



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

DEPARTMENT OF HEALTH
กรมอนามัย

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน

เขตสุขภาพที่ 1 รอบ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ 2566

ประเด็น 3 สุขภาพกลุ่มวัย
และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

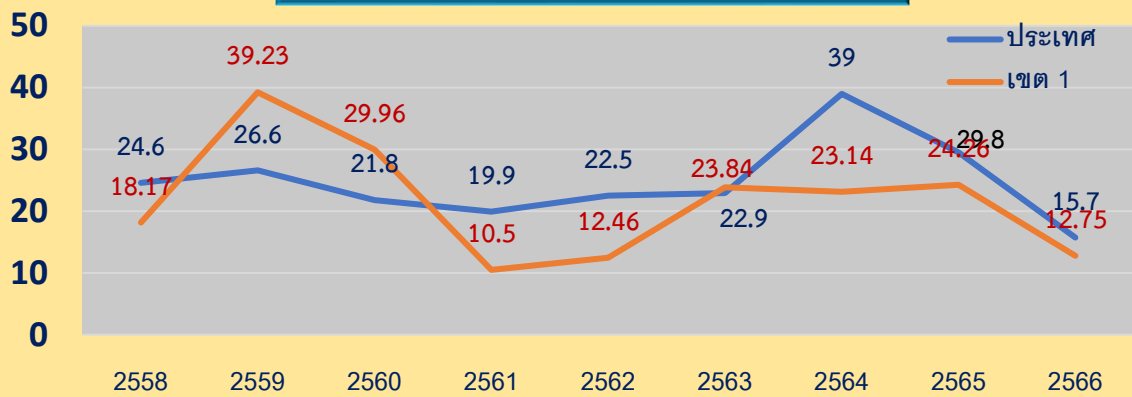


แพทย์หญิงสิตาพัฒนา ยุตบุตร
ศูนย์อนามัยที่1 เชียงใหม่ กรมอนามัย

อัตราส่วนมารดาตายไทยเขตสุขภาพที่1



เป้าหมาย ไม่เกิน17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ



เขียนราย 2 ราย Dx. HIV c PCP , Dx. Heart vascular diseases with Eclampsia with PPH

ลำปาง Dx. Endocrine diseases (Diabetes Insipidus ,Sepsis)

พะเยา Dx. SLE with Amniotic Embolism

เชียงใหม่ 1 ราย Suicide (ต่างตัว2 รอทบทวนสาเหตุ)

GAP

- การวางแผนดูแลตามมาตรการของMCH Board ไม่ต่อเนื่อง (Plan Pregnancy, Plan ANC, Plan Delivery, Plan F/U) โดยเฉพาะการดูแลโรคร่วมทางอายุรกรรม (การคุมกำเนิด / การตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย)
- บุคลากร ขาดทักษะ ประสิทธิภาพ

ปี2566 แม่ตาย จำนวน 5 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 12.75 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

แนวโน้มลดลง แต่พบสาเหตุโรคทางอายุรกรรมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ100)

วิเคราะห์ทฤษฎี 3 Delayed พบว่าเป็นทั้ง 3 Delayed

- ❖ Delayed Decision to seek care (NO ANC, NO ARV)
- ❖ Delayed Refer (ระบบส่งต่อ การสื่อสารข้อมูลระหว่างจังหวัด)
- ❖ Delayed in receiving care (ทักษะ ความชำนาญ การตัดสินใจของบุคลากร)

ข้อเสนอแนะ

- ✓ พัฒนาทักษะของบุคลากร โดยService plan , MCHB ทุกจังหวัด
- ✓ การวางแผนดูแลโรคร่วมทางอายุรกรรม โดยService plan , MCHB เชียงราย ลำปาง พะเยา
- ✓ ระบบส่งต่อ Coaching Consult One Province One Labor Room และการส่งต่อระหว่างจังหวัด พะเยา เชียงราย
- ✓ การวางแผนดูแลต่อเนื่องทางจิตเวช เชียงใหม่

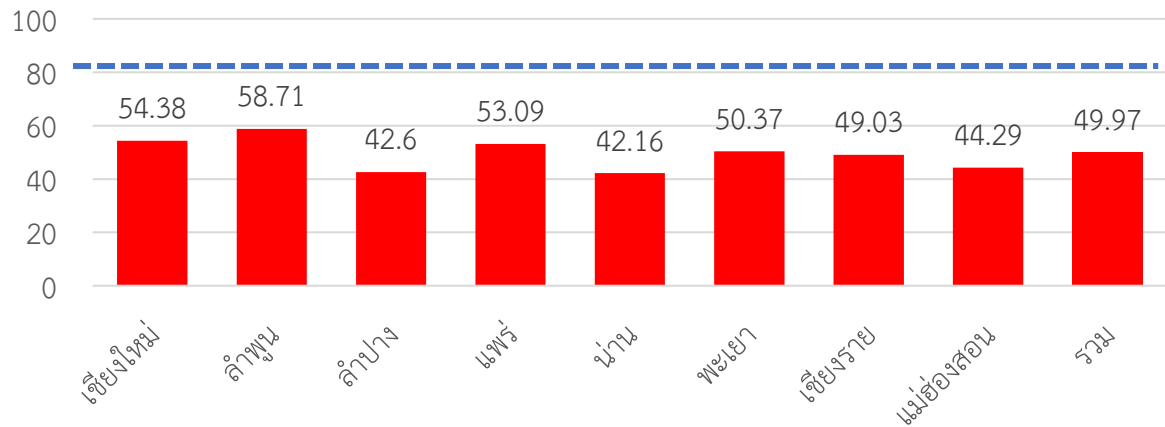
แผน4 เดือน

- ✓ MCH Borad Service plan แม่และเด็ก อายุรกรรม และจิตเวช ประชุมเพื่อวางระบบการดูแลโรคร่วมทางอายุรกรรม จิตเวช และ กำหนดเป็นมาตรการ /CPG ของเขตสุขภาพที่1

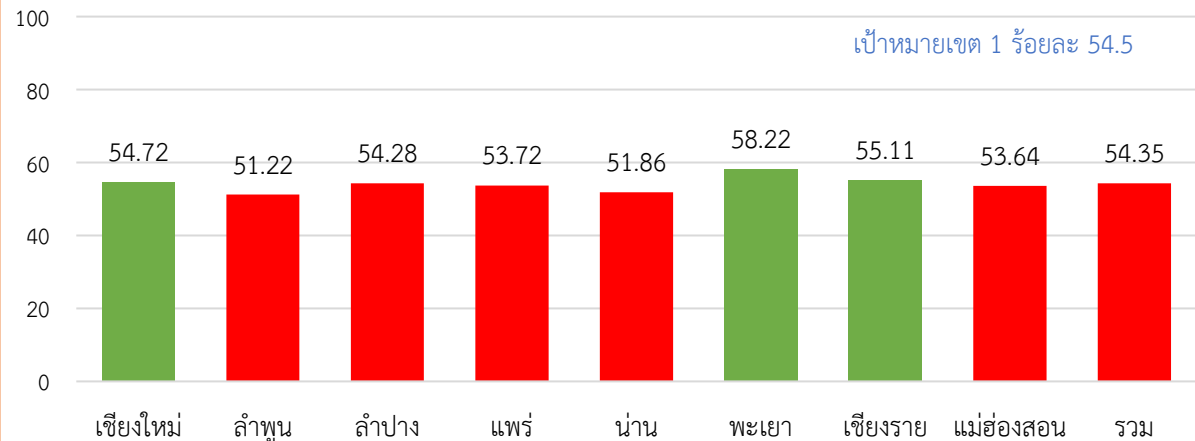
สถานการณ์เด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 1

HDC ณ วันที่ 31/03/2566

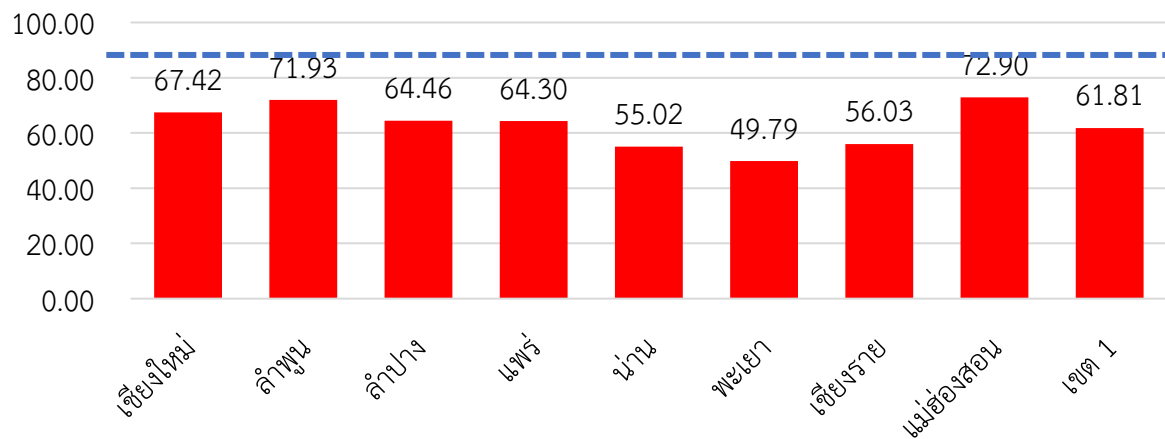
เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย เขตสุขภาพที่ 1 เป้าหมาย ร้อยละ 85



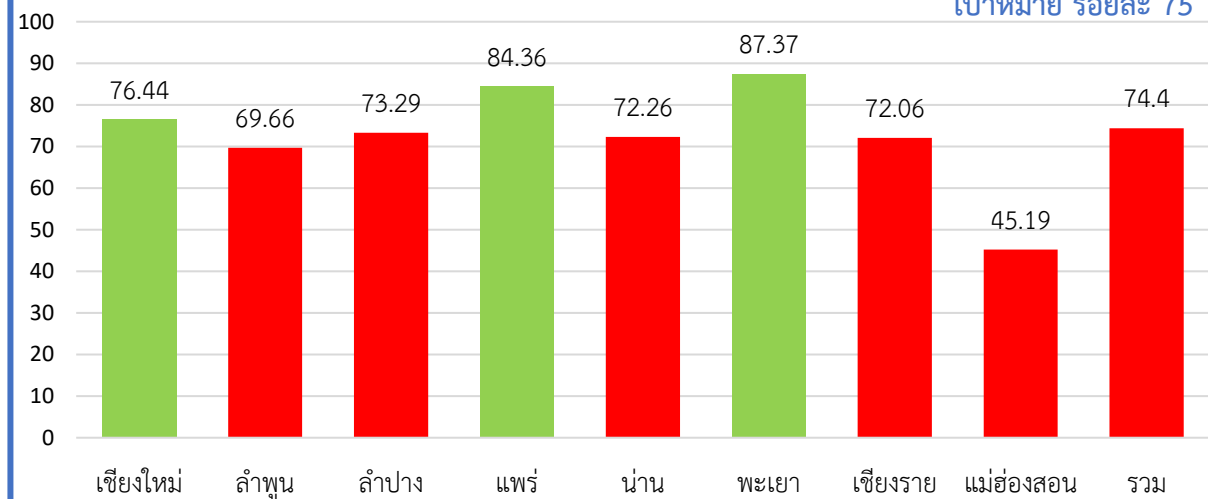
เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน เขตสุขภาพที่ 1



เด็ก 0-5 ปี ได้รับคัดกรองพัฒนาการ เขตสุขภาพที่ 1 ปี 2566 ไตรมาส 2 เป้าหมาย ร้อยละ 90



เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ เขตสุขภาพที่ 1



การบันทึกข้อมูลเด็กปฐมวัย ไตรมาสที่ 1

HDC18 มีค.66

MOU 6 กระทรวง (ปี 2565 – 2569) ด้านเด็กปฐมวัย

จังหวัด	รพ.สต. ทั้งหมด	ถ่ายโอน	ถ่ายโอน คิดเป็น ร้อยละ	ร้อยละคัดกรอง พัฒนาการ	ร้อยละ พัฒนาการ สมวัย	ร้อยละ ชั่ง/วัด	ร้อยละ สูงดีสมส่วน
เชียงใหม่	267	62	23	73.41	75.95	81.66	53.21
เชียงราย	215	118	55	61.76	63.46	65.69	53.36
แพร่	121	70	58	69.49	73.17	76.94	51.89
น่าน	144	95	66	66.32	67.08	81.82	51.03
พะเยา	109	54	50	54.27	58.67	77.95	54.84
ลำพูน	71	11	15	79.57	83.42	69.51	51
แม่ฮ่องสอน	71	0	0	82.6	83.87	88.64	51.23
ลำปาง	132	0	0	86.66	86.66	75.38	55.36

❖ จากตารางพบว่า จังหวัดที่ยังไม่มีการถ่ายโอนหรือการถ่ายโอนน้อย จะมีความครอบคลุมของการบันทึกข้อมูลสูงกว่า

กรอบการบูรณาการความร่วมมือกลุ่มเด็กปฐมวัย 6 กระทรวง (พ.ศ. 2565-2569)

ครอบครัวเป็นฐาน ชุมชนร่วมสร้าง ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ บริการมาตรฐาน เข้าถึง ครอบครัว

5 รั้วทัศนวิสัย
เด็กปฐมวัยทุกคนมีการพัฒนาอย่างรอบด้านเต็มตามศักยภาพ โดยคำนึงถึงคุณภาพ ความเท่าเทียม และความจำเป็นขั้นพื้นฐานของเด็กปฐมวัย เพื่อนำไปสู่ความเป็นพลเมืองคุณภาพ

เป้าประสงค์

- เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ พัฒนาการสมวัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- เด็กปฐมวัยได้รับบริการและคุ้มครองอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมตามมาตรฐาน
- เด็กปฐมวัยเติบโตเป็นพลเมืองคุณภาพ

1. ด้านการส่งเสริมการตั้งครุภัณฑ์อย่างมีคุณภาพ • หมู่ที่ตั้งครุภัณฑ์ได้รับบริการผ่านครุภัณฑ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	80%	2. ด้านการส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ • เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	72%
3. ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย • เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	85%	4. ด้านการส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว • ครอบครัวมีความเข้มแข็งของครอบครัว	87%
5. ด้านการส่งเสริมสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ได้มาตรฐาน • สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยดำเนินการระดับตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยขั้นต้น (≥ 2 ปี CI)	90%	6. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน • ร้อยละของชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดและใช้บริการแก่เด็กปฐมวัยของชุมชนอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน/ครั้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	90%
7. ด้านการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประถมศึกษา • เด็กผ่านการประเมินความพร้อมก่อนเข้าประถมศึกษา	70%	8. ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลเด็กปฐมวัย • ระบบเชื่อมโยงฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย	1ระบบ

กลไกการขับเคลื่อน

ระดับชาติ : คณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย, คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ

ระดับกระทรวง : คณะอนุกรรมการประสานและส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย

ระดับจังหวัด : คณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย ระดับจังหวัด/กทม.

ระดับอำเภอ : คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ

ระดับตำบล : คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นและพื้นที่ (สปสข.)



สำนักงานส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย

GAP

- ❖ การถ่ายโอนฯไปอบจ. ทำให้การดำเนินงานด้านแม่และเด็ก ไม่ใช่ประเด็นสำคัญ และการลงบันทึกข้อมูลน้อยลง เนื่องจากคิดว่าไม่เป็นตัวชี้วัดผลงาน
- ❖ ท้องถิ่นไม่สนับสนุนงบประมาณสุขภาพตำบล ในการแก้ไขปัญหาเด็กปฐมวัย เด็กเตี้ย เนื่องจากเกรงว่าจะผิดระเบียบ เช่น จังหวัดเชียงราย จังหวัดแพร่ ยังดำเนินการได้น้อย
จังหวัดลำพูน ทำได้ดี



ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

- ❖ ระดับนโยบาย เขตสุขภาพ ควรมีการกำหนดเป้าหมายและแนวทางร่วมกับ ท้องถิ่น ตามกรอบการบูรณาการ 6 กระทรวง เพื่อรองรับการถ่ายโอนฯ
- ❖ จังหวัดชี้แจงให้ท้องถิ่น เห็นความสำคัญของการดูแลเด็กปฐมวัย ทั้งด้านพัฒนาการและภาวะโภชนาการ โดยท้องถิ่นทำโครงการแก้ไขปัญหาหรือสนับสนุนงบประมาณ ผ่านกองทุนต่างๆ เช่น กองทุนสุขภาพตำบล เป็นต้น
- ❖ การถอดบทเรียน การดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล ของจังหวัดลำพูน
- ❖ จังหวัดติดตาม เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ย อ้วน ผอม) ที่มีข้อมูลในไตรมาสที่1 ลงทะเบียน เข้าสู่ระบบ เพื่อชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ส่งเสริมด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกายหรือการกระโดดโลดเต้นและ ได้และส่งเสริมให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องรับยารักษาเสริมธาตุเหล็ก มีการติดตาม
- ❖ การพิจารณาค่าตอบแทนผลงาน ของหน่วยบริการ จาก สปสช.

สรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตรวจราชการรอบที่ 1 2566

ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น(ร้อยละ 45)

กระตุ้นครบตามเกณฑ์ (ร้อยละ 20) จนมีพัฒนาการสมวัย(ร้อยละ 35)

เขตสุขภาพ	รวมเป้าหมาย	จำนวนที่ได้รับกระตุ้นพัฒนาการ								อยู่ระหว่างการติดตาม	ติดตามไม่ได้
		รวมกระตุ้น		กระตุ้นครบเกณฑ์)		ปกติ		อยู่ระหว่างการกระตุ้น	กระตุ้นไม่ครบเกณฑ์		
		คน	%	คน	%	คน	%				
เขตสุขภาพที่ 1	201	102	50.75	18	17.65	10	55.56	69	15	54	45
เขตสุขภาพที่ 2	161	99	61.49	28	28.28	18	64.29	63	8	38	24
เขตสุขภาพที่ 3	147	97	65.99	24	24.74	11	45.83	61	12	31	19
เขตสุขภาพที่ 4	215	113	52.56	18	15.93	3	16.67	85	10	56	46
เขตสุขภาพที่ 5	186	109	58.6	31	28.44	9	29.03	55	23	54	23
เขตสุขภาพที่ 6	104	48	46.15	11	22.92	6	54.55	34	3	29	27
เขตสุขภาพที่ 7	79	50	63.29	16	32	9	56.25	27	7	19	10
เขตสุขภาพที่ 8	118	80	67.8	21	26.25	8	38.1	46	13	22	16
เขตสุขภาพที่ 9	181	127	70.17	23	18.11	13	56.52	79	25	31	23
เขตสุขภาพที่ 10	111	82	73.87	17	20.73	4	23.53	62	3	19	10
เขตสุขภาพที่ 11	163	111	68.1	27	24.32	18	66.67	59	25	31	21
เขตสุขภาพที่ 12	286	206	72.03	60	29.13	15	25	127	19	61	19
รวม	1,952	1,224	62.7	294	24.02	124	42.18	767	163	445	283

ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น(เป้าหมายร้อยละ 45) จนมีพัฒนาการสมวัย(เป้าหมายร้อยละ 35)

จังหวัด	เป้าหมาย	ได้รับการกระตุ้น	กระตุ้นครบเกณฑ์	กลับมาสมวัย	อยู่ระหว่างการกระตุ้น	กระตุ้นไม่ครบเกณฑ์	อยู่ระหว่างการติดตาม	ติดตามไม่ได้
เชียงใหม่	37	21 (56.76%)	7	5	11	3	10	6
ลำพูน	4	1 (25%)	1	0	0	0	0	3
ลำปาง	24	12 (50%)	2	2	8	2	8	4
แพร่	29	11 (37.93%)	1	0	8	2	7	11
น่าน	31	15 (48.39%)	1	1	11	3	6	10
พะเยา	13	5 (38.46%)	0	0	3	2	5	3
เชียงราย	51	29 (56.86%)	5	1	21	3	16	6
แม่ฮ่องสอน	12	8 (66.67%)	1	1	7	0	2	2
รวม	201	102 (50.75%)	18 (17.65%)	10 (55.56%)	69	15	54	45

ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงานรอบ 6 เดือนหลัง

1. ทุกจังหวัด ควรมีกุมารแพทย์ดูภาพรวมจังหวัดปัญหาเด็กพัฒนาการล่าช้า มีทีมติดตามเด็กรายบุคคล ใช้ telemedicine /เทคโนโลยีช่วยการวินิจฉัย Telenกระตุ้นพัฒนาการ โดยเฉพาะจังหวัด ลำพูน แพร่ พะเยา น่าน
2. พัฒนาศักยภาพ รพ.สต. Node /สถานดูแลเด็กปฐมวัย การกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าเบื้องต้นในอำเภอพื้นที่ห่างไกลรพช. ติดตาม 100% ได้แก่ เชียงใหม่ น่าน แม่ฮ่องสอน เชียงราย
3. เชื่อมต่อข้อมูลในจังหวัด ทบทวนFlow ระหว่างรพ.จังหวัด-รพช. มอบหมายบุคคลMonitor ข้อมูลร่วมกัน แก้ปัญหาลงข้อมูลบนระบบตามเวลา ได้แก่ เชียงราย พะเยา แพร่

ข้อชื่นชม *แม่ฮ่องสอนพื้นที่ห่างไกลสุด แต่สามารถติดตามได้ดี*



ยกระดับบริการผู้สูงอายุ



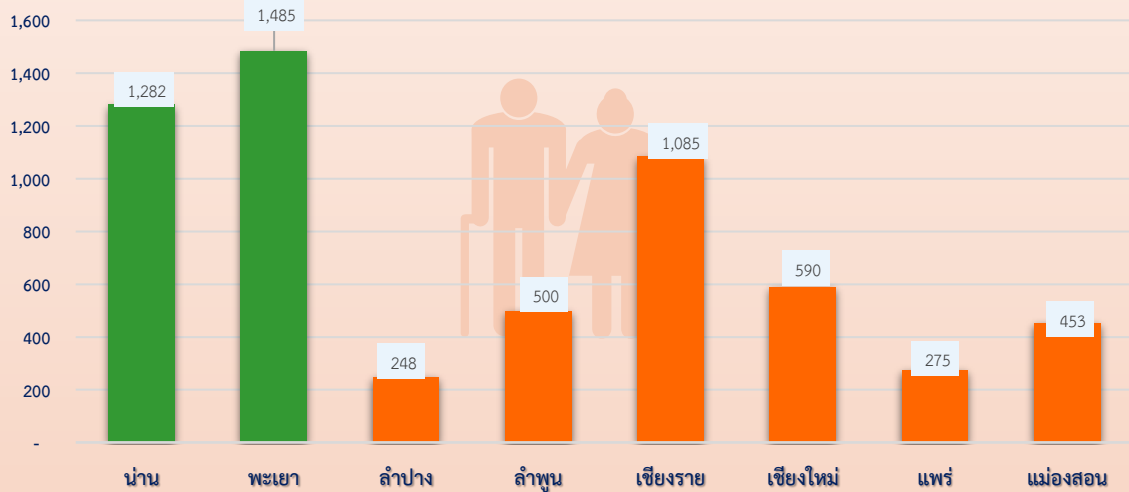
สุขภาพกลุ่มวัย

Wellness Plan

จังหวัดที่ดำเนินการได้ดี จำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพะเยาและ
จังหวัดน่าน

กระบวนการดำเนินงานที่ดี : ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ รพสต.เป็นที่เลี้ยง
สสจ. กระจายจำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงลงไปในแต่ละพื้นที่/รายตำบล เพื่อให้พื้นที่
สามารถดำเนินการได้โดยไม่เป็นภาระพื้นที่

แผน WP จำนวน(ฉบับ)



เป้าหมาย 15,280 ฉบับ (เขตสุขภาพที่ 1 รอบที่ 1)

ผลงาน 4,557 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 29.83

GAP

การจัดทำWellness plan
ของผู้สูงอายุ : เจ้าหน้าที่ รพสต.
เป็นพี่เลี้ยง

Digital platform ไม่สอดคล้อง/
เหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุ
ส่วนใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 1

แผนการดำเนินงาน ระยะ 4 เดือน

ระดับ : ศูนย์อนามัยที่ 1 ดำเนินการจัดประชุม
เชิงปฏิบัติการ(ออนไลน์) ในการดำเนินงานจัดทำ
wellness plan (Refreshing) สำหรับ รพสต.ในพื้นที่

ระดับ : สสจ. สสอ. อบจ.

- เตรียมพื้นที่เป้าหมายเพื่อเข้าร่วมดำเนินการ/เรียนรู้
- กำหนดรูปแบบและช่องทางการรายงานให้ชัดเจน

ระดับ : รพ.สต.

- เป็นพี่เลี้ยงให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง TUGT จัดทำ
แผนการดำเนินงานรายบุคคลโดยใช้กระดาษ
- รายงานจำนวนตัวเลขส่งไปยัง สสอ สสจ. อบจ.

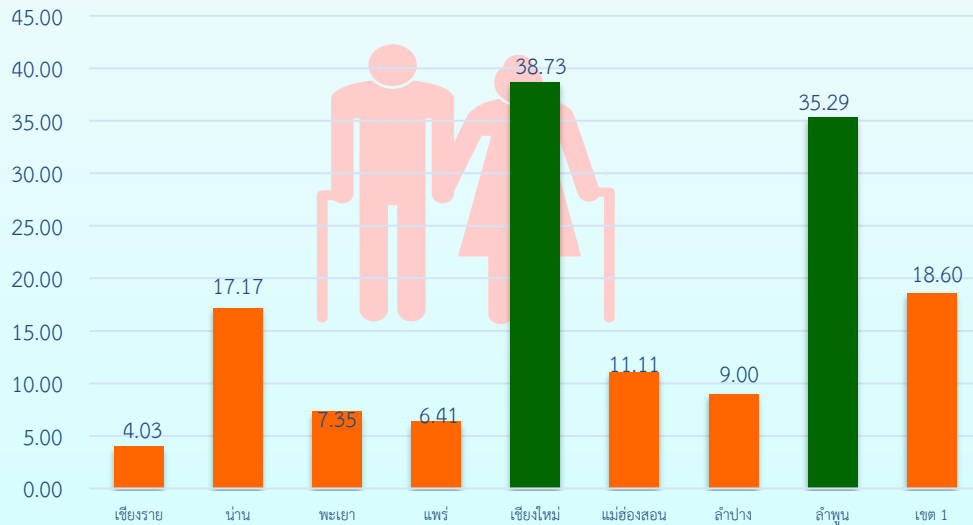
การดำเนินงานควบคุม กำกับ ติดตาม

- เจ้าหน้าที่ระดับ สสจ. ขับเคลื่อน
การดำเนินงานในพื้นที่
- ประสานงานการติดตามผลงานใน
พื้นที่ทุกระดับ
- นำรูปแบบการดำเนินงานของ
จังหวัดน่านและพะเยาไปปรับใช้ใน
การดำเนินงานในพื้นที่
- บูรณาการเป้าหมายกับการ
ดำเนินงานงบ PPA เขตสุขภาพที่
1 ประเด็นพลัดตกหล่นในพื้นที่

ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์(ระดับพื้นฐาน)

กลุ่มติดสังคม Social Bound

ผลการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ



เป้าหมาย 769 ตำบล ผลงาน 143 ชมรม คิดเป็นร้อยละ 18.59

ปัจจุบันอยู่ระหว่างดำเนินการขับเคลื่อนการลงทะเบียนและการประเมินชมรมฯ

จังหวัดที่ดำเนินการได้ดี จำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำพูนและจังหวัดเชียงใหม่

กระบวนการดำเนินงานที่ดี :

- กำหนดช่องทางการลงทะเบียนชมรมผู้สูงอายุชัดเจน
- ติดตามการบันทึกข้อมูลการประเมินชมรมฯ เกณฑ์ให้ผ่านเพียงระดับพื้นฐาน
- เลือกพื้นที่ที่มีความพร้อมในการดำเนินงานโดยเริ่มจากชมรมที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านและมีการรวมกลุ่มเป็นตัวแทนของตำบลในพื้นที่

GAP

- ความสามารถในการประเมินของชมรมมีข้อจำกัด ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน
- เจ้าหน้าที่ระดับ รพ.สต. ไม่ทราบช่องทางการดำเนินงาน และเกณฑ์การประเมินรวมถึงกระบวนการในการลงทะเบียน
- พื้นที่ห่างไกล ต้องใช้กระดาษในการประเมิน

แผนการดำเนินงานระยะสั้น (เร่งด่วน) (เมษายน - มิถุนายน 2566)

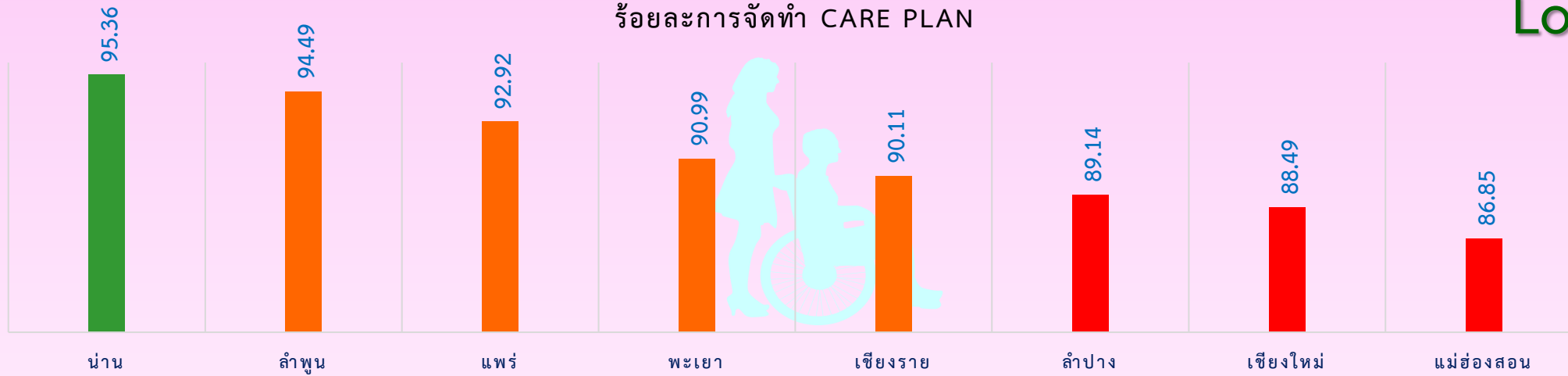
ระดับ : ศูนย์อนามัยที่ 1 ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ(ออนไลน์) ในการดำเนินงานการลงทะเบียนชมรมและการประเมินชมรมสำหรับ รพ.สต.ในพื้นที่

ระดับ : สสจ. สสอ. อบจ. ประสานและจัดเตรียมพื้นที่เป้าหมาย (รพ.สต.และชมรมผู้สูงอายุ) เพื่อเข้าร่วมการประชุมฯ

ระดับ : รพ.สต. เตรียมชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ในการร่วมลงทะเบียนและประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์

Long Term Care

ร้อยละการจัดทำ CARE PLAN



เป้าหมาย
ร้อยละ 95
ผลงาน 90.91

จังหวัด	จำนวน CM ที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม
น่าน	40
ลำพูน	40
แพร่	40
พะเยา	38
เชียงราย	85
ลำปาง	48
เชียงใหม่	195
แม่ฮ่องสอน	35

GAP

- ระบบการใช้งานโปรแกรม 3C ปรับเปลี่ยนรูปแบบเพื่อเชื่อมต่อสปสช.
- เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสนใจการสมัครเป็น CM (คุณสมบัติ)
- ข้อมูลที่พบความซ้ำซ้อนเพิ่มมากขึ้น : การปรับเปลี่ยนโปรแกรม
- ทักษะการใช้งานโปรแกรม 3C ของ CM เดิมไม่เป็นปัจจุบัน

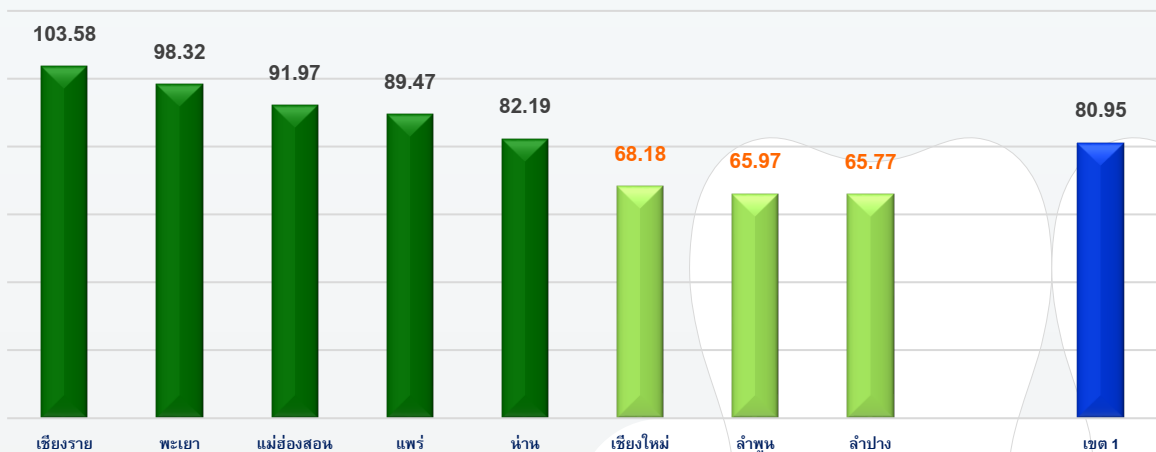
แผนการดำเนินงาน

ระดับ ศูนย์อนามัย
: เปิดรับสมัครเจ้าหน้าที่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการอบรม CM รายใหม่ ปรับคุณสมบัติ CM สร้างเครือข่าย
: จัดอบรม CM ที่ต้องการผลิตรายใหม่เพื่อเข้าอบรมหลักสูตร CM online ผ่านระบบ Hybrid ปัจจุบันอยู่ระหว่างดำเนินการ รุ่นที่ 2 จำนวน 400 คน 21 – 28 เมษายน และ 2 – 9 พฤษภาคม 66
รุ่นที่ 3(พฤษภาคม – มิถุนายน 66)
: จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขในการใช้งานโปรแกรม 3C : ในกลุ่มของ CM เดิม

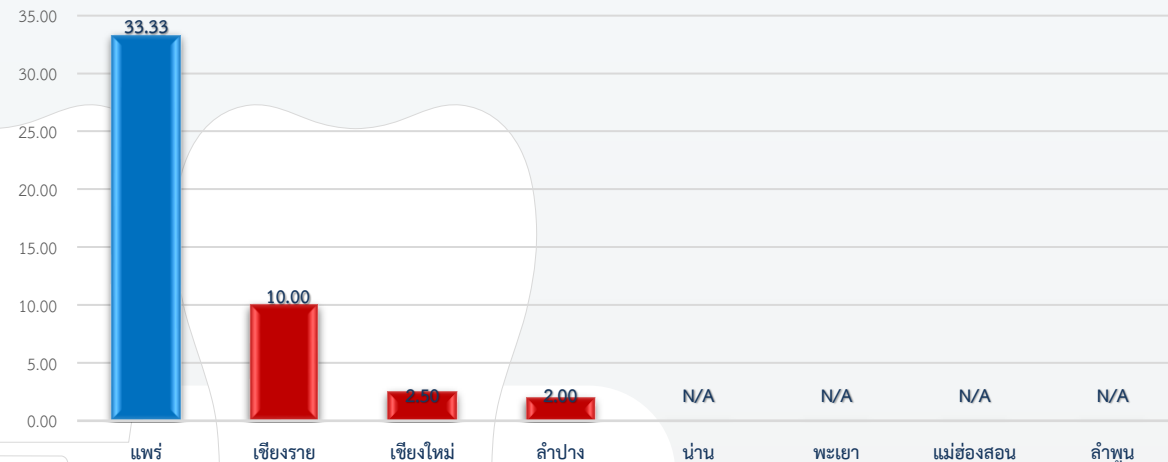
สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ฟันเทียม/รากฟันเทียม

ผลการดำเนินงานฟันเทียม



ผลการดำเนินงานรากฟันเทียม



GAP ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1

1. คุณสมบัตินักคัดเลือกรับเป็นข้อจำกัดสำคัญในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย
2. ขาดแนวทางการคัดกรองที่จะสามารถเพิ่มกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น
3. ผู้สูงอายุกังวลและยังขาดความมั่นใจในการรับบริการรวมถึงบางรายขาดคุณสมบัติต่างๆที่จะเข้าร่วม โครงการฟันเทียมและรากฟันเทียม
4. กระบวนการก่อนทำฟันเทียม/ฝังรากฟันเทียมต้องมีกระบวนการที่ใช้ระยะเวลาและจำนวนยังพบน้อย

แนวทางในการปฏิบัติในการดำเนินงาน

- สร้างแนวทางการคัดกรองในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อนำไปใช้ค้นหา
- ขยายขอบเขตการตรวจคัดกรองเชิงรุกเพิ่มขึ้น(ใช้แนวทางจังหวัดแพร่)
- ตรวจคัดกรองเชิงรุกเพิ่มมากขึ้นในจังหวัดที่ผลงานไม่ถึงเกณฑ์
- ประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการ
- Recall เคสเดิม(ประเมินซ้ำ)เพิ่มกลุ่มเป้าหมายในการเข้าถึงบริการ

การดำเนินงานเชื่อมระบบข้อมูล Smart อสม & Bluebook Application



การคัดกรอง 9 ด้าน สามารถคัดกรองได้ทุกช่องทาง

** แต่เพื่อลดความซ้ำซ้อน ลดภาระงาน ควรคัดกรอง ผ่าน Bluebook Application

ปัจจุบันข้อมูลปรากฏใน Bluebook โดยข้อมูลจากทุกช่องทาง

1.BB 2.Smart อสม และ 3.Import file

นำข้อมูลความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว TUGT ส่งไปจัดทำ Wellness plan

หากต้องการส่งข้อมูลปรากฏใน HDC ต้องทำการยืนยันโดย Provider
ทุกรายเสมอในหน้า Bluebook Application

จำนวนการคัดกรอง 9 ด้าน

เขตสุขภาพ :

เขตสุขภาพที่ 01

จังหวัด :

ทั้งหมด

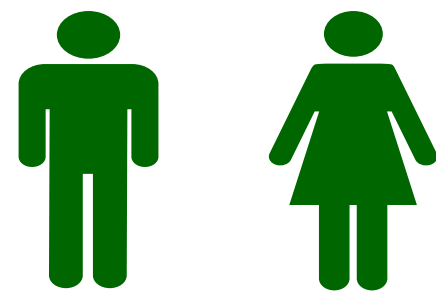
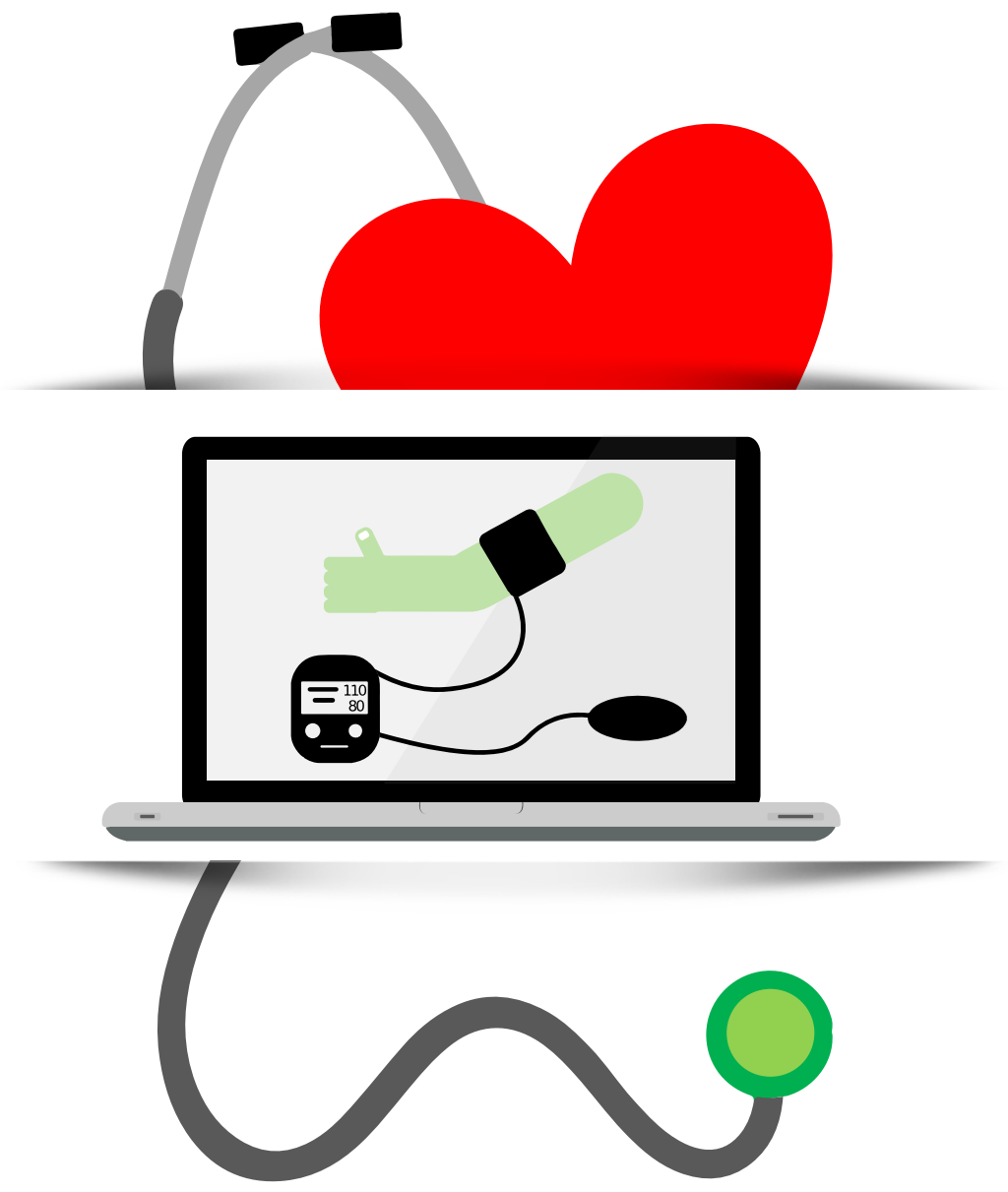
อำเภอ :

ทั้งหมด

ค้นหา

จังหวัด	จำนวนการคัดกรองทั้งหมด (คน) (จากทุก Platform)				จำนวนการคัดกรองทั้งหมด (คน) (เมื่อตัดความซ้ำซ้อนของข้อมูล)	การส่งรายงานใน HDC		
	Bluebook	Import File	Smart อสม	รวมทั้งหมด		ยืนยัน	ยังไม่ยืนยัน	ส่งไป HDC
บ้าน	18,852	132,655	23,809	175,316	88,098	18,948	69,150	12,800
พ.เยา	3,315	23,730	34,207	61,252	44,631	7,928	36,707	5,739
ลำปาง	5,850	75,360	1,724	82,934	54,121	8,276	45,846	757
ลำพูน	36,549	67,405	17,780	121,734	65,391	17,257	48,134	13,816
เชียงใหม่	19,280	267,325	32,387	318,992	155,715	15,688	139,438	9,575
เชียงใหม่	25,049	46,978	111,047	183,074	135,729	37,779	97,950	27,795
แพร่	23,421	8,962	67,099	99,482	70,710	12,239	58,471	8,363
แม่ฮ่องสอน	1,105	5,630	6,647	13,382	10,541	1,327	9,231	855
รวม	133,421	628,045	294,700	1,056,166	624,336	119,442	504,927	79,700





Thank You

