชันที่ชัดเจน เมื่อทำการอัปเดตเกิดข้อผิดพลาดทำให้ไม่สามารถส่งข้อมูลได้

แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

- แจ้งไอทีของสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔ เพื่อขอรับทราบวิธีแก้ไขปัญหา
- แจ้งผู้ดูแลระบบในกลุ่มไลน์ของเขตสุขภาพที่ 4 และ Line OA HIS Gateway @MOPH

๕.แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

เตรียมความพร้อมการติดตั้ง HIS Gateway ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามแนวทางของส่วนกลาง

๖. ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ

การปรับปรุงโปรแกรมควรปรับแก้ไขที่ส่วนกลาง และ update ไปยังหน่วยบริการอัตโนมัติ

ผู้รายงาน นางสาวรัตน์วลี ดียิ่ง  
ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ  
วัน/เดือน/ปี ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
E-mail: boweing@gmail.com  
โทร ๐๘ ๑๓๘๔ ๗๗๙๗



รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
Functional based ประเด็นที่ ๖ Good Governance  
หัวข้อ องค์กรแห่งความสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ร้อยละ ๗๐

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี มีเป้าหมายบุคลากรตอบแบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ผ่านเว็บไซต์ Happy Moph ดังนี้

ลำดับ	หน่วยงาน	จำนวนบุคลากร (คน)
๑.	สสจ.สิงห์บุรี	๙๐
๒.	รพ.สิงห์บุรี	๘๒๗
๓.	รพ.อินทร์บุรี	๔๙๐
๔.	รพ.บางระจัน	๑๐๓
๕.	รพ.ค่ายบางระจัน	๑๒๐
๖.	รพ.พรหมบุรี	๑๑๔
๗.	รพ.ท่าช้าง	๙๗
๘.	สสอ.เมืองสิงห์บุรี	๕๐
๙.	สสอ.อินทร์บุรี	๗๒
๑๐.	สสอ.บางระจัน	๔๙
๑๑.	สสอ.ค่ายบางระจัน	๒๓
๑๒.	สสอ.พรหมบุรี	๒๘
๑๓.	สสอ.ท่าช้าง	๒๐
	รวม	๒,๐๘๓

๓. ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ไม่มี

๔. การดำเนินงาน

บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ตอบแบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ผ่านเว็บไซต์ Happy Moph ดังนี้

ลำดับ	หน่วยงาน	จำนวนบุคลากร (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ
๑.	สสจ.สิงห์บุรี	๙๐	๗๙	๘๗.๗๘
๒	รพ.สิงห์บุรี	๘๒๗	๕๒๕	๖๓.๔๘
๓.	รพ.อินทร์บุรี	๔๙๐	๔๕๘	๙๓.๔๗
๔.	รพ.บางระจัน	๑๐๓	๘๓	๙๐.๐๗
๕.	รพ.ค่ายบางระจัน	๑๒๐	๙๘	๘๑.๖๗
๖.	รพ.พรหมบุรี	๑๑๔	๑๐๑	๘๘.๖๐
๗.	รพ.ท่าช้าง	๙๗	๙๒	๙๔.๘๔
๘.	สสอ.เมืองสิงห์บุรี	๕๐	๕๐	๑๐๐
๙.	สสอ.อินทร์บุรี	๗๒	๗๐	๙๗.๒๒
๑๐.	สสอ.บางระจัน	๔๙	๔๙	๑๐๐
๑๑.	สสอ.ค่ายบางระจัน	๒๓	๒๓	๑๐๐
๑๒.	สสอ.พรหมบุรี	๒๘	๒๘	๑๐๐
๑๓.	สสอ.ท่าช้าง	๒๐	๒๐	๑๐๐
	รวม	๒,๐๘๓	๑,๖๗๖	๘๐.๔๖

#### ผลการประเมิน

จากการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ผ่านเว็บไซต์ Happy Moph ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เรียงตามลำดับดังนี้

๑ จิตวิญญาณดี (Happy Soul)	ร้อยละ ๑๐๐
๒ น้ำใจดี (Happy Heart)	ร้อยละ ๙๙.๔๐
๓ ครอบครัวดี (Happy Family)	ร้อยละ ๙๙.๒๐
๔ สุขภาพกายดี (Happy Body)	ร้อยละ ๙๕.๗๓
๕ การงานดี (Happy Worklife)	ร้อยละ ๙๔.๐๒
๖ สังคมดี (Happy Society)	ร้อยละ ๙๑.๗๘
๗ ใฝ่รู้ดี (Happy Brain)	ร้อยละ ๘๘.๐๓
๘ ผ่อนคลายดี (Happy Relax)	ร้อยละ ๘๔.๗๘
๙ สุขภาพเงินดี (Happy Money)	ร้อยละ ๘๒.๒๓
สรุปค่าเฉลี่ยความสุขของบุคลากรฯ	ร้อยละ ๙๒.๘๓

#### แผน/กิจกรรมการดำเนินงาน

- มีนโยบายในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
- มีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ผ่านเว็บไซต์ Happy Moph
- จัดตั้งคณะทำงานองค์กรแห่งความสุข ของหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
- จัดทำแผนปฏิบัติการในการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข ประจำปี ๒๕๖๕
- มีการประชุมคณะทำงานฯ แบบบูรณาการร่วมกับการประชุมผู้บริหารต่าง ๆ

**๕.แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖**

๕.๑. พัฒนาบุคลากรในหน่วยงานอย่างมีเป้าหมาย สอดคล้องกับการประเมินความสุขของบุคลากรและเปลี่ยนแปลงของหน่วยงาน

๕.๒. การสร้างองค์กรแห่งความสุข โดยเน้น ๒.๑.) คนทำงานมีความสุข ๒.๒.) ที่ทำงานน่าอยู่ และ ๒.๓.) หน่วยงานสมานฉันท์

**๖. ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนสำหรับการตรวจราชการ**

ไม่มี

ผู้รายงาน นายประสิทธิ์ วงศ์สกุลเกียรติ  
ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ  
วัน/เดือน/ปี ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
E-mail teeprasit09@gmail.com  
โทร ๐๘ ๙๙๐๓ ๙๒๔๕

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
 Functional based ประเด็นที่ ๖ Good Governance  
 หัวข้อ องค์กรแห่งความสุข  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
 วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนาไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี มีเป้าหมายบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา ดังนี้

ลำดับ	ตำแหน่ง	จำนวน ที่เกี่ยวข้อง (คน)	จำนวนที่ต้องได้รับการ พัฒนา (คน)
๑.	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล	๐	๐
๒.	หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย	๕	๑๐
๔.	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน	๐	๐
๕.	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	๑	๒
๗.	สาธารณสุขอำเภอ	๑	๒
๘.	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ	๑	๒
	รวม	๘	๑๖

๓. ข้อสั่งการจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ไม่มี

๔. การดำเนินงาน

๔.๑. แผน/กิจกรรมการดำเนินงาน

- มีการวิเคราะห์ตำแหน่งที่จะว่างในปีงบประมาณ ๒๕๖๕
- มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา (จำนวน ๒ เท่าของตำแหน่งว่างจากการเกษียณอายุราชการของตำแหน่งข้าราชการที่ทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ทางการบริหารตามที่กำหนด)
- มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ตามแนวทางหรือหลักสูตรที่สอดคล้องกับสมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนด แบ่งเป็น

๓.๑. แผนการลาศึกษาต่อ

๓.๒. แผนการฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา แบ่งเป็น

๓.๒.๑. แผนการฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา โดยหน่วยงาน

๓.๒.๒. แผนการฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา โดยหน่วยงานภายนอก

๓.๒.๓. การฝึกอบรมผ่านระบบ E-learning

๔.๒. ผลการดำเนินงานพัฒนาบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น จำนวน ๑๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๕๐

**๕.แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖**

๕.๑. มีการวิเคราะห์ตำแหน่งที่จะว่างในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๕.๒. วางแผนการพัฒนาเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สำคัญโดยยึดหลักความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และผลงานเพื่อการเตรียมความพร้อมกำลังคนคุณภาพของหน่วยงาน

๕.๓. กำหนดเกณฑ์มาตรฐานเพื่อคัดกรองคนดีคนเก่ง โดยพิจารณาผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

๕.๔. การจูงใจให้บุคลากรในหน่วยงานเกิดการพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งปฏิบัติการกิจที่ได้รับมอบหมายด้วยความตั้งใจ

๕.๕. ส่งเสริมให้หน่วยงานวางแผนและกำหนดหลักเกณฑ์การแต่งตั้งฯ ที่สอดคล้องและตรงตามที่ ก.พ. กำหนด และปรับเปลี่ยนหน้าที่เพื่อให้ได้รับประสบการณ์ในการทำงานที่หลากหลาย

**๖. ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนสำหรับการตรวจราชการ**

ไม่มี

ผู้รายงาน นายประสิทธิ์ วงศ์สกุลเกียรติ  
ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ  
วัน/เดือน/ปี ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
E-mail teeprasit09@gmail.com

# Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่)

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth)  
อุบัติเหตุและฉุกฉิน

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
Area based ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (เขตสุขภาพที่ ๔)  
หัวข้อ การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Preterm)  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ ๙

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

จากสถิติการให้บริการของสถานบริการในจังหวัดสิงห์บุรี ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘- ๒๕๕๙ พบว่าอัตราทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัม สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จากการวิเคราะห์พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ ๖๐ - ๗๐ จึงดำเนินการพัฒนาเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี ๒๕๖๑ เริ่มจาก โรงพยาบาลสิงห์บุรี มีการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ และวัดความยาวปากมดลูก ถ้าพบว่าสั้นให้การป้องกัน โดยการให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนทั้งในรูปแบบฉีดและเหน็บตาม CPG หลังการพัฒนา เก็บวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลสิงห์บุรีลดลง จึงขยายการพัฒนาให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด โดยโรงพยาบาลสิงห์บุรี จัดทำCPG และแจกให้กับทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสิงห์บุรี และกำหนดขั้นตอนการดูแลรักษา และป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดังนี้ ๑) คัดกรองความเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ๒) วัดความยาวปากมดลูกทุกราย ๓) ให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ตามCPG ๔) เน้นการสร้างความรู้ทางสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ ๕) ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยเครือข่าย ๖) ส่งต่อข้อมูลในเครือข่ายโปรแกรม Smart COC ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของเขตบริการสุขภาพที่ ๔ จากการพัฒนาดังกล่าว ทำให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสิงห์บุรีและภาพรวมลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

สถานการณ์คลอดก่อนกำหนด จังหวัดสิงห์บุรี ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนด มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ ๙.๗๐ (๑๒๘ ราย) ๕.๖๑ (๘๓ ราย) และ ๖.๘๒ (๘๘ ราย) ตามลำดับ ในส่วนของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๔.๑๓ (๓๗ ราย) ๖.๕๕ (๕๗ ราย) และ ๕.๙๗ (๔๔ ราย) ตามลำดับ

๓. ข้อเสนอจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	แนวทางการแก้ไข
สื่อสารสร้างความเข้าใจกับหญิงตั้งครรภ์ในประเด็น Preterm เพื่อป้องกันมารดา เสียชีวิตจาก PPH	พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้าง HL ในหญิงตั้งครรภ์

## ๔.การดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕ Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
๑.มารดาขาดความรู้ในการดูแลตนเองด้านความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด/HL	<p>พัฒนาการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด</p> <p>๑.๑ พัฒนาการดูแลการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชุมระดมสมองพัฒนาบุคลากร / การสร้าง Health literacy ในหญิงตั้งครรภ์ / แลกเปลี่ยนกระบวนการดำเนินงาน</li> <li>- พัฒนาการลงบันทึกการประเมิน HL</li> <li>- ปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนา</li> <li>- ติดตามผล</li> </ul> <p>๑.๒ พัฒนาระบบบริการ ANC คุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกในชุมชน โดย อสม.และ รพ.สต.</li> <li>- วัดความยาวปากมดลูกในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ ๑๕-๒๕ สัปดาห์เพื่อ คัดกรองภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด หากพบปากมดลูกสั้นส่งต่อสูติแพทย์เพื่อดูแลให้ยา Proluton Depot</li> <li>- การบันทึกข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ การคลอด และข้อมูลเด็กทารกแรกเกิด ใน HOS xp ให้ถูกต้อง</li> <li>- การเชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่าย เพื่อการดูแลร่วมกันทาง smart COC</li> <li>- ประชุม MCH Board และ Service Plan ทุก ๓ เดือน</li> </ul>	<p>๑.๑ พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับ อสม. ด้านการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพื่อนำไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่</p> <p>๑.๒ ประชุมระดมสมองพัฒนาบุคลากร/การสร้างHealth literacy ในหญิงตั้งครรภ์/ แลกเปลี่ยนกระบวนการดำเนินงาน</p> <p>๑.๓ มีการดูแลเชื่อมโยง จากชุมชน/รพ.สต./รพช./รพท./ ANC/LR</p> <p>๑.๔ ประชุม คกก.MCH เพื่อแลกเปลี่ยนการดำเนินงาน/ ปัญหาอุปสรรค ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้หญิงตั้งครรภ์</p>
๒.รพช.ขาดประสบการณ์การทำคลอด เนื่องจากนโยบายลูกเกิดรอด แม่คลอดปลอดภัย ให้คลอดรพท.ขาดทักษะและความชำนาญการทำคลอดและการดูแลเบื้องต้นในภาวะวิกฤติ	<p>ป้องกันมารดาตายหลังคลอด</p> <p>๒.๑ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะภาวะวิกฤติทางสูติศาสตร์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการทบทวนแนวทางการส่งต่อและแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้เป็นปัจจุบันและมีประสิทธิภาพ และ CPG แก่จนท.ที่เกี่ยวข้อง</li> <li>-พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคลากร</li> </ul>	<p>๒.๑ จัดเยี่ยมเสริมพลัง และ ทบทวนความรู้</p>



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕ Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
<p>๒.รพช.ขาดประสิทธิภาพการทำการคลอดเนื่องจากนโยบายลูกเกิดรอด แม่คลอดปลอดภัย ให้คลอดรพท.ขาดทักษะและความชำนาญการทำการคลอดและการดูแลเบื้องต้นในภาวะวิกฤติ</p>	<p>๒.๒.ควบคุม/กำกับการปฏิบัติตามมาตรฐานแม่และเด็กของโรงพยาบาลชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- นิเทศโรงพยาบาลชุมชนโดยทีมประเมิน MCH</li> <li>- ติดตามตัวชี้วัดของงาน MCH ทุก ๓ เดือน</li> <li>- ติดตามการลงข้อมูลใน HDCของทุกหน่วยในจังหวัด</li> <li>- ประชุมคกก.MCH จังหวัดทุก ๓ เดือน เพื่อติดตามผลการปฏิบัติงาน</li> </ul>	<p>๒.๒ ประชุมคกก.MCH แล้ว ๒ ครั้ง เพื่อติดตามตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย และแลกเปลี่ยนการดำเนินงาน / ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน / การศิษย์ข้อมูล</p>
<p>๓.การฉีดวัคซีนโควิดในหญิงตั้งครรภ์ หลังอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์</p>	<p>๓.๑ มีการประชาสัมพันธ์การฉีดวัคซีนโควิด 19 รวมทั้งให้ความรู้ประโยชน์ของการได้รับวัคซีนโควิด 19</p> <p>๓.๒ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์สื่อการป้องกันการติดเชื้อ COVID – 19 ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ แม่และเด็ก</p> <p>๓.๓ จัดบริการ ให้หญิงตั้งครรภ์/ญาติเข้าถึงวัคซีน</p> <p>๓.๔ แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้และกระตุ้นโน้มน้าวทุกครั้งมาฝากครรภ์</p>	<p>๓.๑ มีการประชาสัมพันธ์ในทุกหน่วยบริการ /สื่อออนไลน์/ เพิ่มช่องทางสามารถติดต่อสอบถามได้ง่ายขึ้น/ผู้ที่ประสงค์จะฉีดวัคซีน สามารถ walk in ณ โรงพยาบาลใกล้บ้านได้</p> <p>การดำเนินการการฉีดวัคซีนเข็ม ๑ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ รายอำเภอ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-อ.เมือง ๖๓ คน ฉีดแล้ว ๖๓ คน ร้อยละ ๑๐๐</li> <li>-อ.อินทร์บุรี ๗๖ คน ฉีดแล้ว ๗๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๗๔</li> <li>-อ.บางระจัน ๓ คน ฉีดแล้ว ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐</li> <li>-อ.ค่ายบางระจัน ๓๙ คน ฉีดแล้ว ๓๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๘๗</li> <li>-อ.พรหมบุรี ๓๖ คน ฉีดแล้ว ๓๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๒๒</li> <li>-อ.ท่าช้าง ๑๙ คน ฉีดแล้ว ๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๔๗</li> </ul> <p>ภาพรวมจังหวัดสิงห์บุรี ทั้งหมด ๒๓๖ คน ฉีดวัคซีนเข็ม ๑ แล้ว ๒๒๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๑๙</p>

โรงพยาบาล	ปี ๒๕๖๔ เป้าหมาย/ผลงาน (%)	ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔ - ๒๗ มิ.ย.๖๕) เป้าหมาย/ผลงาน (%)
สิงห์บุรี	๙๐๓/๕๙ (๖.๕๓%)	๖๔๔/๓๒ (๔.๙๗%)
บางระจัน	๐	๐
ค่ายบางระจัน	๑/๐ (๐)	๐
พรหมบุรี	๐	๐
ท่าช้าง	๐	๐
อินทร์บุรี	๓๘๗/๒๙ (๗.๔๙%)	๒๑๘/๑๔ (๖.๔๒%)
รวม	๑,๒๙๑/๘๘ (๖.๘๒%)	๘๖๔/๔๖ (๕.๓๒%)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายงาน ข้อมูล	โรงพยาบาล						ภาพของ จังหวัด จาก HDC ต.ค.๖๔ - ๒๗ มิ.ย. ๖๕
			รพ.สิงห์บุรี	รพ.บางระจัน	รพ.ค่ายบางระจัน	รพ.พรหมบุรี	รพ.ท่าช้าง	รพ.อินทร์บุรี	
๑	ร้อยละของหญิง ตั้งครรภ์ สัญชาติไทย อายุ๑๕-๒๕ สัปดาห์ได้ วัดความยาวปาก มดลูก (ร้อยละ ๓๖)	เป้าหมาย	๔๔๗	๑๖	๓๒	๑๗	๑๘	๒๐๙	๗๓๙
		ผลงาน	๑๗๖	๐	๑	๐	๑	๓๗	๒๑๕
		ร้อยละ	๓๙.๓๗	๐	๓.๑๓	๐	๕.๕๖	๑๗.๗	๒๙.๐๙
๒	อัตราส่วนมารดาตายต่อ การเกิดมีชีพแสนคน (ไม่เกิน ๑๗/แสน)	เป้าหมาย	๕๘๘	๐	๐	๑	๑	๒๑๙	๘๐๔
		ผลงาน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
		อัตรา	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐

หมายเหตุ ข้อมูล HDC อนามัยแม่และเด็ก ข้อ๓.๑๒ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทย อายุครรภ์ ๑๕-๒๕ สัปดาห์  
ได้รับการตรวจวัดความยาวปากมดลูก (ความครอบคลุมการได้รับบริการวัด CL)

#### ๕.แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

๕.๑ สื่อสารสร้างความตระหนักรู้ของหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัว ให้มากยิ่งขึ้น

๕.๒ ขับเคลื่อน Service Plan สาขาสูติกรรม

#### ๖.ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ

ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวภาณุมาศ เรือนหลวง  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
วัน/เดือน/ปี ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
โทร ๐๙ ๒๖๖๙ ๑๙๒๒

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
 Area based ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (เขตสุขภาพที่ ๔)  
 หัวข้อ อุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ ๒/๒๕๖๕  
 วันที่ ๑ - ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๑. ตัวชี้วัด/ประเด็นมุ่งเน้น

อัตราการตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย < ร้อยละ ๑๒) (Trauma< ร้อยละ ๑๒, Non-trauma< ร้อยละ๑๒)
- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มี PS Score > ๐.๕ เป้าหมาย < ร้อยละ ๔

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

จังหวัดสิงห์บุรี มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวนทั้งสิ้น ๖ แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) จำนวน ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M๑) จำนวน ๑ แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่ง แบ่งเป็น ระดับ F๒ จำนวน ๓ แห่ง และระดับ F๓ จำนวน ๑ แห่ง ทุกโรงพยาบาลมีการดำเนินงานพัฒนา ECS คุณภาพ

ปี ๒๕๖๔ อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS<๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ของจังหวัดสิงห์บุรี คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๖๖ (เสียชีวิต ๒๒ ราย จากจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) ทั้งหมด ๔๑ ราย) ไม่ผ่านตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (ไม่เกินร้อยละ ๓๐) และมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย < ร้อยละ ๑๒) (Trauma< ร้อยละ ๑๒, Non-trauma< ร้อยละ ๑๒) เท่ากับ ๗.๔๓ (อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) Trauma ร้อยละ ๑๔.๗๐ และ Non-trauma ร้อยละ ๖.๙๑) และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มี PS Score > ๐.๕ (เป้าหมาย < ร้อยละ ๔) เท่ากับ ๐.๕๒ ผ่านตามเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS<๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

หน่วยบริการ	รายการข้อมูล		
	จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS<๘) ที่เสียชีวิต (A)	จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) ทั้งหมด (B)	อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (A/B) x ๑๐๐
โรงพยาบาลสิงห์บุรี	๑๐	๒๐	๕๐
โรงพยาบาลอินทร์บุรี	๑	๗	๑๔.๒๘
ภาพรวมจังหวัด	๑๑	๒๗	๔๐.๗๔

## ๓. ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ และการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ	การแก้ไข
<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบการเข้าถึงผู้ป่วยภายใน ๘ นาที</li> <li>- พัฒนา BLS / ALS</li> <li>- เพิ่มการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โครงการอบรม “เครือข่ายผู้นำชุมชน ประชาชนวิชาชีพ ปลอดภัยเสริมสร้างวินัยจราจร จังหวัดสิงห์บุรี”</li> <li>- กิจกรรม “รณรงค์สวมหมวกนิรภัยวิชาชีพปลอดภัย จังหวัดสิงห์บุรี”</li> <li>- ประชุมคณะอนุกรรมการด้านกฎหมายจังหวัด สิงห์บุรี เพื่อติดตามผลการดำเนินงานด้านการ บังคับใช้กฎหมาย</li> <li>- เพิ่มทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> </ul>

## ๔. การดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕ Action Plan	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (รอบ ๙ เดือน)
๑. ขาดแพทย์ สาขา ศัลยกรรมประสาทและสมอง (Neurosurgery)	๑. ศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย (Referral Center) โรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลอินทร์บุรี จัดทำแนวทางการประสานงานการส่งต่อกับ โรงพยาบาลเฉพาะทาง ทั้งในเครือข่ายเขตสุขภาพ และนอกเครือข่ายเขตสุขภาพ	ดำเนินการจัดทำแนวทางการประสานงานการส่งต่อกับ โรงพยาบาลเฉพาะทาง ทั้งในเครือข่ายเขตสุขภาพ และนอกเครือข่ายเขตสุขภาพ
๒. บุคลากรทางการแพทย์ ในสาขาเฉพาะทางด้าน เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และ ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่เพียงพอต่อการ ให้บริการประชาชน	๒.๑ โรงพยาบาลทั่วไปจัดสรรทุนในการสนับสนุนการศึกษาต่อ สาขาเฉพาะทาง ด้าน เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ๒.๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี จัดทำ โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบ การแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสิงห์บุรี ปี ๒๕๖๕	

## ๕. แผนปฏิบัติการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

- พัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ทันเวลาตามเกณฑ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน
- พัฒนาศักยภาพของบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินให้กับหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ
- บูรณาการการป้องกันกันการลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดสิงห์บุรี

## ๖. ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากการตรวจราชการ

- ผลักดันนโยบายการดำเนินงาน ผ่านกรมการส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- สนับสนุนงบประมาณด้านการพัฒนาศักยภาพให้กับหน่วยปฏิบัติการ (อปท. / มูลนิธิ / สมาคม)

ผู้รายงาน นายภูวิช โชติการทองกุล  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
วัน/เดือน/ปี ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
E-mail : emssingburi.๑๖๖๙@gmail.com  
โทร ๐๙ ๒๗๔๑ ๘๑๓๓

ผลการดำเนินงาน

๘ BIG ROCK จังหวัดสิงห์บุรี

เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒  
ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ จังหวัดสิงห์บุรี  
Big Rock CD

๑. OKR (objective Key Result) ของ Big Rock

GOAL : หน่วยงานสาธารณสุขมีความพร้อมตอบโต้การระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ อย่างมีประสิทธิภาพ

๑.๑ ลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อและเป็นอันตรายต่อชีวิตของประชาชน

๑.๒ ลดปัจจัยเสี่ยงจากสัตว์และแมลงนำโรค

๑.๓ ลดผลกระทบกับสิ่งแวดล้อม

KR๑. บุคลากรมีสมรรถนะพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน  $\geq ๙๐\%$

KR๒. ทรัพยากรมีพร้อมใช้ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน  $\geq ๙๐\%$

KR๓. มีระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ  $\geq ๙๐\%$

KR๔. ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน  $\geq ๙๐\%$

๒. ผลการดำเนินงาน

๒.๑ ผลการดำเนินงานตาม OKR ของ Big Rock

ลำดับ	OKR	ผลการดำเนินงาน	
		รอบที่ ๑/๒๕๖๕	รอบที่ ๒/๒๕๖๕
๑	บุคลากรมีสมรรถนะพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน - มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้พร้อมรับการระบาดและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ การบัญชาการเหตุการณ์ (ICS), การเฝ้าระวัง สอบสวนควบคุมโรค (CDCU), การคัดกรองผู้ป่วย/ค้นหา และการรักษาพยาบาล	-	๑๐๐%
๒	มีทรัพยากรพร้อมใช้ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน - มีการจัดหาทรัพยากรให้พร้อมใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ บุคลากร, งบประมาณ, วัสดุ อุปกรณ์, ยาเวชภัณฑ์/สารเคมี/วัคซีน และอาคาร/สถานที่/ยานพาหนะ	-	๑๐๐%
๓	มีระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ - การพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินให้พร้อมรับการระบาด ได้แก่ ICS/EOC, EMS/Refer, กฎหมาย, Cohort ward/รพ.สนาม/CI/FAI, IT และห้องปฏิบัติการ	-	๑๐๐%

ลำดับ	OKR	ผลการดำเนินงาน	
		รอบที่ ๑/๒๕๖๕	รอบที่ ๒/๒๕๖๕
๔	ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน - มีการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 จังหวัด/ คณะกรรมการพิจารณา ดำเนินการในเชิงป้องกันหรือยับยั้งภัยพิบัติกรณีฉุกเฉิน (กรณี Covid-19) จังหวัด/ คณะกรรมการอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในจังหวัด, พชอ./พชต., อปท.ทุกระดับ, ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม (สมัชชาสุขภาพจังหวัด)	-	๑๐๐%

### ๒.๒ ผลการดำเนินงานตามตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

ลำดับ	กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย		งบประมาณคงเหลือ	แผนการใช้จ่ายงบประมาณ
			จำนวน	ร้อยละ		
๑	ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (Big Rock CD)	๑๔๗,๐๐๐	๑๑๐,๔๐๐	๗๕.๑๐	๓๖,๖๐๐	เม.ย.-ก.ย.๖๕
		๒,๘๕๐	-	-	๒,๘๕๐	เม.ย.-ก.ย.๖๕
๒	จัดอบรมเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ประจำหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรค (CDCU) เพิ่มเติม จำนวน ๗๐ คน	๔๑,๔๐๐	๔๑,๔๐๐	๑๐๐	-	๖-๘ ก.ค.๖๕
๓	จัดซื้อชุดตรวจ ATK สนับสนุนการดำเนินงาน Village Covid Check Station ประจำหมู่บ้าน/ชุมชน	๓๓,๗๕๐	-	-	๓๓,๗๕๐	ส.ค.-ก.ย.๖๕
๔	จัดสรรให้อำเภอเพื่อสนับสนุนเป็นค่าดำเนินการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (Big Rock CD) (สื่อประชาสัมพันธ์, ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK), ประชุม, อบรม) อำเภอละ ๑๑,๕๐๐ บาท	๖๙,๐๐๐	๖๙,๐๐๐	๑๐๐	-	เม.ย.-ก.ย.๖๕

## ๒.๓ ผลการดำเนินงานที่สำเร็จเป็นรูปธรรมชัดเจน (Success Story, นวัตกรรม)

### Success Story

๑. การดำเนินงานรับผู้ป่วย COVID-19 กลับภูมิลำเนาจังหวัดสิงห์บุรี “คนสิงห์ ไม่ทิ้งกัน” ตั้งแต่วันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๔ จนถึงปัจจุบัน จังหวัดสิงห์บุรีได้รับประชาชนที่มีทะเบียนบ้านอยู่จังหวัดสิงห์บุรีที่อาศัยอยู่ต่างจังหวัดป่วยด้วยโรค COVID-19 ที่ประสงค์จะกลับภูมิลำเนา เพื่อรักษาพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น ๓๔๕ คน รักษาหายแล้ว จำนวน ๓๔๒ คน เสียชีวิต จำนวน ๓ คน และรับผู้ที่มีผลตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น (Rapid Test+) หรือมีอาการป่วย แต่ไม่มีผลตรวจ ประสาน HQ LQ เพื่อกักกันตัว รอกการตรวจยืนยันผล จำนวน ๒๓๘ คน และให้คำปรึกษา จำนวน ๘๓๖ คน รวมผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือไปแล้ว จำนวน ๑,๔๑๙ คน

**การเดินทางเข้าจังหวัดสิงห์บุรี**

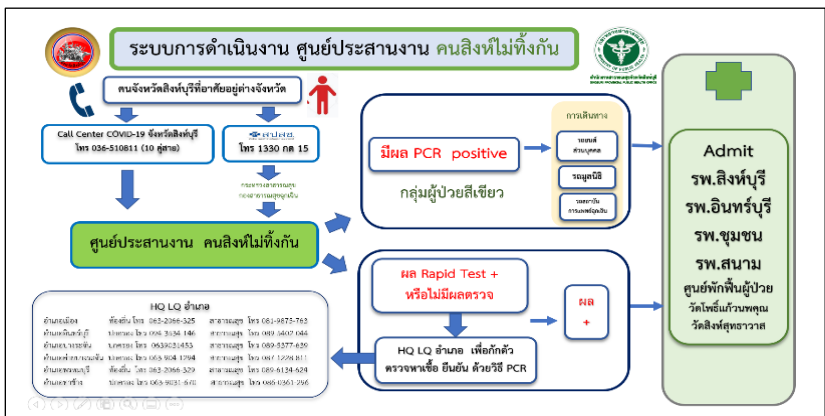
**สำหรับบุคคลทั่วไป**

- ลงทะเบียนจังหวัดสิงห์บุรี และรายงานตัวที่ศูนย์ฯ
- โหลด APP หมอคน
- ปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT อย่างเคร่งครัด
- \*\*\*ยื่นใบรายงานผล PCR เชิงลบ และผลเลือด\*\*\*
- เก็บตัวอย่างตรวจหาเชื้อ COVID-19 (ตามข้อแนะนำหน้าใบ)
- กักตัว 14 วัน หรือตามวันที่ยกกำหนด จ.สิงห์บุรี

**สำหรับผู้ป่วย**

- ยื่นใบรายงานผล PCR เชิงลบ
- ยื่นใบขอผลตรวจหาเชื้อ COVID-19
- รักษาตัว ศูนย์ประสานงานสิงห์บุรี

พฤษภาคม ๒๕๖๕ โทร 036-510811



๒. การดำเนินงานตามนโยบายจังหวัด Singburi COVID Free Province เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๔ จนถึงปัจจุบัน โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานตรวจประเมินมาตรฐานความปลอดภัยสำหรับองค์กรในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อติดตามประเมินสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๙ Setting ประกอบด้วย โรงงาน, ตลาดสด, ตลาดนัด, ห้างสรรพสินค้า, ร้านอาหาร, ร้านตัดผม/เสริมสวย, โรงแรม/รีสอร์ท, โรงภาพยนตร์ และสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ เพื่อมอบป้ายรับรองให้กับสถานประกอบการที่ผ่านการประเมินตามมาตรการ COVID Free Setting จากคณะทำงาน จำแนกเป็นระดับมาตรฐาน และระดับดีเยี่ยม ผลการดำเนินงานที่ผ่านมามีสถานประกอบการที่ผ่านการประเมินได้รับป้ายรับรองระดับมาตรฐาน จำนวน ๑๔๐ แห่ง และระดับดีเยี่ยม ๘๓ แห่ง รวม ๒๒๓ แห่ง

**Singburi Covid Free Province**

**Setting**

- สถานประกอบการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยสำหรับองค์กร COVID-19
- มีป้ายรับรอง setting สถานประกอบการที่ผ่านการประเมิน Thai Stop Covid Plus
- ผู้ประกอบการที่ผ่านการประเมิน Thai Stop Covid Plus (Check list)
- คณะกรรมการประเมินมาตรฐาน

Thai Stop Covid Plus

คณะกรรมการประเมินมาตรฐาน

Singburi Covid Free

ดำเนินการดำเนินการประเมิน

ไม่มีใบประเมินผลการประเมิน Singburi Covid Free Province

2. Setting สถานประกอบการที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยสำหรับองค์กร

จัดทำประกาศจังหวัด ลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัด

setting มีนาคม ๒๕๖๕ 12 ก.ย. ๒๕๖๕ 16.30 น.

ลำดับ	สถานประกอบการ	รวมจังหวัด		เมืองสิงห์บุรี		ตำบลบางระจิง		ท่าช้าง		บางระจิง		พนาสุราษฎร์		อินทร์บุรี		รวม			
		ผ่านเกณฑ์ประเมิน		ผ่านเกณฑ์ประเมิน		ผ่านเกณฑ์ประเมิน		ผ่านเกณฑ์ประเมิน		ผ่านเกณฑ์ประเมิน		ผ่านเกณฑ์ประเมิน							
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ						
1	โรงเรียน จิตรพงศ์	52	20	38.44	3	5.77	1	2	4			5	2	8	1	20	3		
2	โรงพยาบาลสมุทร	145	5	3.45	35	24.14	1	2	3			4	3	17	1	9	5	35	
3	โรงพยาบาลชุมชน	1	0	0.00	1	100.00			1									1	
4	ตลาดสด	7	5	71.43	1	14.29	3					1				1		5	
5	ตลาดนัด	72	7	9.72	3	4.17			1	1		3				3	2	7	
6	ตัดผมเสริมสวย	477	16	3.35	0	0.00	2		5			8						16	
7	ร้านอาหาร	24	12	50.00	10	41.67	6	9	3	1		1	1	1		1		12	
8	โรงแรม/รีสอร์ท	740	71	9.59	21	2.84	22	14	12	3	2	13	1	2	2	19	2	71	
9	โรงภาพยนตร์	6	4	66.67	9	150.00			4	1	2	1	1	1		1	2	4	
รวม	ผลการประเมิน	1,524	140	9.19	83	5.45	35	32	26	6	5	3	30	7	10	19	34	16	140
			223		14.63		67		32		8		37		29		50		223



### นวัตกรรม

- รัชชช่วยตรวจ ATK โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงหมู่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสิงห์บุรี  
วัดฤประสงค์

๑. ลดความวิตกกังวล เพิ่มความมั่นใจของผู้รับบริการ
๒. เพื่อให้ได้ตำแหน่งที่ถูกต้อง และผลตรวจที่แม่นยำ



### ๓. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหาของจังหวัด
๑. เจ้าหน้าที่มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ต้องปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ไม่ค่อยมีวันหยุด บุคลากรไม่เพียงพอจากการติดเชื้อโควิด-19	- จัดทีมหมุนเวียนช่วยกันในการจัดทำรายงานเพื่อลดความอ่อนล้าในการปฏิบัติงาน - วางแผนคาดการณ์ทรัพยากร/บุคลากรและจัดทำแผนประกอบกิจการ ในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง
๒. แนวทางการปฏิบัติงานเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่ทันต่อเหตุการณ์	- จัดอบรมทีม CDCU/CCRT ปรับระบบการสื่อสารออนไลน์(Social Media)
๓. ประชาชนบางคนยังไม่เห็นถึงความสำคัญในการกักตัวเองเมื่อสัมผัสความเสี่ยงและไม่ให้ความร่วมมือในการกักตัว เจ้าหน้าที่งานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ไม่สามารถออกคำสั่งกักกันตัวได้ครอบคลุม	- บูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อสร้างการรับรู้ให้ประชาชนตระหนักและเห็นความสำคัญของการกักกันตัว และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

### ๔. แผนดำเนินการสู่โรคประจำถิ่น Post-Pandemic

๔.๑ จัดทำ IAP/SOP/คู่มือ รายโรค

๔.๒ ส่งเสริมความรู้ทางระบาดวิทยา สาธารณสุขอำเภอ/หัวหน้ากลุ่มงาน ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๔.๓ พัฒนาทีม (สร้างใหม่/ทบทวน) CDCU/CCRT ระดับอำเภอ และฝึกอบรม mini (CDCU) สำหรับ อสม.และ

ผู้นำชุมชน

๔.๔ ฝึกซ้อมแผน ๑ โรคต่อ ๑ อำเภอ

๔.๕ การส่องถ่ายภารกิจการควบคุมป้องกันโรคติดต่อให้กับหน่วยงานที่กำกับดูแล setting เช่น สถานประกอบการ โรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด, กิจการร้านตัดผม/เสริมสวย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ เป็นต้น

ผู้รายงาน นายสมควร เสนลา

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

วัน/เดือน/ปี ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๕

โทร ๐๘ ๑๙๙๑ ๗๖๐๖

**เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒**  
**ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ จังหวัดสิงห์บุรี**  
**Big Rock NCD**

**๑. OKR (objective Key Result) ของ Big Rock NCD**

GOAL : ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ ลดปัญหา NCDs ในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป

O๑ ลด DM/HT รายใหม่

O๒ กลุ่มป่วย DM/HT ควบคุมได้ดี

KR๑ ประชาชนรับรู้สถานะสุขภาพตัวเอง  $\geq ๘๐\%$

KR๒ ประชาชนมี Health literacy เรื่อง DM/HT ในประเด็นสำคัญ

KR๓ ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  $\geq ๘๐\%$

KR๔ กลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและต่อเนื่อง  $\geq ๘๐\%$

**๒. ผลการดำเนินงาน**

**๒.๑ ผลการดำเนินงานตาม OKR ของ Big Rock**

ลำดับ	OKR	ผลการดำเนินงาน	
		รอบที่ ๑/๒๕๖๕	รอบที่ ๒/๒๕๖๕
O๑ ลด DM/HT รายใหม่	KR ๑ ประชาชนรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง $\geq ๘๐\%$ KR ๑.๑ ประเมินตนเองได้ เพิ่มการเข้าถึง Health station KR ๑.๒ PHR to Hosp (สร้าง HL)	๑.ชี้แจงชุมชน/แกนนำ ชุมชน/Health Leader กำหนดการแก้ปัญหาาร่วมกัน ๒.วิเคราะห์พื้นที่/สถานะสุขภาพ	๑.มีการคัดกรองสุขภาพในพื้นที่ ๒.วิเคราะห์ข้อมูล/ทำแผนจัดประชุมคืนข้อมูลให้กับชุมชนเพื่อร่วมวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกัน ๓.จัดซื้อเครื่องวัด BP/Strip/IOT/เครื่องวัดความหวาน/ความเค็ม ๔.ติดตั้ง Health station ๒ แห่ง
	KR ๒ ประชาชน มี HL เรื่อง DM/HT ในประเด็นสำคัญ	๑.ประชุม Health Leader team การดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน	๑.ประเมิน Pre- test HL ในกลุ่ม Health Leader team ๒.คืนข้อมูล Pre- test HL ในกลุ่ม Health Leader team ๓.ดำเนินการส่งเสริมนโยบายด้านสุขภาพลด NCD ๔.ประเมิน HL ประชาชน เรื่อง DM/HT (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

ลำดับ	OKR	ผลการดำเนินงาน	
		รอบที่ ๑/๒๕๖๕	รอบที่ ๒/๒๕๖๕
	KR ๓ มีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(Health Policy , Health Leader, Line group)	-	๑.ตั้ง Open chat line เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม /Green chanel ในผู้ป่วย ๒.อบรมผู้ประกอบการร้านค้า/กำหนดมาตรการชุมชน/ร้านอาหารเครื่องดื่ม/ ๓.ประชุมเชิงปฏิบัติการ/MI/ให้แก่แกนนำชุมชน อสม. ๔. พัฒนาสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน
O๒ กลุ่มป่วย DMVHT ควบคุมโรคได้ดี	KR๔ กลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและต่อเนื่อง	-	๑.ปรับปรุง CPG การดูแลผู้ป่วย DMVHT จ.สิงห์บุรี ตามมาตรฐานของสมาคมเบาหวานและความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ๒.มีแนวทางการลดแอ็ด ลดรอยคอย และระบบ ส่งต่อ จ.สิงห์บุรี

## ๒.๒ ผลการดำเนินงานตามตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

ลำดับ	กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย		งบประมาณคงเหลือ	แผนการใช้จ่ายงบประมาณ
			จำนวน	ร้อยละ		
๑	ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	๗,๒๐๐	๗,๒๐๐	๑๐๐	-	
๒	ประชุมพื้นที่เป้าหมาย เพื่อวิเคราะห์ปัญหา จัดทำแผนฯ	๗,๒๐๐	๗,๒๐๐	๑๐๐	-	
๓	อบรมเชิงปฏิบัติการการใช้ Application	๑๔,๖๐๐	๑๔,๖๐๐	๑๐๐	-	
๔	ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ /ทีมสุขภาพ ในการจัดทำแนวทางการให้คำปรึกษา Open Chat Line และแนวทางส่งต่อ Green Chanel	๔,๘๐๐	๔,๘๐๐	๑๐๐	-	
๕	อบรมฟื้นฟูศักยภาพ อสม./อสค. เรื่องโรคไม่ติดต่อ และกระบวนการ (MI)	๑๖,๐๐๐	๑๖,๐๐๐	๑๐๐	-	
๖	การคัดกรองสุขภาพประชาชนด้วย Application Smart อสม. /IOT	๔๒,๐๐๐	๔๒,๐๐๐	๑๐๐	-	

ลำดับ	กิจกรรม	งบประมาณ ที่ได้รับ จัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย		งบประมาณ คงเหลือ	แผนการ ใช้จ่าย งบประมาณ
			จำนวน	ร้อยละ		
๗	อบรมให้ความรู้เรื่องเมนูสุขภาพ การป้องกันโรคไม่ติดต่อ แก่ ผู้ประกอบการร้านค้า	๗,๘๐๐	๗,๘๐๐	๑๐๐	-	
๘	ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน/ ปัญหา/อุปสรรค สรุปลข้อมูลสุขภาพฯ	๗,๒๐๐	-	-	๗,๒๐๐	๑๖ ส.ค.๖๕
๙	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การ ดำเนินงานในพื้นที่เป้าหมาย และ สรุปลผลการดำเนินงาน	๘,๒๐๐	-	-	๘,๒๐๐	๓๑ ส.ค.๖๕
๑๐	จัดซื้อวัสดุ และครุภัณฑ์ ชุด Health station	๑๑๒,๘๐๐	๑๑๒,๘๐๐	๑๐๐	-	
	รวม	๒๒๗,๘๐๐	๒๑๒,๔๐๐	๙๓.๒๔	๑๕,๔๐๐	

### ๒.๓ ผลการดำเนินงานที่สำเร็จเป็นรูปธรรมชัดเจน ( Success Story, นวัตกรรม )

๒.๓.๑ KR ๑ : ประชาชนรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง  $\geq$  ๘๐%

(KR ๑.๑ Health station KR ๑.๒ PHR)

-ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ต.พักทัน

รายการ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	ผลการคัดกรอง					
				ปกติ	ร้อยละ	เสี่ยง	ร้อยละ	สงสัยป่วย	ร้อยละ
๑.คัดกรองเบาหวาน	๒,๐๘๓	๑,๙๒๑	๙๒.๒๒	๑,๘๗๑	๙๗.๔๐	๔๐	๒.๐๘	๙	๐.๔๗
๒.คัดกรองความดันโลหิตสูง	๑,๖๒๕	๑,๔๘๓	๙๑.๒๖	๑,๑๘๘	๘๐.๑๑	๑๗๓	๑๑.๖๗	๑๑๓	๗.๖๒

-การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง

รายการ	เป้าหมาย	ได้รับการตรวจติดตาม	ร้อยละ
๑.ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	๙	๙	๑๐๐.๐๐
๒.ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยความดันโลหิตสูง	๑๑๖	๑๐๒	๘๗.๙๓

-จัดตั้ง Health station จำนวน ๒ แห่ง ณ วัดห้วยเจริญสุข และวัดกลางบุรีเจริญสุข เปิดตั้งวันที่ ๒๒ ก.ค.๖๕

๒.๓.๒ KR ๒: ประชาชน มี HL เรื่อง DM/HT ในประเด็นสำคัญ

- ผล Pre- test HL ในกลุ่ม Health Leader team พบว่าร้อยละการส่งเสริมสุขภาพ

ในตำบลพักทัน ร้อยละ ๑๐๐ และการจัดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพน้อย ร้อยละ ๒๐.๐๐

๒.๓.๓ KR ๓: มีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เอื้อให้ประชาชน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Health Policy, Health Leader, Line group):

๑. ประกาศมาตรการชุมชนสุขภาพ ลดโรค NCD
  ๒. พัฒนาสถานที่ออกกำลังกาย ในชุมชน จำนวน ๔ แห่ง
  ๓. กำหนดกิจกรรมต้นอาบิค สัปดาห์ละ ๓ วัน
  ๔. อบรมผู้ประกอบการร้านค้า เมนูสุขภาพ จำนวน ๔๐ คน
  ๕. การใช้เครื่องมือวัดระดับความเค็ม/ความหวานในครัวเรือน
  ๖. คัดเลือกและมอบป้ายร้านอาหารที่มีเมนูลดเค็ม เครื่องดื่มหวานน้อย รวม ๒๐ ร้าน
  ๗. จัดตั้งกลุ่ม Line กลุ่มเสียง และกลุ่มป่วย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ๒.๓.๔ KR ๔: กลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและต่อเนื่อง
๑. มี CPG และแนวทางส่งต่อ ลดแออัด ลดรอคอย จ.สิงห์บุรี
  ๒. พัฒนาศักยภาพเรื่อง MI แก่จนท. NCD
  ๓. ใช้ระบบ Line group ในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิด Self care

### ๓. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหาของจังหวัด
๑. ได้รับงบประมาณล่าช้า ทำให้ระยะเวลาการดำเนินงานมีจำกัด	๑. จัดตั้งคณะกรรมการ BR ในการขับเคลื่อนให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ
๒. การคัดกรองด้วย Smart อสม และการใช้อุปกรณ์ IOT เป็นเรื่องการใช้เทคโนโลยีใหม่ และใช้เวลาในการ Training	๓. ดำเนินการตามโครงการล่วงหน้า ในส่วนที่ไม่ต้องใช้งบประมาณ ๒. มีการควบคุม กำกับ ติดตามในการประชุม กวป. ทุกเดือน

### ๔. ข้อเสนอแนะสำหรับการขับเคลื่อนดำเนินงาน เขตสุขภาพที่ ๔

๑. สนับสนุนให้มีการขยายพื้นที่ในการคัดกรองด้วย Application และการใช้อุปกรณ์ IOT และ Training บุคลากรทุกระดับ
๒. สรุปรูป Gap และ Pain point ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพื่อนำไปจัดทำแผนพัฒนาในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ผู้รายงาน น.ส.สุกานดา จันทร์ักษ์  
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
 หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ  
 โทรศัพท์ ๐๖ ๕๒๔๖ ๔๙๔๔  
 วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒  
ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ จังหวัดสิงห์บุรี  
Big Rock โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ จังหวัดสิงห์บุรี

---

๑. OKR (objective Key Result) ของ Big Rock

๑. เพื่อคัดกรองภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ

๒. เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอย ได้จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชะลอภาวะถดถอยในด้านการเคลื่อนไหว ด้านขาดสารอาหาร และด้านสุขภาพช่องปาก

๒. ผลการดำเนินงาน

๒.๑ ผลการดำเนินงานตาม OKR ของ Big Rock

ลำดับ	OKR	ผลการดำเนินงาน	
		รอบที่ ๑/๒๕๖๕	รอบที่ ๒/๒๕๖๕
	<p><b>step ๑</b> คัดกรองภาวะถดถอย ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอย่างน้อยร้อยละ ๖๐</p> <p><b>step ๒</b> นำผู้ที่ผลบวก จาก step ๑ มาทำ IN-DEPTH ASSESSMENT ทุกราย</p> <p><b>step ๓</b> ทำ Intervention อย่างน้อย ร้อยละ ๔๐ ของผู้ที่มีผลบวกจาก IN-DEPTH ASSESSMENT ใน step ๒</p> <p><b>step ๔</b> คือการ Re assessment (สรุป) หลังให้ Intervention ๘-๑๒ สัปดาห์</p>	<p>คัดกรองภาวะถดถอย ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ ๘๘.๘๑ ขณะนั้นยังไม่ได้ประกาศ Intervention ตามโครงการ</p>	<p>คัดกรองภาวะถดถอย ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ ๙๐.๐๕ ทำ Intervention ร้อยละ ๕๙.๐๒</p>

## ๒.๒ ผลการดำเนินงานตามตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

ลำดับ	กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย		งบประมาณคงเหลือ	แผนการใช้จ่ายงบประมาณ
			จำนวน	ร้อยละ		
	<p><u>งบประมาณโครงการฯ</u> จำนวน ๑๒๙,๗๘๕ บาท (หนึ่งแสนสองหมื่นเก้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน) เป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้</p> <p>๑. จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดทำแบบคัดกรองภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ แบบประเมินองค์รวมและแบบประเมินหลังให้การให้ Intervention แก่อำเภอดังกล่าว จำนวน ๑๑๙,๒๒๕ บาท</p> <p>๒. จัดประชุมคณะกรรมการ Service plan สาขาผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน Big Rock และขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน ๒ วัน เป็นเงิน ๑๐,๕๖๐ บาท</p>	๑๒๙,๗๘๕	๑๘,๑๙๐	๑๔.๐๒	๑๑๑,๒๙๕	<p>ในการใช้ งบประมาณ -รายการ ๑ เร่งรัดการ เบิกจ่าย</p> <p>-รายการ ๒ ขณะนี้ได้จัด ประชุม คณะกรรมการ Service plan สาขาผู้สูงอายุ แล้ว ๑ ครั้ง ยังไม่ได้ เบิกจ่าย ดังนั้นจะ เร่งรัดการ ดำเนินงาน และการ เบิกจ่ายต่อไป</p>

## ๒.๓ ผลการดำเนินงานที่สำเร็จเป็นรูปธรรมชัดเจน (Success Story, นวัตกรรม)

๑. จังหวัดสิงห์บุรี คัดกรองภาวะถดถอย step ๑ ร้อยละ ๙๐.๐๕ พบผู้สงสัยมีภาวะถดถอยใน ๓ ด้าน คือ การเคลื่อนไหว ภาวะทุพโภชนาการ และสุขภาพช่องปาก ได้ดำเนินการให้ Intervention ร้อยละ ๕๙.๐๒

๒. ได้จังหวัดสิงห์บุรี ได้จัดประชุมคณะกรรมการ Service plan สาขาผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน Big Rock และขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุแล้ว ๑ ครั้ง เมื่อวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ ทำให้ขณะนี้มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี และโรงพยาบาลสิงห์บุรี

### ๓. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหาของจังหวัด
<p>๑. การดำเนินงานขาดความพร้อม เหมือนกับเพิ่งคิดได้ แล้วจึงบอกให้ดำเนินการ</p> <p>๒. รหัส special pp ที่กำหนดใหม่ ควรกำหนดและประกาศเงื่อนไขทั้งผู้ใช้, ระยะเวลาการบันทึกข้อมูล และการใส่รหัสในแต่ละ step ให้ชัดเจนตั้งแต่เริ่มโครงการ (ไม่ใช่เมื่อจะปิดโครงการ)</p> <p>๓. การดำเนินงานที่กำหนดเป็น Step ๑ ๒ ๓ ๔ step ละ ๓ เดือนนั้น ชัดแย้งกับธรรมชาติของการดำเนินงานในชุมชนมาก</p>	<p>๑. พยายามจับประเด็นที่ต้องดำเนินการ แล้วทำหนังสือสั่งการให้ชัดเจน</p> <p>๒. ติดตามการลงข้อมูล แล้วพยายามแก้ไขข้อผิดพลาดที่แก้ไขได้</p> <p>๓. พยายามทำให้ได้ตามที่กำหนด</p>

### ๔. ข้อเสนอแนะสำหรับการขับเคลื่อนดำเนินงาน เขตสุขภาพที่ ๔

๔.๑. ควรจัดเตรียมขั้นตอนการดำเนินงานต่าง ๆ ให้ครบถ้วนทั้งแบบคัดกรองในชุมชน, แบบ Indepth Assessment และ Intervention ที่เตรียมไว้สำหรับภาวะถดถอยแต่ละด้าน) แล้วจึงประกาศในครั้งเดียว เพื่อดำเนินการ

๔.๒. การใส่ผลการคัดกรองภาวะถดถอยใน HDC ควรรอใส่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจนกว่าใน step ๒ เลย (ไม่ควรใส่ผลการคัดกรอง step ๑) เพราะทั้ง step ๑ และ ๒ ต่างก็เป็นการประเมินในระดับชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชน เป็น Community Base เหมือนกัน ไม่ใช่การวินิจฉัยในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอันเป็นการดำเนินงานในขั้นตอน Hospital Base อีกทั้งการกลับไปแก้ไขข้อมูลใน HDC ก็ยุ่งยาก

๔.๓. ไม่ควรใส่เงื่อนไขการดำเนินงานว่าแต่ละ step ต้องห่างกันอย่างน้อย ๑ วัน เพราะผู้สูงอายุในชุมชนมีจำนวนมาก เจ้าหน้าที่น้อย และต้องดำเนินการในหลายเรื่อง

๔.๔. ควรขยายการดำเนินงานคัดกรองและแก้ปัญหาภาวะถดถอยในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกประเด็น ภาวะถดถอย และจัดเตรียมมาตรฐานการเชื่อมโยงการดำเนินงาน Community Base และ Hospital Base ให้ชัดเจน

๔.๕. ควรกำหนด CPG ในการดำเนินงานภาวะถดถอยแต่ละประเด็นให้ชัดเจน

ผู้รายงาน นายสมพล พวงจันทร์  
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
 เบอร์โทร ๐๘ ๖๓๒๕ ๓๓๔๒  
 วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕



เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒  
ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ จังหวัดสิงห์บุรี  
Big Rock หลักประกันสุขภาพและกองทุนต่าง ๆ สิงห์บุรี

๑. OKR (objective Key Result) ของ Big Rock

การวางระบบบริหารทรัพยากรองค์กร ERP จำนวน ๘ ด้าน

เป้าหมาย สสจ. ๘ แห่ง / รพ. ๗๑ แห่ง

แบ่งเป็น ๓ ระยะดังนี้

ระยะที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการร้อยละ ๒๕ และสสจ.ทุกจังหวัด

ระยะที่ ๒ ปี ๒๕๖๖ โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ ๗๕

ระยะที่ ๓ ปี ๒๕๖๗ โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ ครบทุกแห่ง

๒. ผลการดำเนินงาน

๒.๑ ผลการดำเนินงานตาม OKR ของ Big Rock

ลำดับ	OKR	ผลการดำเนินงาน	
		รอบที่ ๑/๒๕๖๕	รอบที่ ๒/๒๕๖๕
	<p>การวางระบบบริหารทรัพยากรองค์กร ERP จำนวน ๘ ด้าน</p> <p>๑. ระบบจัดซื้อ</p> <p>๒. ระบบคลังสินค้า</p> <p>๓. ระบบเจ้าหน้าที่</p> <p>๔. ระบบลูกหนี้</p> <p>๕. ระบบสินทรัพย์</p> <p>๖. ระบบบัญชีแยกประเภท</p> <p>๗. ระบบทรัพยากรบุคคล</p> <p>๘. ระบบข้อมูลกลาง</p>	<p>๑. กำหนดพื้นที่เป้าหมาย จังหวัดสิงห์บุรี ปี ๒๕๖๕</p> <p>๑.๑. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี</p> <p>๑.๒. รพ. บางระจัน, รพ. ค่ายบางระจัน, รพ. พรหมบุรี และ รพ. ท่าช้าง</p> <p>๒. ประชุมชี้แจงคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้องที่จะใช้ระบบ Back office ทุกจังหวัดเข้าร่วมประชุมเพื่อจัดทำ TOR เมื่อวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕</p>	<p>รอความชัดเจนจากเขตอยู่ระหว่างการดำเนินงาน E-bidding คาดว่าติดตั้งระบบ และอบรมการใช้โปรแกรมในเดือน สิงหาคม ๒๕๖๕</p>

## ๒.๒ ผลการดำเนินงานตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

ลำดับ	กิจกรรม	งบประมาณ ที่ได้รับ จัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย		งบประมาณ คงเหลือ	แผนการ ใช้จ่าย งบประมาณ
			จำนวน	ร้อยละ		
	ไม่ได้รับการจัดสรร งบประมาณ	-				

## ๒.๓ ผลการดำเนินงานที่สำเร็จเป็นรูปธรรมชัดเจน (Success Story, นวัตกรรม)

จังหวัดสิงห์บุรีได้กำหนดพื้นที่ เป้าหมาย และประชุมชี้แจงคณะทำงานสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดสิงห์บุรี และโรงพยาบาลชุมชนทั้ง ๔ แห่ง แสดงความจำนง เข้าร่วมโครงการระยะที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ เรียบร้อย

## ๓. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหาของจังหวัด
-	-

## ๔. ข้อเสนอแนะสำหรับการขับเคลื่อนดำเนินงาน เขตสุขภาพที่ ๔

ไม่มี

ผู้รายงาน นางนงลักษณ์ เกตุแก้ว  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
โทรศัพท์ ๐๘ ๙๖๑๒ ๕๖๐๒  
วันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕

**เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒**  
**ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ จังหวัดสิงห์บุรี**  
**Big Rock ๓๐ บาท รักษาทุกที่**

**๑. OKR (objective Key Result) ของ Big Rock**

**Goal :** ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ประชาชนที่เจ็บป่วย ในเขตสุขภาพที่ ๔ สามารถไปรับบริการกับหมอประจำครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกที่ และไม่ต้องมีใบส่งตัว

**Obj๑ :** หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๔ สามารถดำเนินการตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

KR ๑.๑ ความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ  $\geq$  ร้อยละ ๘๐

KR ๑.๒ ผู้รับบริการสามารถรับบริการข้ามหน่วยบริการกรณี OP Walk in ระดับปฐมภูมิได้ ร้อยละ ๑๐๐

KR ๑.๓ ข้อร้องเรียนในระบบบริการ ๓๐ บาท รักษาทุกที่เทียบกับข้อร้องเรียนทั้งหมดของแต่ละหน่วยบริการ  $\leq$  ร้อยละ ๕ ในทุกไตรมาส

**Obj๒ :** หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๔ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาได้ทุกหน่วยบริการ

KR ๒.๑ ภายในไตรมาสที่ ๓ : อ่างทอง สิงห์บุรี สระบุรี ออยุธยา

**๒. ผลการดำเนินงาน**

**๒.๑ ผลการดำเนินงานตาม OKR ของ Big Rock**

ลำดับ	OKR	ผลการดำเนินงาน	
		รอบที่ ๑/๒๕๖๕	รอบที่ ๒/๒๕๖๕
๑	Obj๑ : หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๔ สามารถดำเนินการตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ KR ๑.๑ ความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ $\geq$ ร้อยละ ๘๐	๑. สร้างการรับรู้นโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ ประชาสัมพันธ์เจ้าหน้าที่ ประชาชนผู้รับบริการ ๒. นำเข้าที่ประชุม คณะกรรมการ CFO สิงห์บุรี ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เพื่อ รับทราบนโยบายและตกลง การเรียกเก็บทั้งในจังหวัด นอกจังหวัดภายในเขต และ นอกเขตอีก ๖ เขต	๑. นำเข้าที่ประชุม คณะกรรมการ CFO สิงห์บุรี ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ขอให้ สถานบริการทุกแห่งเร่งรัด การประเมินความพึงพอใจ ของผู้ให้และผู้รับบริการ

ลำดับ	OKR	ผลการดำเนินงาน	
		รอบที่ ๑/๒๕๖๕	รอบที่ ๒/๒๕๖๕
๒	KR ๑.๒ ผู้รับบริการสามารถรับบริการข้ามหน่วยบริการกรณี OP Walk in ระดับปฐมภูมิได้ ร้อยละ ๑๐๐		๑. ติดตามการดำเนินงานโรงพยาบาลทุกแห่งระหว่างวันที่ ๒๐-๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕ และ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ เพื่อรับทราบปัญหาและแก้ไขร่วมกัน ๒. ผู้รับบริการข้ามหน่วยบริการกรณี OP Walk in ระดับปฐมภูมิ ได้ รับบริการ ร้อยละ ๑๐๐ โดยมี ผู้รับบริการนอกเขตตั้งแต่ วันที่ ๑๑มี.ค.๖๕-๑๔ก.ค.๖๕ รวมทั้งสิ้น ๑๒๕ ราย โดย แบ่งเป็นนอกเขตในจังหวัด ๓๐ ราย ต่างจังหวัด ๙๕ ราย (รพ.อินทร์บุรี) ,นอกเขตใน จังหวัด ๔๗๑ ราย ต่างจังหวัด ๑๖๙ ราย (รพ. สิงห์บุรี)
๓	KR ๑.๓ ข้อร้องเรียนในระบบบริการ ๓๐ บาท รักษาทุกที่เทียบกับข้อร้องเรียนทั้งหมดของแต่ละหน่วยบริการ ≤ ร้อยละ ๕		๑. ไม่พบข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการนอกเขตที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิ
๔	Obj๒ : หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๔ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาได้ทุกหน่วยบริการ KR ๒.๑ ภายในไตรมาสที่ ๓ : อ่างทอง สิงห์บุรี สระบุรี อุทัย	๑. ชี้แจงนโยบาย ๓๐ บาท รักษาทุกที่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สารสนเทศของโรงพยาบาลทราบและเตรียมความพร้อมในการเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาตาม Model จังหวัด นครนายก	๑. การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับนโยบาย ๒. จัดประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพเพื่อชี้แจงนโยบายและเตรียมความพร้อมในการจัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (server)

ลำดับ	OKR	ผลการดำเนินงาน	
		รอบที่ ๑/๒๕๖๕	รอบที่ ๒/๒๕๖๕
			<p>๓. นำเข้าที่ประชุม คณะกรรมการ CFO สิ่งบุรีกรณีพิเศษ วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มีมติให้จัดสรรเงินปรับเกลี่ยปี ๒๕๖๕ ให้ทุกโรงพยาบาลซื้อ Server เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย Big Rock ๓๐ บาท รักษาทุกที่แห่งละ ๑๓๐,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๓๙๐,๐๐๐ บาท</p> <p>๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิ่งบุรีจัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย แบบที่ ๒</p> <p>๕. โรงพยาบาลทุกแห่งจัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย แบบที่ ๑</p> <p>๖. กำหนดอบรบการติดตั้งระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสุขภาพ ในวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๕</p>

๒.๒ ผลการดำเนินงานตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

ลำดับ	กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย		งบประมาณคงเหลือ	แผนการใช้จ่ายงบประมาณ
			จำนวน	ร้อยละ		
๑	จัดซื้อคอมพิวเตอร์แม่ข่าย แบบที่ ๒	๓๕๐,๐๐๐	๓๕๐,๐๐๐	๑๐๐	๐	มี.ย.๖๕
๒	อบรบการติดตั้งระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	๓๖,๘๒๑	-	-	๓๖,๘๒๑	๑๐ ส.ค.๖๕
๓	อบรบผู้ใช้งานระบบการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ	๗,๒๐๐	-	-	๗,๒๐๐	ส.ค.๖๕
	<b>รวม</b>	<b>๓๙๔,๐๒๑</b>	<b>๓๕๐,๐๐๐</b>	<b>๘๘.๘๓</b>	<b>๔๔,๐๒๑</b>	

## ๒.๓ ผลการดำเนินงานที่สำเร็จเป็นรูปธรรมชัดเจน ( Success Story, นวัตกรรม )

### กลยุทธ์ ๑ การเชื่อมโยงและการกำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑. รับทราบนโยบายผ่านทางหนังสือ และออนไลน์ผ่าน webex จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๕ และสร้างการรับรู้นโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ ประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ประชาชนผู้รับบริการผ่านทางหลายช่องทาง เช่น ทางไลน์ บอร์ดประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย เป็นต้น

๒. นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ CFO สิงห์บุรี ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เพื่อรับทราบนโยบายและตกลงการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายทั้งในจังหวัด นอกจังหวัด ภายในเขต และนอกเขตอีก ๖ เขต

๓. นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ CFO สิงห์บุรี ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ขอให้สถานบริการทุกแห่งเร่งรัดการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ

๔. นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ CFO สิงห์บุรี กรณีพิเศษ วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มีมติให้จัดสรรเงินปรับเกลี้ย ปี ๒๕๖๕ ให้ทุกโรงพยาบาลซื้อ Server เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย Big Rock ๓๐ บาทรักษาทุกที่ แห่งละ ๑๓๐,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๗๘๐,๐๐๐ บาท

๕. มีแผนติดตามการดำเนินงานโรงพยาบาลทุกแห่งระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕ และ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ เพื่อรับทราบปัญหาและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

### กลยุทธ์ ๒ การเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ

๑. จัดประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพเพื่อชี้แจงนโยบายและเตรียมความพร้อมในการจัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย(server) เมื่อวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๕

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีจัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย แบบที่ ๒ จำนวน ๑ เครื่องอยู่ระหว่างรอผู้ขายส่งมอบของภายใน ๖๐ วัน (นับตั้งแต่ ๙ มิ.ย.๖๕)

๓. โรงพยาบาลทุกแห่งจัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย แบบที่ ๑

๓.๑ โรงพยาบาลทั่วไป อยู่ระหว่างขั้นตอนการจัดซื้อ

๓.๒ โรงพยาบาลชุมชน อยู่ระหว่างการต่อรองราคากับผู้ขาย

## ๓. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหาของจังหวัด
๑. นโยบายไม่ชัดเจนในระบบการดำเนินงานทำให้การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ล่าช้า	๑. สื่อสารความเข้าใจในการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย UC ต่างเครือข่ายในจังหวัดและนอกจังหวัด
๒. พื้นที่รอยต่อ/หน่วยทุติยภูมิ Work load	๒. ชักซ้อมความเข้าใจระบบ Claim/ การ Authen ให้หน่วยบริการ
๓. มีภาระการตามจ่ายหนี้และเรียกเก็บหนี้เพิ่มขึ้น	๓. ระบบการทำ claim data ของจังหวัดและหน่วยบริการ
๔. จำนวนวันในการสอนอบรมติดตั้งระบบไม่ชัดเจนทำให้ยากต่อการดำเนินงาน	๔. จัดอบรมการติดตั้งระบบโดยแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้การติดตั้งระบบอยู่ภายในระยะเวลาที่กำหนด

**๔.ข้อเสนอแนะสำหรับการขับเคลื่อนดำเนินงาน เขตสุขภาพที่ ๔**

๔.๑ การสร้างความเข้าใจให้กับผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการ เกี่ยวกับนโยบายและเงื่อนไข ของนโยบาย ๓๐ บาท รักษาทุกที่ ไม่ต้องมีใบส่งตัว ให้มีความชัดเจน

๔.๒ พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลครอบคลุมทั้งจังหวัด/ทั้งเขต มีคู่มือที่ชัดเจนให้หน่วยบริการ ในการติดตั้งและตั้งค่าไฟล์

ผู้รายงาน ๑.นางนงลักษณ์ เกตุแก้ว  
ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
โทรศัพท์ ๐๘๙-๖๑๒๕๖๐๒

ผู้รายงาน ๒.นางสาวรัตน์วลี ดียิ่ง  
ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ  
โทรศัพท์ ๐๘๑-๓๘๔๗๗๙๗  
วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒  
ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ จังหวัดสิงห์บุรี  
Big Rock Intermediate Care

๑.OKR (objective Key Result) ของ Big Rock

เป้าหมาย: เข้าถึงบริการ ลดพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน “เปลี่ยนภาวะ เป็นพลังของสังคม”

KPI หลัก : จัดตั้งศูนย์ร่วมสุข ที่ รพ.สต. ให้ดูแล คนในพื้นที่รับผิดชอบ อำเภอละ ๑ แห่งเป็นอย่างน้อย

๒.ผลการดำเนินงาน

๒.๑ ผลการดำเนินงานตาม OKR ของ Big Rock

ลำดับ	OKR	ผลการดำเนินงาน	
		รอบที่ ๑/๒๕๖๕	รอบที่ ๒/๒๕๖๕
๑	มีการจัดตั้งศูนย์บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประจำ รพท. ทั้ง ๒ แห่ง	- ชี้แจงนโยบายและการใช้งบประมาณ - พื้นที่ส่งหลักฐานการรับเงินโอนจากเขต	- เขียนโครงการ/ขออนุมัติโครงการ - จัดซื้อวัสดุสำนักงานตามโครงการ
๒	พัฒนาและปรับปรุงระบบ IMC Ward/Bed (ปรับปรุงห้องน้ำสำหรับคนพิการ) ใน รพ.อินทร์บุรี	- ชี้แจงนโยบายและการใช้งบประมาณ - พื้นที่ส่งหลักฐานการรับเงินโอนจากเขต	- เขียนโครงการ/ขออนุมัติโครงการ
๓	จัดตั้งศูนย์ร่วมสุขใน รพ.สต.ทั้ง ๖ แห่ง (อำเภอละ ๑ แห่ง) คือ รพ.สต.โพทรวรม, ทองเอน ๑, โพนโก, ท่าข้าม, พระงาม และ สอ.น.พิบูลทอง	- ชี้แจงนโยบายและการใช้งบประมาณ - พื้นที่ส่งหลักฐานการรับเงินโอนจากเขต	- เขียนโครงการ/ขออนุมัติโครงการ - จัดตั้ง คกก.ศูนย์ฯ - ปรับปรุงสถานที่ - วางแผนร่วมกับนักกายภาพบำบัดกำหนดวันให้บริการที่ศูนย์ - เปิดให้บริการอย่างเป็นทางการ ๓ แห่ง
๔	มีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีความจำเป็น	- มีกองทุนจังหวัดแล้ว - สนับสนุนการปรับปรุงสภาพบ้าน - มีศูนย์คลังอุปกรณ์จังหวัด	- สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ในการให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย



## ๒.๒ ผลการดำเนินงานตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

ลำดับ	กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย		งบประมาณคงเหลือ	แผนการใช้จ่ายงบประมาณ
			จำนวน	ร้อยละ		
๑	ซื้อวัสดุสำนักงานเพื่อใช้ในการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ IMC ใน รพท. ทั้ง ๒ แห่ง	๕๖,๒๕๐	๒๘,๑๒๕	๕๐	๒๘,๑๒๕	ภายใน ส.ค.๖๕
๒	ปรับปรุงห้องน้ำผู้พิการ ใน IMC Ward รพ.อินทร์บุรี	๕๐,๐๐๐	๐	๐	๕๐,๐๐๐	ภายใน ส.ค.๖๕
๓	จัดตั้งศูนย์ร่วมสุข ใน รพ. สต. ๕ แห่ง และ สอ.น. ๑ แห่ง	๑๕๓,๐๐๐	๑๒,๓๘๐	๘.๐๙	๑๔๐,๖๒๐	ภายใน ส.ค.๖๕

## ๒.๓ ผลการดำเนินงานที่สำเร็จเป็นรูปธรรมชัดเจน ( Success Story, นวัตกรรม )

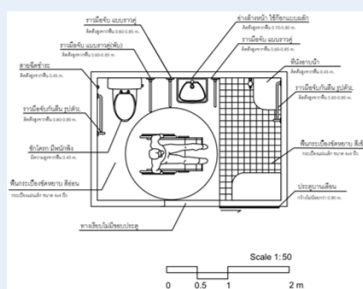
## ผลงานที่สำเร็จเป็นรูปธรรมชัดเจน (Success stories, นวัตกรรม)

## ศูนย์ IMC ใน รพท. 2 แห่ง



1. รพ.สิงห์บุรี ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ และจัดซื้อวัสดุสำนักงานทั้ง 6 รายการ เปรียบร้อยแล้ว แต่ยังไม่เปิดดำเนินการ เนื่องจาก อยู่ในระหว่างการติดตั้งระบบอินเทอร์เน็ต
2. รพ.อินทร์บุรี ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ และอยู่ระหว่างการจัดหาวัสดุสำนักงานทั้ง 4 รายการ

## ปรับปรุงห้องน้ำ ใน IMC Ward รพ.อินทร์บุรี



อนุมัติโครงการเรียบร้อยแล้ว อยู่ระหว่างดำเนินการ

## ศูนย์ร่วมสุข ใน รพ.สต./สอ.น. 6 แห่ง



เปิดดำเนินการแล้ว 3 แห่ง

สถานบริการ	จำนวนวันให้บริการ	จำนวนผู้รับบริการ (ราย)
รพ.สต.โพทรวม	1 ครั้ง/สัปดาห์	1
รพ.สต.ทองเอน 1	1 ครั้ง/สัปดาห์	4
สอ.น.พิบูลทอง	2 ครั้ง/เดือน	5

\* ที่เหลือ อีก 3 แห่ง อยู่ระหว่างปรับปรุงสถานที่

## ๓. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหาของจังหวัด
<p>๑. ขาดแคลนบุคลากร ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ในศูนย์ร่วมสุข</p> <p>๒. รพ.สต. ต้องปรับปรุงสถานที่ ให้เหมาะกับการทำ กิจกรรมฟื้นฟูฯ โดยต้องรองบประมาณในส่วนอื่นก่อน</p> <p>๓. ไม่มีรถรับส่งผู้ป่วยจากบ้านเพื่อมารับบริการ ที่ศูนย์ร่วมสุข</p> <p>๔. โงบประมาณที่เขตสนับสนุนมาให้เรื่อง การจัดซื้อ วัสดุสำนักงานในศูนย์ IMC ของ รพท.</p> <p>๔.๑ ไม่มีในเรื่องของการติดตั้งระบบอินเทอร์เน็ต ทำให้เกิดความล่าช้า เนื่องจากต้องไปของบในส่วนอื่น แทน</p> <p>๔.๒ งบประมาณจัดซื้อบางรายการส่วนใหญ่ หา Spec ของยากมาก เนื่องจากงบประมาณแต่ละ รายการกำหนดมาให้ให้น้อยมาก</p> <p>๔.๓ การจัดซื้อโทรศัพท์ ในราคาที่กำหนดมาใช้งาน ไม่ได้จริง คุณภาพในการมองเห็นภาพเพื่อ VDO Call ประเมินผู้ป่วย ได้ไม่ชัดเจน จึงต้องทำการจัดหาใหม่ รวมถึงต้องของบประมาณในส่วนอื่นเพื่อเป็นค่า โทรศัพท์รายเดือนในระยะยาว</p>	<p>๑. เสนอขออัตรากำลังนักกายภาพบำบัดเพิ่ม</p> <p>๒. ให้ปรับพื้นที่บริการแบบไม่ถาวรไปก่อน รongba แล้ว จึงทำได้เต็มรูปแบบ</p> <p>๓. ขอสนับสนุนรถรับส่งจาก อปท.</p> <p>๔. ขอสนับสนุนงบอื่นๆ เช่น ค่าติดตั้งอินเทอร์เน็ต, ค่า โทรศัพท์รายเดือน จากหน่วยบริการตนเอง</p> <p>๕. พัดุดเปลี่ยนโทรศัพท์ใหม่ โดยดูโทรศัพท์ที่สามารถใช้ งานได้จริง</p>

## ๔. ข้อเสนอแนะสำหรับการขับเคลื่อนดำเนินงาน เขตสุขภาพที่ ๔

๔.๑. สนับสนุนนักกายภาพบำบัด ขยายกรอบอัตรากำลังให้นักกายภาพบำบัด เนื่องจาก ในอนาคตประเทศไทย จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ทำให้งานในด้านการฟื้นฟูสภาพมีกลุ่มเป้าหมายในการดูแลเพิ่มมากขึ้น

๔.๒. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานศูนย์ IMC ในโรงพยาบาล และศูนย์ร่วมสุขใน รพ.สต. อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการมากที่สุด

๔.๓. ใช้ IT มาลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพของข้อมูล รวมถึงใช้สื่อโซเชียลมีเดียเพื่อสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยและญาติ

ผู้รายงาน นางสาวอุไรวรรณ ตั้งพานิชวงศ์  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
วัน/เดือน/ปี ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
เบอร์โทร ๐๙ ๒๗๑๔ ๒๔๒๕

**เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒**  
**ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ จังหวัดสิงห์บุรี**  
**Big Rock Preterm**

**๑. OKR (objective Key Result) ของ Big Rock**

GOAL : ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

๑.๑ พัฒนาระบบข้อมูล

๑.๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากร

๑.๓ ยกระดับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

KR๑. พยาบาลคลินิกฝากครรภ์รับการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่นาร่อง (อำเภอเมืองสิงห์บุรี) ๑๐๐ %

KR๒. พยาบาลคลินิกฝากครรภ์ทุกหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรีรับการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

KR๓. หญิงตั้งครรภ์ GA ๑๕ - ๒๕ สัปดาห์ ได้รับการวัดความยาวปากมดลูก

KR๔. หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดทุกรายได้รับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ตาม Guide line เขตสุขภาพที่ ๔ ๑๐๐%

**๒. ผลการดำเนินงาน**

**๒.๑ ผลการดำเนินงานตาม OKR ของ Big Rock**

ลำดับ	OKR	ผลการดำเนินงาน	
		รอบที่ ๑/๒๕๖๕	รอบที่ ๒/๒๕๖๕
	๑. ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ๒. พัฒนาระบบข้อมูล ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ๔. ยกระดับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๑. จัดทำโครงการ	๑. ประชุม คกก MCH ชี้แจง/วางแผน การขับเคลื่อน Big Rock Preterm พร้อมทั้งกำหนดวันดำเนินการในแต่ละกิจกรรม และชี้แจงให้ ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ ๒. ประชุมแลกเปลี่ยนการดำเนินงานและแนวทางการขับเคลื่อนในระดับเขตสุขภาพที่ ๔ ๓. ประชุมแลกเปลี่ยนการดำเนินงานกับเครือข่ายภาคประชาชน/อปท. ในระดับเขต

ลำดับ	OKR	ผลการดำเนินงาน	
		รอบที่ ๑/๒๕๖๕	รอบที่ ๒/๒๕๖๕
			<p>๔.IT สัญจร ลงพื้นที่ จ.สิงห์บุรี พร้อมกับเขตสุขภาพที่ ๔ และ ศูนย์อนามัยที่ ๔ เพื่อค้นหา ปัญหาในการคีย์ข้อมูล การ รายงานผลในระบบ HDC</p> <p>๕.ประชุมสัญจรเสริมพลัง นำโดย คกก.MCH</p> <p>แลกเปลี่ยนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค/การคีย์ข้อมูล / พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเด็นการป้องกันการคลอด ก่อนกำหนด</p>

๒.๒ ผลการดำเนินงานตามตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ทั้งหมด ๑๐๗,๑๐๐ บาท

ลำดับ	กิจกรรม	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย		งบประมาณคงเหลือ	แผนการใช้จ่ายงบประมาณ
			จำนวน	ร้อยละ		
๑.	ประชุมสัญจรเสริมพลังทีมงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในพื้นที่ จ.สิงห์บุรี โดยประธานและคณะกรรมการ MCH Bord จังหวัดร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายจัดขึ้น วันที่ ๑๒ และ ๒๕ ก.ค.๖๕	๒๗,๓๐๐	๑๓,๐๐๐	๔๗.๖๒	๑๔,๓๐๐	
๒.	ค้นหาในชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุข(รพ.สต. ๔๗ แห่ง	๕๖,๔๐๐	๕๖,๔๐๐	๑๐๐	-	เดือน ก.ค.

ลำดับ	กิจกรรม	งบประมาณ ที่ได้รับ จัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย		งบประมาณ คงเหลือ	แผนการ ใช้จ่าย งบประมาณ
			จำนวน	ร้อยละ		
๓.	ประชุมวางระบบการประสาน กับโรงงาน ให้ส่งหญิงตั้งครรภ์ มารับบริการที่โรงพยาบาล ออกหน่วยสัญจรค้นหาหญิง ตั้งครรภ์ในโรงงาน ๒ ครั้ง	๕,๙๐๐	-	-	๕,๙๐๐	เดือน ก.ค.
๔	สนับสนุนชุดตรวจการ ตั้งครรภ์ (UPT) จำนวน ๑,๕๐๐ ชุด	๗,๕๐๐	๗,๕๐๐	๑๐๐	-	เดือน ก.ค.
๕.	สนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ เพิ่มช่องทางในการสื่อสาร/ ติดตามหญิงตั้งครรภ์ ๑ รายการ (แท็บเล็ต Android รุ่น Galaxy Tab A๗ LTE) โดยจะจัดสรรไว้ที่ รพ.สิงห์บุรี ซึ่งเป็น รพ.แม่ข่าย	๑๐,๐๐๐	๑๐,๐๐๐	๑๐๐	-	เดือน ก.ค.
รวมเป็นเงิน		๑๐๗,๑๐๐	๘๖,๙๐๐	๘๑.๑๔	๒๐,๒๐๐	เดือน ก.ค.-ก.ย.

### ๒.๓ ผลการดำเนินงานที่สำเร็จเป็นรูปธรรมชัดเจน ( Success Story, นวัตกรรม )

๑.หญิงไทยคลอดก่อนกำหนด น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่เกินร้อยละ ๙)

โรงพยาบาล	ปี ๒๕๖๔ เป้าหมาย/ผลงาน (%)	ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔ - ๒๗ มิ.ย.๖๕) เป้าหมาย/ผลงาน (%)
สิงห์บุรี	๙๐๓/๕๙ (๖.๕๓%)	๖๔๔/๓๒ (๔.๙๗%)
บางระจัน	๐	๐
ค่ายบางระจัน	๑/๐ (๐)	๐
พรหมบุรี	๐	๐
ท่าช้าง	๐	๐
อินทร์บุรี	๓๘๗/๒๙ (๗.๔๙%)	๒๑๘/๑๔ (๖.๔๒%)
รวม	๑,๒๙๑/๘๘ (๖.๘๒%)	๘๖๔/๔๖ (๕.๓๒%)

## ๒. Early ANC สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๗๕)

โรงพยาบาล	ปี ๒๕๖๔ เป้าหมาย/ผลงาน (%)	ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔ - ๒๗ มิ.ย.๖๕) เป้าหมาย/ผลงาน (%)
สิงห์บุรี	๑๖๕/๑๔๗ (๘๙.๐๙%)	๑๒๕/๑๑๐ (๘๘%)
บางระจัน	๙๔/๘๔ (๘๙.๓๖%)	๖๔/๕๗ (๘๙.๐๖%)
ค่ายบางระจัน	๑๓๑/๑๐๔ (๗๙.๓๙%)	๖๘/๕๘ (๘๕.๒๙%)
พรหมบุรี	๘๑/๖๔ (๗๙.๐๑%)	๔๐/๓๔ (๘๕%)
ท่าช้าง	๔๔/๒๓ (๕๒.๒๗%)	๓๑/๒๘ (๙๐.๓๖%)
อินทร์บุรี	๒๑๘/๑๖๕ (๗๕.๖๙%)	๑๐๕/๙๓ (๘๘.๕๗%)
รวม	๗๓๓/๕๘๗ (๘๐.๐๘%)	๔๓๓/๓๘๐ (๘๗.๗๖%)

๓. การบันทึกข้อมูลการคลอดใน Hos XP ค่อนข้างสมบูรณ์ทำให้ความคลาดเคลื่อนจากข้อมูลจริงน้อย

๔. มีการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมากกว่า ๑๐%

๕. มีการอบรมความรู้ด้านสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฝากครรภ์ครบถ้วน

ทั้ง รพท. รพช. และ รพ.สต.

## ๓. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหของจังหวัด
๑. การจัดทำโครงการล่าช้า ทั้งจากเขต และจังหวัด ทำให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ ล่าช้าไปด้วย ๒. กิจกรรมบางอย่างไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากติดเงื่อนไขการเบิกจ่ายงบประมาณ	๑. โอนงบประมาณให้พื้นที่เร็วขึ้น ๒. ควรกำหนดกิจกรรมเป็นภาพกว้างๆ เพื่อให้พื้นที่ทำงานได้สะดวกขึ้น

## ๔. ข้อเสนอแนะสำหรับการขับเคลื่อนดำเนินงาน เขตสุขภาพที่ ๔

ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวภาณุมาศ เรือนหลวง  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
วัน/เดือน/ปี ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๕  
โทร ๐๙ ๒๖๖๙ ๑๙๒๒

เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒  
ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ จังหวัดสิงห์บุรี  
Big Rock การป้องกันอุบัติเหตุทางท้องถนน (Road Traffic Injury : RTI)

๑. OKR (objective Key Result) ของ Big Rock

OKR: ลดอัตราการตายผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางการจราจรตามเกณฑ์ของ สพฉ.

KR๑. Response time ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงชุดปฏิบัติการถึงที่เกิดเหตุ ภายใน ๘ นาที สำหรับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน มากกว่าร้อยละ ๖๐

KR๒. ลดอัตราการตายผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เสียชีวิตภายในรพ.ลง ๕ %

๒. ผลการดำเนินงาน

๒.๑ ผลการดำเนินงานตาม OKR ของ Big Rock

ลำดับ	OKR	ผลการดำเนินงาน	
		รอบที่ ๑/๒๕๖๕	รอบที่ ๒/๒๕๖๕
๑.	<p>OKR: ลดอัตราการตายผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางการจราจรตามเกณฑ์ของ สพฉ.</p> <p>KR๑. Response time ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงชุดปฏิบัติการถึงที่เกิดเหตุ ภายใน ๘ นาที สำหรับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน มากกว่าร้อยละ ๖๐</p> <p>KR๒. ลดอัตราการตายผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เสียชีวิตภายใน รพ.ลง ๕ %</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดสิงห์บุรี ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เพื่อจัดทำแผน</li> <li>- จัดทำมาตรการองค์กร เรื่อง การรักษาวินัยจราจร ในหน่วยงานราชการทุกแห่ง</li> <li>- จัดทำประกาศจังหวัดสิงห์บุรี เรื่อง การสวมใส่หมวกนิรภัย</li> </ul> <p>๑๐๐ %</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โครงการอบรม “เครือข่ายผู้นำชุมชน ประชาชนวัยซีปลอดภัยเสริมสร้างวินัยจราจร จังหวัดสิงห์บุรี”</li> <li>- อบรมหลักสูตร “การปฐมพยาบาล และช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (Emergency Medical Response :EMR จำนวน ๕๕ คน</li> <li>- อบรมหลักสูตร “พนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” ให้กับ พนักงานขับรถ รพ. จำนวน ๑๒ คน / อบจ.จำนวน ๒ คน</li> </ul>

ลำดับ	OKR	ผลการดำเนินงาน	
		รอบที่ ๑/๒๕๖๕	รอบที่ ๒/๒๕๖๕
			- ขึ้นทะเบียน “รถบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน” จำนวน ๑๔ คัน อยู่ระหว่างการขึ้น ทะเบียน ๒๒ คัน - ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ระดับพื้นฐานให้กับ “องค์การบริหารส่วนจังหวัด สิงห์บุรี”

### ๒.๒ ผลการดำเนินงานตามตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

ลำดับ	กิจกรรม	งบประมาณที่ ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่เบิกจ่าย		งบประมาณ คงเหลือ	แผนการ ใช้จ่าย งบประมาณ
			จำนวน	ร้อยละ		
๑.	อบรมหลักสูตร “การปฐม พยาบาล และช่วยปฏิบัติ การแพทย์ขั้นพื้นฐาน (Emergency Medical Response: EMR จำนวน ๕๕ คน	๑๐๐, ๒๐๐	๑๐๐, ๒๐๐	๑๐๐	-	๑๐๐,๒๐๐

\*\* งบประมาณจัดการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสิงห์บุรี

### ๒.๓ ผลการดำเนินงานที่สำเร็จเป็นรูปธรรมชัดเจน (Success Story, นวัตกรรม)

๑.การสร้างอุโมงค์ทางรอดถนนสายเอเชีย ๓๒

๒.การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านนโยบายและการสนับสนุนงบประมาณ ผ่านคณะกรรมการ  
ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓.มีองค์กรฝึกอบรม และฟื้นฟูความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้กับอาสาฉุกเฉินการแพทย์ขั้นพื้นฐานและ  
บุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดสิงห์บุรี

๔.องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ดำเนินการจัดทำแผนสนับสนุนการดำเนินงานด้านการแพทย์  
ฉุกเฉิน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับท้องถิ่นและระดับจังหวัด



## ๓. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน	การแก้ไขปัญหาของจังหวัด
<ul style="list-style-type: none"> <li>- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับ อบต. / เทศบาล ไม่มีบุคลากร และแผนการดำเนินการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน</li> <li>- การถ่ายโอนภารกิจด้านการอำนวยความสะดวก การแพทย์ฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ จังหวัด สิงห์บุรี ต้องรอการจัดกรอบอัตรากำลัง ของกองการเจ้าหน้าที่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลักดันนโยบายการดำเนินงาน ผ่านกรมการส่งเสริม ปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เพื่อจัดทำ แผนการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระดับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>- สนับสนุนงบประมาณด้านการพัฒนาบุคลากรให้กับหน่วย ปฏิบัติการ (อปท. / มูลนิธิ / สมาคม)</li> </ul>

## ๔. ข้อเสนอแนะสำหรับการขับเคลื่อนดำเนินงาน เขตสุขภาพที่ ๔

๑. ทุนศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง สาขา เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

๒. งบประมาณก่อสร้างปรับปรุงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทุกแห่ง

๓. งบประมาณสนับสนุนจัดซื้อครุภัณฑ์ AOC

๔. บูรณาการนโยบายการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกรมการส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น

กระทรวงมหาดไทย

ผู้รายงาน นายภูวิช โชติการทองกุล

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วัน/เดือน/ปี ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

E-mail : emssingburi.๑๖๖๙@gmail.com

โทร ๐๙ ๒๗๔๑ ๘๑๓๓



**M**

**Mastery : เป็นนายตนเอง**

หมั่นฝึกตนเองให้มีศักยภาพ ยึดมั่นในความถูกต้อง มีวินัย ปฏิบัติตามกฎระเบียบ บนพื้นฐานของการมีสำนึกอันดีของคุณธรรม และจริยธรรม

**O**

**Originality : เร่งสร้างสิ่งใหม่**

สร้างนวัตกรรม/สิ่งใหม่ฯ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ

**P**

**People Centered : ใส่ใจประชาชน**

ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการทำงาน เพื่อประโยชน์อันดีแก่ประชาชน โดยใช้หลัก "เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง"

**H**

**Humility : ถ่อมตนอ่อนน้อม**

มีสัมมาคารวะ มีน้ำใจ ใต้อภัย อับฟังความเห็น เสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวม

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

โทร ๐ ๓๖๘๑๓ ๕๐๓-๔-๖ ต่อ ๑๐๙

โทรสาร ๐ ๓๖๘๑ ๓๕๐๒