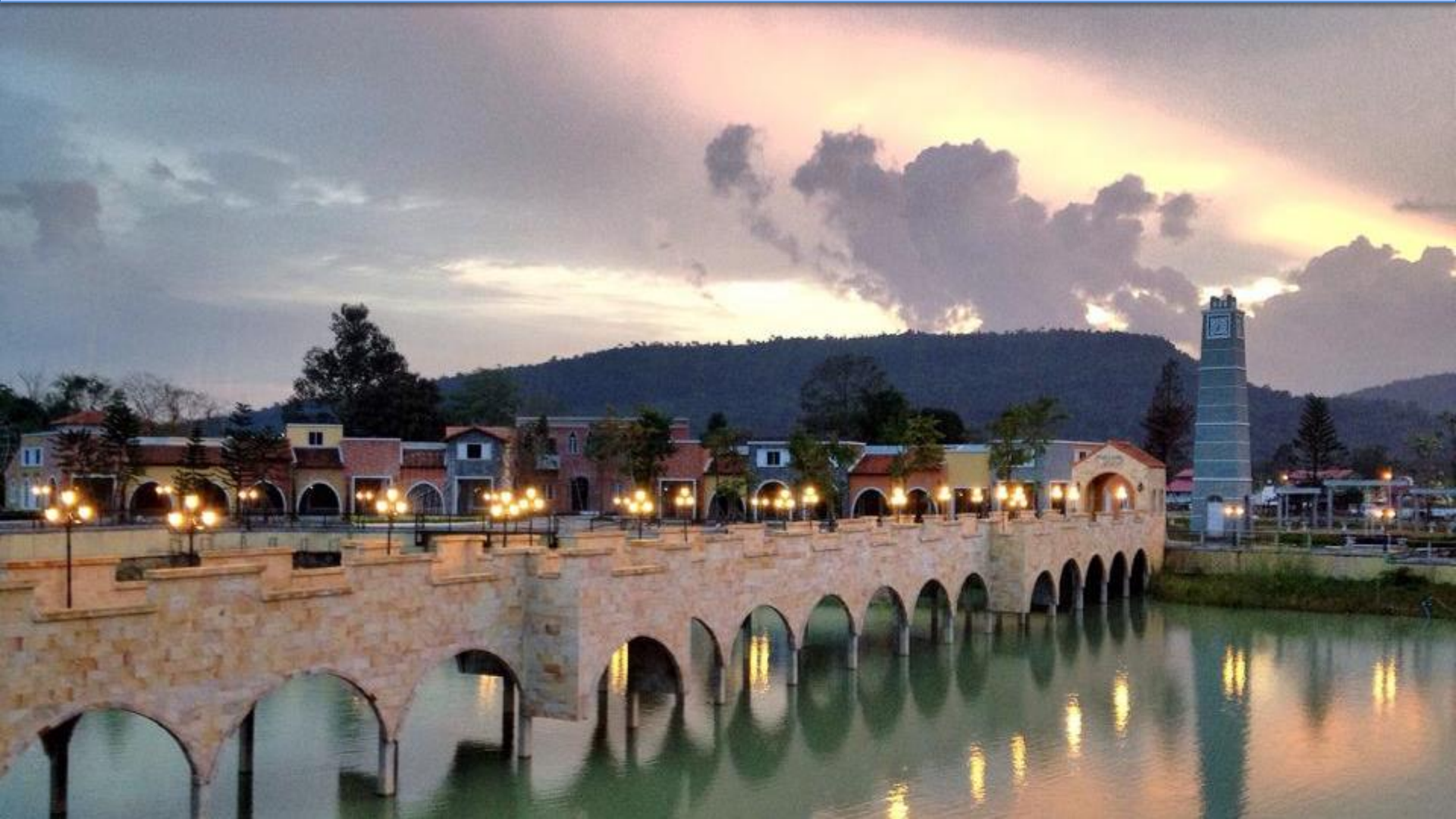


สรุปตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติเขตสุขภาพที่ ๖ คณะที่ ๒  
รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑  
จังหวัดปราจีนบุรี วันที่ ๖-๘ สิงหาคม ๒๕๖๑



## 2.1 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

PA

1. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

## 2.2 การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ

PA

2. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

PA

3. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

PA

4. จำนวนเมืองสมุนไพร

## 2.3 การพัฒนาระบบบริการ

Health Outcome

5. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
6. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

7. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในรพ.ระดับ F2 ขึ้นไป

PA

8. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

9. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

Service Outcome

10. อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.

11. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (remission)

12. ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

PA

13. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

14. ร้อยละ รพ.F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้

# 16 ตัวชี้วัด monitor คณะ 2

ตรวจเฉพาะพื้นที่ที่มีปัญหา

## 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.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

Mo14 อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35

Mo15 การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในรพ.ที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification

Mo16 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

## 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)

## สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

๑	PCC	✓	๘	แผนไทยทางเลือก	✓
๒	ODS	✓	๙	CKD	✗
๓	Tb	✗	๑๐	บริจาคอวัยวะ	✗
๔	เมืองสมุนไพร	✓	๑๑	ยาเสพติด	✓
๕	Stroke	✗	๑๒	RDU	✗
๖	หัวใจ	✓	๑๓	ส่งต่อ	✓
๗	เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต	✓	๑๔	STEMI	✓

INS = ๑๔ ตัวชี้วัด

✓ ผ่าน ๙ ตัวชี้วัด

✗ ไม่ผ่าน ๕ ตัวชี้วัด

## สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

๑	NB	✘	๙	Ortho	✘
๒	ฆ่าตัวตาย	✔	๑๐	มะเร็ง	✔
๓	SEPSIS	✘	๑๑	BC	✔
๔	Pneumonia ในเด็ก	✔	๑๒	IMC	✔
๕	PPH	✔	๑๓	ช่องปาก รพสต.	✘
๖	Preterm	✘	๑๔	ช่องปากใช้บริการ	✘
๗	PC	✔	๑๕	Robson ten group	✔
๘	ซีมีแคร์	✘	๑๖	DM/HT	✘

MO = ๑๖ ตัวชี้วัด

✔ ผ่าน ๘ ตัวชี้วัด

✘ ไม่ผ่าน ๘ ตัวชี้วัด

# การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

## สถานการณ์

ปี ๒๕๖๑ เขตสุขภาพที่ ๖ เปิดทีมหมอครอบครัวได้จำนวน ๙๖ ทีม และกระทรวงได้มีหนังสือสั่งการให้มีการทบทวนการจัดตั้งทีมหมอครอบครัว ตามเกณฑ์ PCC คุณภาพคือ เป็นเขตเมือง ประชากร Type๑,๓ ประมาณ ๘,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ คน ที่เพิ่ม FM ๑ คน พยาบาล ๒ คน นักวิชาการสาธารณสุข ๒ คน เป็นอย่างน้อย

## ปัญหาความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย

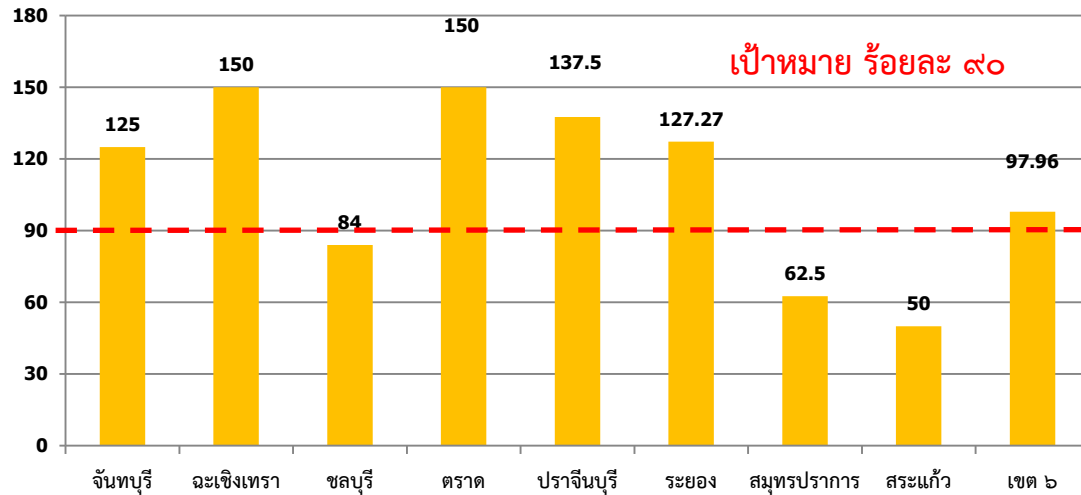
๑. ขาดแพทย์ประจำที่จะเรียนต่อด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
๒. ไม่มีการจัดทำบัญชีเสมือนจริงใน PCC
๓. การใช้ระบบ IT ในการทำงานพัฒนาการดำเนินงาน PCC และการติดต่อสื่อสารของทีมหมอครอบครัว
๔. การพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมต่อจากแม่ข่ายสู่ PCC

## ข้อเสนอแนะ

- จัดระบบสนับสนุนให้แพทย์สนใจด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและเข้าอบรมหรือเรียนต่อเฉพาะทาง
- ต้องมีการจัดทำบัญชีเสมือนจริงตามเกณฑ์ PCC
- พัฒนาระบบ IT ที่เชื่อมต่อจาก รพ. ถึง PCC เป็นข้อมูลชุดเดียวกัน และ ใช้ Application ในการติดต่อสื่อสารเช่น Line
- มีการวางระบบและแนวทางการให้บริการที่ไม่ซ้ำซ้อนกันและระบบการส่งต่อที่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนและผู้ให้บริการ
- มีการจัดทำทะเบียนทีมหมอครอบครัวที่ให้บริการประชาชน

ตัวชี้วัด : ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๙๗.๙๖



เป้าหมาย	๘	๑๐	๒๕	๔	๘	๑๑	๒๔	๘	๙๘
ผลงาน	๑๐	๑๕	๒๑	๖	๑๑	๑๔	๒๕	๔	๙๖

# One Day Surgery

## สิ่งที่ตรวจพบ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้บริการแบบ ODS เพื่อลดความแออัด ลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติระหว่างมาโรงพยาบาลและลดระยะรอคอยการผ่าตัด ทุกโรงพยาบาลที่สามารถผ่าตัดแบบ ODS มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบ ODS ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งมีระบบการทำงานที่ไม่เหมือนกัน และยังไม่สามารถผ่าตัดได้ครบทั้ง ๑๒ โรค

## ปัญหาอุปสรรค

๑. ความมั่นใจของทีมผู้ให้บริการในการผ่าตัด
๒. ภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดและข้อร้องเรียน
๓. การวางระบบสื่อสารร่วมกันทั้งเขตสุขภาพ ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

## ข้อเสนอแนะ

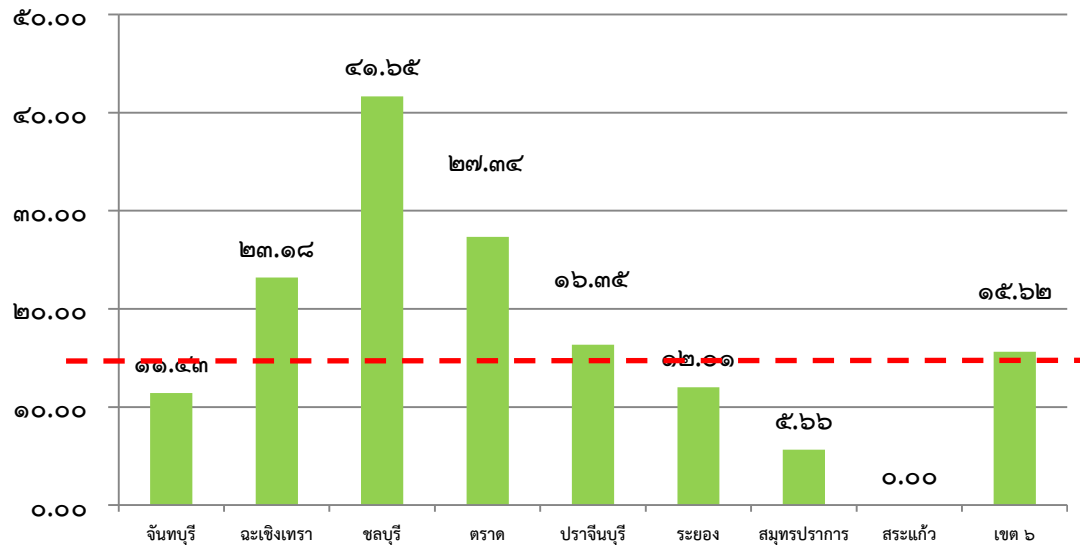
๑. จัดอบรมแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลที่มีการทำผ่าตัดแบบ ODS
๒. สร้างระบบการประชาสัมพันธ์ และจัดตั้งระบบใกล้เคียง เพื่อลดข้อร้องเรียน
๓. จัดประชุมเพื่อสื่อสารหาแนวทางตั้งหลักเกณฑ์ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS  
(เป้าหมาย ร้อยละ ๑๕)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ

๑๕.๖๒

เป้าหมาย ร้อยละ ๑๕



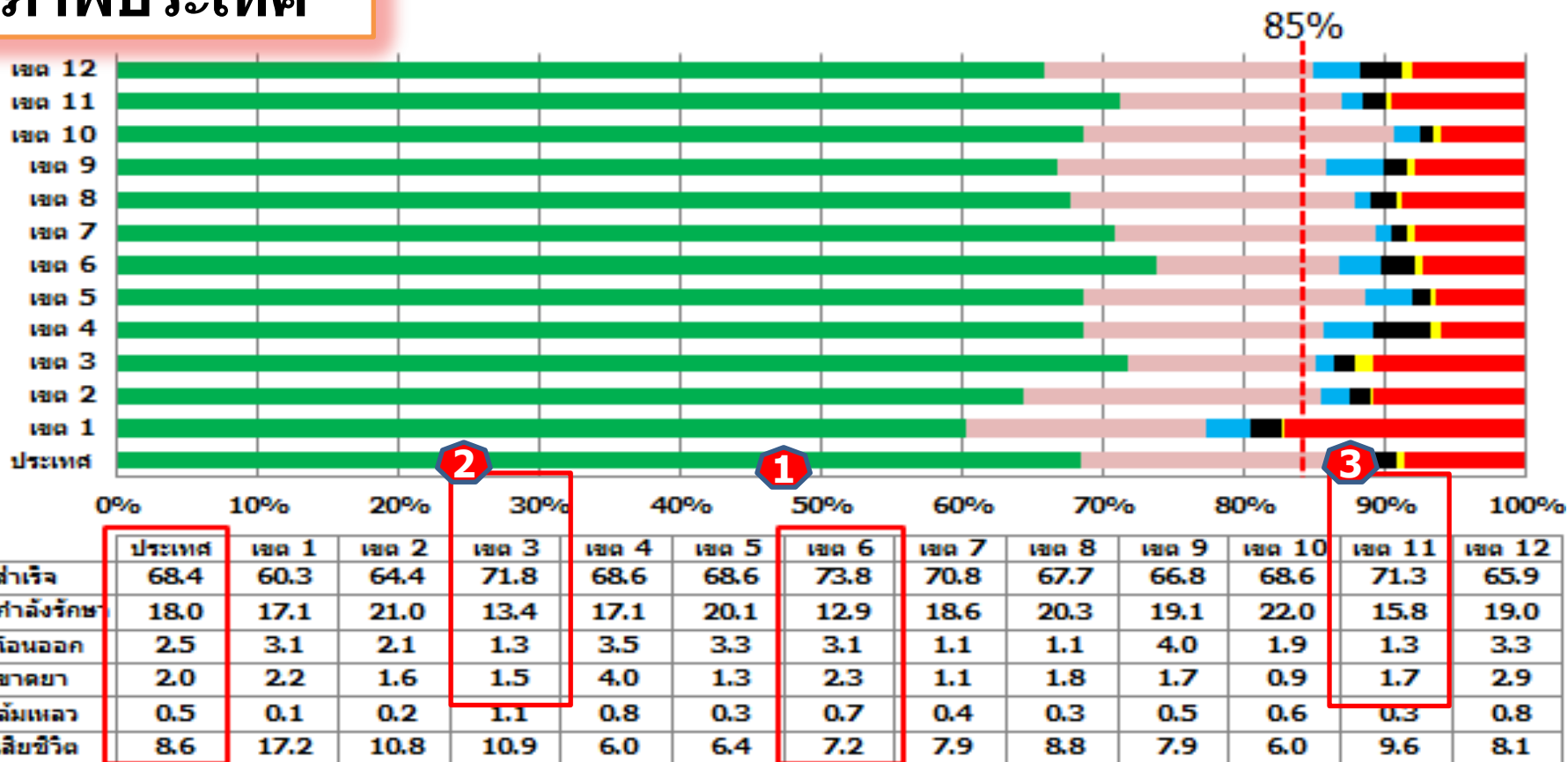
เป้าหมาย	๑,๓๖ ๔	๒๘๙	๔๙๗	๒๕๖	๓๖๗	๖๙๑	๑,๐๒๔	N/S	๔,๔๘๘
ผลงาน	๑๕๖	๖๗	๒๐๗	๗๐	๖๐	๘๓	๕๘	รอ ประเมิน	๗๐๑

# สาขาวัลโรค

PA : Cohort 1/2561

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย  
วัลโรคปอดรายใหม่ ( $\geq 85\%$ )

## ภาพประเทศ



## ภาพรวมประเทศ

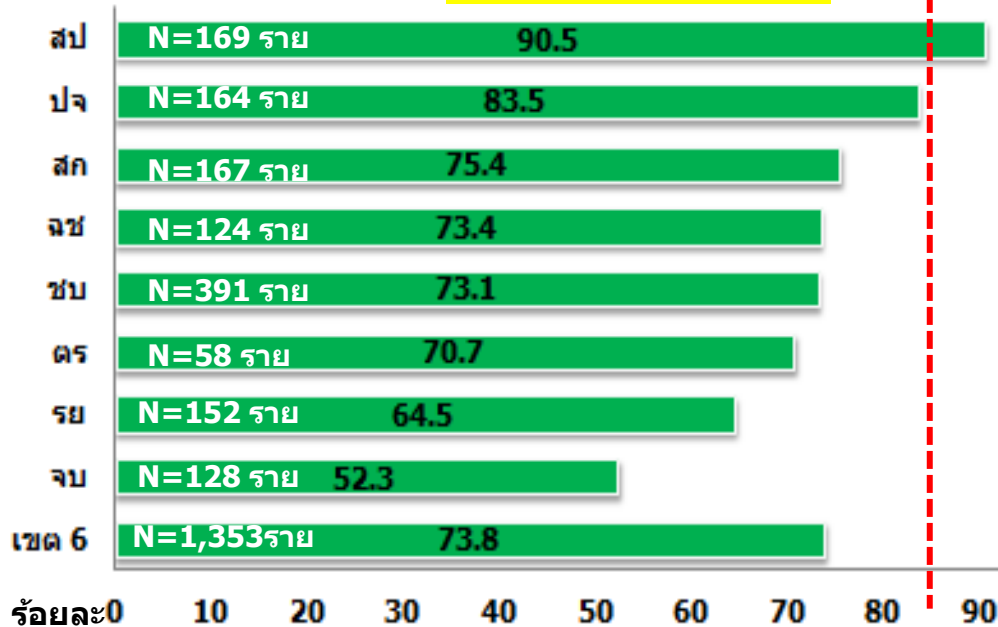
- ผู้ป่วยวัลโรคนำมาประเมิน 11,815 ราย
- success rate ภาพประเทศ 68.4 % เขต 6 สูงสุดในภาพประเทศ 73.8%
- เสียชีวิต ภาพประเทศ 8.6% สูงสุด เขต 1: 17.2%
- ขาดยา ภาพประเทศ 2% สูงสุด เขต 4: 4%



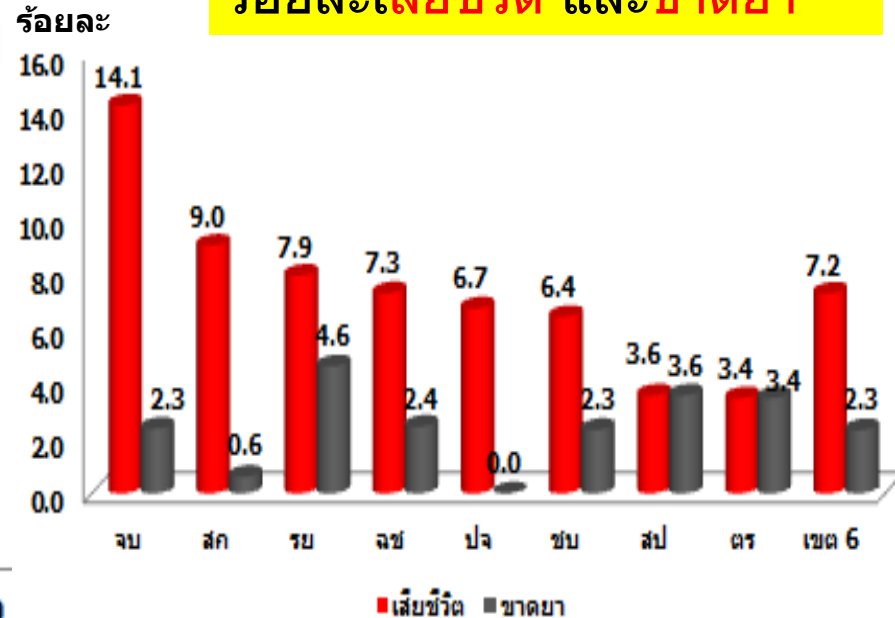
ภาพเขต

Success rate

85%



ร้อยละเสียชีวิต และขาดยา

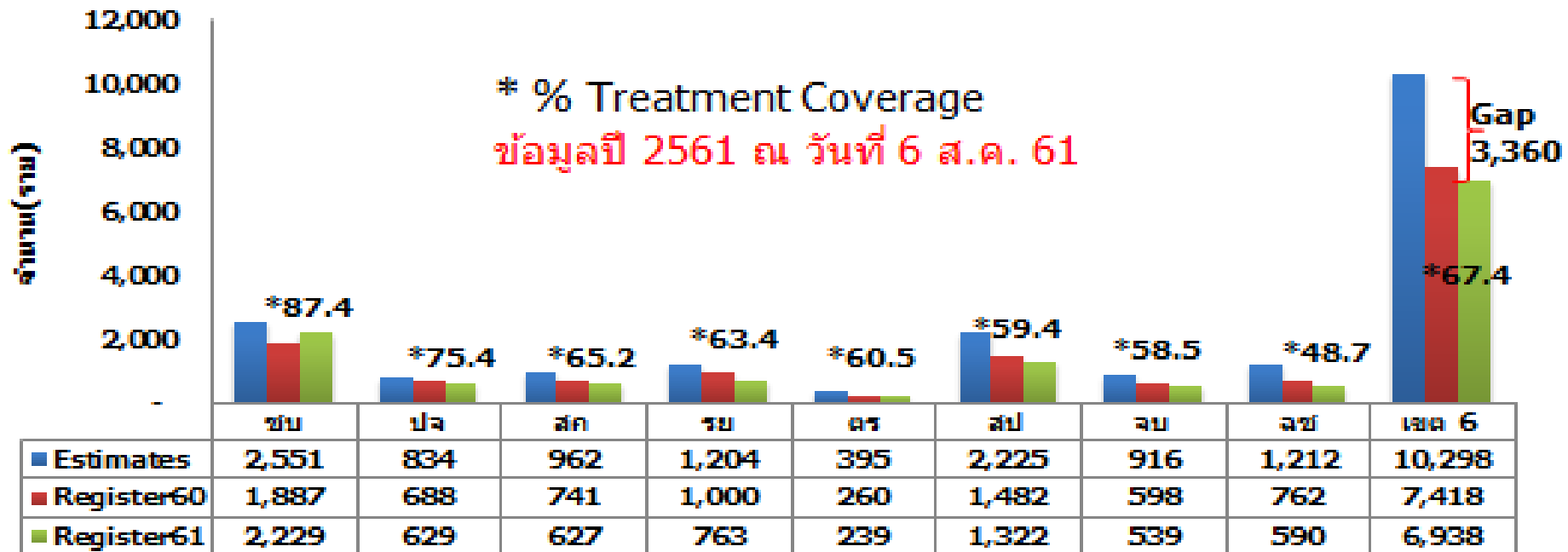


ภาพเขต

- ผู้ป่วยนำมาประเมิน 1,353 ราย ภาพรวมเขต รักษาสำเร็จ 73.8 %
- Success rate สูงสุด สป. 90.5%
- เสียชีวิตภาพเขต 7.2% สูงสุด จบ. 14.1%
- ขาดยาภาพเขต 2.3 % สูงสุด รย. 4.6%
- ยังมีผู้ป่วยที่ยังไม่สรุปผลการรักษา 174 ราย เป็นผู้ป่วย HIV ที่ขยายการรักษา 32 ราย และ 142 ราย ขยายการรักษาด้วยเหตุผลอื่นๆ เช่น ผล x-ray ไม่ดี / hepatitis / แพ้ยา เป็นต้น

# การขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค

จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (All form) ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ปี 2561 เขตสุขภาพที่ 6



- จำนวนผู้ป่วยขึ้นทะเบียนปี 2561 จำนวน 6,938 ราย (จากค่าประมาณ 10,298 ราย)
- ต้องเร่งรัดค้นหาขึ้นทะเบียนอีกประมาณ 3,360 ราย
- ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา ภาพเขต 67.4 %  
สูงสุด จ.ชลบุรี 87.4 % (เป้าหมาย  $\geq 82.5\%$ )

# การค้นหากลุ่มเสี่ยง (Active Case finding) ปี 2561

จังหวัด	เป้าหมาย	คัดกรอง (verbal)	%คัดกรอง ทุกกลุ่มเสี่ยง	X-Ray ฟิล์ม	X-Ray ดิจิทัล	TBCase	%TBCase จากX-ray
	ราย	ราย		ราย	ราย	ราย	
เขต6	1,005,051	875,070	87.1	334,609	13,424	2,785	0.8
สระแก้ว	41,710	48,077	115.3	37,446	1,504	119	0.3
ปราจีนบุรี	51,595	52,292	101.4	23,041	1,002	274	1.2
จันทบุรี	63,257	62,952	99.5	36,803	1,491	117	0.3
ชลบุรี	341,799	318,713	93.2	116,952	4,921	1,190	1.0
สมุทรปราการ	157,775	145,633	92.3	35,145	893	362	1.0
ตราด	75,441	59,333	78.6	31,677	664	210	0.7
จันทบุรี	95,182	74,406	78.2	21,891	1,631	327	1.5
ระยอง	175,873	113,664	64.6	31,654	1,318	186	0.6

- ❑ การคัดกรองวัณโรค ในกลุ่มเสี่ยง ภาพรวม เขต 6 จำนวน 875,070 ราย ( 87.1% เทียบจาก เป้าหมาย)
- ❑ พบผู้ป่วยจากการคัดกรอง 2,785 ราย (0.8% เทียบกับการx-ray ทั้งหมด)
- ❑ จ.สระแก้ว ดำเนินการได้ สูงสุด 115.3 %
- ❑ จ.จันทบุรี พบผู้ป่วยจากการค้นหา สูงสุด 1.5% (เทียบกับการx-ray ทั้งหมด)

ผลงาน	
2560	2561
72	67.4

90%  
ขึ้นทะเบียน  
รักษา

เป้าหมาย  
การ  
ควบคุม  
TB

ผลงาน	
2560	2561
NA	87.1

90%  
ค้นหา  
กลุ่มเสี่ยง

ผลงาน	
2560	1/2561
80.2	66.4*

90%  
ผลสำเร็จ  
การรักษา

หมายเหตุ\*

1. Success rate ผู้ป่วยวัณโรค All form (new+relapse) 66.4%
2. Success rate PA 73.8%

สรุปเป้าหมายและ  
ผลงานใน  
การควบคุมวัณโรค

# บทสรุปข้อค้นพบและแนวทางการพัฒนา

## ภาพรวมเขต

### ❖ การดำเนินงาน

1. มีการเร่งรัดคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องทุกจังหวัด แต่ ผลงานการขึ้นทะเบียนรักษาภาพเขต **67.4%** ยังต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมาย **82.5**)
2. ผลสำเร็จการรักษาในภาพเขต (**73.8%**) สูงเป็นอันดับ **1** ของประเทศ แต่ยังมีอัตราการเสียชีวิต (**7.2%**) และขาดยา (**2.3%**) ส่งผลต่อความสำเร็จที่ลดลง

### ❖ แนวทางการพัฒนา

1. เร่งรัดค้นหา **7** กลุ่ม เสี่ยงเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มเติมในชุมชนแออัด ซึ่งจากข้อมูลพบผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มนี้สูง (**544** ราย จากทั้งหมด **6,938** ราย) และเร่งรัดการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี **Gene X-pert MTB/RIF** ให้มากขึ้น
2. ตรวจ **HIV** ในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย หากติดเชื้อพิจารณาให้ยา **ARV** โดยเร็วภายใน **2** สัปดาห์
3. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วม ควรติดตามอาการข้างเคียงจากยา อย่างใกล้ชิด

# บทสรุป ข้อค้นพบรายจังหวัด

ชบ

- สสจ.ใช้กลยุทธ์ **STOP TB** ติดตามข้อมูลทุกสัปดาห์ ค้นหาเชิงรุกต่อเนื่อง
- รพ.บ้านบึง ใช้กระบวนการ **counseling** ทำให้การขาดยาเป็น **0**
- มีการค้นหาขึ้นทะเบียนสูงสุดในเขต **2,229 ราย คิดเป็น 87.4** (เป้าหมาย **82.5%**)
- รพ.ภาครัฐ และเอกชนใช้โปรแกรม **TBCM 100%**

รย

- **ขาดยา 4.6%** สูงสุดในเขต
- **ตะพุง Model** ต้นแบบ ในการดูแลรักษา ลดตาย ลดขาดยา ลดการตีร้าวโรคในชุมชน อย่างเป็นรูปธรรม
- **Motive 8** เน้นกระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อลดการขาดยาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

จบ

- **เสียชีวิต 14.1%** สูงสุดในเขต
- บูรณาการโปรแกรมเยี่ยมบ้าน **KSK** ในการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ
- สสจ.เป็นศูนย์ประสานการเฝ้าระวัง

ปจ

- **Success rate  $\geq 85$**  ติดต่อกัน **3ปี**
- **PA ขาดยาเป็น 0**
- ใช้กลยุทธ์ **PIRAB** ทำงานเป็นทีมอย่างเข้มแข็ง
- **อบรมพระสงฆ์เป็นแกนนำ** ให้ความรู้แก่ญาติโยมที่มาทำบุญ

จข

- การค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา **48.7%** ต่ำสุดในเขต
- ปรับกลยุทธ์การดำเนินงาน สอบสวนผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย
- ทำทะเบียนผู้สัมผัสติดตาม **3 ปี**

ดร

- วิเคราะห์และสะท้อนข้อมูลไปกลับ โดยมีการตอบโต้/แลกเปลี่ยนกันอย่างต่อเนื่อง
- สอบสวน กรณีพบดื้อยา เสียชีวิตขาดยา
- ทำ **dead case conference** ภายใน **48ชม.หรือ 2 สัปดาห์**

สป

- **Success rate 90.5 %** สูงสุดในเขต
- เชื่อมโยงดำเนินงานกับ **รพ.เอกชน 16 แห่ง**
- **รพ.สป ส่งต่อ ผู้ป่วยทำ DOT ที่ รพ.สต.ทุกราย**

สก

- **เสียชีวิต 9 %** อันดับ 2 ของเขต
- **รพ.วังน้ำเย็น admit 4 วัน** เอาอยู่
- **รพ.เขาฉกรรจ์** ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา
- คัดกรองวัณโรคในผู้ขับขี่รถสาธารณะ พระ และมีการติดตาม **Household Contract** ในระยะ **10 ปี**

# การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตัวชี้วัด : จำนวนเมืองสมุนไพร Herbal City อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ จังหวัด  
(เป้าหมาย ๑๓ จังหวัดทั่วประเทศ)

ผลการดำเนินงาน : จังหวัดน่าน จังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดสวนขยาย จังหวัดจันทบุรี



ตัวชี้วัด

เป้าหมาย

ผลงานปี ๒๕๖๑ (ต.ค ๖๐-มิ.ย.๖๑)

จำนวนเมืองสมุนไพร Herbal City อย่าง  
น้อยเขตสุขภาพละ ๑จังหวัด  
(เป้าหมาย ๑๓ จังหวัดทั่วประเทศ)

≥๑ จังหวัด

จังหวัดน่าน จังหวัดปราจีนบุรี  
จังหวัดสวนขยาย จังหวัดจันทบุรี



ตัวชี้วัด : จำนวนเมืองสมุนไพรอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด

ผลการดำเนินงาน **» ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6**

ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

- ปราจีนบุรี (นำร่อง)
- จันทบุรี (ส่วนขยาย)

เป้าหมาย

๑๓ จังหวัดทั่วประเทศ

### Small Success

- ✓ มีกลุ่มแกนนำสมุนไพร
- ✓ มีฐานข้อมูลผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/พื้นที่แปรรูป
- ✓ มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบ และผลิตภัณฑ์สมุนไพร
- ✓ มีการจัด Zoning พื้นที่ปลูก
- ✓ มีการจัดอบรมแผนธุรกิจ
- ✓ มีแผนการจัดตั้ง Shop/Outlet

เขตสุขภาพที่ ๖ มีความพร้อมที่จะขยายพื้นที่เมืองสมุนไพรใน  
จังหวัดอื่นๆ ตามแผนนโยบายโครงการระเบียงเศรษฐกิจตะวันออก  
(EEC: Eastern Economic Corridor)



# Herbal City

K tor



- การผลิตและสนับสนุนยาสมุนไพรไม่เพียงพอต่อความต้องการของหน่วยบริการ เนื่องจากวัตถุดิบไม่เพียงพอ
- การจัดตั้ง Shop/Outlet ควรมีระเบียบหรือแนวทางดำเนินการเพื่อการปฏิบัติให้ถูกต้อง
- ขาดการสนับสนุนด้านนโยบายและงบประมาณอย่างทั่วถึง
- ขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันอย่างจริงจังในเขตสุขภาพ



ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย ส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร ระเบียบกฎหมาย

- ส่งเสริมให้เกษตรกรปลูกสมุนไพรเพิ่มขึ้น
- ควรมีการจัดสรร ผลิตต้นงบประมาณและระเบียบในการดำเนินงานโครงการเมืองสมุนไพรให้มีความชัดเจน และครอบคลุมทุกจังหวัด



# นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- Re branding ผลิตภัณฑ์หอมพื้นบ้าน เพื่อส่งเสริมรายได้ให้กับหอมพื้นบ้านและนำเข้าสู่ OTOP
- การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่หลากหลาย เช่นผลิตภัณฑ์สมุนไพรในรูปแบบ ยามม ยาขง สเปรย์ และ เครื่องสำอางค์

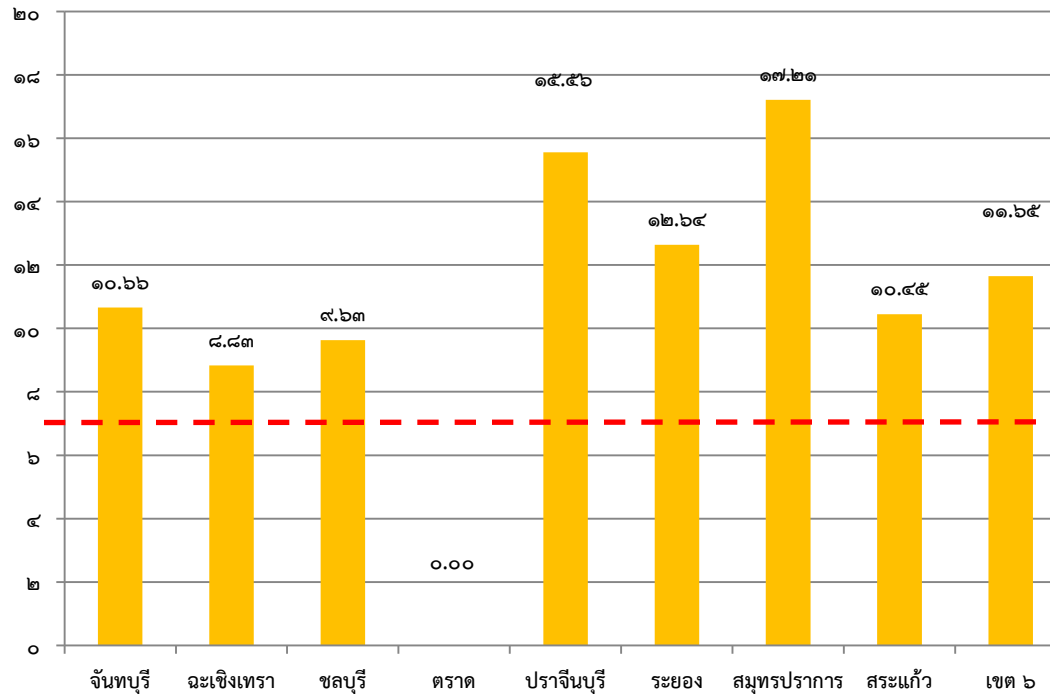


# โรคหลอดเลือดสมอง (STROKE)

ตัวชี้วัด : ร้อยละการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก (โบน-๖๙) (เป้าหมาย ร้อยละ <๗)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๑๑.๕๔

เป้าหมาย ร้อยละ <๗



## สถานการณ์

1. Service Delivery ขาด Stroke Unit ๕๙ เดียง
2. อัตราตาย Hemorrhagic stroke ๓๐.๗%, Stroke Alert & Awareness ๒๐.๗๘%
3. Stroke Alert & Awareness อัตราผู้ป่วยมาทันเวลา ๔.๕ ชั่วโมง = ๒๐.๗๘%
4. ขาดอัตรากำลังแพทย์และพยาบาล พยาบาลผ่านการอบรมทำงานไม่ตรงสายงาน

## ปัญหาอุปสรรค

1. พัฒนา รพ. M๒ เปิด IMC & Rehab ward
2. การประสานของทีมแพทย์ Med และ ศัลยในการดูแลผู้ป่วย SU
3. การวางแผนส่งรักษา Thrombectomy ที่สถาบันประสาทในกรณีที่มีการรักษาไม่ได้ผลต่อ rt-PA

## ข้อเสนอแนะ

1. เน้น People Alert & Awareness เพื่อให้ผู้ป่วยมาถึง รพ. และได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วขึ้น
2. ประสาน รพช. จัดตั้งระบบ Sub Acute Care, IMC และกายภาพบำบัด หลัง Refer กลับจาก รพศ./รพท. เมื่อรักษาเสร็จสิ้นแล้ว

เป้าหมาย	๑,๕๙๓	๑,๖๗๔	2,๓๓๘	-	๖๙๔	๑,๒๕๘	๑,๒๓๘	๗๗๕	๙,๕๗๐
ผลงาน	๑๗๐	๑๔๘	๒๒๕	-	๑๐๘	๑๕๙	๒๑๓	๘๑	๑,๑๐๔

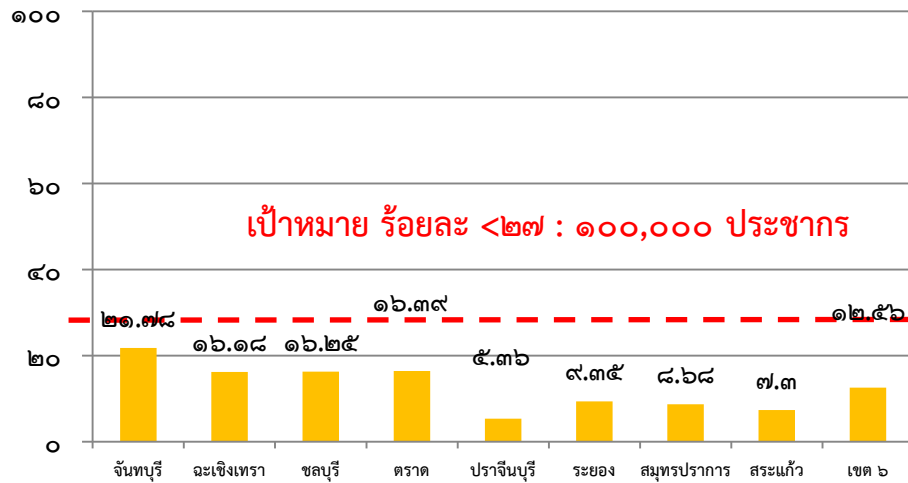
# สาขาหัวใจ

ตัวชี้วัด : อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

(เป้าหมาย  $\leq 27$ : ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ

๑๒.๕๖



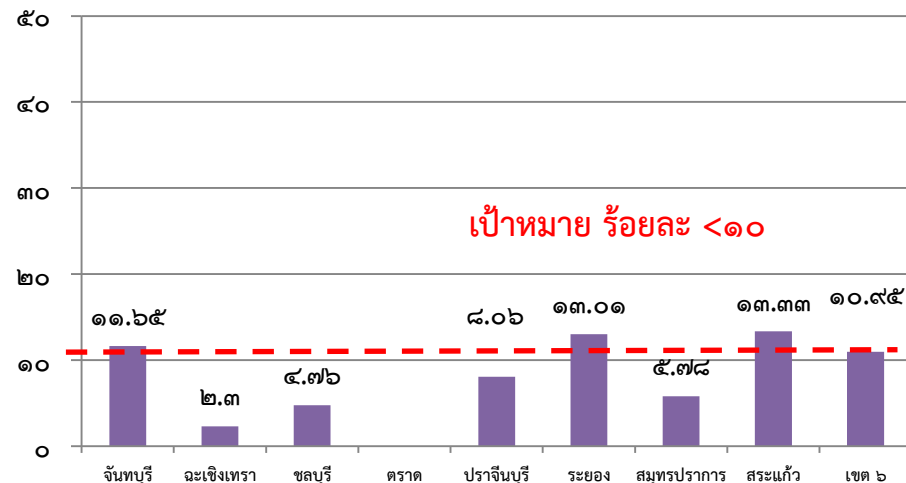
เป้าหมาย ร้อยละ  $< 27$  : ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย  $< 10\%$ )

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ

๑๐.๙๕



เป้าหมาย ร้อยละ  $< 10$

เป้าหมาย	๕๓๒๙๖๖	๗๐๕๓๙๙	๑๔๘๒๓๖๓	๒๑๙๖๙๒	๔๘๔๘๒๔	๗๐๕๙๕๔	๑๓๐๑๕๖๐	๕๖๑๙๓๘	๕๙๙๓๑๙๖
ผลงาน	๑๑๖	๑๑๔	๒๔๑	๓๖	๒๖	๖๖	๑๑๓	๔๑	๗๕๓

เป้าหมาย	๑๙๐	๘๗	๑๖๘	Na	๖๒	๑๔๖	๑๒๑	๓๐	๘๐๔
ผลงาน	๒๑	๒	๘	Na	๕	๑๙	๗	๔	๘๘

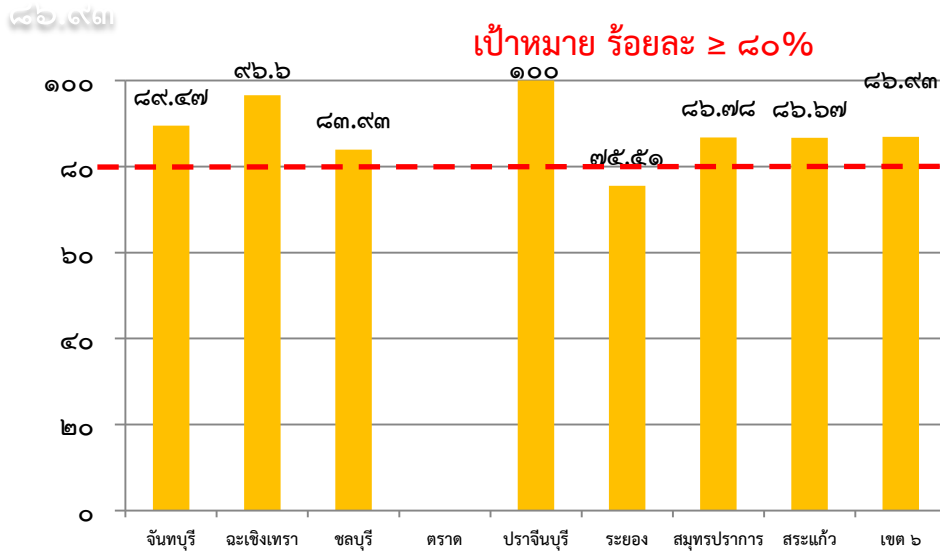
## สถานการณ์

- STEIMI Alert ๑๖๖๙ ยังไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยที่มีอาการยังมาล่าช้าเนื่องจากรอบุตรหลานเล็กงาน
- อัตรากำลัง มี Cardiologists ๑๐ / Interventionists ๗/ CVT ๔
- อัตราการได้รับ REPERFUSION THERAPY = ๘๐.๑% (๘๐)
- อัตราการตายโรคหลอดเลือดหัวใจ = ๑๖.๑๘ ( $< 27$  ต่อแสนประชากร)
- อัตราการเสียชีวิตใน รพ. ของผู้ป่วย STEMI = ๘.๘๓% ( $< 10\%$ )

# สาขาหัวใจ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย STEMI) ได้รับการขยายหลอดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด/การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) (เป้าหมาย  $\geq 80\%$ )

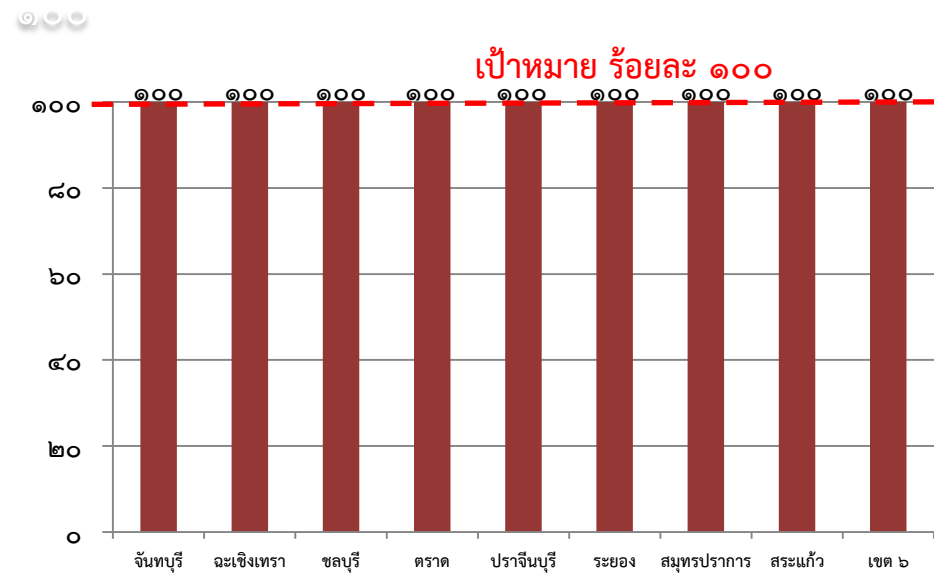
ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ



เป้าหมาย	๑๙๐	๘๗	๑๖๘	Na	๖๘	๑๔๗	๑๒๑	๓๐	๘๑๑
ผลงาน	๑๗๐	๘๔	๑๔๑	Na	๖๘	๑๑๑	๑๐๕	๒๖	๗๐๕

ตัวชี้วัด : ร้อยละ รพ. F๒ ขึ้นไปให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrionolytic Drug) ในผู้ป่วย STEMI (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ



เป้าหมาย	๑๒	๑๐	๑๑	๖	๗	๙	๕	๗	๖๗
ผลงาน	๑๒	๑๐	๑๑	๖	๗	๙	๕	๗	๖๗

## สิ่งที่ตรวจพบ

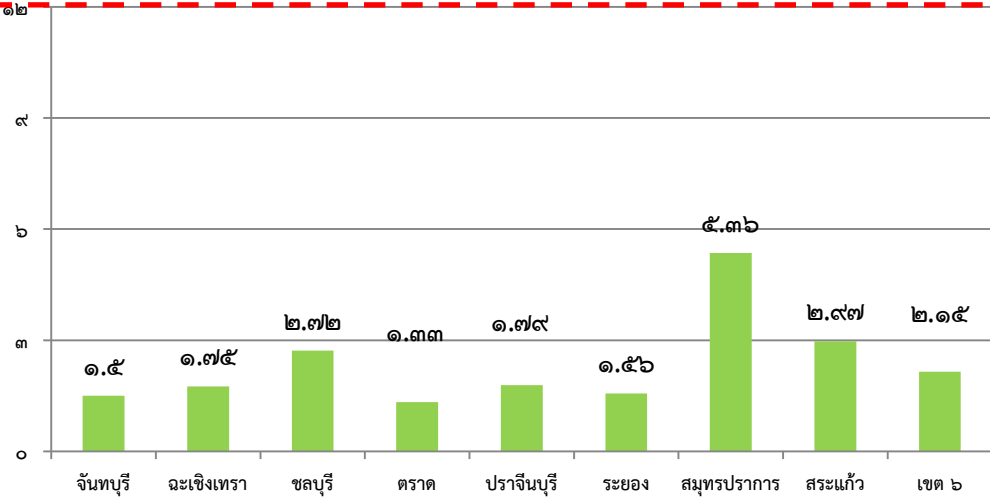
- ระยะเวลารอดคอย PCI = ๓ เดือน
- ระยะเวลารอดคอยผ่าตัดหัวใจ = ๖ เดือน
- Waiting List Echo = ๔๐ วัน
- ขาดบุคลากรสาขาโรคหัวใจ
- ระบบข้อมูลทะเบียนโรคหัวใจยังไม่สมบูรณ์

# สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ hr. ในรพ. F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย ร้อยละ < ๑๒%)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๒.๑๔

เป้าหมาย ร้อยละ < ๑๒ : ๑๐๐



เป้าหมาย	๑๗,๖๘๗	๒๗,๕๔๙	๓๗,๙๖๒	๓,๗๖๗	๔,๗๐๔	๔๐,๒๓๑	๖,๐๗๗	๑๑,๙๗๒	๑๔๙,๙๔๙
ผลงาน	๒๖๕	๔๘๓	๑๐๓๒	๕๐	๘๔	๖๒๘	๓๒๖	๓๕๕	๓,๒๒๓

## สถานการณ์

๑. รพ. ชลบุรีและ รพ. ระยอง นำร่อง ER คุณภาพ – ลดแออัด
๒. อัตรากำลัง EP เป้าหมาย ๒.๔ ต่อแสนประชากร ครรภ์ ๑๕๖ คน มีจริง ๒๐ คน
๓. อัตรากำลัง EN/ENP เป้าหมาย ๔.๑ ต่อแสนประชากร ครรภ์ ๓๕๐ คน มีจริง ๒๔๕ คน

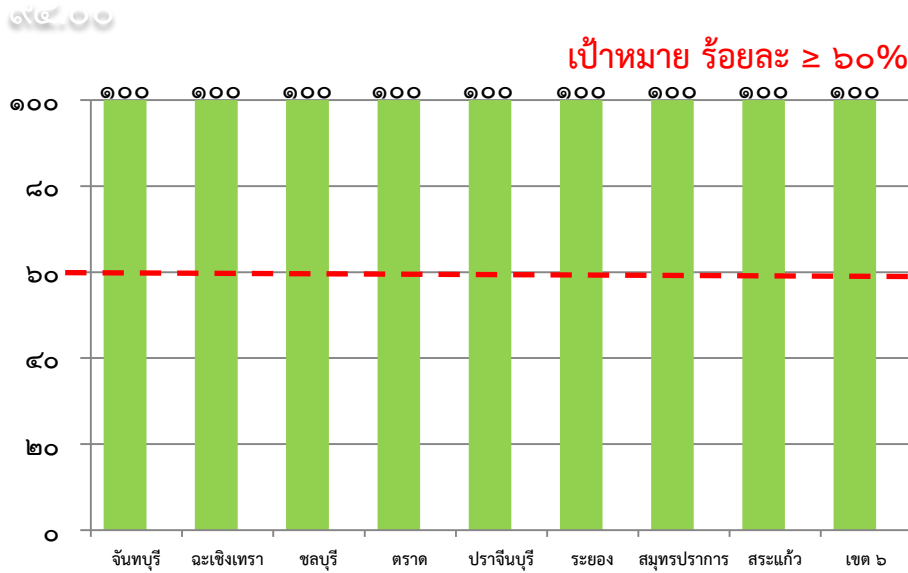
## ปัญหาอุปสรรค

๑. ประชาชนยังขาดความตระหนักและไม่เคารพกฎจราจร
๒. ขาดแคลนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
๓. ER มีความแออัด จากการใช้บริการของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก
๔. เพิ่มศักยภาพของ รพ. ระดับ M๑ และ M๒ ลดความแออัดของ รพ. A และ S
๕. การ Refer Back ผู้ป่วยกลับ รพ. ที่เป็น Node

# สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด : ร้อยละของ รพ.F๒ ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ ECS คุณภาพ  
(เป้าหมาย  $\geq 60\%$ )

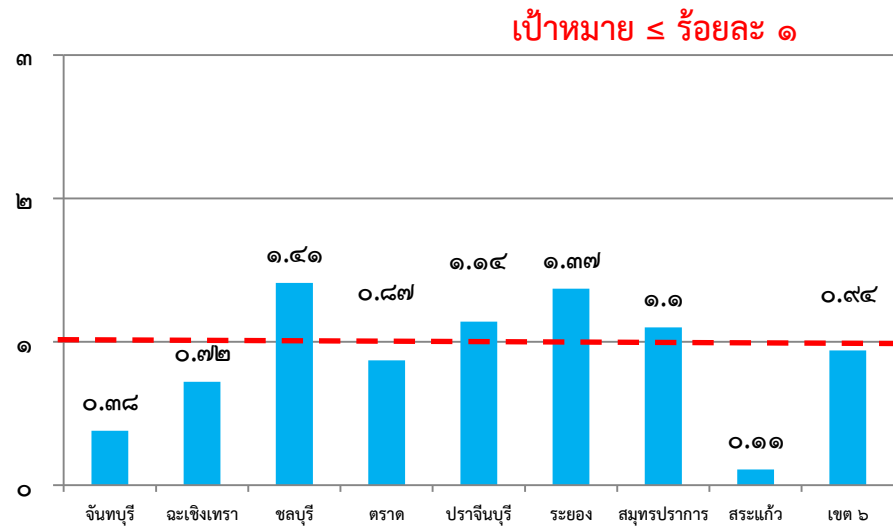
ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ



เป้าหมาย	๑๒	๑๐	๑๑	๖	๗	๙	๕	๗	๖๗
ผลงาน	๑๒	๑๐	๑๑	๖	๗	๙	๕	๗	๖๗

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในการบาดเจ็บที่มีค่า  
Ps score  $\geq 0.75$  (เป้าหมาย  $\leq$  ร้อยละ ๑)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๐.๙๔

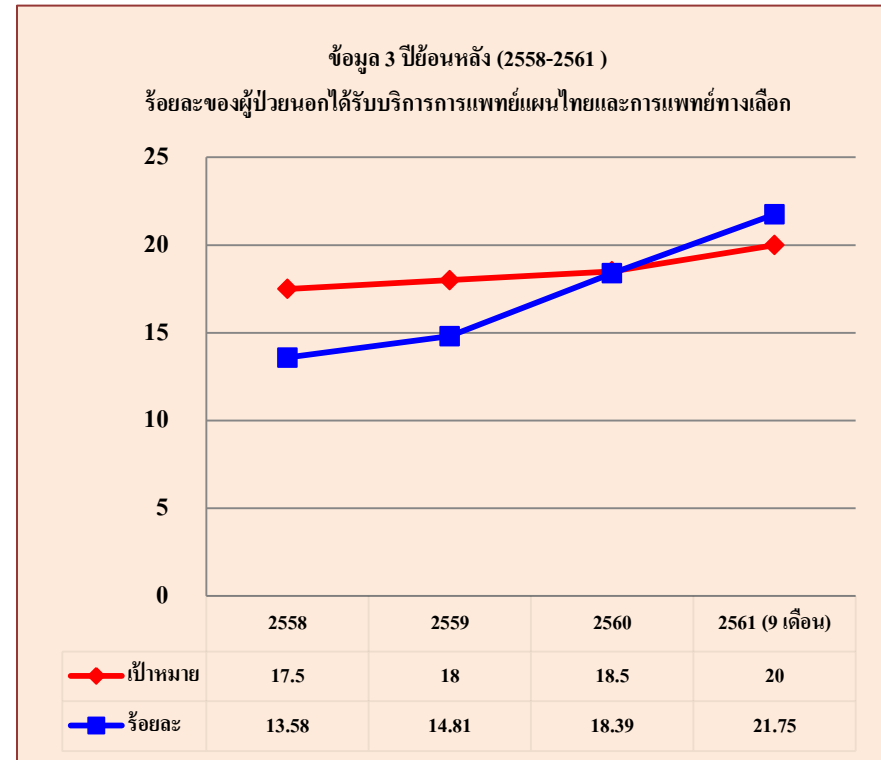
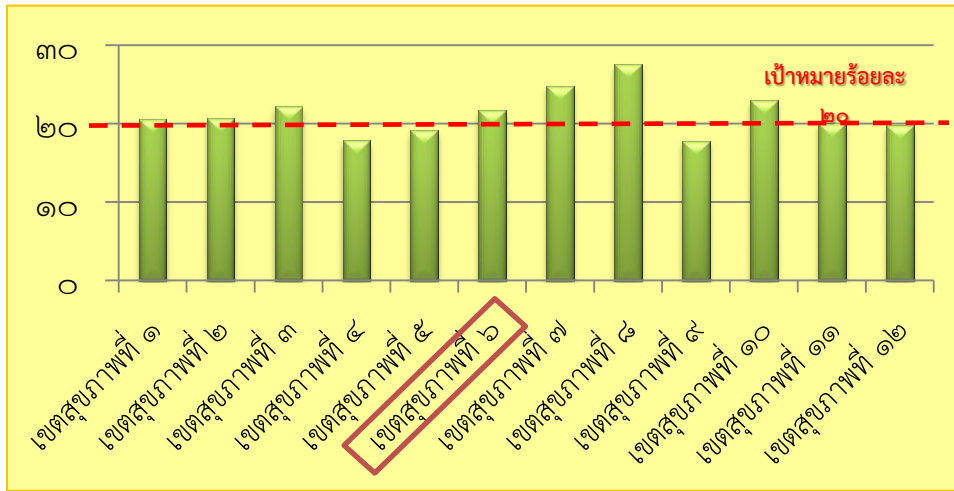


เป้าหมาย	๔,๒๐	๓,๕๙๖	๔,๗๖	๑,๖๑	๑,๓๑	๔,๓๐	๒,๑๘	๑,๘๐	๒๓,๗๘
ผลงาน	๑๖	๒๖	๖๗	๑๔	๑๕	๕๙	๒๔	๒	๒๒๓

## ข้อเสนอแนะ

- ประชาสัมพันธ์ Public Awareness / Public Alert และการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ และระบบ Fast track ECS
- วางแผนอัตรากำลังเพิ่ม Neurosurg, EP, เวชศาสตร์ฟื้นฟู, EN/ENP
- ผลักดันผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินใช้บริการคลินิกนอกเวลาหรือเปิด OPD และลดระยะเวลาผู้ป่วยในห้อง ER ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง
- เพิ่ม ICU Trauma ทุกจังหวัด และระบบ TeleMedicine (รพ.ชลบุรี+รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร)

# การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



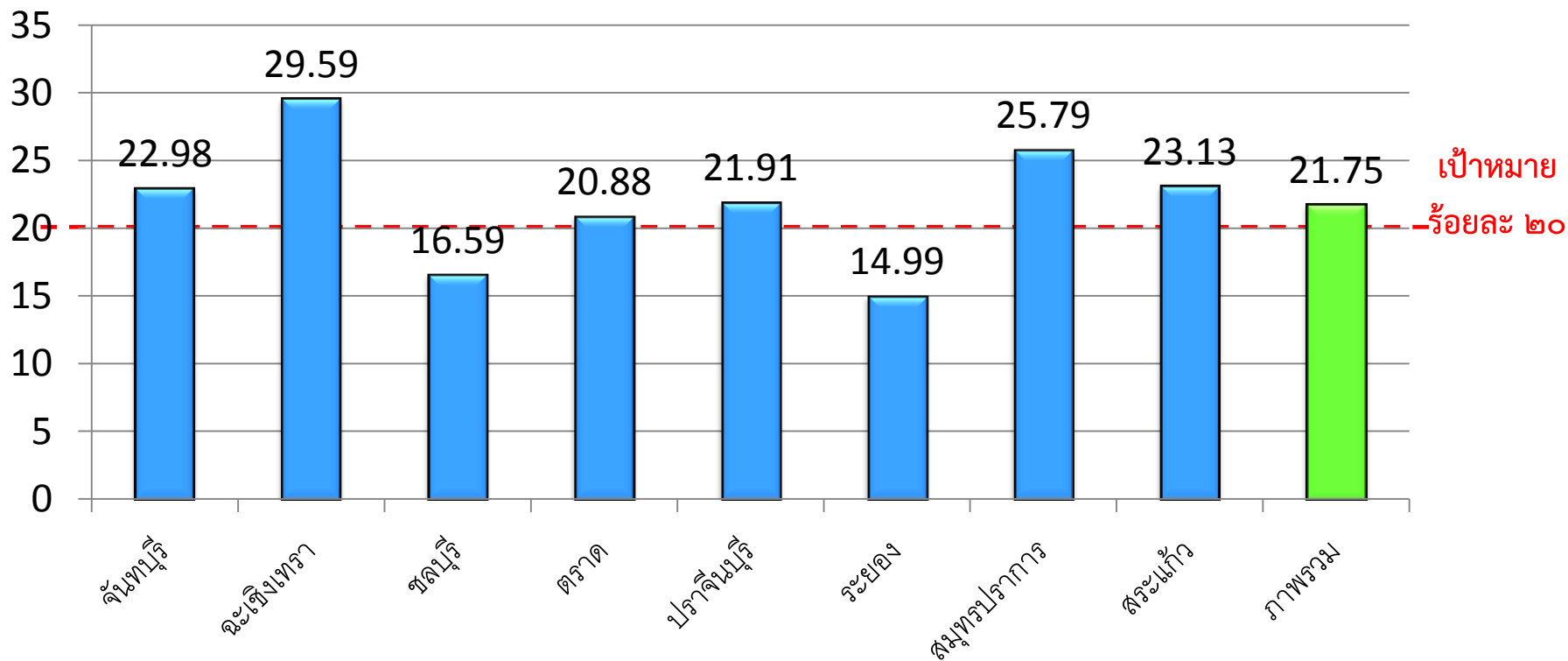
## “ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success)”

๑. มีกลไกการบริหารในส่วนภูมิภาค Chief Thai Traditional and Alternative Medicine Officer (CTMO)
๒. มีการอบรมพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย
๓. พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูล
๔. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร โดยจัดให้มีการบริการเชิงรุกร่วมกับสาขาชีพ
๕. จัดให้มีระบบการส่งต่อข้อมูลการให้บริการระหว่างกรมการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์แผนไทย



ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ >> ร้อยละ ๒๑.๗๕



เป้าหมาย ร้อยละ ๒๐

เป้าหมาย	๑,๒๙๔,๓๙๙	๑,๖๑๘,๖๗๕	๒,๑๗๕,๓๓๖	๔๙๘,๑๑๒	๑,๐๘๕,๔๕๔	๑,๔๐๘,๙๑๐	๑,๒๒๘,๔๔๘	๑,๒๔๗,๔๘๖	๑๐,๕๕๖,๘๑๐
ผลงาน	๒๙๗,๔๙๐	๔๗๙,๐๐๑	๓๖๐,๙๑๐	๑๐๔,๐๐๕	๒๓๗,๙๒๘	๒๑๑,๒๓๘	๓๑๖,๘๔๗	๒๘๘,๕๕๒	๒,๒๙๕,๙๗๑

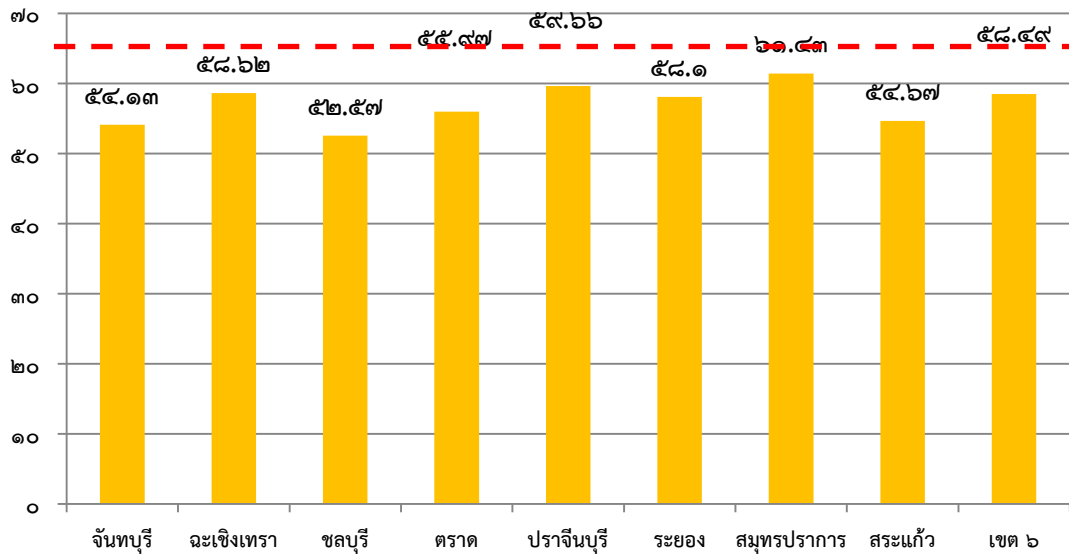


# สาขาไต

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>/yr (เป้าหมายร้อยละ ≥ 66%)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 58.49

เป้าหมาย ร้อยละ ≥ 66%



## สถานการณ์

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

## ปัญหาอุปสรรค

1. ระยะเวลารอคอย Vascular access สำหรับ HD นาน
2. ผู้ป่วย ARF ทำ Acute Dialysis ได้ค่าชดเชยต่ำตาม DRG และ Plasmapheresis เบิกกรมบัญชีกลางไม่ได้
3. ความต่อเนื่องของแพทย์และพยาบาล ใน รพช.
4. ความก้าวหน้าของ PD Nurse ใน รพช. และมีภาระงานมาก
5. พบผู้ป่วย Early Stage CKD มากขึ้น
6. ขาดสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะ นักกำหนดอาหาร ใน รพช.

## ข้อเสนอแนะ

1. จัดตั้งศูนย์ Vascular access
2. ลดการจ่ายเงินแบบ Central Reimbursement
3. จัดอบรม CKD Nurse และ Intern 1 ที่จะขึ้น Intern
4. ประสานกรมการแพทย์จัด KM PD Nurse
5. ติดตามและดูแลผู้ป่วย Stage 1 และ 2 อย่างใกล้ชิดและรายงานการเปลี่ยน Stage ของ CKD

เป้าหมาย	1,648	4,288	4,468	778	1,888	2,812	12,650	1,006	28,760
ผลงาน	896	2,520	2,348	436	1,182	1,682	7,772	550	17,407

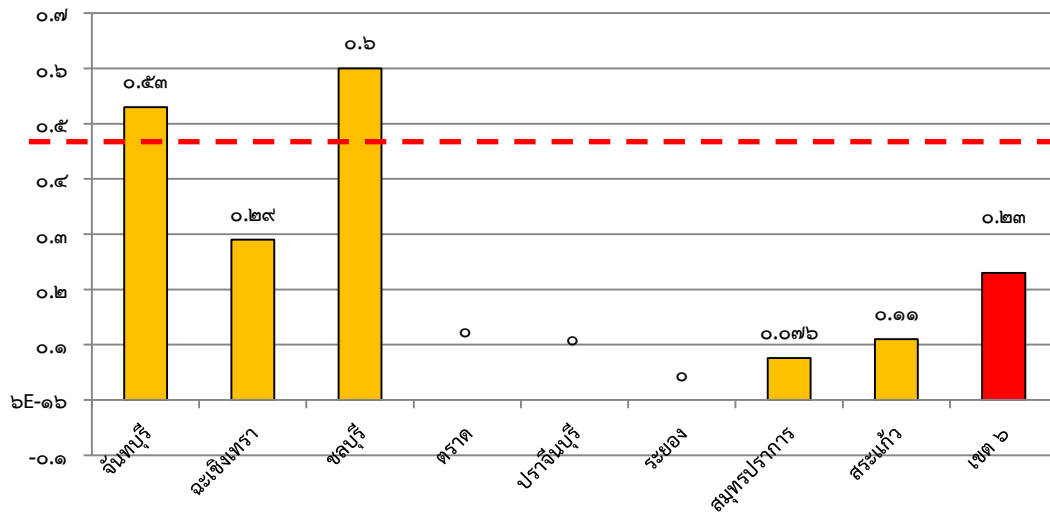
# สาขาบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด : บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (เป้าหมาย ๐.๗ : ๑๐๐)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๐.๒๓

เป้าหมาย ร้อยละ ๐.๗ : ๑๐๐



## สถานการณ์

1. Organ Donation และ Cornea Donation ในภาพเขตสามารถหา Donor ได้เพิ่มขึ้น แต่อัตราการยินยอมบริจาคค่อนข้างต่ำ และยังคงกระตุ้นในบางจังหวัดเพื่อให้ได้ Donor มากขึ้น
2. กระตุ้นให้มีการจัดตั้ง Harvesting Team ของเขต ๖ ที่ รพ.ชลบุรี โดยประสานกรมการแพทย์เป็นพี่เลี้ยง

## ประเด็นสำคัญ

1. ทีมส่วนกลางจากกาชาด ไม่สามารถเดินทางมา Harvesting Organ ในเขตได้
2. ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย TC
3. ขาดพยาบาล TC
4. อัตรากำลัง ศัลยแพทย์ จักษุแพทย์ ข้าราชการด้านการปลูกถ่ายอวัยวะไม่เพียงพอ
5. Potential Donor ที่เหมาะสมมีจำนวนน้อย

เป้าหมาย	๑,๑๔	๒,๐๑	๒,๑๗	๕๙๓	๑,๐๔	๑,๗๗	๒,๖๑	๙๔๗	๑๒,๒๙๖
	๑	๔	๔		๒	๐	๕		
ผลงาน	๖	๖	๑๓	๐	๐	๐	๒	๑	๒๘

# สาขาวิชาชีพและปลูกถ่ายอวัยวะ

อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

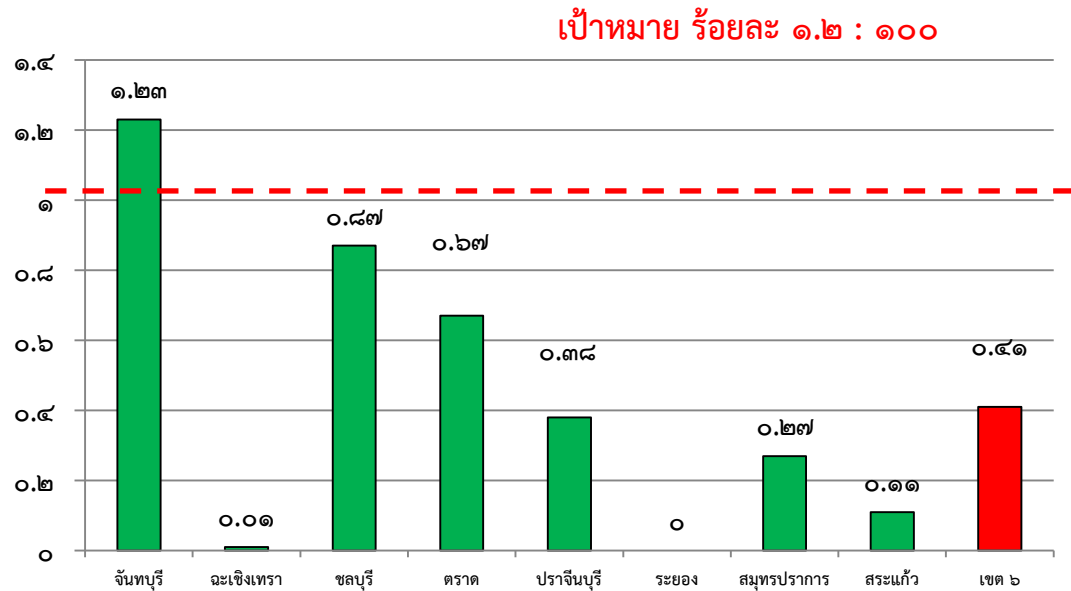
## ข้อเสนอแนะ

- วางระบบเครือข่าย Regional Harvesting Team ในเขต ที่ รพ. ชลบุรี
- จัดอบรมพยาบาล TCN ในเขต
- จัดให้มีพยาบาล Full time TCN หมุนเวียนดูแล Donor และพัฒนา Career Path ของ TCN

## ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

1. กระตุ้นประชาสัมพันธ์และรณรงค์การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะขณะมีชีวิตอยู่แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้บริหารสร้างทัศนคติที่ดีต่องานรับบริจาคอวัยวะต่อบุคลากร ทีมนำ และใช้สื่อต่างๆ เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมกัน

ตัวชี้วัด : บริจาคดวงตาจากผู้เสียชีวิต (เป้าหมาย ๑.๒ : ๑๐๐)  
ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๐.๔๑



เป้าหมาย	๑,๑๔	๒,๐๑	๒,๑๗	๕,๙๓	๑,๐๔	๑,๗๗	๒,๖๑	๙,๔๗	๑๒,๒๙๖
	๑	๔	๔		๒	๐	๕		
ผลงาน	๑๔	๒	๑๙	๔	๔	๐	๗	๑	๕๑

# สาขายาเสพติด

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ายาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ

ตัวชี้วัด : Leading Indicator (เป้าหมาย ๙๐% )

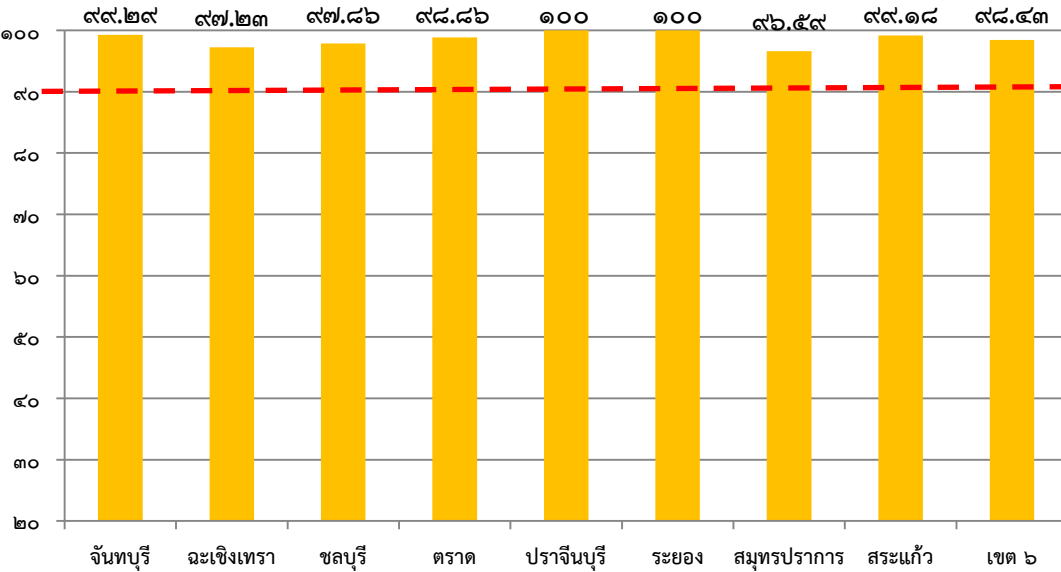
ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ

๙๘.๕๓

เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐

## สถานการณ์

- มีจำนวนผู้ใช้-ผู้เสพ-ผู้ติดยา เป็นลำดับที่ ๓ ของประเทศ ๒๐,๐๒๔ ราย
- มีพยาบาลยาเสพติด ๒๕ คน และพยาบาลจิตเวช ๖๘
- มีแพทย์ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ยาเสพติด ๕ คน
- จำนวนเตียงไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยวิฤติยาเสพติด รวมด้านจิตเวช
- ขาดโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยกลุ่มเด็กและกลุ่มโรคร่วมจิตเวช



เป้าหมาย	๑๔๐	๓๐๘	๙๓๔	๑๖๑	๒๓๘	๒๖๐	๓๕๒	๖๐๙	๓,๐๐๒
ผลงาน	๑๓๙	๓๐๑	๙๑๔	๑๕๙	๒๓๘	๒๖๐	๓๔๐	๖๐๔	๒,๙๕๕

# สาขายาเสพติด

ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ

## ปัญหาอุปสรรค

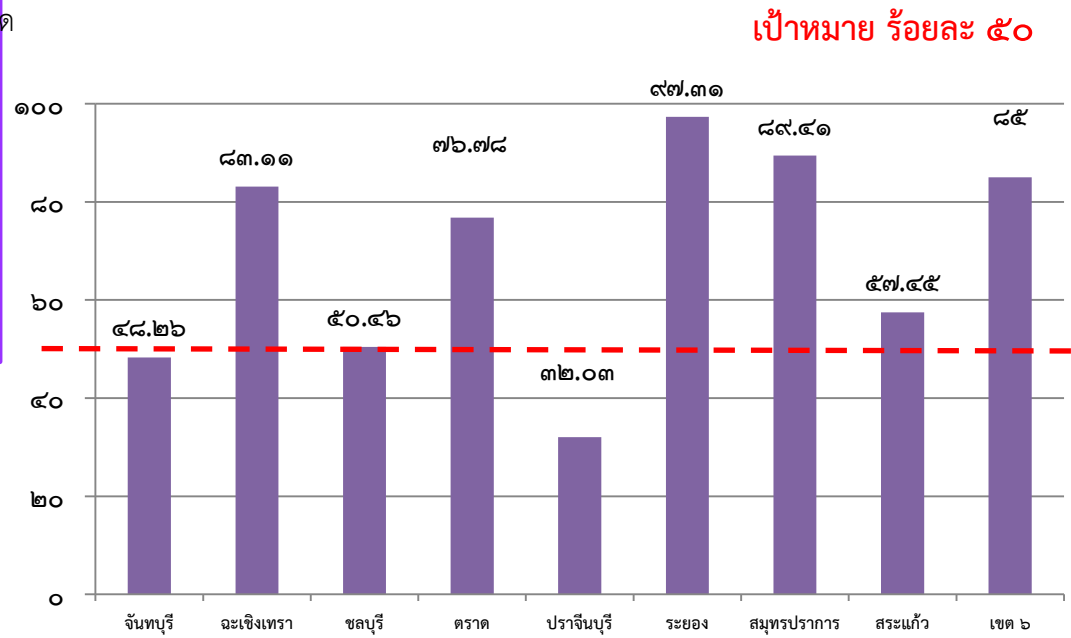
1. ผู้เสพ/ผู้ติดที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูที่ไม่มีอาชีพ
2. กฎหมายเกี่ยวกับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดไม่เด็ดขาด
3. ฐานข้อมูล บสต. ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ครบถ้วน
4. อัตราค่าล้างพยาบาลยาเสพติดไม่เพียงพอ
5. แพทย์ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ยาเสพติดมีน้อย
6. จำนวนเตียงไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ
7. ขาดโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยกลุ่มเด็กและกลุ่มโรคร่วมจิตเวช  
มีปัญหาหลายด้าน การรักษายังแยก

## ข้อเสนอแนะ

1. การตั้งเป้าหมายการดำเนินงานไม่ชัดเจน ทำให้การควบคุมกำกับและติดตามไม่ต่อเนื่อง
2. เป็นเป็นวาระแห่งชาติและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตทรัพย์สินและความมั่นคงของประเทศ
3. ศูนย์อำนวยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัด (ศอ.ปส.จ.) เป็นหน่วยงานหลัก ประสานทุกหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด : Lagging Indicator (เป้าหมาย ๕๐%)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ



เป้าหมาย	๑๔๐	๓๐๘	๙๓๔	๑๖๑	๒๓๘	๒๖๐	๓๕๒	๖๐๙	๓,๐๐๒
ผลงาน	๑๓๙	๒๐๘	๙๑๔	๑๕๙	๒๓๘	๒๕๓	๓๐๔	๓๐๗	๒,๕๒๒

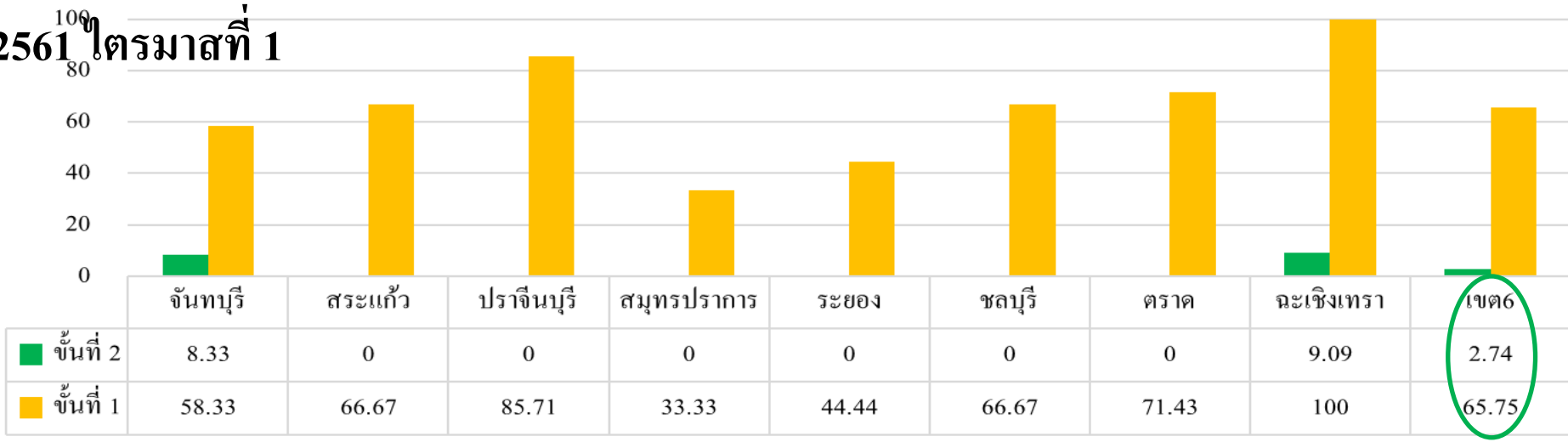
สาขา  
RDU



ดร.ภญ.ณธิป วิมุตติโกศล  
ภญ.รุ่งตะวัน เศษาศิลป์ชัยกุล  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

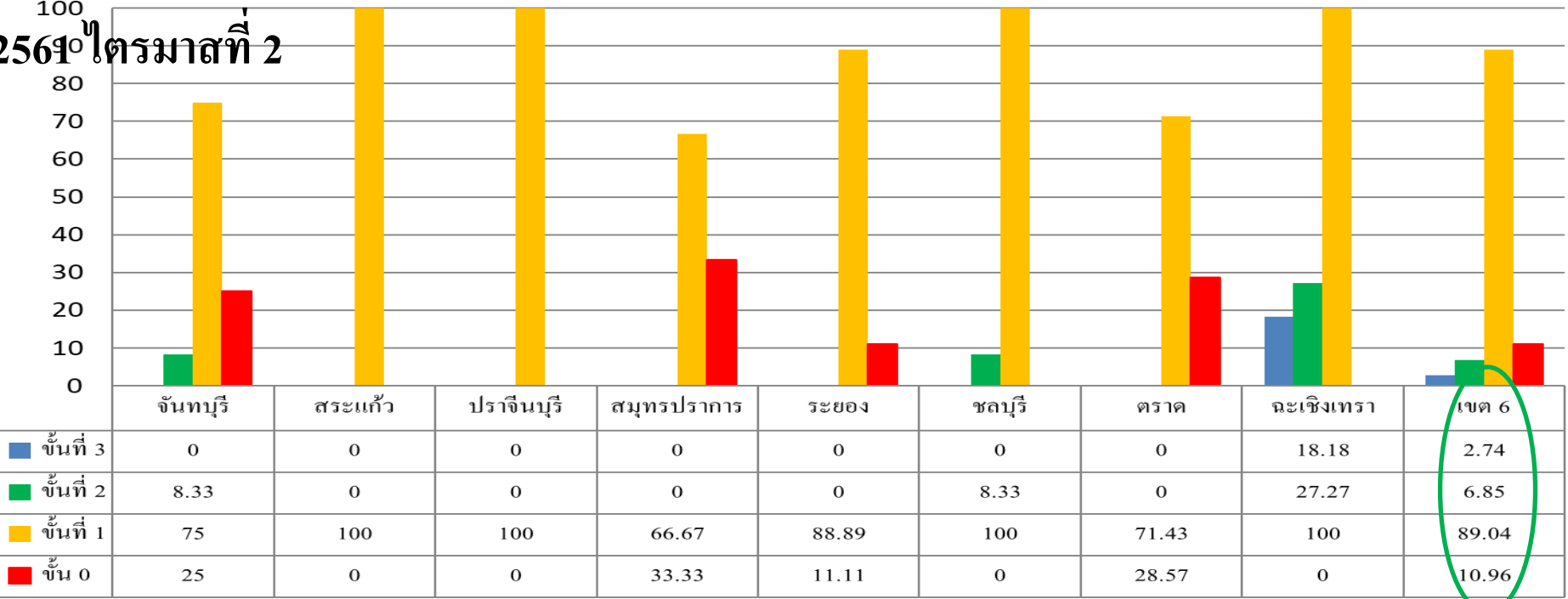
## ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ

### 2561 ไตรมาสที่ 1



## ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ

### 2561 ไตรมาสที่ 2



# ตัวชี้วัดตรวจราชการ ปี 2561

## RDU ชั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ

## สถานการณ์ RDU ไตรมาส 3 ปี 2561

เขตสุขภาพที่ 6 โรงพยาบาล 73 แห่ง ผ่าน RDU จำนวน 69 แห่ง

- ✓ RDU ชั้นที่ 1 = 69 แห่ง (94.52%)
- ✓ RDU ชั้นที่ 2 = 6 แห่ง (8.22%)
- ✓ RDU ชั้นที่ 3 = 2 แห่ง (2.74%)

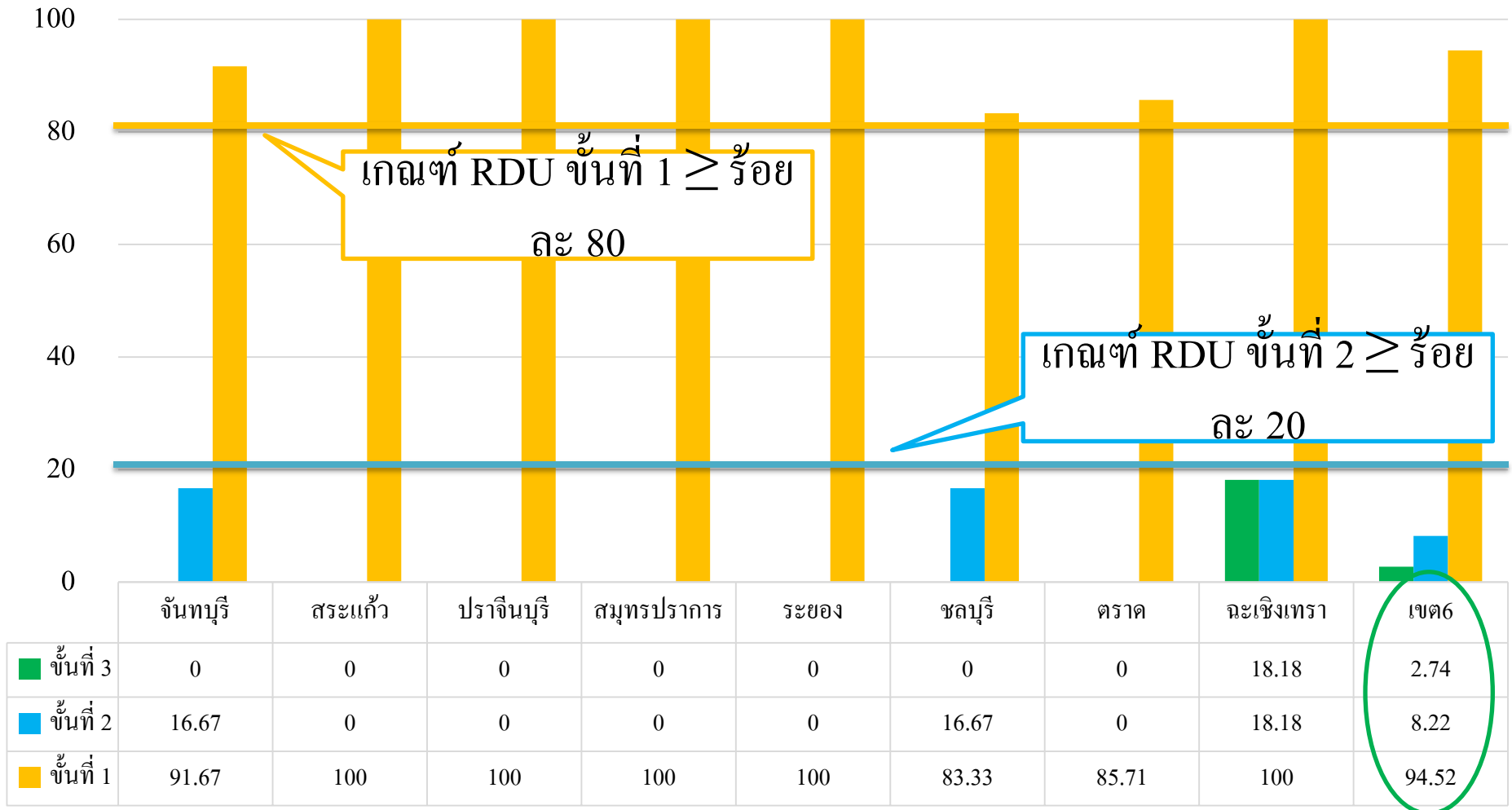
ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2561

จากโปรแกรมรายงานการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของกองบริหารการสาธารณสุข

## 80

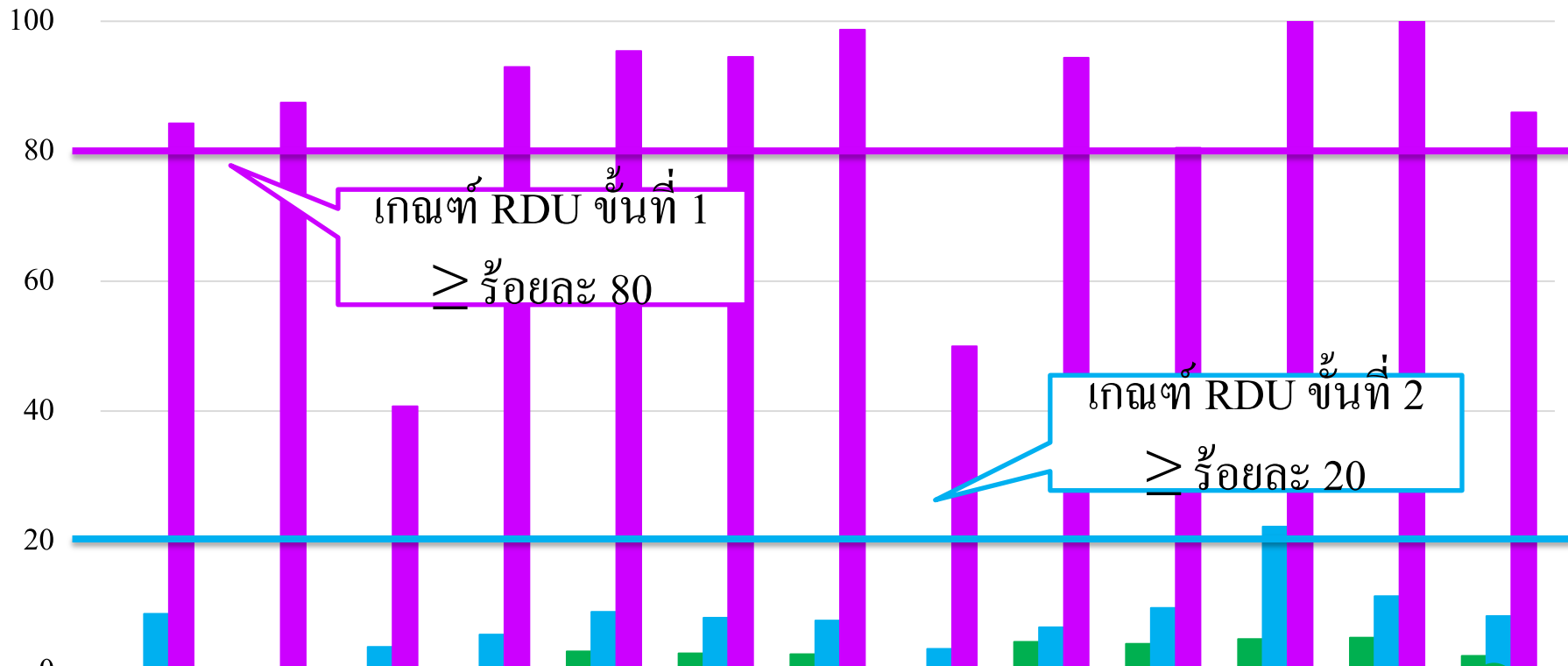
## RDU ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ

## 20





# สถานการณ์ RDU ของประเทศ ไตรมาส 3 ปี 2561



	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
■ ชั้นที่ 3	0	0	0	0	3.03	2.74	2.6	0	4.49	4.17	4.94	5.13	2.34
■ ชั้นที่ 2	8.82	0	3.7	5.63	9.09	8.22	7.79	3.41	6.74	9.72	22.22	11.54	8.45
■ ชั้นที่ 1	84.31	87.5	40.74	92.96	95.45	94.52	98.7	50	94.38	80.56	100	100	86

ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2561

จากโปรแกรมรายงานการพัฒนาบริการให้มีผู้ใช้อย่างสมเหตุผลของกองบริหารการสาธารณสุข

# ปัญหา

# ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ปัญหา

ทัศนคติของผู้ป่วยเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะยังไม่  
มีประสิทธิภาพเพียงพอ

จังหวัด/หน่วยงานที่รับผิดชอบมีการ  
ประชาสัมพันธ์สื่อที่สามารถเข้าใจได้ง่ายให้แก่  
ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป

ความตระหนักในการใช้ยาปฏิชีวนะ  
โรค



จังหวัด	นวัตกรรม/ผลงานเด่น
สระแก้ว	<ul style="list-style-type: none"> <li>การนำ QR CODE ที่พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุขมาใช้เป็นสื่อกลางให้ความรู้บนฉลากยา ซึ่งกำลังดำเนินการในทุกโรงพยาบาล</li> </ul>
ระยอง	<ul style="list-style-type: none"> <li>ปฏิทิน 3 โรครักษาได้ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ</li> <li>ฉลากยารูปภาพสำหรับผู้สูงอายุ</li> <li>ถุงผ้าณรงค์ 3 โรค รักษาได้ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ</li> </ul>
สมุทรปราการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>กำลังดำเนินการจัดทำฉลากยาเสริมในรูปแบบ QR code ทั้งจังหวัด และมีบางอำเภอได้ดำเนินการไปแล้ว</li> </ul>
ชลบุรี	<ul style="list-style-type: none"> <li>เครือข่ายรณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ของ คปสอ.หนองใหญ่</li> <li>มีการจัดทำโปสเตอร์ แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</li> <li>มีฉลากติดขวดน้ำรณรงค์เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</li> <li>มีป้ายประชาสัมพันธ์โทษจากการใช้ยาปฏิชีวนะผิดที่ประตูตู้ลิฟท์</li> </ul>
ตราด	<ul style="list-style-type: none"> <li>รพ.ตราด ได้มีการจัดทำ QR Code ฉลากยาเสริม (มีรูปภาพยา รายละเอียดข้อบ่งใช้ต่างๆ และมีเสียงพูด 3 ภาษา ได้แก่ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และภาษากัมพูชา) สำหรับคนไข้ที่อ่านหนังสือไม่ออก และคนไข้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559</li> </ul>
ฉะเชิงเทรา	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผลงานเด่น คือ รพ.สต. ในทุกเครือข่าย คปสอ.มีการดำเนินงานได้ 100 %</li> </ul>

## ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

- การรายงานแบบสะสมทาง รายงานของกบรต.ทุกไตรมาส
- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ของหน่วยงานในระดับ จังหวัด และระดับเขต
- การสนับสนุนจากผู้บริหารของเขต,จังหวัด และการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยทางจังหวัด/รพ.มีการประชุม เครือข่ายบริการระดับจังหวัด/อำเภอ และติดตามการรายงานทุกเดือน
- ความร่วมมือของทีมงานสหสาขาวิชาชีพ
- การรณรงค์ให้ความรู้ และระดมความร่วมมือในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมทั้งการดำเนินงานในชุมชน โดยมีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อย.น้อย อสม. ผู้นำชุมชน

# ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)
61	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)  เกณฑ์ตัวชี้วัด : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	เป้าหมาย (จำนวน รพศ./รพท.ทั้งหมด)	14
		ผลงาน จำนวน รพ. ผ่าน	6
		ร้อยละ	42.86

# รายละเอียดผลการดำเนินงานรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน รพศ./รพท. ทั้งหมด	จำนวน รพศ./รพท. ที่ผ่านในกิจกรรม						ร้อยละ	
		กิจกรรม	กิจกรรม	กิจกรรม	กิจกรรม	กิจกรรม	ผ่านทั้ง		
		1 คกก.	2 LAB	3 ยา	4 IC	5 วิเคราะห์ ห้	5 กิจกรรม		
ชลบุรี	รพ.ชลบุรี	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100
	รพ.บางละมุง		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ระยอง	รพ.ระยอง	3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	33.33
	รพ.แกลง		✓	✓	✓	✓	✗	✗	
	รพ.เฉลิมพระเกียรติฯ		✗	✓	✓	✗	✗	✗	
จันทบุรี	รพ.พระปกเกล้า	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100
ตราด	รพ.ตราด	1	✓	✗	✓	✓	✓	✗	0
สมุทร ปราการ	รพ.สมุทรปราการ	2	✓	✗	✓	✓	✓	✗	0
	รพ.บางพลี		✓	✗	✗	✓	✓	✗	
ฉะเชิง เทรา	รพ.พุทธโสธร	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100
ปราจีน บุรี	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	2	✓	✗	✓	✓	✓	✗	50
	รพ.กบินทร์บุรี		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
สระแก้ว	รพ.สระแก้ว	2	✓	✓	✓	✓	✗	✗	0
	รพ.อรัญประเทศ		✓	✓	✓	✗	✗	✗	

# รายงานร้อยละผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด

เขตสุขภาพที่ ๖	จำนวนผู้ป่วยที่พบเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (A)		จำนวนผู้ป่วยที่ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อทั้งหมด (B)		ร้อยละผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (A/B)*๑๐๐		แนวโน้ม
	มค - ธค ๒๕๖๐	มค - มิย ๒๕๖๑	มค - ธค ๒๕๖๐	มค - มิย ๒๕๖๑	มค - ธค ๒๕๖๐	มค - มิย ๒๕๖๑	
รพ.ชลบุรี	๕๓๐	๒๖๓	๑๑,๓๘๑	๕,๙๙๓	๔.๖๖	๔.๓๙	
รพ.บางละมุง	๗๗	๕๕	๓,๕๗๗	๑,๕๕๖	๒.๑๕	๓.๕๓	
รพ.ระยอง	๒๕๙		๖,๓๓๐		๔.๐๙	อยู่ระหว่างดำเนินการ	
รพ.แก่ง	๑๒	๑๒	๑,๗๒๖	๙๔๗	๐.๗๐	๑.๒๗	
รพ.เฉลิมพระเกียรติฯ	๔๔	๑๕	๓,๐๕๙	๑,๐๑๖	๑.๔๔	๑.๔๘	
รพ.พระปกเกล้า	๔๔๓	๑๗๖	๑๐,๙๓๒	๔,๗๕๙	๔.๐๕	๓.๗๐	
รพ.ตราด	๑๑๐		๓,๐๓๘		๓.๖๒	อยู่ระหว่างดำเนินการ	
รพ.สมุทรปราการ	๒๐๔	๑๑๗	๗,๑๙๕	๔,๐๖๗	๒.๘๘	๒.๘๘	
รพ.บางพลี	๘๗	๓๐	๒,๗๑๒	๑,๕๘๐	๓.๒๑	๑.๙๐	
รพ.พุทธโสธร	๒๔๘	๑๒๖	๗,๐๓๗	๓,๔๙๕	๓.๕๒	๓.๖๑	
รพ.เจ้าพระยาฯ	๑๖๙	๘๗	๙,๖๗๙	๓,๘๑๔	๑.๗๕	๒.๒๘	
รพ.กบินทร์บุรี	๖๑	๓๘	๔,๖๕๗	๑,๓๒๙	๑.๓๑	๒.๘๖	
รพ.สระแก้ว	๕๕	๒๐	๖,๙๔๓	๒,๙๐๔	๐.๗๙	๐.๖๙	
รพ.อรัญประเทศ	๕๓	๓๒	๑,๙๐๘	๙๒๒	๒.๗๘	๓.๔๗	
รวม	๒,๓๕๒	๙๗๑	๘๐,๑๗๔	๓๒,๓๘๒	๒.๙๓	๓.๐๐	

# รายงานร้อยละผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด

เชื้อดื้อยาที่พบมากที่สุด ข้อมูล ณ ปี 2560

1. *Escherichia coli* ร้อยละ 44.01
2. *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 20.41
3. *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 15.60

## ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- การวินิจฉัยเชื้อ <i>Acinetobacter baumannii</i>	- ควรเพิ่มการใช้อุณหภูมิ 44 <sup>0</sup> C ในการตรวจวินิจฉัยแยกเชื้อ <i>Acinetobacter baumannii</i> โดยการประยุกต์ Dry bath หรือ Water bath และหากไม่มีการใช้อุณหภูมิ 44 <sup>0</sup> C ในการแยกเชื้อดังกล่าว ควรออกผลเป็น <i>Acinetobacter calcoaceticus-baumannii</i> complex	-

# ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
<p>- ความแออัดของหอผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- โรงพยาบาลระยองควรจัดทำข้อตกลงแนวทางการส่งต่อและรับกลับผู้ป่วยภายในจังหวัด/เขตสุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับสถานบริการสุขภาพทุกระดับเพื่อลดความแออัดของรพศ./รพท. และจัดทำแนวทางการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ภายในจังหวัด/เขตสุขภาพ</li><li>- สะท้อนปัญหาเชื้อคือยาให้ PCT ทุกสาขา และ Service Plan กลุ่มโรค NCD. และ Stroke ร่วมเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วย</li><li>- โรงพยาบาลแก่งและโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ระยอง ควรมีการสรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหาและนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล</li></ul>	



# ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- การติดตามและประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง	- ให้คณะกรรมการติดตามและประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเป็นทางการ	
- ความตระหนักของผู้ปฏิบัติงานใน ความสำคัญของปัญหา และภาระงานที่เพิ่มขึ้น ทำให้ละเลยที่จะปฏิบัติตามแนวทาง	- แต่ละหอผู้ป่วยต้องติดตามสถานการณ์เชื้อ คื้อยาของตัวเองอย่างใกล้ชิด และปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด - เพิ่มรายงานการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งแยก ICU/non ICU	
- การรายงานข้อมูลการจัดการเชื้อคื้อยาใน คณะกรรมการ	- ให้มีการรายงานข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การใช้ยาเปรียบเทียบกับอัตราการใช้ยาในการประชุมประจำเดือน	
- ระบบข้อมูลสารสนเทศยังไม่ตอบสนอง ความต้องการ	- พัฒนาระบบ IT ที่มีประสิทธิภาพ	
- การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะยังมีแนวโน้มสูง	- ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพควรกำหนดเป็นนโยบาย โดยเน้นการควบคุมการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	

# ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
<p>- โรงพยาบาลบางพลีไม่มีระบบบันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ เมื่อได้รับผลเพาะเชื้อจากแลปนอก จะนำไปรายงานผลมา scan และupload เข้า HIS ทั้งนี้ทำให้เมื่อต้องรายงานเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดจะต้องมานับมือ</p>	<p>- ควรบันทึกข้อมูลในรูปแบบ excel file เพื่อให้เก็บข้อมูลง่ายขึ้นและสามารถนำมาใช้ได้</p>	

# สาขาการส่งต่อ

๒๕๖๑)



## สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ 6 ได้ดำเนินการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพทางด้านการดูแลรักษาที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญระดับสูง 4 สาขา ได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และทารกแรกเกิด และจัดให้มีโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital cascade) เพื่อใช้ทรัพยากรในเครือข่ายที่มีจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด มีศูนย์ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย (ศสต.) ในระดับเขต 2 แห่ง ได้แก่

1. โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี (รับส่งต่อผู้ป่วยในเขตจังหวัดจันทบุรี ตราด และสระแก้วเป็นหลัก)
2. โรงพยาบาลชลบุรี

ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ได้ทำ MOU กับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อแก้ปัญหาภาวะผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล หรือกรณีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วนด้วยเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย สำหรับกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ สาเหตุส่วนใหญ่พบว่า ส่งออกในกรณีที่มีจำนวนผู้ป่วยมากเกินศักยภาพในการรองรับผู้ป่วย หรือต้องใช้ความเร่งด่วนในการรักษา หรือต้องใช้เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยในการรักษาที่ซับซ้อน

# ผลการดำเนินงาน

➤ ร้อยละการส่งต่อนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ๑๐ (เปรียบเทียบรอบ ๙ เดือน)

ลำดับ ดับ	จังหวัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (รอบ ๙ เดือน)					ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (รอบ ๙ เดือน)					ลดลง ร้อยละ	ระบุ
		โรคหัวใจ จ	โรคมะเร็ง ง	อุบัติเหตุ ตุ	ทารก แรก เกิด	รวม	โรคหัวใจ จ	โรคมะ เร็ง ร	อุบัติเหตุ ตุ	ทารก แรก เกิด	รวม		
๑	ชลบุรี	๓๕	๑๑๑	๑๒	๑๐	๑๖๘	๒๖	๙๓	๑๐	๓๔	๑๖๓	๒.๙๘	ลดลง
๒	ระยอง	๓๔	๑๙๒	๒๙	๗	๒๖๒	๓๙	๑๗๖	๔๗	๑๕	๒๗๗	-๕.๗๓	เพิ่มขึ้น
๓	จันทบุรี	๖๕	๖๙	๑๖	๘๒	๒๓๒	๒๑	๕๖	๑๑	๔๕	๑๓๗	๔๒.๖๗	ลดลง
๔	ตราด	๔	๑๗	๒	๐	๒๓	๕	๑๗	๓	๐	๒๕	-๘.๗๐	เพิ่มขึ้น
๕	สมุทรปราการ	๒๘๐	๑๔๒๔	๓๘๐	๒๘๖	๒๓๗๐	๑๖๕	๘๕๖	๒๒๑	๘๗	๒๗๗๖	๔๓.๙๒	ลดลง
๖	ฉะเชิงเทรา	๓๐	๑๔๓	๓๑	๕	๒๐๙	๓๔	๑๖๓	๒๓	๑	๒๒๑	-๕.๗๔	เพิ่มขึ้น
๗	ปราจีนบุรี	๓	๕	๑๐	๒	๒๐	๒	๕	๒	๒	๑๑	๔๕.๐๐	ลดลง
												-๖๑.๑	

# ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑. โรงพยาบาลแม่ข่าย มีข้อจำกัดในการรับเคสในบางสาขา (เนื่องจากเกิดภาวะผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล)	จัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมากของจังหวัด/เขต, จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัด/เขต เชื่อมโยงทุกสถานบริการ รวมถึงการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์	เสนอให้มีจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมากของจังหวัด/เขต, จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัด/เขต เชื่อมโยงทุกสถานบริการ รวมถึงการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์
๒. โครงสร้าง และอัตรากำลังของศูนย์ประสานการส่งต่อ	การกำหนดโครงสร้าง และอัตรากำลังของศูนย์ประสานการส่งต่อ	เห็นด้วยในการกำหนดโครงสร้างและอัตรากำลังของศูนย์ประสานการส่งต่อ ทั้งนี้ต้องได้รับการศึกษาและพิจารณาโดยผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ
๓. ความเสถียรของโปรแกรม Thai Refer	รวบรวมปัญหาที่พบจากการใช้งานโปรแกรม เพื่อเสนอแก้ไขหรือปรับปรุงพัฒนาโปรแกรม	เห็นชอบในข้อเสนอการพัฒนาโปรแกรมให้สมบูรณ์

# ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ (ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๔. บุคลากรทางการแพทย์ ไม่เพียงพอ	การเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ให้เหมาะสม	เห็นชอบในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้เหมาะสม ให้เป็นไปตามมาตรฐานระดับสถานบริการเพื่อรองรับ Service plan
๕. ผู้ปฏิบัติงานด้านการลงข้อมูล ยังขาดความรู้ความเข้าใจ	ควรมีการจัดอบรมเพื่อให้ความรู้แก่ ผู้ปฏิบัติงานด้านการลงข้อมูล	ควรมีการจัดอบรมการใช้โปรแกรมโดย เขตสุขภาพเป็นผู้จัดอบรม
๖. การประสานงานด้านการส่งต่อมีความล่าช้า	ควรมีแนวทางการดำเนินงานระดับเขตที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน	-
๗. การดึงข้อมูลจากโปรแกรมออกมาใช้ มีความล่าช้าเนื่องจากต้องนำมาประมวลผลใหม่	ควรพัฒนาโปรแกรมให้ตอบโจทย์ความต้องการ	-

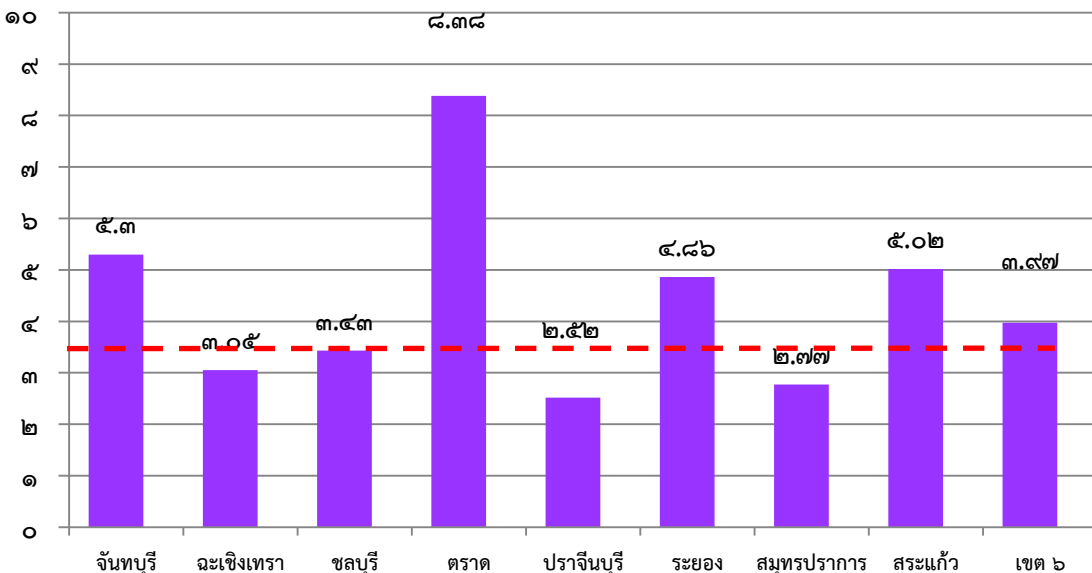
# สาขาทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด : อัตราตายทารกแรกเกิด  $\leq 28$  วัน (เป้าหมาย  $< 3.4 : 1,000$  ทารกเกิดมีชีวิต)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ 3.97

เป้าหมาย  $< 3.4 : 1,000$  ทารกเกิดมีชีวิต

สถานการณ์



1. case ตั้งครรภ์วัยรุ่น Preterm 7.2% , LBW 9.7% , BA 27.84 ต่อพันการเกิดมีชีวิต
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, Refer out ออกนอกเขต 105 ราย
4. ขาดบุคลากรเฉพาะทาง ได้แก่ แพทย์ CVT, กุมารศัลยแพทย์, Neonatologist, พยาบาล NNP และ SNB, อุปกรณ์การแพทย์ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ได้แก่ Transport Incubator, Pulse Oximeter, Hiflow Oxygen

เป้าหมาย	3,455	5,56	9,61	1,91	3,56	6,57	7,92	4,187	29,72
	2	7	0	0	7	8	8	4,187	2
ผลงาน	19	17	33	7	9	32	22	21	118

# สาขาทารกแรกเกิด

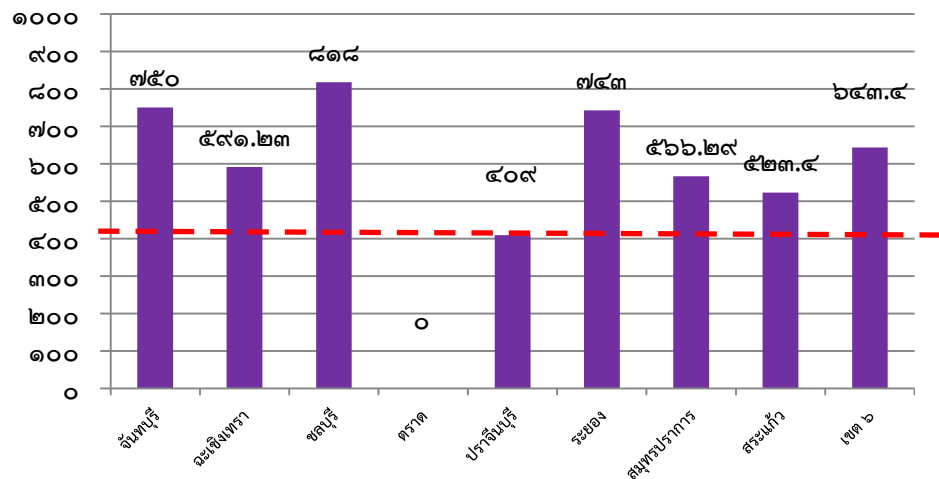
ตัวชี้วัด : จำนวนเตียง NICU เพียงพอ

(เป้าหมาย ๑: ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ

๒๖๖, ๒๖๗

เป้าหมาย ๑: ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต



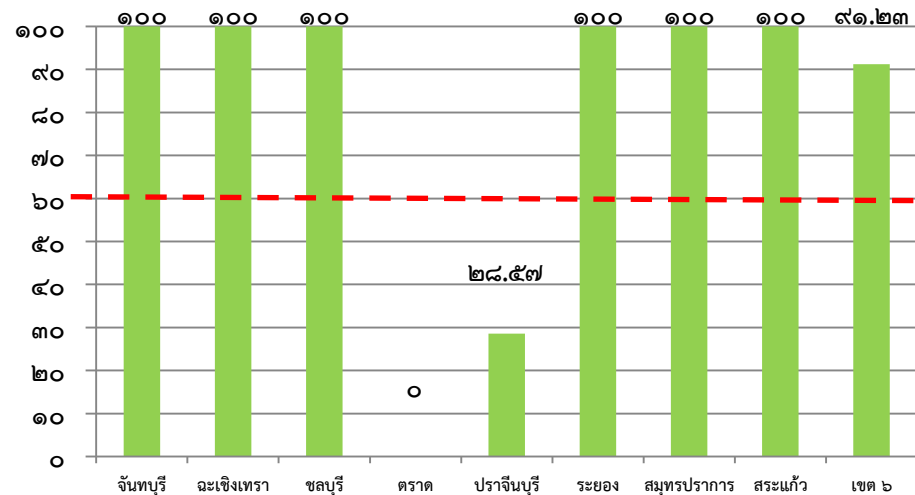
เป้าหมาย	๖,๐๐๐	๗,๖๘๖	๑๘,๐๐๐	-	๕,๗๒๗	๙,๖๖๕	๗,๙๒๘	๔,๑๘๗	๕๙,๑๙๓
ผลงาน	๘	๑๓	๒๒	-	๑๔	๑๓	๑๔	๘	๙๒

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (เป้าหมาย ร้อยละ > ๖๐)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ

๒๖๖, ๒๖๗

เป้าหมาย ร้อยละ > ๖๐



เป้าหมาย	๑๒	๑๐	๑	-	๗	๔	๕	๗	๕๗
ผลงาน	๑๒	๑๐	๑๒	-	๒	๔	๕	๗	๕๒



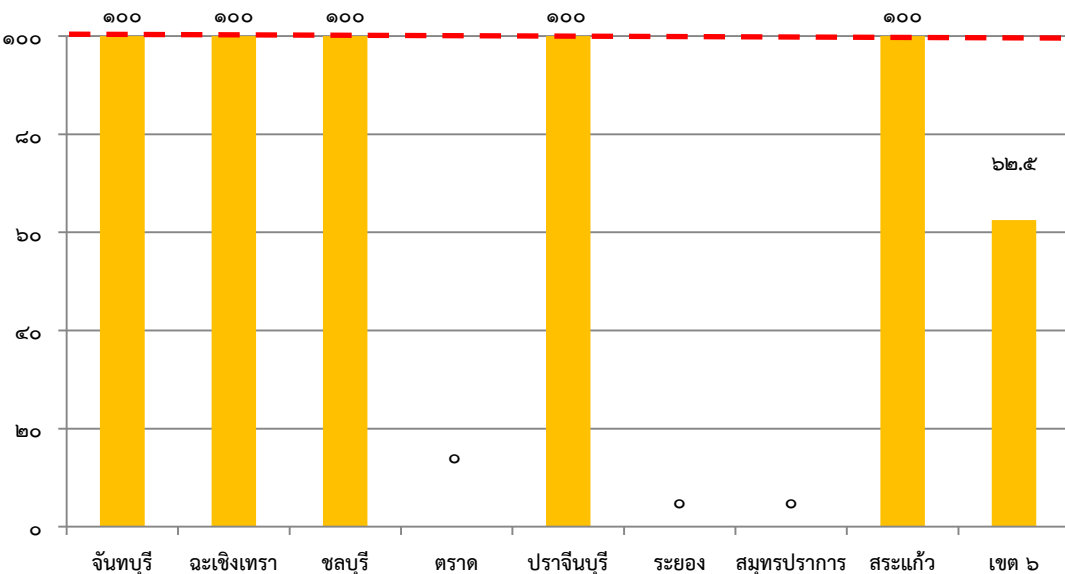
# สาขาทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด : จำนวน รพ. ระดับ M๑ ที่มีระบบการส่งต่อ (Intrauterine transfer system) (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๘๐

ประเด็นสำคัญ

เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐



เป้าหมาย	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๘
ผลงาน	๑	๑	๑	๐	๑	๐	๐	๑	๕

- การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น, ระบบฝากครรภ์ที่ต่ำกว่าเกณฑ์, BA และ LBW สูง
  - มีการใช้ Progesterone ในหญิงที่เสี่ยงต่อ Preterm น้อย แต่มีการพัฒนาการใช้และดำเนินการโดยมี รพศ.เป็นพี่เลี้ยงจัดการอบรมและดำเนินการจัดซื้อยาระดับ จังหวัดที่จังหวัดชลบุรีและฉะเชิงเทรา และอยู่ระหว่างการดำเนินการระดับเขต
- อัตรากำลังแพทย์พยาบาลเฉพาะทาง และเตียง NICU ไม่เพียงพอในบางจังหวัด เช่น ชลบุรี และสมุทรปราการที่มีอัตราการคลอดสูง
- ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นใน รพช. โดยเฉพาะที่เป็น Node
- ระบบการจัดเก็บข้อมูลในเขตยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และขาดความเชื่อมโยง
- มีการประสานกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อ Refer ผู้ป่วยโรคซับซ้อนนอกเขตสุขภาพในโรคหัวใจ และผ่าตัดในเด็กที่ รพ. เด็ก และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

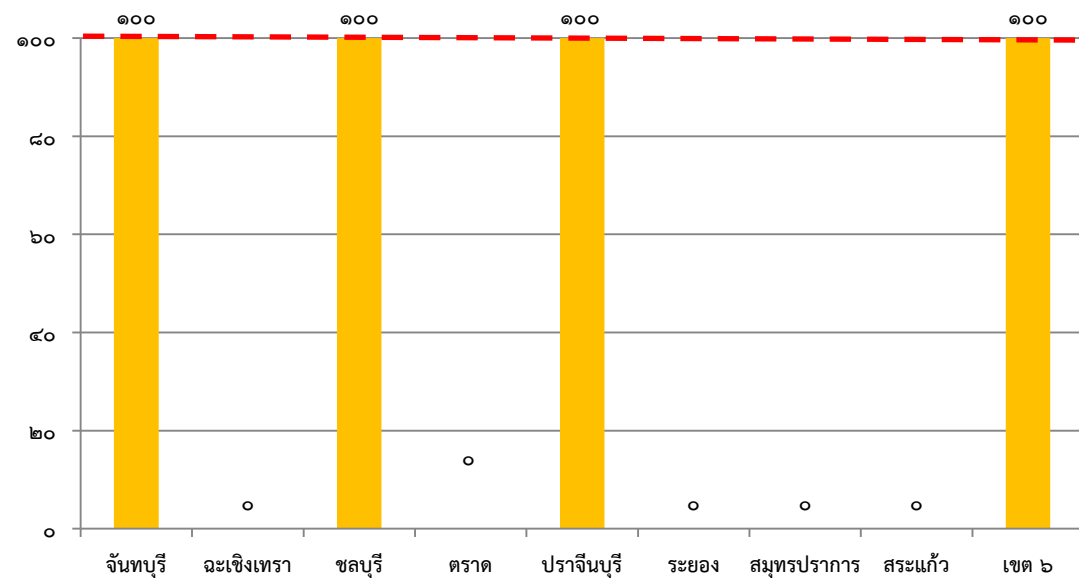
# สาขาทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด : จำนวน Cooling system ครบทุกเขตบริการสุขภาพ  
(เป้าหมาย ๑ เครื่องต่อ ๑ เขตสุขภาพ)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๑๐๐

## ข้อเสนอแนะ

เป้าหมาย ๑ เครื่องต่อ ๑ เขตสุขภาพ



- บูรณาการร่วมกับ MCH Board สาขาสูติกรรม, ปฐมภูมิ, กลุ่มวัยแม่และเด็ก เพื่อลดอุบัติเหตุ
- สนับสนุนอัตรากำลัง กุมารแพทย์, ศัลยกรรมเด็ก, CVT กุมาร, พยาบาล NNP&SNB และจำนวนเตียง NICU
- สนับสนุนอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน
- พัฒนาระบบจัดเก็บฐานข้อมูลให้พร้อมต่อการใช้งานจาก ๔๓ แฟ้มและดึงจาก HDC ได้

เป้าหมาย	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๘
ผลงาน	๑	๐	๑	๐	๑	๐	๐	๐	๐	๓

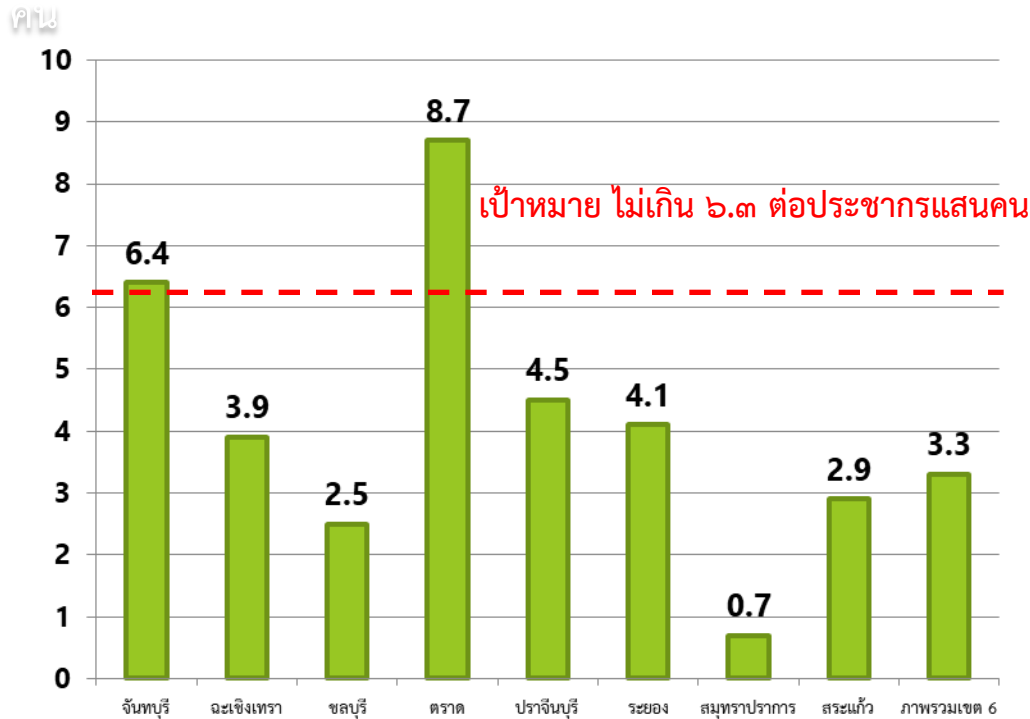
# สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

## สถานการณ์

ตัวชี้วัด : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

(เป้าหมาย : ไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ : ๓.๓ ต่อแสน



ภาพรวมเขตอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ ๓.๓ต่อแสนประชากร(๑๙๖คน) มีแนวโน้มลดลงมากกว่าร้อยละ ๒ ในทุกจังหวัด ซึ่งต่ำกว่าปี ๒๕๖๐ คือ ๕.๕๒ ต่อแสนประชากร (๓๒๙คน) อย่างไรก็ตาม จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด ยังมีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ อยู่ที่ ๖.๔ และ ๘.๗ ต่อแสนประชากรตามลำดับ วิเคราะห์การฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอยู่ในวัยทำงาน มักใช้วิธีการผูกคอวิธีรองลงมาคือใช้สารเคมี สาเหตุที่ฆ่าตัวตาย พบว่า มีปัญหาความสัมพันธ์หรือทะเลาะกันในครอบครัว ปัญหาโรคเรื้อรัง และส่วนหนึ่งยังไม่ทราบสาเหตุ การติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๘๔ ซึ่งผ่านเกณฑ์(ร้อยละ ๙๐) ในทุกจังหวัด

การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าภาพรวมเขต อยู่ที่ร้อยละ ๔๘.๑๖ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์( $\geq$  ร้อยละ ๕๕) มีเพียงสองจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คือ จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดฉะเชิงเทรา คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๗๕และ ๗๒.๐๒ ตามลำดับ ต่ำสุดที่จังหวัดจันทบุรี ร้อยละ ๓๖.๓๕

เป้าหมาย	$\leq 33$	$\leq 43$	$\leq 92$	$\leq 13$	$\leq 30$	$\leq 43$	$\leq 80$	$\leq 34$	$\leq 37$
ผลงาน	34	28	38	19	22	29	10	16	196

# สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

## ปัญหาอุปสรรค

- ความตระหนักต่อความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต
- บุคลากรด้านสุขภาพจิตมีจำนวนน้อย
- ระบบการคัดกรองยังไม่ครอบคลุม การวินิจฉัยยังไม่ถูกต้องครบถ้วน และการติดตามไม่ต่อเนื่อง
- ยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติการสอบสวนโรคที่ชัดเจน
- ฐานข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่สัมพันธ์กับข้อมูลในพื้นที่
- ขาดความร่วมมือกับเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุขในการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

## ข้อเสนอแนะ

- ผลิตสื่อ อบรม สำนวญพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
- เพิ่มบุคลากรด้านสุขภาพจิตและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง
- ทบทวนและพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ
- ทบทวนการลงรหัสข้อมูลระหว่างผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและ IT จังหวัดอย่างสม่ำเสมอ
- คืนข้อมูลและสร้างความร่วมมือกับชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหา ร่วมกันในทุกมิติ

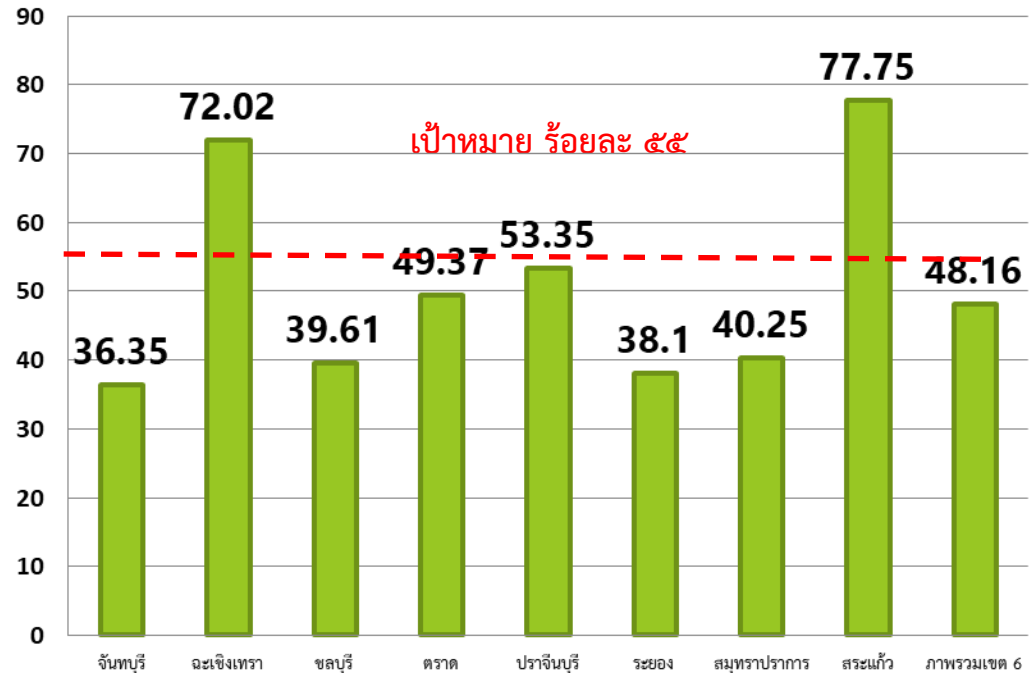
## นวัตกรรม

ต.ปะตง อ.สอยดาว จ.จันทบุรี มีการใช้นวัตกรรมชุมชน “การ์ดอารมณ์” ประเมินความเครียดในชุมชนและวางแผนช่วยเหลือปัญหาที่พบ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

(เป้าหมาย ร้อยละ >๕๕)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๔๘.๑๖



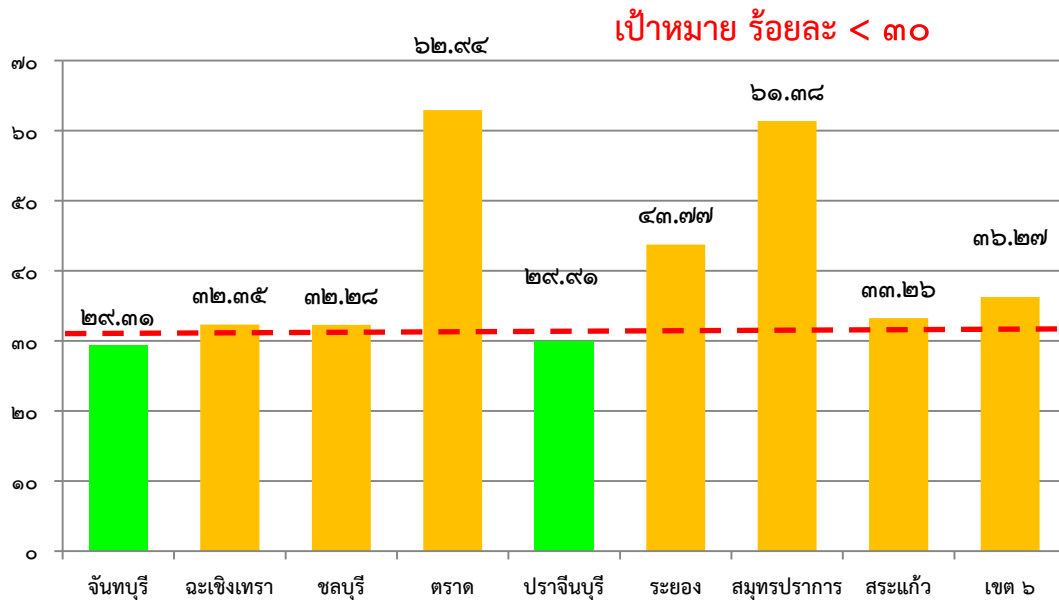
เป้าหมาย	๑๐,๔๓	๑๓,๖๗	๒๗,๙๕	๔,๒๗๐	๙,๔๐	๑๓,๑๖	๒๕,๑๒	๑๐,๕๙	๑๑๔,๖๑
	๑	๙	๐	๔	๙	๐	๓	๖	
ผลงาน	๓,๗๙๒	๙,๘๕๒	๑๑,๐๗	๒,๑๐๘	๕,๐๑	๕,๐๑๗	๑๐,๑๑	๘,๒๓๖	๕๕,๒๐๓
			๐		๗		๑		

# สาขาอายุรกรรม

ตัวชี้วัด : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด

Community-acquired (เป้าหมายร้อยละ < ๓๐ %)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๓๖.๒๗



เป้าหมาย	๕๘๐	๙๔๖	๑๓๒๓	๑๙๗	๓๒๑	๓๖๑	๕๔๙	๔๗๒	๔,๕๕๒
ผลงาน	๑๗๐	๓๐๖	๔๒๗	๑๒๔	๙๖	๑๕๘	๓๓๗	๑๕๗	๑,๖๕๑

## สถานการณ์

- มีการจัดตั้ง Sepsis team ให้ครบทุกจังหวัดใน
- โปรแกรม Sepnet ของกรมการแพทย์จะนำมา Implement เพื่อให้ใช้เก็บข้อมูลในเขตสุขภาพ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้ภายหลังเพื่อจัดทำ Antibioqram ของเขตสุขภาพต่อไป

## ปัญหาอุปสรรค

- ไม่มีอายุรแพทย์และไม่มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ
- ขาดครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ยา ที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis/septic shock
- พัฒนาการลงข้อมูล Sepnet

## ข้อเสนอแนะ

- รพ.แต่ละแห่งจัดทำแผนพัฒนากำลังคน และผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตาม CPG Sepsis และนิเทศเครือข่าย
- ผลักดันให้มีการส่งพยาบาลใน รพ.ชุมชนเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติหลักสูตร ๑ เดือน/๔ เดือน
- จัดทำแผนการจัดซื้อครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ยาที่จำเป็นในการดูแลรักษาตามหลัก DUE และ Empirical ATB
- ใช้ ICD๑๐ Definition และ Coding Audit เพื่อพัฒนาต่อยอด R๒R/Innovation

# สาขากุมารเวชกรรม

ตัวชี้วัด : อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็กไทย อายุ ๑ เดือนถึง ๕ ปี  
 บริบูรณ์ (เป้าหมาย ลดลงร้อยละ ๑๐ เทียบ กับปีที่ผ่านมา)  
 ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๕.๒๖

เป้าหมาย ลดลงร้อยละ ๑๐ เทียบกับปีที่ผ่านมา

จังหวัด	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว	ภาพรวมเขต
ปี ๖๐	๒/๙๙๕ = ๐.๒	๓/๒๑๗๓ = ๐.๑๔	๓/๓๗๕๐ = ๐.๐๘	๑/๒๖๔ = ๐.๓๘	๒/๖๒๕ = ๐.๓๒	๔/๑๔๑๑ = ๐.๒๘	๒/๑๐๓๑ = ๐.๑๙	๓/๓๕๓ = ๐.๘๕	๒๐/๑๐๖๐๒ = ๐.๑๙
ปี ๖๑	๐/๘๗๕ = ๐	๐/๑๖๔๒ = ๐	๗/๒๒๐๖ = ๐.๓๒	๒/๒๐๙ = ๐.๙๖	๐/๖๕๘ = ๐	๒/๑๔๑๕ = ๐.๑๔	๑/๑๒๐๙ = ๐.๐๘	๔/๓๙๕ = ๑.๐๑	๑๖/๘๖๐๙ = ๐.๑๘
ผลงาน	ลดลง ๑๐๐	ลดลง ๑๐๐	เพิ่มขึ้น ๓๐๐	เพิ่มขึ้น ๑๒๖	ลดลง ๑๐๐	ลดลง ๕๐	ลดลง ๕๗.๘๙	เพิ่มขึ้น ๑๔.๗๗	ลดลง ๕.๒๖

## สถานการณ์

๑. อัตราตายของผู้ป่วยเด็กปอดบวมส่วนใหญ่น้อยกว่าร้อยละ ๑ ยกเว้นจังหวัดสระแก้ว
๒. อัตราป่วยตายของปอดบวมลดลงจากเดิม  $\geq 10\%$  เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมามากที่สุดที่จังหวัดจันทบุรี, ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สมุทรปราการ และระยอง ไม่มีผู้ป่วยตายที่จังหวัดจันทบุรี ฉะเชิงเทรา และปราจีนบุรี
๓. ภาพรวมอัตราป่วยตายระดับเขต ๖ ในรอบ ๙ เดือน เท่ากับร้อยละ ๐.๑๘ ลดลงจากปี ๖๐ เท่ากับร้อยละ ๕.๒๖

## ปัญหาอุปสรรค

๑. ปัญหาการขาดบุคลากรเฉพาะทางของโรงพยาบาลในระดับ S และ M
๒. ทรัพยากรการแพทย์ของโรงพยาบาลในระดับ M และ F ยังไม่สอดคล้องกับการให้บริการผู้ป่วยเด็ก
๓. ยังมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อสูง โดยเฉพาะการเลื่อนของ ET tube
๔. ขาดการดูแลผู้ป่วยเด็กพิการที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

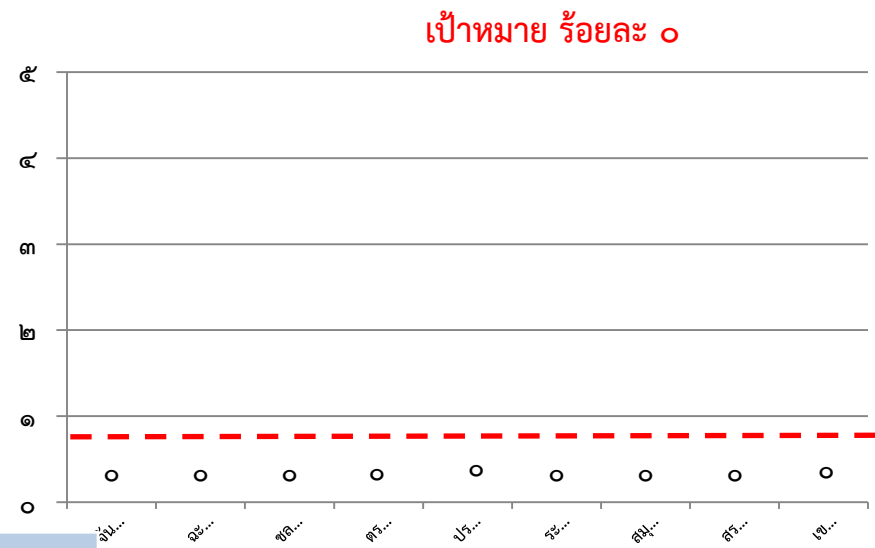
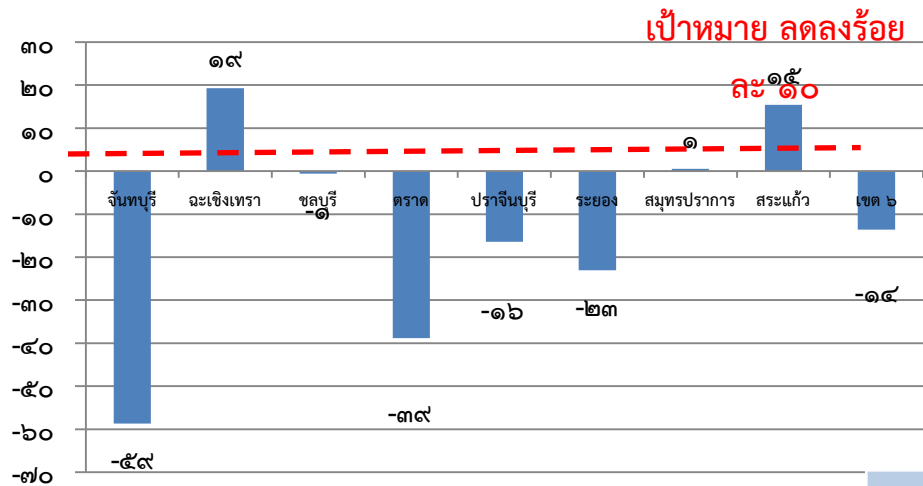
## นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- การดูแลผู้ป่วย Sepsis เรื่อง Neonatal Quality Increase Survival ของโรงพยาบาลพุทธโสธร
- หนุติล้างจมูกของโรงพยาบาลสมุทรปราการ

# สาขาสูติ-นรีเวชกรรม

ตัวชี้วัด : ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์ (เป้าหมาย ลดลงร้อยละ ๑๐)  
 ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๑๓.๖๓

ตัวชี้วัด : อัตราการตายตกเลือดเสียชีวิต (เป้าหมายร้อยละ ๐)  
 ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๐



ผลงาน ปี ๖๐	๔๓๔/๕๔๙ = ๗๘.๙%	๒๔๔/๓๙๒ = ๖๒.๐๑%	๗๓๙/๑๓๖๐ = ๕๔.๓๓%	๒๒๒/๒๖๕๙ = ๘.๓๔%	๑๘๑/๓๔๖ = ๕๒.๓๑%	๖๘๘/๕๕๘ = ๑๒.๓๒%	๔๑๘/๕๗๔๓ = ๗.๒๗%	๑๗๔/๔๓๑๕ = ๔.๐๓%	๓๑๐๐/๔๔๖๗๔ = ๖.๙๔%
ผลงาน ปี ๖๑	๑๕๐/๔๖๐๓ = ๓.๒๖%	๓๙๙/๕๕๗๗ = ๗.๑๕%	๖๓๓/๑๒๗๔ = ๕.๐๕%	๑๓๔/๒๖๒๖ = ๕.๑๑%	๑๘๘/๑๕๕ = ๑๒.๑๓%	๖๕๐/๖๘๕ = ๙.๔๙%	๕๘๐/๙๓๒ = ๖.๒๒%	๑๙๖/๔๒๑๔ = ๔.๖๕%	๓๓๒๘/๕๖๙๕๙ = ๕.๘๔%

เป้าหมาย	๑๖	๕๕๖	๑๒๗๒	๒๖๒	๔๑๕	๖๘๕	๗๙๓๒	๔๑
ผลงาน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐

## สถานการณ์

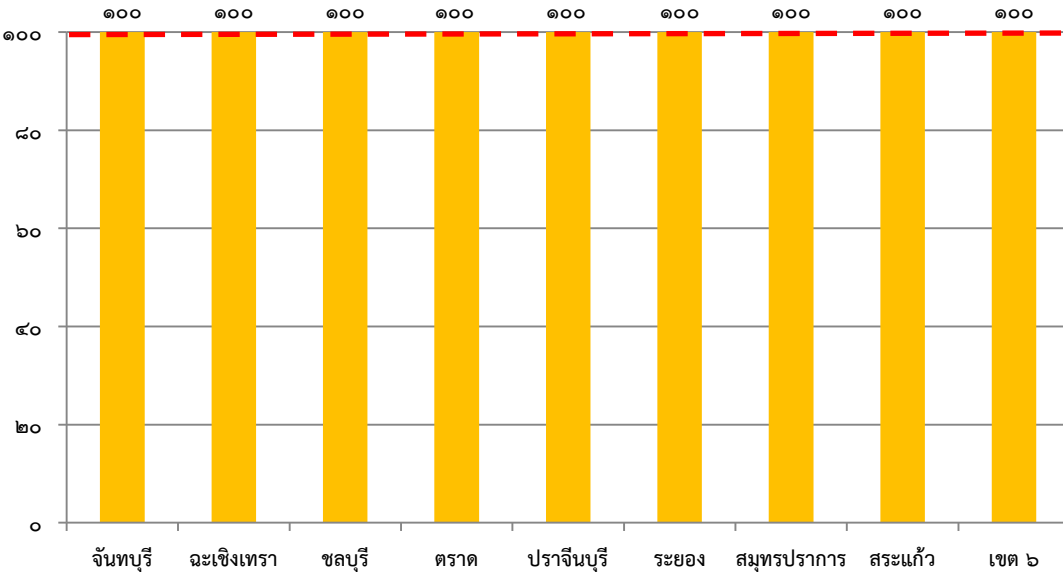
- ๒.๑ อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง ๕๑% เมื่อเทียบกับจากปีที่ผ่านมา ที่จังหวัดจันทบุรี ตราด ระยอง และปราจีนบุรี
- ๒.๒ อัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นที่ จังหวัดฉะเชิงเทรา สระแก้ว และสมุทรปราการ
- ๒.๓ ภาพรวมระดับเขตลดลงร้อยละ ๑๓.๖๓
- ๒.๔ ยังไม่มีมารดาตกเลือดเสียชีวิต
- ๒.๕ มีการวิเคราะห์ C/S โดยใช้ Robson ten group classification

# สาขาสูติ-นรีเวชกรรม

ตัวชี้วัด : วิเคราะห์การผ่าตัดคลอดในรพ.ที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๑๐๐

เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐



เป้าหมาย	๑	๒	๕	๑	๒	๓	๔	๒	๒๐
ผลงาน	๑	๒	๕	๑	๒	๓	๔	๒	๒๐

## ปัญหาอุปสรรค

๑. การแก้ปัญหาคลอดก่อนกำหนดยังมีปัญหา เรื่องการให้ยา Micronized progesterone ไม่ครอบคลุม
๒. การกระจายสูติแพทย์ในโรงพยาบาลระดับ S และ M
๓. ขาดศักยภาพในการประเมิน cervical length ในสูตินรีแพทย์ บางแห่ง

## ข้อเสนอแนะ

๑. ควรจัดให้ยา Micronized progesterone อยู่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ
๒. ควรพัฒนา CPG การดูแลการคลอดก่อนกำหนดระดับเขต
๓. ควรมีแนวทางการให้ยาโปรเจสเทอโรนเป็นแนวทางเดียวกันระดับเขต ปรับเกณฑ์การจัดสรรโควตาแพทย์ประจำบ้าน

## นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑. โรงพยาบาลกัญญาเบสร์ปราจีนบุรี มีการพัฒนาระบบไอทีและ LINE Application ในการดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์มีระบบนัดคิวและระบบส่งต่อ
๒. โรงพยาบาลตราด มีการจัดที่พักหญิงตั้งครรภ์และมารดาเสี่ยงที่รอคลอดที่มาจากพื้นที่เกาะ
๓. จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับรางวัลชนะเลิศ chachoengsao service plan Sharing การแก้ปัญหาภาวะตกเลือดในรพ.
๔. มาตรการการป้องกันการตายของมารดาจากภาวะตกเลือดของจังหวัดชลบุรี ในการทำ condom balloon Standing Order

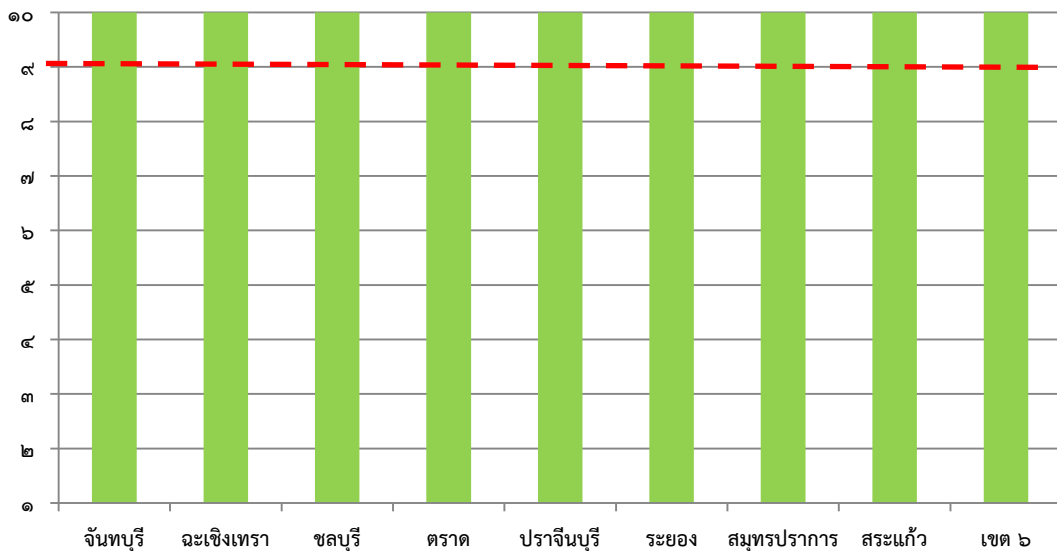


# สาขาการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) (เป้าหมาย ๙)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ผ่านเกณฑ์การประเมิน

เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์การประเมิน



เป้าหมาย	๑๒	๑๑	๑๒	๗	๘	๙	๖	๙	๗๔
ผลงาน	๑๒	๑๑	๑๒	๗	๘	๙	๖	๗	๗๒

## สถานการณ์

- มีการดำเนินงาน Palliative Care ตามขั้นตอนที่รพ.ระดับ รพศ/รพท ทุกแห่ง และรพช. อยู่ในขั้นตอนการดำเนินงาน
- ปี ๒๕๖๑ ทุก รพ.ในเขตผ่านเกณฑ์ความสำเร็จระดับ ๔ จาก ๕ ระดับ
- ทุก รพ. ในเขตมีการใช้ Strong Opioid Medication มีการทำ Family meeting + Advance Care Planning (ACP)

## ประเด็นสำคัญ

- ขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากรทางด้าน PC และปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน
- การจัดทำวิธีการดูแล Palliative Care สู่ชุมชน
- การติดตามข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงทุกจังหวัดในเขต
- การใช้ยามอร์ฟิน ยังไม่ครอบคลุมถึง รพ.สต.

## ข้อเสนอแนะ

- จัดตั้งทีมแพทย์และส่งพยาบาลอบรม PCN ครอบคลุม รพศ รพท และ PCWN ให้ครอบคลุม รพช. และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่เครือข่าย
- จัดทำ CPG และคู่มือแนวทางการดำเนินงาน PC ระดับจังหวัด เชื่อมสู่ชุมชน
- พัฒนาการดึงข้อมูลจาก ๔๓ แห่ง
- จัดทำแนวทางการบริหารยาระหว่าง รพช. และ รพ.สต.

# สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

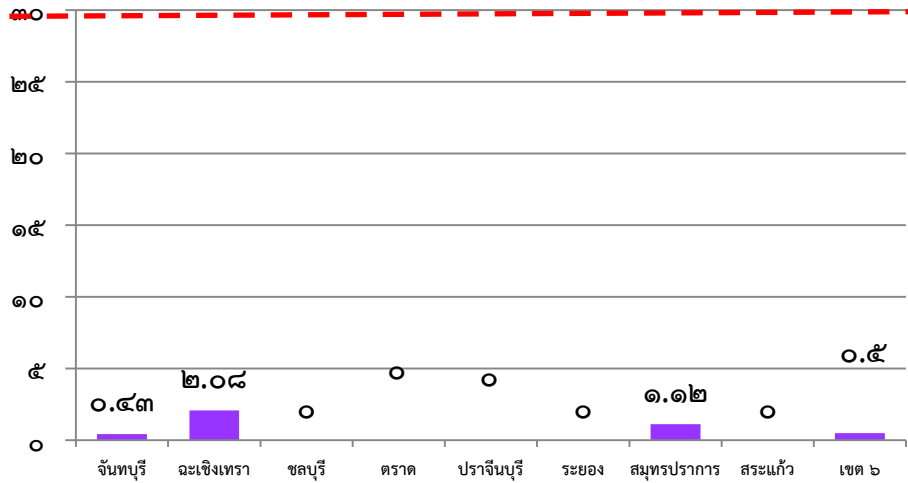
## สถานการณ์

- เป้าหมายการจัดตั้งทีม Capture The Fracture เขตสุขภาพที่ ๖ อยู่ที่จังหวัดระยอง
- มีการจัดอบรมให้ความรู้ Capture The Fracture เขตสุขภาพที่ ๖ เมื่อวันที่ ๑๕-๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๐ ที่ รพ. น่าน และ ๒๓-๒๔ เมษายน ๒๕๖๑ ที่ รพ. ชลบุรี

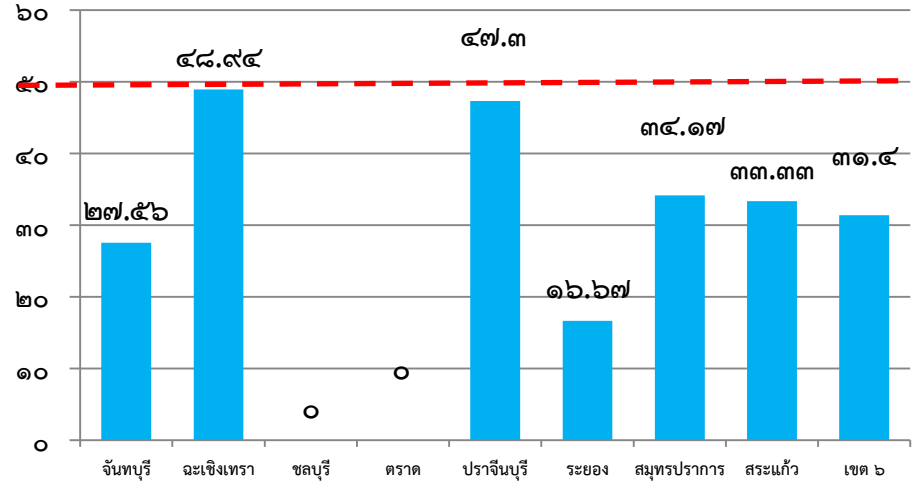
ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) (เป้าหมาย < ๓๐%)  
 ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) (เป้าหมาย > ๕๐%)  
 ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ

เป้าหมาย ร้อยละ < ๓๐



เป้าหมาย ร้อยละ < ๕๐



เป้าหมาย	๒๓๓	๔๘	-	-	๘๙	๙๓	๕๖	๗๗	๕๙๖
ผลงาน	๑	๑	-	-	๐	๐	๑	๐	๓

เป้าหมาย	๑๕๖	๔๗	-	-	๑๙	๕๔	๓๕	๓๓	๓๔๔
ผลงาน	๔๓	๒๓	-	-	๙	๙	๑๓	๑๑	๑๐๘

# สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture (เป้าหมาย ๑ ทีม )

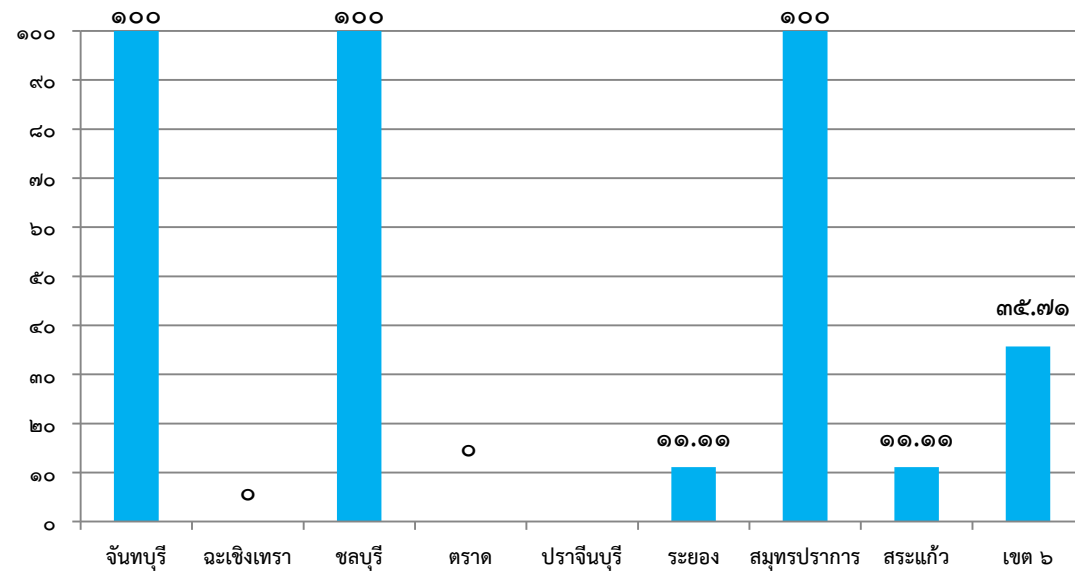
ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ

## ปัญหาอุปสรรค

- การไม่เห็นความสำคัญและป้องกันการหักซ้ำในโรคกระดูกพรุนของผู้ป่วยและญาติ
- การเข้าถึงการรักษาโรคกระดูกพรุนในทุกสิทธิ
- การรับปรึกษาและผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม
- จัดหาบุคลากรด้านการพยาบาลและประสานงาน
- แผนการจัดตั้งคณะอนุกรรมการข้อมูล Burden Disease ด้านบริหารจัดการและด้านวิชาการยังไม่ครบทุกจังหวัด
- บริหารจัดการข้อมูลผ่าน Application “FLS”

## ข้อเสนอแนะ

- ให้ความรู้และจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยและญาติ
- การจัดทำฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการรักษาโรคกระดูกพรุน รวมถึงวิเคราะห์แนวโน้มและค่าใช้จ่าย
- วางแผนจัดตั้งคลินิกโรคกระดูกพรุนที่ประกอบด้วยแพทย์ Orthopedic, ตมยา, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและอายุรแพทย์
- OR utilization
- จัดให้มี Nurse case manager และ Nurse coordinator
- จัดตั้งทีม Capture The Fracture ให้ครบทุกจังหวัดในเขต
- ลงทะเบียนและบริหารข้อมูลผ่าน Application “FLS”



เป้าหมาย	๑	๑	๑	๑	-	๙	๖	๙	๒๘
ผลงาน	๑	๐	๑	๐	-	๑	๖	๑	๑๐

# สาขามะเร็ง

## สถานการณ์

๑. new case ๔,๔๔๙ ราย/ปี Cancer death ๕,๙๑๐ ราย/ปี

๒. โรคมะเร็งที่เสียชีวิต ๕ ลำดับแรก

ชาย Liver > Lung > Colon > Esophagus > Oral cavity

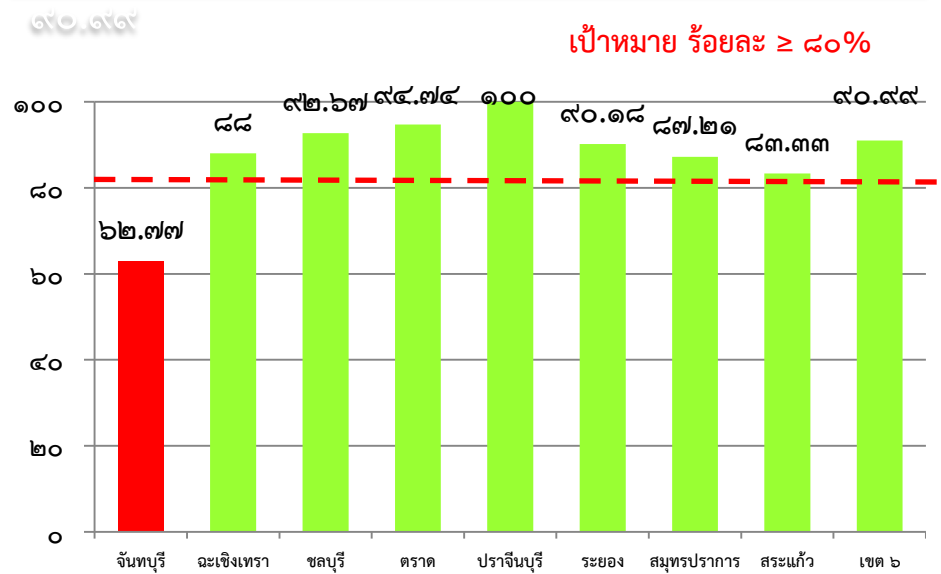
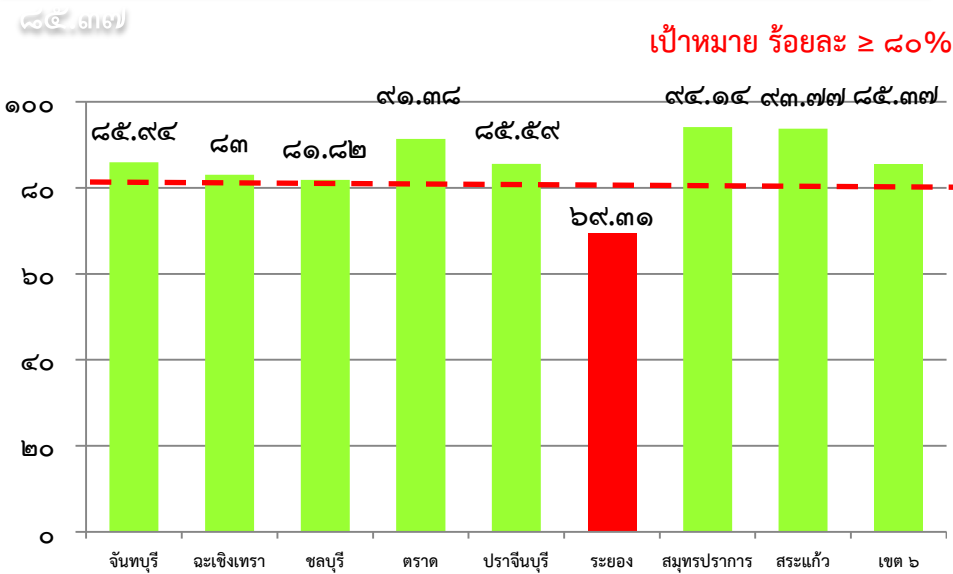
หญิง Breast > Lung > Cervix > Liver > Colon

๓. Cervical screening = ๓๐.๙๒% (๘๐), Breast Screening = ๔๓.๖๓% (๘๐), Colon Screening = ๐.๒๒% (จาก HDC ๖ เมษายน ๒๕๖๑)

(๖) Surgeon / weeks (๖) ๑% (๖) GMT / weeks (๖) ๑% (๖) PT / weeks (๖) ๑% (๖)

ตัวชี้วัด : ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ (เป้าหมาย  $\geq$  ๘๐%)  
 ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ

ตัวชี้วัด : ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ (เป้าหมาย  $\geq$  ๘๐%)  
 ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ



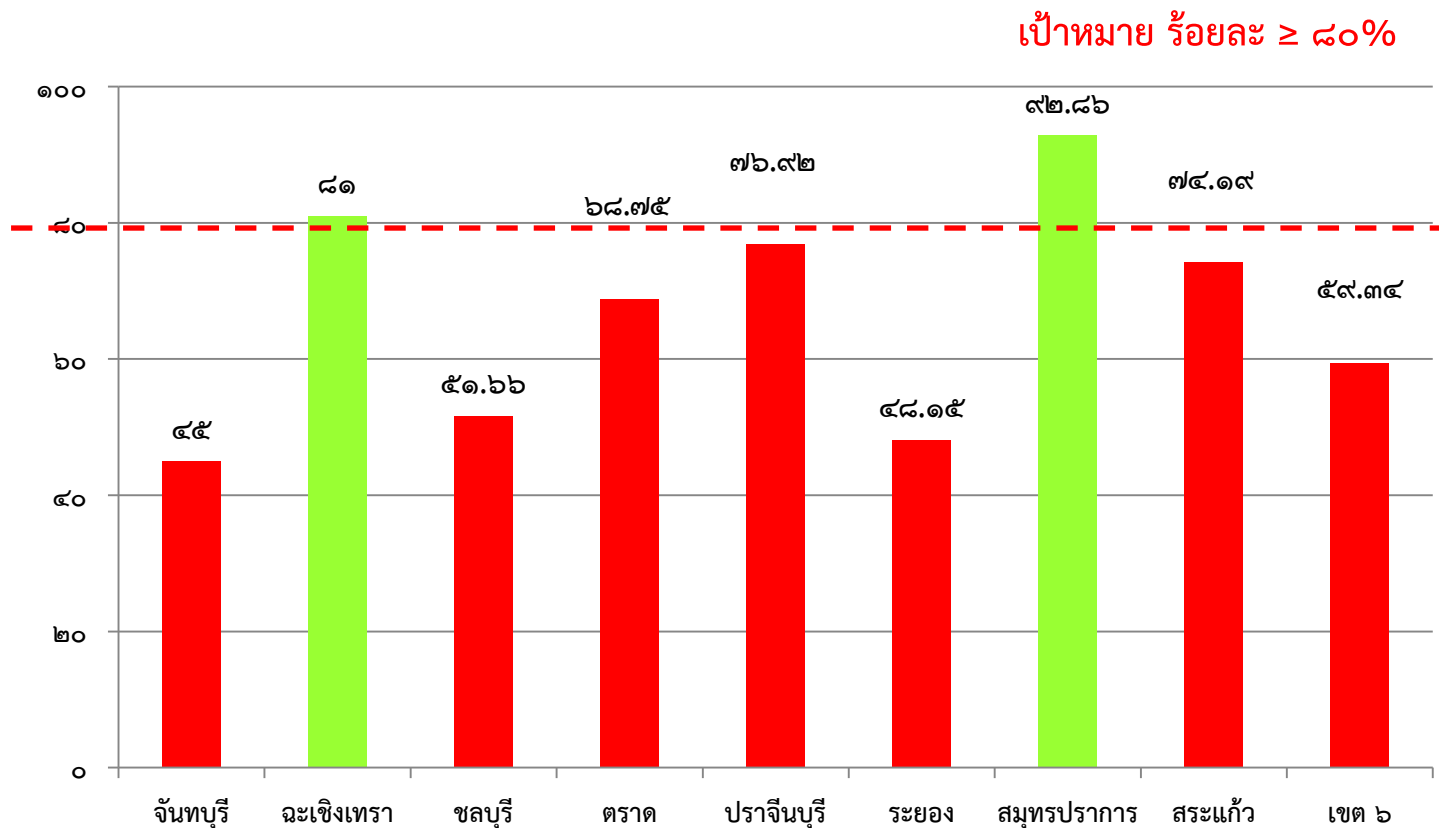
เป้าหมาย	๑๙๒	๑๕๐	๔๔๐	๕๘	๑๑๘	๑๐๑	๑๖๘	๑๘๑	๑,๔๐๘
ผลงาน	๑๖๕	๑๒๕	๓๖๐	๕๓	๑๐๑	๗๐	๑๕๙	๑๖๙	๑,๒๐๒

เป้าหมาย	๒๘๒	๑๒๕	๒๓๒	๓๘	๘๐	๑๑๒	๑๗๒	๑๘	๗๗๗
ผลงาน	๑๗๗	๑๑๐	๒๑๕	๓๖	๘๐	๑๐๑	๑๕๐	๑๕	๗๐๗

# สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัด : ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ (เป้าหมาย  $\geq 80\%$ )

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๕๙.๓๔



เป้าหมาย	๑๐๐	๗๒	๓๙๑	๑๖	๑๓	๑๖๒	๗๐	๓๑	๗๕๕
ผลงาน	๔๕	๕๙	๒๐๒	๑๑	๑๐	๗๘	๖๕	๒๓	๔๔๘

# สาขามะเร็ง

## ปัญหาอุปสรรค

๑. Primary & Prevention
๒. Screening and Early Detection ยังมี Coverage ต่ำ ความครอบคลุมในการคัดกรองมะเร็งเต้านม, มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้
๓. Diagnosis and treatment ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดดันทาน ( รพ. ชลบุรี) และรังสีรักษานาน (ทั้งเขต)
๔. Cancer Informatics การบันทึกข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ และขาดแคลนบุคลากรด้าน TCB
๕. Cancer Research ข้อมูลขาดคุณภาพในการทำวิจัย

## ข้อเสนอแนะ

- เพิ่มสื่อและประชาสัมพันธ์การป้องกัน ดูแลตนเองตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ
- เพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรองโดยเฉพาะในพื้นที่สังคมเมือง และมีการย้ายถิ่นฐานสูง
- กระตุ้นหน่วยปฐมภูมิและทุติยภูมิเพื่อคัดกรองได้ทุกสิทธิ์การรักษา
- พัฒนาความร่วมมือด้านการผ่าตัด ใช้บุคลากร เครื่องมือ สถานที่ ร่วมกัน ระหว่าง รพ. ชลบุรี และ รพ. มะเร็งชลบุรีได้มีการดำเนินการแล้ว
- ส่งผู้ป่วยรังสีรักษาไปกรมการแพทย์ เช่น NCI และเครือข่าย รพ. เอกชน
- รพ. A และ S ทุกแห่งลงทะเบียน TCB ผู้ป่วยมะเร็งทุกราย และจัดหาบุคลากรประจำด้าน TCB
- รพ. พระปกเกล้า เป็นแม่ข่าย รพ. ที่ทำวิจัยและจัดประชุมระดับเขต
- จัดทำวิจัยนำร่องระดับเขต เรื่อง Oral Cavity และ Esophageal Cancer

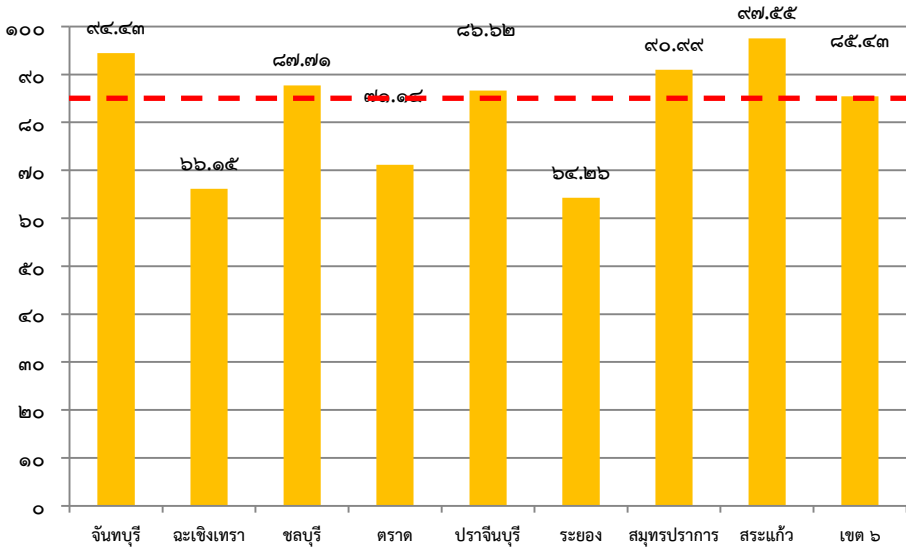
# สาขาจักษุ

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (เป้าหมาย  $\geq ๘๕\%$ )

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ

๘๕.๔๓

เป้าหมาย ร้อยละ  $\geq ๘๕\%$

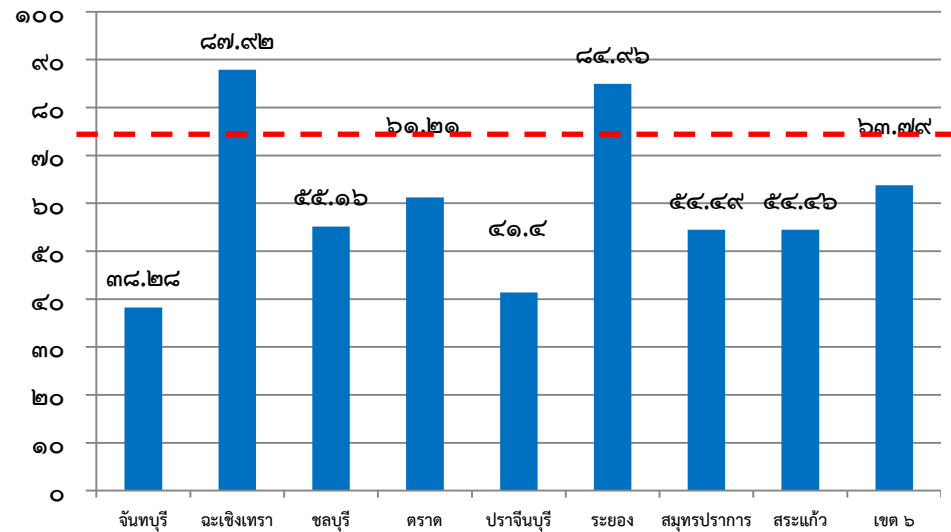


ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา (เป้าหมาย  $\geq ๗๕\%$ )

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ

๖๓.๗๙

เป้าหมาย ร้อยละ  $\geq ๗๕\%$



เป้าหมาย	๓๗๗	๗๑๕	๑,๗๗๑	๑๔๙	๓๙๖	๓๑๙	๑,๒๙๙	๒๔๕	๕,๒๑๘
ผลงาน	๓๕๖	๔๗๓	๑,๕๕๕	๑๐๖	๓๔๓	๒๐๕	๑,๑๘๒	๒๓๙	๔,๔๕๘

เป้าหมาย	83,544	71,137	155,733	34,146	68,557	74,855	138,766	73,335	625,218
ผลงาน	31,977	52,543	85,902	20,902	28,386	63,597	75,609	39,940	398,856

# สาขาจักษุ

## สถานการณ์

๑. การคัดกรองสายตา Blinding Cataract, และผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในเขต ยังไม่ถึงเกณฑ์ (ผ่านเกณฑ์ในจังหวัดฉะเชิงเทราและระยอง)
๒. ยังขาดอัตรากำลังบุคลากรจักษุแพทย์ ได้แก่ รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร และ รพ. พุทธโสธร ต้องหมุนเวียนจักษุแพทย์ไปยังพื้นที่ ที่ขาดแคลนตามความจำเป็น
๓. ขาดความเข้าใจ มีภาระงานมาก และขาดบุคลากรส่วนกลางที่ดูแลระบบ Vision๒๐๒๐

## ประเด็นสำคัญ

๑. อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอและชำรุดบ่ยในบางพื้นที่ ส่งผลทำให้การคัดกรองสายตาไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย
๒. การลงข้อมูลใน Vision๒๐๒๐ ไม่ครอบคลุม ขาดความเข้าใจ และขาดบุคลากรส่วนกลางที่ดูแลระบบ
๓. ขาดอัตรากำลัง แพทย์ พยาบาล และบุคลากรเฉพาะทางด้านจักษุในบางจังหวัด
๔. การคัดกรองสายตา Blinding Cataract, และผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปในเขต ยังไม่ถึงเกณฑ์

## ข้อเสนอแนะ

- วางแผนนโยบายคัดกรองสายตา สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือ ให้เพียงพอเหมาะสม ตามบริบทพื้นที่
- จัดอบรมการลงข้อมูล Vision๒๐๒๐ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
- ประสานผู้รับผิดชอบส่วนกลาง (๑ คน/จังหวัด)
- วางแผนอัตรากำลังส่งอบรมบุคลากรเฉพาะทาง
- หมุนเวียนจักษุแพทย์ไปตามพื้นที่ ที่ขาดแคลนตามความจำเป็น
- อบรมการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุให้กับบุคลากรสาธารณสุขและครู

## ข้อเสนอต่อส่วนกลาง

๑. การทบทวนแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคตาที่ซับซ้อน เช่น จอประสาทตา กับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพิ่มเติมจากที่ได้มีการทำความตกลงในด้านการรับส่งต่อโรคสำคัญตาม Excellent center
๒. เสนอแก้ไขปัญหาการลงโปรแกรม Vision๒๐๒๐ ในคณะกรรมการ SP สาขาจักษุวิทยา กสธ. และมีผู้ดูแลระบบ ข้อมูลส่วนกลาง

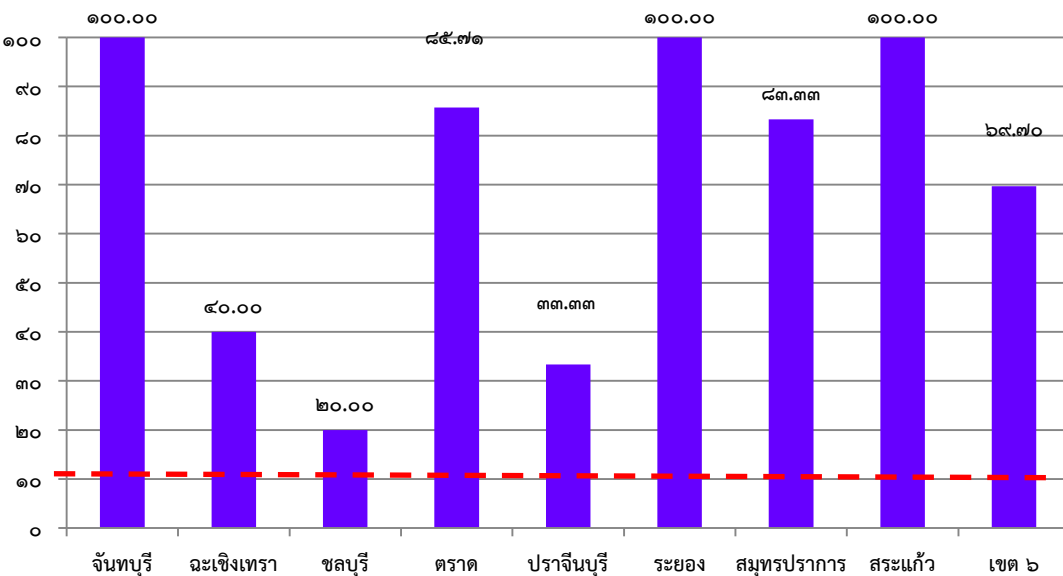


# สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

ตัวชี้วัด : ร้อยละสถานบริการระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (เป้าหมาย >10%)

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๖๙.๖๙

เป้าหมาย ร้อยละ > 10%



เป้าหมาย	๑๑	๑๐	๑๐	๗	๖	๘	๖	๘	๖๖
ผลงาน	๑๑	๔	๒	๖	๒	๘	๕	๘	๔๖

## สถานการณ์

- จากข้อมูลบริการสุขภาพของเขต รพ.ขนาดใหญ่ยังมีความแออัดอยู่มาก และผู้ป่วยบางส่วนที่ถูกส่งต่อมาจาก รพ.เล็กมารักษาที่รพ.ใหญ่
- กระทรวงมีนโยบายในเรื่องที่ผู้ป่วยหลุดเลือดสมองที่พ้นภาวะวิกฤตและผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยเน้นการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรของรพ.เล็ก
- เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่หลายจังหวัดในเขตยังอยู่ในระหว่างเตรียมดำเนินการ แต่มีบางจังหวัดที่พึ่งได้ดำเนินการเป็นรูปธรรม

## ปัญหาอุปสรรค

- รพช. ที่รับการส่งกลับไม่มั่นใจในการดูแลต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยไม่มั่นใจในงานบริการที่ รพช.

## ข้อเสนอแนะ

- จัดทำ CPG ที่ชัดเจน มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ เสริมส่วนขาดของทีมเพื่อเตรียมทีม subacute care ดูแลต่อที่ รพช.
- แม่ข่ายจัดระบบติดตาม นิเทศ ตรวจสอบพื้นที่ สร้างความมั่นใจ และมีระบบนัดติดตาม

## สถานการณ์



จำนวนทันตบุคลากร เขตสุขภาพที่ ๖

ทันตแพทย์กสธ. ๔๔๖ คน สัดส่วนต่อประชากร ๑ : ๑๓,๕๗๕ (ปกก.ทะเบียนราษฎร ๖,๐๕๔,๖๐๖)

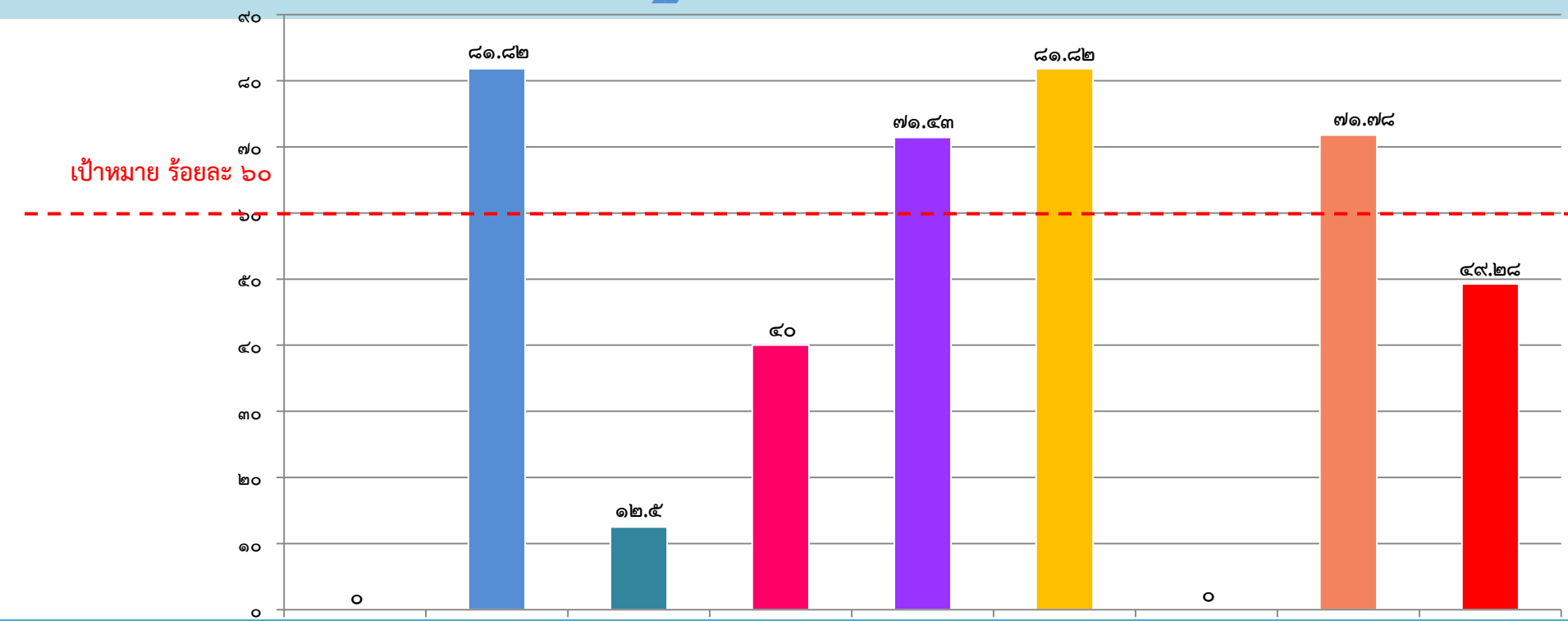
ทันตภิบาล ๖๑๓ คน สัดส่วนต่อประชากร ๑ : ๙,๘๗๗

ทันตแพทย์เฉพาะทาง ๙๖ คน

- ผู้จำนวนที่รับบริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ (ครั้ง) โดยทันตบุคลากร ๑,๙๑๐,๑๗๗ ครั้ง : ๙ เดือน / ๒๑๒,๒๔๒ ครั้ง : เดือน
- ร้อยละ รพ.สต./ศสม.ผ่านเกณฑ์ จัดบริการสุขภาพช่องปาก ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม และจัดบริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คน ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร อันดับ ๗ ของประเทศ ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ๕.๗๘ %
- ผู้ป่วยนอกที่รับบริการทางทันตกรรมรวมทุกสิทธิ อันดับ ๘ ของประเทศ ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ๕.๖๙ %

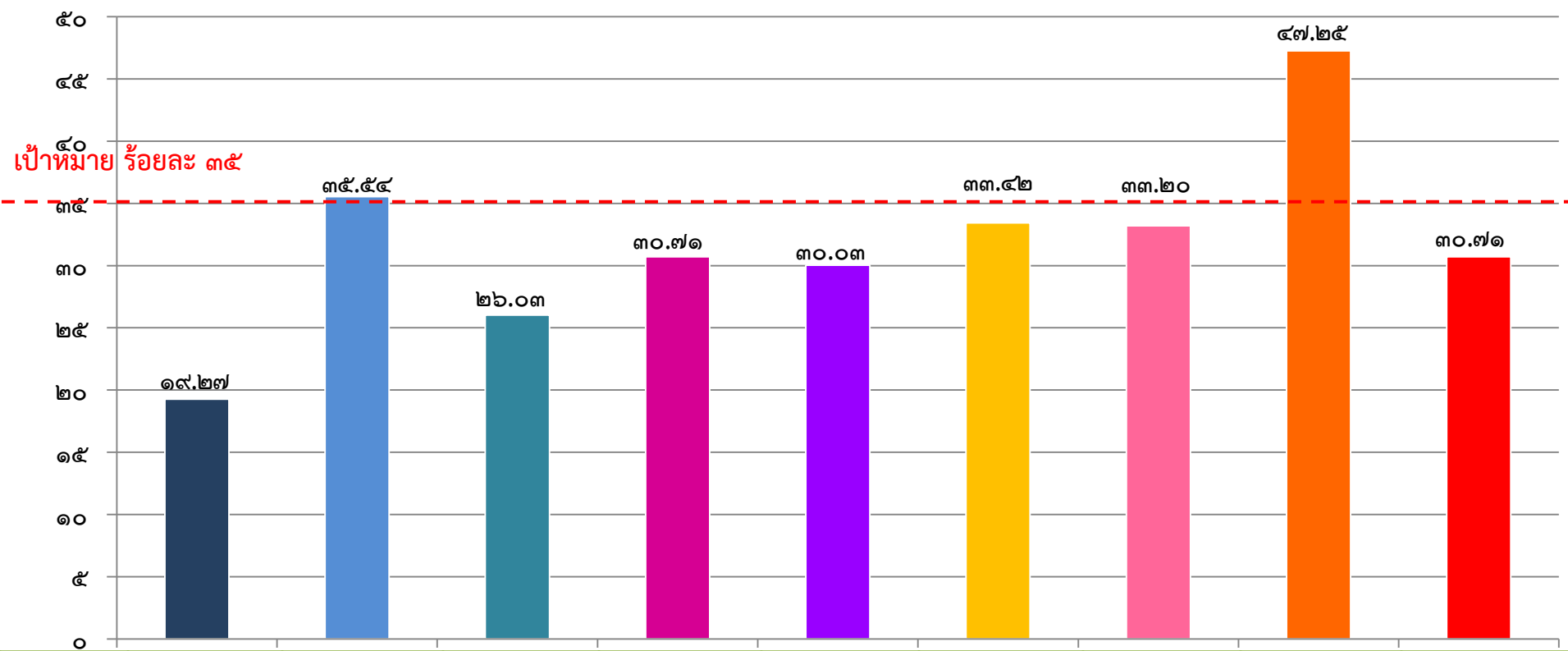
**ตัวชี้วัด :** ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม.ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Broad ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

**ผลการดำเนินงาน :** ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ➡ ร้อยละ ๔๙.๒๘ อันดับ ๗ ของประเทศ



จังหวัด	สมุทรปราการ	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	ภาพรวมเขต
จำนวน รพ.สต./ศสม.	๗๙	๑๒๑	๙๘	๑๑๐	๖๖	๑๒๒	๙๖	๑๐๙	๘๐๓
๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม	๗	๑๐๗	๓๒	๕๖	๔๘	๙๓	๒๘	๘๖	๔๕๗
๒๐๐ คน ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร	๑๗	๑๐๙	๕๐	๗๐	๔๘	๑๐๗	๖๓	๑๐๗	๕๗๑
ผ่านทั้ง ๒ องค์ประกอบ	๖	๑๐๑	๒๘	๕๔	๔๕	๘๙	๒๗	๘๕	๔๓๕

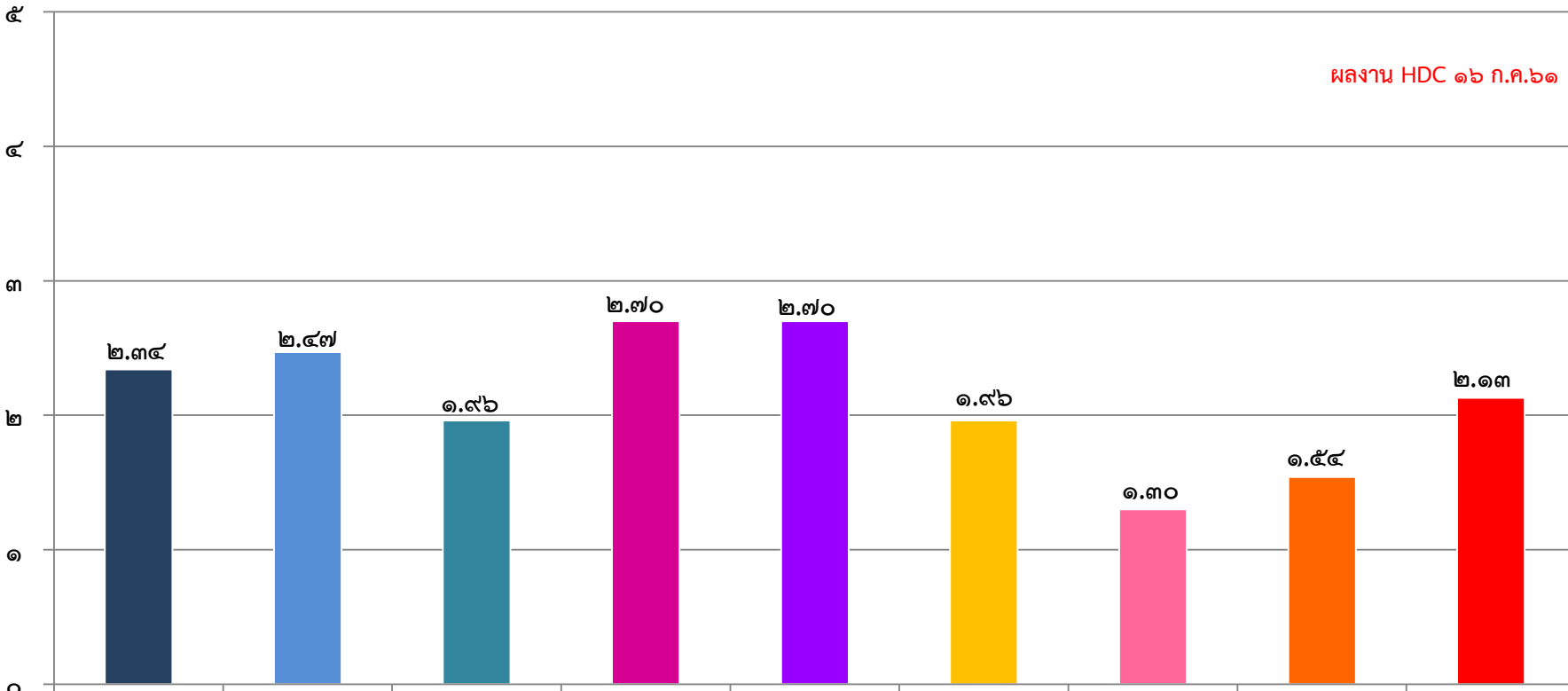
**ตัวชี้วัด** : อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕  
**ผลการดำเนินงาน** : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ ➡ ร้อยละ ๓๐.๗๑ **อันดับ ๘ ของประเทศ**



จังหวัด	สมุทรปราการ	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	ภาพรวมเขต
ประชากร	๑,๐๕๖,๑๔๑	๑,๒๒๐,๕๗๓	๕๖๙,๑๐๐	๔๒๓,๘๒๙	๑๗๘,๘๘๘	๖๖๑,๑๙๔	๔๐๙,๓๙๗	๔๔๕,๗๐๕	๔,๙๖๔,๘๒๗
ผลงาน	๒๐๓,๕๔๘	๔๒๑,๕๙๑	๑๔๘,๑๕๐	๑๓๐,๑๗๙	๕๓,๗๒๓	๒๒๐,๙๕๗	๑๓๕,๙๒๘	๒๑๐,๕๘๙	๑,๕๒๔,๖๖๕
ร้อยละ	๑๙.๒๗	๓๕.๕๔	๒๖.๐๓	๓๐.๗๑	๓๐.๐๓	๓๓.๔๒	๓๓.๒๐	๔๗.๒๕	๓๐.๗๑

**ตัวชี้วัด :** ร้อยละจำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทันตกรรมทั้งหมด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕

ผลการดำเนินงาน : ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๖ >> ร้อยละ ๒.๑๓



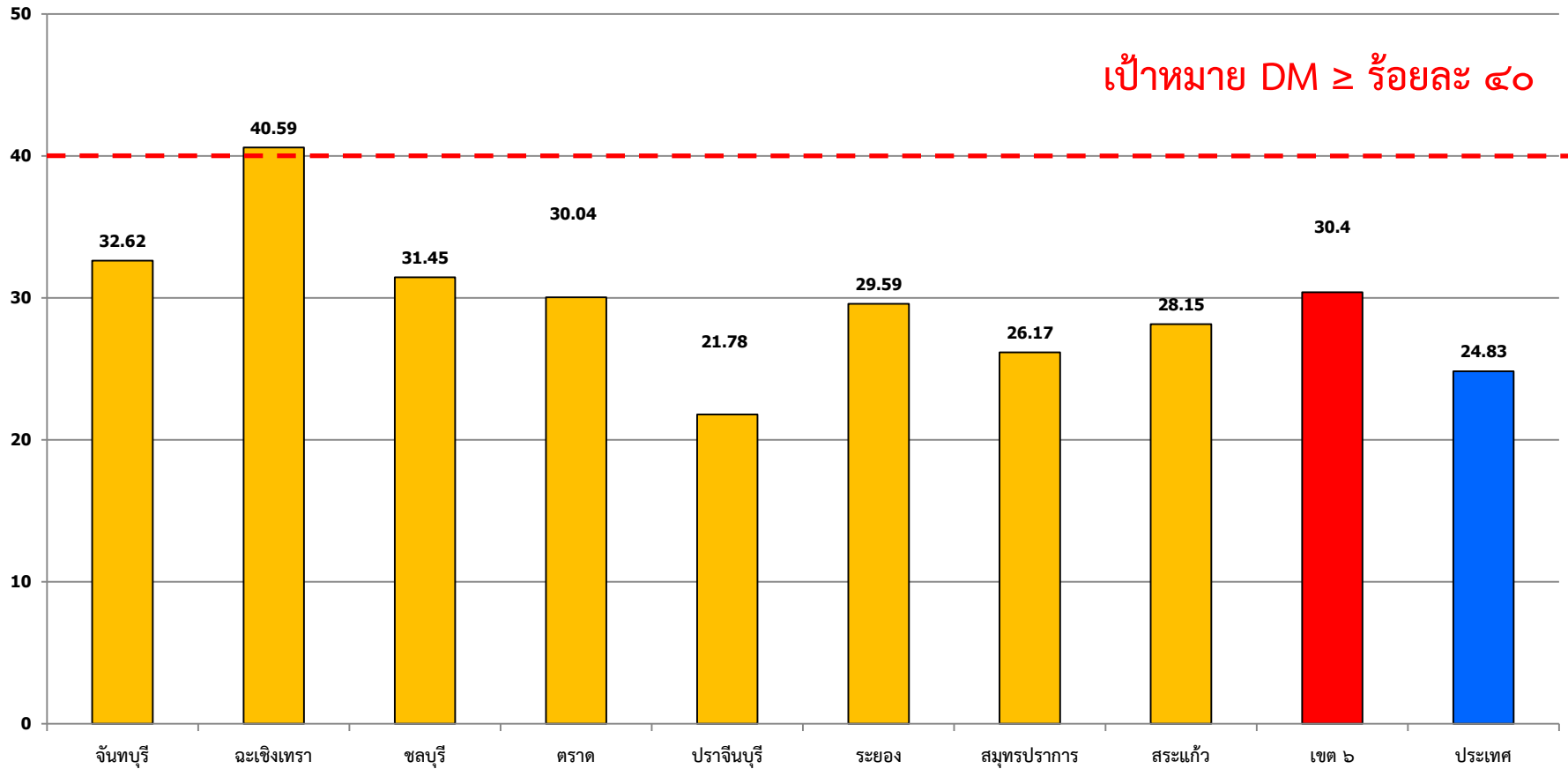
ผลงาน HDC ๑๖ ก.ค.๖๑

จังหวัด	สมุทรปราการ	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	ภาพรวมเขต
บริการทันตกรรมทั้งหมด	๕๑๖,๕๕๘	๑,๑๖๓,๕๐๒	๓๗๙,๒๙๒	๔๐๙,๑๗๙	๑๒๖,๓๓๒	๕๘๒,๒๘๘	๔๑๕,๖๘๑	๕๔๘,๕๖๐	๔,๑๔๑,๓๙๒
บริการทันตกรรมเฉพาะทาง	๑๒,๐๗๔	๒๘,๗๖๓	๗,๔๔๐	๑๑,๐๔๙	๓,๔๑๖	๑๑,๔๑๕	๕,๔๐๙	๘,๔๔๒	๘๘,๐๐๘
ร้อยละ	๒.๓๔	๒.๔๗	๑.๙๖	๒.๗๐	๒.๗๐	๑.๙๖	๑.๓๐	๑.๕๔	๒.๑๓

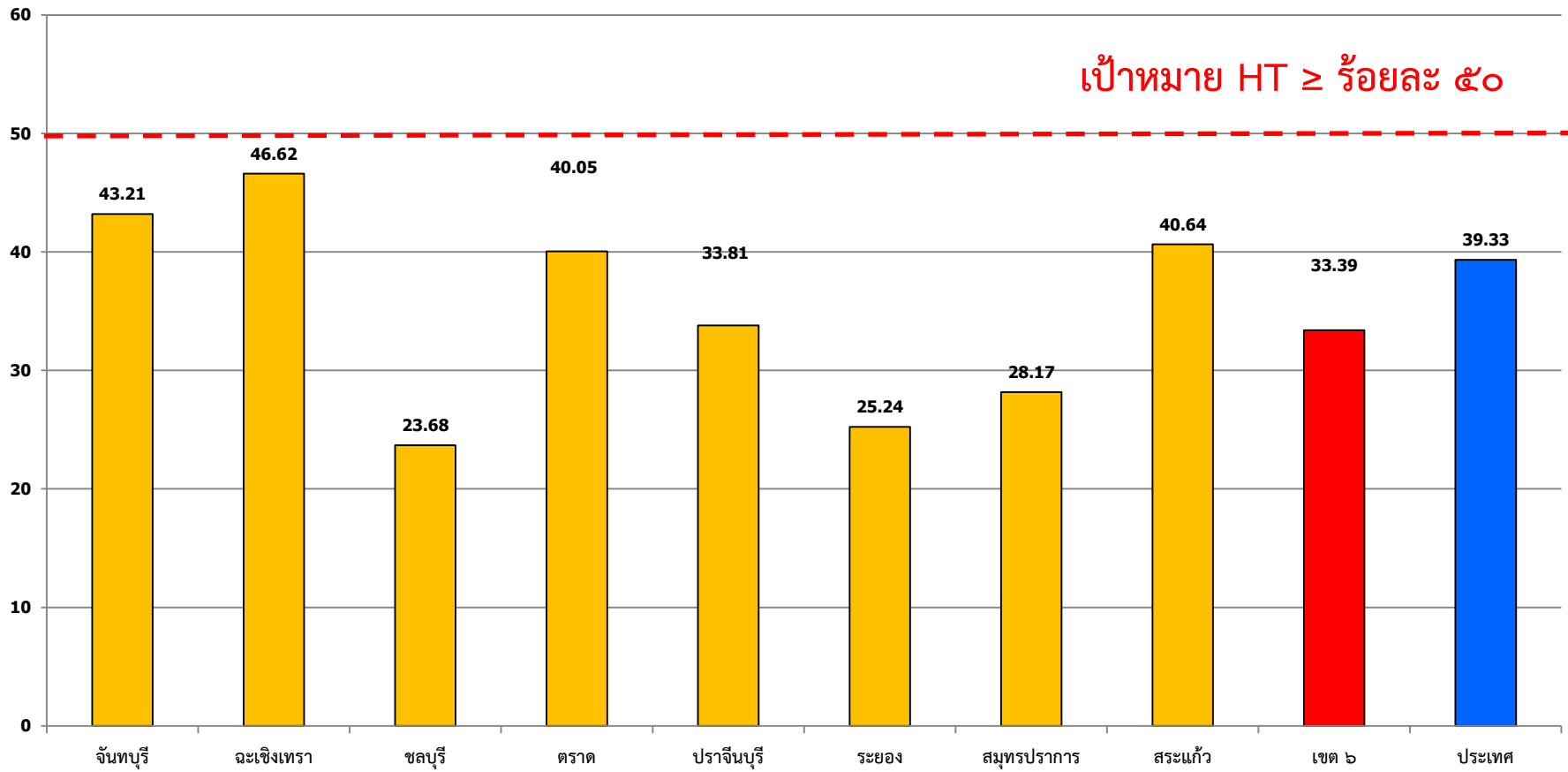
# ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
<b><u>ด้านบุคลากร</u></b> ๑. ขาดแคลนทันตแพทย์และทันตบุคลากรปฏิบัติงานใน PCC	จัดสรรทันตแพทย์และทันตบุคลากร ลงปฏิบัติงานและรับผิดชอบอย่างชัดเจนใน PCC	จัดทำแผนกำลังคน ๕ ปี ทันตแพทย์ทั่วไป, ทันตแพทย์ครอบครัวที่รับผิดชอบ PCC/รพ.สต., ทันตแพทย์เฉพาะทาง, จพง.ทันตสาธารณสุข, นวก.สาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข), ผู้ช่วยงานทันตกรรม ภาพรวมเขตและแต่ละจังหวัด
๒. ขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำรพ.สต. และหน่วยบริการทุกระดับ	สสอ. และโรงพยาบาลแม่ข่ายควรจัดสรรงบประมาณในการว่าจ้างผู้ช่วยทันตแพทย์ หรือผู้ช่วยงานทันตกรรมในหน่วยบริการทุกระดับ ที่มีภาระงานมากและเป็นหน่วยรับส่งต่อ	กำหนดอัตราส่วนทันตบุคลากรต่อผู้ช่วยงานทันตกรรม ๑ : ๑
<b><u>ด้านบริหารจัดการ</u></b> ๑. ขาดการชี้แจงตัวชี้วัดที่เปลี่ยนแปลงในเกณฑ์ รพ.สต.คุณภาพ ๑๔ กิจกรรม	ให้ทุกจังหวัดชี้วัดตัวชี้วัดที่เปลี่ยนแปลงและเร่งรัดการบริการเชิงรุกในกลุ่มอายุ ๐-๒ ปี, ๓-๕ ปี และ ๖-๑๒ ปี เพื่อให้ผ่านตัวชี้วัด	ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดระดับประเทศ ขอให้ทางส่วนกลาง รับผิดชอบเพื่อดำเนินการได้ทัน
๒. ขาดแผนการจัดซื้อจัดหาวัสดุทันตกรรมทดแทนและขยายการบริการในหน่วยบริการทุกระดับในภาพรวมของเขต	มีการจัดทำแผนความต้องการ ๕ ปี เพื่อกำหนดเป็นความต้องการของเขตเรียงลำดับตามความสำคัญเร่งด่วน	วางแผนจัดสรรงบประมาณของเขต ประเทศ งบประมาณสนับสนุนของท้องถิ่นและอบจ. งบค่าเสื่อมของสปสข. ให้เป็นในทิศทางเดียวกัน
๓. โครงสร้างพื้นที่การทำงานของหน่วยบริการไม่เพียงพอต่อจำนวนทันตบุคลากรที่เพิ่มขึ้น	มีการทำแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ปรับปรุงพื้นที่ทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐานการทำงาน	จัดสรรงบประมาณและงบประมาณปรับปรุงพื้นที่ทำงานให้เพียงพอต่อทันตบุคลากรและอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน

# ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้



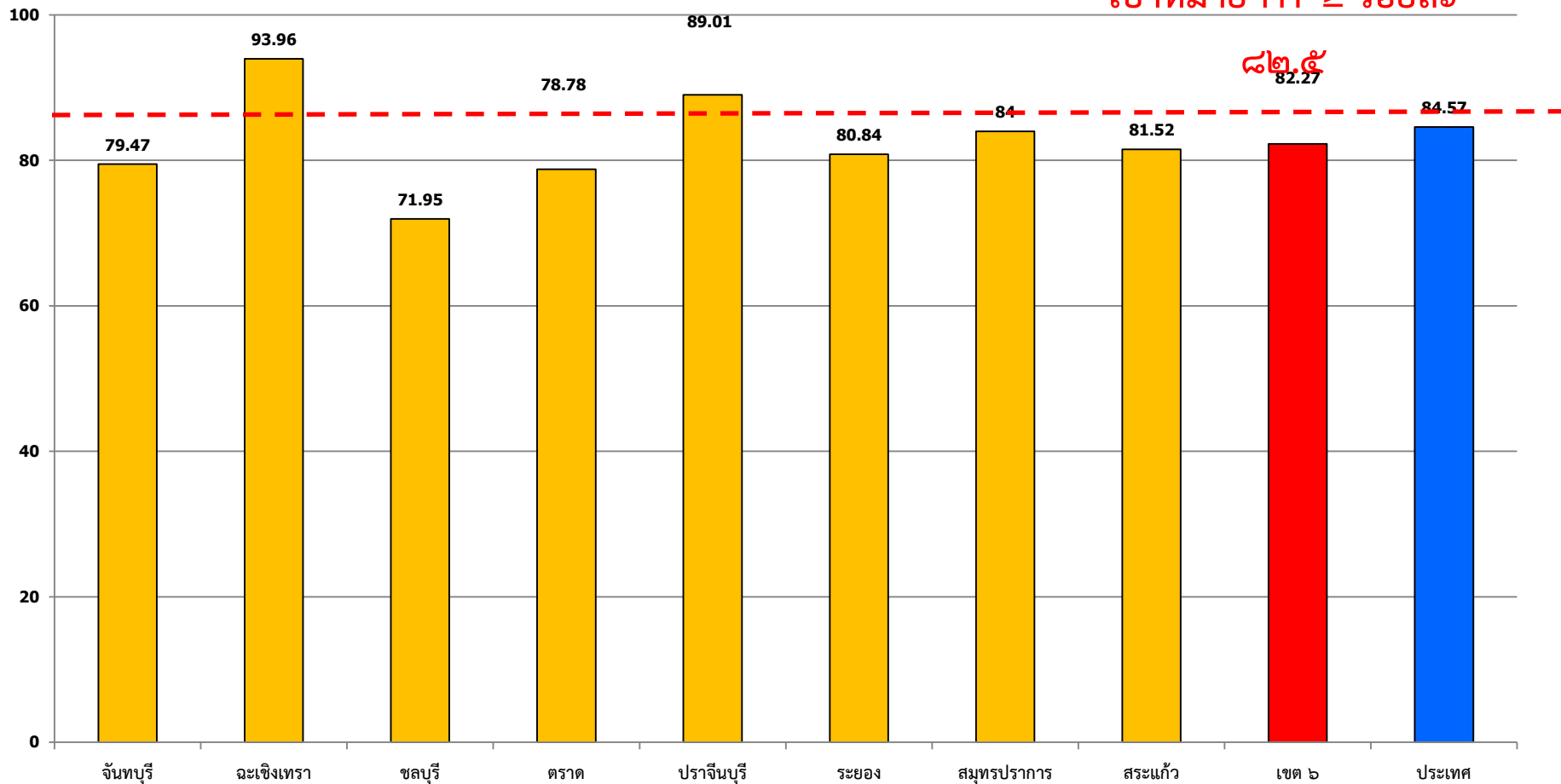
# ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้





# อัตราผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการประเมิน CVD risk

เป้าหมาย HT  $\geq$  ร้อยละ



จำนวน DM/HT	๒๓,๙๒๕	๒๙,๗๖๑	๓๐,๑๓๗	๒๐,๔๑๓	๒๓,๗๘๐	๔๐,๓๐๖	๘,๐๒๓	๒๐,๘๘๗	๑๙๗,๒๓๒	๒,๓๘๑,๙๘๙
คัดกรอง CVD Risk	๑๙,๐๑๔	๒๗,๙๖๒	๒๑,๖๘๓	๑๖,๐๘๑	๒๑,๑๖๖	๓๒,๕๘๔	๖,๗๓๙	๑๗,๐๒๗	๑๖๒,๒๕๖	๒,๐๑๔,๔๕๒



**Thank You!**