

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ
รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2560 จังหวัดฉะเชิงเทรา
ระหว่างวันที่ 6 – 8 มิถุนายน 2560

คณะที่ 1 การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภค
ด้านสุขภาพ

ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ

1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย (ตั้งแต่ตั้งครรภ์, เด็กเล็ก 0-5 ปี, เด็กวัยรุ่น, วัยรุ่น, วัยทำงาน และผู้สูงอายุ)
2. ระบบจัดการสุขภาพในพื้นที่ และ
3. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย

1.1 กลุ่มสตรี จังหวัดฉะเชิงเทรามีมารดาตาย 1 ราย คิดเป็น อัตราส่วนการตายมารดา 33.27 ต่อแสน การเกิดมีชีพ ฝากครรภ์เร็วร้อยละ 56.10 ฝากครรภ์ครบร้อยละ 41.65 มารดาตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 3.49 ดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 41.37 และมีโลหิตจางร้อยละ 19.01

จุดเด่น ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ MCH Board มีการใช้ถุงรองเลือดในโรงพยาบาล และการพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันและดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดให้ปลอดภัย (ชนะเลิศระดับประเทศ ปี 60) ของ รพ.แปลงยาว

โอกาสในการพัฒนา สร้างการมีส่วนร่วมภาคีทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ เยี่ยมเสริมพลังและประเมินรับรอง รพ.ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามแผน และติดตามการใช้ progesterone ในกลุ่มเสี่ยง

1.2 กลุ่มเด็ก 0-5 ปี มีความครอบคลุมการตรวจพัฒนาการ ร้อยละ 87.91 พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 4.11 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 4.98, Birth Aphyxia 27.29 : เกิดมีชีพพันคน เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 58.60 เด็กภาวะอ้วน ร้อยละ 3.11 เด็กภาวะเตี้ย ร้อยละ 8.08 เด็กภาวะผอม ร้อยละ 4.47 ส่วนสูงเฉลี่ย 5 ปี (ชาย) 109.24 cms และหญิง 108.74 cms มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ ร้อยละ 80.00

จุดเด่น มีนโยบายป้องกันการคลอดก่อนกำหนดใช้ในทุกหน่วยบริการ มีการตรวจสอบและคืนข้อมูลเพื่อ พัฒนางานรายอำเภอ มีสนามเด็กเล่นตามรอยพระยุคลบาท จำนวน 5 แห่ง มีการสำรวจเครื่องมือในการ เฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี เริ่มตั้งแต่ห้องคลอด และWCC ทุกแห่ง พัฒนาตำบลส่งเสริม เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ทุกอำเภอละ 1 ตำบล และมีนวัตกรรม “เครื่องวัดความยาวเด็ก”

โอกาสในการพัฒนา ควรวางแผนเชิงรุก ดึงกลุ่มเป้าหมายล่วงหน้าแล้วประสานเครือข่าย ชุมชน ค้นหา ติดตามมาคัดกรอง และกระตุ้นตามเวลาที่กำหนดและควรเพิ่มวันในการให้บริการ โดยดึงเด็ก 4 ช่วงอายุ มาให้บริการอีก 1 วัน ขยายการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ต่อไปในพื้นที่อื่นๆ

1.3 กลุ่มเด็กวัยเรียน

1.3.1 โภชนาการ มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 11.97 (ไม่เกินร้อยละ 10) ภาวะเตี้ย ร้อยละ 6.83 (ไม่เกินร้อยละ 5) ภาวะผอม ร้อยละ 6.6 (ไม่เกินร้อยละ 5)

จุดเด่น มีนโยบายสนับสนุนยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กให้กับเด็กทุกคน และติดตามทุกอำเภออย่างต่อเนื่อง พัฒนา รร.สต.อย่างต่อเนื่อง (100%) พัฒนาศักยภาพบุคลากร เรื่องอาหาร กิจกรรมทางกายและการนอนอย่างต่อเนื่อง มีเครือข่ายนักโภชนาการของ รพ. ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ แก่สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา

โอกาสในการพัฒนา ให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งติดตามเด็กที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ และรายงานให้จังหวัดรับทราบ ควรวางแผนทางการส่งเสริมสุขภาพให้เด็กสูงดีสมส่วน ในระดับพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (ศึกษา สาธารณสุข อปท.) ตามมาตรการที่กำหนด

1.3.2 ด้านทันตสาธารณสุข แนวโน้มปัญหาเด็กปราศจากฟันผุในฟันน้ำนม (กลุ่มอายุ 3 ปี) ลดลงจากร้อยละ 58.96 (ปี 2557) เป็นร้อยละ 51.56 (ปี 2559) เด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม ร้อยละ 53.51

ข้อเสนอแนะ เพิ่มความเข้มข้นในกิจกรรมหญิงมีครรภ์ จนถึง อายุ 3 ปี จัดประกวดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก " เด็กไทยฟันดี วิถี Self care / เน้นฝึกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ "

1.3.3 อุบัติเหตุเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จมน้ำเสียชีวิต (ไม่เกิน 5 ต่อแสน ปชก.)

- สถานการณ์ภาพรวมมีแนวโน้มลดลง เป้าหมาย ปี 2560 : 5 ราย พบแล้ว 3 ราย เป็นเด็กอายุ 3-5ปี /แหล่งเสี่ยงเป็นแหล่งน้ำธรรมชาติ
- ทีมก่อการดีระดับทองแดง (Merit maker) ปี 2559 : 4 ทีม ปี 2560 : 5 ทีม (มีแผนประเมินฯ 12 มิ.ย.) และพัฒนาทีมฯ ระดับเงิน (ท.ต.ท่าข้าม) โดย สคร.6 มาประเมิน/ ให้ข้อเสนอแนะในวันที่ 19 มิ.ย.60
- อบรมครู ก.10 คน (ทีมกู้ภัย/ จนท.สธ.) เมื่อเดือนมี.ค.60 โดยได้รับการสนับสนุนจากเขต 6 และถ่ายทอดความรู้ให้กับเครือข่ายฯ

ข้อเสนอแนะ

- ส่งเสริมสนับสนุนให้เครือข่าย (สพท./ อปท.) ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างวัคซีนจมน้ำ และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
- ประสาน อบจ./NGO. เพื่อจัดหาสระว่ายน้ำสาธิต สำหรับให้เครือข่ายฯ นำไปใช้ฝึกทักษะการเรียนการสอนว่ายน้ำให้กับเด็ก

1.4 กลุ่มเด็กวัยรุ่น อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปี 17.01 ต่อพัน ปชก 15-19ปี (ไม่เกิน 42 ต่อพัน ปชก 15-19 ปี), ตั้งครรภ์ซ้ำร้อยละ 12.9 (ไม่เกิน ร้อยละ 10) คุณกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่หลังคลอดหรือแท้ง ร้อยละ 43.99 (เกินร้อยละ 80) คุณกำเนิดแบบกึ่งถาวร ร้อยละ 75.21 (เกินร้อยละ 80)

จุดเด่น มีความเข้มแข็งของคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายในการพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการ มีการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการในพื้นที่

โอกาสในการพัฒนา เน้นการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำสูง และสนับสนุนการพัฒนาและประเมินตนเองของ รพ.และอำเภอที่เตรียมการรับรองซ้ำ

1.5 กลุ่มวัยทำงาน

1.5.1 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40

ร้อยละของ ปชก.กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปี 2559 ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ผลงาน ณ วันที่ 28 พ.ค. 60 จ.ฉะเชิงเทรา ร้อยละ 93.33 เขต 6 อยละ 86.22 ประเทศ ร้อยละ 86.69 (เป้าหมาย ร้อยละ 90) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จ.ฉะเชิงเทรา ร้อยละ 1.84 เขต 6 ร้อยละ 1.63 ประเทศ ร้อยละ 1.87 (ไม่เกิน ร้อยละ 2.40)

ข้อค้นพบ

1. มีการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินการระดับจังหวัด โดยผ่านรองผู้ว่าราชการจังหวัด
2. มีการพัฒนาคู่มือ แนวทางการแก้ไขปัญหาการลงข้อมูลในระบบ HDC เพื่อแก้ไขปัญหาให้กับพื้นที่
3. พัฒนา รูปแบบ ตามแผนยุทธศาสตร์ Modell สุขภาพดีวิถีไทย 2559 – 2563 ที่บูรณาการ กับนโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
4. มีโปรแกรมการจัดเก็บและติดตามรายงานข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงและการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับจังหวัด อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
5. มีกระบวนการปรับพฤติกรรมในชุมชน เชื่อมโยงนโยบายตำบลจัดการสุขภาพ/ long term care
6. อยู่ระหว่างการเชื่อมโยงข้อมูลจาก รพศ.จังหวัด เพื่อนำมาวางแผนการติดตามงาน

ข้อเสนอแนะ

การติดตาม ตรวจสอบข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบงานกับงาน IT ให้เป็นปัจจุบัน และมีความถูกต้องเป็นระยะและต่อเนื่อง

1.5.2 การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

อัตรารายจากอุบัติเหตุฯ ต.ค.59 - มี.ค.60 17.8 ต่อปชก.แสนคน (ไม่เกิน 18 ต่อปชก.แสนคน)

- อำเภอที่พบอัตรารายสูง ได้แก่ อ.แปลงยาว (25.4) อ.พนมสารคาม (24.5) และ อ.เมืองฯ (24.3)
- พบมากที่ถนนสายรอง /ขับขี่มอเตอร์ไซด์-ไม่สวมหมวกนิรภัย

ข้อค้นพบ

- ผวจ.มีนโยบาย “ผู้ว่าห่วงหัว” (MOU 13 หน่วยงาน) ทุก สภ.ตรวจเตือน เดือนละ 1-2 ครั้ง และติดตาม-ให้ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาทุกเดือน และ “ประชาชนแปดริ้วร่วมขับเคลื่อน แผนงานริเริ่มส่งผลสำเร็จเร็วหรือ Quick Win” โดยให้ สภ.ทุกแห่งตรวจเตือน-จับจริง การ บังคับใช้ กม.
- ประชุม War room (ช่วงสงกรานต์) โดย ปก.และสหสาขาติดตามให้ข้อเสนอแนะ/ ทุกอำเภอ โดยบูรณาการ DHB./DHS-RTI และ Alcohol
- ใช้ Line group “RSG” มีการสั่งการ/ ให้ข้อเสนอแนะที่รวดเร็วทันเหตุการณ์

ข้อเสนอแนะ

- ส่งเสริมประชาสัมพันธ์ความรู้ผ่านช่องทางการสื่อสาร ที่มีพื้นที่ และ Social media และ บังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง
- เพิ่มมาตรการป้องกันในพื้นที่เสี่ยง เช่น ติดตั้งกล้องตรวจจับความเร็ว และป้ายเตือน
- ถอดบทเรียน/ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาการดำเนินงาน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- ส่วนกลางควรมีการเพิ่มอัตราโทษ ให้สูงขึ้น เพื่อให้ผู้ใช้รถใช้ถนนเกิดความหลากหลาย ไม่ฝ่าฝืน กฎจราจร

1.6 กลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรามีประชากรผู้สูงอายุ 14.6 % (เขต 14.4 %) สูง 3 อันดับแรก (คลองเขื่อน, บางคล้า, บ้านโพธิ์) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 92.5 % (เขต 92.8 %) กลุ่มติดบ้าน/ ติดเตียง 7.5. % (เขต 7.2) มีชมรมผู้สูงอายุคุณภาพร้อยละ 43.9 พื้นที่นำร่อง ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ 45 ตำบล (48.9 %) 51 อบต (47.2 %) Care Manager 148 คน (ครอบคลุม) Care Giver 716 คน (ครอบคลุม) Care Plan ร้อยละ 75.9 ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80.0 กลุ่มติดบ้าน พัฒนาเป็นติดสังคม 68 คน กลุ่มติดเตียงพัฒนาเป็นติดบ้าน 44 คน

ข้อค้นพบ มีพื้นที่เข้าร่วมโครงการ LTC > ไกลเคียงเป้าหมาย (ร้อยละ 50 %) มีการดำเนินงานต่อเนื่อง/ ขับเคลื่อนตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ 50 %) 3. มี Care Manager, Care Giver ครอบคลุมทุกพื้นที่ การจัดทำ Care Plan ยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 5 อำเภอ (14 แห่ง)/ การเบิกจ่ายงบฯ 3 อำเภอ (6 แห่ง) ที่เหลืออยู่ระหว่างดำเนินการ (มีแผนเดือน ก.ค.)

โอกาสในการพัฒนา เร่งรัดการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care Plan) ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย เยี่ยมเสริมพลัง/ ติดตามการจัดตั้งศูนย์ฯ/ เบิกจ่ายงบฯ LTC จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาาระบบ LTC ในชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์/ ปัญหาอุปสรรค/ ปัจจัยความสำเร็จ การดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุให้เป็นกลไกที่เข้มแข็งในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2. ระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่

2.1 การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

ข้อค้นพบ มีแผนจัดเตรียมโครงสร้าง EOC ระบบบัญชาการเหตุการณ์ กับทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ระดับอำเภอ *** มีการวางแผนยุทธศาสตร์ EOC (ระยะ 5 ปี) มีการซ้อมแผนรองรับโรคระบาด และภัยจากธรรมชาติ (2 มิ.ย.60 ซ้อมแผนรองรับอุทกภัย)

ข้อเสนอแนะ ควรถ่ายทอดบทบาทของ EOC ระดับอำเภอและการดำเนินงานในพื้นที่ รวมทั้งฝึกและพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ (ระดับอำเภอ) เมื่อเกิดเหตุการณ์จริง จัดเตรียมแผนรองรับอุบัติภัยจากสารเคมี เพื่อการประสานงานที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ (รองรับเขตเศรษฐกิจพิเศษ EEC) และควรมีการถอดบทเรียน หลังเสร็จสิ้นการซ้อมแผน และสรุปรายงาน เพื่อการปรับปรุงพัฒนา

2.2 การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

มาตรการที่ 1 เร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อไวรัสและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

- จ.ฉะเชิงเทรา คาดประมาณ ผู้ติดเชื้อไวรัส รายใหม่ 1,204 ราย ผลงาน ต.ค.59-มี.ค.60 พบ 304 ราย พื้นที่เร่งรัด 3 อำเภอ อ.เมืองฯ อ.สนามชัยเขต และ อ.พนมสารคาม ควรเร่งรัดการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทุกอำเภอ
- แผนการค้นหา TB รายใหม่
 - มุ่งเน้นความครอบคลุมผู้สัมผัสร่วมบ้าน 100 % และติดตามต่อเนื่อง 2 ปี
 - รพ.เอกชน 36 ราย แต่จะแจ้งให้พื้นที่ติดตามเฉพาะรายที่ยินยอมให้เยี่ยม
 - รพ.สต. ช่วยคัดกรองกลุ่มเสี่ยง คัดกรอง HIV ทุกรายที่มาใช้บริการ และแรงงานข้ามชาติ
 - เรือนจำมีการคัดกรองด้วยแบบสอบถาม จำนวน 3,297 ราย x-ray 700 ราย ผิดปกติ 166 ราย อยู่ระหว่างการตรวจ AFB ให้ครบ 166 ราย เบื้องต้น ป่วย 1 ราย

มาตรการที่ 2 การดูแลรักษาตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ

Success rate ระหว่างปี 2558 - 2560 (ตุลาคม 2559) ร้อยละ 81, 83, 81 ตามลำดับ (เป้าหมาย Success rate 85%) จำนวนผู้ป่วยเดือน ต.ค.59 - ธ.ค.59 เสมหะเปลี่ยนเป็นลบ ร้อยละ 73 (เป้าหมาย Conversion rate 85%) จำนวนผู้ป่วย MDR-TB (ราย) ระหว่างปี 2557 - เม.ย. 2560 เท่ากับ 4, 7, 7, 9 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

- เน้นการค้นหา/คัดกรอง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีโรคร่วมให้เข้าสู่ระบบการรักษาเร็ว
- รพ.ทุกแห่ง ควรเฝ้าระวังเรื่องอุณหภูมิและความชื้นในห้องคล้งยาอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน และแนะนำสัณสุระยะเข้มข้น/อาการดีขึ้น ต้องกินยาต่อเนื่อง
- เน้นกระบวนการ DOTs ให้เข้มข้น
- บูรณาการ death case conference ใน HA เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างรักษา
- MDR-TB ทุกรายควรมีเจ้าหน้าที่กำกับการรักษา เพิ่มความครอบคลุมในการเฝ้าระวัง MDR-TB โดยซักประวัติการรักษาในอดีต (re-treatment) ก่อนเริ่มการรักษาใหม่
- เรือนจำร่วมวางแผนพัฒนากับ รพ.พุทธโสธร เพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยาทุกราย

จุดเด่น

สสจ. มีประสบการณ์และเครือข่ายเข้มแข็ง ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ / สื่อการสอน ต่างๆ (line, Team Viewer, power point คู่มือและคลิป VDO) มีช่องทางการสื่อสารและแลกเปลี่ยนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทุก รพ. - MOU ผู้บริหาร ให้เป็นนโยบายสำคัญ มีการจัดยาเป็นชุดต่อวัน ในรายที่มีปัญหา ส่งต่อให้นักจิตวิทยาช่วยให้คำปรึกษาและปรับพฤติกรรมการกินยา ใช้ระบบ SRRT ช่วยในการติดตามผู้ป่วยวัณโรค รพ.พุทธโสธร - พัฒนา/ขับเคลื่อนระบบบริการ และติดตามกำกับผล

การดำเนินงาน

รพ.สนามชัยเขต - มีระบบช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้ โดยความร่วมมือจาก อปท. และร้านค้าในพื้นที่
รพ.บางปะกง - บูรณาการการเฝ้าระวังและดูแลรักษา TB ที่สถานสงเคราะห์บ้านบางปะกง ทุกหน่วยงานมีตัวแทนงาน IC ทำให้ทุกหน่วยงานได้เรียนรู้และร่วมพัฒนางาน TB ในส่วนที่เกี่ยวข้อง
เรือนจำกลางฉะเชิงเทรา มีระบบเฝ้าระวังโดยคัดกรอง TB ทั้งในผู้ต้องขังรายใหม่ทุกราย และเก่าปีละ 1 ครั้ง มีแพทย์ห้วงเวลาเข้ามาดูแลรักษาเดือนละ 1 ครั้ง และ พัฒนาความครอบคลุมการเปลี่ยนสิทธิการรักษาของผู้ต้องขัง

ปัญหา

ความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูล TBCM 2010 (สำนักวัณโรค) และต้องบันทึกข้อมูล TB DATA HUB (สปสช.) ส่งผลต่อภาระงานเพิ่ม ซึ่ง สำนักวัณโรค กับ สปสช. อยู่ระหว่างการหาข้อสรุปเพิ่มเติม และปรับการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ TBCM online

2.3 การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (ร้อยละ 92)

พื้นที่	จำนวนผู้ผ่านการบำบัด ในระบบสมัครใจ (คน)	จำนวนหยุดเสพ 3 เดือน (คน)	ร้อยละที่หยุดเสพ
เมืองฉะเชิงเทรา	8	8	100
บางคล้า	6	6	100
บางน้ำเปรี้ยว	6	6	100
บางปะกง	29	29	100
บ้านโพธิ์	1	1	100
พนมสารคาม	3	3	100
ราชสาส์น	0	0	0
สนามชัยเขต	4	4	100
แปลงยาว	43	43	100
ท่าตะเกียบ	0	0	0
คลองเขื่อน	0	0	0
รวมจังหวัด	100	100	100

สรุปประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ

1. เป็นนโยบายระดับชาติ และผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
2. ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญและมีการบูรณาการดำเนินงานทั้งในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงาน

1. การย้ายที่อยู่ของผู้ผ่านการบำบัด ทำให้ไม่สามารถติดตามเข้ารับการบำบัดตามเวลาที่กำหนดได้
2. การดำเนินการบำบัดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของจังหวัด งบประมาณ มักจะมალ่าช้าส่งต่อผลการดำเนินการบำบัด

3 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

3.1 การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 95

- อาหาร จำนวนตัวอย่างที่เก็บ 12,995 ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 99.07 (12,848 ตัวอย่าง)
- ยา จำนวนตัวอย่างที่เก็บ 2 ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 (2 ตัวอย่าง)
- เครื่องสำอาง จำนวนตัวอย่างที่เก็บ 12 ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 75.00 (9 ตัวอย่าง)
- วัตถุอันตราย จำนวนตัวอย่างที่เก็บ 2 ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 (2 ตัวอย่าง)
- เครื่องมือแพทย์และวัตถุเสพติด ไม่ได้เก็บตัวอย่างส่งตรวจ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เกษตร ปศุสัตว์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการ และภาคประชาชน
- SAT และ Operation team การรายงาน (Report)
- ผลการดำเนินงานใน dashboard และ คบส.ออนไลน์
- หน่วยงานระดับอำเภอให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวังในพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง และมีการรายงานของเครือข่ายภายในจังหวัดที่ดี

3.2 การเฝ้าระวัง และตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป

ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย เป้าหมาย ร้อยละ 80

- ผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมี (เป้าหมายร้อยละ 70)
จำนวนตัวอย่างที่ตรวจวิเคราะห์ 2,859 ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97.73 (2,794 ตัวอย่าง)
- เนื้อสัตว์สดมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง (ร้อยละ 70)
จำนวนตัวอย่างที่ตรวจวิเคราะห์ 55 ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 93.33 (2,794 ตัวอย่าง)
- น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100)
จำนวนตัวอย่างที่ตรวจวิเคราะห์ 4 ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 75 (3 ตัวอย่าง)
- ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70)
จำนวนตัวอย่างที่ตรวจวิเคราะห์ 12 ตัวอย่าง รอผลวิเคราะห์
- ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา (ร้อยละ 75)
จำนวนตัวอย่างที่ตรวจวิเคราะห์ 5 ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 (5 ตัวอย่าง)
- นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิตมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100)
ไม่มีสถานที่ผลิตนมโรงเรียน
- ผลิตภัณฑ์จากแป้งมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70)
จำนวนตัวอย่างที่ตรวจวิเคราะห์ 13 ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 (13 ตัวอย่าง)
- น้ำมันทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมาย และสถานที่จำหน่ายมีปริมาณสารโพลาร์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) (สถานที่ผลิต/สถานที่จำหน่าย) จำนวนตัวอย่างที่ตรวจวิเคราะห์ 2/684 ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 95.04 (2/650 ตัวอย่าง)

สรุปผ่านเกณฑ์ทุกรายการ

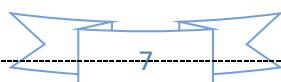
ในรายที่ไม่ผ่านมาตรฐาน ทางจังหวัดได้ดำเนินการ ให้คำแนะนำกับผู้ประกอบการ สืบหาแหล่งผลิต ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีแผนเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ซ้ำ และดำเนินการตามกฎหมาย

3.3 การเฝ้าระวังและตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาลและสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ

- สถานพยาบาล 203 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 99.50 (202 แห่ง) (เป้าหมายร้อยละ 100)
- สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 1 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100 (1 แห่ง) (เป้าหมายร้อยละ 60)

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

- ควรสนับสนุนแบบตรวจอนุญาตสถานประกอบการฯ เพื่อลดการใช้ดุลยพินิจในระดับพื้นที่



3.4 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสิ่งแวดล้อม

ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ (GREEN & CLEAN Hospital) สิ่งที่ค้นพบ

ทุกโรงพยาบาลมีการพัฒนามยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100 (เกณฑ์ร้อยละ 75) ผ่านระดับดีมาก ร้อยละ 18.18 (2 แห่ง) ผ่านระดับพื้นฐาน ร้อยละ 81.82 (9 แห่ง)

ข้อเสนอแนะ

ทีม สสจ. สามารถนำแบบประเมินโรงพยาบาลพัฒนามยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN ลงสู่ รพ.สต.ติดตามประเมินตนเอง เพื่อเป้าหมายนำร่อง

T Together E Everyone A Achieve M More

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ

2.1 การพัฒนาระบบบริการแพทย์ปฐมภูมิ

สถานการณ์ มีการดำเนินการจัดตั้ง PCC จำนวน 6 ทีม เขตเมือง จำนวน 6 PCC คือ PCC วัดโสมวราราม เขต รพช./ รพ.สต. จำนวน 3 ทีม มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีมทั้ง 5 ทีม และมีแพทย์ที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น 1 ทีม โดยทั้ง 6 ทีมผ่านเกณฑ์ 3S

ปัญหาอุปสรรค

1. การจัดตั้ง PCC ในเขตชนบทปัญหาเรื่องขาดแพทย์, ทันตแพทย์ เกสเซอร์ที่จะไปปฏิบัติงานประจำ
2. ผู้รับบริการยังสับสนเรื่องของการไปใช้บริการใน PCC ของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายทีมและ Cluster ให้ครอบคลุมประชากร 704,399 คน ประมาณ 70 ทีม ปรับแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับจำนวนทีมที่ควรจะมีตามประชากร
2. พัฒนางค์ความรู้ของทีมสหวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัว ในการดูแลกลุ่มประชากรตาม service Package โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยจังหวัดมีศักยภาพในการดำเนินการเองอยู่แล้ว
3. สร้างความเข้มแข็งทางด้านสุขภาพในของท้องถิ่น และภาคประชาชน

2.1.1 การพัฒนาระบบบริการแพทย์ปฐมภูมิ (DHS)

สถานการณ์

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีอำเภอ 11 อำเภอ มีการดำเนินการ DHS คุณภาพ ครบทุกอำเภอ และมีการบูรณาการกับการดำเนินงานกับทีมหมอครอบครัวและพัฒนาคุณภาพรพ.สต. (รพ.สต.ติดตาม) ผลการประเมินผ่านเกณฑ์มากกว่าระดับ 3 m6dอำเภอมีการกำหนดประเด็นสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่อย่างน้อยอำเภอละ 3 ประเด็น

ปัญหาอุปสรรค

1. กระบวนการพัฒนาระบบงานของ DHS ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ที่มีต้นทุนต่างกัน ทั้งในส่วนของระบบภาคประชาชน และระบบงานของอำเภอ ตำบล ชุมชน
2. ความก้าวหน้าของการพัฒนา ต้องอาศัยระยะเวลาและความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ซึ่งมีปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้องที่ต้องใช้เวลาในการจัดการ

ข้อเสนอแนะ

จากการประเมิน ทุกอำเภอสามารถดำเนินการผ่านเกณฑ์มากกว่าระดับ 3 ทุกอำเภอ ขอให้มีการดำเนินการต่อเนื่อง โดยประเมินผลสำเร็จ และผลกระทบกับประเด็น สุขภาพประชาชน (ODOP) ที่ดำเนินการในทุกอำเภอ

2.1.2 การพัฒนารพ.สต.

สถานการณ์

จังหวัดฉะเชิงเทรา มี รพ.สต. 118 แห่ง มีการดำเนินการถ่ายถอดตัวชี้วัด พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงทั้งในระดับอำเภอและจังหวัด ชี้แจงรายละเอียดของเกณฑ์ประเมิน ดำเนินการให้ทุก รพ.สต. ประเมินตนเอง ครอบคลุมทุกแห่งและจัดทำแผนพัฒนาให้ได้คุณภาพตามเกณฑ์ เป้าหมาย รพ.สต. แต่ละอำเภอผ่านเกณฑ์ระดับพัฒนาคุณภาพร้อยละ 10 ดำเนินการประเมินตนเองครบทุก รพ.สต. และคาดว่าผลการรับรองคะแนนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 16.94 (15 - 20 แห่ง)

ปัญหาอุปสรรค

- เกณฑ์ค่อนข้างละเอียด แบบประเมินเน้นไปทาง check list การประเมินควรพัฒนาทีมทั้งในระดับอำเภอ

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเข้า รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ลำดับที่ 1 - 3 เข้ารับการรับรองระดับเขต
2. ปรับเกณฑ์การให้คะแนน รพ.สต. 5 ดาว ให้เป็นไปแนวทางเดียวกันกับ PCA เดิมที่ดำเนินการอยู่ เพื่อลดความสับสนของเจ้าหน้าที่
3. ทำแผนระยะยาว 5 ปี พัฒนา รพ.สต. ให้ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว ทุก รพ.สต. และ PCC เขตเมืองให้ผ่าน 5 ดาว ร้อยละ 100

2.2 Service Plan สาขา NCD

2.2.1 โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง DM-HT

ข้อค้นพบ

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ 21.73 % (เป้าหมาย 40 %) ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ 30.85 % (เป้าหมาย 50 %) มีบางอำเภอที่ยังมีผลงานต่ำอยู่
2. ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง CVD risk > 30% (กลุ่ม 35 - 60 ปี) ในพื้นที่น้อย 0.13 % ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของเขต (0.48%) และของประเทศ (0.38 %) ขณะที่พื้นที่ยังพบกลุ่ม stroke สูง ในกลุ่มอายุ > 60 ปี

ข้อเสนอแนะ

- เร่งรัดเรื่อง การควบคุม ระดับน้ำตาลและความดัน โดย เฉพาะการตรวจ HbA1C ควรมีการติดตาม และปรับพฤติกรรมกลุ่มพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง CVD risk 20 - 30 % ร่วมด้วย
- ประสานส่วนกลางให้มีการพัฒนาระบบข้อมูล CVD ใน HDC มีการแยกกลุ่มอายุมากกว่า 60
- คัดกรอง NIDDM และ Hypertention ใน NCD Clinic

2.2.2 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ตัวชี้วัด ร้อยละของอัตราการตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเป้าหมาย $\leq$ ร้อยละ 7 ผลงาน ร้อยละ 7.97

สถานการณ์

1. โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยสูงขึ้น ผู้ป่วยมีความพิการและมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง
2. พบปัญหาการเข้าถึงบริการล่าช้า
3. ประชาชนขาดความตระหนักในการรีบมารักษาทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยา rtPA น้อย
4. ไม่มี Neuro med แต่มี Neuro Surg 3 คน
5. โรงพยาบาลพนมสารคามเป็น Node ที่ทำ CT SCAN และให้ SK ได้
6. รพ. A มี Stroke Unit 6 เตียง มี CT brain 2 เครื่อง ที่ รพ. A และ M2 (พนมสารคาม)

ข้อเสนอแนะ

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

2.2.3 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<130:แสน(ปชก.)	(157/140,469)	111.77
อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน	>ร้อยละ 60	(586/594)	98.65
อัตราผู้ป่วย COPD สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ ≤ 12 เดือน	100	(159/594)	26.77

สถานการณ์

2.1 มีอายุรแพทย์ปฏิบัติงานในส่วนของ COPD Clinic

2.2 คลินิกเลิกบุหรี่ดำเนินงานโดยจิตเวช

ปัญหา/อุปสรรค

- ขาดแคลนพยาบาล CHEST NURSE
- ไม่มีอายุรแพทย์โรคปอด
- COPD Clinic ครบวงจร
- ความครบถ้วนของเครื่องมือและเวชภัณฑ์ยา
- การติดตามผู้ป่วย COPD ที่ยังสูบบุหรี่และเลิกสูบแล้วไม่เกิน 12 เดือน มีการกลับมาสูบใหม่หรือไม่

ข้อเสนอแนะ

- จัดหาบุคลากรแพทย์ พยาบาลด้าน CHEST med และสหสาขาวิชาชีพ (Screening สอนพ่นยา ปรึกษา Nutritionist ภาวะโภชนาการ)
- จัดหาพยาบาลที่มีส่วนประกอบของ Steroid ในรพช.
- จัดหา Triflow, Spirometry ในคลินิก
- จัดอัตรากำลังคนใน COPD Clinic ฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วย COPD ที่ยังสูบบุหรี่และเลิกสูบแล้วไม่เกิน 12 เดือนมีการกลับมาสูบใหม่หรือไม่

2.3 Service Plan สาขา RDU

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - รอบ 2 ใช้ข้อมูลไตรมาส 2 (ข้อมูล ม.ค.60- มี.ค.60)
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (โรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านเกณฑ์ RDU1 และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU2) เกณฑ์ตัวชี้วัด : รพ.RDU ชั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของรพ.ทั้งหมด)	เป้าหมาย (จำนวน รพ.ทั้งหมด)	ไม่น้อยกว่า 9 จาก 11 รพ.	ไม่น้อยกว่า 9 จาก 11 รพ.
	ผลงาน (จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ชั้นที่ 1*)	1 แห่ง	รอบ 2 : ไตรมาส 2 - ทุกรพ.ยังไม่ผ่านเกณฑ์ RDU1 - ทุกรพ.ยังไม่มีหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายผ่านเกณฑ์ RDU2
	ร้อยละ	9	9

สถานการณ์

- มีการสื่อสารนโยบายและแนวทางดำเนินงาน RDU ในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในทุก รพ.และ รพ.สต./ ศสม.
- PTC ของทุก รพ. ตัดรายการยาทุกรายการที่ไม่ควรมีออกจากรายการยาโรงพยาบาล
- กลุ่มงานเภสัชกรรมในทุก รพ. ดำเนินการปรับปรุงฉลากยาตามแนวทางที่กำหนด

ปัญหา/อุปสรรค

- บุคลากรทางการแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ยังมีความเคยชินในการสั่งยาปฏิกิริยาใน 2 โรคที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วย ควรมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

- ค้นหา role model ในพื้นที่ ที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนการรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.4 Service Plan สาขาทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. อัตราตายทารกแรกเกิดไม่เกิน 4 ต่อหนึ่งพันเกิดมีชีพ	$\leq 4 : 1,000$	(17/3,788)	4.49
2. จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพต่อจำนวนทารกเกิดมีชีพ	1 : 500	(13 เตียง)	1:616
3. จำนวนโรงพยาบาลที่มีศักยภาพส่งต่อ (Intrauterine transfer system)	1	1/1	100%
4. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F 1 ขึ้นไปที่มีการดำเนินการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว	$\geq 60 \%$	5/5	100%

สถานการณ์

- จำนวนเตียง NICU ไม่เพียงพอ 1:616 (เกณฑ์ 1:500) และ SNB 1:286 (เกณฑ์ 1:250)
- Refer out นอกเขตมากโดยเฉพาะ case cardio Ped ที่ต้องผ่าตัด Case ROP ส่งต่อโรงพยาบาล ชลบุรีมีปริมาณ Case มาก ได้ทำ MOU เพิ่มที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อการส่งต่อ
- เกิดภาวะ Birth Asphyxia สูง และ LBW สูง การฝากครรภ์ ANC <12 สัปดาห์ และ ANC 5 ครั้ง ต่ำกว่าเกณฑ์ แต่ภาวะ ROP, BPD, IVH และ PPS ไม่เกินเกณฑ์
- มี Neonatologist 1 ท่าน Allergy 1 ท่าน และมีกุมารแพทย์ 6 ท่าน รออีก 2 ท่าน รวมเป็น 10 ท่าน

ปัญหา/อุปสรรค

- จำนวนเตียง NICU ไม่เพียงพอ (1:616)
- การส่งต่อออกนอกเขตบริการ ยังเป็น 100% ใน โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวและ ROP
- ขาดแคลนบุคลากรด้านทารกแรกเกิด
- การส่งต่อไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากยังพบ ภาวะแทรกซ้อนจากการส่งต่อ

ข้อเสนอแนะ

- จัดทำแผนรองรับการขยาย NICU (1 : 500)
- บูรณาการเครือข่ายเพื่อการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขตบริการ
- ร่วมมือกับสถาบันทางการแพทย์ในและนอกเขตในการจัดทำความร่วมมือการให้บริการและพัฒนาในกลุ่มโรคเป้าหมาย

2.5 Service Plan สาขา Palliative Care

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ต.ค. 59-มี.ค.60)	อัตรา (ร้อยละ)
1. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3 ดำเนินการได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง	ร้อยละ 50	3/10	30
2. ร้อยละโรงพยาบาลระดับ A , S , M1 ดำเนินการได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง	ร้อยละ 20	1/1	100

สถานการณ์

1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน
2. มีการส่งบุคลากรที่รับผิดชอบเป็นเลขานุการออกไปอบรมหลักสูตร Palliative Care (แต่ยังไม่ครบทุกแห่ง)
3. มีการกำหนดกรอบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยชัดเจน ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด (8 กลุ่มโรค)

ปัญหา/อุปสรรค

1. ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง Palliative Care
2. การเข้าถึง และขั้นตอนการเบิกจ่ายยาในกลุ่ม Intermediate opioid control release (IOCR)
3. การแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลแบบประคับประคอง ใน รพ.ระดับ F1-3 ยังไม่ครบ 100%

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งบุคลากร รพ.ระดับ A อบรม PC nurse case manager(4 เดือน) และส่งบุคลากร รพ.ระดับ M2 F1-3 อบรม PC nurse coordinator(2 อาทิตย์)
2. ให้มีการสต็อกยา และให้ผู้ป่วยมารับยาที่ รพ.ระดับ A และ M2, F1-3 ได้ตามการนัดตรวจ
3. มีการกำกับและติดตาม รพ.F1-3 ให้ดำเนินการตามแผนจัดตั้งคณะกรรมการ

2.6 Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ (ร้อยละ)
ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 18.5	21.66

Key Risk Area / Key Risk Factor

- การยอมรับในวิชาชีพการแพทย์แผนไทยจากสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ
ควรเพิ่มการยอมรับซึ่งจะสามารถทำให้เกิดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและทางเลือกอย่างครบวงจร และทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ จังหวัดควรมีการกำหนดแผนการจัดอบรมสหวิชาชีพและวิชาชีพแพทย์แผนไทยเรื่องการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
- ความมั่นใจด้านการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพร
จังหวัดควรพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ R2R (Routine to Research) ให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อสหวิชาชีพสามารถพัฒนาและต่อยอดองค์ความรู้ในศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ปัญหา :

- การขาดแคลนบุคลากรและตำแหน่งบรรจุของแพทย์แผนไทย
โดยพบว่าสถานบริการบางแห่ง มีเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยเพียง ๑ คน ไม่เพียงพอต่อการให้บริการทำให้ทำงานเชิงรุกได้ไม่เต็มที่ และยังไม่ได้บรรจุรับราชการ โดยจ้างเป็นลูกจ้างรายคาบ

ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง

จังหวัดเสนอให้กรมฯ พิจารณาหลักเกณฑ์ของตัวชี้วัดที่ใช้อยู่ คือร้อยละของผู้รับบริการ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในแผนกผู้ป่วยนอก

ข้อดี/โอกาสในการพัฒนา/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- รางวัลชนะเลิศหน่วยงานพื้นที่ต้นแบบแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ระดับเขตสุขภาพ ประเภทโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ รพ. พุทธโสธร ประเภทโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ รพ.ราชสาส์น
- รางวัลชนะเลิศเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยดีเด่น ระดับเขตสุขภาพ ได้แก่ รพ.บางน้ำเปรี้ยว
- รางวัลชนะเลิศหมอไทยดีเด่น ระดับเขตสุขภาพ

2.7 Service Plan สาขาสุขาภพจิต

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ (ต.ค.-มี.ค. 60)
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	< ร้อยละ 6.3	2.43 (17 คน)
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี	ร้อยละ 80	100 (54 คน)
ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่มโรค	ร้อยละ 50	100 (11 หน่วยบริการ)
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขาภพจิต	> ร้อยละ 50	38.10
ร้อยละของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขาภพจิต	> ร้อยละ 65	50.19
ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขาภพจิต	> ร้อยละ 8	19.968

ปัญหา/อุปสรรค

- มีปัญหาเรื่องบุคลากรขาดความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลในระบบ รง.506S
- ข้อมูลมีหลายฐานข้อมูล แต่ละฐานไม่ตรงกัน
- ทีมสหวิชาชีพด้านสุขาภพจิตมีน้อย ต้องอาศัยบุคลากรด้านอื่นซึ่งยังไม่ผ่านการอบรมด้านสุขาภพจิตและจิตเวช

ข้อเสนอแนะ

- การพัฒนาความร่วมมือในภาพเขตในการรวบรวมข้อมูล ทวนสอบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขาภพจิตและจิตเวช รวมทั้งจัดอบรมให้ความรู้ เทคนิคการลงข้อมูลอย่างถูกต้อง เพื่อให้ข้อมูลมีคุณภาพ
- เพิ่มศักยภาพของทีมสหวิชาชีพและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2.8 Service Plan ๓ สาขาหลัก plus

สาขาสุนัขเวชกรรม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ (ต.ค.-มี.ค. 60)	อัตรา (ร้อยละ)
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตลอดใน รพช. M2	ร้อยละ 25	420/1,084	38.74
2. อัตราการตายจากเลือดเสียชีวิต	ร้อยละ 0	0/126	0

สถานการณ์

1. ยังพบมารดาเสียชีวิต 1 ราย จากการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสามารถป้องกันได้ หากหญิงตั้งครรภ์/การคัดกรองความเสี่ยงและได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
2. มี รพ. M2 และ F2 ทำ C/S ได้ 24 ชม. และ F1, F3 บางแห่งทำ C/S ในเวลาราชการ

ปัญหา/อุปสรรค

1. การเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์น้อย
2. การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ ความเสี่ยงยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประชุมสัมพันธ ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ ถึงความสำคัญของการฝากครรภ์และการดูแลตนเอง
2. รมรณรงค์การให้โฟเลตในหญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่ครอบคลุม
3. พัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้แก่บุคลากร
4. พัฒนาระบบการส่งต่อ

สาขากุมารเวชกรรม

ตัวชี้วัด อัตราผู้ป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน-5 ปี บริบูรณ์ $\leq 10\%$

ผลงานร้อยละ 0.14 (1/740 ราย)

สถานการณ์

1. พบโรค Pneumonia มีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1
2. จำนวนเตียง PICU, เครื่องมือ และอุปกรณ์ ที่ใช้ในการรักษาในรพ.ระดับ A มีไม่เพียงพอ
3. มีผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตและจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจยังคงเตียง PICU ในรพ.ระดับ A
4. มีการส่งต่อผู้ป่วยที่อาการไม่หนักเข้ามารักษาในโรงพยาบาลระดับ A จำนวนมาก
5. มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย

ปัญหา/อุปสรรค

- ขาดบุคลากรเฉพาะทาง
- ขาดแคลนอุปกรณ์ เครื่องมือในการรักษาพยาบาล
- มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย/โรงพยาบาลจังหวัด

ข้อเสนอแนะ

- มีแผนความต้องการบุคลากร และเครื่องมือที่ชัดเจน
- พัฒนาศักยภาพของบุคลากร
- ทบทวนแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงความพร้อมและความทันสมัยของเครื่องมือในรพ.พยาบาล

สาขาออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัด ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพ. M2 ลงไป $\geq 10\%$

ผลงาน ร้อยละ 70.21 (1/740 ราย)

สถานการณ์

- โรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดฉะเชิงเทราสามารถให้บริการผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้ (ทั้ง 8 กลุ่มที่กำหนด)

ปัญหา/อุปสรรค

- บุคลากรที่อยู่ใน รพช.(แพทย์ใช้ทุน) ไม่มีประสบการณ์ในการรักษา เรื่องการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการ/การรับ-ส่งต่อ เนื่องจากมีโรคร่วม และมีช่องทางการเข้ารับบริการหลายทาง อาจทำให้มีข้อมูลไม่ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

- มี Guide line ที่ชัดเจนและการติดตาม
- มีการหารือเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์/วิธีการในการ จัดเก็บข้อมูล

สาขาอายุรกรรม

ตัวชี้วัด อัตราตายจาก Sepsis/septic shock $\leq 30\%$

ผลงาน ร้อยละ 29.80 (637/2,137 ราย)

สถานการณ์

1. มีอัตราการเสียชีวิตจาก Sepsis สูง เนื่องจากโรงพยาบาลพุทธโสธรมีเตียง ICU อายุรกรรม เพียง 8 เตียง ไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยที่มีจำนวนสูงมากขึ้น
2. ผู้ป่วย sepsis/septic shock ส่วนใหญ่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และรักษาใน ward สามัญอายุรกรรม
3. ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง

ปัญหา/อุปสรรค

- จำนวนเตียง ICU น้อย
- จำนวนบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางไม่ เพียงพอ
- การใช้ CPG ยังไม่ครอบคลุมในทุกระดับ
- การวินิจฉัย septic shock ยังไม่ชัดเจน ทั้งการใช้ SIRS และ/หรือ SOFA

ข้อเสนอแนะ

- เพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน
- ควรมีการกำหนดให้หน่วยบริการทุกระดับใช้ CPG เดียวกัน รวมทั้งต้องมีการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล
- เพิ่มการตรวจ serum lactate ใน รพ.ชุมชน เพื่อประเมินความรุนแรงช่วงแรกและติดตามการรักษา

สาขาศัลยกรรม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ (ต.ค.-มี.ค. 60)	อัตรา (ร้อยละ)
1. อัตราการเกิด Rupture Appendicitis	<25 %	38/487	7.80
2. อัตราตายกลุ่มโรค Acute abdomen			
2.1 อัตราตาย Acute Cholecystitis	<4 %	4/117	3.41
2.2 อัตราตาย Gut obstruction	<4 %	3/124	2.41
2.3 อัตราตาย Acute Cholangitis	<4 %	3/96	3.12
2.4 อัตราตาย Pancreatitis	<4 %	6/105	5.71
2.5 อัตราตาย PU perforation	<4 %	2/85	2.35
3. อัตราการตายใน Acute limb ischemia	<20 %	0/7	0
4. อัตราการตายใน Chronic limb ischemia	<20	1/7	14.28

สถานการณ์

- มีการพัฒนาระบบบริการ Fast Track แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบ
- เน้นการประยุกต์ใช้ Alvarado Score ในการเพิ่มความแม่นยำ ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบ และการใช้ CPG One Page ในการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกันทุกสถานพยาบาล
- อัตราการเกิด Rupture Appendicitis ลงเหลือร้อยละ 7.8 Normal Appendix ลดลงเหลือร้อยละ 7 และส่งผลกระทบต่อในการลดค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน อย่างเป็นรูปธรรม

ปัญหา/อุปสรรค

- ขาดแคลนศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์
- การรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัดยังไม่สมบูรณ์
- การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องล่าช้า

ข้อเสนอแนะ

- มีแผนความต้องการบุคลากร
- มีการกำหนดรหัส ICD 9, ICD 10 และมีผู้ประสานงานร่วม ให้ชัดเจน
- การใช้ CPG ในกลุ่มโรคปวดท้องเฉียบพลันและขาดเลือดเฉียบพลันใน รพ.ทุกระดับ

2.9 Service Plan โรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ (ต.ค.-มี.ค. 60)	อัตรา (ร้อยละ)
1. ร้อยละของรพ.ตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไป มีการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic Drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	ร้อยละ 100	10/10	100
2. ผู้ป่วย STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือด และ/หรือยาละลายลิ่มเลือด	≥ร้อยละ 80	66/70	94.29

สถานการณ์

1. การเสียชีวิตผู้ป่วย STEMI ได้รับการแก้ไขการตีตันของหลอดเลือดล่าช้าเนื่องจากการส่งต่อผู้ป่วย TVD ไปยังรพ.มีศักยภาพสูงกว่า
2. ยังมี รพช.บางแห่งที่ไม่มีเครื่องวัด Target INR
3. มี Warfarin clinic ปี 59 ได้ 60% วางแผน 100% ในปี 60 และ Heart failure clinic เริ่มเดือน ม.ค. 59
4. มี Warfarin registry ร่วมกับโรงพยาบาล พระปกเกล้า

ปัญหา/อุปสรรค

- รพศ. ระดับ A ไม่มีการทำ PCI
- การบันทึก Warfarin registry
- อัตราตายของ TVD ส่งออกนอกเขต ค่อนข้างสูง
- ผู้ป่วย TVD ที่มีสิทธิ์การรักษาเบิกได้ส่งต่อนอกเขตยากมาก

ข้อเสนอแนะ

- พัฒนาศักยภาพเป็นศูนย์หัวใจที่ทำ PCI ได้
- ลงทะเบียนผู้ป่วย Warfarin clinic เป็นระบบใช้ต้นแบบโรงพยาบาลพระปกเกล้า
- ประสานงานรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่ารับส่งต่อผู้ป่วย
- เสนอแนวทางการคิดอัตราการส่งออกนอกเขตบริการควรคำนวณจากมาตรฐานในแต่ละระดับของจังหวัดเป็นเกณฑ์

2.10 Service Plan โรคมะเร็ง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ (ต.ค.-มี.ค. 60)	อัตรา (ร้อยละ)
1. ระยะเวลาการผ่าตัดภายหลังวินิจฉัยภายใน 4 สัปดาห์	80%	87/211	<u>41.23</u>
2. ระยะเวลาการได้รับยาเคมีบำบัดในระยะเวลา 6 สัปดาห์	80%	79/115	<u>68.5</u>
3. ระยะเวลาการได้รับรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	80%	34/88	<u>38.6</u>

สถานการณ์

- มี Oncologist 1 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 คนไข้ 1 รายไปหลายโรงพยาบาล
- ในจังหวัดฉะเชิงเทรา มะเร็ง 5 อันดับแรกที่พบมาก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งระบบโลหิตวิทยา และอัตราตายมะเร็ง ที่พบมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งระบบโลหิตวิทยา มะเร็งตับ มะเร็งต่อมลูกหมาก

ปัญหา/อุปสรรค

1. ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางโรคมะเร็ง
2. การจัดเก็บข้อมูล Tumor Registry ระบบ Thai Cancer Base
3. การติดตามข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care

ข้อเสนอแนะ

- มีการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร
- ทบทวนความถูกต้องของการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย Refer ในทุกระดับ
- มีการจัดทำทะเบียนติดตามข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care

2.11 Service Plan โรคไต

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ (ต.ค.-มี.ค. 60)	อัตรา (ร้อยละ)
1. ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73 m ² /yr	≥ 65 %	4,302/6,838	61.74
2. ผู้ป่วย DM HT ได้รับการค้นหาและคัดกรอง CKD	≥ 80 %	22,002/71,729	30.67
3. รพ. ระดับ F2 ขึ้นไปตรวจ serum Cr ด้วย Enzymatic method	100 %	11/11	100
4. รพ.ระดับ M2 F1 F2 ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ	≥ 50 %	9/9	100

สถานการณ์

- ผู้ป่วย DM และ HT ได้รับการคัดกรอง CKD ปี 2559 ได้ 70.25% (เกณฑ์ ≥ 80%) แต่ข้อมูล HDC ได้ 41.7%
- ระยะเวลารอคอย HD ไม่มี, ระยะรอคอย CAPD 21.7 วัน
- CAPD nurse 1:132 (เกณฑ์ <1:50) แต่พยาบาล PD มาช่วยงานด้าน HD
- ผู้ป่วย CKD ระยะ 4-5 RRT <28 วัน เท่ากับ 12% (เกณฑ์ 20%)

ปัญหา/อุปสรรค

- ขาด PD nurse
 - - การลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่ม DM HT
- การเก็บข้อมูลผู้ป่วย CKD โดยใช้ ICD 10

ข้อเสนอแนะ

- ส่งพยาบาลฝึกอบรม PD Nurse หลักสูตร 4 เดือน
- ทบทวนการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM และ HT เทียบกับข้อมูล HDC
- กำหนด ICD10 (N181-N185) ของกลุ่มโรค CKD ในการคีย์รหัสเข้าฐานข้อมูลเพื่อส่ง HDC

2.12 Service Plan สาขาทา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ (ต.ค.-มี.ค. 60)	อัตรา (ร้อยละ)
1. ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกระยะบอด (Blinding Cataract) ภายใน 30 วัน	≥ 80 %	136/203	<u>67</u>
2. ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา	≥ 70 %	64,742 ราย ต่อ 102,228 ราย	<u>63</u>

สถานการณ์

- จักษุแพทย์ 3 ท่าน (ลาป่วย 1 ท่าน, มีกำหนดจะ ลาตลอด 1 ท่าน และลาออกอีก 1 ท่าน) และไม่มีจักษุแพทย์ที่ รพช.
- มีการลงข้อมูลในโปรแกรม vision 2020
- มีการรณรงค์การผ่าตัดต้อกระจกร่วมกับ รพ.บ้านแพ้วและกิจกรรม Click Off ที่ รพ.บางน้ำเปรี้ยว
- มีเครื่องมือ Fundus camera 6 เครื่อง เครื่องวัดความดันลูกตาชนิดเป่าลม 3 เครื่อง
- มีการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ได้ 90.94% (≥ร้อยละ 75 เป็นอันดับที่ 1 ของเขต)

ปัญหา/อุปสรรค

- บุคลากรทางการแพทย์
- การคัดกรองสายตาผู้สูงอายุมากกว่า 60ปี, การคัดกรองต้อหินผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี และการคัดกรองเบาหวานขึ้นตา
- ผู้ป่วยBlinding cataract ที่ได้รับการ refer in เพื่อรับการผ่าตัดภายใน 30 วันมีปริมาณน้อย (ระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดต้อกระจกเฉลี่ย 90 วัน)
- การ refer ผู้ป่วยโรคจอประสาทตาออกนอกเขตบริการทำได้ยาก

ข้อเสนอแนะ

- แผนพัฒนาบุคลากร
- พัฒนาความครอบคลุมของระบบคัดกรอง
- ปรึกษาจักษุแพทย์ในเขต/นอกเขตเพื่อรับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
- ประสานงานเพื่อส่งต่อรพ.ที่มีศักยภาพ

2.13 Service Plan สาขาสุขาภาพช่องปาก

ตัวชี้วัด

- รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขาภาพช่องปากที่มีคุณภาพ (แห่ง) ร้อยละ 90.16 (เป้าหมาย ร้อยละ 60)
- อัตราการใช้บริการสุขาภาพช่องปากรวมทุกสิทธิ์ของประชาชนในพื้นที่ ร้อยละ 24.71 (เป้าหมายร้อยละ 35)

การดำเนินงาน

1. ประชุมหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข รพ.ทุกแห่งและคณะทำงาน SP ติดตามข้อมูลการดำเนินงานใน HDC ทุก 2 เดือน
2. พัฒนาศักยภาพ CUP ให้บริการได้ตามเกณฑ์/การทำกิจกรรมทุกกลุ่มวัย/ลดระยะเวลาการรอคอยงานทันตกรรมเฉพาะทางในบางสาขาที่มีทันตบุคลากรมากกว่า 1 ท่าน/ พัฒนางานด้านทันตกรรมเฉพาะทาง, การสอน/ประชุมวิชาการทางทันตสาธารณสุข/พัฒนาและขยายเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ให้เด็กสามารถ Self care ได้/ เยี่ยมบ้านนอกเวลาราชการ
3. พัฒนาศักยภาพทันตแพทย์ในการพัฒนาโครงการแก้ปัญหาในพื้นที่
4. พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการดูแลทันตสุขภาพในผู้ป่วยรองรับการจัดบริการ PCC

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะ
1. ศักยภาพทันตแพทย์ในการพัฒนาโครงการ แก้ปัญหาในพื้นที่	- พัฒนาศักยภาพของ CUP, ทันตแพทย์ ให้บริการได้ตามเกณฑ์/ การทำกิจกรรมตามกลุ่มวัย/ การแก้ไขปัญหาในพื้นที่
2. ขาด Oral Health Manager ในการ วิเคราะห์และวางแผนเพื่อลดปัญหา โรคในช่องปาก	- พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการดูแลทันตสาธารณสุขใน ผู้ป่วยรองรับการจัดบริการ PCC
3. งานทันตกรรมเฉพาะทางในโรงพยาบาล แม่ข่าย	- พัฒนางานบริการทันตกรรมเฉพาะทางให้มีประสิทธิภาพขึ้นใน โรงพยาบาลแม่ข่าย/ ลดระยะเวลาการรอคอย
4. การจัดการข้อมูลและการใช้ข้อมูล 43 แฟ้ม เพื่อการวางแผนและประเมินผล	- ควบคุมกำกับผลงานใน HDC รายงานบริการ
	- ปริมาณงานดี ควรมีการวิเคราะห์คุณภาพงานควบคู่กัน
	- ทบทวนข้อผิดพลาดในการบันทึก/ส่งออกข้อมูล
	- ผลงานภาพรวมดี ให้เพิ่มงานคุณภาพ TDCA (Thai Dental Clinic Accreditation)

2.14 Service Plan สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ (ต.ค.-มี.ค. 60)	อัตรา (ร้อยละ)
Organ Donation จากภาวะสมองตาย	1:100	เป้า 9 ราย เจรจา 7 ราย เจรจาได้ 3 ราย เก็บได้ 3 ราย เสียชีวิต 972 ราย	0.31:100
Cornea Donation จากตายทุกสาเหตุ	5:100	เป้า 45 ราย/90 ดวงตา เจรจา 16 ราย เจรจาได้ 5 ราย เก็บได้ 5 ราย	0.51:100

สถานการณ์

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการอำนวยการ และคณะทำงานสาขารับบริจาคและ
ปลูกถ่ายอวัยวะ
2. มีการจัดตั้งศูนย์การรับบริจาคอวัยวะที่งานหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
3. มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลและประสานการรับบริจาคอวัยวะในรพ.พุทธโสธรและในเครือข่ายสถานบริการ
สาธารณสุข
4. จัดประชุมวิชาการให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรทางการแพทย์ / ผู้เกี่ยวข้อง และผู้สนใจ เรื่อง
“การรับบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะในเครือข่ายฯ สถานบริการ”
5. ส่งบุคลากรเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาเครือข่ายบริการรับบริจาคอวัยวะในส่วนภูมิภาค
ครั้งที่ 4 ปี 2559 ณ โรงแรมชลอินเตอร์ จ.ชลบุรี จำนวน 14 คน
6. มี PCWN 3 ท่าน และ TCWN ร่วมกันทำงาน

ปัญหา/อุปสรรค

- ขาดพยาบาลประสาน full time
- พยาบาลประสานการบริจาคอวัยวะขาดทักษะ และความชำนาญในการเจรจา
- เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจและเห็นความสำคัญ ของการบริจาคอวัยวะและดวงตา
- ญาติขาดความรู้และความเข้าใจในการบริจาค อวัยวะและดวงตา
- ขาดเครื่องมือในการดูแลผู้บริจาคอวัยวะ เช่น Hyper-hypothermia

ข้อเสนอแนะ

- ต้องมีการกำหนดภารกิจให้มี บุคลากรรองรับงานเชิงนโยบาย
- อบรมการเจรจาและประสาน
- ให้ความรู้เจ้าหน้าที่และญาติ
- เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์

2.15 Service Plan สาขาอุบัติเหตุ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ (ต.ค.-มี.ค. 60)	อัตรา (ร้อยละ)
1. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในการบาดเจ็บที่มี ค่า Ps score ≥ 0.75	ร้อยละ ≤ 1	30/2,793	1.07
2. ร้อยละ ER คุณภาพในระดับ F2 ขึ้นไป	ร้อยละ 60	อยู่ระหว่างดำเนินการ	
3. ร้อยละของโรงพยาบาลคุณภาพ ในระดับ 2 ขึ้นไป ที่มี ECS คุณภาพ	ร้อยละ 60	10/10	100

สถานการณ์

- ได้มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ รองรับมาตรการ ป้องกันการดำเนินงานด้านความปลอดภัยและลดอุบัติเหตุทางถนนทั้ง 4 ด้าน
- ทบทวน Trauma Audit ผู้ป่วยส่งต่อที่มี PS Score > 0.75 ที่เสียชีวิตทุกราย เพื่อนำสู่การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต
- มีการจัดตั้ง TEA Unit
- มี EP 2 คน

ปัญหา/อุปสรรค

- อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อแสนประชากรสูง และอัตราผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะรุนแรงยังอยู่ในระดับสูง
- พัฒนาระบบ ER คุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

- ส่งบุคลากรอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ Multiple trauma และ Injury surveillance (IS เขต 6)
- ประสานงานกับตำรวจ และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องเรื่องพื้นที่จุดเสี่ยง
- ทบทวน Trauma Fast Track

2.16 การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ (ต.ค.-มี.ค. 60)	อัตรา (ร้อยละ)
ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ Reaccredit	1. ร้อยละ 100 ของ รพศ./รพท.	1 แห่ง ผ่านการรับรอง HA 1 แห่ง	100
	2. มากกว่าร้อยละ 80 ใน รพช.	10 แห่ง ผ่านการรับรอง HA 9 แห่ง	90

สถานการณ์

1. มีการพัฒนาคุณภาพบริการสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในจังหวัด จำนวน 11 แห่ง
2. มีแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ HA โดยมุ่งเน้นให้สถานบริการสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านมาตรฐาน และได้รับพัฒนาเครือข่ายโดยระบบพี่เลี้ยง โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.), สปสช., โรงพยาบาลตรด และสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราได้ตกลงร่วมมือกันพัฒนาระบบการเรียนรู้ แบบเครือข่ายพันธมิตร เพื่อดำเนินงานตามกิจกรรมให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติงาน โดยเริ่มดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน กระตุ้นการพัฒนาระหว่างโรงพยาบาล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งถอดบทเรียนและวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อรับการประเมิน HA และการ Re-accreditation

3. สำหรับโรงพยาบาลคลองเขื่อน เป็นโรงพยาบาลที่สร้างใหม่ เปิดให้บริการในปลายปี 2558 โดยยังไม่มีบริการเปิดรับผู้ป่วยค้างคืนในโรงพยาบาล มีโรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลบางคล้า ช่วยเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน มีการควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาล (QA)

ปัญหา/อุปสรรค

- ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน เนื่องจากมีรายละเอียดและกิจกรรมมาก บุคลากรมีจำนวนจำกัด และมีการหมุนเวียนบุคลากรที่มีความชำนาญไปทำงานส่วนอื่น

ข้อเสนอแนะ

- รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องและโอกาสในการพัฒนา นำเสนอเพื่อขอรับการสนับสนุนต่อผู้บริหารในเวทีการประชุมผู้บริหารระดับจังหวัด
- พี่เลี้ยง รพ.ที่ยังไม่ผ่าน HA

2.17 สาขาอาชีพเวชศาสตร์

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ผู้ประกันตนได้รับการคัดกรองสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ 5	12,039/227,688	5.29

สถานการณ์

1. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชน ร้อยละ 98.31 (จำนวน 117 แห่ง จาก 119 แห่ง)
2. รพช./รพศ. ผ่านเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงฯ

3. การจัดการบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการยังไม่ครบวงจร
4. ฐานข้อมูลความเสี่ยงและการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง/สุขภาพ ยังไม่เชื่อมโยงทั้งจังหวัด

ปัญหา/อุปสรรค

- จำนวนบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางไม่เพียงพอ
- ฐานข้อมูลความเสี่ยงและการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง/สุขภาพ ยังไม่เชื่อมโยงทั้งจังหวัด

ข้อเสนอแนะ

- เพิ่มแพทย์อาชีวเวชศาสตร์และบุคลากรสหวิชาชีพอื่น
- พัฒนาพยาบาล นักวิชาการ และจัดให้มีอุปกรณ์/เครื่องมือด้านอาชีวเวชศาสตร์ เพื่อดำเนินงานอาชีวอนามัย

คณะที่ 3 การบริหารทรัพยากรมนุษย์

3.1 การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 72 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

องค์ประกอบที่ 1 การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน

- มีแผนพัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 5 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 สาขาวิชาในทุกระดับบริการ (ผ่านระดับ 5)

องค์ประกอบที่ 2 การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนา

- มีความร่วมมือในการผลิตและพัฒนาบุคลากรร่วมกับสถาบันการศึกษาในเขตสุขภาพ (ผ่านระดับ 5)

องค์ประกอบที่ 3 การบริหารงบประมาณด้านการพัฒนา

- งบประมาณพัฒนาบุคลากร จากเขตสุขภาพจำนวนเงิน 701,300 บาท เบิกจ่ายแล้ว จำนวน 358,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 51.05% (ผ่านระดับ 1)

องค์ประกอบที่ 4 การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนา

- เป้าหมายพัฒนาบุคลากรจากเขตสุขภาพ ๗๕ คน บุคลากรได้รับการพัฒนา ๕๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๘ (ผ่านระดับ 3)

องค์ประกอบที่ 5 การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการ

- ไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องการจัดการการพัฒนาของจังหวัด (ผ่านระดับ 5)

ข้อเสนอแนะ : การเบิกจ่ายงบประมาณด้านการพัฒนาบุคลากรยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ เนื่องจากระยะเวลาในการจัดอบรมแต่ละหลักสูตรมีการกำหนดไว้โดยผู้จัดอบรมแล้ว

3.2 การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน

ตัวชี้วัด 74 Happy work life index, Core value “MOPH”

1.ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน สสจ.ฉช ดำเนินการวันที่ 3 พ.ย. 59 รพท.พุทธโสธร ดำเนินการแล้ว

2.สำรวจความสุขของการทำงาน(อย่างน้อย 60% ของบุคลากร) สสจ. 88.11%

รพท.พุทธโสธร 83.85%

3.วิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล ความสุขเฉลี่ย สสจ. 66.74 รพท.พุทธโสธร 61.34

4.จัดทำแผนพัฒนาความสุข/สร้างค่านิยม อยู่ระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

5.ใช้แผนพัฒนาความสุข/สร้างค่านิยม ยังไม่ได้ดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ

สิ่งดีๆ ที่พบ

ผู้บริหาร สสจ. ประกาศนโยบาย ทำ MOU สร้างค่านิยม MOPH และ M & E Happinometer อย่างต่อเนื่อง

รพ.พุทธโสธร ผู้บริหารประกาศนโยบาย พบปะบุคลากรทุกคน โดยจัดเป็น 18 รุ่นๆละ100 คน มีการร้องเพลงมาร์ช ที่กำหนดค่านิยม

ทุกหน่วยงานกำหนดค่านิยม MOPH ให้สอดคล้องกับ อัตลักษณ์ของตนเอง เช่น MOPH-B Network Professional

ประเด็นพัฒนา

บันทึกเป้าหมายหน่วยงานให้ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลต่อเป้าหมายผลงานของการดำเนินงาน HPI

3.3 การพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด

ลำดับ	รายการตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	การคัดเลือกและพัฒนา อสค.	5,702 คน	2,995 คน	52.53
2	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 50	1,711 ครอบครัว (สุ่มร้อยละ 30)	ประเมิน มีย-กค. 60	-

ข้อเสนอแนะ - นโยบายการดำเนินงาน อสค. ควรเน้นเชิงคุณภาพมากกว่าปริมาณ

คณะที่ 4 การบริหารจัดการ

4.1 ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

- การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	สสจ.	รพช. พนม ฯ	รพช. บางน้ำเปรี้ยว	สสอ. พนม ฯ	สสอ. บางน้ำเปรี้ยว	รวม จังหวัด
1	หน่วยงานมีการดำเนินการตามข้อคำถามการประเมินใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment) ข้อ EB๑-EB๑๑ ในไตรมาสที่๒	เป้าหมาย (ระดับ)	๕	๕	๕	๕	๕
		ผลงาน (ระดับ)	๕	๕	๕	๕	๕
		ร้อยละ	๙๓.๙๔	๘๗.๘๘	๘๗.๘๘	๘๗.๘๘	๘๗.๘๘

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่ยังบรรลุเป้าหมาย)

๑. ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและมีการประกาศแสดงเจตจำนงสุจริต ในการบริหารงานหน่วยงานทุกระดับแล้ว

๒. การกำหนดพื้นที่ดำเนินการให้ครอบคลุมโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

- การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์

และวัสดุทันตกรรม (ร้อยละ 20) ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 32.91

ข้อชี้แนะ

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์

2. มีการจัดทำกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของรพ.ในจังหวัด

ที่มีความสอดคล้องและลดหลั่นกันตามระดับของรพ.

3. มีแผนจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ที่ได้รับการอนุมัติจาก นพ.สสจ.

4. มีการดำเนินการจัดซื้อถูกต้องตามระเบียบฯ พัสด

5. มีการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ร่วมระดับจังหวัด

6. กำหนดให้หน่วยบริการแต่ละระดับมีการบริหารจัดการร่วมและมีแผนการสำรองร่วม

โดยลดหลั่นกันตามระดับโรงพยาบาล

7. มีการดำเนินการตามระเบียบว่าด้วยการบริหารจัดการการจัดซื้อยาฯ เน้นความโปร่งใส

ตรวจสอบได้และมีการรายงาน การประเมินผลการดำเนินงานตามลำดับชั้นในเวลา

ที่กำหนดทาง dmsic.moph.go.th รายงาน สสจ.ภายใน 5 วันหลังสิ้นไตรมาส

4.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ประเด็นที่ 1 : คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย ***ตายไม่ทราบสาเหตุ (ill-defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25(ต.ค.2559-มี.ค.2560) (n =2,428 ill-defined = 696)

จำนวนตายในโรงพยาบาลทั้งหมดร้อยละ 51.22

ที่มา : ข้อมูลการตาย กระทรวงมหาดไทย (ฐานมรณบัตร) โดย สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุข(6 เดือน) ภาพรวมจังหวัดฉะเชิงเทรา 28.67 %ไม่ผ่านเกณฑ์

ประเด็นที่ 2 : คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ *** ข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค มีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ที่มา : การประเมินข้อมูลข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค ของคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพข้อมูลสุขภาพ HDC ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ณ วันที่ 26 พ.ค. 60

OPD คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ

(ไม่ครบ 23 แห่งใน 134 แห่ง) 17.16 % ไม่ผ่านเกณฑ์

หมายเหตุ คำนวณจากผลการAudit 45 แห่ง จาก 134 แห่ง คาดว่าจะแล้วเสร็จก่อน กรกฎาคม 2560

แนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหา

KPI	ไตรมาส 2/60	ไตรมาส 3/60	ไตรมาส 4/60
-----	-------------	-------------	-------------

ประเด็นที่ 1 : คุณภาพข้อมูล สาเหตุการตาย	1.กรณีตายในสถานบริการของรัฐ อบรมหลักสูตรหรือเนื้อหาการระบุนสาเหตุการ ตายของแพทย์จบใหม่ และฟื้นฟูแพทย์ 2.กรณีตายนอกสถานบริการ เบื้องต้นจะทำหนังสือแจ้งแนวทางการ ดำเนินงานไปยังนายทะเบียน อำเภอและท้องถิ่น	1.ประเมินผลรายเดือน และรายไตรมาส โดย กำกับติดตาม ในที่ ประชุมผู้บริหาร ทุก เดือน 2.จัดทำแผนอบรมฟื้นฟู เน้นเฉพาะนายทะเบียน อำเภอและนาย ทะเบียนท้องถิ่น	1.ประเมินผลราย เดือนและรายไตรมาส โดยกำกับติดตาม ในที่ ประชุมผู้บริหาร 2.ส่วนกลาง ติดตาม จังหวัดผ่านระบบ Web Conference ทุกเดือน
ประเด็นที่ 2 : คุณภาพข้อมูล บริการสุขภาพ	1.อบรมเจ้าหน้าที่และฟื้นฟูการบันทึกข้อมูลเวช ระเบียนและรหัสโรคตามคู่มือ แนวทาง มาตรฐาน 2.อบรมเจ้าหน้าที่ทีมตรวจสอบเวชระเบียน 3. อบรมแพทย์ในการให้รหัสโรคตามคู่มือ แนวทางมาตรฐาน และการบันทึกข้อมูล OPD และ IPD ที่ถูกต้องตามมาตรฐาน	คณะกรรมการฯ ระดับ จังหวัด ประเมินผลราย ไตรมาส และลงพื้นที่ สุ่มประเมิน	1.สรุปผลการประเมิน คุณภาพรายไตรมาส 2.จัดทำแผนอบรม ฟื้นฟู การบันทึกข้อมูล ที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. อบรมหลักสูตรหรือเนื้อหาการระบุนสาเหตุการตายของแพทย์จบใหม่ ฟื้นฟูแพทย์ปัจจุบัน และอบรมนายทะเบียน
2. อบรมเจ้าหน้าที่ทีมตรวจสอบเวชระเบียน
3. อบรมเจ้าหน้าที่และฟื้นฟูการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนและรหัสโรคตามคู่มือแนวทางมาตรฐาน

สรุปมาตรการที่จะดำเนินการต่อไป

1. จังหวัดมีแผนงานในการอบรมฟื้นฟูการบันทึกสาเหตุการตายให้แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง
ทุกส่วน และนายทะเบียน ในกรณีการตายนอกสถานบริการ ในช่วงไตรมาสที่ 3
2. คืบข้อมูลให้หน่วยบริการและให้หน่วยบริการทบทวนสาเหตุการตายตลอดจน กำหนดมาตรการในการลง
สาเหตุการตายที่ต้อง ใน/นอก หน่วยบริการของรัฐ
3. คณะทำงานพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ประชุมทบทวนสถานการณ์
และแนวทางการพัฒนา ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค และออกนิเทศเกี่ยวกับ
คุณภาพข้อมูล และการใช้ประโยชน์ข้อมูล และคืบข้อมูลให้การตรวจสอบเวชระเบียนให้หน่วยบริการ
ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาต่อไป และส่งข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลไปยังสำนักนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2560
4. ติดตามประเมินผล และนำแจ้งที่ประชุม คณะกรรมการ กวป.

4.3 การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

03 ร้อยละการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป้าหมาย- รอบ 6 เดือน ร้อยละ 50 ขึ้นไป
สรุปผลงาน 6 เดือนร้อยละ 47.63 ไม่ผ่านเกณฑ์ แต่ผลงาน 8 เดือนผ่านเกณฑ์
(เป้าฯ 8 เดือน 8,325 เทียวย ผลงาน 8,416 เทียวย (เฉลี่ย 1,052 เทียวย/เดือน)
ผลงานเด่น/นวัตกรรม 1. ชนะเลิศ EMS Rally ระดับประเทศ 2560

2. ผลักดันการดูแลผู้ป่วย Stroke โดยระบบ EMS ผ่านกลไกผู้บริหาร ฝ่ายปกครองทั้งระดับจังหวัด และอำเภอ

โอกาสพัฒนา/การปิด GAP 1. ประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 ให้มากขึ้น การใช้บริการผ่านหมายเลข 1669 ร้อยละ 84.78 ต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมาย ร้อยละ 90 ขึ้นไป)

2. ขยายเครือข่าย EMS สู่อปท. ให้มากขึ้น

4.4 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

ตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ 8

ผลการดำเนินการ : การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการจังหวัดฉะเชิงเทรา

ไม่พบโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติปัญหาทางการเงินระดับ 7

หน่วยบริการ	CR	QR	Cash	NWC (ล้านบาท)	Net Income (ล้านบาท)	Risk Scoring
โรงพยาบาลพุทธโสธร	๑.๘๔	๑.๗๐	๑.๒๓	๓๖๖.๗๙	๖๒.๖๒	๐
โรงพยาบาลบางคล้า	๓.๘๘	๓.๘๑	๒.๘๖	๘๑.๗๓	-๔.๔๖	๑
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	๑.๙๖	๑.๘๔	๑.๑๔	๓๑.๑๘	๑๖.๙๑	๐
โรงพยาบาลบางปะกง	๑.๒๔	๑.๑๖	๑.๐๒	๑๑.๘๒	๑๐.๕๐	๑
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	๑.๙๙	๑.๘๙	๐.๒๘	๔๗.๗๖	๓๖.๑๕	๑
โรงพยาบาลพนมสารคาม	๒.๕๔	๒.๔๗	๑.๙๖	๑๐๔.๖๔	๖.๘๔	๐
โรงพยาบาลสนามชัยเขต	๑.๕๔	๑.๔๑	๐.๙๒	๒๒.๕๑	๑๙.๖๓	๐
โรงพยาบาลแปลงยาว	๑.๗๔	๑.๖๑	๐.๙๕	๒๒.๔๑	๑๑.๐๑	๐
โรงพยาบาลราชสาส์น	๑.๗๓	๑.๕๖	๑.๒๒	๖.๗๒	-๑.๐๑	๑
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	๒.๒๑	๒.๑๑	๑.๙๓	๒๙.๖๘	๑๖.๑๗	๐
โรงพยาบาลคลองเขื่อน	๑.๙๑	๑.๗๕	๑.๖๖	๔.๘๕	๒.๕๕	๐

ประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน โดยใช้ดัชนี 7 ตัว (7 Plus)

ข้อเสนอแนะให้ดำเนินการปรับปรุงตามแนวทางผลการปรับปรุงประสิทธิภาพการเงินการคลัง

1. ระดับ B- คือ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลบางคล้า โรงพยาบาลราชสาส์น
2. ระดับ C คือ โรงพยาบาลบางปะกง

การบริหารติดตามกำกับแผนการเงินการคลังด้วยแผนทางการเงิน Plan Fin Management

ในการปรับแผนรอบที่ 2 แผนทางการเงินมีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด ผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5 ด้านรายได้ ไม่ผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง ด้านรายจ่าย โรงพยาบาลที่สามารถควบคุมรายจ่ายได้ดี คือ โรงพยาบาลบางคล้า โรงพยาบาลบางปะกง โรงพยาบาลแปลงยาว ผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5

ข้อสังเกต : การรับรู้เงิน UC ที่โอนมาเป็นรายได้ทั้งหมด ทำให้รายได้มากกว่าแผน Plan Fin ที่จัดทำ ในส่วนที่ได้ต่ำเกิดจากการตั้งแผน Planfin ที่ไม่เหมาะสม ต้องมีการปรับแผนให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ : 1. จังหวัดต้องมีการกำกับ planfin หน่วยบริการ ควบคุมรายงานงบการเงิน วิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน และมีระบบรายงานเขต

2. จังหวัดต้องมีระบบเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงตามผลการวิเคราะห์ตาราง Planfin Analysis โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี Ebitda ลบ ,มีการลงทุนมากกว่า 20% Ebitda และฐานะการเงินสำรองน้อย(ติดลบ)

3. จังหวัดต้องให้หน่วยบริการใช้แผนปรับประสิทธิภาพ จัดทำ Business Plan ช่วยในการปรับ Ebitda จากลบ พัฒนาให้เป็น Ebitda บวก

4. จังหวัดต้องวางแผนลงตรวจเยี่ยมพื้นที่ในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูง

การตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการทุกแห่ง/คะแนนคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์

ร้อยละของหน่วยบริการ มีคะแนนคุณภาพบัญชี (ตรวจสอบบัญชีด้วยวิธีอิเล็กทรอนิกส์) มีความถูกต้อง หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คะแนนคุณภาพบัญชีด้วยการตรวจทางอิเล็กทรอนิกส์ 100 คะแนน มีจำนวน 10 แห่ง มีโรงพยาบาลที่ไม่ผ่าน จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลคลองเขื่อน

ข้อดี ของจังหวัดฉะเชิงเทรา : มีคุณภาพระบบบัญชี ระดับ A ขึ้นไป

ข้อเสนอแนะ

ติดตามกำกับทำให้หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คะแนนคุณภาพบัญชีด้วยการตรวจทางอิเล็กทรอนิกส์

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร

- ปัญหาบุคลากรขาดทักษะและประสบการณ์

4.5 การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ความก้าวหน้าในการพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา

Structure

กลไกการขับเคลื่อนงาน โดยคกก./คทง.ระดับเขต และคกก.การจัดการความรู้ระดับจังหวัด

มีการกำหนดเป็นนโยบายของผู้บริหารระดับจังหวัดและระดับอำเภอ และเป็นตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ

3. มีคกก. EC 2 คณะ และมีการจัดทำ SOPs แล้ว - สสจ. มีการพิจารณา EC 21 เรื่อง (1 ต.ค. 59 – ปัจจุบัน)

Staff

1. มีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร R2R Facilitator Advance จำนวน 2 คน

2. การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัยตามโครงการที่กำหนด 2 รุ่นๆ ละ 3 ระยะ และมีผลงานวิจัยที่ดำเนินการเสร็จแล้ว 140 เรื่อง

3. ผู้รับผิดชอบงานหลักของจังหวัด (Key Person) มีความมุ่งมั่นและความพยายามในการขับเคลื่อนการพัฒนางานวิจัยและการจัดการความรู้

System

1. ระบบฐานข้อมูล

- มีการรับข้อมูลและเป้าหมายผลงานวิจัยเพิ่มขึ้น

- มีการจัดทำทำเนียบผลงานวิจัยและวิเคราะห์คุณภาพผลงานเพื่อการใช้ประโยชน์

2. ผลงานวิจัย (ปี 2559) 43 เรื่อง นำไปใช้ประโยชน์ 13 เรื่อง (30.23%)

- ด้านนโยบาย 1 เรื่อง (7.69%)
- ด้านวิชาการและด้านการพัฒนาสังคมและชุมชน 12 เรื่อง (92.31%)

2. ระบบสนับสนุน

- ผู้บริหารให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนางานวิจัยและการจัดการความรู้
 - สสจ. มีการสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ที่มีผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่มีการนำเสนอหรือตีพิมพ์ลงวารสาร โดยให้เป็นผลงานในการพิจารณาความดีความชอบประจำปี
- สรุปผลสำเร็จตามตัวชี้วัดย่อย 5 ตัวชี้วัด
- ผ่านเกณฑ์ 5 ตัวชี้วัด (100%)

ข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์คุณภาพผลงานและการต่อยอด ขยายผลงานวิจัยเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

4.6 การตรวจสอบภายใน
