



ถ่ายทอดกรอบมาตรฐานการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง



ประเด็นการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ
ปีงบประมาณ พ.ศ.2567—



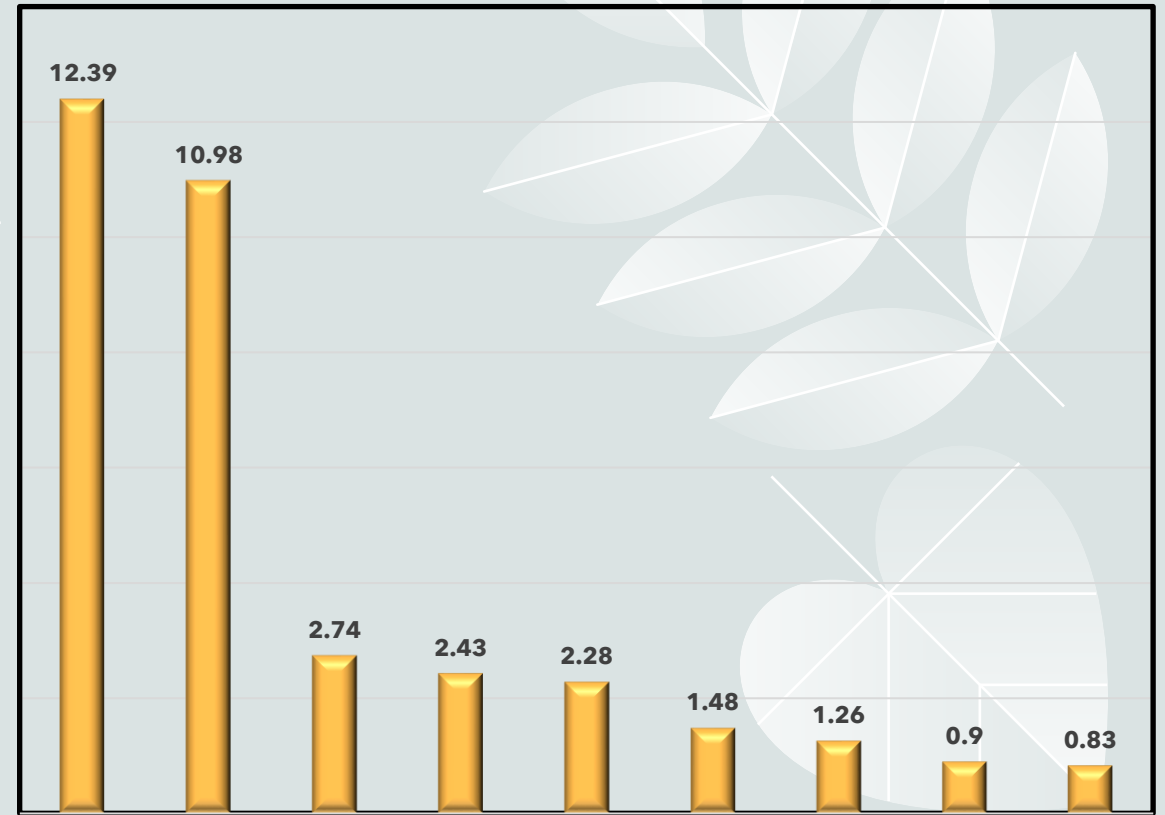
สถานการณ์/แนวโน้ม

จากข้อมูลรายงานของระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี 2564 - 2566 สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ของจังหวัดอ่างทอง พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 54,041 คน (ปี 2564) 55,492 คน (ปี 2565) และ 57,424 คน (ปี 2566) คิดเป็นร้อยละ 23.95 , 24.82 และ 25.76 ตามลำดับ

ข้อมูลผู้สูงอายุที่พบสภาวะถดถอยจากการคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ/หรือประเมินซ้ำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Confirm STEP2) ในปี 2566 พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในสามอันดับแรก คือ ปัญหา ช่องปาก ปัญหาการเคลื่อนไหว และปัญหา ในการกลืนปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 12.39, 10.98 และ 2.74 (ข้อมูล HDCกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 10 ต.ค.66) สำหรับ จังหวัดอ่างทองได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุครบถ้วน ในโรงพยาบาลทั้งหมด 7 แห่ง (โรงพยาบาลระดับ S F3 F2 F1) และได้มีการพัฒนาศักยภาพแพทย์และพยาบาลในการจัดบริการ สุขภาพผู้สูงอายุเป็นระยะๆ มีการจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุและปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลังจากที่ได้รับบริการคัดกรองสุขภาพในชุมชน และเชื่อมโยงข้อมูล สนับสนุนการรับส่งต่อด้วยระบบ Smart COC

แผนภูมิแสดงการคัดกรองผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทองรายด้านพบความเสี่ยง ปี 2566

ร้อยละ



การคัดกรอง

ช่องปาก

การเคลื่อนไหว

กลืนปัสสาวะ

การมองเห็น

ความคิดความจำ

ขาดสารอาหาร

การได้ยิน

ซึมเศร้า

ADL

เป้าประสงค์

- 1.การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด
2. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ

ตัวชี้วัด

- 1.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
 - 1.1 ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
 - 1.2 ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
- 2.ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์คุณภาพการให้บริการ

มาตรการ

พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Geriatric Syndrome และพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คุณภาพ

กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สสจ.

- 1.ชี้แจงแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเข้าคลินิกผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง
- 2.สื่อสารประชาสัมพันธ์หลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
- 3.เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ และติดตามผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ
- 4.สนับสนุนข้อมูลวิชาการและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

รพ.สต.

- 1.คัดกรองและประเมิน 9 ด้านโดยชุมชนและคัดกรองเชิงลึกโดย จนท.สาธารณสุข
- 2.จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน
- 3.จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ 3 ประเด็น
- 4.ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเกินศักยภาพได้รับการส่งต่อเข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุ และส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ Smart COC
- 5.พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 6.ติดตามการพัฒนาตามโปรแกรม/การส่งต่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุ
- 7.การประเมินซ้ำผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

พัฒนาระบบการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะ
Geriatric Syndrome
และพัฒนาศักยภาพ
ผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐาน
ผ่านเกณฑ์คุณภาพ

หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง กรมการแพทย์/เขตสุขภาพที่ 4

- 1.ชี้แจงเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (กรมการแพทย์)
- 2.ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพที่ 4 Sandbox ด้านเทคโนโลยีสุขภาพ : โครงการพัฒนาโซลูชั่นกำไลข้อมืออัจฉริยะ สำหรับตรวจจับการหกล้มและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ (เขต 4)

สสอ.

- 1.ชี้แจงการคัดกรองและประเมิน 9 ด้าน โดยเชื่อมโยงนโยบาย 3 หมอ
- 2.พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 3.ติดตามผลการดำเนินงานผู้สูงอายุที่มีถดถอย
- 4.กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

รพท. / รพช.

- 1.ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ/พบภาวะเสี่ยงจากการคัดกรอง 9 ด้าน ที่ได้รับการส่งต่อจากรพสต.หรือผู้ป่วย walk in
2. ติดตามผลการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยกรณีส่งต่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุ หรือส่งต่อไปยังคลินิกเฉพาะทาง
- 3.การคืนข้อมูลกลับให้พื้นที่เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องผ่านระบบ Smart COC
- 4.ดำเนินการตามแนวทางมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพตามที่กรมการแพทย์กำหนด
- 4.ดำเนินการ Mobile Geriatric Clinic : การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมเชิงรุก
5. ดำเนินงานตามโครงการพัฒนาโซลูชั่น Internet of Things (IoT) (กำไลข้อมืออัจฉริยะ) สำหรับตรวจจับการหกล้มและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 110 อัน
- 5.1 รพ.อ่างทอง (50) 5.2 รพ.แสวงหา(30) 5.3 รพ.ไชโย (30)

Small Success

ผลงานวัดความสำเร็จ	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	30 %	35 %	40%	42 %
1.1 ร้อยละ 40ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
1.2 ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	30 %	35 %	40 %	50 %
2. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการให้บริการ	40 %	80 %	100 %	100 %

- ✓ บริการคัดกรองสุขภาพ
- ✓ รักษาโรคในคลินิกผู้สูงอายุ
- ✓ รับวัสดุอุปกรณ์ตามความจำเป็น

ติดต่อและใช้บริการได้ที่โรงพยาบาล
และหน่วยบริการสุขภาพทุกแห่ง
ของกระทรวงสาธารณสุข



การปฏิรูปเขตสุขภาพที่ 4: SANDBOX ด้านเทคโนโลยีสุขภาพ

โครงการพัฒนาโซลูชั่น Internet of Things (IoT)
(กำไลข้อมืออัจฉริยะ) สำหรับตรวจจับการหกล้ม
และพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ



สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4
Region 4 Health Provider Office



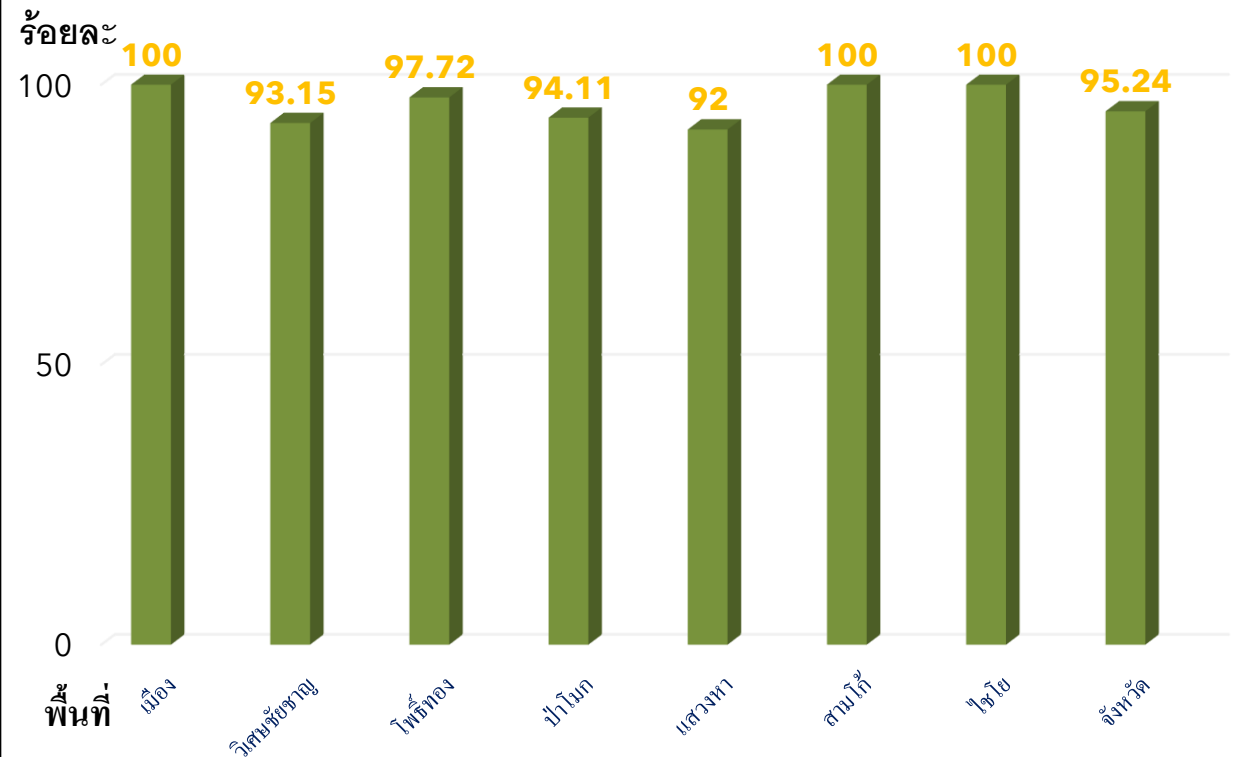
ประเด็น การบริหารผู้ป่วยระยะกลาง
(Intermediate Care)

สถานการณ์ / แนวโน้ม

ดำเนินการตามแผนงานพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
ระดับเขตสุขภาพ ปี 2566

1. เปิดศูนย์ประสานงาน IMC ที่โรงพยาบาลอ่างทอง
2. เปิด IMC WARD ที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ
3. เปิดบริการศูนย์ร่วมสุข ทุกอำเภอ อำเภอละ 1 แห่ง
4. คลังอุปกรณ์ (กองสาธารณสุข อบจ.อ่างทอง / รพ.สต.บางจัก อ.วิเศษชัยชาญ)
5. ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมเพิ่มทักษะ ทั้งนักกายภาพ พยาบาล และนักฟื้นฟูชุมชน
 - 5.1 ปี 2566 นักกายภาพโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ
 - 5.2 ปี 2567 นักกายภาพโรงพยาบาลอ่างทอง พยาบาล (โรงพยาบาลป่าโมก)

ผู้ป่วย INTERMEDIATE CARE ในจังหวัดที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพ
และติดตามจนครบ 6 เดือน
หรือจน BARTHEL INDEX = 20 ก่อนครบ 6 เดือน



วิเคราะห์ปัญหา

- บุคลากรไม่เพียงพอ (นักรกายภาพบำบัด นักฝึกพูด พยาบาลเฉพาะทาง)
- ผู้ป่วยมารับบริการไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่สะดวกด้านการเดินทาง ไม่มีญาติพามา
- ศูนย์ร่วมสุขขาดงบประมาณ ในการพัฒนาการจัดบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง
- ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน

เป้าประสงค์

เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย IMC จากภาวะแทรกซ้อน

มาตรการ

1. พัฒนาระบบบริการและศักยภาพของบุคลากรและภาคีเครือข่ายต่อเนื่อง
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยต่อเนื่องพื้นที่ชุมชนและการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละ 90 ผู้ป่วย **Intermediate care** ในจังหวัดที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน **Barthel index = 20** ก่อนครบ 6 เดือน
2. ร้อยละการ **Refer Back** เพื่อรับบริการ **IMC bed/ward $\geq 20\%$**

OKR1

พัฒนาระบบศูนย์ประสานข้อมูลและพัฒนาระบบต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ

OKR2

พัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายบริหารสุขภาพ เชื่อมโยงการบริหารในชุมชน

เป้าหมาย เพิ่มการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วย IMC ดูแลแบบต่อเนื่อง เพื่อให้อัตราตายลดลง

สสจ.

1. ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล การพัฒนาระบบบริการ ไตรมาส ละ 1 ครั้ง
2. ประชุมวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร 5 ปี
3. จัดทำโครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย IMC จังหวัดอ่างทอง
4. กำกับติดตามระบบส่งต่อและประชาสัมพันธ์
5. จัดเวทีคืนข้อมูลและปัญหาอุปสรรคการดูแลให้ภาคีเครือข่ายทราบ

รพท. / รพช.

1. ประชุมคณะกรรมการ SP IMC วางแผนพัฒนา
2. จัดระบบบริการผู้ป่วย IMC ตามมาตรฐาน และรายงานผล
3. ส่งผู้ป่วย รพช. จัดบริการผู้ป่วยต่อเนื่องชุมชน ส่งกลับ รพ.สต.ดูแลจนครบ 6 เดือน (BI = 20)
4. ติดตามดูแลผู้ป่วย IMC ของ อสม. นักบริหาร
5. สนับสนุนการสร้างระบบประสานงานส่งต่อ PCU NPCU และประชาสัมพันธ์

เพิ่มการเข้าถึงบริการ
ผู้ป่วย IMC ดูแล
แบบต่อเนื่อง

PCU/ NPCU(สอน./รพ.สต.)

1. พัฒนาศักยภาพศูนย์ร่วมสุขและชุมชน ร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. วางแผนจัดบริการผู้ป่วยร่วมกับรพ.แม่ข่าย
3. ติดตามความก้าวหน้า ทบทวน การจัดบริการตามแผน
4. รายงานผลการบริหารผู้ป่วยในโปรแกรม Smart COC Line Group

สสอ.

1. ขับเคลื่อน ขยายเครือข่าย การดำเนินงานศูนย์ร่วมสุข ให้เป็นศูนย์ประสานบริการการดูแลในชุมชนต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วย IMC ที่บ้าน หรือ รพ.สต.
2. พัฒนา/ติดตาม รวบรวมรายงานผลการจัดระบบบริการผู้ป่วย IMC ส่งกลับในชุมชน ส่ง สสจ./รพ.อ่างทอง เดือนละ 1 ครั้ง

เป้าหมาย ภาคิเครือข่ายมีส่วนร่วมของการดำเนินงาน

อบจ.

- 1.ดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดอย่างต่อเนื่อง(การประชุม ติดตามความก้าวหน้าสรุปผลการดำเนินงาน)
- 2 สนับสนุนงบประมาณโครงการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย IMC
3. สนับสนุนงบประมาณเพื่อการดูแลสภาพที่บ้านผู้ป่วยให้เหมาะสม

พม. ผู้นำชุมชน

1. สนับสนุน การดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วย IMC ในพื้นที่
2. ผู้นำชุมชนใช้พลังองค์กรชุมชนบูรณาการทรัพยากร (คน/เงิน/ของ) หน่วยงานเกี่ยวข้อง ในการดูแลกลุ่มเปราะบางร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพ
- 3.สนับสนุน ประสานแจ้งข้อมูลผู้ป่วย IMC นอกกระบวนการให้บริการดูแลอย่างทั่วถึง

ภาคิเครือข่ายมีส่วนร่วม
ของการดำเนินงาน

อปท.

- 1.กองทุนตำบลสนับสนุนบูรณาการทรัพยากร (คน/เงิน/ของ) และหน่วยงานเกี่ยวข้อง ในการดูแลกลุ่มเปราะบางร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพ
2. ให้ความอนุเคราะห์ รับ-ส่งผู้ป่วย IMC เพื่อมาเข้ารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน และปรับสภาพแวดล้อมผู้ป่วยที่เหมาะสม
3. มีส่วนร่วมในการพิจารณาการปรับสภาพบ้าน การจัดจ้างนักบริบาลชุมชนเพื่อเฝ้าต่อการฟื้นฟูฯ และมีส่วนร่วมในการจ้างนักกายภาพบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

ภาคิเครือข่ายระบบสุขภาพ (CG อสม.นักฟื้นฟู ผู้ดูแล)

- 1.ขยายเครือข่ายพัฒนาศักยภาพเพื่อติดตามให้บริการดูแล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย IMC เบื้องต้น ภายใต้การกำกับของนักกายภาพบำบัดเครือข่ายสุขภาพ และรพ.สต.
2. ร่วมสะท้อนข้อมูลการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ให้แก่เครือข่ายประชาสังคม เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริหาร

OKR1 :พัฒนาระบบศูนย์ประสานข้อมูลและพัฒนาระบบต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ

1 หน่วยบริการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาภายในกำหนด ≥ 95

2 เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยIMCส่งกลับ (refer back) เพื่อรักษาต่อเนื่องที่ รพช. ≥ 20

พัฒนาศักยภาพต้นแบบศูนย์ฟื้นฟูชุมชนต่อเนื่องจำนวน 7 แห่ง

OKR2 : พัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายบริหารสุขภาพ เชื่อมโยงการบริหารในชุมชน

1. พัฒนาศักยภาพส่งทีมสหสาขาวิชาชีพ สาขาต่างๆ เข้ารับการอบรมดูแลผู้ป่วยIMCตามนโยบายเขตสุขภาพ เป้าหมาย ≥ 80

2 พัฒนาการจัดบริการนักฟื้นฟูชุมชน(อสม. นักฟื้นฟู) 5 คน/ 1ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน ของ PCU/NPCU

Small Success

ผลงานความสำเร็จ	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
1. บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ได้รับการอบรม		บุคลากรได้รับการอบรมเฉพาะทาง IMC 4 เดือน (พยาบาลวิชาชีพ 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน)		จัดการอบรมพัฒนาศักยภาพนักฟื้นฟู ชุมชน ของจังหวัดอ่างทอง
2. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดอ่างทอง	ประชุมจัดทำแผนการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567	ดำเนินการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดอ่างทอง	ทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอ่างทอง ดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดอ่างทอง	สรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดอ่างทอง
3. ผู้ป่วย Intermediate care ในจังหวัดที่ได้รับการบริหาร ฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (เป้าหมาย 90)	30%	60%	90%	100%
4. ร้อยละการ Refer Back เพื่อรับบริการ IMC bed/ward \geq 20%	10%	15%	20%	25%

ประเด็น การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานผ่าน
การรับรอง HA

สถานการณ์ / แนวโน้มสถานการณ์

1. รพท.อ่างทอง ได้รับการรับรอง HA ชั้นที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 100

2. รพช. 4 แห่งได้รับการรับรอง HA ชั้นที่ 3 จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ รพ.ป่าโมก รพ.ไชโย และ รพ.วิเศษชัยชาญ คิดเป็นร้อยละ 66.66

เนื่องจากสถานการณ์โควิด และปัญหาความไม่พร้อมของโรงพยาบาล ทำให้ไม่ได้ยื่นขอรับการประเมินซ้ำ (Re-accredit) ทำให้โรงพยาบาลที่หมดอายุการรับรองคือ โรงพยาบาลโพธิ์ทอง โรงพยาบาลสามโก้ ทรวงสาธารณสุขใช้มาตรฐาน HA ในการประเมินการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลทั้งองค์กรทั้งด้านการบริหารโรงพยาบาลการจัดการระบบงานสำคัญ กระบวนการดูแลผู้ป่วย รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยมีกลไกการประเมินเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในโรงพยาบาล และยังเป็นเครื่องมือช่วยให้อำนวยบริการประเมินตนเองตามระบบงานที่วางไว้ นั้น มีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ การนำวงล้อ PDCA มาพัฒนาให้มีระบบการบริการที่มีคุณภาพสามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการขอประเมินรับรองซ้ำ จึงต้องพัฒนาคุณภาพมาตรฐานให้ผ่านการรับรอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

โรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน
อ่างทอง	ชั้นที่ 3 (r2)
โพธิ์ทอง	ชั้นที่ 3 (r1e)
วิเศษชัยชาญ	ชั้นที่ r3
ป่าโมก	ชั้นที่ r1
แสวงหา	ชั้นที่ r1
ไชโย	ชั้นที่ r1
สามโก้	ชั้นที่ 3e

เป้าประสงค์

ยกระดับพัฒนาและเพิ่มความครอบคลุมสถานพยาบาลพัฒนาผ่านการประเมินรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและความปลอดภัย จากสถานพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA

ตัวชี้วัด :

- 1. รพท. ผ่านเกณฑ์ชั้น 3 ร้อยละ 100 (1แห่ง)
- 2. รพช. ผ่าน HA ชั้น 3 ร้อยละ 92

มาตรการ

มาตรการที่1 จัดให้มีกลไกการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด

มาตรการที่ 2 สนับสนุนโรงพยาบาลในการจัดกิจกรรมพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรม

- 1. ตั้งคณะพัฒนาคุณภาพ รพ. QLN ทุกแห่งในจังหวัด
- 2. สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการพัฒนาคุณภาพระหว่าง รพ. ในจังหวัด และคณะทีมที่ปรึกษาเครือข่ายระดับเขต
- 3. กำกับติดตามความก้าวหน้าและรายงานผลการปฏิบัติงานรายไตรมาส

- 1. สนับสนุนและส่งเสริมให้ รพ.ประเมินตนเองตามมาตรฐานใหม่
- 2. สนับสนุน รพ.ให้มีการนำเนินการตามแนวทาง 3Psafety
- 3. สนับสนุนให้ รพ.มีการ Internal survey โดยทีมคุณภาพ รพ.
- 4. สนับสนุนให้ทีมนำคุณภาพ รพ.เข้ารับการพัฒนาศักยภาพความรู้ใหม่

Small Success

ไตรมาส 1

ระดับความสำเร็จ

- 1. คณะเครือข่ายพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัดอ่างทอง Quality Learning Network : QLN). มีแผนพัฒนาคุณภาพ รพ. อ่างทองคุณภาพ ชั้น 3ประเด็นสำคัญในการปรับปรุงมาตรฐานฉบับที่ 5 จังหวัด อ่างทอง จำนวน 2 แห่ง
- 2. ดำเนินการพัฒนาตามแผนงานและกระบวนการและกำหนดแผนและขอรับการเข้าเยี่ยมชมสำรวจ

ไตรมาส 2

- 1.รพ. อ่างทองคุณภาพ ชั้น 3 ได้รับการเข้าเยี่ยมชมไตรมาส2จำนวน 1 แห่ง
- 2. รพ. อ่างทองคุณภาพ ชั้น 3 ที่ได้รับการเข้าเยี่ยมไตรมาส 2 ส่งรายงานการแก้ไขให้ สรพ.
- 3. . รพ. อ่างทองคุณภาพ ชั้น 3 ทบทวนและดำเนินการการเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะการรับเยี่ยมชมสำรวจ

ไตรมาส 3

- 1.รพ. อ่างทองคุณภาพ ชั้น 3 ได้รับการเข้าเยี่ยมชมไตรมาส 3 ส่ง จำนวน 1 แห่ง
- รพ. อ่างทองคุณภาพ ชั้น 3 ที่ได้รับการเข้าเยี่ยมไตรมาส 3 ส่งรายงานตามข้อเสนอแนะของ สรพ.

ไตรมาส 4

- 1.รพ.ช.เป้าหมายผ่านการรับรอง HA ชั้นที่ 3 จำนวน 1 แห่ง
- 2. รพ.ช.ที่ได้รับการเข้าเยี่ยมไตรมาส 3 ส่งรายงานการแก้ไขให้ สรพ.

แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาล
และองค์กรคุณภาพ
ประเด็น การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ
ภาครัฐ (PMQA)

วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562(Public Sector Management Quality Award: PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กรหมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการในปี 2564- 2566 เป้าหมายการดำเนินงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7 แห่ง รวม 8 แห่ง

ตัวชี้วัด :

ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด




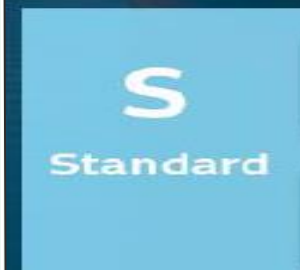


มาตรการ/โครงการ /	กิจกรรมดำเนินงาน		
กิจกรรมหลัก	สสจ.	สสอ.	รพท./รพช./ รพ.สต.
ขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ให้ได้มาตรฐาน	๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี ๒. ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) ๓. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน ๔. กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อ ครบ ๑๘ ข้อ ๗. ดำเนินการแผนพัฒนาองค์การ	๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี ๒. ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) ๓. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน ๔. กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อ ครบ ๑๘ ข้อ ๕. ดำเนินการแผนพัฒนาองค์การ	---
	๑. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การและผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๓,๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด ๒. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย ๑ เรื่อง	๑. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การและผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๓,๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด ๒. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย ๑ เรื่อง	

นโยบาย กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ข้อ 5	สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร เน้นกระบวนการพัฒนาทักษะการสื่อสาร บุคลากรทีมทำงานใน "โครงการ Care D+ ในธีม Care for life Share for Love" กลุ่มเป้าหมาย (สสจ. รพ. PCU พยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะระบบบริการผู้ป่วยนอกในจังหวัดอ่างทอง
	อบรมให้ความรู้ เทคนิคการสื่อสารสมัยใหม่ เป็นการ Upskill และ Re-skill นักประชาสัมพันธ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และ หน่วยบริการปฐมภูมิ (เชื่อมโยงการขับเคลื่อนงาน HL ปี 2567) เพื่อลดปัญหาความขัดแย้ง สร้างความอุ่นใจ ความเชื่อมั่น ให้กับญาติ ผู้ป่วย
ข้อ 8	สถานชีวาภิบาล จัดตั้งเป้าหมายรพท. 1 แห่ง (รพ.อ่างทอง) จัดตั้ง Hospital at home 1 แห่ง (รพ.อ่างทอง) หมายเหตุ รพช. (รพช. 6 แห่ง ดำเนินการ ตามแนวทาง Home Ward) แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ผู้ป่วยติดเตียง ดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลแม่ข่ายดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือ ผ่านระบบทางไกล เชื่อมโยง ญาติ ระบบส่งต่อผู้ป่วย และระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ จัดตั้ง ทุก รพ. ดำเนินการแล้ว พัฒนาช่องทางด่วนการช่วยเหลือหกล้ม(กำไลอัจฉริยะ เชื่อมโยง ระบบส่งต่อผู้ป่วย และระบบการแพทย์ฉุกเฉิน) และ Map บ้าน ผู้สูงอายุ
ข้อ 9	พัฒนาศักยภาพ รพช. แม่ข่าย ตรวจที่มีความซับซ้อนCT(Computed Tomography) /MRI (Magnetic Resonance Imaging) MRI : รพ.อ่างทอง CT : รพ.อ่างทอง .โพธิ์ทอง และ รพ.วิเศษชัยชาญ (วางรากฐาน รายงานข้อมูล และจัดทำแผนพัฒนา 5 ปี) พัฒนาศักยภาพ Lab รองรับบริการตรวจเลือด ใกล้เคียงบ้าน 1 จังหวัด 1 รพ. (รพ. อ่างทองนำร่อง และ รพช.ทุกแห่งดำเนินการแล้ว)

การปรับยกระดับระบบบริการสุข ตามนโยบาย **SAP (Standard Academy Premium)**
 “เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน เพิ่มศักยภาพบริการ ตามบริบท และความต้องการของ
 ประชาชน และความพร้อมของพื้นที่” (ประชุมทำแผน 3 ปี ให้เสร็จภายใน 30 พฤศจิกายน 2566)

หน่วยบริการ	ระดับ (SAP)	Level	Service	Academic
รพท. อ่างทอง (S : 324 เตียง)	A+		สาขาอายุรกรรม : OPD/IPD สาขาไต : บริการฟอกไต/ Node-CAPD (Continuous ambulatory) peritoneal 	
รพ.ช (F1 F2 และ F3)	S		สาขาอายุรกรรม : OPD/IPD สาขาไต : บริการฟอกไต/ Node-CAPD 	

นโยบาย สำนักงานเขตสุขภาพ ที่ 4 ปีงบประมาณ 2567

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ภารกิจสนับสนุนการขับเคลื่อนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2567



การขับเคลื่อน Health Literacy Organization (HLO) เขตสุขภาพที่ 4

พื้นที่นำร่อง CPPO : องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLC) แยกรายจังหวัด

จังหวัด	อำนาจนำร่อง	หน่วยบริการสาธารณสุข ขับเคลื่อนเป็น HLO				รวม HLO	Setting ขับเคลื่อนเป็น HLC			รวม HLC
		สสจ./สสอ.	รพศ./รพท.	รพช.	สอน./รพ.สต.		ตลาดประเภท 1	ชมรม ผ.สอ.	โรงงาน	
1. สระบุรี	อ. วิหารแดง	1	-	1	7	9	5	7	1	13
2. ลพบุรี	อ.ชัยบาดาล	1	-	1	20	22	4	6	2	12
3. สิงห์บุรี	อ. บางระจัน	1	-	1	8	10	2	3	1	6
4. นครนายก	อ. เมือง	2	1	-	19	22	2	2	2	6
5. ปทุมธานี	อ. ลาดหลุมแก้ว	1	1	1	11	14	8	6	1	15
6. นนทบุรี	อ.ไทรน้อย	1	-	1	11	13	9	6	2	17
7. อ่างทอง	อ.โพธิ์ทอง	1	-	1	13	15	2	4	1	7
8. พระนครศรีอยุธยา	อ.เสนา	1	1	-	17	19	5	17	2	24
รวมทั้งหมด		9	3	6	106	124	37	51	12	100

- หมายเหตุ : 1. จังหวัดที่ขับเคลื่อนหน่วยบริการสาธารณสุขทุกอำเภอ ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี (จำนวน 39 แห่ง ประกอบด้วย รพช. 3 แห่ง, สสอ. 4 แห่ง, รพ.สต. 33 แห่ง)
จังหวัดปทุมธานี (จำนวน 93 แห่ง ประกอบด้วย รพท. 1 แห่ง, รพช. 7 แห่ง, สสอ. 7 แห่ง, รพ.สต./สพ.สอน./เทศบาล 78 แห่ง)
2. จังหวัดอ่างทอง เพิ่มขับเคลื่อนในหน่วยบริการสาธารณสุข อำเภอบางโพธิ์ทองและแสวงหา (จำนวน 24 แห่ง ประกอบด้วย รพช. 2 แห่ง, สสอ. 2 แห่ง, รพ.สต. 20 แห่ง)
3. จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ขับเคลื่อนในโรงพยาบาลเสนา ทุกแผนก จำนวน 16 หน่วยบริการในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะและโอกาสในการพัฒนา

1. สร้างทีม Expert HL จังหวัด เขตสุขภาพ
2. ขยายผลการดำเนินงาน HLO คู่เครือข่ายในพื้นที่ เช่น เทศบาล สถานประกอบการ ชุมชน
3. ขับเคลื่อน HL ใน HLO ประเด็นที่สอดคล้องกับปัญหาในเขตสุขภาพและพื้นที่ เช่น ST SM

ปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

1. ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ สนับสนุนการดำเนินงาน HLO และมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน HLO ในระดับเขต ระดับจังหวัด
2. มีหน่วยงานรับผิดชอบหลักชัดเจน
3. มีภาคีเครือข่าย บุคคลต้นแบบ รวมทั้งต้นทางสังคมที่ดี ได้รับความร่วมมือในพื้นที่เป็นอย่างดี
4. มีงบประมาณในการดำเนินงานให้กับจังหวัดในการขับเคลื่อนงาน (ได้รับสนับสนุนจากเขตสุขภาพ)
5. มีการปรับใช้กระบวนการต่างๆ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานกับภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วน ในการดูแลสุขภาพประชาชน (เวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้)
6. มีการกำกับติดตาม/ เชื่อมเสริมพลังอย่างต่อเนื่องทำให้เข้าใจในขั้นตอนการดำเนินงาน

ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน

1. การประสานงาน คร่อมสายงาน ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากเป็นการบูรณาการร่วมกับ พคบ. งานส่งเสริมสุขภาพ และงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เจ้าหน้าที่ซึ่งเข้าใจในการขับเคลื่อนงานไม่ชัดเจน ทำให้ขาดความมั่นใจในการขับเคลื่อนงาน เป็นที่ปรึกษา และให้ข้อเสนอแนะในพื้นที่
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องใช้เวลาและกำลังเป็นอย่างมาก อาจทำให้กลุ่มเป้าหมายบางคนไม่สามารถบรรลุตามผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ได้

ความต้องการการสนับสนุนจากเขตสุขภาพที่ 4

1. พัฒนาคณะ HL Coach จังหวัดให้เข้มแข็ง ให้มีองค์ความรู้ในการดำเนินงาน HLO รวมทั้งมีทักษะในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
2. เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ HL Forum ในเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อแลกเปลี่ยนการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค
3. สนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนงาน HLO, HL
4. การศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบอื่นๆ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงาน

กรอบแนวคิดการขับเคลื่อนงาน HL ปี 2567 เขตสุขภาพที่ 4

HLO, HLC ประเด็นส่งเสริมสุขภาพดี ป้องกันโรค NCDS ลด STROKE, STEMI

HLO

HLC

ระบบบริการสุขภาพส่งเสริมสุขภาพดีป้องกัน STROKE, STEMI

HLC ส่งเสริมสุขภาพดีทุกช่วงวัยป้องกัน STROKE, STEMI

SETTING



HLO ในหน่วยบริการสาธารณสุข
ประเด็นส่งเสริมสุขภาพดี
ป้องกัน NCDS,ST,SM

HL WELL CHILD
สร้าง HLเด็กดี แข็งแรง
ห่างไกล NCDS,ST,SM
กลุ่มงานส่งเสริมฯ

HL เด็กแข็งแรง
สูงดีสมส่วน
ห่างไกล NCDS,ST,SM
กลุ่มงานส่งเสริมฯ

HL วัยทำงานสุขภาพดี
BMI ปกติ
ลด NCDS,ST,SM
กลุ่มงานส่งเสริมฯ/สว.

HL สูงอายุ
สุขภาพดี ไม่ล้ม
ลด NCDS,ST,SM
กลุ่มงานส่งเสริมฯ

เมืองสุขภาพดี
ป้องกัน NCDS, ST,SM
กลุ่มงานส่งเสริมฯ/สว.

ผู้รับผิดชอบหลัก
HL COACH

GOAL

HLO ในสว. ทุกระดับ
รวม 70 อำเภอ

ศพด.ต้นแบบสร้างรอบรู้ฯ
จังหวัดละ 1 แห่ง
รวม 8 แห่ง

โรงเรียนต้นแบบรอบรู้ฯ
จังหวัดละ 7 แห่ง
รวม 56 แห่ง

สถานประกอบการรอบรู้ฯ
จังหวัดละ 3 แห่ง
รวม 24 แห่ง

ชมรมผู้สูงอายุ
ตำบลละ 1 แห่ง
รวม 713 แห่ง

จังหวัดละ 2 อปท.
รวม 16 แห่ง

PROCESS

เครื่องมือ

- คู่มือ/แนวทางขับเคลื่อนHLO,HLC , HL COACH
- หลักสูตรความรู้รอบรู้/เครื่องมือ/แบบประเมิน
- ระบบบันทึกข้อมูลระบบสาสุข อุ่นใจ ๒๐๒๔

กิจกรรม HLO
สาสุขอุ่นใจ

V-SHAPE,13 ขั้นตอน HL

กิจกรรม HL อุ่นใจ
HL WELL CHILD

V-SHAPE,13 ขั้นตอน HL

กิจกรรม HL อุ่นใจ
12 สัปดาห์ 7 การกิจ
โตดีสมส่วน

V-SHAPE,13 ขั้นตอน HL

กิจกรรม HL อุ่นใจ
12 สัปดาห์ 12 การกิจ
ขยับดี กินสมดุ

V-SHAPE,13 ขั้นตอน HL

กิจกรรม HL อุ่นใจ
12 สัปดาห์
สูงอายุ สุขภาพดี ไม่ล้ม

V-SHAPE,13 ขั้นตอน HL

กิจกรรม HL สาสุขอุ่นใจ
เมืองสุขภาพดี

V-SHAPE,13 ขั้นตอน HL

OUTPUT

✓ ต้นแบบหน่วยบริการสาธารณสุข
HLO ประเด็นส่งเสริมสุขภาพดี
ป้องกัน ST,SM
จำนวน 70 แห่ง

✓ ต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
รอบรู้ด้านสุขภาพ 8 แห่ง
✓ พัฒนาการเด็กสมวัยร้อยละ 86
(เดิมข้อมูลปี 66 อยู่ที่ 81.08%
ณ 20 กย 66)
✓ พัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
(เดิมข้อมูลปี 66 อยู่ที่ 59.37%
ณ 20 กย 66)

✓ ต้นแบบโรงเรียนรอบรู้ด้าน
สุขภาพ สูงดีสมส่วน 56 แห่ง
✓ เด็กวัยเรียน 6-14ปี สูงดี
สมส่วน ร้อยละ: 59
(เดิมข้อมูลปี 66 อยู่ที่ 51.51%
ณ 20 กย 66)

✓ ต้นแบบสถานประกอบการ
รอบรู้ด้านสุขภาพ 24 แห่ง
✓ วัยทำงาน 19-59 ปีดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 52
(เดิมข้อมูลปี 66 อยู่ที่ 47.01%
ณ 20 กย 66)

✓ ต้นแบบชมรมสูงอายุ
สุขภาพดี ไม่ล้ม ไม่ST,SM
70 แห่ง
✓ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการ
พลัดตกล้มลุดลง
(เดิมข้อมูลปี 66 อยู่ที่ 6.17%
ณ 20 กย 66)

✓ ต้นแบบชุมชนรอบรู้ด้าน
สุขภาพเป็นเมืองสุขภาพดี
จำนวน 16 แห่ง
(เดิมข้อมูลปี 66 อยู่ที่ 7 แห่ง
ณ 20 กย 66)

OUTCOME

อัตราป่วยรายใหม่ของ DM,HT ประชากรเขตสุขภาพที่ 4 ลดลง(จากข้อมูลปี 66 ณ 20 กย 66 พบรายใหม่ DM อยู่ที่ 578 รายต่อแสนปชก, HT 1,149 รายต่อแสนปชก.)
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิดร้อยละ 7 (จากข้อมูลปี 66 อยู่ที่ 13.1% ณ 20 กย 66)
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 9 ปีงบประมาณ 2566 (จากข้อมูลปี 66 อยู่ที่ 4.36% ณ 20 กย 66)

Thank

you

