

ประเด็นจากการประชุมสรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ รอบที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๖
ณ ห้องประชุมโรงแรมทีวินเทจ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา
วันที่ ๒๘ มีนาคม 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 ๒๕๕๙-๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ – มกราคม ๒๕๖๒) คือ ๗.๒, ๑๘.๕๘, ๑๗.๓๘ และ ๑๙.๗๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ (๔ ราย) ซึ่งในปี ๒๕๖๒ อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อแสนประชากรรายจังหวัดตามลำดับ ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ๒๔.๓๗ (๒ ราย) จังหวัดสมุทรปราการ ๓๒.๔๓ (๑ ราย) และจังหวัดปราจีนบุรี ๕๘.๕๘ (๑ ราย) (ที่มา : Dashboard กรมอนามัย, สสจ. ณ วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๒)

จังหวัด/ อัตราส่วนการตาย มารดาไทย	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
.....ราย	๒	๐	๐	๐	๐	๑	๑	๐	๔
.....ต่อแสนการเกิดมีชีพ	๒๔.๓๗	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๓๒.๔๓	๕๘.๕๘	๐.๐๐	๑๙.๗๒

การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
- มีมาตรการของเขตสุขภาพเพื่อลดอัตราการตายของมารดา เช่น การใช้ เทคนิค Condom Balloon temponards, การคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์, การเฝ้าระวังการตกเลือด โดยการใช้ถุงรองเลือด - การพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน ทั้งใน ด้านบุคลากร ทรัพยากรและการบริหาร จัดการ - การพัฒนาระบบการส่งต่อ การจัดทำ CPG ในกรณีสำคัญๆ เช่น PPH, PIH	- การตายของมารดาไทยที่ไม่ใช่สาเหตุทางสูติกรรม มากขึ้น - มีความเข้มแข็งของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กทุกระดับ กำหนดนโยบาย กำกับ ติดตามและประเมินผล การดำเนินงาน การเฝ้าระวัง ดูแลและแก้ไข ภาวะเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลัง คลอด เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีความต่อเนื่อง - การสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน โดยเฉพาะท้องถิ่น และชุมชน เน้นการดำเนินงานเชิงรุก
แนวทางการดำเนินงาน/ แก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๒	
- การกำกับติดตามมาตรการเร่งด่วน เช่น ลดการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือดและความดันโลหิตสูง การคัดกรองความเสี่ยง/โรคอันตรายในหญิงตั้งครรภ์ - ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันแก้ปัญหาเรื่องระบบการรายงานข้อมูล - การจัดระบบการให้บริการให้คำปรึกษาการมีบุตร เพิ่มประสิทธิภาพและ พัฒนาศักยภาพ ทีมให้คำปรึกษา - การเยี่ยมเสริมพลังและประเมินรับรองจากทีมระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ - การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กทั้งจังหวัด	

Cause of maternal mortality N=4

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ระยะเวลา ๕ เดือน (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ – มกราคม ๒๕๖๒) อัตราส่วนการตายมารดาไทย ๑๙.๗๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ (มารดาตาย ๔ ราย)

สาเหตุการตายของมารดา

- ทางสูติกรรม ๒ ราย (PPH ทั้ง ๒ ราย)

- โรคทางอายุรกรรม ๒ ราย (septic shock ๑ ราย pulmonary hypertension ๑ ราย) (ที่มา : รายงาน SP สูติกรรม ณ วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๒)

ปัญหา/ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา
- การเคลื่อนย้ายของวัยแรงงาน พื้นที่ ๘ จังหวัด ในภาค ตะวันออก เป็นพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ (SEZ) และพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจ (EEC)	- การจัดระบบการดูแลและการส่งต่อผู้รับบริการที่มีคุณภาพ - ความรวดเร็วและทันเวลา เพื่อลด 3 D ได้แก่ ต้องมีการวินิจฉัยปัญหาของผู้มารับบริการให้เร็ว (ลด Delay Detection) การตัดสินใจ ทั้งการรักษาต่างๆ ให้เร็วและ ทันท่วงที (ลด Delay Decision) และถ้ามีการส่งต่อ ระหว่างแผนกหรือระหว่างโรงพยาบาล ควรดำเนินการให้เร็ว (Delay Refer)
- การตายของมารดาไทยที่ไม่ใช่สาเหตุทางสูติกรรมมากขึ้น (Indirect cause)	- จัดระบบการค้นหาค่าความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง เช่น การจัดตั้งคลินิกหรือหน่วยงานให้คำปรึกษาก่อนตั้งครรภ์ รวมถึงการจัดทำแนวทางในการดูแล ก็จะสามารถลดปัญหาได้ โดยเฉพาะการส่งต่อในแผนกต่างๆ และระหว่าง โรงพยาบาล

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 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ (ร้อยละ ๙๐)

๒.๔ ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I (ร้อยละ ๖๐)

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

เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ* เขตสุขภาพที่ ๖ : เป้าหมายร้อยละ ๙๐

จังหวัด/ ข้อมูลเด็กอายุ ๐-๕ ปี* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๐	๗๗.๘๓	๕๗.๙๐	๙๒.๐๑	๕๑.๗๖	๙๐.๔๘	๗๕.๙๑	๗๒.๑๘	๗๘.๔๕	๗๗.๒๙
ปี ๒๕๖๑	๗๘.๔๑	๖๓.๒๖	๙๔.๖๗	๕๖.๗๔	๙๒.๔๕	๘๔.๔๓	๗๘.๕๕	๘๗.๔๔	๘๑.๙๕
ปี ๒๕๖๒	๘๓.๕๒	๖๘.๕๗	๙๗.๐๓	๘๕.๕๐	๘๘.๙๔	๗๗.๙๐	๘๐.๕๙	๘๙.๓๓	๘๒.๙๗

เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า* : เป้าหมายร้อยละ ๒๐

จังหวัด/ ข้อมูลเด็กอายุ ๐-๕ ปี* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๐	๓.๕๙	๑๒.๐๘	๑๖.๗๖	๑๓.๒๖	๓.๗๔	๑๕.๓๔	๖.๑๗	๕.๓๒	๘.๔๖
ปี ๒๕๖๑	๑๐.๙๑	๑๑.๓๗	๑๘.๓๕	๑๑.๑๑	๙.๕๐	๒๑.๔๕	๕.๕๕	๖.๐๑	๑๒.๒๓
ปี ๒๕๖๒	๑๘.๑๕	๑๒.๔๘	๑๘.๐๒	๑๗.๑๙	๒๐.๐	๒๓.๙๑	๑๕.๙๔	๑๖.๑๘	๑๘.๑๕

เด็กอายุ ๐-๕ ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ* : เป้าหมายร้อยละ ๙๐

จังหวัด/ ข้อมูลเด็กอายุ ๐-๕ ปี* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๐	๖๐.๗๔	๖๑.๗๖	๘๘.๓๕	๗๑.๘๕	๘๒.๑๙	๗๑.๗๗	๕๕.๗๓	๕๗.๘๗	๗๐.๕๖
ปี ๒๕๖๑	๘๓.๐๗	๗๙.๗๙	๙๒.๗๒	๗๗.๖๐	๙๓.๑๓	๘๘.๙๑	๖๕.๙๓	๖๗.๖๕	๗๕.๑๘
ปี ๒๕๖๒	๗๕.๙๐	๗๑.๓๘	๙๐.๐๕	๗๐.๙๐	๗๕.๔๔	๗๕.๙๙	๗๗.๓๐	๗๗.๘๐	๗๖.๙๒

ที่มา : แหล่งข้อมูล <https://hdcservice.moph.go.th> วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒

สรุปสถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๖ เด็กปฐมวัย ๐-๕ ปี มีแนวโน้มลดลง : ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๔๕๙,๕๓๗ คน (๗.๕๙%)

มาตรการ : มาตรการสำคัญ เขตสุขภาพที่ ๖

๑) การบริหารจัดการภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพ ที่ ๖

๒) ขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพผ่านกลไกคณะกรรมการ

๓) การขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต ปี ๒๕๖๑ : ๒๘ อำเภอ : ๑๑๐

ตำบล จังหวัดฉะเชิงเทราดำเนินการทุกตำบล ส่วนปี ๒๕๖๒ ขยายผลทุกอำเภออยู่ระหว่างถอดบทเรียน Best Practice

๔) สนับสนุนความรู้ประชาชน ชุมชน และเครือข่าย

- โปรแกรม ANC HPC ทดลองใช้กับผู้รับบริการในโรงเรียนพ่อแม่

- สนับสนุนใช้โปรแกรม ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

- ติดตามการขับเคลื่อน พรบ. milk code และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- การพัฒนาต้นแบบและขยายผลแหล่งเรียนรู้เพื่อสนับสนุนการสร้างมาตรการชุมชน

เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I : เป้าหมายร้อยละ ๖๐

เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ (ต.ค. ๖๑ - ๒๐ มี.ค.๖๒) เขตสุขภาพที่ ๖*

จังหวัด/ ข้อมูลเด็กอายุ ๐-๕ ปี* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๑	๑๗.๙๔	๓.๒๓	๕๒.๗๔	๔๘.๐๔	๔๕.๑๖	๒๒.๕๖	๒๙.๑๗	๓๔.๒๙	๒๘.๓๕
ปี ๒๕๖๒	๑๒.๕๐	๑๘.๑๔	๖๔.๗๑	๕๒.๙๔	๕๐.๐๐	๔๘.๑๕	๓๘.๘๙	๕๐.๐๐	๔๑.๒๙

เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ต.ค. ๖๑ - ๒๐ มี.ค.๖๒) รายเขตสุขภาพ*

ประเทศ/ ข้อมูลเด็กอายุ ๐-๕ ปี* (ร้อยละ)	เขต ๑	เขต ๒	เขต ๓	เขต ๔	เขต ๕	เขต ๖	เขต ๗	เขต ๘	เขต ๙	เขต ๑๐	เขต ๑๑	เขต ๑๒	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒	๓๙.๗๐	๕๓.๐๐	๖๙.๙๒	๓๕.๑๑	๓๑.๘๒	๔๑.๒๙	๖๔.๒๐	๕๗.๒๔	๖๖.๕๖	๕๕.๓๗	๓๙.๓๖	๔๖.๓๔	๔๙.๑๙

เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ต.ค. ๖๑ - ๒๐ มี.ค.๖๒) เขตสุขภาพที่ ๖*

จังหวัด/ ข้อมูลเด็กอายุ ๐-๕ ปี* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๑	๑๒.๕๐	๑๘.๑๘	๖๔.๗๑	๕๒.๙๔	๕๐.๐๐	๔๘.๑๕	๓๘.๓๙	๕๐.๐๐	๔๑.๒๙

ที่มา : แหล่งข้อมูล <https://hdcservice.moph.go.th> วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒

สรุปสถานการณ์

ปี ๒๕๖๑ เขตสุขภาพที่ ๖ พบเด็กที่มีพัฒนาการ ล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA 4I ร้อยละ ๒๘.๓๕ ซึ่งปี ๒๕๖๒ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ ๔๑.๒๙

เมื่อเปรียบเทียบผลการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ปี ๒๕๖๒ รายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ ๖ อยู่ในลำดับที่ ๘ ของประเทศ

ผลการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA 4I ปี ๒๕๖๒ จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานสูงสุดและผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๖๐) ได้แก่ จังหวัดจันทบุรี ร้อยละ ๖๔.๗๑

มาตรการ : มาตรการสำคัญเขตสุขภาพที่ ๖

๑. การนำข้อมูลจาก HDC คืนให้กับเจ้าหน้าที่ที่ โรงพยาบาลทุกระดับเพื่อติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าให้เข้ามาใช้บริการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

๒. การทบทวน และสื่อสารแนวทางการบันทึกข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA 4I ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

- เจ้าหน้าที่มีภาระงานหลายด้าน ส่งผลให้ไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
- ผู้ปกครองเด็กยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการ รวมทั้งขาด

ปัจจัยสนับสนุนในการเดินทางมารับบริการฯ

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน เขตสุขภาพที่ ๖ : สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๗
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี เขตสุขภาพที่ ๖ (ไตรมาส ๑)*

จังหวัด/ ข้อมูลเด็กอายุ ๐-๕ ปี* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๕๙	๕๑.๑	๔๗.๕	๕๐.๙	๔๙.๖	๔๘.๗	๔๘.๑	๔๓.๘	๔๔.๙	๔๘.๕	๔๗.๐
ปี ๒๕๖๐	๕๒.๑	๕๒.๑	๕๑.๑	๔๘.๕	๕๒.๗	๔๙.๗	๔๘.๒	๔๙.๒	๕๐.๙	๔๙.๐
ปี ๒๕๖๑	๕๕.๓	๕๘.๐	๕๕.๘	๕๖.๒	๕๖.๓	๕๕.๖	๔๘.๘	๕๑.๙	๕๓.๙	๕๐.๖
ปี ๒๕๖๒	๕๘.๐	๖๕.๒	๕๗.๑	๕๕.๘	๖๓.๒	๖๐.๔	๖๐.๘	๖๖.๐	๖๑.๒	๕๙.๖

ที่มา : แหล่งข้อมูล <https://hdcservice.moph.go.th> วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒

ตารางแสดงส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี เพศชาย เขตสุขภาพที่ ๖ (ไตรมาส ๑) สูงเฉลี่ย
ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ ชายสูง ๑๐๙ ซม.

จังหวัด/ ข้อมูลเด็กชายอายุ ๕ ปี* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๕๙	๑๐๙.๕	๑๐๘.๐	๑๐๙.๘	๑๐๙.๑	๑๐๙.๗	๑๑๐.๐	๑๐๙.๖	๑๐๘.๘	๑๐๙.๕	๑๐๙.๒
ปี ๒๕๖๐	๑๐๙.๙	๑๐๘.๕	๑๑๐.๐	๑๐๙.๑	๑๐๙.๙	๑๑๐.๕	๑๐๙.๖	๑๐๘.๕	๑๐๙.๘	๑๐๙.๓
ปี ๒๕๖๑	๑๐๙.๕	๑๐๙.๒	๑๐๘.๘	๑๐๙.๔	๑๐๙.๒	๑๐๙.๘	๑๐๙.๘	๑๐๙.๑	๑๐๙.๔	๑๐๘.๙
ปี ๒๕๖๒	๑๐๘.๐	๑๐๘.๖	๑๐๗.๔	๑๐๘.๕	๑๐๘.๔	๑๐๗.๕	๑๐๙.๒	๑๐๙.๒	๑๐๘.๓	๑๐๘.๕

ตารางแสดงส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี เพศหญิง เขตสุขภาพที่ ๖ (ไตรมาส ๑) สูงเฉลี่ย
ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ หญิงสูง ๑๐๘.๖ ซม.*

จังหวัด/ ข้อมูลเด็กหญิงอายุ ๕ ปี* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๕๙	๑๐๘.๗	๑๐๗.๙	๑๐๙.๓	๑๐๘.๓	๑๐๙.๓	๑๐๙.๕	๑๐๘.๗	๑๐๙.๓	๑๐๙.๐	๑๐๘.๖
ปี ๒๕๖๐	๑๐๙.๐	๑๐๗.๘	๑๐๙.๖	๑๐๗.๗	๑๐๙.๔	๑๐๙.๙	๑๐๘.๗	๑๐๗.๙	๑๐๙.๑	๑๐๘.๖
ปี ๒๕๖๑	๑๐๙.๑	๑๐๘.๒	๑๐๘.๐	๑๐๘.๕	๑๐๘.๕	๑๐๙.๒	๑๐๘.๘	๑๐๘.๓	๑๐๘.๖	๑๐๘.๓
ปี ๒๕๖๒	๑๐๗.๕	๑๐๘.๓	๑๐๖.๗	๑๐๗.๖	๑๐๗.๗	๑๐๖.๘	๑๐๘.๕	๑๐๗.๙	๑๐๗.๖	๑๐๘.๐

ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ประเทศไทย (ไตรมาส ๑)*

ประเทศ/ ข้อมูลเด็กอายุ ๐-๕ ปี* (ร้อยละ)	เขต ๑	เขต ๒	เขต ๓	เขต ๔	เขต ๕	เขต ๖	เขต ๗	เขต ๘	เขต ๙	เขต ๑๐	เขต ๑๑	เขต ๑๒	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒	๕๒.๑	๕๗.๐	๕๗.๘	๖๐.๒	๖๑.๕	๖๑.๒	๖๕.๐	๕๘.๐	๕๙.๐	๖๒.๓	๖๑.๘	๕๘.๓	๕๙.๖

ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๒ ปี สูงดีสมส่วน เขตสุขภาพที่ ๖ (ไตรมาส ๑)*

จังหวัด/ข้อมูล เด็กอายุ ๐-๒ ปี* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒	๕๖.๑	๖๑.๒	๕๗.๓	๕๓.๘	๖๐.๑	๕๗.๐	๖๐.๑	๖๒.๒	๕๘.๗	๕๒.๕

ร้อยละของเด็กอายุ ๓-๕ ปี สูงดีสมส่วน เขตสุขภาพที่ ๖ (ไตรมาส ๑)*

จังหวัด/ข้อมูล เด็กอายุ ๓-๕ ปี* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒	๕๙.๔	๖๘.๒	๕๗.๑	๕๗.๖	๖๕.๑	๖๓.๗	๖๑.๓	๖๘.๙	๖๓.๑	๕๗.๓

ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน เขตสุขภาพที่ ๖ (ไตรมาส ๑)*

จังหวัด/ ข้อมูลเด็กอายุ ๐-๕ ปี* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๒	๕๘.๐	๖๕.๒	๕๗.๑	๕๕.๔	๖๓.๒	๖๐.๔	๖๐.๘	๖๖.๐	๖๑.๒

สรุปสถานการณ์

- เขตสุขภาพที่ ๖ เด็กปฐมวัย ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน มีแนวโน้ม ร้อยละ ๖๑.๒ สูงกว่าระดับประเทศ ร้อยละ ๕๙.๖ และกลุ่มเด็กอายุ ๓ - ๕ ปี ทุกจังหวัด สูงกว่าเป้าหมายร้อยละ ๕๗
- การขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต
ปี ๒๕๖๑ : ๒๘ อำเภอ : ๑๑๐ ตำบล จ.ฉะเชิงเทรา ดำเนินการทุกตำบล
ปี ๒๕๖๒ : ขยายผล ทุกอำเภอ อยู่ระหว่างถอดบทเรียน Best Practice

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

- เสริมสร้างเครือข่ายนมแม่ทุกระดับ
- สนับสนุนการสร้างมาตรการชุมชน ขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต
- เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่าย โดยการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและ โภชนาการ เพื่อได้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑

ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา
- บุคลากร และสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคเครือข่ายให้เห็นความสำคัญการลงทุนเพื่อสร้างและพัฒนาเด็กที่มีคุณภาพ - สนับสนุนเครือข่ายเพื่อประชาชน ชุมชนเกิดการเรียนรู้ และความเป็นเจ้าของ	- ติดตามการขับเคลื่อน พรบ.milk code และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - การพัฒนาต้นแบบและขยายผลแหล่งเรียนรู้เพื่อสนับสนุนการสร้างมาตรการชุมชน

ประเด็นหลักที่ ๒ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

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

สถานการณ์อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี เขตสุขภาพที่ ๖ และประเทศ
พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๐*

ปี/ ข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี* (ร้อยละ)	๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ประเทศ	๕๓.๔	๕๑.๒	๕๗.๙	๕๔.๔	๕๒.๕	๓๙.๖
เขตสุขภาพ	๖๙.๔	๖๔.๙	๖๑.๔	๕๖.๐	๕๒.๖	๔๘.๙

ที่มา : สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ ปี ๒๕๖๑

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีพันคน เขตสุขภาพที่ ๖
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ตุลาคม ๒๕๖๑ - มีนาคม ๒๕๖๒)*

จังหวัด/ ข้อมูลอัตรา การคลอดมีชีพ* (ประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี พันคน)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒	๔๔.๘๘	๓๓.๘๔	๑๔.๒๗	๒๓.๐	๓๖.๓๔	๑๙.๘๖	๒๖.๕๕	๒๕.๘๖	๒๙.๔๕	๒๔.๐๒

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีพันคน เขตสุขภาพที่ ๖
เปรียบเทียบข้อมูลปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (ตุลาคม - มีนาคม)*

จังหวัด/ ข้อมูลอัตรา การคลอดมีชีพ* (ประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี พันคน)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๑	๕๓.๑๙	๕๕.๘๒	๕๕.๖๐	๓๙.๗๖	๕๗.๓๙	๓๓.๗๖	๕๖.๑๗	๕๑.๓๒	๕๙.๖๐	๓๘.๕๙
ปี ๒๕๖๒	๔๔.๘๘	๓๓.๘๔	๑๔.๒๗	๒๓.๐	๓๖.๓๔	๑๙.๘๖	๒๖.๕๕	๒๕.๘๖	๒๙.๔๕	๒๔.๐๒

ที่มา : แหล่งข้อมูล <https://hdcservice.moph.go.th> วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒

สรุปสถานการณ์ :

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ลดลงจากอัตรา ๔๐.๕๐ ในไตรมาสที่ ๑ เป็นอัตรา ๒๙.๔๕ ในไตรมาสที่ ๒ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย แต่สูงกว่าระดับประเทศ (อัตรา ๒๔.๐๒) พบว่า จังหวัดชลบุรีสูงกว่าเป้าหมาย (อัตรา ๔๔.๘๘) และต่ำสุดที่จังหวัดจันทบุรี (อัตรา ๑๔.๒๗) และในทุกจังหวัดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน (เดือนตุลาคม - มีนาคม ปี ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒)

ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำ การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ การคุมกำเนิดกึ่งถาวร ในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี
เขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ตุลาคม ๒๕๖๑ - มีนาคม ๒๕๖๒)*

จังหวัด/ ข้อมูลการตั้งครรภ์ซ้ำ การคุมกำเนิด ด้วยวิธีสมัยใหม่ การคุมกำเนิดกึ่งถาวร * (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ตั้งครรภ์ซ้ำ	๑๑.๗๗	๖๓.๑๖	๑๙.๕๗	๑๑.๗๖	๑๐.๒๗	๑๕.๗๖	๑๒.๑๕	๗.๘๗	๑๒.๕๓	๑๔.๖๘
คุมกำเนิดทุกวิธี	๓๖.๕๗	๑๖.๔๘	๔๔.๕๗	๗๓.๕๓	๕๕.๓๕	๔๖.๔๗	๒๐.๙๙	๖๐.๖๗	๓๙.๑๔	๓๑.๔๐
คุมกำเนิดกึ่งถาวร	๘๓.๐๘	๑๓.๗๓	๗๐.๗๓	๙๘.๖๗	๙๑.๖๒	๗๕.๔๔	๕๑.๒๘	๘๘.๘๙	๘๑.๙๐	๖๕.๕๔

ที่มา : แหล่งข้อมูล <https://hdcservice.moph.go.th> วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒

สรุปสถานการณ์ :

ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี เขตสุขภาพที่ ๖ ต่ำกว่าภาพรวมประเทศ แต่สูงกว่าเป้าหมายเล็กน้อย สูงสุดที่ จังหวัดจันทบุรี ต่ำสุดที่ จังหวัดสระแก้ว และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการคุมกำเนิดกึ่งถาวรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกจังหวัด สูงสุดที่จังหวัดตราด และต่ำสุดที่จังหวัดปราจีนบุรี

ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา
- การขับเคลื่อน พรบ.การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครุฑ ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙	- ติดตาม การจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครุฑในวัยรุ่นของคณะอนุกรรมการฯ การถ่ายทอดนโยบาย ในระดับอำเภอ ตำบล และการขับเคลื่อน พรบ.ฯ ในระดับตำบล
- การบันทึกผลการดำเนินการใน HDC	- ติดตาม ตรวจสอบ และพัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูล ใน HDC ให้มีความครบถ้วนถูกต้อง และทันสมัยเพื่อเป็นประโยชน์ ในการชี้เป้าและพัฒนาการดำเนินงาน
- การคุมกำเนิดทุกวิธีค่อนข้างน้อย	- พัฒนาการให้บริการปรึกษาเรื่องคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้ง ในแม่วัยรุ่น โดยมุ่งเน้นการคุมกำเนิดกึ่งถาวร - กำกับ ติดตาม การรายงานผลการให้บริการคุมกำเนิด หลังคลอด หรือหลังแท้งในกลุ่มวัยรุ่น - เผยแพร่/ประชาสัมพันธ์ให้วัยรุ่นและและครอบครัวมีความรู้และ ทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิด และการเข้าถึงสิทธิการคุมกำเนิด หลังคลอดหรือหลังแท้ง ตาม พรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครุฑในวัยรุ่นให้หลากหลายช่องทาง

ประเด็นหลักที่ ๓ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยสูงอายุ

๔.(KPI7) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๗๐) (Pins4)

ร้อยละของตำบลที่มีระบบ LTC ผ่านเกณฑ์ : ร้อยละ ๕๕ (๖ เดือนแรก)

ร้อยละผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑*

จังหวัด/ ข้อมูลผู้สูงอายุ* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๕๙	๑๒.๕๖	๑๒.๒๔	๑๗.๔๔	๑๖.๙๔	๑๕.๔	๑๔.๕๔	๑๕.๔๘	๑๓.๙๖	๑๔.๒๖	๑๔.๙๗
ปี ๒๕๖๐	๑๓.๐๕	๑๒.๘๒	๑๗.๙๑	๑๘.๐๒	๑๖.๒๘	๑๕.๐๗	๑๖.๑๖	๑๔.๗๖	๑๔.๘๖	๑๕.๔
ปี ๒๕๖๑	๑๓.๗๓	๑๓.๖	๑๘.๕๑	๑๘.๙๘	๑๖.๗๙	๑๕.๓๒	๑๖.๕๑	๑๕.๔๒	๑๕.๔๑	๑๖.๐๑

ที่มา : วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เขตสุขภาพที่ ๖ ผู้สูงอายุ ๗๕๕,๒๒๑ คน ร้อยละ ๑๔.๔๑ ของประชากรทั้งหมด (๕,๒๑๑,๔๐๐ คน)
ซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (มากกว่าร้อยละ ๑๐) และสูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ ๑๖.๐๑) จากข้อมูล
ย้อนหลัง ๓ ปี (๒๕๕๙ - ๒๕๖๑) ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ร้อยละ ๑๔.๒๖, ๑๔.๘๖ และ ๑๕.๔๑
ตามลำดับ และจังหวัดที่มีผู้สูงอายุสูงสุด ๓ อันดับแรกได้แก่ จังหวัดตราด จันทบุรี และฉะเชิงเทรา

การคัดกรองประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑*

ติดสังคม

จังหวัด/ ข้อมูลการคัดกรอง ประเมินความสามารถ* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๕๙	๙๖.๔๔	๙๓.๗๙	๙๕.๒๐	๙๕.๗๖	๙๖.๖๘	๙๗.๓๖	๙๕.๑๙	๙๖.๓๕	๙๖.๔๔
ปี ๒๕๖๐	๙๗.๑๑	๙๕.๙๒	๙๖.๓๒	๙๗.๔๙	๙๖.๗๖	๙๗.๘๘	๙๕.๙๑	๙๖.๒๒	๙๗.๑๑
ปี ๒๕๖๑	๙๗.๖๔	๙๖.๖๖	๙๕.๗๙	๙๗.๗๘	๙๗.๙๘	๙๗.๘๖	๙๖.๔๘	๙๖.๖๗	๙๗.๖๔

ติดบ้าน

จังหวัด/ ข้อมูลการคัดกรอง ประเมินความสามารถ* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๕๙	๒.๒๗	๕.๔๖	๓.๗๗	๓.๐	๒.๖๑	๒.๐๓	๓.๙	๒.๘๘	๒.๒๗
ปี ๒๕๖๐	๒.๒	๓.๕๖	๒.๘๓	๑.๘	๒.๖๒	๑.๔๙	๓.๒๘	๓.๒	๒.๒
ปี ๒๕๖๑	๑.๗๖	๒.๗๔	๓.๔๖	๑.๕๖	๑.๕	๑.๕๓	๒.๗๗	๒.๗๗	๑.๗๖

ติดเตียง

จังหวัด/ ข้อมูลการคัดกรอง ประเมินความสามารถ* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๕๙	๑.๒๙	๐.๗๖	๑.๐๓	๑.๒๔	๐.๗๑	๐.๖๑	๐.๙๑	๐.๗๖	๑.๒๙
ปี ๒๕๖๐	๐.๖๙	๐.๕๑	๐.๘๔	๐.๗๑	๐.๖๑	๐.๖๒	๐.๘๑	๐.๕๘	๐.๖๙
ปี ๒๕๖๑	๐.๖๐	๐.๖๐	๐.๗๕	๐.๖๗	๐.๕๑	๐.๖๑	๐.๗๕	๐.๕๗	๐.๖๐

ที่มา : แหล่งข้อมูล <https://hdcservice.moph.go.th> วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

ระดับความสำเร็จของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)
ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (๖ เดือนแรก ร้อยละ ๕๕)*

จังหวัด/ ข้อมูลระดับความสำเร็จ ของตำบล* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๐	<u>๔๗.๓๐</u>	<u>๒๑.๒๐</u>	<u>๔๕.๒๐</u>	<u>๓๒.๑๐</u>	๖๓.๖๐	๙๓.๓๐	<u>๒๑.๔๐</u>	๕๕.๓๐	<u>๔๕.๐๐</u>
ปี ๒๕๖๑	๕๙.๗๘	<u>๔๖.๕๕</u>	<u>๔๘.๖๘</u>	๖๐.๕๐	๖๓.๔๔	๖๒.๐๐	๖๗.๖๙	๙๓.๑๐	๖๒.๒๖
ปี ๒๕๖๒	<u>๔๓.๔๘</u>	<u>๕๐.๐๐</u>	๕๗.๘๙	๖๕.๗๐	๖๕.๕๙	๖๒.๐๐	๖๗.๖๙	๙๓.๓๐	๖๓.๒๕

สรุปสถานการณ์ :

ผลการดำเนินการงานตำบลที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๒ ส่วนใหญ่ในแต่ละจังหวัดมีแนวโน้มการดำเนินงานตำบล LTC เกินค่าเป้าหมายในแต่ละปี (ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๕๐, ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๖๐ ปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๗๐) ซึ่งในภาพเขตผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ ๕๕ รอบแรก) และคาดว่าจะผ่านเกณฑ์เป้าหมายในปี ๒๕๖๒ (ร้อยละ ๗๐) เนื่องจากจังหวัดอยู่ในระหว่างการติดตาม/เยี่ยมเสริมพลังและประเมินรับรองตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา
- การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านกลไกชมรมผู้สูงอายุยังไม่เข้มแข็ง เนื่องจากการจัดกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง - กิจกรรมด้านทันตสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุยังไม่เข้มแข็ง ขาดการบูรณาการดำเนินงาน ทำให้ตำบลในบางพื้นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ฯ ได้แก่ ตำบลในพื้นที่จังหวัดระยอง และชลบุรี (ผ่านเกณฑ์ฯเพียงร้อยละ ๔๓.๔๘ และร้อยละ ๕๐) แต่คาดว่าจะผ่านเป้าหมายร้อยละ ๗๐ ในรอบ ๒ เนื่องจากจังหวัดอยู่ในระหว่างการติดตาม/เยี่ยมเสริมพลังและประเมินรับรองตำบลที่มีระบบ ส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)	๑.เยี่ยมเสริมพลัง/ ติดตามประเมิน และขับเคลื่อนดำเนินงานตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจังหวัดที่ดำเนินการยังไม่ผ่านเป้าหมาย ๒.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน เพื่อทราบปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน และจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานเด่นเพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีในการขยายผลต่อไป ๓.พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็ง จัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และเป็นกลไกที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ๔.บูรณาการการดำเนินงานและจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นหลักที่ ๔ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

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

ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green&Clean Hospital

ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป : ร้อยละ ๔๐*

จังหวัด/ ข้อมูล รพ.สังกัด กระทรวงสาธารณสุข* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
พื้นฐาน	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ดี	๑๐๐	๔๔.๔๔	๑๐๐	๘๕.๗๑	๗๒.๗๓	๗๕.๐๐	๘๕.๗๑	๙๐.๐๐	๘๘.๖๑
ดีมาก	๕๓.๓๓	๕๕.๕๖	๕๐.๐๐	๕๗.๑๔	๒๗.๒๗	๕๐.๐๐	๔๒.๘๖	๓๐.๐๐	๔๕.๕๗

ที่มา : DOH Dashboard กรมอนามัย วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒

ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา
- การขาดเจ้าภาพหลักที่ชัดเจนระดับเขตในการประเมินรับรองประเด็นความปลอดภัยของโรงพยาบาล	- ประสานผู้รับผิดชอบหลักด้านความปลอดภัย ระดับเขต
- ระบบบำบัดน้ำเสียชำรุดหรือรองรับไม่เพียงพอ	- วางแผนการก่อสร้าง ปรับปรุงพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียให้สามารถทำงานได้ดีและรองรับปริมาณน้ำเสียได้
- การพัฒนาห้องส้วมใน IPD	- วางแผนการพัฒนาสิ่งชำรุดในห้องน้ำ

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

ความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (๕ ขั้นตอน)*

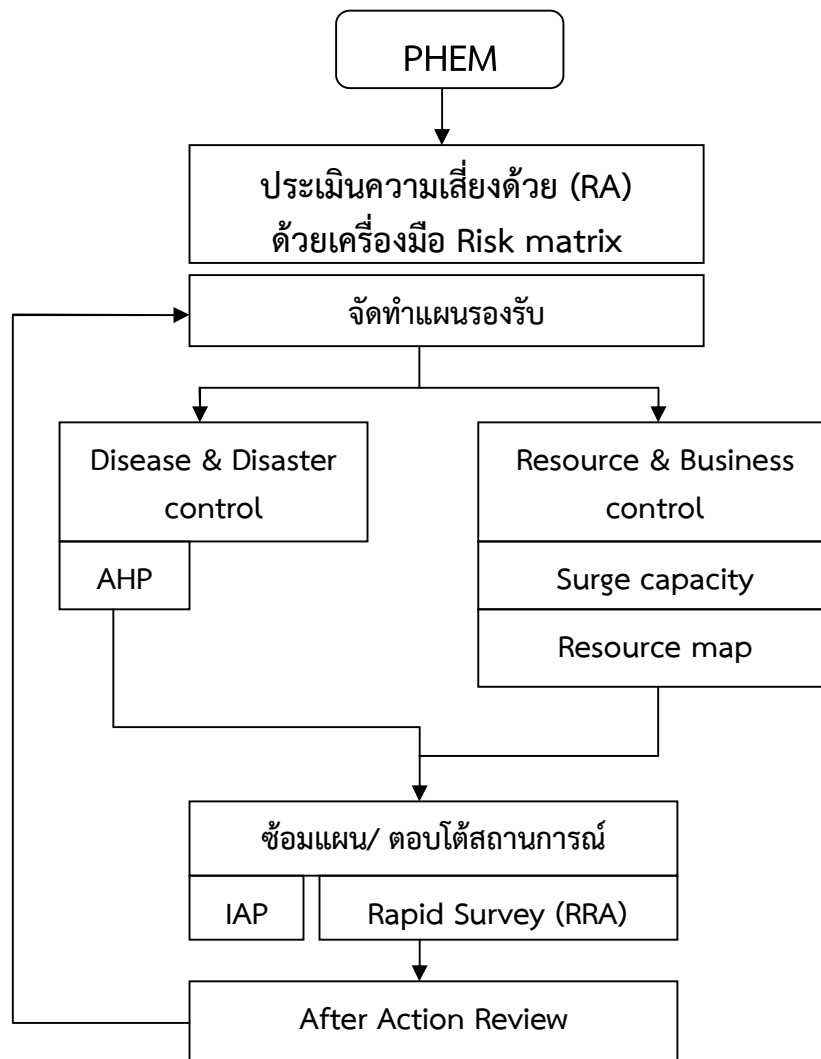
ชั้น	จังหวัด/ รายละเอียดตัวชี้วัด	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว
๑	จว. มีคำสั่ง EOC และผู้บริหารผ่านการอบรม ICS	/	/	/	/	/	/	/	/
	หัวหน้ากลุ่มภารกิจใน ICS จังหวัด	รออนอบรมจากกรม คร. ในไตรมาสที่ ๓							
๒	มีตารางเวรปฏิบัติงาน SAT weekly report ทุกสัปดาห์ มี Spot report	/	/	/	/	/	/	/	/
๓	มี Rapid Risk Assessment (RRA)	สคร.๖ วางแผนจัดประชุมวิธีการจัดทำ RRA ในช่วงปลายเมษายน ๒๕๖๒ (ดำเนินการแล้ว ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ปราจีนบุรี และสมุทรปราการ)							
๔	มีทะเบียนรายชื่ออัตรากำลังคนสำรอง (Surge capacity) ใน ๔ ระดับ								
๕	มีการเปิด EOC จริงหรือมีการ ผึกซ้อมแผนที่มีการเปิด EOC อย่างน้อย ๑ ครั้ง + รายงานการฝึกซ้อมแผน	RTI + Ex สัตหีบ	RTI + Ex มาบตาพุด	RTI	RTI + Ex ภัยสารเคมี	RTI	RTI	RTI + Ex	EOC+ RTI + DHF

ข้อค้นพบ

- ผู้บริหารระดับจังหวัดผ่านอบรม ICS ครบ ๑๐๐ % ทุกจังหวัด แต่หัวหน้ากลุ่มภารกิจ อยู่ระหว่างรออนอบรมจากกรม ในไตรมาสที่ ๓
- ทุกจังหวัดมีตารางเวรปฏิบัติงาน SAT/ มี Spot report และ weekly report ทุกสัปดาห์
- ทุกจังหวัดมีการเตรียมความพร้อมโครงสร้างพื้นฐาน (ห้อง EOC) ส่วนทรัพยากรที่ใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ยังไม่มีการเตรียมความพร้อมเป็นการเฉพาะโรค

ข้อเสนอแนะ

- ควรพัฒนาระบบ PHEM และ ICS ให้สามารถ function ได้ตามมาตรฐานและ กระบวนการของระบบ (รูปด้านล่าง)
- ควรเตรียมพร้อมในการจัดกำลังสำรอง โดยประสานและส่งต่อข้อมูล ทั้งในแนวระนาบและแนวตั้งของระบบ
- ผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงานควรเข้าร่วมทำ Resource mapping /วิเคราะห์ core function เพื่อจัดทำ surge capacity plan



การสนับสนุนของ สคร.๖ ชลบุรี

จัดทีมลงพื้นที่ ๘ จังหวัด เพื่อ coaching ทีมจังหวัดในการทำแผนกำลังคนสำรอง (Surge capacity) และรายการทรัพยากร (Resource mapping) ตามปัญหาและบริบทของแต่ละจังหวัด

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)

ร้อยละการคัดกรอง DM/ HTประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป* : เป้าหมาย Q4 $\geq$ ร้อยละ ๙๐

จังหวัด/ข้อมูลการคัดกรอง* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
DM									๖๗.๔๖	๘๑.๔๙
HT			๙๐.๓๗						๖๗.๗๑	๘๒.๒๗

อัตราการกลุ่มเสี่ยง DM ในปีที่ผ่านมา ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ* :
เป้าหมาย Q1 $\geq$ ร้อยละ ๓๐, Q2 $\geq$ ร้อยละ ๕๐, Q4 $\geq$ ร้อยละ ๙๐

จังหวัด/ข้อมูล อัตราการกลุ่มเสี่ยง DM * (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ไตรมาส ๒	๖๙.๓๗	๙๐.๓๗	๘๐.๒๗	๘๑.๘๔	๘๒.๐๕	๕๙.๒๓	๙๒.๒๘	๙๒.๖๙	๘๐.๐๐	๘๘.๔๑

อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง* : เป้าหมาย Q4 $\leq$ ร้อยละ ๒.๐๕

จังหวัด/ข้อมูล อัตราการกลุ่มเสี่ยง DM * (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ไตรมาส ๒	๐.๙๔	๐.๘๑	๑.๓๙	๑.๐๓	๑.๐๔	๐.๕๐	๐.๙๑	๐.๘๓	๐.๙๑	๑.๐๐

อัตราการกลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการทำ HBPM * : เป้าหมาย Q2 $>$ ร้อยละ ๑๐, Q4 $\geq$ ร้อยละ ๓๐

จังหวัด/ ข้อมูลอัตรา กลุ่มสงสัยป่วย HT* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ไตรมาส ๒	๑๔.๘๘	๑๓.๐๐	๑๒.๔๖	๙.๑๗	๓๔.๐๙	๑๑.๐๐	๑๘.๐๖	๔๓.๘๓	๑๙.๓๘	๒๘.๗๙

ที่มา : ข้อมูล HDC ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒

๘.(KPI26) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (Pins7)

๘.๑ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ ($\geq$ ร้อยละ ๔๐)

๘.๒ ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ($\geq$ ร้อยละ ๕๐)

อัตราผู้ป่วย DM /HT ควบคุมได้* เขตสุขภาพที่ ๖/ ประเทศ ปี ๒๕๖๒

ข้อมูลอัตราผู้ป่วย DM/HT ควบคุมได้* (ร้อยละ)	รวมเขต ๖	ประเทศ
DM	๒๗.๖๒	๒๐.๕๓
HT	๒๗.๕๒	๓๑.๑๑

ที่มา : ข้อมูล HDC ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒

ผลการประเมินตนเอง NCD Clinic Plus รอบที่ ๑/๒๕๖๒ เขตสุขภาพที่ ๖

ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๒๗.๔๐ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๕๔.๗๙ และระดับต่ำกว่าพื้นฐาน
ร้อยละ ๑๗.๘๑ (ที่มา : ข้อมูลผลการประเมินตนเองรอบที่ ๑ /๒๕๖๒ จาก สสจ. ๘ จังหวัด)

PLAN***ข้อมูลที่ใช้ในการวางแผน**

- ยุทธศาสตร์กระทรวงฯ ๒๐ ปี /ยุทธศาสตร์จังหวัด
- นโยบายจันทบุรีน้ำอยู่/ นโยบาย TRAT NCD Model
- ฐานข้อมูล HDC/ NCD by แก่งหางแมว
- บทเรียน อำเภอเด่น (บางน้ำเปรี้ยว)

*** Stakeholder คณะกรรมการ NCD Board/ Service Plan***** แผนการดำเนินงาน**

- พัฒนาระบบบริการ (NCD Clinic)/พัฒนาฐานข้อมูล/พัฒนาบุคลากร NCD /โครงการสุขภาพดี วิถีคนจันทบุรี/ TART Model

***แผนการกำกับติดตาม และประเมินผล**

- NCD Clinic plus และ ตัวชี้วัด
- MOU หน่วยบริการนอกสังกัดฯ (ชลบุรี)

DO

การสื่อสารถ่ายทอดแนวนโยบาย

NCD Board/ Service Plan และ Line group/VDO Con. (ตราด)

*** การป้องกันควบคุม DM/HT**

- ผู้นำต้นแบบ “ผู้ว่า ห่วงใย สมอง-หัวใจ ชาวแปดริ้ว” และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับ MI ใน ทุกอำเภอ (ฉะเชิงเทรา)
- การดูแลตนเองและการรักษา DM ในหญิงตั้งครรภ์ (จ.ระยอง)
- ต้นแบบการดำเนินงาน CBI จ.จันทบุรี และ จ.ฉะเชิงเทรา)
- TART NCD Model (เครื่องมือ ๑๒ ชิ้น)
- Digital transformation (NCD@Home : จ.สระแก้ว.)
- Early stroke warning (จ.ปราจีนบุรี และ จ.ฉะเชิงเทรา)
- พัฒนาบุคลากร Coaching /Empowerment/อบรม : MI (จ. ฉะเชิงเทรา.), HBPM , DIET, DPP
- Sharing source : ได้รับการสนับสนุน BP ทุกอำเภอ จาก อปท. (จ.ฉะเชิงเทรา/จ.สมุทรปราการ/ จ.สระแก้ว)
- Focal point NCD DATA

CHECK

การกำกับ ติดตาม

- ผ่านคณะกรรมการ NCD Board/ Service Plan
- ตรวจสอบข้อมูลผ่าน HDC by Data Exchange คืบข้อมูล ให้หน่วยงานบริการ (จ.ตราด และ จ.ฉะเชิงเทรา)
- บูรณาการติดตามร่วมกับ รพ.สต.ติดตาม /PCC
- ประเด็นติดตาม NCD Clinic plus และตัวชี้วัด

ACT**ข้อมูลระบบ HDC ตำราผลงาน จริงและมีการลงรหัสข้อมูลคลาดเคลื่อน**

ใช้ข้อมูลโปรแกรม DATA Exchange + Survey (ไม่ลงทะเบียน ไม่ตรวจตามนัด บันทึก ข้อมูลผิด
รักษาคณิณอื่นและความไม่สมบูรณ์ในการส่งออก ๔๓ แห่ง)

การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน

- สร้างเครือข่าย buddy ระดับจังหวัด (จ.สมุทรปราการ/ จ.ฉะเชิงเทรา

ข้อเสนอแนะ**ข้อมูล INPUT ในการจัดทำแผน**

- ควรใช้ข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา/ บทเรียน/ Best practice มาร่วมพิจารณาจัดทำแผน
- พื้นที่เขตเมือง/ อุตสาหกรรม ควรมี stake holder ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลบริบท/ สภาพปัญหาและ
จัดทำแผนอย่างเหมาะสม

การพัฒนาฐานข้อมูล

- ควรดำเนินงานร่วมกันระหว่างงาน NCD และ IT
- ตรวจสอบ และปรับปรุงข้อมูลในระบบอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ โปรแกรม DATA Exchange และ
ข้อมูล Survey
- ควรมีการเชื่อมต่อข้อมูลกับหน่วยงานนอกสังกัด/ เอกชน (ต้นแบบ)

การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

- ในพื้นที่เขตเมือง /เขตอุตสาหกรรม ควรมีการ MOU หน่วย บริการนอกสังกัดฯ
- ควรบูรณาการติดตามร่วมกับ รพ.สต.ติดตาม /PCC
- ควรมีการคืนข้อมูลฯ ให้หน่วยบริการ

พื้นที่ที่มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน NCD-

- ควรมีการ Coaching /Empowerment
- ควรมีการสร้างเครือข่าย buddy ระดับจังหวัด

การคัดกรอง DM/ HT

- เร่งรัดการคัดกรองให้แล้วเสร็จภายในไตรมาส ๑ และทำการบันทึกข้อมูลใน HDC
- มีการตรวจสอบข้อมูล HDC กับผลงานจริง
- ในพื้นที่เขตเมือง/เขตอุตสาหกรรม ควรมีบูรณาการกับโครงการ สถานประกอบการปลอดโรค
ปลอดภัยกายใจเป็นสุขและหมู่บ้านจัดสรร ควรมีการดำเนินการเชิงรุก (ต้นแบบ)

ควบคุม DM/ HT**Program 4 Intervention**

- MI : การสนทนาสร้างแรงจูงใจ
- HBPM : การวัดความดันด้วยตนเองที่บ้าน
- DASH DIET : การจัดอาหารที่เหมาะสม
- DPP : การป้องกัน โรคเบาหวานในชุมชน

-

การทำ HBPM : การวัดความดันด้วยตนเองที่บ้าน

- ควรวางแผนการดำเนินงานร่วมกับพื้นที่ (กองทุน อปท.) กำหนดแนวทางการบริหารจัดการ และการขอสนับสนุน BP ให้เพียงพอ

NCD Clinic Plus

- จัดทำแผนปิด GAP รายองค์ประกอบและตัวชี้วัดผลลัพธ์
- ควรมีการจัดทำแผนยกระดับพัฒนาฯ NCD

๙. จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ (๓ ล้านคน) (Pins9)

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

โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

ผลการดำเนินโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี* (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๒)

จังหวัด/ข้อมูลโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี* (คน/ ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
Q1	๓๓,๗๙๖	๑๓,๘๑๑	๑๓,๑๖๘	๕,๑๗๑	๒๐,๒๔๔	๑๔,๙๘๑	๑๑,๖๘๖	๑๖,๕๓๑	๑๒๙,๔๐๒	๒,๗๒๔,๓๗๗
Q2	๒๔,๓๓๓	๒๙,๕๐๕	๒๗,๓๐๙	๑๓,๐๖๘	๓๐,๘๙๔	๒๔,๓๓๓	๒๖,๒๖๕	๒๖,๔๒๗	๒๑๘,๕๘๙	๓.๐๐๐,๐๐๐
เลิกบุหรี่ได้ ๖ เดือน	๘๒.๘๖	๔๖.๘๑	๔๘.๒๒	๓๙.๕๗	๖๕.๕๓	๖๑.๕๗	๔๔.๔๙	๖๒.๕๕	๕๙.๑๙	๙๐.๘๑

เขต/ข้อมูลโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี* (คน/ ร้อยละ)	เป้าหมาย	เข้าร่วมโครงการ	ร้อยละ
๑	๓๙๗.๑๙๗	๒๖๐,๐๑๑	๖๕.๔๖
๒	๒๑๒.๑๗๕	๑๗๓,๘๗๔	๘๑.๙๔
๓	๑๘๐,๔๒๐	๑๒๔,๕๔๖	๖๙.๐๓
๔	๑๙๔,๔๖๓	๑๖๓,๗๐๖	๘๔.๑๘
๕	๒๑๘,๘๑๗	๑๔๓,๔๒๙	๖๕.๕๔
๖	๒๑๘,๕๘๙	๑๒๙,๔๐๒	๕๙.๑๙
๗	๓๑๔,๓๙๔	๓๙๒,๔๖๔	๑๒๔.๘๓
๘	๓๑๘,๕๐๑	๒๓๑,๗๖๐	๗๒.๗๖
๙	๓๑๗,๙๖๐	๓๔๔,๐๕๙	๘๘.๖๘
๑๐	๒๕๙,๙๖๒	๒๑๖,๓๕๐	๘๓.๒๒
๑๑	๒๒๖,๙๓๒	๒๑๐,๕๗๕	๙๒.๗๙
๑๒	๑๘๙,๗๗๗	๓๓๔,๒๐๑	๑๗๖.๑๐
รวม ๑๒ เขต	๓,๐๐๐,๐๐๐	๒,๗๒๔,๓๗๗	๙๐.๘๑

ที่มา : ข้อมูล HDC ณ วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๒

ข้อค้นพบ

๑. สสจ. ชี้แจงนโยบาย แนวทาง และเป้าหมาย ให้กับ รพ.สต.
๒. การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการติดตามผู้สูบบุหรี่ให้เข้าร่วมโครงการฯ โดยบูรณาการกับกิจกรรมการอบรม ต่างๆ เช่น การพัฒนาศักยภาพ ครูช การพัฒนา อสม. ๔.๐ เป็นต้น
๓. คลินิกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ และ อสม. มีการชักชวนผู้สูบบุหรี่ให้เข้าร่วมโครงการ โดย เจ้าหน้าที่เป็นผู้ชี้ข้อมูล
๔. คลินิกใน รพ. และ รพ.สต. มีการบำบัดผู้สูบบุหรี่และ อสม. ดำเนินการติดตามการสูบบุหรี่ โดยใช้แบบ อสม.๑

โอกาสพัฒนา

๑. พัฒนาศักยภาพในการบำบัดผู้สูบบุหรี่ในระดับ รพ.สต. : ลดความยากลำบากในการเดินทาง
๒. การประสานงาน (ของโครงการ) ที่ต่อเนื่องของกลุ่มงาน และภาคีเครือข่ายในระดับ จังหวัด อำเภอ
๓. มีการเสริมพลังและสร้างแรงจูงใจให้กับเจ้าหน้าที่และเครือข่าย
๔. การเข้าถึงข้อมูล HDC ให้สามารถใช้ประโยชน์ได้สูงสุด

นวัตกรรม

๑. ชุมชนต้นแบบ ต.เกาะแดง อ.ประจันตคาม ใช้รูปแบบการดำเนินงาน บวรส. จังหวัดปราจีนบุรี
๒. พัฒนา “การแพทย์แผนไทย” ช่วยในการบำบัดผู้สูบบุหรี่ รพ.พนสนิมคม จังหวัดชลบุรี
๓. พัฒนาการแพทย์แผนไทย”ยาต้มเฉพาะราย” ช่วยบำบัดผู้สูบบุหรี่ รพ.สต.วัดสลด อ.บางพลี
๔. พัฒนาแบบคัดกรองพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ให้มีข้อมูลครบถ้วนในการคีย์ลง HDC จังหวัดตราด
๕. โปรแกรมพัฒนาศักยภาพในการค้นหา และติดตามผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ จังหวัดจันทบุรี
๖. การบริหารจัดการ โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ระดับจังหวัดสระแก้ว

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประกอบด้วย ๔ ประเด็นหลัก ๑๖ ตัวชี้วัด

ประเด็นหลักที่ ๑ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care Cluster)

๑๐. (KPI8) ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (ร้อยละ ๖๐)

(PA-ปลัดฯ1)/ (Pins10)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑
๒. การกำหนดประเด็น/วางแผน การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างน้อย อำเภอละ ๒ ประเด็น
ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ ดำเนินการได้ร้อยละ ๑๐๐ ในประเด็น
 - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
 - จัดทำแผนปฏิบัติการ ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ เรื่อง

ประเด็นปัญหาพื้นที่รายจังหวัด

- ชลบุรี : อุบัติเหตุ ขยะ
- ระยอง : อุบัติเหตุ DM/HT
- จันทบุรี : อุบัติเหตุ LTC
- ตราด : ขยะ อุบัติเหตุ
- ฉะเชิงเทรา : อุบัติเหตุ ขยะ
- สมุทรปราการ : อุบัติเหตุ ยาเสพติด
- ปราจีนบุรี : LTC ขยะ
- สระแก้ว : LTC ขยะ

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น อำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ จังหวัดสมุทรปราการ
- โครงการวิถีพุทธหยุดยั้ง โรคมัย “ เข้าวัด ทำบุญ ไถ่เลี้ยง วิถีพุทธ ” จังหวัดระยอง
- เกษะกุดสะอาด ปราศจากขยะ ลดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย” ของจังหวัดตราด
- คนกบิรินทร์“ไม่ทิ้งกัน” เพื่อดูแลผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาส อำเภอกบิรินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี
- การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี
- คนสัทธิบอยู่ดีมีสุข ไม่ทอดทิ้งกัน ของอำเภอสัทธิบ จังหวัดชลบุรี
- เรารักตาพระยา คนตาพระยาไม่ทอดทิ้งกัน อำเภอธัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว
- การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ ของอำเภอสนาบชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

๑๑. (KPI13) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

(เป้าหมาย กำหนดให้ PCC ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ยอดสะสมร้อยละ ๓๖)/ (PCC เป้าหมาย กำหนดรายเขต) (PA-ปลัด๓2)/ (Pins11)

การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๖*

สถานการณ์

ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ เปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว จำนวน ๘๕ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕

จังหวัด/ ข้อมูลคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิดดำเนินการ* (ทีม)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
จำนวนทีมทั้งหมด	๑๔๔	๖๙	๔๙	๒๓	๖๙	๑๓๒	๔๕	๕๓	๕๘๔
เปิดดำเนินการ ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑	๒๐	๑๕	๑๒	๗	๑๔	๑๖	๑๕	๔	๑๐๓
ผ่านเกณฑ์ 35	๒๐	๑๔	๔	๕	๑๔	๑๑	๑๓	๔	๘๕

ปัญหา ความเสี่ยง ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑. ขาดแพทย์ประจำที่จะเรียนต่อ/การผลิตแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวไม่ได้ ตามแผน
๒. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานได้ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากย้าย หรือไปเรียนต่อเฉพาะทางสาขาอื่น
๓. โรงพยาบาลแม่ข่ายมีแพทย์ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ ทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่สามารถออกปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวได้ตามเกณฑ์
๔. ระบบบริการที่เชื่อมต่อกับแม่ข่าย สู่ PCC ยังไม่เป็นในทิศทางเดียวกัน
๕. อัตรากำลังและการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีระบบสนับสนุน สร้างแรงจูงใจแก่แพทย์ที่จะไปเรียนต่อเฉพาะทางด้าน เวชศาสตร์ครอบครัว
๒. การพัฒนาโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยสู่ชุมชนและการเชื่อมโยงข้อมูลจากแม่ข่าย สู่ PCC
๓. จัดสรรอัตรากำลังให้เพียงพอ และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ สำหรับปฏิบัติงานใน PCC
๔. ควรปรับเกณฑ์การต่ออายุราชการของแพทย์ที่จะไป PCC ให้ต่อได้ทุกระดับ

๑๒. (KPI47) ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (เป้าหมาย รพ.สต.

ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐ และระดับ ๕ ดาวสะสม ร้อยละ ๖๐)

(PA-ปลัดฯ3)/ Pins12)

สถานการณ์และเป้าหมายการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

เขตสุขภาพที่ ๖ มี รพ.สต. จำนวน ๗๖๑ แห่ง ผลงานปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๕๓.๘๗ ปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๘๖.๑๗

รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี ๒๕๖๒ เขตสุขภาพที่ ๖*

จังหวัด/ ข้อมูลรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว * (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	ฉะเชิงเทรา	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๑	๖๖.๘๗	๔๐.๐	๖๓.๘	๔๙.๒๕	๕๘.๘	๔๐.๘๔	๓๐.๘๕	๗๑.๓	๕๓.๘๗
ปี ๒๕๖๒	๓๕.๖	๒๐.๐	๑๖.๒	๒๙.๙	๑๐.๓	๑๙.๗	๓๐.๙	๒๘.๗	๓๒.๓๐

ปัญหา อุปสรรค

๑. บทบาทการสนับสนุนจากทีมพี่เลี้ยงเครือข่ายบริการ (CUP) ยังไม่ชัดเจนทำให้การ สนับสนุนยังไม่ครอบคลุมทุกเกณฑ์
๒. การปรับปรุงด้านอาคาร และสถานที่รวมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นตามเกณฑ์ ต้องใช้งบประมาณและระยะเวลาในการจัดหา

โอกาสพัฒนา

- เสริมและพัฒนาทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอให้มีความเข้มแข็ง
- เน้นการทำงานและสร้างเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

๑. การกำหนดบทบาทหน้าที่ของแม่ข่ายในเรื่องการสนับสนุน รพ.สต.ติดดาว เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพร่วมกันอย่างชัดเจนเป็น ภาพรวมCUP
๒. ควรมีทีมผู้นิเทศจาก เขต หรือกระทรวงมาร่วม ตรวจสอบเยี่ยม เพื่อให้เห็นภาพของการบริหารจัดการระดับเขตหรือ ระดับประเทศ
๓. พัฒนาทีมเยี่ยมเสริมพลังระดับเขต (หรือทีมพี่เลี้ยง) ให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น

นวัตกรรมค้นพบ

- การจัดการเพื่อเพิ่ม ความรู้การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ในผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง จังหวัดสมุทรปราการ
- หยดน้ำลดลูกน้ำ จังหวัดระยอง
- ธนาการกายอุปกรณ์ จังหวัดตราด
- เสริมเตียง เสริมพลัง จังหวัดจันทบุรี
- ผู้ป่วยร่วมใจ คีนยายาเดิม ใช้ยาถูกสู่ระบบการบริหารจัดการที่ดี จังหวัดปราจีนบุรี
- กระดานบอกเล่าเก้าสิบ จังหวัดชลบุรี
- เบาะรองนั่งกันแผล กดทับ จังหวัดฉะเชิงเทรา
- การประเมิน รพ.สต. ติดตามเครือข่ายบริการ คปสอ.ติดตาม จ. สระแก้ว

ประเด็นหลักที่ ๒ การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ

๑๓. (KPI16) อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ($\geq$ ร้อยละ ๘๕) (PA-ปลัดฯ4)/ Pins13)

การรักษาวัณโรครายใหม่ในปอด (PA) ภาพเขต ๖ ปี ๒๕๖๑*

(เป้าหมาย : ความสำเร็จในการรักษา $\geq$ ๘๕ %)

จังหวัด/ข้อมูลการรักษา วัณโรครายใหม่ในปอด * (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
สำเร็จ	๑๐.๖	๕.๓	๑.๕	๓.๓	๒.๓	๒๘.๔	๑๓.๕	๓	๙.๖
เสียชีวิต	๔.๖	๗.๒	๑๐	๓.๓	๕.๔	๓.๖	๖.๗	๗.๑	๕.๙
โอนออก	๕.๒	๕.๙	๖.๒	๖.๗	๐.๘	๔.๗	๒.๕	๙.๕	๕.๒
ขาดยา	๑.๕	๑.๓	๐.๘	๑.๗	๐.๘	๒.๔	๐	๐.๖	๑.๒
ล้มเหลว	๐.๓	๐	๐	๐	๑.๖	๐.๖	๐	๐	๐.๓
กำลังรักษา	๗๗.๘	๘๐.๓	๘๑.๕	๘๕	๘๙.๑	๖๐.๔	๗๗.๓	๙.๘	๗๗.๙

การรักษาวัณโรครายใหม่ในปอด (PA) ภาพเขต ๖ ปี ๒๕๖๒*

(เป้าหมาย : ความสำเร็จในการรักษา $\geq$ ๘๕ %)

จังหวัด/ข้อมูลการรักษา วัณโรครายใหม่ในปอด * (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
สำเร็จ	๔.๘	๑.๑	๐.๐	๑.๙	๐.๐	๐.๐	๓.๗	๑.๕	๒.๐	๑.๙
เสียชีวิต	๓.๓	๕.๓	๑๐.๐	๑.๙	๘.๐	๙.๒	๕.๒	๓.๐	๕.๔	๕.๔
โอนออก	๕.๔	๖.๙	๑๒.๕	๗.๕	๖.๗	๕.๐	๘.๙	๖.๐	๖.๙	๕.๔
ขาดยา	๐.๖	๒.๑	๑.๗	๐.๐	๒.๐	๑.๔	๐.๐	๐.๕	๑.๑	๐.๕
ล้มเหลว	๐.๓	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๑	๐.๑
กำลังรักษา	๘๕.๗	๘๔.๖	๗๕.๘	๘๘.๗	๘๓.๓	๘๔.๔	๘๒.๒	๘๙.๑	๘๔.๕	๘๖.๘

การรักษาวัณโรครายใหม่ในปอด (PA) ปี ๒๕๖๒

- ผู้ป่วยประเทศ ๑๓,๕๔๑ ราย เขต ๖ = ๑,๓๒๓
- ความสำเร็จในการรักษา ประเทศ ๑.๙ % เขต ๖ = ๒.๐% (ต่ำกว่า ปี ๒๕๖๑ (มี.ค.) ๙.๐ %
- เสียชีวิต ประเทศ ๕.๔ % เขต ๖ = ๕.๔ % (ต่ำกว่า ปี ๒๕๖๑ (มี.ค.) เล็กน้อย = ๕.๙ %) จ.จันทบุรี
ยังเสียชีวิตสูง ทั้ง ๒ ปี ในช่วงเวลาเดียวกัน จังหวัดสมุทรปราการ เสียชีวิตมากกว่าปีที่ผ่านมา
- การขาดยา ประเทศ ๐.๕ % เขต ๖ = ๑.๑ % (ใกล้เคียง ปี ๒๕๖๑ (มี.ค.) = ๑.๒ %)

การเสียชีวิต (PA) ปี ๒๕๖๒ (จำนวน ๗๒ คน)

- เพศชาย ๗๐.๘ %
- เสียชีวิตเดือนแรกของการรักษา = ๗๐.๘๓ %
 - กลุ่มที่ตายภายในเดือนแรก เป็นกลุ่มวัยแรงงาน ๔๙.๐๒ %
 - สาเหตุโรค HIV ร่วม ๒๖.๕ %

การขาดยา (PA) ปี 2562 (จำนวน ๑๔ คน)

- การขาดยา พบสูงในกลุ่มอายุ ๓๕-๕๔ ปี ๕๔.๔๗% อาชีพรับจ้าง ๕๗.๖ % ขาดยาในเดือน ๓-๔ = ๓๐.๔

ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ $\geq$ ร้อยละ ๘๒.๕

ร้อยละการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค

เทียบกับเป้าหมาย รายเขต ปี ๒๕๖๒

ประเทศ/ข้อมูล การขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค* (ร้อยละ)	เขต ๑	เขต ๒	เขต ๓	เขต ๔	เขต ๕	เขต ๖	เขต ๗	เขต ๘	เขต ๙	เขต ๑๐	เขต ๑๑	เขต ๑๒	เขต ๑๓	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒	๒๘.๓	๓๑.๗	๒๘.๑	๓๓.๕	๓๓.๕	๓๘.๒	๓๕.๓	๒๕.๕	๓๐.๖	๓๔.๘	๓๑.๑	๒๙.๘	๔๕.๙	๓๒.๐

ร้อยละการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค

เทียบกับเป้าหมาย รายจังหวัด ไตรมาส ๑ - ๒ ปี ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒*

จังหวัด/ข้อมูล การขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปทุมธานี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๑	๔๕.๕	๓๗.๑	๓๖.๘	๔๑.๐	๓๑.๐	๔๒.๕	๔๘.๙	๔๒.๕	๔๐.๕	๓๒.๐
ปี ๒๕๖๒	๓๘.๕	๔๑.๓	๓๓.๘	๓๒.๙	๓๖.๖	๓๗.๙	๔๑.๐	๓๗.๙	๓๘.๒	๓๒.๐

- ปี ๒๕๖๒ เขต ๖ เป้าหมายการขึ้นทะเบียนรักษา ๙,๔๔๖ ราย ขึ้นทะเบียนไปแล้ว ๓,๖๐๙ ราย (๓๘.๒%)
เป็นอันดับ ๒ ของ ประเทศ รองจากเขต ๑๓ แต่ยังขึ้นทะเบียนน้อยกว่า ปี ๒๕๖๑ ในช่วงเวลาเดียวกัน
(๔๐.๕%) พบว่า จ.ระยอง จ.ฉะเชิงเทรา มีการค้นหาเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาในช่วงเวลาเดียวกัน
- ปี ๒๕๖๒ มีการคัดกรองเชิงรุก ๓๐๙,๔๗๔ ราย พบ TB ๑,๒๙๔ ราย (๐.๔ %) เมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๑ พบว่า
มีการค้นพบ TB จาก การคัดกรองเชิงรุกเพียง ๐.๒๗% (มีการค้นหาเฉพาะเจาะจงกลุ่มสงสัยมากขึ้น)
- ร้อยละของผู้ป่วยแบ่งตามประเภทกลุ่มเสี่ยง พบว่า
 - ใน ๗ กลุ่มเสี่ยง ๖๒.๒ % พบสูงสุดในผู้สัมผัสวัณโรค ๒๔.๔ %
 - กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ (๓๗.๘ %) กลุ่มที่พบสูง ได้แก่ ในชุมชนแออัด ๙.๖%

ที่มา : TBCM ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒

๒๒/ ข้อค้นพบ ...

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
<u>การค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา</u> - ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา ไตรมาส ๒ ยังต่ำ (๓๘.๒ %) เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ในช่วงเวลาเดียวกัน (๔๐.๕ %) - รพ.เอกชน มีการขึ้นทะเบียนรายงานข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน	- วิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งเชิงรับและเชิงรุก รวมทั้ง กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ตามปัญหาพื้นที่ เช่น กลุ่ม Silicosis (ปราจีนบุรี) หรือชุมชนชนแออัด ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติฯ เพื่อกำหนดแผนป้องกันในกลุ่มเสี่ยงตามปัญหาพื้นที่ - บูรณาการ การค้นหาใน คลินิกผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมอื่นๆ - กรณีพบวัณโรคในเด็ก ควรสอบสวนหา index case ในชุมชน - สนับสนุน ศักยภาพ จนท.รพ.เอกชน ในการลงข้อมูลและมีการกำกับแยกผลงานภาคเอกชนให้เห็นผลการพัฒนาชัดเจน
<u>ความสำเร็จการรักษา</u> - พบการเสียชีวิตสูง ในเดือนแรกของการรักษา พบ ในกลุ่มวัยแรงงานเกือบ ๕๐ ๐% - การขาดยา พบในกลุ่มอายุ ๓๕-๕๔ ปี ๕๔.๔๗ % อาชีพรับจ้าง ๕๗.๖ % ขาดยาในเดือนที่ ๓-๔ = ๓๐.๔ %	- มีการพัฒนาทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระดับจังหวัด ๘ มี.ค. โดยกรมการแพทย์) จึงควรพัฒนาระบบการให้คำปรึกษา ระดับจังหวัด โดยทีมแพทย์ ฯ/พัฒนา case management team ทบทวนมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ยากซับซ้อนพัฒนา - วิเคราะห์หาสาเหตุการเสียชีวิต/การขาดยา หาปัจจัยด้านระบบบริการ และปัจจัยส่วนบุคคล ชุมชน ที่ส่งผลการรักษาไม่ได้ผล และกำหนดแผนการดูแลในทุกมิติ - จัดทำฐานข้อมูล RR/ MDR, Pre-XDR เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยดื้อยาในพื้นที่ และวางแผนการค้นหาในกลุ่มที่มีแนวโน้มดื้อยาให้เข้าสู่ระบบการรักษา
<u>การกำกับติดตามผลการรักษา</u> - การกำกับติดตามการกินยา โดยเจ้าหน้าที่/ ญาติ ๓๓.๗% เทียบกับปีที่ผ่านมา (๒๕๖๑) ๓๔.๑ % ที่เหลือไม่ทราบ	- พัฒนาระบบการติดตาม ส่งต่อผู้ป่วยนอกพื้นที่ให้มารับยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการขาดยา รวมทั้งระบบการติดตามรายงานผลการรักษา - กรณีแรงงานต่างชาติดูแลร่วมมือ NGO/ อสต. เพื่อประสานส่งต่อ ดูแลกำกับการกินยา มีการสื่อสารข้อมูลการ ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง - ร่วมหามาตรการสังคม ชุมชน สร้างการยอมรับการอยู่ร่วมกันในชุมชน

ผลงานเด่น

จังหวัดชลบุรี :

- รพ.เอกชน เข้ามีส่วนร่วมทุกแห่ง ใน การกำกับ ติดตาม และรายงานข้อมูล
- รพ.บ้านบึง ใช้ Application line ให้คำปรึกษา ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

จังหวัดระยอง :

- มีมูลนิธิรักษไทย (NGO) เป็นเครือข่ายประสาน ส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคต่างด้าว กำกับ กินยา เพื่อสร้างความเข้าใจในการรักษาวัณโรคในกลุ่มต่างด้าว

จังหวัดจันทบุรี :

- มีนโยบาย universal DST ทำให้ตรวจพบ Pre-XDR-TB รายแรกของเขต
- ใช้กลไก พขอ.ดูแลผู้ป่วย XDR-TB

จังหวัดตราด :

- มีการสุ่มประเมิน ผลการดำเนินงานTBของ รพ./ รพ.สต. ทำให้ทุกอำเภอมีการตื่นตัว
- ทีมสหวิชาชีพ ร่วมวิเคราะห์ปัญหาการกิน ยาในแต่ละราย ร่วมจัดยาให้กับ รพ.สต. ในผู้สูงอายุ รายที่อ่านหนังสือไม่ออก

จังหวัดตราด :

- มีการสุ่มประเมิน ผลการดำเนินงานTBของ รพ./ รพ.สต. ทำให้ทุกอำเภอมีการตื่นตัว
- ทีมสหวิชาชีพ ร่วมวิเคราะห์ปัญหาการกิน ยาในแต่ละราย ร่วมจัดยาให้กับ รพ.สต. ในผู้สูงอายุ รายที่อ่านหนังสือไม่ออก

จังหวัดฉะเชิงเทรา :

- มีระบบการติดตามการกำกับการกินยาและการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ทำให้ทราบถึงลักษณะผู้ป่วย และดูแลให้รักษา จนครบระยะเวลาการรักษาได้ดี
- รพ.เอกชนในพื้นที่ให้ความร่วมมือ รายงานผู้ป่วยวัณโรค ในระบบ TBCM

จังหวัดสมุทรปราการ :

- มีการขยายเครือข่าย รพ.เอกชน ๑๘ แห่ง
- รพ.บางพลีและ รพ.สต.เสาธงกลาง มีการพัฒนาต้นแบบ VDO DOT ในการ กำกับการกินยา ในผู้ป่วยวัณโรค XDRTB และ MDR-TB

จังหวัดปราจีนบุรี :

- การดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบ Holistic รายครอบครัว ให้ได้รับการดูแลทั้งทางกาย จิต สังคม เศรษฐกิจ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

จังหวัดสระแก้ว :

- มีการพัฒนาต้นแบบ Model ๔ วันเฝ้าอยู่ อ.วังน้ำเย็น ลดระยะเวลาการนอน โรงพยาบาลจาก ๗ วัน เหลือ ๔ วัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัด
- ปี ๒๕๖๒ มีการขยายผลการพัฒนาที่ อ. คลองหาด

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))

Small Success ไตรมาส ๑

- RDU ชั้น ๑ $\geq$ ร้อยละ ๘๐
- RDU ชั้น ๒ $\geq$ ร้อยละ ๑๐

Small Success ไตรมาส ๒

- RDU ชั้น ๑ $\geq$ ร้อยละ ๘๕
- RDU ชั้น ๒ $\geq$ ร้อยละ ๑๐

สถานการณ์ RDU ไตรมาส ๑ ปี ๒๕๖๒

เขตสุขภาพที่ ๖ โรงพยาบาล ๗๓ แห่ง ผ่าน RDU จำนวน ๗๒ แห่ง

- RDU ชั้นที่ ๑ = ๗๒ แห่ง (๙๘.๖๓ %)
- RDU ชั้นที่ ๒ = ๑๕ แห่ง (๒๐.๕๕ %)
- RDU ชั้นที่ ๓ = ๕ แห่ง (๖.๘๕ %)

ข้อมูลระดับประเทศ ณ วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๒

ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒๔/ จังหวัด...

จังหวัด/ ข้อมูล RDU* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ขั้นที่ ๓	๑๖.๖๗	๐	๐	๐	๒๗.๒๗	๐	๐	๐	๖.๘๕	๘.๙๒
ขั้นที่ ๒	๓๓.๓๓	๑	๒๕	๔๒.๘๖	๒๗.๒๗	๑	๑๔.๒๙	๑๑.๑๑	๒๐.๕๕	๓๔
ขั้นที่ ๑	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๘๕.๗๑	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๙๘.๖๓	๙๘.๖๖

โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๒ และขั้นที่ ๓

จังหวัด	โรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ขั้นที่ ๒/๓	Best practice
ชลบุรี (Best practice)	ชลบุรี, พานทอง, หนองใหญ่ และ เกาะสีชัง	มีการเชื่อมโยงกับระบบโรงพยาบาลเอกชน ร้านยา และชุมชน การควบคุมการจ่ายยาตรง Indication ด้วยระบบ Computerized physician order entry (CPOE) มีการติดตามน้ำหนักรณรงค์เกี่ยวกับการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลชลบุรีช่วย เป็นพี่เลี้ยงด้านการวิเคราะห์ข้อมูล
จันทบุรี	นายายอาม, โป่งน้ำร้อน และสองพี่น้อง	มีการวิเคราะห์ข้อมูลต่อเนื่อง (PDCA)
ตราด	แหลมงอบ, บ่อไร่ และเขาสมิง	มีการวิเคราะห์ข้อมูลต่อเนื่อง (PDCA)
ฉะเชิงเทรา	คลองเขื่อน, บางคล้า และราชสาส์น	ผู้บริหารมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง
ปราจีนบุรี	ศรีมโหสถ	มีการวิเคราะห์ข้อมูลต่อเนื่อง (PDCA)
สระแก้ว	โคกสูง	มีการวิเคราะห์ข้อมูลต่อเนื่อง (PDCA)

ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาภาพรวม

- การติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นรายเดือน/ราย ไตรมาสของผู้บริหารทั้ง
ระดับผู้อำนวยการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง
- การรายงานแบบสะสมทาง รายงานของ กบรส.ทุกไตรมาส
- การวิเคราะห์ GAP และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยา
อย่างสมเหตุผล (RDU) ของหน่วยงานในระดับจังหวัด และระดับเขต
- ระบบ IT/CPOE และความร่วมมือของทีมงานสหสาขาวิชาชีพ
- ควรเริ่มสร้างการร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลเอกชน ร้านยา ชุมชน เพื่อเริ่ม RDU COUNTRY
- ตัวชี้วัดที่น่าจะแก้ไขได้ง่าย คือ การให้ยาปฏิชีวนะในแผลฝีเย็บ แต่ยังมี รพ. ที่ยังมีการใช้ เกิน ๑๕%

ร้อยละโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการ AMR ระดับ Intermediate เขตสุขภาพที่ ๖*

(ข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน ๒๕๖๑ ถึงกุมภาพันธ์ ๒๕๖๒) (เป้าหมาย ๒๐%)

จังหวัด/ ข้อมูล ARM* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒	๑๐๐	๖๖.๖๗	๑๐๐	๑.๐๐	๑๐๐	๑.๐๐	๕๐.๐๐	๑.๐๐	๕๐.๐๐	๘๐.๐

- รพ. ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อบังคับห้องปฏิบัติการ เรื่องการส่งข้อมูลเข้า NARST ได้แก่ รพ.เจ้าพระยาอภัย
ภูเบศร และ รพ.สมุทรปราการ
- รพ. ที่คะแนนรวมไม่ถึง ๒๕๐ และ/หรือไม่ผ่านเกณฑ์ข้อบังคับ basic/intermediate ได้แก่
รพ.ตราด รพ.สระแก้ว รพ.อรัญประเทศ รพ.บางพลี และ รพ.เฉลิมพระเกียรติฯ

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ผู้บริหาร

- กลไกการจัดการAMR และการวิเคราะห์ข้อมูลแบบบูรณาการ
 - **รพ.ควรจัดสรรให้มีแพทย์โรคติดเชื้อ/แพทย์ที่มีความรู้ในเรื่อง AMR** ในโรงพยาบาล เพื่อเป็นผู้นำในการพัฒนาการควบคุม AMR ทั้งใน รพ. และระดับจังหวัด
 - ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ เช่น พยาบาล (ICN, ICWN), เภสัชกร และนักเทคนิคการแพทย์**ควรได้รับการอบรม ๑ ครั้ง/ปี**
 - **ทีม AMR ระดับเขตให้การสนับสนุนการดำเนินงาน** แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติงาน
 - รพ.อรัญประเทศ และ รพ.เฉลิมพระเกียรติฯ ควรมีการจัดโครงสร้างของคณะกรรมการ AMR ให้ชัดเจน
- การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ
 - ส่วนกลางควรจัดหาโปรแกรมเพื่อเชื่อมต่อระบบข้อมูลจากห้องปฏิบัติการ และระบบ การดูแลผู้ป่วยของ รพ.
- การกำกับดูแลการใช้ยาใน รพ.
 - ทุก รพ. ต้องมีกระบวนการประเมินความเหมาะสมการใช้ยาปฏิชีวนะให้เป็นรูปธรรม และมีการพัฒนาระบบการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง
- การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้องได้รับการ strict contact precaution โดยเฉพาะต้องแยกเตียงห่างอย่างน้อย ๑ เมตร

นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่างได้

- ระบบการเฝ้าระวัง การระบาด รพ.พระปกเกล้า จ.จันทบุรี
 - พัฒนาการเฝ้าระวังการระบาด โดยใช้ spot map รายงานสถานการณ์ การแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
- ระบบรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ รพ.พระปกเกล้า จ.จันทบุรี
 - รายงานแบบแผนความไวต่อยาต้านจุลชีพแบบ cascade reporting ซึ่งไม่พบจังหวัดอื่น และเป็นวิธีการกระทรวงฯ แนะนำ
- พัฒนาการใช้ข้อมูลเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ รพ.ชลบุรี
 - มีการใช้ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการไปใช้ให้ เกิดประสิทธิภาพทั้งด้าน คลินิก IC เภสัชกรรม และเชื่อมโยงกับ Service Plan ด้านอื่น เช่น Sepsis

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)

ตัวชี้วัดย่อย	เกณฑ์	ผลลัพธ์ ร้อยละ (ราย)
ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ของแต่ละระบบและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year)	>๒๐%	๑๙.๐๓ (๑,๑๗๑/๖,๑๕๕)

ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ
และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)* เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)

จังหวัด/ข้อมูล ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัด ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)	๑๑.๐๘	๓๘.๖๕	๒๑.๘๘	๑๓.๖๕	๙.๓๗	๔๗.๑๕	๑๑.๓๕	๓๓.๒	๑๙.๐๓

- ในปี ๒๕๖๒ มีโครงการสนับสนุนบริการและวิชาการ ตามความต้องการของเขตสุขภาพ ระหว่าง
กรมการแพทย์กับเขตสุขภาพโครงการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานระบบบริการบำบัดรักษา
ระบบบริการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ระบบข้อมูล ระบบสารสนเทศ

ตัวชี้วัดย่อย	เกณฑ์	ผลลัพธ์ ร้อยละ (ราย)
ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพยาที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละ ระบบหยุดเสพยาต่อเนื่อง หลังจากจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (Remission rate)	>๔๐%	๕๓.๒๙ (๒,๕๕๒/๔,๗๘๙)

ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพยาที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพยาต่อเนื่อง
หลังจากจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (Remission rate)* เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)

จังหวัด/ข้อมูล ผู้ใช้ ผู้เสพยาที่บำบัดครบ ตามเกณฑ์ที่กำหนด* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)	๒๓.๓๘	๙๒.๑๖	๙๐.๒๙	๓๗.๐๒	๒๕.๒๑	๘๖.๕๙	๒๓.๐๘	๖๑.๒๘	๕๓.๒๙

ข้อเสนอแนะ

- ถ่ายทอดนโยบายแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสู่ผู้ปฏิบัติ
- กำหนด Carrier Path สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติด

ส่วนกลางสนับสนุน

- ยกระดับคุณภาพและความร่วมมือรวมทั้งการประสานส่งต่อผู้ป่วย ร่วมกับสถานฟื้นฟูนอกกระทรวง
สาธารณสุข (กองทัพ, มหาไทย, เอกชน)
- การพัฒนาโปรแกรมการลงข้อมูลยาเสพติด

สาขาสุขาภพจิตและจิตเวช

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

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

๑๖.๒ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการตามเกณฑ์ (ร้อยละ ๖๕)

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อประชากรแสนคน) เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑*

ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑ (๙ เดือน)
๖.๓๓	๖.๖๑	๓.๓

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑*

จังหวัด/ข้อมูล อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ* (ต่อแสนประชากร (ราย))	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๑	๒.๕ (๓๘)	๔.๑ (๒๙)	๖.๔ (๓๔)	๘.๗ (๑๙)	๓.๘ (๒๘)	๐.๗ (๑๐)	๔.๓ (๒๒)	๒.๙ (๑๖)	๓.๓
ปี ๒๕๖๐	๔.๓๓ (๖๔)	๕.๘๖ (๔๑)	๑๐.๕๓ (๕๔)	๑๑.๘๖ (๒๖)	๕.๔ (๓๘)	๒.๕๗ (๓๓)	๕.๗๗ (๒๘)	๗.๓๖ (๔๑)	๖.๖๑
ปี ๒๕๕๙	๔.๔๗ (๖๕)	๗.๕๔ (๕๒)	๑๔.๖ (๗๖)	๑๓.๒๕ (๒๙)	๖.๘๖ (๔๘)	๒.๑๒ (๒๗)	๖.๘๓ (๓๓)	๗.๙๓ (๔๔)	๖.๓๓

ที่มาข้อมูล : รายงานการตรวจราชการ และ Suicidethai

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ - มีนาคม ๒๕๖๒)*

จังหวัด/ข้อมูล อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ* (ต่อแสนประชากร)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๒ (๖ เดือน)	๑.๗๑	๔.๐๘	๓.๔	๑.๘๔	๒.๖๙	๐.๕๖	๑.๖๔	๒.๙	๒.๖๑

ที่มาข้อมูล : รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด (ตค.๑) รอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๒

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี
เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ - มีนาคม ๒๕๖๒)*

จังหวัด/ข้อมูล ผู้พยายามฆ่าตัวตาย* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๒ (๖ เดือน)	๙๖	๙๙	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๙๗.๖๗	๘๖.๙๖	๙๖.๕	๙๗.๐๑

ที่มาข้อมูล : รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด (ตค.๑) รอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๒

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต $\geq$ ร้อยละ ๖๕ เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๒ *

จังหวัด/ข้อมูล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๒	๕๑.๔๑	๓๗.๗๑	๓๖.๙๔	๕๑.๐๗	๗๑.๗๘	๕๒.๓๕	๕๓.๓๔	๗๗.๓๖	๕๙.๑๔

ที่มาข้อมูล : รพ.พระศรีมหาโพธิ์ ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒

ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑
เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๒*

จังหวัด/ข้อมูล ของผู้ป่วยโรคติดสุรา* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๒	๐.๓๓	๐.๒๗	๐.๘๕	๒.๒	๐.๗๒	๐.๓๔	๑.๑	๐.๘๕	๐.๖

ที่มาข้อมูล : รพ.สวนปรุง ข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕ เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๒*

จังหวัด/ข้อมูล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๒	๐.๕๒	๐.๓๗	๒.๑	๒.๙	๑.๑๕	๓.๒๔	๒.๒๖	๐.๓๗	๑.๔๒

ที่มาข้อมูล : HDC ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒

ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา
- ด้านบุคลากรในพื้นที่ที่มีจำนวนน้อย (จิตแพทย์/ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น/ PG สุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่น/นักจิตวิทยา คลินิก/ นักสังคม สงเคราะห์จิตเวช)	- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเพื่อเพิ่มบุคลากรเฉพาะทาง - การเพิ่มกรอบอัตรากำลัง (นักจิตวิทยาคลินิก) - ประสานความร่วมมือกับแหล่งผลิตบุคลากร
- ด้านฐานข้อมูล (การวินิจฉัยโรค/ การลงข้อมูล/ การเชื่อมโยงข้อมูล)	- การลงข้อมูล/การเชื่อมโยงข้อมูล) - การทบทวนการวินิจฉัยโรค โดยแพทย์/ จิตแพทย์ - ทำความความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ลงข้อมูลและ ผู้รับผิดชอบงาน IT
- การใช้ พรบ.สุขภาพจิต	- ทำความเข้าใจและสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง กับการใช้ พรบ.สุขภาพจิต โดยเฉพาะฝ่ายปกครอง
- กลุ่มผู้ที่มีปัญหาด้านความขัดแย้งหรือทะเลาะกัน ในครอบครัวเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งเสริมในการ ฆ่าตัวตายสำเร็จ	- อบรมการใช้ หลัก ๓ ส. (สอดส่อง ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อ เชื่อมโยง) ในการประเมิน ช่วยเหลือเบื้องต้น ส่งต่อ สำหรับกลุ่ม อสม. - สนับสนุนให้เกิดการให้บริการ Psycho social ในรูปแบบ ต่างๆ ในชุมชน สถานศึกษาและ สถานประกอบการ เช่น คลินิกให้คำปรึกษา กลุ่ม เครือข่ายชมรม group line ฯลฯ

นวัตกรรม

- โปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ ห่วงไกลสุรา มีการขยายสู่ระดับตำบล ในจังหวัดปราจีนบุรี
- นวัตกรรม “ขลดวดอารมณ์” “เทคนิตามสั่ง” ของอสม จันทบุรี (อสม.ดีเด่นสาขาสุภาพจิตชุมชน
ระดับภาค ปี ๒๕๖๑)
- นวัตกรรม *พวงกุญแจพาสุขใจ* ของ อสม.ชลบุรี เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึง
หมายเลขสายด่วนสุขภาพจิต 1323 และการเข้ามารับคำปรึกษาได้ด้วยการ SCAN QR CODE
พูดคุยทาง line กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๑๗. (KPI32) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ($>0.๕:๑๐๐$ ผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. A,S) (Pins17)

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

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์ อัตรา (ราย)
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ในโรงพยาบาล	๐.๕ : ๑๐๐	<u>๐.๐๔</u> (๑๐/๑๒,๙๐๓)

อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)*

จังหวัด/ข้อมูลอัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะ* (อัตราส่วน : ๑๐๐)	ชลบุรี	ระยอง	ฉะเชิงเทรา	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)	<u>๐.๐๒</u>	<u>๐.๐</u>	<u>๐.๒๒</u>	<u>๐.๑๑</u>	<u>๐.๑๕</u>	<u>๐.๐๔</u>	<u>๐.๐</u>	<u>๐.๐</u>	<u>๐.๐๔</u>	
ปี ๒๕๖๑									<u>๐.๒๓</u>	<u>๐.๒</u>

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์ อัตรา (ราย)
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ในโรงพยาบาล	๑.๓ : ๑๐๐	<u>๐.๑๒</u> (๑๖/๑๒,๙๐๓)

อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)*

จังหวัด/ข้อมูลอัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะ* (อัตราส่วน : ๑๐๐)	ชลบุรี	ระยอง	ฉะเชิงเทรา	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)	<u>๐.๐๒</u>	<u>๐.๐๕</u>	<u>๐.๒๒</u>	<u>๐.๒๓</u>	<u>๐.๑</u>	<u>๐.๐๔</u>	<u>๐.๒๑</u>	<u>๐.๐</u>	<u>๐.๑๒</u>	
ปี ๒๕๖๑									<u>๐.๔๑</u>	<u>๐.๓๗</u>

ข้อเสนอแนะ

- สร้างทีมพยาบาลผู้ประสานเพื่อช่วยค้นหา Potential donor/ดำเนินงานตาม Process
- สร้างความเข้าใจกับทัศนคติของประชาชนในการบริจาคดวงตา (กระจกตา)
- เพิ่มความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยสมองตายในแผนกอื่นๆ นอกจากหอผู้ป่วยหนัก

ส่วนกลางสนับสนุน

- จัดประชุมวิชาการดูแล Donor care
- ประชาสัมพันธ์การบริจาคอวัยวะให้มากขึ้น

สาขาโรคไต

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

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์ ร้อยละ (ราย)
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$	≥ 66	๕๖.๕๙ (๗,๐๘๓/๑๒,๕๑๖)
อัตราการคัดกรองไตในผู้ป่วย DM / HT	≥ 40	๕๕.๕๘ (๕๗,๑๑๒/๑๐๓,๗๔๔)

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$
เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)*

จังหวัด/ข้อมูลผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR$ * (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)	๕๒.๔๔	๕๕.๓๒	๕๘.๗๒	๕๙.๕๔	๖๒.๔๕	๕๕.๓๔	๕๕.๐๒	๕๕.๐๘	๕๖.๕๙	
ปี ๒๕๖๑									๕๖.๐๗	๕๘.๖๕

ข้อเสนอแนะ

- เพิ่มการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วย HT, DM, ผู้สูงอายุ และใช้ยา NSAID และให้เชื่อมโยงกับงานโรค NCD
- ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ให้ส่งตรวจได้ ปีละ ๒ ครั้ง เพื่อสามารถติดตามการลดลงของ $eGFR$ ได้ทั้งปี
- การพัฒนา Clinic CKD คุณภาพ บูรณาการร่วมกับ NCD Clinic Plus

ส่วนกลางสนับสนุน

- การควบคุมคุณภาพศูนย์ไตเทียมในภาคเอกชน
- กำหนด career path ของ PD Nurse ในโรงพยาบาลชุมชนให้ชัดเจน

สาขาศัลยกรรม

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

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์ ร้อยละ (ราย)
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	> 20	๑๙.๘๕ (๓๔๓/๑,๗๒๘)

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)*

จังหวัด/ข้อมูล ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)	๓๓.๗	๑๗.๘๘	๘.๗๓	๓๐.๓๖	๒๓.๕๗	๒.๒๗	๓๔.๔๘	๑๕.๗๑	๑๙.๘๕	
ปี ๒๕๖๑									๒๑.๓๗	๓๖.๓๔

ข้อเสนอแนะ

- การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้ความรู้ เข้าใจวิธีการและสร้างความมั่นใจ ในการผ่าตัด ประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงบริการช่องทางพิเศษเพื่อความรวดเร็ว สิ้นไหลของบริการ ลดระยะเวลารอคอย และการอยู่ รพ.

ส่วนกลางสนับสนุน

- จัดทำฐานข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกัน
- วางแผนสร้างเครือข่ายใช้ทรัพยากรร่วมกัน

สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

๒๑. (KPI22) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วย

ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ ๑๘.๕) (Pins21)

เป้าหมาย : มีผู้ป่วยนอกได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ

ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก* (ร้อยละ ๑๘.๕)

ข้อมูล/ ปี (ร้อยละ)	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒ (๖ เดือน)
เขต	๑๘.๒๗	๒๑.๐๕	๒๑.๖๕
ประเทศ	๑๙.๘๒	๒๔.๕๖	๒๖.๑๑

จังหวัด/ข้อมูลผู้ป่วยนอก ได้รับบริการตรวจ* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๒	๑๕.๗	๑๔.๘๔	๑๕.๕๗	๒๐.๒๗	๒๑.๓๒	๒๐.๑	๒๒.๕๗	๑๙.๑๓	๑๘.๒๕

ที่มาข้อมูล : ข้อมูลจาก HDC จากไตรมาส ๑ ถึง วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒ (คิดรวมข้อมูลจาก HDC จากไตรมาส ๑ ถึงวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒ (ไม่คิดรวม U77 ส่งเสริมสุขภาพ (เริ่มใช้ ปี ๖๒))

ระดับความสำเร็จของงาน (ข้อมูลจากระบบ HDC ณ วันที่ วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒)

๑. ภาพรวมตัวชี้วัดของเขตจัดอยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม แบบไม่รวมส่งเสริมและการป้องกัน (non-U 77) ได้ร้อยละ ๑๘.๒๕ ใกล้เคียงเป้าหมายมาก (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ ๑๘.๕) แต่เมื่อพิจารณาแบบรวม U 77 พบว่า แนวโน้มดีขึ้นกว่า ๒ ปี ที่ผ่านมา (ปี ๒๕๖๒ ได้ร้อยละ ๒๑.๖๕, ปี ๒๕๖๑ ได้ร้อยละ ๒๑.๐๕ และปี ๒๕๖๐ ได้ร้อยละ ๑๘.๒๗)

๒. มีแนวโน้มร้อยละการสั่งจ่ายสมุนไพรที่สูง โดยมีการสั่งจ่ายสมุนไพร ๘๒๓,๘๖๘ รายการ เมื่อเทียบกับการสั่งจ่ายยาแผนปัจจุบัน (drug OPD) ๑๗,๖๗๙,๑๙๓ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๔.๖๖ (ในขณะที่ภาพรวม ประเทศอยู่ที่ ร้อยละ ๕.๔๓)

๓. จังหวัดปราจีนบุรี เป็นจังหวัดที่มีร้อยละ (แบบไม่รวมส่งเสริมและการป้องกัน) ๒๒.๕๗ ซึ่งเป็นอันดับหนึ่งของเขตสุขภาพที่ ๖

๔. มี รพ.ผลิตยาสมุนไพรที่ผ่านมาตรฐาน WHO GMP ๒ แห่ง ได้แก่ รพ.วังน้ำเย็น, รพ.คิชฌกูฏ และ GMP PICs ๑ แห่ง ได้แก่ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร

๕. มี รพท., รพช. เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพงานแพทย์แผนไทย (Hospital Accreditation : TTM HA)

๖. มีการจัดทำคลินิกแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD คู่ขนาน) ในระดับ รพศ. รพท. และ รพช.(A-F3)

๗. มีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร (คลินิก ๔ โรค ได้แก่ ไมเกรน, ข้อเข่าเสื่อม, อัมพฤกษ์/อัมพาต และภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น) ในระดับ รพศ. รพท.

เมืองสมุนไพรปราจีนบุรี

จังหวัดปราจีนบุรี เป็นจุดหมายของการดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพรและแพทย์แผนไทย อย่างครบวงจร ตั้งแต่การเป็นแหล่งวัตถุดิบชั้นยอด การให้บริการสุขภาพแผนไทยที่มี มาตรฐาน และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ พัฒนาคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพร

- ค้นหาวัตถุดิบสมุนไพรที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจและใกล้สูญพันธุ์ เช่น สมุนไพรแรงคอก้าเพื่อใช้รักษาโรคต่อมลูกหมากโต

- กำลังดำเนินการศูนย์ความเป็นเลิศการวิจัย พัฒนา และผลิตวัตถุดิบสมุนไพรทั้งระบบ

- มีโรงงาน GMP PICs เพื่อแปรรูป/ ผลิต ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีคุณภาพ การให้บริการด้านแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

- บริการทางการแพทย์แผนไทยที่ขึ้นชื่อ เช่น อภัยภูเบศรเคยส์ปา

- กำลังดำเนินการ เรื่องโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพแพทย์แผนไทยมาตรฐานอาเซียน และเครือข่าย

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

- บ้านเล่าเรื่องเมืองปราจีนบุรี

- พิพิธภัณฑ์การแพทย์แผนไทย ตึกเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

- ผลิตภัณฑ์สมุนไพร/ ผลิตภัณฑ์ OTOP สมุนไพรที่ขึ้นชื่อ

- ศูนย์การเรียนรู้สมุนไพรและภูมิปัญญาสุขภาพ

เมืองสมุนไพรจันทบุรี เป็นเมืองสมุนไพรส่วนขยาย (ช่วงเริ่มต้นของการดำเนินการ)

- มีการพัฒนาสมุนไพรไทย ที่มีการส่งเสริมการปลูกสมุนไพรในชุมชน กลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ ตำบลคลองพลู ตำบลขากไทย และตำบลจันทเขลม) มีกลุ่มจันทร์พันไพร

- มีโรงงานแปรรูปผลิตยาสมุนไพรของทาง รพ.เขาคิชฌกูฏที่ได้ มาตรฐาน WHO GMP

- มีผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นหลายผลิตภัณฑ์ในจังหวัด แชมพูสมุนไพร โอเล้า

- มีการส่งเสริมการจัดทำผลิตภัณฑ์ OTOP สมุนไพรวัดพลวง ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการใน รพ./รพ.สต. จัดบริการแพทย์แผนไทยในทีมหมอครอบครัว

มี Best practiceที่เป็นนวัตกรรม ได้แก่

๑. ตำรับยาพอกเข้าแบบที่ใช้ Gelatin base เพื่อง่ายและสะดวกต่อการใช้ ที่ รพ.สต.เมืองใหม่บางพลี/ จ.สมุทรปราการ

๒. “ไม้ค้ำยัน ค้ำใจ ใจซื่อเมตตา” เป็นนวัตกรรมใช้ทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยติดเตียงที่มีอาการกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ข้อสะโพก และข้อเข่าติดแข็ง รพ.สต.ห้วยใหญ่/ จ.ชลบุรี

๓. การใช้น้ำมันมหาจักรผสมขมิ้นชัน แปะกันติดแผลและสมานแผล ทดแทนการใช้วัสดุของแผนปัจจุบัน โดยจัดทำใน รพ.สต. ราชนันท์/ จ.สระแก้ว ซึ่งตอนนี้อยู่ในช่วง Clinical trial ก่อนจะขยายผล

๔. สร้างเครือข่ายในการบริหารจัดการและการดูแลผู้ป่วย IMC Stroke ด้วยการแพทย์ผสมผสาน โดยใช้ “วัฒนานคร โมเดล” ซึ่งตอนนี้มีการขยายไป รพ. ทุกแห่ง โดยกำหนด เป้าหมายให้มี รพ. ๓ แห่ง เป็น node (ได้แก่ วัฒนานคร, วังน้ำเย็น, อรัญประเทศ)/ จ. สระแก้ว

๕. จังหวัดจันทบุรีมีโรงเรียนแพทย์แผนไทยของสาธารณสุขจังหวัด และ โรงพยาบาล เขาคิชฌกูฏได้รับการรับรองเป็นสถานที่ผลิตยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน GMP

๖. โครงการวิจัยประสิทธิผลของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกึ่งเฉียบพลัน ซึ่งจังหวัดปราจีนบุรีได้ถูกคัดเลือกเป็นจังหวัดนำร่องของการวิจัยนี้ จังหวัดปราจีนบุรี

ข้อเสนอแนะ

๑. การเข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพงานแพทย์แผนไทย (Hospital Accreditation : TTM HA) ยังไม่ได้รับระบบประเมินตนเอง (Self-assessment) และยังไม่ได้รับข้อมูลชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน จากกรมฯ โดยตอนนี้ได้ประสานกับทางกรมให้ส่งข้อมูลแล้ว

๒. บุคลากรวิชาชีพการแพทย์แผนไทยขาดแคลน ทางกรมเสนอให้จัดทำ FTE แล้วจะผลักดัน สป.และ ก.พ. ให้เพิ่มอัตรากำลัง และแรงจูงใจอื่นๆ เช่น พตส.

๓. นิยาม KPI ประเด็นการติดตามงานยังไม่ชัดเจน จังหวัดเสนอให้กรมเร่งรัดชี้แจงนโยบายสู่พื้นที่ เพื่อจะนำเข้าสู่กระบวนการทบทวนแผนการดำเนินงานของจังหวัด

๔. ในตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการนั้น ควรมีการกำหนดค่าเป้าหมายการบริการ แพทย์แผนไทยในเชิงคุณภาพ โดยไม่เทียบกับการรักษากับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดของแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมีจำนวนและเวลาที่ใช้แต่ละรายแตกต่างกันมาก

๕. เรื่องการใช้อยาสุมไพร อยากให้เทียบการใช้จริงตามหลักการให้ยา (regimen) ของโรคนั้นๆ เช่น การใช้ยาฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วย common cold ซึ่งตรงต่อเนื้องานจริงและตอบโจทย์ได้ดีกว่าตัวชี้วัด ปัจจุบันที่เป็น ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของการใช้อยาสุมไพร (ร้อยละ ๖) เพราะแบบปัจจุบันคิดสัดส่วนการใช้ ยาภาพรวม ส่วนใหญ่รายการยาที่ใช้ในโรงพยาบาลเป็นยาแผนปัจจุบัน ซึ่งถ้าทำเป็นพิจารณาการใช้ ยารายโรค แบบ head to head ได้จะตรงจุด

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 ($\geq$ ร้อยละ ๔๐)

ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

๒๒.๕ ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม.

ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)

($\geq$ ร้อยละ ๕๐)

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

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เป้าหมาย < ๒๕ %* เขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด/ข้อมูลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแตก* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)	๒๕.๓๐	๒๖.๐๒	๒๓.๕๑	๓๓.๓๓	๓๕.๗๗	๓๔.๐๔	๓๖.๘๐	๒๕.๗๕	๒๙.๐๕

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน* เป้าหมาย < ๕ % เขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด/ข้อมูลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)	๔.๕๘	๔.๘๗	๕.๙๒	๒.๗๙	๓.๙๙	๔.๐๒	๑.๖๖	๖.๐๐	๕.๐๓

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* เป้าหมาย < ๗ % เขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด/ข้อมูลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)	๙.๙๕	๑๒.๗๒	๑๐.๒๒	๘.๐๓	๑๑.๘๔	๑๕.๐๑	๙.๙๖	๑๑.๕๗	๑๑.๓๙	
ปี ๒๕๖๑									๑๑.๓๕	๘.๒๒

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์ ร้อยละ (ราย)
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	< ๒๕%	๒๙.๐๕ (๔๑๔/๑,๕๒๕)
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	< ๕%	๕.๐๓ (๑๘๑/๓,๖๐๐)
Door to needle time ภายใน ๖๐ นาที	≥ ๕๐%	๖๑.๑๕ (๑๙๒/๓๑๔)
Door to Stroke Unit ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง	≥ ๔๐%	๗๒.๙๗ (๒,๒๗๖/๓,๑๑๙)
Door to OR ภายใน ๙๐ นาที	≥ ๖๐%	๑๗.๘๕ (๓๘/๒๑๓)

ข้อเสนอแนะ

- การรณรงค์ Warning Sign ของโรคหลอดเลือดสมองให้ ประชาชนเข้ารับและเข้าถึงบริการเร็วขึ้น
- การบูรณาการการทำงานร่วมกันในการควบคุมกลุ่มผู้ป่วย NCD
- การพัฒนาแนวทางการดูแลร่วมกันระหว่างอายุรกรรมและ ศัลยกรรม

ส่วนกลางสนับสนุน

- แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก
- การจัดทำโครงการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โดยวิธีการทำ Thrombectomy ในเขตสุขภาพ ๖
- จัดอบรมโครงการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสาขาโรค

สาขาอายุรกรรม

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

๒๓.๑ อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด (community-acquired Sepsis) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน รพ. (<ร้อยละ ๓๐)

๒๓.๒ อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ($\geq$ ร้อยละ ๙๐)

๒๓.๓ อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ($\geq$ ร้อยละ ๙๐)

๒๓.๔ อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ($\geq$ ร้อยละ ๙๐)

๒๓.๕ อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม ($\geq$ ร้อยละ ๓๐)

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

อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด (community-acquired Sepsis) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน รพ.* เขตสุขภาพที่ ๖ : เป้าหมาย < ร้อยละ ๓๐

จังหวัด/ข้อมูล อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อ* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)	๓๐.๐๔	๓๗.๙๔	๒๙.๒๓	๒๔.๕๘	๓๔.๑๔	๕๕.๕๕	๒๐.๔๑	๓๔.๒๗	๓๑.๖๗	
ปี ๒๕๖๑									๒๘.๕๗	๓๔.๘๕

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์ ร้อยละ (ราย)
อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	$\geq 90\%$	๘๒.๐๐ (๒,๓๕๑/๒,๘๖๗)
อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	$\geq 90\%$	๗๙.๘๖ (๒,๓๐๐/๒,๘๘๐)
อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	$\geq 90\%$	๕๐.๗๕ (๑,๓๘๙/๒,๗๓๗)
อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม	$\geq 30\%$	๒๕.๓๒ (๕๐๙/๒,๐๑๐)
มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ใน รพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)	ดำเนินการ	๗๒.๙๗ (๖/๘)

ข้อเสนอแนะ

- การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ในการดูแลของผู้ป่วย Sepsis ให้เหมือนกันทั้งเขตและติดตามประเมินผลการใช้ CPG
- การพัฒนาแนวทางการลงข้อมูลรหัส ICD 10 –การสนับสนุนด้านการอบรมบุคลากรของเครือข่ายภายในเขต
- เพิ่มจำนวนหอผู้ป่วย ICU ให้เพียงพอ

ส่วนกลางสนับสนุน

- การจัดอบรมบุคลากรและสร้างเครือข่ายการดูแล Sepsis ระดับเขต

สาขาโรคหัวใจ

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

๒๔.๑ ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ($\leq$ ร้อยละ ๑๐)

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เขตสุขภาพที่ ๖ : เป้าหมาย ๒๖ ต่อแสนประชากร

จังหวัด/ข้อมูล อัตราตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจ * (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)	๑๐.๙๑	๕.๕๘	๑๓.๕๕	๕.๕๒	๕.๗๘	๓.๓๘	๖.๑๕	๖.๕๒	๗.๒๖	
ปี ๒๕๖๑									๒๓.๖๒	๒๐.๙๒

ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล*

เขตสุขภาพที่ ๖ : เป้าหมาย $\leq$ ร้อยละ ๑๐

จังหวัด/ข้อมูลผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)	๑๐.๑	๙.๘๔	๑๒.๑๗	๖.๐๖	๔.๗๖	๔.๘๘	๓.๘๕	๑๑.๙	๗.๖๘	
ปี ๒๕๖๑									๔.๓๔	๙.๒๙

ข้อเสนอแนะ

- จัดประชาสัมพันธ์เรื่อง STEMI Alert เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงและเข้ารับบริการได้อย่างทันท่วงที
- การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลและสามารถประมวลผลได้
- เพิ่มบุคลากรให้เพียงพอต่อภาระงานโดยการสนับสนุน เรื่อง ทุนต้นสังกัดการฝึกอบรมให้กับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

ส่วนกลางสนับสนุน

- ส่งเสริมการใช้และการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้ โปรแกรม Thai ACS Registry

สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

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

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

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care

๒๕.๑ อัตราของผู้ป่วย trauma triage level1 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)

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 (< ร้อยละ ๑๒)

จังหวัด/ข้อมูลอัตราเสียชีวิต ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖	ประเทศ
ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)	๑๔.๒๑	๖.๓๗	๕.๖๕	๕.๘๘	๖.๘๗	๖.๕๗	๕.๙๖	๙.๔๐	๗.๓๐	
ปี ๒๕๖๑									๓.๒๓	๒.๘๘

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์
อัตราของผู้ป่วย trauma triage level1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดใน โรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที	≥ ๘๐%	๒๕.๑๗ (๓๘/๑๕๑)
อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชม.	≥ ๖๐%	๖๔.๒๓ (๓๒,๓๑๗/๕๐,๓๑๖)
อัตราของผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ได้รับการทำ RCA	๑๐๐%	๕๕.๕๓ (๕๑/๙๒)
อัตราของผู้ป่วย Severe Traumatic brain injury ที่ เสียชีวิตในโรงพยาบาล	≤ ๔๕%	๒๕.๓๘ (๔๓๘/๑,๗๒๖)
อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	≥ ๘๐%	๖๙.๒๓ (๙/๑๓)
อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	≥ ๘๐%	๖๗.๑๖ (๔๕/๖๗)

ข้อเสนอแนะ

- การขาดอัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอ ได้แก่ ศัลยแพทย์ทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลเดียวกันทั้งประเทศ
- สร้างจิตสำนึกให้ผู้ขับขี่ปฏิบัติตามกฎจราจร (Health Literacy), การดื่มสุราขณะขับขี่

ส่วนกลางสนับสนุน

- ระบบการจัดการข้อมูลของผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุ

Best Practice Trauma

- ระบบการดูแลผู้ป่วยTrauma ของจังหวัดระยอง
- โครงการจิตอาสา CPR สัญจร จังหวัดตราด

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 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๔

Quality Organization

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

เขตสุขภาพ

- ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ

ระบบบรรณาภิบาล

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

ประเด็นหลักที่ ๑ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

- HRH Transformation

๒๖.(KPI42) ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (มีข้อมูล มีแผนการบริหารตำแหน่งมีการดำเนินการตามแผน และมีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ $\geq$ ร้อยละ ๗๐)
(PA-ปลัดฯ6)/ (Pins26)

ตัวชี้วัด ๓.๑ ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ
(เป้าหมาย : ร้อยละ ๗๐ จากจำนวนเขตทั้งหมด)

เป้าหมายระดับ เขต : ร้อยละ ๗๐ จากจำนวนจังหวัดทั้งหมดภายในเขต มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (จังหวัดที่ได้คะแนน ๗๐ คะแนนขึ้นไป)

เป้าหมายระดับ จังหวัด : ได้รับผลประเมินคะแนน ๗๐ คะแนนขึ้นไป ตามเกณฑ์การให้คะแนน ๔ ประเด็น (จากคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน)

ผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ ๖ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ตามประเด็นการตรวจราชการ ๔ ประเด็น

จังหวัด/ข้อมูลประเด็นการตรวจราชการ ๔ ประเด็น*	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว
๑. มีข้อมูล(บุคลากร) (๒๕ คะแนน)								
- ความเป็นปัจจุบัน (ร้อยละ)								
-- ใบประกอบวิชาชีพ	๘๐.๒๕	๘๒.๙๒	๙๔.๐๘	๕๕.๙๐	๘๔.๙๔	๘๕.๓๐	๙๖.๑๑	๙๗.๙๔
-- วุฒิในตำแหน่ง	๙๒.๗๐	๙๘.๕๑	๙๗.๑๗	๙๕.๓๑	๙๙.๖๓	๙๘.๗๖	๙๘.๙๗	๙๗.๗๘
-- บันทึกคำสั่งเงินเดือนแล้ว	ครบ	ครบ	ครบ	ครบ	ครบ๑/ เสนอ๑	ครบ	ครบ๒/ เสนอ๑	ครบ
- มีรายงานข้อมูลบุคลากร	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี
- มีการใช้ประโยชน์	มี*	มี*	มี*	มี*	มี*	มี*	มี*	มี*
๒. มีแผนบริหารตำแหน่ง (๒๕ คะแนน)	มี*	มี*	มี*	มี*	มี*	มี*	มี*	มี*
๓. (มีรายงาน) การดำเนินงาน (ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนดไม่เกินร้อยละ ๕) (เฉพาะ ชรก.&พรก.) (๒๕ คะแนน)	๙.๕๖	๒.๔๓	๓.๘๑	๕.๗๓	๓.๑๘	๒.๑๐	๑.๗๓	๒.๘๗
๔. (มีรายงาน) บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๑ (๒๕ คะแนน)	๗๔.๘๗	๖๒.๗๓	๖๓.๔๒	๗๔.๓๘	๖๙.๖๐	๗๘.๕๖	๖๗.๘๗	๖๑.๔๖
ผลการประเมินการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (๑๐๐ คะแนน)	>๗๐*	>๗๐*	>๗๐*	>๗๐*	>๗๐*	>๗๐*	>๗๐*	>๗๐*
ผลการประเมิน รอบ ๑/๒๕๖๒								
ผ่าน (✓)	/ ผ่าน	/ ผ่าน	/ ผ่าน	/ ผ่าน	/ ผ่าน	/ ผ่าน	/ ผ่าน	/ ผ่าน
ไม่ผ่าน (X)								

***หมายเหตุ :** ข้อมูลผลคะแนน ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒ ทั้งนี้ อยู่ระหว่างการพิจารณาผลการประเมินฯ และ เอกสาร หลักฐานการดำเนินการเพิ่มเติม ร่วมกับคณะตรวจราชการฯ ของกอง บค. (จะประชุม วันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๒)

ปัญหา/ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา		
	แนวทาง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
กระบวนการบริหารตำแหน่งว่าง/ ขอใช้ตำแหน่งว่างล่าช้า ส่งผลต่อการสรรหาคน แนวทางการบริหารตำแหน่งว่างไม่ชัดเจน	จัดทำ/ทบทวนแผนความต้องการกำลังคน แผนการกระจายบุคลากร แผนบริหารตำแหน่ง แผนการสรรหาเชิงรุก ทั้งในระดับเขตและจังหวัด ในเชิงระบบ (System) ทั้งระยะสั้น (๑ ปี) และระยะยาว (๔ ปี- ๒๐ ปี) ให้ชัดเจน โดยทบทวนร่วมกับแผน Service Plan และนโยบาย/แผน อื่นๆ ของจังหวัด เขต กระทรวง เช่น ยุทธศาสตร์การ ปฏิรูปกำลังคนด้านสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๒ -๒๕๖๕ฯลฯ เพื่อกำหนดมาตรการที่สอดคล้องกับพื้นที่	เขต/จังหวัด/ ส่วนกลาง (กอง บค. HRM, ยุทธศาสตร์กำลังคน), กพรส.(Service Plan), กยผ. (ยุทธศาสตร์ฯ), สปช. (แผนผลิตและพัฒนา), สปพช. (แผนผลิต) ฯลฯ	ทันที (๒๕๖๒-๒๕๖๓)
	กำหนด Timeline การอนุมัติใช้ตำแหน่งให้ชัดเจน (ศึกษา ว ๑๕๘ ลว ๒๘ ม.ค. ๒๕๖๒ แนวทางการบริหารตำแหน่งว่าง)	กอง บค./ส่วนกลาง/ เขต	ทันที (๒๕๖๒)

ปัญหา/ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา		
	แนวทาง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
การขาดแคลนอัตรากำลัง โดยเฉพาะสายวิชาชีพ ในบางพื้นที่	วิเคราะห์ความขาดแคลนบุคลากรในสายงานต่างๆ ของจังหวัด/เขต และจัดทำข้อเสนอในการวางแผนการกระจายบุคลากร การผลิตบุคลากร การสรรหาเชิงรุก ฯลฯ ร่วมกัน	เขต/จังหวัด/ส่วนกลาง (กอง บค.(HRM, ยุทธศาสตร์กำลังคน), กบรส.(Service Plan), กยผ. (ยุทธศาสตร์ฯ), สปช. (แผนผลิตและ พัฒนา), สปพช. (แผน ผลิต) ฯลฯ)	
ระบบ HROPS ความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ความไม่ครบถ้วนของข้อมูลในระบบความสามารถในการประมวลผลตามความต้องการ (เช่น แยกตามสาย งาน)	-บันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน โดยเฉพาะใบประกอบวิชาชีพและ วุฒิในตำแหน่ง)	จังหวัด/เขต	ทันที (ทุกสัปดาห์/ทุกเดือน)
	พัฒนาระบบ HROPS ให้สามารถประมวลผล/ดึงข้อมูลได้ทุกรูปแบบ และ Real time มากขึ้น	กอง บค./ ส่วนกลาง	ทันที (อยู่ระหว่างพัฒนาแล้ว)
	จัดกิจกรรมอบรมผู้ใช้งานระบบ HROPS อย่างต่อเนื่อง (บรรจุลงในแผนพัฒนาบุคลากร)	กอง บค./ ส่วนกลาง/ เขต/ จังหวัด	ทันที (กอง บค. จัด กิจกรรมแล้ว)
ความเข้าใจ การดำเนินการ และเกณฑ์การให้คะแนน ตามแนวทางของตัวชี้วัด : ร้อยละของเขตสุขภาพที่มี การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ไม่ สอดคล้องกับแนวทางการบริหารกรอบอัตรากำลัง การบริหารตำแหน่ง และ Timeline ในการทำงาน	ศึกษา/ดำเนินการตามแนวทางการบริหารกรอบอัตรากำลังที่ สป.สธ. กำหนด เช่น ว ๑๗๐๗ ลว ๑๔ มิ.ย. ๒๕๖๐ โครงสร้างและ กรอบอัตรา กำลังหน่วยงานฯ ฯลฯ	จังหวัด/เขต	ทันที (๒๕๖๒)
	จัดกิจกรรมอบรมบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานด้าน HR ทั้งในระดับ เขต/จังหวัดอย่างต่อเนื่อง และ/ หรือจัดทำคู่มือการดำเนินการ จัดทำแผนกำลังคน/แผนบริหารตำแหน่งว่างที่ชัดเจน เข้าถึงง่าย	กอง บค./ ส่วนกลาง/ เขต	๒๕๖๒-๒๕๖๓
	จัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมผู้ดำเนินการ/รายงานผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด ก่อนลงตรวจราชการ	กอง บค.	กอง บค. ทันที (รอบที่ ๒ จัด VDO Conference ช่วงต้นเดือน พ.ค. ๒๕๖๒)

๒๗. (KPI43) จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization) (อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง)/ (ร้อยละ ๗๐) (PA-ปลัดฯ17)/ (Pins27)

ตัวชี้วัด ๓.๒ จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข

ประเด็นการตรวจ ราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
รอบ ๑	จัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข	ตรวจแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข	หน่วยงานมีการวิเคราะห์ผลและจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

จำนวนบุคลากรที่ตอบแบบประเมิน HAPPINOMETER* เขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด/ข้อมูลบุคลากร ที่ตอบแบบประเมิน* (คน)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
บุคลากรทั้งหมด	๗,๑๓๑	๔,๑๔๒	๔,๖๓๒	๒,๐๕๕	๔,๑๗๓	๓,๙๐๖	๓,๒๐๖	๓,๒๒๕	๓๒,๔๗๐
บุคลากรที่ตอบแบบประเมิน	๒,๙๔๖	๒,๗๙๕	๓,๕๕๙	๑๓,๕๓	๓,๐๕๑	๒,๘๖๗	๑,๖๘๗	๑,๙๕๗	๒๐,๑๙๕

ความคืบหน้าการตอบแบบประเมิน Happinometer สำหรับบุคลากรทุกคน เขตสุขภาพที่ ๖
(เป้าหมาย : ร้อยละ ๗๐)

จังหวัด/ข้อมูลความคืบหน้า การตอบแบบประเมิน* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๑)	๔๑.๓๑	๖๗.๔๔	๗๖.๔๐	๖๕.๘๔	๗๓.๑๑	๗๓.๔๐	๕๒.๖๒	๖๐.๖๔	๖๒.๒๐

ข้อมูล ณ วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๒

- HRH Transformation มีความผาสุก

Happinometer ๙ มิติ ๖๘ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย Happy Body ๖ ตัวชี้วัด - Happy Soul ๕ ตัวชี้วัด Happy Brain ๓ ตัวชี้วัด Happy Relax ๕ ตัวชี้วัด Happy Family ๓ ตัวชี้วัด Happy Money ๔ ตัวชี้วัด Happy Heart ๕ ตัวชี้วัด Happy Society ๖ ตัวชี้วัด และ Happy Work Life ๓๒ ตัวชี้วัด

Happy Level

- Very Unhappy ๐.๐๐-๒๔.๙๙ คะแนน : คุณและองค์กรต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน
- Unhappy ๒๕.๐๐-๔๙.๙๙ คะแนน : คุณและองค์กรต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างจริงจัง
- Happy ๕๐.๐๐-๗๔.๙๙ คะแนน : คุณและองค์กรต้องร่วมมือกันสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง
- Very Happy ๗๕.๐๐-๑๐๐.๐๐ คะแนน : ยินดีด้วยคุณและองค์กรเป็นต้นแบบแห่งการสร้างสุข

Happy Public Organization Index สุขภาวะองค์กร ๒๗ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย มิติที่ ๑ Success มิติที่ ๒ Administration มิติที่ ๓ Body & Mind มิติที่ ๔ Atmosphere และมิติที่ ๕ Investment

Happy Level

- ต้องรีบปรับปรุง ๐-๔๘ คะแนน
- ต้องเพิ่มความใส่ใจ ๔๙-๕๖ คะแนน
- กำลังพัฒนา ๕๗-๗๓ คะแนน
- นำปริ่มที่สุด ๗๔-๑๐๐ คะแนน

ผลการประเมิน HPI ๕ มิติ เขตสุขภาพที่ ๖ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๒)

ค่าเฉลี่ย ๕ มิติ	คะแนน
การลงทุน	๔๘.๘๕
บรรยากาศ	๕๙.๑๒
สุขภาพกาย-ใจ	๕๗.๗๖
การบริหาร	๕๔.๓๙
ความสำเร็จ	๕๖.๘๕
คะแนนรวม	๕๕.๓๔

“คนทำงาน → เขตสุขภาพที่ ๖ มีความสุขกันดีอยู่แล้ว” (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๒)

Happy9	คะแนน
การทำงานดี	๖๒.๕๘
สุขภาพดี	๕๔.๗๐
ใฝ่รู้ดี	๖๔.๑๓
สังคมดี	๖๒.๐๐
ครอบครัวดี	๖๒.๕๗
จิตวิญญาณดี	๖๙.๖๘
น้ำใจดี	๖๘.๔๕
ผ่อนคลายดี	๕๕.๗๔
สุขภาพดี	๖๕.๕๒
คะแนนความสุขรวม	๖๒.๘๒

ประเด็นหลักที่ ๒ การบริหารจัดการประสิทธิภาพ

- Digital Transformation

๒๘.(KPI49) เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital (อย่างน้อยเขตละ ๑ จังหวัด) (PA-ปลัดฯ18)/ (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.)

ตัวชี้วัด ๓.๓ เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

เป้าหมาย : รพศ./รพท./รพช. สังกัด สป. และ รพ. สังกัด กรม ใน สธ.

เกณฑ์ : ผ่านเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ระดับ ๒ ขึ้นไป

ประเด็นการตรวจ ราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
รอบ ๑	• รพศ./รพท. ทุกแห่งมีบริการระบบจองคิวออนไลน์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่าน HIS Gateway และปรับกระบวนการ เพื่อใช้ใบสั่งยาในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์
	• ๕๐% ของ รพช. และ รพ. สังกัดกรมฯ มีบริการระบบจองคิวออนไลน์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่าน HIS Gateway และปรับกระบวนการเพื่อใช้ ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

Small Success

- ๓ เดือน : รพ.รับทราบแนวทางการดำเนินงานและการประเมินผลตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital
- ๖ เดือน : ๕๐% ของ รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒, ๓๐% ของ รพช. ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และ ๓๐% ของ รพ. สังกัดกรมวิชาการ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒

ผลการดำเนินงาน

จังหวัด	เป้าหมาย	ผ่านระดับ ๒		เป้าหมาย	ผ่านระดับ ๒		เป้าหมาย	ผ่านระดับ ๒	
	รพศ./รพท.	แห่ง	ร้อยละ	รพช.	แห่ง	ร้อยละ	รพ.สังกัดกรมวิชาการ	แห่ง	ร้อยละ
ชลบุรี	๕	๑	๒๐.๐	๗	๒	๒๘	๒	๐	๐.๐
ระยอง	๓	๐	๐.๐	๖	๐	๐.๐	๐	๐	๐.๐
จันทบุรี	๑	๐	๐.๐	๑๑	๐	๐.๐	๐	๐	๐.๐
ตราด	๑	๐	๐.๐	๖	๐	๐.๐	๐	๐	๐.๐
ฉะเชิงเทรา	๑	๐	๐.๐	๑๐	๐	๐.๐	๐	๐	๐.๐
สมุทรปราการ	๓	๐	๐.๐	๓	๐	๐.๐	๑	๐	๐.๐
ปราจีนบุรี	๒	๐	๐.๐	๕	๐	๐.๐	๐	๐	๐.๐
สระแก้ว	๒	๐	๐.๐	๙	๐	๐.๐	๐	๐	๐.๐

รพศ./รพท./รพช. สังกัด สป. และ รพ. สังกัดกรม ใน สธ. จังหวัด สมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว ทั้ง ๘ จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๖ กำลังดำเนินการระบบ จอคอมพิวเตอร์ การแลกเปลี่ยนข้อมูล HIS Gateway

๒๙. (KPI50) มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง (ทีม PCCทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2562 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน) (PA-ปลัด๙9)/ (Pins29)

ตัวชี้วัด ๓.๔ มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เป้าหมาย : ทีม PCC ทุกแห่ง ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี ๒๕๖๒

เกณฑ์ : มีการนำ App. PPC ไปใช้ปฏิบัติงานบริการประชาชนในความรับผิดชอบ

ประเด็นการตรวจ ราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
รอบ ๑	• ทีม PCC ทุกแห่ง ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี ๒๕๖๒ มีการนำ App. PPC ไปใช้ปฏิบัติงาน

Small Success

- ๓ เดือน : มีข้อสรุปการพัฒนา app. PCC (ส่วนกลาง) เขตสุขภาพคัดเลือก PCC นำร่อง
- ๖ เดือน : พัฒนา app. PCC ทีม PCC นำร่อง ทดลองใช้งาน app. PCC
- ๙ เดือน : ๕๐% ของทีม PCC นำ app. PCC ไปใช้
- ๑๒ เดือน : ๑๐๐% ของทีม PCC นำ app. PCC ไปใช้

ผลการดำเนินงาน

PCC จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นจังหวัดนำร่องในเขตสุขภาพที่ ๖ ได้ดำเนินการเชื่อมระบบเข้ากับ PCC link และใช้ App PCC link ในการ ปฏิบัติงานแล้ว ๓ PCC คือ เทพราช บางวัว และ หมอนทอง จากเป้าหมาย ๑๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๐

- Financial Management

๓๐.(KPI53) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ ($\leq$ ร้อยละ ๔)

(PA-ผตร.8)/ (Pins30)

ตัวชี้วัด ๓.๕ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ (ไม่เกินร้อยละ ๔)

สถานการณ์ ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒ (Q2)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

๑. การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ

๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์

- ร้อยละ ๑๐๐ ส่งครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์

๑.๒ ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ $\geq$ ค่าใช้จ่าย

- เกินดุล ๑ แห่ง สมดุล ๗๑ แห่ง และ ขาดดุล ๑ แห่ง

สรุปการจัดทำ Planfin ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด	แบบ ๑	แบบ ๒	แบบ ๓	แบบ ๔	แบบ ๗	รวม	หมายเหตุ
ชลบุรี	๖	-	๖	-	-	๑๒	
ระยอง	๔	๒	๑	๐	๒	๙	(๗, เขาชะเมา, ระยอง)
จันทบุรี	๔	๘	-	-	-	๑๒	
ตราด	๔	๑	๑	๑	-	๗	(๔, เขาสมิง)
ฉะเชิงเทรา	๘	๓	-	-	-	๑๑	
สมุทรปราการ	๓	-	๒	๑	-	๖	(๔, สมุทรปราการ)
ปราจีนบุรี	๕	๑	๑	-	-	๗	
สระแก้ว	๔	๑	๔	-	-	๙	
รวม	๓๘	๑๖	๑๕	๒	๒	๗๓	

๒. การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ

๒.๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์

- ทั้ง ๘ จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๖ ผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

๒.๒ ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายมีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ถูกต้อง ๖

- ๖ จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๖ ผลงาน ร้อยละ ๑๐๐ ยกเว้นจังหวัดสมุทรปราการและจังหวัดระยอง

๒.๓ ร้อยละของหน่วยงานเบิกจ่ายที่เป็นหน่วยบริการดำเนินการจ่ายเงิน-รับเงินและนำเงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

- ๗ จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๖ ผลงาน ร้อยละ ๑๐๐ ยกเว้นจังหวัดสมุทรปราการ ร้อยละ ๕๐

ระดับคุณภาพระบบบัญชี ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

จังหวัด	ระดับA ⁺	ระดับ A	ระดับ B	ระดับC
ชลบุรี	-	๒	๗	๓
ระยอง	๑	๕	๑	๓
จันทบุรี	๒	๑๐	-	-
ตราด	๒	๕	-	-
ฉะเชิงเทรา	๒	๕	๔	-
สมุทรปราการ	-	๕	๑	-
ปราจีนบุรี	๑	๒	๔	-
สระแก้ว	-	๖	๒	-
รวมทั้งสิ้น	๘	๓๙	๑๙	๗

๓. สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

- ๓.๑ พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วมของหน่วยบริการ โดยกำหนดให้มีในระดับเขตสุขภาพ
เขตสุขภาพละ ๑ รูปแบบ

เรื่อง : การบริหารจัดการร่วม ระหว่างโรงพยาบาลทำใหม่กับโรงพยาบาลสองพี่น้อง

๑. ประชุมหารือร่วมกัน ระดับจังหวัด
๒. ประชุมเครือข่ายในระดับอำเภอทำใหม่
๓. ศึกษา/วิเคราะห์ข้อมูล ความเป็นไปได้

การบริหารจัดการร่วม

๑. บริหารข้อมูลร่วม ในประเด็น
 - ๑) ราคาสินค้าในการจัดซื้อจัดจ้าง
 - ๒) เทียบเคียงระบบข้อมูลด้านการเงินบัญชี
๒. บูรณาการการทำงาน
 - การประชุมร่วม การบริหารบุคลากรร่วมบูรณาการห้องปฏิบัติการนอกเวลาราชการและยานพาหนะ
๓. บริหารพัสดุร่วม
 - วัสดุสำนักงานในรูปแบบการตกลงร่วม
๔. บริหารยาร่วม
 - เลือกบริษัท ที่จะจัดซื้อร่วมกัน และวางแผนสำรองยาร่วมกัน ในส่วนของ ยาที่เป็นยาที่มีอัตราการใช้น้อย
๕. บริหารจัดการหน่วยจ่ายกลางร่วม
 - กำหนดให้โรงพยาบาลสองพี่น้อง เป็นผู้ดำเนินการหน่วยจ่ายกลางของทั้งสองโรงพยาบาล

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. บริหารระดับเขต จังหวัดและอำเภอ
๒. ทั้ง ๒ รพ. ใช้ ผอ.รพ.ร่วม
๓. คณะกรรมการฯ ของเครือข่ายทำใหม่

๔. ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน

๔.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกิน ๕%

จังหวัด	(๑)	(๒)	(๓)	(๔)
	จำนวน รพ.	รายได้ผ่าน	ค่าใช้จ่ายผ่าน	สรุปผลทั้ง ๒ ด้าน
ชลบุรี	๑๒	๐	๕	๐
ระยอง	๙	๐	๔	๐
จันทบุรี	๑๒	๑	๙	๑ (รพ.พระปกเกล้า)
ตราด	๗	๐	๖	๐
ฉะเชิงเทรา	๑๑	๒	๖	๑ (รพ.พุทธโสธร)
สมุทรปราการ	๖	๐	๑	๐
ปราจีนบุรี	๗	๐	๖	๐
สระแก้ว	๙	๐	๖	๐
รวมทั้งสิ้น	๗๓	๓	๔๓	๒

๔.๒ ร้อยละของหน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วย ใน ไม่เกินค่ากลาง
ของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน*

จังหวัด/ข้อมูลหน่วยบริการ มีสัดส่วนของต้นทุน* (แห่ง)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
ผ่านเกณฑ์	๘	๗	๑	๔	๘	๔	๖	๗	๔๕
ไม่ผ่านเกณฑ์	๔	๒	๑๑	๓	๓	๒	๑	๒	๒๘

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงาน

ไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

- ความพอเพียงในการได้รับการจัดสรรงบประมาณ UC เหมาะจ่ายรายหัวได้น้อยลง ในขณะที่ค่าแรง
เงินเดือน มีแนวโน้มที่สูงขึ้น

ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
๑. หน่วยบริการต้องทำบัญชี ๒ ระบบซึ่งเป็นภาระงาน ที่หนักและซับซ้อน ๒. ขาดองค์ความรู้ด้านบัญชี ด้านการบริหาร การเงิน การคลัง และทักษะของผู้ปฏิบัติงาน/ ผู้ปฏิบัติงานใหม่ (ลูกจ้าง) ๓. ความร่วมมือภายในองค์กร และ โปรแกรมบัญชี ในหน่วยบริการ ต้องการความ ร่วมมือจากทุกฝ่าย ในหน่วยบริการ ๔. การสื่อสารระหว่างกองเศรษฐกิจกับแต่ละจังหวัดเป็น การสื่อสารทางเดียวไม่มีแนวทางให้พื้นที่ทำความเข้าใจ	๑. ใช้ระบบข้อมูล/เทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุน การทำงานด้านการเงินและบัญชี เพื่อให้เกิดความ สะดวกรวดเร็ว ลดขั้นตอน และเพิ่มประสิทธิภาพ ในการทำงาน ๒. พัฒนาศักยภาพการเงินการคลังสำหรับผู้บริหาร และคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง ระดับ หน่วยบริการ อย่างต่อเนื่อง ๓. พัฒนาโปรแกรม/ระบบสารสนเทศ สำหรับการ บันทึกข้อมูลทางบัญชีที่มีความซับซ้อน

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. จัดทำและพัฒนา ปรับปรุง ระบบโปรแกรมวิเคราะห์รายงานข้อมูลทางการเงิน สำหรับให้ผู้บริหารนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ
๒. หลักการคิดคำนวณอัตราส่วนทางการเงินของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เป็นต้นมา ไม่สะท้อนสถานการณ์ทางการเงินที่แท้จริง รวมทั้งการวัด แผนการเงินการคลัง Planfin (ด้านรายได้) ไม่สามารถแสดงความคลาดเคลื่อนด้านรายได้ UC ที่เป็นจริงได้
๓. ผู้บริหารหน่วยบริการต้องมีความรู้ความเข้าใจในการท า business plan เพื่อให้หน่วยบริการ

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

จังหวัดปราจีนบุรี ได้มีการพัฒนาข้อมูลในระบบบัญชีมาอย่างต่อเนื่องทุกปี ผลการดำเนินการในรอบ ๖ เดือน พบว่ามีโรงพยาบาลที่สามารถจัดทำทะเบียนลูกหนี้รายสัทธิ (รายบุคคล) และมีผลงานเชิงประจักษ์ ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, โรงพยาบาลบ้านสร้าง และโรงพยาบาลศรีมโหสถ

จังหวัดจันทบุรีการบริหารจัดการร่วมระหว่างโรงพยาบาลท่าใหม่กับโรงพยาบาลสองพี่น้อง เรื่องบริหารข้อมูล, บูรณาการการทำงาน, บริหารพัสดุ, ยา และบริหารจัดการหน่วยจ่ายกลาง

จังหวัดสระแก้ว Digital Transformation สนับสนุนบริการ เช่นระบบบัญชี พัสดุ บริหารลูกหนี้ เจ้าหนี้ และจัดการระบบบัญชี การอนุมัติเบิกจ่ายและก่อหนี้ โดยเน้นกำกับใช้แผนเงินบำรุง และ planfin ควบคู่กันและบูรณาการร่วมกับ Digital Transformation

ประเด็นหลักที่ ๓ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

- Quality Organization

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

ตัวชี้วัด ๓.๖ ร้อยละของ รพ.สังกัด กสธ.มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓

เป้าหมาย : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓* (รพศ./รพท.ร้อยละ ๑๐๐ รพช. ร้อยละ ๙๐)

ผลการดำเนินงาน

จังหวัด/ข้อมูลโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
รพศ./รพท.	๑๐๐	๖๖.๖๗	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๙๔.๔๔
รพช.	๘๐	๖๖.๖๗	๙๐.๙	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๘๐	๒๐	๘๑.๘๑

สรุปสถานการณ์

- รพศ./ รพท. : โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๘ รพ.(รวม รพ. สังกัด กรมการแพทย์ ๒ แห่ง กรมควบคุมโรค ๑ แห่ง และกรมสุขภาพจิต ๑ แห่ง) ผ่าน HA ขั้น ๓ จำนวน ๑๗ แห่ง ไม่ผ่าน ๑ แห่ง (รพ.แก่ง)
 - รพช. : โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๕๕ รพ.(ไม่รวม รพ.ที่เปิด IPD ไม่ครบ ๓ ปี) ผ่าน HA ขั้น ๓ จำนวน ๔๖ รพ. ไม่ผ่าน ๙ รพ. (เกาะจันทร์ เขาชะเมา นิคมพัฒนา บ้านสร้าง แก่งหางแมว คลองหาด เขาฉกรรจ์ วัฒนานคร และตาพระยา)
 - F3 IPD < 3 ปี : รพ.วังสมบูรณ์ รพ.โคกสูง รพ.บางเสด็จ และ รพ.คลองเขื่อน

แผนพัฒนาโรงพยาบาลเข้าสู่การรับรองคุณภาพ HA

รพศ./รพท./รพช.	ปี ๒๕๖๒				ปี ๒๕๖๓	ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน
	ต.ค.-ธ.ค.๖๑	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-มิ.ย.		
รพ.แก่ง M1 จ.ระยอง				/		ส่งเอกสาร ๑๕ ส.ค.๖๑
รพ.นิคมพัฒนา F2 จ.ระยอง					/	ทบทวนและเตรียมขอประเมินชั้น ๒
รพ.เขาชะเมา F2 จ.ระยอง				/		อยู่ระหว่างเตรียมเอกสารส่ง สรพ.
รพ.เกาะจันทร์ F2 จ.ชลบุรี			/			สรพ.กำหนดวันเยี่ยม เดือน มิ.ย.๖๒
รพ.แหลมฉบัง M2 จ.ชลบุรี				/		ส่งเอกสารเรียบร้อยแล้ว (รอผลการวิเคราะห์เอกสาร)
รพ.แก่งหางแมว F2 จ.จันทบุรี			/			ส่งเอกสารเรียบร้อยแล้ว (รอผลการวิเคราะห์เอกสาร)
รพ.ตาพระยา F2 จ.สระแก้ว				/		ส่งเอกสารเรียบร้อยแล้ว (รอผลการวิเคราะห์เอกสาร)
รพ.เขาฉกรรจ์ F2 จ.สระแก้ว				/		สรพ.กำหนดลง Pre survey ปลาย เม.ย.๖๒
รพ.วัฒนานคร F2 จ.สระแก้ว			/			กำหนดรับเยี่ยม สรพ. ๒๕-๒๖ เม.ย.๖๒
รพ.คลองหาด F2 จ.สระแก้ว			/			ส่งเอกสารเรียบร้อยแล้ว (รอผลการวิเคราะห์เอกสาร)
รพ.บ้านสร้าง F2 จ.ปราจีนบุรี			/			สรพ.กำหนดวันเยี่ยม เดือน ก.ค.๖๒
รพ.วังสมบูรณ์ จ.สระแก้ว รพ.โคกสูง จ.สระแก้ว รพ.บางเสาธง จ.สมุทรปราการ รพ.คลองเขื่อน จ.ฉะเชิงเทรา	--	--	--	--	--	รอเปิด IPD ครบ ๓ ปี ปี ๒๕๖๔ รพ.คลองเขื่อน เตรียมเอกสารขอประเมิน ชั้น ๒

การดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ HA เขตสุขภาพที่ ๖

ปัญหา/อุปสรรค

๑. การเปลี่ยนผู้บริหารและแพทย์หมุนเวียน
๒. สมรรถนะทีมคุณภาพ QLN
๓. ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาคุณภาพ

กลไกการพัฒนา

๑. แต่ละจังหวัดไม่ควรเปลี่ยนผู้บริหารและแพทย์ ในช่วง ๓-๖ เดือนระยะเข้าสู่การรับรอง
๒. ความครอบคลุมในการจัดตั้งทีม QLN และพัฒนาสมรรถนะในแต่ละจังหวัดและเขต
๓. กั้นงบประมาณส่วนกลางสำหรับค่าเยี่ยมสำรวจ และการอบรม

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

ตัวชี้วัด ๓.๗ ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป.
ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับ ๕)

เป้าหมาย : สสจ.ร้อยละ ๗๐, สสอ.ร้อยละ ๔๐

ผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับ ๕) เขตสุขภาพที่ ๖
(ข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ ถึงธันวาคม ๒๕๖๑)

จังหวัด/ข้อมูลผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ* (ร้อยละ)	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขต ๖
สสจ.	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๙๔.๔๔
สสอ.	๑๐๐	๓๗.๕	๖๐	๘๕.๗๑	๑๐๐	๐**	๕๗.๑๔	๑๐๐	๗๒.๔๖

ที่มา : เว็บไซต์ กพร.สป.

หมายเหตุ : จังหวัดสมุทรปราการ** ดำเนินการ แต่ไม่ได้ศิย์เข้าโปรแกรม

ปัญหา/ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา
๑. ระบบรายงานของส่วนกลางยังไม่เสถียรมีการปรับปรุงอยู่ตลอดเวลาและไม่มีการอบรมในการใช้โปรแกรมผ่านระบบออนไลน์	๑. ดำเนินการให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการ
๒. ผู้รับผิดชอบงานระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีน้อยและขาดความเข้าใจที่ชัดเจนในการดำเนินงานตามเกณฑ์	๒. เชื่อมโยง PMQA กับงานประจำ ๓. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจการดำเนินงาน PMQA ในองค์กรอย่างต่อเนื่อง
๓. การดำเนินงานในแต่ละหมวดของPMQA เป็นการจัดทำเอกสาร ที่มีหลายแบบฟอร์มและรายละเอียดจำนวนมากในแต่ละหมวดเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติ	๔. จัดทำแนวทางทำความเข้าใจในแต่ละประเด็นร่วมกันในระดับเขต โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้รับผิดชอบงานในระดับเขต (สสจ./สสอ.)

๓๓. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ (ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐)

(PA-ผตร.11)/ (Pins33)

ตัวชี้วัด ๓.๘ ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ (ร้อยละ ๑๐๐)

เป้าหมาย : มีการวางแผนมีกลไกการดำเนินงานมีระบบข้อมูล

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่ : มีการวางแผนมีกลไกการดำเนินงานมีระบบข้อมูล

๑. พัฒนาระบบและกลไกการ ขับเคลื่อน

๒. พัฒนาการจัดการเชิงกลยุทธ์

Small Success

- ๓ เดือน :

๑) ระบบการบริหารจัดการ (System design)

๒) แผนการบริหารจัดการ (4M)

๓) มีการกำหนดประเด็น

๔) มีแนวทางการดำเนินงาน

๕) มีระบบข้อมูล

- ๖ เดือน : รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน (ผลผลิตเบื้องต้น)

Initiative Management Region 6

เรื่อง : Peer to Peer Service Sharing

ความหมาย : ๑. พัฒนาและเกิดรูปแบบระบบบริการแบบพี่น้องช่วยกัน เพื่อแก้ไขปัญหาของเขต (Service)

๒. พัฒนาและเกิดรูปแบบการบริหารทรัพยากรในเขตสุขภาพแบบพี่น้องช่วยกัน (Resource)

เป้าหมาย : ระดับเขต เกิด Peer to Peer ๑ เรื่อง

ระดับจังหวัด เกิด Peer to Peer จังหวัดละ ๑ เรื่อง

กิจกรรมและแผนการดำเนินงาน

มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรมหลัก	ส่วนกลาง	เขต	จังหวัด	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท) ๓๐,๐๐๐-
มาตรการที่ ๑ พัฒนาระบบ และกลไก ขับเคลื่อนเขต สุขภาพที่ ๖	๑. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการและสร้าง นวัตกรรมบริการ เขตสุขภาพที่ ๖		/	/	พ.ย.-ธ.ค.๖๑	ดำเนินการแล้ว
	๒. จัดทำแผนบริหารจัดการและสร้างนวัตกรรมบริการ เขตสุขภาพที่ ๖ Peer to Peer จังหวัด/เขต สุขภาพ		/	/	พ.ย.-ธ.ค.๖๑	ดำเนินการแล้ว
	๓. ประชุมคณะกรรมการเพื่อชี้แจงนโยบายและ ขับเคลื่อน		/	/	ธ.ค.๖๑	ดำเนินการแล้ว
มาตรการที่ ๒ พัฒนาการ จัดการและสร้าง รูปแบบการใช้ ทรัพยากรร่วม	๔. กำหนดข้อตกลงร่วมรูปแบบการจัดบริการ Flow ระบบงาน และการใช้ทรัพยากรร่วม Peer to Peer จังหวัด/ เขตสุขภาพ 1Service ZOPD/ Operative)		/	/	ม.ค.๖๒	ดำเนินการแล้ว
	๕. ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดระดับจังหวัด/ เขตสุขภาพ		/	/	ก.พ.-ก.ย.๖๒	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ

กิจกรรมและแผนการดำเนินงาน (ต่อ)

มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรมหลัก		ส่วนกลาง	เขต	จังหวัด	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท) ๓๐,๐๐๐-
มาตรการที่ ๓ กำกับ ติดตาม และประเมินผล อย่างต่อเนื่อง ทุก ๓ เดือน	๖. ประชุมคณะกรรมการเพื่อติดตามความก้าวหน้า และแก้ไขปัญหาอุปสรรค (Peer to Peer จังหวัด/ เขต สุขภาพ)			/	/	ก.พ., พ.ค., ส.ค.๖๒	ดำเนินการแล้ว
	๗. นิเทศติดตาม (Area focus) และหาโอกาสในการ พัฒนา			/	/	ก.ค.๖๒	
	๘. สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน			/	/	ทุก ๓ เดือน	
Small success	ไตรมาส ๑ (๓ เดือน)	ไตรมาส ๒ (๖ เดือน)	ไตรมาส ๓ (๙ เดือน)			ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน)	
	๑. มีคณะกรรมการระดับ จังหวัด/ เขตสุขภาพ	รูปแบบและการจัดบริการ Flow ระบบงาน ระดับ จังหวัด/ เขตสุขภาพ	ดำเนินการจัดบริการ Peer to Peer จังหวัด/ เขตสุขภาพ 1Service			ดำเนินการจัดบริการ Peer to Peer จังหวัด/ เขตสุขภาพ 1Service	
	๒. แผน Peer to Peer จังหวัด/ เขตสุขภาพ						
ผู้รับผิดชอบ	หน่วยงานหลัก นายแพทย์ธีระ ศิวดุขย์ ประธานบริหาร จัดการและสร้างนวัตกรรมบริการ เขตสุขภาพที่ ๖		หน่วยงานร่วม สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ เขตสุขภาพที่ ๖				
	ผู้ประสานงาน นายแพทย์ธีระ ศิวดุขย์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๐๕๗๑ ๘๓๓๓		ผู้ประสานงาน นางสุนันรัตน์ นีรพัฒน์กุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๕๐๘๖ ๒๔๗๒				

Peer to Peer ระดับจังหวัด

จังหวัดชลบุรี :

- หัวข้อ Peer to Peer : “ รูปแบบการจัดระบบบริการผู้ป่วยนอกกลุ่มไวรัสตับอักเสบบีและซีแบบ One Visit ”

จังหวัดระยอง :

- หัวข้อ Peer to Peer : “ นวัตกรรมรูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Stroke) ”

จังหวัดจันทบุรี :

- หัวข้อ Peer to Peer : “ การดูแลผู้ป่วย NSTEMI High risk ”

จังหวัดตราด :

- หัวข้อ Peer to Peer : “ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ”

จังหวัดฉะเชิงเทรา :

- หัวข้อ Peer to Peer : “ Kidney Vascular Access ” (อยู่ระหว่างการพิจารณาเปลี่ยนเป็น Refer biopsy และ Renal transplant เนื่องจากการ Refer Out นอกเขตไปทำ Vascular น้อยกว่า ๑๐ ราย)

จังหวัดสมุทรปราการ :

- หัวข้อ Peer to Peer : “ การใช้ blockchain ในการพัฒนาระบบฐานข้อมูล ” เพื่อลดการแออัดใน รพ. รัฐ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ พัฒนาระบบส่งต่อให้มีคุณภาพ ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน สามารถบริหารจัดการข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จังหวัดปทุมธานี :

- หัวข้อ Peer to Peer : “ Mind Traumatic Brain Injury ”

จังหวัดสระแก้ว :

- หัวข้อ Peer to Peer : “ การพัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงไร้รอยต่อ ”

- ระบบธรรมาภิบาล

๓๔.(KPI44) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๙๐) (Pins34)

ตัวชี้วัด ๓.๙ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กสธ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓	ไตรมาส ๔
ประเมินตนเองข้อ EB1-EB4 หลักฐาน เชิงประจักษ์ประกอบ ประเด็นการจัดซื้อ จัดจ้างที่ระดับ ๓	ประเมินตนเอง ข้อ EB1-EB26 ที่ระดับ ๓ ร้อยละ ๘๐	ประเมินตนเอง ข้อ EB1-B26 ที่ระดับ ๔ ร้อยละ ๘๕	ประเมินตนเอง ข้อ EB1-B26 ที่ระดับ ๕ ร้อยละ ๙๐

ผลการดำเนินงาน

หน่วยงานมีผลการประเมินตนเอง ๘ จังหวัด จำนวน ๑๕๐ หน่วยงาน ไตรมาส ๑

- ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๑๑๐ หน่วยงาน ร้อยละ ๗๓.๓๓

- ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๔๐ หน่วยงาน ร้อยละ ๒๖.๖๗ (ผลงานเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๑ ในไตรมาส ๑ ผ่านเกณฑ์ ๖๖.๖๗ ไม่ผ่านเกณฑ์ ๓๓.๓๓)

ในภาพรวมเขตยังไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จบรรลุเป้าหมาย

๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญ กำหนดเป็นยุทธศาสตร์และมาตรการการ ป้องมาตรการ ในการป้องกัน และปราบปรามการทุจริตชัดเจน
๒. มีผู้รับผิดชอบงาน และประสานงานชัดเจน
๓. ทุกหน่วยงานและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือ

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
๑. แบบประเมิน และเนื้อหาการประเมิน มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้รับผิดชอบอาจมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในนิยาม/หน่วยงาน ไม่สามารถเตรียมเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ชัดเจน	- เขต/ จังหวัด ควรประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจ และควรให้มีการจัดทำ work shop การประเมินตนเอง และขอให้ผู้บริหารกำกับ ติดตาม และให้การสนับสนุน
๒. หน่วยงานที่ไม่ส่งรายงาน : อาจขาดการมอบหมายงานให้ผู้รับผิดชอบงาน ITA ที่ชัดเจน	
๓. ผู้ที่ได้รับมอบหมายขาดความรู้ความเข้าใจในส่วนงานที่ต้องทำการประเมิน เช่น การจัดซื้อจัดจ้าง	- หน่วยงานควรมอบหมายผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องใน ประเด็นการประเมิน ITA ในแต่ละเรื่อง หรือประเด็นย่อย เพื่อให้มีความเข้าใจในประเด็นที่ประเมิน และสามารถแสดง หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้อย่างมีความครอบคลุมและครบถ้วน
๔. ผู้บริหารกำหนดนโยบายในเรื่องการดำเนินงานความโปร่งใสที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น นโยบายด้านการจัดซื้อจัดจ้าง เป็นต้น	
๕. ความร่วมมือของหน่วยงาน และบุคคลที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่ประเมิน อาจไม่เพียงพอ	

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

ตัวชี้วัด ๓.๑๐ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการตรวจสอบภายในควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

สถานการณ์

ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ มีการกำกับติดตาม ในเรื่องการควบคุมภายในที่ดี โดยมีการจัดทำแผนการตรวจสอบภายในระดับจังหวัด และมีคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย ระดับจังหวัดเป็นผู้ดำเนินงานตรวจสอบภายในและควบคุมภายในหน่วยงานฯ ในจังหวัด ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงได้ในระดับหนึ่ง

ตัวชี้วัด			
จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	หมายเหตุ
คำสั่งแต่งตั้ง คกก./คณะทำงาน ประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ (EIA)	๗๓	๖๔	ขาด จ.สระแก้ว ๙ แห่ง
การดำเนินการประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ (EIA)	๗๓	๖๕	ขาด ๘ แห่ง จ.สมุทรปราการ (๑) จ.ฉะเชิงเทรา (๔) จ.ปราจีนบุรี (๑) จ.สระแก้ว (๒)
การตรวจสอบงบการเงิน	๑๘	๑๖	ดำเนินการต่อเนื่อง ๒

ภาพรวมผลการดำเนินงาน (ระดับความสำเร็จ)			
จังหวัด	เป้าหมาย (ครบทุกระดับ)	ผลงาน (ระดับ)	ร้อยละ ความสำเร็จ
ชลบุรี	๕	๒	๒๐.๐
ระยอง	๕	๒	๔๐.๐
จันทบุรี	๕	๒	๔๐.๐
ตราด	๕	๒	๔๐.๐
ฉะเชิงเทรา	๕	๑	๒๐.๐
สมุทรปราการ	๕	๑	๒๐.๐
ปราจีนบุรี	๕	๑	๒๐.๐
สระแก้ว	๕	๐	๐.๐

ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการตรวจสอบภายในควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด*

มีระบบ*/ระดับความสำเร็จ	สินทรัพย์	หนี้สิน	รายได้	ค่าใช้จ่าย	ปิดงบ, ส่งรายงาน
ระดับความสำเร็จ	๔๑%	๔๐%	๗%	๒๙%	๗๙%

ข้อตรวจพบ

๑. การประสานข้อมูลระหว่างกลุ่มงานยังไม่ครบถ้วน การนำส่งข้อมูลไม่ครบถ้วน
๒. ขาดการสอบถามข้อมูลเพื่อยืนยันยอดระหว่างกลุ่มงาน
๓. การจัดทำทะเบียนคุมไม่ครบถ้วน/ไม่เป็นปัจจุบัน/ไม่ได้จัดทำทะเบียนคุม
๔. การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง/บันทึกบัญชีไม่ถูกต้อง
๕. การไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และนโยบายบัญชีภาครัฐ และระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

ทบทวนกระบวนการวางระบบควบคุมภายในการส่งต่อข้อมูลจากหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องให้งานบัญชี ตั้งแต่ต้นทางจนถึงสุดกระบวนการเพื่อความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของรายงานทางการเงิน

.....