



กรมควบคุมโรค



กรมอนามัย



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



กรมสุขภาพจิต



กองบริหารสาธารณสุข



**สรุปผลการตรวจราชการกรณีปกติ
เขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มที่ 2
รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2563
วันที่ 9 เมษายน 2563**



ประเด็นการตรวจราชการ ประจำปี 2563

ประเด็นที่ 2 : กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

- กัญชาทางการแพทย์

ประเด็นที่ 4 : ลดแออัด ลดรอคอย

- การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ระบบการดำเนินงานของ PCC ในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช
- Smart Hospital
- ระบบรับยาที่ร้านยา
- อสม.ประจำบ้าน

ประเด็นติดตาม : RDU - AMR - TB



ประเด็นที่ 2 : กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

กัญชาทางการแพทย์

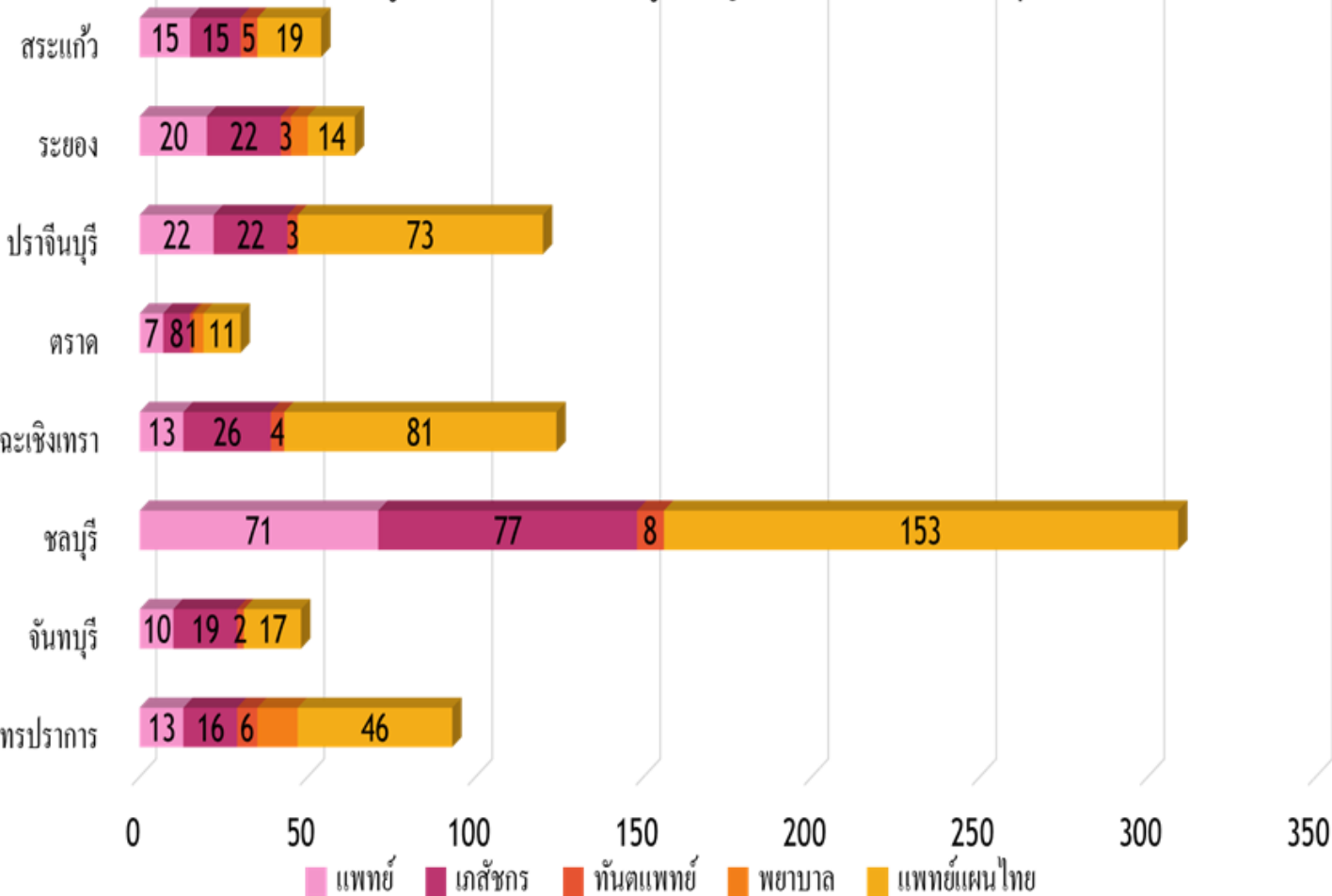


ประเด็นที่ 2 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ หัวข้อ 2.1 กัญชาทางการแพทย์

ตัวชี้วัด : กัญชาทางการแพทย์ จัดให้มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง

สถานการณ์เขตสุขภาพที่ 6 : โรงพยาบาลทั้งหมด 73 แห่ง เปิดคลินิกกัญชาแล้ว 14 แห่ง อยู่ระหว่างการเปิด 59 แห่ง

จำนวนผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 6



จังหวัด	จำนวนสารสกัดกัญชาที่ส่งจ่าย
	จำนวนที่จ่ายไป(ขวด/ตำรับ)
สระแก้ว	<ul style="list-style-type: none"> 1.7%THC จำนวน 6 ขวด สุขไสยาสน์ 1 ตำรับ
ระยอง	<ul style="list-style-type: none"> 1.7%THC จำนวน 87 ขวด สุขไสยาสน์ 10 ตำรับ น้ำมันอาจารย์เดชา 75 ขวด
ปราจีนบุรี	<ul style="list-style-type: none"> 1.7%THC จำนวน 129 ขวด CBD จำนวน 93 ขวด
ตราด	<ul style="list-style-type: none"> 1.7%THC จำนวน 38 ขวด
ฉะเชิงเทรา	<ul style="list-style-type: none"> 1.7%THC จำนวน 6 ขวด
ชลบุรี	<ul style="list-style-type: none"> 1.7%THC จำนวน 41 ขวด
จันทบุรี	<ul style="list-style-type: none"> กำลังพิจารณา case ที่สามารถส่งจ่ายกัญชาได้
สมุทรปราการ	<ul style="list-style-type: none"> 1.7%THC จำนวน 6 ขวด

การใช้กัญชาทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 6

จังหวัด	สูตรสารสกัดกัญชา	Criteria ที่ใช้ในการรักษา	อาการไม่พึงประสงค์
สมุทรปราการ	1.7%THC	- มะเร็งระยะสุดท้าย - Neuropathic pain	มีอาการมึนงง ค่าการทำงานของไตต่ำ
ฉะเชิงเทรา	1.7%THC	- มะเร็งที่ลิ้น - มะเร็งลำไส้	- มะเร็งที่ลิ้น อาการไม่ดีขึ้น แพทย์จึงสั่งหยุดใช้สารสกัดกัญชา
ชลบุรี	1.7%THC	- มะเร็งระยะสุดท้าย(รักษาแบบประคับประคอง) - ลดอาการปวดจากมะเร็ง - <u>Neuropathic pain</u> - อื่นๆ ได้แก่ เหน็ดเหนื่อยและอาการเกร็งจากอุบัติเหตุ	พบความดันต่ำ
ตราด	1.7%THC	- กลืนไส้ อาเจียน จากยาเคมีบำบัด - มะเร็งระยะสุดท้าย - พาร์กินสัน - ปวดปลายประสาท	ปากแห้ง คอแห้ง ใจสั่น สับสน มึนงง ฝันร้าย กลืนไส้ อาเจียน
สระแก้ว	1.7%THCและสุขไสยาสน์	THC 6 ราย ได้แก่ มะเร็งระยะสุดท้าย สุขไสยาสน์ 1 ราย ได้แก่ มะเร็งระยะสุดท้าย	มึนงง วิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ

จังหวัด	สูตรสารสกัดกัญชา	Criteria ที่ใช้ในการรักษา		อาการไม่พึงประสงค์
ระยอง	1.7%THCสูงไซยาโน และ ทำลายพระสุเมรุ	<ul style="list-style-type: none"> - มะเร็งระยะสุดท้าย - ปวดปลายประสาท - brain tumor - อื่นๆ ได้แก่ นอนไม่หลับ , มะเร็ง , พาร์กินสัน , ภูมิแพ้ , ไมเกรน 		nausea ,dizziness, dry mouth , drowsiness , palpitation dizziness , หัวใจเต้นผิดปกติ , ปวดศีรษะ/ ซึม)
ปราจีนบุรี	CBD และ 1.7%THC	CBD ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - พาร์กินสัน - ลมชัก - อัลไซเมอร์ - spasm - แผลเรื้อรังที่เท้า 	THC ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - มะเร็งระยะสุดท้าย - Neuropathic pain - พาร์กินสันและลมชัก - รูมาตอยด์ - พาร์กินสัน 	นอนไม่หลับ ง่วงซึม ปากแห้ง คอแห้ง จุกลิ้นปี่ ค่าตับ เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ปากขมบุบขมิบขุกขิกเพิ่มขึ้น รู้สึกอ่อนแรงกว่าเดิม ความคันตก
		เปลี่ยนสูตรยาจาก CBD ไปใช้ THC ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - มะเร็งระยะสุดท้าย - Neuropathic pain - รูมาตอยด์ - พาร์กินสัน 		

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 6

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
<p>1. ระบบรายงาน</p> <ul style="list-style-type: none">- ไม่มีการแจ้งเตือนการได้รับยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วย- ระบบยังมีความผิดพลาด (error) อยู่บ้าง ทำให้การทำบัญชีการรับ-จ่ายสารสกัดกัญชาไม่ตรงกับความเป็นจริง- มีการลงข้อมูล SAS เป็นจำนวนมาก และซับซ้อนกับระบบ C-MOPH- การดึงข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการใน โรงพยาบาลไม่สามารถดึงได้- ยังไม่มีการเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยเป็นข้อมูลเดียวกัน	<p>- กบรต. สปสช. และ อย.เร่งดำเนินการพัฒนาระบบเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกัน</p> <p>- ผู้รับผิดชอบจัดทำระบบ C-MOPH ได้จัดอบรมและเชิญผู้เกี่ยวข้องเพื่อการลงข้อมูลและเชื่อมต่อข้อมูลกับฐานข้อมูล โรงพยาบาลแล้ว</p> <p>- เสนอให้มีการรวบรวมรายงานเพียงโปรแกรมเดียว ในส่วนของการรายงานการติดตามการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์</p>
<p>2. แพทย์แผนปัจจุบันที่เข้ารับการอบรมและได้ใบรับรองการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาระงานเป็นจำนวนมาก</p>	<p>ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์เข้ารับการอบรมกัญชาทางการแพทย์พร้อมทั้งกระตุ้นให้เห็นถึงความสำคัญ</p>
<p>3. เกณฑ์การใช้กัญชาทางการแพทย์มีความจำเพาะเจาะจง จึงทำให้มีผู้ป่วยที่ใช้มีจำนวนน้อย</p>	<p>ทางโรงพยาบาลจะมีการแนะนำ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้อง และปลอดภัย</p>
<p>4. ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์</p>	<p>ขณะนี้มีการวางแผนการเก็บข้อมูลประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อทำวิจัยในอนาคต</p>
<p>5. มีผู้รับบริการปรับขนาดยาเองเนื่องจากเคยใช้จากที่อื่นมาก่อน</p>	<p>เน้นย้ำวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ให้ความรู้และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับน้ำมันกัญชาของ โรงพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการ</p>

สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากส่วนกลาง

- ระบบการให้คำปรึกษาในการรายงานข้อมูลกัญชาจากผู้เชี่ยวชาญ
- ชุดทดสอบกัญชาเบื้องต้น
- เอกสารคู่มือกัญชาทางการแพทย์ สำหรับเจ้าหน้าที่ และประชาชน

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

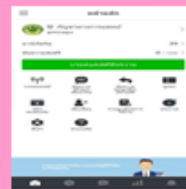
- โรงพยาบาลสมุทรปราการ มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องในโรคที่ได้ประโยชน์ โรคที่น่าจะได้ประโยชน์ อาการข้างเคียง โทษของสารสกัดกัญชาทางการแพทย์หากใช้ในทางที่ผิดกับอาสาสมัคร พยาบาล และประชาชนที่สนใจ
- โรงพยาบาลบางพลีมีการทำ case discussion ในกลุ่มแพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย เพื่อประเมินความเหมาะสมในการจ่าย/ไม่จ่ายสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละเคส เพื่อให้แนวทางการใช้สารสกัดกัญชาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด
- โรงพยาบาลตราด มีแบบลงทะเบียนออนไลน์ผ่าน Google Form โดยใช้การสแกน QR CODE และ มีการจัดทำช่องทางสื่อสารกับผู้รับบริการ โดยผ่านทางแอปพลิเคชัน Line Official เพื่อสามารถให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการได้



QR CODE



Google Form



Line Official



ประเด็นที่ 4 : ลดแออัด ลดรอยคย

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)



การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ตัวชี้วัด

ร้อยละ 70 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

- มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ทุกอำเภอ
- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพร้อยละ 70

ประเด็นนิเทศติดตาม

- การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการ
- คัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น

ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จังหวัด	จำนวนอำเภอ	ดำเนินงาน พชอ.
จันทบุรี	10	10
ฉะเชิงเทรา	11	11
ชลบุรี	11	11
ตราด	7	7
ปราจีนบุรี	7	7
ระยอง	8	8
สมุทรปราการ	6	6
สระแก้ว	9	9
รวม	69	69

การคัดเลือกประเด็นเป็นการคัดเลือกจากประเด็นสืบเนื่องจากประเด็นพชอ.ของปี 2562 โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมทบทวนกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตตามประเด็น

<p>ปัญหา / ความเสี่ยงต่อการ ไม่บรรลุ เป้าหมาย</p>	<p>ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย / ข้อเสนอแนะเพื่อ ปรับปรุง / พัฒนา</p>
<p>1. มีการโยกย้าย, สับเปลี่ยนของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (นายอำเภอ, ปลัดอำเภอและ สาธารณสุขอำเภอ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ควรสนับสนุนความร่วมมือการเป็นเจ้าภาพ ขับเคลื่อนประเด็นพชอ. ขององค์กร หรือกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา / ปรับปรุงตัวชี้วัด (ถ้ามี)

- ควรเป็นตัวชี้วัดตรวจสอบบูรณาการ ขับเคลื่อนร่วมกันในทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

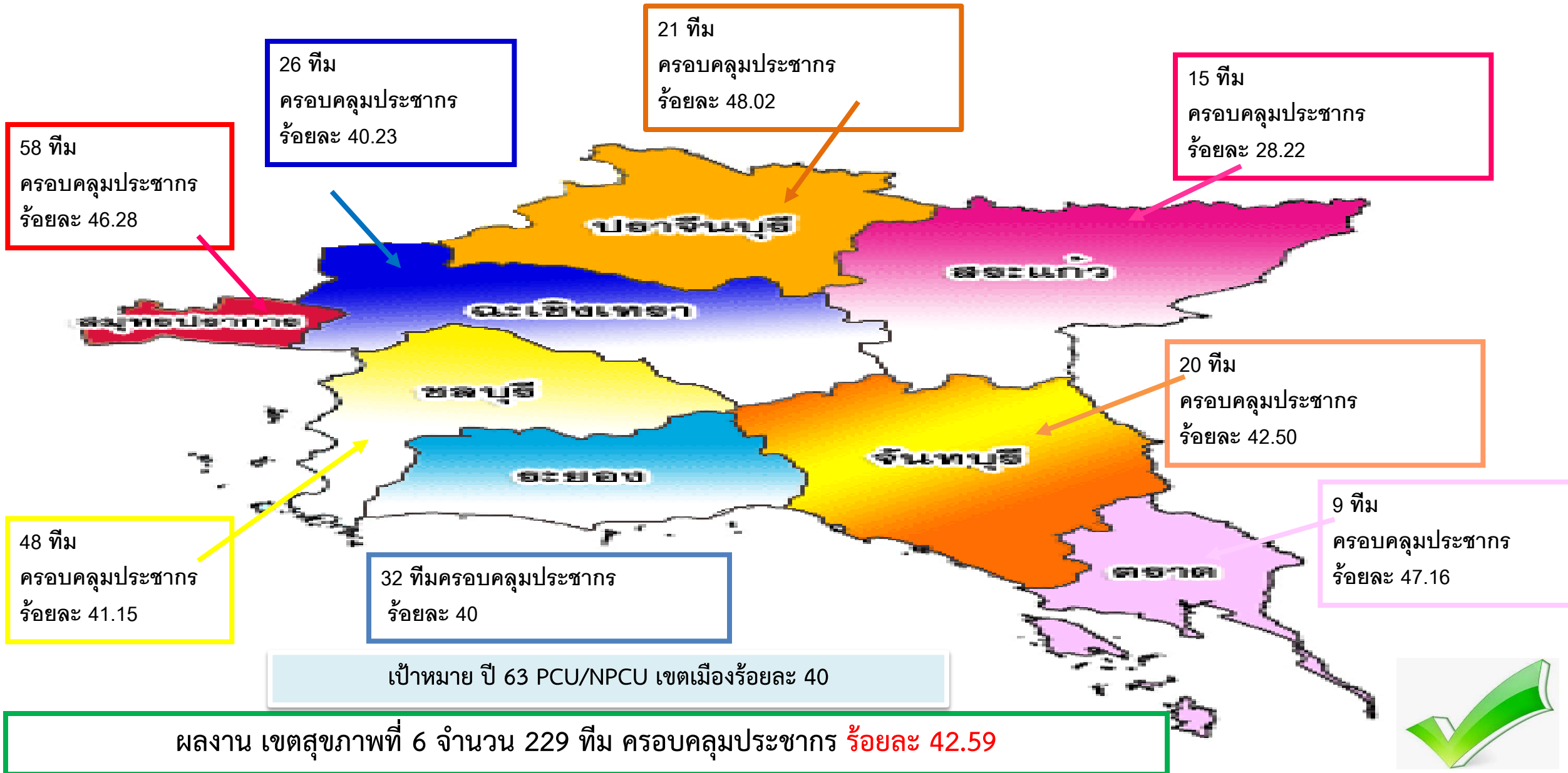


ประเด็นที่ 4 : ลดแออัด ลดรอยคอย

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ



แผนการพัฒนา PCU และ NPUC (แผน 40%) 2562 รายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 6



แผนจัดตั้ง PCU และ NPUC (แผน 10 ปี) รายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 6

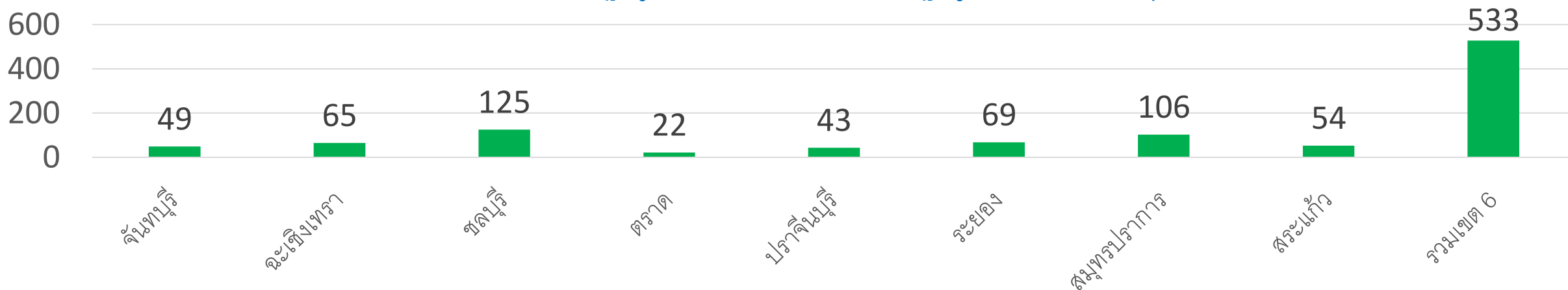


Small success

แผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ
และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 10 ปี

จังหวัด	ปีงบประมาณ (แห่ง)											รวม (แห่ง)
	59-62	2563	2564	2565	2566	2567	2568	2569	2570	2571	2572	
จันทบุรี	7	13	1	3	6	5	4	5	2	2	1	49
ฉะเชิงเทรา	13	13	1	9	9	7	3	5	2	2	1	65
ชลบุรี	20	28	9	12	9	5	8	5	7	8	14	125
ตราด	1	1	3	0	0	2	2	5	2	3	3	22
ปราจีนบุรี	12	9	6	2	4	3	2	2	1	1	1	43
ระยอง	15	17	5	6	4	4	7	5	3	1	2	69
สมุทรปราการ	12	46	6	3	6	5	6	7	5	3	7	106
สระแก้ว	6	10	8	8	11	6	0	3	1	1	0	54
รวม	86	137	39	43	49	37	32	37	23	21	29	533

แผนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 6



ปัญหาที่พบและแนวทางการแก้ไข

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
1.ขาดอัตรากำลังแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการ ลงทะเบียนจัดตั้งPCC 2.กรณีทีมที่จัดตั้ง เป็น รพ.สต. ขนาดใหญ่ จะขาดอัตรากำลัง 3.บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถออก เนื่องจากไม่มี ความก้าวหน้า เช่น ไม่ได้รับการบรรจุ	1.ส่งแพทย์ประจำโรงพยาบาลอบรมระยะสั้นเวชศาสตร์ครอบครัวจัดภายในเขตเดือน พ.ค.63 – ส.ค.63 ระยะฝึกอบรม 2วันต่อเดือนรวมระยะเวลา 4 วัน 2.ระบบHR กำหนดกรอบอัตรากำลังปฐมภูมิตาม พรบ.ปฐมภูมิ ฯ เพื่อวางแผนใน ส่วนขาดในแต่ละพื้นที่ 3.วางแผนความก้าวหน้า กรอบอัตรากำลังในด้านความก้าวหน้าวิชาชีพ

นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่างได้

สมุทรปราการ

1. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผ่านโปรแกรมCOC โดยทำ MOU กับ AIS เพื่อลดการลงข้อมูล 2 โปรแกรมในโปรแกรมCOC และโปรแกรม Jhcis หรือHOS xp ใน CUP อำเภอเมืองสมุทรปราการ
- 2.การพัฒนาระบบTelemedicineเชื่อมกับ รพ.สต. ในการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางรพ.สมุทรปราการ ในแผนก อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมาร สูติรีเวช ออร์โธปิดิก ผิวหนังเชื่อมในการปรึกษาและสามารถสั่งยา มีระบบจัดส่งยาส่งมาให้กับผู้ป่วยที่รพ.สต.ได้



ประเด็นที่ 4 : ลดแอ๊ด ลดรอยคอย

ระบบการดำเนินงานของ PCC ในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช



ระบบการดำเนินงานของ PCC ในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช

หัวข้อ	ปัญหา/สาเหตุ	ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ(PCC)	<p>1.เขตบริการสุขภาพที่ 6 มี PCC ที่มีศักยภาพ* 12 แห่ง ไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด</p> <p>2.บุคลากรระดับปฐมภูมิยังขาดความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและดูแลผู้ป่วยจิตเวช</p>	<p>1.1.พัฒนาระบบบริการไปสู่ การเป็น PCC ที่มีศักยภาพ เพื่อการลดแออัด ลดการรอคอย ในสถานพยาบาล</p> <p>1.2.พัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาล ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้ครอบคลุมใน รพช.และ PCC</p> <p>2.1. ในจังหวัดที่ไม่มี PCC ที่มีศักยภาพ ผลักดันผ่าน คณะกรรมการ Service plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช</p> <p>2.2.จัดให้มีการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่อง (จากโรงพยาบาลแม่ข่ายสู่ PCC) เช่น การฉีดยาผู้ป่วยตามแผนการรักษาโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเข้าไปที่ โรงพยาบาลแม่ข่าย</p> <p>2.3.จัดให้มีการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยมีการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และ บูรณาการกับโครงการจิตเวชเรื้อรังของ สปสช.</p>

•PCC ที่มีศักยภาพ หมายถึง คลินิกหมอครอบครัวที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานเต็มเวลา 5 วัน ทำการต่อสัปดาห์ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอแนะ

- ควรมีแผนการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชใน PCC แต่ละจังหวัด
- พัฒนาระบบเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายสู่ พื้นที่
- ควรมีการประเมินผลสำเร็จของระบบ Mobile clinic เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการ

ผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวช

ประเด็น	ปราจีนบุรี	ฉะเชิงเทรา	สระแก้ว	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ชลบุรี	สมุทรปราการ
1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร)	1.23	1.68	3.6	1.67	3.91	2.67	0.86	0
2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน 1 ปี (ร้อยละ 80)	100	100	100	100	96.33	96.90	94.36	93.18
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (ร้อยละ 68)	62.33	100	80.36	45.91	46.81	52.72	44.13	54.85
4. ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ (ร้อยละ 21)	19.55	28.81	11.05	18.64	28.16	19.95	13.01	45.72

ปัญหา / ความเสี่ยงต่อการ ไม่บรรลุ เป้าหมาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา

การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าและผู้พยายามฆ่าตัวตาย

1. อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น
2. ประชาชนยังขาดความรู้เรื่องสัญญาณเตือนที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของคนใกล้ชิด
3. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการคัดกรองโรคซึมเศร่ายังไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม
4. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขาดความตระหนักถึงอาการของโรค และยังเป็นกังวลในด้านการทำงานหากต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า
5. ระบบฐานข้อมูลพบปัญหาในการลงข้อมูลในระบบข้อมูลการรักษาไม่ครบ item ตามกรอบเงื่อนไขในการเก็บข้อมูลทำให้ข้อมูลการตั้งและส่งออกข้อมูลไม่สมบูรณ์
6. ระบบฐานข้อมูลที่แตกต่างกันของแต่ละสถานบริการทำให้เกิดปัญหาการเชื่อมโยงและการติดตามข้อมูลการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดที่มีโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- จัดการเรื่องโครงสร้าง กรอบ อัตรากำลังของจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยาคลินิก ที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงที่ชัดเจน และเหมาะสม ในการพิจารณาความก้าวหน้าในวิชาชีพในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต/จิตเวชและยาเสพติด อย่างครอบคลุมทั้งงานเชิงรับและงานเชิงรุกและนโยบายในการเพิ่มบุคลากรในสาขาที่ขาดแคลน เช่น พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
- ทบทวนแนวทางการพัฒนาฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคจิตเวชที่สำคัญ
- พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานสุขภาพจิตแก่เจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
- ทบทวนระบบการลงข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า/โรคสมาธิสั้น รวมถึงการตรวจสอบความถูกต้องของการนำเข้าข้อมูลตามระบบ HDC
- การวิเคราะห์การฆ่าตัวตายในเชิงคุณภาพในจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูง

ปัญหา / ความเสี่ยงต่อการ
ไม่บรรลุ เป้าหมาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา

การเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น

1. ขาดอัตรากำลังในการจัดบริการด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นรวมถึงการส่งเสริมพัฒนาการหรือปรับพฤติกรรม เช่น จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น, พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และนักจิตวิทยา
2. การเข้าถึงยารักษาสมาธิสั้นไม่ครอบคลุมทั้งจังหวัด
3. ระยะเวลารอคอยตรวจผู้ป่วยจิตเวชเด็กยาวนาน (6 เดือน)
4. การไม่มาตามนัดของผู้ป่วยสมาธิสั้นที่ส่งต่อเนื่องปัญหาการเดินทางและเศรษฐกิจ

- ส่งบุคลากรเรียนพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และเพิ่มอัตรากำลังจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
- พัฒนาศักยภาพกุมารแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- บูรณาการทำงานเชิงรุกกับโรงเรียนในการคัดกรองหาเด็กกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้ครูในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นและการดูแลต่อเนื่องในเข้าสู่ระบบการรักษา/รายได้รับยา

การกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา

หัวข้อ	ปัญหา/สาเหตุ	ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6
การกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา	<ol style="list-style-type: none"> 1. ยังไม่มีร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการครอบคลุมทุกจังหวัด 2. จังหวัดทดลองจ่ายยาให้กับผู้ป่วยกลุ่ม NCD ยังไม่มีการดำเนินการจ่ายยาจิตเวช 3. ร้านขายที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการยังไม่ผ่านหลักเกณฑ์ 4. ร้านขายที่เข้าร่วมยังขาดประสิทธิภาพการประเมินผู้ป่วยจิตเวช 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สํารวจและเชิญชวนร้านขายยาเข้าร่วมโครงการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 2. จัดอบรมเภสัชกรร้านขายยาในพื้นที่ให้ความรู้และสามารถประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชและผลข้างเคียงจากยาเบื้องต้น 3. สํารวจร้านขายยาที่ผ่านเกณฑ์เข้าร่วมโครงการ 4. สํารวจผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตสงบสามารถเข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านขายยาได้ 5. โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ได้สํารวจร้านขายที่เข้าร่วมโครงการการกระจายยาจิตเวชที่ร้านขายยา จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1) ร้านยาแคปซูล 2) ร้านยาศรীগิจ โอสถ 3) ร้านยาเกรทส์ ฟาร์ม่า <p>เพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางให้กับผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้มีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 8 ราย</p>

ข้อเสนอแนะ

1. สํารวจและคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่อาการทางจิตสงบและสามารถรับยาที่ร้านขายยาได้
2. จัดอบรมเภสัชกรร้านขายยาในพื้นที่ให้สามารถให้บริการคำปรึกษาใช้ยาจิตเวชและสามารถประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชและผลข้างเคียงได้
3. สํารวจร้านขายยาในพื้นที่ที่มีความพร้อมเข้าร่วมโครงการการกระจายยาผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา

ข้อชื่นชม

1. จังหวัดสระแก้ว จังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดฉะเชิงเทรา มีระบบยาใจใกล้บ้าน โดยส่งยาจิตเวชให้กับผู้ป่วยจิตเวชไปรับยาที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน ครอบคลุมทั้งจังหวัด ผลผู้รับบริการพึงพอใจ ลดค่าใช้จ่ายการเดินทางและลดแออัดในโรงพยาบาล



ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอคอย

SMART HOSPITAL



ร้อยละหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital

เป้าหมายที่ 1 รพ. ระดับ A, S, M1, M2 ร้อยละ 80

เป้าหมายที่ 2 รพ. ระดับ F1, F2, F3 ร้อยละ 50

เป้าหมายที่ 3 รพ. นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80

เกณฑ์ :

Smart Place
ผ่าน 1 ข้อ

Smart Tools
ผ่าน 2 ข้อ ใน 3

- 1.Queue มีหน้าจอสถิตลำดับคิว
- 2.Queue มีช่องทางออนไลน์ หรือช่องทางช่วยเหลือ
- 3.Vital Sign อย่างน้อย 1 อุปกรณ์เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

Smart Services
ผ่าน 4 ข้อ ใน 5

- 1.ยกเลิกการเรียกรับสำเนา
- 2.จัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
- 3.ใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์
- 4.ข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด
- 5.มีบริการนัดหมายแบบเลื่อนเวลา

Small success

3 เดือน

- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital

6 เดือน

- ร้อยละ 20 กลุ่มเป้าหมายที่ 1
- ร้อยละ 10 กลุ่มเป้าหมายที่ 2
- ร้อยละ 20 กลุ่มเป้าหมายที่ 3

ผลการดำเนินงาน

รายการข้อมูล	รอบ 1 ข้อมูล 6 เดือน ต.ค.62 -มี.ค.63								
	สมุทรปราการ	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	ภาพรวมเขต
เป้าหมาย 1 ร้อยละ 20	3	5	3	1	1	3	2	2	20
ผ่านเกณฑ์	3	4	2	1	1	2	1	0	14
ร้อยละ	100	80.00	66.66	100	100	66.66	50.00	0	70
เป้าหมาย 2 ร้อยละ 10	3	7	6	11	6	8	5	7	53
ผ่านเกณฑ์	1	4	2	3	1	5	1	4	21
ร้อยละ	33.33	57.00	33.33	27.27	16.66	62.50	20.00	57.14	39.62
เป้าหมาย 3 ร้อยละ 20	1	2	-	-	-	-	-	1	4
ผ่านเกณฑ์	1	0	-	-	-	-	-	1	2
ร้อยละ	100	0	-	-	-	-	-	100	50.00

ข้อเสนอแนะ

ต่อพื้นที่ : โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ควรมีการกำหนดแผนงาน โครงการ งบประมาณและการพัฒนาบุคลากรทั้งทักษะและความพร้อมเพื่อเข้าสู่ Smart Hospital

เป้าหมายที่ 1

โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70

เป้าหมายที่ 2

โรงพยาบาลระดับ F1, F2, F3 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 39.62

เป้าหมายที่ 3

โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50

นวัตกรรม

สมุทรปราการ

โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ใช้เทคโนโลยี Block Chain เพื่อสร้างความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูลและทำการเชื่อมโยงข้อมูลไปสู่เจ้าของข้อมูล ได้แก่

- Telemedicine ระบบการให้คำปรึกษาแนวทางการดูแลรักษา กลุ่มผู้ป่วย ที่ต้องพบแพทย์เฉพาะทาง ทางไกลผ่านระบบ VDO Conference และ เพิ่มความเท่าเทียมกันด้านการเข้าถึงบริการรวมถึงยกระดับการให้บริการในทุกพื้นที่ เพื่อความพร้อมในการสื่อสาร รองรับการใช้งานในรูปแบบการทำงานภายในโรงพยาบาลและเครือข่าย
- Self payment ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลด้านการชำระเงินผ่านเครื่องชำระเงินอัตโนมัติ สามารถชำระเงินได้ทั้งเงินสด/บัตรเดบิต/บัตรเครดิต/QR Codeรวมถึงสิทธิต่างๆของรัฐ
- Self check in เครื่องตรวจร่างกายอัตโนมัติ คำนวณผล BMI อัตโนมัติ พร้อมการเชื่อมต่อระบบสารสนเทศทางการแพทย์ ลดความแออัดในการรอคิวตรวจร่างกาย
- AI Chat Bot Platform รูปแบบของการโต้ตอบ และชุดคำถาม คำสนทนากับระบบ อัจฉริยะเพื่อช่วยคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบการสั่งงานด้วยเสียงและระบบวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อแพทย์ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวินิจฉัยโรค Intelligent Virtual Medical Assistant and Clinical Decision Support System (CDSS)

ชลบุรี

- ระบบ Cold Chain เพื่อรักษาอุณหภูมิของตู้แช่วัคซีนหรือคลังยาให้ได้มาตรฐานและมีการแจ้งเตือนผ่านระบบ Line Notify

โรงพยาบาลชลบุรี

SMART OPD CBH plus app

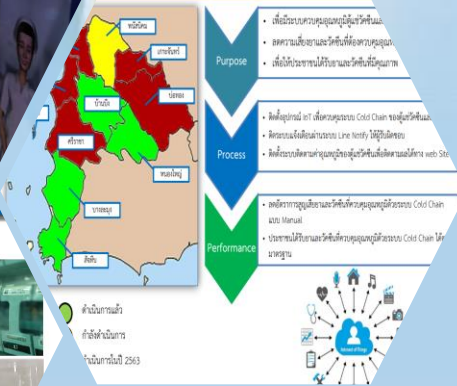
SMART IPD

>E – nurse note (ENN)

>e-room reservation ระบบจองห้อง ทุกแห่งใน รพ.จองได้

>จัดยา Unit dose ด้วยตู้จัดยาอัตโนมัติ

>Electronic Medication Administration Record



นวัตกรรม

**ระยอง
โรงพยาบาลระยอง**

Health Connect - SSB

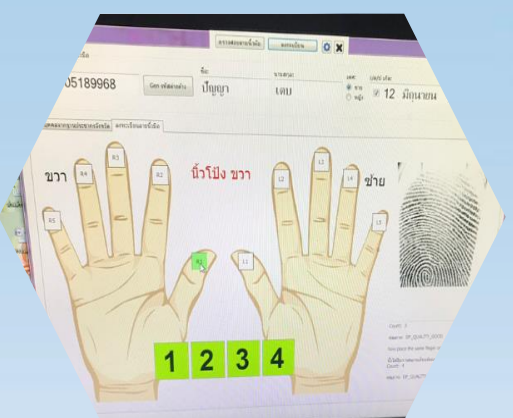
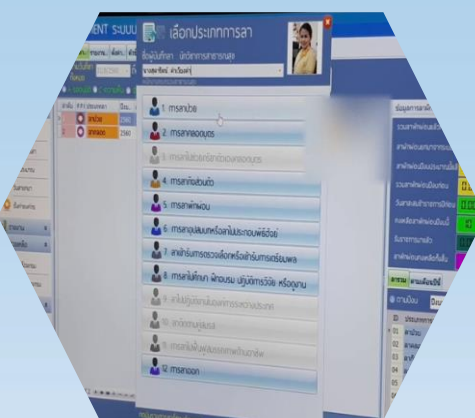
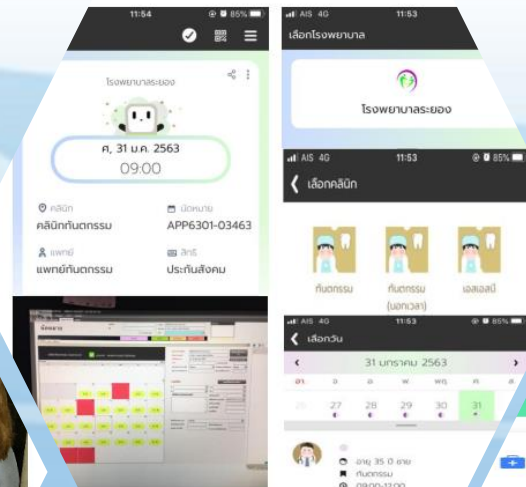
- แก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล
- แจ้งอาการป่วย
- ตรวจสอบสิทธิ์
- นัดหมาย เลือกแพทย์ แสดงสถานะคิว
- ตรวจสอบสถานะคิว (จากตู้ หรือจาก application)
- รับข้อมูลนัดหมายผ่าน application

จันทบุรี

- พัฒนาแอปพลิเคชัน “HHC”
- พัฒนาแอปพลิเคชัน “หมอรู้จักคุณ”

สระแก้ว

- ncd@home ยาหมอมัจฉา ส่งมาถึงบ้าน โดยให้ อสม. ไปส่งยาให้ผู้ป่วยเบาหวาน-ความดัน ที่บ้านและลงบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชัน ncd@home
- Patient identification with Fingerprint ระบุตัวบุคคลต่างตัวด้วยลายนิ้วมือ
- HOS office
- ระบบทะเบียนครุภัณฑ์แบบบูรณาการเชื่อมโยงทั้งจังหวัด หน่วยงานในสังกัดบันทึกข้อมูลครุภัณฑ์ลงในระบบเพื่อการบริหารครุภัณฑ์ในจังหวัด



รพ.ศ. ๒๕๖๒	รพ.ศ. ๒๕๖๓	รพ.ศ. ๒๕๖๔	รพ.ศ. ๒๕๖๕	รพ.ศ. ๒๕๖๖	รพ.ศ. ๒๕๖๗	รพ.ศ. ๒๕๖๘	รพ.ศ. ๒๕๖๙	รพ.ศ. ๒๕๗๐
1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0





ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอคอย

ระบบรับยาที่ร้านยา



ลดความแออัด ลดรอคอย

โดยร้านขายยาแผนปัจจุบัน ข.ย. ๑ เขตสุขภาพที่ ๖

ทั่วประเทศ
จำนวนร้านยา 837
แห่ง 91 รพ
มีการจ่ายยาให้คนไข้
แล้ว 281 แห่ง
ร้านยาที่มีผู้ป่วยมารับ
ยาที่ร้านยาแล้ว
4518 ใบสั่งยา

7 รพ. 55 ร้านยา

หน่วยบริการ	จำนวนร้านยา	จำนวนใบสั่งยา	จำนวนร้านยาที่ยังมีผู้ป่วยไปรับยา	รูปแบบบริการ	วันขึ้นทะเบียน
รพ.สมุทรปราการ	7	28	7	Model 1/Refill	16 ต.ค. 62
รพ.บางพลี	3	76	3	Medel1/Fill	1 ต.ค. 62
รพ.ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	10	-	0	Model 1/Refill	1 ม.ค. 63
รพ.ชลบุรี	15	423	14	Model 1/Refill	1 ต.ค. 62
รพ.บางละมุง	11	-	0	Model 1/Refill	1 ม.ค. 63
รพ.พุทธโสธร	5	139	2	Medel 2/Fill	1 พ.ย. 62
รพ.ระยอง	15	83	10	Medel 1/Fill	1 ต.ค. 62
รพ.เฉลิมพระเกียรติ ฯ	10	-	0	Model 1/Refill	1 ม.ค. 63
รพ.พระปกเกล้า	7	148	6	Model 1/Refill	1 ต.ค. 62
รพ.ตราด	3	1	1	Model 1/Refill	1 ธ.ค. 62
รพ.จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	5	-	0	Medel 1/Fill	1 ม.ค. 63
รวม 11 รพ.	91	898	43		

บทสรุปการดำเนินงาน



เป้าหมายหลัก: ลดแอ๊ด ลดรอยคอย

ส.ป.ส.ช. : สิทธิ UC, Model 1, 2, 3

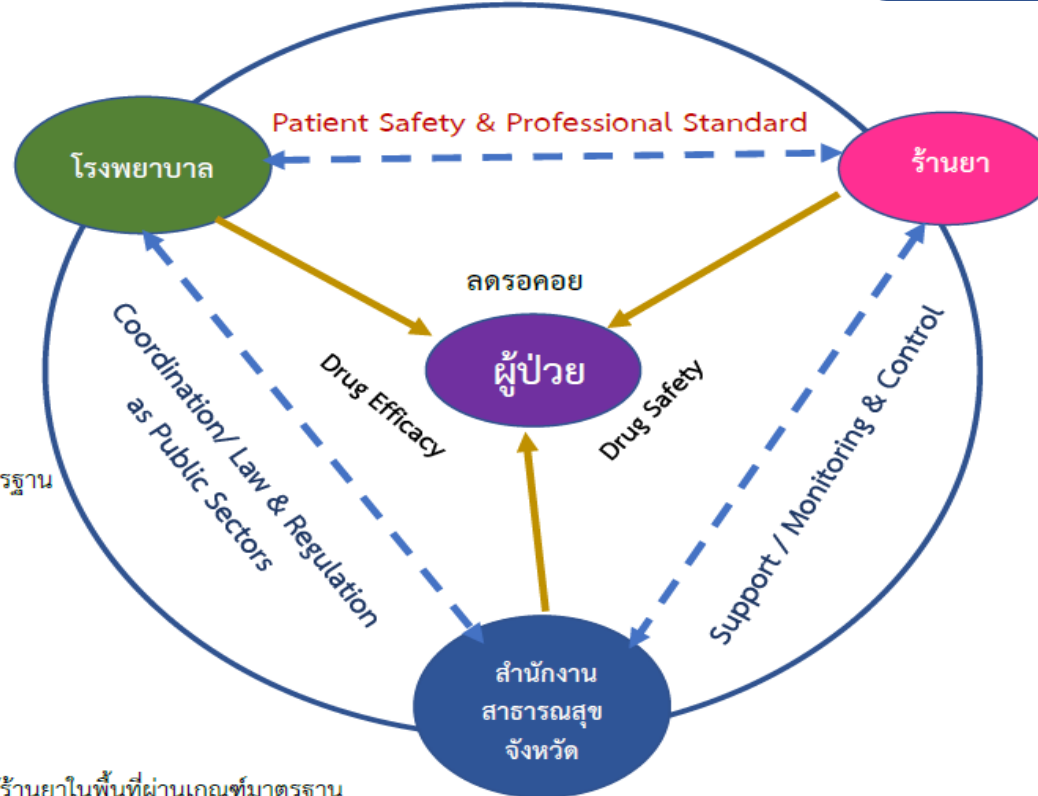
บทสรุป ทีมนิเทศ กบรส.
การดำเนินงานโครงการลดแอ๊ดโดยการรับยาที่ร้านยา
โดย ดร.ภญ สุชาดา จาปะเกษตร
ภก.พงษ์ณัฐวัฒน์ สมบัติภูธร

เป้าหมาย:

- ลดแอ๊ด (vitsit)
- ลด/ไม่เพิ่ม ภาระงาน

กิจกรรม:

- ปชส. โครงการ/ร้านยา
- คัดกรองผู้ป่วย
- สหวิชาชีพทำงานร่วมกัน
- ค้นหาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยพร้อมคำแนะนำ
- จัดยา และ/หรือ ส่งข้อมูลที่เป็นให้ร้านยา
- ร่วมสนับสนุน/ส่งเสริม/ติดตามให้ร้านยาบริการผู้ป่วยด้วยมาตรฐานเดียวกัน



เป้าหมาย:

- ร้านยา ได้รับการ ปชส.
- ได้แสดงบทบาทวิชาชีพเภสัชกรร้านยาร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ

กิจกรรม:

- ปชส. โครงการ/ร้านยา
- ให้บริการวัดความดัน เส้นรอบเอว
- ตรวจสอบความถูกต้องของยาที่จัดส่งและผู้มารับยา
- ค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา
- จ่ายยาให้ผู้ป่วยพร้อมคำแนะนำ
- บันทึก และส่งข้อมูลที่จำเป็นกลับให้โรงพยาบาล/งานปฐมภูมิ/ส.ป.ส.ช.
- ดูแล/เก็บรักษายาที่จัดส่ง
- ติดตามการรับยาและการใช้ยาของผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาล

บทบาท:

- พัฒนา/ส่งเสริม ให้ร้านยาในพื้นที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
- ให้คำปรึกษา/ติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามพรบ./กฎหมายด้านยา/การคุ้มครองผู้บริโภค ฯลฯ ที่เกี่ยวข้อง





สำหรับส่วนกลาง



ควรมีการจัดเวทีสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในลักษณะงานวิจัย/R2R/Best Practice เกี่ยวกับการดำเนินงานลดความแออัดระดับเขต ระดับประเทศ และควรมีขวัญและกำลังใจสำหรับร้านยาหรือหน่วยงานที่สามารถดำเนินการตามโครงการดังกล่าวได้ระดับดีเยี่ยม





ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอคอย

อสม. ประจำบ้าน

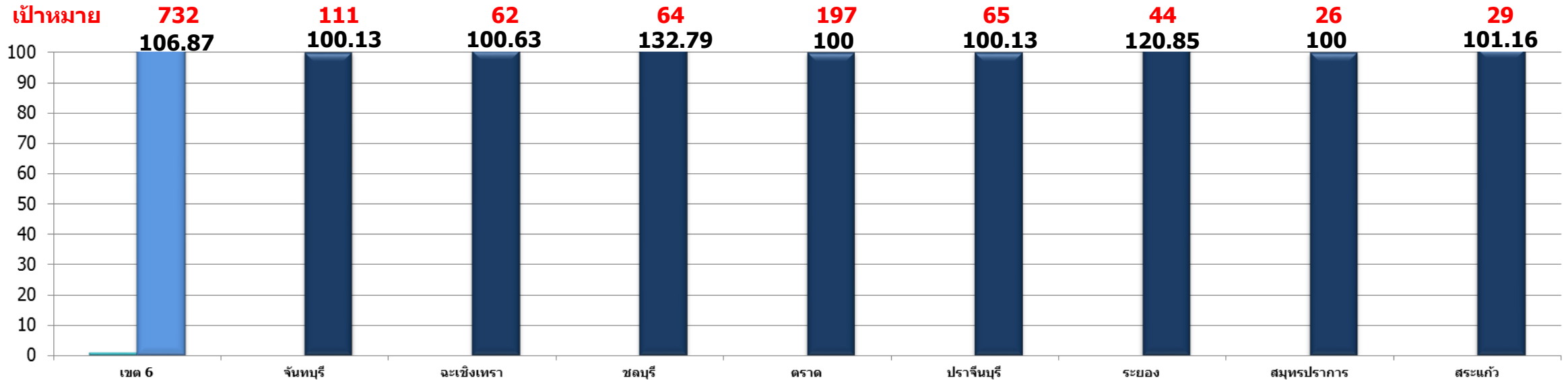
ทีมหมอครอบครัว อสม.
ภูมิใจรับใช้ประชาชน





ประเด็น ลดแออัด ลดรอยคอกย หัวข้อ อสม.หมอบประจำบ้าน

ตารางแสดงจำนวน อสม.เป็นหมอบประจำบ้าน เขตสุขภาพที่ 6 (ข้อมูล ณ วันที่ 30/03/2563)



ข้อเสนอแนะ

สำหรับพื้นที่

ติดตามการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.หมอบประจำบ้าน

สำหรับส่วนกลาง

1. เร่งรัดการโอนงบประมาณงวดที่ 2 ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการดำเนินการเพิ่มพูนทักษะ อสม.หมอบประจำบ้าน (ประธานฯ ระดับตำบล/ชุมชน)
2. เร่งรัดหลักสูตรเพิ่มพูนทักษะ อสม. หมอบประจำบ้าน



ประเด็นติดตาม

RDU



ตัวชี้วัดตรวจราชการ ปี 2563
 RDU ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
 RDU ชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20

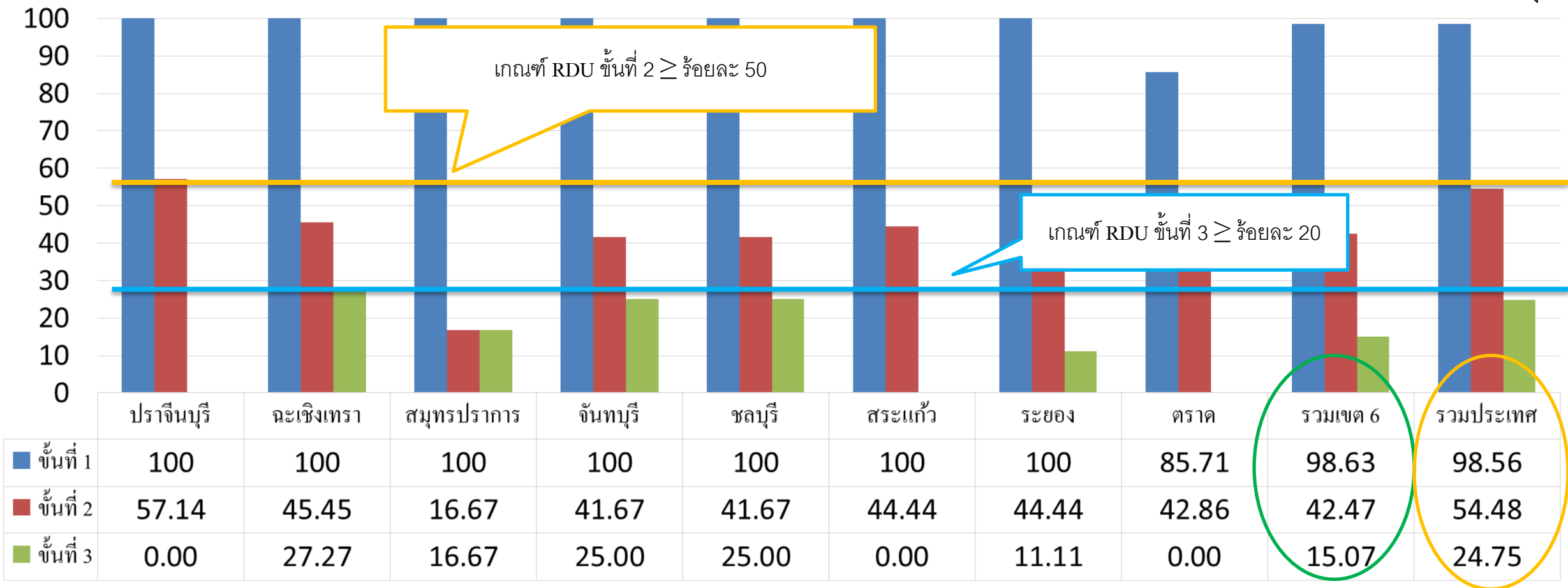
สถานการณ์ RDU ปี 2563

เขตสุขภาพที่ 6 โรงพยาบาล 73 แห่ง ผ่าน RDU จำนวน 72 แห่ง

RDU ชั้นที่ 1 = 72 แห่ง (98.63%)
 RDU ชั้นที่ 2 = 31 แห่ง (15.07%)

ข้อมูล ณ วันที่ 27 มีนาคม 2563

จากโปรแกรมรายงานการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล



ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ IT	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
<p>1.ความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์ ในเรื่องการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค และการลงข้อมูล ICD10 ส่งผลต่อจำนวนร้อยละการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไปเกินเกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>1.1 เสนอให้มีการทบทวนการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ รวมถึงคืนข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะและข้อมูลอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ให้ผู้สั่งใช้ยาได้รับทราบข้อมูล</p> <p>1.2 Pop up แจ้งเตือน กรณีสั่งยาปฏิชีวนะใน ICD 10 ที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ</p> <p>1.3 มีการนำเสนอผลการดำเนินงาน RDU ทุกไตรมาส แก่ผู้บริหาร</p> <p>1.4 เสนอให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยให้จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์เป็นพี่เลี้ยงให้แก่โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่าน</p> <p>1.5 เสนอให้ผู้บริหารกำหนดเป็นนโยบายและวัฒนธรรมให้แก่องค์กรในการสร้างความตระหนักในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</p> <p>1.6 เสนอให้มีการนำยาสมุนไพรทดแทนมาประยุกต์ใช้ในการรักษาโรค</p>
<p>2.ร้อยละของผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่ได้รับ Inhaled corticosteroid ไม่ผ่านเกณฑ์</p>	<p>2.1 ตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูลให้ถูกต้องก่อนลงผลการดำเนินงานทุกครั้ง</p>

นวัตกรรม

จังหวัด	นวัตกรรม
จันทบุรี	โรงพยาบาลศูนย์ ได้มีการจัดทำ QR CODE ข้อมูลแนะนำการใช้ยาสำหรับพิมพ์ลงในฉลากยา กระจายไปยังโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน
ชลบุรี	โรงพยาบาลชลบุรี ได้รับรางวัลชนะเลิศ Best Practice Service Plan สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เรื่องการพัฒนาระบบกำกับติดตามและส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในกลุ่มผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาภาพรวม

- การติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นรายเดือน/รายไตรมาสของผู้บริหารทั้งระดับผู้อำนวยการ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด และผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง
- วิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะ และข้อมูลอัตราการตายจากเชื้อดื้อยา เพื่อให้ผู้สั่งใช้ยาเกิดความตระหนัก และปฏิบัติให้เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU
- ความร่วมมือของทีมงานสหสาขาวิชาชีพ



ประเด็นติดตาม

AMR



คณะที่.....2.....: 2.12 RDU-AMR หัวข้อ....AMR.....
 ตัวชี้วัด....

ร้อยละโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการ AMR ระดับ Intermediate...(เป้าหมาย....100%...)

อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง(เทียบกับปี 2561)

ร้อยละ 5 ภายในไตรมาสที่ 2/2563

ร้อยละ 7.5 ภายในไตรมาสที่ 4/2563

ผลประเมินตรวจราชการ ครั้งที่ 1/63
Intermediate 100%
Advance 42.85% 

1-2563	จ.จันทบุรี	จ.ชลบุรี		จ.ฉะเชิงเทรา	จ.ตราด	จ.ปราจีนบุรี		จ.ระยอง			จ.สมุทรปราการ		จ.สระแก้ว	
ระบบจัดการ AMR	รพ.พระปกเกล้า	รพ.ชลบุรี	รพ.บางละมุง	รพ.พุทธโสธร	รพ.ตราด	รพ.เจ้าพระยา	รพ.กบินทร์บุรี	รพ.ระยอง	รพ.แกลง	เฉลิมพระเกียรติ	รพ.สมุทรปราการ	รพ.บางพลี	รพ.ร.สระแก้ว	รพ.อรัญประเทศ
5 ด้าน	A	A	S	A	S	A	M1	A	M1	M1	A	M1	S	M1
Management	65	62	60	72	62	77	80	67	65	65	82	70	72	65
Lab	82	85	73	60	80	73	70	75	59	75	83	61	55	52
Drug	72	73	46	56	56	71	61	66	76	37	56	71	56	59
IC	83	83	80	81	85	90	83	85	80	85	80	75	75	63
Analytical	60	70	30	60	50	55	60	70	60	60	50	50	20	20
รวม (เต็ม 500 คะแนน)	362	373	289	329	333	366	354	363	340	322	351	327	278	259
Advance (>=350)	✓	✓				✓	✓	✓			✓			
intermediate (>=250)			✓	✓	✓				✓	✓		✓	✓	✓

คณะที่.....2.....: 2.12 RDU-AMR หัวข้อ.....AMR.....
ตัวชี้วัด....

ร้อยละโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการ AMR ระดับ Intermediate 100%
อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง (เทียบกับปี 2561)

ร้อยละ 5 ภายในไตรมาสที่ 2/2563

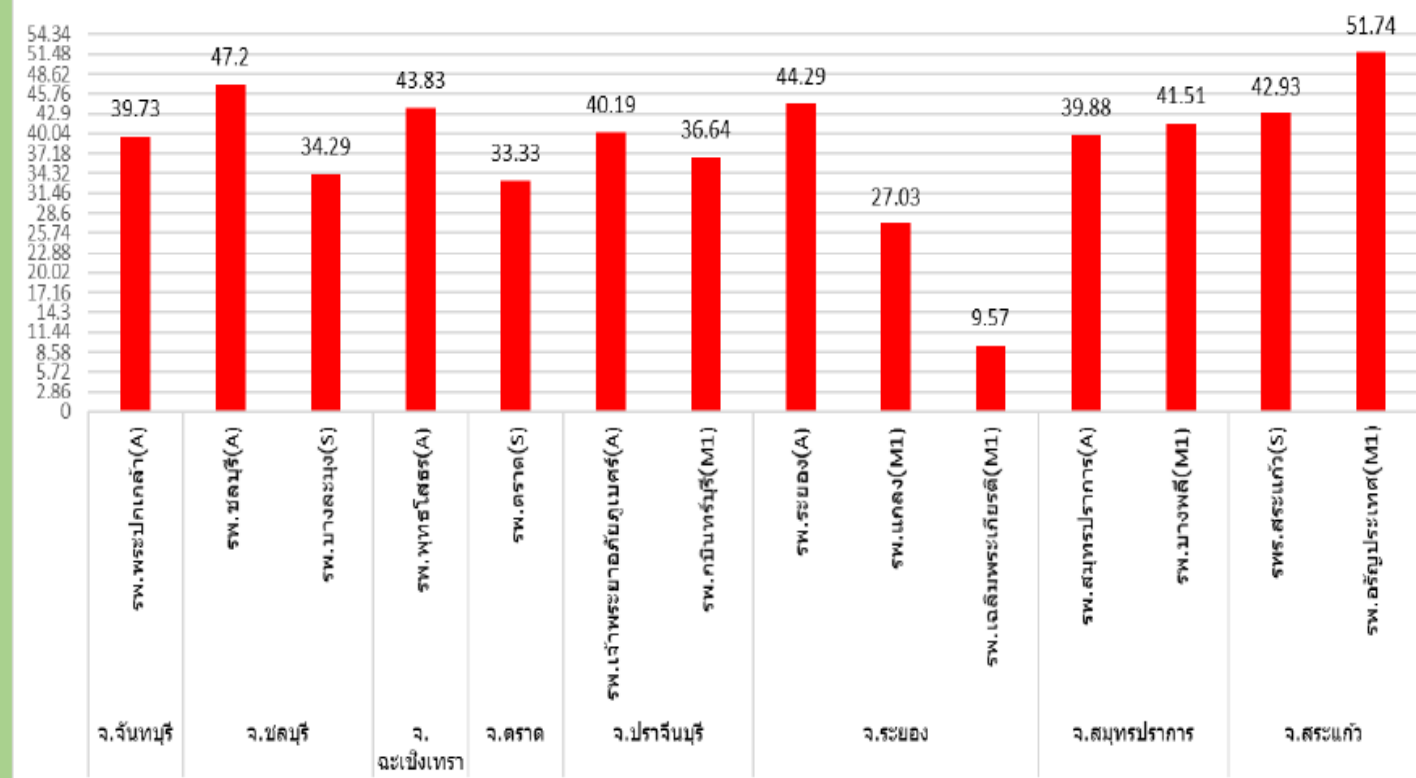
ร้อยละ 7.5 ภายในไตรมาสที่ 4/2563

ผลประเมินตรวจราชการ ครั้งที่ 1/63

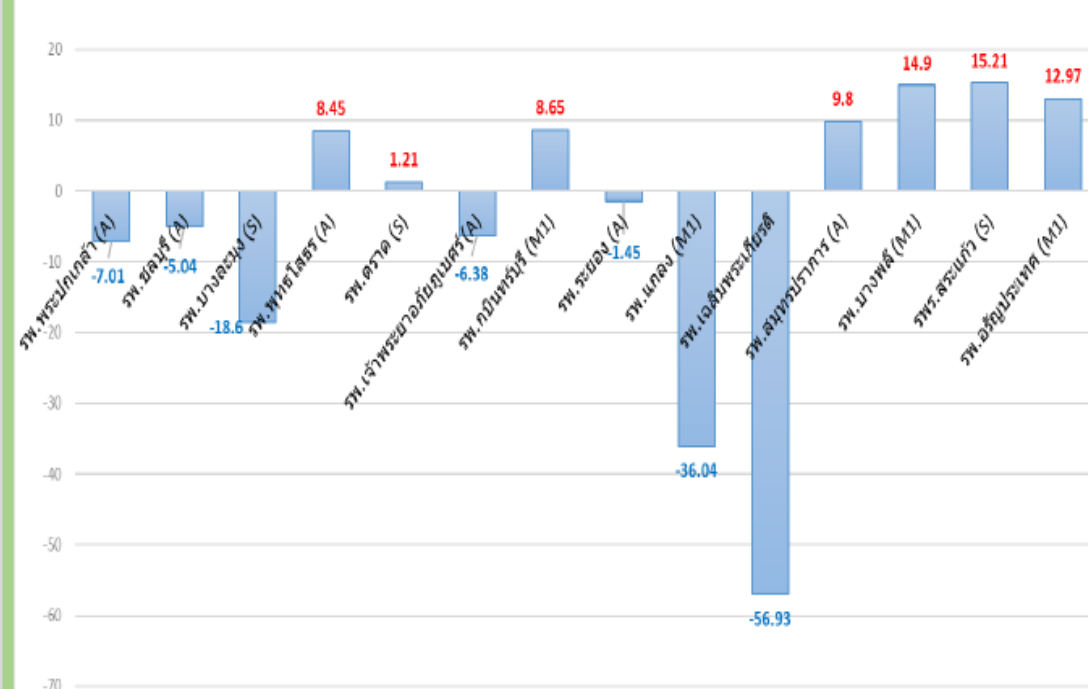
รพ. ที่ผ่านเกณฑ์อัตราการติดเชื้อดื้อยาในไตรมาส
ที่ 2/2563 ลดลงร้อยละ 5 จำนวน 6 แห่ง

ค่าเฉลี่ยอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด
ของ รพ. ในเขตสุขภาพที่ 6 เท่ากับ ร้อยละ 37.87
ลดลงเฉลี่ย เท่ากับ ร้อยละ 4.3

อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รพ. ในเขตสุขภาพที่ 6 ผลตรวจราชการครั้งที่ 1/2563



ร้อยละการลดลงหรือเพิ่มขึ้นของ %AMR โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2562 เทียบกับปี 2561



ข้อเสนอแนะก่อนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ผู้บริหาร

- กลไกการจัดการ AMR และการวิเคราะห์ข้อมูลแบบบูรณาการ
 - สนับสนุนการสร้างเครือข่าย AMR ในระดับจังหวัด เพื่อให้มีการประสานเชื่อมโยงด้านเครือข่ายสุขภาพทั้งภาคหน่วยงานทางสาธารณสุข และภาคของประชาชน เช่น การทบทวนรายการยาปฏิชีวนะที่มีในสถานพยาบาลใน ส่วนโรงพยาบาลและชุมชน การจัดการความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ประชาชน
 - จัดสรรบุคลากรและส่งเสริมการพัฒนาความรู้และทักษะด้าน AMR ในทุกวิชาชีพ
- การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ
 - กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ควรกำหนดแนวทางการในการคัดเลือก โปรแกรมรวบรวม รายงานผลทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา เพื่อให้สามารถนำไปใช้ใน รพ. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเชื่อมต่อกับระบบข้อมูลจากห้องปฏิบัติการกับระบบการดูแลผู้ป่วยของ รพ. (HIS)
- การกำกับดูแลการใช้ยาใน รพ.
 - พัฒนาระบบการประเมินความเหมาะสมการใช้ยาปฏิชีวนะให้เป็นการวัดผลลัพธ์อย่างแท้จริง
- การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล
 - การปรับปรุงเชิงโครงสร้างเพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อคือยาได้รับการแยกเตียงห่างอย่างน้อย 1 เมตร

ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ

- ผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจนสู่ผู้ปฏิบัติและสนับสนุนการดำเนินงาน
- บุคลากรในทีม AMR มีศักยภาพและมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

การพัฒนาต่อยอดระบบการจัดการ AMR ให้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

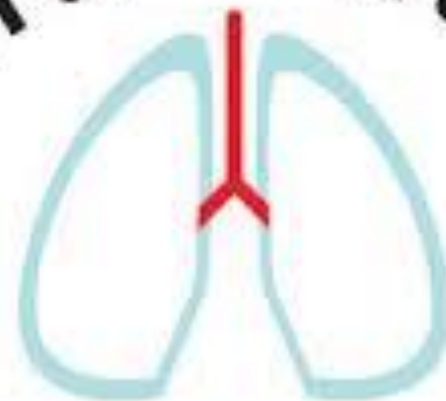
- ประสานความร่วมมือในทีมทำงาน AMR เพื่อนำข้อมูลไปสู่การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและเครือข่ายในระดับจังหวัด
- จัดเรียงความสำคัญของปัญหาและทรัพยากรที่ต้องการให้ผู้บริหารสนับสนุนการดำเนินงาน AMR
- วิเคราะห์แนวโน้มและขนาดปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาในชุมชน (community acquired infection, CAI) และขยายการจัดการให้ครอบคลุมอย่างแท้จริงตามแนวคิด One-Health
- เพิ่มการนำข้อมูลจากตัวชี้วัดและผลการวิเคราะห์ มาใช้ในการวางแผนงานตามแนวทางของการพัฒนาคุณภาพ เช่น Continuous Quality Improvement (CQI) หรือ PDCA (Plan-Do-Check-Act/Adjust) หรือ R2R/R2R2R (Routine to Research/to Routine)



ประเด็นติดตาม

วัณโรคปอด (TB)

รู้ทัน วัณโรค



พบก่อน รักษาหาย ไม่แพร่กระจาย

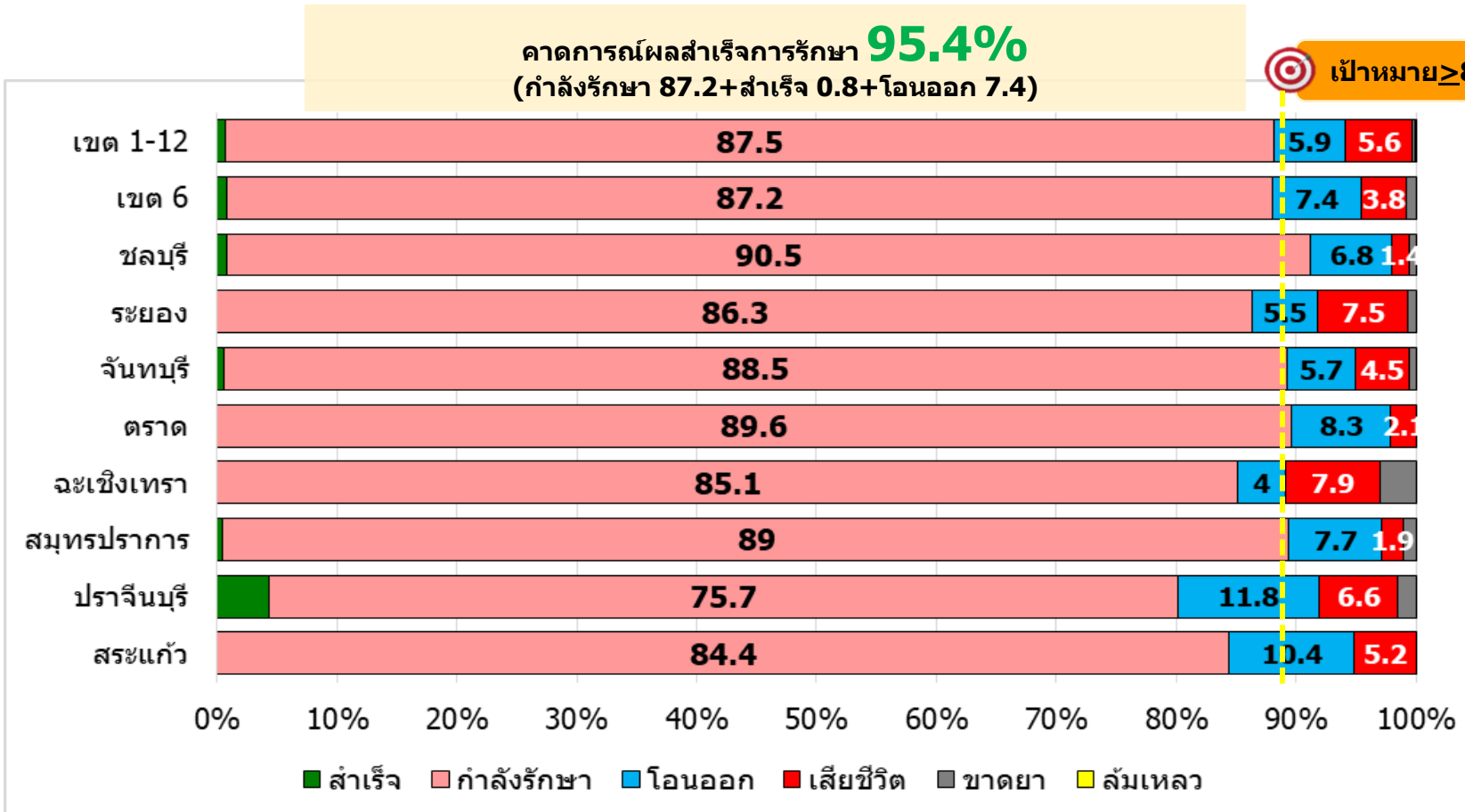
1

ตัวชี้วัด : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ \geq ร้อยละ 88

ที่มา : NTIP ณ 10 มี.ค. 63

ความก้าวหน้า ผลการดำเนินงาน PA เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2563 (ณ 10 มี.ค.63)

จำนวนผู้เสียชีวิต PA เขตสุขภาพที่ 6



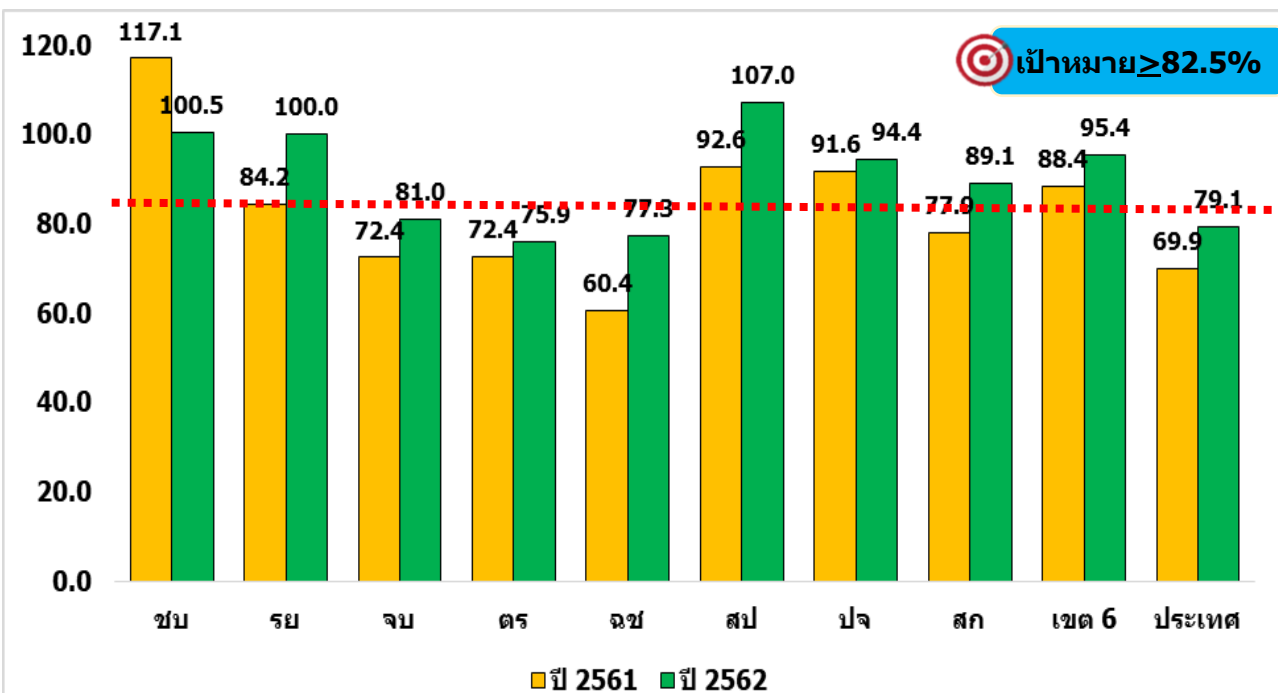
เขต/จังหวัด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เขต 1-12	656	5.6
เขต 6	55	3.8
ชลบุรี	7	1.4
ระยอง	11	7.5
จันทบุรี	7	4.5
ตราด	1	2.1
ฉะเชิงเทรา	8	7.9
สมุทรปราการ	4	1.9
ปราจีนบุรี	9	6.6
สระแก้ว	8	5.2

ความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรค PA 2563 ณ วันที่ 10 มี.ค. 2563

- ผู้ป่วยทั้งหมด ประเทศ 11,658 ราย เขต 6 1,454 ราย
- อยู่ระหว่างการรักษา ประเทศ 87.5% เขต 6 87.2%
- เสียชีวิต ประเทศ 5.6% เขต 6 3.8% พบสูง จ. ฉะเชิงเทรา 7.9% และ จ.ระยอง 7.5% และ ปราจีนบุรี 6.6%



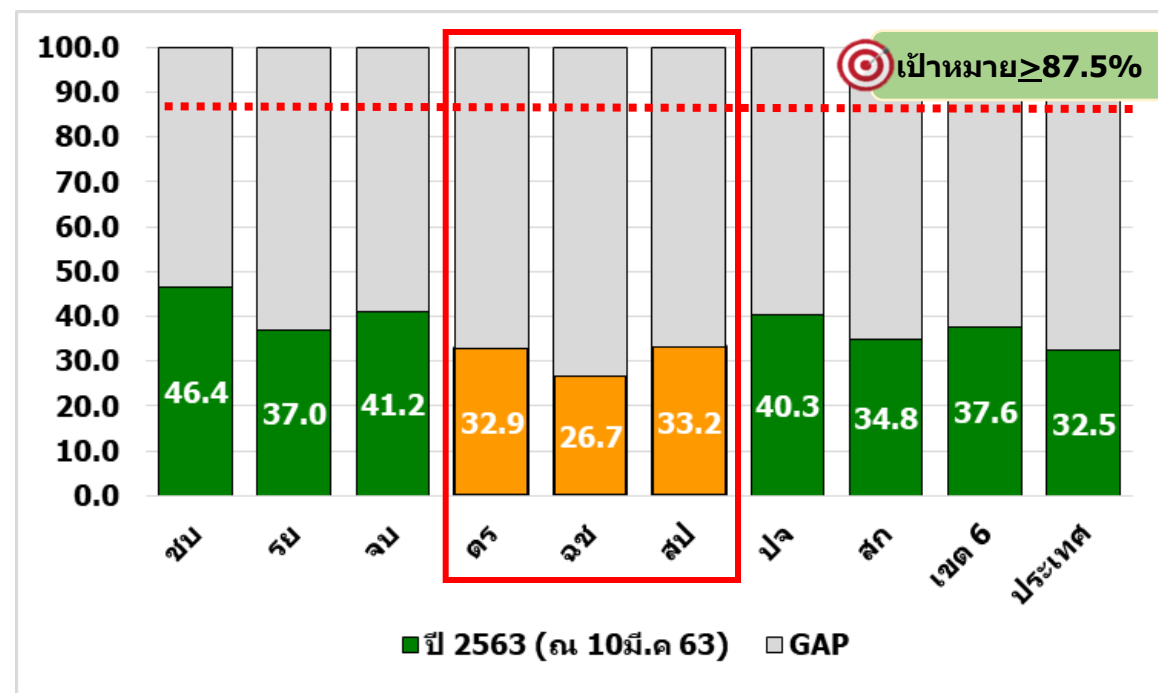
ความครอบคลุมการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา
เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2561-2562



การขึ้นทะเบียนรักษา ปี 2561-2562 (เป้าหมาย 82.5%)

- ▣ ประเทศ ผลงาน ร้อยละ 69.9 และ ร้อยละ 79.1 ตามลำดับ
- ▣ เขต 6 ผลงาน ร้อยละ 88.4 และ ร้อยละ 95.4 ตามลำดับ

ความครอบคลุมการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา
เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2563



การขึ้นทะเบียนรักษา ปี 2563 (1 ต.ค. 2562 - 10 มี.ค. 2563) (เป้าหมาย 87.5%)

- ▣ ประเทศ คาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค 100,214 ราย ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 32,561 ราย (32.5%)
- ▣ เขต 6 คาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค 9,266 ราย ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 3,486 ราย (37.6%)
- จังหวัดที่มีการขึ้นทะเบียนสูงสุดคือ จ.ชลบุรี 1,076 ราย (46.4%)
- จังหวัดที่ต้องเร่งรัดการขึ้นทะเบียน จ.ตราด จ.ฉะเชิงเทรา และ จ.สมุทรปราการ

ข้อค้นพบ



โอกาสพัฒนา

ความสำเร็จการรักษา

- ❑ คาดการณ์ผลสำเร็จการรักษา PA = 95.4% (กำลังรักษา 87.2+สำเร็จ 0.8+โอนออก 7.4)
- ❑ จังหวัดที่เสียชีวิตสูง 3 อันดับ : จ. ฉะเชิงเทรา 7.9% , ระยอง 7.5% , ปราจีนบุรี 6.6%
- ❑ ยังพบในกลุ่มผู้สูงอายุ มีโรคร่วม และเสียชีวิตภายในเดือนแรกของการรักษา

- ❖ ควรพัฒนาระบบ Consultant โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระดับจังหวัด ในการดูแลผู้ป่วย วัณโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนในรักษา เช่น RR,MDR,Pre-XDR,XDR-TB
- ❖ ควรวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตทุกราย โดยสอบสวนหาสาเหตุ หรือ dead case conference
- ❖ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เสียชีวิต เข้าสู่ระบบการรักษาล่าช้า ควร Early detection ในกลุ่มเสี่ยงประชากรเสี่ยง เช่น Contact, HCW, Prison และผู้มีโรคหรือภาวะเสี่ยง เช่น HIV,DM,COPD

ค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา

- ❖ จังหวัดที่ต้องเร่งรัด 3 อันดับ : จ.ตราด จ.ฉะเชิงเทรา และ จ.สมุทรปราการ
- ❖ กลุ่มผู้สัมผัส มีความตระหนักรู้และความร่วมมือน้อย ในการคัดกรอง

- สสจ./รพ. ควรกำกับการขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NTIP ให้เป็นปัจจุบัน (ภายใน 7 วัน หลังมีผลแลบยืนยัน) (ตามเกณฑ์ของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558)
- โรงพยาบาลตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยว่าขึ้นทะเบียนครบถ้วนหรือไม่ เช่น ตรวจสอบจากทะเบียน TB01, TB03, TB04 ทะเบียนชั้นสูตร, ICD10, ฐานข้อมูลการสั่งยา เป็นต้น
- รพ./รพ.สต./อสม สื่อสารความเสี่ยงกับประชาชน ผู้ป่วย และญาติ ให้เข้าใจและเกิดความตระหนักในการมาตรวจคัดกรองวัณโรค

เรา  บุคลากรทางการแพทย์
You Are Our Heroes

