

ประเด็นจากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดฉะเชิงเทรา
ระหว่างวันที่ ๖ - ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๑

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

ประกอบด้วย ๕ ประเด็นหลัก ๑๒ ตัวชี้วัด

ประเด็นหลักที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑.(KPI2) อัตราส่วนการตายมารดาไทย (เกณฑ์ไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีวิตคน)

สถานการณ์

ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๖๐ ภาพรวมเขต ๖ อัตราส่วนการตายมารดา เท่ากับ ๑๐.๐๘, ๑๔.๕, ๘.๓, ๗.๒ และ **๒๐.๕๒** ต่อการเกิดมีชีวิตคน

ปี ๒๕๖๑ จ.ฉะเชิงเทราไม่มีมารดาตาย (ตายสูงสุด จ.จันทบุรี ๓๖.๔๓ ต่อการเกิดมีชีวิตคน ต่ำสุด จ.ตราดและ จ.ฉะเชิงเทรา ไม่มีมารดาตาย) (ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑)

- ผ่าครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์ ($\geq$ ร้อยละ ๖๐) ร้อยละ ๖๒.๙๗ (สูงสุด อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๗๕.๗๙ ต่ำสุด อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๓๕.๘๕ และที่ผ่านเกณฑ์ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๗๕.๗๒ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๖๘.๓๖ อ.เมืองฯ ร้อยละ ๖๘.๒๑ และ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๖๕.๕๒)

- ผ่าครรภ์ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ ($\geq$ ร้อยละ ๖๐) **ร้อยละ ๕๒.๐๖** (สูงสุด อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๖๔.๒๔ ต่ำสุด อ.ราชสาส์น ๒๖.๙๒ และที่ผ่านเกณฑ์ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๖๔.๑๐ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๖๒.๐๗ และ อ.เมืองฯ ร้อยละ ๖๐.๗๙)

- ดูแลหลังคลอด ครบ ๓ ครั้ง ($\geq$ ร้อยละ ๖๕) **ร้อยละ ๕๔.๓๙** (สูงสุด อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๖๙.๘๓ ต่ำสุด อ.ราชสาส์น ๑๘.๙๗ และที่ผ่านเกณฑ์ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๖๘.๗๕ และ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๖๕.๕๑)

- รับประทานเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิก (ร้อยละ ๑๐๐) **ร้อยละ ๗๒.๙๓** (สูงสุด อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๑๐๐ ต่ำสุด อ.เมืองฯ ร้อยละ ๕๐.๗๕)

- ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ($<$ ร้อยละ ๑๖) **ร้อยละ ๑๙.๐๖** (สูงสุด อ.บางปะกง อ.บ้านโพธิ์ และ อ.คลองเขื่อน ไม่พบ ต่ำสุด อ.ราชสาส์น ๑๔.๒๙)

ข้อค้นพบ

๑. คณะกรรมการ MCHB เข้มแข็งมากและการขับเคลื่อนการดำเนินงานแม่และเด็กผ่านคณะกรรมการ MCH B

๒. มีกระบวนการพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันและดูแลเพื่อลดภาวะการตกเลือดหลังคลอดให้ปลอดภัย

โอกาสพัฒนา

๑. ค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และดูแลตามระดับความเสี่ยงต่างๆ (พบความเสี่ยง ร้อยละ ๖๓.๑๖)

๒. ติดตามและประเมินผลภาวะโลหิตจางและการได้รับยา Triferdine

นวัตกรรม/Best Practice

๑. “Patient Safety in Obstetric” ของโรงพยาบาลแปลงยาวเป็นการพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันและดูแลการตกเลือดหลังคลอด

๒. การพัฒนาคุณภาพเพื่อลดภาวะตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลพุทธโสธร

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

สถานการณ์

ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ ภาพรวมเขต ๖ เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี คัดกรองพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๒๔.๘๗, ๗๖.๕๖ และ ๗๙.๖๙ พบล่าช้า ร้อยละ ๙.๐๓, ๑๐.๑๒ และ ๑๒.๙๘ และประเมินซ้ำ ร้อยละ ๓๙.๘๔, ๖๕.๔ และ ๖๖.๘๑

ปี ๒๕๖๑ จ.ฉะเชิงเทรา (ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑)

- คัดกรองพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๗.๔ (สูงสุด อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๙๗.๔ ต่ำสุด อ.เมืองฯ ร้อยละ ๘๐.๒ และที่ผ่านเกณฑ์ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๙๕.๑ อ.บางคล้า ร้อยละ ๙๐.๒ อ.บางปะกง ร้อยละ ๘๙.๔ อ. คลองเขื่อน ร้อยละ ๘๗.๑ และ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๘๕.๕)

- ตรวจพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๙.๔ (สูงสุด อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๑๙.๘ ต่ำสุด อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๖.๑ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์)

- ประเมินซ้ำ ร้อยละ ๗๘.๖ (สูงสุด อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๙๓.๘ ต่ำสุด อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๕๑.๒)

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

สถานการณ์

ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ ภาพรวมเขต ๖ เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๔๒.๒๗, ๔๔.๒๒ และ ๕๓.๔

ปี ๒๕๖๑ จ.ฉะเชิงเทรา เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๒.๙ (สูงสุด อ.บางปะกง ร้อยละ ๗๑.๖ ต่ำสุด อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๕๗.๗ และที่ผ่านเกณฑ์ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๖๙.๖ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๖๖.๔ อ.บางคล้า ร้อยละ ๖๕.๔ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๖๔.๙ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๖๔.๕ อ.เมืองฯ ร้อยละ ๖๔.๔ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๖๓.๑ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๖๑.๒ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๕๘.๗ และ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๕๗.๗ (ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑)

ข้อค้นพบ

๑. ส่งมอบเด็กดี (บูรณาการคณะทำงานร่วมกันระหว่าง MCH B Service Plan สาขาเด็ก และคณะกรรมการพัฒนาการเด็ก

๒. อำเภอที่ตรวจคัดกรองพบสงสัยล่าช้ามาก ได้แก่ อ.ราชสาส์น (ร้อยละ ๑๙.๘๔) อ.บางน้ำเปรี้ยว (ร้อยละ ๑๔.๗๙) และ อ.บางปะกง (ร้อยละ ๑๓.๗๙)

๓. โครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตนาร่อง ๒ แห่ง คือ ต.บึงน้ำรักษ์ อ.บางน้ำเปรี้ยวและ ต.สองคลอง อ.บางปะกง

๔. ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก (ปี ๒๕๖๐) สั่งซื้อ ๒๑,๐๐๐ ขวด เบิกจ่าย ๑๙,๘๐๐ ขวด (ร้อยละ ๙๔.๒๘)

โอกาสพัฒนา

๑. การวางแผนเชิงรุกในชุมชนและการพัฒนาคุณภาพการประเมินคัดกรอง เพื่อเพิ่มผลการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า และเพิ่มการติดตามได้

๒. ขยายโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตให้ครอบคลุมทุกอำเภอ

นวัตกรรม/Best Practice

๑. “๓ ยุทธศาสตร์รู้ชาติเพื่อพัฒนาการสมวัย” ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแปลงยาว

๒. วงล้อพัฒนาการเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กของอำเภอเมือง

๓. “วันมหัศจรรย์” ของโรงพยาบาลท่าตะเกียบ

๔. ตำบลวังเย็น ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต ที่มีระบบการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และเด็กแรกเกิดถึง ๓ ปี โดยแต่ละเดือนจะให้ ๑) นมวัวที่ไม่มีไขมัน (ไขมันต่ำ) ๓๐ กล่อง/กระป๋อง ๒) ไข่ไก่สด ๓๐ ฟอง ๓) ปลาตัวเล็กเสริมแคลเซียม

ประเด็นหลักที่ ๒ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

๔.(KPI8) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐ – ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (ร้อยละ ๕๕)

๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๐ – มีนาคม ๒๕๖๑) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ

- ร้อยละเด็ก ๖ - ๑๒ ปี ได้รับการทันตกรรม (Quick win ๖ เดือน ร้อยละ ๓๐)

ปี ๒๕๖๑ เด็ก ๖ - ๑๒ ปี ได้รับการทันตกรรม ระดับประเทศ ร้อยละ ๔๓.๖๘ ระดับเขต ร้อยละ ๔๐.๑๓ และ จ.ฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๖๕.๘๒ เป็นอันดับ ๕ ของประเทศ และอันดับ ๑ ของเขต (สูงสุด อ.แปลงยาว ร้อยละ ๙๐.๘๒ ต่ำสุด อ.บางคล้า ร้อยละ ๓๘.๕ และที่ผ่านเกณฑ์ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๘๕.๓๗ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๗๒.๗๖ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๖๘.๘๔ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๖๘.๑๒ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๖๕.๓ อ.บางปะกง ร้อยละ ๖๔.๗๒ อ.เมืองฯ ร้อยละ ๖๑.๗๘ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๕๑.๙๙ และ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๕๑.๙๑)

เด็กกลุ่มอายุ ๐ – ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ ระดับประเทศ ร้อยละ ๘๐.๓๙ ระดับเขต ร้อยละ ๘๑.๑๙ และ จ.ฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๘๗.๒๙ เป็นอันดับ ๑๑ ของประเทศ และอันดับ ๓ ของเขต (สูงสุด อ.แปลงยาว ร้อยละ ๙๗.๕๔ ต่ำสุด อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๗๘.๕๙ และที่ผ่านเกณฑ์ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๙๓.๔๕ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๙๓.๔๑ อ.บางปะกง ร้อยละ ๘๙.๒๒ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๘๘.๖๑ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๘๖.๑๐ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๘๓.๘๒ อ.บางคล้า ร้อยละ ๘๑.๑๒ อ.เมืองฯ ร้อยละ ๘๐.๘๐ และ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๘๐.๔๙ (ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๑)

ข้อค้นพบ

๑. ส่งเสริมทันตสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยเน้นกลุ่มปฐมวัยและวัยเรียน

๒. มีปัญหาการลงบันทึกข้อมูล การตรวจสอบ การส่งออกและการใช้ข้อมูล 43 แห่ง ในบางพื้นที่เพื่อการวางแผนและประเมินผล

โอกาสในการพัฒนา

๑. ขยายผล SMART Technique ในกลุ่มปฐมวัยทั้งจังหวัด

๒. พัฒนาระบบการ ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในกลุ่มปฐมวัยและวัยเรียน

๓. พัฒนาทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องในการจัดการข้อมูล

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

ปี ๒๕๖๑ จ.ฉะเชิงเทรา คลอดมีชีพในวัยรุ่นอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ร้อยละ ๔๑.๘ (สูงสุด อ.เมืองฯ ร้อยละ ๒๕.๒ ต่ำสุด อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๗๘.๕ และที่ผ่านเกณฑ์ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๒๗.๖ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๒๙.๙ อ.บางคล้า ร้อยละ ๓๓.๔ และ อ.บางปะกง ร้อยละ ๓๔.๐) (ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑)

ข้อค้นพบ

๑. การบูรณาการร่วมกันระหว่าง MCH B และ YFHS ในการลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

๒. อัตราการคลอดในวัยรุ่นใน ๓ อำเภอ ได้แก่ อ.สนามชัยเขต (๗๘.๔๕) อ.ท่าตะเกียบ (๔๘.๒๔)

อ.พนมสารคาม (๕๐.๔๕)

๓. ความครอบคลุมของการคุมกำเนิดทุกวิธีหลังคลอดหรือแท้ง ร้อยละ ๔๐.๓๑

โอกาสในการพัฒนา

๑. เพิ่มความเข้มข้นในการให้คำปรึกษาในการเพิ่มความครอบคลุมของการคุมกำเนิดหลังแท้งและคลอดทุกวิธีให้มากขึ้น

๒. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโครงการ “แม่วัยใสไม่ท้องซ้ำและวัยรุ่นอดเปรี้ยวไว้กินหวาน”

นวัตกรรม/Best Practice

๑. “แม่วัยใสไม่ท้องซ้ำ” ของโรงพยาบาลสนามชัยเขตในการลดการตั้งครรภ์ซ้ำให้เข้ารับบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังคลอด

๒. “วัยรุ่นอดเปรี้ยวไว้กินหวาน” ของโรงพยาบาลท่าตะเกียบ

ประเด็นหลักที่ ๓ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

๖.(KPI11) ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐) Care plan (ไม่น้อยกว่าร้อยละ๑๐๐)

ผลงาน

ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๖๓.๔ (สูงสุด ร้อยละ ๑๐๐ ที่ อ.พนมสารคาม อ.สนามชัยเขต และ อ.ท่าตะเกียบ ต่ำสุด อ.บางคล้า และ อ.บางปะกง ร้อยละ ๓๓.๓ และที่ผ่านเกณฑ์ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๗๕.๐ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๗๐.๖ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๖๖.๗ อ.เมืองฯ ร้อยละ ๖๔.๔ และ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๖๐.๐)

การจัดทำ Care Plan ร้อยละ ๘๕.๒ ไม่ผ่านเกณฑ์ (สูงสุดและผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐ ที่ อ.บางคล้า อ.ราชสาส์น อ.สนามชัยเขต อ.ท่าตะเกียบ และ อ.คลองเขื่อน ต่ำสุด อ.เมืองฯ ร้อยละ ๕๙.๙)

ข้อค้นพบ

๑. มีกระบวนการพัฒนาผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ ๙๗.๘๓)
๒. มีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ
๓. สร้างระบบถ่ายทอดการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง

ผลงานเด่น

๑. ปรับปรุงสถานที่ตั้งชมรมผู้สูงอายุต้นแบบระดับตำบลขยายผล ๒๑ แห่ง
๒. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ประชุมชมรมผู้สูงอายุต้นแบบระดับตำบลขยายผลดีเด่น ๑๑ ชมรม
๓. จัดอบรมแกนนำผู้สูงอายุ “ไม่ล้มไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ๓ รุ่น
 - รุ่นที่ ๑ วันที่ ๓๐ เมษายน - ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑
 - รุ่นที่ ๒ วันที่ ๒ - ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๑
 - รุ่นที่ ๓ วันที่ ๔ - ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ประเด็นหลักที่ ๔ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

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

ผลการดำเนินงาน

ผ่านตามเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐

จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน ๑๑ อำเภอ แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอทุกแห่ง คัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอละ ๒ - ๓ เรื่อง

- สรุปประเด็น ดังนี้

๑. พิษสุนัขบ้า
๒. การดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง
๓. อุบัติเหตุจราจร
๔. วัณโรค สิ่งแวดล้อม
๕. คุ่มครองผู้บริโภค
๖. เด็กอ้วน ความครอบคลุมวัคซีนในเด็ก
๗. ใช้เลือดออก

ข้อเสนอแนะ

๑. ทิมเยี่ยมเสริมพลังระดับจังหวัดควรมีการประเมินผลการดำเนินงานตามประเด็น UCCARE (มีแผน ส.ค.๖๑)
๒. ควรมีการติดตามงาน พชอ.ในการตรวจบูรณาการ

- สรุปการเยี่ยมเสริมพลัง พขอ.คลองเขื่อน
ประชากร ๑๓,๑๖๔ คน ๓,๙๙๒ หลังคาเรือน ๕ ตำบล ๓๒ หมู่บ้าน ๕ อบต. วัด ๑๐ แห่ง โรงเรียน ๑๐ แห่ง ร้านอาหาร ๑ แห่ง และตลาดนัด ๓ แห่ง

ข้อค้นพบ

๑. มีการประชุมระดมความคิดเห็นจากคณะกรรมการ พขอ.ทุกภาคส่วนในอำเภอ ๒ ครั้ง ๑)โรคพิษสุนัขบ้า ๒) อาหารปลอดภัย ๓) การป้องกันอุบัติเหตุ และ ๔) การจัดการสิ่งแวดล้อม
๒. นายอำเภอให้ความสำคัญในการติดตามดำเนินงานในพื้นที่
๓. การขับเคลื่อนประเด็นปัญหา ยังเน้นการดำเนินงานในส่วนราชการ

ข้อเสนอแนะ

ควรสนับสนุนชุมชนให้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนประเด็นปัญหา ยังเน้นการดำเนินงานในส่วนราชการ
ประเด็นหลักที่ ๕ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

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

เป้าหมาย : จังหวัดมีศูนย์ EOC และทีมตระหนักรู้สถานการณ์(SAT) สามารถปฏิบัติงานได้จริง

กิจกรรม	การดำเนินงาน
๑. พัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด	ไตรมาส ๑ - ขั้นตอนที่ ๑ : ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการ EOC ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร
๒. เตรียมการเฝ้าระวังและประเมิน สถานการณ์ระดับจังหวัด	ไตรมาส ๒ - ขั้นตอนที่ ๒ : จัดทีมปฏิบัติการ (Operation Section) ระดับจังหวัด เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน
๓. ซ้อมแผนและการเปิดศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉิน (EOC) เน้นคุณภาพ ระบบ EOC	ไตรมาส ๓ - ขั้นตอนที่ ๓ : จัดทีม SAT ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบและประเมินสถานการณ์โรคและภัย ทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน ไตรมาส ๔ - ขั้นตอนที่ ๔ : วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด - ขั้นตอนที่ ๕ : EOC ระดับจังหวัดมีการซ้อมแผนหรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่

ข้อค้นพบ	โอกาสพัฒนา
- มีการประเมินความเสี่ยงตาม สถานการณ์ปัจจุบัน	- ดำเนินการประเมินความเสี่ยง พร้อมจัดโครงสร้างให้สามารถรองรับกับปัญหาในอนาคต - จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้ ระบบการบริหารจัดการ การดำเนินงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทุกกลุ่มโรคและภัยสุขภาพ (ALL Hazard Plan)
- มีการจัดทำโครงสร้าง EOC รองรับ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน มีการ ประสาน และบริหารจัดการใน ระดับอำเภอ เพื่อเปิด EOC ตาม นโยบายและปัญหาพื้นที่	- กำหนดรูปแบบการซ้อมแผนฯ บทบาทที่สามารถดำเนินงานร่วมกันเชิงบูรณาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ทั้งภายใน/ นอกหน่วยงานสาธารณสุข) - ในพื้นที่ EEC มีความเสี่ยงด้านโรคและภัยสุขภาพที่หลากหลาย ควรตรวจสอบเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพเพื่อจัดทำ Outbreak verification list ในการรายงาน Spot report ให้ผู้บริหารรับทราบเพื่อเป็นข้อมูลการตัดสินใจหรือสั่งการ

๙.(KPI17) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี (≤ ๔.๕ ต่อแสนประชากร)
(ประเทศ : ≤ ๔.๕ ต่อแสนประชากร/ เขต ๖ < ๕.๒ ต่อประชากรแสน/ จ.ฉะเชิงเทรา ๗.๑ ต่อ
แสนประชากร (ไม่เกิน ๙ คน))

สถานการณ์

อัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ของ จ. ฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๕๙ เท่ากับ ๑๐.๑, ๘.๕ และ ๙.๔ ต่อแสนประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี

- ปี ๒๕๖๐ เสียชีวิตอายุ ≤ ๖ ปี จำนวน ๓ ราย
- ปี ๒๕๖๑ เสียชีวิตอายุ ๕ ปี จำนวน ๑ ราย

การใช้ Haddon Matrix กับปัจจัยเสี่ยงการจมน้ำ

Phase	Factor			
	(Host) Child	แหล่ง/ Agent	Physical environment	Socio. environment
Pre-event	ด้วยตัวเด็กที่จมน้ำ อายุต่ำกว่า ๖ ปี ขาดความรู้เรื่อง แหล่งน้ำเสี่ยงว่ายนน้ำไม่เป็น	เป็นบ่อน้ำใกล้บ้าน ขาดการดูแล	ขาดเครื่องกั้น ทำให้เด็กเข้าถึงแหล่งเสี่ยงได้ง่าย	ขาดการดูแลจากผู้ปกครองที่รอบคอบ
Event	ขาดทักษะว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด	น้ำลึกเป็นน้ำบ่อใกล้บ้าน	ขาดอุปกรณ์ช่วยให้ลอยตัว	ขาดข้อมูลที่จะนำไปใช้ลดความเสี่ยง
Post-event	ความล่าช้าในการช่วยเหลือ		การตอบสนองต่อการช่วยเหลือช้า	ชุมชนให้การสนับสนุนน้อย

จำนวนผู้ก่อการดี รายจังหวัด ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑

ปี ๒๕๖๐		ปี ๒๕๖๑	
อำเภอ	ผลงานทีม	อำเภอ	ผลงานทีม
เมืองฉะเชิงเทรา	๑	บางคล้า	๑
บางคล้า	๒	บางปะกง	๑
บางน้ำเปรี้ยว	๑	บ้านโพธิ์	๑
บางปะกง	๑	สนามชัยเขต	๓
บ้านโพธิ์	๑	คลองเขื่อน	๑
พนมสารคาม	๒		
สนามชัยเขต	๑		

เป้าหมาย จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี และจำนวนผู้ปกครองที่มี playpen (คอกกั้นเด็ก) ปี ๒๕๖๑

- เฝ้าระวังครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี มีการใช้คอกกั้นเด็ก (รอบ ๑ = ๒๕ % รอบ ๒ = ๕๐ %)
- การสอบสวนเด็กจมน้ำทุกราย (๑๐๐ %)

อำเภอ	เด็ก ๐-๒ ปี (คน)	คอกกั้น/ เปล (ชิ้น)	ร้อยละ
เมืองฉะเชิงเทรา	๔,๗๓๖	๑,๔๖๕	๓๐.๙๓
บางคล้า	๑,๒๘๖	๘๔๓	๖๕.๖๕
บางน้ำเปรี้ยว	๓,๐๕๕	๑,๙๘๖	๖๕.๐๑
บางปะกง	๒,๙๖๐	๑,๘๘๖	๖๓.๗๑
บ้านโพธิ์	๑,๔๙๑	๗๖๐	๕๐.๙๗
พนมสารคาม	๒,๗๓๒	๑,๓๘๑	๕๐.๕๕
ราชสาส์น	๓๘๒	๒๐๔	๕๓.๔๐
สนามชัยเขต	๒,๘๑๘	๑,๔๐๔	๔๙.๘๙
แปลงยาว	๑,๖๑๔	๘๓๐	๕๑.๔๒
ท่าตะเกียบ	๑,๘๒๕	๘๘๙	๔๘.๗๑
คลองเขื่อน	๓๓๕	๑๗๓	๕๑.๖๔
รวม	๒๓,๒๕๔	๑๑,๘๒๓	๕๐.๘๔

ข้อค้นพบ

๑. การเสียชีวิตในเด็กอายุ ≤ ๖ ปี มีน้อย มีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจในการสร้างพื้นที่ปลอดภัยในเด็กเล็ก ในระดับครอบครัว ชุมชน
๒. การผลักดันทีม MM ในพื้นที่ที่มีการเสียชีวิตจากการจมน้ำ
๓. มีแผนการยกระดับ การสร้างทีมผู้ก่อการดี ในพื้นที่ที่มีความพร้อม (อ.บางปะกง)
๔. มีการสอบสวนจมน้ำทุกราย และบูรณาการกับพื้นที่ มีการคืนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง เช่น อปท.

โอกาสพัฒนา

๑. ผลักดันให้มีการวิเคราะห์สาเหตุ ในรายงานการสอบสวนฯ
๒. กลุ่มเสี่ยงในเด็กกลุ่ม ๖ - ๑๔ ปี สื่อสารทำความเข้าใจ สร้างความร่วมมือโรงเรียน และชุมชน เน้นประเด็นที่เป็นปัญหา เช่น การแก้ไขแหล่งน้ำเสี่ยง ทักษะการช่วยเหลือ การว่ายน้ำเน้นการเอาชีวิตรอด โดยเฉพาะช่วงปิดเทอมวันหยุด
๓. เน้นย้ำในกลุ่มผู้ดูแลเด็ก (เด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี) ให้ระมัดระวังแหล่งน้ำเสี่ยง นโยบายคอกกั้นเด็ก
๔. มีมาตรการการสื่อสาร เฝ้าระวัง ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง/และการประเมินสื่อที่เหมาะสม กลุ่มที่ต้องเดินทางทางน้ำเพิ่มขึ้น (อ.บางคล้า)

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
จากข้อมูลของจังหวัดฉะเชิงเทรา

- ข้อมูลบูรณาการ ๓ ฐาน จำนวน ๒๔๔ ราย
- ข้อมูลสาธารณสุข จำนวน ๑๗๐ ราย (๒๔.๗๙ ต่อแสนประชากร)
- ข้อมูลตำรวจ ๓ ฐาน จำนวน ๑๕๒ ราย
- ข้อมูลบริษัทกลาง จำนวน ๑๗๕ ราย

อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๐-มีนาคม ๒๕๖๑)
๒๔.๗๙ ต่อแสนประชากร (ต่ำสุด ที่ อ.ท่าตะเกียบ ๖.๔๔ ต่อแสนประชากร สูงสุด ที่ อ.พนมสารคาม ๔๓.๗ ต่อ
แสนประชากร) ที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อ.บางน้ำเปรี้ยว ๑๔.๗๗ ต่อแสนประชากร อ.สนามชัยเขต ๑๖.๐๘ ต่อแสน
ประชากร อ.บ้านโพธิ์ ๑๙.๐๔ ต่อแสนประชากร อ.คลองเขื่อน ๒๒.๙๖ ต่อแสนประชากร และ อ.ราชสาส์น
๒๓.๔๒ ต่อแสนประชากร) (ที่มา : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ ณ วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๑)

ปัญหาที่พบ

๑. ยานพาหนะที่เกิดเหตุมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์
๒. ไม่สวมหมวกกันน็อกในขณะขับขี่
๓. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (D-RTI) ปี ๒๕๖๑

เป้าหมาย : ๑. ทุกจังหวัดต้องดำเนินการ D-RTI อำเภอเสี่ยงสูงสุดอันดับแรกของจังหวัด ๑ อำเภอ (๘
อำเภอ) จำนวนอำเภอที่เหลืออีกไม่น้อยกว่า ๓๐% (๒๑ อำเภอ) (รวมเขต ๖ เท่ากับ
๑๙ อำเภอ)

๒. จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับดี (Good) ๕๐% ของอำเภอที่ดำเนินการ (๑๔ อำเภอ)

จังหวัด	จำนวนอำเภอทั้งหมด	อำเภอเป้าหมาย ปี ๒๕๖๑		
		อำเภอเสี่ยงสูงสุดอันดับ ๑ ของจังหวัด	จำนวนอำเภอที่เหลืออีก ๓๐%	จำนวนอำเภอที่ดำเนินการ D-RTI ปี ๒๕๖๑
จันทบุรี	๑๐	อ.เมือง	๓	๔
ฉะเชิงเทรา	๑๑	อ.บางปะกง	๓	๔
ชลบุรี	๑๑	อ.ศรีราชา	๓	๔
ตราด	๗	อ.เมือง	๒	๓
ปราจีนบุรี	๗	อ.กบินทร์บุรี	๒	๓
ระยอง	๘	อ.ปลวกแดง	๓	๔
สมุทรปราการ	๖	อ.เมือง	๒	๓
สระแก้ว	๙	อ.อรัญประเทศ	๓	๔
รวม	๖๙	๘	๒๑	๔๔

ข้อค้นพบ

๑. มีการจัดทำข้อมูล ๓ ฐาน และใช้ข้อมูลชี้ขนาดและความรุนแรงของปัญหาในการประชุม ศปถ. จังหวัดและอำเภอ
๒. มีการสั่งการตามระบบ ICS โดยเฉพาะช่วงเทศกาลผ่าน VDO Conference ร่วมกับ ศปถ.อำเภอ พร้อมจัดทำ AAR
๓. มีนโยบาย/บูรณาการในการตั้งด่าน/ พัฒนานักเรียนเรื่องวินัยจราจร
๔. รมว.รงศ์สถานประกอบการ เรืองหมวกกันน็อค ๑๐๐%
๕. รดจักรยานยนต์ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดอุบัติเหตุ

โอกาสพัฒนา

๑. นำการสื่อสารความเสี่ยงและบังคับใช้กฎหมายในการจำกัดความเร็วและบังคับการใช้หมวกกันน็อค ในกลุ่มรถจักรยานยนต์อย่างเคร่งครัด (ในเขตอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา)
๒. ควรเสนอข้อมูลการเสียชีวิตในเวทีระดับจังหวัด เพื่อให้มีมาตรการแก้ไขปัญหที่เหมาะสม ได้แก่ การติดตั้งกล้องจับความเร็ว การตั้งจุดตรวจจับความเร็ว
๓. กลุ่มวัยเรียน/วัยรุ่น/วัยทำงาน โดยบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี กลุ่มร้านค้า และผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง และให้โรงเรียน โรงงานเข้าร่วมรณรงค์ลดปัญหาอุบัติเหตุฯ
๔. ขับเคลื่อนการดำเนินงานของ ศปถ. ในอำเภอที่มีความเสี่ยงสูง (อ.เมืองฯ อ.พนมสารคาม และ อ.บางปะกง) โดยสนับสนุนข้อมูลผ่าน ศปถ.จังหวัด คืบข้อมูลให้กับ พขอ.ในการร่วมแก้ไขปัญห
๕. วิเคราะห์สาเหตุจากการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุผู้ป่วย/เสียชีวิต (Root cause analysis หรือ Haddon matrix) เพื่อนำไปสู่การป้องกันหรือลดอุบัติเหตุ

๑๑.(KPI19) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ($\leq$ ร้อยละ ๒.๔) และอัตราผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ($\geq$ ร้อยละ ๑๐)

- มาตรการที่ ๑ มาตรการป้องกันควบคุมในสถานบริการ : การคัดกรอง การประเมินและจัดการโอกาสเสี่ยง
- มาตรการที่ ๒ มาตรการป้องกันระดับชุมชน : พัฒนารูปแบบการจัดการโรคและลดปัจจัยเสี่ยง
- มาตรการที่ ๓ มาตรการลดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

ร้อยละการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และความดันโลหิตสูง

เป้าหมาย ไตรมาส ๒ $\geq$ ๘๐% ไตรมาส ๓ $>$ ๙๐%

ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จังหวัดฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๘๙.๐๘ (เขต ๖ ร้อยละ ๗๙.๒๕ และประเทศ ร้อยละ ๗๙.๙๓)

กลุ่มเสี่ยงเบาหวานกลับมามตรวจซ้ำ ร้อยละ ๘๙.๐๘ (เขต ๖ ร้อยละ ๘๘.๕๓ และประเทศ ร้อยละ ๙๒.๑๕)

- ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ปี ๒๕๖๑ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ ๑.๕๔ (ดีกว่าเป้าหมาย)
 - ร้อยละกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตได้วัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ ๑๙.๑๘ (สูงกว่าเป้าหมาย)
- * เป้าหมาย ไตรมาส ๒ $\geq$ ๕% ไตรมาส ๓ $>$ ๘% ไตรมาส ๔ $>$ ๑๐%

ผลงาน (ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑) ร้อยละ ๑๙.๑๘ (สูงสุด ที่ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๘๓.๑ ต่ำสุด ที่ อ. เมืองฯ ร้อยละ ๑๑.๗๙ ซึ่งผ่านเกณฑ์ทุกอำเภอ ได้แก่ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๖๐.๗๑ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๕๔.๒๕ อ.บางคล้า ร้อยละ ๔๗.๗๘ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๒๔.๕๒ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๑๙.๖๓ อ.บางปะกง ร้อยละ ๑๖.๔๘ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๑๕.๓๕ อ.สนมชัยเขต ร้อยละ ๑๒.๗๙ และ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๑๒.๗๘

งานป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Risk	Determinant (ปัจจัยต้นแบบ)	- การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (ปี ๕๘- ๖๐) - การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ : การตรวจคัดกรอง DM, HT มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ปี ๕๘ - ๖๐)
	Behavior (พฤติกรรมเสี่ยง/ป้องกัน)	- พฤติกรรมเสี่ยง : ความชุกของการสูบบุหรี่และดื่ม ALC มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (BRFSS ปี ๔๘ - ๕๘) และปี ๖๑ กำลังดำเนินการ - พฤติกรรมที่เป็นเชิงป้องกัน : การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และการบริโภคผักผลไม้ที่เหมาะสม มีอัตราความชุกลดลงและค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับในระดับประเทศ (BRFSS ปี ๕๘ กับ ๖๑ ดำเนินการเปรียบเทียบ GAP ต่อยอด)
Prevention	Program response	- มาตรการป้องกันควบคุมโรค โดยยึดชุมชนเป็นฐาน (CBI) เพิ่งเริ่มต้นในพื้นที่อำเภอพนมสารคามที่มีต้นทุนในเรื่องการดำเนินการเบาหวานและความดันโลหิตสูง
	Morbidity/Mortality	- อัตราป่วย DM, HT (ต่อแสน ปชก.) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ปี ๕๘-๖๐) - อัตราป่วย DM, HT รายใหม่แนวโน้มลดลง (ปี ๕๘-๖๐) - อัตรา DM, HT ที่สามารถควบคุมได้สูงกว่าเขตและประเทศ - อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (ปี ๕๘-๖๑)
Health outcome	Evidence base (การเฝ้าระวังเหตุการณ์)	- ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี ๒๕๖๐ มีแนวโน้มความชุกลดลง ในขณะที่กลุ่มเยาวชน (๑๕-๑๙ ปี) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

ข้อค้นพบ

- มาตรการป้องกันควบคุมในสถานบริการ

* พัฒนาระบบรายงาน ใน HDC : มีกลไกการพัฒนาคัดตามแก้ไขปัญหาคความคลาดเคลื่อนของระบบ

ข้อมูลให้มีความน่าเชื่อถือ ผู้บริหารมีการ monitor อย่างต่อเนื่อง

- มาตรการป้องกันระดับชุมชน :

* การจัดการโรคและลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน ในพื้นที่เขตเมือง มีการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงและได้รับความร่วมมือ เช่น อำเภอพนมสารคาม มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

๑๒.(KPI23) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN

Hospital (ระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๑๐๐ ระดับดีมาก ร้อยละ ๒๐)

ระดับพื้นฐาน : จัดการสิ่งแวดล้อมกายภาพและส่วนที่บริการประชาชนได้มาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (GREEN) (ด้านหน้า)

ระดับดี : จัดการตัวเองด้านสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม (GREEN) และสุขภาพ ทั้งองค์กร

ระดับดีมาก : พัฒนานวัตกรรมและเชื่อมต่อการดำเนินงานสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม (GREEN) และสุขภาพสู่เครือข่าย/ชุมชน

ผลการประเมิน ปี ๒๕๖๑

โรงพยาบาล ในเขต ๖ ผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๙๘.๗๓ จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐ ได้แก่ จ.ชลบุรี จ.จันทบุรี จ.ตราด จ.สมุทรปราการ จ.ฉะเชิงเทรา และ จ.ปราจีนบุรี ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ จ.สระแก้ว ร้อยละ ๙๐ และ จ.ระยอง ร้อยละ ๘๘.๘๘ ระดับดีมาก ร้อยละ ๒๗.๘๕ ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ จ.ชลบุรี ร้อยละ ๒๖.๖๖ และ จ.สระแก้ว ร้อยละ ๒๐ ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ จ.ฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๑๘.๑๘ จ.จันทบุรี ร้อยละ ๑๖.๗ จ.ปราจีนบุรี ร้อยละ ๑๔.๒๘ และ จ.ระยอง ร้อยละ ๑๑.๑๑

จังหวัดฉะเชิงเทรา ผ่านระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๑๐๐ (๑๑ แห่ง) ระดับดี ร้อยละ ๖๓.๖๔ (๗ แห่ง) และ ระดับดีมาก ร้อยละ ๑๘.๑๘ (๒ แห่ง) : รพ.พนมสารคาม และ รพ.บางคล้า

ข้อค้นพบ

- มีการขยายการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ลงสู่ รพ.สต.ร่วมกับการดำเนินงาน รพ.สต.ติดตาม
- มีการยกระดับการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลจากระดับพื้นฐานเป็น ระดับดี

โอกาสพัฒนา

- พัฒนา รพ. ระดับพื้นฐานและระดับดี ให้ผ่านเกณฑ์ขึ้นเป็นระดับดีและดีมาก
- พัฒนา/ส่งเสริมและต่อยอดให้เกิดนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างได้
- พัฒนาและขยายเครือข่าย GREEN ลงสู่ชุมชน
- พัฒนาและขยายการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ลงสู่ รพ.สต.ให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด

นวัตกรรม/ Best Practice

การปลูกผักปลอดสาร ซึ่งสามารถขยายการดำเนินงานไปสู่ชุมชน และให้ชุมชนนำผักกลับมาขายให้กับโรงพยาบาล เพื่อนำไปปรุงประกอบอาหารให้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ รวมทั้ง จัดให้มีตลาดนัดสีเขียวเพื่อจำหน่ายผักปลอดสารให้แก่เจ้าหน้าที่และประชาชนที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล รพ.พนมสารคาม

และ รพ.บางคล้า

- การนำเศษผ้ามาทำเป็นถุงยาให้แก่ผู้ป่วย
- การประหยัดพลังงาน โดยเปลี่ยนมาใช้หลอดไฟ LED ทั้งโรงพยาบาล

M9. (KPI20) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย (อย.) (ร้อยละ ๗๕)

M10. (KPI21) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (อย.) (ร้อยละ ๙๕)

- อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ ๙๒
- ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๙๙.๑๙

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

- การพัฒนาศักยภาพผู้บริหาร ผู้ประกอบการ และภาคีเครือข่าย
- นมโรงเรียน การมีแผนหรือแนวทางให้พื้นที่ประเมินมาตรฐาน การจัดการ การเก็บรักษาตามระบบ Cold chain และความปลอดภัยนมโรงเรียนของโรงเรียนทุกแห่งในพื้นที่รับผิดชอบ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เมื่อพบไม่ผ่านมาตรฐานให้แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและให้ความรู้แก่ครูผู้รับผิดชอบ และรายงานผลการดำเนินงานให้จังหวัดและเขตได้รับทราบสถานการณ์ของปัญหาอย่างต่อเนื่อง

- การประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่าย เช่น เกษตร ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการ และภาคประชาชน

- การดำเนินการ SAT และ Operation team
- การรายงาน (Report) ผลการดำเนินงาน dashboard และ คบส.ออนไลน์

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประกอบด้วย ๓ ประเด็นหลัก ๑๔ ตัวชี้วัด

ประเด็นหลักที่ ๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary care Cluster)

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

สถานการณ์

- จังหวัดฉะเชิงเทรา มี ๑๑ อำเภอ ประชากร ๖๙๔,๖๙๐ คน
- แผนการจัดตั้ง (ปี ๖๐-๖๙) จำนวน ๖๙ ทีม
- ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๖ ทีม ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๙ ทีม รวม ๑๕ ทีม
- ผ่านตามเกณฑ์ 3S จำนวน ๑๔ ทีม ร้อยละ ๘๘.๘๘

จุดเด่น

รพ.พุทธโสธร เป็นสถาบันหลักการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหลักสูตร In-service training และ formal training จังหวัดฉะเชิงเทรา และเขตสุขภาพที่ ๖

ปัญหาอุปสรรค

- ขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ย้ายออก
- การเชื่อมโยงข้อมูลและระบบบริการที่เชื่อมต่อกับแม่ข่าย (ระบบส่งต่อ)
- ขาดความเชื่อมโยงกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการขับเคลื่อน PCC

PCC วัดโสธรวราราม

ตั้งอยู่ที่อำเภอเมืองฯ ประกอบด้วย ๓ ทีม ประชากรที่รับผิดชอบ ๓๐,๙๔๐ คน เปิดดำเนินการเมื่อวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๙

ข้อค้นพบ

- Staff : เปิดดำเนินการ ๓ ทีมมี FM ๓ คน ทันตแพทย์ เภสัชกร ตามเกณฑ์
- Structure : ระบบเดิมของ ศสม.และ รพ.สต. ใช้ทรัพยากรร่วมกัน ภายในเครือข่ายและโรงพยาบาล

แม่ข่าย

- System : การจัดบริการตามกลุ่มวัย
- ระบบสื่อสาร : ทางไลน์ เวปเพจ เฟซบุ๊ก
- ระบบข้อมูล : ไทยรีเฟอร์ COC HosXP version4

ข้อเสนอแนะ

- ควรจัดให้มีบริการด้านกายภาพบำบัด และ ANC ใน PCC
- ควรจัดตั้งคณะกรรมการ PCC เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา PCC
- ควรจัดให้มี Green channel ที่เชื่อมโยงระหว่าง PCC กับ รพ.
- ส่งเสริมความรู้การให้บริการกับเจ้าหน้าที่ PCC เช่น ด้าน ANC จิตเวช ฯลฯ

๒๕. (KPI51) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ($\geq$ ร้อยละ ๘๕)

สถานการณ์ (ที่มา : TBCM Thailand ณ วันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑)

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไตรมาส ๑ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐) จำนวน ๑,๓๕๙ ราย

รายการ	ผลการรักษา (ร้อยละ)		
	ประเทศ	เขต ๖	จ.ฉะเชิงเทรา
สำเร็จ	๕๙.๑	๖๑.๙	๖๐.๓
กำลังรักษา	๒๗.๒	๒๔.๑	๒๘.๖
โอนออก	๓.๒	๔.๓	๐.๐
ขาดยา	๑.๖	๒.๐	๒.๔
ล้มเหลว	๐.๕	๐.๖	๑.๖
เสียชีวิต	๘.๕	๗.๒	๗.๑

จังหวัดฉะเชิงเทรา ๑๒๖ ราย คาดการณ์ success rate ร้อยละ ๘๘.๙

รายการ	ผลการรักษา (ราย*/ ร้อยละ)										
	อ.รส.	อ.ทก.	อ.สน.	อ.พน.	อ.ม.	อ.บป.	อ.บค.	อ.บพ.	อ.ปย.	อ.บก.	จังหวัด
จำนวน*	๑	๑๑	๑๙	๑๙	๒๙	๑๒	๕	๙	๘	๑๓	๑๒๖
สำเร็จ	๑๐๐.๐	๙๐.๙	๘๙.๕	๗๓.๗	๖๙.๐	๖๖.๗	๔๐.๐	๓๓.๓	๑๒.๕	๐.๐	๖๐.๓
กำลังรักษา	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๑๕.๘	๒๐.๗	๘.๓	๒๐.๐	๖๖.๗	๖๒.๕	๙๒.๓	๒๘.๖
โอนออก	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๓.๔	๐.๐	๒๐.๐	๐.๐	๑๒.๕	๐.๐	๒.๔
ขาดยา	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๕.๓	๓.๔	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๑.๖
ล้มเหลว	๐.๐	๙.๑	๐.๐	๕.๓	๓.๔	๒๕.๐	๒๐.๐	๐.๐	๑๒.๕	๗.๗	๗.๑

จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (All Form) ในกลุ่มคนไทย ไม่ใช่คนไทย และ
เรือนจำที่ขึ้นทะเบียนการรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๑ และคาดประมาณผู้ป่วยปี ๒๕๖๑

Treatment Coverage (ที่มา : TBCM Thailand ณ วันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑)

	ชบ.	ปจ.	สก.	รย.	ตร.	จบ.	สป.	ฉช.	เขต ๖
Estimates	๒,๕๕๑	๘๓๔	๙๖๒	๑,๒๐๔	๓๙๕	๙๑๖	๒,๒๒๕	๑,๒๑๒	๑๐,๒๙๘
Register60	๑,๘๘๖	๖๘๘	๗๔๑	๑,๐๐๑	๒๖๐	๕๙๙	๑,๔๗๖	๗๖๑	๗,๔๑๒
Register60	๒.๐๑๗	๕๖๗	๕๗๓	๖๙๗	๒๒๕	๔๖๘	๑,๑๒๓	๕๔๔	๖,๒๑๔

จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (All Form) ในกลุ่มคนไทย ไม่ใช่คนไทย และ
เรือนจำที่ขึ้นทะเบียนการรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๑ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ปี	อ.ม.	อ.บก.	อ.สน.	อ.บป.	อ.พน.	อ.ทก.	อ.ปย.	อ.บพ.	อ.บค.	อ.รส.	อ.คช.	จังหวัด
๒๕๖๐	๓๒๔	๔๕	๑๐๒	๓๗	๑๐๔	๔๔	๔๑	๓๓	๒๔	๗	๐	๗๖๑
๒๕๖๑	๑๕๑	๑๐๗	๕๘	๕๗	๕๗	๓๒	๒๘	๒๖	๑๙	๖	๓	๕๔๔
Estimates												๑,๒๑๒

อ.บางปะกง มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ จำนวน ๖๒ ราย เนื่องจากมีรายงานจาก รพ.เอกชนเข้า
มา ๑ แห่ง

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ปี ๒๕๖๑ จังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มเสี่ยง	การคัดกรอง (ราย)		ร้อยละ
	เป้าหมาย	ผลงาน	
Total	๖๓,๒๕๗	๕๘,๔๘๖	๙๒
Elderly	๙,๙๙๘	๑๖,๒๕๕	๑๖๓
DM	๑๒,๕๐๑	๑๓,๓๖๐	๑๐๗
HCW	๔,๐๗๓	๔,๒๒๐	๑๐๔
Prison	๓,๒๕๙	๓,๓๑๙	๑๐๒
HIV	๒,๓๘๗	๒,๓๔๑	๙๘
Migrants	๒๖,๖๖๔	๑๔,๔๕๗	๕๔
contact	๔,๓๗๕	๑,๖๘๐	๓๘
อื่นๆ	ไม่มี	๒,๘๕๔	-

จำนวนการขึ้นทะเบียนตามกลุ่มเสี่ยง ปี ๒๕๖๑ (๕๔๔ ราย)

กลุ่มเสี่ยง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
contact	๒๔๖	๔๕.๒
Migrants	๓๓๒๒	๕.๙
Prison	๒๖	๔.๘
DM	๒๒	๔.๐
HIV	๒๐	๓.๗
HCW	๑๒	๒.๒
Other	๑๕๔	๒๘.๓

ที่มา : TBCM Thailand ณ วันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑

จุดเด่น/ นวัตกรรม

๑. มีการขยายการใช้งานโปรแกรม TBCM Online ไปยังโรงพยาบาลเอกชน ๒ แห่ง ส่งผลให้อำเภอบางปะกง มีจำนวนผู้ป่วยรายงานเพิ่มขึ้น จากปี ๒๕๖๐ จำนวน ๖๒ ราย
๒. มีการสอบสวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกราย และจัดทำทะเบียนผู้สัมผัส เพื่อเฝ้าระวังและติดตามผู้สัมผัสมาคัดกรองวัณโรค (อย่างน้อยเป็นเวลา ๒ ปี)

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
๑. การค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ ๔๔.๙ (เป้าหมาย ๘๒.๕ %) อ.เมืองฯ อ.สนามชัยเขต และ อ.พนมสารคาม (มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน ๑๗๓ ราย ๔๔ ราย และ ๔๗ ราย ตามลำดับ)	เร่งรัดคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และส่งตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็วด้วย Molecular test (เครื่อง Gene X-pert) ฟรี ที่ รพ.พุทธโสธร และนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็ว (เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ)
๒. การเสียชีวิต ร้อยละ ๗.๑ และขาดยา ร้อยละ ๒.๔ ส่งผลต่อความสำเร็จการรักษาลดลง	- ประชุม Dead Case conference dead case review ทุกราย เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุเสียชีวิตที่แท้จริง และติดตามผู้ป่วยขาดนัดโดยเร็ว เพื่อมารับการรักษาต่อเนื่อง
๓. ยังมีผู้ป่วยที่ยังไม่สรุปการรักษา ร้อยละ ๒๘.๖	- รพ.ที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วย ขอให้ติดตามบันทึกข้อมูลสรุปผลการรักษาในระบบให้เป็นปัจจุบัน

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

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๓๐.๐๕ (เป้าหมาย ร้อยละ ๒๐)

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

ระดับสถานบริการ	ผู้เข้ารับบริการ OPD ทั้งหมด (ครั้ง)	ผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยฯ (ครั้ง)	อัตรา (ร้อยละ)	ผลงาน
รวม รพช./ รพท.	๑๙๙,๙๓๓	๑๘,๔๒๓	๙.๒๖	ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐
รวม รพช.	๔๒๗,๑๗๔	๑๐๖,๔๙๓	๒๔.๙๓	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๒๐
รวม รพ.สต.	๔๒๖,๘๕๙	๑๘๘,๙๕๔	๔๔.๒๗	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๓๐
รวมทั้งหมด	๑,๐๗๐,๐๘๗	๓๒๑,๕๕๐	๓๐.๐๕	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๒๐

โอกาสในการพัฒนา

- ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนเขตสุขภาพที่ ๖ เป็นหน่วยงานพื้นที่ต้นแบบดีเด่นด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ประเภทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นำเสนอระดับประเทศ
- ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา “Chachoengsao Service Pan Sharing 2018”

ปัญหาอุปสรรค

- กรอบอัตรากำลังตำแหน่งแพทย์แผนไทยมีจำกัดใน รพ.สต.มีเฉพาะ รพ.สต.ขนาดใหญ่
- ขาดงบประมาณในการจ้างบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานใน รพ.สต.

นวัตกรรม

- งานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
 - งานวิจัย
 - * มีแผนในการทำวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหลากหลายด้าน การรักษา แผลผู้ป่วยเรื้อรัง การใช้ยาแผนไทย สมุนไพร และวิจัยเกี่ยวกับภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน
- ผลิตสื่อประชาสัมพันธ์แผ่นพับและโรลอัพ พร้อม QR cord เรื่องสมุนไพร 3 ต.
- ประชาสัมพันธ์งานแพทย์แผนไทยผ่านวารสาร “สาร สา’สุข แปรริว”
- Face Book Live นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นหลักที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

สาขา RDU

๑๕.(KPI29) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

RDU ขั้นที่ ๑		เป้าหมาย
RDU1 (โรงพยาบาล)	RDU2 (รพ.สต.)	
๑. ยาหลักแห่งชาติ > ๗๕-๙๐% ๒. PTC มีมาตรการ RDU ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๓ ๓. ตัดยาไม่มีประสิทธิผล ๔. Label มีชื่อยาภาษาไทยและคำเตือน ๕. Ethics	- ลดการใช้ ATB ใน ๒ โรค - ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (๔๐ % ของ PCU ทั้งหมดผ่านเกณฑ์	≥ ๘๐%

RDU ขั้นที่ ๒		เป้าหมาย
RDU1 (โรงพยาบาล) เพิ่ม	RDU2 (รพ.สต.)	
๑. ลดการใช้ ATB (๔ กลุ่มโรค) - RI, AD, FTW, APL ๒. ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง - ผู้ป่วย DM ที่สูงอายุใช้ Glibenclamide $\leq 5\%$ - ผู้ป่วย CKD ใช้ NSAIDs $\leq 10\%$ - Pregnancy ไม่ใช้ warfarin, statin, Ergots	- ลดการใช้ ATB ใน ๒ โรค - โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน - อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (๖๐% ของ PCU ทั้งหมดผ่านเกณฑ์)	$\geq 20\%$

ผลการดำเนินงาน RDU ของประเทศ ไตรมาสที่ ๒ ปี ๒๕๖๑

เป้าหมาย ๒๕๖๑	เป้าหมายไตรมาส ๒	ผลงาน	ประเมินผลการดำเนินงาน
RDU ขั้น ๑ $\geq$ ร้อยละ ๘๐ (๗๑๕ รพ.)	ขั้น ๑ $\geq$ ร้อยละ ๗๐ (๖๒๖ รพ.)	ร้อยละ ๙๐.๙๔ (๗๕๐ รพ.)	ผ่าน
RDU ขั้น ๒ $\geq$ ร้อยละ ๒๐ (๑๗๙ รพ.)	ขั้น ๒ $\geq$ ร้อยละ ๑๐ (๙๐ รพ.)	ร้อยละ ๗.๐๕ (๕๖ รพ.)	ไม่ผ่าน

ผลการดำเนินงาน RDU ของประเทศ เขต ๖ และจังหวัดฉะเชิงเทรา ไตรมาสที่ ๒ ปี ๒๕๖๑

ระดับ	ผลงาน RDU		
	ประเทศ	เขต ๖	จ.ฉะเชิงเทรา
RDU ขั้น ๓	ร้อยละ ๐.๗๘	ร้อยละ ๒.๗๔	ร้อยละ ๒.๗๔
RDU ขั้น ๒	ร้อยละ ๗.๐๕	ร้อยละ ๖.๘๕	ร้อยละ ๖.๘๕
RDU ขั้น ๑	ร้อยละ ๙๐.๙๔	ร้อยละ ๘๙.๐๔	ร้อยละ ๘๙.๐๔
RDU ขั้น ๐	ร้อยละ ๙.๐๖	ร้อยละ ๑๐.๙๖	ร้อยละ ๑๐.๙๖

สถานการณ์ RDU ปี ๒๕๖๑ ของจังหวัดฉะเชิงเทรา

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีโรงพยาบาล ๑๑ แห่ง ดำเนินงาน RDU ขั้นที่ ๑ ร้อยละ ๑๐๐ (๑๑ แห่ง) ขั้นที่ ๒ ร้อยละ ๒๗.๒๗ (๓ แห่ง) และขั้นที่ ๓ ร้อยละ ๑๘.๑๘ (๒ แห่ง)

ชื่อโรงพยาบาล	สรุปผลการประเมิน RDU		
	ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๒	ขั้นที่ ๓
รพ.พุทธโสธร	/	X	X
รพ.บางคล้า	/	/	/
รพ.บางน้ำเปรี้ยว	/	X	X
รพ.บางปะกง	/	X	X
รพ.บ้านโพธิ์	/	X	X
รพ.พนมสารคาม	/	X	X
รพ.ราชสาส์น	/	/	/
รพ.สนามชัยเขต	/	X	X
รพ.แปลงยาว	/	X	X
รพ.ท่าตะเกียบ	/	X	X
รพ.คลองเขื่อน	/	/	X

ที่มา : รายงานการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ไตรมาสที่ ๒

ปัญหา/แนวทางการดำเนินงานของจังหวัด/หน่วยงาน

ปัญหา	แนวทางการดำเนินงานของจังหวัด/หน่วยงาน
๑. เจ้าหน้าที่ผู้สั่งใช้ยาและผู้เกี่ยวข้อง ยังขาดความตระหนักในเรื่อง RDU	๑.๑ การจัดวิทยากรอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องของการใช้ยา อย่างสมเหตุผลในยาปฏิชีวนะ ๔ กลุ่มโรค ๑.๒ จัดหาสื่อประชาสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย (สามารถเข้าไปดูได้ ที่ http://newsser.fda.moph.go.th/rumthai/asu/download.php)
๒. ความคลาดเคลื่อนของข้อมูล รายงานใน HDC และการนำข้อมูล มาวิเคราะห์เพื่อทำการแก้ไข	๒.๑ จังหวัด/หน่วยงานกำลังมีการออกแบบเครื่องมือเพื่ออำนวยความสะดวก ต่อผู้ปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

- การรายงานแบบสะสมทางรายงานของ กบรส.ทุกไตรมาส
- การสนับสนุนจากผู้บริหารของเขต จังหวัด และการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยทาง
จังหวัด/ รพ. มีการประชุมเครือข่ายบริการระดับจังหวัด/อำเภอ และติดตามการรายงานทุกเดือน
- ความร่วมมือของทีมงานสหสาขาวิชาชีพ
- การรณรงค์ให้ความรู้ และระดมความร่วมมือในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งภาครัฐและ
เอกชน รวมทั้งการดำเนินงานในชุมชน โดยมีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อย.น้อย อสม. และผู้นำชุมชน

**ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ : Action ระดับหน่วยบริการ
จังหวัดฉะเชิงเทรา**

ตรวจราชการรอบ ๓ เดือน : ไม่มีข้อติดตาม รอบ ๓ เดือน

กิจกรรม AMR อย่างบูรณาการ	รพ.พุทธารัต
๑. การกำหนดนโยบายและมาตรการ โดยทีมบริหารจัดการ ARM	มีการดำเนินการครบทุกกิจกรรม
๒. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	มีการดำเนินการครบทุกกิจกรรม
๓. การดูแลกำกับการใช้ยาในโรงพยาบาล	มีการดำเนินการครบทุกกิจกรรม
๔. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	มีการดำเนินการครบทุกกิจกรรม
๕. การวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ นำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาล	มีการดำเนินการครบทุกกิจกรรม

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ให้แนวทางที่ หรือการสนับสนุนในเชิงนโยบายและเชิงวิชาการชัดเจน เพื่อให้เกิดการพัฒนาการควบคุม
การใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีความสอดคล้องกับศักยภาพและบริบทของ
โรงพยาบาล และสามารถปฏิบัติได้จริง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

คณะทำงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานจัดการระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (ARM)
รวมทั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Commits : PTC) มีความ
เข้มแข็ง ทำให้การดำเนินงานระบบการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการของโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานได้อย่างคล่องตัว

๑๖.(KPI30) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง (ร้อยละ ๑๐)

เป้าหมายให้ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๑๐ ผลงาน เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๖.๑๘

- โรคหัวใจ ส่งต่อ PCI และ F/U
- มะเร็ง CA Breast/ Liver (Radiation) และ Thyroid (Iodine131)
- ตา โดย ROP

ส่วนกลางรับประสานศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการเชื่อมโยงข้อมูลสู่ส่วนกลาง

ปัญหาอุปสรรค

๑. โครงสร้างไม่ชัดเจนในการบริหารจัดการ บุคลากรที่รับผิดชอบงานไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและยื่นหนังสือลาออกแล้ว

๒. ระบบ Thai refer ไม่มีผู้ดูแลระบบ

ข้อเสนอแนะ

๑. การจัดทำกรอบโครงสร้างอัตรากำลังและบทบาทหน้าที่ของศูนย์ส่งต่อให้ชัดเจนในระยะต่อไป
๒. ประสาน Programmer เขต จังหวัดในการเชื่อมโยงและดูแลระบบ

สาขาสุขาภพจิต

M16. (KPI34) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขาภพจิต (>ร้อยละ ๕๕)

M17. (KPI35) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (< ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน)

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน	๓.๙๗ ต่อประชากรแสนคน (๒๘ คน)*
ร้อยละของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิม	ร้อยละ ๒	ยังไม่ครบรอบการประเมิน
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๔.๑๒
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขาภพจิต	≥ ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๗๒.๐๒**
ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๑	ร้อยละ ๒.๑๔***
ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขาภพจิต	ร้อยละ ๙	ร้อยละ ๑๖.๙๗****

หมายเหตุ

* ที่มา : ข้อมูลจากพื้นที่ ณ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๑

** ที่มา : Thai depression ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๑

*** ที่มา : Thai alcohol ข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๑

**** ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑

ปัญหาในการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
ด้านบุคลากร	- พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในระดับ รพศ./ การแก้ไขการพูด - โครงสร้าง/ งบประมาณและอัตรากำลังด้านสุขภาพ จิตและจิตเวชให้เพียงพอกับภาระงาน	- หลักสูตรระยะสั้นสำหรับ PG สุขภาพจิตเด็กและ วัยรุ่น/ หลักสูตรอบรมด้านการแก้ไขการพูด - โครงสร้าง/ งบประมาณและอัตรากำลังด้าน สุขภาพจิตและจิตเวช
ด้านระบบการช่วยเหลือ	- การเจรจาต่อรองกรณีผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองใน โรงพยาบาล - การสอบสวนโรคผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (psychological autopsy)	- จัดอบรมการเจรจาต่อรองกับผู้ป่วยก้าวร้าวหรือ พยายามฆ่าตัวตาย - ผลักดันให้พื้นที่ที่มีการสอบสวนโรค (psychological autopsy)
ด้านระบบการติดตาม	- การติดตามผู้ป่วยฆ่าตัวตายต่อเนื่องในเครือข่าย สาธารณสุข	- โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเตรียมชุมชนร่วมกับ เครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความ เสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน - บูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พขอ.) ครอบคลุมทุกตำบล เพื่อการดูแล ช่วยเหลือผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต

สาขากุมารเวชกรรม

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

เป้าหมาย ให้ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๑๐ หรืออัตราป่วยตาย น้อยกว่าร้อยละ ๑

ผลงาน อัตราป่วยตาย เท่ากับ ๐ (๐/๙๒๓)

Best Practice

- Neonatal prevent sepsis : Improve quality increase survival รพ.พุทธโสธร
- พุทธโสธร Asthma score

ข้อเสนอแนะ

- การเพิ่มศักยภาพการดูแลทางเดินหายใจผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคปอดบวมด้วย High flow nasal canula เพื่อลดการส่งต่อและการใส่ท่อช่วยหายใจใน รพ.ระดับ M2 (มีที่ รพ.สนามชัยเขต)

สิ่งที่ฝากส่วนกลาง

- โควตาพิเศษสำหรับพยาบาลที่จะเข้าอบรมเฉพาะทางทางเดินหายใจ ๔ เดือน

สาขาสตรี-นรีเวชกรรม

M24. (PLUS 2) ลดอัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด (เท่ากับ ๐)

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

เป้าหมาย - ลดอัตราตายจากตกเลือดหลังคลอด ๐%

- ลดการคลอดก่อนกำหนด ลดลงร้อยละ ๑๐ เทียบกับปีที่ผ่านมา หรืออัตราคลอดก่อน
กำหนด ร้อยละ <๑๑ (๖.๖๘)

- มีการวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอด โดยใช้ Robson ten group classification

ผลงาน - อัตราตายจากตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ ๐% (๐/๓,๗๘๗)

- อัตราคลอดก่อนกำหนด เพิ่มขึ้นร้อยละ ๐.๓๔

Best Practice

- การพัฒนาคุณภาพเพื่อลดภาวะการฉีกหลังคลอด รพ.พุทธโสธร

ข้อเสนอแนะ

- การถ่ายทอดนโยบายไม่ถึงผู้ปฏิบัติ
- การกำกับติดตามตัวชี้วัดและการเยี่ยมเครือข่ายต่อเนื่อง

สาขาสุภาพช่องปาก

ตัวชี้วัดกำกับ ติดตาม :

M26. (PLUS4) ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม.ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Board (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐)

M27. (PLUS5) อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๕)

สถานการณ์ จำนวนทันตบุคลากร จังหวัดฉะเชิงเทรา

- ทันตแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ๖๙ คน สัดส่วนต่อประชากร ๑ : ๙,๕๘๓ ทันตแพทย์เฉพาะทาง ๑๙ คน
- ทันตภิบาล ๙๕ คน สัดส่วนต่อประชากร ๑ : ๖,๙๖๐ (ประชากร HDC ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ : ๖๖๑,๑๙๔ คน)
- ผู้ช่วยงานทันตกรรม ๖๗ คน สัดส่วนทันตแพทย์/ทันตภิบาลต่อผู้ช่วยงานทันตกรรม ๑ : ๐.๔

เป้าหมายบริการ

- ประชาชนมีสุขภาพช่องปากดี เข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น
- หน่วยบริการสาธารณสุขจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ

QUICK WIN

ตัวชี้วัด	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
- อำเภอที่มี รพ.สต./ศสม. ทำได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๖๐
- อัตราการใช้บริการ	-	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๗.๕	ร้อยละ ๓๕

ผลงาน

ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม.ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหรือ District Health Board

- อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๒๗.๒๗ (๓ เดือน) และร้อยละ ๙๐.๙๑ (๖ เดือน) ทั้งนี้ รายอำเภอรอบ ๓ เดือน ไม่มีผลงาน และรอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๑๐๐ ยกเว้น อ.แปลงยาวที่ไม่มีผลงาน

- อำเภอที่จัดบริการฯ ครบ ๒ องค์ประกอบ ร้อยละ ๘.๒ (๓ เดือน) และร้อยละ ๖๒.๓ (๖ เดือน) ทั้งนี้ รายอำเภอรอบ ๓ เดือน อ.บางปะกง ร้อยละ ๑๕.๓๓ และ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๘.๓๘ นอกนั้น ไม่มีผลงาน และรอบ ๖ เดือน สูงสุด ร้อยละ ๑๐๐ ที่ อ.พนมสารคาม และ อ.ราชสาส์น (อ.บางคล้า ร้อยละ ๗๕ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๖๘.๗๕ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๖๖.๖๗ อ.เมืองฯ ร้อยละ ๖๕.๒๒ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๖๐ อ.บางน้ำเปรี้ยว และ อ.บางปะกง ร้อยละ ๕๓.๘๕ อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๔๐ และ อ.แปลงยาว ร้อยละ ๑๖.๖๗)

ข้อมูล	อำเภอ											จังหวัด
	ม	บค.	บป.	บก.	บพ.	พน.	รส.	สน.	ปย.	ทก.	คช.	
๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม	๘๒.๖๑	๗๕.๐๐	๕๓.๘๕	๖๙.๒๓	๖๘.๓๕	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๖.๖๗	๖๖.๖๗	๘๐.๐๐	๖๘.๘๕
๒๐๐ คนต่อพันประชากร	๗๘.๒๖	๘๗.๕๐	๗๖.๙๒	๖๑.๕๔	๗๕.๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๘๖.๖๗	๘๓.๓๓	๗๗.๗๘	๖๐.๐๐	๗๙.๕๑

อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่

- ภาพรวมจังหวัด ร้อยละ ๑๑.๐๔ (๓ เดือน) และร้อยละ ๒๖ (๖ เดือน) ทั้งนี้ รายอำเภอ รอบ ๓ เดือน สูงสุดที่ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๑๗.๙๗ ต่ำสุดที่ อ.บางคล้า ๖.๑๘ (อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๑๖.๔๘ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๑๓.๓๖ อ.บางปะกง ร้อยละ ๑๑.๙๕ อ.แปลงยาว ๑๐.๙๑ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๑๐.๓๑ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๑๐.๐๘ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๙ อ.เมืองฯ ร้อยละ ๘.๔๘ และ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๗.๑๒ และในรอบ ๖ เดือน สูงสุดที่ อ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๓๔.๓๗ ต่ำสุดที่ อ.บางคล้า ๑๙.๖๐ (อ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๓๓.๕๓ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๒๘.๑๒ อ.แปลงยาว ๒๘.๐๗ อ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๒๗.๙๒ อ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๒๖.๗๓ อ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๒๓.๐๔ อ.บางปะกง ร้อยละ ๒๒.๘๐ อ.เมืองฯ ร้อยละ ๒๒.๑๑ และ อ.ราชสาส์น ร้อยละ ๑๙.๘๗)

ข้อค้นพบ

๑. มีทันตแพทย์เฉพาะทางในสัดส่วนที่มาก
๒. การบริการทันตกรรมเฉพาะทางกำลังพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในโรงพยาบาลแม่ข่ายให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพ TDCA (Thai Dental Safety Goal) และพัฒนาระบบส่งต่อของจังหวัด
๓. ประเมินระบบบริการและส่งต่ออย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มสัดส่วนและลดระยะเวลารอคอยของงานทันตกรรมเฉพาะทาง

โอกาสพัฒนา

๑. พัฒนาศักยภาพของ CUP, ทันตบุคลากรให้บริการได้ตามเกณฑ์, การทำกิจกรรมตามกลุ่มวัย, การแก้ไขปัญหาในพื้นที่, การดูแลผู้ป่วยรองรับการจัดบริการใน PCC
๒. พัฒนาและขยายเครือข่ายเด็กไทยฟันดี
๓. จัดสรรทันตภิบาล/ ผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำ รพ.สต. ให้เพียงพอต่อประชากรที่รับผิดชอบ โดยสัดส่วน ทันตแพทย์/ทันตภิบาล : ผู้ช่วยงานทันตกรรม จาก ๑ : ๐.๔ เป็น ๑ : ๑

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ/ผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๑/๒๕๖๑

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของทีมตรวจราชการ	ผลการดำเนินงานตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ
ด้านบุคลากร ๑.ขาดทันตแพทย์และทันตบุคลากรปฏิบัติงาน ใน PCC ๒.ปัญหาความไม่ก้าวหน้าการเปลี่ยนสายงานและลาออกของทันตภิบาล ๓.ขาดแคลนทันตภิบาลประจำ รพ.สต. ๔.ขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำ รพ.สต.และหน่วยบริการทุกระดับ	-ส่งทันตแพทย์เข้ารับการอบรมทันตแพทย์ครอบครัว -จัดสรรทันตแพทย์และทันตบุคลากรลงปฏิบัติงานและรับผิดชอบอย่างชัดเจนใน PCC -นำข้อมูลไปสู่การจัดสรรนักเรียนทุนทันตแพทย์และทันตแพทย์ประจำบ้าน -สสอ.และโรงพยาบาลแม่ข่ายควรจัดสรรทันตภิบาลลงปฏิบัติงานอย่างน้อยตามกรอบ FTE -สสอ. และโรงพยาบาลแม่ข่ายควรจัดสรรงบประมาณในการจ้างผู้ช่วยทันตแพทย์หรือผู้ช่วยงานทันตกรรมในหน่วยบริการทุกระดับที่มีภาระงานมากและเป็นหน่วยรับส่งต่อ	-จัดทำแผนกำลังคน ๕ ปี ทันตแพทย์ทั่วไป, ทันตแพทย์ครอบครัวที่รับผิดชอบ PCC/ รพ.สต., ทันตแพทย์เฉพาะทาง, เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข -สนับสนุนความก้าวหน้าของทันตภิบาล, นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) และทันตภิบาลอาวุโส -จัดทำแผนให้ รพ.สต.ขนาด M มีทันตภิบาลปฏิบัติงานได้ โดยไม่คำนึงถึงจำนวนประชากรตามกรอบ FTE -กำหนดอัตราส่วนทันตบุคลากรต่อผู้ช่วยงานทันตกรรม ๑ : ๑
ด้านบริหารจัดการ ๑.ขาดแผนการจัดซื้อจัดหาวัสดุทันตกรรมทดแทน และขยายการบริการในหน่วยบริการทุกระดับในภาพรวมของจังหวัด ๒.โครงสร้างพื้นที่การทำงานของหน่วยบริการไม่เพียงพอต่อจำนวนทันตบุคลากรที่เพิ่มขึ้น	-จัดทำแผนความต้องการ ๕ ปี เพื่อกำหนดเป็นความต้องการของจังหวัดเรียงลำดับตามความสำคัญและเร่งด่วน -ทำแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ปรับปรุงพื้นที่ทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐานการทำงานบริการทันตกรรม	-วางแผนของบงทุนของเขต, งบสนับสนุนของท้องถิ่นและ อบจ. และงบค่าเสื่อมของ สปสช. ให้เป็นในทิศทางเดียวกัน -จัดทำแผนจัดสรรงบลงทุนและงบประมาณ เพื่อการปรับปรุงพื้นที่ทำงานให้ เพียงพอต่อทันตบุคลากรและอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| ๑. One day Surgery | ๘. Palliative Care |
| ๒. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Stroke) | ๙. ออโรบิติกส์ |
| ๓. โรคหัวใจ | ๑๐. โรคมะเร็ง |
| ๔. อุบัติเหตุและฉุกเฉิน | ๑๑. จักษุวิทยา |
| ๕. โรคไต | ๑๒. Intermediate Care |
| ๖. ปลุกถ่ายอวัยวะ | ๑๓. ทารกแรกเกิด |
| ๗. ยาเสพติด | ๑๔. Sepsis |

สาขา One day Surgery

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

ผลงาน ร้อยละ ๒๙.๘๘ (๔๙/๑๖๔ ราย)

สิ่งที่ตรวจพบ

๑. ให้บริการ ODS ๓ กลุ่มโรค ได้แก่ Hernia, Hydrocele, Esophagogastric varicesPlan ทำ Vaginal bleeding ต่อไป

๒. มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด และหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น

๓. บุคลากรและวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการขยายการบริการ

KSE : การให้ความร่วมมือของสหวิชาชีพ

: ลดความแออัด, ลดการ admit

: ลดค่าใช้จ่าย, ลดระยะเวลาในการเดินทางมาดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

- เพิ่มการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในรายโรคอื่น
- พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการเก็บข้อมูลการแพทย์
- เน้นการให้บริการเชิงรุก โดยมีการประชาสัมพันธ์
- หาแหล่งทรัพยากรในการผ่าตัดภายนอกโรงพยาบาล แต่อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ ๖

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

๑๔. (KPI28) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง ($\leq$ ร้อยละ ๗)

ผลงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ต.ค.๖๐-พ.ค.๖๑)
อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง	$\leq 7\%$	๑๑.๑๑ % (๗๙/๗๑๑ ราย)
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)	$\leq 25\%$	๓๕.๖๒ % (๕๗/๑๖๐ ราย)
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63-I69)	$\leq 5\%$	๓.๙๙ % (๒๒๒/๕๕๑ ราย)

Stroke Unit รพ.พุทธโสธร ๙ เตียง

สิ่งที่ตรวจพบ

- จำนวนผู้ป่วย stroke เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ปี ๕๘-๖๐ = ๑๔๒.๒๑ > ๑๓๕.๐๗ > ๑๔๖.๔๘ ต่อแสนประชากร
- อัตราตาย stroke เพิ่มขึ้น ปี ๕๘-๖๐ = ๑๗๗ >> ๑๙๘ >> ๒๓๐
- มี Stroke Corner ที่ รพ.พนมสารคาม จำนวน ๔ เตียง
- ผู้ป่วยเข้าถึงการได้รับยา เฉลี่ย ๔๘.๑๖ นาที

ปัญหาอุปสรรค

- ประชาชนขาดความรู้การนำของโรคและความ ตระหนักในการมา รพ. ได้ทันเวลา
- ผู้ป่วยเข้ารับบริการ โดยระบบ EMS ๒.๓๖% (๑๓/๕๕๑ ราย)

ข้อเสนอแนะ

- ประชาสัมพันธ์เรื่อง stroke awareness และ stroke alert
- เพิ่มการเข้าถึงบริการและการมา รพ. ด้วย EMS และ ๑๖๖๙

สาขาโรคหัวใจ

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

๑๙. (KPI39) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (๒๘ ต่อประชากรแสนคน)

ผลงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ต.ค.๖๐-พ.ค.๖๑)
อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ	≤ ๒๗ ต่อแสนประชากร	๑๗.๑๘ % (๑๑๔/๗๐๔,๓๙๙ ราย)
ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	๑๐๐ %	๑๐๐% (๑๐/๑๐ แห่ง)
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับยาขยายหลอดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด/การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI)	≥ ๘๐ %	๙๕.๔๕ % (๖๓/๖๖ ราย)
ร้อยละของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล	< ๑๐ %	๓.๕๗ % (๒/๕๖ ราย)

สิ่งที่ตรวจพบ

- มีการพัฒนาเครือข่าย STEMI fast track ภายในจังหวัด
- ประชาชนขาดความรู้การนำของโรคและเข้าถึงบริการล่าช้า
- มีเตียงและเครื่องมือรองรับผู้ป่วย STEMI ๒ เตียงมี plan เปิดเพิ่มอีก ๒ เตียง
- รพ.ระดับ F2 เปิด Warfarin clinic ได้ ๙/๑๐ แห่ง
- อัตราการได้รับ Fibrinolytic agent within ๓๐ นาที ได้เท่ากับ ๓๖ นาที
- การลงข้อมูล ใน Thai ACS registry ได้ ๑๐๐ %

ปัญหาอุปสรรค

- มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ ๑ ท่าน
- ไม่มีห้องสวนหัวใจ
- พยาบาลประจำหน่วยไม่เพียงพอ
- มีการประสานความร่วมมือกับงานกับ NCD ในการประเมิน CVD Risk และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ยังไม่ได้เป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

- จัดทำสื่อและให้บริการ ๑๖๖๙ มากขึ้น
- เชื่อมโยงการให้บริการภายนอกจังหวัดแต่อยู่ในเขตบริการสุขภาพ

สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

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

ผลงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ต.ค.๖๐-พ.ค.๖๑)
อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	< ๑๒ %	๓.๓๐ % (๑๐๐/๓,๓๔ ราย)
ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ ESC คุณภาพ	≥ ๖๐ %	๑๐๐ % (๑๐/๑๐ แห่ง)
PS score > 0.75	< ๑ %	๐.๘๗ % (๒๑/๒,๔๑๑ ราย)

สิ่งที่ตรวจพบ

- มาด้วยระบบ EMS ร้อยละ ๙.๑๐ (๒,๕๕๕/ ๒๘,๕๑๖ ราย)
- อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย OHCA จำนวน ๓๙ ราย มี ROSC จำนวน ๑๗ ราย (ร้อยละ ๔๓.๕๙)
- มีอัตราการเสียชีวิต Trauma Brain Injury ร้อยละ ๗.๖๕ (๑๐๘/๑,๔๑๑)

ปัญหาอุปสรรค

- สถานที่คับแคบไม่สามารถขยายในแนวระนาบได้
- การเข้าถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ยาก
- ประชาชนเข้าถึงบริการ EMS น้อย

ข้อเสนอแนะ

- พัฒนาแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินให้สามารถเข้าถึงในการรับบริการได้ง่าย ใช้เวลาสั้น
- ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงบริการ EMS และเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงได้ง่ายและมีการจัดเก็บ

ข้อมูลจากภาคประชาชนถึงสาเหตุที่ไม่ใช้บริการ EMS เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา

สาขาโรคไต

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

ผลงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ต.ค.๖๐-พ.ค.๖๑)
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m ² /yr	≥ ๖๖ %	๖๖.๕๘ % (๔,๑๗๘/๖,๕๗๑ ราย)
หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรด.	๑๐๐ %	๑๐๐ % (๔/๔ แห่ง : รพ.พุทธโสธร, รพ.บางคล้า, รพ.บ้านโพธิ์, รพ.พนมสารคาม)
รพ.ระดับ F3 มีการบริการ CKD Clinic และเครือข่ายบริการโรคไต	๗๕ %	๑๐๐ % (๑/๑ แห่ง)

สิ่งที่ตรวจพบ

- รพ.สต.คัดกรองโรคไตระยะที่ 1 ถึง 3A, รพช.3B ถึง 4 ต้นและ รพ. A รับดู 4 ปลายถึง 5 Stage3+4 คัดกรองได้น้อย ไม่มีระบบ Palliative care ใน CKD
- ระยะเวลารอคอย HD ไม่มี, ระยะเวลาคอย CAPD ๑๓ วัน
- CAPD nurse ๑:๑๒๖ (เกณฑ์ <๑:๕๐) แต่พยาบาล HD มาช่วยงานด้าน PD และเป่าพยาบาล PD ๕ คน, PD Nurse มีครบทุก รพช. ยกเว้น รพ. คลองเขื่อน

ปัญหาอุปสรรค

- การทำ Vascular access ในผู้ป่วย HD
- Palliative care ยังไม่เป็นรูปธรรมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทน ไต

สาขาปลูกถ่าย

๒๑. (KPI45) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (๐.๗ : ๑๐๐)

ผลงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ต.ค.๖๐-พ.ค.๖๑)
บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย	๐.๗ : ๑๐๐ ใน รพ. A,S,M1 (Dead ๒,๐๑๔ : เป้าหมาย ๑๔ ราย)	๑๔.๒๘ % (๒/๑๔ ราย)
บริจาคดวงตาผู้เสียชีวิต	๑.๒ : ๑๐๐ ใน รพ. A,S,M1 (Dead ๒,๐๑๔ : เป้าหมาย ๒๔ ราย)	๘.๓๓ % (๒/๒๔ แห่ง)

สิ่งที่ตรวจพบ

- รพ.พุทธโสธร (A) เป็น Donor hospital, มีทีมดูแล Donor รูปแบบการส้างพลังบุญ
- มีศูนย์ข้อมูลและประสานการรับบริจาคอวัยวะ ๕ จุด
- มีคณะทำงาน ทีมดูแล Donor, PTCN และ PTCWN, ประชาสัมพันธ์/ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร
- กำหนด Standing order ในการดูแลผู้ป่วยที่บริจาคอวัยวะ
- จัดอบรมและส่งบุคลากรเข้าอบรมฯ
- มีกิจกรรมรณรงค์/ จัดบูธเพื่อขอรับบริจาคอวัยวะ
- มีนักจัดเก็บดวงตา ๒ คน
- มีผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะและดวงตา ดังนี้ ๑) อวัยวะและดวงตา ๒๔๖ ราย ๒) อวัยวะ

๒๘๑ ราย และ ๓) ดวงตา ๒๐๖ ราย

ปัญหาอุปสรรค

- ทศนคติของญาติผู้ป่วยในการบริจาคอวัยวะ
- ไม่มี PTCN full time

ข้อเสนอแนะ

- กระตุ้นการดำเนินงานเชิงรุกให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการบริจาคอวัยวะ

สาขายาเสพติด

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

ผลงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
Leading Indicator : ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (remission)	๙๐ %	๙๗.๗๓ % (๓๐๑/๓๐๘ ราย)
Lagging Indicator :	๕๐ %	๘๓.๑๒ % (๒๕๖/๓๐๘ ราย)

สิ่งที่ตรวจพบ

- ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ยาเสพติด มีพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด ๒ แห่ง (รพ.บางคล้า และ รพ.ราชสาส์น)
- มีพยาบาลผ่านการอบรมเวชศาสตร์ยาเสพติด ๑๐ แห่ง
- จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดรักษา รวมบำบัดทั้งหมด ๑,๐๓๗ ราย บันทึกร บสต. ๗๕๗ ราย เป็นระบบสมัครใจ บำบัดทั้งหมด ๒๖๒ ราย บันทึกร บสต. ๑๗๓ ราย และระบบบังคับ บำบัดทั้งหมด ๗๗๗ ราย บันทึกร บสต. ๕๘๔ ราย

ปัญหาอุปสรรค

- ผู้เสียชีวิตไม่ต้องการประกอบอาชีพ ทำให้กลับไปมีพฤติกรรมเสพติด
- กฎหมายเกี่ยวกับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดไม่เด็ดขาด เมื่อถูกจับกุมแล้วมีการประกันตัว ทำให้กลับไปกระทำความผิดซ้ำได้อีก
- ฐานข้อมูล บสต.ไม่สามารถติดตามข้อมูลระบบบังคับบำบัด (คุมประพฤติ) ได้ครบถ้วนและเป็น Real time

ข้อเสนอแนะ

- ชักถามอาชีพและความต้องการในการประกอบอาชีพทุกครั้ง
- ลงข้อมูลเข้าฐานข้อมูล บสต.อย่างสม่ำเสมอทุกเดือน

สาขาการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)**M15. (KPI32) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง(Palliative Care)**

- โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)

ผลงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	๑๐๐ % (๑๑ แห่ง)	๑๐๐ % (๑๑/๑๑ แห่ง)
ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ดำเนินการได้ตามมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง	๑๐๐ % (A =๑ แห่ง)	๘๓.๑๒ % (๒๕๖/๓๐๘ แห่ง)
ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3 ดำเนินการได้ตามมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง	๑๐๐ % (๑๐ แห่ง : M2 = ๑ แห่ง F1 = ๓ แห่ง F2 = ๕ แห่ง F3 = ๑ แห่ง)	๑๐๐ % (๑๐/๑๐ แห่ง)
ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปีรายงาน ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care planning (ACP)	≥ ๕๐ %	๘๓.๓๔ % (๕๒๒/๖๒๖ ราย)

สิ่งที่ตรวจพบ

- พยาบาล Palliative สามารถประเมินผู้ป่วยโดยใช้ PPSV2 ได้ทุกหอผู้ป่วย ยกเว้นแผนกห้องผ่าตัด
- ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง ยา Strong opioid ได้ทุกระดับโรงพยาบาล
- มีการใช้แพทย์ทางเลือกผสมผสานในการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน
- มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยลงสู่ชุมชนโดยใช้ระบบ COC และมีการติดตามเป็นระยะ
- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระดับ รพ.พุทธโสธรและระดับชุมชน

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
- ทีมสหสาขาวิชาชีพขาดความรู้เรื่องการทำ Family meeting และ Advance care plan	- สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้าน palliative care ทุกระดับ
- อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่เพียงพอ	- สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

สาขาออร์โธปิดิกส์

M19. KPI37) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture

- ร้อยละของเขตสุขภาพมีการจัดตั้งทีม Capture the fracture (ร้อยละ ๑๐๐)
- : เป้าหมาย เขตสุขภาพที่ ๖ ได้แก่ รพ.ชลบุรี

ผลงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture prevention	๑ ทีม	๑๐๐ % (๑/๑ แห่ง)
ร้อยละของผู้ป่วย Refracture prevention ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ	< ๓๐ %	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ร้อยละของผู้ป่วย Refracture prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล	> ๕๐ %	๔๕.๔๕ % (๑๐/๒๒ ราย)

สิ่งที่ตรวจพบ

- รพ.พุทธโสธร ยังไม่สามารถรักษา Tumor, Microsurgery, Pediatrics, Hand บางประเภท
- ยังพบปัญหาผู้ป่วย Open fracture long bone
- ความแออัดใน รพ.พุทธโสธร, การรอผ่าตัดนานทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice)

- คู่มือแนวทางการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อน สำหรับโรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต.

ปัญหาอุปสรรค

- โรคประจำตัว ความต้องการรักษาของผู้ป่วย
- ขาดบุคลากรในการรักษาและรวบรวมข้อมูล

สาขาโรคมะเร็ง

M20. (KPI40) ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด (ร้อยละ ๘๐)

ผลงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์	๘๐ %	๘๐ % (๑๐๐/๑๒๕ ราย)
ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์	๘๐ %	๘๙.๐๙ % (๙๘/๑๑๐ ราย)
ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์	๘๐ %	๘๖.๗๙ % (๔๖/๕๓ ราย) (RT รพ.มะเร็งชลบุรี)
อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ	≤ ๒๔.๖ ต่อแสนประชากร	๑๓.๔๐ ต่อแสนประชากร (๙๔ ราย)
อัตราการตายจากโรคมะเร็งปอด	≤ ๑๙.๘ ต่อแสนประชากร	๑๙.๘๒ ต่อแสนประชากร (๑๙๒ ราย)

สิ่งที่ตรวจพบ

- โรคมะเร็ง ๕ อันดับที่มีอัตราการเสียชีวิต คือ Lung Liver Hematologic Colorectal Breast CA ตามลำดับ
- ให้ยาเคมีบำบัดโดยแพทย์ Onco Med ๑ ท่าน
- มีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์โรคมะเร็ง ๗ ด้าน
- บันทึก Electronic Record-TCB ผ่านโปรแกรม HIS ของ รพ. และใช้ใน ๙ แผนกของ รพ.พุทธโสธร
- Fit Test เป้าหมาย ๒,๓๐๐ คน Colonoscope ๑๑๘ คน โดยแพทย์ รพ.พุทธโสธรและแพทย์จาก

ภายนอก พบเป็นมะเร็ง ๑ คน

ปัญหาอุปสรรค

- มีแพทย์อายุรกรรมโรคกระเพาะ ๑ ท่านดูแลผู้ป่วยทั้งหมด
- มี colonoscopy ๑ ตัว
- พยาบาลประจำแผนก ๑ ท่าน
- ไม่มีข้อมูลในผู้ป่วยที่ Refer ไปรับการรักษาต่อ

ข้อเสนอแนะ

- เพิ่มการจัดเก็บข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ส่งต่อไปรักษาที่อื่น
- หาแหล่งทรัพยากรทางการวินิจฉัยและรักษาภายในเขตบริการสุขภาพ

สาขาจักษุวิทยา

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

ผลงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	≥ ๘๕ %	๗๐.๓๓ % (๔๑๐/๕๘๓ ราย)
ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา	≥ ๘๕ %	๘๗.๘๙ % (๖๒,๔๙๐/๗๑,๑๐๓ ราย)

สิ่งที่ตรวจพบ

- จักษุแพทย์ ๒ คน (ไม่มีที่ รพช.), พยาบาลเวชปฏิบัติ ๑๐ คน
- Refer out ROP เท่ากับ ๑๐๐ %
- ลงข้อมูลในโปรแกรม vision 2020 แบบ Real Time
- Fundus camera ๖ เครื่อง (รพ. A ๑ เครื่อง ศสม ๑ เครื่อง และ รพช. ๔ เครื่อง) วางแผนเพิ่มปีละ ๑ เครื่องในปี ๖๑ และ ๖๒, เครื่องวัดความดันลูกตาด้านนอก ๓ เครื่อง (รพ. A ๒ เครื่อง รพ. บางน้ำเปรี้ยว ๑ เครื่อง)
- เครื่องมือผ่าตัด ๗ ชุด วางแผนเพิ่มอีก ๒ ชุด เป็น ๙ ชุด

ปัญหาอุปสรรค

- การคัดกรองสายตาผิดปกติ สงสัยตาบอด โดย อสม. ยังพบว่ามีข้อผิดพลาด

ข้อเสนอแนะ

- อบรม อสม., รพ.สต. เพื่อให้การประเมินเป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรอง

สาขาดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

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

ผลงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (M2=1 F1=3 F2=5 F3=1)	> ๑๐ %	๔๐.๐๐ % (๔/๑๐ ราย)

สิ่งที่ตรวจพบ

- ดูแล IMC ใน Pt stroke Traumatic Brain/ Spinal cord injury/ COPD/ ผู้สูงอายุและกลุ่มอื่นๆที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราเป็นแกนนำในการพัฒนาระบบการดูแล IMC ของเครือข่ายสุขภาพในจังหวัด
- มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย IMC ในจังหวัด
- มีการจัดทำใบส่งตัวสำหรับผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการต่อเนื่องใน รพช. โดยกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
- มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทาง Thai Refer

ปัญหาอุปสรรค

- สหวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่เพียงพอ
- ไม่มีการจัดตั้งกองทุนระดับจังหวัด
- ระบบ IT ในการเชื่อมโยงข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

- เพิ่มพูนทักษะความรู้แก่บุคลากรโรงพยาบาลชุมชน
- การรับปรึกษา (consult) จากโรงพยาบาลชุมชน
- รพช.สำรวจความพร้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์/ จัดทำแผนดำเนินการจัดหา อุปกรณ์ทางการแพทย์

เพื่อรองรับ refer back

- เชื่อมโยงระบบ Thai refer กับ HOS XP ของ รพ.พุทธโสธร

สาขาโรคทารกแรกเกิด

M14. (KPI31) อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (๓.๔ ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีวิต)

ผลงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	< ๓.๔ : พันทารกแรกเกิด	๒.๓๘ : พันทารกแรกเกิด (๙/๓,๗๘๗ ราย)
จำนวนเตียง NICU	๑ : ๕๐๐ ทารกแรกเกิด	๑ : ๖๐๐ ทารกแรกเกิด (๑๓ เตียง/๗,๖๘๖ ราย) (ต้องมี ๑๕ เตียง)
ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	> ๘๐ %	๙๘.๘๑ % (๓,๗๔๒/๓,๗๘๗ ราย)

สิ่งที่ตรวจพบ

- กุมภาพันธ์แพทย์ทั้งเขตมี ๔ ท่าน โดย ๒ ท่านประจำที่ รพ.พุทธโสธร

นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice)

- Prevent sepsis : improved quality increase survival (รพ.พุทธโสธร)

ปัญหาอุปสรรค

- ไม่สามารถเพิ่มเตียง NICU ได้ตามเกณฑ์ เนื่องจากขาดบุคลากรด้านทารกแรกเกิด
- พบภาวะแทรกซ้อนจากการส่งต่อ
- ภาวะ Birth Asphyxia มีอัตราการเสียชีวิตและพิการสูง (เกิน ๒๕%)

สาขาอายุรกรรม (Sepsis)

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

ผลงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired	< ๓๐ %	๓๑.๐ % (๒๐๘/๖๗๗ ราย)
อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	≥ ๙๐ %	๙๔.๐ % (๓๑๕/๓๓๕ ราย)
อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	≥ ๙๐ %	๘๔.๒ % (๒๘๒/๓๓๕ ราย)
การได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม. แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	≥ ๙๐ %	๗๕.๑ % (๒๓๘/๓๑๗ ราย)
อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม.	≥ ๓๐ %	๙๔.๐ % (๑๐๖/๖๖๗ ราย)

สิ่งที่ตรวจพบ

- qSOFA ช่วยคัดกรองผู้ป่วยที่มีโอกาสเป็น Severe sepsis
- ใช้ SOS score ประเมินความรุนแรงของโรค
- เพิ่มศักยภาพจำนวนเตียง ICU ใน รพ.พุทธโสธร และโรงพยาบาล ระดับ M2 ได้แก่ รพ.พนมสารคาม
- ทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด
- อบรมทบทวนการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Sepsis/ Septic shock

ปัญหาอุปสรรค

- รพ.พุทธโสธร ได้มีการนำเวชระเบียนผู้ป่วยที่วินิจฉัย Severe sepsis/ septic shock มาใช้ในการวิเคราะห์การปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ แต่ยังพบว่าการทบทวนทำได้ประมาณ ๕๐ % ของผู้ป่วยทั้งหมด ๖๗๗ ราย
- รพ.พุทธโสธร มีจำนวนเตียง ICU ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ
- การให้สารน้ำ ๑.๕ ลิตร ใน ๑ ชั่วโมงแรกใน รพช.ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

สรุปผลการพัฒนา จ.ฉะเชิงเทรา วันที่ ๑๑ – ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑

จุดพัฒนา	จุดพัฒนาต่อยอด
ปลุกถ่ายอวัยวะ Organ = ๑๔.๒๘ %, Cornea = ๘.๓๓ % อัตราตาย Stroke = ๙.๒๙ % (≤ ๗ %) Refracture Prevention (RP) - ผู้ป่วย RP ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ = กำลังดำเนินการ (< ๓๐%) - ผู้ป่วย RP ที่ต้องได้รับการผ่าตัดใน ๗๒ ชม. ๔๕.๔๕ % (≥ ๕๐%)	Cancer - ผ่าตัด ๔ wks = ๘๐ % (≥ ๘๐ %) - เคมีบำบัด ๖ wks = ๘๙.๐๙ % (≥ ๘๐ %) - รังสีรักษา ๖ wks = ๘๖.๗๙ % (≥ ๘๐ %) Newborn - อัตราตายทารก ≤ ๒๘ วัน ≥ ๕๐๐ gm. = ๒.๓๘ (≤ ๓.๔ ต่อพันการเกิดมีชีพ) หัวใจ - อัตราตายโรคหัวใจ = ๑๖.๑๘ (< ๒๗ ต่อแสน ปชก.) - F2 ให้อาละลายลิ่มเลือด = ๑๐๐% - STEMI ได้ยา + PCI = ๙๕.๔๕ (≥ ๘๐ %) - อัตราตาย STEMI = ๓.๕๗ (< ๑๐ %)

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)

หน่วยงาน	จำนวน	ระดับ ๔	ระดับ ๕
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	๑	๑	๑
โรงพยาบาลศูนย์	๑	๑	๑
โรงพยาบาลชุมชน	๑๐	๑๐	๑๐
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	๑๑	๑๑	๑๑
รวม	๒๓	๒๓	๒๓

- มีแผนดำเนินการครอบคลุมทุกหน่วย ร้อยละ ๑๐๐
- การสร้างนักบริหารความสุขและนักสร้างสุข
- การใช้แผนฯ ใน ๒๓ หน่วยงาน จาก ๒๓ หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

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

ปี ๒๕๖๑ อัตราการคงอยู่ของบุคลากรแยกตามประเภทการจ้างภาพรวม ร้อยละ ๙๘.๗๕ เป็นพนักงานราชการ ร้อยละ ๑๐๐ ข้าราชการ ร้อยละ ๙๙.๖๙ พกส. ร้อยละ ๙๘.๔ ลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ ๙๗.๘๖ และลูกจ้างประจำ ๙๕.๑๙

๒๙. (KPI60) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๙๐)

ไตรมาสที่ ๑ ประเมินตนเองข้อ EB4 - EB6 หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้างที่ระดับ 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 มีผลการประเมินตนเอง ผ่านระดับ ๕ จำนวน ๒๓ แห่ง

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ
- มีผู้รับผิดชอบดำเนินการและประสานงานชัดเจน

๓๐. (KPI61) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (>ร้อยละ ๒๐)

ผลการดำเนินงาน การจัดซื้อร่วมของโรงพยาบาลในจังหวัดฉะเชิงเทราภาพรวม ร้อยละ ๔๖.๘๑ เป็นยา ร้อยละ ๕๑.๘๗ วัสดุการแพทย์ ร้อยละ ๓๓.๕๕ วัสดุทันตกรรม ร้อยละ ๔๖.๕๒ วัสดุเอกซเรย์ ร้อยละ ๙๙.๑๑ และวัสดุวิทยาศาสตร์ ร้อยละ ๒๐.๘๙

ร้อยละของมูลค่าจัดซื้อร่วมแยกตามโรงพยาบาล

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| - รพ.พุทธโสธร ร้อยละ ๔๓.๔๔ | - รพ.ราชสาส์น ร้อยละ ๕๙.๕๔ |
| - รพ.บางคล้า ร้อยละ ๓๙.๑๐ | - รพ.สนามชัยเขต ร้อยละ ๕๕.๖๓ |
| - รพ.บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๔๕.๕๑ | - รพ.แปลงยาว ร้อยละ ๕๔.๖๐ |
| - รพ.บางปะกง ร้อยละ ๖๙.๙๐ | - รพ.ท่าตะเกียบ ร้อยละ ๔๗.๓๐ |
| - รพ.บ้านโพธิ์ ร้อยละ ๓๖.๘๖ | - รพ.คลองเขื่อน ร้อยละ ๖๑.๘๓ |
| - รพ.พนมสารคาม ร้อยละ ๔๗.๓๕ | |

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- มีการแจ้งให้ผู้บริหารทุกระดับรับทราบแผน นโยบายการบริหาร จัดการเวชภัณฑ์
 - มีการวางแผนการดำเนินงานและปฏิบัติตามแผน โดยคณะกรรมการ ระดับเขต จังหวัด และอำเภอ
- อย่างเป็นระบบและขั้นตอน
- มีการติดตาม ควบคุม กำกับ และส่งกลับข้อมูลผลการดำเนินงานให้ พื้นที่รับทราบอย่างสม่ำเสมอ
 - นำเสนอผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบ
 - ผู้บริหารให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่

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

แนวทางการดำเนินงาน

๑. จัดทำแผนปฏิบัติการโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
 ๒. จัดทำคำสั่งคณะกรรมการติดตามและกำกับดูแลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ
- ภาครัฐ
๓. จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวด ๑ และ หมวด ๕
 ๔. การประเมินผลการดำเนินงานและการรายงาน ครบถ้วนตรงเวลา

ผลการดำเนินงาน

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับความสำเร็จ ระดับ ๕
 - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๑๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ระดับความสำเร็จ ระดับ ๕
- สรุป : ประเมินผลในไตรมาสที่ ๔

ปัญหาอุปสรรค

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ PMQA และการชี้แจงเกณฑ์การจัดทำที่ล่าช้า

ข้อเสนอแนะ

๑. การสนับสนุนความรู้ด้านวิชาการเกี่ยวกับ PMQA และแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนสนับสนุนหน่วยงานภูมิภาค
๒. การนำกระบวนการ PMQA มาทบทวนและวิเคราะห์ OFI ก่อนการจัดทำแผนปฏิบัติของหน่วยงาน จะทำให้แผนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

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

ผลงาน

- รพศ./รพท. ร้อยละ ๑๐๐
- รพช. ร้อยละ ๑๐๐ (รพ.คลองยั้งเปิดดำเนินการรับผู้ป่วยในไม่ครบ ๓ ปี)

Key Success Factor	โอกาสพัฒนา
๑. มีการพัฒนาเครือข่ายด้วยระบบที่เลี้ยงและขับเคลื่อนงานคุณภาพแบบมีส่วนร่วม	- เตรียมพัฒนา รพ. ทุกแห่งเข้าสู่มาตรฐานฉบับที่ ๔ เริ่มมีผลบังคับใช้ ในวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑
๒. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและถอดบทเรียนและวางแผนการดำเนินงานร่วมกันเพื่อเตรียมรับการประเมินซ้ำ (Re-accreditation)	

แผนรับรองการพัฒนาตามมาตรฐาน HA ของโรงพยาบาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา

Status Hospital				ปีงบประมาณ			
โรงพยาบาล	ชั้น	วันรับรอง	วันหมดอายุ	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
พุทธโสธร	๓	๙ ม.ค.๕๘	๘ ม.ค.๖๑	Re2			
บางคล้า	๓	๒๕ มี.ค.๕๙	๒๔ มี.ค.๖๒		Re2		
บางน้ำเปรี้ยว	๓	๒๙ ม.ค.๖๑	๒๘ ม.ค.๖๔				Re2
บางปะกง	๓	๓๑ ม.ค.๖๐	๓๐ ม.ค.๖๓			Re3	
บ้านโพธิ์	๓	๒๓ ส.ค.๕๙	๒๒ ส.ค.๖๑	Re1			
พนมสารคาม	๓	๑๐ ม.ค.๖๐	๙ ม.ค.๖๓			Re4	
ราชสาส์น	๓	๒๔ ม.ค.๖๐	๒๓ ม.ค.๖๒		Re1		
สนามชัยเขต	๓	๒๗ มี.ค.๖๐	๒๖ มี.ค.๖๓			Re2	
แปลงยาว	๓	๒๗ ต.ค.๕๘	๒๖ ต.ค.๖๑		Re2		
ท่าตะเกียบ	๓	๒๑ ก.ค.๖๐	๒๐ ก.ค.๖๓			Re2	
คลองเขื่อน	-	-	-				

***รพ.พุทธโสธร รับประเมินซ้ำ (re accreditation2) วันที่ ๒๘ -๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ติด Focus ๓ ระบบ คือ IC ENV RM ส่งเอกสารแล้ว รอวันเยี่ยมจาก สรพ.

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	๑๓	๑๔	๖๖.๖๖
บางคล้า	๘	๑	๕	๖	๗๕.๐๐
บางน้ำเปรี้ยว	๑๒	๔	๔	๘	๖๖.๖๖
บางปะกง	๑๒	๒	๔	๖	๕๐.๐๐
บ้านโพธิ์	๑๖	๓	๕	๘	๕๐.๐๐
พนมสารคาม	๑๒	๖	๖	๑๒	๑๐๐.๐๐
ราชสาส์น	๒	๐	๒	๒	๑๐๐.๐๐
สนามชัยเขต	๑๕	๒	๕	๗	๔๓.๓๓
แปลงยาว	๖	๑	๓	๔	๕๐.๐๐
ท่าตะเกียบ	๘	๐	๔	๔	๕๐.๐๐
คลองเขื่อน	๕	๐	๑	๑	๒๐.๐๐
รวมภาพจังหวัด	๑๑๗	๒๐	๕๒	๗๒	๖๑.๕๓

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

เกณฑ์การประเมินผล	ผลการดำเนินงาน
<u>การปฏิบัติงานตามแผนการตรวจสอบภายใน</u> ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	- การปฏิบัติงานตามแผน คิดเป็น ๑๐๐%
<u>การรายงานผลการตรวจสอบภายในตามแผน</u> ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑	- รายงานผลการตรวจสอบแล้ว
ติดตามการดำเนินการตาม <u>มาตรการแก้ไขปัญหาหนี้ค่าสาธารณูปโภค ค้างชำระ</u> รอบ ๖ เดือนหลัง	ไตรมาสที่ ๒ มีหนี้ค้างชำระทั้งสิ้น ๘,๖๐๑,๕๙๙.๙๖ บาท (ยอดค้างชำระ ณ วันที่ ๓๑ มี.ค.๖๑) (ปัจจุบันไม่มียอดค้างชำระ)
<u>การจัดส่งผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ๕ มิติ</u> ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	- จัดส่งผลการประเมินครบทุกหน่วยแล้ว - จัดทำแผนพัฒนาองค์กรส่งแล้ว
<u>จัดทำแผนพัฒนาองค์กร ๕ มิติ</u> กรณีที่ผลการประเมินต่ำกว่าร้อยละ ๙๐	

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ทุกหน่วยงานควรร่วมมือกันขับเคลื่อนการวางระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงในทุกกลุ่มงาน เพื่อเป็นการ ป้องกัน และช่วยลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน

ผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ๕ มิติ ในภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา

- ด้านการเงิน ร้อยละ ๙๖
- ด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ ๙๓
- ด้านงบการเงิน ร้อยละ ๙๕
- ด้านงบบริหารพัสดุ ร้อยละ ๙๕
- ด้านระบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง ร้อยละ ๙๒

หมายเหตุ ทุกมิติต้องผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป

ภาพรวมของหน่วยบริการในจังหวัดฉะเชิงเทรา ผ่านเกณฑ์ ทั้ง ๕ มิติ

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

ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

- คุณภาพบัญชี ระดับ B (รพ.บางคล้า รพ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.บ้านโพธิ์ และ รพ.สนามชัยเขต)
- สร้างเครือข่ายพัฒนาระบบคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการ

สรุปผลการดำเนินงาน จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลดำเนินการ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑. ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ $\geq$ ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับแผนทางการเงิน (Planfin) <i>ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</i>	> ร้อยละ ๘๐	๘๑.๘๑	/	
๒. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้และค่าใช้จ่ายสูงหรือต่ำกว่าแผน ไม่เกินร้อยละ ๕ <i>ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐</i>	> ร้อยละ ๗๐	๙.๐๙		∠
๓. ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน > ๔ ตัว จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน ๗ ตัว <i>ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕</i>	> ร้อยละ ๖๕	๑		∠
๔. ร้อยละของหน่วยบริการที่มีคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ที่กำหนด <i>ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ (อิเล็กทรอนิกส์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐</i>	> ร้อยละ ๗๐	๑๐๐	/	
๕. ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็นศูนย์ต้นทุนนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณเข้าระบบ GFMS <i>ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕</i>	> ร้อยละ ๗๕	๑๐๐	/	
๖. ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลัง (CFO และ Auditor) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพและบุคลากรด้านการเงินการคลังที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตร <i>ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</i>	> ร้อยละ ๘๐	๑๐๐	/	

.....