

ประเด็นจากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๖
รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จังหวัดฉะเชิงเทรา
ระหว่างวันที่ ๗ - ๙ มกราคม ๒๕๖๒

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

ประกอบด้วย ๕ ประเด็นหลัก ๑๒ ตัวชี้วัด

ประเด็นหลักที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑.(KPI1) อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) (PA-ผตร.1)/ (Pins1)

สถานการณ์

อัตราส่วนการตายมารดาไทย ระดับเขต ปี ๒๕๕๖-๒๕๖๑ คือ ๑๐.๘, ๑๔.๕, ๘.๓, ๗.๒, ๑๘.๖ และ ๑๗.๔ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งในปี ๒๕๖๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทยรายจังหวัดตามลำดับ ได้แก่ จังหวัดระยอง (๓๙.๗๗) จังหวัดปราจีนบุรี (๓๔.๙๔) จังหวัดสระแก้ว (๓๔.๑๑) จังหวัดจันทบุรี (๑๗.๒๗) จังหวัดสมุทรปราการ (๘.๙๗) จังหวัดตราด และจังหวัดฉะเชิงเทรา (๐.๐) (ที่มา : สำนักส่งเสริม กรมอนามัย ณ วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๑)

สาเหตุการตายมารดา ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑ จำแนกตามสาเหตุทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ ๕/๒, ๕/๒, ๒/๒, ๑๐/๕ และ ๕/๘ ราย ตามลำดับ (ที่มา : MCHB ณ วันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๑)

ในปี ๒๕๕๙ มีมารดาตาย ๑ ราย จาก PPH ปี ๒๕๖๐ ๑ ราย จาก HT, HIV ส่วนปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๑) ไม่มีมารดาตาย

ปี ๒๕๖๑ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง พบว่ามีความเสี่ยง ร้อยละ ๕๐.๕๒ ได้รับการดูแลและส่งต่อภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด ๕ อันดับ (จากโรคอัยรุกรม) ๑) โรคโลหิตจาง ๒) ติดสารเสพติด (บุหรี่, เหล้า, คนใกล้ชิดสูบบุหรี่) ๓) เบาหวาน ๔) ไวรัสตับอักเสบบี ๕) ความดันโลหิตสูง

อำเภอ/ ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์* (ร้อยละ)	เมืองฉะเชิงเทรา	บางคล้า	บางน้ำเปรี้ยว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนามชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	คลองเขื่อน
Early ANC	๗๕.๔๔	๗๖.๔๗	๗๑.๖๗	๔๐.๐	๔๑.๙๔	๖๕.๙๘	๑๘.๗๕	๔๙.๔๑	๓๑.๑๑	๖๐.๐	๕๓.๘๕
Complete ANC	๖๒.๒๘	๖๗.๖๕	๔๕.๘๓	๓๗.๕๐	๒๙.๐๓	๕๕.๖๗	๑๒.๕๐	๒๕.๐	๒๒.๒๒	๔๒.๐	๓๘.๔๖
เยี่ยมหลังคลอด ๓ ครั้ง	๖๗.๖๕	๔๕.๑๖	๔๐.๐	๑๖.๙๒	๑๘.๓๓	๕๓.๖๗	๔๐.๙๑	๑๘.๐๖	๒๔.๗๔	๑๕.๗๑	๔๒.๘๖

ข้อค้นพบ

- ปี ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ ไม่พบอัตราตายของมารดา
- การขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องผ่าน คกก. MCH Board และ คกก. Service plan สติ กุมภาพันธ์
- มีการพัฒนาศักยภาพ จนท.สมำเสมอ (ซักซ้อมสถานการณ์ ปีละ ๑-๒ ครั้ง ทุก รพช., อบรมการป้องกันการตกเลือด (Double condom intrauterine balloon temponade)
- จัดทำแนวทาง/คู่มือ พร้อมชี้แจงการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉิน

โอกาสพัฒนา

- การส่งเสริม Health literacy ให้กับประชาชน ผ่านกระบวนการ รร.พ่อแม่
- วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อออกแบบกระบวนการทำงานร่วมกัน
- วางแผนร่วมกับอายุรแพทย์ เรื่องกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรตั้งครรภ์

๒.(KPI2) ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

๒.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ร้อยละ ๙๐) (PA-ผตร.2)/ (Pins2)

๒.๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า (ร้อยละ ๒๐)

๒.๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม/ส่งต่อ (ร้อยละ ๙๐)

๒.๔ ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I (ร้อยละ ๖๐)

๒.๕ (KPI3) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ ๕๗)

สถานการณ์

ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ ระดับเขตได้คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี (เกณฑ์ : ร้อยละ ๙๐) คือ ร้อยละ ๒๔.๘๗, ๗๖.๕๖ และ ๗๙.๓๘ พบสงสัยล่าช้า (เกณฑ์ : $\geq$ ร้อยละ ๒๐) ร้อยละ ๙.๐๓, ๑๐.๑๒ และ ๑๓.๘๒ พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ (เกณฑ์ : ร้อยละ ๙๐) ร้อยละ ๓๙.๘๔, ๖๕.๔๐ และ ๗๗.๖๕ โดยในปี ๒๕๖๑ เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I (เกณฑ์ : ร้อยละ ๖๐) ร้อยละ ๒๙.๑๗

ปี ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๑) จังหวัดฉะเชิงเทราดำเนินงานพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน ในเด็กอายุ ๐-๕ ปี ซึ่งคัดกรองพัฒนาการ (เกณฑ์ : ร้อยละ ๙๐) ได้ร้อยละ ๕๖.๘๒ พบสงสัยล่าช้า (เกณฑ์ : $\geq$ ร้อยละ ๒๐) ร้อยละ ๑๖.๒๙ พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ (เกณฑ์ : ร้อยละ ๙๐) ร้อยละ ๕๓.๕๐ และเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I (เกณฑ์ : ร้อยละ ๖๐) ร้อยละ ๘๐.๐ (ที่มา : HDC ณ วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๒)

อำเภอ/ ข้อมูลเด็กอายุ ๐-๕ ปี* (ร้อยละ)	เมืองฉะเชิงเทรา	บางคล้า	บางน้ำเปรี้ยว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนามชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	คลองเขื่อน
คัดกรองพัฒนาการ	๕๒.๖๘	๕๕.๓๗	๖๗.๕๕	๗๑.๑๓	๔๗.๕๓	๕๙.๗๓	๔๑.๙๔	๖๔.๒๔	๓๑.๙๐	๔๕.๒๙	๖๙.๖๒
พบสงสัยล่าช้า	๖.๔๔	๑๑.๑๙	๑๕.๔๐	๒๐.๗๘	๑๖.๐	๒๓.๑๒	๒.๕๖	๒๕.๔๔	๒๑.๐๑	๕.๗๔	๑๐.๙๑
ได้รับการติดตาม/ส่งต่อ	๔๒.๐	๒๐.๐	๖๖.๖๗	๗๓.๔๐	๕.๐	๕๓.๐๑	๐	๔๑.๕๔	๘๐.๐	๗๐.๐	๕๐.๐
ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	๑๐๐	๕๐.๐	๐	๑๐๐	๑๐๐	๐	๐	๑๐๐	๐	๐	๐

หมายเหตุ LBW ร้อยละ ๕.๐๑

ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ ผลงานระดับเขต เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน (เกณฑ์ : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗) ร้อยละ ๔๔.๙๑, ๔๖.๐๔ และ ๕๓.๖๕

ส่วนผลงานจังหวัดฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๕๔.๗๓ จำแนกรายอำเภอ ได้แก่อำเภอเมืองฯ ร้อยละ ๕๑.๕๘ อำเภอบางคล้า ร้อยละ ๕๘.๕๐ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๕๑.๕๓ อำเภอบางปะกง ร้อยละ ๖๔.๓๕ อำเภอบ้านโพธิ์ ร้อยละ ๕๙.๓๖ อำเภอพนมสารคาม ร้อยละ ๕๑.๑๗ อำเภอราชสาส์น ร้อยละ ๔๘.๒๘ อำเภอสนามชัยเขต ร้อยละ ๕๖.๔๗ อำเภอแปลงยาว ร้อยละ ๔๙.๙๕ อำเภอท่าตะเกียบ ร้อยละ ๕๒.๓๘ และอำเภอคลองเขื่อน ร้อยละ ๖๖.๑๕

ปี ๒๕๖๒ จังหวัดฉะเชิงเทราให้เด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยารักษาเสริมธาตุเหล็ก (เกณฑ์ : ร้อยละ ๗๐) ร้อยละ ๕๘.๖๑ จำแนกรายอำเภอ ได้แก่อำเภอเมืองฯ ร้อยละ ๕๓.๑๘ อำเภอบางคล้า ร้อยละ ๗๗.๕๗ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๖๔.๑๐ อำเภอบางปะกง ร้อยละ ๖๔.๔๑ อำเภอบ้านโพธิ์ ร้อยละ ๖๐.๙๑ อำเภอพนมสารคาม ร้อยละ ๔๙.๖๕ อำเภอราชสาส์น ร้อยละ ๒๔.๘๓ อำเภอสนามชัยเขต ร้อยละ ๕๕.๑๔ อำเภอแปลงยาว ร้อยละ ๔๗.๙๓ อำเภอท่าตะเกียบ ร้อยละ ๗๐.๐๑ และอำเภอคลองเขื่อน ร้อยละ ๖๓.๖๔ (ที่มา : HDC ณ วันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๑)

การให้เด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก มีเป้าหมาย ๑ ตำบล ๑ อำเภอ : พัฒนาทุกอำเภอ ซึ่งจังหวัดฉะเชิงเทรา กำหนด ดังนี้ ตำบลบ้านใหม่ และตำบลคลองนา อำเภอเมืองฯ ตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า ตำบลดอนเกาะกาและตำบลดอนฉิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ตำบลสองคลองและตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง ตำบลแหลมประดู่และตำบลสิบเอ็ดศอก อำเภอบ้านโพธิ์ ตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม ตำบลเมืองใหม่ อำเภอราชสาส์น ตำบลคูยายหมี อำเภอสนามชัยเขต ตำบลวังเย็น อำเภอแปลงยาว ตำบลคลองตะเกรา อำเภอท่าตะเกียบ และตำบลบางโรง อำเภอคลองเขื่อน

ข้อค้นพบ

๑. จังหวัดมีการ MOU งานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตให้ทุกตำบลขับเคลื่อนงานตามนโยบายเพื่อสร้างต้นแบบ “ส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ”
๒. มี Best Practice ที่ รพ.แปลงยาว ธนาคารนแม่ในสถานบริการสาธารณสุข
๓. ระบบการส่งต่อเครือข่ายพัฒนาการเด็ก (Node) ที่เพียงพอ (Node รพ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.บางคล้า รพ.พนมสารคาม และ รพ.บางปะกง)

โอกาสพัฒนา

๑. ขยายพื้นที่ดำเนินงานเชิงรุกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ในสถานประกอบการ/โรงงานในพื้นที่
๒. ดำเนินงานเชิงรุกการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วย DSPM ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และรับดูแลเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ
๓. เสริมสร้าง Health Literacy การเลี้ยงดู/ดูแลเด็ก ผ่านกระบวนการที่มีอยู่ เช่น รร.พ่อแม่ ธรรมนูญประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ
๔. ทบทวนระบบการส่งต่อเด็กพัฒนาการล่าช้าในจังหวัดและการบันทึก ข้อมูลรหัสคัดกรองให้ทันเวลาที่กำหนด

ประเด็นหลักที่ ๒ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

๓.(KPI6) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (ไม่เกิน ๓๘ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี พันประชากร) (Pins3)

สถานการณ์

ปี ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๑) จังหวัดฉะเชิงเทรา พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี* ๕.๔๗ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปีพันประชากร (เกณฑ์ : ไม่เกิน ๓๘ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปีพันประชากร) การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี** ร้อยละ ๑๒.๐๓ (เกณฑ์ : ไม่เกินร้อยละ ๑๐) มีการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่และคุมกำเนิดกึ่งถาวร*** ร้อยละ ๑๒.๐๓ (เกณฑ์ : ร้อยละ ๘๐) ร้อยละ ๓๑.๖๕ และ ร้อยละ ๘๔.๐ ตามลำดับ (ที่มา : HDC ณ วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๒)

อำเภอ/ข้อมูล หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	เมืองฉะเชิงเทรา	บางคล้า	บางน้ำเปรี้ยว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนมชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	คลองเขื่อน
การคลอดมีชีพ*	๕.๔	๓.๑	๖.๘	๓.๒	๒.๓	๔.๖	๒.๙	๑๐.๔	๔.๔๙	๖.๔๘	๑๐.๓๑
การตั้งครรภ์ซ้ำ**	๑๐.๐	๐.๐	๑๑.๑	๙.๕	๐.๐	๑๑.๘	๐.๐	๒๐.๐	๐.๐	๔๐.๐	๐.๐
การคุมกำเนิด***											
- วิธีสมัยใหม่	๑๐.๐	๑๐๐	๑๖.๗	๔๗.๖	๓๓.๓	๘๘.๒	๐.๐	๓๒.๐	๐.๐	๘๐.๐	๐.๐
- กึ่งถาวร	๖๖.๖๗	๑๐๐	๑๐๐	๖๐.๐	๑๐๐	๑๐๐	๐.๐	๘๗.๕	๐.๐	๗๕.๐	๐.๐

ข้อค้นพบ

๑. ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับพื้นที่ผ่าน คกก.พชอ.
๒. นิเทศ/เยี่ยมเสริมพลัง วิเคราะห์และคืนข้อมูลให้แก่พื้นที่ สร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน พรบ.ฯ การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับพื้นที่
๓. มีการบูรณาการงาน กับ MCH Board
๔. ศึกษาวิจัยเรื่อง การขับเคลื่อน พรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร่วมกับ คอ.๖

โอกาสพัฒนา

๑. ผลักดันให้คณะกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นดำเนินการตามหน้าที่
๒. การเข้าถึงบริการ ให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่/คุมกำเนิดกึ่งถาวร

ประเด็นหลักที่ ๓ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยสูงอายุ๔.(KPI7) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๗๐) (Pins4)สถานการณ์

ปี ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) จังหวัดฉะเชิงเทราดำเนินงานตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๕.๕๙ (เกณฑ์ : ร้อยละ ๗๐) (ที่มา : รายงานประจำเดือน ผลการดำเนินงานโครงการ Long Term Care ณ วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒)

อำเภอ/ ข้อมูล* (ร้อยละ)	เมืองฉะเชิงเทรา	บางคล้า	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนามชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกรา	คลองเขื่อน
ตำบล LTC*	๗๓.๖๘	๓๓.๓	๖๐.๐	๓๓.๓	๗๐.๖	๑๐๐	๖๖.๗	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ข้อค้นพบ

๑. ชี้แจงนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุทุกระดับที่เกี่ยวข้อง
๒. มีตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๕.๕ (เป้าหมายร้อยละ ๗๐ ปี ๒๕๖๒)
๓. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ เรื่อง ระเบียบการเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC
๔. เตรียมจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน LTC (ประสบการณ์ การดำเนินงาน/ปัญหาอุปสรรค และขยายพื้นที่ที่มีผลงานเด่น)

โอกาสพัฒนา

๑. สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็ง เป็นกลไกที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
๒. ขับเคลื่อนตำบล LTC ให้ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย โดยเฉพาะอำเภอบางคล้า อำเภอบางปะกง และอำเภอคลองเขื่อน

ประเด็นหลักที่ ๔ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๕.(KPI12) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital (รพ.ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๔๐ และ รพ.ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง) (PA-ผตร.3)/ (Pins8)

สถานการณ์ ปี ๒๕๖๑

รพ. ในเขตสุขภาพที่ ๖ ทั้งหมด ๗๙ แห่ง ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไปทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ระดับดี ร้อยละ ๗๗.๒๒ และระดับดีมาก ร้อยละ ๓๓.๖๔ (ที่มา : DOH Dashboard กรมอนามัย ณ วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๑)

จังหวัด/ ข้อมูล* (แห่ง)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
พื้นฐาน	๑๕	๙	๑๒	๗	๑๑	๔	๗	๑๐	๗๙
ดี	๑๕	๔	๙	๖	๘	๖	๖	๗	๖๑
ดีมาก	๖	๑	๒	๔	๓	๔	๓	๒	๒๕

ปี ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) จังหวัดฉะเชิงเทรา มี รพ.ที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๒๗.๒๗ (๓ แห่ง) (เกณฑ์ : รพ.ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๔๐) (ที่มา : DOH Dashboard กรมอนามัย (ข้อมูลจาก สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย) ณ วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๑)

อำเภอ/ ข้อมูล* (แห่ง)	เมืองฉะเชิงเทรา	บางคล้า	บางน้ำเปรี้ยว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนามชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	คลองเขื่อน	รวมจังหวัด
พื้นฐาน	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑๑
ดี	๐	๐	๐	๑	๑	๐	๑	๑	๐	๑	๐	๙
ดีมาก	๐	๑	๐	๐	๐	๑	๐	๐	๑	๐	๐	๓

ข้อค้นพบ

๑. มีการบูรณาการงานร่วมกับ รพ.สต.ติดดาว
๒. ตั้งเป้าหมายดีมาก plus ไว้ ๓ แห่ง ได้แก่ รพ.พนมสารคาม รพ.บางคล้า และ รพ.แปลงยาว
๓. ตั้งเป้าหมายดีมาก ๓ แห่ง ได้แก่ รพ.ท่าตะเกียบ รพ.บางปะกง และ รพ.บ้านโพธิ์

นวัตกรรม

- การประหยัดพลังงานด้วยหลอดไฟ LED รพ.บางคล้า
- ตะกร้าดักไขมันจากโรงครัวของโรงพยาบาลแปลงยาว
- ตลาดนัดสีเขียว รพ.พนมสารคาม

โอกาสพัฒนา

๑. การพัฒนาระดับดีมาก plus หน่วยบริการมีโอกาสพัฒนา เจ้าหน้าที่และเครื่องมือดำเนินการด้านอาชีวเวชศาสตร์และอาหารปลอดภัย
๒. ควบบูรณาการงาน Green & Clean ร่วมกับงานอาหารปลอดภัย และอาชีวเวชศาสตร์
๓. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในคลินิกคนและสัตว์ ควบบูรณาการ กับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานคุ้มครองผู้บริโภค และสำนักงานปศุสัตว์จังหวัด เพื่อให้มูลฝอยติดเชื้อถูกกำจัดอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

๖.(KPI9) ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และ
ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (๕ ขั้นตอน) (Pins5)

จังหวัดมีศูนย์ EOC และทีมตระหนักรู้สถานการณ์(SAT) สามารถปฏิบัติงานได้จริง

กิจกรรม	การดำเนินงาน
๑. พัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด	ไตรมาส ๑ - ขั้นตอนที่ ๑ : ผู้บริหาร (ผชช. ว. ผชช. ส. ผอ.รพศ./ รพท.) และหัวหน้ากลุ่มภารกิจทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร
๒. เตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ ระดับจังหวัดและจัดอัตรากำลัง	ไตรมาส ๒ - ขั้นตอนที่ ๒ : ทีม SAT : เฝ้าระวัง ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ : มีตารางปฏิบัติงานของทีม SAT รายสัปดาห์ทั้งปี แต่มีรายชื่อที่ซ้ำกัน : มีการจัดทำ spot report
๓. ซ้อมแผนและการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) เน้นคุณภาพ เน้น IAP	ไตรมาส ๓ - ขั้นตอนที่ ๓ : วิเคราะห์ความเสี่ยง RRA RNA และประเมินสถานการณ์โรคและภัย ทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน - ขั้นตอนที่ ๔ : - จัดทำรายชื้ออัตรากำลัง (Surge capacity plan) ตามระดับความรุนแรงของภาวะฉุกเฉิน - ขั้นตอนที่ ๕ : ICS ➡ Activate EOC : ซ้อมแผน ➡ (IAP)

ข้อค้นพบ	โอกาสพัฒนา
- ผู้บริหารผ่านการอบรม ๑ ท่าน (ที่เหลือ ผชช.ส. ผอ.รพศ./ รพท.) ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร	สคร. ประสานการเข้ารับการอบรม ICS : ของ กรม.ในรอปลดไป
- ภาวะปกติมีการตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ฯ (SAT) และประเมินเหตุการณ์ การประเมินความเสี่ยงการจากเหตุฉุกเฉินหรือภัยต่างๆ แต่เป็นการแยกทีมงาน ได้แก่ งาน RTI ภัยพิบัติ งาน CD และงาน Env.Occ.	พัฒนาทีมฯจากเจ้าหน้าที่ทุกกลุ่มฯ เป็นทีมตรวจสอบข่าวการเกิดโรคหรือเหตุการณ์ ผิดปกติ (SAT) ประจำสัปดาห์ ถ้าไม่มีเหตุการณ์ก็สรุปเป็น Zero report เสนอ ผู้บังคับบัญชา
- จังหวัดสามารถจัดการภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดของไข้เลือดออกหรือมลพิษสิ่งแวดล้อม (ขยะอิเล็กทรอนิกส์ในสถานประกอบการ และอุทกภัย) อย่างมีประสิทธิภาพ	เน้นการบริหารจัดการ (Human Resource) ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์(Surge capacity plan) ในกรณีภาวะฉุกเฉินในแต่ละระดับความรุนแรง กรณีเกิดเหตุการณ์ที่รุนแรง โดยซ้อมแผนฯกับภาคีเครือข่าย จัดทำ Incident Action plan เพื่อทราบถึงทรัพยากรที่ให้การสนับสนุน

๗.(KPI10) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Pins6)

๗.๑ ร้อยละการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป

๗.๒ ร้อยละการคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ($\geq$ ร้อยละ ๙๐)

๗.๓ อัตรากลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ($\geq$ ร้อยละ ๙๐)

๗.๔ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ($\leq$ ร้อยละ ๒.๐๕)

๗.๕ อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) ($\geq$ ร้อยละ ๓๐)

๗.๑ ร้อยละการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป

ปี ๒๕๖๒ ไตรมาสแรก เกือบทุกอำเภอ **ดำเนินการคัดกรองน้อยกว่าปีที่ผ่านมา** อำเภอที่ดำเนินการคัดกรองได้ดีในปี ๒๕๖๒ คือ **อ.บางน้ำเปรี้ยว** และ **อ.เมืองฉะเชิงเทรา** (ที่มา : HDC ณ วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๒)

๗.๒ ร้อยละการคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ($\geq$ ร้อยละ ๙๐)

ปี ๒๕๖๒ ไตรมาสแรก อำเภอที่ดำเนินการคัดกรองความดันโลหิตสูงตามเป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ ๙๐ อำเภอที่ดำเนินการคัดกรองได้ดี คือ **อ.บางน้ำเปรี้ยว** (ที่มา : HDC ณ วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๒)

๗.๓ อัตรากลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ($\geq$ ร้อยละ ๓๐)

ปี ๒๕๖๒ ไตรมาส ๑ ดำเนินการตรวจน้ำตาลซ้ำได้ตามเป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ ๓๐ (ร้อยละ ๔๙.๔๐ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๖๑.๗๑) อำเภอที่ดำเนินการตรวจน้ำตาลซ้ำได้ดี คือ **อ.บางน้ำเปรี้ยว** ร้อยละ ๘๙ (ที่มา : HDC ณ วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๒)

๗.๔ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ($\leq$ ร้อยละ ๒.๐๕)

ปี ๒๕๖๒ ไตรมาส ๑ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ได้ตามเป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ ๒.๐๕ ซึ่งพบว่าเบาหวานรายใหม่ น้อยกว่าเป้าหมายเกือบทุกอำเภอ ยกเว้น **อ.คลองเขื่อน** ที่ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น (ที่มา : HDC ณ วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๒)

พื้นที่/ ข้อมูล* (ร้อยละ)	อ.เมืองฉะเชิงเทรา	อ.บางคล้า	อ.บางน้ำเปรี้ยว	อ.บางปะกง	อ.บ้านโพธิ์	อ.พนมสารคาม	อ.ราชสาส์น	อ.สนามชัยเขต	อ.แปลงยาว	อ.ท่ายะใหญ่	อ.คลองเขื่อน	รวมจังหวัด	เขต ๖	ประเทศ
DM รายใหม่	๐.๗๕	๐.๕๗	๐.๕๑	๐.๘๓	๐.๖๗	๐.๕๗	๑.๒๔	๐.๐๐	๑.๕๖	๐.๕๔	๒.๕๘	๐.๕๗	๐.๕๙	๐.๕๑

ข้อค้นพบ	โอกาสพัฒนา
๑. ในภาพรวม ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงน้อยกว่าปีที่ผ่านมา	- วิเคราะห์ปัญหา และเร่งรัดการคัดกรอง ในอำเภอที่มีการดำเนินการไม่ถึงเป้าหมายในอำเภอที่ทำได้ในไตรมาสแรก เช่น รพ.บางน้ำเปรี้ยว
๒. ผู้ป่วย DM รายใหม่ ใน อ.คลองเขื่อน (ร้อยละ ๒.๕๘) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และอำเภอราชสาส์น HT รายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ร้อยละ ๒.๐๐)	- เร่งรัดนิเทศและติดตามการดำเนินงานในกลุ่มเสี่ยง โดยนำ 4 Intervention (สนทนาสร้างแรงจูงใจ อาหารที่เหมาะสม วัดความดันโลหิตที่บ้าน โปรแกรมการจัดการเบาหวานในชุมชน) เพื่อผู้ป่วยรายใหม่ในอำเภอที่มีแนวโน้มพบรายใหม่สูง

๘.(KPI26) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (Pins7)

๘.๑ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ ($\geq$ ร้อยละ ๔๐)

๘.๒ ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ($\geq$ ร้อยละ ๕๐)

ปี ๒๕๖๑ ภาพรวมจังหวัด DM/HT ควบคุมได้ค่อนข้างดี DM ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ ๔๐.๖๔ (ระดับเขต : ร้อยละ ๓๒.๐๑ ระดับประเทศ : ร้อยละ ๒๖.๙๒) HT ร้อยละ ๔๗.๒๔ ยังต่ำกว่าเป้าหมาย (ระดับเขต : ร้อยละ ๓๔.๘๓ ระดับประเทศ : ร้อยละ ๔๑.๗๑) **อ.บางปะกง ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ทั้ง DM/HT คุมได้**

ปี ๒๕๖๒ ไตรมาสแรก DM อำเภอส่วใหญ่ทำได้ดี ภาพรวมจังหวัดได้ ร้อยละ ๑๘.๙๓ (ระดับเขต : ร้อยละ ๑๕.๐๖ ระดับประเทศ : ร้อยละ ๑๒.๘๕) ส่วน HT ร้อยละ ๙.๑๙ (ระดับเขต : ร้อยละ ๘.๙๓ ระดับประเทศ : ร้อยละ ๑๑.๑๗) ควรเร่งรัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อคุม HT ได้มากขึ้น ในไตรมาสถัดไป

ผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จ.ฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑

รพ.เข้าร่วมประเมิน ๑๑ แห่ง (๑๐๐%) ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ร้อยละ ๙๐.๙๑ **ไม่ผ่าน ร้อยละ ๙.๐๙** เป็นระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๙ ระดับดี ร้อยละ ๘๒ และระดับดีมาก ร้อยละ ๙ (หมายเหตุ : ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus (ผ่านระดับดีขึ้นไป))

จังหวัด/ ข้อมูล (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ผ่านเกณฑ์	๓๓.๓๓	๒๒.๒๒	๖๐.๐	๒๘.๕๗	๙๐.๙๑	๑๐๐	๘๕.๗๑	๓๓.๓๓	๔๙.๓๒
ไม่ผ่านเกณฑ์	๖๖.๖๗	๗๗.๗๘	๔๐.๐	๗๑.๔๓	๙.๐๙	๐	๑๔.๒๙	๖๖.๖๗	๕๐.๖๘

ผลการประเมิน ส่วนที่ ๑ กระบวนการ ๖ องค์ประกอบ จ.ฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑

องค์ประกอบ ๑ - ๖ ร้อยละ ๘๑.๐๓, ๘๕.๗๑, ๘๕.๗๕, ๗๒.๗๓, ๘๓.๖๔ และ ๗๖.๐๔ ตามลำดับ ซึ่งองค์ประกอบที่ต้องพัฒนา เน้นองค์ที่ ๔ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และองค์ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

ผลการประเมิน ส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ (๑๕ ตัวชี้วัด) จ.ฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑

๑. สถานบริการส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๓๓.๖๔ ไม่ผ่าน ร้อยละ ๓๖.๓๖

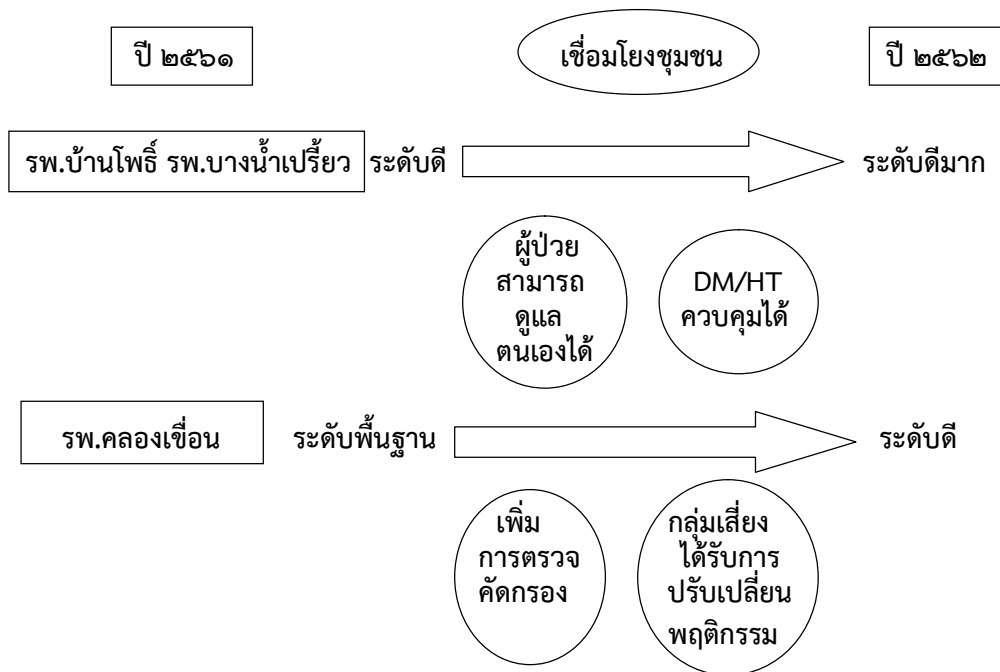
๒. ตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย จำนวน ๕ ตัวชี้วัด ใน ปี ๒๕๖๑

- DM/HT ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในพื้นที่
- คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา
- ไขมัน LDL/ อ้วนลงพุง

๓. ตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย และยังเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์บริการ NCD⁺ ปี ๒๕๖๒

- ไขมัน LDL/ อ้วนลงพุง

แนวทางการยกระดับ NCD Clinic Plus จ.ฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๒



ข้อค้นพบ	โอกาสพัฒนา
๑. ปี ๒๕๖๒ ไตรมาสแรก DM อำเภอส่วใหญ่ แนวโน้มทำได้ดี (ร้อยละ ๑๘.๙) ส่วน HT ทำได้น้อยกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๙.๑๙)	- ควรเร่งรัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อคุม HT ได้มากขึ้น ในไตรมาสต่อไป
๒. จากผลประเมิน NCD Clinic Plus ในปี ๒๕๖๑ องค์ประกอบที่ต้องพัฒนา ปี ๒๕๖๒ - ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง - ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	- ควรยกระดับอำเภอที่ผ่านพื้นฐานและระดับดี - ควรวิเคราะห์ GAP และพัฒนาให้ผ่านตามเกณฑ์
๓. มีระบบการติดตามข้อมูลในการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (ใช้การตรวจสอบใน DATA exchange) - อำเภอท่าตะเกียบได้รับรางวัล ผลงานดีเด่น จากสมาคมโรคไตในเรื่อง CKD	- ควรมีการผลักดันการใช้ข้อมูลในระบบให้เกิดประโยชน์และสามารถเชื่อมโยง ทำให้เกิดผลงานของสถานบริการอื่นๆได้เพิ่มขึ้น

๙. จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ (๓ ล้านคน) (Pins9)

(ไตรมาส ๑-๒ มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ ๓ ล้านคน ไตรมาส ๓-๔ คนสูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ๓ ล้านคน)

บุหรี่: โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

อำเภอ/ ข้อมูล (ร้อยละ)	ฉะเชิงเทรา	บางคล้า	บางน้ำเปรี้ยว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนมชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	คลองเขื่อน	รวมจังหวัด
ได้รับการคัดกรอง	๖.๙๖	๑๑.๙๕	๒๙.๓๒	๑๒.๑๒	๖.๑๓	๗.๗	๒๑.๗๕	๖.๔๙	๒๓.๘๖	๑๑.๘	๒๙.๓๔	๑๕.๒๒
ผู้สูบบุหรี่	๗.๕๘	๑๔.๑๔	๗.๒	๑.๗๕	๖.๒๓	๒๕.๘๘	๘.๔๓	๕.๖	๑๓.๕๔	๘.๒๗	๙.๙๕	๙.๘๗
ได้รับการบำบัด	๕๑.๕๙	๘๒.๑๒	๑๙.๙๔	๓๕.๗๗	๕๑.๓๗	๙๗.๖๑	๖๓.๖๙	๙๘.๗๒	๙๔.๙๕	๘๒.๙๓	๗๗.๕๔	๖๘.๗๔

ข้อค้นพบ

๑. จัดทำแผนการถ่ายทอดนโยบาย แนวทาง และองค์ความรู้ให้กับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนและงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๒. การติดตามและเฝ้าระวังกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกสูบแล้ว
๓. มีการชักชวนให้ออสม.เป็นต้นแบบในการเลิกสูบบุหรี่ และ ออสม.มีการดำเนินการสำรวจ ค้นหาผู้สูบบุหรี่ ขอให้เข้าร่วมโครงการฯ
๔. ออสม. ส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ ผ่านแบบ อสม.1 ให้รพ.สต. เพื่อเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา
๕. การจัดสรรเวชภัณฑ์สมุนไพรที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดการเลิกสูบบุหรี่ ใน รพ.และ รพ.สต.

โอกาสพัฒนา

๑. การจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานทั้งในระดับระดับจังหวัด และอำเภอ
๒. สร้างความเข้าใจ และการเห็นความสำคัญในการค้ำข้อมูลในข้อมูล HDC ให้กับผู้รับผิดชอบในหน่วยบริการ
๓. การกำหนดนโยบายของผู้บริหารในการเป็นองค์กรปลอดบุหรี่และบุคคลต้นแบบของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในจังหวัด
๔. มีการประกวดพื้นที่ต้นแบบ best practice ในการบำบัดผู้สูบบุหรี่
๕. การดำเนินมาตรการทั้งในชุมชน โรงเรียน เพื่อเป็นการควบคุมและป้องกันการบริโภคยาสูบ

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประกอบด้วย ๔ ประเด็นหลัก ๑๖ ตัวชี้วัด

ประเด็นหลักที่ ๑ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care Cluster)

๑๐. (KPI8) ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (ร้อยละ ๖๐)
(PA-ปลัดฯ1)/ (Pins10)

สถานการณ์

จังหวัดฉะเชิงเทรา มี ๑๑ อำเภอ ได้ดำเนินการ นำร่อง ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๒ อำเภอ (อ.บางน้ำเปรี้ยว และ อ.บ้านโพธิ์) ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑ อำเภอ (อ.พนมสารคาม) และ ปี ๒๕๖๑ ดำเนินการครอบคลุม ทั้ง ๑๑ อำเภอ

ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต

มีการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ๒ เรื่อง/อำเภอ ครบ ทั้ง ๑๑ อำเภอ (คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐)

ข้อค้นพบ

- Unity team มีความเป็นครอบครัวเดียวกัน และมีการสร้างความร่วมมือกับหลายภาคส่วน
- มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อน ประเด็นการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ปัญหา อุปสรรค
- พื้นที่
- การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ วางแผน แก้ไข และสรุปประเมินผลการแก้ไขตามประเด็นปัญหาของพื้นที่
 - ความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของในพื้นที่แต่ละอำเภอ

- โอกาสพัฒนา
- การจัดตั้งทีมเยี่ยมเสริมพลังระดับจังหวัด ที่บูรณาการ หลายภาคส่วน เพื่อเยี่ยมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ

๑๑. (KPI13) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) (เป้าหมาย กำหนดให้ PCC ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ยอดสะสมร้อยละ ๓๖)/ (PCC เป้าหมาย กำหนดรายเขต) (PA-ปลัด๓2)/ (Pins11)

สถานการณ์

คลินิกหมอครอบครัวเปิดดำเนินการ ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ จำนวน ๑๔ ทีม ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียน 3S

เป้าหมายการจัดตั้ง PCC ปี ๒๕๖๒

- เปิดดำเนินการ ๒ แห่ง (อ.บางน้ำเปรี้ยว และ อ.เมืองฯ)
- ทบทวนแผนการจัดตั้งและประเมินตนเองตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียน

จุดเด่นและข้อค้นพบ

- มี รพ.พุทธโสธร เป็นสถาบันหลักในการผลิตแพทย์ FM
- รพ.แม่ข่ายให้การสนับสนุนทรัพยากรใน PCC อย่างเต็ม
- การทำงานเป็นทีมเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน

ปัญหา อุปสรรค

- ขาดแพทย์ที่สมัครใจเรียนต่อ FM และ อบรมหลักสูตร FM ระยะสั้น
- ทีมสหวิชาชีพไม่เพียงพอต่อการเปิด PCC

โอกาสพัฒนา

- การสร้างแรงจูงใจแพทย์ที่จะศึกษาต่อ FM
- การพัฒนา Application ใน PCC เป้าหมาย

๑๒. (KPI47) ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (เป้าหมาย รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐ และระดับ ๕ ดาวสะสม ร้อยละ ๖๐) (PA-ปลัด๓3)/ Pins12)

สถานการณ์

- จังหวัดฉะเชิงเทรา มี รพ.สต. จำนวน ๑๑๗ แห่ง
- ปี ๒๕๖๐ ผ่านระดับ ๕ ดาว จำนวน ๒๐ แห่ง (ร้อยละ ๑๗.๐๙)
 - ปี ๒๕๖๑ ผ่านระดับ ๕ ดาว (ยอดสะสม) จำนวน ๗๐ แห่ง (ร้อยละ ๕๙.๘๒)
 - รพ.สต.ต้นแบบระดับจังหวัด ๒ แห่ง

เป้าหมายปี ๒๕๖๒

- พัฒนา รพ.สต.ที่เหลือ จำนวน ๒๗ แห่ง ให้เข้าสู่ กระบวนการพัฒนาและมีผลการพัฒนาระดับ ๓ ดาว
- ขึ้นไป

สิ่งที่ค้นพบ

- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบปฐมนิเทศ ระดับจังหวัด และถ่ายทอดนโยบายสู่ทีมนำระดับอำเภอ ผ่านการทำ MOU
- ทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอสนับสนุนการทำงานของพื้นที่

ปัญหา อุปสรรค

- บทบาทการสนับสนุนจากเครือข่ายบริการ (บาง CUP) ยังไม่ชัดเจน
- การพัฒนาตามเกณฑ์ เพื่อให้ได้คุณภาพต้องใช้เวลา

โอกาสพัฒนา

- เสริมและพัฒนาทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอให้มีความเข้มแข็ง
- เน้นการทำงานและสร้างเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา รพ.สต. ติดตาม

ประเด็นหลักที่ ๒ การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ

๑๓. (KPI16) อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ($\geq$ ร้อยละ ๘๕) (PA-ปลัด๔4)/ Pins13)

การรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ในปอด (PA) จ.ฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑ (ผู้ป่วย ๑๒๕ ราย)

พื้นที่/ ข้อมูล (ร้อยละ)	เมืองฉะเชิงเทรา	บางคล้า	บางน้ำเปรี้ยว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนามชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	รวมจังหวัด	เขต ๖
สำเร็จ	๘๙.๓	๖๐.๐	๘๑.๘	๘๕.๗	๘๘.๙	๘๙.๕	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๗๕.๐	๙๐.๙	๘๘.๐	๘๗.๕
กำลังรักษา	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๑.๐
ขาดยา	๓.๖	๒๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๑๒.๕	๐.๐	๒.๔	๒.๕
ล้มเหลว	๓.๖	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๕.๓	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๑.๖	๐.๙
โอนออก	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐.๖
เสียชีวิต	๓.๖	๒๐.๐	๑๘.๒	๑๔.๓	๑๑.๑	๕.๓	๐.๐	๐.๐	๑๒.๕	๙.๑	๘.๐	๗.๖

ผลการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จ.ฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑ (ผู้ป่วย ๗๐๔ ราย)

พื้นที่/ ข้อมูล*(ร้อยละ)	เมืองฉะเชิงเทรา	บางคล้า	บางน้ำเปรี้ยว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนามชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	คลองเขื่อน	รวมจังหวัด	เขต ๖
สำเร็จ	๕๓.๓	๕๒.๒	๖๐.๐	๖๗.๕	๗๕.๙	๖๙.๑	๕๗.๑	๖๘.๔	๕๓.๗	๖๙.๘	๗๕.๐	๖๑.๘	๕๔.๕
กำลังรักษา	๒๗.๑	๒๖.๑	๒๗.๑	๒๖.๒	๑๓.๘	๑๔.๗	๑๔.๓	๒๑.๕	๓๑.๗	๒๓.๓	๒๕.๐	๒๔.๔	๓๒.๙
ขาดยา	๕.๑	๑๓.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๔.๔	๐.๐	๐.๐	๒.๔	๒.๓	๐.๐	๒.๗	๒.๙
ล้มเหลว	๐.๕	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๑.๕	๐.๐	๑.๓	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๔	๐.๓
โอนออก	๗.๐	๐.๐	๐.๐	๓.๒	๓.๔	๐.๐	๐.๐	๕.๑	๗.๓	๐.๐	๐.๐	๓.๘	๔.๑
เสียชีวิต	๗.๐	๘.๗	๑๒.๙	๓.๒	๖.๙	๑๐.๓	๒๘.๖	๓.๘	๔.๙	๔.๗	๐.๐	๖.๘	๕.๔

สาเหตุการเสียชีวิตและการขาดยา ในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ จ. ฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑

- เสียชีวิต ๔๘ ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ ๘๓.๓ อายุ ๔๕-๖๔ ปี ร้อยละ ๔๗.๙ และอายุ $\geq$ ๖๕ ปี ร้อยละ ๒๙.๒ กลุ่มเสี่ยง เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิด ร้อยละ ๔๓.๘ และชุมชนแออัด ร้อยละ ๑๐.๔ สาเหตุ/โรคร่วม HIV ร้อยละ ๒๕ และระยะเวลาเสียชีวิตตั้งแต่เริ่มรักษา $\leq$ ๑ เดือน ร้อยละ ๕๘
- ขาดยา ๑๙ ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ ๘๔.๒ อายุ ๒๕-๔๔ ปี ร้อยละ ๕๗.๙ และอายุ ๔๕-๖๔ คน ร้อยละ ๒๖.๓ กลุ่มเสี่ยง เป็นชุมชนแออัด ร้อยละ ๓๑.๖ และผู้สัมผัสใกล้ชิด ร้อยละ ๓๑.๖ สาเหตุ/โรคร่วม ไม่ทราบ/ไม่มี Dot ร้อยละ ๘๙.๕ และระยะเวลาเสียชีวิตตั้งแต่เริ่มรักษา ๔-๕ เดือน ร้อยละ ๕๓

ผลสำเร็จการรักษาวัณโรค PA ๒๕๖๑

- เขต ๖ ผลสำเร็จการรักษา ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๘๗.๕
- จ.ฉะเชิงเทรา ผลสำเร็จการรักษา ร้อยละ ๘๘.๐ อ.บางคล้า ผลสำเร็จการรักษาต่ำ ร้อยละ ๖๐ ขาดยา ร้อยละ ๒๐ และตาย ร้อยละ ๒๐

การเสียชีวิต PA ปี ๒๕๖๑

- เสียชีวิต ๑๐ ราย ร้อยละ ๘.๐ เสียชีวิตสูงสุด อ.บางคล้า ร้อยละ ๒๐ บางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๑๘.๒
- การเสียชีวิต PA ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๔ ราย ร้อยละ ๒.๘ เสียชีวิตสูงสุด อ.เมือง ร้อยละ ๗๕.๐ และ อ.สนมชัยเขต ร้อยละ ๒๕.๐
- ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำไตรมาส ๑-๒ ปี ๒๕๖๑ ที่อยู่ระหว่างการรักษา พบ ๑๑ ราย

ตัวชี้วัด : ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ $\geq$ ร้อยละ ๘๒.๕

ร้อยละการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค เขต ๖ ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑

ผลการค้นหาขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑

- เขต ๖ การขึ้นทะเบียนรักษา ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
- จ.ฉะเชิงเทรา มีการขึ้นทะเบียนรักษา ปี ๒๕๖๑ ลดลงจากปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๔ (ร้อยละ ๖๒.๙ ในปี ๒๕๖๐ ลดเหลือ ร้อยละ ๖๐.๔ ในปี ๒๕๖๑)

จังหวัด/ ข้อมูล (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวม
ปี ๒๕๖๐	๗๔.๗	๘๓.๑	๖๕.๓	๖๕.๘	๖๒.๙	๖๘.๐	๘๒.๕	๗๗.๑	๗๔.๗
ปี ๒๕๖๑	๑๑๗.๑	๘๔.๒	๗๒.๔	๗๒.๔	๖๐.๔	๘๓.๗	๙๑.๐๖	๗๗.๙	๘๘.๓

ร้อยละการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค จ.ฉะเชิงเทรา รายอำเภอ ปี ๒๕๖๑

ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ปี ๒๕๖๑

- เขต ๖ เป้าหมาย ๙,๔๔๕ คน ขึ้นทะเบียน ๑,๘๕๘ คน (ร้อยละ ๑๙.๗)
- จ.ฉะเชิงเทรา เป้าหมาย ๑,๑๐๗ คน ขึ้นทะเบียน ๑๙๖ คน (ร้อยละ ๑๗.๗) อำเภอที่ขึ้นทะเบียนสูงสุด คือ อ.เมือง ร้อยละ ๓๕.๑ และ อ.สนมชัยเขต ร้อยละ ๒๑.๖

พื้นที่/ ข้อมูล (ร้อยละ)	เมืองฉะเชิงเทรา	บางคล้า	บางน้ำเปรี้ยว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนมชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	คลองเขื่อน	รวมจังหวัด	เขต ๖
ขึ้นทะเบียนรักษา	๓๕.๑	๕.๖	๕.๑	๑๔.๑	๑๔.๖	๑๒.๔	๕.๐	๒๑.๖	๑๔.๓	๑๖.๔	๑๐.๐	๑๗.๗	๑๙.๗

ร้อยละกลุ่มเสี่ยงที่ขึ้นทะเบียน จ.ฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑

กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ร้อยละ ๓๕.๗ และ ๗ กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๖๔.๓

- Contact case ร้อยละ ๒๑.๔ TB/ HIV ร้อยละ ๖.๖ Migrant ร้อยละ ๔.๖ Prison ร้อยละ ๑๒.๒
- Uncontrolled DM ร้อยละ ๘.๗ Elderly ร้อยละ ๙.๗ ชุมชนแออัด ร้อยละ ๑๐.๗ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ ๑.๐ และอื่นๆ ร้อยละ ๒๔.๐

จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนจำแนกรายเดือน ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑/๒๕๖๒ เดือนตุลาคม ๖๒/๗๐ ราย พฤศจิกายน ๕๒/๗๓ ราย ธันวาคม ๗๘/๔๔ ราย และเดือนมกราคม ๔๗/๗ ราย

จุดเด่น

มีนโยบายเร่งรัดการค้นหาวัดโรคให้ได้ตามเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม

- MOU คัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังแรกเริ่ม ร้อยละ ๑๐๐ รายเก่า CXR ร้อยละ ๑๐๐ ส่งผลให้สามารถค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำเข้าสู่ระบบการรักษาเพิ่มขึ้น
- มีเป้าหมายในการค้นหากลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิด ๕ ปีย้อนหลัง
- มีการประสานความร่วมมือ รพ.เอกชนในพื้นที่ ๒ แห่ง ให้มีการรายงานผู้ป่วยวัณโรคในระบบ TBCM ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี (รพ.เกษมราชกูร และ รพ.จุฬารัตน์)
- มีการประสานความร่วมมือกับร้านขายยาในพื้นที่ ในการคัดกรองซีกถามอาการที่เข้าได้กับผู้ป่วยวัณโรค ให้มีการแนะนำส่งต่อให้มา CXR ในโรงพยาบาล

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
<u>การค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา</u> - มีนโยบายเร่งรัดการค้นหาในกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น จากปีที่ผ่านมา กลุ่มผู้ต้องขัง ร้อยละ ๑๐๐ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ๕ ปีย้อนหลัง	- พื้นที่ควรมีการเฝ้าระวัง TB ในเด็ก <๑๔ ปี (ปี ๖๐, ๖๑, ๖๒ จำนวน ๑๔, ๕ และ ๒ ราย) และมีการสอบสวนหามาตรการป้องกันแพร่กระจายเชื้อในชุมชน
- มีการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อเร่งรัด กำกับ ติดตามผลงานทุกสัปดาห์	- ควรมีการจัดทำทะเบียน mapping ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา กลุ่ม MDR pre-XDR XDR เพื่อการเฝ้าระวังปัญหาการดื้อยา
- การบันทึกข้อมูล การกำกับการกินยา และ สาเหตุการเสียชีวิต ไม่ระบุหรือไม่ทราบยังสูง	- ควรมีการบันทึกข้อมูล TBCM ให้ครบถ้วน ทันเวลา เพื่อนำมาใช้ในการขับเคลื่อนงาน - ควรมีการวิเคราะห์เฉพาะประเด็นที่ต้องเร่งรัดสำหรับบริหาร กำกับติดตาม แยกจากประเด็นทั่วไป ทุกสัปดาห์

ข้อค้นพบ	ผลงาน
<u>ความสำเร็จการรักษา</u> - การเสียชีวิต PA ปี ๒๕๖๑ (๑๐ ราย) ปี ๒๕๖๒ (๔ ราย) - สาเหตุสำคัญ คือ เสียชีวิตหลังการรักษา < ๑ เดือน ้วยแรงงาน ๔๕ ปีขึ้นไป และมีประวัติสัมผัสโรค มีโรคร่วม HIV	- มีการปรับปรุงระบบการแพร่กระจายเชื้อในสถานบริการ ทั้ง ER และหอผู้ป่วยรองรับผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย
- มีแผนพัฒนาทีมแพทย์ เพื่อให้มีมาตรการการ วินิจฉัยและการรักษา เป็นทิศทางเดียวกัน	
	- มีการพัฒนาทีม case management ระดับจังหวัด ในการ วิเคราะห์และกำหนดมาตรการในการกำกับติดตาม การดูแล รักษา และร่วมพิจารณาทบทวน การดูแลผู้ป่วยที่มีความ ยุ่งยาก หรือมีการขยายผลการรักษา

ประเด็นหลักที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

๓.๑ Service Outcome

สาขา RDU/ AMR

๑๔. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (เป้าหมาย : RDU ชั้น ๑ $\geq$ ร้อยละ ๙๕, RDU ชั้น ๒ $\geq$ ร้อยละ ๒๐ และร้อยละ รพ.ที่มีระบบ AMR เป้าหมาย ARM ระดับ intermediate $\geq$ ร้อยละ ๒๐)

(PA-ปลัดฯ5)/ Pins14)

๑๔.๑ (KPI17) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU ชั้น ๑ $\geq$ ร้อยละ ๙๕, RDU ชั้น ๒ $\geq$ ร้อยละ ๒๐)

๑๔.๒ (KPI18) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ($\geq$ ร้อยละ ๒๐ ของ รพศ./รพท. มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate))

ผลการดำเนินงานของจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไตรมาสที่ ๑

สถานการณ์ RDU ปี ๒๕๖๒ ของจังหวัดฉะเชิงเทรา

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีโรงพยาบาล ๑๑ แห่ง ผ่านการประเมิน RDU ชั้น ๑ ร้อยละ ๑๐๐ (๑๑ แห่ง) ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๒๗.๒๗ (๓ แห่ง) และ ชั้น ๓ ร้อยละ ๒๗.๒๗ (๓ แห่ง) ได้แก่ รพ.บางคล้า รพ.ราชสาส์น และ รพ.คลองเขื่อน (ปี ๒๕๖๑ RDU ชั้น ๑ ร้อยละ ๑๐๐ ชั้น ๒ ร้อยละ ๒๗.๒๗ และ ชั้น ๓ ร้อยละ ๑๘.๑๘) โดย ภาพรวมเขต ๖ RDU ชั้น ๑ ร้อยละ ๙๕.๘๙ ชั้น ๒ ร้อยละ ๘.๒๒ และ ชั้น ๓ ร้อยละ ๔.๑๑ ภาพรวมประเทศ RDU ชั้น ๑ ร้อยละ ๙๖.๗๖ ชั้น ๒ ร้อยละ ๑.๗๖ และ ชั้น ๓ ร้อยละ ๓.๕๘ (ที่มา : แหล่งข้อมูลจากรายงาน ของจังหวัด)

ผลการดำเนินงาน RDU ชั้นที่ ๒

โรงพยาบาล/ ข้อมูล* (ร้อยละ)	พุดโลธร	บางคล้า	บางน้ำเปรี้ยว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนามชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	คลองเขื่อน
RI	x	/	/	x	/	x	/	x	/	x	/
AD	x	/	/	x	/	/	/	x	/	x	/
FTW	/	/	x	x	/	x	/	x	x	x	/
APL	x	/	/	/	x	/	/	x	/	x	/
Glibenclamide	/	/	/	/	x	/	/	/	/	/	/
NSAIDs_CKD	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Safety_preg	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

หมายเหตุ ข้อมูล* (ร้อยละ) = ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค

โรงพยาบาล/ ข้อมูล* (ร้อยละ)	พุดโลธร	บางคล้า	บางน้ำเปรี้ยว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนามชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	คลองเขื่อน
-ชั้น ๑ $\geq$ ๔๐ %	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
-ชั้น ๒ $\geq$ ๖๐ %	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
-ชั้น ๓ ผ่าน ๑๐๐ %	/	/	/	x	x	/	/	x	/	/	/

หมายเหตุ ข้อมูล* (ร้อยละ) = ร้อยละของ รพ.สต.ในเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะ ทั้งโรค RI และ AD

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

- การรายงานแบบสะสมทาง รายงานของ กบรส.ทุกไตรมาส โดยมีการทบทวนข้อมูล รายงานจาก HDC
- การสนับสนุนจากผู้บริหาร ของเขต, จังหวัด และการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยทาง จังหวัด/รพ.มีการประชุมเครือข่ายบริการระดับจังหวัด/อำเภอ และ ติดตามการรายงานทุกเดือน
- ความร่วมมือของทีมงานสหสาขาวิชาชีพ
- การรณรงค์ให้ความรู้ และระดมความร่วมมือในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งการดำเนินงานในชุมชน โดยมีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อย.น้อย อสม. ผู้นำชุมชน

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการ ดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) เกณฑ์ตัวชี้วัด : ระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	ผลงาน จำนวนโรงพยาบาล ผ่านระดับ Intermediate	๑
	เป้าหมาย (จำนวน รพ.ระดับ A, S, M1 ทั้งหมด)	๑
	ร้อยละ	๑๐๐ %

๑. กลไกการจัดการ QRم อย่างบูรณาการ
๒. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ
๓. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล
๔. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.
๕. การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการ
แก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ

ข้อเสนอแนะ

ผลการประเมิน/ข้อเสนอแนะ	รพ.พุทธโสธร (A)
๑. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	- ควรมีอายุรแพทย์โรคติดเชื้อเพื่อเป็นหัวหน้าทีมการกำหนดแนวทางการสั่งใช้ยาและ เป็นที่ปรึกษาแก่ ICN
	- ควรมีแผนปฏิบัติการที่ครอบคลุมทุกมิติร่วมกันและบูรณาการทุกงานที่เกี่ยวข้องเป็น ทิศทางเดียวกันระดับโรงพยาบาล
๒. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	- สนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากรทางห้องปฏิบัติการด้าน AMR เพิ่มขึ้น
๓. การกำกับดูแลการใช้ยา ใน รพ.	- ใช้ข้อมูลความไวของเชื้อ ในการกำหนด CPG ให้ครอบคลุมการติดเชื้อที่สำคัญทั้ง โรงพยาบาล เช่น แนวทางการให้ยาในผู้ป่วย Sepsis, NI - การควบคุมกำกับการใช้ยา สามารถใช้แนวทางปฏิบัติและควบคุมการใช้ยาจากคู่มือ ของกระทรวงได้ - การสนับสนุนของผู้บริหารและความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะแพทย์ผู้สั่งใช้ยา
๔. การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล	- อัตราค่าเฉลี่ย ICN ในการปฏิบัติงานไม่พอเพียงต่อขนาดของ รพ.
	- โครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาลที่ไม่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่าง เหมาะสม ตามมาตรการ คือ ระยะห่างเตียงสามัญ ไม่น้อยกว่า ๑ เมตร และการดูแล อุปกรณ์ sterile ในหอผู้ป่วย - เพิ่มกระบวนการวินิจฉัย AMR bacterial infection/colonization
๕. การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และ ระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาล ในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	- การเชื่อมโยงข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งอัตราการติดเชื้อ และการปฏิบัติตาม ข้อกำหนดของโรงพยาบาล เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์, feedback, ออกแบบกิจกรรม ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และกำหนด เป็นแผนการดำเนินการ

สาขายาเสพติด

๑๕. (KPI33) ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate) (ร้อยละ ๒๐) (PA-ผตร.7)/ (Pins15.1)

๑๕.๑ (KPI34) ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (3 months Remission rate) (ร้อยละ ๔๐) (PA-ผตร.7)/ (Pins15.2)

ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ
และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)*

โรงพยาบาล/ ข้อมูล* (ร้อยละ)	พุทธโสธร	บางคล้า	บางน้ำเปรี้ยว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สามชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	คลองเขื่อน	รวมจังหวัด
ผู้ติดยาเสพติด*	๒๘.๕๗	๓๓.๓๓	๒๐.๐	๔๒.๑๑	๒๓.๕๓	๓๑.๒๕	๕๐.๐	๓๕.๒๙	๔๖.๑๕	๒๙.๔๑	๒๕.๐	๓๒.๐๗

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์
ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)	> ร้อยละ ๒๐	๓๒.๐๗ %
ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (3 months Remission rate)	> ร้อยละ ๔๐	๓๖.๘๒ % (๘๑/๒๒๐ ราย)

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด

- การกำหนดตัวชี้วัดของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องควรต้องมีการหารือตั้งแต่ ระดับส่วนกลาง ก่อนลงสู่ผู้ปฏิบัติ เช่น ตัวชี้วัดของหน่วยงานตำรวจ

ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย

- การจัดสรรโควตาเพิ่มในการส่งโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง
- การสนับสนุนการดำเนินงานจากส่วนกลาง ควรมีการแบ่งระดับการสนับสนุนจาก สถานการณ์ความรุนแรงของจังหวัด

สาขาสุขาพจิตและจิตเวช

๑๖. (KPI24) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (≤ ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน) (Pins16)

๑๖.๑ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน) (> ร้อยละ ๙๐)

๑๖.๒ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการตามเกณฑ์ (ร้อยละ ๖๕)

ผลงานของจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๐.๗๑ ต่อประชากรแสนคน (๕ คน)
- ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายซ้ำใน ๑ ปี ร้อยละ ๙๒.๓๑
- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการตามเกณฑ์ ร้อยละ ๖๘.๔๙

ข้อค้นพบ

๑. มีผังไหลการดูแลการดำเนินงานและการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลและมีการบูรณาการเชื่อมโยงลงไปถึง พชอ. มีกิจกรรมการใช้โปรแกรม ๓ส⁺ สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

๒. จิตแพทย์ของโรงพยาบาลพุทธโสธรมีระบบการพัฒนาศักยภาพแพทย์ในระดับ รพช. ให้สามารถตรวจวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยได้

๓. มีผังไหลและจัดระบบบริการการเข้าถึงบริการโรคจิตเวชและ Acute care

โอกาสพัฒนา

๑. พัฒนาระบบการดูแลจิตเวชฉุกเฉิน ควรอบรมให้ความรู้การดำเนินงานสุขภาพจิตตาม พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

๒. นโยบายในการเพิ่มบุคลากรในสาขาที่ขาดแคลน เช่น นักจิตวิทยา พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่น

๓. พัฒนาระบบฐานข้อมูล ให้เป็นฐานเดียวกันเพื่อความถูกต้องในการค้นหา จัดเก็บ และการติดตามข้อมูล

๔. เปิดหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อรับผู้ป่วยจิตเวชไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน

สาขาลูกข่ายอวัยวะ

๑๗. (KPI32) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ($>0.๘:๑๐๐$ ผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. A,S) (Pins17)

๑๘. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ($> ๑.๓:๑๐๐$ ผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. A,S) (Pins18)

ผู้ยินยอมบริจาค (ต่อร้อยผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. A,S)

อวัยวะ			ดวงตา		
ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	รวม	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	รวม
๐.๒๙	๐.๑	๐.๒๓	๐.๐๑	๐.๐๕	๐.๔๑

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	๐.๘ : ๑๐๐	๐.๑๐ % (๒/๒,๐๐๓ ราย)
อัตรารายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	๑.๓ : ๑๐๐	๐.๐๕ % (๑/๒,๐๐๓ ราย)
มีศูนย์ข้อมูล และประสานการรับบริจาคอวัยวะ ๕ จุด ที่ รพ. พุทธโสธร และมีส่วนร่วมบริจาคเครือข่ายองค์กรภาครัฐ เอกชน		

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด	ส่วนกลางสนับสนุน
- ผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะค่อนข้างน้อย ผู้บริหารติดตามและกระตุ้นการดำเนินงานเชิงรุกให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการบริจาคอวัยวะ	- ประชาสัมพันธ์ เรื่องการบริจาคอวัยวะ
- จัดทำ PTCN full time	- พัฒนา career path PTCN

ค่าตอบแทนของการปลูกถ่ายอวัยวะโรงพยาบาล

- ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเตรียมการบริจาคอวัยวะตามที่ใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ ๑๐,๐๐๐ บาท
- ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดนำอวัยวะออกตามที่ใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ ๑๐,๐๐๐ บาท

บุคลากร

- ค่าตอบแทนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง ไม่เกินรายละ ๑๔,๗๐๐ บาท
 - * ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ๑๑,๒๐๐ บาท
 - * ทีมแพทย์ดูแลผู้ป่วยบริจาคอวัยวะ ๓,๐๐๐ บาท
 - * ทีมแพทย์ผู้วินิจฉัยสมองตาย ๓,๐๐๐ บาท
 - * ทีมพยาบาลดูแลผู้ป่วยบริจาคอวัยวะ ๒,๒๐๐ บาท
 - * ทีมผู้ประสานงานการบริจาคอวัยวะ ๓,๐๐๐ บาท

สาขาโรคไต

๑๙. (KPI30) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$
(ร้อยละ ๖๖) (Pins19)

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}^*$

โรงพยาบาล/ ข้อมูล* (ร้อยละ)	พุทธโธธร	บางลำ	บางน้ำเปรี้ยว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนามชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	คลองเขื่อน	รวมจังหวัด ปี ๖๒	รวมจังหวัด ปี ๖๑	รวมเขต ๖ ปี ๖๑
ผู้ป่วย CKD*	๕๔.๕๑	๔๒.๘๖	๖๔.๒๙	๑	๓๓.๓๓	๕๑	๕๑	๑	๑๖.๖๗	๑	๕๑	๕๔.๓๑	๖๓.๒๙	๑๙.๗

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์
อัตราการคัดกรองไตในผู้ป่วย DM/ HT	≥ ร้อยละ ๔๐	๓๐.๐๑ %
อัตราการจัดตั้ง CKD Clinic ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลระดับ F3 ขึ้นไป	≥ ร้อยละ ๔๐	๑๐๐ %
ร.พ. ระดับ M2 F1 F2 ผ่านเกณฑ์คลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ (ประเมินตนเองในไตรมาส ๒)	≥ ร้อยละ ๕๐	
- การคัดกรองไตในผู้ป่วย DM/ HT ในปี ๒๕๖๑ = ๘๒.๘๘ % ในปี ๒๕๖๒ = ๓๐.๐๑ % - มีแผนพัฒนาพยาบาล PD nurse ๔ เดือนใน รพ.ระดับ F2 ขึ้นไป		

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด	ส่วนกลางสนับสนุน
- การพัฒนาทักษะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย DM/HT ในการชะลอภาวะไตเสื่อม	- ประกาศแนวทางการประเมิน CKD Clinic คุณภาพ และ ส่วนกลางชี้แจงวิธีการประเมิน CKD
- พัฒนาระบบส่งต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ CKD stage ๑-๒ ลงสู่ชุมชน	
- มีการประเมิน CKD Clinic คุณภาพด้วยการประเมินแบบไขว้จังหวัด	
- โรงพยาบาลระดับ M2, F1-2 ผ่านการประเมิน CKD Clinic คุณภาพ	

“เชิียงราย”ผู้ป่วยไตวายอื้อ เดือนสมุนหนานเฉาเหว่ยตัวการ

หมอไตเผย “เชิียงราย”ผู้ป่วยไตวายอื้อ ชี้ปัจจัยหลักเกิดจากกิน เดือนสมุนไพร่บำรุงไต-หนานเฉาเหว่ย
ตัวการทำไตวายเฉียบพลันไว

สาขาศัลยกรรม

๒๐. (KPI36) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (ร้อยละ ๒๐) (Pins20)

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery*

โรงพยาบาล/ ข้อมูล*(ร้อยละ)	พุทธโสธร	พนมสารคาม	รวมจังหวัด	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๑	๒๓.๙	๖๓.๖๔	๔๓.๗๗	๑๕.๕๒
ปี ๒๕๖๒	๒๗.๐๒	๘๐.๐	๒๙.๓๑	-

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ ODS รพ.พุทธโสธร	> ร้อยละ ๒๐	๒๗.๐๒ % (๓๐/๑๑๑ ราย)
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ ODS รพ.พนมสารคาม	> ร้อยละ ๒๐	๘๐.๐ % (๔/๕ ราย)
รวม	> ร้อยละ ๒๐	๒๙.๓๑ %
รพ.พุทธโสธร และรพ.พนมสารคาม ดำเนินการ ODS ตั้งแต่ ก.พ. ๖๑ โรคที่เข้าร่วมโครงการ จาก ๓ โรค เพิ่มเป็น ๖ โรค ได้แก่ Hernia, Hydrocele, Hemorrhoid, Vaginal bleeding, Colorectal polyp และ Esophageal varices		

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด	ส่วนกลางสนับสนุน
- เพิ่มอัตรากำลังใจและวัสดุครุภัณฑ์ที่ขาด เพื่อขยายขอบเขตการให้บริการ	- การพิจารณาในการปรับอัตรากำลังใจ และการจัดซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์ที่ขาด

สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๒๑. (KPI22) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ ๑๘.๕) (Pins21)

สถานการณ์

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีสถานบริการสาธารณสุขจัดให้มีบริการ ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๑๐ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ๒๘ แห่ง

ผลการดำเนินงาน

จังหวัดฉะเชิงเทรา ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๓๐.๕๔ (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๘.๕) รวมส่งเสริมป้องกัน ผ่านทุกอำเภอ เป็นอันดับ ๑ ของเขต ไม่รวมส่งเสริมป้องกัน ผ่านเฉพาะ อ.พนมสารคาม ร้อยละ ๒๐.๖๘ เป็นอันดับ ๓ ของเขต

ปัญหา อุปสรรค

- บุคลากร : กรอบและตำแหน่งแพทย์แผนไทย
- การใช้จ่าย : การใช้จ่ายน้อย ยาสมุนไพรแพง
- การรับรู้ : บุคลากร การใช้และการให้บริการ
- การปรับตัวชี้วัด : ไม่รวมการส่งเสริมป้องกัน

การพัฒนา

- การปรุงยาเฉพาะราย รพ.ราชสาส์น ๑๖ รายการ
- การวิจัย ๑๕ เรื่อง

สาขาหลอดเลือดสมอง

๒๒. (KPI15) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม
(PA-ผตร.4)/ (Pins22)

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๒๒.๑ (KPI15) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) (< ร้อยละ ๗)

๒๒.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke : I63) (< ร้อยละ ๕)

๒๒.๓ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) (<ร้อยละ ๒๕)

การรักษาใน Stroke Unit

๒๒.๔ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (≥ ร้อยละ ๔๐)

ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

๒๒.๕ ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (≥ ร้อยละ ๕๐)

๒๒.๖ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) (≥ ร้อยละ ๖๐)

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*

โรงพยาบาล/ ข้อมูล* (ร้อยละ)	พุทธโสธร	บางคล้า	บางนาเขียว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนมชัยเขต	แปลงยาว	พาดะเกียบ	คลองเขื่อน	รวมจังหวัด	เขต ๖ ปี ๖๑	ประเทศ ปี ๖๑
อัตราตาย(I60-I69)	๑๐.๘๒	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๒๒.๒๒	๒๒.๒๒	๒๕	๑๒.๕	๑๑.๓๕	๘.๒๒

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	< ร้อยละ ๗	๓๒.๐๘ % (๑๗/๕๓ ราย)
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	< ร้อยละ ๕	๕.๘๑ % (๙/๕๕ ราย)
Door to needle time ภายใน ๖๐ นาที	≥ ร้อยละ ๕๐	๑๐๐ % (๓/๓ ราย)
Door to Stroke Unit ไม่เกิน ๗๒ ชม.	≥ ร้อยละ ๔๐	๕๗.๙๓ % (๙๕/๑๖๔ ราย)
Door to operation room time ภายใน ๙๐ นาที	≥ ร้อยละ ๖๐	กำลังดำเนินการ

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด	ส่วนกลางสนับสนุน
- การบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน และโรคหลอดเลือดสมองแตก - การรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรคและ Warning Sign	- การจัดทำโครงการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โดยวิธีการทำ Thrombectomy ในเขตสุขภาพ ๖

เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการรักษาด้วยการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือด

- อายุ ๑๘ - ๘๕ ปี
- มีอาการของการอุดตันของหลอดเลือด สมองขนาดใหญ่ (MCA or ACA or ICA) หรือเส้นเลือดที่ก้านสมอง (Basilar artery)
- ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้ระดับปานกลางขึ้นไป (NIHSS > ๖)
- CT scan เบื้องต้นประเมินแล้วสมอง ยังไม่เสียหายมาก ASPECT score > ๖
- สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยวิธีใช้สายสวนภายใน ๘ ชม.กรณี anterior circulation และ ๑๒ ชม. กรณี posterior circulation
- ผู้ป่วยและ/หรือญาติยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ข้อมูลโครงการ <https://taejai.com/th/d/ischemicstrokefund/>

โครงการสุขภาพกองทุนรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน

- ยอดบริจาคขณะนี้ ๑๗๘,๕๖๙ บาท
- เป้าหมาย ๑,๐๕๐,๐๐๐ บาท

สาขายุรกรรม

๒๓. (KPI25) ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (community-acquired Sepsis) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน รพ. (PA-ผตร.5)/ (Pins23)

๒๓.๑ อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด (community-acquired Sepsis)

ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน รพ. (<ร้อยละ ๓๐)

๒๓.๒ อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (≥ ร้อยละ ๙๐)

๒๓.๓ อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) (≥ ร้อยละ ๙๐)

๒๓.๔ อัตราการได้รับ IV ๓๐ mL/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) (≥ ร้อยละ ๙๐)

๒๓.๕ อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม (≥ ร้อยละ ๓๐)

๒๓.๖ มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ใน รพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

อัตราการตายของผู้ป่วย community-acquired Sepsis

โรงพยาบาล/ ข้อมูล* (ร้อยละ)	พุทธโศธร	บางคล้า	บางนาเขียว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนามชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	คลองเขื่อน	รวมจังหวัด	เขต บ ปี ๖๑	ประเทศ ปี ๖๑
อัตราการตาย*	๕๖.๗	๑๐๐	๔๐	๘.๓๓	๓๖.๓๖	๙.๐๙	๐	๑๓.๑๓	๐	๐	๐	๓๗.๙๙	๒๘.๕๗	๓๔.๘๕

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์
อัตราการตายผู้ป่วย community-acquired Sepsis)	< ร้อยละ ๓๐	๓๗.๙๙ %
อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	≥ ร้อยละ ๙๐	๘๒.๒๙ %
อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	≥ ร้อยละ ๙๐	๘๑.๑๔ %
อัตราการได้รับ IV ๓๐ mL/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	≥ ร้อยละ ๙๐	๗๑.๔๓ %
อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม	≥ ร้อยละ ๓๐	๑๑.๑๓ %
มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ใน รพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)	ดำเนินการ	กำลังดำเนินการ

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด	ส่วนกลางสนับสนุน
- การพัฒนาทักษะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย Sepsis	- การพัฒนาเตียง ICU ในโรงพยาบาลชุมชน
- ประเมินผลการใช้ Protocol Sepsis สอดคล้องบริบทของแต่ละโรงพยาบาล	
- การพัฒนาการลงข้อมูล ICD	

สาขาโรคหัวใจ

๒๔. (KPI28) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (๒๖ ต่อแสนประชากร) (Pins24)

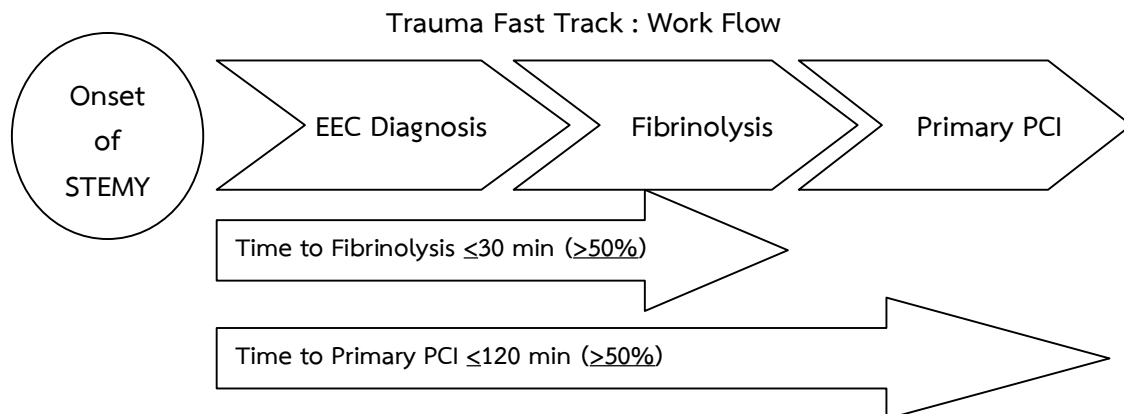
๒๔.๑ ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ($\leq$ ร้อยละ ๑๐)

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรงพยาบาล/ ข้อมูล* (ต่อแสน ปชก.)	พุทธโศธร	บางคล้า	บางน้ำเปรี้ยว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนามชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	คลองเขื่อน	รวมจังหวัด
อัตราตาย*	๑.๒๖	๒.๑๙	๒.๒๗	๐	๓.๘๑	๙.๒๖	๐	๐	๐	๐	๐	๑.๕๑

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	๒๖ ต่อแสนประชากร	๑.๕๑ %
ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล	< ร้อยละ ๑๐	๐ %

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด	ส่วนกลางสนับสนุน
- ขาดบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์เฉพาะทางหัวใจ)	- การผลิตบุคลากรทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- จัดงบประมาณในการดำเนิน ห้อง Cath lab / CCU	



สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๒๕. (KPI37) อัตราเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงใน รพ.

ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) เกณฑ์ ($\leq$ ร้อยละ ๑๒) (PA-ผต.6)/ (Pins25)

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care

๒๕.๑ อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐)

๒๕.๒ อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชม. ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐)

ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง

๒๕.๓ อัตราตายของผู้ป่วย PS score > ๐.๗๕ ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๑๐๐)

๒๕.๔ อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) (ไม่เกินร้อยละ ๔๕)

๒๔/ เพิ่มประสิทธิภาพ...

เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๒๕.๕ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ

(ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐)

๒๕.๖ อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐)

อัตราเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงใน รพ. ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) เกณฑ์ ($\leq$ ร้อยละ ๑๒)

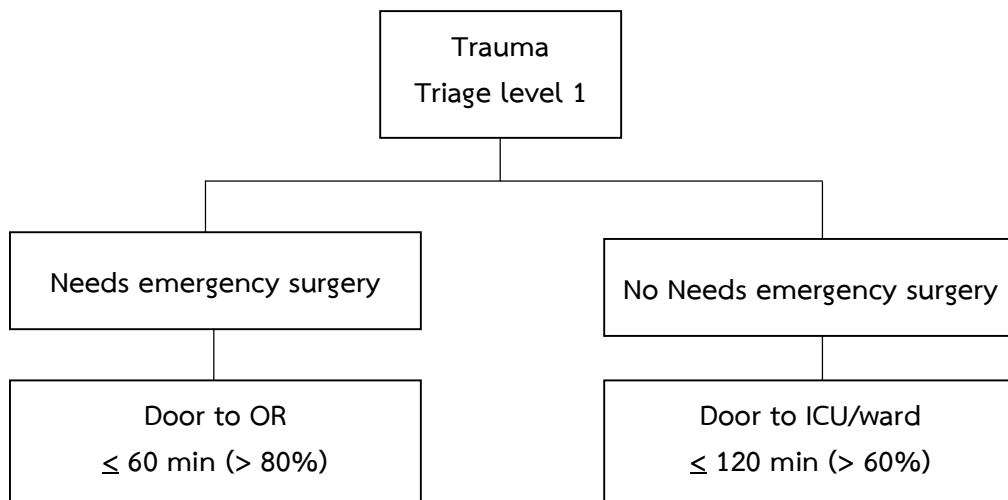
- รพ.พุทธโสธร ร้อยละ ๕.๖๕
- เขต ๖ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๒.๔๘
- ประเทศ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๒.๐๔

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์
อัตราของผู้ป่วย trauma triage level1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที	$\geq$ ร้อยละ ๘๐	๒๐.๖๙ %
อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชม.	$\geq$ ร้อยละ ๖๐	๗๘.๑๕ %
อัตราของผู้ป่วย PS score > ๐.๗๕ ได้รับการทำ RCA	ร้อยละ ๑๐๐	๑๖.๖๗ %
อัตราของผู้ป่วย Severe Traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล	$\leq$ ร้อยละ ๔๕	๕๒.๘๖ %
อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	$\geq$ ร้อยละ ๘๐	๐ %
อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	$\geq$ ร้อยละ ๘๐	๑๐.๐ %

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด

- จัดสรรบุคลากรให้สอดคล้องการจัดบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน
- ระบบสารสนเทศเพื่อช่วยในการจัดเก็บข้อมูล
- จัดสรรงบประมาณในการปรับปรุงพื้นที่ห้องฉุกเฉิน

Trauma Fast Track : Work Flow



คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

HRH Transformation

- ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ
- ตัวชี้วัดที่ ๒ จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข

Digital Transformation

- ตัวชี้วัดที่ ๓ เขตสุขภาพดำเนินการ Digital transformation
- ตัวชี้วัดที่ ๔ มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง

Financial Management

- ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๔

Quality Organization

- ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของ รพ.สังกัด กสธ.มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓
- ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป.ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

เขตสุขภาพ

- ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ

ระบบธรรมาภิบาล

- ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กสธ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
- ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการตรวจสอบภายในควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

ประเด็นหลักที่ ๑ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

- HRH Transformation

๒๖.(KPI42) ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (มีข้อมูล มีแผนการบริหารตำแหน่งมีการดำเนินการตามแผน และมีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ≥ ร้อยละ ๗๐)
(PA-ปลัด๓6)/ (Pins26)

สถานการณ์

- รวมปฏิบัติงานจริง ๔,๑๗๔ คน
- ข้าราชการ ร้อยละ ๑๓.๑๕
- พนักงานราชการ ร้อยละ ๒.๖๖
- พนักงานกระทรวง ร้อยละ ๕๓.๓๘

ที่มา ข้อมูลจากระบบ HROPS ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

HRP การบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพ

- ข้อมูลเป็นปัจจุบัน
- นำข้อมูลมาใช้วางแผนกำลังคน

HRD แผนพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการทุกระดับ

ปัญหา อุปสรรค

- บุคลากรขาดประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงาน

บุคลากรเพียงพอ ไม่น้อยกว่า ๗๑ %

หน่วยงาน	กรอบ อัตรากำลัง	ผู้ปฏิบัติงานจริง (๒๔ สายงาน วิชาชีพไม่รวมตำแหน่งแพทย์)	ขาดบุคลากร (บุคลากร เทียบกรอบอัตรากำลัง)	ร้อยละของบุคลากร เทียบกรอบอัตรากำลัง
ในสังกัด สสจ.ฉช.	๒,๒๐๙	๑,๕๙๓	๔๐๘	๗๒.๑๑
รพศ.พุทธโสธร	๑,๐๖๓	๗๕๙	๕๖๕	๗๑.๔๐
รวม	๓,๒๗๒	๒,๓๕๒	๙๒๐	๗๑.๘๘

ตำแหน่งที่เป็นอัตรารว่าง ไม่เกิน ๓ %

หน่วยงาน	สาย ทางบริหาร	สายวิชาชีพ สายสนับสนุน	ก้นบริหารกลาง	รวม
ในสังกัด สสจ.ฉช.	๒๙	๔๖	๒๖	๑๐๑
รพศ.พุทธโสธร	๑	๔๕	-	๔๖
รวม	๓๐	๙๑	๒๖	๑๔๗

การดำเนินงาน : Update ระบบ HROPS, แผนบริหารตำแหน่งว่าง, แผนอัตรากำลัง, แผนพัฒนาบุคลากร ปี ๒๕๖๒ (ลาศึกษาต่อและฝึกอบรมหลักสูตร nicu (๒ คน), icu (๔ คน), Basic stroke (๒๑ คน), Enp (๒ คน) และแผนการจ้างงาน นร.ทุน (๗๔ คน ปี ๒๕๖๒)

๒๗. (KPI43) จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization) (อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง)/ (ร้อยละ ๗๐) (PA-ปลัด๗)/ (Pins27)

สถานการณ์ : ไตรมาส ๑ : (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๑)

- หน่วยงานในสังกัด จำนวน ๒๓ แห่ง ดำเนินการประเมิน Happinometer ผ่านเป้าหมาย (ร้อยละ ๗๐)
 - ผ่าน ๒ แห่ง (ร้อยละ ๘.๗๐)
 - ไม่ผ่าน ๒๑ แห่ง (ร้อยละ ๙๑.๓๐)
- หน่วยงานในสังกัด จำนวน ๒๓ แห่ง ดำเนินการประเมิน HPI ผ่านเป้าหมาย (ร้อยละ ๗๐)
 - ผ่าน ๕ แห่ง (ร้อยละ ๒๑.๗๔)
 - ไม่ผ่าน ๑๘ แห่ง (ร้อยละ ๗๘.๒๖)

ร้อยละ ๗๐ ของบุคลากรในองค์กรประเมิน Happinometer & HPI

หน่วยงาน	Happinometer			HPI		
	จำนวนทั้งหมด (คน)	ตอบแบบประเมิน (คน)	ร้อยละ	จำนวน ทั้งหมด (คน)	ตอบแบบประเมิน (คน)	ร้อยละ
ในสังกัด สสจ.ฉช.	๒,๖๓๔	๒,๓๔๗	๘๙.๑๑	๓๒๘	๒๗๗	๘๔.๔๕
รพศ.พุทธโสธร	๑,๕๔๐	๔๙๓	๓๒.๐๑	๗๒	๑๐	๑๓.๘๙
รวม	๔,๑๗๔	๒,๘๔๐	๖๘.๐๔	๔๐๐	๒๘๗	๗๑.๗๕

แผนการดำเนินงาน

- ๖ เดือน : วิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI รวมทั้งจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข
- ๙ เดือน : มีการดำเนินงานตามแผนฯ อย่างเป็นรูปธรรม
- ๑๒ เดือน : มี Success Story หรือ Bright spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

อุปสรรค

- User คีย์รหัส หน่วยงานผิด
- ลงทะเบียนเข้า ประเมินไม่ได้
- การเชื่อมต่อระบบ เพื่อทำแบบประเมิน

ประเด็นหลักที่ ๒ การบริหารจัดการประสิทธิภาพ

- Digital Transformation

๒๘.(KPI49) เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital (อย่างน้อยเขตละ ๑ จังหวัด) (PA-ปลัดฯ8)/ (Pins33)

๒๘.๑ โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สป./กรมวิชาการ) มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๒ ขึ้นไป (รพศ./ รพท. จังหวัดละ ๑ แห่ง, ร้อยละ ๕๐ ของ รพช.)

เป้าหมาย

- ๕๐ % : รพศ./ รพท. ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๒
- ๓๐ % : รพช. ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๒

ผลงาน

- รพ.รับทราบนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน smart Hospital

๒๙. (KPI50) มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง (ทีม PCCทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2562 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน) (PA-ปลัดฯ9)/ (Pins29)

เป้าหมาย

- PCC มีการนำ Application ไปใช้ปฏิบัติงานในการบริการประชาชน

ผลงาน

- ใช้ COC ทุก รพ.สต.

แผน

- ศึกษาดูงาน App. PCC ของจังหวัดสุรินทร์ (PCC ๒ Cluster, ๒ FCT)

- Financial Management

๓๐.(KPI53) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ ($\leq$ ร้อยละ ๔) (PA-ผตร.8)/ (Pins30)

สถานการณ์

จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัว หลังหักเงินเดือน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๕๙๒,๗๗๓,๐๑๒.๑๘ บาท และได้รับการปรับเกลี่ยระดับเขต/จังหวัด จำนวน ๓๒,๗๕๕,๓๘๘.๗๑ บาท สนับสนุน PP non UC จำนวน ๓๓,๘๔๒,๖๖๓.๓๖ บาท รวมงบเงินเหมาจ่ายรายหัวทั้งสิ้น ๖๕๙,๓๗๑,๐๖๔.๒๕ บาท (↑ จากปี ๒๕๖๑ - ๑๑,๐๕๔,๕๘๗,๓๐ บาท)

ประเด็นที่มุ่งเน้น

๑. การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ
๒. พัฒนาการบริหารระบบบัญชี
๓. ติดตาม กำกับเครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน

ค่าเป้าหมาย

ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๔

ผลการดำเนินงาน

๑. หน่วยบริการมีการจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ทุกแห่ง
 ๒. ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ (ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑)

- ประเภทแผนทางการเงิน (Planfin) ทุกโรงพยาบาลเกินดุล
- แบบ Planfin) : แบบ ๑ จำนวน ๙ โรงพยาบาล และแบบ ๒ จำนวน ๒ โรงพยาบาล
- วิกฤติทางการเงิน : ระดับ ๐ จำนวน ๙ โรงพยาบาล และระดับ ๑-๒ โรงพยาบาล

สิ่งที่พบ

- ระบบความเชื่อมโยงข้อมูลทางบัญชีภายในโรงพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

๑. จัดระบบส่งต่อข้อมูลภายในโรงพยาบาล
 ๒. การใช้ Planfin ติดตาม กำกับ ควบคู่กับผลการดำเนินงาน

Planfin Analysis ปี ๒๕๖๒

หน่วยบริการ	EBITDA	งบกองทุน(เงินบำรุง) เปรียบเทียบกับ EBITDA > ๒๐%	NWC 3Q61	EBITDA	Risk Investment > ๒๐% EBITDA	สัดส่วน NWC เหลือหลัง Investment	Planfin Type
พุทธโสธร, รพศ.	๕๐,๐๐๐.๐๐	๑๐,๐๐๐.๐๐	๒๓๒,๓๙๖,๒๕๗.๖๔	Normal	Normal	Normal	๑
บางคล้า,รพช.	๙,๙๗๕,๗๘๗.๓๗	๑๗๕,๖๙๕.๙๖	๙๒,๘๕๐,๒๘๕.๒๑	Normal	Normal	Normal	๑
บางน้ำเปรี้ยว,รพช.	๒๑,๒๗๔,๗๐๕.๖๗	๑,๔๗๖,๘๔๑.๑๓	๑๐,๙๓๒,๑๐๐.๙๗	Normal	Normal	Normal	๒
บางปะกง,รพช.	๘,๔๓๐,๔๔๐.๖๕	๖,๐๘๘.๑๓	๒๔,๗๑๗,๑๐๔.๙๐	Normal	Normal	Normal	๑
บ้านโพธิ์,รพช.	๑,๖๒๐,๔๕๒.๐๐	๓๒๔,๐๙๐.๐๐	๑๘,๖๖๕,๒๑๕.๗๕	Normal	Normal	Normal	๑
พนมสารคาม,รพช.	๑๐,๔๖๕,๒๖๑.๓๑	๘๓,๒๕๒.๒๖	๘๕,๐๘๑,๙๑๗.๖๐	Normal	Normal	Normal	๑
ราชสาส์น,รพช.	๑,๐๓๖,๒๔๘.๒๔	๒๐๗,๒๔๙.๖๕	๔,๔๕๑,๙๓๑.๒๔	Normal	Normal	Normal	๑
สนามชัยเขต,รพช.	๓,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๖๐๐,๐๐๐.๐๐	๙,๑๕๔,๙๙๘.๒๒	Normal	Normal	Normal	๒
แปลงยาว,รพช.	๒,๗๖๒,๘๗๓.๐๐	๑๕๒,๕๗๔.๐๐	๑๖,๔๒๖,๓๓๗.๖๙	Normal	Normal	Normal	๑
ท่าตะเกียบ,รพช.	๑๗,๘๗๓,๒๙๘.๗๘	๖๗,๘๐๙.๗๖	๑๕,๐๙๙,๐๙๕.๗๕	Normal	Normal	Normal	๑
คลองเขื่อน,รพช.	๙,๒๒๕,๗๖๕.๙๘	๑,๘๔๔,๙๕๓.๑๙	๑๘,๘๘๘,๑๕๗.๐๘	Normal	Normal	Normal	๑

ระดับวิกฤติทางการเงิน (Risk Score) ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

หน่วยบริการ	CR	QR	Cash	NWC (ล้านบาท)	NWC (ล้านบาท)	Risk Score
พุทธโสธร, รพศ.	๑.๕๙	๑.๔๒	๑.๐๐	๒๔๕,๘๔๗,๑๓๙	๒๕,๑๔๙,๗๓๑	๑
บางคล้า,รพช.	๔.๗๒	๔.๕๕	๓.๔๑	๙๕,๓๓๕,๐๘๒	๘,๗๔๑,๐๒๘	๑
บางน้ำเปรี้ยว,รพช.	๑.๖๖	๑.๔๙	๐.๗๓	๒๔,๒๙๐,๖๑๑	๒๓,๓๒๔,๒๑๒	๒
บางปะกง,รพช.	๑.๗๗	๑.๖๙	๑.๔๘	๓๕,๘๖๐,๑๐๐	๒๐,๒๕๖,๑๕๔	๑
บ้านโพธิ์,รพช.	๑.๗๔	๑.๕๔	๐.๙๙	๒๐,๙๒๔,๖๙๓	๑๑,๙๗๗,๘๗๔	๑
พนมสารคาม,รพช.	๒.๑๒	๒.๐๖	๑.๔๘	๘๖,๘๑๗,๕๙๑	๑๒,๘๓๐,๗๑๔	๑
ราชสาส์น,รพช.	๒.๒๔	๒.๐๕	๑.๖๒	๙,๑๕๕,๑๘๓	๔,๘๐๗,๘๓๐	๑
สนามชัยเขต,รพช.	๑.๓๓	๑.๒๐	๐.๘๑	๑๔,๔๘๖,๖๑๔	๒๐,๘๓๗,๘๙๔	๒
แปลงยาว,รพช.	๒.๑๑	๑.๙๑	๑.๓๑	๒๑,๖๙๙,๒๙๒	๑๑,๖๐๗,๑๒๔	๑
ท่าตะเกียบ,รพช.	๒.๐๖	๑.๙๕	๑.๗๖	๒๔,๘๘๐,๔๙๒	๑๙,๑๓๔,๙๕๗	๑
คลองเขื่อน,รพช.	๓.๒๖	๓.๑๓	๓.๐๐	๒๓,๘๑๙,๙๔๔	๖,๙๘๘,๕๕๑	๑

ประเด็นหลักที่ ๓ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

- Quality Organization

๓๑.(KPI46) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรองรับรอง HA ขึ้น ๓ (รพศ./ รพท./ รพ.กรม ๑๐๐%, รพช. ๙๐%) (PA-ผตร.9)/ (Pins31)

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๑			สรุปผล
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
๑. รพศ. ๑ แห่ง	๑	๑	๑๐๐	ผ่าน
๒. รพช. ๙ แห่ง	๙	๙	๑๐๐	ผ่าน
หมายเหตุ : รพช.คลองเขื่อน เปิดบริการรับผู้ป่วยใน วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๒ วางแผนขอรับการประเมินขั้นที่ ๒ ภายในปี ๒๕๖๒				

นวัตกรรม : ธนาคารนมแม่ รพ.แปลงยาว

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด	ส่วนกลางสนับสนุน
- ทุกโรงพยาบาลมีทีมนำองค์กรที่เข้มแข็งและส่งเสริมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	- จัดตั้งทีมพี่เลี้ยง QLN ให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพในระดับจังหวัด

๓๒.(KPI45) ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป.ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับ ๕ ร้อยละ ๗๐ ของกองใน สป., ร้อยละ ๗๐ ของ สสจ., ร้อยละ ๔๐ ของ สสอ.) (PA-ผตร.10)/ (Pins29)

การดำเนินงาน PMQA สสจ. และ สสอ. ๑๑ แห่ง (ระหว่างดำเนินการ ๒ แห่ง)

- ทบทวนจัดทำลักษณะองค์กร หมวดที่ ๒ และ ๔ (สสจ./สสอ.) (ดำเนินการแล้ว)
- ดำเนินการประเมินตนเองใน หมวด ที่ ๒ และ ๔ (ดำเนินการแล้ว)
- นำผลประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) จัดทำแผนพัฒนา หมวดที่ ๒ และ ๔ (ดำเนินการแล้ว)
- จัดทำตัวชี้วัด ที่สะท้อนผลลัพธ์ ในหมวดที่ ๒ และ ๔ (ดำเนินการแล้ว)
- ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร หมวดที่ ๒ และ ๔ (ดำเนินการแล้ว)
- ติดตามประเมินผลโดยทีม Internal Audit (ยังไม่ดำเนินการ)

หมายเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๒)

การดำเนินการ

๑. จัดทำแผนปฏิบัติการและตั้งคณะทำงาน PMQA
๒. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานและ (หมวด ๒,๔)
๓. จัดประชุมเชิงปฏิบัติแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดำเนินงาน PMQA (ทบทวนและจัดทำ ลักษณะสำคัญขององค์กร)
๔. ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์ PMQA พ.ศ.๒๕๕๘ หมวด ๒ และหมวด ๔
๕. วิเคราะห์ ประเมินและสรุปจุดแข็ง จุดอ่อน ในหมวด ๒ และ ๔
๖. จัดลำดับโอกาสในการปรับปรุง ของหมวด ๒ และหมวด ๔
๗. จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวด ๒ และหมวด ๔
- ๘ จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวด ๒ และหมวด ๔

ข้อเสนอแนะ

๑. ดำเนินการให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการ
๒. เชื่อมโยง PMQA กับงานประจำ
๓. ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน PMQA

๓๓. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ (ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐)

(PA-ผตร.11)/ (Pins33)

- ระบบธรรมาภิบาล

๓๔.(KPI44) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน

ITA (ร้อยละ ๙๐) (Pins34)

เป้าหมายไตรมาส ๑ : ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ตัวชี้วัดที่ ๑ การจัดซื้อจัดจ้าง (EB1-EB4) ที่ระดับ ๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

ผลการดำเนินงาน

- หน่วยงานเป้าหมาย จำนวน ๒๓ แห่ง
- มีผลการประเมินตนเอง จำนวน หน่วยงาน ๑๕ แห่ง
- ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๑๓ หน่วยงาน ร้อยละ ๕๖.๕๒
- ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๑๐ หน่วยงาน ร้อยละ ๔๓.๔๘
- ไม่ส่งผลการประเมิน จำนวน ๕ หน่วยงาน ร้อยละ ๔.๔๘

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จบรรลุเป้าหมาย

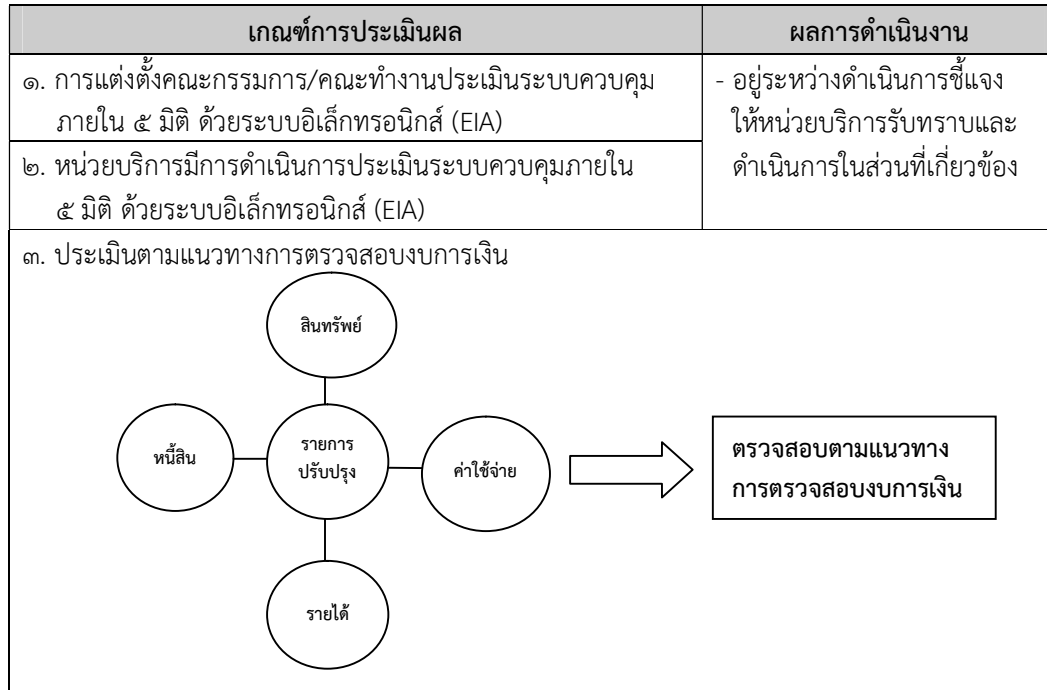
๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญ กำหนดเป็นยุทธศาสตร์และ มาตรการการป้องกันมาตรการ ในการป้องกัน และปราบปรามการทุจริตชัดเจน
๒. มีผู้รับผิดชอบงาน และประสานงานภายในชัดเจน
๓. หน่วยงานและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือ

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
๑. แบบประเมินและเนื้อหาการประเมินมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้รับผิดชอบอาจมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในนิยาม/ หน่วยงานไม่สามารถ เตรียมเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ชัดเจน	-จังหวัดควรประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจ และควรให้มีการจัดทำ work shop การประเมินตนเอง และขอให้ผู้บริหารกำกับติดตามและให้การสนับสนุน
๒. หน่วยงานที่ไม่ส่งรายงาน : อาจขาดการมอบหมายงานให้ผู้รับผิดชอบงาน ITA ที่ชัดเจน	
๓. ผู้ที่ได้รับมอบหมายขาดความรู้ความเข้าใจในส่วนงานที่ต้องทำการประเมิน เช่น การจัดซื้อจัดจ้าง	-หน่วยงานควรมอบหมายผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องในประเด็นการประเมิน ITA ในแต่ละเรื่องหรือประเด็นย่อย เพื่อให้มีความเข้าใจในประเด็นที่ประเมินและสามารถแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ได้อย่างมีความครอบคลุมและครบถ้วน
๔. ผู้บริหารกำหนดนโยบายในเรื่องการดำเนินงานความโปร่งใสที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น นโยบายด้านการจัดซื้อจัดจ้าง เป็นต้น	
๕. ความร่วมมือของหน่วยงาน และบุคคลที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่ประเมิน อาจไม่เพียงพอ	

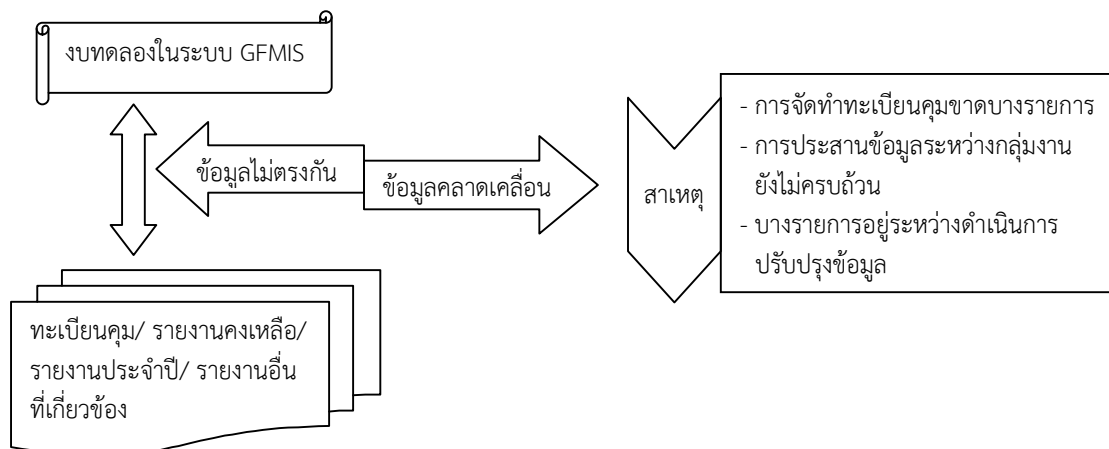
๓๕. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุม ภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด (Pins35)

ประเด็นมุ่งเน้น : กำกับและติดตามผลการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) และการประเมินการตรวจสอบงบการเงินของหน่วยบริการ

การตรวจราชการรอบที่ ๑



การตรวจสอบงบการเงิน



ข้อเสนอแนะ

- ควรมีการประสานข้อมูลระหว่างกลุ่มงาน และสอบถามข้อมูลเพื่อยืนยันยอดให้ถูกต้อง ครบถ้วน
- จัดทำทะเบียนคุมให้ครอบคลุมทุกรายการ (เป็นแนวทางในการควบคุมภายใน)
- ดำเนินการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน