



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สบบำย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
การดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา	๑.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ -อำเภอใช้ระบบ EOC เพื่อตอบโต้ปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา -สามารถควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ให้สงบได้แต่ละเหตุการณ์ ใน ๒๘ วัน -ค้นหาเชิงรุกด้วย ATK ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑ ของประชากร	-มีคำสั่ง EOC และมีการประชุม EOC อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็น IC -เดือน ธันวาคม ๒๕๖๔ มีรายงานผู้ป่วย ๑๓๓ ราย (๔ คลัสเตอร์ ใน ๖ ตำบล) สามารถควบคุมโรคได้ภายใน ๒๘ วันทั้ง ๔ คลัสเตอร์ (ร้อยละ ๑๐๐) -ทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์	-การประชุม EOC ควรดูตามสถานการณ์ หากมีการระบาด ควรประชุมทุกสัปดาห์ เพื่อชี้เป้าในการลงสอบสวนและควบคุมโรค และมีการสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละวัน -การสอบสวนคลัสเตอร์ต่างๆ ทีม SRRT ทำได้ดี สามารถระบุพฤติกรรมเสี่ยงในแต่ละคลัสเตอร์ได้	-ในคลัสเตอร์บุคลากร สาธารณสุขควรมีการสอบสวนเชิงลึก เพื่อค้นหาสาเหตุการระบาด และนำมาวางแผนแก้ไข ปัญหาในภาพรวม  -ให้ทีม RC นำประเด็น พฤติกรรมเสี่ยง มา ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน ทราบ และเน้นย้ำมาตรการ DMHTTA
	๒.จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ เมื่อเทียบกับช่วงเวลาที่ผ่านมา (๑-๓ เดือน)	-ในช่วงที่ประเมินพบว่ามีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับสัปดาห์ที่ผ่านมา		



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สละบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
การดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (ต่อ)	๓.ค้นหาเชิงรุกด้วย ATK ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒ ของประชากรต่อสัปดาห์	-เป้าหมาย ATK ๒% = ๑๕๓๙ ราย ผลงาน ๓๔๑ ราย (ร้อยละ ๒๒.๑๕)	ให้ CCRT ปรับจาก ACF มาทำ sentinel surveillance เพื่อเร่งรัดการเฝ้าระวัง และค้นหาผู้ป่วยได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น	
	๔.ร้อยละของหมู่บ้านหรือชุมชนที่มีการติดเชื้อ มีทีม CCRT ลงปฏิบัติงานทุกแห่ง	-เดือน ธันวาคม ๒๕๖๔ มีการระบาดใน ๙ ตำบล มีทีม CCRT ลงปฏิบัติงาน ๙ ตำบล (ร้อยละ ๑๐๐)		
	๕.อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ไม่เกินร้อยละ ๑.๔	-อัตราป่วยตายร้อยละ ๑.๐๖		



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
ปลอดภัย/ปลอดภัย สุขภาพอันตราย	ร้อยละ ๙๕ ของ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ได้รับการตรวจสอบได้ มาตรฐานตามเกณฑ์ที่ กำหนด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คปสอ. กำหนดเป็นจุดเน้นของอำเภอ</li> <li>“ ๓ ลด ๓ ปลอดภัย ๓ เพิ่ม ” มีการวางแผนยุทธศาสตร์อยู่ในยุทธศาสตร์ที่ ส่งเสริมป้องกัน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน</li> <li>- มีการเชิญผู้ประกอบการร้านอาหาร/ตลาด เครือข่าย มาประชุมหารือร่วมกัน</li> <li>- มีการจัดการความรู้ เรื่องงาน คปส. ในกลุ่มโรงเรียนผ่านโรงเรียน อย.น้อย</li> <li>- มีการกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจนทั้งในระดับ อำเภอและตำบล</li> <li>- กระบวนการทำงาน               <ul style="list-style-type: none"> <li>: จัดอบรมให้ความรู้ผู้ประกอบการ</li> <li>: ตรวจสอบเฝ้าระวัง</li> <li>: เก็บตัวอย่าง</li> <li>: มีการบูรณาการร่วมกับงาน CFS และงานอาหารปลอดภัย จัดทำโครงการ “ โครงการผู้บริโภค อุุ่นใจ อาหารปลอดภัยด้วยวิถีใหม่ ”</li> </ul> </li> <li>ผลลัพธ์               <ul style="list-style-type: none"> <li>: ตรวจสอบเฝ้าระวังร้านยาและสถานที่ผลิตน้ำแล้ว</li> <li>: อบรมและเก็บตัวอย่าง อยู่ระหว่างดำเนินการ</li> </ul> </li> </ul>		<p>ขอชื่นชม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมกับงานโรคติดต่อ COVID-19 “ โครงการร้านชำ ตีตราผ่านเกณฑ์ Covid free Setting ”</li> </ul>



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
ปลอดภัย/ปลอดภัย สุขภาพอันตราย (ต่อ)		<p>Covid free Setting ในร้านอาหาร/ตลาด</p> <p>กำหนดนโยบายชัดเจนในการดำเนินงาน Covid free Setting ในร้านอาหาร/ตลาด โดยดำเนินการร่วมกับ setting อื่นๆ เช่น โรงแรม โรงเรียน ฯลฯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ร้านอาหาร/ตลาด ประเมินตนเองและมีทีมงานระหว่างอำเภอลงไปประเมินซ้ำ</li><li>- กำหนดอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ที่ ๑ มีผู้รับผิดชอบชัดเจน</li><li>- กระบวนการทำงาน ให้ผู้ประกอบการสมัครและประเมินตนเองที่บ้าน โดยทีมงานลงไปประชาสัมพันธ์ เชิญชวนผู้ประกอบการเข้าร่วมโครงการ และแนะนำการจัดการพร้อมลงประเมินว่า ผ่านหรือไม่</li></ul> <p>: ร้านอาหาร ๒๕ ร้าน สมัครเข้ามา ๒๓ ร้าน ประเมินและผ่านเกณฑ์ ๒๓ ร้าน</p> <p>: ตลาด ประเภท ๑ จำนวน ๑ แห่ง ผ่านเกณฑ์ ๑ แห่ง</p> <p>: ตลาด ประเภท ๒ จำนวน ๒ แห่ง ประเมินและผ่านเกณฑ์ ๒ แห่ง</p> <p>: ร้านชำ ตั้งเป้าหมายผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ละอย่างน้อย ๑ แห่ง โดยให้ผ่านร้านติดดาว และผ่าน Covid free Setting ขณะนี้ผ่านเกณฑ์แล้ว จำนวน ๓ แห่ง</p>		



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบาย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
การดำเนินงาน การเข้าถึงบริการ กัญชาทางการแพทย์	ระดับความสำเร็จของ การดำเนินงานบริการ กัญชาทางการแพทย์	คปสอ. ให้ความสำคัญในการพัฒนา มีคำสั่ง คณะกรรมการขับเคลื่อนกัญชาระดับอำเภอ โดยมี ผอ.รพ.สะบาย้อย เป็นประธานคณะกรรมการ - กำหนดอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ โดยมีการกำหนดการพัฒนา แพทย์แผนไทยและงานกัญชาทางการแพทย์ - การเชิญผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มาร่วม วางแผน/พัฒนาไม่ชัดเจน - มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำ Case conference ผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ แพทย์แผนไทย , เกษัชกร , แพทย์แผนปัจจุบัน ( ปี ๒๕๖๔ จัด ๒ ครั้ง ) - มีการกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน - กระบวนการทำงาน : มีการอบรมให้ความรู้ผลิตสื่อ ( ไลน์ , แผ่นพับ , สื่อออนไลน์ ) - ผลลัพธ์ : รพ.เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย มียาสุข ไสยาสน์ , ยาทำลายพระสุเมธ , น้ำมันกัญชา ทั้ง ๕ จะมีการนำไปใช้ในคนไข้ palliative เพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้รับบริการ ปี ๒๕๖๔ - ๔๐ คน ปี ๒๕๖๕ - ๒ คน ช่องทางการติดต่อหรือเข้ารับบริการเพจ รพ.สะบาย้อย และ group line		



สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
<p>๑.สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN hospital</p> <p>๒.การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</p>	<p>๑.ผ่านระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๘๐</p> <p>๒.ผ่านระดับดีมาก plus ร้อยละ ๕๐</p> <p>๓.รพ.สต. ผ่านร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๑.สถานบริการสาธารณสุขมีการพัฒนายกระดับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</p>	<p><b>การนำองค์กร</b></p> <p>๑. มีการประกาศนโยบายอาชีวอนามัยและ GREEN &amp; CLEAN พร้อมทั้งสื่อสารนโยบายผ่านระบบหนังสือเวียนภายในและภายนอกหน่วยงาน เวทีประชุม</p> <p>๒. มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาชีวอนามัยและ GREEN &amp; CLEAN</p> <p><b>การวางแผนเชิงกลยุทธ์</b></p> <p>๑. โครงการ พัฒนางานอาชีวอนามัย วิถีชีวิตใหม่ New Normal</p> <p>เครือข่ายอำเภอสะบ้าย้อย ปีงบประมาณ ๒๕๖๕</p> <p><b>การให้ความสำคัญกับผู้บริการ</b></p> <p>๑. มีมาตรการความปลอดภัยสำหรับผู้บริการ Covid Free Setting</p> <p>๒. นิเทศติดตามเสริมพลัง การดำเนินงานตามมาตรฐานอาชีวอนามัย</p> <p>เครือข่ายอำเภอสะบ้าย้อย</p> <p>๓. เยี่ยมสำรวจสถานประกอบการ</p>	<p>- การพัฒนาตามเกณฑ์ G&amp;C</p>	<p>๑) การติดตาม กำกับ ให้มีการดำเนินการตามแผนฯ</p> <p>๒) การลงเยี่ยม รพ.สต. เพื่อให้ข้อเสนอแนะ ให้มีการดำเนินการพัฒนาตามเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</p>



สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
<p>๑.สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN hospital</p> <p>๒.การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (ต่อ)</p>		<p><b>การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้</b></p> <p>๑. ประชุมคณะกรรมการอาชีวอนามัยเครือข่ายสถานบริการอำเภอสะบ้าย้อย เพื่อขับเคลื่อนงานอาชีวอนามัยระดับอำเภอ</p> <p>๒. อบรมหลักสูตรอาชีวสุขศึกษาให้กับบุคลากรสาธารณสุข</p> <p>๓. อบรมหลักสูตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</p> <p>๔. อบรมเชิงปฏิบัติการ ฟันฟู ประเมินความเสี่ยงของหน่วยงาน</p> <p>๕. อบรมหลักสูตรการป้องกันการแพร่กระจายร่วมกับศูนย์อนามัยที่ ๑๒ จังหวัดยะลา</p> <p>๖. มีการตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงานให้แก่บุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายอำเภอสะบ้าย้อย</p> <p>๗. ตรวจวัดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานของรพ./สสอ./รพ.สต./PCU</p> <p><b>มุ่งเน้นทรัพยากร</b></p> <p>๑. มีแผนพัฒนาบุคลากรด้านอาชีวอนามัย โดยการส่งแพทย์ ๑ คน และพยาบาล ๑ คน อบรมหลักสูตรด้านอาชีวอนามัย</p>	<p>- การพัฒนาระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ปี ๒๕๖๖</p>	



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
๑.สถานพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN hospital ๒.การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (ต่อ)		<b>การจัดการกระบวนการ</b> ๑. การทำ MOU กับเทศบาลตำบลท่าพระยาในเรื่อง การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ ๒. การสร้างนวัตกรรม "คันเดียวจบครบเครื่องเรื่อง มูลฝอยติดเชื้อ" ๓. R๒R เรื่อง การเปรียบเทียบประสิทธิผลของซา รังจืดร่วมกับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตำบลสะบ้าย้อย อำเภอ สะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา <b>ด้านผลงาน/ผลลัพธ์</b> - รพ.สะบ้าย้อยมีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN ระดับดีมาก Plus ปี ๒๕๖๔ - รพ.สะบ้าย้อยมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการ จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับดีมาก ปี ๒๕๖๒		





## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
การจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ	ทุก คปสอ. มีกระบวนการนำยุทธศาสตร์และนโยบายของกระทรวงจังหวัด ท้องถิ่นและปัญหาของพื้นที่มาจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการระดับอำเภอ โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการจัดทำแผน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด มีกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย</li> <li>- แผนยุทธศาสตร์ แผน CUP อนุมัติแล้ว</li> <li>- แผนครอบคลุมปัญหาเชิงพื้นที่</li> <li>- โครงการตอบยุทธศาสตร์ โครงการยังไม่เสนออนุมัติ (กำลังดำเนินการ)</li> <li>- โครงการต่อบจุดเน้นจังหวัดครอบคลุม</li> <li>- หน่วยงานดำเนินกิจกรรมตามแผน ยังไม่ได้ดำเนินการ</li> <li>- การสนับสนุนกำกับ               <ul style="list-style-type: none"> <li>-- คปสอ.</li> <li>-- นิเทศทีมสหวิชาชีพ</li> <li>-- โปรแกรมยุทธ ๓ (บันทึกแล้ว)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-วิเคราะห์บริบทพื้นที่และกำหนดประเด็นท้าทาย</li> <li>-ปรับแผนรอบ ๖ เดือนจากผลกระทบโควิด ๑๙</li> </ul>	มาตรการให้ทุกโครงการดำเนินการให้เสร็จสิ้นควรง่อนกันยายน



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
การบริหารจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ มีประสิทธิภาพและข้อมูลมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม	-ร้อยละของหน่วยบริการในสังกัด สป.มีข้อมูลผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล ๕ ด้าน (ครบถ้วน ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา เชื่อมโยงและคุณภาพเพิ่ม person) ที่ร้อยละ ๙๕ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	หมวด ๑ การนำองค์การ -มีนโยบาย มุ่งเน้น และเป้าหมายที่ชัดเจน ติดตามควบคุมกำกับทุกเดือน ในที่ประชุมทุกเดือนโดยผู้บริหาร แต่การสื่อสารนโยบายยังไม่ทั่วถึงผู้ปฏิบัติงาน หมวด ๒ การวางแผนยุทธศาสตร์ -จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ ๓ ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดย SWOT มีแผนงานโครงการด้าน IT มีงบประมาณตามโครงการ แต่การสื่อสารแผนยังน้อย ไม่ครอบคลุม หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย -การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ยังไม่ชัดเจน ยังเป็นการคำนึงถึงผ่านตัวชี้วัดและงบประมาณที่จะได้มาเป็นหลัก มากกว่าผลประโยชน์ต่อประชาชนหรือผู้รับบริการ -มีระบบการแจ้งเตือนนัดหมายเข้ารับบริการผ่าน Line OA	-สามารถพัฒนาต่อยอดเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้มีศักยภาพในการนำเทคโนโลยีอื่น ๆ มาช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพ เช่น LineOA หรือ ระบบแจ้งเตือน หรือ โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล -ขยายผลในการพัฒนาให้คนอื่นใน รพ.สต.สามารถใช้ข้อมูลและแก้ไขข้อมูลได้อย่างถูกต้อง	-ควรสื่อสารนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ให้ครอบคลุมบุคลากร -วิเคราะห์รายบุคคลและจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรโดยจัดเป็นกลุ่มตามความสามารถและความสนใจ -ทบทวนแนวทางการดำเนินงานให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ -รพ.สต.ควรติดตามการส่งข้อมูลทุกวัน และเตรียมแนวทางการแก้ไขปัญหาหากเกิดความขัดข้อง เช่น นำเครื่องอื่นมาใช้เป็นเครื่องแม่ข่ายชั่วคราว เพื่อให้สามารถใช้งานและส่งข้อมูลได้ตามปกติ เป็นต้น



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
การบริหารจัดการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ มีประสิทธิภาพและ ข้อมูลมีคุณภาพสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ในการ ดูแลสุขภาพได้อย่าง เหมาะสม (ต่อ)		<p>หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้</p> <p>-มีข้อมูลที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัย กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลการดำเนินงานซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ สสจ.กำหนด และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม Line และในที่ประชุมเป็นระยะ</p> <p>หมวด ๕ มุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>-มีการมอบหมายหน้าที่การงานรับผิดชอบงานชัดเจน มีการจัดทำแผนอบรมบุคลากรในการใช้งาน JHCIS ในภาพรวม จัดอบรมตามแผนทุกปี ยังไม่มีการวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล มีการกำหนดประเด็นการพัฒนา IT เป็นผลการปฏิบัติงานประจำปี</p>		



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
การบริหารจัดการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ มีประสิทธิภาพและ ข้อมูลมีคุณภาพสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ในการ ดูแลสุขภาพได้อย่าง เหมาะสม (ต่อ)		หมวด ๖ การจัดการกระบวนการ -ประชุมทบทวนการดำเนินงานเพื่อกำหนด แนวทางในการปฏิบัติ ทำให้เกิดการทำงานที่ เป็นระบบมีขั้นตอนสามารถนำไปใช้งานจริง แต่ยังขาดการทบทวนปรับปรุงให้ทันต่อ เหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป หมวด ๗ ผลลัพธ์ -หน่วยบริการทั้งหมด ๑๗ แห่ง ผ่านเกณฑ์ คุณภาพ ๑๖ แห่ง ร้อยละ ๙๔.๑๒ โดยหน่วย บริการที่ไม่ผ่านได้แก่ รพ.สต.บ้านเก่า ซึ่งไม่ ผ่านเกณฑ์คุณภาพด้านความทันเวลา เนื่องจากเครื่องคอมพิวเตอร์เสียอยู่ระหว่าง ดำเนินการแก้ไข		



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ(MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน ด้วยการวาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน วิเคราะห์คะแนนตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ปี ๒๕๖๕ ในระบบ MITAS ทุกไตรมาส และระดับผลการประเมินจำแนกได้ ๗ ระดับ คือ ๙๕.๐๐ – ๑๐๐ ระดับ AA ๘๕.๐๐ – ๙๔.๙๙ = A ๗๕.๐๐ – ๘๔.๙๙ = B ๖๕.๐๐ – ๗๔.๙๙ = C ๕๕.๐๐ – ๖๔.๙๙ = D ๔๐.๐๐ – ๕๔.๙๙ = E ๐ – ๔๙.๙๙ = F	๑. รพ.สะบ้าย้อย ผ่านการประเมิน ITA ในไตรมาสที่หนึ่ง โดยได้คะแนนระดับ ๕ คะแนนเต็ม - ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการจัดทำเอกสารหลักฐานในแต่ละ MOIT โดยการจัดประชุมและมอบนโยบาย เพื่อมอบหมายผู้รับผิดชอบในแต่ละ MOIT ตามหลักของ PMQA ที่ว่าผู้บริหารเป็นผู้นำองค์กรในการดำเนินการ - เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานประเมิน ITA มีการแบ่งงานและประสานงานไปยังกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเอกสารให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ITA ตามกำหนดเวลา	๑.สามารถนำรูปแบบการมอบหมายงานให้แก่ผู้รับผิดชอบให้ครอบคลุมในทุก MOIT เพื่อกระจายงานให้ทุกคน เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการจัดทำเอกสารหลักฐานในการนำเสนอให้ผู้ตรวจประเมินในแต่ละไตรมาสได้รวดเร็วและครอบคลุมในทุกประเด็น ๒.ไตรมาสที่ ๒ จะต้องตอบแบบสอบถามพร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบครบทั้ง ๒๓ MOIT จึงต้องดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปัจจุบันเป็นต้นไป	๑.ในบางหัวข้อ ของ MOIT สามารถดูแบบอย่างจากเอกสารหลักฐานในปีที่ผ่านมาเป็นแนวทางประกอบในการดำเนินการได้ ๒.ให้มีการรวบรวมและบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ MITIS ในไตรมาสที่ ๒ ได้ตั้งแต่วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ๓.ให้ทยอยแนบเอกสารเข้าสู่ระบบตั้งแต่เนิ่นๆ จะได้ไม่เร่งรีบในช่วงที่จะมีการปิดระบบ อีกทั้งในช่วงที่ใกล้ปิดระบบจะมีผู้ใช้งานระบบเป็นจำนวนมาก ทำให้ระบบมีปัญหาและแนบเอกสารไม่ทันตามกำหนดเวลา



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
(ต่อ)		<p>๒.สสอ.สะบ้าย้อย ผ่านการประเมิน ITA ในไตรมาสหนึ่ง โดยได้คะแนนระดับ ๕ คะแนนเต็ม</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- สสอ.สะบ้าย้อย ผู้บริหารได้มีส่วนร่วมในการแถลงนโยบายเกี่ยวกับความโปร่งใส ส่งผลให้การดำเนินงานการประเมิน ITA สามารถเป็นตัวตอบโจทย์ การดำเนินงานของ สสอ.สะบ้าย้อยได้อย่างชัดเจน</li><li>- จนท.ในหน่วยงานมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบกันอย่างชัดเจน</li></ul>	<p>๑.นำเอกสารหลักฐานในปี ๒๕๖๔ มา Review เพื่อเป็นแนวทางในการตอบคำถามในปี ๒๕๖๕</p> <p>๒.MOIT ๑ - ๕ มอบหมายให้เจ้าหน้าที่พัสดุหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมรับผิดชอบในการดำเนินการจัดเตรียมเอกสารหลักฐานเพื่อตอบคำถาม และ นำข้อมูลขึ้นสู่หน้า Web ของหน่วยงาน</p> <p>๓.ดูตัวอย่างจากหน่วยงานหรือ สสอ.ที่ผ่านการประเมินในไตรมาสที่ผ่านมา</p>	



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
<p>ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ กล่าวโทษ และดำเนินการทางวินัยของ รพท., รพท., รพช./สสอ.</p> <p>ดำเนินการจนได้ข้อยุติอันได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.เรื่องการบริการ</li> <li>๒.เรื่องพฤติกรรมส่วนบุคคล</li> <li>๓.เรื่องการทุจริต</li> <li>๔.เรื่องการบริหารทั่วไป</li> <li>๕.เรื่องอื่น ๆ</li> </ol>	<p>ระดับความสำเร็จของเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ กล่าวโทษ และดำเนินการทางวินัยของหน่วยงานดำเนินการจนได้ข้อยุติ คิดเป็นร้อยละของจำนวนเรื่องที่ได้รับการร้องเรียนฯ</p> <p>ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕</p> <p><b>แปลผล</b></p> <p>ระดับ ๑ ร้อยละ ๖๕-๖๙.๙๙</p> <p>ระดับ ๒ ร้อยละ ๗๐-๗๔.๙๙</p> <p>ระดับ ๓ ร้อยละ ๗๕-๘๙.๙๙</p> <p>ระดับ ๔ ร้อยละ ๘๐- ๘๔.๙๙</p> <p>ระดับ ๕ ตั้งแต่ร้อยละ ๘๕</p>	<p>- ในไตรมาสที่หนึ่งที่ผ่านมา ทั้ง รพ.สะบ้าย้อยและสสอ.สะบ้าย้อย ไม่มีเรื่องร้องเรียน</p> <p>- ทั้งส่วนโรงพยาบาลและ สสอ. มีการแก้ปัญหาเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ในรูปแบบการตั้งคณะกรรมการ โดยมีผู้บังคับบัญชาเป็นประธานในการแก้ไขปัญหา และตอบกลับผู้ร้องเรียนในประเด็นที่เกี่ยวข้องทุกเรื่อง</p> <p>- การดำเนินการยึดแนวทาง HA/ ITA</p>	<p>๑.มีการประเมินความผิดพลาดในองค์กรมาพัฒนาในมุมมองของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติเพื่อให้มาตรฐานการบริการของหน่วยงานดีขึ้น</p>	<p>๑.ขยายความรู้เกี่ยวกับการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทให้กับทุกฝ่าย โดยเฉพาะหน่วยบริการด้านหน้าให้สามารถไกล่เกลี่ยขั้นต้นได้ ก็จะสามารถประสบความสำเร็จและมีความรวดเร็วในการแก้ปัญหาเรื่องร้องเรียนยิ่งขึ้น</p>



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
๑. การบริหาร เวชภัณฑ์ขอหน่วยงาน มีประสิทธิภาพและ รองรับสถานการณ์ ฉุกเฉิน	๑) การจัดซื้อสอดคล้องกับแผน จัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ประจำปี โดยมูลค่าการจัดซื้ออยู่ในช่วง +/- ร้อยละ ๑๐ ของวงเงินแผน จัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ ที่มีใช้ ยาประจำปีที่ได้รับการอนุมัติ โดยนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด หรือมีการขออนุมัติ ปรับเปลี่ยน กรณี การจัดซื้อมี แนวโน้มไม่เป็นไปตามแผน	ร้อยละ มูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ ที่มีใช้ยาเปรียบเทียบกับวงเงินแผนที่ได้รับ อนุมัติ ณ ไตรมาส ๑/๒๕๖๕ รายละเอียด ดังนี้ ๑.๑) ยา ร้อยละ ๘๕ ๑.๒) เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาฯ ร้อยละ ๑๔๕ ๑.๓) วัสดุทันตกรรม ร้อยละ ๑๓ ๑.๔) วัสดุวิทยาศาสตร์ฯ ร้อยละ ๓๘๒ ทุกกลุ่มเวชภัณฑ์ ไม่สามารถดำเนินการ จัดซื้อให้สอดคล้องกับแผนที่กำหนดไว้	คาดการณ์ปริมาณการใช้ยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ในไตร มาสที่เหลือและดำเนินการ ขออนุมัติปรับเปลี่ยนต่อ นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด กรณีที่การจัดซื้อมี แนวโน้มไม่เป็นไปตามแผน	๑) ดำเนินการปรับแผน เวชภัณฑ์ เพื่อให้เป็นไปตาม ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่า ด้วยการบริหารจัดการด้านยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา พ.ศ. ๒๕๖๓ ใน ๒ กรณี ได้แก่ - เพิ่มรายการเวชภัณฑ์ - เพิ่มวงเงินแผน
	๒) การสำรองเวชภัณฑ์มีความ เหมาะสม โดยอัตราสำรองคลัง ยาและเวชภัณฑ์ ไม่เกิน ๒ เดือน ในสถานการณ์ปกติ	อัตราสำรองเวชภัณฑ์ ณ ไตรมาส ๑/๒๕๖๕ ดังนี้ ๒.๑) ยา ๑.๙ เดือน ๒.๒) เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาฯ ๑.๒ เดือน ๒.๓) วัสดุทันตกรรม ๒๒.๕ เดือน ๒.๔) วัสดุวิทยาศาสตร์ฯ ๐.๓ เดือน เวชภัณฑ์ที่มีอัตราสำรองคลังไม่เหมาะสม ได้แก่ กลุ่มวัสดุทันตกรรม		





## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
ระดับวิกฤตการเงิน	ร้อยละของหน่วยบริการที่ ประสบภาวะวิกฤต -ระดับ ๗ = ไม่เกินร้อยละ ๒ -ระดับ ๔-๖ ไม่เกินร้อยละ ๔	สถานการณ์การเงินการคลัง ณ มกราคม ๒๕๖๕ ภาวะวิกฤตทางการเงิน = ๐ (กลุ่มเฝ้าระวัง) CR=๓.๑๒ , QR=๒.๙๘ , Cash=๒.๗๑ NI=๕๘,๓๗๒,๕๘๘.๘๒ , NWC=๗๗,๕๖๒,๖๖๗.๙๖ เงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สิน=๖๒,๓๒๑,๓๔๐.๑๓		
แผนทางการเงิน  (Planfin)	ร้อยละของหน่วยบริการมี  ผลต่างเทียบแผนและผล  ไม่เกิน $\pm 5\%$	แผนรายได้ ณ เดือน มกราคม ๒๕๖๕  แผนรายได้ = ๙๓.๓๖ ลบ. รายได้จริง = ๑๓๖.๙๐ ลบ. ได้เกินแผน ๔๓.๕๔ ลบ. (๔๖.๖๔%) <u>ไม่ผ่านเกณฑ์</u>  แผนรายจ่าย = ๗๐.๗๗ ลบ. รายจ่ายจริง= ๗๘.๕๓ ลบ.  เกินแผน ๗.๗๕ ลบ. (๑๐.๙๖%) <u>ไม่ผ่านเกณฑ์</u> รายจ่ายที่เกินแผน ดังนี้ ๑.วัสดุวิทย์ เกินแผน= ๑.๗ ลบ. (จัดซื้อวัสดุ ATK) ๒.ค่าตอบแทน เกินแผน= ๒.๑๐ ลบ.(ค่าตอบแทนเสี่ยงภัย COVID) ๓.วัสดุ เกินแผน=๑.๓๕ ลบ. (วัสดุบริโภคอาหาร รพ.สนาม)		หากมีรายการรับ-จ่าย นอก เหนือจากแผนที่วางไว้ ควรปรับแผนรอบกลาง ปี เพื่อปรับให้รายการ รับ- จ่าย เข้ามาอยู่ในแผน



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สบบ้าย่อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
ติดตาม กำกับเครื่องมือ ประสิทธิภาพทาง การเงิน (Monitoring Management)	ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน $\geq 5$ ตัว (ระดับ Grade B,A-,A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพ ทางการเงิน (๗ Plus Efficiency)	ณ ไตรมาสที่ ๑/๒๕๖๕ ผ่าน ๕/๗ ตัว เกรด B ผ่านเกณฑ์  ๑.ประสิทธิภาพการทำการ = ๔๗.๑๗ ( Mean ๔๗.๙๓ ) ๒.อัตราผลตอบแทนของสินทรัพย์ = ๒๕.๘๖ (Mean๒๒.๔๔) ๓.ระยะเวลาถัวเฉลี่ยการชำระเจ้าหนี้การค้า (เกณฑ์ ๙๐วัน) ๔.การบริหารลูกหนี้-UC (เกณฑ์ ๖๐วัน) ๕.การบริหารลูกหนี้-ชำระราชการ (เกณฑ์ ๖๐วัน) ๖. การบริหารลูกหนี้-ประกันสังคม (เกณฑ์ ๑๒๐วัน) ๗. การบริหารคลัง (เกณฑ์ ๖๐วัน)		ควบคุมกำกับโดยเกณฑ์ (๗ Plus efficiency )
ต้นทุนหน่วยบริการ แบบ Quick Method	ร้อยละของหน่วยบริการมี ต้นทุนผู้ป่วยนอกและต้นทุน ผู้ป่วยในไม่เกินค่ากลาง ของหน่วยบริการในกลุ่ม ระดับเดียวกัน	ต้นทุนบริการ Q๔/๖๔ ผ่านเกณฑ์ OP/visit = ๑๗๙.๑๕ บาท (Mean =๘๐๙.๘๖ บาท) IP/Adj RW = ๓๙,๙๗๘.๕๑ บาท (Mean =๔๐,๗๖๒.๑๑ บาท)		



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สบบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
หน่วยบริการมี ศูนย์จัดเก็บรายได้ คุณภาพ ๙๐% ขึ้นไป	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดี และดีมาก  A=๙๑-๑๐๐ ดีมาก B=๘๑-๙๐ ดี C=๖๑-๘๐ ปานกลาง D=๕๑-๖๐ พอใช้ F ≤ ๕๐ ต้องปรับปรุง	ดำเนินการได้ตามเกณฑ์ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ๑.มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure) ๒.ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System) ๓.มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & Skill) ๔.มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care) ๕.มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง ๖.ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน  ประเมินตนเองได้ ๙๔/๑๐๐ คะแนน  เกณฑ์การประเมิน เกรด A ระดับดีมาก ผ่านเกณฑ์		
การบริหารงบค่าเสื่อม	ขั้นที่๑ จัดทำแผนจัดซื้อจัด จ้าง ขั้นที่๒ ขออนุมัติจัดซื้อจัด จ้าง ขั้นที่๓ ทำสัญญาเรียบร้อย ขั้นที่๔ ตรวจรับเรียบร้อย ขั้นที่๕ เบิกจ่ายแล้ว	งบค่าเสื่อมปี ๒๕๖๔ ยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ ๒ ราย ขั้นที่ ๑ ปรับปรุงระบบจำหน่ายไฟฟ้าแรงดันสูง ขั้นที่ ๒ ปรับปรุงห้องน้ำอาคารผู้ป่วยนอก งบค่าเสื่อม ปี๒๕๖๕ มี ๖๓ รายการ ๕,๗๘๕,๖๕๑.๙๘ บาท - ขั้นที่๑ (จัดทำแผนจัดซื้อจัดจ้าง) ๑๐ รายการ - ขั้นที่๒ (ขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้าง) ๔๘ รายการ - ขั้นที่๓ (ทำสัญญาเรียบร้อย) ๕ รายการ		เร่งรัดการเบิกจ่ายให้ ทันตามกรอบเวลาที่ กำหนด



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
การบริหารสัญญา รายการครุภัณฑ์ เงิน งบประมาณและงบ เงินกู้โควิด-๑๙ (เงินกัน เหลื่อมปี)	การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ปี ๒๕๖๔ ภายในเดือน มีนาคม ๒๕๖๔ และงบเงินกู้ โควิด ภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๔	รายการงบ ปี ๒๕๖๔ ได้รับ ๑ รายการ วงเงิน ๑,๐๐๐,๐๐๐.- ส่งมอบงานเรียบร้อย/เบิกจ่ายเรียบร้อย - ครุภัณฑ์ในรถยนต์พยาบาล วงเงินตามสัญญา ๙๘๐,๐๐๐.- บาท เลขที่ ๔๑๖/๒๕๖๔ ลว ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๔ รายงานงบเงินกู้ ๒๕๖๔ ได้รับ ๒ รายการ เบิกจ่าย เรียบร้อย ๑. เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ วงเงิน ๕๙๖,๐๐๐.- บาท เลขที่สัญญา ๕๙๙/๒๕๖๔ ลว ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ๒. รถยนต์พยาบาลฯ เลขที่สัญญา ๖๓๐/๒๕๖๔ ลว ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๔ มีการลงทะเบียนคุมเรียบร้อย		ในส่วนของงบเงินกู้ รายการรถยนต์ พยาบาล ทำหนังสือ เร่งรัด ขอหลักฐานการ แจ้งจำหน่ายรถ เพื่อจะ ได้ดำเนินการขอจัด ทะเบียนกับสำนักงาน ขนส่ง
การบริหารงบประมาณ ที่ ได้รับจัดสรร ประจำปี ๒๕๖๕	การก่องหน้ผูกพันและลงนาม สัญญาได้ทันภายในเดือน ธันวาคม ๒๕๖๔ ทุกรายการ เบิกจ่ายภายในเดือน กันยายน ๒๕๖๕	- รายงานงบปี ๒๕๖๕ ได้รับจัดสรร จำนวน ๑ รายการ วงเงิน ๑๒๐,๐๐๐.- บาท อยู่ในขั้นตอน รอส่งมอบของ มีการดำเนินการจัดซื้อเรียบร้อย เลขที่สัญญา ๑๖๕/๒๕๖๕ ลว ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ครบกำหนดส่งมอบ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ (จะส่งมอบภายในวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕)		



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
๑. การบริหารจัดการ ข้อมูลบุคลากรและการ วางแผนกำลังคนอย่าง มีประสิทธิภาพ	๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของหนว งานมีฐานข้อมูล กำลังคน และมีการบันทึกข้อมูล บุคลากรในระบบ HROPS ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน	๑. มีการบันทึกข้อมูลบุคลากรทุกประเภทการจ้างครบถ้วนและ เป็นปัจจุบัน ๒. รายงานสถิติกำลังคนทุก ๖ เดือน ๓. มีการเตรียมสรรหาและพัฒนาบุคลากรเพื่อทดแทนผู้ เกษียณ แต่ยังไม่ได้จัดทำแผนเป็นลายลักษณ์อักษร		จัดทำแผนกำลังคน ๓-๕ ปี
๒. การเลื่อนระดับ สูงขึ้น	๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของ บุคลากรที่มีคุณสมบัติสง ผลงานเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น (กรณีเลื่อนระดับควบ) ๒. ร้อยละ ๙๐ ของบุคลากร ที่มีคุณสมบัติกรณีเลื่อนในตำ แหน่งเลื่อนไหล ประเภท วิชาการ/ทั่วไป	๑. ได้แจ้งให้ผู้มีคุณสมบัติครบเลื่อนระดับทราบแล้ว <u>รพ.สะบ้าย้อย</u> - มี ๗ รายที่ส่งเอกสารคัดเลือกฯ ไปยัง สสจ. ได้จัดทำคำสั่ง เรียบร้อยแล้ว - มี ๓ รายที่ส่งเอกสารหลังวันที่ ๑ ก.ย. ๒๕๖๔ ยังไม่อาจ ดำเนินการได้ เนื่องจาก สป. ให้ชะลอการดำเนินการ - มี ๒ ราย ที่ยังไม่ส่ง ซึ่งได้มีการติดตามสม่ำเสมอ <u>สสอ.สะบ้าย้อย</u> มี ๑ รายส่งเอกสารคัดเลือกฯ ไปยัง สสจ. ได้จัดทำคำสั่งเรียบร้อยแล้ว ๒. เมื่อหน่วยงานได้รับคำสั่ง แจ้งให้เจ้าตัวทราบ		ในระหว่างที่ สป. ชะลอ การเลื่อน บุคลากร เตรียมเอกสารผลงาน รอไว้ หาก สป. แจ้ง หลักเกณฑ์แล้วจะแจ้ง ให้ทราบต่อไป

หมายเหตุ เจ้าหน้าที่ที่ใช้ข้อมูลในระบบ Non-HR ได้ครบถ้วนแล้ว



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สະบ້าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
การพัฒนาองค์กร คุณภาพ ดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐ	ร้อยละความสำเร็จของส่วน ราชการในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐	มีการดำเนินงานดังนี้ ๑. ทบทวน ๗ หมวดของเกณฑ์ PMQA ของ หน่วยงาน ๒. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ ๑๓ คำถาม (แบบฟอร์ม ๑) ๓. ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับ เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ หมวด ๑-๖ (แบบฟอร์ม ๒) ๔. นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement: OFI) มาจัดลำดับและจัดทำ แผนพัฒนาองค์การหมวดละ ๑ แผน (แบบฟอร์ม ๓) ๕. กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ ๗.๑-๗.๖ ครบ ๑๘ ข้อ (แบบฟอร์ม ๔) ๖. มีการรายงานผ่านระบบออนไลน์ของ กพร. กระ ทรวงฯ ร้อยละ ๑๐๐	จะนำแผนพัฒนาองค์กรใน หมวด ๖ ปฏิบัติการ การปรับปรุงผลผลิต การบริการและขบวนการ เรื่องการพัฒนากระบวนการ ดูแลผู้ป่วยโควิด ๑๙ โดย บูรณาการการมีส่วนร่วม ของชุมชน มาดำเนินการ เป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ตาม แบบฟอร์ม ๕ ต่อไป	วิธีปฏิบัติในการพัฒนา คุณภาพจนเกิด Best Practices ควรมีการ ดำเนินตามแนวทาง ดังนี้ ๑) ดำเนินการนำไปใช้ อย่างเป็นวงจรตาม กระบวนการ PDCA ๒) ติดตามการบรรลุผล ความสอดคล้องกับความ คาดหวัง และสร้างความ พึงพอใจ ของชุมชน ๓) การเกิดผลลัพธ์ที่ดี มี ความต่อเนื่องและยั่งยืน ๔) สรุปผลการดำเนินงาน และนำไปเขียนเป็นผลงาน ที่โดดเด่น (Best Practice) ตามแบบฟอร์ม ๕



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สบบำย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
	การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA)	ผ่านการ Re act ๓ มีการจัดทำแผนการพัฒนา โดยทีมคุณภาพโรงพยาบาล ตามประเด็นส่วนขาด จากข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน เพื่อเตรียมการ รองรับในการประเมินตามเกณฑ์ HA	จัดให้มี FAR ทดแทนผู้ที่จะ เกษียณอายุราชการ	-พัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	ร้อยละของการจัดตั้งหน่วย บริการปฐมภูมิ/เครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ ๕๐)	- จัดตั้ง PCU/NPCU รวม ๒ แห่ง จากแผน ๗ แห่ง ทั้งเครือข่ายอำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๕๗ (ไม่ผ่านเกณฑ์) -โดยมีกาจัดตั้ง ๒ แห่ง คือ PCU โรงพยาบาล และ NPCU คูหา	พัฒนาคุณภาพเชื่อมโยงกับ การพัฒนาตามเกณฑ์ คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	วางแผนการเพิ่มอัตรา กำลัง โดยเฉพาะ FM เพื่อดำเนินการให้ครอบคลุม ประชากรมากขึ้น
	ร้อยละของประชากรที่มีหมอ ๓ หมอดูแล (ร้อยละ ๕๐)	- ประชาชนในพื้นที่ได้รับการดูแลโดย ๓ หมอ (ทีมสุขภาพ) ร้อยละ ๓๖ (ไม่ผ่านเกณฑ์)	วางแผนจัดตั้ง PCU/NPCU เพิ่มให้ครอบคลุมประชากร มากขึ้น	
	พขอ.คุณภาพ ร้อยละ๗๕	- มีการกำหนดประเด็นต่อเนื่องในประเด็น การจัดการขยะ/การดูแลกลุ่มเปราะบาง/และเพิ่ม ประเด็นการควบคุมป้องกันโรคโควิด ๑๙	- ทบทวนคำสั่ง พขอ./ อนุกรรมการ พขอ.ซึ่งมีการ ลาออก/โยกย้ายบุคลากร	- ใช้กลไก พขอ.ในการ จัดการโรคโควิด-๑๙ - ติดตามให้ครอบคลุมตาม เกณฑ์การดูแลกลุ่ม เปราะบางในงานคุณภาพ พขอ. ในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง/ผู้ป่วย Intermediate Care



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สละบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ ๘๐	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อยู่ระหว่างการประเมินตนเองและบันทึกผลการประเมินตนเองในระบบ GIS-HEALTH</li> <li>- อ่างเอววางแผนการลงพัฒนาและประเมินรับรองภายในเดือนมีนาคม ๖๕ เพื่อรองรับการประเมินรับรองระดับจังหวัด</li> <li>- พัฒนตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาวในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง รพ.สต. และ PCU ทุกแห่ง</li> </ul>	- ให้ทบทวนทีมประเมินและพัฒนาพร้อมจัดทำคำสั่ง	- เชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพในสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเชื่อมโยงชุมชน โดยเฉพาะทีมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพในเครือข่าย เช่น IC, LAB เป็นต้น
	การดูแลคนไข้ในพระราชานุเคราะห์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดทำแผนและเยี่ยมติดตามผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ทั้ง ๗ รายโดยรวมบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- มีการจัดบริการสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย</li> </ul>	ติดตามประเมินผลการดำเนินการเป็นระยะๆ	
	การดำเนินการ new normal medical care	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดทำแผนรองรับการบริการในคลินิกต่างๆตามเกณฑ์การจัดบริการแบบ new normal medical care ทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง</li> <li>- ดำเนินการตามมาตรการ DMHTTA</li> <li>- การจัดบริการ HI/CI ตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลควบคุมป้องกันโรค COVID-๑๙</li> <li>- มีการประเมินผ่านเกณฑ์ CFS/TSC ทุกหน่วยบริการ</li> </ul>	ตรวจสอบติดตาม สนับสนุนทรัพยากรเพื่อลดช่องว่างในการบริการของทุกหน่วย	
	องค์กรแห่งความสุข	มีการวางแผนการประเมินความสุขของบุคลากรในองค์กร	ติดตามกำกับผลการประเมินให้บุคลากรทุกรายให้ครบถ้วน	นำผลการประเมินมาวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหา





## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สละบาย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	<p>๑. ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM ร้อยละ ๘.๙๖</p> <p>๒. ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง HT ร้อยละ ๙.๔๒</p> <p>๓. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๒.๙๙</p> <p>๔. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๑๐.๒๔</p>	<p><b>๑. การนำองค์กร</b></p> <p>๑.๑ มีการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย ดำเนินงานลดภัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและถ่ายทอดนโยบายลงสู่ระดับตำบล</p> <p><b>๒. การวางแผนและบริหารเชิงกลยุทธ์</b></p> <p>๑.มีการจัดทำแผนที่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๔ และเชื่อมโยงถึงชุมชน โดยบูรณาการแผนกับงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานสุขศึกษา</p> <p>๓. มีการติดตามผลการดำเนินงานในที่ประชุม สสอ. ทุกเดือน โดย System manager เป็นผู้นำเสนอข้อมูลในที่ประชุมและคืนข้อมูลให้พื้นที่ผ่านไลน์กลุ่ม NCD CUP SBY</p>	<p>๑. ทบทวนนโยบาย จากการวิเคราะห์ข้อมูล ในพื้นที่</p> <p>๒. ควรทบทวนคณะกรรมการ NCD Board ระดับอำเภอ ให้เป็นปัจจุบัน และประชุมตามแผน ทบทวนข้อมูลอย่างต่อเนื่องและปรับแผนตามปัญหาในพื้นที่ เช่น การคัดกรอง ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า เกิดจากการลงบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุม จัดทำแผนการลงบันทึกข้อมูลโดยผู้รับผิดชอบรายหมู่บ้าน และกำหนดเวลาแล้วเสร็จภายในเดือนมกราคม ๒๕๖๕</p>	<p>ทบทวนคณะกรรมการ NCD Board และมีการประชุมตามแผนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ภายใต้สถานการณ์โควิด๑๙ ส่งผลต่อการจัดกิจกรรมแบบเดิม ควรมีการค้นหา สนับสนุนการพัฒนา นวัตกรรม เทคโนโลยี Health station , Application ที่ช่วยในการคัดกรอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเข้าถึงบริการ</p>



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สະบ້ាយ้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ต่อ)		<p><b>๓. การมุ่งเน้นผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</b></p> <p>๑. มีการติดตามกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วยและกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน จากข้อมูลใน Data exchange</p> <p>๒. จัดทำแผนที่ครอบคลุมมาตรฐานการดูแลทุกกลุ่ม โดย</p> <p>คัดกรอง ในไตรมาสที่ ๑</p> <p>ปรับเปลี่ยน ไตรมาสที่ ๒</p> <p>ติดตาม ไตรมาส ๒,๓,๔</p> <p>คัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีในกลุ่มป่วย ไตรมาสที่ ๒</p> <p><b>๔. การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้</b></p> <p>การใช้ข้อมูลใน HDC โดยผู้รับผิดชอบสามารถเข้าไปค้นหาข้อมูลได้ และทราบข้อมูลในระดับพื้นที่ จากการศึกษาข้อมูลในพื้นที่ พบข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่เป็นจริง ได้แก่ Miss Diagnosis ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งได้มีการวางแผนในการปรับปรุงข้อมูล</p>	<p>๑. การพัฒนาระบบบริการคลินิก NCD New normal ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙</p> <p>๒. การสอบถามความคิดเห็น/ประเมินความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนา ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่ Miss diagnosis</p>	<p>ภายใต้ สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและคุณภาพการรักษาอย่างต่อเนื่อง และบูรณาการการจัดบริการ กับ ๓ หมอ โดยกำหนดกลุ่มดูแลและแนวทางที่ชัดเจน เช่น</p> <p>อสม ดูแลกลุ่มสีเขียวเจ้าหน้าที่ รพ.สต ดูแลกลุ่มสีเหลือง แพทย์ ดูแลกลุ่มสีแดง</p> <p>ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพ เช่น</p> <p>๑. กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง เป็นกลุ่มไหน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง</p> <p>๒. การวิเคราะห์แนวโน้มเชิงระบาด ที่เป็นลายลักษณ์อักษร</p> <p>๓. ส่งเสริมให้เกิด best practice ในเครือข่าย</p>



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ต่อ)		<p><b>๕. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</b> แผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรยังไม่ชัดเจน รวมถึงกิจกรรมเสริมพลัง สร้างแรงจูงใจเพื่อผู้ให้บริการ (service mind)</p> <p><b>๖. การจัดการกระบวนการ</b> ๑. มีแนวทางการคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยในภาพอำเภอ มี case manager ๑ คนในการประสานการดูแลผู้ป่วย และมีทีมสหวิชาชีพ ร่วมดูแล ๒. การดำเนินงานในการเชื่อมโยงกับชุมชน ยังไม่ได้ดำเนินการ ซึ่งมีแผนในการดำเนินการ และมีการเลือกชุมชนนำร่อง ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCD คือชุมชนบ้านนาگان หมู่ที่ ๓ ต. เปียน อ. สะบ้าย้อย</p>	<p>จัดทำแผนการพัฒนา ศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน และ ประเมินผล</p> <p>๑. การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล การปฏิบัติงาน ตามแนวทาง และการ ปรับปรุงแนวทางตาม วิชาการใหม่ ให้ทันสมัย</p> <p>๒. การสร้างความรอบรู้แก่ ประชาชนใน กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๓. วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่ม ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการ รักษา เพื่อปรับกระบวนการ ในการติดตามผู้ป่วย</p>	<p>ค้นหาบุคลากรดีเด่นด้านการ ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้</p> <p>๑. การดำเนินงานชุมชน ให้บูรณา การกับการดำเนินงานชุมชนรอบรู้ ของงานสุขศึกษา และการ ดำเนินงานให้ครอบคลุมใน ๕ ขั้นตอน ตามเกณฑ์</p> <p>๒. ในการสร้างความรอบรู้ใน ชุมชน ควรกำหนด Key message ซึ่งในปี นี้ กำหนด Know your risk Know your number รู้ตัวเลข รู้เสี่ยง เลี่ยงโรค</p>



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สละบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
ปลอดภัยตัวตาย	<p>๑. ฆ่าตัวตายสำเร็จไม่ เกิน ๘ ต่อแสน ประชากร</p> <p>๒. ร้อยละ ๙๐ ผู้พยายาม ฆ่าตัวตายไม่กลับทำ ร้ายตัวเองซ้ำใน ๑ ปี</p> <p>๓. เข้าถึงบริการโรค ซึมเศร้า ร้อยละ ๗๔</p>	<p><b>ผลลัพธ์</b></p> <p>๑. ฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่มี พยายามฆ่า ไม่มี เข้าถึง บริการโรคซึมเศร้า ไตรมาส๑/๖๕ ร้อยละ๓๔.๑๔ PMQA</p> <p>๑.นโยบายด้านการป้องกันฆ่าตัวตายยังไม่มีมีการ นำเข้า คปสอ ไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันฆ่า ตัวตายระดับอำเภอ มีด้านอื่นๆ ๒.ดำเนินกิจกรรม ครอบคลุมทุกคลินิกใน รพ.และบางส่วนใน รพ.สต. ๒.แผนงาน/โครงการ ผ่านการอนุมัติแล้ว รอก ดำเนินการ (เน้นโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคสำคัญ PCT รพ.)</p> <p>๓.บันทึกผ่านโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็น ปัจจุบัน</p> <p>๔.ภาคีเครือข่ายดำเนินการครอบคลุมในปีที่ผ่านมา</p> <p>๕.ช่องทาง สื่อสารความเสี่ยงหลากหลาย เช่นเพจ FB กลุ่มไลน์ เบอร์ฝ่าย หน กลุ่มงาน จัดทำสื่อต่าง ๆสนับสนุนพื้นที่ ทีม MCATTด้านวัคซีน</p> <p>๖.นวัตกรรม จัดทำฟอร์มการคัดกรองซึมเศร้าที่ ชัดเจน ครบทุกกระบวนการ สื่อสารทุกคลินิก</p>	<p>๑. ทบทวนนโยบาย จากการ วิเคราะห์ข้อมูล ในพื้นที่</p> <p>๒. เสนอปัญหา คืบข้อมูลใน การประชุม คปสอ ให้ต่อเนื่อง</p> <p>๓.จัดตั้ง กกค ด้านป้องกันฆ่า ตัวตายในระดับอำเภอ/กรรม ด้านอื่น ๆ</p> <p>๔.จัดกิจกรรมเชิงรุกในระดับ พื้นที่</p> <p>๕.เฝ้าระวังในบุคลากรทุก ระดับ</p> <p>๖.นำนวัตกรรมสู่การปฏิบัติ ระดับพื้นที่</p>	<p>คืบข้อมูลในการประชุม คปสอ</p> <p>ประชาสัมพันธ์ช่องทางการ เข้าถึงคลินิก</p> <p>ประชาสัมพันธ์สัญญาณเตือน ให้ครอบคลุม</p> <p>ภายใต้สถานการณ์โควิด๑๙ ส่งผลต่อการจัดกิจกรรม แบบเดิม ควรมีการค้นหา สนับสนุนการพัฒนา นวัตกรรม เทคโนโลยีที่ช่วย ในการคัดกรองการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมและการ เข้าถึงบริการ</p>

ข้อเสนอจากพื้นที่.....จัดทำ..PoP UP ใน HOS XP เดือนการคัดกรอง ๒Q ๘Q ๙Q ในประชากร มากกว่า ๑๕ ปี



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สละบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
<p>ลดแม่ตาย</p> <p>๑. การฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอดที่มีคุณภาพ</p>	<p>๑. อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๙.๒</p> <p>๒. อัตราการฝากครรภ์คุณภาพ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐.๘</p> <p>๓. อัตราการดูแลหลังคลอด ๓ ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ ๒๙.๒๙</p> <p>๔. ทารกแรกเกิดน้ำหนักไม่น้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๘.๗</p> <p>๕. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีนและโฟเลท ร้อยละ ๖๖.๓๙</p>	<p>ปี ๒๕๖๔ ผลงานผ่านเกณฑ์ ปี ๒๕๖๕ ได้จัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสละบ้าย้อย กิจกรรมประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพ ผู้รับผิดชอบงาน MCH พัฒนาคลินิกบริการ ANC นิเทศ/ ประเมินมาตรฐาน ANC, WCC เตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ เฝ้าระวังหญิงครรภ์เสี่ยงสูง</p> <p>ผลการดำเนินงาน</p> <p>ขับเคลื่อนด้วย MCH Board อำเภอ มีระบบ และ แนวทางการดูแลหญิงครรภ์เสี่ยง และส่งต่อในครรภ์เสี่ยงสูง มีทีมสหวิชาชีพร่วมดำเนินงาน</p> <p>ผลการดำเนินงานไตรมาส ๑ ไม่ผ่านเกณฑ์</p>	<p>ผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. วิเคราะห์สาเหตุ และค้นหาติดหญิงตั้งครรภ์เข้าฝากครรภ์ โดย หมอคนที่ ๑ (อสม.) บันทึกข้อมูลในระบบ</p> <p>๒. ให้มีการซ่อมแผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม</p> <p>ดำเนินการเว้นระยะการมีบุตร ในหญิงครรภ์เสี่ยง ระหว่าง คลินิก NCD และ FP</p>



สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบาย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
<p>เพิ่มสุขภาพผู้สูงวัย</p> <p>๑. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>๒. ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care</p>	<p>๑. ร้อยละสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ยังไม่ดำเนินการ)</p> <p>๒. ร้อยละของตำบล ที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan ร้อยละ ๑๐๐</p>	<p>แผนปี ๒๕๖๕ ดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เป็นประเด็นพัฒนาใน พชอ. กิจกรรมประกอบด้วย พัฒนาระบบบริการในศูนย์สร้างสุขชุมชน พัฒนาศักยภาพ CM CG พัฒนาชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพ โรงเรียนผู้สูงอายุ ประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบล LTC</p> <p>ผลการดำเนินงาน</p> <p>เริ่มคัดกรอง BGS ผลการคัดกรอง ใน HDC ต่ำกว่าเป้าหมาย เริ่มสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ</p>	<p>การดำเนินงานตามแผน</p>	<p>๑. เร่งรัดการคัดกรอง BGS / สำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และบันทึกผลให้แล้วเสร็จภายในเดือนกุมภาพันธ์</p> <p>๒. ส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข้าเสื่อม สมองเสื่อม เข้าระบบการรักษา</p> <p>๓. จัดทำ Individual wellness plan ในชมรมผู้สูงอายุ</p>



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
Return to Service	โรงพยาบาล	-ทันตแพทย์ รพ FTE ๕-๗ เพิ่มขึ้นสูง บริการ รพ./รพ.สต. ปฏิบัติงานคลินิกทันตกรรม/ช่วย SWAB / VACCINE/สนับสนุน -คลินิก ๕ ห้อง ปรับปรุงระบบระบายอากาศ เรียบร้อย เปิดให้ บริการปกติ แบบ CFS ใช้ระบบนัด /คัดกรอง/ATK		<u>การนำองค์กร/แผนยุทธศาสตร์</u> - การนำนโยบายสื่อสารถึงผู้ปฏิบัติ - การวางแผนงานร่วมกันระดับ CUP เพื่อเพิ่มความเป็นไปได้ของเป้าหมาย <u>ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</u> - ประชาชนกลับมาได้รับบริการ และเพิ่ม การเข้าถึง ทั้งงาน PP และรักษา โดยเฉพาะ รพ.สต.
	รพ.สต.	-คูหา ปรับปรุงระบบระบายอากาศแล้ว /มี แผนถ่ายโอน ๑ ตค ๖๕ -แผน ๖๕ ปรับปรุงระบบระบายอากาศที่ เปียน/วังไธ้	- ยังมีประชาชนมารับ บริการน้อย - จนท.ยังติดภาระงาน โควิด๑๙	- การสร้างความเชื่อมั่นในด้านความ ปลอดภัยทั้งผู้ให้/รับ บริการ ภายใต้ แนวทาง CFS <u>การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้</u>
	วังไธ้ (ลงเยี่ยม)	- ยังไม่เปิดให้บริการหลังจากช่วงโควิด๑๙ - รอปรับปรุงระบบระบายอากาศ - ทก.บรรจุแล้ว / มีผช.ข้างเตียง (พกส)	- งาน PP	- การคาดการณ์ผลงาน และเปรียบเทียบกับที่อื่น - การสื่อสารความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่อง
	หาดทราย (ลงเยี่ยม)	- ไม่มียูนิตทันตกรรม - มี ทพ. มาออกหน่วยให้บริการที่ รร. ก่อน สถานการณ์โควิด และ มี ทก. มาหมุนเวียนให้บริการ	- งาน PP	Self-care และ Profess-care ในช่วงโควิด



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
Return to Service				<p><u>การมุ่งเน้นบุคลากร</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- การเฝ้าระวังโรค /มาตรการป้องกันการติดเชื้อ</li><li>- การพัฒนาบุคลากรด้านสื่อสารและเทคโนโลยี</li><li>- การพัฒนา skill-mixed ในงาน PCC</li></ul> <p><u>กระบวนการทำงาน</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- แผนการจัดซื้อ/ใช้ วัสดุ/การตรวจ ATK</li><li>- การปรับทีม PCC ทันตา ให้สอดคล้องเป็นทีมเดียวกับ หมอครอบครัว</li><li>- การบูรณาการงาน PP กับงานอื่นที่มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน</li></ul>





## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สละบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
๑. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามประเด็นเน้นยุทธศาสตร์ (๓ ปลอดภัย ๓ ลด ๓ เพิ่ม)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพ ตามประเด็นเน้นยุทธศาสตร์และประเด็นเน้นอำเภอ/ โชน</li> <li>- มีคณะทำงานบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพ</li> <li>- มีการพัฒนาคลังความรู้ด้านสุขภาพ</li> <li>- มีการดำเนินงานสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านช่องทางหลัก ๑ ช่องทาง/อำเภอ</li> <li>- มีการส่งเสริมพื้นที่ต้นแบบความรู้ด้านสุขภาพ อย่างน้อย ๑ ตำบล /อำเภอ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดทำแผนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ในระดับ CUP โดยบูรณาการกับงานพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา และงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และเครือข่าย</li> <li>- มีการจัดทำสื่อและคลังข้อมูลสื่อ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ เช่น ประเด็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง COVID -๑๙</li> <li>- คณะทำงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยังดำเนินการไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ส่วนใหญ่จะเป็นการจัดทำข้อมูลประเด็น COVID -๑๙ เป็นหลัก</li> <li>- มีช่องทางหลักในการสื่อสารสร้างความรอบรู้ ผ่าน เพจ FB รพ., สสอ. และมีกลุ่มไลน์ในการสื่อสารกับเครือข่ายในระดับ รพ.สต. และกลุ่มเครือข่าย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- นำรูปแบบการทำงานด้วยระบบ EOC มาปรับใช้ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นยุทธศาสตร์อื่น ๆ โดยเฉพาะการวิเคราะห์ประเด็นปัญหา และการสกัดเนื้อหาสำคัญในการผลิตสื่อ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เชื่อมโยงผ่านช่องทางหลักขององค์กร และเชื่อมโยงไปยังเครือข่ายในพื้นที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดแผนงาน ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่เป้าหมายของอำเภอและมีการติดตามควบคุมกำกับการทำงานตามกำหนดเวลา</li> <li>- ประสานงานกับงานที่เกี่ยวข้องในการร่วมเป็นคณะทำงานขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับ CUP และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเป้าหมาย</li> </ul>



## สรุปผลการนิเทศ คปสอ.สะบ้าย้อย รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็น/ประเด็นย่อย	ผลตัวชี้วัดสำคัญ	ข้อเท็จจริงที่พบ	โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
		<p>- มีการกำหนดพื้นที่เป้าหมายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอ ๔ ตำบล แต่ยังไม่เห็นภาพกรอบการขับเคลื่อนพื้นที่เป้าหมายของอำเภอ ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน</p>		
๒.กลุ่มเสี่ยงโรค NCD เข้ากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	-กลุ่มเสี่ยงโรค NCD เข้ากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	<p>-กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง และนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด มีบางสถานบริการดำเนินงานได้น้อย จากการคัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น และพบผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่ได้มาจากกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น</p> <p>- ขาดการวิเคราะห์ประเด็นปัจจัยเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา NCD และคืนข้อมูลให้กับเครือข่ายระดับตำบล</p>		<p>-ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลประเด็นปัญหา หรือปัจจัยเสี่ยง เพื่อเป็นข้อมูลในการออกแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้กลุ่มเป้าหมายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง สอดคล้องกับบริบทของชุมชน</p>