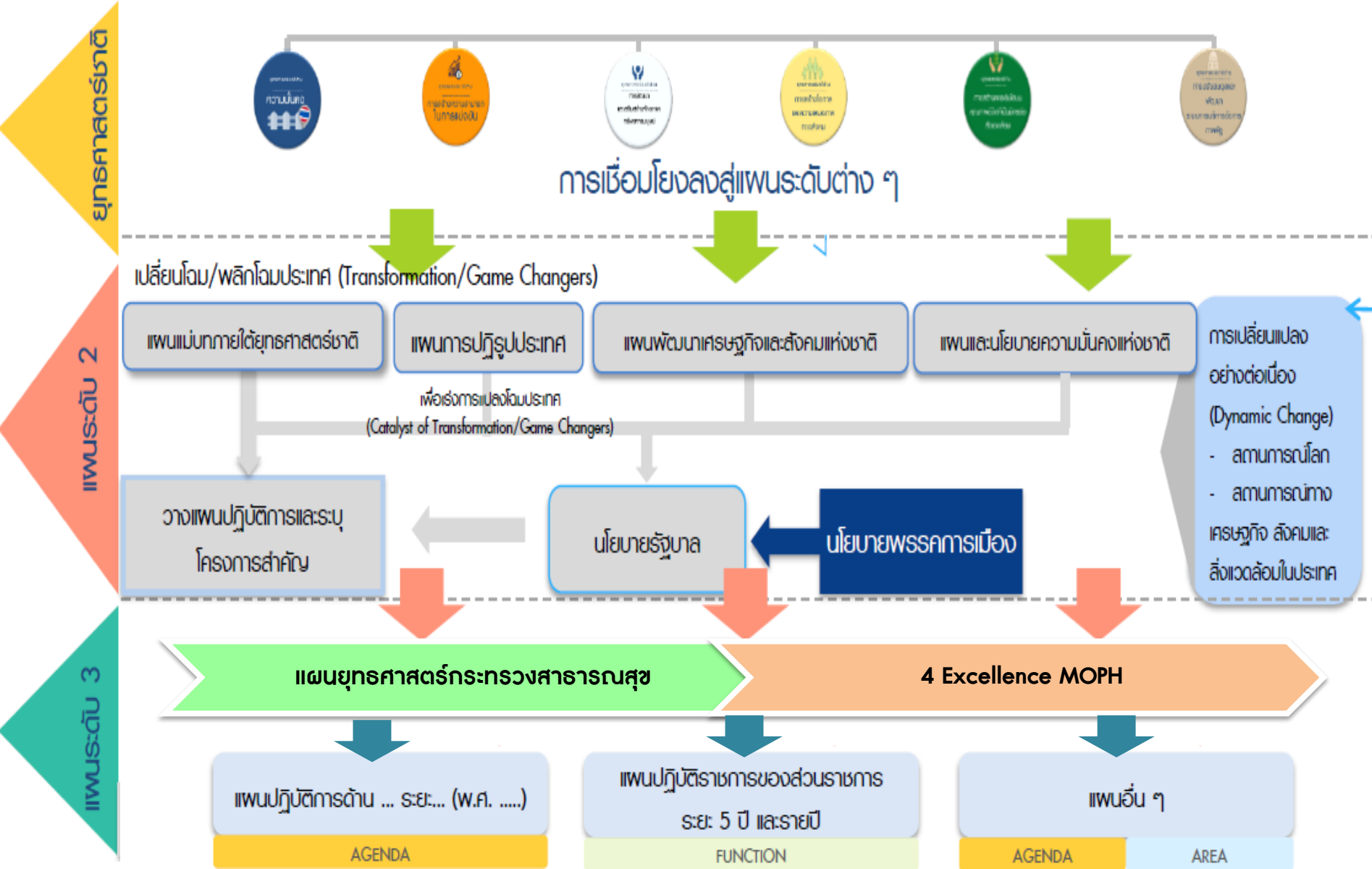
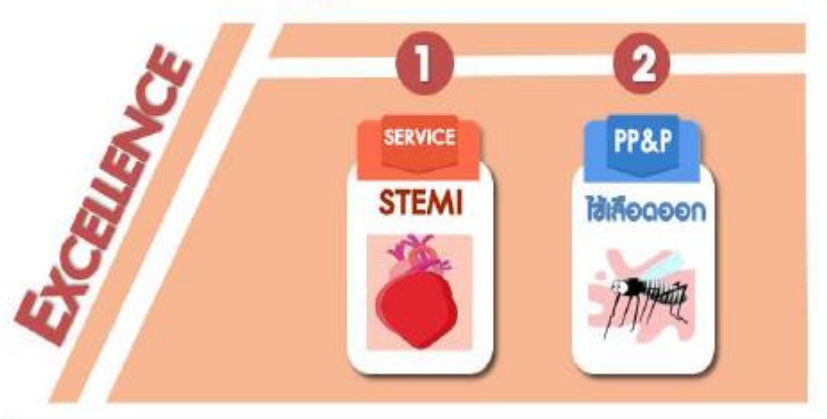




ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2562





PERFORMANCE **A**GREEMENT

R8WAY 9 MONTH 2019

PRESENTED BY...CIO R8WAY



สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ไตรมาส 3/2562 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8



ภาพรวมเขตฯ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน (เทียบกับเป้าหมาย 9 เดือน)
41 ตัวชี้วัด(ย่อย) (รวมนวัตกรรม เขตสุขภาพ)	32 (78.05%)	9 (21.95%)	1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 / การเกิดมีชีวิตแสดคน (ผลงาน = 27.50)
			2. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน - เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อร้อยละ 90 (ผลงาน = 87.39)
			3. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (%DTOR) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60 (ผลงาน = 46.36)
			4. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ - ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) $\geq$ ร้อยละ 82.5 (ผลงาน = 47.08) - อัตราการเสียชีวิต $\leq$ ร้อยละ 5 (ผลงาน = 6.26) - อัตราการขาดยาและเอนออกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0-90 (ผลงาน = 4.91)
			5. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 - โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 89 (ผลงาน = 78.21)
			6. มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป - รพช. ร้อยละ 55 (ผลงาน = 39.74) - รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 55 (ผลงาน = 41.30)



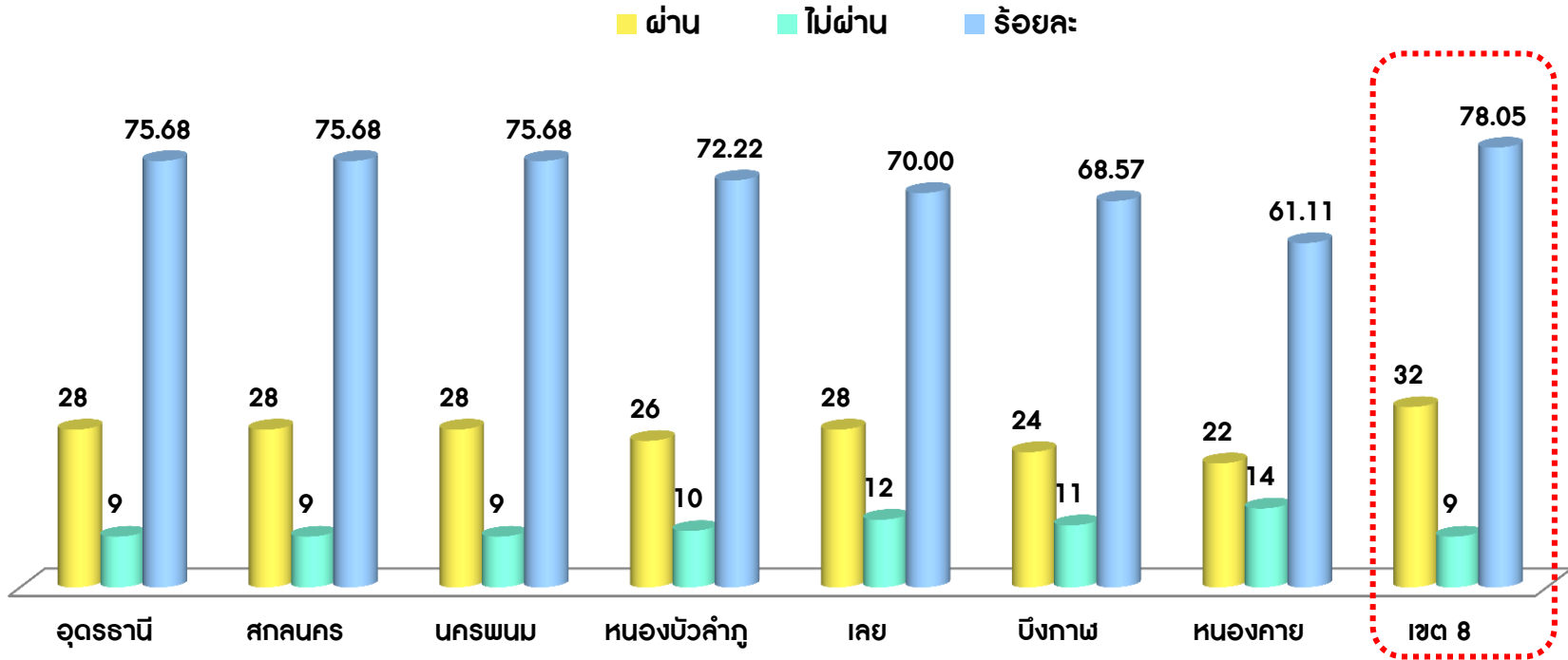
สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ไตรมาส 3/2562 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8



จังหวัด	ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ร้อยละ	ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน
อุดรธานี	37	28	9	75.68	1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 / การเกิดมีชีพแสนคน 2. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน 3. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป 4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (%DTOR) 5. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 6. อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired 7. ร้อยละของผู้ใช้และผู้สพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate) 8. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาล A, S, M1 9. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 10. รพช. และ รพ.สังกัดกรม มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป
สกลนคร	37	28	9	75.68	
นครพนม	37	28	9	75.68	
หนองบัวลำภู	36	26	10	72.22	
เลย	40	28	12	70.00	
บึงกาฬ	35	24	11	68.57	
หนองคาย	36	22	14	61.11	
หมายเหตุ : บางตัวชี้วัดไม่ได้ดำเนินการในทุกจังหวัด เพราะไม่ได้เป็นพื้นที่นำร่อง และไม่มียกุ่มเป้าหมายดำเนินการ (ตัวชี้วัดจึงไม่เท่ากัน)					



สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ไตรมาส 3/2562 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8





สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ไตรมาส 3/2562 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8



ตัวชี้วัดเป้าหมาย 9 เดือน	เขต 8	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	เลย	หนองคาย	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ
1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 /การเกิดมีชีวิตแรกคลอด	✗	×	✓	×	×	×	×	×
2. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน	✓	✓	×	×	×	×	✓	×
2.1 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 90	✓	✓	×	✓	×	✓	✓	✓
2.2 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้าร้อยละ 20	✓	✓	×	✓	×	✓	✓	✓
2.3 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อร้อยละ 90	✗	✓	×	✓	×	×	×	×
2.4 เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA 41 ร้อยละ 60	✓	✓	×	✓	×	✓	×	×
3. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนากุณภาพชีวิต (พชอ.) ที่มีคุณภาพ ร้อยละ 60	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 85	✓	×	✓	×	✓	×	✓	✓
5. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
- คลินิกหมอครอบครัวผ่านการรับรองของจังหวัด/เขต	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
- ขยายผลพื้นที่ต้นแบบเพิ่มเขตละ 1 แห่ง	✓	-	✓	-	-	-	-	-



สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ไตรมาส 3/2562 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8



ตัวชี้วัดเป้าหมาย 9 เดือน	เขต 8	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	เลย	หนองคาย	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ
6. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.1 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) น้อยกว่าร้อยละ 5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.2 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) น้อยกว่าร้อยละ 25	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.3 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) น้อยกว่าร้อยละ 7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	✓	✓	✓	✓	✓	×	✓	×
6.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (%DTN) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (%DTOR) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	✗	✓	×	×	×	×	×	×
7. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	✗	×	×	×	×	×	×	×
- ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ร้อยละ 82.5	✗	×	×	×	×	×	×	×
- อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 5	✗	×	×	×	✓	×	✓	✓
- อัตราการขาดยาและเอนออกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0	✗	×	×	×	×	×	×	×



สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ไตรมาส 3/2562 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8



ตัวชี้วัดเป้าหมาย 9 เดือน	เขต 8	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	เลย	หนองคาย	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ
8. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาสมเหตุผล (RDU) RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 90	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 15	✓	✓	✓	✓	×	✓	✓	✓
9. ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่าง บูรณาการ (AMR) อย่างบูรณาการ (intermediate)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10. อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acq uired น้อยกว่าร้อยละ 30	✓	✓	✓	✓	×	×	✓	✓
11. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตาม ดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year) ร้อยละ 20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	×
12. ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย จากการบำบัดรักษา (3 month remission rate) ร้อยละ 40	✓	✓	✓	✓	✓	×	×	✓
13. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงใน โรงพยาบาล A, S, M1 ร้อยละ 12	✓	✓	✓	✓	✓	×	×	✓
14. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ - มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization) -ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการดำเนินงานตามแผนฯ อย่างเป็นรูปธรรม	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓



สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ไตรมาส 3/2562 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8



ตัวชี้วัดเป้าหมาย 9 เดือน	เขต 8	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	เลย	หนองคาย	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ
16. ระดับความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. สอ.ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐที่ผ่านเกณฑ์กำหนด - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
17. ร้อยละของ รพ. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3 1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 99	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 89	✗	×	✓	×	×	×	✓	×
18. ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ดีดดาว 1. รพ.สต. ร้อยละ 100 (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. มีการประเมิน รพ.สต.ดีดดาว ในระดับอำเภอ จังหวัดและเขต	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
19. โรงพยาบาลภาครัฐสังกัด สป./กรมวิชาการ มีการดำเนินงาน เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 55 - รพศ./รพท. จังหวัด ละ 1 แห่ง	✓	×	×	✓	✓	✓	×	✓
- รพช.	✗	×	✓	×	✓	×	×	×
- รพ.สังกัดกรมวิชาการ	✗	×	-	✓	×	-	-	-
20. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 1. มีการนำ Application PCC ไปใช้กับทีม PCC ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของสำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิในปี 2562 (ร้อยละ 50)	✓	-	-	-	✓	-	-	-
2. มีการติดตามผลการใช้ Application PCC	✓	-	-	-	✓	-	-	-
3. มีการรายงานผลการใช้ Application PCC พร้อมข้อเสนอแนะ: CIO สป.สธ.	✓	-	-	-	✓	-	-	-
21. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

1

อัตราส่วนการตายมารดา (ไม่เกิน 17 /แสนการเกิดมีชีพ)

R8WAY
MOPH

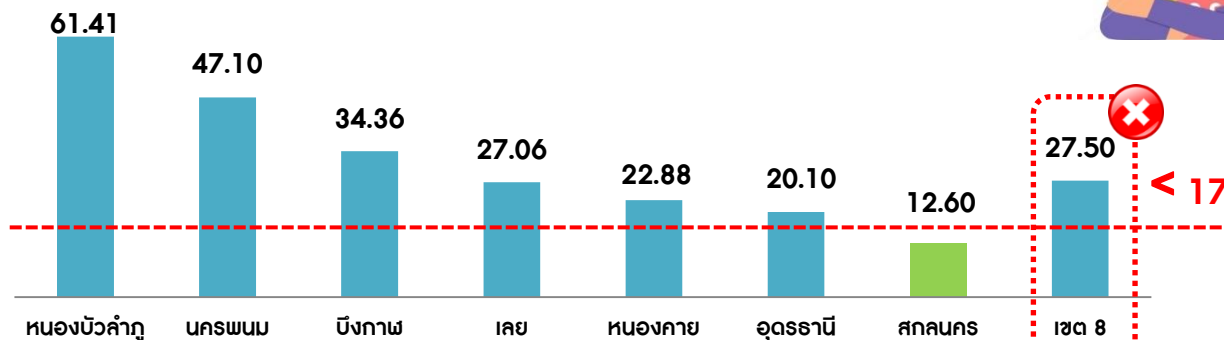
ผลงาน 10 เดือน = **27.50** /แสนการเกิดมีชีพ



เป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ 17

จำนวนมารดาเสียชีวิต **10** ราย

- Direct cause 6 ราย
- Indirect cause 4 ราย
- Near Miss 56 ราย

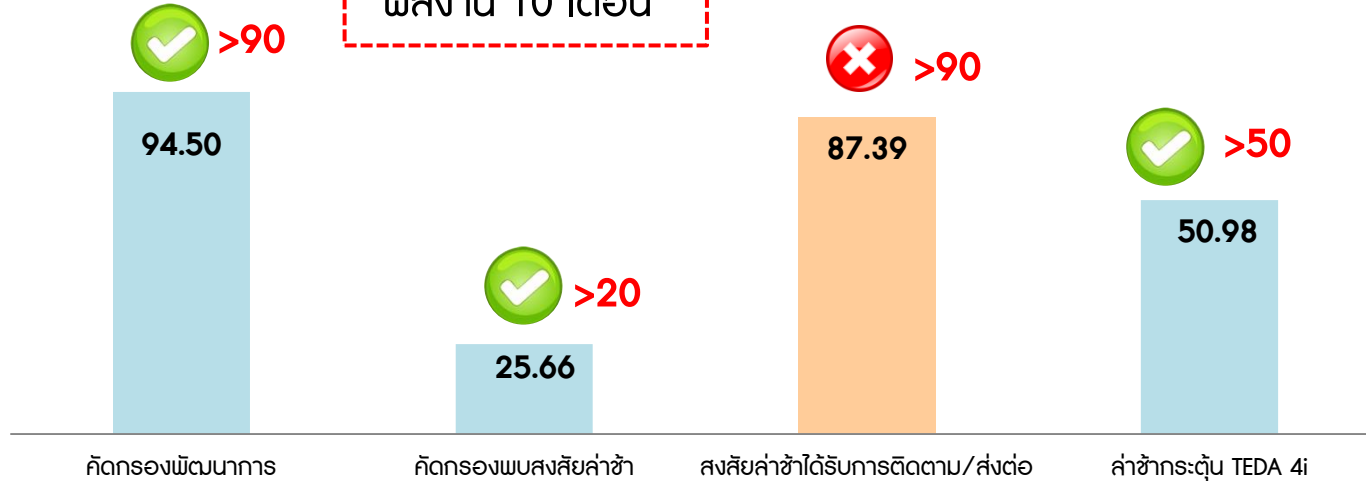


โอกาสในการพัฒนา

1. ขยายผลการใช้ R8 MCH Model และพัฒนาระบบฐานข้อมูล ANC Dashboard ให้เชื่อมโยงเครือข่ายภายในเขต
2. พัฒนาระบบข้อมูลกับระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย Dash Board มารดาตายจาก Indirect case ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. พัฒนาระบบการส่งต่อคุณภาพบูรณาการร่วมกับ Service plan สาขาอื่น (MED, ER,&EMS, LTC)



ผลงาน 10 เดือน

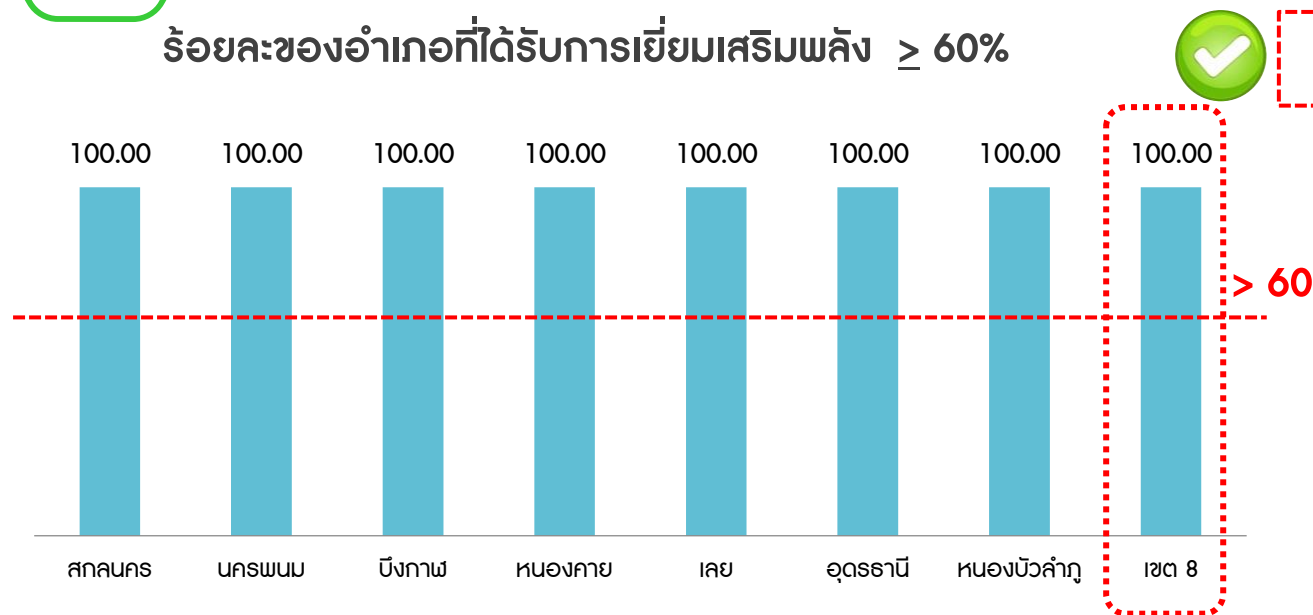


โอกาสในการพัฒนา

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรอบรม TEDA4i
2. พัฒนาศักยภาพ อสม. และเยาวชนประจำโซน ฝึกระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย
3. พัฒนาศักยภาพครูชั้นอนุบาล / ศพด. ตามมาตรฐานที่ 3 คุณภาพเด็กปฐมวัย
4. จัดสื่อวีดิทัศน์สอนการฝึกระวังพัฒนาการเด็กให้ผู้ปกครอง ในกลุ่มที่มีปัญหาด้านการอ่าน
5. แจกและสอนการใช้ DSPM ในโรงเรียนพ่อแม่ ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด

3

ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

R8WAY
HOPร้อยละของอำเภอที่ได้รับการเยี่ยมชมเสริมพลัง $\geq 60\%$ 

ผลงาน 10 เดือน

โอกาสพัฒนา

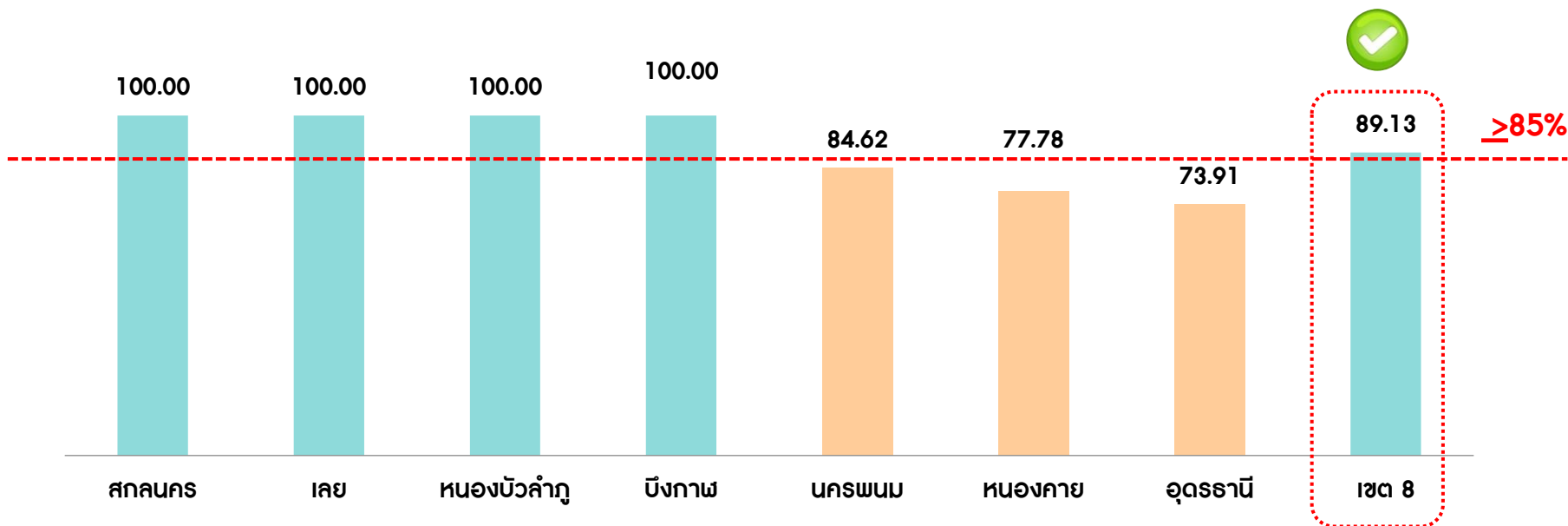
พัฒนาทักษะ กระบวนการทำความเข้าใจให้กับ Core Team ของ พชอ. ในเรื่องบทบาทหน้าที่กระบวนการดำเนินการ และกำกับติดตามอย่างเป็นรูปธรรม

เป้าหมาย 9 เดือน

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 85

เป้าหมาย 12 เดือน

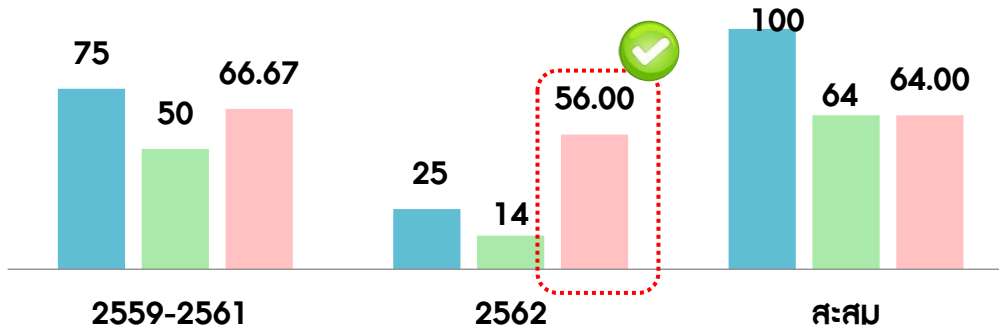
1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40
2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง



เกณฑ์ประเมินรอบ 9 เดือน : คลินิกหมอครอบครัวใหม่ผ่าน 3S (ร้อยละ 50)
: มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ PCC ต้นแบบ

การขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวใหม่ (ผ่าน 3S) เขตสุขภาพที่ 8

■ เป้าหมาย(ทีม) ■ ผลงาน(ทีม) ■ ร้อยละ



PCC ต้นแบบ
(สว่างแดนดิน)



มีการศึกษาดูงานฯ PCC ต้นแบบ ครบทุกจังหวัด

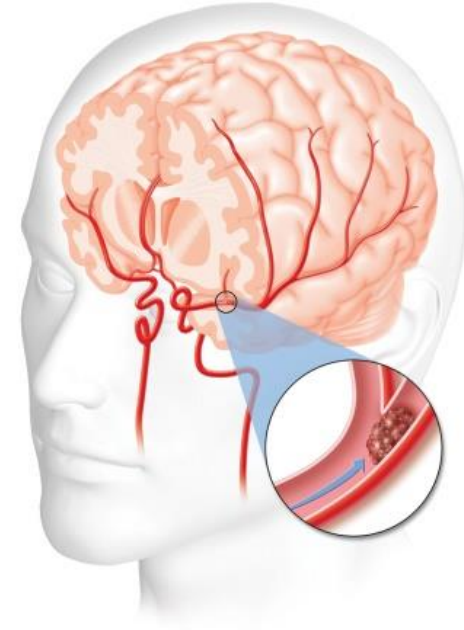
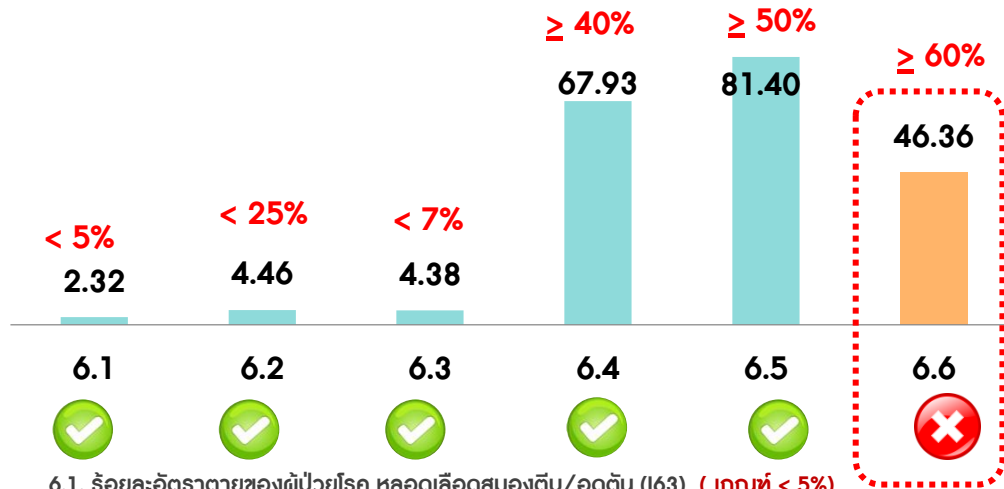
ผลงาน : เขตสุขภาพที่ 8 ขึ้นทะเบียน PCC ใหม่ เป้าหมาย 25 ทีม ผลงาน 14 ทีม (คิดเป็น 56%)



ข้อเสนอแนะ

สนับสนุนพื้นที่ที่มีแพทย์ผ่านการอบรม FM ที่ยังตกค้างอยู่ในเขต ให้สามารถเปิดบริการ PCC ได้จริง จากปัญหาทรัพยากรที่ขาดแคลน โดยพิจารณาสนับสนุนในภาพของเขต และจังหวัด ไม่ให้เป็นภาระการรับภาระของ รพ.แม่ข่ายเท่านั้น

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เขตสุขภาพที่ 8

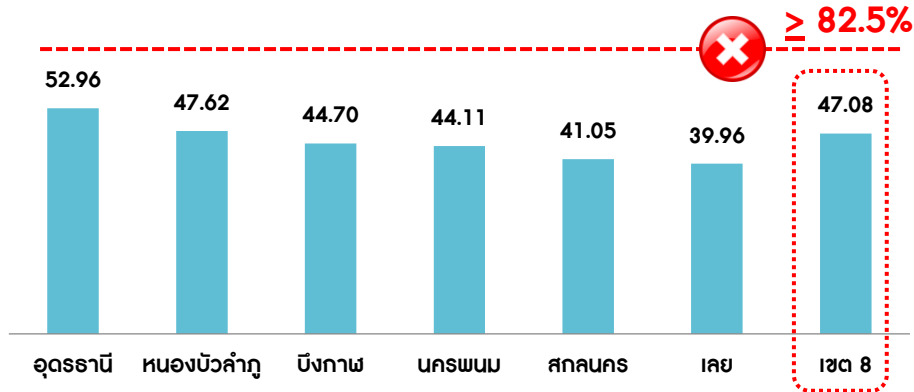


- 6.1. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองตับ/อุดต้น (I63) (เหนือ < 5%)
 6.2 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตก (I60-I62) (เหนือ < 25%)
 6.3 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) (เหนือ < 7%)
 6.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง
 ได้รับการรักษา ใน Stroke Unit (เหนือ ≥ 35%)
 6.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตับ/อุดต้นระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการ
 ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการ รักษาด้วยยาละลาย สัมเลือดทางหลอดเลือดดำ
 ภายใน 60 นาที (Door to needle time) (เหนือ ≥ 40%)
 6.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง
 ภายใน 90 นาที (Door to operation room time) (เหนือ ≥ 50%)

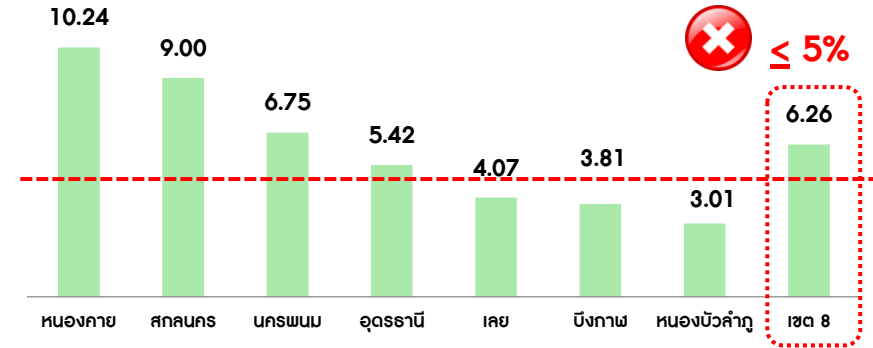
ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

1. พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูลทั้งเขตสุขภาพ
2. พัฒนาระบบการส่งต่อโดยการ จัด Zoning
3. การเข้าถึง Stroke Fast Track ของประชาชน
4. การพัฒนา Primary prevention ในบางพื้นที่

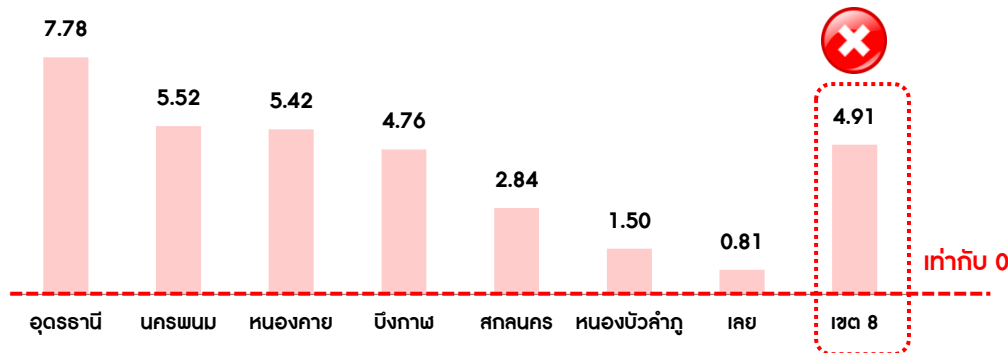
1. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่
และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

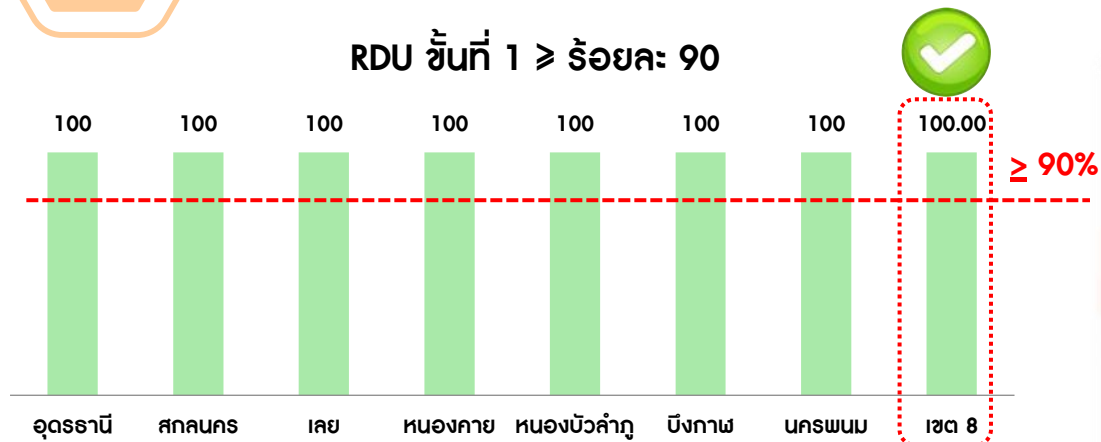
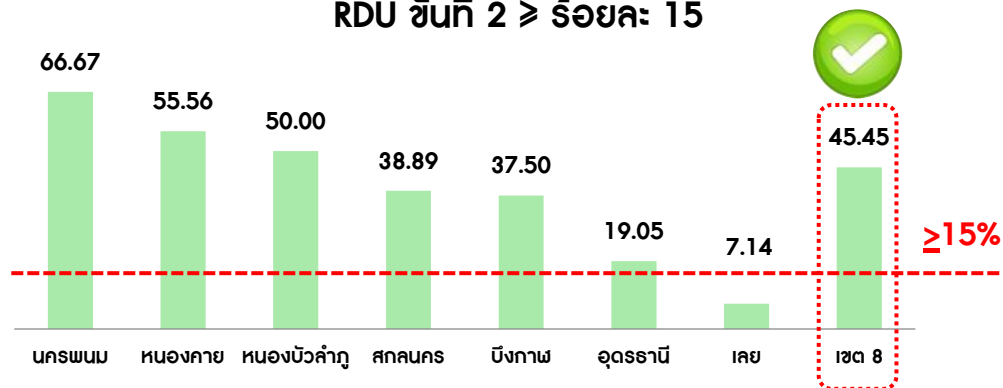


2. อัตราการเสียชีวิต $\leq 5\%$



3. อัตราการขาดยาและโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0



RDU ขั้นที่ 1 $\geq$ ร้อยละ 90RDU ขั้นที่ 2 $\geq$ ร้อยละ 15

ผลงาน 10 เดือน :

- RDU ขั้นที่ 1 = 100%
- RDU ขั้นที่ 2 = 45.45%

9

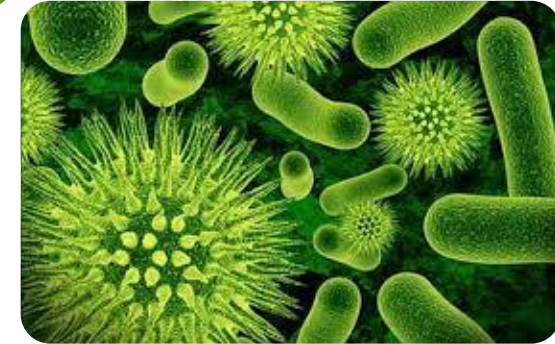
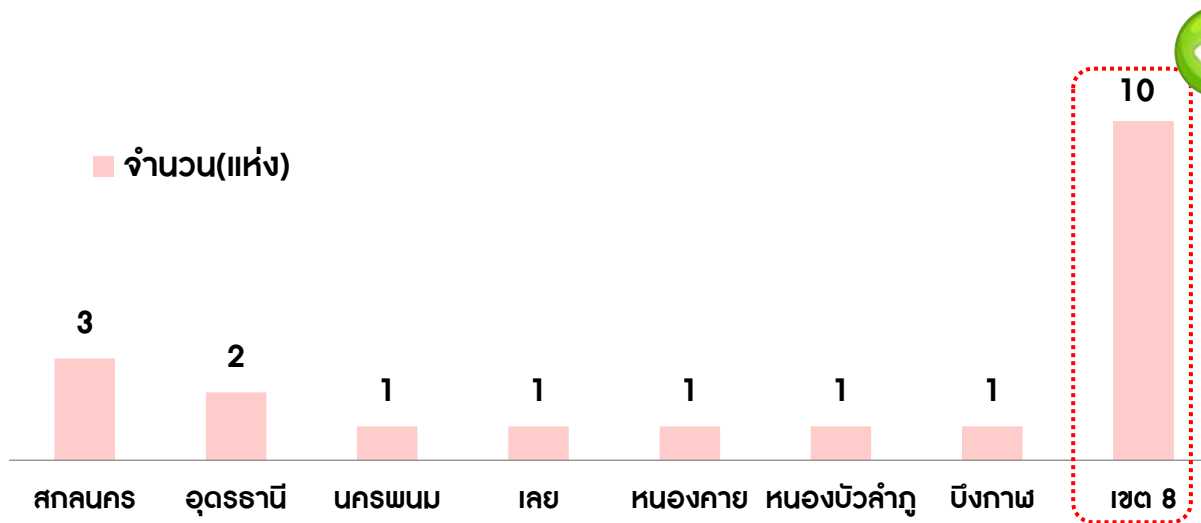
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

R8WAY
MOPH

ผลงาน 10 เดือน : ดำเนินการได้ครบทั้ง 10 แห่ง คิดเป็น 100%

(เกณฑ์ 2562 $\geq$ ร้อยละ 20)

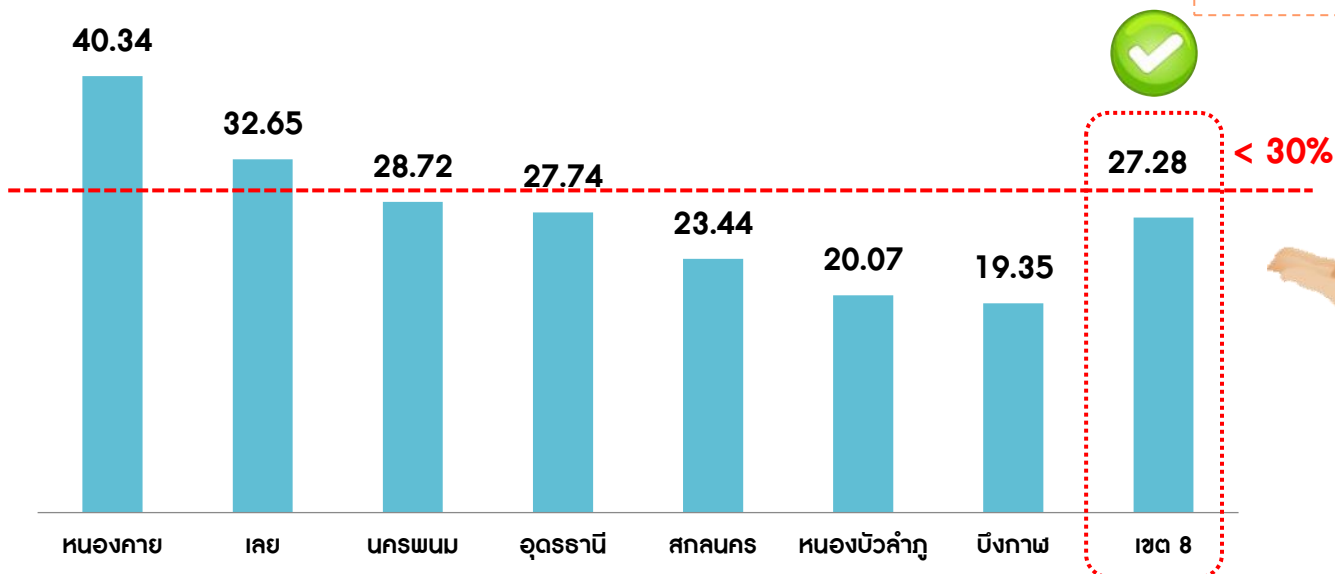
รพศ./รพท. ที่ผ่าน AMR ขึ้น Intermediate



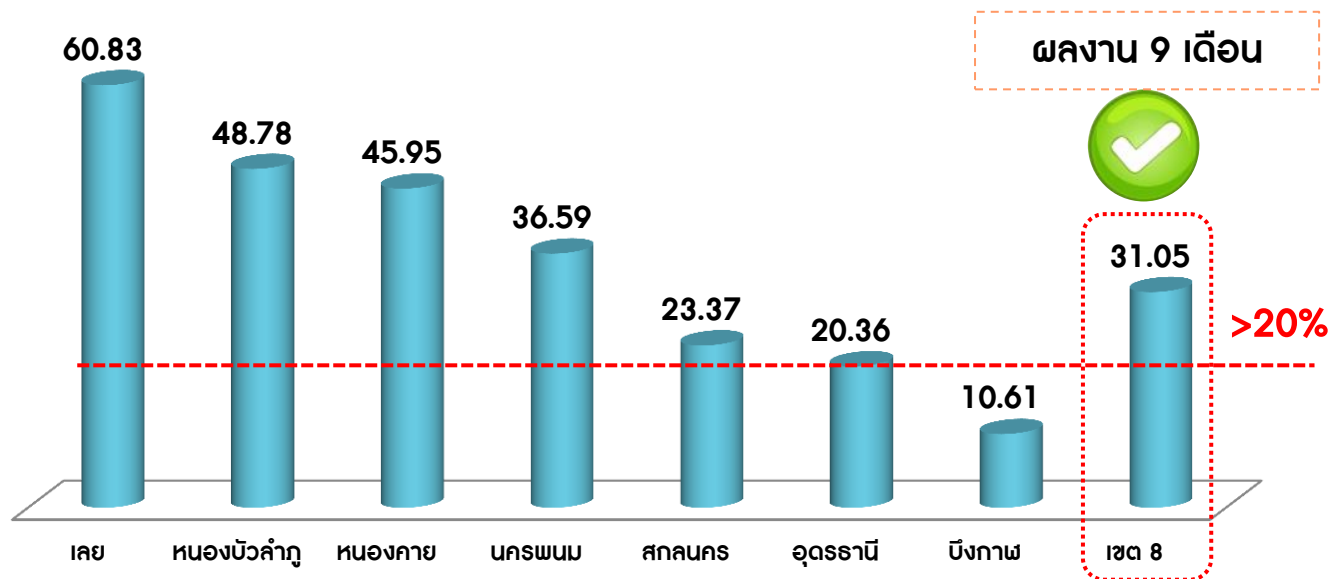
(เกณฑ์ < ร้อยละ 30)

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired
(น้อยกว่าร้อยละ 30)

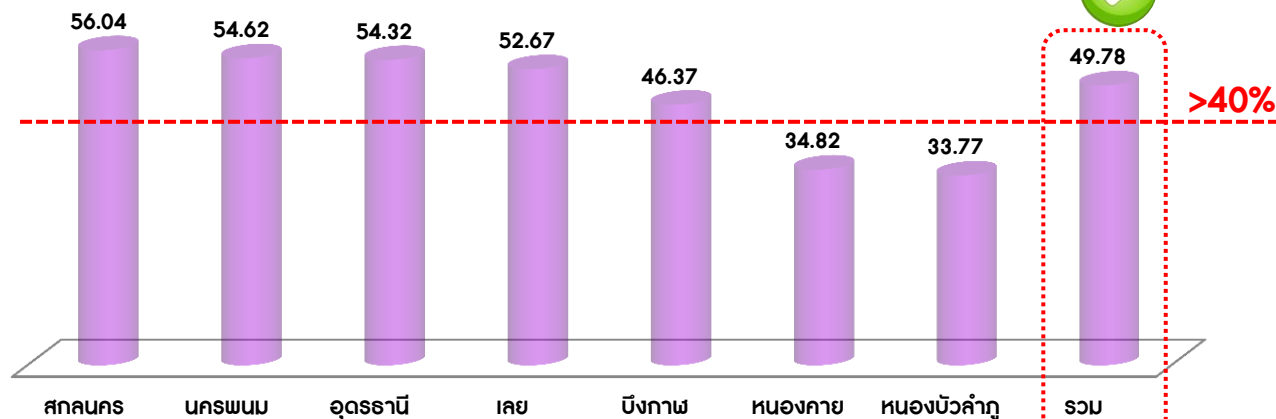
ผลงาน 10 เดือน



RETENTION RATE ร้อยละ 20%



REMISSION RATE ร้อยละ 40%



ที่มา : ข้อมูลจาก บสต. (Focal point ยาเสพติด) ณ 30 มิถุนายน 2562



ปัญหาอุปสรรค

1. ผู้ใช้ ยังสมัครใจเข้ารักษาน้อย เพราะมีปัญหาค่าใช้จ่าย สภาพแวดล้อมมีผลต่อการกลับไปเสพซ้ำ
2. หน่วยงานภาคีเครือข่าย การติดตามยังไม่ได้เชื่อมประสานการใช้ข้อมูลร่วมกัน
3. ผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัด จาก สนง.คุมประพฤติ ส่งต่อรายงาน บสต.ช้า บางรายไม่ได้ส่งต่อในระบบ ทำให้ผลงานบำบัดจริงมีมากกว่าผลงานในระบบ บสต. และปัญหา ระบบ บสต. ที่ยังไม่เสถียร

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

1. ส่งเสริมองค์ความรู้ด้านยาเสพติดในชุมชน/ โรงเรียนเชิงรุก เพื่อลด ผู้สพรายใหม่
2. ควรจัดประชุมประเมินผลการเชื่อมต่อข้อมูลในระบบ บสต. เพื่อพัฒนา และบูรณาการข้อมูลให้ดียิ่งขึ้น

13

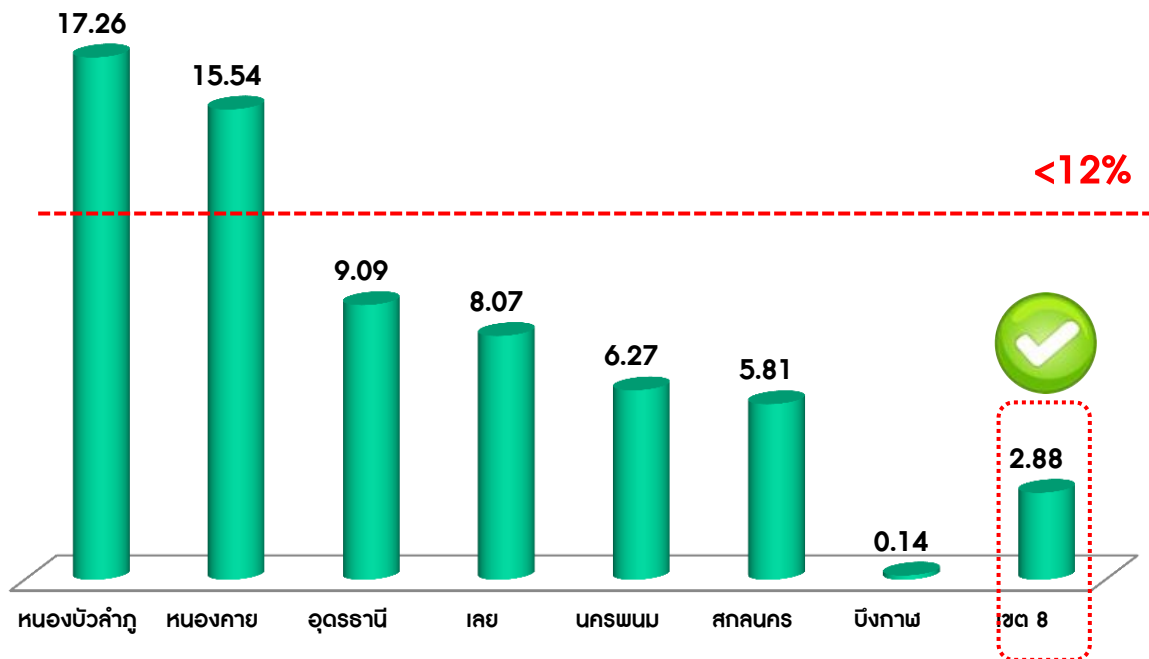
อัตราการตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1

R8WAY
HOP

ผลงาน 10 เดือน = 2.88%



เป้าหมาย 9 เดือน < ร้อยละ 12)



<12%



EMERGENCY





✓ ផ្សារ

จังหวัด	ผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2562 ตามประเด็นการตรวจราชการ 4 ประเด็น								
	1. มีข้อมูล(บุคลากร) (25 คะแนน) ข้อมูลผลการดำเนินงาน ณ 1 ส.ค. 62					2. มีแผนบริหาร ตำแหน่ง (25 คะแนน)	3. การดำเนินการตามแผน (ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมาย ที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 3) (เฉพาะ ชรก. & พรก.) (25 คะแนน)	4. (บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 71) (25 คะแนน)	ผลการ ประเมิน* รอบ 2 ผ่าน(✓) ไม่ผ่าน(✗)
	1. ความเป็นปัจจุบัน (ร้อยละ)			2. มีรายงาน ข้อมูลบุคลากร (5 คะแนน)	3. มีการใช้ ประโยชน์ (10 คะแนน)				
	ในประกอบ วิชาชีพ (4 คะแนน)	วุฒิในตำแหน่ง (3 คะแนน)	บันทึกคำสั่งเงินเดือน แล้ว (3 คะแนน)						
1. สกจนคร	98.44	99.82	ครบ 3	มี	มี	มี	ร้อยละ 1.29	ร้อยละ 73.58	✓ ผ่าน
2. หนองคาย	95.04	98.31	ครบ 2	มี	มี	มี	ร้อยละ 1.15	ร้อยละ 75.70	✓ ผ่าน
3. หนองบัวลำภู	99.07	99.47	ครบ 2	มี	มี	มี	ร้อยละ 1.92	ร้อยละ 71.54	✓ ผ่าน
4. นครพนม	99.01	99.40	ครบ 2	มี	มี	มี	ร้อยละ 1.50	ร้อยละ 89.32	✓ ผ่าน
5. เลย	99.94	99.95	ครบ 2	มี	มี	มี	ร้อยละ 1.56	ร้อยละ 66.93	✓ ผ่าน
6. อุดรธานี	99.39	99.60	ครบ 3	มี	มี	มี	ร้อยละ 1.48	ร้อยละ 63.17	✓ ผ่าน
7. บึงกาฬ	97.38	98.80	ครบ 2	มี	มี	มี	ร้อยละ 2.39	ร้อยละ 65.66	✓ ผ่าน
							ร้อยละ 1.52 (ว่าง 238 คน. / 16,991 คน.)	ร้อยละ 70.61 (17,380 คน/ 24,613คน.)	✓ ผ่าน

ที่มา : สรุปตรวจราชการรอบที่ 2/2562 ณ 23 สิงหาคม 2562

เป้าหมาย : ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการดำเนินงานตามแผนฯ อย่างเป็นรูปธรรม

ผลงาน = ดำเนินการได้ ครบทุกหน่วยงาน = 100%



BRIGHT SPOT

จังหวัด	จำนวนหน่วยงาน Bright Spot (แห่ง)		
	ทั้งหมด	ผ่าน	ร้อยละ
อุดรธานี	1	1	100.00
สกลนคร	1	1	100.00
นครพนม	1	1	100.00
เลย	1	1	100.00
หนองคาย	1	1	100.00
หนองบัวลำภู	1	1	100.00
บึงกาฬ	1	1	100.00
รวมเขต 8	7	7	100.00





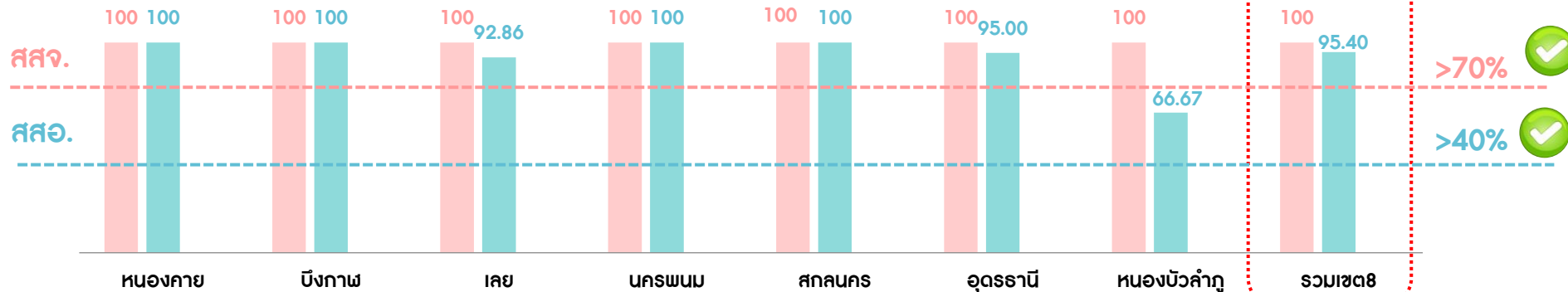
เป้าหมาย 1. ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานแผนพัฒนาองค์กรครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด
2. ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์ 1. สสจ. ระดับ 5 (ร้อยละ 70) 2. สสอ. ระดับ 5 (ร้อยละ 40)

ผลงานภาพรวมเขต = 95.74% (สสจ.+สสอ. = 94 แห่ง ผ่าน 90 แห่ง)



■ สสจ. ■ สสอ. ■



ผลงาน: สสจ. 7 แห่ง ผ่าน 7 แห่ง = 100%
: สสอ. 87 แห่ง ผ่าน 83 แห่ง = 95.40 %



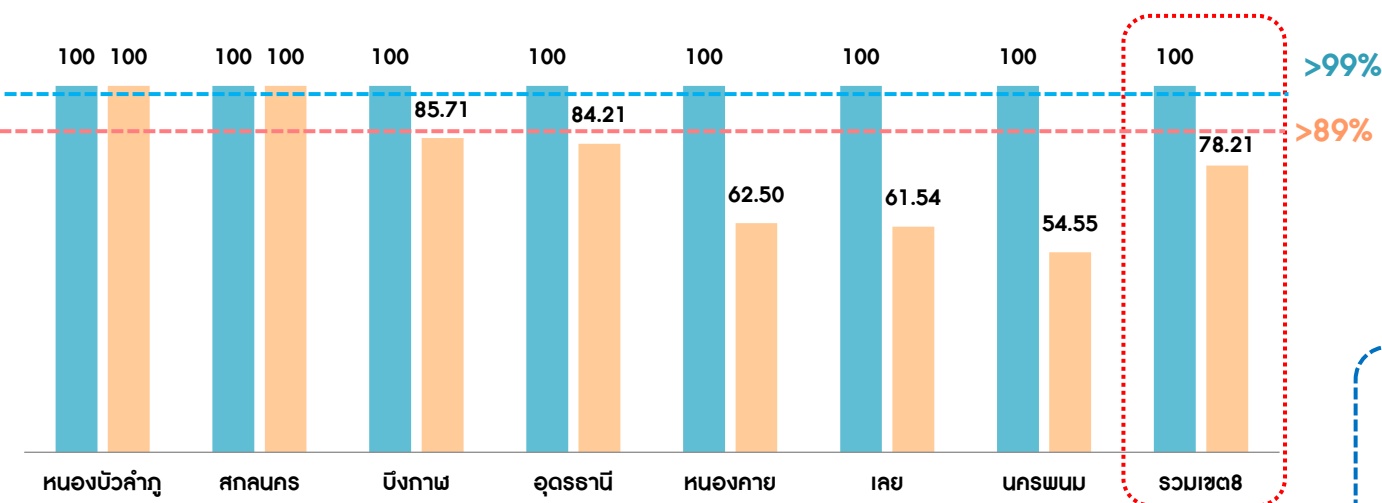
สสจ./สสอ. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร ประเมินตนเอง
วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน และจัดทำแผนพัฒนา หมวด 2, 4

เป้าหมาย 9 เดือน

1. โรงพยาบาลระดับ A/S ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการรับรอง HA ชั้น 3 ร้อยละ: 99
2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการรับรอง HA ชั้น 3 ร้อยละ: 89

■ รพศ+รพท+รพ.กรม

■ รพช.



>99%



>89%



ผลงาน

- รพศ.-รพท.-รพ.สังกัดกรม ผ่าน HA ชั้น 3 ร้อยละ: 100
- รพช. ผ่าน HA ชั้น 3 ร้อยละ: 78.21

จุดเน้น

เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 จำนวน 14 แห่ง

ข้อเสนอแนะ

ส่วนกลางควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนในกลุ่ม รพ.ตั้งใหม่ หรือควรมีกระบวนการกระตุ้นเชิงนโยบาย เพื่อให้เล็งเห็นความสำคัญ

เป้าหมาย 9 เดือน

1. รพ.สต. ร้อยละ 100 (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา
2. มีการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ในระดับอำเภอ จังหวัดและเขต

รพ.สต.ทุกแห่ง เข้าร่วมกระบวนการ
โดยการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมิน
คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี 2562

ร้อยละ 100

มีการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ในระดับอำเภอ จังหวัด
และเขต

- ประเมินระดับอำเภอ มี.ค. - พ.ค. 62
- ประเมินระดับจังหวัด มิ.ย. - ก.ค. 62
- ประเมินรับรองระดับเขต 13 - 23 ส.ค. 62

ปัญหาอุปสรรค

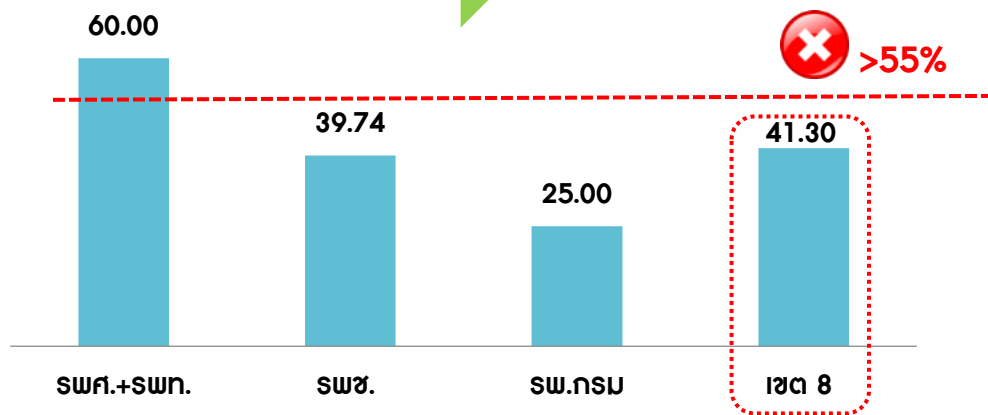
ขาดแคลนงบประมาณที่ควรสนับสนุนในด้านที่สำคัญที่จะพัฒนา
ให้ได้ตามเกณฑ์และเกิดมาตรฐานของการบริการ โดยเฉพาะ
เครื่องมือทางการแพทย์และองค์ความรู้ของผู้ให้บริการที่ต้อง
พัฒนาควบคู่กันไป

โอกาสพัฒนา

ทุก รพ.สต.และหน่วยบริการ ทำระบบคุณภาพพื้นฐาน รพ.สต.
ติดดาว เพื่อรองรับการบริการทุก Service Plan และเพื่อต่อยอด
การประเมินระบบคุณภาพอื่นๆต่อไป เช่น DHSA ฯลฯ

เป้าหมาย 9 เดือน

รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป **ร้อยละ 55**



ปัญหาอุปสรรค

1. Competency สำหรับบุคลากร IT แต่ละ รพ. แตกต่างกัน การพัฒนาระบบไม่สามารถทำได้เองทั้งหมด เกิดความล่าช้า
2. ความพร้อมทางด้านทรัพยากร แต่ละแห่งแตกต่างกัน ต้องปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละ รพ.
3. เกณฑ์การประเมิน (รอบ 1) จากส่วนกลางไม่ชัดเจน ทำให้หน่วยบริการดำเนินงานไม่ครบทุกประเด็น เกิดความล่าช้า



ผลงาน 9 เดือน

- รพศ.-รพท. ผ่านระดับ 2 ขึ้นไป 6 แห่ง จาก 10 แห่ง **ร้อยละ 60..00** ✓
- รพช. ผ่านระดับ 2 ขึ้นไป 31 แห่ง จาก 78 แห่ง **ร้อยละ 39.74** ✗
- รพ.สังกัดกรม ผ่านระดับ 2 ขึ้นไป 1 แห่ง จาก 4 แห่ง **ร้อยละ 25.00** ✗

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากความแตกต่างของหน่วยบริการ ควรมีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามศักยภาพของหน่วยบริการ

1

การใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เป้าหมาย 9 เดือน

1. มีการนำ Application PCC ไปใช้กับทีม PCC ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของสำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิในปี 2562 (ร้อยละ 50)
2. มีการติดตามผลการใช้ Application PCC
3. มีการรายงานผลการใช้ Application PCC พร้อมข้อเสนอแนะเสนอ CIO สป.สร. ทราบ

ทีม PCC ทุกแห่งที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สป. ปี 2562 มีการนำ App. PCC ไปใช้ในการปฏิบัติงานบริการประชาชนในความรับผิดชอบ **ครบ 100%**



ปัญหาอุปสรรค
มีการติดตั้งระบบแล้ว แต่การนำไปใช้งานจริงยังมีน้อย เนื่องจากระบบยังมีความซับซ้อนกับระบบหลักที่ใช้งาน

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา
กำกับ ติดตาม แนะนำ และส่งเสริมการใช้งาน App. PCC เพื่อการใช้ข้อมูลในระบบให้เกิดประโยชน์มากที่สุดทั้งในส่วนของผู้ปฏิบัติงาน และประชาชนผู้รับบริการ

คลินิกหมอครอบครัว	ติดตั้ง Application PCC	หมายเหตุ
รพ.เลย-กุดป่อง1	✓ IHHC	จังหวัดเลย (นำร่อง) PCC = 7 ติดตั้งและใช้งานโปรแกรม - PCC Link จำนวน 5 ทีม - IHHC จำนวน 2 ทีม ครบ 100 %
รพ.เลย-กุดป่อง2	✓ IHHC	
รพ.ร.ด่านซ้าย	✓ PCC Link	
รพ.วังสะพุง-โนนสว่าง	✓ PCC Link	
รพ.วังสะพุง-เหมืองแร่	✓ PCC Link	
รพ.ปากชม-เชียงกลม-คอนสา	✓ PCC Link	
รพ.เชียงคาน-ธาตุ-สงเปลือย	✓ PCC Link	



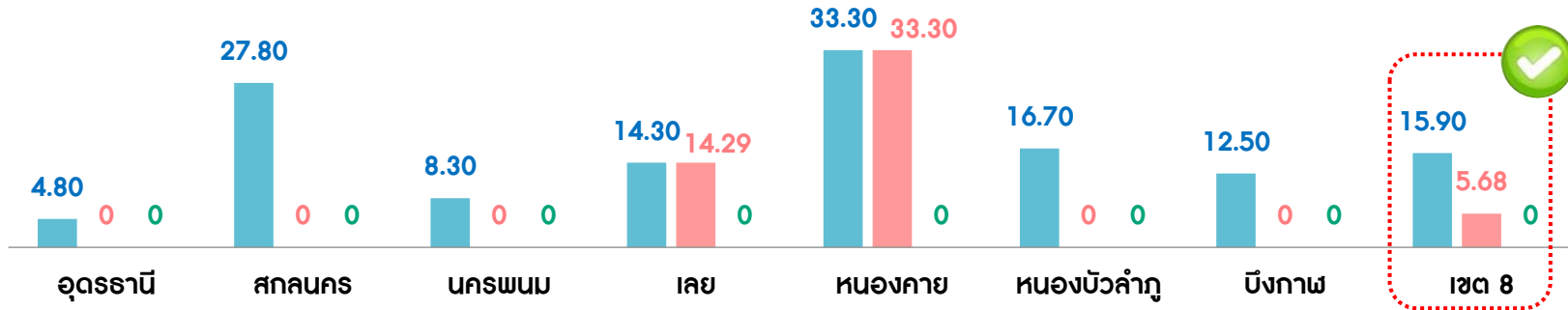
มีการรายงานผลการใช้ Application PCC ผ่านแบบสอบถาม Google Form ของส่วนกลาง



ผลงาน 9 เดือน

หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 = 0

■ 2560 ■ 2561 ■ Q3/2562

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

1. การพัฒนาทีม Auditor จังหวัด และ รพ. สามารถตรวจสอบรายงานทางการเงินได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ
2. การจัดทำ Planfin และดำเนินการตามแผน
3. CFO รพ.ควรวิเคราะห์ความเหมาะสมจากการลงทุนด้วยเงินบำรุง เพื่อไม่ให้กระทบต่อสถานการณ์ทางการเงินการคลังของหน่วยบริการ
4. พัฒนากับ CFO จังหวัด และ รพ. ให้กำกับติดตาม รพ.ที่มีความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และวางระบบงานที่ต้องเชื่อมโยงกับระบบบัญชี เพื่อให้รายงานการเงินคุณภาพภาพ
5. ส่วนกลางควรมีการปรับการวิเคราะห์ความเสี่ยงทางการเงิน Risk Score ให้สอดคล้องกับการได้รับโอนเงิน

เป้าหมายปี 2562	Small Success 9 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)
- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ Monitor ผ่านระบบแจ้งเตือน $\geq 95\%$ - อัตราการตายไม่เกิน 8 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ลดลง 50% ของปี 2561)	- Coaching on the job training 7 จังหวัด - หญิงมีครรภ์ได้รับการ Monitor ผ่านระบบแจ้งเตือนเฝ้าระวังและได้รับการบริการตามมาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	- จัดการประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินการและการใช้โปรแกรมแก่ผู้รับผิดชอบ สสจ./รพศ./รพท. ครบทั้ง 7 จังหวัด (ร้อยละ 100)  - จำนวนหญิงมีครรภ์ทั้งหมดของ รพ.เป้าหมาย จำนวน 5,166 คน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงครบทุกคน และพบหญิงที่มีความเสี่ยงระดับ High Risk และ Very High Risk จำนวน 1,223 ราย และได้รับการติดตามทุกราย (ร้อยละ 100) 

ปัญหาอุปสรรค

- ขาดผู้เชี่ยวชาญในการให้รหัสโรคที่ถูกต้อง
- การบันทึกข้อมูลของบุคลากร (key man) ยังไม่ครบถ้วน
- สนง.เขต ยังไม่สามารถดึงข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมได้

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

- การจัดระบบการตรวจสอบการให้รหัส ICD 10 ขอให้คัดเลือกผู้ที่มีความเชี่ยวชาญที่สุดในหน่วยบริการเป็นผู้ให้รหัส
- จังหวัดกระตุ้นให้หน่วยบริการลงบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน
- พัฒนาโปรแกรมให้สามารถดึงข้อมูลภาพรวมในระดับเขตได้

ผลงานตามยุทธศาสตร์



รอบ 9 เดือน

เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2562

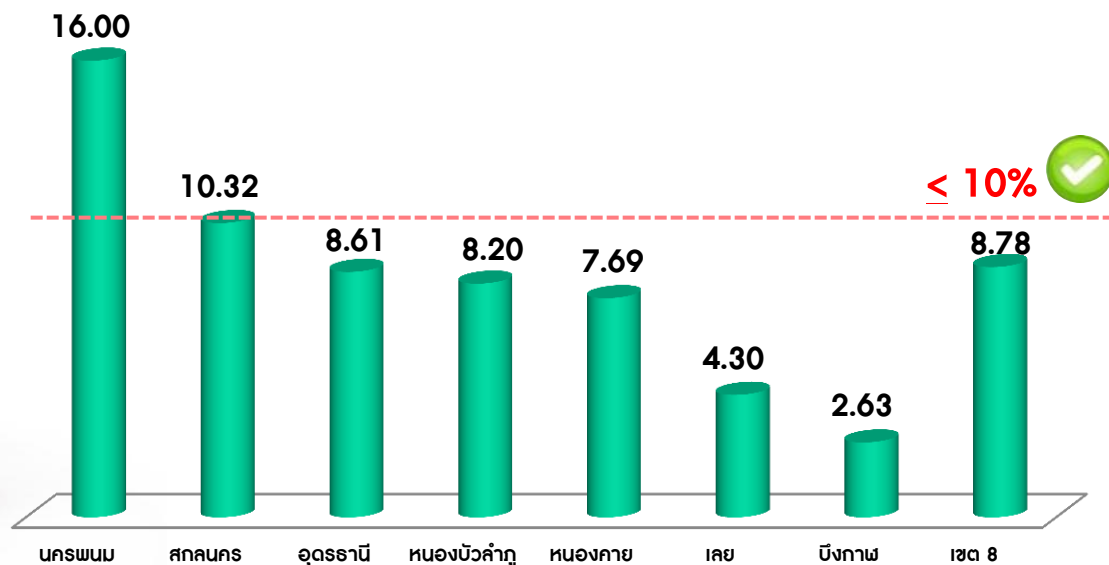
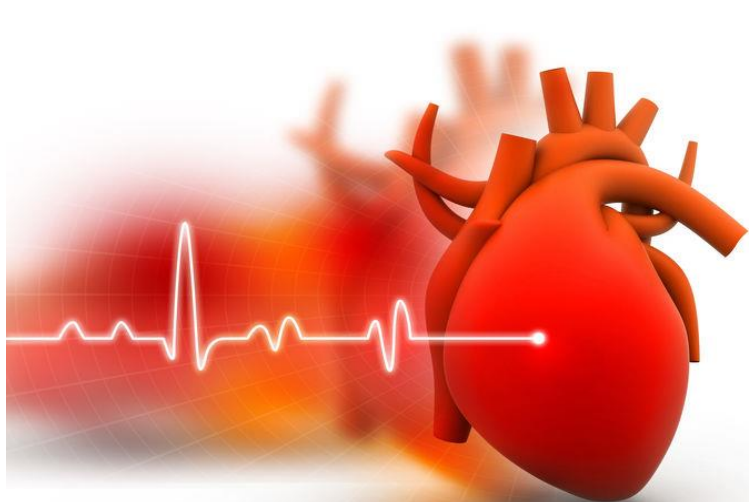


1

ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) เสียชีวิตในโรงพยาบาล

R8WAY
HOP

เกณฑ์ $\leq 10\%$



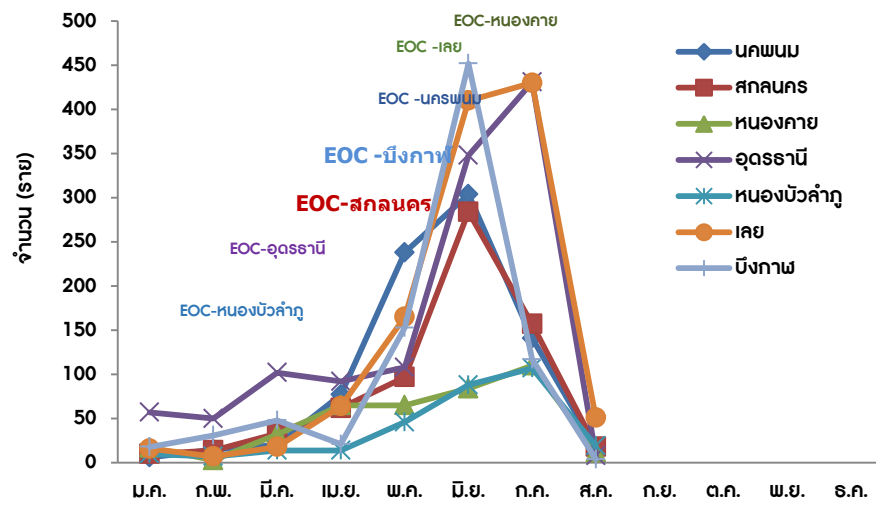
2

อัตราป่วยโรคไขเลือดออก ลดลง $\geq 20\%$ ของค่ามัธยฐาน 5 ปี

ผลงาน 10 เดือน = **96.87**/แสน ปช.

เป้าหมาย ≤ 38.68 (ค่ามัธยฐาน 5 ปี = 48.35)

อันดับเขต/ประเทศ	จังหวัด	จำนวนป่วย	อัตราป่วย/ปช.แสนคน	ตาย	อัตราตาย	อัตราป่วยตาย
1	บึงกาฬ	844	199.08	4	0.94	0.47
2	เลย	1,165	181.25	2	0.31	0.17
3	นครพนม	793	110.32	1	0.14	0.13
4	อุดรธานี	1,203	75.99	0	0	0
5	หนองคาย	391	74.89	0	0	0
6	หนองบัวลำภู	307	59.95	1	0.2	0.33
7	สกลนคร	678	58.84	0	0	0
7	เขต 8	5,381	96.87	8	0.14	0.15

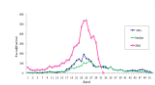


กลุ่มเสี่ยง คือ เด็ก อายุ 10-14 ปี และ 5-9 ปี



เสียชีวิตด้วยไข้เลือดออก 9 ราย (ติดเชื้อในพื้นที่ 8 ราย, Import 1 ราย)

- 7 ใน 9 ราย เป็นเด็กอายุ <15ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอ้วน
- 2 ใน 9 ราย เป็นผู้ใหญ่ที่มีโรคประจำตัว DM HT
- ซ้ำยาเกินเอง กลุ่ม NSAIDs 1 ราย



Time : พบผู้ป่วยตั้งแต่ มิ.ย. สูงสุด มิ.ย.-ก.ค.



พื้นที่เสี่ยง: บึงกาฬ เลย นครพนม

Setting: โรงเรียน บ้านเรือน

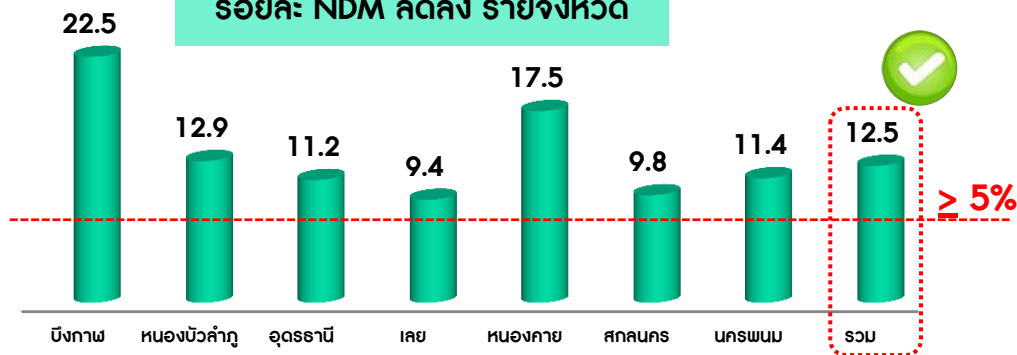
3

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ลดลง $\geq 5\%$

ผลงาน 10 เดือน NDM ลดลง = **12.5%** (เกณฑ์ลดลง $\geq$ ร้อยละ 5)



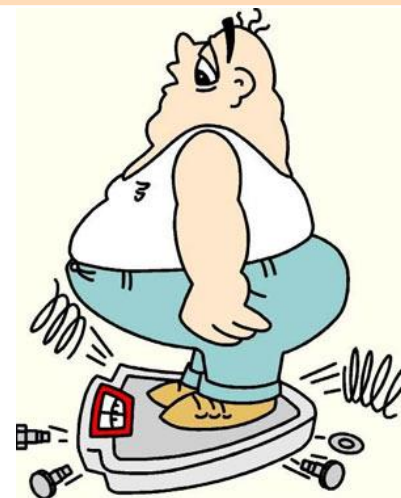
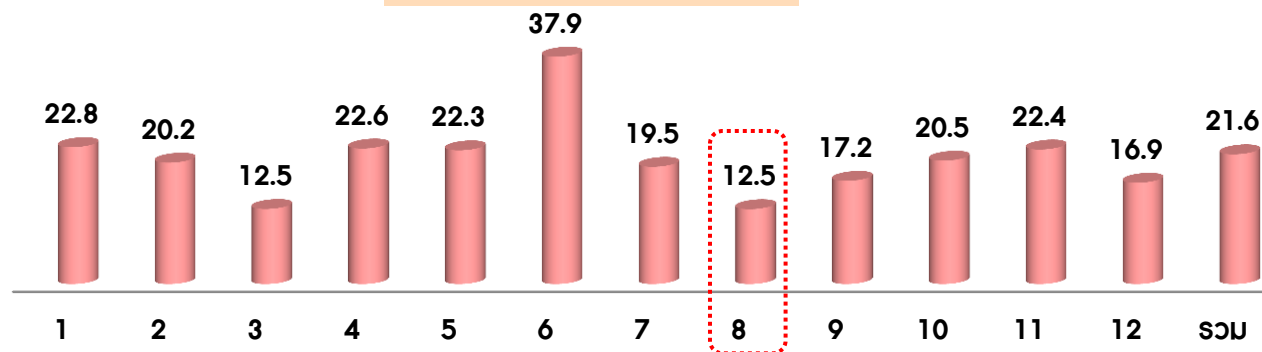
ร้อยละ NDM ลดลง รายจังหวัด



โอกาสพัฒนา

- ขยายหมู่บ้าน ตำบล สถานประกอบการ หน่วยงานราชการ ต้นแบบลดเสี่ยงลดโรค “นคร 3 อ. 3 ส.
- ผลักดันให้มีหลักสูตรเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เข้าสู่ระบบการศึกษาท้องถิ่น (ระดับประถมและมัธยม)

ร้อยละ NDM รายเขตสุขภาพ



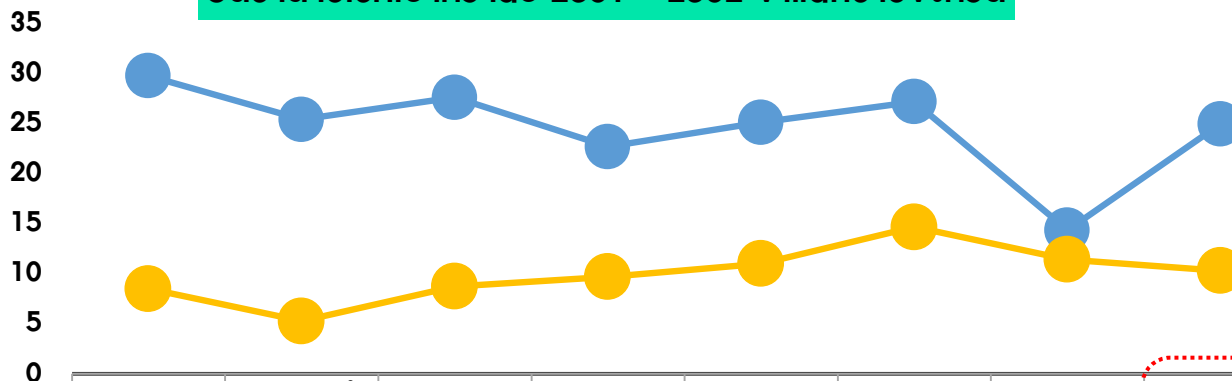
4

อัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ลดลง $\geq 2.5\%$

ผลงาน 10 เดือน = อัตราตายเบาหวานลดลง **14.66%**



อัตราการตายโรคเบาหวานปี 2561 – 2562 จำแนกชายจังหวัด

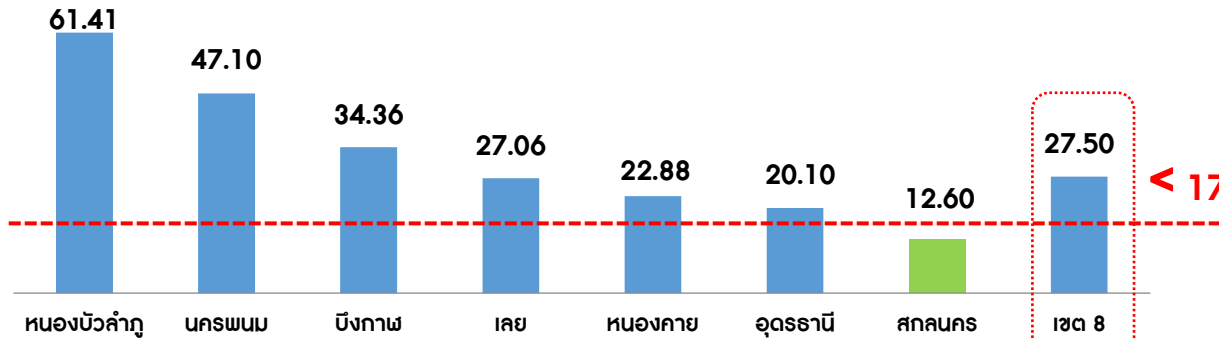


	บึงกาฬ	หนองบัวลำภู	อุดรธานี	เลย	หนองคาย	สกลนคร	นครพนม	รวม
2561	29.77	25.41	27.62	22.70	25.13	27.19	14.36	24.97
2562	8.50	5.28	8.74	9.71	11.02	14.68	11.43	10.31



ผลงาน 10 เดือน = **27.50** /แสนการเกิดมีชีพ

เกณฑ์ : ไม่เกินร้อยละ 8

จำนวนมารดาเสียชีวิต **10** ราย

- Direct cause 6 ราย
- Indirect cause 4 ราย
- Near Miss 56 ราย

โอกาสในการพัฒนา

1. ขยายผลการใช้ R8 MCH Model และพัฒนาระบบฐานข้อมูล ANC Dashboard ให้เชื่อมโยงเครือข่ายภายในเขต
2. พัฒนาระบบข้อมูลกับระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย Dash Board มารดาตายจาก Indirect case ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. พัฒนาระบบการส่งต่อคุณภาพบูรณาการร่วมกับ Service plan สาขาอื่น (MED, ER,&EMS, LTC)



6

อัตราการตายจากสาเหตุ Severe birth asphyxia ลดลง 50%

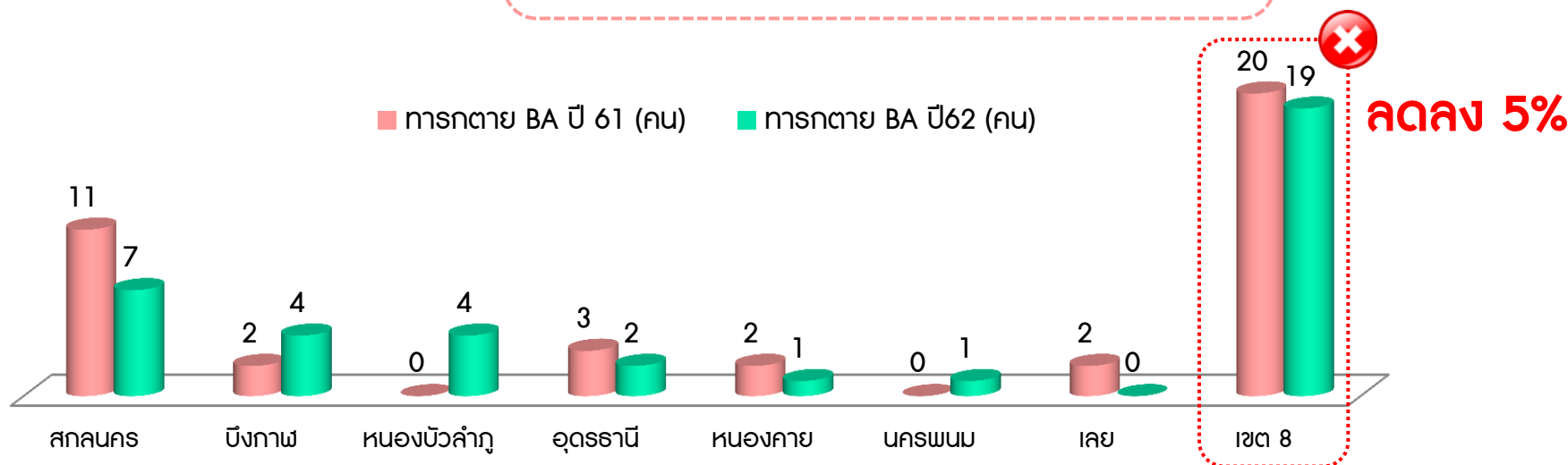
R8WAY
MOPH

เป้าหมาย 10 เดือน

ลดลงจากเดิม **50%**

ปี 2561 การตายจาก BA = 20 คน

ปี 2562 การตายจาก BA ไม่เกิน = 10 คน



ผลงาน 10 เดือน

การตาย BA 2562 = 19 คน (ลดลง 1 คน = 5%)

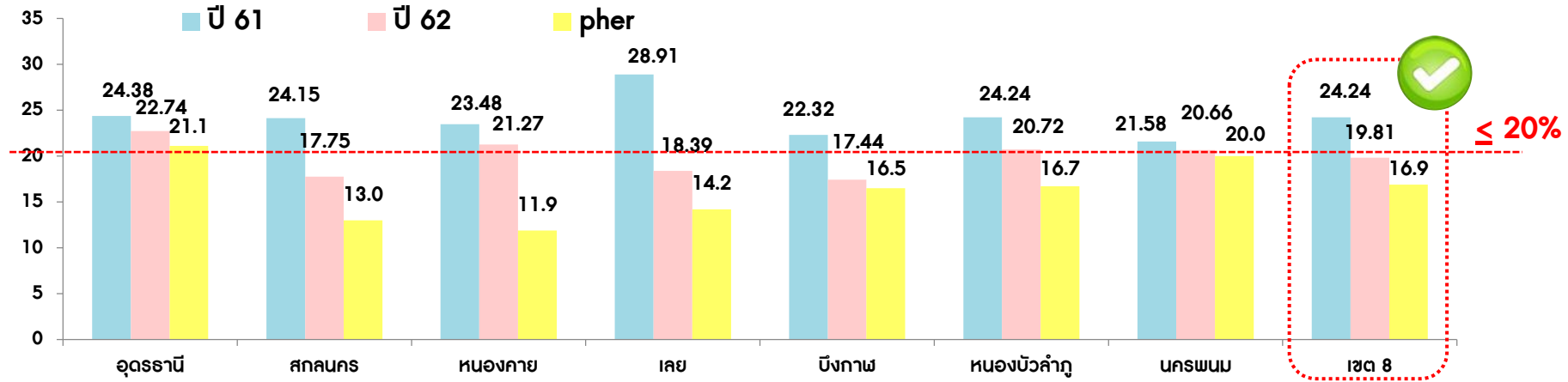
อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 20 /แสน ปชก.

ผลงาน 9 เดือน = **19.81** /แสน ปชก.



(เกณฑ์ ≤ 20%)

อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ปี 2560-2562 (ณ มี.ย. 62)



ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

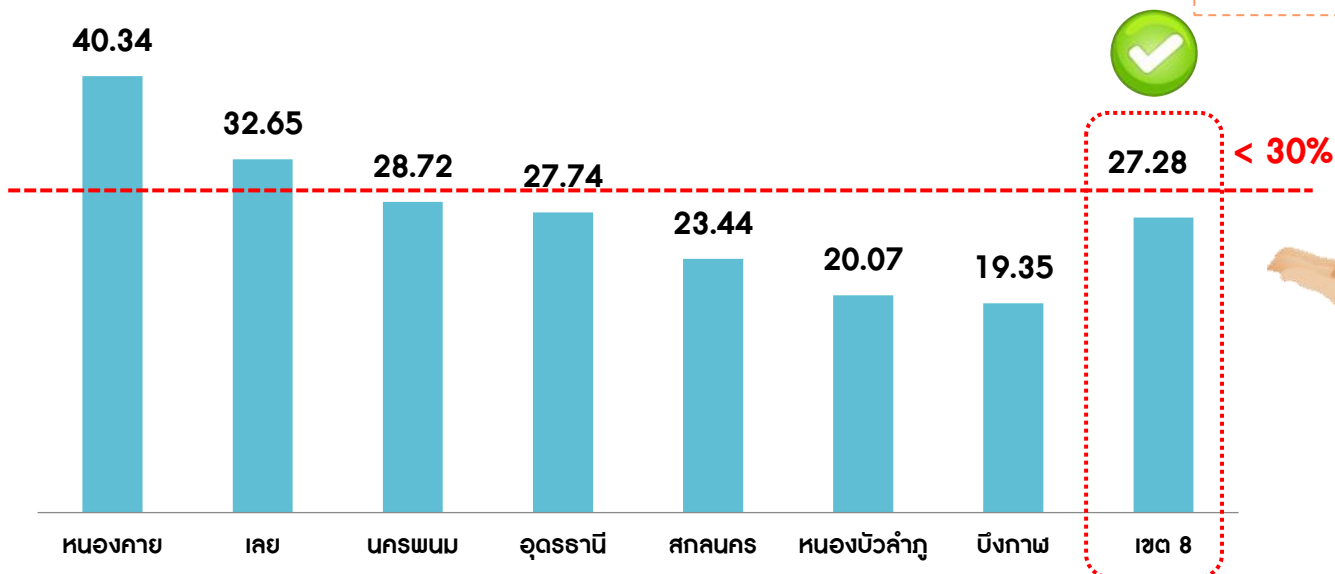
- พัฒนาคุณภาพและความครอบคลุมของระบบรายงานและ การสอบสวนอุบัติเหตุด้วย Haddon matrix (host, agent, environment)
- มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการตามปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงานตอนต้น กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์
- พัฒนาระบบการดูแลรักษาส่งต่อผู้ประสบอุบัติเหตุที่มีคุณภาพ(ER/EMS)



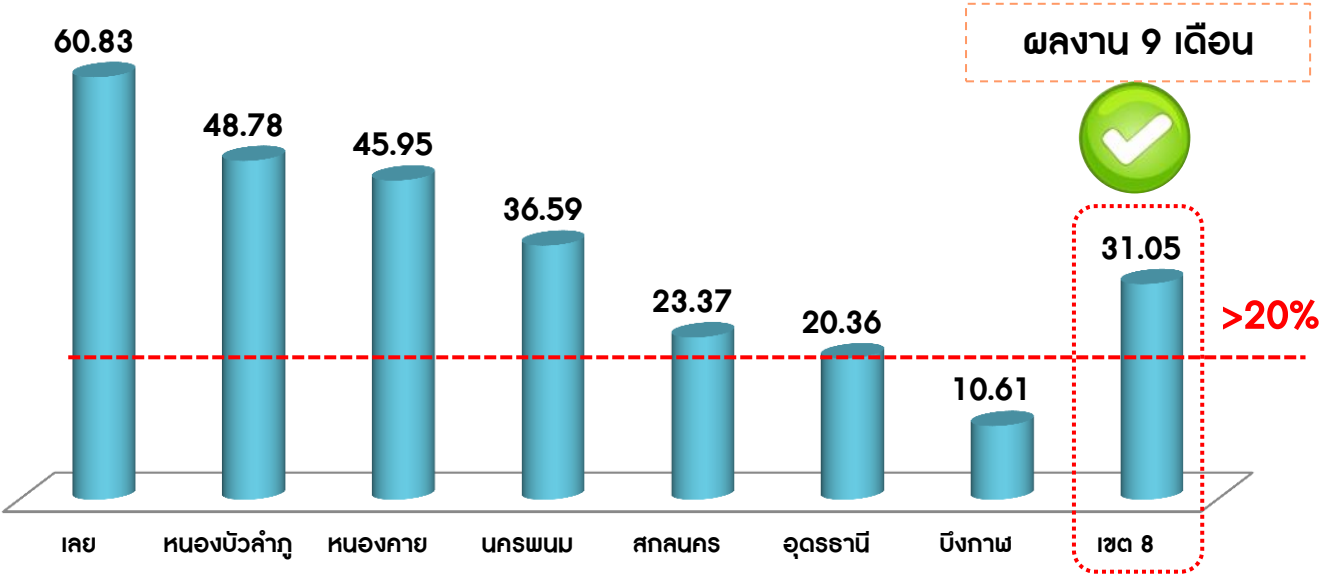
(เกณฑ์ < ร้อยละ 30)

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired
(น้อยกว่าร้อยละ 30)

ผลงาน 10 เดือน



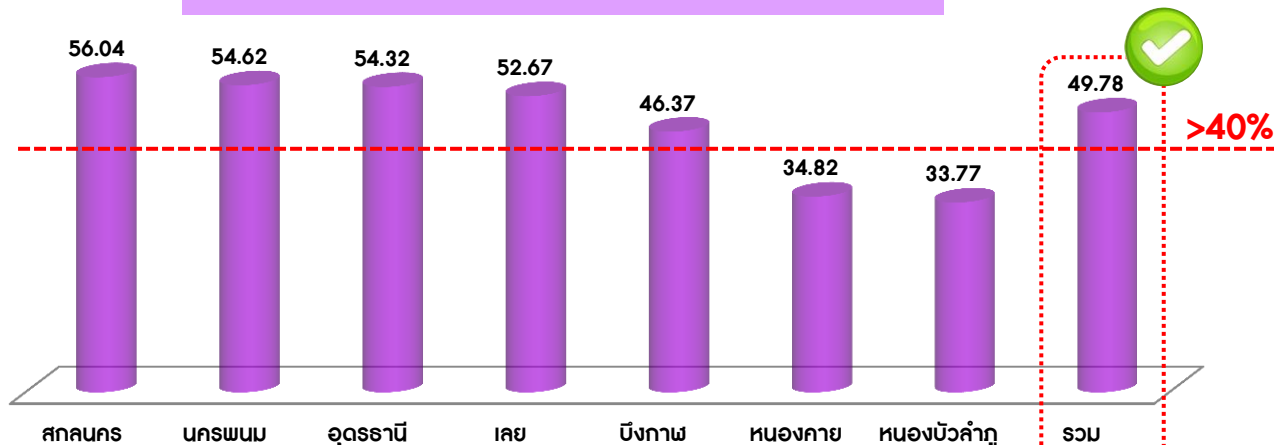
RETENTION RATE ร้อยละ 20%



ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month Remission Rate)

REMISSION RATE ร้อยละ 40%

ผลงาน 9 เดือน



ที่มา : ข้อมูลจาก บสต. (Focal point ยาเสพติด) ณ 30 มิถุนายน 2562

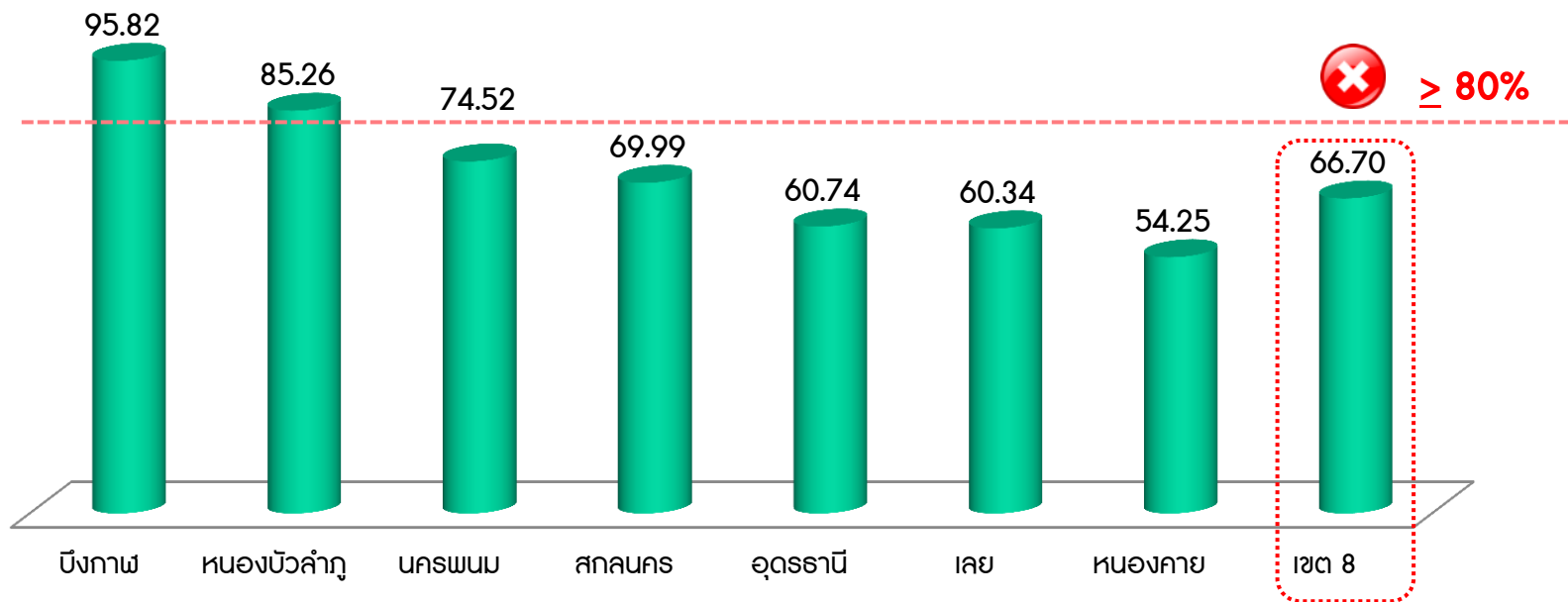


ปัญหาอุปสรรค

1. ผู้ใช้ ยังสมัครใจเข้ารักษาน้อย เพราะมีปัญหาค่าใช้จ่าย สภาพแวดล้อมมีผลต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ
2. หน่วยงานภาคีเครือข่าย การติดตามยังไม่ได้เชื่อมประสานการใช้ข้อมูลร่วมกัน
3. ผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัด จาก สนง.คุมประพฤติ ส่งต่อรายงาน บสต.ช้า บางรายไม่ได้ส่งต่อในระบบ ทำให้ผลงานบำบัดจริงมีมากกว่าผลงานในระบบ บสต. และปัญหา ระบบ บสต. ที่ยังไม่เสถียร

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

1. ส่งเสริมองค์ความรู้ด้านยาเสพติดในชุมชน/ โรงเรียนเชิงรุก เพื่อลดผู้เสพยาใหม่
2. ควรจัดประชุมประเมินผลการเชื่อมต่อข้อมูลในระบบ บสต. เพื่อพัฒนาและบูรณาการข้อมูลให้ดียิ่งขึ้น

เกณฑ์ $\geq 80\%$ 

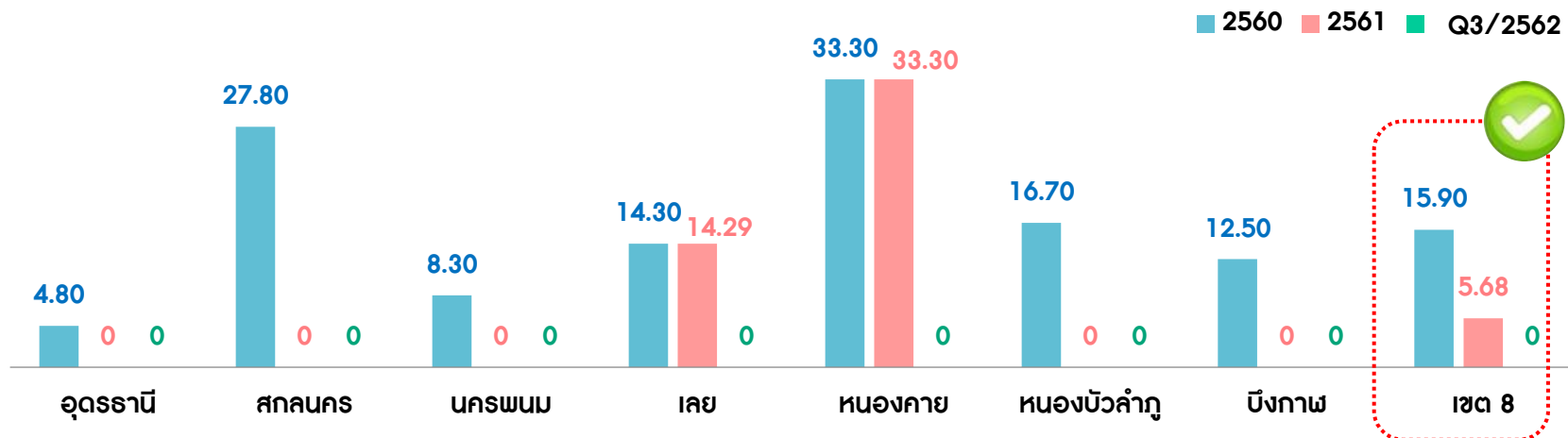
12

ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ไม่เกินร้อยละ 4)

R8WAY
MOPH

ผลงาน 9 เดือน

หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 = 0





THANK YOU
F**R8WAY** **R**
MOPH
ATTENTION