



กรมควบคุมโรค



กรมอนามัย



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



กรมสุขภาพจิต



กองบริหารสาธารณสุข

สรุปผลการตรวจราชการกรณีปกติ

เขตสุขภาพที่ 6 รอบที่ 1/2563

วันที่ 9 เมษายน 2563

01

Agenda Based

ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ

- โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

02

Area Based

- NCDs
- Obesity War

Agenda Based

ประเด็นที่ 1 : โครงการพระราชดำริ

**“โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี
เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์”**

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

01

- พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ
- จัดบริการตามสิทธิประโยชน์ของผู้ต้องขัง
- พัฒนาเครือข่ายบริการ ติดตาม กำกับ ประเมินผล

กรมควบคุมโรค

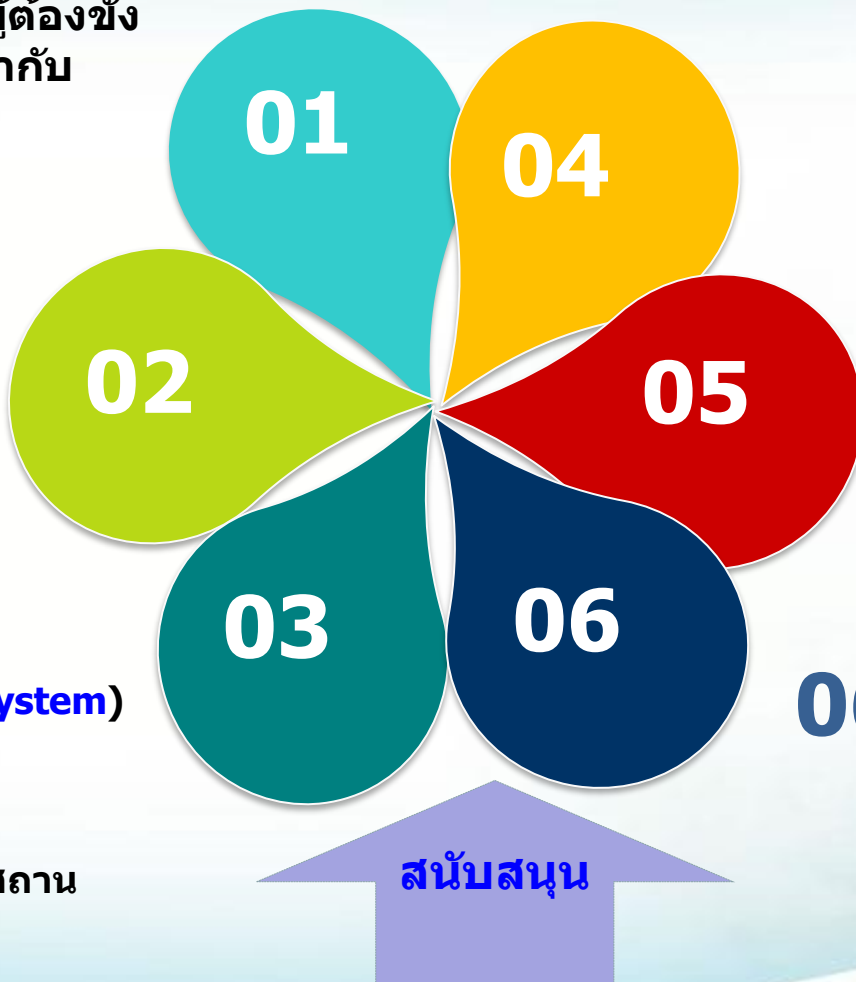
02

- คัดกรอง ฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในเรือนจำเช่น วัณโรค เอชไอ วีรส์ตับอักเสบบี ไข้หวัดใหญ่ หัด

กรมการแพทย์

03

- สร้างระบบรับส่งต่อผู้ป่วย (referral system)
- Fast Track : Stroke และ STEMI
- รับประทานโรคเฉพาะทางทางไกล (telemedicine)
- เปิดบริการคลินิกเฉพาะทาง ในทัณฑ์สถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์



04

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- จัดทำหลักสูตรครูฝึก อสรจ. (ครู ก.)
- จัดทำหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ (อสรจ.)

05

กรมสุขภาพจิต

- คัดกรองและให้การดูแลรักษาด้านสุขภาพจิต

06

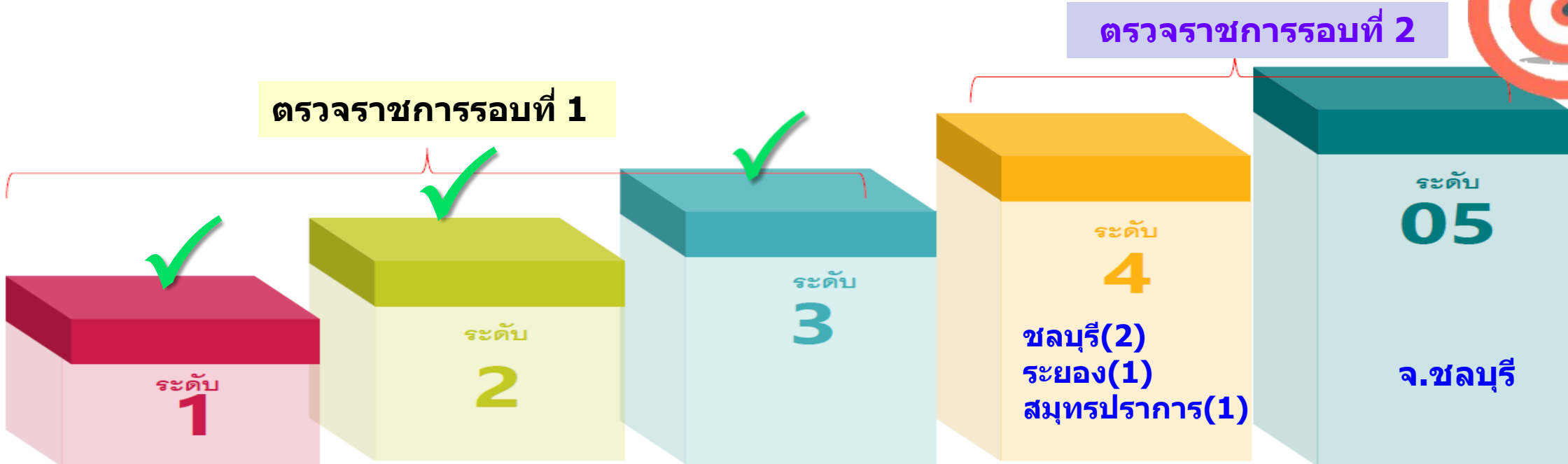
กรมอนามัย

- จัดทำ/ผลิตสื่อการสอนพระราชทานสำหรับ อสรจ.และผู้ต้องขัง
- วางระบบบริการทันตสุขภาพ
- พัฒนาแนวทางการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ และอนามัยสิ่งแวดล้อม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ชั้นทะเบียนหน่วยปฐมภูมิ/ดูแลสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล/จัดสรรงบประมาณ

ระดับความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ต้องขัง ในเรือนจำตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



ทุกจังหวัด จัดระบบบริการสาธารณสุข มีโรงพยาบาลแม่ข่าย
เรือนจำ หน่วยงานต่างๆ ร่วมพัฒนาสถานพยาบาลในเรือนจำ
(ระดับ 3)





- ระดับ 1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด
- ระดับ 2 ทำแผนบูรณาการความร่วมมือในจังหวัด
- ระดับ 3 รพ.แม่ข่ายมีการจัดระบบบริการตามเกณฑ์ 6 ด้าน

กลุ่มเป้าหมาย
เขต 6 มี 3 จังหวัด
: 4 เรือนจำ
มีระบบการจัดการ
และประเมินผล

เป้าหมาย 1 จังหวัด
มีแผนกำกับติดตาม
ประเมินผลและการ
บริหารจัดการครุภัณฑ์
ร่วมกับเครือข่าย

เรือนจำ / ทัณฑสถาน และสถานกักขัง รวม 15 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 6



- 
TB
 คัดกรองผู้ต้องขังรายใหม่ โดยการ X-ray ปอด ทุกราย (8 จังหวัด)
- 
Aids Hep.c syphilis
 เจาะ BI.คัดกรอง HIV ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีในผู้ต้องขัง (5 แห่ง ใน 4 จังหวัด)
- 
หัด
 สำรอง & ฉีดวัคซีนในกลุ่มอายุ 20-40 ปี ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีน (8 จังหวัด)
- 
Flu.
 24 แห่ง ทั่วประเทศ และเรือนจำเสี่ยงในเขต 6 (4 แห่ง ใน 3 จังหวัด)

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

1.สำนักงานปลัดกระทรวง สธ.

ความร่วมมือสำนัก + กรมที่เกี่ยวข้อง

- พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ
- จัดบริการตามสิทธิประโยชน์
- พัฒนาเครือข่ายบริการ ติดตาม กำกับ ประเมินผล

2.กรมควบคุมโรค

คัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเรือนจำ

- **คัดกรอง TB** ผู้ต้องขังแรกรับทุกราย แขน **x-ray** **ปอด** **ทุกราย 2 ครั้ง/ปี** เป้าหมาย 40,742 ราย ผลงาน 27,383 ราย (67.2%) **พบ TB** 260 ราย (0.9%)

- **ตรวจเลือด HIV ซีฟิลิสและ HCV** ผู้ต้องขังจะพ้นโทษ 6,000 ราย ผลงาน 2,168 ราย (36.1%) สนับสนุน ฤงยางอนามัย/สารหล่อลื่นในเรือนจำ

- สนับสนุนวัคซีน**หัด 34,630 โด๊ส (ครบแล้ว)**

ดำเนินการเดือน พ.ค. - ก.ค. 63

- สนับสนุนวัคซีน**ไขหวัดใหญ่ 2,950 โด๊ส** ครบทุกแห่ง

- มีแผนการ**คัดกรอง DM HT** ตามแผนประจำปี



3.กรมสุขภาพจิต

ด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค

- คัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q 9Q 8Q และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้ต้องขัง (PMHQ-Thai) **ทุกราย**
- มีบริการให้คำ**ปรึกษา**และ**บำบัดรักษา**แก่ผู้ต้องขังที่มีภาวะเครียด/ซึมเศร้า **จัดระบบบริการ** ผู้ป่วยจิตเวช **482 คน**
- มีจิตแพทย์จาก รพ.แม่ข่ายออกตรวจ ให้คำปรึกษา มี รพจ. เป็นคู่ข่ายร่วม
- มีพยาบาลให้บริการตรวจรักษาตาม**เวชปฏิบัติทุกวัน**
- มีระบบส่งต่อ ผป.จิตเวช เตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัว
- ติดตามผู้ต้องขังจิตเวชภายหลังปล่อยตัว
- มี**ช่องทางพิเศษ** สำหรับผู้ต้องขังป่วยจิตเวช ในกรณีไปรับบริการที่ รพ.แม่ข่าย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นทะเบียนหน่วยปฐมภูมิ/ดูแลสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล/จัดสรรงบประมาณ

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

4.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- จัดทำหลักสูตรครูฝึก อสรจ. (ครู ก.)
- จัดทำหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุข
ในเรือนจำ (อสรจ.)

ความร่วมมือสำนัก + กรมที่เกี่ยวข้อง

5.กรมการแพทย์

- สร้างระบบ **referral system**
- **Fast Track : Stroke** และ **STEMI**
- ปรึกษาโรคเฉพาะ
(**telemedicine**)
- เปิดบริการ**คลินิกเฉพาะทาง**
ในทัณฑ์สถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์



6.กรมอนามัย

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด

- **มีการดูแลก่อน/หลังคลอด** ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ ทั้งไทยและต่างด้าว
ได้รับการฝากครรภ์ ตามเกณฑ์ที่กรมอนามัยกำหนด

กลุ่มเด็ก 1-3 ปี

- เด็ก 0-3 ปี ได้รับการ**ตรวจสุขภาพ/พัฒนาการเด็ก** และได้รับการ**ฉีดวัคซีน**
ป้องกันโรคพื้นฐาน

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

- มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ปีละ 2 ครั้ง
ตามเกณฑ์ของกรมราชทัณฑ์

- มีการ**วิเคราะห์คุณค่าอาหาร**ของผู้ต้องขังทุกปี โดยนักโภชนาการ
ด้านทันตกรรม

- มีการให้บริการสุขภาพช่องปาก ปีละ 1 ครั้ง
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก/เต้านม ปีละ 1 ครั้ง
และมีแผนการ**พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.)**

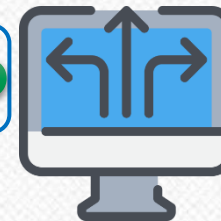
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชันทะเบียนหน่วยปฐมภูมิ/ดูแลสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล/จัดสรรงบประมาณ



โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

ข้อค้นพบ/จุดพัฒนา

● แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญห



1. ด้านการรักษาพยาบาล มีตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (โดยแพทย์) แต่ความถี่ในการปฏิบัติยังไม่ได้ตามเกณฑ์

1.1 มีแผนทำระบบ **Telemedicine Video call** แพทย์เวร(ตรวจรักษา/ฉุกเฉิน) รพ.แม่ข่ายทุกวัน
1.2 ประสานความร่วมมือแพทย์จาก รพ.เครือข่าย

2. เรือนจำบางแห่ง ยังไม่ได้มาตรฐานด้าน **IC** ขยะติดเชื้อ และงานเภสัชกรรม

2. รพ.แม่ข่าย มีแผนการอบรมให้ความรู้แก่เรือนจำ

3. บางแห่ง ขาด **Notebook** ในการบันทึกข้อมูล เครื่องปั๊มหัวใจ (AED) รถ x-ray ไม่เพียงพอ

3. เสนอปัญหาเชิงบูรณาการ ต่อผู้ว่าราชการจังหวัด (ประธานคณะกรรมการ) เพื่อร่วมแก้ไขปัญห

4. ประสพการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ การดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช ยังไม่เพียงพอ

4. จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการ ดูแล รักษา ฟันฟู ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ร่วมกับ ร.พ.แม่ข่าย

5. บางแห่ง **ไม่มีระบบติดตาม** ให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวช หลังพ้นโทษ


5. มีแผนการจัดทำระบบฐานข้อมูล



**นวัตกรรม/
ตัวอย่างที่ดี**

สมุทรปราการ

จังหวัด/เรือนจำ
ร.พ.แม่ข่าย
(ทุกจังหวัด)


ฉะเชิงเทรา

- มีระบบให้คำปรึกษาทางระบบ **Telemedicine** จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- มีโครงการห้องแยกโรค สำหรับผู้ต้องขังอยู่พักรักษาตัวที่ **รพ.บางบ่อ (10 เตียง)**

- มีการพัฒนาระบบสาธารณสุขในเรือนจำอย่างต่อเนื่อง ประสานร่วมมือ กับเครือข่ายเป็นอย่างดี
- มีช่องทางติดต่อแพทย์ทางโทรศัพท์/ไลน์ ได้ตลอดเวลา

- พัฒนาระบบการติดตาม ให้พื้นที่ดูแลผู้ต้องขังพ้นโทษ **คืนคุณภาพชีวิต** มีฝีกอาชีพ (1 ปี)

- **คัดกรองผู้ต้องขัง** แรกรับทุกรายทุกเดือน (วัณโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สุขภาพจิต (จิตเวช) สารเสพติด

- **จัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม** ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน/ครอบคลุมทุกด้าน



- มีแผนการพัฒนาสถานพยาบาล เป็นรูปแบบ **รพ.สต.งปม.** จากวัดโสธรวรารามฯ

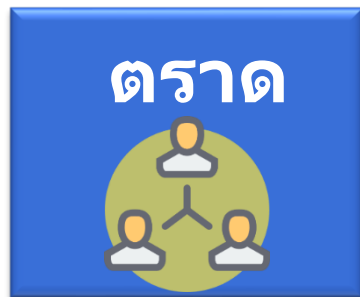
- มีกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ **(สสจ.)** เป็นจุดศูนย์กลางในการส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังพ้นโทษที่ต้องรักษาต่อเนื่อง



นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี



มี **NGO (รักษไทย)**
ประสานการรับยา **ARV**
ให้ผู้ต้องขังกัมพูชาทำ
ให้ไม่ขาดยาและลดการ
เสียชีวิต



รพ.แม่ข่าย ได้ร่วม
พัฒนาระบบข้อมูลใน
เรือนจำโดยใช้โปรแกรม
Hos XP และพัฒนา
สถานบริการให้มี
มาตรฐาน

- เรือนจำสระแก้ว เขียน
โครงการของงบประมาณ
กองทุน สปสช.

ผ่าน อบต.สระขวัญ ทุกปี

-มีระบบให้คำปรึกษา ตรวจ
รักษาจิตเวชผ่านทางระบบ
Telemedicine ร่วมกับ ร.พ.
จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์



เรือนจำกบินทร์บุรี
มีระบบยาใจใกล้บ้าน
ร่วมกับ ร.พ. กบินทร์บุรี
โดยจะส่งยาไปให้ผู้ป่วย
จิตเวชในเรือนจำ



ข้อเสนอแนะ



สร้างระบบ
ฐานข้อมูลผู้ป่วย
ในเรือนจำ จัดระบบ
ติดตาม เพื่อการ
รักษา

สนับสนุนให้ใช้แบบ
ประเมินการจัดการ
อนามัยสิ่งแวดล้อมใน
รูปแบบ **Google Form**

สำหรับ พื้นที่

พัฒนารูปแบบการ
ให้บริการ **Teleme
dicine** เน้นการคัด
กรองและการดูแล
โรคที่สำคัญ

การสนับสนุน
ชุดตรวจ
อุปกรณ์ วัคซีน
อย่างเพียงพอและ
ตามแผนที่พื้นที่
กำหนดไว้

สำหรับ
ส่วนกลาง



ควรจัดทำ
หลักเกณฑ์
ให้ชัดเพื่อให้
ผู้ปฏิบัติงานไม่
เกิดความสับสน



พัฒนาศักยภาพบุคลากร
ในเรือนจำ ด้านการตอบโต้
ภาวะฉุกเฉิน การซ้อมแผน
การสอบสวนโรค จิตเวช
ควรมี**ระบบคัดกรอง**
ผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงต่อ
การเกิด **withdrawal
symptoms** จากสารเสพติด





กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ จังหวัดชลบุรี

Area Based NCDs : Obesity War



ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วย
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง



ร้อยละการคัดกรอง DM/HT ใน ปชก.อายุ 35 ปีขึ้นไป





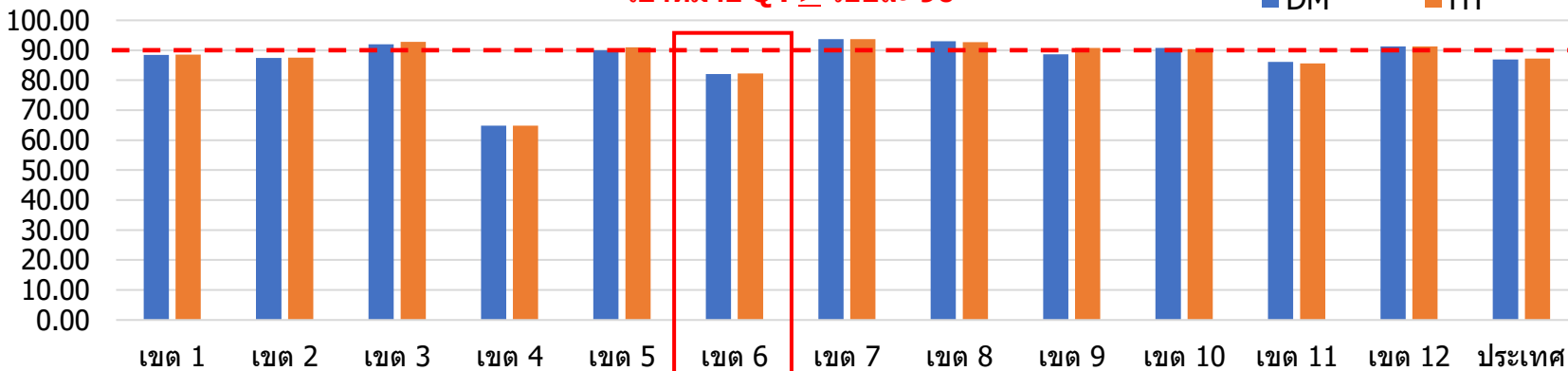
กรมควบคุมโรค

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

ผลงานการคัดกรอง DM/HT เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2563

ร้อยละของ ปชก. อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM/HT ปี 2563 จำแนกรายเขต

เป้าหมาย Q4 ≥ ร้อยละ 90



DM คัดกรอง
ร้อยละ **82.05**



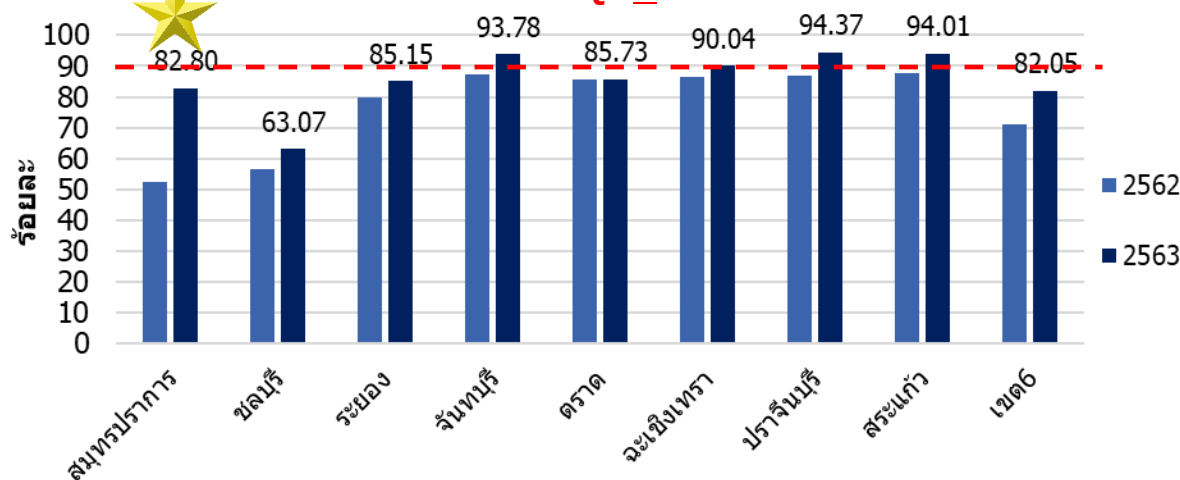
HT คัดกรอง
ร้อยละ **82.26**



ผลงานคัดกรอง รอบ 6 เดือน
ปี 63 เพิ่มขึ้นจาก ปี 62
ทุกจังหวัด

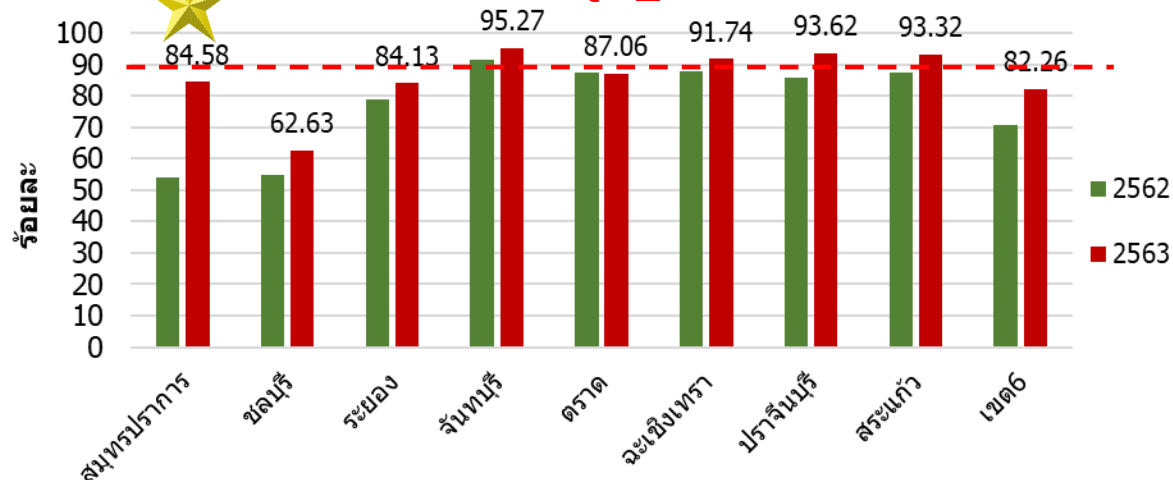
ร้อยละของ ปชก. อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการ คัดกรอง DM รอบ 6 เดือน ปี 62 และ ปี 63

เป้าหมาย Q4 ≥ ร้อยละ 90



ร้อยละของ ปชก. อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการ คัดกรอง HT รอบ 6 เดือน ปี 62 และ ปี 63

เป้าหมาย Q4 ≥ ร้อยละ 90

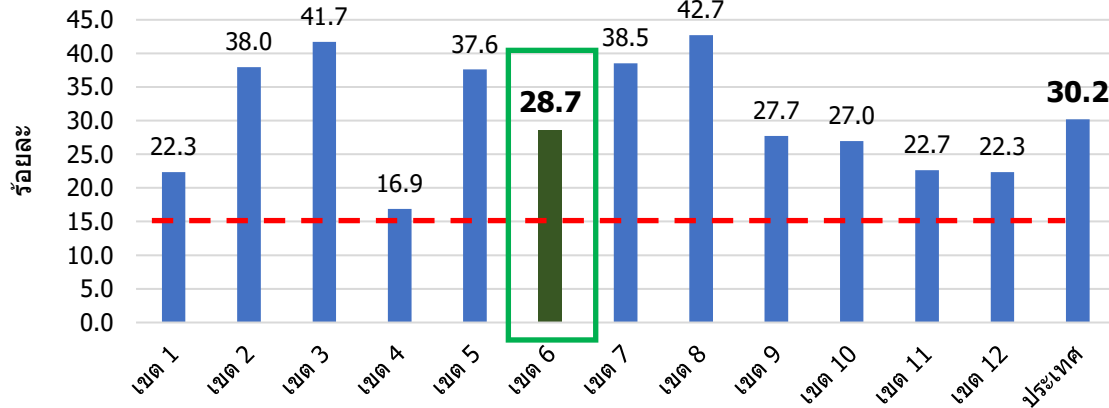


ที่มา : ข้อมูล HDC ณ วันที่ 25 มีนาคม 2563

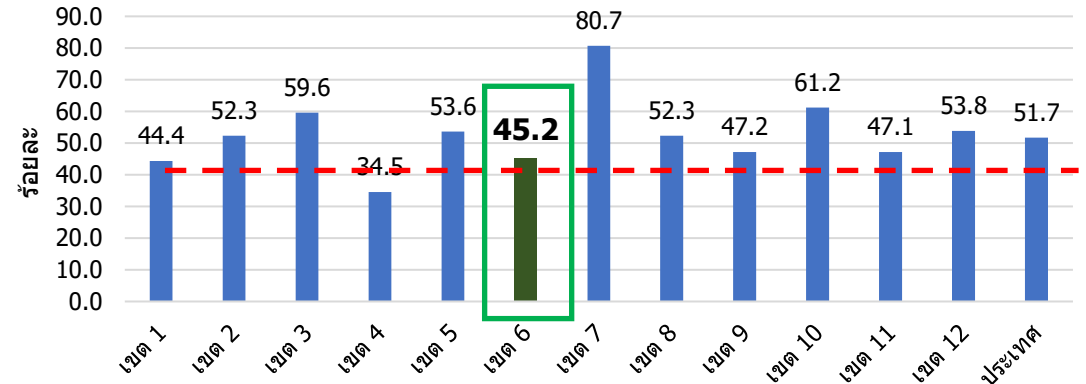
ผลงานการตรวจติดตาม DM/HT เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2563 (รอบ 6 เดือน)



ร้อยละการตรวจติดตาม DM รายเขตสุขภาพ

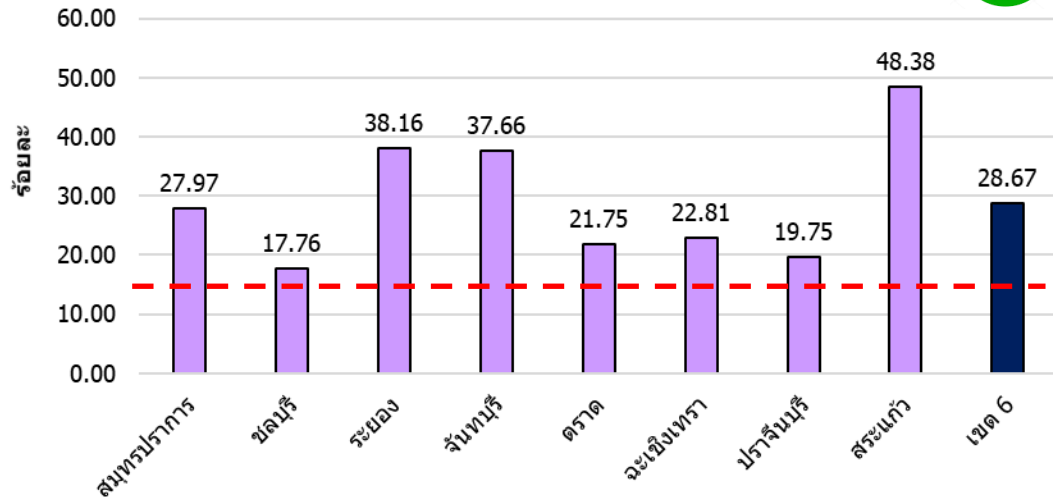


ร้อยละการตรวจติดตาม HT รายเขตสุขภาพ



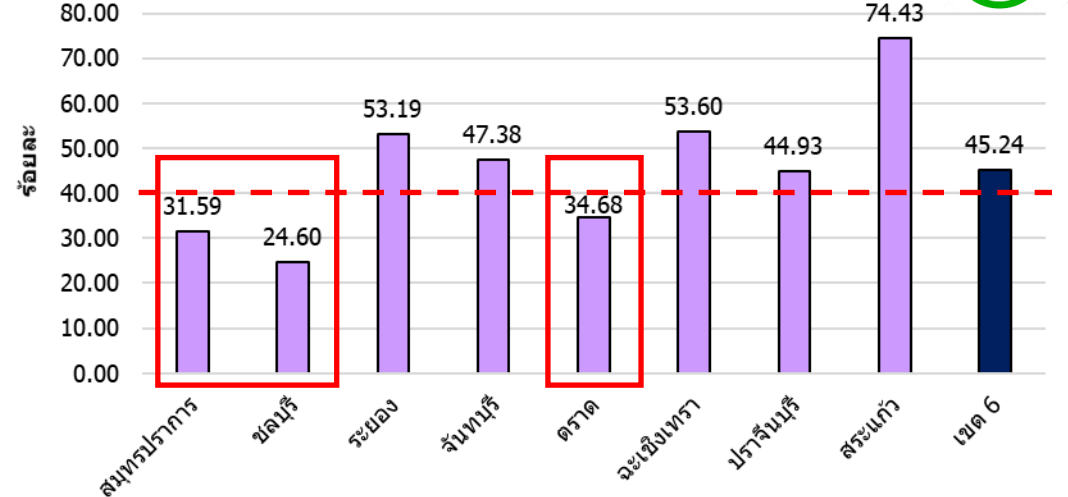
ร้อยละการตรวจติดตาม DM เขต 6 รายจังหวัด

Small success รอบ 6 เดือน \geq ร้อยละ 15



ร้อยละการตรวจติดตาม HT เขต 6 รายจังหวัด

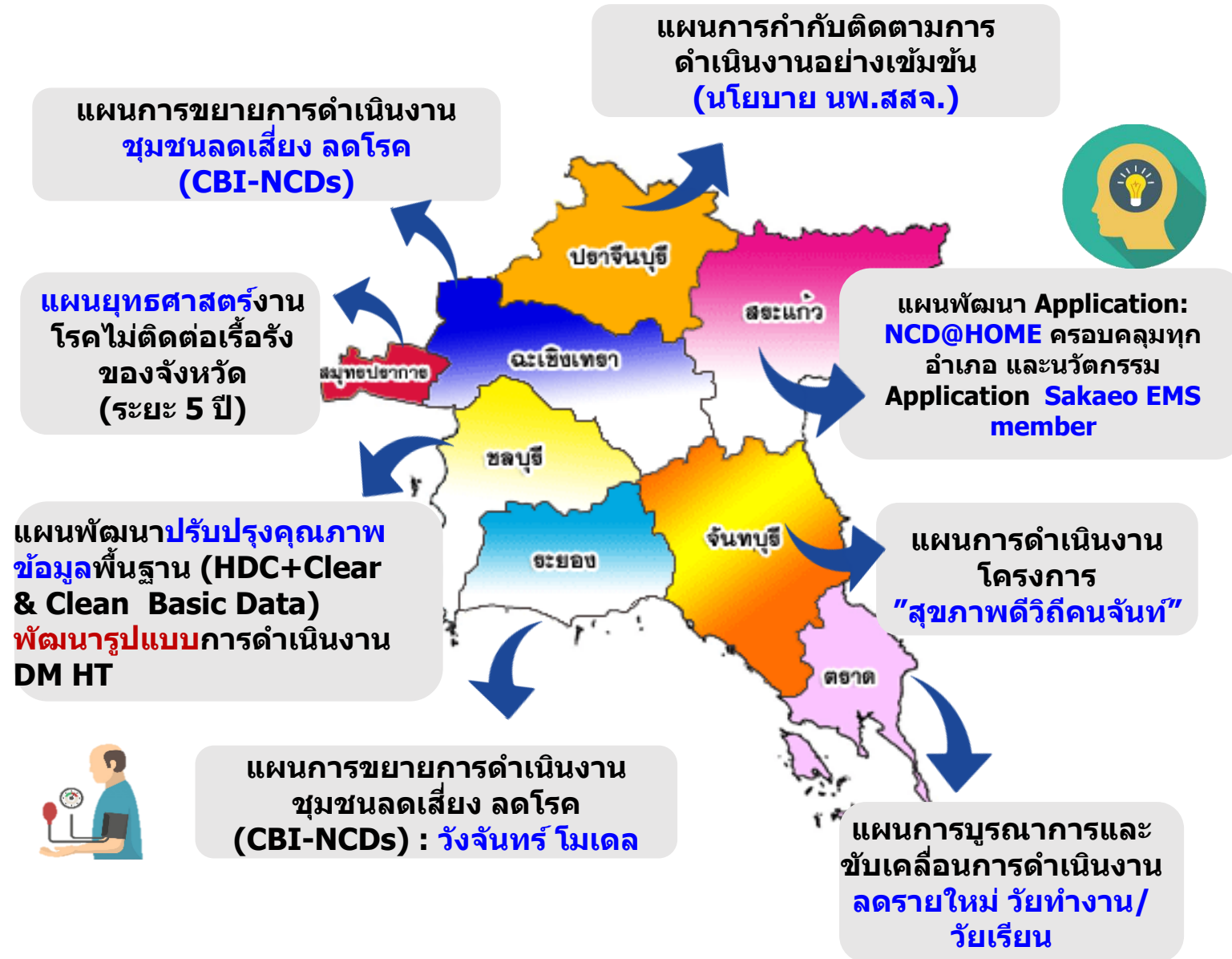
Small success รอบ 6 เดือน \geq ร้อยละ 40





PDCA : การดำเนินงานของจังหวัด

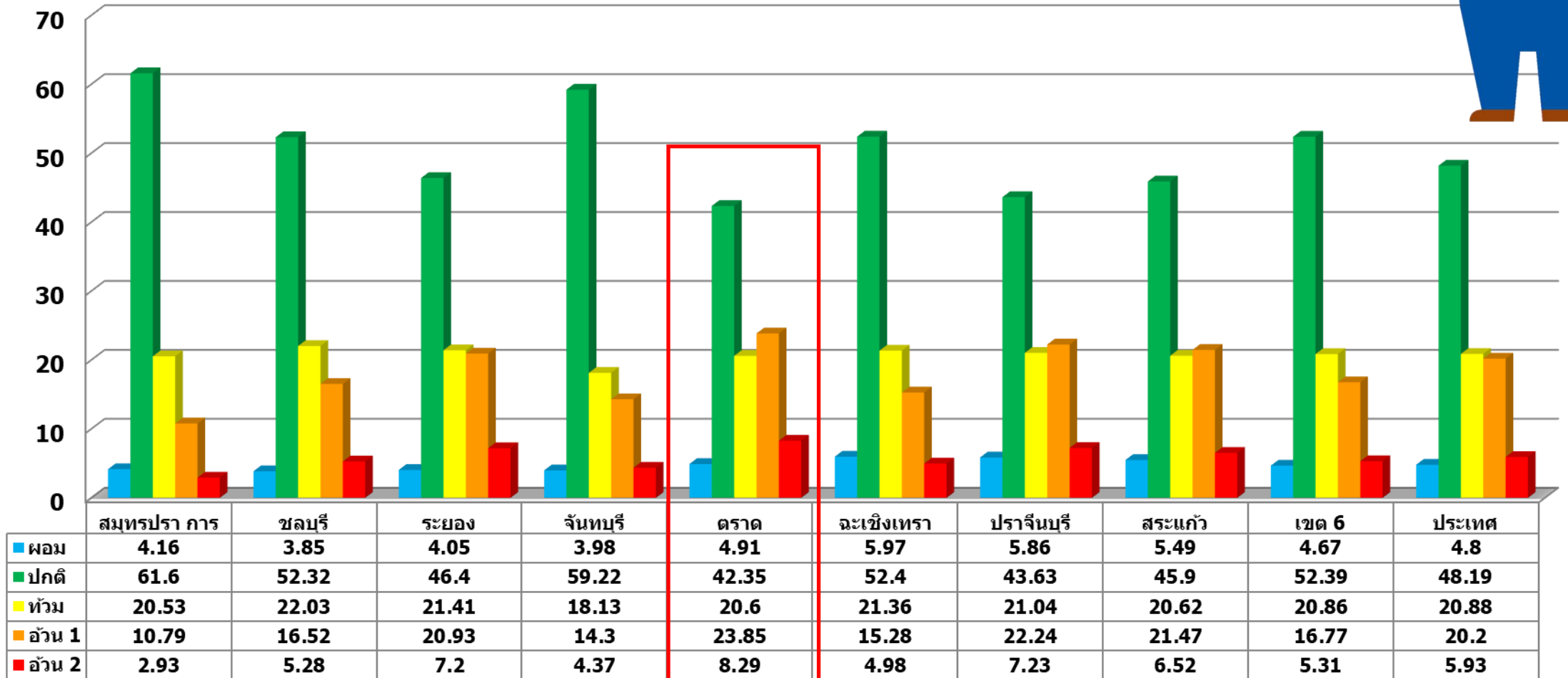
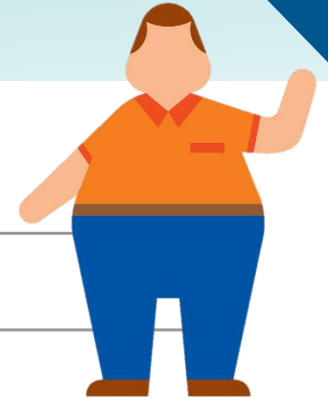
- ✓ มีแผนการประชุมถ่ายทอดนโยบาย NCDs
- ✓ แผนการคัดกรอง DM / HT ไตรมาส 1-2
- ✓ ขับเคลื่อน NCD Board และ SP NCD
- ✓ แผนการกำกับติดตามประเมินผล
 - แผนการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.)
 - นิเทศ/ ติดตามการดำเนินงานฯ ติดตามคุณภาพข้อมูล ร่วมกับงานสารสนเทศ
 - แผนการประเมิน NCD clinic plus
- ✓ แผนพัฒนาบุคลากรด้านโรคไม่ติดต่อ
- ✓ แผนขยายโรงพยาบาลเคม้น้อย อร่อย 3 ดี
- ✓ แผนพัฒนา CBI NCDs พื้นที่นำร่อง
- ✓ แผนการกำกับติดตามใน line groups คณะทำงาน NCDs





NCDs: Obesity War ประกาศสงครามกับภาวะอ้วน (สถานการณ์ ม.ค.-มี.ค.63)

ดัชนีมวลกาย ประชากรวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี เขตสุขภาพที่ 6



ที่มา : ข้อมูล HDC ณ วันที่ 26 มีนาคม 2563

Area Based เขตสุขภาพที่ 6 : NCDs

(จากการประชุม 14 พ.ย. 2562)



เขต 6 ประกาศสงคราม



ประชุม VDO con คกก. NCD เขตสุขภาพที่ 6 เดือน ธ.ค.



Integrated Community DPAC plus CAMP

ระยะเวลา : 3 วัน 2 คืน (มกราคม - กุมภาพันธ์ 63)
 สถานที่ : โรงแรมในอำเภอศรีราชา จ.ชลบุรี
 เป้าหมาย : 100 คน (จังหวัดละ 2 ตำบล)

Toxic Museum พิพิธภัณฑ์สารเคมี

นำร่อง ใน ต. ตะพง อ.เมือง จ.ระยอง

" Good Community Design "

แนวคิด : Community Wisdom + Expert Knowledge

กลยุทธ์ : 4C

- Class** : ให้ความรู้
- Camp** : ค่ายปฏิบัติ
- Club** : ชมรม
- CoPs** : แลกเปลี่ยน

ศูนย์วิชาการเขต

สจร. / สสอ. 2 คน	รพศ./รพท./รพช./รพสต. 3 คน	อสม./หมอประจำ 1 คน / ตำบล	แกนนำต้นแบบ (คนอ้วน) 2 คน / ตำบล
---------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------------

ศูนย์สร้างสุข สร้างคน สร้างชาติ อย่างยั่งยืน

มาตรการ : 3 อ. 2 ส. + สติ / สมานธิ +++

Self Care Leadership & Monitoring

Life Course Protection



องค์กรต้นแบบสุขภาพดี



ชลบุรี

"Strong & Smart Chonburi Health Model : รุ่งไล่ฟุง + ทำไทยก้าวไกล โรค"

ระยอง

รณรงค์ สร้างกระแส "Virtual Run" การแข่งกีฬา / การใช้ App. ออกกำลังกาย >>>> ก้าวหัวใจ



สมุทรปราการ

SPK Healthy Body "วิถีเมืองสมุทรปราการ" : "10 package SPKO" Green & Clean Hos.

ปราจีนบุรี

Ladtakein Model



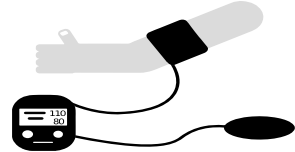
@ 8view

ฉะเชิงเทรา

5 Setting : หน่วยงานราชการ ชุมชน วัด/พระสงฆ์ ประชาชน อสม. CBI NCDs : ม. 1 บ้านบางค้างคาว ต.บางตลาด อ.คลองเขื่อน

จันทบุรี

4 Setting ชุมชนต้นแบบ "สุขภาพดี วิถีคนจันท" พัฒนาต่อยอด DHB CBI NCDs : สุขภาพดี วิถีชุมชน วิถีคนวังใหม่ ...



สระแก้ว

5 Setting : สาธารณสุข อสม. วัด/พระสงฆ์ ชุมชน กลุ่มเสี่ยง/ป่วย NCDs@Home รุ่งวัดใจ 2020 "80,613 กม." ครอบครัวก้าวหัวใจ หมออนามัย ชวนวิ่ง 60 Day Diet



ตราด

5 Setting : สถานศึกษา สถานประกอบการ อปท. ชุมชน ศาสนสถาน (วัยรุ่น วัยเรียน วันทำงาน) "องค์กรไร้ฟุง ลดโรค NCDs" : Exercise City "เมืองออกกำลังกายต้นแบบระดับตำบล"





กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

ข้อค้นพบ และโอกาสพัฒนา

ข้อค้นพบ

01

- การดำเนินงาน **Obesity War** ของแต่ละจังหวัด เป็นการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการ และต่อยอดจากต้นทุนเดิม

02

- ผลงานคัดกรอง **DM/HT** รอบ 6 เดือน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา
- การติดตามกลุ่มสงสัยป่วย **DM /HT** ผ่านตามเป้าหมาย **Small success** ในภาพเขต

โอกาสในการพัฒนา

01

- ในการขับเคลื่อน **Obesity War** ควรกำหนดผลลัพธ์ แต่ละ **setting** และ **Small success** ในแต่ละระยะเวลา
- ควรจัดทำฐานข้อมูลของบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเปรียบเทียบก่อน-หลัง การดำเนินงาน
- เพิ่มความเข้มแข็งชุมชนต้นแบบให้ต่อเนื่องยั่งยืน และขยายต่อ

02

- การบูรณาการกับ **โครงการ สปก. ปลอดภัย ปลอดภัยกายใจเป็นสุข** และ **โครงการ HP. คนวัยทำงานใน สปก. เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต**
- จังหวัดที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย **ควรมีการกำกับติดตามการดำเนินงาน** อย่างต่อเนื่อง





กรมอนามัย



กรมควบคุมโรค



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



กรมสุขภาพจิต



กองบริหารสาธารณสุข



สรุปตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 1/2563 ศูนย์อนามัยที่ 6

Teleconference ณ ห้องวิริยกิจจา สสจ.ชลบุรี

วันที่ 3 เมษายน 2563



Functional Based

สุขภาพกลุ่มวัย

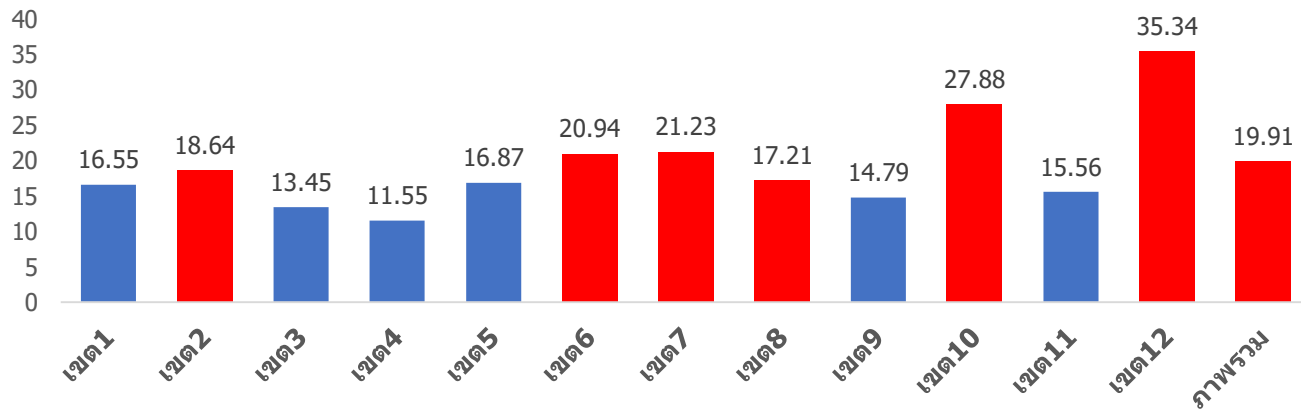
- สุขภาพแม่และเด็ก
- ผู้สูงอายุคุณภาพ



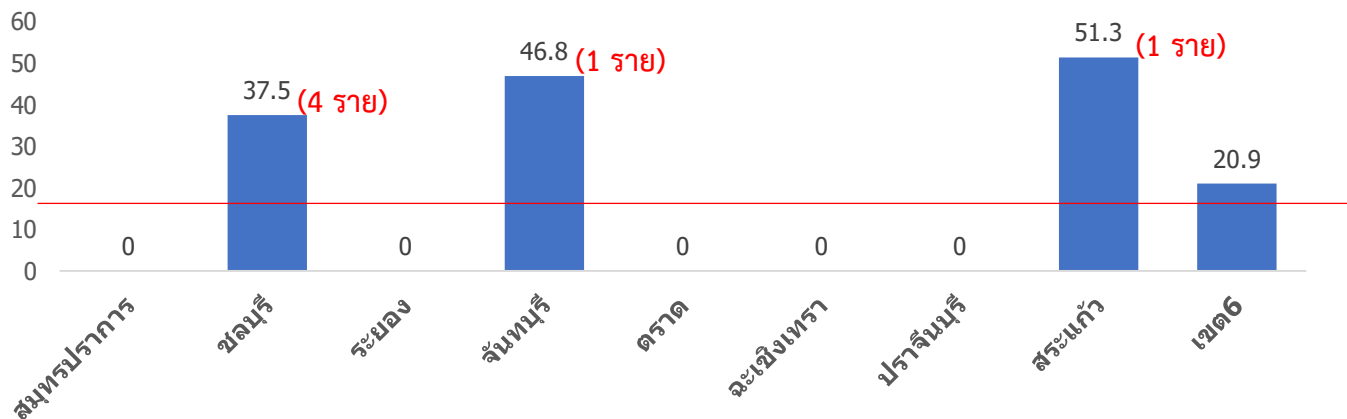
ผลการดำเนินงานคุณภาพ : สุขภาพแม่และเด็ก "ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย, พัฒนาการเด็กสมวัยพร้อมเรียนรู้ และเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน"

สถานการณ์การตายมารดาไทย

อัตราตายมารดา รายเขต (ค่าเป้าหมาย < 17/การเกิดมีชีพแสนคน)



อัตราตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6



สถานการณ์อัตราตายมารดาไทย ภาพรวม 19.91 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ต.ค.62-ก.พ.63)

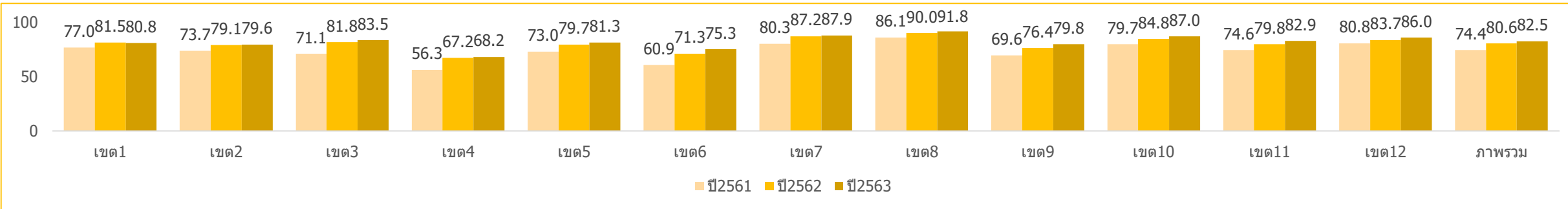
- มารดาไทยเสียชีวิต 42 ราย เด็กเกิด 175,303 ราย (ไม่นับกทม.)
- อัตราตายมารดาไทย รายเขตสุขภาพ สูงกว่าค่าเป้าหมาย 6 เขต พบสูงสุด 3 อันดับ เขตสุขภาพที่ 12, 10 และ 7 ตามลำดับ

เขตสุขภาพที่ 6 : อัตราการตายมารดาไทย 20.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

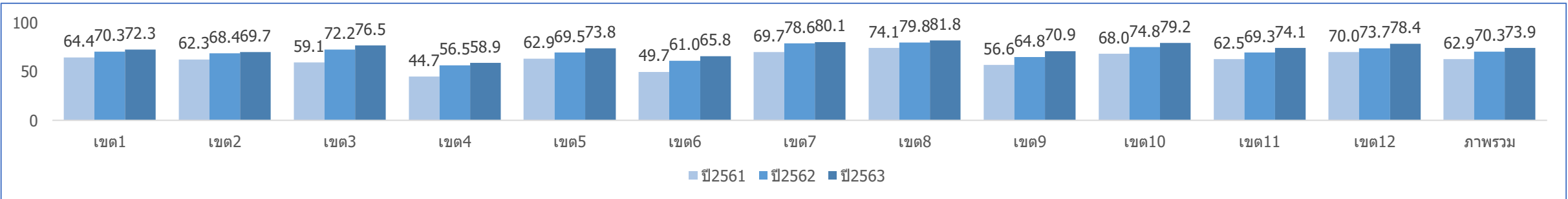
- มารดาเสียชีวิต 7 ราย ไทย 6 (ทางตรง 1 ราย ทางอ้อม 5 ราย) ต่างชาติ 1 ราย (ทางตรง PPH)
- เด็กเกิด 28,657 ราย สูงสุดเป็นอันดับ 1 เมื่อเทียบกับทุกเขต เขตสุขภาพที่ 6 มีเด็กเกิดเฉลี่ยเดือนละ 5,731 ราย (ต.ค.62-ก.พ.63) สูงสุดที่จังหวัดชลบุรี สมุทรปราการ และระยอง ตามลำดับ

ผลการดำเนินงานคุณภาพ : สุขภาพแม่และเด็ก "ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย, พัฒนาการเด็กสมวัยพร้อมเรียนรู้ และเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน"

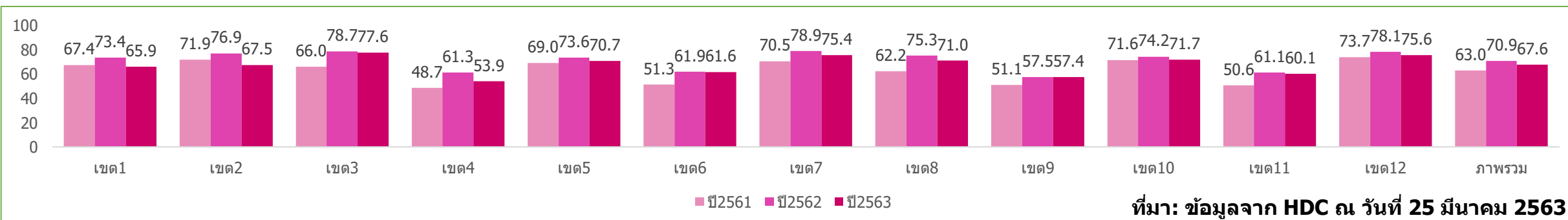
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์



ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์

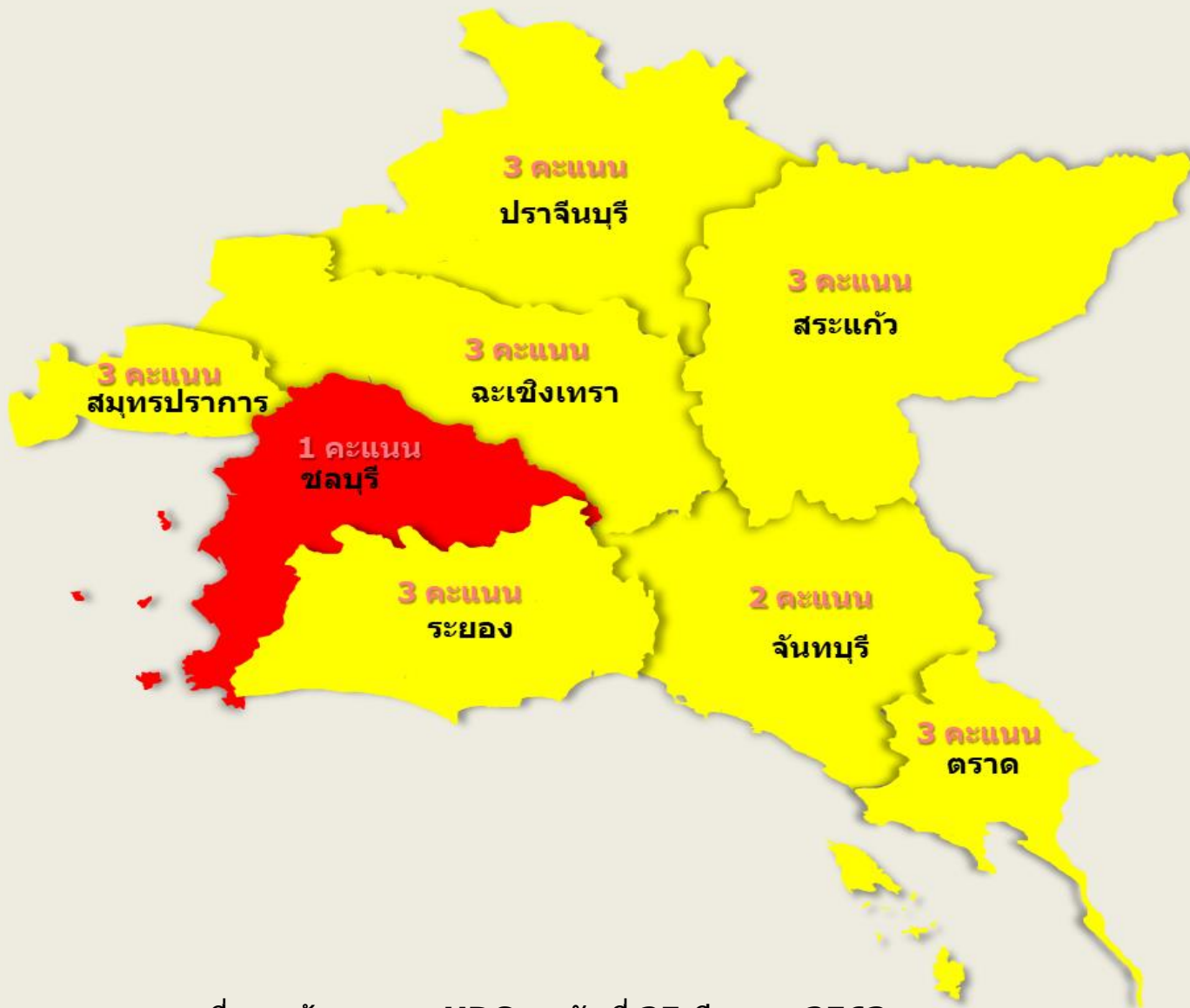


ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์



ที่มา: ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 25 มีนาคม 2563

ผลการดำเนินงานคุณภาพ : สุขภาพแม่และเด็ก "ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย, พัฒนาการเด็กสมวัยพร้อมเรียนรู้ และเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน"



ที่มา: ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 25 มีนาคม 2563

"คุณภาพด้านแม่"

ประเด็น	เขต 6	ภาพรวมประเทศ
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (เป้าหมายร้อยละ 75)	75.3	82.5
การดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ (เป้าหมายร้อยละ 75)	65.8	73.9
หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ (เป้าหมายร้อยละ 65)	61.6	67.6

$\bar{x} = 8.63$

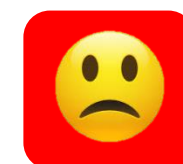
SD. = 2.45



ระดับ 5-4 คะแนน
มากกว่า $\bar{x} + 2SD$



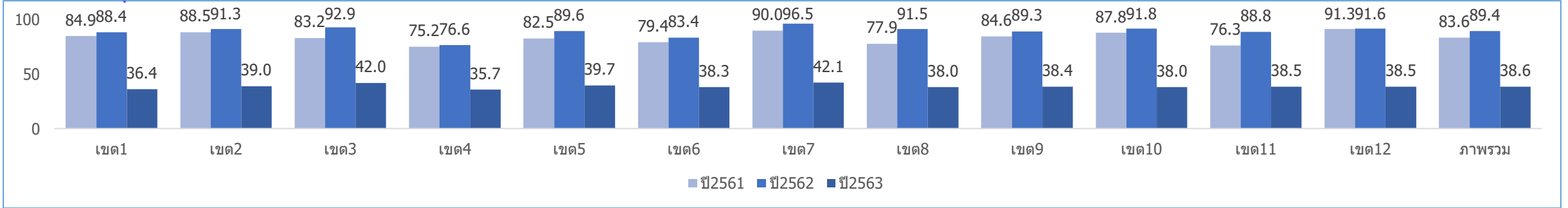
ระดับ 3-2 คะแนน
อยู่ระหว่าง $\bar{x} \pm 1.99SD$



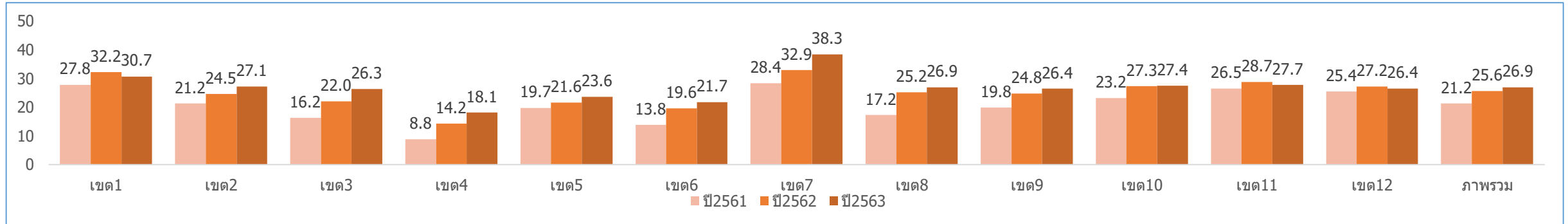
ระดับ 1 คะแนน
น้อยกว่า $\bar{x} - 2SD$

ผลการดำเนินงานคุณภาพ : สุขภาพแม่และเด็ก "ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย, พัฒนาการเด็กสมวัยพร้อมเรียนรู้ และเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน"

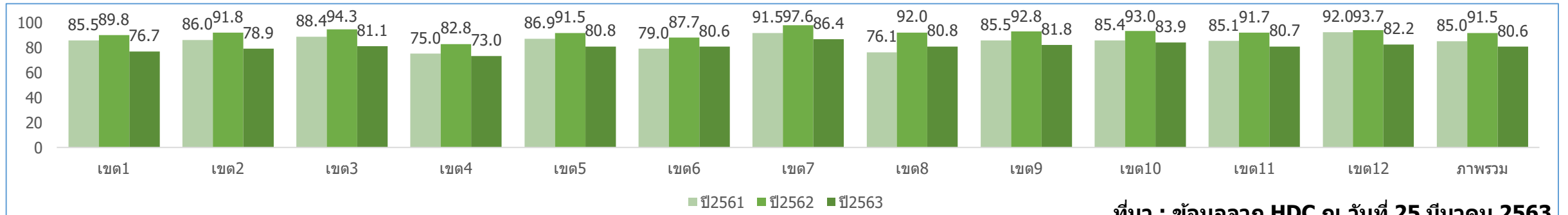
เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ



คัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า



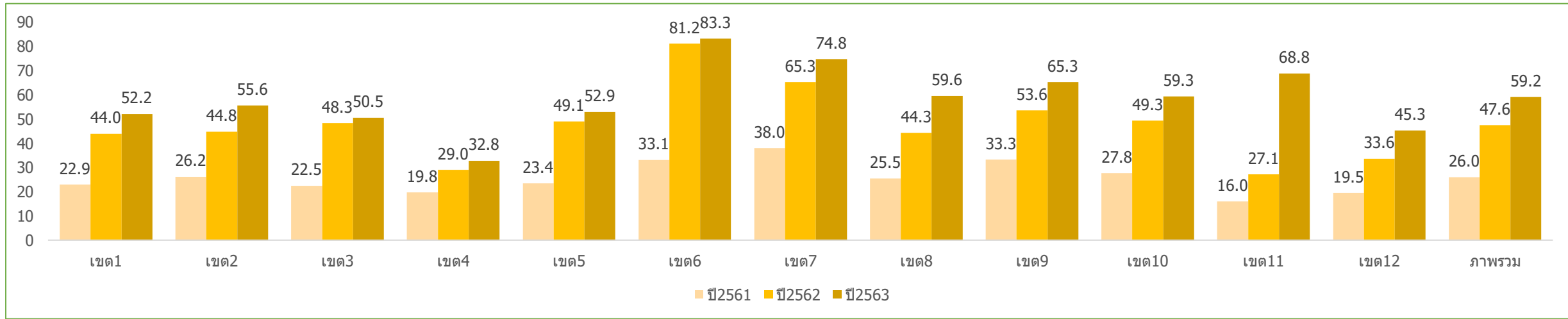
สงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม



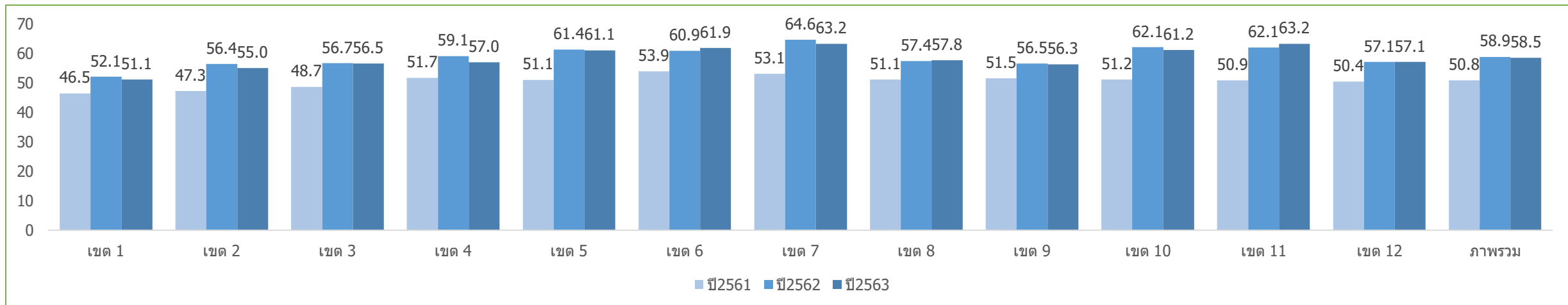
ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 25 มีนาคม 2563

ผลการดำเนินงานคุณภาพ : สุขภาพแม่และเด็ก "ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย, พัฒนาการเด็กสมวัยพร้อมเรียนรู้ และเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน"

เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยารักษาโรคหลัก



เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี



ผลการดำเนินงานคุณภาพ : สุขภาพแม่และเด็ก "ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย, พัฒนาการเด็กสมวัยพร้อมเรียนรู้ และเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน"



ที่มา: ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 25 มีนาคม 2563

"คุณภาพด้านเด็ก"

ประเด็น	เขต 6	ภาพรวมประเทศ
เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ (เป้าหมายร้อยละ 90)	38.3	38.6
คัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า (เป้าหมายร้อยละ 20)	21.7	26.9
สงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม (เป้าหมายร้อยละ 90)	80.6	80.6
เด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ได้รับย้าน้ำเสริมธาตุเหล็ก (เป้าหมายร้อยละ 70)	83.29	59.15
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (เป้าหมายร้อยละ 60)	61.9	58.5

$\bar{x} = 15.50$

SD. = 1.87



ระดับ 5-4 คะแนน
มากกว่า $\bar{x} + 2SD$



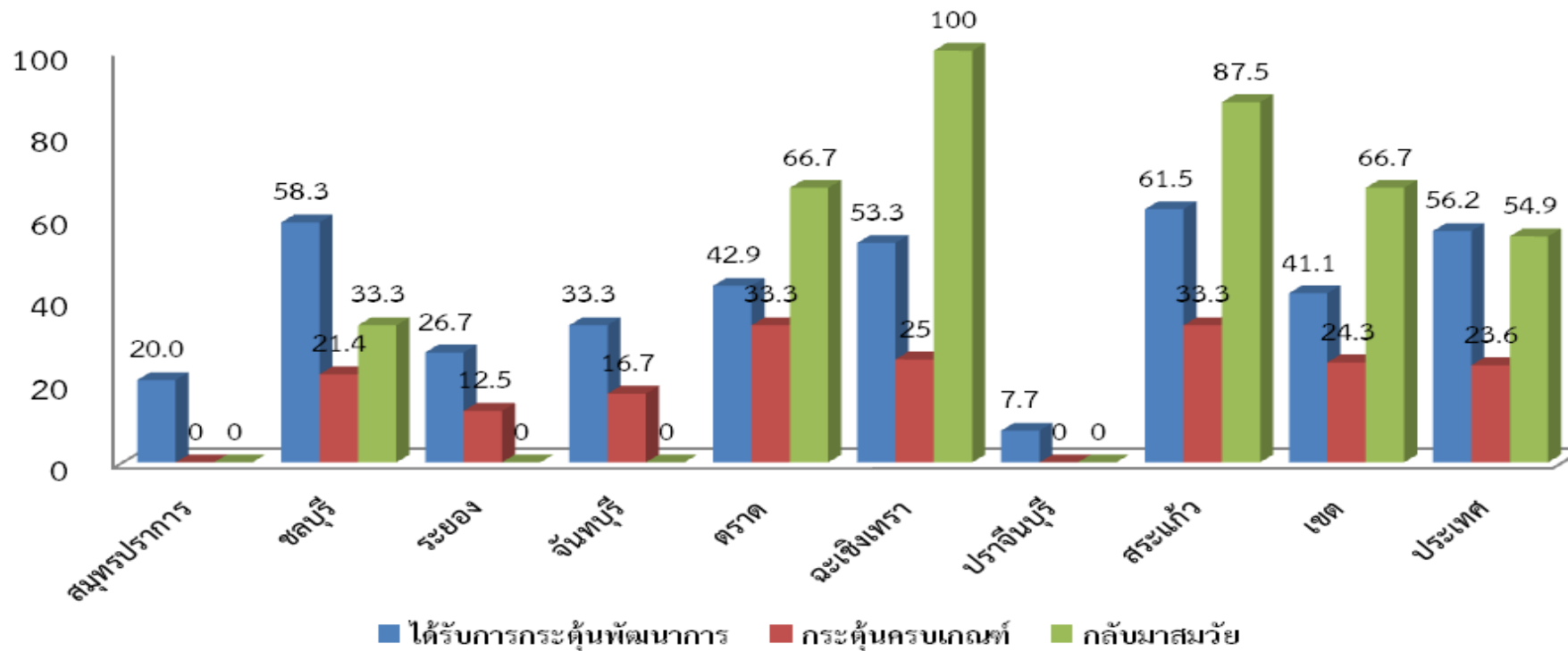
ระดับ 3-2 คะแนน
อยู่ระหว่าง $\bar{x} \pm 1.99SD$



ระดับ 1 คะแนน
น้อยกว่า $\bar{x} - 2SD$


ผลการดำเนินงานคุณภาพ : สุขภาพแม่และเด็ก "ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย, พัฒนาการเด็กสมวัยพร้อมเรียนรู้ และเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน"

ผลการดำเนินงาน: ร้อยละการกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วย TEDA4I และเครื่องมือมาตรฐานอื่น



ผลการดำเนินงาน ปี 2563 จากผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ special pp ปี 2563 (เดือนตุลาคม-มีนาคม 2563) พบเด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่มีพัฒนาการล่าช้าต้องได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I 180 คน ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ 74 คน ร้อยละ 41.1 (เป้าหมายร้อยละ 65)

ข้อค้นพบ

- สนับสนุน และขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วยกลไกคณะกรรมการ MCH B
- ดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ 3 ประเด็น
 1. การพัฒนากระบวนการ
 2. บูรณาการความร่วมมือ
 3. พัฒนาระบบสุขภาพแม่และเด็ก โดยมีแผนงาน / กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การเฝ้าระวัง สื่อสาร ติดตาม พัฒนาศักยภาพ และบูรณาการดำเนินงาน กลุ่มวัย
- ประเด็น TEDA4I พบว่า
 - ระบบติดตามกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I มีประสิทธิภาพ โดยการสร้างทีม coaching จากสหวิชาชีพระดับอำเภอ เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา และติดตาม
 - พัฒนาศักยภาพผู้ปกครอง เป็น อสค. นักกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
- พัฒนาระดับงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก 

ชลบุรี
แก้ปัญหาทุพโภชนาการ
(งบ PPA)

ระยอง
1 CUP 1 Product

จันทบุรี
“โครงการสร้างตำบลต้นแบบเด็ก
จันทฉลาด สุขภาพดี”

ตราด
“โครงการสร้างพ่อแม่คุณภาพ
เพื่อสร้างคนคุณภาพ”
(งบกองทุนสวัสดิการสังคม)

สมุทรปราการ
PNC
ผู้จัดการทีมสุขภาพเด็กระดับ
ตำบล 13 แห่ง

ฉะเชิงเทรา
จังหวัดมหัทศวรรษ 1000 วันแรก
แห่งชีวิต

ปราจีนบุรี
การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
สนับสนุนโครงการมหัทศวรรษ
1000 วันแรกชีวิต

สระแก้ว
1 อำเภอ 1 ประเด็น
โครงการชวนลูกเล่นในศูนย์
พัฒนาเด็กเล็ก (งบ PPA)

ผลการดำเนินงานคุณภาพ : สุขภาพแม่และเด็ก "ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย, พัฒนาการเด็กสมวัยพร้อมเรียนรู้ และเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน"

ข้อค้นพบ

1. ข้อมูลจากระบบ HDC กับข้อมูลในพื้นที่มีความต่างกัน 2-3 เท่า

2. การสร้าง HL ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19

ข้อเสนอแนะ

- กำกับ ติดตาม การจัดการระบบข้อมูล
- แลกเปลี่ยน เรียนรู้ การจัดการข้อมูลด้วยรูปแบบ วิธีใหม่ในบริบทที่เปลี่ยนแปลง

พื้นที่

- ติดตามการจัดการความรู้ โดยใช้โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ ออนไลน์ (ANC Hpc) และไลน์ก้าวอย่างเพื่อสร้างลูก
- พัฒนาและขยายผลนวัตกรรมการตรวจคัดกรอง การเฝ้าระวัง การติดตามพัฒนาการเด็ก
- การสนับสนุน สื่อสารองค์ความรู้ให้ผู้ดูแลเด็กจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่บ้าน

ส่วนกลาง

- กำหนดมาตรการ และจัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก ในช่วงการเกิดโรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่
- ผลิตสื่อที่ตอบสนองการสร้าง HL การจัดการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานคุณภาพ : สุขภาพแม่และเด็ก "ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย, พัฒนาการเด็กสมวัยพร้อมเรียนรู้ และเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน"

ข้อค้นพบ

การกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

1. การบันทึกข้อมูลในระบบ 43 แฟ้ม เชื่อมกับ HDC ยังไม่ครอบคลุม และการบันทึกข้อมูลไม่ทันตามเวลาที่กำหนด
2. รพ.สต.ที่ผ่านการอบรมและได้รับเครื่องมือ TEDA4I ไม่มั่นใจในการดำเนินงาน
3. ระบบการส่งต่อไม่ชัดเจน (การส่งต่อและคืนข้อมูลระหว่างปฐมภูมิและทุติยภูมิ)

ข้อเสนอแนะ

การสร้างทีมพี่เลี้ยงในระดับจังหวัด เพื่อจัดระบบการกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้มีประสิทธิภาพ โดยให้อำเภอที่เข้มแข็งช่วยเหลือและสนับสนุนอำเภอที่ยังต้องปรับปรุงและพัฒนา

นวัตกรรม / ตัวอย่างที่ดี ด้านระบบบริการ

โรงพยาบาลชลบุรี, โรงพยาบาลบ้านบึง, โรงพยาบาลบางละมุง

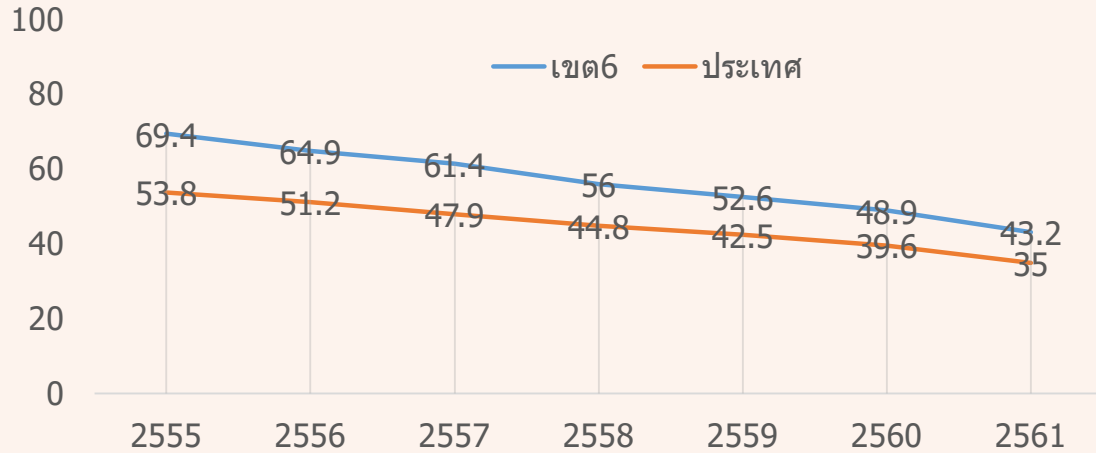
โรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลศรีมโหสถ

: โรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง ได้พัฒนาทีมสหวิชาชีพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ, นักกิจกรรมบำบัด, นักจิตวิทยา และนักแก้ไขการพูด ให้สามารถกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าได้ ทำให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับกระตุ้นทันเวลาและครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งสามารถลดจำนวนการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายอื่นๆ ได้

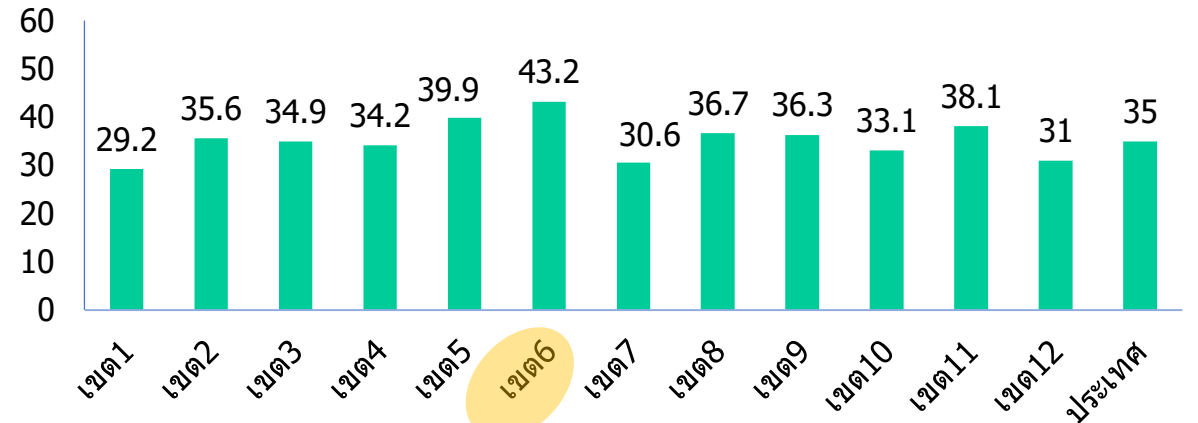
ผลการดำเนินงานคุณภาพ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

ตัวชี้วัด อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน (เป้าหมาย **ไม่เกิน 34** ต่อพันประชากร)

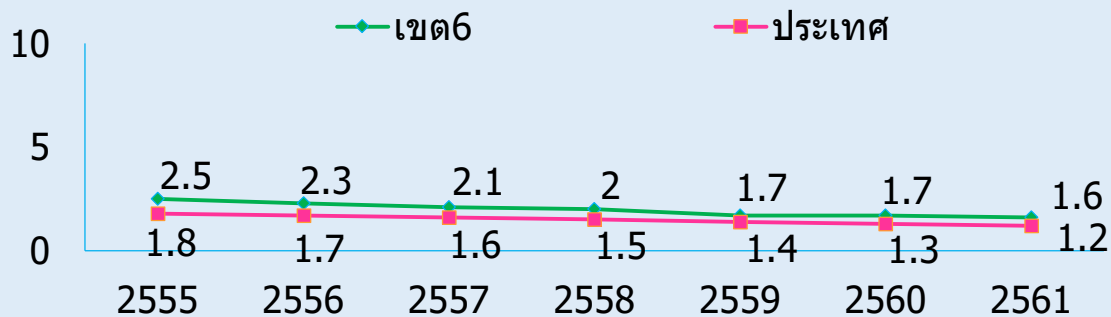
สถานการณ์อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (ปี 2555-2561)



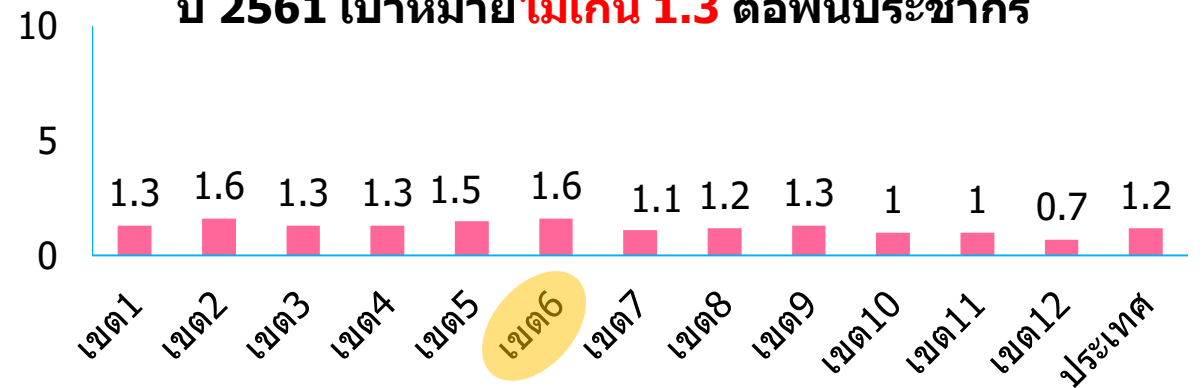
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ปี 2561 เป้าหมายไม่เกิน 40 ต่อพันประชากร



สถานการณ์อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี (ปี 2555-2561)



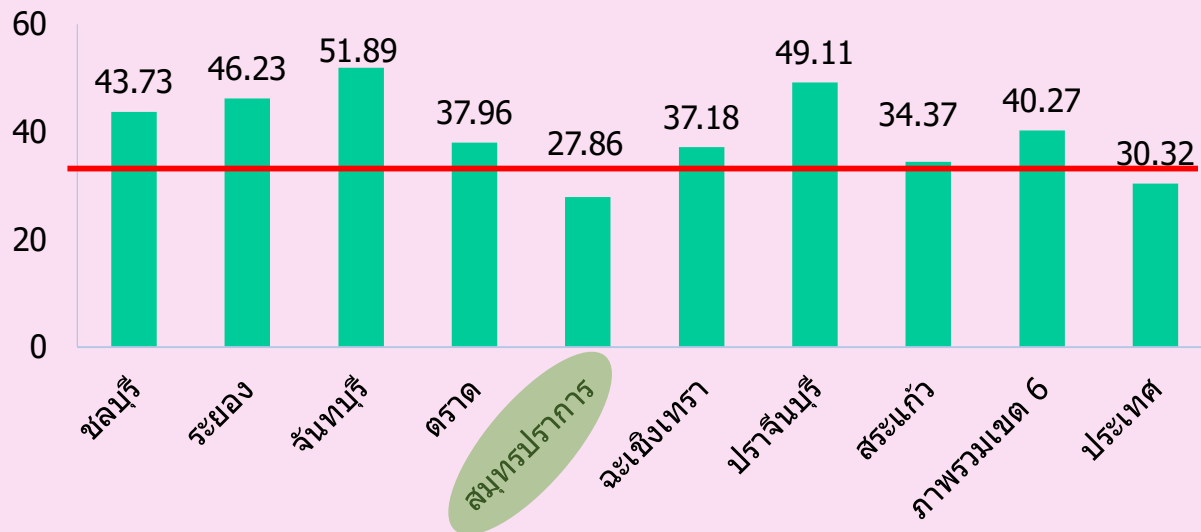
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ปี 2561 เป้าหมายไม่เกิน 1.3 ต่อพันประชากร



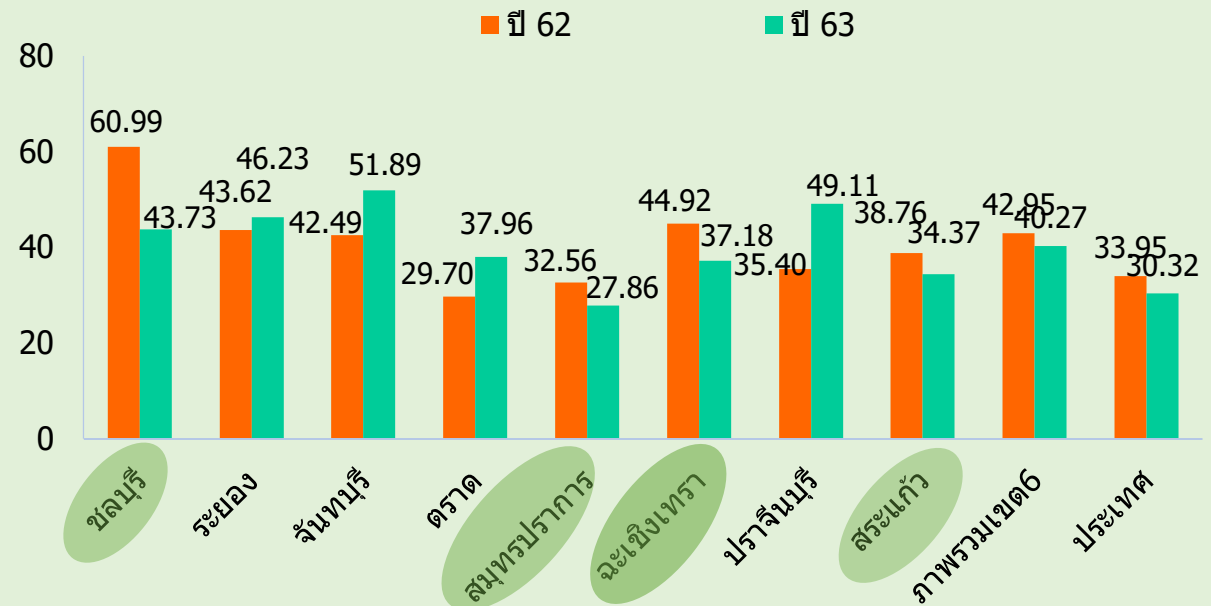
ผลการดำเนินงานคุณภาพ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

ตัวชี้วัด อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน (เป้าหมาย **ไม่เกิน 34** ต่อพันประชากร)

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี เขตสุขภาพที่ 6 (ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2563)



เปรียบเทียบอัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ 15 – 19 ปี (ไตรมาสที่ 1 ปี 2562 และ 2563)



ที่มา: ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 23 มีนาคม 2563

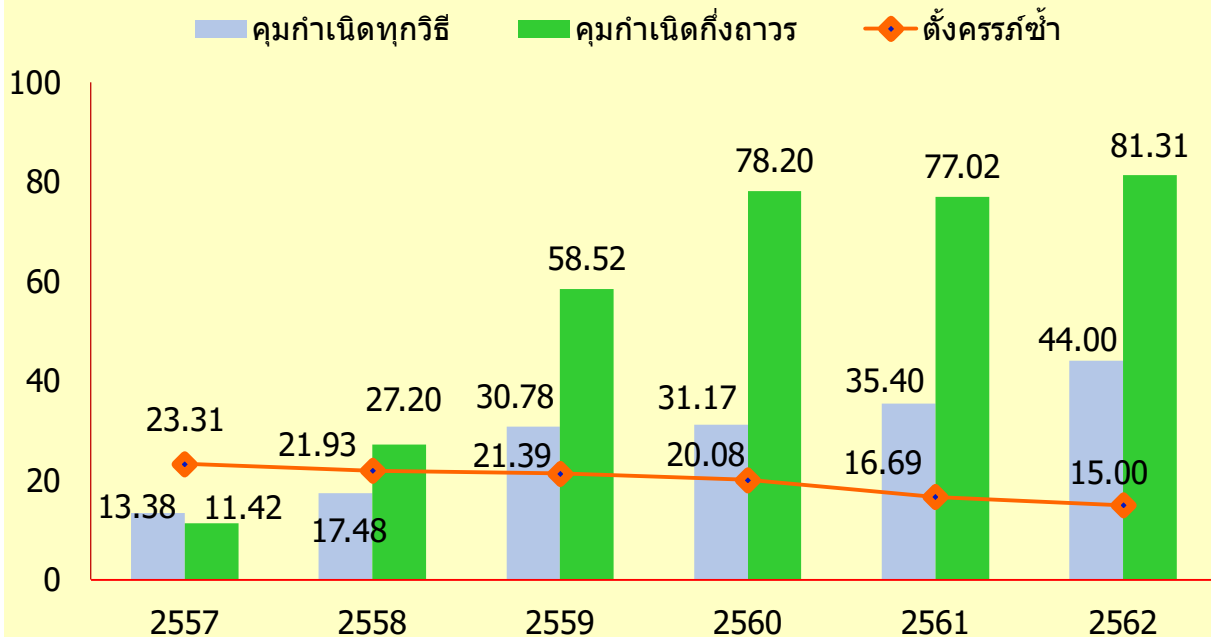
สรุปสถานการณ์

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2563 ไตรมาสที่ 1 อัตรา 40.27 สูงกว่าค่าเป้าหมาย สูงสุดที่จังหวัดจันทบุรี (อัตรา 51.89) และต่ำสุดที่จังหวัดสมุทรปราการ (อัตรา 27.86) และพบ 4 จังหวัดมีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาเดียวกันในปี 2562 และ 2563 ได้แก่ ชลบุรี สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา และสระแก้ว

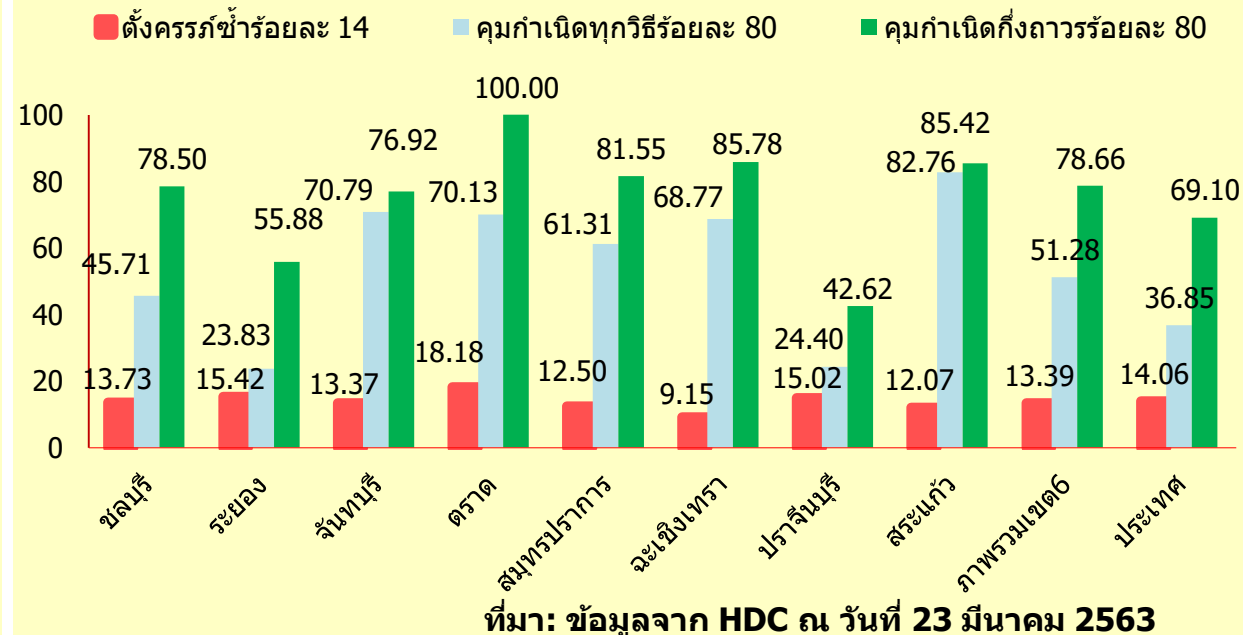
ผลการดำเนินงานคุณภาพ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

ตัวชี้วัด อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน (เป้าหมาย **ไม่เกิน 34** ต่อพันประชากร)

สถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำ การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ การคุมกำเนิดกึ่งถาวรในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี เขตสุขภาพที่ 6



ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำ การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ การคุมกำเนิดกึ่งถาวร ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี (เดือนตุลาคม 2562-มีนาคม 2563)



สรุปสถานการณ์

ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี เขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 13.39 ซึ่งไม่เกินเป้าหมาย พบสูงสุดที่จังหวัดตราด (ร้อยละ 18.18) และต่ำสุดที่จังหวัดฉะเชิงเทรา (ร้อยละ 9.15) และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการคุมกำเนิดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ ร้อยละ 51.28 สูงสุดที่จังหวัดสระแก้ว (ร้อยละ 82.76) ต่ำสุดที่จังหวัดระยอง (ร้อยละ 23.83) และการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ร้อยละ 78.66 สูงสุดที่จังหวัดตราด (ร้อยละ 100) ต่ำสุดที่จังหวัดปราจีนบุรี (ร้อยละ 42.62)

ผลการดำเนินงานคุณภาพ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15–19 ปี

ตัวชี้วัด อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน (เป้าหมาย **ไม่เกิน 34** ต่อพันประชากร)

ข้อค้นพบ

- การขับเคลื่อน พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ในระดับตำบลดำเนินการ 27 ตำบล มีการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมทั้ง 5 กระทรวงหลัก
- การบันทึกผลการดำเนินงานใน HDC ไม่ครบถ้วนถูกต้อง

โอกาสการพัฒนา

- ติดตามการจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของคณะอนุกรรมการฯ การถ่ายทอดนโยบายระดับอำเภอ ตำบล และการขับเคลื่อนพ.ร.บ.ฯ ระดับตำบล
- ตรวจสอบ และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่จัดเก็บและบันทึกข้อมูลในระบบ HDC เพื่อเพิ่มทักษะความรู้ในการบันทึกข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์ในการชี้เป้า และพัฒนาการดำเนินงาน

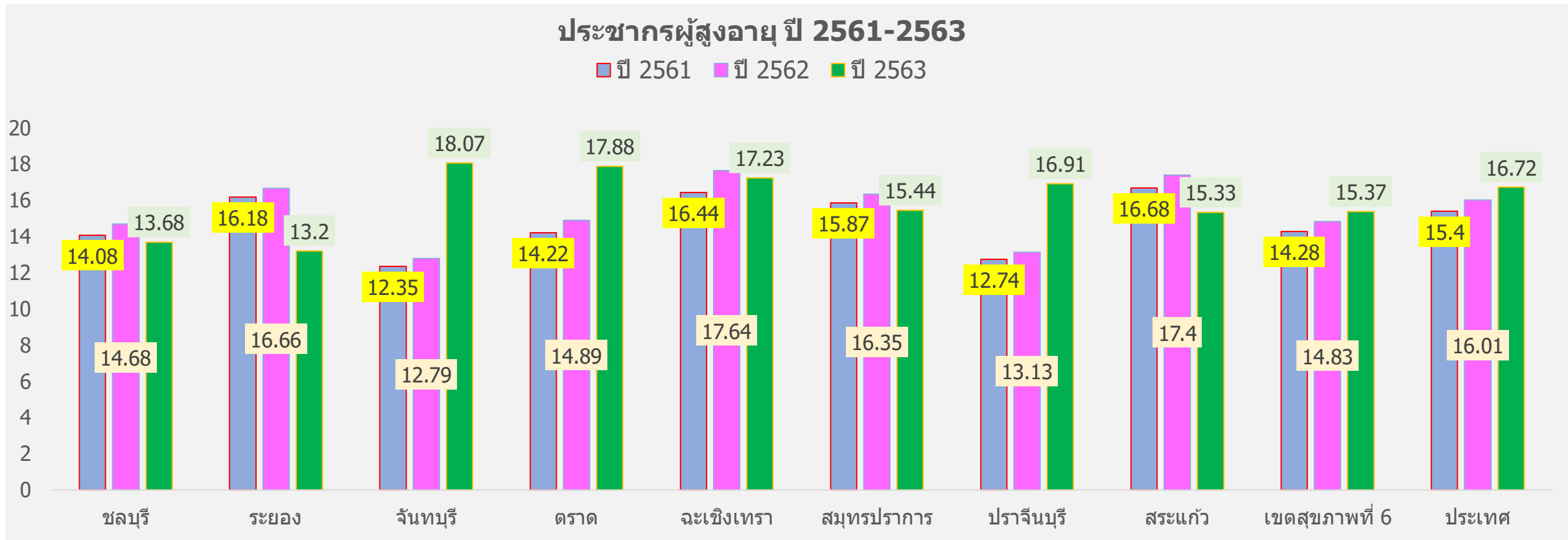
ผลการดำเนินงานคุณภาพ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15–19 ปี

ตัวชี้วัด อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน (เป้าหมาย **ไม่เกิน 34** ต่อพันประชากร)

ข้อค้นพบ	โอกาสการพัฒนา
<p>- การคุมกำเนิดทุกวิธียังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย</p>	<ul style="list-style-type: none">- วางแผน ในการกำกับ ติดตามการจัดบริการคุมกำเนิดหลังคลอด หรือหลังแท้ง โดยมุ่งเน้นการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ยาฝัง/ใส่ห่วงอนามัย)- กำกับ ติดตาม การรายงานผลการให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอด หรือหลังแท้งในกลุ่มวัยรุ่น- เพิ่มการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดในระดับพื้นที่โดยการพัฒนา ศักยภาพพยาบาลวิชาชีพและนักรักษาการสาธารณสุขใน รพ.สต. ประเด็นการฝังยาคุมกำเนิด- เผยแพร่/ประชาสัมพันธ์ให้วัยรุ่นและครอบครัวมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิดและการเข้าถึงสิทธิการคุมกำเนิด หลังคลอดหรือหลังแท้งตาม พ.ร.บ.ฯ ให้หลากหลายช่องทาง

ผลการดำเนินงาน : ผู้สูงอายุคุณภาพ

ผู้สูงอายุคุณภาพ (สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2561-2563)

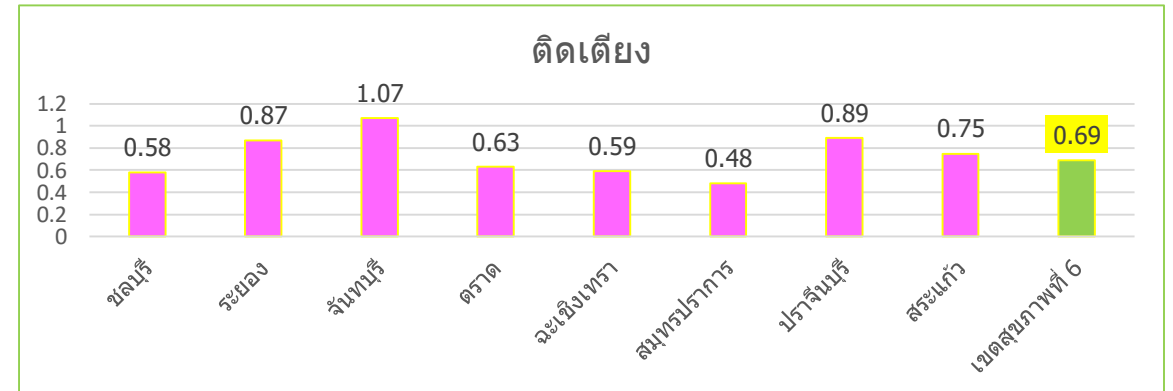
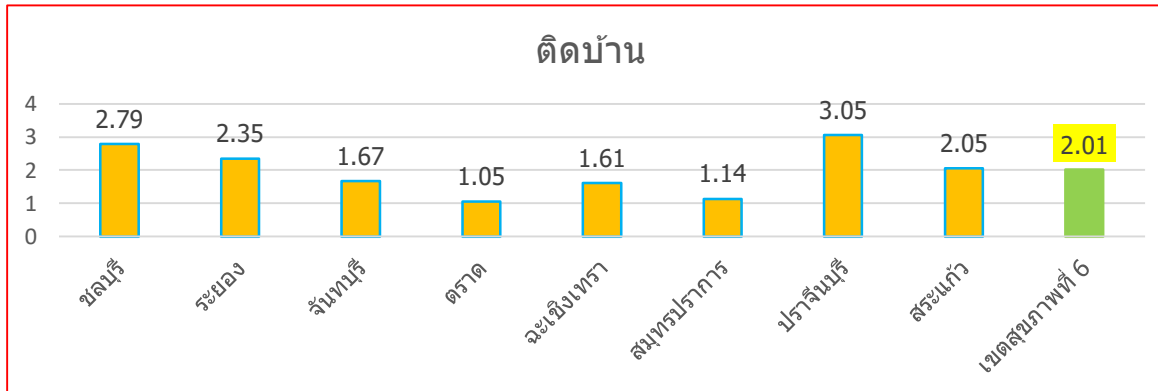
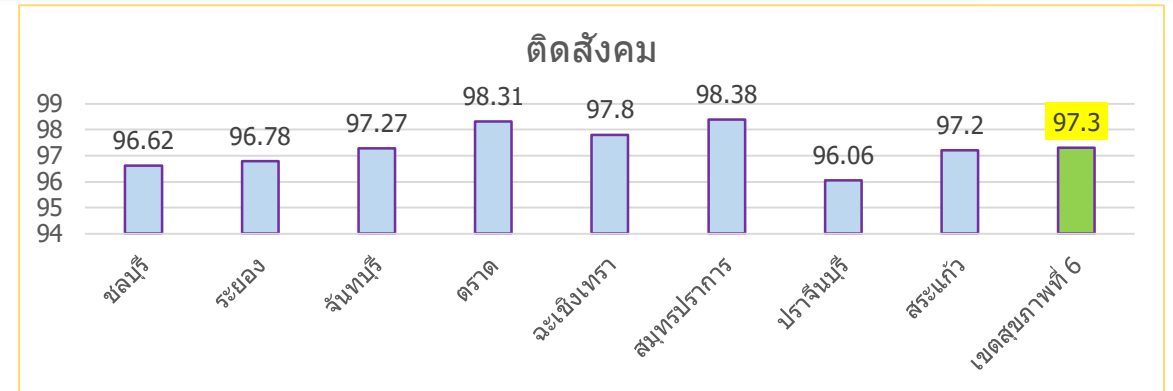
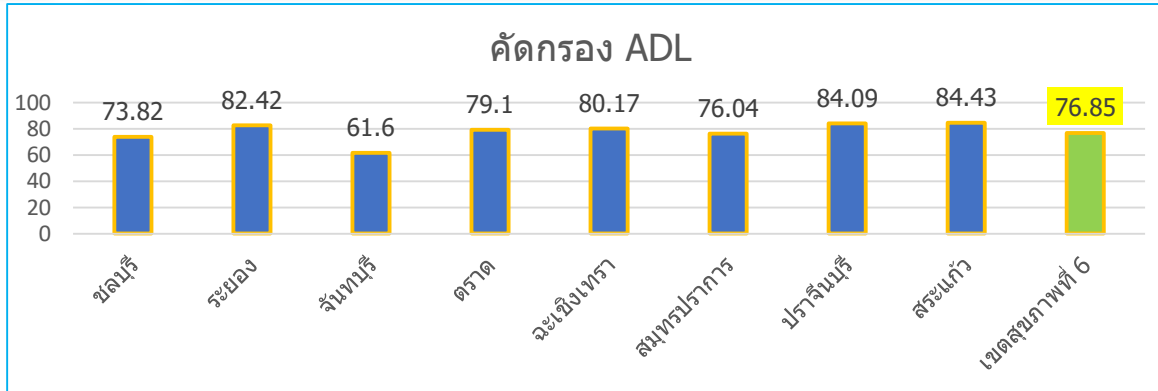


สรุปสถานการณ์

เขตสุขภาพที่ 6 (ปี 2561-2563) ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 14.28 14.38 และ 15.37 ต่ำกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 15.4 16.01 และ 16.72) ปี 2563 จังหวัดที่มีผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ จังหวัด จันทบุรี ตราด และฉะเชิงเทรา

ผลการดำเนินงาน : ผู้สูงอายุคุณภาพ

การคัดกรองประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปี 2563

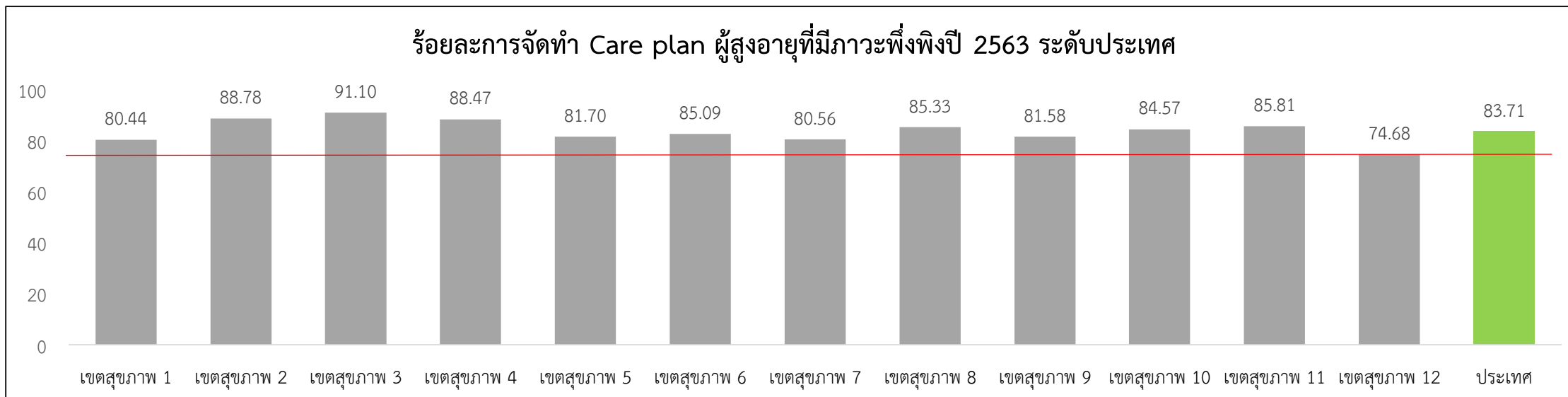
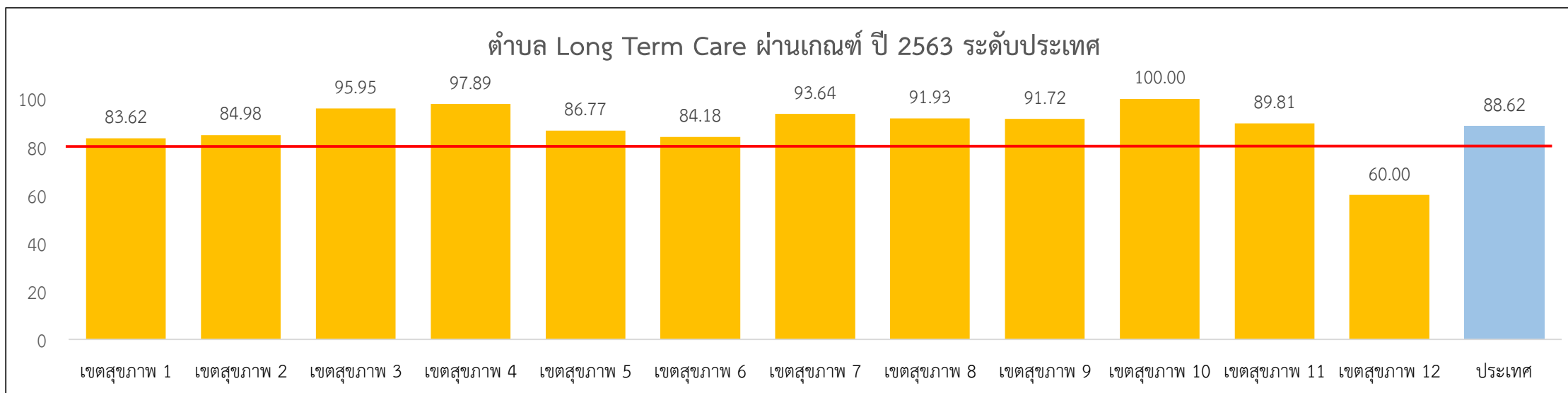


สรุปสถานการณ์

การคัดกรองผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ปีงบประมาณ 2563 คัดกรอง ร้อยละ 76.85 (คัดกรองทั้งหมด 628,578 คน) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ 97.30 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 2.01 และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 0.69 ซึ่งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ที่มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน

ผลการดำเนินงาน : ผู้สูงอายุคุณภาพ

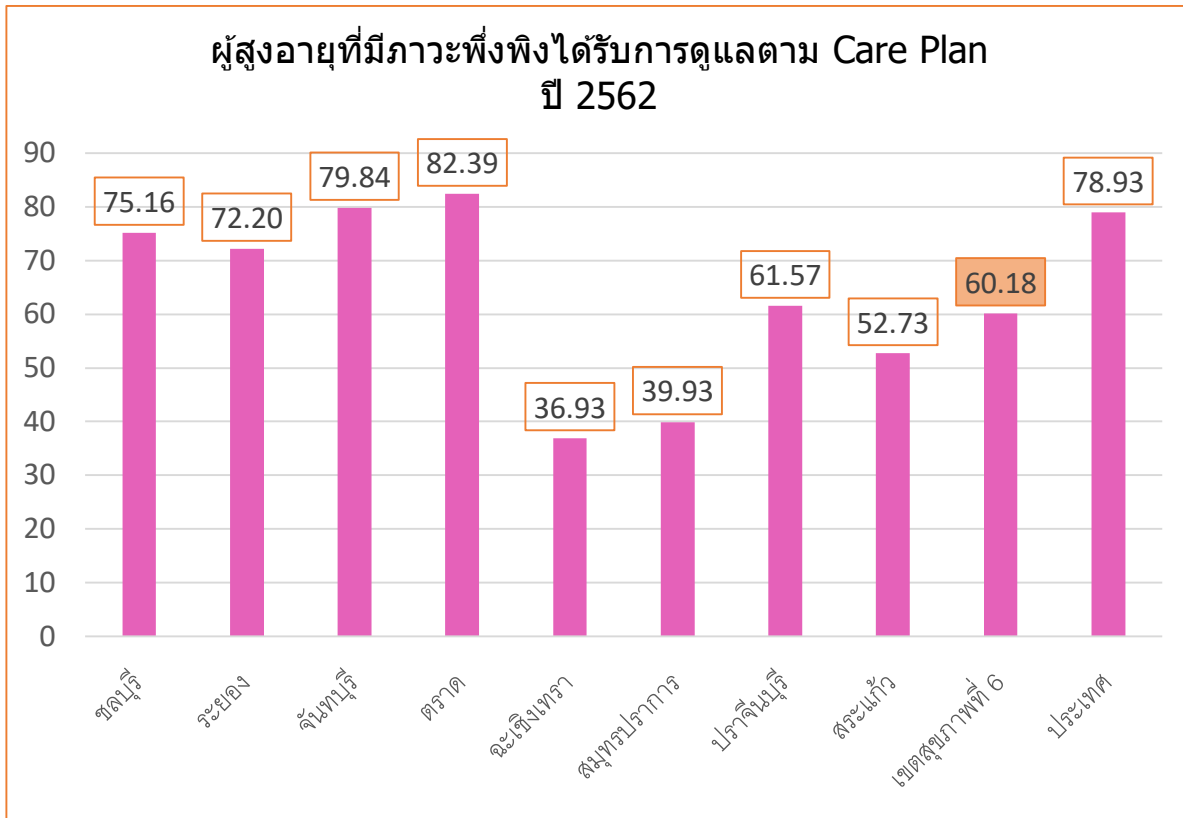
ตัวชี้วัด ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 80



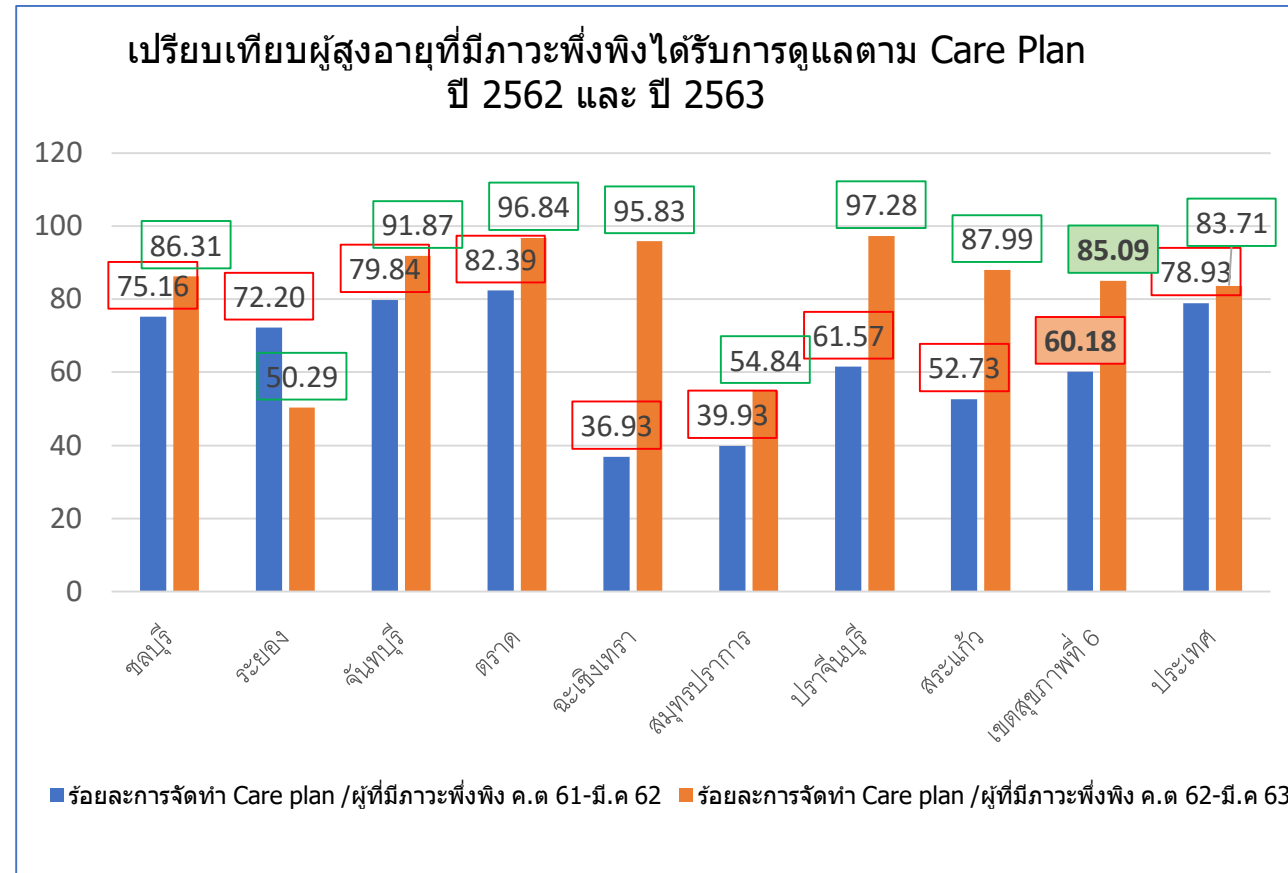
ที่มา: ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 23 มีนาคม 2563

ผลการดำเนินงาน : ผู้สูงอายุคุณภาพ

ตัวชี้วัด ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 80



ที่มา: โปรแกรม LTC กรมอนามัย ณ วันที่ 23 มีนาคม 2363



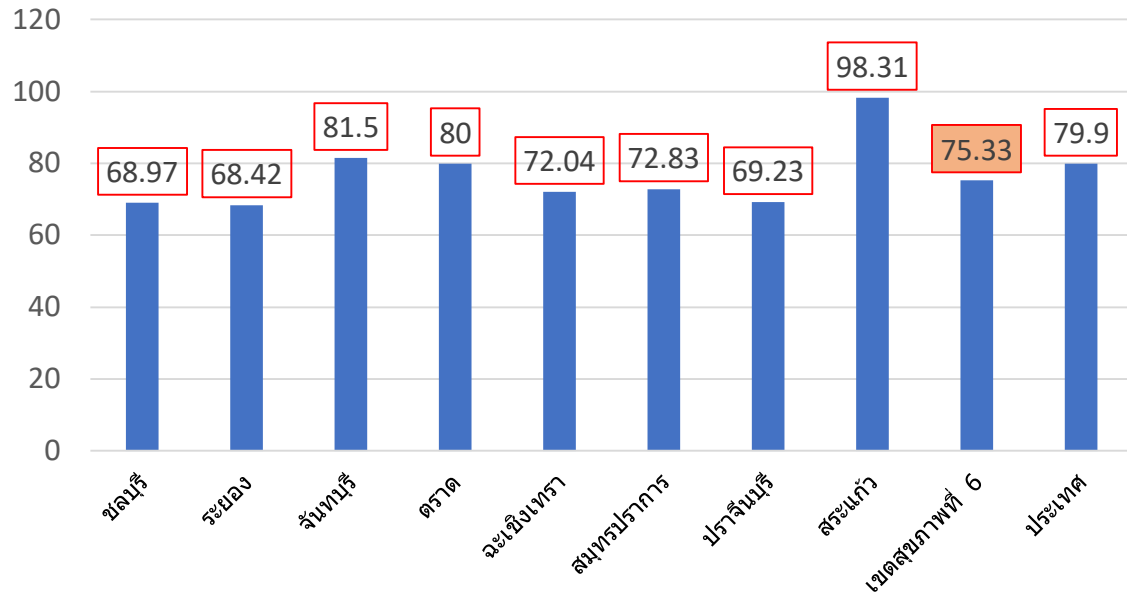
สรุปสถานการณ์

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ปีงบประมาณ 2563 ไตรมาสที่ 1 ร้อยละ 85.09 สูงกว่าค่าเป้าหมาย จังหวัดที่ผ่านค่าเป้าหมายได้แก่ จังหวัด ชลบุรี จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว และมี 2 จังหวัดที่ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย จังหวัดสมุทรปราการ (ร้อยละ 54.84) และระยอง (ร้อยละ 50.29)

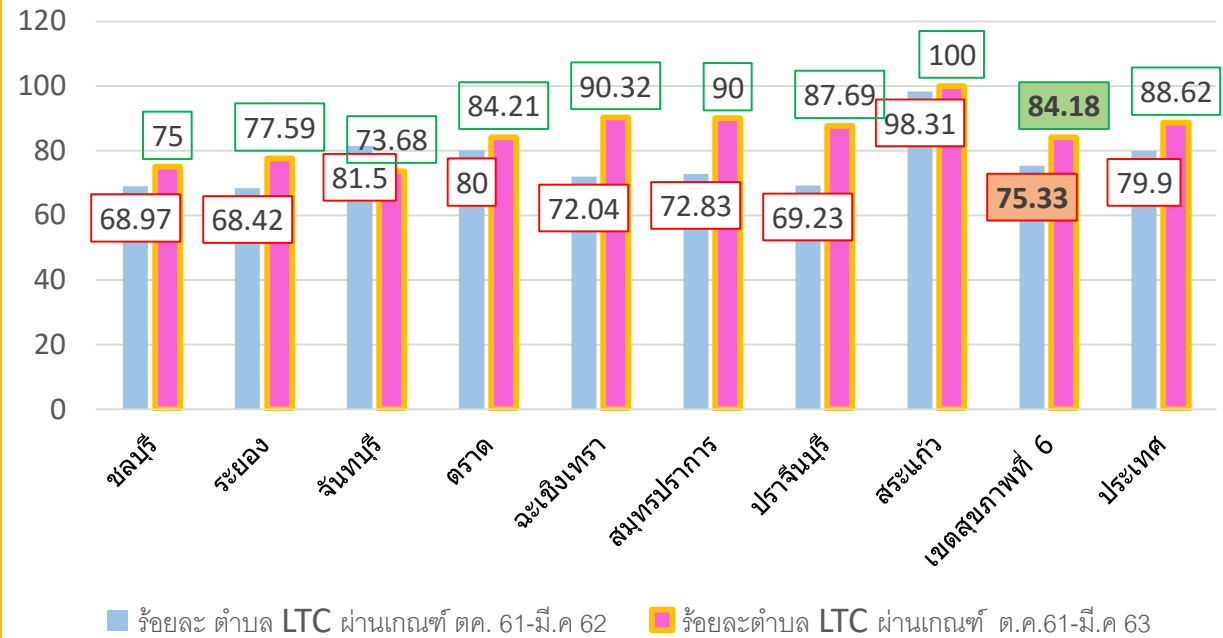
ผลการดำเนินงาน : ผู้สูงอายุคุณภาพ

ตัวชี้วัด ตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80

ตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ 2562



เปรียบเทียบ ตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ปี 2562 และ ปี 2563



สรุปสถานการณ์

ตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ปีงบประมาณ 2563 ไตรมาสที่ 1 ร้อยละ 84.18 สูงกว่าค่าเป้าหมาย จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ทุกตำบล ได้แก่จังหวัดสระแก้ว (ร้อยละ 100) จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ (ร้อยละ 90) จังหวัดฉะเชิงเทรา (ร้อยละ 86.02) จังหวัดตราด (ร้อยละ 81.57) และปราจีนบุรี (ร้อยละ 87.69) ส่วนจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70 ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง และจันทบุรี

ผลการดำเนินงาน : ผู้สูงอายุคุณภาพ

ข้อค้นพบ

- ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพ
ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ **84 ตำบล** เนื่องจาก
- ตำบลยังไม่มี การดำเนินงาน จัดตั้ง ชมรมผู้สูงอายุ
 - ตำบลอยู่ในขั้นตอนการประเมินใหม่

โอกาสการพัฒนา

1. เยี่ยมเสริมพลัง /ติดตามประเมิน และขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC), ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งประสานเครือข่ายระดับตำบลเบิกจ่ายงบกองทุน LTC เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง
2. สนับสนุนการใช้โปรแกรม Long Term Care (3C) Care Manager, Caregiver, Care Plan ระดับพื้นที่ เพื่อการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม
3. ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มสุขภาพดี เพื่อยืดระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยใช้กลไกชมรมผู้สูงอายุ /โรงเรียนผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกอำเภอ
4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน เพื่อทราบปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา-อุปสรรคการดำเนินงาน และจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานดีเด่น เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีในการขยายผลต่อไป

Thank You.

REGIONAL HEALTH PROMOTION CENTER 6 CHONBURI.



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

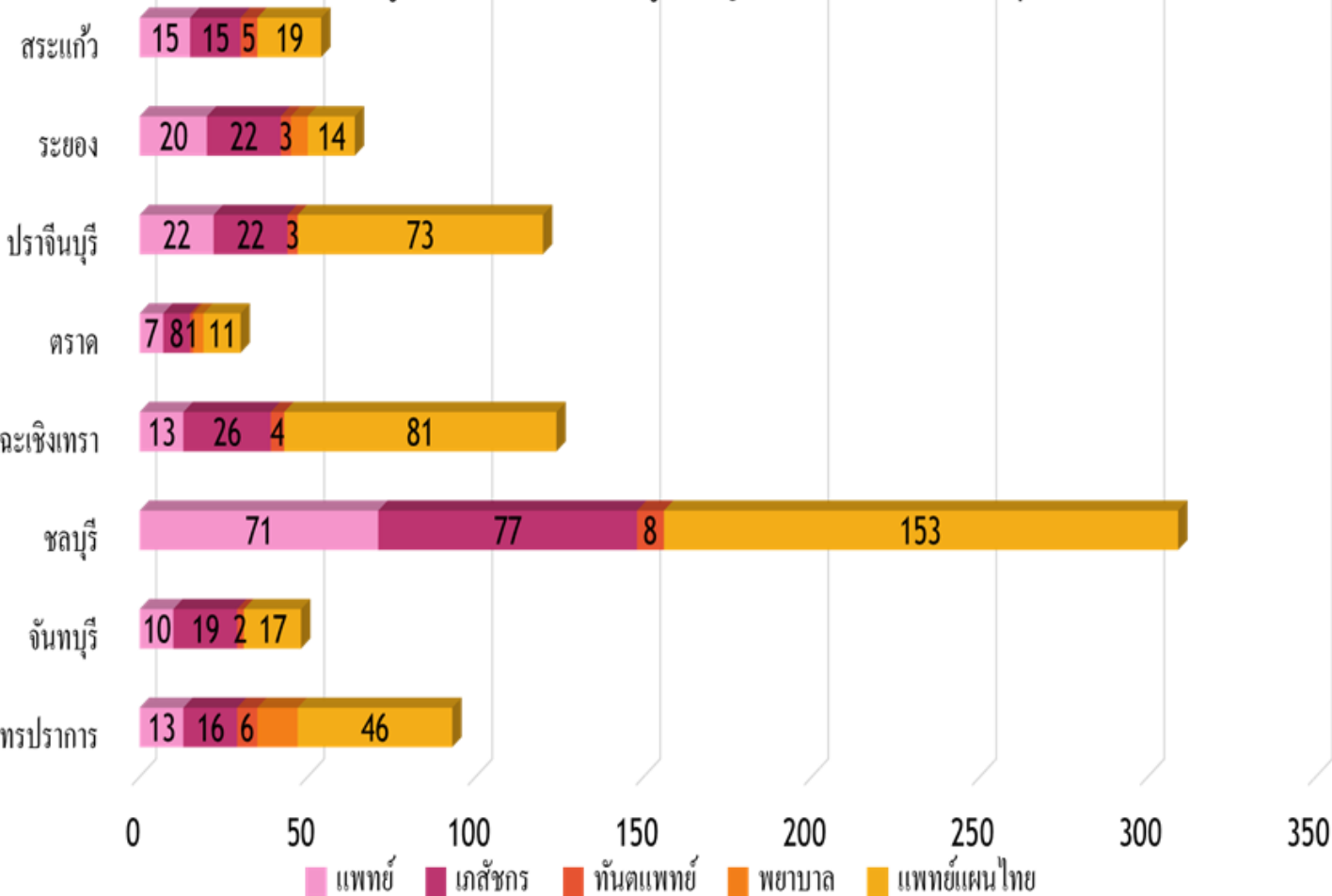


ประเด็นที่ 2 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ หัวข้อ 2.1 กัญชาทางการแพทย์

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 ความดันตก
		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

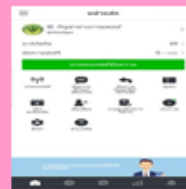
- โรงพยาบาลสมุทรปราการ มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องในโรคที่ได้ประโยชน์ โรคที่น่าจะได้ประโยชน์ อาการข้างเคียง โทษของสารสกัดกัญชาทางการแพทย์หากใช้ในทางที่ผิดกับอาสาสมัคร พยาบาล และประชาชนที่สนใจ
- โรงพยาบาลบางพลีมีการทำ case discussion ในกลุ่มแพทย์ เภสัชกร พยาบาล 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

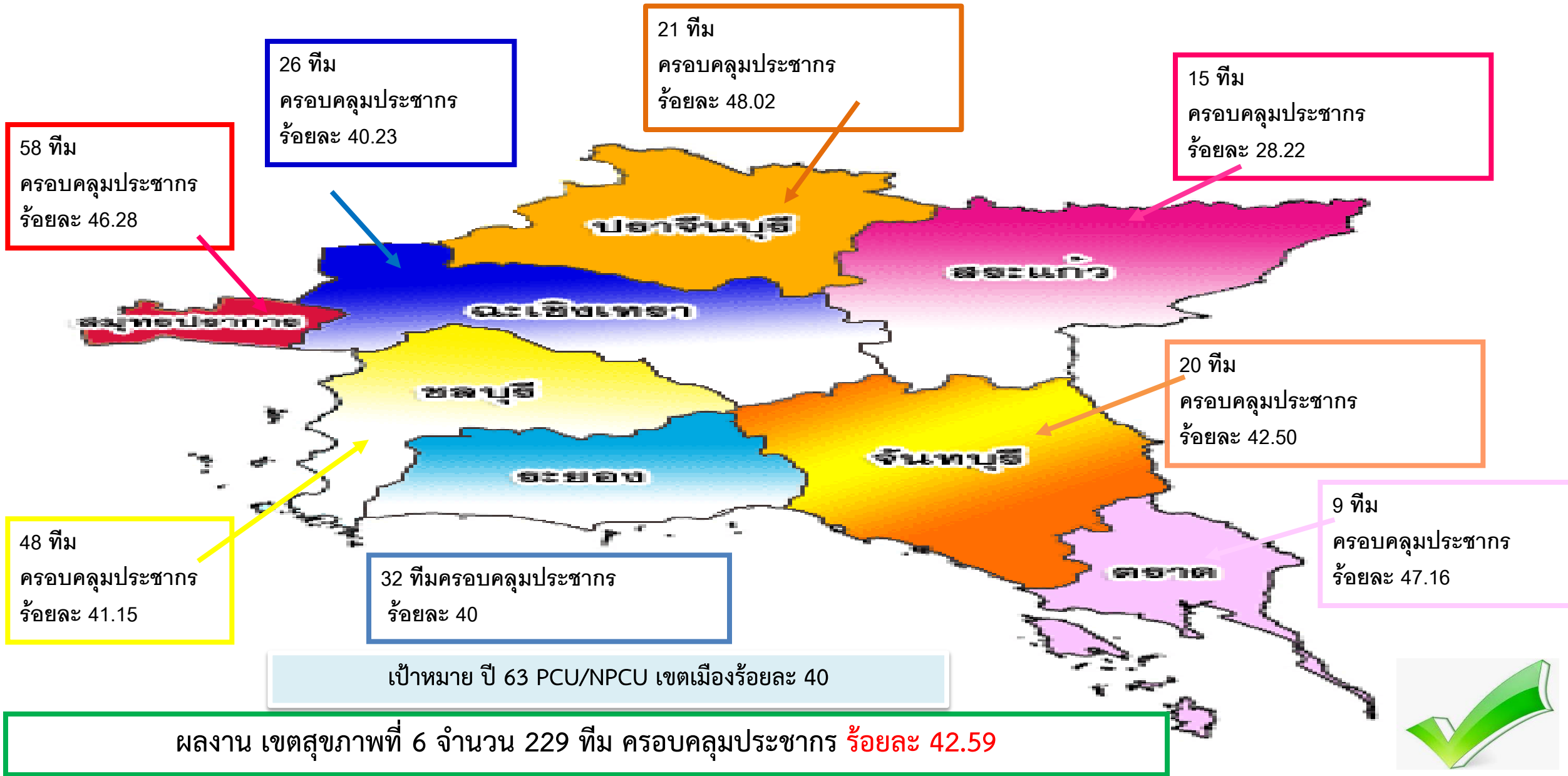


ประเด็นที่ 4 : ลดแออัด ลดรอยคอย

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ



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



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

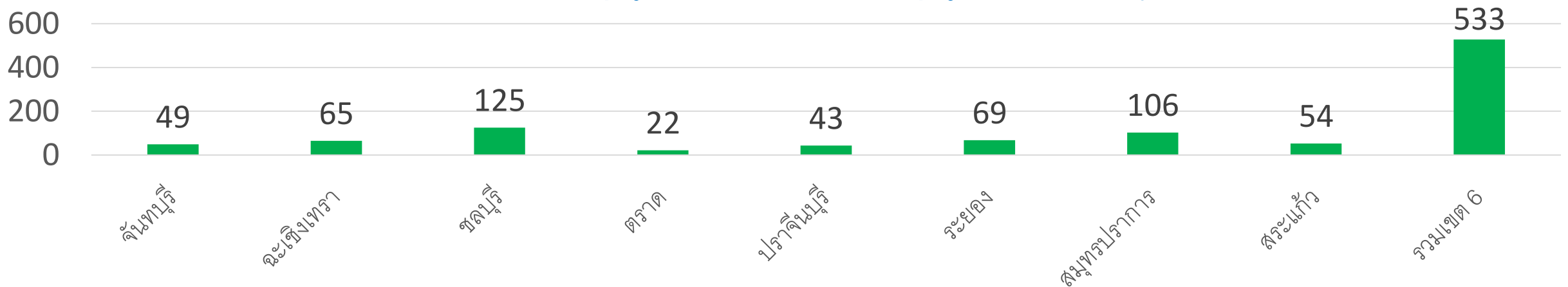


Small success

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 ลดรอคอย

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/ยาที่ได้รับยา

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 เพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางให้กับผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้มีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 8 ราย

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 มีหน้าจอสั่งจ่าย ลำดับคิว
- 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

6 เดือน

- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital

- 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 พร้อมการเชื่อมต่อระบบสารสนเทศทางการแพทย์ลดความแออัดในการรอคิวตรวจร่างกาย
- AI Chat Bot Platform รูปแบบของการโต้ตอบ และชุดคำถาม คำสนทนากับระบบ อัจฉริยะเพื่อช่วยคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบการส่งงานด้วยเสียงและระบบวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อแพทย์ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวินิจฉัยโรค Intelligent Virtual Medical Assistant and Clinical Decision Support System (CDSS)

ชลบุรี

- ระบบ Cold Chain เพื่อรักษาอุณหภูมิของตู้แช่วัคซีนหรือคลังยาให้ได้มาตรฐานและมีการแจ้งเตือนผ่านระบบ Line Notify

โรงพยาบาลชลบุรี

SMART OPD CBH plus app

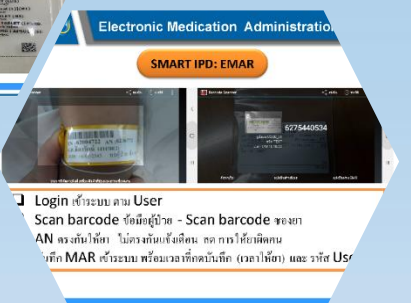
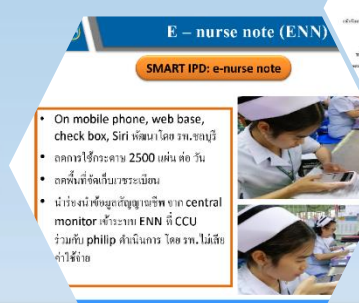
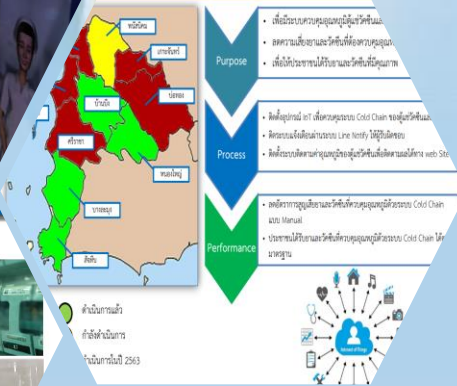
SMART IPD

>E – nurse note (ENN)

>e-room reservation ระบบจองห้อง ทุกแห่งใน รพ.จองได้

>จัดยา Unit dose ด้วยตู้จัดยาอัตโนมัติ

>Electronic Medication Administration Record



E – nurse note (ENN)

SMART IPD: e-nurse note

- On mobile phone, web base, check box, Siri เพิ่มโดย รพ.ชลบุรี
- ลดการใช้กระดาษ 2500 แผ่น ต่อ วัน
- ลดพื้นที่จัดเก็บกระดาษ
- นำร่องนำข้อมูลเข้าสู่จอจอ central monitor เครื่อง ENN ที่ CCU ร่วมกับ philip คำนวณโดย รพ. ไม่เสียค่าใช้จ่าย

SMART IPD: EMAR

Login เข้าสู่ระบบ User
Scan barcode ขีดมีที่ขาด - Scan barcode ของภา
AN ลงระบบให้ใช้ - ไม่รบกวนแจ้งเตือน คลงาให้ผลิต
ทุก MAR ให้ระบบ พร้อมเวรที่กดบันทึก (เวลาให้ยา) และ รหัส Us

นวัตกรรม

**ระยอง
โรงพยาบาลระยอง**

Health Connect - SSB

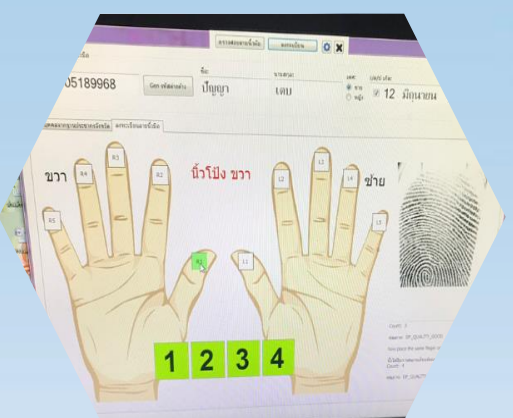
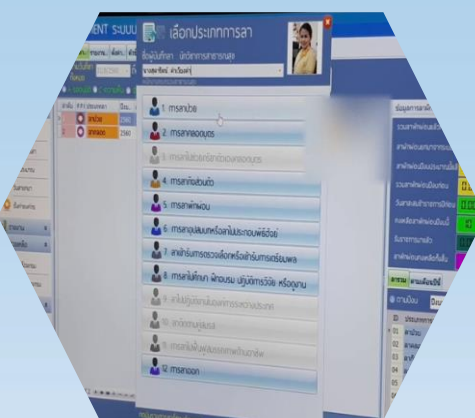
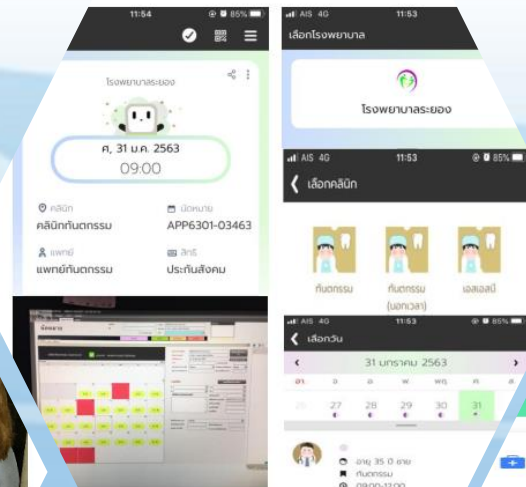
- แก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล
- แจ้งอาการป่วย
- ตรวจสอบสิทธิ์
- นัดหมาย เลือกแพทย์ แสดงสถานะคิว
- ตรวจสอบสถานะคิว (จากตู้ หรือจาก application)
- รับข้อมูลนัดหมายผ่าน application

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



บันทึกทางการแพทย์ที่ค่าใช้จ่ายสูง

รพ.ศ.บร.	รพ.สธ.	รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ร.	รพ.รช.	รพ.รชช.	รพ.รชชช.	รพ.รชชชช.	รพ.รชชชชช.
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	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

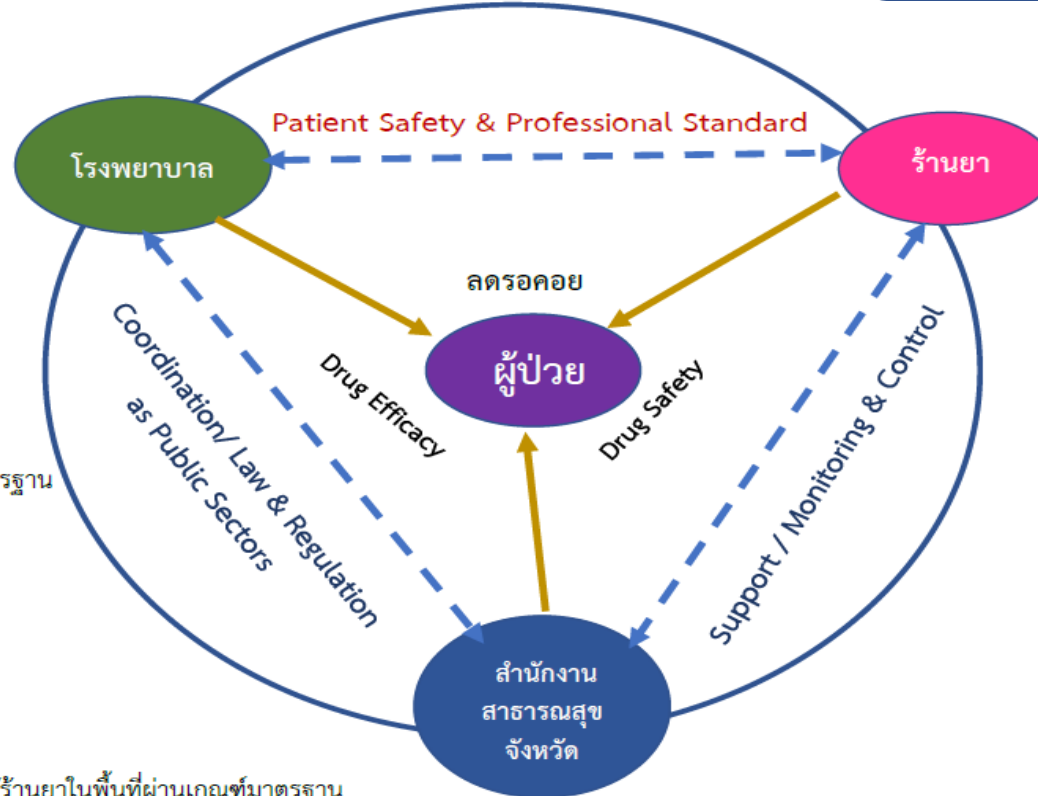
บทสรุป ทีมนิเทศ กบรส.
การดำเนินงานโครงการลดแอ๊ดโดยการรับยาที่ร้านยา
โดย ดร.ภญ สุชาดา จาปะเกษตร
ภก.พงษ์ณวัฒน์ สมบัติภูธร

เป้าหมาย:

- ลดแอ๊ด (vitsit)
- ลด/ไม่เพิ่ม ภาระงาน

กิจกรรม:

- ปชส. โครงการ/ร้านยา
- คัดกรองผู้ป่วย
- สหวิชาชีพทำงานร่วมกัน
- ค้นหาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยพร้อมคำแนะนำ
- จัดยา และ/หรือ ส่งข้อมูลที่เป็นจำเป็นให้ร้านยา
- 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

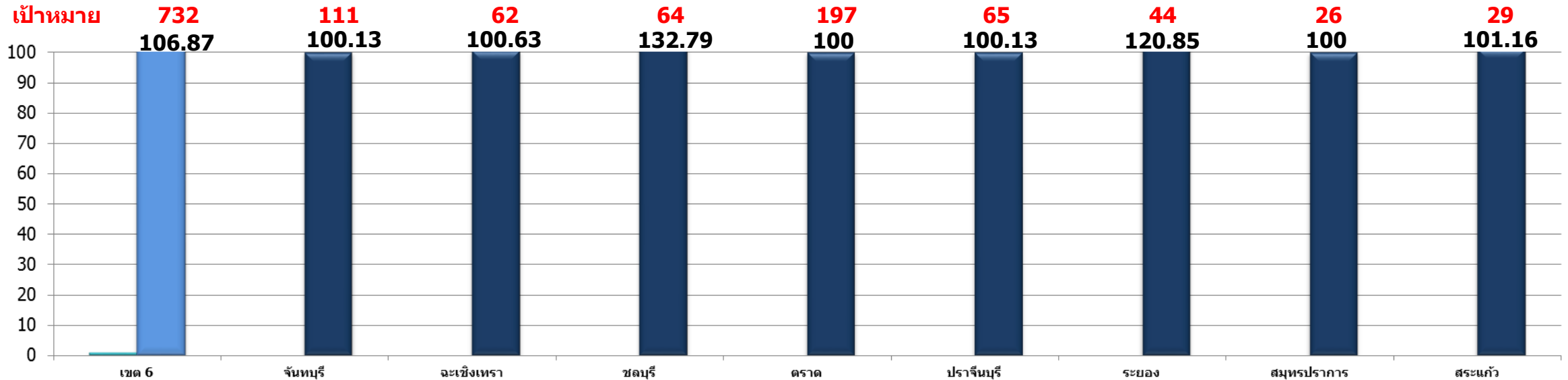
ทีมหมอครอบครัว อสม.
ภูมิใจรับใช้ประชาชน





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

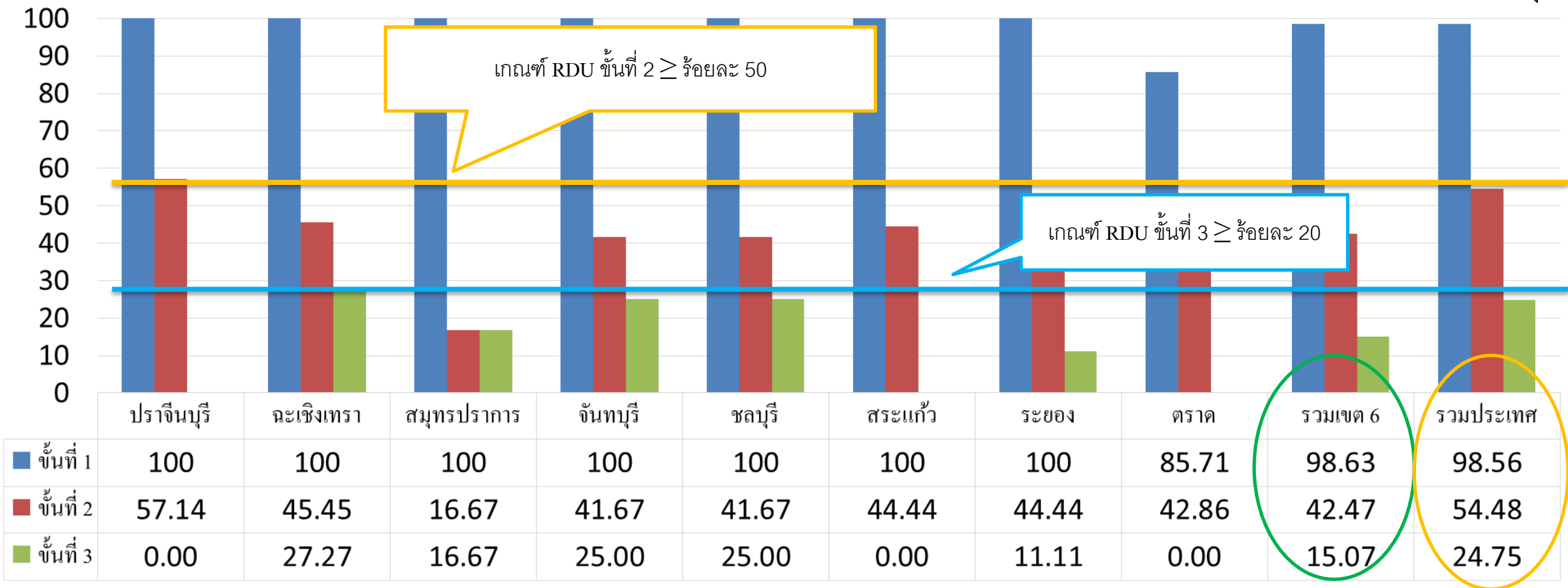


ตัวชี้วัดตรวจราชการ ปี 2563
 RDU ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
 RDU ชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20

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

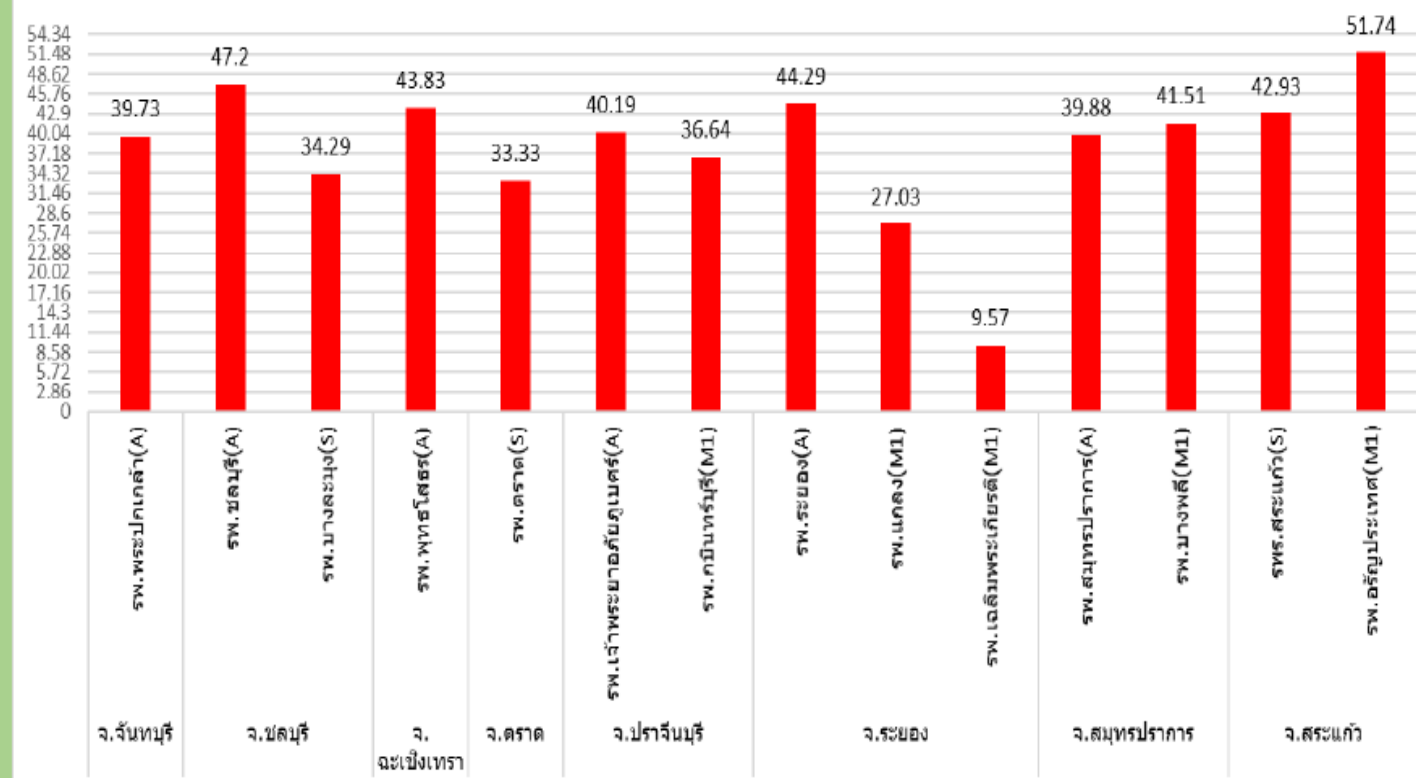
ร้อยละ 7.5 ภายในไตรมาสที่ 4/2563

ผลประเมินตรวจราชการ ครั้งที่ 1/63

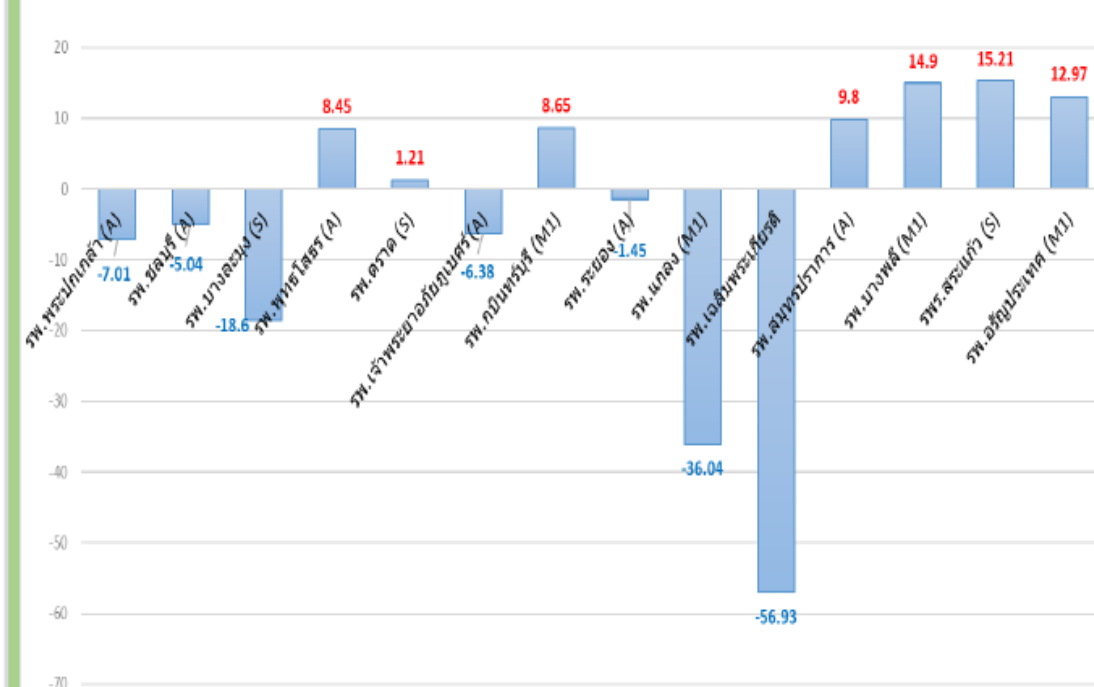
รพ. ที่ผ่านเกณฑ์อัตราการติดเชื้อดื้อยาในไตรมาส
ที่ 2/2563 ลดลงร้อยละ 5 จำนวน 6 แห่ง

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

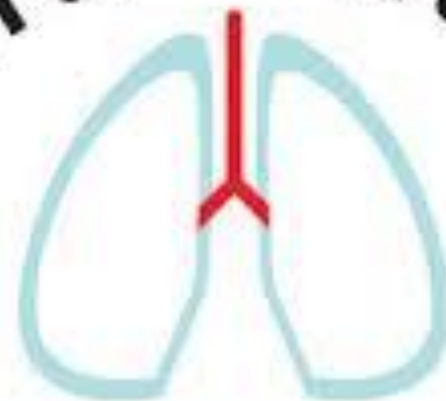
- ประสานความร่วมมือในทีมทำงาน AMR เพื่อนำข้อมูลไปสู่การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและเครือข่ายในระดับจังหวัด
- จัดเรียงความสำคัญของปัญหาและทรัพยากรที่ต้องการให้ผู้บริหารสนับสนุนการดำเนินงาน AMR
- วิเคราะห์แนวโน้มและขนาดปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาในชุมชน (community acquired infection, 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

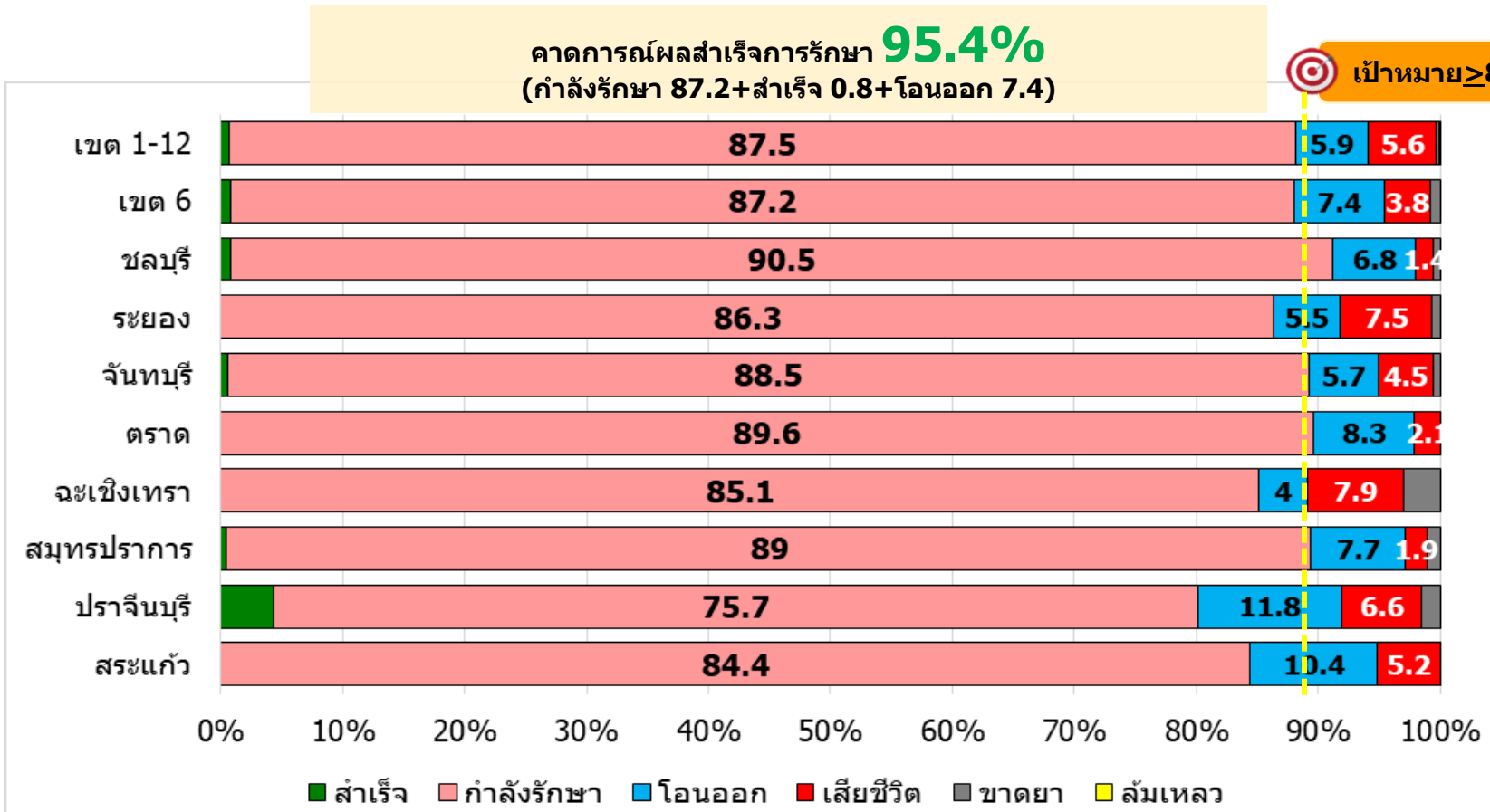
1

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



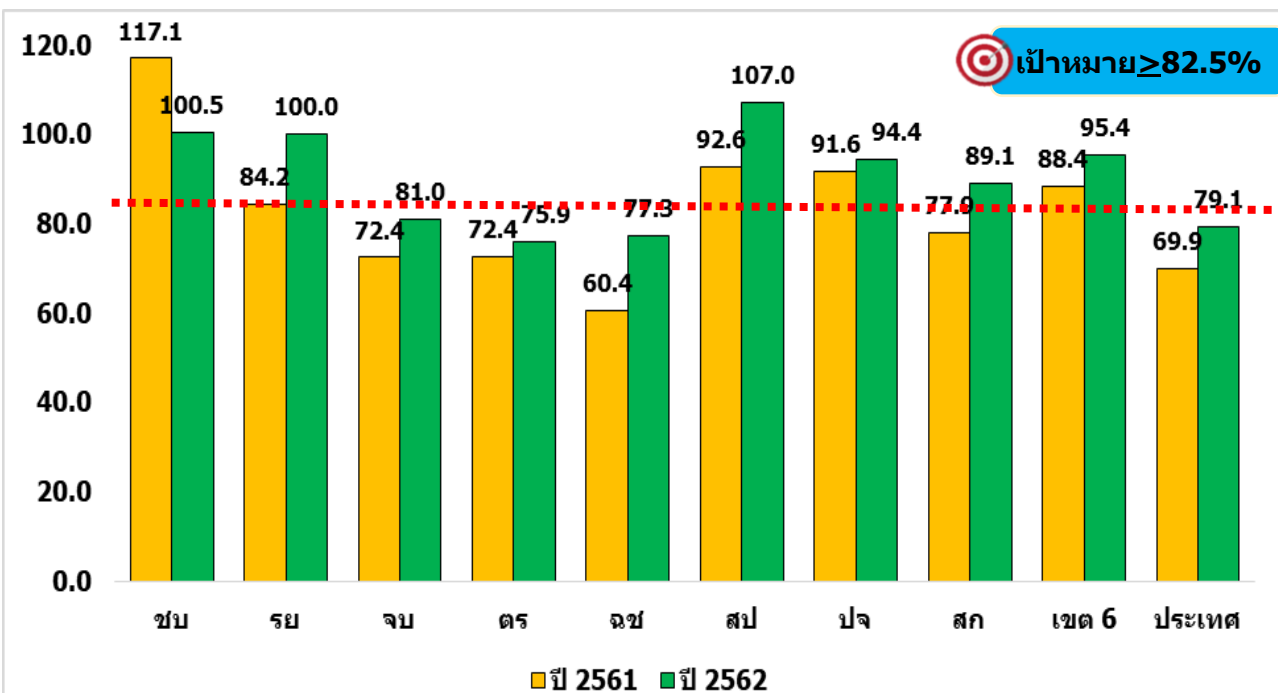
เขต/จังหวัด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เขต 1-12	656	5.6
เขต 6	55	3.8
ชลบุรี	7	1.4
ระยอง	11	7.5
จันทบุรี	7	4.5
ตราด	1	2.1
ฉะเชิงเทรา	8	7.9
สมุทรปราการ	4	1.9
ปราจีนบุรี	9	6.6
สระแก้ว	8	5.2

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%



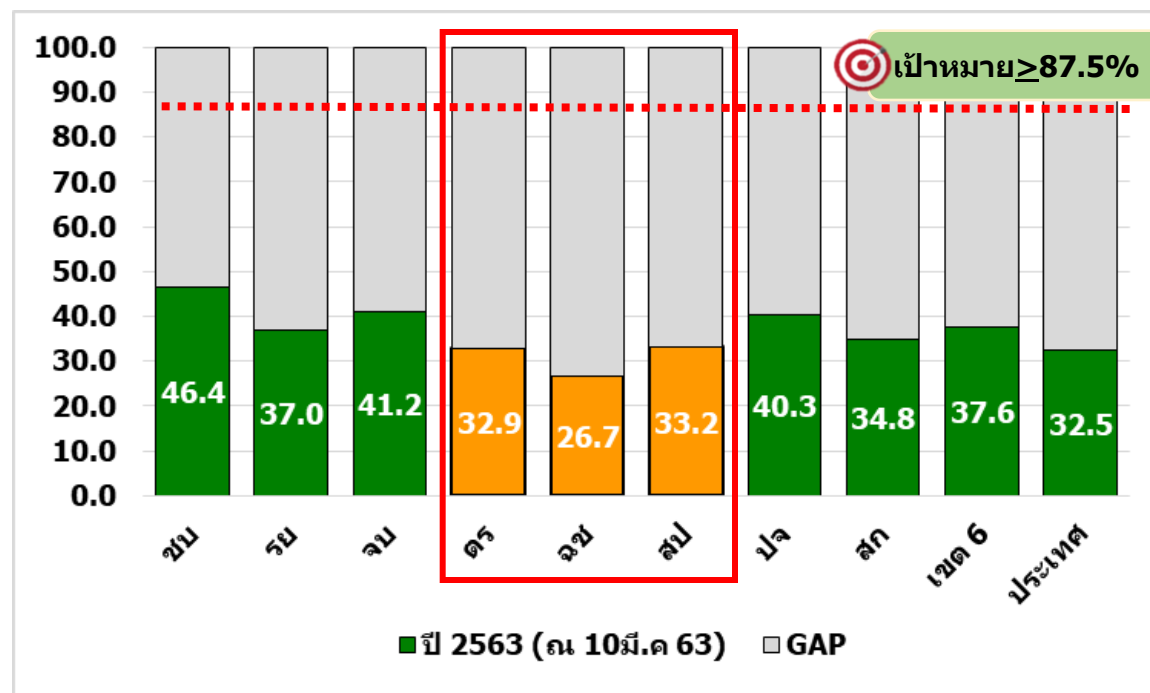
ความครอบคลุมการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา
เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2561-2562



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

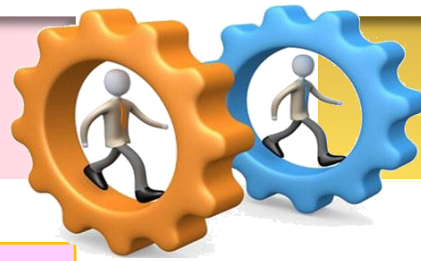
ความครอบคลุมการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา
เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2563



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

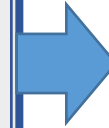
ข้อค้นพบ



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

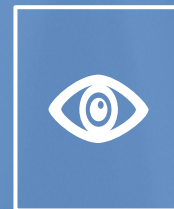
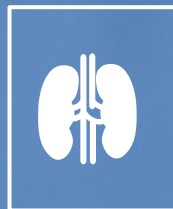
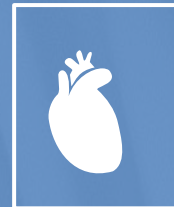
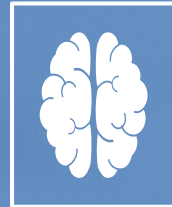


- สสจ./รพ. ควรกำกับการขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NTIP ให้เป็นปัจจุบัน (ภายใน 7 วัน หลังมีผลแลบยืนยัน) (ตามเกณฑ์ของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558)
- โรงพยาบาลตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยว่าขึ้นทะเบียนครบถ้วนหรือไม่ เช่น ตรวจสอบจากทะเบียน TB01, TB03, TB04 ทะเบียนชั้นสูตร, ICD10, ฐานข้อมูลการสั่งยา เป็นต้น
- รพ./รพ.สต./อสม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

เรา  บุคลากรทางการแพทย์
You Are Our Heroes



สรุปการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 6 ครั้งที่ 1 ปี 2563



ตรวจราชการปี 2563

Service Plan กรมการแพทย์



STROKE



TRAUMA



STEMI



ONE DAY SURGERY

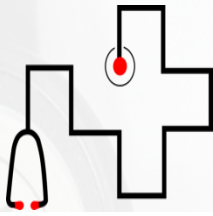


INTERMEDIATE

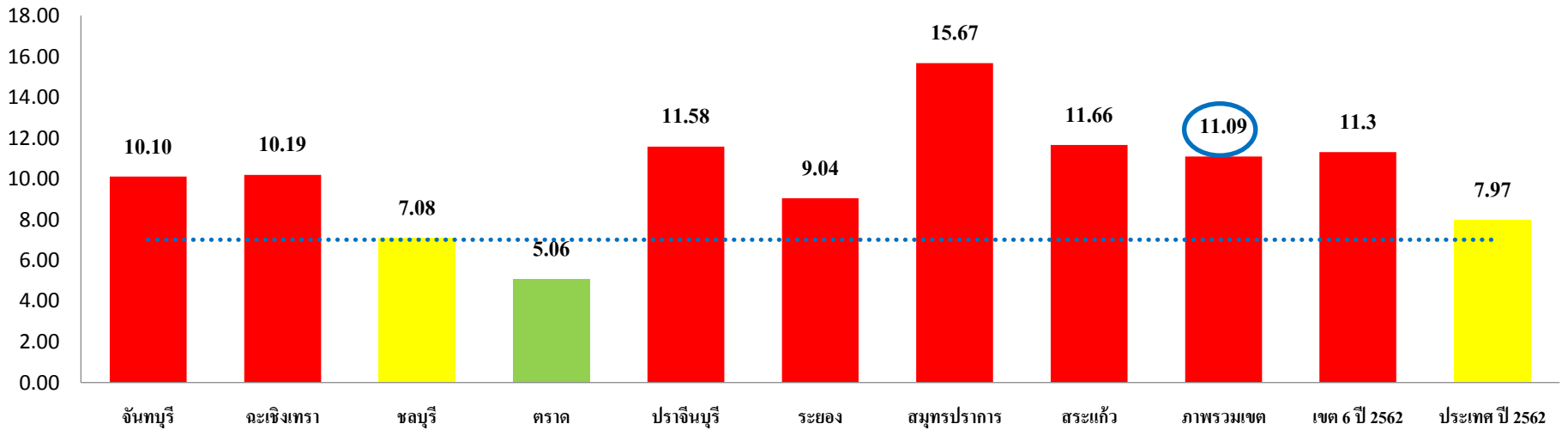




Stroke ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

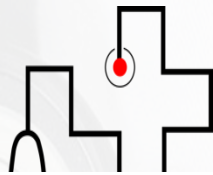


อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมาย < 7%

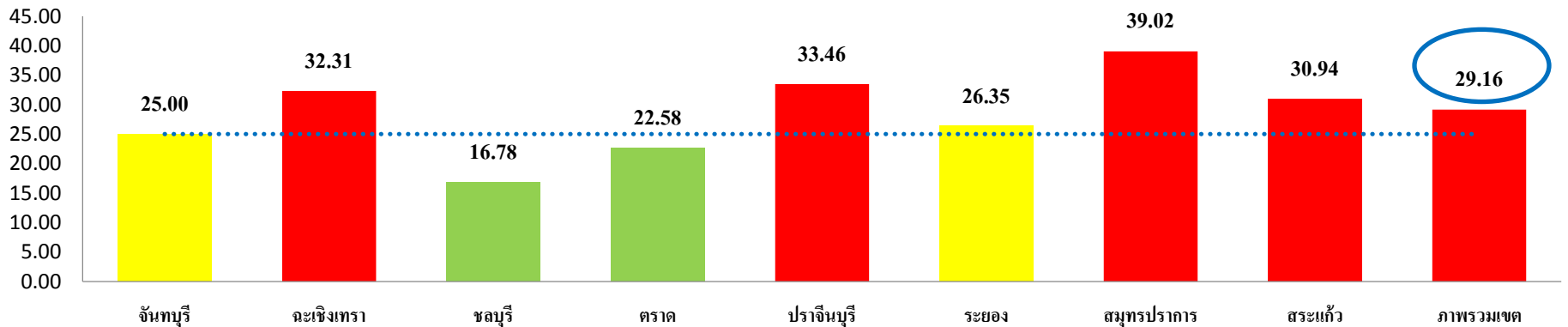


ตัวชี้วัด	KPI	ผลลัพธ์
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	<25	29.16
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	<5	4.25
Door to needle time ภายใน 60 นาที	≥60	68.59
Door to Stroke Unit ไม่เกิน 72 ชั่วโมง	≥50	70.46

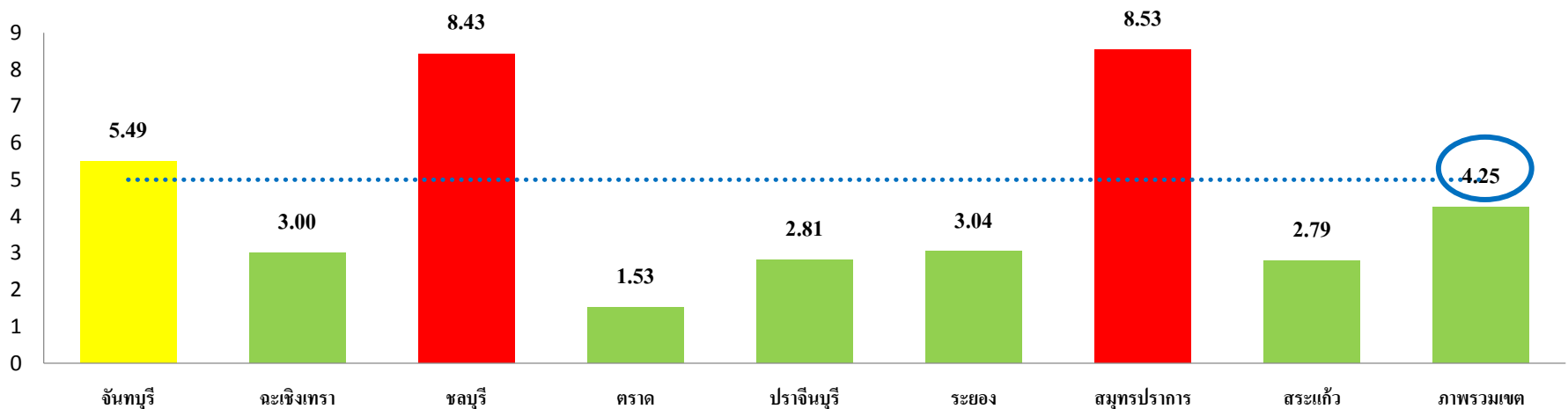
Stroke ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เป้าหมาย < 25%

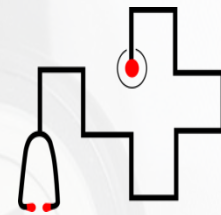


อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน เป้าหมาย < 5%



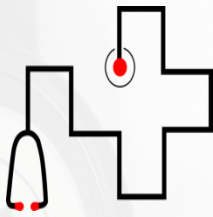


Stroke ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ข้อเสนอแนะ	ส่วนกลางสนับสนุน
<ul style="list-style-type: none">-การบูรณาการทำงานร่วมกันกับผู้ดูแลผู้ป่วย Primary Prevention-การประชาสัมพันธ์โดยการใช้สื่อสาธารณะและเครือข่ายสุขภาพให้ประชาชนทราบถึง Warning Sign เพื่อการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว-มีการจัดทำ Standing Order (Planning D/C) และให้ทุก รพ ใช้แนวทางเดียวกัน ร่วมกับพัฒนา work flow stroke fast tract (Thrombectomy)-การเปิดอบรมบุคลากรในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะทาง (Basic stroke course , Advance stroke) และมีการอบรม อสม. เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โภชนาการ และการเข้าถึงบริการ EMS-มีแผนลงนิเทศระบบการให้บริการ ของ รพช. ในจังหวัด-มีการ Set แนวทางการส่งต่อที่ชัดเจน โดยเฉพาะ IMC และ OPD case-เพิ่มอัตรา Stroke Unit-พัฒนาระบบ Telemedicine ระบบ Telemedicine for rt-PA ใน รพ ที่ยังไม่สามารถเข้าถึง	<ul style="list-style-type: none">-แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก-การจัดทำโครงการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันโดยวิธีการทำ Thrombectomy ในเขตสุขภาพ 6-จัดอบรมโครงการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคหลอดเลือดสมอง-พัฒนาโครงการการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ SKY DOCTOR SYSTEM : (HEMS & FW)

กองทุนรักษาโรคเสื่อมเลือดสมองอุดตัน



โครงการสุขภาพ

กองทุนรักษาโรคเสื่อมเลือดสมองอุดตัน



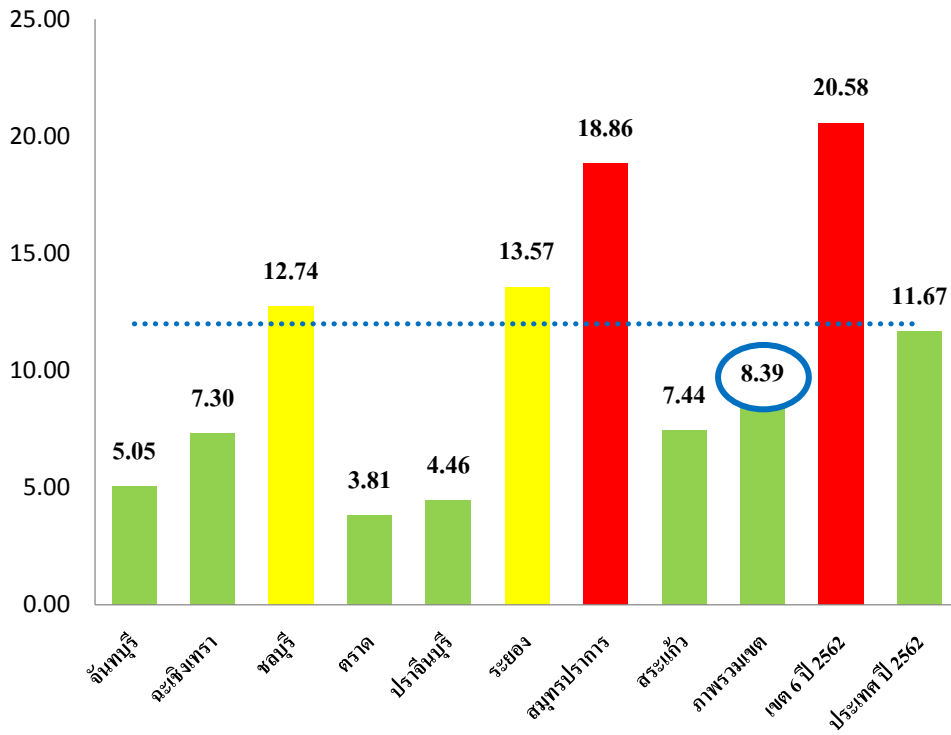


Trauma ตัวชี้วัดหลัก : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1)



ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล A, S, M1

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
เป้าหมาย < 12%

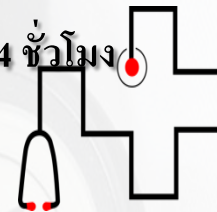


ตัวชี้วัดย่อย	เกณฑ์	ร้อยละ
อัตราของผู้ป่วย Trauma triage level 1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดภายใน 60 นาที	>80	29.41
อัตราของผู้ป่วย Trauma triage level 1 ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ภายใน 2 ชั่วโมง	>60	67.25
อัตรตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง	<45	24.19
TEA Unit ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ (>20 คะแนน)	>50	71.43
โรงพยาบาลระดับ F2 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS (> ร้อยละ 50)	>80	98.51



Trauma

ตัวชี้วัดหลัก : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง



ในโรงพยาบาล A, S, M1 เป้าหมาย < ร้อยละ 12

ข้อเสนอแนะ

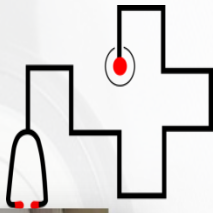
- การขาดอัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอ ได้แก่ ศัลยแพทย์ทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ
- จัดโครงการสำหรับแพทย์ เช่น พี่ช่วยน้อง ในการแนะนำระบบการทำงานต่าง ๆ
- การพัฒนาระบบ Fast track blunt abdominal injury , Fast track head injury , Fast Track Vascular Injury และ ทำ MOU กับโรงเรียนแพทย์สร้าง Network ระดับเขต
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลเดียวกันทั่วประเทศ
- พัฒนาระบบ Triage ประเมินและฟื้นฟู
- พัฒนาเรื่อง Satisfaction & Safety ของทั้ง 2P ร่วมพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทั้งรพ.
- ประสานงานหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแผนการป้องกันการเกิดความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ และการซ่อมแผน
- เปิด OPD นอกเวลาถึง 20.00 น. หรือเพิ่มห้องตรวจนอกเวลา และมีห้องทำแผล, ห้องเปลี่ยนสาย NG หรือมาฉีดยาตามนัดแยกต่างหาก
- สร้างจิตสำนึกให้ผู้ขับขี่ปฏิบัติตามกฎจราจร (Health Literacy), การดื่มสุราขณะขับขี่

ส่วนกลางสนับสนุน

- ระบบการจัดการข้อมูลของผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุ
- ตัวชี้วัดหลัก เกี่ยวข้องกับหลายสาขา หลายแผนกเพราะเป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ทำให้การพัฒนาไม่เป็นแบบองค์รวม
- ควรมีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดให้เหมาะสมกับ Service Plan Trauma
- TEA unit อยู่ในสาขา Service Plan Trauma แต่เมื่อทบทวน case ของ TEA unit จึงมีคำถามจากทุกแผนกในเรื่องของความซับซ้อนและอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน



Best Practice Trauma

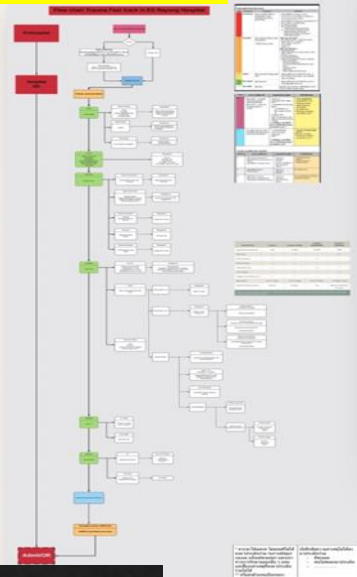


TOT Help call center

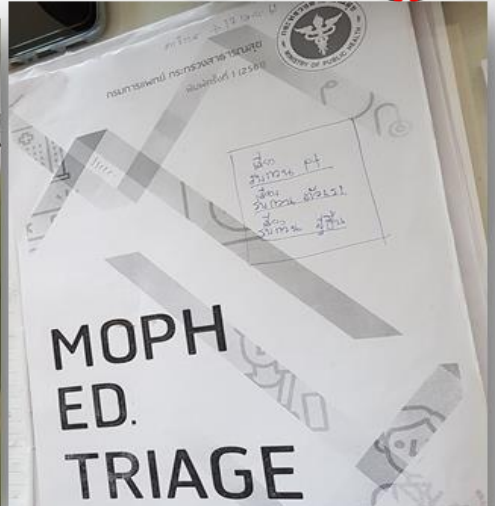
ระบบแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินแสดงผลอัตโนมัติ
TOT Help Call Center



Flow Trauma



EP Training Intern N
urse ER



MOPH Triage รูปแบบเดียวกัน
ทั้งจังหวัดระยอง

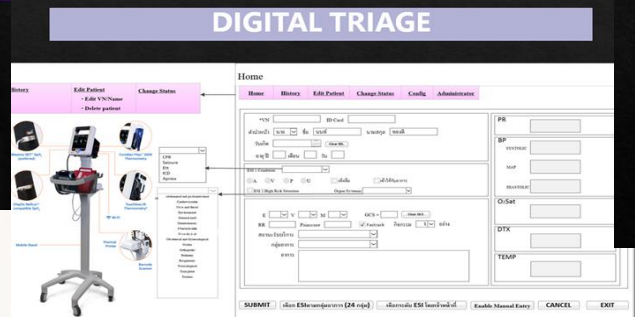
Wristband identify patient and Medical duty



Innovation

Lab investigation

◇ EPOC Lab emergency สำหรับผู้ป่วย resuscitation



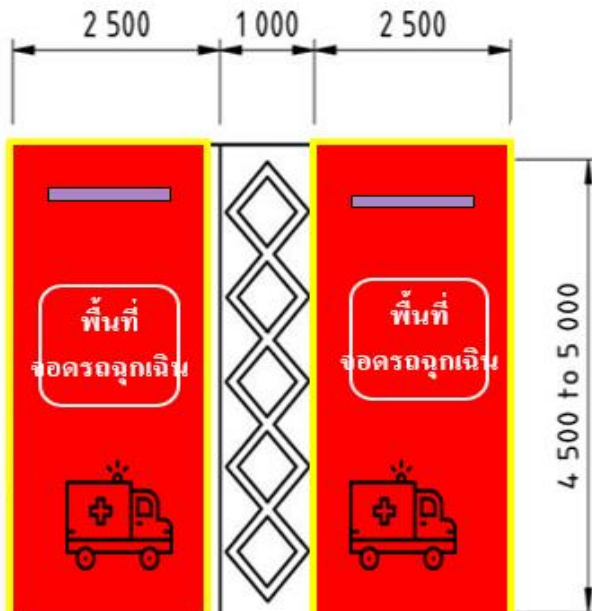
Best Practice Trauma



โครงการ พื้นที่ฉุกเฉิน เต็มต่อชีวิต

ขอความร่วมมือ สถานีน้ำมัน เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย
 เนื่องจากการรับส่งไหล่ทางถนนไม่มีความปลอดภัย
 ในพื้นที่อุบัติเหตุสูงอย่างจังหวัดระยอง

Dimensions in millimetres

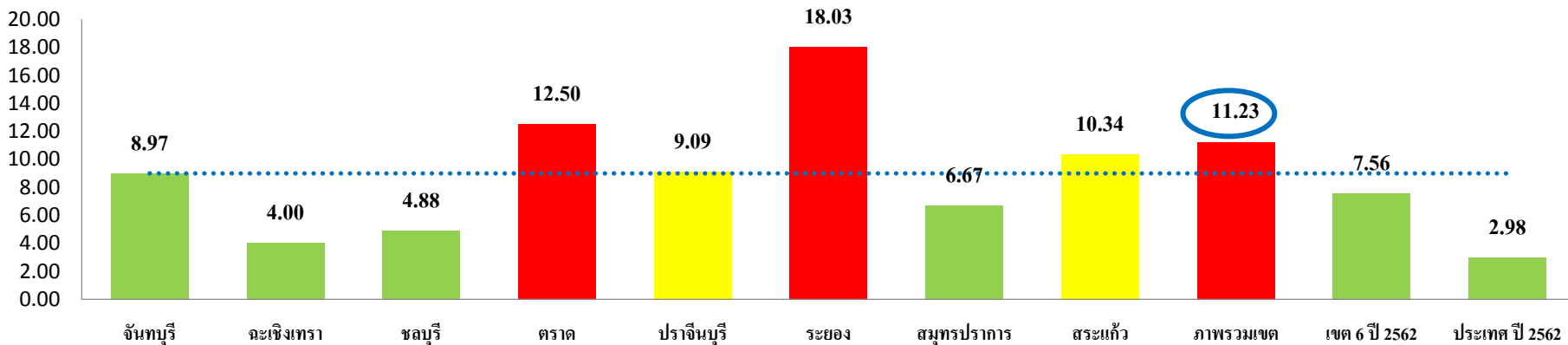




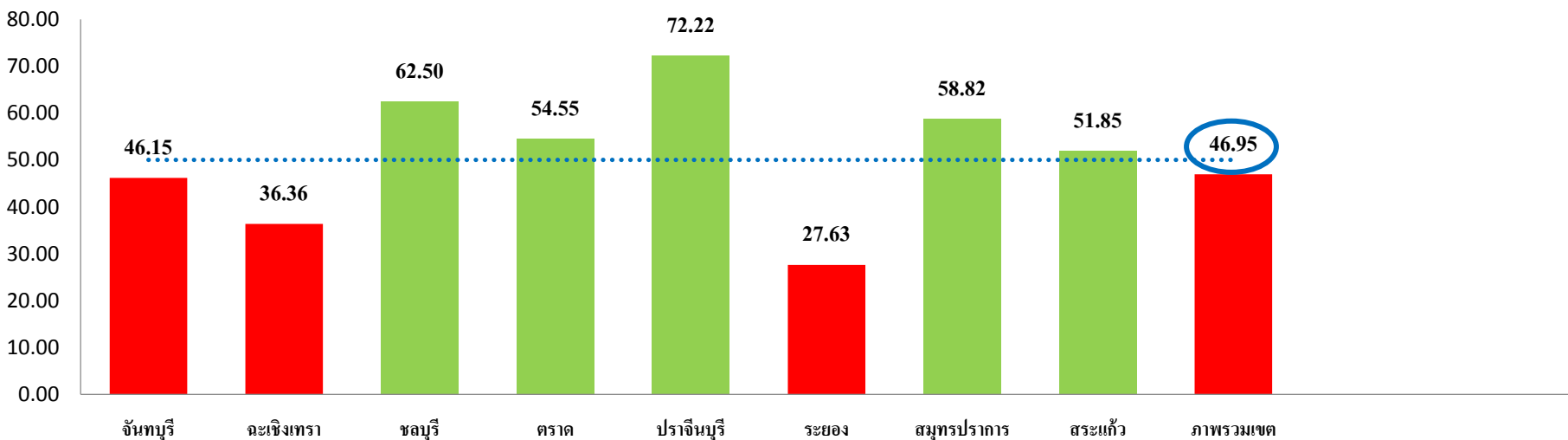
STEMI ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ



อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป้าหมาย \leq ร้อยละ 9

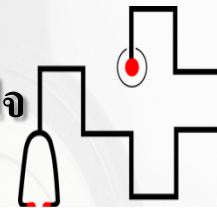


การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐาน เป้าหมาย \geq ร้อยละ 50





STEMI ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

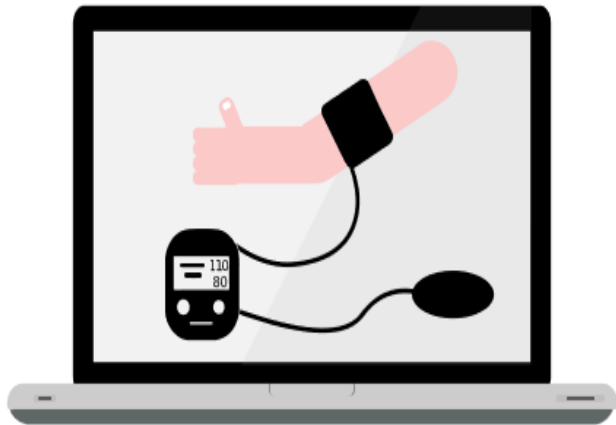


ข้อเสนอแนะ

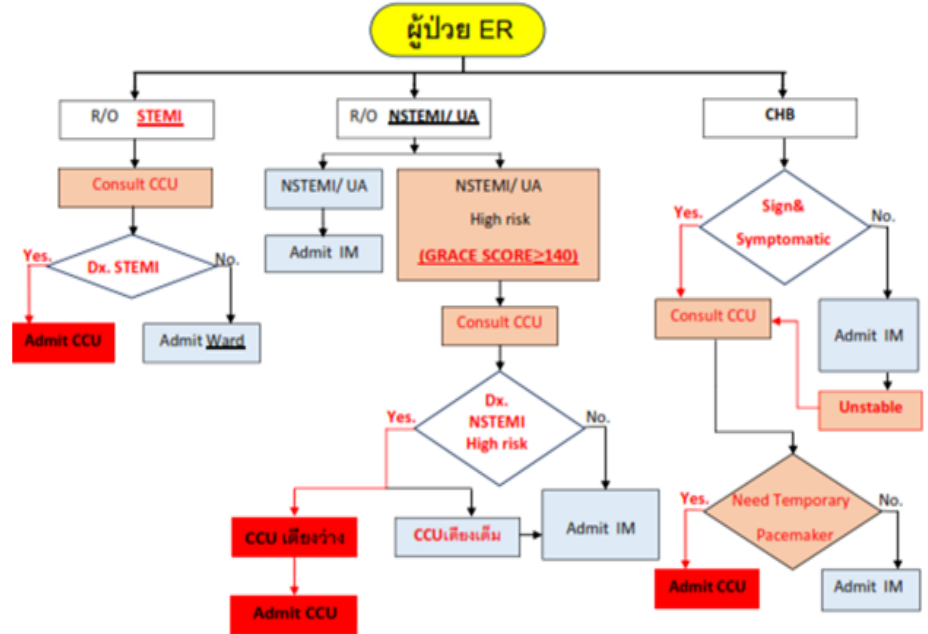
ส่วนกลางสนับสนุน

- จัดประชาสัมพันธ์เรื่อง STEMI Alert เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงและเข้ารับบริการได้อย่างทันเวลา
- การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลและสามารถประมวลผลได้
- เพิ่มบุคลากรให้เพียงพอต่อภาระงาน
- พัฒนาระบบ STEMI fast track ในแต่ละ รพช.
- จัดอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะแพทย์หมุนเวียนใหม่ในจังหวัด ถึงแนวทางปฏิบัติและแนวทางการปรึกษาCase กรณีสงสัย STEMI
- จัดอบรมการอ่าน EKG ให้กับพยาบาลหรือ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องพัฒนาแนวทางปฏิบัติ / จัดทำ Standing Order กรณีต้องให้ยาละลายลิ่มเลือด (SK)
- ทบทวน Case ที่มีปัญหาในระดับจังหวัด และระดับเขต เพื่อพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วย STEMI ให้ดีขึ้น
- การสนับสนุนให้พยาบาลในสถานบริการทุกระดับมีโอกาส ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและทรวงอก

- ส่งเสริมการใช้และการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Thai ACS Registry



Flow ปรึกษา/รับผู้ป่วย เข้า CCU รพ.พระปกเกล้า



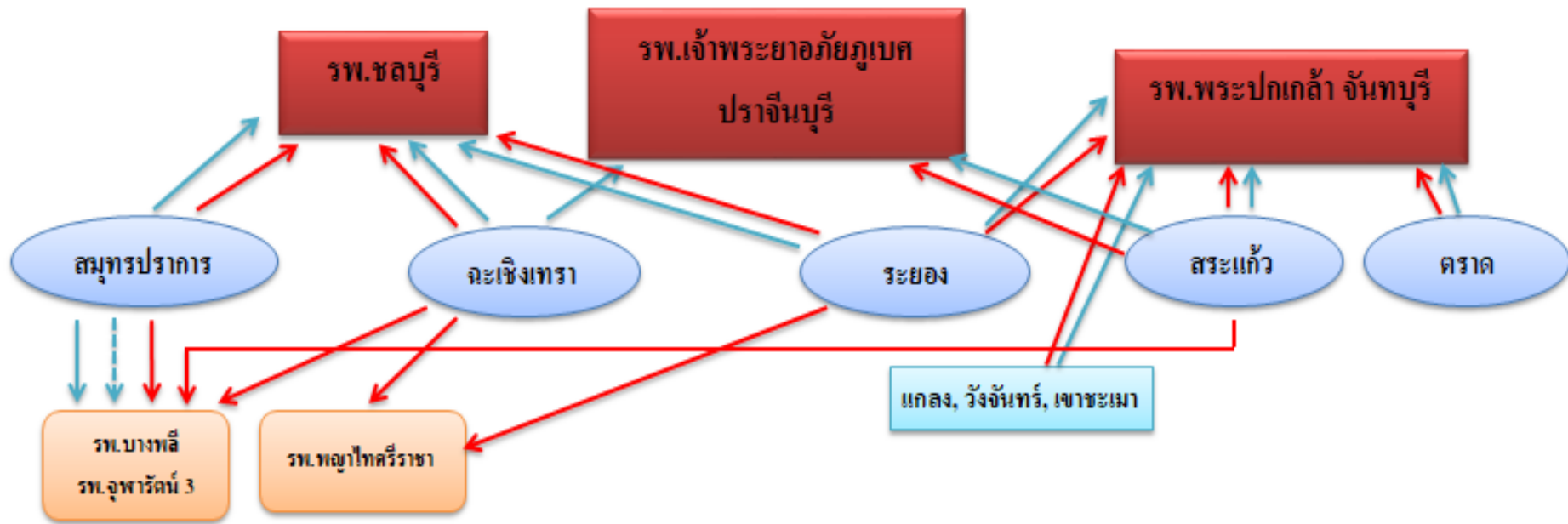
PPK QR - Code
For GRACE RISK SCORE





ระบบการจัดบริการ PCI เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2561

(ณ วันที่ 14 พฤษภาคม 2561)



กรณี ปกติ รพ.ชลบุรี รพ.พระปกเกล้า และ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร สามารถรับผู้ป่วยได้

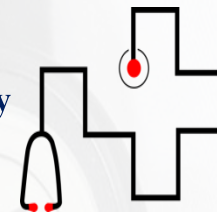
→ กรณี STEMI, NSTEMI very high risk สามารถดำเนินการได้ทันที (ขึ้นกับดุลพินิจของ cardiologist เจ้าของพื้นที่และความจำเป็นเร่งด่วน)

→ กรณี NSTEMI High risk / Elective ต้องผ่าน รพ.ชลบุรี / รพ.พระปกเกล้าฯ / รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ก่อน Refer ไปโรงพยาบาลอื่น หาก รพ.ชลบุรี/รพ.พระปกเกล้า/รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ไม่สามารถให้บริการได้ โดยผ่านการ consult และบันทึกว่า “ได้รับอนุมัติจากแพทย์.....” (ขึ้นกับดุลพินิจของ cardiologist เจ้าของพื้นที่และความจำเป็นเร่งด่วน) ทั้งนี้โดยส่งรพ.ที่ให้บริการภาครัฐก่อนตามลำดับ

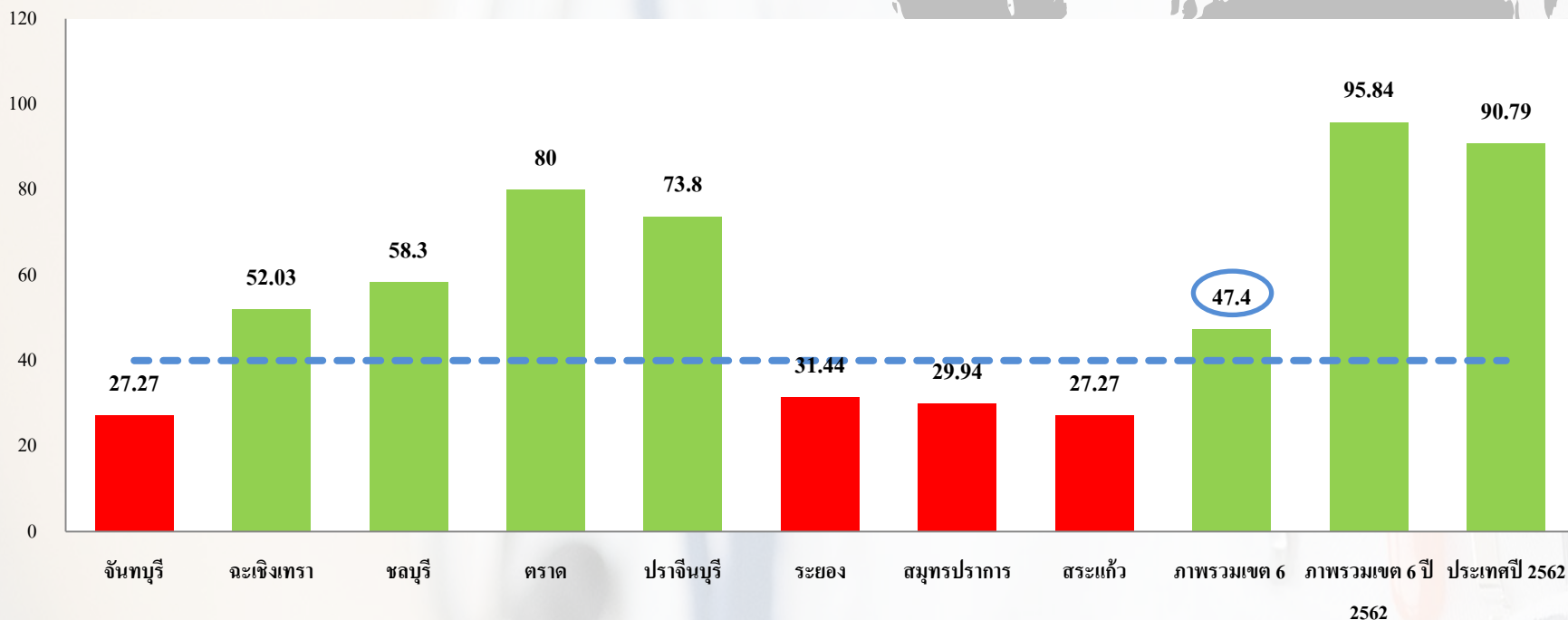
---> กรณี จังหวัดสมุทรปราการ ต้องผ่านการอนุมัติเห็นชอบจาก Cardiologist ในรพ.ภาครัฐก่อน จึงจะ Refer ไป เอกชนหรือบางพลีได้ โดยรพ. ชลบุรี จะเป็นผู้ตรวจสอบ Audit คุณภาพ อีกครั้ง



One Day Surgery ตัวชี้วัดหลัก : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery



ตัวชี้วัด	KPI	ผลลัพธ์
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ ODS	> 40	47.40





One Day Surgery ตัวชี้วัดหลัก : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery



ข้อเสนอแนะ

- พัฒนาและจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากร
- วางแผนการจัดสรรด้านโครงสร้างของบุคลากรเพื่อรองรับการจัดตั้งศูนย์บริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบ One Day Surgery
- พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบ One Day Surgery โดยใช้ Application และการประสานกับ 1669 เพื่อจัดทำแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกรณีมีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการดูแลรักษาที่เหมาะสม รวดเร็ว และทันเวลา
- ประชาสัมพันธ์ถึงข้อดีและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

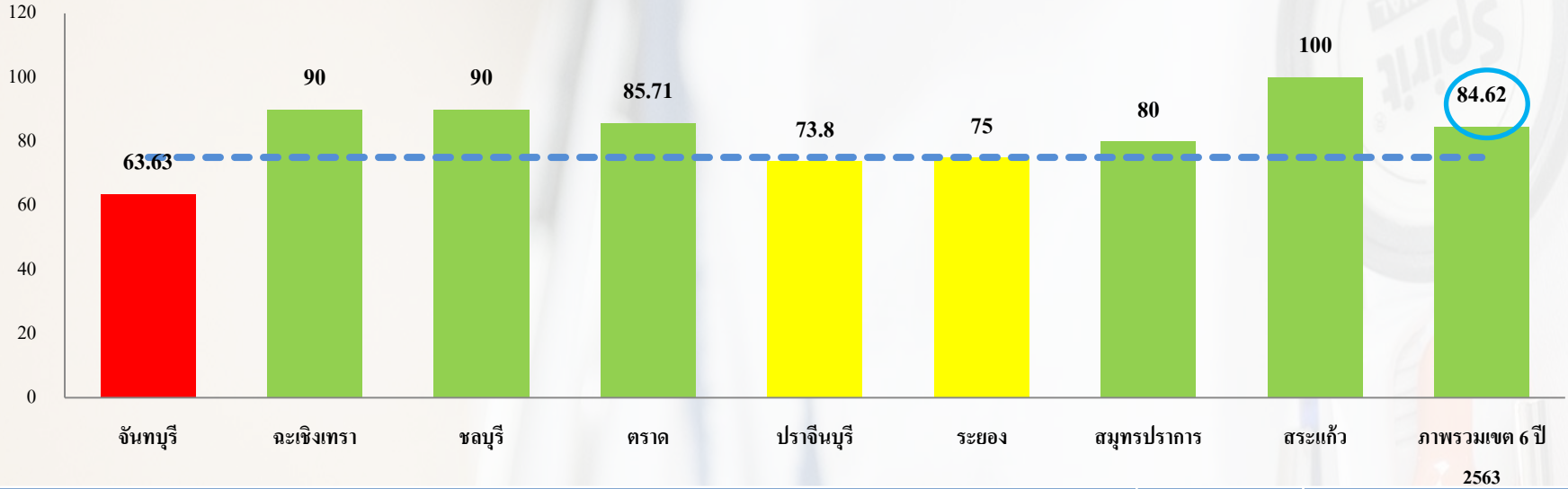
ส่วนกลางสนับสนุน

- จัดทำฐานข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกัน
- การสนับสนุนให้มีการจัดตั้งหน่วย ODS & MIS
- การสนับสนุนด้านบุคลากรในการดำเนินงาน ODS & MIS โดยเฉพาะ



Intermediate Care

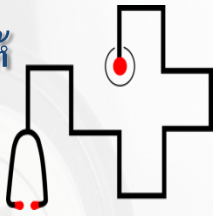
ตัวชี้วัดหลัก: ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การ
 บริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง เป้าหมาย > ร้อยละ 75



ตัวชี้วัดย่อย	เกณฑ์	ร้อยละ
ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index > 15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20	>60	67.82



Intermediate Care ตัวชี้วัดหลัก: ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้ การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง เป้าหมาย > ร้อยละ 75



ข้อเสนอแนะ	ส่วนกลางสนับสนุน
<ul style="list-style-type: none">-มีเครือข่ายงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ในระดับจังหวัด-มีแนวทางการฟื้นฟูและส่งต่อสำหรับผู้ป่วย-นิเทศงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลชุมชน-จัดทำคู่มือ IMC เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐาน-การพัฒนาวิชาการของบุคลากร และมีการนิเทศติดตามการดำเนินงานของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง-นำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการติดตามนิเทศน์ การเยี่ยมบ้าน มาวิเคราะห์ สรุปประเด็นสำคัญ เพื่อพัฒนาแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้าน-เสริมสร้างความตระหนักของผู้ป่วยและญาติในตรวจและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง-จัดประชุมวิชาการ IMC / KM IMC ระดับเขต	<ul style="list-style-type: none">-โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร-กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ-อุปกรณ์สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

นวัตกรรม

IMC การแพทย์ผสมผสานโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยวัฒนานคร (แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และแพทย์แผนจีน)

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระแก้ว

โทร 037-425141-4 www.sko.moph.go.th



สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
ประชุมคณะกรรมการให้บริการบริการพิเศษในสถานพยาบาล
(Intermediate care : IMC)



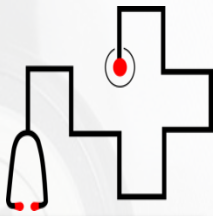
ในวันที่ 09 ธ.ค. 62 นายแพทย์สุวิทย์ เกษมวิเศษศิริ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
เป็นประธานในการประชุมคณะกรรมการให้บริการบริการพิเศษในสถานพยาบาล (Intermediate care
IMC) ซึ่งประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องจาก 3 วิทยาลัยการแพทย์ในสถานพยาบาล (Intermediate care IMC)
ซึ่งเป็นการบริการที่ผสมผสานทั้งบริการของแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทยและแพทย์แผนจีน
เพื่อลดความเจ็บป่วยของประชาชนส่วนหนึ่งและใช้กำลังคนทางการแพทย์ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
จึงได้มีมติให้มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อเตรียมความพร้อมในอีก 3 เดือน
ซึ่งจะมีโครงการนำร่องการบริการผสมผสานในสถานพยาบาล 3 แห่งต่อไป

Facebook: f/skinfo





สรุป ตัวชี้วัดคณะ 2 รอบที่ 1 กรมการแพทย์



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	< 7	11.09
2. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน รพ.ระดับ A,S,M1	≤ 12	8.39
3. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	≤ 9	11.23
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	> 40	47.40
5. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง	> 75	67.82



ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข
ระบบสุขภาพยั่งยืน

กลุ่มที่ 3

Back office ทั้งระบบ รวมถึงระบบคุณภาพทั้งระบบ

CIO



CFO



CHRO



Quality



รูปแบบการตรวจราชการตามกลุ่มประเด็นตรวจราชการ

เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2563

สรุปผลการตรวจราชการภาพรวมเขต (รายประเด็น)
รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

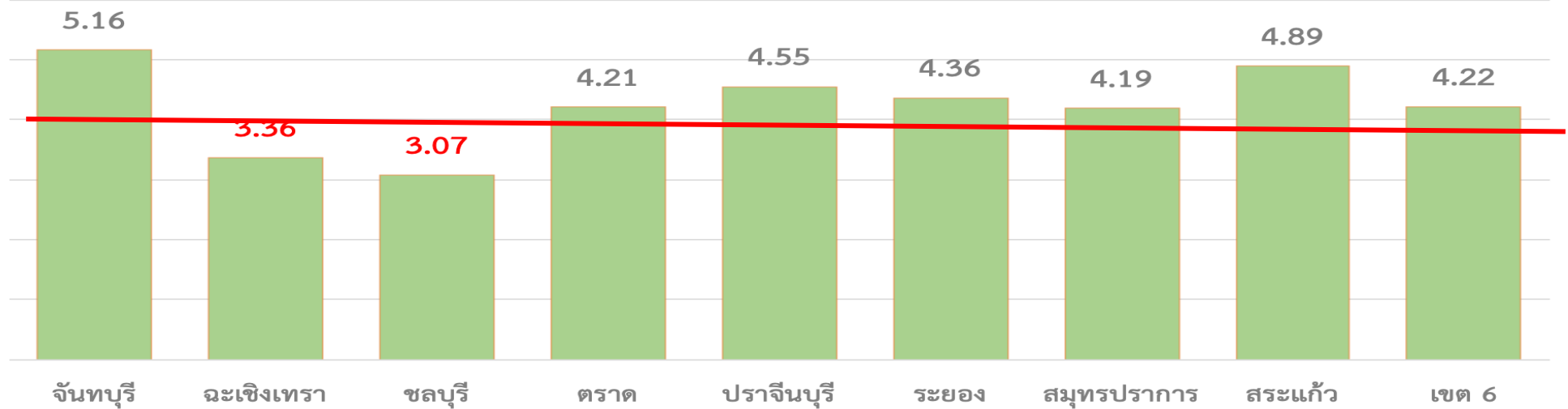
1. ประเด็นตรวจราชการ : Back office ทั้งระบบ รวมถึงระบบคุณภาพทั้งระบบ
2. หัวข้อ : คนมีสมรรถนะ สุขกับการทำงาน (CHRO)
3. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ./รพศ./รพท. เขตสุขภาพที่ 6

4. วิเคราะห์สถานการณ์ (รายงานเป็นเชิงคุณภาพ / เป็นกราฟแสดงผลการดำเนินงาน)

ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด : ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (อัตราว่างไม่เกิน 4%)



ปัญหาและแนวทางแก้ไข

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
<ol style="list-style-type: none">1. ผู้ใช้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบ HROPS ได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากขาดองค์ความรู้ ระบบ HROPS ความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ความไม่ครบถ้วนของข้อมูลในระบบ2. ระบบการผลิตบุคลากรสายวิชาชีพไม่สอดคล้อง และไม่เพียงพอ กับความต้องการ3. การบริหารตำแหน่งว่าง ยังไม่สามารถดำเนินการได้ทันตาม ระยะเวลาที่กำหนด	<ol style="list-style-type: none">1. มีการพัฒนาระบบ HROPS บันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบให้ ถูกต้องและเป็นปัจจุบันและจัดอบรมการใช้โปรแกรม HROPS ภายในเขตสุขภาพที่ 62. จัดให้มีการทำข้อตกลงกับสถาบันการผลิตในระดับเขตสุขภาพ และ เพิ่มค่าตอบแทน สร้างขวัญกำลังใจ ความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ3. ตำแหน่งบางตำแหน่งไม่ควรนำมาคิดร้อยละของตำแหน่งว่าง เช่น นายแพทย์ ทันตแพทย์



ปัญหาและแนวทางแก้ไข (ต่อ)



ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
<p>4. จังหวัดบางจังหวัดยังไม่มีคณะกรรมการบริหารตำแหน่งว่าง</p> <p>5. บุคลากรภายในหน่วยงานไม่เห็นถึงความสำคัญของการทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาองค์กรสร้างสุข (Happinometer) ในหน่วยงาน</p> <p>6. กรอบอัตรากำลังไม่เอื้อต่อการดำเนินตามนโยบายและไม่สอดคล้องกับภาระงาน</p>	<p>4. มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลโดยมีองค์ประกอบผู้แทนแต่ละระดับเข้ามาเป็นคณะกรรมการ</p> <p>5. จัดประชุมคณะผู้บริหารเพื่อส่งเสริมการพัฒนาองค์กรสร้างสุข (Happinometer) และเข้าร่วมกิจกรรมเป็นตัวอย่างให้กับบุคลากรในหน่วยงาน</p> <p>6. จัดประชุมระหว่างหน่วยงาน ทบทวนกรอบอัตรากำลังที่ประกาศใช้อยู่ในปัจจุบันให้สอดคล้องกับภาระงาน</p> <p>7. หน่วยงาน รพศ./รพท.และ สสจ. มีการจัดการทำแผนกำลังคน HR Blueprint แบบมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมบริการศูนย์เชี่ยวชาญ ตติยภูมิ ทุตติยภูมิและปฐมภูมิ และบริการที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่</p>



5. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จัดกิจกรรมวิ่ง 500K RUN (Happy Body) โดยใช้ Application 500K RUN

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว จัดกิจกรรม SIXTY DAY (Happy Body) เป็นการรวมกลุ่มกัน ออกกำลังกาย และควบคุมอาหาร โดยใช้ Application Endomondo

ทั้ง 2 กิจกรรม จะเกิดขึ้นไม่ได้หากไม่ได้รับการให้ความสำคัญ และสนับสนุนจากผู้บริหารของหน่วยงาน เนื่องจากผู้บริหารจะเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ ทำให้บุคลากรในหน่วยงานเห็นว่า แม้กระทั่งผู้บริหารยังร่วมกิจกรรมต่าง ๆ



6. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ สำหรับพื้นที่

- HR & Service Blueprint ของแต่ละจังหวัดมีแผนรองรับ และแผนการนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับ HR & Service Blueprint
- การบริหารตำแหน่งว่าง เป็นปีแรกที่มีตัวชี้วัดเรื่องการบริหารตำแหน่งว่าง ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มที่ดีในการบริหารตำแหน่งว่างให้ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดในรอบการตรวจราชการ รอบที่ 2
- องค์กรสร้างสุข (Happinometer) ในการตรวจราชการรอบที่ 1 นั้น เกณฑ์การวัดยังไม่ถูกประกาศใช้ ทำให้ไม่สามารถที่จะวัดองค์กรสร้างสุขได้ ในรอบที่ 1 ทำได้เพียงให้จังหวัดนำเสนอกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว หลังจากที่ได้ข้อมูลผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย Happinometer ของแต่ละหน่วยงาน ว่ามีกิจกรรมสอดคล้องหรือแก้ปัญหา บุคลากรในหน่วยงานไม่มีความสุขอย่างไร



สรุปผลการตรวจราชการภาพรวมเขต (รายประเด็น)

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

1. ประเด็นตรวจราชการ : Back office ทั้งระบบ รวมถึงระบบคุณภาพทั้งระบบ
2. หัวข้อ :หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (CFO)
3. วิเคราะห์สถานการณ์ (รายงานเป็นเชิงคุณภาพ / เป็นกราฟแสดงผลการดำเนินงาน)

รายงานผลเป็นกราฟแสดงผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินการ ตุลาคม 62- มีนาคม 2563 ไม่มีโรงพยาบาลประสบปัญหาวิกฤตการเงินระดับ 7

รายงานสถานการณ์การเงินการคลัง เดือนกุมภาพันธ์ 2563 เขตสุขภาพที่ 6

ระดับวิกฤตทางการเงิน	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
ระดับ 0	61	83.56
ระดับ 1	9	12.33
ระดับ 2	2	2.74
ระดับ 3	0	0.00
ระดับ 4	0	0.00
ระดับ 5	0	0.00
ระดับ 6	1	1.37
ระดับ 7	0	0.00
	73	100.00

จังหวัด	ทุนสำรองสุทธิ	เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว)	รายได้สูง(ต่ำ) ค่าใช้จ่ายสุทธิ(NI)	EBITDA
ชลบุรี	2,697,784,911.74	1,440,195,629.41	133,675,605.84	320,304,410.11
ระยอง	1,303,496,463.99	678,551,538.30	223,732,871.37	320,313,434.42
จันทบุรี	621,475,939.22	175,232,385.55	73,265,484.74	165,531,109.04
ตราด	293,457,613.53	146,050,422.52	71,509,033.96	73,223,174.87
ฉะเชิงเทรา	671,791,783.77	139,668,095.23	150,439,244.42	227,618,883.69
สมุทรปราการ	1,071,843,610.29	392,882,717.75	203,747,767.75	294,179,348.79
ปราจีนบุรี	485,225,456.74	91,527,189.23	188,564,965.68	234,983,438.93
สระแก้ว	619,815,937.81	313,841,652.25	160,273,751.21	192,784,254.14
รวม	7,764,891,717.09	3,377,949,630.24	1,205,208,724.97	1,828,938,053.99

ที่มา/แหล่งข้อมูล : กลุ่มงานเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ 6
(ข้อมูล ณ วันที่ 17 มีนาคม 2563)

วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา/แผนกิจกรรมแก้ไข/ผลการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p><u>ลดรายจ่าย</u></p> <p>1. Planfin รายได้/รายจ่าย</p> <p>2. ค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบกับค่ากลางกลุ่ม</p> <p><u>เพิ่มรายได้</u></p> <p>3. %อัตราครองเตียง/CMI</p> <p><u>ป้องกันรั่วไหล</u></p> <p>4. ประสิทธิภาพการบริหาร 7 Plus</p>	<p>1.1 ควบคุมรายจ่าย Planfin Management</p> <p>1.2 รับรู้รายได้ รายเดือน</p> <p>2.1 การควบคุมค่าใช้จ่ายตาม HGR</p> <p>2.2 ควบคุมแผนจัดซื้อจัดจ้าง/แผนเงินบำรุง</p> <p>3.1 พัฒนาการบริการตาม Service plan</p> <p>4.1 พัฒนาระบบจัดเก็บรายได้</p> <p>4.2 พัฒนาระบบบริหารจัดการลูกหนี้เจ้าหนี้</p> <p>4.3 ควบคุมภายใน 5 มิติ (EIA)</p>	<p>1.1 การควบคุมรายจ่าย จะมีการปรับ รอบ 2/2563</p> <p>1.2 รับรู้แบบรายเดือน กำลังดำเนินการในไตรมาส 2 /2563</p> <p>2.1 นำผลการดำเนินงานมาปรับปรุง รอบ 2/2563</p> <p>2.2 การควบคุมการจัดซื้อจัดจ้างตามแผนเงินบำรุง</p> <p>3.1 รพ.ทุกแห่ง วิเคราะห์ Productivity และวิเคราะห์การลงทุน การจัดบริการ Ontop ต่างๆ</p> <p>4.1 การใช้ โปรแกรม RCM (Receive Claim Management) ใน รพ.ทุกแห่ง</p> <p>4.2 การประเมินควบคุมภายใน 5 มิติ อยู่ระหว่างการทำเนินการประเมินตนเอง</p>

5. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

จังหวัดสระแก้ว : นโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งใช้แผนเงินบำรุงควบคุมคู่กับการทำแผนทางการเงิน (Plan Fin) แผนการจัดซื้อจัดจ้างมาใช้ในการควบคุมกำกับติดตามเป็นรายเดือน เพื่อไม่ให้เกิดการก่อกวนเกินแผนเงินบำรุง

จังหวัดปราจีนบุรี : ดำเนินการจัดทำดัชนีทางการเงิน โดยการคำนวณแบบไม่รวมเงินจัดสรรล่วงหน้า(UC) ซึ่งมีความแตกต่างจากที่กองเศรษฐกิจฯ และการนำโปรแกรมการเงิน Access ในการจัดทำเอกสารเบิกจ่ายทางการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

จังหวัดสมุทรปราการ : โครงการสำคัญ(Flagship Project) การจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลแบบเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลสมุทรปราการให้โปรแกรม NEXTGOV (อยู่ในระหว่างทดลองใช้)

จังหวัดชลบุรี/จันทบุรี : มีระบบคลังข้อมูล (Data Warehouse Software) จัดการด้านการเงินการคลัง โดยการเฝ้าระวัง ติดตามประเมินผลการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง



6. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

6.1 สำหรับพื้นที่

- พัฒนาศักยภาพการเงินการคลังสำหรับผู้บริหาร และคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับหน่วยบริการอย่างต่อเนื่อง
- ใช้ระบบข้อมูล/เทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนการทำงานด้านการเงินและบัญชีเพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ลดขั้นตอนและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน เช่น RCM (Receive Claim Management)
- โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังหน่วยบริการ Total Performance Score (TPS) โดยถูกนำมาใช้ประเมินเพื่อวัดประสิทธิภาพของหน่วยบริการและเพื่อการจัดสรรเงินช่วยเหลือหน่วยบริการ (Contingency fund : CF)

6.2 สำหรับส่วนกลาง

- กองเศรษฐกิจและหลักประกันสุขภาพ มีผู้รับผิดชอบร่วมออกตรวจราชการในเขตสุขภาพที่ 6

สรุปผลการตรวจราชการภาพรวมเขต (รายประเด็น)

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

1. ประเด็นตรวจราชการ : Back office ทั้งระบบ รวมถึงระบบคุณภาพทั้งระบบ
2. หัวข้อ : Smart Office หน่วยบริการภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ (CIO)
3. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก CIO เขตสุขภาพที่ 6
หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ. ทุกแห่ง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ (รายงานเป็นเชิงคุณภาพ / เป็นกราฟแสดงผลการดำเนินงาน)

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
1.Smart Office	1.1 ประหยัด Paperless 1.2 พัฒนาคณ 1.3 พัฒนาโปรแกรมประยุกต์ (App)	1.1 Paperless 12 ระบบ 1.2 พัฒนาคณIT 3 ครั้ง 1.3 พัฒนาโปรแกรม 16 Application
2. นวัตกรรมการบริหารจัดการสารสนเทศ อย่างมีประสิทธิภาพ	2.1 Dashboard QOF, Fee Schedule, ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	2.1 CIOเขตประสาน สปสช.เพื่อจัดทำ Dashboard (QOF, Fee Schedule, ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก)ระดับเขต

O1 Smart Office ทั้ง 8 จังหวัด

K1 ประหยัด Paperless

- เอกสารในการประชุมต่าง ๆ ให้ Download โดยใช้ QR-Code (สสจ.8 จังหวัด)
- ส่งเอกสารในระบบงานสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ (สสจ. 8 จังหวัด)
- รณรงค์ให้ใช้กระดาษ 2 หน้า ก่อหนังสือ (สสจ.สมุทรปราการ)
- ระบบแจ้งเงินเดือน Online สสจ.(สมุทรปราการ,ชลบุรี,ระยอง,รพ.ตราด,ฉะเชิงเทรา,สระแก้ว)
- ระบบจัดเก็บเอกสารและหนังสือราชการเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (สสจ.สมุทรปราการ)
- ระบบจองห้องประชุม Online สสจ.(ชลบุรี,ระยอง,จันทบุรี,รพ.ตราด)
- ระบบแจ้งซ่อมคอมพิวเตอร์ Online (สสจ.ชลบุรี)
- ระบบจัดเก็บเอกสารและหนังสือราชการเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ e-Document (สสจ.จันทบุรี)
- ระบบเซ็นหนังสือราชการ บน IPAD ด้วยโปรแกรม Foxit PDF สำหรับผู้บริหาร (สสจ.จันทบุรี)
- ระบบทะเบียนรับเรื่องร้องเรียนทะเบียนคำขอฯ (สสจ.จันทบุรี)
- ระบบตอบรับการประชุม ผ่านทางเว็บไซต์ (สสจ.จันทบุรี)
- ระบบโปรแกรม HOS office (สสจ.สระแก้ว)

K2 ถูกต้อง พัฒนาคคน

- พัฒนาบุคลากรด้านการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลให้แก่หน่วยบริการ (สสจ.8 จังหวัด)
- อบรมพัฒนาโปรแกรมและอบรมตามที่กระทรวงกำหนด (สสจ.8 จังหวัด)
- อบรม GIS และการพัฒนา Website (สสจ.ตราด)

K3 รวดเร็ว พัฒนาโปรแกรม ประยุกต์ (App)



- เทคโนโลยี Block Chain เพื่อสร้างความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูล รพ.สมุทรปราการ (สมุทรปราการ)
- SPK-Program 12 โปรแกรม (จองรถจองห้องประชุม/นำส่งไปรษณีย์/แจ้งซ่อม/สารบัญ/การลา/ ประชาสัมพันธ์/ขอ รหัส WIFI ห้องประชุม/จัดการข้อมูลผู้ใช้งาน/ฝึกอบรม/ยืมเงิน/พิมพ์ซองจดหมาย/พิมพ์เช็ค) (สมุทรปราการ)
- Mobile Application สมุทรโทรศัพท์สำนักงาน, จองรถจองห้องประชุม, Temp Sever Room, แจ้งซ่อม (สมุทรปราการ)
- พัฒนาระบบ Cold Chain เพื่อรักษาอุณหภูมิของตู้แช่วัคซีนหรือคลังยาให้ได้มาตรฐานและมีการแจ้งเตือนผ่านระบบ Line Notify (ชลบุรี)
- SMART OPD และ SMART IPD รพ.ชลบุรี (ชลบุรี)
- Health Connect – SSB รพ.ระยอง (ระยอง)
- ระบบเซ็นหนังสือราชการ บน IPAD สำหรับผู้บริหาร (จันทบุรี)
- ระบบรับ-ส่งหนังสือเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ภายในจังหวัด โดยใช้โปรแกรมสารบรรณสาสุข (จันทบุรี)
- ระบบตอบรับการประชุม ผ่านทางเว็บไซต์ (จันทบุรี)
- โปรแกรมรับเรื่องร้องเรียน รพ.ตราด (ตราด)
- โปรแกรม Palliative care รพ.ตราด (ตราด)
- พัฒนา APP ลูกรัก วัคซีน (ร่วมพัฒนากับกรมควบคุมโรค) ทดลองใช้ที่ คปสอ.บางปะกง (ฉะเชิงเทรา)
- พัฒนาโปรแกรมระบบงานสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์เพิ่มและระบบงานครุภัณฑ์ (ปราจีนบุรี)
- ทะเบียนครุภัณฑ์ แบบบูรณาการเชื่อมโยงทั้งจังหวัด (สระแก้ว)
- Finger Print ต่างด้าว ระบุตัวบุคคลต่างด้าวด้วยลายนิ้วมือ (สระแก้ว)
- Web KPI เพื่อใช้ในการกำกับติดตามข้อมูลตามตัวชี้วัดรายอำเภอ (สระแก้ว)
- ncd@home ยาหม่อพัฒนา ส่งมาถึงบ้าน (สระแก้ว)

5. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

สำหรับพื้นที่ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบการพัฒนา Smart Office สมุทรปราการ ตราด ปราจีนบุรี มีความต้องการให้พัฒนาระบบ Video Conference เพื่อสามารถจัดประชุมในเขตสุขภาพที่ 6 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รองรับผู้ใช้ได้จำนวนมากขึ้นครอบคลุมทุกสำนักงานสาธารณสุขและทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6



สรุปผลการตรวจราชการภาพรวมเขต (รายประเด็น)

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

1. ประเด็นตรวจราชการ : Back office ทั้งระบบ รวมถึงระบบคุณภาพทั้งระบบ
2. หัวข้อ : มาตรฐานการบริการและการบริหารจัดการ PMQA ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับ 5)
3. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม คณะผู้ตรวจนิเทศการพัฒนาคูณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) จากจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6
4. วิเคราะห์สถานการณ์ (รายงานเป็นเชิงคุณภาพ / เป็นกราฟแสดงผลการดำเนินงาน)



ปี 2563 : ดำเนินการตามเกณฑ์ PMQA เพิ่มเติม 2 หมวด

- หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ

ปี 2563 : เป้าหมาย/ Small success 3 เดือน

เป้าหมาย : สสจ.8 จังหวัด และ สสอ.69 แห่ง สามารถดำเนินการตาม Small success : คือ

- 1) ทบทวนลักษณะสำคัญขององค์กร หมวด P
- 2) ประเมินองค์กร หมวด 3 และหมวด 6
- 3) จัดทำแผนพัฒนาองค์กรหมวด 3 และหมวด 6
- 4) จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์โดยทุกหน่วยงานสามารถส่งรายงานทั้งหมดผ่าน WEB กพร.สป. ภายในวันที่ 30 มค.2563 ครบทุกหน่วยงาน

ผลการดำเนินงาน

ไตรมาส 1(ต.ค.62- ม.ค.63)
เขตสุขภาพที่ 6 สามารถดำเนินการได้ร้อยละ 100



สสจ.8 จว. และ สสอ.69 แห่ง
ส่งรายงานครบถ้วน ทันเวลา
ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
(ร้อยละ 100)

กลไกในการขับเคลื่อน

- 1) กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดของหน่วยบริหาร (สสจ./สสอ.) และ MOU ระดับจังหวัด
- 2) ใช้กลไกของคณะทำงาน PMQA รายหมวด ในการขับเคลื่อนงานฯ โดยจัดทำคำสั่งแต่งตั้ง
- 3) ประชุมทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อน ร่วมคิดและติดตามการดำเนินงาน PMQA ในทุกระดับ



ข้อค้นพบ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานระดับอำเภอบางแห่งยังขาดความรู้และความเข้าใจ ความเชื่อมโยงรายหมวดในเกณฑ์ PMQA 2. การตอบข้อคำถามไม่ครบจำนวนข้อ (หมวด P) และการตีความหมายข้อคำถามที่ไม่ตรงประเด็น 3. การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน PMQA 	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกณฑ์ PMQA ศึกษา ทบทวนเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐปี 2558 ในหมวด 3 และหมวด 6 ของทีมสสจ.และสสอ. ทุกแห่ง โดยเข้าร่วมประชุมในระดับกระทรวง สาธารณสุข ระดับเขตสุขภาพที่ 6 และระดับจังหวัด 2. สร้างทีมนำในระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด รวมทั้งเครือข่ายในระดับอำเภอ 3. ประชุมทบทวนลักษณะสำคัญขององค์การและประเมินองค์กรด้วยตนเอง (self-assessment) โดยใช้กระบวนการ ADLI อย่างต่อเนื่อง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมแกนนำระดับจังหวัดและอำเภอ เข้าประชุมเกณฑ์ PMQA โดยสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ เมื่อวันที่ 2-3 ม.ค. 63 โดยวิทยากรจาก กพร. 2. มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเขียนรายงานการประเมินตนเอง หมวด P หมวด 3 และหมวด 6 ในแต่ละจังหวัดโดยทีมพี่เลี้ยง 3. ทีมผู้นิเทศแต่ละจังหวัดประเมินไขว้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

5. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

รพ.สมุทรปราการใช้เทคโนโลยี Block Chain เพื่อสร้างความปลอดภัย ในการเข้าถึงข้อมูลและการเชื่อมต่อระบบสารสนเทศทางการแพทย์ด้วย AI Chat Bot Platform รูปแบบของการโต้ตอบ คำสนทนากับระบบ อัจฉริยะ เพื่อช่วยคัดกรองผู้ป่วย

6. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

6.1 สำหรับพื้นที่

- ผู้รับผิดชอบงาน PMQA ทุกระดับควรเข้าร่วมประชุม/อบรมเชิงปฏิบัติการทุกครั้งที่มีโอกาส เพื่อฝึกทักษะ และเพื่อให้เกิดความเข้าใจเพิ่มขึ้น และต่อยอดในข้อคำถาม ในเกณฑ์ฉบับใหม่ปี 2562 และต่อยอด PMQA 4.0 ได้
- ผู้บังคับบัญชาในแต่ละระดับควรสนับสนุน ให้ข้อเสนอแนะและกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

6.2 สำหรับส่วนกลาง

- ควรมีพี่เลี้ยง (Mentoring) จากส่วนกลาง ให้กับเขตสุขภาพ เพื่อให้มีทีมที่เข้มแข็งและมีความเข้าใจในรายละเอียด และความเชื่อมโยงในทุกหมวดที่สามารถสนับสนุนพื้นที่ได้

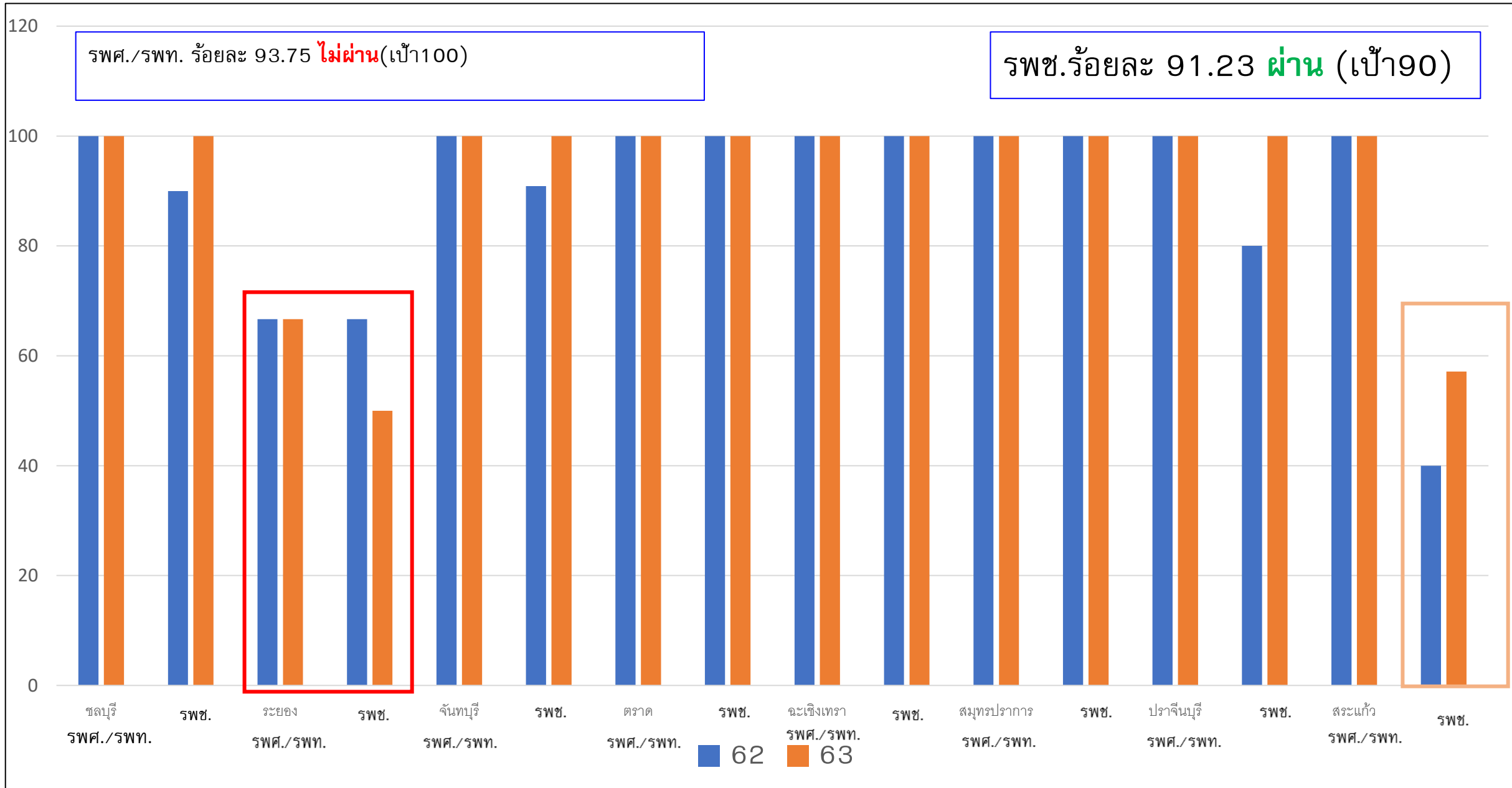
สรุปผลการตรวจราชการภาพรวมเขต (รายประเด็น)

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

1. ประเด็นตรวจราชการ : Back office ทั้งระบบ รวมถึงระบบคุณภาพทั้งระบบ
2. หัวข้อ : มาตรฐานการบริการและการบริหารจัดการ (Quality) : HA
3. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)
 - หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : รพ.ตราด
 - หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : รพ.ชลบุรี และ สสจ.สระแก้ว
4. วิเคราะห์สถานการณ์ (รายงานเป็นเชิงคุณภาพ / เป็นกราฟแสดงผลการดำเนินงาน)

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ปัญหา : ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพ สาเหตุ 1. ศักยภาพทีม รพ. และ QLN 2. องค์กรความรู้ในการใช้มาตรฐาน ปี 62 เริ่ม Activated มาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 (4 th Edition) 3. ผู้บริหารเปลี่ยนบ่อย	1. โครงการพัฒนาศักยภาพ QLN แบบต่อเนื่อง 2 ส่งเสริมให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขตสุขภาพและจังหวัด 3. เสริมสร้างองค์ความรู้ให้ทีมเมื่อมีการปรับเปลี่ยนมาตรฐาน 4. สสจ./ทีม QLN ลงเยี่ยมเสริมพลังอย่างต่อเนื่องให้เป็นไปตามแผน	1.รพศ./รพท ผ่าน HA ชั้น 3 ร้อยละ 100 ผลงาน ร้อยละ 93.75 ไม่ผ่าน 2.รพช. ผ่าน HA ชั้น 3 ร้อยละ 90 ผลงาน ร้อยละ 91.23 ผ่าน

ผลงาน รพศ./รพท และ รพช. ของแต่ละจังหวัด ปีงบประมาณ 2563 รอบที่ 1



6. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

6.1 สำหรับพื้นที่

- เสริมสร้างองค์ความรู้ให้ทีมนำทางคลินิกและทีมระบบงานสำคัญ เมื่อมีการปรับเปลี่ยนมาตรฐาน
- ทุกทีม มุ่งเน้นการนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์เพื่อพัฒนางานประจำและสามารถใช้กำกับติดตามกระบวนการที่ได้วางระบบไว้ให้ต่อเนื่อง โดยเฉพาะกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- สสจ.ควรมีการพัฒนาศักยภาพ QLN ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเยี่ยมเสริมพลังหน่วยงานให้ได้ตามแผนที่วางไว้เพื่อรองรับการ Accreditation /Re-accreditation

6.2 สำหรับส่วนกลาง

- ส่งเสริมให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับเขต เพื่อให้ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดเกิดความเข้าใจ และวางแผนส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาตามมาตรฐาน HA อย่างต่อเนื่อง
- งบประมาณ-ค่าใช้จ่ายในการขอรับการประเมินรับรองมาตรฐานฯ ควรมีการสนับสนุนจากส่วนกลาง

สรุปผลการตรวจราชการภาพรวมเขต (รายประเด็น)

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

1. ประเด็นตรวจราชการ : Back office ทั้งระบบ รวมถึงระบบคุณภาพทั้งระบบ
2. หัวข้อ : มาตรฐานการบริการและการบริหารจัดการ (Quality) : รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ดาว สะสมร้อยละ 75
3. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
4. วิเคราะห์สถานการณ์ (รายงานเป็นเชิงคุณภาพ / เป็นกราฟแสดงผลการดำเนินงาน)

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
รพ.สต.ยังไม่ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว (เป้าหมาย ร้อยละ 75)	<ol style="list-style-type: none">1.1 แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดและระดับอำเภอ1.2 พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ โดยประชุมชี้แจงและถ่ายทอดเกณฑ์ให้กับผู้บริหารและทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ1.3 ควบคุมกำกับติดตาม รอบที่ 1 เยี่ยมเสริมพลัง รอบที่ 2 ตรวจประเมินรับรอง1.4 จัดเวทีเชิดชูเกียรติมอบใบประกาศนียบัตร รพ.สต.ติดดาวและทีมพี่เลี้ยงติดดาว	<ol style="list-style-type: none">1.1 ทุกจังหวัดมีการแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดและระดับอำเภอ1.2 มีการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ การประชุมชี้แจงและถ่ายทอดเกณฑ์ให้กับผู้บริหารและทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ1.3 มีแผนลงเยี่ยมเสริมพลัง และแผนลงตรวจประเมินระดับอำเภอและระดับจังหวัด ในช่วงเดือน พ.ค.-ก.ค.631.4 มีแผนมอบใบประกาศนียบัตรในเวทีประชุมวิชาการเขต 6 ช่วง ส.ค.63

รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม
เขตสุขภาพที่ 6

จังหวัด	ปีงบประมาณ 2562			ปีงบประมาณ 2563		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1. สมุทรปราการ	71	56	78.87	27	ประเมินผลช่วงเดือน มิ.ย-ก.ค.63	
2. ชลบุรี	118	99	83.90	43		
3. ฉะเชิงเทรา	117	81	69.23	56		
4. ปราจีนบุรี	94	64	68.09	42		
5. ตราด	66	52	78.79	32		
6. จันทบุรี	105	105	100	14		
7. ระยอง	95	68	71.58	48		
8. สระแก้ว	108	107	99.07	30		
รวม	774	632	81.65	292		

5. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ One Cup One Service ต้นแบบ อ.คลองใหญ่ จ.ตราด
- การใช้ผลการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ระดับ 5 ดาว มาเป็นตัวชี้วัดในการพิจารณาความดีความชอบ
- มี รพ.สต.ดีเด่นด้านต่างๆ ที่เป็นต้นแบบระดับอำเภอ
- มีผลงานการพัฒนาคุณภาพในรูปแบบของ วิจัย, CQI, Best Practice, นวัตกรรม

6. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

6.1 สำหรับพื้นที่

- จังหวัดควรมีการสรุปถอดบทเรียน เพื่อหาประเด็นส่วนขาดและทำแผนสนับสนุนในภาพรวมของจังหวัด เพื่อให้ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

6.2 สำหรับส่วนกลาง

- ส่วนกลางควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง ที่จำเป็นตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ให้กับ รพ.สต.ทุกแห่ง



ขอบคุณค่ะ