ประเด็นจากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จังหวัดฉะเชิงเทรา
ระหว่างวันที่ ๘ – ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

<u>คณะที่ ๑</u> การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

๑) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

๑.๑) การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย

<u>สถานการณ์ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย</u>

- หญิงตั้งครรภ์ เข้าสู่กระบวนการดูแลช้ารวมถึงการดูแลตามมาตรฐาน
- เด็ก ๐ - ๕ ปี พัฒนาการล่าช้า
- เด็กวัยเรียน อ้วน เตี้ย ฟันผุ IQ EQ MQ
- วัยรุ่น ตั้งครรภ์ พฤติกรรมเสี่ยงทักษะชีวิต
- วัยทำงาน พฤติกรรมสุขภาพ
- ผู้สูงอายุ สังคมผู้สูงอายุ

<u>๑. กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย</u>

<u>ผลการดำเนินงาน</u> (ที่มา : http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๐)

๑๐๑. อัตราส่วนการตายมารดา ๕๖.๕๙ ต่อแสนการเกิดมีชีพ (๑ ราย) *(เกณฑ์ไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)*

- ANC< ๑๒ wks. ร้อยละ ๔๙.๘๒ *(เกณฑ์ ร้อยละ ๖๐)* : อ.เมืองฯ ร้อยละ ๕๓.๗๓ อ.บางคล้า ร้อยละ ๕๗.๔๕ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๖๐.๘๗ อ.บางปะกง ร้อยละ ๕๑.๓๕ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๖๑.๗๐ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๓๗.๓๑ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๒๐ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๔๒.๗๓ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๕๑.๕๒ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๔๕.๐๗ และ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๗๕
- Completed ANC ร้อยละ ๓๗.๗๔ *(เกณฑ์ ร้อยละ ๖๐)* : อ.เมืองฯ ร้อยละ ๔๑.๐๔ อ.บางคล้า ร้อยละ ๕๑.๐๖ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๕๓.๙๑ อ.บางปะกง ร้อยละ ๓๓.๗๘ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๕๕.๓๒ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๒๒.๓๙ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๖.๖๗ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๒๕.๖๙ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๓๗.๘๘ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๓๘.๐๓ และ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๖๖.๖๗
- ดูแลหลังคลอด ร้อยละ ๒๖.๕๘ *(เกณฑ์ ร้อยละ ๖๕)* : อ.เมืองฯ ร้อยละ ๑๙.๔๐ อ.บางคล้า ร้อยละ ๓๘.๓๐ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๕๓.๙๑ อ.บางปะกง ร้อยละ ๖.๖๗ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๕๗.๔๕ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๒๑.๖๔ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๖.๖๗ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๘.๒๖ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๓๑.๘๒ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๒๑.๑๓ และ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๕๐
- -- โลหิตจาง ร้อยละ ๒๒.๗๖ *(เกณฑ์ < ร้อยละ ๒๐)* : อ.เมืองฯ ร้อยละ ๑๘.๕๖ อ.บางคล้า ร้อยละ ๑๐ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๗.๑๔ อ.บางปะกง ร้อยละ ๑๔.๒๙ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๒๘.๘๙ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๔๐.๙๑ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๐ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๒๘.๘๙ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๑๒.๕๐ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๓๕.๒๙ และ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๐

๒/ เด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน...

-- เด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ ๗๙.๕ *(เกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)* : อ.เมืองฯ ร้อยละ ๖๙.๖๔ อ.บางคล้า ร้อยละ ๙๖.๔๓ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๑๐๐ อ.บางปะกง ร้อยละ ๙๙.๖๐ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๘๑.๖๘ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๙๔.๓๑ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๘๒.๕๐ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๓๓.๒๑ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๕๕.๒๑ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๘๕.๐๙ และ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๑๐๐

-- เด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน คัดกรองพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๕.๐๔ *(เกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐)* : อ.เมืองฯ ร้อยละ ๑.๙๐ อ.บางคล้า ร้อยละ ๘.๘๙ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๘.๙๙ อ.บางปะกง ร้อยละ ๒.๓๙ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๒.๘๐ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๔.๐๘ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๑๒.๑๒ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๔.๓๗ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๑๓.๒๗ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๐.๙๖ และ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๐

-- เด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน คัดกรองพบสงสัยล่าช้า ได้รับการกระตุ้นและประเมินซ้ำ ภายใน ๓๐ วัน ร้อยละ ๓๔.๐๕ *(เกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐)* : อ.เมืองฯ ร้อยละ ๕๘.๓๓ อ.บางคล้า ร้อยละ ๔๕.๘๓ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๑๔.๒๙ อ.บางปะกง ร้อยละ ๖๖.๖๗ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๑๐๐ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๒๒.๗๓ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๕๘.๓๓ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๑๐ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๑๙.๒๓ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๐ และ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๐

-- LBW ร้อยละ ๕.๗๔ *(เกณฑ์ < ร้อยละ ๗)* : อ.เมืองฯ ร้อยละ ๐ อ.บางคล้า ร้อยละ ๐ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๔.๔๘ อ.บางปะกง ร้อยละ ๑๔.๒๙ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๐ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๙.๘๘ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๐ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๕.๔๑ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๐ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๐ และ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๐

-- BA อัตรา ๓๒.๖๗ ต่อพันเด็กเกิดมีชีพ *(เกณฑ์ <๒๕ ต่อพันเด็กเกิดมีชีพ)* : อ.เมืองฯ ร้อยละ ๕๘.๕๑ อ.บางคล้า ร้อยละ ๐ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๖.๙๙ อ.บางปะกง ร้อยละ ๙.๔๘ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๕๑.๒๘ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๑๖.๙๕ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๗.๕๕ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๐ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๒๔.๗๕ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๒๐ และ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๑๘.๕๒

-- EBF ร้อยละ ๕๖.๔๗ *(เกณฑ์ < ร้อยละ ๓๐)* : อ.เมืองฯ ร้อยละ ๖๗.๐๘ อ.บางคล้า ร้อยละ ๕๓.๘๕ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๘๒.๕๙ อ.บางปะกง ร้อยละ ๖๘.๒๓ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๕๗.๖๙ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๒๔.๕๖ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๕๓.๘๕ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๗๓.๓ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๘๗.๕๐ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๕๐.๘๙ และ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๙๑.๖๗

๑๐๒. เด็ก ๐ – ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๕.๑ *(เกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)*

๑๐๓. เด็ก ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๑.๘ *(เกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑)*

<u>ข้อเสนอแนะ</u>

- หลัง Conference ให้ทบทวนระบบเฝ้าระวัง/นำมาตรการมาใช้อย่างเป็นระบบ
- การขับเคลื่อนนโยบาย MCH Board การใช้ถุงรองเลือด การทำ Balloon Temponard
- ทบทวนบริบทของแต่ละอำเภอ แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- ส่งเสริมกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า
- ทบทวนกระบวนการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็ก (DSPM DAIM)
- สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกพื้นที่/พัฒนาตำบล “พัฒนาการดี เริ่มที่นมแม่”, “พัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก” เป็นต้น
- สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลพัฒนาการเด็ก (DSPM DAIM)

๓/ ๒. กลุ่มเด็กวัยเรียน...

๒. กลุ่มเด็กวัยเรียน

ผลการดำเนินงาน (ที่มา : http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐)

๑๐๔. เด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๗.๗๒ *(เกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖)* : อ.เมืองฯ ร้อยละ ๖๔.๐๘ อ.บางคล้า ร้อยละ ๖๔.๘๔ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๖๔.๔๕ อ.บางปะกง ร้อยละ ๗๒ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๖๓.๗๒ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๖๒.๓๙ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๖๔.๙๘ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๖๗.๕๒ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๖๘.๖๗ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๖๔.๑๘ และอำเภอคลองเขื่อน ร้อยละ ๗๓.๕๙

ข้อค้นพบ

- มีระบบการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย/บุคลากรการศึกษา ผู้ดูแลเด็ก จนท.สาธารณสุข ในการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียน
- มีการบันทึกข้อตกลงร่วมมือ (MOU) กับสำนักงานเขตการศึกษาในการแก้ไขปัญหาสุขภาพนักเรียน
- มีกิจกรรมสร้างแรงจูงใจให้กับโรงเรียน
- มีเครือข่ายเด็กไทยฟันดีระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะ

- สร้างต้นแบบการส่งเสริมให้เด็กไทยสูงดีสมส่วนแข็งแรง แบบบูรณาการระหว่าง โรงเรียน ครอบครัว และชุมชนให้ครอบคลุม อย่างน้อย ๑ แห่ง ๑ อำเภอ
- สร้างระบบการเฝ้าระวังและส่งต่อครบวงจรตั้งแต่โรงเรียน ครอบครัว ชุมชน
- พัฒนาทีมแกนนำนักเรียนจัดการสุขภาพและทีมดูแลเด็กอ้วนในครอบครัว
- ส่งเสริมการพัฒนาโรงเรียนตามมาตรฐานส่งเสริมสุขภาพ
- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลเฉพาะเรื่องที่ไม่มีรายงานในระบบ HDC (การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กนักเรียนในโรงเรียน)

๑๐๕ เด็กอายุ ๐ – ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ *(เกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๒)*

ช่วง ๕ เดือนแรก ปี ๒๕๖๐ (เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ – กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ คือ เด็ก ๖ – ๑๒ ปี ได้รับบริการทันตกรรม ร้อยละ ๒๕.๒๕ (๕๗,๗๖๙ ราย จาก ๑๔,๕๘๙ ราย) ซึ่งเป็นลำดับที่ ๒ ของเขตสุขภาพที ๖ และลำดับที่ ๘ ของประเทศ (*เกณฑ์ Quick win ๓ เดือน ร้อยละ ๒๕/ ๖ เดือน ร้อยละ ๖๐*)

(ที่มา : http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐)

ข้อค้นพบ

ผลของการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ มีค่าขึ้นลงทุก ๒ ปี ต่างกันประมาณ ร้อยละ ๑๐ อาจเป็นผลมาจากมีการ calibration ทุก ๒ ปี ปีที่มีการ calibration ผลปราศจากฟันผุจะสูงกว่าปีที่ไม่มีการ calibration

ข้อเสนอแนะ

แนะนำให้ calibration ทุกปี

๓. กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา

ประเด็นการตรวจราชการ

๑) ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) และการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์

๒) การลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

๓) การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด

๔/ สถานการณ์...

สถานการณ์งานวัยรุ่นของจังหวัดฉะเชิงเทรา เปรียบเทียบกับเขต ประเทศ

ประเด็น	เกณฑ์	ผลงาน			ปี
		จังหวัด	เขต ๖	ประเทศ	
อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี	ร้อยละ ๔๒	๕๔.๒*	๕๕.๕๖	๔๔.๓๐	๒๕๕๘
ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี	ร้อยละ ๑๐	๑๕.๒๐*	๑๖.๗๐	๑๓.๙๙*	๒๕๕๙
ร้อยละโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณการ	ร้อยละ ๘๐	๖๓.๖๓*	๘๕.๘๑	๗๒.๕๔	๒๕๕๙
ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์	ร้อยละ ๗๐	๓๖.๔*	๕๙.๔๒	๖๕.๔๙	๒๕๕๙
ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่คลอดหรือหลังแท้งบุตรที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร	ร้อยละ ๘๐	๘๐.๖๘	๕๙.๕๒	๕๔.๒๒	๒๕๕๙

ที่มา : http://hdcservice.moph.go.th/ วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

หมายเหตุ ข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปีจากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

ผลการดำเนินงาน (ที่มา : http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐)

๑๐๖. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปีต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปีพันคน ๑๑.๘๕ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปีพันคน *(เกณฑ์ ไม่เกิน ๔๒ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปีพันคน)*

- ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิง อายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ร้อยละ ๑๑.๘๕ *(เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ ๑๐)*
  : อ.เมืองฯ ร้อยละ ๕.๕๖ อ.บางคล้า ร้อยละ ๐ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๑๐ อ.บางปะกง ร้อยละ ๑๒.๐๗ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๐ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๑๗.๓๙ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๑๐๐ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๑๔.๐๘ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๕ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๒๕ และอำเภอคลองเขื่อน ร้อยละ ๐ (*เขต ๖ ร้อยละ ๑๖.๘๕ ประเทศ ร้อยละ ๑๓.๔๑*)
- ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่คลอดหรือแท้งบุตรที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร ร้อยละ ๗๕ *(เกณฑ์ ร้อยละ ๘๐)* : อ.เมืองฯ ร้อยละ ๐ อ.บางคล้า ร้อยละ ๑๐๐ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๐ อ.บางปะกง ร้อยละ ๙๗.๖๒ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๑๐๐ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๙๑.๔๓ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๐ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๒๕ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๙๐.๙๑ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๐ และอำเภอคลองเขื่อน ร้อยละ ๐ (เขต ๖ ร้อยละ ๖๓.๖๕ ประเทศ ร้อยละ ๗๖.๖๘)

ข้อค้นพบ

- มีการขับเคลื่อนงาน STOP TEEN MOM และเครือข่ายอาสา R-SA ที่ ร.พ.บ้านโพธิ์
- ในชุมชนมีจุดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นใน ๓ อำเภอ คือ อ.เมืองฯ ๙ จุด อ.บางน้ำเปรี้ยว ๖ จุด และ อ.บางคล้า ๖ จุด
- มีการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- ได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส.ในโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ

- ดำเนินการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น ระดับจังหวัด และใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในการดำเนินงาน
- เร่งรัด ติดตาม การให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิดและใส่ห่วงอนามัย)
- เร่งรัดการประเมินรับรองมาตรฐานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น YFHS DRH

๕/ ๔. กลุ่มผู้สูงอายุ...

๔. กลุ่มผู้สูงอายุ/ ผู้พิการ

สถานการณ์

ผู้สูงอายุจังหวัดฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๑๖.๔ (เขต ร้อยละ ๑๕.๓/ ประเทศ ร้อยละ ๑๖.๕) สูงที่สุดในจังหวัด คือ อ.คลองเขื่อน (ร้อยละ ๒๑.๐) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ ๙๒.๕ เป็นกลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง ร้อยละ ๗.๕ (เขต ร้อยละ ๙๒.๘ และ ร้อยละ ๗.๒) (ประเทศ ร้อยละ ๗๙ และ ร้อยละ ๒๑)

ผลการดำเนินงาน (ที่มา : http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐)

๑๐๗. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐

ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐) ตำบลทั้งหมด ๙๓ ตำบล อปท. ๑๐๘ แห่ง

ประเด็น	เกณฑ์	ปี ๒๕๕๙		ปี ๒๕๖๐	รวม
		รอบ ๑	รอบ ๒	รอบ ๑	
ผ่านเกณฑ์ตำบล LTC	ร้อยละ ๕๐				๖๒.๒
อปท.ร่วมโครงการ	ร้อยละ ๕๐	๑๕	๓๐	๔	๔๙ (๔๕.๓)
CM (คน) (ครอบคลุม พท.เป้าหมาย)	-	๒๓	๒๖	๖	๕๕
CG (คน) (ครอบคลุม พท.เป้าหมาย)	-	๗๑๖		ระหว่างดำเนินการ	๗๑๖
ผู้สูงอายุสิทธิ UC ๔ กลุ่ม (คน)	-	๒,๑๗๓		ระหว่างดำเนินการ	๒,๑๗๓
จัดทำ Care Plan	-	๘๐๘		๐	๘๐๘

หมายเหตุ

- กองทุนซื้อบริการตาม Care Plan จำนวน ๒ แห่ง
- การจ่ายค่าตอบแทนให้ CG จำนวน ๒ แห่ง (ต.หนองยาว และ ต.หนองแหน)
- มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ๗ แห่ง
- อบรมปี ๒๕๕๘ จำนวน ๕๔ คน รวมทั้งสิ้น ๑๐๙ คน ปี ๒๕๖๐ อบรมเพิ่ม ๕๐ คน
- แผนอบรม Care Giver ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๖๐ คน

ข้อค้นพบ

โครงการ LTC (เน้นกลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง)

- ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๒.๒ (เกินเป้าหมาย)
- มี Care Manager/ Care Giver ครอบคลุมพื้นที่นำร่อง ปี ๒๕๕๙ และ ปี ๒๕๖๐
- ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน/ จัดทำแผนรายบุคคล (Care Plan) ยังไม่ครอบคลุม
- กองทุนที่ซื้อบริการตาม Care Plan ไม่ครอบคลุม
- มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ๗ แห่ง

ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม

- มีชมรมผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์ชมรมคุณภาพ ร้อยละ 43.9
- ตำบลหนองแหน พนมสารคาม จัดตั้ง รร. ผู้สูงอายุ/ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดี เป็นแหล่งเรียนรู้

๖/ ข้อเสนอแนะ...

ข้อเสนอแนะ

๑) เยี่ยมเสริมพลัง/ติดตาม/เร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุน LTC ตามแนวทางการบริหารจัดการโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๙๔๑.๐๓/ว ๑๐๕๑ ลงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๙)

๒. เร่งรัดการประเมิน/จัดทำแผนดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ให้ครอบคลุม

๓. กำกับติดตาม/ประเมินกระบวนการขับเคลื่อนและผลกระทบที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

๔. สนับสนุนการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ/ เสริมสร้างความเข้มแข็งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

เพิ่มเติม

สาวไทยแก้มแดง มีลูกเพื่อชาติด้วยวิตามินแสนวิเศษ (๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐)

วัตถุประสงค์

๑. เพิ่มจำนวนการเกิด เพื่อทดแทนจำนวนประชากร โดยส่งเสริมการเกิดในหญิงอายุ ๒๐ – ๓๔ ปี ที่มีความพร้อม และตั้งใจมีครรภ์

๒. การเกิดทุกรายมีความพร้อม มีการวางแผน มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์และได้รับความช่วยเหลือในการมีบุตร

๓. ทารกแรกเกิดแข็งแรง พร้อมเติบโตอย่างมีคุณภาพ โดยส่งเสริมให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดี เด็กได้รับการเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย พร้อมที่จะเรียนรู้ในช่วงวัยต่อไปอย่างมั่นคง

กลุ่มเป้าหมาย คือ หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๒๐ – ๓๔ ปี

๑.๒) ระบบการจัดการสุขภาพพื้นที่

๑. การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

๑๐๘. จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์(SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
จังหวัด มีการจัดทำคำสั่งโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)	ควรมีการชี้แจง ประชุมคณะกรรมการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับให้เข้าใจ และร่วมกันพัฒนาให้เกิดรูปแบบการทำงาน หน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละกลุ่ม
การพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)	ดำเนินการพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลโรคและภัยสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภายใน และ SRRT ให้สามารถปฏิบัติงานได้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

๗/ ๒. การควบคุมป้องกันวัณโรค...

๒. การควบคุมป้องกันวัณโรค

๑๐๙. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๕

จำนวนประมาณการณ์ และจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ All form ไทย ข้ามชาติ และเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ (รพ.รัฐ ใน – นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รพ.เอกชน และเรือนจำ) ในจังหวัดฉะเชิงเทรา คือ จำนวนประมาณการณ์ ๑,๒๐๑ คน และผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ฯ ๗๕๒ คน

และผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ All form ที่ขึ้นทะเบียน ปี ๒๕๖๐ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙) ทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียน จำนวน ๑๗๕ ราย

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
- ผู้บริหารให้ความสำคัญ จัดทำ MOU ระหว่าง นพ.สสจ. ผอ.รพ. สสอ.	- ควรดำเนินการขยายการตรวจและวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค ให้ครบทุก รพ.
- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในการจัดการแก้ปัญหาการดำเนินงานเบื้องต้น อาทิเช่น line, Team Viewer และคลิป VDO การสอน	- เน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๕

๑๑๐. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๕ ต่อแสนประชากร

สถานการณ์เสียชีวิตจากการจมน้ำเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๕๙ อัตรา ๙.๓, ๗.๐ ต่อแสนประชากร *(เขต ๖ อัตรา ๖.๔ และ ๗.๓๙ ต่อแสนประชากร และประเทศ ๕.๘๔ และ ๕.๖๔ ต่อแสนประชากร)*

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
๑. สถานการณ์มีแนวโน้มดีขึ้น ปี ๒๕๕๙ มีทีมก่อการดีระดับทองแดง ๔ ทีม และปี ๒๕๖๐ มีแผนสร้างให้ครอบคลุมทุกอำเภอ	- ควรมีการส่งคืนข้อมูลให้เครือข่ายในพื้นที่เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนางาน และติดตามประเมินผล
๒. ผวจ.มีนโยบาย ส่งเสริมสนับสนุนให้ ปภ.เป็น focal Point การแก้ไขปัญหา โดยมี สสจ. ร่วมกับเครือข่ายดำเนินการติดตามผลการดำเนินงาน	- ควรมีการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และร่วมแก้ไขปัญหาอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง
๓. มีการจัดประชุมเครือข่ายฯ เพื่อเร่งรัดการสร้างทีมก่อการดี โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยง	- ควรส่งเสริมผลักดันเข้าสู่ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และตำบลจัดการสุขภาพ
๔. ส่งเสริมให้ รร./ อปท.ที่มีความพร้อมเป็น Model การฝึกทักษะ ว่ายน้ำ และเป็นครู ก เผยแพร่ให้แก่เครือข่ายฯ	- ควรมีกิจกรรมส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจให้กับเครือข่ายฯ เข้าร่วมดำเนินการ - ควรจัดให้มีเวลาทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมทั้งถอดบทเรียนพื้นที่ที่มี Best practice

๑๑๒. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่ HT ลดลงร้อยละ ๒.๕ DM ลดลงร้อยละ ๕

ผู้ป่วย HT รายใหม่ เป้าหมาย ปี ๒๕๖๐ ลดลงร้อยละ ๒.๕ จำนวน ๖,๓๒๕ ราย (baseline จำนวน ๖,๔๘๗ ราย) เปรียบเทียบผลงาน ณ ไตรมาส ๑ ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑,๗๐๖ ราย ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๙๒๔ ราย ลดลงขึ้นร้อยละ ๕๔.๑๖ อำเภอที่ส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลง *(ที่มา ฐานข้อมูล HDC วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๐)*

ผู้ป่วย DM รายใหม่ เป้าหมาย ปี ๒๕๖๐ ลดลงร้อยละ ๕ จำนวน ๒,๖๗๔ ราย (baseline จำนวน ๒,๘๑๕ ราย) เปรียบเทียบผลงาน ณ ไตรมาส ๑ ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๘๖๗ ราย ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๓๖๙ ราย ลดลงร้อยละ ๔๒.๕๖ อำเภอส่วนใหญ่แนวโน้มลดลง *(ที่มา ฐานข้อมูล HDC วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๐)*

๘/ ข้อค้นพบ...

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
- ผู้ป่วย DM รายใหม่ เปรียบเทียบ ณ ไตรมาส ๑ (ปี ๒๕๕๙ และ ปี ๒๕๖๐) ลดลงขึ้นร้อยละ ๔๒.๕๖ -- คัดกรองโรคเบาหวาน (เป้าหมาย ≥ ๘๐ %) ร้อยละ ๕๒.๓๗ พบกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๓.๕๔ (อยู่ระหว่างรวบรวมข้อมูล จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) - ผู้ป่วย HT รายใหม่ เปรียบเทียบ ณ ไตรมาส ๑ (ปี ๒๕๕๙ และ ปี ๒๕๖๐) ลดลงร้อยละ ๔๑.๙๖ -- คัดกรองความดันโลหิตสูง (เป้าหมาย ≥ ๘๐ %) ร้อยละ ๕๔.๑๖ พบกลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๒๓.๐๒ (อยู่ระหว่างรวบรวมข้อมูล จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)	- <u>นำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควรมีการติดตาม</u> ประเมินผลในกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่
* ระบบข้อมูล ผลการดำเนินงานในระบบน้อยกว่าที่ปฏิบัติงานจริง เนื่องจากมีการดำเนินการตรวจสอบข้อมูล และทำความเข้าใจของผู้จัดเก็บข้อมูลให้ตรงกันเมื่อเชื่อมข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC	- <u>ควรมีการตรวจสอบสอบข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน</u> และมีความถูกต้อง โดยมีการติดตามตรวจสอบข้อมูลร่วมกับระหว่างผู้รับผิดชอบกับงาน IT เป็นระยะและต่อเนื่อง

<u>๓. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด</u>

๑๑๓. ร้อยละของผู้ป่วย ยาเสพติด ที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (๓ month remission rate) <u>ร้อยละ ๙๒</u>

<u>ผลการดำเนินงาน</u>

พบผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัด ๕๕ ราย อำเภอเมืองฯ ๑๑ ราย อำเภอบางคล้า ๔ ราย อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ๗ ราย อำเภอบางปะกง ๗ ราย อำเภอบ้านโพธิ์ ๔ ราย อำเภอพนมสารคาม ๓ ราย อำเภอแปลงยาว ๑๘ ราย และอำเภอท่าตะเกียบ ๑ ราย ทั้ง ๕๕ ราย หยุดเสพต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

<u>ปัจจัยแห่งความสำเร็จ</u>

- ผู้บริหารทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการขับเคลื่อน
- ผู้รับผิดชอบงานมีภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน
- มีการเผยแพร่และป้ายประชาสัมพันธ์ ให้ผู้เสพเข้ารับการบำบัดในสถานบริการสาธารณสุขฟรีทุกค่าใช้จ่าย

<u>ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงาน</u>

- กลุ่มเป้าหมายสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผลงานปีที่ผ่านมา
- งบประมาณการดำเนินงานส่งมาล่าช้า

๙/ ๑.๓) การคุ้มครองผู้บริโภค...

๑.๓) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

๑. การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๑๑๔. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้ตามมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด เป้าหมาย ร้อยละ ๙๕

สถานการณ์ ๒ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๕๙) คุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปี ๒๕๕๘ ร้อยละ ๑๐๐ (เขต ร้อยละ ๙๔.๘๒ ประเทศ ร้อยละ ๙๖.๐๘) ปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๑๐๐ (เขต ร้อยละ ๕๓.๒๔ ประเทศ ร้อยละ ๙๒.๕๒) *(ข้อมูลจาก คบส.ออนไลน์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ข้อมูลมีการรายงานที่ไม่ครบถ้วน)*

ประเภทผลิตภัณฑ์	เป้าหมายในการเก็บตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่างที่เก็บ	ตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละของตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
อาหาร	๖,๒๘๓	๕,๙๑๐	๕,๘๔๐	๙๘.๘๒
ยา	๒	***ดำเนินการเก็บตัวอย่าง เดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม ๒๕๖๐***		
เครื่องสำอาง	๑๗			
วัตถุอันตราย	๒			
เครื่องมือแพทย์				
วัตถุเสพติด				
รวม	**๖,๓๐๔**	**๕,๙๑๐**	**๕,๘๔๐**	**๙๘.๘๒**

ซึ่งจังหวัดฉะเชิงเทราอยู่ในระหว่างดำเนินการลงข้อมูลในระบบ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เกษตร ปศุสัตว์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการ และภาคประชาชน
- SAT และ Operation team
- การรายงานผลการดำเนินงานใน dashboardและ คบส.ออนไลน์

๑๑๕. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย เป้าหมาย ร้อยละ ๘๐

สถานการณ์ ปี ๒๕๕๙

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีการเก็บตัวอย่างตรวจหายาฆ่าแมลง ร้อยละ ๙๘.๗๕ (เขต ร้อยละ ๙๘.๘๕ ประเทศ ร้อยละ ๙๗.๒๖) สารเร่งเนื้อแดง ร้อยละ ๓๕ (เขต ร้อยละ ๑๐๐ ประเทศ ร้อยละ ๙๘.๙๖) และน้ำมันทอดซ้ำ ร้อยละ ๙๙.๒๙ (เขต ร้อยละ ๘๗.๔๔ ประเทศ ร้อยละ ๙๐.๔๓)

หมายเหตุ

สารเร่งเนื้อแดง : ตามการรายงานของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เขตสุขภาพที่ ๖ มีการตรวจเพียง ๑ ตัวอย่าง จังหวัดฉะเชิงเทรามีการเก็บตัวอย่าง ๒๐ ตัวอย่าง โดยใช้งบประมาณของทางจังหวัด

ยาฆ่าแมลง : จังหวัดฉะเชิงเทราเก็บตัวอย่างร่วมกับ Mobile unit และโครงการผักปลอดภัยสูงเบอร์ ๘

จากผลการดำเนินงานผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๙๗.๔๐ ในรายที่ผลิตภัณฑ์ตกมาตรฐาน จังหวัดได้ดำเนินการแจ้งผู้ประกอบการและมีแผนในการดำเนินการเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจวิเคราะห์ซ้ำ *(ข้อมูลจาก http://healthkpi.moph.go.th/kpi/index/?id=21&lv=2&z=06 : ๘ ก.พ. ๒๕๖๐)*

๑๐/ ประเด็น...

ประเด็น	เกณฑ์	เป้าหมายในการเก็บตัวอย่าง	ตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละของตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
ผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	ร้อยละ ๗๐	๑,๐๖๒	๑,๐๓๔	๙๗.๓๖
เนื้อสัตว์สดมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง	ร้อยละ ๗๐	๓๑	ดำเนินการเก็บตัวอย่างร่วมกับ Mobile unit	
น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	๔	รอผลวิเคราะห์	
ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๗๐	๑๒	ดำเนินการเก็บตัวอย่างเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม	
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา	ร้อยละ ๗๕	๕	ดำเนินการเก็บตัวอย่างเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม	
นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิตมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	ไม่มีเป้าหมายดำเนินการ		
ผลิตภัณฑ์จากแป้งมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๗๐	๑๓	๑๓	๑๐๐
น้ำมันทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่ายมีปริมาณสารโพลาร์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด (สถานที่ผลิต/สถานที่จำหน่าย/MU.)	ร้อยละ ๘๐	๕๒๖ (๒/ ๔๙๓/ ๓๑)	๔๗๓	๙๕.๕๖
			ดำเนินการเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่จำหน่าย ร่วมกับ Mobile unit ๓๑ ตัวอย่าง	

<u>ผลงานเด่นที่สามารถเป็นแบบอย่าง</u>

จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้ดำเนินการโครงการผักปลอดภัยสูง เบอร์ ๘ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลนำผลผลิตทางการเกษตรของเกษตรกรที่อยู่ในโครงการฯ มาประกอบอาหารเพื่อความปลอดภัยและสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยและจัดหาสถานที่ให้นำผลผลิตมาจำหน่ายในโรงพยาบาลด้วย

<u>ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง</u>

ส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) ควรกำหนดให้เป็นนโยบายในการดำเนินการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปอย่างต่อเนื่อง

๑๑๖. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

<u>เกณฑ์เฉลี่ยรวม ร้อยละ ๘๐</u>

<u>ข้อมูลพื้นฐาน</u>

สถานพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียน ๑๙๗ แห่ง คลินิกเอกชน ๑๙๕ แห่ง โรงพยาบาลเอกชน ๒ แห่ง ซึ่งสถานพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียน ผ่านการตรวจมาตรฐาน ร้อยละ ๙๘.๙๘ (๑๙๕ แห่ง) : อ.เมืองฯ ร้อยละ ๙๘.๙๔ อ.บางปะกง ร้อยละ ๙๖.๗๗ อ.บางคล้า อ.บางน้ำเปรี้ยว อ.บ้านโพธิ์ อ.พนมสารคาม อ.ราชสาส์น อ.สนามชัยเขต อ.แปลงยาว อ.ท่าตะเกียบ และ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๑๐๐ ส่วนโรงพยาบาลเอกชนทั้ง ๒ แห่ง ยังไม่รับการประเมิน อยู่ในแผนการเฝ้าระวังต่อไป และยังไม่มีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน *(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม* ๒๕๕๙*)*

๑๑/ ร้อยละของสถานพยาบาล...

ร้อยละของสถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด

ประเด็น	เกณฑ์	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
- สถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	๑๙๗ (คลินิกเอกชน ๑๙๕ แห่ง รพ.เอกชน ๒ แห่ง)	๑๙๕	๙๘.๙๘
- สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด	ร้อยละ ๖๐	๐	๐	๐
- ร้อยละสถานพยาบาลและสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	ร้อยละ ๘๐	๑๙๗	๑๙๕	๙๘.๙๘

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
๑. กฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ มีความล่าช้า ๒. กฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับสถานพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ผู้ประกอบการต้องปรับเปลี่ยนหลายครั้งและเสียค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงให้ตรงตามมาตรฐาน	- จังหวัดควรสร้างเครือข่ายภาคประชาชนในการเฝ้าระวังการคุ้มครองระบบบริการสุขภาพในชุมชน

๑๑๗. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ (GREEN & CLEAN Hospital)

จังหวัดฉะเชิงเทรามีโรงพยาบาล ทั้งสิ้น ๑๑ แห่ง (รพท. ๑ แห่ง รพช. ๑๐ แห่ง) ทุกโรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติการประเมินตนเองและทีมจังหวัดลงประเมิน GREEN & CLEAN Hospital โดยได้ประเมินตนเองแล้วทุกแห่ง ส่วนจังหวัดประเมินเพียง ๒ แห่ง

ผลการประเมินตนเองและทีมจังหวัดลงประเมิน GREEN & CLEAN Hospital

ประเด็น	รพ.พุทธโสธร	รพ.บางคล้า	รพ.บางน้ำเปรี้ยว	รพ.บางปะกง	รพ.บ้านโพธิ์	รพ.พนมสารคาม	รพ.ราชสาส์น	รพ.สนามชัยเขต	รพ.แปลงยาว	รพ.ท่าตะเกียบ	รพ.คลองเขื่อน
ประเมินตนเอง	๑	๓	๒	๒	๓	๒	๑	๒	๑	๑	๒
จังหวัดประเมิน	-	-	-	-	-	๓	๓	-	-	-	-

หมายเหตุ ระดับ ๑ = พื้นฐาน ระดับ ๒ = ดี ระดับ ๓ = ดีมาก

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
- กำหนดการประเมิน โดยใช้ทีมประเมินของจังหวัดร่วมกับทีมประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) มีแผนลงประเมิน (เดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม ๒๕๖๐)	- ควรมีการประชุมพัฒนาทีมประเมิน ทั้งในเชิงวิชาการและเทคนิคการประเมิน เพื่อให้การประเมินเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน

<u>คณะที่ ๒</u> การพัฒนาระบบบริการ

๑) สาขาการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

๑.๑) Primary Care Cluster

๒๐๑. ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ (รพ.สต.ติดดาว) <u>ร้อยละ ๑๐</u>

<u>ผลการดำเนินงาน</u>

อยู่ในระหว่างดำเนินการพัฒนา ซึ่งดำเนินการได้ตามQUICK WIN ๓ เดือน

- มีพัฒนาทีมเยี่ยมสำรวจในการเป็นพี่เลี้ยงการพัฒนาคุณภาพ (รพ.สต.ติดดาว)
- อำเภอ/ รพ.สต.ทำแผนพัฒนาส่วนขาดตามเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดดาว (แผน ๕ ปี)
- มีการกำหนด รพ.สต.เป้าหมายที่จะพัฒนายกระดับให้เป็น รพ.สต.ติดดาวในแต่ละปีต่อเนื่อง ๕ ปี

<u>ข้อเสนอแนะ</u>

ชี้แจงและร่วมพิจารณาเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดดาว ระหว่างผู้ประเมินและผู้รับการประเมินเพื่อให้เข้าใจเกณฑ์ในแนวทางเดียวกัน

๒) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ราย)	อัตรา/ร้อยละ
๒๐๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	DM ≥ ร้อยละ ๔๐	๓,๕๑๓/๓๓,๖๑๖	<u>๑๐.๔๕</u>
	HT ≥ ร้อยละ ๕๐	๑๖,๐๙๓/๗๐,๘๙๓	<u>๒๒.๗๐</u>
๒๐๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	≥ ร้อยละ ๘๐	๑๙,๖๖๒/๓๑,๑๐๗	<u>๖๓.๒๑</u>

<u>ปัญหา/อุปสรรค</u>

๑. การคัดกรอง CKD และประเมินโอกาสเสี่ยง CVD .ในผู้ป่วย DM/ HT ในสถานบริการยังไม่ได้ตามเป้าหมายไตรมาส ๑

๒. การบันทึกข้อมูลในHDC ยังไม่ ครอบคลุมผลงานที่ดำเนินการ

๓. การพัฒนาการบูรณาการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ/ สถานประกอบการปลอดโรคฯ

<u>ข้อเสนอแนะ</u>

- เร่งรัดการคัดกรองให้เพิ่มขึ้นในไตรมาสที่เหลืออยู่และการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพบูรณาร่วมกับคลินิกชะลอไต (CKD)-ขยายต่อให้ครอบคลุมในพื้นที่และติดตาม/พัฒนาการบันทึกข้อมูลของแต่ละพื้นที่

๑๓/ ๓) สาขาหลอดเลือดสมอง...

๓) สาขาหลอดเลือดสมอง (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ราย)	อัตรา/ร้อยละ
๒๐๔ ร้อยละของอัตราตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง	≤ ร้อยละ ๗	๖๐/๔๖๖	๑๒.๘๗ (ตีบ ๓.๐๓, แตก ๒๕.๗๔)

สถานการณ์

๑. โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยสูงขึ้น ผู้ป่วยมีความพิการและมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง โดยเฉพาะ อ.แปลงยาว อ.บางประกง และ อ.บางน้ำเปรี้ยว

๒. พบปัญหาการเข้าถึงบริการล่าช้า

๓. ประชาชนขาดความตระหนักในการรีบมารักษาทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยา rtPAน้อย

๔. ไม่มี Neuro med แต่มี Neuro Surgical ๓ คน

๕. โรงพยาบาลพนมสารคามเป็น Node ที่ทำ CT SCAN และให้ SK ได้ ๑๙.๖๙ % (≤ ๓ %)

๖. รพ.A มี Stroke Unit ๖ เตียง มี CT brain ๒ เครื่อง ที่ รพ.A และ M2 (พนมสารคาม)

ปัญหา/อุปสรรค

- ไม่มี Neuro med
- การเข้าถึงบริการล่าช้า
- ประชาชนขาดความตระหนักในการรีบมารักษา

ข้อเสนอแนะ

- ส่งบุคลากรศึกษาต่อสาขา Neuro med
- ทบทวนระบบ Stroke fast tract
- ทบทวนระบบ Stroke alert

๔) สาขาปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ราย)	อัตรา/ร้อยละ
SP3 อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<๑๓๐ ต่อแสน ปชก.	-	๑๐๖.๖๑ ต่อแสน ปชก.
SP4 อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน	> ร้อยละ ๖๐	-	๓๙.๕๒

สถานการณ์

๑. มีอายุรแพทย์ปฏิบัติงานในส่วนของ COPD Clinic

๒. คลินิกเลิกบุหรี่ดำเนินงานโดยจิตเวช

ปัญหา/อุปสรรค

- ขาดแคลนพยาบาล CHEST NURSE
- ไม่มีอายุรแพทย์โรคปอด
- COPD CLINIC ครบวงจร
- ความครบถ้วนของเวชภัณฑ์ยา
- เครื่องมือที่จำเป็นใน COPD clinic

๑๔/ ข้อเสนอแนะ...

ข้อเสนอแนะ

- ส่งอบรม CHEST NURSE และ Case manager
- จัดหาบุคลากรด้าน CHEST MED หรือส่ง Medicine อบรมเพิ่มเติม
- สหสาขาวิชาชีพ (Screening สอนพ่นยา รับยา Nutritionist กายภาพบำบัด)
- จัดหายาพ่นที่มีส่วนประกอบของเสตียรอยด์ใน รพช.
- จัดหา Triflow , Spirometry ในคลินิค

๕) สาขา RDU (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - **รอบ ๑** **ใช้ข้อมูล ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค.๕๙- ธ.ค.๕๙) - **รอบ ๒** **ใช้ข้อมูล ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ม.ค.๖๐ – มี.ค.๖๐)
๒๐๕. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (โรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านเกณฑ์ RDU1 และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU2) **เกณฑ์ตัวชี้วัด** : รพ. RDU ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของรพ.ทั้งหมด)	**เป้าหมาย** (จำนวน รพ.ทั้งหมด)	ไม่น้อยกว่า ๙ จาก ๑๑ รพ.	ไม่น้อยกว่า ๙ จาก ๑๑ รพ.
	ผลงาน (จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมายขั้นที่ ๑*)	๐ แห่ง	**<u>รอบ ๑ : ไตรมาส ๑</u>** - ทุก รพ.ยังไม่ผ่านเกณฑ์ RDU1 - ทุก รพ.ยังไม่มีหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายผ่านเกณฑ์ RDU2
	ร้อยละ	๐	๐

สถานการณ์

- ทุก รพ.มีคณะกรรมการ PTC และคณะกรรมการ RDU เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน
- ทั้ง ๑๑ รพ.ในจังหวัดฉะเชิงเทรามีข้อมูลตัวชี้วัดครบ ๑๘ ตัวชี้วัดในโรงพยาบาล ๒ ตัวชี้วัดในหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ และตัวชี้วัดที่ ๒๑ (อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด) ในรพ.พุทธโสธร
- พบว่าในไตรมาสที่ ๑ ยังไม่มีรพ.ใด ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ (ทั้ง RDU1 และ RDU2)
- พบปัญหาสำคัญ คือ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม ทั้งในระดับ รพ. (๔ ตัวชี้วัด) และระดับปฐมภูมิ (๒ ตัวชี้วัด)

๑๕/ ๖) สาขาทารกแรกเกิด...

๖) สาขาทารกแรกเกิด (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
๒๐๖. อัตราตายทารกแรกเกิด	≤ ๔ ต่อพันเกิดมีชีพ	๙/ ๒,๐๖๕ ราย	ร้อยละ ๓.๓๙
SP5 จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ ทารกเกิดมีชีพ	๑ เตียง ต่อ ๕๐๐ คน	๑๓ : ๘,๐๐๑ (เตียง : คน)	**๑ : ๖๑๖** (เตียง : คน)
SP6 จำนวนโรงพยาบาลที่มีศักยภาพส่งต่อ (Intrauterine transfer system)	๑ แห่ง	๑/ ๑ (แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐
SP7 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F 1 ขึ้นไปที่มีการดำเนินการคัดกรอง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว	≥ ร้อยละ ๖๐	๕/ ๕ (แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐

สถานการณ์

- จำนวนเตียง NICU เพิ่มขึ้นเพียงพอต่อการบริบาลทารกป่วย อัตรา ๑ : ๖๑๖ *(เกณฑ์ อัตรา ๑ : ๕๐๐)*
- เกิดภาวะ Birth Asphyxia สูง และ LBW สูง การฝากครรภ์ ANC < ๑๒ สัปดาห์ และ ANC ๕ ครั้ง ต่ำกว่าเกณฑ์ แต่ภาวะ ROP, BPD, IVH และ PPS ไม่เกินเกณฑ์
- ไม่มี Neonatologist มีกุมารแพทย์ ๖ ท่าน

ปัญหา/อุปสรรค

- จำนวนเตียง NICU ไม่เพียงพอ (๑ : ๖๑๖)
- การส่งต่อออกนอกเขตบริการ ยังเป็น ๑๐๐% ในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวและ ROP
- ขาดแคลนบุคลากรด้านทารกแรกเกิด
- การส่งต่อไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากพบภาวะแทรกซ้อนจากการส่งต่อ

ข้อเสนอแนะ

- จัดทำแผนรองรับการขยาย NICU (๑ : ๕๐๐)
- บูรณาการเครือข่ายเพื่อการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขตบริการ
- ร่วมมือกับสถาบันทางการแพทย์ในและนอกเขตในการจัดทำความร่วมมือการให้บริการและพัฒนาในกลุ่มโรคเป้าหมาย

๘) สาขา Paliative Care (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (แห่ง)	อัตรา/ ร้อยละ
SP8.1 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3 ดำเนินการได้ได้ตามมาตรการ ดูแลแบบประคับประคอง	ร้อยละ ๕๐	๓/ ๑๐	๓๐
SP8.2 ร้อยละโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ดำเนินการได้ได้ตามมาตรการดูแล แบบประคับประคอง	ร้อยละ ๒๐	๑/ ๑	๑๐๐

สถานการณ์

๑. มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน

๒. มีการส่งบุคลากรที่รับผิดชอบเป็นเลขานุการออกไปอบรมหลักสูตร Palliative Care (แต่ยังไม่ครบทุกแห่ง)

๓. มีการกำหนดกรอบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยชัดเจน ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด (๘ กลุ่มโรค)

๑๖/ ปัญหา/อุปสรรค...

ปัญหา/อุปสรรค

๑. ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง Palliative Care

๒. การเข้าถึง และขั้นตอนการเบิกจ่ายยาในกลุ่มIntermediate opoid control release (IOCR)

๓. การแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลแบบประคับประคอง ใน รพ.ระดับ F1-3 ยังไม่ครบ ๑๐๐%

ข้อเสนอแนะ

๑. ส่งบุคลากร รพ.ระดับ A อบรม PC nurse case manager (๔ เดือน) และส่งบุคลากร รพ.ระดับ M2 F1-3 อบรม PC nurse coordinator (๒ อาทิตย์)

๒. มีการสต็อกยา และให้ผู้ป่วยมารับยาที่ รพ.ระดับ A และ M2, F1-3 ได้ตามการนัดตรวจ

๓. มีการกำกับและติดตาม รพ. F1-3 ให้ดำเนินการตามแผนจัดตั้งคณะกรรมการ

๙) สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	หมายเหตุ
๒๐๗. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ ๑๘.๕	ร้อยละ ๑๙.๗๓	ยังไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย สูงสุด อำเภอบ้านโพธิ์ ๒๙.๘๗% ต่ำสุด อำเภอเมืองฯ ๗.๔๖%

หมายเหตุ ข้อมูลจาก HDC ไตรมาสที่ ๑ (เดือนตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙)

Key Risk Area/ Key Risk Factor

ระบบยาสมุนไพรที่ใช้ในระบบบริการ

- ควรพัฒนาระบบยาสมุนไพรที่ใช้ในระบบบริการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการตรวจติดตามพบว่า การกระจายยาของบางพื้นที่ยังไม่เหมาะสม ซึ่งปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถส่งผลให้ระบบการบริการการแพทย์แผนไทยยังไม่ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังได้ หากแก้ไขปัจจัยเสี่ยงนี้ได้ สามารถส่งผลให้ระบบการบริการการแพทย์แผนไทยที่ครบวงจรได้
- ทางพื้นที่ได้วางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการจัดให้มีประเด็นการกระจายยาต่อประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป
- ข้อเสนอจากการตรวจติดตามให้พื้นที่เสนอข้อวิเคราะห์ภาพรวมความต้องการการใช้ยาจากสมุนไพรของพื้นที่แล้วให้จังหวัดดำเนินการจัดซื้อในภาพรวม

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
การขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย โดยพบว่าสถานบริการบางแห่งมีเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยเพียง ๑ คน ภาระงานที่รับผิดชอบมีปริมาณมาก อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานเชิงรุก ทำให้ไม่สามารถทำงานเชิงรุกได้เท่าที่ควร	เสนอให้วิเคราะห์กรอบอัตรากำลังแพทย์แผนไทยในสถานที่บริการ และจัดเรียงลำดับความสำคัญของแต่สถานบริการในการมีแพทย์แผนไทยประจำสถานที่บริการนั้น	การกำหนดอัตราแพทย์แผนไทยในสถานบริการ (ดำเนินการแล้วเสร็จในภาพกระทรวงสาธารณสุข)

๑๗/ นวตกรรม...

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

พื้นที่มีแผนการทำวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน ๔ เรื่อง เกี่ยวกับ
- โรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน ๒ เรื่อง
- สมุนไพรกระเจี๊ยบแดงในผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง
- การออกกำลังกายด้วยท่าฤาษีดัดตนที่มีผลต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง

จังหวัดเสนอให้เร่งรัดการชี้แจงนโยบายสู่พื้นที่ เพื่อที่จะนำเข้าสู่กระบวนการทบทวนแผนการดำเนินงานของจังหวัด

๙) สาขาสุขภาพจิต (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (คน)	อัตรา/ ร้อยละ
๒๐๘. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	< ร้อยละ ๖.๓	๖/๔๔	๐.๘๖
SP9 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี	ร้อยละ ๘๐		๑๐๐
SP10 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่มโรค	ร้อยละ ๕๐	๑๑/๑๑	๑๐๐
SP11 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	> ร้อยละ ๕๐		๔๗.๕๖
SP12 ร้อยละของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	> ร้อยละ ๖๕		๔๘.๕๔
SP13 ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	> ร้อยละ ๘	๒๙๖/ ๓๕๘	๖.๖๒

ปัญหา/อุปสรรค
- ยังไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตที่ชัดเจน ทำให้การเก็บข้อมูลยังไม่ดีพอ ไม่สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลร่วมกัน
- การ key ข้อมูล รง.๕๐๖S กรณี case complete suicide ไม่สามารถ key ข้อมูลใน รง.๕๐๖S ให้สมบูรณ์ได้ ส่งผลให้ข้อมูลที่ keyไปสูญเปล่า
- ปัญหาเรื่องบุคลากรขาดความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลในระบบ รง.๕๐๖S
- โรงพยาบาลระดับชุมชนไม่มีเภสัชกรรับผิดชอบยาจิตเวชโดยเฉพาะ

ข้อเสนอแนะ
- ควรมีการผลักดันความก้าวหน้าทางวิชาชีพในสายงานจิตเวช เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เจ้าหน้าที่ไม่เปลี่ยนสายงานเพื่อไปปฏิบัติงานด้านอื่นที่มีความก้าวหน้า
- ควรมีการปรับรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลที่ชัดเจน สามารถประมวลได้ทันที ไม่ต้องดึงข้อมูลจากหลายแหล่ง ทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนผิดพลาด
- PM. ตัวชี้วัด ของกรมสุขภาพจิต ควรมีการบูรณาการโปรแกรมให้มีเพียงโปรแกรมเดียว หรือผู้ปฏิบัติงานสามารถ key ข้อมูลของโรงพยาบาลตนเอง เพียงโปรแกรมเดียวและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโปรแกรมต่างๆ ของกรมสุขภาพจิต
- ควรมีการผลักดันในมีความก้าวหน้าทางวิชาชีพในสายงานจิตเวช เพื่อเป็นขวัญกำลังใจ และสร้างแรงจูงใจในการทำงาน

๑๘/ ๑๐) ๓ สาขาพลัส...

๑๐) ๓ สาขาพลัส (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

สาขาสูตินรีเวชกรรม

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (คน)	อัตรา/ ร้อยละ
SP14 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพช. M2	ร้อยละ ๒๕	๒๒๑/ ๕๓๗	๓๘.๕
SP15 อัตราตายมารดาตกเลือดเสียชีวิต	ร้อยละ ๐	๐/ ๗๑	๐

สถานการณ์

๑. อัตราส่วนมารดาตายไทยของจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๕๙ เท่ากับ ๑๔พ๐๓ ต่อการเกิดมิชีพแสนคน

๒. ยังพบมารดาเสียชีวิต ๑ ราย จากตั้งความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถป้องกันได้ หากหญิงตั้งครรภ์/การคัดกรองความเสี่ยงและได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

๓. มี รพ.M2 และ F2 ทำ C/S ได้ ๒๔ ชม. และ F1, F3 บางแห่งทำ C/S ในเวลาราชการ

ปัญหา/อุปสรรค

๑. การเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์น้อย

๒. การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ความเสี่ยงยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ ถึงความสำคัญของการฝากครรภ์และการดูแลตนเอง

๒. รณรงค์การให้โฟเลตในหญิงตั้งครรภ์ยังไม่ครอบคลุม

๓. พัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้แก่บุคลากร

๔. พัฒนาระบบการส่งต่อ

สาขากุมารเวชกรรม

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (คน)	อัตรา/ ร้อยละ
SP16 อัตราป่วยตายโรคปวดบวมในเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปี บริบูรณ์	≤ ร้อยละ ๑๐	๐/ ๓๘๒	๐

สถานการณ์

๑. พบโรค Pneumonia มีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1

๒. จำนวนเตียง PICU เครื่องมือ อุปกรณ์ และและงบประมาณที่ใช้ในการรักษาใน รพ.ระดับ A มีไม่เพียงพอและจำนวนจำกัด

๓. มีผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตและจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหานใจยังครองเตียง PICU ใน รพ.ระดับ A

๔. มีการส่งต่อผู้ป่วยที่อาการไม่หนักเข้ามารักษาในโรงพยาบาลระดับ A จำนวนมาก

๕. มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย

ปัญหา/อุปสรรค

- ขาดแคลนอุปกรณ์ เครื่องมือในการรักษาพยาบาล
- มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย/ โรงพยาบาลจังหวัด
- ขาดบุคลากรเฉพาะทาง

ข้อเสนอแนะ

- มีแผนความต้องการที่ชัดเจน เหมาะสมต่อความจำเป็นเร่งด่วนจัดไว้ในลำดับต้นๆ ของการขอสนับสนุนงบประมาณ
- ทบทวนแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงความพร้อมของรถพยาบาล
- พัฒนาศักยภาพของบุคลากร

๑๙/ สาขาออร์โธปิดิกส์...

สาขาออร์โธปิดิกส์

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (คน)	อัตรา/ ร้อยละ
SP17 ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพช. M2 ลงไป	≥ ร้อยละ ๗๐	๑๓๐/ ๑๗๙	๗๒.๖๓

สถานการณ์

โรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดฉะเชิงเทราสามารถให้บริการผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้ (ทั้ง ๘ กลุ่มที่กำหนด)

ปัญหา/อุปสรรค

- บุคลากรที่อยู่ใน รพช.(แพทย์ใช้ทุน) ไม่สามารถทำการรักษาได้
- เรื่องการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการ/ การรับ-ส่งต่อ

ข้อเสนอแนะ

- มีทีม Consult Case ให้กับ รพช.
- มีการหารือเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์/ วิธีการในการจัดเก็บข้อมูล

๑๑) สาขาอายุรกรรม (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (คน)	อัตรา/ ร้อยละ
SP18 อัตราตายจาก Sepsis/septic shock	≤ ร้อยละ ๓๐	๓๖/ ๒๑๘	๓๕

สถานการณ์

๑. มีอัตราการเสียชีวิตจาก Sepsis สูง เนื่องจากโรงพยาบาลพุทธโสธรมีเตียง ICU อายุกรรม เพียง ๘ เตียง ไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยที่มีจำนวนสูงมากขึ้น

๒. ผู้ป่วย severe sepsis/ septic shock ส่วนใหญ่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ไม่ได้เข้ารักษาใน ICU แต่รักษาใน ward สามัญอายุรกรรม

๓. ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง

ปัญหา/อุปสรรค

- เพิ่มจำนวนเตียง
- เพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์
- ยังไม่ใช้ CPG ในทุกระดับ (เพิ่มการตรวจ serum lactate ในทุก รพ. เพื่อประเมินความรุนแรงช่วงแรกและติดตามการรักษา)

ข้อเสนอแนะ

- เพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาล ชุมชน
- ควรมีการกำหนดให้หน่วยบริการทุกระดับใช้ CPG เดียวกัน รวมทั้งต้องมีการควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผล

๒๐/ ๑๒. สาขาศัลยกรรม...

๑๒) สาขาศัลยกรรม (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (คน)	อัตรา/ ร้อยละ
SP19 อัตราการเกิด Rupture Appendicitis	< ร้อยละ ๒๕	๔๗/๔๙๗	๙.๕
SP20 อัตราตายกลุ่มโรค Acute abdomen			
- อัตราตาย Acute Cholecystitis	< ร้อยละ ๔	๑/๑๙	๕.๒๖
- อัตราตาย Gut obstruction	< ร้อยละ ๔	๑/๒๐	๕
- อัตราตาย Acute Cholangitis	< ร้อยละ ๔	๐/๗	๐
- อัตราตาย Pancreatitis	< ร้อยละ ๔	๐/๗	๐
- อัตราตาย PU perforation	< ร้อยละ ๔	๐/๓๓	๐
SP21 อัตราการตายใน Acute limb ischemia	< ร้อยละ ๒๐	๐/๓	๐
SP22 อัตราการตายใน Chronic limb ischemia	N/A	๐	๐

สถานการณ์
- มีการพัฒนาระบบบริการ Fast Track แก่ผู้ป่วยที่สงสัยมีภาวะไส้ติ่งอักเสบ
- เน้นการประยุกต์ใช้ Alvarado Score ในการเพิ่มความแม่นยำ ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบ และการใช้ CPG One Page ในการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกันทุกสถานพยาบาล

ปัจจุบันพบว่า กระบวนการดำเนินงานดังกล่าวบรรลุเป้าหมาย ในการลดอัตราการเกิด Rupture Appendicitis ลงเหลือร้อยละ ๙.๕ Normal Appendix ลดลงเหลือร้อยละ ๑๐ และส่งผลทางอ้อมในการลดค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันอย่างเป็นรูปธรรม

ปัญหา/อุปสรรค
- ขาดแคลนศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์
- การรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัดยังไม่สมบูรณ์
- การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องล่าช้า

ข้อเสนอแนะ
- ส่งบุคลากรศึกษาต่อเฉพาะทางศัลยแพทย์/ วิสัญญีแพทย์/ วิสัญญีพยาบาล
- มีการกำหนดรหัส ICD9, ICD10 และมีผู้ประสานงานร่วมให้ชัดเจน
- การใช้ CPG ในกลุ่มโรคปวดท้องเฉียบพลันและขาขาดเลือดเฉียบพลัน

๑๓) สาขาหัวใจ (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (คน)	อัตรา
209 อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	≤ 28	๖๗ ราย ต่อประชากร ๗๐๐,๙๕๔ ราย	๙.๕๖ ต่อแสนประชากร
SP23 ร้อยละของรพ.ตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปมีการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrionolytic Drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐/๑๐	ร้อยละ ๑๐๐
SP24 ผู้ป่วย STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดและหรือยาละลายลิ่มเลือด	>ร้อยละ ๘๐	๓๐/๓๑	ร้อยละ ๙๖.๗๗
SP25 อัตราการเสียชีวิต STEMI ในโรงพยาบาล	≤ ร้อยละ ๑๐	๑/๓๑ อ.พนมสารคาม	ร้อยละ ๓.๒๓

๒๑/ สถานการณ์...

สถานการณ์

๑. การเสียชีวิตผู้ป่วย STEMI ได้รับการแก้ไขการตีบตันของหลอดเลือดล่าช้า เนื่องจากการส่งต่อผู้ป่วย TVD ไปยัง รพ.มีศักยภาพสูงกว่า
๒. ยังมี รพช.บางแห่งที่ไม่มีเครื่องวัด Target INR
๓. มี Warfarin clinic ปี ๒๕๕๙ ได้ ร้อยละ ๖๐ วางแผน ร้อยละ ๑๐๐ ในปี ๒๕๖๐ และ Heart failure clinic เริ่มเดือนมกราคม ๒๕๕๙
๕. มี Warfarin registry ร่วมกับโรงพยาบาลพระปกเกล้า

ปัญหา/อุปสรรค

- ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย TVD ออกนอกเขตบริการ
- รพ. A ให้ Fribrinolytic drugs ไม่ได้ทำ PCI
- มี Warfarin Clinic ครบ ร้อยละ ๑๐๐ ในปี ๒๕๖๐

ข้อเสนอแนะ

- พัฒนาศักยภาพเป็นศูนย์หัวใจที่ทำ PCI ได้
- ลงทะเบียนผู้ป่วย Warfarin clinic เป็นระบบใช้ต้นแบบโรงพยาบาลพระปกเกล้า
- ประสานงาน รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่ารับส่งต่อผู้ป่วย
- เสนอแนวทางการคิดอัตราการส่งออกนอกเขตบริการ ควรคำนวณจากมาตรฐานในแต่ละระดับของจังหวัดเป็นเกณฑ์

๑๔) สาขามะเร็ง (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (คน)	อัตรา/ร้อยละ
๒๑๐.๑ ระยะเวลาการผ่าตัดภายหลังวินิจฉัยภายใน ๔ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๘๐	๓๔/๓๖	๙๔.๔๔
๒๑๐.๒ ระยะเวลาการได้รับยาเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๘๐	๓๐/๓๔	๘๘.๒๓
๒๑๐.๓ ระยะเวลาการได้รับรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๘๐	๖/๙	**๓๑.๕๘**

สถานการณ์

- มี Oncologist ๑ คน และมี Onco nurse และ Nurse coordinator ที่ประสานงานของแต่ละอำเภอ
- มีทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ในระดับดีมาก
- Tumor registry (Hospital based) ใช้ระบบ Thai cancer based ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีการลงทะเบียนเก็บข้อมูล TCB ในโรงพยาบาลระดับ A แต่ไม่เชื่อมต่อข้อมูลกับโรงพยาบาลระดับ M หรือ F1-F3
- มะเร็ง ๕ อันดับแรก ที่พบมากในจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด และมะเร็งตับ อัตราตายมะเร็ง ที่พบมาก ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูก

ปัญหา/อุปสรรค

๑. ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางโรคมะเร็ง
๒. การจัดเก็บข้อมูล Tumor Registry ระบบ Thai Cancer Base
๓. การติดตามข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care

ข้อเสนอแนะ

- มีการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร
- ทบทวนความถูกต้องของการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย Refer ในทุกระดับ
- มีการจัดทำทะเบียนติดตามข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care

๒๒/ ๑๕) สาขาไต...

๑๕) สาขาไต (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (คน)	อัตรา/ร้อยละ
๒๑๑. ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราลดลงของ eGFR< ๔ ml/min/1.73 m2 /yr	≥ ร้อยละ ๖๕	๔,๘๙๕/๗,๙๐๓	๖๑.๗๔
ผู้ป่วย DM HT ได้รับการค้นหาและคัดกรอง CKD	≥ ร้อยละ ๘๐	๒๓,๑๘๐/๗๐,๙๑๗	๓๒.๖๙
รพ. ระดับ F2 ขึ้นไปตรวจ serum Cr ด้วย Enzymatic method	ร้อยละ ๑๐๐	๑๑/๑๑	๑๐๐
รพ.ระดับ M2 F1 F2 ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ	≥ ร้อยละ ๕๐	๒ ก.พ. ๖๐ มีการประชุมชี้แจงเกณฑ์การประเมินในจังหวัดให้ใช้เกณฑ์ NCD คุณภาพ	

<u>สถานการณ์</u>

- ผู้ป่วย DM และ HT ได้รับการคัดกรอง CKD ปี ๒๕๕๙ ได้ ร้อยละ ๗๐.๒๕ *(เกณฑ์ ≥ ร้อยละ ๘๐)* แต่ข้อมูล HDC ได้ร้อยละ ๔๑.๗
- ระยะเวลารอคอย HD ไม่มี ,ระยะรอคอย CAPD ๑๗ วัน
- CAPD nurse ๑ : ๑๓๒ *(เกณฑ์ <๑ : ๕๐)* แต่พยาบาล HD มาช่วยงานด้าน CAPD
- ผู้ป่วย CKD ระยะ ๔ – ๕ RRT < ๒๘ วัน เท่ากับ ร้อยละ ๑๗.๗ *(เกณฑ์ ร้อยละ ๒๐)*

<u>ปัญหา/อุปสรรค</u>

- ขาด PD nurse
- การลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่ม DM HT
- การเก็บข้อมูลผู้ป่วย CKD โดยใช้ ICD10

<u>ข้อเสนอแนะ</u>

- ส่งพยาบาลฝึกอบรม PD Nurse หลักสูตร ๔ เดือน
- ทบทวนการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM และHT เทียบกับข้อมูล HDC
- กำหนด ICD10 ของกลุ่มโรค CKD ในการคีย์รหัสเข้าฐานข้อมูลเพื่อส่ง HD

๑๖) สาขาจักษุ (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (คน)	อัตรา/ร้อยละ
๒๑๒. ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกระยะบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	> ร้อยละ ๘๐	๗๙/๑๒๔	**๖๓.๗๑**
SP27 ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา	≥ ร้อยละ ๗๕	๒๐,๖๙๗/ ๑๐๒,๖๙๑	**๒๐.๑๕**

<u>สถานการณ์</u>

- จักษุแพทย์ ๓ ท่าน (ลาป่วย ๑ ท่าน มีกำหนดจะลาคลอด ๑ ท่าน และลาออกอีก ๑ ท่าน) ไม่มีจักษุแพทย์ที่ รพช.
- มีการลงข้อมูลในโปรแกรม vision 2020
- มีการรณรงค์การผ่าตัดต้อกระจกร่วมกับ รพ.บ้านแพ้วและกิจกรรม Click Off ที่ รพ.บางน้ำเปรี้ยว
- มีเครื่องมือ Fundus camera ๖ เครื่อง เครื่องวัดความดันลูกตาชนิดเป่าลม ๓ เครื่อง

๒๓/ ปัญหา/อุปสรรค...

ปัญหา/อุปสรรค

- การคัดกรองสายตาผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี การคัดกรองต้อหินผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี และการคัดกรองเบาหวานขึ้นตา
- ผู้ป่วย Blinding cataract ที่ได้รับการ refer in เพื่อรับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วันมีปริมาณน้อย (ระยะเวลารอคอยผ่าตัดต้อกระจกเฉลี่ย ๙๐ วัน)
- การ refer ผู้ป่วยโรคจอประสาทตาออกนอกเขตบริการ ทำได้ยาก

ข้อเสนอแนะ

- พัฒนาความครอบคลุมของระบบคัดกรอง
- ปรึกษาจักษุแพทย์ในเขตเพื่อรับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน
- ประสานงานเพื่อส่งต่อรพ.ที่มีศักยภาพ

๑๖) สาขาสุขภาพช่องปาก (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ตัวชี้วัด SP28 : ร้อยละ รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ (ร้อยละ ๖๐)

Quick win ๓ เดือน ร้อยละ ๑๕

ข้อมูล	อ.เมืองสมุทรสงคราม	อ.บางคนที	อ.บางน้ำเปรี้ยว	อ.บางปะกง	อ.บ้านโพธิ์	อ.พนมสารคาม	อ.ราชสาส์น	อ.สนามชัยเขต	อ.แปลงยาว	อ.ท่าตะเกียบ	อ.คลองเขื่อน	รวมจังหวัด
รพ.สต./ ศสม. ทั้งหมด (แห่ง)	๑๒๓	๘	๑๓	๑๓	๑๖	๑๒	๒	๑๖	๖	๙	๕	**๑๒๓**
รพ.สต./ ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ (แห่ง)	๑๖	๒	๘	๖	๗	๑๐	๐	๑๐	๔	๗	๓	**๗๓**
ร้อยละ	**๖๙.๕๗**	**๒๕.๐๐**	**๖๑.๕๓**	**๔๖.๑๕**	**๔๓.๗๕**	**๘๓.๓๓**	**๐**	**๖๒.๕๐**	**๖๖.๖๗**	**๗๗.๗๘**	**๖๐.๐๐**	**๕๙.๓๕**

ตัวชี้วัด SP29 : อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิ์ของประชาชนในพื้นที่ (ร้อยละ ๓๕)

Quick win ๓ เดือน ร้อยละ ๙

ข้อมูล	อ.เมืองสมุทรสงคราม	อ.บางคนที	อ.บางน้ำเปรี้ยว	อ.บางปะกง	อ.บ้านโพธิ์	อ.พนมสารคาม	อ.ราชสาส์น	อ.สนามชัยเขต	อ.แปลงยาว	อ.ท่าตะเกียบ	อ.คลองเขื่อน	รวมจังหวัด
ประชากรทั้งหมด (คน)	๑๓๙,๑๐๖	๕๔,๕๗๘	๙๒,๓๓๗	๘๘,๐๔๙	๔๙,๔๔๕	๗๗,๗๐๗	๑๒,๐๐๘	๗๔,๘๕๙	๔๔,๘๕๒	๓๙,๓๕๒	๑๒,๗๓๓	**๖๘๔,๙๔๐**
การใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิ์ (คน)	๑๑,๔๓๕	๑,๙๘๙	๗,๒๔๕	๖,๗๐๐	๔,๑๒๒	๘,๔๕๑	๑,๐๑๔	๗,๙๘๗	๔,๐๙๘	๔,๖๕๗	๑,๑๗๕	**๕๙,๙๓๖**
ร้อยละ	**๘.๒๒**	**๓.๖๙**	**๗.๘๕**	**๗.๖๑**	**๘.๓๙**	**๑๐.๘๘**	**๘.๔๕**	**๑๐.๖๗**	**๙.๑๔**	**๑๑.๘๓**	**๙.๒๓**	**๘.๗๕**

หมายเหตุ ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๐

๒๔/ ข้อค้นพบ...

ข้อค้นพบ

- รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพครบ ๒ องค์ประกอบ ร้อยละ ๖๐ (Quick win ๓ เดือน ร้อยละ ๑๕)

กิจกรรม (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

- จัดบริการครอบคลุม ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม ร้อยละ ๒๘.๔๕
- ครอบคลุมประชากร ร้อยละ ๒๐ (๓ เดือน ร้อยละ ๕) ร้อยละ ๕๙.๓๕
  อ.ราชสาส์น ผลงาน เท่ากับ ๐
- การใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชน ร้อยละ ๓๐ (Quick win ๓ เดือน ร้อยละ ๙)
  ผลงาน ร้อยละ ๘.๗๕ อ.บางคล้า ผลงานต่ำที่สุด ร้อยละ ๓.๖๔

ปัญหา อุปสรรค

- ความสมบูรณ์ของข้อมูล/การส่งออกข้อมูล
- การให้บริการครอบคลุม ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม
  บางกิจกรรมไม่มีใน รพ.สต./ ศสม. เช่น ANC, NCD, Sealant ซึ่งจะส่งผลทำให้ไม่ผ่านตัวชี้วัด
- ตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข เรื่องการตรวจไม่บ่งบอกคุณภาพการให้บริการ
- ภาระงานของทันตาภิบาลต่อสัดส่วนประชากรมาก, ขาดแคลนทันตาภิบาล
- สัดส่วนทันตแพทย์/ ทันตาภิบาล : ผู้ช่วยทันตแพทย์ ๑ : ๐.๔

จุดเด่น

- มีช่องทางลัดในการดูข้อมูลทันตกรรมใน HDC : COCKPIT ทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานสามารถประเมินตนเองและวางแผนงานได้อย่าง Real time

ข้อเสนอแนะ

๑. ควบคุมกำกับผลงานบริการใน HDC รายสถานบริการ ทุกเดือน อ.ราชสาส์น และ อ.บางคล้า ควรเร่งทบทวนข้อผิดพลาดในการลงข้อมูล
๒. อ.ที่มีผลงานสูง เช่น อ.ท่าตะเกียบ อ.พนมสารคาม อ.สนามชัยเขต ควรแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับอำเภออื่น
๓. พัฒนางานบริการทันตกรรมเฉพาะทางให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในโรงพยาบาลแม่ข่าย
๔. การตรวจสุขภาพช่องปาก ควบคู่ไปกับมาตรการ Self care บูรณาการใน ๖ กลุ่มวัย โดยเฉพาะการควบคุมคราบจุลินทรีย์
๕. ผลงานภาพรวมดี ให้เพิ่มงานคุณภาพ TDCA

๒๕/ ๑๗) สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ...

๑๗) สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	อัตรา/ร้อยละ
SP30 Organ Donation จากภาวะสมองตาย	๑:๑๐๐	๐/๖๙	๐:๑๐๐
SP31 Cornea Donation จากตายทุกสาเหตุ	๕:๑๐๐	๐/๕๒๐	๐:๑๐๐

สถานการณ์

๑. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการอำนวยการ และคณะทำงานสาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

๒. มีการจัดตั้งศูนย์การรับบริจาคอวัยวะที่งานหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

๓. มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลและประสานการรับบริจาคอวัยวะใน รพ.พุทธโสธรและในเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข

๔. จัดประชุมวิชาการให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรทางการแพทย์/ ผู้เกี่ยวข้อง และผู้สนใจ เรื่อง “การรับบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะในเครือข่ายฯ สถานบริการ”

๕. ส่งบุคลากรเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาเครือข่ายบริการรับบริจาคอวัยวะในส่วนภูมิภาค ครั้งที่ ๔ ปี ๒๕๕๙ ณ โรงแรมชลอินเตอร์ จ.ชลบุรี จำนวน ๑๔ คน

ปัญหา/อุปสรรค

- ขาดพยาบาลประสาน full time
- เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการบริจาคอวัยวะและดวงตา
- พยาบาลประสานการบริจาคอวัยวะขาดทักษะและความชำนาญในการเจรจา
- ญาติขาดความรู้และความเข้าใจในการบริจาคอวัยวะและดวงตา
- ขาดเครื่องมือในการดูแลผู้บริจาคอวัยวะ เช่น Hyper-hypothermia

ข้อเสนอแนะ

- ต้องมีการกำหนดภารกิจให้มีบุคลากรรองรับงานเชิงนโยบาย
- อบรมการเจรจาและประสาน
- ให้ความรู้กับญาติและเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์
- มี CPG ในการดูแลผู้ป่วยสมองตาย

๑๘) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ราย)	อัตรา/ร้อยละ
๒๑๕. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในการบาดเจ็บที่มีค่า Ps score ≥ ๐.๗๕	≤ ร้อยละ ๑	๑๓/๑,๔๓๓	**๐.๙๑**
SP32 ร้อยละ ER คุณภาพในระดับ F2 ขึ้นไป	ร้อยละ ๖๐	**อยู่ระหว่างดำเนินการ**	
ร้อยละของโรงพยาบาลคุณภาพ ในระดับ F2 ขึ้นไปที่มี ECS คุณภาพ	ร้อยละ ๖๐		

สถานการณ์

- ได้มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ รองรับมาตรการป้องกันการดำเนินงานด้านความปลอดภัยและลดอุบัติเหตุทางถนนทั้ง ๔ ด้าน
- ทบทวน Trauma Audit ผู้ป่วยส่งต่อที่มี PS Score > ๐.๗๕ ที่เสียชีวิตทุกราย เพื่อนำสู่การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต
- มีการจัดตั้ง TEA Unit
- มี EP ๒ คน
- ไม่มี CVT

๒๖/ ปัญหา/อุปสรรค...

ปัญหา/อุปสรรค

- พัฒนาระบบ ECS คุณภาพ
- พัฒนาระบบ ER คุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

- จัดตั้งคณะกรรมการและดำเนินการให้ครบองค์กรประกอบ
- ส่งบุคลากรอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ Multiple trauma และ Injury surveillance (IS เขต ๖)

๑๙) การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการ (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ราย)	อัตรา/ร้อยละ
๒๑๖. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ และ Reaccredit	ร้อยละ ๑๐๐ ของรพศ./รพท.	๑ แห่ง ผ่านการรับรอง HA ๑ แห่ง	**๑๐๐**
	มากกว่าร้อยละ ๘๐ ใน รพช.	๑๐แห่ง ผ่านการรับรอง HA ๙ แห่ง	**๙๐**

สถานการณ์

๑. มีการพัฒนาคุณภาพบริการสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในจังหวัด จำนวน ๑๑ แห่ง

๒. มีแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ HA โดยมุ่งเน้นให้สถานบริการสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านมาตรฐาน และได้รับพัฒนาเครือข่ายโดยระบบพี่เลี้ยง โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) (สรพ.), สปสช., โรงพยาบาลตราด และสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้ตกลงร่วมมือกันพัฒนาระบบการเรียนรู้ แบบเครือข่ายพันธมิตร เพื่อดำเนินงานตามกิจกรรมให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติงาน โดยเริ่มดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกระตุ้นการพัฒนาระหว่างโรงพยาบาล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งถอดบทเรียนและวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อรับการประเมิน HA และการ Re-accreditation

๓. สำหรับโรงพยาบาลคลองเขื่อน เป็นโรงพยาบาลที่สร้างใหม่ เปิดให้บริการในปลายปี ๒๕๕๘ โดยยังไม่มีบริการเปิดรับผู้ป่วยค้างคืนในโรงพยาบาล มีโรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลบางคล้า ช่วยเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน มีการควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาล (QA)

ข้อเสนอแนะ

- มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการรักษาสถานภาพของโรงพยาบาล ตามขนาดของโรงพยาบาล

๒๗/ คณะที่ ๓...

<u>คณะที่ ๓</u> การบริหารทรัพยากรมนุษย์

๓๐๑ ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (<u>เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ทั้ง ๕ องค์ประกอบ</u>)

องค์ประกอบ	ผลการบริหารจัดการ
๑. การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน	<u>ระดับ ๕</u> มีการวางแผนกำลังคนสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ ครอบคลุม ๕ กลุ่มวิชาชีพ ๗ สายงาน
๒. การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	<u>ระดับ ๕</u> ครอบคลุมแหล่งผลิตในจังหวัด (ศูนย์แพทย์ฯ : แพทย์ และ ม.ราชภัฏฯ : นวก.)
๓. การบริหารงบประมาณการพัฒนากำลังคน	<u>ระดับ ๑</u> ร้อยละ ๓๕.๓๑ (จำนวนงบประมาณ ๑,๐๑๘,๙๒๖/ ๒,๘๘๕,๔๗๐ บาท)
๔. การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	<u>ระดับ ๒</u> ร้อยละ ๕๘ (บุคลากรได้รับการพัฒนา ๑,๙๐๒/ ๓,๒๘๕ คน)
๕. การประเมินผลกระทบ	<u>ระดับ ๑</u> ไม่มีการฟ้องร้อง - แพทย์ ร้อยละ ๖๐ - ทันตฯ ร้อยละ ๗๕ - เภสัชฯ ร้อยละ ๖๐ - พยาบาล ร้อยละ ๖๙

<u>ข้อเสนอแนะ</u>

<u>สิ่งดีๆที่พบ</u>

- การจัดสรรงบประมาณพัฒนาบุคลากรประมาณ ร้อยละ ๔๕ ของงบดำเนินงานของ สสจ.

<u>ประเด็นพัฒนา</u>

- หากมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมและวิเคราะห์นำไปสู่การปรับปรุง/ พัฒนาจะช่วยให้สะท้อนประสิทธิภาพของการวางแผนได้ตรงประเด็นและชัดเจนยิ่งขึ้น
- หากมีการวางแนวทางการรับรู้ความเสี่ยง/ ผลกระทบจากการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลจะช่วยให้มีการวางแผนป้องกันข้อร้องเรียนได้ดียิ่งขึ้น
- จังหวัดควรนำฐานข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของส่วนกลางมาใช้ จะสามารถตรวจสอบการพัฒนาของบุคลากรในจังหวัดได้และติดตามการนำผลจากการพัฒนาไปใช้ในการปฏิบัติงาน
- ระบบบริหารของส่วนกลางและเขตสุขภาพ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เช่น แบบฟอร์มที่เป็นมาตรฐานการดำเนินงานและวิธีปฏิบัติให้เป็นไปในทางเดียวกัน การส่งหนังสือต่อ

๒๘/ ๓๐๒. ร้อยละหน่วยงาน...

๓๐๒. ร้อยละหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความ สุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้ (ร้อยละ ๕๐)

องค์ประกอบ	ผลการบริหารจัดการ
๑. การชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน	- ดำเนินการแล้วในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๙
๒. การสำรวจความสุขของการทำงาน/ MOPH	- อยู่ระหว่างรอแบบฯจากกระทรวง
๓. การวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล	
๔. การจัดทำแผนพัฒนาความสุข/ สร้างค่านิยม	
๕. การใช้แผนดำเนินการ/ สร้างค่านิยม	

๓๐๓. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (*ร้อยละ ๕๐*)

ปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
- ไตรมาส ๑ คัดเลือกและพัฒนาตามเป้าหมาย ๕,๗๐๒ คน	มีการกำหนดจำนวน อสค. ตามที่ได้รับจัดสรร
- ไตรมาส ๒ คัดเลือกและพัฒนาตามเป้าหมาย	
- ไตรมาส ๓ คัดเลือกและพัฒนาตามเป้าหมาย	
- ไตรมาส ๔ ครอบครัวมีศักยภาพฯ ร้อยละ ๕๐	

เป้าการพัฒนา อสค ๕,๗๐๒ คน สุ่มประเมินศักยภาพ ตามเกณฑ์ร้อยละ ๓๐ จำนวน ๑,๗๑๑ คน (*ผ่านร้อยละ ๕๐ ของสุ่ม เท่ากับ ๘๕๖ คน*)

กระบวนการพัฒนาศักยภาพ อสค.

- Mapping
- Network
- Learning&Share
- Continuous Learning

สุ่มประเมินศักยภาพ ตามเกณฑ์ ร้อยละ ๓๐ (ต้องผ่านร้อยละ ๕๐ ของสุ่ม) ในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๐

Key Risk Factor

กลุ่มเป้าหมาย CKD ระยะ ๔, LTC และ NCD อาจมีความซ้ำซ้อน

ข้อค้นพบ :

- ผู้บริหาร/ ผู้รับผิดชอบงานให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนงานทุกระดับ
- ความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการสนับสนุนงานภาคประชาชน

ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- สร้างความเข้าใจกับผู้บริหารและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในแนวทางการดำเนินงาน อสค. เพื่อบูรณาการ/ สนับสนุนการพัฒนา อสค.
- การพัฒนา อสม.กลุ่มวัย เพื่อเป็นพี่เลี้ยง อสค./ สร้างเครือข่าย อสค
- เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนา อสค.กรณีตัวอย่างการดูแล Case ผู้ป่วย CKD LTC NCD ในครอบครัว

๒๙/ คณะที่ ๔...

<u>คณะที่ ๔</u> การบริหารจัดการ

- ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

๔๐๑ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (<u>ร้อยละ ๘๕</u>)

<u>ประเด็นที่มุ่งเน้น</u>

๑. การจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐/แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินสิ่งก่อสร้าง)

๒. การป้องกันเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน

๓. การตอบสนองข้อร้องเรียน

<u>ผลดำเนินการ</u> (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙) *<u>ผ่านตัวชี้วัด</u>*

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		จังหวัด ๑	อำเภอ ๑	อำเภอ ๑	รพช. ๑	รพช. ๑	รวม
หน่วยงานมีการดำเนินการตามข้อคำถามการประเมินใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment) ข้อ EB4-EB6	เป้าหมาย	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	
	ผลงาน	๕	๕	๕	๕	๕	๕

<u>ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ</u>

๑. ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและได้ประกาศเจตจำนงสุจริตในการบริหารงานแก่หน่วยงานให้กับผู้บริหารทุกระดับของจังหวัด

๒. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง กำหนดพื้นที่ดำเนินงานครอบคลุมโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

๓. กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน

<u>นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง</u>

- จัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถยนต์ของทางราชการ (รถส่วนกลาง) และขยายผลในเขตสุขภาพที่ ๖

- การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

๔๐๒. ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ วัสดุเอกซเรย์ และวัสดุทันตกรรม (<u>ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐</u>)

<u>ประเด็นการตรวจราชการ</u>

- การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีจริยธรรม

<u>ผลการดำเนินงาน</u> (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙) *<u>ผ่านตัวชี้วัด</u>*

มูลค่าการจัดซื้อยาร่วมและเวชภัณฑ์ฯ ภาพรวมของจังหวัด

๑. จัดซื้อยาร่วม ๓๓,๙๙๓,๘๒๐.๑๕ บาท

๒. วัสดุการแพทย์ ๙,๑๙๕,๔๐๖.๘๙ บาท วัสดุทันตกรรม ๓๓๗,๗๙๙.๓๒ บาท

๓. วัสดุวิทยาศาสตร์ ๖,๔๔๗,๔๑๐.๕๐ บาท วัสดุเอกซเรย์ ๑,๕๙๑,๔๐๙.๗๙ บาท

รวม ๕๑,๕๖๕,๘๔๖.๖๕ บาท

๓๐/ ตัวชี้วัด...

ตัวชี้วัดมูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของหน่วยงาน *เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐*
ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาทั้งหมด (จากมูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด ๑๕๒,๙๓๙,๙๒๕ บาท) คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๗๒ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย รพ.ทำได้ตามเป้าหมายทุกแห่ง

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

๑. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์
๒. มีการจัดทำกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของ รพ.ในจังหวัดที่มีความสอดคล้องและลดหลั่นกันตามระดับของ รพ.
๓. มีแผนจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ที่ได้รับการอนุมัติจาก นพ.สสจ.
๔. มีการดำเนินการจัดซื้อถูกต้องตามระเบียบฯพัสดุ
๕. มีการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ ร่วมระดับจังหวัด
๖. มีแผนการสำรองร่วม โดยกำหนดให้ทุก รพ.ทุกแห่ง รพศ.รพท. สำรอง ๑ เดือน รพช. สำรอง ๒ เดือน
๗. มีประกาศแนวทางปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

- ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๔๐๓. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการ แพทย์ฉุกเฉินปี ๒๕๖๐ (ร้อยละ ๙๕.๕)

ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด
๒. ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่
๓. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
๔. ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด

ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙) *ผ่านตัวชี้วัด*

การปฏิบัติการฉุกเฉินของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน	**จำนวน (ราย)**	**ร้อยละ (เป้าหมาย ๒๕)**
ผ่านเป้าหมาย	๓,๒๒๘	๒๕.๘๕

ปัญหาและอุปสรรค

- การครอบคลุม และการกระจายของชุดปฏิบัติการในพื้นที่จังหวัด (บางจุดไม่มีการให้บริการ มีการบริการแต่ระยะทางไกล)

ข้อเสนอแนะ

๑. จัดทำแผนที่ชุดปฏิบัติการ เพื่อทราบว่าพื้นที่ไหนเป็นยังไม่ได้ดำเนินการหรือประชาชนเข้าถึงบริการล้าช้า
๒. ให้หารือและขอสนับสนุนจากท้องถิ่นจังหวัดในการชี้แจงและกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ เสนอต่อผู้ว่าราชการจังหวัด
๓. ประสานและส่งเสริมสนับสนุนให้ อบจ. เข้ามาดำเนินการการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

๓๑/ ร้อยละของ...

- ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

๔๐๔. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ไม่เกินร้อยละ ๘)

ประเด็นการตรวจราชการ

๑. ประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน โดยใช้ดัชนี ๗ ตัว (๗ Plus)

๒. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรที่เพียงพอต่อการให้บริการ มีรายได้ไม่ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย

๓. การบริหารติดตามกำกับแผนการเงินการคลังด้วยแผนทางการเงิน Plan Fin Management

๔. การประเมินกระบวนการทำงาน FAI

๕. การตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการทุกแห่ง/ คะแนนคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์

๖. มีเครือข่ายด้านการเงินการคลังและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙) *ผ่านตัวชี้วัด*

- การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการจังหวัดฉะเชิงเทรา ในไตรมาสที่ ๑/๒๕๖๐ ไม่พบโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติปัญหาทางการเงินระดับ ๗

ข้อสังเกต

- มีเงิน OP/PP ของ UC โอนมา ๕๐ % ในช่วงไตรมาส ๑/๒๕๖๐ และรับรู้เป็นรายได้ทั้งหมด (๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๙) หน่วยบริการไม่ควรมีระดับวิกฤติ

ประเด็นการตรวจราชการ

๑. ประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน โดยใช้ดัชนี ๗ ตัว (7 Plus)

เกณฑ์การประเมิน : หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ ระดับ B- ขึ้นไป ร้อยละ ๖๐ (ต้องผ่าน ๔ ตัว จากเกณฑ์ประเมิน ๗ ตัว)

หน่วยบริการ	CR	QR	Cash	NWC (ล้านบาท)	Net Income (ล้านบาท)	Risk Scoring	ประสิทธิภาพ plus
โรงพยาบาลพุทธโสธร	๑.๖๙	๑.๕๓	๑.๑๓	๓๒๖.๑๓	๓๐๕.๐๘	๐	OB
โรงพยาบาลบางคล้า	๔.๓๘	๔.๒๘	๒.๙๒	๘๖.๒๒	๒๓.๑๐	๐	OB
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	๑.๖๒	๑.๕๐	๑.๐๔	๒๗.๑๔	๓๓.๘๔	๐	OB
โรงพยาบาลบางปะกง	**๑.๒๒**	๑.๑๔	๐.๙๙	๑๒.๑๙	๓๒.๗๒	๑	1B-
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	๑.๕๖	๑.๔๖	**๐.๔๔**	๓๑.๕๖	๒๙.๖๐	๑	1B
โรงพยาบาลพนมสารคาม	๒.๕๘	๒.๕๒	๑.๙๑	๑๑๑.๓๘	๕๑.๔๑	๐	OA-
โรงพยาบาลราชสาส์น	๒.๓๖	๒.๑๕	๑.๘๐	๑๑.๓๓	๗.๖๗	๐	OA-
โรงพยาบาลสนามชัยเขต	**๑.๔๒**	๑.๓๒	**๐.๖๕**	๑๙.๑๒	๓๑.๗๖	๒	2A-
โรงพยาบาลแปลงยาว	๑.๙๗	๑.๘๑	๐.๙๗	๒๔.๔๗	๑๖.๘๕	๐	OA-
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	๒.๓๖	๒.๒๔	๒.๐๔	๓๒.๙๖	๑๖.๘๕	๐	OB
โรงพยาบาลคลองเขื่อน	๑.๙๔	๑.๘๒	๑.๗๘	๔.๕๖	๔.๑๐	๐	OA-

สิ่งดีๆที่พบ

- หน่วยบริการทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิการบริหารการเงินการคลัง โดยมีระดับ B- ขึ้นไปทุกแห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐

๒. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรที่เพียงพอต่อการให้บริการ มีรายได้ไม่ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย

๓๒/ ๓. การบริหาร...

๓. การบริหารติดตามกำกับแผนการเงินการคลังด้วยแผนทางการเงิน Plan Fin Management

ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

๑) หน่วยบริการทุกแห่งมีการทำแผนทางการเงินเป็นแบบเกินดุล

๒) มีและใช้แผนทางการเงิน ในการติดตามกำกับการดำเนินงาน มีความต่างจากแผนเกินร้อยละ ๕

- รายได้ หน่วยบริการมีความต่างจากแผน เกินร้อยละ ๕ ทุกแห่ง เนื่องจากการสัดส่วนการจัดสรรของ สปสช.
- รายจ่าย หน่วยบริการมีความต่างจากแผน เกินร้อยละ ๕ มากกว่าแผน ๒ แห่ง คือ รพ.บ้านโพธิ์ และ รพ.คลองเขื่อน

ข้อสังเกต : การรับรู้เงิน UC ที่โอนมาเป็นรายได้ทั้งหมด ทำให้รายได้มากกว่าแผน Plan Fin ที่จัดทำ

ข้อเสนอแนะ : การเฝ้าระวังสถานการณ์และการใช้ Plan Fin ควรแบ่งการรับรู้เงิน UC เป็นรายเดือน

๔. การประเมินกระบวนการทำงาน FAI ข้อมูล ไตรมาสที่ ๑/ ๒๕๖๐

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของหน่วยบริการมีค่าเฉลี่ยคะแนน FAI *ร้อยละ ๗๕* (Small Success ๑/๖๐)

ผลการประเมิน

- การประเมินค่าเฉลี่ยคะแนน FAI ผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง ภาพรวม ร้อยละ ๐.๗๓ : รพ.พุทธโสธร ร้อยละ ๙๐ รพ.บางคล้า ร้อยละ ๙๖ รพ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๙๐ รพ.บางปะกง ร้อยละ ๘๔ รพ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๗๘ รพ.พนมสารคาม ร้อยละ ๙๖ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๙๖ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๙๐ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๙๐ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๙๖ และ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๙๒

๕. การตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการทุกแห่ง/ คะแนนคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์

ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

- หน่วยบริการทุกแห่ง มีระดับ A+ ๓ แห่ง (รพ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.พนมสารคาม และ รพ.ท่าตะเกียบ) ระดับ A ๓ แห่ง (รพ.บางปะกง รพ.ราชสาส์น และ รพ.สนามชัยเขต) ระดับ B ๓ แห่ง (รพ.พุทธโสธร รพ.บางคล้า และ รพ.แปลงยาว) และระดับ C ๑ แห่ง (รพ.บ้านโพธิ์)

ข้อเสนอแนะ : ควรพัฒนาคุณภาพระบบบัญชี จาก C ให้เป็นระดับ B ขึ้นไป

๖. มีเครือข่ายด้านการเงินการคลังและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙)

๑. มีเครือข่ายด้านการเงินการคลัง

๑) มีคณะทำงานบริหารการเงินการคลัง (CFO) ระดับจังหวัดและอำเภอ และมีการประชุมทุกเดือนและทุกไตรมาส

๒) มีการแต่งตั้งคณะทำงานร่วมและรับผิดชอบในการทำต้นทุนบริการ (Unit Cost) และประชุมแลกเปลี่ยนและวิเคราะห์เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงต้นทุนหน่วยบริการ

๒. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

๑) รายงานผลภาวะวิกฤติทางการเงินการคลังและต้นทุนบริการของหน่วยบริการเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และร่วมแลกเปลี่ยนในการแก้ไขปัญหาในภาพรวมจังหวัด

๒) มีโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

๓) มีโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างจากโปรแกรม GL เป็น Electronic Accounting จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

๓๓/ ข้อเสนอแนะ...

ข้อเสนอแนะ

๑. หน่วยบริการควรจัดหานักบัญชีให้เพียงพอ ต่อปริมาณงาน

๒. มีการพัฒนาศักยภาพนักบัญชี มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีระบบพี่เลี่ยงให้กับนักบัญชีใหม่

๓. จัดทำกรอบอัตรากำลังในส่วนของนักบัญชีในหน่วยบริการและการสร้างขวัญและกำลังใจ

๔. ในระดับประเทศ ควรมีโปรแกรมการบันทึกบัญชีที่เหมือนกัน หรือในทิศทางเดียวกัน

- ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์

๔๐๕. ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ (*ร้อยละ ๒๐*)

ประเด็นการตรวจราชการ

๑. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกจังหวัดในเขตสุขภาพได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อสนับสนุนงานวิจัย

๒. เขตสุขภาพมีผลงานวิจัย/ R2R ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์

๓. ระบบฐานข้อมูลผลงานวิจัย/ R2R ด้านสุขภาพ นำไปใช้ประโยชน์

แนวทางการตรวจติดตาม **เน้น**

- กลไกการขับเคลื่อนงาน
- การสนับสนุนให้เกิดผลงานวิจัย
- การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการดำเนินงาน

๑. สรุปผลสำเร็จตามตัวชี้วัดย่อย ๕ ตัวชี้วัด
   - ผ่านเกณฑ์ ๓ ตัวชี้วัด (ร้อยละ ๖๐)
   - อยู่ระหว่างดำเนินการ ๑ ตัวชี้วัด (ร้อยละ ๒๐)
   - ไม่ผ่านเกณฑ์ ๑ ตัวชี้วัด (ร้อยละ ๒๐)

๒. ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่
   บุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตร R2R Facilitator Advanced Course อย่างน้อย ๑ คน/จังหวัด

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

๑. มีกระบวนการและกลไกในการขับเคลื่อนให้เกิดผลงานวิจัยที่เป็นรูปธรรม

๒. มีการจัดหาแหล่งทุนสนับสนุนการทำวิจัย และมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการสนับสนุนที่ชัดเจน

๓. ปี ๒๕๖๐ มีการจัดเวทีวิชาการเผยแพร่ผลงานวิชาการ วิจัยและนวัตกรรมเฉพาะ (แยกจากงานเกษียณ)

๔. มีการรวบรวมและจัดทำทำเนียบผลงานวิจัย และมีวารสารเป็นแหล่งเผยแพร่ สามารถสืบค้น อ้างอิง และพัฒนาต่อยอดได้

ข้อเสนอแนะ

๑. การติดตามขยายผลและจัดการความรู้ผลงานวิจัย ผลงานต้นแบบและนวัตกรรม

๒. ทบทวนเป้าหมาย ผลงาน และผลสำเร็จ/ ตัวชี้วัดตามประเด็นการตรวจราชการ

๓. การจัดทำแผนและระบบข้อมูลในภาพรวมของจังหวัด

การสนับสนุนจากเขตสุขภาพ

๑. การจัดอบรม R2R Facilitator Advanced Course

๒. การจัดอบรมหลักสูตร Human Subjective Protection Course

๓. การวิเคราะห์ผลงานวิจัย/ R2R และจัดทำเป็นฐานข้อมูลระดับเขต/ จังหวัด เพื่อการเผยแพร่และใช้ประโยชน์

๓๔/ การพัฒนา...

- การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

๔๐๖. คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ มีความครบถ้วนถูกต้อง (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)

ประเด็นการตรวจราชการ

- คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ มีความครบถ้วนถูกต้อง (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)

๑) คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (ill defined < ๒๕ %)

ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด (ร้อยละ)		
ปี ๒๕๕๗	**ปี ๒๕๕๘**	**ปี ๒๕๕๙**
๒๒.๙๘	๒๕.๒๖	๒๘.๒๒

๑. อบรมฟื้นฟูการสรุปสาเหตุการตายให้แพทย์ที่ทำงานในปัจจุบัน

๒. อบรมฟื้นฟูการบันทึกสาเหตุการตายให้นายทะเบียน ดำเนินการอบรมในภาพเขต ผ่านระบบ VDO Conference จาก สสจ.สระแก้ว ในวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๙

๓. ยังไม่ได้อบรมอบรมการสรุปสาเหตุการตายให้แพทย์ใช้ทุนจบใหม่

๒) คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนการบันทึกข้อมูลและการวินิจฉัยมีความครบถ้วนถูกต้อง > ๗๕ %

- อยู่ระหว่างการดำเนินงาน จ.ฉะเชิงเทราจะประเมินคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคในไตรมาสที่ ๒ ตามคู่มือ

……