เอกสารประกอบ
การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ
กระทรวงสาธารณสุข
รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา วันที่ ๗ – ๙ มกราคม ๒๕๖๒

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรบริหารจัดการระบบสุขภาพต้นแบบ
สถานบริการได้คุณภาพมาตรฐาน
บุคลากรมีสมรรถนะและความสุข
ประชาชนมีสุขภาวะ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
CHACHOENGSAO PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE
๓๑ ถนนยุทธดำเนิน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา
จังหวัดฉะเชิงเทรา ๒๔๐๐๐
โทร ๐ ๓๘๕๑ ๑๐๘๙ โทรสาร ๐ ๓๘๕๑ ๒๔๐๐
www.cco.moph.go.th

คำนำ

ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๘ การตรวจราชการตามระเบียบนี้ ให้ดำเนินการตามแผนการตรวจราชการประจำปี หรือตามที่ได้รับคำสั่งจากผู้บังคับบัญชา รวมทั้งกำหนดมาตรฐานและเครื่องมือในการตรวจราชการ กำกับ และประเมินผลให้เป็นไปในแนวทิศทางเดียวกัน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อติดตาม ความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและความคุ้มค่าในการปฏิบัติงานหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงาน ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นการตรวจราชการภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดินร่วมสมัย ตามยุทธศาสตร์และนโยบายรัฐบาล เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยปรับระบบการตรวจราชการและนิเทศงาน ให้เกิดความสะดวก คล่องตัว ในการกำกับติดตาม และขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของกระทรวง และแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้สอดคล้อง กับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติราชการของส่วนราชการให้ดำเนินไปตาม เป้าหมายที่กำหนดอย่างเป็นระบบมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

เอกสารประกอบ การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราฉบับนี้ เป็นการสรุปผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนตุลาคม–ธันวาคม ๒๕๖๑) จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างวันที่ ๗ – ๙ มกราคม ๒๕๖๒ โดยสาระในเอกสารนี้ ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ สรุปข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ ๒ ผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ

การจัดทำเอกสารฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี เป็นผลจากความร่วมมืออย่างดียิ่งจากทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล สนับสนุนในการจัดทำเอกสารฉบับนี้ จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ และหวังว่าเอกสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจ และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

๓ มกราคม ๒๕๖๒

สารบัญ

		หน้า
คำนำ		ก
สารบัญ		ข
ทำเนียบผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒		ฉ
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร		ต
ส่วนที่ ๑	**สรุปข้อมูลทั่วไป**	
	๑. ข้อมูลทั่วไป	๑
	๑.๑ คำขวัญ	๑
	๑.๒ ตราประจำจังหวัด	๑
	๑.๓ ธงประจำจังหวัด	๑
	๑.๔ แผนที่	๓
	๑.๕ วิสัยทัศน์ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ของจังหวัด	๓
	๑.๖ ประวัติความเป็นมา	๕
	๑.๗ ที่ตั้งและอาณาเขต	๕
	๑.๘ ลักษณะภูมิประเทศ	๖
	๑.๙ ลักษณะภูมิอากาศ	๖
	๒. ข้อมูลด้านสังคม	๗
	๓. ข้อมูลการปกครอง	๑๐
	๔. ข้อมูลประชากร	๑๑
	๕. ข้อมูลสถานะสุขภาพ	๑๕
	๕.๑ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด	๑๕
	๕.๒ สถิติชีพ	๑๕
	๕.๓ จำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน	๑๗
	๕.๔ สาเหตุการป่วย	๑๙
	๕.๕ โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ๑๐ อันดับแรก ปี พ.ศ. ๒๕๖๑	๒๑
	๕.๖ สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา	๒๒
	๕.๗ สาเหตุการตาย	๒๕
	๖. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข	๒๖
	๖.๑ สถานบริการสาธารณสุข	๒๖
	๖.๒ สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน	๒๗
	๖.๓ ข้อมูลตามระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GIS)	๒๙
	๖.๔ ข้อมูลกำลังคน ๔ สายงาน	๓๐
	๗. ข้อมูลด้านทรัพยากรสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน	๓๕
	๘. สรุปการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ/สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑	๓๖
	๙. ข้อมูลหลักประกันสุขภาพ	๓๗

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
ส่วนที่ ๒	**ผลการดำเนินการตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒**	
คณะที่ ๑	**การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการภัยสุขภาพ**	**๓๙**
	๑.๑ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	๔๒
	- อัตราส่วนการตายมารดาไทย	๔๒
	- ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน	๔๙
	๑.๒ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	๖๕
	- อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	๖๕
	๑.๓ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยสูงอายุ	๗๐
	- ร้อยละตำบลที่มีระบบ Long Term Care ในชุมชนผ่านเกณฑ์	๗๐
	๑.๔ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	๗๕
	- ระดับความสำเร็จของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	๗๕
	- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	๗๙
	- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	๘๖
	- ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green&Clean Hospital	๙๔
	- จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่	๙๙
คณะที่ ๒	**การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**	**๑๐๓**
	๒.๑ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	๑๑๐
	- รอยละของอำเภอผานเกณฑการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	๑๑๐
	- ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	๑๑๗
	- ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว	๑๒๑
	๒.๒ การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ	๑๒๖
	- อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๑๒๖
	๒.๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	๑๓๑
	- สาขา RDU	๑๓๑
	-- ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	๑๓๑
	- สาขายาเสพติด	๑๔๕
	-- ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate)	๑๔๕
	- สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๑๕๓
	-- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๑๕๓

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ส่วนที่ ๒ ผลการดำเนินการตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (ต่อ)

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (ต่อ)

๒.๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (ต่อ)

- สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ ๑๗๗
  - -- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ๑๗๗
  - -- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล
- สาขาโรคไต ๑๘๑
  - -- ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< ๔ ml/min/ ๑.๗๓ m2/yr ๑๘๑
- สาขาศัลยกรรม ๑๘๗
  - -- ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ๑๘๗
- สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๑๙๐
  - -- ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๑๙๐
- สาขาโรคหลอดเลือดสมอง ๒๐๑
  - -- อัตราตายของผูปวยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ไดรับการรักษา ที่เหมาะสม ๒๐๑
- สาขาอายุรกรรม ๒๐๕
  - -- ลดอัตราการเสียชีวิตจากสภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ๒๐๕
- สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด
  - -- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ๒๑๐
- สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
  - -- อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ใน รพ.ระดับ A,S,M1 ๒๑๕

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
ส่วนที่ ๒	**ผลการดำเนินการตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (ต่อ)**	
คณะที่ ๓	**การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ**	**๒๒๑**
	๓.๑ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๒๒๑
	- ร้อยละของจังหวัดมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	๒๒๔
	- จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข	๒๓๒
	๓.๒ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	๒๓๖
	- ร้อยละของ รพ. สังกัด กสธ. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	๒๓๖
	- ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	๒๓๙
	- ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๒๔๒
	- ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด	-
	๓.๓ การบริหารจัดการประสิทธิภาพ	๒๔๕
	- โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สป./กรมวิชาการ) มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อกาวสูการเปน Smart Hospital ผานเกณฑ ระดับ ๒ ขึ้นไป	๒๔๕
	- การใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง	๒๔๘
	- ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗	๒๕๑
ภาคผนวก	- กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายเขตสุขภาพที่ ๖ <u>จังหวัดฉะเชิงเทรา</u> รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	๒๖๑
	- รายชื่อคณะตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายเขตสุขภาพที่ ๖ <u>จังหวัดฉะเชิงเทรา</u> รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	๒๖๓
	- รายชื่อผู้รับการนิเทศงานตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายเขตสุขภาพที่ ๖ <u>จังหวัดฉะเชิงเทรา</u> รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	๒๖๖

ทำเนียบผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

นพ.มณเฑียร คณาสวัสดิ์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
E-mail : montien๔๘@gmail.com
TEL : ๐๘ ๙๙๐๐ ๑๔๔๔

นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
E-mail : kasiwat@hotmail.com
TEL : ๐๘ ๑๘๖๒ ๘๕๘๙

นางสุนันทา ชนะวรรณ์ (รอง นพ.สสจ.)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
E-mail : chanawan๒๕๐๖@gmail.com

นายเลิศชาย เลิศวุฒิ (รอง นพ.สสจ.)
เภสัชกรเชี่ยวชาญ
E-mail : noinoiok@gmail.com
TEL : ๐๘ ๑๘๔๓ ๓๖๔๗

นางสาวรุ่งทิวา ประสานทอง (รอง นพ.สสจ.)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
E-mail : rungtiva๕๒@gmail.com
TEL : ๐๘ ๓๐๐๘ ๔๕๐๕

นายสมบัติ ทั่งทอง (รอง นพ.สสจ.)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
E-mail : bat๑๐๘๕๑@hotmail.com
TEL : ๐๙ ๓๑๕๓ ๙๔๖๕

นายชาตรี นันทพานิช
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
E-mail : chatri๗๔๔@hotmail.com
TEL : ๐๘ ๑๕๒๓ ๐๕๘๙

นางโสภา เวหุตันติ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
E-mail : s_sopa๐๖@yahoo.co.th
TEL : ๐๘ ๑๙๔๑ ๐๒๐๔

นายสุพจน์ กังใจ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
E-mail : sp_kangchai@yahoo.com
TEL : ๐๘ ๖๓๖๑ ๓๕๖๑

นางลลิตา พรพนาวัลย์
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
E-mail : lalitapon119@gmail.com
TEL : 08 9162 5955

นางสาวพรพิมล แน่นหนา
นิติกรชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานนิติการ
E-mail : pmnn๒๖@hotmail.com
TEL : ๐๙ ๒๙๘๗ ๔๕๕๓

นางสาวยุพิน หงษ์วะชิน
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
E-mail : h.yuphin@gmail.com
TEL : ๐๘ ๖๓๒๓ ๗๕๕๙

นายพิเชษฐ ไตรติลานันท์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
E-mail : nicktapaa@gmail.com
TEL : ๐๘ ๖๘๘๙ ๐๙๖๓

นางลาวัณย์ อมรรัตน์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
E-mail : man_mint@yahoo.com
TEL : ๐๘ ๑๘๖๓ ๘๔๖๖

นางรัตนา จันทร
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
E-mail : rnathorn๑@gmail.com
TEL : ๐๘ ๑๓๔๔ ๓๐๑๑

นายเดชชัย สินเจริญ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
E-mail : dechchai.s@gmail.com
TEL : ๐๘ ๑๕๗๘ ๕๓๘๙

นายพีระพล ต่วนภูษา
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
E-mail : sanitation๑๙๖๗@gmail.com
TEL : ๐๘ ๙๗๕๐ ๕๘๙๙

นางวิภาวี สุวรรณธร
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
E-mail : suwannathorn@hotmail.com
TEL : ๐๘ ๑๗๗๔ ๕๐๘๔

นายสมชาย   ห้องทองคำ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานสื่อสารองค์กร
E-mail : samachai๔๖@hotmail.com
TEL : ๐๘ ๑๗๔๔ ๑๐๘๗

นางรุ่งรัตน์ ห้องทองคำ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้าสำนักงานเลขานุการ
E-mail : rat_hong@yahoo.com
TEL: ๐๘ ๗๐๔๗ ๒๕๔๗

ทำเนียบผู้บริหาร โรงพยาบาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา

พญ.สมบัติ ชุติมานุกูล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร
E-mail : sombatlek.๘๒@gmail.com
TEL: ๐๘ ๑๖๓๒ ๗๙๘๒

พญ.ระพีพร อารีย์
-รักษาการแทนรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ
-รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
E-mail : areerapeeporn@gmail.com
TEL : ๐๘ ๙๙๓๙ ๗๕๔๖

พญ.รุจิรัตน์ ปุณยลิขิต
รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ
E-mail: rujirat.p@hotmail.com
TEL: ๐๘ ๑๘๔๒ ๕๖๘๔

นางสาวสุมาลี ไชยวงศ์
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
E-mail: chaiyavong๒๕๐๔@gmail.com
TEL: ๐๘ ๑๘๖๕ ๔๗๔๓

พญ.สราพร มัทยาท
รองผู้อำนวยการด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์
E-mail: SMPCHA๕๔๗@gmail.com
TEL: ๐๘ ๑๘๖๒ ๐๓๖๑

นพ.ดิเรก ภาคกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางคล้า
E-mail : direkpak@yahoo.com
TEL : ๐๘ ๑๘๖๑ ๖๒๙๘

นพ.สรลักษณ์ มิ่งไทยสงค์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว
E-mail : doctor๑๐๘๕๑@hotmail.com
TEL : ๐๘ ๑๙๔๙ ๕๑๗๖

นพ.สุธน คุณรักษา
นายแพทย์ชำนาญการ
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกง
E-mail : cheechew๒๐๑๓@gmail.com
TEL : ๐๘ ๖๐๓๗ ๕๕๔๐

พญ.มานิตา พรรณวดี
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโพธิ์
E-mail : manitaphanawadee@gmail.com
TEL : ๐๘ ๖๓๔๐ ๙๒๔๗

พญ.อุไร ศิลปกิจโกศล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคาม
E-mail : kwzv@hotmail.com
TEL : ๐๘ ๑๘๖๑ ๓๙๗๙

นพ.อนุชา อาภาสวัสดิ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชสาส์น
E-mail : mo_mo_๒๔๐@hotmail.com
TEL : ๐๘ ๑๗๘๒ ๘๑๕๑

นพ.สมคิด วิระเทพสุภรณ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนามชัยเขต
E-mail : xi_laws@hotmail.com
TEL : ๐๘ ๑๘๓๓ ๒๒๓๒

พญ.ทิพวรรณ ไชยประการ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแปลงยาว
E-mail : doctortik@gmail.com
TEL : ๐๘ ๑๙๙๖ ๓๑๔๖

นพ.เกริกภัทร ลิมปพยอม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าตะเกียบ
E-mail : kroekpat๑๗@hotmail.com
TEL : ๐๘ ๑๙๑๘ ๕๘๗๙

พญ.วิพัชรินทร์ ทรงเดชาพิพัฒน์
นายแพทย์ชำนาญการ
ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองเขื่อน
E-mail : yok๗.rama@gmail.com
TEL : ๐๘ ๖๓๔๓ ๑๘๔๔

ทำเนียบผู้บริหาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดฉะเชิงเทรา

นายชวาล ตัญญบุตร
สาธารณสุขอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา
E-mail : chawan๑๑sso@gmail.com
TEL : ๐๘ ๖๓๑๖ ๕๙๑๗

นายสมเจตน์ สถิตสมิทธ์
สาธารณสุขอำเภอบางคล้า
E-mail : jatebpk@gmail.com
TEL : ๐๘ ๙๖๖๖ ๘๒๔๔

นายกฤษดา พรหมสุวรรณ์
นักวิขาการสาธารณสุขชำนาญการ
รักษาราชการแทนสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว
E-mail : nmk_jot@hotmail.com
TEL : ๐๘ ๑๓๙๘ ๓๔๘๘

นายชูชีพ มีเจริญ
สาธารณสุขอำเภอบางปะกง
E-mail :
chucheep_mmt@hotmail.com

นายชาญเลขา กุลละวณิชย์
สาธารณสุขอำเภอบ้านโพธิ์
E-mail : chan_kul@hotmail com
TEL : ๐๘ ๑๘๒๑ ๒๒๐๑

นายเทอดศักดิ์ แพทย์ประสิทธิ์
สาธารณสุขอำเภอพนมสารคาม
E-mail : riddavan_p@hotmail.com
TEL : ๐๘ ๙๘๑๐ ๘๕๖๔

นายปราโมทย์ ตันดี
สาธารณสุขอำเภอราชสาส์น
E-mail : yim-pramot@hotmail.com
TEL : ๐๘ ๑๒๘๖ ๐๘๘๕

นายศศิธร ศุภพิชน์
สาธารณสุขอำเภอสนามชัยเขต
E-mail : thorn.supa@gmail.com
TEL : ๐๖ ๑๔๒๕ ๙๖๔๕

นายฉลาด บุญจันทร์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
รักษาราชการแทนสาธารณสุขอำเภอแปลงยาว
E-mail para๓๒๕@hotmail.com.
TEL : ๐๘ ๑๖๘๖ ๘๑๒๖

นายมานิตย์ ชุ่มชูจันทร์
สาธารณสุขอำเภอท่าตะเกียบ
E-mail : manit๒๒๓๔๕@gmail.com
TEL : ๐๘ ๑๒๘๖ ๐๘๘๕

นายบุญสืบ จันทร์เจริญ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
รักษาราชการแทนสาธารณสุขอำเภอคลองเขื่อน
E-mail : newcity๑๐๐๕@gmail.com
TEL : ๐๘ ๑๒๐๙ ๗๕๗๕

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

จังหวัดฉะเชิงเทรา แบ่งการปกครองเป็น ๑๑ อำเภอ ๙๓ ตำบล ๘๙๒ หมู่บ้าน ๑ เทศบาลเมือง ๓๓ เทศบาลตำบล ๑ องค์การบริหารส่วนจังหวัด และ ๗๔ องค์การบริหารส่วนตำบล ๑๐๘ กองทุนสุขภาพ มีประชากรรวม ๗๐๙,๘๘๙ คน เป็นชาย ๓๔๗,๙๘๔ คน เป็นหญิง ๓๖๑,๙๐๕ คน คิดเป็นอัตราส่วน ชาย : หญิง ๑ : ๑.๐๔ ความหนาแน่นของประชากรเฉลี่ย ๑๓๓ คนต่อตารางกิโลเมตร ๒๘๙,๓๗๒ หลังคาเรือน อายุคาดเฉลี่ยของประชากร ชาย ๗๓.๑๐ ปี หญิง ๘๑.๐๐ ปี ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศในปีเดียวกัน (ปี ๒๕๕๙ :ชาย ๗๑.๘ ปี หญิง ๗๘.๖ ปี) มีแนวโน้มอัตราเกิดลดลง (๑๐.๑๕ ต่อพันประชากร) อัตราตายมีแนวโน้มลดลง (๗.๕๐ ต่อพันประชากร) ทำให้อัตราเพิ่มธรรมชาติมีแนวโน้มลดลง (๒.๖๕ ต่อพันประชากร)

สถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ๑ โรงพยาบาลศูนย์ (รพ.พุทธโสธร) ๑๐ โรงพยาบาลชุมชน ๑๑๗ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ๒ ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง ๗ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒ โรงพยาบาลเอกชน (รพ.เกษมราษฎร์ฉะเชิงเทรา : ๑๐๐ เตียง รพ.จุฬารัตน์ ๑๑ อินเตอร์ : ๑๐๐ เตียง สถานพยาบาลแผนปัจจุบันไม่มีเตียง ได้แก่ คลินิกเวชกรรม ๑๑๒ แห่ง สหคลินิก ๕ แห่ง คลินิกทันตกรรม ชั้น ๑ จำนวน ๔๐ แห่ง คลินิกเทคนิคการแพทย์ ๓ แห่ง คลินิกกายภาพบำบัด ๖ แห่ง คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ๓๒ แห่ง คลินิกผดุงครรภ์ ๔ แห่ง และคลินิกแพทย์แผนไทย ๙ แห่ง และคลินิกการประกอบโรคศิลปะ ๖ แห่ง

อัตราป่วยผู้ป่วยนอก (ต่อแสนประชากร) ๕ อันดับแรก คือ ๑) ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุนำ (๓๑,๒๖๗.๕๖) ๒) การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่นๆ(๒๔,๗๔๗.๕๓) ๓) เบาหวาน (๒๓,๔๒๖.๐๖) ๔) เนื้อเยื่อผิดปกติ (๑๖,๑๘๒.๓๙) และ ๕) ความผิดปกติอื่นๆ ของฟันและโครงสร้าง (๑๒,๒๓๘.๙๖)

อัตราป่วยผู้ป่วยใน (ต่อแสนประชากร) ๕ อันดับแรก คือ ๑) ปอดบวม (๘๙๐.๑๔) ๒) ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของการตั้งครรภ์และการคลอด (๓๔๗.๙๔) ๓) ไข้จากไวรัสที่นำโดยแมลงและไข้เลือดออกที่เกิดจากไวรัสอื่นๆ (๓๑๕.๖๘) ๔) การบาดเจ็บระบุเฉพาะอื่นๆ ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย (๓๑๒.๐๒) และ ๕) โรคหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้น แบบเรื้อรัง (๓๐๖.๕๓)

อัตราป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (ต่อแสนประชากร) ๕ อันดับแรก คือ ๑) อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (๒.๔๑๑.๑๐) ๒) ปอดอักเสบ (๕๙๔.๗๓) ๓) ไข้ไม่ทราบสาเหตุ (๔๗๔.๑๒) ๔) ไข้หวัดใหญ่ (๒๗๕.๑๑) และ ๕) อาหารเป็นพิษ (๑๔๒.๒๙)

อัตราตาย (ต่อแสนประชากร) ๕ อันดับแรก คือ ๑) เนื้องอกร้าย (๑๐๕.๐๙) ๒) ปอดบวม (๘๙.๐๓) ๓) โรคหลอดเลือดในสมอง (๕๐.๒๙) ๔) โรคหัวใจ (๔๓.๑๑) และ ๕) โลหิตเป็นพิษ (๓๘.๑๗)

ปัญหาสุขภาพ/ สาธารณสุข ๕ อันดับแรก คือ ๑) โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ๒) โรคไข้เลือดออก ๓) LTC/ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ๔) วัณโรค และ ๕) โรคพิษสุนัขบ้า

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อเป็นแนวทางในการกำกับติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานส่วนภูมิภาค ผลการดำเนินงานตามกรอบประเด็นการตรวจราชการของแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในช่วงเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑ ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ดังนี้

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย การตรวจติดตาม การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยสูงอายุ และการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ประเด็นหลักที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

ภาพรวม ไม่พบมารดาตายตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑ สำหรับกลุ่มเด็กปฐมวัย (๐ - ๕ ปี) พบว่ามีพัฒนาการ สมวัยร้อยละ ๗.๘๔ (*เป้าหมายร้อยละ ๘๕*) สูงดีสมส่วนร้อยละ ๕๖.๑๔ (*เป้าหมายร้อยละ ๕๗*) ประเด็นสำคัญ ในการติดตาม คือ เน้นคัดกรอง และติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และส่งต่อหากมีพัฒนาการล่าช้า และการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I โดยพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๑๗.๒๓ (*เป้าหมายร้อยละ ๒๐*) ซึ่งได้รับการติดตาม/ ส่งต่อ ร้อยละ ๔๗.๘๘ (*เป้าหมายร้อยละ ๙๐*) และได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ ๘๐ (*เป้าหมายร้อยละ ๖๐*)

ประเด็นหลักที่ ๒ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี เท่ากับ ๒๘.๔๔ ต่อประชากรหญิง อายุ ๑๕ - ๑๙ ปีพันประชากร (adjusted) (*เป้าหมายไม่เกิน ๓๘ ต่อประชากรหญิง อายุ ๑๕ - ๑๙ ปีพันประชากร*) พบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี เท่ากับ ๗.๓๒ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปีพันประชากร ทุกโรงพยาบาล (๑๑ แห่ง) ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) และทุกอำเภอ (๑๑ อำเภอ) ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐาน อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์

ประเด็นหลักที่ ๓ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยสูงอายุ

การดำเนินการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๕.๕๙ (๖๑ แห่ง จาก ๙๓ แห่ง) *(เกณฑ์เป้าหมายไตรมาสแรก ร้อยละ ๕๐)* มีบุคคลากร Care Manager ผ่านการอบรม ๑๖๒ คน มี Care Giver ผ่านการอบรมหลักสูตร ๗๐ ชม. กรมอนามัย จำนวน ๑,๑๘๐ คน และจัดทำ Care plan เสนอต่อคณะอนุกรรมการ LTC ร้อยละ ๙๔.๕๔

ประเด็นหลักที่ ๔ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

การพัฒนาศูนยปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรูสถานการณ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานไดจริง อยู่ระหว่าง การทบทวนคำสั่งและผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา (Public Health Emergency Incidence Command System : PHEICS ; Chachoengsao) ฉบับใหม่ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

พบอัตรา**ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่**จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๐.๔๔ (*เป้าหมาย ≤ ร้อยละ ๒.๐๕*) อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ ๓๖.๖๓ (*เป้าหมาย > ร้อยละ ๙๐*) ส่วน**กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน** ได้ชี้แจงและแจ้งกลุ่มเป้าหมายไปยังพื้นที่ทุกแห่งรับทราบ (*เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๑๐*) **ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้** ร้อยละ ๑๖.๑๘ (*เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๔๐*) และ**ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้** ร้อยละ ๖.๓๕ (*เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๕๐*)

โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ในระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๒๗.๒๗ (*เป้าหมาย > ร้อยละ ๔๐*)

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การตรวจติดตาม การพัฒนาสุขภาพระบบบริการปฐมภูมิ การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร

ประเด็นหลักที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพระบบบริการปฐมภูมิ

การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ได้ทบทวนคำสั่งการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และอยู่ในระหว่างดำเนินการประชุมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาพื้นที่ ตามแผนปี ๒๕๖๒ จะจัดตั้ง**คลินิกหมอครอบครัว** ทั้งหมด ๒ แห่ง ซึ่งผลการอยู่ระหว่างการทบทวนแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว และการประเมินตนเองตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว 3S (ด้าน System) ให้สอดคล้องกับจำนวนประชากร ในบริบทพื้นที่ การปรับเกณฑ์ขั้นต่ำ การแพทย์ปฐมภูมิ และการจัดงบประมาณสนับสนุน **พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว** ในปี ๒๕๖๒ ไตรมาสแรก มี รพ.สต. ที่ ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๓ ร้อยละ ๑๐๐ (๑๑๗ แห่ง) จากเป้าหมายร้อยละ ๑๐๐ และระดับ ๕ ดาวสะสม ร้อยละ ๕๙.๘๒ (๗๐ แห่ง จาก ๑๑๗ แห่ง) จากเป้าหมายร้อยละ ๖๐ สำหรับประเด็นสำคัญในการตรวจติดตาม คือ ปรับรายละเอียดเกณฑ์ให้สอดคล้องกัน ชี้แจงกระบวนการประเมินให้ครอบคลุมทุกระดับ และสนับสนุนงบประมาณสำหรับดำเนินการ รพ.สต.ติดดาว

ประเด็นหลักที่ ๒ การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ

การพัฒนาระบบบริการรักษา**ผู้ป่วยวัณโรค** ในปี ๒๕๖๒ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา จากค่าคาดประมาณการ ๑๕๖ ต่อแสนประชากรของจังหวัดฉะเชิงเทรา จะพบผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด ๑,๑๐๗ ราย ดังนั้น จึงได้เร่งการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาด้วยการคัดกรองจากกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ๗ กลุ่มด้วยเอ็กซเรย์ให้ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ ๙๕ ซึ่งได้ดำเนินการเรื่อยมาตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ปัจจุบันมีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด ๑๖๗ ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ๑๕๕ ราย คิดเป็นความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา ๑๕๖ ต่อแสนประชากร ร้อยละ ๑๔ (*ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑*) ซึ่งยังน้อยกว่าค่าคาดประมาณการอยู่มาก ประเด็นที่สนใจ คือ ในกลุ่มผู้สัมผัส มีอัตราป่วยสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่การคัดกรองในกลุ่มผู้สัมผัสด้วยการเอ็กซเรย์ยังน้อย และในกลุ่มผู้ต้องขัง เนื่องจากอยู่ในสถานที่แออัด ทำให้มีอัตราการป่วยด้วยวัณโรคมากกว่าคนทั่วไป ดังนั้น จึงได้กำหนดมาตรการและเพิ่มการคัดกรองในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดจาก ๒ ปีย้อนหลังเป็น ๕ ปีย้อนหลัง กลุ่มผู้มีประวัติเป็นวัณโรค และดำเนินการสร้างความร่วมมือการคัดกรองในผู้ต้องขังแรกรับ เมื่อวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ที่ผ่านมา นอกจากนี้ ได้เพิ่มระบบการสอบสวนวัณโรค เป็นผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ให้เข้าสู่ระบบ SRRT เพิ่มติดตามผู้สัมผัส ให้สามารถค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และควบคุมป้องกันโรคให้ได้ดีมากขึ้น

ประเด็นหลักที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีประเด็นติดตามและตัวชี้วัดสำคัญที่มุ่งเน้น ได้แก่ **สาขา RDU** การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ดำเนินการ RDU ขั้นที่ ๑ ในทุกโรงพยาบาล และ RDU ขั้นที่ ๒ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๒๗.๒๗ (*เกณฑ์ ≥ ร้อยละ ๒๐*) ส่วนของ รพศ.พุทธโสธร มีระบบการจัดการ AMR อยางบูรณาการ (intermediate) ผ่านเกณฑ์ **สาขายาเสพติด** การติดตามการหยุดเสพต่อเนื่อง พบผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate) ร้อยละ ๓๒.๐๗ (*เกณฑ์ร้อยละ ๒๐*) ส่วนผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (๓ mouths Remission rate) ร้อยละ ๓๖.๘๒ (*เกณฑ์ร้อยละ ๔๐*) **สาขาสุขภาพจิต จิตเวช** อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๐.๗๑ ต่อ แสนคน (*เกณฑ์ ≤ ๖.๓ ตอประชากรแสนคน*) ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน) ร้อยละ ๙๒.๐๑ (*เกณฑ์ ≥ ร้อยละ ๙๐*) **สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ** มีการบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ๒ ราย และดวงตา ๑ ราย (จากกลุ่มเป้าหมาย ๒,๐๐๓ ราย) เน้นการค้นหาผู้ป่วยฯ ในแผนกอื่นของโรงพยาบาลให้ครอบคลุม **สาขาไต** ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ml/min/๑.๗๓ m2/y ร้อยละ ๕๔.๓๑ (*เกณฑ์ร้อยละ ๖๖*) ส่วนผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการค้นหาคัดกรอง CKD ดำเนินการได้ร้อยละ ๓๐.๐๑ (*เกณฑ์ >ร้อยละ ๘๐*) ซึ่งคาดการณ์ว่าดำเนินการได้มากกว่านี้ในไตรมาสต่อไป **สาขาศัลยกรรม** จากนโยบายลดความแออัดโดยพัฒนาการ ผ่าตัดแบบ One Day Surgery สถานบริการมีความพร้อมในการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ ๒๙.๓๑ (*เกณฑ์ร้อยละ ๒๐*) **สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟู สภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๒๒.๘๑ (*เกณฑ์ร้อยละ ๑๘.๕*) **สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)** อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๙.๒๓ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไม่เกินร้อยละ ๗ ส่วนใหญ่เกิดจากกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก (ร้อยละ ๒๐.๓๑) มากกว่ากรณีตีบ/อุดตัน (ร้อยละ๗.๐๑) **สาขาอายุรกรรม** ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired Sepsis) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ ๓๗.๙๗ (*เกณฑ์ร้อยละ < ๓๐*) **สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด** การติดตามการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 พบว่าดำเนินการได้ทุกแห่ง โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑ พบอัตราเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI (*เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ ๑๐*) ร้อยละ ๘.๕๕ (๑๓ ราย) และร้อยละ ๑.๗๙ (๒ ราย) ส่วนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ยังไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือด (SK) และการส่งต่อ PCI ร้อยละ ๑๐๐

ประเด็นหลักที่ ๔ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร

สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อัตราเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) ร้อยละ ๐.๘๓ (เกณฑ์ ร้อยละ ๑๒)

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการจัดการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การตรวจติดตามระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ และการบริหารจัดการประสิทธิภาพ

ประเด็นหลักที่ ๑ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราได้ดำเนินการปรับปรุงข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข ทั้ง ๕ ประเภท ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราวตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลังลงในระบบบริหารงานบุคคล (HROPS) และได้มีการปรับปรุงข้อมูลส่วนตัวของบุคลากรให้เป็นปัจจุบัน เช่น ส่วนราชการที่ปฏิบัติงานจริง และตาม จ.18 การเปลี่ยนชื่อ-สกุล วุฒิการศึกษา ข้อมูลการฝึกอบรม การลาศึกษา รวมทั้งข้อมูลการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของแต่ละบุคคล และการเลื่อนเงินเดือน หรือเงินพิเศษอื่นๆ ซึ่งได้มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างผู้รับผิดชอบงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีการบริหารตำแหน่งว่างโดยมีการกำหนดวิธีการ กระบวนการและขั้นตอนบริหารจัดการตำแหน่งว่าง เพื่อให้สามารถดำเนินการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งให้แล้วเสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งปัจจุบัน (วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรามีตำแหน่งว่าง จำนวนทั้งสิ้น ๖๐ ตำแหน่ง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ ได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๔ ตำแหน่ง คิดเป็นร้อยละ ๖.๖๗ และอยู่ในขั้นตอนดำเนินการ จำนวน ๒๘ ตำแหน่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๖๗ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราตั้งเป้าหมายว่าจะต้องมีอัตราว่างลดลง เหลือไม่เกินร้อยละ ๕ ในไตรมาสที่ ๒ พร้อมทั้ง ได้กำหนดเป้าหมายให้มีบุคลากรสายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน โดยนับรวมทุกประเภทการจ้างมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๑ ซึ่งได้มีการสำรวจและเตรียมข้อมูลเพื่อวางแผนกำลังคน ส่วน**หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)** ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้ประเมินความสุขของบุคลากร (Happinometer) ได้ตามเป้าหมาย (*ร้อยละ ๗๐*) จำนวน ๒๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๓๐ ซึ่งไม่ได้ตามเป้าหมาย จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘.๗๐ ประกอบด้วย รพศ.พุทธโสธร และ สสอ.สนามชัยเขต มีการประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) ได้ตามเป้าหมาย (*ร้อยละ ๗๐*) จำนวน ๑๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๒๖ ซึ่งผลงานไม่ได้ตามเป้าหมาย จำนวน ๕ แห่ง ประกอบด้วย รพศ.พุทธโสธร รพช.บางน้ำเปรี้ยว รพช.ราชสาส์น สสอ.สนามชัยเขต และ รพช.ท่าตะเกียบ

ประเด็นหลักที่ ๒ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

สำหรับการพัฒนาคุณภาพองค์กร **การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA** ของ รพศ.พุทธโสธร ผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ และในส่วนของ รพช. ภาพรวมผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขั้น ๓ ร้อยละ ๙๐.๐๐ (*เกณฑ์ร้อยละ ๙๐*) มีเพียงหนึ่งแห่งที่ไม่ผ่านการประเมิน คือ โรงพยาบาลคลองเขื่อน ซึ่งเพิ่งเริ่มเปิดดำเนินการ ได้เปิดบริการผู้ป่วยใน แต่ยังไม่เต็มรูปแบบ เมื่อวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๐ โดยใช้ห้องสังเกตอาการของแปลนห้องคลอดให้บริการ ปัจจุบันเปิดให้บริการ ๑๐ เตียง โดยยังไม่มีอาคารผู้ป่วยใน ทั้งนี้ มีการวางแผนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA จังหวัดร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่าน HA แล้ว โดยเฉพาะโรงพยาบาลพนมสารคาม ทำหน้าที่พี่เลี้ยงในการพัฒนามาตรฐานระบบ HA ของโรงพยาบาลคลองเขื่อน และคาดว่า จะขอรับการประเมินขั้น ๑ จาก สรพ.ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ หมวด ๒ และหมวด ๔ ได้แก่ (๑) จัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์การครบ ๑๓ คำถาม Z๒) มีการประเมินองค์การ (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์ หมวด ๒ และหมวด ๔ และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด ๑ และหมวด ๕ (๓) จัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวด ๒ กับหมวด ๔ อย่างละ ๑ แผน (๔). กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๒ กับ หมวด ๔ (บังคับ หมวดละ ๒ ตัวชี้วัดและกำหนดเองหมวดละ ๓ ตัวชี้วัด)

การประเมิน ITA ในไตรมาสที่ ๑ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา มีแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข คือ ๓ ป. ๑ ค. ปลูก/ปุกจิตสำนึก ป้องกัน ปราบปราม และเครือข่าย โดยมุ่งเน้นทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติเนื่องจากแบบประเมินในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เปลี่ยนแปลงจากปีที่ผ่านมา ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทุกหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ประเด็นหลักที่ ๓ การบริหารจัดการประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สป./กรมวิชาการ) มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อกาวสูการเปน Smart Hospital จังหวัดฉะเชิงเทรา มี รพ.ศ. ๑ แห่ง ยังไม่มีระบบคิวออนไลน์ และคิวภายในโรงพยาบาล รพช. ๑๐ แห่ง ยังไม่มีระบบคิวออนไลน์ มีเพียง รพช.พนมสารคามเพียงแห่งเดียว ที่มีระบบคิวภายในโรงพยาบาลแต่ระบบคิวไม่ได้เชื่อมโยงโดยตรงกับระบบ HIS ของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลทั้ง ๑๑ แห่ง ใช้ระบบบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการด้วยโปรแกรม HOSxP โดยทุกโรงพยาบาล แพทย์เป็นผู้บันทึกข้อมูลการวินิจฉัยและจ่ายยาเองทั้งหมด มีเพียงแพทย์บางท่านของโรงพยาบาลพุทธโสธร ที่มีที่ไม่ถนัดการบันทึกข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ จะมีเจ้าหน้าที่ช่วยบันทึกข้อมูลที่ห้องตรวจนั้นเลย ดังนั้น การสั่งยาของจังหวัดฉะเชิงเทราทั้งหมดจะเป็นการสั่งยาด้วยระบบอิเลคทรอนิกส์ และถูกส่งข้อมูลไปที่ห้องยาทางระบบอิเลคทรอนิกส์เลย และจังหวัดฉะเชิงเทราก็ยังไม่ได้ประเมินผลการดำเนินงาน Smart Outcome

การใช Application สำหรับ PCC ในหนวยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster) ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ สามารถดำเนินงานผ่านหลักเกณฑ์ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๒ แห่ง ๑๔ ทีม และตามแผน ปี ๒๕๖๒ จะจัดตั้งอีก ๒ แห่ง ที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ๑ ทีม และอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ๑ ทีม ซึ่งจากการประชุมคณะทำงานพัฒนาการดำเนินงานงาน PCC เมื่อวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๑ มีมติว่าจะนำ Application “PCC Link” ของจังหวัดสุรินทร์มาดำเนินการ ซึ่งเตรียมการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เพื่อขอศึกษาดูงาน และขอใช้ Application “PCC link” มาใช้ใน PCC ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ จากการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังและการบริหารระบบบัญชีของหน่วยบริการจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖# รายไตรมาส ไม่พบหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตการเงินระดับ ๗ ทั้งนี้ จังหวัดได้นำรายงานทางการเงินมาวางแผนการดำเนินงานพัฒนากิจกรรม รวมถึง ติดตามกำกับสถานะทางการเงิน มีการจัดทำต้นทุนการให้บริการแบบ Quick Method ทุกโรงพยาบาล และ Modified Full Cost ในบางโรงพยาบาล และมีการจัดพัฒนาศักยภาพนักบัญชี ในการใช้ HGR (Hospital Group Ratio) มาวิเคราะห์งบการเงินทุกโรงพยาบาล มีการออกประเมินคุณภาพบัญชีทุกโรงพยาบาล มีการจัดทำ Planfin และใช้ในการกำกับ ติดตามงบประมาณ

ส่วนที่ ๑

สรุปข้อมูลทั่วไป

จังหวัดฉะเชิงเทรา

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ คำขวัญจังหวัดฉะเชิงเทรา

แม่น้ำบางปะกงแหล่งชีวิต พระศักดิ์สิทธิ์หลวงพ่อโสธร

พระยาศรีสุนทรปราชญ์ภาษาไทย อ่างฤาไนป่าสมบูรณ์

๑.๒ ตราประจำจังหวัดฉะเชิงเทรา

สัญลักษณ์ภาพโบสถ์ คือ สถานที่ประดิษฐานพระพุทธโสธร ซึ่งเป็นพระพุทธรูปสำคัญของชาวเมืองฉะเชิงเทรา(แปดริ้ว) ซึ่งตามตำนานเล่าว่า เป็นพระพุทธรูปลอยทวนน้ำมา ชาวบ้านจึงอัญเชิญขึ้นที่จังหวัดและเป็นที่นับถือของชาวเมือง เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์บันดาลให้ดินและน้ำอุดมสมบูรณ์

๑.๓ ธงประจำจังหวัดฉะเชิงเทรา

ธงประจำจังหวัดฉะชิงเทรา ความหมาย สีแดงเลือดนกคือ ความเสียสละ ความสามัคคีจากการต่อสู้และได้มาซึ่งชัยชนะของพระนเรศวรมหาราชในสมัยกรุงศรีอยุธยา และพระเจ้าตากสินมหาราช ต่อสู้ชนะข้าศึกทั้งทางบกและทางน้ำ สีเหลืองหมายถึง สีประจำรัชกาลในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๙ ศาลากลางน้ำ หมายถึง ความอุดมสมบูรณ์ ความชุ่มชื่น ความร่มเย็น และองค์หลวงพ่อพระพุทธโสธรที่ล่องมาทางแม่น้ำบางปะกง

ดอกไม้ประจำจังหวัดฉะเชิงเทรา

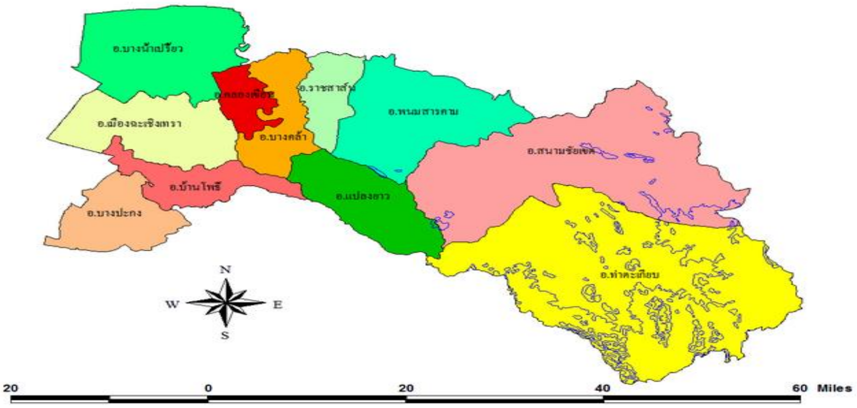
ชื่อ ดอกนนทรีป่า
ชื่อสามัญ Yellow Flamboyant
ชื่อวิทยาศาสตร์ Peltophorum pterocarpum (DC) K.Heyne
วงศ์ LEGUMINOSAE
ชื่ออื่น กระถินป่า กระถินแดง (ตราด) นนทรี (ทั่วไป) สารเงิน (แม่ฮ่องสอน)

ต้นไม้ประจำจังหวัดฉะเชิงเทรา

ชื่อพันธุ์ไม้ นนทรีป่า

ชื่อสามัญ Copper pod
ชื่อวิทยาศาสตร์ Peltophorum dasyrachis Kurz, ex Baker
วงศ์ LEGUMINOSAE
ชื่ออื่น เรียกว่าเซก (เขมร-กาญจบุรี), คางรุ้ง คางรุ้ง คางฮ่ง (พิษณุโลก), จ๊าขาม ช้าขม (ลาว), ตาแขก (เขมร-บุรีรัมย์), นนทรีป่า (ภาคกลาง), ราง (ส่วย-สุรินทร์), ร้าง อะรางอะล้าง (นครราชสีมา), อินทรี (จันทบุรี)

๑.๔ แผนที่



๑.๕ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ และประเด็นยุทธศาสตร์จังหวัดฉะเชิงเทรา

<u>วิสัยทัศน์จังหวัดฉะเชิงเทรา</u>

“ เมืองอุตสาหกรรมสีเขียว ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม แหล่งผลิตสินค้าเกษตรปลอดภัย สังคมมีคุณภาพ ป่าและน้ำอุดมสมบูรณ์ ”

<u>เป้าประสงค์</u>

๑. การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจขยายตัวอย่างมีเสถียรภาพและยั่งยืน
๒. ภาคอุตสาหกรรม พาณิชยกรรม การท่องเที่ยว และเกษตรกรรม มีขีดความสามารถในการแข่งขันสู่ระดับสากล
๓. สวัสดิการสังคมมีคุณภาพ ประชาชนสามารถเจ้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
๔. ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้รับการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑

- พัฒนาศักยภาพการผลิต การบริหารจัดการ ภาคอุตสาหกรรมและพาณิชยกรรมให้มีขีดความสามารถในการแข่งขันและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒

- พัฒนาแหล่งท่องเที่ยวและบริการด้านการท่องเที่ยวให้ได้มาตรฐานและมีอัตลักษณ์สามารถสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ชุมชน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓

- พัฒนาการผลิตและการแปรรูปสินค้าเกษตร ให้เป็นแหล่งผลิตสินค้าเกษตรและเกษตรแปรรูปที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และได้มาตรฐานสากล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔

- พัฒนาคุณภาพชีวิตและสวัสดิการสังคม รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ให้ครอบคลุมประชาชนทุกวัยอย่างทั่วถึง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕

- อนุรักษ์ ฟื้นฟู และบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม ตอบสนองต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

วิสัยทัศน์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

"เป็นองค์กรบริหารจัดการระบบสุขภาพต้นแบบ สถานบริการได้คุณภาพมาตรฐาน บุคลากรสมรรถนะ และความสุข ประชาชนมีสุขภาวะ"

พันธกิจ

๑. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัด
๒. ประสานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผสมผสานแบบองค์รวมทั้งการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค
๓. กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข
๔. จัดบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐานและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
๕. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาสุขภาพ

เป้าประสงค์

๑. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
๒. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ
๓. ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ อย่างเสอมภาคและถึงพอใจ
๔. ระบบบริการทุกระดับมีคุณภาพมาตรฐาน
๕. บุคลากรมีสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่และมาตรฐานวิชาชีพ
๖. บุคลากรมีความสุขในชีวิตและการทำงาน
๗. ปัญหาโรคและภัยสุขภาพลดลง
๘. ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

๑.๖ ประวัติความเป็นมา

ฉะเชิงเทราหรือแปดริ้ว เป็นจังหวัดในภาคตะวันออก ตั้งอยู่ริมแม่น้ำบางปะกงห่างจากปากน้ำ ขึ้นไปประมาณ ๒๔ กิโลเมตร สันนิษฐานว่าเป็นเมืองใหญ่ ตั้งขึ้นในสมัยอยุธยาประมาณ พ.ศ. ๒๐๙๒ ในแผ่นดินพระมหาจักรพรรดิ์ เพื่อเป็นที่ระดมพลในยามสงคราม ปรากฏชื่อเมืองฉะเชิงเทราเป็น ครั้งแรก ในพระราชพงศาวดารในแผ่นดินพระมหาธรรมราชา ขณะนั้นไทยเรากำลังบอบช้ำ เนื่องจากแพ้ศึกพม่า พญาละแวกกษัตริย์เขมรเห็นเป็นโอกาสงามที่จะได้ประชาชนพลเมืองของไทยไปเป็นกำลัง จึงยกกองทัพ ทางบกและทางเรือเข้ากวาดต้อนชาวเมืองจันทบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา และนครนายกไปเป็นจำนวนมาก

โดยมี “ หลวงพ่อโสธร ” เป็นศูนย์รวมศรัทธาของชาวแปดริ้ว ในอดีตฉะเชิงเทรามีฐานะเป็นเมืองจัตวาอยู่ในสังกัดกระทรวงกลาโหม ต่อมาขึ้นอยู่ในสังกัดกรมมหาดไทยและคงอยู่เช่นนี้เรื่อยมาตั้งแต่รัชกาลที่ ๑ แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ จนกระทั่งรัชกาลที่ ๕ เมื่อทรงเปลี่ยนแปลงการปกครองใหม่ เมืองฉะเชิงเทรามีฐานะเป็นเมืองๆหนึ่งในมณฑลปราจีนบุรี และในปี พ.ศ. ๒๔๕๙ จึงได้เปลี่ยนจากเมืองเป็นจังหวัด เรียกว่า จังหวัดฉะเชิงเทรา คำว่า “ จังหวัดฉะเชิงเทรา ” เป็นภาษาเขมร แปลว่า คลองลึก ส่วนชื่อแปดริ้วนั้น ได้มาจาก คำบอกเล่าว่า ในเมืองนี้มีปลาช่อนชุกชุม เมื่อนำมาตากทำเป็นปลาแห้ง จะต้องแล่เนื้อปลาถึง ๘ ริ้ว

๑.๗ ที่ตั้งและอาณาเขต

จังหวัดฉะเชิงเทราหรือที่ชาวบ้านเรียกว่า “แปดริ้ว” อยู่ทางทิศตะวันออกของประเทศไทย ประมาณเส้นรุ้งที่ ๑๓ องศาเหนือและเส้นแวงที่ ๑๐๐ องศาตะวันออก มีเนื้อที่ประมาณ ๕,๓๕๑ ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ ๓,๓๔๔,๓๗๕ ไร่ เป็นจังหวัดที่จัดไว้ในเขตภาคกลางตะวันออก อยู่ในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายฝั่งทะเลตะวันออก คือ จังหวัดฉะเชิงเทรา ชลบุรี และระยอง ห่างจากกรุงเทพมหานคร โดยทางรถไฟสายตะวันออกประมาณ ๖๑ กิโลเมตรตามทางรถยนต์หมายเลข ๓๐๔ ประมาณ ๗๕ กิโลเมตร ตามทางหมายเลข ๓ ประมาณ ๑๐๐ กิโลเมตร หรือตามทางหมายเลข ๓๔ แยกเข้าสายหมายเลข ๓๑๔ ประมาณ ๙๐ กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดต่าง ๆ ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อ	จังหวัดนครนายก และจังหวัดปราจีนบุรี
ทิศใต้	ติดต่อ	จังหวัดชลบุรี จรดอ่าวไทย และจังหวัดจันทบุรี
ทิศตะวันออก	ติดต่อ	จังหวัดสระแก้ว
ทิศตะวันตก	ติดต่อ	จังหวัดปทุมธานี จังหวัดสมุทรปราการ และกรุงเทพมหานคร

๑.๘ ลักษณะภูมิประเทศ

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีภูมิประเทศลักษณะทั่วไปเป็นที่ราบลุ่ม มีที่ดอนเป็นบางส่วน ซึ่งในเขตอำเภอสนามชัยเขตและอำเภอท่าตะเกียบ มีเนื้อที่รวมกันเกือบเป็นครึ่งหนึ่งของเนื้อที่จังหวัด มีลักษณะเป็นที่ดอนป่าและเขา บางแห่งพื้นที่อยู่สูงกว่าระดับน้ำทะเลถึง ๒ - ๓ เมตร แต่บางส่วนอยู่ต่ำกว่าระดับน้ำทะเลอยู่เป็นอันมากโดยเฉพาะภูมิประเทศแถบชายฝั่งแม่น้ำบางปะกงมีน้ำทะเลท่วมถึง เกษตรกรได้ใช้ความรู้จากบรรพบุรุษทำเขื่อนกั้นน้ำทะเล ทำให้เกิดสวนมาแต่อดีต

ลักษณะดินในจังหวัดฉะเชิงเทรา ความอุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การทำนา ในบริเวณพื้นที่ด้านตะวันตกของจังหวัดสำหรับบริเวณสองฝั่งแม่น้ำบางปะกงในอำเภอเมืองและอำเภอบางคล้าเหมาะแก่การปลูกผลไม้และไม้ยืนต้น ส่วนพื้นที่ตอนกลางและบางส่วนทางด้านตะวันออกของจังหวัดเหมาะแก่การปลูก พืชไร่ สำหรับพื้นที่ด้านตะวันออกของจังหวัด เป็นดินภูเขาไม่เหมาะในการทำเกษตรกรรม และเป็นพื้นที่ ป่าไม้เป็นส่วนใหญ่

๑.๙ ลักษณะภูมิอากาศ

จังหวัดฉะเชิงเทรามีลักษณะอากาศร้อนชื้นเขตศูนย์สูตร โดยมีลมมรสุมพัดปกคลุมเกือบตลอดปี แบ่งออกตามฤดูกาลได้ ๓ ฤดู ดังนี้

ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงกลางเดือนพฤษภาคม โดยมีลมตะวันออกและลมฝ่ายใต้พัดผ่านอากาศร้อนอบอ้าว และจะมีอากาศร้อนจัดเป็นบางวัน อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย ๓๙.๔๐ องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย ๒๑.๐๔ องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์ เฉลี่ย ๖๘ % ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย ๒๒๙.๕๕ มิลลิเมตร

ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคม ถึงกลางเดือนตุลาคม มีลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้พัดผ่าน มีเมฆเป็นส่วนมากกับมีฝนฟ้าคะนอง และมีฝนตกหนักบางพื้นที่ อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย ๓๔.๘๒ องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย ๒๒.๖๗ องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย ๗๕ % ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย ๑๒๙๓.๔๕ มิลลิเมตร

ฤดูหนาว เริ่มตั้งแต่กลางเดือนตุลาคม ถึงกลางเดือนกุมภาพันธ์ มีลมมรสุมตะวันเฉียงเหนือพัดผ่าน ท้องฟ้าโปร่งกับมีหมอกในตอนเช้า หมอกจัดเป็นบางวัน อากาศแห้งและเย็น อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย ๓๔.๘๒ องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย ๑๒.๗๐ องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย ๖๙ % ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย ๒๕๔.๑ มิลลิเมตร

๒. ข้อมูลด้านสังคม

การศึกษา

สถานศึกษาในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีการแบ่งเขตรับผิดชอบประกอบด้วย สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาฉะเชิงเทรา เขต ๑ รับผิดชอบสถานศึกษาในเขตอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว อำเภอบางปะกง อำเภอบ้านโพธิ์ และสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาฉะเชิงเทรา เขต ๒ รับผิดชอบสถานศึกษาในเขตอำเภอบางคล้า อำเภอพนมสารคาม อำเภอราชสาส์น อำเภอสนามชัยเขต อำเภอแปลงยาว อำเภอท่าตะเกียบ และอำเภอคลองเขื่อน ส่วนสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต ๖ รับผิดชอบ โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาทุกอำเภอในจังหวัดฯ

ตารางที่ ๑ จำนวนสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาฉะเชิงเทรา เขต ๑, ๒ และสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต ๖ จังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑

พื้นที่	สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาฉะเชิงเทรา เขต ๑ และ เขต ๒ (แห่ง)	สำนักงานเขตมัธยมศึกษาเขต ๖ (แห่ง)	สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (แห่ง)	สังกัดสำนักงานการศึกษาท้องถิ่น (แห่ง)	สังกัดกรมอาชีวศึกษา (แห่ง)	สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (อาชีวศึกษา) (แห่ง)	สังกัดกรมศาสนา (แห่ง)	สังกัดสภาสถาบันราชภัฏ (แห่ง)	สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (แห่ง)	โรงเรียนอนุบาลเอกชน (แห่ง)	สังกัด อบต. (แห่ง)	สังกัด อบจ. (แห่ง)
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๔๐	๘	๘	๒	๓	๔	๒	๒	-	๑	-	๑
อำเภอบางคล้า	๑๙	๒	๓	๒	-	-	-	-	-	-	๑	-
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๔๙	๕	๑	-	-	-	-	-	-	๑	-	-
อำเภอบางปะกง	๒๗	๑	๓	๑	๑	-	-	-	-	๒	-	-
อำเภอบ้านโพธิ์	๒๖	๓	-	๑	๑	-	-	-	-	-	-	-
อำเภอพนมสารคาม	๔๒	๓	๔	-	๒	-	-	-	-	-	-	-
อำเภอราชสาส์น	๗	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
อำเภอสนามชัยเขต	๓๕	๑	๒	๑	-	-	-	-	๒	-	-	๑
อำเภอแปลงยาว	๑๙	๓	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-
อำเภอท่าตะเกียบ	๒๐	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
อำเภอคลองเขื่อน	๙	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวมจังหวัด	**๒๙๓**	**๒๙**	**๒๒**	**๗**	**๗**	**๔**	**๒**	**๒**	**๒**	**๔**	**๑**	**๒**

ที่มา กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

ศาสนา

ชาวจังหวัดฉะเชิงเทรา มีความเลื่อมใสในพระพุทธศาสนามาแต่โบราณกาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความนับถือในองค์พระพุทธรูปซึ่งเป็นตัวแทนของสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า หลวงพ่อพ่อพุทธโสธร คือ พุทธรูปศักดิ์สิทธิ์คู่บ้านคู่เมืองของจังหวัดฉะเชิงเทรา จากข้อมูล ปี ๒๕๖๑ มีวัด ๓๖๗ แห่ง สำนักสงฆ์ ๖๙ แห่ง วัดจีน ๒ แห่ง มีพระสงฆ์ ๔,๑๕๒ รูป สามเณร ๕๒๐ รูป มัสยิด ๖๗ แห่ง และโบสถ์คริสต์ ๑๐ แห่ง

การนับถือศาสนาของจังหวัดฉะเชิงเทรา จากการสำรวจสำมะโนประชากรและการเคหะแห่งชาติ ปี ๒๕๕๓

ศาสนาพุทธ	ร้อยละ ๙๒.๘๐ %	ศาสนาอิสลาม	ร้อยละ ๖.๔๐ %
ศาสนาคริสต์	ร้อยละ ๐.๖๐ %	ศาสนาอื่น ๆ	ร้อยละ ๐.๒๐ %

ตารางที่ ๒ ข้อมูลด้านศาสนา จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑

พื้นที่	วัด (แห่ง)		พระอารามหลวง (แห่ง)	สำนักสงฆ์ (แห่ง)		วัดร้าง (แห่ง)	จำนวน พระสงฆ์ (รูป)		จำนวน สามเณร	
	ธรรมยุต	มหานิกาย		ธรรมยุต	มหานิกาย		ธรรมยุต	มหานิกาย	ธรรมยุต	มหานิกาย
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๓	๔๓	๒	-	๒	๒	๔๓	๗๔๓	-	๓๖๒
อำเภอบางคล้า	-	๒๑	-	๑	-	๑	๒	๓๐๓	-	๒
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๑	๓๔	-	-	-	-	๖	๓๕๖	-	๕๑
อำเภอบางปะกง	๑	๒๒	-	๑	-	๒	๒๐	๔๔๐	-	๗
อำเภอบ้านโพธิ์	-	๒๙	-	-	๑	๑	-	๓๑๘	-	๓
อำเภอพนมสารคาม	-	๖๕	-	๑	๖	๙	๑	๖๐๖	-	๗๖
อำเภอราชสาส์น	-	๑๑	-	-	-	-	-	๗๙	-	๐
อำเภอสนามชัยเขต	๖	๕๑	-	๔	๒๕	-	๒๗	๔๙๐	-	๙
อำเภอแปลงยาว	๓	๒๒	-	๑	๖	-	๑๖	๒๕๓	-	๒
อำเภอท่าตะเกียบ	๖	๓๖	-	๕	๑๖	-	๕๔	๓๑๖	๓	๕
อำเภอคลองเขื่อน	-	๑๑	-	-	-	๓	-	๗๙	-	๐
รวมจังหวัด	**๒๐**	**๓๔๕**	**๒**	**๑๓**	**๕๖**	**๑๘**	**๑๖๙**	**๓,๙๘๓**	**๓**	**๕๑๗**

ที่มา สำนักงานพุทธศาสนาจังหวัดฉะเชิงเทรา ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

ตารางที่ ๓ จำนวนโบสถ์คริสต์ มัสยิด และจำนวนวัดจีน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑

พื้นที่	จำนวนโบสถ์คริสต์ (แห่ง)	จำนวนมัสยิด (แห่ง)	จำนวนวัดจีน (แห่ง)
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๔	๑๐	๒
อำเภอบางคล้า	๒	-	-
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	-	๕๑	-
อำเภอบางปะกง	๑	๑	-
อำเภอบ้านโพธิ์	-	๔	-
อำเภอพนมสารคาม	๑	-	-
อำเภอราชสาส์น	-	-	-
อำเภอสนามชัยเขต	๒	-	-
อำเภอแปลงยาว	-	-	-
อำเภอท่าตะเกียบ	-	๑	-
อำเภอคลองเขื่อน	-	-	-
รวมจังหวัด	**๑๐**	**๖๗**	**๒**

ที่มา สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดฉะเชิงเทรา ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

---

๓. ข้อมูลการปกครอง

แบ่งการปกครองออกเป็น ๑๑ อำเภอ ๙๓ ตำบล ๘๙๒ หมู่บ้าน ๑ เทศบาลเมือง ๓๓ เทศบาลตำบล ๑ องค์การบริหารส่วนจังหวัด และ ๗๔ องค์การบริหารส่วนตำบล ๑๐๘ กองทุนสุขภาพ

ตารางที่ ๔ การแบ่งเขตการปกครอง จำแนกรายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑

พื้นที่	การปกครอง					*กองทุนสุขภาพ	พื้นที่ (ตร.กม.)	ระยะทางอำเภอถึงจังหวัด	ประชากร** (คน)	ความหนาแน่น** (ปชก./ตร.กม.)
	ตำบล	หมู่บ้าน	เทศบาล เมือง	เทศบาล ตำบล	อบต.					
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๑๙	๑๙๒	๑	๑	๑๘	๒๐	๓๗๘.๖๖	-	๑๕๘,๗๒๒	๔๑๙
อ.บางคล้า	๙	๕๖	-	๒	๗	๙	๒๒๗.๘๙	๒๕	๔๕,๖๗๑	๒๐๐
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๑๐	๑๔๘	-	๖	๘	๑๔	๔๙๘.๖๖	๑๙	๘๘,๐๒๐	๑๗๗
อ.บางปะกง	๑๒	๑๐๘	-	๑๐	๖	๑๖	๒๕๗.๘๙	๒๔	๙๐,๗๗๕	๓๕๒
อ.บ้านโพธิ์	๑๗	๗๓	-	๔	๑๒	๑๖	๒๑๗.๕๙	๑๔	๕๒,๕๒๕	๒๔๑
อ.พนมสารคาม	๘	๘๗	-	๕	๖	๑๑	๕๕๐.๐๐	๓๔	๘๒,๓๘๐	๑๕๐
อ.ราชสาส์น	๓	๓๑	-	.	๓	๓	๑๓๔.๙๐	๔๕	๑๒,๘๐๙	๙๕
อ.สนามชัยเขต	๔	๗๐	-	๑	๔	๕	๑,๖๖๖.๐๐	๕๐	๗๔,๖๑๓	๔๕
อ.แปลงยาว	๔	๔๘	-	๔	๓	๗	๒๓๗.๒๓	๓๕	๔๔,๗๐๖	๑๘๘
อ.ท่าตะเกียบ	๒	๔๗	-	-	๒	๒	๑,๐๕๔.๗๗	๘๒	๔๖,๖๐๓	๔๔
อ.คลองเขื่อน	๕	๓๒	-	-	๕	๕	๑๒๗.๔๐	๑๘	๑๓,๐๖๕	๑๐๓
รวมจังหวัด	**๙๓**	**๘๙๒**	**๑**	**๓๓**	**๗๔**	**๑๐๘**	**๕,๓๕๑**	**-**	**๗๐๙,๘๘๙**	**๑๓๓**

ที่มา ๑. ที่ทำการปกครองจังหวัดฉะเชิงเทรา ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

๓. * กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

๔. **สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

๔. <u>ข้อมูลประชากร</u>

จังหวัดฉะเชิงเทรามีประชากร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ รวมทั้งสิ้น ๗๐๙,๘๘๙ คน เป็นชาย ๓๔๗,๙๘๔ คน เป็นหญิง ๓๖๑,๙๐๕ คน คิดเป็นอัตราส่วน ชาย:หญิง ๑:๑.๐๔ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา เป็นอำเภอที่มีประชากรมากที่สุดจำนวน ๑๕๘,๗๒๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๓๖ของประชากรทั้งจังหวัด รองลงมา คือ อำเภอบางปะกง จำนวน ๙๐,๗๗๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๗๙ ของประชากรทั้งจังหวัด และอำเภอราชสาส์น เป็นอำเภอที่มีประชากรน้อยที่สุด จำนวน ๑๒,๘๐๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๑ ของประชากรทั้งจังหวัด อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา นอกจากจะเป็นอำเภอที่มีประชากรมากที่สุดแล้วยังมีประชากรหนาแน่นมากที่สุดด้วย ประมาณ ๔๑๙ คนต่อตารางกิโลเมตร รองลงมา คือ อำเภอบางปะกงและอำเภอบ้านโพธิ์ตามลำดับ ส่วนอำเภอท่าตะเกียบ มีประชากรเบาบางที่สุด คือ ประมาณ ๔๔ คนต่อตารางกิโลเมตร โดยภาพรวมทั้งจังหวัดความหนาแน่นของประชากร ๑๓๓ คนต่อตารางกิโลเมตร ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ ๕ จำนวนประชากร จำแนกตามเพศ ความหนาแน่น และจำนวนหลังคาเรือน รายอำเภอจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. ๒๕๖๐

พื้นที่	จำนวนประชากร (คน)			คิดเป็นร้อยละ	พื้นที่ (ตร.กม.)	ความหนาแน่น (คน/ตร.กม.)	จำนวนบ้าน
	ชาย	หญิง	รวม				
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๗๖,๖๘๔	๘๒,๐๓๘	๑๕๘,๗๒๒	๒๒.๓๖	๓๗๘.๖๖	๔๑๙	๖๘,๙๒๕
อ.บางคล้า	๒๑,๙๖๕	๒๓,๗๐๖	๔๕,๖๗๑	๖.๔๓	๒๒๗.๘๙	๒๐๐	๑๘,๘๓๗
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๔๓,๖๙๕	๔๔,๓๒๕	๘๘,๐๒๐	๑๒.๔๐	๔๙๘.๖๖	๑๗๗	๒๕,๖๐๔
อ.บางปะกง	๔๔,๑๖๓	๔๖,๖๑๒	๙๐,๗๗๕	๑๒.๗๙	๒๕๗.๘๙	๓๕๒	๔๙,๑๖๒
อ.บ้านโพธิ์	๒๕,๔๘๑	๒๗,๐๔๔	๕๒,๕๒๕	๗.๔๐	๒๑๗.๕๙	๒๔๑	๒๐,๖๒๙
อ.พนมสารคาม	๔๐,๐๑๐	๔๒,๓๗๐	๘๒,๓๘๐	๑๑.๖๑	๕๕๐.๐๐	๑๕๐	๓๕,๖๔๓
อ.ราชสาส์น	๖,๒๙๓	๖,๕๑๖	๑๒,๘๐๙	๑.๘๑	๑๓๔.๙๐	๙๕	๔,๔๓๒
อ.สนามชัยเขต	๓๗,๓๕๐	๓๗,๒๖๓	๗๔,๖๑๓	๑๐.๕๑	๑๖๖๖.๐๒	๔๕	๒๔,๓๔๑
อ.แปลงยาว	๒๒,๓๗๙	๒๒,๓๒๗	๔๔,๗๐๖	๖.๒๙	๒๓๗.๒๓	๑๘๘	๒๑,๔๓๑
อ.ท่าตะเกียบ	๒๓,๕๘๙	๒๓,๐๑๔	๔๖,๖๐๓	๖.๕๖	๑๐๕๔.๗๗	๔๔	๑๖,๒๐๕
อ.คลองเขื่อน	๖,๓๗๕	๖,๖๙๐	๑๓,๐๖๕	๑.๘๔	๑๒๗.๔๐	๑๐๓	๔,๑๖๓
รวมจังหวัด	**๓๔๗,๙๘๔**	**๓๖๑,๙๐๕**	**๗๐๙,๘๘๙**	**๑๐๐.๐๐**	**๕,๓๕๑.๐๐**	**๑๓๓**	**๒๘๙,๓๗๒**

ที่มา สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

ตารางที่ ๖ จำนวนและอัตราของประชากร จำแนกตามเพศ รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. ๒๕๖๐

พื้นที่	ประชากร					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ*	จำนวน	ร้อยละ*	จำนวน	ร้อยละ
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๗๖,๖๘๔	๑๐.๘๐	๘๒,๐๓๘	๑๑.๕๖	๑๕๘,๗๒๒	๒๒.๓๖
อำเภอบางคล้า	๒๑,๙๖๕	๓.๐๙	๒๓,๗๐๖	๓.๓๔	๔๕,๖๗๑	๖.๔๓
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๔๓,๖๙๕	๖.๑๖	๔๔,๓๒๕	๖.๒๔	๘๘,๐๒๐	๑๒.๔๐
อำเภอบางปะกง	๔๔,๑๖๓	๖.๒๒	๔๖,๖๑๒	๖.๕๗	๙๐,๗๗๕	๑๒.๗๙
อำเภอบ้านโพธิ์	๒๕,๔๘๑	๓.๕๙	๒๗,๐๔๔	๓.๘๑	๕๒,๕๒๕	๗.๔๐
อำเภอพนมสารคาม	๔๐,๐๑๐	๕.๖๔	๔๒,๓๗๐	๕.๙๗	๘๒,๓๘๐	๑๑.๖๑
อำเภอราชสาส์น	๖,๒๙๓	๐.๘๙	๖,๕๑๖	๐.๙๒	๑๒,๘๐๙	๑.๘๑
อำเภอสนามชัยเขต	๓๗,๓๕๐	๕.๒๖	๓๗,๒๖๓	๕.๒๕	๗๔,๖๑๓	๑๐.๕๑
อำเภอแปลงยาว	๒๒,๓๗๙	๓.๑๕	๒๒,๓๒๗	๓.๑๔	๔๔,๗๐๖	๖.๒๙
อำเภอท่าตะเกียบ	๒๓,๕๘๙	๓.๓๒	๒๓,๐๑๔	๓.๒๔	๔๖,๖๐๓	๖.๕๖
อำเภอคลองเขื่อน	๖,๓๗๕	๐.๙๐	๖,๖๙๐	๐.๙๔	๑๓,๐๖๕	๑.๘๔
รวมจังหวัด	**๓๔๗,๙๘๔**	**๔๙.๐๒**	**๓๖๑,๙๐๕**	**๕๐.๙๘**	**๗๐๙,๘๘๙**	**๑๐๐.๐๐**

ที่มา สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

หมายเหตุ ร้อยละ* หมายถึง ร้อยละของประชากรทั้งหมด

ตารางที่ ๗ จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. ๒๕๖๐

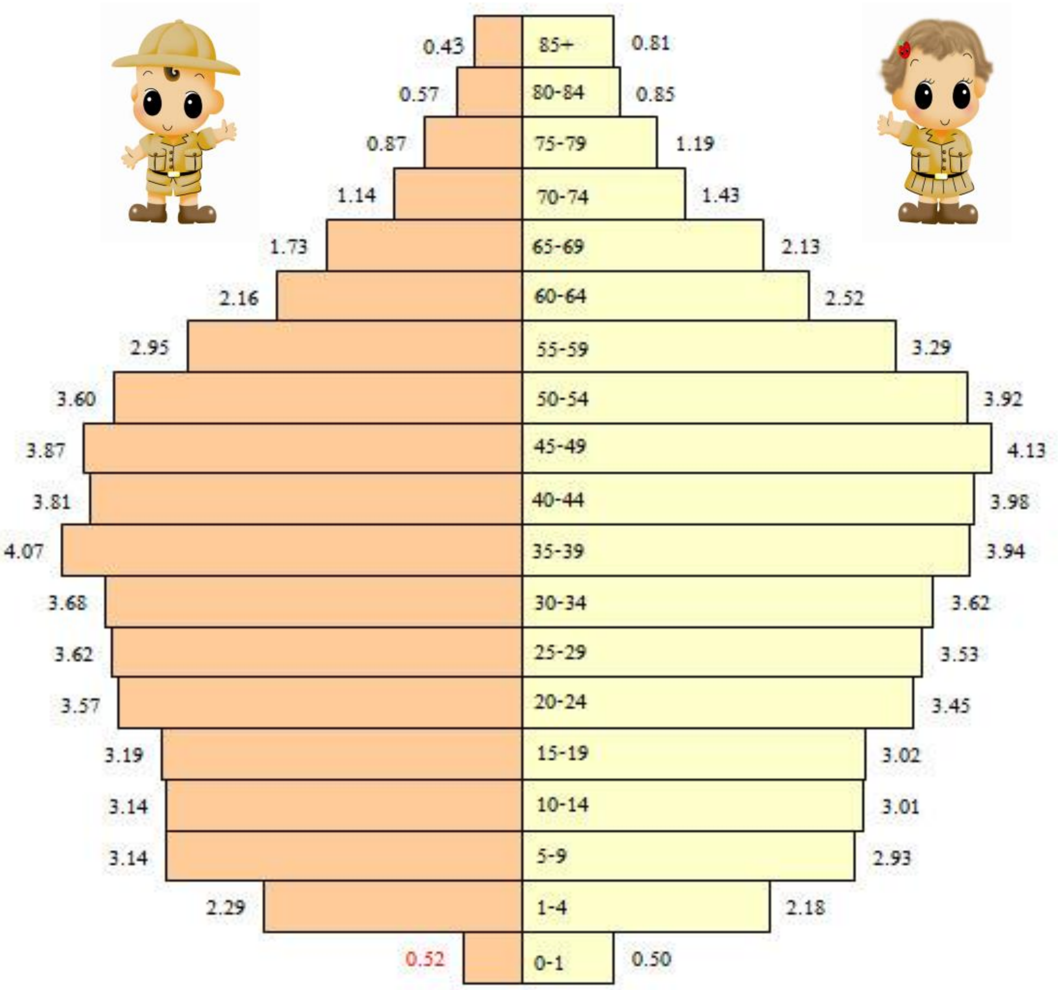
กลุ่มอายุ (ปี)	ประชากร					
	ชาย		หญิง		รวม	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ต่ำกว่า ๑ ปี	๓,๖๖๙	๐.๕๒	๓,๕๓๔	๐.๕๐	๗,๒๐๓	๑.๐๒
๑ – ๔	๑๖,๒๗๐	๒.๒๙	๑๕,๔๙๖	๒.๑๘	๓๑,๗๖๖	๔.๔๗
๕ – ๙	๒๒,๒๗๐	๓.๑๔	๒๐,๗๙๗	๒.๙๓	๔๓,๐๖๗	๖.๐๗
๑๐ -๑๔	๒๒,๒๗๗	๓.๑๔	๒๑,๓๘๙	๓.๐๑	๔๓,๖๖๖	๖.๑๕
๑๕ -๑๙	๒๒,๖๕๘	๓.๑๙	๒๑,๔๗๑	๓.๐๒	๔๔,๑๒๙	๖.๒๑
๒๐ – ๒๔	๒๕,๓๖๐	๓.๕๗	๒๔,๔๘๗	๓.๔๕	๔๙,๘๔๗	๗.๐๒
๒๕ – ๒๙	๒๕,๗๒๕	๓.๖๒	๒๕,๐๓๕	๓.๕๓	๕๐,๗๖๐	๗.๑๕
๓๐ – ๓๔	๒๖,๑๒๓	๓.๖๘	๒๕,๖๗๕	๓.๖๒	๕๑,๗๙๘	๗.๓๐
๓๕ – ๓๙	๒๘,๘๕๗	๔.๐๗	๒๗,๙๕๗	๓.๙๔	๕๖,๘๑๔	๘.๐๑
๔๐ – ๔๔	๒๗,๐๗๕	๓.๘๑	๒๘,๒๒๖	๓.๙๘	๕๕,๓๐๑	๗.๗๙
๔๕ – ๔๙	๒๗,๔๖๘	๓.๘๗	๒๙,๒๙๘	๔.๑๓	๕๖,๗๖๖	๘.๐๐
๕๐ – ๕๔	๒๕,๕๗๘	๓.๖๐	๒๗,๘๔๗	๓.๙๒	๕๓,๔๒๕	๗.๕๒
๕๕ – ๕๙	๒๐,๙๗๑	๒.๙๕	๒๓,๓๘๗	๓.๒๙	๔๔,๓๕๘	๖.๒๔
๖๐ – ๖๔	๑๕,๓๐๘	๒.๑๖	๑๗,๙๐๓	๒.๕๒	๓๓,๒๑๑	๔.๖๘
๖๕ – ๖๙	๑๒,๒๘๐	๑.๗๓	๑๕,๐๙๗	๒.๑๓	๒๗,๓๗๗	๓.๘๖
๗๐ – ๗๔	๘,๐๖๑	๑.๑๔	๑๐,๑๗๘	๑.๔๓	๑๘,๒๓๙	๒.๕๗
๗๕ – ๗๙	๖,๑๖๒	๐.๘๗	๘,๔๘๑	๑.๑๙	๑๔,๖๔๓	๒.๐๖
๘๐ – ๘๔	๔,๐๓๙	๐.๕๗	๖,๐๓๖	๐.๘๕	๑๐,๐๗๕	๑.๔๒
๘๕ – ๘๙	๑,๙๘๘	๐.๒๘	๓,๕๕๓	๐.๕๐	๕,๕๔๑	๐.๗๘
๙๐ – ๙๔	๘๑๐	๐.๑๑	๑,๕๓๗	๐.๒๒	๒,๓๔๗	๐.๓๓
๙๕ – ๙๙	๒๔๔	๐.๐๓	๔๙๖	๐.๐๗	๗๔๐	๐.๑๐
๑๐๐+	๙๐	๐.๐๑	๑๒๔	๐.๐๒	๒๑๔	๐.๐๓
เกิดปีจันทรคติ	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐
ทะเบียนบ้านกลาง	๒,๙๕๓	๐.๔๒	๒,๕๑๘	๐.๓๕	๕,๔๗๑	๐.๗๗
ไม่ใช่เชื้อชาติไทย	๙๙๔	๐.๑๔	๘๒๙	๐.๑๒	๑,๘๒๓	๐.๒๖
อยู่ระหว่างการย้าย	๗๕๔	๐.๑๑	๕๕๔	๐.๐๘	๑,๓๐๘	๐.๑๙
รวมจังหวัด	**๓๔๗,๙๘๔**	**๔๙.๐๒**	**๓๖๑,๙๐๕**	**๕๐.๙๘**	**๗๐๙,๘๘๙**	**๑๐๐.๐**

ที่มา สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

หมายเหตุ ร้อยละ* หมายถึง ร้อยละของประชากรทั้งหมด

ประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า เป็นกลุ่มเด็กอายุ ต่ำกว่า ๑ ปี จำนวน ๗,๒๐๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๐๒ ของประชากรทั้งหมด กลุ่มเด็กอายุ ๑ - ๔ ปี จำนวน ๓๑,๗๖๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๔๗ ของประชากรทั้งหมด กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ ๑๕ - ๔๔ ปี) จำนวน ๑๕๒,๘๕๑ คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๒๔ ของประชากรหญิงทั้งหมด และเป็นร้อยละ ๒๑.๕๓ ของประชากรทั้งหมด ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป) จำนวน ๑๑๒,๓๘๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๘๓ ของประชากรทั้งหมด ซึ่งแสดงได้ตามโครงสร้างประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศของจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๐

ปิระมิดประชากร จังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปี ๒๕๖๐



การวิเคราะห์อัตราส่วนการพึ่งพิง เป็นการพิจารณาอัตราส่วนของประชากร ที่อยู่ในกลุ่มนอกวัยแรงงานต่อประชากรวัยแรงงาน กลุ่มอายุนอกวัยแรงงานที่ต้องพึ่งพิงทางเศรษฐกิจ ได้แก่ กลุ่มประชากรวัยเด็กที่อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี และกลุ่มประชากรวัยสูงอายุที่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ส่วนประชากรที่เป็นที่พึ่ง คือ ประชากรวัยแรงงานที่มีอายุ ๑๕ – ๕๙ ปี ฉะนั้นในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ประชากรในจังหวัดฉะเชิงเทรา ๑๐๐ คน ต้องรับภาระดูแลเด็กและผู้สูงอายุประมาณ ๕๑ คน

๕. ข้อมูลสถานะสุขภาพ

๕.๑ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy)

ตารางที่ ๘ อายุคาดเฉลี่ยของประชากรจังหวัดฉะเชิงเทราเทียบกับระดับประเทศ

ระดับ	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด	
	ชาย	หญิง
ประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐	๗๒.๐	๗๘.๘
จังหวัดฉะเชิงเทรา		
ปี พ.ศ. ๒๕๖๐	๗๓.๑๐	๘๑.๐๐
ปี พ.ศ. ๒๕๕๐	๗๒.๑๕	๘๐.๑๗

ที่มา : - สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล (ประชากรการคาดประมาณ ณ กลางปี ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐)
- ประชากรกลางปี กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๐
- ข้อมูลการตายกลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพสำนักโยบายและยุทธศาสตร์ ณ ที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

หมายเหตุ : อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด หมายถึง จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าบุคคลที่เกิดมาแล้วจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกกี่ปี

๕.๒ สถิติชีพ

การเกิด ตาย และเพิ่มตามธรรมชาติ

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลอัตราการเกิด และอัตราการตาย ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ พบว่า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีแนวโน้มอัตราการเกิดจะลดลง ๑๐.๖๗, ๑๐.๓๙ และ ๑๐.๑๕ ต่อพัน-ประชากร ส่วนอัตราการตายมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ๗.๓๖, ๗.๕๓ และ ๗.๕๐ ต่อพันประชากร ตามลำดับ ทำให้อัตราเพิ่มธรรมชาติมีแนวโน้มสูงขึ้น นอกจากนี้ในปี ๒๕๖๐ พบมารดาเสียชีวิต จำนวน ๑ ราย คิดเป็นอัตรามารดาตาย ๑๓.๔๒ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน ส่วนสาเหตุการตายของเด็กอายุต่ำกว่า ๑ ปี ส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และความผิดปกติความพิการแต่กำเนิดและโครโมโซมผิดปกติ

ตารางที่ ๙ จำนวนและอัตราเกิด ตาย เพิ่มตามธรรมชาติ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐

ข้อมูล	พ.ศ. ๒๕๕๘		พ.ศ. ๒๕๕๙		พ.ศ. ๒๕๖๐	
	จำนวน (คน)	อัตรา	จำนวน (คน)	อัตรา	จำนวน (คน)	อัตรา
เด็กเกิดมีชีพ	๗,๔๗๖	๑๐.๖๗	๗,๓๒๐	๑๐.๓๙	๗,๒๐๓	๑๐.๑๕
ตาย	๕,๑๕๖	๗.๓๖	๕,๓๐๔	๗.๕๓	๕,๓๒๓	๗.๕๐
เพิ่มตามธรรมชาติ	๒,๓๒๐	๓.๓๑	๒,๐๑๖	๒.๘๖	๑,๘๘๐	๒.๖๕
ทารกตาย	๖๓	๘.๔๓	๔๗	๖.๔๒	๕๖	๗.๕๑
เด็กต่ำกว่า ๕ ปี	๑๑	๑.๔๗	๑๔	๑.๙๑	๑๘	๒.๔๒
มารดาตาย	๑	๑๓.๓๘	๑	๑๓.๖๖	๑	๑๓.๔๒
ประชากร	๗๐๐,๙๐๒		๗๐๔,๓๙๙		๗๐๙,๘๘๙	

ที่มา - กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เดือน มกราคม – ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐

หมายเหตุ ๑. อัตราเกิด อัตราตาย และอัตราเพิ่มธรรมชาติต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร
๒. อัตรามารดาตาย ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน
๓. อัตราทารกตาย และอัตราเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีตาย ต่อการเกิดมาชีพ ๑,๐๐๐ คน
๔. ประชากร จากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐

๕.๓ จำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

ตารางที่ ๑๐ จำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรายสถานบริการภาครัฐ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

หน่วยบริการ	จำนวนเตียงตามกรอบ	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน		อัตราการครองเตียง
		จำนวนคน	จำนวนครั้ง	จำนวนคน	จำนวนวันนอน	
รพ.พุทธโสธร	๕๖๑	๑๗๖,๙๓๒	๕๑๔,๕๙๗	๓๔,๖๒๒	๑๙๓,๕๘๑	๙๔.๕๔
รพ.บางคล้า	๓๐	๓๙,๕๑๗	๑๔๓,๐๑๔	๒,๙๓๙	๑๐,๒๖๔	๙๓.๗๔
รพ.บางน้ำเปรี้ยว	๑๒๐	๔๐,๑๘๗	๑๖๘,๗๕๐	๖,๔๓๑	๒๐,๙๑๑	๔๗.๗๔
รพ.บางปะกง	๙๐	๔๓,๒๑๐	๑๔๑,๒๘๒	๗,๒๕๑	๒๓,๓๘๒	๗๑.๑๘
รพ.บ้านโพธิ์	๓๐	๓๓,๐๕๘	๑๓๐,๔๗๔	๔,๑๑๙	๑๒,๘๔๖	๑๑๗.๓๒
รพ.พนมสารคาม	๑๒๐	๕๙,๔๖๘	๒๓๐,๕๘๒	๑๑,๓๙๙	๔๑,๓๖๔	๙๔.๔๔
รพ.ราชสาส์น	๓๐	๙,๔๔๙	๔๕,๙๙๙	๕๙๘	๒,๑๑๗	๑๙.๓๓
รพ.สนามชัยเขต	๑๒๐	๓๘,๙๘๗	๑๒๘,๙๙๘	๙,๑๔๖	๔๐,๙๕๓	๙๓.๕๐
รพ.แปลงยาว	๓๐	๓๗,๖๑๓	๑๓๗,๐๔๔	๓,๙๔๙	๑๔,๒๐๒	๑๒๙.๗๐
รพ.ท่าตะเกียบ	๓๐	๒๓,๘๐๗	๑๐๘,๑๑๒	๓,๑๘๕	๘,๙๑๖	๘๑.๔๒
รพ.คลองเขื่อน	OPD	๗,๗๔๑	๓๖,๕๓๑	๕๗๐	๑,๕๙๓	-
รวมจังหวัด	**๑,๑๖๑**	**๕๐๙,๙๖๙**	**๑,๗๘๕,๓๘๓**	**๘๔,๒๐๙**	**๓๗๐,๑๒๙**	**๘๗.๓๔**

ที่มา Health Data Center ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ประมวลผล วันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

หมายเหตุ อัตราการครองเตียง = $\frac{\text{วันอยู่โรงพยาบาลในช่วงเวลาที่กำหนด} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนเตียง} \times \text{จำนวนวันในช่วงเวลาเดียวกัน}}$

ตารางที่ ๑๑ จำนวนผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

พื้นที่	จำนวน รพ.สต. (แห่ง)	ผู้มารับบริการที่ รพ.สต.		จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชน	ผู้มารับการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน	
		คน	ครั้ง		คน/เดือน	ครั้ง/เดือน
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๒๑	๘๖,๙๑๙	๒๖๑,๒๓๓	๒	๑๘,๓๖๓	๔๗,๑๕๕
อำเภอบางคล้า	๘	๒๖,๐๓๓	๑๐๐,๓๖๕	-	-	-
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๑๒	๗๙,๗๑๙	๒๖๓,๐๘๒	๑	๗,๘๔๐	๒๑,๙๔๓
อำเภอบางปะกง	๑๒	๔๘,๕๗๕	๑๔๕,๗๑๗	๑	๘,๙๘๒	๒๐,๔๖๓
อำเภอบ้านโพธิ์	๑๖	๔๖,๕๖๗	๑๗๔,๐๗๑	-	-	-
อำเภอพนมสารคาม	๑๒	๖๗,๔๗๑	๒๗๙,๙๐๓	-	-	-
อำเภอราชสาส์น	๒	๔,๕๐๓	๑๗,๒๔๔	-	-	-
อำเภอสนามชัยเขต	๑๕	๔๓,๓๘๖	๑๕๙,๕๕๔	๑*	-	-
อำเภอแปลงยาว	๖	๒๗,๗๒๕	๘๗,๓๓๔	-	-	-
อำเภอท่าตะเกียบ	๘	๒๘,๗๕๖	๘๒,๒๕๖	๑**	๒,๘๑๓	๙,๖๗๖
อำเภอคลองเขื่อน	๕	๑๑,๐๘๑	๔๐,๓๘๓	-	-	-
รวมจังหวัด	**๑๑๗**	**๔๗๐,๗๓๕**	**๑,๖๑๑,๑๔๒**	**๖**	**๓๗,๙๙๘**	**๙๙,๒๓๗**

ที่มา Health Data Center ประมวลผล ณ วันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

หมายเหตุ

๑.* ศูนย์สุขภาพชุมชนคู้ยายหมี อำเภอสนามชัยเขต เป็นห้องตรวจผู้ป่วยนอกของ รพ.สนามชัยเขต ข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยนอกจึงรวมอยู่กับข้อมูลของ รพ.สนามชัยเขต

๒.** รพ.สต.หนองขาหยั่ง เป็นสาขาของ รพ.สต.บ้านธรรมรัตน์ใน และเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน

๕.๔ สาเหตุการป่วย

ตารางที่ ๑๒ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค ๑๐ อันดับแรก จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ลำดับ	สาเหตุการป่วย (กลุ่มโรค)	จำนวน(ครั้ง)	อัตรา : แสนประชากร
๑.	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุนำ	๒๒๑,๙๖๕	๓๑,๒๖๗.๕๖
๒.	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	๑๗๕,๖๘๐	๒๔,๗๔๗.๕๓
๓.	เบาหวาน	๑๖๖,๒๙๙	๒๓,๔๒๖.๐๖
๔.	เนื้อเยื่อผิดปกติ	๑๑๔,๘๗๗	๑๖,๑๘๒.๓๙
๕.	ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	๘๖,๘๘๓	๑๒,๒๓๘.๙๖
๖.	ฟันผุ	๗๒,๒๕๗	๑๐,๑๗๘.๖๓
๗	การบาดเจ็บระบุเฉพาะอื่น ๆ ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	๖๙,๐๕๒	๙,๗๒๗.๑๕
๘	โรคอื่น ๆ ของหลอดอาหาร กระเพาะและดูโอเดนัม	๔๘,๙๐๒	๖,๘๘๘.๖๘
๙	คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน	๔๓,๓๓๕	๖,๑๐๔.๔๘
๑๐	พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ	๓๙,๕๘๖	๕,๕๗๖.๓๖

ที่มา Health Data Center ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (๒๙๘ กลุ่มโรค) ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๐ - กันยายน ๒๕๖๑ ประมวลผล ณ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

หมายเหตุ ใช้ข้อมูลประชากรจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ (๗๐๙,๘๘๙ คน) คำนวณหาอัตรา

ตารางที่ ๑๓ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในตามกลุ่มโรค ๑๐ อันดับแรก จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ลำดับ	สาเหตุการป่วย (กลุ่มโรค)	จำนวน (ครั้ง)	อัตรา : แสนประชากร
๑	ปอดบวม	๖,๓๑๙	๘๙๐.๑๔
๒	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์ และการคลอด	๒,๔๗๐	๓๔๗.๙๔
๓	ไข้จากไวรัสที่นำโดยแมลงและไข้เลือดออกที่เกิดจากไวรัสอื่น ๆ	๒,๒๔๑	๓๑๕.๖๘
๔	การบาดเจ็บระบุเฉพาะอื่นๆ, ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	๒,๒๑๕	๓๑๒.๐๒
๕	หลอดลมอักเสบเฉียบพลันและหลอดลมเล็กอักเสบเฉียบพลัน	๒,๑๗๖	๓๐๖.๕๓
๖	ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์อื่น ๆ	๒,๐๔๐	๒๘๗.๓๗
๗	โรคหลอดลมอักเสบถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น ๆ	๑,๙๙๘	๒๘๑.๔๕
๘	ภาวะอื่น ๆ ในระยะปริกำเนิด	๑,๘๘๓	๒๖๕.๒๕
๙	โรคอักเสบติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	๑,๘๖๔	๒๖๒.๕๘
๑๐	การดูแลมารดาอื่น ๆ ที่มีปัญหาเกี่ยวกับทารกในครรภ์ และถุงน้ำคร่ำ และปัญหาที่อาจจะเกิดได้ในระยะคลอด	๑,๘๕๗	๒๖๑.๕๙

ที่มา Health Data Center ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (๒๙๘ กลุ่มโรค) ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๐ - กันยายน ๒๕๖๑ ประมวลผล ณ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

หมายเหตุ ใช้ข้อมูลประชากรจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ (๗๐๙,๘๘๙ คน) คำนวณหาอัตรา

๕.๕ โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ๑๐ อันดับแรก ปี พ.ศ. ๒๕๖๑

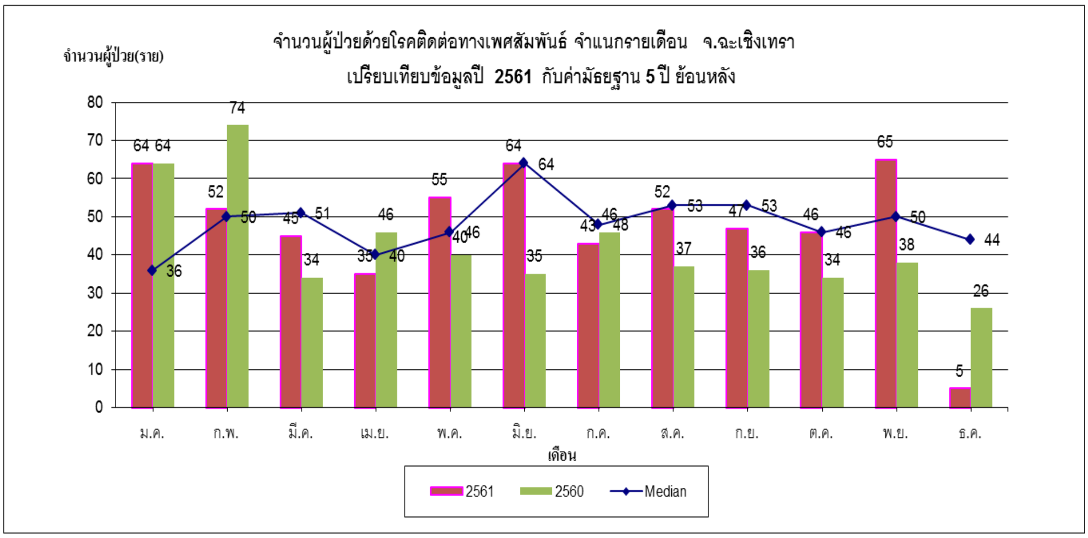
ตารางที่ ๑๔ อัตราป่วย ๑๐ อันดับแรกของโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดฉะเชิงเทรา เปรียบเทียบกับอัตราป่วยภาคกลาง และอัตราป่วยประเทศ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม – ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

ลำดับ	ชื่อโรค	ณ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๑		ณ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑			
		จ.ฉะเชิงเทรา		จ.ฉะเชิงเทรา	ภาคกลาง	ประเทศ	
		จำนวน (คน)	อัตราป่วย (ปชก:แสนคน)	อัตราป่วย (ปชก:แสนคน)	อัตราป่วย (ปชก:แสนคน)	อัตราป่วย (ปชก:แสนคน)	เปรียบเทียบประเทศ
๑	อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	๑๗,๙๑๒	๒,๕๔๒.๘๘	๒,๔๘๒.๙๔	๑,๘๑๙.๐๙	๑,๖๗๔.๙๓	๙
๒	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	๕,๔๔๕	๗๗๓.๐๐	๗๔๗.๓๗	๓๙๕.๔๗	๖๑๘.๑๑	๒๖
๓	ปอดอักเสบ	๓,๖๕๑	๕๑๘.๓๑	๕๐๗.๘๒	๓๐๔.๙๔	๓๙๓.๘๕	๑๙
๔	ไข้หวัดใหญ่	๒,๑๓๕	๓๐๓.๑๐	๒๙๗.๒๕	๓๓๕.๔๘	๒๔๙.๖๔	๑๗
๕	ไข้เลือดออก	๑,๓๙๕	๑๙๘.๐๔	๑๙๐.๔๘	๑๔๓.๖๕	๑๑๗.๕๙	๑๑
๖	อาหารเป็นพิษ	๙๗๖	๑๓๘.๕๖	๑๓๔.๖๓	๑๒๗.๘๕	๑๖๓.๕๔	๓๙
๗	ตาอักเสบจากไวรัส	๙๖๒	๑๓๖.๕๗	๑๓๒.๙๓	๙๔.๓๙	๑๓๑.๐๑	๒๘
๘	มือเท้าปาก	๙๓๑	๑๓๒.๑๗	๑๒๙.๖๘	๑๒๑.๕๖	๙๘.๓๘	๑๕
๙	สุกใส	๗๓๓	๑๐๔.๐๖	๑๐๒.๑๐	๗๓.๐๕	๘๔.๙๙	๑๙
๑๐	วัณโรค	๒๕๑	๓๕.๖๓	๓๕.๔๓	๑๓.๖๖	๑๙.๐๖	๑๖

ที่มา กลุ่มงานควบคุมโรค ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ เป็นระบบที่ได้รับความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และ รพ.สต.ทุกแห่ง (โรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง โรงพยาบาลเอกชนยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด) ในการเฝ้าระวังโรค/ภัย ที่อาจเกิดการระบาดได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันควบคุมโรค/ภัย เป็นหลัก มิใช่เป็นรายงานสถิติของโรคนั้นๆ
[ส่วนใหญ่ ใช้นิยามผู้ป่วยเป็น "ผู้ป่วยที่สงสัย(suspect)" ไม่ใช่ "ผู้ป่วยที่ยืนยัน (confirm)"]

๕.๖ สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

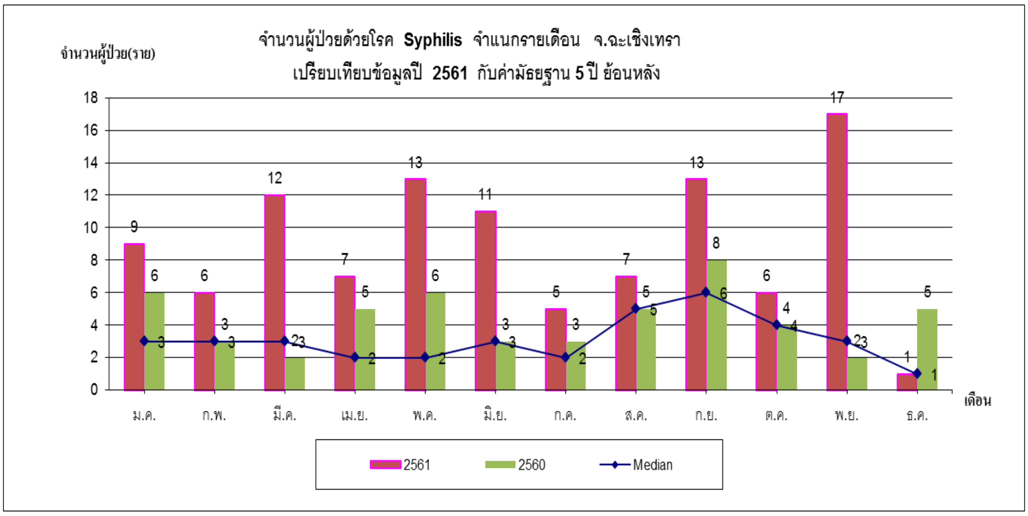
สรุปรายงานสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา
ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑



นับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ สสจ.ฉะเชิงเทรา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวนทั้งสิ้น ๕๗๓ ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๘๕.๐๒ กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๒๑๗.๑๑ รองลงมาคือ กลุ่มอายุ ๒๕ - ๓๔ ปี และ ๓๕ - ๔๔ ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๑๑๕.๐๓ และ ๙๓.๗๖ ตามลำดับ อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือรับจ้าง จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ ๓๔๓ ราย รองลงมาคือในปกครองและนักเรียน จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ ๑๑๑ ราย และ ๙๘ ราย ตามลำดับ

อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุดคืออำเภอราชสาส์น อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๒๐๕.๓๖ รองลงมาคืออำเภอแปลงยาวและอำเภอสนามชัยเขต อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๑๓๐.๙๔ และ ๑๒๓.๖ ตามลำดับ

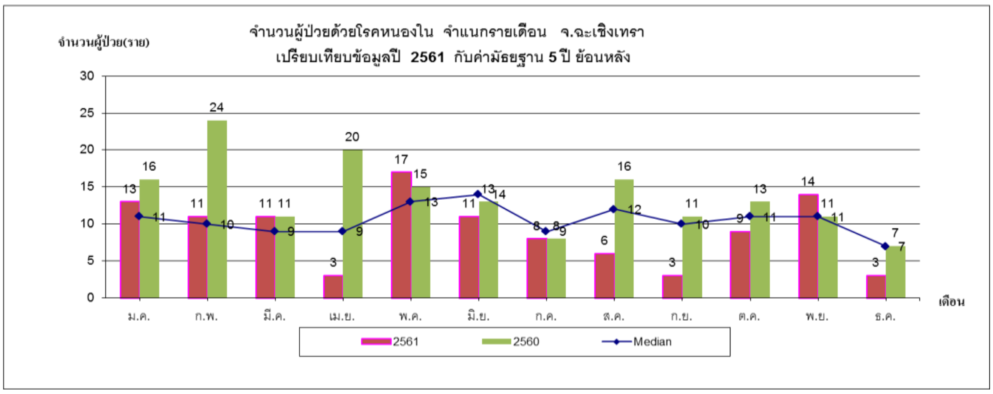
สรุปรายงานสถานการณ์โรคซิฟิลิส จังหวัดฉะเชิงเทรา
ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑



นับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ สสจ.ฉะเชิงเทราได้รับรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิส จำนวนทั้งสิ้น ๑๐๗ ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๑๕.๘๘ กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๕๕.๓ รองลงมาคือ กลุ่มอายุ ๐ - ๔ ปี และ ๒๕ - ๓๔ ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๑๘.๗๖ และ ๑๖.๔๓ ตามลำดับ อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือรับจ้าง จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ ๕๕ ราย รองลงมาคือนักเรียนและในปกครอง จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ ๒๖ ราย และ ๒๒ ราย ตามลำดับ

อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุดคืออำเภอท่าตะเกียบ อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๒๙.๔๓ รองลงมาคืออำเภอราชสาส์นและอำเภอคลองเขื่อน อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๒๓.๖๙ และ ๒๒.๕๕ ตามลำดับ

สรุปรายงานสถานการณ์โรคหนองใน จังหวัดฉะเชิงเทรา
ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑



นับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ สำนักงานสาธารณสุข ฉะเชิงเทราได้รับรายงานผู้ป่วยโรคหนองใน จำนวนทั้งสิ้น ๑๐๙ ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๑๖.๑๗ กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๕๓.๒๕ รองลงมาคือ กลุ่มอายุ ๒๕- ๓๔ ปี และ ๓๕ – ๔๔ ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๒๙.๒๑ และ ๑๒.๓๘ ตามลำดับ อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือรับจ้าง จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ ๖๗ ราย รองลงมาคือในปกครอง และ นักเรียน จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ ๒๑ ราย และ ๑๙ ราย ตามลำดับ

อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอแปลงยาว อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๓๐.๒๒ รองลงมา คือ อำเภอราชสาส์น และอำเภอสนามชัยเขต อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๒๓.๖๙ และ ๒๐.๐๓ ตามลำดับ

สรุปรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ จังหวัดฉะเชิงเทรา
ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี ๒๕๖๑ มีผู้ได้รับการตรวจคัดกรองหาเชื้อเอชไอวีและรู้ผลเลือด จำนวน ๑๑,๑๖๓ ราย พบว่าติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๓๐๑ ราย จำแนกรายอำเภอดังตาราง ต่อไปนี้

พื้นที่	ตรวจคัดกรอง HIV (คน)	ผลการตรวจ Positive (คน)
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๕,๗๘๗	๑๓๓
อำเภอบางคล้า	๔๗๑	๑๙
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๖๐	๕
อำเภอบางปะกง	๑,๐๙๗	๖๒
อำเภอบ้านโพธิ์	๖๘๘	๑๗
อำเภอพนมสารคาม	๘๙๒	๒๓
อำเภอราชสาส์น	๒๑๔	๑
อำเภอสนามชัยเขต	๒๗๔	๒๑
อำเภอแปลงยาว	๘๗๕	๑๒
อำเภอท่าตะเกียบ	๘๐๕	๘
รวมจังหวัด	**๑๑,๑๖๓**	**๓๐๑**

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จังหวัดฉะเชิงเทรา ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๗ – ๒๕๖๑ พบว่า อัตราการติดเชื้อ เอชไอวีรายใหม่ เท่ากับ ๑๙.๘๓ (๑๓๙ ราย), ๒๗.๕๓ (๑๙๓ ราย), ๔๐.๘๐(๒๘๖ ราย), ๔๕.๑๔ (๓๑๘ ราย) และ๔๒.๕๖ (๓๐๑ ราย) ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่วนอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ ๑๖.๘๓ (๑๑๘ ราย), ๑๕.๒๗ (๑๐๗ ราย) ๑๗.๔๐ (๑๒๒ ราย), ๒๒.๙๙ (๑๖๒ ราย) และ ๑๖.๘๒ (๑๑๙ ราย) ต่อประชากรแสนคน

๕.๗ สาเหตุการตาย

จำนวนและอัตราตายจำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ ๑๐ ลำดับแรก จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. ๒๕๖๐

ตารางที่ ๑๕ สาเหตุการตาย ๑๐ อันดับแรก จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. ๒๕๖๐

ลำดับ	สาเหตุการตาย	ชาย	หญิง	รวม	อัตรา : แสน ปชก.
๑	เนื้องอกร้าย (Neoplasms)(C00 - C99)	๔๑๘	๓๒๘	๗๔๖	๑๐๕.๐๙
	๑.๑ เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (Malignant neoplasm of trachea, bronchus and Lung) (C33 – C34)	๑๑๐	๔๑	๑๕๑	๒๑.๒๗
	๑.๒ เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับ (Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts) (C22)	๗๔	๓๘	๑๑๒	๑๕.๗๘
	๑.๓ เนื้องอกร้ายที่เต้านม (Malignant neoplasm of breast) (C50)	-	๔๓	๔๓	๖.๐๖
๒	ปอดบวม (Pneumonia) (J12 – J18)	๓๔๔	๒๘๘	๖๓๒	๘๙.๐๓
๓	โรคหลอดเลือดในสมอง (Cerebrivascular diseases) (I60-I69)	๒๒๒	๑๓๕	๓๕๗	๕๐.๒๙
๔	โรคหัวใจ (Heart diseases) (I20 –I52)	๑๘๒	๑๒๔	๓๐๖	๔๓.๑๑
๕	โลหิตเป็นพิษ (Septicaemia) (A40 – A41)	๑๓๑	๑๔๐	๒๗๑	๓๘.๑๗
๖	โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (Diseases of the genitourinary system) (N00-N99)	๘๖	๑๐๙	๑๙๕	๒๗.๔๗
๗	อุบัติเหตุการขนส่ง (Transport accidents) (V01-V99)	๑๕๑	๓๑	๑๘๒	๒๕.๖๔
๘	เบาหวาน (Diabetes mellitus) (E10-E14)	๕๙	๘๐	๑๓๙	๑๙.๕๘
๙	โรคของตับ (Diseases of liver) (K70 – K76)	๗๐	๒๘	๙๘	๑๓.๘๐
๑๐	ความดันโลหิตสูง (Hypertention) (I10-I15)	๓๘	๓๖	๗๔	๑๐.๔๒

ที่มา กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

หมายเหตุ ใช้ข้อมูลประชากรจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ (๗๐๙,๘๘๙ คน) มาคำนวณหาอัตราป่วย

๖. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

๖.๑ สถานบริการสาธารณสุข

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง จำนวน ๕๖๑ เตียง โรงพยาบาลชุมชน ๑๐ แห่ง รวมจำนวนเตียง ๖๐๐ เตียง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๑๒๐ เตียง จำนวน ๓ แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด ๙๐ เตียง จำนวน ๑ แห่ง และ โรงพยาบาลจำนวน ๓๐ เตียง จำนวน ๕ แห่ง รวมจำนวนเตียงทั้งจังหวัด ๑,๑๖๑ เตียง มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๑๗ แห่ง ศูนย์สุขภาพชุม ๕ แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข ๗ แห่ง

ตารางที่ ๑๖ ข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑

พื้นที่	สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ					
	รพ.ศูนย์ (แห่ง/เตียง)	รพ.ชุมชน (แห่ง/เตียง)	สสอ. (แห่ง)	รพ.สต. (แห่ง)	ศูนย์สุขภาพชุมชน (แห่ง)	ศูนย์บริการสาธารณสุข (แห่ง)
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๑/๕๖๑	-	๑	๒๑	๒	๑
อำเภอบางคล้า	-	๑/๓๐	๑	๘	-	๑
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	-	๑/๑๒๐	๑	๑๒	๑	๑
อำเภอบางปะกง	-	๑/๙๐	๑	๑๒	๑	๓
อำเภอบ้านโพธิ์	-	๑/๓๐	๑	๑๖	-	๑
อำเภอพนมสารคาม	-	๑/๑๒๐	๑	๑๒	-	-
อำเภอราชสาส์น	-	๑/๓๐	๑	๒	-	-
อำเภอสนามชัยเขต	-	๑/๑๒๐	๑	๑๕	-	-
อำเภอแปลงยาว	-	๑/๓๐	๑	๖	-	-
อำเภอท่าตะเกียบ	-	๑/๓๐	๑	๗	๑	-
อำเภอคลองเขื่อน	-	๑/-	๑	๕	-	-
รวมจังหวัด	**๑/๕๖๑**	**๑๐/๖๐๐**	**๑๑**	**๑๑๗**	**๕**	**๗**

ที่มา กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

หมายเหตุ * รพ.สต.หนองขาหยั่ง เป็นสาขาของ รพ.สต.บ้านธรรมรัตน์ใน และเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน

๖.๒ สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน คือ สถานพยาบาลแผนปัจจุบัน มีเตียง ได้แก่ โรงพยาบาล ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ฉะเชิงเทรา จำนวน ๑๐๐ เตียง โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ๑๑ อินเตอร์ จำนวน ๑๐๐ เตียง สถานพยาบาลแผนปัจจุบันไม่มีเตียง ได้แก่ คลินิกเวชกรรม จำนวน ๑๑๒ แห่ง สหคลินิก จำนวน ๕ แห่ง คลินิกทันตกรรม ชั้น ๑ จำนวน ๔๐ แห่ง คลินิกเทคนิคการแพทย์ จำนวน ๓ แห่ง คลินิกกายภาพบำบัด จำนวน ๖ แห่ง คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน ๓๒ แห่ง คลินิกผดุงครรภ์ จำนวน ๔ แห่ง และคลินิกแพทย์แผนไทย จำนวน ๙ แห่ง และคลินิกการประกอบโรคศิลปะ จำนวน ๖ แห่ง

ตารางที่ ๑๗ จำนวนสถานบริการภาคเอกชนรายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

พื้นที่	เวชกรรม		สหคลินิก	ทันตกรรม		เทคนิคการแพทย์	กายภาพ	ผดุงครรภ์		คลินิกแพทย์แผนไทย	คลินิกการประกอบโรคศิลปะ	คลินิกทุกประเภท
	ทั่วไป	เฉพาะทาง		๑	๒			**	***			
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๕๐	๑๙	๒	๒๔	๑	-	๓	๕	-	๕	๓	๑๑๒
อ.บางคล้า	๓	-	-	๒	-	-	๑	๒	๓	๒	-	๑๓
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๓	-	-	๑	-	-	-	๗	-	๑	-	๑๒
อ.บางปะกง	๑๒	๓	-	๖	-	๒	๑	๗	-	-	-	๓๑
อ.บ้านโพธิ์	๓	๑	๑	-	-	-	๑	๒	-	-	๑	๙
อ.พนมสารคาม	๑๑	๓	-	๕	-	๑	-	๑	-	-	๒	๒๓
อ.ราชสาส์น	-	-	-	-	-	-	-	๒	-	-	-	๒
อ.สนามชัยเขต	๒	-	-	๑	-	-	-	๔	-	๑	-	๘
อ.แปลงยาว	๒	-	๒	๑	-	-	-	๒	-	-	-	๗
อ.ท่าตะเกียบ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๐
อ.คลองเขื่อน	-	-	-	-	-	-	-	-	๑	-	-	๑
รวมจังหวัด	**๘๖**	**๒๖**	**๕**	**๔๐**	**๑**	**๓**	**๖**	**๓๒**	**๔**	**๙**	**๖**	**๒๑๘**

ที่มา กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

หมายเหตุ ๑. สถานพยาบาลภาคเอกชน * หมายถึง สถานพยาบาลแผนปัจจุบันไม่มีเตียง
๒. ผดุงครรภ์** หมายถึง คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
๓. ผดุงครรภ์*** หมายถึง คลินิกการผดุงครรภ์

นอกจากนี้ ยังมีร้านขายยา จำแนกเป็น ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ๑๖๒ แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย ๒๒ แห่ง ร้านขายยาแผนโบราณ ๒๖ แห่ง และร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ ๑๖ แห่ง

ตารางที่ ๑๘ จำนวนร้านขายยา รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

พื้นที่	ร้านขายยา			
	แผนปัจจุบัน	แผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย	แผนโบราณ	แผนปัจจุบันบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๖๙	๓	๗	๕
อ.บางคล้า	๑๒	๑	๓	๒
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๑๒	๔	-	๒
อ.บางปะกง	๒๘	๔	๒	-
อ.บ้านโพธิ์	๘	๑	๒	-
อ.พนมสารคาม	๑๗	๔	๘	๔
อ.ราชสาส์น	๑	-	๑	-
อ.สนามชัยเขต	๔	๓	๑	-
อ.แปลงยาว	๙	๑	๒	๓
อ.ท่าตะเกียบ	๒	๑	-	-
อ.คลองเขื่อน	-	-	-	-
รวมจังหวัด	**๑๖๒**	**๒๒**	**๒๖**	**๑๖**

ที่มา กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

๖.๓ ข้อมูลตามระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GIS)

ตารางที่ ๑๙ การจัดสถานบริการสุขภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา พ.ศ. ๒๕๖๑

หน่วยบริการ	การจัดระดับสถานบริการสุขภาพ**						
	รพศ.	รพท.	รพท. ขนาดเล็ก	รพช .แม่ข่าย	รพช. ขนาดใหญ่	รพช. ขนาดกลาง	รพช. ขนาดเล็ก
รพ.พุทธโสธร	A	-	-	-	-	-	-
รพ.บางคล้า	-	-	-	-	-	F2	-
รพ.บางน้ำเปรี้ยว	-	-	-	-	F1	-	-
รพ.บางปะกง	-	-	-	-	F1	-	-
รพ.บ้านโพธิ์	-	-	-	-	-	F2	-
รพ.พนมสารคาม	-	-	-	M2	-	-	-
รพ.ราชสาส์น	-	-	-	-	-	F2	-
รพ.สนามชัยเขต	-	-	-	-	F1	-	-
รพ.แปลงยาว	-	-	-	-	-	F2	-
รพ.ท่าตะเกียบ	-	-	-	-	-	F2	-
รพ.คลองเขื่อน	-	-	-	-	-	-	F3

ที่มา กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

๖.๔ ข้อมูลกำลังคน ๔ สายงาน

บุคลากรด้านสาธารณสุข ตามเกณฑ์จำแนกตามกลุ่มวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ในภาพรวมของจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ยังขาดบุคลากรอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เมื่อเทียบอัตราส่วนต่อประชากรทั้งจังหวัดแล้ว จะเห็นได้ชัดว่าบุคลากรเกือบทุกวิชาชีพดังกล่าว ต้องรับภาระในการดูแลสุขภาพของประชาชนในอัตราส่วนที่ค่อนข้างสูง

ตารางที่ ๒๐ ข้อมูลกำลังคน ๔ สายงาน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้อมูลแพทย์แยกตามสถานบริการ โรงพยาบาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา

หน่วยบริการ	ขนาด	ขรก.	พรก.	พกส.	ลจป.	ลจช.	รวม	กรอบขั้นต่ำ	% กรอบขั้นต่ำ	กรอบขั้นสูง	% กรอบขั้นสูง	% ขรก.	ปฏิบัติงานจริง	ลาศึกษาต่อ
รพ.พุทธโสธร	A	๑๒๖	๐	๐	๐	๐	๑๒๖	๑๑๑	๑๑๓.๕	๑๓๙	๙๐.๖	๑๐๐.๐	๑๒๖	๓๔
รพ.พนมสารคาม	M2	๑๗	๐	๐	๐	๐	๑๗	๑๘	๙๔.๔	๒๒	๗๗.๓	๑๐๐.๐	๑๓	๔
รพ.สนามชัยเขต	F1	๒๒	๐	๐	๐	๐	๒๒	๒๕	๘๘.๐	๒๗	๘๑.๕	๑๐๐.๐	๑๒	๑๐
รพ.บางปะกง	F1	๑๒	๐	๐	๐	๐	๑๒	๑๕	๘๐.๐	๑๘	๖๖.๗	๑๐๐.๐	๑๒	๐
รพ.บางน้ำเปรี้ยว	F1	๘	๐	๐	๐	๐	๘	๑๖	๕๐.๐	๒๐	๔๐.๐	๑๐๐.๐	๘	๖
รพ.ท่าตะเกียบ	F2	๘	๐	๐	๐	๐	๘	๙	๘๘.๙	๑๑	๗๒.๗	๑๐๐.๐	๕	๓
รพ.บางคล้า	F2	๕	๐	๐	๐	๐	๕	๑๑	๔๕.๕	๑๓	๓๘.๕	๑๐๐.๐	๕	๐
รพ.ราชสาส์น	F2	๒	๐	๐	๐	๐	๒	๖	๓๓.๓	๗	๒๘.๖	๑๐๐.๐	๒	๐
รพ.แปลงยาว	F2	๕	๐	๐	๐	๐	๕	๑๑	๔๕.๕	๑๔	๓๕.๗	๑๐๐.๐	๕	๓
รพ.บ้านโพธิ์	F2	๕	๐	๐	๐	๐	๕	๑๒	๔๑.๗	๑๔	๓๕.๗	๑๐๐.๐	๕	๐
รพ.คลองเขื่อน	F3	๒	๐	๐	๐	๐	๒	๓	๖๖.๗	๓	๖๖.๗	๑๐๐.๐	๒	๑
รวมทุก รพ.		๒๑๒	๐	๐	๐	๐	๒๑๒	-	-	-	-	๑๐๐.๐	๑๙๕	๖๑

ที่มา กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ข้อมูล ณ วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑

หมายเหตุ - ข้อมูลกรอบขั้นต่ำและขั้นสูงอ้างอิงมติ อกพ.กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๐

- ข้อมูลบุคลากรอ้างอิงจากในระบบ HROPS และ Re-check กลับจากหน่วยบริการอีกครั้ง

ตารางที่ ๒๐ (ต่อ) ข้อมูลกำลังคน ๔ สายงาน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. ๒๕๖๑
ข้อมูลทันตแพทย์แยกตามสถานบริการ โรงพยาบาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา

หน่วยงาน	ขนาด	ขรก.	พรก.	พกส.	ลจป.	ลจช.	รวม	กรอบขั้นต่ำ	% กรอบขั้นต่ำ	กรอบขั้นสูง	% กรอบขั้นสูง	% ขรก.	ปฏิบัติงานจริง	ลาศึกษาต่อ
รพ.พุทธโสธร	A	๑๕	๐	๐	๐	๐	๑๕	๑๗	๘๘.๒	๒๑	๗๑.๔	๑๐๐.๐	๑๕	๒
รพ.พนมสารคาม	M2	๘	๐	๐	๐	๐	๘	๗	๑๑๔.๓	๙	๘๘.๙	๑๐๐.๐	๘	๑
รพ.สนามชัยเขต	F1	๙	๐	๐	๐	๐	๙	๙	๑๐๐.๐	๑๑	๘๑.๘	๑๐๐.๐	๙	๒
รพ.บางปะกง	F1	๔	๐	๐	๐	๐	๔	๕	๘๐.๐	๗	๕๗.๑	๑๐๐.๐	๔	๐
รพ.บางน้ำเปรี้ยว	F1	๖	๐	๐	๐	๐	๖	๔	๑๕๐.๐	๖	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๖	๐
รพ.ท่าตะเกียบ	F2	๖	๐	๐	๐	๐	๖	๕	๑๒๐.๐	๖	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๕	๑
รพ.บางคล้า	F2	๓	๐	๐	๐	๐	๓	๔	๗๕.๐	๖	๕๐.๐	๑๐๐.๐	๓	๐
รพ.ราชสาส์น	F2	๔	๐	๐	๐	๐	๔	๒	๒๐๐.๐	๓	๑๓๓.๓	๑๐๐.๐	๔	๐
รพ.แปลงยาว	F2	๕	๐	๐	๐	๐	๕	๕	๑๐๐.๐	๗	๗๑.๔	๑๐๐.๐	๕	๑
รพ.บ้านโพธิ์	F2	๕	๐	๐	๐	๐	๕	๖	๘๓.๓	๗	๗๑.๔	๑๐๐.๐	๕	๑
รพ.คลองเขื่อน	F3	๓	๐	๐	๐	๐	๓	๒	๑๕๐.๐	๓	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๓	๑
รวมทุก รพ.		๖๘	๐	๐	๐	๐	๖๘	-	-	-	-	๑๐๐.๐	๖๗	๙

ที่มา กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ข้อมูล ณ วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑

หมายเหตุ - ข้อมูลกรอบขั้นต่ำและขั้นสูงอ้างอิงมติ อกพ.กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๐

- ข้อมูลบุคลากรอ้างอิงจากในระบบ HROPS และ Re-check กลับจากหน่วยบริการอีกครั้ง

ตารางที่ ๒๐ (ต่อ) ข้อมูลกำลังคน ๔ สายงาน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้อมูลเภสัชกรแยกตามสถานบริการ โรงพยาบาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา

หน่วยงาน	ขนาด	ขรก.	พรก.	พกส.	ลจป.	ลจช.	รวม	กรอบขั้นต่ำ	% กรอบขั้นต่ำ	กรอบขั้นสูง	% กรอบขั้นสูง	% ขรก.	ปฏิบัติงานจริง	ลาศึกษาต่อ
รพ.พุทธโสธร	A	๓๗	๐	๒	๐	๐	๓๙	๔๐	๙๗.๕	๕๐	๗๘.๐	๙๔.๙	๓๙	๑
รพ.พนมสารคาม	M2	๗	๐	๑	๐	๑	๙	๑๐	๙๐.๐	๑๒	๗๕.๐	๗๗.๘	๙	๐
รพ.สนามชัยเขต	F1	๗	๐	๐	๐	๑	๘	๑๐	๘๐.๐	๑๒	๖๖.๗	๘๗.๕	๘	๐
รพ.บางปะกง	F1	๗	๐	๐	๐	๐	๗	๘	๘๗.๕	๑๐	๗๐.๐	๑๐๐.๐	๗	๐
รพ.บางน้ำเปรี้ยว	F1	๗	๐	๐	๐	๐	๗	๘	๘๗.๕	๑๐	๗๐.๐	๑๐๐.๐	๗	๐
รพ.ท่าตะเกียบ	F2	๔	๐	๐	๐	๐	๔	๕	๘๐.๐	๖	๖๖.๗	๑๐๐.๐	๔	๐
รพ.บางคล้า	F2	๔	๐	๐	๐	๐	๔	๕	๘๐.๐	๗	๕๗.๑	๑๐๐.๐	๔	๐
รพ.ราชสาส์น	F2	๔	๐	๐	๐	๐	๔	๔	๑๐๐.๐	๕	๘๐.๐	๑๐๐.๐	๔	๐
รพ.แปลงยาว	F2	๔	๐	๐	๐	๐	๔	๖	๖๖.๗	๗	๕๗.๑	๑๐๐.๐	๔	๐
รพ.บ้านโพธิ์	F2	๕	๐	๐	๐	๐	๕	๕	๑๐๐.๐	๗	๗๑.๔	๑๐๐.๐	๕	๐
รพ.คลองเขื่อน	F3	๒	๐	๐	๐	๐	๒	๒	๑๐๐.๐	๒	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๒	๐
รวมทุก รพ.		๘๘	๐	๓	๐	๒	๙๓	-	-	-	-	๙๔.๖	๙๓	๑

ที่มา กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ข้อมูล ณ วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑

หมายเหตุ - ข้อมูลกรอบขั้นต่ำและขั้นสูงอ้างอิงมติ อกพ.กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๐

- ข้อมูลบุคลากรอ้างอิงจากในระบบ HROPS และ Re-check กลับจากหน่วยบริการอีกครั้ง

ตารางที่ ๒๐ (ต่อ) ข้อมูลกำลังคน ๔ สายงาน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้อมูลพยาบาลวิชาชีพแยกตามสถานบริการ ในจังหวัดฉะเชิงเทรา

หน่วยงาน	ขนาด	ขรก.	พรก.	พกส.	ลจป.	ลจช.	รวม	กรอบขั้นต่ำ	% กรอบขั้นต่ำ	กรอบขั้นสูง	% กรอบขั้นสูง	% ขรก.	ปฏิบัติงานจริง	ลาศึกษาต่อ
รพ.พุทธโสธร	A	๔๕๕	๔	๑๔	๐	๔๐	๕๑๓	๗๐๕	๗๒.๘	๘๘๐	๕๘.๓	๘๘.๗	๕๑๓	๐
อ.เมืองฉะเชิงเทรา		๒๙					๒๘	๓๗	๗๕.๗	๔๖	๖๐.๙	๑๐๓.๖	๒๙	
รวม		๔๘๔	๔	๑๔	๐	๔๐	๕๔๑	๗๔๒	๗๒.๙	๙๒๖	๕๘.๔	๘๙.๕	๕๔๒	
รพ.พนมสารคาม	M2	๑๐๐	๐	๐	๐	๑๐	๑๑๐	๘๕	๑๒๙.๔	๑๐๖	๑๐๓.๘	๙๐.๙	๑๑๐	๐
อ.พนมสารคาม		๒๐				๑	๒๑	๒๑	๑๐๐.๐	๒๗	๗๗.๘	๙๕.๒	๒๑	
รวม		๑๒๐	๐	๐	๐	๑๑	๑๓๑	๑๐๖	๑๒๓.๖	๑๓๓	๙๘.๕	๙๑.๖	๑๓๑	
รพ.สนามชัยเขต	F1	๘๖	๐	๗	๐	๕	๙๘	๙๓	๑๐๕.๔	๑๑๗	๘๓.๘	๘๗.๘	๙๘	๐
อ.สนามชัยเขต		๒๒					๒๒	๒๓	๙๕.๗	๒๙	๗๕.๙	๑๐๐.๐	๒๒	
รวม		๑๐๘	๐	๗	๐	๕	๑๒๐	๑๑๖	๑๐๓.๔	๑๔๖	๘๒.๒	๙๐.๐	๑๒๐	
รพ.บางปะกง	F1	๖๙	๐	๐	๐	๘	๗๗	๖๔	๑๒๐.๓	๘๐	๙๖.๓	๘๙.๖	๗๗	๐
อ.บางปะกง		๑๖				๑	๑๗	๒๔	๗๐.๘	๓๐	๕๖.๗	๙๔.๑	๑๗	
รวม		๘๕	๐	๐	๐	๙	๙๔	๘๘	๑๐๖.๘	๑๑๐	๘๕.๕	๙๐.๔	๙๔	
รพ.บางน้ำเปรี้ยว	F1	๖๒	๐	๐	๐	๘	๗๐	๗๐	๑๐๐.๐	๘๗	๘๐.๕	๘๘.๖	๗๐	๐
อ.บางน้ำเปรี้ยว		๒๕					๒๕	๒๖	๙๖.๒	๓๒	๗๘.๑	๑๐๐.๐	๒๕	
รวม		๘๗	๐	๐	๐	๘	๙๕	๙๖	๙๙.๐	๑๑๙	๗๙.๘	๙๑.๖	๙๕	
รพ.ท่าตะเกียบ	F2	๒๘	๐	๑	๐	๗	๓๖	๓๙	๙๒.๓	๔๙	๗๓.๕	๗๗.๘	๓๖	๐
อ.ท่าตะเกียบ		๑๑					๑๑	๑๓	๘๔.๖	๑๖	๖๘.๘	๑๐๐.๐	๑๑	
รวม		๓๙	๐	๑	๐	๗	๔๗	๕๒	๙๐.๔	๖๕	๗๒.๓	๘๓.๐	๔๗	
รพ.บางคล้า	F2	๕๑	๐	๐	๐	๐	๕๑	๔๔	๑๑๕.๙	๕๕	๙๒.๗	๑๐๐.๐	๕๑	๐
อ.บางคล้า		๙					๙	๑๐	๙๐.๐	๑๒	๗๕.๐	๑๐๐.๐	๙	
รวม		๖๐	๐	๐	๐	๐	๖๐	๕๔	๑๑๑.๑	๖๗	๘๙.๖	๑๐๐.๐	๖๐	
รพ.ราชสาส์น	F2	๑๕	๐	๑	๐	๐	๑๖	๓๒	๕๐.๐	๔๐	๔๐.๐	๙๓.๘	๑๖	๐
อ.ราชสาส์น		๒					๒	๒	๑๐๐.๐	๒	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๒	
รวม		๑๗	๐	๑	๐	๐	๑๘	๓๔	๕๒.๙	๔๒	๔๒.๙	๙๔.๔	๑๘	
รพ.แปลงยาว	F2	๔๘	๐	๐	๐	๒	๕๐	๔๙	๑๐๒.๐	๖๑	๘๒.๐	๙๖.๐	๔๖	๐
อ.แปลงยาว		๘					๘	๑๑	๗๒.๗	๑๔	๕๗.๑	๑๐๐.๐	๘	
รวม		๕๖	๐	๐	๐	๒	๕๘	๖๐	๙๖.๗	๗๕	๗๗.๓	๙๖.๖	๕๔	
รพ.บ้านโพธิ์	F2	๓๘	๐	๑	๐	๔	๔๓	๔๓	๑๐๐.๐	๕๔	๗๙.๖	๘๘.๔	๔๕	๐
อ.บ้านโพธิ์		๑๒				๒	๑๔	๑๒	๑๑๖.๗	๑๖	๘๗.๕	๘๕.๗	๑๔	
รวม		๕๐	๐	๑	๐	๖	๕๗	๕๕	๑๐๓.๖	๗๐	๘๑.๔	๘๗.๗	๕๙	
รพ.คลองเขื่อน	F3	๑๐	๐	๒	๐	๐	๑๒	๒๔	๕๐.๐	๓๐	๔๐.๐	๘๓.๓	๑๒	๐
อ.คลองเขื่อน		๕					๕	๔	๑๒๕.๐	๕	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๕	
รวม		๑๕	๐	๒	๐	๐	๑๗	๒๘	๖๐.๗	๓๕	๔๘.๖	๘๘.๒	๑๗	
รวม CUP		๑,๑๒๑	๘	๒๖	๐	๘๘	๑,๒๓๘	-	-	-	-	๙๐.๗	๑,๒๓๗	๐

ที่มา กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ข้อมูล ณ วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑

หมายเหตุ - ข้อมูลกรอบขั้นต่ำและขั้นสูงอ้างอิงมติ อกพ.กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๐

- ข้อมูลบุคลากรอ้างอิงจากในระบบ HROPS และ Re-check กลับจากหน่วยบริการอีกครั้ง

ตารางที่ ๒๑ จำนวนบุคลากรสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยเปรียบเทียบอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ประเภทบุคลากรสาธารณสุข	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐ (คน)				อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร
	ภาครัฐ*	เทศบาล**	ภาคเอกชน**	รวม	
แพทย์	๑๖๘	-	๔๒	๒๑๐	๑ : ๓,๓๘๐
ทันตแพทย์	๖๕	-	๓	๖๘	๑ : ๑๐,๔๔๐
เภสัชกร	๙๑	-	๑๓	๑๐๔	๑ : ๖,๘๒๖
พยาบาลวิชาชีพ	๑,๒๔๓	๑๑	๑๑๓	๑,๓๖๗	๑ : ๕๑๙

ที่มา กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ข้อมูล ณ วันที่ 22 มิถุนายน ๒๕๖๑

หมายเหตุ ๑. * ข้อมูลบุคลากรภาครัฐ หมายถึง
ข้อมูลบุคลากรอ้างอิงจากในระบบ HROPS และ Re-check กลับจากหน่วยบริการอีกครั้ง

๒.** ข้อมูลบุคลากรเทศบาลและภาคเอกชนจากระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

๓. ใช้ข้อมูลประชากร จากสำนักบริหารการทะเบียน ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ (๗๐๙,๘๘๙คน คำนวณหาอัตราส่วนต่อประชากร)

๗. ข้อมูลด้านทรัพยากรสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีทรัพยากรสาธารณสุขระดับหมู่บ้านทั้งที่เป็นกลุ่มและชมรมสุขภาพที่สนับสนุนและขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

ตารางที่ ๒๒ จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขและชมรมที่สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

อสม. และชมรม ที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข	จำนวน
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๑๐,๒๘๑ คน
- ชมรม TO BE NO.1	๓๗๔ ชมรม
- ชมรมแพทย์พื้นบ้าน/สมุนไพร	๒ ชมรม
- ชมรมผู้สูงอายุ	๑๐๐ ชมรม
- ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร	๓ ชมรม
- ชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	๔๕๔ ชมรม
- เครือข่ายคนทำงานด้านเอดส์	๑๒ ชมรม

ที่มา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

๘. สรุปการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ/สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ได้รวบรวมปัญหาสุขภาพ/สาธารณสุข จาก ทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และเครือข่ายบริการสุขภาพของทุกอำเภอ ประมวลสรุปเป็นปัญหาสุขภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปี ๒๕๖๑ โดยใช้วิธีตารางตัดสินใจ (Multi-variable decision) และการจัดลำดับ (Rating Scale) ผลการวิเคราะห์สรุปจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑ : ๑๐ อันดับแรก เป็นดังนี้

อันดับ	ปัญหาสุขภาพ/สาธารณสุข	คะแนน
๑	โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	๙๔.๒๙
๒	โรคไข้เลือดออก	๘๗.๑๔
๓	LTC/การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	๗๖.๖๗
๔	โรควัณโรค	๗๐.๐๐
๕	โรคพิษสุนัขบ้า	๖๕.๐๐
๖	โรคหลอดเลือดสมอง	๖๐.๐๐
๗	อนามัยแม่และเด็ก/ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	๕๓.๓๓
๘	โรคอุจจาระร่วง	๕๑.๔๓
๙	การดูแลสุขภาพผู้พิการ	๕๐.๐๐
๑๐	โรคปอดบวม	๔๗.๕๐

๙. ข้อมูลหลักประกันสุขภาพ

๑. การดำเนินงานด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน

การลงทะเบียนผู้มีสิทธิ (ตุลาคม ๒๕๖๑)

๑.๑ จำนวนประชากรทั้งหมด ๗๐๐,๓๒๙ คน

๑.๒ ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ

(National Coverage) คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๙๓

๑.๓ ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(UC Coverage) คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๙๐

๒. การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

ผลการตรวจประเมินประจำปี ๒๕๖๒ แบ่งตามประเภทของหน่วยบริการ

๒.๑ หน่วยบริการปฐมภูมิ ๑๓๔ แห่ง

กลุ่มที่ ๑ ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิครบถ้วนและบางส่วนสูงกว่าเกณฑ์	๑๗	แห่ง
กลุ่มที่ ๒ ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ	๖๖	แห่ง
กลุ่มที่ ๓ ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและควรพัฒนาต่อเนื่อง	๕	แห่ง
กลุ่มที่ ๔ ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ต้องพัฒนาเร่งด่วน	๔๔	แห่ง
กลุ่มที่ ๕ ไม่ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ	๒	แห่ง

๒.๒ หน่วยบริการประจำ ๑๑ แห่ง

กลุ่มที่ ๑ ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำครบถ้วนและบางส่วนสูงกว่าเกณฑ์	๑	แห่ง
กลุ่มที่ ๒ ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ	๙	แห่ง
กลุ่มที่ ๓ ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำและควรพัฒนาต่อเนื่อง	-	แห่ง
กลุ่มที่ ๔ ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำแต่ต้องพัฒนาเร่งด่วน	๑	แห่ง
กลุ่มที่ ๕ ไม่ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ	-	แห่ง

๒.๓ หน่วยบริการรับส่งต่อ ๑๑ แห่ง

กลุ่มที่ ๑ ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	๘	แห่ง
กลุ่มที่ ๒ ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อและต้องพัฒนาต่อเนื่อง	๒	แห่ง
กลุ่มที่ ๓ ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับส่งต่อแต่ต้องพัฒนาเร่งด่วน	-	แห่ง
กลุ่มที่ ๔ ไม่ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	๑	แห่ง

ส่วนที่ ๒

ผลการดำเนินงาน
ตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน
กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๑

การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการภัยสุขภาพ

๑. การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑.๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑.๒ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

๒. การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

๒.๑ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

๓. การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

๓.๑ ร้อยละตำบลที่มีระบบ Long Term Care ในชุมชนผ่านเกณฑ์

๔. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๔.๑ ระดับความสำเร็จของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

๔.๒ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

๔.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

๔.๔ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ตามเกณฑ์ Green&Clean Hospital

๔.๕ โครงการ “๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน : จำนวนผู้สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

ประเด็นและตัวชี้วัดการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

คณะที่ ๑

การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

และการจัดการภัยสุขภาพ

คณะที่ ๑
การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และจัดการภัยสุขภาพ ตามกรอบประเด็นการตรวจราชการของแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบด้วย ๔ ประเด็นหลัก ๙ ตัวชี้วัด ดังนี้

<u>ประเด็นหลักที่ ๑</u> การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. (KPI1) อัตราส่วนการตายมารดาไทย *(ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)*

๒. (KPI2) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

<u>ตัวชี้วัดรอง</u> :

๒.๑ ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ *(ร้อยละ ๙๐)*

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

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

๒.๔ ร้อยละของเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I *(ร้อยละ ๖๐)*

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

<u>ประเด็นหลักที่ ๒</u> การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

๓. (KPI6) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (Outcome Indicator) *(ไม่เกิน ๓๘ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปีพันประชากร)*

<u>ประเด็นหลักที่ ๓</u> การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

๔. (KPI7) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (Outcome Indicator) *(ร้อยละ ๗๐ : ๓ เดือน ร้อยละ ๕๐)*

<u>ประเด็นหลักที่ ๔</u> การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๕. (KPI9) ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง *(๕ ขั้นตอน)*

๖. (KPI10) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

๖.๑ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน *(≤ ร้อยละ ๒.๐๕)*

๖.๒ อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน *(≥ ร้อยละ ๓๐)*

๗. (KPI26) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

๗.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ *(≥ ร้อยละ ๔๐)*

๗.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ *(≥ ร้อยละ ๕๐)*

๘. (KPI12) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital *(รพ.ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๔๐ และ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง)*

๙. จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ *(๓ ล้านคน : ไตรมาส ๑-๒ มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ ๓ ล้านคน ไตรมาส ๓-๔ คนสูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ๓ ล้านคน)*

ตารางที่ ๒๓ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

ลำดับ	รหัส KPI	ประเด็นเน้นหนัก				ตัวชี้วัด/เกณฑ์	การดำเนินงาน		
		๑	๒	๓	๔		เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
๑.	๑	-	๑	๑	-	อัตราส่วนการตายมารดาไทย ***(ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)***	๑,๓๑๐ คน	๐ คน	๐.๐๐ ต่อแสน การเกิดมีชีพ
๒.	๒	-	๒	๒	-	ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑมาตรฐาน			
				๒.๑		ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ***(ร้อยละ 90)***	๑๗,๗๖๔ คน	๑,๓๙๓ คน	**ร้อยละ ๗.๘๔**
				๒.๒		ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ***(ร้อยละ ๒๐)***	๑,๓๙๓ คน	๒๔๐ คน	**ร้อยละ ๑๗.๒๓**
				๒.๓		ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ ***(ร้อยละ ๙๐)***	๒๔๐ คน	๑๑๓ คน	**ร้อยละ ๔๗.๘๘**
				๒.๔		ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ***(ร้อยละ ๖๐)***	๕ คน	๔ คน	**ร้อยละ ๘๐.๐๐**
	๓			๒.๕		ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ***(ร้อยละ ๕๗)***	๓๐,๗๑๕ คน	๘,๓๒๐ คน	**ร้อยละ ๕๖.๑๔**
๓.	๖	-	-	๓	-	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ***(ไม่เกิน ๓๘ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปีพันประชากร)***	๑๙,๗๒๓ คน	๘๕ คน	๔.๓๑ ต่อพัน ปชก.
๔.	๗	-	-	๔	-	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ***(ร้อยละ ๗๐ : ๓ เดือน ร้อยละ ๕๐)***	๙๓ แห่ง	๖๑ แห่ง	ร้อยละ ๖๕.๕๙
๕.	๙	-	-	๕	-	ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนยปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรูสถานการณ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานไดจริง ***(๕ ขั้นตอน)***	ขั้นตอนที่ ๑	*รอส่วนกลางจัดอบรมฯ*	
๖.	๑๐	-	-	๖	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน			
				๖.๑		อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ***(≤ ร้อยละ ๒.๐๕)***	๙,๙๙๓ คน	๔๔ คน	**ร้อยละ ๐.๔๔**
				-	๖.๒	อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปที่ผานมาไดรับการตรวจน้ำตาลซ้ำ และไดรับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ***(≥ ร้อยละ ๙๐)***	๑๐,๑๘๑ คน	๓,๖๙๙ คน	**ร้อยละ ๓๖.๓๓**

ลำดับ	รหัส KPI	ประเด็นเน้นหนัก				ตัวชี้วัด/เกณฑ์	การดำเนินงาน		
		๑	๒	๓	๔		เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
๖. (ต่อ)	๑๐	-	-	๖.๓		อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบไดรับการวัดความดันโลหิตที่บาน *(≥ ร้อยละ ๓๐)*	๑,๕๕๗ คน	๐ คน	**ร้อยละ ๐.๐๐**
๗.	๒๖	-	-	๗	-	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้			
				๗.๑		ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ *(≥ ร้อยละ ๔๐)*	๓๔,๙๒๙ คน	๕,๖๕๒ คน	**ร้อยละ ๑๖.๑๘**
				๗.๒		ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ *(≥ ร้อยละ ๕๐)*	๗๔,๐๒๔ คน	๔,๖๙๔ คน	**ร้อยละ ๖.๓๕**
๘.	๑๒	-	๓	๘	-	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ***(รพ.ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๘๐ และ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง)***	๑๑ แห่ง	๓ แห่ง	**ร้อยละ ๒๗.๒๗**
๙.	-	-	-	๙	-	จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ***(๓ ล้านคน : ไตรมาส ๑-๒ มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ ๓ ล้านคน ไตรมาส ๓-๔ คนสูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ๓ ล้านคน)***	***อยู่ระหว่างดำเนินการ***		

หมายเหตุ
๑. ช่องลำดับ หมายถึง จำนวนตัวชี้วัดรายคณะตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานฯ ปี ๒๕๖๒
๒. ช่องรหัส KPI หมายถึง รหัสตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๒
๓. ช่องประเด็นเน้นหนัก ๑ – ๔ หมายถึง
- ช่อง ๑ : รหัสตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของปลัดกระทรวงสาธารณสุข (๑ ตัวชี้วัด)
- ช่อง ๒ : รหัสตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการฯ (๓ ตัวชี้วัด)
- ช่อง ๓ : รหัสตัวชี้วัดการตรวจราชการฯ (๙ ตัวชี้วัด)
- ช่อง ๔ : รหัสตัวชี้วัดรอง

ประเด็นหลักที่ ๑ : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๑. (KPI1) อัตราส่วนการตายมารดาไทย
๒. (KPI2) ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

หมวด :	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๑. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ :	๑. ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กพัฒนาการสมวัย
ระดับการวัดผล :	๑. (KPI1) จังหวัด/ เขต/ ประเทศ ๒. (KPI2) ข้อ ๒.๑ - ๒.๔ จังหวัด/ เขต/ ประเทศ ข้อ ๒.๕ จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด :	๑. (KPI1) อัตราส่วนการตายมารดาไทย
	๒. (KPI2) ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน ๒.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ๒.๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ๒.๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ ๒.๔ ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4 ๒.๕ (KPI3) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี
เกณฑ์เป้าหมาย :	๑. (KPI1) ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
	๒. (KPI2) ๒.๑ ร้อยละ ๙๐ ๒.๒ ร้อยละ ๒๐ ๒.๓ ร้อยละ ๙๐ ๒.๔ ร้อยละ ๖๐ ๒.๕ (KPI3) ร้อยละ ๕๗
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	๑. (KPI1) ๑) สถานบริการสาธารณสุขแจงขอมูลการตายมารดาแกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายมารดาแกศูนยอนามัยและกรมอนามัย ๓) สถานบริการสาธารณสุขสงแบบสอบสวนการตายมารดา (ก1หรือ CE) แกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน ๑๕ วัน ๔) ศูนยอนามัยรายงานการตายมารดา (รายงานการ Conference Case มารดาตายของ MCH board) ตอกรมอนามัยภายใน ๓๐ วัน
	๒. (KPI2) รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เชน JHCIS HosXP PCU เปนตน และสงออกขอมูลตามโครงสรางมาตรฐาน ๔๓ แฟม

วิธีการประเมินผล :	๑. (KPI1) : เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับคาเปาหมาย
	๒. (KPI2) ข้อ ๒.๑ - ๒.๔ ๑) ใชขอมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก ๓๐ วัน (ทุกเดือน) ๒) การดึงขอมูลจาก HDC ตองรอการบันทึกขอมูลสมบูรณ์อยางนอย ๔๕ วัน
	๒. (KPI2) ข้อ ๒.๕ ๑) มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน ๒) มีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) ๓) มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย พร้อมข้อเสนอแนะของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๔) เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย
ระยะเวลาประเมินผล :	๑. (KPI1) ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔ ๒. (KPI2) ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔ (ไม่สะสม) ๒.๕ (KPI3) ปีละ ๔ ครั้ง คือ งวดที่ ๑ เดือนตุลาคม งวดที่ ๒ เดือนมกราคม งวดที่ ๓ เดือนเมษายน งวดที่ ๔ เดือนกรกฎาคม
เกณฑ์การประเมินผล :	๑. (KPI1) รอบ ๑๒ เดือน ๒. (KPI2) กำหนดคาเปาหมายที่จะทำใหสำเร็จ รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ๒.๕ (KPI3) งวดที่ ๑ ร้อยละ ๕๑ งวดที่ ๒ ร้อยละ ๕๓ งวดที่ ๓ ร้อยละ ๕๕ งวดที่ ๔ ร้อยละ ๕๗
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</u> - นางโสภา เวฬุตันติ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ โทร. ๐๘ ๑๙๔๑ ๐๒๐๔ e-mail address : s_sopa0606@hotmail.com - นางพุทธรักษ์ ภิรมย์ไชย นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ตัวชี้วัด ๑, ตัวชี้วัด ๒.๑-๒.๓) โทร. ๐๘ ๒๔๔๒ ๗๒๒๒ e-mail address : noooatja@hotmail.com - นางกฤษณา ปั้นศิริ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชำนาญงาน (ตัวชี้วัด ๒.๕) โทร. ๐๘ ๔๐๐๘ ๕๗๖๑ e-mail address : kondomelo@gmail.com <u>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด</u> - นางวันดี ทับทิมทอง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ตัวชี้วัด ๒.๔) โทร. ๐๘ ๓๕๘๘ ๑๕๖๗ e-mail address : : jigunget13@hotmail.com

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑

ตัวชี้วัด ๑. (KPI1) อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน

๒. ระบบบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัด ๒. (KPI2) ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

๑. ร้อยละการคัดกรองพัฒนาการ (ความครอบคลุม) ร้อยละ ๙๐ : *ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นความครอบคลุมในเด็กกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านสุขภาพและสังคม*

๒. ร้อยละของสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๐ : *ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นการสร้างสมรรถนะ/ศักยภาพและเสริมกำลังใจของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ*

๓. ร้อยละของการติดตาม ร้อยละ ๙๐ : *ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นการติดตามให้ครอบคลุมเด็กสงสัยล่าช้าทุกคน*

๔. เด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I : *ควรเน้นพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข./การใช้คู่มือฯ/ การสื่อสารกับผู้ปกครอง/ การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC*

๕. เด็กสูงดีสมส่วน : ควรเน้นส่งเสริมอาหารตามวัย

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีโรงพยาบาลซึ่งได้รับการส่งเสริมและพัฒนาให้บริการการคลอดมาตรฐาน จำนวน ๑๐ แห่ง ซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐานทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) เป็นโรงพยาบาลระดับ A ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลระดับ M2 ได้แก่ โรงพยาบาลพนมสารคาม โรงพยาบาลระดับ F1 ได้แก่ โรงพยาบาลสนามชัยเขต โรงพยาบาลบางปะกง และโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว โรงพยาบาลระดับ F2 ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ โรงพยาบาลบางคล้า โรงพยาบาลแปลงยาว โรงพยาบาลท่าตะเกียบ และโรงพยาบาลราชสาส์น

สถานการณ์แม่และเด็กจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ – เดือนกันยายน ๒๕๖๑ มีทารกเกิดมีชีพ ๗,๖๑๒ ราย ไม่มีมารดาตาย *(ที่มาข้อมูล : จากแบบรายงาน Service Plan สูติกรรม และแบบรายงานโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย)*

จังหวัดฉะเชิงเทราเริ่มดำเนินการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน โดยใช้ DSPM/DAIM ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ๒๕๕๘ โดยคำนวณเป้าหมายจาก HDC ทุกสิ้นเดือน ใช้ประชากร type ๑ กับ type ๓ และเอาผลงานจากรายงาน HDC พบเด็ก อายุ ๐ – ๕ ปี (อายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน) พัฒนาการทางสมวัย ร้อยละ ๘๙.๘๘ *(เกณฑ์การดำเนินงาน ร้อยละ ๙๐)* เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี (๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน) ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ ๘๕.๓๖ คัดกรองแล้วพบเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๑๐.๑๒ *(เกณฑ์การดำเนินงาน ร้อยละ ๒๐)* เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี (๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน) ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๘๘.๒๖ *(เกณฑ์การดำเนินงาน ร้อยละ ๙๐) (ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ – เดือนกันยายน ๒๕๖๑)*

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ – เดือนธันวาคม ๒๕๖๑) จังหวัดฉะเชิงเทรา มีสถานบริการที่มีการคลอดมาตรฐานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน ร้อยละ ๑๐๐ (๑๐ แห่ง) มีทารกเกิดมีชีพ ๑,๓๑๐ ราย ไม่มีมารดาตาย *(ที่มาข้อมูล : จากแบบรายงาน Service plan สูติกรรม และแบบรายงานจากแบบรายงานโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย)* เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๘๕.๓๖ เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๑๗.๒๓ เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๔๗.๘๘ *(ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center ณ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑)*

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

เนื่องจากโรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก จึงผ่านเกณฑ์ ANC คุณภาพ ห้องคลอดคุณภาพ และ WCC คุณภาพ และพัฒนากระบวนการบริการคุณภาพห้องฝากครรภ์ ANC โดยการฝากครรภ์ตามมาตรฐาน ในเรื่องสถานที่ให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ การแยกผู้ตั้งครรภ์เสี่ยง การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record การให้บริการ ANC คุณภาพตามมาตรฐานและเพิ่มการให้บริการ ดังนี้คือ การตรวจ Multiple dipstick อัลตราซาวน์ การให้คำปรึกษาคู่ การประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ มีการประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยสมัครใจ และแจ้งผลเลือดแก่หญิงมีครรภ์/สามี พร้อมให้คำปรึกษาแนะนำ จ่ายยา

การพัฒนาห้องคลอดคุณภาพในการคลอดมาตรฐาน การพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้คลอด ระบบการให้บริการการคลอดมาตรฐาน ระบบการดูแลผู้คลอด โดยระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด/แบบประเมิน EFM และตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐานซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด การติดตามประเมินผลการตายของมารดา และทบทวนการดูแลรักษาของมารดาที่เสียชีวิตจากการคลอดทุกราย การดูแลหญิงตั้งครรภ์ระยะเจ็บครรภ์คลอด และแนวทางการดูแลภาวะเสี่ยงของมารดาและทารก การบริหารจัดการข้อมูล มาจากระบบรายงาน ข้อมูล Health Data Center (HDC) ถ้าไม่มีใน HDC จะใช้รายงานลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย และรายงานเฉพาะกิจ (โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว) รายงานแบบฟอร์ม ก-๒, แบบฟอร์ม ก-๑ ข้อมูลการตายของมารดาและ/หรือทารกปริกำเนิด

เพื่อให้การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กบรรลุตามเป้าหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จึงได้จัดทำแผนการประชุมการคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระดับจังหวัด จังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ แต่งตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH Board) ที่ ๑๓๘๖/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๕๙ และจัดประชุมฯ ทุก ๓ เดือน โดยครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ ในวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมพุทธโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ ทั้งนี้ เพื่อให้คณะกรรมการแม่และเด็กมีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็ก และสามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาแม่และเด็กระดับอำเภอ มีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน เฝ้าระวังเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดด้วย progesterone มีเกณฑ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจังหวัดฉะเชิงเทราเพื่อป้องกันการตายของมารดา พร้อมทำหนังสือแจ้งทุกโรงพยาบาลเพื่อรับทราบแนวทางร่วมกัน

จังหวัดฉะเชิงเทราได้เริ่มดำเนินการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ แล ๔๒ เดือน โดยใช้ DSPM/ DAIM ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ๒๕๕๘ โดยคำนวณเป้าหมายจาก HDC ทุกสิ้นเดือน ใช้ประชากร type ๑ กับ type ๓ และเอาผลงานจากรายงาน HDC ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ – ธันวาคม ๒๕๖๑) จำนวน ๓,๘๗๔ คน พบว่ามีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๙๒.๔๔ (๓,ค๘๑ คน) และพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ ๖.๙๔ (๒๖๙คน) *(ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center (HDC))*

สำหรับระบบเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง ๕ ปีของจังหวัดฉะเชิงเทรา เน้นเป้าหมาย ๒ ส่วน ได้แก่ ตัวเด็ก ให้ได้รับการคัดกรองด้านการเจริญเติบโต และประเมินพัฒนาการได้รับการกระตุ้นเมื่อสงสัยพัฒนาการล่าช้า และได้รับการรักษาหากมีพัฒนาการผิดปกติ เพื่อให้สามารถกลับมาเจริญเติบโต และพัฒนาการสมวัย ด้านพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กได้รับความรู้ คำแนะนำเพื่อให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้ ๑) จังหวัดมีคณะกรรมการ MCH Board/ คณะกรรมการพัฒนาการเด็ก ซึ่งมีการทำงานร่วมกับ Service Plan สาขาเด็กเพื่อขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ ๒) ในระดับอำเภอ ใช้กลไก พชอ. บริหารจัดการและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และท้องถิ่นในการพัฒนาเด็กอย่างองค์รวมโดยใช้กระบวนการตามแนวทางตำบลพัฒนาเด็กดีเริ่มที่นมแม่และดำเนินงานตามนโยบายการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน ๓) การสร้างพ่อแม่คุณภาพผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฝากครรภ์ และคลินิกเด็กสุขภาพดีของสถานบริการทุกระดับ ๔) จังหวัดมีระบบการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือนทุกคนในพื้นที่ ๕) จังหวัดมีการส่งต่อเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า (จากการคัดกรอง) ให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการโดยพยาบาลจิตเวชเด็กในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพัฒนาการผิดปกติ ๖) จังหวัดมีการรวบรวมข้อมูลปัญหาสุขภาพของเด็กในพื้นที่มาวิเคราะห์และวางแผนแก้ปัญหา และแนวทางป้องกันปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

เพื่อส่งเสริมความครอบคลุมในเด็กกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านสุขภาพและสังคม ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดฉะเชิงเทราได้กำหนดตัวชี้วัด ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน ที่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๕ เป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของ คป.สอ. และเพื่อสร้างสมรรถนะ/ศักยภาพของเจ้าหน้าที่ทุกระดับได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้การดำเนินงานแม่และเด็กและพัฒนาการเด็กระดับจังหวัดและระดับอำเภอ จำนวน ๒ วัน ณ โรงแรมแกรนด์ รอยัล พลาซ่า และปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กำหนดตัวชี้วัด ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือน ที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๒๐ และร้อยละของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน เป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของ คป.สอ.

<u>ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๑</u>

๑. ขับเคลื่อนนโยบาย และส่งเสริมการดำเนินงาน ผ่านการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่เด็ก ระดับจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๑ ครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ และครั้งที่ ๓ วันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๑

๒. ติดตามการดำเนินงานผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารอำเภอทุกเดือน

๓. ทำโครงการส่งเสริมพัฒนาและสร้างเสริมเด็กปฐมวัยเพื่อพัฒนาการสมวัย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๔. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสูติกรรมระดับจังหวัด เพื่อทำบทบาทหน้าที่ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาการบริการ มีการวิเคราะห์การตายของมารดาระดับจังหวัด

๕. วางมาตรการการป้องกันการตายของมารดาจาก PPH

๖. กำกับติดตามผลการพัฒนา เช่น มีการใช้ถุงตวงเลือดหลังคลอด มี standing order ของ PPH มียาที่จำเป็นในการรักษา PPH ทุก รพ.

๗. ลดมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด รพช. สามารถทำ DOUBLE CONDOM INTRAUTERINE TEMPONADE ก่อนส่งต่อ

๘. กำหนดแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงจังหวัดฉะเชิงเทราเพื่อป้องกันการตายของมารดา

๙. กำหนดระยะเวลาในการรักษาแล้วเลือดไม่หยุดภายใน ๓๐ นาทีต้องส่งต่อแบบ fast tract

๑๐. พัฒนาทีมที่ดูแล มีการซ้อมสถานการณ์จำลอง ปีละ ๑ – ๒ ครั้ง

๑๑. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน เฝ้าระวังเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดด้วย progesterone และมีการดำเนินงานเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

๑๒. กำหนดแนวทางให้ รพช./ รพศ. มีการใช้ยา progesterone ในราย previous preterm, short cervix รพศ. ๗๕ % รพช ๓๐ %

๑๓. มีการวัด CERVICAL LENGTH ใน รพศ. ๕๐ % รพช.ที่มีสูติแพทย์ ๒๐ %

๑๔. ลดมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด รพช.สามารถทำ DOUBLE CONDOM INTRAUTERINE TEMPONADE ก่อนส่งต่อ

๑๕. มีการวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification

๑๖. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริหารและบริการสุขภาพ สาขาสูติกรรม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (๑ ครั้ง) เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและพัฒนาการดำเนินงาน (วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๑)

๑๗. ประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริหารและบริการสุขภาพ สาขาสูติกรรม ในวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๑ ณ โรงพยาบาลพุทธโสธร

๑๘. กิจกรรมรณรงค์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เดือนสิงหาคม ๒๕๖๑

๑๙. ประชุมคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติฯ ๑ ครั้ง วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๑

๒๐. ติดตามการณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็ก เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๑

แผนและแนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

๑. ประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่เด็ก ระดับจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (๓ ครั้ง) เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและพัฒนาการดำเนินงาน ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๑

๒. ระดับจังหวัดรับผิดชอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดแผนปฏิบัติการและสนับสนุน

๓. กำกับ ติดตาม และประเมินผล เป็นรายอำเภอ โดยคณะกรรมการบูรณาการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธาน หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นเลขานุการ ตามคำสั่งจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ ๑๒๑๗/๒๕๕๘ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ลงวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘ การพัฒนาบุคลากร เตรียมการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ เน้นความสำคัญ การตรวจคัดกรองระดับปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพและการส่งต่อ

๔. ประชุมคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยร่วมกับพัฒนาสังคมและความมั่งคงของมนุษย์จังหวัดฉะเชิงเทรา

๕. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสูติกรรมระดับจังหวัด เพื่อทำบทบาทหน้าที่ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาการบริการ มีการวิเคราะห์การตายของมารดาระดับจังหวัด

๖. วางมาตรการการป้องกันการตายของมารดาจาก PPH

๗. กำกับติดตามผลการพัฒนาเช่น มีการใช้ถุงตวงเลือดหลังคลอด มี standing order ของ PPH มียาที่จำเป็นในการรักษา PPH ทุก รพ.

๘. ลดมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด รพช. สามารถทำ DOUBLE CONDOM INTRAUTERINE TEMPONADE ก่อนส่งต่อ

๙. กำหนดแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงจังหวัดฉะเชิงเทราเพื่อป้องกันการตายของมารดา

๑๐. กำหนดระยะเวลาในการรักษาแล้วเลือดไม่หยุด ภายใน ๓๐ นาที ต้องส่งต่อแบบ fast tract

๑๑. พัฒนาทีมที่ดูแล มีการซ้อมสถานการณ์จำลองปีละ ๑ – ๒ ครั้ง

๑๒. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน เฝ้าระวัง เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดด้วย progesterone และมีการดำเนินงานเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

๑๓. กำหนดแนวทางให้ รพช./รพศ.มีการใช้ยา progesterone ในราย previous preterm, short cervix รพศ. ๗๕ % รพช. ๓๐ %

๑๔. มีการวัดCERVICAL LENGTH ใน รพศ. ๕๐ % รพช.ที่มีสูติแพทย์ ๒๐ %

๑๕. ลดมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด รพช. สามารถทำ DOUBLE CONDOM INTRAUTERINE TEMPONADE ก่อนส่งต่อ

๑๖. มีการวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification

๑๗. ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน

๑๘. จัดประชุมคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติฯ ๑ ครั้ง เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและพัฒนาการดำเนินงาน

๑๙. กำหนดตัวชี้วัด เป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการของของผู้บริหาร ปี ๒๕๖๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราได้กำหนดตัวชี้วัด คือ ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน ที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๒๐ เป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของ คป.สอ. ปี ๒๕๖๒

๒๐. ขับเคลื่อนและพัฒนาการดำเนินงานตำบลขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน ทุกอำเภอในจังหวัดอย่างน้อยอำเภอละ ๑ ตำบล โดยจะเริ่มกระบวนการช่วงเดือนพฤศจิกายน – กันยายน ๒๕๖๒

๒๑. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการรวมพลังขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต จังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๒๒. ผลักดันการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐

๒๓. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่/จัดตั้งคลินิกนมแม่ ธนาคารนมแม่ในสถานบริการสาธารณสุข

๒๔. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เชิงรุก โดยอาสาสมัครสาธารณสุข

๒๕. สนับสนุนการจัดตั้งมุมนมแม่ในสถานประกอบการ

๒๖. ส่งเสริม สนับสนุน การพัฒนาสื่อองค์ความรู้ด้านพัฒนาการเด็กตามบริบทของพื้นที่

๒๗. คณะกรรมการประเมินรับรองต่อเนื่องมาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานแม่และเด็กโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กที่ครบกำหนด จำนวน ๔ แห่ง

๒๘. โรงพยาบาลบางคล้า โรงพยาบาลบางปะกง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ และโรงพยาบาลราชสาส์นพัฒนา ระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อเตรียมรับการประเมินจากคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด

๒๙. ติดตามส่งเสริม สนับสนุน เพื่อการพัฒนาสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา

๓๐. กิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เดือนสิงหาคม ๒๕๖๒

๓๑. นิเทศงาน/ เยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และสุ่มลง รพ.สต. ๑ – ๒ แห่ง

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๑. (KPI1) อัตราส่วนการตายมารดาไทย *(ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)*

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีทารกเกิดมีชีพ ๗,๖๑๒ ราย ไม่มีมารดาเสียชีวิต ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) มีทารกเกิดมีชีพ ๑,๓๑๐ ราย ยังไม่มีมารดาเสียชีวิต *(ที่มา : รายงาน Service plan สูติกรรม, รายงานลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ณ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑)*

๒. (KPI2) ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี (อายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน) พัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๙.๘๘ เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือนได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ ๘๕.๓๖ คัดกรองแล้วพบเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๑๐.๑๒ เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๘๘.๒๖ อำเภอที่มีเด็กพัฒนาการสมวัยมากที่สุด คือ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๙๓.๑๘ รองลงมา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๘๖.๑๖ อำเภอที่มีพัฒนาการสมวัยน้อยที่สุด คือ อำเภอบางปะกง ร้อยละ ๗๗.๓๔ *(ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center)*

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) พบเด็กอายุ ๐–๕ ปี (อายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน) ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๗.๘๔ มีพัฒนาการสมวัย (ก่อนการส่งไปกระตุ้นพัฒนาการ ๑ เดือนและติดตามได้) ร้อยละ ๘๒.๗๗ คัดกรองแล้วพบเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๑๗.๒๓ เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๔๗.๘๘ อำเภอที่มีเด็กพัฒนาการสมวัยมากที่สุด คือ อำเภอราชสาส์น ร้อยละ ๑๐๐ รองลงมา อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๙๕.๒๐ อำเภอที่มีเด็กพัฒนาการสมวัยน้อยที่สุด คือ อำเภอคลองเขื่อน ร้อยละ ๘๔.๐๐ *(ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center ณ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑)*

ตารางที่ ๒๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี (อายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน) ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี (อายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน)		
	ทั้งหมด	มีพัฒนาการสมวัย	
	คน	คน	ร้อยละ
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๓,๑๗๗	๒๕๐	๗.๘๗
อำเภอบางคล้า	๙๔๗	๓๖	๓.๘๐
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๒,๗๓๔	๓๓๔	๑๒.๒๒
อำเภอบางปะกง	๑,๖๙๕	๑๙๑	๑๑.๒๗
อำเภอบ้านโพธิ์	๑,๐๑๒	๗๔	๗.๓๑
อำเภอพนมสารคาม	๒,๔๕๒	๑๖๘	๖.๘๕
อำเภอราชสาส์น	๓๒๘	๒๑	๖.๔๐
อำเภอสนามชัยเขต	๒.๔๔๗	๑๒๕	๕.๑๑
อำเภอแปลงยาว	๑,๓๒๒	๘๙	๖.๗๓
อำเภอท่าตะเกียบ	๑.๓๖๖	๘๐	๕.๘๖
อำเภอคลองเขื่อน	๒๘๔	๒๕	๘.๘๐
รวมจังหวัด	**๑๗,๗๖๔**	**๑,๓๙๓**	**๗.๘๔**

<u>ที่มา</u> : ระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑*

ตารางที่ ๒๕ ร้อยละของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี (อายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน) ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี (อายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน)		
	ได้รับการคัดกรองพัฒนาการทั้งหมด	พบสงสัยล่าช้า	
	คน	คน	ร้อยละ
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๒๕๐	๑๘	๗.๒๐
อำเภอบางคล้า	๓๖	๔	๑๑.๑๑
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๓๓๔	๕๐	๑๔.๙๗
อำเภอบางปะกง	๑๙๑	๕๑	๒๖.๗๐
อำเภอบ้านโพธิ์	๗๔	๑๐	๑๓.๕๑
อำเภอพนมสารคาม	๑๖๘	๔๗	๒๗.๙๘
อำเภอราชสาส์น	๒๑	๐	๐.๐๐
อำเภอสนามชัยเขต	๑๒๕	๒๖	๒๐.๘๐
อำเภอแปลงยาว	๘๙	๒๑	๒๓.๖๐
อำเภอท่าตะเกียบ	๘๐	๗	๘.๗๕
อำเภอคลองเขื่อน	๒๕	๖	๒๔.๐๐
รวมจังหวัด	**๑,๓๙๓**	**๒๔๐**	**๑๗.๒๓**

<u>ที่มา</u> : ระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑*

ตารางที่ ๒๖ ร้อยละของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี (อายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน) พบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี (อายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน)		
	พบสงสัยพัฒนาการล่าช้าทั้งหมด	ได้รับการติดตาม	
	คน	คน	ร้อยละ
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๑๘	๖	๓๕.๒๙
อำเภอบางคล้า	๔	๐	๐.๐๐
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๕๐	๒๘	๕๖.๐๐
อำเภอบางปะกง	๕๑	๒๔	๔๗.๐๖
อำเภอบ้านโพธิ์	๑๐	๑	๑๑.๑๑
อำเภอพนมสารคาม	๔๗	๒๓	๕๐.๐๐
อำเภอราชสาส์น	๐	๐	๐.๐๐
อำเภอสนามชัยเขต	๒๖	๑๒	๔๘.๐๐
อำเภอแปลงยาว	๒๑	๑๖	๗๖.๑๙
อำเภอท่าตะเกียบ	๗	๑	๑๔.๒๙
อำเภอคลองเขื่อน	๖	๒	๓๓.๓๓
รวมจังหวัด	**๒๔๐**	**๑๑๓**	**๔๗.๘๘**

ที่มา : ระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) จังหวัดฉะเชิงเทรา มีสถานบริการที่มีการคลอดมาตรฐานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน ร้อยละ ๑๐๐ (๑๐ แห่ง) มีทารกเกิดมีชีพ ๑,๓๑๐ ราย ไม่มีมารดาตาย พบเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี (อายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน) ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๗.๘๔ *(เกณฑ์การดำเนินงาน ร้อยละ ๙๐)* ผลการดำเนินงานยังน้อยเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายบางส่วนยังไม่ครบช่วงอายุ) พัฒนาการสมวัย (ก่อนการส่งไปกระตุ้นพัฒนาการ ๑ เดือนและติดตามได้) ร้อยละ ๘๒.๗๗ คัดกรองแล้ว พบเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๑๗.๒๓ *(เกณฑ์การดำเนินงาน ร้อยละ ๒๐)* เมื่อพิจารณา พบว่าการคัดกรองพบเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้ามีแนวโน้มที่ดีขึ้น เป็นอันดับที่ ๒ ของเขต อันดับที่ ๕๘ ของประเทศ เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๔๗.๘๘ *(เกณฑ์การดำเนินงาน ร้อยละ ๙๐)* เป็นอันดับที่ ๒ ของเขต : อันดับที่ ๑๖ ของประเทศ และพบว่าอำเภอที่มีเด็กพัฒนาการสมวัยมากที่สุด คือ อำเภอราชสาส์น ร้อยละ ๑๐๐ รองลงมาอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๙๕.๒๐ อำเภอที่มีเด็กพัฒนาการสมวัยน้อยที่สุด คือ อำเภอคลองเขื่อน ร้อยละ ๘๔.๐๐ *(ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center ณ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑)*

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

๑) การวิเคราะห์ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/ มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
๑. การพัฒนาการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า ในเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี	- ผู้บริหารกำหนดเป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารระดับอำเภอ โดยกำหนดการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า เด็กอายุ ๐-๕ ปี เป็นหนึ่งเกณฑ์ในการพิจารณาผลงาน - คืนข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ควบคุมกำกับผู้รับผิดชอบระดับตำบล
๒. จังหวัดฉะเชิงเทราได้รับการคัดเลือกจากเขตสุขภาพที่ ๖ ให้เป็นจังหวัดต้นแบบในการขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต	สสจ.ฉะเชิงเทรา ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดย - นำเรื่องเข้าแจ้งในการประชุม กวป. - นำเรื่องเข้าขับเคลื่อนใน พชอ. - ให้ทุกตำบลขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายฯ เน้นการสร้างความร่วมมือกับทุกภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน สร้างสังคมตำบลต้นแบบ “ส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ”เพื่อให้มารดา ทารก และเด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาการตามช่วงอายุ - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการรวมพลังขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต จังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ทำบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตร่วมกับภาคีเครือข่าย - ผลักดันการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ - ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่/จัดตั้งคลินิกนมแม่ ธนาคารนมแม่ในสถานบริการสาธารณสุข - ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เชิงรุก โดยอาสาสมัครสาธารณสุข - สนับสนุนการจัดตั้งมุมนมแม่ในสถานประกอบการ

๒) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการบรรลุเป้าหมายต่อความสำเร็จ

ไม่มี

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ ของทีมตรวจราชการ	ผลการดำเนินการ ตามข้อสั่งการ/ ข้อเสนอแนะ
ในวันแม่และเด็กขอให้มีการจัดการผ่านกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน ที่มีประสิทธิภาพ	- วางแผนเชิงรุก ประสานเครือข่าย ชุมชน ในวันแม่และเด็กร่วมจัดทำแผน/กิจกรรมการจัดการผ่านกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๒. (KPI2) ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน
๒.๔ ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดฉะเชิงเทรามีเด็กแรกเกิดถึง ๕ ปี จำนวน ๒๐,๙๕๕ คน ได้รับการคัดกรอง จำนวน ๑๗,๘๘๗ คน ร้อยละ ๘๕.๓๖ คน พบมีพัฒนาการล่าช้าส่งต่อทันทีจำนวน ๒๒ คน ร้อยละ ๐.๑๒ และเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้ารอการกระตุ้น (DSPM1) จำนวน ๑,๗๘๘ คน ร้อยละ ๑๐.๐๐ หลังจากได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ (DSPM2) พบว่ายังมีเด็กพัฒนาการล่าช้าอยู่ ๑๒ คน และก่อนการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ได้รับการประเมินพัฒนาการด้วย DSPM พบสมวัย จำนวน ๓ คน รวมเด็กพัฒนาการล่าช้าที่ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ทั้งสิ้น ๓๑ คน ซึ่งได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จำนวน ๑๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๑๖ พบว่า อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา มีการกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วย TEDA4I สูงสุด จำนวน ๒ คน ร้อยละ ๕๐.๐๐ รองลงมา คือ อำเภอพนมสารคาม และอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จำนวน ๑ คน ร้อยละ ๓๓.๓๓

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม–พฤศจิกายน ๒๕๖๑) เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าและส่งต่อทันที รวมทั้งสิ้น ๕ คน และได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จำนวน ๔ คน ได้แก่ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอพนมสารคาม อำเภอสนามชัยเขต และอำเภอท่าตะเกียบ แห่งละ ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๐๐

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>
<u>รอบที่ ๑</u> : พัฒนากลไกและระบบการกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I
ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I *(ร้อยละ ๔๐)*

๑. การติดตาม ส่งเสริม ผลักดันการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินเพื่อกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I

๑) อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ รพ.สต. ทุกแห่งและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต งานอนามัยแม่และเด็ก และงานปฐมวัยในโรงพยาบาลทุกแห่ง ครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในด้านการประเมิน กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I และการส่งต่อ

๒) ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

๒. ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่บริการและมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

๑) <u>ระดับ รพ.สต.</u>

บุคลากรสาธารณสุขประเมินพัฒนาการเด็กด้วย DSPM กรณีที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ทำการส่งเสริมพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน แล้วประเมินพัฒนาการซ้ำครั้งที่ ๒ ด้วย DSPM หากพบว่า พัฒนาการยังคงล่าช้าดำเนินการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนที่มีพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (PG) และโรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อทำการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I

๒) ระดับโรงพยาบาล.

(๑) คลินิก Well Child ประเมินพัฒนาการเด็กด้วย DSPM กรณีพบเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าทำการกระตุ้นพัฒนาการเป็นระยะเวลา ๑ เดือน แล้วประเมินพัฒนาการซ้ำครั้งที่ ๒ ด้วย DSPM หากพบว่ายังล่าช้าส่งต่อคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเพื่อทำการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

(๒) กรณีรับ-ส่งต่อเด็กที่พัฒนาการล่าช้าจาก รพ.สต. ให้ทำการประเมินด้วย DSPM หากพบว่าล่าช้ากระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

๓. การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC และข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

๑) ระดับ รพ.สต.

บุคลากรสาธารณสุขประเมินพัฒนาการเด็ก ๔ ช่วงอายุ (๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน) ด้วย DSPM และบันทึกข้อมูลตามรายละเอียดในระบบ HDC ตามระยะเวลาที่กำหนด

๒) ระดับโรงพยาบาล.

คลินิก Well Child ประเมินพัฒนาการเด็ก ๔ ช่วงอายุ (๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน) ด้วย DSPM หากพบว่ายังล่าช้าส่งต่อคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเพื่อกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I และบันทึกข้อมูลตามรายละเอียดในระบบ HDC ตามระยะเวลาที่กำหนด

- Small Success

ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผลการดำเนินงาน
๑. บุคลากรสาธารณสุข ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ทักษะการประเมินคัดกรองพัฒนาการและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA4I รวมทั้งทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง	☑ **มี** ☐ **ไม่มี** - มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก (PG) - มีการจัดอบรมเรื่องการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและการใช้เครื่องมือ TEDA4I
๒. ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบ	☑ **มี** ☐ **ไม่มี** - ประเมินพัฒนาการเด็ก ๔ ช่วงอายุ (๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือน) ด้วย DSPM กรณีพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าทำการส่งเสริมพัฒนาการภายใน ๓๐วัน แล้วประเมินพัฒนาการซ้ำครั้งที่ ๒ ด้วย DSPM - หากพบว่ายังล่าช้าส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนที่มีพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (PG) เพื่อทำการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ภายใน ๙๐ วัน และหากพบว่ายังล่าช้าส่งต่อโรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป
๓. ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าให้มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง	☑ **มี** ☐ **ไม่มี** - มีการโทรศัพท์ติดตาม และประสาน อสม.ในเขตพื้นที่กรณีไม่มาตามนัด

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตารางที่ ๒๗ จำนวนและร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	อ.เมืองฯ	อ.บางคล้า	อ.บางน้ำเปรี้ยว	อ.บางปะกง	อ.บ้านโพธิ์	อ.พนมสารคาม	อ.ราชสาส์น	อ.สนามชัยเขต	อ.แปลงยาว	อ.ท่าตะเกียบ	อ.คลองเขื่อน	ภาพรวมจังหวัด
เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ ๔๐	เป้าหมาย	๑	๐	๐	๐	๑	๑	๐	๑	๐	๑	๐	๕
		ผลงาน	๑	๐	๐	๐	๐	๑	๐	๑	๐	๑	๐	๔
		อัตรา	**๑๐๐**	**๐**	**๐**	**๐**	**๐**	**๑๐๐**	**๐**	**๑๐๐**	**๐**	**๑๐๐**	**๐**	**๘๐.๐๐**

ที่มา : จากระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center ณ วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

๑) การวิเคราะห์ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/ กลไกการดำเนินงาน/ ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : เด็กอายุ ๐-๕ ปี พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ ๔๐			
๑.สื่อสาร นโยบาย ความสำคัญและแนวทางการดำเนินงาน ๒.ทบทวน/ปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าและระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ๓.พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะในการใช้คู่มือ TEDA4I/ ทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง/ การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC ๔.สนับสนุนสื่อ/ เทคโนโลยี	๑.ติดตาม ส่งเสริม ผลักดันการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินเพื่อกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I ๒.ระบบการติดตามกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้า ๓.การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC และข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	- ประชุมชี้แจงเพื่อสื่อสารนโยบาย ความสำคัญแนวทางการดำเนินงานและร่วมวางแผนเพื่อผลักดันการดำเนินงานการติดตามดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้า - ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการบันทึกข้อมูลงานการติดตามและกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าด้วย TEDA4I ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ - ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพ.สต ในการดูแลและกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าด้วย TEDA4I ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ - เยี่ยมเสริมพลังเพื่อติดตามการดำเนินงานและร่วมแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานดูแลติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้า	๑.บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้และทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินเพื่อกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I ๒.มีระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้า

๒) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการบรรลุเป้าหมายต่อความสำเร็จ

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ รพ.สต. ยังขาดทักษะและความเชี่ยวชาญในการประเมินพัฒนาการเด็กด้วย DSPM และการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I รวมถึงการบันทึกข้อมูลในระบบ HDC

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

- จัดอบรมความรู้และทักษะการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ
- ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอสนับสนุนเครื่องมือกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๒. (KPI2) ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน
๒.๕ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

การสร้างสมอง อวัยวะต่างๆ และระบบการทำงานทุกอย่างของร่างกาย รวมทั้งการเจริญเติบโตของทารก ล้วนต้องอาศัยอาหารและโภชนาการในการสร้างทั้งสิ้น การเตรียมความพร้อมของสตรีระหว่างตั้งครรภ์ หลังคลอด จนกระทั่งเด็กอายุ ๒ ปี จะเป็นตัวกำหนดสุขภาพและโรคในอนาคตได้ นอกจากนี้ การเจริญเติบโตด้านร่างกายของเด็กเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยส่วนสูงของเด็กที่อายุ ๒ – ๓ ปี ถือเป็น Proxy indicator ของสุขภาพผู้ใหญ่และเป็นทุนมนุษย์ ดังนั้น การสร้างคนรุ่นใหม่ในศตวรรษที่ ๒๑ ให้สุขภาพแข็งแรงและปราศจากโรค จึงต้องให้ความสำคัญกับ "โภชนาการที่ดี" ตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิต

จังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้ข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี จากระบบ HDC เพียงอย่างเดียว ตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ เป็นต้นมา โดยกำหนดแนวทาง ขั้นตอนการดำเนินงาน ให้ทุกพื้นที่ติดตามแก้ไขเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ทั้งด้านขาดและด้านเกินเป็นรายบุคคล เพื่อให้มีการใช้และคืนข้อมูลในพื้นที่ตนเอง

ผลการเฝ้าระวังภาวะโภชนากรเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี งวดที่ ๑ ปี ๒๕๖๐ เด็กมีส่วนสูงระดับดับดีและรูปร่างสมส่วน ร้อยละ ๕๑.๘๐ *(เกณฑ์ : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑)* รายอำเภอมีผลการดำเนินงานไม่ได้ตามเกณฑ์ ๓ อำเภอ ได้แก่ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว อำเภอท่าตะเกียบ และอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา

โดยผลการเฝ้าระวังภาวะโภชนากรเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี งวดที่ ๑ ปี ๒๕๖๑ เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ร้อยละ ๕๕.๗๑ *(เกณฑ์ : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๔)* รายอำเภอ มีผลการดำเนินงานไม่ได้ตามเกณฑ์ ๒ อำเภอ ได้แก่ อำเภอพนมสารคาม และอำเภอบ้านโพธิ์

เมื่อเปรียบเทียบผลงาน ภาพรวมของจังหวัดฯ ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑ จะเห็นได้ว่า เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓.๔๖

สำหรับภาวะทุพโภชนาการทั้งด้านเกินและด้านขาดเปรียบเทียบงวดที่ ๑ ปี ๒๕๖๐ กับงวดที่ ๑ ปี ๒๕๖๑ พบว่า ปี ๒๕๖๑ มีภาวะอ้วน ร้อยละ ๓.๒๖ ภาวะเตี้ย ร้อยละ ๗.๘๙ และภาวะผอม ร้อยละ ๔.๗๔ โดยที่งวดที่ ๑ ปี ๒๕๖๑ มีภาวะอ้วน ร้อยละ ๒.๘๗ ภาวะเตี้ย ร้อยละ ๕.๒๑ และภาวะผอม ร้อยละ ๓.๘๓ ซึ่งไม่เกินเกณฑ์ดำเนินงานและมีสถานการณ์ที่ดีขึ้น

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

๑. เป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ “ร้อยละเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๗” โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นเชิงคุณภาพ เพื่อให้มีการขับเคลื่อนงาน ๒ รอบ ได้แก่

๑.๑ ผลงานรอบ ๖ เดือนแรก ประกอบด้วย

๑.๑.๑ อำเภอมีการชี้แจงการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และมีแผนงาน/ โครงการขับเคลื่อน หรือแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี

๑.๑.๒ มีและใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดความยาว/ที่วัดส่วนสูง ของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่ได้มาตรฐาน, การชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/วัดส่วนสูง มีคุณภาพ

๑.๑.๓ มีการนำข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการไปใช้ประโยชน์ เช่น คืนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับภาคีเครือข่าย หรือมีนวัตกรรม เป็นต้น

๑,๑.๔ ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/วัดส่วนสูง ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป
(ปี ๒๕๖๑ = ร้อยละ ๖๐, เกณฑ์การดำเนินงาน ครอบคลุมร้อยละ ๙๐)

๑.๑.๕ ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/วัดส่วนสูง ตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป

๑.๒ ผลงานรอบ ๖ เดือนหลัง ประกอบด้วย

๑.๒.๑ ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/วัดส่วนสูง ตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป

๑.๒.๒ เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๖

๑.๒.๓ เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน ตั้งแต่ร้อยละ ๕๘ ขึ้นไป

๑.๒.๔ ส่วนสูงเฉลี่ยชาย ไม่น้อยกว่า ๑๑๑ เซนติเมตร (เป้าหมายปี ๒๕๖๔ = ๑๑๓ ซม.,
ปี ๒๕๖๑ = ๑๐๙.๒๙ ซม.)

๑.๒.๕ ส่วนสูงเฉลี่ย หญิงไม่น้อยกว่า ๑๑๐ เซนติเมตร (เป้าหมายปี ๒๕๖๔ = ๑๑๒ ซม.,
ปี ๒๕๖๑ = ๑๐๘.๔๓ ซม.)

๒. แผนปฏิบัติงาน/โครงการ ระดับอำเภอตำบล

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตารางที่ ๒๘ จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ ๐ – ๒ ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา งวดที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	รายการข้อมูลเด็กอายุ ๐ – ๒ ปี								
	ทั้งหมด	ได้รับการเฝ้าระวังฯ	ความครอบคลุม	ส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน		ส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ ๕ ปี			
						ชาย		หญิง	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	สูงเฉลี่ย	คน	สูงเฉลี่ย
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๒,๒๐๖	๑,๒๘๕	๕๘.๒๕	๘๐๐	๖๒.๒๖	๒๕๕	๘๖.๔๕	๒๓๖	๘๙.๒๘
อ.บางคล้า	๖๔๘	๔๗๔	๗๓.๑๕	๓๖๐	๗๕.๙๕	๙๔	๘๗.๒๓	๘๘	๘๕.๙๓
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๑,๙๕๙	๑,๐๙๐	๕๕.๖๔	๖๐๙	<u>***๕๕.๘๗***</u>	๑๘๔	๘๖.๔๔	๑๕๘	๘๔.๘๐
อ.บางปะกง	๑,๑๙๓	๔๖๗	<u>***๓๙.๑๕***</u>	๓๓๓	๗๑.๓๑	๔๘	๘๘.๓๕	๖๗	๑๐๑.๒๑
อ.บ้านโพธิ์	๗๑๖	๕๓๒	๗๔.๓๐	๔๐๖	๗๖.๓๒	๑๑๗	๘๘.๖๒	๑๐๑	๘๖.๖๑
อ.พนมสารคาม	๑,๘๑๑	๑,๐๗๘	๕๙.๕๓	๖๔๔	๕๙.๗๔	๑๗๖	๘๗.๐๔	๑๖๘	๘๖.๓๒
อ.ราชสาส์น	๒๒๐	๑๓๐	๕๙.๐๙	๗๒	<u>***๕๕.๓๘***</u>	๒๗	๘๖.๔๘	๑๙	๙๑.๔๗
อ.สนามชัยเขต	๑,๗๕๗	๘๘๙	<u>***๕๐.๖๐***</u>	๕๓๐	๕๙.๖๒	๑๔๑	๘๕.๓๓	๑๑๕	๘๔.๔๐
อ.แปลงยาว	๙๑๙	๔๒๐	<u>***๔๕.๗๐***</u>	๒๕๐	๕๙.๕๒	๔๗	๘๕.๕๕	๗๗	๘๕.๙๒
อ.ท่าตะเกียบ	๙๗๗	๕๑๑	๕๒.๓๐	๒๙๕	๕๗.๗๓	๗๖	๘๘.๐๙	๖๙	๙๕.๒๐
อ.คลองเขื่อน	๒๐๗	๑๖๗	๘๐.๖๘	๑๔๓	๘๕.๖๓	๓๗	๘๘.๘๙	๔๐	๘๘.๗๓
รวมจังหวัด	**๑๒,๖๑๓**	**๗,๐๔๓**	**๕๕.๘๔**	**๔,๔๔๒**	**๖๓.๐๗**	**๑,๒๐๒**	**๘๖.๙๐**	**๑,๑๓๘**	**๘๘.๐๘**

<u>ที่มา</u> : ระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑

จากตารางแสดงผลการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐ – ๒ ปี สูงดีสมส่วน ภาพรวมจังหวัดฯ ร้อยละ ๖๓.๐๗ *(ลดลงเมื่อเทียบกับผลงานจากการตรวจราชการฯ งวดที่ ๓ ปี ๒๕๖๑ : ร้อยละ ๗๑.๕๗)* ไม่ผ่านเกณฑ์ ๒ อำเภอ ได้แก่ อำเภอราชสาส์น ร้อยละ ๕๕.๓๘ และอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๕๕.๘๗

ในส่วนของความครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการกลุ่มเด็กอายุ ๐ – ๒ ปี ภาพรวมจังหวัดฯ ครอบคลุมเพียงร้อยละ ๕๕.๘๔ *(เกณฑ์การดำเนินงาน ร้อยละ ๙๐)* ซึ่งหมายถึง เด็กอายุ ๐ – ๒ ปี อีกร้อยละ ๔๕ ไม่ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ หากเด็กๆเหล่านั้นมีภาวะพร่องโภชนาการ จะไม่ได้รับโอกาสในการแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมโภชนาการ เมื่อพิจารณารายอำเภอ พบว่า ไม่มีอำเภอใดดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย ดำเนินงานได้ครอบคลุมมากที่สุดเพียงร้อยละ ๘๐.๖๘ คือ อำเภอคลองเขื่อน อำเภอที่ดำเนินงานได้ครอบคลุมน้อยที่สุด ๓ อันดับแรก คือ อำเภอบางปะกง ร้อยละ ๓๙.๑๕ อำเภอแปลงยาว ร้อยละ ๔๕.๗๐ และอำเภอสนามชัยเขต ร้อยละ ๕๐.๖๐

ภาวะโภชนาการกลุ่มเด็กอายุ ๐ – ๒ ปี ด้านขาด เทียบตามเกณฑ์ ดังนี้

๑) เกณฑ์ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบ เด็กน้ำหนักน้อย ร้อยละ ๓.๕๒ (๒๖๔ คน) น้ำหนักค่อนข้างน้อย ร้อยละ ๔.๓๐ (๓๒๓ คน)

๒) เกณฑ์ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบ เด็กเตี้ย ร้อยละ ๑๐.๕๙ (๗๙๔ คน) ค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ ๗.๔๕ (๕๕๘ คน)

๓) เกณฑ์ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบเด็กผอม ร้อยละ ๓.๙๔ (๒๙๖ คน) ค่อนข้างผอม ร้อยละ ๓.๓๒ (๒๔๙ คน)

ตารางที่ ๒๙ จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ ๓ – ๕ ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา งวดที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	รายการข้อมูลเด็กอายุ ๓ – ๕ ปี								
	ทั้งหมด	ได้รับการเฝ้าระวังฯ	ความครอบคลุม	ส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน		ส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ ๕ ปี			
						ชาย		หญิง	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	สูงเฉลี่ย	คน	สูงเฉลี่ย
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๓,๔๗๓	๑,๖๖๑	๔๗.๘๓	๗๖๒	๔๕.๘๘	na		na	
อ.บางคล้า	๑,๐๘๘	๖๐๔	๕๕.๕๑	๒๙๔	๔๘.๖๘	na		na	
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๒,๕๒๒	๙๕๑	๓๗.๗๑	๔๐๗	๔๒.๘๐	na		na	
อ.บางปะกง	๑,๘๘๖	๓๐๒	๑๖.๐๑	๒๐๗	๖๘.๕๔	na		na	
อ.บ้านโพธิ์	๑,๑๗๙	๗๑๑	๖๐.๓๑	๔๐๓	๕๖.๖๘	na		na	
อ.พนมสารคาม	๒,๑๕๒	๙๖๗	๔๔.๙๓	๔๘๕	๕๐.๑๖	na		na	
อ.ราชสาส์น	๓๕๖	๑๗๙	๕๐.๒๘	๑๐๑	๕๖.๔๒	na		na	
อ.สนามชัยเขต	๒,๒๕๗	๗๖๑	๓๓.๗๒	๓๖๕	๔๗.๙๖	na		na	
อ.แปลงยาว	๑,๔๗๙	๔๕๗	๖๐.๙๐	๑๗๗	๓๘.๗๓	na		na	
อ.ท่าตะเกียบ	๑,๓๖๙	๕๐๕	๓๖.๘๙	๒๕๓	๕๐.๑๐	na		na	
อ.คลองเขื่อน	๓๑๓	๒๕๓	๘๐.๘๓	๑๖๐	๖๓.๒๔	na		na	
รวมจังหวัด	**๑๘,๐๗๔**	**๗,๓๕๑**	**๔๐.๖๗**	**๓,๖๑๔**	**๔๙.๑๖**	na		na	**๑๘,๐๗๔**

ที่มา : ระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑

หมายเหตุ : na หมายถึง ไม่มีข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC)

จากตารางแสดงผลการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๓ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน ภาพรวมจังหวัดฯ เพียงร้อยละ ๔๙.๑๖ *(ลดลงเมื่อเทียบกับผลงานจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒ ปี ๒๕๖๑ : งวดที่ ๓ ร้อยละ ๕๑.๓๘)* และเมื่อเทียบอัตราสูงดีสมส่วนกับกลุ่มเด็กอายุ ๐ – ๒ ปี (ร้อยละ ๖๓.๐๗) พบว่า เด็กอายุ ๓ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน น้อยกว่าถึงร้อยละ ๑๓.๙๑ แสดงให้เห็นว่า เด็กกลุ่มนี้ถูกละเลย หรืออาจถูกตามใจในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามวัย เนื่องจาก เป็นวัยที่ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น หรือเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ฉะนั้น จึงจำเป็นที่บุคลากรต้องคืนข้อมูลให้แก่ผู้บริหารของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครอบครัว ชุมชน เรื่อง การรับประทานอาหารตามวัย ครบ ๓ มื้อ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารมื้อเช้า และหลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน มัน เค็ม ขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มรสหวาน ซึ่งทำให้อิ่ม ไม่อยากรับประทานอาหารมื้อหลัก

ในส่วนของความครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการกลุ่มเด็กอายุ ๓ – ๕ ปี ภาพรวมจังหวัดฯ ครอบคลุมเพียงร้อยละ ๔๐.๖๗ ซึ่งหมายถึง เด็กอายุ ๓ – ๕ ปี อีกร้อยละ ๖๐ ไม่ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ หากเด็กๆ เหล่านั้นมีภาวะพร่องโภชนาการ จะไม่ได้โอกาสได้รับการแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมโภชนาการเช่นเดียวกับกลุ่มเด็กอายุ ๐ – ๒ ปี เมื่อพิจารณารายอำเภอ พบว่า ไม่มีอำเภอใดดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย ดำเนินงานได้ครอบคลุมมากที่สุดเพียงร้อยละ 68.45 คือ อำเภอบางปะกง อำเภอที่ดำเนินงานได้ครอบคลุมน้อยที่สุด ๓ อันดับแรก คือ อำเภอแปลงยาว ร้อยละ ๓๘.๗๓ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๔๒.๘๐ และอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๔๕.๘๘

ตารางที่ ๓๐ จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา งวดที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	รายการข้อมูลเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี								
	ทั้งหมด	ได้รับการเฝ้าระวังฯ	ความครอบคลุม	ส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน		ส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ ๕ ปี			
						ชาย		หญิง	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	สูงเฉลี่ย	คน	สูงเฉลี่ย
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๕,๖๘๗	๓,๐๕๔	๕๓.๗๐	๑,๖๒๙	***๕๓.๓๔***	๓๑๗	๑๐๙.๑๗	๒๖๔	๑๐๗.๘๘
อ.บางคล้า	๑,๗๓๖	๑,๑๒๐	๖๔.๕๒	๖๘๖	๖๑.๒๕	๑๑๙	๑๐๘.๙๙	๑๐๙	๑๐๗.๔๕
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๔,๔๘๙	๒,๐๙๖	๔๖.๖๙	๑,๐๔๖	***๔๙.๙๐***	๑๗๔	๑๐๘.๒๖	๑๘๗	๑๐๘.๐๑
อ.บางปะกง	๓,๐๗๙	๗๘๒	***๒๕.๔๐***	๕๕๒	๗๐.๕๙	๒๙	๑๐๗.๖๖	๔๐	๑๐๘.๕๘
อ.บ้านโพธิ์	๑,๘๙๗	๑,๒๙๑	๖๘.๐๕	๘๔๓	๖๕.๓๐	๑๔๒	๑๐๗.๙๓	๑๒๘	๑๐๗.๖๕
อ.พนมสารคาม	๓,๙๖๕	๒,๐๙๑	๕๒.๗๔	๑,๑๕๔	***๕๕.๑๙***	๑๘๕	๑๐๘.๕๓	๑๕๗	๑๐๗.๘๕
อ.ราชสาส์น	๕๗๗	๓๑๕	๕๔.๕๙	๑๗๕	***๕๕.๕๖***	๒๖	***๑๑๒.๖๙***	๒๘	๑๐๖.๐๔
อ.สนามชัยเขต	๔,๐๑๗	๑,๗๐๓	***๔๒.๓๙***	๙๒๕	***๕๔.๓๒***	๑๑๗	๑๐๖.๕๕	๑๐๓	๑๐๕.๗๖
อ.แปลงยาว	๒,๔๐๐	๘๙๘	***๓๗.๔๒***	๔๓๙	***๔๘.๘๙***	๗๕	๑๐๖.๘๔	๗๙	๑๐๘.๐๕
อ.ท่าตะเกียบ	๒,๓๔๗	๑,๐๓๓	๔๔.๐๑	๕๕๕	***๕๓.๗๓***	๘๖	๑๐๘.๘๔	๙๖	๑๐๖.๙๖
อ.คลองเขื่อน	๕๒๑	๔๓๖	๘๓.๖๙	๓๑๖	๗๒.๔๘	๖๗	***๑๑๕.๒๔***	๓๕	***๑๑๑.๐๖***
รวมจังหวัด	**๓๐,๗๑๕**	**๑๔๘๑๙**	**๔๘.๒๕**	**๘,๓๒๐**	**๕๖.๑๔**	**๑,๓๓๗**	**๑๐๘.๗๗**	**๑,๒๒๖**	**๑๐๗.๖๖**

ที่มา : ระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑

หมายเหตุ ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี เป็นเกณฑ์ประเมินในปี ๒๕๖๔ : ชาย ๑๑๓ ซม.,หญิง ๑๑๒ ซม.

จากตารางแสดงผลการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน ภาพรวมจังหวัดฯ ร้อยละ ๕๖.๑๔ *(ลดลงเมื่อเทียบกับผลงานจากการตรวจราชการฯ งวดที่ ๓ ปี ๒๕๖๑ : ร้อยละ ๖๒.๘๙)* ไม่ผ่านเกณฑ์ ๗ อำเภอ ได้แก่ อำเภอแปลงยาว อำเภอบางน้ำเปรี้ยว อำเภอเมืองเชิงเทรา อำเภอท่าตะเกียบ อำเภอสนามชัยเขต อำเภอพนมสารคาม และอำเภอราชสาส์น

ส่วนสูงเฉลี่ย ชาย ๑๐๘.๗๗ เซนติเมตร และส่วนสูงเฉลี่ยหญิง ๑๐๗.๖๖ เซนติเมตร (วัดผลปี ๒๕๖๔)

ในส่วนความครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการกลุ่มเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ภาพรวมจังหวัดฯ ครอบคลุมเพียงร้อยละ ๔๘.๒๕ *(เกณฑ์การดำเนินงาน ร้อยละ ๙๐)* เมื่อพิจารณารายอำเภอ พบว่า ไม่มีอำเภอใดดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย ดำเนินงานได้ครอบคลุมมากที่สุด เพียงร้อยละ ๘๓.๖๙ คือ อำเภอคลองเขื่อน อำเภอที่ดำเนินงานได้ครอบคลุมน้อยที่สุด ๓ อันดับแรก คือ อำเภอบางปะกง ร้อยละ ๒๕.๔๐ อำเภอแปลงยาว ร้อยละ ๓๗.๔๒ และอำเภอสนามชัยเขต ร้อยละ ๔๒.๓๙

ตารางที่ ๓๑ จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ที่มีภาวะโภชนาการ อ้วน เตี้ย ผอม รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา งวดที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ปี ๒๕๖๑)

พื้นที่	รายการข้อมูลเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี						
	ที่ได้รับการเฝ้าระวัง	ที่มีภาวะทุพโภชนาการ					
		อ้วน		เตี้ย		ผอม	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๕,๑๙๒	๕๒๘	***๑๐.๑๗***	๔๖๙	๙.๐๓	๒๐๘	๔.๐๑
อ.บางคล้า	๑,๔๑๑	๑๐๙	๗.๗๓	๔๔	๓.๑๒	๓๔	๒.๔๑
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๒,๗๗๘	๒๘๓	***๑๐.๑๙***	๓๐๕	***๑๐.๙๘***	๑๕๕	***๕.๕๘***
อ.บางปะกง	๑,๐๐๖	๖๑	๖.๐๖	๓๓	๓.๒๘	๒๖	๒.๕๘
อ.บ้านโพธิ์	๑,๖๔๘	๙๗	๕.๘๙	๖๖	๔.๐๐	๓๖	๒.๑๘
อ.พนมสารคาม	๓,๐๖๙	๓๐๐	๙.๗๘	๒๙๕	๙.๖๑	๑๔๕	๔.๗๒
อ.ราชสาส์น	๔๑๐	๔๐	๙.๗๖	๓๙	๙.๕๑	๑๔	๓.๔๑
อ.สนามชัยเขต	๒,๒๖๐	๑๖๕	๗.๓๐	๒๙๙	***๑๓.๒๓***	๙๐	๓.๙๘
อ.แปลงยาว	๑,๕๕๗	๒๐๓	***๑๓.๐๔***	๑๙๑	***๑๒.๒๗***	๖๑	๓.๙๒
อ.ท่าตะเกียบ	๑,๕๗๔	๑๔๕	๙.๒๑	๑๙๓	***๑๒.๒๖***	๑๒๘	***๘.๑๓***
อ.คลองเขื่อน	๕๓๔	๑๒	๒.๒๕	๑๗	๓.๑๘	๒	๐.๓๗
รวมจังหวัด	**๒๑,๔๓๙**	**๑,๙๔๓**	**๙.๐๖**	**๑,๙๕๑**	**๙.๑๐**	**๘๙๙**	**๔.๑๙**

ที่มา : ระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑

หมายเหตุ เกณฑ์การดำเนินงาน : ภาวะอ้วน ไม่เกินร้อยละ ๑๐, ภาวะเตี้ย ไม่เกินร้อยละ ๑๐, และภาวะผอม ไม่เกินร้อยละ ๕

ผลการดำเนินงาน งวดที่ ๑ ปี ๒๕๖๒ (ณ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๑) พบว่า ภาวะอ้วน ร้อยละ ๙.๐๖ ภาวะเตี้ย ร้อยละ ๙.๑๐ และภาวะผอม ร้อยละ ๔.๑๙ ไม่เกินเกณฑ์การดำเนินงาน แต่ภาวะอ้วน และเตี้ย สูงขึ้นมากถึงร้อยละ ๖.๑๙ และร้อยละ ๘.๘๙ ตามลำดับ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๑

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/ มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
๑. ความครอบคลุมของการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี น้อย	- ผู้บริหารกำหนดเป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารระดับอำเภอ โดยกำหนดความครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ เป็นหนึ่งเกณฑ์ในการพิจารณาผลงาน - คืนข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ควบคุมกำกับผู้รับผิดชอบระดับตำบล
๒. การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการเด็กทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลไม่ชัดเจน และให้ความสำคัญน้อย ดำเนินการไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ	- แจ้งแนวทาง ขั้นตอนการแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการเด็ก ให้สถานบริการทุกแห่ง
๓. เขตสุขภาพที่ 6ดำเนินโครงการวิตามินเสริมธาตุเหล็ก เด็กไทยอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี	- สสจ.ฉะเชิงเทรา ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยให้ความสำคัญในเรื่องการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ เพื่อให้บุคลากรสื่อสารถึงกลุ่มผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก และชุมชน เน้นย้ำให้เรื่องผลเสียของการขาดธาตุเหล็ก - นำข้อมูลการคัดกรองโลหิตจางฯ ในกลุ่มเด็กอายุ ๖ เดือน – ๒ ปี และกลุ่มเด็กอายุ ๓ – ๕ ปี ไปใช้ประโยชน์

๑) การวิเคราะห์ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

กลุ่มเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน ภาพรวมจังหวัดฯ ร้อยละ ๕๖.๑๔ *(ลดลงเมื่อเทียบกับผลงานจากการตรวจราชการฯ งวดที่ ๓ ปี๒๕๖๑ : ร้อยละ ๖๒.๘๙)* ไม่ผ่านเกณฑ์ ๗ อำเภอ จากทั้งหมด ๑๑ อำเภอ โดยระดับเขต สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๔.๐๓ ระดับประเทศ ๕๒.๕๑ จังหวัดฉะเชิงเทรา สูงดีสมส่วนอยู่ในอันดับที่ ๑๗ ของประเทศ และอันดับที่ ๒ ของเขต

ส่วนสูงเฉลี่ย ชาย ๑๐๘.๗๗ เซนติเมตร, ระดับเขต ๑๐๘.๔๖ เซนติเมตร, ระดับประเทศ ๑๐๘.๕๖ เซนติเมตร และส่วนสูงเฉลี่ยหญิง ๑๐๗.๖๖ เซนติเมตร, ระดับเขต ๑๐๗.๖๓ เซนติเมตร, ระดับประเทศ ๑๐๗.๙๖ เซนติเมตร

ในส่วนของความครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ภาพรวมจังหวัดฯ ครอบคลุมเพียงร้อยละ ๔๘.๒๕ ซึ่งหมายถึงเด็กอีก ร้อยละ ๕๒ ไม่ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ หากเด็กๆ เหล่านั้นมีภาวะพร่องโภชนาการ จะไม่ได้โอกาสได้รับการแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมโภชนาการ หรือได้รับการเฝ้าระวังฯ ไม่ครบทุก ๓ เดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะทุพโภชนาการด้านขาด (ผอม และ เตี้ย) ซึ่งอาจทำให้การเจริญเติบโตทางร่างกาย หรือพัฒนาการทางสมอง หยุดชะงักลง เมื่อพิจารณารายอำเภอ พบว่าไม่มีอำเภอใดดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย ดำเนินงานได้ครอบคลุมมากที่สุดเพียงร้อยละ ๘๓.๖๙ เมื่อเปรียบเทียบผลความครอบคลุมของการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี จังหวัดฉะเชิงเทรา อยู่ในอันดับที่ ๗ ของเขต และอันดับที่ ๖๗ ของประเทศ

เมื่อแยกเฉพาะเด็กกลุ่มอายุ ๐ – ๒ ปี สูงดีสมส่วน ภาพรวมจังหวัดฯ ร้อยละ ๖๓.๐๗ *(ลดลงเมื่อเทียบกับผลงานจากการตรวจราชการฯ งวดที่ ๓ ปี ๒๕๖๑ : ร้อยละ ๗๑.๕๗)* ไม่ผ่านเกณฑ์ ๒ อำเภอ ได้แก่ อำเภอราชสาส์น ร้อยละ ๕๕.๓๘ และอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ๕๕.๘๗

และเด็กกลุ่มอายุ ๓ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน ภาพรวมจังหวัดฯ เพียงร้อยละ ๔๙.๑๖ *(ลดลงเมื่อเทียบกับผลงานจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒ ปี ๒๕๖๑ : งวดที่ ๓ ร้อยละ ๕๑.๓๘)* และเมื่อเทียบอัตราสูงดีสมส่วนกับกลุ่มเด็กอายุ ๐ – ๒ ปี *(ร้อยละ ๖๓.๐๗)* พบว่า เด็กอายุ ๓ – ๕ ปี สูงดีสมส่วนน้อยกว่าถึงร้อยละ ๑๓.๙๑

สำหรับภาวะทุพโภชนาการ ในกลุ่มเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี พบว่า ภาวะอ้วน ร้อยละ ๙.๐๖ ภาวะเตี้ย ร้อยละ ๙.๑๐ และภาวะผอม ร้อยละ ๔.๑๙ ไม่เกินเกณฑ์การดำเนินงาน แต่ภาวะอ้วนและเตี้ยสูงขึ้นมากถึงร้อยละ ๖.๑๙ และร้อยละ ๘.๘๙ ตามลำดับ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๑ หากพิจารณารายอำเภอ

มีภาวะอ้วนเกินเกณฑ์ ๓ อำเภอ ได้แก่ อ.แปลงยาว อ.บางน้ำเปรี้ยว และ อ.เมืองฉะเชิงเทรา

มีภาวะเตี้ยเกินเกณฑ์ ๔ อำเภอ ได้แก่ อ.สนามชัยเขต อ.แปลงยาว อ.ท่าตะเกียบ และ อ.บางน้ำเปรี้ยว

มีภาวะผอมเกินเกณฑ์ ๒ อำเภอ ได้แก่ อ.ท่าตะเกียบ และ อ.บางน้ำเปรี้ยว

เป็นข้อสังเกตว่าอำเภอบางน้ำเปรี้ยว มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการทุกด้าน ทั้งด้านขาดและด้านเกิน อำเภอแปลงยาวและอำเภอท่าตะเกียบ มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการด้านขาดทั้ง ๒ ด้าน แสดงให้เห็นว่า เด็กกลุ่มนี้ถูกละเลย หรืออาจถูกตามใจในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามวัย เนื่องจาก เป็นวัยที่ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น หรือเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

๒) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการบรรลุเป้าหมายต่อความสำเร็จ

ไม่มี

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ ของทีมตรวจราชการ	ผลการดำเนินการ ตามข้อสั่งการ/ ข้อเสนอแนะ
ขยายการดำเนินงาน มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ	- ขับเคลื่อนงานผ่าน “มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน”

<u>ประเด็นหลักที่ ๒</u> การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๓. (KPI7) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

หมวด :	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๑. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ :	๒. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
ระดับการวัดผล :	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด :	๓. (KPI7) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี
เกณฑ์เป้าหมาย :	ไม่เกิน ๓๘ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปีพันประชากร
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	เก็บรวบรวมข้อมูลการคลอดของผู้หญิง อายุ ๑๕ – ๑๙ ปี จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำมาปรับกับค่าสัดส่วนระหว่างข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพจากฐานทะเบียนราษฎร์ปีที่ผ่านมาและข้อมูลอัตราการคลอดในระบบ HDC ในปีที่ผ่านมา เพื่อให้ได้อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี (HDC adjusted) สำหรับใช้ในการรายงานผลงาน
วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC adjusted สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ระยะเวลาการประเมินผล :	**รอบที่ ๑ :** ๕ เดือนแรก (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ – กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ ๑ (HDC adjusted) **รอบที่ ๒** : ๕ เดือนหลัง (มีนาคม ๒๕๖๒–กรกฎาคม ๒๕๖๒) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ ๓ (HDC adjusted)
เกณฑ์การประเมินผล :	ปีละ ๑ ครั้ง ตามเกณฑ์เป้าหมาย
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</u> นางพรพรรณ เกิดแก้ว เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชำนาญงาน โทร. ๐๘ ๙๑๓๐ ๙๑๒๐ e-mail address : nois199@yahoo.co.th

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

๑. การผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในระดับเขตและระดับจังหวัดของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่

๒. การส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๓. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี โดยการส่งเสริมการให้คำปรึกษาหลังคลอด หลังแท้ง และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดอย่างทั่วถึง

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ :

๓. (KPI7) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ***(ไม่เกิน ๓๘ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปีพันประชากร)***

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑) จังหวัดฉะเชิงเทรา พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี เท่ากับ ๒๘.๔๔ ต่อประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปีพันประชากร (adjusted) อำเภอที่พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี เกิน ๓๘ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีพันประชากร ได้แก่ อำเภอคลองเขื่อน เท่ากับ ๔๕.๒๓ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีพันประชากร พบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ๗.๓๒ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีพันประชากร รายงานอำเภอที่พบสูงสุด ที่อำเภอสนามชัยเขต *(ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑)*

โรงพยาบาลทุกแห่ง ในจังหวัดฉะเชิงเทรา (๑๑ แห่ง) ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และต้องประเมินซ้ำครบ ๓ ปี ในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลแปลงยาว

ทุกอำเภอ (๑๑ อำเภอ) ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และต้องประเมินซ้ำครบ ๓ ปี ในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ อำเภอแปลงยาว

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

๑) จัดประชุมคณะอนุกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๒ ครั้ง

๒) ประชุมเพื่อหาแนวทางการดำเนินงาน/ ปัญหาอุปสรรค/ แนวทางแก้ไขปัญหาการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผ่านการประชุม MCH Board ระดับจังหวัด ปีละ ๓ ครั้ง

๓) ติดตามข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี จากระบบ HDC เพื่อวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูล นำเสนอความก้าวหน้าในการประชุมคณะกรรมการบริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราและคืนข้อมูลชองทุกอำเภอในการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ทุกเดือน

๔) นิเทศติดตาม/เยี่ยมเสริมพลังเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นติดตามผลการดำเนินงานโรงพยาบาลที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service : YFHS) และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ผ่านคระกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ปีละ ๒ ครั้ง

๕) นิเทศเฉพาะกิจ ติดตามงานทุกกลุ่มวัย ทุกอำเภอ

๖) จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์ และจัดทำแผนปีต่อไป

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑) จังหวัดฉะเชิงเทรา พบอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี เท่ากับ ๔.๓๑ (adjusted ๒๘.๔๔) ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕–๑๙ ปีพันประชากร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ อำเภอที่หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี มีอัตราคลอดมีชีพมากที่สุด คือ อำเภอคลองเขื่อน (๖.๘๕ adjusted ๔๕.๒๑) รองลงมา คือ อำเภอสนามชัยเขต (๕.๗ adjusted ๓๗.๖๒) อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา (๕.๖๑ adjusted ๓๗.๐๓) อำเภอท่าตะเกียบ (๔.๘๔ adjusted ๓๑.๙๔) และอำเภอพนมสารคาม (๔.๖๕ adjusted ๓๐.๖๙)

ตารางที่ ๓๒ จำนวนและอัตราของการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี รายสถานบริการ
จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑)

หน่วยบริการ	ประชากรหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี			
	ทั้งหมด	คลอดมีชีพ		Adjusted*
	คน	คน	อัตรา*	
โรงพยาบาลพุทธโสธร	๔,๔๕๗	๒๕	๕.๖๑	๓๗.๐๓
โรงพยาบาลบางคล้า	๑,๒๙๐	๓	๒.๓๓	๑๕.๓๘
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	๒,๗๘๒	๑๐	๓.๕๙	๒๓.๖๙
โรงพยาบาลบางปะกง	๒,๒๑๗	๗	๓.๑๖	๒๐.๘๖
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	๑,๒๘๕	๒	๑.๕๖	๑๐.๓๐
โรงพยาบาลพนมสารคาม	๒,๓๖๘	๑๑	๔.๖๕	๓๐.๖๙
โรงพยาบาลราชสาสน์	๓๔๙	๑	๒.๘๗	๑๘.๙๔
โรงพยาบาลสนามชัยเขต	๒,๑๐๔	๑๒	๕.๗	๓๗.๖๒
โรงพยาบาลแปลงยาว	๑,๓๔๐	๖	๔.๔๘	๒๙.๕๗
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	๑,๒๓๙	๖	๔.๘๔	๓๑.๙๔
โรงพยาบาลคลองเขื่อน	๒๙๒	๒	๖.๘๕	๔๕.๒๑
รวมจังหวัด	**๑๙,๗๒๓**	**๘๕**	**๔.๓๑**	**๒๘.๔๔**

หมายเหตุ อัตรา*/ Adjusted* : ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕–๑๙ ปีพันประชากร

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑) จังหวัดฉะเชิงเทรามีหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ตั้งครรภ์ซ้ำ ร้อยละ ๗.๓๒ *(เกณฑ์ : ไม่เกินร้อยละ ๑๐)* อำเภอที่เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้แก่ อำเภอสนามชัยเขต ร้อยละ ๑๔.๒๙ และอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๑๐.๑๗

ภาพรวมจังหวัด หญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือแท้งก่อนออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ ๒๙.๒๗ *(เกณฑ์ : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)* อำเภอที่บรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ อำเภอบางคล้า และอำเภอบ้านโพธิ์ ร้อยละ ๑๐๐ และอำเภอพนมสารคาม ร้อยละ ๘๑.๘๒

และได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือแท้ง ด้วยวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรก่อนออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ ๘๓.๓๓ *(เกณฑ์ : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)* จากหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดทั้งหมด อำเภอที่บรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ถึงร้อยละ ๑๐๐ ได้แก่ อำเภอบางคล้า อำเภอบางน้ำเปรี้ยว อำเภอบ้านโพธิ์ อำเภอพนมสารคาม อำเภอสนามชัยเขต และอำเภอท่าตะเกียบ

ตารางที่ ๓๓ จำนวนและอัตราของการตั้งครรภ์ซ้ำ ในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ตั้งครรภ์ซ้ำ ได้รับการคุมกำเนิดและคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร รายสถานบริการ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑)

หน่วยบริการ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๑)						
	ประชากรหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี						
	ทั้งหมด	ตั้งครรภ์ซ้ำ		ได้รับการคุมกำเนิด		คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
โรงพยาบาลพุทธโสธร	๕๙	๖	๑๐.๑๗	๖	๑๐.๑๗	๔	๖๖.๖๗
โรงพยาบาลบางคล้า	๒	๐	๐	๒	๑๐๐	๒	๑๐๐
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	๗	๐	๐	๑	๑๔.๒๙	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลบางปะกง	๒๐	๑	๕	๑๐	๕๐	๖	๖๐
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	๑	๐	๐	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลพนมสารคาม	๑๑	๐	๐	๙	๘๑.๘๒	๙	๑๐๐
โรงพยาบาลราชสาสน์	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐
โรงพยาบาลสนามชัยเขต	๑๔	๒	๑๔.๒๙	๕	๓๕.๗๑	๕	๑๐๐
โรงพยาบาลแปลงยาว	๕	๐	๐	๐	๐	๐	๐
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	๓	๐	๐	๒	๖๖.๖๗	๒	๑๐๐
โรงพยาบาลคลองเขื่อน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รวมจังหวัด	**๑๒๓**	**๙**	**๗.๓๒**	**๓๖**	**๒๙.๒๗**	**๓๐**	**๘๓.๓๓**

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/ มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
- เจ้าหน้าที่ถูกฟ้องร้อง เรื่อง การตัดสินใจของวัยรุ่น ตาม พรบ. ๒๕๓๙ วัยรุ่นสามารถตัดสินใจได้เอง ตามประมวลกฎหมายอาญา ต้องอายุ ๑๗ ปีขึ้นไปเด็กถึงตัดสินใจได้เอง	- ส่วนกลาง ควรมีข้อตกลงให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ จะได้ทำงานด้วยความสบายใจ

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการผลักดัน และสนับสนุนการดำเนินงานเข้าในวาระการประชุมคณะอนุกรรมการ
- ทีมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงาน อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี (HDC) มีการคำนวณค่า Adjust จากสูตรคำนวณตามรายไตรมาส และไม่สามารถ แยกข้อมูลเป็นรายอำเภอได้ จึงต้องนำข้อมูลที่ยังไม่ได้ประมวลผลออกหน้าเวปไซด์ HDC มานำเสนอ ทำให้ข้อมูลไม่ตรงกัน

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ ของทีมตรวจราชการ	ผลการดำเนินการ ตามข้อสั่งการ/ ข้อเสนอแนะ
เพิ่มความเข้มข้นของการคุมกำเนิดหลังแท้งและหลังคลอดทุกวิธี ในแม่วัยรุ่น ให้มากขึ้น	- ส่งพยาบาลวิชาชีพ เข้ารับการอบรมยาฝังคุมกำเนิด ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล - กำกับติดตามผลการดำเนินงานการคุมกำเนิด ในที่ประชุม กวป. และ MCH Broad

<u>ประเด็นหลักที่ ๓</u> การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๖. (KPI11) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

หมวด :	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๑. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ :	๓. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
ระดับการวัดผล :	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด :	๖. (KPI7) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
เกณฑ์เป้าหมาย :	ร้อยละ ๗๐
วิธีการประเมินผล :	๑. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ ๒. จังหวัดประเมินพื้นที่ รายงานใหศูนยอนามัยเขต รายไตรมาส ๓. ศูนย์อนามัยเขตสุมประเมิน และรายงานใหสวนกลางรอบ ๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน
ระยะเวลาการประเมินผล :	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔
เกณฑ์การประเมินผล :	ไตรมาส ๑ ร้อยละ ๕๐ ไตรมาส ๒ ร้อยละ ๕๕ ไตรมาส ๓ ร้อยละ ๖๐ และไตรมาส ๔ ร้อยละ ๗๐
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</u> นางสาวนฤมล พรหมบุญ นักวิชาการสาธารณสุข โทร. ๐๙ ๘๘๓๒ ๖๗๔๙ e-mail address : namol_ying@hotmail.co.th

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จังหวัดฉะเชิงเทรา แบ่งเขตการปกครองเป็น ๑๑ อำเภอ ๙๓ ตำบล ๑๐๘ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นสังคมสูงวัย (Aging Society) โดยมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน ๑๐๗,๐๘๕ คน ติดสังคม ร้อยละ ๘๑.๑๔ (๘๖,๘๙๐ คน) อำเภอที่มีอัตราผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมสูงสุด ได้แก่ อำเภอพนมสารคาม อำเภอบางปะกง และอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๘๘.๕๐, ๘๔.๘๗ และ ๘๔.๘๒ ตามลำดับ อำเภอที่มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน/ติดเตียงสูงสุด ได้แก่ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอบางคล้า และอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๓๘.๒๘, ๑๖.๔๘ และ ๘.๓๗ ตามลำดับ *(ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑)*

พื้นที่	ตำบลทั้งหมด (แห่ง)	อปท. (แห่ง)	ผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๑๙	๒๐	๒๔,๕๑๔	๒๒.๘๙
อำเภอบางคล้า	๙	๙	๘,๙๐๐	๘.๓๑
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๑๐	๑๔	๑๓,๓๔๑	๑๒.๔๖
อำเภอบางปะกง	๑๒	๑๖	๑๓,๓๕๖	๑๒.๔๗
อำเภอบ้านโพธิ์	๑๗	๑๖	๘,๘๕๒	๘.๒๖
อำเภอพนมสารคาม	๘	๑๑	๑๒,๗๑๒	๑๑.๘๗
อำเภอราชสาส์น	๓	๓	๒,๑๗๔	๒.๐๓
อำเภอสนามชัยเขต	๔	๕	๙,๐๘๑	๘.๔๘
อำเภอแปลงยาว	๔	๗	๖,๓๒๙	๕.๙๑
อำเภอท่าตะเกียบ	๒	๒	๕,๐๗๙	๔.๗๔
อำเภอคลองเขื่อน	๕	๕	๒,๗๒๐	๒.๕๔
รวมจังหวัด	๙๓	๑๐๘	**๑๐๗,๐๕๘**	**๑๗.๘๘**

การขับเคลื่อนตำบลส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๖.๖๗ *(เกณฑ์เป้าหมายไตรมาสแรก ร้อยละ ๕๐)* มี อปท.สมัครเข้าร่วมโครงการ LTC ร้อยละ ๖๒.๐๔ (อปท. ๖๗ แห่ง จาก ๑๐๘ แห่ง) มีบุคคลากร Care Manager และ Care Giver ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดย Care Manager ผ่านการอบรม ๑,๑๖๒ คน มี Care Giver ผ่านการอบรมหลักสูตร ๗๐ ชม. กรมอนามัย จำนวน ๑,๑๘๐ คน การจัดทำ Care plan และได้เสนอต่อคณะอนุกรรมการ LTC (กองทุนปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑) ร้อยละ ๙๔.๔๒ กองทุน LTC ซื้อบริการตาม Care Plan ๖๑ แห่ง (จาก ๖๗ แห่ง) ร้อยละ ๙๑.๐๔

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม –ธันวาคม ๒๕๖๑) จังหวัดฉะเชิงเทราได้ดำเนินการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๕.๕๙ (๖๑ แห่ง จาก ๙๓ แห่ง)

ตารางที่ ๓๔ ข้อมูลพื้นที่เข้าร่วมโครงการตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑)

พื้นที่	จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย LTC (คน)					จำนวน Care manager (คน)	จำนวน Care Giver (คน)	การจัดทำ Care Plan และเสนอต่อคณะอนุกรรมการฯ		ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ LTC		
	กลุ่ม ๑	กลุ่ม ๒	กลุ่ม ๓	กลุ่ม ๔	รวม			จัดทำแล้ว (ฉบับ)	ร้อยละ	จำนวนตำบล	ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๑๘๔	๒๘	๗๘	๕๒	๓๔๒	๔๐	๑๔๐	๒๕๖	๗๔.๘๕	๑๙	๑๔	๗๓.๖๘
อ.บางคล้า	๒	๒๗	๗	๗	๘๐	๑๐	๗๒	๘๐	๑๐๐	๙	๓	๓๓.๓๓
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๙๒	๑๙	๔๒	๒๓	๑๗๖	๑๕	๑๗๔	๑๗๖	๑๐๐	๑๐	๖	๖๐.๐๐
อ.บางปะกง	๒๙	๔๖	๘	๙	๙๒	๑๒	๗๕	๙๒	๑๐๐	๑๒	๔	๓๓.๓๓
อ.บ้านโพธิ์	๘๖	๑๕	๒๕	๑๐	๑๓๖	๑๕	๑๗๖	๑๒๙	๙๔.๘๕	๑๗	๑๒	๗๐.๕๙
อ.พนมสารคาม	๑๘๓	๒๖	๙๗	๑๑	๓๑๗	๒๓	๑๐๖	๓๑๗	๑๐๐	๘	๘	๑๐๐.๐๐
อ.ราชสาส์น	๑๘	๖	๑๔	๑	๓๙	๒	๒๓	๓๙	๑๐๐	๓	๒	๖๖.๖๗
อ.สนามชัยเขต	๙๔	๕๗	๓๕	๘	๑๙๔	๑๗	๑๒๒	๑๙๔	๑๐๐	๔	๔	๑๐๐.๐๐
อ.แปลงยาว	๔๖	๑๘	๒๑	๒	๘๗	๑๐	๑๕๖	๘๗	๑๐๐	๔	๔	๑๐๐.๐๐
อ.ท่าตะเกียบ	๒๙	๙	๑๘	๓	๕๙	๑๓	๗๙	๕๙	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐.๐๐
อ.คลองเขื่อน	๑๐๐	๒๕	๑๖	๕	๑๔๖	๕	๕๗	๑๔๖	๑๐๐	๕	๒	๔๐.๐๐
รวมจังหวัด	**๑,๒๕๙**	**๔๐๑**	**๔๔๓**	**๒๑๔**	**๑,๖๖๘**	**๑๖๒**	**๑,๑๘๐**	**๑,๕๗๕**	**๙๔.๔๒**	๙๓	๖๑	๖๕.๕๙

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

ตารางที่ ๓๕ ผลการดำเนินงานตามโครงการตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑)

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	ข้อมูล	ผลการดำเนินงานของพื้นที่ตามโครงการตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน											
			เมืองฉะเชิงเทรา	บางคล้า	บางน้ำเปรี้ยว	บางปะกง	บ้านโพธิ์	พนมสารคาม	ราชสาส์น	สนามชัยเขต	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	คลองเขื่อน	รวมทั้งจังหวัด
๑.	ตำบลต้นแบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย	๑๙	๙	๑๐	๑๒	๑๗	๘	๓	๔	๔	๒	๕	๙๓
		ผลงาน	๑๔	๓	๗	๓	๑๒	๘	๒	๔	๒	๒	๒	๖๑
		อัตรา/ร้อยละ	๖๘.๔๒	๓๓.๓๐	๖๐.๐๐	๓๓.๓๐	๗๐.๖๐	๑๐๐.๐๐	๖๖.๗๐	๑๐๐.๐๐	๗๕.๐๐	๑๐๐.๐๐	๔๐.๐๐	๖๕.๕๙
๒.	ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ร้อยละ ๙๐ (รายเก่าและใหม่)	เป้าหมาย	๓๔๒	๘๐	๑๗๖	๙๒	๑๓๖	๓๑๗	๓๙	๑๙๔	๘๗	๕๙	๑๔๖	๑,๖๖๘
		ผลงาน	๒๕๖	๘๐	๑๗๖	๙๒	๑๒๙	๓๑๗	๓๙	๑๙๔	๘๗	๕๙	๑๔๖	๑,๕๗๔
		อัตรา/ร้อยละ	๗๔.๘๕	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๙๔.๘๕	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๙๔.๔๒
๓.	จำนวน Care Manager ผ่านการอบรม ร้อยละ ๙๕	เป้าหมาย	๔๐	๑๐	๑๒	๑๒	๑๗	๑๒	๓	๑๕	๖	๘	๖	๑๒๒
		ผลงาน	๔๐	๑๐	๑๕	๑๒	๑๕	๒๓	๒	๑๗	๑๐	๑๓	๕	๑๕๔
		อัตรา/ร้อยละ	๑๓๙.๑๓	๑๒๕.๐๐	๑๒๕.๐๐	๑๐๐.๐๐	๘๘.๒๓	๑๙๑.๖๖	๖๖.๖๗	๑๑๓.๓๓	๑๖๖.๖๖	๑๖๒.๕๐	๘๓.๓๓	๑๒๖.๒๒
๔.	จำนวน Care Giver ผ่านการอบรม ร้อยละ ๙๐	เป้าหมาย	๔๘	๑๐	๒๒	๑๒	๑๗	๑๑๑	๕	๒๕	๑๔	๙	๑๙	๒๙๒
		ผลงาน	๑๔๐	๗๒	๑๗๔	๗๕	๑๗๖	๑๐๖	๒๓	๑๒๒	๑๕๖	๗๙	๕๗	๑,๑๘๐
		อัตรา/ร้อยละ	๒๙๑.๖๖	๗๕.๐๐	๗๙.๙๐	๖๒๕.๐๐	๑,๐๓๕.๒๙	๙๕.๔๙	๔๖๐.๐๐	๔๘๘.๐๐	๑,๑๑๔.๒๘	๘๗๗.๗๗	๓๐๐.๐๐	๔๐๔.๑๐

ที่มา : รายงานประจำเดือน “ผลการดำเนินงานโครงการ Long Term Care” เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/ มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
- การเบิกจ่ายงบกองทุน LTC	- ประสานเครือข่าย ติดตาม ทำความเข้าใจ เร่งรัด การเบิกจ่ายงบกองทุน LTC

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

การออกข้อกำหนดและระเบียบการดำเนินการที่ชัดเจน โดยเฉพาะในเรื่องของการบริหารจัดการในเรื่องของงบประมาณที่นำมาดำเนินการ

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

ประเด็นหลักที่ ๔ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๕. (KPI9) ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนยปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรูสถานการณ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานไดจริง

หมวด	Promotion, Prevention &Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	๓. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	๔. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	๕. (KPI9) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และ ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
เกณฑ์เป้าหมาย :	ปี ๒๕๖๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการได้ทั้ง ๕ ขั้นตอน (ร้อยละ ๙๐)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด
ระยะเวลาการประเมินผล :	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔
เกณฑ์การประเมินผล :	ปี ๒๕๖๒ นับจำนวนหน่วยงานที่สามารถดำเนินการได้ทั้ง ๕ ขั้น (ร้อยละ ๙๐) ขั้นตอนที่ ๑ – ๕ สามารถดำเนินการไปพร้อมๆกันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย -ไตรมาสที่ ๑ (รอบ ๓ เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๑ ได้ -ไตรมาสที่ ๒ (รอบ ๖ เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๒ และ ๓ ได้ -ไตรมาสที่ ๓ (รอบ ๙ เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๔ ได้ -ไตรมาสที่ ๔ (รอบ ๑๒ เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๕ ได้
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข</u> นายชาตรี นันทพานิช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๕๒๓ ๐๕๘๙ e-mail address : chatri744@hotmail.com

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

รอบที่ ๑

- การพัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์ รองผู้บัญชาการเหตุการณ์ และหัวหน้ากลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และกลุ่มภารกิจปฏิบัติการ (Operation) ระบบบัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด
- การจัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด
- การเตรียมความพร้อมของทรัพยากรเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด

รอบที่ ๒

- การจัดเตรียมแผนบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การซ้อมแผน และการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ ระดับจังหวัด

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

ปัจจุบันภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขเกิดขึ้นบ่อยครั้ง และในแต่ละครั้งก็มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น การเกิดสึนามิในภาคใต้ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ การเกิดการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ การเกิดน้ำท่วมใหญ่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาในแอฟริกาตะวันตกในปี พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๘ การระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางในเกาหลีใต้ แผ่นดินไหวครั้งใหญ่ในประเทศเนปาล ภาวะฉุกเฉินฯเหล่านี้ไม่เพียงจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมและความมั่นคงของประเทศอีกด้วย การเตรียมความพร้อมระบบจัดการภาวะฉุกเฉินจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและภัยสุขภาพในปัจจุบันมีความรุนแรงและซับซ้อนกว่าอดีต ทำให้ต้องมีการติดตามประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ เพื่อตรวจจับเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว และพัฒนาความพร้อมเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management: PHEM) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center : EOC) ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) และพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team) ระดับจังหวัด เพื่อปฏิบัติการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ ตรวจสอบข่าวและได้ข้อมูลการระบาดของโรคและภัยสุขภาพแบบ Real Time และมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ไว้บัญชาการเหตุการณ์และจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ทันทีตามมาตรฐานสากล

จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นจังหวัดหนึ่งซึ่งประสบโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญหลายประการ อาทิเช่น อุทกภัย อุบัติเหตุจราจรในช่วงเทศกาลปีใหม่ อุบัติเหตุจราจรในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ผู้ป่วยโรคคอตีบ การระบาดใหญ่ของโรคไข้เลือดออก และผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสซิกา เป็นต้น ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้มีการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และ ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี ๒๕๕๙ ประกอบด้วย การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข (EOC) การพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) การจัดทำแผนเผชิญเหตุสำหรับทุกภัย (AHP) ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔ การจัดทำแผนเผชิญเหตุเฉพาะเรื่อง (IAP) จำนวน ๑๐ เรื่องตามบริบทของจังหวัด และมีการซ้อมแผนเผชิญเหตุเป็นประจำทุกปี ซึ่งในปี ๒๕๖๒ จะมีการทบทวนคำสั่งและผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา (Public Health Emergency Incidence Command System : PHEICS ; Chachoengsao) ฉบับใหม่ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

- อยู่ระหว่างการทบทวนคำสั่งและผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา (Public Health Emergency Incidence Command System : PHEICS ; Chachoengsao) ฉบับใหม่ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ขั้นตอนที่	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ผลการดำเนินงานของจังหวัด
๑	การพัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์ รองผู้บัญชาการเหตุการณ์ และหัวหน้ากลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และกลุ่มภารกิจปฏิบัติการ (Operation) ระบบบัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ➢ ผู้บริหาร และ หัวหน้ากลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัดทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร)	[ ] ดำเนินการแล้ว [/] ยังไม่ดำเนินการ (รอส่วนกลางจัดอบรมฯ)
๒	การจัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด ➢ ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จังหวัด สามารถเฝ้าระวัง ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ได้ ➢ วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด	[/] ดำเนินการแล้ว ต่อเนื่องจาก ปี ๒๕๖๑ [ ] ยังไม่ดำเนินการ [/] ดำเนินการแล้ว ปี ๒๕๖๑ และจะทบทวน ปี ๒๕๖๒ [ ] ยังไม่ดำเนินการ
๓	การเตรียมความพร้อมของทรัพยากรเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ➢ มีการจัดทำรายการทรัพยากรที่สำคัญจำเป็นที่จะต้องใช้เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพสำคัญเหล่านั้น	[/] ดำเนินการแล้ว ปี ๒๕๖๑ และจะทบทวน ปี ๒๕๖๒ [ ] ยังไม่ดำเนินการ

ขั้นตอนที่	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ผลการดำเนินงานของจังหวัด
๔	การจัดเตรียมแผนบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การซ้อมแผน และการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ ระดับจังหวัด ➢ จัดทำรายชื่ออัตรากำลังคน (Surge capacity plan) ของหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อเข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (๔ ระดับ)	[ ] ดำเนินการแล้ว [/] ยังไม่ดำเนินการ (ดำเนินการแล้ว ปี ๒๕๖๑ และจะปรับปรุงฐานข้อมูล ปี ๒๕๖๒)
๕	การจัดเตรียมแผนบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การซ้อมแผน และการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ ระดับจังหวัด ➢ มีการยกระดับเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือมีการซ้อมแผนปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่	[ ] ดำเนินการแล้ว [/] ยังไม่ดำเนินการ (ดำเนินการซ้อมแผนเผชิญเหตุอุทกภัยแล้ว ปี ๒๕๖๑ และจะซ้อมแผนเผชิญเหตุสารเคมี ปี ๒๕๖๒)

หมายเหตุ : เกณฑ์การประเมินผล

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒ และ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ยังไม่มี

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ยังไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ยังไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ยังไม่มี

ประเด็นหลักที่ ๔ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๖. (KPI10) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

หมวด :	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๓. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ :	๒. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล :	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด :	๖. (KPI10) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหมจากกลุมเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุมสงสัยปวย ความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ไดรับการวัดความดันโลหิตที่บาน ๖.๑ อัตราผูปวยเบาหวานรายใหมจากกลุมเสี่ยงเบาหวาน ๖.๒ อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปที่ผานมาไดรับการตรวจน้ำตาลซ้ำและไดรับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๖.๓ อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
เกณฑ์เป้าหมาย :	๖.๑ ≤ ร้อยละ ๒.๐๕ ๖.๒ ๖.๒ ≥ ร้อยละ ๓๐ ๖.๓ ≥ ร้อยละ ๓๐
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	๑. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๒. กรณีการวัดความดันโลหิตที่บานจัดเก็บขอมูลผานระบบ HDC
วิธีการประเมินผล :	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC
ระยะเวลาการประเมินผล :	ไตรมาสที่ ๔ <u>หมายเหตุ</u> : ใชขอมูล ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ของปงบประมาณที่วิเคราะห
เกณฑ์การประเมินผล :	- ๖.๑ รอบ ๑๒ เดือน ≤ ร้อยละ ๒.๐๕ - ๖.๒ รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ปี ≥ ร้อยละ ๓๐, ๕๐, ๗๐ และ ๙๐ - ๖.๓ รอบ ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ≥ ร้อยละ ๑๐, ๒๐ และ ๓๐
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด</u> นางสาวอัญชลี สังข์เจริญ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๖๓๙๓ ๓๖๙๗ e-mail address : gatidum@hotmail.com

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

การคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในประชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป และการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร โดยประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ (๖ เดือน)

๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน *ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕*

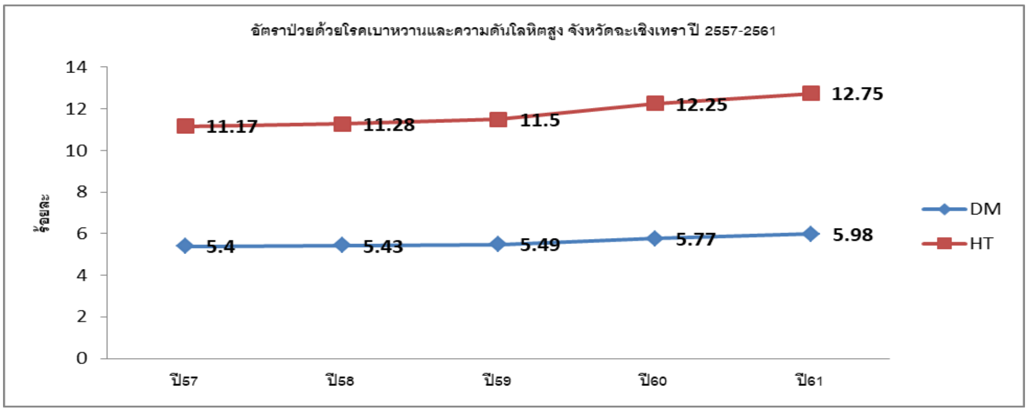
๒. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน *ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐*

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

สถานการณ์โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดฉะเชิงเทราเทียบกับระดับประเทศ จากข้อมูลของ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน (รหัส E10-E14) ของจังหวัดฉะเชิงเทราตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๖๑ มีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเท่ากับ ๕.๔, ๕.๔๓, ๕.๔๙, ๕.๗๗ และ ๕.๙๘ ตามลำดับ ส่วนอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของจังหวัดฉะเชิงเทรา มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน โดยเท่ากับ ร้อยละ ๑๑.๑๗, ๑๑.๒๘, ๑๑.๕, ๑๒.๒๕ และ ๑๒.๗๕ ตามลำดับ

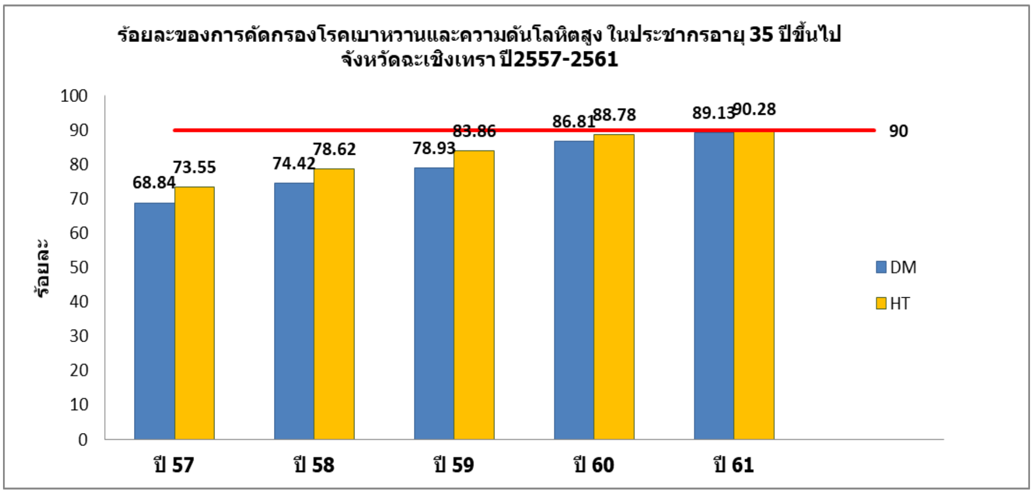
จังหวัดฉะเชิงเทรา มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้น เมื่อพิจารณากลุ่มอายุพบว่าทุกกลุ่มมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น กลุ่มอายุที่พบป่วยมากที่สุด คืออายุ ๖๐ ปีขึ้นไป นอกจากนี้ ยังพบอัตราป่วยในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี อำเภอที่พบอัตราป่วยสูงที่สุด คือ อำเภอคลองเขื่อน รองลงมา คือ อำเภอบ้านโพธิ์

ภาพที่ ๑ กราฟแสดงอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดฉะเชิงเทรา เปรียบเทียบระดับประเทศ ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ – ๒๕๖๑



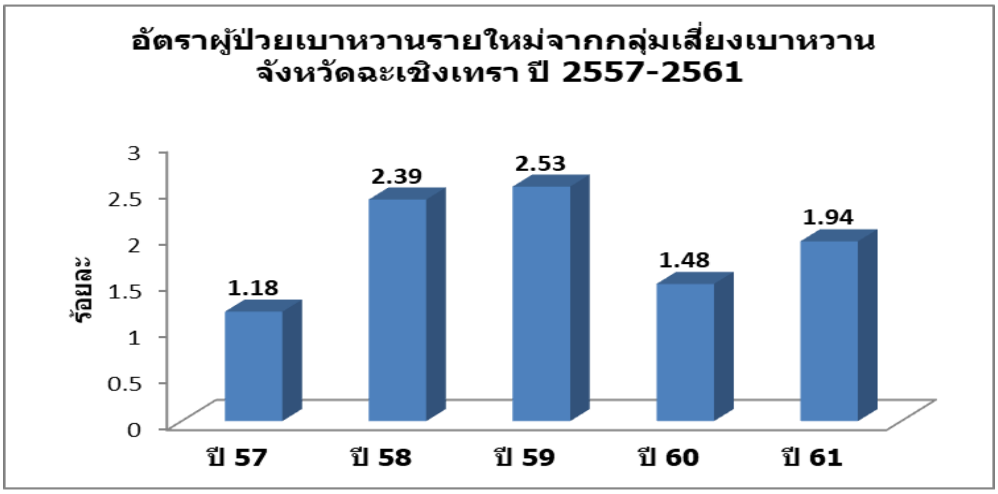
ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จังหวัดฉะเชิงเทรา

ภาพที่ ๒ กราฟแสดงร้อยละของการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จังหวัดฉะเชิงเทรา



ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จังหวัดฉะเชิงเทรา

ภาพที่ ๓ กราฟแสดงอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๖๑



ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จังหวัดฉะเชิงเทรา

จังหวัดฉะเชิงเทรามีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น ในปี ๒๕๖๐ คิดเป็นร้อยละ ๕.๗๗ เมื่อพิจารณากลุ่มอายุพบว่าทุกกลุ่มมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น กลุ่มอายุที่พบป่วยมากที่สุด คือ อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป นอกจากนี้ ยังพบอัตราป่วยในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี อำเภอที่พบอัตราป่วยสูงที่สุด คือ อำเภอคลองเขื่อน รองลงมา คือ อำเภอบ้านโพธิ์

ตารางที่ ๓๖ จำนวนและอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม – กันยายน)

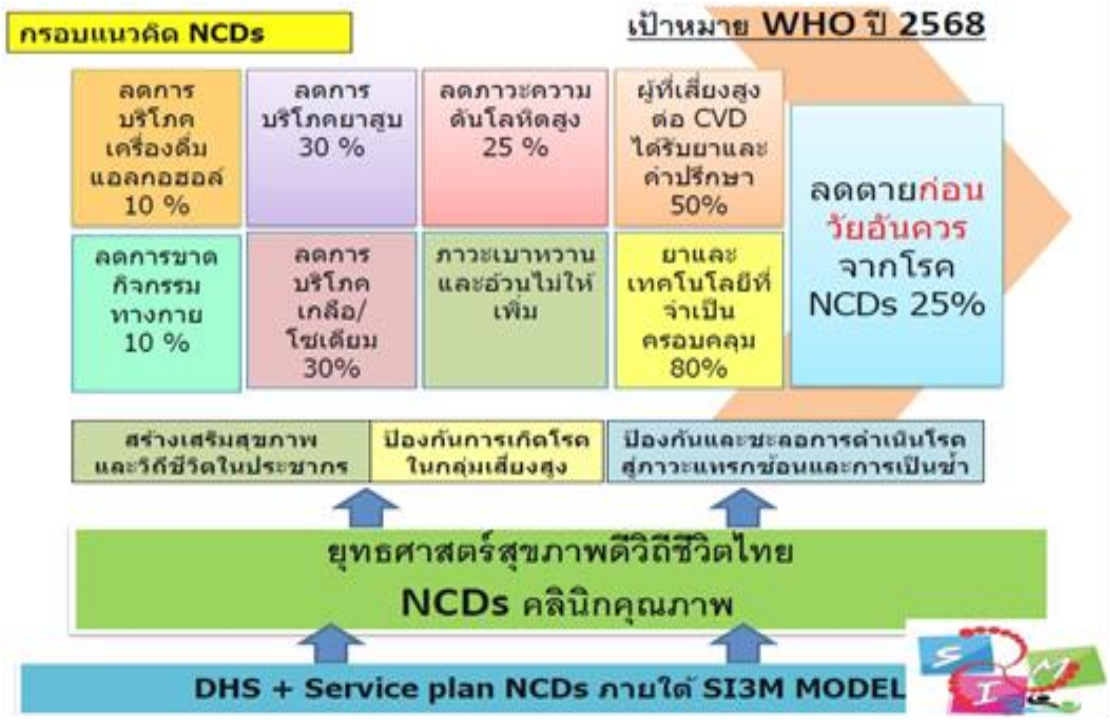
พื้นที่	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน					
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐			ปีงบประมาณ ๒๕๖๑		
	เป้าหมาย	ผลงาน		เป้าหมาย	ผลงาน	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	คน	ร้อยละ
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๑๐,๑๙๗	๓๙๘	๓.๙	๖,๕๑๑	๑๖๖	๒.๕๕
อ.บางคล้า	๒,๑๗๒	๑๔๓	๖.๕๘	๑,๖๓๙	๖๑	๓.๗๒
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๖,๙๖๕	๒๑๗	๓.๑๒	๕,๘๓๘	๑๙๐	๓.๒๕
อ.บางปะกง	๓,๐๗๙	๗๕	๒.๔๔	๒,๔๒๑	๔๖	๑.๙
อ.บ้านโพธิ์	๓,๐๓๙	๙๐	๒.๙๖	๒,๖๖๙	๘๖	๓.๒๒
อ.พนมสารคาม	๖,๓๑๖	๑๘๔	๒.๙๑	๔,๖๐๕	๑๘๐	๓.๙๑
อ.ราชสาส์น	๘๐๘	๒๗	๓.๓๔	๔๗๕	๑๔	๒.๙๕
อ.สนามชัยเขต	๑,๑๖๗	๔๒	๓.๖	๖๘๘	๑๖	๒.๓๓
อ.แปลงยาว	๓,๙๘๓	๘๙	๒.๒๓	๒,๐๙๕	๖๓	๓.๐๑
อ.ท่าตะเกียบ	๑,๕๖๗	๔๖	๒.๙๔	๒,๗๘๕	๖๓	๒.๒๖
อ.คลองเขื่อน	๙๑๖	๓๘	๔.๑๕	๑,๐๗๘	๓๖	๓.๓๔
รวมจังหวัด	**๔๐,๒๐๙**	**๑,๓๔๙**	**๓.๓๕**	**๓๐,๘๐๔**	**๙๒๑**	**๒.๙๙**

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จังหวัดฉะเชิงเทรา

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ดำเนินงานตามนโยบายภายใต้กรอบแนวคิด NCDs เพื่อเป็นกรอบและทิศทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน



๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u> :

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง

<u>เป้าหมายบริการ</u>

๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ *๒.๐๕*

๒. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ *ร้อยละ ๓๐*

ตารางที่ ๓๗ จำนวนและอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน					
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑			ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (๒+ ด.)		
	เป้าหมาย	ผลงาน		เป้าหมาย	ผลงาน	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	คน	ร้อยละ
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๒,๑๙๐	๕๐	๒.๒๘	๑,๓๓๓	๗	๐.๕๓
อ.บางคล้า	๔๔๖	๔	๐.๙	๖๓๗	๒	๐.๓๑
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๒,๖๕๐	๕๒	๑.๙๖	๒,๒๐๖	๙	๐.๔๑
อ.บางปะกง	๒๕๘	๐	๐	๓๖๒	๑	๐.๒๘
อ.บ้านโพธิ์	๑,๔๕๙	๒๖	๑.๗๘	๑,๐๔๖	๕	๐.๔๘
อ.พนมสารคาม	๑,๗๘๕	๔๕	๒.๕๒	๒,๑๔๐	๖	๐.๒๘
อ.ราชสาส์น	๓๗๘	๕	๑.๓๒	๒๓๓	๓	๑.๒๙
อ.สนามชัยเขต	๔๓๓	๖	๑.๓๙	๘๑๑	๐	๐
อ.แปลงยาว	๒๕๙	๖	๒.๓๒	๖๖	๑	๑.๕๒
อ.ท่าตะเกียบ	๑,๑๘๔	๑๕	๑.๒๗	๙๒๖	๔	๐.๔๓
อ.คลองเขื่อน	๒๑๒	๙	๔.๒๕	๒๓๓	๖	๒.๕๘
รวมจังหวัด	**๑๑,๒๕๔**	**๒๑๘**	**๑.๙๔**	**๙,๙๙๓**	**๔๔**	**๐.๔๔**

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

ตารางที่ ๓๘ จำนวนและอัตรากลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ					
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑			ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (๒+ ด.)		
	เป้าหมาย	ผลงาน		เป้าหมาย	ผลงาน	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	คน	ร้อยละ
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๒,๒๔๔	๑,๘๘๙	๘๔.๑๘	๑,๓๖๖	๕๓๗	๔๒.๒๔
อ.บางคล้า	๔๖๔	๔๓๑	๙๒.๘๙	๖๕๘	๔๗๔	๗๒.๐๔
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๒,๖๘๖	๒,๔๓๖	๙๐.๖๙	๒,๒๓๔	๑,๖๑๔	๗๒.๒๕
อ.บางปะกง	๒๖๓	๒๕๔	๙๖.๕๘	๓๘๒	๒๒๗	๕๙.๔๒
อ.บ้านโพธิ์	๑,๔๘๒	๑,๔๒๐	๙๕.๘๒	๑,๐๕๙	๑๕๓	๑๔.๔๕
อ.พนมสารคาม	๑,๘๑๓	๑,๗๔๑	๙๖.๐๓	๒,๑๘๐	๓๑๒	๑๔.๓๑
อ.ราชสาส์น	๓๘๒	๓๖๑	๙๔.๕	๒๓๕	๕๑	๒๑.๗
อ.สนามชัยเขต	๔๔๕	๔๐๐	๘๙.๘๙	๘๑๗	๗๙	๙.๖๗
อ.แปลงยาว	๒๖๒	๒๕๙	๙๘.๘๕	๗๕	๙	๑๒
อ.ท่าตะเกียบ	๑,๑๙๗	๑,๑๖๔	๙๗.๒๔	๙๓๗	๒๗	๒.๘๘
อ.คลองเขื่อน	๒๑๙	๒๐๘	๙๔.๙๘	๒๓๘	๑๗๖	๗๓.๙๕
รวมจังหวัด	**๑๑,๔๕๗**	**๑๐,๕๖๓**	**๙๒.๒**	**๑๐,๑๘๑**	**๓,๖๙๙**	**๓๖.๓๓**

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

ตารางที่ ๓๙ จำนวนและอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง					
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑			ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (๒+ ด.)		
	เป้าหมาย	ผลงาน		เป้าหมาย	ผลงาน	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	คน	ร้อยละ
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๖,๕๑๑	๑๖๖	๒.๕๕	๖,๒๓๕	๒๘	๐.๔๕
อ.บางคล้า	๑,๖๓๙	๖๑	๓.๗๒	๑,๒๙๒	๑๕	๑.๑๖
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๕,๘๓๘	๑๙๐	๓.๒๕	๕,๔๘๔	๓๒	๐.๕๘
อ.บางปะกง	๒,๔๒๑	๔๖	๑.๙	๒,๕๓๔	๑๗	๐.๖๗
อ.บ้านโพธิ์	๒,๖๖๙	๘๖	๓.๒๒	๑,๘๒๘	๑๔	๐.๗๗
อ.พนมสารคาม	๔,๖๐๕	๑๘๐	๓.๙๑	๔,๓๐๗	๓๐	๐.๗
อ.ราชสาส์น	๔๗๕	๑๔	๒.๙๕	๔๔๙	๖	๑.๓๔
อ.สนามชัยเขต	๖๘๘	๑๖	๒.๓๓	๖๘๖	๑	๐.๑๕
อ.แปลงยาว	๒,๐๙๕	๖๓	๓.๐๑	๑,๕๙๐	๗	๐.๔๔
อ.ท่าตะเกียบ	๒,๗๘๕	๖๓	๒.๒๖	๒,๒๙๖	๑๓	๐.๕๗
อ.คลองเขื่อน	๑,๐๗๘	๓๖	๓.๓๔	๑,๑๒๓	๔	๐.๓๖
รวมจังหวัด	**๓๐,๘๐๔**	**๙๒๑**	**๒.๙๙**	**๒๗,๘๒๔**	**๑๖๗**	**๐.๖๐**

ตารางที่ ๔๐ จำนวนและอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ					
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑			ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (๒+ ด.)		
	เป้าหมาย	ผลงาน		เป้าหมาย	ผลงาน	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	คน	ร้อยละ
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๒,๑๖๘	๒๕๐	๑๑.๕๓	๒๗๑	***ชี้แจงและแจ้งกลุ่มเป้าหมายไปยังพื้นที่ทุกแห่งรับทราบ***	
อ.บางคล้า	๙๐	๘๘	๙๗.๗๘	๓๘		
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๑,๔๐๖	๑๘๑	๑๒.๘๗	๗๙๕		
อ.บางปะกง	๙๕	๘๐	๘๔.๒๑	๑๔		
อ.บ้านโพธิ์	๒๔๕	๑๓๔	๕๔.๖๙	๕๘		
อ.พนมสารคาม	๒,๐๗๐	๕๐๙	๒๔.๕๔	๑๕๒		
อ.ราชสาส์น	๑๐๘	๘๙	๘๒.๔๑	๑๖		
อ.สนามชัยเขต	๒๑๕	๒๘	๑๓.๐๒	๗๖		
อ.แปลงยาว	๗๑	๕๗	๘๐.๒๘	๑๓		
อ.ท่าตะเกียบ	๕๐๔	๑๙๓	๓๗.๙	๙๘		
อ.คลองเขื่อน	๒๘	๑๙	๖๗.๘๖	๒๖		
รวมจังหวัด	**๗,๐๐๐**	**๑,๖๒๘**	**๒๓.๒๖**	**๑,๕๕๗**		

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/ มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
จังหวัดฉะเชิงเทราขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามกรอบแผนยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับจังหวัด ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓ มีระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมาตรการดูแลกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	เร่งรัดจัดระบบเฝ้าระวัง คัดกรองผู้ป่วยในทุกระดับสถานบริการทุกแห่งให้มีความชัดเจนในการจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามแนวทางปิงปองจราจรชีวิต ๗ สี เพื่อกำหนดเป้าหมายในการให้คำปรึกษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส การลดหวาน มัน เค็ม กิจกรรมรณรงค์ในระดับชุมชน ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนท้องถิ่น

๑) การวิเคราะห์ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อได้บูรณาการงานที่เกี่ยวข้องทั้งด้านปัจจัยเสี่ยง การพัฒนาระบบคุณภาพบริการ ขับเคลื่อนแผนงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทยของจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- ในปี ๒๕๖๑ ได้มีการประชุมร่วมกับกลุ่มงานพัฒนาระบบคุณภาพและรูปแบบบริการ ในการให้ความรู้กับโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมโรงพยาบาลพุทธโสธร และรพ.สต.ทั้งจังหวัดเกี่ยวกับการวัดความดันโลหิตในกลุ่มสงสัยป่วย และการบันทึกข้อมูล ในวันที่ ๒๑ – ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๐ พร้อมทั้งส่งหนังสือแนวทางในการเก็บตัวชี้วัดเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการทุกแห่ง
- การดำเนินงาน CBI ที่เทศบาลตำบลพนมสารคาม และการดำเนินงานเรื่องโรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย ๓ ดี รวมถึงการเร่งรัดการคัดกรองภายในไตรมาสแรกของทุกปี เพื่อนำผลการคัดกรองไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๒) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

การกำหนดตัวแปรของตัวชี้วัดที่ไม่ชัดเจน ล่าช้าจากส่วนกลาง ทำให้การชี้แจงเพื่อการทำงานในระดับพื้นที่มีความสับสนและล่าช้าตามไปด้วย

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

การกำหนดตัวชี้วัด และ template จากส่วนกลาง ควรให้มีความขัดเจน และมีความสมบูรณ์โดยเร็วก่อนการดำเนินงานในไตรมาสแรกของพื้นที่ ส่วนกลางควรประสานงานกันให้ดีระหว่างกรมและผู้รับผิดชอบการเขียน script HDC ไม่ควรปรับ template ไปมา พร้อมชี้แจงกับจังหวัดอย่างชัดเจนโดยเร็ว

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ผู้นิเทศควรมองปัญหาเชิงบริบทที่มีผลต่อนโยบายและตัวชี้วัด มากกว่าจะเน้นวัดตามนโยบายเพียงอย่างเดียว
- การกำหนดตัวชี้วัด และ template จากส่วนกลางควรให้มีความขัดเจน และมีความสมบูรณ์โดยเร็วก่อนการดำเนินงานในไตรมาสแรกของพื้นที่ ส่วนกลางควรประสานงานกันให้ดีระหว่างกรมและผู้รับผิดชอบการเขียน script HDC ไม่ควรปรับ template ไปมา พร้อมชี้แจงกับจังหวัดอย่างชัดเจนโดยเร็ว

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

ประเด็นหลักที่ ๔ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๗. (KPI26) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

หมวด :	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ :	๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ระดับการแสดงผล :	เขต
ชื่อตัวชี้วัด :	๗. (KPI26) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ๗.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ ๗.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้
เกณฑ์เป้าหมาย :	- โรคเบาหวาน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐ - โรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐
การจัดเก็บข้อมูล :	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
ระยะเวลาประเมินผล :	ปีละ ๑ ครั้ง <u>หมายเหตุ</u> : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์
เกณฑ์การประเมินผล :	รอบ ๑๒ เดือน - โรคเบาหวาน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐ - โรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐
วิธีการประเมินผล :	๑. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ๒. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด</u> นางสาวอัญชลี สังข์เจริญ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๖๓๙๓ ๓๖๙๗ e-mail address : gatidum@hotmail.com

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑ (๖ เดือน)</u>

๑. NCD Clinic Plus : สถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมรับการประเมิน NCD Clinic Plus ร้อยละ ๑๐๐

๒. กลุ่มป่วย DM/HT เข้าถึงบริการ ดูแลรักษาครบทุกมิติ :

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ ควบคุมได้ตามค่าเป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๓๐

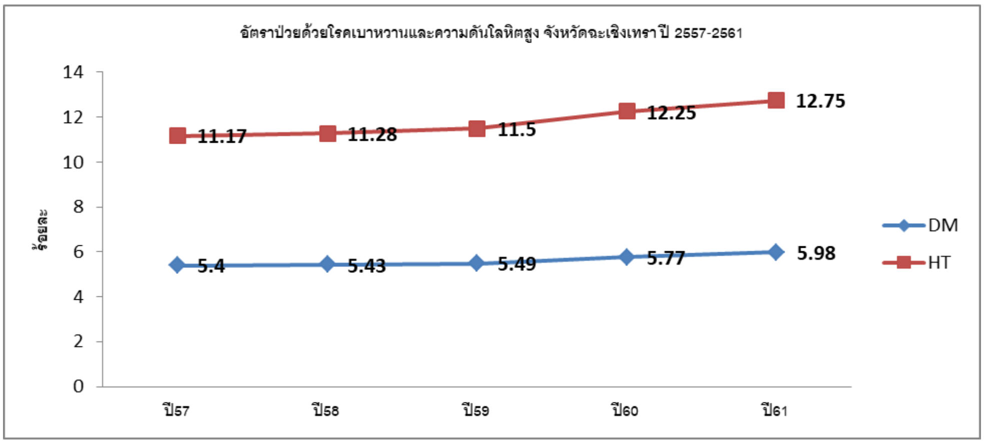
๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมได้ตามค่า เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๕๐

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

สถานการณ์โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดฉะเชิงเทราเทียบกับระดับประเทศ จากข้อมูลของ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน (รหัส E๑๐-E๑๔) ของจังหวัดฉะเชิงเทราตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๖๑ มีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเท่ากับ ๕.๔,๕.๔๓,๕.๔๙,๕.๗๗ และ ๕.๙๘ ตามลำดับ ส่วนอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของจังหวัดฉะเชิงเทรา มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน โดยเท่ากับ ร้อยละ ๑๑.๑๗, ๑๑.๒๘, ๑๑.๕,๑๒.๒๕และ๑๒.๗๕ ตามลำดับ

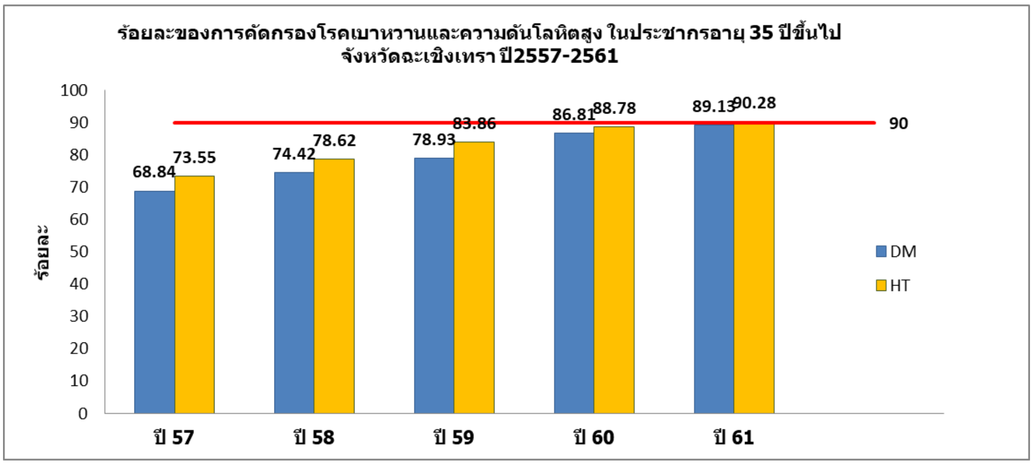
จังหวัดฉะเชิงเทรา มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้น เมื่อพิจารณากลุ่มอายุพบว่าทุกกลุ่มมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น กลุ่มอายุที่พบป่วยมากที่สุด คืออายุ ๖๐ ปีขึ้นไป นอกจากนี้ ยังพบอัตราป่วยในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี อำเภอที่พบอัตราป่วยสูงที่สุด คือ อำเภอคลองเขื่อน รองลงมา คือ อำเภอบ้านโพธิ์

ภาพที่ ๔ กราฟแสดงอัตราผู้ป่วยในโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ – ๒๕๖๑



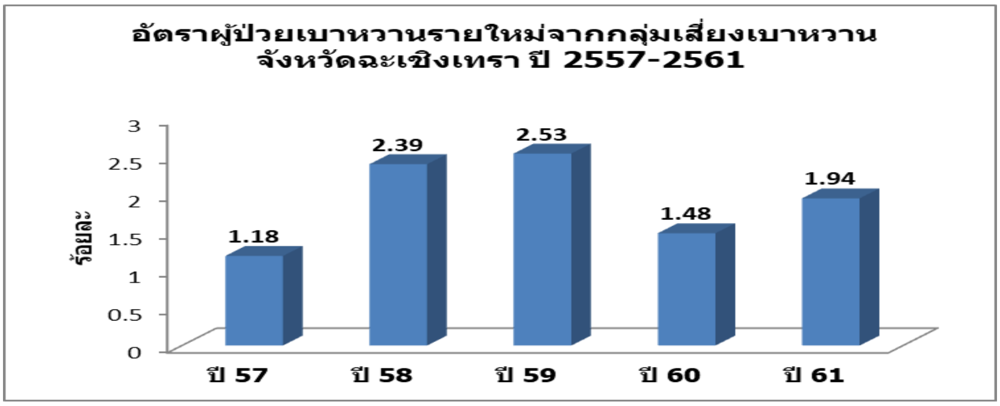
ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จังหวัดฉะเชิงเทรา

ภาพที่ ๕ กราฟแสดงร้อยละของการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จังหวัดฉะเชิงเทรา



ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จังหวัดฉะเชิงเทรา

ภาพที่ ๖ กราฟแสดงอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๖๑



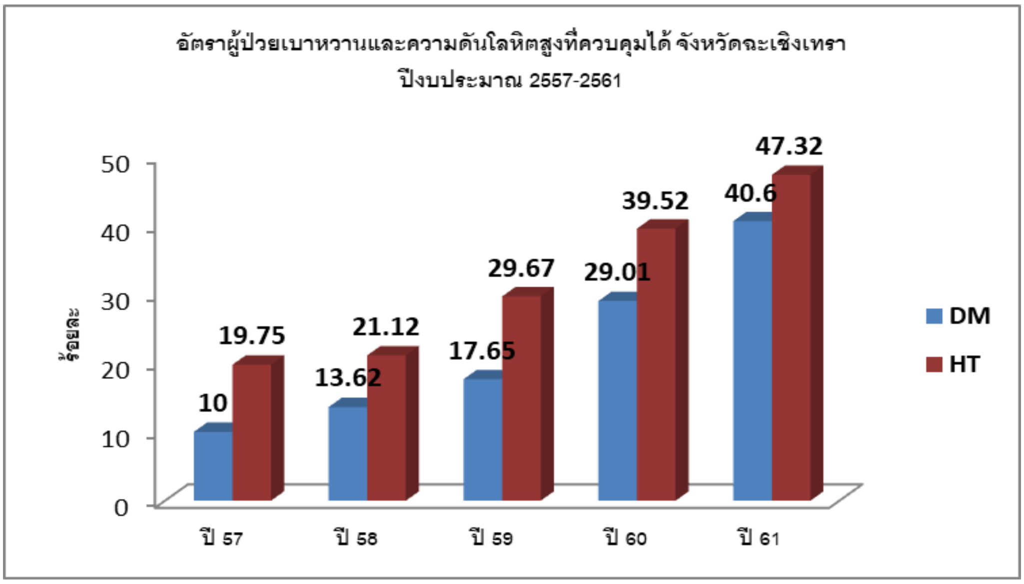
ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตารางที่ ๔๑ จำนวนและอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม – กันยายน)

พื้นที่	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน					
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐			ปีงบประมาณ ๒๕๖๑		
	เป้าหมาย	ผลงาน		เป้าหมาย	ผลงาน	
	คน	คน	ร้อยละ	คน	คน	ร้อยละ
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๑๐,๑๙๗	๓๙๘	๓.๙	๖,๕๑๑	๑๖๖	๒.๕๕
อ.บางคล้า	๒,๑๗๒	๑๔๓	๖.๕๘	๑,๖๓๙	๖๑	๓.๗๒
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๖,๙๖๕	๒๑๗	๓.๑๒	๕,๘๓๘	๑๙๐	๓.๒๕
อ.บางปะกง	๓,๐๗๙	๗๕	๒.๔๔	๒,๔๒๑	๔๖	๑.๙
อ.บ้านโพธิ์	๓,๐๓๙	๙๐	๒.๙๖	๒,๖๖๙	๘๖	๓.๒๒
อ.พนมสารคาม	๖,๓๑๖	๑๘๔	๒.๙๑	๔,๖๐๕	๑๘๐	๓.๙๑
อ.ราชสาส์น	๘๐๘	๒๗	๓.๓๔	๔๗๕	๑๔	๒.๙๕
อ.สนามชัยเขต	๑,๑๖๗	๔๒	๓.๖	๖๘๘	๑๖	๒.๓๓
อ.แปลงยาว	๓,๙๘๓	๘๙	๒.๒๓	๒,๐๙๕	๖๓	๓.๐๑
อ.ท่าตะเกียบ	๑,๕๖๗	๔๖	๒.๙๔	๒,๗๘๕	๖๓	๒.๒๖
อ.คลองเขื่อน	๙๑๖	๓๘	๔.๑๕	๑,๐๗๘	๓๖	๓.๓๔
รวมจังหวัด	**๔๐,๒๐๙**	**๑,๓๔๙**	**๓.๓๕**	**๓๐,๘๐๔**	**๙๒๑**	**๒.๙๙**

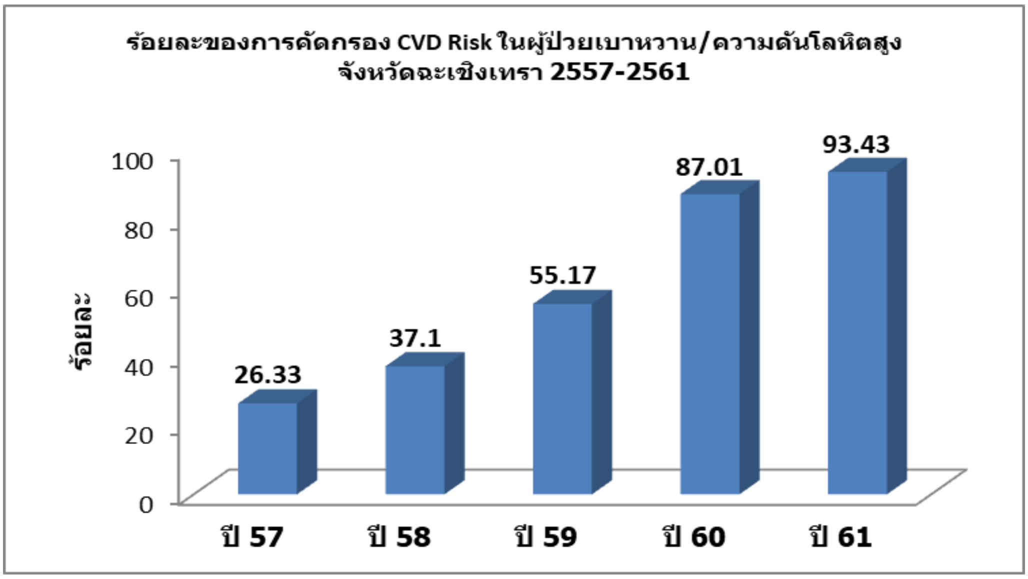
ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จังหวัดฉะเชิงเทรา

ภาพที่ ๗ กราฟแสดงอัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๖๑



ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จังหวัดฉะเชิงเทรา

ภาพที่ ๘ กราฟแสดงร้อยละการคัดกรอง CVD Risk ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๖๑



ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จังหวัดฉะเชิงเทรา

---

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

<u>นโยบายและผลการดำเนินงาน</u>

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ นโยบายภายใต้กรอบแนวคิด NCDs เพื่อเป็นกรอบและทิศทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- <u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u> : NCD Clinic Plus

-- สถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมรับการประเมิน NCD Clinic Plus ร้อยละ ๑๐๐

<u>เกณฑ์การให้คะแนนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑</u>

- ระดับดีเด่น ๔๕ - ๕๐ คะแนน ไม่มี
- ระดับดีมาก ๔๐ - ๔๔ คะแนน ได้แก่ รพ.พุทธโสธร รพ.บางคล้า รพ.บางปะกง รพ.พนมสารคาม รพ.สนามชัยเขต รพ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.แปลงยาว รพ.บ้านโพธิ์ และรพ.ราชสาส์น
- ระดับดี ๓๕ – ๓๙ คะแนน ได้แก่ รพ.ท่าตะเกียบ และ รพ.คลองเขื่อน
- ระดับพื้นฐาน ๓๐ – ๓๔ คะแนน ไม่มี

<u>เกณฑ์คะแนน NCD clinic plus</u>

- ระดับดีเด่น ๗๕ – ๑๐๐ คะแนน ไม่มี
- ระดับดีมาก ๘๐ – ๘๔ คะแนน ได้แก่ รพ.บางปะกง
- ระดับดี ๗๐ – ๗๙ คะแนน ได้แก่ รพ.พนมสารคาม รพ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.สนามชัยเขต
- ระดับพื้นฐาน ๖๐ – ๖๙ คะแนน ได้แก่ รพ.พุทธโสธร รพ.แปลงยาว และรพ.ราชสาส์น รพ.บ้านโพธิ์ รพ.ท่าตะเกียบ และ รพ.คลองเขื่อน
- ต่ำกว่าระดับพื้นฐาน ไม่มี

สรุป ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๔๕

การดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ดำเนินการประเมินตนเองในเดือนมกราคม ๒๕๖๒

- ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : DM control ≥ ร้อยละ ๔๐ HT control ≥ ร้อยละ ๕๐

ตารางที่ ๔๒ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	ปี ๒๕๖๐		ปี ๒๕๖๒* (๒+ ด.)					
	DM	HT	DM			HT		
	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๔๘.๕๔	๔๗.๓๔	๘,๗๑๒	๑,๑๑๗	๑๒.๘๒	๑๖,๘๒๒	๑,๒๑๗	๗.๒๓
อ.บางคล้า	๓๒.๕๒	๔๖.๑๔	๒,๗๕๑	๔๑๒	๑๔.๙๘	๖,๐๗๔	๔๘๔	๗.๙๗
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๓๓.๐๒	๓๘.๒๘	๔,๗๔๕	๘๒๒	๑๗.๓๒	๙,๙๐๗	๕๓๐	๕.๓๕
อ.บางปะกง	๕๖.๕๔	๕๙.๒๑	๓,๕๔๒	๖๑๕	๑๗.๓๖	๖,๘๐๐	๒๖๗	๓.๙๓
อ.บ้านโพธิ์	๓๗	๕๗.๒๓	๓,๑๘๕	๓๒๑	๑๐.๐๘	๗,๐๐๑	๗๔๘	๑๐.๖๘
อ.พนมสารคาม	๓๘.๙๑	๔๗.๙	๔,๓๒๖	๙๔๖	๒๑.๘๗	๑๐,๗๒๖	๙๒๔	๘.๖๑
อ.ราชสาส์น	๓๓.๒๙	๔๒.๗๘	๗๔๑	๑๗๗	๒๓.๘๙	๑,๘๐๘	๓๑	๑.๗๑
อ.สนามชัยเขต	๓๓.๔๗	๔๒.๑๓	๒,๓๙๘	๒๒๖	๙.๔๒	๕,๒๗๖	๖๓	๑.๑๙
อ.แปลงยาว	๓๘.๗๘	๓๙.๙๙	๒,๐๙๐	๕๙๗	๒๘.๕๖	๔,๔๑๑	๑๔๘	๓.๓๖
อ.ท่าตะเกียบ	๒๖.๗๘	๔๔.๕๔	๑,๔๙๗	๒๒๔	๑๔.๙๖	๓,๐๓๐	๑๘๓	๖.๐๔
อ.คลองเขื่อน	๓๘.๐๑	๕๔.๔๑	๙๔๒	๑๙๕	๒๐.๗	๒,๑๖๙	๑๐๓	๔.๗๕
รวมจังหวัด	**๔๐.๖๐**	**๔๗.๓๒**	**๓๔,๙๒๙**	**๕,๖๕๒**	**๑๖.๑๘**	**๗๔,๐๒๔**	**๔,๖๙๘**	**๖.๓๕**

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

ตารางที่ ๔๓ จำนวนและร้อยละของการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑			ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (๒+ ด.)		
	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๖,๙๑๕	๖,๒๔๐	๙๐.๒๔	๖,๖๓๒	๑,๕๔๖	๒๓.๓๑
อ.บางคล้า	๒,๑๘๓	๒,๐๐๙	๙๒.๐๓	๒,๐๙๐	๘๘๔	๔๒.๓
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๔,๒๖๐	๓,๙๙๐	๙๓.๖๖	๔,๑๘๖	๑,๙๘๓	๔๗.๓๗
อ.บางปะกง	๒,๓๐๒	๒,๑๘๐	๙๔.๗	๒,๑๗๒	๙๘๓	๔๕.๒๖
อ.บ้านโพธิ์	๒,๗๙๐	๒,๖๓๖	๙๔.๔๘	๒,๖๘๙	๗๔๓	๒๗.๖๓
อ.พนมสารคาม	๔,๕๔๙	๔,๓๑๖	๙๔.๘๘	๔,๔๐๑	๗๗๘	๑๗.๖๘
อ.ราชสาส์น	๗๙๑	๗๕๑	๙๔.๙๔	๗๗๙	๓๒๘	๔๒.๑๑
อ.สนามชัยเขต	๒,๓๒๑	๒,๑๗๙	๙๓.๘๘	๒,๒๔๖	๑๖๘	๗.๔๘
อ.แปลงยาว	๑,๙๐๐	๑,๘๓๓	๙๖.๔๗	๑,๘๔๓	๒๐๒	๑๐.๙๖
อ.ท่าตะเกียบ	๑,๔๑๒	๑,๓๔๙	๙๕.๕๔	๑,๓๗๑	๔๗๒	๓๔.๔๓
อ.คลองเขื่อน	๗๘๕	๗๔๑	๙๔.๓๙	๗๖๖	๕๔๐	๗๐.๕
รวมจังหวัด	**๓๐,๒๐๘**	**๒๘,๒๒๔**	**๙๓.๔๓**	**๒๙,๑๗๕**	**๘,๖๒๗**	**๒๙.๕๗**

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

ตารางที่ ๔๔ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่มีความเสี่ยงสูงมากกว่า ๓๐% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น เร่งด่วน และมีความเสี่ยงลดลง ≥ ๑๐ % รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ – พฤษภาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	ผู้ป่วย DM/HT ที่มีความเสี่ยงสูง มากกว่า ๓๐% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น เร่งด่วน		
	ทั้งหมด	มีความเสี่ยงลดลง ≥ ๑๐ %	
	คน	คน	ร้อยละ
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๒๘	๒๗	๙๖.๔๓
อำเภอบางคล้า	๗	๕	๗๑.๔๓
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๗	๗	๑๐๐.๐๐
อำเภอบางปะกง	๔	๔	๑๐๐.๐๐
อำเภอบ้านโพธิ์	๔	๔	๑๐๐.๐๐
อำเภอพนมสารคาม	๒๓	๒๒	๙๕.๖๕
อำเภอราชสาส์น	๔	๑	๒๕.๐๐
อำเภอสนามชัยเขต	๒	๒	๑๐๐.๐๐
อำเภอแปลงยาว	๘	๕	๖๒.๕๐
อำเภอท่าตะเกียบ	๓	๖	๒๐๐.๐๐
อำเภอคลองเขื่อน	๑	๒	๒๐๐.๐๐
รวมจังหวัด	**๙๑**	**๒๗**	**๙๓.๔๑**

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/ มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
จังหวัดฉะเชิงเทราขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามกรอบแผนยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับจังหวัด ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓ มีระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมาตรการดูแลกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	เร่งรัดจัดระบบเฝ้าระวัง คัดกรองผู้ป่วยในทุกระดับสถานบริการทุกแห่งให้มีความชัดเจนในการจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามแนวทางปิงปองจราจรชีวิต ๗ สี เพื่อกำหนดเป้าหมายในการให้คำปรึกษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส การลดหวาน มัน เค็ม กิจกรรมรณรงค์ในระดับชุมชน ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนท้องถิ่น

๑) การวิเคราะห์ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้บูรณาการงานที่เกี่ยวข้องทั้งด้านปัจจัยเสี่ยง การพัฒนาระบบคุณภาพบริการ ขับเคลื่อนแผนงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทยของจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้วยเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ Motivational Interviewing : MI เพื่อใช้ในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไม่ได้

---

๒) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

การกำหนดตัวแปรของตัวชี้วัดที่ไม่ชัดเจน ล่าช้าจากส่วนกลาง ทำให้การชี้แจงเพื่อการทำงานในระดับพื้นที่ มีความสับสนและล่าช้าตามไปด้วย

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

การกำหนดตัวแปรของตัวชี้วัดที่ไม่ชัดเจน ล่าช้าจากส่วนกลาง ทำให้การชี้แจงเพื่อการทำงานในระดับพื้นที่ มีความสับสนและล่าช้าตามไปด้วย

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ผู้นิเทศควรมองปัญหาเชิงบริบทที่มีผลต่อนโยบายและตัวชี้วัด มากกว่าจะเน้นวัดตามนโยบายเพียงอย่างเดียว
- การกำหนดตัวชี้วัดและ template จากส่วนกลางควรให้มีความขัดเจนและมีความสมบูรณ์ โดยเร็วก่อนการดำเนินงานในไตรมาสแรกของพื้นที่ ส่วนกลางควรประสานงานกันให้ดีระหว่างกรมและผู้รับผิดชอบการเขียน script HDC ไม่ควรปรับ template ไปมา พร้อมชี้แจงกับจังหวัดอย่างชัดเจนโดยเร็ว

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๑/๒๕๖๑

ไม่มี

ประเด็นหลักที่ ๒ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ ๑๒. (KPI23) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

หมวด :	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๔. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ :	๑. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ระดับการวัดผล :	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด :	๘. **(KPI12)** ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
เกณฑ์เป้าหมาย :	- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๔๐ - โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก plus อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	๑. โรงพยาบาลทุกแหงประเมินตนเองและบันทึกขอมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานสงใหสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมขอมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห แลวสงรายงานใหศูนยอนามัย (พรอมแนบไฟลแบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผานระบบ Health KPI ไตรมาสละ ๑ ครั้ง ๓. ศูนยอนามัยรวบรวมขอมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะหภาพรวมของเขตและรายงานผล ผานระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย (http://dashboard.anamai.moph.go.th) เดือนละ ๑ ครั้ง ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน
วิธีการประเมินผล :	๑. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล ๒. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อใหคำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนา อนามัยสิ่งแวดลอมไดตามเกณฑ GREEN & CLEAN Hospital ๓. ผลงานเปรียบเทียบกับเปาหมายรายไตรมาส
ระยะเวลาการประเมินผล :	รอบ ๓, ๖, ๙, และ ๑๒ เดือน
เกณฑ์การประเมินผล :	- รอบ ๓ เดือน : ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อนและประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital - รอบ ๖ เดือน : ๑) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ ๒) .โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๘๐ - รอบ ๙ เดือน : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๘๕ - รอบ ๑๒ เดือน : ๑) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๔๐ และ ๒) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย</u> นางญาดา กมลวีระพันธุ์กุล เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชำนาญงาน โทร. ๐๘ ๑๙๔๙ ๔๙๕๔ e-mail address : yadasiri06@gmail.com

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

โรงพยาบาลมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามกฎหมาย มาตรฐานที่เกี่ยวข้องและมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนและเจ้าหน้าที่

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศโลก หรือ Climate Change ส่งผลให้ทั่วโลกต้องพบกับปัญหาสภาพภูมิอากาศที่แปรปรวน ธารน้ำแข็งจากขั้วโลกเหนือมีการละลายตัวอย่างรวดเร็ว อันเป็นผลมาจากปัญหาสภาวะโลกร้อน หรือ Global Warming ผลที่ตามมาคือทำให้ทั่วโลกต้องประสบกับพิบัติภัยอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาคลื่นความร้อน พายุหิมะ พายุทะเลทราย น้ำป่าไหลหลาก น้ำท่วมขัง การสไลด์ของหน้าดิน แผ่นดินไหว เป็นต้น ซึ่งหากปล่อยให้สถานการณ์ยังคงเป็นอยู่เช่นนี้อีกต่อไป พิบัติภัยต่างๆ อาจจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นทุกประเทศต่างก็เร่งระดมวิธีการแก้ไขปัญหาสำคัญปัญหานี้ ในระดับสากลมีมติร่วมกันที่จะลดสภาวะโลกร้อนให้สำเร็จโดยเร็ว เพื่อป้องกันผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นสุขของมวลมนุษย์ชาติทั้งปวง แต่การแก้ปัญหาเพื่อลดสภาวะโลกร้อนมิใช่เรื่องง่ายนักเพราะเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ของการประกอบธุรกิจ การดำรงชีวิตประจำวัน และความสนใจต่อปัญหาส่วนรวม แต่อย่างไรก็ตาม นานาประเทศก็มิได้ละเลยต่อปัญหานี้ ดังจะเห็นได้จากนโยบายของแต่ละประเทศที่กำหนดมาตรการอย่างจริงจังต่อการแก้ไขปัญหาสภาวะโลกร้อน

ในส่วนของประเทศไทย รัฐบาลและหน่วยงานที่รับผิดชอบต่างก็เร่งระดมความคิดกำหนดแนวทางจัดหางบประมาณและทำความเข้าใจให้ทุกภาคส่วนมีความตระหนักและสนใจที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหาต่อสภาวะโลกร้อน ที่ก่อให้เกิดปัญหาภัยพิบัติต่างๆที่เพิ่มจำนวนครั้งมากขึ้น อีกทั้งยังเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นจนทำให้เกิดโศกนาฏกรรมรุนแรง เป็นความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สิน นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดโรคต่างๆ และการเกิดโรคอุบัติใหม่ หรืออุบัติเหตุจากการทำงานเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สำหรับจังหวัดฉะเชิงเทรา ถือได้ว่าเป็นพื้นที่ที่มีสภาพภูมิศาสตร์ที่เหมาะสม รัฐบาลชุดต่างๆ จึงให้ความสำคัญในการที่จะสร้างความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับกับการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่อง จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะมีปัญหาต่างๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นจำนวนโรงงานอุตสาหกรรมที่มากขึ้น การคมนาคมขนส่งที่หนาแน่น การอพยพของแรงงาน การเกิดแรงงานนอกระบบฯลฯ ทำให้วิถีชีวิตของชุมชนต้องเปลี่ยนแปลงไป อันเนื่องมาจากมลพิษจากสิ่งแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นมลพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำ การสะสมของสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ส่วนภัยธรรมชาติก็จะเป็นเรื่องน้ำป่าไหลหลาก เกิดภาวะน้ำท่วมขัง ปัญหาโรคไม่ติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมหรือโรคจากการทำงานที่เพิ่มมากขึ้น

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับจังหวัดฉะเชิงเทราและจังหวัดอื่นๆในประเทศไทย ยังผลให้กระทรวงสาธารณสุขได้กลับมาทบทวนยุทธศาสตร์การพัฒนางานด้านสาธารณสุขโดยให้ความสำคัญกับงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพิ่มมากขึ้น จึงได้กำหนดนโยบายให้สถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะในส่วนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินกิจกรรมรณรงค์ลดโลกร้อนด้วยการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม หรือ GREEN & CLEAN Hospital ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการจุดประกายและเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชนและภาคีเครือข่าย ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังต่อไป

ทั้งนี้ จังหวัดฉะเชิงเทรา มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น ๑๑ แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ (A) ๑ แห่ง และโรงพยาบาล (M2) ๑ แห่ง (F2) ๘ แห่ง และ (F3) ๑ แห่ง

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้จัดทำแผนงานโครงการรองรับกิจกรรมครอบคลุมตามตัวชี้วัดเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราพิจารณาลงนามอนุมัติแล้ว และได้ร่วมกับกลุ่มงานอื่นในสำนักงานจัดประชุมบูรณาการถ่ายทอดตัวชี้วัดให้กับพื้นที่ในระดับอำเภอ ตำบล เมื่อวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมซันไรด์ ลากูน ในส่วนของกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยซึ่งรับผิดชอบตัวชี้วัดนี้ ได้จัดให้มีแผนงาน กลไกการขับเคลื่อนฯ มีทีมตรวจประเมินให้คำแนะนำ โรงพยาบาลมีแผนพัฒนาตามเกณฑ์ที่ยกระดับจากปีที่ผ่านมา

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

การดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อประเด็นการตรวจราชการ ในหัวข้อร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ในปี ๒๕๖๒ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ได้ดำเนินการตาม Small Success รอบ ๓ เดือน ดังนี้

๑. ชี้แจงเกณฑ์มาตรฐาน : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ในที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ในรอบเดือนตุลาคม ๒๕๖๑ เพื่อให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งทราบเกณฑ์และพร้อมนำไปปฏิบัติ

๒. บูรณาการร่วมกับงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ด้วยการทำความเข้าใจในเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน พร้อมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานรับทราบและปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน

๓. จัดทำโครงการ/แผนปฏิบัติการรณรงค์ลดโลกร้อนด้วยการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืน และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (GREEN & CLEAN Hospital)

๔. รับการนิเทศชี้แจงเกณฑ์จากศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๑ เพื่อซักซ้อมความเข้าใจในการตรวจประเมินและบูรณาการงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง พัฒนาให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ผลสำเร็จของการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา จังหวัดฉะเชิงเทราสามารถดำเนินการได้เป็นไปตามเป้าหมาย คือ

๑. จังหวัดมีแผนงาน/โครงการ เพื่อใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

๒. ตรวจประเมินให้คำแนะนำแก่โรงพยาบาลให้สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยร่วมกับทีมประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)

๓. โรงพยาบาลทุกแห่งมีการประกาศนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital

๔. โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital

๕. โรงพยาบาลทุกแห่งมีแผนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital

๖. โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดกระบวนการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่บุคลากร, ผู้มารับบริการ,ญาติและเครือข่ายอื่นๆ

๗. โรงพยาบาลทุกแห่งมีการดำเนินการลดโลกร้อนด้วยกิจกรรม GREEN

๘. จังหวัดออกประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital

๙. สรุปผลการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital นำเสนอผู้บริหารพิจารณา

ตารางที่ ๔๕ โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital แต่ละระดับ รายโรงพยาบาล จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑

หน่วยบริการ	โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับ...	
	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑
รพศ.พุทธโสธร	พื้นฐาน	พื้นฐาน
รพช.บางคล้า	ดีมาก	ดีมาก
รพช.บางน้ำเปรี้ยว	พื้นฐาน	พื้นฐาน
รพช.บางปะกง	พื้นฐาน	ดี
รพช.บ้านโพธิ์	พื้นฐาน	ดี
รพช.พนมสารคาม	ดีมาก	ดีมาก
รพช.สนามชัยเขต	พื้นฐาน	ดี
รพช.แปลงยาว	พื้นฐาน	ดีมาก
รพช.ราชสาส์น	พื้นฐาน	ดี
รพช.ท่าตะเกียบ	พื้นฐาน	ดี
รพช.คลองเขื่อน	พื้นฐาน	พื้นฐาน

ตารางที่ ๔๖ จำนวนและอัตราของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

หน่วยบริการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม		
	ทั้งหมด	ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	
	(แห่ง)	แห่ง	ร้อยละ
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๒๑	๑๓	๖๑.๙๐
อำเภอบางคล้า	๘	๖	๗๕.๐๐
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๑๒	๗	๕๘.๓๓
อำเภอบางปะกง	๑๒	๖	๕๐.๐๐
อำเภอบ้านโพธิ์	๑๖	๙	๕๖.๒๕
อำเภอพนมสารคาม	๑๒	๑๒	๑๐๐.๐๐
อำเภอสนามชัยเขต	๑๔	๒	๔๖.๖๖
อำเภอแปลงยาว	๖	๗	๖๖.๖๖
อำเภอราชสาส์น	๒	๔	๑๐๐.๐๐
อำเภอท่าตะเกียบ	๙	๔	๕๐.๐๐
อำเภอคลองเขื่อน	๖	๐	๐
รวมจังหวัด	**๑๑๗**	**๗๐**	**๕๙.๘๒**

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/ มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดการเชื่อมโยงบูรณาการในทุกกลุ่มงาน ทำให้การตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานเป็นไปอย่างล่าช้า ขาดความเป็นเอกภาพ	- ได้ขอความร่วมมือให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรงและทำการรวบรวมผลการดำเนินงานของทุกกลุ่มงานให้อยู่ในจุดเดียวกัน

๑) การวิเคราะห์ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

สิ่งที่ดำเนินการได้ประสบผลสำเร็จส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามกระบวนการ GREEN ส่วนการดำเนินงานตามแนวทาง CLEAN ยังคงต้องพัฒนาให้มีความเข้มแข็งมากขึ้นต่อไป

๒) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการบรรลุเป้าหมายต่อความสำเร็จ

หลายหน่วยงาน ยังขาดงบประมาณในการปรับปรุงสภาพแวดล้อม หรือภูมิทัศน์ให้มีความสวยงามและเป็นระเบียบเรียบร้อย ซึ่งเจ้าหน้าที่บางรายถึงขนาดต้องกู้เงินสหกรณ์ หรือนำรถยนต์ส่วนตัวไปเข้าไฟแนนท์ เพื่อนำเงินมาพัฒนาโครงสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ผู้บริหารให้ความสำคัญและกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีของกระทรวง (PA) ที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจัง

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

การประสานงานที่ไม่เป็นทางการสามารถกระทำได้ เมื่อมีความจำเป็นเร่งด่วน แต่ขอให้จัดทำเป็นหนังสืออย่างเป็นทางการให้แก่จังหวัดด้วย เพื่อให้ผู้บริหารได้รับทราบหรือสั่งการต่อไป

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

ประเด็นหลักที่ ๔ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๘. จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่

หมวด :	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	๓. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	๒. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน)
ระดับการแสดงผล :	จังหวัด
ตัวชี้วัด :	๙. จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่
เกณฑ์เป้าหมาย :	- *ประเทศ : จำนวน ๓,๐๐๐,๐๐๐ คน (ไตรมาส ๑-๒ มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ ๓ ล้านคน ไตรมาส ๓-๔ คนสูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ๓ ล้านคน)* - จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๒ (จำนวน ๓๐,๘๙๔ คน)			
จำนวนผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปีเพื่อเร่งให้บรรลุเป้าหมายการลดอัตราการสูบบุหรี่ให้เหลือร้อยละ ๑๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘	**อำเภอ**	**จำนวน (คน)**	**อำเภอ**	**จำนวน (คน)**
	เมืองฉะเชิงเทรา	๕,๓๕๘	ราชสาส์น	๖๒๔
	บางคล้า	๒,๓๔๙	สนามชัยเขต	๒,๘๖๕
	บางน้ำเปรี้ยว	๓,๓๘๔	แปลงยาว	๒,๖๖๑
	บางปะกง	๓,๖๘๗	ท่าตะเกียบ	๒,๔๙๐
	บ้านโพธิ์	๒,๐๑๐	คลองเขื่อน	๘๙๗
	พนมสารคาม	๔,๐๒๙		

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	๑. อสม.สำรวจค้นหาผู้สูบบุหรี่ขอให้เข้าร่วมโครงการ (อสม. ๑ คนต่อผู้สูบบุหรี่ ๓ คน) ๒. อสม. ส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ ผ่านแบบ อสม. ๑ ให้ รพ.สต. เพื่อเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาและเจ้าหน้าที่รายงานผ่านระบบ HDC ๓. อสม. ติดตามและรายงานผลการเลิกสูบบุหรี่ทุกเดือนผ่านแบบ อสม. ๑ และเจ้าหน้าที่รายงานผ่านระบบ HD
แหล่งข้อมูล :	ระบบรายงาน Health Data Center (HDC) (https://hdcservice.moph.go.th/)
ระยะเวลาการประเมินผล :	- รายไตรมาส
เกณฑ์การประเมินผล :	- รอบ ๓ เดือน : มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ ๗,๕๘๘ คน (สะสม) - รอบ ๖ เดือน : มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ ๑๕,๑๗๖ คน (สะสม) - รอบ ๙ เดือน : คนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ๒๒,๗๖๔ คน (สะสม) - รอบ ๑๒ เดือน : คนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ๓๐,๓๕๒ คน (สะสม)
วิธีการประเมินผล :	๑. วิเคราะห์ขอมูลจากฐานข้อมูล แฟ้ม Special PP จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ประมวลผลทุก ๓๐ วัน (ทุกเดือน) ๒. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด</u> นายโฆษิต ชุมเกษียร นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๕๙๒๓ ๙๖๙๔ e-mail address : kositchum@gmail.com

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑

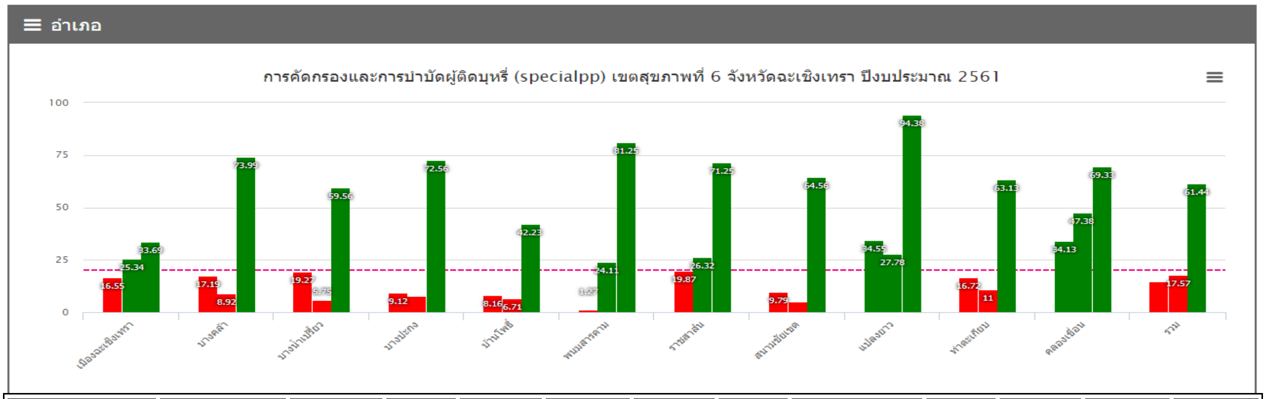
ประชาชนผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ ๓ ล้านคน (สะสม)

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

สถานการณ์การบริโภคยาสูบจังหวัดฉะเชิงเทรา จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๘ พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีอัตราการสูบ ร้อยละ ๑๘.๕๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ร้อยละ ๑๕.๙๐ มีอัตราลดลงร้อยละ ๒.๘๑ สถานที่พบเห็น/ ได้กลิ่น/ เห็นก้นบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ ซึ่งเป็นกลุ่มที่กฎหมายกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่และห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ดังกล่าว พบว่า สถานที่ต่อไปนี้ พบเห็นการสูบบุหรี่มาก คือ ตลาดสดหรือตลาดนัด ร้อยละ ๘๘.๗๒ ร้านอาหาร ๗๓.๗๒ บริการขนส่งสาธารณะ ร้อยละ ๖๐.๓๙ ศาสนสถาน ร้อยละ ๔๐.๒๓ อาคารสถานที่ราชการ ร้อยละ ๓๒.๒๙ สถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ ๒๕.๕๒ โรงเรียน/สถานศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษา ๑๔.๘๗ และอาคารมหาวิทยาลัย ร้อยละ ๕.๗๒

จังหวัดฉะเชิงเทรามีอัตราการบริโภคยาสูบตามข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้ติดบุหรี่ (special pp) อำเภอที่มีการคัดกรองและบำบัดสูงที่สุด คือ อำเภอแปลงยาว รองลงมา คือ อำเภอพนมสารคาม และอำเภอบางคล้า

ภาพที่ ๙ กราฟแสดงการคัดกรองและการบำบัดผู้ติดบุหรี่ (special pp) จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. ๒๕๖๑



อำเภอ	จำนวนประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ได้รับการคัดกรอง (๑B๕)	ร้อยละคัดกรอง	ผู้สูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว (๑B๕๑)	ไม่สูบบุหรี่ (๑B๕๒)	จำนวนผู้สูบบุหรี่ (๑B๕๐)	ร้อยละสูบบุหรี่	ได้รับการบำบัด (๑B๕๓+๑B๕๓๑+๑B๕๓๒)	ร้อยละบำบัด	เลิกบุหรี่ได้ ๑ เดือน (๑B๕๔๒)	เลิกบุหรี่ได้ ๓ เดือน (๑B๕๕๒)	เลิกบุหรี่ได้ ๖ เดือน (๑B๕๖๒)
เมืองฉะเชิงเทรา	๑๑๒,๐๕๑	๑๘,๕๔๙	๑๖.๕๕	๑,๖๓๗	๑๒,๒๑๑	๔,๗๐๑	๒๕.๓๔	๑,๕๘๔	๓๓.๖๙	๑๔๕	๒๙๐	๙
บางคล้า	๓๕,๖๐๐	๖,๑๑๘	๑๗.๑๙	๓๓๗	๕,๒๓๕	๕๔๖	๘.๙๒	๔๐๔	๗๓.๙๙	๑๓	๓	๑๓
บางน้ำเปรี้ยว	๖๕,๖๗๕	๑๒,๖๕๓	๑๙.๒๗	๕๕๙	๑๑,๓๖๗	๗๒๗	๕.๗๕	๔๓๓	๕๙.๕๖	๒	๒	๓
บางปะกง	๖๔,๐๐๔	๕,๘๓๔	๙.๑๒	๑๕๔	๕,๒๓๙	๔๔๑	๗.๕๖	๓๒๐	๗๒.๕๖	๑๔๑	๑	๐
บ้านโพธิ์	๓๗,๖๐๗	๓,๐๖๙	๘.๑๖	๓๓๑	๒,๕๓๒	๒๐๖	๖.๗๑	๘๗	๔๒.๒๓	๒	๒	๔
พนมสารคาม	๕๗,๔๐๔	๗๓๐	๑.๒๗	๑๙	๕๓๕	๑๗๖	๒๔.๑๑	๑๔๓	๘๑.๒๕	๐	๐	๔
ราชสาส์น	๙,๐๔๔	๑,๗๙๗	๑๙.๘๗	๒๓๘	๑,๐๘๖	๔๗๓	๒๖.๓๒	๓๓๗	๗๑.๒๕	๐	๔๕	๑๕๓
สนามชัยเขต	๔๒,๕๑๓	๔,๑๖๓	๙.๗๙	๑๕๑	๓,๘๐๖	๒๐๖	๔.๙๕	๑๓๓	๖๔.๕๖	๐	๐	๐
แปลงยาว	๓๒,๔๕๒	๑๑,๒๑๑	๓๔.๕๕	๗๓๓	๗,๓๖๔	๓,๑๑๔	๒๗.๗๘	๒,๙๓๙	๙๔.๓๘	๓๓๘	๒๒	๓๓๔
ท่าตะเกียบ	๒๔,๖๓๗	๔,๑๑๙	๑๖.๗๒	๑๖๘	๓,๔๙๘	๔๕๓	๑๑.๐๐	๒๘๖	๖๓.๑๓	๓๑	๒๗	๗๐
คลองเขื่อน	๙,๒๗๗	๓,๑๖๖	๓๔.๑๓	๗๖	๑,๕๙๐	๑,๕๐๐	๔๗.๓๘	๑,๐๔๐	๖๙.๓๓	๐	๑	๘๓๘

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

เป้าหมายการดำเนินงานโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน
รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๒

พื้นที่	จำนวน อสม. (คน)	เป้าหมายรายไตรมาส			
		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๑,๗๘๖	๑,๓๔๐	๒,๖๗๙	๔,๐๑๙	๕,๓๕๘
อำเภอบางคล้า	๗๘๓	๕๘๗	๑,๑๗๕	๑,๗๖๒	๒,๓๔๙
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๑,๑๒๘	๘๔๖	๑,๖๙๒	๒,๕๓๘	๓,๓๘๔
อำเภอบางปะกง	๑,๒๒๙	๙๒๒	๑,๘๔๔	๒,๗๖๕	๓,๖๘๗
อำเภอบ้านโพธิ์	๖๗๐	๕๐๓	๑,๐๐๕	๑,๕๐๘	๒,๐๑๐
อำเภอพนมสารคาม	๑,๓๔๓	๑,๐๐๗	๒,๐๑๕	๓,๐๒๒	๔,๐๒๙
อำเภอราชสาส์น	๒๐๘	๑๕๖	๓๑๒	๔๖๘	๖๒๔
อำเภอสนามชัยเขต	๙๕๕	๗๑๖	๑,๔๓๓	๒,๑๔๙	๒,๘๖๕
อำเภอแปลงยาว	๘๘๗	๖๖๕	๑,๓๓๑	๑,๙๙๖	๒,๖๖๑
อำเภอท่าตะเกียบ	๘๓๐	๖๒๓	๑,๒๔๕	๑,๘๖๘	๒,๔๙๐
อำเภอคลองเขื่อน	๒๙๙	๒๒๔	๔๔๙	๖๗๓	๘๙๗
รวมจังหวัด	**๑๐,๑๑๘**	**๗,๕๘๙**	**๑๕,๑๗๗**	**๒๒,๗๖๖**	**๓๐,๓๕๔**

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตารางที่ ๔๗ ผลการดำเนินงานโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	จำนวน อสม. (คน)	ผู้ที่สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการฯได้รับการบำบัดรักษา		
		เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา (ร้อยละ)
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๑,๗๘๖	๑,๓๔๐	๑,๕๘๔	๑๑๘
อำเภอบางคล้า	๗๘๓	๕๘๗	๔๐๔	๖๙
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๑,๑๒๘	๘๔๖	๔๓๓	๕๑
อำเภอบางปะกง	๑,๒๒๙	๙๒๒	๓๒๐	๓๕
อำเภอบ้านโพธิ์	๖๗๐	๕๐๓	๘๗	๑๗
อำเภอพนมสารคาม	๑,๓๔๓	๑,๐๐๗	๑๔๓	๑๔
อำเภอราชสาส์น	๒๐๘	๑๕๖	๓๓๗	๒๑๖
อำเภอสนามชัยเขต	๙๕๕	๗๑๖	๑๓๓	๑๙
อำเภอแปลงยาว	๘๘๗	๖๖๕	๒,๙๓๙	๔๔๒
อำเภอท่าตะเกียบ	๘๓๐	๖๒๓	๒๘๖	๔๖
อำเภอคลองเขื่อน	๒๙๙	๒๒๔	๑,๐๔๐	๔๖๔
รวมจังหวัด	**๑๐,๑๑๘**	**๗,๕๘๙**	**๗,๗๐๖**	**๑๐๒**

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๑

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

๑) การวิเคราะห์ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๒) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการบรรลุเป้าหมายต่อความสำเร็จ

ไม่มี

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

คณะที่ ๒

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

๑. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

๑.๑ รอยละของอำเภอผานเกณฑการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

๑.๒ ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

๑.๓ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว

๒. การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ

๒.๑ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

๓. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

๓.๑ Service Outcome

๓.๑.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละโรงพยาบาลที่มีระบบ AMR อย่างบูรณาการ

๓.๑.๒ ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate)

๓.๑.๓ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

๓.๑.๔ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล

๓.๑.๕ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล

๓.๑.๖ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< ๔ ml/min/๑.๗๓ m2/yr

๓.๑.๗ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

๓.๑.๘ ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๓. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (ต่อ)

๓.๒ Health Outcome

๓.๒.๑ อัตราตายของผูปวยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ไดรับการรักษาที่เหมาะสม

๓.๒.๑ ลดอัตราการเสียชีวิตจากสภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง

๓.๒.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

๔. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร

๔.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ใน รพ.ระดับ A,S,M1

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประเด็นและตัวชี้วัดการตรวจราชการที่มุ่งเน้น
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

คณะที่ ๒
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตามกรอบประเด็นการตรวจราชการของแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบด้วย ๔ ประเด็นหลัก ๑๖ ตัวชี้วัด ดังนี้

ประเด็นหลักที่ ๑ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

๑๐. (KPI8).รอยละของอำเภอผานเกณฑการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ *(ร้อยละ ๖๐)*

๑๑. (KPI13) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) *(เป้าหมายกำหนดให้ PCC ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ยอดสะสมร้อยละ 36)/ (PCC เป้าหมายกำหนดรายเขต)*

๑๒. (KPI47) รอยละของ รพ.สต.ที่ผานเกณฑการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว *(เป้าหมาย รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐ และระดับ ๕ ดาวสะสม ร้อยละ ๖๐)*

ประเด็นหลักที่ ๒ การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ

๑๓. (KPI16) อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ *(≥ร้อยละ ๘๕)*

ประเด็นหลักที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ : ๓.๑ Service Outcome

- สาขา RDU/ AMR

๑๔. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๑๔.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ***(RDU ขั้น ๑ ≥๙๕%, RDU ขั้น ๒ ≥ ๒๐%)***

๑๔.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาตานจุลชีพอยางบูรณาการ (AMR)

(> รอยละ ๒๐ ของ รพศ./ รพท. มีระบบการจัดการ AMR อยางบูรณาการ (intermediate))

- สาขายาเสพติด

๑๕.๑ (KPI33) ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate) *(ร้อยละ ๒๐)*

๑๕.๒ (KPI34) ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (๓ mouths Remission rate) *(ร้อยละ ๔๐)*

- สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๑๖. (KPI24) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ *(≤ ๖.๓ ตอประชากรแสนคน)*

ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและได้รับการดูแลที่เหมาะสม

๑๖.๑ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหน่วยบริการต่อเนื่อง อย่างน้อย ๖ เดือน *(> ร้อยละ ๙๐)*

๑๖.๒ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน) *(≥ ร้อยละ ๙๐)*

๑๖.๓ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

๑๖.๔. ผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

- สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๑๗. (KPI32) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล *(>๐.๘ : ๑๐๐ ผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. A,S)*

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

- <u>สาขาโรคไต</u>

๑๙. (KPI30) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓m^2/yr *(ร้อยละ ๖๖)*

- <u>สาขาศัลยกรรม</u>

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

- <u>สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน</u>

๒๑. (KPI22) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก *(ร้อยละ ๑๘.๕)*

<u>ประเด็นหลักที่ ๓</u> การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ : ๓.๒ Health Outcome

- <u>สาขาโรคหลอดเลือดสมอง</u>

๒๒. (KPI15) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ไดรับการรักษาที่เหมาะสม

<u>อัตราตายของผูป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</u>

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

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

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

<u>การรักษาใน Stroke Unit</u>

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

<u>ระยะเวลาที่ไดรับการรักษาที่เหมาะสม</u>

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

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

- <u>สาขาอายุรกรรม</u>

๒๓. (KPI25) ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง(community-acquired Sepsis) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน รพ.

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

๒๓.๒ อัตราการเจาะ H/C กอนให Antibiotic *(≥ ร้อยละ ๙๐)*

๒๓.๓ อัตราการไดรับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.(นับจากเวลาที่ไดรับการวินิจฉัย) *(≥ร้อยละ ๙๐)*

๒๓.๔ อัตราการไดรับ IV30 ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไมมีขอหาม) *(≥ ร้อยละ ๙๐)*

๒๓.๕ อัตราที่ผูปวยไดรับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม. *(≥ร้อยละ ๓๐)*

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

- <u>สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด</u>

๒๔.๑ (KPI28) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ *(๒๖ ตอแสนประชากร)*

๒๔.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล *(≤ ร้อยละ ๑๐)*

ประเด็นหลักที่ ๔ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร

- สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๒๕. (KPI37) อัตราเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triagel level 1) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงใน รพ.ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) เกณฑ์ *(ร้อยละ ๑๒)*

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเขาถึงบริการ definite care

๒๕.๑ อัตราของผูปวย trauma triage level 1 และมีข้อบงชี้ในการผาตัดในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 สามารถเขาหองผาตัดไดภายใน ๖๐ นาที *(ไมต่ำกวารอยละ ๘๐)*

๒๕.๒ อัตราของผูปวย triage level ๑, ๒ อยูในห้องฉุกเฉิน <๒ ชม. ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 *(ไม่ต่ำกวารอยละ ๖๐)*

ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง

๒๕.๓ อัตราตายของผูปวย PS score >๐.๗๕ ในโรงพยาบาลทุกระดับ และไดรับการทำ root cause analysis *(ไมต่ำกวารอยละ ๑๐๐)*

๒๕.๔ อัตราตายผูปวยบาดเจ็บรุนแรงตอสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) *(ไมเกินรอยละ ๔๕)*

เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทยฉุกเฉิน

๒๕.๕ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผานเกณฑประเมินคุณภาพ *(ไม่ต่ำกวาร้อยละ ๘๐)*

๒๕.๖ อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผานเกณฑประเมิน ECS คุณภาพ *(ไมต่ำกว่าร้อยละ ๘๐)*

ตารางที่ ๔๘ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

ลำดับ	รหัส KPI	ประเด็นเน้นหนัก				ตัวชี้วัด/เกณฑ์	การดำเนินงาน		
		๑	๒	๓	๔		เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
๑.	๘	๑	-	๑๐	-	รอยละของอำเภอผานเกณฑการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ***(ร้อยละ ๖๐)***	๑๑ แห่ง	***อยู่ระหว่างดำเนินการ***	
๒.	๑๓	๒	-	๑๑	-	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) ***(PCC ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ยอดสะสม ร้อยละ ๓๖) (เป้าหมายกำหนดรายเขต)***	๑๔ แห่ง	***อยู่ระหว่างการทบทวนแผนการจัดตั้ง***	
๓.	๔๗	๓-	-	๑๒	-	รอยละของ รพ.สต.ที่ผานเกณฑการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ***(เป้าหมาย รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐ และระดับ ๕ ดาวสะสม ร้อยละ ๖๐)***			
						- ระดับ ๓ ดาว	๑๑๗ แห่ง	๑๑๗ แห่ง	**ร้อยละ** ๑๐๐
						- ระดับ ๕ ดาวสะสม	๑๑๗ แห่ง	๗๐ แห่ง	**ร้อยละ ๕๙.๘๒**
๔.	๑๖	๔	-	๑๓	-	อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค-ปอดรายใหม่ ***(>ร้อยละ ๘๕)***	๑๖๗ คน	***ประเมินผลไตรมาสที่ ๔***	

ลำดับ	รหัส KPI	ประเด็นเน้นหนัก				ตัวชี้วัด/เกณฑ์	การดำเนินงาน		
		๑	๒	๓	๔		เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
๕	๑๗	๕	-	๑๔	-	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล			
				๑๔.๑		ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล *(RDU ขั้น ๑≥๙๕%, RDU ขั้น ๒≥ ๒๐%)*			
						- RDU ขั้น ๑	๑๑ แห่ง	๑๑ แห่ง	ร้อยละ ๑๐๐
						- RDU ขั้น ๒	๑๑ แห่ง	๓ แห่ง	ร้อยละ ๒๗.๒๗
	๑๘	-		๑๔.๒		ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) *(≥ ร้อยละ ๒๐ ของ รพศ./ รพท. มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate))*	๑ แห่ง	๑ แห่ง	ร้อยละ ๑๐๐
๖.	๓๓	-	๗	๑๕.๑	-	ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate) *(ร้อยละ ๒๐)*	๑๘๔ คน	๕๙ คน	ร้อยละ ๓๒.๐๗
	๓๔			-	๑๕.๒	ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (๓ mouths Remission rate) *(ร้อยละ ๔๐)*	๒๒๐ คน	๘๑ คน	ร้อยละ ๓๖.๘๒
๗.	๒๔	-	-	๑๖	-	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ *(≤ ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน)*	๗๐๓,๙๖๘ คน	๕ คน	๐.๗๑ ต่อ ปชก. แสนคน
				-	๑๖.๑	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหน่วยบริการต่อเนื่อง อย่างน้อย ๖ เดือน *(> ร้อยละ ๙๐)*	- คน	- คน	ร้อยละ -
				-	๑๖.๒	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน) *(≥ ร้อยละ ๙๐)*	๑๓ คน	๑๒ คน	ร้อยละ ๙๒.๐๑
				-	๑๖.๓	ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ***เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา***	๔,๖๒๖ คน	๘๘๐ คน	ร้อยละ ๑๙.๐๒
				-	๑๖.๔	ผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ***เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา***	- คน	- คน	ร้อยละ -
๘.	๓๒	๑	-	๑๗	-	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล *(>๐.๘:๑๐๐ผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. A,S)*	๒,๐๐๓ คน	๒ คน	ร้อยละ ๐.๑๐
๙.	-	-	-	๑๘	-	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล *(> ๑.๓ :๑๐๐ ผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. A,S)*	๒,๐๐๓ คน	๑ คน	ร้อยละ ๐.๐๕
๑๐.	๓๐	-	-	๑๙	-	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ml/min/๑.๗๓ m^2/y *(ร้อยละ ๖๖)*	๒๓๒ คน	๑๐๖ คน	ร้อยละ ๕๔.๓๑

ลำดับ	รหัส KPI	ประเด็นเน้นหนัก				ตัวชี้วัด/เกณฑ์	การดำเนินงาน		
		๑	๒	๓	๔		เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
๑๑.	๓๖	-	-	๒๐	-	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ***(ร้อยละ ๒๐)***	๑๑๖ คน	๓๔ คน	ร้อยละ ๒๙.๓๑
๑๒.	๒๒	-	-	๒๑	-	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟู สภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ***(ร้อยละ ๑๘.๕)***	๒๘๕,๘๖๒ คน	๖๕,๒๑๗ คน	ร้อยละ ๒๒.๘๑
๑๓.	๑๕	-	๔	๒๒	-	อัตราตายของผูป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ไดรับการรักษาที่เหมาะสม			
				-	๒๒.๑	<u>อัตราตายของผูปวยโรคหลอดเลือดสมอง</u> อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke : I63) ***(<ร้อยละ ๕)***	๑๕๗ คน	๑๑ คน	***<u>ร้อยละ ๗.๐๑</u>***
				-	๒๒.๒	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) ***(<ร้อยละ ๒๕)***	๖๔ คน	๑๓ คน	ร้อยละ ๒๐.๓๑
				๒๒.๓		อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) ***(< ร้อยละ ๗)***	๒๗๑ คน	๒๕ คน	***<u>ร้อยละ ๙.๒๓</u>***
				-	๒๒.๔	<u>ระยะเวลาที่ไดรับการรักษาที่เหมาะสม</u> ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชม.ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ระยะเวลาที่ไดรับการรักษาที่เหมาะสม ***(≥ ร้อยละ ๔๐)***			
				-	๒๒.๕	<u>การรักษาใน Stroke Unit</u> ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) ***(≥ ร้อยละ ๕๐)***			
				-	๒๒.๖	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) ***(≥ ร้อยละ ๖๐)***			
๑๔.	๒๕	-	๕	๒๓	-	ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (community-acquired Sepsis) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน รพ.			
				๒๓.๑	-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired Sepsis) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน รพ. ***(<ร้อยละ ๓๐)***	๑๗๙ คน	๖๘ คน	***<u>ร้อยละ ๓๗.๙๗</u>***
				-	๒๓.๒	อัตราการเจาะ H/C กอนให Antibiotic ***(≥ ร้อยละ ๙๐)***			
				-	๒๓.๓	อัตราการไดรับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.(นับจากเวลาที่ไดรับการวินิจฉัย)***(≥ร้อยละ ๙๐)***			

ลำดับ	รหัส KPI	ประเด็นเน้นหนัก				ตัวชี้วัด/เกณฑ์	การดำเนินงาน		
		๑	๒	๓	๔		เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
๑๔. (ต่อ)	๒๕ (ต่อ)	-	-	-	๒๓.๔	อัตราการไดรับ IV30 ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไมมีขอหาม) (≥ ***ร้อยละ ๙๐)***			
				-	๒๓.๕	อัตราที่ผูปวยไดรับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม ***(≥ร้อยละ ๓๐)***			
				-	๒๓.๖	มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ใน รพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)			
๑๕.	๒๘	-	-	๒๔.๑	-	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ***(๒๖ ต่อแสนประชากร)***	- คน	- คน	๐.๐๐ ต่อแสน ปชก.
				-	๒๔.๒	ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ***(≤ร้อยละ ๑๐)***			
๑๖.	๓๗	-	๖	๒๕	-	อัตราเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triagel level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงใน รพ.ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) เกณฑ์ ***(ร้อยละ ๑๒)***	๖๐๑ คน	๕ คน	**ร้อยละ ๐.๘๓**
				-	๒๕.๑	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเขาถึงบริการ definite care อัตราของผูปวย trauma triage level ๑ และมีขอบงชี้ในการผาตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเขาหองผาตัดได ภายใน ๖๐ นาที ***(ไมต่ำกวารอยละ ๘๐)***			
				-	๒๕.๒	อัตราของผูปวย triage level ๑, ๒ อยูในหองฉุกเฉิน <๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ***(ไมต่ำกวารอยละ ๖๐)***			
				-	๒๕.๓	ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง อัตราตายของผูปวย PS score > ๐.๗๕ ในโรงพยาบาลทุกระดับ และไดรับการทำ root cause analysis ***(ไม่ต่ำกว่ารอยละ ๑๐๐)***			
				-	๒๕.๔	อัตราตายผูปวยบาดเจ็บรุนแรงตอสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1–S 06.9) ***(ไมเกินรอยละ ๔๕)***			
		-		-	๒๕.๕	เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทยฉุกเฉิน อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผานเกณฑประเมินคุณภาพ ***(ไม่ต่ำกวารอยละ ๘๐)***			
				-	๒๕.๖	อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผานเกณฑประเมิน ECS คุณภาพ ***(ไมต่ำกวารอยละ ๘๐)***			

<u>หมายเหตุ</u>

๑. ช่องลำดับ หมายถึง จำนวนตัวชี้วัดรายคณะตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานฯ ปี ๒๕๖๒

๒. ช่องรหัส KPI หมายถึง รหัสตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๒

๓. ช่องประเด็นเน้นหนัก ๑ – ๔ หมายถึง

- ช่อง ๑ : รหัสตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของปลัดกระทรวงสาธารณสุข (๕ ตัวชี้วัด)
- ช่อง ๒ : รหัสตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการฯ (๔ ตัวชี้วัด)
- ช่อง ๓ : รหัสตัวชี้วัดการตรวจราชการฯ (๑๖ ตัวชี้วัด)
- ช่อง ๔ : รหัสตัวชี้วัดรอง

<u>ประเด็นหลัก ๔</u>. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๑๐. (KPI8) รอยละของอำเภอผานเกณฑการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

หมวด :	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่ :	๑ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ระดับการวัดผล :	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด :	๑๐. (KPI๑๓) รอยละของอำเภอผานเกณฑการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย :	ร้อยละ ๖๐
ระยะเวลาการประเมินผล :	ไตรมาส ๓ และ ๔
วิธีการประเมินผล :	๑. มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อยางนอย ๒ ประเด็น ๒. มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และหรือการบริหารจัดการทรัพยากร ของทุกภาคสวนที่เกี่ยวของในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ๓. มีการประเมินประเด็นปญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองคประกอบ UCCARE และมีผลลัพธการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่ง ระดับทุกขอหรือตั้งแตระดับสามขึ้นไปทุกขอ โดยการประเมินตนเองและผูเยี่ยมระดับ จังหวัดและเขต รอยละ ๖๐

เกณฑ์การประเมินผล :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มีการประชุม คัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแกไขปญหา อยางนอย ๒ ประเด็น	- มีคณะทำงานวางแผนกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด - มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคสวนที่ เกี่ยวของในการขับเคลื่อน ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต	มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวทาง UCCARE โดยการประเมิน ตนเองและผูเยี่ยมระดับจังหวัดและเขต	อำเภอมีการดำเนินการ และ ผานเกณฑการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิต รอยละ ๖๐

เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</u> นางพิชิดา ตัญญูบุตร พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๙๘๓ ๐๕๓๕ e-mail address : pichida3n@gmail.com

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑

มีการขับเคลื่อนประเด็นการ พัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น ครบทุกอำเภอ

๑. มีการกำหนดประเด็น การพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น

๒. มีคณะทำงานในการ ขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด หรือมีการบริหาร จัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการ ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยในปี ๒๕๕๙ ดำเนินการนำร่อง ๒ อำเภอ ได้แก่ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว และอำเภอบ้านโพธิ์ และในปี ๒๕๖๐ ได้ขยายการดำเนินงานอีก ๑ อำเภอ คือ อำเภอพนมสารคาม ในปี ๒๕๖๑ ได้ดำเนินการครอบคลุมทั้ง ๑๑ อำเภอ ในจังหวัดฉะเชิงเทรา

ทั้งนี้ ระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ เป็นการพัฒนาระบบบริการที่ส่งเสริมให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายสามารถดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System DHS) ซึ่งเป็นระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการกับภาคีเครือข่าย เน้นเป้าหมาย ผ่านกระบวนการชื่นชม และจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละสถานที่ หลักคิดของระบบ สุขภาพระดับอำเภอ ต้องการให้เกิดภาพของการรับรู้และการร่วมสร้างสุขภาวะที่ดีของประชาชนในอำเภอ ให้ดีขึ้น เกิดสมดุลด้วยทีมสุขภาพที่เป็นทีมเดียวกัน โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีการร่วมรับรู้และทำงาน เพื่อการตอบสนองต่อสุขภาวะและสภาวะที่เปลี่ยนแปลงในชุมชนตลอดเวลา ซึ่งอาจจะเป็นด้านที่ต้องอาศัยความชำนาญคือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ต้องร่วมมือหรือเป็นส่วนสนับสนุนกับเครือข่ายอื่นๆ

เพื่อให้เกิดการดูแลกันและกันของประชาชนในชุมชน ที่เป็นกลไกการทำงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ซึ่งได้นำรูปแบบ “ประชารัฐ” เข้ามาดำเนินการโดยมีภาคีเครือข่าย ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคท้องถิ่น ตลอดจนโรงเรียนหรือวัดและภาคส่วนอื่นๆ ในการมีส่วนร่วม สนับสนุนกระบวนการสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดีของประชาชนร่วมกัน ซึ่งไม่จำกัดเพียงแต่เฉพาะมิติด้าน การรักษาโรคเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังสามารถส่งเสริมการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวการณ์นำร่วมกันโดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การเสริมสร้างให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบต่อไป ซึ่งจังหวัดฉะเชิงเทราได้ดำเนินการในส่วนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างมีคุณภาพต่อไป

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

กระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ ได้แก่

๑. การวางแผนงาน : โดยการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาว และการดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster PCC) รวมทั้ง มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและโครงการ เพื่อสอดรับกับยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

๒. การจัดองค์กร : มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิ ระดับอำเภอปี ๒๕๖๑ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา และในปี ๒๕๖๒ มีแผนการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิระดับจังหวัด เพื่อร่วมกำหนดทิศทางและวางแผนการพัฒนาคุณภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)

๓. การนำ : มีการประชุมรับทราบนโยบายการดำเนินงานการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และมีการถ่ายทอดนโยบายสู่ทีมนำในระดับอำเภอรวมไปถึงผู้ปฏิบัติในระดับอำเภอและพื้นที่ ผ่านการนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ ๑/ ๒๕๖๑ สสจ.ฉะเชิงเทรา การทำ MOU รวมไปถึงการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๔. การควบคุม : มีการควบคุมการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิ ระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๑ และการรายงานผลการดำเนินงานในระบบข้อมูลทั้งในระดับกระทรวง ระดับเขต และ จังหวัด (Cockpit /HDC) นอกจากนี้ แล้ว มีการควบคุมกำกับติดตามการดำเนินงาน เพื่อติดตามระดับความสำเร็จของการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้มีคุณภาพ ร่วมกับการติดตามการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ติดดาว

แผนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๒

ขั้นที่	แผนการดำเนินงาน
๑	จังหวัดรับทราบนโยบายการดำเนินงานจากส่วนกลาง/ เขตสุขภาพที่ ๖
๒	แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิ ระดับจังหวัดและทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิระดับอำเภอ ปี ๒๕๖๒
๓	สื่อสารทิศทาง นโยบายสู่ระดับอำเภอ
๔	จัดทำแผนงาน/โครงการรองรับการพัฒนาคุณภาพ พชอ. ปี ๒๕๖๒
๕	ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิ ระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๒
๖	ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมเลขา พชอ. (จัดโดย ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี)
๗	ทีมนิเทศจังหวัดเข้าร่วมติดตามการดำเนินงานของ พชอ.ในแต่ละอำเภอ
๘	สรุปบทเรียนการดำเนินงานของ พชอ. และวางแผนการดำเนินงานปี ๒๕๖๓

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

มาตรการสำคัญในการดำเนินงาน

มาตรการที่ ๑ ด้านการบริหาร

๑. กำหนดเป็นนโยบายจังหวัดและสื่อสารนโยบายสู่อำเภอ

๒. จัดทำ MOU กับอำเภอ

๓. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิ ระดับจังหวัด

๔. ให้ทุกอำเภอทบทวนและร่วมกำหนดกระบวนการสรรหาบุคลากร เพื่อจัดทำคำสั่งแต่งตั้ง พชอ. และเสนอนายอำเภอลงนาม

๕. สนับสนุนงบประมาณประชุมคณะกรรมการ พชอ. ในทุกอำเภอ (๓๐,๐๐๐ บาท/อำเภอ)

มาตรการที่ ๒ ด้านการสนับสนุน

๑. สนับสนุนข้อมูลวิชาการ เพื่อการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของพื้นที่

๒. สนับสนุนทรัพยากรการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๓. นิเทศติดตามการดำเนินงานของ พชอ.

มาตรการที่ ๓ ด้านการกำกับติดตามและประเมินผล

๑. กำกับติดตามการประเมินผลการดำเนินงานของ พชอ.โดยทีมประเมินระดับจังหวัด

๒. ติดตามการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิจังหวัด ร่วมประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในทุกอำเภอ เพื่อติดตามการดำเนินงาน

๓. ดำเนินงานการแก้ไขปัญหาตามประเด็นอย่างน้อย 2 ประเด็น ของแต่ละอำเภอ

๔. ประชุมสรุปถอดบทเรียนการดำเนินงาน พชอ. ในทุกอำเภอและสรุปเป็นภาพรวมของจังหวัด

ตารางที่ ๔๙ ผลการดำเนินงานการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปี ๒๕๖๒

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	๑ ต.ค. - ๓๑ ธ.ค. ๒๕๖๑		
					ค่าเป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ร้อยละ ๖๐	๑๘.๑๘ (๒ อำเภอ)	๒๗.๒๗ (๓ อำเภอ)	๑๐๐	๑๑ อำเภอ	-	-

หมายเหตุ : มีการทบทวนคำสั่งการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและอยู่ในระหว่างดำเนินการประชุมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาพื้นที

รายงานการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑
ด้านระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS)

รายชื่ออำเภอ	การร่วมกันแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของพื้นที่ตามบริบท ๒ เรื่อง /อำเภอ (ระบุชื่อเรื่อง การพัฒนา/แก้ไขปัญหา พชอ.)	ระดับพัฒนา UCARE ในภาพรวม (ระบุระดับ)						ผ่าน/ไม่ผ่าน (รอบ ๒)
		Unity Team	Customer Focus	Community participation	.Appreciation	Resource sharing and human development	Essential care	
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๑.ผู้สูงอายุยืนยาว	๔	๔	๔	๔	๔	๔	ผ่าน
	๒.CKD	๔	๔	๔	๓	๓	๔	ผ่าน
อำเภอบางคล้า	๑.การดูแลกลุ่มติดเตียง	๔	๔	๔	๔	๔	๔	ผ่าน
อำเภอบ้านโพธิ์	๑.การป้องกันพิษสุนัขบ้า	๔	๔	๔	๔	๕	๕	ผ่าน
	๒.การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	๔	๔	๔	๔	๕	๕	ผ่าน
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๑.การดูแลกลุ่มติดเตียง พิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้ป่วยระยะสุดท้าย	๕	๓	๓	๔	๔	๕	ผ่าน
	๒.อุบัติเหตุ	๕	๓	๓	๔	๔	๕	ผ่าน
อำเภอพนมสารคาม	๑ การแก้ไขปัญหาไข้เลือดออก	๕	๕	๕	๕	๕	๕	ผ่าน
	๒..กลุ่มผู้สูงอายุ	๕	๕	๕	๕	๕	๕	ผ่าน
อำเภอบางปะกง	๑.ควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าใน อ.บางปะกง	๓.๕	๓	๓.๕	๓.๕	๔	๓	ผ่าน
	๒.ปัญหาสิ่งแวดล้อม และขยะชุมชน	๓	๓	๓	๓.๕	๔	๓	ผ่าน
อำเภอแปลงยาว	๑ไข้เลือดออก	๓	๓	๓	๓	๓	๓	ผ่าน
	๒โรคพิษสุนัขบ้า	๓	๓	๓	๓	๓	๓	ผ่าน
อำเภอท่าตะเกียบ	๑.ควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าใน อ.ท่าตะเกียบ	๓	๓	๓	๔	๔	๓	ผ่าน
	๒.ปัญหาอุบัติเหตุการจราจรบนท้องถนน	๔	๓	๔	๓	๓	๓	ผ่าน
อำเภอสนามชัยเขต	๑.การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	๓	๓	๔	๓	๔	๓	ผ่าน
	๒.โรคติดต่อ/โรคระบาด	๓	๓	๓	๓	๓	๓	ผ่าน
	๓.ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและอาหารปลอดภัย	๓	๓	๓	๓	๓	๓	ผ่าน
อำเภอคลองเขื่อน	๑. การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	๔	๓	๔	๓	๔	๓	ผ่าน
	๒.การป้องกันอุบัติเหตุ	๔	๔	๔	๓	๓	๓	ผ่าน
	๓.อาหารปลอดภัย	๔	๓	๓	๓	๓	๓	ผ่าน
	๔.การจัดการสิ่งแวดล้อม	๔	๓	๓	๓	๓	๓	ผ่าน

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/ มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
๑. ปัญหาสำคัญตามบริบทของแต่ละพื้นที่มีความหลากหลายและมีความซับซ้อนในหลายมิติ	- การพิจารณาประเด็นปัญหาของแต่ละพื้นที่ เพื่อจัดลำดับความสำคัญจึงต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการที่ถูกต้องเป็นปัจจุบันและสามารถนำมาใช้ได้ เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้พิจารณาร่วมกัน
๒. การคัดเลือกประเด็นปัญหาส่วนใหญ่เป็นประเด็นทางด้านสาธารณสุข (ความเจ็บป่วย)แต่ละกรมกองนำประเด็นที่รับผิดชอบมาเป็นตัวชี้วัดและให้ใช้การขับเคลื่อนโดยพชอ.	- ชี้แจงวัตถุประสงค์และทิศทางการดำเนินงานของ พชอ. ในการคัดเลือกประเด็นโดยยึดตมหลักเกณฑ์ ๗ ประเด็น คือ ๑. โครงการพระราชดำริและหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ๒. โครงการพระราชดำริ ในสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร รัชกาลที่ ๑๐ เช่น โครงการจิตอาสาพระราชทานตามแนวพระราชดำริ “เราทำความดี ด้วยหัวใจ” ๓. โครงการในพระบรมวงศานุวงศ์ ๔. การดูแล เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้เปราะบาง ๕. การสนับสนุนขับเคลื่อนโครงการไทยนิยม ยั่งยืน ๖. การป้องกัน อุบัติภัยทางถนน ๗. การพัฒนาและแก้ปัญหาตามบริบทพื้นที่
๒. การประสานงานกับหน่วยงานภายนอกรวมไปถึงภาคเอกชนและภาคประชาชนยังขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน	๑. สนับสนุนการอบรมพัฒนาทักษะทีม พชอ. เพื่อให้สามารถบูรณาการการทำงานร่วมกันทั้งในส่วนของภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๒. การมอบภารกิจทั้งในส่วนของเจ้าภาพหลัก เจ้าภาพรองและเจ้าภาพสนับสนุนในการแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญตามบริบทของพื้นที่ในแต่ละประเด็น

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ วางแผน แก้ไข และสรุปประเมินผลการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของทุกภาคส่วนของแต่ละพื้นที่

- ความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของในพื้นที่และการเปิดใจรับฟังปัญหา

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

การสนับสนุนการกำกับติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตน่าจะเป็นการติดตามแบบบูรณาการจากทางมหาดไทย สาธารณสุข เป็นต้น หรือมีทีมนิเทศที่สามารถให้ข้อเสนอแนะที่นำไปพัฒนาต่อยอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- การบูรณาการการแก้ไขปัญหาและเฝ้าระวังผลกระทบต่อการลักลอบทิ้งขยะพิษ ของอำเภอพนมสารคาม ปี ๒๕๖๐
- การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของอำเภอบางน้ำเปรี้ยว และอำเภอบ้านโพธิ์
- การบูรณาการการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุของอำเภอสนามชัยเขต ปี ๒๕๖๑

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ ของทีมตรวจราชการ	ผลการดำเนินการ ตามข้อสั่งการ/ ข้อเสนอแนะ
ควรสนับสนุนชุมชนให้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนประเด็นปัญหายังเน้นการดำเนินงานในส่วนราชการ	- ชี้แจงพื้นที่ ให้นำผลจากการดำเนินการประชาคมทุกหมู่บ้านจากโครงการสาธารณสุข ๑๐๐ ปี หมออนามัยห่วงใยประชาชน และนำประเด็นที่ได้จากโครงการไทยนิยมยั่งยืน มานำเสนอประกอบในการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแต่ละอำเภอ

ประเด็นหลัก ๑ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : สาขาปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๑๑. (KPI13) รอยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

หมวด :	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๕. การพัฒนาระบบการแพทยปฐมภูมิ
โครงการที่ :	๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทยปฐมภูมิ
ระดับการแสดงผล :	เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด :	๑๑. (KPI13) รอยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
เกณฑ์เป้าหมาย :	รอยละ ๑๘ (๑,๑๗๐ ทีม) (เปาหมายสะสม) เปาหมายดำเนินการ ในป ๒๕๖๑ จำนวน ๘๐๖ ทีม
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	ระบบลงทะเบียน
ระยะเวลาประเมินผล :	ไตรมาส ๒ และ ๔
เกณฑ์การประเมินผล :	- ไตรมาส ๒ ทีมใหม่ ร้อยละ ๕๐ - ไตรมาส ๔ ทีมสะสม ๑,๑๗๐ ทีม
วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</u> นางพิชิดา ตัญญูบุตร พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๙๘๓ ๐๕๓๕ e-mail address : pichida3n@gmail.com

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑</u>

จำนวนคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการ

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีประชากรทั้งสิ้น ๖๙๔,๖๙๐ คน แบ่งการปกครอง ๑๑ อำเภอ มีศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ๒ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๑๘ แห่ง การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ จำนวนที่เปิด ๑๔ ทีม (ข้อมูลการขึ้นทะเบียน PCC) สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกหมอครอบครัว โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

ทีมคลินิกหมอครอบครัว	เปิดดำเนินการ ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑		ระบุข้อที่ไม่ผ่าน
	ลงทะเบียน	ผ่านเกณฑ์	
ศสม.วัดโสธรวราราม (๑)	√	√	
ศสม.วัดโสธรวราราม (๒)	√	√	
รพ.สต.บางพระ (บางพระ+โสธร)	√	√	
รพ.สต.บางวัว	√	√	
รพสต.หนองแหน	√	√	
รพ.สต.เทพราช	√	√	
ศสม.วัดจีนประชาสโมสร (๑)	√	√	
ศสม.วัดจีนประชาสโมสร (๒)	√	√	
รพสต.คลองอุดมชลจร	√	√	
รพสต.บ้านต้นนา	√	√	
รพสต.เขาหินซ้อน	√	√	
รพสต.ลาดกระทิง	√	√	
ศสช.คู้ยายหมี	√	√	
รพ.สต.สระไม้แดง	√	√	

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (3S)

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ผลการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี ๒๕๖๒

- จำนวนคลินิกหมอครอบครัวทั้งหมด (ตามแผน ปี ๒๕๖๒) ๒ แห่ง ที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ๑ ทีม และอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ๑ ทีม

ผลการดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี ๒๕๖๒ อยู่ระหว่างการทบทวนแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว และการประเมินตนเองตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว 3 S จังหวัดฉะเชิงเทรามีการดำเนินงาน ดังนี้

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
- ทบทวนการดำเนินงานตามเกณฑ์ 3 S - ประชุมเชิงปฏิบัติการการการพัฒนาคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว และเตรียมความพร้อมคลินิกหมอครอบครัวที่จะเปิดดำเนินการ ปี ๒๕๖๒ - ทบทวนแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (แผน ๑๐ ปี)	- คลินิกหมอครอบครัวที่ขึ้นทะเบียน ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ และทีมที่จะเปิดดำเนินการ ปี ๒๕๖๒ ประเมินตนเองตามเกณฑ์ 3S - ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว ปี ๒๕๖๒ - เยี่ยมเสริมพลังคลินิกหมอครอบครัวที่ขึ้นทะเบียน ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ และทีมที่จะเปิดดำเนินการ ปี ๒๕๖๒ - ศึกษาดูงานการใช้โปรแกรม PCC Link และพัฒนานำมาปรับใช้กับคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการแล้ว - พัฒนาทีมหมอครอบครัวต้นแบบ โดยส่งอบรมหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ	- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ประเมินคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวที่ขึ้นทะเบียน ปี ๒๕๖๒	- สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน

สถาบันการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหลักสูตร In-service training และ formal training

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีโรงพยาบาลพุทธโสธร เป็นสถาบันหลักในการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหลักสูตร In-service training และ formal training ในจังหวัดฉะเชิงเทรา (ศสม. วัดโสธรวราราม ศสม.วัดจีนประชาสโมสร รพ.พนมสารคาม และ รพ.สนามชัยเขต) และจังหวัดปราจีนบุรี(กบินทร์บุรี) และมีสถาบันการศึกษา ได้แก่ คณะแพทย์ศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ร่วมเป็นสถาบันหลักในการผลิต ให้กับจังหวัดฉะเชิงเทรา (รพ.บางปะกง)

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

๑) การวิเคราะห์ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/ มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
๑. ขาดแพทย์ที่จะเรียนต่อเวชศาสตร์ครอบครัว และอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว ระยะสั้น	- สนับสนุน ประชาสัมพันธ์ สร้างแรงจูงใจแพทย์ที่จะไปเรียนต่อเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวหรืออบรมระยะสั้น
๒. ในโรงพยาบาลแม่ข่ายมีแพทย์ปฏิบัติงานไม่เพียงพอทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่สามารถออกมาดำเนินงานที่คลินิกหมอครอบครัวได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	- ปรับระบบการให้บริการโดยใช้เป็นระบบการให้คำปรึกษาและให้บริการเชิงรับให้กับกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบที่รพ.แม่ข่าย

๒) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการบรรลุเป้าหมายต่อความสำเร็จ

- จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ (ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย นักกายภาพ เป็นต้น) ไม่เพียงพอต่อการเปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว

- แพทย์ที่อบรม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหลักสูตร In-service training และ formal training ของฉะเชิงเทราไม่มีเงื่อนไข ที่จบแล้วต้องปฏิบัติงานในพื้นที่ เมื่อจบแล้วสามารถไปปฏิบัติงานที่อื่นหรือสามารถไปสอบเรียนต่อที่อื่นได้

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ควรมีการสนับสนุน หรือสร้างแรงจูงใจแพทย์ที่จะไปเรียนต่อเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว หรืออบรมระยะสั้น

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

ประเด็นหลักที่ ๑ **การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ**

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๑๒. (KPI47) รอยละของ รพ.สต. ที่ผานเกณฑการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

หมวด :	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่ :	๑๑. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ :	๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล :	เขต
ชื่อตัวชี้วัด :	๑๒. (KPI47) รอยละของ รพ.สต. ที่ผานเกณฑการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
เกณฑ์เป้าหมาย :	๑. รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐ ๒. รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ร้อยละ ๖๐ (สะสม)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	รพ.สต.บันทึกขอมูลผานทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหนวยบริการปฐมภูมิ
ระยะเวลาประเมินผล :	ไตรมาส ๓ - ๔

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๒

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ประชุมชี้แจงนโยบาย (Kickoff) ระดับประเทศ ๒. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทีมประเมินระดับเขต (ครู ก) ๓. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี ๒๕๖๒	๑. อบรม ครู ข ทุกเขต อยางนอย เขตละ ๑ ครั้ง ๒. แตงตั้งทีมพัฒนา/ทีมประเมินระดับจังหวัด ๑ ทีม อำเภอ ๑ ทีม	๑. รพ.สต.ร้อยละ ๑๐๐ (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา ๒. มีการประเมิน รพ.สต. ติดดาว ในระดับอำเภอ จังหวัดและเขต	๑. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ ๓ ดาว รอยละ ๑๐๐ ๒. รพ.สต.ที่ผานเกณฑการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ ๕ ดาว รอยละ ๖๐ (สะสม)

วิธีการประเมิน :	รพ.สต.ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</u> นางพิชิดา ตัญญบุตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๙๘๓ ๐๕๓๕ e-mail address : pichida3n@gmail.com

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑</u>

ทุกอำเภอแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยง และทีมประเมิน ระดับจังหวัด ๑ ทีม ๑ อำเภอ

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๕๕ และในปี ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญ ในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้มีมาตรฐานเกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ติดดาว ระดับคุณภาพ รพ.สต. ๕ ดาว โดยในปี ๒๕๖๐ มีการตั้งเป้าหมายหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับ ๕ ดาว ร้อยละ ๑๐ พบว่ารพ.สต.ของจังหวัดฉะเชิงเทราทั้งหมด ๑๑๗ แห่ง ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับ ๕ ดาว จำนวน ๒๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๐๙ และในปี ๒๕๖๑ มีการตั้งเป้าหมายหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับ ๕ ดาว ร้อยละ ๒๕ พบว่า รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับ ๕ ดาว สะสม จำนวน ๗๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๘๒ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นแบบระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๐ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นนา อำเภอพนมสารคาม และในปี ๒๕๖๑ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสิบเอ็ดศอก อำเภอบ้านโพธิ์

ผลการพัฒนาผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี ๒๕๖๑

พื้นที่	จำนวน รพ.สต.	ผ่าน ๕ ดาว	ร้อยละ
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๒๑	๑๓	๖๑.๙๐
อำเภอบางคล้า	๘	๖	๗๕
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๑๒	๗	๕๘.๓๓
อำเภอบางปะกง	๑๒	๖	๕๐
อำเภอบ้านโพธิ์	๑๖	๙	๕๖.๒๕
อำเภอพนมสารคาม	๑๒	๑๒	๑๐๐
อำเภอราชสาส์น	๒	๒	๑๐๐
อำเภอสนามชัยเขต	๑๕	๗	๔๖.๖๖
อำเภอแปลงยาว	๖	๔	๖๖.๖๖
อำเภอท่าตะเกียบ	๘	๔	๕๐
อำเภอคลองเขื่อน	๕	๐	๐
ภาพรวมจังหวัด	**๑๑๗**	**๗๐**	**๕๙.๘๒**

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อให้มีคุณภาพ ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ติดดาว) ระดับคุณภาพ รพ.สต. ๕ ดาว (๕ ดาว ๕ ดี) ซึ่งประกอบไปด้วย ๑) บริหารงานดี ๒) ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม ๓) บุคลากรดี ๔) บริการดี ๕) ประชาชนมี สุขภาพดี โดยมีกระบวนการสำคัญในการขับเคลื่อนงาน ได้แก่

๑. การวางแผนงาน : โดยการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ติดดาว รวมทั้งมีการจัดทำแผนปฏิบัติการและโครงการ เพื่อสอดรับกับยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ

๒. การจัดองค์กร : มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๒ เพื่อรวมกำหนดทิศทางและวางแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบูรณาการ ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ให้มีคุณภาพ และการเปิดให้บริการของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster :PCC)

๓. การนำ : มีการประชุมรับทราบนโยบายการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพระบบบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากส่วนกลาง และมีการถ่ายทอดนโยบายสู่ทีมนำในระดับอำเภอรวมไปถึงผู้ปฏิบัติในระดับ อำเภอและพื้นที่ ผ่านการทำ MOU รวมไปถึงการประชุมชี้แจงในเวทีประชุมประจำเดือนของทีมผู้บริหารและการ นิเทศติดตามการดำเนินงานในระดับอำเภอ

๔. การควบคุม : มีการควบคุมการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) และคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิ ระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๒ รวมไปถึงการรายงานผลการดำเนินงานในระบบข้อมูลทั้งในระดับกระทรวง ระดับเขต และ จังหวัด (Cockpit /HDC) นอกจากนี้แล้ว มีการควบคุมกำกับติดตามการดำเนินงานผ่าน House Model เพื่อติดตามระดับความสำเร็จของ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ตามรายไตรมาส โดยมีระดับความสำเร็จในแต่ละไตรมาสดังนี้

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
- ประชุมรับนโยบายระดับประเทศจากส่วนกลาง - เข้าร่วมอบรมครู ก ระดับกระทรวง - จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิ ระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๒ (พชอ./PCC/ รพ.สต.ติดดาว/QOF) - ประชุมชี้แจงทบทวนนโยบาย และแนวทางพัฒนารพ.สต.ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว จังหวัด - พัฒนาแนวทางการให้บริการใน รพ.สต.ตามเกณฑ์ติดดาว	- อบรมครู ข ระดับเขต - จัดทำคำสั่งแต่งตั้งทีมประเมินจังหวัด/อำเภอ - ประชุมชี้แจงเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาว - รพ.สต.ประเมินตนเองตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ปี ๒๕๖๒ - ทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอวางแผนและพัฒนา รพ.สต.ตามส่วนขาด - พี่เลี้ยงระดับอำเภอสรุปผลการพัฒนา ส่ง สสจ.เพื่อขอรับรองระดับจังหวัด - ประเมิน รพ.สต.ติดดาว ผ่าน ๓ ดาว ร้อยละ๑๐๐	- จังหวัดประเมิน รพ.สต.ติดดาวระดับ ๓ ดาว, ๕ ดาว ปี ๒๕๖๒ และสุ่มประเมิน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ (รักษาระดับ ๕ ดาว) ระดับ อำเภอ/จังหวัด	- รพ.สต. ติดดาว ผ่าน ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐/ผ่าน ๕ ดาวร้อยละ ๖๐ (สะสม) รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ จากการสุ่มประเมินรักษาระดับ ๕ ดาว อย่างน้อย ๑ แห่ง

แผนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๒

ขั้นที่	แผนการดำเนินงาน
๑	จังหวัดรับทราบนโยบายการดำเนินงานจากส่วนกลาง/ เขตสุขภาพที่ ๖
๒	แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิ ระดับจังหวัดและทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิระดับอำเภอ ปี ๒๕๖๒
๓	สื่อสารทิศทาง นโยบายสู่ระดับ ตำบล/อำเภอ
๔	จัดทำแผนงาน/โครงการรองรับการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปี ๒๕๖๒
๕	ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและปฐมภูมิ ระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๒
๖	ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาแนวทางการจัดบริการที่ของสำคัญในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๗	ประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาและเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดดาวแก่พื้นที่เป้าหมาย
๘	ประชุมพัฒนาศักยภาพทีม ครู ข ระดับจังหวัด โดยเขตสุขภาพที่ 6
๙	รพ.สต.ประเมินตนเอง
๑๐	พัฒนา รพ.สต.โดยเครือข่ายโซน รพ.สต. (Team Zone)
๑๑	ทีมอำเภอประเมินรับรอง รพ.สต.ติดดาวระดับอำเภอ
๑๒	อำเภอรายงานผลการประเมิน รพ.สต.ติดดาวระดับอำเภอให้จังหวัดทราบ
๑๓	ทีมจังหวัดประเมินรับรอง รพ.สต.ติดดาวระดับจังหวัด (ประเมินเฉพาะ รพ.สต. ๕ ดาว อำเภอของปี ๒๕๖๒ และสุ่มประเมินรพ.สต.ที่ผ่านระดับ ๕ ดาวของ ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑)
๑๔	จังหวัดรายงานผลการประเมินให้ผู้บริหาร/ผู้เกี่ยวข้องและเขตสุขภาพที่ ๖ ทราบ -ผลการประเมิน รพ.สต.ติดดาวระดับจังหวัด/ รพ.สต.ติดดาว The Best ระดับจังหวัด
๑๕	สรุปบทเรียนการดำเนินงานของ การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.และวางแผนการดำเนินงานปี ๒๕๖๓

๔. สรุปประเด็นสำคัญ ที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

๑) การวิเคราะห์ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/ มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
การสนับสนุนการดำเนินงานจากพี่เลี้ยงและโรงพยาบาลแม่ข่ายในการพัฒนาทั้งทางด้านบริหาร บริการและวิชาการ	ให้มีการจัดทำคำสั่งทีมพี่เลี้ยงสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาโดยการใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังและช่วยเหลือเติมเต็มส่วนขาด และรพ.สต.ที่ผ่านการประเมินแล้วร่วมเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนา รพ.สต.

๒) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการบรรลุเป้าหมายต่อความสำเร็จ

บทบาทการสนับสนุนจาก เครือข่ายบริการ (CUP) ยังไม่ชัดเจน ทำให้การสนับสนุนยังไม่ดี เท่าที่ควร

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

<u>ประเด็นหลักที่ ๒</u> การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๑๓. (KPI16) อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่

หมวด :	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๖.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ :	๒.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดตอ
ระดับการวัดผล :	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด :	๑๓. (KPI16) อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่
เกณฑ์เป้าหมาย :	≥ ร้อยละ ๘๕
วิธีการจัดเก็บ :	บันทึกขอมูลผูป่วยวัณโรค ผานโปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ปวยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือระบบการจัดเก็บข้อมูลผูปวยวัณโรคผาน ระบบ ออนไลน หรือระบบรายงานผูปวย ที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด
ระยะเวลาประเมินผล :	- ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ ๔ - ครบรอบรายงานและประเมนิผล วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ - ติดตามความกาวหนาของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
เกณฑ์การประเมินผล :	ไตรมาสที่ ๔ ≥ ร้อยละ ๘๕ **หมายเหตุ :** ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเปนผลลัพธของตัวชี้วัด ภายใน วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒
วิธีการประเมินผล :	ใชอัตราความสำเร็จในการรักษาผูปวยวัณโรคปอดรายใหม ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) แยกเปนระดับจังหวัด และ เขตสุขภาพ แนวทางการประเมินผล ๑ ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (สำนักวัณโรค) ประเมินจาก อัตราความสำเร็จการรักษาผูปวยวัณโรคปอดรายใหม ที่ขึ้นทะเบียนใน ไตรมาสที่ ๑ ของปงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) ในภาพรวม ของ ประเทศ ๒ ระดับเขตสุขภาพ/ สำนักงานปองกันควบคุมโรค ประเมินจาก อัตราความสำเร็จการรักษาผูปวยวัณโรคปอดรายใหม ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) ในระดับพื้นที่ ๓ ระดับ จังหวัด ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผูปวยวัณโรคปอดรายใหม ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) ในภาพ ของหนวยงาน/ หนวยบริการภายในจังหวัด
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานควบคุมโรค</u> นางสาวรมย์มณี ดวงประภา นักวิชาการสาธารณสุข โทร. ๐๙ ๕๙๖๘ ๖๔๒๓ e-mail address : rommanee.dua@hotmail.com

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

สถานการณ์ ปี ๒๕๖๑ มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาไตรมาสที่ ๑ ที่นำมาประเมินจำนวน ๑๒๕ ราย อัตราการรักษาสำเร็จ ๑๑๐ ราย (๘๘.๘๐%) และมีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่นำมาประเมิน ๔ ไตรมาสทั้งหมด ๗๖๘ ราย รักษาสำเร็จ ๔๒๒ ราย (๕๔.๙๔%) กำลังรักษา ๒๓๗ ราย (๓๐.๘๖%) เสียชีวิต ๕๒ ราย (๖.๗๗%) ล้มเหลว ๔ ราย (๐.๕๒%) ขาดยา ๒๒ ราย (๒.๘๖%) โอนออก ๓๑ราย (๔.๐๔%) และ RR/MDR ก่อนเดือนที่๕ ๖ ราย (๐.๗๘%) คาดประมาณการรักษาสำเร็จเมื่อครบกำหนดการรักษาทั้ง ๔ ไตรมาสอยู่ที่ ๘๕.๘%

ปี ๒๕๖๒ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา จากค่าคาดประมาณการ ๑๕๖ ต่อแสนประชากรของจังหวัดฉะเชิงเทรา จะพบผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมอ ๑,๑๐๗ ราย ดังนั้น จึงได้เร่งการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาด้วยการคัดกรองจากกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ๗ กลุ่มด้วยเอ็กซเรย์ให้ครอบคลุมมากกว่า ๙๕ % ซึ่งได้ดำเนินการเรื่อยมาตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ปัจจุบันมีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด ๑๖๗ ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ๑๕๕ ราย คิดเป็นความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา ๑๕๖ ต่อแสนประชากร ๑๔ % (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑) ซึ่งยังน้อยกว่าค่าคาดประมาณการอยู่มาก ประเด็นที่สนใจคือ ในกลุ่มผู้สัมผัส มีอัตราป่วยสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่การคัดกรองในกลุ่มผู้สัมผัสด้วยการเอ็กซเรย์ยังน้อย และในกลุ่มผู้ต้องขัง เนื่องจากอยู่ในสถานที่แออัด ทำให้มีอัตราการป่วยด้วยวัณโรคมากกว่าคนทั่วไป ดังนั้นจึงได้กำหนดมาตรการและเพิ่มการคัดกรองในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดจาก ๒ ปีย้อนหลังเป็น ๕ ปีย้อนหลัง กลุ่มผู้มีประวัติเป็นวัณโรค และดำเนินการสร้างความร่วมมือการคัดกรองในผู้ต้องขังแรกรับเมื่อวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ที่ผ่านมา

นอกจากนี้ ได้เพิ่มระบบการสอบสวนวัณโรค เป็นผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ให้เข้าสู่ระบบ SRRT เพิ่มติดตามผู้สัมผัส ให้สามารถค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และควบคุมป้องกันโรคให้ได้ดีมากขึ้น

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ใช้แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ จังหวัดฉะเชิงเทรามีทั้งหมด ๑๑ อำเภอ มีโรงพยาบาลรัฐทั้งหมด ๑๑ แห่ง โรงพยาบาลเอกชน ๒ แห่ง มีโรงพยาบาลรัฐที่มีคลินิกวัณโรคครบทั้ง ๑๑ แห่ง และในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีแผนการจัดประชุมและติดตามการดำเนินงานดูแลรักษาและควบคุมป้องกันวัณโรค จังหวัดฉะเชิงเทรา (DOT Meeting) เดือนละ ๑๐ ครั้ง และจัดประชุมติดตามและสรุปผลการประเมินการดำเนินงานวัณโรค จังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้ง ๑๑ อำเภอ จำนวน ๒ ครั้ง ใช้งบประมาณรวมทั้งสิ้น ๓๐,๐๐๐บาท

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

มาตรการและแนวทาง กิจกรรมสำคัญในการดำเนินงาน

- ลดการเสียชีวิต

๑. เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย

๒. เฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

๓. จัดทำการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต (Death case conference) เพื่อค้นหาสาเหตุ และรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้อ้างอิงในการพัฒนาความรู้กับผู้ป่วยรายอื่น

- ลดการขาดยา

๑. ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา โดยดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT)

๒. ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง

๓.ในรายที่พบปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจได้รับการช่วยเหลือโดยใช้กลไก พชอ.หรือ NOC-TB

- ติดตามการรักษาและส่งต่อ

ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายมีการตรวจติดตามระหว่างการรักษา

- สอบสวนโรคทุกราย

๑. มีรายงานการสอบสวนโรค

๒. มีทะเบียนรายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน ใกล้ชิด จากการสอบสวนโรค ๕ ปีย้อนหลัง (๒๕๕๘ – ๒๕๖๒)

ตารางที่ ๕๐ จำนวนการขึ้นทะเบียนรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ไม่รวมเอกชน) ไตรมาสที่ ๑ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ณ วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑)

หน่วยบริการ	**ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน**
	คน
โรงพยาบาลพุทธโสธร	๕๓
โรงพยาบาลบางคล้า	๓
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	๕
โรงพยาบาลบางปะกง	๖
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	๑๐
โรงพยาบาลพนมสารคาม	๑๒
โรงพยาบาลราชสาส์น	๑
โรงพยาบาลสนามชัยเขต	๑๔
โรงพยาบาลแปลงยาว	๗
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	๙
รวมจังหวัด	**๑๒๐**

ตารางที่ ๕๑ จำนวนการขึ้นทะเบียนรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอด ไตรมาสที่ ๑ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ณ วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑)

หน่วยบริการ	ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน
	คน
โรงพยาบาลพุทธโสธร	๗๗
โรงพยาบาลบางคล้า	๗
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	๖
โรงพยาบาลบางปะกง	๘
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	๑๐
โรงพยาบาลพนมสารคาม	๑๕
โรงพยาบาลราชสาส์น	๑
โรงพยาบาลสนามชัยเขต	๑๘
โรงพยาบาลแปลงยาว	๗
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	๑๔
โรงพยาบาลคลองเขื่อน	๑
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 11 อินเตอร์* (โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่)	๓
รวมจังหวัด	**๑๖๗**

หมายเหตุ : * โรงพยาบาลเอกชน

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

๑) การวิเคราะห์ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/ มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
๑. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา ปี ๒๕๖๑ น้อยกว่าร้อยละ ๘๒.๕	๑. เร่งดำเนินการบันทึกข้อมูลใน TBCM Online ของโรงพยาบาลเอกชนอีก ๑ แห่ง ๒. ดำเนินนโยบายการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ใกล้ชิด จากเดิมย้อนหลัง ๒ ปี เป็นผู้สัมผัสย้อนหลัง ๕ ปี (ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๒) ๓. เพิ่มการคัดกรองในผู้ต้องขังแรกรับ
๒. อัตราการเสียชีวิตสูงมากกว่าร้อยละ ๕	๑. จัดให้มีการสอบสวนโรคในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในผู้สัมผัสฯให้ได้รับการรักษาเร็วขึ้น ๒. กำหนดให้ทีมหมอครอบครัวติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ๓. ให้มี Case manager ดูแลเคสทุกเคส และมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยา (DOT)

๒) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการบรรลุเป้าหมายต่อความสำเร็จ

ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา ปี ๒๕๖๑ กลุ่มเป้าหมาย ๑๗๑ ต่อแสนประชากร จำนวน ๑,๒๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๕ จากการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวน ๗๓๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐ ปัจจัยสำคัญ คือ ในกลุ่มเสี่ยงต่างด้าวที่คัดกรองพบความผิดปกติสงสัยวัณโรค ยังติดตามมาขึ้นทะเบียนรักษาได้ไม่ครบ และในโรงพยาบาลเอกชน ยังบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบ TBCM Online ไม่ครบถ้วน พร้อมการดำเนินการคัดกรองด้วยการเอ็กซเรย์ทรวงอกในกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ใช่คนไทย ยังมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

อัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๘๘.๘๐ มีปัจจัยสำคัญที่ทำให้บรรลุผลสำเร็จ คือ การติดตามการกำกับการกินยาและการเยี่ยมบ้าน ในระยะเข้มข้น สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ในระยะต่อเนื่อง เดือนละ ๑ ครั้ง ทำให้ทราบถึงลักษณะผู้ป่วยและดูแลให้รักษาจนครบระยะเวลารักษาได้ดี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

<u>ประเด็นหลักที่ ๓</u> การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) : Service Outcome

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : สาขา RDU

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๑๔. (KPI17-18) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และรอยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยา ตานจุลชีพอยางบูรณาการ (AMR)

หมวด :	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
โครงการที่ :	๓. โครงการปองกันและควบคุมการดื้อยาตานจุลชีพและการใชยาอยางสมเหตุสมผล
ระดับการแสดงผล :	จังหวัด/ เขต/ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด :	๑๔.๑ (KPI17) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ๑๔.๒ (KPI18) รอยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาตานจุลชีพ อยางบูรณาการ (AMR)
เกณฑ์เป้าหมาย :	๑๔.๑ RDU ขั้น ๑ ≥ ร้อยละ ๙๕ RDU ขั้น ๒ ≥ ร้อยละ ๒๐ ๑๔.๒ ARM ≥ รอยละ ๒๐ ของ รพศ./รพท. มีระบบการจัดการ AMR อยางบูรณาการ (intermediate)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	รายงาน
ระยะเวลาประเมินผล :	๑๔.๑ ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔ ๑๔.๒ ไตรมาส ๒ และ ๔ (ทุก ๓ เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแตตนปงบประมาณ))
เกณฑ์การประเมินผล :	<u>ไตรมาส ๑</u> : ๑๔.๑ RDU ขั้น ๑ ≥ ร้อยละ ๘๐ RDU ขั้น ๒ ≥ ร้อยละ ๑๐ <u>ไตรมาส ๒</u> : ๑๔.๑ RDU ขั้น ๑ ≥ ร้อยละ ๘๕ RDU ขั้น ๒ ≥ ร้อยละ ๑๐ ๑๔.๒ ARM ขั้น Intermediate ≥ รอยละ ๑๐ <u>ไตรมาส ๓</u> : ๑๔.๑ RDU ขั้น ๑ ≥ ร้อยละ ๙๐ RDU ขั้น ๒ ≥ ร้อยละ ๑๕ <u>ไตรมาส ๔</u> : ๑๔.๑ RDU ขั้น ๑ ≥ ร้อยละ ๙๕ RDU ขั้น ๒ ≥ ร้อยละ ๒๐ ๑๔.๒ ARM ขั้น Intermediate ≥ รอยละ ๒๐
วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะหเปรียบเทียบผล
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข</u> นางสาวพรสวรรค์ อิมามี เภสัชกร ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๘๑๖ ๔๙๙๑ e-mail address : basmahnamfon39@gmail.com <u>รพ.พุทธโสธร</u> (ผู้รับผิดชอบ AMR) นางสาวสุชาดา จาปะเกษตร์ เภสัชกร ชำนาญการพิเศษ e-mail address : scdj01@yahoo.com

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

๑. โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล : RDU ขั้นที่ ๑ และ ๒

๒. โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้กำหนดให้เรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นนโยบายที่จังหวัดมีความมุ่นเน้นให้มีการปฏิบัติ มีการกำหนดนโยบาย และตัวชี้วัดที่ชัดเจนจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างจังหวัดกับผู้บริหารในระดับอำเภอ รวมทั้งจัดให้เป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีการจัดตั้งคณะกรรมการทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาลในแต่ละอำเภอเป็นแกนนำ ทำให้มีการทำงานเป็นเครือข่ายในทิศทางเดียวกัน มีการควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ และสามารถรายงานผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดได้ครบทุกหน่วยงาน ณ เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๑ โรงพยาบาลมีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๒ จำนวน ๓ แห่ง (จาก ๑๑ แห่ง) คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๒๗ ได้แก่ โรงพยาบาลคลองเขื่อน โรงพยาบาลบางคล้า และโรงพยาบาลราชสาส์น ส่วน รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ขั้นที่ ๒ ในการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และ Acute Diarrhea ทุกแห่ง (๑๑ แห่ง) คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

รายละเอียดผลการดำเนินงาน “โรงพยาบาลที่มีระบบจัดการ AMR อย่างบูรณาการ”

กิจกรรม AMR	ผลการดำเนินงาน	
1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR)	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
1.1 มีคณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR ที่มีองค์ประกอบอย่างน้อย ได้แก่ แพทย์ระดับบริหาร /แพทย์หัวหน้าทีมรับผิดชอบงาน AMR/ ตัวแทน PCT /เภสัชกร /พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ/ นักเทคนิคการแพทย์ งานจุลชีววิทยา/ ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา/ นักจัดการสารสนเทศ ○ ไม่มีคณะกรรมการที่รับผิดชอบงานด้าน AMR	0	Basic
○ มีเฉพาะแกนนำ (core team) รับผิดชอบงาน AMR โดยไม่เป็นรูปแบบคณะกรรมการ หรือมีคณะกรรมการที่รับผิดชอบ AMR แต่องค์ประกอบไม่ครบถ้วน	2	
✓ มีคณะกรรมการที่องค์ประกอบครบถ้วน *(กรุณาระบุรูปแบบคณะกรรมการ และ Upload file คำสั่ง)*	5	5
(✓) คณะกรรมการ AMR ของโรงพยาบาล เป็นการเฉพาะ หรือ ( ) มอบหมายคณะกรรมการอื่นที่มีอยู่ เช่น PTC หรือ ICC ให้รับผิดชอบงาน AMR		
1.2 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คณะกรรมการ AMR ของรพ. (หรือคณะกรรมการชุดที่ได้รับมอบหมาย โดยไม่นับรวม core team) มีการประชุม		Basic
○ ไม่มีการประชุม	0	
○ ประชุม (ที่มีวาระเรื่อง AMR) 1 ครั้ง ต่อปี	5	
✓ ประชุม (ที่มีวาระเรื่อง AMR) มากกว่า 1 ครั้ง ต่อปี	7	7
○ มีการประชุมติดตามความก้าวหน้า AMR อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 เดือน	10	

กิจกรรม AMR	ผลการดำเนินงาน	
1.3 มีเป้าหมายการจัดการ AMR ของโรงพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีข้อมูล baseline data		Basic

ตัวอย่างการกำหนดเป้าหมาย	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	Baseline data		
			ปี59	ปี60	ปี61
เป้าหมายหลัก					
1. ลดป่วย / ลดตาย	*เช่น อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด อัตราตายจากเชื้อดื้อยา*	< ... % < ... %			
เป้าหมายรอง					
2. Lab surveillance	*เช่น อัตราการพบเชื้อดื้อยา/เชื้อไม่ดื้อยา อัตราการติดเชื้อ CRE*				
3. Antimicrobial stewardship	*เช่น ปริมาณ (DDD) การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มที่ออกฤทธิ์กว้างหรือสงวนกับเชื้อดื้อยา*	ลดลง ....%			
4. Infection control	*เช่น อัตราการเกิด HAI*	ลดลง ....%	3.54	3.39	3.52

กิจกรรม AMR	ผลการดำเนินงาน	
○ ไม่มีเป้าหมายหลัก	0	
✔ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองบางด้าน	5	5
○ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองทั้ง การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (lab surveillance), การกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial stewardship) และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC)	10	
1.4 มีแผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR สู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด		Basic
○ ไม่มีแผน	0	
✔ มีแผนขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	10	10
1.5 มีการกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน		
○ ไม่มี	0	
○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมา แต่ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	10	
○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมา และผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย	15	
✔ มีรายงานสรุปความก้าวหน้าอย่างน้อยติดต่อกัน 3 ปี	20	20
1.6 โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา AMR ใน รพ.		Intermediate
○ ไม่มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร	0	
○ มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร แต่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน	5	
✔ มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ทรัพยากรของรพ.และจัดลำดับความสำคัญในการให้การสนับสนุนการดำเนินงาน AMR ได้แก่ - วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับ Lab - การฝึกอบรมบุคลากร - วัสดุอุปกรณ์เพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ - ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ - ด้านอาคารสถานที่	10	10
○ มีการวิเคราะห์ช่องว่างตามข้างต้นและมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนตามความจำเป็นที่เห็นร่วมกันโดยคณะกรรมการ	20	

กิจกรรม AMR	ผลการดำเนินงาน	
1.7 มีการประสานและให้ความร่วมมือการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับจังหวัด/เขต เพื่อสร้างความยั่งยืน ○ ยังไม่มีการดำเนินงานร่วมระดับจังหวัด /ระดับเขต	0	0
✓ มีทีมระดับจังหวัดขับเคลื่อนมาตรการและกิจกรรมร่วมของหน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัด (ยังไม่มีทีมระดับเขต /หรือมีทีมระดับเขตแต่ยังไม่มีการกำหนดมาตรการและกิจกรรมร่วมเขต)	10	
○ มีทีมระดับเขต และทีมระดับจังหวัดในการกำหนดมาตรการและขับเคลื่อนงาน AMR และโรงพยาบาลร่วมทำกิจกรรมเขต/จังหวัดเป็นอย่างดี	25	
<u>**รวมคะแนน มาตรการที่ 1**</u>	<u>**100**</u>	<u>**57**</u>

2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
2.1 สามารถตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียได้ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา *(กรณีส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลตนเอง (out source) ให้นับรวมว่าสามารถ identify เชื้อได้หากห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อจะต้องได้รับมาตรฐาน LA หรือ ISO 15189 หรือมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ในด้านของจุลชีววิทยา)* ○ Identify ไม่ได้ หรือใช้บริการ outsource ที่ยังไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน	0	Basic
○ ได้บางเชื้อ เช่น อาจวิเคราะห์ *Acinetobacter* spp. ได้ แต่ไม่สามารถแยก *A. baumannii*	5	
✓ ได้ อย่างน้อยครบตามรายการเชื้อแบคทีเรียสำคัญ 8 ชนิด ได้แก่ Acinetobacter spp. (ระดับ A, S ต้องวินิจฉัย *Acinetobacter baumannii* ได้), *Enterococcus spp.* (ระดับ A, S ต้อง identify *Enterococcus faecium* ได้), *Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Streptococcus pneumoniae*	10	10
2.2 การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (CLSI, EUCAST) ของเชื้อแบคทีเรียที่กำหนดให้สอดคล้องกับยาที่มีใช้ในโรงพยาบาล ○ ไม่ใช่	0	Basic
✓ ใช่	5	5
2.3 มีระบบ Lab Alertให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทันท่วงทีเมื่อพบเชื้อดื้อยาสำคัญที่เป็นปัญหาของ รพ. ○ ไม่มีการวางระบบ Lab Alert	0	Basic
○ มีการวางระบบแต่ยังไม่ได้ดำเนินการเป็นรูปธรรม เช่น มีการกำหนดรายการเชื้อที่ต้องรายงานด่วน มีการจัดทำ flowchart ระบบรายงานด่วน	5	
○ มีการดำเนินการตาม flowchart และมีการ Alert แจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและแพทย์ รวมถึง ICN ทราบ เป็นระบบที่ชัดเจน	7	
✓ มี flowchart มีการ Alert และมีการกำหนดแนวปฏิบัติเชื่อมโยงระบบยา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนยาต้านจุลชีพสอดคล้องตามผลความไวของเชื้อต่อยา (escalation หรือ de-escalation) ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรายงานผล Lab	10	10

กิจกรรม ARM	ผลการดำเนินงาน	
2.4 มีระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ ได้แก่ VRE, VRSA, *N.gonorrhoeae* ดื้อต่อ 3rd cephalosporin, *A.baumannii* ที่ดื้อต่อยา colistin และ *P.aeroginosa* ที่ดื้อต่อยา colistin		Intermediate
○ ไม่มีระบบ	0	
○ มีระบบเฝ้าระวังพิเศษในโรงพยาบาล	5	
✓ มีระบบเฝ้าระวังพิเศษในโรงพยาบาล และเชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาระดับจังหวัด และ สคร.เขต	10	10
2.5 จัดทำ Antibiogramตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		
○ ไม่มี Antibiogram ปีล่าสุด	0	
○ มี Antibiogram ปีล่าสุด และเป็นไปตามมาตรฐาน CLSI M39-A4 (หรือฉบับปัจจุบัน)	5	
✓ มี Antibiogram ปีล่าสุดได้มาตรฐาน และเผยแพร่ในรูปแบบที่แพทย์/ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงได้ง่าย	8	8
○ มีการจัดทำ Antibiogram ที่มีรายละเอียดเพิ่ม เช่น แยกเป็นแผนก แยกตาม site of infection และนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล	10	
2.6 มีการรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ		
○ ไม่มี	0	
✓ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน)		
I. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต ในมิติต่าง ๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาเชื้อดื้อยา และนำเสนอต่อคณะกรรมการตามข้อ 1 - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ Hemoculture ทั้งหมด - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ผล Hemoculture พบเชื้อแบคทีเรีย - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อไม่ดื้อยา	+5	5
II. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต และใน Specimen ต่าง ๆ และสามารถสะท้อนกลับข้อมูลปัญหา AMR แยกรายแผนก พร้อมทั้งมีการวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาได้	+5	
III. มีรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่เชื่อมโยงกับ Service Plan Sepsis เช่น อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด community acquired sepsis และ hospital acquired sepsis	+10	
2.7 มีระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์		
○ ไม่มีฐานข้อมูลทางจุลชีววิทยาในโรงพยาบาล หรือไม่ได้รับฐานข้อมูลกลับจาก out source	0	
✓ มีระบบ IT ในการบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา( ) MLab ( ) WHONet ( ) อื่นๆ	5	5
✓ สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลจุลชีววิทยาคลินิก กับฐานข้อมูลโปรแกรมบริการของโรงพยาบาล (HIS) และนำข้อมูลมาวิเคราะห์อัตราป่วย/ตายจากเชื้อดื้อยาได้	10	10
2.8 มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R		
✓ ไม่มี	0	0
○ มีการทำ CQI , R2R หรืองานวิจัยพัฒนาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	10	

กิจกรรม ARM	ผลการดำเนินงาน	
2.9 มีความเชื่อมโยงกับการเฝ้าระวังระดับประเทศ : รพ. A และ S มีการรายงานผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาส่งมายังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข		Intermediate
○ เป็น รพ.ที่เป็นสมาชิก NARST แต่ไม่ได้ส่งข้อมูล หรือส่งข้อมูลไม่ครบ 12 เดือน	0	
✓ เป็น รพ.ที่เป็นสมาชิก NARST และมีการส่งข้อมูลครบ 12 เดือน อย่างสม่ำเสมอ (หากยังไม่เป็นสมาชิก NARST ให้เลือกตอบข้อนี้)	5	5
2.10 รพ.มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อสร้างระบบที่มีประสิทธิภาพและที่ยั่งยืน		
○ ไม่มีการพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการทั้งระดับจังหวัด/เขต	0	
○ ระดับจังหวัด มีการพัฒนาเครือข่ายการการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของ รพ. ในจังหวัด แต่ระดับเขตยังไม่มีการกำหนดมาตรการ/กิจกรรมเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของ รพ. เครือข่ายเขต	5	
✓ มีการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทั้งระดับจังหวัด และระดับเขต ร่วมกับศูนย์วิทย์ฯ และ สคร.เขต และโรงพยาบาลให้ความร่วมมือในการพัฒนาเครือข่ายเป็นอย่างดี	10	10
<u>รวมคะแนน มาตรการที่ 2</u>	**<u>100</u>**	**<u>78</u>**
3. การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
3.1 มีการวางระบบการคัดเลือกยา กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาลของตนเองและในเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต อย่างเหมาะสมตามปัญหาโรคติดเชื้อและผลความไวของเชื้อ		basic
○ ไม่มี	0	
○ มีวางระบบในโรงพยาบาลตนเอง	3	
✓ มีการวางระบบในโรงพยาบาลตนเองและเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต เพื่อการรักษาและรับส่งต่อที่เหมาะสม	5	5
3.2 มีการกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในกลุ่มโรคติดเชื้อ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด		Basic
○ ไม่มี	0	
✓ มี กิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายครบทั้ง 4 กลุ่มโรค	3	3
○ มี การกำกับติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะ มีกิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน และบรรลุเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่มโรค	5	
3.3 มีการติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ		Basic
○ ไม่มี หรือมีไม่ครบทั้ง 3 ข้อ	0	
✓ มีการติดตามทั้งปริมาณและมูลค่ายา ทั้ง 3 ข้อ ดังนี้ 1. มีการวัดปริมาณการใช้ยา โดยการดูค่า DDD และ/หรือ DOT 2. มีการติดตามมูลค่าการซื้อ/หรือการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ 3. มีการเปรียบเทียบปริมาณและมูลค่าการใช้ยากลุ่มที่สงวนกับเชื้อดื้อยา ได้แก่ Carbapenem, Colistin, BL/BI , 3rd และ 4th Cephalosporin, FQ ในแต่ละช่วงเวลา	5	5

กิจกรรม ARM	ผลการดำเนินงาน	
3.4 มีการกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย เช่น Community-acquired pneumonia, Urinary tract infection, Skin and soft tissue infections, Surgical prophylaxis, Sepsis		Basic
o ไม่มีการจัดทำ clinical practice guideline : CPG	0	
✓ มีการนำ CPG ของสมาคม หรือของ รพ.อื่นมาใช้ โดยยังไม่ได้ปรับให้สอดคล้องกับความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล	5	5
o มีการจัดทำ CPG ที่สอดคล้องกับผลความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล	10	
o มีการประเมินและกำกับให้มีการปฏิบัติตาม CPG รวมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน และสอดคล้องกับผลความไวต่อยาของโรงพยาบาล *(ดังนั้น lab ควรทำผลความไวต่อยาแบบจัดกลุ่ม เพื่อให้การกำหนด empirical therapy เหมาะสม เช่น แบ่งตามลักษณะหอผู้ป่วย เช่น ICU กับนอก ICU กลุ่มเฉพาะ เช่น NICU)*	15	
3.5 มีการติดตามและประเมินการใช้<u>ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือกลุ่มที่สงวนสำหรับเชื้อดื้อยา</u>		Basic
o ไม่มีระบบ	0	
✓ มีระบบ **(สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 30 คะแนน)**		
I. มีระบบขออนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Preauthorization) ก่อนสั่งใช้ยาที่จำกัดการใช้ และ/หรือมีการติดตามประเมินการสั่งใช้ (Prospective Audit) ในกลุ่มยาที่ควบคุมการใช้	+5	
II. มีระบบให้รายงานแบบแผนความไวต่อยาต้านจุลชีพแบบ cascade reporting แทนการรายงานการทดสอบยาต้านจุลชีพทั้งหมด เช่น จะรายงาน ความไวของยา linezolid และ daptomycin ต่อ Enterococcus เมื่อเชื้อดื้อต่อยา ampicillin และ vancomycin เท่านั้น	+5	5
III. มีระบบทบทวนการสั่งใช้ยาภายใน 72 ชั่วโมงหลังเริ่มใช้ยา พร้อมข้อเสนอแนะกลับ (feedback) และ/หรือ มีการทบทวนการสั่งใช้ยาทุก 7 วัน รวมทั้งมีแนวปฏิบัติการ escalation และ de-escalation กลุ่มยาที่สงวนสำหรับเชื้อดื้อยา เช่น carbapenem และมีการติดตามผลลัพธ์การรักษา	+15	
IV. มีระบบหยุดการใช้ยาหากไม่สอดคล้องตามเกณฑ์ (antibiotic time-out)	+5	5
3.6 มีมาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะทุกชนิดอย่างเหมาะสม ในเรื่องต่อไปนี้		
o ไม่มีมาตรการและแนวปฏิบัติ	0	
✓ มีมาตรการและแนวปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 15 คะแนน)		
I. มีมาตรการปรับขนาดยาตามสภาวะการสภาวะการทำงานของตับ/ไต	+2	
II. การประเมินการแพ้ยาอย่างเหมาะสม และมีการติดตาม ADR ที่เกิดจากยา	+2	2
III. การเฝ้าระวัง Drug Interaction ของยา	+2	2
IV. การเตือนเมื่อมีการใช้ยาปฏิชีวนะซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น	+2	2
V. การปรับการใช้ยาให้เหมาะสมตามหลัก PK/PD เพื่อลดค่าใช้จ่ายและลด ADR จากยา	+2	
VI. มาตรการให้เลือกใช้ยาต้านจุลชีพชนิดกินอย่างเหมาะสมสำหรับการรักษาเบื้องต้นและการเปลี่ยนจากแบบฉีดมาเป็นแบบกินอย่างเหมาะสม (IV to PO)	+2	
VII. มาตรการเพื่อให้ใช้ยาต้านจุลชีพอย่างมีประสิทธิภาพในระยะเวลาสั้นที่สุด *(ควรมีคำแนะนำระยะเวลาการรักษาการติดเชื้อแต่ละชนิด)*	+3	

กิจกรรม ARM	ผลการดำเนินงาน	
3.7 มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training ASP)		
○ ไม่มีการฝึกอบรม/เพิ่มพูนทักษะ ทั้งผู้รับผิดชอบงาน ASP และทีมรักษา	0	
✓ มีการฝึกอบรม/เพิ่มพูนทักษะ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 10 คะแนน)		
I. ผู้รับผิดชอบงาน ASP ได้รับการอบรมเพิ่มพูนทักษะอย่างสม่ำเสมอ	+5	5
II. มีการฝึกอบรมในโรงพยาบาล และถ่ายทอดความรู้และทักษะเรื่อง ASP ของทีมรักษา	+5	5
3.8 มีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม (Computerized Clinical Decision Support Systems) โดยเป็นการ integrate ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ตั้งแต่ ข้อมูลผู้ป่วย (health record) ผลความไวของเชื้อต่อยา ผลทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ รวมถึงขนาดยาที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย		
✓ ไม่มี	0	0
○ มีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม	10	
3.9 มีการประเมินผลการดำเนินงาน มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับให้ PCT/ AMR/ PTC ทราบ		
○ ไม่มี	0	
✓ มีการประเมินโดยคำนึงถึงเป้าหมายของมาตรการที่ใช้ เช่น สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้มีการทบทวนการใช้ยาต้านจุลชีพกับข้อมูลทางจุลชีววิทยา จำนวนวันที่ได้ยาต้านจุลชีพโดยไม่จำเป็นและไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ รวมทั้ง มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับให้ PCT และคณะกรรมการ AMR ทราบ	5	5
<u>รวมคะแนน มาตรการ ที่ 3</u>	**<u>100</u>**	**<u>49</u>**
4 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
4.1 มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN: Infection Control Nurse) ≥ 1 คน : 200 เตียง		Basic
○ ไม่มี ICN	0	
○ มี ICN < 1 คน : 200 เตียง	3	
✓ มี ICN ≥ 1 คน : 200 เตียง	5	5
4.2 มีคณะกรรมการ ICC มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง		Basic
○ ไม่มีการประชุม	0	
○ มีการประชุม 1 ครั้งต่อปี	3	
✓ มีการประชุมมากกว่า 1 ครั้งต่อปี	5	5
4.3 มีโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล ที่พร้อมในการดำเนินงาน ดังนี้ - ห้องแยก/ โซนแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา - ระยะห่างเตียงสามัญไม่น้อยกว่า 1 เมตร - มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (PPE) เพียงพอต่อความจำเป็นใช้ (ตามข้อกำหนดของ ICC ของรพ.) - มีการแยกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาประจำเตียง เช่น ปรอท หูฟัง เครื่องวัดความดันโลหิต - อุปกรณ์จากหน่วยจ่ายกลางมีเพียงพอ พร้อมใช้ ถูกจัดวางในหอผู้ป่วยอย่างเหมาะสม		Basic
○ ไม่มีทั้ง 5 ข้อ	0	
✓ มีความพร้อมอย่างน้อย 3 ข้อ	5	5
○ มีความพร้อมครบทุกข้อ	10	

กิจกรรม ARM	ผลการดำเนินงาน	
4.4 มี IPC guideline เช่น Isolation precautions, Prevent MDR transmission, Disinfection and sterilization และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติ		Basic
○ ไม่มี IPC guideline	0	
✓ มี IPC guideline	3	3
○ มีการกำกับติดตามการปฏิบัติตาม IPC guideline และพัฒนาปรับปรุง guideline	5	
4.5 มีแนวปฏิบัติการรับ-ส่งต่อ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดื้อยา/สงสัยดื้อยา และการให้ข้อมูลผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน		
○ ไม่มี	0	
○ มีแนวปฏิบัติ มีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติทราบ และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติในโรงพยาบาล	5	
✓ มีแนวปฏิบัติ มีการกำกับ และมีมาตรการให้ทุกหน่วยบริการในเครือข่ายระดับจังหวัดปฏิบัติตาม	10	10
4.6 มีระบบการจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak management)		
○ ไม่มี	0	
✓ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน (Flow chart) และมีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลทราบ	5	5
○ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน มีการสื่อสาร และมีการวางระบบ Outbreak เชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ	10	
4.7 แนวปฏิบัติข้อ 4.4 - 4.6 มีการร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเพื่อให้ทันสมัย		
○ ไม่ใช่	0	
✓ ใช่	10	10
4.8 มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น • กลุ่มที่ 1 : บุคลากรในโรงพยาบาล เช่น การปฐมนิเทศลูกจ้างใหม่ และบุคลากรประจำของ รพ • กลุ่มที่ 2 : บุคคลภายนอก เช่น การล้างมือในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย		
○ ไม่มีการฝึกอบรมในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา	0	
✓ มีการสอน/ฝึกอบรมบางกลุ่ม	5	5
○ มีการสอน/ฝึกอบรมทั้ง 2 กลุ่ม	10	
4.9 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance)		
○ ไม่มี	0	
✓ มี **(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 15 คะแนน)**		
I. มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยภูมิต้านทานต่ำ ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยหนัก (ICU) และมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เสี่ยงต่อผู้ให้บริการ	+ 5	5
II. มีการบริหารจัดการข้อมูลและแปลผลภาพรวมการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการทบทวนคุณภาพข้อมูล และมีการจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดเป้าหมายการเฝ้าระวัง HAI ตามบริบท ของรพ.	+ 5	5
III. มีระบบข้อมูลสารสนเทศ IPC เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมบริการของ รพ. (HIS) และมีการสรุปปัญหาการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุหลักของการป่วย การตาย มีการสะท้อนข้อมูลให้ PCT หรือ กลุ่มบริหาร เช่น เขียนรายงาน นำเสนอ มีการประชุม	+ 5	

กิจกรรม ARM	ผลการดำเนินงาน	
4.10 มีการประสานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูล IPC เพื่อการติดตามสถานการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยา (ทั้ง colonization และ infection)		
○ ไม่มี	0	
✓ มี	10	10
4.11 มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC		
○ ไม่มีการกำกับติดตาม	0	
✓ มี **(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 10 คะแนน)**		
I. มีการกำกับติดตามเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น การสำรวจการล้างมือ การทำความสะอาดหอผู้ป่วย การล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเครื่องมือ ปริมาณการใช้สบู่และ alcohol hand rub เป็นต้น	+ 5	5
II. มีสรุปรายงาน (report) นำเสนอคณะกรรมการ ICC/ AMR และมีการ feedback ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ	+ 5	5
รวมคะแนน มาตรการที่ 4	**100**	**73**
5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
1.1 การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล มีการสรุปขนาดของปัญหา AMR ของโรงพยาบาล สถานการณ์ของเชื้อดื้อยาแต่ละชนิด สถานการณ์การติดเชื้อ และตำแหน่งของการติดเชื้อ และสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาล ซึ่งสามารถอธิบายได้ถึง		
○ ไม่มีการวิเคราะห์	0	
✓ มี **(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 50 คะแนน)**		
I. แนวโน้มของขนาดปัญหาการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (Healthcare associated infection, HAI) และความสอดคล้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	+10	10
II. ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวโน้มดังกล่าว	+10	10
III. อัตราป่วย อัตราตายจากเชื้อดื้อยา	+10	10
IV. ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการติดเชื้อ AMR ทั้งในภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และอาจจะรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว	+10	
V. แนวโน้มและขนาดปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาในชุมชน (community acquired infection, CAI)	+10	10
1.2 การติดตามและประเมินระบบการดำเนินงานเกี่ยวกับ AMR ของโรงพยาบาล ทั้งนี้ การประเมินเน้นการรายงานให้ตรงตามความเป็นจริงที่มีหลักฐานสนับสนุนการดำเนินงาน คะแนนจะไม่ขึ้นกับความสมบูรณ์แบบของระบบ แต่ขึ้นกับการวิเคราะห์สถานการณ์ได้อย่างถี่ถ้วนสมบูรณ์ และถูกต้องตามความจริง		
○ ไม่มีการวิเคราะห์	0	
✓ มี **(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 40 คะแนน)**		
I. มีการวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาระบบ ตั้งแต่การศึกษาระบบเดิม แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาหาความต้องการและสิ่งที่จะต้องปรับปรุงในระบบ และ/หรือ วิเคราะห์ระบบงานหลังจากที่พบปัญหาของระบบ และการศึกษาความเป็นไปได้ในการปรับปรุงระบบใหม่	+10	

กิจกรรม ARM	ผลการดำเนินงาน	
II. มีการประเมินระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา เพื่อให้พบผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (early detection) เช่น ความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลและความทันเวลาในการตอบโต้ กรณี Epidemic หรือการระบาด (Out break) และมาตรการในการดำเนินการควบคุม	+10	10
III. มีการวิเคราะห์ระบบติดตามประเมินผล (M&E) การดำเนินระบบการจัดการ AMR ของโรงพยาบาล ด้วยระบบสารสนเทศที่สนับสนุนงานและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องปฏิบัติการด้านจุลชีววิทยา ข้อมูลเวชระเบียน (คลินิก) ข้อมูลการใช้ยาและระบบที่ช่วยส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม	+10	10
IV. มีการนำข้อมูลจากข้อ I, II, III มาใช้ในการวางแผนตามแนวทางของ Continuous Quality Improvement (CQI) หรือ PDCA (Plan-Do-Check-Act/Adjust)	+10	
1.3 มีการตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยสามารถหาปัจจัยเสี่ยง และมีมาตรการการควบคุมการระบาดได้ **(เลือกได้เพียง 1 ข้อ)**		
○ ควบคุมการระบาดได้ น้อยกว่าร้อยละ 50 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี	0	
○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี	5	
○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี	10	
✓ ไม่มีการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลในรอบปี	10	10
คะแนนรวม มาตรการที่ 5	100	70

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - รอบ ๑ (ข้อมูล ต.ค.- ธ.ค.๖๑)
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขตาม RDU๑ และ รพ.สต.ผ่านเงื่อนไขตาม RDU๒) **เกณฑ์ตัวชี้วัด** : - RDU ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ ของ รพ.ทั้งหมด - RDU ขั้นที่ ๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของ รพ.ทั้งหมด	**เป้าหมาย** (จำนวน รพ.ทั้งหมด)	๑๑	๑๑
	ผลงาน - จำนวน รพ. ผ่าน RDU ขั้นที่ ๑	๑๑	๑๑
	RDU ขั้นที่ ๑ร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**
	- จำนวน รพ.ผ่าน RDU ขั้นที่ ๒	๓	๓
	RDU ขั้นที่ ๒ ร้อยละ	๒๗.๒๗	๒๗.๒๗

*__หมายเหตุ__ : ร้อยละ RDU ขั้นที่ ๑ คำนวณจาก จำนวน รพ.ที่ผ่านขั้นที่ ๑ และขั้นที่ ๒ รวมกัน เช่น จังหวัด ก. มีจำนวน รพ.ทั้งหมด ๑๐ แห่ง ผ่านเงื่อนไขเฉพาะขั้น ๑ จำนวน ๖ แห่ง และผ่านเงื่อนไขขั้นที่ ๒ จำนวน ๒ แห่ง ดังนั้น ร้อยละของ RDU ขั้นที่ ๑ = (๖+๒) x๑๐๐/ ๑๐ = ๘๐%

- ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในระดับ Intermediate (AMR) เกณฑ์ตัวชี้วัด : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	**เป้าหมาย** (จำนวน รพศ./รพท.ทั้งหมด)	๑ แห่ง
	ผลงาน จำนวน รพ. ผ่าน	๑
	ร้อยละ	**๑๐๐**

ผลการดำเนินงาน RDU ขั้นที่ ๑ และขั้นที่ ๒ จำแนกตามโรงพยาบาล จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม๒๕๖๑ – มีนาคม ๒๕๖๒)

รายชื่อรพ.	ระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓	RDU ๑ (ขั้นที่๑)					RDU๑ (ขั้นที่ ๒)							RDU ๒			สรุปผลการประเมิน RDU	
		๑) ร้อยละการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	๒) การดำเนินงานของ PTC ในการชี้นำส่งเสริม RDU	๓) รายการยาที่ควรตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชี รพ.	๔) การจัดทำฉลากมาตรฐาน	๕) การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค ๑) URI	๒) AD	๓) FTW	๔) APL	๕) ร้อยละการใช้Gliben clamide ใน DM สูงอายุ/ไตระดับ ๓	๖) ร้อยละการใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยไตระดับ ๓	๗) จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้ยา Warfarin, Statin, Ergots	๖) ร้อยละของ รพ.สต. ในเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะทั้งโรค RI และ AD				
		ร้อยละ	ระดับ	จำนวน ..... รายการ	ระดับ	ระดับ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	.....ราย	ผ่าน	ทั้งหมด	ร้อยละ	ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๒
๑.พุทธโสธร	A	๙๐.๙๑	๓	๐	๔	๓	๓๘.๒	๒๒.๕๕	๓๒.๒๐	๓๘.๘๒	๐	๐.๐๘	๐	๒๑	๒๓	๙๑.๓	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๒.บางคล้า	F๑	๙๒.๙๖	๓	๐	๓	๓	๑๕.๒๑	๑๖.๐๗	๓๖.๖๕	๐	๐	๐.๓๑	๐	๘	๘	๑๐๐	ผ่าน	ผ่าน
๓.บางน้ำเปรี้ยว	F๑	๙๑.๑๗	๓	๐	๓	๓	๑๓.๔๒	๑๑.๕๙	๕๖.๖๑	๙.๔๑	๐	๐.๔๙	๐	๑๓	๑๓	๑๐๐	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๔.บางปะกง	F๑	๙๓.๗๓	๓	๐	๔	๓	๒๖.๑๕	๓๔.๑๒	๖๕.๙๖	๘.๙๒	๐	๐.๕๒	๐.๒๓	๑๑	๑๓	๘๔.๖๒	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๕.บ้านโพธิ์	F๑	๙๒.๘๐	๓	๐	๓	๓	๑๘	๙.๘๗	๔๘.๗๕	๓๕.๒๙	๑๖.๖๗	๑.๐๖	๐	๑๔	๑๖	๘๗.๕	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๖.พนมสารคาม	M๒	๘๙.๕๖	๔	๐	๔	๓	๒๒.๙๖	๑๘.๕๗	๖๒.๐๗	๑๒.๒๐	๐	๐.๖๑	๐	๑๒	๑๒	๑๐๐	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๗.ราชสาส์น	F๑	๙๓.๖๒	๓	๐	๓	๓	๙.๒๖	๒.๙๖	๓๒.๘๘	๐	๐	๐	๐	๒	๒	๑๐๐	ผ่าน	ผ่าน
๘.สนามชัยเขต	F๒	๙๑.๓๘	๓	๐	๓	๓	๔๐.๓๓	๓๒.๘๙	๖๑.๗๐	๒๔.๕๖	๐	๐	๐	๑๒	๑๕	๘๐	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๙.แปลงยาว	F๑	๙๑.๔๕	๓	๐	๓	๓	๑๖.๗๔	๑๖.๙๑	๕๘.๓๔	๑๑.๑๑	๐	๐	๐	๖	๖	๑๐๐	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑๐.ท่าตะเกียบ	F๑	๙๔.๓๓	๓	๐	๓	๓	๔๐.๑๙	๕๑.๐๙	๕๓.๖๐	๑๗.๖๕	๐	๒.๗๙	๐	๙	๙	๑๐๐	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑๑.คลองเขื่อน	F๑	๙๓.๑๐	๔	๐	๔	๓	๑๓.๐๒	๒	๑๐.๙๙	๐	๐	๐	๐	๕	๕	๑๐๐	ผ่าน	ผ่าน
เกณฑ์เป้าหมาย		รพ. ระดับ A ≥ ๗๕% S ≥ ๘๐% M๑-M๒ ≥ ๘๕% F๑-F๓ ≥ ๙๐%	ระดับ ๓	≤ ๑ รายการ	ระดับ ๓	ระดับ ๓	รพศ ≤ ร้อยละ ๓๐ รพช ≤ ร้อยละ ๒๐	≤ ร้อยละ ๒๐	≤ ร้อยละ ๕๐	≤ ร้อยละ ๑๕	≤ ร้อยละ ๕	≤ ร้อยละ ๑๐	๐ ราย	ขั้น ๑ ≥ ร้อยละ ๔๐ ขั้น ๒ ≥ ร้อยละ ๖๐				

สรุปผลการดำเนินงาน

๑) A = จำนวน รพ.ที่ผ่าน
ขั้นที่ ๑ ภาพรวมจังหวัด จำนวน ....๑๑..... แห่ง ขั้นที่ ๒ ภาพรวมจังหวัด จำนวน ....๓.... แห่ง)
B = ... จำนวน รพ. ทั้งหมดในจังหวัด จำนวน .....๑๑...... แห่ง

๓) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในจังหวัด (A / B) x ๑๐๐
ขั้นที่ ๑ คิดเป็นร้อยละ.......... ๑๐๐........
ขั้นที่ ๒ คิดเป็นร้อยละ.......... ๒๗.๒๗........

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ไม่มี

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community based treatment and rehabilitation) เป็นรูปแบบที่ชุมชนต้องตระหนักถึงความรุนแรงเร่งด่วน และได้รับผลกระทบของปัญหาโดยตรง และเป็นชุมชนที่ทุกองค์ประกอบในชุมชนต้องเข้มแข็ง มีส่วนร่วมผนึกกำลังในการทำงาน จึงจะส่งผลสัมฤทธิ์ ที่เป็นรูปธรรมในการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community based treatment and rehabilitation) กระทรวงสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

<u>ประเด็นหลักที่ ๓</u> การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) : Service Outcome

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : สาขายาเสพติด

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๑๕. (KPI33) ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)

<table>
<tr><td>หมวด :</td><td>Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)</td></tr>
<tr><td>แผนที่ :</td><td>๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</td></tr>
<tr><td>โครงการที่ :</td><td>๑๕. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล :</td><td>ประเทศ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ชื่อตัวชี้วัด :</td><td>๑๕.๑ (KPI33) ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)</td></tr>
<tr><td>๑๕.๒ (KPI34) ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (๓ mouths Remission rate))</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย :</td><td>๑๕.๑ ร้อยละ ๒๐
๑๕.๒ ร้อยละ ๔๐</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล :</td><td>รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหนวยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล/ สถานฟนฟูผู้ติดยาเสพติด) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล :</td><td>ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔ (ทุก ๓ เดือน)</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การประเมินผล :</td><td>๑๕.๑ ไตรมาส ๒ ร้อยละ ๒๐ ไตรมาส ๓ ร้อยละ ๒๐ ไตรมาส ๔ ร้อยละ ๒๐
๑๕.๒ ไตรมาส ๒ ร้อยละ ๔๐ ไตรมาส ๓ ร้อยละ ๔๐ ไตรมาส ๔ ร้อยละ ๔๐</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>ขอมูล
สถานบำบัดฟนฟูผูเสพผูติดยาเสพติด จัดเก็บขอมูลผูปวยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย ศูนยอำนวยการปองกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์การให้คะแนน (๑๕.๑/๑๕.๒)
<table>
<tr><th>ระดับ ๑</th><th>ระดับ ๒</th><th>ระดับ ๓</th><th>ระดับ ๔</th><th>ระดับ ๔</th></tr>
<tr><td>๑๘/๓๘</td><td>๑๙/๓๙</td><td>๒๐/๔๐</td><td>๒๑/๔๑</td><td>๒๒/๔๒</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>เจ้าภาพหลัก :</td><td><u>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด</u>
นายโฆษิต ชุมเกษียร นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ
โทร. ๐๘ ๕๙๒๓ ๙๖๙๔
e-mail address : kositchum@gmail.com</td></tr>
</table>

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพ ติดได้รับการบำบัดฟื้นฟู และติดตามดูแลช่วยเหลือ ต่อเนื่องในมิติสุขภาพแบบครบวงจรไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive health care) ตามหลักสิทธิมนุษยชน

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

ปัญหายาเสพติด สภาพปัญหา เจตคติสังคม ศักยภาพด้านบุคลากร คุณภาพสถานพยาบาล การให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction)

การแพร่ระบาดนโยบายและการสนับสนุนการดำเนินงาน ในระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรามีพื้นที่ติดกับกรุงเทพฯ และปริมณฑลซึ่งเป็นที่พักยาเสพติดของขบวนการค้า ยาเสพติด มีสถานประกอบการ เป็นจำนวนมาก จังหวัดฉะเชิงเทราจึงเป็นที่ระบายยาเสพติดจากกรุงเทพมหานคร ส่วนทางภาคตะวันออกอยู่ติดจังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นจังหวัดชายแดน เส้นทางลำเลียงยาเสพติดที่สำคัญ คือ เส้นทางถนนอรัญประเทศ – พนมสารคาม - ฉะเชิงเทรา ทางหลวงหมายเลข ๓๐๔ และเส้นทางเชื่อมระหว่างอำเภอ เป็นเส้นทางใช้ในการหลบหนีด่าน/ จุดตรวจของเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะถนนสายอำเภอท่าตะเกียบ ซึ่งเชื่อมติดกับจังหวัดสระแก้ว ถนนสายพนมสารคามเชื่อมติดกับจังหวัดฉะเชิงเทรา ถนนสายบางน้ำเปรี้ยวเชื่อมติดกับจังหวัดนครนายก จังหวัดฉะเชิงเทราและกรุงเทพมหานคร และถนนสายบางปะกงติดกับจังหวัดชลบุรี สถานการณ์ดังกล่าว จึงมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของยาเสพติด โดยเฉพาะในโรงงานและสถานศึกษา ปัจจุบันยังมีการดำเนินการจับกุมผู้เสพ/ ผู้ค้าและมีการขยายผลไปสู่การจับกุมผู้ผลิตรายใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิผล ประกอบกับพื้นที่เป็นเขตเมืองอุตสาหกรรม ประชากรย้ายถิ่น ประชากรแฝงจำนวนมาก อีกทั้งปัญหาการเพิ่มจำนวนของผู้ค้ารายย่อย ซึ่งส่วนหนึ่งพัฒนามาจากการเป็นผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด สถานการณ์ด้านผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติดของจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ยังมีการใช้ยาเสพติดทั้งรายใหม่และการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัด และนอกจากนี้ ยังพบว่ามีการใช้สารทดแทนยาเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา และสารระเหย และมีปัญหาการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์เพิ่มขึ้น

สถานการณ์ปัญหายาเสพติดและการแพร่ระบาด สถานการณ์ปัญหายาเสพติดของจังหวัดฉะเชิงเทรา ในระยะที่ผ่านมา จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นพื้นที่ค้าและแพร่ระบาดของยาเสพติด พื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดสูง คือ อำเภอบางปะกง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอพนมสารคาม รองลงมา คือ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว อำเภอสนามชัยเขต อำเภอบ้านโพธิ์ อำเภอท่าตะเกียบ อำเภอบางคล้า อำเภอแปลงยาว อำเภอคลองเขื่อน และอำเภอราชสาส์น

ตามนโยบายของรัฐบาล กำหนดให้มีการปรับระบบส่งเสริม บำบัดฟื้นฟู ติดตาม ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ภายใต้ทิศทางนโยบายยาเสพติดโลก และการเปลี่ยนแปลงในระดับสากล ไปสู่การใช้หลักการสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน เน้นการดูแลสุขภาพและสังคม เป็นแนวทางปฏิบัติในการลดผลกระทบจากปัญหายาเสพติด ปรับมุมมองผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดคือ “ผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการรักษา ภายใต้หลักการ “เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้” คือเข้าใจบริบทและสาเหตุที่ทำให้เสพยาเสพติด รวมถึงครอบครัวของผู้เสพ โดยจะทำให้ผู้เสพหรือผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการปรับระบบส่งเสริม บำบัดฟื้นฟู ติดตาม ผู้เสพและผู้ติด ยาเสพติด ของหน่วยงานในสังกัด ให้เป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ

---

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

- ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวม)

(๑) การตั้งคณะกรรมการและกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับ รพ.สต. รพ. ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ด้านการบูรณาการบำบัดฟื้นฟูและลดอันตรายจากยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๑ ที่ ๑๑๓ /๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานยาเสพติด ของจังหวัดฉะเชิงเทรา แบบบูรณาการครอบคลุมทุกมิติของการดำเนินงานยาเสพติด โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ ของคณะกรรมการอำนวยการ จัดมาตรการส่งเสริมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด/แอลกอฮอล์และบุหรี่ และการบังคับใช้กฎหมาย การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด การติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู และพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟู และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) เพื่อขับเคลื่อนระบบการดำเนินงานยาเสพติดครบวงจรแบบไร้รอยต่อในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา

(๒) แผนและผลการพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมในแต่ละด้าน

(๒.๑) ระบบบริการและการรับส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดและเขตสุขภาพ

แนวทางการดำเนินงานของพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ด้านการบำบัดรักษาและการบูรณาการการบำบัดรักษา ทั้ง ๓ ระบบ (สมัครใจ บังคับ ต้องโทษ)

นโยบายด้านการบำบัดรักษาและการบูรณาการการบำบัดรักษาทั้ง ๓ ระบบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล และ คสช. ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย ให้การบำบัดรักษา ทั้ง ๓ ระบบ ตามมาตรฐานการบำบัดรักษา ของกระทรวงสาธารณสุข กรมคุมประพฤติ และกรมราชทัณฑ์

แนวทางการปฏิบัติของจังหวัดฉะเชิงเทรา คือ

๑) ด้านการค้นหา ตำรวจหรือฝ่ายปกครอง มีหน้าที่ในการค้นหา เมื่อพบผู้เสพ ให้จัดทำบันทึกตามแบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๑ ,บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๒ และ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๓ (กรณีพบของกลาง) ส่งให้ ศป.ปส.อ. กรณีค้นหายามวิกาลหรือวันหยุด ให้นัดหมายผู้เสพผู้ติด ไปยัง ศป.ปส.อ. ในวันรุ่งขึ้นหรือวันทำการวันแรก พร้อมแบบบันทึกดังกล่าว ศป.ปส.อ. รับตัวส่งศูนย์คัดกรองอำเภอ

๒) การคัดกรอง โดยศูนย์คัดกรองอำเภอ ซึ่ง ศป.ปส.อ. เป็นหน่วยงานหลัก ทำหน้าที่คัดกรองและส่งต่อเข้ารับการบำบัดรักษา โดยใช้แบบ คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (V.๒) จำแนกประเภท ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด หรือผู้ติดรุนแรง ส่งตัวเข้าบำบัดในสถานพยาบาล หรือหาก ระหว่างนั้นมีค่ายปรับเปลี่ยนให้ส่งเข้าค่าย และ ศป.ปส.อ. บันทึกผลการคัดกรอง ในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

๓) การบำบัดรักษา บำบัดฟื้นฟูในค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน ๑๒ วัน ตามหลักสูตรค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน หรือบำบัดฟื้นฟูในสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข หากขาดการบำบัดให้สถานพยาบาลนั้น จำหน่ายออกจากการบำบัด และแจ้งผลการบำบัดให้ ศป.ปส.อ. ทราบ

๔) การติดตาม ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจะต้องไปรายงานตัวที่ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูอำเภอภายใน ๑๐ วัน นับจากวันที่ออกหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู และส่งตัวเพื่อการดูแลต่อเนื่องจากค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดินหรือสถานพยาบาล โดยศูนย์เพื่อประสานการดูแลระดับอำเภอต้องตรวจสอบรายชื่อในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมการติดตามดูแลช่วยเหลือ เข้าสู่กระบวนการติดตามดูแลช่วยเหลือ โดยมอบหมายผู้ทำหน้าที่ติดตามดูแลช่วยเหลือ

ทั้งนี้ ให้ ศป.ปส.อ. เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการ และบันทึกข้อมูลระบบระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

๑) การจัดระบบบริการและมาตรฐานบุคลากร

ประเภทสถาน-พยาบาล	จำนวน (แห่ง)	สถาน-บริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพยาเสพติด (HA)	การจัดระบบบริการและมาตรฐานบุคลากร						
			จัดบริการป้องกันคัดกรองบำบัดฟื้นฟูและติดตามผู้ผ่านการบำบัด	จัดบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยนอก (๑-๔ เดือน)	จัดบริการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะยาว (๑-๔ เดือน)	จัดบริการบำบัดรักษาระยะวิกฤติฉุกเฉิน	บริการ Harm reduction	มีบุคลากรแพทย์ที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ยาเสพติด (๓ วัน)	พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด
รพท.	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	-	-
รพช.	๑๐	๙	๑๐	๑๐	-	-	๑๐	-	๔
รพ.สต.	๑๑๘	-	๑๑๘	๑๑๘	-	-	-	-	-

๒) รูปแบบการบำบัดยาเสพติดที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

โรงพยาบาล / รพ.สต. ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดตามระดับการให้บริการบำบัดรักษา ดังนี้

ศักยภาพการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติด

รพ.	ผู้ป่วยนอก
รพศ. (A3)	ผู้ป่วยนอกพบแพทย์ ไม่รวมกลุ่มบำบัด (OPD ยาเสพติด ๒๐ คน/สัปดาห์) (รพ.พุทธโสธร) กลุ่มบำบัด ๓๐ คน/สัปดาห์ (พบจิตแพทย์๑ วัน/สัปดาห์ วันอื่นแพทย์ทั่วไป) ผู้ป่วยนอกทำกลุ่มบำบัดกลุ่มละ ๕ - ๑๒ คน/กลุ่ม สัปดาห์ละ ๑๐ - ๑๒ กลุ่ม กลุ่มติด สัปดาห์ละ ๓ ครั้ง จันทร์ พุธ ศุกร์ ๓ กลุ่ม/วัน กลุ่มเสพ สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง
รพท. (M2)	ผู้ป่วยนอกพบแพทย์ ไม่รวมกลุ่มบำบัด (OPD ยาเสพติด ๒๐ คน/สัปดาห์) (รพ.พนมสารคาม) กลุ่มบำบัด ๒๕ คน/สัปดาห์ (พบจิตแพทย์ ๑ วัน/เดือน วันอื่นแพทย์ทั่วไป) ผู้ป่วยนอกทำกลุ่มบำบัดกลุ่มละ ๕ - ๑๐ คน/กลุ่ม สัปดาห์ละ ๕ กลุ่ม กลุ่มติด สัปดาห์ละ ๓ ครั้ง จันทร์ พุธ ศุกร์ ๓ กลุ่ม/วัน กลุ่มเสพ สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง
รพช. (F1)	ผู้ป่วยนอก ๒๐–๒๕ คน /วัน (รพ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.สนามชัย และ รพ.บางปะกง)
รพช. (F2)	ผู้ป่วยนอก ๑๐–๑๕ คน/วัน (รพ.บ้านโพธิ์ รพ.แปลงยาว รพ.บางคล้า รพ.ท่าตะเกียบ และ รพ.ราชสาส์น)
รพช. (F3)	ผู้ป่วยนอก ๑ – ๕ คน/วัน (รพ.คลองเขื่อน)
รพ.สต	ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง ว่าเป็นผู้ใช้

รูปแบบการบำบัดรักษายาเสพติดที่ดำเนินการในปัจจุบัน

รพ.	ผู้ป่วยนอก
รพศ. (A)	Brief Advice(BA) Brief Intervention (BI) Matrix Program Motivational Interviewing(MI) Cognitive Behavior Therapy (CBT)
รพท. (M2)	Brief Advice(BA) Brief Intervention (BI) Matrix Program Motivational Interviewing(MI)
รพช. (F1)	Brief Advice(BA) Brief Intervention (BI) Matrix Program Motivational Interviewing(MI) Cognitive Behavior Therapy (CBT) (ร.พ.บางน้ำเปรี้ยว ร.พ.สนามชัย และ รพ.บางปะกง)
รพช. (F2)	Brief Advice(BA) Brief Intervention (BI) Matrix Program Motivational Interviewing(MI) Cognitive Behavior Therapy (CBT) (รพ.แปลงยาว รพ.ราชสาส์น)
รพ.สต.	Brief Advice(BA) Brief Intervention (BI)

จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพและระบบบริการด้านการรักษายาเสพติดมีการพัฒนาตาม Gap Analysis ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตรงตามสาขายาเสพติด (Service Plan) บุคลากรมีศักยภาพการดำเนินงานของกลุ่มเป้าหมาย การดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์/ รพท. / รพช. / รพ.สต.

สถานพยาบาล สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน ๑๑ แห่ง ได้รับการพัฒนา และรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๙๐

(๒.๓) การพัฒนาระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction)

จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้ดำเนินการจัดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในหน่วยงานตามแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นการจัดบริการด้านสุขภาพการลดอันตรายจากการใช้ยาผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีอื่นๆ ในการดูแลผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ตามมาตรฐานการลดอันตรายจากการใช้ยา ประกอบด้วย

๑) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยยาเสพติด การป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรคและไวรัสตับอักเสบบีและซี

๒) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อ เอช ไอ วี โดยสมัครใจและส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาด้ายยาต้านไวรัส

๓) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการให้คำปรึกษาตรวจหาละส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี

๔) หน่วยบริการทุกแห่ง สนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี

๕) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและรักษาวัณโรค

๖) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวช

๗) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการใช้ยาเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

(๒.๔) การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community based treatment and rehabilitation)

มีการบูรณาการกับพื้นที่ อำเภอพนมสารคาม และอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง ๙ ขั้นตอน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ผู้นำชุมชน/ภาคประสังคม ในการค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชน โดยดำเนินการทำเป็นต้นแบบในการใช้กระบวนการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community based treatment and rehabilitation) ของจังหวัดฉะเชิงเทรา

(๒.๕) การพัฒนาบุคลากร

ในปี ๒๕๕๗ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราจัดพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้วยหลักสูตร BA , BI และ Matrix Program ในปี ๒๕๕๙ และ ปี ๒๕๖๐ ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หลักสูตรการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน ๑20 คน พัฒนาศักยภาพด้านบุคลากร จังหวัดฉะเชิงเทรา มีพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด หรือสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ๓ โรงพยาบาล และเข้ารับการอบรม หลักสูตรเวชศาสตร์สารเสพติด ของเขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๑๑ คน ระหว่างวันที่ ๔ – ๘ มิถุนายน ๒๕๖๑ และ วันที่ ๑๘ – ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑ ในปี ๒๕๖๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราได้พัฒนาศักยภาพบุคลากร ระดับ รพ.สต. / รพ.ทุกแห่ง/ สสอ.ทุกแห่ง และส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มพูนศักยภาพการให้คำแนะนำและบำบัด/ปรึกษาเบื้องต้นผู้มีปัญหาสารเสพติด เพื่อบูรณาการและพัฒนาระบบงานยาเสพติด/ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ของจังหวัดฉะเชิงเทรา และส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และปี ๒๕๖๑ ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ๗ หลักสูตร ๒๐ คน เพื่อรองรับการบำบัดรักษายาเสพติด จากทุกระบบการบำบัดรักษา

ในปี ๒๕๖๒ มีแผนในการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด เรื่องการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx), การเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการรองรับพระราชบัญญัติยาเสพติด ฉบับใหม่ รวมถึงการพัฒนาการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบรายงานยาเสพติด (บสต)

(๒.๖) การกำกับดูแลและการประสานความร่วมมือกับหน่วยบำบัดฟื้นฟูนอกสังกัด สธ.

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีหน่วยงานของทหาร เปิดเป็นโรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองรองรับ ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่เข้าพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ปี ๒๕๔๕ จำนวน ๑ แห่ง ซึ่งเปิดบำบัดรักษาผู้ที่คณะอนุกรรมการฯวินิจฉัย ให้บังคับบำบัดแบบควบคุมตัวแบบไม่เข้มงวด จำนวน ๑๒๐ วัน โดยที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จะควบคุมกำกับด้านมาตรฐานการบำบัดฟื้นฟู โดยส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าเป็นผู้บำบัดในโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- ข้อมูลเชิงปริมาณ ตามตัวชี้วัด รอยละ ๒๐ ของผูติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑที่กำหนดของแตละระบบ และไดรับการติดตามตอเนื่อง ๑ ป (Retention rate) (เป็นข้อมูลสะสมตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑) (ข้อมูลรวมทุกระบบ) รายงานสะสมเป็นรายไตรมาส

ตารางที่ ๕๓ จำนวนและร้อยละของผูติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑที่กำหนดของแตละระบบ และไดรับการติดตามตอเนื่อง ๑ ป (Retention rate) รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	รายการข้อมูล						
	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาเทียบกับเป้าหมาย	จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาทุกระบบที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปีหลังจำหน่าย (A1)	จำนวนผู้ติดยาเสพติดทุกระบบที่ได้รับการบำบัดรักษาและจำหน่ายทั้งหมด (B1)	รอยละของผูติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑที่กำหนดของแตละระบบและได้รับการติดตามตอเนื่อง ๑ ป (Retention rate) = A1/B1*100	จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วหยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่าย (A2)	จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด (B2)	รอยละของผูใชผูเสพที่บำบัดครบตามเกณฑที่กำหนดของแตละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน = A1/A2*100
อ.เมืองฉะเชิงเทรา	๒๖๐/๒๕	๑๐	๓๕	๒๘.๕๗	๑๒	๒๓	๕๒.๑๗
อ.บางคล้า	๑๐๐/๑๒	๒	๖	๓๓.๓๓	๒	๙	๒๒.๒๒
อ.บางน้ำเปรี้ยว	๒๔๖/๖๖	๕	๒๕	๒๐	๑๕	๔๔	๓๔.๐๙
อ.บางปะกง	๑๘๐/๓๘	๘	๑๙	๔๒.๑๑	๑๐	๒๔	๔๑.๖๗
อ.บ้านโพธิ์	๑๓๐/๗	๔	๑๗	๒๓.๕๓	๕	๒๔	๒๐.๘๓
อ.พนมสารคาม	๑๗๐/๒๗	๕	๑๖	๓๑.๒๕	๘	๒๔	๓๓.๓๓
อ.ราชสาส์น	๕๒/๔	๑	๒	๕๐	๑	๔	๒๕
อ.สนามชัยเขต	๑๔๐/๒๑	๖	๑๗	๓๕.๒๙	๘	๒๘	๒๘.๕๗
อ.แปลงยาว	๑๘๐/๒๕	๑๒	๒๖	๔๖.๑๕	๑๕	๒๘	๕๓.๕๗
อ.ท่าตะเกียบ	๑๓๐/๕	๕	๑๗	๒๙.๔๑	๔	๙	๔๔.๔๔
อ.คลองเขื่อน	๔๕/๐	๑	๔	๒๕	๑	๓	๓๓.๓๓
รวมจังหวัด	**๑,๖๓๗/๒๓๐**	**๕๙**	**๑๘๔**	**๓๒.๐๗**	**๘๑**	**๒๒๐**	**๓๖.๘๒**

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ไม่มี

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

ประเด็นหลักที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) : Service Outcome

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๑๖ (KPI24) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

หมวด :	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ :	๘. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ระดับการแสดงผล :	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด :	๑๖. (KPI24) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและได้รับการดูแลที่เหมาะสม ๑๖.๑ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหน่วยบริการต่อเนื่อง อย่างน้อย ๖ เดือน ๑๖.๑ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน) ๑๖.๓ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ๑๖.๔ ผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา
เกณฑ์เป้าหมาย :	๑๖. ≤ ๖.๓ ตอประชากรแสนคน ๑๖.๑ > ร้อยละ ๙๐ ๑๖.๒ ≥ ร้อยละ ๙๐ ๑๖.๓ - ๑๖.๔ เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	เป็นข้อมูลพื้นฐานรายงานครั้งเดียว
ระยะเวลาประเมินผล :	ไตรมาส ๔
เกณฑ์การประเมินผล :	๑๖. ไตรมาส ๔ ≤ ๖.๓ ตอประชากรแสนคน ๑๖.๑ ไตรมาส ๔ > ร้อยละ ๙๐ ๑๖.๒ ไตรมาส ๔ ≥ ร้อยละ ๙๐ ๑๖.๓ - ๑๖.๔ ไตรมาส ๔ เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา
เจ้าภาพหลัก :	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด นางวันดี ทับทิมทอง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๓๕๘๘ ๑๕๖๗ e-mail address : jigunget13@hotmail.com
	โรงพยาบาลพุทธโสธร นางดารุณี งามขำ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทร. ๐๙ ๐๙๖๙ ๗๘๒๘ e-mail address : soda56@hotmail.com

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑

๑. ระบบการจัดบริการจิตเวชที่ได้มาตรฐาน ในโรงพยาบาลทุกระดับ บริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A – M2 ทุกแห่ง
- ผังไหลและทะเบียนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ ยาเสพติด ในระบบบริการเร่งด่วนในหน่วยบริการ

๒. ระบบการจัดบริการจิตเวชได้มาตรฐานในโรงพยาบาลทุกระดับ
- การประเมินตนเองและแผนการพัฒนาระบบบริการจิตเวชให้มีระดับสูงขึ้น
- การใช้โปรแกรม ๓ส+ ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับเขตสุขภาพ โดยบูรณาการกับกลไกท้องถิ่น

ตัวชี้วัด/ ผลลัพธ์ที่ต้องการ

๑. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร
๒. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหน่วยบริการต่อเนื่อง อย่างน้อย ๖ เดือน *(> ร้อยละ ๙๐)*
๓. ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน) (≥ ร้อยละ ๙๐)
๔. ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา
๕. ผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นและลดลงตามสถานการณ์และภาวะต่างๆที่หลากหลาย แต่ที่สำคัญคือ ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ภาวะวิกฤตที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและภัยธรรมชาติต่างๆ (ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล, ๒๕๕๒) จะเห็นได้ว่า ภายหลังจาก ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๕๘ อัตราการฆ่าตัวตายเริ่มมีแนวโน้มขยับสูงขึ้นจาก ๕.๙๐ ต่อประชากรแสนคน เป็น ๖.๔๗ ต่อประชากรแสนคน เมื่อเริ่มมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ และพัฒนาระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในประชากรกลุ่มเสี่ยง(ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จิตเภท สุรา และสมาธิสั้น) พบว่า แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จเริ่มลดลงในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็น ๖.๓๕ ต่อประชากรแสนคน และ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็น ๖.๐๓ ต่อประชากรแสนคน ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้น ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติทางสุขภาพจิตแก่ ผู้ใกล้ชิดรวมถึงการสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจ จากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมในการดูแลเฝ้าระวังภาวะทางสุขภาพจิต รวมทั้งการเยียวยาจิตใจแก่ผู้ใกล้ชิด องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าในระยะเวลา ๔๕ ปี ผ่านมา มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นร้อยละ ๖๐ จึงมีการคาดการณ์ไว้ว่า ปี ๒๕๖๓ ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๑.๕๓ ล้านคน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ ๑๐ – ๒๐ เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ๑ คน ทุก ๒๐ วินาที และพยายามฆ่าตัวตาย ๑ คน ทุก ๑ – ๒ วินาที (มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๕๓) และตั้งเป้าหมายไว้ว่า ภายใน ๕ ปี ร้อยละ ๑๐ ของจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จจะลดลง เทียบกับจำนวนเดิม จึงได้จัดลำดับประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับปานกลาง ซึ่งต้องมีข้อเสนอเชิงมาตรการ คือ การสร้างและบูรณาการนโยบายระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเสริมสร้างทักษะชีวิตและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยชุมชนมีส่วนร่วม และพัฒนาระบบช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการคัดกรอง ประเมินระดับความเสี่ยง การช่วยเหลือเบื้องต้น และการติดตามเฝ้าระวังการทำร้ายตัวเองซ้ำ จะสามารถช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายได้เป็นผลดี

ที่ผ่านมา แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามขยายเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชลงสู่ชุมชน โดยเน้นสถานพยาบาลใกล้บ้าน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โรงพยาบาลชุมชน และพัฒนาระบบส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงขึ้นไป ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช แต่ก็ยังทำได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากปัจจัยด้านการให้บริการ ศักยภาพของสถานบริการ และบุคลากรที่ทำงานด้านนี้ ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มมากขึ้น ระบบบริการจิตเวชเด็กไม่เพียงพอต่อความต้องการ หน่วยบริการสุขภาพขาดการใช้ยาสำคัญทางจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเร่งด่วน (Acute care) ความเข้าใจในการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

จังหวัดฉะเชิงเทรามีประชากรรวม ๗๐๓,๙๖๘ คน ประกอบด้วย ๑๑ อำเภอ มีโรงพยาบาลศูนย์ (A3) ๑ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๑๐ แห่ง เป็นระดับ M2 จำนวน ๑ แห่ง ระดับ F1 จำนวน ๓ แห่ง ระดับ F2 จำนวน ๕ แห่ง ระดับ F3 จำนวน ๑ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัย จำนวน ๑๑๗ แห่ง มีปัญหาอุปสรรคในด้านการบริหารจัดการ ด้านโครงสร้าง/กรอบภารกิจ และอัตรากาลังของงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่ไม่ชัดเจน ในด้านการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ ในโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น) ตามแนวทางที่กำหนดทุกหน่วย นอกจากนี้ มีการควบคุมกำกับติดตามนิเทศงาน รับปรึกษาทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับเขต บูรณาการการทำงานร่วมกับงาน NCDs/ DHS ANC PCC ผู้สูงอายุ และผู้ติดสารเสพติด ติดสุราในพื้นที่ จัดบริการเชิงรุกในการรักษาและติดตามเป็น MOBILE CLINIC และบริการจัดส่งยาเป็นยาใจใกล้บ้าน เพื่อความสะดวกและเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง ๑๑ อำเภอ มีระบบเฝ้าระวัง ติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ โดยทีมงานจิตเวช เจ้าหน้าที่ระดับรพ.สต.เครือข่าย และเครือข่าย อสม.ชุมชน ปฏิบัติตาม GUIDE LINE การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดฉะเชิงเทรา ตั้งแต่การค้นหา/ คัดกรอง เพิ่มการเข้าถึงบริการ การเฝ้าระวัง ช่วยเหลือ เยี่ยมบ้านติดตามดูแลการรับประทานยา โทรศัพท์ติดตามต่อเนื่อง

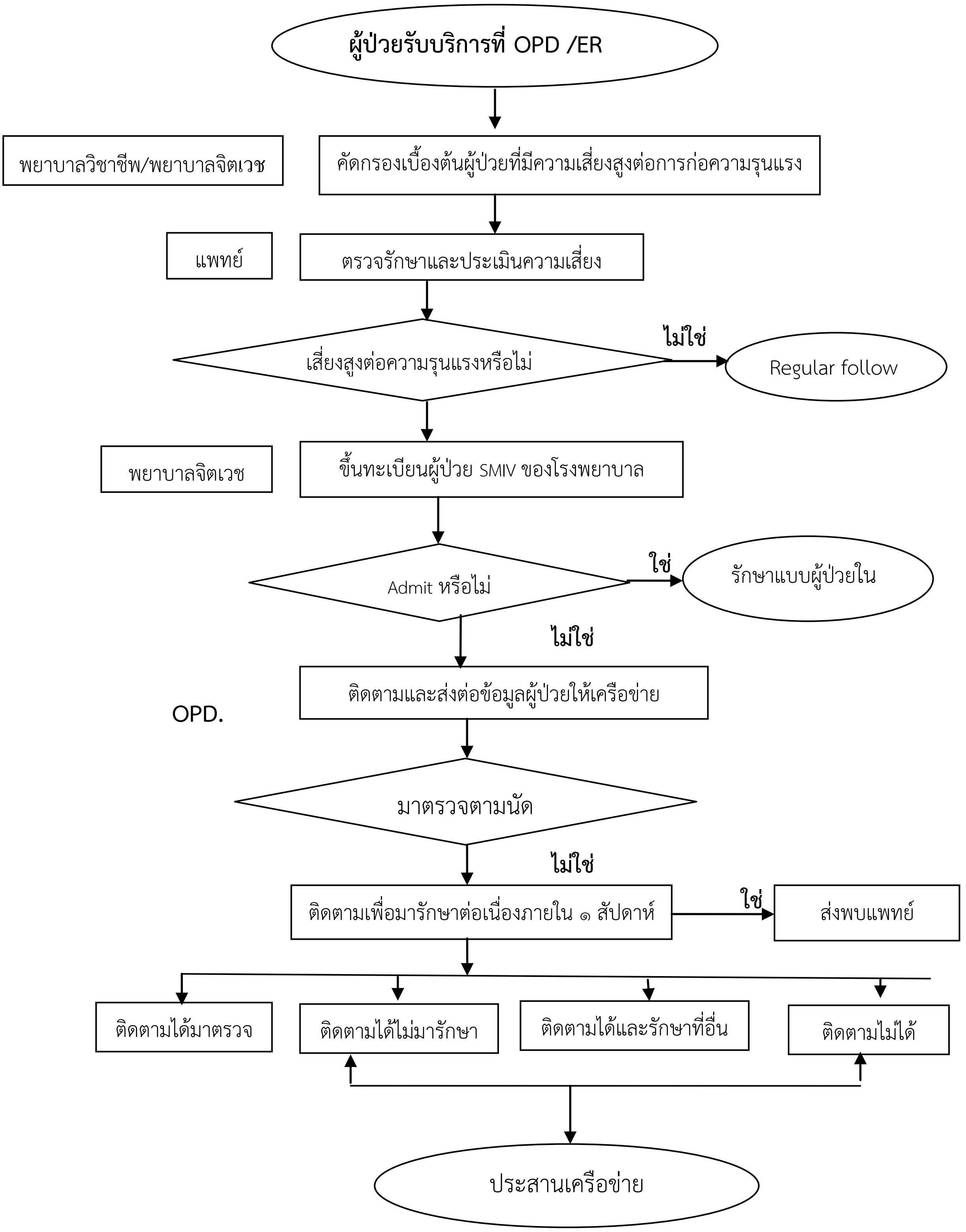
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน ๒๕๖๑) เป้าหมายการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าในภาพรวมจังหวัด จำนวน ๑๓,๖๗๙ คน มีการเข้าถึงบริการแล้ว ๙,๓๖๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๔๙ มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน ๑๓ คน ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๓๑ การฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๑ ต่อแสนประชากร จากสถิติการเก็บข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๓ ปีย้อนหลัง (ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑) เท่ากับ ๓.๕๗, ๔.๔๒ และ ๕.๑๑ ต่อแสนประชากร วิเคราะห์การฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๓๖ คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอยู่ในวัยทำงาน ใช้วิธีผูกคอ วิธีรองลงมา คือ ใช้วิธีการกินสารกำจัดแมลง สาเหตุที่ฆ่าตัวตาย พบว่า มีปัญหาความขัดแย้งหรือทะเลาะกันในครอบครัว น้อยใจถูกตำหนิ ด่าว่า ผิดหวังในความรัก เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/โรคร้าย/สูญเสียอวัยวะ/ชราภาพ และปัญหาเศรษฐกิจ ในปี ๒๕๖๑ มีผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน ๑๐๖คน ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ ๑๐๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๓๔ ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ๙๐)

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

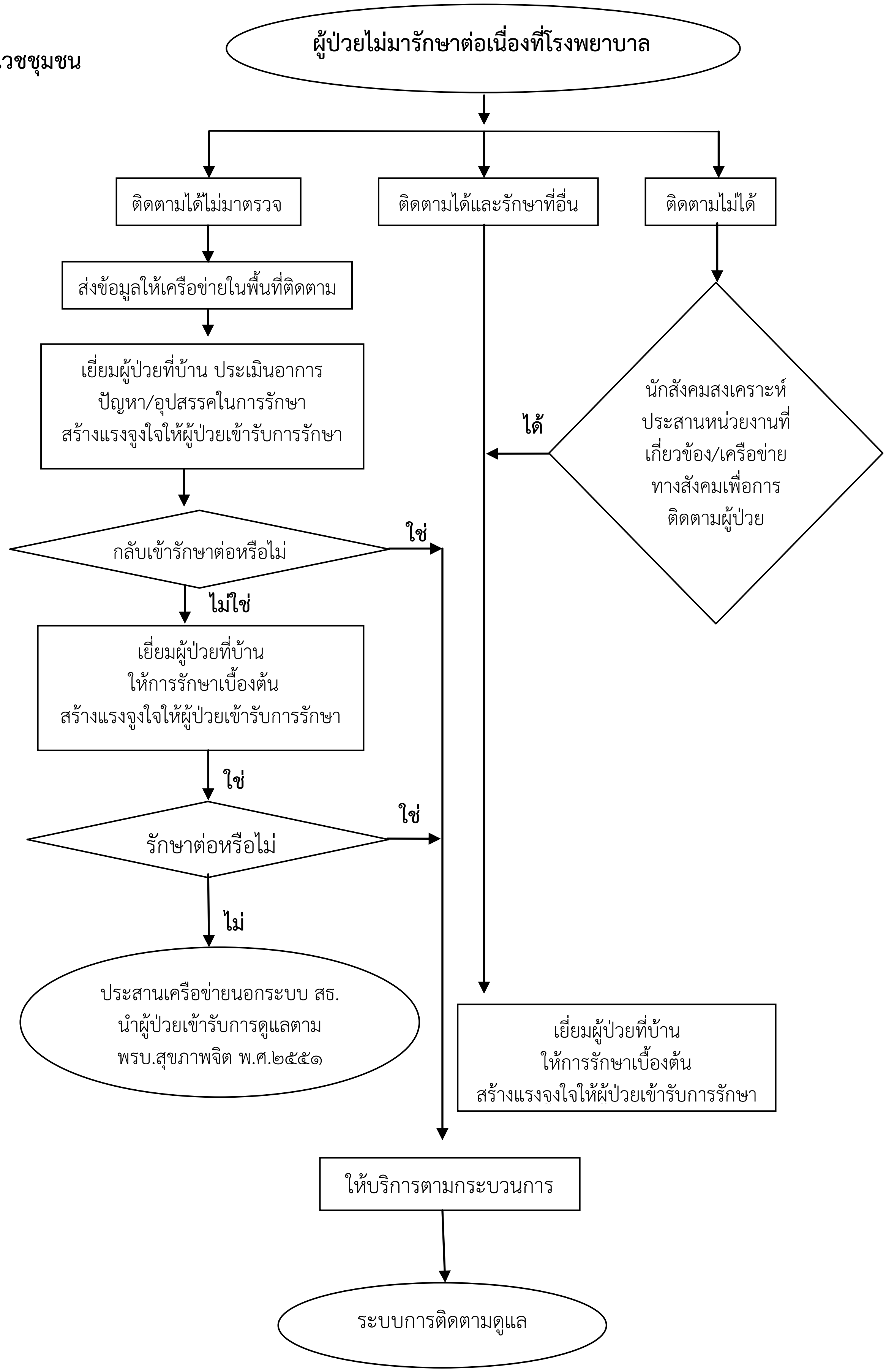
๓.๑ การดำเนินงาน

๑) บริการจิตเวชเร่งด่วน (Acute care) ในโรงพยาบาล ระดับ A – M 2 ทุกแห่ง

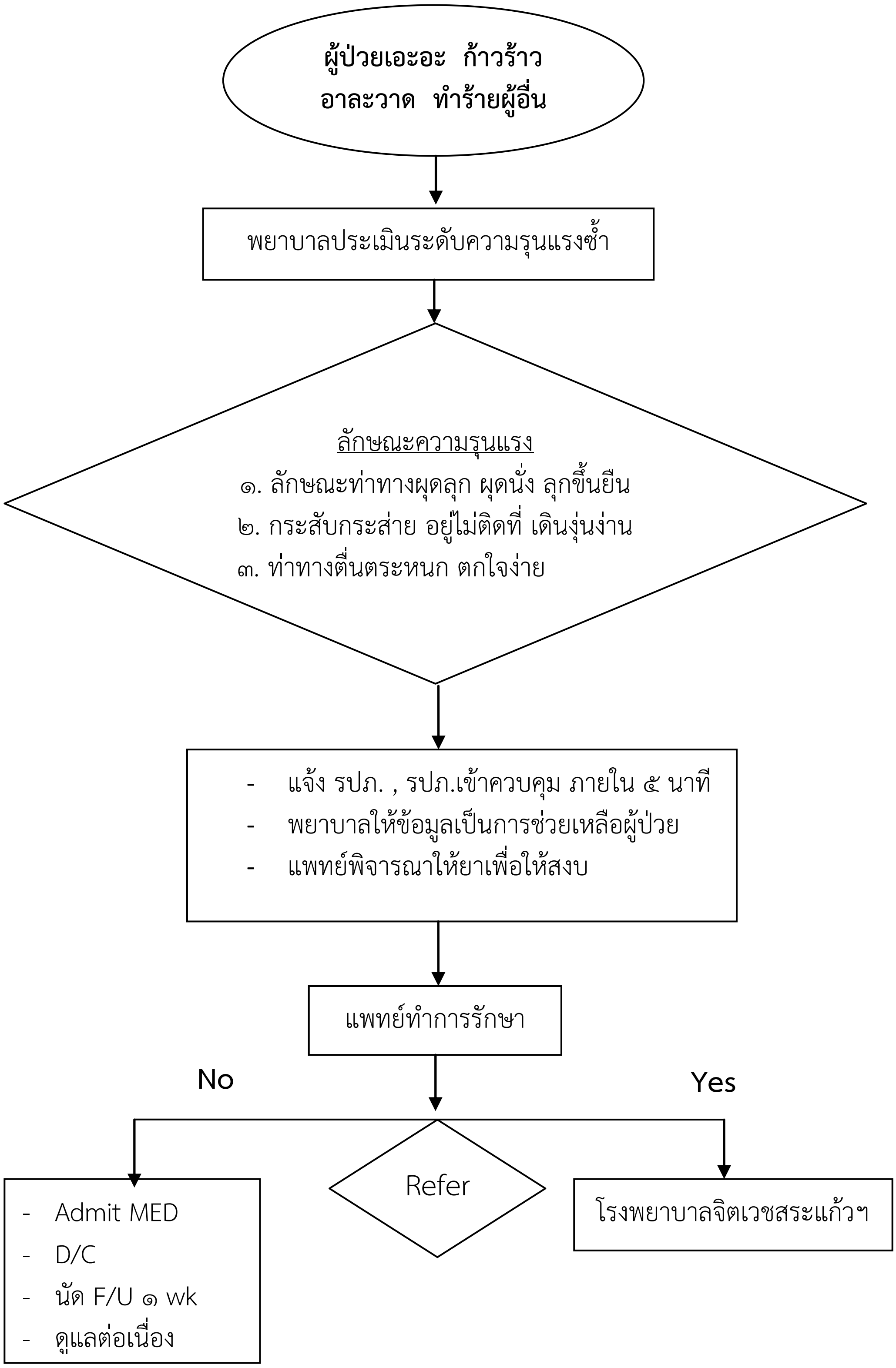
ผังไหลและทะเบียนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติด ในระบบบริการเร่งด่วนในหน่วยบริการ



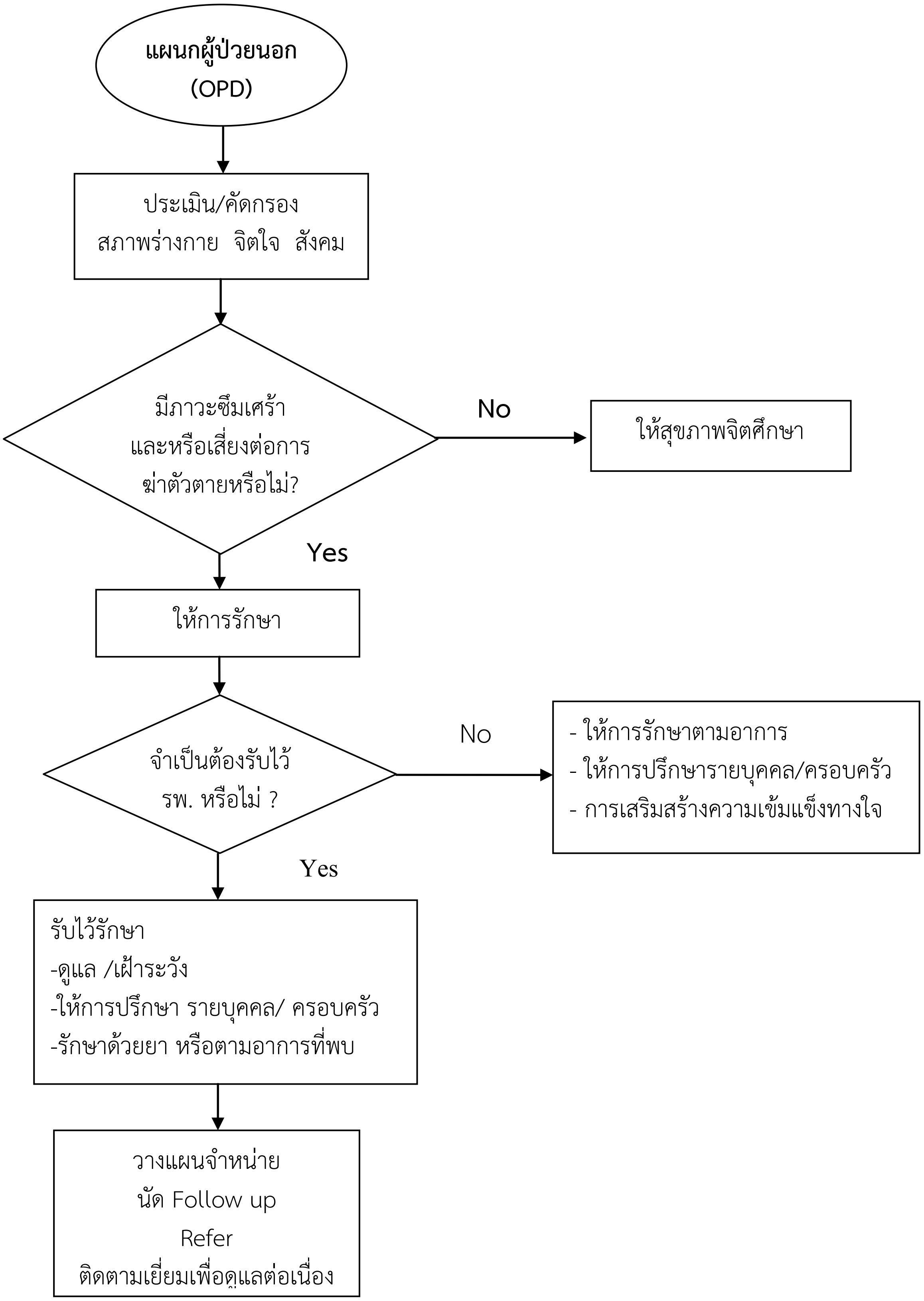
จิตเวชชุมชน


ผู้ป่วยไม่มารักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล
ติดตามได้ไม่มาตรวจ
ติดตามได้และรักษาที่อื่น
ติดตามไม่ได้
ส่งข้อมูลให้เครือข่ายในพื้นที่ติดตาม
เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ประเมินอาการ ปัญหา/อุปสรรคในการรักษา สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา
นักสังคมสงเคราะห์ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/เครือข่ายทางสังคมเพื่อการติดตามผู้ป่วย
ได้
กลับเข้ารักษาต่อหรือไม่
ใช่
ไม่ใช่
เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ให้การรักษาเบื้องต้น สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา
ใช่
รักษาต่อหรือไม่
ใช่
ไม่
ประสานเครือข่ายนอกระบบ สธ. นำผู้ป่วยเข้ารับการดูแลตาม พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑
เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ให้การรักษาเบื้องต้น สร้างแรงจูงใจให้ผ้ป่วยเข้ารับการรักษา
ให้บริการตามกระบวนการ
ระบบการติดตามดูแล

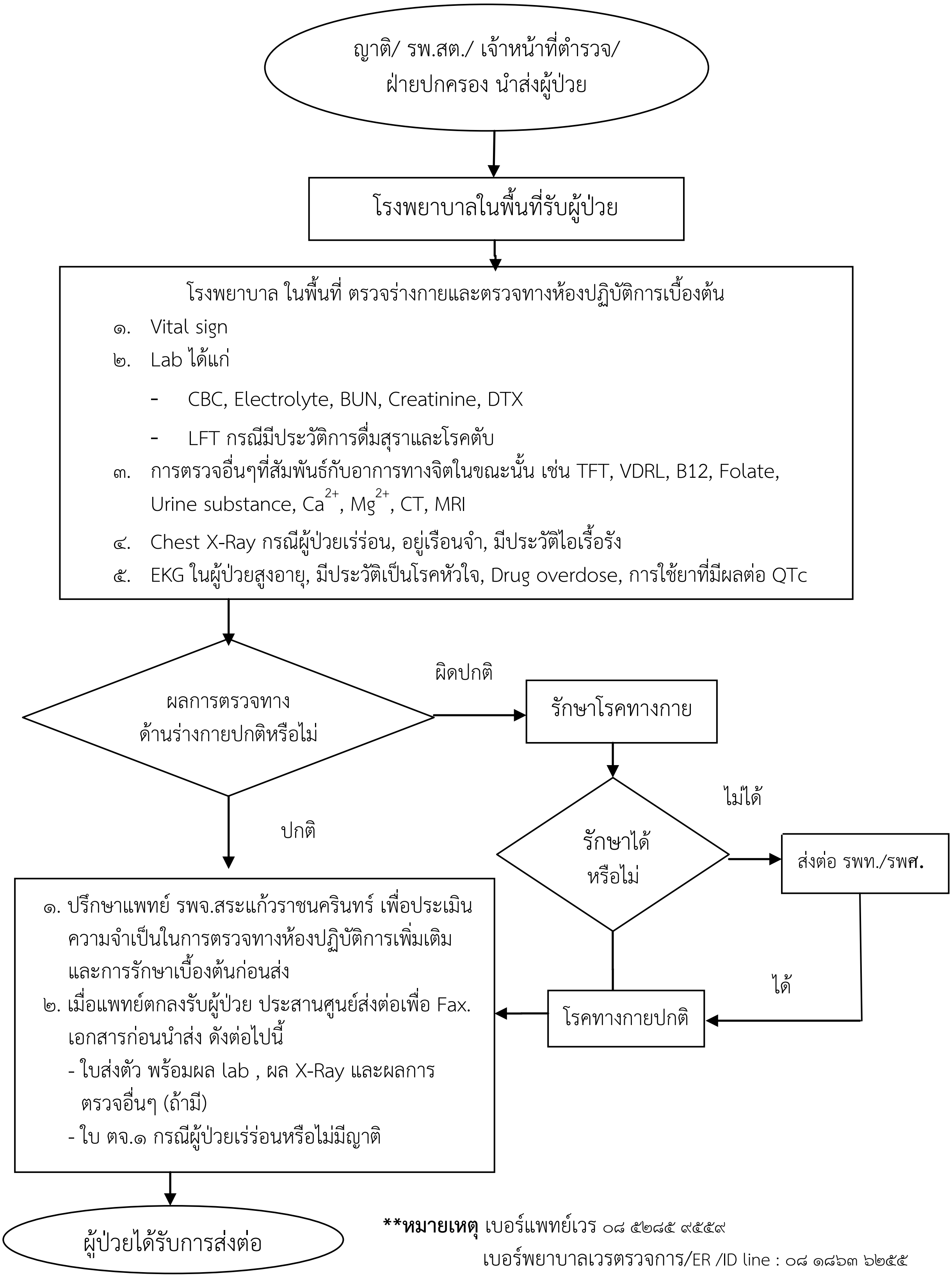
ขั้นตอนการปฏิบัติผู้ป่วยที่มีอาการเอะอะ ก้าวร้าว



ผังไหลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ของโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

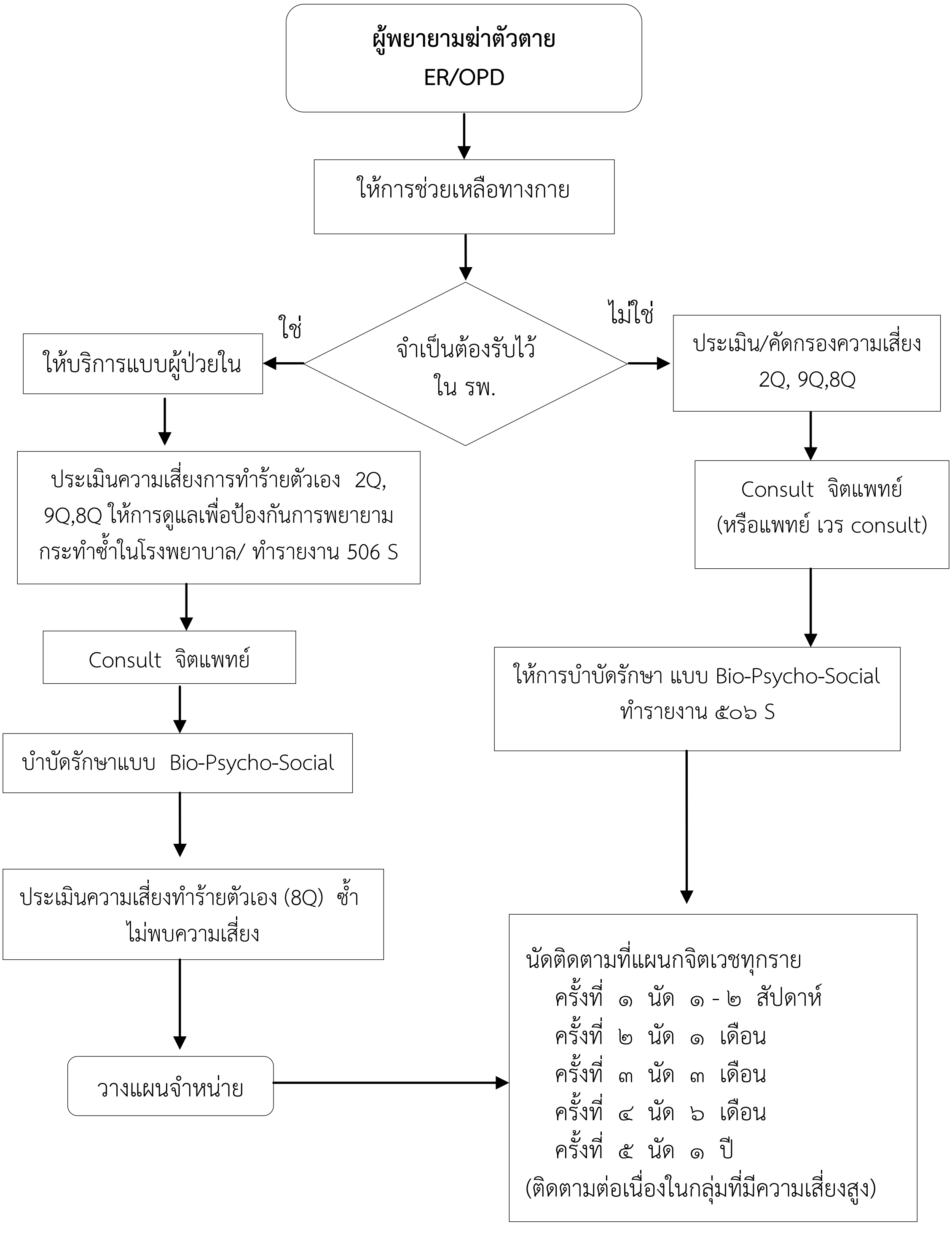


ผังไหลขั้นตอนการส่งผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์



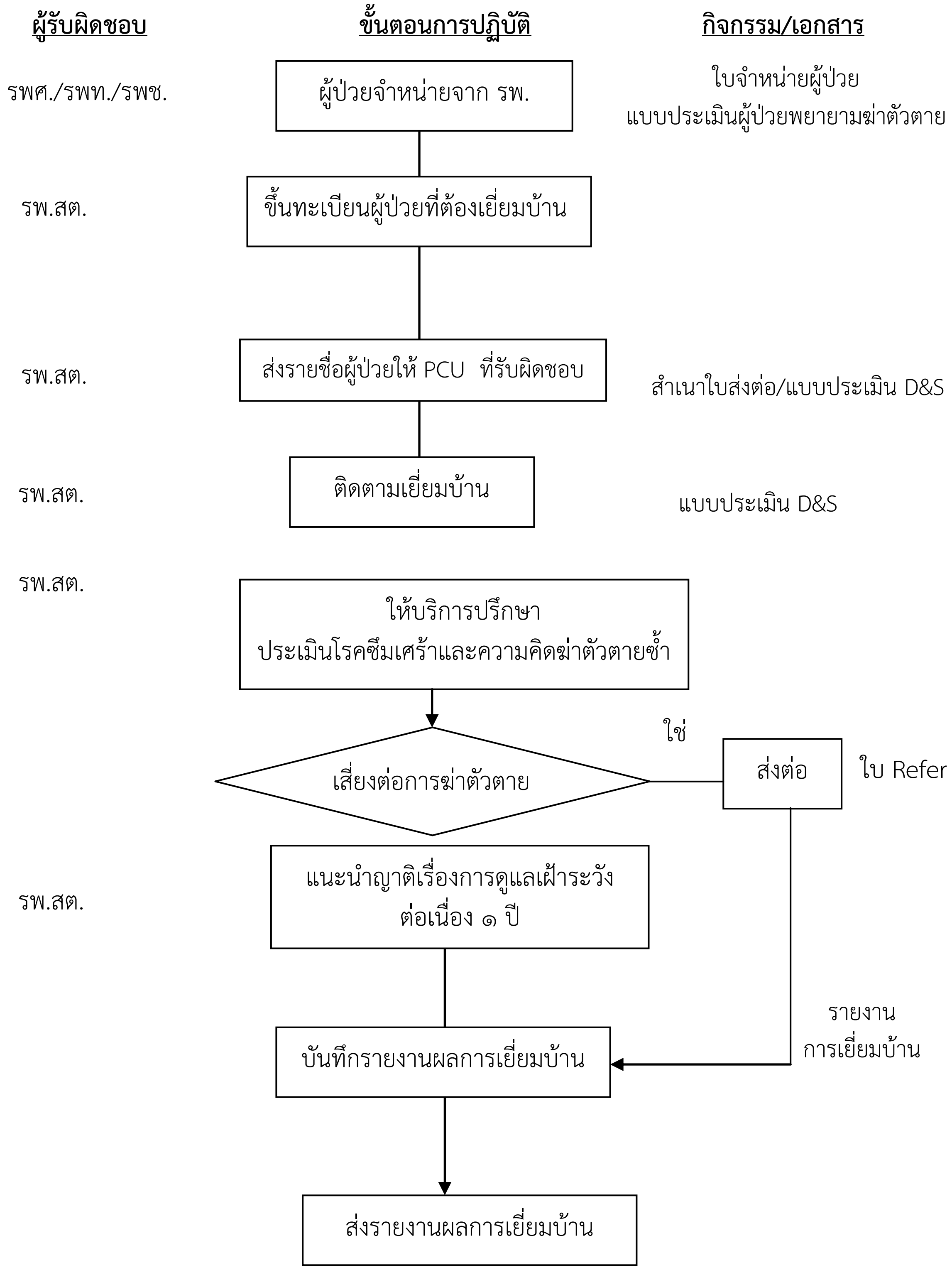
****หมายเหตุ** เบอร์แพทย์เวร ๐๘ ๕๒๘๕ ๙๕๕๙
เบอร์พยาบาลเวรตรวจการ/ER /ID line : ๐๘ ๑๘๖๓ ๖๒๕๕
ศูนย์Refer โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๓๗๒๖ ๒๙๘๑

แนวทางการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย ของโรงพยาบาลพุทธโสธร



หมายเหตุ มีการติดตามเยี่ยมภายใน ๑๕-๓๐ วัน อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายหลังจากให้กลับบ้าน และ/ หรือ มีการติดตามดูแลโดยการนัดติดตามผลที่สถานบริการ (Follow) หรือการติดตามไปดูแลในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย และไม่กลับไปฆ่าตัวตายซ้ำ ภายใน ๑ ปี

ผังไหล การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย(ดูแลต่อเนื่อง)



๒) ระบบการจัดบริการจิตเวชได้มาตรฐานในโรงพยาบาลทุกระดับ

๒.๑) การประเมินตนอง และแผนการพัฒนาระบบบริการจิตเวชให้มีระดับสูงขึ้น

แนวทางการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
สำหรับโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

ด้านบุคลากร	รพ.พุทธโสธร	รพ.บางคล้า	รพ.บางน้ำเปรี้ยว	รพ.บางปะกง	รพ.บ้านโพธิ์	รพ.พนมสารคาม	รพ.ราชสาส์น	รพ.สนามชัยเขต	รพ.แปลงยาว	รพ.ท่าตะเกียบ	รพ. คลองเขื่อน
จิตแพทย์	๔	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
พยาบาล ป.โท	๒	๑	๑	๑	๐	๐	๐	๑	๒	๑	๐
พยาบาล ๔ เดือน	๒	๑	๑	๑	๐	๓	๒	๑	๐	๐	๐
นักจิตวิทยา	๔	๑	๒	๒	๑	๑	๐	๑	๑	๑	๐
พยาบาล	๐	๓	๐	๑	๑	๑	๐	๑	๓	๑	๑
รวม	๑๒	๖	๔	๕	๒	๕	๒	๔	๖	๓	๑

องค์ประกอบ	**สมรรถนะ**
บุคลากร	- แพทย์/พยาบาล ที่มีความรู้ในการประเมิน และดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน - ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยมีความรู้ สามารถดูแลและควบคุมพฤติกรรม - จิตแพทย์ หรือแพทย์ที่จบวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน สาขาจิตเวชชุมชน ที่รับปรึกษา อย่างน้อย ๑ คนต่อสถานพยาบาล (จิตแพทย์ผู้ใหญ่ ๓ คน จิตแพทย์เด็ก ๑ คน)
สถานที่	- ห้องฉุกเฉิน / ห้องสังเกตอาการ ที่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชระยะฉุกเฉินเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมรุนแรงได้ ภายในระยะเวลา อย่างน้อย ๔๘ ชม. - มีการ Admit ผู้ป่วยจิตเวชแต่ไม่มี Ward จิตเวช มีเตียงสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแทรกอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรรม/ ศัลยกรรม แต่ยังไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะ
อุปกรณ์และเวชภัณฑ์	- ยาฉุกเฉินทางจิตเวชที่จำเป็น เช่น haloperidol injection, Diazepam injection หรือยาตามบริบทการรักษา - ด้านการบริหารจัดการยาจิตเวชที่จำเป็นค่อนข้างเพียงพอ โดยใช้ระบบยาแม่ข่าย/ การยืมยา
	- ผ้าผูกยึดเพื่อควบคุมพฤติกรรม
ระบบบริการ ผู้ป่วยจิตเวช/ ยาเสพติด ภาวะเร่งด่วน ที่ควรมี	- ทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติดภาวะเร่งด่วน
	- รับดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติดภาวะเร่งด่วน ไว้อย่างน้อย ๔๘ ชม. การพัฒนาระบบบริการจัดทำระบบปรึกษาออนไลน์กับจิตแพทย์ เพื่อการดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีให้ผู้ป่วยปลอดภัย
	- มีระบบพี่เลี้ยงหรือการให้คำปรึกษาจากจิตแพทย์หรือแพทย์ที่จบวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน ในการวินิจฉัย รักษา วางแผนในการจำหน่าย หรือส่งต่อ

แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ รพศ. รพท. และ รพช.

มีการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชครบวงจร ครอบคลุมทุกด้าน ดังนี้

๑. <u>ด้านบุคลากร</u>

บุคลากรต้องมีความรู้พื้นฐานและทักษะด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีมาตรฐาน

ระดับ	การจัดบริการ
รพศ. (A) (รพ.พุทธโสธร)	- พยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช (หลักสูตร ๔ เดือน) หรือ ปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช - มีทีมสหวิชาชีพเข้ามาร่วมดูแลและรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลตามความจำเป็นและบริบทของโรงพยาบาล - มีจิตแพทย์เป็นผู้ทำหน้าที่บำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ - จิตแพทย์มีบทบาทในการสร้างเสริมศักยภาพแพทย์ในเขตที่รับผิดชอบให้สามารถให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้ตามบริบทที่เหมาะสม
รพท. (M 2) (รพ.พนมสารคาม)	- พยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช (หลักสูตร ๔ เดือน) หรือ ปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช - มีทีมสหวิชาชีพเข้ามาร่วมดูแลและรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลตามความจำเป็นและบริบทของโรงพยาบาล - มีแพทย์เป็นผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชภายในโรงพยาบาลให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ - มีจิตแพทย์จาก รพศ.ออกตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก เดือนละ ๑ ครั้ง
รพช. (F 1) (ร.พ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.สนามชัยเขต รพ.บางปะกง)	- พยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช (หลักสูตร ๔ เดือน) หรือ ปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช - มีทีมสหวิชาชีพเข้ามาร่วมดูแลและรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลตามความจำเป็นและบริบทของโรงพยาบาล - มีแพทย์เป็นผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชภายในโรงพยาบาลให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ - มีจิตแพทย์จาก รพศ.ออกตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก เดือนละ ๑ ครั้ง
รพช. (F2) (รพ.บางคล้า ร.พ.บ้านโพธิ์ รพ.ราชสาส์น รพ.แปลงยาว รพ.ท่าตะเกียบ)	- พยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช (หลักสูตร ๔ เดือน) หรือปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช - มีแพทย์เป็นผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชภายในโรงพยาบาลให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ - มีจิตแพทย์จาก รพศ.ออกตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก เดือนละ ๑ ครั้ง (ยกเว้น รพ.บ้านโพธิ์ และ รพ.ราชสาส์น)
รพช. (F 3) (ร.พ.คลองเขื่อน)	- มีพยาบาลรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชชัดเจน - มีแพทย์เป็นผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชภายในโรงพยาบาลให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ - มีจิตแพทย์จาก รพศ.ออกตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก เดือนละ ๑ ครั้ง <u>แผนการพัฒนา</u> ส่งพยาบาลอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง การพยาบาลจิตเวช (หลักสูตร ๔ เดือน) ปี ๒๕๖๒

๒. สถานที่บริการ

การจัดสถานที่ให้บริการสำหรับงานสุขภาพจิตและจิตเวช คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว/ความปลอดภัย

ระดับ	การจัดบริการ
รพศ. (A) (รพ.พุทธโสธร)	- มีการจัดคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช แยกเฉพาะเป็นสัดส่วนที่งานผู้ป่วยนอกตามบริบทของโรงพยาบาล - มีการจัดสถานที่ให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้ป่วยจิตเวชตามบริบทของโรงพยาบาล
รพท. (M2) (รพ.พนมสารคาม)	- มีการเปิดบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมกับคลินิกอื่นๆ ในโรงพยาบาล โดยมีการกำหนดวัน เวลาให้บริการที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย
รพช. (F1) (ร.พ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.บางปะกง รพ.สนามชัยเขต)	- มีการเปิดบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมกับคลินิกอื่นๆ ในโรงพยาบาล โดยมีการกำหนดวัน เวลาให้บริการที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย
รพช. (F2) (ร.พ.บ้านโพธิ์ รพ.แปลงยาว รพ.บางคล้า รพ.ท่าตะเกียบ รพ.ราชสาส์น)	- มีการเปิดบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมกับคลินิกอื่นๆ ในโรงพยาบาล โดยมีการกำหนดวัน เวลาให้บริการที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย
รพช. (F3) (ร.พ.คลองเขื่อน)	- มีการเปิดบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมกับคลินิกอื่นๆ ในโรงพยาบาล โดยมีการกำหนดวัน เวลาให้บริการที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย

๓. ระบบบริการ

เพื่อให้ผู้มารับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ครอบคลุม การตรวจวินิจฉัย การให้คำปรึกษา การรับยา และการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต อย่างมีมาตรฐาน

๓.๑ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา

ระดับ	การจัดบริการ
รพศ. (A) (รพ.พุทธโสธร)	- สามารถให้การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้อย่างครอบคลุมและถูกต้องทุกโรค รวมทั้งสามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยในได้ ทั้งกรณีผู้ป่วยมีอาการซับซ้อนและไม่ซับซ้อน - มีการจัดระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญของโรงพยาบาล - มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในโรคทางจิตเวชที่สำคัญของโรงพยาบาล
รพท. (M2) (รพ.พนมสารคาม)	- สามารถให้การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้ครอบคลุมและถูกต้องทั้ง ๘ โรค คือ โรคจิต ผู้ป่วยสารเสพติด โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคปัญญาอ่อน ผู้ป่วยระบบประสาท ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ - สามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ - มีการจัดระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยง - มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในโรคทางจิตเวชที่สำคัญ
รพช. (F1) (ร.พ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.บางปะกง รพ.สนามชัยเขต) รพช. (F2) (รพ.บางคล้า ร.พ.บ้านโพธิ์ รพ.แปลงยาว รพ.ราชสาส์น รพ.ท่าตะเกียบ) รพช. (F3) (ร.พ. คลองเขื่อน)	- สามารถให้การวินิจฉัย common disease ทั้ง ๘ โรค คือ โรคจิต ผู้ป่วยสารเสพติด โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคปัญญาอ่อน ผู้ป่วยระบบประสาท ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆได้ตามบริบทของโรงพยาบาล - สามารถให้การรักษาเบื้องต้นแบบผู้ป่วยนอกได้ - มีการจัดระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยง - มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในโรคทางจิตเวชที่สำคัญ

๓.๒ การให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ ใช้ทักษะการสื่อสาร เพื่อให้ผู้รับบริการรับรู้ เข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ทางสังคม จิตใจที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต

ระดับ	การจัดบริการ
รพศ. (A) (รพ.พุทธโสธร)	- สหวิชาชีพสามารถบูรณาการงานการดูแลทางสังคมและจิตใจให้เข้าไปอยู่ในงานประจำของงานบริการทุกส่วนของโรงพยาบาล - มีการประเมินผลและมีการพัฒนาระบบการให้การดูแลทางสังคมและจิตใจในทุกกลุ่มผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - มีการจัดการงานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ญาติ ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนที่จัดอยู่ในกลุ่มปกติ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมในงานจิตเวชของโรงพยาบาล
รพท. (M2) (รพ.พนมสารคาม)	- มีการประเมินผลการดูแลทางสังคมและจิตใจในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสำคัญในระดับต้นๆ - มีการจัดการงานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ป่วย ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนที่จัดอยู่ในกลุ่มปกติ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมในงานจิตเวชของโรงพยาบาล

ระดับ	การจัดบริการ
รพช. (F1) (ร.พ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.บางปะกง รพ.สนามชัยเขต) รพช. (F2) (รพ.บางคล้า ร.พ.บ้านโพธิ์ รพ.แปลงยาว รพ.ราชสาส์น รพ.ท่าตะเกียบ) รพช. (F3) (ร.พ. คลองเขื่อน)	- สามารถบูรณาการ การดูแลทางสังคมและจิตใจเข้าไปอยู่ในงานประจำของงานบริการทุกส่วนของโรงพยาบาล - มีการจัดการงานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ป่วย ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนที่จัดอยู่ในกลุ่มปกติ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมในงานจิตเวชของโรงพยาบาล

๓.๓ ระบบยา

ระดับ	การจัดบริการ
รพศ. (A) (รพ.พุทธโสธร)	- มีการกำหนดตัวชี้วัดระดับกระบวนการ ระดับผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน มีการกำหนดรายการยาจิตเวชที่จะทำการทบทวนและติดตามประเมินผลการใช้ยาในเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ - มีการติดตามรวบรวมข้อมูล ตัวชี้วัดต่างๆ โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความปลอดภัยจากการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวช และนำมาวิเคราะห์ประมวลผล มีการติดตามประเมินผลการใช้ยา (DUE) ในเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ - มีการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เพื่อการติดตามผลการปฏิบัติงาน การวางแผนดำเนินงานในอนาคต เป็นข้อมูลสำหรับกาศึกษาวิจัย การพัฒนาองค์ความรู้ที่มีอยู่ให้ก้าวหน้ามากขึ้น หรือสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ หรือการนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง (CQI) และนำ CQI ที่ประสบความสำเร็จถูกนำมาใช้ประโยชน์ - มีระบบสารสนเทศของยาจิตเวช มีการเผยแพร่องค์ความรู้การศึกษาวิจัย และเทคโนโลยีด้านยาจิตเวช สำหรับผู้ป่วย ญาติ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ในเครือข่าย
รพท. (M2) (รพ.พนมสารคาม)	- มีการกำหนดตัวชี้วัดระดับกระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน - มีการติดตามรวบรวมข้อมูล ตัวชี้วัดต่างๆ โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความปลอดภัยจากการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวช และนำมาวิเคราะห์ประมวลผล - มีการนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ สำหรับการติดตามผลการปฏิบัติงาน การวางแผนเพื่อพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) หรือนำมาใช้เพื่อการพัฒนาองค์ความรู้ที่มีอยู่ให้ก้าวหน้ามากขึ้น หรือเพื่อควบคุมความเสี่ยงด้านยา - มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านยา เช่น การเผยแพร่ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารด้านยาจิตเวชแก่ประชาชน ผู้ป่วย ญาติ หรือบุคลากรอื่นๆ
รพช. (F1) (ร.พ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.บางปะกง รพ.สนามชัยเขต) รพช. (F2) (รพ.บางคล้า ร.พ.บ้านโพธิ์ รพ.แปลงยาว รพ.ราชสาส์น รพ.ท่าตะเกียบ) รพช. (F3) (ร.พ. คลองเขื่อน)	- มีการกำหนดตัวชี้วัดระดับกระบวนการและผลผลิตที่บ่งบอกถึงผลสำเร็จของการดำเนินงาน - มีการรวบรวมข้อมูล หรือตัวชี้วัดต่างๆ และนำมาวิเคราะห์ประมวลผล - มีการนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการติดตามประเมินผลการปรับปรุงหรือการพัฒนา การดำเนินงาน - มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านยา เช่น การให้ข้อมูลความรู้ ให้คำแนะนำด้านยาจิตเวช แก่ประชาชน ผู้ป่วย ญาติ หรือบุคลากรอื่นๆ

๔. <u>ด้านการส่งต่อ</u>

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับบริการที่มีลักษณะเฉพาะในระดับสูงขึ้น มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยที่ครอบคลุมชัดเจนแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก

ระดับ	การจัดบริการ
รพศ. (A) (รพ.พุทธโสธร)	มีการรับและส่งต่อผู้ป่วยโดยการสื่อสารปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นให้แก่ รพท./ รพช. เพื่อให้ใช้ข้อมูลดังกล่าวนั้นเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
รพท. (M2) (รพ.พนมสารคาม)	
รพช. (F1) (ร.พ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.บางปะกง รพ.สนามชัยเขต) รพช. (F2) (รพ.บางคล้า ร.พ.บ้านโพธิ์ รพ.แปลงยาว รพ.ราชสาส์น รพ.ท่าตะเกียบ) รพช. (F3) (ร.พ. คลองเขื่อน)	

๕. <u>การติดตามดูแล</u>

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามดูแล และค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างครอบคลุม สามารถสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน เพื่อให้เกิดการต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตเข้าในชุมชน

ระดับ	การจัดบริการ
รพศ. (A) (รพ.พุทธโสธร)	- มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช - มีการจัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลและติดตามไปในชุมชนได้มากกว่าร้อยละ ๘๐ - สามารถสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้อย่างเหมาะสมตามบริบทและความต้องการของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ - มีกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ สังคมในกลุ่มเป้าหมายตามบริบทและความต้องการของผู้ป่วย/ชุมชน
รพท. (M2) (รพ.พนมสารคาม)	- มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช - มีการจัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลและติดตามไปในชุมชนได้มากกว่าร้อยละ ๘๐ - สามารถสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้อย่างเหมาะสมตามบริบท และความต้องการของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ
รพช. (F1) (ร.พ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.บางปะกง รพ.สนามชัยเขต) รพช. (F2) (รพ.บางคล้า ร.พ.บ้านโพธิ์ รพ.แปลงยาว รพ.ราชสาส์น รพ.ท่าตะเกียบ) รพช. (F3) (ร.พ. คลองเขื่อน)	

๓) พัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดูแลต่อเนื่อง ให้อาการอยู่ในระยะสงบ ได้แก่ โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น

๔) การใช้โปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (๓ส$^{+}$) เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

จากสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตาย ๓ ปีที่ผ่านมา (๒๕๕๙ – ๒๕๖๑) ของจังหวัดฉะเชิงเทรา มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงขึ้น โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จึงได้จัดการอบรมการให้คำปรึกษาการสอบสวนโรค ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างวันที่ ๒๔ – ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมแกรนด์ รอยัล พลาซ่า จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข มีองค์ความรู้ ทักษะเฉพาะทางที่จะช่วยเหลือดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่รับผิดชอบได้ รวมทั้งศูนย์สุขภาพจิตที่ ๖ ได้จัดอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ครบทุกอำเภอ จำนวน ๔๐๐ คน ให้มีความรู้ความเข้าใจและมีทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และสามารถนำไปดูแลช่วยเหลือประชาชนครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ในพื้นที่ได้อย่างเหมาสม โดยมุ่งหวังให้มีการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อชุมชนมีสุขภาพจิตดี ซึ่งทุกคนที่ผ่านการอบรมจะได้รับคู่มือความรู้ เพื่อการทำงานสุขภาพจิตชุมชน ด้วยการใช้หลัก ๓ส$^{+}$ <u>สอดส่องมองหา (LOOK)</u> ดูความปลอดภัยและปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับคนนั้น ถามถึงความช่วยเหลือเร่งด่วน <u>ใส่ใจรับฟัง(LISTEN)</u> ฟังอย่างตั้งใจ ช่วยให้รู้สึกสงบและจัดการกับอารมณ์ได้ <u>ส่งต่อเชื่อมโยง (LINK)</u> ด้านความต้องการพื้นฐาน การเข้าถึงบริการ การให้ข้อมูลและช่วยเหลือทางสังคมในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยดำเนินการตาม ผังไหลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย และแนวทางการดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ในช่วง ๒ เดือนที่ผ่านมา (เดือนตุลาคม-พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ฆ่าตัวตาย จำนวน ๑๓ คน ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๓๑ ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๑ ต่อแสนประชากร สาเหตุส่วนใหญ่ของการฆ่าตัวตาย เกิดจากการทะเลาะกับคนรักคนใกล้ชิด คนในครอบครัว น้อยใจ ถูกตำหนิ ด่าว่า และจากปัญหาเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามดูแลและค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ดำเนินการตามแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย และแนวทางการดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องมีหนังสือคำสั่งจังหวัดให้มีการจัดตั้งคณะทำงาน Service Plan ด้านสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด ในทุกอำเภอ บูรณาการงานสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับ**คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)** โดยการคืนข้อมูลสุขภาพจิต สร้างความเข้าใจ และให้ความสำคัญกับงานสุขภาพจิตกับประชาชนทั้ง ๕ กลุ่มวัย โดยเฉพาะเรื่องโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช และเรื่องอื่นๆ ตามประเด็นของอำเภอ หรือตามบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เน้นให้ชุมชนใช้หลัก ๓ส$^{+}$ โดยบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับ อสม.แกนนำผู้อยู่ใกล้ชิดในชุมชน จะคอยสอดส่องมองหา เพื่อทำการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้า และกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมิน ST5 , 2Q ใส่ใจรับฟัง พูดคุยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ช่วยกันดูแล ติดตาม ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง กรณีที่ อสม.ไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ ให้ส่งต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อประเมินอาการและให้ความช่วยเหลือต่อไป

๕. Small Success

ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผลการดำเนินงาน
๑) หน่วยบริการระดับ A - M1 มีบริการจิตเวช ที่มีมาตรฐานในระดับ 1	☐ มี - รพ.พุทธโสธร (A) นำแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิต และจิตเวช มาใช้ในการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบบริการ โดยมี การประเมินตนเอง ใน ๕ ด้าน ได้แก่ ๑. ด้านบุคลากร อยู่ขั้นที่๓ ๒. ด้านสถานที่บริการ อยู่ขั้นที่ ๒ (**ขั้นที่ ๓ มีการจัดหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวชรวมทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น) ๓. ระบบบริการ อยู่ขั้นที่ ๓ ๔. ด้านการส่งต่อ อยู่ขั้นที่ ๓ ๕. ด้านการติดตามดูแล อยู่ขั้นที่ ๓ ซึ่งการประเมินในแต่ละด้าน จะนำไปสู่การค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อนำมาจัดทำแผนยกระดับต่อไป
๒) หน่วยบริการระดับ M2- F3 มีบริการจิตเวช ที่มีมาตรฐานในระดับ ๑	☐ มี - รพ.พนมสารคาม (M2) - ร.พ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.สนามชัยเขต รพ.บางปะกง (F1) - ร.พ.บ้านโพธิ์ รพ.แปลงยาว รพ.บางคล้า รพ.ท่าตะเกียบ รพ.ราชสาส์น (F2) - ร.พ. คลองเขื่อน (F3) - นำแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิต และจิตเวช มาใช้ในการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบบริการ โดยมี การประเมินตนเอง ใน ๕ ด้าน ได้แก่ ๑. ด้านบุคลากร อยู่ขั้นที่ ๓ ๒. ด้านสถานที่บริการ อยู่ขั้นที่ ๒ (**ขั้นที่ ๓ มีการจัดสถานที่ให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้ป่วยจิตเวชตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล) ๓. ระบบบริการ อยู่ขั้นที่ ๓ ๔. ด้านการส่งต่อ อยู่ขั้นที่ ๓ ๕. ด้านการติดตามดูแล อยู่ขั้นที่ ๓ ซึ่งการประเมินในแต่ละด้าน จะนำไปสู่การค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อนำมาจัดทำแผนยกระดับต่อไป

ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผลการดำเนินงาน
๓) หน่วยบริการในเขตสุขภาพมีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้พยายามฆ่าตัวตายและมีบันทึกข้อมูลในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (๔๓ แฟ้ม)	☐ มี - หน่วยบริการมีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง ติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ตามแนวทางผังไหลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย/แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: งานบริการผู้ป่วยนอกการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย(ดูแลต่อเนื่อง) และบันทึกข้อมูลในรายงาน ๕๐๖DS
๔) หน่วยบริการระดับ A – M2 มีบริการจิตเวช มีระบบบริการจิตเวชเร่งด่วนตามบริบทและสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการ acute care	☐ มี รพ.พุทธโสธร (A) จัดระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน โดยมีจิตแพทย์ ๔ คน พยาบาลจิตเวช ๔ คน โดยเชื่อมโยงกับแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน และเครือข่ายที่ Refer-in ได้ และมีระบบ Consult จิตแพทย์ในจังหวัด แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งสามารถส่ง Case consult โดยมีจิตแพทย์ให้คำปรึกษาตลอด ๒๔ ชม. กรณีที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลพุทธโสธร มีการจัดการให้บริการเบื้องต้น และ Refer-out ไปโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ - แนวทางการดูแลตามผังไหลและทะเบียนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติด ในระบบบริการเร่งด่วน
๕) มีกิจกรรมและการใช้โปรแกรม ๓ส$^{+}$ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง(กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัวและเศรษฐกิจ)ในพื้นที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	☐ มี - บุคลากรสาธารณสุข ร่วมกับ อสม.แกนนำสุขภาพจิต จะคอยสอดส่องมองหา เพื่อทำการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มที่มีปัญหาเศรษฐกิจ,ปัญหาครอบครัว) โดยใช้แบบประเมิน ST5, 2Q ใส่ใจรับฟัง พูดคุยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ช่วยกันดูแล ติดตาม กรณีที่ อสม.ไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ ให้ส่งต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อประเมินอาการและให้ความช่วยเหลือต่อไป - มีการจัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน - ประสานงานความร่วมมือกับพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการติดตามช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาเศรษฐกิจ

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการดูแลที่เหมาะสม

จากสถิติอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ของประชากรจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ผ่านมา คาดการณ์ว่า สถานการณ์แนวโน้มการฆ่าตัวตายของประชาชนจังหวัดฉะเชิงเทราจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การดำเนินงานในปี ๒๕๖๑ เป็นต้นมา ได้ดำเนินการคัดกรองประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในพื้นที่ ด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q และ8Q เพื่อเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง (โรคจิตโรคซึมเศร้า โรคเรื้อรัง โรคสุรา สารเสพติด และครอบครัวผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ) และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทาง การติดตามดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำตามแนวทางมาตรฐาน สำหรับในปี ๒๕๖๒ ได้เพิ่มนโยบายการบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายการพัฒนาระบบช่วยเหลือ เบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การติดตามดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ การพัฒนาระบบข้อมูลการติดตามและส่งต่อ

ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหน่วยบริการต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน มีการดำเนินการวางแผน กำกับติดตาม และแก้ไขปัญหาอุปสรรค มีคณะทำงานสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ของโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลชุมชน /ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชของสาธารณสุขทุกอำเภอ และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชของสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้ารายใหม่ ด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q เพื่อค้นหาผู้มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ให้การวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรคโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการ ที่หาสาเหตุไม่ได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ข้อเสื่อม ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือด CVA ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยตั้งครรภ์/หลังคลอด ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ใช้ยา/สารเสพติด กลุ่มที่มีการสูญเสียคนที่รักหรือทรัพย์สิน มีการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการปรับปรุงระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า เพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสำหรับประชาชนและกลุ่มเสี่ยง ด้วยการประเมินโรคซึมเศร้าสามารถทำได้โดยอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ จากนั้นก็จะนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา ด้วยยาต้านเศร้า ให้การช่วยเหลือ และรักษาที่เหมาะสม ตามความรุนแรงของโรค และติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำและการกลับเป็นใหม่ เพิ่มช่องทางการติดตามในพื้นที่ เพื่อความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา

สำหรับ ข้อมูลผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๔๔ โดยผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานระบบบริการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เน้นการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น โดยเฉพาะการค้นหาเด็กสมาธิสั้นในพื้นที่ชุมชน โดยการประสานความร่วมมือด้านการส่งต่อข้อมูลกับคุณครู เพื่อนำเด็กเข้าสู่ระบบบริการเพิ่มขึ้น

ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชตามมาตรการสำคัญ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒
(เดือนตุลาคม – ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๑)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ เป้าหมาย	รายการ ข้อมูล	อำเภอ เมืองฯ	อำเภอ บางคล้า	อำเภอ บางน้ำเปรี้ยว	อำเภอ บางปะกง	อำเภอ บ้านโพธิ์	อำเภอ พนมสารคาม	อำเภอ ราชสาส์น	อำเภอ สนามชัยเขต	อำเภอ แปลงยาว	อำเภอ ท่าตะเกียบ	อำเภอ คลองเขื่อน	รวม
อัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ ๖.๓ ต่อ ประชากร แสนคน	ปชก.	๑๕๖,๗๕๐	๔๕,๖๖๗	๘๗,๖๙๓	๘๙,๗๖๓	๕๒,๑๓๘	๘๑,๗๖๖	๑๒,๗๘๖	๗๔,๑๔๑	๔๓,๘๑๔	๔๖,๒๘๖	๑๓,๑๖๔	**๗๐๓,๙๖๘**
		ผลงาน	๐	๐	๑	๑	๑	๐	๐	๑	๑	๐	๐	**๕**
		อัตราส่วน	**๐**	**๐**	**๑.๑๔**	**๑.๑๑**	**๑.๙๒**	**๐**	**๐**	**๑.๓๕**	**๒.๒๘**	**๐**	**๐**	**๐.๗๑**
ผู้พยายาม ฆ่าตัวตายไม่กลับไป ทำร้ายตนเองซ้ำ ภายใน ๑ ปี	≥ ร้อยละ ๙๐	เป้าหมาย	๔	๐	๑	๐	๕	๐	๐	๑	๑	๑	๐	**๑๓**
		ผลงาน	๓	๐	๑	๐	๕	๐	๐	๑	๑	๑	๐	**๑๒**
		อัตราส่วน	**๗๕.๐๐**	**๐**	**๑๐๐**	**๐**	**๑๐๐**	**๐**	**๐**	**๑๐๐**	**๑๐๐**	**๑๐๐**	**๐**	**๙๒.๓๑**
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการ ตามเกณฑ์	≥ ร้อยละ ๖๕	เป้าหมาย	๓,๐๖๗	๙๑๒	๑,๖๙๕	๑,๗๓๖	๑,๐๔๔	๑,๕๙๔	๒๕๕	๑,๓๙๕	๘๔๑	๘๗๐	๒๗๐	**๑๓,๖๗๙**
		ผลงาน	๗๔๗	๓๓๑	๑,๕๕๐	๔,๔๓๒	๔๔๘	๒๙๖	๖๒	๓๑๑	๓๐๙	๓๙๗	๔๘๖	**๙,๓๖๙**
		อัตราส่วน	**๒๔.๓๖**	**๓๖.๒๙**	**๙๑.๔๔**	**๑๐๐**	**๔๒.๙๑**	**๑๘.๕๗**	**๒๔.๓๑**	**๒๒.๒๙**	**๓๖.๗๔**	**๔๕.๖๓**	**๑๐๐**	**๖๘.๔๙**
ผู้ป่วยโรคจิตเภท เข้าถึงบริการ ตามเกณฑ์	≥ ร้อยละ ๗๕	เป้าหมาย	๑,๐๒๒	๓๐๔	๕๖๕	๕๗๙	๓๔๘	๕๓๑	๘๕	๔๖๕	๒๘๐	๒๙๐	๙๐	**๔,๕๖๐**
		ผลงาน	๕๑๙	๑๔๖	๓๖๙	๒๑๙	๑๙๗	๒๙๗	๕๕	๓๐๘	๒๐๑	๑๗๗	๖๔	**๒,๕๕๒**
		อัตราส่วน	**๕๐.๗๘**	**๔๘.๐๓**	**๖๕.๓๑**	**๓๗.๘๒**	**๕๖.๖๑**	**๕๕.๙๓**	**๖๔.๗๑**	**๖๖.๒๔**	**๗๑.๗๙**	**๖๑.๐๓**	**๗๑.๑๑**	**๕๕.๙๖**
ผู้ที่มีปัญหา โรคสมาธิสั้น เข้าถึงบริการ	ร้อยละ ๙	เป้าหมาย	๑๐๗๔	๓๑๔	๕๖๙	๕๘๐	๓๔๘	๕๓๑	๘๕	๔๖๕	๒๘๐	๒๙๐	๙๐	**๔,๖๒๖**
		ผลงาน	๓๐๐	๔๒	๗๔	๖๘	๖๙	๑๒๓	๑๓	๔๖	๘๓	๑๔	๔๘	**๘๘๐**
		อัตราส่วน	**๒๗.๙๓**	**๑๓.๓๘**	**๑๓.๐๐**	**๑๑.๗๒**	**๑๙.๘๓**	**๒๓.๑๖**	**๑๕.๒๙**	**๙.๘๙**	**๒๙.๖๔**	**๔.๘๓**	**๕๓.๓๓**	**๑๙.๐๒**
ผู้ป่วยโรคติดสุราใน พื้นที่เข้าถึงบริการ ตามมาตรฐาน	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑	เป้าหมาย	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๑,๒๙๖
		ผลงาน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**๑,๒๙๘**
		อัตราส่วน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**๐.๐๑**

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

๑) การวิเคราะห์ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ลำดับ	ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
๑.	ระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A - M2 ทุกแห่ง	- จังหวัดฉะเชิงเทรา มีหน่วยบริการระดับ A - M2 จำนวน ๒ แห่ง และมีการดำเนินงาน ทั้ง ๒ แห่ง	- จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ
๒.	บริการจิตเวชที่ได้มาตรฐาน	- หน่วยบริการในเขตมีระบบเฝ้าระวังช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	- ระบบติดตามยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนจากประเด็น Stigma
๓.	พัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และดูแลต่อเนื่องให้อาการอยู่ในระยะสงบ ได้แก่ โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น	- ดำเนินการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่ และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคติดสุรา/สารเสพติด โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง - เพิ่มการคัดกรองผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมในหอผู้ป่วยใน - พัฒนาระบบการดูแล การช่วยเหลือเบื้องต้น การติดตามและส่งต่อในผู้พยายามฆ่าตัวตาย ทั้งในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	- ภาระงานที่มากทำให้การคัดกรอง ยังไม่ครอบคลุม
๔.	บูรณาการการใช้โปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (๓ ส$^{+}$) เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มุ่งเน้นพื้นที่ที่มีปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายสูง	- บูรณาการงาน โดยนำแนวทางการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประชาสัมพันธ์ การดำเนินงานกับ พชอ. โดยเริ่มจากพื้นที่ที่มีแนวโน้มของอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น หรือพื้นที่มีความเสี่ยง	- การเชื่อมโยงงานสุขภาพจิตบูรณาการกับ พชอ.ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เนื่องจากบางแห่งมีปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไขเร่งด่วน

๒) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

(๑) การจัดการเรื่องโครงสร้าง กรอบอัตรากำลังของพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงที่ชัดเจน และเหมาะสม ในการพิจารณาความก้าวหน้าในวิชาชีพในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต/ จิตเวชและยาเสพติด อย่างครอบคลุม ทั้งงานเชิงรับและงานเชิงรุก

(๒) พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เป็นฐานเดียวกันเพื่อความถูกต้องในการค้นหา จัดเก็บและการติดตามข้อมูล เนื่องจากมีหลายข้อมูลที่ต้องจัดเก็บตามโปรแกรมที่ค่อนข้างยุ่งยาก เพิ่มภาระงาน จึงขอให้มีการจ้างเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลในการคีย์ข้อมูล

(๓) พัฒนา APPLICATION ที่ง่ายต่อการลงบันทึกข้อมูล

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	**ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ**	**สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ**
ด้านบุคลากร	- พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในระดับ รพศ./อบรมการแก้ไขการพูด - โครงสร้าง/กรอบภาระงานและอัตรากำลังด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้เพียงพอกับภาระงาน	- หลักสูตรระยะสั้นสำหรับ PGสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น /หลักสูตรอบรบด้านการแก้ไขการพูด - โครงสร้าง/กรอบภาระงานและอัตรากำลังด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
ด้านการช่วยเหลือ	- การเจรจาต่อรองกรณีผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองในโรงพยาบาล - การสอบสวนโรคผู้พยายามฆ่าตัวตาย (psychological autopsy)	- จัดอบรมการเจรจาต่อรองกับผู้ป่วยก้าวร้าวหรือพยายามฆ่าตัวตาย - ผลักดันให้พื้นที่มีการสอบสวนโรค (psychological autopsy)
ด้านการติดตาม	- การติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ต่อเนื่องในเครือข่ายสาธารณสุข	- การเตรียมชุมชนร่วมกับเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน - บูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ) ครอบคลุมทุกตำบลเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

- จัดการเรื่องโครงสร้าง กรอบ อัตรากำลัง ของพยาบาลจิตเวช ที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงที่ชัดเจน และเหมาะสม ในการพิจารณาความก้าวหน้าในวิชาชีพในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต/ จิตเวชและยาเสพติด อย่างครอบคลุม ทั้งงานเชิงรับและงานเชิงรุกและนโยบายในการเพิ่มบุคลากรในสาขาที่ขาดแคลน เช่น พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
- พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานสุขภาพจิตแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑
- พัฒนาระบบฐานข้อมูล ให้เป็นฐานเดียวกันเพื่อความถูกต้องในการค้นหา จัดเก็บ และการติดตามข้อมูล

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- จิตแพทย์ของโรงพยาบาลพุทธโสธร มีระบบการพัฒนาศักยภาพแพทย์ในระดับ รพช. ให้สามารถตรวจวินิจฉัยโรคและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ได้

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

<u>ประเด็นหลักที่ ๓</u> การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) : Service Outcome

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๑๗. (KPI32) อัตราสวนของจำนวนผูยินยอมบริจาคอวัยวะจากผูปวย สมองตายตอจำนวนผูปวยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

๑๘. อัตราสวนของจำนวนผูยินยอมบริจาคดวงตาตอจำนวนผูปวย เสียชีวิตในโรงพยาบาล

หมวด :	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ :	๑๔. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาปลูกถายอวัยวะ
ระดับการวัดผล :	จังหวัด, เขต, ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด :	๑๗. (KPI32) อัตราสวนของจำนวนผูยินยอมบริจาคอวัยวะจากผูปวยสมองตาย ตอจำนวนผูปวยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
	๑๘. อัตราสวนของจำนวนผูยินยอมบริจาคดวงตาตอจำนวนผูปวยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล
เกณฑ์เป้าหมาย :	๑๗. >๐.๘ : ๑๐๐ ผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. A,S ๑๘. >๑.๓ : ๑๐๐ ผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. A,S
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	นำขอมูลจำนวนผูบริจาคอวัยวะจากผูปวยสมองตาย (actual donor) จาก รายงาน ประจำเดือนของศูนยรับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยในชวงปงบฯ ๒๕๖๒ มาเปรียบเทียบ กับจำนวนผูปวยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศ ในปงบฯ ๒๕๖๑
ระยะเวลาประเมินผล :	๑๗. ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔ (ทุก ๓ เดือน) ๑๘. ไตรมาส ๔
เกณฑ์การประเมินผล :	๑๗. ไตรมาส ๑ ๐.๒๐ : ๑๐๐ ผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. A,S ไตรมาส ๒ ๐.๔๐ : ๑๐๐ ผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. A,S ไตรมาส ๓ ๐.๖๐ : ๑๐๐ ผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. A,S ไตรมาส ๔ ๐.๘๐ : ๑๐๐ ผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. A,S ๑๘. ไตรมาส ๔ >๑.๓๐ : ๑๐๐ ผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. A,S
วิธีการประเมินผล :	๑๗. ประเมินผลรายไตรมาส และสรุปผลการประเมิน ณ สิ้นปงบประมาณ ๑๘. สรุปผลการประเมิน ณ สิ้นปงบประมาณ
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</u> นางนางวราภรณ์ มานะเลิศ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๘๖๓ ๘๔๖๖ e-mail address : kamolsiri_amp@hotmail.com <u>รพ.พุทธโสธร</u> นางสาวประภาศรี เจียรธนพร พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ โทร. ๐๘ ๙๘๓๕ ๔๘๓๖ e-mail address : prapasri_๒๕๐๕@gmail.com

---

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑

๑. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

๒. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

โรงพยาบาลพุทธโสธร (A) เป็น Donor hospital มีการดำเนินการ ดังนี้

๑. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลและประสานการรับบริจาคอวัยวะ จำนวน 5 จุด

- ห้องสบายใจ ชั้น ๑ อาคารพุทธโสธร
- ห้องประชาสัมพันธ์ ชั้น ๑ อาคารพุทธโสธร
- ห้องให้คำปรึกษา ชั้น ๑ ติดอาคารอำนวยการ
- ห้องหทัยการุณย์ ชั้น ๖ อาคารสิริโสธรารักษ์
- ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ชั้น ๒ อาคารสิริโสธรารักษ์ (เป็น Center)

๒. มีคณะกรรมการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะระดับจังหวัดฉะเชิงเทราและระดับโรงพยาบาล (มีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ อาทิเช่น สถานบริการเครือข่าย, ชมรม, องค์กรภาครัฐ – เอกชน, คณะกรรมการที่ปรึกษารพ., องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถาบันการศึกษา) โดยแบ่งเป็น

- คณะกรรมการที่ปรึกษา
- คณะกรรมการอำนวยการ
- คณะทำงาน (วินิจฉัยภาวะสมองตาย เตรียมเอกสาร/ อุปกรณ์ ประสานงานสภากาชาดไทย ดูแลผู้บริจาคอวัยวะและญาติ เตรียมห้องผ่าตัดเอาอวัยวะออก จัดเก็บข้อมูล–รายงานข้อมูล)
  : ทีมดูแล Donor
  : PTCN และ PTCWN
  : ประชาสัมพันธ์ / เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

๓. กำหนด Standing order (Donor for brain death donor care ทั้ง Order for one day และ Order for continuation) ในการดูแลผู้ป่วยที่บริจาคอวัยวะและกำหนดเป้าหมายในการดำเนินการอย่างชัดเจน

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๑) ข้อมูลเชิงปริมาณ :

๑.๑) จำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

โรงพยาบาล Organ donor center ในจังหวัด	จำนวน ผู้บริจาคอวัยวะ จากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ใน รพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (B)	อัตราส่วนของจำนวน ผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะ จากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ในโรงพยาบาล (A/B)x100)
โรงพยาบาลพุทธโสธร	๒	๒,๐๐๓	๐.๑๐
ภาพรวมจังหวัด	**๒**	**๒,๐๐๓**	**๐.๑๐**

๑.๒ จำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาจากผู้เสียชีวิต อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล

โรงพยาบาล Organ donor center ในจังหวัด	จำนวนผู้บริจาคดวงตา (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B)x100)
โรงพยาบาลพุทธโสธร	๑	๒,๐๐๓	๐.๐๕
ภาพรวมจังหวัด	**๑**	**๒,๐๐๓**	**๐.๐๕**

๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ : วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks

ระบบสารสนเทศ	กำลังคนด้านสุขภาพ	การเงินการคลังสาธารณสุข	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์วัคซีนและเทคโนโลยี	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี	การมีส่วนร่วม
- พัฒนาการเก็บข้อมูล - จำนวน Potential donor - จำนวน eligible donor - จำนวน actual donor - จำนวน utilized	- การพัฒนา (ประสานงานประจำหอผู้ป่วย TCWN (PCTWN) - พัฒนาผู้จัดเก็บดวงตาให้สามารถจัดเก็บได้เองหลังได้รับการอบรม	- เงินงบประมาณจากเขตและเงินบำรุง รพ. - เงินสนับสนุนจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย	- มีอุปกรณ์ - เครื่องมือสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการและดูแล donor ได้	- พัฒนา รพ. M1 ให้สามารถจัดเก็บดวงตาได้	- มีแผนสร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์แก่ รพช/รพ.สต./ผู้นำชุมชน - มีแผนสร้างอนาคตความรู้ทางการบริจาคอวัยวะใน รพ.พุทธโสธร

แผนพัฒนาระบบบริการ

๑. ทบทวน/แต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด เครือข่ายทุกภาคส่วน

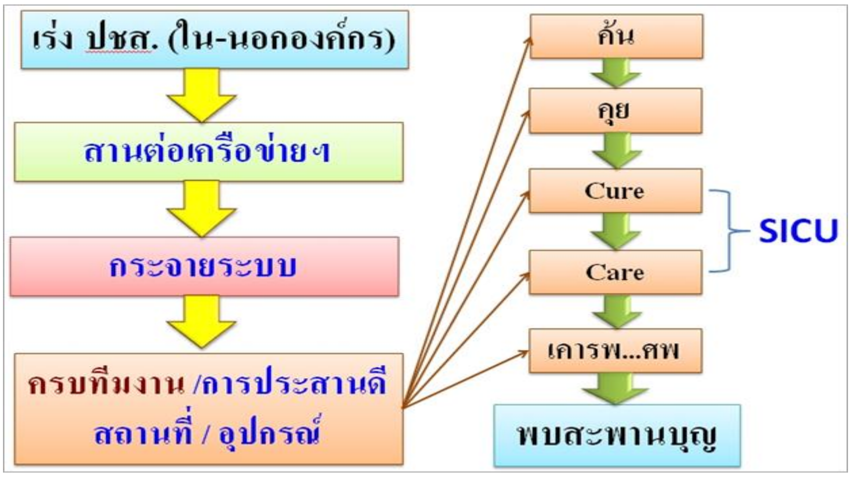
๒. วางแผนกำหนดเป้าหมายเพิ่มจำนวน potential actual utilized donor

๓. ตรวจเยี่ยมเครือข่ายสถานบริการ

๔. จัดกิจกรรมรณรงค์รับบริจาคอวัยวะ

๕. พัฒนาบุคลากรโดยการจัดอบรมเรื่อง “เทคนิคการเจราขอรับบริจาคดวงตาจากญาติผู้เสียชีวิตในเครือข่ายสถานบริการสุขภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา” ในวันอังคารที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๑

กลยุทธ์ในการขับเคลื่อน



๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

๑) ทัศนคติของญาติผู้ป่วยในการบริจาคอวัยวะและปัญหาเรื่องความเชื่อของประชาชน
๒) ผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับเป้าหมาย
๓) ไม่มี PTCN full time

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
๑. ผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับเป้าหมาย	- ผู้บริหารติดตามและกระตุ้นการดำเนินงานเชิงรุกให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการบริจาคอวัยวะ	- จัดการประชาสัมพันธ์ เรื่องการบริจาคอวัยวะ
๒. ไม่มี PTCN full time	- จัดหา PTCN full time	- พัฒนา career path PTCN

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

<u>ประเด็นหลัก ๓</u> การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) : Service outcome

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : สาขาไต

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๑๙. (KPI30) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <๔ ml/ min/๑.๗๓ m^2/yr

หมวด :	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ :	๑๒. โครงการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต
ลักษณะ :	เชิงปริมาณ
ระดับการวัดผล :	จังหวัด เขต ประเทศ - จังหวัด (ไม่ควรใช้ประเมินใน scaleที่เล็กกว่าจังหวัด เนื่องจากโรงพยาบาลแต่ละระดับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่างกัน ซึ่งจะมีอัตราความเสื่อมของไตต่างกัน)
ชื่อตัวชี้วัด :	๑๙. (KPI30) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ml/ min/ ๑.๗๓ m^2/yr
เกณฑ์เป้าหมาย :	ร้อยละ ๖๖
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (๔๓ แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	- การตรวจติดตาม eGFR ของผูปวยโรคไตเรื้อรัง Stage3 ควรตรวจอยางนอยทุก ๖ เดือน และในผูปวยโรคไตเรื้อรัง Stage4 ควรตรวจอยางนอยทุก ๔ เดือน - โรงพยาบาลสงขอมูล eGFR เขามายังระบบฐานขอมูลมาตรฐาน (๔๓ แฟม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไวในระบบ HDC แบบ real time
ระยะเวลาประเมินผล :	ปีละ ๑ ครั้ง (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)
เกณฑ์การประเมินผล :	รอบ ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน : ร้อยละ ๖๖
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้นๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด</u> นางสาวอัญชลี สังข์เจริญ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๖๓๙๓ ๓๖๙๗ e-mail address : gatidum@hotmail.com

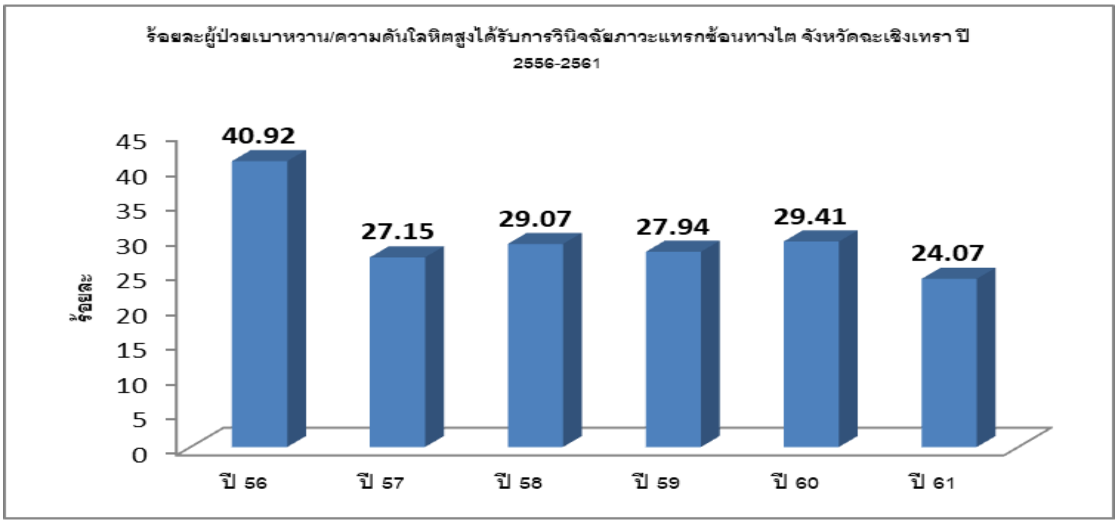
<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓ m^2/yr

---

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จากข้อมูลของจังหวัดฉะเชิงเทรา ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐ พบเป็นร้อยละ ๔๐.๑๕, ๓๐.๖๖, ๒๙.๐๙, ๒๘.๐๘ และ ๒๙.๔๑ โดยในปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๒๓.๕๕ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น



ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จังหวัดฉะเชิงเทรา

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

<u>เป้าหมายการพัฒนา :</u>

๑. ลดจำนวนผู้ป่วยโรคไตรายใหม่โดยเฉพาะในกลุ่ม DM, HT
๒. ลดจำนวนผู้ป่วย ESRD
๓. เพิ่มคุณภาพ และ การเข้าถึงบริการ dialysis
๔. เพิ่มจำนวน donor

<u>มาตรการสำคัญ</u> :

๑. การจัดตั้ง CKD clinic และเครือข่ายบริการโรคไต
๒. การขยายบริการ dialysis
๓. การเพิ่มจำนวนการปลูกถ่ายไต โดยการเพิ่มจำนวนการบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย

<u>ผลลัพธ์ที่ต้องการ (Quick Win)</u> : ระยะเวลา ๓ เดือน

ผู้ป่วย DM, HT ได้รับการคัดกรอง CKD *(ร้อยละ ๙๐)*

<u>ตัวชี้วัดผลลัพธ์</u> :

ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมระดับ ๓-๔ มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/ ๑.๗๓ m^2/yr (≥ ร้อยละ ๖๖)

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตารางที่ ๕๔ จำนวนและอัตรา CKD clinic ตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไปในแต่ละเครือข่าย จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

เครือข่าย	ระดับ	CKD clinic ตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไป		
		เป้าหมาย (แห่ง)	ดำเนินการ (แห่ง)	ร้อยละ
โรงพยาบาลพุทธโสธร	A	๑	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลบางคล้า	F2	๑	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	F1	๑	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลบางปะกง	F1	๑	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	F2	๑	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลพนมสารคาม	M2	๑	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลราชสาส์น	F2	๑	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลสนามชัยเขต	F1	๑	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลแปลงยาว	F2	๑	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	F2	๑	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลคลองเขื่อน	F3	๑	๑	๑๐๐
รวมจังหวัด	**-**	**๑๑**	**๑๑**	**๑๐๐**

ตารางที่ ๕๕ จำนวนและอัตรา รพ.ระดับ M2 ขึ้นไป ที่สามารถให้บริการ HD/CAPD ได้ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

เครือข่าย	ระดับ	รพ.ระดับ M2 ขึ้นไปที่สามารถให้บริการ HD/CAPD ได้			หมายเหตุ
		เป้าหมาย (แห่ง)	ดำเนินการ (แห่ง)	ร้อยละ	
โรงพยาบาลพุทธโสธร	A	๑	HD/CAPD	๑๐๐	
โรงพยาบาลบางคล้า	F2	-	HD/CAPD	-	
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	F1	-	-	-	ขอเปิด HD
โรงพยาบาลบางปะกง	F1	-	-	-	ขอเปิด HD
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	F2	-	HD	-	
โรงพยาบาลพนมสารคาม	M2	๑	HD/CAPD	๑๐๐	
โรงพยาบาลราชสาส์น	F2	-	-	-	
โรงพยาบาลสนามชัยเขต	F1	-	CAPD	-	ขอเปิด HD
โรงพยาบาลแปลงยาว	F2	-	-	-	
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	F2	-	-	-	
โรงพยาบาลคลองเขื่อน	F3	-	รพ.เปิดใหม่	-	
รวมจังหวัด	**-**	**๒**	**๒**	**๑๐๐**	

- ผู้ป่วย DM, HT ได้รับการคัดกรอง CKD (> *ร้อยละ ๘๐)*

ตารางที่ ๕๖ จำนวนและอัตราการคัดกรองไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	การคัดกรองไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง					
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑			ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (๒$^{+}$ เดือน)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๑๗,๐๐๐	๑๔,๒๑๖	๘๓.๖๒	๑๕,๙๗๘	๒,๗๘๗	๑๗.๔๔
อำเภอบางคล้า	๕,๖๘๑	๔,๓๖๘	๗๖.๘๙	๕,๒๔๑	๒,๐๔๔	๓๙.๐๐
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๙,๘๒๙	๘,๗๘๑	๘๙.๓๔	๙,๕๒๗	๔,๖๕๒	๔๘.๘๓
อำเภอบางปะกง	๖,๔๙๐	๕,๙๓๒	๙๑.๔	๖,๑๕๑	๖๕	๑.๐๖
อำเภอบ้านโพธิ์	๖,๔๘๑	๕,๔๗๘	๘๔.๕๒	๖,๒๐๕	๑,๖๔๖	๒๖.๕๓
อำเภอพนมสารคาม	๑๐,๖๒๔	๙,๑๗๔	๘๖.๓๕	๑๐,๒๔๗	๔,๒๔๑	๔๑.๓๙
อำเภอราชสาส์น	๑,๙๐๗	๑,๓๖๙	๗๑.๗๙	๑,๘๔๒	๙๓๕	๕๐.๗๖
อำเภอสนามชัยเขต	๕,๔๓๘	๔,๑๑๙	๗๕.๗๔	๕,๑๑๙	๙๖๑	๑๘.๗๗
อำเภอแปลงยาว	๔,๖๔๕	๓,๒๒๐	๖๙.๓๒	๔,๓๗๐	๒,๑๕๕	๔๙.๓๑
อำเภอท่าตะเกียบ	๒,๙๕๙	๒,๒๕๒	๗๖.๑๑	๒,๘๒๐	๖๓๓	๒๒.๔๕
อำเภอคลองเขื่อน	๒,๑๓๑	๑,๗๔๖	๘๑.๙๓	๑,๙๑๘	๗๑๖	๓๗.๓๓
รวมจังหวัด	**๗๓,๑๘๕**	**๖๐,๖๕๕**	**๘๒.๘๘**	**๖๙,๔๑๘**	**๒๐,๘๓๕**	**๓๐.๐๑**

- **ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการลดลงของ eGFR< ๔ มล./นาที/๑.๗๓ ม^{2}/ปี *(ร้อยละ ๖๖)***

ตารางที่ ๕๗ จำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการลดลงของ eGFR< ๔ มล./นาที/๑.๗๓ ม^{2}/ปี รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

หน่วยบริการ	ระดับ	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการลดลงของ eGFR< ๔ มล./นาที/๑.๗๓ ม^{2}/ปี					
		ปีงบประมาณ ๒๕๖๑			ปีงบประมาณ ๒๕๖๒*(๒$^{+}$ เดือน)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
โรงพยาบาลพุทธโสธร	A	๙๖๐	๕๕๒	๕๗.๕๐	๙๔	๕๕	๕๘.๕๑
โรงพยาบาลบางคล้า	F2	๔๙๘	๓๑๙	๖๔.๐๖	๗	๓	๔๒.๘๖
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	F1	๘๖๔	๕๙๙	๖๙.๓๓	๗๐	๔๕	๖๔.๒๙
โรงพยาบาลบางปะกง	F1	๒๕๔	๑๕๑	๕๙.๔๕	๐	๐	๐
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	F2	๕๘๐	๓๕๐	๖๐.๓๔	๓	๑	๓๓.๓๓
โรงพยาบาลพนมสารคาม	M2	๘๑๒	๔๙๖	๖๑.๐๘	๓๔	๑๗	๕๐
โรงพยาบาลราชสาสน์	F2	๘๑	๖๑	๗๕.๓๑	๒	๑	๕๐
โรงพยาบาลสนามชัยเขต	F1	๓๐๓	๑๗๓	๕๗.๑๐	๒	๐	๐
โรงพยาบาลแปลงยาว	F2	๔๑๗	๓๐๘	๗๓.๘๖	๑๘	๓	๑๖.๖๗
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	F2	๑๘๙	๑๔๑	๗๔.๖๐	๐	๐	๐
โรงพยาบาลคลองเขื่อน	F3	๑๐๑	๕๒	๕๑.๔๙	๒	๑	๕๐
รวมจังหวัด	**-**	**๕,๐๕๙**	**๓,๒๐๒**	**๖๓.๒๙**	**๒๓๒**	**๑๒๖**	**๕๔.๓๑**

ตารางที่ ๕๘ จำนวนและอัตราทีมรักษ์ไต รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

พื้นที่	ตำบลทั้งหมด	ทีมรักษ์ไตดำเนินการ	
	แห่ง	แห่ง	ร้อยละ
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๒๓	๒๓	๑๐๐
อำเภอบางคล้า	๙	๙	๑๐๐
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๑๓	๑๓	๑๐๐
อำเภอบางปะกง	๑๒	๑๒	๑๐๐
อำเภอบ้านโพธิ์	๑๖	๑๖	๑๐๐
อำเภอพนมสารคาม	๑๒	๑๒	๑๐๐
อำเภอราชสาส์น	๒	๒	๑๐๐
อำเภอสนามชัยเขต	๑๖	๑๖	๑๐๐
อำเภอแปลงยาว	๖	๖	๑๐๐
อำเภอท่าตะเกียบ	๙	๙	๑๐๐
อำเภอคลองเขื่อน	๕	๕	๑๐๐
รวมจังหวัด	**๑๒๓**	**๑๒๓**	**๑๐๐**

๔. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

๑) ผู้บริหารในทุกระดับให้ความสำคัญในการดำเนินงานและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี พร้อมทั้งให้คำปรึกษาและช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้สำเร็จและมีประสิทธิภาพ

๒) การดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตดำเนินการในรูปคณะทำงานพัฒนาระบบบริการ Service plan สาขาโรคไต ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาไต ประธานสาขา และเป็นแกนนำที่เข้มแข็ง พยาบาลประจำหน่วยไตเทียม พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกไต โรงพยาบาลพุทธโสธร ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตในโรงพยาบาลชุมชน ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้รับผิดชอบระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนและมีการเก็บรายงานตัวชี้วัดเฉพาะสาขาไต มีเชื่อมโยงประสาน งานในระดับจังหวัด เป็นอย่างดีระหว่างโรงพยาบาลพุทธโสธรและกลุ่มงานโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ ของผู้ตรวจราชการ	ผลการดำเนินการ ตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ
๑. ส่งพยาบาลฝึกอบรม PD Nurse หลักสูตร ๔ เดือน	- จังหวัดฉะเชิงเทราได้ส่งพยาบาลฝึกอบรม PD Nurse หลักสูตร ๔ เดือน โดยมีครบทุกแห่งตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไป
๒. ทบทวนการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM และ HT เทียบกับข้อมูล HDCและกำหนด ICD10 ของกลุ่มโรค CKD ในการคีย์รหัสเข้าฐานข้อมูลเพื่อส่ง HDC	- จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้มีการแก้ปัญหาด้านการบันทึกข้อมูล และมีการกำหนด ICD10 ของกลุ่มโรค CKD ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ มีการทบทวนการวินิจฉัย ในปี ๒๕๕๘ และในปี ๒๕๕๙ เดือนเมษายน ๒๕๕๙ ได้มีการตรวจสอบการบันทึกข้อมูล ซึ่งได้มีการแจ้งเวียนหนังสือราชการคืนข้อมูลให้แต่ละอำเภอ ในการบันทึกและแก้ไขสิ่งที่ตรวจพบ และได้มีการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจเยี่ยม Service Plan ของจังหวัดในเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๙ นอกจากนี้ ในการประชุมคณะกรรมการฯสาขาไตครั้งที่ ๒/๒๕๕๙ ได้มีการปรับรอบของการคัดกรอง ในไตรมาสที่ ๑ – ๒ ของปีงบประมาณ เริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๖๐
๓. ตัวชี้วัดการคัดกรองไตได้เปลี่ยนรายละเอียด ในการดำเนินการ รวมถึง มีปัญหาในการลงบันทึกข้อมูลไม่ตรงตามรหัสมาตรฐาน	ตรวจติดตาม/นิเทศผลการดำเนินงานและการบันทึกข้อมูลที่ผิดพลาด

<u>ประเด็นหลักที่ ๓</u> การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) : Service Outcome

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : สาขาศัลยกรรม

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๒๐. (KPI20) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

หมวด :	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ :	๑๗. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery
ลักษณะ :	เชิงปริมาณ
ระดับการวัดผล :	เขตสุขภาพ และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด :	๒๐. (KPI36) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
เกณฑ์เป้าหมาย :	ร้อยละ ๒๐
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	หนวยบริการบันทึกขอมูลผูป่วยที่เขารับการผาตัด ODS ผานระบบ One Day Surgery System
ระยะเวลาประเมินผล :	ไตรมาส ๒ และ ๔
เกณฑ์การประเมินผล :	ไตรมาส ๒ และ ๔ ร้อยละ ๒๐
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะหขอมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS)
เจ้าภาพหลัก :	<u>รพ.พุทธโสธร</u> - นายมานิต บำรุงยา นายแพทย์ เชี่ยวชาญ โทร. ๐๘ ๑๗๓๔ ๒๖๖๗ e-mail address : Urombbk@gmail.com - นางวันดี แจ้งมีสุข พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ โทร. ๐๘ ๘๗๖๗ ๗๖๙๕ e-mail address : wan.dee_123@outloole.co.th
	<u>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</u> นางอำภา อินทโชติ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๕๕๑ ๘๒๕๘ e-mail address : aumpaintachot@gmail.com

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

ผลลัพธ์ของการให้บริการ One Day Surgery

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีโรงพยาบาลพุทธโสธรและโรงพยาบาลพนมสารคาม เข้าร่วมดำเนินการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ โรคที่เข้าร่วมโครงการ ๓ โรค ได้แก่ Hernia Hemorroid และ Hydrocele

โรงพยาบาลพุทธโสธร ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าเกณฑ์ ODS คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๙ และปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าเกณฑ์ ODS คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๐๒

โรงพยาบาลพนมสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าเกณฑ์ ODS คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๖๔ และปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าเกณฑ์ ODS คิดเป็นร้อยละ ๘๐

การพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าเกณฑ์ ODS คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๓๑

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

กิจกรรม	เวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
๑. ปรับปรุงระบบบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ	ต.ค. ๒๕๖๑ – มิ.ย. ๒๕๖๒	- บุคลากรเห็นประโยชน์ของระบบบริการมากขึ้นและผู้รับบริการพึงพอใจ	- คณะทำงาน ODS
๒. ประเมินผลลัพธ์ของการให้บริการ	มี.ค.– ก.ย. ๒๕๖๒	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับบริการ ODS ตามเป้าหมายที่วางไว้	- โรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลพนมสารคาม

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตารางที่ ๕๙ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับบริการ ODS จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑)

ตัวชี้วัด	หน่วยบริการ	รายการข้อมูล		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับบริการ ODS ≥ร้อยละ ๒๐	โรงพยาบาลพุทธโสธร	๑๑๑	๓๐	๒๗.๐๒
	โรงพยาบาลพนมสารคาม	๕	๔	๘๐.๐๐
	รวม	**๑๑๖**	**๓๔**	**๒๙.๓๑**

(แหล่งข้อมูล : การเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลพุทธโสธร)

---

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ไม่มี

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

โรงพยาบาลพนมสารคาม มีทีมผ่าตัดและแพทย์วิสัญญีที่พร้อมสำหรับการดำเนินงาน

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

- เพิ่มอัตรากำลังและวัสดุครุภัณฑ์ที่ขาด เพื่อขยายขอบเขตการให้บริการ โดยให้การช่วยเหลือในเรื่องการพิจารณาในการปรับอัตรากำลังและการจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์ที่ขาด

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอ Poster presentation Service plan ระดับเขต ให้เป็น Best Practice สาขาศัลยกรรม ในหัวข้อ “ พุทธโสธร One Day Surgery Model ”

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

<u>ประเด็นหลัก ๓</u> การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) : Service Outcome

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๒๑. (KPI22) รอยละของผูปวยนอกทั้งหมดที่ไดรับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟนฟูสภาพ ดวยศาสตรการแพทยแผนไทยและ และการแพทยทางเลือก

หมวด :	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ :	๗. พัฒนาระบบบริการการแพทยแผนไทยและการแพทยทางเลือก
ระดับการแสดงผล :	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด :	๒๑. (KPI22) รอยละของผูปวยนอกทั้งหมดที่ไดรับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟนฟูสภาพ ดวยศาสตรการแพทยแผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
เกณฑ์เป้าหมาย :	รอยละ ๑๘.๕
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	๑. การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม ๒. การรายงานจากจังหวัด
ระยะเวลาประเมินผล :	ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมินผล :

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ชี้แจงและสรางกลไกการมีสวนรวมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ ๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ดานสาธารณสุข ไดแก แพทย พยาบาล สหวิชาชีพ แพทยแผนไทย ใหมีความรูดานการจัดบริการการแพทยแผนไทย เพื่อพัฒนาการบริการ ที่ได้	๑. สนับสนุนใหมีการจัดบริการดานการแพทย แผนไทยและการแพทยทางเลือกในระบบบริการ สาธารณสุข ๒. สถานบริการสาธาณสุข ไดแก รพศ.,รพท., รพช. เขารวมโครงการรับรอง คุณภาพมาตรฐานงาน แพทยแผนไทย (Hospital Accreditation : TTM HA) รอยละ ๔๐	สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการดานการแพทยแผนไทยและ การแพทยผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐานตามบริบทของหนวยบริการ ไดแก - คลินิกครบวงจรดานการแพทยแผนไทยและ การแพทยทางเลือก - คลินิก OPD แพทยแผนไทยคูขนาน	๑. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกดวยการตรวจวินิจฉัยรักษาโรค และ ฟนฟูสภาพด้วยศาสตร การแพทย แผนไทยและการแพทยทางเลือก รอยละ ๑๘.๕ ๒. สงเสริมใหมีการสั่งใชยา สมุนไพร โดยมีจำนวนรายการยาสมุนไพรมากกวารอยละ ๖ ของการสั่งใชยา ทั้งหมด

วิธีการประเมินผล :	๑. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ๒. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</u> นางวิภาวี สุวรรณธร นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๗๗๔ ๕๐๘๔ e-mail address : suwannathorn@hotmail.com

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เกิดการขับเคลื่อน พัฒนางาน และสามารถแก้ปัญหาด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ จังหวัดและเขตสุขภาพ

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานได้ส่งเสริมและสนับสนุนในการรักษาโรค ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมและป้องกันโรคคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กล่าวคือ ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ร้อยละ ๑๔.๖๗ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ร้อยละ ๒๒.๔๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีผลงานร้อยละ ๒๙.๖๒ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน ๒๕๖๑) มีผลงานร้อยละ ๒๒.๘๑ ณ ปัจจุบันจังหวัดฉะเชิงเทราได้ผสมผสานงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ดังนี้

ตารางที่ ๖๐ แสดงจำนวนหน่วยบริการ, การจัดบริการได้มาตรฐาน รพ.สส.พท., การเปิดOPD คู่ขนาน, การจัดบริการคลินิกครบวงจรด้วยบริการแพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน/ ฝังเข็ม สมาธิบำบัด, จำนวนแพทย์แผนไทย และจำนวนผู้ช่วยแพทย์แผนไทย รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑)

ระดับ	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง)	การจัดบริการได้มาตรฐาน รพ.สส.พท. (แห่ง/ร้อยละ)	การเปิด OPD คู่ขนาน (แห่ง)	การจัดบริการคลินิกครบวงจรด้วยบริการแพทย์แผนไทย,แพทย์แผนจีน/ฝังเข็ม, สมาธิบำบัด (แห่ง)	จำนวนแพทย์แผนไทย (คน)		จำนวนผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (คน)
					คุณสมบัติครบ (มีใบประกอบวิชาชีพ + ป.ตรี)	คุณสมบัติไม่ครบ	
รพศ.	๑	๑ (๑๐๐%)	๑	๑	๑	๒	๑๕
ศสม.	๒	๒ (๑๐๐%)	๒	-	๒	๑	๑๔
รพช.	๑๐	๑๐ (๑๐๐%)	๑๐	๕	๒๒	๔	๓๐
รพ.สต.	๑๑๘	๒๙ (๒๔.๕๘%)	-	-	๒๐	๒	๑๙
ศสช.	๒	-	-	-	-	-	-
รวม	**๑๓๓**	**๔๒ (๓๑.๕๘%)**	**๑๓**	**๖**	**๔๕**	**๙**	**๗๘**

สำหรับการจัดบริการการแพทย์ทางเลือกดำเนินการในโรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลบางคล้า โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว โรงพยาบาลบางปะกง โรงพยาบาลพนมสารคาม และโรงพยาบาลสนามชัยเขต มีแพทย์แผนปัจจุบันฝังเข็ม จำนวน ๔ คน แพทย์จีน จำนวน ๖ คน และมีการจัดบริการ สมาธิบำบัด อาหารบำบัด เป็นต้น โรงพยาบาลพุทธโสธร มีการใช้ยาสมุนไพร ๕๐ รายการ โรงพยาบาลชุมชน มีการใช้ยาสมุนไพร ๓๐ – ๓๗ รายการ โรงพยาบาลราชสาส์น มียาปรุงเฉพาะราย ๑๖ รายการ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีการใช้ยาสมุนไพร ๑๐- ๒๔ รายการ มีพยาบาลคัดกรองการให้บริการการแพทย์แผนไทยคู่ขนานแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล (OPD คู่ขนาน) จำนวน ๗ คน มีแพทย์แผนไทยผ่านการอบรมดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามแผนจัดตั้งคลินิก หมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) จำนวน ๒๐ คน

คลินิกแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ (OPD คู่ขนาน)

เป้าหมาย : รพ. จัดบริการแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ (OPD คู่ขนาน) ร้อยละ ๑๐๐

ผลงาน : รพศ. จำนวน ๑ แห่ง และรพช. จำนวน ๑๐ แห่ง

จัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร

เป้าหมาย : รพ.มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร อย่างน้อย ๔ โรค ได้แก่ โรคไมเกรน ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์/อัมพาต ภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น (ด้วยบริการแพทย์แผนไทย, แพทย์แผนจีน/ฝังเข็ม, สมาธิบำบัด) ร้อยละ ๗0

ผลงาน : รพศ./รพช. มีทั้งหมด ๑๑ แห่ง ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕๐ คือ ๖ แห่ง ได้แก่ รพศ. จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธโสธร และ รพช. จำนวน ๕ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางคล้า โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว โรงพยาบาลบางปะกง โรงพยาบาลพนมสารคาม และโรงพยาบาลสนามชัยเขต

รพ. มีกรอบรายการยาสมุนไพรและกรอบรายการยาสมุนไพรใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน

ผลงาน : จังหวัดฉะเชิงเทรามีกรอบรายการยาสมุนไพร ๕๐ รายการ และมีกรอบรายการยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ๑๐ รายการ

เป้าหมาย : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ส่งเสริมให้มีการสั่งยาสมุนไพร โดยมีจำนวนรายการสมุนไพร มากกว่าร้อยละ ๖ ของการสั่งยาทั้งหมด

ผลงาน : ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีการสั่งยาสมุนไพร จำนวน ๒๘๘,๗๔๕ รายการ จากยาทั้งหมด ๔,๘๘๔,๗๑๓ รายการ คิดเป็นร้อยละ ๕.๙๑

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

มาตรการและแนวทาง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๑๘.๕ (รพศ.อย่างน้อยร้อยละ ๑๑ รพช. อย่างน้อยร้อยละ ๑๙ รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ ๓๖)

๒. ส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาสมุนไพร มากกว่าร้อยละ ๖ ของการสั่งใช้ยาทั้งหมด

๓. จัดบริการคลินิกครบวงจรอย่างน้อย ๔ โรค (ด้วยบริการแพทย์แผนไทย,แพทย์จีน/ฝังเข็ม, สมาธิบำบัด) ใน รพ. ร้อยละ ๗๐

๔. รพ. มีกรอบรายการยาสมุนไพรและกรอบรายการยาสมุนไพรใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน

๕. รพ./รพ.สต.สั่งยาพัฒนาจากสมุนไพรเป็นอันดับแรก (First Line Drug) ได้แก่ ยาขมิ้นชันและยาฟ้าทะลายโจร

๖. รพ.สต.มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๔๐

Quick Win

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
- มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก *ร้อยละ ๑๐* - มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก โดย พชอ.	- จังหวัดมีการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบดีเด่นด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกประเภท รพช. และ รพ.สต. - เข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพมาตรฐานงานแพทย์แผนไทย (HA) ร้อยละ ๔๐	- สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการด้านการแผนไทยและการแพทย์ผสมผสานตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่ --จัดบริการคลินิกครบวงจรอย่างน้อย ๔ โรค (ด้วยบริการแพทย์แผนไทย, แพทย์จีน/ฝังเข็ม, สมาธิบำบัด) ใน รพ. *ร้อยละ ๗๐* -- คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน (ดำเนินการต่อเนื่อง)	- มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๑๘.๕ *(รพศ.อย่างน้อยร้อยละ ๑๑ รพช.อย่างน้อยร้อยละ ๑๙ รพ.สต.อย่างน้อย ร้อยละ ๓๖)* - ส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาสมุนไพร *มากกว่า ร้อยละ* ๖ ของการสั่งใช้ยาทั้งหมด

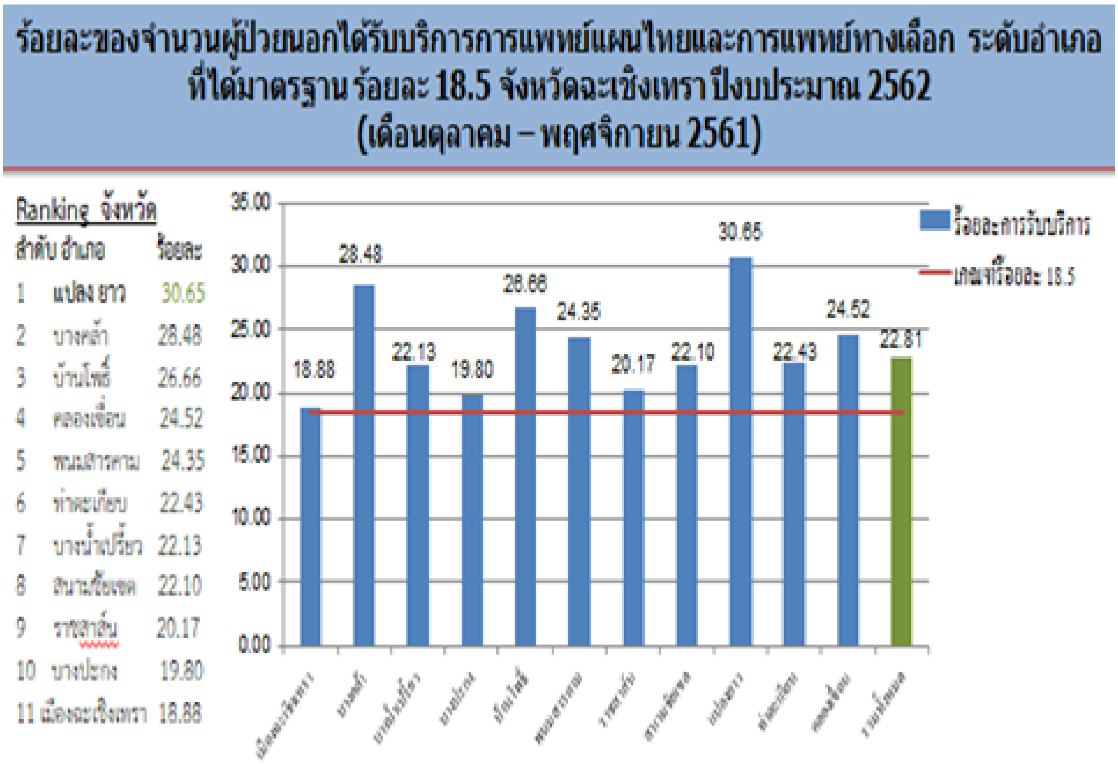
ตารางที่ ๖๑ แสดงขอมูลแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงาน/โครงการ	จำนวนเงิน(บาท)/ แหล่งงบประมาณ	ดำเนินการ/ ก่อหนี้ผูกพัน (บาท)	คงเหลือ(บาท)
๑. ประชุมเตรียมความพร้อมบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒	๘,๑๐๐/ งบดำเนินการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	๘,๑๐๐/-	-
๒. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	๓๑,๐๐๐/ งบดำเนินการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	๓๑,๐๐๐/-	-
๓. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคัดเลือกต้นแบบดีเด่นด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	๒๒,๐๐๐/ งบดำเนินการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	-	๒๒,๐๐๐/ รอดำเนินการ ๑๖ ม.ค.๖๒
๔. โครงการมหกรรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	๖๓,๖๐๐/ เงินกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	-	๖๓,๖๐๐/ รอดำเนินการ ๗ ก.พ.๖๒
๖. การประชุมคณะอนุกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ระดับจังหวัด จังหวัดฉะเชิงเทรา ๓ ครั้ง	๗๐,๐๐๐/ เงินกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	๑๙,๐๐๐/-	๕๑,๐๐๐/ รอดำเนินการ ๒ มี.ค.๖๒
๗. สำรวจ ตรวจสอบ รวบรวม และจัดทำทะเบียนภูมิปัญญาการ แพทย์แผนไทย และบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ๕ กลุ่ม สำรวจ รวบรวม จัดทำทะเบียน จัดทำทะเบียนรายชื่อ สมุนไพรที่มีความสำคัญ ๓ กลุ่มในจังหวัด และทะเบียนพื้นที่ที่เป็นถิ่นกำเนิดของสมุนไพรตามมาตรา ๕๗ และ ๖๑ และทะเบียนที่ดินเอกชนที่เป็นถิ่นกำเนิดของสมุนไพร	๙,๖๐๐/ เงินกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	-	๙,๖๐๐/ รอดำเนินการ ม.ค.๖๒
๘. ประชาสัมพันธ์งานคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรตามโครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว.และจังหวัดฉะเชิงเทรา บำบัดทุกข์ บำรุงสุข สร้างรอยยิ้มให้ประชาชน	-	-	-
๙. ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานจังหวัดฉะเชิงเทรา ๒ ครั้ง (ผ่าน Web EX)	-	-	-
๑๑. อบรมทางไกลถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์เวชปฏิบัติแผนไทยและสหวิชาชีพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (ผ่าน Web EX) เดือนละ ๑ ครั้ง	-	-	-
รวมเป็นเงิน	**๒๐๔,๕๐๐**	**๕๙,๐๐๐/-**	**๑๖๔,๒๐๐**

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑) ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดฉะเชิงเทรา ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดว่า ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๑๘.๕ จังหวัดฉะเชิงเทรามีผู้ป่วยนอกมาใช้บริการ จำนวน ๒๘๕,๘๖๒ ครั้ง โดยมีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน ๘๗,๑๖๘ ครั้ง ให้บริการส่งเสริมป้องกัน จำนวน ๒๑,๙๕๑ ครั้ง เมื่อหักการส่งเสริมและป้องกันโรค คงเหลือจำนวน ๖๕,๒๑๗ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๘๑ ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดทุกอำเภอ เมื่อดูผลงาน ๑๑ อำเภอ พบว่า อำเภอที่มีผลการดำเนินงานมากสูงสุด ได้แก่ อำเภอแปลงยาว ร้อยละ ๓๐.๖๕ ส่วนอำเภอที่มีผลการดำเนินงานต่ำสุดคือ อำเภอเมือง ร้อยละ ๑๘.๘๘ (เกณฑ์ร้อยละ ๑๘.๕) รายละเอียดตามภาพที่ ๑๐ และตารางที่ ๖๒

ภาพที่ ๑๐ แสดงร้อยละของจำนวนผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ ๑๘.๕) จำแนกรายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑)



ตารางที่ ๖๒ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ ๑๘.๕) รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

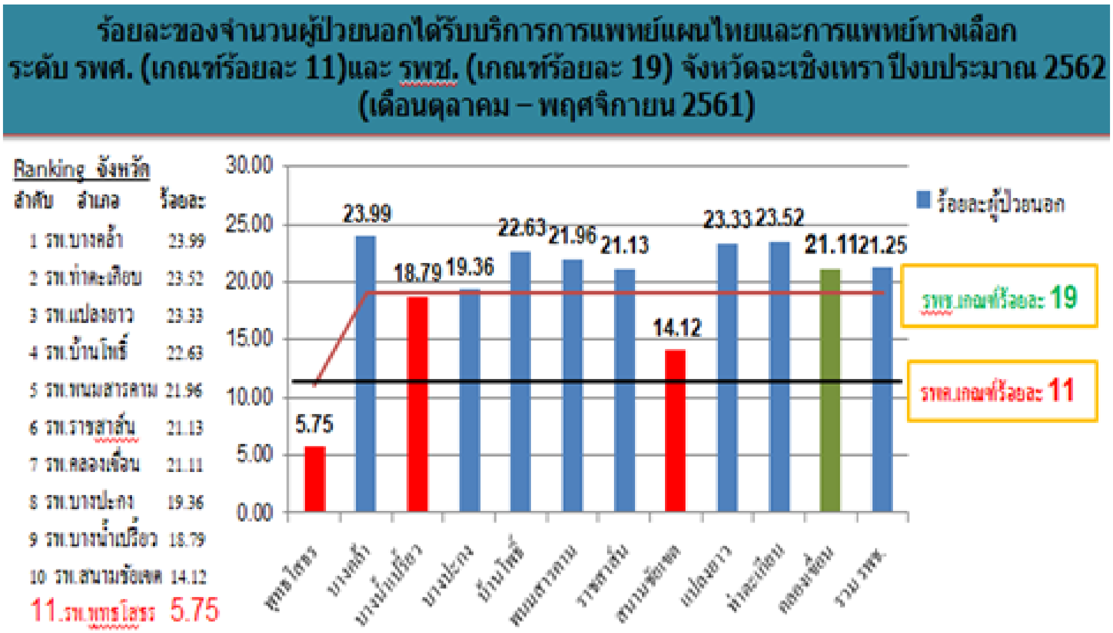
พื้นที่	จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง)	ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หัก U๗๗ (ครั้ง)	ร้อยละ
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๗๗,๖๒๔	๑๔,๕๙๐	๑๘.๘๘
อำเภอบางคล้า	๑๘,๙๔๕	๕,๓๙๖	๒๘.๔๘
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๒๘,๗๗๔	๖,๓๖๗	๒๒.๑๓
อำเภอบางปะกง	๓๑,๑๕๖	๖,๑๖๘	๑๙.๘๐
อำเภอบ้านโพธิ์	๒๘,๓๐๙	๗,๕๔๖	๒๖.๖๖
อำเภอพนมสารคาม	๓๒,๖๘๘	๗,๙๕๘	๒๔.๓๕
อำเภอราชสาส์น	๕,๙๖๓	๑,๒๐๓	๒๐.๑๗
อำเภอสนามชัยเขต	๑๘,๙๒๒	๔,๑๘๒	๒๒.๑๐
อำเภอแปลงยาว	๒๓,๑๓๑	๗,๐๙๐	๓๐.๖๕
อำเภอท่าตะเกียบ	๑๗,๒๓๙	๓,๘๖๖	๒๒.๔๓
อำเภอคลองเขื่อน	๓,๔๗๑	๘๕๑	๒๔.๕๒
รวมทั้งจังหวัด	**๒๘๕,๘๖๒**	**๖๕,๒๑๗**	**๒๒.๘๑**

ที่มา : ระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

ตัวชี้วัดในส่วนของ รพศ. ในโรงพยาบาลศูนย์ มีผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน ๔๗,๒๒๙ ครั้ง โดยมีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลพุทธโสธร (รพศ.) จำนวน ๕,๔๒๕ ครั้ง ให้บริการส่งเสริมป้องกัน จำนวน ๒,๗๐๗ ครั้ง เมื่อหักการส่งเสริมและป้องกันโรค คงเหลือจำนวน ๒,๗๑๘ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๐๕.๗๕ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ ๑๑)

ตัวชี้วัดในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน มีผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน ๑๐๙,๒๔๓ ครั้ง โดยมีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้มาตรฐานในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน ๒๖,๑๗๙ ครั้ง ให้บริการส่งเสริมป้องกัน จำนวน ๒,๙๖๒ ครั้ง เมื่อหักการส่งเสริมและป้องกันโรค คงเหลือจำนวน ๒๓,๒๑๗ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๒๕ เมื่อดูผลงาน ๑๑ อำเภอ พบว่า โรงพยาบาลชุมชนที่มีผลการดำเนินงานมากสูงสุด ได้แก่ โรงพยาบาลบางคล้า ร้อยละ ๒๓.๙๙ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่ผลการดำเนินงานตกเกณฑ์มาตรฐาน มี ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ร้อยละ ๑๘.๗๙ และโรงพยาบาลสนามชัยเขต ร้อยละ ๑๔.๑๒ (เกณฑ์ร้อยละ ๑๙) รายละเอียดตามภาพที่ ๑๑ และตารางที่ ๖๓

ภาพที่ ๑๑ แสดงร้อยละของจำนวนผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ ๑๙) จำแนกรายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑)



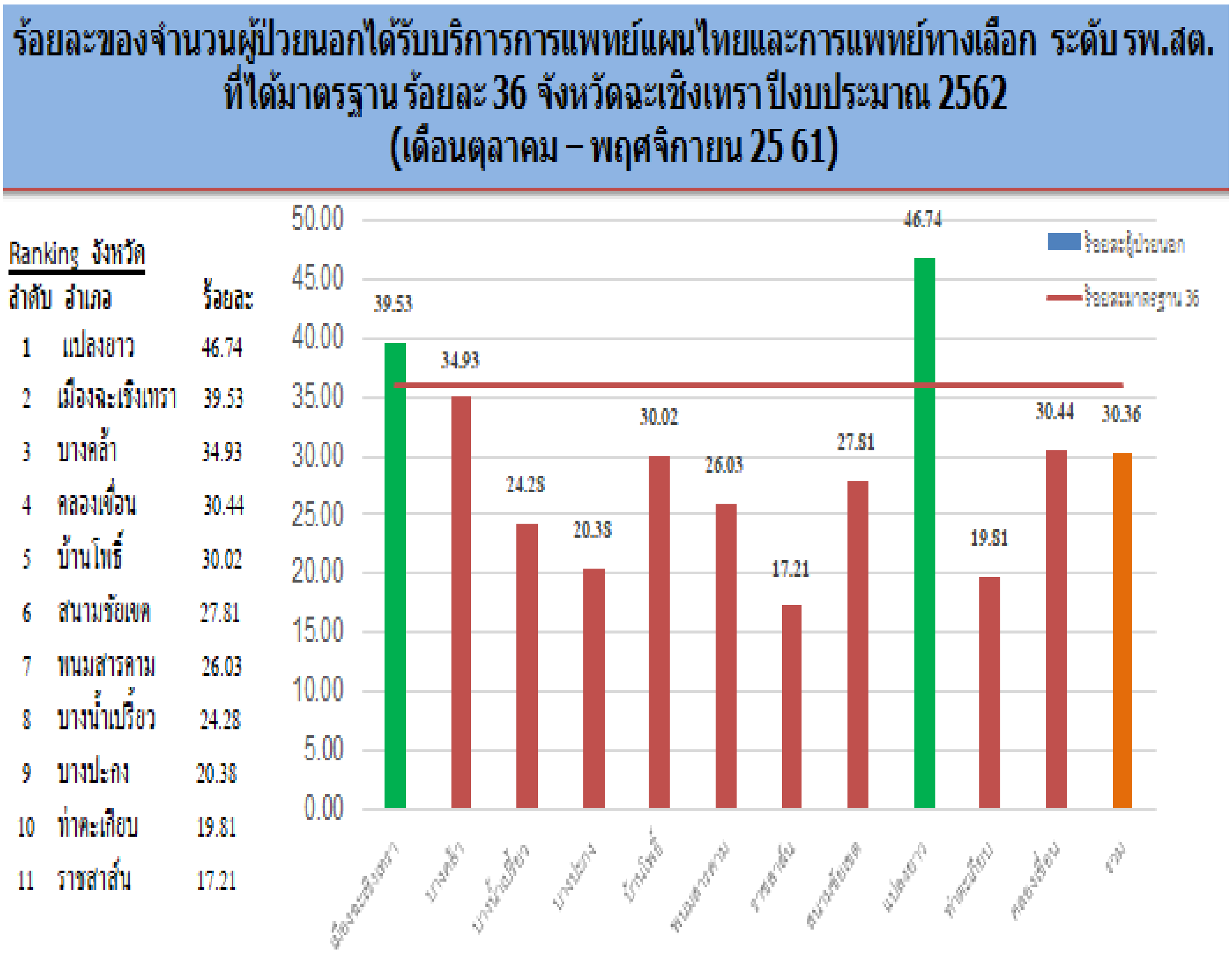
ตารางที่ ๖๓ ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน สำหรับ รพศ.(เกณฑ์ ร้อยละ ๑๑) รพช. (เกณฑ์ร้อยละ ๑๙) รายโรงพยาบาล จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑)

หน่วยบริการ	จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง)	ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หัก U๗๗ (ครั้ง)	ร้อยละ
รพ.พุทธโสธร (รพศ.)	๔๗,๒๒๙	๒,๗๑๘	๕.๗๕
รพ.บางคล้า	๑๑,๑๖๗	๒,๖๗๙	๒๓.๙๙
รพ.บางน้ำเปรี้ยว	๑๑,๒๗๙	๒,๑๑๙	๑๘.๗๙
รพ.บางปะกง	๑๗,๗๔๒	๓,๔๓๔	๑๙.๓๖
รพ.บ้านโพธิ์	๑๒,๘๙๓	๒,๙๑๘	๒๒.๖๓
รพ.พนมสารคาม	๑๓,๕๑๘	๒,๙๖๙	๒๑.๙๖
รพ.ราชสาส์น	๕,๕๑๐	๙๕๓	๒๑.๑๓
รพ.สนามชัยเขต	๗,๘๙๑	๑,๑๑๔	๑๔.๑๒
รพ.แปลงยาว	๑๕,๘๙๙	๓,๗๑๐	๒๓.๓๓
รพ.ท่าตะเกียบ	๑๒,๑๔๑	๒,๘๕๖	๒๓.๕๒
รพ.คลองเขื่อน	๒,๒๐๓	๔๖๕	๒๑.๑๑
รวมเฉพาะ รพช.	**๑๐๙,๒๔๓**	**๒๓๒๑๗**	**๒๑.๒๕**

ที่มา : ระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

ตัวชี้วัดในส่วนของ รพ.สต. มีผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน ๑๒๙,๓๙๐ ครั้ง โดยมีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานใน รพ.สต.จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน ๕๕,๕๖๔ ครั้ง ให้บริการส่งเสริมป้องกัน จำนวน ๑๖,๒๘๒ ครั้ง เมื่อหักการส่งเสริมและป้องกันโรค คงเหลือจำนวน ๓๙,๒๘๒ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๓๖ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ ๓๖) เมื่อดูผลงาน ๑๑ อำเภอ พบว่า มี รพ.สต.ในอำเภอที่ผ่านเกณฑ์มี ๒ อำเภอ คือ อำเภอแปลงยาว คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๗๔ และอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๕๓ รายละเอียดตามภาพที่ ๑๒ และตารางที่ ๖๔

ภาพที่ ๑๒ แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ ๓๖) จำแนกรายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไตรมาส ๑ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๑)



ตารางที่ ๖๔ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ ๓๖) รายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 256๑)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง)	ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หัก u๗๗ (ครั้ง)	ร้อยละ
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๓๐,๐๓๕	๑๑,๘๗๒	๓๙.๕๓
อำเภอบางคล้า	๗,๗๗๘	๒,๗๑๗	๓๔.๙๓
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๑๗,๔๙๕	๔,๒๔๘	๒๔.๒๘
อำเภอบางปะกง	๑๓,๔๑๔	๒,๗๓๔	๒๐.๓๘
อำเภอบ้านโพธิ์	๑๕,๔๑๖	๔,๖๒๘	๓๐.๐๒
อำเภอพนมสารคาม	๑๙,๑๗๐	๔,๙๘๙	๒๖.๐๓
อำเภอราชสาส์น	๑,๔๕๓	๒๕๐	๑๗.๒๑
อำเภอสนามชัยเขต	๑๑,๐๓๑	๓,๐๖๘	๒๗.๘๑
อำเภอแปลงยาว	๗,๒๓๒	๓,๓๘๐	๔๖.๗๔
อำเภอท่าตะเกียบ	๕,๐๙๘	๑,๐๑๐	๑๙.๘๑
อำเภอคลองเขื่อน	๑,๒๖๘	๓๘๖	๓๐.๔๔
รวมทั้งจังหวัด	**๑๒๙,๒๙๐**	**๓๙,๒๘๒**	**๓๐.๓๖**

ที่มา : ระบบรายงานมาตรฐานระบบ Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
รพศ./รพช./รพ.สต. ยังมีการให้บริการส่งเสริมและป้องกันมาก ดังนั้น เมื่อตัดการส่งเสริมและป้องกันออก ทำให้ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกลดลง ไม่ได้ตามเป้าหมาย	ให้ดำเนินการส่งเสริมและป้องกันโรคเหมือนเดิม แต่เพิ่มการสั่งยาสมุนไพรในผู้ป่วยทุกราย และติดการให้บริการ นวด อบ ประคบหญิงหลังคลอดที่บ้าน

๑. การวิเคราะห์ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ (ผลผลิต ผลลัพธ์)

มี รพ.สต. ๓ อำเภอ ผ่านมาตรฐาน รพ.สส.พท. ≥ร้อยละ ๕๐ ได้แก่ รพ.สต. ในอำเภอราชสาส์น ร้อยละ ๑๐๐ (๒ แห่ง จาก ๒ แห่ง) อำเภอพนมสารคาม ร้อยละ ๗๕ (๙ แห่ง จาก ๑๒ แห่ง) และอำเภอแปลงยาว ร้อยละ ๕๐ (๓ แห่ง จาก ๖ แห่ง)

๒. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการบรรลุเป้าหมายต่อความสำเร็จ

- ขาดงบประมาณในการจ้างบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานใน รพ.สต.

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- เป็นนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มีการส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดให้ความสำคัญสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน
- ผู้บริหารทุกระดับเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน
- กลุ่มงานได้ร่วมออกนิเทศและประเมินผลเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ
- ผู้ปฏิบัติงานแพทย์แผนไทย ทุ่มเทปฏิบัติงานอย่างเต็มที่

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑. กรอบอัตรากำลังตำแหน่งแพทย์แผนไทย มีจำกัดในรพ.สต. มีเฉพาะรพ.สต.ขนาดใหญ่ ๒. **รพศ./รพช.**สั่งยาสมุนไพรน้อยกว่าร้อยละ ๖ ของการสั่งใช้ยาสมุนไพรทั้งหมด (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีการสั่งยาสมุนไพร ร้อยละ ๕.๙๑) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย	๑. ขอให้ส่วนกลางขยายอัตรากำลังตำแหน่งแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. ทุกแห่ง ๒. ขอให้เอาบัญชียาสมุนไพรเข้าอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และบรรจุในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อส่งเสริมให้สถานบริการทุกแห่งใช้ยาสมุนไพร

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- โรงพยาบาลราชสาส์น มียาปรุงเฉพาะรายที่ให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑๖ รายการ
- มีแผนในการทำวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน ๑๕ เรื่อง จากเป้าหมาย ๕ เรื่อง

๑) วิจัยเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ จำนวน ๙ เรื่อง โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว โรงพยาบาลพนมสารคาม โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ โรงพยาบาลท่าตะเกียบ โรงพยาบาลคลองเขื่อน รพ.สต. ในอำเภอพนมสารคามที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน รพ.สต.บ้านนายาว อำเภอสนามชัยเขต

๒) วิจัยเกี่ยวกับการรักษาแผลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 1 เรื่อง โรงพยาบาลราชสาส์น

๓) วิจัยเกี่ยวกับการยาสมุนไพรเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วย จำนวน ๒ เรื่อง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ และ รพ.สต.โยธะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว

๔) วิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน ๑ เรื่อง โรงพยาบาลพุทธโสธร

๕) วิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาแผนไทยในผู้ป่วย OPD คู่ขนาน จำนวน ๑ เรื่อง โรงพยาบาลแปลงยาว

๖) วิจัยเกี่ยวกับภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน จำนวน ๑ เรื่อง กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

<u>ประเด็นหลักที่ ๓</u> การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) : Health Outcome

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๒๒. (KPI15) รอยละอัตราตายของผูปวยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

หมวด :	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ :	๑๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ระดับการแสดงผล :	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด :	๒๒. (KPI15) รอยละอัตราตายของผูปวยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม <u>อัตราตายของผูปวยโรคหลอดเลือดสมอง</u> ๒๒.๑ อัตราตายของผูปวยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) ๒๒.๒ อัตราตายของผูปวยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) ๒๒.๓ อัตราตายของผูปวยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) <u>การรักษาใน Stroke Unit</u> ๒๒.๔ รอยละผูปวยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไมเกิน ๗๒ ชั่วโมง ไดรับการรักษาใน Stroke Unit <u>ระยะเวลาที่ไดรับการรักษาที่เหมาะสม</u> ๒๒.๕ รอยละผูปวยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการ ไมเกิน ๔.๕ ชั่วโมงไดรับการรักษาดวยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) ๒๒.๖ รอยละผูปวยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ไดรับการผาตัดสมองภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time)
เกณฑ์เป้าหมาย :	๒๒.๑ < ร้อยละ ๕ ๒๒.๒ < ร้อยละ ๒๕ ๒๒.๓ < ร้อยละ ๗ ๒๒.๔ ≥ ร้อยละ ๔๐ ๒๒.๕ ≥ ร้อยละ ๕๐ ๒๒.๖ ≥ ร้อยละ ๖๐
การจัดเก็บข้อมูล :	- ข้อมูลจากรายงาน ตก.๒ รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ - ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
ระยะเวลาประเมินผล :	ปีละ ๑ ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก ๖ เดือน
เกณฑ์การประเมินผล :	รอบ ๖, ๑๒ เดือน ๒๒.๑ < ร้อยละ ๕, < ร้อยละ ๕ ๒๒.๒ < ร้อยละ ๒๕, < ร้อยละ ๒๕ ๒๒.๓ < ร้อยละ ๗, < ร้อยละ ๗ ๒๒.๔ ≥ ร้อยละ ๓๕, ≥ ร้อยละ ๔๐ ๒๒.๕ ≥ ร้อยละ ๔๐, ≥ ร้อยละ ๕๐ ๒๒.๖ ≥ ร้อยละ ๕๐, ≥ ร้อยละ ๖๐
วิธีการประเมินผล :	- รายงาน ตก.๒ - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด</u> นางสาวอัญชลี สังข์เจริญ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๖๓๙๓ ๓๖๙๗ e-mail address : gatidum@hotmail.com

---

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗)

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ลดลง สถิติตั้งแต่ปี ๒๕๕๗-๒๕๖๑ คิดเป็น ๑๕๑.๗๗, ๑๕๐.๓๕, ๑๔๗.๔๘ และ ๑๔๗.๙๐ ต่อแสนประชากร แต่ผู้ป่วยยังมีความพิการและมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง จังหวัดฉะเชิงเทราพบปัญหาการเข้าถึงบริการล่าช้า ประชาชนขาดความตระหนักในการรีบมารับรักษา ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา rTPA มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

เป้าหมายการพัฒนา:

- ลดอัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ในโรงพยาบาล

มาตรการสำคัญ :

๑. ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชน เป้าหมายเฉพาะ ปี ๒๕๖๐ ส่วนราชการทุกแห่งในระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๑ ส่วนราชการในระดับอำเภอ ปี ๒๕๖๒ สถานประกอบการขนาดใหญ่

๒. โรงพยาบาลพุทธโสธรมี Stroke Unit และ โรงพยาบาลทุกแห่งในเครือข่าย ดำเนินงาน Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

๓. จัดให้มีเครือข่ายบริการ ทั้ง Acute และ Intermediate care

๔. จัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในเขตและนอกเขตบริการที่รับผิดชอบให้ชัดเจน

๕. สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัด

๖. กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่ทีรับผิดชอบในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ติดตามร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาในStroke Unit (%SU) ≥ ร้อยละ ๔๐

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตารางที่ ๖๕ จำนวนและอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

หน่วยบริการ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑			ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (๒⁺เดือน)		
	จำนวนผู้ป่วย admit	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วย admit	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	ร้อยละ
รพ.พุทธโสธร	๑,๔๒๘	๑๙๓	๑๓.๕๒	๑๗๘	๒๓	๑๒.๙๒
รพ.บางคล้า	๘๑	๑	๑.๒๓	๑๐	๐	๐
รพ.บางน้ำเปรี้ยว	๑๐๐	๑	๑	๑๙	๑	๕.๒๖
รพ.บางปะกง	๑๓๔	๑	๐.๗๕	๒๐	๐	๐
รพ.บ้านโพธิ์	๕๔	๑	๑.๘๕	๘	๑	๑๒.๕
รพ.พนมสารคาม	๒๓๕	๖	๒.๕๕	๑๑	๐	๐
รพ.ราชสาส์น	๑๔	๐	๐	๕	๐	๐
รพ.สนามชัยเขต	๑๒๖	๓	๒.๓๘	๕	๐	๐
รพ.แปลงยาว	๗๑	๐	๐	๓	๐	๐
รพ.ท่าตะเกียบ	๕๗	๐	๐	๑๒	๐	๐
รพ.คลองเขื่อน	๔	๐	๐	๐	๐	๐
รวมจังหวัด	**๒,๓๐๔**	**๒๐๖**	**๘.๙๔**	**๒๗๑**	**๒๕**	**๙.๒๓**

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

ตารางที่ ๖๖ จำนวนและอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแยกตามการวินิจฉัย รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

หน่วยบริการ	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแยกตามการวินิจฉัย								
	I60-I62			I63			I64-I69		
	จำนวนผู้ป่วย admit	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วย admit	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วย admit	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	ร้อยละ
รพ.พุทธโสธร	๕๑	๑๒	๒๓.๕๓	๑๑๙	๑๑	๙.๒๔	๘	๐	๐
รพ.บางคล้า	๑	๐	๐	๙	๐	๐	๓	๐	๐
รพ.บางน้ำเปรี้ยว	๓	๑	๓๓.๓๓	๑๑	๐	๐	๖	๑	๑๖.๖๗
รพ.บางปะกง	๕	๐	๐	๒	๐	๐	๑๕	๐	๐
รพ.บ้านโพธิ์	๐	๐	๐	๒	๐	๐	๗	๑	๑๔.๒๙
รพ.พนมสารคาม	๒	๐	๐	๔	๐	๐	๕	๐	๐
รพ.ราชสาส์น	๐	๐	๐	๕	๐	๐	๐	๐	๐
รพ.สนามชัยเขต	๑	๐	๐	๒	๐	๐	๒	๐	๐
รพ.แปลงยาว	๐	๐	๐	๓	๐	๐	๐	๐	๐
รพ.ท่าตะเกียบ	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๑๑	๐	๐
รพ.คลองเขื่อน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รวมจังหวัด	**๖๔**	**๑๓**	**๒๐.๓๑**	**๑๕๗**	**๑๑**	**๗.๐๑**	**๕๗**	**๒**	**๓.๕๑**

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
การดำเนินการในระดับชุมชนในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการภายใน ๔.๕ ชั่วโมงอยู่ในระดับต่ำขาดความตระหนัก	แผนการพัฒนาโดยอาศัยความร่วมมือจากส่วนราชการในระดับจังหวัดและมีการขับเคลื่อนในผู้บริหารท้องถิ่นระดับต่างๆโดยการจัดกิจกรรมการรณรงค์การเฝ้าระวังและสร้างความตระหนักให้กับประชาชน

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

<u>ประเด็นหลักที่ ๓</u> การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) : Health outcome

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : สาขาอายุรกรรม

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๒๓. (KPI25) ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (community-acquired Sepsis) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน รพ.

หมวด :	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ :	๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)
ระดับการวัดผล :	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด :	๒๓.๑ อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-Acquired Sepsis) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน รพ. ๒๓.๒ อัตราการเจาะ H/C กอนให Antibiotic ๒๓.๓ อัตราการไดรับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.(นับจากเวลาที่ไดรับการวินิจฉัย) ๒๓.๔ อัตราการไดรับ IV30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไมมีขอหาม) ๒๓.๕ อัตราที่ผูปวยไดรับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม. ๒๓.๖ มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ใน รพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)
เกณฑ์เป้าหมาย :	๒๓.๑ < ร้อยละ ๓๐ ๒๓.๒ ≥ ร้อยละ ๙๐ ๒๓.๓ ≥ ร้อยละ ๙๐ ๒๓.๔ ≥ ร้อยละ ๙๐ ๒๓.๕ ≥ ร้อยละ ๓๐ ๒๓.๖ มี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บขอมูลจาก ICD-10 โดยใชการประเมินขอมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ
ระยะเวลาประเมินผล :	ทุก ๖ เดือน
เกณฑ์การประเมินผล :	๑. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ๒. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ๓. มีผลการติดตามกำกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้ - รอบ ๑๒ เดือน : < ร้อยละ ๓๐

วิธีการประเมินผล :	๑. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และ ภาพรวมของเขตสุขภาพ ๒. เกณฑ์การให้คะแนน : ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้ - ๑ คะแนน : อัตราตายสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดมากกว่าร้อยละ ๑๐ - ๒ คะแนน : อัตราตายสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดมากกว่าร้อยละ ๕ - ๓ คะแนน : อัตราตายสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดรายปี อยู่ในช่วงมากกว่าหรือน้อยกว่าไม่เกิน ร้อยละ ๕ - ๔ คะแนน : อัตราตายต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดมากกว่าร้อยละ ๕ - ๕ คะแนน : อัตราตายต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดมากกว่าร้อยละ ๑๐
เจ้าภาพหลัก :	<u>โรงพยาบาลพุทธโสธร</u> นายวัฒนา อารีย์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทร. ๐๘ ๑๘๐๖ ๕๙๘๔ e-mail address : wattanaaree@gmail.com
	<u>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</u> นางอำภา อินทโชติ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๕๕๑ ๘๒๕๘ e-mail address : aumpaintachot@gmail.com

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดโดยผ่านประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ดังนี้

๑. มีการติดตามตัวชี้วัด output คือ อัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis ให้ได้น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ [รวมผู้ป่วยที่ขอไปเสียชีวิตที่บ้านและไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)]

๒. มีการติดตามตัวชี้วัด process ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis ได้แก่

- อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) ≥ ร้อยละ ๙๐
- อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ ร้อยละ ๙๐
- อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชม.แรก ≥ ร้อยละ ๙๐ (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)
- อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับการดูแล ๒-๓) เป็นต้น ภายใน ๓ ชม. หลังได้รับการวินิจฉัย ≥ ร้อยละ ๓๐

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquire ในปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๓๓.๖๒ สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย จากการทบทวนและวิเคราะห์ gap analysis พบประเด็นปัญหาในหลายขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

- การวินิจฉัย ผิดพลาดและล่าช้า เนื่องจากอาการแสดงของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันหลายรูปแบบ
- การใช้แบบคัดกรองยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุมให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- ทักษะความชำนาญของบุคลากรไม่เพียงพอในผู้ป่วยที่ซับซ้อน
- การให้ยาปฏิชีวนะยังไม่ทันเวลา ผลสืบเนื่องจากการวินิจฉัย ล่าช้า ผิดพลาด
- ขาดความชำนาญการประเมินสารน้ำในผู้ป่วยภาวะ shock
- โรงพยาบาลชุมชน ยังไม่มีการตรวจ blood lactate ในการประเมินความรุนแรงและติดตามการรักษา
- เตียงไอซียูไม่เพียงพอ ผู้ป่วยนอนไอซียู มีโรคแทรกซ้อน นอนนาน
- แพทย์ยังสรุป รหัสโรคไม่ถูกต้อง ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนแต่ละโรงพยาบาล ทำให้ขาดความแม่นยำในภาพรวม

<u>มาตรการ/กลยุทธ</u>

๑. การวินิจฉัย
- เน้นการใช้แบบคัดกรอง qsofa และ sos score ร่วมกัน ทั้งเครือข่าย

๒. การรักษา
- เน้นการให้สารน้ำให้เพียงพอ จัดอบรมแพทย์ พยาบาล เพิ่มทักษะ การประเมินสารน้ำด้วยเครื่องอัลตราซาวน์ การดู IVC
- เพิ่มการใช้ blood lactate ในโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M – F1 ในการประเมินความรุนแรงและติดตามการรักษา
- เพิ่มและพัฒนาศักยภาพ โรงพยาบาลชุมชน ที่มีความพร้อมในการเปิด ICU

๓. การสรุปการวินิจฉัย การลงรหัสโรค
- จัดอบรมการสรุปรหัสโรคและการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อยให้ถูกต้อง ทุกโรงพยาบาล เพื่อความแม่นยำของข้อมูลในภาพรวม

๔. การกำกับติดตาม
- การตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชน โดยทีมจังหวัด เน้น care process

Action Plan / Quick win / Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-ประชุมทบทวนแนวปฏิบัติ และ แนวทางการส่งต่อ -ประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูล ตัวชี้วัดที่มีการปรับเปลี่ยน - เพิ่มศักยภาพ อบรมให้ความรู้บุคลากร - การใช้แบบคัดกรอง qsofa และ sos score - work shop การประเมินสารน้ำด้วยอัลตราซาวน์ IVC	-เพิ่มและจัดหา blood lactate เพื่อการวินิจฉัย ประเมินความรุนแรง และช่วยติดตามการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน	- การตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชน กำกับ ติดตาม การดำเนินงานและประเด็นปัญหา	- อัตราการตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired < ร้อยละ ๓๐

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

อบรมและทบทวนความรู้แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต Sepsis/ Septic shock เพื่อให้แพทย์ และพยาบาล ได้รับการทบทวนความรู้ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต Sepsis/ Septic shock และแนวทางการรักษาให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด ได้แก่ การใช้อัลตราซาวน์ประเมินการให้สารน้ำ การพัฒนาการใช้ blood lactate ในโรงพยาบาลชุมชน การลงรหัสโรค

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตารางที่ ๖๗ จำนวนและอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด community-acquired รายโรงพยาบาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (ข้อมูลเดือน ตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

หน่วยบริการ	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด community-acquired		
	จำนวนผู้ป่วย (คน)	เสียชีวิต (คน)	ร้อยละ
โรงพยาบาลพุทธโสธร	๙๗	๕๕	๕๖.๗๐
โรงพยาบาลบางคล้า	๑	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	๕	๒	๔๐.๐๐
โรงพยาบาลบางปะกง	๑๒	๑	๘.๓๓
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	๑๑	๔	๓๖.๓๖
โรงพยาบาลพนมสารคาม	๓๓	๓	๙.๐๙
โรงพยาบาลราชสาส์น	๐	๐	๐.๐๐
โรงพยาบาลสนามชัยเขต	๑๕	๒	๑๓.๓๓
โรงพยาบาลแปลงยาว	๒	๐	๐.๐๐
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	๓	๐	๐.๐๐
โรงพยาบาลคลองเขื่อน	๐	๐	๐.๐๐
รวมจังหวัด	**๑๗๙**	**๖๘**	๓๗.๙๘

ที่มา : รายงานมาตรฐาน Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๑*
และข้อมูลจากโรงพยาบาล

---

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ไม่มี

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

<u>ประเด็นหลักที่ ๓</u> การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) : Health Outcome

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๒๔.๑ (KPI28) อัตราตายของผูปวยโรคหลอดเลือดหัวใจ
๒๔.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาล

หมวด :	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ :	๑๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด
ระดับการแสดงผล :	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด :	๒๔.๑ (KPI28) อัตราตายของผูปวยโรคหลอดเลือดหัวใจ
	๒๔.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาล
เกณฑ์เป้าหมาย :	๒๔.๑ ๒๖ ตอแสนประชากร *(ลดลงรอยละ ๑๐ ในระยะ ๕ ป (จากฐานขอมูล ป พ.ศ. ๒๕๖๐ : ๒๘ ตอแสนประชากร)* ๒๔.๒ ≤ ร้อยละ ๑๐
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	รวบรวมขอมูลการแจงตายของผูปวยโรคหลอดเลือดหัวใจจากฐานขอมูลการตาย ทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตรและแผนงาน
ระยะเวลาประเมินผล :	ไตรมาส ๔
เกณฑ์การประเมินผล :	๒๔.๑ ไตรมาส ๔ เท่ากับ ๒๖ ตอแสนประชากร ๒๔.๒ ไตรมาส ๔ ≤ ร้อยละ ๑๐
การประเมินผล :	๒๔.๑ วิเคราะหจากฐานขอมูลการตายของกองยุทธศาสตรและแผนงานจากขอมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย ๒๔.๒
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด</u> นางสาวอัญชลี สังข์เจริญ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๖๓๙๓ ๓๖๙๗ e-mail address : gatidum@hotmail.com

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

๑. อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร
๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤ ร้อยละ ๑๐

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

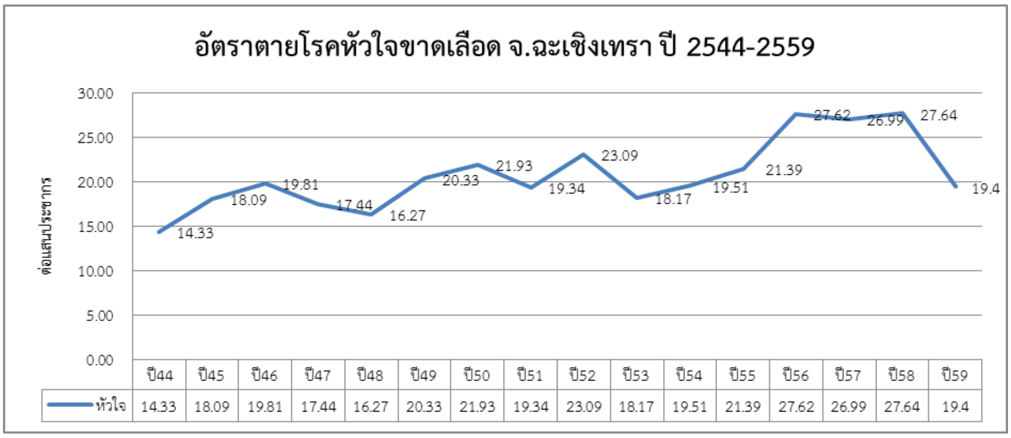
-

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

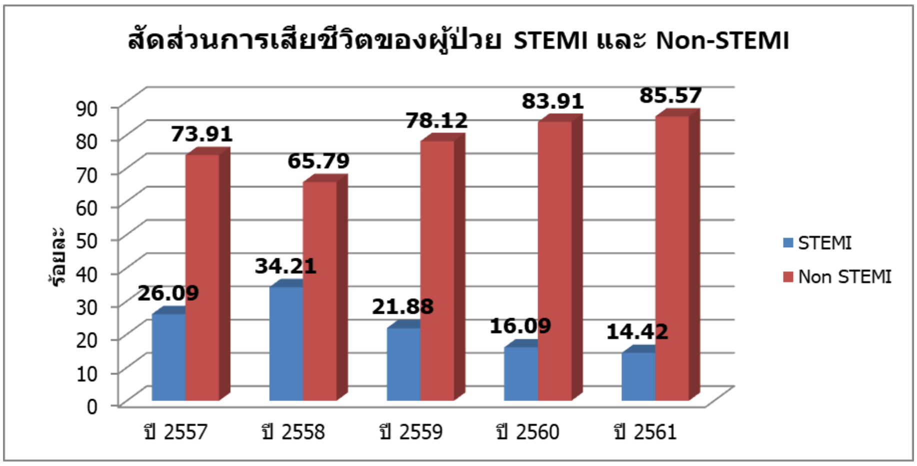
จากข้อมูลทางระบาดวิทยา พบว่า อัตราการป่วยและเสียชีวิตของประชากรจังหวัดฉะเชิงเทรา จากโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี ๒๕๕๑ – ๒๕๕๖ พบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ๒,๓๓๗ ราย (อัตราป่วย ๓๕๓.๐๘ ต่อแสนประชากร) ๒,๔๕๑ ราย (อัตราป่วย ๓๖๗.๕๒ ต่อแสนประชากร) ๒,๗๓๙ ราย (อัตราป่วย ๔๐๗.๙๒ ต่อแสนประชากร) ๒,๗๕๕ ราย (อัตราป่วย ๔๐๗.๑๕ ต่อแสนประชากร) และ ๒,๘๔๔ ราย (๔๑๖.๖๘ ต่อแสนประชากร) ๒,๘๒๗ ราย (อัตราตาย ๔๑๐.๙๒ ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ

ในปี ๒๕๕๑ – ๒๕๖๑ มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด ๑๒๘ ราย (อัตราตาย ๑๙.๓๔ ต่อแสนประชากร) ๑๕๔ ราย (อัตราตาย ๒๓.๙๓๔ ต่อแสนประชากร) ๑๒๒ ราย (อัตราตาย ๑๘.๑๗๓๔ ต่อแสนประชากร) ๑๓๒ ราย (อัตราตาย ๑๙.๕๑๓๔ ต่อแสนประชากร) ๑๔๖ ราย (อัตราตาย ๒๑.๓๙๓๔ ต่อแสนประชากร) ๑๙๐ ราย(อัตราตาย ๒๗.๖๒ ต่อแสนประชากร) ๑๘๗ ราย (อัตราตาย ๒๖.๙๙ ต่อแสนประชากร) ๑๙๓ ราย (อัตราตาย ๒๗.๖๔ ต่อแสนประชากร) ๑๓๕ ราย (อัตราตาย๑๙.๒๕ ต่อแสนประชากร) ๒๖๓ ราย (อัตราตาย ๓๗.๕๐ ต่อแสนประชากร) และ ๒๐๑ ราย (อัตราตาย ๒๘.๓๑ ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ



<u>ที่มา</u> : สำนักโรคไม่ติดต่อ

ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI กับผู้ป่วย Non-STEMI ที่เสียชีวิต ในแต่ละปี ตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๖๑ พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Non-STEMI มากกว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตจาก STEMI และมีแนวโน้มสูงขึ้น



<u>ที่มา</u> : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

การดำเนินงานในปี ๒๕๖๑ เน้น Primary prevention ร่วมกับ NCD clinic ในการประเมิน CVD risk ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้ Data Exchange ทำให้สามารถประเมินได้ครอบคลุมมากขึ้นและรายงานผู้ป่วยเฉพาะราย สามารถนำผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมากกว่า ๓๐ % มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นและพิจารณาให้ได้รับยาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome)

๑) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI) *(> ร้อยละ ๘๐)*

๒) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤ ร้อยละ ๑๐

ตารางที่ ๖๘ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือด (SK) และการส่งต่อ PCI รายอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

พื้นที่	ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือด (SK) และ PCI (ส่งต่อ)					
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑			ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (๒+ เดือน)		
	เป้าหมาย (ราย)	SK+PCI (ราย)	ร้อยละ	เป้าหมาย (ราย)	SK+PCI (ราย)	ร้อยละ
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๒๖	๒๖	๑๐๐	๗	๗	๑๐๐
อำเภอบางคล้า	๙	๙	๑๐๐	๑	๑	๑๐๐
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๑๐	๙	๙๐.๐๐	๔	๔	๑๐๐
อำเภอบางปะกง	๑๒	๑๒	๑๐๐	๔	๔	๑๐๐
อำเภอบ้านโพธิ์	๑๐	๑๐	๑๐๐	๔	๔	๑๐๐
อำเภอพนมสารคาม	๑๐	๑๐	๑๐๐	๐	๐	๑๐๐
อำเภอราชสาส์น	๒	๒	๑๐๐	๐	๐	๑๐๐
อำเภอสนามชัยเขต	๑๒	๑๒	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐
อำเภอแปลงยาว	๘	๗	๘๗.๕๐	๔	๔	๑๐๐
อำเภอท่าตะเกียบ	๕	๔	๘๐.๐๐	๑	๑	๑๐๐
อำเภอคลองเขื่อน	๑	๑	๑๐๐.๐๐	๐	๐	๑๐๐
นอกเขต	๗	๗	๑๐๐.๐๐	๑	๑	๑๐๐
รวมจังหวัด	**๑๑๒**	**๑๐๙**	**๙๗.๓๒**	**๒๗**	**๒๗**	**๑๐๐**

ตารางที่ ๖๙ ผลงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหัวใจ รายโรงพยาบาล จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐)

หน่วยบริการ	ระดับ	ผลงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหัวใจ					
		รพช.ระดับ F2 ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด(SK)ได้		มีการจัดตั้ง Warfarin clinic ครบทุกแห่งในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ F2 โดยสหวิชาชีพ		มีการจัดตั้ง heart failure clinic ในโรงพยาบาล ระดับ M2 ขึ้นไป	
		คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
โรงพยาบาลพุทธโสธร	A	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลบางคล้า	F2	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐	-	-
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	F1	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐	จัดบริการ	-
โรงพยาบาลบางปะกง	F1	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐	จัดบริการ	-
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	F2	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐	-	-
โรงพยาบาลพนมสารคาม	M2	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลราชสาส์น	F2	๑	๑๐๐	-	-	-	-
โรงพยาบาลสนามชัยเขต	F1	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐	-	-
โรงพยาบาลแปลงยาว	F2	๑	๑๐๐	-	-	-	-
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	F2	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐	-	-
โรงพยาบาลคลองเขื่อน	F3	-	-	-	-	-	-
รวมจังหวัด		๑๐	๑๐๐	๘	๘๐	๒	๑๐๐

ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤ร้อยละ ๑๐ สำหรับอัตราตายในผู้ป่วย STEMI ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ คิดเป็นร้อยละ ๘.๕๕(จำนวน ๑๓ ราย) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๙ (จำนวน ๒ ราย) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ยังไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

๑) การวิเคราะห์ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัดที่ขับเคลื่อนในเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติ มีการวางแผน วิธีการ กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน พร้อมทั้งการถ่ายทอดนโยบายที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานที่ดี นอกจากนี้ มีการดำเนินงานเป็นเครือข่าย โดยกลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้เชื่อมโยงประสานระหว่างแม่ข่าย (รพ.พุทธโสธร) กับลูกข่าย (รพ.ชุมชนทุกแห่ง)ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการบรรลุเป้าหมายต่อความสำเร็จ

ไม่มี

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

๑) มีการดำเนินงานที่เป็นระบบโดยคณะทำงาน

๒) มีการนิเทศติดตามการดำเนินงานในทุกเครือข่ายโดยคณะกรรมการตรวจเยี่ยม

๓) มีระบบการให้คำปรึกษาและพี่เลี้ยงจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธรในการวินิจฉัย การให้ยาและการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ และจัดระบบการติดต่อประสานงาน

๔) เน้นการดำเนินงานในเชิงรุก นำกลุ่มเสี่ยงมาจัดการในเชิงป้องกันมากขึ้น

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ ของทีมตรวจราชการ	**ผลการดำเนินการ ตามข้อสั่งการ/ ข้อเสนอแนะ**
๑. พัฒนาศักยภาพเป็นศูนย์หัวใจที่ทำ PCI ได้ ปัญหานี้เขตได้รับไปตั้งแต่ ปี ๒๕๕๘	- โรงพยาบาลพุทธโสธร มีความต้องการที่จะ พัฒนาให้มีศูนย์หัวใจและต้องการการสนับสนุน งบประมาณจากเขตและกระทรวงฯ รวมถึง ต้องการแพทย์เฉพาะทางที่สามารถทำหัตถการสวนหัวใจได้
๒. ลงทะเบียนผู้ป่วย Warfarin clinic เป็นระบบ ใช้ต้นแบบโรงพยาบาลพระปกเกล้า	- จังหวัดฉะเชิงเทราได้นำโปรแกรม Warfarin Registry มาใช้ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ และมีการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมาโดยตลอด เชื่อมโยงทั้งจังหวัดและเขต ๖ (รพ.พระปกเกล้า)
๓. ประสานงาน รพ. ที่มีศักยภาพสูงกว่ารับส่งต่อผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วย TVD ที่มีการส่งต่อมีการประสานกับโรงพยาบาลชลบุรีมาโดยตลอด แต่ส่งต่อยากมาก	- ในกลุ่มผู้ป่วย TVD ที่มีสิทธิ์เบิกได้ ส่งต่อยาก ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะเข้ารับบริการที่ดีกว่าตามความพึงพอใจ ยกเว้น กรณีที่ส่งต่อตามระบบ ซึ่งประสานกับโรงพยาบาลชลบุรีมาโดยตลอด แต่ ส่งต่อยากมาก เช่นกัน
๔. เสนอแนวทางการคิดอัตราการส่งออกนอกเขตบริการควรคำนวณจากมาตรฐานในแต่ละระดับของจังหวัดเป็นเกณฑ์	- จังหวัดได้เสนอให้เขตมีการคิดอัตราการส่งออก ตามมาตรฐานในแต่ละ ระดับของจังหวัดเป็นเกณฑ์ และควรแยกสิทธ์การรักษา

<u>ประเด็นหลัก ๓</u> การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) : Health Outcome

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๒๕. (KPI37) อัตราเสียชีวิตของผูปวยฉุกเฉิน (Triagel level1) ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1

หมวด :	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๗. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ :	๑. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ระดับการวัดผล :	เขต
ชื่อตัวชี้วัด :	๒๕. (KPI37) อัตราตายของผูปวยฉุกเฉิน (Triagel level 1) ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1 <u>เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเขาถึงบริการ definite care</u> ๒๕.๑ อัตราของผูปวย trauma triage level1 และมีขอบงชี้ในการผาตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเขาหองผาตัดไดภายใน ๖๐ นาที ๒๕.๒ อัตราของผูปวย triage level 1,2 อยูในหองฉุกเฉิน <๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 <u>ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง</u> ๒๕.๓ อัตราตายของผูปวย PS score >๐.๗๕ ในโรงพยาบาลทุกระดับ และไดรับการทำ root cause analysis ๒๕.๔ อัตราตายผูปวยบาดเจ็บรุนแรงตอสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) <u>เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทยฉุกเฉิน</u> ๒๕.๕ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผานเกณฑประเมินคุณภาพ ๒๕.๖ อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผานเกณฑประเมิน ECS
เกณฑ์เป้าหมาย :	๒๕. อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บปวยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากหองฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 *นอยกวารอยละ ๑๒* **รพ.ชลบุรี รอยละ ๑๔.๗, รพ.เจาพระยาอภัยภูเบศร รอยละ ๑๒.๘* ๒๕.๑ ไมต่ำกวารอยละ ๘๐ ๒๕.๒ ไมต่ำกวารอยละ ๖๐ ๒๕.๓ ไมต่ำกวารอยละ ๑๐๐ ๒๕.๔ ไม่เกินรอยละ ๔๕ ๒๕.๕ ไม่ต่ำกว่ารอยละ ๘๐ ๒๕.๖ ไม่ต่ำกว่ารอยละ ๘๐
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	HDC ๑. ผูเจ็บปวยเสียชีวิตจากแฟม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงดวยรหัสบัตรประชาชน ๒. ระยะเวลาจากแฟม DEATH, SERVICE, ADMISSION ๓. ผูเจ็บปวยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟม ACCIDENT

ระยะเวลาประเมินผล :	๒๕. ไตรมาส ๒, ๔ ๒๕.๑ ไตรมาส ๒, ๓ และ ๔ ๒๕.๒ ไตรมาส ๔ ๒๕.๓ ไตรมาส ๒, ๔ ๒๕.๔ ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔ ๒๕.๕ ไตรมาส ๔ ๒๕.๖ ไตรมาส ๔
เกณฑ์การประเมินผล :	๒๕. < ร้อยละ ๑๕, ๑๒ ๒๕.๑ ≥ ร้อยละ ๖๐, ≥ ร้อยละ ๗๐ และ > ร้อยละ ๘๐ ๒๕.๒ ร้อยละ ๖๐ ๒๕.๓ ร้อยละ ๑๐๐ ๒๕.๔ ≤ ร้อยละ ๔๕ ๒๕.๕ ≥ ร้อยละ ๘๐ ๒๕.๕ ≥ ร้อยละ ๘๐
วิธีการประเมินผล	<u>**ขั้นตอนที่ ๑**</u> โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ๑.๑ มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและใน โรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป มี TEA Unit เพื่อทำหนาที่ ๑.๒ จัดทำสถิติบริการหองฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก รวบรวมขอมูลการเสียชีวิตของผูเจ็บปวยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากหองฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง ๑.๓ วิเคราะหโรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผูเจ็บปวยวิกฤตฉุกเฉิน ๑.๔ Audit เพื่อคนหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำขอเสนอแนะ ๑.๕ วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ ๑.๖ นำแผนไปปฏิบัติอยางเปนรูปธรรม ๑.๗ ติดตามและประเมินผลทุก ๑-๓ เดือน <u>**ขั้นตอนที่ ๒**</u> เขตสุขภาพ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๒.๑ จัดทำสถิติบริการหองฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล ๒.๒ เปรียบเทียบเสียชีวิตของผูเจ็บปวยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากหองฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด ๒.๓ สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑการฝกอบรม <u>**ขั้นตอนที่ ๓**</u> สวนกลาง ๓.๑ จัดทำสถิติบริการหองฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/ เขต ๓.๒ เปรียบเทียบเสียชีวิตของผูเจ็บปวยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากหองฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต ๓.๓ วิเคราะหในระดับนโยบาย เชน สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด</u> นายวีระชาติ อมรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๗๕๓๖ ๑๖๖๙ e-mail address : wee_2502@yahoo.com

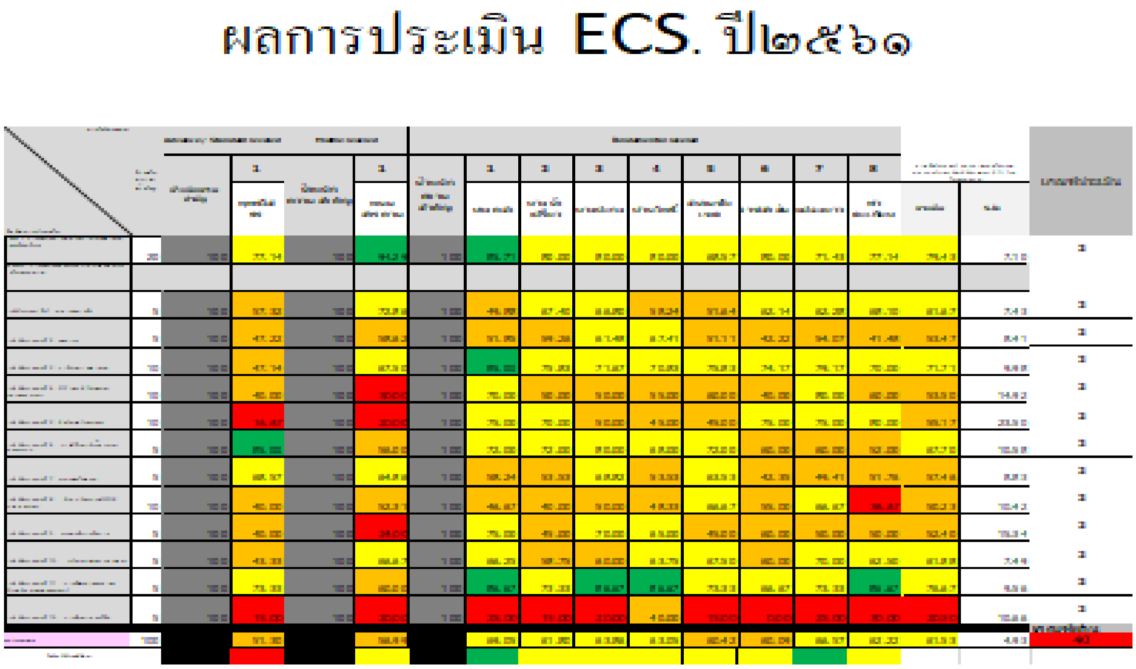
<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ – ๒๕๖๑ ให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน ๙,๑๗๕ ๙,๗๓๓ , ๑๐,๖๒๐ และ ๑๒,๔๓๗ ราย ตามลำดับ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ – กันยายน ๒๕๖๑) ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน ๑๓,๕๒๒ ครั้ง เฉลี่ยเดือนละ ๑,๑๒๖ ครั้ง โดยชุดปฏิบัติการระดับเบื้องต้น (FR) มากที่สุด ร้อยละ ๕๗.39 รองลงมา คือ ระดับสูง (ALS) ร้อยละ ๓๑.๕๔ และระดับพื้นฐาน (BLS) ร้อยละ ๑๑.๐๗ ตามลำดับ ประเภทผู้ป่วยที่ออกให้บริการมากที่สุด คือ อุบัติเหตุยานยนต์ ร้อยละ ๔๔.๖๘ รองลงมาคือ ป่วย/ อ่อนเพลีย/ อัมพาต ร้อยละ ๑๖.๓๘ และหายใจลำบาก/ติดขัด ร้อยละ ๙.๕๓ ตามลำดับและผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินขอความช่วยเหลือผ่านหมายเลข ๑๖๖๙ ร้อยละ ๘๑.๕๙ Response time ๑๐ นาที ร้อยละ ๖๔.๒๙ On Scene Time ภายใน ๑๐ นาที ร้อยละ ๘๙.๐๔ ระยะทางไปถึงที่เกิดเหตุภายใน ๑๐ กม. ร้อยละ ๗๕.๐๘ และ ระยะทางไปถึง รพ. ๑๐ กม. ร้อยละ ๖๒.๖๙

ในปี ๒๕๖๑ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบ S_P Trauma และมีการประชุม ทุก ๒ เดือน รวมทั้ง ได้ดำเนินการประชุมชี้แจงและประเมินระบบ ECS ตามแบบของกรมการแพทย์แก่ รพ.ระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ *(ร้อยละ ๔๐)* จำนวน ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐



๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

กรอบแนวทางการตรวจ/ ตัวชี้วัด/ เกณฑ์/ เป้าหมาย

ตัวชี้วัดที่ ๒๕ : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ทั้งที่ ER และ Admit ***(<ร้อยละ ๑๒)***

สถานการณ์และปัญหา	Process กระบวนการพัฒนา/ แก้ไขปัญหา	ผลลัพท์ (Outcome) ทีสำคัญ ผลการดำเนินงานรอบ ๒$^{+}$ เดือน (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)
ผลงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และปัญหาอุปสรรค ผลงาน -ประชุมชี้แจง เป้าหมาย และตัวชี้วัดการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒ ในการประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลบางคล้า	**ปัญหา** ๑.ขาดบุคลากรระดับพยาบาลวิชาชีพ ๒.เก็บข้อมูลได้ล่าช้า ไม่ถูกต้องครบถ้วน เพราะ รพ.อยู่ในช่วงเปลี่ยนแปลงระบบเป็น Hos-XP ๓.การเข้าถึงระบบ EMS **กระบวนการพัฒนา** ๑.มีการ Review case dead ที่ ER และ Admit ใน ๒๔ ชั่วโมง ทุกรายทุกเดือนเพื่อวิเคราะห์หาปัญหาสาเหตุการเสียชีวิต ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย สรุปเป็นแนวทางในการพัฒนา และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและถือปฏิบัติทุกเดือน ๒.ปรับปรุงการเก็บข้อมูลใน Hos-XP แบบ Real time การแก้ไขปัญหา ๑.ขอเพิ่มบุคลากรระดับพยาบาลและ Paramedic ๒.เพิ่มการประชาสัมพันธ์ 1669 ๓.เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ ER อบรม PHTLS, ENP, Pre-hos, การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในห้องฉุกเฉิน ๔.เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่.รพสต.และกู้ชีพระดับ EMR. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุได้แก่การทำ CPR และการใช้ AED และผลักดันให้มี AED ใช้ในรถกู้ชีพ EMR.&BLS.	-เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือเป้าหมายที่กำหนด -ผลการดำเนินงานตามแผน (Quick win รอบ ๓ เดือน) -อยู่ระหว่างดำเนินการ

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตารางที่ ๗๐ จำนวนและอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ทั้งที่ ER และ Admit รายหน่วยบริการ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒* (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

หน่วยบริการ	การเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง		
	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด	A=ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิต ภายใน ๒๔ ชั่วโมง	ร้อยละ
รพ.พุทธโสธร	๙	๐	๐
รพ.บางคล้า	๕	๒	๔๐
รพ.บางน้ำเปรี้ยว	๑๘	๐	๐
รพ.บางปะกง	๔๒๗	๐	๐
รพ.บ้านโพธิ์	๑๓	๐	๐
รพ.พนมสารคาม	๖	๐	๐
รพ.ราชสาส์น	๒๘	๑	๓.๕๗
รพ.สนามชัยเขต	๔๕	๑	๒.๒๒
รพ.แปลงยาว	๓๔	๑	๒.๙๔
รพ.ท่าตะเกียบ	๑๖	๐	๐
รวมจังหวัด	**๖๐๑**	**๕**	**๐.๘๓**

ที่มา : ข้อมูล จาก TEA unit. รพ.พุทธโสธร ณ วันที่ ๑๕

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

- จากผลการประเมิน ECS ปี ๒๕๖๑ องค์ประกอบที่ ๑๒ และ ๙ ยังไม่ผ่านเกณฑ์หลายแห่ง ต้องเร่งพัฒนาต่อไป
- อบรมพัฒนา TRIAGE ทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ จังหวัดจันทบุรี เป็นเจ้าภาพ

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- ผู้บริหารให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบ ECS.คุณภาพ
- ประชุมชี้แจงนโยบายและการดำเนินงาน เมื่อวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
- ประชุมชี้แจง National Triage โรงพยาบาลทุกแห่ง
- อบรมพัฒนาทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เพิ่มทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน (Mini MERT.) เมื่อวันที่ ๒๘ – ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๑ ครบทุกโรงพยาบาล
- ปี๒๕๖๑ ส่งบุคลากรเข้าอบรมหลักสูตร PHTLS จำนวน ๗ คน

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

คณะที่ ๓

การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุน การจัดบริการสุขภาพ

๑. ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๑.๑ ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

๑.๒ จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข

๒. ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

๒.๑ ร้อยละของ รพ. สังกัด กสธ. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓

๒.๒ ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

๒.๓ ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ

๒.๔ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

๒.๕ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

๓. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

๓.๑ เขตสุขภาพดำเนินการ digital transformation อย่างน้อยเขตละ ๑ จังหวัด

๓.๒ การใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง

๓.๓ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗

กลุ่มงานนิติการ
กลุ่มงานบริหารทั่วไป
กลุ่มงานประกันสุขภาพ
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ประเด็นและตัวชี้วัดการตรวจราชการที่มุ่งเน้น
คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ
สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

คณะที่ ๓
การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

การบริหารจัดการระบบสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ ตามกรอบประเด็นการตรวจราชการของแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบด้วย ๓ ประเด็นหลัก ประกอบด้วย ๓ ประเด็นหลัก ๑๐ ตัวชี้วัด ดังนี้

ประเด็นหลักที่ ๑ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

- HRH Transformation

๒๖. (KPI42) ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (มีข้อมูล มีแผนการบริหารตำแหน่ง มีการดำเนินการตามแผน และมีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ≥ร้อยละ ๗๐)

๒๖.๑ ร้อยละของจังหวัดที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

๒๗. (KPI43) จำนวนหนวยงานที่เปนองคกรแหงความสุข (Happy Organization) *(อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง)/ (ร้อยละ ๗๐)*

ประเด็นหลักที่ ๒ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

- Quality Organization

๒๘. (KPI46) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ (รพศ./รพท./รพ.กรม ๑๐๐ %, รพช. ๙๐ %)

๒๙. (KPI45) ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป.ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด *(ระดับ ๕ ร้อยละ ๗๐ ของกอง ใน สป.,ร้อยละ ๗๐ ของ สสจ., ร้อยละ ๔๐ ของ สสอ.)*

๓๐. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ *(ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐)*

- ระบบธรรมาภิบาล

๓๑. (KPI44)) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA *(ร้อยละ ๙๐)*

๓๒. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุม ภายในและการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด *(หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง ระดับจังหวัด ตามเกณฑ์ที่กำหนด)*

ประเด็นหลักที่ ๓ การบริหารจัดการประสิทธิภาพ

- Digital Transformation

๓๓. (KPI49) เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อกาวสูการเปน Smart Hospital *(อย่างน้อยเขตละ ๑ จังหวัด)*

๓๓.๑ โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สป./กรมวิชาการ) มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อกาวสูการเปน Smart Hospital ผานเกณฑ ระดับ ๒ ขึ้นไป *(รพศ./ รพท จังหวัดละ ๑ แหง, รอยละ ๕๐ ของ รพช.)*

๓๔. (KPI50) มีการใช Application สำหรับ PCC ในหนวยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง *(ทีม PCCทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ ของ สสป. ป ๒๕๖๒ ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน)*

- Financial Management

๓๕. (KPI53) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ *(≤ ร้อยละ ๔)*

ตารางที่ ๗๑ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

ลำดับ	รหัส KPI	ประเด็นเน้นหนัก				ตัวชี้วัด/เกณฑ์	การดำเนินงาน		
		๑	๒	๓	๔		เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
๑.	๔๒	๖	-	๒๖	-	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ			
				๒๖.๑	-	ร้อยละของจังหวัดที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ *(≥ ร้อยละ ๗๐)*	***<u>อยู่ระหว่างดำเนินการ</u>***		
๒.	๔๓	๗	-	๒๗	-	จำนวนหนวยงานที่เปนองคกรแหงความสุข (Happy Organization) ***(อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง)/ (ร้อยละ ๗๐)***	๒๐ แห่ง	๑๗ แห่ง	ร้อยละ ๘๕
๓.	๔๖	-	๙	๒๘	-	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรองรับรอง HA ขั้น ๓ ***(รพศ./รพท./รพ.กรม ๑๐๐ %, รพช. ๙๐ %)***			
						- รพศ.	๑ แห่ง	๑ แห่ง	ร้อยละ ๑๐๐
						- รพช.	๑๐ แห่ง	๙ แห่ง	ร้อยละ ๙๐.๐๐
๔.	๔๕	-	๑๐	๒๙	-	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป.ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ***(ระดับ ๕***			
						ร้อยละ ๗๐ ของกอง ใน สป.,ร้อยละ ๗๐ของ สสจ., ร้อยละ ๔๐ ของ สสอ.)			
						- สสจ.	๑ แห่ง	๑ แห่ง	ร้อยละ ๑๐๐
						- สสอ.	๑๑ แห่ง	๑๑ แห่ง	ร้อยละ ๑๐๐
๕.	-	-	๑๑	๓๐	-	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ ***(ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐)***			
๖.	๔๔	-	-	๓๑	-	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ***(ร้อยละ ๙๐)***	๒๓ แห่ง	***<u>อยู่ระหว่างดำเนินการ</u>***	
๗.	-	-	-	๓๒	-	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุม ภายในและการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด			

ลำดับ	รหัส KPI	ประเด็นเน้นหนัก				ตัวชี้วัด/เกณฑ์	การดำเนินงาน		
		๑	๒	๓	๔		เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
๘.	-	๘	-	๓๓	-	เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อกาวสูการเปน Smart Hospital ***(อย่างน้อยเขตละ ๑ จังหวัด)***			
				๓๓.๑	-	โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สป./กรมวิชาการ) มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อกาวสูการเปน Smart Hospital ผานเกณฑ ระดับ ๒ ขึ้นไป (***รพศ./รพท จังหวัดละ ๑ แหง, รอยละ ๕๐ ของ รพช.)***			
						- รพศ.	๑ แห่ง	***<u>อยู่ระหว่างดำเนินการ</u>***	
						- รพช.	๑๐ แห่ง	***<u>อยู่ระหว่างดำเนินการ</u>***	
๙.	๕๐	๙	-	๓๔	-	มีการใช Application สำหรับ PCC ในหนวยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ***(ทีม PCCทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ป ๒๕๖๒ ใช app. PCC ในการปฏิบัติงาน)***	๑๔ แห่ง	***<u>อยู่ระหว่างดำเนินการ</u>***	
๑๐.	๕๓	-	๘	๓๕	-	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ (***<u><</u> ร้อยละ ๔)***	๑๑ แห่ง	๐ แห่ง	ร้อยละ ๐.๐๐

<u>หมายเหตุ</u>

๑. ช่องลำดับ หมายถึง จำนวนตัวชี้วัดรายคณะตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานฯ ปี ๒๕๖๑

๒. ช่องรหัส KPI หมายถึง รหัสตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๒

๓. ช่องประเด็นเน้นหนัก ๑ – ๔ หมายถึง

- ช่อง ๑ : รหัสตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของปลัดกระทรวงสาธารณสุข (๔ ตัวชี้วัด)
- ช่อง ๒ : รหัสตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการฯ (๔ ตัวชี้วัด)
- ช่อง ๓ : รหัสตัวชี้วัดการตรวจราชการฯ (๑๐ ตัวชี้วัด)
- ช่อง ๔ : รหัสตัวชี้วัดรอง

ประเด็นหลักที่ ๒ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๒๖. (KPI42) ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

๒๖.๑ ร้อยละของจังหวัดที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

หมวด :	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่ :	๑๐. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ :	๒. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ระดับการแสดงผล :	จังหวัด เขต
ชื่อตัวชี้วัด :	๒๖. (KPI42) ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ๒๖.๑ ร้อยละของจังหวัดที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย :	มีข้อมูล มีแผนการบริหารตำแหน่ง มีการดำเนินการตามแผน และบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	๑. วิเคราะหจากระบบฐานขอมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) ๒. เอกสารแผนบริหารตำแหนงและการดำเนินการตามแผนของทุกเขตสุขภาพ
ระยะเวลาประเมินผล :	ไตรมาส ๔
เกณฑ์การประเมินผล :	- ไตรมาส ๑ : จังหวัดมีระบบการบริหารจัดการขอมูลดานกำลังคนอยางมีประสิทธิภาพ - ไตรมาส ๒ : มีแผนบริหารตำแหน่งและมีการดำเนินการตามแผน - ไตรมาส ๓ : มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด - ไตรมาส ๔ : จังหวัดที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ $\geq$ ร้อยละ ๗๐
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะหขอมูลจากฐานขอมูล HROPS
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล</u> นายเดชชัย สินเจริญ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๕๗๘ ๕๓๘๙ e-mail address : dechchai.s@gmail.com

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

การมีกำลังคนด้านสุขภาพเพียงพอ มีคุณภาพ และมีความสุข พร้อมทั้งหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา สามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ และขับเคลื่อนไปสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

ตารางที่ ๗๒ จำนวนบุคลากร ทั้ง ๕ ประเภทการจ้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑)

ประเภทการจ้าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้าราชการ	๒,๒๒๘	๕๓.๓๘
พนักงานราชการ	๑๑๑	๒.๖๖
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	๑,๑๒๐	๒๖.๘๓
ลูกจ้างประจำ	๑๖๖	๓.๘๙
ลูกจ้างชั่วคราว	๕๔๙	๑๓.๑๕
รวม	**๔,๑๗๔**	**๑๐๐.๐๐**

พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรามีบุคลากร ทั้ง ๕ ประเภทการจ้าง จำนวน ๔,๑๗๔ ราย ซึ่งประกอบด้วย ข้าราชการ ๒,๑๑๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๓๘, พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ๑,๑๒๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๘๓, ลูกจ้างชั่วคราว ๕๔๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๑๕, ลูกจ้างประจำ ๑๖๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๙๘, และพนักงานราชการ ๑๑๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๖๖ ราย ตามลำดับ

ตารางที่ ๗๓ จำนวนของหน่วยงานที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ (ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑)

หน่วยงาน	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่มีอยู่จริงในหน่วยงาน (คน)	จำนวนบุคลากรตามกรอบอัตรากำลังควรมี (FTE) (คน)	ผลงาน (ร้อยละ)
อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	๑,๘๑๐	๒,๓๙๙	๗๕.๔๕
อำเภอบางคล้า	๑๘๑	๑๘๐	๑๐๐.๕๖
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว	๒๘๘	๒๖๐	๑๑๐.๗๗
อำเภอบางปะกง	๒๙๕	๒๔๗	๑๑๙.๔๓
อำเภอบ้านโพธิ์	๒๑๖	๒๑๐	๑๐๒.๘๖
อำเภอพนมสารคาม	๔๔๖	๓๒๗	๑๓๖.๓๙
อำเภอราชสาส์น	๑๐๑	๑๒๗	๗๙.๕๓
อำเภอสนามชัยเขต	๓๖๓	๕๕๔	๖๕.๕๒
อำเภอแปลงยาว	๑๙๕	๑๙๖	๙๙.๔๙
อำเภอท่าตะเกียบ	๒๐๗	๑๘๘	๑๑๐.๑๑
อำเภอคลองเขื่อน	๗๒	๑๑๙	๖๐.๕๐
รวมจังหวัด	**๔,๑๗๔**	**๔,๘๐๗**	**๘๖.๘๓**

พบว่า หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕ ยกเว้นเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองเขื่อนมีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๕๐

ตารางที่ ๗๔ อัตราการสูญเสียและเพิ่มบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑)

ลำดับ	ประเภทบุคลากร	จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงทั้งหมด ณ วันที่ ๑ ต.ค. ๖๐ (คน)	จำนวนการสูญเสีย ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑												จำนวนการเพิ่มของบุคลากร ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑				รวมบุคลากรทั้งหมด (คน)
			ลาออก		โอนไปนอกสังกัด สป.		เกษียณฯ		เสียชีวิต		ย้ายออก		รวม		ย้ายเข้า		บรรจุ/จ้าง		
			จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
๑	ข้าราชการ	๒,๐๕๑	๔๙	๒.๓๙	๒	๐.๑	๒๗	๑.๓๒	๒	๐.๑	๒๑	๑.๐๒	๑๐๑	๔.๙๒	๓๕	๑.๗๑	๒๔๓	๑๑.๘๕	๒,๒๒๘
๒	พนักงานราชการ	๑๐๗	๗	๖.๕๔	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๗	๖.๕๔	๐	๐	๑๑	๑๐.๒๘	๑๑๑
๓	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	๑,๑๙๙	๑๙๒	๑๖.๐๑	๐	๐	๒	๐.๑๗	๐	๐	๑	๐.๐๘	๑๙๕	๑๖.๒๖	๑	๐.๐๘	๑๑๕	๙.๕๙	๑,๑๒๐
๔	ลูกจ้างประจำ	๑๘๔	๕	๒.๗๒	๐	๐	๑๒	๖.๕๒	๒	๑.๐๙	๐	๐	๑๙	๑๐.๓๓	๑	๐.๕๔	๐	๐	๑๖๖
๕	ลูกจ้างชั่วคราว	๔๗๘	๑๖๙	๓๕.๓๖	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๑๖๙	๓๕.๓๖	๐	๐	๒๔๐	๕๐.๒๑	๕๔๙
รวม		**๔,๐๑๙**	**๔๒๒**	**๑๐.๕**	**๒**	**๐.๐๕**	**๔๑**	**๑.๐๒**	**๔**	**๐.๑**	**๒๒**	**๐.๕๕**	**๔๙๑**	**๑๒.๒๒**	**๓๗**	**๐.๙๒**	**๖๐๙**	**๑๕.๑๕**	**๔,๑๗๔**

หมายเหตุ : ร้อยละคำนวณจาก "จำนวนการสูญเสีย" เทียบกับ "จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงทั้งหมด”

พบว่า มีบุคลากรที่สูญเสียในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวนทั้งสิ้น ๔๙๑ ราย โดยมีอัตราการสูญเสียบุคลากร คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒๒ และอัตราการคงอยู่ของบุคลากร คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๗๘ ซึ่งประเภทของบุคลากรที่สูญเสียประกอบด้วย พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๙๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๒๖ รองลงมา เป็นลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๑๖๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๓๖ ข้าราชการ จำนวน ๑๐๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๙๒ ลูกจ้างประจำ จำนวน ๑๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๓๓ และพนักงานราชการ จำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๕๔ ตามลำดับ และจากการวิเคราะห์เชิงลึกพบว่า สาเหตุหรือเหตุผลส่วนใหญ่ที่ทำให้สูญเสียบุคลากร ได้แก่ การบรรจุเป็นข้าราชการใหม่หรือข้าราชการหน่วยงานอื่นๆ/การจ้างในประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุข รองลงมา ได้แก่ การลาออกไปประกอบธุรกิจส่วนตัวหรืออาชีพอื่นๆ และการขอกลับภูมิลำเนาเดิมหรือดูแลครอบครัว ตามลำดับ และจำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นส่วนมากมาจากการบรรจุ/จ้างประเภทข้าราชการ จำนวน ๒๔๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๘๕ รองลงมาคือประเภทลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๒๔๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๒๑ และประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๑๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๕๙ ตามลำดับ

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราได้ดำเนินการปรับปรุงข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข ทั้ง ๕ ประเภท ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราวตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลังลงในระบบบริหารงานบุคคล (HROPS) และได้มีการปรับปรุงข้อมูลส่วนตัวของบุคลากรให้เป็นปัจจุบัน เช่น ส่วนราชการที่ปฏิบัติงานจริง และตาม จ.๑๘ การเปลี่ยนชื่อ-สกุล วุฒิการศึกษา ข้อมูลการฝึกอบรม การลาศึกษา รวมทั้งข้อมูลการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของแต่ละบุคคล และการเลื่อนเงินเดือน หรือเงินพิเศษอื่นๆ ซึ่งได้มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างผู้รับผิดชอบงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และได้สรุปจำนวนบุคลากรทั้ง ๕ ประเภทการจ้างเป็นรายหน่วยงาน รายละเอียดตามตารางที่ ๗๕

ตารางที่ ๗๕ จำนวนบุคลากรทั้ง ๕ ประเภทการจ้างแยกรายหน่วยงานของจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑)

หน่วยงาน	จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ณ วันที่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๑)					
	ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ	พนักงานราชการ	พนักงานกระทรวงฯ	ลูกจ้างชั่วคราว	รวม
สสจ.ฉะเชิงเทรา	๘๖	๓	๒๔	๑	๑๒	๑๒๖
รพศ.พุทธโสธร	๗๗๘	๘๑	๕๕	๕๓๖	๙๐	๑,๕๔๐
รพช.พนมสารคาม	๑๖๓	๑๓	๔	๘๐	๙๗	๓๕๗
รพช.บางปะกง	๑๒๐	๙	๓	๕๕	๓๗	๒๒๔
รพช.บางน้ำเปรี้ยว	๑๐๖	๘	๓	๗๑	๑๖	๒๐๔
รพช.สนามชัยเขต	๑๓๘	๑๓	๒	๖๒	๕๙	๒๗๔
รพช.บางคล้า	๘๘	๖	๔	๒๖	๑๖	๑๔๐
รพ.บ้านโพธิ์	๗๔	๖	๔	๔๗	๒๗	๑๕๘
รพช.แปลงยาว	๘๒	๑๓	๒	๔๕	๑๑	๑๕๓
รพช.ท่าตะเกียบ	๕๙	๕	๔	๔๗	๒๕	๑๔๐
รพช.ราชสาส์น	๔๒	๘	๑	๑๙	๑๓	๘๓
รพช.คลองเขื่อน	๒๙	๐	๑	๑๔	๙	๕๓
สสอ.เมืองฉะเชิงเทรา	๖๑	๐	๐	๒๙	๕๔	๑๔๔
สสอ.พนมสารคาม	๕๕	๐	๐	๒๒	๑๒	๘๙
สสอ.บางคล้า	๓๓	๐	๒	๐	๖	๔๑
สสอ.บางปะกง	๔๙	๐	๑	๑๔	๗	๗๑
สสอ.บางน้ำเปรี้ยว	๖๑	๑	๐	๑๐	๑๒	๘๔
สสอ.บ้านโพธิ์	๔๔	๐	๐	๑๐	๔	๕๘
สสอ.แปลงยาว	๒๐	๐	๐	๑๕	๗	๔๒
สสอ.สนามชัยเขต	๗๔	๐	๐	๗	๘	๘๙
สสอ.ราชสาส์น	๑๓	๐	๐	๔	๑	๑๘
สสอ.ท่าตะเกียบ	๓๗	๐	๑	๖	๒๓	๖๗
สสอ.คลองเขื่อน	๑๖	๐	๐	๐	๓	๑๙
รวมจังหวัด	**๒,๒๒๘**	**๑๖๖**	**๑๑๑**	**๑,๑๒๐**	**๕๔๙**	**๔,๑๗๔**

นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรายังมีการบริหารตำแหน่งว่างโดยมีการกำหนดวิธีการ กระบวนการและขั้นตอนบริหารจัดการตำแหน่งว่าง เพื่อให้สามารถดำเนินการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งให้แล้วเสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งปัจจุบัน (วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรามีตำแหน่งว่าง จำนวนทั้งสิ้น ๖๐ ตำแหน่ง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ ได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๔ ตำแหน่ง คิดเป็นร้อยละ ๖.๖๗ และอยู่ในขั้นตอนดำเนินการ จำนวน ๒๘ ตำแหน่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๖๗ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราตั้งเป้าหมายว่าจะต้องมีอัตราว่างลดลง เหลือไม่เกินร้อยละ ๕ ในไตรมาสที่ ๒

พร้อมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้กำหนดเป้าหมายให้มีบุคลากรสายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน โดยนับรวมทุกประเภทการจ้างมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๑ ซึ่งได้มีการสำรวจและเตรียมข้อมูลเพื่อวางแผนกำลังคน รายละเอียดตามตารางที่ ๗๖

ตารางที่ ๗๖ แสดงแผนกำลังคนในหน่วยบริการสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ที่	ตำแหน่ง	กรอบอัตรากำลัง	ประเภทการจ้างงาน (ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑) ปฏิบัติงานจริง						ขาดตำแหน่ง ขรก. (ขรก.เทียบกรอบอัตรากำลัง)	ขาดบุคลากร (บุคลากรเทียบกรอบตรากำลัง)	ร้อยละของบุคลากรเทียบกรอบอัตรากำลัง
			ข้าราชการ	พนักงานราชการ	พนักงานกระทรวงฯ	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราว	รวม			
๑	แพทย์	๑๔๔	๗๘	๐	๐	๐	๐	๗๘	๖๖	๖๖	๕๔.๑๗
๒	ทันตแพทย์	๖๘	๕๒	๐	๐	๐	๐	๕๒	๑๖	๑๖	๗๖.๔๗
๓	เภสัชกร	๗๗	๕๕	๐	๑	๐	๓	๕๙	๒๒	๑๘	๗๖.๖๒
๔	พยาบาลวิชาชีพ	๑,๐๐๘	๖๗๖	๐	๗	๐	๘๖	๗๖๙	๓๓๒	๒๓๙	๗๖.๒๙
	ผู้ช่วยพยาบาล	๑๗	๐	๐	๔	๐	๐	๔	๑๗	๑๓	๒๓.๕๓
๕	นักเทคนิคการแพทย์	๔๘	๒๒	๐	๐	๐	๗	๒๙	๑๓	๕	๘๙.๕๘
๖	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	๖	๓	๐	๑	๐	๐	๔			
๗	จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์	๖	๑๐	๐	๐	๐	๐	๑๐			
๘	นักกายภาพบำบัด	๔๗	๑๔	๐	๑๓	๐	๔	๓๑	๓๒	๑๕	๖๘.๐๙
	จพ.ฟื้นฟู/พนักงาน/ผช.	๐	๑	๐	๐	๐	๐	๑			
๙	นักรังสีการแพทย์	๒๑	๖	๐	๐	๐	๐	๖	๑๒	๑๒	๔๒.๘๖
๑๐	จพ.รังสีการแพทย์	๒	๓	๐	๐	๐	๐	๓			
	นักรังสีฟิสิกส์	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐			
๑๑	นวก.สธ. (ทันตสาธารณสุข)	๔๓	๐	๐	๒	๐	๑๑	๑๓	๑๖	-๕๑	๒๑๘.๖๐
	จพ.ทันตสาธารณสุข	๖๗	๕๙	๐	๙	๐	๑๓	๘๑			
	ช่างทันตกรรม	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	-	๐	๐.๐๐
๑๒	จพ.เภสัชกรรม	๕๑	๓๔	๐	๗	๐	๖	๔๗	๑๗	๔	๙๒.๑๖
๑๓	นักจิตวิทยา	๑๓	๐	๓	๒	๐	๑	๖	๑๒	๕	๖๑.๕๔
	นักจิตวิทยาคลินิก	๑	๑	๐	๐	๐	๑	๒			

ตารางที่ ๗๖ แสดงแผนกำลังคนในหน่วยบริการสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (ต่อ)

ที่	ตำแหน่ง	กรอบอัตรากำลัง	ประเภทการจ้างงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๑) ปฏิบัติงานจริง						ขาดตำแหน่ง ขรก. (ขรก.เทียบกรอบอัตรากำลัง)	ขาดบุคลากร (บุคลากรเทียบกรอบอัตรากำลัง)	ร้อยละของบุคลากรเทียบกรอบอัตรากำลัง
			ข้าราชการ	พนักงานราชการ	พนักงานกระทรวงฯ	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราว	รวม			
๑๔	นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	-	๐	๐.๐๐
๑๕	นักกายอุปกรณ์	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๑	๑	๐.๐๐
	ช่างกายอุปกรณ์	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๑	๑	๐.๐๐
๑๖	นักกิจกรรมบำบัด	๒	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๒	๒	๐.๐๐
๑๗	นักปฏิบัติการฉุกเฉิน	๑๕	๐	๐	๑	๐	๐	๑	๑๒	๕	๖๖.๖๗
	จพ.เวชกิจฉุกเฉิน/EMT	๙	๓	๐	๓	๑	๒	๙			
๑๘	นวก สาธารณสุข	๔๙๐	๑๖๓	๒	๗๕	๐	๓๐	๒๗๐	๒๑๐	๙๒	๘๑.๒๒
๑๙	จพ.สธ	๑๐๓	๑๑๗	๐	๑๐	๐	๑	๑๒๘			
๒๐	แพทย์แผนไทย	๖๖	๙	๐	๑๓	๐	๑๗	๓๙	๕๗	๒๕	๖๒.๑๒
	จพ.สธ (อายุรเวท)	๐	๐	๐	๒	๐	๐	๒			
๒๑	นักวิชาการโสตทัศนศึกษา	๒	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๑	-๑	๑๕๐.๐๐
	จพ. โสตทัศนศึกษา	๐	๑	๐	๐	๐	๒	๓			
	ช่างภาพการแพทย์	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	-	๐	๐.๐๐
๒๒	นวก.สธ. (เวชสถิติ)	๑๓	๑	๐	๑	๐	๑	๓	๓	-๔	๑๓๐.๗๗
	จพ.เวชสถิติ	๑๒	๙	๐	๑	๐	๔	๑๔			
๒๓	นักเทคฯหัวใจและทรวงอก	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	-	๐	๐.๐๐
๒๔	นักโภชนาการ	๑๘	๐	๐	๕	๐	๑	๖	๑๗	๑๑	๓๘.๘๙
	นักกำหนดอาหาร	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐			
	โภชนากร	๒	๑	๐	๐	๐	๐	๑			
๒๕	นักสังคมสงเคราะห์	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	-	๐	๐.๐๐
	รวมสายวิชาชีพ	**๒,๓๕๓**	**๑,๓๑๘**	**๕**	**๑๕๗**	**๑**	**๑๙๐**	**๑,๖๗๑**	**๘๒๗**	**๔๗๔**	**๗๑.๐๒**

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ไม่สามารถดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างได้ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ เนื่องจากผู้รับผิดชอบงานไม่ดำเนินการหรือดำเนินการล่าช้า
- มีการติดตามขั้นตอนและกระบวนการในการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างได้ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ เนื่องจากผู้รับผิดชอบงานยังขาดความรู้และความเข้าใจในการดำเนินการ

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ควรมี ผังงาน (Flowchart) การดำเนินการบริหารตำแหน่งว่าง การโอน การย้าย การบรรจุกลับที่มีมาตรฐาน สามารถนำไปปฏิบัติงานได้

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

ประเด็นหลักที่ ๑ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๒๗. (KPI43) จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)

หมวด :	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่ :	๑๐. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ :	๒. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ระดับการแสดงผล :	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด :	๒๗. (KPI43) จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)
เกณฑ์เป้าหมาย :	ร้อยละ ๗๐
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	๑. สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based ๒. รายงานของหน่วยบริการ
ระยะเวลาประเมินผล :	ทุกไตรมาส
เกณฑ์การประเมิน :	- ไตรมาส ๑ รอยละ ๗๐ ของบุคลากร ในหนวยงานมีการประเมิน ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) - ไตรมาส ๒ รอยละ ๗๐ ของหนวยงานใน จังหวัด/กรม มีการวิเคราะหผล Happinometer และ HPI รวมทั้งมีการจัดทำแผน - ไตรมาส ๓ รอยละ ๗๐ ของหนวยงานใน จังหวัด/กรม มีการดำเนินงานตามแผนฯ อยางเปนรูปธรรม - ไตรมาส ๔ มี Success Story หรือ Bright Spot จากการ ขับเคลื่อนองคกรแหงความสุข จังหวัด/กรมละ ๑ เรื่อง
วิธีการประเมินผล :	สำรวจ
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล</u> นายเดชชัย สินเจริญ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๕๗๘ ๕๓๘๙ e-mail address : dechchai.s@gmail.com

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

กำกับหน่วยงานให้มีการประเมินวิเคราะห์และจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จังหวัดฉะเชิงเทรามีหน่วยงานในสังกัด จำนวน ๑๔๒ แห่ง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๑ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (รวม รพ.สต.) ๑๓๐ แห่ง และโรงพยาบาล ๑๑ แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลขนาด A ๑ แห่ง, ขนาด M2 ๑ แห่ง, ขนาด F1 ๓ แห่ง, ขนาด F2 ๕ แห่ง และขนาด F3 ๑ แห่ง พร้อมทั้งมีบุคลากรสาธารณสุข (ไม่รวมลูกจ้างโครงการและพนักงานจ้างเหมา) ตามปฏิบัติงานจริง ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ จำนวน ๔,๑๗๔ คน และบุคลากรที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารของหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงานตั้งแต่ระดับหัวหน้างานขึ้นไป ตามปฏิบัติงานจริง ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ จำนวน ๔๐๐ คน ทั้งนี้ เป้าหมายในการทำประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) ร้อยละ ๗๐ แต่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราได้ตั้งตั้งเป้าหมายไว้ ร้อยละ ๑๐๐

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

๑) ชี้แจง แนวทางการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ผ่านระบบหนังสือเวียนโปรแกรมสารบรรณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

๒) ชี้แจงแนวทางการประเมินความสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ผ่านระบบหนังสือเวียนโปรแกรมสารบรรณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

๓) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดที่ ๒๗ (KPI43) จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization) ผ่านระบบหนังสือเวียน โปรแกรมสารบรรณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และในที่ประชุมผู้บริหาร (การประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลและประชุมประจำเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๑)

๔. การติดตามและรายงานผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) ทุกสัปดาห์ ผ่านทางแอ็พพลิเคชัน LINE ในกลุ่มผู้บริหาร

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

บุคลากรสาธารณสุขทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้ประเมินความสุขของบุคลากร (Happinometer) ได้ตามเป้าหมาย (ร้อยละ ๗๐) จำนวน ๒๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๓๐ ซึ่งไม่ได้ตามเป้าหมาย จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘.๗๐ประกอบด้วย รพศ.พุทธโสธร และสสอ.สนามชัยเขต

มีการประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) ได้ตามเป้าหมาย (ร้อยละ ๗๐) จำนวน ๑๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๒๖ ซึ่งไม่ได้ตามเป้าหมาย จำนวน ๕ แห่ง ประกอบด้วย รพศ.พุทธโสธร, รพช.บางน้ำเปรี้ยว, รพช.ราชสาส์น, สสอ.สนามชัยเขต และรพช.ท่าตะเกียบ

ตารางที่ ๗๗ ผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) รายหน่วยงาน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๑)

ที่	หน่วยงาน	Happinometer			HPI		
		ผลงาน (ร้อยละ)	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผลงาน (ร้อยละ)	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑	สสจ.ฉะเชิงเทรา	๑๐๐.๐๐	/		๑๐๐.๐๐	/	
๒	รพศ.พุทธโสธร	๓๒.๐๑		/	๑๒.๕๐		/
๓	สสอ.เมืองฉะเชิงเทรา	๑๐๐.๐๐	/		๙๕.๔๕	/	
๔	รพช.บางคล้า	๘๐.๐๐	/		๗๓.๓๓	/	
๕	สสอ.บางคล้า	๙๗.๕๑	/		๘๘.๘๙	/	
๖	รพช.บางน้ำเปรี้ยว	๗๑.๐๐	/		๖๓.๑๖		/
๗	สสอ.บางน้ำเปรี้ยว	๙๕.๗๕	/		๘๔.๖๒	/	
๘	รพช.บางปะกง	๑๐๐.๐๐	/		๙๖.๐๐	/	
๙	สสอ.บางปะกง	๑๐๐.๐๐	/		๑๐๐.๐๐	/	
๑๐	รพช.บ้านโพธิ์	๙๕.๐๐	/		๑๐๐.๐๐	/	
๑๑	สสอ.บ้านโพธิ์	๑๐๗.๖๖	/		๑๐๐.๐๐	/	
๑๒	รพช.พนมสารคาม	๗๖.๐๐	/		๘๔.๓๘	/	
๑๓	สสอ.พนมสารคาม	๙๒.๑๑	/		๗๖.๙๒	/	
๑๔	รพช.ราชสาส์น	๙๘.๐๐	/		๕๓.๘๕		/
๑๕	สสอ.ราชสาส์น	๑๐๐.๐๐	/		๑๐๐.๐๐	/	
๑๖	รพช.สนามชัยเขต	๙๕.๐๐	/		๘๕.๗๑	/	
๑๗	สสอ.สนามชัยเขต	๕๘.๑๒		/	๔๓.๗๕		/
๑๘	รพช.แปลงยาว	๙๑.๐๐	/		๘๖.๖๗	/	
๑๙	สสอ.แปลงยาว	๙๒.๖๙	/		๑๐๐.๐๐	/	
๒๐	รพช.ท่าตะเกียบ	๘๓.๐๐	/		๖๒.๕๐		/
๒๑	สสอ.ท่าตะเกียบ	๙๒.๑๖	/		๘๘.๘๙	/	
๒๒	รพช.คลองเขื่อน	๑๐๐.๐๐	/		๑๐๐.๐๐	/	
๒๓	สสอ.คลองเขื่อน	๘๙.๓๗	/		๑๐๐.๐๐	/	
	รวมจังหวัด	**-**	**๒๑ (๙๑.๓๐)**	**๒ (๘.๗๐)**	**-**	**๑๘ (๗๘.๒๖)**	**๕ (๒๑.๗๔)**

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

- ผู้ประเมินบางส่วน อาจประเมินไม่ตรงกับข้อเท็จจริง และบางส่วนอาจตอบแบบประเมิน โดยไม่ได้อ่านข้อคำถาม
- บุคลากรกรอกรหัสหน่วยงานผิด
- การไม่สามารถลงทะเบียนเข้าประเมินฯ ได้
- การไม่สามารถเชื่อมต่อระบบเพื่อทำแบบประเมินฯ ได้

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ให้มีการจัดอบรม/ประชุมในหน่วยงานภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ในเรื่องการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข เพื่อให้สามารถรับรู้ข้อมูลและนำไปพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความสุขได้อย่างเป็นรูปธรรม

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

ประเด็นหลักที่ ๒ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๒๘. (KPI46) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓

หมวด :	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่ :	๑๑. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ :	๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล :	เขต
ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :	๒๘. (KPI46) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพ มาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA
เกณฑ์เป้าหมาย :	- รพศ./ รพท. ร้อยละ ๑๐๐ - รพช. ร้อยละ ๙๐
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th/ สำหรับประชาชน/ โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
ระยะเวลาประเมินผล :	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔ (ปี ๒๕๖๒ : ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑–๓๐ กันยายน ๒๕๖๒)
เกณฑ์การประเมิน :	- ไตรมาส ๑ รพศ./ รพท. ร้อยละ ร้อยละ ๙๗ รพช. ร้อยละ ๘๗ - ไตรมาส ๒ รพศ./ รพท. ร้อยละ ร้อยละ ๙๘ รพช. ร้อยละ ๘๘ - ไตรมาส ๓ รพศ./ รพท. ร้อยละ ร้อยละ ๙๙ รพช. ร้อยละ ๘๙ - ไตรมาส ๔ รพศ./ รพท. ร้อยละ ร้อยละ ๑๐๐ รพช. ร้อยละ ๙๐
เจ้าภาพหลัก :	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ นางอัมพร กมลศิริ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ โทร. ๐๘ ๗๐๒๑ ๒๗๓๕ e-mail address : kamolsiri_amp@hotmail.com

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้พัฒนาคุณภาพบริการสถานบริการสุขภาพ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิในจังหวัด จำนวน ๑๑ แห่ง เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นให้สถานบริการสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านมาตรฐาน และได้รับพัฒนาเครือข่ายโดยระบบพี่เลี้ยง โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) (สรพ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลตราด และสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้ตกลงร่วมมือกันพัฒนาระบบการเรียนรู้แบบเครือข่ายพันธมิตร เพื่อดำเนินงานตามกิจกรรมให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติงาน โดยเริ่มดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกระตุ้นการพัฒนาระหว่างโรงพยาบาล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งถอดบทเรียน และวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อรับการประเมิน HA Re-accreditation

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

ลำดับ	หน่วยงาน	ขั้นปัจจุบัน	วันรับรอง HA	วันหมดอายุ
๑	โรงพยาบาลพุทธโสธร	r2	๙ ม.ค.๕๘	๘ ม.ค.๖๑
๒	โรงพยาบาลบางคล้า	r1	๒๕ มี.ค.๕๙	๒๔ มี.ค.๖๒
๓	โรงพยาบาลพนมสารคาม	r3	๑๐ ม.ค.๖๐	๙ ม.ค.๖๓
๔	โรงพยาบาลสนามชัยเขต	r1	๒๗ มี.ค.๖๐	๒๖ มี.ค.๖๓
๕	โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	r1	๒๑ ก.ค.๖๐	๒๐ ก.ค.๖๓
๖	โรงพยาบาลราชสาส์น	3	๒๔ ม.ค.๖๐	๒๓ ม.ค.๖๒
๗	โรงพยาบาลแปลงยาว	r2	๒๗ ต.ค.๕๘	๒๖ ต.ค.๖๑
๘	โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	3	๒๓ ส.ค.๕๙	๒๒ ส.ค.๖๑
๙	โรงพยาบาลบางปะกง	r2	๓๑ ม.ค.๖๐	๓๐ ม.ค.๖๓
๑๐	โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	3e	๑๐ พ.ย.๕๘	๙ พ.ย.๖๐
๑๑	โรงพยาบาลคลองเขื่อน	อยู่ระหว่างดำเนินการ-		

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตารางที่ ๗๘ จำนวนและอัตราของโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

หน่วยงาน	โรงพยาบาล		
	ทั้งหมด (แห่ง)	มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	
		จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	๑๑	๑๐	๙๐.๙๑
โรงพยาบาลระดับ A	๑	๑	๑๐๐
โรงพยาบาลระดับ M-F	๑๐	๙	๙๐.๐๐

การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ตามมาตรฐาน HA ของจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยในปี ๒๕๖๑ พบว่า มีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ ร้อยละ ๙๐.๙๑ (๑๐ แห่ง จาก ๑๑ แห่ง) เนื่องจากโรงพยาบาลคลองเขื่อน ซึ่งเพิ่งเริ่มเปิดดำเนินการ ได้เปิดบริการผู้ป่วยใน แต่ยังไม่เต็มรูปแบบ เมื่อวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๐ โดยใช้ห้องสังเกตอาการของแปลนห้องคลอดให้บริการ ปัจจุบันเปิดให้บริการ ๑๐ เตียง โดยยังไม่มีอาคารผู้ป่วยใน ทั้งนี้ มีการวางแผนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA

จังหวัดร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่าน HA แล้ว โดยเฉพาะโรงพยาบาลพนมสารคาม ทำหน้าที่พี่เลี้ยงในการพัฒนามาตรฐานระบบ HA ของโรงพยาบาลคลองเขื่อน และคาดว่า จะขอรับการประเมินขั้น ๑ จาก สรพ.ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

เนื่องจากการดำเนินงานด้านพัฒนาคุณภาพ มีรายละเอียดและกิจกรรมมาก ประกอบกับบุคลากร มีจำนวนจำกัด และพบว่าบางแห่งมีบุคลากรไม่เพียงพอ บุคลากรเกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน อีกทั้งการหมุนเวียนบุคลากรที่มีความชำนาญไปทำงานส่วนอื่น จนไม่เกิดความต่อเนื่องในการทำงาน อันอาจจะส่งผลต่อการดำเนินงานด้านคุณภาพของโรงพยาบาลได้

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการรักษาสถานภาพของโรงพยาบาล ตามขนาดของโรงพยาบาล

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

ประเด็นหลักที่ ๒ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๒๙. (KPI45) รอยละความสำเร็จของสวนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผานเกณฑที่กำหนด

หมวด :	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่ :	๑๑. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ :	๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล :	เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด :	๒๙. (KPI45) รอยละความสำเร็จของสวนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผานเกณฑที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย :	- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับ ๕ (ร้อยละ ๗๐) - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ระดับ ๕ (ร้อยละ ๔๐)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ระยะเวลาประเมินผล :	ไตรมาส ๔
เกณฑ์การประเมินผล :	- ไตรมาส ๔ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับ ๕ (ร้อยละ ๗๐) - ไตรมาส ๔ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ระดับ ๕ (ร้อยละ ๔๐)
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</u> - นางลาวัณย์ อมรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๘๖๓ ๘๔๖๖ e-mail address : mam_mint@yahoo.com - นางสาวนฤมล พรหมบุญ นักวิชาการสาธารณสุข โทร. ๐๙ ๘๘๓๒ ๖๗๔๙ e-mail address : namol_ying@hotmail.co.th

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑</u>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ครบ ๒ หมวด

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการพัฒนาองค์การ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ได้กำหนดให้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะสำคัญขององค์กร ๒) เกณฑ์ คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด คือ หมวด ๑ การนำองค์กร หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์ การดำเนินการ โดย ปี ๒๕๖๑ วัดผลการดำเนินการที่ หมวด ๑ และหมวด ๕ และ ปี ๒๕๖๒ วัดผลการดำเนินการที่ หมวด ๒ และหมวด ๔ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

๑) ยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖

๒) นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เป็นตัวชี้วัดที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดให้ความสำคัญและได้ทำพันธะสัญญา(MOU) กับสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และได้ส่งตัวแทนระดับจังหวัดและอำเภอเข้าร่วมพัฒนาศักยภาพตามโครงการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เพื่อนำมาขับเคลื่อนตามนโยบายการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ได้วางแผนการดำเนินงาน ดังนี้

๑) จัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

๒) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อมุ่งสู่เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) จังหวัดฉะเชิงเทรา (หมวด ๒,๔)

๓) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพัฒนาการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อทบทวนและจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร

๔) ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ หมวด ๒ และหมวด ๔

๕) วิเคราะห์ ประเมิน และสรุปจุดแข็งและจุดอ่อน ในหมวด ๒ และหมวด ๔

๖) จัดลำดับโอกาสในการปรับปรุง ของหมวด ๒ และหมวด ๔

๗) จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวด ๒ และหมวด ๔

๘) จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวด ๒ และหมวด ๔

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

การประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ หมวด ๒ และหมวด ๔

๑). จัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์การครบ ๑๓ คำถาม

๒) มีการประเมินองค์การ (Self-Assessment) เทียบกับ เกณฑ์ หมวด ๒ และหมวด ๔ และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด ๑ และหมวด ๕

๓) จัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวด ๒ กับหมวด ๔ อย่างละ ๑ แผน

๔). กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๒ กับ หมวด ๔ (บังคับ หมวดละ ๒ ตัวชี้วัดและกำหนดเองหมวดละ ๓ ตัวชี้วัด)

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ไม่มี

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการรักษาสถานภาพของโรงพยาบาล ตามขนาดของโรงพยาบาล

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

ประเด็นหลัก ๒ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๓๑. (KPI44) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

<table>
<tr><td>หมวด :</td><td>Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)</td></tr>
<tr><td>แผนที่ :</td><td>๑๑. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองคกรคุณภาพ</td></tr>
<tr><td>โครงการที่ :</td><td>๑. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส</td></tr>
<tr><td>ระดับการแสดงผล :</td><td>จังหวัด</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด :</td><td>๓๑. (KPI44) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย :</td><td>- ระดับคุณธรรมและความโปรงใสในการดำเนินงานอยูในระดับสูงมาก ร้อยละ ๙๐
- คะแนนระดับคุณธรรมและความโปรงใสในการดำเนินงาน
<table>
<tr><th>ระดับ</th><th>สูงมาก</th><th>สูง</th><th>ปานกลาง</th><th>ต่ำ</th><th>ต่ำมาก</th></tr>
<tr><td>คะแนน</td><td>๘๐-๑๐๐</td><td>๖๐-๗๙.๙๙</td><td>๔๐-๕๙.๙๙</td><td>๒๐-๓๙.๙๙</td><td>๐-๑๙.๙๙</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล :</td><td>หนวยงานเปาหมาย ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนธันวาคมของทุกป) ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคมของทุกป) ไตรมาสที่ ๓ (เดือนมิถุนายนของทุกป) และไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายนของทุกป) ตามแบบสำรวจ ใชหลักฐานเชิงประจักษ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน ๑ ชุดตอ ๑ หนวยงาน โดยหนวยงานที่เขารับการประเมินจัดเตรียม เอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวของเพื่อประกอบการอางอิงคำตอบในแตละขอคำถามตามความเปนจริง</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล :</td><td>ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การประเมิน :</td><td>- ไตรมาส ๑ ระดับ ๓ (๕)
- ไตรมาส ๒ ร้อยละ ๘๐
- ไตรมาส ๓ ร้อยละ ๘๙
- ไตรมาส ๔ ร้อยละ ๙๐</td></tr>
<tr><td>เจ้าภาพหลัก :</td><td><u>กลุ่มงานนิติการ</u>
นางสาวพรพิมล แน่นหนา นิติกร ชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๙ ๒๙๘๗ ๓๔๔๓
e-mail address : pmnn26@hotmail.com</td></tr>
</table>

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑</u>

การดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างความโปร่งใสในกระบวนการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและการปฏิบัติงานตามหน้าที่

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment –ITA) เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘ จนถึงปัจจุบัน ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘ มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสอยู่ในระดับสูง คะแนนร้อยละ ๗๖.๕๔ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสอยู่ในระดับสูงมาก คะแนนร้อยละ ๘๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสอยู่ในระดับสูง คะแนนร้อยละ ๗๙.๗๗ และในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสอยู่ในระดับสูงมาก คะแนนร้อยละ๙๘.๐๒ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ จำนวน ๒๓ หน่วยงาน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๑ แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๑๐ แห่ง และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๑๑ แห่ง ที่จะต้องประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment –ITA) เฉพาะแบบสำรวจเชิงประจักษ์ (Evidence-Base) ตามตัวชี้วัดที่ ๓๑ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA โดยมีเป้าหมายในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ในไตรมาสที่ ๑ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ – พฤศจิกายน ๒๕๖๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา มีแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข คือ ๓ ป. ๑ ค. ปลูก/ปุกจิตสำนึก ป้องกัน ปราบปราม และเครือข่าย

๑. ดำเนินกิจกรรม “การประกาศเจตจำนงสุจริต” ของผู้บริการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่และสื่อสารทุกช่องทางของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

๒. เสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริตและการต่อต้านทุจริตในหน่วยงาน โดยประกาศเรื่องการให้และรับของขวัญของข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ หรือผู้บังคับบัญชาในโอกาสต่างๆ พ.ศ.๒๕๖๑

๓. ดำเนินงานตามโครงการเสริมสร้างวินัยและป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

๔. กำหนดมาตรการ กลไก วางระบบในการป้องกันการรับสินบน

๕. โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งได้ดำเนินงานการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)

๖. ดำเนินการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง (EB๑-EB๔) ในไตรมาสแรก

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

<u>มาตรการขับเคลื่อน</u>

แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
๑. ดำเนินการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงาน ๒. ผู้บริหารของหน่วยงานประกาศเจตจำนงร่วมกันว่าจะบริหารงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต และประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่และสาธารณชนทราบทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน ๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ต่อต้านการทุจริต ประกาศการรับและให้ของขวัญแก่ข้าราชการชั้นผู้ใหญ่หรือผู้บังคับบัญชาในทุกเทศกาล ๔. อบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในสังกัดตามโครงการอบรมเสริมสร้างวินัยและป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ในวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมศรีสุนทร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา อำเภอเมือง ฯ จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และหัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น ๑๐๐ คน ๕. วิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน	๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ๒. โรงพยาบาลศูนย์พุทธโสธร ๓. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑๐ แห่ง ๔. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๑๑ แห่ง รวมทั้งสิ้น ๒๓ แห่ง (ทุกหน่วยงานในสังกัด)

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

- ภาระงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ITA ทั้งในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอค่อนข้างมาก

- เนื่องจากในปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๒ มีการเปลี่ยนแปลง และเพิ่มเติมเกณฑ์การประเมินการตอบแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ อาจทำให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการตอบหลักฐานเชิงประจักษ์

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี

<u>ประเด็นหลักที่ ๓</u> ระบบขอมูลสารสนเทศดานสุขภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๓๓ (KPI49) เขตสุขภาพมีเขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อกาวสูการเปน Smart Hospital

๓๑.๑ โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สป./กรมวิชาการ) มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อกาวสูการเปน Smart Hospital ผานเกณฑ ระดับ ๒ ขึ้นไป

หมวด :	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่ :	๑๒. การพัฒนาระบบขอมูลสารสนเทศดานสุขภาพ
โครงการที่ :	๒. โครงการ Smart Hospital
ระดับการแสดงผล :	ประเทศ/เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด :	๓๑.๑ โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สป./ กรมวิชาการ) มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อกาวสูการเปน Smart Hospital ผานเกณฑ ระดับ ๒ ขึ้นไป
เกณฑ์เป้าหมาย :	รพศ./ รพท จังหวัดละ ๑ แหง, รอยละ ๕๐ ของ รพช.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	๑. รพ. ทำแบบประเมินตนเองจัดสงให ศูนยเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. รวบรวม ๒. การติดตามและรายงานผลการดำเนินงานผานระบบรายงาน Health KPI ของกองยุทธศาสตรและแผนงาน
ระยะเวลาประเมินผล :	ไตรมาส ๒, ๓ และ ๔ (๖, ๙ และ ๑๒ เดือน)
เกณฑ์การประเมินผล :	- ไตรมาส ๑ รพ.กลุ่มเป้าหมายรับทราบแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผลตามเกณฑ Smart hospital - รอยละของ รพ.กลุมเปาหมาย ดำเนินการตามเกณฑ Digital Transformation เพื่อกาวสูการเปน Smart Hospital และผานเกณฑ ระดับ ๒ ขึ้นไป -- ไตรมาส ๒ รอยละ ๕๐ -- ไตรมาส ๓ รอยละ ๗๕ -- ไตรมาส ๔ รอยละ ๑๐๐
วิธีการประเมินผล :	๑. ประมวลผลจากแบบประเมินตนเองของ รพ. ๒. การตรวจเยี่ยมจากจังหวัด/เขต/กรมวิชาการ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานทั้ง ๓ ระดับ ไดแก Smart Tools, Smart Service, Smart Outcome
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข</u> นายอาณัติ ประดิษแจ้ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๘๓๐ ๐๓๐๔ e-mail address : nat8123@hotmail.com

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

รพ.กลุ่มเป้าหมายรับทราบแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผลตามเกณฑ Smart hospital

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จังหวัดฉะเชิงเทรามีโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน ๑ แห่ง ขนาด ๕๘๕ เตียง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑๐ แห่ง ซึ่งทุกโรงพยาบาลขณะนี้ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้มารับบริการ โดยใช้โปรแกรม HOSxP เป็นพื้นฐานในการเก็บข้อมูล ซึ่งปัจจุบันทุกโรงพยาบาลสามารถส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (๔๓ แฟ้ม) Version ๒.๓ เข้าระบบ HDC (Health Data Center) ของกระทรวงสาธารณสุขได้

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

แผนการดำเนินงาน Smart Hospital ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๒

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
โรงพยาบาลทุกแห่งทราบนโยบายการดำเนินงาน Smart Hospital	รพศ.วางแผนและกำหนดจุดการติดตั้งระบบคิวภายใน	รพศ.ดำเนินการติดตั้งระบบคิวภายใน และเตรียมติดตั้งระบบคิวออนไลน์	รพศ.มีระบบคิวภายในและระบบคิวออนไลน์
	รพช.จำนวน ๑๐ แห่ง สำรวจความพร้อมที่จะดำเนินการจัดทำระบบคิวภายใน	รพช.ที่พร้อม จำนวน ๕ แห่ง เตรียมติดตั้งระบบคิวภายใน	รพช.จำนวน ๕ แห่ง มีระบบคิวภายในโรงพยาบาล (ร้อยละ ๕๐)

หมายเหตุ เนื่องจากทุกโรงพยาบาลมีระบบการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเลคทรอนิกส์อยู่แล้วจึงวางแผนเฉพาะจัดทำระบบคิวรับบริการ

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๑) การดำเนินงาน Smart Tool : โรงพยาบาลมีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมาช่วยในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร (โรงพยาบาลต้องมีการใช้ระบบคิวออนไลน์ และมีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน เช่น HIS Gateway จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ ๑)

จังหวัดฉะเชิงเทรา มี รพ.ศ. ๑ แห่ง ยังไม่มีระบบคิวออนไลน์ และคิวภายในโรงพยาบาล รพช. ๑๐ แห่ง ยังไม่มีระบบคิวออนไลน์ มีเพียง รพช.พนมสารคาม เพียงแห่งเดียว ที่มีระบบคิวภายในโรงพยาบาล แต่ระบบคิวไม่ได้เชื่อมโยงโดยตรงกับระบบ HIS ของโรงพยาบาล

๒) การดำเนินงาน Smart Service : โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่น ๆ มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพ การทำงานในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management (เช่น Lean Process, Paperless, Electronic Medical Record : EMR) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในระบบต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล (โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และมี Smart Service เรื่อง การใช้ในสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ จึงจะผ่านเกณฑ์)

โรงพยาบาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน ๑๑ แห่ง ใช้ระบบบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการด้วยโปรแกรม HOSxP โดยทุกโรงพยาบาล แพทย์เป็นผู้บันทึกข้อมูลการวินิจฉัยและจ่ายยาเองทั้งหมด มีเพียงแพทย์บางท่านของโรงพยาบาลพุทธโสธร ที่มีที่ไม่ถนัดการบันทึกข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ จะมีเจ้าหน้าที่ช่วยบันทึกข้อมูลที่ห้องตรวจนั้นเลย ดังนั้นการสั่งยาของจังหวัดฉะเชิงเทราทั้งหมดจะเป็นการสั่งยาด้วยระบบอิเลคทรอนิกส์ และถูกส่งข้อมูลไปที่ห้องยาทางระบบอิเลคทรอนิกส์เลย

๓) การดำเนินงาน Smart Outcome : โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิตอลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดระบบวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model (Enterprise Resource Planning System)

จังหวัดฉะเชิงเทรายังไม่ได้ประเมินผลการดำเนินงาน Smart Outcome

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/ มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
โปรแกรมที่ใช้โรงพยาบาลเป็น HOSxP เหมือนกัน แต่การส่งตรวจแต่ละแผนกและจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาลไม่เหมือนกัน การจำแนกโรคและการส่งตรวจแต่ละแผนกและความรุนแรงของโรคก็มีส่วนในการจัดลำดับคิว ดังนั้นแต่ละแห่งจึงไม่สามารถนำระบบคิวของที่อื่นมาใช้โดยตรงได้	ต้องศึกษารายละเอียดของระบบคิว ที่ใช้ในแต่ละที่ที่ได้ผล และเลือกระบบคิวที่เหมาะสมกับของโรงพยาบาลตนเองที่สุดมาปรับใช้ในโรงพยาบาล

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ ในปี ๒๕๖๒

<u>ประเด็นหลักที่ ๓</u> ระบบขอมูลสารสนเทศดานสุขภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๓๔.(KPI50) มีการใช Application สำหรับ PCC ในหนวยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง

หมวด :	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่ :	๑๒. การพัฒนาระบบขอมูลสารสนเทศดานสุขภาพ
โครงการที่ :	๒. โครงการ Smart Hospital
ระดับการแสดงผล :	ประเทศ/เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด :	๓๔.(KPI50) มีการใช Application สำหรับ PCC ในหนวยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง
เกณฑ์เป้าหมาย :	ทีม PCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิก หมอครอบครัวตาม เกณฑของ สสป. ป ๒๕๖๒ ใช app. PCC ในการปฏิบัติงาน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	๑. ศทส. สป.สธ. รายงานผลการพัฒนา App. PCC ๒. สสป. รายงานผลการทดลองใช App. PCC
ระยะเวลาประเมินผล :	ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน)

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๒

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑.มีการจัดทำขอสรุปแนวทาง การพัฒนา Application PCC รายงาน เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ ๒.มีการคัดเลือกทีม PCC เปาหมาย อยางนอย เขตสุขภาพละ ๑ ทีม เปน PCC นำรอง ๓.มีการจัดทำ Work Shop การพัฒนา Application PCC	๑.มีการพัฒนา Appli cation และ ทดสอบ ใชงานใน PCC นำรอง ๒.มีการรายงาน ความ กาวหนาในการ พัฒนา Application PCC เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ	๑.มีการนำ Application PCC ไปใชกับทีม PCC ที่ขึ้นทะเบียนคลินิก หมอครอบครัวตามเกณฑ ของ สสป. ในป ๒๕๖๒ (รอยละ ๕0) ๒.มีการติดตามผลการใช Application PCC ๓.มีการรายงานผลการใช Application PCC พรอม ขอเสนอแนะ เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ	มีการนำ Application สำหรับ PPC ไปใชใน PCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิก หมอครอบครัวตามเกณฑ ของ สสป. ในป ๒๕๖๒ (รอยละ ๑๐๐)

วิธีการประเมินผล :	๑. ตรวจสอบจากรายงานที่เสนอ CIO สป.สธ. ๒. ผลการใชงาน Application PCC โดยการสอบถามจากทีมหมอครอบครัว (PCC) ที่ไดทดลองใชงานจริง เอกสารสนับสนุน
เจ้าภาพหลัก :	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข นายอาณัติ ประดิษแจ้ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๘๓๐ ๐๓๐๔ e-mail address : nat8123@hotmail.com

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

ทีม PCC ที่ขึ้นทะเบียนคลินิก หมอครอบครัวตามเกณฑ์ ของ สสป. ในปี ๒๕๖๒

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster) ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ สามารถดำเนินงานผ่านหลักเกณฑ์ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๒ แห่ง ๑๔ ทีม ดังนี้

ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ ดำเนินการ ๕ แห่ง (๖ ทีม) คือ

๑. PCC ศสม.วัดโสธร อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน ๒ ทีม
๒. PCC บางพระ (บางพระ+โสธร) อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน ๑ ทีม
๓. PCC เทพราช อำเภอบ้านโพธิ์ จำนวน ๑ ทีม
๔. PCC หนองแหน อำเภอพนมสารคาม จำนวน ๑ ทีม
๕. PCC บางวัว อำเภอบางปะกง จำนวน ๑ ทีม

ปี ๒๕๖๑ ดำเนินการ ๗ แห่ง (๘ ทีม) คือ

๑. PCC วัดจีนประชาสโมสร อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน ๒ ทีม
๒. PCC คลองอุดมชลจร อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน ๑ ทีม
๓. PCC บ้านต้นนา อำเภอพนมสารคาม จำนวน ๑ ทีม
๔. PCC เขาหินซ้อน อำเภอพนมสารคาม จำนวน ๑ ทีม
๕. PCC ลาดกระทิง อำเภอสนามชัยเขต จำนวน ๑ ทีม
๖. PCC คู้ยายหมี อำเภอสนามชัยเขต จำนวน ๑ ทีม
๗. PCC สระไม้แดง อำเภอสนามชัยเขต จำนวน ๑ ทีม

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ ผลการดำเนินงาน

แผนการดำเนินงาน Application PCC ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี ๒๕๖๒

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑.เนื่องจากเป็นนโยบายใหม่ และรอการพัฒนา Application PCC จากส่วนกลาง ๒.มีการคัดเลือก Application ที่สามารถใช้งานเบื้องต้นทดแทนชั่วคราวจาก Application PCC ส่วนกลาง	๑.ทดสอบ การใช้งาน Application PCC ที่คัดเลือกที่ PCC นำร่องของจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน ๑ แห่ง ๒.รายงานผลการใช้งาน Application PCC พร้อมทั้งข้อเสนอแนะให้คณะทำงานพัฒนา PCC และส่วนกลางทราบ	๑.นำ Application PCC คัดเลือกไปใช้กับทีม PCC ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว จำนวนที่เหลืออีก ๖ แห่ง (ร้อยละ ๕๐ ของ PCC) ๒.รายงานผลการใช้งาน Application PCC พร้อมข้อเสนอแนะ	๑.นำ Application PCC คัดเลือกไปใช้กับทีม PCC ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว จำนวนที่เหลืออีก ๗ แห่ง ที่เหลือ (ร้อยละ ๑๐๐ ของ PCC) ๒.สรุปและรายงานผลการดำเนินงานพร้อมข้อเสนอแนะ

ผลการคัดเลือก Application PCC

จากการประชุมคณะทำงานพัฒนาการดำเนินงานงาน PCC เมื่อวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๑ มีมติว่าจะนำ Application “PCC Link” ของจังหวัดสุรินทร์มาดำเนินการ ซึ่งเตรียมการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เพื่อขอศึกษาดูงาน และขอใช้ Application “PCC link” มาใช้ใน PCC ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี ๒๕๖๒

คลินิกหมอครอบครัวที่จะจัดตั้งเพิ่มเติม (ตามแผน ปี ๒๕๖๒) ๒ แห่ง ที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ๑ ทีม และอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ๑ ทีม

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

ประเด็นสำคัญภาพรวม	แนวทาง/ มาตรการการแก้ไขปัญหาของจังหวัด
เนื่องจากเป็นนโยบายใหม่และยังไม่ได้เห็นภาพการใช้งาน Application PCC ยังไม่สามารถประเมินผลว่าจะพัฒนาตามตัวชี้วัดได้หรือไม่	กำลังศึกษารายละเอียด วิธีใช้ และการติดตั้งงาน Application PCC ที่คัดเลือก ระหว่างรอการพัฒนา Application PCC ของกระทรวงสาธารณสุข

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

ไม่มี เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ ในปี ๒๕๖๒

ประเด็นหลัก ๓ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๓๕. (KPI53) รอยละของหนวยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

หมวด :	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่ :	๑๓. การบริหารจัดการดานการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ :	๒. โครงการบริหารจัดการดานการเงินการคลัง
ระดับการแสดงผล :	เขต
ชื่อตัวชี้วัด :	๕๓. (KPI72) รอยละของหนวยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
เกณฑ์เป้าหมาย :	ไม่เกินร้อยละ ๔
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	การวิเคราะหจากรายงานการเงินของหนวยบริการที่สงสวนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส
ระยะเวลาประเมินผล :	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔
เกณฑ์การประเมิน :	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔ ไม่เกินร้อยละ ๔
วิธีการประเมินผล :	การวัด/วิเคราะห์
เจ้าภาพหลัก :	<u>กลุ่มงานประกันสุขภาพ</u> นางชิดชญา ศรีธีระเนตร นักวิเคราะห์ระบบและแผน ชำนาญการ โทร. ๐๙๒ ๑๙๖๖ ๕๙๙ e-mail address : yudaprem@hotmal.com

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๔

การขับเคลื่อนการเงินการคลัง ปี ๒๕๖๒

๑. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรที่พอเพียงต่อการให้บริการมีรายได้ ไม่ต่ำกว่า ค่าใช้จ่าย
๒. พัฒนาการบริหารระบบบัญชี
๓. สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ
๔. ติดตาม กำกับเครื่องมือ ประสิทธิภาพทางการเงิน

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จากการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังและการบริหารระบบบัญชีของหน่วยบริการจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) คือ โรงพยาบาลทั้งหมด ๑๑ แห่ง (โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑๐ แห่ง) ไม่พบโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ ตามเกณฑ์ ซึ่งรายงานทางการเงินได้นำมาวางแผนการดำเนินงานพัฒนากิจกรรม รวมถึงติดตามกำกับสถานะทางการเงิน มีการจัดทำต้นทุนการให้บริการแบบ Quick Method ทุกโรงพยาบาล และ Modified Full Cost ในบางโรงพยาบาล และจังหวัดได้มีการจัดพัฒนาศักยภาพนักบัญชีในการใช้ HGR (Hospital Group Ratio) มาวิเคราะห์งบการเงินทุกโรงพยาบาล มีการออกประเมินคุณภาพบัญชีทุกโรงพยาบาล มีการจัดทำ Planfin และใช้ในการกำกับ ติดตามงบประมาณ

๓. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ การดำเนินงาน

จังหวัดฉะเชิงเทราดำเนินงานการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังและการบริหารระบบบัญชีของหน่วยบริการจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑) จัดสรรแล้วหน่วยบริการมีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย

๒) การบริหารและกำกับแผนการเงินการคลัง (Planfin62) ทุกไตรมาส

๓) การประเมินกระบวนการทำงาน (FAI)

๔) การประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงานโดยใช้ดัชนี ๗ ตัว

๕) ตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการทุกแห่ง

๖) คะแนนคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์

๗) สร้างเครือข่ายด้านการเงินการคลังและพัฒนาศักยภาพบุคลากร

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๑) ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางการเงิน รายโรงพยาบาล จังหวัดฉะเชิงเทรา
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑)

หน่วยบริการ	CR	QR	Cash	NWC (ล้านบาท)	Net Income (ล้านบาท)	Risk Scoring
โรงพยาบาลพุทธโสธร	๑.๕๙	๑.๔๒	๑.๐๐	๒๔๕.๘๕	๒๕.๑๕	๐
โรงพยาบาลบางคล้า	๔.๗๒	๔.๕๕	๓.๔๑	๙๕.๓๔	๗.๔๙	๐
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	๑.๖๖	๑.๔๙	๐.๗๓	๒๔.๒๙	๒๓.๓๒	๑
โรงพยาบาลบางปะกง	๑.๗๗	๑.๖๙	๑.๔๘	๓๕.๘๖	๒๐.๒๖	๐
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	๑.๗๔	๑.๕๔	๐.๙๙	๒๐.๙๒	๑๑.๙๘	๐
โรงพยาบาลพนมสารคาม	๒.๑๒	๒.๐๖	๑.๔๘	๘๖.๘๒	๑๒.๘๓	๐
โรงพยาบาลราชสาส์น	๒.๒๔	๒.๐๕	๑.๖๒	๙.๑๖	๔.๘๑	๐
โรงพยาบาลสนามชัยเขต	๑.๓๓	๑.๒๐	๐.๘๑	๑๔.๔๙	๒๐.๘๔	๑
โรงพยาบาลแปลงยาว	๒.๑๑	๑.๙๑	๑.๓๑	๒๑.๗๗	๑๑.๖๑	๐
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	๒.๐๖	๑.๙๕	๑.๗๖	๒๔.๘๘	๑๙.๑๓	๐
โรงพยาบาลคลองเขื่อน	๓.๒๖	๓.๑๓	๓.๐๐	๒๓.๘๒	๖.๙๙	๐

สรุปความเคลื่อนไหวระดับวิกฤติ รายไตรมาส รายโรงพยาบาล จังหวัดฉะเชิงเทรา
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒ (ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑)

หน่วยบริการ	สรุปความเคลื่อนไหวระดับวิกฤติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒			
	ณ เดือนมีนาคม ๒๕๖๑	ณ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๑	ณ เดือนกันยายน ๒๕๖๑	ณ เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๑
โรงพยาบาลพุทธโสธร	๑	๑	๒	**๐**
โรงพยาบาลบางคล้า	๐	๐	๐	**๐**
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว	๐	๒	๓	**๑**
โรงพยาบาลบางปะกง	๐	๐	๒	**๐**
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	๑	๑	๓	**๐**
โรงพยาบาลพนมสารคาม	๐	๑	๑	**๐**
โรงพยาบาลราชสาส์น	๐	๐	๐	**๐**
โรงพยาบาลสนามชัยเขต	๒	๒	๓	**๑**
โรงพยาบาลแปลงยาว	๐	๐	๐	**๐**
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ	๐	๐	๒	**๐**
โรงพยาบาลคลองเขื่อน	๐	๐	๐	**๐**

ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (FAI) รายโรงพยาบาล จังหวัดฉะเชิงเทรา
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๔

ลำดับ	หน่วยบริการ	การพัฒนาคุณภาพบัญชี		การพัฒนาการนำข้อมูลเข้าระบบ GF		การบริหารการเงินการคลัง		การพัฒนาต้นทุน Unit Cost		คะแนน FAI
		ระดับความสำเร็จ	น้ำหนัก	ระดับความสำเร็จ	น้ำหนัก	ระดับความสำเร็จ	น้ำหนัก	ระดับความสำเร็จ	น้ำหนัก	
๑	รพ.พุทธโสธร	๕	๑๕๐	๕	๕๐	๕	๑๕๐	๕	๑๕๐	๑๐๐
๒	รพ.พนมสารคาม	๕	๑๕๐	๕	๕๐	๕	๑๕๐	๕	๑๕๐	๑๐๐
๓	รพ.สนามชัยเขต	๔	๑๒๐	๕	๕๐	๕	๑๕๐	๕	๑๕๐	๙๔
๔	รพ.บางน้ำเปรี้ยว	๕	๑๕๐	๕	๕๐	๕	๑๕๐	๕	๑๕๐	๑๐๐
๕	รพ.บางคล้า	๕	๑๕๐	๕	๕๐	๕	๑๕๐	๕	๑๕๐	๑๐๐
๖	รพ.แปลงยาว	๕	๑๕๐	๕	๕๐	๕	๑๕๐	๕	๑๕๐	๑๐๐
๗	รพ.ท่าตะเกียบ	๔	๑๒๐	๕	๕๐	๕	๑๕๐	๕	๑๕๐	๙๔
๘	รพ.บ้านโพธิ์	๔	๑๒๐	๕	๕๐	๕	๑๕๐	๕	๑๕๐	๙๔
๙	รพ.บางปะกง	๔	๑๒๐	๕	๕๐	๕	๑๕๐	๕	๑๕๐	๙๔
๑๐	รพ.ราชสาส์น	๕	๑๕๐	๕	๕๐	๕	๑๕๐	๔	๑๒๐	๙๔
๑๑.	รพ.คลองเขื่อน	๔	๑๒๐	๕	๕๐	๕	๑๕๐	๕	๑๕๐	๙๔
คะแนนเฉลี่ย										**๙๖.๗๓**

จากการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตทางการเงิน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (งบเดือนตุลาคม-งบเดือนพฤศจิกายน) ไม่มีภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗

๒) ข้อมูลเชิงคุณภาพ

มาตรการดำเนินงาน

(๑) มีคณะทำงานและกลไกการทำงานร่วมเพื่อแก้ปัญหาสำหรับ รพ.ที่มีปัญหาวิกฤติทางการเงิน

- แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังจังหวัดฉะเชิงเทราระดับจังหวัด และระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังทางการเงินการคลัง ประสานสนับสนุนการจัดทำข้อมูลด้านการเงินการคลัง การพิจารณาการจัดทำแผนรายได้และค่าใช้จ่าย วิเคราะห์สถานการณ์การ เงินการคลัง
- วิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการ กำหนดแนวทางการจัดสรรเงิน หาแนวทางการแก้ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงานของหน่วยบริการต่อคณะกรรมการฯ

(๒) หน่วยบริการมีและใช้แผนทางการเงิน (Plan fin) เพื่อเป็นเครื่องมือในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังหน่วยบริการทุกหน่วยบริการ มีการจัดทำแผนการเงินการคลังตามแนวทางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้ง ๗ แผน เพื่อใช้ในดำเนินงาน และมีการควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส

- แผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย จัดทำผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๑ และรายได้ UC ประมาณตามกรอบการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวที่มีการปรับเกลี่ย
- แผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์ และการแพทย์ โดยพิจารณาจากมูลค่าการใช้ปีก่อน การสนับสนุนให้ รพ.สต. มูลค่าคงคลัง
- แผนบริหารจัดการเจ้าหนี้จากเงินบำรุงคงเหลือ ประมาณการรายได้ และค่าใช้จ่ายประจำ
- แผนบริหารจัดการลูกหนี้ จากการคาดการณ์การเรียกเก็บเงิน
- แผนการลงทุนจากความจำเป็นในการใช้ สถานะเงินบำรุง รายได้และงบประมาณที่ได้รับสนับสนุน
- แผนสนับสนุน รพ.สต. จากข้อมูลปีก่อน

การวิเคราะห์แผนทางการเงิน (Planfin Analysis) ปี ๒๕๖๒ พบว่าหน่วยบริการ (Planfin Type1) มีจำนวน ๙ แห่ง คือ รพ.พุทธโสธร รพ.ท่าตะเกียบ รพ.บางคล้า รพ.บางปะกง รพ.บ้านโพธิ์ รพ.พนมสารคาม รพ.แปลงยาว รพ.ราชสาส์น และ รพ.คลองเขื่อน และมีจำนวน ๒ แห่ง ที่เป็นหน่วยบริการ (Planfin Type2) คือ รพ.บางน้ำเปรี้ยว และ รพ.สนามชัยเขต

(๓) หน่วยบริการมีการพัฒนาการจัดทำและใช้ต้นทุนบริการ(Unit cost) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางการบริหารการนำข้อมูลต้นทุน ปี ๒๕๖๑ มาใช้ในการบริหารจัดการ โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบกับหน่วยบริการระดับเดียวกัน

ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแบบ Quick Method ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๑

หน่วยบริการ	ต้นทุนผู้ป่วยนอก		ต้นทุนผู้ป่วยใน		ผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์
	Unit cost OPD	Mean+1SD OPD	Unit cost IPD	Mean+1SD OPD	
รพ.พุทธโสธร	๑,๐๕๒.๓๖	๑,๒๒๗.๒๕	๑๕,๐๙๐.๗๗	๑๗,๖๗๓.๔๔	ผ่าน
รพ.พนมสารคาม	๕๙๐.๔๔	๗๖๑.๓๖	๑๖,๙๕๒.๒๕	๑๗,๖๗๕.๗๑	ผ่าน
รพ.สนามชัยเขต	๕๖๖.๐๓	๗๘๒.๑๔	๑๕,๑๖๒.๘๕	๑๘,๖๐๗.๔๓	ผ่าน
รพ.บางปะกง	๖๑๖.๙๔	๗๘๒.๑๔	๑๕,๙๐๙.๕๑	๑๘,๖๐๗.๔๓	ผ่าน
รพ.บางน้ำเปรี้ยว	๖๓๓.๐๗	๗๘๒.๑๔	๑๓,๒๙๔.๙๘	๑๘,๖๐๗.๔๓	ผ่าน
รพ.บางคล้า	๖๙๕.๕๙	๗๗๖.๑๘	๑๑,๒๙๗.๕๗	๑๙,๐๕๒.๐๐	ผ่าน
รพ.แปลงยาว	๕๐๖.๘๑	๘๔๗.๖๔	๑๔,๘๐๓.๔๒	๒๑,๘๒๒.๔๖	ผ่าน
รพ.ท่าตะเกียบ	๗๒๒.๐๔	๗๗๖.๑๘	๑๕,๙๖๙.๐๔	๑๙,๐๕๒.๐๐	ผ่าน
รพ.บ้านโพธิ์	๖๖๗.๘๐	๗๗๖.๑๘	๑๐,๖๕๙.๐๐	๑๙,๐๕๒.๐๐	ผ่าน
รพ.ราชสาส์น	๖๙๙.๙๐	๘๔๗.๖๔	๒๖,๖๐๕.๐๗	๒๑,๘๒๒.๔๖	ไม่ผ่าน
รพ.คลองเขื่อน	๖๑๕.๒๔	๑,๑๐๔.๗๓	๑๓,๗๗๒.๔๘	๒๘,๗๘๕.๓๖	ผ่าน

(๔) หน่วยบริการมีการพัฒนาระบบการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI โรงพยาบาลทุกแห่ง ใช้เป็นแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน และกำหนดให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการ และมีการใช้ HGR (Hospital Group Ratio) ในการวิเคราะห์

การประเมินผลการดำเนินงานประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังหน่วยบริการ (FAI) ประกอบด้วย

- การควบคุมภายใน โดยฝ่ายบริหารเป็นผู้รับผิดชอบ มีการประเมินผลระบบควบคุมภายใน
- การพัฒนาคุณภาพบัญชี มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบัญชีและออกประเมินคุณภาพบัญชีทุกโรงพยาบาล โดยมีผลการประเมิน ดังนี้

สรุปการประเมินการตรวจสอบระบบการเงินและบัญชี ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

เกรด	หน่วยบริการ
A+	โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว
A	-
B	-
C	โรงพยาบาลบ้านโพธิ์

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ คะแนนเฉลี่ยการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของจังหวัดฉะเชิงเทรา อยู่ในระดับ A (เฉลี่ยจากโรงพยาบาลทั้งจังหวัดจำนวน ๑๑ แห่ง)

- การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังมีคณะทำงานบริหารการเงินการคลัง (CFO) และมีการประชุมทุกไตรมาส คะแนนเฉลี่ยในการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของจังหวัดฉะเชิงเทรา
- การพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ มีการแต่งตั้งคณะทำงานร่วม และรับผิดชอบในการทำต้นทุนบริการ (Unit Cost)

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการดำเนินงาน

๑) การวิเคราะห์ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

(๑) ระบบเงินสด เงินฝากธนาคาร และสัญญายืมเงิน ซึ่งพบทุกปีที่ตรวจสอบคุณภาพระบบบัญชี พบว่า โรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงไม่ปฏิบัติตามระเบียบและหลักเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบควบคุมภายใน

(๒) ระบบความเชื่อมโยงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในหน่วยงาน ได้แก่ งานการเงินและบัญชี งานพัสดุ งานประกันสุขภาพ งานเวชระเบียน งานจัดเก็บรายได้ และฝ่ายจัดซื้อของคลังพัสดุต่างๆ

(๓) ระบบลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ คือ ไม่ได้บันทึกบัญชีจากข้อมูลบริการ แต่บันทึกบัญชีจากเอกสารเรียกเก็บ ต้องประสานสร้างความเชื่อมโยงกับงานประกันสุขภาพ หรืองานจัดเก็บรายได้

(๔) ระบบสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ คือ ข้อมูลของครุภัณฑ์ของงานพัสดุไม่ตรงกับข้อมูลในระบบบัญชี ซึ่งงานพัสดุจะต้องสำรวจและจัดทำทะเบียนให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน

(๕) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร นับว่าเป็นปัญหาใหญ่สำหรับองค์กร และปัญหาบุคลากรขาดประสบการณ์ และทักษะ ทำให้มีผลต่อการลงบันทึกบัญชี ความถูกต้องของงบการเงิน

๒) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการบรรลุเป้าหมายต่อความสำเร็จ

(๑) องค์ความรู้ ทักษะของนักบัญชี

(๒) ขาดแคลนบุคลากร การย้ายของบุคลากร

(๓) ความร่วมมือภายในองค์กร

(๔) โปรแกรมบัญชี

๕. ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรม/ ผลงานเด่น (Best Practice) ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวมีคุณภาพบัญชีระดับ A+ ที่ผ่านการรับรองจากผู้ตรวจสอบบัญชีระดับจังหวัดและระดับเขต ปีงบประมาณ ๒๕๕๘

๘. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการฯ รอบที่ ๒/๒๕๖๑

มีการตรวจสอบประเมินคุณภาพบัญชี GL ให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น เพื่อให้บัญชี GL ตรงกับบัญชี GF มากที่สุด

Planfin Analysis ปี 2562 จังหวัดฉะเชิงเทรา ณ พฤศจิกายน 2561

รหัสหน่วยบริการ	หน่วยบริการ	รวมค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย)	EBITDA	งบลงทุน (เงินบำรุง) เปรียบเทียบกับ EBITDA >20%	NWC 3Q61	NWC เหลือหลังลงทุน>20%EBITDA	สัดส่วน NWC เหลือหลัง Investment ต่อรายจ่าย:เดือน	EBITDA	Risk Investment >20% EBITDA	สัดส่วน NWC เหลือหลัง Investment ต่อรายจ่าย:เดือน	PlanFin Type
10697	พุทธโสธร,รพท.	1,823,221,000.00	50,000.00	10,000.00	232,396,257.64	232,406,257.64	1.53	Normal	Normal	Normal	1
10833	ท่าตะเกียบ,รพช.	101,057,124.07	17,873,298.78	67,809.76	15,099,095.75	15,166,905.51	1.80	Normal	Normal	Normal	1
10850	บางคล้า,รพช.	122,384,498.90	4,975,787.37	175,695.96	92,850,285.21	93,025,981.17	9.12	Normal	Normal	Normal	1
10851	บางน้ำเปรี้ยว,รพช.	161,537,040.88	21,274,705.67	1,476,841.13	10,932,100.97	12,408,942.10	0.92	Normal	Normal	Risk	2
10852	บางปะกง,รพช.	173,873,358.84	8,430,440.65	6,088.13	24,717,104.90	24,723,193.03	1.71	Normal	Normal	Normal	1
10853	บ้านโพธิ์,รพช.	125,412,570.75	1,620,452.00	324,090.00	18,665,215.75	18,989,305.75	1.82	Normal	Normal	Normal	1
10854	พนมสารคาม,รพช.	278,966,251.95	10,465,261.31	83,252.26	85,082,917.60	85,166,169.86	3.66	Normal	Normal	Normal	1
10855	สนามชัยเขต,รพช.	173,540,000.00	3,000,000.00	600,000.00	9,154,998.22	9,754,998.22	0.67	Normal	Normal	Risk	2
10856	แปลงยาว,รพช.	118,382,149.00	2,762,873.00	152,574.00	16,426,337.69	16,578,911.69	1.68	Normal	Normal	Normal	1
13747	ราชสาส์น,รพช.	48,218,798.60	1,036,248.24	207,249.65	4,451,931.24	4,659,180.89	1.16	Normal	Normal	Normal	1
31327	คลองเขื่อน,รพช.	30,577,404.27	9,224,765.98	1,844,953.19	18,888,157.08	20,733,110.27	8.14	Normal	Normal	Normal	1

<u>เหตุผลประกอบ</u>

รพ.บางน้ำเปรี้ยว (Planfin Type 2)
1. มีการลงทุนตามเกณฑ์ (ไม่เกิน 20% EBITDA)
2. แผนเกินดุล แต่ Planfin Type 2 เนื่องจากทุนสำรองสุทธิ (NWC) มีน้อย < 1
3. ผลการเปรียบเทียบกับ HGR ภาพรวมมีรายได้เกิน 29% และรายจ่ายต่ำกว่า HGR 18.99% แต่มีเพียง 1 รายการค่าใช้สอย สูงกว่าHGR 1.5 ล้าน

รพ.สนามชัยเขต (Planfin Type 2)
1. มีการลงทุนตามเกณฑ์ (ไม่เกิน 20% EBITDA)
2. แผนเกินดุล แต่ Planfin Type 2 เนื่องจากทุนสำรองสุทธิ (NWC) มีน้อย < 1
3. ผลการเปรียบเทียบกับ HGR ภาพรวมมีรายได้เกิน 52.86% และรายจ่ายต่ำกว่า HGR 12.87% และไม่มีรายการใดที่เกิน HGR

EBITDA	บวก = Normal	ลบ = Risk
% Investment ต่อ EBITDA	≤ 20% Normal > 20% Risk	
สัดส่วน NWC เหลือหลัง Investment ต่อรายจ่าย : เดือน	< 1 = Risk ≥ 1 = Normal	

รายการตรวจสอบ	พุทธโสธร	พนมสารคาม	บางปะกง	สนามชัยเขต	บางน้ำเปรี้ยว	บางคล้า	บ้านโพธิ์	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	ราชสาส์น	คลองเขื่อน
1.มีการประเมินรายได้และรายจ่ายทุกแหล่งทุกรายการ (ครบ/ไม่ครบ) *** งบ UC (ประมาณการ-จัดสรร)**	ครบ 328.7-197.1	ครบ 86.9-71.0	ครบ 77.1-58.8	ครบ 80-72	ครบ 94.8-68.9	ครบ 33.5--32.5	ครบ 40.2-35.0	ครบ 45.4-37.1	ครบ 71.0-53.4	ครบ 24.0-16.3	ครบ 27.8-16.8
2.การคาดการณ์รายได้ค่าใช้จ่าย ปี62 (มีเหตุผลครบ/มีไม่ครบ/ไม่มี) 2.1 รายได้ รายหมวด วิธีการ เหตุผลประกอบ 2.2 รายจ่าย รายหมวด วิธีการ เหตุผลประกอบ	ครบ	ครบ	ครบ	ครบ	ครบ	ครบ	ครบ	ครบ	ครบ	ครบ	ครบ
3.ข้อมูลมาจากงบทดลอง (ล้านบาท) 3.1 ประมาณรายได้-กปภ. (กปภ.ประมาณการจาก 9 เดือน) 3.2 ประมาณรายจ่าย-กปภ. (กปภ.ประมาณการจาก 9 เดือน) **สรุป** มี Worksheet Planfin 62 ที่ได้จัดทำมาจากงบทดลองและถูกต้อง (จัดทำถูกต้อง/ไม่ได้จัดทำ)	จัดทำถูกต้อง	จัดทำถูกต้อง แต่ประมาณการณ์รายจ่ายต้นทุนเวชภัณฑ์มิใช่ยาประมาณการ์เกิน กปภ. จำนวนค่อนข้างสูง	จัดทำถูกต้อง	จัดทำถูกต้อง แต่ประมาณการณ์รายได้ประกันสังคมและรายได้แรงงานต่างด้าว ประมาณการณ์ต่ำกว่า กปภ.ค่อนข้างสูง	จัดทำถูกต้อง	จัดทำถูกต้อง แต่ประมาณการณ์รายจ่ายต้นทุนวัสดุทันต กรรมและต้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์ ประมาณการณ์เกิน กปภ.จำนวนค่อนข้างสูง	จัดทำถูกต้องแต่ประมาณการณ์รายจ่ายเงินเดือนค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว เกินกปภ. จำนวนค่อนข้างสูง	จัดทำถูกต้อง	จัดทำถูกต้อง	จัดทำถูกต้อง	จัดทำถูกต้อง แต่ประมาณการณ์รายจ่ายวัสดุใช้ไปประมาณการณ์เกิน กปภ. ค่อนข้างสูง

รายการตรวจสอบ	พุทธโสธร	พนมสารคาม	บางปะกง	สนามชัยเขต	บางน้ำเปรี้ยว	บางคล้า	บ้านโพธิ์	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	ราชสาส์น	คลองเขื่อน
4.มีการจัดทำแผนครบทั้ง 7 แผน **4.1 จำนวนแผน** (ครบ/ไม่ครบ) **4.2 รายการในแผน** (ครบ/ไม่ครบ)	ครบ ครบ	ครบ ครบ	ครบ ไม่ตั้งวัสดุ ยานพาหนะ	ครบ ครบ	ครบ ไม่ตั้ง โฆษณา	ครบ ไม่ตั้ง บริโภค/ โฆษณา	ครบ ครบ	ครบ ครบ	ครบ ครบ ไม่ตั้ง โฆษณา บริโภค เครื่องแต่ง กาย	ครบ ไม่ตั้ง บริโภค	ครบ ไม่ตั้ง บริโภค/ เครื่องแต่ง กาย
5.มีผลการเปรียบเทียบกับHGR กลุ่มหน่วยบริการรายหมวด -รายการรายได้หมวดใดที่ต่ำMean-1sd (มี/ไม่มีผลเปรียบเทียบ) -รายการรายจ่ายหมวดใดที่เกินMean+1sd (มี/ไม่มีผลเปรียบเทียบ)	มี รายได้ เสมอกับ HGR รายจ่าย ต่ำกว่า HGR 1.05 เท่า	มี รายได้เกิน HGR 1.5 เท่า รายจ่ายต่ำ กว่า HGR 1.19 เท่า	มี รายได้เกิน HGR 1.26 เท่า รายจ่ายต่ำ กว่า HGR 1.16 เท่า	มี รายได้เกิน HGR 1.52 เท่า รายจ่ายต่ำ กว่า HGR 1.14 เท่า	มี รายได้เกิน HGR 1.29 เท่า รายจ่ายต่ำ กว่า HGR 1.23 เท่า	มี รายได้เกิน HGR 4.5 เท่า รายจ่าย เกิน HGR 2.23 เท่า	มี รายได้เกิน HGR 1.68 เท่า รายจ่าย เกิน HGR 1.06 เท่า	มี รายได้เกิน HGR 1.61 เท่า รายจ่าย เกิน HGR 1.03 เท่า	มี รายได้เกิน HGR 1.56 เท่า รายจ่ายต่ำ กว่า HGR 1.12 เท่า	มี รายได้ต่ำ กว่า HGR 1.07 เท่า รายจ่ายต่ำ กว่า HGR 1.68 เท่า	มี รายได้เกิน HGR 1.40 เท่า รายจ่ายต่ำ กว่า HGR 1.74 เท่า
6.EBIDA ควรบวก (ค่าตัวเลขบวก-ลบ : ล้านบาท)	0.05	10.4	8.4	3.0	21.2	4.9	1.6	1.2	17.8	1.0	9.2

รายการตรวจสอบ	พุทธโสธร	พนมสารคาม	บางปะกง	สนามชัยเขต	บางน้ำเปรี้ยว	บางคล้า	บ้านโพธิ์	แปลงยาว	ท่าตะเกียบ	ราชสาส์น	คลองเขื่อน
7.ลงทุน % ต่อ EBIDA ≤20% /> 20% ต้องมีเหตุผล (ร้อยละของ 20% EBIDA)	ไม่เกิน (0)	ไม่เกิน (96.02%)	ไม่เกิน (99.64%)	ไม่เกิน 0	ไม่เกิน (65.29%)	ไม่เกิน (82.34%)	ไม่เกิน 0	ไม่เกิน (72.39%)	ไม่เกิน (98.10%)	ไม่เกิน 0	ไม่เกิน 0
8.มีการจัดสรรงบกลางไว้ในแผนทางการเงิน Planfin62 (มี ระบุวงเงิน และ % ของแผนรายจ่าย)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9. วิเคราะห์ความเสี่ยงแผน Planfin Analysis (เป็นแบบที่) (ไม่เสี่ยงสูง แบบที่ 8) ให้ปรับแผนเป็นแบบความเสี่ยงต่ำ-ปานกลาง)	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
10.สรุปภาพรวมการทำPlanfin62 (กรณีขาดดุล ต้องมีเหตุผล และมีการควบคุมกำกับ) (เกินดุล สมดุล ขาดดุล : ล้านบาท)	เกินดุล 0.05	เกินดุล 10.4	เกินดุล 8.4	เกินดุล 3.0	เกินดุล 21.2	เกินดุล 4.9	เกินดุล 1.6	เกินดุล 1.2	เกินดุล 17.8	เกินดุล 1.0	เกินดุล 9.2

ภาคผนวก

ส่วนที่ ๑

สรุปข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ ๒

ผลการดำเนินงาน
ตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน
กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ส่วนที่ ๓

ผลงานเด่น

กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ ๖ (จังหวัดฉะเชิงเทรา) รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
วันที่ ๗ – ๙ มกราคม ๒๕๖๒

วัน เวลา	กิจกรรม	รายละเอียด
๗ มกราคม ๒๕๖๒ ๐๘.๓๐ – ๐๙.๐๐ น.	- ประธานคณะตรวจราชการเดินทางถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา	- ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและคณะ
๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.	**ประธาน** ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข/ สาธารณสุขนิเทศก์ **- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา** นำเสนอผลการดำเนินงานตามกรอบประเด็นแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ภาพรวมของจังหวัด ผู้นำเสนอ นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) **- โรงพยาบาลพุทธโสธร** นำเสนอสรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของ รพท.พุทธโสธร และการพัฒนาระบบบริการ ตาม Service Plan ผู้นำเสนอ พญ.ระพีพร อารีย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รพ.พุทธโสธร	**ณ ห้องประชุมศรีสุนทร (ชั้น ๒)** **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา** - ผู้ตรวจราชการและคณะผู้นิเทศงาน - ผู้เข้าร่วมประชุม : นพ.สสจ./ ผอ.รพท./ ผชช.ว./ ผชช.ส./ รอง ผอ.รพท./ หัวหน้ากลุ่มงานของ สสจ. และ รพท./ ผอ.รพช./ สสอ./ ผู้รับผิดชอบงานตรวจราชการฯ - เวลา ๑๐.๐๐ – ๑๐.๑๕ น. รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม (ในห้องประชุมฯ)
๑๒.๐๐ น.	- รับประทานอาหารกลางวัน	**ณ ห้องยุทธดำเนิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ**
๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.	**- ผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ และคณะ** ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม คปสอ. และ รพ.สต. -- ตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชน -- ตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล **- คณะทีมผู้นิเทศงานปฐมภูมิ** -- ตรวจเยี่ยม PCC รพ.สต.ติดดาว และ พชอ.	 **ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสนามชัยเขต** **ณ ห้องประชุม รพ.สต.ลาดกระทิง** **ณ ห้องประชุม รพ.สต.ลาดกระทิง**
	- ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและทีม วิเคราะห์รวบรวมข้อมูล -- ร่วมประชุมกับหน่วยรับการตรวจราชการ เก็บรวบรวมข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา - คณะที่ ๑ ห้องประชุมศรีสุนทร (ชั้น ๒) - คณะที่ ๒ ห้องประชุมพุทธโสธร (ชั้น ๒) - คณะที่ ๓ ห้องประชุมอ่างฤาไน (ชั้น ๑) โรงพยาบาลพุทธโสธร - คณะที่ ๒ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๒ ตึกอำนวยการ	- ผู้ประสานงานประจำคณะฯ -- คณะที่ ๑ คุณพรพรรณ/ คุณนฤมล -- คณะที่ ๒ คุณอัญชลี/ คุณเพ็ญนภา -- คณะที่ ๓ คุณภาคินี/ คุณดาวรุ่ง - ผู้ประสานงาน คุณสราวุฒิ คงสัมฤทธิ์

วัน เวลา	กิจกรรม	รายละเอียด
<u>๘ มกราคม ๒๕๖๒</u> ๐๙.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.	**- ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและทีม** วิเคราะห์รวบรวมข้อมูล (ต่อ) <u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา</u> - คณะที่ ๑ ห้องประชุมศรีสุนทร (ชั้น ๒) - คณะที่ ๒ ห้องประชุมพุทธโสธร (ชั้น ๒) - คณะที่ ๓ ห้องประชุมอ่างฤาไน (ชั้น ๑) <u>โรงพยาบาลพุทธโสธร</u> - คณะที่ ๒ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๒ ตึกอำนวยการ	- ผู้ประสานงานประจำคณะฯ -- คณะที่ ๑ คุณพรพรรณ/ คุณนฤมล -- คณะที่ ๒ คุณอัญชลี/ คุณเพ็ญนภา -- คณะที่ ๓ คุณภาคินี/ คุณดาวรุ่ง - ผู้ประสานงาน คุณสราวุฒิ คงสัมฤทธิ์
๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.	- รับประทานอาหารกลางวัน	**- ห้องยุทธดำเนิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ**
<u>๙ มกราคม ๒๕๖๒</u> ๐๘.๓๐ – ๐๙.๐๐ น.	- สาธารณสุขนิเทศก์เป็นประธานการประชุมหัวหน้าคณะ ๑-๓ ผู้แทนกรม/กองเพื่อเตรียมความพร้อมการนำเสนอสรุปผลการตรวจราชการ	**- ณ ห้องประชุมพุทธโสธร-ย่อย (ชั้น ๘) อาคารสนับสนุนบริการ โรงพยาบาลพุทธโสธร**
๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.	- ผู้ตรวจราชการกระทรวง เป็นประธานการนำเสนอสรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดฉะเชิงเทรา รอบที่ ๑/๒๕๖๒	**ณ ห้องประชุมพุทธโสธร (ชั้น ๘)** **อาคารสนับสนุนบริการ โรงพยาบาลพุทธโสธร** - ผู้ตรวจราชการและคณะผู้นิเทศงาน - ผู้เข้าร่วมประชุม : นพ.สสจ./ ผอ.รพท./ ผชช.ว./ ผชช.ส./ รอง ผอ.รพท./ หัวหน้ากลุ่มงานของ สสจ. และ รพท./ ผอ.รพช./ สสอ./ ผู้รับผิดชอบงานตรวจราชการฯ - เวลา ๑๐.๐๐ – ๑๐.๓๐ น. รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม (ในห้องประชุมฯ)
๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.	- รับประทานอาหารกลางวัน	**ณ ห้อง (ชั้น ๘) อาคารสนับสนุนบริการ**
๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.	- ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, สาธารณสุขนิเทศก์ มอบแนวทาง และข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการในการดำเนินงาน	**ณ ห้องประชุมพุทธโสธร (ชั้น ๘)** **อาคารสนับสนุนบริการ โรงพยาบาลพุทธโสธร**

<u>หมายเหตุ</u> ๑. กำหนดการอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

๒. ผู้ทำหน้าที่ผู้ตรวจราชการฯ/ผู้นิเทศงานอาจมาเก็บข้อมูลในจังหวัดพื้นที่ที่ตรวจราชการก่อนกำหนดการได้ ทั้งนี้ จะประสานกับผู้ประสานงานของจังหวัดพื้นที่ตรวจราชการโดยตรง

๓. ผู้ประสานงานจังหวัดฉะเชิงเทรา

๑) กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.ฉะเชิงเทรา โทร.๐ ๓๘๕๑ ๗๐๘๐
- นายชาตรี นันทพานิช มือถือ ๐๘ ๑๕๒๓ ๐๕๘๙ email-address : chatri744@hotmail.com
- นางพิศมัย เมธีกุล มือถือ ๐๘ ๗๕๐๖ ๗๗๗๖ email-address : m_pismai@yahoo.com/ kunkai24@gmail.com
- นายอาณัติ ประดิษแจ้ง มือถือ ๐๘ ๑๘๓๐ ๐๓๐๔ email-address : nat8123@hotmail.com

๒) โรงพยาบาลพุทธโสธร โทร.๐ ๓๘๕๑ ๑๐๓๓
- นายสราวุฒิ คงสัมฤทธิ์ มือถือ ๐๘ ๑๓๔๖ ๙๓๔๔ email-address : saravut11@yahoo.co.th

รายชื่อคณะตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัดฉะเชิงเทรา รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
วันที่ ๗ – ๙ มกราคม ๒๕๖๒

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	โรงพยาบาล/ สถาบัน/ กอง
๑.	นพ.สุเทพ เพชรมาก	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	สำนักตรวจราชการกระทรวง
๒.	นพ.อภิชาติ รอดสม	สาธารณสุขนิเทศก์	สำนักตรวจราชการกระทรวง
๓.	นางภารณี วสุเสถียร	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	สำนักตรวจราชการกระทรวง
๔.	นพ.คุณากร วงศ์ทิมารัตน์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี	โรงพยาบาลชลบุรี
	กรมการแพทย์		
๕.	นพ.เขตต์ ศรีประทักษ์	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์	กรมการแพทย์
๖.	นางกัญญารัตน์ แก้วน่าน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	คลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก
๗.	น.ส.ชญานิษฐ์ สืบพานิช	พยาบาลวิชาชีพ	ห้องฉุกเฉิน สถาบันโรคทรวงอก
๘.	นางอรวรรณ เหล่าอารีย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
๙.	น.ส.ฉันทนา ลาดนาจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
๑๐.	นางภัทธราภรณ์ สุขประเสริฐ	นักวิชาการสาธารณสุข	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
๑๑.	นส.วรันธร ศรีอุดร	นักวิชาการสาธารณสุข	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
๑๒.	นางระเบียบ โตแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
	กรมอนามัย		
๑๓.	นพ.พนิต โล่เสถียรกิจ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๖	ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี
๑๔.	นางยุพา ชัยเพ็ชร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี
๑๕.	นายสิทธิ์ทัศน์ ผาณิบุศย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี
๑๖.	นางปาณิสรา สิทธินาม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี
๑๗.	นางวริสา คุณากรธำรง	นักโภชนาการชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี
๑๘.	น.ส.ลลิตา สุกแสงปัญญา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี
	กรมควบคุมโรค		
๑๙.	พญ. อุไร วงศ์สวัสดิ์	นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี
๒๐.	พญ.หรรษา รักษาคม	ผู้อำนวยการสคร.๖ ชลบุรี	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี
๒๑.	นางรวิสรา จิรโรจน์วัฒน	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี
๒๒.	นายพูนศักดิ์ ศรีประพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี
๒๓.	น.ส.อภิญญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี
๒๔.	นายณรงค์ศักดิ์ ทองธรรมชาติ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี
	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		
๒๕.	ภญ.ศรัณยพร กิจไชยา	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๖ ชลบุรี
๒๖.	น.ส.ทิพย์รัตย์ โพธิพิทักษ์	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๖ ชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	โรงพยาบาล/ สถาบัน/ กอง
	กรมสุขภาพจิต		
๒๗.	พญ.นพวรรณ ศรีวงค์พาณิช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
๒๘.	นางวรรณวิไล ภู่ตระกูล	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๖	ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๖
๒๙.	พญ.จุฬาพันธุ์ เหมกูล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
๓๐.	นายธนะศักดิ์ โกยทา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๖
	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		
๓๑.	นางกัญญา อินแพง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	กองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร
๓๒.	ภก.ธีรพงศ์ สง่างาม	เภสัชกรปฏิบัติการ	กองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร
	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ		
๓๓.	นายบุญชัย พุทธนิมิตกุล	ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต ๖	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต ๖
๓๔.	นายนัตถะวุฒิ ภิรมย์ไทย	ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี
๓๕.	นายจรุญ ไตรวุฒิ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต ๖
	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา		
๓๖.	ภญ.ณธิป วิมุตติโกศล	เภสัชกร ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓๗.	ภญ.รุ่งตะวัน เดชาศิลปชัยกุล	เภสัชกร ปฏิบัติการ	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
	กองบริหารทรัพยากรบุคคล สป		
	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.		
๓๘.	นายสัมฤทธิ์ สุขทวี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.
	กลุ่มตรวจสอบภายใน สป.		
๓๙.	น.ส.นันทินี สิตะหิรัญ	นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ	กลุ่มตรวจสอบภายใน
	เขตสุขภาพที่ ๖ สป.		
	หัวหน้าทีมคณะ ๒		
๔๐.	นพ.ภูษิต ทรัพย์สมพล	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	รพ.ระยอง
๔๑.	นพ.สมคิด ยืนประโคน	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	รพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
	ทีมเลขาหัวหน้าคณะ ๒ งาน SP		
๔๒.	นายสุวิทย์ ยินดีสุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
๔๓.	นายปิติพัฒน์ ทองเลิศ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	รพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
๔๔.	นางสุดา ลิ้มชื่นใจ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.ระยอง
๔๕.	นางปนัดดา อินทร์พรหม	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	รพ.ระยอง
	PRIMARY CARE		
๔๖.	พญ.นงนิด เจริญงามเสมอ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาดี	โรงพยาบาลนาดี จังหวดปราจีนบุรี
๔๗.	นายสมหมาย ปราณี	สาธารณสุขอำเภอบ้านสร้าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี
๔๘.	นางวัลภา หิรัญรัตนชัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีมหาโพธิ
๔๙.	นางรติกร เลาไพศาลวนิชศิริ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	โรงพยาบาล/ สถาบัน/ กอง
	AMR (KPIกบรส)		
๕๐.	พญ.หัสญา ตันติพงศ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รพ. ชลบุรี
๕๑.	ภญ.ศุลักษณ์ สุนทรส	เภสัชกรชำนาญการ	รพ. ชลบุรี
	หัวหน้าทีม คณะ 3		
๕๒.	นพ.นนท์ จินดาเวช	ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
	การเงินการคลัง		
๕๓.	นพ.ประภาส ผูกดวง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
๕๔.	นพ.ประดิษฐ์ ปฐวีศรีสุธา	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลวังจันทร์ จังหวัดระยอง
๕๕.	นางมนัญญา คงทวี	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
๕๖.	นางสุภารัตน์ ถิ่นหัวเตย	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
๕๗.	นางนัชชา ถิรธนาโรจน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
๕๘.	นางรัชนีรพัฒน์ สงวนพงษ์	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
๕๙.	นางวันเพ็ญ สมใจ	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ
๖๐.	นางณัทชาภา จันทร์แสง	นักวิชาการเงินและบัญชี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
๖๑.	นางจีรวรรณ อนันตะเศรษฐกูล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
	ITA		
๖๒.	น.ส.ธวัลฉัตร ลีลานันทวงศ์	นิติกรชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
	PMQA (กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร)		
๖๓.	นายมนัส ประเทืองจิตร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
	HA		
๖๔.	นพ.ภาณุวัฒน์ โสภณเลิศพงศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมงอบ	โรงพยาบาลแหลมงอบ
๖๕.	นางอันธิกา คะระวานิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลตราด
๖๖.	น.ส.กัณหา โภคสมบัติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลตราด
๖๗.	น.ส.วิจิตรา สิงห์อาภรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลตราด
๖๘.	นายสายชล ชำปฏิ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลตราด
	ทีมเลขานุการคณะตรวจราชการ		
	กองตรวจราชการ		
๖๙.	นางพัฒฑิกรณ์ ทองคำ	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๖	กองตรวจราชการ
๗๐.	นางนุช ชูวา	กองตรวจราชการ	กระทรวงสาธารณสุข
	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖		
๗๑.	นางวาสนา ตรีเนตร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	กลุ่มงานบริหาร สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6
๗๒.	นางสุขสม พรหมสาลี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	งานตรวจราชการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6
๗๓.	นส.วิพารัตน์ ศรีสวัสดิ์	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ	กลุ่มงาน CFO สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6
๗๔.	น.ส.โชติมา มะลิลาวัลย์	นักวิชาการเงินและบัญชี(พ)	กลุ่มงาน CFOสำนักงานเขตสุขภาพที่ 6
๗๕.	นายพันณรงค์ วังคะฮาต	นักวิชาการสาธารณสุข(พ)	กลุ่มงาน CSO สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6
๗๖.	น.ส.วรรณภรณ์ พุฒิพิรุฬห์วงศ์	นักจัดการงานทั่วไป(พ)	กลุ่มงานบริหาร สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6

รายชื่อผู้รับการนิเทศงานตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัดฉะเชิงเทรา รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

รายละเอียด	ชื่อ - ชื่อสกุล	หมายเหตุ
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ	นางสุนันทา ชนะวรรณ์	ประธาน
	นางสาวรุ่งทิวา ประสานทอง	รองประธาน
	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	เลขานุการ (๑)
	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	เลขานุการ (๒)
	หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย	เลขานุการ (๓)
	นางพุทธรักษ์ ภิรมย์ไชย	ผู้ช่วยเลขานุการ (๑)
	นางสาวอัญชลี สังข์เจริญ	ผู้ช่วยเลขานุการ (๒)
	นางญาดา กมลวีระพันธ์กุล	ผู้ช่วยเลขานุการ (๓)
	นายชาตรี นันทพานิช นางสาวอัญชลี สังข์เจริญ นางพุทธรักษ์ ภิรมย์ไชย นางสาวนฤมล พรหมบุญ นางสาวสกุลรัตน์ สมบัติ นางกฤษณา ปั้นศิริ นางญาดา กมลวีระพันธ์กุล นางพรพรรณ เกิดแก้ว	ผู้รับผิดชอบหลัก
	ผู้เกี่ยวข้องกับงานคณะที่ ๑	

รายละเอียด	ชื่อ - ชื่อสกุล	หมายเหตุ
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	นางสาวสมบัติ ชุติมานุกูล	ประธาน
	นายกสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์	รองประธาน (๑)
	นางระพีพร อารีย์	รองประธาน (๒)
	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	เลขานุการ (๑)
	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	เลขานุการ (๒)
	นางอัมพร กมลศิริ	ผู้ช่วยเลขานุการ (๑)
	นางสาวอัญชลี สังข์เจริญ	ผู้ช่วยเลขานุการ (๒)
	นางสาวสมใจ นกดี	ผู้ช่วยเลขานุการ (๓)
	นายสราวุฒิ คงสัมฤทธิ์	ผู้ช่วยเลขานุการ (๔)
	นางวิภาวี สุวรรณธร นางอัมพร กมลศิริ นางสาวพรสวรรค์ อิมามี นายวีระชาติ อมรรัตน์ นางวราภรณ์ มานะเลิศ นางพิชิดา ตัญญูบุตร นางอำภา อินทโชติ นางวันดี ทับทิมทอง นางสาวอัญชลี สังข์เจริญ นายโฆษิต ชุมเกษียร นางสาวรมย์มณี ดวงประภา	ผู้รับผิดชอบหลัก
	ผู้เกี่ยวข้องกับงานคณะที่ ๒	
คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ	นายกสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์	ประธาน
	นายเลิศชาย เลิศวุฒิ	รองประธาน
	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป	เลขานุการ (๑)
	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	เลขานุการ (๒)
	นางนิศาชล สุคนธชาติ	ผู้ช่วยเลขานุการ (๑)
	นางน้ำทิพย์ ธรรมชาติ	ผู้ช่วยเลขานุการ (๒)
	นางสาวพรพิมล แน่นหนา นายเดชชัย สินเจริญ นางสาวนุชนารถ อรณพ ณ อยุธยา นางพิชิดา ตัญญูบุตร นายอาณัติ ประดิษแจ้ง นางชิดชญา ศรีธีระเนตร	ผู้รับผิดชอบหลัก
	ผู้เกี่ยวข้องกับงานคณะที่ ๓	

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรบริหารจัดการระบบสุขภาพต้นแบบ
สถานบริการได้คุณภาพมาตรฐาน
บุคลากรมีสมรรถนะและความสุข
ประชาชนมีสุขภาวะ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

CHACHOENGSAO PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

๓๑ ถนนยุทธดำเนิน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา

จังหวัดฉะเชิงเทรา ๒๔๐๐๐

โทร ๐ ๓๘๕๑ ๑๐๘๙ โทรสาร ๐ ๓๘๕๑ ๒๔๐๐

www.cco.moph.go.th