สรุปผลการตรวจราชการ
รอบ 1/2561

คณะที่ 1 : การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

นำเสนอโดย

นพ.พนิต โล่เสถียรกิจ
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6

พญ.หรรษา รักษาคม
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย

คณะ1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ (12 ตัวชี้วัด)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	**อัตราส่วนการตายมารดา**	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	**20.52**		X
2	**ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย**	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	**95.19**	✓	
3	**ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน**	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 54	**54.40**	✓	
4	**ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)**	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 54	**81.27**	✓	
5	**อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี**	ไม่เกิน 40 ต่อพัน ปชก.หญิง 15-19 ปี	**42.52**		X
6	**ร้อยละของตำบลที่มีระบบ การส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว Long Term Care ผ่านเกณฑ์ (ตำบลเข้าร่วม)**	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	**52.00**	✓	

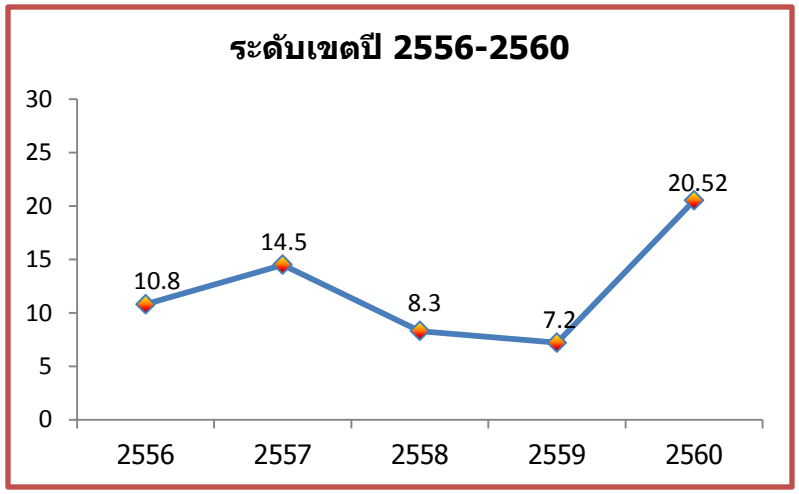
คณะ1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

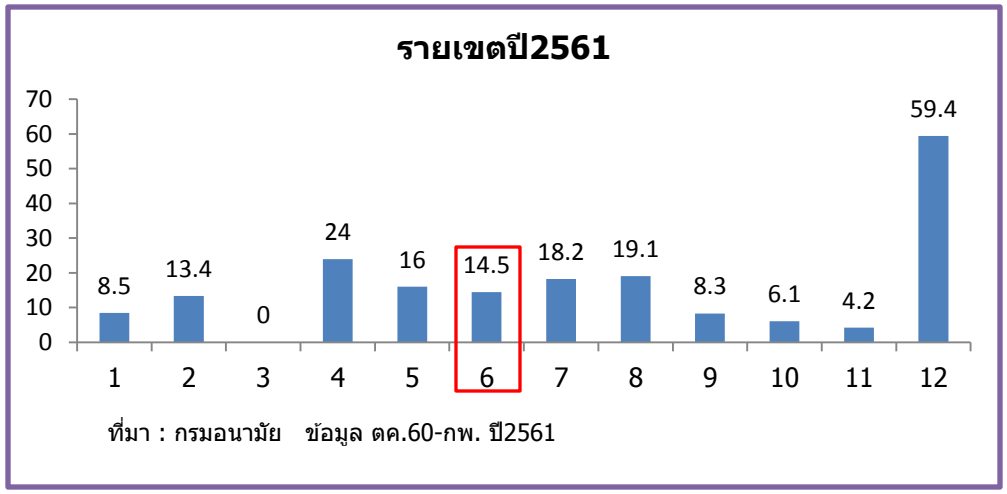
ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
7	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50	อยู่ระหว่างดำเนินงาน		X
8	ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85	29.29		X
9	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	ไม่เกิน 5.2 ต่อแสนประชากรเด็ก	2.7	✓	
10	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	ไม่เกิน 24.46 ต่อแสนประชากร	29.29		X
11	11.1อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 11.2อัตรากลุ่มสงสัยความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้รับการวัดความดันที่บ้าน	< 2.4 ต่อแสน ปชก. > ร้อยละ 10	1.27 13.44	✓ ✓	
12	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	พื้นฐาน 100 ดีมาก >20	97.47 13.92		X

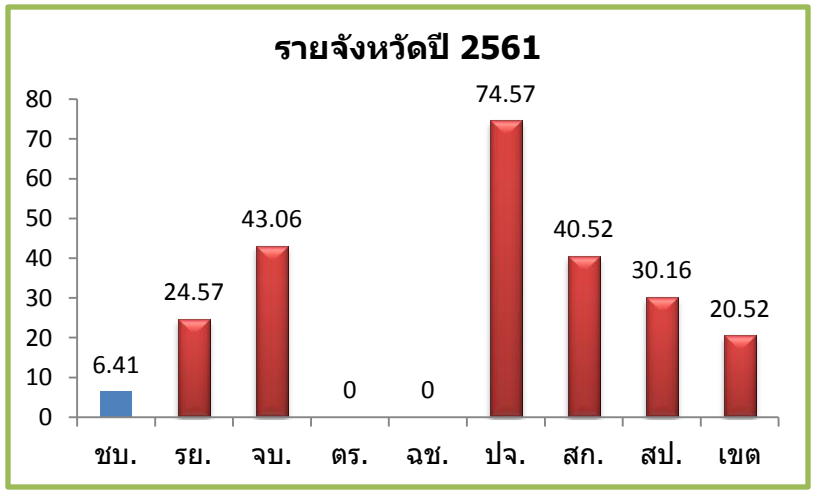
12 ตัวชี้วัด

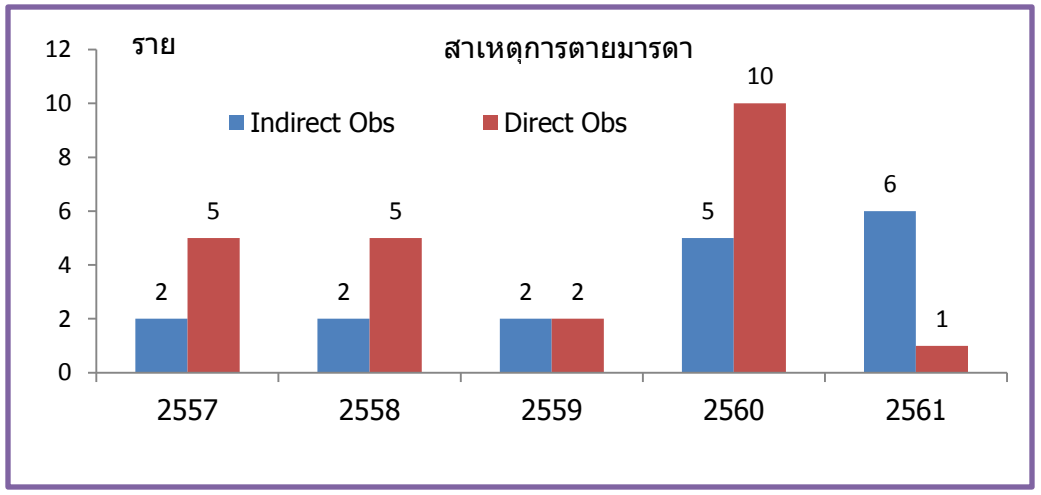
ผ่านเกณฑ์ 6 ตัว	50.0%
ไม่ผ่านเกณฑ์ 6 ตัว	50.0%

อัตราส่วนการตายมารดา
ไม่เกิน 20:100,000เกิดมีชีพ









ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ปัญหา

- การดำเนินงานตามแนวทางอย่างจริงจัง ตามนโยบาย MCH Board
- การตรวจหา high risk กับการประสานงานร่วมกับอายุรแพทย์
- ความรวดเร็วและทันเวลา เพื่อลด 3D
- ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

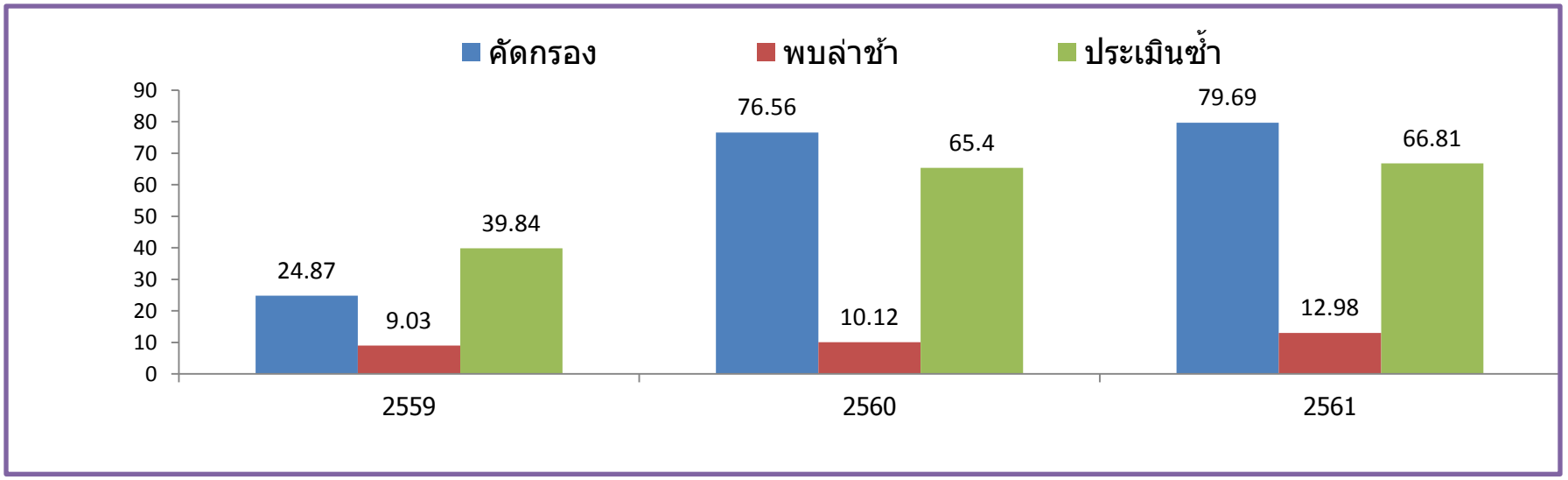
ข้อเสนอแนะ

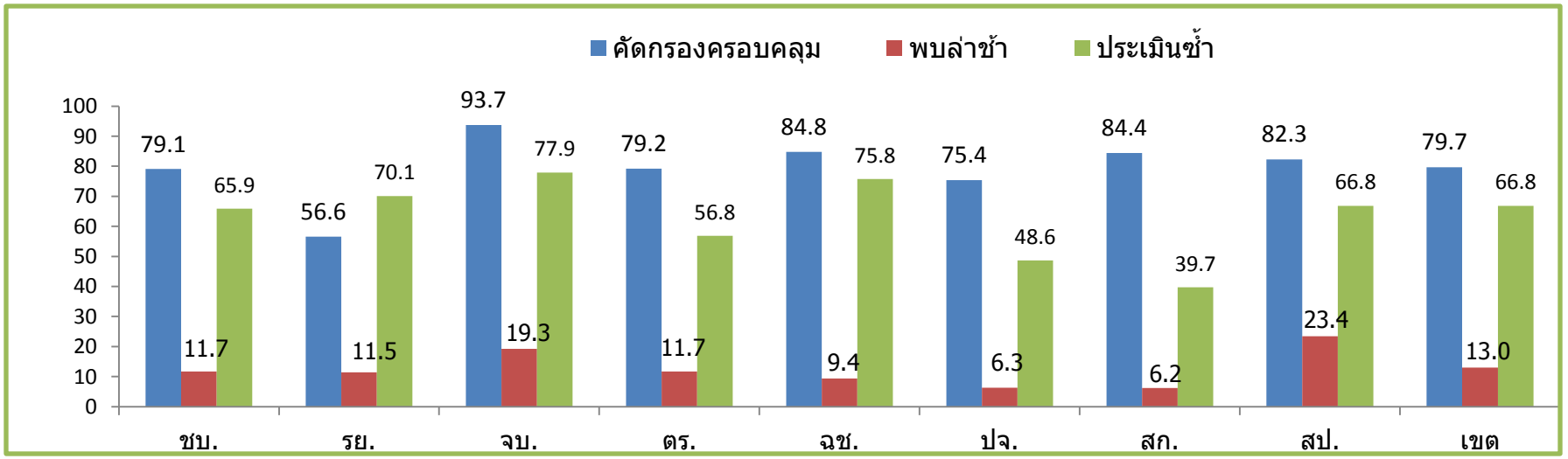
- ถ่ายทอดนโยบายและขับเคลื่อนงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง/ติดตามประเมินผล
- ร่วมแก้ปัญหาระบบรายงานข้อมูล/สรุปผู้บริหาร
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร ANC & LR
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

นวัตกรรม/Best Practice

ระยอง	- “Benefits with นมแม่ ชุมชนให้สวัสดิการ” ต.พลงตาเอี่ยม อ.วังจันทร์ จ.ระยอง ใช้มาตรการทางสังคมเพื่อส่งเสริม Early and Complete ANC / นมแม่ / เฝ้าระวังแม่ตาย / พัฒนาการ
จันทบุรี	- การใช้วงล้อประเมินน้ำหนักแม่ตั้งครรภ์เพื่อลด LBW ที่ อ.มะขาม จ.จันทบุรี
สระแก้ว	- LR SK Strong การอบรมพยาบาลห้องคลอดทุกแห่ง และมีระบบติดตามและให้คำปรึกษา
	- การแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ รพ.วังน้ำเย็น จ.สระแก้ว

ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80





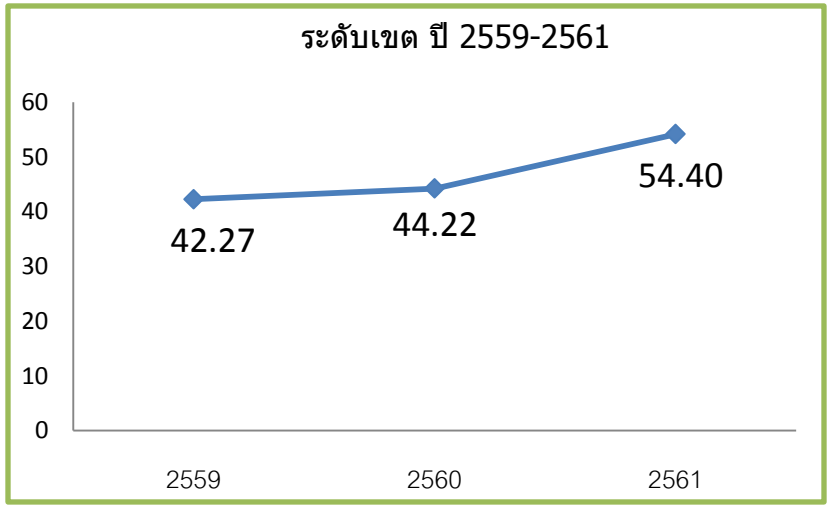
ปัญหา

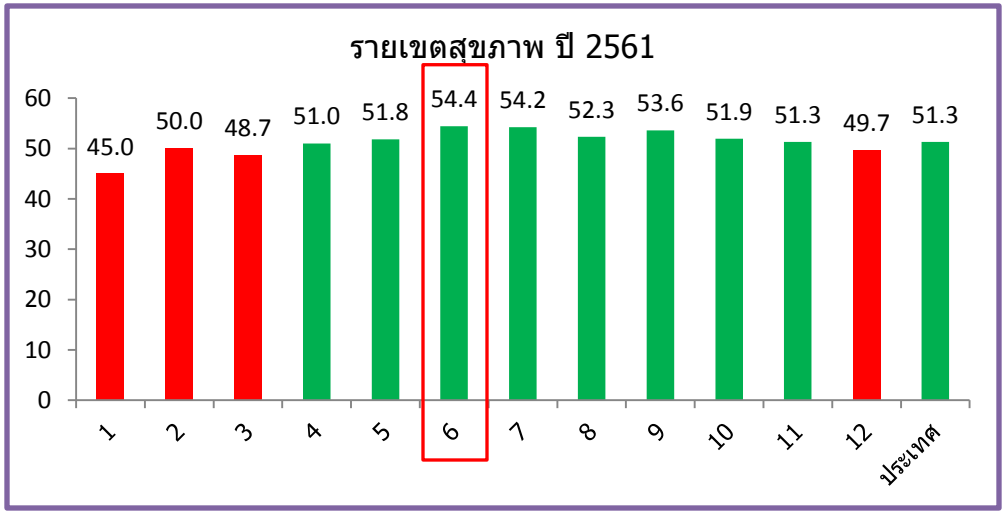
- ประชากรเคลื่อนย้ายส่งผลต่อการติดตามเด็กประเมินซ้ำ
- การคัดกรองในบางจังหวัดยังพบพัฒนาการล่าช้าน้อย
- การดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ลดน้อยลง
- การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และ Porgesterone ยังไม่ครอบคลุม

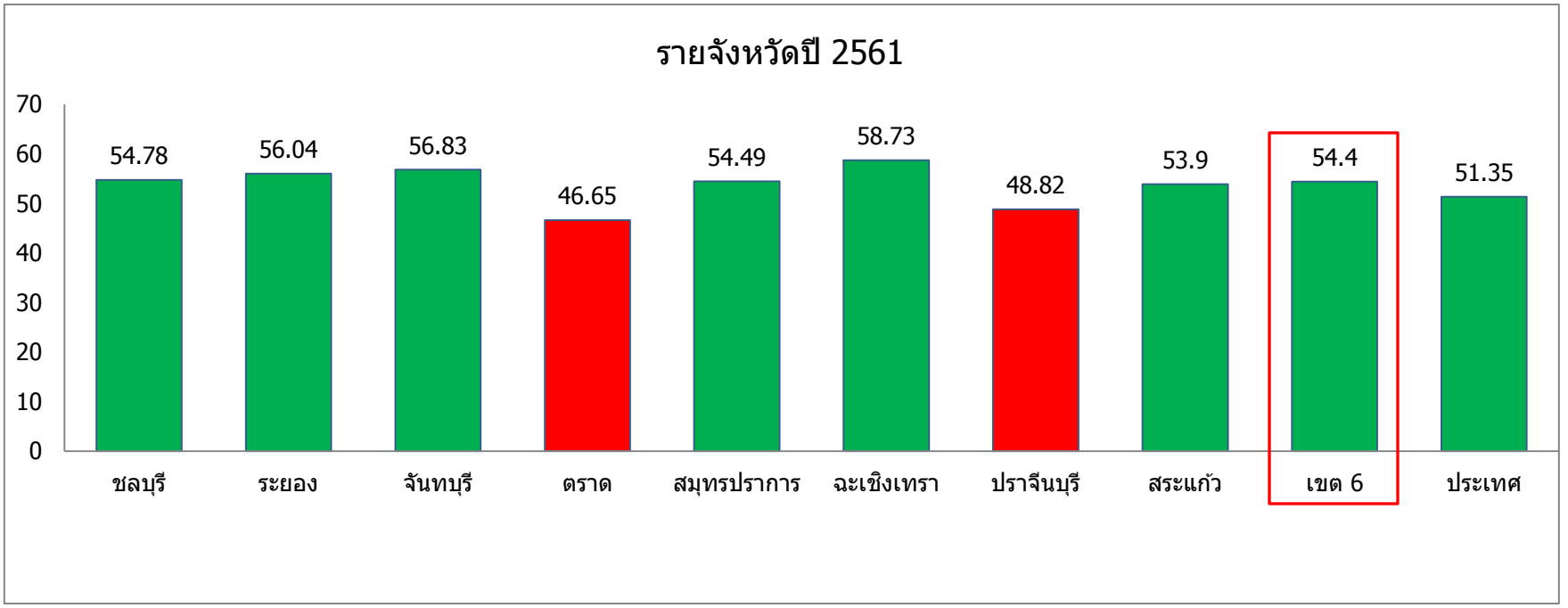
ข้อเสนอแนะ

- Intensive monitoring
- ดำเนินงานรร.พ่อแม่ให้ครอบคลุมทุกรพ.
- มาตรการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1000 วัน
- สนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและ Porgesterone ให้ครอบคลุม

ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 51







ปัญหา

- การดำเนินงานรร.พ่อแม่ลดน้อยลง
- พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของพ่อ แม่

ข้อเสนอแนะ

- ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1000 แรกของชีวิตให้ครอบคลุมมากขึ้น
- ดำเนินงานรร.พ่อแม่ให้ครอบคลุม
- ผลักดันศพด.พัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
- การตรวจทานข้อมูลที่ผิดปกติ

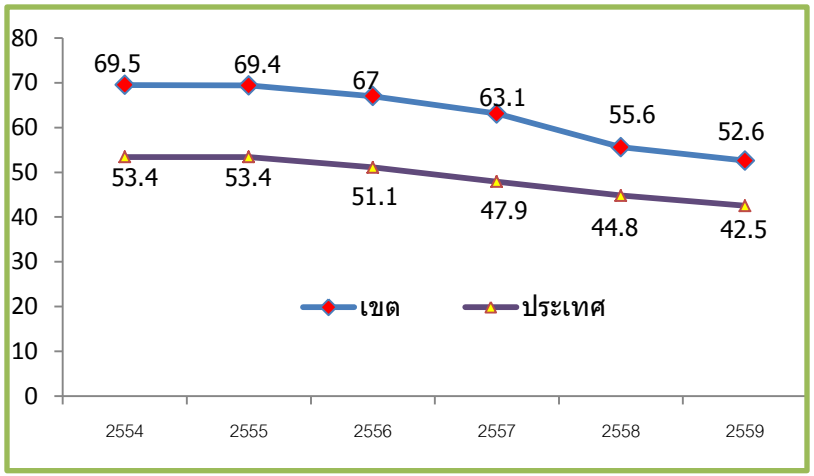
นวัตกรรม/Best Practice

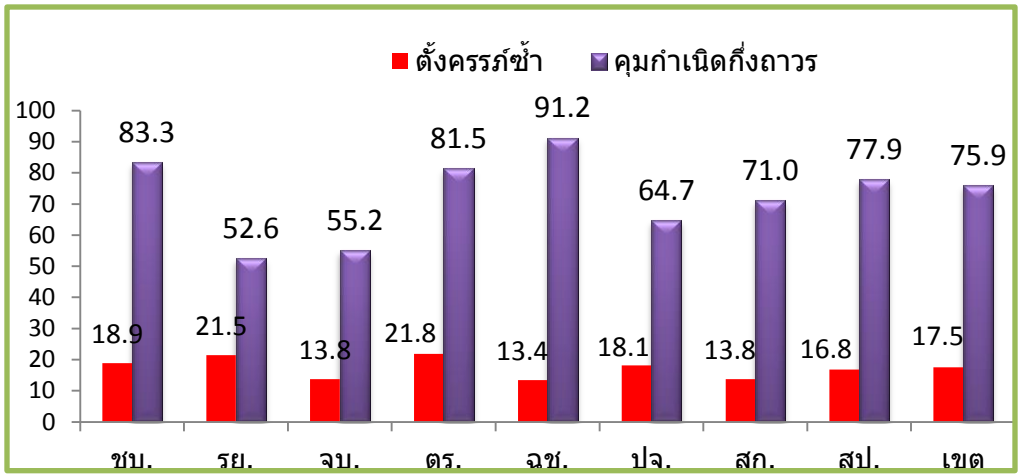
สมุทรปราการ	- รพ.สต.บางด้วน อำเภอเมือง : 3 เรื่อง 1)ระบบติดตามเด็กโดยใช้ระบบ Line notify 2)การประเมินพัฒนาเด็ก อายุ 9,โดยพ่อแม่ และอสม.โดย line & google form) 3) นวัตกรรมของเล่นส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน โดยอสม.
	- รพ.สต. เมืองใหม่บางพลี อ.บางเสาธงมีการประยุกต์แพทย์แผนไทยกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก(ศาสตร์มณีเวชและการนวดส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อายุ 2,4,6 เดือน)
สระแก้ว	- โครงการชวนลูกเล่นตามรอยพระยุคลบาทในศูนย์เด็กเล็กและโครงการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพิเศษแบบบูรณาการ รพ.วังน้ำเย็น

นวัตกรรม/Best Practice

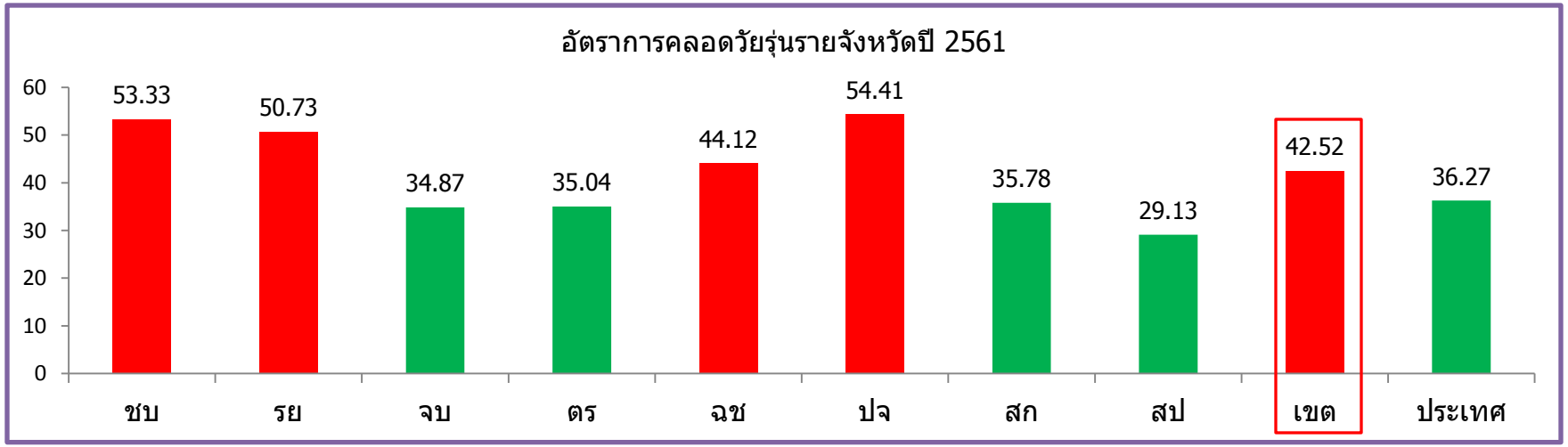
ปราจีนบุรี	- สนามเด็กเล่นสร้างปัญญาบ้านเสี้ยว ต.นาดี อ.นาดี - สนามเด็กเล่นสร้างปัญญาลานผาหมอก ต.บุพราหมณ์ อ.นาดี - สนามเด็กเล่นรพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จ.ปราจีนบุรี
	จัดกิจกรรมค่ายเยาวชน “Let’s grow เติบโตโชว์ศักยภาพ”
ระยอง	- “Benefits with นมแม่ ชุมชนให้สวัสดิการ” ต.พลงตาเอี่ยม อ.วังจันทร์ จ.ระยอง
สระแก้ว	- การบริหารจัดการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้ครอบคลุมโดยใช้ระบบครูผู้นำเครือข่ายศูนย์เด็กเล็ก
สมุทรปราการ	- สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติคลองบางปิ้ง เป็นต้นแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี
ไม่เกิน 40:พันปชก.หญิง 15-19 ปี





ที่มา : - ปี 2546-2559 สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ณ วันที่ 26 ธันวาคม 2560



ที่มา : HDC ณ 31 มีนาคม 2561

ปัญหา

- แนวโน้มการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีสูงขึ้น
- ตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุน้อย
- การคุมกำเนิดกึ่งถาวรยังต่ำกว่าเป้าหมาย

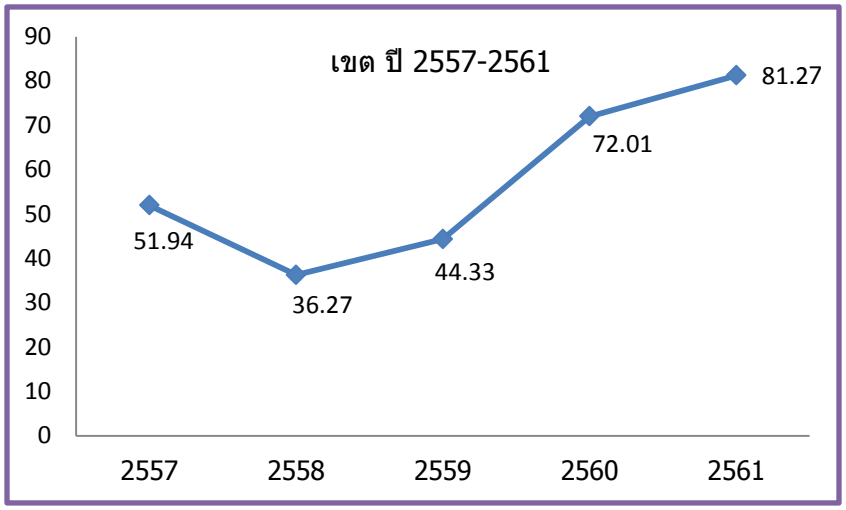
ข้อเสนอแนะ

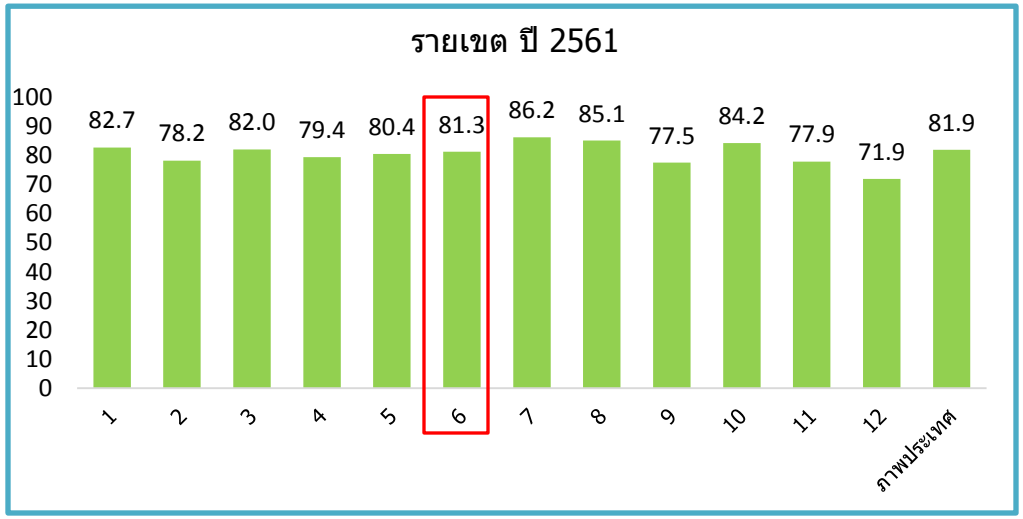
- ผลักดันพรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- เน้นการให้คำปรึกษาการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในวัยรุ่น
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะการให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร

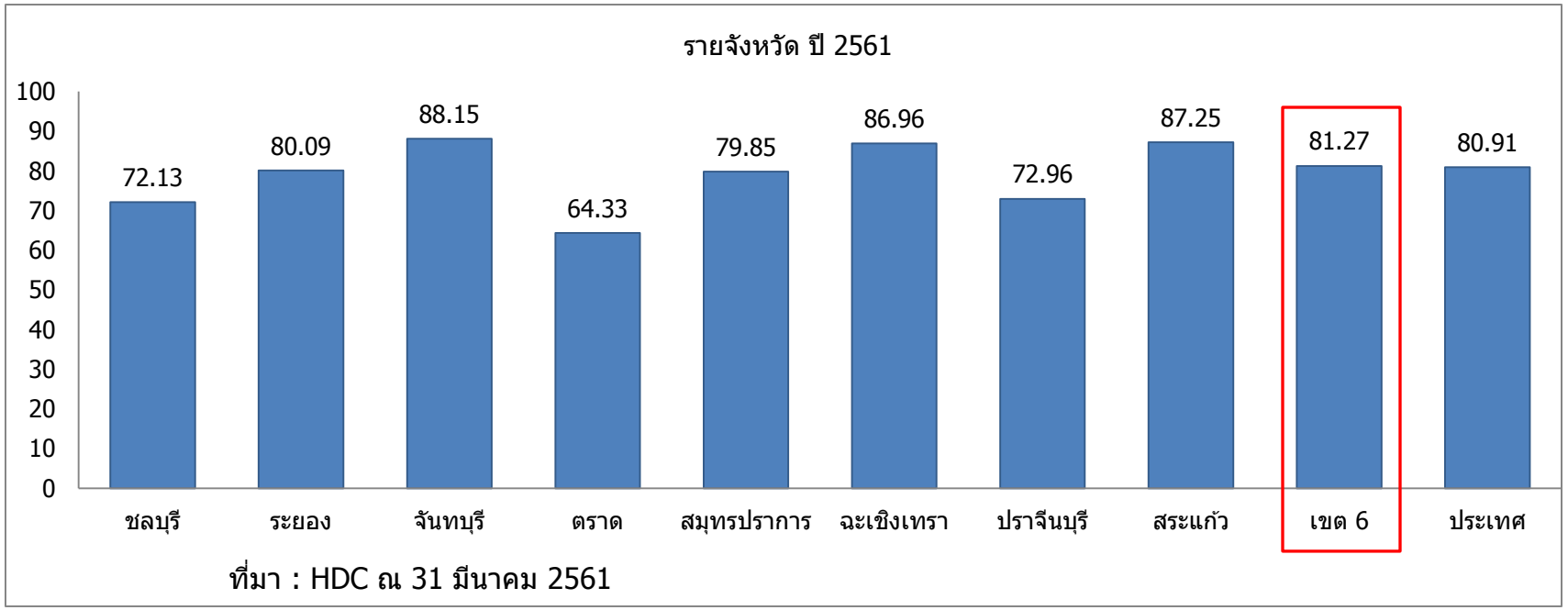
นวัตกรรม/Best Practice

ระยอง	- นิทรรศการมีชีวิตสำหรับทางเลือกของวัยรุ่น อ.บ้านฉาง
ตราด	- "ห้องแห่งความลับ" เพื่อให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการตั้งครรภ์แก่วัยรุ่น ที่ รพ.เขาสมิง
ปราจีนบุรี	- การเสริมสร้างกลไกพัฒนาชุมชนต้นแบบด้านการพัฒนาเด็กและเยาวชนต้นกล้าทำดี/ลูกกตัญญูแทนคุณพ่อแม่ในพื้นที่

ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 54







ปัญหา

- ขาดทันตบุคลากร
- งบประมาณซื้อวัสดุในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันเชิงรุกในชุมชนและพื้นที่

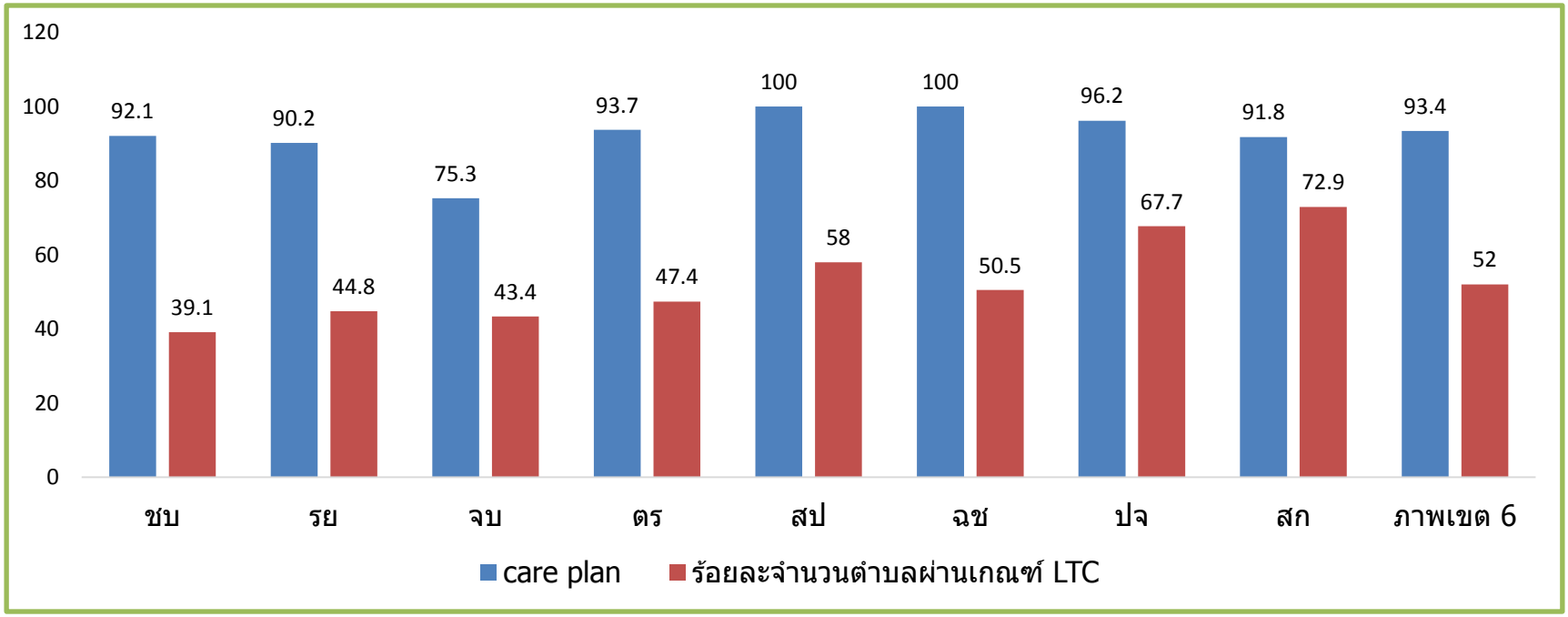
ข้อเสนอแนะ

- จัดสรรนักเรียนทุนในพื้นที่ขาดแคลน
- บริหารจัดการระบบส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

นวัตกรรม/Best Practice

การอุดฟันด้วย Smart technique	- จังหวัดสระแก้ว สมุทรปราการ ตราด จันทบุรี ฉะเชิงเทราและปราจีนบุรี
โรงเรียนเด็กไทยฟันดีต้นแบบ	- จังหวัดสระแก้ว ฉะเชิงเทรา และจันทบุรี ดำเนินการพัฒนาอสม.เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพช่องปากและจัดประกวดในปี 2561
บริการทันตกรรมป้องกันและต้นแบบในรร.และศพด.	- การจัดบริการทันตกรรมเพิ่มทวีในโรงเรียนประถมศึกษาของเครือข่ายรพ.เฉลิมพระเกียรติ(มาบตะพุด) จ. ระยอง เครือข่ายรพ.บางน้ำเปรี้ยว และเครือข่ายรพ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา - กิจกรรมเด็กเล็กฟันดีวิถี self-care ในอ.แปลงยาวและบางน้ำเปรี้ยว

ร้อยละของตำบล LTC (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50) ร้อยละ Care plan



ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ปัญหา

- ชมรมผู้สูงอายุไม่เข้มแข็ง
- อปท.ไม่พร้อมจึงไม่สมัครเข้าร่วมโครงการฯ
- การเบิกจ่ายงบประมาณ

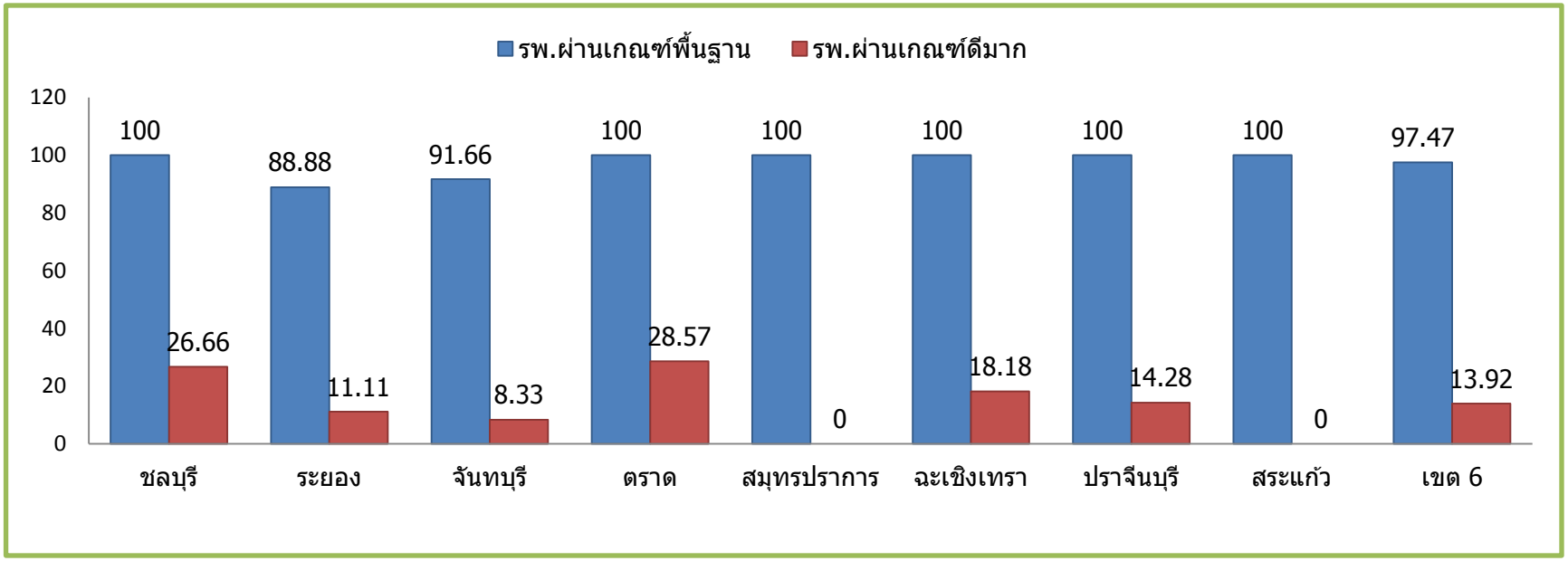
ข้อเสนอแนะ

- ชักจูงให้อปท.เข้าร่วมโครงการฯ
- ให้ความรู้เรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณ
- สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมต่อเนื่อง

นวัตกรรม/Best Practice

ตำบลที่มีระบบ LTCที่เป็นแบบอย่างที่ดี	- ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต.วังจันทร์ อ.วังจันทร์ เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่เข้มแข็ง โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	- การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลวังใหม่ ด้วยแนวคิดโรงเรียนผู้สูงอายุ (WANG MAI ELDERLY SCHOOL)" อ.นายายอาม จ.จันทบุรี
	- โรงเรียนสร้างสุขผู้สูงอายุ อ.บ้านค่าย จ.ระยอง จัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุให้แก่ผู้สูงอายุ
	- ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาวงกต อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี จัดกิจกรรม "ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย" อย่างต่อเนื่อง

ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospita ผ่านระดับพื้นฐานร้อยละ 100 ระดับดีมากร้อยละ 20



ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ปัญหา

- โครงสร้าง (พัฒนาส้วม HAS ใน IPD)
- การส่งเสริมให้เกิดนวตกรรม GREEN
- การขับเคลื่อนสู่ชุมชน
- ทุกจังหวัดต้องผ่านเกณฑ์อย่างน้อยดีมาก 1 แห่ง

ข้อเสนอแนะ

- ขยายเป้าหมายให้โรงพยาบาลทุกแห่งต่อยอดพัฒนาให้เกิดนวัตกรรม
- รพ.เป็นพี่เลี้ยงรพ.สต.เพื่อพัฒนาเป็น GREEN & CLEAN Hospital

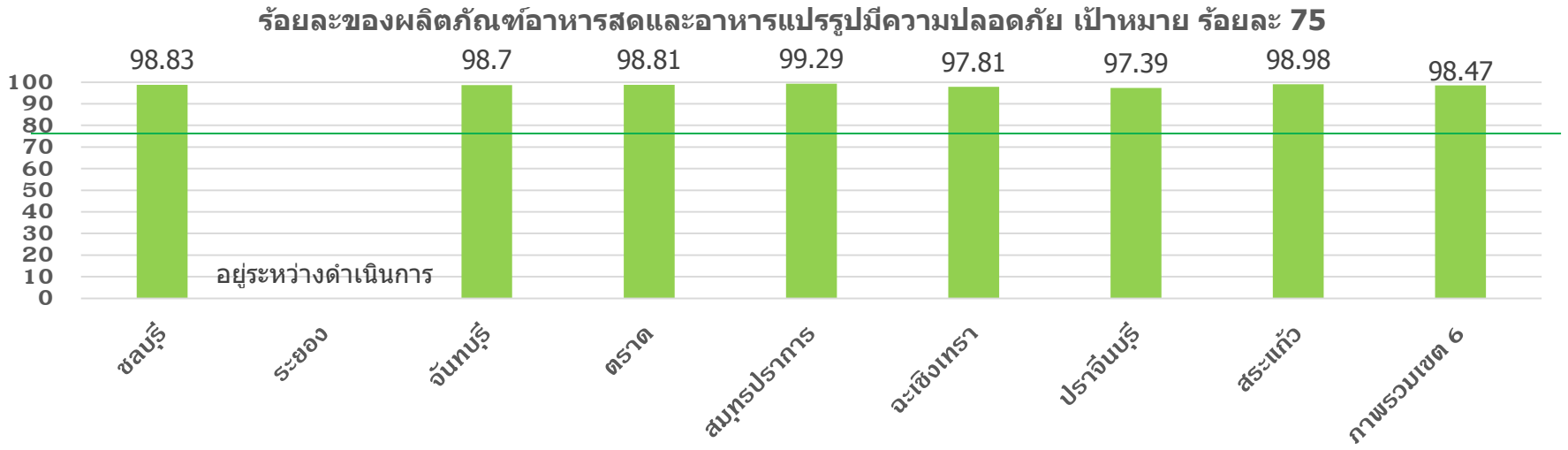
นวัตกรรม/Best Practice

ชลบุรี	- สนามเด็กเล่นสร้างปัญญาพัฒนาจิต รพ.หนองใหญ่
ตราด	- การปูพื้นห้องส้วมด้วยนวัตกรรมคัลเลอร์แฟ็กซ์เคลือบเรซิ่น (นวัตกรรมการบริการ Service innovation) รพ.ตราด - ท่อระบายอากาศแบบประยุกต์ (Modified AIR) ห้องเอ็กซเรย์ รพ.แหลมงอบ
ระยอง	- สื่อให้ความรู้ คู่ถาดอาหาร รพ.ระยอง
สระแก้ว	- "มูลฝอยทองคำนำทางสุขภาพดี" รพ.วัฒนานคร
จันทบุรี	- รพ.สอยดาวนวัตกรรมกระบวนการการผลิตน้ำปะปาใช้เอง - เกลือมหัศจรรย์, ถุง BD ลดโลกร้อน และ ถุงวิเศษจากเศษที่เหลือ

ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย (ผักผลไม้สด และนมโรงเรียน) เป้าหมาย ร้อยละ 75

ผลการดำเนินงานปี 2561

	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	สมุทรปราการ	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	ภาพรวมเขต 6
จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์	1,024	-	384	168	562	1,281	307	392	4,118
จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน	1,012	-	379	166	558	1,253	299	388	4,055
ร้อยละที่ผ่านมาตรฐาน	98.83	-	98.70	98.81	99.29	97.81	97.39	98.98	98.47



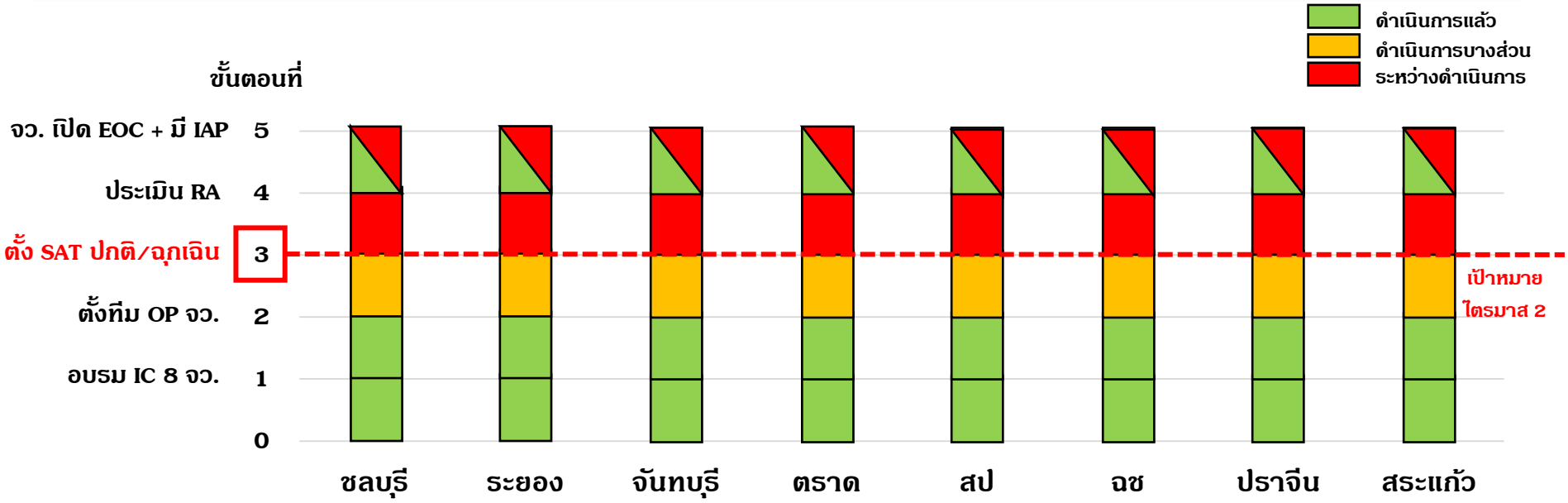
ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

- การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค ผู้ประกอบการ และภาคีเครือข่าย
- นมโรงเรียน การมีแผนในการตรวจสอบในสถานที่ผลิต รวมทั้งที่ทุกจังหวัดมีแผนหรือแนวทาง ให้พื้นที่ประเมินมาตรฐาน การจัดการการเก็บรักษาตามระบบ Cold chain และความปลอดภัยนมโรงเรียนของโรงเรียนทุกแห่งในพื้นที่รับผิดชอบ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเมื่อพบไม่ผ่านมาตรฐานให้แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและให้ความรู้แก่ครูผู้รับผิดชอบ พร้อมตรวจประเมินซ้ำ และรายงานผลการดำเนินงานให้จังหวัดและเขตได้รับทราบสถานการณ์ของปัญหาอย่างต่อเนื่อง
- การประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่าย เช่น เกษตร ปศุสัตว์ ประมง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการ และภาคประชาชน
- การดำเนินการ SAT และ Operation team
- การรายงาน (Report) ผลการดำเนินงานใน dashboard และคบส. ออนไลน์

ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

เป้าหมาย : ร้อยละ 85

ประเด็นมุ่งเน้น : (1) พัฒนา IC ระดับ จว. (2) จว.มีทีม SAT และ OP (3) จว.มีการเฝ้าระวัง ประเมินความเสี่ยง และซ้อมแผนเปิด EOC



KEY SUCCESS FACTORS

ปัจจัยคน → IC จังหวัดรับการอบรม ICS หลักสูตรผู้บริหาร
มี focal point การพัฒนาขับเคลื่อนระบบ EOC

+

ปัจจัยระบบ → มีโครงสร้าง ICS ชัดเจน
มี ICS Function และเปิด EOC อย่างต่อเนื่อง
มีการฝึกซ้อมแผน (Exercise) ทุกปีเป็น PDCA cycle

แกนหลัก		จุดเด่น
ยุทธศาสตร์	ชลบุรี	• ฝึกซ้อมแผน TTX เรื่อง MERS ร่วมกับเครือข่าย รพ.เอกชน
งาน CD	ระยอง	• มี SRRT-C เฉพาะสำหรับกรณีอุบัติภัยจากสารเคมี • มีการฝึกซ้อมแผน Drill RIHR ex'18 ร่วมกับท่าเรือมาบตาพุด ใน 4 โรค คือ MERS, SARs, Ebola, และ Plague
งาน CD	จันทบุรี	• มีการบูรณาการฝึกซ้อมแผน TTX และ Drill ระหว่างประเทศไทย-กัมพูชา เรื่องโรคไข้หวัดนก (H5N1)
งาน CD	ตราด	• มีการจัดทำ DCIR ทั้งงานกลุ่มโรคและงานเชิงระบบ เช่น DCIR ของงาน คบ.
งาน CD	สมุทรปราการ	• มีการขับเคลื่อนคำสั่งให้ CDCU เป็นทีม Operation จังหวัด ผ่านเวทีผู้ว่าราชการ
ยุทธศาสตร์	ฉะเชิงเทรา	• สามารถจัดรายชื่อ SAT ภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน โดยรายชื่อไม่ซ้ำกันได้
งาน NCD	ปราจีนบุรี	• ทีม Operation และ SAT กรณี RTI มีความเชี่ยวชาญสูง
งาน CD	สระแก้ว	• มีการบูรณาการงาน EOC ควบคู่กับ IHR และ One Health

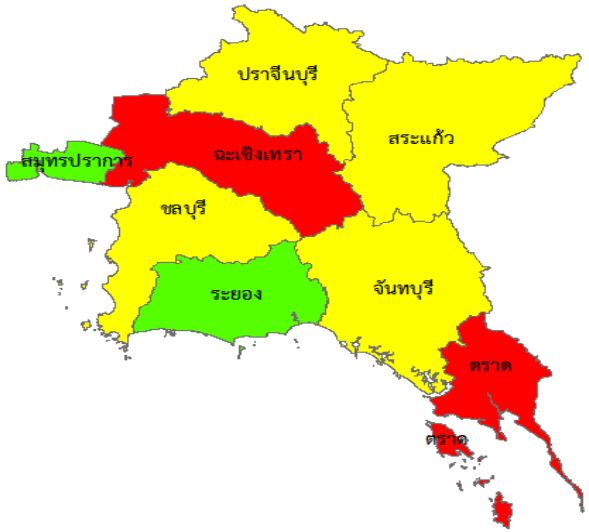
ปัญหา / ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุ เป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย / เพื่อการพัฒนา
ขั้นตอนที่ 3 • **การจัด SAT โดยมีรายชื่อไม่ซ้ำทั้ง ภาวะปกติจังหวัดและ ภาวะฉุกเฉิน** • **การจัดทำ Outbreak Verification List และ Spot Report ไม่สอดคล้องกัน**	**1.การบริหารจัดการบุคลากร** สสอ. และ รพ.สต. ร่วมปฏิบัติงาน SAT 2. **ควรจัดทำ Outbreak Verification List และ Spot Report ให้สอดคล้องกัน** และตรงกับ DCIR ที่ตั้งในระดับจังหวัด
ขั้นตอนที่ 4 • **การประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ (Risk Assessment; RA)** อยู่ระหว่างดำเนินการ	• **ควรทำ RA โดยปรับใช้จากเครื่องมือ Risk matrix ตาม SOP**
ขั้นตอนที่ 5 • **จังหวัดมีการเปิด EOC/ซ้อมแผนแล้ว แต่การจัดทำ IAP อยู่ระหว่างดำเนินการ**	**ควรจัดทำ IAP ดังตัวอย่าง IAP กรมควบคุมโรค**

อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี

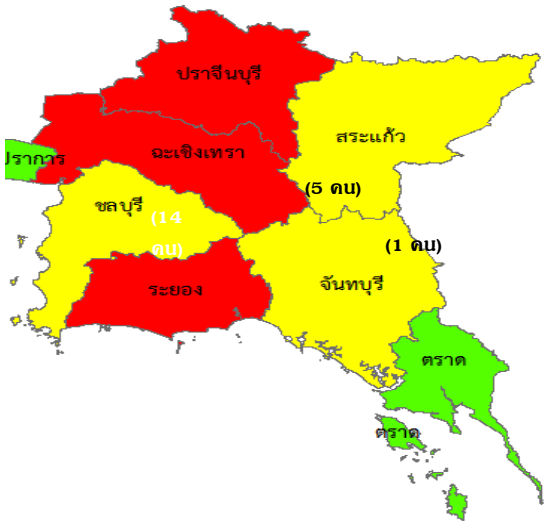
เป้าหมาย เขต 6 < 5.2 ต่อแสน ปชก.

เป้าประเทศ :
< 4.5 ต่อแสน ปชก.

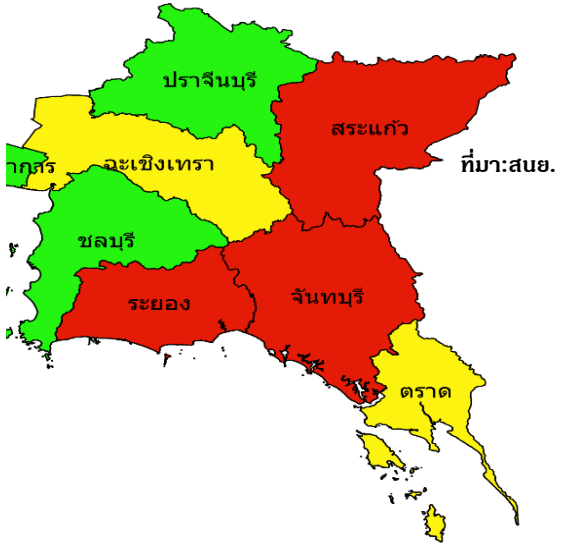
ปี2558 อต.เสียชีวิตฯ 6.4 ต่อปชก.แสนคน
เป้า ☞ [ประเทศ 5.8] [เขต= 7.8]



ปี 2559 อต.เสียชีวิตฯ 7.4 ต่อปชก.แสนคน
เป้า ☞ [ประเทศ 5.6] [เขต= 6.3]



ปี 2560 อต.เสียชีวิตฯ 4.9 ต่อปชก.แสนคน
เป้า ☞ [ประเทศ 6.2] [เขต= 5.1]



สีแดง อัตราการเสียชีวิตมากกว่า 7.5ต่อปชก.แสนคน

สีเหลือง อัตราการเสียชีวิตมากกว่า 5-7.4 ต่อปชก.แสนคน

สีเขียว อัตราการเสียชีวิตน้อยกว่า 5 ต่อปชก.แสนคน

จำนวนเด็กเสียชีวิต ไตรมาส 1 (คน) เทียบค่าเป้าหมาย ปี 61 แยกรายจังหวัด

	จบ.	ฉช.	ชบ.	ตร.	ปจ.	รย.	สป.	สก.	เขต 6
ผลงาน	2	3	1	0	0	4	3	5	18

ข้อมูลจาก สนย. ไตรมาส 1

จำนวนเด็กเสียชีวิต ไตรมาส 2 (คน) เทียบค่าเป้าหมาย ปี 61 แยกรายจังหวัด

	จบ	ฉช.	ชบ.	ตร.	ปจ.	รย.	สป	สก.	เขต 6
เป้าหมาย	4	9	15	0	6	13	3	7	57
ผลงาน	2	3	4	0	8	4	3	6	30
อัตรา	2.2	2.4	1.4	0	9.2	2.8	1.3	5.6	2.7

มาตรการ

1.เฝ้าระวังและการสอบสวน

2.การใช้คอกกั้นเด็ก (playpen)ในครัวเรือนที่มีเด็กต่ำกว่า 2 ปี

3.การสร้างทีมผู้ก่อการดี (ทีมใหม่)

ไตรมาส 1

ไตรมาส 2

ไตรมาส 3

ไตรมาส 4

ร้อยละ 100 ของเด็กที่จมน้ำทุกรายได้รับการสอบสวน

ร้อยละ 25 ของจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่ที่มีการใช้คอกกั้นเด็ก*

จำนวนทีมผู้ก่อการดีในแต่ละจังหวัดตามค่าเป้าหมายที่กำหนด

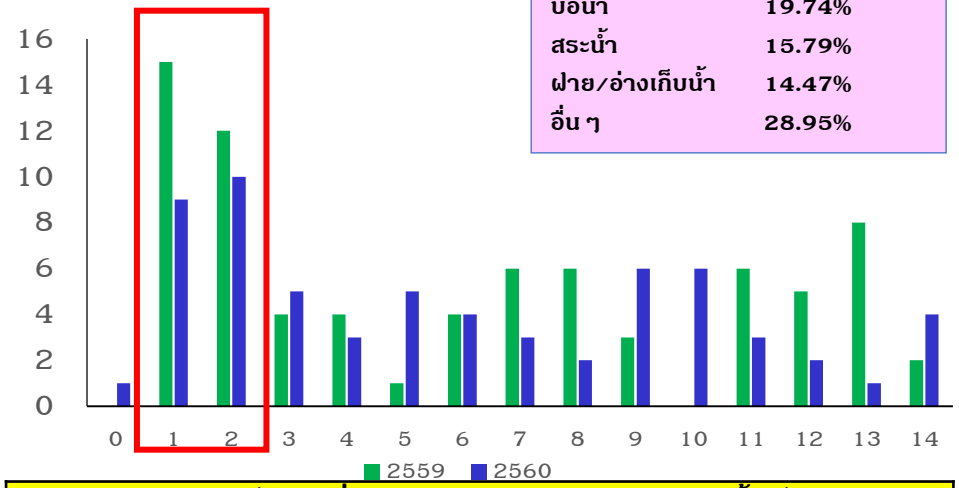
จำนวนการ**เสียชีวิต ลดลง**ตามค่าเป้าหมายที่กำหนด

ร้อยละ 50 ของจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่ที่มีการใช้คอกกั้นเด็ก

จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำแนกตามอายุ ปี พ.ศ. 2559- 2560 เขต 6

แหล่งน้ำเสี่ยง

แม่น้ำ/คลอง/ทะเล	21.05%
บ่อน้ำ	19.74%
สระน้ำ	15.79%
ฝาย/อ่างเก็บน้ำ	14.47%
อื่น ๆ	28.95%



จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีและร้อยละการใช้คอกกั้นเด็ก (รอบที่ 1 ร้อยละ 25)

จังหวัด	เป้าหมาย/ผลงาน (คน)	ร้อยละ
ตราด	4,267/1,750	41.01
ฉะเชิงเทรา	15,003/8,251	54.99
สระแก้ว	12,263/3,197	26.07
ปราจีนบุรี	10,490/รอผล	-
ชลบุรี	34,887/14,301	41.0
จันทบุรี	10,703/1,111	10.38
ระยอง	16,201/4,042	24.94
สมุทรปราการ	25,631/รอผล	-
รวมเขต 6	129,445/32,652	25.18

ข้อค้นพบ /ปัญหา

-มีการสอบสวนการจมน้ำทุกราย แต่ยังไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น แหล่งเสี่ยง

-ปัจจัยเสี่ยง อายุ< 5 ปี -ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก การจัดการแหล่งน้ำภายในและบริเวณบ้าน อายุ > 5 ปี - ตัวเด็ก ไม่มีความรู้ ทักษะ วิธีการช่วยเหลือ

ข้อเสนอแนะ

-เน้นสอบสวนการจมน้ำและครอบคลุมประเด็นทุกราย

-เน้นการสื่อสารความเสี่ยง ให้ตรงกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้ดูแลเด็ก/ผู้ปกครอง ชุมชนและโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง ช่วงเวลาก่อนปิดเทอม

-กำหนดมาตรการร่วมกันในพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

-มาตรการการใช้คอกกั้นเด็ก ต่ำกว่า 2 ปี เน้นการสื่อสาร ใน WBC และชุมชน

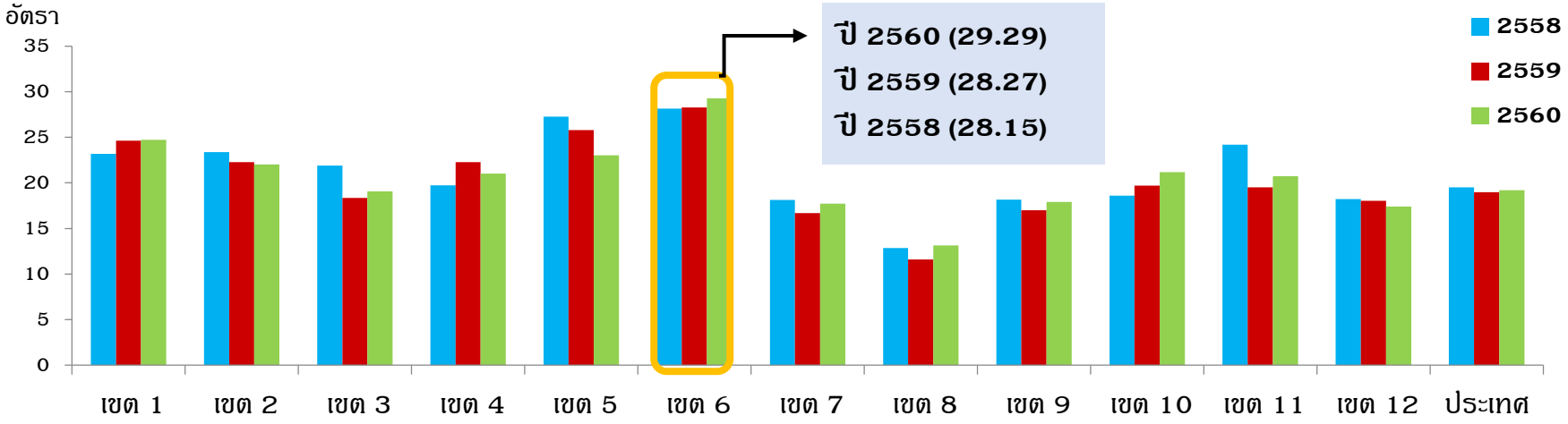
- จ.สระแก้ว อบต.โนนหมากมุ่น อ.โคกสูง รับรางวัลผู้ก่อการดีระดับเงิน ปี 2560 มีความต่อเนื่องในการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล /ระดมทุนทอดผ้าป่าซื้อสระชั่วคราว
- จ.ปราจีน อบต.ท่าตูม อ.ศรีมหาโพธิ รับรางวัลผู้ก่อการดีระดับเงิน ปี 2560 การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน

อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน

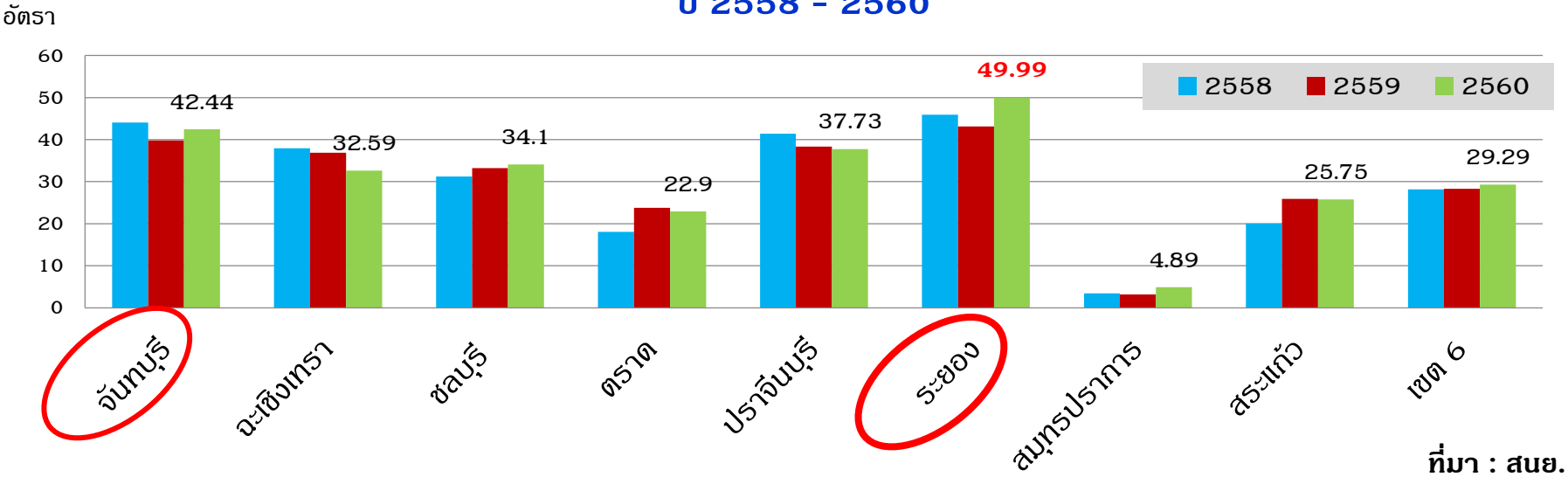
เป้าหมาย :
ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน

เป้าหมายเขตสุขภาพที่ 6 = 24.46 ต่อประชากรแสนคน

อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนรายเขต ปี 2558 - 2560



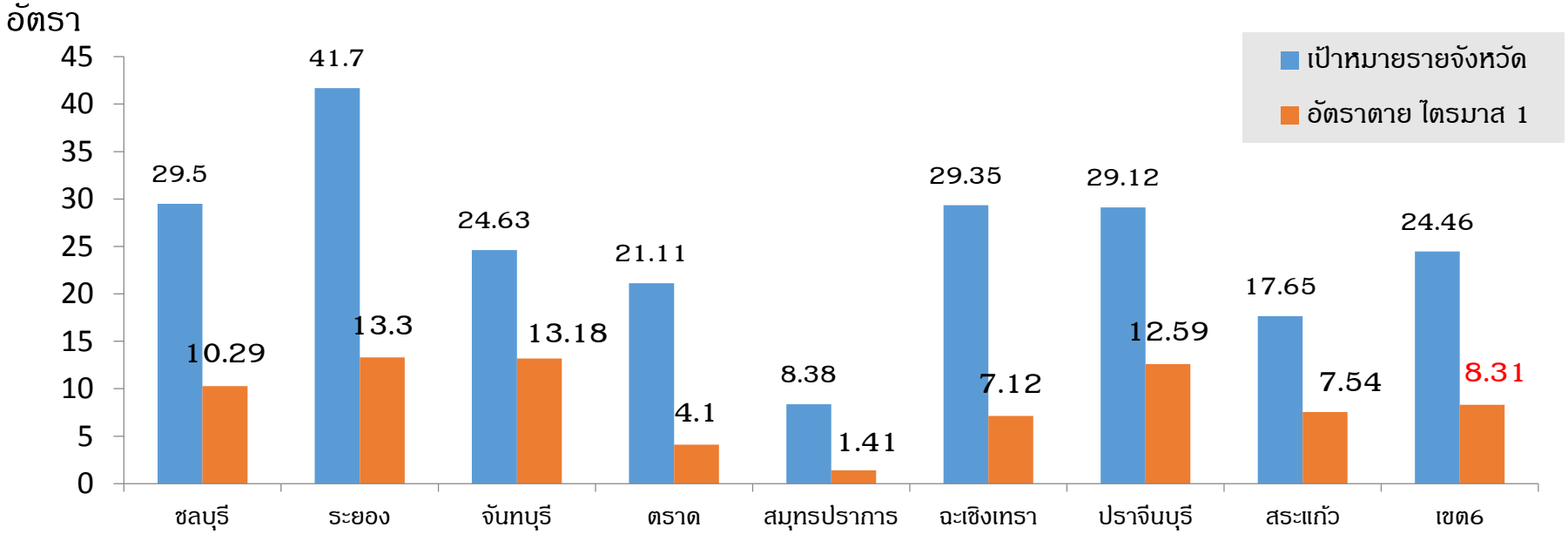
อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2558 - 2560



ที่มา : สนย.

เป้าหมาย เขต 6 อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนรายจังหวัด= 24.46 ต่อประชากรแสนคน

อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนรายจังหวัด ไตรมาส 1



ที่มา : สนย.

เป้าหมายราย ไตรมาส เขต 6

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
เป้า: จำนวนไม่เกิน 359 คน	จำนวนไม่เกิน 754 คน	จำนวนไม่เกิน 1,188 คน	จำนวนไม่เกิน 1,444 คน
เสียชีวิต 492 คน			

มาตรการ

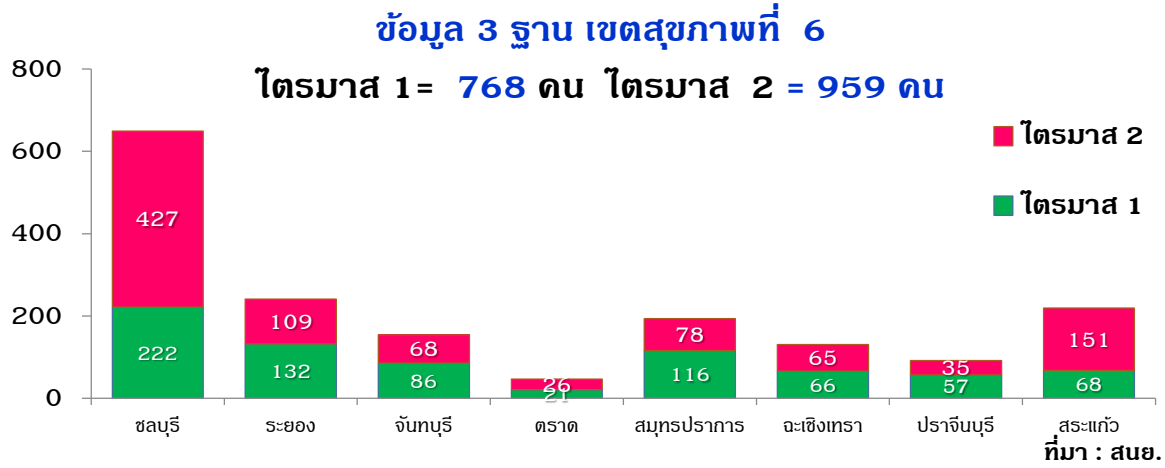
มาตรการบริหารจัดการ

- อำเภอมีการบูรณาการงาน RTI ใน DHB

พื้นที่มีการดำเนินงาน D-RTI ภายใต้ ศปถ. ทุกอำเภอ

มาตรการข้อมูล

- การบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน นำเสนอข้อมูลผ่าน ศปถ.จังหวัด/อำเภอ
- การสอบสวนอุบัติเหตุ



ที่มา : สนย.

มาตรการป้องกัน

- อำเภอที่ดำเนินการ D-RTI อำเภอเสี่ยงสูงสุด 1 อำเภอและอีก 30% ของที่เหลือ

จังหวัด	จำนวนเป้าหมาย	พื้นที่ดำเนินการ		รวม (อำเภอ)
		อำเภอเสี่ยงสูงอันดับ 1*	อำเภอ D-RTI ที่ (จังหวัดเลือก (อำเภอ)	
จันทบุรี	4/10	เมือง	8	9
ฉะเชิงเทรา	4/11	บางปะกง	8	9
ชลบุรี	4/11	ศรีราชา	3	4
ตราด	3/7	เมือง	6	7
ปราจีนบุรี	3/7	กบินทร์บุรี	2	3
ระยอง	4/8	ปลวกแดง	7	8
สมุทรปราการ	3/6	เมือง สป.	2	3
สระแก้ว	4/9	อรัญประเทศ	8	9
เขต 6	21/69	8	44	52

ที่มา : สสจ

ข้อค้นพบ /ปัญหา

-มีการบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน นำเสนอในเวที ศปถ.จังหวัด ทุกเดือน (ชลบุรี /ระยอง)

-บูรณาการเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวง (ระยอง ฉะเชิงเทรา)

- ภาคเอกชนสนับสนุนโครงการ (ปตท.) ตร.ใช้มาตรการ 10 รสขม (ระยอง)

- สนง.พื้นที่เขตการศึกษาเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหา ในกลุ่มวัยเรียน(ตราด)

- มาตรการความปลอดภัยของรถพยาบาล (ฉะเชิงเทรา) ECS (ปราจีนฯ)

- ขับเคลื่อนอำเภอต้นแบบ (จันทบุรี)

ข้อเสนอแนะ

-สสจ. สสอ. รพ. ควรรายงานผลผ่านระบบ QUICK WIN ทุกไตรมาส ICT-PHER

-พท.ควรสอบสวน วิเคราะห์เชิงลึก หาปัจจัยเสี่ยชีวิตให้ถึงระดับอำเภอและตำบล ผลักดันเข้ากลไก ศปถ. อำเภอ/อปท.

-การสื่อสารความเสี่ยงระดับพื้นที่ให้ตรงประเด็น เช่น หมวก เมา MC รวมทั้ง ผลักดันกลไกของ กก. AI จังหวัด

ตราดผลงานด้าน EMS ระดับประเทศ (EMS Award)ดีเด่น 5 ปีซ้อน

ฉะเชิงเทรา D-RTI ผ่านการประเมินระดับทองที่ อ.ท่าตะเกียบ และรางวัลชมเชยที่ อ.บางน้ำเปรี้ยว

ระยอง –ผวจ.กำกับเข้ม สามารถลดปัญหาอุบัติเหตุลงได้ 35% (ม.ค.-มี.ค.61)

อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง DM ≤ 2.4

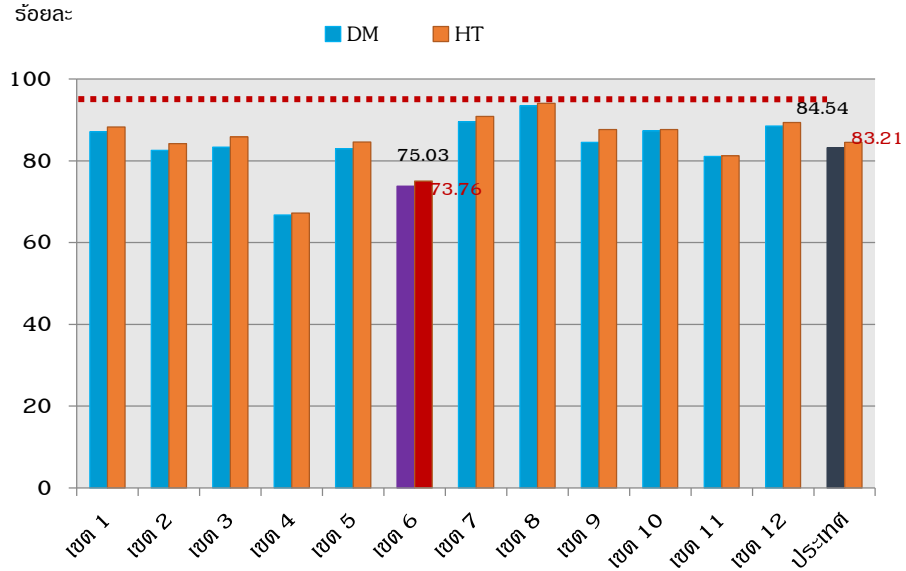
อัตราผู้ป่วย HT รายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วย HT HT≥ 10

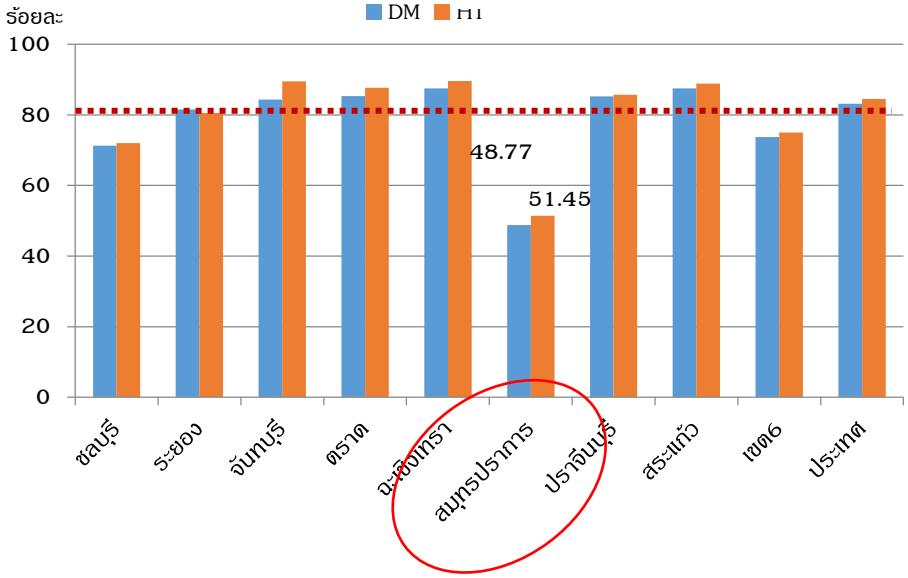
เป้าหมาย :
DM ≤ 2.4, HT≥ 10

มาตรการที่ 1	• มาตรการป้องกันควบคุมในสถานบริการ : การคัดกรอง การประเมินและจัดการโอกาสเสี่ยง
มาตรการที่ 2	• มาตรการป้องกันระดับชุมชน : พัฒนารูปแบบการจัดการโรคและลดปัจจัยเสี่ยง
มาตรการที่ 3	• มาตรการลดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

ร้อยละการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เป้าหมาย
ไตรมาส 2≥ 80%
ไตรมาส 3 ≥ 90%





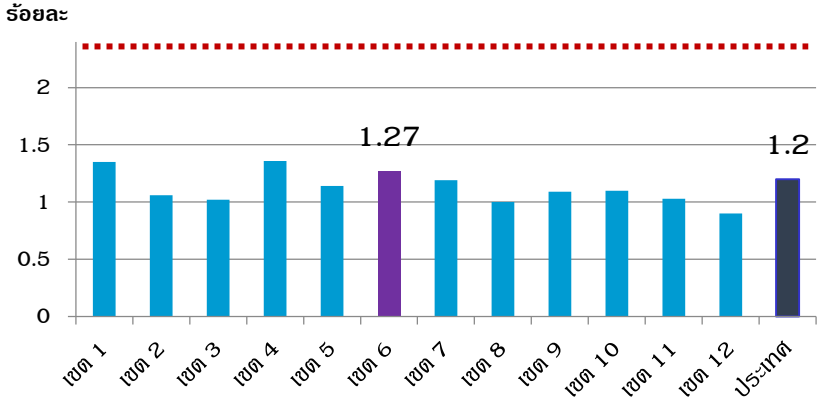
อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง DM ≤ 2.4

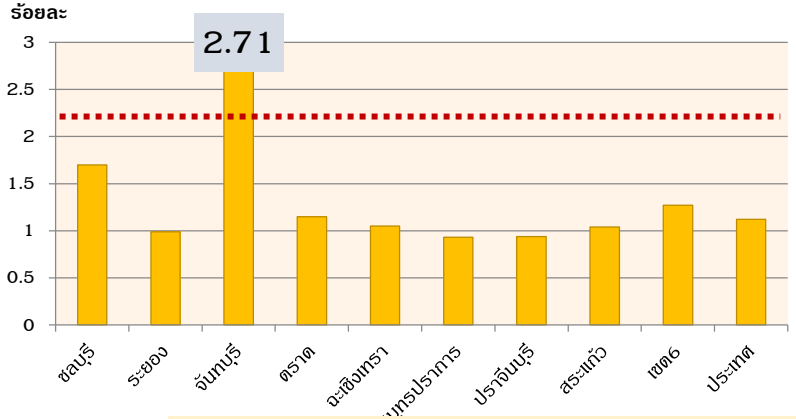
อัตราผู้ป่วย HT รายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วย HT HT≥ 10

เป้าหมาย :
DM ≤ 2.4, HT≥ 10

ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ปี 2561 จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

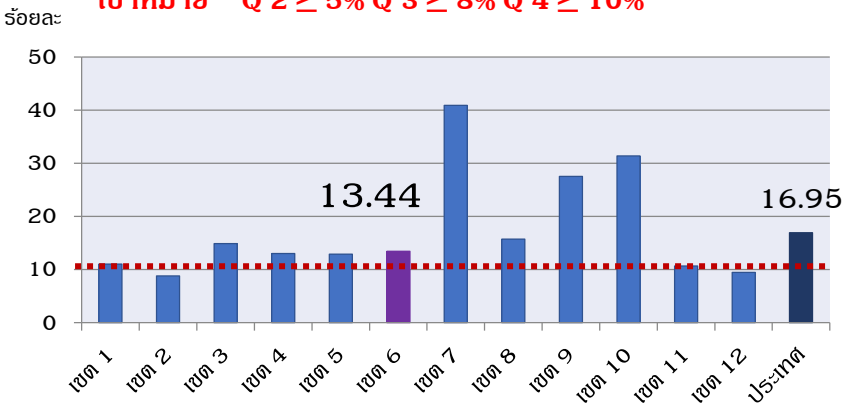
เป้าหมาย ≤ 2.4 %





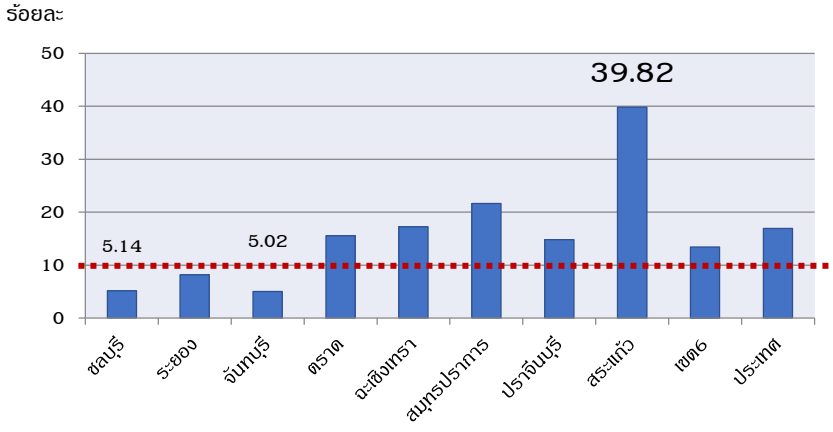
ร้อยละกลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการวัดความดันที่บ้าน

เป้าหมาย Q 2 ≥ 5% Q 3 ≥ 8% Q 4 ≥ 10%



จากการทำ HMBP พบ HTรายใหม่

ประเทศ ร้อยละ 4.71เขต 6 ร้อยละ 5.15



NCD เป็นนโยบายสาธารณะของจังหวัด

มีคณะกรรมการ NCD Board ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน

บูรณาการตำบลจัดการสุขภาพ ปี 2559 มีตำบลที่ผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 93.78

ผลงานเด่น

ชลบุรี	**- ผู้บริหารติดตามและผลักดันให้มีการรายงาน** เกิดกระบวนการวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่ **- อบจ. มีโครงการหมอถึงบ้าน พยาบาลถึงเตียง ให้แต่ละอำเภอมีกระเป๋า เครื่องมือ เครื่องวัดความดันโลหิต และเจาะน้ำตาล ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานกลุ่มสงสัยป่วยวัดความดันโลหิตที่บ้าน**
ระยอง	**-นวตกรรมในพื้นที่** เช่น เข็มขัดการฉีดยาของ ผป.เบาหวาน รพ.ระยองสาขาเนินพระ / เข็มขัดอินซูลิน สำหรับ ผป.เบาหวานรายใหม่ อ.ปลวกแดง/ Alert Card เตือนใจ ป้องกันก่อนเกิดอุบัติเหตุ /ฉลากยาเพื่อผู้ป่วยที่กินยาไม่ถูกต้อง
จันทบุรี	**-ยุทธศาสตร์จังหวัด “สุขภาพดีด้วยวิถีคนจันท์”** ปี 2561-64 มีความต่อเนื่องครอบคลุมทุกหน่วยงาน
ตราด	- **มาตรการลดโรคไตเรื้อรัง TRAT 7 Decrease** CKD TRAT NCD Mode/ - **คลิปเพลง/คลิปออกกำลังกาย บาสโลบ** ฉันอยากลดเค็ม ต่อยอดจากเพลงรณรงค์ ประกอบท่า - เปิดตัว **“ทำบุญ เติมเต็มบุญ ด้วยอาหารสุขภาพ 4 เพิ่ม 5 ลด” ใน กลุ่มพระ**
ฉะเชิงเทรา	- **นโยบายจังหวัด กำหนดโดยผู้บริหารนอก สธ.**เช่น “ผู้ว่า ห่วงใย สมอง-หัวใจ ชาวแปดริ้ว” - การควบคุม DM,HT ด้วย MI ในกลุ่มควบคุมไม่ได้ทั้งจังหวัด/ พื้นที่ต้นแบบการพัฒนาลดปัญหาหลอดเลือดสมอง - ปี 2560ได้**รับรางวัล Best Practices จากสำนัก NCD ประเภท รพ.ระดับ F ด้าน CKD (รพ.ท่าตะเกียบ)**
ปราจีนบุรี	- **พื้นที่ต้นแบบการพัฒนาลดปัญหาหลอดเลือดสมอง อ.นาดี**
สระแก้ว	- อบต.ทับพริก อ.อรัญประเทศ ได้รับ**รางวัลชนะเลิศผลงานนวตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน เขต 6** (บูรณาการการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต ยาเสพติด รวมทั้งจมน้ำ)

ปัญหา	ข้อเสนอแนะ
ข้อมูลบริการบางอำเภอต่ำกว่าเป้าหมายมาก - การคัดกรอง 24.84% -กลุ่มเสี่ยง DM ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ เพียง 50% - การวัด HMBP ยังไม่มีการรายงานข้อมูลในหลายอำเภอ	• ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับอำเภอ / รพ.สต. เร่งรัดให้ร่วมกันแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ อำเภอที่มีการรายงานต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนของการบันทึกข้อมูล
ระบบข้อมูล และการเชื่อมโยงข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC มีข้อมูลบางส่วนที่ไม่เข้าสู่ระบบ ทำให้ผลงานในระบบ HDC ขาดหายไปจำนวนมาก	• ควรวิเคราะห์ปัญหาข้อมูลในระบบ HDC จากระบบ Data exchange/ pop up และติดตาม การแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง
รูปแบบการจัดบริการ /การควบคุมพฤติกรรม การจัดการตนเองยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต	•ควรมีการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อวัยแรงงานในบริบทเขตเมือง สถานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ ร้อยละ 50

ไตรมาส 1

การแต่งตั้งคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ไตรมาส 2

จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทพื้นที่อย่างน้อย 2 ประเด็น

ไตรมาส 3

มีการดำเนินการการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ไตรมาส 4

มีการสรุปผลการดำเนินการทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยกระบวนการชื่นชมและเสริมพลัง ร้อยละ 50

จังหวัด	จำนวนอำเภอ	ดำเนินงาน DHB	มีร่างคำสั่ง พชอ.	มีคำสั่ง พชอ ตามร่างระเบียบฯ.	มีคำสั่ง พชอ.
จันทบุรี	10	3	10	3	ระหว่างดำเนินการ
ฉะเชิงเทรา	11	3	11	3	ระหว่างดำเนินการ
ชลบุรี	11	2	11	2	ระหว่างดำเนินการ
ตราด	7	2	7	2	ระหว่างดำเนินการ
ปราจีนบุรี	7	1	7	1	ระหว่างดำเนินการ
ระยอง	8	2	8	2	ระหว่างดำเนินการ
สมุทรปราการ	6	2	6	2	ระหว่างดำเนินการ
สระแก้ว	9	1	9	1	ระหว่างดำเนินการ
รวม	69	16	69	16	ระหว่างดำเนินการ

- **การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามร่าง ระเบียบฯ ใน อำเภอนำร่อง การดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 16 แห่ง**
- **การดำเนินงานแต่งตั้งคณะกรรมการฯ หลังจาก ระเบียบสำนักนายกฯ ประกาศใช้ ไม่สามารถดำเนินการได้ทัน ในรอบ 6 เดือนของการประเมิน (ระเบียบประกาศ 7 มี.ค. 61)**

ปัญหา / ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุ เป้าหมาย

1. ระเบียบ พชอ. ออกล่าช้ามีผลต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
2. งบประมาณ พชอ. ไม่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
3. กรมมีการสั่งการหัวข้อประเด็น ODOP ให้พื้นที่ ทำให้เป็นข้อกังวลในการเลือกปัญหาคุณภาพชีวิต
4. ฝ่ายเลขาฯ (สสอ.) ต้องการพัฒนาทักษะในการดำเนินงาน พชอ.
5. ข้อกังวล ของ เลขาฯ ในการจัดการจ่ายค่าเบี้ยประชุมฯ ซึ่งไม่มีการกำหนดเฉพาะและงบสนับสนุน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย / ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง / พัฒนา

- ควรสนับสนุนงบประมาณด้านเบี้ยประชุมคณะกรรมการ
- ควรให้ คณะกรรมการ พชอ.เลือกประเด็น ODOP เอง

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา / ปรับปรุงตัวชี้วัด

➢ ควรเป็นตัวชี้วัดตรวจบูรณาการขับเคลื่อนร่วมกันในทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

Innovation

นวัตกรรม/ Best Practice

ระยอง

พชอ.ที่มีภาคอุตสาหกรรมเข้ามาร่วมขับเคลื่อน

พชอ.ที่มีภาคอุตสาหกรรมเข้ามาร่วมขับเคลื่อน (สมาคมเพื่อนชุมชน) แก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากร ปัญหาโรคเรื้อรังในพื้นที่ อำเภอเมือง

ฉะเชิงเทรา

ระบบเฝ้าระวังการจัดการขยะพิษแบบบูรณาการ

ระบบเฝ้าระวังการจัดการขยะพิษแบบบูรณาการที่มีทุกภาคส่วนร่วมมือ อำเภอพนมสารคาม

สมุทรปราการ

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและพัฒนาอาชีพอำเภอบางแก้ว

เป็นองค์กรสาธารณะ จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล

Thank you

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน
กรณีปกติ ระดับกระทรวง
เขตสุขภาพที่ 6 รอบที่ 1/2561

วันที่ 25 - 27 เมษายน 2561 จังหวัดจันทบุรี

คณะที่ ๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

SERVICE PLANS

2.1 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

PA 1. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

2.2 การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ

PA 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

PA 3. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย**วัณโรคปอด**รายใหม่

PA 4. จำนวน**เมืองสมุนไพร**

2.3 การพัฒนาระบบบริการ

: Health Outcome

5. อัตราตายของผู้ป่วยโรค**หลอดเลือดสมอง**
6. อัตราตายจากโรค**หลอดเลือดหัวใจ**
7. อัตราการเสียชีวิตของ**ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน** ภายใน 24 ชั่วโมง ในรพ.ระดับ F2 ขึ้นไป **PA**

: Service Outcome

8. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับ**บริการการแพทย์แผนไทย**และการแพทย์ทางเลือก
9. ร้อยละของผู้ป่วย **CKD** ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr
10. อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอม**บริจาคอวัยวะ**จากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.
11. ร้อยละของผู้ป่วย**ยาเสพติด**ที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง(remission)
12. ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) **PA**
13. ร้อยละการ**ส่งต่อ**ผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง
14. ร้อยละ รพ.F2 ขึ้นไปสามารถให้**ยาละลายลิ่มเลือด** (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้

16 ตัวชี้วัด monitor คณะ 2

ตรวจเฉพาะพื้นที่ที่มีปัญหา

Health Outcome

Mo 1 อัตราตายทารกแรกเกิด
Mo 2 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
Mo 3 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
Mo 4 ลดอัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก (1 เดือน- 5 ปี)
Mo 5 อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด
Mo 6 ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์)

Service Outcome

Mo 7 ร้อยละของรพ.ที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
Mo 8 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
Mo 9 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture
Mo10 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
Mo11 ร้อยละผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
Mo12 ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง
Mo13 ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ60
Mo14 อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35
Mo15 การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในรพ.ที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification
Mo16 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

สาขา
พัฒนาระบบ
การแพทย์ปฐมภูมิ

สถานการณ์

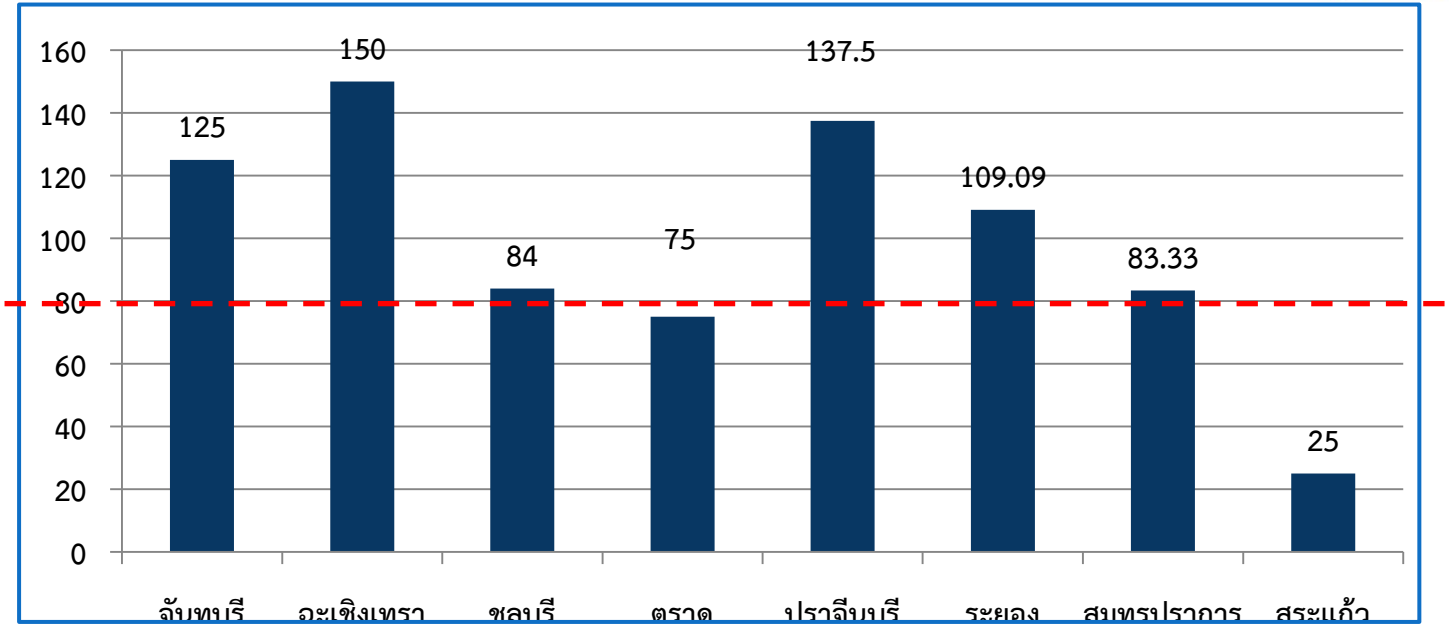
- เขตสุขภาพที่ 6 มีประชากรรวม 5,907,074 คน ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ประชากร 8,000 – 12,000 คน ปี 2560 – 2569 (10 ปี) มีเป้าหมายการจัดตั้งทีมหมอครอบครัว จำนวน 553 ทีม ตามเกณฑ์เป้าหมาย 4 ปี (ปี 2561 – 2564) เขตสุขภาพที่ 6 ตั้งทีมหมอครอบครัวจำนวน 276 ทีม
- ปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 6 มีเป้าหมายการตั้งทีมหมอครอบครัวร้อยละ 36 จำนวน 98 ทีม (สะสม)
- ในปี 2559 – 2560 เขตสุขภาพที่ 6 ได้จัดตั้งทีมหมอครอบครัวรวมทั้งสิ้น 54 ทีม ดังนั้นในปี 2561 จำนวนทีมต้องเพิ่มขึ้น 44 ทีม
- ได้มีการปรับแผนPCCคุณภาพได้ จำนวน 40 ทีม รวมจำนวน PCC เปิดได้ทั้งสิ้น 94 ทีม คิดเป็นร้อยละ 95.9

สถานการณ์

จังหวัด	สถานการณ์ดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ปี 2561				
	เปิดดำเนินการ แห่ง/ทีม สะสม ถึงปี ๖๐	เป้าหมายสะสม ๒๕๖๑ (๓๖%)	แผนเปิด ดำเนินการ ปี ๒๕๖๑	ปรับแผน จำนวนทีม ปี๒๕๖๑	รวมสิ้นปี ๖๑ จำนวนทีม
สมุทรปราการ	๑๔	๒๔	๑๐	๖	๒๐
ฉะเชิงเทรา	๖	๑๐	๔	๙	๑๕
ปราจีนบุรี	๘	๘	๐	๓	๑๑
สระแก้ว	๒	๘	๖	๐	๒
ชลบุรี	๙	๒๕	๑๖	๑๒	๒๑
ระยอง	๕	๑๑	๖	๗	๑๒
จันทบุรี	๘	๘	๐	๒	๑๐
ตราด	๒	๔	๒	๑	๓
รวมทั้งเขต	**๕๔**	**๙๘**	**๔๔**	**๔๐**	**๙๔**

ตัวชี้วัด : ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 95.5



เป้าหมาย ร้อยละ 90

เป้าหมาย	8	10	25	4	8	11	24	8	94
ผลงาน	10	15	21	3	11	12	20	2	98

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหาความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง/พัฒนา
1.ขาดแพทย์ประจำที่จะเรียนต่อด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	- จัดระบบสนับสนุนให้แพทย์สนใจด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ครอบครัวและเข้าอบรมหรือเรียนต่อเฉพาะทางโดยอาจจะให้แพทย์ใช้ทุน 1 ปี ผ่านการฝึกงานปฐมภูมิ - มีระบบสนับสนุนสร้างแรงจูงใจแก่แพทย์ที่จะไปเรียนต่อเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
2.การใช้ระบบ IT ในการทำงานพัฒนาการดำเนินงาน PCC และการติดต่อสื่อสารการเป็นทีมหมอครอบครัว	- พัฒนาระบบ IT ที่เชื่อมต่อจาก รพ. ถึง PCC เป็นข้อมูลชุดเดียวกัน - ใช้ Application ในการติดต่อสื่อสารเช่น Line
3. การพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมต่อจากแม่ข่ายสู่ PCC	- มีการวางระบบที่ชัดเจนและแนวทางการให้บริการที่ไม่ซ้ำซ้อนกันและระบบการส่งต่อที่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนและผู้ให้บริการ - มีการจัดทำทะเบียนทีมหมอครอบครัวที่ให้บริการประชาชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา/ปรับปรุงตัวชี้วัด

- ได้มีการปรับตัวชี้วัดโดยสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โดยเน้นPCCคุณภาพในเขตเมือง และในเขตชนบทที่มีความพร้อม

นวัตกรรม/best practice

1.จันทบุรี PCC จันทนิมิต ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

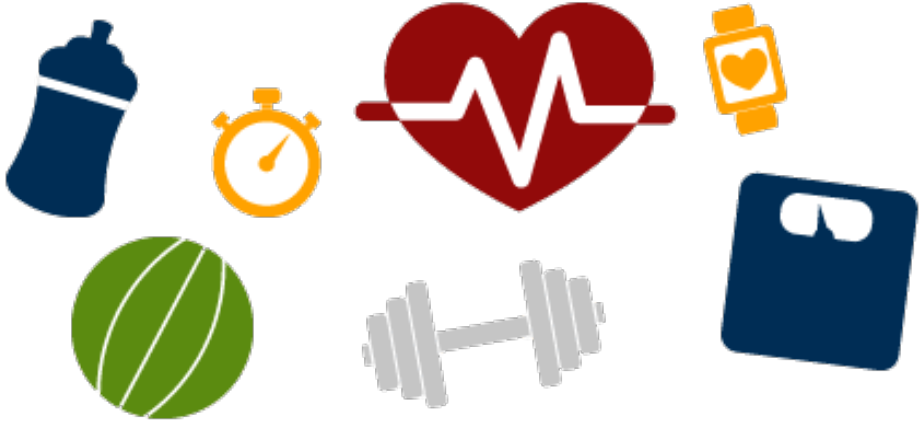
- รูปแบบเครือข่ายการทำงานเชื่อมระบบการดูแลต่อเนื่อง เชื่อมระบบ PCC และชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุ

2. สมุทรปราการ PCC ต้นแบบเขตเมือง PCC (บางแก้ว) พัฒนาการทำงาน PCC ที่เชื่อมโยงจาก รพ.แม่ข่ายสู่ชุมชนและครอบครัว2.ชุดเรียนรู้และเครื่องมือการดูแลผู้ป่วยตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว 4 ชุด ชุดที่ 1 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ชุดที่ 2 ผู้พิการ/ผู้ดูแล ชุดที่ 3 การวางแผนบั้นปลายชีวิต ชุดที่ 4 ไตวาย

3.ฉะเชิงเทรา PCC ต้นแบบ (PCC รพ.สต.เทพราช)พัฒนาการทำงาน PCC มี่เชื่อมโยงจาก รพ.แม่ข่าย สู่ชุมชนและครอบครัวเป็นที่ฝึกงาน FM ของในจังหวัดและในเขต 6

5 สาขาหลัก

สาขา
ศัลยกรรม



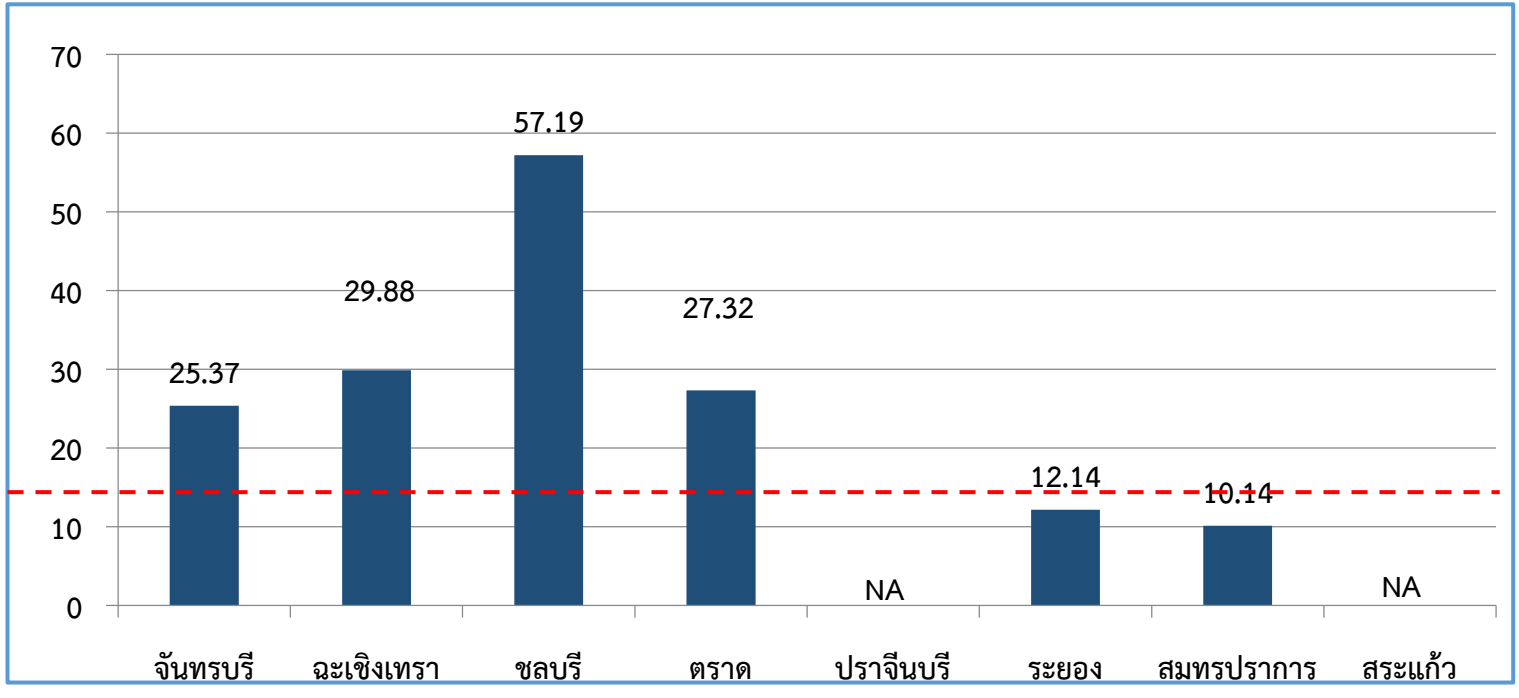
สถานการณ์

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้บริการแบบ ODS

- เพื่อลดความแออัด
- ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล
- ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- และลดระยะรอคอยการผ่าตัด
- ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และญาติระหว่างมาโรงพยาบาล
- *ทุกโรงพยาบาลที่สามารถผ่าตัดแบบ ODS มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบ ODS ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งมีระบบการทำงานที่ไม่เหมือนกัน และยังไม่สามารถผ่าตัดได้ครบทั้ง 12 โรค*

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One day Surgery

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 28.68



เป้าหมาย	989	164	668	194	0	412	286	2,713
ผลงาน	215	49	382	53	0	50	29	778

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

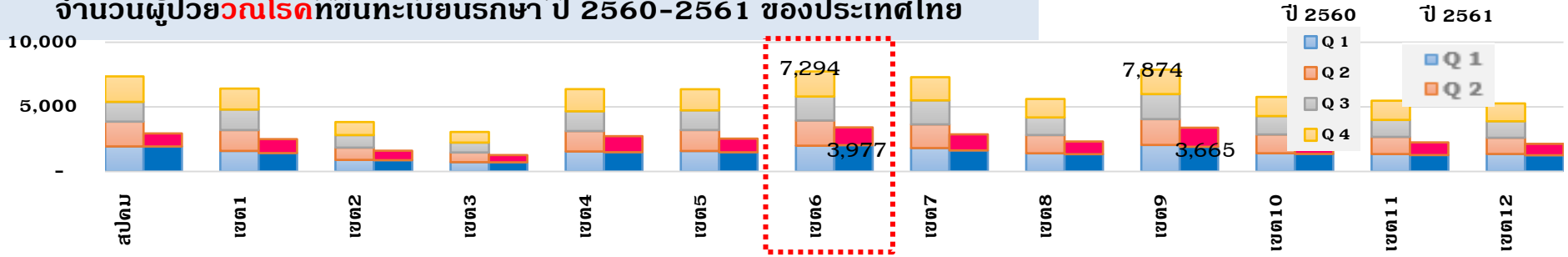
ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. ความมั่นใจของทีมผู้ให้บริการในการผ่าตัด 2. ภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดและข้อร้องเรียน 3. การวางระบบสื่อสารร่วมกันทั้งเขตสุขภาพ ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน	1. จัดอบรมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลทำการผ่าตัดแบบ ODS 2. สร้างระบบการประชาสัมพันธ์และจัดตั้งระบบไกล่เกลี่ย เพื่อลดข้อร้องเรียน 3. จัดประชุมเพื่อสื่อสารหาแนวทางตั้งหลักเกณฑ์ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน	

สาขา

วัณโรคปอด

ตัวชี้วัด : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ85)

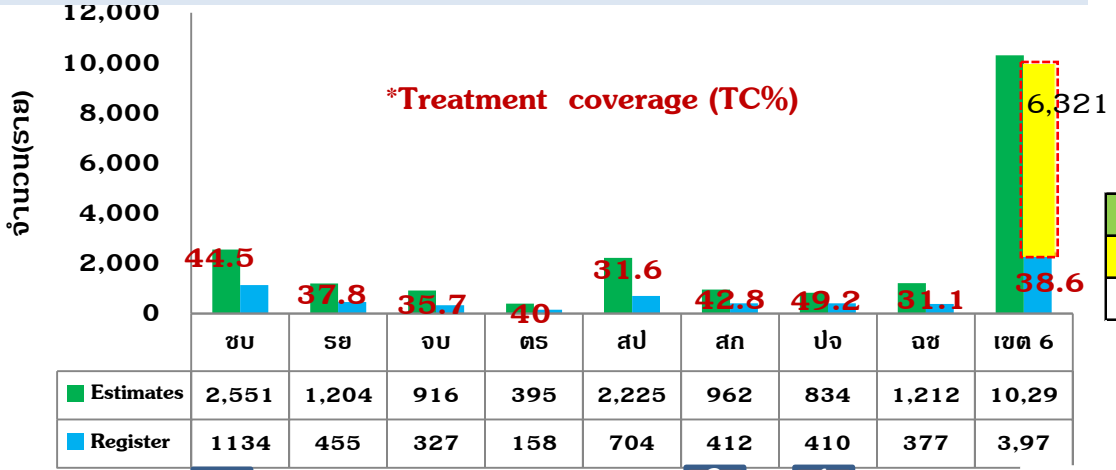
จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา ปี 2560-2561 ของประเทศไทย



จำนวนผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา

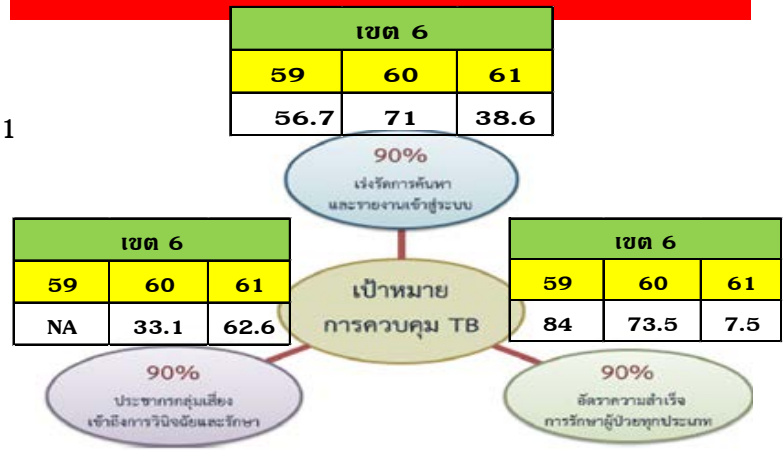
- ปี 2561 **อันดับ 1** ของประเทศ **ได้แก่ เขต 6 จำนวน 3,977 ราย** และ เขต 9 อันดับ 2 จำนวน 3,665 ราย
- เทียบจำนวนผู้ป่วยไตรมาส 1 ของเขต 6 ปี 2560 =1,894 ราย ปี 2561=1,933 ราย **เพิ่มขึ้น 39 ราย**

จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา 2561 เขตสุขภาพที่ 6



	ชบ	รย	จบ	ตร	สป	สก	ปจ	ฉช	เขต 6
Estimates	2,551	1,204	916	395	2,225	962	834	1,212	10,29
Register	1134	455	327	158	704	412	410	377	3,97
	2					3	1		

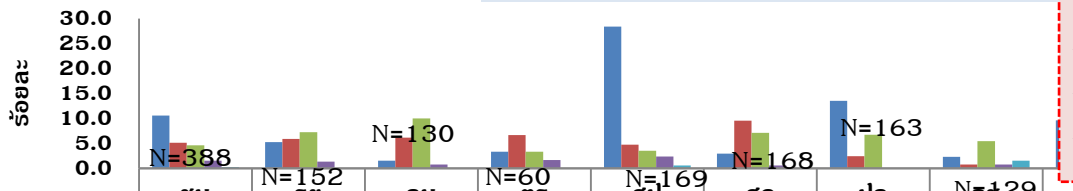
เป้าหมาย/ผลงานในการควบคุมวัณโรค



หมายเหตุ ปี 61 ณ วันที่ 31 มีค 61

ที่มา : TBCM Thailand:31 มีนาคม2561

PA : Cohort 1/2561 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (≥ 85)



	ชบ	รย	จบ	ตร	สป	สก	ปจ	ฉช	เขต6
สำเร็จ	10.6	5.3	1.5	3.3	28.4	3.0	13.5	2.3	9.6
โอนออก	5.2	5.9	6.2	6.7	4.7	9.5	2.5	0.8	5.2
เสียชีวิต	4.6	7.2	10.9	3.3	3.6	7.1	6.7	5.4	5.9
ขาดยา	1.5	1.3	0.8	1.7	2.1	0.6	0.0	0.8	1.2
ล้มเหลว	0.3	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	1.6	0.3

ผลงาน PA
ปี 58=80.8
ปี 59=86.3
ปี 60=84.6

จำนวนผู้ป่วยที่นำมาประเมิน = 1,359 ราย
- เสียชีวิต = 80 ราย (5.9 %)

3 อันดับ ได้แก่ จันทบุรี (10%) ระยอง (7.2%) สระแก้ว (7.1%)
- โอนออก = 70 ราย (5.2 %)

3 อันดับ ได้แก่ สระแก้ว (9.5%) ตราด (6.7%) จันทบุรี (6.2%)

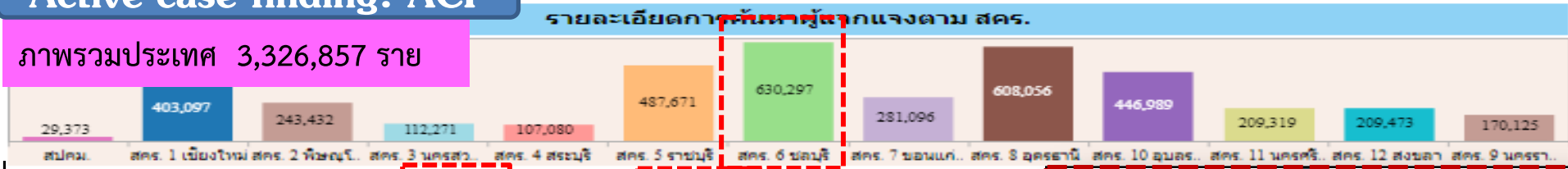
ประเทศ
4.5
7.2
0.8
0.3

โอนออก (ราย)	ในจังหวัด (ราย)	ต่างจังหวัด (ราย)	NA (ราย)
70	39	23	8

ที่มา : TBCM Thailand;31 มีค.2561

Active case finding: ACF

ภาพรวมประเทศ 3,326,857 ราย



จังหวัด	เป้าหมาย	คัดกรอง	%คัดกรอง	เป็น TB	อัตรา:แสน
ชบ	341,799	254,402	74.4	692	272.01
รย	175,873	92,402	52.5	241	260.82
จบ	99,052	47,231	47.7	126	266.77
ตร	75,441	45,920	60.9	141	307.06
สป	157,775	94,025	59.6	147	156.34
สก	41,710	24,477	58.7	69	281.90
ปจ	51,854	33,971	65.5	155	456.27
ฉช	62,816	32,869	52.3	131	398.55
เขต 6	1,006,320	630,297	62.6	1,702	270.03

ที่มา : TBCM Thailand; 24 เม.ย. 2561

จังหวัด	จุดแข็ง/ผลงานเด่น
ชบ	มีกลยุทธ์ STOP TB Chonburi เน้น ต้องรู้สถานะผู้ป่วยทุกราย และกำกับ ติดตาม ข้อมูลทุกอาทิตย์ /ศรีธาราปลอด TB
รย	ตะพง Model เน้น การดูแลผู้ป่วยโดยชุมชนมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน/ มีระบบแยกผู้ป่วยให้รักษาจนครบใน เรือนจำระยอง
จบ	สสจ. เป็นศูนย์ประสานการโอนออก/admit 2 สัปดาห์, เน้นการทำ DOT เจ้าหน้าที่/อสม./ที่ผ่านการอบรมเท่านั้น
ตร	มาตรการ Case management MDR/XDR/Dead case conference / เน้นการใช้ประโยชน์จากบ้อมูล TBCM online
สป	เชื่อมโยงดำเนินงานกับรพ.เอกชน 16 แห่ง /รพ.สป บริหารจัดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของเขตเมือง เน้นการประสานงาน การส่งต่อ
สก	ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค admit 4 วัน เอาอยู่ ของ รพ.วังน้ำเย็น /บันทึกติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา รพ.เขาฉกรรจ์
ปจ	มี success rate สูง มากกว่า 85% ติดต่อกัน 2 ปี (2558=89.8% , 2559=90.2%)/เน้นมาตรการค้นให้พบ จบด้วยหาย
ฉช	บูรณาการเชื่อมกับ พชพ. ดูแลในผู้ป่วย ประสานทีมหมอครอบครัวดูแลกำกับการกินยาในระยะเข้มข้น

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข/ข้อเสนอแนะ
1.การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปี 60 ยังต่ำกว่าเป้าหมาย (7,294 ราย จากเป้า 10,298 ราย)	1.1 เร่งรัดการค้นหาเชิงรุก ในประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้ง 7 กลุ่ม 1.2 เร่งรัดการตรวจวินิจฉัยโดยวิธี Gene X-pert MTB/RIF ให้มากขึ้น
2.อัตราการเสียชีวิต (5.9%) และขาดยา (1.2%) สูง (ร้อยละโอนออกและขาดยาสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ)	2.1 ประชุม Death case conference หาวิธีการแก้ไขจากสิ่งที่เกิดขึ้นจริง 2.2 ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ควรพิจารณาเริ่มยาต้านเอช ไอ วี ในผู้ป่วยทุกรายโดยเริ่มเร็ว 2.3 ติดตามการขาดยาโดยเร็วภายใน 3 วัน
3.การส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยาเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาในกลุ่มเสี่ยง (Relapse,TAD,TAF) ยังต่ำ โดยปี60=23% (เป้าหมาย 50%)	3.1 กลุ่มเสี่ยงวัณโรคดื้อยาทุกราย (Re-On-Pre)ต้องเก็บเสมหะเพื่อส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยา เพื่อการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา 1.3 รายใหม่ทุกราย ให้ส่ง Gene X-pert MTB/RIF เพื่อเฝ้าระวังการดื้อยา

การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ (จำนวนเมืองสมุนไพร)

สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ 6 มีจังหวัดปราจีนบุรี เป็นจังหวัดนำร่องเมืองสมุนไพร Herbal City

ความพร้อม

- ด้านภูมิรัฐศาสตร์
- มีความเป็นอัตลักษณ์วิถีชีวิต
- มีวัฒนธรรมท้องถิ่นที่เหมาะสม

จุดเด่น

- ทั้งด้านการส่งเสริมการปลูกเพื่อเป็นแหล่งผลิตวัตถุดิบสมุนไพรของประเทศ
- การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- แหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรและแหล่งท่องเที่ยวด้านสุขภาพ

นอกจากนี้มีจังหวัดจันทบุรี อยู่ระหว่างการพัฒนาโครงการจัดตั้งเมืองสมุนไพร

ตัวชี้วัด : จำนวนเมืองสมุนไพรอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 100

☑ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

เป้าหมาย
13 จังหวัด
ทั่วประเทศ

จังหวัด	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว
ผลงาน	จังหวัดส่วนขยาย	-	-	-	จังหวัดนำร่อง	-	-	-

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ขาดการสนับสนุนด้านนโยบายและงบประมาณอย่างทั่วถึงทุกจังหวัด	- นโยบายการจัดตั้งเมืองสมุนไพรเป็นนโยบายใหม่ กำลังอยู่ในระยะเริ่มต้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในระยะแรก และดำเนินการเป็นส่วนขยายสำหรับจังหวัดที่มีศักยภาพอื่นๆ ต่อไป	- เสนอแนะและผลักดันให้ผู้บริหารให้การสนับสนุนการดำเนินงานเมืองสมุนไพรให้คลอบคลุมทุกจังหวัด

สาขา
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(NCD)

โรคหลอดเลือดสมอง

สถานการณ์

1. Service Delivery ขาด SU 59 เตียง, อัตราตาย Hge 30.7%, Stroke Alert & Awareness 20.78%

2. พัฒนา รพ. M2 เปิด IMC & Rehab ward

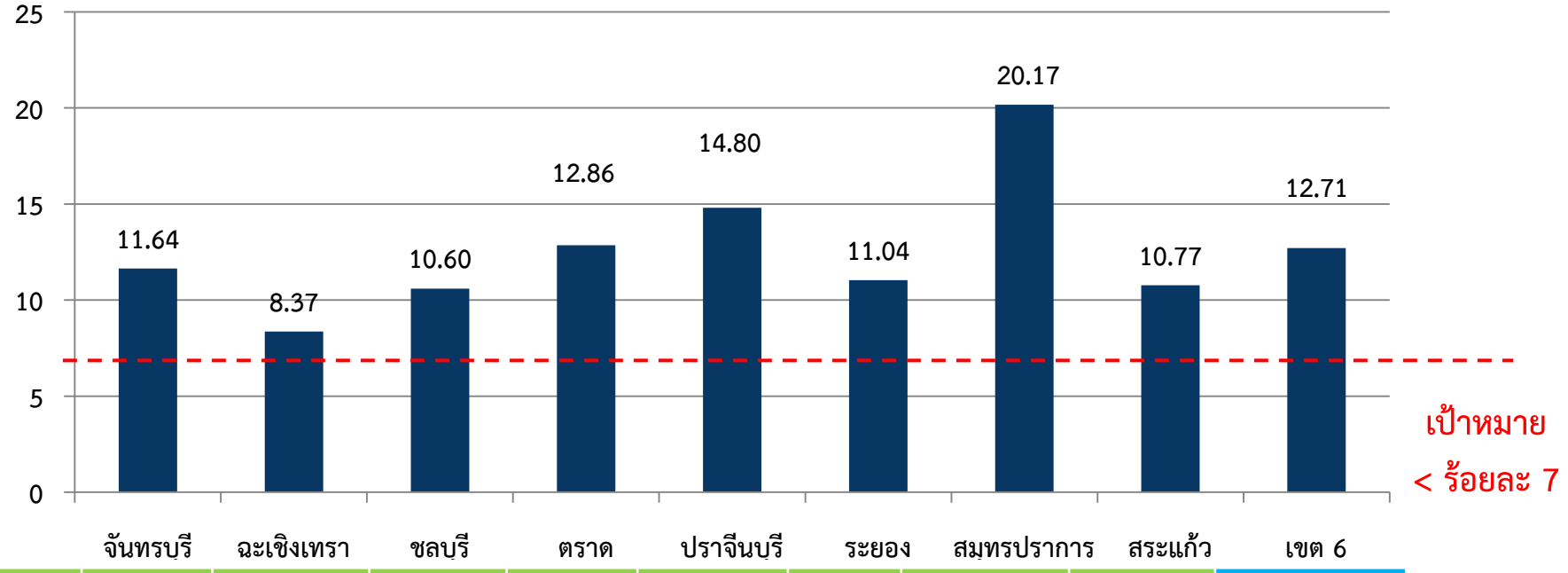
3. การประสานของทีมแพทย์ Med และ ศัลย์ในการดูแลผู้ป่วย SU

4. ขาดอัตรากำลังแพทย์และพยาบาล พยาบาลผ่านการอบรมทำงานไม่ตรงสายงาน

5. การวางแผนส่งรักษา Thrombectomy ที่สถาบันประสาทในกรณีที่การรักษาไม่ได้ผต่อ rt-Pa

ตัวชี้วัด : ร้อยละการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก (I60-69)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 12.71



	จันทรบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว	เขต 6
เป้าหมาย	1,022	1051	1,170	311	331	625	1,259	492	6,261
ผลงาน	119	88	124	40	49	69	254	53	796

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. Stroke Unit ขาด 59 เตียง	- รพ. พระปกเกล้า (A) เปิด SU เพิ่ม 4-6 เตียง เดือนตุลาคม 2561 - คำนวณเตียง SU เพิ่มแต่ละ รพ. และพัฒนาคุณภาพ SSCC รพ. ระดับ A และ S ครบ 100% ในปี 2566	- สนับสนุนงบประมาณ
2. อัตราตาย Hge 30.7%	- ทำ Care map ร่วมกันระหว่างทีม Med & Surg - เพิ่มการ Training NS & NM - SU ดูแลผู้ป่วย Ischemic & Hge	- วางแผนอัตรากำลัง
3. Stroke Alert & Awareness อัตราผู้ป่วยมาทันเวลา 4.5 ชั่วโมง = 20.78%	- ปชส. App "Fast track" และปรับภาษาให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ - วิเคราะห์ ปชก. กลุ่มเสี่ยง CVD Risk และวางแผนติดตาม	- ประสาน สสจ.
4. การส่งกลับผู้ป่วย Stroke จาก รพศ./รพท. กลับไปยัง รพช./ชุมชน	- พัฒนาระบบการส่งกลับแบบ IMC และเข้าถึงบริการ Rehabilitation	- จัดตั้ง IMC และจัดหานักกายภาพบำบัดใน รพช.

สาขา

อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และส่งต่อ

สถานการณ์

1. รพ. จังหวัดมี ER Visit = 387,423 คนต่อปี, non-emergency = 38.98%

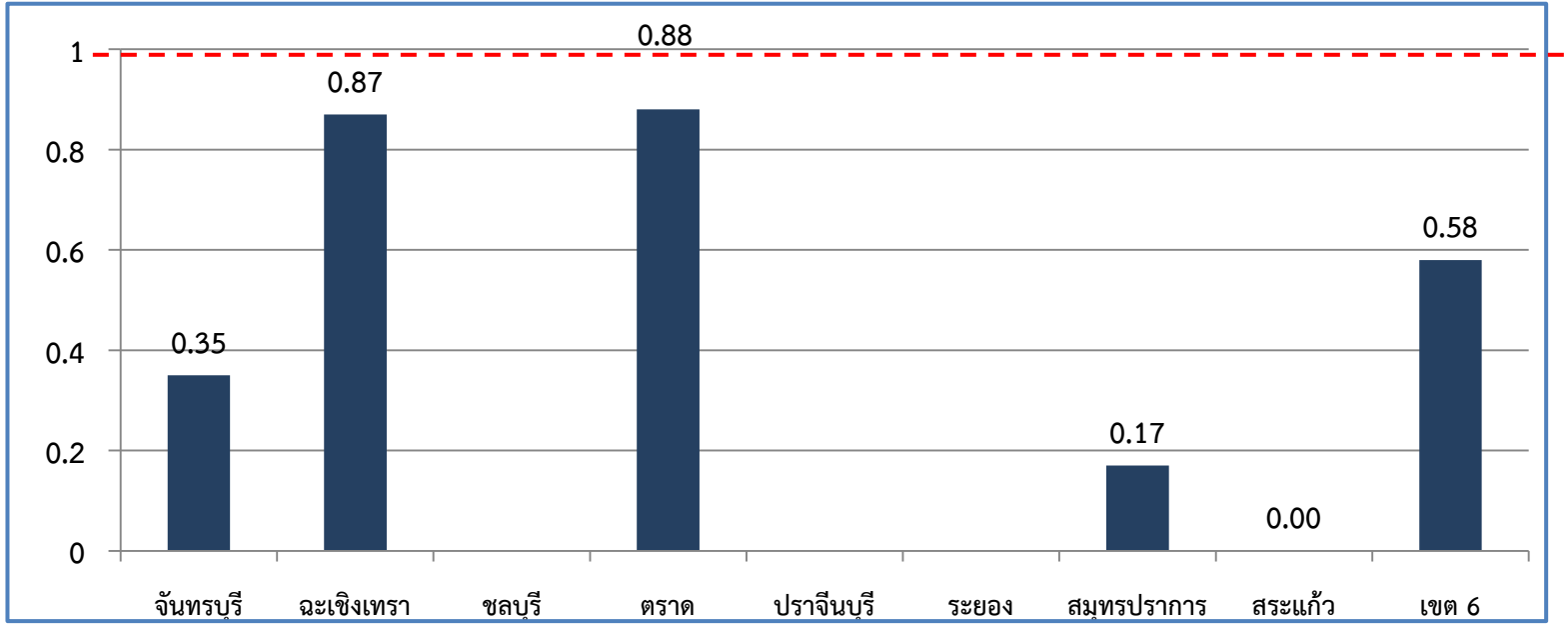
2. รพ. ชลบุรีและ รพ. ระยอง นำร่อง ER คุณภาพ – ลดแออัด

3. อัตรากำลัง EP เป้าหมาย 2.4 ต่อแสนประชากร ควรมี 156 คน มีจริง 20 คน

4. อัตรากำลัง EN/ENP เป้าหมาย 4.1 ต่อแสนประชากร ควรมี 350 คน มีจริง 245 คน

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในการบาดเจ็บที่มีค่า Ps score ≥ 0.75

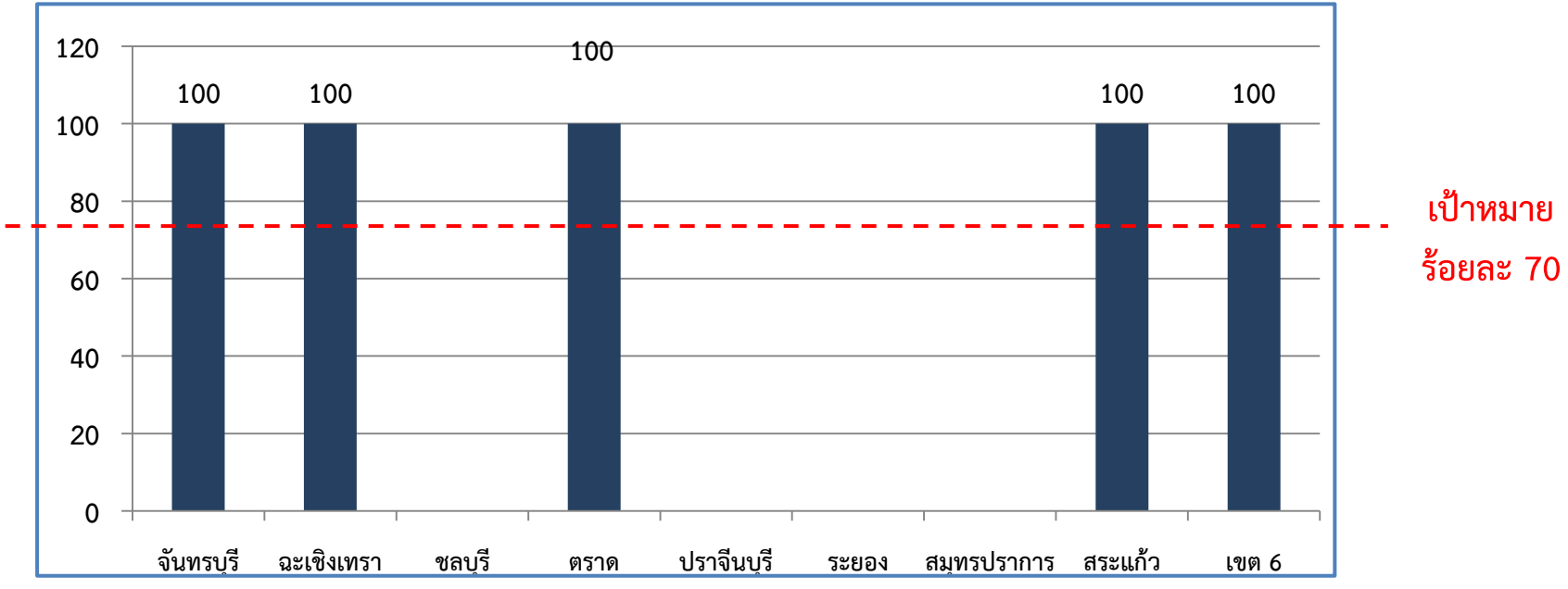
ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 0.58



เป้าหมาย	3,119	2,411	na	1,132	na	na	1,543	959	9,164
ผลงาน	11	21	na	10	na	na	11	0	53

ตัวชี้วัด : ร้อยละทีม ECS คุณภาพใน รพ.ระดับ F2 ขึ้นไป

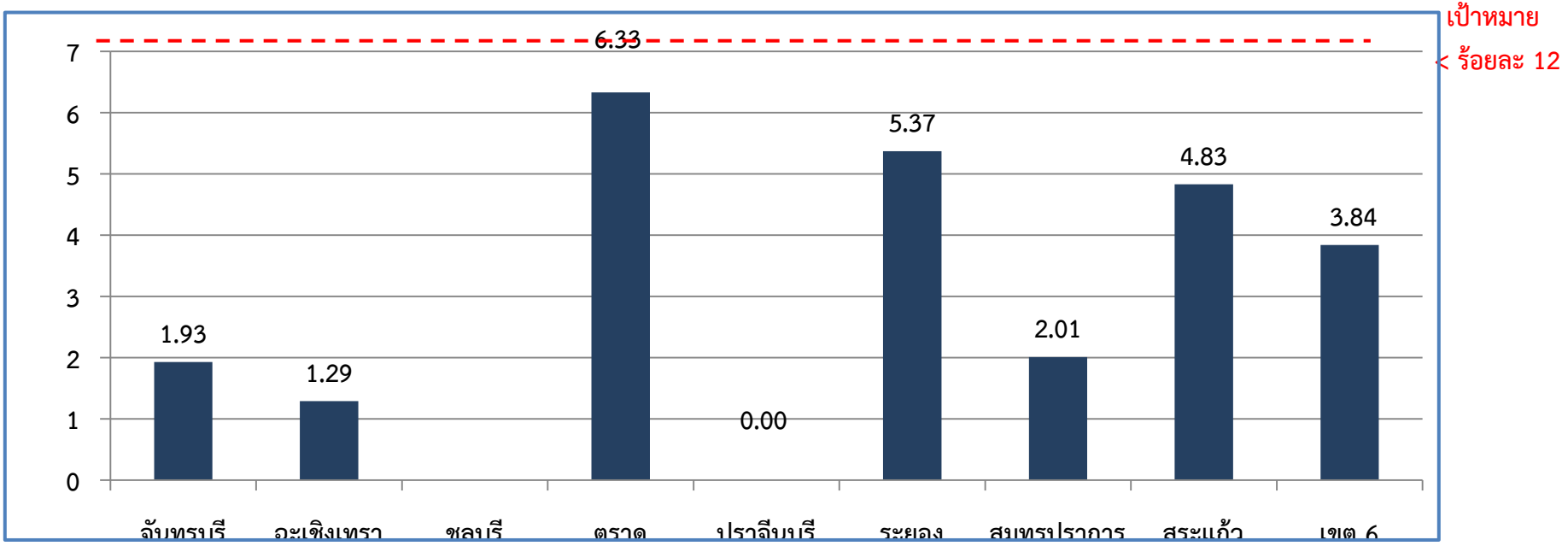
ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ



เป้าหมาย	11	10	na	6	na	na	-	7	34
ผลงาน	11	10	na	6	na	na	-	7	34

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ



เป้าหมาย	1,557	5,336	na	2,290	15	7,128	4,923	1,243	22,492
ผลงาน	30	69	na	145	0	383	176	60	863

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. ประชาชนยังขาดความตระหนักและไม่เคารพกฎจราจร	- กระตุ้นและประชาสัมพันธ์ Public Awareness / Public Alert ในการใช้รถใช้ถนนและเคารพกฎจราจร - ประชาสัมพันธ์การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 และระบบ Fast track ECS	- ประสาร ก.มหาดไทย กรมทางหลวง และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
2. ขาดแคลนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	- วางแผนอัตรากำลังเพิ่ม Neurosurg, EP, เวชศาสตร์ฟื้นฟู, EN/ENP	- จัดอัตรากำลัง
3. ER มีความแออัด จากการใช้บริการของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก	- ผลักดันผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินใช้บริการคลินิกนอกเวลาหรือเปิด OPD คู่ขนานและลดระยะเวลาผู้ป่วยในห้อง ER ไม่เกิน 2 ชั่วโมง	- จัดทำแผนระดับเขต

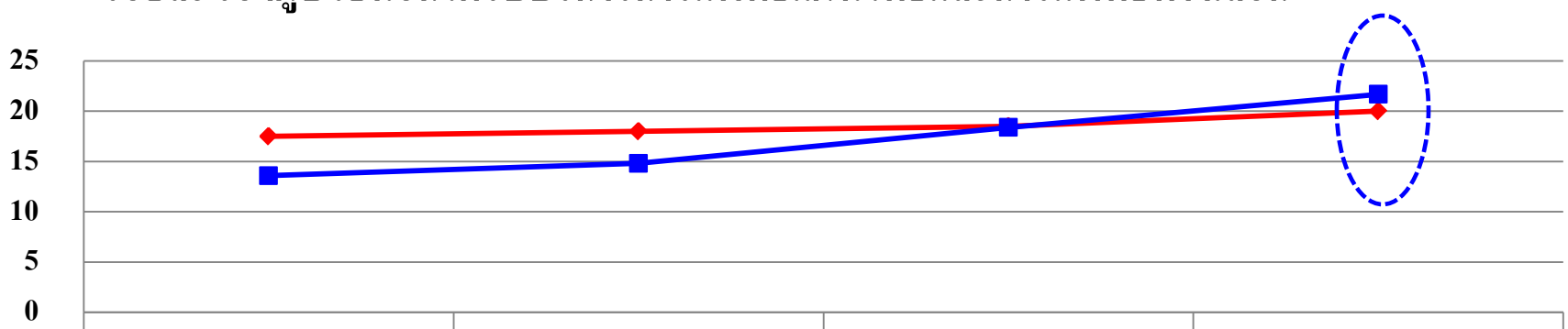
ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
4. เพิ่มศักยภาพของ รพ. ระดับ M1 และ M2 ลดความแออัดของ รพ. A และ S และ TEA Unit ที่ได้มาตรฐาน	- พัฒนา รพ. ระดับ M1 และ M2 ให้เป็น Node - พัฒนา TEA Unit ใน รพ. ระดับ M1 และ M2 ให้ได้มาตรฐาน	- กำหนดจุดประสานงาน One Stop Service ใน case multiple injury ระหว่าง PCC – Node – รพ. A, S
5. การ Refer Back ผู้ป่วยกลับ รพ. ที่เป็น Node	- ส่งเสริมการ Refer Back อย่างมีระบบกลับ รพ.ที่เป็น Node สำหรับ IMC เพื่อดูแลฟื้นฟู หลังพ้นระยะวิกฤติ	- กำหนด รพ. ที่เป็น Node เพื่อ refer back และ IMC ระดับเขต
6.ระบบสนับสนุน ECS คุณภาพ	- เพิ่ม ICU Trauma ทุกจังหวัด และระบบ TeleMedicine (รพ.ชลบุรี+รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร)	- จัดทำแผนระดับเขต

สาขา
การแพทย์แผนไทย
และแพทย์ทางเลือก

สถานการณ์

ข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง (2558-2560)

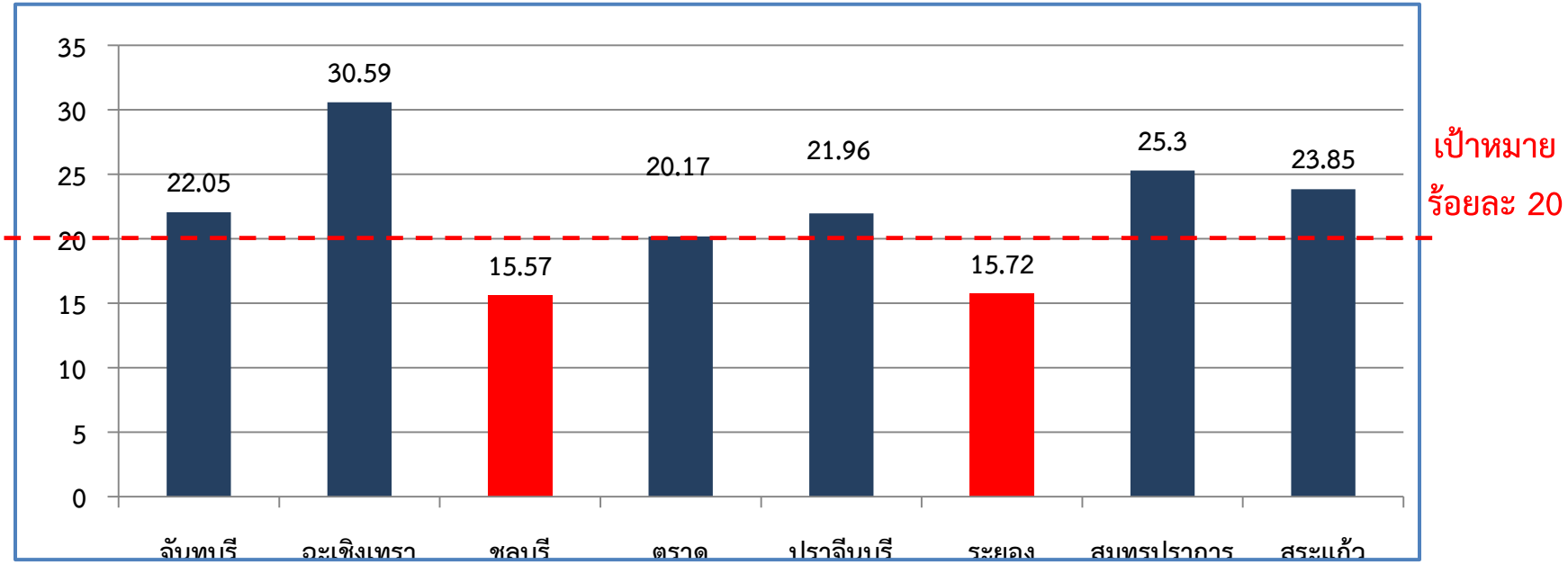
ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



	2558	2559	2560	2561 (6 เดือน)
เป้าหมาย	17.5	18	18.5	20
ร้อยละ	13.58	14.81	18.39	21.68

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 21.68



เป้าหมาย	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว
ผลงาน	22.05	30.59	15.57	20.17	21.96	15.72	25.30	23.85

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- **บุคลากร** ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราว ขาดความมั่นคงและความก้าวหน้าในสายอาชีพ จึงขาดแรงจูงใจในการทำงานในระยะยาว
- **สหวิชาชีพ** ขาดความเชื่อมั่นในการสั่งจ่ายการรักษาด้านการแพทย์แผนไทย
- **ค่านิยม**ในการใช้สมุนไพรและการรับรู้เรื่องงานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกน้อย

ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- เสนอให้มีการวิเคราะห์กรอบอัตรากำลังการแพทย์แผนไทย เพื่อให้เกิดกระบวนการสรรหา บรรจุ แต่งตั้ง ให้มีแพทย์แผนไทยในระบบบริการ
- เสนอให้มีการจัดอบรมให้แก่สหวิชาชีพ และประชาชน
- เสนอให้มีการจัดบริการเชิงรุก เช่น ออกหน่วยเคลื่อนที่ร่วมกับกลุ่มสหวิชาชีพ

สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

- สะท้อนปัญหา และประสานข้อมูลผู้เกี่ยวข้องภายในกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- การสนับสนุนด้านงบประมาณในการจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้น และการสร้างความรู้ความเข้าใจ การประชาสัมพันธ์วิธีการรักษา/การใช้สมุนไพรที่ถูกต้อง

สาขา
ไต

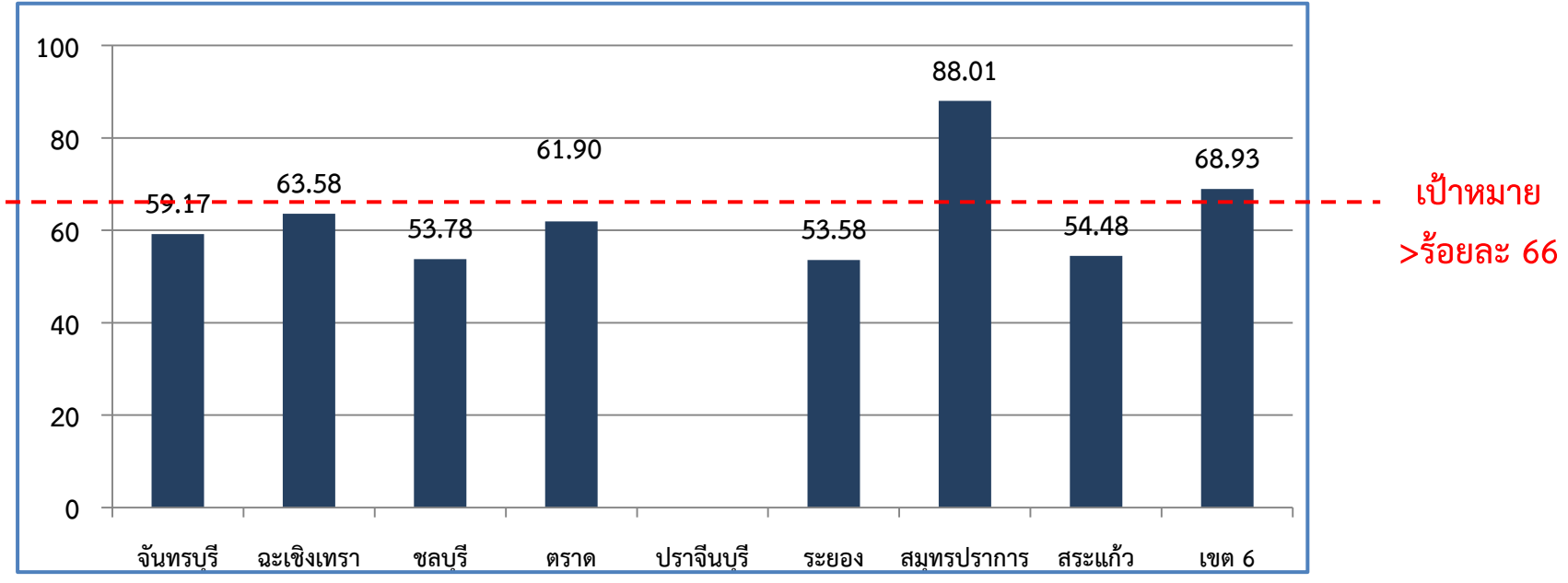
สถานการณ์

โรคไต
ภัยเงียบใกล้ตัว

1. CKD Stage 1 และ 2 สูง 19-20%
2. ขาดความต่อเนื่องของแพทย์ Intern ใน รพช.
3. ระยะเวลารอคอย Vascular Access สำหรับ HD นาน
4. PD Nurse ใน รพช. รับงานหลายอย่างและไม่มีความก้าวหน้า
5. ผู้ป่วย ARF ทำ Acute Dialysis คิดตาม DRG ได้ค่าชดเชยต่ำ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราลดลงของ eGFR<4ml/min/1.72 m^2/yr

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ



เป้าหมาย	3,698	6,571	3,029	1428	na	1,762	8,622	714	25,824
ผลงาน	2,188	4,178	1,629	884	na	944	7,589	389	17,801

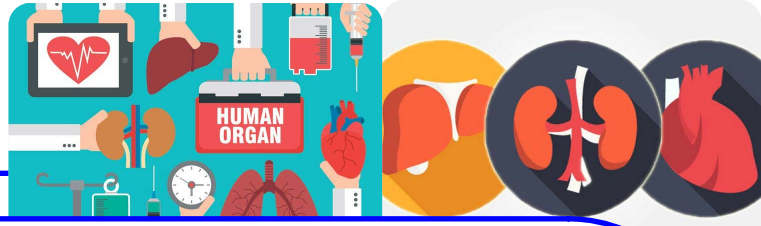
ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. ระยะเวลารอคอย Vascular access สำหรับ HD นาน	- จัดตั้งศูนย์ Vascular access (สร้างและซ่อม) ในเขต ได้แก่ รพ.ชลบุรี และ รพ.พุทธโสธร	- ประสานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ บรรจุ Vascular access ในหลักสูตร
2. ผู้ป่วย ARF ทำ Acute Dialysis ได้ค่าชดเชยต่ำตาม DRG และ Plasmapheresis เบิกกรมบัญชีกลางไม่ได้	- ลดการจ่ายเงินแบบ Central Reimbursement ให้ไปรวมใน OP/IP แทน	- ประสานกับกองทุนเพื่อลดค่าใช้จ่าย
3. ความต่อเนื่องของแพทย์และพยาบาลใน รพช.	- จัดอบรม CKD Nurse และ Intern 1 ที่จะขึ้น Intern 2 ในเขตให้มี Rotation ผ่าน CKD Clinic ใน รพศ/รพท	- ประสานราชวิทยาลัยกับแพทย์สภาปรับหลักสูตร GP และ Resident ให้เหมาะสม

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
4. ความก้าวหน้าของ PD Nurse ใน รพช. และมีภาระงานมาก	- ประสานกรมการแพทย์จัด KM PD Nurse เขต 6 เพื่อพัฒนา Model	- ประสานกองการพยาบาล สป.
5. พบผู้ป่วย Early Stage CKD มากขึ้น (Stage 1 และ 2 พบ 19- 20%)	- NCD Clinic ติดตามและดูแลผู้ป่วย Stage 1 และ 2 อย่างใกล้ชิดและรายงานการเปลี่ยน Stage ของ CKD แต่ละระยะใน HDC	- ร่วมกับกรมการแพทย์ Design NCD Cluster Clinic ใน รพช.
6. ขาดสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะนักกำหนดอาหาร ใน รพช.	- ส่ง CKD Nurse ไปอบรมหลักสูตรทางส่วนกลางทดแทน	- จัดสรรงบประมาณ

สาขา
ปลูกถ่ายอวัยวะ

สถานการณ์

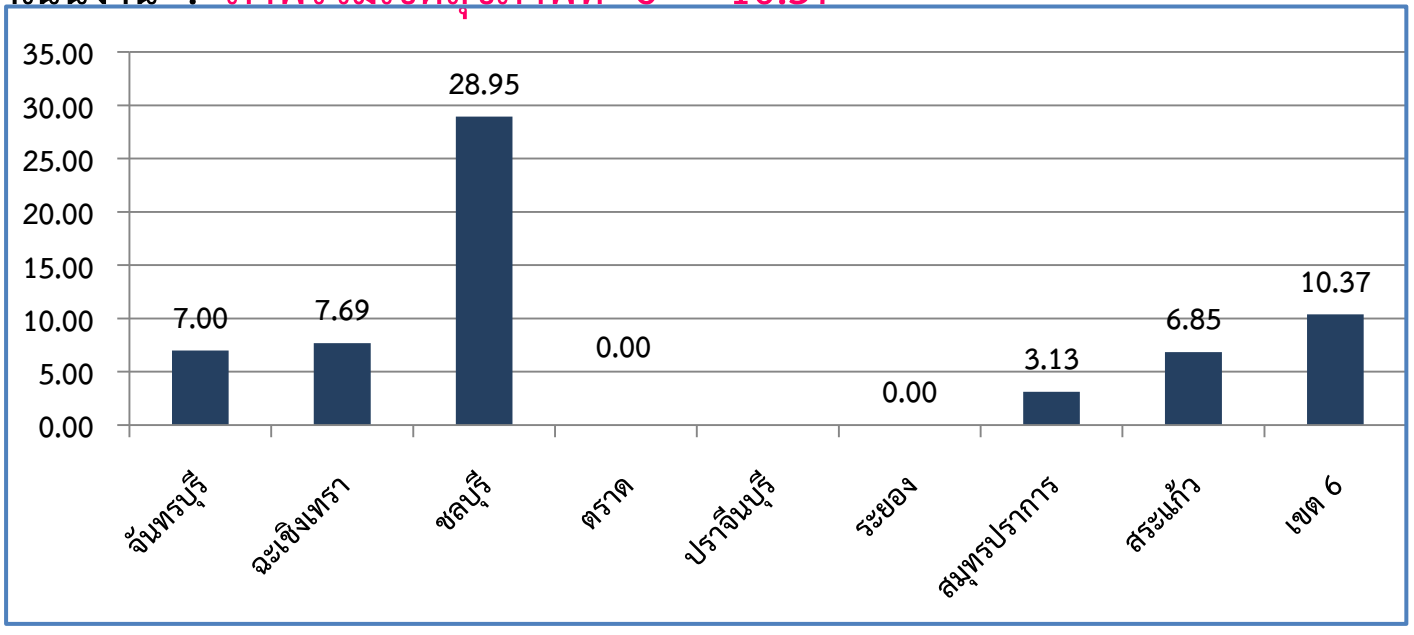


1. Organ Donation และ Cornea Donation ในภาพเขตสามารถหา Donor ได้เพิ่มขึ้น แต่อัตราการยินยอมบริจาคค่อนข้างต่ำ และยังต้องกระตุ้นในบางจังหวัดเพื่อให้ได้ Donor มากขึ้น

2. กระตุ้นให้มีการจัดตั้ง Harvesting Team ของเขต 6 ที่ รพ. ชลบุรี โดยประสานกรมการแพทย์เป็นพี่เลี้ยง

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 = 10.37



ผู้เสียชีวิต	4,748	2,244	3,203	383	na	935	2,659	1,223	15,395
เป้าหมาย	57	26	38	4.6	na	11	32	14.6	183.2
ผลงาน	4	2	11	0	na	0	1	1	19

Best practice : จ. ชลบุรีวางแผนเป็น Hospital Donor ปี 2563 และเตรียมทีม Harvesting Team รวมทั้งจัดเก็บดวงตาในผู้ป่วย Cardiac Death และเป็นศูนย์ปลูกถ่ายไตในเขต

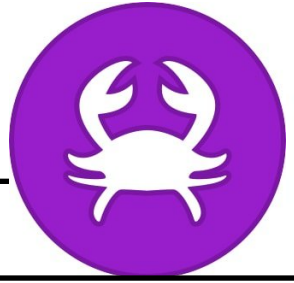
ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. ทีมส่วนกลางจากกาชาด ไม่สามารถเดินทางมา Harvesting Organ ในเขตได้	- วางระบบเครือข่าย Regional Harvesting Team ในเขต ที่ รพ. ชลบุรี	- สนับสนุนระบบขนส่ง จัดสรรอวัยวะ แบ่งหน้าที่และค่าตอบแทนบุคลากรในเขต
2. ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย TC	- จัดอบรมพยาบาล TCN ในเขต	- จัดส่งอบรม TCN
3. ขาดพยาบาล TC	- จัดให้มีพยาบาล Full time TCN หมุนเวียนดูแล Donor และพัฒนา Career Path ของ TCN	- จัดสรรอัตรากำลัง
4. อัตรากำลัง ศัลยแพทย์ จักษุแพทย์ชำนาญด้านการปลูกถ่ายอวัยวะไม่เพียงพอ	- พัฒนาองค์ความรู้แก่บุคลากรผู้รับผิดชอบและผู้ที่เกี่ยวข้อง	
5. Potential Donor ที่เหมาะสมมีจำนวนน้อย	- ทีมกำหนด Criteria ในการบ่งชี้ Potential Donor มี การสื่อสารในทีมให้ชัดเจนและติดตามประเมินผล	

สาขา

ยาเสพติด

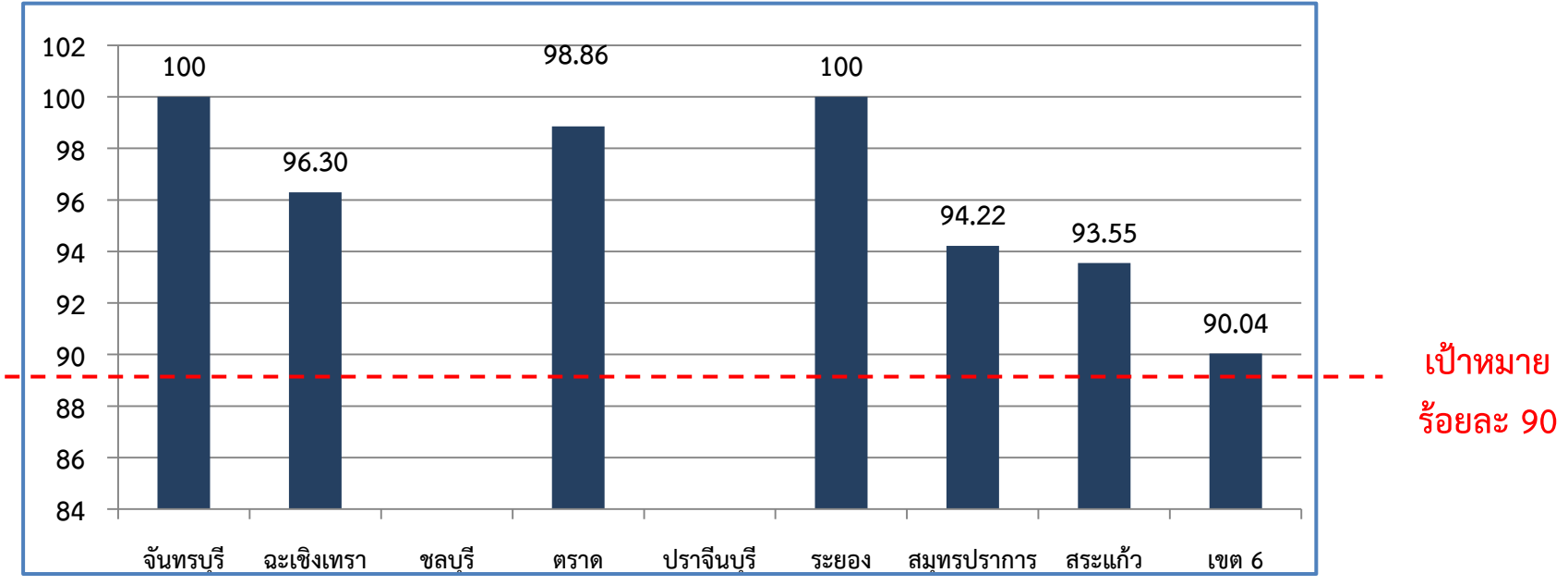
สถานการณ์



1. มีจำนวนผู้ใช้-ผู้เสพ-ผู้ติดยา เป็นลำดับที่ 3 ของประเทศ 20,024 ราย
2. มีพยาบาลยาเสพติด 25 คน และพยาบาลจิตเวช 68 คน ที่ทำงานทั้งยาเสพติดและจิตเวช
3. มีแพทย์ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ยาเสพติด 5 คน
4. จำนวนเตียงไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยวิกฤติยาเสพติด รวมด้านจิตเวช
5. ขาดโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยกลุ่มเด็กและกลุ่มโรคร่วมจิตเวช มีปัญหาหลายด้าน การรักษายังแยก

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (๓ month remission rate)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 90.04



เป้าหมาย	55	110	na	161	na	121	392	295	1,134
ผลงาน	55	106	na	159	na	121	310	270	1,021

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

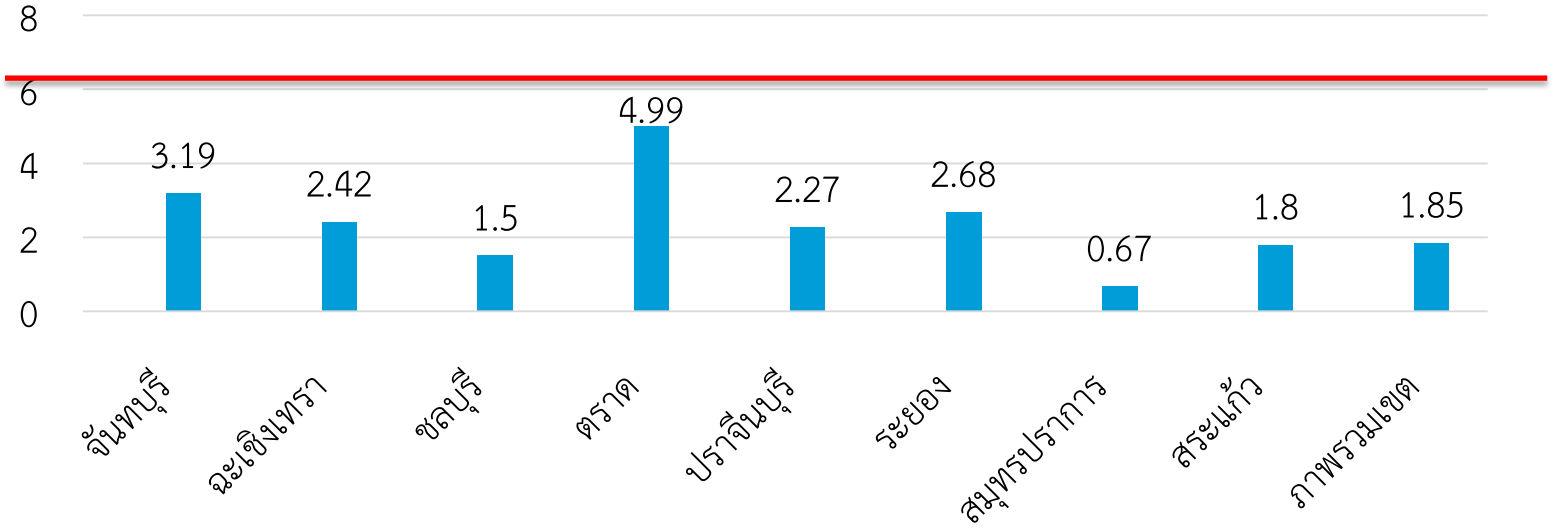
ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1.ผู้เสพ/ผู้ติดที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูที่ไม่มีอาชีพ ผลการสำรวจพบว่าไม่ต้องการประกอบอาชีพ ทำให้กลับไปมีพฤติการณ์เสพซ้ำ	- เมื่อมีการนัดหมายผู้เสพ/ผู้ติด มาติดตามผลการรักษาที่ไม่เสพซ้ำ ให้ซักถามอาชีพและความต้องการในการประกอบอาชีพทุกครั้ง	- ประสาน สสจ.
2.กฎหมายเกี่ยวกับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดไม่เด็ดขาดเมื่อถูกจับกุมแล้วมีการประกันตัว ทำให้กลับไปกระทำผิดซ้ำได้อีก	- ประสานงานร่วมกับ ก.มหาดไทย และ ก.ยุติธรรม ในการติดตามผู้ป่วยหลังได้ประกันตัวว่ากระทำผิดซ้ำหรือไม่	- กสธ. ประสาน ก.มหาดไทย และ ก.ยุติธรรม
3.การติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติด บางส่วนไม่สามารถติดตามได้เนื่องจากการย้ายที่อยู่	- เมื่อมีการนัดหมายผู้เสพ/ผู้ติด มาติดตามผลการรักษาที่ไม่เสพซ้ำ ให้ถามที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ผู้เสพ/ผู้ติด และญาติที่ใกล้ชิดทุกครั้ง	

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
5. อัตรากำลังพยาบาลยาเสพติดไม่เพียงพอ	- จัดอบรมยาเสพติดสำหรับพยาบาลจิตเวช 2 สัปดาห์	- ประสานกรมสุขภาพจิต
6. แพทย์ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ยาเสพติดมีน้อย	- จัดอบรมแพทย์เวชศาสตร์ยาเสพติด ทำหลักสูตรร่วมกับเขต 1-2 วันในพื้นที่	- ประสาน สบยช. กรมการแพทย์
7. จำนวนเตียงไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยวิกฤติยาเสพติด รวมด้านจิตเวช	- รพ. สังกัดกรมสุขภาพจิตในเขต รับส่งต่อผู้ป่วยเกินศักยภาพ	- ประสานกรมสุขภาพจิต
8. ขาดโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยกลุ่มเด็กและกลุ่มโรคร่วมจิตเวช มีปัญหาหลายด้าน การรักษายังแยกส่วน	- พัฒนาโปรแกรมการรักษาในเด็กและโรคร่วม เช่น Aids และ TB	- ประสานกรมสุขภาพจิตและกรมควบคุมโรค

สาขา
สุขภาพจิตและจิตเวช

ผลการดำเนินงาน

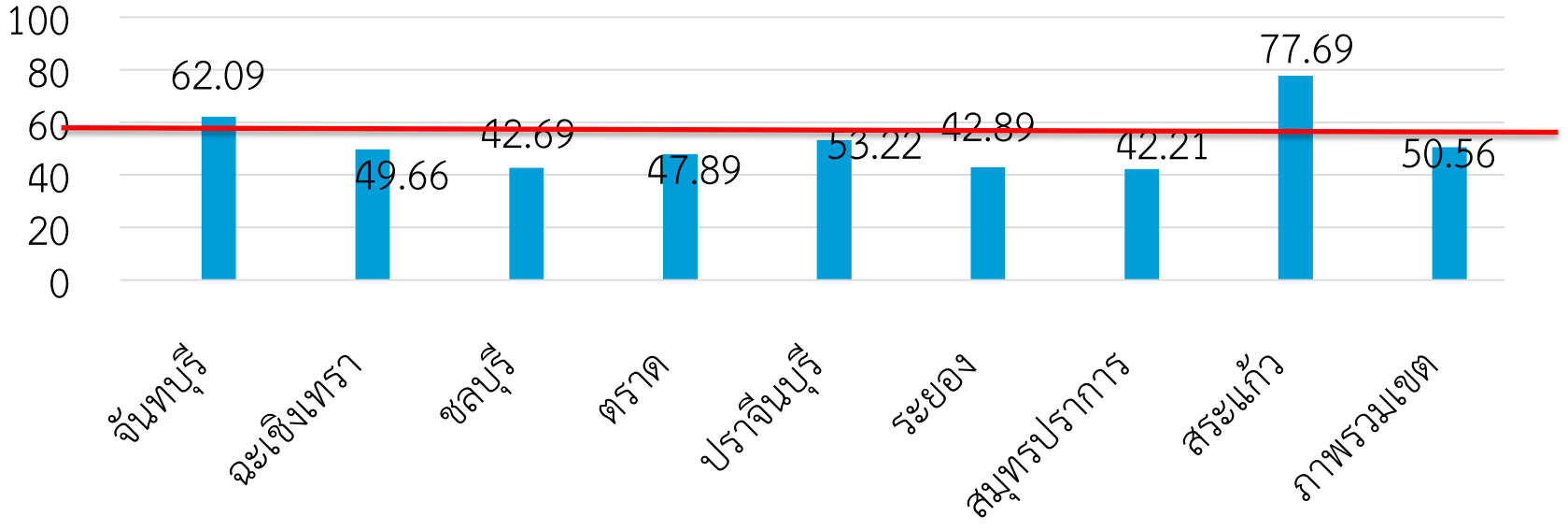
KPI 25 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
(ไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน)



เป้าหมาย	≤ 34	≤ 45	≤ 93	≤14	≤ 31	≤ 36	≤ 81	≤ 35	≤369
ผลงาน	17	17	22	11	11	15	7	10	110
จำนวนประชากร	527564	701287	1470964	216841	481060	697879	1283333	550354	5929282

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
(มากกว่า ร้อยละ 55)



เป้าหมาย	10,431	13,679	27,950	4,270	9,404	13,169	25,007	10,593	114,616
ผลงาน	6,477	6,793	11,932	2,045	5,005	6,860	10,604	8,230	57,946

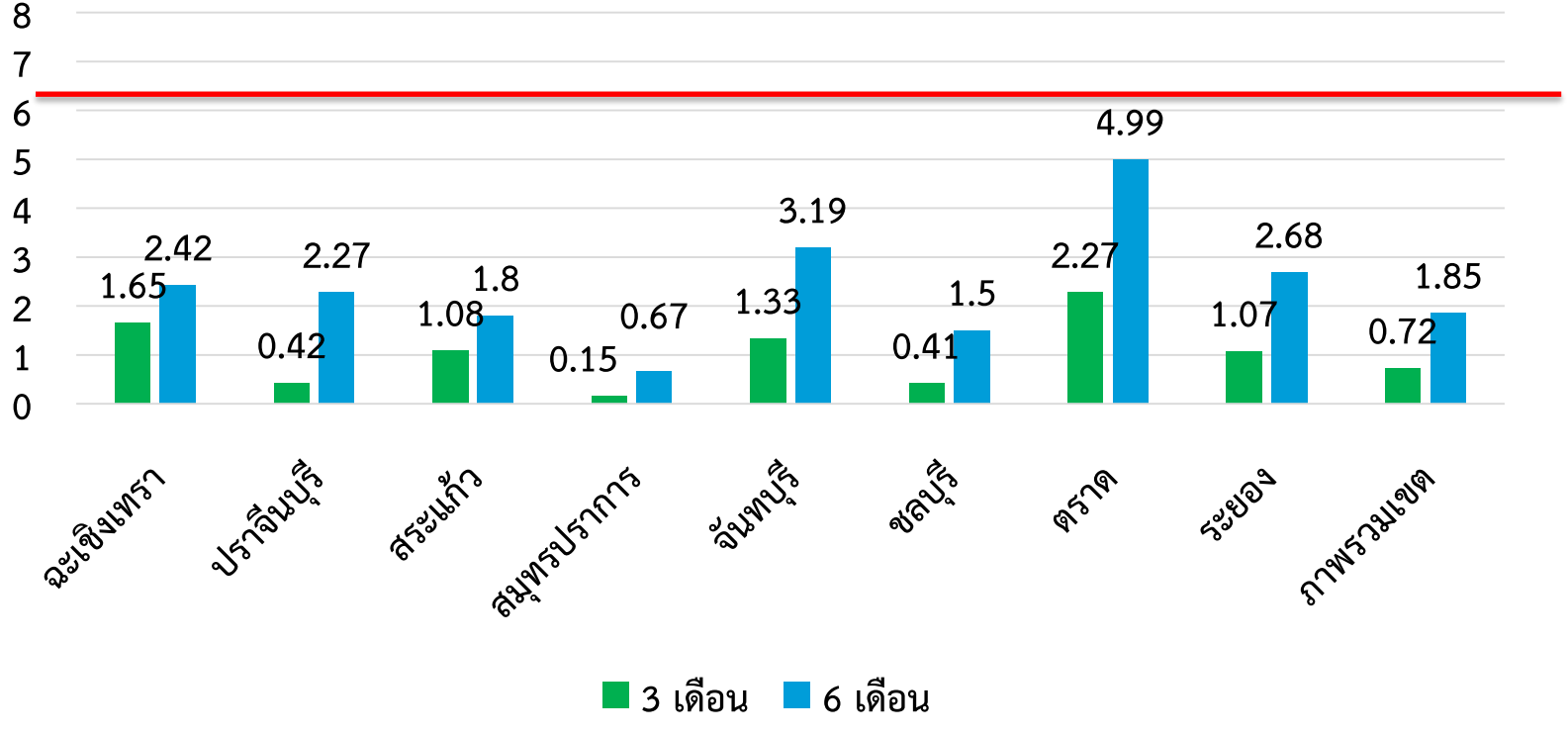
ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
แพทย์ไม่วินิจฉัยผู้พยายามฆ่าตัวตาย (X60-X84) และการสอบสวนการตายยังไม่ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์สถานการณ์	- พัฒนาศักยภาพแพทย์ทั่วไปในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสอบสวนการตาย (Psychological autopsy)	- จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแพทย์ในการวินิจฉัยโรค -ศักยภาพบุคลากรในเรื่องการสอบสวนการตาย (Psychological autopsy) (เริ่มดำเนินการไปแล้ว 2 จังหวัด จังหวัดอื่นๆ มีแผนดำเนินการช่วงเดือน พ.ค. 61)
- ฐานข้อมูลผู้ป่วยทางจิตเวชยังไม่ชัดเจน	- แนะนำเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง สสจ.กับสถานบริการในพื้นที่และโรงพยาบาลจิตเวชแม่ข่าย(ทั้งจิตเวชเด็กและผู้ใหญ่)	จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจการลงรหัสข้อมูลแก่ผู้รับผิดชอบ

ผลการดำเนินงาน

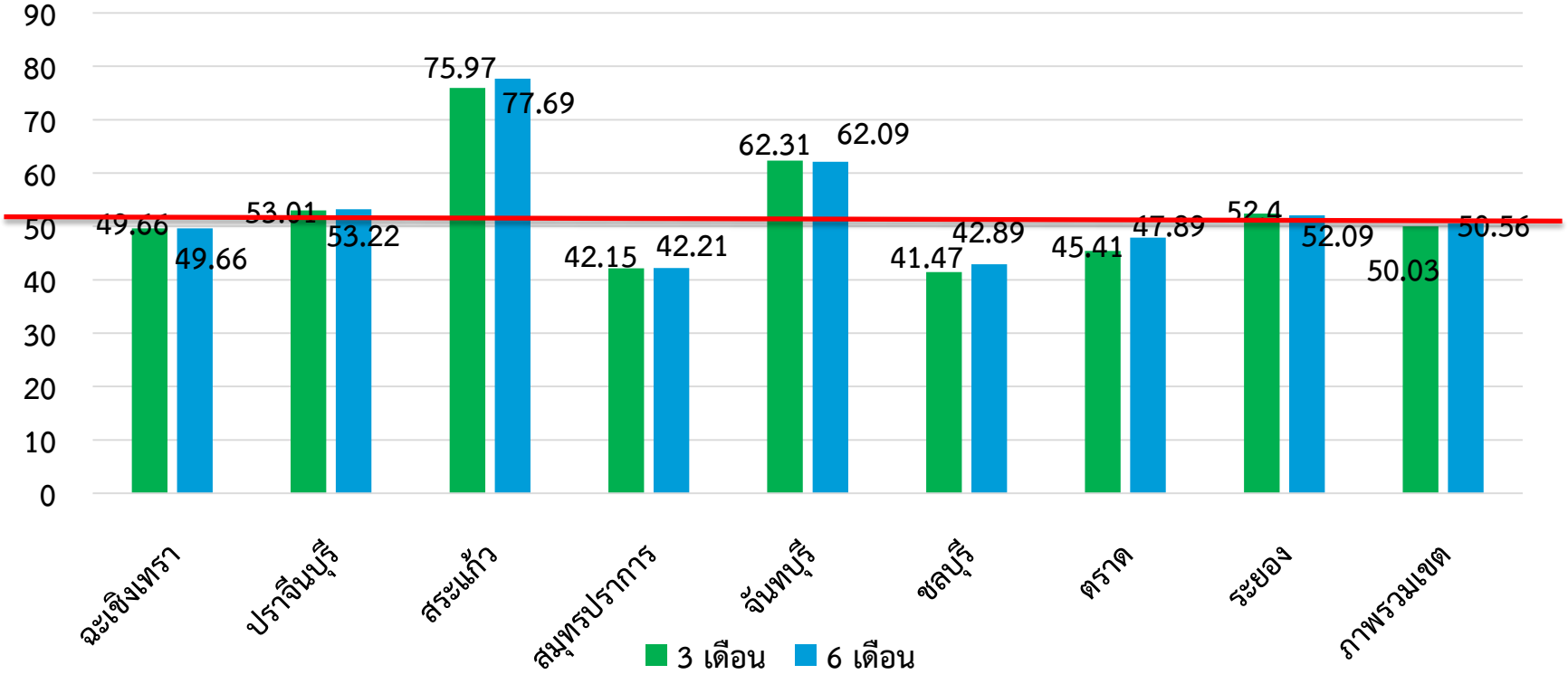
KPI 25 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

(ไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน)



ผลการดำเนินงาน

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
(มากกว่า ร้อยละ 55)



ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
แพทย์ไม่วินิจฉัยผู้พยายามฆ่าตัวตาย (X60-X84) และการสอบสวนการตายยังไม่ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์สถานการณ์	- พัฒนาศักยภาพแพทย์ทั่วไปในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสอบสวนการตาย (Psychological autopsy)	- จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแพทย์ในการวินิจฉัยโรค -ศักยภาพบุคลากรในเรื่องการสอบสวนการตาย (Psychological autopsy) (เริ่มดำเนินการไปแล้ว 2 จังหวัด จังหวัดอื่นๆ มีแผนดำเนินการช่วงเดือน พ.ค. 61)
- ฐานข้อมูลผู้ป่วยทางจิตเวชยังไม่ชัดเจน	- แนะนำเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง สสจ.กับสถานบริการในพื้นที่และโรงพยาบาลจิตเวชแม่ข่าย(ทั้งจิตเวชเด็กและผู้ใหญ่)	จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจการลงรหัสข้อมูลแก่ผู้รับผิดชอบ

สาขา

RDU

ดร.ภญ.ณธิป วิมุตติโกศล
ภญ.รุ่งตะวัน เดชาศิลปชัยกุล
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตัวชี้วัดตรวจราชการ ปี 2561

RDU ขั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

RDU ขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20

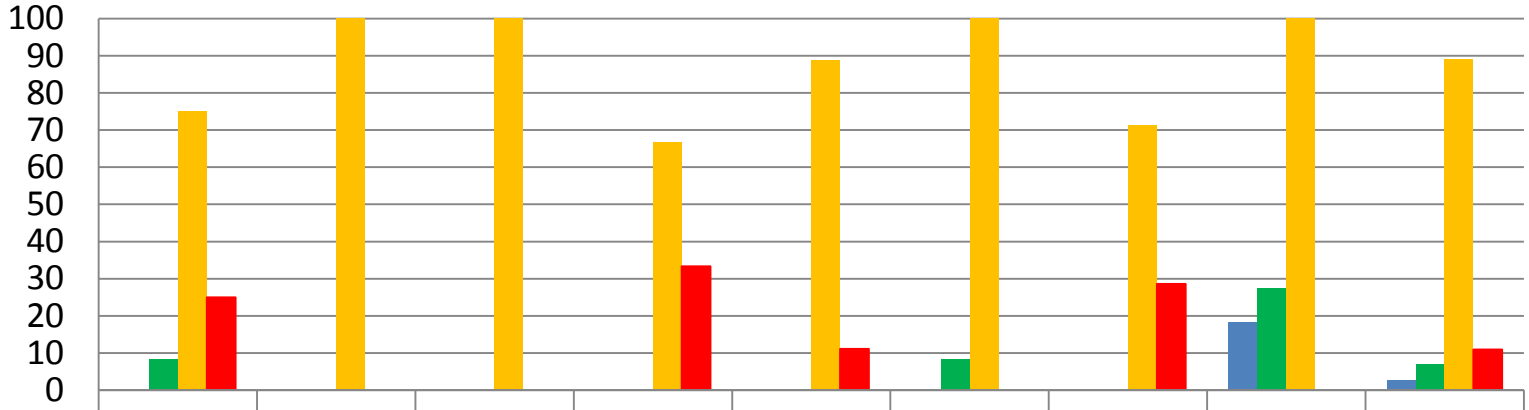
สถานการณ์ RDU ไตรมาส 2 ปี 2561

เขตสุขภาพที่ 6 โรงพยาบาล 73 แห่ง ผ่าน RDU จำนวน 65 แห่ง (จังหวัดสระแก้ว ปราจีนบุรี ชลบุรี และฉะเชิงเทรา ผ่าน RDU ขั้นที่ 1 ทั้งจังหวัด)

- ☐ RDU ขั้น0 = 8 แห่ง (10.96%)
- ☑ RDU ขั้น1 = 65 แห่ง (89.04%)
- ☑ RDU ขั้น2 = 5 แห่ง (6.85%)
- ☑ RDU ขั้น3 = 2 แห่ง (2.74%)

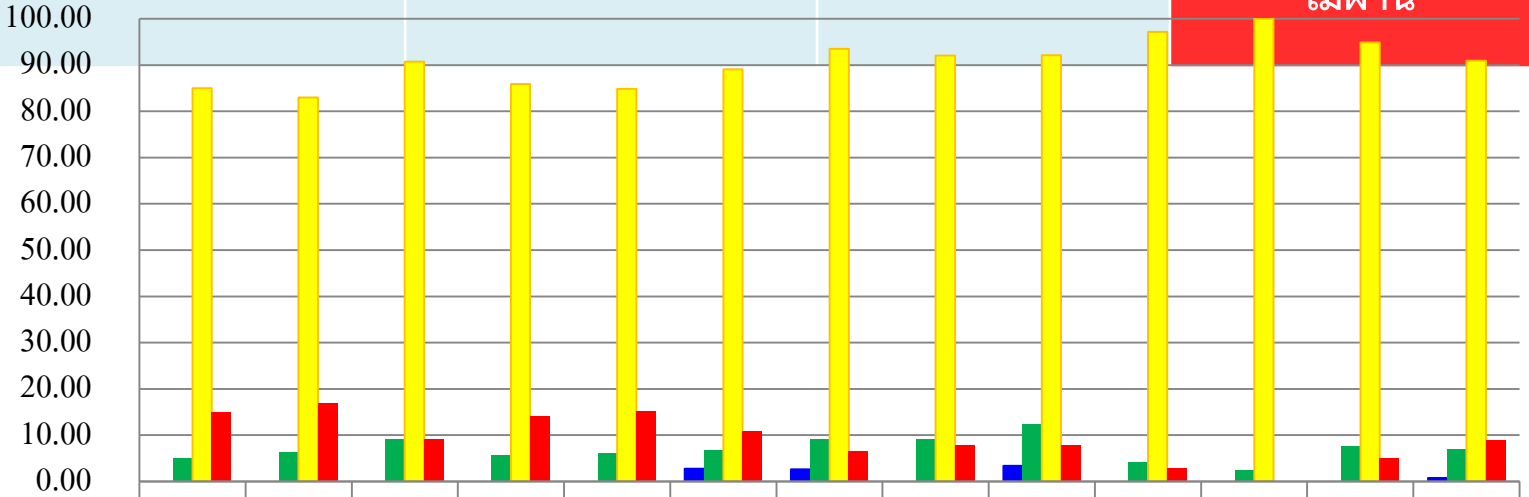
ข้อมูล ณ วันที่ 20 เมษายน 2561

จากโปรแกรมรายงานการพัฒนาระบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล



	จันทบุรี	สระแก้ว	ปราจีนบุรี	สมุทรปราการ	ระยอง	ชลบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	เขต 6
ขั้นที่ 3	0	0	0	0	0	0	0	18.18	2.74
ขั้นที่ 2	8.33	0	0	0	0	8.33	0	27.27	6.85
ขั้นที่ 1	75	100	100	66.67	88.89	100	71.43	100	89.04
ขั้น 0	25	0	0	33.33	11.11	0	28.57	0	10.96

เป้าหมาย 2561	เป้าหมายไตรมาส 2	ผลงาน	ประเมินผลการดำเนินงาน
RDU ขั้น 1≥ร้อยละ 80 (715 รพ.)	ขั้น 1 ≥ ร้อยละ 70 (626 รพ.)	ร้อยละ 90.94 (750 รพ.)	ผ่าน
RDU ขั้น 2≥ร้อยละ 20 (179 รพ.)	ขั้น 2 ≥ ร้อยละ 10 (90 รพ.)	ร้อยละ 7.05 (56 รพ.)	ไม่ผ่าน



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ขั้นที่3	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.74	2.60	0.00	3.37	0.00	0.00	0.00	0.78
ขั้นที่2	5.00	6.38	9.26	5.63	6.06	6.85	9.09	9.09	12.36	4.23	2.50	7.69	7.05
ขั้นที่1	85.00	82.98	90.74	85.92	84.85	89.04	93.51	92.05	92.13	97.18	100.0	94.87	90.94
ขั้นที่0	15.00	17.02	9.26	14.08	15.15	10.96	6.49	7.95	7.87	2.82	0.00	5.13	9.06

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ทัศนคติของผู้ป่วยเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะยังไม่มีประสิทธิผลเพียงพอ - แพทย์ยังขาดความเชื่อมั่นในเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับแผลสะอาด	- จังหวัด/หน่วยงานที่รับผิดชอบมีการประชาสัมพันธ์สื่อที่สามารถเข้าใจได้ง่ายให้แก่ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป - มีการจัดอบรมเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ใหม่	

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- การรายงานแบบสะสมทาง รายงานของกบรส.ทุกไตรมาส
- การสนับสนุนจากผู้บริหารของเขต,จังหวัดและการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยทางจังหวัด/รพ.มีการประชุมเครือข่ายบริการระดับจังหวัด/อำเภอ และติดตามการรายงานทุกเดือน
- ความร่วมมือของทีมงานสหสาขาวิชาชีพ

สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

- ส่งเสริมให้หลักสูตรการเรียนการสอนเน้นเรื่องRDU ในสถานศึกษาทุกสาขาวิชาชีพเพิ่มขึ้น
- การประสานกับราชวิทยาลัย และมหาวิทยาลัย ในการดำเนินการเรื่อง RDU และ AMR โดยมีเป้าหมาย และตัวชี้วัดเดียวกัน

ส่วนกลางดำเนินการ

ทางส่วนกลางมีการหารือดำเนินการตามแนวทาง RDU PHARMACYและประสานหลักสูตรในสถานศึกษาด้วยแล้ว

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

การรณรงค์ให้ความรู้ และระดมความร่วมมือในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมทั้งการดำเนินงานในชุมชน โดยมีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อย.น้อย อสม. ผู้นำชุมชน โดย จะมีการปฐมนิเทศการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เขตสุขภาพที่ 6 แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่จังหวัดจันทบุรี นอกจากนี้มีหลายจังหวัดมีการพัฒนาศักยภาพร้านขายยาสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และจังหวัดชลบุรีมีการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลเอกชนสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นต้น มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เขตสุขภาพที่ 6 ณ จังหวัดชลบุรี ในวันที่ 12 มกราคม 2561

สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

- การทำ Spot โฆษณาเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ AMR แบบเข้าใจง่าย เป็นระยะๆ ออกสื่อโทรทัศน์
- เสนอ สป.ในการจัดทำระบบโปรแกรมในการให้บริการผู้ป่วย สำหรับโรงพยาบาลที่เหมือนกัน

ส่วนกลางดำเนินการ

- มีการจัดทำ Application RDU รู้เรื่องยา
- มีการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาสมเหตุผลในสื่อมัลติมีเดียต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น

จังหวัด	ผลงานเด่น
1.สระแก้ว	-การนำ QR CODE เป็นสื่อกลางให้ความรู้บนฉลาก
2.ระยอง	- ปฏิทิน 3 โรครักษาได้ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ - ฉลากยารูปภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสายตา
3.ชลบุรี	-เครือข่ายรณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ของ คปสอ.หนองใหญ่ - มีการจัดทำโปสเตอร์ แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
4.ตราด	-มีการจัดทำ QR Code ฉลากยาเสริม (มีเสียงพูด 3 ภาษา ได้แก่ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และภาษากัมพูชา) สำหรับคนไข้ที่อ่านหนังสือไม่ออก และคนไข้สูงอายุ
5.ฉะเชิงเทรา	-รพ.สต.ในทุกเครือข่าย คปสอ.มีการดำเนินงานได้ 100 เปอร์เซ็น

สรุปการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 6

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)
1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) เกณฑ์ตัวชี้วัด : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	เป้าหมาย (จำนวน รพศ./รพท.ทั้งหมด)	14
		ผลงาน จำนวน รพ. ผ่าน	4
		ร้อยละ	28.57

รายละเอียดผลการดำเนินงานรายจังหวัด

จังหวัด		จำนวน รพศ./รพท. ทั้งหมด	จำนวน รพศ./รพท. ที่ผ่านในกิจกรรม						ร้อยละ
			กิจกรรม ๑ คกก.	กิจกรรม ๒ LAB	กิจกรรม ๓ ยา	กิจกรรม ๔ IC	กิจกรรม ๕ วิเคราะห์	ผ่านทั้ง ๕ กิจกรรม	
ชลบุรี	รพ.ชลบุรี	๒	✓	✓	✓	✓	✓	✓	๕๐
	รพ.บางละมุง		✗	✓	✓	✓	✗	✗	
ระยอง	รพ.ระยอง	๓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	๓๓.๓๓
	รพ.แกลง		✓	✓	✗	✗	✗	✗	
	รพ.เฉลิมพระเกียรติฯ		✓	✗	✓	✗	✗	✗	
จันทบุรี	รพ.พระปกเกล้า	๑	✓	✓	✓	✓	✓	✓	๑๐๐
ตราด	รพ.ตราด	๑	✗	✗	✓	✗	✗	✗	๐
สมุทรปราการ	รพ.สมุทรปราการ	๒	✓	✗	✓	✓	✓	✗	๐
	รพ.บางพลี		✓	✗	✗	✗	✓	✗	
ฉะเชิงเทรา	รพ.พุทธโสธร	๑	✓	✓	✗	✓	✗	✗	๐
ปราจีนบุรี	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	๒	✓	✗	✓	✓	✓	✗	๕๐
	รพ.กบินทร์บุรี		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
สระแก้ว	รพร.สระแก้ว	๒	✓	✓	✓	✓	✗	✗	๐
	รพ.อรัญประเทศ		✓	✗	✓	✗	✗	✗	

รายงานร้อยละผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด

เขตสุขภาพที่ ๖	ชลบุรี	บางละมุง	ระยอง	แกลง	เฉลิมพระเกียรติฯ	พระปกเกล้า	ตราด	สมุทรปราการ	บางพลี	พุทธโสธร	เจ้าพระยา	กบินทร์	สระแก้ว	อรัญ	รวม
จำนวนผู้ป่วยที่พบเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	๕๓๐	๗๗	๒๕๙	๑๒	๔๔	๔๔๓	๑๑๐	๒๐๔	๘๗	๒๔๘	๑๖๙	๖๑	๕๕	๕๓	**๒๓๕๒**
จำนวนผู้ป่วยที่ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อทั้งหมด	๑๑๓๘๑	๓๕๗๗	๖๓๓๐	๑๗๒๖	๓๐๕๙	๑๐๙๓๒	๓๐๓๘	๗๑๙๕	๒๗๑๒	๗๐๓๗	๙๖๗๙	๔๖๕๗	๖๙๔๓	๑๙๐๘	**๘๐๑๗๔**
ร้อยละผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	**๔.๖๖**	**๒.๑๕**	**๔.๐๙**	**๐.๗๐**	**๑.๔๔**	**๔.๐๕**	**๓.๖๒**	**๒.๘๘**	**๓.๒๑**	**๓.๔๘**	**๑.๗๕**	**๑.๓**	**๐.๗๙**	**๒.๔๖**	**๒.๙๓**

เชื้อดื้อยาที่พบมากที่สุด

๑. *Escherichia coli* ร้อยละ ๔๔.๐๑

๒. *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ ๒๐.๔๑

๓. *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ ๑๕.๖๐

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ
๑) การติดตามและประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง	- ให้คณะกรรมการติดตามและประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเป็นรูปธรรม	-
๒) ความตระหนักของผู้ปฏิบัติงานในความสำคัญของปัญหาทำให้ละเลยที่จะปฏิบัติตามแนวทาง	- แต่ละหอผู้ป่วยต้องติดตามสถานการณ์เชื้อดื้อยาของตัวเองอย่างใกล้ชิด และปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด - เพิ่มรายงานการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งแยก ICU/non ICU	-
๓) การรายงานข้อมูลการจัดการเชื้อดื้อยาในคณะกรรมการ	- ให้มีการรายงานข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การใช้ยาเปรียบเทียบกับอัตราการดื้อยาในการประชุมประจำเดือน	-
๔) การทำ Antibiogramในโรงพยาบาลบางแห่งยังต้องมีการนับข้อมูลด้วยมือ ซึ่งข้อมูลทั้งปีมีมากกว่า ๑๐,๐๐๐ ข้อมูล ในขณะที่มีบุคลากรทำงาน ๓ คน	- ควรประสาน IT Man พัฒนาโปรแกรมให้สามารถเก็บและดึงข้อมูลความไวของเชื้อดื้อยาได้ และดึงข้อมูล Antibiogramได้	-
๕) การเก็บข้อมูลยังไม่ครบถ้วน มีการลงผลในบางโปรแกรม ไม่สามารถดึงข้อมูลความไวของเชื้อออกมาได้ ทั้งๆ ที่ลงข้อมูลในโปรแกรมแล้ว ทำให้โรงพยาบาลบางแห่งต้องเก็บข้อมูลใน worksheet	ควรปรับปรุงโปรแกรมให้สามารถดึง (export) ข้อมูลได้ตามที่นโยบายต้องการ เช่น ดึงข้อมูลในรูปของ zone size ของยา หรือดึงข้อมูชได้ทุกเชื้อรวมกันในไฟล์เดียว ไม่แยกเป็นแต่ละชนิดของเชื้อ	-

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ
๖) การสะท้อนข้อมูลที่ไม่ทันเวลาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสถานบริการสุขภาพและไม่ครอบคลุมทุกวิชาชีพ	- นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน AMR. ของโรงพยาบาลเพื่อสรุปวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาAMR ในโรงพยาบาล	-
๗) การขาดผู้ชำนาญงานด้านโรคติดเชื้อ	-	- นำเสนอต่อคณะกรรมการ RDU/AMR ส่วนกลางเพื่อหาแนวทางสนับสนุน เรื่องหลักสูตรการฝึกอบรม แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ต่อไป
๘) การคำนวณข้อมูลเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด AMR และ Non-AMR ยังไม่ถูกต้องในบางโรงพยาบาล	- ควรคำนวณเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดAMR แยกรายเชื้อ โดยการคำนวณ Non-AMR คือ จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ (ราย) ที่ไม่ดื้อยา/จำนวนผู้ป่วยที่ส่งH/C	-
๙) โรงพยาบาลบางแห่งยังไม่เปิดให้บริการด้านแบคทีเรีย จึงไม่มีระบบบันทึกผลทางห้องปฏิบัติการด้านแบคทีเรีย เมื่อได้รับผลเพาะเชื้อจากแลบนอก จะนำใบรายงานผลมา scan และ upload เข้า HIS ทันทีทำให้เมื่อต้องรายงานเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดจะต้องมานับมือ อีกทั้งยังไม่สามารถจัดทำ Antibiogram ของโรงพยาบาลได้	ควรติดต่อ/ทำข้อตกลง (TOR) กับห้องปฏิบัติการรับตรวจต่อในการจัดส่งข้อมูลสำหรับจัดทำ antibiogram ของโรงพยาบาลมาพร้อมการายงานผลทางห้องปฏิบัติการทุกครั้ง	-

สาขา
ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ

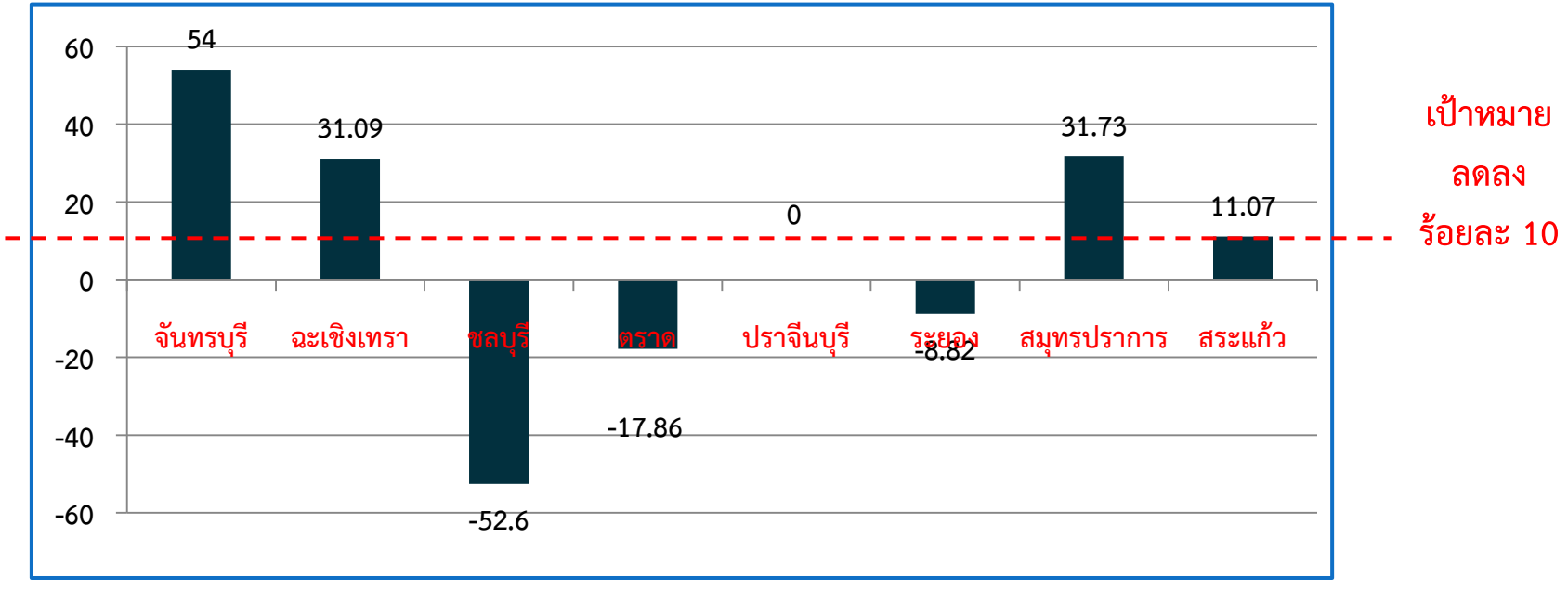
สถานการณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาศักยภาพการให้บริการในเขตสุขภาพที่ 6 ยังไม่เพียงพอต่อการรักษาโรคที่สำคัญ เช่น สาขาหัวใจ อุบัติเหตุฉุกเฉิน ทารกแรกเกิด มะเร็ง สาเหตุมีทั้งจากเตียงเต็ม รอคิวนานในหัวใจและรังสีรักษา เกินศักยภาพจำเป็นต้องส่งออกนอกเขตสุขภาพ ซึ่งก็มีความยากลำบาก

ทีมบริหารของเขตสุขภาพที่ 6 ได้เล็งเห็นปัญหาการส่งออกยาก ได้พยายามติดต่อประสานกับรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น รพ.ราชวิถี รพ.จุฬาฯ มีการตกลงแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนเมื่อเกินศักยภาพ รวมทั้งมีการช่วยพัฒนาทีมสหวิชาชีพในหลักสูตรอบรมระยะสั้นเพิ่มศักยภาพของเขต ในระยะสั้นทำให้การส่งออกนอกเขตมีความสะดวกมากขึ้น ในระยะยาวเป็นการเร่งพัฒนาศักยภาพของเขต ทำให้รองรับความต้องการบริการในเขตได้ดีขึ้น เป็นการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย เป็นผลดีต่อทั้งสถานพยาบาลและผู้ป่วย

ตัวชี้วัด : ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 40.60



เป้าหมาย	200	134	95	84	NA	34	1,204	542
ผลงาน	92	103	149	99	NA	37	822	60

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ขาดเตียง NICU อีกมาก เพราะมีอัตราการคลอดสูง	- พยายามเพิ่มเตียง NICU ในรพ.ระดับ M,S	
- การฉายรังสีรักษาไม่พอกับความต้องการ รอคิวนาน	- เพิ่มศักยภาพในเขต โดยจัดตั้งศูนย์รังสีรักษาที่รพ.พระปกเกล้า จ.จันทบุรี ปี 2562 (1 เครื่อง)	
- คิว PCI หัวใจ รอนาน	- ทำ PCI ร่วมกับภาคเอกชนขยายงานบริการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการ	

สาขา

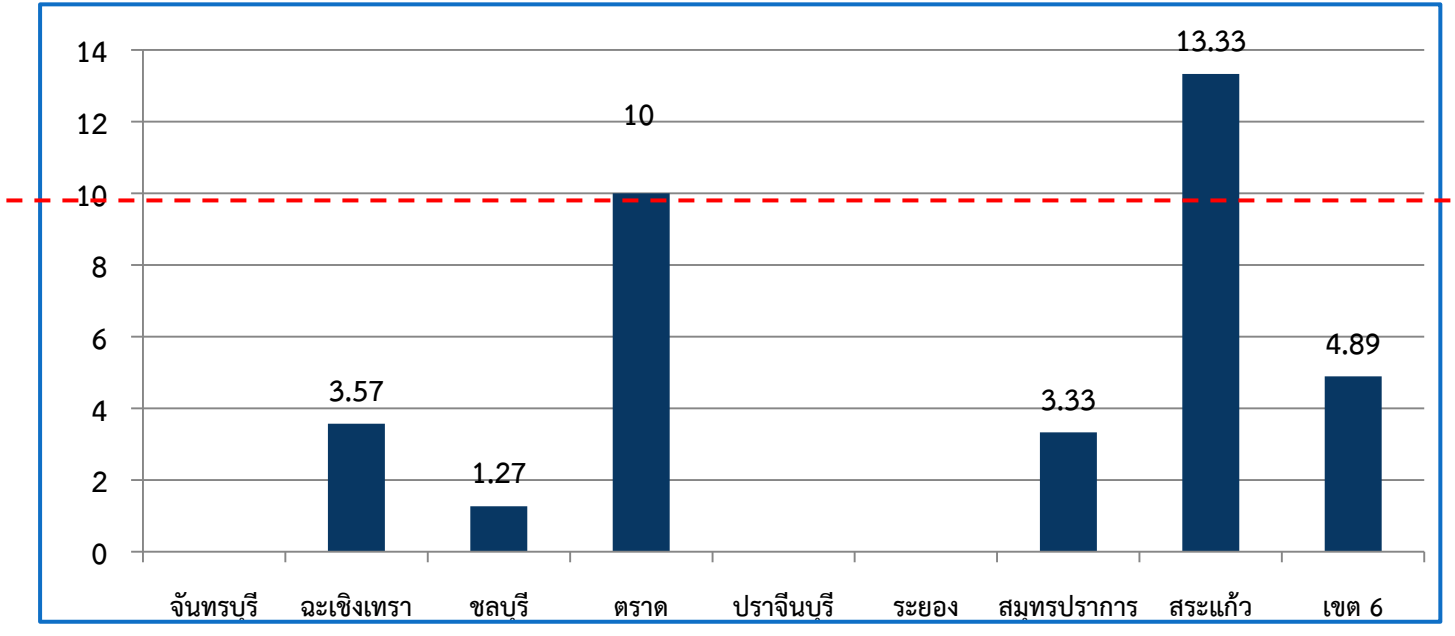
โรคหัวใจ

สถานการณ์

1. STEIMI Alert 1669 ยังไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยที่มีอาการยังมาล่าช้า
2. อัตรากำลัง มี Cardiologists 10 /Interventionists 7/ CVT 4
3. อัตราการได้รับ REPERFUSION THERAPY = 80.1% (80)
4. อัตราการตายโรคหลอดเลือดหัวใจ = 16.18 (<28 ต่อแสนประชากร)
5. อัตราการเสียชีวิตใน รพ. ของผู้ป่วย STEMI = 8.83% (<10%)

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตใน รพ.ของผู้ป่วย STEMI

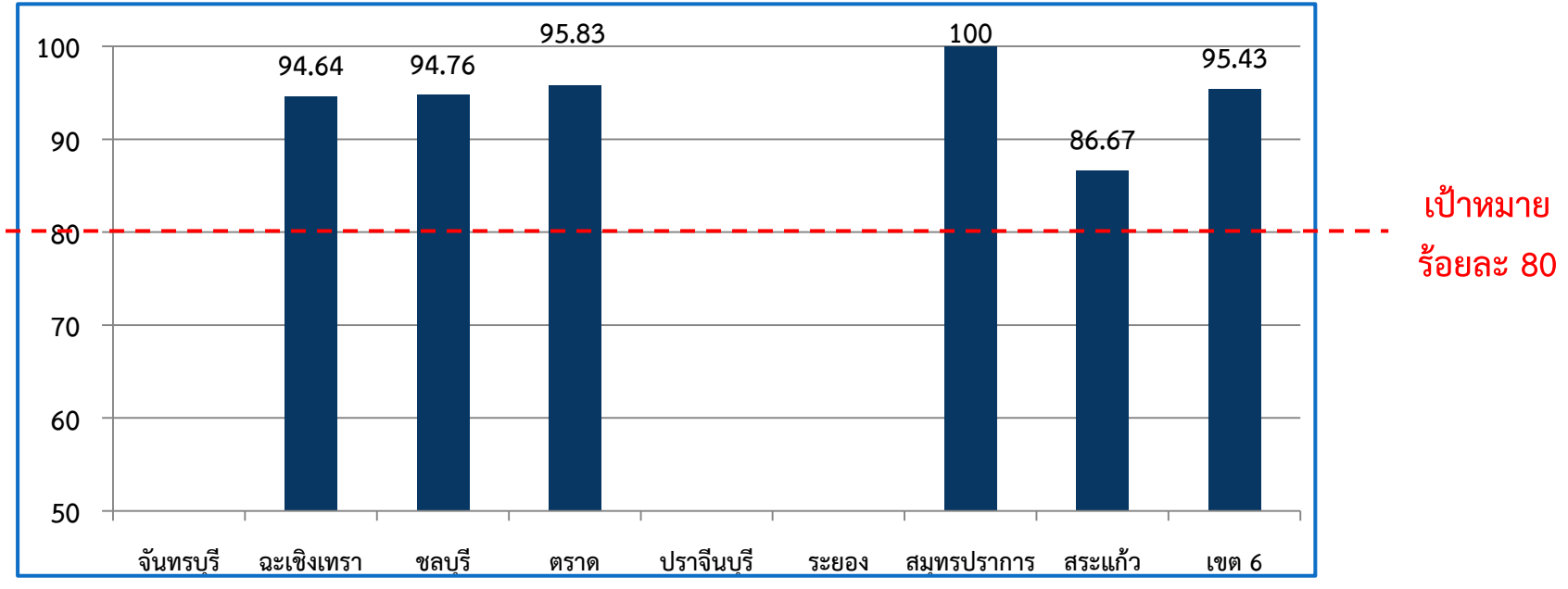
ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 6.85



เป้าหมาย	na	56	79	30	na	na	30	30	225
ผลงาน	na	2	1	3	na	na	1	4	11

ตัวชี้วัด : ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 94.27



เป้าหมาย	na	56	79	24	na	na	30	30	219
ผลงาน	na	53	77	23	na	na	30	26	209

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. ระยะเวลารอคอย PCI = 3 เดือน	- เพิ่มห้องสวนหัวใจ 1 ห้องที่ รพ. พระปกเกล้าและวางแผนเพิ่ม 1 ห้อง ที่ รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	- จัดหา CVT และวางแผนเพิ่มห้องสวนหัวใจอีก 1 ห้อง ที่ รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
2. ระยะเวลารอคอยผ่าตัดหัวใจ = 6 เดือน	- ส่งต่อที่ รพ. โรคทรวงอก รพ. ราชวิถี และเอกชน (จุฬารัตน์ 3)	- แผนการส่งต่อและการเข้าถึงภายในเขต
3. Waiting List Echo = 40 วัน	- ส่งบุคลากรเข้าอบรม นักเทคโนโลยีหัวใจ	- จัดสรรบุคลากรเข้าอบรม
4. ขาดบุคลากรสาขาโรคหัวใจ	- วางแผนจัดอัตรากำลัง EP , พยาบาลด้าน (CCU, CATH LAB), Cardiac rehab, นักเทคโนโลยีหัวใจ ส่งเรียนต่อ	- จัดอัตรากำลัง
5. ระบบข้อมูลทะเบียนโรคหัวใจยังไม่สมบูรณ์	- ใช้ National ACS Registry เริ่ม (25 ธันวาคม 2560)	

สาขา

ทารกแรกเกิด

สถานการณ์

1. case ตั้งครรภ์วัยรุ่น Preterm 7.2% , LBW 9.7% , BA 27.84 ต่อพันการเกิดมีชีพ

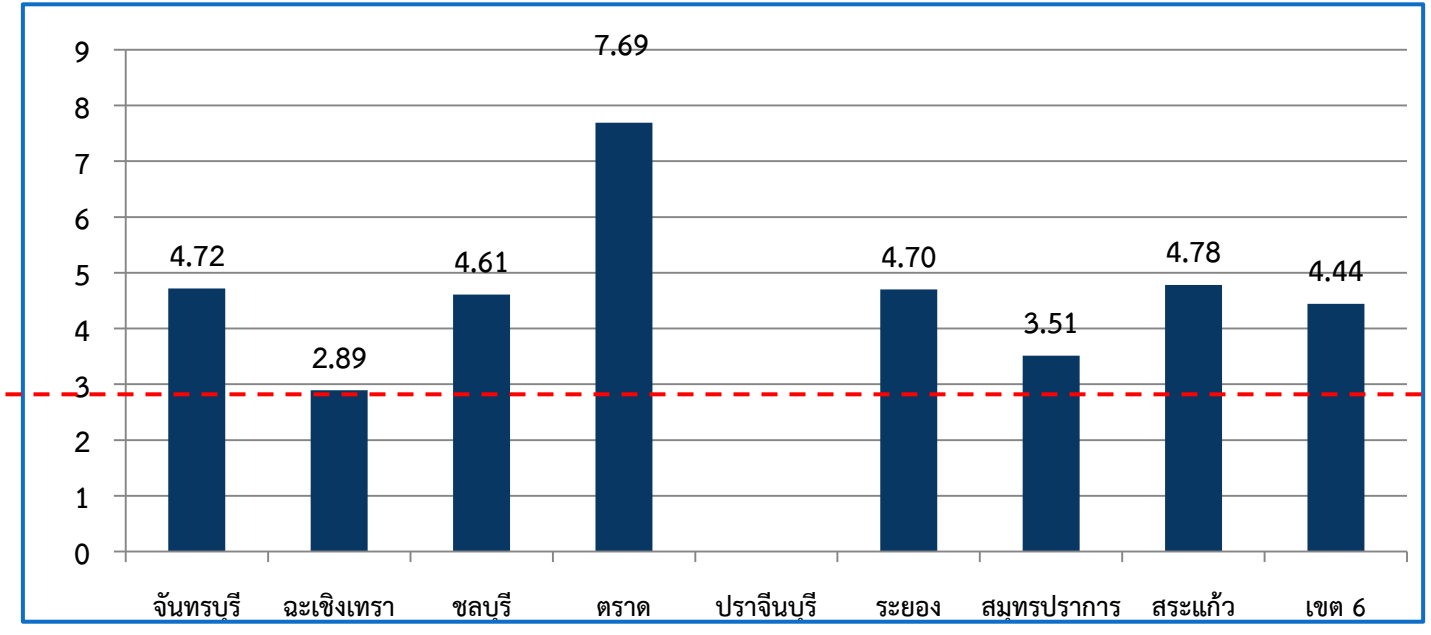
2. ทารกตาย 0-28 วัน < 1000 กรัม = 42.17% , 1000-1500 กรัม = 12.41%

3. NICU ตามมาตรฐานไม่เพียงพอ 1: 500 ต้องมี 218 เตียง ได้ 90 เตียง (ขาดข้อมูล 4 จังหวัด) , Refer out ออกนอกเขต 105 ราย

4. ขาดบุคลากรเฉพาะทาง ได้แก่แพทย์ CVT, กุมารศัลยแพทย์ , Neonatologist, พยาบาล NNP และ SNB, อุปกรณ์การแพทย์ไม่พียงพอต่อการให้บริการได้แก่ Transport Incubator, Pulse Oximeter, Hiflow Oxygen

ตัวชี้วัด : อัตราการตายของทารกอายุ ≤ 28 วัน นน.แรกเกิด ≥ 500 กรัม

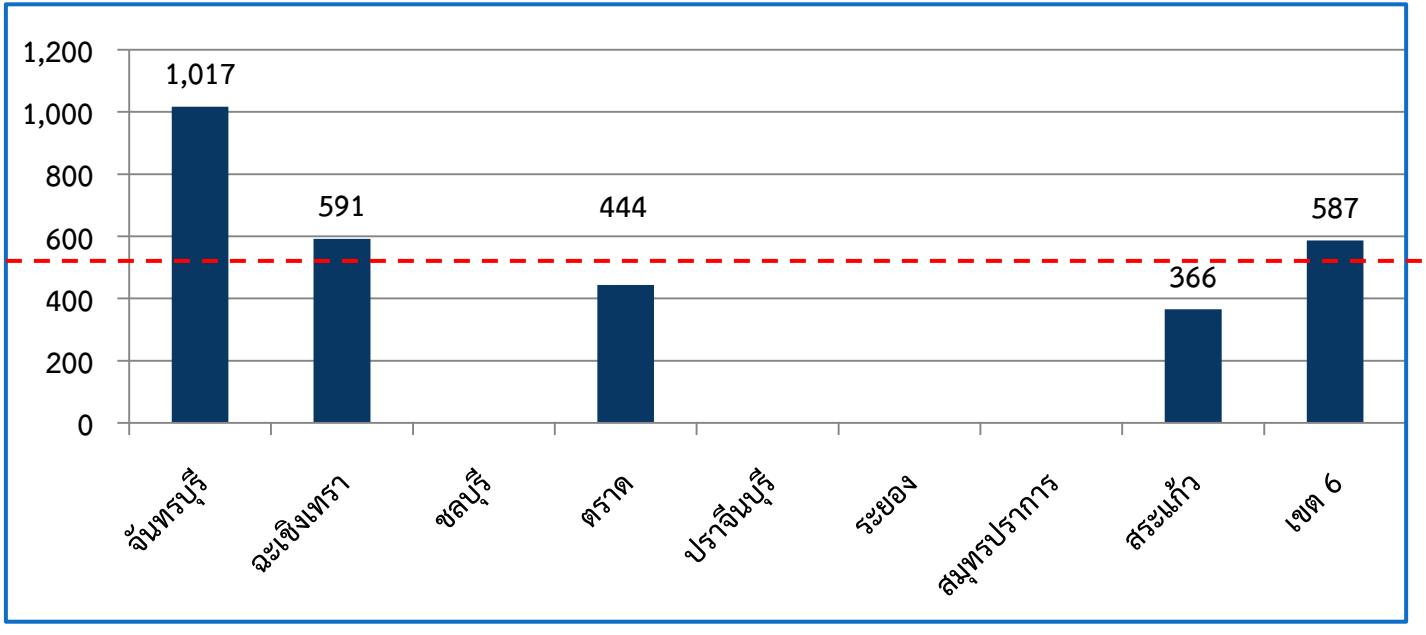
ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 4.44



เป้าหมาย	2,752	2,077	6,937	1,301	na	4,042	5,420	2930	25,459
ผลงาน	13	6	32	10	na	19	19	14	113

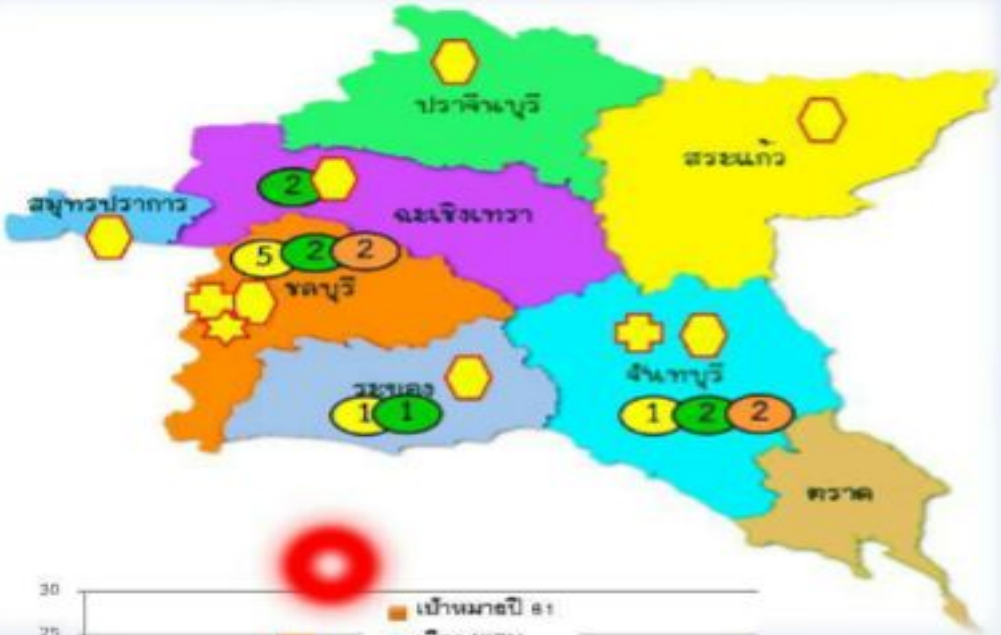
ตัวชี้วัด : จำนวนเตียง NICU เพียงพอ

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » 1 : 587



เป้าหมาย	6,102	7,686	6,937	2,663	na	na	na	2,924	19,375
ผลงาน	6	13	18	6	na	na	na	8	33

สาขาทารกแรกเกิดเขต 6



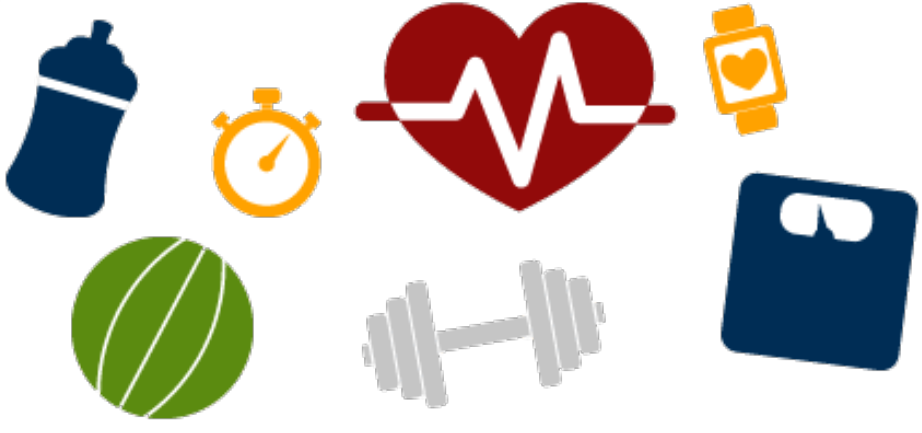
- TPN ได้ 7 แห่ง (เหลือ รพ.ตราด)
- Laser ROP 2 แห่ง *(รพ.ชลบุรี/ รพ.พระปกเกล้า)*
- Systemic Hypothermia 1 แห่ง *(รพ.ชลบุรี)*
- Neonatologist
- กุมารศัลยแพทย์
- ศัลยแพทย์หัวใจ
- เตียง NICU มี 82 เตียง เป้าหมาย 113 เตียง
- เตียง SNB มี 240 เตียง เป้าหมาย 314 เตียง

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. - การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น, ระบบฝากครรภ์ที่ต่ำกว่าเกณฑ์, BA และ LBW สูง - มีการใช้ Progesterone ในหญิงที่เสี่ยงต่อ Preterm น้อย	- บูรณาการร่วมกับ MCH Board สาขาสูติกรรม, ปฐมภูมิ, กลุ่มวัยแม่และเด็ก เพื่อลดอุบัติการณ์	- กำหนดแผนลดอุบัติการณ์ในเขต
2. อัตรากำลังแพทย์พยาบาลเฉพาะทาง	- สนับสนุนอัตรากำลัง กุมารแพทย์, ศัลยกรรมเด็ก, CVT กุมาร, พยาบาล NNP&SNB	- กำหนดแผนระดับเขต
3. ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นใน รพช. โดยเฉพาะที่เป็น Node เช่น Transport Incubator, Pulse Oximeter, Hiflow Oxygen	- สนับสนุนอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน	- กำหนดแผนระดับเขต
4. ระบบการจัดเก็บข้อมูลในเขตยังไม่เป็นแนวทางเดียวกันและขาดความเชื่อมโยง	- พัฒนาระบบจัดเก็บฐานข้อมูลให้พร้อมต่อการใช้งานจาก 43 แฟ้มและดึงจาก HDC ได้	- สนับสนุนการบริหารจัดการและประสานข้อมูลทั้งเขตรวมทั้ง รพ. เอกชน

5 สาขาหลัก

สาขา
อายุรกรรม



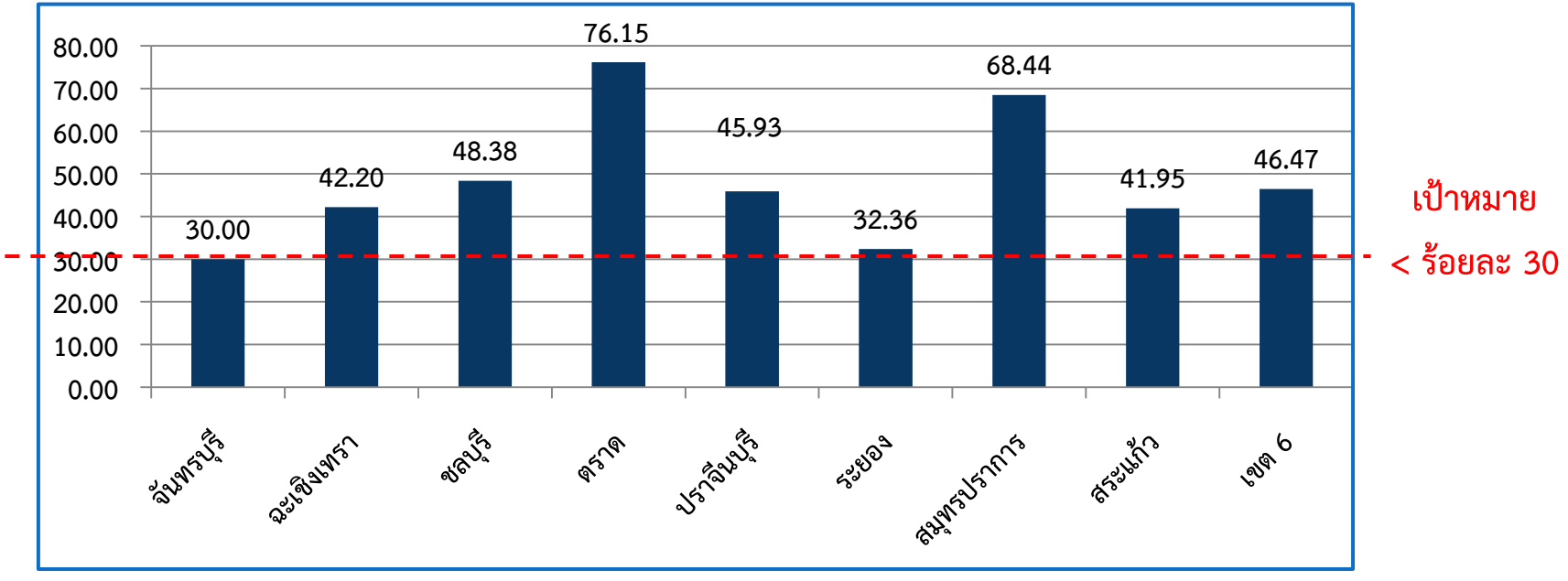
สถานการณ์

1. ต้องมีการจัดตั้ง Sepsis team ให้ครบทุกจังหวัดในเขต โดยประสานกรมการแพทย์เป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษา

2. โปรแกรม Sepnet ของกรมการแพทย์จะนำมา Implement เพื่อให้ใช้เก็บข้อมูลในเขตสุขภาพ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้ภายหลัง เพื่อจัดทำ Antibiogram ของเขตสุขภาพต่อไป

ตัวชี้วัด : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community – acquired

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 46.47



เป้าหมาย	830	519	370	130	135	754	339	239	2977
ผลงาน	249	219	179	99	62	244	232	99	1383

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. ไม่มีอายุรแพทย์และไม่มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2	- โรงพยาบาลแต่ละแห่งจัดทำแผนพัฒนากำลังคน และผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตาม CPG Sepsis และนิเทศเครือข่าย	กสธ. ร่วมกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ กำลังจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis เป็นมาตรฐาน
2. โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมีแพทย์อายุรกรรมยังขาดพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ	- ผลักดันให้มีการส่งพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติหลักสูตร 1 เดือน/ 4 เดือน	ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลในเขต จัดการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
3. ขาดครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ยา ที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis/septic shock	- จัดทำแผนการจัดซื้อครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ยาที่จำเป็นในการดูแลรักษาตามหลัก DUE และ Empirical ATB	- แผนจัดซื้อครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ยาที่จำเป็น
4. พัฒนาการลงข้อมูล Sepnet	โดยใช้ ICD10 Definition และCoding Audit เพื่อพัฒนาต่อยอด R2R/Innovation	- ประสาน สสจ. วางแผนลงระบบข้อมูล Sepnet

5 สาขาหลัก

สาขา
กุมารเวชรกรรม

สถานการณ์

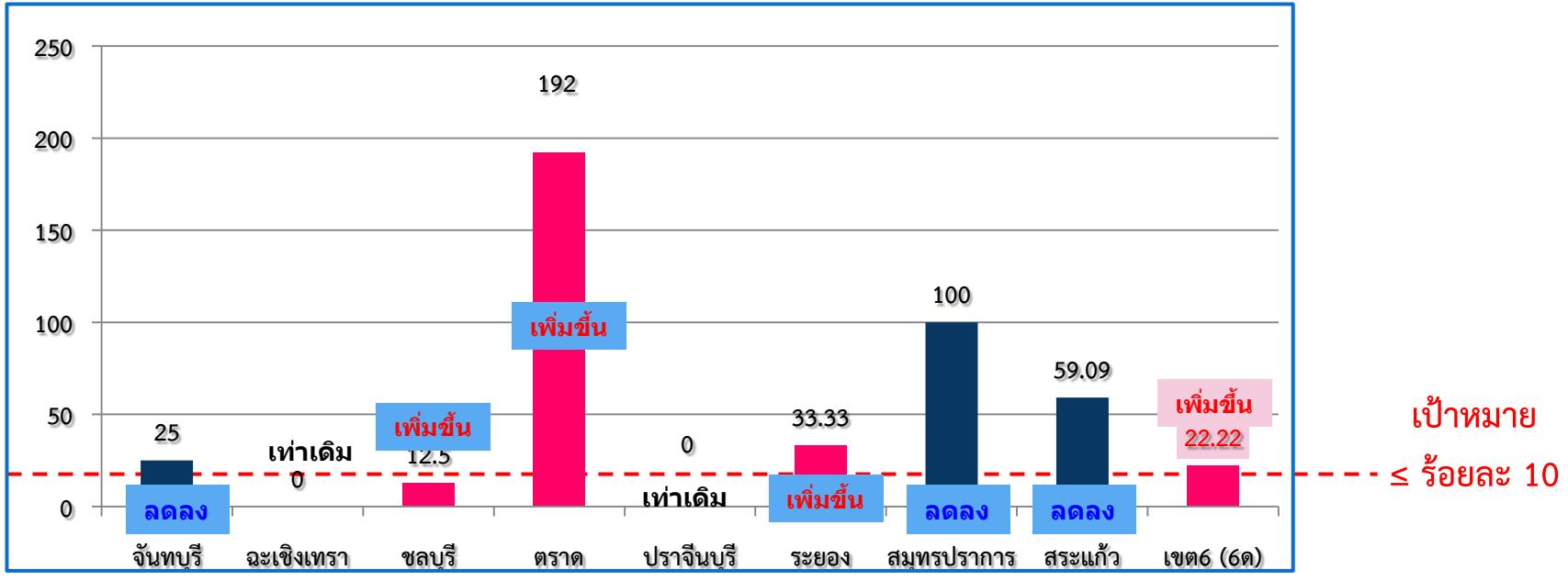
1. อัตราตายของผู้ป่วยเด็กปอดบวมส่วนใหญ่น้อยกว่าร้อยละ 1 ยกเว้นจังหวัดตราด

2. อัตราป่วยตายของปอดบวมลดลงจากเดิม≥10% เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ที่จังหวัดจันทบุรี, สมุทรปราการ และสระแก้ว ไม่มีป่วยตายที่ฉะเชิงเทราและปราจีนบุรี

3. ภาพรวมอัตราป่วยตายระดับเขต 6 ในรอบ 6 เดือนเท่ากับร้อยละ 0.33 เพิ่มขึ้นจากปี 60 เท่ากับร้อยละ 22.22

ตัวชี้วัด : อัตราตายโรคปอดบวมในเด็กอายุ 1 เดือน – 5 ปีบริบูรณ์

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » เพิ่มขึ้น ร้อยละ 22.22



ผลงาน ปี 60 (6ด.)	2/ 995	0/ 382	3/ 624	0/ 93	0/ 574	2/ 418	1/ 258	2/ 281	10/ 3625
ผลงาน ปี 61 (6ด.)	1/ 662	0/ 928	8/ 1606	2/ 104	0/ 772	6/ 944	0/ 302	1/ 277	18/ 5395

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1.ขาดบุคลากรเฉพาะทางในรพ.ระดับM2 2.เครื่องมือที่จำเป็นยังไม่เพียงพอ ใน รพ.ระดับ M2 และ F 3.ยังมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อ 4.ยังไม่มี PICU ในจังหวัดสมุทรปราการ	1.ควรมีการจัด Node ที่มีบุคลากรเฉพาะทางให้เหมาะสมกับพื้นที่และเป็นพี่เลี้ยงให้รพ.ระดับเล็กกว่า 2.จัดทำแผนให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ 3.พัฒนาศักยภาพบุคลากรระหว่างการส่งต่อ	1.การจัดสรรทุนบุคลากร และการฝึกอบรมตามความจำเป็น

5 สาขาหลัก

สาขา

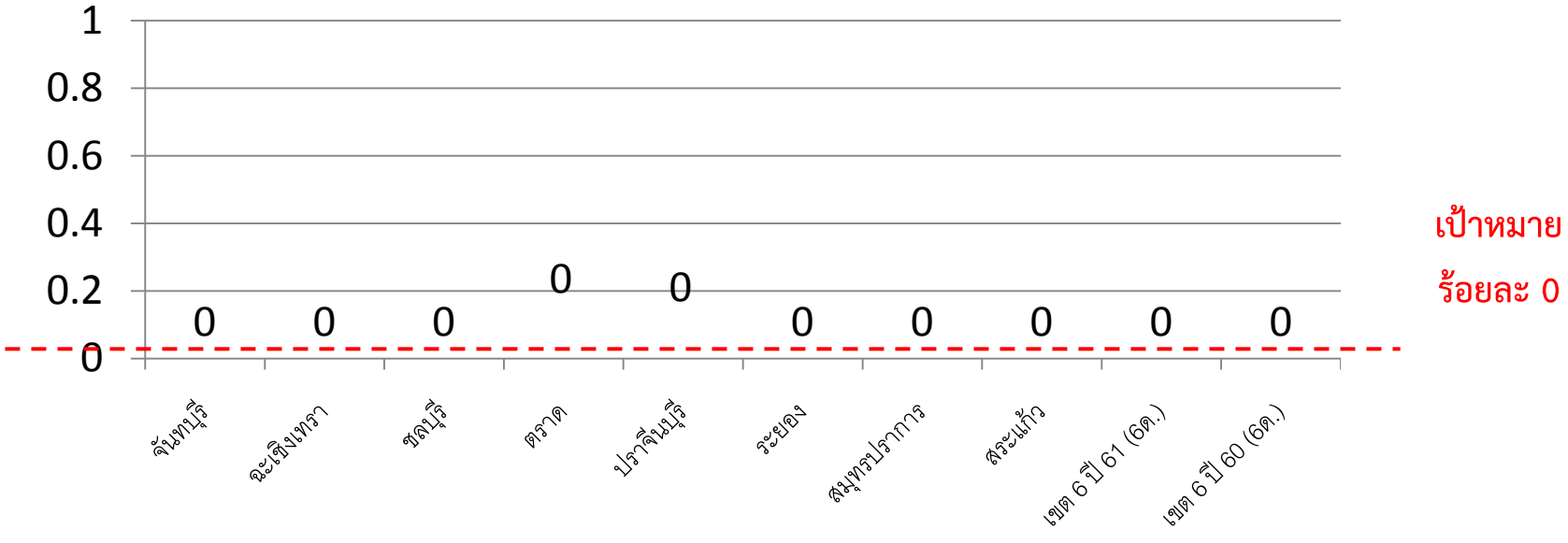
สูติ-นรีเวชกรรม

สถานการณ์

1. อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง≥10% เมื่อเทียบจากปีที่ผ่านมา ที่จันทบุรี, ตราด และสระแก้ว
2. อัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นที่ ฉะเชิงเทรา และปราจีนบุรี
3. ภาพรวมระดับเขตลดลงร้อยละ 3
4. ยังไม่มีมารดาตกเลือดเสียชีวิต
5. ส่วนใหญ่มีการวิเคราะห์ C/S โดยใช้ Robson ten group classification ยกเว้น ชลบุรี และปราจีนบุรี

ตัวชี้วัด : อัตรามารดาตกเลือดเสียชีวิต

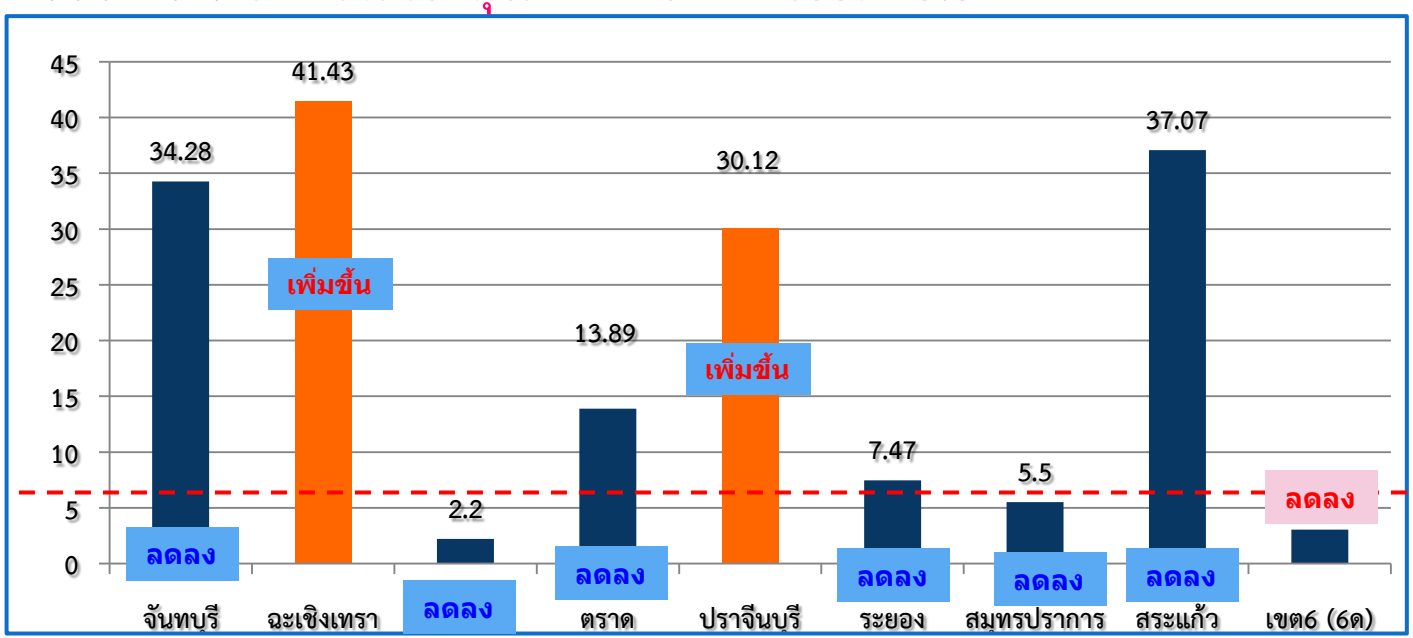
ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 0



เป้าหมาย	2590	3784	6937	709	1691	4771	5416	2948	28846	17477
ผลงาน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ตัวชี้วัด : ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์)

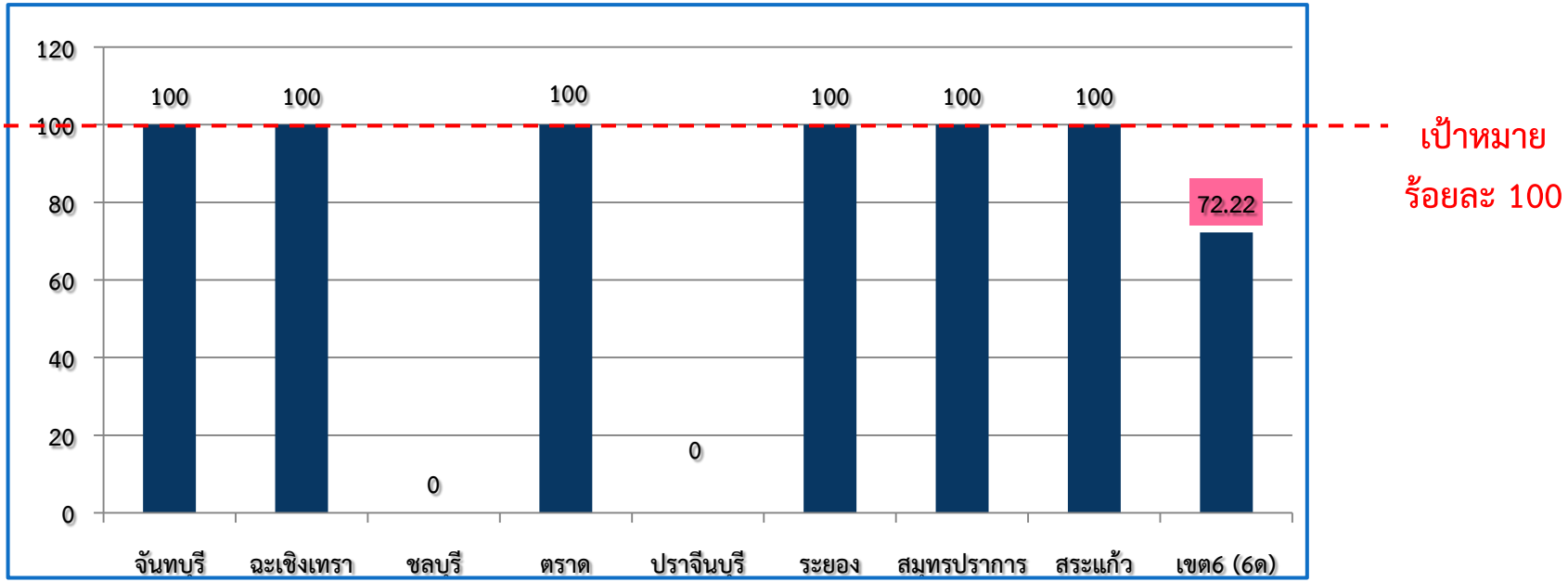
ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 3.04



ผลงาน ปี 60 (6ด.)	219/ 2607	244/ 3929	739/ 13425	111/ 1329	181/ 3346	688/ 5583	418/ 5743	182/ 2516	2782/ 38478
ผลงาน ปี 61 (6ด.)	143/ 2590	322/ 3784	339/ 6937	51/ 709	119/ 1691	544/ 4771	372/ 5416	134/ 2948	2024/ 28846

ตัวชี้วัด : การวิเคราะห์สถานการณ์ผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 72.22



เป้าหมาย	1	2	3	1	2	3	4	2	18
ผลงาน	1	2	อยู่ระหว่างดำเนินการ	1	อยู่ระหว่างดำเนินการ	3	4	2	13

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1.หยุดโครงการให้ยา Micronized Progesterone 2.ยังไม่มีสูติแพทย์ใน รพ.ระดับ F และ M	1.จัดให้ยา Micronized Progesterone อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อให้เข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น	1.ผลักดันในระดับเขตและกระทรวง 2.ยกระดับรพ. ระดับ F บางแห่งเป็น M และจัดสรรสูติแพทย์ให้

สาขา

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

สถานการณ์

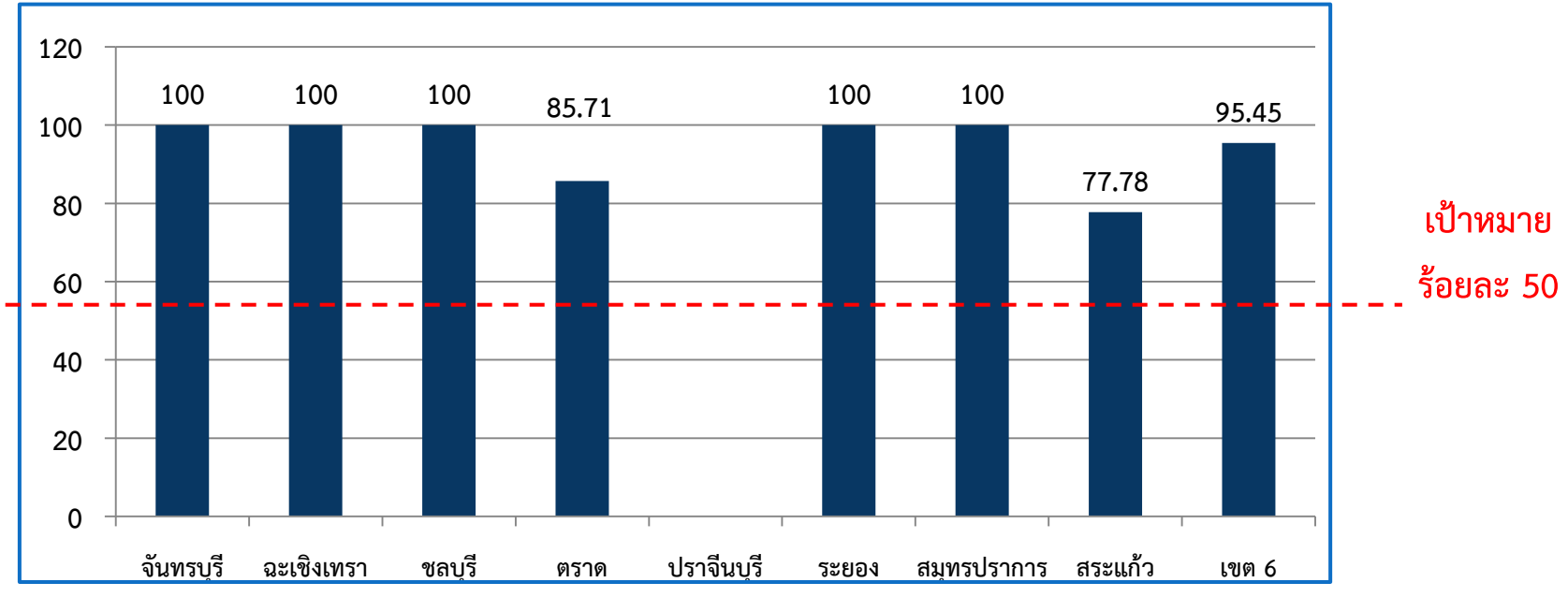
1. มีการดำเนินงาน Palliative Care ตามขั้นตอนที่รพ.ระดับ รพศ/รพท ทุกแห่ง และรพช. อยู่ในขั้นตอนการดำเนินงาน

2. ปี 2561 ทุก รพ.ในเขตผ่านเกณฑ์ความสำเร็จระดับ 4 จาก 5 ระดับ

3. ทุก รพ. ในเขตมีการใช้ Strong Opioid Medication และมีการทำ Family meeting + Advance Care Planning (ACP)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1-3 ดำเนินการได้ได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ



เป้าหมาย	12	11	12	7		9	6	9	66
ผลงาน	12	11	12	6		9	6	7	63

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. ขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากรทางด้าน PC และปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน	1. จัดตั้งทีมแพทย์และส่งพยาบาลอบรม PCN ครบทุก รพศ/รพท และPCWN ให้ครบทุก รพช. และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่เครือข่าย	ประสาน สสจ.
2. การจัดทำวิธีการดูแล Palliative Care สู่ชุมชน และ Home health care	- จัดทำ CPG และคู่มือแนวทางการดำเนินงาน PC ระดับจังหวัด เชื่อมสู่ชุมชน โดยใช้โปรแกรม COC (แพทย์หญิงสุขฤทัย) - คู่มือการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ - พินัยกรรมชีวิต (Living Will) - สมุดประจำตัว PC	ประสาน สสจ.
3. การติดตามข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงทุกจังหวัดในเขต	3. พัฒนาการดึงข้อมูลจาก 43 แฟ้ม (ดึงจาก Z515)	ประสาน สสจ. ทุกจังหวัดในเขต
4. การใช้ยามอร์ฟีน (Strong Opioid) ยังไม่ครอบคลุมถึง รพ.สต.	4. จัดทำแนวทางการบริหารยาระหว่าง รพช. และ รพ.สต.	ประสาน สสจ.

5 สาขาหลัก

สาขา
ออร์โธปิดิกส์

สถานการณ์

1. เป้าหมายการจัดตั้งทีม Capture The Fracture เขตสุขภาพที่ 6 อยู่ที่จังหวัดระยอง

2. มีการจัดอบรมให้ความรู้ Capture The Fracture เขตสุขภาพที่ 6 เมื่อวันที่ 23-24 เมษายน 2561 ที่ รพ. ชลบุรี

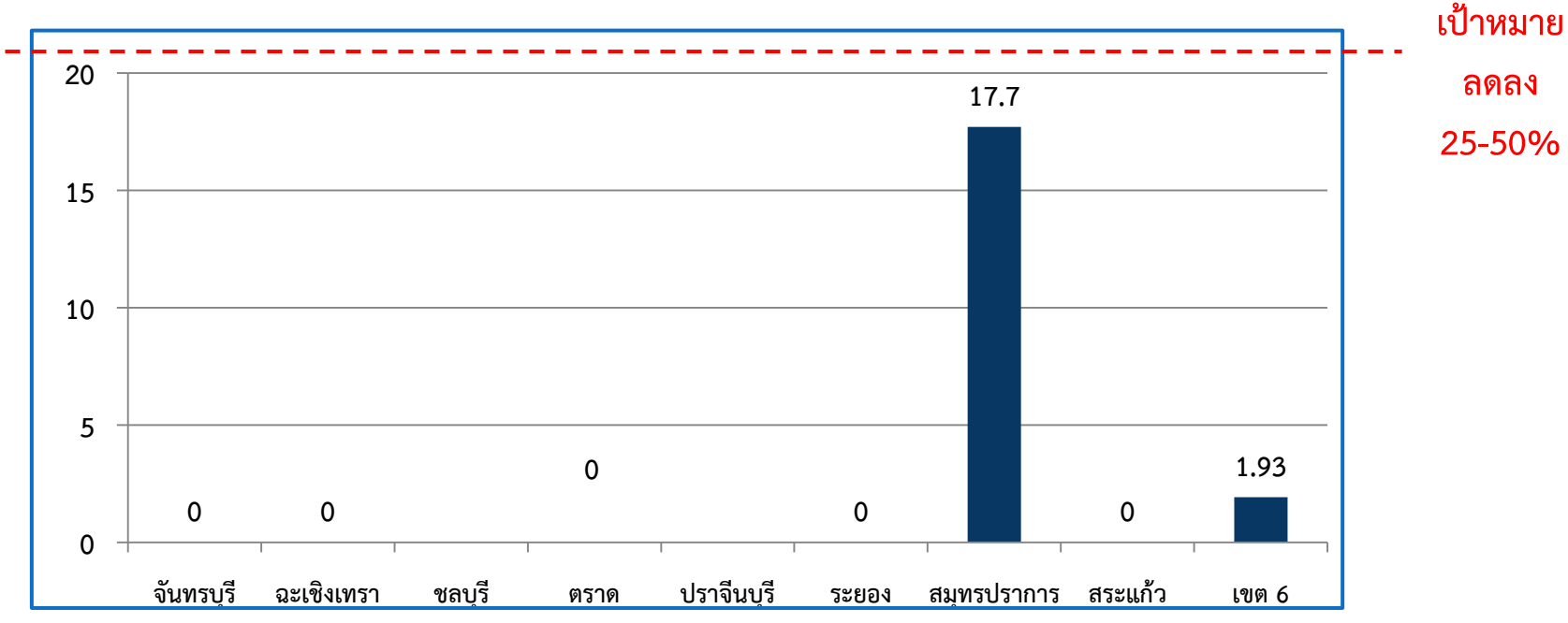
ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
จันทบุรี	1 โรงพยาบาลต่อ 1 เขตสุขภาพ	
ฉะเชิงเทรา		
ชลบุรี		
ตราด		
ปราจีนบุรี		
ระยอง		
สมุทรปราการ		
สระแก้ว		

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refractor)

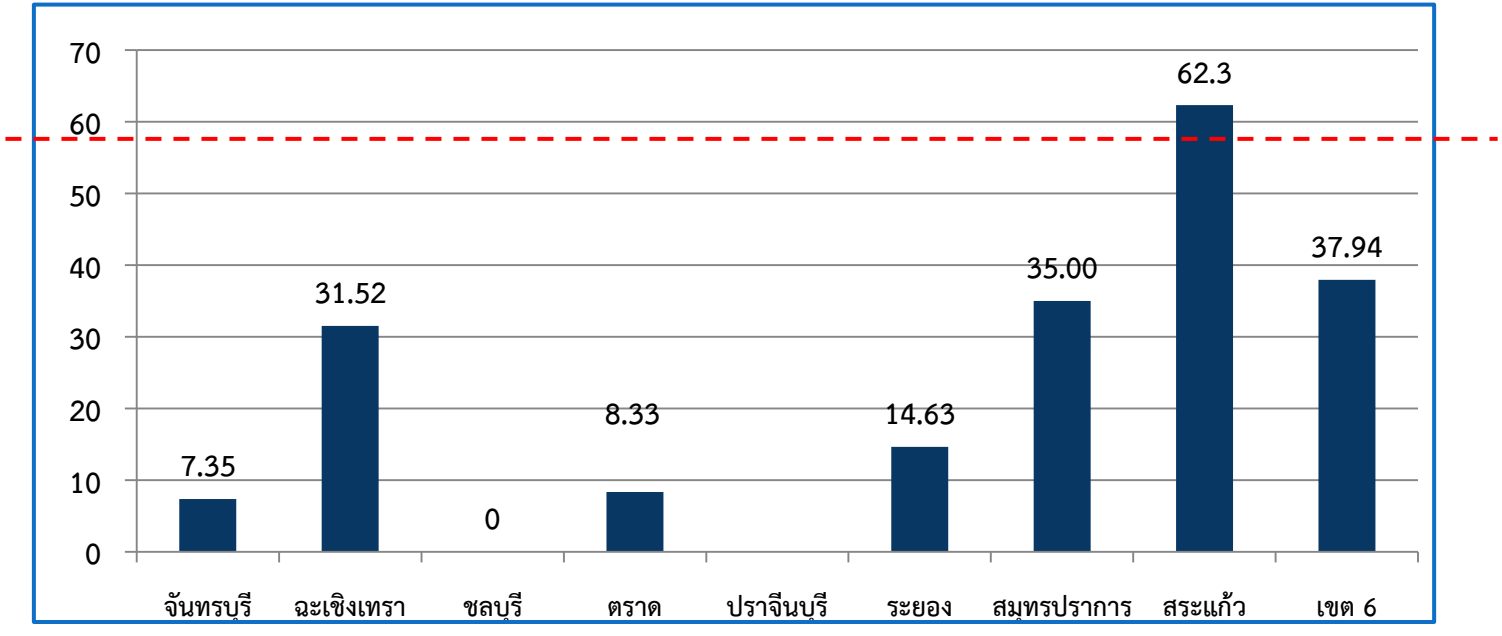
ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 1.93



เป้าหมาย	85	66		36		67	96	533	883
ผลงาน	0	0		0		0	17	0	17

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ



เป้าหมาย	68	33	na	12	na	41	154	61	369
ผลงาน	5	17	na	1	na	6	51	38	140

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. การไม่เห็นความสำคัญและป้องกันการหักซ้ำในโรคกระดูกพรุนของผู้ป่วยและญาติ	-ให้ความรู้และจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยและญาติ	- ประสาน รพ.และสสจ.
2. การเข้าถึงการรักษาโรคกระดูกพรุนในทุกสิทธิ	- ผู้บริหารเห็นความสำคัญของโครงการและให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและงบประมาณ	-
3. การรับปรึกษาและผ่าตัดภายใน 72 ชม.	- วางแผนจัดตั้งคลินิกโรคกระดูกพรุนที่ประกอบด้วยแพทย์ Orthopedic, ดมยา, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและอายุรแพทย์	-

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
4. จัดหาบุคลากรด้านการพยาบาลและประสานงาน	- จัดให้มี Nurse case manager ในรพศ./รพท. และ Nurse coordinator ใน รพช.	- ประสาน สสจ. ส่งบุคลากรอบรม FLS
5. แผนการจัดตั้งคณะอนุกรรมการข้อมูล Burden Disease ด้านบริหารจัดการและด้านวิชาการยังไม่ครบทุกจังหวัด	- ประสาน รพศ/รพท. จัดตั้งทีม Capture The Fracture ให้ครบทุกจังหวัดในเขตและแผนการดำเนินงาน	-
6. บริหารจัดการข้อมูลผ่าน Application “FLS”	- ลงทะเบียนและบริหารข้อมูลผ่าน Application “FLS”	-

สาขา
มะเร็ง

สถานการณ์

1. new case 4,449 ราย/ปี Cancer death 5,910 ราย/ปี
2. โรคมะเร็งที่เสียชีวิต 5 ลำดับแรก

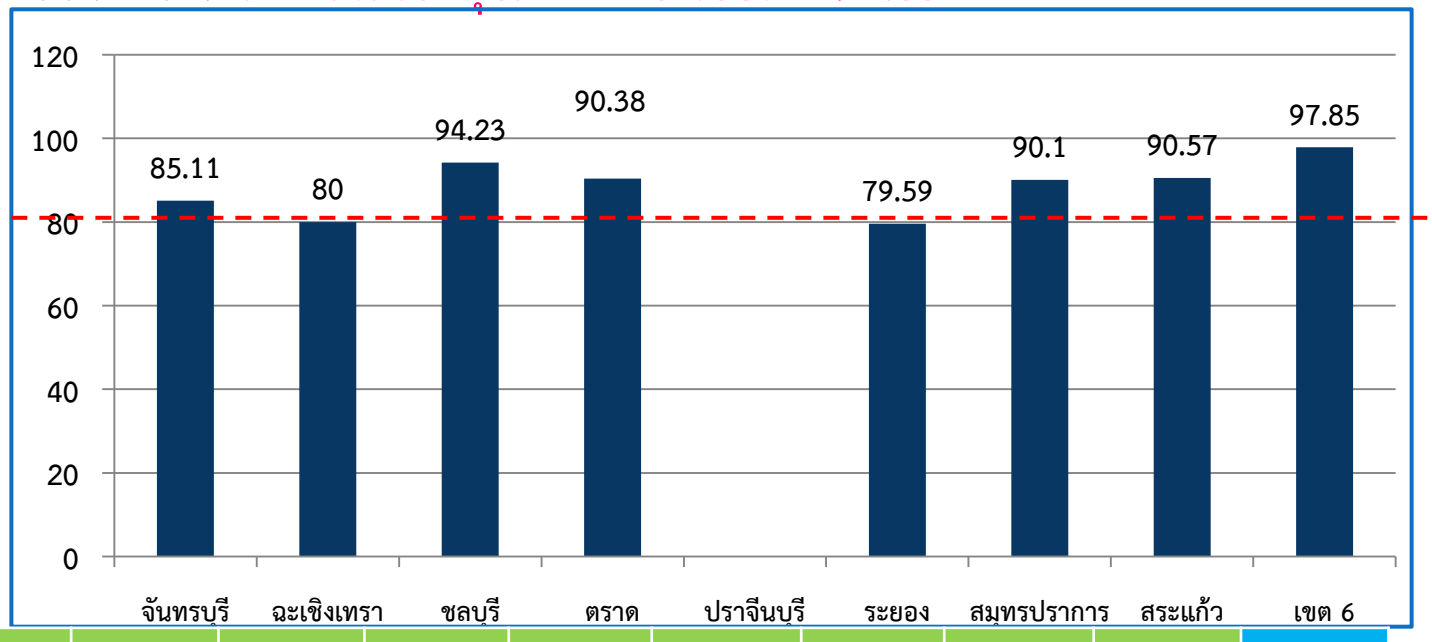
ชาย Liver > Lung > Colon > Esophagus > Oral cavity

หญิง Breast > Lung > Cervix > Liver > Colon

3. Cervical screening = 30.92% (80), Breast Screening = 43.63% (80), Colon Screening = 0.22% (จาก HDC 6 เมษายน 2561)
4. Surgery 4 weeks = 68.19% (80), CMT 6 weeks = 65.13 (80), RT 6 weeks = 34.57% (80) (จาก HDC 6 เมษายน 2561)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 97.85

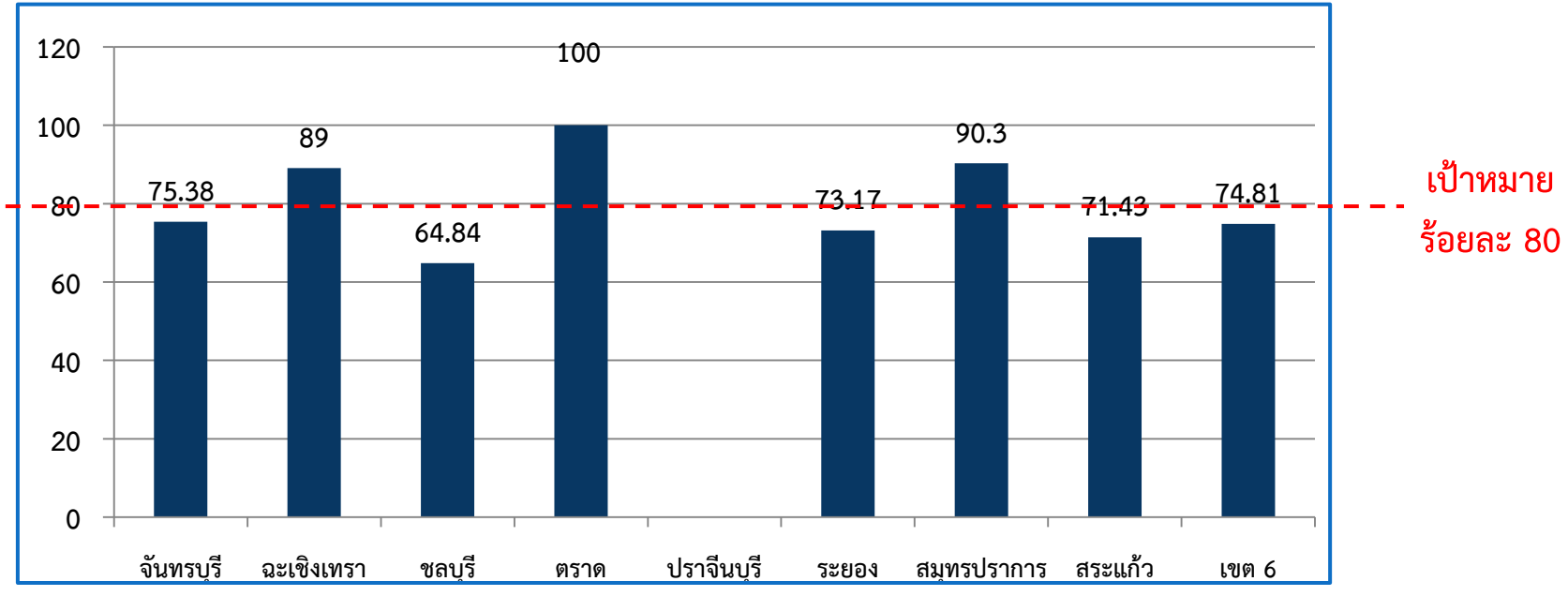


เป้าหมาย	97	125	208	52	na	49	99	53	683
ผลงาน	80	100	196	47	na	39	90	48	600

Best practice : ในภาพรวม จ.ชลบุรี ฉะเชิงเทรา และสมุทรปราการ สามารถดำเนินงานผ่าตัด, ให้ยาเคมีบำบัด และส่งฉายแสง ได้ดี

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

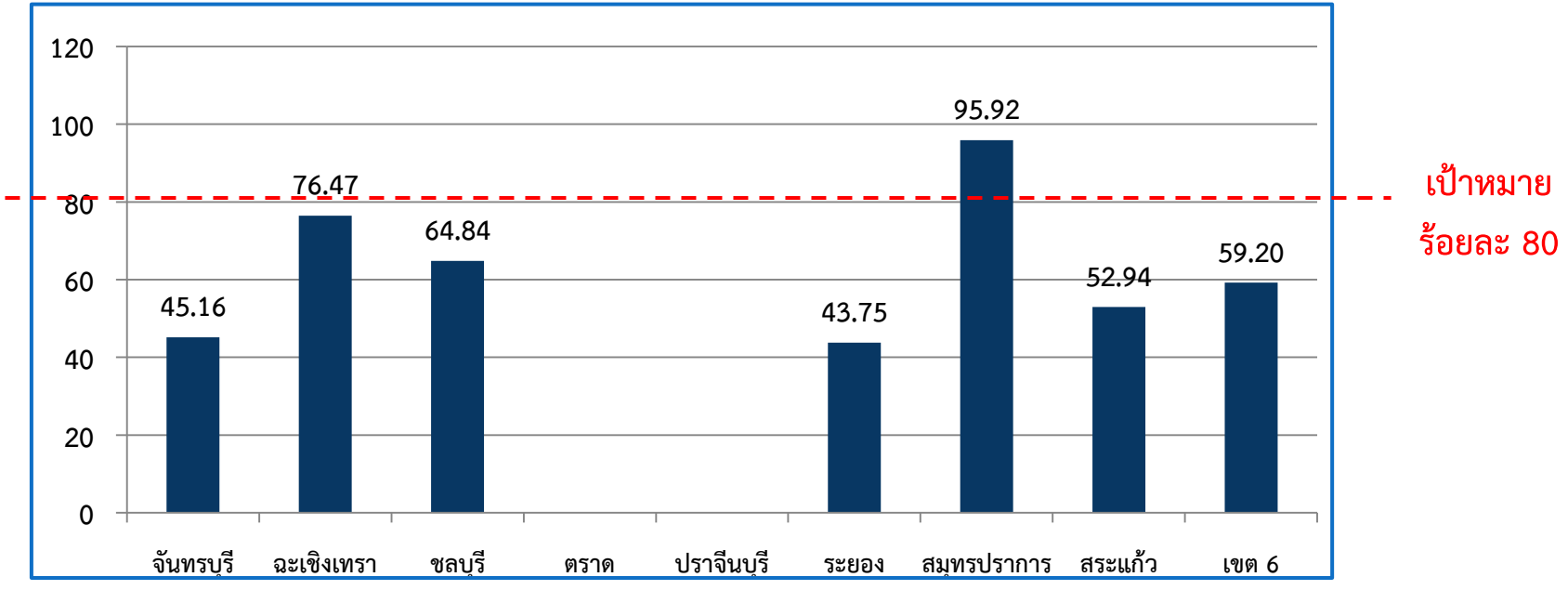
ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 74.81



เป้าหมาย	130	110	216	17		41	103	14	528
ผลงาน	98	98	142	17		30	93	10	395

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 59.20



เป้าหมาย	31	17	219	รอผลจาก		64	49	17	348
ผลงาน	14	13.00	142	รพ.มะเร็ง		28	47	9	206

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. Primary & Prevention	- เพิ่มสื่อและประชาสัมพันธ์การป้องกัน ดูแลตนเองตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ	- ผลักดันกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้าสู่ พ.ร.บ. สุขภาพ (แผนระยะยาวมากกว่า 5 ปี)
2. Screening and Early Detection ยังมี Coverage ต่ำ ความครอบคุลมในการคัดกรองมะเร็งเต้านม, มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้	- เพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรองโดยเฉพาะในพื้นที่สังคมเมืองและมีการย้ายถิ่นฐานสูง - กระตุ้นหน่วยปฐมภูมิและทุติยภูมิเพื่อคัดกรองได้ทุกสิทธิ์การรักษา	- ออกเยี่ยมพื้นที่เพื่อกระตุ้นการคัดกรอง
3. Diagnosis and treatment ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดนาน (รพ. ชลบุรี) และรังสีรักษานาน (ทั้งเขต)	- พัฒนาความร่วมมือด้านการผ่าตัด ใช้บุคลากร เครื่องมือ สถานที่ร่วมกัน ระหว่าง รพ. ชลบุรี และ รพ. มะเร็งชลบุรี - ส่งผู้ป่วยรังสีรักษาไปกรมการแพทย์ เช่น NCI และเครือข่าย รพ. เอกชน	- พัฒนาเครือข่ายการตรวจ X-ray - เพิ่มจำนวนแพทย์ ห้องผ่าตัด จัดสรรห้องผ่าตัดร่วมกันและเพิ่มศักยภาพ รพ. ลูกข่าย - เครื่องฉายแสงที่ รพ. พระปกเกล้า 1 เครื่อง ปี 2562 และ เพิ่มเครื่องฉายแสงที่ รพ. มะเร็งชลบุรี เครื่องที่ 3

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
4. Cancer Informatics การบันทึกข้อมูลยังไม่สมบูรณ์และขาดแคลนบุคลากรด้าน TCB	- รพ. A และ S ทุกแห่งลงทะเบียน TCB ผู้ป่วยมะเร็งทุกราย และจัดหาบุคลากรประจำด้าน TCB	- จัดหาอัตรากำลัง
5. Cancer Research ข้อมูลขาดคุณภาพในการทำวิจัย	- รพ. พระปกเกล้า เป็นแม่ข่าย รพ. ที่ทำวิจัยและจัดประชุมระดับเขต - จัดทำวิจัยนำร่องระดับเขต เรื่อง Oral Cavity และ Esophageal Cancer	- ประสานสถาบันวิจัยของกรมการแพทย์เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการวิจัยระดับเขตและ GCP – online

สาขา

จักษุ

สถานการณ์

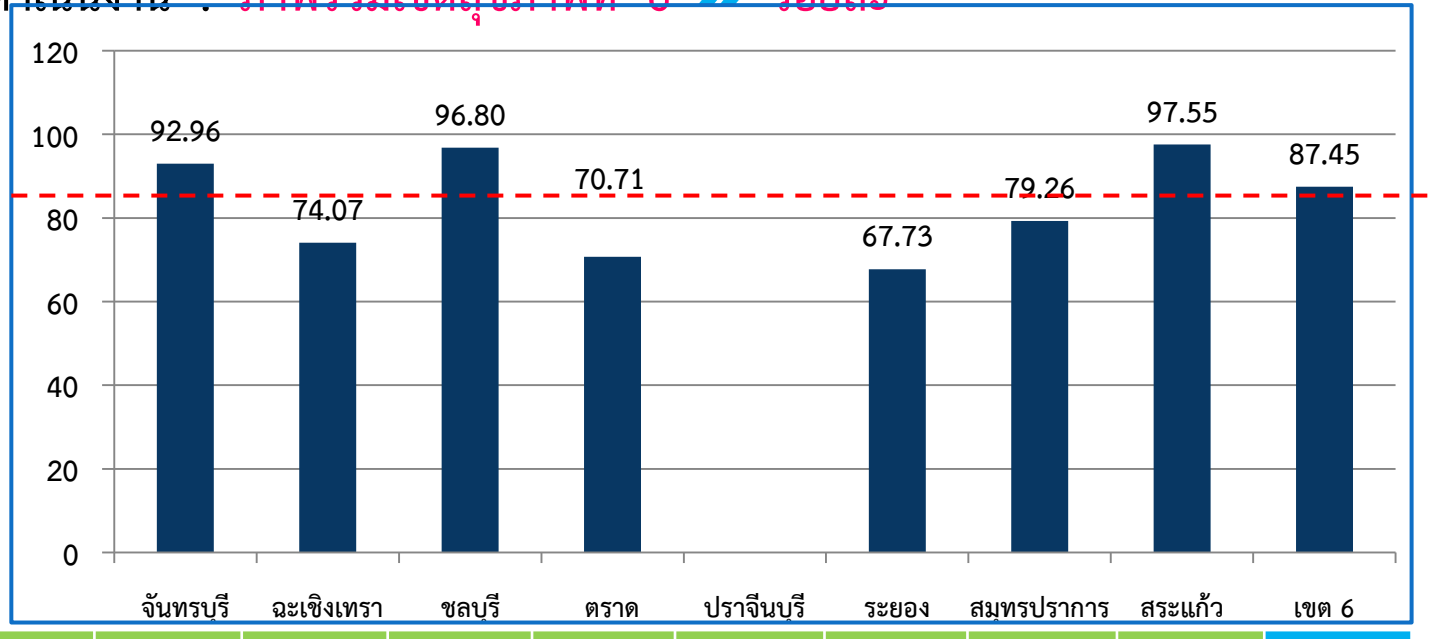
1. การคัดกรองสายตา Blinding Cataract, และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขต ยังไม่ถึงเกณฑ์

2. ยังขาดอัตรากำลังบุคลากรจักษุแพทย์ ได้แก่ รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร และ รพ. พุทธโสธร ต้องหมุนเวียนจักษุแพทย์ไปยังพื้นที่ ที่ขาดแคลนตามความจำเป็น

3. ขาดความเข้าใจ มีภาระงานมาก และขาดบุคลากรส่วนกลางที่ดูแลระบบ Vision2020

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกระยะบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ



เป้าหมาย	270	270	937	99		220	381	245	2422
ผลงาน	251	200	907	70		149	302	239	2118

Best practice : จ.ชลบุรี ให้ รพ. ชลบุรี รพ. บางละมุง และ รพ. พนัสนิคม เป็น 3 Node ใหญ่ รับ Refer คนไข้มาผ่าตัดในจังหวัด และจังหวัดสระแก้วเร่งรัดพื้นที่ส่งคนไข้มารับการผ่าตัดที่ รพร. สระแก้ว + ขอแพทย์ Outsource มาช่วย

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอและชำรุดบ่อยในบางพื้นที่ ส่งผลทำให้การคัดกรองสายตาไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย	- วางแผนนโยบายคัดกรองสายตา สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือ ให้เพียงพอเหมาะสม ตามบริบทพื้นที่	- จัดสรรงบประมาณสนับสนุน
2. การลงข้อมูลใน Vision2020 ไม่ครอบคลุม ขาดความเข้าใจและขาดบุคลากรส่วนกลางที่ดูแลระบบ	- จัดอบรมการลงข้อมูล Vision2020 ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ - ประสานผู้รับผิดชอบส่วนกลาง (1 คน/จังหวัด)	- สสจ. ประสานงาน
3. ขาดอัตรากำลัง แพทย์ พยาบาล และบุคลากรเฉพาะทางด้านจักษุ	- วางแผนอัตรากำลังส่งอบรมบุคลากรเฉพาะทาง - หมุนเวียนจักษุแพทย์ไปตามพื้นที่ ที่ขาดแคลนตามความจำเป็น	- สสจ. ประสานงาน
4. การคัดกรองสายตา Blinding Cataract, และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขต ยังไม่ถึงเกณฑ์	- อบรมการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุให้กับบุคลากรสาธารณสุขและครู	- สสจ. ประสานงาน

สาขา
การให้บริการ
การดูแลระยะกลาง

สถานการณ์

1. รพ.ขนาดใหญ่ยังมีความแออัดอยู่มาก และผู้ป่วยบางส่วนที่ถูกส่งต่อมาจาก รพ.เล็ก มารักษาที่รพ.ใหญ่ เมื่อพ้นภาวะวิกฤตแล้วสามารถที่จะส่งตัวกลับไปรักษาต่อยังรพ. ใกล้บ้านได้

2. กระทรวงมีนโยบายในเรื่องที่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่พ้นภาวะวิกฤตและผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยเน้นการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรของรพ.เล็ก เช่น นักกายภาพบำบัด อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ จัดทำ CPG ร่วมกันระหว่างรพ.ในจังหวัด จัดอบรมบุคลากรเพื่อพัฒนาศักยภาพ

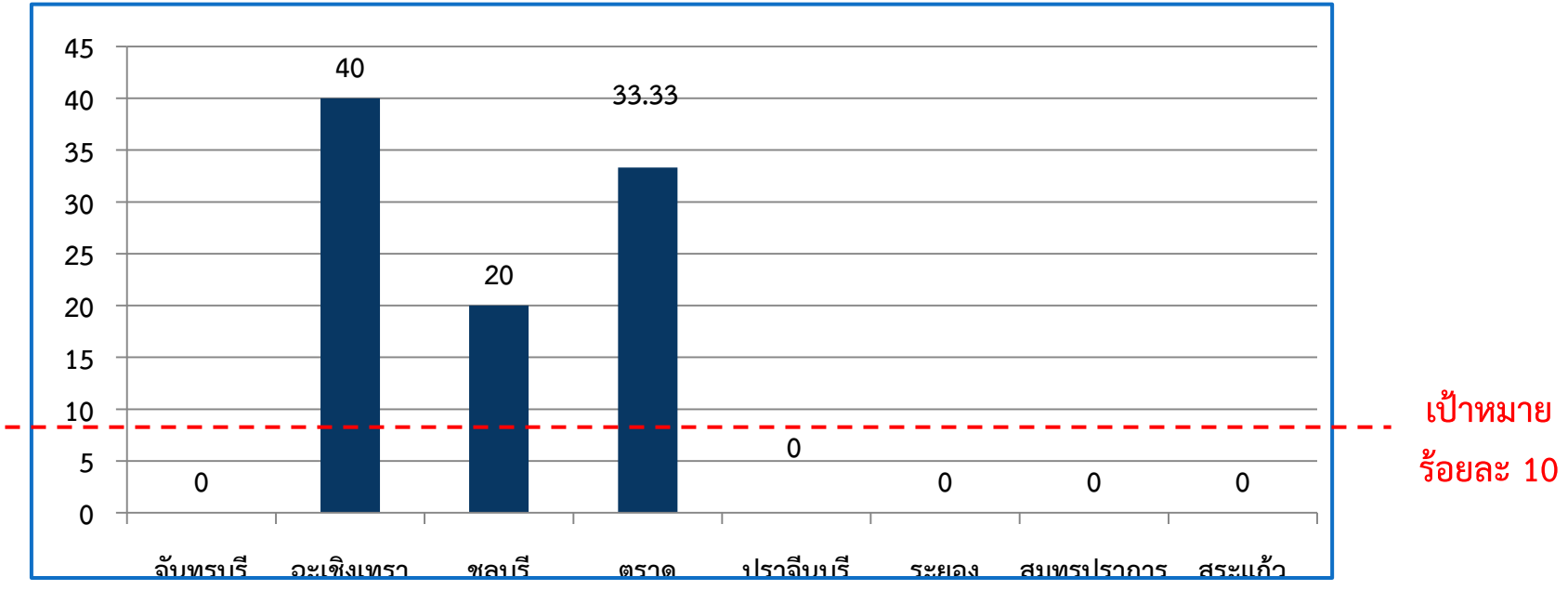
3. เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่หลายจังหวัดในเขตยังอยู่ในระหว่างเตรียมดำเนินการ แต่มีบางจังหวัดพึ่งได้ดำเนินการเป็นรูปธรรม ทำให้ลดความแออัดของรพ.ใหญ่ ประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ ทำให้รพ.เล็กที่รับส่งกลับมีศักยภาพที่สูงขึ้น และมีรายได้เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการส่งต่อกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องที่รพ.สต. และชุมชน โดยมีรพ.เป็นพี่เลี้ยง

4. ยังต้องใช้ระยะเวลาในการติดตาม ประเมินผล เพื่อให้ได้ข้อสรุปผลลัพธ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

5. มี 5 จังหวัด รวม 39 รพ. อยู่ระหว่างดำเนินการ อีก 3 จังหวัด รวม 26 รพ.ดำเนินการแล้ว 8 รพ. จากภาพรวม 65 รพ. ดำเนินการแล้ว 8 รพ. คิดเป็น 12.31%

ตัวชี้วัด : ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการ Intermediate Care

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 12.31



เป้าหมาย	11	10	10	6	6	8	6	8
ผลงาน	0	4	2	2	0	0	0	0

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- รพช. ที่รับการส่งกลับไม่มั่นใจในการดูแลต่อเนื่อง	- จัดทำ CPG ที่ชัดเจน มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ เสริมส่วนขาดของทีมเพื่อเตรียมทีม subacute care ดูแลต่อที่ รพช.	
- ผู้ป่วยไม่มั่นใจในงานบริการที่ รพช.	- แม่ข่ายจัดระบบติดตาม นิเทศ ตรวจเยี่ยมพื้นที่ สร้างความมั่นใจ และมีระบบนัดติดตาม	

สาขา
สุขภาพช่องปาก

สถานการณ์

จำนวนทันตบุคลากร เขตสุขภาพที่ 6

ทันตแพทย์กสธ. 423 คน สัดส่วนต่อประชากร 1 : 12,310

ทันตาภิบาล 785 คน สัดส่วนต่อประชากร 1 : 6,633

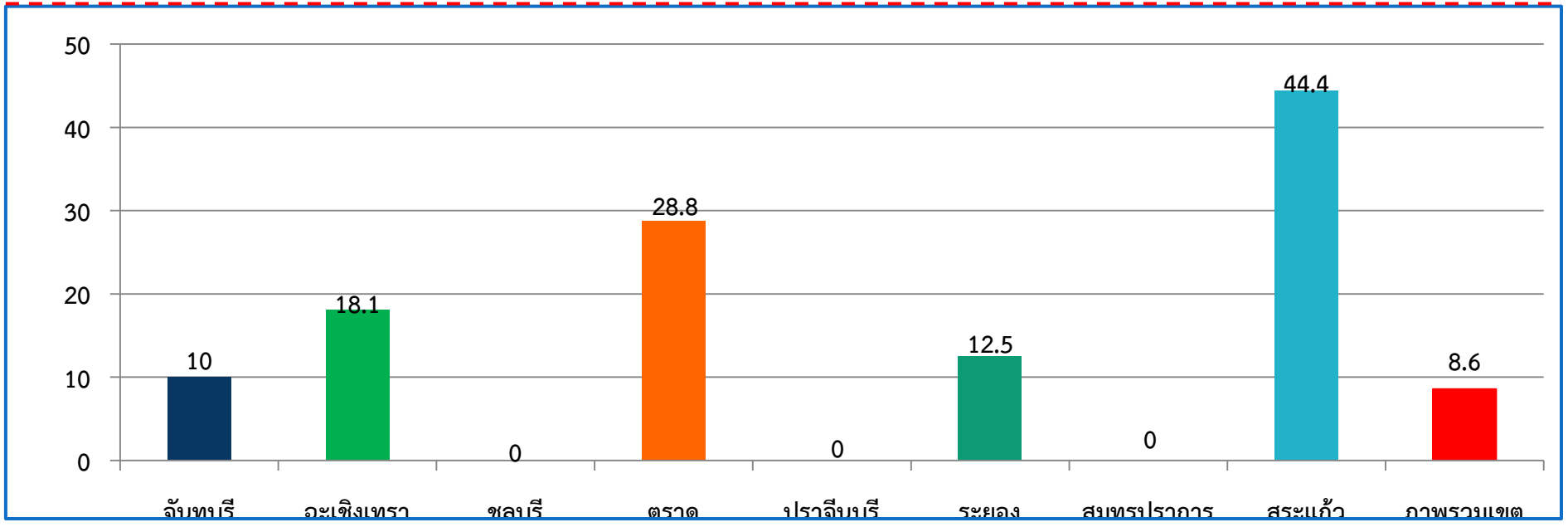
ทันตแพทย์เฉพาะทาง 96 คน

- ผู้จำนวนที่รับบริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ์ (ครั้ง) โดยทันตบุคลากร
  1,123 ครั้ง : 6 เดือน / 187 ครั้ง : เดือน
- ร้อยละ รพ.สต./ศสม.ผ่านเกณฑ์ จัดบริการสุขภาพช่องปาก 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม และจัดบริการสุขภาพช่องปาก 200 คน ต่อ 1,000 ประชากร อันดับ 6 ของประเทศ ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย 4.65 %
- ผู้ป่วยนอกที่รับบริการทางทันตกรรมรวมทุกสิทธิ์ อันดับ 7 ของประเทศ ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย 2.17 %

ตัวชี้วัด : ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม.ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Broad

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 8.6

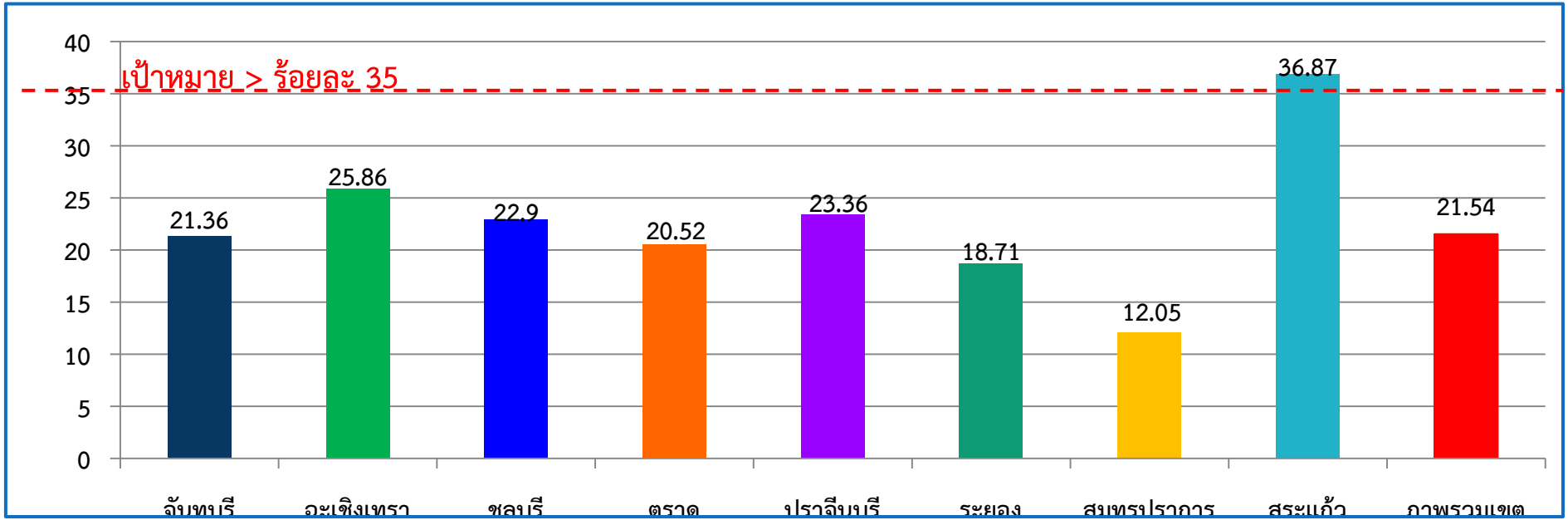
เป้าหมาย > ร้อยละ 60



เป้าหมาย	10	11	11	7	7	8	6	9	69
ผลงาน	1	2	0	2	0	1	0	4	6

ตัวชี้วัด : อัตราใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่

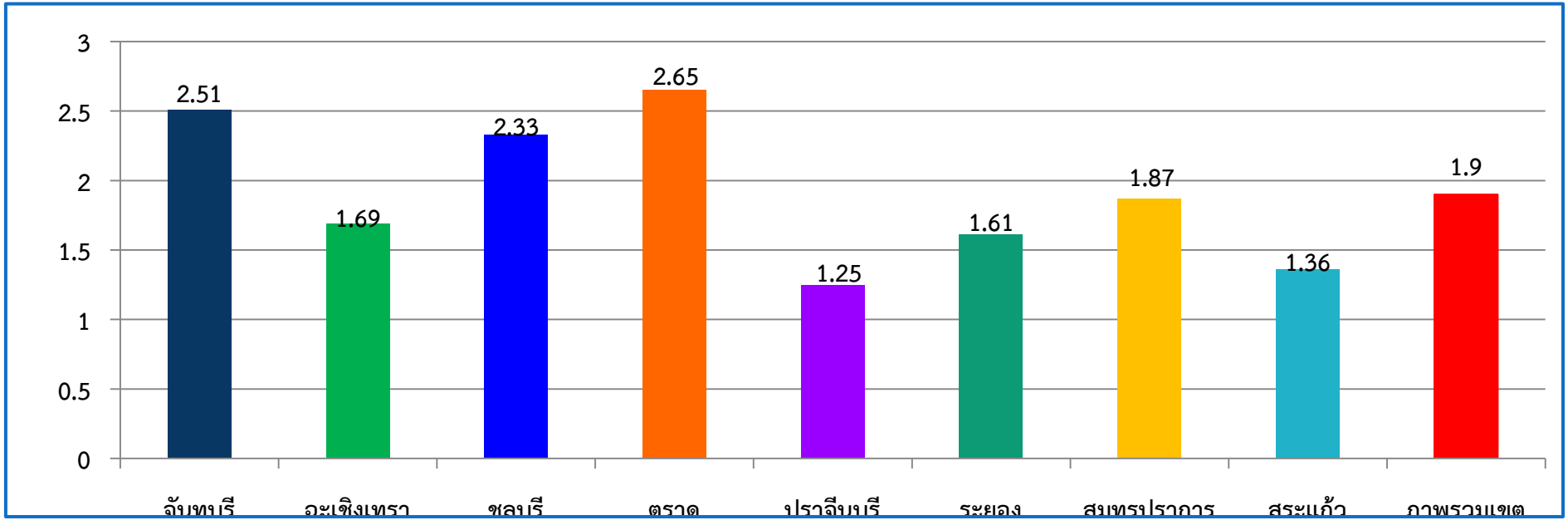
ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 21.54



เป้าหมาย	459,637	655,600	1,257,593	178,682	433,412	623,204	1,119,829	479,255	5,207,212
ผลงาน	98,170	169,569	287,956	36,665	101,239	116,632	134,927	176,711	1,121,869

ตัวชี้วัด : ร้อยละจำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทันตกรรมทั้งหมด

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 1.9



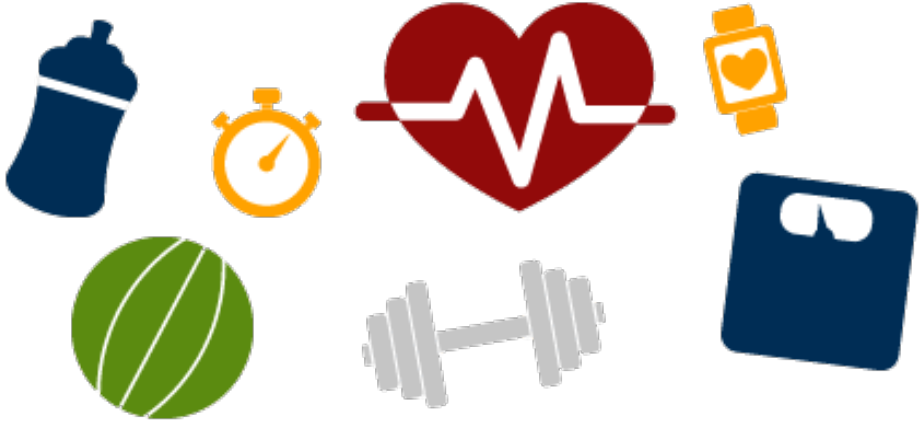
เป้าหมาย	287,488	426,321	738,781	76,917	265,867	273,254	332,447	404,414	2,805,449
ผลงาน	7,219	7,224	17,218	2.042	3,332	4,410	6,226	5,509	53,180

ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
ด้านบุคลากร ขาดแคลนทันตแพทย์และทันตบุคลากรปฏิบัติงานใน PCC	จัดสรรทันตแพทย์และทันตบุคลากรลงปฏิบัติงานและรับผิดชอบอย่างชัดเจนใน PCC	จัดทำแผนกำลังคน 5 ปี ทันตแพทย์ทั่วไป, ทันตแพทย์ครอบครัวที่รับผิดชอบ PCC/รพ.สต., ทันตแพทย์เฉพาะทาง , จพง.ทันตสาธารณสุข, นวก.สาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข), ผู้ช่วยงานทันตกรรม ภาพรวมเขตและแต่ละจังหวัด
ด้านบริหารจัดการ 1. ขาดแผนการจัดซื้อจัดหายูนิตทันตกรรมทดแทนและขยายการบริการในหน่วยบริการทุกระดับในภาพรวมของเขต 2. โครงสร้างพื้นที่การทำงานของหน่วยบริการไม่เพียงพอต่อจำนวนทันตบุคลากรที่เพิ่มขึ้น 3. ขาดงบดำเนินงานที่เป็นระบบชัดเจน	1. มีการจัดทำแผนความต้องการ 5 ปี เพื่อกำหนดเป็นความต้องการของเขตเรียงลำดับตามความสำคัญเร่งด่วน 2. มีการทำแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานปรับปรุงพื้นที่ทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐานการทำงานบริการทันตกรรม 3. ควรสนับสนุนงบดำเนินงานตามผลงานต่อหัวประชากร	1. วางแผนจัดสรรงบลงทุนของเขต ประเทศ งบสนับสนุนของท้องถิ่นและอบจ. งบค่าเสื่อมของสปสช. ให้เป็นในทิศทางเดียวกัน 2. จัดสรรงบลงทุนและงบประมาณปรับปรุงพื้นที่ทำงานให้เพียงพอต่อทันตบุคลากรและอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน 3. จัดทำต้นทุนการดำเนินงานต่อครั้งในการให้บริการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนงบประมาณที่สอดคล้องกับแผนการให้บริการ

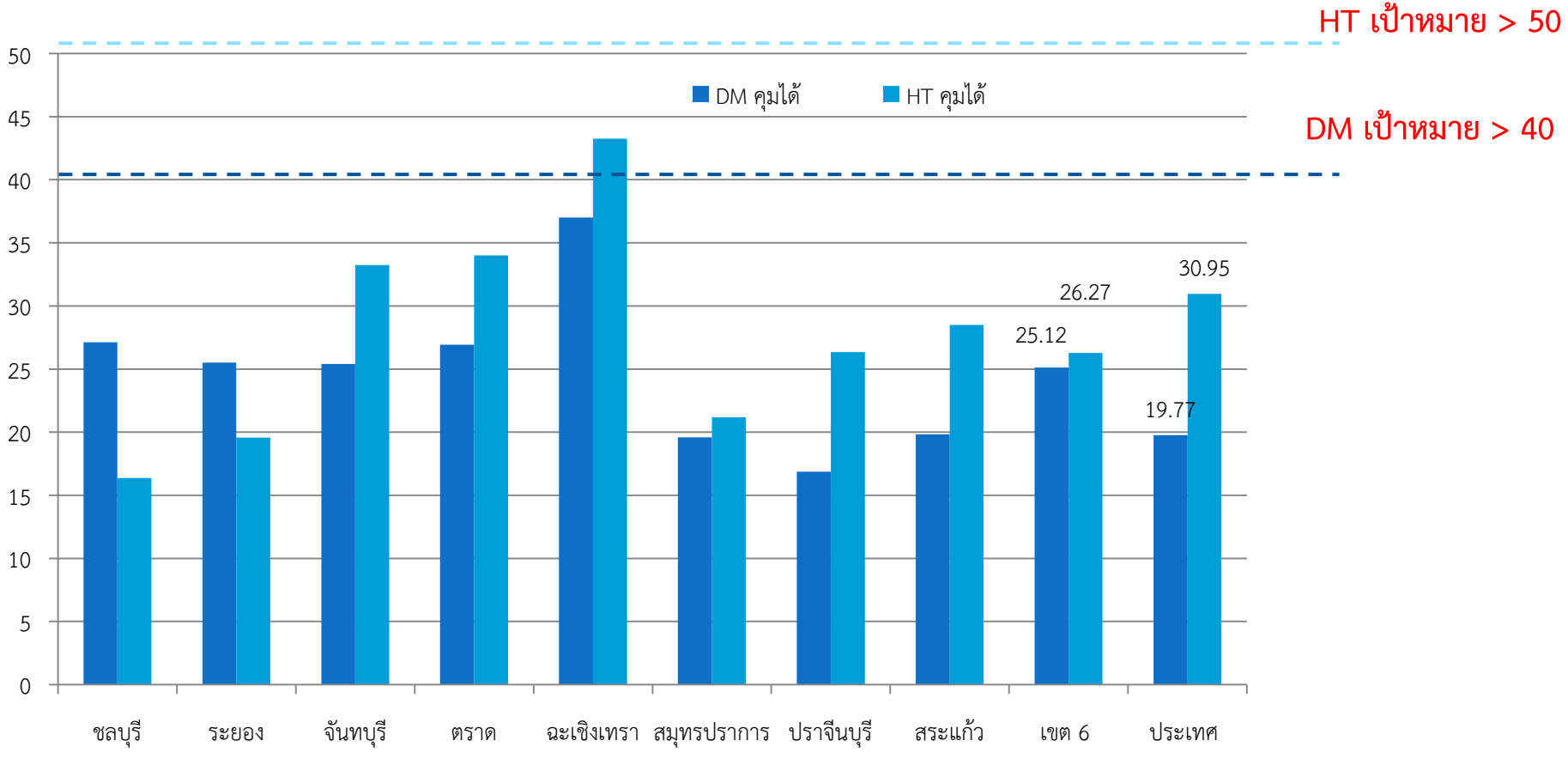
สาขา
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(NCD)

DM/HT



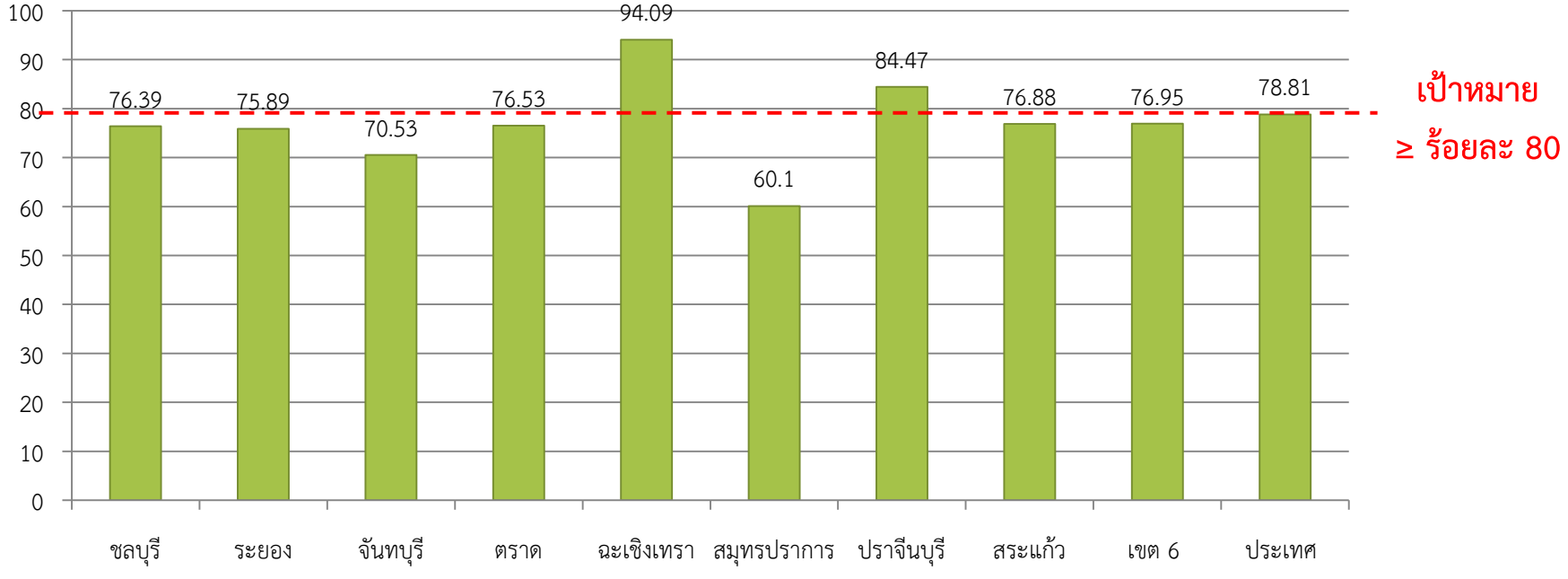
ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 HT ร้อยละ 26.27 , DM ร้อยละ 25.12



ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 » ร้อยละ 76.95



THANK
YOU

สรุปผลการตรวจราชการ

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เขตสุขภาพที่ ๖

ตัวชี้วัด คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ผลงาน
๑	ตัวชี้วัดที่ ๕๖ ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	ผ่าน
๒	ตัวชี้วัดที่ ๕๗ อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)	ผ่าน
๓	ตัวชี้วัดที่ ๖๐ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ไม่ผ่าน
๔	ตัวชี้วัดที่ ๖๑ ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	ผ่าน
๕	ตัวชี้วัดที่ ๖๒ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และ การบริหารความเสี่ยง	ผ่าน
๖	ตัวชี้วัดที่ ๖๓ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ผ่าน
๗	ตัวชี้วัดที่ ๖๔ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	ไม่ผ่าน
๘	ตัวชี้วัดที่ ๖๕ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว	ผ่าน
๙	ตัวชี้วัดที่ ๗๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๗ ไม่เกิน ร้อยละ ๖)	ผ่าน

ตัวชี้วัด 56 : ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

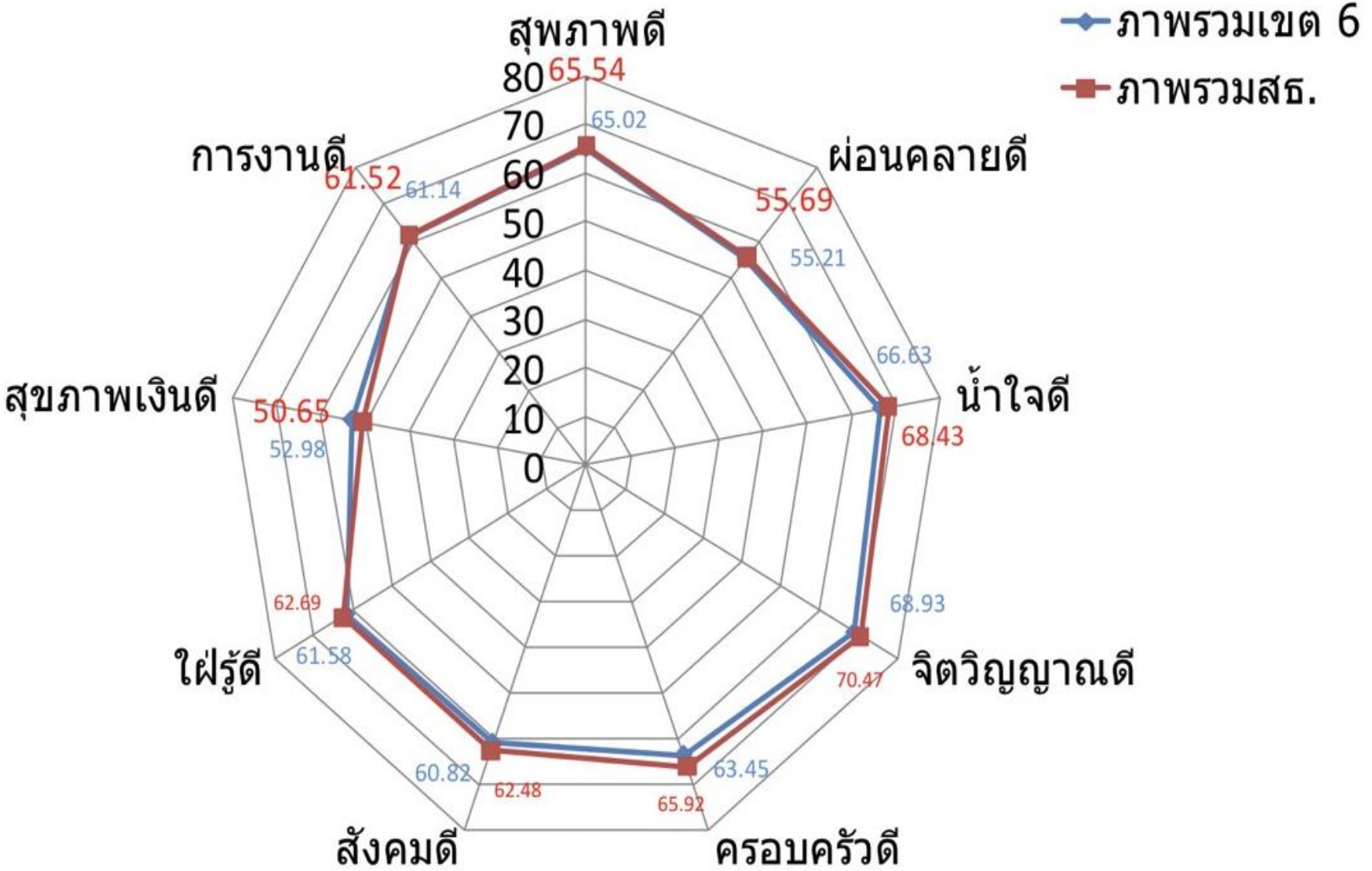
(มีผลการดำเนินงานระดับ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 60)

ผลการดำเนินงาน	หน่วยงานที่ผ่านระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 100	สรุปผ่าน

Small Success

1. ส่งผลการประเมิน Happinometer คืนให้ทุกหน่วยงานในสังกัด
2. ทุกหน่วยงานมีการจัดทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน
3. ชี้แจงแนวทาง Happinometer ให้กับผู้แทนทุกหน่วยงานในสังกัด

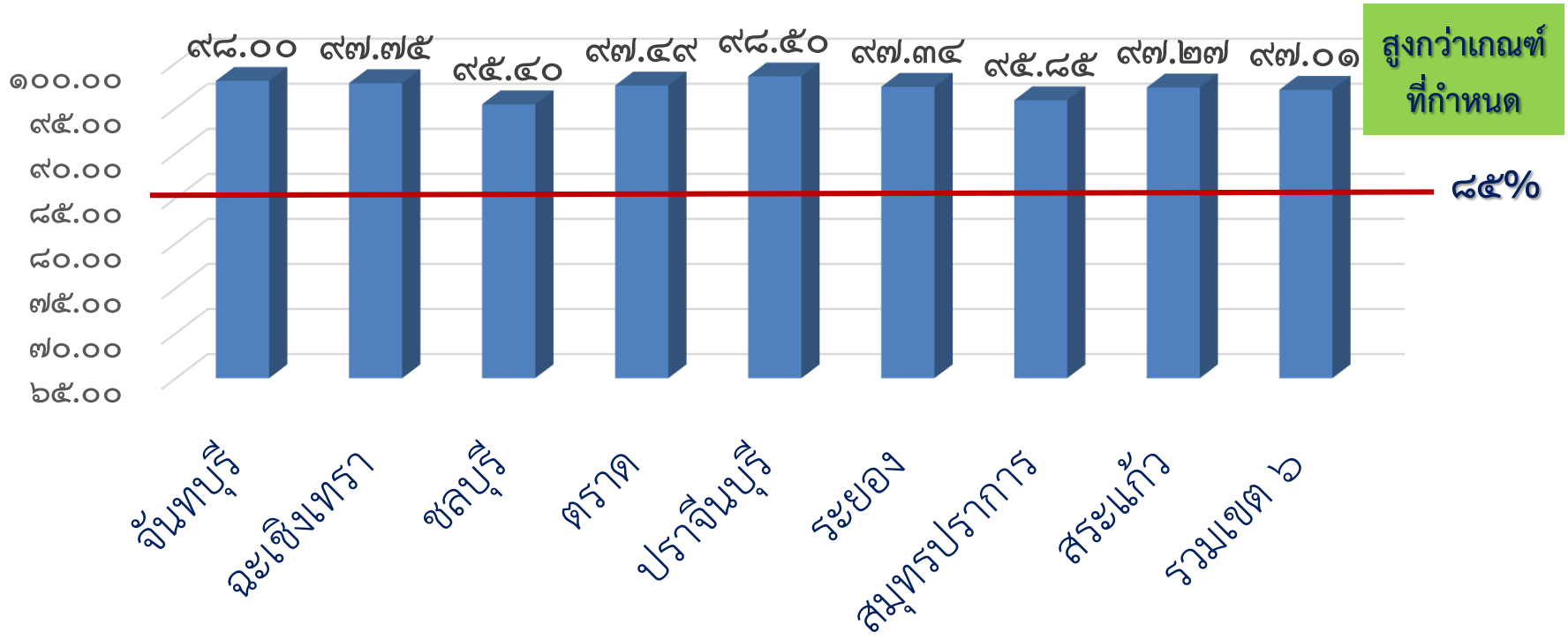
แผนภูมิแสดงภาพรวมผลการประเมิน Happinometer ภาพรวมเขต 6 เปรียบเทียบกับภาพรวมกระทรวงสาธารณสุข



ตัวชี้วัดที่ ๕๗ อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)

อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)

รอบ ๖ เดือน (๑ ต.ค. ๖๐- ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๑)



ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค

-ขาดบุคลากรผู้รับผิดชอบหลัก

-ขาดความรู้และทักษะ

-ยังไม่มีระบบหรือกลไกการสร้างสุข

ข้อเสนอแนะ

สร้างทีมพี่เลี้ยง

ปัญหาและข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

-เครื่องมือ(HROPS) ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานบุคลากรประเภทต่างๆในภาพรวม จ.ได้ และไม่สามารถออกรายงานตัวชี้วัดอัตราการคงอยู่ได้และติดตามกำกับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

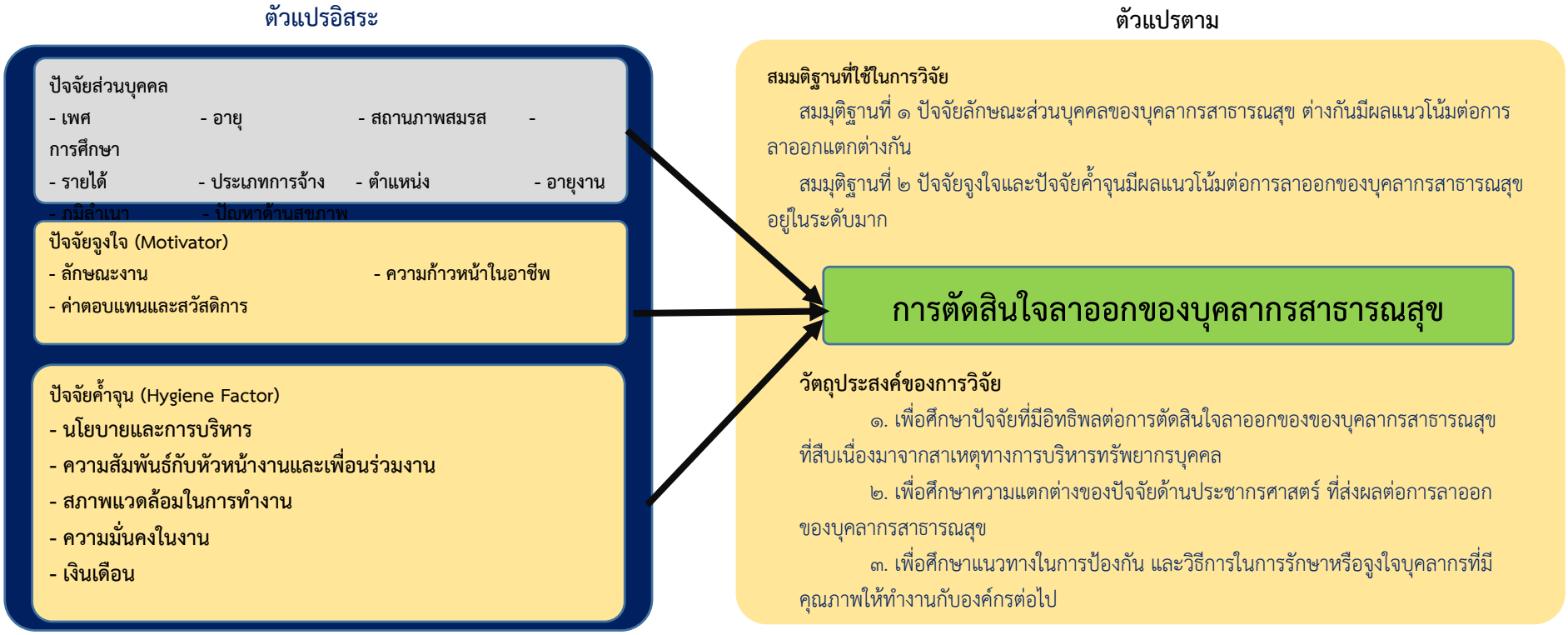
ข้อเสนอแนะ

-พัฒนาโปรแกรม HROPS ให้สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจลาออกของบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ ๖

กรอบแนวคิดในการศึกษา



สมมติฐานที่ใช้ในการวิจัย

สมมุติฐานที่ ๑ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุข ต่างกันมีผลแนวโน้มต่อการลาออกแตกต่างกัน

สมมุติฐานที่ ๒ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนมีผลแนวโน้มต่อการลาออกของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจลาออกของของบุคลากรสาธารณสุขที่สืบเนื่องมาจากสาเหตุทางการบริหารทรัพยากรบุคคล

๒. เพื่อศึกษาความแตกต่างของปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ที่ส่งผลต่อการลาออกของบุคลากรสาธารณสุข

๓. เพื่อศึกษาแนวทางในการป้องกัน และวิธีการในการรักษาหรือจูงใจบุคลากรที่มีคุณภาพให้ทำงานกับองค์กรต่อไป

ตัวชี้วัดที่ ๖๐ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ประเมินตนเองข้อ EB4-EB6 หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้างที่ระดับ 3	ประเมินตนเองข้อ EB1-EB11 ที่ระดับ 3 ร้อยละ 80	ประเมินตนเองข้อ EB1-EB11 ที่ระดับ 4 ร้อยละ 85	ประเมินตนเองข้อ EB1-EB11 ที่ระดับ 5 ร้อยละ 90

ผลการดำเนินการ

หน่วยงานมีผลการประเมินตนเอง
8 จังหวัด จำนวน 150 หน่วยงาน

ไตรมาส 1
- ผ่านเกณฑ์ จำนวน 100 หน่วยงาน ร้อยละ 66.67
- ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 50 หน่วยงาน ร้อยละ 33.33

ไตรมาส 2
- ผ่านเกณฑ์ จำนวน 96 หน่วยงาน ร้อยละ 64.00
- ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 54 หน่วยงาน ร้อยละ 36.00

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จบรรลุเป้าหมาย

1.ผู้บริหารให้ความสำคัญ กำหนดเป็นยุทธศาสตร์และมาตรการการป้องมาตรการ ในการป้องกันและปราบปรามการทุจริตชัดเจน

2. มีผู้รับผิดชอบงาน และประสานงานชัดเจน

3.ทุกหน่วยงานและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือ

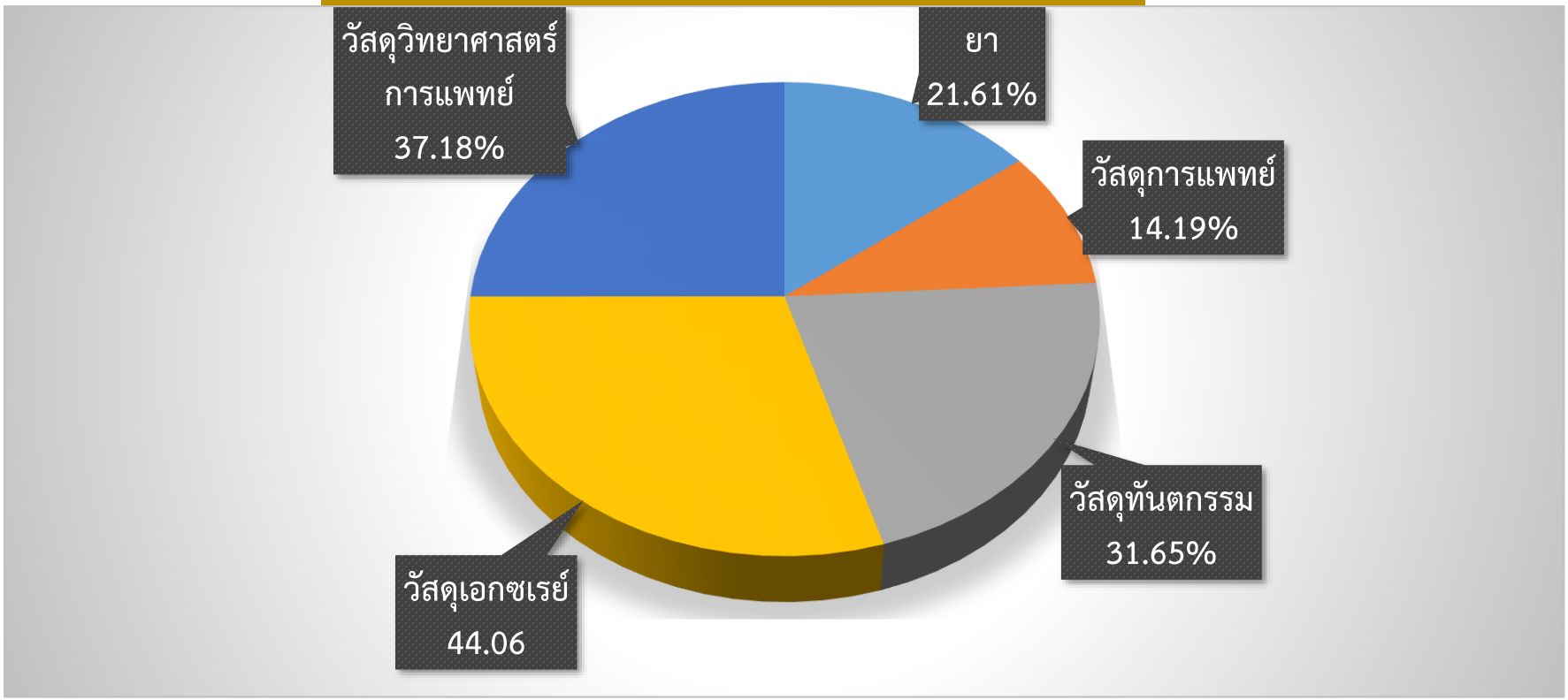
ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
1.เกณฑ์การให้คะแนน และเกณฑ์การตัดสินจากส่วนกลาง ไม่ชัดเจน ให้การให้คะแนนประเมินอาจไม่เป็นธรรมต่อหน่วยงาน	เห็นควรนำเสนอ ศปท.กระทรวงสาธารณสุขทราบเพื่อพิจารณาทบทวนหรือแก้ไขต่อไป
2.หน่วยงานที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ขาดความเข้าใจแนวทางประเมินและการจัดทำเอกสาร เชิงประจักษ์	จังหวัดควรประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจและควรให้มีการจัดทำ work shopการประเมินตนเอง และขอให้ผู้บริหารกำกับ ติดตามและให้การสนับสนุน

ตัวชี้วัดที่ ๖๑ ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม

ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา (เป้าหมายร้อยละ 20)

ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 22.08

ร้อยละของมูลค่าจัดซื้อร่วมแยกตามประเภทเวชภัณฑ์ เขตสุขภาพที่ 6

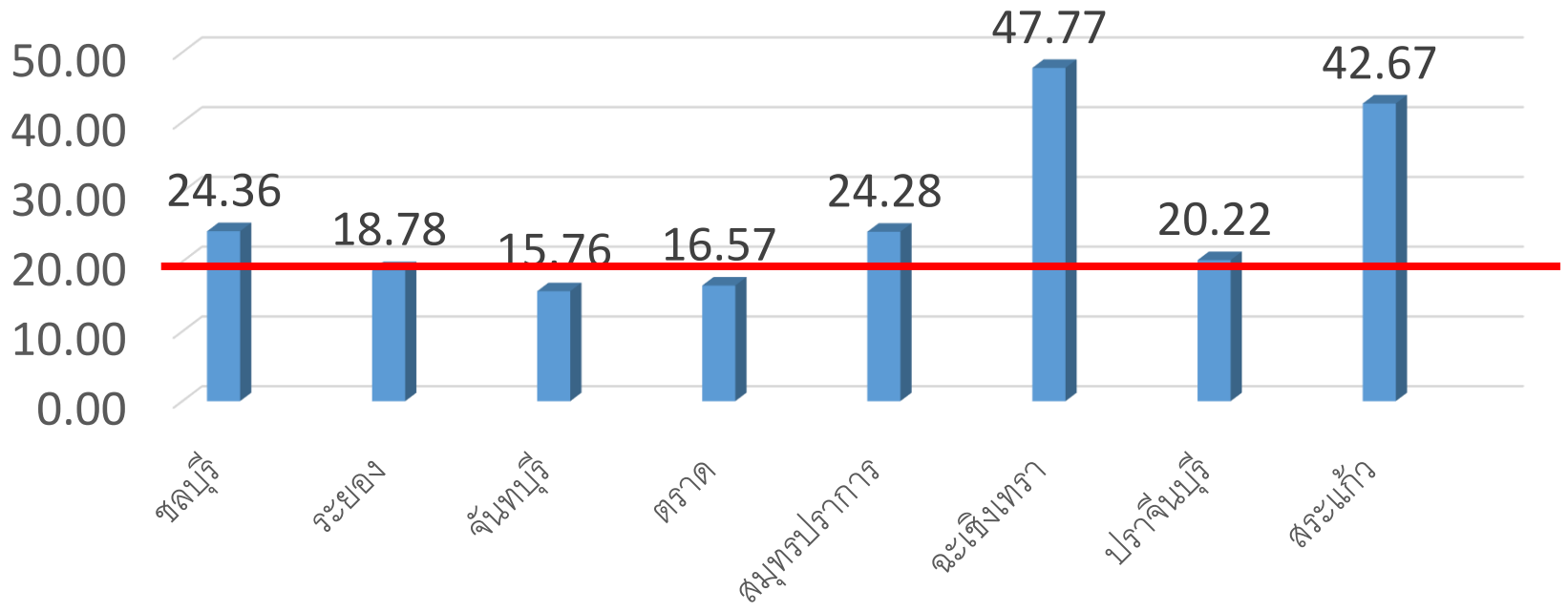


ข้อมูล ณ วันที่ 9 เมษายน2561

ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา (เป้าหมายร้อยละ 20)

ร้อยละของมูลค่าจัดซื้อร่วมแยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 6

ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 22.08



ข้อมูล ณ วันที่ 9 เมษายน 2561

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

1. ในช่วงแรกเกิดความล่าช้าในการดำเนินงาน เนื่องจากต้องทำความเข้าใจในพระราชบัญญัติจัดซื้อจัดจ้างฯ พ.ศ. 2560

2. ความไม่เสถียรในระบบ e-GP ที่ไม่สามารถลงข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง

นวัตกรรม

- โรงพยาบาลบางละมุง ผลงานเรื่อง การพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป INVC และระบบวัด บันทึก และ Alam เมื่ออุณหภูมินอกช่วงมาตรฐาน และกำลังจะขยายสู่โรงพยาบาลต่างๆทั้งจังหวัด

ตัวชี้วัด ๖๒ : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการ ตรวจสอบ ภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

วิเคราะห์สถานการณ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด มีการจัดวางระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง มีการขับเคลื่อนงานตรวจสอบภายในที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

ตรวจสอบภายในตามแผน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และติดตามรายงานการแก้ไขข้อทักท้วงตามข้อเสนอแนะ - หลายจังหวัดยังไม่ครบ	แผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ - บางจังหวัดจัดทำแผนไม่ครอบคลุม / ยังไม่ส่งแผน
การประเมินระบบการควบคุมภายใน ๕ มิติ และจัดทำแผนพัฒนาองค์กร ๕ มิติกรณีที่พบจุดอ่อน - บางจังหวัดนำส่งไม่ครบ	มีมาตรการแก้ไขปัญหาหนี้ค่าสาธารณูปโภคค้างชำระตามนโยบายสำคัญของรัฐบาล – ทุกจังหวัดไม่มีหนี้ในส่วนของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ค้างชำระ

ภาพรวมผลการดำเนินงาน (ระดับความสำเร็จ ๑๐๐%)

จังหวัด	จันทบุรี	สระแก้ว	ปราจีนบุรี	สมุทรปราการ	ระยอง	ชลบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา
ระดับผลการดำเนินงาน	๔	๒	๓	๑	๒	๒	๔	๔
เป้าหมาย ระดับคะแนน ๕ = ๑๐๐%	๘๐%	๔๐%	๖๐%	๒๐%	๔๐%	๔๐%	๘๐%	๘๐%

ตัวชี้วัด ๖๒ : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการ ตรวจสอบ ภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

๑. ผู้บริหารของจังหวัดให้ความสำคัญกับระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง

๒. มีคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ร่วมกันตรวจสอบภายในจังหวัดให้ครอบคลุมทุกระดับ

๓. มีคู่มือการปฏิบัติงานและเครื่องมือการตรวจสอบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ปัญหา/ข้อเสนอแนะ

๑. คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดมีข้อจำกัดของเวลาในการดำเนินการตรวจสอบภายในตามแผนการตรวจสอบประจำปี

๒. หน่วยรับตรวจต้องให้ความสำคัญในการแก้ไขข้อทักท้วงตามข้อเสนอแนะ เพื่อทำให้ลดข้อผิดพลาดและจุดอ่อนในการปฏิบัติงานได้ทันท่วงที

๓. การไม่ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ มติ ข้อบังคับต่างๆ ที่กำหนด และการไม่ยอมรับความเสี่ยงในการปฏิบัติของตนเอง และการไม่มีระบบการควบคุมภายในที่ดี

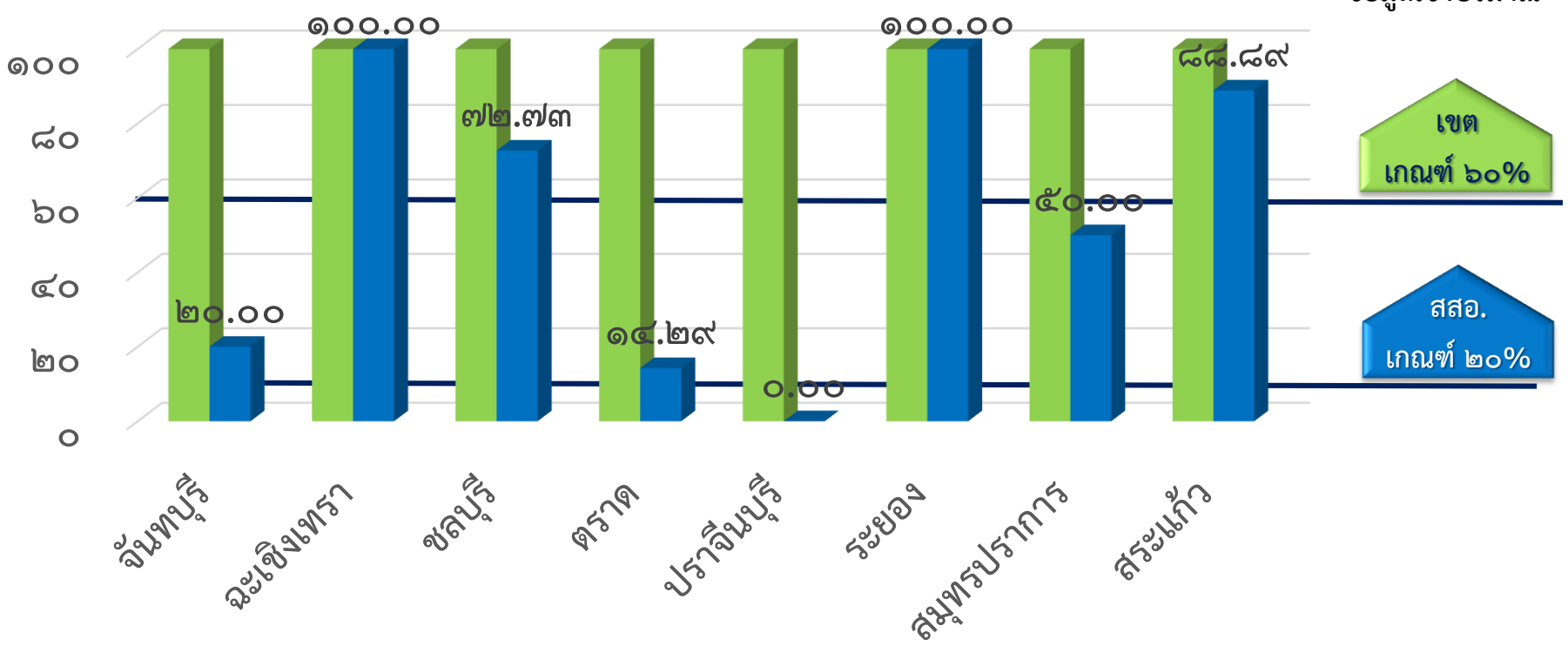
๔. ทุกหน่วยงาน ควรมีเจ้าหน้าที่ดำเนินงานด้านตรวจสอบภายในขึ้นตรงต่อผู้บริหารเพื่อทำหน้าที่กำกับและติดตามงานตรวจสอบภายในอย่างเป็นรูปธรรม และมีความเป็นอิสระในการตรวจสอบภายใน

ตัวชี้วัดที่ ๖๓ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA

รอบ ๖ เดือน (๑ ต.ค. ๖๐- ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๑)

ข้อมูลเชิงปริมาณ



ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

รอบ ๖ เดือน (๑ ต.ค. ๖๐- ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๑)

จังหวัด	ขั้นตอนการดำเนินงาน				ระดับคะแนนของหมวดกระบวนการที่หน่วยงานประเมินตนเอง	
	๑) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน	๒) ประเมินองค์กรด้วยตนเองในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน	๓) จัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน	๔) จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน	หมวด ๑	หมวด ๕
จันทบุรี	๑	๑	๑	๐.๕	๑.๗๓	๑.๖๗
ฉะเชิงเทรา	๑	๑	๑	๐.๕	๒.๙๒	๑.๕๔
ชลบุรี	๑	๑	๐.๕	๐.๕	๒.๙๒	๓.๓๓
ตราด	๑	๑	๑	๐.๕	๓.๑๘	๒.๙๖
ปราจีนบุรี	๑	๐.๕	๐	๐	๒.๖๗	๒.๓๓
ระยอง	๑	๑	๐	๐	๓.๐๒	๑.๖๐
สมุทรปราการ	๑	๑	๑	๐.๕	๔.๐๗	๒.๘๘
สระแก้ว	๑	๑	๑	๐.๕	๓.๑๐	๓.๐๒

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑. เกณฑ์ PMQA เข้าใจยาก ๒. ขาดทีมนำ(ที่มีความรู้ในการขยายเรื่องเกณฑ์)ในการสื่อสารให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการ ๓. มีระยะเวลาของการส่งงานน้อย หน่วยงานไม่สามารถดำเนินการได้ทันเวลาที่กำหนด	๑. สสจ.ควรวางแผนและกำหนดแนวทางดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายอย่างชัดเจน ๒. PMQA ในระดับ สสอ. ควรบูรณาการกับเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว และ สสจ.เป็นพี่เลี้ยง ๓. สสจ. ควรสะท้อนคุณภาพการบริหารจัดการของตนเองให้ชัดเจน เพื่อค้นหาความเสี่ยงของระบบงาน และปรับปรุงให้ดีขึ้น	๑. พัฒนาระบบออนไลน์ในการส่งข้อมูล ในรอบ ๖ ,๙ และ ๑๒ เดือน ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ๒.สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและภูมิภาคในการขับเคลื่อน ๓. พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงให้แต่ละจังหวัด

ตัวชี้วัดที่ 64 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3

๑.รพศ./รพท. เป้าร้อยละ ๑๐๐

ผลงาน จำนวน ๑๒ แห่ง ร้อยละ ๘๕.๗๑

๒.รพช. เป้าร้อยละ ๘๐

ผลงาน จำนวน ๔๓ แห่ง ร้อยละ ๗๒.๘๘

2. สถานการณ์

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ พัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุด โดยกำหนดเป็น PA ตรวจราชการ

3. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

1. มีการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ HA ระดับเขตด้วยการตรวจนิเทศราชการ
2. มีการจัดตั้ง QLN (Quality Learning Network) ระดับจังหวัด ครบ 8 จังหวัด
3. มีการติดตามและเฝ้าระวัง หลังการเยี่ยมสำรวจ ระดับโรงพยาบาลเอง

ตารางสรุปผลการพัฒนาคุณภาพ HA เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 73 แห่ง
ผ่าน 57 แห่ง ไม่ผ่าน 16 แห่ง

A	S	M๑	M๒	F๑	F๒	F๓
๖	๓	๕	๕	๑๑	๓๗	๖
√๖	√๓	√๓ ไม่ผ่าน ๒ แห่ง รพ.แกลง รพ.อรัญ	√๔ ไม่ผ่าน ๑ แห่ง รพ.แหลมฉบัง	√๑๑	√๒๘ ไม่ผ่าน ๙ แห่ง รพ.บ้านสร้าง รพ.ตาพระยา รพ.วัฒนานคร รพ.เขาฉกรรจน์ รพ.ราชประชาสมาศัย รพ.แก่งหางแมว รพ.เกาะจันทร์ รพ.เขาชะเมา รพ.นิคมพัฒนา	√๒ ๔ แห่ง รพ.โคกสูง รพ.วังสมบูรณ์ รพ.บางเสาธง รพ.คลองเขื่อน

แผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานHA เขตสุขภาพที่ 6

No	รพ./จังหวัด	แผนเข้าสู่กระบวนการรับรองขั้น 3		รพ.ที่รอครบเปิด 3 ปี
1	จ.ปราจีนบุรี รพ.บ้านสร้าง	ปี 2561	ปี 2562 √	
2	จ.สระแก้ว -รพ.อรัญประเทศ -รพ.วัฒนานคร -รพ.ตาพระยา -รพ.เขาฉกรรจน์	√ ไม่ Re HA เริ่ม HA ส่งเอกสาร สรพ รอวัน acc √ ส่งเอกสารสรพ รอวัน Acc ธำรงขั้น 2 ไม่ Re HA ธำรงขั้น 2 ไม่ Re HA	 √ √	รพ.โคกสูง รพ.วังสมบูรณ์
3	จ.สมุทรปราการ -รพ.ราชประชาสมาศัย		√	รพ.บางเสาธง
4	จ.จันทบุรี -รพ.แก่งหางแมว	√ ส่งเอกสาร สรพ รอวัน Acc.		
5	จ.ชลบุรี -รพ.แหลมฉบัง -รพ.เกาะจันทร์	รอธำรงขั้น 2 : 24 พค 61 บันไดขั้น 2 ผ่าน	√ √	
6	จ.ระยอง -รพ.แกลง -รพ.เขาชะเมา -รพ.นิคมพัฒนา	√ไม่ผ่าน Re HA รอเข้ากระบวนการ √ Pre survey HA รอ Accredit บันไดขั้น2 หมดอายุ สค. 60	 √	
7	จ.ฉะเชิงเทรา			รพ.คลองเขื่อน
8	จ.ตราด	ผ่านทั้งจังหวัด รพช.Re HA ครั้งที่ 1 และ 2 รพ.ตราด Re HA ครั้งที่ 4		

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเขต

ปัจจัย/ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอต่อคณะตรวจราชการ
๑. การเปลี่ยนผู้บริหารและแพทย์หมุนเวียน	-วางระบบบริหารผู้บริหารและแพทย์หมุนเวียน ไม่ควรเปลี่ยนผู้บริหารและแพทย์ในช่วงระยะการขอรับรองคุณภาพ ๓ เดือน
๓. สมรรถนะทีมคุณภาพ QLN	-วางระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเขตสุขภาพ

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

๑ ค่าใช้จ่ายค่าเยี่ยมสำรวจ ๒. ค่าใช้จ่ายพัฒนาตนเอง	๑. กันงบส่วนกลางสำหรับค่าเยี่ยมสำรวจ รับรองคุณภาพ ๒. กันงบส่วนพัฒนา course อบรม สรพ.

นวตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

๑. โรงพยาบาลตราดต่อยอด HA ด้วยมาตรฐานเครือข่าย PNC และ DHSA

๒. โรงพยาบาลชลบุรี ที่พัฒนาด้วย JCI และต่อยอด AHA

ตัวชี้วัดที่ ๖๕ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๕ ของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (ร้อยละสะสม)

ตารางที่ ๑ สรุปผลการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว ปี ๒๕๖๑ รอบที่หนึ่ง ณ วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑ เขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด	รพ.สต. ทั้งหมด(แห่ง)	รพ.สต.ติดดาวปี ๖๐		เป้าหมายรพ.สต.ติดดาวปี ๖๑		รพ.สต.ไม่ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว		สัดส่วน ปี๖๑/๖๐
		แห่ง	%	แห่ง	% สะสม	แห่ง	%	
จันทบุรี	๑๐๕	๑๔	๑๓.๓๓	๑๓	๒๕.๗๑	๙๑	๘๖.๖๗	๐.๙๓
สระแก้ว	๑๐๗	๒๙	๒๗.๑๐	๒๖	๕๑.๔๐	๗๘	๗๒.๙๐	๐.๙๐
ปราจีนบุรี	๙๔	๑๒	๑๒.๗๗	๑๓	๒๖.๖๐	๘๒	๘๗.๒๓	๑.๐๘
สมุทรปราการ	๗๔	๑๐	๑๓.๕๑	๒๐	๔๐.๕๔	๖๔	๘๖.๔๙	๒.๐๐
ระยอง	๙๕	๒๑	๒๒.๑๑	๑๕	๓๗.๘๙	๗๔	๗๗.๘๙	๐.๗๑
ชลบุรี	๑๑๘	๒๔	๒๐.๓๔	๔๔	๕๗.๖๓	๙๔	๗๙.๖๖	๑.๘๓
ตราด	๖๗	๑๘	๒๖.๘๗	๑๘	๕๓.๗๓	๔๙	๗๓.๑๓	๑.๐๐
ฉะเชิงเทรา	๑๑๘	๒๐	๑๖.๙๕	๔๗	๕๖.๗๘	๙๘	๘๓.๐๕	๒.๓๕
รวม	๗๗๘	๑๔๘	๑๙.๐๒	๑๙๖	๔๔.๒๒	๖๓๐	๘๐.๙๘	๑.๓๒

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1.ความไม่เข้าใจเกณฑ์ในทีมอำเภอ/จังหวัด ให้ ซักซ้อมทีมเยี่ยมเสริมพลัง /ประเมินคุยกันบ่อยๆ และประเมินทุก รพ.สต. เพื่อวางแผนพัฒนาในภาพเขตเน้นพัฒนาคุณภาพบริการ บูรณการร่วมกับ ระบบบริการทุติยภูมิ

2.ในกรณีที่มีการแต่งตั้งทีมมากกว่า 1 ทีมขึ้นไป ควรมีตรวจสอบความคงเส้นคงวาจากมาตรฐานกลาง อย่างน้อยควรมีการสุ่มตรวจในระดับเขต และสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในแต่ละทีม

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

1.การสนับสนุนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมจากผู้บริหารทุกระดับ โดยเฉพาะงบลงทุนควรจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับแผนการพัฒนา

2. เสริมสร้างขวัญและกำลังใจผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สัญจรในพื้นที่ 8 จังหวัด ภายในเขตสุขภาพที่แ6

4. บูรณาการเกณฑ์ในการพัฒนาและการเยี่ยมประเมินผลงานด้านต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ลดความซ้าซ้อน และเร่งรัดการพัฒนา/การเยี่ยมประเมินให้เร็วขึ้น

5. มีการพัฒนาทีมพี่เลี้ยงและทีมประเมินทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง และร่วมเรียนรู้จากการดำเนินงานพัฒนา/เยี่ยมประเมินในพื้นที่

6. การค้นหาจุดเด่นเพื่อพัฒนาเทียบเคียงกับมาตรฐานภายในจังหวัดที่มีตัวอย่างที่ดี และนอกจังหวัดภายในเขตสุขภาพที่ 6

9.ตัวชี้วัดที่ 72 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 7 ไม่เกิน ร้อยละ 6)

ประเด็นมุ่งเน้น

1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง
2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)
3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน

ค่าเป้าหมาย

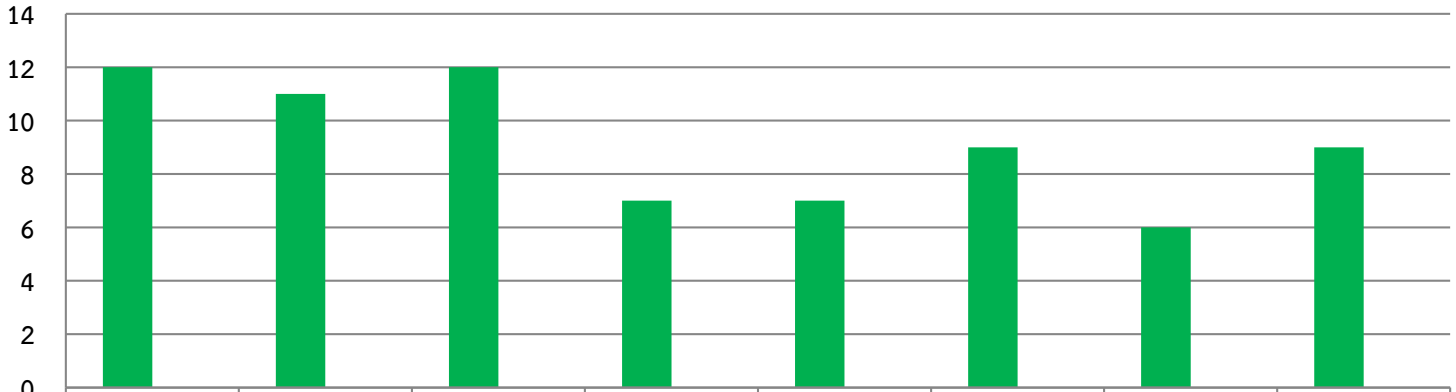
1.หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100

2.ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 6

ผลการดำเนินงาน

1.หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ทุกแห่ง

1.1 รายงานความครบถ้วนของแผนทางการเงิน (Planfin) ประจำปี 2561 แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 6



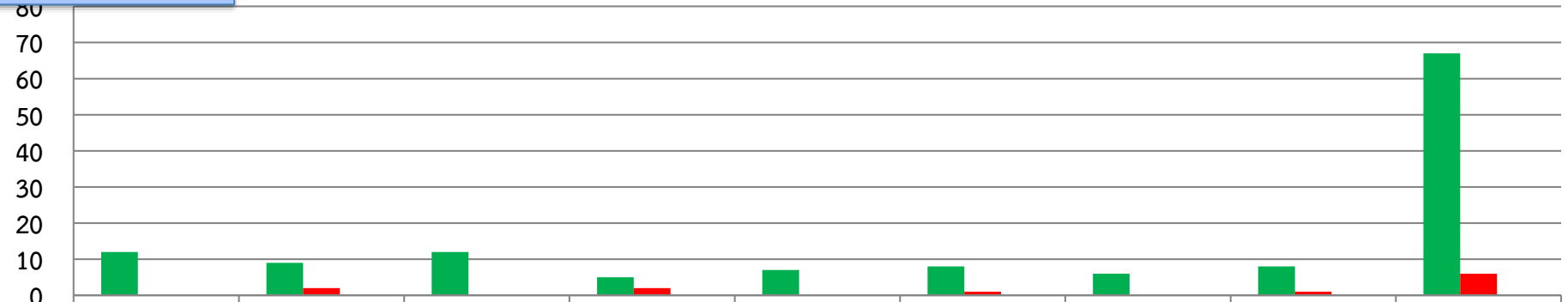
	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว
ส่งครบ 7 แผน	12	11	12	7	7	9	6	9
ส่งไม่ครบ 7 แผน	0	0	0	0	0	0	0	0

ผลงานไตรมาสที่ 1/2561 พบหน่วยบริการ 73 แห่ง

จัดทำแผนทั้ง 7 แผน ได้ครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลา ร้อยละ 100

1.หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ทุกแห่ง

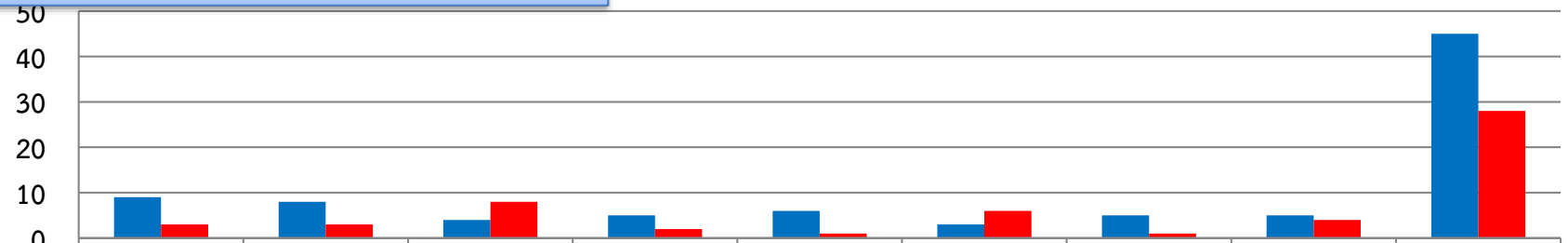
1.2 ประเภทแผน



	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว	เขต 6
เกินดุล	12	9	12	5	7	8	6	8	67
ขาดดุล	0	2	0	2	0	1	0	1	6
สมดุล	0	0	0	0	0	0	0	0	0

แผนเกินดุล 67 แห่ง 91.78% (รายได้>ค่าใช้จ่าย) แผนขาดดุล 6 แห่ง 8.22% (รายได้<ค่าใช้จ่าย)

1.3 .สัดส่วนการลงทุน(ร้อยละ20%ของ EBITDA)



	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว	เขต 6
ไม่เกิน EBITDA	9	8	4	5	6	3	5	5	45
เกิน EBITDA	3	3	8	2	1	6	1	4	28

รพ. ที่ EBITDA บวก 45 แห่ง (61.64%) ส่วน EBITDA ลบ มี 28 แห่ง(38.36%)

1.หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Plan fin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ทุกแห่ง

1.4 Plan Fin แบบ

จังหวัด	แบบ Plan fin								
	แบบ 1	แบบ 2	แบบ 3	แบบ 4	แบบ 5	แบบ 6	แบบ 7	แบบ 8	รวม
จันทบุรี	0	9	1	2	0	0	0	0	12
ฉะเชิงเทรา	4	2	2	1	1	1	0	0	11
ชลบุรี	4	0	8	0	0	0	0	0	12
ตราด	1	2	2	0	1	1	0	0	7
ปราจีนบุรี	2	4	0	1	0	0	0	0	7
ระยอง	1	1	5	1	0	1	0	0	9
สมุทรปราการ	5	0	1	0	0	0	0	0	6
สระแก้ว	2	2	3	1	1	0	0	0	9
เขต 6	19	20	22	6	3	3	0	0	73

กลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดวิกฤติการเงินตาม Plan fin Analysis (8 แบบ) จากการลงทุน

**** รพ. Plan fin แบบ 8 (High Risk) ที่มีความเสี่ยงสูงสุดในการลงทุนที่ไม่เหมาะสม ในไตรมาสที่ 1/2561 = 0 แห่ง

******(0%) จากทั้งหมด 73 แห่ง ซึ่งหลักเกณฑ์ของแบบ 8 ต้องมี 3 องค์ประกอบ

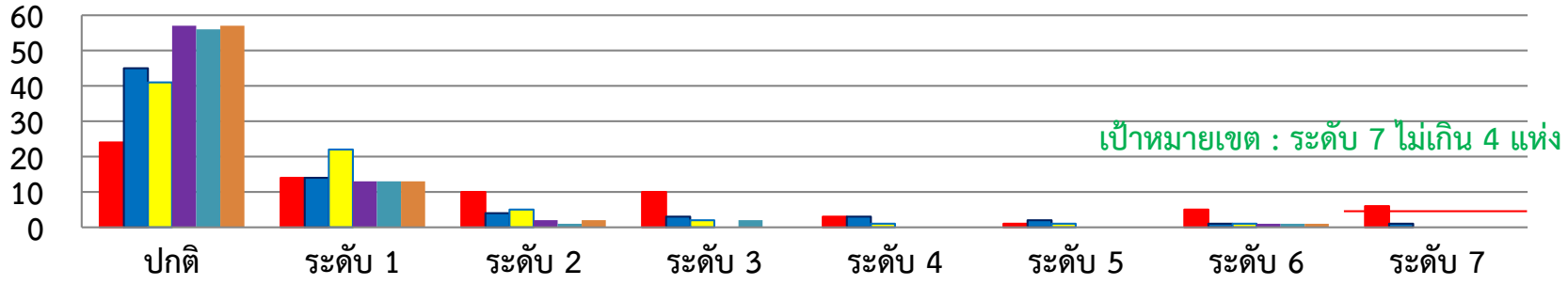
1. EBITDA ติดลบ
2. Invest > 20%EBITDA
3. สัดส่วน NWC เหลือหลัง Investment ต่อรายจ่ายต่อเดือน < 1

รายงานสถานการณ์การเงินการคลัง ณ เดือนมีนาคม 2561 รายจังหวัด

จังหวัด	ระดับวิกฤติ								
	ปกติ	1	2	3	4	5	6	7	รวม
จันทบุรี	7	2	1	1	1	0	0	0	12
ฉะเชิงเทรา	8	2	1	0	0	0	0	0	11
ชลบุรี	12	0	0	0	0	0	0	0	12
ตราด	6	0	1	0	0	0	0	0	7
ปราจีนบุรี	4	2	1	0	0	0	0	0	7
ระยอง	6	1	1	0	0	0	1	0	9
สมุทรปราการ	6	0	0	0	0	0	0	0	6
สระแก้ว	6	3	0	0	0	0	0	0	9
รวม	57	13	2	0	0	0	1	0	73

แนวโน้มสถานการณ์การเงินการคลัง ต.ค.60 - มี.ค. 61

ข้อมูล ณ 17 เมษายน 2561



ตุลาคม	24	14	10	10	3	1	5	6
พฤศจิกายน	45	14	4	3	3	2	1	1
ธันวาคม	41	22	5	2	1	1	1	0
มกราคม	57	13	2	0	0	0	1	0
กุมภาพันธ์	56	13	1	2	0	0	1	0
มีนาคม	57	13	2	0	0	0	1	0

Pitfall กับดัก หลุมพราง

การเงินการคลังของผู้บริหารโรงพยาบาล

1.Planfin Management

ไม่ได้นำแผนทางการเงิน (Planfin) มาบริหารการเงินการคลัง ให้เกิดประสิทธิภาพ

ไม่ได้นำวิเคราะห์/วางแผน/เปรียบเทียบ กับ HGR/เงินบำรุง/LOI

2. การจัดเก็บรายได้

บางแห่งยังขาดประสิทธิภาพ / แผนการเพิ่มรายได้ขาดการวิเคราะห์ความคุ้มทุน และความเป็นไปได้การสนับสนุนการเพิ่มศักยภาพยังไม่สอดคล้องกับการยกระดับ ทำให้ไม่สามารถสร้างรายได้ ได้ตามการยกระดับ และไม่สามารถยกระดับเป็น Main Contractor ในประกันสังคม

3. การควบคุมค่าใช้จ่าย

ไม่มีระบบควบคุมภายใน / ไม่ใช้ FTE และ Productivity ในการจ่ายค่าตอบแทนหรือจัดกำลังคน / โครงสร้างอาคาร (การลงทุน) ขาดการวางแผนที่ชัดเจน ทำให้ต้องแก้ไขบ่อยๆ จนส่งผลกระทบต่อสถานะการเงิน ส่วนทีมีผลกระทบกับระบบบริหารการเงิน คือ หนี้ระหว่างกัน

ปัญหา/ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา
1.นโยบายการบันทึกบัญชี รับรู้รายได้จัดสรรเงิน UC ไม่สอดคล้องผลการดำเนินจริง ทำให้มีความคลาดเคลื่อนการวัดแผน Planfin	กำหนดนโยบายการบันทึกบัญชีโดยรับรู้รายได้เป็นรายเดือน
2. อัตรากำลังบุคลากรด้านการเงินและบัญชีในหน่วยบริการไม่เพียง	ควรเพิ่มกรอบอัตรากำลังให้เพียงพอ
3.การบริหารจัดการที่ดี ของผู้บริหาร	มาตรการที่เหมาะสม หรือสร้างความตะหนักผู้บริหาร
ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา/ปรับปรุงตัวชี้วัด (ถ้ามี)	
1. คณะตรวจราชการ ทีมเดียว	

นวัตกรรม/Best Practice

ในระดับหน่วยบริการ

1) การเรียกเก็บรายได้ของโรงพยาบาลอย่างยั่งยืน
นายแพทย์นายสวรรค์ ขวัญใจพานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรีและคณะ

2) การควบคุมค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลระยอง
นายแพทย์วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง และคณะ

ในระดับเขต

การกำหนดค่ากลางเพื่อปรับเกลี่ยเงิน UC ระดับเขต ปี 2561

"เมื่อมีโอกาสและมีงานทำ
ควรเต็มใจทำ
โดยไม่จำเป็นต้องตั้งข้อแม้
หรือเงื่อนไขอันใดไว้ให้เป็นเครื่องกีดขวาง
คนที่ทำงานได้จริงๆ นั้น
ไม่ว่าจะจับงานสิ่งใด
ย่อมทำได้เสมอ"
พระบรมราโชวาท
ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตร
วิทยาลัยเทคโนโลยีและอาชีวศึกษา
๘ กรกฎาคม ๒๕๓๐

ขอขอบคุณค่ะ