

ประเด็นจากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดฉะเชิงเทรา
ระหว่างวันที่ ๖ - ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

ประกอบด้วย ๕ ประเด็นหลัก ๑๒ ตัวชี้วัด

ประเด็นหลักที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑.(KPI2) อัตราส่วนการตายมารดาไทย (เกณฑ์ไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)

สถานการณ์

๑. ปี ๖๐ มารดาตาย ๑ ราย จาก PPH
๒. ปี ๖๑ ไม่มีมารดาตาย
 - Early ANC ร้อยละ ๕๔.๒๘
 - Complete ANC ร้อยละ ๔๒.๗๔
 - หญิงตั้งครรภ์การคัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยง ร้อยละ ๓๘.๖๖
 - โลหิตจาง ร้อยละ ๑๗.๑๗
 - PPH ร้อยละ ๒.๖๐
 - ตรวจหลังคลอด ๓ ครั้ง ร้อยละ ๔๕.๖๑

ข้อค้นพบ

๑. คณะกรรมการ MCHB เข้มแข็งและจัดทำแนวทางการดำเนินงานและการส่งต่อร่วมกัน
๒. อำเภอบางคล้า และอำเภอมือเืองฯ มีผลการดำเนินงาน Early ANC, Complete ANC และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์สูง

โอกาสพัฒนา

๑. เรียนรู้และขยายการดำเนินงานเพื่อเพิ่ม Early ANC , Complete ANC และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์สูงให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด
๒. ค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงให้เข้มข้นและเฝ้าระวัง ติดตาม และดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะรายที่มีความเสี่ยงสูง

๒.(KPI3) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ ๘๕)

สถานการณ์

๑. ความครอบคลุม ร้อยละ ๗๗.๘๑
๒. ตรวจพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๖.๙๔
๓. กระตุ้นและตามได้ ร้อยละ ๗๖.๕๘
๔. พัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๒.๔๔
๕. LBW ร้อยละ ๕.๒๙
๖. BA ๒๔.๖ ต่อเกิดมีชีพพันคน
๗. กินนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย ๖ เดือน ร้อยละ ๗๗.๔๒

ข้อค้นพบ

๑. แผนการพัฒนาการคัดกรองและการใช้ DSPM
๒. อำเภอรราชสาส์น และอำเภอบางน้ำเปรี้ยว มีการดำเนินงานดี ทั้งความครอบคลุม พบพัฒนาการสมวัยสงสัยล่าช้า และมีการติดตามได้มาก

โอกาสพัฒนา

๑. การบริหารจัดการ ทั้งกลุ่มเป้าหมาย และการขยายบริการให้เหมาะสมกับพื้นที่
๒. ติดตามและประเมินผลการใช้ยา Progesterone
๓. ติดตามและประเมินผลการใช้ยาเสริมธาตุเหล็ก

๓.(KPI4) ร้อยละของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ ๕๔)

สถานการณ์

๑. สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๕.๗๑ สูงเฉลี่ย ๕ ปี ชาย ๑๐๙.๙๙ ซม. หญิง ๑๐๙.๒๙ ซม.
๒. เตี้ย ร้อยละ ๕.๒๑
๓. อ้วน ร้อยละ ๓.๘๓
๔. ผอม ร้อยละ ๒.๘๐

ข้อค้นพบ

๑. มีการจัดการข้อมูลและคืนข้อมูลให้พื้นที่
๒. แผนงาน/โครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตและตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน ๒ ตำบล (ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว และตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกง)

โอกาสพัฒนา

๑. การขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต และขยายตำบลสูงดีสมส่วนให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่
๒. ส่งเสริม การกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าฝุ่น ทั้งในระบบ รพ.สต และศูนย์เด็กเล็ก

ประเด็นหลักที่ ๒ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

๔.(KPI8) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐ – ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (ร้อยละ ๕๔)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. ทีมงานทันตบุคลากรระดับ CUP มีความเข้มแข็ง มีการพัฒนางานร่วมกันมาอย่างต่อเนื่อง
๒. เครือข่ายทุกระดับ ทุกภาคส่วน มีความเข้มแข็งและสนับสนุนการทำงานส่งเสริมป้องกันทุกกลุ่มวัย และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพในพื้นที่
๓. การดำรงรักษาและพัฒนาทันตบุคลากรในระบบอย่างต่อเนื่อง

มาตรการ/ แผน

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
- ปัญหาการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มอายุ ๓ – ๕ ปี ความครอบคลุมยังต่ำ ทำให้อัตราการผุของกลุ่มอายุนี้นี้สูงขึ้น	- จัดบริการเชิงรุกด้านส่งเสริมป้องกันในศูนย์เด็กเล็กและชั้นอนุบาลทุกสังกัด
- ปัญหาการขาดแคลนเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	- ในระยะสั้นได้แก้ปัญหา โดยการจัดทำแผนให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหมุนเวียนไปปฏิบัติงาน และในระยะยาวจัดทำแผนเพิ่มกำลังคนด้านทันตสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

ข้อค้นพบ

๑. ในการจัดบริการส่งเสริมป้องกันโรคของเด็กอายุ ๐-๑๒ ปี ทำให้ผลสภาวะปราศจากโรคฟันผุในเด็กกลุ่มอายุ ๑.๕ ปี/ ๓ ปี/ ๑๒ ปีสูงขึ้น
๒. การให้บริการเด็กกลุ่มอายุ ๖-๑๒ ปี (ร้อยละ ๖๐) ผลงานได้ ร้อยละ ๓๓.๓๒ (ณ วันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๑) **อันดับ ๑ ของเขต** สิ้นปีงบประมาณ ผลงาน คาดว่าจะได้มากกว่า ร้อยละ ๖๐

โอกาสพัฒนา

๑. ร้อยละของโรงเรียนที่จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพ เช่น กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ปลูกต้นไม้ ลูกลอม ขนมอบรอบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเกินร้อยละ ๕ ผลงาน ดำเนินการได้ ๒๑๐ รร. จากทั้งหมด ๓๕๗ รร. คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๘๖
๒. มีเครือข่าย **รร.ต้นแบบ**ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพ ที่อำเภอพนมสารคาม อำเภอท่าตะเกียบ และอำเภอแปลงยาว เป็นแหล่งศึกษาดูงานทั้งภายในและต่างประเทศ

๕.(KPI9) อัตราคลอดมีชีพในวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี (ไม่เกิน ๔๐ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี)สถานการณ์

๑. **อัตราการคลอดมีชีพ**ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง จากปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ได้แก่ ๕๔.๒๒, ๔๗.๔๔ และ ๓๗.๔๓ ต่อพันประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ในปี ๒๕๖๑ ผลงาน (เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๐) เท่ากับ **๑๒.๔๑** (๗.๕๒ x ๑.๖๕)
๒. **การตั้งครรภ์ซ้ำ**ในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ได้แก่ ร้อยละ ๑๖.๗๗, ๑๖.๖๘ และ ๑๔.๖๗ ในปี ๒๕๖๑ ผลงาน (เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๐) **ร้อยละ ๑๗.๔๘**
๓. การคุมกำเนิดกึ่งถาวร **ร้อยละ ๙๒.๗๕**
๔. RDH ร้อยละ ๙๐.๙๐ YFHS ร้อยละ ๑๐๐

ข้อค้นพบ

๑. **กำหนด**เป็น ๑ ใน ๒๐ ตัวชี้วัดและเป้าหมาย ตามคำรับรองการปฏิบัติงาน PA_PSPG ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
๒. **การใช้ข้อมูล** การวิเคราะห์/สังเคราะห์ และค้นข้อมูล และนำเสนอความก้าวหน้าในการประชุม คณะกรรมการบริหารของ สสจ.ทุกเดือน

โอกาสพัฒนา

๑. **ขับเคลื่อน**ติดตามและประเมินผลผ่านคณะกรรมการ พรบ.วัยรุ่น
๒. **วิเคราะห์**กลุ่มเป้าหมายสาเหตุและพื้นที่ เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ตรงกับพื้นที่
๓. **มีนโยบายและแนวทาง**ปฏิบัติที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังคุมกำเนิด โดยเฉพาะหลังคลอดและแท้งทุกราย

ประเด็นหลักที่ ๓ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ**๖.(KPI11) ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) (ร้อยละ ๖๐)**สถานการณ์

๑. ผู้สูงอายุ **ร้อยละ ๑๕.๓๘** (เขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๑๔.๔ ประเทศ ร้อยละ ๑๖.๕)
๒. ผู้สูงอายุสูงสุด ๓ อำเภอ คือ **อำเภอคลองเขื่อน อำเภอบางคล้า และอำเภอบ้านโพธิ์**
๓. ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม **ร้อยละ ๙๗.๒๑** (เขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๙๖.๗) สูงสุด ๓ อำเภอ คือ **อำเภอสนามชัยเขต อำเภอท่าตะเกียบ และอำเภอราชสาส์น**
๔. กลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง **ร้อยละ ๒.๗๙** (เขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๓.๓) สูงสุด ๓ อำเภอ คือ **อำเภอคลองเขื่อน อำเภอพนมสารคาม และอำเภอบางน้ำเปรี้ยว**

ผลงาน

๑. Care Manager ๑๕๓ คน
๒. Care Giver ๙๔๐ คน
๓. Care Plan ๑,๗๔๒ ฉบับ ร้อยละ ๘๘.๖๑ (เฉพาะเข้าร่วมโครงการ LTC ปี ๖๐)
๔. ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ๓๘ ตำบล ร้อยละ ๔๐.๘๖ (๓๘ ตำบลจาก ๙๓ ตำบล)

ข้อค้นพบ

๑. มีการขับเคลื่อนผู้สูงอายุกลุ่ม Healthy Aging โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแผนพัฒนาจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน ๒,๙๗๙,๐๐๐ บาท
๒. มี Care Manager ครอบคลุมทุกพื้นที่

โอกาสพัฒนา

๑. เร่งรัดการเบิกจ่ายงบกองทุน LTC ให้แล้วเสร็จภายในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๑
๒. เร่งรัดการจัดทำ CP ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
๓. เยี่ยมเสริมพลัง/สุ่มติดตามประเมินตำบล LTC ให้ผ่านเกณฑ์
๔. สนับสนุนการค้นหาวัฏกรรมที่เป็นแบบอย่างในพื้นที่และขยายผลสู่พื้นที่อื่นให้เพิ่มขึ้น

ประเด็นหลักที่ ๔ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๗.(KPI13) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ (ร้อยละ ๕๐)

สถานการณ์

- ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ จังหวัดฉะเชิงเทรา มีพื้นที่นำร่อง ๓ อำเภอ คือ อ.บ้านโพธิ์ อ.บางน้ำเปรี้ยวและ อ.พนมสารคาม
- ปี ๒๕๖๑ ขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทุกอำเภอ (๑๑ อำเภอ)

ผลการดำเนินงาน (Small success ไตรมาส ๑)

- การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ผลการดำเนินงาน	ความเสี่ยงต่อการขับเคลื่อนนโยบาย
- มีคณะทำงาน DHS ครบทุกอำเภอ ๑๑ แห่ง ผ่านการประเมิน UCCARE ผ่านระดับ ๓ ขึ้นไป - มีประเด็น ODOP ๓ เรื่อง ประกอบด้วย โรคพิษสุนัขบ้า การดูแลผู้สูงอายุ และโรคเรื้อรัง	- การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ยังอยู่ในกรอบการดำเนินงานด้านสาธารณสุข โดยใช้หลักการ DHS เชื่อมต่อสู่การขับเคลื่อนระบบสุขภาพตำบล - การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ควรมีการดำเนินงานในภาคส่วนราชการอื่นๆ โดยเฉพาะมหาดไทยให้ชัดเจนในการเป็นประธานคณะกรรมการฯ - ข้อเสนอแนะจากการลงพื้นที่ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ๑. เปลี่ยนจากกรอบสุขภาพ เป็นกรอบคุณภาพชีวิต ๒. มีการจัดการในแต่ละประเด็นอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นหลักที่ ๕ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๘.(KPI14) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ร้อยละ ๘๕)

เป้าหมาย : จังหวัดมีศูนย์ EOC และทีมตระหนักรู้สถานการณ์(SAT) สามารถปฏิบัติงานได้จริง

กิจกรรม	การดำเนินงาน
๑. พัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด	ไตรมาส ๑ - ขั้นตอนที่ ๑ : ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการ EOC ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร
๒. เตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ระดับจังหวัด	ไตรมาส ๒ - ขั้นตอนที่ ๒ : จัดทีมปฏิบัติการ (Operation Section) ระดับจังหวัด เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน
๓. ซ้อมแผนและการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) เน้นคุณภาพระบบ EOC	ไตรมาส ๓ - ขั้นตอนที่ ๓ : จัดทีม SAT ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์โรคและภัย ทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน ไตรมาส ๔ - ขั้นตอนที่ ๔ : วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด - ขั้นตอนที่ ๕ : EOC ระดับจังหวัดมีการซ้อมแผนหรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่

ข้อค้นพบ	โอกาสพัฒนา
- ผู้บริหารให้ความสำคัญ/เข้าร่วมการอบรมหลักสูตร ICS ของสำนักกระบาดวิทยา	- จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้ ระบบการบริหารจัดการ การดำเนินงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทุกกลุ่มโรคและภัยสุขภาพ (All Hazard Plan) การประเมินความเสี่ยง พร้อมจัดโครงสร้างให้สามารถรองรับกับปัญหาในอนาคต
- มีการจัดทำโครงสร้าง EOC รองรับ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้ง Outbreak verification list และการจัดทำ Spot report กรณีที่มีเหตุการณ์เป็นรายสัปดาห์	- เป็นพื้นที่ระบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออกอาจมีความเสี่ยงด้านโรคและภัยสุขภาพ ควรมีการตรวจสอบเหตุการณ์เพื่อจัดทำ Outbreak verification list และการรายงาน Spot Report ให้ผู้บริหารรับทราบเพื่อเป็นข้อมูลการตัดสินใจหรือการสั่งการ - จัดรูปแบบการซ้อมแผนให้สามารถร่วมกันดำเนินงานเชิงบูรณาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ - ควรมีการชี้แจงบทบาทของภารกิจ หน้าที่ต่างๆ ที่ได้รับมอบพร้อมปรับปรุงคำสั่งให้เป็นปัจจุบัน เช่น ทีม MERT, mini MERT, EMS, MCATT ฯลฯ

๙.(KPI17) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี (≤ ๔.๕ ต่อประชากรแสนคน) ไม่เกิน ๗.๑ ต่อแสนประชากรเด็กต่ำกว่า ๑๕ ปี จ.ฉะเชิงเทรา เป้าหมาย เสียชีวิตไม่เกิน (๙ คน)

สถานการณ์

- การเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ของเขต ๖ และ จ. ฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐ เท่ากับ ๒๐ (๑๐๗), ๑๓ (๘๖), ๑๑ (๖๗), ๑๒ (๗๖) และ ๘ (๖๓) ราย
- จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ของ จ. ฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙ รายอำเภอ
 - ๑) ปี ๒๕๕๖ อ.เมืองฯ ๔ ราย อ.บางน้ำเปรี้ยว ๒ ราย อ.บางปะกง ๒ ราย อ.บ้านโพธิ์ ๑ ราย อ.ราชสาส์น ๑ ราย อ.สนมชัยเขต ๕ ราย อ.แปลงยาว ๓ ราย และ อ.ท่าตะเกียบ ๒ ราย
 - ๒) ปี ๒๕๕๗ อ.เมืองฯ ๓ ราย อ.บางน้ำเปรี้ยว ๒ ราย อ.บางปะกง ๒ ราย อ.พนมสารคาม ๑ ราย อ.สนมชัยเขต ๓ ราย และ อ.ท่าตะเกียบ ๒ ราย
 - ๓) ปี ๒๕๕๘ อ.เมืองฯ ๒ ราย อ.บางคล้า ๑ ราย อ.บางน้ำเปรี้ยว ๑ ราย อ.บางปะกง ๓ ราย อ.บ้านโพธิ์ ๑ ราย และ อ.สนมชัยเขต ๓ ราย
 - ๔) ปี ๒๕๕๙ อ.เมืองฯ ๗ ราย อ.บางคล้า ๑ ราย อ.บางน้ำเปรี้ยว ๑ ราย อ.สนมชัยเขต ๒ ราย และ อ.ท่าตะเกียบ ๑ ราย

ผลงานทีมผู้ก่อการดี ปี ๒๕๖๐

- ปี ๒๕๕๙ อำเภอละ ๑ ทีม ได้แก่ อ.บางปะกง อ.แปลงยาว และ อ.ท่าตะเกียบ
- ปี ๒๕๖๐ อำเภอละ ๑ ทีม ได้แก่ อ.เมืองฯ อ.บางน้ำเปรี้ยว อ.บางปะกง อ.บ้านโพธิ์ และ อ.สนมชัยเขต อำเภอละ ๒ ทีม ได้แก่ อ.บางคล้า และ อ.พนมสารคาม
- ปี ๒๕๖๑ เป้าหมาย ๘ ทีม ไตรมาสแรก สละสม ๙ ทีม พัฒนาผู้ก่อการดีของจังหวัด ปีนี้ มีเพิ่ม ไตรมาส ๑/ ๓ ทีม และกำหนดเป้าหมายร่วมกับพื้นที่

เป้าหมาย เด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี มีคอกกั้น ซึ่ง จ.ฉะเชิงเทรา เด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี ทั้งหมด ๒๒,๔๗๐ คน

เป้าหมาย ปี ๒๕๖๑

- รอบ ๑ (ร้อยละ ๒๕) จำนวน ๕,๖๑๗.๕ ราย
- รอบ ๒ (ร้อยละ ๕๐) จำนวน ๑๑,๒๓๕ ราย

ข้อค้นพบ	โอกาสพัฒนา
ยังมีอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มอายุต่ำกว่า ๕ ปี พื้นที่เสี่ยง : บ่อน้ำ ถังน้ำ ในบ้าน	- ควรผลักดันให้มีการจัดทำสถานการณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลรายอำเภอ/รายตำบล รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการจมน้ำใน เด็กแต่ละช่วงอายุตามหลัก ระบาดวิทยา Time Place Person - ควรสื่อสารทำความเข้าใจในชุมชน พ่อ-แม่ ครูใน รร.ในช่วง ก่อนปิดภาคเรียนวันหยุด
มีการพัฒนาทีมผู้ก่อการดี ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่/	- ควรนำอำเภอที่เคยมีเด็กจมน้ำมาร่วมวางแผนและร่วมพัฒนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน - ควรขยายเครือข่าย เช่น อปท. ครู เครือข่ายชุมชนฯ ให้เข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ
นโยบายการใช้คอกกั้น ในเด็กเล็ก (≤ ๒ ปี) ยังขาดความชัดเจน ในการจัดเก็บ	- ควรประยุกต์ให้เหมาะกับปัจจัยเสี่ยงการเสียชีวิตในกลุ่มวัยเด็กเล็กในพื้นที่ เช่น -- สำรวจในชุมชนว่า ในครอบครัวมีเด็กเล็ก และบริเวณบ้าน-รอบบ้าน มีแหล่งน้ำเสี่ยง เพื่อป้องกัน -- จัดเก็บข้อมูลใน well baby clinic สำหรับกลุ่มอายุ ≤ ๒ ปี

๑๐.(KPI18) อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน ๑๖ ต่อแสนประชากร)

อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๖๑ (ลดลงร้อยละ ๒๑ จากค่า Median ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕) เป้าหมายประเทศ ไม่เกิน ๑๖ ต่อแสนประชากร เขตสุขภาพที่ ๖ เป้าหมาย ๒๔.๔๖ ต่อแสนประชากร จังหวัดฉะเชิงเทรา ๕๔ ราย (๗.๖๘ ต่อแสนประชากรในไตรมาสที่ ๑)

ปัญหาที่พบ

๑. ยานพาหนะที่เกิดเหตุมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์
๒. ไม่สวมหมวกกันน็อกในขณะขับขี่
๓. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๔. การใช้ความเร็ว
๕. เกิดบนเส้นทางหลัก ถนนหลวง

จุดเด่น

๑. จังหวัดมีอำเภอที่ดำเนินงานด้าน D-RTI ผ่านการประเมินระดับทอง ที่อำเภอท่าตะเกียบและระดับชมเชยที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว
๒. มาตรการความปลอดภัยของรถพยาบาล (Ambulance Safety) ใน รพ.ทั้งหมด
๓. สามารถทำประกันภัยรถพยาบาลได้ทั้งหมด (๓๕ คันๆละ ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท)
๔. จัดตั้งเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทางถนนครบทุกโรงพยาบาล และทีม EMS rally ได้รับรางวัลชนะเลิศระดับประเทศ (ALS แปดริ้วทีม)
๕. ผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดให้ความสำคัญต่อปัญหา และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำ AAR ภายหลังดำเนินงาน

ข้อค้นพบ

๑. การบูรณาการงานกับภาคีเครือข่ายได้ดี ในการจัดทำข้อมูล ๓ ฐานและใช้ผลในการนำเสนอเพื่อชี้ขนาดและความรุนแรงของปัญหาอุบัติเหตุจากการจราจรในการประชุม ศปถ.จังหวัด และอำเภอ มีส่วนกระตุ้นเชิงนโยบายให้หน่วยงานฝ่ายปกครองมีมาตรการดำเนินการควบคุมป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
๒. ผู้บริหารระดับจังหวัดให้ความสำคัญต่อปัญหา เป็นประธานในที่ประชุม ศปถ. มีการสั่งการตามบทบาทของ IC อย่างดีเยี่ยม โดยเฉพาะช่วงปีใหม่ ๗ วันอันตรายใช้ระบบ VDO Conference ประชุมร่วมกับ ศปถ.อำเภอ พร้อมจัดทำ AAR เพื่อหาสาเหตุและเพิ่มมาตรการที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการรณรงค์ครั้งต่อไป ซึ่งมีจิตอาสาร่วมดำเนินการ
๓. ความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ สำนักงานขนส่งจังหวัดฯ จัดสรรเงินกองทุนเลขสวยสนับสนุนการพัฒนาอบรม เรื่อง วินัยการจราจรให้กับโรงเรียน จำนวน ๒๐ แห่ง สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดฉะเชิงเทรา ร่วมมือกับสถานประกอบการรณรงค์การสวมหมวกกันน็อก ๑๐๐ % มีการใช้จิตอาสาร่วมปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่ ในการตั้งด่านตรวจในพื้นที่

โอกาสพัฒนา

๑. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการขับขี่ของประชาชน
 - ๑.๑ นำการสื่อสารความเสี่ยงและบังคับใช้กฎหมายในการจำกัดความเร็วของยานพาหนะ โดยเฉพาะจักรยานยนต์และการใช้หมวกกันน็อกอย่างเคร่งครัด
 - ๑.๒ เสนอข้อมูลการเสียชีวิตในเวทีระดับจังหวัด เพื่อให้มีการติดตั้งกล้องจับความเร็วอย่างถาวรในเส้นทางที่เกิดอุบัติเหตุสูง

๒. กลุ่มวัยเรียน

- ๒.๑ **น**ำการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี กลุ่มร้านค้าและผู้ประกอบการอย่างเข้มข้นโดยพนักงานเจ้าหน้าที่
- ๒.๒ ศึกษารายละเอียดในผู้เสียชีวิต (Root cause analysis) เพื่อหาสาเหตุและนำไปสู่การสร้าง Intervention ให้สอดคล้องกับปัญหา
๓. การขับเคลื่อนการดำเนินงานของ ศปถ. ในอำเภอที่มีความเสี่ยงสูง (อ.เมืองฯ อ.บางปะกง และ อ.พนมสารคาม) **ผ่านรูปแบบการดำเนินงานของ พชอ.**

๑๑.(KPI19) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ($\leq$ ร้อยละ ๒.๔) และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ($\geq$ ร้อยละ ๒๐)

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ร้อยละ ๐.๖๒ (๘๕ จาก ๓๙,๐๖๖ คน/ เขต ๖ ร้อยละ ๐.๗๗ จำนวน ๙๒๓ คน จาก ๓๐๙,๐๔๕ คน/ ประเทศ ร้อยละ ๐.๖๗ จำนวน ๙,๘๙๒ คน จาก ๑,๖๑๕,๕๖๙ คน)

อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน(เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ ๑๐) กลุ่มสงสัย HT ๕,๖๗๑ คน เป้าหมายกลุ่มสงสัย HT ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ ๔.๑๖ (๒๓๖ จาก ๕๖๒ คน)/ เขต ๖ : กลุ่มสงสัย HT ๓๙,๔๒๔ คน เป้าหมายกลุ่มสงสัย HT ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ ๔.๖๙ (๑,๘๔๘ จาก ๓,๙๔๒ คน)/ ประเทศ : กลุ่มสงสัย HT ๖๑๑,๗๘๔ คน เป้าหมายกลุ่มสงสัย HT ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ ๒.๙๕ (๑๘,๐๗๘ จาก ๖๑,๑๗๔ คน))

ผลงานเด่น

- รพ.ท่าตะเกียบได้รับรางวัล Best Practices ด้าน CKD จากสำนัก NCD
- กลุ่มควบคุมไม่ได้ ได้จัดทำวิจัยเรื่อง การควบคุม DM, HT ด้วยกระบวนการสร้างแรงจูงใจทั้งจังหวัด

ข้อค้นพบ	โอกาสพัฒนา
- การคัดกรองผู้ป่วย DM,HT บางอำเภอยังต่ำกว่าระดับเขต (น้อยกว่าร้อยละ ๕๐) - การรณรงค์ ป้องกันหัวใจและหลอดเลือดสมอง “ผู้ว่า ห่วงใย สมอง-หัวใจ ชาวแปดริ้ว”	๑. เร่งรัดการคัดกรองในไตรมาส ๑-๒ เพื่อให้สามารถทำกิจกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุม DM, HT ๒. วิเคราะห์ และชี้เป้าหมาย ในพื้นที่ที่ยังดำเนินการได้น้อย เพื่อวางระบบบริหารจัดการ ๓. สร้างแรงจูงใจและผลักดัน/ประกวดนวัตกรรม/ best practice ในพื้นที่ เพื่อเป็นรูปแบบการแก้ไขปัญหา ๔. ประยุกต์ใช้มาตรการในการแก้ไขปัญหตามแนวทาง NCD clinic plus ทั้งด้านนโยบาย ข้อมูลและการจัดระบบบริการ

โอกาสพัฒนา

๑. เร่งรัดการคัดกรองในไตรมาส ๑-๒ เพื่อให้สามารถทำกิจกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุม DM, HT
๒. วิเคราะห์ และ**ชี้เป้าหมาย** ในพื้นที่ที่ยังดำเนินการได้น้อย เพื่อวางระบบบริหารจัดการ
๓. สร้างแรงจูงใจและผลักดัน/ ประกวดนวัตกรรม/ best practice ในพื้นที่ เพื่อเป็นรูปแบบการแก้ไขปัญหา
๔. ประยุกต์**ใช้มาตรการ**ในการแก้ไขปัญหตามแนวทาง NCD clinic plus ทั้งด้านนโยบาย ข้อมูลและการจัดระบบบริการ

๑๒.(KPI23) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (ระดับดีมาก ร้อยละ ๒๐)

สถานการณ์ ปี ๒๕๖๐

รพ. ในเขต ๖ ทั้งหมด ๗๙ แห่ง ผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป ๗๖ แห่ง (ร้อยละ ๙๖.๒๐) ทุกจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๗๕ (ปี ๒๕๖๐) และ รพ.ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ G&C Hospital ๓ แห่ง (ร้อยละ ๓.๘)

เป้าหมาย ร้อยละ ๒๐ ของโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ๒ แห่ง

ผลการประเมิน ปี ๒๕๖๐ GREEN&CLEAN Hospital

- ดีมาก (๒ แห่ง) : รพ.พนมสารคาม และ รพ.บางคล้า
- พื้นฐาน (๙ แห่ง) : รพ. พุทธโสธร รพ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.บางปะกง รพ.บ้านโพธิ์ รพ.ราชสาส์น รพ.สนามชัยเขต รพ.แปลงยาว รพ.ท่าตะเกียบ และ รพ.คลองเขื่อน

แผนการดำเนินงานของจังหวัด ปี ๒๕๖๑

- ประชุมชี้แจงเกณฑ์การประเมินให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน (เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๐)
- ติดตาม/ แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ นิเทศ/ ตรวจสอบประเมิน (เดือนกุมภาพันธ์ – มิถุนายน ๒๕๖๑)
- พัฒนาระดับเป็นดีมาก รพช. ๑ แห่ง (รพ.ราชสาส์น)
- พัฒนาระดับเป็นดี รพช. ๘ แห่ง
- ขยายการดำเนินงานสู่ รพ.สต. ระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๕๐

GREEN & CLEAN Hospitals การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล โดยใช้หลักการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

ข้อค้นพบ

- มีแผนปฏิบัติงาน และแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีการบูรณาการร่วมกับการดำเนินงาน รพ.สต.ติดตาม
- มีการขยายการดำเนินงาน G&C ลงสู่ รพ.สต.
- มีการกำหนดแผนยกระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐาน G&C ขึ้นอย่างน้อย ๑ ระดับ

โอกาสพัฒนา

- พัฒนา รพ. ระดับพื้นฐานและระดับดี ให้ผ่านเกณฑ์ขึ้นเป็นระดับดีและดีมาก
- พัฒนา รพ. ระดับดีมาก ให้เป็นต้นแบบและเป็นแหล่งศึกษา ดูงานให้แก่ รพ.อื่นๆ
- พัฒนา รพ.สต. ให้ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน
- พัฒนา/ส่งเสริมและต่อยอดให้เกิดนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างได้
- พัฒนาและขยายเครือข่าย GREEN ลงสู่ชุมชน

ข้อเสนอแนะ ๕ ประเด็น

ประเด็น	ข้อเสนอแนะ
๑. มารดาตาย (Direct ๒ ราย, ไทย และพม่า)	- เพิ่มความเข้มข้นของการดูแลและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงในระยะคลอดและหลังคลอด
๒. พัฒนาสงสัยล่า ร้อยละ ๖.๙๔, กระตุ้นและติดตามได้ ร้อยละ ๗๖.๕๘	- ติดตามและประเมินระบบการบริหารจัดการและการคัดกรองพัฒนาการ
๓. ตั้งครรภ์ซ้ำ ร้อยละ ๑๗.๔๗ หญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี (หลังแท้งและคลอด) คุณกำเนิดทุกวิธี ร้อยละ ๔๘.๙๕	- เน้นการให้คำปรึกษาหลังแท้งและคลอดเพื่อให้มีการคุมกำเนิดทุกวิธีมากขึ้น
๔. RTI อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	- วิเคราะห์ สาเหตุปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล ยานพาหนะและสภาพแวดล้อมที่ก่อต่อการเกิดอุบัติเหตุ
๕. Drowning อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี	- ใช้ข้อมูลการสอบสวนมาวางแผนแก้ไขปัญหาวิเคราะห์ Time Place Person เพื่อหา Root cause และหา Intervention ที่เหมาะสม

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประกอบด้วย ๓ ประเด็นหลัก ๑๔ ตัวชี้วัด

ประเด็นหลักที่ ๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary care Cluster)

๑๓.(KPI25) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary care Cluster)(ร้อยละ ๓๖)

ข้อค้นพบ

- เป้าหมาย ตามตัวชี้วัด ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๓๖ คือ จำนวน ๑๐ แห่ง
Small Success เป้าหมาย ๓ เดือน ร้อยละ ๑๕ จำนวน ๒ แห่ง
- แผนการขับเคลื่อน ปี ๒๕๖๑ ตั้ง PCC เพิ่มอีก ๙ ทีมใน ๖ อำเภอ
- ผลงาน
ปี ๒๕๖๐ เปิดดำเนินการ PCC จำนวน ๖ ทีม ใน ๔ อำเภอ
ปี ๒๕๖๑ เปิดดำเนินการได้ ๘ ทีม
รวม ๑๔ ทีม (จากเป้าหมาย ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๐ ทีม)
- แนวทางการทำงาน มี FM และทีมหมอครอบครัวดูแล ๕ กลุ่มวัย สอดคล้อง SP.เชื่อมโยง Program Thai Refer/ COC รพ.แม่ข่าย สนับสนุนยา และเวชภัณฑ์ครุภัณฑ์การแพทย์
- ความเสี่ยง
จำนวนของ FM และทีมสหวิชาชีพ ที่ไม่เพียงพอต่อการเปิด PCC

ข้อเสนอแนะ

- ยังไม่มี FM กระตุ้นพัฒนาทีมหมอครอบครัวให้ทำงานดูแล ๕ กลุ่มวัย ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
เชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการและแม่ข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ
- ใช้แพทย์ใช้ทุน ปี ๒, ๓ เข้ารับการอบรมระยะสั้น

ประเด็นหลักที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

สาขา RDU

๑๕.(KPI29) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

RDU ชั้นที่ ๑		เป้าหมาย
RDU1 (โรงพยาบาล)	RDU2 (รพ.สต.)	
๑. ยาหลักแห่งชาติ > ๗๕-๙๐% ๒. PTC มีมาตรการ RDU ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๓ ๓. ตัวยาไม่มีประสิทธิภาพ ๔. Label มีชื่อภาษาไทยและคำเตือน ๕. Ethics	- ลดการใช้ ATB ใน ๒ โรค - ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ อูจาระร่วงเฉียบพลัน (๔๐ % ของ PCU ทั้งหมดผ่านเกณฑ์	≥ ๘๐%
RDU ชั้นที่ ๒		เป้าหมาย
RDU1 (โรงพยาบาล) เพิ่ม	RDU2 (รพ.สต.)	
๑. ลดการใช้ ATB (๔ กลุ่มโรค) - RI, AD, FTW, APL ๒. ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง - ผู้ป่วย DM ที่สูงอายุใช้ Glibenclamide ≤ ๕% - ผู้ป่วย CKD ใช้ NSAIDs ≤ ๑๐% - Pregnancy ไม่ใช้ warfarin, statin, Ergots	- ลดการใช้ ATB ใน ๒ โรค - โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน - อูจาระร่วงเฉียบพลัน (๖๐% ของ PCU ทั้งหมดผ่านเกณฑ์)	≥ ๒๐%

ปัญหา/อุปสรรค

๑. การคัดกรอง CKD และประเมินโอกาสเสี่ยง CVD .ในผู้ป่วย DM/ HT ในสถานบริการยังไม่ได้ตามเป้าหมายไตรมาส ๑
๒. การบันทึกข้อมูลในHDC ยังไม่ครอบคลุมผลงานที่ดำเนินการ
๓. การพัฒนาการบูรณาการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ/สถานประกอบการปลอดภัยฯ

ข้อเสนอแนะ

- เร่งรัดการคัดกรองให้เพิ่มขึ้นในไตรมาสที่เหลืออยู่และการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพบูรณาการร่วมกับคลินิกชะลอไต (CKD)
- ขยายต่อให้ครอบคลุมในพื้นที่และติดตาม/พัฒนาการบันทึกข้อมูลของแต่ละพื้นที่

ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล(RDU) จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

- มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ ร้อยละ ๑๐๐ (๑๑ แห่ง) โดยเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๖๕.๗๕ และประเทศ ร้อยละ ๖๘
- มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๒ ร้อยละ ๙.๐๙ (๑ แห่งจาก ๑๑ แห่ง) ได้แก่ รพ.ราชสาส์น โดยเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๒.๗๔ และประเทศ ร้อยละ ๒.๕

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการดำเนินงานของจังหวัดและหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
ทัศนคติของผู้ป่วยในการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคไม่ถูกต้อง และไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	- ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่บุคลากรทางการแพทย์ - - จังหวัด/หน่วยงานที่รับผิดชอบแนะนำในกรณีการใช้ยาสมุนไพรทดแทน (สามารถ เข้าไปได้ที่ http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/medicine/herbal/list/646#item-9365) - ประชาสัมพันธ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้แก่ประชาชนทั่วไป ผ่านทางสื่อต่างๆ -จังหวัด/หน่วยงานที่รับผิดชอบจัดหาสื่อ ประชาสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย (สามารถเข้าไปดูได้ที่ http://newsser.fda.moph.go.th/rum-thai/asu/download.php)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

- การรายงานแบบสะสมทาง รายงานของ กบรส.ทุกไตรมาส (ก่อนวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป)
- การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยทางจังหวัด/รพ.มีการประชุมเครือข่ายบริการระดับจังหวัด/อำเภอ และติดตามการรายงานทุกเดือน
- ความร่วมมือของทีมงานสหสาขาวิชาชีพ และการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานดีขึ้นในทุกแห่ง สำหรับใน รพ.สต.ของทุกอำเภอมีการดำเนินงานได้มากกว่า ๖๐ เปอร์เซ็นต์
- การรณรงค์ให้ความรู้ และระดมความร่วมมือในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมทั้งการดำเนินงานในชุมชน โดยมีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อย.น้อย อสม. ผู้นำชุมชน โดยจะมีการปฐมนิเทศการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เขตสุขภาพที่ ๖ แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่จังหวัดจันทบุรี เป็นต้น

**ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ : Action ระดับหน่วยบริการ
จังหวัดฉะเชิงเทรา**

ตรวจราชการรอบ ๓ เดือน : ไม่มีข้อติดตาม รอบ ๓ เดือน

กิจกรรม AMR อย่างบูรณาการ	รพ.พุทธโสธร
๑. การดูแลกำกับการใช้ยาในโรงพยาบาล	ไม่ผ่าน (อยู่ระหว่างดำเนินการ)
๒. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ๒.๑ สํารวจอัตราของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ ๑ ครั้ง	ผ่าน
๒.๒ มีอัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลักในโรงพยาบาล เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI เดือนละ ๑ ครั้ง	มี
๒.๓ มีสรุปรายงานเชื้อก่อโรคและความไวของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่ง ๑ ครั้ง	มี
๒.๔ มีการรายงานข้อ ๔.๑-๔.๒ ไปยังสถาบันบําราศนราดรุ กรมควบคุมโรค	มี
๓. การวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ นำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาล	ไม่ผ่าน (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

ข้อเสนอแนะจากส่วนกลางต่อพื้นที่

- ดำเนินการติดตามควบคุมในมาตรการที่เหลืออย่างมีคุณภาพ

สาขาการส่งต่อออกนอกเขต

๑๖.(KPI30) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง (ร้อยละ ๑๐)

ตรวจราชการ รอบ ๓ เดือน : ขึ้นตอนที่ ๑-๓

ขั้นตอนที่	การดำเนินงาน	ข้อค้นพบ
๑. ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการประสานงานรับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ	/	- มีศูนย์ประสานการส่งต่อ(ศสต.) ระดับจังหวัด คือ รพ. พุทธโสธร และมีผู้รับผิดชอบชัดเจนในระดับจังหวัดรับผู้ป่วยจาก รพช. ทุกแห่ง โดยกำหนดประเภทผู้ป่วยและโรคที่จะส่งไปและรับกลับไปรับการรักษาต่อในเครือข่าย - กำหนดให้ รพ.สนามชัยเขต รับผู้ป่วยส่งต่อจาก รพ. ท่าตะเกียบ รพ.พนมสารคาม รับผู้ป่วยส่งต่อจาก รพ.ราชสาส์น ภูมิเกณ ศักยภาพให้ส่งต่อผู้ป่วย ที่ รพ.พุทธโสธร
๒. มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย สาขาที่เป็นปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา	/	- ใช้โปรแกรมการส่งต่อ Thai refer ครบ ทุกโรงพยาบาล
๓. มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขตที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ปัญหาการส่งต่อเพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า		- พัฒนาระบบให้คำปรึกษาการให้การรักษผู้ป่วยทาง Electronic : Line group ระหว่างแพทย์ ผชช. สาขาต่างๆ ในจังหวัด/เขต สุขภาพ - จัดระบบส่งกลับผู้ป่วยไปรักษาต่อที่ รพช. และระบบฝากกลับในกรณีเส้นทางเดียวกัน

ผลการดำเนินงาน (เดือนตุลาคม- พฤศจิกายน ๒๕๖๐)

การส่งต่อใน ๔ สาขาหลัก : ลดลงร้อยละ ๑๖.๖๗

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการดำเนินงานของจังหวัดและหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
ความชัดเจนของระบบส่งต่อ	- จัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมากและเป็นปัญหาของจังหวัดและสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ - จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัด/เขตสุขภาพที่เชื่อมโยงกับสถานบริการสุขภาพทุกระดับและแนวทางการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ภายในจังหวัดและเขตสุขภาพ

สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

๑๗.(KPI33) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ ๒๐ รพศ./ รพท.อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ รพช.อย่างน้อยร้อยละ ๒๐ รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ ๓๐)

สถานการณ์

จังหวัดฉะเชิงเทรามีสถานบริการสาธารณสุขจัดให้มีบริการ ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แบ่งเป็น

- โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน ๑๐ แห่ง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ๒๘ แห่ง

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๒๖.๑๙ (เป้าหมาย ร้อยละ ๒๐)

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูล HDC ไตรมาสแรก ปี ๒๕๖๑ ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

- ผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยฯ ๑๒๕,๑๘๗ ครั้ง
- ผู้เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด ๔๗๘,๐๑๖ ครั้ง

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการดำเนินงานของจังหวัดและหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
กรอบอัตรากำลังตำแหน่งแพทย์แผนไทยมีจำกัด เฉพาะ รพ.สต. ขนาดใหญ่	เสนอแนะให้มีการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในทุกหน่วยบริการ เพื่อรองรับภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอการจัดสรรตำแหน่ง

สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เมืองสมุนไพร จังหวัดฉะเชิงเทรา

สถานการณ์

- คณะรัฐมนตรีเห็นชอบแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ เป้าหมายดำเนินการเมืองสมุนไพร จำนวน ๑๓ จังหวัด เขตสุขภาพที่ คือ จ.ปราจีนบุรี และ จ.จันทบุรี
- จังหวัดฉะเชิงเทราจัดอยู่ในพื้นที่ดำเนินงานโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor Development หรือ EEC) ที่มีหนึ่งในอุตสาหกรรมเป้าหมาย คือ เกษตรแปรรูป
- แม้ว่าจังหวัดฉะเชิงเทรา ไม่ได้อยู่ในเขตจังหวัดนาร่องและจังหวัดส่วนขยายของการดำเนินโครงการเมืองสมุนไพร แต่ยังคงมีความพยายามในการดำเนินงานโครงการเมืองสมุนไพร

ผลการดำเนินงาน Herbal City จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ	กิจกรรม
- สนับสนุนให้ชุมชนมีการใช้สมุนไพร ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการปลูก พัฒนาการใช้สมุนไพรประจำท้องถิ่น และสร้างเป็นผลิตภัณฑ์ชุมชน	/
- เป็นเครือข่ายกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร เช่น ขมิ้น ไพร ร่วมกับสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	/
- ส่งเสริมผู้ประกอบการชุมชน ในการสร้างโอกาสทางการตลาดจากผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดย กลุ่มแม่บ้านทุ่งเหียง นายาว ของอำเภอสนาบชัยเขต	/

ข้อเสนอแนะนโยบาย /ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร

ควรมีการจัดสรรงบประมาณโครงการเมืองสมุนไพรให้ทั่วถึงทุกจังหวัด โดยมุ่งเป้าหมายรวมถึงกลุ่มจังหวัดที่อยู่ในกลุ่มระเบียงเศรษฐกิจ คือจังหวัดระยอง ชลบุรีและฉะเชิงเทรา (ECC)

สาขาสุขาภพจิต

M16. (KPI34) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขาภพจิต (>ร้อยละ ๕๕)

M17. (KPI35) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (< ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน)

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๑.๖๕ ต่อประชากรแสนคน
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขาภพจิต	≥ ร้อยละ ๕๕	๔๙.๖๖*
ร้อยละของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิม	ร้อยละ ๒	อยู่ระหว่างการดำเนินการ
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	ร้อยละ ๙๐	๑๐๐
ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๑	๐.๓๗** (๓๖)
ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขาภพจิต	ร้อยละ ๙	๑๔.๑๙*** (๖๖๒)

หมายเหตุ

* จาก รพ.พระศรีมหาโพธิ์ ณ วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๑

** จาก รพ.สวนปรุง ณ เดือนธันวาคม ๒๕๖๐

*** จาก HDC BigDATA ระดับกระทรวงและฐานข้อมูล HDC ของ สสจ. ณ วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการดำเนินงานของจังหวัดและหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
- บริบทและภาระงานของแต่ละโรงพยาบาลทำให้ศักยภาพในการดำเนินการคัดกรองเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทำได้ไม่เต็มศักยภาพ	- พิจารณารอบอัตราความเสี่ยงและความก้าวหน้าเพื่อตอบสนองต่อการดำเนินงาน (พยาบาลจิตเวช, พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ, นักจิตวิทยาคลินิก)
- การสอบสวนการตายของผู้ป่วยอาจยังไม่ได้ข้อมูลเชิงลึกเพียงพอที่จะนำมาใช้วิเคราะห์สถานการณ์	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการสอบสวนโรค psychological autopsy
- ระบบการลงข้อมูลในฐานข้อมูลไม่ครบถ้วนส่งผลให้ข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต ใน HDC ต่ำกว่าข้อมูลจริงในพื้นที่	- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันในการลงรหัสข้อมูลแก่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงาน IT ของพื้นที่

สาขาอายุรกรรม

อายุรกรรม - Sepsis

M18. (KPI36) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired (<ร้อยละ ๓๐)

สถานการณ์

๑. ประชุมทบทวนแนวทางปฏิบัติ (Quick Sofa + SOS score) มี sepsis bundle ที่ ER ของโรงพยาบาลทุกแห่ง และกำหนดแนวทางการส่งต่อ
๒. ประชุมชี้แจงการเก็บตัวชี้วัด
๓. ติดตามแนวทางการส่งต่อ
๔. ติดตามแนวทางการส่งต่อ case conference (6 mo)
๕. ตรวจสอบและติดตามการดำเนินงานของเครือข่าย (9 mo)

ผลการดำเนินงาน

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ร้อยละ ๓๕.๐๕ (จำนวน ๖๘ ราย จาก ๑๙๔ ราย)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ราย)	อัตรา (ร้อยละ)
อัตราการทำ HEMO culture ก่อนให้ยา	≥ ๙๐ %	๑๔๑/๑๕๒	๙๒.๗
อัตราการให้ยาปฏิชีวนะใน ๑ ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย	> ๙๐ %	๑๒๓/๑๕๒	๘๐.๙
อัตราการได้สารน้ำ ๑.๕ ลิตร ในชั่วโมงแรก (กรณีไม่มีข้อห้าม)	> ๙๐ %	๑๐๔/๑๔๙	๖๙.๗
อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติใน ๓ ชั่วโมง หลังวินิจฉัย	> ๙๐ %	๔๘/๑๙๔	๒๔.๗

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการดำเนินงานของจังหวัดและหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
- การวินิจฉัย sepsis/septic shock ยังไม่มี lab เฉพาะการสรุปวินิจฉัยและการเก็บข้อมูลมีโอกาสคลาดเคลื่อนได้ ต้องใช้ความชำนาญและประสบการณ์	- ทบทวนแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย Sepsis ให้กับแพทย์ใช้ทุน จัดหาเครื่องตรวจ Blood lactate (Point of care) ให้แก่โรงพยาบาลชุมชน
- การพัฒนา sepsis fast tract ให้ผู้ป่วยได้เข้า ICU ได้เร็ว ยังขาดเรื่องบุคลากร สถานที่ เครื่องมือ และ ICU ไม่เพียงพอ	- เพิ่ม ICU หรือสำรองเตียงใน ICU
- ขาดการประสานงาน เรื่อง ผลการเพาะเชื้อ	- กำหนดผลการเพาะเชื้อเป็นค่าวิกฤต ซึ่งห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิกจะต้องรายงานแพทย์ทันที

สาขา Intermediate Care

M22. (KPI47) ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (ร้อยละ ๑๐)

สถานการณ์

จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน มาโรงพยาบาลศูนย์ สามารถส่งกลับเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๖๕, ๑๗.๐๕ และ ๑๖.๐๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ ตามลำดับ ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์

ผลการดำเนินงาน

๑. กำหนดนโยบาย และถ่ายทอดนโยบายในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา
๒. กำหนดกลุ่มโรคเป้าหมาย ในแต่ละสาขา ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูก
๓. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งขณะนี้ รพช. ระดับ M และ F ให้บริการได้ ครบร้อยละ ๑๐๐ (เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ ๑๐)

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ปี ๒๕๖๑ (Intermediate Care)

Goal/ KPI : รพ.ทุกระดับ

Current : Start up

Action Plan : 1

- จัดตั้งคณะทำงาน Intermediate Care ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ

มกราคม ๒๕๖๑ :

Action Plan : 2

- ประสาน Service plan สาขาที่เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางการดำเนินงานฯ
- ประกาศแนวทางการดำเนินงานกลุ่มเป้าหมาย

กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ :

Action Plan : 3

- รพ.จัดตั้งศูนย์ Intermediate Care ระดับ M2, F1 และ รพ.ที่พร้อมดำเนินการ
- สํารวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมายดำเนินการ (stroke, COPD, Post traumatic)
- รพช.ประเมินศักยภาพของพยาบาล เพื่อหา GAP/ วางแผนและ/ พัฒนาตามแผน
- ดำเนินการให้บริการใน รพช./ รพ.สต.ทุกแห่ง

พฤษภาคม/ กันยายน ๒๕๖๑ :

Action Plan : 4

- กำกับ ติดตาม รายงาน และสรุปผลการดำเนินงาน จาก re-admit

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการดำเนินงานของจังหวัดและหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
๑. บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย	- พัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในกลุ่มโรคสำคัญ
๒. ขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์	- จัดทำแผนจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์
๓. ระบบ IT ในการเชื่อมโยงข้อมูล	- เชื่อมโยงระบบ Thai refer กับ HOS XP ของโรงพยาบาลพุทธโสธร

สาขา Intermediate Care

๒๓. (KPI48) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (ร้อยละ ๑๕)

สถานการณ์

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไตรมาสแรก มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าเกณฑ์ ODS ๔ โรค คือ Hernia, Hydrocele, Hemorrhoid และ Esophageal varices แล้ว จำนวน ๑๓๓ ราย

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ ๒๗.๐๗ (๓๖ ราย จาก ๑๓๓ ราย) เป้าหมาย ร้อยละ ๑๕

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- จำนวนผู้รับบริการมาก	จัดตั้งหน่วยบริการ one day surgery
- บุคลากรและวัสดุครุภัณฑ์การแพทย์ ไม่เพียงพอต่อการขยายพื้นที่ให้บริการ	
- ยังไม่มีการจัดบริการแยกจากหน่วยบริการทั่วไป	

๒๕. (KPI51) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ร้อยละ ๘๕)

สถานการณ์

ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (B⁺ B⁻) ปีงบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๕๙ และไตรมาส ๑/๒๕๖๐ ในเขตสุขภาพที่ ๖ เป็นร้อยละ ๘๐.๘, ๘๑.๙ และ ๗๙.๑ จ.ฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๘๓.๐, ๘๐.๕ และ ๗๙.๙ จ.ปราจีนบุรี ร้อยละ ๘๖.๗, ๙๐.๖ และ ๘๗.๗ จ.ตราด ร้อยละ ๘๑.๓, ๘๓.๐ และ ๘๕.๕ จ.จันทบุรี ร้อยละ ๘๑.๑, ๘๒.๐ และ ๘๓.๓ จ.ระยอง ร้อยละ ๗๓.๓, ๗๙.๐ และ ๘๒.๘ จ.ชลบุรี ร้อยละ ๘๔.๓, ๘๑.๖ และ ๗๙.๑ จ.สมุทรปราการ ร้อยละ ๗๓.๗, ๗๘.๘ และ ๗๔.๖ และ จ.สระแก้ว ร้อยละ ๘๕.๕, ๘๑.๓ และ ๗๑.๓

ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (B⁺ B⁻) ปีงบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๕๙ และไตรมาส ๑/๒๕๖๐ จ.ฉะเชิงเทรา รายโรงพยาบาล คือ รพ.ราชสาส์น ร้อยละ -, ๘๕.๗ และ ๑๐๐ รพ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๘๙.๗, ๘๒.๙ และ ๙๕.๘ รพ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๗๓.๒, ๗๗.๑ และ ๘๘.๙ รพ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๖๙.๘, ๙๓.๒ และ ๘๘.๙ รพ.พุทธโสธร ร้อยละ ๘๔.๖, ๘๓.๒ และ ๘๑.๓ รพ.พนมสารคาม ร้อยละ ๘๙.๔, ๗๓.๘ และ ๗๔.๓ รพ.บางคล้า ร้อยละ ๖๖.๗, ๖๘.๘ และ ๗๑.๔ รพ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๘๓.๓, ๘๖.๑ และ ๗๐ รพ.บางปะกง ร้อยละ -, ๖๘.๘ และ ๗๐ และ รพ.แปลงยาว ร้อยละ ๘๖.๒, ๘๖.๘ และ ๕๗.๑

อำเภอเสี่ยง ๓ อันดับ (ข้อมูลปี ๒๕๕๙)

- การตาย : อ.บางปะกง ร้อยละ ๑๖.๗ อ.บางคล้า ร้อยละ ๑๕.๖ และ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๑๕.๕
- การขาดยา : อ.บางคล้า ร้อยละ ๑๒.๕ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๑๑.๔ และ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๖

ที่มา : tbcmtailand.net ณ วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

ผลการดำเนินงาน

รายงานผลการดำเนินงานวันโรคสะสมปี ๒๕๖๑ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑)

จังหวัด	Estimates (ราย) A	Register all form (ราย) B	% Treatment coverage	เร่งค้นหา (ราย) A-B
ชลบุรี	๒,๕๐๑	๖๑๕	๒๔.๖	๑,๘๘๖
ระยอง	๑,๒๐๔	๒๖๕	๒๒.๐	๙๓๙
จันทบุรี	๙๑๖	๒๑๗	๒๓.๗	๖๙๙
ตราด	๓๙๕	๙๘	๒๔.๘	๒๙๗
สมุทรปราการ	๒,๒๒๕	๔๐๔	๑๘.๒	๑,๘๒๑
สระแก้ว	๙๖๒	๒๔๖	๒๕.๖	๗๑๖
ปราจีนบุรี	๘๓๔	๒๔๔	๒๙.๓	๕๙๐
ฉะเชิงเทรา	๑,๒๑๒	๒๓๐	๑๙.๐	๙๘๒
เขตสุขภาพ ๖	๑๐,๒๙๘	๒,๓๑๙	๒๒.๕	๗,๙๗๙

เป้าหมายกลุ่มเสี่ยง ปี ๒๕๖๑	จำนวน (ราย)
๑. ผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อ	๖๑๗
๒. เรือนจำ	๓,๖๐๐
๓. บุคลากรสาธารณสุข	๓,๔๘๙
๔. HIV	๒,๓๙๑
๕. สูงอายุ	๑,๑๙๒
๖. เบาหวานควบคุมน้ำตาลไม่ได้	๙,๕๑๕
๗. แรงงานข้ามชาติ	๔๒,๐๐๐
รวม ๖๒,๘๐๔	

การค้นหากลุ่มเสี่ยง เขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๖๗,๗๖๓ ราย (ณ วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เวลา ๑๒.๐๐ น.)

ในปี ๒๕๖๑ จังหวัดฉะเชิงเทรา ค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ ๑,๘๔๗ ราย ปกติ ๑,๘๒๗ ราย LTBI ๓ ราย และ TB ๑๗ ราย (ในเขตสุขภาพที่ ๖ : จ.ชลบุรี ๔๔,๐๘๔ ราย จ.ระยอง ๓,๘๔๓ ราย จ.จันทบุรี ๗,๔๔๘ ราย จ.ตราด ๒๒๖ ราย จ.สมุทรปราการ ๔,๖๖๔ ราย จ.ปราจีนบุรี ๒,๔๒๔ ราย และ จ.สระแก้ว ๓,๒๒๗ ราย)

ที่มา : tbcmtailand.net ณ วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

จุดเด่น (Highlight)

- มีแผนเร่งรัดการคัดกรองวัณโรค ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มเป้าหมายชัดเจน รวมทั้งหมด ๖๒,๘๔๐ ราย ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พร้อมแผนกำกับติดตามอย่างมีส่วนร่วม กับ สสอ. รพ. รพ.สต.
- ผลงานการคัดกรองในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี ร้อยละ ๘๙.๔ (ข้อมูล ๓ ปีย้อนหลัง ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐) แสดงถึงการบูรณาการในคนทำงาน TB&HIV ได้ดี
- ขยายการใช้โปรแกรม TBCM Online ครอบคลุมหน่วยบริการภาครัฐและเอกชนทุกแห่งเพิ่มความครอบคลุมในการขึ้นทะเบียนรักษามากยิ่งขึ้น
- พัฒนาโครงสร้างการทำงานวัณโรคฉะเชิงเทราใช้มาตรการ ลดตาย ลดการขาดยา พัฒนาระบบการส่งต่อ และติดตามผลการรักษาทุกราย เชื่อมกับ พขอ. ในรายที่พบปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม และประสานทีมหมอครอบครัว ดูแลกำกับในระยะเข้มข้นของการกักกันยา

ข้อเสนอแนะ

- ๑) กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ควรทำทะเบียนคัดกรองติดตาม อย่างน้อย ๒ ปี (๕ % ป่วยใน ๒ ปี)
- ๒) กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต (สูงอายุ, โรคเรื้อรัง) ควรวางแผนดูแลผู้ป่วย จัดให้มีผู้จัดการผู้ป่วย แต่ละราย (case manager) ที่พร้อมให้การติดตามอาการผู้ป่วยได้ทุกวัน/ เร่งคัดกรอง เพื่อเข้าสู่ระบบ การรักษาที่เร็วขึ้น
- ๓) ควรพิจารณาเริ่มยาต้านไวรัส (ARV) ในผู้ป่วย TB/ HIV ทุกราย โดยเริ่มเร็วภายใน ๒ สัปดาห์ อย่างช้า ไม่เกิน ๔ สัปดาห์ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต (ผลงานการเริ่ม ARV ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ คือ ร้อยละ ๒๙.๑, ๒๓.๑ และ ๕๓.๗)
- ๔) บูรณาการกลุ่มสื่อสารองค์กรฯ เพื่อสื่อสารความเสี่ยง ประชาสัมพันธ์ในชุมชน “วันโรค รักษาหาย เพื่อ ลด Stigma

สาขากุมารเวชกรรม**M23. (PLUS 1) ลดอัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก (๑ เดือน – ๕ ปี) ลดลง (ร้อยละ ๑๐)**สถานการณ์

๑. พบโรค Pneumonia มีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ ๑
๒. จำนวนเตียง PICU, อุปกรณ์ และงบประมาณที่ใช้ในการรักษาในโรงพยาบาลระดับ A มีไม่เพียงพอ และจำนวนจำกัด
๓. มีผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตและจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ยังครอบเตียง PICU ในโรงพยาบาล ระดับ A
๔. มีการส่งต่อผู้ป่วยที่อาการไม่หนักเข้ามารักษาในโรงพยาบาลระดับ A จำนวนมาก
๕. มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย/โรงพยาบาลระดับ A
๖. โรงพยาบาลระดับ A ทุกแห่ง มีผู้ป่วยล้นทั้ง OPD และ IPD และผู้ป่วยจำนวนมากมีภูมิลำเนาอยู่ใน เขต รพ.ระดับ M/F
๗. มีภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลชั้นวิกฤตในโรงพยาบาลภาครัฐ โดยเฉพาะ อย่างยิ่งในโรงพยาบาลระดับ A มีการลาออกไปภาคเอกชนอย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน

อัตราตายผู้ป่วยโรคปอดบวมในเด็ก (๑ เดือน – ๕ ปี) ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ (ไตรมาส ๑) เท่ากับ ร้อยละ ๐.๕๕ (๒ ราย จาก ๓๖๓ ราย), ๐.๑๑ (๑ ราย จาก ๘๘๖ ราย), ๐.๑๔ (๓ ราย จาก ๒,๑๗๓ ราย) และ ๐.๐ (๐ ราย จาก ๔๗๖ ราย)

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- จำนวน PICU ในโรงพยาบาลระดับ A มีไม่เพียงพอ	- เปิด PICU ในโรงพยาบาล M (พนมสารคาม, สนามชัยเขต)
- ผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตแล้ว ยังครองเตียงอยู่ใน ICU	- เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลระดับ M ในการดูแลผู้ป่วยที่พ้น ภาวะวิกฤตแล้ว แต่ยังจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือ การดูแลแบบประคับประคอง
- มีการใช้ CPG โรคปอดบวมในเด็กไม่ครอบคลุม	- การเยี่ยมนิเทศ กำกับติดตามการใช้ CPG โรคปอดบวมใน เด็กอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

สาขาสติ-นรีเวชกรรม

M24. (PLUS 2) ลดอัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด (เท่ากับ ๐)

M25. (PLUS 3) ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์) (ลงร้อยละ ๑๐ จากปีงบประมาณก่อน) หรืออัตราคลอดก่อนกำหนดลดลง (<ร้อยละ ๑๑)

สถานการณ์

๑. มารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอดจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑ ราย
๒. อัตราการคลอดก่อนกำหนด ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๖.๒๑
๓. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดฉะเชิงเทรากำหนดให้โรงพยาบาล ระดับ M 2 ขึ้นไป ได้แก่ รพ. พุทธโสธร (A) และ รพ.พนมสารคาม (M2) วิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอด โดยใช้ ROBSON TEN GROUP CLASSIFICATION เมื่อวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๐

ผลการดำเนินงาน

อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐			ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไตรมาส ๑ (ต.ค.-ธ.ค.๖๐)		
เป้าหมาย (ทารกเกิดมีชีพ)	ผลงาน	อัตราต่อ แสนการเกิดมีชีพ	เป้าหมาย (ทารกเกิดมีชีพ)	ผลงาน	อัตราต่อ แสนการเกิดมีชีพ
๗,๘๕๘	๑	๑๒.๗๒	๒,๑๔๕	๐	๐

ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดลงร้อยละ ๑๐ จากปีก่อน (อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐			ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไตรมาส ๑ (ต.ค.-ธ.ค.๖๐)			อัตรา
เป้าหมาย (ทารกเกิดมีชีพ)	ผลงาน	อัตราต่อ แสนการเกิดมีชีพ	เป้าหมาย (ทารกเกิดมีชีพ)	ผลงาน	อัตราต่อ แสนการเกิดมีชีพ	
๗,๘๕๘	๔๘๘	๖.๒๑	๒,๑๔๕	๑๔๐	๖.๕๒	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๔.๙๙

แผนการพัฒนาระบบบริการ

๑. ลดมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด รพช.สามารถทำ DOUBLE CONDOM INTRAUTERINE TEMPONADE ก่อนส่งต่อ
๒. ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
 - ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด
 - มีการวัด CERVICAL LENGTH ใน รพท. ๕๐ % รพช. ที่มีสูติแพทย์ ๒๐ %
 - มีการใช้ยา PROGESTERONE ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด
๓. วิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดใน รพ.ที่สูงขึ้นโดยใช้ ROBSON TEN GROUP CLASSIFICATION

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- ขาดบุคลากร และเครื่องมือ	- จัดทำแผนพัฒนา
- บุคลากรส่วนหนึ่ง ขาดความรู้ในเรื่องการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องแนวทางการดูแล ป้องกัน และรักษาการตกเลือดหลังคลอด และการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- การถ่ายทอดนโยบายไม่ถึงผู้ปฏิบัติ	- ประชุมชี้แจงนโยบาย ของ MCH Board และถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติให้ทั่วถึง ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

จุดพัฒนา

๑. Sepsis
๒. จุดต่อยอด ODS
๓. RDU สามารถส่งเข้าประกวดได้

สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ

๑๘. (KPI38) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (ร้อยละ ๑๐๐)

๑๙. (KPI39) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (๒๘ ต่อประชากรแสนคน)

สถานการณ์

๑. การเสียชีวิตผู้ป่วย STEMI ได้รับการแก้ไขการตีบตันของหลอดเลือดล่าช้าเนื่องจากการส่งต่อผู้ป่วย TVD ไปยัง รพ.มีศักยภาพสูงกว่า รอคิวที่โรงพยาบาลชลบุรี ๔-๖ เดือน ถ้าไม่ได้ให้ส่งโรงพยาบาล จุฬารัตน์ ๓
๒. มี Warfarin clinic ในปี ๖๑ ทำได้ร้อยละ ๙๐ (๙/๑๐) ยกเว้น รพ.ราชสาส์น และ Heart failure clinic เริ่มเดือนมกราคม ๒๕๕๙ มีคนไข้ ๑๐ ราย (เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๐)
๓. มี Warfarin registry ร่วมกับโรงพยาบาลพระปกเกล้าลงทะเบียนในคลินิกทั้งจังหวัดได้ ๑,๒๓๔ ราย อัตราได้ Target INR ได้ร้อยละ ๔๑.๑
๔. มี cardio med ๑ คน (กรอบอัตรากำลังมีได้ ๓ คน)
๕. อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SK หรือ PPCI (ร้อยละ ๑๐๐) ได้ ๒๖ ราย (SK ๙ ราย+PPCI ๑๗ ราย)
๖. อัตราการได้รับ Fibrinolytic agent ภายใน ๓๐ นาทีได้ร้อยละ ๕๕.๕๖ (ค่าเฉลี่ย = ๓๒.๑๓ นาที)

ผลการดำเนินงาน

ข้อเท็จจริง	เป้าหมาย	อัตรา (ร้อยละ)
- ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI)	> ๘๐ %	๑๐๐ (๒๖/๒๖)
- ร้อยละโรงพยาบาลในระดับ F2 สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	๑๐๐ %	๑๐๐ (๑๐/๑๐)
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI)	< ๑๐ %	๗.๖๙ (๒/๒๖)
- อัตราตายผู้ป่วย STEMI ต่อแสนประชากร	< ๒๗ ต่อแสนประชากร	๖.๗๐ (๔๗/๗๐๑,๒๗๕)

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- ภาระงานมาก	- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ รพ.ที่เป็น node ให้บริการ ได้แก่ รพ.พนมสารคาม, รพ.บางน้ำเปรี้ยว, รพ.สนามชัยเขต และ รพ. บางปะกง
- รพ. A ไม่ทำ PCI	- พัฒนาศักยภาพเป็นศูนย์หัวใจที่ทำ PCI ได้ในอนาคต
- มีระบบ Warfarin Registry	- ลงทะเบียนผู้ป่วย Warfarin clinic เป็นระบบ ใช้ต้นแบบ รพ.พระปกเกล้า
- อัตราตาย TVD ส่งออกนอกเขต ค่อนข้างสูง	- ประสานงาน รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่ารับส่งต่อผู้ป่วย
- ผู้ป่วย TVD ที่มีสิทธิ์การรักษาเบิกได้ส่งต่อนอกเขตยากมา	- เสนอแนวทางการคิดอัตราค่าส่งออกนอกเขตบริการ คำนวณจากแต่ละสิทธิ์การรักษาบัตรทองเบิกจาก สปสช.ต้นสังกัดเบิกจ่ายตรง ส่งไปที่ รพ.ธรรมศาสตร์ และ รพ.พระมงกุฎเกล้า และจ่ายเพิ่มร้อยละ ๓๐ ที่ รพ. ราชวิถี ในกรณี Open Heart Surgery

สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน

๒๔. (KPI50) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) (<ร้อยละ ๑๒)

สถานการณ์

- มีการจัดตั้ง TEA unit ดูแลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้บริหารเห็นความสำคัญ ช่วยดูแลให้ครบองค์ประกอบ จัดเจ้าหน้าที่ดูแลและลงข้อมูล IT ผู้ป่วย ๖๐,๐๐๐ ราย/ปี
- ระบบทบทวน trauma audit ครบทุกราย
- มีแพทย์ EP ๑ คน (กรอบมีได้ ๑๐ คน) ในทอปี ๒๕๖๑ ส่งเรียนต่อ Resident ๑ – ๒ คน ปี ๒๕๖๒ ส่งเรียนเพิ่ม Resident อีก ๑ คน มี EN ๒ คน + ENP ๑ คน (กรอบมีได้ ๒๐ คน)
- ไม่มี CVT
- จัดตั้งคณะกรรมการประเมิน ER เน้น 2P safety และ ECS คุณภาพ เน้นปรับพื้นที่
- อัตราการบาดเจ็บทางท้องถนนเท่ากับ ๑๗.๘๓ ต่อแสนประชากร (๑๒๕/๗๐๐,๙๐๒)
- Severe Traumatic Brain Injury ระดับ Mild = ๐.๙๗ %, ระดับ Moderate = ๗.๖๙% และระดับ Severe = ๓๙.๒๔%
- ผู้ป่วยมาด้วยระบบ EMS (๖๐%) ได้ ๘.๖๐% (Level ๑+๒)
- ER คุณภาพ ได้แก่ ROSC = ๓๖.๐๕%, STR = ๒๗.๙๑% และ STA = ๑๙.๗๗%

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา (ร้อยละ)
- อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในการบาดเจ็บที่มีค่า Ps score $\geq$ ๐.๗๕	$\leq$ ร้อยละ ๑	๐.๘๑
- ร้อยละทีม ECS คุณภาพในระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๔๐ ขึ้นไป	ร้อยละ ๘๐	๑๐๐ (๑๐/๑๐)
- อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	< ร้อยละ ๑๒	๒.๑๕ (๑๘๘/๘,๗๙๗) Level ๑ – ๗.๗๕% Level ๒ – ๐.๒๓%

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
- พัฒนาระบบ ECS คุณภาพ	- จัดตั้งคณะกรรมการ ECS ประกอบด้วยกลุ่ม Trauma, Non trauma และ Disaster - ดำเนินการให้ครบ ๑๓ องค์ประกอบของ ECS คุณภาพ
- อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อแสนประชากรสูง	- ประสานงานกับตำรวจจราจรเรื่องพื้นที่จุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
- อัตราผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะรุนแรงไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด แต่อยู่ในระดับสูง	- ทบทวนระบบ Trauma Fast Track
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดตั้งทีม ECS	- ส่งบุคลากรอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ Multiple trauma และ Injury surveillance (IS เขต ๖)
- พัฒนาระบบ ER คุณภาพ	- ดำเนินงานตาม ๔ ตัวชี้วัดของ ER คุณภาพ

สาขาทารกแรกเกิด

M25. (PLUS 3) ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์) (ลงร้อยละ ๑๐ จากปีงบประมาณก่อน) หรืออัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง (<ร้อยละ ๑๑)

สถานการณ์

- ปี ๒๕๖๐ จำนวนเตียง NICU ไม่เพียงพอ ๑:๖๑๖ (เกณฑ์ ๑:๕๐๐) และ SNB ๑:๒๘๖ (เกณฑ์ ๑:๒๕๐)
- Refer out นอกเขตมาก โดยเฉพาะ case cardio Ped ที่ต้องผ่าตัดส่งต่อ รพ.จุฬาลงกรณ์ และ รพ.ชลบุรี (เฉพาะ Ligation)
- Case ROP ส่งต่อ รพ.ชลบุรีมีปริมาณ Case มาก ได้ทำ MOU เพิ่มที่ รพ.จุฬาลงกรณ์ เพื่อการส่งต่อ
- สมพร Retina man มศว. มาช่วยทำผ่าตัด
- แพทย์ศัลยกรรมเด็ก เขต ๖ มี ๓ คน (รพ.พระปกเกล้า ๑+รพ.พุทธสธร ๒) รับรักษา case ในเขต ๘ ราย เป็น Hernia และทำ Gastrostomy
- เกิดภาวะ Birth Asphyxia สูง และ LBW สูง การฝากครรภ์ ANC <๑๒ สัปดาห์ และ ANC ๕ ครั้งต่ำกว่าเกณฑ์ แต่ภาวะ ROP, BPD, IVH และ PPS ไม่เกินเกณฑ์
- มี Neonatologist ๑ คน (กลับมาเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๐), Allergy เด็ก ๑ คน และกุมารแพทย์ ๖ คน รอจบอีก ๒ คน รวมเป็น ๑๐ คน
- ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ พยาบาล NICU ลาออก ๔ คน เหลือ ๑๓ คน, เวร ๘ ชั่วโมงใช้อัตรา กำลังพยาบาล NICU ๓ คน + SNB ๑ คน = ๔ คนต่อเวร (ถ้าผู้ป่วย > ๑๐ ราย ให้เพิ่ม SNB เป็น ๒ คน = ๕ คนต่อเวร)

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา
- อัตราการตายของทารกอายุ ≤ ๒๘ วัน น้ำหนักแรกเกิด ≥ ๕๐๐ กรัม	< ๓.๔ ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	๒.๗๙ ต่อพันทารกเกิดมีชีพ (๖/๒,๑๔๕)
- จำนวนเตียง NICU เพียงพอ	๑:๕๐๐	๑:๕๙๑ (๑๓ เตียง/๗,๖๘๖)(A12+สนามชัย ๑)
- จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว	> ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐.๐ (๑๐/๑๐) จำนวนที่คัดกรองได้ = ๙๙.๒๓% (๒,๐๖๑/๒,๐๗๗)
- จำนวน รพ. ระดับ M1 ที่มีระบบการส่งต่อ (Intrauterine transfer system)	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐ (A)

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- จำนวนเตียง NICU ไม่เพียงพอ	- เพิ่มจำนวนเตียง NICU เป็น ๑๖ เตียง (๑:๔๘๐) (รพ.พุทธสธร ๑๒ เตียง+รพ.สนามชัยเขต ๒ เตียง+รพ.พนมสารคาม ๒ เตียง)
- การส่งปรีกษานอกเขตบริการลำบาก	- จัดระบบเครือข่ายการส่งปรีกษาต่อ
- ขาดแคลนบุคลากรด้านทารกแรกเกิด	- ส่งบุคลากรอบรม NNP และ RN (ปี ๒๕๖๐ เขตให้โควตา ๕ คน ส่งเรียนได้ ๓ คน ที่ รพ. A + รพ.พนมสารคาม + รพ. สนามชัยเขต)
- การส่งต่อไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากพบภาวะแทรกซ้อนจากการส่งต่อ	- จัดทำระบบ Fast tract ในการส่งต่อทารกแรกเกิด
- การแก้ปัญหาภาวะ Birth Asphyxia ที่มีอัตราการเสียชีวิตและพิการสูง (เกิน ๒๕%)	- จัดหา cooling system

สาขาไต

๒๐. (KPI43) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m²/yr (ร้อยละ ๖๖)

สถานการณ์

- รพ.สต. คัดกรองโรคไตระยะที่ ๑ ถึง 3A, รพช. 3B ถึง ๔ ตัน และ รพ. A รับดู ๔ ป่วย ถึง ๕ Stage ๓+๔ คัดกรองได้น้อย ไม่มีระบบ Palliative care ใน CKD
- ระยะเวลารอคอย HD ไม่มี, ระยะรอคอย CAPD ๑๓ วัน รวมระยะเวลาวางสาย Tenckhoff เชิญ อ.สมประสงค์ รพ. ชลบุรี มาวางสายให้ ปี ๒๕๖๐, ปี ๒๕๖๑ รพ. ไม่มีงบ Scrub Nurse จึงส่งไป รพ. ราชวิถี และ มศว.
- CAPD nurse ๑:๑๒๖ (เกณฑ์ <๑:๕๐) แต่พยาบาล HD มาช่วยงานด้าน PD และเป่าพยาบาล PD ๕ คน, PD Nurse มีครบทุก รพช. ยกเว้น รพ. คลองเขื่อน
- ผู้ป่วย Unplanned CKD ปี ๒๕๖๑ ระยะ ๔-๕ RRT < ๒๘ วัน เท่ากับ ๓๒.๗% (เกณฑ์ ๒๐%) สาเหตุ แนะนำ ครบ ๓ ครั้ง แล้วไม่ทำ RRT ๒๐.๖๘% และ case ใหม่ ไม่ได้ RRT ๑๒.๐๖%
- ผู้ป่วย DM และ HT เป็น CKD รายใหม่ = ร้อยละ ๒๑.๔๙ (๖,๑๒๐/๒๘,๔๘๔)
- Staging Change ในผู้ป่วย CKD ประกอบด้วย
 - Stage ๕ ลดลง ๓๙ ราย คิดเป็น ๖.๓%
 - Stage ๔ ลดลง ๑๗๔ ราย คิดเป็น ๑๖.๐๑%
 - Stage ๓ ลดลง ๔๑๑ ราย คิดเป็น ๙.๓๒%
 - Stage ๒ ลดลง ๒๓๘ ราย คิดเป็น ๗.๖๑%
 - Stage ๑ เพิ่มขึ้น ๓๕๔ ราย คิดเป็น ๒๐.๒๕%

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา (ร้อยละ)
- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/ 1.73 m ² /yr (Stage ๓ และ ๔)	≥ ร้อยละ ๖๖	๖๓.๖๓ (๓,๕๑๓/๕,๕๒๑)
- ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ได้รับการคัดกรอง CKD	≥ ร้อยละ ๘๐	๓๔.๖๔ (๒๓,๘๔๖/๖๘,๗๕๘)
- รพ. ระดับ F2 ขึ้นไปตรวจ Serum Cr ด้วย Enzymatic Method	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐
- ร้อยละของคลินิกชะลอไตเสื่อมใน รพ.ระดับ F2 ขึ้นไป	≥ ร้อยละ ๕๐	กำหนดประเมิน ไตรมาส ๒
- รพ. ระดับ F3 มีบริการ CKD Clinic และเครือข่ายบริการโรคไต	≥ ร้อยละ ๕๐	๑๐๐ (๑/๑)
- ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	-	๒๑.๔๙ (๖,๑๒๐/๒๘,๔๘๔)

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- ขาด PD nurse	- ส่งพยาบาลฝึกอบรม PD Nurse หลักสูตร ๔ เดือน
- การลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่ม DM, HT	- ทบทวนการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM และ HT เทียบกับข้อมูล HDC
- การเก็บข้อมูลผู้ป่วย CKD โดยใช้ ICD10	- กำหนด ICD10 (N181-N185) ของกลุ่มโรค CKD ในการคีย์รหัสเข้าฐานข้อมูลเพื่อส่ง HDC

สาขาจักษุ

M21. (KPI44) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (ร้อยละ ๘๕)

สถานการณ์

- มีจักษุแพทย์ ๒ ท่าน ไม่มีจักษุแพทย์ที่ รพช., ขณะนี้ Refer out ROP เท่ากับ ๑๐๐% มีจักษุแพทย์ ๒ คน จาก รพ.อื่น มาช่วยงานและวางแผนย้ายมา ๑ คน (Retina man) มีพยาบาลเวชปฏิบัติ ๑๐ คน (ศัลยกรรม ๓ คน + IPD ๖ คน + OPD ๑ คน ดูทั้ง eye+ENT ขอลาออก ขอเพิ่ม ๑ คน ทดแทน)
- มีการลงข้อมูลในโปรแกรม vision 2020 แบบ Real Time
- รพช. มีการรณรงค์การตรวจ Fundus Camera คัดกรองภาวะโรคทาง Retina (เดือนมิถุนายน ๒๕๖๐) โดยอาจารย์จักษุจากศูนย์สมเด็จพระเทพฯ
- มีเครื่องมือ Fundus camera ๖ เครื่อง (รพ. A ๑ เครื่อง+ ศสม ๑ เครื่อง + รพช. ๔ เครื่อง) วางแผนเพิ่มปีละ ๑ เครื่องในปี ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒, เครื่องวัดความดันลูกตาชนิดเป่าลม ๓ เครื่อง (รพ. A ๒ เครื่อง + รพ.บางน้ำเปรี้ยว ๑ เครื่อง)
- ปัจจุบันมีเครื่องมือผ่าตัด ๗ ชุด วางแผนเพิ่มอีก ๒ ชุด เป็น ๙ ชุด, ทาง รพ. ชลบุรี แนะนำให้ของบครุภัณฑ์จากงบ EEC ถ้าได้แล้วไม่ต้องมาของบจากเขต
- การคัดกรองสายตาเด็ก ป.๑ โดยคุณครู ข้อมูลดิบได้ ๙๓.๑๔% (ยังไม่ได้ลงข้อมูล vision2020)
- การคัดกรอง DR ในผู้ป่วย DM (จาก HDC I ณ วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๑) เท่ากับ ๑๗.๖๐% DR ได้รับการรักษาใน ๓๐ วัน เท่ากับ ๒๓.๓๒% เนื่องจากไม่มีเครื่อง Laser Pattern, ผู้ป่วยไม่ยินยอมรักษา, เลื่อน case ผ่าตัดผู้ป่วยทาน ASA หรือ Wafarin ที่ยังไม่ครบ ๗ วัน และต้องคุม DM with HT ให้ได้เสียก่อน
- ทารกกลุ่มเสี่ยง ROP ได้รับการคัดกรอง = ๑๐๐% (๘๖/๘๖)

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา (ร้อยละ)
- ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกระยะบอด (Blinding Cataract) ภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ ๘๐	๔๐.๖๐ (๕๔/๑๓๓)
- ร้อยละของผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา	≥ ร้อยละ ๗๕	๖๖.๗๒ (๙,๕๔๗/๑๔,๓๐๘)
- ร้อยละของผู้ป่วย Low vision ได้รับการผ่าตัดใน ๙๐ วัน	> ร้อยละ ๘๕	๗๘.๕๗ (๕๕/๗๐)

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- การคัดกรองสายตาผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี, การคัดกรองต้อหินผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี และการคัดกรองเบาหวานขึ้นตา	- พัฒนาความครอบคลุมของระบบคัดกรอง
- ผู้ป่วย Blinding cataract ที่ได้รับการ refer in เพื่อรับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน มีปริมาณน้อย (ระยะเวลารอคอยผ่าตัดต้อกระจกเฉลี่ย ๙๐ วัน)	- ปรึกษาจักษุแพทย์ในเขตเพื่อรับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน
- การ refer ผู้ป่วยโรคจอประสาทตาออกนอกเขตบริการทำได้ยาก	- ประสานงานเพื่อส่งต่อ รพ.ที่มีศักยภาพ
- ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ จัดซื้อเครื่องวัด Visual Field ๑ เครื่องและ Pattern Laser ๑ เครื่อง พร้อม spec ปี ๒๕๖๑	- ตั้งแผนของปี ๒๕๖๑ พร้อม spec ใช้งบลงทุน แต่เครื่องมือมีราคาแพง

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

๑๔. (KPI28) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง (< ร้อยละ ๗)

สถานการณ์

- โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยสูงขึ้น ผู้ป่วยมีความพิการและมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง โดยเฉพาะ อ.พนมสารคาม อ.บางปะกง และ อ.บางน้ำเปรี้ยว
- รพ. ที่เป็น Node ดูแล Ischemic stroke ได้ แต่ case MCA, Large infarct และ Hemorrhage ส่งรักษาต่อที่ รพ. A
- พบปัญหาการเข้าถึงบริการล่าช้า ประชาชนขาดความตระหนักในการรีบมารักษาทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยา rtPA น้อย
- ไม่มี Neuro med, ปี ๒๕๖๑ ส่งเรียนต่อ ๑ คน (กรอบมีได้ถึง ๓ คน) และมี Neuro Surg ๓ คน
- รพ. พุทธโสธร (A) มี Stroke Unit ๙ เตียง มี CT brain ๑ เครื่อง ให้ rt-PA ได้
- รพ. พนมสารคาม (M2) มี Stroke Unit ๘ เตียง มี CT brain ๑ เครื่อง วางแผนให้ rt-PA
- ปี ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๑ มี case Stroke ๓๐๑ ราย ผู้ป่วยมาด้วยระบบ EMS1669 จำนวน ๘ ราย มาเอง ๒๙๓ ราย มาด้วย SFT ๒๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๓ ได้ rt-PA ๑๐ ราย
- Door to needle (< ๖๐ นาที) ได้ ๕๔.๕ นาที, Door to refer (< ๓๐ นาที) ได้ ๕๔.๕๕ นาที
- ผู้ป่วย Stroke มาด้วย SFT ทัน ๔.๕ ชั่วโมง ร้อยละ ๓๕.๗๑ (๑๐/๒๘) ผู้ป่วยที่ได้ rt-PA เสียชีวิต ร้อยละ ๑๐ (๑/๑๐)
- Case refer in ๑๘๑ ราย refer back กลับได้ ๑๕๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๘๗ ผู้ป่วยเสียชีวิต ๑๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๐๘

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา (ร้อยละ)
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล	≤ ร้อยละ ๗	๓.๙๗ (๒๐/๕๐๔)
- อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ	≤ ร้อยละ ๗	๓.๖๕ (๑๑/๓๐๑)
- อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	≤ ร้อยละ ๗	๔.๔๓ (๙/๒๐๓)

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- ไม่มี Neuro med (ส่งเรียนต่อ ๑ ท่าน)	- ส่งบุคลากรศึกษาต่อสาขา Neuro med (ปีละ ๑ คน : ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ รวม ๓ คน)
- การเข้าถึงบริการล่าช้า	- ทบทวนระบบ Stroke fast tract
- ประชาชนขาดความตระหนักในการรีบมารักษา	- ทบทวนระบบ Stroke alert
- การค้นหาคนไข้กลุ่มเสี่ยง	- คัดกรอง NIDDM และ Hypertension ใน NCD Clinic และติดตามคนไข้ High risk CVD Score

สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

๒๑. (KPI45) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (๐.๗ : ๑๐๐)

สถานการณ์

- ลงนาม MOU เมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ณ ห้องประชุมชั้น ๙ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิก รพ.พุทธโสธร
- แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการอำนวยการ และคณะทำงานสาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ
- ตั้งศูนย์ข้อมูลและประสานการรับบริจาคอวัยวะใน รพ.พุทธโสธร จำนวน ๕ แห่ง ได้แก่ ห้องสบายใจ ห้องหทัยการุณย์ ห้องประชาสัมพันธ์ ห้องให้คำปรึกษา และงานห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โดยมีศูนย์การรับบริจาคอวัยวะอยู่ทำงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
- ตั้งศูนย์ข้อมูลและประสานการรับบริจาคอวัยวะในเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข
- มี PTCWN ๓ ท่าน และ PTCN ร่วมกันทำงาน ขอตำแหน่ง PTCN Fulltime ๑ ตำแหน่ง วางแผนส่ง PCN เรียนหลักสูตร ๔ เดือน เริ่มวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๑/ อาจส่งเรียนหลักสูตร TCN เพิ่มกลับกลับมาทำงานเป็น PTCN ในอนาคต

ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เจรจา (ราย)	เจรจาสำเร็จ (ราย)	จัดเก็บ (ราย)	อัตรา (ร้อยละ)
๑	Organ Donation จากภาวะสมองตาย	๐.๗:๑๐๐ Hospital Death	๒๘	๑๒	๑๐ (เป้า ๑๔ ราย)	๗๑.๔๓ (๑๐/๑๔)
๒	Cornea Donation จากตายทุกสาเหตุ	๑.๒:๑๐๐ Hospital Death	๒๘	๑๑	๘ (เป้า ๒๔ ราย)	๓๓.๓๓ (๘/๒๔)

ผู้เสียชีวิต ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๒,๐๑๔ ราย

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- ขาดพยาบาลประสาน full time	- จัดทำแผนขออัตรากำลัง
- เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการบริจาคอวัยวะและดวงตา	- ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย
- พยาบาลประสานการบริจาคอวัยวะขาดทักษะและความชำนาญในการเจรจา	- อบรมการเจรจาและการประสาน
- ญาติขาดความรู้และความเข้าใจในการบริจาคอวัยวะและดวงตา	- เพิ่มการประชาสัมพันธ์เชิงรุก
- Case ที่เจรจาสำเร็จไปแล้วจัดเก็บไม่ได้	- ผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื่อรุนแรง ต่างด้าว เข้าเมืองผิดกฎหมายและญาติไม่ยินยอม ภายหลัง ทำให้จัดเก็บไม่ได้ตามแผน

ยาเสพติด

๒๒. (KPI46) ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (remission) (ร้อยละ ๙๐)

สถานการณ์

- สถานการณ์ด้านการบำบัดรักษา จ.ฉะเชิงเทรา เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐ รวม ๓ ระบบ เป้าหมาย ในปี ๒๕๖๑ จำนวน ๒,๓๘๘ ราย ผลการดำเนินงาน เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐ จำนวน ๔๒๗ ราย (๑๗.๘๘%) เพศชาย ๓๖๓ คน (๘๕.๐๑%) เพศหญิง ๖๐ คน (๑๔.๙๙%)
- สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า ๗๒.๓๖% > กัญชา ๑๖.๑๕% > ไอซ์ ๗.๔๘% > กระท่อม ๔%
- อายุผู้เข้ารับการบำบัด ได้แก่ อายุ ๑๘-๒๔ > อายุ ๓๕ ขึ้นไป > อายุ ๒๕-๒๙ ปี
- กลุ่มอาชีพที่พบ ได้แก่ รับจ้าง > อื่นๆ (ค้าขาย/เกษตรกรรม/เอกชน) > ว่างาน > พนักงานโรงงาน > นักเรียน/นักศึกษา

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา (ร้อยละ)
๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate)	ร้อยละ ๗๐	๙๖.๓ (๑๐๖/๑๑๐)
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่ลงทะเบียนไว้ หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ	ร้อยละ ๕๐	รอข้อมูล จาก บสต.

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- ผู้เสพ/ผู้ติดที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ที่ไม่มีอาชีพ ผลการสำรวจ พบว่าไม่ต้องการประกอบอาชีพ ทำให้กลับไปมีพฤติการณ์เสพยาซ้ำ	- เมื่อมีการนัดหมายผู้เสพ/ผู้ติดมาติดตามผลการรักษาที่ไม่เสพยา ให้ซักถามอาชีพและความต้องการในการประกอบอาชีพทุกครั้ง
- กฎหมายเกี่ยวกับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับ ยาเสพติดไม่เด็ดขาดเมื่อถูกจับกุมแล้วมีการประกันตัว ทำให้กลับไปกระทำความผิดซ้ำได้อีก	- ประสานงานร่วมกับกระทรวงมหาดไทย และกระทรวง ยุติธรรมในการติดตามผู้ป่วยหลังได้ประกันตัวว่ากระทำความผิดซ้ำหรือไม่
- การติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพยาเสพติด บางส่วนไม่สามารถ ติดตามได้เนื่องจากการย้ายที่อยู่	- เมื่อมีการนัดหมายผู้เสพ/ผู้ติดมาติดตามผลการรักษาที่ไม่เสพยา ให้ถามที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ผู้เสพ/ผู้ติด และญาติที่ใกล้ชิดทุกครั้ง
- ฐานข้อมูล บสต. ไม่สามารถติดตามข้อมูล ระบบบังคับบำบัด (คุมประพฤติ) ได้ครบถ้วน และเป็น Real time	- ประสานกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงยุติธรรมให้ ลงข้อมูลระบบบังคับบำบัดและข้อมูลการเข้าค่ายบำบัด เข้าฐานข้อมูล บสต. อย่างสม่ำเสมอทุกเดือน

สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

M13. (KPI26) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ (>ร้อยละ ๔๐)
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (>ร้อยละ ๕๐)

สถานการณ์

- ดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวานในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ณ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ พบว่า เขตสุขภาพที่ ๖ มีการคัดกรอง เบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ ๕๗.๗๗ และ ๕๘.๔๑ ตามลำดับ จังหวัดฉะเชิงเทรา คัดกรองเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ ๗๓.๘๗ และ ๗๕.๒๘ ตามลำดับ ซึ่งอำเภอที่ยังมีการคัดกรองได้มากที่สุด คือ อ. คลองเขื่อน มีการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๙๕.๕๑ และ ๙๗.๔๕ ตามลำดับ
- ปี ๒๕๖๐ พบกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เขตสุขภาพที่ ๖ มีจำนวน ๙๑,๕๖๔ รายกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจซ้ำ ปี ๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๕๓ โดยจังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวนกลุ่มเสี่ยง ๑๑,๗๑๘ ราย และกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจซ้ำ ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๘,๗๓๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๕๓ อำเภอที่มีกลุ่มเสี่ยงเข้ามาตรวจซ้ำมากที่สุด คือ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๙๗.๓๕ (๒๕๗/๒๖๔)
- แนวโน้มการเกิดเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๐ เพิ่มขึ้นที่ อ.บ้านโพธิ์ อ.สนามชัยเขต และ อ.พนมสารคาม และในปี ๒๕๖๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑) จ.ฉะเชิงเทรา พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๓๙,๐๖๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๘๒ อำเภอที่มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานสูง ได้แก่ ที่ อ.บ้านโพธิ์ (๑.๒) อ.สนามชัยเขต (๑.๐๙) และ อ.พนมสารคาม (๑.๐) ตามลำดับ

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	โรคเบาหวาน อัตรา (ร้อยละ)	โรคความดันโลหิตสูง อัตรา (ร้อยละ)
๑. ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (เบา > ๔๐%) และความดันโลหิตสูง (เบา > ๕๐%) ได้ดี	๒๐.๘๗ (๗,๑๓๒/๓๔,๑๗๗)	๑๙.๘๒ (๑๔,๕๕๙/๗๓,๕๖๗)
๒. อัตราป่วย	-	-
๓. อัตราผู้ป่วยรายใหม่	-	-
๔. การคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป	๗๓.๘๗	๗๕.๒๘
- เขต ๖	๕๗.๗๗	
- ประเทศ	๖๓.๒๓	
๕. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	๘๓.๔๑ (๒๔,๒๘๑/๒๙,๒๑๐)	
๖. การคัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงสูง	-	-
๗. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (ไม่เกิน ร้อยละ 2.40) และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	๐.๘๒ (๘๕/๓๙,๐๖๖)	๔.๑๖ (๕๖๒/๕,๖๗๑)
- เขต ๖	๐.๗๗ (๙๒๓/๓๐๙,๐๔๕)	๑.๘๗ (๓,๕๓๑/๓๕,๓๑๗)
- ประเทศ	๐.๖๗ (๙,๘๙๒/๑,๖๑๕,๕๖๙)	๑.๑๓ (๕๔,๕๐๓/๕๔๕,๐๘๘)

ผลการดำเนินงาน (ต่อ)

ชื่อตัวชี้วัด	โรคเบาหวาน อัตรา (ร้อยละ)	โรคความดันโลหิตสูง อัตรา (ร้อยละ)
๘. อัตราประชากร Pre DM ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม > ๙๐% (ไตรมาสแรก ปี ๖๑ > ร้อยละ ๓๐) ดำเนินการได้ครอบคลุม (ค่าระดับ FBS ๑๐๐-๑๒๕ mm/dl)	๗๔.๕๑ (๘,๗๓๑/๑๑,๗๑๘)	-
- เขต ๖	๗๐.๕๓ (๙,๑๖๔/๑๒๙,๘๒๗)	-
- ประเทศ	๖๙.๔๙ (๑,๑๙๓,๑๗๑/๑,๗๑๗,๑๕๓)	-
๙. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (เป้าหมาย ร้อยละ ๕๕)	-	
๑๐. NCD Clinic Plus ผ่านเกณฑ์คุณภาพ > ร้อยละ ๘๐	๑๐๐ (๑๑/๑๑) – ประเมินตนเอง ๔๕.๔๕ (๕/๑๑) – ประเมินโดย สคร.๖	

เกณฑ์คะแนน NCD clinic plus (สคร.๖)

- เกณฑ์การให้คะแนนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (ประเมินตัวเอง)

ระดับ	หน่วยงาน
ระดับดีเด่น (๔๕ - ๕๐ คะแนน)	ไม่มี
ระดับดีมาก (๔๕ - ๔๔ คะแนน)	รพ.พุทธโสธร รพ.บางคล้า รพ.บางปะกง รพ.พนมสารคาม รพ.สนามชัยเขต รพ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.แปลงยาว รพ.บ้านโพธิ์ และ รพ.ราชสาส์น
ระดับดี (๓๕ - ๓๙ คะแนน)	รพ.ท่าตะเกียบ และ รพ.คลองเขื่อน
ระดับพื้นฐาน (๓๐ - ๓๔ คะแนน)	

- เกณฑ์คะแนน NCD clinic plus (สคร.๖)

ระดับ	หน่วยงาน
ระดับดีเด่น (๘๕ - ๑๐๐ คะแนน)	ไม่มี
ระดับดีมาก (๘๐ - ๘๔ คะแนน)	รพ.บางปะกง
ระดับดี (๗๐ - ๗๙ คะแนน)	รพ.พนมสารคาม รพ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.สนามชัยเขต และ รพ.บางคล้า
ระดับพื้นฐาน (๖๐ - ๖๙ คะแนน)	รพ.พุทธโสธร รพ.แปลงยาว รพ.ราชสาส์น รพ.บ้านโพธิ์ รพ.ท่าตะเกียบ และ รพ.คลองเขื่อน

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- การคัดกรองต่ำกว่าเป้าหมาย และการบันทึก ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อน	- เพิ่มการคัดกรองเชิงรุกให้ได้ตามเป้าหมายและบันทึกข้อมูล ให้ครบทุกหัวข้อ
- การวิเคราะห์ข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยังไม่ถูกนำมาใช้แก้ไขปัญหา	- ให้สถานบริการร่วมกับทีม IT ดึงข้อมูลการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมมาวิเคราะห์และส่งข้อมูลคืนให้ สสจ.รายเดือน หรือรายไตรมาส เพื่อรับทราบความก้าวหน้า
- การวัดความดันโลหิตที่บ้าน ให้กับกลุ่มสงสัย ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่ครอบคลุม	- มีการผลักดัน/ประกวดนวัตกรรม/ best practice ในพื้นที่ เพื่อเป็นรูปแบบการแก้ไขปัญหาให้หน่วยงานอื่นๆ - จัดหาเครื่องวัดความดันโลหิตที่ รพ.สต. หรือทีม HHC หรือ ผู้ป่วยจัดหาด้วยตนเองถ้ามีศักยภาพ
- การประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ไม่ก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชุมชน	- ประชาสัมพันธ์เชิงรุกกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงผล ข้างเคียงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อป้องกันการเกิดโรค ในอนาคต

สาขา Palliative Care

M15. (KPI32) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) (โรงพยาบาล
ทุกระดับ (A,S,M,F) มีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการ
ประเมินผล))

สถานการณ์

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน อายุรแพทย์ สาขามะเร็งและสาขาไต เป็นประธานร่วม
- มีการส่งบุคลากรที่รับผิดชอบเป็นเลขานุการออกไปอบรมหลักสูตร Palliative Care ครบทุกแห่งแล้ว
- มีการกำหนดกรอบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยชัดเจน ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด (๘ กลุ่มโรค)
- ขออัตรากำลัง PCN Full Time ๑ คน ไปเรียนหลักสูตร ๔ เดือนที่สภากาชาดไทย ๕ มีนาคม – ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑ ขณะนี้มี PCWN ที่ผ่านการอบรม ๓ วัน จำนวน ๒๕ คน ทั้งจังหวัดประชุมร่วมกัน
ทุก ๓ เดือน สถานที่ใช้ศูนย์หทัยการุณย์
- Strong Opioid เข้าถึง ๘ รพ. ยกเว้น รพ.บางคล้าและ รพ. ราชสาส์น
Advanced care plan + Family Meeting เข้าถึง ๙ รพ. ยกเว้น รพ. บางคล้า (แต่มี PCN เพิ่งจบ
หลักสูตร ๔ เดือนมา ๑ คน)
- แพทย์แผนไทย + แพทย์ทางเลือกเข้าถึง รพช.ทั้ง ๑๐ แห่งแล้ว
- การติดตามข้อมูลส่งกลับครบ ๑๐๐% และใช้สมุดเบาใจกับผู้ป่วย สสจ.จัดหางบประมาณให้

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา (ร้อยละ)
ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M2,F1-3 ดำเนินการได้ตามมาตรการ ดูแลแบบประคับประคอง	ร้อยละ ๕๐	๘๐ (๘/๑๐)
ร้อยละโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ดำเนินการได้ตามมาตรการ ดูแลแบบประคับประคอง	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐ (๑/๑)

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- การเข้าถึงและขั้นตอนการเบิกจ่ายยาในกลุ่ม Intermediate opioid control release(IOCR)	- มีการสต็อกยาและให้ผู้ป่วยมารับยาที่ รพ.ระดับ A และ M2, F1-3 ได้ตามการนัดตรวจ (ยกเว้น รพ.ราชสาส์น และ รพ.บางคล้า)
- บูรณาการ Palliative และ Home Health care เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ	- จัดตั้งเครือข่าย PC With HHC แบบ Seamless Health Service Network

สาขาศัลยกรรมกระดูก

M28. (PLUS 6) การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดตลอดใน รพ.ที่สูงขึ้น โดยใช้ Robson ten group
classification (ร้อยละ ๑๐๐)

สถานการณ์

- มีผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีการหักซ้ำ (Refracture) ปี ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๑ ร้อยละ ๓๐
- ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดใน ๗๒ ชั่วโมง ปี ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๑ (> ๕๐%)
คิดเป็น ๓๓.๓๓ % (๔/๑๒)
- มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ๘ คน ศัลยแพทย์ ๓ คน วิสัญญีแพทย์ ๒ คน ห้องผ่าตัดนอกเวลา ๒ ห้อง (ถ้า
ใช้ Observe หลังผ่าตัด ๑ ห้อง จะเหลือเพียงห้องเดียวเท่านั้น) จัดตั้งคณะกรรมการการฝึกอบรม
และ Fast track Capture the fracture
- รพ. A วางแผนรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอายุ ๕๐ ปี ที่มี Fracture, refracture ผู้ป่วย Capture the
fracture ที่ได้รับการผ่าตัดใน ๗๒ ชั่วโมงและจัดตั้ง OSTEOPOROSIS Clinic

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา (ร้อยละ)
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the Fracture (จำนวนเขตสุขภาพที่มี การจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ ๑๐๐ ของเขตสุขภาพทั้งหมด รวม ๑๓ เขต)	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐ (๑/๑)

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
การรักษาระหว่างแผนกล่าช้าเกิน ๗๒ ชั่วโมง	- จัดระบบรักษาระหว่างแผนกออร์โธปิดิกส์ วิสัญญี อายุรกรรม และผู้ป่วยอายุ ให้รวดเร็วยิ่งขึ้น - จัดตั้งระบบบริการ Fast track - จัดตั้งคลินิกโรคกระดูกพรุน - การผ่าตัดผู้ป่วย Refracture - การวางแผนหยุดยา ASA + Warfarin ก่อนผ่าตัด ๑ สัปดาห์ - วางแผนการใช้ยา Biphosphonate ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อ Fracture
อัตรากำลังและจำนวนห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ	- เพิ่มบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูล - เพิ่มจำนวนห้องผ่าตัดและจัดบริการผ่าตัดนอกเวลาราชการ
ICU ที่รองรับหลังการผ่าตัดไม่เพียงพอ	- เพิ่มจำนวนเตียงใน ICU และ Semi ICU รองรับหลังการผ่าตัด ทางออร์โธปิดิกส์

จุดพัฒนา

- จักษุวิทยา Blinding Cataract และการคัดกรองผู้สูงอายุ

จุดต่อยอดผลงานเด่น

๑. การรับบริจาคอวัยวะ
๒. NCD บูรณาการทั้งระบบ รวมทั้ง STEMI, Stroke และ CKD

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

๒๗. (KPI56) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ (ร้อยละ ๖๐)

สถานการณ์

- สุขภาพดี ร้อยละ ๖๖.๘๖ (ภาพรวมกระทรวงฯ ร้อยละ ๖๕.๕๔)
- ผ่อนคลายดี ร้อยละ ๕๕.๔๕ (ภาพรวมกระทรวงฯ ร้อยละ ๕๕.๖๙)
- น้ำใจดี ร้อยละ ๖๗.๓๒ (ภาพรวมกระทรวงฯ ร้อยละ ๖๘.๔๓)
- วิญญาณดี ร้อยละ ๖๙.๑๘ (ภาพรวมกระทรวงฯ ร้อยละ ๗๐.๔๗)
- ครอบครัวดี ร้อยละ ๖๔.๗๑ (ภาพรวมกระทรวงฯ ร้อยละ ๖๕.๙๒)
- สังคมดี ร้อยละ ๖๑.๓๔ (ภาพรวมกระทรวงฯ ร้อยละ ๖๒.๔๘)
- ใฝ่รู้ดี ร้อยละ ๖๒.๐๗ (ภาพรวมกระทรวงฯ ร้อยละ ๖๒.๖๙)
- สุขภาพเงินดี ร้อยละ ๕๕.๖๙ (ภาพรวมกระทรวงฯ ร้อยละ ๕๐.๖๓)
- การงานดี ร้อยละ ๖๑.๑๓ (ภาพรวมกระทรวงฯ ร้อยละ ๖๑.๕๒)

ค่าเฉลี่ยรายมิติ ภาพรวมกระทรวงฯ สูงสุด ๓ อันดับ

- มิติด้านจิตวิญญาณดี ร้อยละ ๗๐.๔๗
- มิติด้านน้ำใจดี ร้อยละ ๖๘.๔๓
- มิติด้านสุขภาพกายดี ร้อยละ ๖๕.๕๔

ข้อเสนอแนะ

- สนับสนุนทุกหน่วยงานทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานให้สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ของหน่วยงาน

๒๘. (KPI57) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) (< ร้อยละ ๘๕)

ผลการดำเนินงาน

- อัตราการคงอยู่ของบุคลากร ร้อยละ ๙๘.๘๒ สรุปผ่าน

สถานการณ์ด้านการสูญเสียบุคลากรสาธารณสุข

- ปี ๒๕๖๐ อัตราการคงอยู่ของบุคลากร ร้อยละ ๙๕.๓๑
- ปี ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๑
 - อัตราการคงอยู่ของบุคลากร คิดเป็น ร้อยละ ๙๘.๘๒
 - อัตราการสูญเสียของบุคลากร คิดเป็นร้อยละ ๑.๑๘ (๘๘ คน)
 - ๑) เกษียณอายุราชการ จำนวน ๔๑ คน
 - ๒) สูญเสียจากการย้ายโอน/ลาออก จำนวน ๔๗ คน
 - ๓) คาดการณ์ว่าจะมีบุคลากรลาออก ร้อยละ ๔.๖๙

แนวทางการดำเนินงาน : Approach

๑. พัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคลากรให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็น ปัจจุบัน
๒. วิเคราะห์ข้อมูลการสูญเสียบุคลากรจาก Exit Interview และการจัดทำแผนการเสริมสร้างและ
ธำรงรักษาบุคลากรไว้ในระบบ
๓. ดำเนินการ HR Clinic ตั้งกลุ่มใน Line Application รับปรึกษาด้านกำลังคน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : Key Success Factor

๑. บูรณาการแผนงาน/โครงการ สร้างความผูกพันในองค์กรอันจะส่งผลต่อการธำรงรักษาบุคลากรไว้ในระบบ
๒. การพัฒนาระบบโปรแกรม HROPS ในการออกรายงานให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายและ
ผู้รับผิดชอบจังหวัด สามารถเข้าถึงรายงานของทุกหน่วยงานในสังกัด

๒๙. (KPI60) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๙๐)

ไตรมาสที่ ๑ ประเมินตนเองข้อ EB4 - EB6 หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อ
จัดจ้างที่ระดับ ๓

ไตรมาสที่ ๒ ประเมินตนเองข้อ EB1- EB11 ที่ระดับ ๓ ร้อยละ ๘๐

ไตรมาสที่ ๓ ประเมินตนเองข้อ EB1- EB11 ที่ระดับ ๔ ร้อยละ ๘๕

ไตรมาสที่ ๔ ประเมินตนเองข้อ EB1- EB11 ที่ระดับ ๕ ร้อยละ ๙๐

ผลการดำเนินงาน

- ๒๓ หน่วยงาน (สสจ. ๑ แห่ง โรงพยาบาล ๑๑ แห่ง และ สสอ. ๑๑ แห่ง) ร้อยละ ๙๕.๖๒ มีผล
การประเมินตนเอง ผ่านระดับ ๕ จำนวน ๒๒ แห่ง (สสจ. ๑ แห่ง โรงพยาบาล ๑๐ แห่ง และ
สสอ. ๑๑ แห่ง) ร้อยละ ๙๕.๖๒

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

๑. ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ
๒. มีผู้รับผิดชอบดำเนินการและประสานงานชัดเจน
๓. มีการประกาศแสดงเจตจำนงสุจริตในการบริหารงาน หน่วยงานทุกระดับแล้วเมื่อวันที่ ๓
พฤศจิกายน ๒๕๖๐ และพร้อมทั้งมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทุกช่องทาง

ปัญหาอุปสรรค

- ผู้ปฏิบัติงานยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการส่งหลักฐานประกอบทำให้ไม่ครบถ้วน

แนวทางแก้ไข

- ให้ศึกษารายละเอียดตามคู่มือการตรวจประเมินหลักฐานตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

๓๐. (KPI61) ร้อยละของการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (ร้อยละ ๒๐)ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๔๗.๗๗

ร้อยละของมูลค่าจัดซื้อรวมแยกตามโรงพยาบาล จังหวัดฉะเชิงเทรา (ข้อมูล ณ วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑)

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| - รพ.พุทธโสธร ร้อยละ ๕๑.๐๐ | - รพ.ราชสาส์น ร้อยละ ๕๖.๙๘ |
| - รพ.บางคล้า ร้อยละ ๔๗.๕๒ | - รพ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๖๑.๖๙ |
| - รพ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๕๐.๗๑ | - รพ.แปลงยาว ร้อยละ ๕๐.๑๒ |
| - รพ.บางปะกง ร้อยละ ๖๑.๔๓ | - รพ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๔๖.๔๕ |
| - รพ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๓๗.๖๒ | - รพ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๔๒.๙๓ |
| - รพ.พนมสารคาม ร้อยละ ๒๘.๔๕ | |

๓๑. (PLUS) ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป. มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด (ระดับ ๕)

ประเด็นมุ่งเน้น คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ดำเนินการตรวจสอบภายใน และประเมินระบบการควบคุมภายใน ตลอดจนมีกระบวนการติดตามหน่วยงานที่ไม่ดำเนินการตามข้อเสนอแนะตามรายงานการตรวจสอบภายใน

ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๔๗.๗๗

๑. คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายจังหวัดฉะเชิงเทราได้ดำเนินการตรวจสอบ รายงานผล และติดตามรายงานการแก้ไขข้อบกพร่องของหน่วยรับตรวจตามแผนประจำปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๑๐๐
๒. แผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ครอบคลุมทุกระดับ โดยได้จัดส่งให้กลุ่มตรวจสอบภายใน สป. แล้ว
๓. การสอบทานการประเมินระบบการควบคุมภายใน ๕ มิติ พบว่า ผลการประเมินเป็นไปตามความเป็นจริง ทำให้สามารถแก้ไขจุดอ่อนได้ตรงจุด ช่วยลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน
๔. การค่าสาธารณูปโภคของ สสจ.รพ. พุทธโสธร และ รพ.แปลงยาว ไม่มีหนี้ค้างชำระของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
หน่วยรับตรวจขาดความเข้าใจในระบบการควบคุมภายใน และการประเมินความเสี่ยงของหน่วยงาน ในบางเรื่อง	ศึกษากฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในงานที่ตนเองรับผิดชอบให้เข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง

๓๒. (KPI63) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (PMQA) (สสจ. : ระดับ ๕ (ร้อยละ ๖๐) สสอ. : ระดับ ๕ (ร้อยละ ๒๐))

ผลการดำเนินงาน

ผลงานตาม Small Success ไตรมาสที่ ๑ ปี ๖๑

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ ๑๐๐
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐) ร้อยละ ๑๐๐

สรุป : ประเมินผลในไตรมาสที่ ๔

การดำเนินงาน (Small Success)

- ๑) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร
- ๒) ประเมินองค์กรด้วยตนเองตามเกณฑ์ PMQA
- ๓) จัดทำแผนพัฒนาองค์กรและตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดภาคบังคับ(หมวด ๑ และ ๕) ได้ครบทุกหน่วยงาน

มาตรการสำคัญ

๑. ผู้บริหารกำหนดเป็นตัวชี้วัดของหน่วยบริหาร (สสจ./สสอ.)
๒. ใช้กลไกคณะทำงาน PMQA ในการขับเคลื่อนงานฯ
๓. ดำเนินการตามเกณฑ์ PMQA ในภาพจังหวัด โดยเน้นการมีส่วนร่วม

๓๓. (KPI64) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ (รพศ./ รพท.ร้อยละ ๑๐๐ รพช.ร้อยละ ๘๐)

ผลงาน ไตรมาสที่ ๑ ปี ๖๑

- รพศ./รพท. (เป้าหมาย ๑ แห่ง : ร้อยละ ๑๐๐) ร้อยละ ๑๐๐ (๑ แห่ง)
- รพช. (เป้าหมาย ๘ แห่ง : ร้อยละ ๘๐) ร้อยละ ๙๐ (๙ แห่ง)

รพ. ที่ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ ชั้น ๓ คือ รพ.คลองเขื่อน (อยู่ในกระบวนการพัฒนาเข้าสู่ขั้น ๑ ในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๑ เนื่องจากยังเปิดดำเนินการรับผู้ป่วยในไม่ถึง ๓ ปี)

Key Success Factor	โอกาสพัฒนา
โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีทีมพัฒนาคุณภาพของตนเอง สามารถพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง จนสามารถเข้าสู่การรับรองคุณภาพซ้ำได้ครั้งที่ ๒ และ ๓ คือ รพ.พุทธโสธร รพ.บางปะกง รพ.แปลงยาว และ รพ.พนมสารคาม ส่วน รพ.แห่งอื่นก็สามารถพัฒนาจนผ่าน HA ชั้น ๓ และเตรียมรับการรับรองคุณภาพซ้ำครั้งที่ ๑ อยู่ในกระบวนการทุกแห่ง	ควรมีทีม QLN ในภาพจังหวัดเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เนื่องจากบุคลากรที่รับผิดชอบในโรงพยาบาลชุมชนมีการเคลื่อนย้ายบ่อยและเพื่อเป็นการสร้างคนรุ่นใหม่ให้ดำเนินการต่อเนื่องได้อย่างยั่งยืน

ลงพื้นที่ รพ.บ้านโพธิ์ (Re-1 หมดยาเดือนสิงหาคม ๒๕๖๑)

รพ. เข้าสู่การ Re-Acc.ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๓ - ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

๑. ได้สร้างความเข้าใจกับทีมถึงแผนการดำเนินงานในการเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพซ้ำ
๒. ทีมนิเทศได้ลงพื้นที่หน้างาน Coaching ทีมนำทางคลินิกที่ดูแลผู้ป่วย ทีมนำระบบยา ทีมนำสิ่งแวดล้อม ทีมนำระดับองค์กร และทีมบริหารความเสี่ยง

- โอกาสพัฒนา

๑. การเปลี่ยนผู้อำนวยการในช่วงเข้าสู่การรับรองคุณภาพซ้ำ
๒. จำนวนแพทย์ที่ลดลงจาก ๑๐ คน เหลือ ๕ คน
๓. มีบริการหน่วยไตเทียม แบบ Out Source แต่ไม่มีแพทย์ดูแลประจำจากจำนวนแพทย์ที่ลดลง ทำให้ผู้ป่วยมี risk มากขึ้นได้ (มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลง refer)

๓๔. (KPI65) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว (ร้อยละ ๒๕ (สะสม))

ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๕๖.๗๘

เป้าหมายการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๑

อำเภอ	จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด (แห่ง)	ดำเนินการ ปี ๒๕๖๐ (แห่ง)	ดำเนินการ ปี ๒๕๖๑ (แห่ง)	รวมเป้าหมาย รพ.สต.ดีดดาว (สะสม) (แห่ง)	ร้อยละ
เมืองฉะเชิงเทรา	๒๑	๑ (๔.๘)	๑๐	๑๑	๕๒.๓๘
บางคล้า	๘	๑ (๑๒.๕)	๓	๔	๕๐
บางน้ำเปรี้ยว	๑๒	๔ (๓๓.๓)	๒	๖	๕๐
บางปะกง	๑๒	๒ (๑๖.๖)	๔	๖	๕๐
บ้านโพธิ์	๑๖	๓ (๑๘.๗)	๕	๘	๕๐
พนมสารคาม	๑๒	๖ (๕๐.๐)	๖	๑๒	๑๐๐
ราชสาส์น	๒	๐ (๐)	๒	๒	๑๐๐
สนมชัยเขต	๑๕	๒ (๑๓.๓)	๖	๘	๕๓.๓๓
แปลงยาว	๖	๑ (๑๖.๖)	๒	๓	๕๐
ท่าตะเกียบ	๘	๐ (๐)	๔	๔	๕๐
คลองเขื่อน	๕	๐ (๐)	๓	๓	๖๐
รวมภาพจังหวัด	๑๑๘	๒๐ (๑๖.๙๔)	๔๗	๖๗	๕๖.๗๘

แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๑

- สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราขึ้นทะเบียนรอบ ๑ เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินการ ปี ๒๕๖๑ (เดือน ธันวาคม ๒๕๖๐ – มกราคม ๒๕๖๑)
- จังหวัดจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดเกณฑ์ รพ.สต.ปรับปรุงใหม่
- จัดทีมประเมิน รพ.สต. ๑๐ (อำเภอ) + ๑ ทีมจังหวัด
- รพ.สต.ประเมินตนเอง (เดือนธันวาคม ๒๕๖๐ – มกราคม ๒๕๖๑)
- ทีมประเมินระดับอำเภอ/ จังหวัดลงประเมินตามเป้าหมาย (ไตรมาส ๒ – ๔)
- ทีมประเมินระดับเขตลงประเมิน รพ.สต.ต้นแบบ (ไตรมาส ๔)

๓๕. (KPI72) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๖)สถานการณ์

หน่วยงาน	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ไตรมาส ๑/๒๕๖๑
			ต.ค. – ธ.ค.๖๐
โรงพยาบาลพุทธโสธร	๐	๐	๑
โรงพยาบาลบางคล้า	๐	๑	๐
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	๓	๖	๒
โรงพยาบาลบางปะกง	๑	๑	๑
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	๓	๑	๑
โรงพยาบาลพนมสารคาม	๐	๑	๐
โรงพยาบาลราชสาส์น	๑	๑	๐
โรงพยาบาลสนามชัยเขต	๑	๖	๓
โรงพยาบาลแปลงยาว	๓	๓	๐
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	๐	๐	๐
โรงพยาบาลคลองเขื่อน	๐	๒	๐

สิ่งที่พบ

- นำ HGR (Hospital Group Ratio) มาใช้วิเคราะห์งบการเงินทุกโรงพยาบาล
- หน่วยบริการมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพระบบบัญชี ระดับ A

ปัญหาอุปสรรค

๑. อัตราค่าจ้างบุคลากรของนักบัญชีไม่เหมาะสมกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น
๒. ความซับซ้อนการบันทึกบัญชีและการเปลี่ยนแปลงของวิธีการรับเงิน UC
๓. ระบบความเชื่อมโยงการส่งข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อบันทึกข้อมูลทางบัญชียังไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

๑. CFO จังหวัดควรคิดคำนวณระดับวิกฤติทางการเงิน (แบบหักเงิน UC ล่วงหน้า) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือเฝ้าระวังกำกับติดตามสถานการณ์ที่สะท้อนความเป็นจริง
๒. ระบบบัญชี ทบทวนการบันทึกรายการสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน-interface (จากเงินนอกงบประมาณ) พบว่า มี รพ.หลายแห่ง ไม่มีการบันทึกบัญชี (อาจบันทึกรวมเป็นเงินงบประมาณ) เนื่องจากจะมีผลกระทบต่อการนำเงินนอกงบประมาณสู่ระบบ (GFMIS)

เปรียบเทียบวิกฤติทางการเงิน ๗ ระดับ (Risk Scoring) แบบของกระทรวงและแบบหักเงิน UC ล่วงหน้า

ไตรมาส ๑															
ร.พ.	แบบ	Liquid Index						Status Index				Liquid Index	Status Index	Survival Index	Risk Scoring ๖.๖๐
		CR		QR		Cash		NWC		N+Depreciation					
		≥๑.๕	ผลการวิเคราะห์	≥๑	ผลการวิเคราะห์	≥๐.๕	ผลการวิเคราะห์	≥๐	ผลการวิเคราะห์	≥๐	ผลการวิเคราะห์				
บางน้ำเปรี้ยว	กระทรวงฯ	๑.๔๖	๑	๑.๓๑	๐	๐.๖๗	๑	๑๓,๙๖๕,๑๔๔.๖๗	๐	๑๓,๙๖๕,๑๔๔.๖๗	๐	๒	๐	๐	๒
	หัก UC ล่วงหน้า	๑.๐๖	๑	๐.๙๕	๑	๐.๔๙	๑	๒,๔๒๘,๓๕๗.๖๓	๐	๒,๓๙๓,๐๖๒.๒๔	๐	๓	๐	๐	๓
สนมชัยเขต	กระทรวงฯ	๑.๐๖	๑	๐.๙๖	๑	๐.๗๔	๑	๒,๗๘๗,๑๖๗.๐๔	๐	๙,๖๒๓,๗๙๘.๐๖	๐	๓	๐	๐	๓
	หัก UC ล่วงหน้า	๐.๙๒	๑	๐.๘๓	๑	๐.๖๔	๑	-๔,๑๓๘,๗๘๘.๒๓	๑	๒,๖๙๗,๘๔๒.๗๙	๐	๓	๑	๑	๕

ตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลสนมชัยเขต

ปี ๒๕๖๐ มีระดับวิกฤติ ระดับ ๖

↓ - ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับวิกฤติ

๑. การปรับปรุงข้อมูลในระบบบัญชี ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ ให้มีความครบถ้วนถูกต้องตามหลักการทางบัญชี เช่น ปรับลดลูกหนี้การค้า/ ปรับลดเจ้าหนี้การค้า

๒. รพ.มีการเปิดอาคารใหม่ อาจมีการจัดซื้อครุภัณฑ์ (เงินบำรุง)

↓ - ข้อเสนอแนะ

ควบคุมกำกับแผนทางการเงิน Planfin ให้เป็นไปตามแผน

↓ - จุดแข็ง

๑. นักบัญชีมีความรู้ ความสามารถค้นหาและหาแนวทางแก้ไข

๒. คุณภาพบัญชี ระดับ A⁺

↓ ระดับวิกฤติลดลง

.....