



**เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ  
รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2562  
จังหวัดจันทบุรี  
วันที่ 11-13 กุมภาพันธ์ 2562**

**งานประเพณีนมัสการ  
รอยพระพุทธบาทพลวง (เขาคิชฌกูฏ) จันทบุรี  
ประจำปี 2562  
5 กุมภาพันธ์ ถึง 5 เมษายน 2562**



**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี**

**[www.chpho.go.th](http://www.chpho.go.th)**

**โทรศัพท์ 0 3931 1166**

## บทสรุปผู้บริหาร

จังหวัดจันทบุรี แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 10 อำเภอ 76 ตำบล 731 หมู่บ้าน 33 ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 82 แห่ง มีจำนวนประชากร รวมทั้งสิ้น 548,540 คน ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน มีประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 16.12 ประชาชนมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพศชาย 72.30 ปี เพศหญิง 81.54 ปี และมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี คือ 72.02 ปี

ในการตรวจราชการฯ ในครั้งนี้ ได้นำเสนอรายละเอียดเป็นคณะ โดยสรุปถึงแผนงาน/แนวทาง/กระบวนการที่ได้ดำเนินการในปี 2562 ได้ดังนี้

### คณะที่ 1.การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

**การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย** ใช้แนวทาง 1) สร้างเครือข่ายความร่วมมือของทุกภาคส่วน 2) พัฒนาองค์ความรู้/ระบบบริหารจัดการ/ระบบการให้บริการผสมผสานตามกลุ่มเป้าหมาย 3) รมณรงค์สร้างกระแสค่านิยมมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต 4) พัฒนาระบบและติดตามประเมินผลโครงการ รวมทั้งกลไก MCH Board/ Perinatal Conference โดยผลการดำเนินงาน 3 เดือน (ตค-ธค.61) ยังไม่พบมารดาตายเด็ก 0-5 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงวัย ร้อยละ 93.62 พบเด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นด้วย TIDA4I ร้อยละ 37.50 และเด็ก 0-5 ปีสูงติสมส่วน ร้อยละ 46.54

**การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นเรียนและวัยรุ่น** ใช้แนวทาง 1) พัฒนาเครือข่ายโรงเรียนและสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ในการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2) การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service: YFHS) 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ครู ผู้ปกครอง และเครือข่าย โดยผลการดำเนินงาน 3 เดือน(ตค-ธค.61) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีเท่ากับ 8.15 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี

**การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ** เน้นกลไก 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่ม Active Aging 3) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 4) การติดตามประเมินผล โดยผลการดำเนินงาน (3 เดือน) พบว่า มีตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 57.89

**ด้านการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ** การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานรายใหม่ มี 7 มาตรการ คือ 1) การค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย 2) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเข้าถึงบริการลดเสี่ยง 3) การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus 4) การพัฒนานโยบายสาธารณะ การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ 5) การพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย 6) การพัฒนาระบบข้อมูล 7) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยผลการดำเนินงาน (3 เดือน) พบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีอัตราเท่ากับร้อยละ 0.89 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านดำเนินการได้เพียงร้อยละ 0.32 (อยู่ในระหว่างดำเนินการ) ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์(HbA1C<7%) ร้อยละ 22.30 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ ร้อยละ 21.71

**ด้านตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน** แนวทาง 1) พัฒนาระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ควบคู่กับการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (Emergency Operating Center; EOC) เพื่อเป็นจุดศูนย์กลางของการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข 2) พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ส่งผลให้การดำเนินงานในไตรมาสที่ 1 เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด



**ด้านการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม** มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 แห่ง ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมากขึ้นไป 6 แห่ง ระดับดีมาก Plus 3 แห่ง

**โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน** แนวทาง 1)สำรวจผู้สูบบุหรี่โดยเจ้าหน้าที่ และอสม .2)รณรงค์ลด ละเลิก สูบบุหรี่ในชุมชน 3)พัฒนาระบบบริการและระบบส่งต่อเพื่อการบำบัด 4) ติดตามและรายงานผลการเลิกสูบบุหรี่ ผลการดำเนินงาน (3 เดือน) พบว่า มีผู้เข้าร่วมโครงการและเข้ารับการบำบัด 4444 คน และจากการเชิญชวนผู้เข้าร่วมโครงการโดยอสม.จำนวน .....

## **คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ**

**การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ** ใช้แนวทาง 1)การเสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายสุขภาพ 2)สร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในชุมชน 3)พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด 4)พัฒนาระบบและกลไกการจัดการสุขภาพตนเองและการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการชุมชน และครอบครัว ผลการดำเนินงาน 3 เดือน พบว่า การขับเคลื่อน**คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ**คุณภาพสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์มีประเด็นพัฒนาอย่างน้อย อำเภอละ 2 ประเด็น ทั้ง 10 อำเภอ ในส่วนการพัฒนา**คุณภาพรพ.สต.ติดตาม รพ.สต.**จำนวนทั้งสิ้น 105 แห่ง ผ่านการประเมินรับรองระดับ 5 ดาวแล้ว 67 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 63.80 ในด้านการเปิดดำเนินงาน**คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)** ปี 2560-2561 เปิดดำเนินการแล้วจำนวน 10 ทีม และในปี 2562 มีการทบทวนแผนการจัดตั้งPCC โดยมุ่งเน้นในเขตเมือง คือ รพ.สต.ท่าช้างจำนวน 1 ทีม

**การพัฒนาโครงการพระราชดำริ งานวันโรค** มุ่งเน้น1)การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน และการคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยง 2)พัฒนาคุณภาพและกำกับติดตามการดูแลรักษาให้ได้มาตรฐาน โดยผล (3 เดือน) พบว่า พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรับการรักษา จำนวน 161 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จำนวน 125 ราย

## **การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**

**การใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU)** ทุกโรงพยาบาลมีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดขั้นที่ 1และมีโรงพยาบาลนายายอามเพียงแห่งเดียวที่ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ขั้นที่ 2 **ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)**โรงพยาบาลพระปกเกล้า มีการดำเนินงานด้านการป้องกันเชื้อดื้อยา พบว่า ในปี 2561 อัตราการพบเชื้อดื้อยา 8 ชนิด ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น อัตราการพบเชื้อที่เฝ้าระวังได้แก่ XDR (A.bau), VRE และ CRE เพิ่มขึ้น ในขณะที่ MRSA ลดลงเล็กน้อย ความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะควบคุมเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย และปริมาณ (DDD) การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มที่ออกฤทธิ์กว้างหรือสวงกับเชื้อดื้อยา ลดลงเล็กน้อย เชื้อดื้อยาใน HAI5 อันดับแรกปี 2561 ได้แก่ *A.baum, E.coli, K.pneu, MRSA* และ *Ent.faecium* ตามลำดับ

**Stroke** พัฒนาระบบ stroke fast track สามารถฉีดยาละลายลิ่มเลือดได้ อัตราการฉีดยาละลายลิ่มเลือดปี 2561 5.6% และอยู่ในระหว่างการวางแผนเตรียมพร้อมเปิด stroke unit 6 เตียง อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 9.01(3เดือน) **Sepsis** พัฒนาระบบบริการ Fast Track ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้เร็วขึ้นส่งผลให้อัตราตายในกลุ่มผู้ป่วย Septic Shock มีแนวโน้มลดลง **Trauma** ดำเนินการพัฒนาระบบบริการของห้องฉุกเฉิน พัฒนาระบบ fast track ปรับปรุงแนวทางในการรักษาและการส่งต่อ TEA unit ในโรงพยาบาลพระปกเกล้าผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ โรงพยาบาลชุมชนผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58.34 **ยาเสพติด** มุ่งเน้นขับเคลื่อนการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาและสารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางCBTxต้นแบบ โดยขับเคลื่อนควบคู่ไปกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด **สุขภาพจิตและจิตเวช** อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดจันทบุรี มีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2559-61คือ อัตรา 10.14 ,11.02 และ 10.33 ต่อแสนประชากร

ตามลำดับ ได้ขยายเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสู่ชุมชน ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและการดูแลบูรณาการร่วมกับงาน DHS สาขาไต มีคลินิกชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาลทุกแห่ง และมีการพัฒนาอาสาสมัครครอบครัว รวมถึงพัฒนาระบบ Palliative care สำหรับผู้ป่วย ESRD ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต **One Day Surgery** ได้พัฒนาแนวทางการประเมินและการดูแลผู้ป่วยเข้าผ่าตัดแบบ One Day Surgery และทำการผ่าตัดในกลุ่ม Esophagogastric varices มากที่สุด **สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ** สร้างการมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์การรับบริจาคอวัยวะและดวงตาอาทิ เหล่ากาชาด จ.จันทบุรี และในช่วง(ตค.61-ธค.61) มีผู้ยินยอมบริจาคดวงตา 1 ราย **สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** มีการพัฒนาระบบบริการและศักยภาพของหน่วยบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาระบบบริหารจัดการ มีผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ต.ค.61-ธ.ค.61) ร้อยละ 12.24 **สาขาหัวใจ STEMI** ให้บริการในระบบ Fast Track STEMI โดยใช้แนวทางการรักษาแบบ Pharmacoinvasive มีช่องทางในการให้คำปรึกษาและส่งต่อมายังรพศ. ในระบบ Fast track STEMI ตลอด 24 ชั่วโมง เพิ่มขยายบริการเปิดบริการตรวจสวนหัวใจจาก 20.00น. ขยายเวลาถึง 24.00 น.(เริ่ม ตุลาคม 2561) รพช.ทุกแห่ง จัดตั้ง Warfarin clinic และให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

### **คณะ3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ**

**ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ** แนวทาง 1)พัฒนาและปรับปรุงฐานข้อมูล/สารสนเทศด้านกำลังคน 2)จัดทำแผนบริหารตำแหน่ง และแผนกำลังคน จังหวัดจันทบุรี พบว่า สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ผลการประเมิน Happinometer พบว่าดัชนีความสุขของคนทำงานเพิ่มขึ้น โดยในปี 2560 ค่าเฉลี่ยความสุขระดับจังหวัดร้อยละ 62.42 ในปี 2561 ค่าเฉลี่ยความสุขระดับจังหวัดร้อยละ 63.41

**Digital Transformation** รพ.ทุกแห่งมีระบบ Less Paper to OPD Card แต่ยังไม่ได้ใช้ระบบคิว Online ใช้ Application H4U จำนวน 2 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลนายายอามและโรงพยาบาลแก้งหางแมว และมีการพัฒนา Application KSK ซึ่งเป็น Application สำหรับการเยี่ยมบ้านและนำไปใช้ในทุก PCC **การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง** ดำเนินการภายใต้ 1) คณะทำงานบริหารการเงินการคลังระดับอำเภอและระดับจังหวัด 2) การตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการ 3) การพัฒนาศักยภาพ CFO และ Auditor ระดับจังหวัด 4) แผนการตรวจเยี่ยมพื้นที่ที่มีความเสี่ยงวิกฤติ โดยผลการดำเนินงาน (3 เดือน) โรงพยาบาลทั้ง 12 แห่ง ไม่มีวิกฤติทางการเงิน **องค์กรคุณภาพ** 1) **การพัฒนาคุณภาพรพ.ตามมาตรฐาน HA** โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HA และโรงพยาบาลแก้งหางแมวอยู่ในระหว่างการขอรับรอง 2) **การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)** แนวทาง 1)พัฒนาบุคลากร 2) สสจ.และ สสอ. ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 2.1.)จัดทำหมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และหมวด 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ 2.2.)จัดทำแผน/กิจกรรม/ขั้นตอนในแผนพัฒนาองค์กร ในหมวด 2 และหมวด 4 พบว่า สสจ.และสสอ. 8 แห่ง สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด **นวัตกรรมการบริหารจัดการ** เริ่มดำเนินการใน รพ.เขตอำเภอท่าใหม่ 2 ประเด็น 1)บริหารจัดการร่วม 2)สนับสนุนบริการร่วม **ระบบธรรมาภิบาล ITA** แนวทาง 1) ทบทวนและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินให้กับทุกหน่วยงาน 2)พัฒนาบุคลากรด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน 3)การประกาศเจตจำนงสุจริต พบว่าหน่วยงานในกำกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของกระทรวงสาธารณสุข (Evidence Based : EB 1 – EB 4) ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ทั้งหมด **ระบบการตรวจสอบภายใน** มีแผนการตรวจสอบภายในครอบคลุมทุกระดับและ มีการกำกับดูแลให้หน่วยบริการประเมินงบการเงิน ตามแนวทางตรวจสอบงบการเงิน โดยใช้แบบประเมินระบบควบคุมภายใน ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA)และตรวจสอบงบการเงินของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง เป็นประจำทุกเดือน

## คำนำ

เอกสารการตรวจราชการ และนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี เล่มนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการรับการตรวจราชการฯ ในรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2562 ในระหว่างวันที่ 11 – 13 กุมภาพันธ์ 2562 ของผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 6 และคณะผู้นิเทศงานจากกระทรวงสาธารณสุข สาระสำคัญของเอกสารฉบับนี้ประกอบด้วยผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด และผลงานเด่นของจังหวัดจันทบุรี ในปี 2562

ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนทำให้เอกสารการตรวจราชการ และนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี เล่มนี้สำเร็จเรียบร้อยลงได้ด้วยดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการ และกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ที่มีความตั้งใจและความพยายามที่จะทำให้เอกสารฉบับนี้มีความสมบูรณ์ที่สุด เพื่อที่จะทำให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางานด้านสุขภาพต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี  
กุมภาพันธ์ 2562

## สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
คำนำ	ง
สารบัญ	จ
ข้อมูลจังหวัดจันทบุรี	1
ข้อมูลด้านสาธารณสุข	19
ข้อมูลด้านสุขภาพ	21
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2562	26

### คณะ 1

#### Mother&Child Health

1. อัตราส่วนการตายมารดา	31
2. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน	36

#### Green&Clean Hospital

3. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital กลุ่มวัยผู้สูงอายุ	40
4. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	43

#### NCD

5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	46
--	----

#### ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

6. ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	52
---	----

#### กลุ่มวัยเรียน/วัยรุ่น

7. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	55
---	----

#### ประเด็นเพิ่มเติม

8. โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน	61
9. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	66

## คณะ 2

### PRIMARY CARE

10. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ 75
11. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) 77
12. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตัดดาว 79

### TB

13. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 81

### RDU-AMR

- 14.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) 88
- 14.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) 94

### Fast Track

### STROKE

15. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 99

### SEPSIS

16. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired 106

### TRAUMA

17. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 109

### ยาเสพติด

- 18.1 ร้อยละผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year) 115

- 18.2 ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพยาที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพยาต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate) 118

### SP สาขาสุขาภพจิตและจิตเวช

19. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 120

### SP สาขาไต

20. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr การพัฒนาระบบบริการ ODS 121

21. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery 126

### SP สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

22. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 128

23. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 128

### ประเด็นเพิ่มเติม

24. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 131

25. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 134

### คณะ 3

#### HRH Transformation

26. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ 147
27. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข 153

#### Digital Transformation

28. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital 157
29. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง 159

#### Financial Management

30. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 160

#### Quality Organization

##### • HA

31. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 172

##### • PMQA

- \*32. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด  
เขตสุขภาพ 175

33. จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด 181
- ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ (ร้อยละ 100)

#### ระบบธรรมาภิบาล

34. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA 183
35. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป. มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายในและการ  
บริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด 186

#### ภาคผนวก



## ข้อมูลจังหวัดจันทบุรี

### แผนงานบูรณาการส่งเสริมการพัฒนาของกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการของจังหวัดจันทบุรี

#### 1.1 ข้อมูลสภาพทั่วไปและสถานการณ์การพัฒนาของกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก 2

จังหวัดจันทบุรี เป็นจังหวัดในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก 2 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด จังหวัดนครนายก จังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดสระแก้ว อยู่ในกลุ่มภาคตะวันออก ซึ่งเป็น 5 จังหวัดใน 8 จังหวัดของภาคตะวันออก ทุกจังหวัดในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก 2 มีการแบ่งเขตการปกครองใน 5 จังหวัดมีจำนวนอำเภอรวมทั้งสิ้น 37 อำเภอ มีจำนวนตำบลรวมทั้งสิ้น 278 ตำบล มีจำนวนหมู่บ้านรวมทั้งสิ้น 3,081 หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนจังหวัด 5 แห่ง เทศบาลตำบล 85 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 207 แห่ง โดยจังหวัดจันทบุรี มีจำนวนอำเภอ ตำบล หมู่บ้านมากที่สุด รองลงมาเป็นจังหวัดสระแก้ว ปราจีนบุรี ตราด และนครนายก ตามลำดับ ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนประชากรรวม 225,560 คน เป็นชายจำนวน 137,455 คน และเป็นหญิงจำนวน 88,105 คน สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุจากการเปรียบเทียบ 4 ปี (พ.ศ.2556 –พ.ศ. 2559) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยจังหวัดที่มีจำนวนประชากรสูงอายุมากที่สุด คือจังหวัดจันทบุรีมี จำนวนรวม 61,870 คน รองลงมาคือจังหวัดสระแก้ว จำนวน 52,930 คน และจังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 52,075 คน ตามลำดับ

ลักษณะภูมิประเทศของภาคตะวันออก 2 คือ จังหวัดปราจีนบุรี เป็นจังหวัดเดียวที่มีนิคมอุตสาหกรรม มีเขตอุทยานแห่งชาติและพื้นที่ท่องเที่ยว จังหวัดนครนายก เป็นเมืองแห่งการท่องเที่ยวเชิงนิเวศสำหรับจังหวัดจันทบุรี เป็นศูนย์กลางการค้าอัญมณี ขนาดใหญ่ จังหวัดตราดนอกจากจะมีสถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญแล้ว ยังมีแนวโน้มที่จะสร้างสนามบินพาณิชย์ เพื่อเชื่อมต่อการค้าการลงทุนกับประเทศเพื่อนบ้านอีกด้วย ซึ่ง 3 จังหวัดที่เป็นดินแดนการค้าชายแดน ได้แก่ สระแก้ว จันทบุรี และตราด มีชายแดนติดต่อกับประเทศกัมพูชาและมีการค้าชายแดนสูงอันดับ 1 ของการค้าชายแดนฝั่งกัมพูชา

ลักษณะภูมิอากาศได้รับอิทธิพลจากลมทะเลพัดผ่านตลอดเวลา อากาศเย็นสบายตลอดปี มีฝนตกชุกในฤดูฝน ไม่ร้อนจัดเนื่องจากอยู่ติดกับทะเลและไม่หนาวเย็น ความชื้นในอากาศสูง สภาพอากาศเป็นไปตามฤดูกาล มีอาชีพที่หลากหลายคือ การเพาะปลูก การทำประมง การทำป่าไม้ การทำเหมืองพลอย อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว และมีจังหวัดที่เป็นพื้นที่สำคัญด้านการปลูกและผลิตสมุนไพร ได้แก่ปราจีนบุรี จันทบุรี และสระแก้ว

วิสัยทัศน์ “ เมืองแห่งคุณภาพชีวิต ศูนย์กลางท่องเที่ยวประวัติศาสตร์ วัฒนธรรมและนิเวศแหล่งผลไม้และครัวสุขภาพไทย ”

## ประเด็นพัฒนา

1. ส่งเสริมและพัฒนากองทุนท่องเที่ยวให้ได้มาตรฐานเพื่อสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ สุขภาพ และวัฒนธรรม
2. เพิ่มขีดความสามารถด้านการค้า และการค้าชายแดน เชื่อมโยง EEC และประเทศเพื่อนบ้าน
3. พัฒนาประสิทธิภาพการผลิต การแปรรูป การตลาด สินค้าเกษตร(ผลไม้ ปศุสัตว์และประมง สมุนไพรไทย) คุณภาพปลอดภัยอย่างครบวงจร
4. อนุรักษ์ ป่าไม้ พัฒนาและปกป้อง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วม เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืน
5. พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สังคม การบริหารจัดการ ยกกระดับคุณภาพชีวิตให้มีความมั่นคง ปลอดภัย
6. เพิ่มขีดความสามารถด้านอุตสาหกรรมและการลงทุน  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีร่วมจัดทำแผนงานบูรณาการส่งเสริมการพัฒนากลุ่ม จังหวัดแบบบูรณาการดังนี้

กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก 2

ปี	ประเด็นการพัฒนา	โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบหลัก/รอง	ยุทธศาสตร์ กสธ.
ปี2562	ประเด็นที่ 3 พัฒนาประสิทธิภาพการผลิต การแปรรูป การตลาด สินค้าเกษตร(ผลไม้ ปศุสัตว์และประมง สมุนไพรไทย) คุณภาพปลอดภัยอย่างครบวงจร	โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก2 <u>กิจกรรม</u> ขยายพื้นที่ปลูกสมุนไพรที่มีคุณภาพ งบประมาณ 1,948,000 บาท <u>กิจกรรมย่อย</u> การอบรมสัมมนาผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สมุนไพรในการขออนุญาตมาตรฐานผลิตภัณฑ์ จังหวัดจันทบุรีงบประมาณ246,800 บาท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี/มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออกวิทยาเขตจันทบุรี	ยุทธศาสตร์ที่2 Service excellence แผนงานที่ 6 โครงการที่7 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
เส น อ ข อ ปี 2563	ประเด็นที่5.พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สังคม การบริหารจัดการ ยกระดับคุณภาพชีวิตให้มีความมั่นคงปลอดภัย	1.โครงการพัฒนาและส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงนิเวศวัฒนธรรมและวิถีชีวิตชุมชนกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก 2 <u>กิจกรรม</u> พัฒนาศักยภาพบุคลากรในสถานประกอบการ/เครือข่ายในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน 5 จังหวัด จังหวัดละ 2,072,400 บาท รวมทั้งสิ้น 10,362,000 บาท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ตราด สระแก้วและนครนายก	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ แผนงานที่7 โครงการที่ 31 พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
		2.โครงการคนกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก2 แข็งแรงสุขภาพดี ซีวีปลอดภัยปี2563 <u>กิจกรรม</u> รณรงค์ออกกำลังกายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดอ้วนหวานมันเค็ม จันทบุรี 2,000,000 บาท รวม5 จังหวัด 6,957,270 บาท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ตราด สระแก้วและนครนายก	ยุทธศาสตร์ที่1 PP&P Excellence แผนงานที่1 โครงการที่1-4 การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงานและกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
		3.โครงการเมืองสมุนไพรจังหวัดจันทบุรี ปี2563 <u>กิจกรรม</u> 1.พัฒนาโรงงานผลิตยาสมุนไพรและแปรรูปวัตถุดิบ GMP(WHO) 2.พัฒนาการผลิตพันธุ์พืชสมุนไพรด้วยงานวิจัยและนวัตกรรม 3.พัฒนาการแปรรูปสารสกัดจากสมุนไพรและการใช้ประโยชน์เพื่อสุขภาพ 4.พัฒนาและส่งเสริมการตลาดสมุนไพร งบประมาณรวมทั้งสิ้น 42,478,600 บาท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีร่วมกับ รพ.เขาคิชฌกูฏ ม.ราชชมงคลฯ ศูนย์วิจัยพืชสวน สงข.อุตสาหกรรมจังหวัด รพ.พระปกเกล้า และม.รำไพพรรณี	ยุทธศาสตร์ที่2 ด้านบริการเป็นเลิศ แผนงานที่9 โครงการที่34 การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

## แผนงานบูรณาการส่งเสริมการพัฒนาจังหวัด

### 1.1 ข้อมูลสภาพทั่วไปและสถานการณ์การพัฒนาจังหวัดจันทบุรี

จังหวัดจันทบุรี ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย พื้นที่จังหวัด จำนวน 6,338 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 3,961,250 ไร่ คิดเป็นพื้นที่ร้อยละ 1.8 ของประเทศ มีระยะทางห่างจากกรุงเทพฯ ตามเส้นทาง (สายใหม่) ประมาณ 239 กิโลเมตร แนวเขตติดต่อกับราชอาณาจักรกัมพูชาประมาณ 86 กิโลเมตร และมีแนวชายฝั่งทะเลยาวประมาณ 87 กิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 10 อำเภอ 76 ตำบล 731 หมู่บ้าน 33 ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 82 แห่ง ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมือง 5 แห่ง เทศบาลตำบล 42 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 34 แห่ง มีจำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 548,540 คน เป็นชาย 274,613 คน เป็นหญิง 273,927 คน

ภูมิประเทศด้านเหนือและตะวันออกของจังหวัดมีลักษณะเป็นป่าไม้ ภูเขา และเนินสูง ได้แก่ เขตอำเภอแก่งหางแมว อำเภอท่าใหม่ อำเภอมะขาม อำเภอสอยดาว อำเภอโป่งน้ำร้อน และตอนบนของอำเภอขลุง บริเวณดังกล่าวเป็นเขตป่าสงวน เขตอุทยานแห่งชาติ เขตห้ามล่าสัตว์ป่าและเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า และพื้นที่การเกษตรปลูกสวนผลไม้ อย่างพารา ปาล์ม น้ำมัน และพืชไร่ เช่น ข้าวโพด มันสำปะหลัง

ตอนกลางของจังหวัด เป็นที่ราบลุ่มภูเขา ได้แก่ พื้นที่ในเขตอำเภอเมือง อำเภอเขาคิชฌกูฏ ตอนบนของอำเภอท่าใหม่ อำเภอขลุง และตอนบนของอำเภอแหลมสิงห์ พื้นที่แหล่งน้ำที่ใช้ทำสวนผลไม้ และพื้นที่อำเภอนายายอาม ตอนล่างของอำเภอท่าใหม่ อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอขลุง มีลักษณะเป็นที่ราบชายฝั่งทะเลสลับด้วยเนินเขา เป็นบริเวณป่าชายเลน ภูมิอากาศเป็นแบบมรสุมเมืองร้อน (Tropical Monsoon Climate) อุณหภูมิเฉลี่ยตลอดปีประมาณ 36.0 องศาเซลเซียส มีฝนตกชุก ภูมิอากาศแบ่งออกได้เป็น 2 ฤดู คือ ฤดูฝน (wet season) และฤดูแล้ง (dry season)

จังหวัดจันทบุรีมีจุดผ่านแดนไทย – กัมพูชา ได้แก่ บ้านฝักกาดและบ้านแหลม อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี และมีจุดผ่อนปรนการค้าชายแดน รวม 3 จุด ได้แก่ ชับตารี และสวนส้ม อำเภอสอยดาว และบึงขันธ์ล่าง อำเภอโป่งน้ำร้อน และเป็นจังหวัดที่มีแหล่งท่องเที่ยวที่มีความหลากหลาย ทั้งทางด้าน การท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติชายฝั่งทะเล การท่องเที่ยวเชิงนิเวศ การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพแหล่งท่องเที่ยวและกิจกรรมการท่องเที่ยวออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ประเภทธรรมชาติ 2) ประเภทประวัติศาสตร์ โบราณคดี ศาสนาและศิลปวัฒนธรรม 3) ประเภทมนุษย์สร้างขึ้น และ 4) ประเภทกิจกรรมและความสนใจพิเศษ

จังหวัดจันทบุรีมีประชากรผู้สูงอายุ 84,256 คน จังหวัดจันทบุรีมีอัตราพึ่งพิงค่อนข้างสูง คือ 24.04 และเมื่อพิจารณาอัตราการพึ่งพิงที่คาดการณ์ในปี 2563 เพิ่มขึ้น อยู่ที่ 25.4 มีแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานถูกต้องตามกฎหมาย แบ่งเป็นประเภทตลอดชีพ ประเภทชั่วคราว และประเภทมาตรา 12 ยกเว้นมติกรม. (4) และ (5) และแรงงานต่างด้าวที่อนุญาตให้ทำงานตามมติกรม. เป็นแรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ ทำงานเป็นการชั่วคราว 3 สัญชาติ คือ พม่า ลาว กัมพูชา เพื่อทดแทนการขาดแคลนแรงงานในจังหวัด

## ประเด็นปัญหาและความต้องการเชิงพื้นที่

### 1 สภาพปัญหาที่สำคัญของจังหวัด

1.1. ปัญหาอุทกภัย จังหวัดจันทบุรีประสบปัญหาอุทกภัยเป็นประจำทุกปี สาเหตุเกิดจากพื้นที่ป่าลดน้อยลงจากการปรับเปลี่ยนไปเป็นสวนผลไม้เป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับอ่างกักเก็บน้ำ และหนองน้ำมีจำนวนน้อย ทำให้มีพื้นที่กักเก็บน้ำไว้ค่อนข้างจำกัด อีกทั้งบริเวณตัวเมืองในปัจจุบันมีการก่อสร้างรुक้าทางน้ำ และมีการถมที่กีดขวางการระบายน้ำจากท่อลอด และสะพาน ทำให้ความสามารถในการระบายน้ำลดลง

1.2 ปัญหาภัยแล้ง จังหวัดจันทบุรีมีพื้นที่การเกษตร 2.46 ล้านไร่ ราษฎรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีความต้องการใช้น้ำมาก แต่แหล่งเก็บกักน้ำของจังหวัดจันทบุรี มีไม่เพียงพอทำให้ราษฎรมักประสบปัญหาขาดแคลนน้ำอุปโภค-บริโภค รวมทั้งพื้นที่การเกษตรได้รับความเสียหายในช่วงฤดูแล้ง

1.3 ปัญหาราคาผลผลิตทางการเกษตรตกต่ำ จังหวัดจันทบุรีประสบปัญหาราคาผลผลิตทางการเกษตรตกต่ำเป็นประจำทุกปี สาเหตุเนื่องมาจากสินค้าทางการเกษตรเกือบทุกชนิดมีระยะเวลาการเก็บเกี่ยวผลผลิตช่วงระยะสั้น และมีอายุการเก็บรักษาหลังการเก็บเกี่ยวระยะสั้นเช่นกัน

### 2 ประเด็นปัญหาความต้องการในพื้นที่

#### 2.1 ความต้องการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ

1. ด้านการเกษตร : ส่งเสริมการผลิตพืชแบบเกษตรอินทรีย์ให้มีผลผลิตที่มีคุณภาพ ตรงกับความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศ

2. ด้านอัญมณีและเครื่องประดับ : พัฒนาลาดอัญมณีและเครื่องประดับ โดยพัฒนาผลิตภัณฑ์และการรับรองมาตรฐานสินค้า พัฒนาศักยภาพของบุคลากร ตลอดจนการขยายฐานลูกค้าในระดับกลางและระดับสูง

3. ด้านการท่องเที่ยว : เสริมสร้างศักยภาพด้านการท่องเที่ยว โดยการพัฒนาเส้นทางเชื่อมโยงเข้าสู่แหล่งท่องเที่ยว การประชาสัมพันธ์ และสนับสนุนกิจกรรมการท่องเที่ยว พัฒนาแหล่งท่องเที่ยวให้มีคุณภาพเพื่อเพิ่มจำนวนนักท่องเที่ยวและรายได้จากการท่องเที่ยว

4. ด้านการค้าชายแดน : พัฒนาการค้า การลงทุน และการเชื่อมโยงกับประเทศกัมพูชาและประเทศเวียดนาม โดยการจัดกิจกรรมความร่วมมือด้านต่างๆ สร้างความสัมพันธ์ระดับท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง และปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานให้เกิดความเชื่อมโยงในการกระจายสินค้าและบริการ

#### 2.2 ความต้องการพัฒนาด้านสังคม

จังหวัดจันทบุรียังมีสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เอตส์ อุบัติเหตุ ประชาชนมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัยจากสารเคมีตกค้างในร่างกาย สังคมไม่ปลอดภัย ครอบครัวแตกแยก เยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยง ค่านิยมสถาบันการศึกษา สื่อและสังคมที่กระตุ้นให้เกิดค่านิยมทางวัตถุส่งผลกระทบต่อประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ดังนั้น จังหวัดจันทบุรีจึงมุ่งเน้นให้เกิด “เมืองจันทน์น่าอยู่” คือประชาชนจังหวัดจันทบุรีมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดำเนินการสร้างสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ส่งเสริมและพัฒนาการศึกษาตลอดจนการเรียนรู้ สร้างความมั่นคงทางอาชีพที่สอดคล้องกับท้องถิ่นตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนตามมาตรฐานของการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation) พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นชุมชนเข้มแข็ง โดยมุ่งไปที่เยาวชนเป็นสำคัญ พัฒนาแหล่งน้ำเพื่อการอุปโภคบริโภค การรักษาความมั่นคงปลอดภัยและความสงบเรียบร้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชายแดน

## 2.3 ความต้องการพัฒนาด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

จังหวัดจันทบุรีได้ชื่อว่าเป็นพื้นที่ชุ่มน้ำแห่งหนึ่งของประเทศ พื้นที่ป่าทั้งป่าบก และป่าชายเลน ป่าสงวนถูกบุกรุกทำลายเพื่อการปลูกพืชอื่นๆ และการเลี้ยงกุ้งซึ่งมีการทิ้งร้างในเวลาต่อมา เนื่องจากราคาตกต่ำและทรัพยากรการท่องเที่ยวชายฝั่งทะเลที่ขาดการจัดระเบียบจึงมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการ ดังนี้

1. อนุรักษ์ป่าชายเลนและสัตว์น้ำชุมชนเพื่อชุมชนในท้องที่จังหวัดจันทบุรี
2. พัฒนาศูนย์ขยายผลการพัฒนาจากโครงการพระราชดำริและพัฒนาพื้นที่โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริฯ ที่ให้ความรู้สร้างความตระหนักในคุณค่าทรัพยากรป่าไม้ โดยปลูกจิตสำนึกและการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่รักษาสมดุลของระบบนิเวศ ที่เป็นบ่อเกิดความหลากหลายทางชีวภาพที่จะเป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป
3. การกำจัดขยะมูลฝอย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของชุมชนเมืองควรให้หน่วยงานที่รับผิดชอบศึกษารูปแบบที่เหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

**วิสัยทัศน์** “ระบียงเศรษฐกิจมูลค่าสูง สินค้าเกษตรและ อัญมณีโลก สังคมแห่งความสุขบนวิถีพอเพียง”

### ประเด็นการพัฒนา

- 1.ยกระดับมาตรฐานการผลิตสินค้าเกษตรมูลค่าสูงให้ได้มาตรฐานสากล และขยายฐานการตลาดนานาชาติ
- 2.ผลักดันความเป็นศูนย์กลางการผลิตอุตสาหกรรมอัญมณีและเครื่องประดับและเครือข่ายการตลาดสากล
- 3.สร้างเสริมบริการขั้นพื้นฐาน ด้านการค้า การลงทุน และการท่องเที่ยว สูเศรษฐกิจมูลค่าสูง
- 4.ยกระดับมาตรฐานคุณภาพชีวิต ความมั่นคงปลอดภัย ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
- 5.ผลักดันการเพิ่มมูลค่าการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและยั่งยืน



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีร่วมจัดทำแผนงานบูรณาการส่งเสริมการพัฒนาจังหวัดแบบบูรณาการดังนี้

แผนพัฒนาจังหวัดจันทบุรี				
ปี	ประเด็นการพัฒนา	โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบหลัก/รอง	ยุทธศาสตร์ กสธ.
ปี2562	ประเด็นที่4.ยกระดับมาตรฐานคุณภาพชีวิต ความมั่นคงปลอดภัย ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง	โครงการส่งเสริมและพัฒนาขีดความสามารถบุคลากรด้านการท่องเที่ยวให้มีปริมาณและคุณภาพ รองรับประชาคมอาเซียน กิจกรรม พัฒนาศักยภาพชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน งบประมาณ 600,000 บาท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี	ยุทธศาสตร์ที่1PP&P Excellence แผนงานที่ 3 โครงการที่8 การควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ
เสนอขอปี 2563	ประเด็นที่4.ยกระดับมาตรฐานคุณภาพชีวิต ความมั่นคงปลอดภัย ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง	1.โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนจันทน์ด้านสุขภาพตลอดช่วงชีวิต ลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) กิจกรรม 1.ส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพแม่และเด็กลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง 2.ส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้แข็งแรงและฉลาด 3.ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์ ( อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 4.สร้างเสริมสุขภาพตามหลักโภชนาการเพื่อผู้สูงอายุสุขภาพดีงบประมาณทั้งสิ้น 6,761,800 บาท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี	ยุทธศาสตร์ที่1 PP&P Excellence แผนงานที่1 โครงการที่1-4 การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงานและกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
		2.โครงการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กิจกรรม 2.1 ส่งเสริมความเข้มแข็งและความอบอุ่นในครอบครัว 2.2 เสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมงบประมาณ 1,626,500	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี	ยุทธศาสตร์ที่2 ด้านบริการเป็นเลิศแผนงานที่6 โครงการที่20 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

ปี	ประเด็นการพัฒนา	โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบหลัก/รอง	ยุทธศาสตร์ กสธ.
		<p>3. โครงการพัฒนาสุขภาพและความมั่นคงในชีวิต เพื่อเด็กและเยาวชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p>กิจกรรม</p> <p>3.1 พัฒนาองค์ความรู้เพศวิถี ศึกษารอบด้าน และ ทักษะชีวิต กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนสู่ทักษะการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร</p> <p>3.2 จัดพื้นที่สร้างสรรค์ วัยรุ่นจังหวัดสู่ความเป็นหนึ่ง งบประมาณ 1,426,300 บาท</p>	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี</p>	<p>ยุทธศาสตร์ที่1 PP&amp;P Excellence แผนงานที่1 โครงการที่1 การพัฒนาและสร้าง เสริมศักยภาพคนไทย กลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย</p>
		<p>4.โครงการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ</p> <p>กิจกรรม</p> <p>4.1 สำรวจปัจจัยเสี่ยงในแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในทุกอำเภอ</p> <p>4.2 จัดประชุมพัฒนาร่วมกับเครือข่ายในการ คัดเลือกประเด็นการจัดการปัจจัยเสี่ยง/การพัฒนา องค์ความรู้</p> <p>งบประมาณ 660,000 บาท</p>	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี</p>	<p>ยุทธศาสตร์ที่1 PP&amp;P Excellence แผนงานที่4 โครงการที่11-12 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม โครงการที่12 คุ้มครองสุขภาพ ประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เสี่ยง</p>

โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดจันทบุรี

โครงการ	ปี2561	ปี2562	ผู้รับผิดชอบ
<p>1.โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จังหวัดจันทบุรี ได้รับรางวัล รักษามาตรฐานพร้อมเป็นต้นแบบระดับเพชร ปีที่ 1</li> <li>- โรงเรียนลาซาลจันทบุรี (มารดาพิทักษ์) ได้รับรางวัลต้นแบบระดับเพชร</li> <li>- ชุมชนเทศบาลตำบลมะขาม ได้รับรางวัล ต้นแบบระดับทอง</li> <li>- วิทยาลัยเทคนิคจันทบุรี ได้รับรางวัล รักษามาตรฐานพร้อมเป็นต้นแบบระดับเงิน ปีที่ 1</li> <li>- มีแกนนำเยาวชนต้นแบบเก่งและดี TO BE NUMBER ONE ได้รับรางวัลระดับภาค และระดับประเทศ จำนวน 12 คน</li> <li>- ทีม Dancercise ได้รับรางวัล ระดับภาค และระดับประเทศทุกปี</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การรณรงค์สร้างกระแสค่านิยมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด</li> <li>2. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เด็กและเยาวชน <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดค่ายพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE สู่ความเป็นหนึ่ง</li> <li>- จัดค่ายพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชน TO BE NUMBER ONE DANCERCISE ระดับภาค/ประเทศ</li> <li>- จัดค่ายพัฒนาศักยภาพเยาวชนต้นแบบเก่งและดี TO BE NUMBER ONE</li> </ul> </li> <li>3. สร้างเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานทุกภาคส่วน <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายจังหวัด/ชมรม TO BE NUMBER ONE ต้นแบบระดับเพชร/ยอดเพชรและต้นแบบจังหวัดจันทบุรี</li> </ul> </li> </ol>	<p>ก.สงเสริมฯ</p>
<p>2.โครงการฟื้นฟูสุขภาพประชาชนและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ</p>	<p>เป้าหมายปีงบประมาณ 2561 จำนวน 380 ราย ผลการดำเนินงาน มีผู้ได้รับบริการใส่ฟันเทียมพระราชทาน จำนวน 169 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.47</p>	<p>เป้าหมายการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 จำนวน 380 ราย</p>	<p>ก.ทันตฯ</p>

โครงการ	ปี2561	ปี2562	ผู้รับผิดชอบ
3.โครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	<p>1 ระดับพื้นที่ สุ่มตรวจเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนทุกตำบล โดยใช้ I-kit ชุดทดสอบไอโอดีนในเกลือเสริมไอโอดีน อย่างน้อยอำเภอละ 300 ครั้วเรือน ทุกปีละ 1 ครั้ง</p> <p>2 ทุกชุมชน/หมู่บ้าน มีการดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน</p> <p>3 สถานบริการ จัดกิจกรรมรณรงค์วันไอโอดีนแห่งชาติ 25 มิถุนายน ของทุกปี</p> <p>ผลการดำเนินงาน ครั้วเรือนใช้เกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ร้อยละ 84.99</p>	<p>1 ระดับพื้นที่ สุ่มตรวจเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน โดยใช้ I-kit ชุดทดสอบไอโอดีนในเกลือเสริมไอโอดีน ทุกตำบล อย่างน้อยอำเภอละ 300 ครั้วเรือน ทุกปีละ 1 ครั้ง</p> <p>2 ติดตามผลการดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน ปีละ 1 ครั้ง</p>	กง.ส่งเสริมฯ
4.โครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว.จังหวัดจันทบุรี ปี 2561	<p>1.การประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ สำหรับอาสาสมัคร พอ.สว.จังหวัดจันทบุรี ปี 2561</p> <p><u>รุ่นที่ 1</u> เป็นการอบรมอาสาสมัครเดิม รวม 50 คน</p> <p><u>รุ่นที่ 2</u> อาสาสมัคร พอ.สว.ใหม่ รวมจำนวน 100 คน</p> <p>2. จัดประชุมคณะกรรมการจัดทำแผนออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว.ประจำปี</p> <p>3.ประสานงานและสรุปผลการจัดหน่วยแพทย์ฯตามแผนและแบบรายงานที่กำหนด</p> <p>4.ติดตามผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์</p>	<p>1. จัดประชุมคณะกรรมการจัดทำแผนออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว.ประจำปี</p> <p>2.ประสานงานและสรุปผลการจัดหน่วยแพทย์ฯตามแผนและแบบรายงานที่กำหนด</p> <p>3.ติดตามผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์</p>	กง.ส่งเสริมฯ กง.ยุทธฯ

โครงการ	ปี2561	ปี2562	ผู้รับผิดชอบ
<p>5.โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอ็กซเรย์เต้านมเคลื่อนที่(Mammogram) เฉลิมพระเกียรติฯ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณบดินทรเทพยวรางกูร ทรงเจริญพระชนมพรรษา ครบ 5 รอบ</p>	<p>- จัดกิจกรรมเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง รู้ทัน ป้องกันโรคมะเร็งเต้านมได้ ชลุม 450คน/แหลมสิงห์ 411คน</p> <p>- คัดกรองสตรีกลุ่มเสี่ยงเพื่อเอ็กซเรย์เต้านม (Mammogram) สตรีที่คลำพบก้อนผิดปกติได้รับการตรวจเอ็กซเรย์เต้านม (Mammogram) ชลุม 15 คน /แหลมสิงห์ 25 คน สตรีที่สงสัยมะเร็งเต้านม ได้รับการส่งต่อรักษาตามระบบ ชลุม 2 คน /แหลมสิงห์ 6 คน</p>	<p>คัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอ็กซเรย์เต้านมเคลื่อนที่(Mammogram) เฉลิมพระเกียรติฯอ.มะขาม/อ.เขาคิชฌกูฏ</p>	<p>กง.ควบคุมโรคไม่ติดต่อ</p>
<p>6.โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้ายา ต้านภัยมะเร็งเต้านม</p>	<p>1.รณรงค์ ป้องกัน เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งโดยหน่วยบริการ รพ. 12 แห่ง และรพ.สต. 105 แห่ง</p> <p>-สตรีอายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE)ร้อยละ 82.41</p> <p>-สตรีอายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ (CBE)อย่างน้อยคนละ 1ครั้งต่อปีร้อยละ 82.41</p> <p>2.ฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์แก่บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 28 คน/12 โรงพยาบาล</p>	<p>การจัดกิจกรรมตรวจมะเร็งเต้านมเชิงรุก</p>	<p>กง.ควบคุมโรคไม่ติดต่อ</p>

โครงการ	ปี2561	ปี2562	ผู้รับผิดชอบ
<p>7.โครงการพัฒนาสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านคลองพลู</p>	<p><b>1. ด้านการพัฒนาภูมิทัศน์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม</b>  1)ปรับปรุงภูมิทัศน์ และบริเวณโดยรอบ เช่นทางเข้าคอนกรีตของสถานีอนามัย พื้นคอนกรีตบริเวณหน้าเสาธง ทางเดินด้านข้าง เพื่อความสะดวกแก่ผู้รับบริการ</p> <p><b>2. ด้านการส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ</b>  1)คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ  2) การดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลคลองพลู  -จัดทำแผนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ/ผู้พิการ ร่วมกับภาคีเครือข่าย อสม.เดือนละ 1 ครั้ง  -ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ/ผู้พิการ ร่วมกับภาคีเครือข่าย หมอครอบครัวตำบลคลองพลู สัปดาห์ละ 1 ครั้ง  -จัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Plan)</p> <p><b>3. การคุ้มครองผู้บริโภคและวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน</b>  -สร้างเครือข่ายและพัฒนา อสม.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน เผื่อระวังภัยจากผลิตภัณฑ์ในตำบลคลองพลู โดยการสนับสนุนจากเครือข่าย และใช้เทคโนโลยีวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>1. ด้านการพัฒนาภูมิทัศน์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม  2. ด้านการส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ  3. การคุ้มครองผู้บริโภคและวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน  4. การแพทย์แผนไทย  5. การบริหารแบบมีส่วนร่วม</p>	<p>ก.ย.บุทธิ</p>



โครงการ	ปี2561	ปี2562	ผู้รับผิดชอบ
	<p><b>4. การแพทย์แผนไทย</b>  -จัดบริการแพทย์แผนไทยที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ  -บริการการทำหัตถการด้านการแพทย์แผนไทยทั้ง 4 ด้าน  -บริการนวดผ่อนคลายโดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย</p> <p><b>5. การบริหารแบบมีส่วนร่วม</b>  ปรับปรุงคณะกรรมการพัฒนาสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ บ้านคลองพลู ซึ่งประกอบไปด้วยกรรมการที่มาจากทุกภาคส่วน</p>		
<p>8.โครงการรณรงค์ “ฟันสะอาดเหงือกแข็งแรง” เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี “พระมารดาแห่งการทันตแพทย์ไทย”</p>	<p>นักเรียนร่วมกิจกรรมจำนวน 61 โรงเรียน ชาย2541 คนหญิง2546 คน รวม5097 คน</p>	<p>ปีงบประมาณ 2562 ดำเนินงานในโรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 61 โรงเรียน ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2562 ถึงวันที่ 30 สิงหาคม 2562</p>	<p>กง.ทันตฯ</p>
<p>9.โครงการรณรงค์กรรมเคลื่อนที่พอ.สว. จังหวัดจันทบุรี</p>	<p>มีผู้ได้รับการทั้งหมด จำนวน 1,656 คนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ถอนฟันจำนวน748 คน/1,094 ซี่</li> <li>2) อุดฟันจำนวน 399คน/599 ซี่</li> <li>3) ชูดหินน้ำลาย จำนวน 442 คน</li> <li>4) อื่นๆ จำนวน 66 คน</li> <li>5) ได้รับทันตสุขศึกษา จำนวน 1,656 คน</li> </ol>	<p>ปีงบประมาณ2562 ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2561</p>	<p>กง.ทันตฯ</p>

โครงการ	ปี2561	ปี2562	ผู้รับผิดชอบ
10.โครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554	เป้าหมายปีงบประมาณ 2561 จำนวน 20 ราย ผลการดำเนินงาน มีผู้ได้รับบริการรากฟันเทียม จำนวน 18 ราย 31 ราก คิดเป็นร้อยละ 90	เป้าหมายการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 จำนวน 20 ราย	กง.ทันตฯ
11โครงการส่งเสริมโภชนาการ และสุขภาพอนามัยและเยาวชน ในถิ่นทุรกันดารตามแผนพัฒนา เด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน)	1.จัดประชุมพัฒนาทักษะแกนนำนักเรียนในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและการจัดการน้ำดื่ม และส่งเสริม ความสูง โดยใช้กิจกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุก (Chopa & Chipa) 2. พัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรและยกระดับคุณภาพโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้สูงขึ้น ภายใต้การมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย		กง.ส่งเสริมฯ
12.โครงการควบคุมโรค หนองพยาธิในเด็กนักเรียนและ เยาวชนในถิ่นทุรกันดารตาม โครงการพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารีภายใต้แผนพัฒนาเด็ก และเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร	จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังป้องกันโรค หนองพยาธิแก่ครู นักเรียน เครือข่ายสุขภาพและ ผู้ปกครองจำนวนทั้งสิ้น 150 คน	เฝ้าระวังค้นหาผู้ติดโรคหนองพยาธิเข้าสู่อการรักษา และลดความชุกของโรคหนองพยาธิ	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
13.โครงการ“สืบสานพระเมตตา เร่งรัดค้นหาและรักษาวัณโรค” เฉลิมพระเกียรติ 65 พรรษา ในหลวงรัชกาลที่ 10		รายละเอียดการดำเนินงานตามเอกสาร (หน้า 81 – 87)	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

สรุปจำนวนผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ทุกพระองค์และผลการติดตามเยี่ยม  
 แยกรายอำเภอ จังหวัดจันทบุรี ถึงปี 2561

ผู้ป่วย ในพระราชานุเคราะห์	อำเภอ									
	สอยดาว	นายายอาม	โป่งน้ำร้อน	เมืองจันทบุรี	ท่าใหม่	ขลุง	แก่งหางแมว	คิชฌกูฏ	มะขาม	รวม
พ.อ.สว.	8	3	3	3	4	7	1	6	1	36
สมเด็จพระเทพฯ	5	0	0	3	0	6	10	1	2	27
พระวรวงษาธิตามาตุ	2	2	0	5	2	0	0	0	0	11
<b>รวม</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>74</b>
<b>ผลการติดตามเยี่ยม</b>										
อยู่ระหว่างรักษา	6	3	2	3	5	6	3	5	1	34
อาการคงที่	7	1	0	1	0	4	1	0	2	16
หาย	1	0	0	1	0	2	4	1	0	9
ทุเลา	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3
เสียชีวิต	1	0	0	4	1	1	1	1	0	9
ไม่พบผู้ป่วย/ย้ายที่อยู่	0	0	0	1	0	0	2	0	0	3
<b>คงเหลือติดตาม</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>62</b>

## โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดจันทบุรี

จังหวัดจันทบุรี มุ่งมั่นก้าวสู่การเป็นเมืองอัจฉริยะ หรือ Smart City เพื่อ มุ่งหวังยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับยุค Thailand 4.0 ในปี 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ขับเคลื่อนการยกระดับคุณภาพชีวิต ภายใต้ 3 กลยุทธ์ คือ Smart Citizen , Smart Officer และ Smart Organization ดังนี้

**1. Smart Citizen** มุ่งเน้นให้ประชาชน มีความปลอดภัยเมื่ออยู่ในภาวะฉุกเฉิน โดยการจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหรือ CPR และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติหรือ AED เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพทักษะในการช่วยเหลือการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นและยังเป็นการสร้างความรู้ความสามาถนำไปช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเมื่อเหตุการณ์ฉุกเฉิน

### ตารางแสดงจำนวนผู้ผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน CPRและAED จังหวัดจันทบุรี

การอบรม การช่วยฟื้น คืนชีพขั้น พื้นฐาน CPRและ AED	บุคลากร สธ.	อาสา ชีพ/ กู้ภัย	อปพร.	อปท.	อสม.	อฉช.	ข้าราชการ (หัวหน้า ส่วน)/ เจ้าหน้าที่	ประชาชน ทั่วไป	รวม ทั้งสิ้น
ปี 2561	3893	630	280	100	1109	1210	120	1504	8846
ปี2562 (3เดือน)		140	50	50			75	430	745

**2. Smart Officer** มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพบุคลากร และ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีประกอบการปฏิบัติงาน

2.1.มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร ด้วยHealthy food รวมทั้งการรณรงค์จัดทำเมนูอาหารสำหรับถวายพระ (Healthy food for monk) และออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยโปรแกรม 500K RUN

2.2.Smart อสม. พัฒนา อสม. 4.0 ใช้เทคโนโลยีประกอบการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถเข้าถึงระบบบริการและรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้อง เช่น สมาร์ท อสม. และอสม.ออนไลน์

**3. Smart Organization** มุ่งเน้นยกระดับองค์กรที่มีความทันสมัย สนองต่อความต้องการของประชาชน สามารถเข้าถึงประชาชนและประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว อาทิ

Smart Hospital เริ่มต้นจาก Paper less ใน OPD รพ ทุกแห่ง และเริ่มการทำโปรแกรมบันทึกประวัติออนไลน์ที่ รพ.เขาคิชฌกูฏ

Smart Office โดยใช้ระบบ E สารบรรณรับส่งหนังสือ การส่งโครงการเพื่อการตรวจสอบด้วยอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ การประชุมผ่านVDO Conference และ Facebook live เป็นต้น

## ข้อมูลพื้นฐาน ด้านการปกครองและประชากร

### 📌 การปกครอง

จันทบุรีแบ่งการปกครองออกเป็น 10 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอท่าใหม่ อำเภอขลุง อำเภอแหลมสิงห์ อำเภอโป่งน้ำร้อน อำเภอมะขาม อำเภอสอยดาว อำเภอนายายอาม อำเภอแก่งหางแมว และอำเภอเขาคิชฌกูฏ

การปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาล 47 แห่ง (เทศบาลเมือง 5 แห่ง เทศบาลตำบล 42 แห่ง) และองค์การบริหารส่วนตำบล 34 แห่ง (ตาราง 1)

### ตารางแสดงการแบ่งเขตการปกครองจำแนกรายอำเภอ จังหวัดจันทบุรี

ลำดับ	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	หลังคาเรือน	เทศบาล	อบต.	พื้นที่ (ตร.กม.)	ประชากร	ความหนาแน่น (ปชก./ตร.กม.)
1	เมือง	11	95	64,911	10	4	253	145,574	575.39
2	ขลุง	12	90	16,448	7	5	756	56,489	74.72
3	ท่าใหม่	14	124	27,555	6	7	613	71,105	116.00
4	โป่งน้ำร้อน	5	47	14,016	4	2	927	44,435	47.93
5	มะขาม	6	59	13,603	7	-	480	31,712	66.07
6	แหลมสิงห์	7	65	10,711	2	4	191	30,186	158.04
7	สอยดาว	5	70	24,347	2	4	734	64,735	88.19
8	แก่งหางแมว	5	66	19,741	1	4	1,254	41,756	33.30
9	นายายอาม	6	67	13,150	3	4	300	33,842	112.81
10	เขาคิชฌกูฏ	5	45	12,664	5	-	830	28,706	34.59
รวม		76	728	217,146	47	34	6,338	548,540	86.55

ที่มา: ทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2561

## ▶ ประชากร

จำนวนประชากรปี 2562 มีจำนวนทั้งสิ้น 548,540 คน เป็นชาย 274,613 คน (ร้อยละ 50.06) หญิง 273,927 คน (ร้อยละ 49.94 )

สัดส่วนประชากรกลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ทั้งชายและหญิง มีจำนวนทั้งสิ้น 38,611 คน คิดเป็นร้อยละ 7.04 ของประชากรทั้งหมด

สัดส่วนประชากรกลุ่มเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) ทั้งชายและหญิง มีจำนวนทั้งสิ้น 56,031 คน คิดเป็นร้อยละ 10.21 ของประชากรทั้งหมด

สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ทั้งชายและหญิง มีจำนวนทั้งสิ้น 88,450 คน คิดเป็นร้อยละ 16.12 ของประชากรทั้งหมด (ตาราง 2)

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของประชากรตามช่วงอายุ จำแนกตามเพศชาย-หญิง

ช่วงอายุ (ปี)	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
0-4	17,265	53.37	15,083	46.63	32,348	5.90
5-9	15,997	49.45	15,136	46.79	31,133	5.68
10-14	15,924	49.23	15,237	47.10	31,161	5.68
15-19	30,054	92.91	19,009	58.76	49,063	8.94
20-24	19,278	59.60	19,589	60.56	38,867	7.09
25-29	19,011	58.77	18,483	57.14	37,494	6.84
30-34	18,490	57.16	18,250	56.42	36,740	6.70
35-39	20,215	62.49	20,255	62.62	40,470	7.38
40-44	19,934	61.62	20,496	63.36	40,430	7.37
45-49	20,799	64.30	22,268	68.84	43,067	7.85
50-54	20,302	62.76	22,198	68.62	42,500	7.75
55-59	17,461	53.98	19,356	59.84	36,817	6.71
60-64	13,015	40.23	14,708	45.47	27,723	5.05
65-69	9,756	30.16	11,575	35.78	21,331	3.89
70-74	6,406	19.80	7,309	22.59	13,715	2.50
75-79	4,908	15.17	6,152	19.02	11,060	2.02
80 ขึ้นไป	5,798	17.92	8,823	27.28	14,621	2.67
รวม	274,613	848.93	273,927	846.81	548,540	100

ที่มา: ทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2561



## ข้อมูลด้านสาธารณสุข

### ▶ สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

จังหวัดจันทบุรี มีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระปกเกล้า (ระดับ A) มีโรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง (อำเภอท่าใหม่ มี 3 รพ.คือ รพ.ท่าใหม่ รพ.สองพี่น้อง และ รพ.เขาสุกิม) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 105 แห่ง สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 1 แห่ง PCC ที่เปิดให้บริการ 1 PCC (3 FCT) และ 7 FCT (ตาราง 3)

### ตารางแสดงจำนวน และประเภทสถานบริการภาครัฐจังหวัดจันทบุรี จำแนกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	รพศ.	รพช.	ระดับ	สสอ.	รพ. สต.	สอ.	PCC
1	เมือง	1	0	A	1	13		1( 3 FCT)และ 2 FCT
2	ขลุง		1	F1	1	15		2 FCT
3	ท่าใหม่		3	F2	1	17		1 FCT
4	โป่งน้ำร้อน		1	F2	1	8		
5	มะขาม		1	F1	1	10		
6	แหลมสิงห์		1	F2	1	7		
7	สอยดาว		1	F1	1	11		
8	แก่งหางแมว		1	F2	1	11		
9	นายายอาม		1	F1	1	7		
10	เขาคิชฌกูฏ		1	F2	1	6	1	2 FCT
รวม		1	11	11	10	105	1	1(3 FCT) + 7 FCT

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2561

หมายเหตุ รพ.สอยดาว ขอปรับยกระดับเป็น M2

➤ **สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน**

ประกอบด้วยโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง สถานพยาบาลไม่มีเตียงแผนปัจจุบันสาขาเวชกรรมชั้น 1 จำนวน 70 แห่ง สถานผดุงครรภ์ไม่มีเตียงชั้น 1 จำนวน 50 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน จำนวน 115 แห่ง ร้านขายยาแผนโบราณ จำนวน 17 แห่ง และคลินิกแพทย์แผนไทย จำนวน 7 แห่ง (ตาราง 4)

ตารางแสดงข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน แยกรายอำเภอ จังหวัดจันทบุรี

ลักษณะสถานพยาบาล	เมือง	สอยดาว	โป่งน้ำร้อน	มะขาม	ขลุง	แหลมสิงห์	เขาคิชฌกูฏ	แก่งหางแมว	นายายอาม	ท่าใหม่	รวม คลินิก
คลินิกเวชกรรม	26	3	0	0	4	1	0	0	1	2	37
คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29
คลินิกทันตกรรม	25	3	0	0	2	0	0	0	1	3	34
คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์	5	9	9	3	6	15	3	3	4	5	62
คลินิกเทคนิคการแพทย์	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
คลินิกกายภาพบำบัด	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	5
คลินิกการแพทย์แผนไทย	9	0	0	0	1	0	0	0	0	2	12
สหคลินิก	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
โรงพยาบาลเอกชน	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
พยาบาลชั้น 2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ทันตกรรมชั้น 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
คลินิกการประกอบโรคศิลปะ	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
<b>รวม อำเภอ</b>	<b>108</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>191</b>

ที่มา: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561

## ข้อมูลด้านสุขภาพ

### เกิด ตาย เพิ่ม

อัตราเพิ่มของประชากรจังหวัดจันทบุรีมีแนวโน้มลดลง แม้ว่าอัตราตายจะอยู่ในระดับคงที่ แต่อัตราเกิดมีชีมีแนวโน้มลดลง

ตารางแสดงจำนวน และอัตราเกิด ตาย เพิ่ม ทารกตาย และมารดาตาย ปีงบประมาณ 2557-2561

ปี	ประชากร	เกิด		ตาย		เพิ่ม		ทารกตาย		มารดาตาย	
		จำนวน เด็กเกิด	อัตราเกิด ต่อ 1,000 Pop.	จำนวน คนตาย	อัตราตาย ต่อ 1,000 Pop.	จำนวน คนเพิ่ม	อัตรา เพิ่ม ต่อ 100 Pop.	จำนวน ทารก ตาย	อัตราทารก ตาย ต่อ 1,000 เด็ก เกิดมีชีพ	จำนวน มารดา ตาย	อัตรา มารดา ตาย ต่อ แสน เด็ก เกิดมีชีพ
2557	525,170	7,008	13.34	3,412	6.50	3,596	0.68	37	5.28	2	28.54
2558	523,702	6,807	13.00	3,842	7.34	2,965	0.57	31	4.55	0	0.00
2559	522,877	5,384	10.30	4,014	7.68	1,370	0.26	38	7.06	0	0.00
2560	526,226	5,670	10.77	3,842	7.30	1,828	0.35	42	7.41	0	0.00
2561	532,466	5,519	10.36	4,211	7.91	1,308	0.25	42	7.61	1	18.12

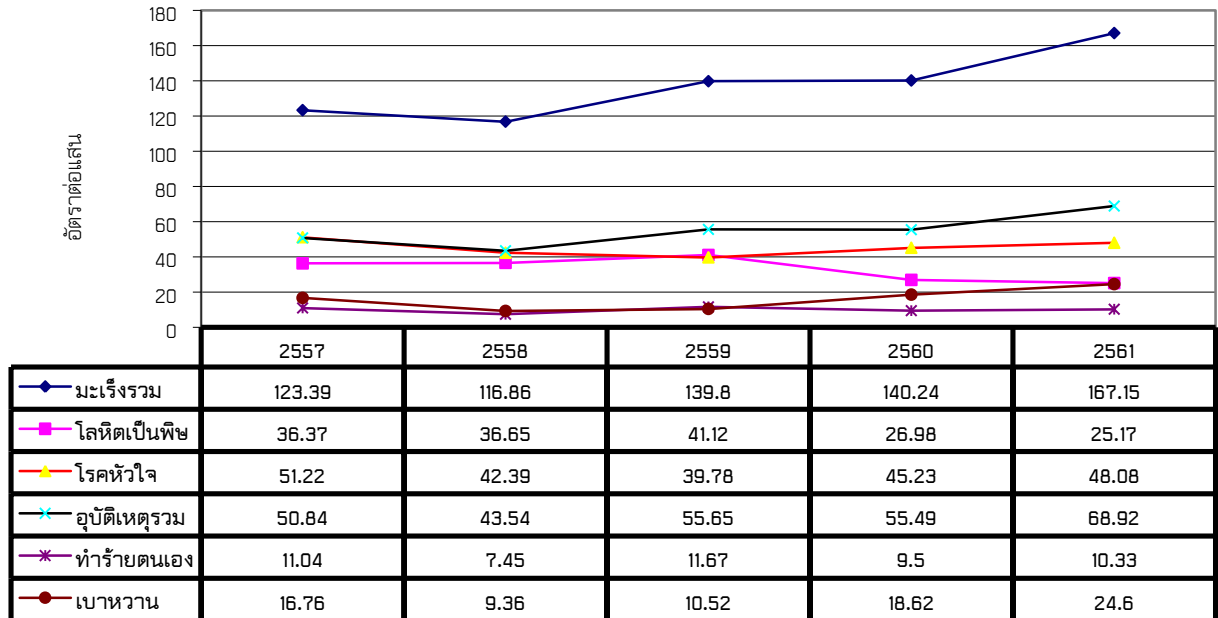
#### หมายเหตุ

1. อัตราเกิด ปี 2557-2558 แฉงนับจากรายงาน ก.2 (รวมคลอดทั้งในเขต+นอกเขต) ปี2559-2561 จากสูติบัตร
2. อัตราตาย แฉงนับจากมรณบัตร (เฉพาะในเขต)

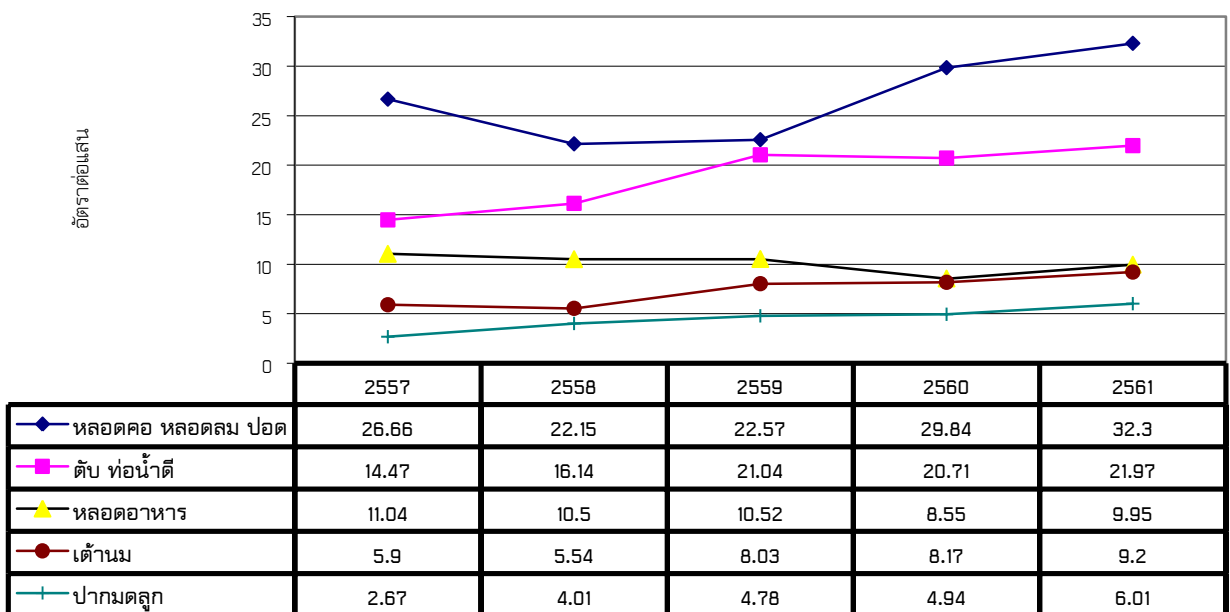
## 📌 สาเหตุการตาย

โรคมะเร็ง ทุกประเภท (รวม) เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (แผนภูมิ 2) และเมื่อจำแนกตามอวัยวะที่พบมะเร็ง พบว่า มะเร็งหลอดคอ-หลอดลมและปอด พบมากที่สุดและมีแนวโน้มสูงขึ้น รวมทั้งมะเร็งตับ ท่อน้ำดี และมะเร็งเต้านม ก็เป็นสาเหตุการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน (แผนภูมิ 3)

แผนภูมิแสดงแนวโน้มอัตราการตายต่อแสนประชากร จำแนกตามสาเหตุการตาย ปี 2557-2561



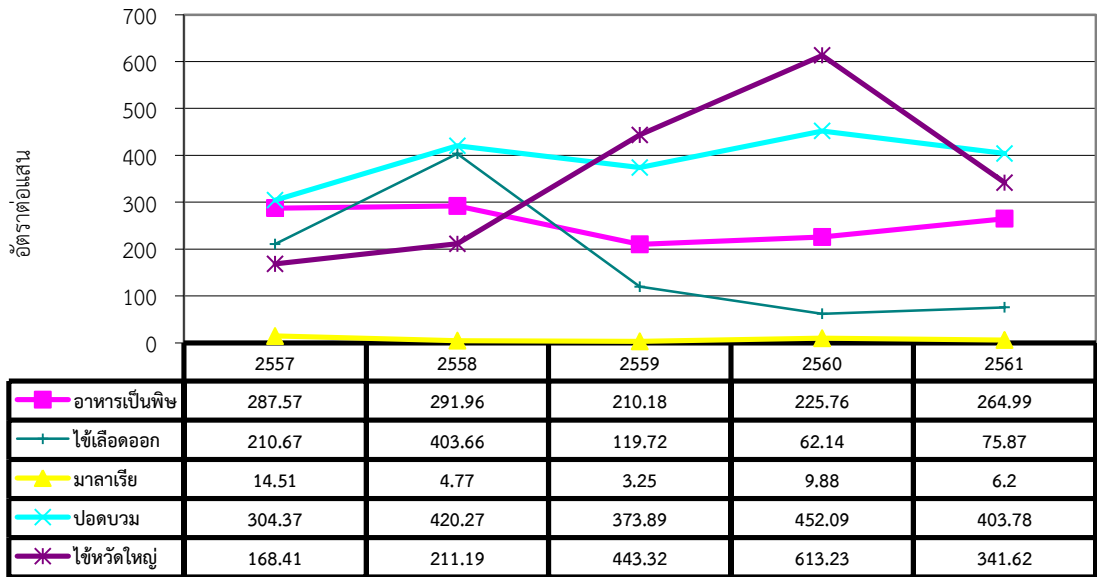
แผนภูมิแสดงแนวโน้มอัตราการตาย จำแนกตามอวัยวะที่เกิดโรคมะเร็ง ปี 2557-2561



➤ การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

ปี 2557-2561 พบว่า โรคที่มีแนวโน้มพบผู้ป่วยสูงขึ้นในจังหวัดจันทบุรี คือ ไข้หวัดใหญ่ ปอดบวม และในปี 2561 ทุกโรคมีแนวโน้มเจ็บป่วยลดลง ยกเว้น อาหารเป็นพิษสูงขึ้น

แผนภูมิแสดงแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี 2557-2561



➤ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี จังหวัดจันทบุรี

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด : เพศชาย 72.30 ปี และเพศหญิง 81.54 ปี

อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี : จังหวัดจันทบุรี (โรคเบาหวาน)

ภาพรวมของเพศชายและเพศหญิง คือ 72.02

(เป้าหมาย คือ ไม่น้อยกว่า 72 ปี)

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ไตรมาส 1 ( 1 ตุลาคม 2561-31 ธันวาคม 2561)

ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	ค่า เป้าหมาย 12 เดือน	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ /อัตรา	ผล ประเมิน
	<b>คณะ 2</b>					
	<b>ประเด็นที่ 1 PRIMARY CARE</b>					
1	*10.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 60	10 อำเภอ	10 อำเภอ	100	ผ่าน
2	*11.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่(Pimary Care Cluster)	ร้อยละ 36	12	10	20.4	ผ่าน
3	*12.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตัดดาว	3ดาว 100%	105	105	100	ผ่าน
		5ดาว สะสม 60%	105	67	63.81	ผ่าน
	<b>ประเด็นที่ 2 TB</b>					
4	*13.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 85	125			-
	<b>ประเด็นที่ 3 RDU-AMR</b>					
5	*14.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	RDU <sup>ชั้น</sup> ที่1 95%	12	12	100	ผ่าน
		RDU <sup>ชั้น</sup> ที่2 20%	12	1	8.33	ไม่ผ่าน
	*14.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	ร้อยละ 20 ของรพศ. รพท.	1	1	100	ผ่าน
	<b>คณะ 3</b>					
	<b>ประเด็นที่ 1 HRH Transformation</b>					
1	*26.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ70	100	75	75	ผ่าน
2	*27.จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข	ร้อยละ 70	3,585	276	77.53	ผ่าน
	27.1 ร้อยละของบุคลากรในองค์กรประเมิน Happinometer	ร้อยละ 70	4,647	3,652	78.59	ผ่าน
	27.2 ร้อยละของบุคลากรในองค์กรประเมิน HPI	ร้อยละ 70	357	309	86.55	ผ่าน
	<b>ประเด็นที่ 2 Digital Transformation</b>					
3	*28.เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	รพศ.1 แห่ง รพช. 50%	12	12	100	ผ่าน
4	*29.มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง	ทีมPCC ทั้งหมดที่ ขึ้น ทะเบียน				

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ไตรมาส 1 ( 1 ตุลาคม 2561-31 ธันวาคม 2561)

ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	ค่า เป้าหมาย 12 เดือน	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ /อัตรา	ผล ประเมิน
	คณะ 1					
	ประเด็นที่ 1.Mother&Child Health					
1	*1.อัตราส่วนการตายมารดา	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมี ชีพแสน คน	6,199	1	16.13	ผ่าน
2	*2.ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ 85				
	ตัวชี้วัดย่อย					
	2.1 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ	ร้อยละ 90	3,105	2,907	93.62	ผ่าน
	2.2 ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 20	2,907	473	16.27	ไม่ผ่าน
	2.3 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	473	363	76.74	ไม่ผ่าน
	2.4 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ 60	8	3	37.5	ผ่าน
	2.5 ร้อยละ 57 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 90	17948	8353	46.54	ไม่ผ่าน
	ประเด็นที่ 2.Green&Clean Hospital					
3	*3.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตาม เกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital					
	ตัวชี้วัดย่อย					
	3.1 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 100(6 ด.)	12	12	100	ผ่าน
	3.2 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 80(6ด.) ร้อยละ 85(9ด.)	12	12	100	ผ่าน
	3.3 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป	ร้อยละ 40	12	6	50	ผ่าน
	3.4 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus	อย่าง น้อย จว.ละ 1 แห่ง	1	3	100	ผ่าน
	Selected KPIs 62 จากแผนยุทธฯ กสธ.					
	ประเด็นที่ 3 กลุ่มวัยผู้สูงอายุ					
4	4.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 70	-	54	57.89	ผ่าน

คณะ 2						
	ประเด็นที่ 1 PRIMARY CARE					
1	*10.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 60	10 อำเภอ	10 อำเภอ	100	ผ่าน
2	*11.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	ร้อยละ 36	12	10	20.4	ผ่าน
3	*12.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ. สต. ดีดดาว	3ดาว 100%	105	105	100	ผ่าน
		5ดาว สะสม 60%	105	67	63.81	ผ่าน
	ประเด็นที่ 2 TB					
4	*13.อัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 85	125			-
	ประเด็นที่ 3 RDU-AMR					
5	*14.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (RDU)	RDUชั้นที่1 80%	12	12	100	ผ่าน
		RDUชั้นที่2 10%	12	1	8.33	ไม่ผ่าน
	*14.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	ร้อยละ 20 ของรพศ. รพท.	1	1	100	ผ่าน
	ประเด็นที่ 4 Fast Track					
	STROKE					
6	*15 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง HDC	< ร้อยละ 7	508	47	9.25	ไม่ผ่าน
	รพ.พระปกเกล้า	< ร้อยละ 7	303	28	9.24	ไม่ผ่าน
	ตัวชี้วัดย่อย					
	15.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	< ร้อยละ 5	209	8	3.83	ผ่าน
	15.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	< ร้อยละ 25	77	19	24.68	ผ่าน
	15.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)การรักษาใน Stroke Unit	< ร้อยละ 7	-	-	0	
	15.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ระยะเวลาที่ ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	≥ร้อยละ 40	-	-	0	
	15.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	≥ร้อยละ 50	17	6	35.29	ไม่ผ่าน
	15.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	≥ร้อยละ 60	77	-	0	ไม่ผ่าน



	SEPSIS					
7	*16.อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	<ร้อยละ 30	148	41	27.7	ผ่าน
	TRAUMA					
8	*17.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1	ร้อยละ 12	1,084	75	6.92	ผ่าน
	ประเด็นที่ 5 ยาเสพติด					
9	*18.1 ร้อยละของผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year)	ร้อยละ 20	168	37	22.02	ผ่าน
	*18.2 ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพยาที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ของแต่ละระบบหยุดเสพยาต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate)	ร้อยละ 40	56	55	98.21	ผ่าน
	คณะ 3					
	ประเด็นที่ 3 Financial Management					
5	*30.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4	ไม่เกิน ร้อยละ 4	12	-	0	ผ่าน
	ประเด็นที่ 4 Quality Organization					
	• HA					
6	*31.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมี คุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	รพศ. 100%	1	1	100	ผ่าน
		รพช. 90%	11	10	90.91	ผ่าน
	• PMQA					
7	*32.ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	สสจ. ระดับ 5 ร้อยละ 70	1	1	100	ผ่าน
	2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
	3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ร้อยละ 70	10	8	80	ผ่าน
	ประเด็นที่ 5 เขตสุขภาพ					
8	33.จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่ พัฒนาต่อยอด - ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ (ร้อยละ 100)	เพิ่มขึ้น จากฐานข้อมูล กรมวิทย์ 8 เรื่อง	1	1	100	ผ่าน

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ไตรมาส 1 ( 1 ตุลาคม 2561-31 ธันวาคม 2561)

ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	ค่าเป้าหมาย 12 เดือน	small success 3 เดือน	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ /อัตรา	ผลประเมิน
	คณะ 1						
1	*1อัตราส่วนการตายมารดา	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	6,199	1	16.13	ผ่าน
2	*2ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85				
	ตัวชี้วัดย่อย						
	2.1 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	3,105	2,907	93.62	ผ่าน
	2.2 ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	2,907	473	16.27	ไม่ผ่าน
	2.3 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	473	363	76.74	ไม่ผ่าน
	2.4 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ 60	ร้อยละ 30	8	3	37.5	ผ่าน
	2.5 ร้อยละ 57 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	17948	8353	46.54	ไม่ผ่าน
3	*3.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital						
	ตัวชี้วัดย่อย						
	3.1 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ100(6ค.)	ร้อยละ100(6ค.)	12	12	100	ผ่าน
	3.2 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับขึ้นไป	ร้อยละ85(9ค.)	ร้อยละ80(6ค.)	12	12	100	ผ่าน
	3.3 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป	ร้อยละ40	ร้อยละ40	12	6	50	ผ่าน
	3.4 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus	อย่างน้อย	อย่างน้อย	1	3	100	ผ่าน
4	4.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ70	ร้อยละ 30	-	54	57.89	ผ่าน

ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	ค่าเป้าหมาย 12 เดือน	small success 3 เดือน	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ /อัตรา	ผลประเมิน
5	5.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน						
	<u>ตัวชี้วัดย่อย</u>						
	5.1 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤ร้อยละ2.05	≤ร้อยละ2.05	7,738	69	0.89	ผ่าน
	5.2 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	≥ร้อยละ30	≥ร้อยละ30	4697	15	.032	ไม่ผ่าน
ประเด็นที่ 5 ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน							
6	6.ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ขั้นตอนที่ 5	ขั้นตอนที่ 1		ดำเนินการขั้นตอนที่ 1		ผ่าน
7	7.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	ไม่เกิน 38 ต่อพัน ปชก.	ไม่เกิน 38 ต่อพัน ปชก.			8.15	ผ่าน
8	8.โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน (สะสม 3 ล้านคน)			34,994	7,779		-
9	9.1 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 30	23,768	12,315	22.3	ไม่ผ่าน
	9.2 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 50	53,481	11,612	21.71	ไม่ผ่าน

## ประเด็นที่ 1 : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย(Mother&Child Health)

### ตัวชี้วัดที่ 1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีวิตแสรวย

- : ร้อยละ 20 ของการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี 2561
- : ร้อยละ 30 ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี 2561
- : ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี 2561) ร้อยละ 20
- : ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง
- : ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง
- : ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการ และส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา
- : ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด 5 อันดับ (จากโรคอายุรกรรม)
- : ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก

### 1. สถานการณ์/ปัญหา ปี 2561

ปี 2559-2560 ไม่มีมารดาตาย ส่วนในปี 2561 พบมารดาตาย จำนวน 1 ราย จากการตั้งครรภ์นอกมดลูก คิดเป็นอัตราเท่ากับ 16.13/แสนการเกิดมีชีวิต

การดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์ พบว่า มารดาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 66.15 มารดาคลอดฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 45.00 โรงพยาบาลที่มีผลงานต่ำ 3 อันดับสุดท้ายได้แก่ สอยดาว แหลมสิงห์ เขาคิชฌกูฏ ร้อยละ 36.68,37.93 และ 41.03 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 20.85 โรงพยาบาลที่พบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางสูง 3 อันดับแรกได้แก่ สอยดาว,สองพี่น้อง,โป่งน้ำร้อน ร้อยละ 33.56,30.43 และ 22.87 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 20 ที่มา: รายงานคลินิกฝากครรภ์) การจ่าย ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 67.36 เครือข่ายบริการพบ ที่มีผลงานการจ่ายยาต่ำ 3 อันดับสุดท้ายได้แก่ เมือง,เขาสุกิม, มะขาม ร้อยละ 72.41,85.06 และ 86.09 ตามลำดับ (เป้าหมายร้อยละ 100) พบหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 44.84 มีภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด 5 อันดับ(จากโรคทางอายุรกรรม) ได้แก่เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 23.16 ชีต ร้อยละ 15.69 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.19 ติดเชื้อช่องคลอด ร้อยละ 2.14 และโรคไทรอยด์เป็นพิษ ร้อยละ 1.28 โรงพยาบาลที่มีผลงานต่ำ 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ แหลมสิงห์, สองพี่น้อง และเขาคิชฌกูฏ ร้อยละ 51.72, 55.36 และ 56.14 ตามลำดับ

การดูแลในระยะคลอด พบว่า ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนยังสูงกว่าเป้าหมายคิดเป็นอัตรา 37.06 ต่อพันการเกิดมีชีวิต โรงพยาบาลที่พบสูงที่สุด อันดับแรกได้แก่มะขาม,พระปกเกล้า,สองพี่น้อง พบอัตรา 63.06,49.23 และ 39.22 ตามลำดับ ( เป้าหมาย ไม่เกิน 25/1,000การเกิดมีชีวิต) มารดาตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.79 ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 5)

การดูแลทารกแรกเกิด พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมคิดเป็นร้อยละ 10.84 เกินกว่าค่าเป้าหมาย โรงพยาบาลที่พบสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ ท่าใหม่,พระปกเกล้า,มะขาม ร้อยละ 16.67,12.47 และ 9.9ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 7) ผลการตรวจคัดกรองไอโอดีนในทารกแรกเกิดคิดเป็นร้อยละ 4.43 โรงพยาบาลที่พบสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ สอยดาว สิริเวช และ เขาคิชฌกูฏ ร้อยละ 12.82,11.17 และ 8.16 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 3) ส่วนตัวชี้วัดที่ไม่เป็นปัญหาได้แก่อัตราทารกตายปริกำเนิด 6.02 (ไม่เกิน9/1,000 การเกิดมีชีวิต)

คุณภาพระบบ/บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีการจัดบริการตามมาตรฐานแม่และเด็กร้อยละ 100 โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 100 สูงกว่าค่าเป้าหมาย

(ร้อยละ 80 )และมีค่าลดต้นแบบการสร้างเด็กคุณภาพ(ค่าลดพัฒนาการดีเริ่มที่นมแม่/ค่าลดมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต) 10 อำเภอ 10 ตำบล

**ตารางแสดงจำนวนและร้อยละผลการดำเนินงานกลุ่มสตรีและเด็กตั้งแต่ปี 2559-2562(ตค 61-ธค.61)**

ลำดับ	ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			ปี2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562 (ตค-ธค.61)
1	อัตราส่วนการตายมารดา	ไม่เกิน 17/แสน การเกิดมีชีพ	0	0	1/6199 16.13	0
2	ร้อยละของการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด	ลดลงจากปี 61 ร้อยละ 20	0	0	0	0
3	ร้อยละของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง	ลดลงจากปี 61 ร้อยละ 30	0	0	0	0
4	ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง	ลดลงจากปี 61 ร้อยละ 20	0	0	0	0
5	อัตราทารกเกิดมีชีพขาดออกซิเจน(จาก รงก.2)	ไม่เกิน 25/1,000 การเกิดมีชีพ	44.74	34.42	221/6199 37.06	50/1,495 33.44
6	อัตราทารกตายปริกำเนิด (จาก รงก.2)	ไม่เกิน 9/1000 การเกิดมีชีพ	6.34	6.49	33/6199 5.94	9/1,495 6.02
7	มารดาคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน12 สัปดาห์ (จาก รงก.2)	ร้อยละ 60	58.91	63.59	3556/5376 66.15	904/1,487 60.79
8	มารดาคลอดฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (จาก รงก.2)	ร้อยละ 60	53.88	52.66	3,171/5,376 58.98	534/1,487 35.92
9	ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง (จากรง.คลินิกฝากครรภ์)	ร้อยละ 100	N/A	N/A	4,561/4,561 100	1,042/1,042 100
10	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง (จากรง.คลินิกฝากครรภ์)		N/A	N/A	2,045/4,561 44.84	437/1,042 41.94
11	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการและส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา (จาก รง.คลินิกฝากครรภ์)		N/A	N/A	304/304 100 (รพช)	328/328 100 (รพช.+ คลินิก+ เอกชน)
12	ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด 5 อันดับ (จากโรคอายุรกรรม) 1.โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2.ซีด 3.ความดันโลหิตสูง 4.ติดเชื้องอกคลอด 5.ไทรอยด์เป็นพิษ (จาก รง.คลินิกฝากครรภ์)		N/A N/A N/A N/A N/A	N/A N/A N/A N/A N/A	23.16 15.69 6.19 2.14 1.28	21.83 13.71 3.05 4.57 4.06
13	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (จาก รง.คลินิกฝากครรภ์)	ไม่เกินร้อยละ 20	20.27	13.38	754/3,616 20.85	218/1042 20.92
14	อัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19ปี ต่อพันประชากรหญิง 15-19 ปี	42/1,000	35.04	34.53	29.43	N/A

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			ปี2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562 (ตค-ธค.61)
15	อัตราการคลอดซ้ำในมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี	ไม่เกินร้อยละ 10	12.08	14.63	9.98	N/A
16	การคุมกำเนิดกึ่งถาวรในมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	70/3 4.29	82/63 76.83	137/88 64.23	22/20 90.91
17	มารดาตกเลือดหลังคลอดจังหวัดจันทบุรี ปี 2561 คนไทย	ไม่เกินร้อยละ 5	2.81	2.35	136/5,376 2.53	15/418 3.60
18	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ไม่เกินร้อยละ 7	10.22	10.89	582/5370 10.84	140/1495 9.36
19	ข้อมูลการจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์	ร้อยละ 100			5,342/6,421 83.20	80.48
20	ผลการตรวจคัดกรองไอโอดีนในทารกแรกเกิด	ไม่เกินร้อยละ 3	4.19	5.27	265/5,984 4.43	83/1,529 5.43
21	เด็กแรกเกิด - น้อยกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	87.59	71.75	1466/2499 58.66	936/1,198 78.13
22	โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	ร้อยละ 80	100	100	12/12 100	12/12 100

## 2.แผนงาน/โครงการปีงบประมาณ 2562

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนด มีการขับเคลื่อนนโยบายลงสู่พื้นที่ รวมถึงการกำกับติดตาม อย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2562 มีแผนงานโครงการที่ดำเนินการทั้งสิ้น 6 โครงการ ได้แก่

กิจกรรม	งบประมาณ	กลุ่มเป้าหมาย	วตป.	ผลการดำเนินงาน
1.การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	-	รพช.4 แห่ง	ตค.61	ผ่านการประเมิน 4 แห่ง
2.โครงการอบรมฟื้นฟูทักษะบุคลากรด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)	26,200 บาท	จนท.70 คน	28 มค.62	70 คน
3.แลกเปลี่ยนเรียนรู้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย ปี 2562	107,000 บาท	จนท.ภาคี 200 คน	สิงหาคม 62	ยังไม่ได้ดำเนินการ
4.ประชุม MCH Borad	4,200 บาท	จนท.30 คน/4 ครั้ง	16 พย.61	1 ครั้ง
5.ประชุม Perinatal Conference	8,400 บาท	จนท.60 คน/4 ครั้ง	7 ธค.61	1 ครั้ง
6.ประชุมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย ปี 2562	125,000 บาท	10 อำเภอ	มกราคม 62	10 อำเภอ

## 3. เป้าหมายการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562

- 3.1.ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน
  - มีระบบบริหารจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา
  - มีข้อเสนอเชิงนโยบายหรือมาตรการที่มีประสิทธิภาพรองรับการแก้ปัญหา
- 3.2 ระบบบริการที่มีคุณภาพ
  - โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก
- 3.3 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยง
  - พัฒนาระบบสุขภาพแม่และเด็กอย่างยั่งยืนโดยการสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

### 3.4 การสร้างภาคีเครือข่าย

- บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

## 4.ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2562 (ตค-ธค.61) จังหวัดจันทบุรียังไม่พบมารดาตาย จากการเก็บข้อมูลความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์พบว่า หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ร้อยละ 100 ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ทุกสาเหตุ พบหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 41.94 มีภาวะเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับดูแลร้อยละ 100 และหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต้องส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษาตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงได้รับการส่งต่อร้อยละ 100 พบภาวะเสี่ยงจากโรคทางอายุรกรรม 5 อันดับแรกได้แก่ .โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซีด ติดเชื้อช่องคลอด ไทรอยด์เป็นพิษ และความดันโลหิตสูง

#### 4.1.การบริหารจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาระบบงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

1) มีการจัดทำแผนงานกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ร่วมกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงนำความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน มาเป็นข้อมูลประกอบในการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสตรีและเด็กจังหวัดจันทบุรี

2) ติดตามตัวชี้วัดของพื้นที่และวิเคราะห์ผลการดำเนินงานจาก ข้อมูล Data Center รายงานที่ไม่สามารถประมวลผลจากระบบได้มีการ จัดทำแบบฟอร์มสำหรับการจัดเก็บเฉพาะเป็นรายเดือน เช่น รายงานคลินิกฝากครรภ์ รายงานคลอด เป็นต้น

3) มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ปี 2561 พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงที่สุด เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม มีค่าดัชนีมวลกายเกิน และได้จัดทำแนวทางการดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่คัดกรองพบน้ำตาลในเลือดสูงที่โรงพยาบาลชุมชนและการส่งต่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

4) โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดทำ Action plan ตามปัญหาที่พบของแต่ละโรงพยาบาล สำหรับแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่คัดกรองพบน้ำตาลในเลือดสูง มีการจัดทำขั้นตอนการดูแลตั้งแต่คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และการติดตาม

#### 4.2.ข้อเสนอเชิงนโยบายหรือมาตรการที่มีประสิทธิภาพรองรับการแก้ปัญหา

1) มีการวิเคราะห์ปัญหาภาพรวมจังหวัดและนำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ไตรมาสละ 1 ครั้ง และ จัดประชุม Perinatal Conference ไตรมาสละ 1 ครั้ง

2) มีการจัดระบบการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉิน

- มีแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

- มีคลินิกครรภ์เสี่ยงสูง ใน รพช. ให้บริการทุกวันจันทร์และวันศุกร์ โดยแพทย์ MFM เป็นผู้ดูแลและรับ Refer และให้คำปรึกษาแก่แพทย์ พยาบาล จาก รพช./รพข. มีการสื่อสารผ่านกลุ่ม LINE

GROUP : MCH จันทบุรี,หัวหน้าห้องคลอดจันทบุรี สายด่วนห้องคลอด

#### 4.3.ระบบบริการที่มีคุณภาพ

1) รพช.และ รพข. ได้รับการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กครบทุกแห่ง ในปี 2562 ครบประเมินซ้ำจำนวน 4 แห่ง ผ่านการประเมินทั้ง 4 แห่ง และรอประเมินซ้ำ 1 แห่ง คือโรงพยาบาลพระปกเกล้า

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ได้รับการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กจากกรรมการอำเภอและประเมินรับรองซ้ำทุก 3 ปี

3) ทบทวนการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยการใช้ Ballon Tamponade และจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้กับบุคลากรห้องคลอดจาก รพข.ทุกแห่ง



4) มีการจัดการระบบส่งต่อในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ทีมสูติแพทย์ รพศ.ได้จัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการเกิด ความล่าช้าในการเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์ ในกระบวนการต่างๆ ดังต่อไปนี้

- การใช้โปรเจกเตอร์ป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนดและแนวทางการส่งต่อ
- คำแนะนำเพื่อประเมินความเสี่ยง การชักนำคลอด และแนวทางการส่งต่อมาคลอดที่รพศ.
- คำแนะนำในการชักนำการคลอดที่โรงพยาบาลชุมชน
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่ รพช.
- การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลชุมชน
- การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่คัดกรองพบน้ำตาลในเลือดสูงที่โรงพยาบาลชุมชนและการส่งต่อ
- คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อตรวจดาวนซ์ของทารกในครรภ์
- แนวทางปฏิบัติก่อนส่งหญิงตั้งครรภ์เจาะน้ำคร่ำหรือ QUAD
- แนวทางส่งปรึกษาผลคัดกรองธาลัสซีเมียชนิดปรกติ

4.4. สื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างกระแสทางสังคม ผ่านเวทีผู้สื่อข่าวระดับจังหวัด หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน เสียงตามสาย ติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์หน้าสถานบริการทุกแห่ง

1) กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนและต่อเนื่องยังยืนร่วมด้วยอาหารตามวัยจนถึง 2 ปีหรือมากกว่า รวมถึงการดำเนินงานตามมาตรการทางกฎหมาย และ พรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

2) การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

3) โครงการสาวไทยแก้มแดง การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก+ไอโอดีน

**5.การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยง ปัญหา และอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ปัญหาที่ไม่ประสบความสำเร็จของจังหวัดจันทบุรี**

หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสมส่งผลให้พบภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ด้วยสาเหตุโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากถึงร้อยละ 21.83 และพบภาวะโลหิตจางจากการตรวจครั้งแรกมากถึงร้อยละ 20.92 จังหวัดจันทบุรีได้นำข้อมูลความเสี่ยงดังกล่าวเข้าที่ประชุม MCH Broad ที่ประชุมมีมติให้หน่วยบริการทุกแห่งใช้แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงโรคเบาหวานทุกราย ตามที่แนวทางกำหนด เพิ่มการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กควบคู่กับ Triferdine ให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่า Hct.<33% ทุกราย ตามคู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และเน้นการให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายในโรงเรียนพ่อแม่

**6.กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

กลุ่มงาน	:	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	:	1.นางสมจิต ยาใจ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-3579377 Email : oonyajai@yahoo.com 2.น.ส.ศดับพินท์ พสุหิรัณย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 0909863944 Email:saduppin.s@gmail.com

**ประเด็นที่ 1 : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย(Mother&Child Health)**

**ตัวชี้วัดที่ 2 ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน มีตัวชี้วัดย่อย 5 ตัวชี้วัด**

1. ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
2. ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปีที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า
3. ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม
4. ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA4I
5. ร้อยละ 57 ของเด็ก 0 – 5 ปีสูงดีสมส่วน

**1. สถานการณ์/ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ สถิติของปัญหาและผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในปี 2561**

ผลการดำเนินงานเด็ก 0-5 ปี ปี2561 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ความครอบคลุมผลการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 92.88 พบสงสัยล่าช้าร้อยละ 17.68 เด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการร้อยละ 85 ยังต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 90 ) เด็ก 0-5 ปีที่พบพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TIDA4I คิดเป็นร้อยละ 52.78 ยังต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 60) เนื่องจากเด็กบางคนย้ายถิ่นฐานออกนอกพื้นที่ตามครอบครัวทำให้ติดตามไม่ได้และระบบการส่งต่อเด็กล่าช้าจาก รพ.สต. มายัง รพช.ขาดประสิทธิภาพ ทำให้การเข้าถึงบริการ TIDA4I ไม่ทันช่วงเวลาที่กำหนด เด็กอายุ 0-5 ปี มีสูงดีสมส่วน ร้อยละ 47.89 ยังต่ำกว่าเป้าหมาย(เป้าหมายร้อยละ 54 ) เนื่องจากครอบครัวขาดความรู้ ความตระหนักในการส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม เด็กบางส่วนขาดการเข้าถึงการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

**ตาราง แสดงจำนวนและร้อยละผลการดำเนินงานกลุ่มสตรีและเด็กตั้งแต่ปี 2559-2561(ตค61-ธค.61)**

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			2559	2560	2561	2562 ตค-ธค.61
1	เด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย -เด็ก 0-5ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ - พบสงสัยล่าช้า - เด็กสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม -เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TIDA4I	ร้อยละ 85	91.20	95.80	97.53	96.01
		ร้อยละ 90	98.56	85.03	92.88	93.62
		ร้อยละ 20	8.80	19.55	17.24	16.27
		ร้อยละ 90	87.35	79.71	87.24	76.74
		ร้อยละ 60			19/36	3/8
				52.78	37.50	
2	เด็กอายุ0– 5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 57	51.60	54.08	47.89	46.54
3	ผลงานการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ 70			10.16	66.47

**2.แผนงานโครงการปีงบประมาณ 2562**

กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	กลุ่มเป้าหมาย	วคป.	ผลการดำเนินงาน
1.โครงการอบรมฟื้นฟูทักษะบุคลากรด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)	26,200	จนท.70 คน	28 มค.62	1 ครั้ง
2.แลกเปลี่ยนเรียนรู้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย ปี 2562	107,000	จนท,ภาคี 200 คน	สิงหาคม 62	
3.ประชุม MCH Borad	4,200	จนท.30คน/4 ครั้ง	16 พย.61	1 ครั้ง
4.ประชุม Perinatal Conference	8,400	จนท.60คน/4 ครั้ง	7 ธค.61	1 ครั้ง
5.ประชุมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย ปี 2562	125,000	10 อำเภอ	มกราคม 62	10 อำเภอ

### 3.เป้าหมายการดำเนินงานปี 2562

1.ร้อยละการคัดกรองพัฒนาการ(ความครอบคลุม ร้อยละ 90 : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นความครอบคลุมในเด็กกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านสุขภาพและสังคม

2.ร้อยละของสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20 : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นการสร้างสมรรถนะ/ศักยภาพและเสริมกำลังใจของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ

3.ร้อยละของการติดตาม ร้อยละ 90 : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นการติดตามให้ครอบคลุมเด็กสงสัยล่าช้าทุกคน

4.เด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TIDA 4I : ควรเน้น พัฒนาศักยภาพบุคลากร สธ./การใช้คู่มือฯ/การสื่อสารกับผู้ปกครอง/การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC

5.เด็กสูงติสมส่วนควรเน้นส่งเสริมอาหารตามวัย นอนอย่างมีคุณภาพ กิจกรรมทางกาย/การเล่น สุขภาพช่องปาก ความครอบคลุมการ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เครื่องมือ/วิธีการ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงได้มาตรฐาน

### 4.ผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม61-ธันวาคม61)

ตารางแสดงผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการ 0-5 ปี 4 ช่วงวัย (9/18/30/42 เดือน) ปีงบประมาณ 2562

อำเภอ	ผลการดำเนินงาน							TIDA4I		
	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	สงสัยล่าช้า	ร้อยละ	ติดตาม	ร้อยละ	เป้าหมาย	กระตุ้น	ร้อยละ
เมืองจันทบุรี	705	649	92.06	138	21.26	107	77.54	2	0	0.00
ขลุง	258	254	98.45	35	13.78	27	77.14	2	0	0.00
ท่าใหม่	385	327	84.94	47	14.37	33	70.21	0	0	0.00
โป่งน้ำร้อน	388	346	89.18	33	9.54	19	57.58	1	0	0.00
มะขาม	164	160	97.56	31	19.38	24	77.42	0	0	0.00
แหลมสิงห์	131	126	96.18	35	27.78	27	77.14	0	0	0.00
สอยดาว	452	441	97.57	61	13.83	47	77.05	0	0	0.00
แก่งหางแมว	300	284	94.67	39	13.73	35	89.74	3	3	100.00
นายายอาม	156	154	98.72	19	12.34	14	73.68	0	0	0.00
เขาคิชฌกูฏ	166	166	100.00	35	21.08	30	85.71	0	0	0.00
<b>รวม</b>	<b>3,105</b>	<b>2907</b>	<b>93.62</b>	<b>473</b>	<b>16.27</b>	<b>363</b>	<b>76.74</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>37.50</b>

หมายเหตุ: ประมวลผลวันที่ 18 มกราคม 2562

ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยปีงบประมาณ 2562 เด็ก 0-5 ปี จำนวน 3,105 คน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงวัยจำนวน 2,907 คน ร้อยละ 93.62 พบสงสัยล่าช้า 473 คน ร้อยละ 16.27 เด็กสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ 76.74 พบเด็กพัฒนาการล่าช้าจำนวน 8 คน ได้รับการกระตุ้นด้วย TIDA4I 3 คน ร้อยละ 37.50 อยู่ระหว่างติดตาม 5 ราย ร้อยละ 62.50 และเด็ก 0-5 ปีสูงติสมส่วน ร้อยละ 46.54

จังหวัดจันทบุรีขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ผ่านคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัด ซึ่งมีการจัดประชุมปีละ 2 ครั้ง และประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH Board) ทุก 3 เดือน ประเด็นการพัฒนาระบบงานมีการดำเนินงานดังนี้

1) การพัฒนาบุคลากร มีการอบรมฟื้นฟูบุคลากรทุกระดับด้านการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วย DSPM และแก้ไขเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วย TIDA4I สร้างแกนนำการคัดกรอง ติดตาม พัฒนาการระดับอำเภอ รวมถึงส่งเสริมกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน ให้กับผู้ดูแลเด็ก/พ่อแม่เด็ก 0-5 ปี/ครูศพด./แกนนำชุมชน

2) การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ติดตามเยี่ยมเสริมพลังพื้นที่ นำนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 แรกชีวิตมาใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยนำมาผนวกเข้ากับตำบลสร้างเด็กคุณภาพ ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ตำบลพัฒนาการดีเริ่มที่นมแม่ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ใน

การสร้างสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา ลานลูกเล่นกลางแจ้งที่ อบต.วังใหม่ เพื่อเสริมพลังการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตที่มีคุณภาพ

3) ชี้แจง พรบ.แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับผ่านที่ประชุม คปสจ.,MCH Board เผยแพร่ พรบ. ในสถานบริการ ชุมชน ผ่านหอกระจายข่าว เสียงตามสาย เวทีประชาคม ติดตามเฝ้าระวังการละเมิด พรบ. ในสถานบริการสาธารณสุข ร่วมกับการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กใน รพช. และ รพ.สต.

4) ชี้แจงนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ให้กับ จนท.ทุกระดับ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และ และกำหนดเป็นนโยบายพัฒนาเด็กปฐมวัยของทุกพื้นที่ มีการติดตามตำบลนำร่องอำเภอละ 1 ตำบล ติดตามโครงการแก้ไขปัญหาลูก 0-5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการ(อ้วน เตี้ย ผอม) โดยใช้งบประมาณส่งเสริมป้องกัน/งบกองทุนท้องถิ่น ของเครือข่ายบริการทุกแห่ง

5) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี /รายงานผลงานรายเดือน รายไตรมาส กำกับ ติดตาม และจัดการข้อมูลร่วมกับ IT จัดอบรมแนวทางการบันทึกข้อมูล การส่งออก การแก้ปัญหาข้อมูล ติดตามผลงานการคัดกรอง ส่งออกข้อมูล และคืนข้อมูลแก่พื้นที่ ทุกวันศุกร์สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ทุกเดือน ผ่านกลุ่มไลน์ :พัฒนาการจังหวัด ,พัฒนาการ รพ.

6) การพัฒนาระบบบริการ พัฒนาโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก กำหนดให้หน่วยบริการทุกแห่ง มีมุมมองเกี่ยวกับอาหารเสริมตามวัยเด็ก 0-5 ปี โภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพื่อแก้ปัญหาลูกตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด/เสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีน

7) พัฒนาระบบบริหารจัดการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็ก 6ด.-5 ปี ทั้งระบบ ประสานหน่วยจัดซื้อ การจ่ายยา การลงข้อมูล การกำกับติดตามทุกวันพุธที่ 2และ 4

8) ส่งเสริมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กคุณภาพให้ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 70 และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การมีและใช้นวัตกรรมของศูนย์เด็กเล็กในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 3-5 ปี

### 5.การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยง ปัญหา และอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ปัญหาที่ไม่ประสบความสำเร็จของจังหวัดจันทบุรี

ประเด็นปัญหา	การดำเนินงาน
การเข้าถึงบริการเด็ก พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TIDA4I ไม่ครอบคลุม	1.พัฒนาวิชาการแก่บุคลากรด้านการคัดกรอง กระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง 1 ครั้ง 2.ส่งบุคลากรระดับ รพ.สต.เข้ารับการอบรม TIDA4I ของกรมสุขภาพจิต 3.คืนข้อมูลผลการดำเนินงานคัดกรอง พบล่าช้า ติดตาม และ TIDA4I ผ่าน MCH Board คปสจ. กลุ่มไลน์:พัฒนาการ สสจ.จันทบุรี,พัฒนาการ รพ.เดือน ละ 2 ครั้ง 4.ประสาน TI ขอเพิ่ม PM อำเภอเพื่อดูข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย
เด็กอายุ0- 5 ปี มีภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน เตี้ย ผอม)	1.ขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันลงสู่พื้นที่อย่างต่อเนื่อง 2.เยี่ยมเสริมพลังตำบลต้นแบบสร้างเด็กคุณภาพอำเภอละ 1 แห่ง 3. ติดตามการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็ก 6ด.-5ปีอย่างต่อเนื่องตามระบบติดตามการจ่ายยาน้ำ 4.ติดตามความครอบคลุมการชั่งน.วัดส่วนสูงเด็ก ทุกไตรมาส 5.ติดตามโครงการแก้ไขปัญหาลูก 0-5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการ(อ้วน เตี้ย ผอม)โดยใช้งบประมาณส่งเสริมป้องกัน/กองทุนตำบลของเครือข่ายบริการทุกแห่ง
ระบบการบริหารจัดการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กขาดประสิทธิภาพ	1.ศึกษาวิธีการบริหารจัดการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กทั้งระบบ 2.ประสานหน่วยจัดซื้อยาให้เตรียมการบริหารจัดการยาให้พอเพียงแก่กลุ่มเป้าหมาย 3.ประสานITในการแก้ปัญหาระบบข้อมูล ทั้งกระบวนการคีย์ และส่งออก 4.กำกับติดตามผลการดำเนินงานเดือนละ 2 ครั้งและคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ 5.รายงานผลการดำเนินงานให้กับผู้บริหารเดือนละ 1 ครั้ง

## 6.กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงาน	:	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	:	1.นางสมจิต ยาใจ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-3579377 Email : oonyajai@yahoo.com 2.น.ส.สดับพินท์ พสุหิรัณย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 0909863944 Email:saduppin.s@gmail.com

## ประเด็นที่ 2 : Green&Clean Hospital

ตัวชี้วัด : ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนามามายังสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green&Clean Hospital

- 1.รพ.ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ 40
- 2.รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

### 1.สถานการณ์ ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2561

คำนิยาม โรงพยาบาลที่พัฒนามามายังสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)

จังหวัดจันทบุรี มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง คือโรงพยาบาลพระปกเกล้า และ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง จากเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับพื้นฐานขึ้นไป จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ของ โรงพยาบาลทั้งหมด โดยแบ่งตามระดับการประเมิน ดังนี้

ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลแหลมสิงห์ โรงพยาบาลแก่งหางแมว โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลนายายอาม โรงพยาบาลมะขาม โรงพยาบาลขลุง โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน โรงพยาบาลเขาสุกิมี โรงพยาบาลคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลสอยดาว คิดเป็นร้อยละ 100

ผ่านเกณฑ์ระดับดี จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลเขาสุกิมี โรงพยาบาลนายายอาม โรงพยาบาลมะขาม โรงพยาบาลขลุง โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลสอยดาว คิดเป็นร้อยละ 75.0

ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสอยดาว และโรงพยาบาลนายายอาม คิดเป็นร้อยละ 16.67 รายละเอียดตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 แสดงผลการพัฒนาโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital ของจังหวัดจันทบุรี ในปีงบประมาณ 2561**

อำเภอ	โรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด	ร้อยละ	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับดี	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
เมือง	1	1	100	1	1	0
ท่าใหม่	3	3	100	3	2	0
นายายอาม	1	1	100	1	1	1
แก่งหางแมว	1	1	100	1	0	0
แหลมสิงห์	1	1	100	1	0	0
ขลุง	1	1	100	1	1	0
มะขาม	1	1	100	1	1	0
โป่งน้ำร้อน	1	1	100	1	1	0
สอยดาว	1	1	100	1	1	1
เขาคิชฌกูฏ	1	1	100	1	1	0
รวมทั้งหมด	12	12	100.0	12	9	2

### กิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ 2561

ในส่วนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ได้ดำเนินงานดังนี้

1.โรงพยาบาลทุกแห่ง ประเมินตนเองตามแบบประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ส่งผลการประเมินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีทราบ เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2560

2. มีการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Best practices และ นวัตกรรม ทั้งเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2561

3. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ให้เป็นไปตามมาตรฐานกฎหมายนั้น ได้ดำเนินการให้โรงพยาบาลดำเนินงานให้ถูกต้องตามกฎหมายในรูปแบบการบริหารของ CUP โดยใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย เพื่อเชื่อมโยงสู่การเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อในชุมชน โดยโรงพยาบาลท่าใหม่ นายายอาม แหลมสิงห์ แก่งหางแมว และเขาสุกิมี มีรถบริการเก็บขน นอกนั้นให้ รพ.สต. นำมาส่งยังโรงพยาบาลเอง

4. จัดอบรมพัฒนาองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในหน่วยบริการทุกระดับ ในเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องเช่น กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และประกาศกระทรวงเรื่องหลักเกณฑ์และเงื่อนไขว่าด้วยการขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในท้องที่เทศบาลและอบต. พ.ศ. 2558 และกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และแบบการเก็บสถิติและข้อมูล การจัดทำบันทึกรายละเอียด และรายงานสรุปผลการดำเนินงานของระบบบำบัดน้ำเสีย พ.ศ. 2555 ตามมาตรา 80 แห่ง พรบ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ตั้งแต่ 9 พฤษภาคม – 15 มิถุนายน 2561

5. สนับสนุนการสร้างที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ โดยการประสานกับช่างโยธา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำแบบแปลนที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ สำหรับ รพ.สต. ให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดพร้อมกับเผยแพร่แบบแปลนแก่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

6. ติดตามตรวจเยี่ยมเสริมพลัง ช่วงเดือน กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2561 และประเมินโรงพยาบาลที่กำหนดเป้าหมายการพัฒนาระดับดีมากในเดือนมิถุนายน 2561

## 2. โครงการที่ดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562 : โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

### เป้าหมายการดำเนินงาน ปี 2562

1. รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป 40%
2. ระดับดีมาก plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

### เกณฑ์การประเมิน : ปี 2562:

รอบ 3 เดือน : จังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อนและประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital

### แผนปฏิบัติการพัฒนามูลนิธิสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ปีงบประมาณ 2562

หัวข้อกิจกรรมการพัฒนา	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. โรงพยาบาลประเมินตนเองตามหลักเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital วิเคราะห์ผล การดำเนินงานและวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	ธันวาคม 2561	รพ. ทุกแห่ง
2. วิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลในพื้นที่ และจัดทำแผนสนับสนุนการพัฒนาการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital	ธันวาคม 2561	กลุ่มงาน อวล.๑
3. สนับสนุนองค์ความรู้ และให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาล	-----	กลุ่มงาน อวล.๑
4. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	ธันวาคม – กุมภาพันธ์	กลุ่มงาน อวล.๑
5. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาาร่วมกัน (การประชุมทางไกลผ่านทางจอภาพ)	26 มีนาคม 2562	กลุ่มงาน อวล.๑
6. การจัดประกวดนวัตกรรม การพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	19 มิถุนายน 2562	กลุ่มงาน อวล.๑+ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี
7. สนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล (ภายใต้ มาตรฐานการประเมินการจัดบริการ อาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรใน โรงพยาบาล)	ธันวาคม 61 – มกราคม 62	กลุ่มงาน อวล.๑

หัวข้อกิจกรรมการพัฒนา	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
8.จัดทีมตรวจประเมิน และลงพื้นที่ตรวจประเมิน	รอบแรก เยี่ยม ติดตาม 25 -28 กุมภาพันธ์ ถึง 1 มี.ค. 2562 รอบสุดท้าย ประเมิน 17 – 21 มิถุนายน 2562	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมฯ กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมฯ + ศูนย์ อนามัยที่6 ชลบุรี

### 3.ผลการดำเนินงานช่วงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม – ธันวาคม 2561)

1. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ของเกณฑ์เป้าหมาย (พระปกเกล้า, สอยดาว, นายายอาม)
- 2.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50.0 (พระปกเกล้า, สอยดาว, นายายอาม, เขาสุกิ, ชลบุรี, เขาคิชฌกูฏ)
- 3.ผ่านเกณฑ์ระดับดี จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.0
- 4.ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00

### 4.วิเคราะห์ประเด็นความเสี่ยง อุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายไม่ประสบความสำเร็จ

พบว่า โรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จมีความพร้อมในเรื่องการนำองค์กรของผู้บริหาร ความเป็นทีมงานในการขับเคลื่อนทุกภาคส่วน การสื่อสารภายในองค์กร ความเข้าใจ การคิดนอกกรอบ และมีการส่งเสริมสนับสนุน การติดตามตรวจเยี่ยม

### 5.กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด(เบอร์โทรศัพท์, E-mail)

- กลุ่มงาน : กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย  
 ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายองอาจ เอี่ยมสำอางค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
 โทรศัพท์ 0864015591 E-mail : Ongart5591@gmail.com



### ประเด็นที่3 : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด : ร้อยละ70 ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

ในชุมชนผ่านเกณฑ์

#### 1. สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ สถิติของปัญหาและผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในปี 2561

จากข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี (ปี 2557-2561) พบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดจันทบุรีมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ปี 2557-2561 คิดเป็นร้อยละ 13.96, 13.71, 15.00, 15.72 และ 16.10 ตามลำดับ ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ อำเภอที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงที่สุดคือ อำเภอแหลมสิงห์ ทำใหม่และมะขาม คิดเป็น ร้อยละ 20.42, 18.13 และ 17.99 ตามลำดับ เมื่อแบ่ง ผู้สูงอายุออกเป็น 3 ส่วนตามช่วงวัย พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 53.97 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 28.92 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และร้อยละ 17.11 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาสูง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 1 ติดสังคม ร้อยละ 97.41 กลุ่ม 2 ติดบ้าน ร้อยละ 1.85 และกลุ่ม 3 ติดเตียง ร้อยละ 0.74 พบเสียงสมองเสื่อม ร้อยละ 1.83 เสียงภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.05 เสียงข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 6.91 เสียงภาวะหกล้ม ร้อยละ 3.81 มีภาวะผอม ร้อยละ 7.55 และภาวะอ้วน ร้อยละ 25.13 ผลการดำเนินงานกลุ่มวัยสูงอายุ ปี 2561 พบว่าการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่ม Active Aging มีการขับเคลื่อนน้อย / ขาดความเชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาลในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ (คลินิกผู้สูงอายุในรพ. 120 เตียง, Intermediate Care, Palliative Care) ขาดการบูรณาการแผนการขับเคลื่อนระบบดูแลผู้สูงอายุระหว่างภาคีเครือข่าย

จังหวัดจันทบุรีมี 10 อำเภอ 81 อปท.76 ตำบล ซึ่งในปี 2559 - 2561 มีอปท.เข้าร่วมโครงการ LTC 56 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 69.14 อำเภอที่มีพื้นที่สมัครเข้าร่วมโครงการครอบคลุมทุกแห่ง คือ อำเภอมะขามและนายายอาม ภาพรวมจังหวัดมีตำบลผ่านเกณฑ์ LTC จำนวน 37 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 48.68 อำเภอที่มีผลงานไม่ผ่านเป้าหมายตำบล LTC ได้แก่ ชลุม,ทำใหม่, แหลมสิงห์, แก่งหางแมว และเขาคิชฌกูฏ ส่วนใหญ่ตกเกณฑ์องค์ประกอบที่ 2 ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ และองค์ประกอบที่ 5 การบริการป้องกันส่งเสริมทันตสุขภาพในระดับตำบล อปท.มีการเบิก-จ่ายเงินกองทุน LTC จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 23.21 ซึ่งการเบิกจ่ายดังกล่าวมีความล่าช้าเนื่องจาก อปท.ไม่มั่นใจระเบียบการเบิกจ่าย ไม่มีผู้รับผิดชอบงานเฉพาะภาระงานมาก บุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อย และอยู่ระหว่างจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ากลุ่มติดบ้านเปลี่ยนเป็นติดสังคม จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 14.76 และกลุ่มติดเตียงเปลี่ยนเป็นติดบ้าน จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 12.83 เปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดี จังหวัดจันทบุรีมีชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 96 ชมรม ผ่านเกณฑ์คุณภาพ จำนวน 55 ชมรม คิดเป็นร้อยละ 57.29 ชมรมส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเรื่องความต่อเนื่องของกิจกรรม และการระดมทุนจากภาคส่วนต่างๆ

#### 2. แผนงาน/โครงการที่ดำเนินงานในปี 2562

แผนงาน/โครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับจังหวัด ดังนี้

2.1 จัดทำแผนปฏิบัติการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับจังหวัด และชี้แจง ถ่ายทอดให้กับผู้รับผิดชอบงานกับระดับอำเภอ ตำบล

2.2 การลงเยี่ยมเสริมพลังพื้นที่แบบบูรณาการ ภายใต้โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมเสริมพลังส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย เดือนมกราคม 2562 เพื่อพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ

2.3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พื้นที่ดีเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อคัดเลือก Best Practice หรือผลการดำเนินงานดีเด่นในแต่ละอำเภอ และสร้างขวัญกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่ เดือนมีนาคม 2562

2.4 พัฒนาศักยภาพบุคลากร อบรมฟื้นฟู Care Manager

2.5 พัฒนาข้อมูล/การรายงานข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านโปรแกรม 3C : Care Manager, Caregiver, Care Plan

2.6 สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยบูรณาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้คณะทำงาน จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรี ร่วมกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

2.7 สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมและโรงเรียนผู้สูงอายุ

2.8 ประชุมติดตามความก้าวหน้าและรายงานผลการดำเนินงาน

2.9 ควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานจากโปรแกรม/รายงาน

### 3. เป้าหมายการดำเนินงาน ปี 2562

จังหวัดจันทบุรี มีเป้าหมายการดำเนินงาน ในปี 2562 คือ ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70 (รอบที่ 1 ร้อยละ 60 และรอบที่ 2 ร้อยละ 70)

### 4. ผลการดำเนินงานในช่วงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2562 ตุลาคม 61 – ธันวาคม 61

4.1 สรุปผลการดำเนินงาน ตามเป้าหมายการดำเนินงาน ในปี 2562 ดังนี้

- จัดทำแผนปฏิบัติการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับจังหวัด และชี้แจง ถ่ายทอดให้กับผู้รับผิดชอบงานกับระดับอำเภอ ตำบล

- ร่วมกิจกรรมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย เดือนมกราคม 2562 จำนวน 10 ครั้ง

- ติดตามการลงข้อมูล/การรายงานข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านโปรแกรมทุกเดือน

4.2 สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด ปี 2562 (ตุลาคม – ธันวาคม 2561)

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน
1	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 70 (รอบที่ 1 ร้อยละ 60)	54 ตำบล (ร้อยละ 57.89)

### 5. การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยง ปัญหา และอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ

5.1 ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ พบที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อ.ขลุง, แก่งหางแมว, เขาคิชฌกูฏ แหลมสิงห์ และท่าใหม่ ร้อยละ 8.33, 20.00, 40.00, 57.14 และ 57.14 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ตกเกณฑ์องค์ประกอบที่ 2 (มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ), องค์ประกอบที่ 6 (มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล Care Plan) และองค์ประกอบที่ 7 มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล

5.2 กองทุนที่ซื้อบริการตาม Care Plan แม้จะมีแนวโน้มดีขึ้น (30 แห่ง จาก 56 อปท. ร้อยละ 53.57) แต่ที่ยังเป็นปัญหาเรื่องของไม่มั่นใจระเบียบการเบิกจ่าย /บุคลากรที่รับผิดชอบงานของอปท. มีภาระงานมาก และขาดความเชื่อมโยงระหว่าง Care Manager กับอปท. ในการดำเนินงาน LTC ภายใต้คณะอนุกรรมการ LTC

5.3 การบริหารของชมรมผู้สูงอายุยังไม่เข้มแข็ง(กรรมการ กิจกรรม กองทุน) และกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในผู้สูงอายุก็ยังไม่ชัดเจน

5.4 การลงข้อมูล/การรายงานข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านโปรแกรม 3C : Care Manager, Caregiver, Care Plan ยังไม่ครอบคลุมผลงานที่ดำเนินการ

#### 6.กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

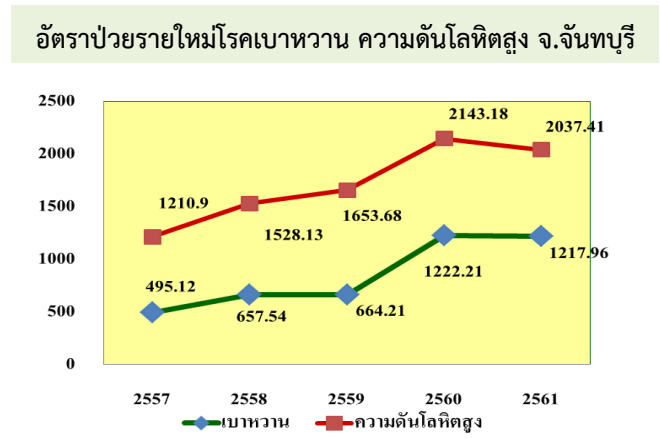
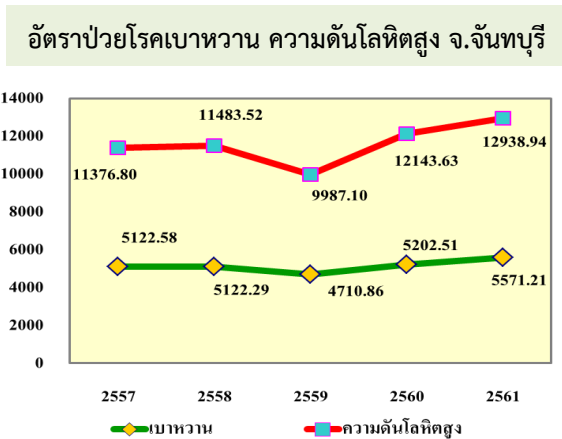
กลุ่มงาน	:	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	:	1.นางสมจิต ยาใจ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-3579377 Email : oonyajai@yahoo.com 2.นางจันจิรา ใจดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081 7949364 E-mail : jang0644@gmail.com

#### ประเด็นที่ 4 : การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ(การควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ)

ตัวชี้วัด : อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

##### 1.สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2557-2561 พบว่า อัตราป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับอัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แต่พบว่าปีงบประมาณ 2561 มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี 2560 รายละเอียด ดังรูป



ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผล 16 ตุลาคม 2561

## 2.แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ 2562

โครงการ / วัตถุประสงค์	กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย
1.โครงการสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตพอเพียงเพื่อลดเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อจังหวัดจันทบุรี (งบประมาณจาก สสว.)		
-พัฒนาสนับสนุนกลไกการประสานงาน/ บูรณาการหน่วยงาน/ภาคีภาคส่วนอื่น -พัฒนาศักยภาพบุคลากรในภาคส่วนต่างๆ	- ประชุมคณะทำงานฯระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนโครงการ -ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ใน setting บ้าน วัด โรงเรียน (บ.ว.ร.) -สร้างชุมชนต้นแบบ “สุขภาพดีด้วยวิถีคนจันทน์”	คณะทำงานฯระดับจังหวัดภาคี เครือข่ายทุกอำเภอ -บุคลากรหน่วยงานภาคีเครือข่าย สุขภาพระดับอำเภอทุกอำเภอ
2.โครงการสุขภาพดีด้วยวิถีคนจันทน์		
-สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ -พัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล(PCC) ให้เข้มแข็ง -เสริมสร้างวัฒนธรรม/ค่านิยมด้านสุขภาพที่ เหมาะสม	-ถอดบทเรียนและคัดเลือกชุมชน ต้นแบบ “สุขภาพดีด้วยวิถีคนจันทน์”	-บุคลากรที่รับผิดชอบ/ภาคีเครือข่ายที่ เกี่ยวข้องระดับจังหวัด/อำเภอและ ชุมชนต้นแบบ(บ.ว.ร.ส)“สุขภาพดีด้วย วิถีคนจันทน์”
3.โครงการคุณภาพและรูปแบบการจั้ดบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
-พัฒนาคุณภาพการจั้ดบริการผู้ป่วยให้มี คุณภาพตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus ใน รพ./ NCD Clinic คุณภาพ ใน รพ.สต.	-ประเมิน NCD Clinic Plus ใน รพ./ NCD Clinic คุณภาพ รพ.สต.	-ผู้รับผิดชอบงาน รพ./สสอ./รพ.สต.
4.พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อตามหลักระบาดวิทยา		
-พัฒนาระบบข้อมูล/การรายงานผลโรค NCDs ให้มีคุณภาพถูกต้อง ครบถ้วน	-ประชุมพัฒนาระบบเทคโนโลยี สารสนเทศในการเฝ้าระวังโรค NCDs ตามหลักระบาดวิทยา	-บุคลากรที่รับผิดชอบ รพ./สสอ./ รพ.สต.
5.เสริมพลังและกำกับติดตาม NCDs Management ระดับอำเภอ		
-กำกับติดตามเยี่ยมเสริมพลังการบริหาร จัดการโรค NCDs ในระดับอำเภอ/ตำบล	-นิเทศติดตามในระดับอำเภอ/ตำบล ประเมินโดยใช้เกณฑ์ SI3M (บูรณาการกับประเมิน NCD Clinic)	-บุคลากรที่รับผิดชอบ รพ./สสอ./ รพ.สต.

## 3.เป้าหมายการดำเนินงาน รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2562

- 3.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.05
- 3.2 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10
- 3.3 กลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30
- 3.4 ทุกอำเภอมีชุมชนต้นแบบ “สุขภาพดีด้วยวิถีคนจันทน์” อย่างน้อย 1 แห่ง/อำเภอ

## 4.มาตรการดำเนินงาน

- 4.1 การคัดกรองโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเป้าหมาย
- 4.2 การให้บริการลดเสี่ยง และให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มสงสัยป่วย
- 4.4 การรณรงค์ นโยบาย สื่อสารสาธารณะ
- 4.4 การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ชุมชนต้นแบบ “สุขภาพดีด้วยวิถีคนจันทน์” โดยกลไก บ.ว.ร.ส. (บ้าน วัด โรงเรียน สาธารณสุข)

## 5.ผลการดำเนินงานไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2562

### 5.1 การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ 35 ปีขึ้นไป

ในปีงบประมาณ 2562 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม - 21 มกราคม 2562 คัดกรองโรคเบาหวานได้ครอบคลุมร้อยละ 64.75 พบกลุ่มเสี่ยงเบาหวานร้อยละ 5.65 คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมร้อยละ 67.30 พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.96 ดังตาราง

#### ตารางประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จ.จันทบุรี ปีงบประมาณ 2562

อำเภอ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	ผลการคัดกรอง					
				ปกติ	ร้อยละ	เสี่ยง	ร้อยละ	สงสัยป่วย	ร้อยละ
เมืองจันทบุรี	55,103	29,140	52.88	25,291	86.79	1,999	6.86	566	1.94
ขลุง	21,862	17,734	81.12	16,181	91.24	850	4.79	137	0.77
ท่าใหม่	32,499	20,664	63.58	18,530	89.67	1,706	8.26	155	0.75
โป่งน้ำร้อน	19,200	15,010	78.18	13,447	89.59	400	2.66	133	0.89
มะขาม	13,631	5,337	39.15	4,476	83.87	581	10.89	110	2.06
แหลมสิงห์	12,408	7,702	62.07	5,777	75.01	1,453	18.87	179	2.32
สอยดาว	27,166	21,265	78.28	20,887	98.22	226	1.06	44	0.21
แก่งหางแมว	17,158	9,884	57.61	9,233	93.41	530	5.36	60	0.61
นายายอาม	14,584	7,871	53.97	7,478	95.01	268	3.4	38	0.48
เขาคิชฌกูฏ	12,136	11,568	95.32	11,177	96.62	251	2.17	41	0.35
<b>รวม</b>	<b>225,747</b>	<b>146,175</b>	<b>64.75</b>	<b>132,477</b>	<b>90.63</b>	<b>8,264</b>	<b>5.65</b>	<b>1,463</b>	<b>1</b>

#### ตารางประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จ.จันทบุรี ปีงบประมาณ 2562

อำเภอ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	ผลการคัดกรอง					
				ปกติ	ร้อยละ	เสี่ยง	ร้อยละ	สงสัยป่วย	ร้อยละ
เมืองจันทบุรี	49,876	26,358	52.85	21,169	80.31	3,532	13.4	1,590	6.03
ขลุง	19,202	16,034	83.5	14,785	92.21	820	5.11	404	2.52
ท่าใหม่	27,930	18,346	65.69	15,046	82.01	2,861	15.59	390	2.13
โป่งน้ำร้อน	17,068	16,039	93.97	14,367	89.58	1,266	7.89	378	2.36
มะขาม	11,554	4,634	40.11	3,078	66.42	1,121	24.19	432	9.32
แหลมสิงห์	10,004	6,333	63.3	4,875	76.98	1,241	19.6	201	3.17
สอยดาว	25,034	19,745	78.87	19,218	97.33	414	2.1	96	0.49
แก่งหางแมว	15,311	9,045	59.08	6,824	75.44	2,042	22.58	171	1.89
นายายอาม	12,056	6,829	56.64	5,568	81.53	1,031	15.1	207	3.03
เขาคิชฌกูฏ	10,488	10,235	97.59	9,674	94.52	309	3.02	242	2.36
<b>รวม</b>	<b>198,523</b>	<b>133,598</b>	<b>67.30</b>	<b>114,604</b>	<b>85.78</b>	<b>14,637</b>	<b>10.96</b>	<b>4,111</b>	<b>3.08</b>

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผลวันที่ 21 มกราคม

## 5.2 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (ไม่เกินร้อยละ2.05)

ตาราง ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2562

อำเภอ	B	A	ร้อยละ
เมืองจันทบุรี	1,239	15	1.21
ขลุง	509	3	0.59
ท่าใหม่	2,025	18	0.89
โป่งน้ำร้อน	426	1	0.23
มะขาม	540	8	1.48
แหลมสิงห์	936	10	1.07
สอยดาว	697	5	0.72
แก่งหางแมว	681	4	0.59
นายายอาม	491	3	0.61
เขาคิชฌกูฏ	195	2	1.03
<b>รวม</b>	<b>7,739</b>	<b>69</b>	<b>0.89</b>

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผลวันที่ 21 มกราคม

หมายเหตุ : B หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด มีค่าระดับน้ำตาลอดอาหาร (FPG) อยู่ระหว่าง 100-125 mg/dl หรือมีค่าระดับน้ำตาลโดยไม่วอดอาหาร (RPG) อยู่ระหว่าง 140-199 mg/dl ในปีที่ผ่านมา  
A หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ มีค่าระดับน้ำตาลอดอาหาร (FPG) อยู่ระหว่าง 100-125 mg/dl หรือมีค่าระดับน้ำตาลโดยไม่วอดอาหาร (RPG) อยู่ระหว่าง 140-199 mg/dl ในปีที่ผ่านมา ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณปัจจุบัน

5.3 อัตรากลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (รอบ 3 เดือน  $\geq$  ร้อยละ 30)

ตารางกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ/ได้รับคำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

อำเภอ	B	A	ร้อยละ
เมืองจันทบุรี	1,599	883	55.22
ขลุง	541	477	88.17
ท่าใหม่	2,086	980	46.98
โป่งน้ำร้อน	441	337	76.42
มะขาม	566	346	61.13
แหลมสิงห์	963	686	71.24
สอยดาว	722	493	68.28
แก่งหางแมว	699	550	78.68
นายายอาม	507	261	51.48
เขาคิชฌกูฏ	197	188	95.43
<b>รวม</b>	<b>8,321</b>	<b>5,201</b>	<b>62.50</b>

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผลวันที่ 21 มกราคม

หมายเหตุ B หมายถึง จำนวนประชากรที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่มีค่าระดับ FBS 100 - 125 mg/dl ในปีที่ผ่านมา  
A หมายถึง จำนวนประชากรที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่มีค่าระดับ FBS 100 - 125 mg/dl ในปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำและให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในปีปัจจุบัน

#### 5.4 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (รอบ 3 เดือน $\geq$ ร้อยละ 10)

##### ตารางกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จ.จันทบุรี ปี 2561-2562

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2561			ปีงบประมาณ 2562		
	กลุ่มสงสัยป่วย (คน)	ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน(คน)	ร้อยละ	กลุ่มสงสัยป่วย (คน)	ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน(คน)	ร้อยละ
เมืองจันทบุรี	2,398	167	6.96	1,843	1	0.05
ขลุง	694	70	10.09	469	0	0
ท่าใหม่	729	58	7.96	486	0	0
โป่งน้ำร้อน	456	46	10.09	410	0	0
มะขาม	616	113	18.34	459	8	1.74
แหลมสิงห์	545	59	10.83	235	0	0
สอยดาว	475	81	17.05	125	6	4.8
แก่งหางแมว	357	43	12.04	189	0	0
นายายอาม	595	107	17.98	217	0	0
เขาคิชฌกูฏ	236	25	10.59	264	0	0
<b>รวม</b>	<b>7,101</b>	<b>769</b>	<b>10.83</b>	<b>4,697</b>	<b>15</b>	<b>0.32</b>

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผลวันที่ 21 มกราคม 2562

##### ตารางร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย(ทำHomeBP) จังหวัดจันทบุรี ปี 2561

อำเภอ	จำนวนผู้สงสัยป่วยที่ทำ HOME BP	จำนวนที่ถูกวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่	อัตรา (ร้อยละ)
เมืองจันทบุรี	167	50	29.94
ขลุง	70	11	15.71
ท่าใหม่	58	16	27.59
โป่งน้ำร้อน	46	8	17.39
มะขาม	113	21	18.58
แหลมสิงห์	59	4	6.78
สอยดาว	81	8	9.88
แก่งหางแมว	43	10	23.26
นายายอาม	107	16	14.95
เขาคิชฌกูฏ	25	2	8
<b>รวม</b>	<b>769</b>	<b>146</b>	<b>18.98</b>

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผลวันที่ 21 มกราคม 2562



## 6.วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

6.1 การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในช่วงไตรมาสแรก ดำเนินการได้ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 60 จึงมีแนวโน้มที่จะสามารถดำเนินการได้ครอบคลุมตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90 เนื่องจากจังหวัดจันทบุรี กำหนดนโยบายให้มีการคัดกรองโรคไม่ติดต่อในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ภายในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ

6.2 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในช่วงไตรมาสแรก ของปีงบประมาณ 2562 ผ่านเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 2.05 โดยมีอัตราเท่ากับร้อยละ 0.89

6.3 อัตรากลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในช่วงไตรมาสแรก ดำเนินการได้ร้อยละ 62.50 ผ่านเกณฑ์ ที่กำหนดให้ไตรมาสแรกต้องดำเนินการมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30

6.4 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ปีงบประมาณ 2561 ดำเนินการได้ร้อยละ 10.83 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดให้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ส่วนปีงบประมาณ 2562 เนื่องจากยังอยู่ระหว่างดำเนินการตรวจวัด และเก็บรวบรวมมาบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน HDC จึงยังดำเนินการได้เพียงร้อยละ 0.32 ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดให้ดำเนินการร้อยละ 10 ในช่วงไตรมาสแรก

6.5 ปีงบประมาณ 2561 ที่ผ่านมา กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ถูกวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยใหม่เพียงร้อยละ 18.98 ส่วนในปีงบประมาณ 2562 อยู่ระหว่างดำเนินการ

## 7.กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงาน	:	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	:	นางสุจิตรา กิจจานนท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 0917189928 E-mail: cdnetworkchan@gmail.com

## ประเด็นที่ 5 : ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และ ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

### 1.สถานการณ์/สภาพทั่วไป

จากข้อมูลเฝ้าระวังโรคติดต่อของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยยังต้องเผชิญกับความเสี่ยงเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Disease; EID) โดยเฉพาะเขตบริการสุขภาพที่ 6 ซึ่งมีพื้นที่ติดแนวชายแดนและเป็นเขตอุตสาหกรรมและการท่องเที่ยว จึงมีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของประชากรทั้งในภาคอุตสาหกรรมและการท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก

จังหวัดจันทบุรี อยู่ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 6 เผชิญความเสี่ยงจากสถานการณ์ของโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ มีประชาชนชาวมุสลิมไปประกอบพิธีฮัจญ์ในประเทศแถบตะวันออกกลางประมาณปีละ 3-5 คนทุกปี ปีพ.ศ.2559 พบโรคติดต่อไวรัสซิกา ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อ จำนวน 9 ราย โรคมือเท้าปากมีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศต่อเนื่องมา 2 ปี โดยปี พ.ศ.2560,2561 อัตราป่วย 333.89 และ 325.15 ต่อแสนประชากร ปีพ.ศ.2561 พบผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคหลายขนานชนิดรุนแรง (XDR-TB) จำนวน 1 ราย และได้รับผลกระทบจากภัยธรรมชาติพายุปาบึกเล็กน้อย ในช่วงวันที่ 5 มกราคม 2561 ในเขตพื้นที่ติดชายฝั่งทะเลซึ่งทำให้เกิดความเสียหายต่ออุปกรณ์ทรัพย์สินการประกอบอาชีพด้านประมง การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ และภัยสุขภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งมิติสุขภาพกายจิตและสังคม

จากเหตุปัจจัยดังกล่าวสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จึงตระหนักว่า การแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขทั้งจากสถานการณ์ภัยพิบัติและสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีระดับความรุนแรงและผลกระทบสูงนั้นจำเป็นต้องมีเครื่องมือในการจัดการภาวะวิกฤติที่เป็นระบบเดียวกัน จึงจะทำให้การจัดการแก้ไขปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถลดการสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนได้ จึงพัฒนาระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ควบคู่กับการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (Emergency Operating Center; EOC) เพื่อเป็นจุดศูนย์กลางของการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2561 โดยอาศัยหลักการที่ให้ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานงาน เพื่อให้ข้อสั่งการต่างๆ ของผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Commander; IC) ได้รับการปฏิบัติอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินการตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่การดำเนินการป้องกัน และลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation) การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Response) และการฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (Recovery)

## 2. แผนการดำเนินงาน EOC ปี 2562

ไตรมาส	แผนการดำเนินงาน
1	1.ผู้บริหารเข้ารับการอบรม ICSและปรับปรุงคำสั่ง/ผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน EOCระดับจังหวัด
	2. จัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด
	3. เตรียมความพร้อมของทรัพยากรเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด
2	1.จัดเตรียมแผนบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขการซ้อมแผนและการเปิดEOCตามระบบบัญชาการระดับจังหวัด - จัดทำรายชื่ออัตรากำลัง - จัดทำแผนเตรียมความพร้อมฯ
	2.จัดเตรียมแผนบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขการซ้อมแผนและการเปิดEOC ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด
3	1.จัดเตรียมแผนบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขการซ้อมแผนและการเปิดEOC ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด - ซ้อมแผนเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
	2.สรุปรายงานวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินฯ
4	1.ปรับปรุงแผนเผชิญเหตุ Incident Action Plan(IAP) รองรับเปิด EOC
	2.เฝ้าระวัง ตรวจจับและประเมินสถานการณ์เกิดโรคและภัยสุขภาพ

## 3. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

### 3.1 การดำเนินงาน

- จังหวัดจันทบุรี มีคำสั่งและผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี เลขที่17/2561 สนับสนุนในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### 3.2 ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ขั้นตอนที่	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ผลการดำเนินงานของจังหวัด
1	การพัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์ รองผู้บัญชาการเหตุการณ์ และหัวหน้ากลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และกลุ่มภารกิจปฏิบัติการ (Operation) ระบบบัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ➤ ผู้บริหาร และ หัวหน้ากลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด ทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร)	[✓] ดำเนินการแล้ว [ ] ยังไม่ดำเนินการ(รอส่วนกลางจัดอบรมฯ) 1.นายแพทย์อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี 2.นายแพทย์วรา เกล้วดีกุล รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี 3.นางประภา วัฒนชีพ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ (16-17 ม.ค.62)
2	การจัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด ➤ ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จังหวัด สามารถเฝ้าระวัง ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ได้ ➤ วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด	[✓] ดำเนินการแล้ว ต่อเนื่องจาก ปี 2561 มีบัญชีรายชื่อเจ้าหน้าที่ทีม SAT และ JIT ระดับจังหวัด จังหวัดจันทบุรีได้จัดตั้งหน่วยCDCUทุกอำเภอ ตามคำสั่งจังหวัดจันทบุรีที่ 1336/2561 ลงวันที่ 5 เมษายน 2561 [✓] ดำเนินการแล้ว ปี 2561 มีการประเมินความเสี่ยงโรคติดต่อและRTI ของจังหวัดจันทบุรี ปี 2562

ขั้นตอนที่	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ผลการดำเนินงานของจังหวัด
3	การเตรียมความพร้อมของทรัพยากรเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ➤ มีการจัดทำรายการทรัพยากรที่สำคัญ จำเป็นที่จะต้องใช้เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพสำคัญเหล่านั้น	[✓] ดำเนินการแล้ว ปี 2561 อยู่ระหว่างการดำเนินงานรวบรวมข้อมูลและจัดทำทะเบียนทรัพยากรโดยปรับปรุงฐานข้อมูลใหม่ ปี 2562
4	การจัดเตรียมแผนบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การซ้อมแผนและการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ ระดับจังหวัด ➤ จัดทำรายชื่ออัตรากำลังคน (Surge capacity plan) ของหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อเข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4ระดับ)	[✓] ดำเนินการแล้ว จังหวัดจันทบุรี ร่วมกิจกรรมการฝึกซ้อมแผนเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระดับเขต 7 - 10 ม.ค.62 จัดโดย สน.ปภ.เขต (ดำเนินการแล้ว ปี 2561 และจะปรับปรุงฐานข้อมูล ปี 2562)
5	การจัดเตรียมแผนบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การซ้อมแผน และการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ ระดับจังหวัด ➤ มีการยกระดับเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือมีการซ้อมแผนปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่	[✓] ดำเนินการแล้ว จังหวัดจันทบุรี เปิดศูนย์ปฏิบัติการ EOC ด้านการแพทย์ฉุกเฉินเทศกาลปีใหม่ ระหว่างวันที่ 27 ธ.ค.61 - 2 ม.ค.62 ณ สนง.สสจ.จบ.

หมายเหตุ: เกณฑ์การประเมินผล

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5

#### 4.ประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

4.1 ผู้บริหารระดับสูง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ให้ความสำคัญ และเข้าร่วมการฝึกอบรมหลักสูตร ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ICS สำหรับผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข

4.2 บุคลากรสาธารณสุขทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานและมีความรับผิดชอบในภารกิจหน้าที่ในการปฏิบัติงาน

#### 5.กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ  
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายศุภกร จุฑาจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
โทรศัพท์ 08-94998197 E-mail: Kunsuppakorn@gmail.com

## ประเด็นที่ 6 : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น ตัวชี้วัด : 1.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี

### 1. สถานการณ์และสภาพปัญหา

จากการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ พบว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดจันทบุรี มีอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15 - 19 ปีต่ำกว่าระดับประเทศ และลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2556 - 2561 จาก 45.65 เหลือเพียง 29.43 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายของยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด (40 : 1,000 ประชากรหญิง อายุ 15 - 19 ปี) เมื่อพิจารณาสถานการณ์แยกเป็นรายอำเภอ พบว่าอำเภอที่มีอัตราการคลอดของหญิง อายุ 15 - 19 ปี สูงเกินค่าเป้าหมาย ได้แก่ อำเภอแก่งหางแมว, อำเภอมะขาม, อำเภอนายายอาม และอำเภอสอยดาว ในอัตราการคลอด 51.01, 43.06, 42.83 และ 42.34 ตามลำดับ นอกจากนี้ อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี จังหวัดจันทบุรี ยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และใกล้เคียงกับสถานการณ์ของประเทศตั้งแต่ปี 2556 - 2560 จากร้อยละ 12.41 และเพิ่มสูงขึ้นถึง ร้อยละ 12.48 ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ได้ตระหนักถึงปัญหา จึงได้มีการเน้นย้ำ และเร่งรัดให้โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ดำเนินการจัดบริการวางแผนครอบครัวให้แก่หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ด้วยวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ยาฝัง/ ห่วงอนามัย) ส่งผลให้ ในปี 2561 อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ ต่ำกว่า 20 ปี ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 9.98 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 20 ปีทั้งนี้ เมื่อพิจารณาปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำเป็นรายอำเภอ พบว่ายังไม่บางอำเภอ ยังมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีสูงเกินค่าเป้าหมาย ได้แก่ อำเภอเขาคิชฌกูฏ, อำเภอแหลมสิงห์, อำเภอแก่งหางแมว, อำเภอท่าใหม่ และอำเภอขลุง พบเป็นร้อยละ 40.00, 22.22, 16.88, 14.93 และ 13.11 ตามลำดับ ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่มีแนวโน้มสถานการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลจาก สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก (ซิฟิลิส, หนองใน, หนองในเทียม, แผลริมอ่อน และกามโรคของต่อและท่อน้ำเหลือง) ประเทศไทย ปี 2557 - 2561 มีแนวโน้มของอัตราการป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 18.8 เป็น 30.40 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่ง จังหวัดจันทบุรี มีอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักสูงถึง 105.3 : 100,000 ประชากร และสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทย เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก สูงที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ซึ่งแนวโน้มมีการเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2559, 2560 และ 2561 สูงถึง 88.6, 108 และ 103.3 ตามลำดับ เมื่อจำแนกสัดส่วนร้อยละตามกลุ่มอาชีพ พบว่ากลุ่มนักเรียนมีการป่วยสูงเป็นอันดับ 2 เป็นร้อยละ 22.9 จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ได้มีการนำข้อมูลสถานการณ์ แจ้งให้ที่ประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทราบและดำเนินการบูรณาการกิจกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไปพร้อมกับการป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ ไปในขณะเดียวกัน

### 2. แผนงาน/ โครงการที่ดำเนินงานปี 2562

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นที่ครอบคลุมตามภารกิจการดำเนินงาน ของยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2.1 ด้านการบริหารจัดการ และการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

◆ มีการขับเคลื่อน ผลักดันการบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผ่านคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด โดยมีการประชุมถ่ายทอดนโยบาย, บูรณาการแผนการดำเนินงาน ระหว่างหน่วยงาน ควบคู่กับการควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติงาน และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อก่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันภายในจังหวัด

◆ มีการถ่ายทอดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และการจัดบริการสำหรับกลุ่มวัยรุ่น และเยาวชน ผ่านโครงการเยี่ยมเสริมพลัง 5 กลุ่มวัย ประจำปีงบประมาณ 2562 เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ และระดับตำบล เกิดความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม มองเห็นกระบวนการ การสร้างเสริมสุขภาพได้ครอบคลุมทุกมิติของแต่ละกลุ่มวัย ก่อให้เกิดความตระหนัก และนำไปสู่กระบวนการดำเนินงานที่เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุดแก่ประชาชนในพื้นที่

2.2 ด้านการขับเคลื่อนอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

◆ จังหวัดจันทบุรี ได้รับการประกาศให้เป็นจังหวัดอนามัยการเจริญพันธุ์ เมื่อปี 2558 เนื่องจากมีการขับเคลื่อนงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน ครอบคลุมทั้ง 10 อำเภอ และขยายพื้นที่การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ มีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ด้วยวิธีการคืนข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ เพื่อหารือร่วมกับคณะกรรมการ ในการวางแผนการขับเคลื่อนงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ระหว่างภาคีเครือข่ายระดับอำเภอร่วมกัน

◆ ในปีงบประมาณ 2562 จังหวัดจันทบุรี มีแผนลงเยี่ยมเพื่อรับรองมาตรฐานการขับเคลื่อนงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ (ต่อเนื่องครั้งที่ 2) จำนวน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอแก่งหางแมว และอำเภอเขาชีชมภู ร่วมกับสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ และเขตสุขภาพที่ 6 ในเดือนมีนาคม 2562

2.3 ด้านการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service: YFHS)

1) การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาล

◆ บริการส่งเสริมสุขภาพ: โรงพยาบาลพระปกเกล้า และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 12 แห่ง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีการจัดบริการคลินิกสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ภายใต้ พรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น ที่บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น สถานศึกษา (คู่ข่ายโรงเรียน เพื่อดูแลและส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพ: OHOS), องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, แกนนำ จิตอาสาในชุมชน รวมไปถึงคู่ข่ายบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ โดยการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โครงการเสริมสร้างทักษะชีวิตวัยรุ่น โครงการส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว โดยมีการของบประมาณเพื่อดำเนินการจากกองทุนส่งเสริมหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัดบริการเชิงรับในสถานบริการ เช่น คลินิกให้คำปรึกษา, บริการรักษา หรือส่งต่อที่เหมาะสม เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ได้รับบริการสุขภาพที่ตรงกับความต้องการ ปลอดภัย และเหมาะสม

◆ บริการด้านการรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ

▪ บริการฝากครรภ์คุณภาพ ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความประสงค์ที่จะตั้งครรภ์ต่อ ต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานกำหนด

- บริการยุติการตั้งครรภ์ของกลุ่มวัยรุ่น โดยมีโรงพยาบาลพระปกเกล้า (โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ) เป็นแม่ข่ายในการรับดูแล ให้คำปรึกษา และให้บริการแก่หญิงวัยรุ่นที่มีความประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ ภายใต้คลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนโรงพยาบาลพระปกเกล้า

- บริการวางแผนครอบครัวหลังคลอด/ หลังแท้ง: ส่งเสริมการจัดบริการวางแผนครอบครัวในกลุ่มวัยรุ่น ด้วยวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวร โดยเฉพาะกลุ่มหญิงวัยรุ่นหลังคลอด/ หลังแท้งที่เข้ามาใช้บริการในสถานพยาบาลทุกราย พร้อมทั้งมีการติดตามผลการดำเนินการจัดบริการ โดยบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด ทุกไตรมาส

## 2) การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในชุมชน

- ◆ ขยายเครือข่ายการดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน/ ชุมชน ผ่านการจัดบริการของ "ศูนย์บริการอนามัยเจริญพันธุ์ในชุมชน" ซึ่งมีต้นแบบการดำเนินงานจากศูนย์บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชนตำบลยายร้า อำเภอบางบาล จังหวัดจันทบุรี ผ่านกระบวนการถ่ายทอดการดำเนินงานของต้นแบบ, การตกลงแนวทางการจัดบริการ และส่งต่อบริการร่วมกันของแกนนำ จิตอาสาในการจัดบริการ, การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการในพื้นที่, การติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาการจัดบริการให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ตามมาตรฐาน และขีดความสามารถของผู้ให้บริการ ในพื้นที่ โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ได้มีแผนการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง และพัฒนาการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้ง 10 ศูนย์บริการฯ ครั้งที่ 2 ในปีงบประมาณ 2562 ช่วงเดือนเมษายน 2562

## 3.เป้าหมายการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562

### 3.1 เชิงคุณภาพ

- ◆ ขยายการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน พร้อมทั้งพัฒนาให้เป็นศูนย์การเรียนรู้อนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชน ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- ◆ ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชนในพื้นที่ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 6

- ◆ ศึกษาวิจัยพัฒนาการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดจันทบุรี

- ◆ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนร่วมกับสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

- ◆ เยี่ยมเสริมพลังเพื่อรับรองมาตรฐานการขับเคลื่อนงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ร่วมกับสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ และศูนย์อนามัยที่ 6

- ◆ พัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ร่วมกับสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

- ◆ เข้าร่วมโครงการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ และวางแผนการดำเนินงานในปีถัดไป

### 3.2 เชิงปริมาณ

- ◆ เร่งรัดการจัดบริการวางแผนครอบครัวในกลุ่มหญิงหลังคลอด/ หลังแท้งให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการจัดบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร

#### 4.ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562

4.1 ตารางสรุปผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี ข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2559 – 2561

ลำดับ	ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลงานปี 2559	ผลงานปี 2560	ผลงานปี 2561	ผลงานปี 2562	แหล่งข้อมูล
1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี	♦ปี 2559 ไม่เกิน 50 ♦ปี 2560 ไม่เกิน 42 ♦ปี 2561 ไม่เกิน 40 ต่อพัน ปชก. หญิง 15-19 ปี ♦ปี 2562 ไม่เกิน 38 ต่อพัน ปชก. หญิง 15-19 ปี	35.04	34.53	29.43	8.15	สำนักทะเบียนราษฎร์
2	อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี	ร้อยละ 10	12.08	14.63	9.98	6.72	สำนักทะเบียนราษฎร์
3	หญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของหญิงต่ำกว่า 20 ปีคลอด	17.03	16.67	28.84	40.74	HDC
4	หญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของหญิงต่ำกว่า 20 ปี คุมกำเนิดทุกวิธี	4.29	76.83	64.23	90.91	HDC
5	การขับเคลื่อน พรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ♦ การประชุม คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาคกรตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับจังหวัด	อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี	ยังไม่มีกรกำหนดนโยบาย	1	2	1	



4.2 ตารางแสดงอัตราการตั้งครรภ์ และตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2561 จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	ประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี	หญิงคลอดอายุ 10-14 ปี	อัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี: 1,000 ปชก.หญิงอายุ 10-14 ปี	ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี	หญิงคลอดอายุ 15-19 ปี	อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี: 1,000ปชก.หญิงอายุ 15-19 ปี	จำนวนหญิงคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี	จำนวนหญิงคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำ	ร้อยละหญิงคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำ
เมือง	3,532	5	1.42	5,970	84	14.07	89	6	6.74
ขลุง	1,510	1	0.66	1,597	60	37.57	61	8	13.11
ท่าใหม่	1,797	3	1.67	1,981	64	32.31	67	10	14.93
โป่งน้ำร้อน	1,459	2	1.37	1,448	57	39.36	59	3	5.08
มะขาม	858	2	2.33	836	36	43.06	38	2	5.26
แหลมสิงห์	696	1	1.44	770	17	22.08	18	4	22.22
สอยดาว	2,183	3	1.37	2,031	86	42.34	89	4	4.49
แก่งหางแมว	1,446	4	2.77	1,431	73	51.01	77	13	16.88
นายายอาม	946	0	-	1,004	43	42.83	43	1	2.33
เขาคิชฌกูฏ	810	0	-	941	10	10.63	10	4	40.00
รวม	15,237	21	1.38	18,009	530	29.43	551	55	9.98
นอกจังหวัด		6	0.39		194	10.77	200	12	6.00
ในจังหวัดและนอกจังหวัด		27	1.77		724	40.20	751	67	8.92

ที่มา: ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ประมวลผล ณ วันที่ 19 มกราคม 2562

## 5.ปัญหาอุปสรรค

5.1 จากการสอบถามหลังจากวัยรุ่นปฏิบัติบริการวางแผนครอบครัว พบว่า ครอบครัว และตัววัยรุ่นเอง ขาดความตระหนักในการวางแผนครอบครัวหลังคลอด เนื่องจากมีความพร้อมด้านเศรษฐกิจ และครอบครัวประสงค์ให้ตั้งครรภ์ ต่อจากครรภ์แรกทันที ส่งผลให้การจัดบริการวางแผนครอบครัวของจังหวัดจันทบุรี มีการให้บริการที่มีความครอบคลุมน้อยในบางพื้นที่

5.2 ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาระบบให้เป็นระบบเดียวกันกับโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การนำเข้า และส่งออกข้อมูลงานบริการบางอย่าง ขาดหายไป ส่งผลให้ผลการดำเนินงานในระบบข้อมูลต่ำกว่าการให้บริการจริง

## 6.กลุ่มงานและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงาน	:	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	:	1.นางสมจิต ยาใจ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-3579377 Email : oonyajai@yahoo.com
		2.นางสาววสิมล สุวรรณรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 086-8488110 E-mail:wasimon1990@gmail.com

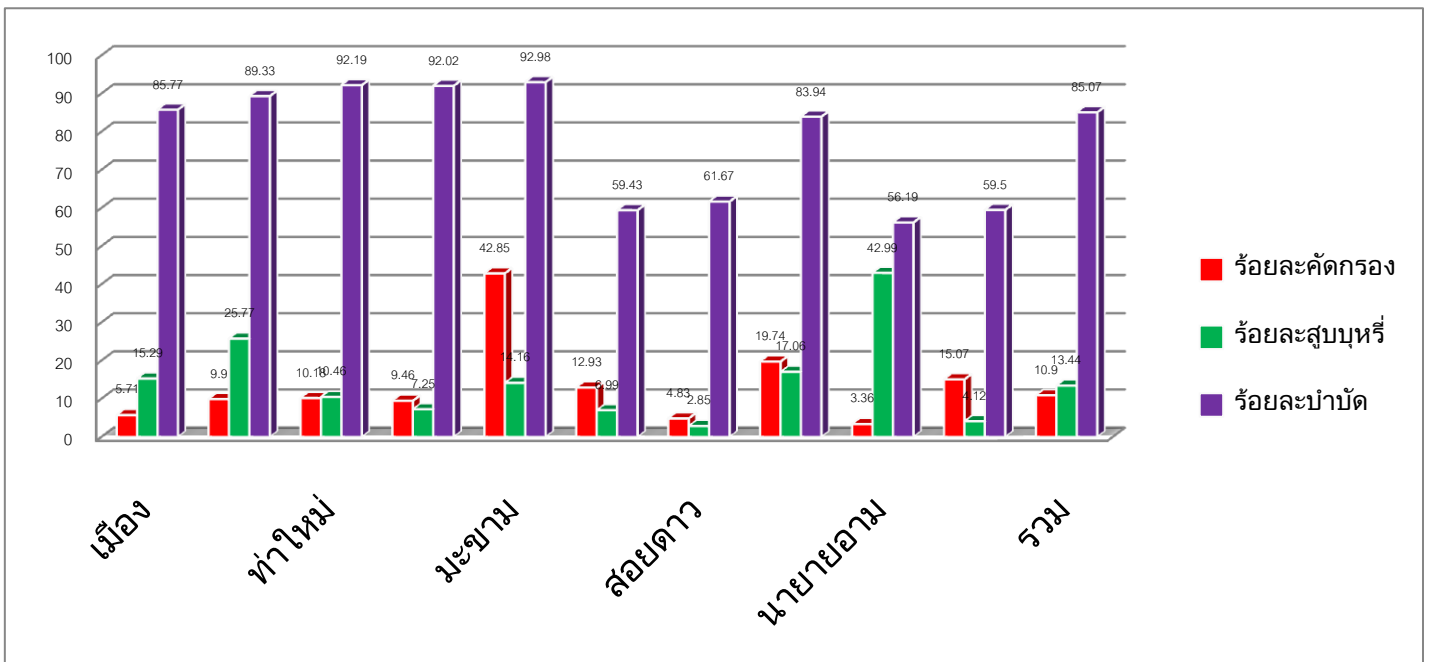
## ประเด็นเพิ่มเติม

### ตัวชี้วัดที่ 1 : จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ โครงการ 3 ลาน 3 ป เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องคราชน

#### 1. สถานการณ์และสภาพปัญหา

สถานการณ์การบริโภคยาสูบจังหวัดจันทบุรี จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2558 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 18.55 ในปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 15.90 มีอัตราการลดลงร้อยละ 2.81 สถานที่พบเห็น/ได้กลิ่น/เห็นกันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ ซึ่งเป็นกลุ่มที่กฎหมายกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่และห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ดังกล่าว พบว่าสถานที่ต่อไปนี้เป็นพบเห็นการสูบบุหรี่มาก คือ ตลาดสดหรือตลาดนัด ร้อยละ 88.72 ร้านอาหาร 73.72 บริการขนส่งสาธารณะ ร้อยละ 60.39 ศาสนสถาน ร้อยละ 40.23 อาคารสถานที่ราชการ ร้อยละ 32.29 สถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ 25.52 โรงเรียน/สถานศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษา 14.87 และอาคารมหาวิทยาลัย ร้อยละ 5.72

จังหวัดจันทบุรี มีอัตราการบริโภคยาสูบตามข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้ติดบุหรี่ (special pp) อำเภอที่มีการคัดกรอง คือ อำเภอมะขาม รองลงมาคืออำเภอแก่งหางแมวและอำเภอเขาชีชมภู อำเภอที่มีการบำบัดสูงที่สุด คือ อำเภอโป่งน้ำร้อน รองลงมา คือ อำเภอขลุงและอำเภอมะขาม แผนภูมิแสดงร้อยละการคัดกรองผู้สูบบุหรี่และการบำบัดผู้ติดบุหรี่ (special pp) จังหวัดจันทบุรี จำแนกรายอำเภอ ปี 2562



ที่มา : จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ 29 มกราคม 2562

ตารางแสดงการคัดกรองและการบำบัดผู้ติดเชื้อ (special pp) จังหวัดจันทบุรี ปี พ.ศ. 2562

อำเภอ	จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	ได้รับการคัดกรอง (1B5)	ร้อยละคัดกรอง	ผู้สูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว (1B51)	ไม่สูบบุหรี่ (1B52)	จำนวนผู้สูบบุหรี่ (1B50)	ร้อยละสูบบุหรี่	ได้รับการบำบัด (1B53+1B531+1B532)	ร้อยละบำบัด	เลิกบุหรี่ได้ 1 เดือน (1B542)	เลิกบุหรี่ได้ 3 เดือน (1B552)	เลิกบุหรี่ได้ 6 เดือน (1B562)
เมือง	88,506	5,054	5.71	128	4,153	773	15.29	663	85.77	30	1	0
ขลุง	34,541	3,419	9.9	91	2,447	881	25.77	787	89.33	1	15	94
ท่าใหม่	50,520	5,144	10.18	411	4,195	538	10.46	496	92.19	0	0	0
โป่งน้ำร้อน	31,056	2,937	9.46	194	2,530	213	7.25	196	92.02	0	0	0
มะขาม	20,671	8,857	42.85	98	7,505	1,254	14.16	1,166	92.98	2	1	1
แหลมสิงห์	19,354	2,503	12.93	123	2,205	175	6.99	104	59.43	0	2	1
สอยดาว	43,609	2,106	4.83	100	1,946	60	2.85	37	61.67	0	0	0
แก่งหางแมว	26,078	5,148	19.74	270	4,000	878	17.06	737	83.94	3	1	1
นายายอาม	22,935	770	3.36	16	423	331	42.99	186	56.19	1	0	0
เขาคิชฌกูฏ	19,515	2,940	15.07	146	2,673	121	4.12	72	59.5	0	2	0
รวม	356,785	38,878	10.9	1,577	32,077	5,224	13.44	4,444	85.07	37	22	97

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ 29 มกราคม 2562

2. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

2.1 การดำเนินงาน

เป้าหมายการดำเนินงานโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน รายอำเภอ จังหวัดจันทบุรี ปี 2562

อำเภอ	จำนวน อสม. (คน)	เป้าหมายผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการ				
		ไตรมาส 1	ผลงาน	ร้อยละ	ไตรมาส 2	ผลงาน
เมืองจันทบุรี	1630	1,630	577	11.81	4,890	N/A
ขลุง	1033	1,033	92	2.98	3,099	N/A
ท่าใหม่	1303	1,303	163	4.17	3,909	N/A
โป่งน้ำร้อน	680	680	46	2.25	2,040	N/A
มะขาม	685	685	60	2.92	2,055	N/A
แหลมสิงห์	537	537	81	5.03	1,611	N/A
สอยดาว	1124	1,124	447	13.27	3,372	N/A
แก่งหางแมว	878	878	145	5.50	2,634	N/A
นายายอาม	654	654	67	3.40	1,962	N/A
เขาคิชฌกูฏ	579	579	19	1.09	1,737	N/A
รวมจังหวัด	9,103	9,103	1697	6.21	27,309	N/A

หมายเหตุ ข้อมูลจาก www.thaiphc.net ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ประชุมชี้แจงนโยบาย แนวทาง เป้าหมายการดำเนินงานและให้กับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขทุกอำเภอ/ผู้รับผิดชอบงาน กง./สสอ./รพช. แบบสำรวจการสูบบุหรี่ และ Health Literacy บุหรี่ ใน อสม.วางระบบการเก็บข้อมูลจาก (Google form) และระบบส่งต่อเพื่อการบำบัด สรุปรายงานผลผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ (คลินิกฟ้าใส) ทุกเดือน แนวทางที่อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการ

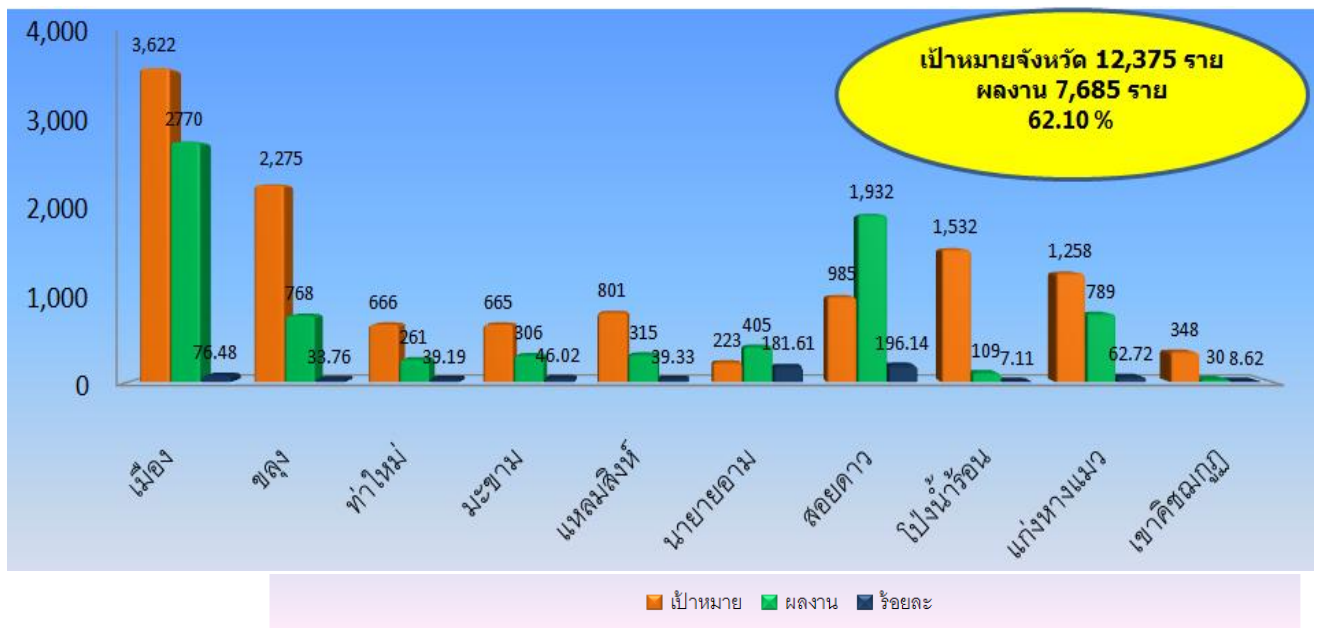
1. อสม. ที่สูบบุหรี่ทุกคนเขารวมโครงการฯ

2. อสม. สำรวจ ค้นหาผู้สูบบุหรี่เชิญชวนให้เขา รวมโครงการฯ (อสม. 1 คน ต่อ ผู้สูบบุหรี่ 3 คน)

- 3.อสม. ส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ ผ่าน แบบ อสม.1 ให้ รพ.สต. เพื่อให้เจ้าหน้าที่คีย์ข้อมูลผ่านระบบ Health Data Center (HDC) เพื่อเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา
- 4.ขับเคลื่อนกิจกรรมรณรงค์ ลด ละเลิก สูบบุหรี่ในชุมชน
- 5.อสม. ติดตามและรายงานผลการเลิกสูบบุหรี่ทุกเดือนผ่านแบบ อสม. 1
- 6.ติดตามความก้าวหน้า และรายงานผล

## 2.2 ผลการดำเนินงาน โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน รายอำเภอ จังหวัดจันทบุรี ปี 2561

กราฟแสดงจำนวนผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน จังหวัดจันทบุรี แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2560-2561



ที่มา: [www.Quitforking.com](http://www.Quitforking.com) ณ วันที่ 30 กันยายน 2561

ตาราง จำนวนและร้อยละผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน จังหวัดจันทบุรี แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2560-2561

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองจันทบุรี	3622	2770	76.48
ขลุง	2275	768	33.76
ท่าใหม่	666	261	39.19
มะขาม	665	306	46.02
แหลมสิงห์	801	315	39.33
นายายอาม	223	405	181.61
เขาคิชฌกูฏ	985	1932	196.14
สอยดาว	1532	109	7.11
โป่งน้ำร้อน	1258	789	62.72
แก่งหางแมว	348	30	8.62
<b>รวม</b>	<b>12375</b>	<b>7685</b>	<b>62.10</b>

ที่มา: [www.Quitforking.com](http://www.Quitforking.com) ณ วันที่ 30 กันยายน 2561

2.3 การจัดระบบบริการ บำบัดรักษา ฟันฟูให้กับผู้สูบบุหรี่ จังหวัดจันทบุรี มีคลินิกเลิกบุหรี่ (คลินิกฟ้าใส) ครอบคลุมโรงพยาบาล จำนวน 12 แห่ง รูปแบบการให้บริการบำบัดรักษา ในคลินิกฟ้าใส ในแต่ละโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกให้บริการ การให้คำปรึกษา การใช้ยาถอนนิโคติน หมายฝรั่งนิโคติน การนัดตรวจจุดสะทอนฝ้าเท้า และการฝังเข็มบำบัด ตามบริบทของพื้นที่ในการให้บริการ

อำเภอ	จำนวน (ราย)		
	บำบัดบุหรี่ (F17.1-17.2)	บำบัดบุหรี่ (F17.1-17.2+Z508 1 ครั้ง)	บำบัดบุหรี่ (F17.1-17.2+Z508 2 ครั้งขึ้นไป)
เมืองจันทบุรี	674	254	130
ขลุง	10	1	0
ท่าใหม่	57	12	6
โป่งน้ำร้อน	32	0	0
มะขาม	30	0	0
แหลมสิงห์	95	34	26
สอยดาว	14	2	1
แก่งหางแมว	0	0	0
นายายอาม	33	12	9
เขาคิชฌกูฏ	2	0	0
รวม	947	315	172

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ 29 มกราคม 2562

### 3.ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

3.1 เจ้าหน้าที่รพ.สต.ลรหส์ ใน Health Data Center (HDC) ไม่ถูกต้อง ลงไม่ครบถ้วน

3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขยังไม่สามารถเชิญชวนให้ผู้สูบบุหรี่ เข้าร่วมโครงการเลิกสูบบุหรี่ได้ตามเป้าหมาย

3.3 การศิษข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการฯ ปรับเปลี่ยนบ่อย อีกทั้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเปลี่ยนแปลงทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง

3.4 สื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ควรมีการปรับปรุงสื่อออกเหนือจากแผ่นพับประชาสัมพันธ์สื่อในรูปแบบเดิมๆ ไม่ดึงดูดความสนใจ โดยเฉพาะ Mass media มีผลต่อประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นในปัจจุบันมาก

### 4.แนวทางแก้ไขปัญหา

4.1 ลงพื้นที่ทุกอำเภอในการติดตามและชี้แจงการลงข้อมูล Health Data Center (HDC) และการลงรหัส ที่ถูกต้องทุกอำเภอ ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน

4.2 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ ในระบบออนไลน์ OR Code, facebook, เพจ, Line

4.3 ดำเนินการประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ผู้สูบบุหรี่ เข้าร่วมโครงการ

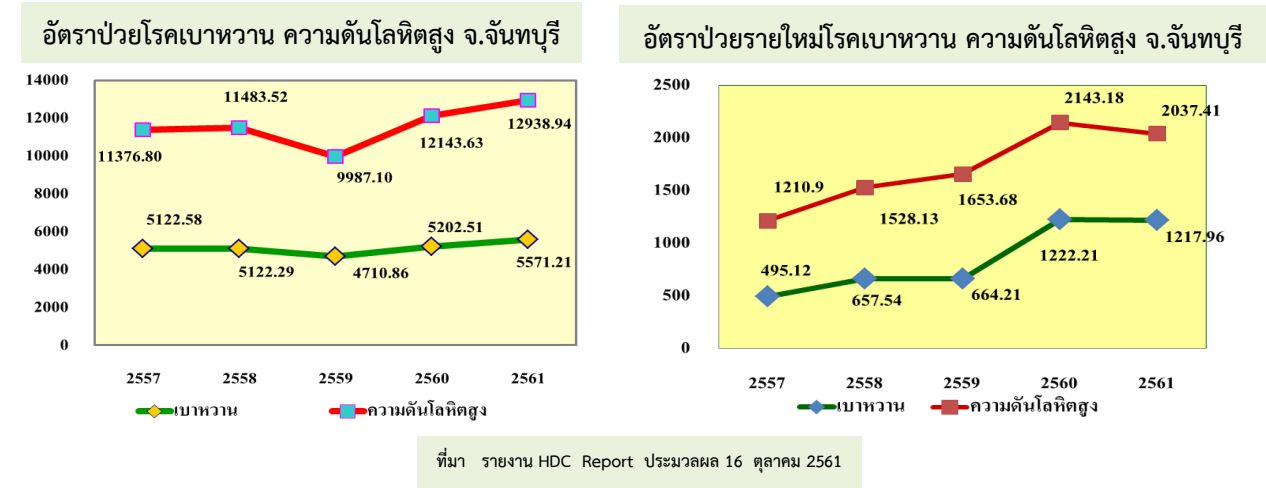
## 5. กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด(เบอร์โทรศัพท์, E-mail)

- |                       |   |  |
|-----------------------|---|--|
| กลุ่มงาน              | : | กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด  |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | : | นางณัฐหทัย แสงพงษ์นภา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>โทรศัพท์ 0957289234 E-mail:ncdnetworkchan@gmail.com |
| กลุ่มงาน              | : | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ   |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | : | นายทิวา แสงเพชร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ<br>โทรศัพท์ 0968764068 E-mail:pattana.chan308@gmail.com    |

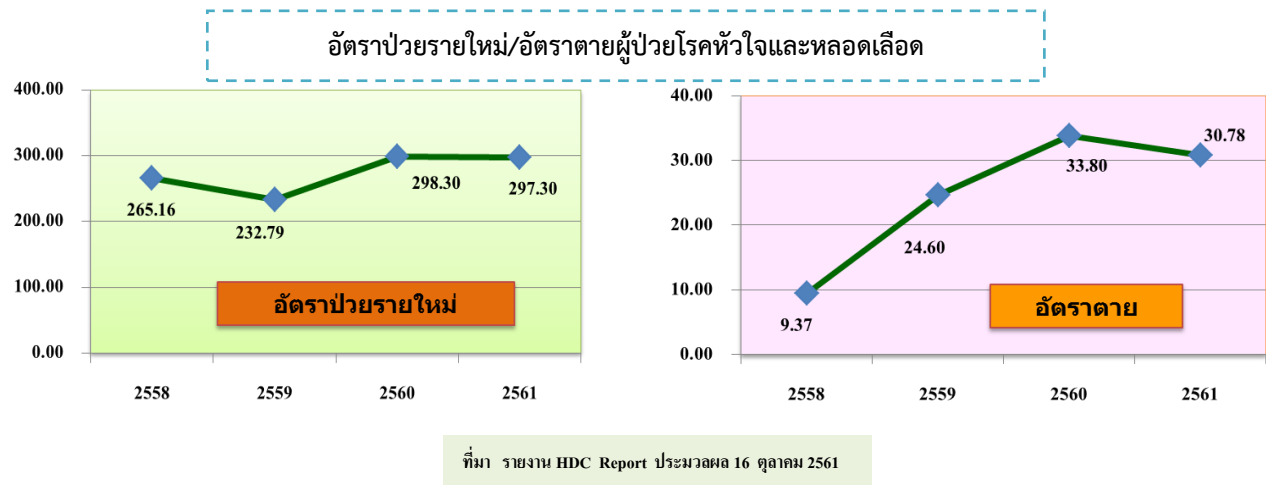
ประเด็นเพิ่มเติม : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น  
ตัวชี้วัดที่ 2.ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้

1.สถานการณ์และสภาพปัญหา

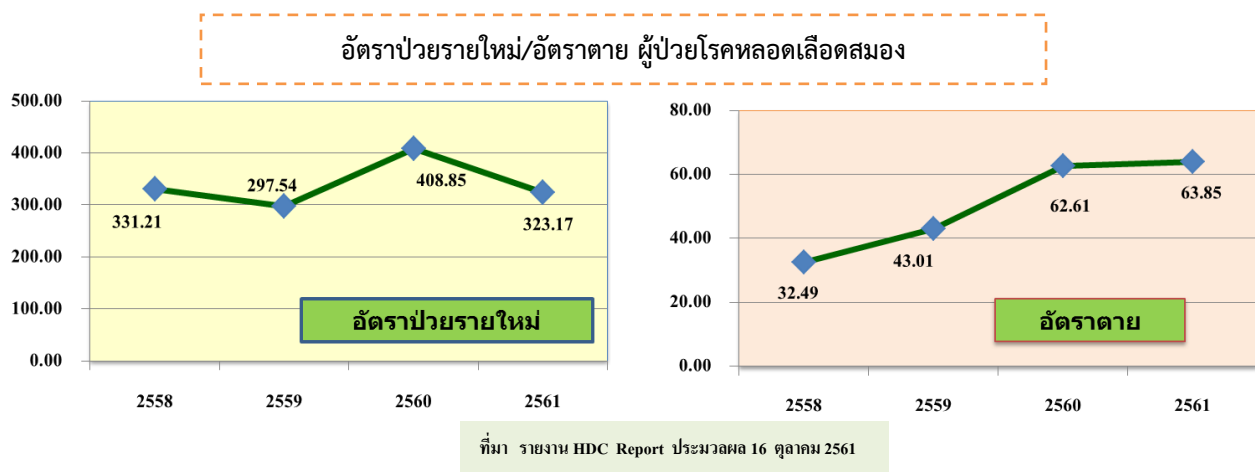
สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2557-2561 พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับกับอัตราผู้ป่วยใหม่โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง แต่พบว่าปีงบประมาณ 2561 มีอัตราผู้ป่วยใหม่ของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี 2560 รายละเอียด ดังรูป



อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ในปีงบประมาณ 2558 - 2561 พบว่ามีแนวโน้มชะลอตัวลงและปี 2561 ลดลงจากปี 2560 ลดลงเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ปี 2561 อัตราตายของโรคหัวใจลดลง แต่โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้น รายละเอียด ดังรูป







## 2. แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ 2562

โครงการ / วัตถุประสงค์	กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย
1. โครงการคุณภาพและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
-ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน พัฒนาระบบบริการโรค NCDs	-Facebook Live จากเพจ NCD Channetwork	-ผู้รับผิดชอบงาน รพ./สสอ./รพ.สต.
-พัฒนาคุณภาพการจัดบริการผู้ป่วยให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus ใน รพ./ NCD Clinic คุณภาพ ใน รพ.สต.	-ประเมิน NCD Clinic Plus ใน รพ./ NCD Clinic คุณภาพ รพ.สต. ระหว่างวันที่ 23-30 มกราคม 2562	
2. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อตามหลักระบาดวิทยา		
-พัฒนาระบบข้อมูล/การรายงานผลโรค NCDs ให้มีคุณภาพถูกต้อง ครบถ้วน	-ประชุมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการเฝ้าระวังโรค NCDs ตามหลักระบาดวิทยา	-บุคลากรที่รับผิดชอบ รพ./สสอ./รพ.สต.
3. เสริมพลังและกำกับติดตาม NCDs Management ระดับอำเภอ		
-กำกับติดตามเยี่ยมเสริมพลังการบริหารจัดการโรค NCDs ในระดับอำเภอ/ตำบล	-นิเทศติดตามในระดับอำเภอ/ตำบล ประเมินโดยใช้เกณฑ์ SI3M(บูรณาการกับประเมิน NCD Clinic)ระหว่างวันที่ 23-30 มกราคม 2562	-บุคลากรที่รับผิดชอบ รพ./สสอ./รพ.สต.

## 3. เป้าหมายการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562

3.1 โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus และผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดีขึ้น

3.2 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย(มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30)

3.3 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย(มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50)

## 4. มาตรการดำเนินงาน

4.1 การบริหารจัดการโรค NCDs โดย NCD Board ระดับจังหวัด/อำเภอ และคณะกรรมการดำเนินงาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคไม่ติดต่อ เชื่อมโยงบูรณาการกับการดำเนินงาน District Health System: DHS อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) และมีระบบการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ตามนโยบายการนิเทศประเมินคุณภาพประจำปี

4.2 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ โรค NCDs ตามระบบรายงาน HDC

4.3 พัฒนาคุณภาพการจัดบริการโรค NCDs ครอบคลุม Primary, Secondary และ Tertiary Prevention

4.4 การประเมินคุณภาพการจั้ดบริการ โรงพยาบาลทุกแห่ง ประเมินตนเองโดยใช้เกณฑ์ NCD Clinic Plus และรพ.สต.ทุกแห่งประเมินตนเองโดยใช้เกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ

4.5 พัฒนาศักยภาพบุคลากร System manager, Case manager และ Minicase manager

## 5. ผลการดำเนินงาน

### 5.1 การประเมิน NCD Clinic Plus

ปี 2560-2561 มีโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรอง NCD Clinic Plus (ประเมินรับรองโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี) จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ รพ.พระปกเกล้า,รพ.มะขาม(รางวัลดีเด่นระดับเขต),รพ.สอยดาว(รางวัล Best practice ระดับเขต)

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2561 โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นพื้นฐาน (60 คะแนนขึ้นไป) มีจำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.33 ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป(70คะแนนขึ้นไป) จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 41.67 รายละเอียดดังตาราง

โรงพยาบาล	คะแนนประเมิน			ผลการประเมิน
	ส่วนที่ 1 กระบวนการ	ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์	ส่วนที่ 1+ส่วนที่ 2	
พระปกเกล้า	35.40	25.00	60.40	ระดับพื้นฐาน
ขลุง	44.80	28.00	72.80	ระดับดี
ท่าใหม่	40.60	25.40	66.00	ระดับพื้นฐาน
เขาสกิม	40.60	31.60	72.20	ระดับดี
สองพี่น้อง	36.80	30.40	67.20	ระดับพื้นฐาน
โป่งน้ำร้อน	34.60	25.40	60.00	ระดับพื้นฐาน
มะขาม	45.20	34.40	79.60	ระดับดี
แหลมสิงห์	35.80	24.80	60.60	ระดับพื้นฐาน
สอยดาว	45.60	31.20	76.80	ระดับดี
แก่งหางแมว	31.80	35.20	67.00	ระดับพื้นฐาน
นายายอาม	39.20	30.60	69.80	ระดับพื้นฐาน
เขาศิขณภูฏ	37.20	37.60	74.80	ระดับดี

ที่มา : ส่วนที่ 1 รายงานการประเมินตนเองตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus โรงพยาบาลทุกแห่ง รอบที่ 2 มิถุนายน 2561

ส่วนที่ 2 HDC report ผลงานปีงบประมาณ 1561 ประมวลผลวันที่ 18 ตุลาคม 2561

ปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการประเมินตนเองรอบที่ 1 ในเดือนมกราคม 2562 ผลการประเมินตนเอง ดังเอกสารแนบ

## 5.2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2562

5.2.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (เป้าหมาย DM ≥ ร้อยละ 30 ,HT ≥ ร้อยละ 50 )

อำเภอ	โรคเบาหวาน				โรคความดันโลหิตสูง			
	จำนวนผู้ป่วย	ตรวจ HbA1C	ควบคุมได้ดี (HbA1C<7%)	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วย	วัด BP 2ครั้ง/ปี	ควบคุมได้ดี (BP <140/90)	ร้อยละ
เมืองจันทบุรี	5,237	1,899	749	14.3	11,203	4,639	2,778	24.8
ขลุง	2,800	1,727	741	26.46	5,996	2,607	1,565	26.1
ท่าใหม่	3,829	2,500	915	23.9	8,772	2,340	1,408	16.05
โป่งน้ำร้อน	1,654	460	211	12.76	3,893	487	251	6.45
มะขาม	1,514	1,019	535	35.34	3,605	1,848	1,174	32.57
แหลมสิงห์	2,241	1,431	601	26.82	4,770	1,845	999	20.94
สอยดาว	2,433	1,372	521	21.41	4,708	2,006	1,064	22.6
แก่งหางแมว	1,119	853	372	33.24	3,159	1,441	979	30.99
นายายอาม	1,653	588	435	26.32	4,324	1,550	1,028	23.77
เขาคิชฌกูฏ	1,288	466	220	17.08	3,051	645	366	12
<b>รวม</b>	<b>23,768</b>	<b>12,315</b>	<b>5,300</b>	<b>22.30</b>	<b>53,481</b>	<b>19,408</b>	<b>11,612</b>	<b>21.71</b>

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผล 21 มกราคม 2562

5.2.2 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk)ใน 10 ปีข้างหน้า (เกณฑ์เป้าหมายปี 2562 ≥ร้อยละ 85.00) ผลงานไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2562 ดำเนินการครอบคลุมร้อยละ 64.00

ตาราง ร้อยละของผู้ป่วย DM/HTได้รับการประเมิน CVD Risk จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2561

อำเภอ	B	A	ร้อยละ
เมืองจันทบุรี	3,907	2,659	68.06
ขลุง	2,131	1,270	59.6
ท่าใหม่	3,450	1,983	57.48
โป่งน้ำร้อน	1,574	947	60.17
มะขาม	1,263	940	74.43
แหลมสิงห์	1,704	1,027	60.27
สอยดาว	2,124	1,485	69.92
แก่งหางแมว	1,379	1,105	80.13
นายายอาม	1,717	660	38.44
เขาคิชฌกูฏ	1,239	1,037	83.7
<b>รวม</b>	<b>20,488</b>	<b>13,113</b>	<b>64.00</b>

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผล 21 มกราคม 2562

หมายเหตุ B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ยังไม่ป่วยด้วย CVD  
A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ยังไม่ป่วยด้วย CVD ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง( CVD Risk score 4-5) ได้รับการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2561 ที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูงต่อ CVD (SCORE 4,5) ร้อยละ 73.47 มีการเปลี่ยนแปลง CVD Risk score ลดลง

ตารางการเปลี่ยน SCORE ลดลงของกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูงต่อ CVD (SCORE 4,5) เปรียบเทียบรอบ 6 เดือน

อำเภอ	B	A	ร้อยละ
เมืองจันทบุรี	21	15	71.43
ขลุง	4	3	75
ท่าใหม่	7	6	85.71
โป่งน้ำร้อน	1	0	0
มะขาม	3	3	100
แหลมสิงห์	5	3	60
สอยดาว	2	2	100
แก่งหางแมว	0	0	0
นายายอาม	4	4	100
เขาคิชฌกูฏ	2	0	0
<b>รวม</b>	<b>49</b>	<b>36</b>	<b>73.47</b>

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผล 21 มกราคม 2562

หมายเหตุ :: SCORE 4,5 คือ P FullScore (%) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 SCORE ลดลงน้อยกว่า 4 คือ P FullScore (%) น้อยกว่า 30

5.2.3 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการประเมินความเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง โดยการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วย DM/HT ปี 2562 ดำเนินการได้ครอบคลุมร้อยละ 48.44 (เกณฑ์เป้าหมายทั้งปี ร้อยละ 80)

ตารางผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2561

อำเภอ	B	A	ร้อยละ
เมืองจันทบุรี	11,372	3,286	28.9
ขลุง	5,950	3,512	59.03
ท่าใหม่	8,219	4,667	56.78
โป่งน้ำร้อน	3,975	1,029	25.89
มะขาม	3,025	2,030	67.11
แหลมสิงห์	4,739	2,830	59.72
สอยดาว	4,916	2,991	60.84
แก่งหางแมว	3,214	2,184	67.95
นายายอาม	3,588	1,269	35.37
เขาคิชฌกูฏ	3,096	1,434	46.32
<b>รวม</b>	<b>52,094</b>	<b>25,232</b>	<b>48.44</b>

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผล 21 มกราคม 2562

หมายเหตุ A หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง B หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ

## 6. วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

6.1 สถานบริการทุกแห่งมีการประเมินคุณภาพคลินิกโรค NCDs โดยมีการประเมินตนเองรอบแรกในเดือนมกราคม โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus ส่วน รพ.สต.ประเมินตนเองตามเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ

6.2 ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการติดตามระดับน้ำตาลโดยการตรวจ HbA1C ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์(HbA1C<7%) ร้อยละ 22.30 (เกณฑ์เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ ร้อยละ 21.71 (เกณฑ์เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50) ผลงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากเป็นผลงานเพียงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ

6.3 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงและให้คำปรึกษาลดเสี่ยง

- การประเมินโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ครอบคลุมร้อยละ 64.00 และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและเสี่ยงสูงได้รับการลดเสี่ยง ร้อยละ 73.47 ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและเสี่ยงสูงมี CVD Risk ลดลง

- การคัดกรองความเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2562 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการประเมินความเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 48.44

6.4 การประเมิน NCD Clinic Plus ปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลทุกแห่งมีการประเมินคุณภาพการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ผลการประเมินผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus ในโรงพยาบาล จังหวัดจันทบุรี รอบ 1 ปี 2562 (ตามเอกสารแนบ)

## 7.กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงาน	:	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	:	นางสุจิตรา กิจจานนท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 0917189928 E-mail: cdnetworkchan@gmail.com

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ไตรมาส 1 ( 1 ตุลาคม 2561-31 ธันวาคม 2561)

ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	ค่าเป้าหมาย 12 เดือน	small success 3 เดือน	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ /อัตรา	ผล ประเมิน
	คณะ 2						
1	*10.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	10 อำเภอ	10 อำเภอ	100	ผ่าน
2	*11.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่(Priority Care Cluster)	ร้อยละ 36	ร้อยละ 36	12	10	20.4	ผ่าน
3	*12.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	3ดาว 100%	3ดาว 100%	105	105	100	ผ่าน
		5ดาวสะสม	5ดาวสะสม60%	105	67	63.81	ผ่าน
4	*13.อัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ85	ร้อยละ85	125			-
5	*14.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	RDUชั้นที่1	RDUชั้นที่1 80%	12	12	100	ผ่าน
		RDUชั้นที่2	RDUชั้นที่2 10%	12	1	8.33	ไม่ผ่าน
	*14.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ	ร้อยละ20	ร้อยละ20	1	1	100	ผ่าน
6	*15 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง HDC รพ.พระปกเกล้า	< ร้อยละ 7	< ร้อยละ 7	508	47	9.25	ไม่ผ่าน
		< ร้อยละ 7	< ร้อยละ 7	303	28	9.24	ไม่ผ่าน
	ตัวชี้วัดย่อย						
	15.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5	209	8	3.83	ผ่าน
	15.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	< ร้อยละ 25	< ร้อยละ 25	77	19	24.68	ผ่าน
	15.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)การรักษาใน Stroke Unit	< ร้อยละ 7	< ร้อยละ 7	-	-	0	
	15.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	≥ร้อยละ40	≥ร้อยละ40	-	-	0	
	15.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	≥ร้อยละ50	≥ร้อยละ50	17	6	35.29	ไม่ผ่าน
	15.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	≥ร้อยละ60	≥ร้อยละ60	77	-	0	ไม่ผ่าน
7	*16.อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	<ร้อยละ30	<ร้อยละ30	148	41	27.7	ผ่าน
8	*17.อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1	ร้อยละ12	ร้อยละ12	1,084	75	6.92	ผ่าน

ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	ค่าเป้าหมาย 12 เดือน	small success 3 เดือน	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ /อัตรา	ผลประเมิน
9	*18.1 ร้อยละผู้ติดตามเสถียร ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและ ได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year)	ร้อยละ20	ร้อยละ20	168	37	22.02	ผ่าน
	*18.2 ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสถียรที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสถียรต่อเนื่องหลัง จำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate)	ร้อยละ40	ร้อยละ40	56	55	98.21	ผ่าน
10	19.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤6.3ต่อแสน	≤6.3ต่อแสน	548,540	10	1.82 / แสน	ผ่าน
11	20.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4mL/min/1.73m <sup>2</sup> /yr	ร้อยละ66	ร้อยละ66	449	270	60.13	ไม่ผ่าน
12	21.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	ร้อยละ20	ร้อยละ20	229	20	8.73	ไม่ผ่าน
13	22. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	≥0.8 : 100	≥0.3 : 100	390	0	0	ไม่ผ่าน
14	23. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	≥1.3 : 100	≥1.3 : 100	390	1	0.26	ไม่ผ่าน
15	24.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 18.5	ร้อยละ 18.5	401,201	49,113	12.24	ไม่ผ่าน
16	25. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	26ต่อแสน ประชากร	26ต่อแสน ประชากร	246,023	46	11	ผ่าน



## ประเด็นที่ 1 PRIMARY CARE การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

### ตัวชี้วัด 1.ร้อยละ 60 ของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

#### 1.สถานการณ์ปัญหา และผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในปี 2561

ในปี 2561 จังหวัดจันทบุรีดำเนินการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามแนวทางที่กำหนด ดังนี้

1.1 ปรับคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมี นายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

1.2 พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยการเข้าร่วมประชุมอบรมที่ส่วนกลางกำหนด

1.3 ขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับจังหวัด โดยคณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ ได้กำหนดให้มีการประชุมติดตามอย่างต่อเนื่อง และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและสร้างต้นแบบในการดำเนินงานตามเกณฑ์และนโยบายที่กำหนด

จากการดำเนินงานในปี 2561 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดจันทบุรีผ่านการประเมินเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพทุกอำเภอ

#### เป้าหมายการดำเนินงานปี 2562

ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีคุณภาพ ร้อยละ 60

#### 2.แผนงาน/โครงการที่ดำเนินงานในปี 2562

จังหวัดจันทบุรี มีการกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม และการดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster ) รวมทั้งมีการจัดทำแผนปฏิบัติการและโครงการเพื่อสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

2.1 โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)จังหวัดจันทบุรี

2.2 โครงการสนับสนุนการจัดทำประเด็น และดำเนินการ พชอ.ปี 2562 อ.ละ 2 ประเด็น (งบ สป. 30,000 บาทลงทุกอำเภอ)

2.3 โครงการพัฒนาศักยภาพ คกก./เยี่ยมเสริมพลัง/กำกับ ติดตามการดำเนินงาน พชอ.ทั้งในส่วน จ. (จัดสรรจากอำเภอๆ ละ 2,000) และ อ.(อ.ละ 25,000 บาท) (งบ สสส.ตั้งเบิก จ.)

#### 3.ผลการดำเนินงาน

##### ไตรมาสที่ 1

3.1 มีการประชุมรับทราบนโยบายการดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และมีการถ่ายทอดนโยบายสู่ทีมนำในระดับอำเภอรวมถึงผู้ปฏิบัติในระดับอำเภอ คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)ให้มีคุณภาพ ร่วมกับการติดตามการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ติดตาม

3.2 มีการกำหนดรูปแบบและแนวทางการดำเนินงาน พชอ.คุณภาพที่เป็นของจังหวัดจันทบุรี

3.3 ทุกอำเภอมีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)เพื่อกำหนดประเด็นที่เป็นปัญหา (ODOP) ครบทุกอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	ประเด็น ODOP		
1	เมือง	อุบัติเหตุบนท้องถนน	ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงและผู้พิการ	อาหารปลอดภัย
2	ท่าใหม่	อุบัติเหตุบนท้องถนน	การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	
3	ขลุง	อุบัติเหตุบนท้องถนน	การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	
4	มะขาม	อุบัติเหตุบนท้องถนน	ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง	
5	โป่งน้ำร้อน	อุบัติเหตุบนท้องถนน	การควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	
6	นายายอาม	อุบัติเหตุบนท้องถนน	สารเคมีในกระแสเลือด	
7	แก่งหางแมว	อุบัติเหตุบนท้องถนน	การจัดการขยะ	
8	สอยดาว	อุบัติเหตุบนท้องถนน	ขยะในชุมชน	
9	เขาคิชฌกูฏ	การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส	การจัดการขยะ	
10	แหลมสิงห์	การส่งเสริมสุขภาพ	การช่วยเหลือผู้ประสบความยากลำบาก	

4. มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน และการใช้จ่ายงบประมาณโครงการสนับสนุนการจัดทำประเด็น และดำเนินการ พขอ.ปี 2562 และโครงการพัฒนาศักยภาพ คกก./เยี่ยมเสริมพลัง/กำกับ ติดตามการดำเนินงาน พขอ.

#### แนวทางการดำเนินงานในไตรมาส 2-4

- 4.1 จัดประชุม VDO conference เพื่อติดตาม พขอ.คุณภาพ
- 4.2 ควบคุมกำกับติดตามการดำเนินงาน เพื่อติดตามระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน
- 4.3 กำกับติดตาม/เร่งรัดเบิกจ่ายงบฯ และสรุปผลทุกโครงการ
- 4.4 เยี่ยมเสริมพลัง พขอ. เพื่อค้นหา พขอ.ต้นแบบ (ตามแนวทางของกระทรวง และรูปแบบและแนวทางการดำเนินงาน พขอ.คุณภาพของจังหวัดจันทบุรี) รวมถึงประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การพัฒนามาตรกรอบ UCCARE
- 4.5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน

#### **4.การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ**

ปัญหาสำคัญตามบริบทของแต่ละพื้นที่ที่มีความหลากหลายและมีความซับซ้อนในหลายมิติ การพิจารณาประเด็นปัญหาของแต่ละพื้นที่ เพื่อจัดลำดับความสำคัญจึงต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการที่ถูกต้องเป็นปัจจุบันและสามารถนำมาใช้ได้ เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้พิจารณาร่วมกัน

#### **5.ผู้รับผิดชอบ**

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

นายบัญญัติ นิยมนา โทร 086-3448449 e-mail somrai@hotmail.com

## ประเด็นที่ 1 PRIMARY CARE การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

### ตัวชี้วัด 2.ร้อยละ18 ของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

#### 1.สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ สถิติของปัญหา และผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในปี 2561

จังหวัดจันทบุรี มีการเปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ปี 2560-2561 จำนวน 10 ทีม (ข้อมูลการขึ้นทะเบียนPCC) โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

ทีมคลินิกหมอครอบครัว	เปิดดำเนินการ ปี 2560 – 2561		ระบุข้อที่ไม่ผ่าน
	ลงทะเบียน	ผ่านเกณฑ์(3S)	
วัดใหม่-ตลาด 1	✓	✓	
วัดใหม่-ตลาด 2	✓	✓	
วัดใหม่-ตลาด 3	✓	✓	
รพ.สต.จันทนิมิต	✓	×	แพทย์ปฏิบัติงานไม่ครบ 3 วัน
รพ.สต.คลองนารายณ์	✓	×	แพทย์ปฏิบัติงานไม่ครบ 3 วัน
รพ.ขลุง	✓	×	แพทย์ปฏิบัติงานไม่ครบ 3 วัน
รพ.สต.คานรูด	✓	×	แพทย์ปฏิบัติงานไม่ครบ 3 วัน
รพ.เขาสุกิม	✓	×	แพทย์ปฏิบัติงานไม่ครบ 3 วัน
รพ.เขาคิชฌกูฏ	✓	✓	
สอน.เฉลิมพระเกียรติ	✓	×	แพทย์ปฏิบัติงานไม่ครบ 3 วัน

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (3S)

#### เป้าหมายการดำเนินงานปี 2562

เปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวเพิ่มเติม 2 แห่ง (รพ.สต.ท่าช้าง และ รพ.สต.สนามไชย)

#### 2.แผนงาน/โครงการที่ดำเนินงานปี 2562

โครงการขับเคลื่อนและพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว ปี 2562 มีกิจกรรมการดำเนินงาน

2.1 ทบทวนการดำเนินงาน PCC ตามเกณฑ์ 3 S

2.2 ประชุมชี้แจงการพัฒนาคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว และเตรียมความพร้อมคลินิกหมอครอบครัวที่จะเปิดดำเนินการปี 2562

2.3 ทบทวนแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (แผน 10 ปี)

2.4 ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว ปี 2562

2.5 เยี่ยมเสริมพลังคลินิกหมอครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนปี 2560-2561 และทีมที่จะเปิดดำเนินการปี 2562

2.6 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

2.7 สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน

#### 3.ผลการดำเนินงาน

จังหวัดจันทบุรี มีการทบทวนแผนการจัดตั้งPCC โดยมุ่งเน้นในเขตเมือง ส่วนในเขตชุมชนให้ดำเนินการตามแผนถ้าพื้นที่มีความพร้อมของระบบบริการแต่ละ FCT ที่พร้อมดำเนินการ แต่ในเบื้องต้นทุกแห่งต้องพัฒนา FCTให้มีความชัดเจนและเข้มแข็ง

## ผลการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวปี 2562

จำนวนคลินิกหมอครอบครัวที่จะเปิดดำเนินงานในปี 2562 มี 2 ทีม คือ รพ.สต.ท่าช้าง 1 ทีมและ รพ.สต.สนามไชย 1 ทีม แต่จากการประเมินตนเองตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว 3 S พบว่า ทั้ง 2 ทีม ไม่ผ่านการประเมิน ข้อที่ไม่ผ่านคือ ไม่มีแพทย์ FM

ทีมคลินิกหมอครอบครัว	ผลการประเมินตามเกณฑ์ 3 S		ระบุข้อที่ไม่ผ่าน
	ผ่านเกณฑ์ (3S)	ไม่ผ่านเกณฑ์ (3S)	
รพ.สต.ท่าช้าง		x	ขาดแพทย์ FM
รพ.สต.สนามไชย		x	ขาดแพทย์ FM

### 4.การวิเคราะห์ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- 4.1 จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ไม่เพียงพอต่อการเปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว
- 4.2 ขาดแพทย์ที่จะเรียนต่อเวชศาสตร์ครอบครัวและอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น

### 5.ผู้รับผิดชอบ

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

นายบัญญัติ นิยมนา

โทร 086-3448449

e-mail [somrai@hotmai.com](mailto:somrai@hotmai.com)

## ประเด็นที่ 1 PRIMARY CARE การพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาว

### ตัวชี้วัด 3.ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

- เป้าหมาย ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100
- เป้าหมาย ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60 (สะสม)

#### 1.สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ สถิติของปัญหา และผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในปี 2561

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้มีมาตรฐานเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับคุณภาพ 5 ดาว โดยในปี 2560 มีการตั้งเป้าหมายหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับ 5 ดาว ร้อยละ 10 ซึ่งพบว่า รพ.สต.ของจังหวัดจันทบุรีทั้งหมด 105 แห่ง ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 ดาว จำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.33 และในปี 2561 มีการตั้งเป้าหมายหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับ 5 ดาว ร้อยละ 25 พบว่า รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับ 5 ดาว สะสม จำนวน 67 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 63.80 โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นแบบระดับจังหวัด ปี 2560 คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามไชย อำเภอนายายอาม และในปี 2561 คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระแจะ อำเภอนายายอาม

#### ตารางแสดงผลการพัฒนาผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (สะสม) ปี 2561

อำเภอ	จำนวน รพ.สต.	ผ่าน 5ดาว	ร้อยละ
เมือง	13	12	92.30
ท่าใหม่	17	11	64.70
ขลุง	15	4	26.66
แหลมสิงห์	7	4	57.14
มะขาม	10	8	80.00
โป่งน้ำร้อน	8	2	25.00
สอยดาว	11	4	36.36
นายายอาม	7	7	100
แก่งหางแมว	11	11	100
เขาคิชฌกูฏ	6	4	66.66
รวมภาพจังหวัด	105	67	63.80

#### เป้าหมายการดำเนินงานปี 2562

จังหวัดจันทบุรีตั้งเป้าหมาย รพ.สต.ระดับ 5 ดาวสะสมในปี 2562 จำนวน 84 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 80 ของรพ.สต.ทั้งหมด (ทั้งหมดมี 105 แห่ง)

#### 2.แผนงาน/โครงการที่ดำเนินงานปี 2562

โครงการขับเคลื่อนระบบบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว ปี 2562 มีกิจกรรม ดังนี้

- 2.1 จัดทำยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของจังหวัดจันทบุรี เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
- 2.2 แต่งตั้งทีมพัฒนา รพ.สต.ติดดาวในระดับจังหวัดและอำเภอ
- 2.3 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงในจังหวัดและระดับอำเภอ
- 2.4 ประเมินผลการดำเนินงาน

### 3.ผลการดำเนินงาน

มีกระบวนการสำคัญในการขับเคลื่อนงานได้แก่

3.1 การวางแผนงาน : โดยการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของจังหวัดจันทบุรี เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว รวมทั้งมีการจัดทำแผนปฏิบัติการและโครงการ เพื่อสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ

3.2 การจัดองค์กร : มีการแต่งตั้งทีมพัฒนา รพ.สต.ติดดาวในระดับจังหวัดและอำเภอ ปี 2562 เพื่อร่วมกำหนดทิศทางและวางแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบูรณาการ ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ให้มีคุณภาพ

3.3 การนำ :

- มีการประชุมรับทราบนโยบายการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพระบบบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากส่วนกลาง

- มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงในระดับอำเภอ ในวันที่ 27 ธันวาคม 2561

- มีการชี้แจงเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาวให้กับผู้ปฏิบัติใน รพ.สต. ผ่านทาง Facebook Live ในวันที่ 29 พฤศจิกายน 2561 และวันที่ 23 มกราคม 2562

3.4 การควบคุมกำกับติดตาม : มีการควบคุมการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่าน 1) คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) 2) การนิเทศงาน คปสอ. 3) การรายงานผลการดำเนินงานในระบบข้อมูลทั้งในระดับกระทรวง ระดับเขต และ จังหวัด 4) การติดตามและประเมินเฉพาะกิจ

### 4.การวิเคราะห์ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงและปัญหา/อุปสรรค

บทบาทการสนับสนุนจากเครือข่ายบริการ (CUP) บางอำเภอยังไม่ชัดเจน ทำให้การสนับสนุนยังไม่เกิดผลเท่าที่ควร

### 5.ผู้รับผิดชอบ

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

นายบัญญัติ นิยมนา โทร 086-3448449

e-mail [somrai@hotmail.com](mailto:somrai@hotmail.com)

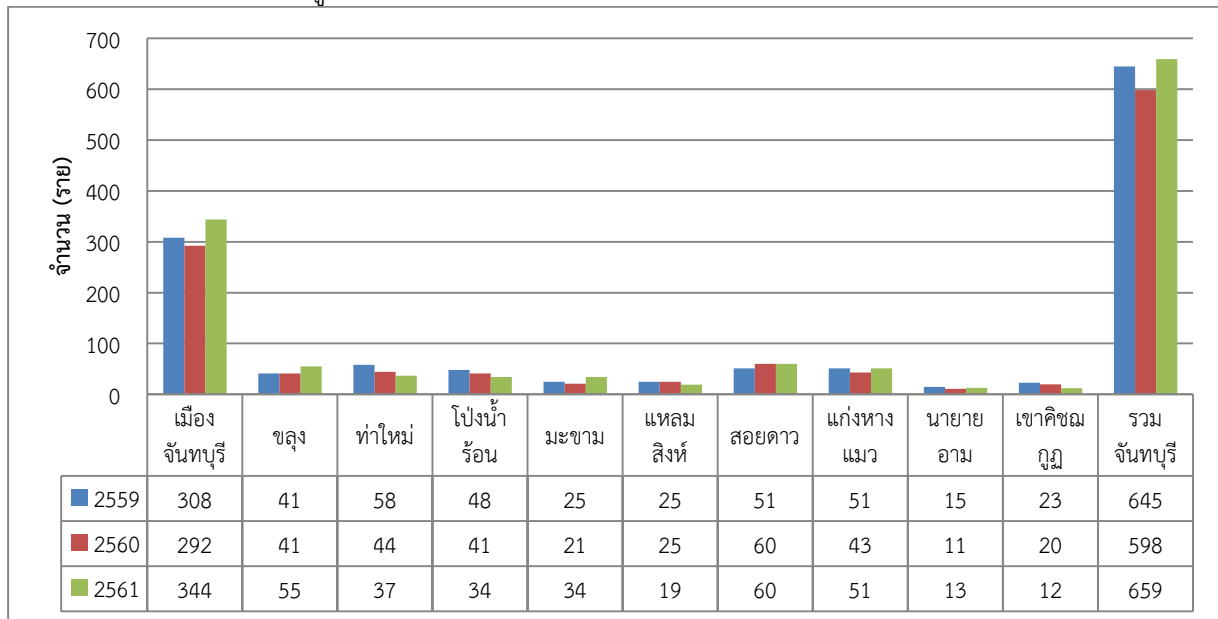
## ประเด็นที่ 2 TB

ตัวชี้วัด : อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย > ร้อยละ 85)

### 1. สถานการณ์วัณโรค

สถานการณ์วัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) จังหวัดจันทบุรี ย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2559-2561) พบว่าในปี 2561 พบผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 659 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2559 และ 2560 ดังภาพที่ 1

กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี 2559- 2561 จำแนกรายอำเภอ



ที่มา: tbc Thailand.net ณ 14 ม.ค. 2562

ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาในปี 2561 จำนวน 659 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.94 ของผู้ป่วยคาดประมาณการ และคิดเป็นอัตราป่วย 123.30 ต่อแสนประชากร (องค์การอนามัยโลก คาดการณ์อัตราการอุบัติการณ์การของผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท 172/แสนประชากร จันทบุรีมีค่าคาดประมาณการ 916 ราย) พบผู้ป่วยกระจายในทุกอำเภอ อำเภอที่พบอัตราผู้ป่วยสูงสุดได้แก่ อ.เมือง 267.27 ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ อ.แก่งหางแมว (121.63) อ.มะขาม (106.82) อ.ขลุง (96.96) อ.สอยดาว (91.20) อ.โป่งน้ำร้อน (75.82) อ.แหลมสิงห์ (62.71) อ.ท่าใหม่ (91.50) อ.เขาคิชฌกูฏ (41.43) และ อ.นายายอาม (38.15) ตามลำดับ กลุ่มที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคืออายุ 65 ปีขึ้นไป (21.24%) รองลงมาคือ 45-54 ปี (20.79%) และ 35-44 ปี (18.82%) พบในเพศชาย 456 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.20 เพศหญิง ร้อยละ 30.35 และพบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยร้อยละ 13.35 จำนวนนี้เป็นวัณโรคปอดรายใหม่ 553 ราย (83.92%) พบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยร้อยละ 16.67 มีการส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยาจำนวน 123 ราย พบผู้ป่วยดื้อยาหลายขนานจำนวน 7 ราย และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงจำนวน 1 ราย

ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค(รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ปี2560 (ตค.2559-ก.ย. 2560)ซึ่งสามารถประเมินผลสำเร็จของการรักษาได้ในปี2561 พบอัตราความสำเร็จร้อยละ83.97 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ (ตัวชี้วัดคืออัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ  $\geq$  ร้อยละ 85) พบอัตราการขาดยา ร้อยละ 4.70 อัตราการโอนร้อยละ2.96 อัตราตายร้อยละ7.14 ดังภาพที่ 2 ผู้ป่วยตายส่วนใหญ่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.34และมีปัญหาโรคเรื้อรังร่วมด้วย

กราฟแสดงผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ)จังหวัดจันทบุรีปี 2560 (ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 1ตค.2559-30 ก.ย.2560)



ที่มา:tbcmthailand.net ณ 14 ม.ค. 2562



จังหวัดจันทบุรี ได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการยุติปัญหาวัณโรคและแต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อน ติดตามแก้ไขปัญหาพร้อมทั้งประสานการดำเนินงานโดยใช้กลไกพหุ.ในการขับเคลื่อนการดูแลติดตามผู้ป่วย มุ่งเน้นเร่งรัดเพื่อลดการตาย ด้วยการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพื่อเข้าสู่การรักษาโดยเร็ว โดยเฉพาะการคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงตามมาตรฐานแผนงานวัณโรค โดยมีเป้าหมาย ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.5 ลดการขาดยาด้วยการ DOT ด้วยการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ระดับรพสต.รับส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านกับการกินยาผ่านโปรแกรม TBCM ONLINE และ line application

การค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคดำเนินการใน 7 กลุ่มเสี่ยง ครอบคลุมทั้ง 10 อำเภอ มีผลการดำเนินงานตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 - 30 กันยายน 2561 จำนวน 128,095 ราย จากเป้าหมาย 109,322 ราย คิดเป็นร้อยละ 117.17 โดยคัดกรองกลุ่มแรงงานต่างชาติดังกล่าว ร้อยละ 277.20 กลุ่ม HIV ร้อยละ 125.84 กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 120.86 กลุ่มผู้สัมผัสโรค ร้อยละ 104.29 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 117.79 กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 50.94 สำหรับกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดจันทบุรีและทัณฑสถานเปิดทุ่งเบญจา อำเภอท่าใหม่ ดำเนินการคัดกรองแล้วเสร็จจำนวน 2,444 ราย โดยได้รับความอนุเคราะห์รถเอกซเรย์เคลื่อนที่จาก รพ.คลองใหญ่ จ.ตราด

#### **ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการปี 2561**

ในปีงบประมาณ 2561 (1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561) พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 553 ราย ไตรมาส 1/61 มีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จำนวน 131 ราย เปลี่ยนวินิจฉัย จำนวน 3 ราย อัตราความสำเร็จของการรักษาคิดเป็นร้อยละ 81.25 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ (อัตราความสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ไตรมาส 1/61 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85) อยู่ระหว่างการรักษาร้อยละ 1.56 พบอัตราขาดยาร้อยละ 3.13 พบอัตราตาย ร้อยละ 14.06 ซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไป พบสาเหตุการตายจากโรคเรื้อรังและ HIV และตายในช่วง 1-2 เดือนแรกของการเริ่มรักษา

กราฟแสดงผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไตรมาส 1/61 จำแนกรายสถานบริการ (ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน1ต.ค.2560-31 ธ.ค.2561)



ที่มา:tbcmthailand.net ณ 14 ม.ค. 2562

เป้าหมายการดำเนินงานปี 2562

- 1) อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค(รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ85
- 2) ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (Treatment Coverage ปีงบประมาณ 2562 (1 ต.ค.2561-30 ก.ย.2562) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ82.5 ของค่าคาดประมาณการ (องค์การอนามัยโลกคาดการณ์อัตราการอุบัติการณ์การของผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท 156/แสนประชากร)
- 3) อัตราความสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ไตรมาส1/62 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 (ตัวชี้วัดตรวจราชการ)

## 2.แผนการดำเนินงาน

ลำดับ	แผนปฏิบัติการ/กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1	ประชุมบูรณาการการดำเนินงานวัณโรคและเอ็ดส์ปี ละ 2 ครั้ง 1.1ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวัณโรค/โรคเอดส์แก่ทีมสหวิชาชีพสาธารณสุข ห้องประชุม2 สสจ.ในวันที่ 22พ.ย.2561	ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคและเอ็ดส์	ไตรมาสที่ 1 ,3	พิศสมร การศรียทอง
2	เร่งรัดการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มโรคร่วม	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง	ต.ค.61- มี.ค. 62	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง
3	จัดตั้ง Case management ในโรงพยาบาลทุกแห่ง	รพ.ทุกแห่ง	ธ.ค.2562	รพ.ทุกแห่ง
4	ตรวจทดสอบความไวต่อยา( DST ) เพื่อค้นหาวัณโรคดื้อยา ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยเก่าที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน (Previously treated patents)และผู้ป่วยที่มีผลเสมหะพบเชื้อทุกราย	รพ.ทุกแห่ง	ต.ค.61-ก.ย.62	รพ.ทุกแห่ง
5	กำกับติดตามการส่งต่อและประเมินผลการรักษาโดยโปรแกรมTBCM Online และปัญหาอุปสรรค นำเสนอผู้บริหารระดับจังหวัดทุกเดือน	รพ.ทุกแห่ง	ต.ค.61-ก.ย. 62	พิศสมร การศรียทอง
6	คัดกรองผู้ต้องขังโดยการ X - ray	ผู้ต้องขังทุกคน ในเรือนจำจังหวัด จันทบุรีและ ทัณฑสถานเปิด ทุ่งเบญจา อำเภอนาทม	ก.พ.-มี.ค.62	รพ.พระปกเกล้า และรพ.เขาสุกิ
7	ประสานติดตามข้อมูลการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคในโรงพยาบาลเอกชน	รพ.เอกชน 2 แห่ง 1.รพ.สิริเวช 2.รพ.กรุงเทพ จันทบุรี	ต.ค.61-ก.ย. 62	พิศสมร การศรียทอง
8.	นิเทศ/ติดตามบูรณาการคลินิกวัณโรคคุณภาพ/เอ็ดส์	รพ. ทุกแห่ง	มี.ค. 2562	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

### 3.ผลการดำเนินงานไตรมาส 1/2562

ในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561 – 31 ธันวาคม 2561) พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรับการรักษา จำนวน 161 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จำนวน 125 ราย ดังตารางที่ 1 พบผู้ป่วยตาย 9 ราย (ผู้ป่วยตายก่อนการรักษา 1 ราย,จากโรคร่วมเอชไอวี 3 ราย ,วัณโรค 1 ราย,stroke 1 ราย,septicemia 1 ราย, โรคหัวใจ 1 รายและGI Haemorrhage 1ราย) พบในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 4 ราย ผู้ป่วยโอนออกทั้งสิ้น 12 รายเป็นผู้ป่วย โอนออกไปรักษาต่างจังหวัด 5 ราย (รพ.กันทรารมย์ จ.ศรีสะเกษ,รพ.ปากปลา จ.นครพนม ,รพ.ไพศาลี จ.นครสวรรค์,รพ.รัตนบุรี จ.สุรินทร์ ,รพ.เสิงสาง จ.นครราชสีมา แห่งละ 1 ราย) และโอนออกไปรับการรักษาพ.ภายในจังหวัด 7 ราย

#### ตารางผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไตรมาส 1/62 จำแนกรายสถานบริการ (ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน1ตค.2561-31 ธค.2561)

สถานบริการ	จำนวนผู้ป่วย	รักษาสำเร็จ		กำลังรักษา		เสียชีวิต		โอนออก	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลพระปกเกล้า	70			56	80.00	6	8.57	8	11.43
โรงพยาบาลขลุง	7			6	85.71	1	14.29		0.00
โรงพยาบาลท่าใหม่	1				0.00		0.00	1	100.00
โรงพยาบาลเขาสุกิม	1			1	100.00		0.00		0.00
โรงพยาบาลสองพี่น้อง	7			7	100.00		0.00		0.00
โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน	5			4	80.00		0.00	1	20.00
โรงพยาบาลมะขาม	4			3	75.00	1	25.00		0.00
โรงพยาบาลแหลมสิงห์	1			1	100.00		0.00		0.00
โรงพยาบาลสอยดาว	9			8	88.89	1	11.11		0.00
โรงพยาบาลแก่งหางแมว	11			10	90.91		0.00	1	9.09
โรงพยาบาลนายายอาม	7			6	85.71		0.00	1	14.29
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ	2			2	100.00		0.00		0.00
ผลรวมทั้งหมด	125			104	83.20	9	7.20	12	9.60

ที่มา:tbcmthailand.net ณ 14 ม.ค. 2562

#### กิจกรรมการดำเนินงานในปี 2562

3.1 ชับเคลื่อนการดำเนินงานวัณโรคตามนโยบาย และกำกับติดตามผลการดำเนินงานวัณโรคในการประชุม คปสจ.

3.2 ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคแก่ทีมสหวิชาชีพ โดยเน้นมาตรการด้านการค้นหารายใหม่ และคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง และการดำเนินงานเฝ้าระวังการดื้อยาในกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะดื้อยา ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2561 ห้องประชุมพลอยจันทร์ สสจ.จันทบุรี

3.3 สนับสนุนให้มีการดำเนินงาน/จัดตั้ง Case management TB ในโรงพยาบาลทุกแห่ง

3.4 เน้นการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประสานความร่วมมือหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

3.5 ประสานความร่วมมือ หน่วยงานภาครัฐ / ประชาสังคม / NGO ในการดูแล ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ เช่น ผู้ป่วยไร้สิทธิ ผู้ด้อยโอกาส และแรงงานต่างด้าว

3.6 เพิ่มศักยภาพแกนนำผู้ต้องขัง/ทัณฑสถานในการค้นหาคัดกรองวัณโรค และกำกับการกินยาในเรือนจำที่ต่อเนื่อง ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

4.1 มี NOC-TB จังหวัดจันทบุรี ในการกำกับติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน และใช้ไลน์กลุ่มเป็นช่องทางในการประสานติดตามการดำเนินงาน

4.2 มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างจังหวัดจันทบุรีและจังหวัดตราด ได้แก่ รถเอกซเรย์เคลื่อนที่และบุคลากร ในการตรวจคัดกรองผู้ต้องขังในเรือนจำ

4.3 บุคลากรสาธารณสุขมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการกำกับติดตามข้อมูลการรายงานและการให้บริการในคลินิก และการกำกับติดตามเยี่ยมการกินยา

4.4 รพศ.มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อเป็นที่ปรึกษาตามแผนการรักษาและการติดตามผู้ป่วย

4.5 จัดบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและรพ.พระปกเกล้ามีการตรวจหาเชื้อดื้อยาทุกราย (C/S) ที่เสมหะบวก

#### ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานแผนควบคุมวัณโรค

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1.พบผู้ป่วยวัณโรคตายสูงจากกลุ่มโรคเรื้อรัง/กลุ่มผู้สูงอายุ และพบผู้ป่วยตายก่อนเริ่มการรักษา	สนับสนุนงบประมาณในการเร่งรัดการคัดกรองในกลุ่มโรคเรื้อรัง/ผู้สูงอายุโดยการx-ray
2.ปัญหาการย้ายถิ่น ของผู้ป่วย ทำให้ติดตามยาก	พัฒนาระบบการส่งต่อ ติดตามผู้ป่วยที่ต่อเนื่องโดยใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสาร
3.แรงงานต่างชาติแจ้งย้ายกลับภูมิลำเนา	มีกฎหมาย/ข้อบังคับที่ชัดเจนในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มแรงงานต่างชาติ

#### 5.ผู้รับผิดชอบ

นางพิศสมร การศรีทอง

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

โทร 081-9833938

e-mail pizza\_heyha@hotmail.com

ประเด็นที่ 3 การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)และมีระบบจัดการการดื้อยา  
ต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ(AMR)

ตัวชี้วัด : 1) ร้อยละ รพ.ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล(เป้าหมาย : RDU ชั้น 1  $\geq$  95% , RDU ชั้น 2  $\geq$  20%)

1. สถานการณ์

- 1.1 ทุกโรงพยาบาลมีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดชั้นที่ 1 การปรับเป้าหมายตัวชี้วัด ASU เพิ่มขึ้น ทำให้มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มากขึ้น แต่มีโรงพยาบาลนายายอามเพียงแห่งเดียวที่ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ชั้นที่ 2
- 1.2 โรงพยาบาลที่มีแนวโน้มสามารถผ่านเกณฑ์ชั้นที่ 2 ได้ในปีงบประมาณนี้มากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน และโรงพยาบาลมะขาม ตามลำดับ
- 1.3 ตัวชี้วัดที่ยังเป็นปัญหาของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะใน URI และแผลสด อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานรายเดือนของแต่ละโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมายังไม่เสถียร จำเป็นต้องติดตามและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องต่อไป

2. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

- 2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- 2.2 รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<b>1. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</b>			
โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลชั้นที่ 1 และ 2	ดำเนินกิจกรรมตามกฎแฉ PLEASE	<b>1.ติดตามกิจกรรม ชั้นที่ 1</b> - ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ - PTC เข้มแข็ง - ฉลากยามาตรฐาน - ตัดยาที่ไม่เหมาะสมออกจากบัญชียาโรงพยาบาล - ส่งเสริมจริยธรรมฯ <b>2.ติดตามกิจกรรม ชั้นที่ 2</b> - ลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นใน 4 กลุ่มโรค - ดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต	RDU ชั้นที่ 1 $\geq$ 95% RDU ชั้นที่ 2 $\geq$ 20 %
<b>2. รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ</b>			
หน่วยบริการปฐมภูมิ ลูกข่ายที่ใช้ยาสมเหตุผลชั้นที่ 1 และ 2	ลดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค ได้แก่ RI และ AD	ติดตามร้อยละของ รพ.สต. ใน CUP ที่ใช้ยาปฏิชีวนะผ่านเกณฑ์ทั้ง RI และ AD	

### 3. Small Success

ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 80 RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 10	RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 85 RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 10	RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 90 RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 15	RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 95 RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 20

### 4. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - รอบ 1 (ข้อมูล ต.ค.61-มี.ค.62) - รอบ 2 (ข้อมูล ต.ค.61- มี.ย.62)
1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขตาม RDU1 และ รพ.สต.ผ่านเงื่อนไขตาม RDU2) เกณฑ์ตัวชี้วัด: 1. RDU ชั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ของรพ.ทั้งหมด 2. RDU ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรพ.ทั้งหมด	เป้าหมาย (จำนวน รพ.ทั้งหมด)	12	
		ผลงาน		
		1. จำนวน รพ. ผ่าน RDU ชั้นที่ 1	12	ผ่านเกณฑ์
		RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ	100.00	
		2. จำนวน รพ.ผ่าน RDU ชั้นที่ 2	1	
RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ	8.33	ไม่ผ่านเกณฑ์		

\*หมายเหตุ :ร้อยละ RDU ชั้นที่ 1 คำนวณจาก จำนวน รพ.ที่ผ่านชั้นที่ 1และชั้นที่2 รวมกัน เช่น จังหวัด ก. มีจำนวน รพ.ทั้งหมด 10 แห่ง ผ่านเงื่อนไขเฉพาะชั้น 1 จำนวน 6 แห่ง และผ่านเงื่อนไขชั้นที่ 2 จำนวน 2 แห่ง ดังนั้น ร้อยละของ RDU ชั้นที่ 1 =  $(6+2) \times 100 / 10 = 80\%$

ผลการดำเนินงาน RDU ชั้นที่ 1 และชั้นที่ 2 จำแนกตามโรงพยาบาล

รายชื่อรพ.	ระดับ	RDU 1(ชั้นที่1)					RDU1 (ชั้นที่ 2)							RDU 2			สรุปผลการประเมิน RDU	
		1) ร้อยละการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	2) การดำเนินงานของPTC ในการขึ้นาส่งเสริม RDU	3) รายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียา รพ.	4) การจัดทำฉลากมาตรฐาน	5) การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค				5) ร้อยละการใช้ Glibenclamide ใน DM สูงอายุ/ไต ระดับ3	6) ร้อยละการใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยไต ระดับ 3	7.) จำนวนสตรี้ตังครรภที่ ใช้ยา Warfarin, Statin, Ergots	6) ร้อยละของ รพ.สต. ในเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะทั้งโรค RI และ AD				
							1) RI	2) AD	3) FTW	4) APL				ผ่าน	ทั้งหมด	ร้อยละ		
พระปกเกล้า		96.35	ระดับ 3	ระดับ 3	1	ระดับ 3	36.12	19.26	49.22	13.46	0.00	0.81	0.00	14	16	87.5	✓	
สอยดาว		96.88	ระดับ 3	ระดับ 3	0	ระดับ 3	28.89	22.63	61.65	17.31	0.00	0.37	0.00	10	12	83.3	✓	
ขลุง		96.38	ระดับ 3	ระดับ 3	0	ระดับ 3	26.95	17.62	48.18	4.55	0.00	0.82	0.00	12	16	75.0	✓	
ท่าใหม่		97.09	ระดับ 3	ระดับ 3	0	ระดับ 3	20.23	5.35	33.78	0.00	0.00	1.30	0.00	6	8	75.0	✓	
เขาสกิม		96.94	ระดับ 3	ระดับ 3	0	ระดับ 3	30.15	19.55	55.92	15.00	12.50	1.39	0.00	6	6	100	✓	
สองพี่น้อง		94.94	ระดับ 3	ระดับ 3	0	ระดับ 3	23.35	9.59	23.38	0.00	0.00	1.00	0.00	3	4	75.0	✓	
มะขาม		96.08	ระดับ 3	ระดับ 3	0	ระดับ 3	17.21	12.42	55.22	7.14	0.00	0.24	0.00	7	10	70.0	✓	
โป่งน้ำร้อน		97.75	ระดับ 3	ระดับ 3	0	ระดับ 3	20.45	19.66	27.47	9.59	0.00	0.37	0.00	5	8	62.5	✓	
แหลมสิงห์		95.80	ระดับ 3	ระดับ 3	0	ระดับ 3	24.69	30.10	61.52	5.88	0.00	0.58	0.00	6	8	75.0	✓	
แก่งหางแมว		94.35	ระดับ 3	ระดับ 3	0	ระดับ 3	31.99	50.58	59.06	1.43	0.00	0.88	0.00	7	11	63.6	✓	
นายายอาม		98.31	ระดับ 3	ระดับ 3	0	ระดับ 3	18.63	19.73	24.68	11.36	0.00	0.99	0.00	5	7	71.4		✓
เขาคิชฌกูฏ		97.46	ระดับ 3	ระดับ 3	0	ระดับ 3	25.79	23.75	59.17	0.00	24.15	0.68	0.00	5	6	83.3	✓	
เกณฑ์เป้าหมาย		รพ. ระดับ A ≥ 75 % S ≥ 80% M1-M2 ≥ 85% F1-F3 ≥ 90%	ระดับ 3	≤ 1 รายการ	ระดับ 3	ระดับ 3	รพ. ระดับ ASM1 ≤ ร้อยละ 30 M2 F1-F3 ≤ ร้อยละ 20	≤ ร้อยละ 20	≤ ร้อยละ 50	≤ ร้อยละ 15	≤ ร้อยละ 5	≤ ร้อยละ 10	0 ราย	ชั้น 1 ≥ ร้อยละ 40 ชั้น 2 ≥ ร้อยละ 60				
สรุปผลการดำเนินงาน	1) A = จำนวน รพ.ที่ผ่าน ชั้นที่ 1 ภาพรวมจังหวัดจำนวน 12 แห่ง 2) B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในจังหวัด จำนวน 12 แห่ง ชั้นที่ 2 ภาพรวมจังหวัด จำนวน 1 แห่ง					3) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็นรพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัด (A/B) × 100 ชั้นที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 100.00 ชั้นที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 8.33												



ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาสมเหตุสมผล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	หมายเหตุ
<b>ตัวชี้วัดสำหรับการผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1</b>			
1	ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	รพ.ระดับ A ≥ ร้อยละ 75 S ≥ ร้อยละ 80 M1-M2 ≥ ร้อยละ 85 F1-F3 ≥ ร้อยละ 90	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ RDU ไม่ น้อยกว่า ร้อยละ 40 ของรพ. สต.ใน CUP นั้นๆ
2	ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสาร และ ส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ 3	
3	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูล ยา ใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	ระดับ 3	
4	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของ โรงพยาบาล	ไม่เกิน 1 รายการ	
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3	
<b>ตัวชี้วัดที่สำหรับการผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2</b>			
6	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	รพศ. ≤ ร้อยละ 30 รพช. ≤ ร้อยละ 20	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ RDU ไม่ น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของรพ. สต.ใน CUP นั้นๆ
7	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ 20	
8	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ร้อยละ 50	
9	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ ร้อยละ 15	
11	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ Glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุ > 65 ปีหรือมี eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม.	≤ ร้อยละ 5	
14	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	≤ ร้อยละ 10	
17	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ (*ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	0 คน	

ตัวชี้วัดการพัฒนากระบวนการให้มีการใช้ยาสมเหตุสมผล (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	หมายเหตุ	
<b>ตัวชี้วัดที่สำหรับการผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3</b>				
10	ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ARB/Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	ร้อยละ 0	รพ.สต. ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ RDU	
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาเดี่ยวหรือร่วมกับยาอื่น เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (ห้ามใช้หาก eGFR < 30 มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	≥ ร้อยละ 80		
13	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ร้อยละ 5		
15	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhale corticosteroid	≥ ร้อยละ 80		
16	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ ร้อยละ 5		
18	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	≤ ร้อยละ 20		
19	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 40 ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 60		
20	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 40 ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 60		
<b>ตัวชี้วัดที่สำหรับการดำเนินการ AMR (เฉพาะรพ.ทั่วไปและรพศ.)</b>				
21	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ (แบคทีเรียดื้อยา ได้แก่ <i>Acinetobacter baumannii</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Salmonella spp</i> , <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i> )	จำนวน รพ.ที่มีระบบจัดการ AMR ระดับ Intermediate ≥ ร้อยละ 20		เมื่อบุคลากร ผู้ดูแลระบบ

5. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

1. แนวทางการแก้ไขปัญหที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ถูกนำลงสู่การปฏิบัติยังไม่ทั่วถึง เนื่องจากขาดการประชุม และพูดคุยอย่างต่อเนื่อง
2. ทักษะคิดและความรู้ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การตรวจรักษา
3. ขาดการคัดกรองข้อมูลที่มีผลกระทบ ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายออกก่อนนำมาใช้ในการคำนวณ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่เป็นแผลเกิน 6 ชั่วโมงก่อนเข้ารับการรักษา
4. ความถูกต้องของการลงรหัสโรคที่เกี่ยวข้อง

## 6. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
1. การนำแนวทางลงสู่การปฏิบัติ	ควรมีการประชุมพูดคุยกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้	
2. ทักษะและความรู้ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การตรวจรักษา	ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลรายหน่วยงานตลอดจนรายบุคคลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น	
3. การคัดกรองข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องออก	ปรับปรุงแบบบันทึกประกอบการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยประเภทที่ไม่เกี่ยวข้องออกก่อนนำมาคำนวณได้ โดยนำมาใช้ตามบริบทของโรงพยาบาล	จัดทำตัวอย่างที่เป็นต้นแบบการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายเพื่อเผยแพร่
4. ความถูกต้องของการลงบันทึกโรคที่เกี่ยวข้อง	สุ่มตรวจการลงบันทึกโรคที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความถูกต้องเนื่องจากอาจส่งผลต่อความถูกต้องของผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดได้	

## 7. ข้อเสนอแนะนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- 1.ควรกำหนดเป้าหมายให้เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล
- 2.ส่วนกลางจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานที่ได้จากการถอดบทเรียนของโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จ

## 8. ผู้รายงาน ภญ.พัชรินทร์ เดชธราดล ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการพิเศษ

โทร : 085-0845610 e-mail : [ppkphar\\_2505@yahoo.co.th](mailto:ppkphar_2505@yahoo.co.th)

ประเด็นที่ 3 การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)และมีระบบจัดการการดื้อยา  
ด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ(AMR)

ตัวชี้วัด 2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

1.สถานการณ์

โรงพยาบาลพระปกเกล้า มีการดำเนินงานด้านการป้องกันเชื้อดื้อยา โดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า ในปี 2561 อัตราการพบเชื้อดื้อยา 8 ชนิด ในกระแสเลือด เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2560 อัตราการพบเชื้อที่เฝ้าระวังได้แก่ XDR (A.bau), VRE และ CRE เพิ่มขึ้น ในขณะที่ MRSA ลดลงเล็กน้อย ความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะควบคุมเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายคือมากกว่าร้อยละ 80 และปริมาณ (DDD) การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มที่ออกฤทธิ์กว้างหรือสวงวนกับเชื้อดื้อยา ลดลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปี 2560 เชื้อดื้อยาใน HAI 5 อันดับแรก ปี 2561 ได้แก่ *A.baum*, *E.coli*, *K.pneu*, *MRSA* และ *Ent.faecium* ตามลำดับ

2.สรุปการดำเนินงานของจังหวัด

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	ผลงาน	1
	เป้าหมาย	1
	เกณฑ์ตัวชี้วัด : ระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	(จำนวนรพ.ระดับ A,S,M1 ทั้งหมด) ร้อยละ

สรุปคะแนนการดำเนินงาน 5 กิจกรรมสำคัญ	รพ.พระปกเกล้า
1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	52
2. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	85
3. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	59
4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน ร.พ.	78
5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	70
<b>รวม</b> (คะแนนเต็ม 500 คะแนน)	<b>344</b>
* ข้อบังคับ basic ทุกข้อ > 0 คะแนน	( / ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
** ข้อบังคับ Intermediate ทุกข้อ > 0 คะแนน	( / ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

๑. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

รายละเอียดการประเมิน 5 กิจกรรมสำคัญ	คะแนน เต็ม	รพ. พระปกเกล้า
หมายเหตุ * เป็นข้อบังคับขั้น basic **เป็นข้อบังคับ Intermediateสามารถ download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง <a href="https://goo.gl/qtJLuv">https://goo.gl/qtJLuv</a>		
<b>1 กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) (100 คะแนน)</b>		
(1) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR *	5	5
(2) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ *	10	7
(3) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน *	10	10
(4) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR *	10	10
(5) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน	20	10
(6) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา**	20	10
(7) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็ง และยั่งยืน	25	0
<b>2 การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (100 คะแนน)</b>		
(1) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน *	10	10
(2) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน*	5	5
(3) ระบบ Lab Alert *	10	7
(4) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ **	10	10
(5) การจัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	10	8
(6) การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	20	10
(7) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์	10	10
(8) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R	10	10
(9) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST)**		
(10) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ สคร.เขต	5 10	5 10

รายละเอียดการประเมิน 5 กิจกรรมสำคัญ	คะแนน	รพ.
หมายเหตุ * เป็นข้อบังคับขั้น basic **เป็นข้อบังคับ Intermediateสามารถ download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง <a href="https://goo.gl/qtJLuv">https://goo.gl/qtJLuv</a>	เต็ม	พระปกเกล้า
<b>3 การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล (100 คะแนน)</b>		
1.การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย *	5	3
2.การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL *	5	3
	5	5
3.การติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาด้านจุลชีพ *	15	5
4.การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง *	30	25
5.การติดตามและประเมินการจ่ายยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา *	15	8
6.มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม	10	5
7.การสอนและฝึกอบรมทักษะ	10	0
8.ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกจ่ายยาอย่างเหมาะสม	5	5
9.มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้ รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ		
<b>4 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ. (100 คะแนน)</b>		
(1) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ *	5	5
(2) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ *	5	5
(3) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR *	10	5
(4) IPC guideline *	5	3
(5) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	10	10
(6) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak)	10	5
(7) ร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ	10	10
(8) การสอนและฝึกอบรมทักษะ	10	5
(9) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance)	15	10
(10) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection	10	10
(11) มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC	10	10

รายละเอียดการประเมิน 5 กิจกรรมสำคัญ	คะแนน	รพ.
หมายเหตุ * เป็นข้อบังคับขั้น basic **เป็นข้อบังคับ Intermediateสามารถ download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง <a href="https://goo.gl/qtJLuv">https://goo.gl/qtJLuv</a>	เต็ม	พระปกเกล้า
5 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ (100 คะแนน)		
(1) การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล	50	20
(2) การวิเคราะห์และการจัดการระบบของโรงพยาบาลในการดำเนินงานเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา	40	40
(3) การตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล	10	10

## ๒. Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
-	AMR ชั้น Intermediate ≥ 10 %	-	AMR ชั้น Intermediate ≥ 20 %

## ๓. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ประเด็น	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1.ระบบสารสนเทศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานทำให้สามารถจัดทำรายงาน ข้อมูลได้ถูกต้อง สะดวก และรวดเร็ว รวมทั้งช่วยบุคลากรทางการแพทย์ในการตัดสินใจเรื่องที่เกี่ยวข้อง กับการเลือกใช้ยาที่เหมาะสมกับความไวของเชื้อ และสถานะของผู้ป่วยได้	ระบบสารสนเทศที่มีอยู่ยังไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานได้อย่างสมบูรณ์	พัฒนาระบบสารสนเทศให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทั้งระบบการแจ้งเตือน บันทึก และรวบรวมรายงาน รวมทั้งบูรณาการข้อมูลที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อช่วยในการปฏิบัติงาน	

ประเด็น	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ
2. ความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องที่เกี่ยวข้อง เช่น Antibiotic Stewardship Program	ผู้รับผิดชอบงานยังขาดความรู้ความชำนาญในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ AMR	ส่งเสริมให้ผู้รับผิดชอบได้รับการฝึกอบรมเพิ่มขึ้น	
3. ผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนนโยบายระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับเขต	1. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งรับผิดชอบงาน AMR มีหัวข้อการประชุมที่ต้องติดตามหลายประเด็น ทำให้ไม่สามารถพูดคุยรายละเอียดเรื่องเชื้อดื้อยาได้มากพอ 2. ยังไม่มีการประสานงานเรื่องเชื้อดื้อยาภายในจังหวัด อย่างเป็นทางการ	1. ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการที่รับผิดชอบ AMR โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อให้มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์อย่างสม่ำเสมอ และเกิดผลสัมฤทธิ์มากขึ้น 2. ให้มีการประสานงานในรูปสหสาขาวิชาชีพภายในจังหวัด และกำหนดแนวทางที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น	

#### 7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- 7.1 ให้มีการนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดสำคัญเพื่อเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่เล็กกัน
- 7.2 มีการกำหนด Template ของตัวชี้วัดสำหรับเป้าหมายหลักและเป้าหมายรอง เพื่อใช้เป็นบรรทัดฐานเหมือนกันทั่วประเทศ

#### 8. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ระบุกรณีที่เกิดกิจกรรมสำคัญได้คะแนนตั้งแต่ 70 คะแนนขึ้นไป)

- 8.1 การใช้ Bundle ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และมีการกำกับติดตามประสานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการกับระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 8.2 ใช้ spot map รายงานสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และแจ้งผ่านไลน์กลุ่มทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคน ทราบถึงสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว และเฝ้าระวังในหน่วยงานของตนได้ทันเหตุการณ์
- 8.3 มีการเชื่อมโยงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกับผลทางด้านคลินิกอื่นๆ จากการร่วมโครงการ GLASS สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงลึกได้มากขึ้น
- 8.4 มีการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการทั้งระดับจังหวัด และระดับเขต ร่วมกับศูนย์วิจัยฯ และ สคร. เขต

9.ผู้รายงาน ญญ.พัชรินทร์ เดชธราดล

โทร : 085-0845610

ตำแหน่ง เกสัชกร ชำนาญการพิเศษ

e-mail : [ppkphar\\_2505@yahoo.co.th](mailto:ppkphar_2505@yahoo.co.th)



## ประเด็นที่ 4 Fast track(STROKE)

### ตัวชี้วัด : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<7

- 1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน
- 2) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก<25
- 3) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit  $\geq 40$
- 4) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)  $\geq 50$
- 5) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time)  $\geq 60$

### ประเด็นการติดตามประเมินผล ข้อมูลเก็บจากสถิติรพ. พระปกเกล้า ไม่ใช่จาก HDC

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2561	ปี2562 ไตรมาส1 ต.ค.-พ.ย.61
1.1 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	<ร้อยละ 7	10.91 195/1788	9.24 28/303
1.2 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic: I60-I62)	<ร้อยละ 25	29.10 142/488	24.68 19/77
1.3 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63)	<ร้อยละ 5	4.23 52/1229	3.83 8/209
1.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที(door to needle time)	$\geq$ ร้อยละ 50	43.48 30/69	35.29 6/17
1.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	$\geq$ ร้อยละ 40	-	-
1.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	$\geq$ ร้อยละ 60	-	0 0/77

### 1. สถานการณ์

- ยังไม่เปิดให้บริการ stroke unit
- จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์เป็นข้อมูลจาก HDC

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย: < ร้อยละ 7)

อำเภอ/จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย :< ร้อยละ 7) ปี 2561			หมายเหตุ	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย :< ร้อยละ 7) ปี 2562 (ไตรมาส1)		
	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I69) (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยใน ช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I69) (B)	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (A/B) x 100		จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I69) (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยใน ช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I69) (B)	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (A/B) x 100
รพ.พระปกเกล้า	194	1,767	10.98		32	330	9.7
อำเภอ รพ.ชลบุรี...	5	60	8.33		0	9	0
อำเภอ รพ.มะขาม	7	63	11.11		1	12	8.33
อำเภอ รพ.สอยดาว	9	97	9.28		4	24	16.67
อำเภอ รพ.นายายอาม	1	52	1.92		0	4	0
อำเภอ รพ.ท่าใหม่	3	38	7.89		0	3	0
รพ.เขาสุกิ	1	17	5.88		0	4	0
รพ.สองพี่น้อง	2	23	8.7		0	5	0
รพ.โป่งน้ำร้อน	4	79	5.06		1	23	4.35
รพ.แหลมสิงห์	3	44	6.82		0	6	0
รพ.แก่งหางแมว	1	52	1.92		1	12	8.33
รพ.เขาคิชฌกูฏ	1	17	5.88		0	1	0
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับ ตรวจ)	231	2301	10.00		39	433	9.01

## (2) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic: I60-I62) (เป้าหมาย: &lt; ร้อยละ 25)

อำเภอ/จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic: I60-I62) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 25)ปี 2561			หมายเหตุ	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic: I60-I62) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 25)ปี 2562 (ไตรมาส1)		
	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I60-I62) (C)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I60-I62) (D)	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (C/D) x 100		จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I60-I62) (C)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I60-I62) (D)	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (C/D) x 100
รพ.พระปกเกล้า	142	499	28.46		21	90	23.33
อำเภอ รพ.ชลุง...	3	8	37.5		0	2	0
อำเภอ รพ.มะขาม	5	14	35.71		1	4	25
อำเภอ รพ.สอยดาว	2	19	10.53		0	2	0
อำเภอ รพ.นายายอาม	1	12	8.33		0	0	0
อำเภอ รพ.ท่าใหม่	0	5	0		0	1	0
รพ.เขาสุกิ	1	2	50		0	0	0
รพ.สองพี่น้อง	1	2	50		0	0	0
รพ.โป่งน้ำร้อน	2	8	25		0	1	0
รพ.แหลมสิงห์	2	6	33.33		0	1	0
รพ.แก่งหางแมว	0	11	0		0	1	0
รพ.เขาคิชฌกูฏ	1	1	100		0	0	0
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับ ตรวจ)	160	587	27.26		22	102	21.57

## (3) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63) (เป้าหมาย : &lt; ร้อยละ 5)

อำเภอ/จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 5)ปี 2561			หมายเหตุ	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 5)ปี 2562 (ไตรมาส1)		
	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I63) (E)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันจากทุกหอผู้ป่วยใน ช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I63) (F)	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (E/F) x 100		จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I63) (E)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I63) (F)	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (E/F) x 100
รพ.พระปกเกล้า	51	1,208	4.22		13	227	4.41
อำเภอ รพ.ชลบุรี...	0	19	0		10	3	0
อำเภอ รพ.มะขาม	2	42	4.76		0	8	0
อำเภอ รพ.สอยดาว	6	71	8.45		0	19	15.79
อำเภอ รพ.นายายอาม	0	12	0		3	1	0
อำเภอ รพ.ท่าใหม่	2	14	14.29		0	0	0
รพ.เขาสุกิ	0	6	0		0	1	0
รพ.สองพี่น้อง	1	9	11.11		0	1	0
รพ.โป่งน้ำร้อน	2	54	3.7		0	11	0
รพ.แหลมสิงห์	0	16	0		0	2	0
รพ.แก่งหางแมว	1	38	2.63		0	8	0
รพ.เขาคิชฌกูฏ	0	1	0		0	0	0
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับ ตรวจ)	65	1,490	4.36		13	281	4.63

(4) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (เป้าหมาย:  $\geq$  ร้อยละ 50)

อำเภอ/จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (เป้าหมาย: $\geq$ ร้อยละ 50) ปี 2561			หมายเหตุ	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (เป้าหมาย: $\geq$ ร้อยละ 50) ปี 2562 ไตรมาส 1 (ต.ค.-พ.ย. 61)		
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER) รหัส ICD-10 = I63 (G)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I63) (H)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (G/H) x 100		จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER) (รหัส ICD-10 = I63) (G)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I63) (H)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (G/H) x 100
รพ.พระปกเกล้า ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)	30	69	43.48		6	17	35.29
ระดับอำเภอ	ให้ยา rtPA ไม่ได้ เนื่องจากรพ. ไม่มีเครื่อง CT Scan และไม่มี พ. Neuro รพ. จำเป็นต้อง refer ทั้งหมด ระดับอำเภอ						

(5) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย :≥ ร้อยละ 40)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit(เป้าหมาย :≥ ร้อยละ 40)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (รหัส ICD-10 =I60-I69) (I)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I69) (J)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (I/J) x 100	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)	ยังไม่เปิด Stroke unit			

(6) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)(เป้าหมาย :≥ ร้อยละ 60) ปี 2562 ไตรมาส1(เดือนต.ค.-ธ.ค.61)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)(เป้าหมาย :≥ ร้อยละ 60)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น (รหัส ICD-10 =I60-I62) (K)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I62) (L)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (K/L) x 100	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)	0	77	0	

### 3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมเขตสุขภาพ)

#### 3.2.1 ระบบบริการ

- มีระบบ stroke fast track สามารถฉีดยาละลายลิ่มเลือดได้ อัตราการฉีดยาละลายลิ่มเลือด ปี 2561 =5.6% (69/1229)

- มีสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยตาม CVA care map

#### 3.2.2 กำลังคนด้านสุขภาพ

- มีอายุรแพทย์ระบบประสาท 3 คน

- มีพยาบาล4 คนเพื่อเตรียมพร้อมเปิด stroke unit 6 เตียง

#### 3.2.3 ค่าใช้จ่ายสุขภาพ

- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเบิกราชการ

#### 3.3.4 สื่อ องค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์

- ส่งพยาบาลเข้าอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่เป็นประจำ

#### 3.3.5 ระบบข้อมูลสารสนเทศ

- เคยร่วมกับสถาบันประสาทวิทยาในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ แต่มีปัญหาเรื่องขาดกำลังคนในการกรอกข้อมูล

#### 3.3.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

4.1 ยังไม่สามารถเปิดให้บริการ stroke unit ได้

4.2 ขาดกำลังคนในการเก็บสถิติข้อมูลผู้ป่วย และขาดการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยกับ รพช.

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

5.1 ยังไม่สามารถเปิดหอผู้ป่วย stroke unit

5.2 ขาดกำลังเจ้าหน้าที่ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย

5.3 ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกับ รพช.

6. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1.ผู้รายงาน นพ.จุมพล อานามนารถ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

โทร: 0814306100 e-mail : tom\_ppk@yahoo.comgrs

2. น.ส.สมปอง ทองศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โทร.084-1618635

## ประเด็นที่ 4 SEPSIS

ตัวชี้วัด : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis<30%

### 1. ประเด็นตรวจราชการ

- 1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 30
- 2) อัตราการเจาะเลือด H/C ก่อนให้ Antibiotic  $\geq$  ร้อยละ 90
- 3) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)  $\geq$  ร้อยละ 90
- 4) อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  $\geq$  ร้อยละ 90
- 5) อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ(ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม.  $>$  ร้อยละ 30
- 6) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

### 2. สถานการณ์สภาพปัญหา

ผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ปี 2556-2559 อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลรักษาที่แผนกอายุรกรรม ด้วย Severe Sepsis /Septic Shock (ตามรหัสโรค A419 , R651 , R572) จำนวน 723,887 ,860,903 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.9 ,76.7 ,75.4 ,71.3 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยอายุรกรรม โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงมากกว่าร้อยละ 50 (ปี 2554-2556 อัตราตายสูงร้อยละ 57.47, 57.2, 59.7 ตามลำดับ)

ปีงบประมาณ 2557 พัฒนาระบบการประเมิน และดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Septic shock โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่ม Septic Shock (R572) โดยกระบวนการพัฒนาเน้นการประเมิน Early Detection และใช้ Protocol การรักษาลงสู่โรงพยาบาลชุมชน โดยมีการพัฒนาดังนี้

2.1 จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Septic shock และ Flow การทำงานภาพรวมของจังหวัด เริ่มประกาศใช้ เดือนมิถุนายน 2558

2.2 พัฒนาระบบการคัดกรอง/การดูแล/และการส่งต่อตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย)

2.3 พัฒนาระบบการส่งต่อ ผู้ป่วย Severe sepsis/Septic shock เป็นระบบ Fast Track โดยยกเลิกระบบปรึกษา 3 สาย (สามารถส่งผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลศูนย์ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด)

2.4 พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล และการวินิจฉัยโรคให้ตรงกัน

2.5 ดำเนินงานโครงการเยี่ยมเครือข่ายเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย ให้ความรู้ คำปรึกษา ค้นหาปัญหาในการปฏิบัติงาน

ปี 2560-2561 ขยายบริการรับผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มเติมเตียง ICU เพื่อรองรับผู้ป่วย Septic Shock Fast Track จำนวน 2 เตียง และจัดบริการผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นแบบ วิกฤต กึ่งวิกฤต และผู้ป่วยสามัญ โดยผู้ป่วยที่มีอาการเข้าเกณฑ์ภาวะช็อก จะได้รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและกึ่งวิกฤต



### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน				
	ปี58	ปี59	ปี60	ปี61	ปี62 (ต.ค.-ธ.ค.61)
<b>ประเด็นตรวจราชการ (เดิม)</b>					
1.1 อัตราตายจาก Sepsis/Septic shock (ภาพรวม) เป้าหมาย <30% (เดิม) (ข้อมูลเก็บที่ รพ.พปก.)	46.9 (541/1157)	45.5 (519/1140)	40.88 (518/1267)	38.32 (474/1237) HDC	40.42 (57/141) <b>(ต.ค.-พ.ย.)</b>
1.2 อัตราตายจาก Sepsis/Septic shock (CI) (ข้อมูลเก็บที่ รพ.พปก.)	NA	33.57 (278/828)	30.66 (260/848)	30.39 262/862	32 <b>(31.09)</b> (32/100) <b>(ต.ค.-พ.ย.)</b>
1.3 อัตราการรับ Refer ภายในจังหวัด (ข้อมูลเก็บที่ รพ.พปก.) เป้าหมาย < 30%	49.1 (336/685)	56.76 (470/828)	57.48 (490/848)	64.36 (557/862)	<b>68</b> <b>(68/100)</b> <b>(ต.ค.-พ.ย.)</b>
<b>ประเด็นตรวจราชการ ปี 2561-2562 (ภาพรวมจังหวัด)</b>					
1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired < 30%				27.12 (211/778) <b>จากฐานข้อมูล HDC</b>	27.7 (41/148) <b>จากฐานข้อมูล HDC</b>
2) อัตราการเจาะเลือด H/C ก่อนให้ Antibiotic $\geq$ ร้อยละ 90	NA	100 (127/127)	99.03 (409/413)	96.36 (347/360)	รอ Review chart
3) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) $\geq$ ร้อยละ 90	NA	100 (127/127)	94.76 (362/382)	96.41 (345/360)	รอ Review chart
4) อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) $\geq$ ร้อยละ 90	NA	NA	75.3 (311/413)	78.71 (273/360)	รอ Review chart
5) อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ(ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม. > ร้อยละ 30		อัตราผู้ป่วยที่รับเข้า ICU ในระบบ Fast Track	21.41 (73/341) <b>เปิดกันยายน 2559</b>	29.02 (128/441)	14.37 (23/160)
6) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ A และ S) 1. ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยนำเรื่องเข้าปรึกษาคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (เดือนมกราคม 2562) เพื่อพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน					

#### 4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงาน

4.1 บริบทของการจัดบริการสาธารณสุขของจังหวัดจันทบุรี ที่ไม่มีโรงพยาบาลขนาดกลางรองรับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมาแออัดที่โรงพยาบาลศูนย์ ทำให้ไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยได้เพียงพอ (จากการปรับบริการภายใน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้เร็วขึ้น ปี 2561 รับผู้ป่วยระบบ Fast Track ได้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 21.41 เป็นร้อยละ 29.02 ส่งผลให้อัตราตายในกลุ่มผู้ป่วย Septic Shock มีแนวโน้มลดลง (บรรลุเป้าหมาย < ร้อยละ 30)

4.2 เรื่องการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลชุมชน ยังคงใช้เกณฑ์ SIRS 2 ใน 4 ร่วมกับอาการและอาการแสดงของ Severe Sepsis/Septic Shock ซึ่งในบางรายอาจวินิจฉัยได้ช้า การใช้ผลการตรวจ Lactate ร่วมในการวินิจฉัยจะทำให้สามารถวินิจฉัยภาวะ Severe Sepsis ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

4.3 จากข้อมูลผู้ป่วยที่รับมาดูแลในระบบ Fast Track ที่หน่วยวิกฤตอายุรกรรม เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นการหายใจล้มเหลว ไตวาย โดยปี 2561 มีค่าคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Apache II Score) เฉลี่ยเมื่อแรกรับที่ 24.4 ซึ่งยังคงมีโอกาสเสียชีวิตสูง

#### 5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. ความแตกต่างของระดับบริการของโรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี 2. ขาดอัตรากำลัง ไม่สามารถขยายบริการรองรับผู้ป่วยวิกฤต (ในระบบ Fast Track) ได้เพียงพอ 3. ขาดผู้ประสานงานโครงการเชื่อมโยงระดับจังหวัด 4. ขาดบุคลากรในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรวบรวมตัวชี้วัดต่างๆยังไม่มีระบบที่เอื้อให้ง่ายต่อการทำงาน	1. พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน ให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นตาม Protocol ได้ 2. ให้ทุกโรงพยาบาลชุมชนมีเครื่องตรวจ Lactate เพื่อให้สามารถวินิจฉัยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น 3. ขยายพื้นที่เปิดให้บริการผู้ป่วยวิกฤตในระบบ Fast Track ปี 2562 ได้รับอนุมัติให้เปิดเตียง ICU เพิ่ม จำนวน 13 เตียง (อยู่ระหว่างดำเนินการ) 4. จัดให้มีพยาบาลประสานงาน (Nurse Case Manager) ในทุกโรงพยาบาลปัจจุบัน (รพ.พระปกเกล้า) บริหารจัดการให้ขึ้นปฏิบัติงานสัปดาห์ละ 1 วัน 5. ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการจัดตั้งระบบ RRS (Rapid Response System) และ RRT (Rapid Response Team)	

#### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอผลงาน เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Septic Shock โรงพยาบาลพระปกเกล้าและเครือข่ายจังหวัดจันทบุรี ในงาน HA National Forum ครั้งที่ 20 ในประเด็น “ Change & Collaboration for Sustainability”

#### 7. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้รายงาน นางชัชฎาภา บุญโยประการ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
 โทร 0864630924 Email : kunmong- w@hotmail.com

## ประเด็นที่ 4 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ TRAUMA

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม.

ใน รพ.ระดับ A,S,M1 เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 12

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care
  - 1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
  - 1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60
2. ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง
  - 2.1 ร้อยละของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis ร้อยละ 100
  - 2.2 อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) ไม่เกินร้อยละ 45
3. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน
  - 3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
  - 3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

### 1.สถานการณ์

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ (Emergency Care System) หรือ ECS เป็นแผนงานและโครงการที่สำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ของแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน
- 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพ
- 3) ระบบ ECS ที่มีมาตรฐาน ซึ่ง ECS ต้องเชื่อมต่อกันเป็นเครือข่ายบูรณาการอย่างไร้รอยต่อ

(Integrated Network of ECS) เพื่อพัฒนาห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival) ประกอบด้วย 4 ห่วงโซ่หลัก โดยเริ่มตั้งแต่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (EMS) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล (ER) การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน (Referral System) และการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข

แรงกดดัน (Pressure) และความท้าทาย (Challenge) ของระบบ ECS

- 1) การเข้าถึงบริการในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่น้อยกว่ามาตรฐาน โดยมีเพียงประมาณ 25% ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเท่านั้นที่มาห้องฉุกเฉินโดยระบบ EMS
- 2) ห้องฉุกเฉินแออัด จากสถิติผู้รับบริการในห้องฉุกเฉินปี 2559 พบว่า มีจำนวนครั้งบริการ 35 ล้านครั้ง/ปี ในจำนวนนี้มากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน
- 3) ขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็วและถูกต้อง จำเป็นต้อง ใช้บุคลากรที่มีความรู้และทักษะสูง

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ได้กำหนดจุดเน้นและเป็นนโยบายหลักการพัฒนาพัฒนาระบบ ECS ใน 5 ปี คือการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) เนื่องจากห้องฉุกเฉินเป็นจุดศูนย์กลางของระบบ

ECS เป็นจุดที่สำคัญของการพัฒนา Service Plan โรคต่าง ๆ เช่น STEMI, Stroke, Sepsis, Trauma เป็นต้น เป็นด้านหน้าของ สถานพยาบาล และมีความคาดหวังของประชาชนและผู้รับบริการสูง และประทับใจ โดย กำหนดมาตรการในการดำเนินงาน 3 เรื่องคือ

- 1) ลดห้องฉุกเฉินแออัด (ER Over crowding)
- 2) จัดมาตรฐานการบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาล
- 3) การพัฒนาบุคลากร

### ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

**ตัวชี้วัดหลัก** อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-Trauma<12%)

อำเภอ	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง (A)		จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ทั้งหมด (B)		อัตราการเสียชีวิตของ ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (A/B) X 100	
	ปี 61 ไตรมาส1	ปี 62 ไตรมาส1	ปี 61 ไตรมาส1	ปี 62 ไตรมาส1	ปี 61 ไตรมาส1	ปี 62 ไตรมาส1
ภาพรวมจังหวัด	73	75	1014	1084	7.2	6.92
Trauma	19	21	144	212	13.19	9.91
Non-trauma	54	54	870	872	6.2	6.19

จากการทำ Audit case ของ TEA unit พบ 5 อันดับโรคที่เสียชีวิตภายใน 24 ชม. ดังนี้ 1 Sepsis 2 pneumonia 3 multiple injury 4 ICH (NT) 5 CA lung

#### 2.มีการทบทวนและพัฒนา ดังนี้

1 คณะกรรมการ Sepsis มีการปรับเปลี่ยน Criteria ในการ admit, consult พัฒนา standing order ให้เริ่มใช้จาก รพช.เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและการส่งต่อ, มีระบบ fast track ที่รวดเร็ว, มี standing order sepsis ในเด็ก

2 คณะกรรมการ trauma ปรับเปลี่ยน Criteria ในการ activate team trauma เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน เพิ่มช่องทางการส่งต่อจาก รพช.ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิต,

3 ศัลยแพทย์ระบบประสาท เริ่มดำเนินการให้เกิดระบบ fast track

4 พัฒนาระบบบริการของห้องฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตฉุกเฉิน

4.1 ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพของโรงพยาบาลพระปกเกล้า

4.2 ดำเนินการลดห้องฉุกเฉินแออัด (ER Overcrowding) โดยมีแผนดำเนินการ

4.2.1 ขยายเวลา สถานที่ เปิด OPD นอกเวลา

4.2.2 ปรับเปลี่ยนจุดให้บริการผู้ป่วยที่ทำหัตถการไม่เร่งด่วน ได้แก่ ทำแผลเก่า, เปลี่ยน NG tube, เปลี่ยนสาย Foley's cath

4.2.3 ร่วมจัดทำแนวทางร่วมกับแผนกอายุรกรรมในเรื่องการชลอเตียงกรณีเตียงเต็ม

ตัวชี้วัดรอง

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care

1.1. อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที (A)	จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด (B)	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที (A/B) X 100	หมายเหตุ
ภาพรวมจังหวัด	8	14	57.14	

ผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสามารถเข้าห้องผ่าตัดและลงมีด ได้ภายใน 60 นาที มีจำนวน 8 ราย ส่วนอีก 6 รายไม่ทันเวลาพบเหตุผลดังนี้

1 รับ refer จากโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วย trauma triage level 1 ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นโดย แก๊ซ A B C ; On ET tube , IV fluid จาก รพช.แล้ว จำนวน 4 ราย ที่ รพศ. ผล FAST-negative จึงส่งทำ CT whole abdomen

2 ผู้ป่วย FR นำส่ง มี BP drop ผล FAST-negative ได้รับการช่วยเหลือแล้วจึงส่งทำ CT whole abdomen. 2 ราย

1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินที่ admit ภายใน 2 ชม. (A)	จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่ admit ทั้งหมด (B)	อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (A/B) X 100	หมายเหตุ
ภาพรวมจังหวัด	3,057	4,656	65.66	

ผู้ป่วยอยู่ ER ตั้งแต่ 2-48 ชั่วโมง จำนวน 1,599 ราย สาเหตุ

1 ผู้ป่วยจำนวน 603 ราย (12.95%) ไม่สามารถส่งผู้ป่วยเข้า ward ได้จากอาการไม่คงที่ ทำให้เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงขณะเดินทาง

2 ผู้ป่วยจำนวน 729 ราย (15.66%) ต้องรอการ investigate ที่ er เพิ่มเติม เช่น รอ CT brain, รอผล Lab, รอทำหัตถการที่ er หลากอย่าง

3 ผู้ป่วยจำนวน 267 ราย (5.73%) ไม่สามารถเข้า ward ได้จากเตียงเต็ม

2. ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง

2.1 ร้อยละของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis ร้อยละ 100

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต และ ได้รับการทำ RCA ใน โรงพยาบาลทุกระดับ(A)	จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต ใน โรงพยาบาลทุกระดับ (B)	ร้อยละของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis (A/B) X 100	หมายเหตุ
ภาพรวมจังหวัด	2	3	66.67	

ผู้ป่วยที่ไม่ทบทวนเคส จำนวน 1 ราย เนื่องจากแพทย์พิจารณาแล้วเห็นสมควรเสียชีวิตจาก mechanism of injury ที่รุนแรง

2.2 อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) ไม่เกินร้อยละ 45

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (ICD S06.1-S 06.9) และ ใส่ท่อหายใจ (ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ใน ภาวะโคม่า (ICD 10: R 40.243) (A)		จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ทั้งหมด ICD S06.1-S 06.9) และใส่ท่อ หายใจ (ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) การใช้เครื่องช่วย หายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรือ อยู่ในภาวะโคม่า (ICD 10 : R 40.243) (B)		อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง ต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) (A/B) X 100	
	ปี 61 (ไตรมาส1)	ปี 62 (ไตรมาส1)	ปี 61 (ไตรมาส1)	ปี 62 (ไตรมาส1)	ปี 61 (ไตรมาส1)	ปี 62 (ไตรมาส1)
ภาพรวม จังหวัด	13	12	61	60	21.31	20

จากการประชุมคณะกรรมการ trauma ศัลยแพทย์ระบบประสาทมีแผนพัฒนาในการสร้าง ระบบ fast track

3. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน

3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

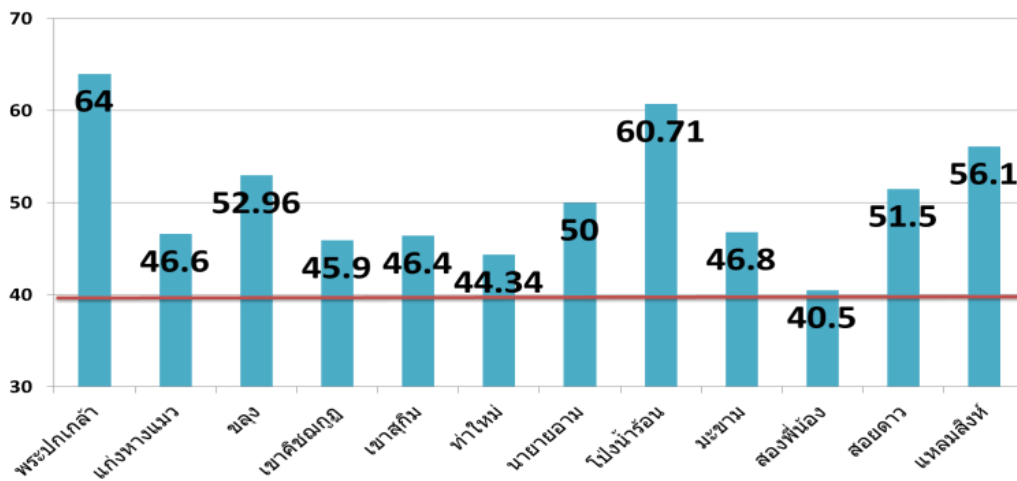
อำเภอ	จำนวน TEA unit ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ ประเมินคุณภาพ (A)	จำนวน TEA unit ทั้งหมดในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 (B)	อัตราของ TEA unit ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (A/B) X 100	หมายเหตุ
ภาพรวมจังหวัด	1	1	100	

จากเกณฑ์การประเมิน TEA UNIT คุณภาพ ของกรมการแพทย์ ผู้อำนวยการ TEA UNIT ประเมิน score ได้ 20 คะแนน สรุปลอยู่ในระดับมาตรฐาน

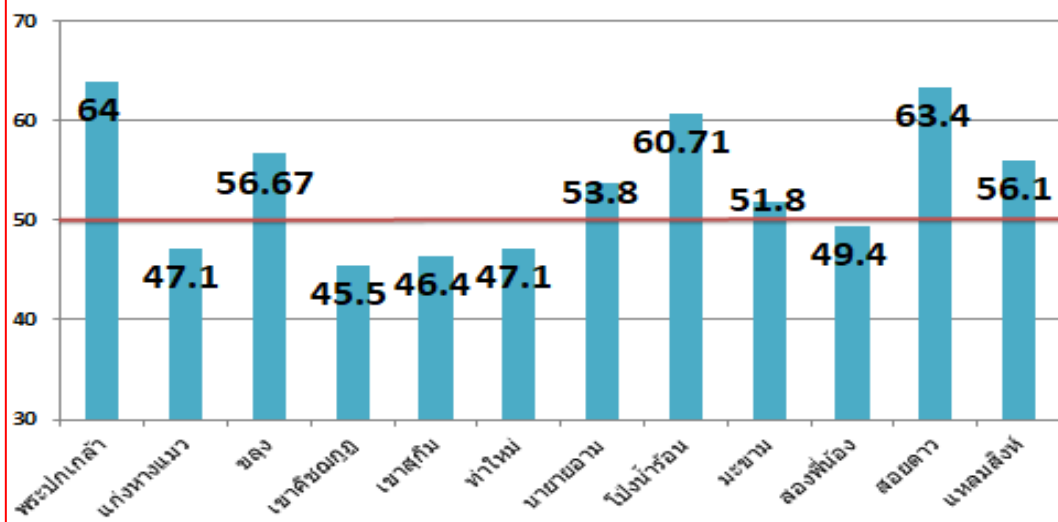
3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

อำเภอ	จำนวนโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่าน เกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ(50%) (A)	จำนวนโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่าน เกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด (B)	อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (A/B) X 100	หมายเหตุ
ภาพรวมจังหวัด	7	12	58.34	

**ผลการประเมิน ECS ของโรงพยาบาลระดับ F2  
ขึ้นไป จันทบุรี ปี 2561 ผ่านเกณฑ์ 40%**



**ผลการประเมิน ECS ของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป  
จ.จันทบุรี ปี 2562 (ไตรมาส 1) ผ่านเกณฑ์ 50%**



#### 4.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1 ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องในการพัฒนาระบบ ECS เนื่องจากการพัฒนาต้องเริ่มที่ชุมชน โดยเพิ่มการเรียนรู้ในการเข้าถึงระบบบริการต่าง ๆ ของหน่วยงานรัฐ แต่ปัจจุบัน รพสต.ยังไม่รู้จักและเข้าใจระบบดังกล่าว ดังนั้นการพัฒนาต่าง ๆ จึงขับเคลื่อนไปได้ช้า		
2 ระบบบริการที่หลากหลายตัวชี้วัดและหลายสาขา ทำให้การพัฒนาไม่เป็นแบบองค์รวม		
3 จากชื่อสาขา Service plan Trauma เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ดังนั้นเมื่อมีตัวชี้วัดในเรื่องของ Non trauma เข้ามาเกี่ยวข้อง จึงเกิดคำถามขึ้นทันทีว่าเกี่ยวกับสาขานี้อย่างไร ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้การขับเคลื่อนตามนโยบายช้าจากความไม่ชัดเจนของชื่อสาขา และการขาดความร่วมมือจากสาขาอื่น		

5.ผู้รายงาน นางสาวสุกัญญา ส่วนเทศ ตำแหน่ง..พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โทร..039-319666 ต่อ 4040 e-mail sukanya.tigger@gmail.com



## ประเด็นที่ 5 ยาเสพติด

ตัวชี้วัด : ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate)

### 1) สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ

ในปี 2561 จังหวัดจันทบุรี มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลทั้งสิ้นจำนวน 811 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจากระบบบังคับบำบัด จำนวน 702 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.56 ผู้เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจมีเพียง 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.44 ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 696 ราย ร้อยละ 85.82 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18-24 ปี ร้อยละ 32.68 รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 19.36 โดยมีการประกอบอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงาน จำนวน 290 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.76 รองลงมาประกอบอาชีพการเกษตร และรับจ้าง ร้อยละ 35.76, 13.81 ตามลำดับ เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์เพื่อการคัดกรอง ดำเนินการคัดกรองเพื่อจำแนกการใช้สารเสพติด พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพยาเสพติด รองลงมาเป็นผู้ติดยาเสพติด และผู้ใช้สารเสพติด ร้อยละ 69.54, 28.36 และ 2.10 ตามลำดับโดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดในกลุ่มเมทแอมเฟตามีน เป็นส่วนใหญ่ อันดับ 1 พบเป็นยาบ้าสูงถึงร้อยละ 65.84 รองลงมาเป็นไอซ์ ร้อยละ 21.82 และกลุ่มของกัญชา ร้อยละ 8.26

จากข้อมูลการประชุมบูรณาการคณะทำงานยาเสพติด (โต๊ะข่าว) จังหวัดจันทบุรี ได้มีข้อมูลในการเฝ้าระวังผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในกลุ่มของเยาวชนนอกระบบการศึกษา, และแรงงานภาคเกษตรกรในช่วงฤดูการผลิตผลไม้ และมีการเฝ้าระวังการใช้ยา ( ترامาดอล) ผิดวัตถุประสงค์ที่กำลังแพร่ระบาดในกลุ่มของนักเรียน/ นักศึกษากลุ่มอาชีวศึกษา และการเฝ้าระวังการใช้เคตามีนในสถานบันเทิง

### 2) แผนงาน/ โครงการที่ดำเนินงานปี 2562

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีการบูรณาการการดำเนินงานยาเสพติดร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ และระดับตำบล ภายใต้คำสั่งของศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดจันทบุรี โดยมีบทบาทภารกิจที่ครอบคลุมในด้านการค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษา และลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด การฟื้นฟู และการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษา และมีการมอบหมายภารกิจให้เป็นไปตามบทบาทหน้าที่ และมาตรฐานการดำเนินงานยาเสพติด ดังนี้

#### 2.1) ด้านการบริการจัดการทรัพยากร

- ◆ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีการจัดทำแผน และกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานด้านยาเสพติดตามบริบท, สถิติสถานการณ์ปัญหาเสพติดในพื้นที่ และผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา เพื่อประมาณการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานให้แก่พื้นที่ ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานครอบคลุมทุกภารกิจ

#### 2.2) ด้านการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานระบบบริการผู้ป่วยยาเสพติด

- ◆ มีการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนามาตรฐานระบบบริการผู้ป่วยยาเสพติดให้เป็นไปตามมาตรฐาน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และสถานพยาบาลยาเสพติด มีการประเมินเพื่อขอการรับรองสถานพยาบาลยาเสพติดต่อเนื่อง (มาตรฐานฉบับปี 2561)ในเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2562 จำนวน 11 แห่ง ซึ่ง ขณะนี้อยู่ระหว่างกำหนดแผนลงเยี่ยมรับรองมาตรฐานร่วมกับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

- ◆ มีการประชาสัมพันธ์ และส่งบุคลากรเข้ารับการพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สยช.)

- ◆ มีการประชุมบุคลากรด้านยาเสพติดที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง, บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานด้านการบำบัดรักษาทั้งในสถานพยาบาล, ในชุมชน และศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติด, เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการในสถานพยาบาล ในการตกลงแนวทางการดำเนินงานยาเสพติด ให้เป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน

### 2.3) ด้านการขับเคลื่อนนโยบายกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

- ◆ มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการป้องกัน แก้ไขปัญหา ยาเสพติด และการลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อถ่ายทอดนโยบาย และกำหนดพื้นที่ดำเนินการ โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด จันทบุรี, ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอทุกอำเภอ, สถานศึกษา, กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, อาสาสมัครสาธารณสุข, บุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอ และตำบล

## 3) เป้าหมายการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562

### 3.1) เชิงคุณภาพ

- ◆ กำหนดพื้นที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาและสารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางCBTxต้นแบบ อย่างน้อย 3 พื้นที่ โดยขับเคลื่อนควบคู่ไปกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

- ◆ ขอรับการประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลยาเสพติด (ต่อเนื่อง) ในเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2562จากสถาบันบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สยช.)จำนวน11 แห่ง

### 3.2) เชิงปริมาณ

- ◆ ควบคุม กำกับ และติดตามผลการดำเนินงาน และการบันทึกข้อมูลการให้บริการด้านการบำบัดรักษา การดูแล ติดตามต่อเนื่อง ให้เป็นไปตามนโยบาย, มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานกำหนด

#### 4) ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562

ตารางที่ 1-2 แสดงผลการดำเนินงานยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2561- ปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม 2561 - มกราคม 2562)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปี 2561			ปี 2562		
		ทุกระบบ เป้าหมาย/ ผลงาน (ร้อยละ)	สมัครใจ เป้าหมาย/ ผลงาน (ร้อยละ)	บังคับ บำบัด เป้าหมาย/ ผลงาน (ร้อยละ)	ทุกระบบ เป้าหมาย/ ผลงาน (ร้อยละ)	สมัครใจ เป้าหมาย/ ผลงาน (ร้อยละ)	บังคับ บำบัด เป้าหมาย/ ผลงาน (ร้อยละ)
1	จำนวนผู้เข้ารับการรักษา ยาเสพติดในสถานพยาบาล	332/811 (244.28)	152/109 (71.71)	180/702 (390)	711/150 (21.10)	332/15 (4.52)	379/135 (35.62)
2	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุด เสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่าย จากการบำบัดรักษา	<b>266/263</b> <b>(98.97)</b>	69/66 (95.65)	197/197 (100.00)	<b>56/55</b> <b>(98.21)</b>	25/24 (96.00)	31/31 (100.00)
<b>3</b>	<b>อัตราการอยู่ในระบบการติดตามการรักษา</b>						
3.1	อัตราการอยู่ในระบบการติดตาม การรักษา (Retention Rate) ปี 2561	150/150 (100.00)	44/44 (100.00)	106/106 (100.00)	การติดตามตัวชี้วัดมีนิยามต่างกัน		
3.2	อัตราการอยู่ในระบบการติดตาม การรักษา ปี 2562 เฉพาะสถานะผู้ ติด (Retention Rate)	การติดตามตัวชี้วัดมีนิยามต่างกัน			168/37 (22.02)	7/4 (57.14)	161/33 (20.50)

ที่มา: ระบบ บสต. ข้อมูล ณ วันที่ 20 มกราคม 2562

อำเภอ	รายการข้อมูล						
	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ ได้รับการบำบัดรักษา เทียบกับเป้าหมาย	จำนวนผู้ติดยาเส พติดที่ได้รับการ บำบัดรักษาทุก ระบบที่ได้รับการ ติดตามดูแล ต่อเนื่อง 1 ปีหลัง จำหน่าย (A1)	จำนวนผู้ติดยา เสพติดทุกระบบ ที่ได้รับการ บำบัด รักษาและ จำหน่ายทั้งหมด (B1)	ร้อยละของผู้ติดยา เสพติดที่บำบัดครบ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ของแต่ละระบบ และ ได้รับการติดตาม ต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate) = A1/B1*100	จำนวนผู้ใช้และผู้เส พยาเสพติดที่บำบัดครบ ตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่าย (A2)	จำนวนผู้ใช้และผู้ เสพยาเสพติดที่ ได้รับการจำหน่าย ทั้งหมด (B2)	ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เส พที่บำบัดครบตาม เกณฑ์ที่กำหนดของ แต่ละระบบหยุดเส พต่อเนื่องหลัง จำหน่ายจากการ บำบัด 3 เดือน = A2/B2*100
เมือง	107/34 (31.78)	35	2	5.88	2	2	100.00
ขลุง	81/15 (18.52)	6	1	16.67	6	6	100.00
ท่าใหม่	83/18 (21.69)	14	4	28.57	11	11	100.00
มะขาม	57/10 (17.54)	9	3	3.33	7	7	100.00
แหลมสิงห์	50/7 (14.00)	13	3	23.08	8	8	100.00
โป่งน้ำร้อน	62/16 (25.81)	35	14	40.00	6	6	100.00
สอยดาว	125/26 (20.80)	35	8	22.86	6	6	100.00
แก่งหางแมว	49/9 (18.37)	6	0	0.00	0	-	-
นายายอาม	57/8 (14.04)	1	1	100.00	2	2	100.00
เขาคิชฌกูฏ	40/9 (22.50)	14	1	7.14	8	7	87.50
<b>รวม</b>	<b>711/52 (23.84)</b>	<b>168</b>	<b>37</b>	<b>22.02</b>	<b>56</b>	<b>55</b>	<b>98.21</b>

ที่มา: ข้อมูลจากระบบ บสต. ณ วันที่ 20 มกราคม 2562

ตารางที่ 3 แสดงอัตราการหยุดเสฟต่อเนื่อง 3 เดือน ของผู้ป่วยยาเสฟหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 Months Remission Rate) จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2562 จำแนกรายอำเภอ

ชื่ออำเภอ	ระบบสมัครใจ			ระบบบังคับบำบัด			ทุกระบบ		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองจันทบุรี	0	0	-	2	2	100	2	2	100
ท่าใหม่	4	4	100	7	7	100	11	11	100
ขลุง	3	3	100	3	3	100	6	6	100
แหลมสิงห์	8	8	100	0	0	-	8	8	100
มะขาม	3	3	100	4	4	100	7	7	100
โป่งน้ำร้อน	2	2	100	4	4	100	6	6	100
สอยดาว	3	3	100	3	3	100	6	6	100
นายายอาม	0	0	-	2	2	100	2	2	100
แก่งหางแมว	0	0	-	0	0	-	0	0	-
เขาคิชฌกูฏ	2	1	50	6	6	100	8	7	87.5
<b>รวม</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>96</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>55</b>	<b>98.21</b>

ที่มา: ระบบ บสต. ข้อมูล ณ วันที่ 20 มกราคม 2562

หมายเหตุ 1) เป้าหมาย คือ จำนวนผู้ป่วยยาเสฟติดที่เข้ารับการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง และหยุดเสฟต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังจากสรุปผลการบำบัดรักษา (ต้องไม่เสฟซ้ำ)

2) ผลงาน คือ จำนวนผู้ป่วยยาเสฟติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละแห่ง ทั้งนี้ไม่นับรวมผู้ป่วยจำหน่ายเนื่องจากเสียชีวิต หรือ ถูกจับและมีการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังจากสรุปผลการบำบัดรักษา

ตารางที่ 4 แสดงอัตราการคงอยู่ในระบบการติดตามการรักษา ปี 2562 เฉพาะสถานะผู้ติด (Retention Rate) จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2562 จำแนกรายอำเภอ

ชื่ออำเภอ	ระบบสมัครใจ			ระบบบังคับบำบัด			ทุกระบบ		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองจันทบุรี	1	0	0.00	34	2	5.88	35	2	5.71
ท่าใหม่	-	-	-	14	4	28.57	14	4	28.57
ขลุง	1	1	100.00	5	0	0.00	6	1	16.67
แหลมสิงห์	3	3	100.00	10	0	0.00	13	3	23.08
มะขาม	1	0	0.00	8	3	37.50	9	3	33.33
โป่งน้ำร้อน	1	0	0.00	34	14	41.18	35	14	40.00
สอยดาว	-	-	-	35	8	22.86	35	8	22.86
นายายอาม	-	-	-	1	1	100.00	1	1	100.00
แก่งหางแมว	-	-	-	6	0	0.00	6	0	0.00
เขาคิชฌกูฏ	-	-	-	14	1	7.14	14	1	7.14
<b>รวม</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>57.14</b>	<b>161</b>	<b>33</b>	<b>20.50</b>	<b>168</b>	<b>37</b>	<b>22.02</b>

ที่มา: ระบบ บสต. ข้อมูล ณ วันที่ 20 มกราคม 2562

หมายเหตุ: 1) เป้าหมาย คือ จำนวนรอบบำบัดรักษา สถานะผู้ติด ที่ผ่านการบำบัดและได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี หลังจากสรุปผลการบำบัดรักษา

2) ผลงาน คือ จำนวนรอบบำบัดรักษา สถานะผู้ติด ที่มีการประเมินผลการบำบัดรักษาทั้งแบบครบโปรแกรม/ไม่ครบโปรแกรม (ไม่รวมจำหน่ายผลเสียชีวิต)โดยวันที่สรุปผลการบำบัดรักษาถึงวันปัจจุบัน ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี

## 5) ปัญหาอุปสรรค

ไม่มี

## 6.ผู้รับผิดชอบงาน:

1.นพ.นภดล สำอางค์

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

วัน/เดือน/ปี 24 มกราคม 2562

โทร 039-319666 ต่อ 1380

e-mail : puijvsk@hotmail.com

2.นางสาววสิมล สุวรรณรัตน์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

โทรศัพท์: 08 6848 8110

E - mail: wasimon1990@gmail.com

## ประเด็นที่ 6 SP สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

### ตัวชี้วัด : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

#### 1.ประเด็นการตรวจราชการ

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร

#### 2.สถานการณ์

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดจันทบุรี มีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศมาตลอด พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2559 อัตรา 10.14 ต่อแสนประชากร ปี 2560 อัตรา 11.02 ต่อแสนประชากร และปี 2561 อัตรา 10.33 ต่อแสนประชากร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจิตเวช ได้ขยายเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสู่ชุมชน โดยเน้นสถานพยาบาลใกล้บ้าน คือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูล โดยให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและการดูแล จากดำเนินการพบว่า จังหวัดจันทบุรีมีระบบงานฆ่าตัวตายหรือโรคซึมเศร้ามีการประเมินงานสุขภาพจิตใน 4 ระดับ ได้แก่ คปสอ. รพช. สสอ. รพ.สต. รวมถึงให้อปท.ต้องมีงานสุขภาพจิตร้อยละ 50

ส่วนการดำเนินงานในเชิงรุกได้บูรณาการร่วมกับงาน DHS โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคทางจิตเวช เพิ่มการเข้าถึงบริการ และพัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช จากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเรื่องการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

#### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	อำเภอเมือง	อำเภอขลุง	อำเภอท่าใหม่	อำเภอโป่งน้ำร้อน	อำเภอมะขาม	อำเภอแหลมสิงห์	อำเภอสอยดาว	อำเภอแก่งหางแมว	อำเภอนายายอาม	อำเภอเขาคิชฌกูฏ	รวม	
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 6.3 ต่อแสนคน	ปชก.	145,574	56,489	71,105	44,435	31,712	30,186	64,735	41,756	33,842	28,706	548,540	
		ผลงาน	4	1	1	1	0	0	2	1	0	0	10*	
		อัตราส่วน	2.75	1.77	1.41	2.25	0	0	3.09	2.39	0	0	1.82*	
ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี	> ร้อยละ 90	เป้าหมาย	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
		ผลงาน	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A **
		อัตราส่วน	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A **
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการตามเกณฑ์	> ร้อยละ 65	เป้าหมาย	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	6,821	
		ผลงาน	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	6,663	
		อัตราส่วน	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63.49 ***
ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการตามเกณฑ์	> ร้อยละ 75	เป้าหมาย	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	2,607	
		ผลงาน	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	2,091	
		อัตราส่วน	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	60.14 ***

หมายเหตุ : \* ข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2561 (2 เดือน)

\*\* ข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี : ข้อมูลจากศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ

\*\*\* ข้อมูลรวมทั้งจังหวัด ไม่แยกรายอำเภอ

#### 4.ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นพ.นภดล สำอางค์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โทร 039-319666 ต่อ 1380 e-mail : puijvsk@hotmail.com

## ประเด็นที่ 7 SP สาขาไต

ตัวชี้วัด : ร้อยละ 66 ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/y

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr (เป้าหมาย: ≥ 66%)
- หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.
- ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง(เป้าหมาย: ≥ 80 %)

### 2. สถานการณ์

ข้อมูลสถิติโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี

ปีงบประมาณ CKD	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61-ม.ค.62)
stage 1	264	1,369	1,368	940
Stage 2	1,161	2,473	3,221	2,459
Stage 3	2,406	3,799	4,013	3,253
Stage 4	705	1,041	1,043	863
Stage 5	333	721	1,219	454

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2559-2562

อัตราการลดลงของ eGFR < 4ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr (เป้าหมาย: ≥ 66%)

ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี)

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน			
	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562 (ต.ค.61-ม.ค.62)
ภาพจังหวัด อัตราการลดลงของ eGFR < 4ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr	61.18	63.21	58.42	60.13

ที่มา : HDC 24มกราคม 2562

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr(เป้าหมาย : ≥66%)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr (เป้าหมาย : ≥66% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2562 )		
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage3-4ตอนเริ่มประเมินสัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ Creatinine และมีผล eGFR ≥2ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4 (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage3- 4 ตอนเริ่มประเมินสัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ Creatinine และมีผล eGFR ≥2 ค่า (B)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage3 - 4ตอนเริ่มประเมินสัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ Creatinine และ มีผล eGFR ≥2 ค่า ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr ≥ 66 % (A/B) x 100
A : โรงพยาบาลพระปกเกล้า	115	189	60.85
F1:โรงพยาบาลชลุง	5	9	55.56
F1:โรงพยาบาลมะขาม	12	22	54.55
F1:โรงพยาบาลสอยดาว	23	55	41.82
F1:โรงพยาบาลนายายอาม	12	18	66.67
F2:โรงพยาบาลท่าใหม่	9	17	52.94
F2:โรงพยาบาลเขาสุกิม	11	20	55.00
F2:โรงพยาบาลสองพี่น้อง	37	51	72.55
F2:โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน	7	11	63.64
F2:โรงพยาบาลแหลมสิงห์	6	8	75.00
F2:โรงพยาบาลแก่งหางแมว	31	45	68.89
F2:โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ	2	4	50.00
ภาพรวมจังหวัด	270	449	60.13

ที่มา : HDC 24 มกราคม 2562



(2) หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.

อำเภอ	จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต. (A)	จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (B)	ร้อยละหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต. (A/B)x100	หมายเหตุ
อำเภอเมือง โรงพยาบาล พระปกเกล้า	1	1	100	
โรงพยาบาลสิริเวช	1	1	100	
โรงพยาบาลกรุงเทพ จันทบุรี	1	1	100	
ศูนย์ไตเทียมพระยีน	1	1	100	
สหคลินิกแพทย์วีระ ศักดิ์-แพทย์หญิงอร อนงค์	1	1	100	
ภาพรวมจังหวัด	5	5	100	

(3) ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรอง (A)	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ (B)	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (A/B)x100	หมายเหตุ
เมืองจันทบุรี	3,286	11,372	28.90	
โรงพยาบาลชลุง	3,512	5,950	59.03	
โรงพยาบาลท่าใหม่	4,667	8,219	56.78	
โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน	1,029	3,975	25.89	
โรงพยาบาลมะขาม	2,030	3,025	67.11	
โรงพยาบาลแหลมสิงห์	2,830	4,739	59.72	
โรงพยาบาลสอยดาว	2,991	4,916	60.84	
โรงพยาบาลแก่งหางแมว	2,184	3,214	67.95	
โรงพยาบาลนายายอาม	1,269	3,588	35.37	
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ	1,434	3,096	46.32	
ภาพรวมจังหวัด	25,232	52,094	48.44	

ที่มา : HDC 21มกราคม 2562

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ การพัฒนาระบบสุขภาพตาม 6building block

การจัดสุขภาพ (Health Service delivery)	ระบบสารสนเทศ (Information System and sharing)	กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	การเงินการคลัง สาธารณสุข (Financing)	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี	การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance)	การมีส่วนร่วม (Community participation)
มีบริการ CKD clinic ร้อยละ 100 ในโรงพยาบาลระดับ A และ F1 ในระดับ F2 บูรณาการ การทำงาน NCD-CKD clinic เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาล ระดับที่สูงและต่ำกว่า ในระดับชุมชน เชื่อมโยงกับ รพ.สต.	มีระบบฐานข้อมูล ผู้ป่วย CKD ที่เชื่อมโยงเข้าสู่ฐานข้อมูล 43 แพ้ม และ HDC	มีแพทย์อายุร ศาสตร์โรคไต มี case manager สหสาขา (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกำหนดอาหาร และนักกายภาพบำบัด ในทุก CKD clinic ( ยกเว้นในโรงพยาบาล F2 ไม่มีนักกำหนดอาหาร)	-บูรณาการ งบ SP เขต -งบ สปสช.(งบ สนับสนุนส่งเสริมการจัดการกองทุนโรคไต กองทุนโรคเรื้อรัง) -งบจัดสรรจาก อปท.	มีการตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ครอบคลุมโรงพยาบาล	การประเมิน CKD clinic คุณภาพ	เชื่อมโยงกับ รพ.สต.และ อปท.
มีบริการ PD และ HD ร้อยละ 100 ในโรงพยาบาลระดับ A และมีการขยาย เครือข่ายบริการ PD ในโรงพยาบาลระดับ F1 ชลุม โดยมีโรงพยาบาลระดับสูงกว่าเป็น พี่เลี้ยง	ฐานข้อมูล ตรต. TRT และสมาคมโรคไต	HD nurse RN : Pt = 1 : 4 PD nurse RN : Pt = 1 :50	-บูรณาการงบ SP เขต -งบ สปสช.(งบ สนับสนุนส่งเสริมการจัดการกองทุนโรคไต กองทุนโรคเรื้อรัง) -งบจัดสรรจาก อปท.	Hemodialysis machine และระบบน้ำบริสุทธิ์	การควบคุมคุณภาพ ศูนย์ HD , PD	

#### 4. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

- 4.1 มีคลินิกชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาล ระดับ A, F1 , F2 100 %
- 4.2 มีทีมสหสาขา 5 สาขา แต่ขาดนักกำหนดอาหารรพช. 5 แห่ง คือ แก่งหางแมว เขาคิชฌกูฏ เขาสุกิมา ทำใหม่และรพช.สองพี่น้อง
- 4.3 มีการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM, HT
- 4.4 มีการตรวจ Serum Cr ด้วย Enzymatic method ครบ 100 %
- 4.5 พัฒนาศักยภาพบุคลากร

##### แผนการดำเนินงาน

- 1) การประเมินและพัฒนาคุณภาพ CKD clinic ในระดับ A และในระดับ F1, F2 ใช้หลักเกณฑ์กระบวนการประเมินร่วมกันกับการประเมิน CKD Clinic Plus
- 2) พัฒนาอาสาสมัครครอบครัว ซึ่งเป็นทีมเดียวกับทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)
- 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรร่วมกับเขต 6
- 4) พัฒนาระบบ Palliative care ผู้ป่วย ESRD

#### 5.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ	ความต้องการสนับสนุน
1.สถานบริการบางแห่งมีข้อจำกัดด้านการจัดสถานที่ในการจัดบริการแยกคลินิกที่เหมาะสม	1.ปรับปรุงสถานที่เดิม หรือบูรณาการกับคลินิกโรคเรื้อรังอื่นๆ ให้สามารถจัดบริการได้	1.งบประมาณตามแผน Service Plan
2.บุคลากรที่ให้บริการมีจำนวนน้อย ในการจัดบริการแยกคลินิก ส่วนมากใช้บุคลากรกลุ่มเดียวกับคลินิกโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง	2. NCDBoard อำเภอร่วมกัน บริหารจัดการบุคลากรให้สามารถจัดบริการได้ตามความเหมาะสม	2.หลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดย เขต 6 แต่กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้เนื่องจากขาดอัตรากำลัง	3.จัดสรรบุคลากรให้เพียงพอ สามารถเข้าร่วมอบรม เพื่อขยายบริการได้ตามแผนและสามารถส่งต่อและดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3. - อัตรากำลัง - งบประมาณสนับสนุนเพิ่ม
4.ระบบสารสนเทศไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และผลการดำเนินงานใน HDC น้อยกว่าความเป็นจริง	4.มีการจัดประชุมชี้แจงภายในโรงพยาบาลและทั้งจังหวัดแก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด	

#### 6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง /ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 สนับสนุนด้านการบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ รวมทั้งอัตรากำลังและเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็น

6.2 การร่วมมือและช่วยเหลือกันด้านระบบบริการในเครือข่าย เช่น การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง

6.3 สนับสนุนด้านวิชาการในเครือข่าย เช่น การอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร สนับสนุนแนวทาง/คู่มือต่างๆ

#### 7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ผลงานเด่น

- จัดทำโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย CAPD

## ประเด็นที่ 8 การพัฒนาระบบบริการ ODS

### ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

#### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ 20)

#### 2. สถานการณ์

โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้ทำการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ในกลุ่มโรคดังนี้

- 2.1 Esophagogastric varices โดยนัดมาทำ Endoscopic variceal ligation ซึ่งเป็นผู้ป่วยจำนวนมากที่สุดที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
- 2.2 Inguinal Hernia ทำ opened hernioplasty under local anesthesia
- 2.3 Esophageal stricture โดยนัดมาขยายหลอดอาหาร
- 2.4 Hemorrhoid และ Vaginal bleeding
- 2.5 มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยเข้าผ่าตัดแบบ One Day Surgery
  - ศัลยแพทย์ให้การวินิจฉัยและแนะนำวิธีให้การรักษาแบบ One Day Surgery
  - วิสัญญีแพทย์ประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
  - ห้องผ่าตัดรับ Set ผ่าตัด นัดหมาย และแนะนำการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
- 2.6 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ที่ห้องผ่าตัด
- 2.7 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ที่ Recovery Room
- 2.8 มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วัน
- 2.9 ทำสรุปเอกสาร ส่งเจ้าหน้าที่จัดเก็บรายได้เพื่อลงทะเบียน e – claim

#### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ 20)

	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ 20)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis) (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (A/B) x 100	
ปี 61 ( ต.ค.60-ก.ย. 61 )	223 ราย	1,920 ราย	11.61 %	
ปี 62 ( ต.ค. 61-ธ.ค.61)	20 ราย	229	8.73%	

#### 4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงาน

- การจัดตั้งระบบการให้บริการรูปแบบใหม่ภายในสถานบริการ ต้องอาศัยความร่วมมือและการประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## 5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
ปัจจุบันไม่มีบุคลากรหรือสถานที่ที่แยกออกมาเป็นรูปแบบที่ชัดเจน ใช้สถานที่และบุคลากรร่วมกับการทำงานประจำที่มีอยู่เดิม	

## 6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

- การจัดเตียงเฉพาะ เพื่อรองรับผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ที่ห้องผ่าตัด

## 7. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้รายงาน นายแพทย์กิตติศักดิ์ วังสภาพร

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

โทร :039-311699ต่อ4555

## ประเด็นที่ 9SP สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

ตัวชี้วัด 1. อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ.

ตัวชี้วัด 2. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

### 1. สถานการณ์

-ปี 2559 จัดอัตรากำลังให้มีพยาบาลประสานงานการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะปฏิบัติงานเต็มเวลา จำนวน 1 คน เจริญขอรับบริจาคดวงตาจากผู้ป่วยที่เสียชีวิตและญาติยินยอมบริจาคดวงตาของผู้ป่วย 1 ราย ส่งเจ้าหน้าที่พยาบาลอบรมเรื่องการบริจาคอวัยวะและดวงตา ร่วมกับสภาวิชาชีพเพื่อเป็นแกนนำเรื่องการบริจาคอวัยวะและดวงตาในหอผู้ป่วยเป้าหมาย จำนวน 4 หอผู้ป่วย

-ปี 2560 ย้ายสถานที่มาปฏิบัติงานมารวมอยู่ที่ธนาคารเลือด เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนทั่วไป ซึ่งธนาคารเลือดมีสถานที่ที่เหมาะสมกับการให้ความรู้แก่ผู้ที่มาขอรับคำแนะนำเรื่องการบริจาคอวัยวะและดวงตา

1. เจริญขอรับบริจาคดวงตาจากผู้ป่วยที่เสียชีวิตและญาติยินยอมบริจาคดวงตาของผู้ป่วย 14 ราย

2. เจริญขอรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยที่เสียชีวิตภาวะสมองตายและญาติยินยอมบริจาคอวัยวะทุกส่วนที่ใช้ประโยชน์ได้ จำนวน 2 ราย แต่ไม่สามารถจัดเก็บอวัยวะได้ เนื่องจากผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการไม่ผ่านทั้ง 2 ราย

-ปี 2561 ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะหลักสูตร 4 เดือน จำนวน 1 คน

### 2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย  $\geq 0.8 : 100$ )

2.2 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย  $\geq 1.3 : 100$ )

รพ.พระปกเกล้า	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2561 (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B) $\times 100$	หมายเหตุ
ปีงบประมาณ 2561	3 ราย	1306 ราย	0.22% (3 ราย)	เจริญ 3 ราย
ปีงบประมาณ 2562 (ต.ค.61-ธ.ค.61)	0 ราย	390 ราย	0% (0 ราย)	-
รพ.พระปกเกล้า	จำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2561 (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B) $\times 100$	หมายเหตุ
ปีงบประมาณ 2561	12 ราย	1306 ราย	0.9% (12 ราย)	เจริญ 46 ราย
ปีงบประมาณ 2562 (ต.ค.61-ธ.ค.61)	1 ราย	390 ราย	0.25% (1 ราย) ไม่สามารถเก็บดวงตาได้เนื่องจาก HBsAg=Positive	เจริญ 4 ราย

### 3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

การจัดการ สุขภาพ	ระบบ สารสนเทศ	กำลังคนด้าน สุขภาพ	การเงิน การคลัง ธ.	ผลิตภัณฑ์ ทาง การแพทย์	การอภิบาล ระบบธ.	การมีส่วนร่วม
การ ประชาสัมพันธ์ การรับบริจาค อวัยวะและ ดวงตา	- พัฒนาการ แจ้ง Potential donorทาง Line	1.ประสานงาน กับหอผู้ป่วยส่ง เจ้าหน้าที่ อบรมเรื่องการ บริจาคอวัยวะ และดวงตา 2.ประสานงาน กับพยาบาล ห้องผ่าตัดส่ง เจ้าหน้าที่ อบรมเรื่องการ จัดเก็บดวงตา	ไม่มี	ไม่มี	-พัฒนาการ เจรจาขอรับ บริจาค ดวงตาใน หอผู้ป่วย วิกฤต	ร่วมมือกับ เหล่ากาชาดจ. จันทบุรี ใน การ ประชาสัมพันธ์ การรับบริจาค อวัยวะและ ดวงตา

### 4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบ ความสำเร็จ

- 4.1 นโยบายไม่ชัดเจนตั้งแต่แรกทั้งกระทรวงสาธารณสุขและของโรงพยาบาล
- 4.2 ขาดบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลที่เข้าใจงานรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะอย่างแท้จริง
- 4.2 ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละหอผู้ป่วยมีปริมาณมาก ไม่ต้องการเพิ่มงาน
- 4.3 งานบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะต้องอาศัยความร่วมมือของแพทย์หลายแผนก ต้องมีความรวดเร็วในการตัดสินใจและต้องใช้ความชำนาญสูง ซึ่งยังไม่สามารถหาบุคลากรต้นแบบได้
- 4.4 มีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบงานรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ 1 คน รับผิดชอบงานทุกด้าน ในความเป็นจริงพยาบาลสามารถทำได้ในส่วนงานของพยาบาลเท่านั้น งานบางอย่างยากเกินความรับผิดชอบของพยาบาลและพยาบาล 1 คนไม่สามารถอยู่เวร On call ได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง
- 4.5 ทักษะคติ/ความเชื่อของญาติ ในเรื่องการบริจาคอวัยวะและดวงตาเป็นเรื่องที่เปลี่ยนแปลงยาก
- 4.6 โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่ไม่สามารถบริจาคอวัยวะและดวงตาได้ เช่น CA ,โรคติดเชื้อในระบบต่างๆ
- 4.7 ผู้ป่วยที่อาการหนักมาก Admit ไม่ถึง 24 ชั่วโมงแล้วเสียชีวิต พยาบาลประสานงานไม่สามารถเจรจาขอรับบริจาคดวงตาได้ทันเวลา

## 5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. ความเชื่อและทัศนคติของญาติรวมถึงผู้เสียชีวิตไม่เคยทำบัตรบริจาคอวัยวะและดวงตาหรือพูดถึงเรื่องนี้มาก่อน	การให้ข้อมูลกับประชาชนทั่วไปทางสื่อทุกสื่อที่สามารถประชาสัมพันธ์ได้	การเป็นต้นแบบในการบริจาคอวัยวะและดวงตา เช่น การถ่ายรูปลงสื่อ Social ว่า คณะกรรมการตรวจราชการเขต 6 รวมถึงเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์รพ.พระปกเกล้า เป็นผู้บริจาคอวัยวะและดวงตา 100%
2. งานบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะต้องอาศัยความร่วมมือของแพทย์หลายแผนก ต้องมีความรวดเร็วในการตัดสินใจ มีความเสถียรและต้องใช้ความชำนาญสูง ซึ่งยังไม่สามารถหาบุคลากรต้นแบบได้	ค้นหาแพทย์และทีมที่รับผิดชอบงานรับบริจาคอวัยวะและดวงตา	ไม่มี
3. เมื่อมีผู้รับผิดชอบงานแล้วความคาดหวังในการให้ทำผลงานให้บรรลุตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนด เป็นภาระหนักสำหรับผู้รับผิดชอบงานนี้ เนื่องจากงานบริจาคอวัยวะถ้าจะให้สำเร็จไม่สามารถทำได้ด้วยคนเพียงคนเดียว ต้องอาศัยบุคลากรสหวิชาชีพ รวมถึงที่มีอำนาจในการสั่งการและเห็นประโยชน์ของการบริจาคอวัยวะ	รพ.ที่เป็น Donor Center ควรให้อยู่ในงานประจำของแต่ละหอผู้ป่วยจนกว่าจะเริ่มมีการปลูกถ่ายอวัยวะจึงจะแยกเป็นอีกหน่วยงานออกมา ซึ่งพยาบาลที่รับผิดชอบก็ต้องมีความรู้ในสาขาอวัยวะที่จะเริ่มปลูกถ่ายนั้นๆ	ไม่มี

## 6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- 6.1 เสนอเป็นกฎหมายประชาชนทุกคนคือผู้บริจาคอวัยวะและดวงตา เมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต
- 6.2 หากต้องการพัฒนางานด้านการปลูกถ่ายอาจต้องเริ่มจากการ Living Donor เพื่อสร้างความรับรู้ของประชาชนว่าอวัยวะสามารถปลูกถ่ายได้ ต่อไปจึงค่อยๆ รับบริจาคในผู้เสียชีวิต

## 7. ผู้รับผิดชอบ

ผู้รายงาน นางสาววรินทร์ สุชีโตวัฒน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ  
โทร 08-1983-2350 e-mail :nuchnoi1@gmail.com



## ประเด็นที่ 10SP สาขาแพทย์แผนไทย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

### 1.สถานการณ์

จังหวัดจันทบุรีมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงการพัฒนาส่งเสริมและคุ้มครองภูมิปัญญาพื้นบ้านมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นทางเลือกในการป้องกัน ดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ซึ่งพบว่า ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยพบข้อมูลของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ในสถานบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 117 แห่ง (รพศ. 1 แห่ง, รพช.11 แห่ง และรพ.สต.105 แห่ง) ไตรมาสแรก (ต.ค.61-ธ.ค.61) ในปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 12.24

### มาตรการสำคัญ

#### 1. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการทุกระดับ

- 1.1 เพิ่มกำลังการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ ใช้งบประมาณ 12.25 ล้านบาท
- 1.2 การออกประกาศ เรื่อง การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพจังหวัดจันทบุรี ปี 2561 กรอบบัญชีรายการยาสมุนไพรใน โรงพยาบาลชุมชน.จำนวน 41 รายการ และใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 16 รายการ รายการยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน 7 รายการ และยาสมุนไพรเป็น First Line Drug โดยเฉพาะขมิ้นชัน และฟ้าทลายโจร
- 1.3 พัฒนา OPD คลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดจันทบุรีให้ได้ตามมาตรฐาน
- 1.4 พัฒนาคลินิกครบวงจรเฉพาะโรคในโรงพยาบาลศูนย์
- 1.5 จัดหน่วยแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ร่วมกับหน่วยแพทย์ พอ.สว.อย่างต่อเนื่อง
- 1.6 จัดทำแผนและติดตามการใช้ยาสมุนไพร
- 1.7 อบรมการใช้ยาสมุนไพร และพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แก่แพทย์แผนไทย และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการ จังหวัดจันทบุรี
- 1.8 จัดประชุม VDO Conference และอบรมทางไกลถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์เวชปฏิบัติฯ
- 1.9 ติดตามประเมินผล

#### 2. โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลชลุง โรงพยาบาลเขาสุกิมี เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพงานแพทย์แผนไทย ( Thai Traditional Medicine Hospital Accreditation Guidelines)

### 3.ผลการดำเนินงาน

3.1 มีการจ่ายยาสมุนไพรในสัดส่วนที่ลดลงร้อยละ 11.52 : ผลการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2561 และ 2562 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการ (ต.ค.60-ธ.ค.60) จำนวน 3,097,306.15 บาท มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการ(ต.ค.61-ธ.ค.61) จำนวน 2,740,371.64 บาท

3.2 แนวทางการสนับสนุนยาสมุนไพรที่ผลิตโดยโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏให้กับ รพ.ในจังหวัด ปี 2561 เป็นเงิน 2,743,847 และในปี 2562 จัดทำแผนโอนขยายปี เป็นเงิน 3,412,920 เพิ่มขึ้น 24 % โดยมีการดำเนินงานดังนี้

- ประชุมจัดทำแผนการจัดหายาสมุนไพร โรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี (โอนขยายปี)จาก

โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

- ประชุมชี้แจงนโยบายสนับสนุนการใช้จ่ายสมุนไพรจากโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ
- ติดตามประเมินผลการใช้จ่ายสมุนไพรในหน่วยบริการทุกระดับ

3.3 คุณภาพการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามบริบทของหน่วยบริการและเกณฑ์มาตรฐาน

- หน่วยบริการทุกแห่งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ตารางแสดงร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2562 (ต.ค. 61 – ธ.ค. 61 )

เขตอำเภอ	บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด	บริการผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ
เมือง	134,758	9,747	7.23
ชลุง	28,406	3,938	13.86
ท่าใหม่	46,204	5,037	10.90
โป่งน้ำร้อน	33,629	7,195	21.40
มะขาม	23,742	1,987	8.37
แหลมสิงห์	22,557	3,376	14.97
สอยดาว	41,917	7,041	16.80
แก่งหางแมว	26,488	3,281	12.39
นายายอาม	25,143	4,344	17.28
เขาคิชฌกูฏ	18,357	3,167	17.25
<b>ภาพรวมจังหวัด</b>	<b>401,201</b>	<b>49,113</b>	<b>12.24</b>

(แหล่งข้อมูล: ฐานข้อมูลHDC) ณ วันที่ 23 มกราคม 2562

### 3.ปัญหาและแนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไขปัญหา	หมายเหตุ
1. มีการปรับระบบข้อมูลตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานโดยไม่รวมส่งเสริมป้องกัน ทำให้หน่วยบริการหลายแห่งลงข้อมูลการให้บริการ แล้วไม่ปรากฏในรายงานHDC	1.จัดประชุมชี้แจงพัฒนาระบบข้อมูลการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2.ติดตามการแก้ไขปัญหาทุกเดือน	

4 สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ ร้อยละผู้รับบริการผู้ป่วยนอกไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของเหตุการณ์ดังกล่าว มีดังนี้

4.1 มีการเปลี่ยนแปลงค่าการกำหนดตัวชี้วัด โดยปี 2562 นั้น ได้มีการตัดยอดผู้รับบริการในส่วนของ การส่งเสริมสุขภาพออก แต่ในขณะเดียวกันยอดผู้รับบริการแผนปัจจุบันที่นำมาคำนวณ ด้วยนั้นมีการรวมในส่วนของ การส่งเสริมสุขภาพร่วมด้วย

4.2 ใน รพ.สต.ที่ไม่มีแพทย์แผนไทยประจำนั้น จะมีผลงานยอดผู้รับบริการค่อนข้างต่ำ เนื่องจาก สหสาขาวิชาชีพยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาสมุนไพรไทยจึงไม่กล้าจ่ายยาสมุนไพร ให้กับผู้ป่วยเท่าที่ควร

4.3 บางครั้งเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.ไม่ลงรหัสข้อมูลหรือลงข้อมูลโรคไม่ครบเวลาที่มีการจ่ายยา สมุนไพรให้กับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ทราบโรคหรือไม่ทราบกระบวนการการลงข้อมูลที่ถูกต้อง

## 5. ข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ ที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับ ไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ความมั่นคงยั่งยืนในการปฏิบัติงาน	การสรรหาตำแหน่งข้าราชการ ให้กับแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้น	
ปี2562นั้น ได้มีการตัดยอด ผู้รับบริการในส่วนของ การส่งเสริม สุขภาพออก แต่ในขณะเดียวกัน ยอดผู้รับบริการแผนปัจจุบันที่นำมา คำนวณด้วยนั้นมีการรวมในส่วนของ การส่งเสริมสุขภาพร่วมด้วย	ควรมีการปรับวิธีคิดคำนวณให้มี ความสอดคล้องของข้อมูลให้ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน	

## 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

6.1 นวัตกรรม PPK Model เป็น Model ที่เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปเป็นแบบอย่างได้ใน กระบวนการรักษาและกระบวนการผลิตยาสมุนไพรให้กับผู้ป่วย โดยเน้นเรื่องมาตรฐาน ความถูกต้อง และความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

6.2 นวัตกรรม เมนู ICD 10 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย เพื่อให้ เจ้าหน้าที่สามารถบันทึกข้อมูลรหัสโรคแผนไทยได้อย่างถูกต้อง

6.3 กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้รับ คัดเลือกให้เป็นพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ ทางเลือก ระดับประเทศ ระดับเพชร

6.4 นวัตกรรมการใช้ยาสมุนไพรพอกเข้าในผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวข้องกับข้อเข่า

6.ผู้รายงาน น.ส.ศรัณณ์ภรณ์ แสนเสนาะ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

โทร 087-940-5270 e-mail sr.nat0909@gmail.com

## ประเด็นที่ 11SP สาขาหัวใจ STEMI

### ตัวชี้วัด: อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

#### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร
- 1.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย 50%)
- 1.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล  $\leq 10\%$

#### 2. สถานการณ์

สถานการณ์สุขภาพสาขาโรคหัวใจเขต 6 จังหวัดจันทบุรี ดูแลและให้บริการเครือข่ายได้แก่ รพช. ในจังหวัดจันทบุรี 11 แห่ง รพ.ตราด รพ.เขาสมิง รพ.บ่อไร่ รพ.สระแก้ว รพ.วังน้ำเย็น รพ.เขาฉกรรจ์ รพ.คลองหาด รพ.ระยอง รพ.แก่ง รพ.วังจันทร์ และรพ.เขาชะเมา โดยให้บริการในระบบ Fast Track STEMI ในกรณี Emergency ครอบคลุม 100% ของ Case STEMI โดยใช้แนวทางการรักษาแบบ Pharmacoinvasive ซึ่งระยะทางจาก รพช. ในเขต จังหวัดจันทบุรีใช้เวลาเดินทาง Refer ผู้ป่วยมายังรพ.พระปกเกล้า ระยะทางอยู่ที่ 13-73 กิโลเมตร ใช้เวลา 20-90 นาที

- มีช่องทางในการให้คำปรึกษาและส่งต่อมายังรพช. ในระบบ Fast track STEMI ตลอด 24 ชั่วโมง ช่วงเวลาการเปิดบริการห้องตรวจสวนหัวใจ

วันจันทร์-วันศุกร์	เวลา 07.00-20.00 น.	} ปัจจุบัน ขยายบริการถึง 24.00น.
วันเสาร์	เวลา 08.00-16.00 น.	
วันอาทิตย์+วันนักขัตฤกษ์	ไม่เปิดบริการ	

- ยังไม่สามารถเปิดบริการ การตรวจสวนหัวใจได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีโครงการเปิดขยายบริการ

-เพิ่มขยายบริการเปิดบริการตรวจสวนหัวใจจาก 20.00น. ขยายเวลาถึง 24.00น.(เริ่ม ตุลาคม 2561)

- รพช.เครือข่ายในจ.จันทบุรี ระดับ F1 และ F2 สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ 100%
- รพช.เครือข่ายในจ.จันทบุรี ระดับ F1 และ F2 สามารถจัดตั้ง Warfarin clinic ได้ครบ 100%
- มีการจัดตั้ง HF Clinic อย่างเต็มรูปแบบ เริ่มเปิดบริการ 5 มกราคม 2560

#### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

##### 3.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร

จังหวัด	รายการข้อมูล					
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 = I20-I25)(A)		จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน (B)		อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B)x 100,000	
	2561 ไตรมาส 1-4	2562 ไตรมาส 1	2561 ไตรมาส 1-4	2562 ไตรมาส 1	2561 ไตรมาส 1-4	2562 ไตรมาส 1
เมืองจันทบุรี	45	5	103,134	103,650	44	5
ขลุง	28	3	40,151	40,039	70	7
ท่าใหม่	30	15	59,687	58,706	50	26
โป่งน้ำร้อน	12	6	38,331	38,655	31	16
มะขาม	4	0	24,211	24,242	17	0
แหลมสิงห์	8	4	21,848	22,019	37	18
สอยดาว	19	6	54,106	53,926	35	11
แก่งหางแมว	15	2	30,877	34,897	49	6
นายายอาม	12	2	26,744	26,618	45	8
เขาคิชฌกูฏ	5	3	23,338	23,271	21	13
ภาพรวมจังหวัด	178	46	422,427	426,023	42	11

3.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด(เป้าหมาย 50%)

จังหวัด	รายการข้อมูล									
	จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไป หรือ จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ให้ได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่สถานพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไป ที่ไม่สามารถทำ PCI ได้ หรือจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถทำ PCI ภายใน 90 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้เอง (A)						จำนวนรพ.ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป ทั้งหมดในเขตนั้น (B)		ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (A/B) x 100	
จังหวัด	2561 ไตรมาส 1			2562 ไตรมาส 1			2561 ไตรมาส 1	2562 ไตรมาส 1	2561 ไตรมาส 1	2562 ไตรมาส 1
	ราย	รวม (ราย)		ราย	รวม (ราย)		ราย	ราย	%	%
เมืองจันทบุรี (ทำ PCI ได้เอง)	SK in 30 min	0(2)	6	SK in 30 min	0(6)	7	11	22	54.55	31.82
	PCI in 90 min	6(9)		PCI in 90 min	7(12)					
				Other	1					
				Elective	3					
ชลบุรี	SK in 30 min	0(1)	0	SK in 30 min	0(0)	1	1	2	0	50
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	1(1)					
				Elective	1					
ท่าใหม่	SK in 30 min	0(2)	1	SK in 30 min	0(2)	2	5	4	20	50
	PCI in 120 min	1(3)		PCI in 120 min	2(2)					
โป่งน้ำร้อน	SK in 30 min	1(2)	1	SK in 30 min	1(3)	6	3	10	33.33	60
	PCI in 120 min	0(1)		PCI in 120 min	5(7)					
มะขาม	SK in 30 min	0(0)	0	SK in 30 min	1(1)	5	0	6	0	83.33
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	4(4)					
				Elective	1					
แหลมสิงห์	SK in 30 min	1(2)	3	SK in 30 min	0(0)	1	4	2	75	50
	PCI in 120 min	2(2)		PCI in 120 min	1(2)					
สอยดาว	SK in 30 min	1(2)	1	SK in 30 min	1(4)	1	2	5	50	20
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(1)					
แก่งหางแมว	SK in 30 min	0(0)	0	SK in 30 min	0(1)	0	3	1	0	0
	PCI in 120 min	0(2)		PCI in 120 min	0(0)					
	PCI Elective	1								

นายายอาม	SK in 30 min	0(1)	0	SK in 30 min	0(0)	0	2	2	0	0
	PCI in 120 min	0(1)		PCI in 120 min	0(1)					
				Other	1					
เขาคิชฌกูฏ	SK in 30 min	0(0)	0	SK in 30 min	0(0)	1	0	1	0	100
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	1(1)					
ภาพรวมจังหวัดจันทบุรี (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	SK in 30 min	3(12)	12	SK in 30 min	3(17)	24	31	55	38.71	43.64
	PCI in 120 min	9(18)		PCI in 120 min	21(31)					
	Elective	1		Elective	5					
				Other	2					
เมืองตราด	SK in 30 min	3(5)	3	SK in 30 min	0(2)	0	8	5	37.50	0
	PCI in 120 min	0(1)		PCI in 120 min	0(2)					
	Elective	2		Elective	1					
บ่อไร่	SK in 30 min	0(1)	0	SK in 30 min	0(0)	0	1	0	0	0
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(0)					
เขาสมิง	SK in 30 min	0(0)	0	SK in 30 min	0(1)	0	0	1	0	0
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(0)					
คลองใหญ่	SK in 30 min	0(0)	0	SK in 30 min	0(2)	0	0	2	0	0
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(0)					
แหลมงอบ	SK in 30 min	0(0)	0	SK in 30 min	0(0)	0	0	0	0	0
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(0)					
เกาะช้าง	SK in 30 min	1(2)	1	SK in 30 min	0(0)	0	2	0	50	0
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(0)					
เกาะกูด	SK in 30 min	0(0)	0	SK in 30 min	0(0)	0	0	0	0	0
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(0)					
ภาพรวมจังหวัดตราด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	SK in 30 min	4(8)	4	SK in 30 min	0(5)	0	11	8	36.36	0
	PCI in 120 min	0(1)		PCI in 120 min	0(2)					
	Elective	2		Elective	1					
เมืองสระแก้ว	SK in 30 min	1(6)	1	SK in 30 min	0(1)	0	6	1	16.67	0
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(0)					
เขาฉกรรจ์	SK in 30 min	2(2)	2	SK in 30 min	0(0)	0	2	0	100	0
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(0)					
คลองหาด	SK in 30 min	0(0)	0	SK in 30 min	0(0)	0	0	0	0	0

	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(0)					
วังน้ำเย็น	SK in 30 min	1(1)	1	SK in 30 min	1(2)	1	1	2	100	50
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(0)					
วังสมบูรณ์	SK in 30 min	0(0)	0	SK in 30 min	1(1)	2	0	2	0	100
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	1(1)					
อรัญประเทศ	SK in 30 min	0(1)	0	SK in 30 min	1(5)	1	1	6	0	16.67
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(1)					
วัฒนานคร	SK in 30 min	0(0)	0	SK in 30 min	0(0)	0	0	0	0	0
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(0)					
ตาพระยา	SK in 30 min	0(0)	0	SK in 30 min	0(2)	0	0	2	0	0
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(0)					
ภาพรวมจังหวัดสระแก้ว (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	SK in 30 min	4(10)	4	SK in 30 min	3(11)	4	10	13	40	30.77
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	1(2)					
แก่ง	SK in 30 min	0(2)	0	SK in 30 min	0(3)	2	7	8	0	25
	PCI in 120 min	0(5)		PCI in 120 min	2(5)					
วังจันทร์	SK in 30 min	0(1)	0	SK in 30 min	0(1)	0	1	3	0	0
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(1)					
				Elective	1					
เขาชะเมา	SK in 30 min	0(0)	0	SK in 30 min	0(0)	0	0	1	0	0
	PCI in 120 min	0(0)		PCI in 120 min	0(1)					
ภาพรวมจังหวัดระยอง (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	SK in 30 min	0(3)	0	SK in 30 min	0(4)	2	8	12	0	16.67
	PCI in 120 min	0(5)		PCI in 120 min	2(7)					
				Elective	1					
ภาพรวม (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	SK in 30 min	11(33)	20	SK in 30 min	6(37)	30	60	88	33.33	34.10
	PCI in 120 min	9(24)		PCI in 120 min	24(42)					
	Elective	3		Elective	7					
				Other	2					

3.3 ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤10%

จังหวัด	รายการข้อมูล					
	ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-10 = I21-I21.3) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A)		ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-10 = I21-I21.3) ทั้งหมด (B)		ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B) x 100	
	2561 ไตรมาส 1	2562 ไตรมาส 1	2561 ไตรมาส 1	2562 ไตรมาส 1	2561 ไตรมาส 1	2562 ไตรมาส 1
เมืองจันทบุรี	2	2	11	22	18.18	9.10
ขลุง	0	0	1	2	0	0
ท่าใหม่	1	3	5	4	20	75
โป่งน้ำร้อน	1	2	3	10	33.33	20
มะขาม	0	2	0	6	0	33.33
แหลมสิงห์	1	0	4	2	25	0
สอยดาว	0	0	2	5	0	0
แก่งหางแมว	0	0	3	1	0	0
นายายอาม	0	1	2	2	0	50
เขาคิชฌกูฏ	0	1	0	1	0	100
ภาพรวมจังหวัดจันทบุรี (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	5	11	31	55	16.13	20
เมืองตราด	0	0	8	5	0	0
บ่อไร่	0	0	1	0	0	0
เขาสมิง	0	0	0	1	0	0
คลองใหญ่	0	0	0	2	0	0
แหลมงอบ	0	0	0	0	0	0
เกาะช้าง	0	0	2	0	0	0
เกาะกูด	0	0	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัดตราด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	0	0	11	8	0	0
เมืองสระแก้ว	0	0	6	1	0	0
เขาฉกรรจ์	0	0	2	0	0	0
คลองหาด	0	0	0	0	0	0
วังน้ำเย็น	0	1	1	2	0	50
วังสมบูรณ์	0	0	0	2	0	0
อรัญประเทศ	0	0	1	6	0	0
วัฒนานคร	0	0	0	0	0	0
ตาพระยา	0	0	0	2	0	0
ภาพรวมจังหวัดสระแก้ว (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	0	1	10	13	0	7.69
แก่ง	0	0	7	8	0	0
วังจันทร์	0	0	1	3	0	0
เขาชะเมา	0	0	0	1	0	0
ภาพรวมจังหวัดระยอง (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	0	0	8	12	0	0
ภาพรวม(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	5	12	60	88	8.33	13.64



### 3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

#### 3.2.1 Service Delivery

สาขาโรคหัวใจ

- การบริการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด รพช. ในเขตจังหวัดจันทบุรี ในระดับ F1 และ F2 ซึ่งมี 11 รพ. สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ 100%

- การบริการตรวจสอบหัวใจ รพ.พระปกเกล้า สามารถให้บริการตรวจสอบหัวใจได้ในช่วงเวลา วันจันทร์-วันเสาร์ เวลา 08.00-24.00 น.

#### 3.2.2 Workforce

ทีมในการปฏิบัติงาน ได้แก่

- Cardiologist

- Interventionist

- พยาบาลห้องตรวจสอบหัวใจ

- พยาบาลห้อง Non Invasive

- พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) (ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางโรคหัวใจ) ครบ 100%

- นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

- บุคลากรยังขาดแคลน ยังไม่สามารถเข้ารับการอบรมเฉพาะทางได้ครบ 100%

#### 3.2.3 IT

- ระบบการจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจ มีนโยบายการลงฐานข้อมูลกลางทั่วประเทศ โดยใช้ Program Thai ACS Registry

#### 3.2.4 Drug & Equipment

- มีห้องตรวจสอบหัวใจที่ได้มาตรฐาน

- มีหอผู้ป่วยรองรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ให้การรักษาทันทีทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม (ผ่าตัดหัวใจ)

- มีการให้ยาตามมาตรฐาน

#### 3.2.5 Financing

- มีการจัดสรรงบประมาณตามงบของ รพ. และงบประมาณจากส่วนกลาง

- การได้รับอนุมัติงบประมาณทดแทนอุปกรณ์ที่ชำรุด มีงบประมาณน้อยไม่สามารถจัดสรรในการซื้อเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ได้ โดยเฉพาะในส่วนที่ราคาสูง

#### 3.2.6 Conversance

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงานและมีการติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

#### 3.2.7 Participation

- มีการเชื่อมโยงการทำงานในภาคีเครือข่ายเข้าสู่ชุมชน

- รพ.สต.

- รพช.

- รพศ.

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

-ระบบงานที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงานในระบบ Fast track

\* ระบบการรับ-ส่งต่อ กรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน ไปยังรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่ากรณีเกินขีดความสามารถไม่สามารถปฏิบัติได้จริง ตามโครงการ พัฒนาสู่ความเป็นเลิศในความร่วมมือระหว่างเครือข่ายบริการเขตสุขภาพที่6 ร่วมกับจุฬาลงกรณ์ สาขาโรคหัวใจ ตัวอย่างเช่น กรณีติดต่อ Refer เกินขีดความสามารถ รพ.จุฬาฯ แจ้งกลับให้ติดต่อไปยังรพ.อื่นเนื่องจากรพ.พระปกเกล้า ไม่ได้อยู่ในระบบเครือข่ายของรพ.จุฬาฯ เป็นต้น

\* ระบบการส่งต่อ-ส่งกลับ หลังได้รับการรักษาภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดเรียบร้อยแล้ว ไม่สามารถส่งกลับได้เนื่องจากปัญหาสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

**5.ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ ที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับ ไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ขาดอัตรากำลัง	- สนับสนุนอัตรากำลัง	
- ค่าตอบแทนหน่วยงานที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญ ความชำนาญเฉพาะในการดูแล/ รักษาผู้ป่วย	- สนับสนุน ส่งเสริมและผลักดันเรื่องค่าตอบแทนและขวัญกำลังใจ	

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

- นโยบาย/ กฎระเบียบ หลายอย่างที่ทำให้การปฏิบัติงานในส่วนของการรักษาบริการล่าช้า ช้าซ้อน มีความยุ่งยาก และค่อนข้างใช้เวลาในการประสานงานนาน และต้องประสานหลายรพ. หลายงาน ตัวอย่างเช่น ระบบการส่งต่อและรับกลับซึ่งเป็นอุปสรรคและปัญหาอย่างมากตลอดมาต่อผู้ปฏิบัติหน้างานคือปัญหาเกี่ยวกับสิทธิบัตรตัวอย่างเช่น

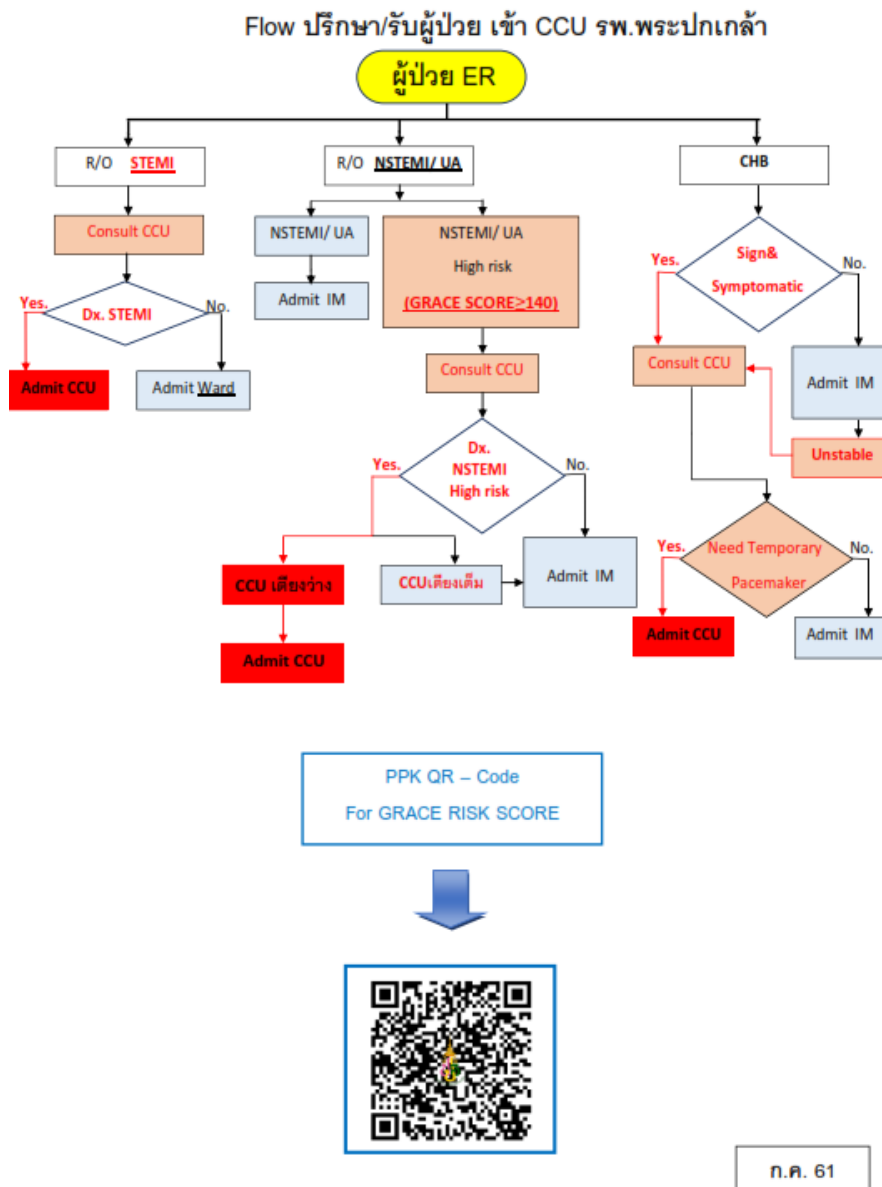
- เมื่อมีการส่งต่อมายังรพศ. ในระบบ Fast track รพศ. รับทันทีโดยไม่มีคำว่าเตียงเต็ม และเมื่อหมดข้อบ่งชี้ แต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถจำหน่ายออกจากรพ.ได้ ต้องมีการส่งกลับไปรักษาต่อ แต่รพ.ที่ส่งมารักษาปฏิเสธการรับกลับ โดยแจ้งปัญหาเรื่องสิทธิของผู้ป่วยว่าไม่ได้เป็นสิทธิของรพ.นั้นๆ ถึงแม้ตนเองจะเป็นผู้ส่งมา ต้องให้รพศ.เป็นผู้ประสานไปยังรพ.ที่ผู้ป่วยมีสิทธิในการรักษาเป็นผู้มารับทำให้ต้องมีการประสานในการรับกลับ หลายรพ. หลายหน่วยงาน โดยเฉพาะต้องประสานงานกับศูนย์สิทธิของแต่ละรพ. ซึ่งในวันหยุดราชการไม่เปิดทำการ ทำให้ไม่สามารถประสานงานต่อได้ต้องรอวันทำการ รวมทั้งมีรายละเอียดปลีกย่อยอีกมากมาย โดยไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก CCU หรือรพ.พระปกเกล้าได้ ซึ่งมีความต้องการในการใช้เตียงในการรับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินทางด้านโรคหัวใจรายใหม่ได้ เนื่องจากสถานเตียงเต็มและล้น

- หากมีการปรับเรื่องการส่งต่อและรับกลับโดยไม่มีเงื่อนไขในการเบิกจ่าย จะสามารถทำให้ระบบงานเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของงาน เกิดความรวดเร็ว และผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

## 7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

พัฒนาระบบ การปรึกษา / รับ-ส่งต่อผู้ป่วย NSTEMI High riskซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน และส่งกลับไปยังรพ.ต้นทางเพื่อทำการดูแลรักษาต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และมีระบบการดูแลโดยเครือข่ายภายหลังการรักษาแก้ปัญหาสามารถส่งกลับไปรักษาต่อเนืองยังรพ.ต้นทางได้ ทำให้ลดปัญหาการวิกฤตหลุดลงจากการได้รับการรักษาล่าช้า และไม่ต้องนอนรักษาที่ยังรพศ. โดยมีการปรึกษาและเริ่มระบบภายหลังการลงเยี่ยมเครือข่ายโรคหัวใจ.จันทบุรี ได้แก่ รพ.ตราดและเครือข่าย, รพ.สระแก้วและเครือข่าย,รพ.แก่ง รพ.เขาชะเมา และรพ.วังจันทร์ ซึ่งเป็นการคุยและตัดสินใจร่วมกันระหว่างรพศ.และรพ. เครือข่ายที่ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องและผู้อำนวยการของรพ.เครือข่ายนั้นๆ โดยมีFlow ในการปฏิบัติดังนี้

Flow การรับผู้ป่วย NSTEMI High risk/ QR Code GRACE RISK SCORE



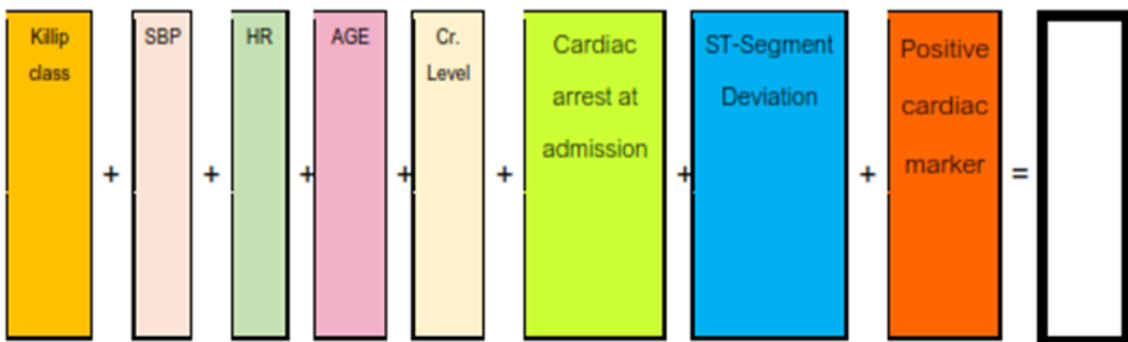
## Composition of the GRACE Score

### 1. Find point for Each predictive factor

Killip class	Point	SBP (mmHg)	Point	HR (Beat/min)	Point	AGE (Years)	Point	Cr. Level (mg/dl)	Point
<b>I</b>	0	≤ 80	58	≤ 50	0	≤ 30	0	0 - 0.39	1
<b>II</b>	20	80-99	53	50-69	3	30-39	8	0.4-0.79	4
<b>III</b>	39	100-119	43	70-89	9	40-49	25	0.8-1.19	7
<b>IV</b>	59	120-139	34	90-109	15	50-59	41	1.2-1.59	10
		140-159	24	110-149	24	60-69	58	1.6-1.99	13
		160-199	10	150-199	38	70-79	75	2-3.99	21
		≥200	0	≥200	46	80-89	91	≥ 4	28
						≥ 90	100		

No	Other Risk Factors	Point
1	Cardiac arrest at admission	39
2	ST-Segment Deviation	28
3	Positive cardiac marker	14

### 2. Sum point for all predictive factor



ก.ค. 61

## NSTEMI & Unstable angina

### Very high risk patients

1. Severe chest pain  
(Prolong ongoing, recurrent chest pain > 2 within 24 hrs.)
2. Unstable hemodynamic  
(Hypotension, New tachyarrhythmia, Brady cardia, Heart block)
3. Cardiogenic shock
4. Acute heart failure
5. Recurrent Dynamic ST- T wave changes particularly with intermittent ST elevation
6. Life-threatening arrhythmia or cardiac arrest
7. Mechanical complications of MI

### High risk patients

1. Elevate troponin T or Troponin I ที่เข้าได้กับ MI
2. Dynamic ischemic ST- T changes with or without chest pain
3. Grace risk score  $\geq 140$

### Intermediate risk patients

1. DM
2. Renal insufficiency
3. LVEF < 40%
4. Congestive heart failure
5. Early post MI angina
6. Prior CABG
7. Grace risk score 109-139

ก.ค. 61

ผลการดำเนินงานการรับผู้ป่วย Non STEMI High Risk(ก.ย.61- ม.ค. 62)

ลำดับ	เรื่อง	Consult ทั้งหมด	NSTEMI High risk	ได้รับการตรวจสวนหัวใจทันที		นัดวันเวลาในการส่งมาตรวจสวนหัวใจเมื่อเตียงว่าง				ไม่เข้า Criteria	
		ราย	ราย	ราย	อัตรา (%)	1วัน (ราย)	อัตรา (%)	2วัน (ราย)	อัตรา (%)	ราย	อัตรา (%)
1	รับ Consult จาก เครื่องขยายตราด สระแก้ว ระยอง	26	20	16	80% (16/20)	2	10% (2/20)	2	10% (2/20)	6	23.08% (6/26)
2	รับ Consult จาก รพช.เครื่องขยายจ. จันทบุรี	11	5	5	100% (5/5)	-	-	-	-	6	54.55% (6/11)

ผู้รายงานอุษณีย์ เปรมสุริยา

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ

โทร 2612 E-mailuttsanee@hotmail.com

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ไตรมาส 1 ( 1 ตุลาคม 2561-31 ธันวาคม 2561)							
	คณะ 3	ค่าเป้าหมาย 12 เดือน	small success 3 เดือน	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ /อัตรา	ผลประเมิน
1	*26.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ70	ไม่น้อยกว่าร้อยละ70	100	75	75	ผ่าน
2	*27 จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข						
	27.1 ร้อยละของบุคลากรในองค์กรประเมิน Happinometer	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	4,647	3,652	78.59	ผ่าน
	27.2 ร้อยละของบุคลากรในองค์กรประเมิน HPI	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	357	309	86.55	ผ่าน
3	*28.เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	รพศ.1แห่ง รพช.50%	รพศ.1แห่ง รพช.50%	12	12	100	ผ่าน
4	*29.มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง	ทีมPCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน	ทีมPCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน				
5	*30.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7ไม่เกินร้อยละ 4	ไม่เกินร้อยละ4	ไม่เกินร้อยละ4	12	-	0	ผ่าน
6	*31.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	รพศ.100%	รพศ.100%	1	1	100	ผ่าน
		รพช.90%	รพช.90%	11	10	90.91	ผ่าน
7	*32.ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด						
	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สสจ. ระดับ 5 ร้อยละ 70	สสจ. ระดับ 5 ร้อยละ 70	1	1	100	ผ่าน
	2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	10	8	80	ผ่าน
8	33.จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด - ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ (ร้อยละ 100)	เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลกรมวิทย์ 8 เรื่อง	เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลกรมวิทย์ 8 เรื่อง	1	1	100	ผ่าน
9	34.ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	23	23	100	ผ่าน
10	35.ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100				ผ่าน



## ประเด็นที่ 1 Human Resource for Health (HRH) Transformation

### ตัวชี้วัด 1) ร้อยละเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพจังหวัด จันทบุรี

#### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง ทุกจังหวัดภายในเขตสุขภาพที่ได้รับคะแนนตามประเด็นการดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดครบ 4 ประเด็นโดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่า 70 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยมีประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็น ดังนี้

- 1.1 ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจุบัน
- 1.2 มีแผนบริหารตำแหน่งว่าง
- 1.3 มีการดำเนินงานตามแผน
- 1.4 บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ

#### 2. สถานการณ์ / ปัญหา

ในปีงบประมาณ 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีหน่วยงานในสังกัดจำนวน 23 หน่วยงาน มีบุคลากร 5 ประเภทการจ้าง ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2560 จำนวน 4,358 ราย ข้าราชการ จำนวน 2,233 ราย คิดเป็น 51.23 % พนักงานราชการ จำนวน 110 ราย คิดเป็น 2.52 % พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,260 ราย คิดเป็น 28.91 % ลูกจ้างประจำ จำนวน 257 ราย คิดเป็น 5.90 % และลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 498 ราย คิดเป็น 11.42 % อัตราการคงอยู่ คิดเป็นร้อยละ 97.79 และเมื่อดูการสูญเสีย พบว่า บุคลากรประเภทลูกจ้างชั่วคราวมีอัตราการสูญเสียสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.95 และบุคลากรประเภทพนักงานราชการมีอัตราการสูญเสียต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.91 สาเหตุของการสูญเสียคือ ลาออก

จากการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าการดำเนินงานยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นระบบ การบริหารจัดการอัตรากำลังที่ยังไม่กระจายตัว สัดส่วนของเจ้าหน้าที่กับจำนวนประชากรยังไม่สมดุล ในสถานบริการแต่ละแห่ง และภาระงานที่มาก จากการเข้าถึงบริการของประชาชน ส่งผลต่อการตัดสินใจในการโยกย้าย ลาออกของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ในด้านระบบการบริหารบุคลากรยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลและบันทึกข้อมูลในระบบด้วยตนเองเพื่อใช้ในการวางแผนความก้าวหน้าและพัฒนาตนเอง

#### 3. แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2562

- 3.1 โครงการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ จังหวัดจันทบุรี
- 3.2 โครงการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อความก้าวหน้าและสร้างขวัญกำลังใจ
- 3.3 โครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนให้มีประสิทธิภาพและมีเอกภาพ

#### 4. เป้าหมายการดำเนินงานปี 2562

4.1 จัดทำฐานข้อมูล/สารสนเทศด้านกำลังคนให้ถูกต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบัน

1.1 ตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลบุคลากรทั้ง 5 ประเภทให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน อาทิเช่น ใบประกอบวิชาชีพ, คุณวุฒิการศึกษา

1.2 คืบข้อมูลผ่านระบบ NON HR ให้แก่บุคลากร เพื่อตรวจทานข้อมูลและสามารถนำข้อมูลตนเองไปใช้ประกอบการวางแผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ

4.2 จัดทำแผนกำลังคน แผนบริหารตำแหน่งว่างพร้อมดำเนินการตามแผนเพื่อให้ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมาย

4.3 จัดทำ Career Development Plan เพื่อให้บุคลากรมีความก้าวหน้าตามเส้นทาง Career Path

5. ผลการดำเนินงานในช่วงไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม 2561 – ธันวาคม 2561)

การดำเนินการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ 1 มีระบบการบริหารจัดการกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ

1.1 มีข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน

ตารางที่ 1 ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

1. ใบประกอบวิชาชีพ	จำนวนบุคลากร (คน)	จำนวนใบประกอบวิชาชีพ (คน)			จำนวนที่ได้รับการ แก้ไข(คน)	จำนวนที่บันทึก ในระบบ HROPS(คน)
		มี	ไม่มี	หมดอายุ/ไม่สมบูรณ์		
1. นายแพทย์	289	19	12	* <sup>2</sup>	11	30
2. ทันตแพทย์	71	7	1	* <sup>3</sup>	1	8
3. เภสัชกร	103		7	96	5	5
4. พยาบาลวิชาชีพ	1,328	9	151	1,168	80	89
5. นักเทคนิคการแพทย์	54		4	50		
6. นักกายภาพบำบัด	42		23	19		
7. แพทย์แผนไทย	32			32		
8. นักรังสีการแพทย์	14		2	12		
9. นักจิตวิทยาคลินิก	3		2	1	2	2
10. นักกิจกรรมบำบัด	5			5		
11. นักกายอุปกรณ์						
12. นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก	3			3		
13. นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย						
<b>รวม</b>	<b>1,944</b>	<b>35</b>	<b>202</b>	<b>1,707</b>	<b>99</b>	<b>134</b>
2. วุฒิการศึกษา	จำนวนบุคลากร (คน) * <sup>1</sup>	จำนวนบุคลากร ที่มีวุฒิในตำแหน่ง ไม่เป็นปัจจุบัน (คน)* <sup>5</sup>			จำนวนบุคลากรที่ได้รับการแก้ไข วุฒิในตำแหน่งให้เป็นปัจจุบัน(คน)* <sup>5</sup>	
1. ข้าราชการ	2,248	46			0	
2. พนักงานราชการ	121	21			0	
<b>รวม</b>	<b>2,369</b>	<b>67</b>			<b>0</b>	

3. หน่วยงานที่บันทึกคำสั่งเงินเดือน* <sup>4</sup>	บันทึกคำสั่งเงินเดือน ในระบบ HROPS แล้ว* <sup>5</sup>	ยังไม่ได้บันทึกคำสั่งเงินเดือนในระบบ HROPS* <sup>5</sup>	
		อยู่ระหว่างการเสนอ ผู้ว่าราชการจังหวัด	อยู่ระหว่าง การบริหารวงเงิน
จังหวัดจันทบุรี			
- รพศ.	✓		
- รพท.			
- สสจ.	✓		
- ฯลฯ			

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี (จากระบบ HROPS) ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

1.2 มีการรายงานสถิติกำลังคน

1.2.1 ข้อมูลจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงทั้งหมด จังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ 2 ข้อมูลจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงทั้งหมด จังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

ประเภทหน่วยงาน	จำนวน หน่วยงาน	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานจริง(คน)					
		ข้าราชการ	พนักงาน ราชการ	พนักงานกระทรวง สาธารณสุข	ลูกจ้าง ประจำ	ลูกจ้าง ชั่วคราว	รวม
โรงพยาบาลศูนย์	1	973	87	802	129	211	2,202
โรงพยาบาลทั่วไป							
สนง.สาธารณสุขจังหวัด	1	82	14		8		104
โรงพยาบาลชุมชน	11	717	20	351	83	328	1,499
สนง.สาธารณสุขอำเภอ	10	55	4	1			60
รพ.สต./สอ.น.	105	342		84	3	150	579
<b>รวม</b>	<b>128</b>	<b>2,169</b>	<b>125</b>	<b>1,238</b>	<b>223</b>	<b>689</b>	<b>4,444</b>

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี (จากระบบ HROPS กองบริหารทรัพยากรบุคคล )

1.2.2 ข้อมูลการสูญเสียบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ 3 ข้อมูลการสูญเสียบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีและจำแนกสาเหตุการสูญเสีย ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

ลำดับ	ประเภทบุคลากร	จำนวนการสูญเสีย บุคลากร(คน)	สาเหตุการสูญเสีย (คน)				
			ลาออก นอกสังกัด สป.	โอนไปนอก สังกัด สป.	การถูกให้ออกโดยมีความผิด		
					ให้ออก	ปลดออก	ไล่ออก
1	ข้าราชการ	21	19	2	0	0	0
2	พนักงานราชการ	0	0	0	0	0	0
3	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	20	20	0	0	0	0
4	ลูกจ้างประจำ	2	2	0	0	0	0
5	ลูกจ้างชั่วคราว	16	16	0	0	0	0
<b>รวม</b>		<b>59</b>	<b>57</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี (จากระบบ HROPS) ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

1.2.3 ข้อมูลจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ 4 ข้อมูลจำนวนตำแหน่งทั้งหมดบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

ลำดับ	ประเภทบุคลากร	จำนวนตำแหน่งทั้งหมดของบุคลากร (ตน.)
1	ข้าราชการ	2,415
2	พนักงานราชการ	129
3	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	1,238
4	ลูกจ้างประจำ	222
5	ลูกจ้างชั่วคราว	498
<b>รวม</b>		<b>4,502</b>

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี (จากระบบ HROPS) ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

### 1.2.4 ข้อมูลจำนวนตำแหน่งว่างบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ 5 ข้อมูลจำนวนตำแหน่งว่างบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

ลำดับ	ประเภทบุคลากร	จำนวนตำแหน่งว่างที่ได้รับจัดสรร (ตน.) * <sup>1</sup>	จำนวนตำแหน่งว่างที่ใช้ไป (ตน.) * <sup>2</sup>	จำนวนตำแหน่งว่างใหม่หลัง 1 พ.ย. 61 ที่ยังไม่ได้ดำเนินการ (ตน.) * <sup>2</sup>
1	ข้าราชการ	45	9	13
2	พนักงานราชการ	7	1	1
รวม		52	10	14

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี (จากระบบ HROPS) ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

### 1.3 มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข (ระบบHROPS)

ตารางที่ 6 การใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

ลำดับ	รายการ	มีการใช้ประโยชน์ฯ		เอกสาร/หลักฐาน
		มี	ไม่มี	
1	การบริหารตำแหน่ง	/		รายงานข้อมูลตำแหน่งว่างจากระบบ HROPS, รายงานการประชุม, แผนการบริหารตำแหน่ง, แผนการจ้าง
2	การวางแผนกำลังคน	/		รายงานข้อมูลกำลังคนรายหน่วยงาน/สายงาน, แผนกำลังคน, แผนพัฒนาบุคลากร
3	การวิเคราะห์ภาระงาน	/		รายงานข้อมูลภาระงานตำแหน่งต่างๆ ของหน่วยงาน
4	สนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร	/		รายงานข้อมูลบุคลากรแยกรายหน่วยงาน, ตำแหน่งสายงาน, ข้อมูลส่วนขาดสายวิชาชีพต่างๆ

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

**ประเด็นที่ 2** มีแผนบริหารตำแหน่ง (และแผนกำลังคนด้านอื่นๆ เช่น แผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ แผนพัฒนาบุคลากร ฯลฯ)

**2.1 แผนบริหารตำแหน่ง และแผนกำลังคนด้านอื่นๆ จังหวัดจันทบุรี**

**ตารางที่ 7** การจัดทำแผนบริหารตำแหน่ง และแผนกำลังคนด้านอื่นๆ จังหวัดจันทบุรี  
ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

ลำดับ	แผน/กิจกรรม	การดำเนินการ		เอกสาร/หลักฐาน
		มี	ไม่มี	
1	มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมในการจัดทำแผนกำลังคน	/		รายงานการประชุมคณะกรรมการ CHRO, คณะกรรมการบริหารงานบุคคล, วาระการประชุมผู้รับผิดชอบงานบริหารบุคคล
2	จัดทำแผนกำลังคน และมีแผนบริหารตำแหน่ง	/		แผนกำลังคน, แผนบริหารตำแหน่งว่าง
3	มีแผนกำลังคนด้านอื่นๆ (โปรดระบุชื่อแผน)	/		แผนพัฒนาบุคลากร
4	มีการประชาสัมพันธ์/เผยแพร่ แผนบริหารตำแหน่งภายในจังหวัดและหน่วยงานในสังกัด ทราบ (หนังสือเวียน/ประกาศ)	/		หนังสือเวียน/ประกาศ, website สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

**ประเด็นที่ 3** มีการดำเนินงานตามแผน ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด (ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 5)

**3.1 ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนดจังหวัดจันทบุรี**

**ตารางที่ 8** ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนดจังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

ลำดับ	ประเภทบุคลากร	จำนวนตำแหน่งทั้งหมด ของบุคลากร (ตน.) [A]	จำนวนตำแหน่งว่าง ของบุคลากร (ตน.) [B]	ตำแหน่งว่าง คงเหลือร้อยละ [C= (B/A)*100]
1	ข้าราชการ	2,415	94	3.89
2	พนักงานราชการ	129	3	2.32
รวม		<b>2,544</b>	<b>97</b>	<b>3.81</b>

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

## ประเด็นที่ 4 บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ

### 4.1 ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ จังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ 9 ร้อยละบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ จังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

ลำดับ	สายงานให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน)	กรอบ อัตรากำลังที่ กำหนดในระดับ หน่วยงาน [A]	จำนวนบุคลากรสาธารณสุข สายให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน) ที่ มีอยู่จริง* <sup>2</sup> [B]	ร้อยละบุคลากร สาธารณสุข เพียงพอ (≥ ร้อยละ 71) [C = (A/B)×100]
1	นายแพทย์	289	216	74.74
2	ทันตแพทย์	84	58	69.05
3	เภสัชกร	137	103	75.18
4	พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค	1,751	1,304	74.47
5	จพ.ทันตสาธารณสุข	101	56	55.45
6	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	97	46	47.42
7	ช่างทันตกรรม	1	1	100.00
8	นวก.สาธารณสุข/จพ.สาธารณสุข	729	245	33.61
9	แพทย์แผนไทย	60	18	30.00
10	นักเทคนิคการแพทย์/ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/ จพ.วิทย์	118	88	74.58
รวม		3,367	2,135	63.41

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

## 6. การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไข ปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ

1. ผู้ใช้ยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบ HROPS ได้เต็มที่ เนื่องจากขาดองค์ความรู้ ความเข้าใจในการใช้โปรแกรม เช่น การรายงานผลข้อมูลย้อนหลัง
2. ระเบียบการสรรหา, การประเมินผลงานวิชาการเข้าสู่ตำแหน่ง ต้องใช้ระยะเวลา ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการใช้ตำแหน่งได้ตามที่กำหนด

## 7. กลุ่มงานและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางสาวบุญยวีร์ สุทธิกิจอนุรักษ์ ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ  
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
โทร 089-9388947 Email : @ joe\_punyavee@hotmail.com

## ประเด็นที่ 1 Human Resource for Health (HRH) Transformation

### ตัวชี้วัด 2) จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)

#### ประเด็นการตรวจราชการ

ทุกหน่วยงานสามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานได้บรรลุเป้าหมายขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

#### 1. สถานการณ์ / ปัญหา

จังหวัดจันทบุรีมีหน่วยงานในสังกัดจำนวน 23 แห่ง โดยแยกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (รวม รพ.สต.) 10 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง ในปีงบประมาณ 2560 ได้มีการดำเนินการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร มีการประเมิน Happinometer โดยมีบุคลากรในสังกัดดำเนินการประเมินคิดเป็นร้อยละ 64.04 ของบุคลากรทั้งหมด ผลการประเมิน Happinometer ในภาพรวมจังหวัด ค่าเฉลี่ยความสุขระดับจังหวัดร้อยละ 62.42 ในปี 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ได้นำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงานดังกล่าว มาใช้ในการวางแผนงาน/กิจกรรมเพื่อพัฒนาองค์กร ส่งเสริมความสุขของคนทำงาน ดังนี้

1.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนการสร้างสุขในองค์กร ให้กับผู้รับผิดชอบงาน ผู้รับผิดชอบงาน สสจ./รพช./รพช./สสอ เพื่อให้หน่วยงานนำผลการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาวิเคราะห์และจัดทำแผนงาน / โครงการเพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานของบุคลากร ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แผนงานและแนวทางการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่

1.2 อบรมพัฒนาศักยภาพทีมงานสร้างสุของค์กร งานบันดาลใจ ให้ครบทุกหน่วยงาน

1.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาองค์กร เพื่อก้าวสู่องค์กรแห่งความสุข อย่างต่อเนื่องทุกเดือน

1.4 เสริมสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร และความผูกพันต่อองค์กร ตามแนวทาง Happy Workplace ผ่านโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ส่งเสริมค่านิยมหลักองค์กร และความผูกพัน สู่วัฒนธรรมที่เข้มแข็ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ประจำปี 2561 และโครงการพัฒนาองค์กรเพื่อก้าวสู่องค์กรสร้างสุขอย่างยั่งยืน

1.5 กำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับบุคคล ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการปีงบประมาณ 2561 ของผู้บริหารทุกหน่วยงาน (ตัวชี้วัด : เจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข (สสจ.รพช./สสอ.) มีค่าดัชนีความสุขของคนทำงานเพิ่มขึ้น) โดยมีการประเมิน Happinometer ของบุคลากรสาธารณสุข ในช่วงเดือนสิงหาคม 2561 ผลการประเมินพบว่าดัชนีความสุขของคนทำงานเพิ่มขึ้น โดยในปี 2560 ค่าเฉลี่ยความสุขระดับจังหวัดร้อยละ 62.42 ในปี 2561 ค่าเฉลี่ยความสุขระดับจังหวัดร้อยละ 63.41

#### 2. แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2562

2.1 โครงการพัฒนาและขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข และการสร้างบุคลากรสาธารณสุขยอดเยี่ยม (Smart officer)

2.2 โครงการพัฒนาองค์กรเพื่อก้าวสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน

2.3 โครงการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต พฤติกรรมและสมรรถนะที่เหมาะสมเพื่อการทำงานอย่างมีความสุข ภายใต้ค่านิยมหลักองค์กร MOPH สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

2.4 โครงการเสริมสร้างจรรยาบรรณกระทรวงสาธารณสุข (MOPH Code of conduct) ให้แก่บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

### 3. เป้าหมายการดำเนินงานปี 2562

3.1 พัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานในการนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น โดย

3.1.1 ติดตามและกระตุ้นการประเมินดัชนีชี้วัดความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) แต่ละหน่วยงานเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

3.1.2 คืบข้อมูลโดยเฉพาะเรื่องปัญหาหลักๆ ที่พบจากการวิเคราะห์ และติดตามหน่วยงานในการนำผลการวิเคราะห์มาใช้ในการแก้ไขปัญหา

3.1.3 สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะปัญหาที่แก้ไขได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้แต่ละหน่วยงานสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

3.1.4 พัฒนาทีมงานสร้างสุขในระดับพื้นที่และแบ่งประเด็น Happy 8 ให้แต่ละอำเภอรับเป็นเจ้าของภาพหลักพร้อมต่อยอดขยายผลการดำเนินงานการสร้างสุขในแต่ละมิติ การขับเคลื่อนค่านิยมองค์กร MOPH ที่ประสบผลสำเร็จแก่พื้นที่อื่น

3.2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์กรสร้างสุขต้นแบบ อำเภอละ 1 องค์กร



#### 4. ผลการดำเนินงานในช่วงไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม 2561 – ธันวาคม 2561)

จังหวัดจันทบุรีได้ดำเนินการให้กลุ่มเป้าหมายประเมิน Happinometer และ HPI (ข้อมูล ณ วันที่ 20 มกราคม 2562) ปรากฏผลดังตาราง

หน่วยงาน	ผลการประเมิน Happinometer			ผลการประเมิน HPI		
	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
1.สสจ.จบ	116	79	68.10	19	18	94.74
2.รพ.พระปกเกล้า	2,489	1,763	70.83	59	44	74.58
3.รพ.ขลุง	161	132	81.99	13	12	92.31
4.รพ.แหลมสิงห์	142	110	77.46	13	13	100.00
5.รพ.ท่าใหม่	106	106	100.00	13	13	100.00
6.รพ.มะขาม	112	112	100.00	13	9	69.23
7.รพ.โป่งน้ำร้อน	180	125	69.44	13	12	84.62
8.รพ.สอยดาว	221	178	80.54	13	12	92.31
9.รพ.เขาคิชฌกูฏ	122	110	90.16	13	7	53.83
10.รพ.นายายอาม	110	110	100.00	13	13	100.00
11.รพ.แก่งหางแมว	63	52	82.54	13	11	84.62
12.รพ.เขาสุกิม	71	71	100.00	13	11	84.62
13.รพ.สองพี่น้อง	105	74	70.48	13	2	15.38
14.สสอ.เมือง	106	101	95.28	16	16	100.00
15.สสอ.ขลุง	73	68	93.15	19	18	94.74
16.สสอ.ท่าใหม่	79	79	100.00	20	20	100.00
17.สสอ.แหลมสิงห์	40	38	95.00	10	9	90.00
18.สสอ.มะขาม	51	51	100.00	13	13	100.00
19.สสอ.โป่งน้ำร้อน	61	61	100.00	11	11	100.00
20.สสอ.สอยดาว	80	80	100.00	14	14	100.00
21.สสอ.เขาคิชฌกูฏ	40	38	97.50	9	9	100.00
22.สสอ.นายายอาม	48	48	100.00	10	10	100.00
23.สสอ.แก่งหางแมว	71	66	92.96	14	12	85.71
<b>รวม</b>	<b>4,647</b>	<b>3,652</b>	<b>78.59</b>	<b>357</b>	<b>309</b>	<b>86.55</b>

จากตาราง บุคลากรสาธารณสุข 5 ประเภทการจ้าง จำนวนทั้งสิ้น 4,647 ราย ตอบแบบประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) 3,652 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.59 ส่วนแบบประเมินสุขภาพองค์กร (HPI) บุคลากรระดับหัวหน้างานของหน่วยงานขึ้นไปทุกคน จำนวน 357 ราย ตอบแบบประเมิน 309 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.55

## 5. การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไข ปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ

จากการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) พบปัญหาในเรื่องของการตอบแบบประเมิน ดังนี้

5.1 ในส่วนของผู้ดูแลระบบ (Admin) ระดับหน่วยงาน ลงข้อมูลผู้ตอบแบบประเมินไม่ถูกต้อง ซึ่งต้องให้ผู้ดูแลระบบของกระทรวงเป็นผู้แก้ไขข้อมูลให้

5.2 ในส่วนของผู้ประเมินที่กรอกข้อมูลผิด ทั้งรหัสสถานบริการหรือหมายเลขบัตรประชาชน ซึ่งต้องส่งให้ผู้ดูแลระบบของกระทรวงเป็นผู้แก้ไขข้อมูลให้

5.3 ในส่วนของระบบที่มีการปรับปรุง Server ของระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น แต่ส่งผล กระทบให้การทำงานของ Server ช้าลง และผู้ใช้งานไม่สามารถเข้าระบบได้โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีผู้ใช้งาน เข้าระบบเป็นจำนวนมาก ส่งผลแก้ไขระบบในบางช่วงทำให้ต้องปิดการให้บริการ หรือในบางเวลาที่มี ผู้ใช้บริการจำนวนมาก ส่งผลให้เข้าระบบไม่ได้ หรือเข้าได้แต่การประมวลผลช้า

5.4 กลุ่มเป้าหมายที่การเปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีผู้ลาออก ส่งผลกระทบต่อร้อยละของผู้ประเมิน และการแก้ไขจำนวนกลุ่มเป้าหมายต้องให้ผู้ดูแลระบบ (Admin) ระดับหน่วยงานแก้ไข และช่องทางในการส่ง ข้อมูลเพื่อแก้ไขมีเพียงช่องทางเดียวคือส่งมา mail ซึ่งค่อนข้างล่าช้า

## 6. กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางอารยา ประทุมสิทธิกุล ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน  
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร 081-9966501 Email : zadoramon@gmail.com

## ประเด็นที่ 2 Digital Transformation

### ตัวชี้วัด 1.จังหวัดมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

#### 1.สถานการณ์ แผนและผลการดำเนินงาน

จังหวัดจันทบุรี มีโรงพยาบาลทั้งสิ้นจำนวน 12 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์(A) ขนาด 755 เตียงจำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) 7 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) 4 แห่ง ทุกโรงพยาบาลมีการใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ สนับสนุนการจัดบริการผู้ป่วย

ในปี 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ดำเนินการยกระดับคุณภาพการบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ให้ทันสมัยและได้มาตรฐาน ด้วยการนำเทคโนโลยีด้านดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศที่มีอยู่

2.ผลการดำเนินงานในช่วงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2562 ตุลาคม 61 – ธันวาคม 62

2.1 นำทีมศึกษาดูงาน Smart Hospital ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และ โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี และ Smart Organization ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี และดูงานระบบคิวออนไลน์ ระบบนัดหมาย ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อให้โรงพยาบาลทุกแห่ง ทราบแนวทางการดำเนินงาน เกิดแนวคิดการขับเคลื่อน Smart Hospital

2.2 ยังไม่ได้ใช้ระบบคิว Online ทั้ง 12 แห่ง มีเพียง โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ ได้ดำเนินการลงทะเบียนประวัติออนไลน์ เท่านั้น

2.3 มีระบบ Less Paper to OPD Card

2.3.1ใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์อย่างเดียว 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลท่าใหม่, โรงพยาบาลสองพี่น้อง, โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน, โรงพยาบาลมะขาม, โรงพยาบาลสอยดาว, โรงพยาบาลแก่งหางแมว และโรงพยาบาลนายายอาม

2.3.2ใช้ทั้ง 2 ระบบ(อิเล็กทรอนิกส์และกระดาษคู่กัน) 5 แห่ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า, โรงพยาบาลเขาสุกิ, โรงพยาบาลแหลมสิงห์, โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลขลุง

2.4 มี PCC Application 12 แห่ง จังหวัดจันทบุรีได้ใช้ โปรแกรม KSK COC ที่พัฒนาโดยโรงพยาบาลเขาสุกิ และขยายสู่การปฏิบัติใน โรงพยาบาลชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่ง และพัฒนาบุคลากรด้านการทำ Application ครบทุกโรงพยาบาล

2.5 มีระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ (E-สารบรรณ)

2.5.1ใช้รูปแบบเดียวกับระดับจังหวัด 11 แห่ง โรงพยาบาลขลุง, โรงพยาบาลท่าใหม่, โรงพยาบาลเขาสุกิ, โรงพยาบาลสองพี่น้อง, โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน, โรงพยาบาลแหลมสิงห์, โรงพยาบาลสอยดาว, โรงพยาบาลแก่งหางแมว, โรงพยาบาลนายายอาม, โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ,โรงพยาบาลมะขาม

2.5.2ใช้ภายในโรงพยาบาลเท่านั้น 1 แห่งคือ โรงพยาบาลพระปกเกล้า

2.6 การติดตั้งระบบ HIS Gateway เสร็จเรียบร้อย 10 แห่ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า, โรงพยาบาลท่าใหม่, โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน, โรงพยาบาลมะขาม, โรงพยาบาลแหลมสิงห์, โรงพยาบาลสอยดาว, โรงพยาบาลแก่งหางแมว, โรงพยาบาลนายายอาม, โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลขลุง อีก 2 แห่ง ที่ยังไม่ได้ติดตั้งคือ รพ.เขาสุกิและรพ.สองพี่น้อง และดำเนินการใช้ Application H4U จำนวน 2 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลนายายอามและโรงพยาบาลแก่งหางแมว

รายละเอียดโรงพยาบาล			ระบบคิว		Less Paper to OPD Card			PCC	ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์			ระบบ HIS Gateway	
ลำดับ	ชื่อโรงพยาบาล	ระดับ	On line	Off line	1. ระบบอิเล็กทรอนิกส์อย่างเดียว	2. ระบบกระดาษอย่างเดียว	3. ใช้ทั้ง 2 ระบบ (อิเล็กทรอนิกส์และกระดาษคู่กัน)	PCC App.	1. ใช้รูปแบบเดียวกับระดับจังหวัด	2. ใช้รูปแบบเดียวกับอำเภอ	3. ใช้ภายในโรงพยาบาลเท่านั้น	ติดตั้งแล้ว	ยังไม่ติดตั้ง
1	รพ.พระปกเกล้า	A		/			/	/			/	/	
2	รพ.ชลบุรี	F1		/			/	/	/			/	
3	รพ.ท่าใหม่	F2		/	/			/	/			/	
4	รพ.เขาสุกิ	F2		/			/	/	/				/
5	รพ.สองพี่น้อง	F2		/	/			/	/				/
6	รพ.โป่งน้ำร้อน	F2		/	/			/	/			/	
7	รพ.มะขาม	F1		/	/			/	/			/	
8	รพ.แหลมสิงห์	F2		/			/	/	/			/	
9	รพ.สอยดาว	F1		/	/			/	/			/	
10	รพ.แก่งหางแมว	F2		/	/			/	/			/	
11	รพ.นายายอาม	F1		/	/			/	/			/	
12	รพ.เขาคิชฌกูฏ	F2		/			/	/	/			/	
สรุปจังหวัดจันทบุรี			0	12	7	0	5	12	11	0	1	10	2

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย Small Success	ผลงาน
19. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	โรงพยาบาลทุกแห่งรับทราบแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล ตามเกณฑ์ Smart hospital	12 แห่ง (ร้อยละ 100)

3.การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ

4. กลุ่มงานและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางอัญชณา แจ่มแสงทอง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

## ประเด็นที่ 2 Digital Transformation

### ตัวชี้วัด 2 มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง

#### 1.สถานการณ์/ ปัญหา

จังหวัดจันทบุรี มี PCC ที่เปิดดำเนินการในปัจจุบัน 6 PCC คือ 1) PCC รพ.เมือง 2) PCC จันทนิมิต 3) PCC คลองนารายณ์ 4) PCC รพ.ขลุง 5) PCC รพ.เขาสุกิม 6) PCC รพ.เขาคิชฌกูฏ

#### เป้าหมายการดำเนินงานปี 2562

จังหวัดจันทบุรี ไม่ได้เป็นเป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 6 ในการใช้ Application ใน PCC แต่มีเป้าหมายของจังหวัด คือ การใช้ Application KSK ซึ่งเป็น Application สำหรับการเยี่ยมบ้านในทุก PCC

#### 2.แผนงาน/โครงการที่ดำเนินงานปี 2562

โครงการขับเคลื่อนและพัฒนา PCC ต้นแบบ

#### 3.ผลการดำเนินงาน (ไตรมาสที่ 1)

3.1 ร่วมประชุมบูรณาการกับคณะกรรมการ/คณะทำงาน/ผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ในการพัฒนา Application PCC

3.2 ประสานงาน สสจ.สุรินทร์ เกี่ยวกับ Application PCC

3.3 มีการศึกษาดูงาน ที่โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี

3.4 จัดตั้งคณะทำงาน และพัฒนางานสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ที่ 127/2561)และมีการประชุมครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2562 มีมติที่เกี่ยวข้อง คือ ให้ทีม Admin.พัฒนา Application เยี่ยมบ้าน คือ Application KSK (KaoSuKim Home Health Care) ให้สอดคล้องกับ Application Thai COC ตามที่จะกำหนดในโอกาสต่อไป

3.5 ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (105 แห่ง) (รวมถึง PCC ทั้ง 6 แห่ง) ได้เริ่มติดตั้งและใช้งานโปรแกรม KSK (KaoSuKim Home Health Care) มาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561

#### 4.กลุ่มงานและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและรูปแบบบริการ

นายบัญญัติ นิยมนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร 086-3448449

e-mail somraiy@hotmail.com

### ประเด็นที่ 3 Financial Management

#### ตัวชี้วัดที่ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7

เป้าหมาย : หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4

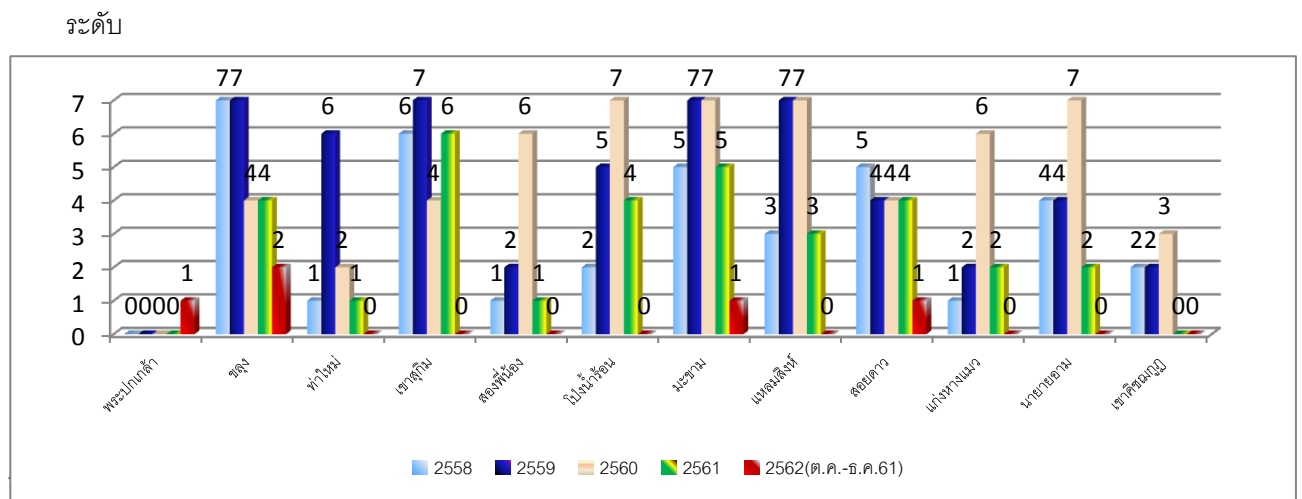
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรที่พอเพียงต่อการให้บริการมีรายได้ ไม่ต่ำกว่า ค่าใช้จ่าย
2. พัฒนาการบริหารระบบบัญชี
3. สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ
4. ติดตาม กำกับเครื่องมือ ประสิทธิภาพทางการเงิน

#### 1. สถานการณ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีมาตรการขับเคลื่อนบริหารการเงินการคลัง โดยมีระบบติดตามเฝ้าระวังทางการเงินของโรงพยาบาลและ มีการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 12 แห่งอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือดัชนีภาวะวิกฤตทางการเงิน 7 ระดับ และนำสถานการณ์การเงินการคลัง เสนอที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการในคณะกรรมการบริหารระบบและเครือข่ายบริการสุขภาพ จ.จันทบุรี (คอจ.) ทุกเดือน โดยสนับสนุนให้ระดับเครือข่ายบริการ มีการขับเคลื่อนการเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง โดยคณะกรรมการ CFO ระดับเครือข่ายบริการ เพื่อติดตามวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลเกี่ยวข้องกับปัญหาผลกระทบต่อสถานะการเงินการคลังโรงพยาบาล จากสถิติการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ ปี 2558 – 2562(ต.ค.-ธ.ค.61) พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ ไม่พบปัญหาการเงินระดับ 7 ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่พบมีปัญหาการเงินระดับ 7 มากที่สุดคือโรงพยาบาลชลุง โรงพยาบาลมะขาม และโรงพยาบาลแหลมสิงห์ ในปีงบประมาณ 2562 ณ 31 ธันวาคม 2561 ยังไม่พบโรงพยาบาลมีปัญหาการเงินระดับ 7 รายละเอียดดัง รูปที่ 1

รูปที่ 1 ดัชนีภาวะวิกฤตทางการเงิน ของโรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2558-2562(ต.ค.-ธ.ค.61)



ตารางแสดงระดับวิกฤติทางการเงิน 7 ระดับ ณ 30 กันยายน 2561

หน่วยบริการ	CR(สินทรัพย์ หมุนเวียน+วัสดุ)/ หนี้สินหมุนเวียน) >1.5	QR(เงินสด,รายการ เทียบเท่าเงินสด และลูกหนี้/หนี้สิน หมุนเวียน) >1	Cash (เงินสด, รายการ เทียบเท่าเงินสด/ หนี้สิน หมุนเวียน) >0.8	NWC ทุนสำรองสุทธิ (สินทรัพย์หมุนเวียน-หนี้สิน หมุนเวียน) >0	NI+Depleciationรายได้สูง กว่า (ต่ำกว่า)ค่าใช้จ่ายสุทธิ >0	ทุนสำรองสุทธิ/ รายได้สูงกว่า(ต่ำ กว่า)ค่าใช้จ่ายสุทธิ เฉลี่ย (NWC/ANI) (<3=2) (3ถึง 6 เดือน=1)	Risk Scoring
พระปกเกล้า	2.82	2.66	1.74	496,651,098.55	114,451,587.98	0	0
ชลุง	1.05	0.77	0.46	2,050,574.26	-281,448.55	0	4
ท่าใหม่	1.59	1.30	0.69	8,407,082.40	7,854,152.32	0	1
เขาสุกิ	0.82	0.72	0.53	-4,691,060.89	8,730,418.17	2	6
สองพี่น้อง	1.39	1.24	0.98	7,450,017.74	1,900,808.06	0	1
โป่งน้ำร้อน	1.00	0.93	0.76	-46,191.84	12,221,799.72	0	4
มะขาม	0.93	0.80	0.50	-1,887,310.50	4,691,209.55	1	5
แหลมสิงห์	1.04	0.87	0.63	682,784.85	2,593,394.26	0	3
สอยดาว	0.93	0.75	0.59	-2,024,363.75	72,557,651.74	0	4
แก่งหางแมว	1.13	1.02	0.81	3,103,376.38	-573,996.26	0	2
นายายอาม	1.18	1.06	0.69	3,667,713.74	2,516,349.52	0	2
เขาคิชฌกูฏ	1.51	1.28	0.91	10,930,512.30	9,226,141.30	0	0

ผลการดำเนินงาน ณ เดือนธันวาคม 2561 พบว่า ยังไม่มีโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาภาวะ  
วิกฤติทางการเงินที่ระดับ 7

ตารางแสดงระดับวิกฤติทางการเงิน 7 ระดับ ณ 31 ธันวาคม 2561

หน่วยบริการ	CR(สินทรัพย์ หมุนเวียน+วัสดุ)/ หนี้สินหมุนเวียน) >1.5	QR(เงินสด, รายการ เทียบเท่าเงินสด และลูกหนี้/ หนี้สิน หมุนเวียน) >1	Cash (เงินสด, รายการ เทียบเท่าเงิน สด/หนี้สิน หมุนเวียน) >0.8	NWC ทุนสำรองสุทธิ (สินทรัพย์หมุนเวียน- หนี้สินหมุนเวียน) >0	NI+Depleciation รายได้สูงกว่า (ต่ำกว่า) ค่าใช้จ่ายสุทธิ >0	ทุนสำรองสุทธิ/ รายได้สูงกว่า(ต่ำ กว่า)ค่าใช้จ่ายสุทธิ เฉลี่ย (NWC/ANI) (<3=2) (3ถึง 6 เดือน=1)	Risk Scoring
พระปกเกล้า	2.50	2.30	1.60	410,744,103.44	-55,319,337.35	0	1
ชลุง	1.29	1.05	0.60	9,064,052.42	11,083,728.39	0	2
ท่าใหม่	4.13	3.65	2.04	20,319,546.61	10,362,500.09	0	0
เขาสุกิ	1.67	1.54	1.39	9,804,179.46	12,729,086.55	0	0
สองพี่น้อง	2.95	2.66	2.31	17,773,433.84	10,777,738.70	0	0
โป่งน้ำร้อน	1.96	1.79	1.46	17,816,231.06	16,803,550.39	0	0
มะขาม	1.27	1.12	0.83	6,612,400.64	13,676,746.50	0	1
แหลมสิงห์	2.43	2.11	1.73	13,158,018.87	10,899,024.19	0	0
สอยดาว	1.48	1.21	1.00	10,875,161.22	17,504,586.08	0	1
แก่งหางแมว	1.83	1.58	1.36	16,510,796.17	13,653,294.46	0	0
นายายอาม	1.87	1.69	1.37	13,001,347.57	9,070,381.42	0	0
เขาคิชฌกูฏ	2.55	2.25	1.84	21,044,273.75	15,549,442.75	0	0

## 2. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562

มาตรการขับเคลื่อนการเงินการคลัง 4 มาตรการ

### 1. การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)

1.1 ใช้ข้อมูลในการวางแผน และจัดสรรเงินให้หน่วยบริการ

1.2 จัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) ให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นไปตามนโยบาย

2.2 บริหารแผนทางการเงิน โดย กำกับ ติดตามแผนให้เป็นไปตามเป้าหมาย (Planfin Management)

### 2. พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)

2.1 ประชุมผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับบัญชีเพื่อพัฒนาระบบบัญชี แลกเปลี่ยนปัญหาและปรึกษาขั้นตอนแนวทางการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยบริการในจังหวัดทุกเดือน

2.2 ตรวจสอบประเมินคุณภาพบัญชีโดยทีมประเมินระดับจังหวัด ปีละ 1 ครั้ง

### 3. สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)

3.1 มีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาลเพื่อกำกับติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการที่ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน

3.2 จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัดทุกเดือน โดยบูรณาการกับการประชุม คณะกรรมการอำนวยการในคณะกรรมการบริหารระบบและเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดจันทบุรี (คจ.)

3.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง และบัญชี โดยเข้าร่วมประชุมทั้งในระดับเขตและระดับประเทศ

3.4 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการใช้งานโปรแกรมการบริหารจัดการลูกหนี้ RCM : Receive Claim Manager ให้กับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนใช้โปรแกรม RCM ในการติดตามลูกหนี้และมีรายได้เพิ่มขึ้น

### 4.. ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน

4.1 หน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5

4.1.1 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนประมาณการรายได้และผลการดำเนินงานด้านรายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) ไม่เกินร้อยละ 5 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

4.1.2 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนควบคุมค่าใช้จ่ายและผลการดำเนินงานด้านค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย) ไม่เกินร้อยละ 5 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

4.2 หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน  $\geq 5$  ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 Plus Efficiency) ร้อยละ 80

4.3 หน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน ร้อยละ 80



### 3. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562

มาตรการที่ 1 การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation) มีการจัดสรรเงิน UC ให้เพียงพอเหมาะสม และสอดคล้องตามนโยบาย

1. หน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) ของปีงบประมาณ 2562 มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100

2. ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้  $\geq$  ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับแผนทางการเงิน (Planfin) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90

โรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี จัดทำแผนการเงิน (Planfin) ของปีงบประมาณ 2562 มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100

โรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี 12 แห่ง จัดทำแผนเกินดุลหรือรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย จำนวน 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 91.67 โดยพบว่า โรงพยาบาลจัดทำแผนขาดดุลหรือรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่าย จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า และ พบว่า มีโรงพยาบาล จำนวน 1 แห่ง ที่มีการจัดซื้อจัดหาด้วยเงินบำรุงการเงินที่สามารถลงทุนได้ (ร้อยละ 20% ของ EBITDA) ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า

ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงของแผนทางการเงิน (Risk Planfin) พบว่า โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ระดับความเสี่ยง อยู่ที่ Normal (ภาวะปกติ) ส่วนโรงพยาบาลพระปกเกล้ามีระดับความเสี่ยง อยู่ที่ระดับ 7 รายละเอียดดังตาราง

ตารางแสดงภาพรวมผลการจัดทำแผนการเงิน PLANFIN จังหวัดจันทบุรี ณ ธันวาคม 2561 ปีงบประมาณ 2562

ข้อมูลเดือน ธันวาคม 2561	ภาพรวม	รพ.พระปกเกล้า	รพ.ชลุง	รพ.ท่าใหม่	รพ.เขาสุกิม	รพ.สองพี่น้อง	รพ.โป่งน้ำร้อน	รพ.มะขาม	รพ.แหลมสิงห์	รพ.สอยดาว	รพ.แก่งหางแมว	รพ.นายายอาม	รพ.เขาคิชฌกูฏ
<b>1. แผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ 2562</b>													
รายได้รวม	931,261,612.59	529,240,247.74	41,517,006.83	28,450,727.13	30,356,084.89	28,231,307.31	46,183,730.99	36,148,065.93	34,251,027.18	54,391,008.92	35,886,115.13	31,627,971.80	34,978,318.74
ค่าใช้จ่ายรวม	845,819,470.57	584,538,385.09	30,433,278.44	18,087,387.04	17,626,098.34	17,453,568.61	29,380,180.60	23,846,499.58	23,350,882.99	36,884,762.84	22,232,820.67	22,557,590.38	19,428,015.99
ส่วนต่างรายได้หักค่าใช้จ่าย(NI)	<b>85,442,142.02</b>	<b>-55,298,137.35</b>	<b>11,083,728.39</b>	<b>10,363,340.09</b>	<b>12,729,986.55</b>	<b>10,777,738.70</b>	<b>16,803,550.39</b>	<b>12,301,566.35</b>	<b>10,900,144.19</b>	<b>17,506,246.08</b>	<b>13,653,294.46</b>	<b>9,070,381.42</b>	<b>15,550,302.75</b>
EBITDA - รายได้หักค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อม)	90,280,493.38	-38,458,572.77	13,690,662.06	10,575,878.66	12,298,626.78	11,033,491.39	16,411,300.92	9,470,792.84	10,775,733.42	11,942,595.19	11,225,185.63	8,396,476.86	12,918,322.40
สรุปแผนประมาณการ	แผนเกินดุล	<b>แผนขาดดุล</b>	แผนเกินดุล	แผนเกินดุล	แผนเกินดุล	แผนเกินดุล	แผนเกินดุล	แผนเกินดุล	แผนเกินดุล	แผนเกินดุล	แผนเกินดุล	แผนเกินดุล	แผนเกินดุล
วงเงินที่ลงทุนได้(ร้อยละ 20%ของ EBITDA)	18,056,098.68	-7,691,714.55	2,738,132.41	2,115,175.73	2,459,725.36	2,206,698.28	3,282,260.18	1,894,158.57	2,155,146.68	2,388,519.04	2,245,037.13	1,679,295.37	2,583,664.48
งบลงทุน (เงินบำรุง) เปรียบเทียบกับ EBITDA >20%	ไม่เกิน	<b>เกิน</b>	ไม่เกิน	ไม่เกิน	ไม่เกิน	ไม่เกิน	ไม่เกิน	ไม่เกิน	ไม่เกิน	ไม่เกิน	ไม่เกิน	ไม่เกิน	ไม่เกิน
	4,910,321.28	-17,691,714.55	2,448,132.41	1,765,175.73	2,083,500.36	2,156,535.88	3,125,670.18	1,894,158.57	1,440,946.68	2,088,519.04	1,616,037.13	1,399,695.37	2,583,664.48
ทุนสำรองสุทธิ (Networking Capital)	566,723,545.05	410,744,103.44	9,064,052.42	20,319,546.61	9,804,179.46	17,773,433.84	17,816,231.06	6,612,400.64	13,158,018.87	10,875,161.22	16,510,796.17	13,001,347.57	21,044,273.75
เงินบำรุงคงเหลือ	668,625,042.90	436,776,567.94	18,756,227.90	13,228,540.77	20,213,226.39	21,029,152.19	27,254,840.07	20,295,774.59	15,849,535.90	22,614,186.75	27,091,216.45	20,548,183.77	24,967,590.18
หนี้สินและภาวะผูกพัน	-427,714,447.20	-244,223,730.56	-31,056,777.78	-6,487,998.83	-14,249,457.51	-9,039,828.71	-18,407,149.86	-24,448,353.14	-9,156,463.34	-22,516,549.53	-19,900,133.64	-14,751,552.47	-13,476,451.83
<b>2. แผนจัดซื้อ (รวมสนับสนุน รพ.สต.)</b>													
แผนจัดซื้อยา	447,427,165.41	357,000,000.00	13,609,351.75	5,500,000.00	4,709,773.08	6,364,000.00	9,384,568.43	7,566,397.68	8,800,000.00	14,100,000.00	7,463,786.60	6,546,588.00	6,382,699.87
แผนจัดซื้อเวชภัณฑ์มีชีวะและวัสดุการแพทย์	220,274,809.92	185,200,000.00	4,430,773.65	2,900,000.00	1,902,175.48	1,750,000.00	3,349,046.00	2,599,452.30	2,540,000.00	6,920,000.00	2,970,000.00	690,105.88	5,023,256.61
แผนจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์	142,729,130.60	104,000,000.00	5,447,365.40	2,600,000.00	2,725,000.00	2,400,000.00	5,143,511.00	3,539,624.00	2,388,500.00	3,500,000.00	3,480,000.00	2,973,674.20	4,531,456.00
3. แผนจัดซื้อวัสดุอื่น	90,604,409.36	56,780,000.00	7,886,927.43	1,020,000.00	1,527,128.92	1,141,420.00	3,141,000.00	3,582,933.01	2,410,000.00	6,000,000.00	3,315,000.00	1,800,000.00	2,000,000.00
4. แผนบริหารจัดการเจ้าหน้าที่ (ข้าราชการ)	2,430,814,426.36	1,962,000,000.00	39,000,000.00	19,950,000.00	36,160,318.10	35,371,199.55	25,801,590.00	38,542,200.00	37,658,000.00	81,200,000.00	60,000,000.00	47,200,000.00	47,931,118.71
5. แผนบริหารจัดการลูกหนี้ (เรียกเก็บหนี้)	1,573,105,442.05	1,188,000,000.00	42,730,000.00	38,040,000.00	29,648,693.57	28,544,281.03	58,778,567.45	40,960,000.00	36,671,900.00	34,617,000.00	19,140,000.00	22,060,000.00	33,915,000.00
<b>6. แผนการลงทุนเพิ่ม</b>													
เงินบำรุงของ รพ. ปี 2562	13,145,777.40	10,000,000.00	290,000.00	350,000.00	376,225.00	50,162.40	156,590.00	0.00	714,200.00	300,000.00	629,000.00	279,600.00	0.00
งบค่าเสื่อม UC ของ รพ. ปี 2562	44,122,726.57	22,518,800.00	2,748,628.65	1,327,048.00	0.00	853,237.57	2,902,629.03	393,500.00	1,188,000.00	8,235,572.00	1,193,844.17	1,780,900.92	980,566.23
งบประมาณ ของ รพ. ปี 2562	55,190,100.00	39,686,700.00	70,000.00	0.00	5,923,700.00	0.00	0.00	0.00	5,762,600.00	296,000.00	0.00	0.00	3,451,100.00
เงินบริจาค ของ รพ. ปี 2562	591,500.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	591,500.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>7. แผนสนับสนุน รพ.สต.</b>													
Fixed Cost ตามประกาศ (สอ0204/22819 ลว.15 กค.60)	42,655,040.00	4,530,000.00	4,000,000.00	2,190,000.00	1,800,000.00	1,320,000.00	3,183,000.00	5,040,000.00	2,220,000.00	5,500,000.00	6,000,000.00	2,310,000.00	4,562,040.00
งบสนับสนุน (เงิน) ปี 2562	16,046,931.68	1,967,200.00	3,340,320.00	1,050,000.00	1,300,617.00	426,840.00	2,775,700.00	270,000.00	283,680.00	0.00	1,640,000.00	2,992,574.68	0.00
งบสนับสนุน (ยา เวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์) ปี 2561	20,055,392.35	4,443,880.41	2,299,933.78	961,000.00	754,300.00	686,205.00	887,283.56	1,699,392.00	1,375,000.00	2,019,000.00	1,306,156.60	2,237,241.00	1,386,000.00
งบสนับสนุน (งบค่าเสื่อม) ปี 2562	8,923,916.40	626,020.00	1,354,000.00	0.00	1,083,080.00	278,500.00	808,000.00	786,700.00	787,000.00	1,675,000.00	1,053,843.40	471,773.00	0.00

ระดับความเสี่ยง	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561	PlanFin แบบ		
	1	ไม่ต้องปรับ	5
	2	ทบทวนการลงทุนอีกครั้ง	6
	3	ทบทวนการลงทุนอีกครั้ง ทำ Feasibility study	7
	4	ปรับลดการลงทุนให้ < 20% EBITDA เพื่อเงินเหลือจาก EBITDA - ลงทุน จะไปเพิ่ม NWC ทำ Feasibility study	8
			ปรับ EBITDA ให้เป็น +
			ปรับ EBITDA ให้เป็น + และทบทวนการลงทุนอีกครั้ง เพื่อเงินเหลือจาก EBITDA - ลงทุน จะไปเพิ่ม NWC
			ปรับ EBITDA ให้เป็น + และทบทวนการลงทุนอีกครั้ง ลงทุนให้ < 20% EBITDA
			ปรับ EBITDA ให้เป็น + และชะลอการลงทุน

## มาตรการที่ 2 พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)

1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ งบทดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ตารางแสดง ผลการตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ ปีงบประมาณ 2562

ณ 31 ธันวาคม 2561

หน่วยบริการ	คะแนนแม่ข่าย
พระปกเกล้า	100
ชลุง	100
ท่าใหม่	100
เขาสุกิม	100
สองพี่น้อง	100
โป่งน้ำร้อน	100
มะขาม	100
แหลมสิงห์	100
สอยดาว	100
แก่งหางแมว	100
นายายอาม	100
เขาคิชฌกูฏ	100

โรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 12 แห่ง มีผลการประเมินคุณภาพบัญชีทางอิเล็กทรอนิกส์ มีคะแนนร้อยละ 100 ทุกแห่ง

2. ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายมีบัญชีเงินสด/ เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ถูกต้อง ตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและงบกระทบยอดเงินฝากธนาคาร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

ปีงบประมาณ 2562 (ต.ค.-ธ.ค. 2561) หน่วยบริการทุกแห่ง มีบัญชีเงินสด/เงินฝากธนาคาร ในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ 2562 ถูกต้อง ตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและงบกระทบยอดเงินฝากธนาคาร ร้อยละ 100

3. ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่เป็นหน่วยบริการดำเนินงานการจ่ายเงิน – รับเงินและนำเงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 60

หน่วยบริการในจังหวัดจันทบุรี เบิกจ่ายผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี 11 แห่ง อีก 1 แห่ง คือโรงพยาบาลพระปกเกล้า ดำเนินการจ่ายเงิน รับเงิน และนำส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (KTB Corporate Online) เอง

4. ร้อยละหน่วยบริการมีคะแนนคุณภาพบัญชี (ผู้ตรวจสอบบัญชี) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

ตารางสรุปผลการตรวจประเมินคุณภาพบัญชีโดยทีมประเมินระดับจังหวัด ณ 30 กันยายน 2561

หน่วยบริการ	ปีงบประมาณ 2558		ปีงบประมาณ 2559		ปีงบประมาณ 2560		ปีงบประมาณ 2561	
	ร้อยละ	ระดับ	ร้อยละ	ระดับ	ร้อยละ	ระดับ	ร้อยละ	ระดับ
พระปกเกล้า	70.12	B	83.64	A	81.87	B	82.81	A
ชลุง	0	0	83.92	A	80.04	A	89.13	A
ท่าใหม่	72.55	B	75.42	B	74.33	B	80.04	A
เขาสุกิ	73.51	B	72.01	B	81.1	B	80.26	A
สองพี่น้อง	82.21	A	86.12	A	77.58	B	80.71	A
โป่งน้ำร้อน	84.2	A	76.77	B	82.08	A	90.74	A+
มะขาม	88.86	A	84.86	A	82.46	A	87.86	A
แหลมสิงห์	0	0	82.03	A	83.37	A	83.95	A
สอยดาว	92.04	A+	90.07	A+	83.15	A	90.98	A+
แก่งหางแมว	81.05	A	89.69	A	81.25	A	81.16	A
นายายอาม	90.18	A+	84.71	A	80.03	A	80.69	A
เขาคิชฌกูฏ	85.75	A	85.29	A	86.67	A	81.04	A

ผลการตรวจประเมินคุณภาพบัญชีโดยทีมประเมินระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2561 พบว่าโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินทุกแห่ง โดยมีคะแนนอยู่ในระดับ A+ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน และโรงพยาบาลสอยดาว ส่วนโรงพยาบาลอื่นๆ มีคะแนนประเมินอยู่ในระดับ A

### มาตรการที่ 3 สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)

1. มีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด และระดับอำเภอเพื่อกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการที่ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน
2. มีการประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัดทุกเดือน โดยบูรณาการกับการประชุม คณะกรรมการอำนวยการในคณะกรรมการบริหารระบบและเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดจันทบุรี (คจ.)
3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการใช้งานโปรแกรมการบริหารจัดการลูกหนี้ RCM : Receive Claim Manager ให้กับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนใช้โปรแกรม RCM ในการติดตามลูกหนี้และมีรายได้เพิ่มขึ้น
4. ประเมินระดับความสำเร็จการบริหารการเงินการคลัง : FAI (Financial ministration Index) ร้อยละของหน่วยบริการมีค่าเฉลี่ยคะแนน FAI > 90

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยคะแนน FAI ไตรมาส 4/2561 ณ 30 พฤศจิกายน 2561

โรงพยาบาล	ตัวชี้วัดที่ 1 การพัฒนาคุณภาพบัญชี(30)		ตัวชี้วัดที่ 2 การพัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMS(10)		ตัวชี้วัดที่ 3 การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง(30)		ตัวชี้วัดที่ 4 การบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ (30)		คะแนนรวม
	Accounting Audit				Financial Management		Unit Cost		
	ระดับความสำเร็จ	คะแนน	ระดับความสำเร็จ	คะแนน	ระดับความสำเร็จ	คะแนน	ระดับความสำเร็จ	คะแนน	
พระปกเกล้า	5	150	5	50	5	150	5	150	100.00
ขลุ้ง	4	120	4	40	4	120	3	90	74.00
ท่าใหม่	4	120	5	50	5	150	5	150	94.00
เขาสุกิม	5	150	5	50	5	150	3	90	88.00
สองพี่น้อง	5	150	5	50	5	150	4	120	94.00
โป่งน้ำร้อน	5	150	5	50	5	150	4	120	94.00
มะขาม	5	150	5	50	5	150	4	120	94.00
แหลมสิงห์	5	150	5	50	5	150	5	150	100.00
สอยดาว	5	150	5	50	5	150	5	150	100.00
แก่งหางแมว	5	150	5	50	5	150	5	150	100.00
นายายอาม	5	150	5	50	5	150	5	150	100.00
เขาคิชฌกูฏ	4	120	5	50	5	150	5	150	94.00
คะแนนเฉลี่ย						94.33			

หน่วยบริการที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน FAI >90 มีจำนวน 10 แห่ง จากทั้งหมด 12 แห่ง คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ ร้อยละ 94.33

หน่วยบริการที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน FAI < 90 มีจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขลุ้ง และโรงพยาบาลเขาสุกิม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 74 และ 88 ตามลำดับ

ตัวชี้วัดที่ 1 การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit)

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีระดับคะแนนสูงสุดที่ระดับ 5 และ พบว่ามีคะแนนระดับ 4 จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขลุ้ง, โรงพยาบาลท่าใหม่ และโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

ตัวชี้วัดที่ 2 การพัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMS

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีระดับคะแนนสูงสุดที่ระดับ 5 และ พบว่ามีคะแนนระดับ 4 จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขลุ้ง

ตัวชี้วัดที่ 3 การบริหารการเงินการคลัง (Financial Management)

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีระดับคะแนนสูงสุดที่ระดับ 5 และ พบว่ามีคะแนนระดับ 4 จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขลุ้ง

ตัวชี้วัดที่ 4 การพัฒนาด้านทุนบริการ (Unit Cost:UC)

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีระดับคะแนนสูงสุดที่ระดับ 5 และ พบว่ามีคะแนนระดับ 4 จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลท่าใหม่, โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน และโรงพยาบาลมะขาม

โรงพยาบาลที่มีคะแนนระดับ 5 ได้แก่ โรงพยาบาลขลุ้ง, โรงพยาบาลเขาสุกิม

#### มาตรการที่ 4 ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน

1 หน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5

1.1 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนประมาณการรายได้และผลการดำเนินงานด้านรายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) ไม่เกินร้อยละ 5

1.2 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนควบคุมค่าใช้จ่ายและผลการดำเนินงานด้านค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย) ไม่เกินร้อยละ 5

#### ตารางแสดง ผลต่างของแผนและผลการดำเนินงาน ไม่เกินร้อยละ 5 (ทั้งรายได้และค่าใช้จ่าย)

ณ 31 ธันวาคม 2561

หน่วยบริการ	รายได้				รายจ่าย			
	แผน	ผลการดำเนินงาน	ผลต่าง	ร้อยละ	แผน	ผลการดำเนินงาน	ผลต่าง	ร้อยละ
พระปกเกล้า	542,828,125.00	529,240,247.74	-13,587,877.26	2.50	542,524,175.00	584,559,585.09	42,035,410.09	7.75
ขลุ้ง	29,164,172.10	36,441,149.62	7,276,977.52	24.95	28,575,268.39	30,433,278.44	1,858,010.05	6.50
ท่าใหม่	18,973,512.00	24,520,549.01	5,547,037.01	29.24	19,173,325.00	18,087,387.04	-1,085,937.96	-5.66
เขาสุกิม	18,710,338.54	27,651,750.50	8,941,411.96	47.79	17,967,261.35	17,626,098.34	-341,163.01	-1.90
สองพี่น้อง	17,730,684.39	24,445,467.76	6,714,783.37	37.87	17,920,097.50	17,453,568.61	-466,528.89	-2.60
โป่งน้ำร้อน	31,222,348.65	41,681,439.78	10,459,091.13	33.50	31,005,362.50	29,380,180.60	-1,625,181.90	-5.24
มะขาม	26,272,738.42	35,131,931.05	8,859,192.63	33.72	23,065,050.00	23,846,499.58	781,449.58	3.39
แหลมสิงห์	26,040,575.00	30,506,391.66	4,465,816.66	17.15	25,524,925.00	23,350,882.99	-2,174,042.01	-8.52
สอยดาว	36,760,988.00	46,752,274.82	9,991,286.82	27.18	36,315,250.00	36,886,422.84	571,172.84	1.57
แก่งหางแมว	20,835,188.54	32,641,185.20	11,805,996.66	56.66	21,167,844.28	22,232,820.67	1,064,976.39	5.03
นายายอาม	23,279,435.23	27,164,555.71	3,885,120.48	16.69	23,681,057.00	22,557,590.38	-1,123,466.62	-4.74
เขาศิขณภูมิ	21,948,166.50	30,903,548.72	8,955,382.22	40.80	22,177,132.18	19,428,015.99	-2,749,116.19	-12.40

ผลการวิเคราะห์ผลต่างของแผนและผลการดำเนินงาน 3 เดือนของปีงบประมาณ 2562 (ณ 30 ธันวาคม 2561) พบว่า โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีผลต่างของแผนและรายได้ เกินร้อยละ 5 ส่วนโรงพยาบาลพระปกเกล้ามีผลต่างร้อยละ 2.5 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ ในส่วนผลต่างของแผนและค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ 5 พบว่ามีโรงพยาบาล จำนวน 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลเขาสุกิม, โรงพยาบาลสองพี่น้อง, โรงพยาบาลมะขาม, โรงพยาบาลสอยดาว และโรงพยาบาลนายายอาม นอกนั้นผลต่างของแผนและค่าใช้จ่าย เกินร้อยละ 5

2. หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน  $\geq 5$  ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 Plus Efficiency)

**ตารางแสดงสถานะทางการเงิน ระดับ 7 Plus Efficiency Score ณ 1 พฤศจิกายน 2561**

หน่วยบริการ	ประสิทธิภาพการดำเนินงาน (Operating Margin)	อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)	ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้ำกลุ่มบริการ (ค่ายาเวชภัณฑ์มีชียาฯ) (Average payment Period)	ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ สิทธิ UC - OP/IP (AE)	ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ สิทธิข้าราชการ	ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ สิทธิประกันสังคม	การบริหารสินค้าคงคลังด้านยาเวชภัณฑ์มีชียาฯ (Inventory Management)	การจัด Grade	R G +
พระปกเกล้า	1	0	1	0	1	0	1	B-	0B-
ขลุ้ง	1	0	0	1	0	0	0	C-	4C-
ท่าใหม่	1	1	1	1	0	0	0	B-	1B-
เขาสุกิม	1	1	0	1	0	1	0	B-	6B-
สองพี่น้อง	1	1	0	1	1	0	0	B-	1B-
โป่งน้ำร้อน	1	1	1	1	0	0	1	B	4B
มะขาม	1	1	0	1	0	0	0	C	5C
แหลมสิงห์	1	1	1	1	1	0	0	B	3B
สอยดาว	1	1	0	1	0	0	0	C	4C
แก่งหางแมว	1	0	0	1	0	0	0	C-	2C-
นายายอาม	1	1	0	1	0	0	0	C	2C
เขาคิชฌกูฏ	1	1	0	0	0	0	0	C-	0C-

การประเมินประสิทธิภาพบริหารการเงิน (7 Plus Efficiency Score) ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด 73 แห่ง พบว่ามีโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพบริหารการเงิน  $\geq$  ระดับ B จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อนและโรงพยาบาลแหลมสิงห์ ส่วนโรงพยาบาลอื่นรายละเอียดดังนี้

- ระดับ B- มีจำนวน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระปกเกล้า,โรงพยาบาลท่าใหม่,โรงพยาบาลเขาสุกิม และโรงพยาบาลสองพี่น้อง
- ระดับ C มีจำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลมะขาม, โรงพยาบาลสอยดาว และโรงพยาบาลนายายอาม
- ระดับ C- มีจำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลขลุ้ง,แก่งหางแมว และโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

3 หน่วยบริการมีส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการ ในกลุ่มระดับเดียวกัน

ตารางแสดง ต้นทุนหน่วยบริการ(ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน)เปรียบเทียบเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ เดียวกัน ณ 30 พฤศจิกายน 2561

หน่วยบริการ	ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก			
	ต้นทุนผู้ป่วยนอก	Mean+1SD	ต้นทุนผู้ป่วยใน	Mean+1SD
พระปกเกล้า	857.45	1,191.29	13,861.66	14,936.89
ขลุ้ง	745.66	753.14	15,106.50	18,656.45
ท่าใหม่	335.16	847.64	7,068.69	21,822.46
เขาสุกิม	742.46	847.64	11,840.18	21,822.46
สองพี่น้อง	730.62	847.64	14,041.42	21,822.46
โป่งน้ำร้อน	625.07	776.18	16,058.26	19,052.00
มะขาม	657.09	753.14	18,332.04	18,656.45
แหลมสิงห์	720.86	847.64	12,407.94	21,822.46
สอยดาว	681.34	782.14	15,961.22	18,607.43
แก่งหางแมว	582.80	776.18	13,417.20	19,052.00
นายายอาม	612.66	753.14	12,332.76	18,656.45
เขาคิชฌกูฏ	728.37	847.64	16,524.23	21,822.46

โรงพยาบาลทุกแห่งมีต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลระดับเดียวกัน

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญในการมีและใช้แผนทางการเงิน ตั้งแต่การวิเคราะห์ความเสี่ยงของแผนทางการเงิน วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ควบคุมและการกำกับตามแผน
2. การดำเนินงานควบคุมภายใน ที่มีโครงสร้าง ปฏิบัติตามกระบวนการงาน ข้อระเบียบ มีส่วนส่งผลให้สถานการณ์การเงินมีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น และมีประสิทธิภาพทางการเงินที่ดี
3. มีการกำกับแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับแผนการเงินและกำกับติดตามทุกเดือน
4. มีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาลเพื่อกำกับติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการที่ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน และมีการติดตามสถานการณ์การเงินในการประชุมของคณะกรรมการอำนวยการในคณะกรรมการบริหารระบบและเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดจันทบุรี (คอจ.) ทุกเดือน
5. มีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยบริการที่จัดทำหนังสือบันทึกข้อตกลง ( LOI ) มี การดำเนินงานตามมาตรการอย่างเคร่งครัดและมีการใช้เครื่องมือดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 Plus Efficiency /FAI/Risk score ในการเพิ่มประสิทธิภาพและกำกับ
6. ในปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ได้ให้ความอนุเคราะห์หนี้ ค่าบริการทางการแพทย์ ให้กับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ตั้งแต่ ปี 2558 จนถึง ปี 2561 เป็นเงินจำนวน 87,031,502 บาท



## 5. ปัญหา – อุปสรรค

1. การเปลี่ยนบุคลากรด้านบัญชี ทำให้มีผลกระทบต่อการเรียนรู้เรื่องการบันทึกบัญชี ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์จึงไม่ครบถ้วน ถูกต้อง รวมทั้งระบบการบริหารจัดการไม่ต่อเนื่อง
2. ขาดองค์ความรู้ด้านบัญชี ด้านการบริหารการเงินการคลัง และทักษะของผู้ปฏิบัติงาน/ผู้ปฏิบัติงานใหม่(ลูกจ้าง)
3. ความร่วมมือภายในองค์กร และโปรแกรมบัญชี ในหน่วยบริการ ต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่ายในหน่วยบริการ

## 6. ข้อเสนอแนะ

1. ใช้ระบบข้อมูล/เทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนการทำงานด้านการเงินและบัญชีเพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ลดขั้นตอนและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
2. พัฒนาศักยภาพการเงินการคลังสำหรับผู้บริหาร และคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับหน่วยบริการ อย่างต่อเนื่อง

## 6. ผู้รายงาน

1. ชื่อ นางโสภา ตรีนนทวัน ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
  2. ชื่อ น.ส.สุรภา แสนสุข ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ  
(รักษาการ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป)
  3. ชื่อ นายวิกรม ทางเรือ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
- โทร : 083-5843338 e-mail : Insure\_chan@hotmail.com

## ประเด็นที่ 4 Quality Organization

ตัวชี้วัด 1) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA  
ชั้น 3(รพศ./รพท. ร้อยละ 100, รพช. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)

### 1.สถานการณ์/ ปัญหา

จังหวัดจันทบุรี มีสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 12 แห่ง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นโรงพยาบาลระดับ A และโรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง เป็นระดับ F1 จำนวน 4 แห่ง และระดับ F2 จำนวน 7 แห่ง มีโรงพยาบาลศูนย์ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานHA คิดเป็นร้อยละ 100 และโรงพยาบาลชุมชนผ่านเกณฑ์ฯ 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.91 แต่มีโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานคุณภาพชั้น 3 จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลแก่งหางแมว

ในปีงบประมาณ 2561 ที่ผ่านมา จังหวัดจันทบุรี มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการเตรียมความพร้อมรองรับการAccreditจำนวน 1 แห่งคือ โรงพยาบาลแก่งหางแมว Re-Acc.ครั้งที่ 1 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลท่าใหม่ และโรงพยาบาลแหลมสิงห์ และมีโรงพยาบาล Re -Acc.ครั้งที่ 3 จำนวน1 แห่งคือโรงพยาบาลพระปกเกล้า

### เป้าหมายการดำเนินงานปี 2562

พัฒนาให้โรงพยาบาลในสังกัดฯผ่านการรับรองมาตรฐาน HA ชั้น 3 ทุกแห่ง โดยกำหนดการผ่านการรับรองมาตรฐานHA ชั้น 3 เป็นตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของทุกโรงพยาบาล

### 2.แผนงาน/โครงการที่ดำเนินงานปี 2562

โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเตรียมความพร้อมรองรับการประเมินตามมาตรฐาน HA มีกิจกรรม

- 2.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการทีม QLN/ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HAทีมพี่เลี้ยงและผู้ประสานงานคุณภาพ รพช.
- 2.2 เยี่ยมเสริมพลัง และประชุมเชิงปฏิบัติการ รพ.เป้าหมาย Acc. 1 แห่ง/Re-acc. 6 แห่งฯปี 2562
- 2.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) การบันทึกข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ตามโปรแกรมมาตรฐาน HA (การประเมินHospital profile 2018, Sar and scoring 2018, Driver diagram RCA ฯลฯ) โรงพยาบาลชุมชน/รพศ. จำนวน 12 แห่ง

### 3.ผลการดำเนินงาน

ปี 2562 มีกระบวนการพัฒนาโรงพยาบาลเข้าสู่การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐานรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 และ Reaccredit ดังนี้ ผลการดำเนินงาน (ต.ค.2561-ม.ค.2562)

- สมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล โดยเครือข่ายความร่วมมือ ประจำปีงบประมาณ 2562 ต่อเนื่องของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ชื่อเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีเพื่อแลกเปลี่ยนทิศทางการทำงานบูรณาการการทำงานเครือข่ายความร่วมมือพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลระหว่าง QLN และพัฒนาศักยภาพให้แก่พี่เลี้ยงเครือข่ายในการกระตุ้นส่งเสริมการพัฒนาในพื้นที่ตามเป้าหมายการทำงานเครือข่าย โดยได้รับการสนับสนุนอาจารย์พี่เลี้ยงประจำพื้นที่จากสรพ.จำนวน 1 Man day
- จัดระบบให้คำปรึกษา/แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ติดตามงาน โรงพยาบาลในเครือข่าย โดยผ่านกลุ่มไลน์ HA-QLN จัดสมัชชาฯประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานคุณภาพจากทุกรพ. ผู้เกี่ยวข้อง และอาจารย์ที่ปรึกษาและกลุ่มไลน์ –ผู้ประสานงาน HA สำหรับการประสานงานและติดตามกำกับ
- ขยายเครือข่ายทีมพี่เลี้ยง(Quality Learning Network: QLN) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญตามประเด็นมาตรฐานคุณภาพตามงานที่รับผิดชอบ/ขยายเพิ่มผู้ประสานงานคุณภาพจากโรงพยาบาลทุกแห่งร่วมเป็นทีม และมีผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีเป็นผู้ประสานงาน รวมจำนวน 21คน
- ทีมพี่เลี้ยง (QLN) ร่วมเรียนรู้กับผู้เยี่ยมสำรวจจากสรพ.ในการประเมินรับรอง Re -acc.1 - รพ.มะขาม เมื่อวันที่ 15-16 พฤศจิกายน 2561
- ประชุมเชิงปฏิบัติการทีมพี่เลี้ยง (QLN)และผู้ประสานงานคุณภาพ รพศ./รพช. เพื่อร่วมกันวางแผนการขับเคลื่อน/เยี่ยมพัฒนา แก่ รพ.ในเครือข่าย เมื่อ 27 พฤศจิกายน 2562 ณ สสจ.จันทบุรี
- ประชุมเชิงปฏิบัติการ Gin conference เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงในการกระตุ้นส่งเสริมการพัฒนาในพื้นที่ตามเป้าหมายการทำงานเครือข่ายตามโครงการ Shared Vision เครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลร่วมกับ สรพ. วันที่ 29-30มกราคม 2562

การดำเนินงานในช่วงเวลาถัดไป (ก.พ. - ก.ย. 2562)

- สนับสนุน/ติดตาม/กำกับให้โรงพยาบาลแก่งหางแมวผ่านการAccredit-HA
- กำหนดแผนการเยี่ยมพัฒนางานคุณภาพตามมาตรฐาน HA โรงพยาบาลในเครือข่าย โดยทีมพี่เลี้ยงและผู้บริหารเพื่อติดตามประเด็นปัญหา/ให้คำแนะนำ/ปรึกษา และนำเสนอสรุปผลประเด็นปัญหา ต่อผู้บริหารหน่วยงาน และผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขส่วนขาด เพื่อเตรียมความพร้อมรับการประเมินรับรองสรพ. Acc.จำนวน 1 แห่ง RE-Acc.ครั้งที่ 1 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสองพี่น้อง โรงพยาบาลนายายอาม และRE-Acc.ครั้งที่ 2 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเขาสุกิม และโรงพยาบาลสอยดาว
- นิเทศ/ติดตาม/กำกับงานคุณภาพ โดยบูรณาการ ร่วมกับทีมนิเทศระดับจังหวัด โดยทีมผู้บริหารเยี่ยมนิเทศติดตามโรงพยาบาล แห่งละ1-2 ครั้ง/ปี
- รายงานความก้าวหน้า/ปัญหาอุปสรรคต่อผู้บริหารแต่ละระดับตามประเด็นปัญหา
- สนับสนุนด้านองค์ความรู้วิชาการที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง
- กำหนดแผน:ทีมพี่เลี้ยง QLN สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาลกับสรพ.ในวันที่สรพ.กำหนด

Status Hospital จังหวัดจันทบุรี ณ 31 ธันวาคม 2561							
ลำดับ	โรงพยาบาล	H Code	สังกัด	ชนิดรพ.	ชั้นปัจจุบัน	วันรับรอง	วันหมดอายุ
1	เขาคิชฌกูฏ	10844	สป.	รพช.	3	20 ธ.ค. 16	อยู่ระหว่างต่ออายุ
2	สองพี่น้อง	10837	สป.	รพช.	3	21 ก.พ. 17	20 ก.พ. 19
3	สอยดาว	10841	สป.	รพช.	r1	25 ก.ค. 16	24 ก.ค. 19
4	โป่งน้ำร้อน	10838	สป.	รพช.	r1	31 ส.ค. 17	30 ส.ค. 20
5	แหลมสิงห์	10840	สป.	รพช.	r1	27 ต.ค. 17	26 ต.ค. 20
6	มะขาม	10839	สป.	รพช.	3	8 พ.ย. 16	อยู่ระหว่างต่ออายุ
7	เขาสุกิม	10836	สป.	รพช.	r1	25 ส.ค. 16	24 ส.ค. 19
8	ขลุง	10834	สป.	รพช.	r1	8 ส.ค. 17	7 ส.ค. 20
9	แก่งหางแมว	10842	สป.	รพช.	2	24 เม.ย.18	23 เม.ย.19
10	ท่าใหม่	10835	สป.	รพช.	r1	9 ม.ค. 18	8 ม.ค. 21
11	นายายอาม	10843	สป.	รพช.	3	14 ก.พ. 17	13 ก.พ. 19
12	พระปกเกล้า	10664	สป.	รพศ.	r4	14 ส.ค. 18	13 ส.ค. 21

#### 4.ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

- 4.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลรวมเป็นเครือข่ายเดียวกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย และมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาร่วมกัน
- 4.2 มีทีมพี่เลี้ยงQLN ที่เข้มแข็งและมีประสบการณ์ในแต่ละระบบ ตามมาตรฐานHA
- 4.3 มีระบบให้คำปรึกษาและช่วยเหลือสนับสนุน แต่ละระบบในเชิงลึก ระหว่างพี่เลี้ยงและเครือข่าย
- 4.4 ผู้บริหารทุกโรงพยาบาลให้ความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนางานคุณภาพ

#### 5.กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและรูปแบบบริการ  
นางสุดแพ้น คำชาย เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขอาวุโส  
โทร.081-2952404 E-mail :SUDPHAN@YAHOO.COM

## ประเด็นที่ 4 Quality Organization

ตัวชี้วัด 2) ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ตัวชี้วัดที่ 7)

### Small success รอบ 3 เดือนแรก

1. ส่วนราชการจัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์กร ครบ 13 คำถามภายในระยะเวลาที่กำหนด
2. ส่วนราชการมีผลประเมินองค์กร (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ หมวด 2 กับหมวด 4 ภายในระยะเวลาที่กำหนดและคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 กับ หมวด 5
3. ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์กรหมวด 2 กับหมวด 4 ได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน) ภายในระยะเวลาที่กำหนด
4. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 2 กับหมวด 4 ได้ครบถ้วน (บังคับหมวดละ 2 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดกำหนดเอง หมวดละ 3 ตัวชี้วัด ที่สอดคล้องกับ OFI) ภายใน

### 1.สถานการณ์/ ปัญหา

ปีงบประมาณ 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2 แห่ง คือ สสอ.เมือง และ สสอ.แก่งหางแมว มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทาง PMQA ในหมวด P: ลักษณะสำคัญขององค์กร และวัดผลการดำเนินการหมวด 1 การนำองค์กร รวมถึงหมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และปัจจุบันยังคงรักษาสภาพไว้ (Maintain)

### เป้าหมายการดำเนินงานปี 2562

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4 แห่ง คือ สสอ.เมือง สสอ.แก่งหางแมว สสอ.แหลมสิงห์ และสสอ.นายายอาม ดำเนินการในหมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และหมวด 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้

### 2.แผนงาน/โครงการที่ดำเนินงานปี 2562 ภาพรวมจังหวัด

โครงการพัฒนากระบวนการดำเนินงานตามแนวทางการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ประจำปีงบประมาณ 2562

### 3.ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562

#### ไตรมาส 1

- 3.1 จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน PMQA ปีงบประมาณ 2562
- 3.2 จัดกิจกรรมตามโครงการพัฒนากระบวนการดำเนินงานตามแนวทางการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ประจำปีงบประมาณ 2562 ในระหว่างวันที่ 11-12 ธันวาคม 2561 ณ ห้องประชุมพลอยจันทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ดังนี้
  - 1) อบรมให้ความรู้การดำเนินงานและจัดทำหมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และหมวด 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้
  - 2) สสจ.และสสอ.ทั้ง 4 แห่ง ดำเนินการร่วมกันในการทบทวน/จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร (หมวด P) ครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 2 ลักษณะสำคัญขององค์กร)
  - 3) สสจ.และสสอ.ทั้ง 4 แห่ง ดำเนินการร่วมกันในการประเมินองค์กร (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์ PMQA ในหมวด 2 ครบ 13 คำถาม และหมวด 4 ครบ 14 คำถาม (แบบฟอร์ม 3 การประเมินจุดแข็งและโอกาสในการปรับปรุงพร้อมคะแนน)

รายการ	ค่าคะแนนเต็ม	ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้
หมวด 2 การจัดทำยุทธศาสตร์	5	2.69
หมวด 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้	5	2.48

หมายเหตุ เป็นคะแนนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

4) สสจ./สสอ. ทั้ง 4 แห่ง นำประเด็นและคะแนนที่ได้มาจัดเรียงลำดับความสำคัญ แล้วจัดทำตัวชี้วัดกำหนดเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม 4 การผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย)

5) จัดทำแผน/กิจกรรม/ขั้นตอนในแผนพัฒนาองค์การ ในหมวด 2 และหมวด 4 (แบบฟอร์ม 5 แผนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ)

6) ผู้บริหารเห็นชอบตามแผนพัฒนา PMQA ทั้ง 2 หมวด ได้แก่ หมวด 2 และหมวด 4

3.3 รายงานผลการดำเนินการ รอบ 3 เดือน ผ่านทางเว็บไซต์ <http://opdc.moph.go.th/หัวข้อ> ระบบ OPDC MOPH เรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด

#### แนวทางการดำเนินงานในไตรมาส 2-4

ดำเนินการตามแผนพัฒนา PMQA ตามแบบฟอร์ม 5 แผนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

#### 4.การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยง และปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ

ความเข้าใจ และการขาดประชาสัมพันธ์การดำเนินงานในองค์กรอย่างต่อเนื่อง

#### 5.สรุป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 4 แห่งที่เป็นเป้าหมายการดำเนินงาน ได้ดำเนินการบรรลุผลตาม Small Success อย่างไรก็ตาม จังหวัดจันทบุรีได้มีนโยบายให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 10 แห่ง ได้ดำเนินงาน PMQA ซึ่งภาพรวมในไตรมาสแรก มี สสอ. ได้ดำเนินการไปแล้วจำนวน 8 แห่ง จากทั้งหมด 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 80

#### 6.กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

นางสมกมล พิจารณา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

มือถือ 085-1418155 e-mail address : [pskhamol@gmail.com](mailto:pskhamol@gmail.com)

### แบบฟอร์ม 5 แผนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562

ชื่อส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี

ชื่อผู้รับผิดชอบหลัก/กลุ่มงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

#### หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์

กิจกรรม/ขั้นตอน	เชื่อมกับ หมวด	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562)											ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ตัวชี้วัดและเป้าหมาย)	ผู้รับผิดชอบ หลัก				
		ค.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.			ก.ย.			
กิจกรรม 1 จัดลำดับประเด็นยุทธศาสตร์, ปรับเป้าประสงค์/ตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ให้ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญของยุทธศาสตร์														↔			- ร้อยละ 100 ของตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรถูกนำมาพิจารณาปรับให้ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญของยุทธศาสตร์ - รัตจากผล/รายงานการประชุมที่พิจารณา KPI แผนยุทธศาสตร์	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ
กิจกรรม 2 กำหนดรายชื่อข้อมูลสารสนเทศ และแนวทางการวิเคราะห์ เพื่อใช้ในการวางแผนยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ														↔			- ร้อยละ 80 ของข้อมูลที่กำหนดถูกนำมาใช้ในการวางแผน - รัตจากการกำหนดข้อมูลที่สำคัญในแต่ละยุทธศาสตร์และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จริง	

### แบบฟอร์ม 5 แผนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562

ชื่อส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี

ชื่อผู้รับผิดชอบหลัก/กลุ่มงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

#### หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์(ต่อ)

กิจกรรม/ขั้นตอน	เชื่อมกับ หมวด	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562)											ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ตัวชี้วัดและเป้าหมาย)	ผู้รับผิดชอบ หลัก				
		ค.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.			ก.ย.			
กิจกรรม 3 กำหนด/ปรับโครงการ/กิจกรรมให้ตอบสนอง ครอบคลุม และบรรลุผลได้ตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ														↔			- ร้อยละ 70 ของโครงการ/กิจกรรมมีความสอดคล้องกับประเด็นการบรรลุผลตามตัวชี้วัด/เกณฑ์วัดความสำเร็จ - รัตจากผลการวิเคราะห์โครงการ/กิจกรรมทั้งหมดกับความสอดคล้องและความเป็นไปได้ในการบรรลุผล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ
กิจกรรม 4 เปรียบเทียบข้อมูลการวัดผลตัวชี้วัดในแผนปฏิบัติการ กับจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 หรือจังหวัดอื่นๆ หรือประเทศ หรือส่วนราชการอื่น																	- ร้อยละ 80 ของคู่เปรียบเทียบผลดำเนินงานเพื่อดูศักยภาพการดำเนินงานของจังหวัด - รัตจากการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญที่ต้องมีคู่เปรียบเทียบและผลข้อมูลของการเปรียบเทียบ	

เห็นชอบดำเนินการ

ลงนาม  
(นายอภิรักษ์ พิเศษอำภรณ์)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี  
วันที่ 8 มกราคม 2562



**แบบฟอร์ม 5 แผนการพัฒนาคูณาการบริหารจัดการภาครัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562**

ชื่อส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี

ชื่อผู้รับผิดชอบหลัก/กลุ่มงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

กิจกรรม/ขั้นตอน	เชื่อมกับหมวด	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562)												ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ตัวชี้วัดและเป้าหมาย)	ผู้รับผิดชอบหลัก		
		ค.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.				
กิจกรรม 1 จัดทำระบบการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Web-Application)	หมวด 2,3						←	→								-มีระบบติดตามผลการดำเนินงานฯ ที่ง่ายต่อการเข้าถึงและใช้งาน -วัดจากWeb-Applicationการนำข้อมูลผลการวิเคราะห์จากHDCเข้าสู่ระบบ Mobile	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ
กิจกรรม 2 เปรียบเทียบข้อมูลการวัดผลกับจังหวัดในเขตฯ 6 หรืออื่นๆ							↔									-มีผู้เปรียบเทียบผลการดำเนินงานเพื่อคุณภาพตนเอง -วัดจากการกำหนดข้อมูลที่ต้องมีการวัดเปรียบเทียบกับข้อมูลที่เหมาะสมเปรียบเทียบได้จริง	
กิจกรรม 3 จัดทำแนวทางและกระบวนการ/ขั้นตอนของการจัดการความรู้ และนวัตกรรมที่เป็นมาตรฐาน							↔									-บุคลากรมีแนวทางและกระบวนการที่เป็นมาตรฐานและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง -วัดจากมี/ขั้นตอนการจัดทำKMและการพัฒนานวัตกรรม	
กิจกรรม 4 ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบสารสนเทศและเครือข่ายคอมพิวเตอร์													↔			-ร้อยละ 80 ของบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบสารสนเทศ และเครือข่ายคอมพิวเตอร์ /วัดจากผลการสำรวจความพึงพอใจฯ	

**แบบฟอร์ม 5 แผนการพัฒนาคูณาการบริหารจัดการภาครัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562**

ชื่อส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี

ชื่อผู้รับผิดชอบหลัก/กลุ่มงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (ต่อ)

กิจกรรม/ขั้นตอน	เชื่อมกับหมวด	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562)												ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ตัวชี้วัดและเป้าหมาย)	ผู้รับผิดชอบหลัก		
		ค.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.				
กิจกรรม 5 ซ้อมแผนฉุกเฉินด้าน IT													↔			-ร้อยละ 80 ของการแก้ไขได้ของระบบคอมพิวเตอร์ในหน่วยงาน -วัดจากผลการแก้ไขเปรียบเทียบกับระยะเวลาแก้ไขในภาวะฉุกเฉินด้าน IT	ผู้รับผิดชอบหลัก
กิจกรรม 6 การติดตามคุณภาพการบันทึกข้อมูลพื้นฐานของบุคคลในโปรแกรม HosXp (บูรณาการกับการออกประเมิน รพ.สต.ติดตาม)														↔		- จำนวนของหมายเหตุประชาชนของผู้รับบริการในโปรแกรม HosXp เพิ่มขึ้นและถูกต้องมากขึ้นจากเดิม ร้อยละ 20 -วัดจากรายงานผลการบันทึกในโปรแกรม HDC)	

เห็นชอบดำเนินการ

ลงนาม

  
 (นายอภิรักษ์ พิสุทธิอารักษ์)  
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี  
 วันที่ 8 มกราคม 2562



ภาคผนวก

ตารางที่ 1 ตารางผลการดำเนินงานหมวด 2 การจัดทำยุทธศาสตร์ สสจ.จันทบุรี

รายการ	ค่าคะแนน	ผลการดำเนินการ (คะแนน)
<b>หมวด 2 การจัดทำยุทธศาสตร์</b>		
<b>ก.กระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์</b>	<b>5</b>	<b>2.67</b>
<b>2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์</b>		
1.การวางแผนยุทธศาสตร์	5	4
2.นวัตกรรม	5	2
3.การวิเคราะห์และกำหนดยุทธศาสตร์	5	3
4.ระบบงานและสมรรถนะหลักของส่วนราชการ	5	1
<b>ข.วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์</b>		
5.วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญ	5	4
6.การพิจารณาวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	5	2
<b>2.2 การนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ</b>	<b>5</b>	<b>2.71</b>
<b>ก.การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ</b>		
7.การจัดทำแผนปฏิบัติการ	5	3
8.การนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ	5	4
9.การจัดสรรทรัพยากร	5	3
10.แผนด้านทรัพยากรบุคคล	5	3
11.ตัววัดผลการดำเนินงาน	5	3
12.การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ	5	2
13.การคาดการณ์ผลการดำเนินงาน	5	1
<b>หมวด 2 คะแนนเฉลี่ย</b>	<b>5</b>	<b>2.69</b>

ตารางที่ 2 ตารางผลการดำเนินงานหมวด 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ สสจ.จันทบุรี

รายการ	ค่าคะแนน	ผลการดำเนินการ (คะแนน)
<b>หมวด 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้</b>		
<b>4.1 การวัด การวิเคราะห์และการปรับปรุงผลการดำเนินการ ของส่วนราชการ</b>	<b>5</b>	<b>2.13</b>
1.ตัววัดผลการดำเนินการ	5	2
2.ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ	5	2
3.ข้อมูลผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	5	3
4.ความคล่องตัวของการวัดผล	5	3
5.การวิเคราะห์ และทบทวนผลการดำเนินการ	5	3
6.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ	5	2
7.ผลการดำเนินการในอนาคต	5	1
8.การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและสร้างนวัตกรรม	5	1
<b>4.2 การจัดการความรู้สารสนเทศและเทคโนโลยีสารสนเทศ</b>	<b>5</b>	<b>2.83</b>
ก. ความรู้ของส่วนราชการ		
9.การจัดการความรู้	5	2
10.การเรียนรู้ระดับองค์กร	5	3
11.คุณลักษณะของข้อมูลและสารสนเทศ	5	4
12.ความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศ	5	3
13.คุณลักษณะของฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์	5	2
14.ความพร้อมใช้งานในภาวะฉุกเฉิน	5	3
<b>หมวด 4 คะแนนเฉลี่ย</b>	<b>5</b>	<b>2.48</b>

## ประเด็นที่ 5 นวัตกรรมบริหารจัดการ (เขตสุขภาพ)

### ตัวชี้วัด : นวัตกรรมการบริหารจัดการ

#### 1.สถานการณ์

ในปี 2562 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการ โดยมุ่งเน้นให้หน่วยบริหาร และ หน่วยบริการ คิดนวัตกรรมการบริหารจัด 3 ประเด็น 1) จัดระบบ primary fund 2) Service and HR Blueprint

#### 3) Initiative Management Model

จังหวัดจันทบุรี จึงมีแนวคิด การบริหารจัดการร่วม ระหว่าง โรงพยาบาลท่าใหม่ กับโรงพยาบาลสองพี่น้อง สืบเนื่องจากจังหวัดจันทบุรีมี 10 อำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชนทั้งสิ้น 11 แห่ง อำเภอละ 1 แห่งยกเว้นอำเภอท่าใหม่ มี โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่งคือ โรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลเขาสุกุม และโรงพยาบาลสองพี่น้อง

#### 2.แนวคิดและผลการดำเนินงาน

2.1 จัดประชุมหารือร่วมกันระดับจังหวัด โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีเป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วยผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และทีมคณะกรรมการบริหารของเครือข่ายอำเภอท่าใหม่ ได้ข้อสรุปเบื้องต้นคือให้มีการดำเนินการออกแบบการบริหารร่วมระหว่าง รพ.ท่าใหม่และโรงพยาบาลสองพี่น้อง และมอบหมายให้ผอ.โรงพยาบาลสองพี่น้อง และรักษาการณิโรงพยาบาลท่าใหม่เป็นทีมนำในการดำเนินการ

2.2 จัดประชุมภายในเครือข่ายอำเภอท่าใหม่ ประกอบด้วยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลสองพี่น้อง และสาธารณสุขอำเภอ และได้วางแผนการบริหารจัดการร่วมดังนี้

2.1.1 การบริหารข้อมูลร่วม ในประเด็น 1)ราคาสินค้าในการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อเป็นไปตามแนวทางเดียวกัน มีราคาใกล้เคียง/เท่ากัน 2) เทียบเคียงระบบข้อมูลด้านการเงินบัญชีมีการนำข้อมูลทั้ง 2 โรงพยาบาลมาเทียบเคียง วิเคราะห์ข้อมูล โดยเน้นการบันทึกบัญชีให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

#### 2.1.2 บูรณาการการทำงาน

- การจัดการประชุมร่วมกันเป็นเครือข่ายเดียว อาทิ จัดประชุม เรื่อง การแนะนำการจัดทำบัญชีให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 CUP เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

- มีการประชุมร่วม ในเรื่องการจัดซื้อจัดจ้างโดยจัดตั้งคณะกรรมการการประชุมคณะทำงานร่วมโรงพยาบาลท่าใหม่และโรงพยาบาลสองพี่น้องเพื่อเสนอความคิดเห็นร่วมกันประกอบด้วยงานพัสดุและงานบัญชี

- การบริหารบุคลากรร่วม อาทิ ขอความอนุเคราะห์แพทย์ระหว่างกันเพื่ออยู่เวรทั้งในและนอกเวลาราชการ

- บูรณาการห้องปฏิบัติการนอกเวลาราชการ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลสองพี่น้อง ส่ง LAB นอกเวลาราชการตรวจที่โรงพยาบาลท่าใหม่ (ส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในด้านน้ำมันเชื้อเพลิงที่จะต้องไปส่งถึงโรงพยาบาลพระปกเกล้า ซึ่งในส่วนใหญ่การส่งตรวจแต่ละครั้งมีปริมาณไม่มาก)

- การบูรณาการยานพาหนะ ในกรณีปฏิบัติงานหรือประชุมในเส้นทางเดียวกัน

### 2.1.3 การบริหารพัสดุร่วม

โดยเริ่มจากกำหนดให้โรงพยาบาลสองพี่น้องซื้อวัสดุบางรายการให้กับโรงพยาบาลท่าใหม่ (เพื่อทดลองบริหารร่วมกัน แต่ในปริมาณไม่มาก) แต่ยังคงติดขัดในเรื่องของการบันทึกบัญชี จึงได้หารือส่วนกลาง และแจ้งว่าขณะนี้ยังไม่สามารถดำเนินการได้

ในไตรมาสที่ 2 จึงจะเปลี่ยนวิธีการโดยเริ่มจากวัสดุสำนักงาน ในรูปแบบการตกลงร่วม ให้แต่ละโรงพยาบาลแจ้งความต้องการซื้อและนำข้อมูลมารวมกัน เพื่อส่งให้ทางร้านค้าเสนอราคา โดยมีข้อตกลงในภาพรวม คือแต่ละโรงพยาบาลจะซื้อในราคาเดียวกันไม่ว่าปริมาณมากหรือน้อย เป็นการดำเนินการคล้ายกับการซื้อยาร่วม

2.1.4 การบริหารยาร่วม โดยเปรียบเทียบราคา รายการยา ระหว่างโรงพยาบาล แล้วพิจารณา เลือกบริษัท ที่จะจัดซื้อร่วมกัน และวางแผนสำรองยาร่วมกันในส่วนของ ยาที่เป็นยาที่มีอัตราการใช้น้อย เช่น ยารักษาโรคมะเร็ง ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน เซรุ่มงู เป็นต้น

### 2.1.5 การบริหารจัดการหน่วยจ่ายกลางร่วม

- กำหนดให้โรงพยาบาลสองพี่น้องเป็นผู้ดำเนินการหน่วยจ่ายกลาง ของทั้งสองโรงพยาบาล โดยขอรับการสนับสนุนในการสร้างอาคารหน่วยจ่ายกลาง บริหารการใช้เครื่องนึ่ง โดยคาดว่าจะเปิดเครื่องนึ่งของโรงพยาบาลท่าใหม่ ในไตรมาสที่ 3-4 และดำเนินการส่งนึ่งที่โรงพยาบาลสองพี่น้อง

## 3.ปัญหา/อุปสรรค

4.1 ระเบียบที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน ในบางประเด็น เช่น ด้านการบันทึกบัญชี คือ ไม่มีวิธีการบันทึกในผังบัญชี กรณีที่โรงพยาบาลหนึ่งซื้อให้โรงพยาบาลหนึ่งหรือการยืม แต่ในทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทั้งสองแห่งได้สอบถามจากเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขด้านการบันทึกบัญชี ได้รับคำตอบว่า ให้ลงเป็นรายได้ - ค่าใช้จ่ายระหว่างกัน

4.2 ด้านพัสดุ คือ ไม่เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ พ.ศ. 2560 ส่วนที่ 2 การยืม

**ข้อ 210** การยืมพัสดุประเภทใช้สั้่นเปลืองระหว่างหน่วยงานของรัฐ ให้กระทำได้เฉพาะเมื่อหน่วยงานของรัฐผู้ยืมมีความจำเป็นต้องใช้พัสดุนั้นเป็นการรีบด่วน จะดำเนินการจัดหาได้ไม่ทันการ และหน่วยงานของรัฐผู้ให้ยืมมีพัสดุนั้น ๆ พอที่จะให้ยืมได้ โดยไม่เป็นการเสียหายแก่หน่วยงานของรัฐของตน และมีหลักฐานการยืมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ โดยปกติหน่วยงานของรัฐผู้ยืมจะต้องจัดหาพัสดุเป็นประเภทชนิด และปริมาณเช่นเดียวกันส่งคืนให้หน่วยงานของรัฐผู้ให้ยืม

**ข้อ 211** เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้ให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทางพัสดุที่ให้ยืมไปคืนภายใน 7 วัน นับแต่วันครบกำหนด

## 4.กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้ประสานงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

นางอัญชณา แจ่มแสงทอง ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

มือถือ 086-3634837 e-mail address : [Aoranchana@yahoo.com](mailto:Aoranchana@yahoo.com)

## ประเด็นที่ 6 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

(ระบบธรรมาภิบาลและองค์การคุณภาพ)

### ตัวชี้วัด 1) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

(ร้อยละ 90) ค่าเป้าหมาย ไตรมาสที่ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ (EB 1- 4) ผ่านเกณฑ์ระดับ 3

#### ประเด็นการตรวจราชการ

มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment: EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใสและตรวจสอบได้ หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ของกระทรวงสาธารณสุข (Evidence Based : EB 1 – EB 26) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน และดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยมีลำดับคะแนนดีขึ้น

#### 1. สถานการณ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีหน่วยงานในสังกัดที่ต้องประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment: EBIT) จำนวน 23 หน่วยงาน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 10 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า และ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง

#### เป้าหมายการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

ไตรมาสที่ 1 ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based : EB 1 - EB 4)

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ข้อ EB 1	-	ข้อ EB 2	-	ข้อ EB 3-4

และกำหนดค่าเป้าหมายให้ Evidence Based (EB 1 - EB 4) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับ 5

ไตรมาสที่ 2- 4 ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based : EB 1 – EB 26)

ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
70	75	80	85	90

#### เกณฑ์การแปลผล

ระดับ	เกณฑ์คะแนน	ระดับคุณธรรมและความโปร่งใส
ระดับ 5	80-100 คะแนน	สูงมาก
ระดับ 4	60-79.99 คะแนน	สูง
ระดับ 3	40-59.99 คะแนน	ปานกลาง
ระดับ 2	20-39.99 คะแนน	ต่ำ
ระดับ 1	0-19.99 คะแนน	ต่ำมาก

## 2. แผนงาน/โครงการที่ดำเนินงานในปี 2562

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีมีเป้าหมายให้ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based : EB 1 – EB 26) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 ทุกหน่วยงานประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 10 แห่ง และ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง โดยการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการดังนี้

2.1 โครงการพัฒนาการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี (Integrity & Transparency Assessment : ITA) ระยะที่ 1 (แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ 1-26) ระยะที่ 1 วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 ระยะที่ 2 วันที่ 10 พฤษภาคม 2562

2.2 จัดประชุมราชการเพื่อติดตาม กำกับการดำเนินงานประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานให้ผ่านเกณฑ์การประเมิน ในเดือน ธันวาคม มีนาคม และ พฤษภาคม 2562

2.3 สำนักงานสาธารณสุขมีนโยบายขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ชัดเจนโดยมอบหมายกลุ่มงานนิติการให้เป็นผู้ขับเคลื่อนและประสานการดำเนินงานประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

## 3. สรุปผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562

ในปีงบประมาณ 2561 (ตุลาคม 2561 – 31 ธันวาคม 2561) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีมีผลการดำเนินงานประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) และเตรียมความพร้อมของหน่วยงานเป้าหมายในการจัดทำแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของกระทรวงสาธารณสุข (Evidence Based : EB 1 – EB 26) เป็นไปตามปฏิทินการดำเนินงานฯ ดังนี้

3.1 ดำเนินกิจกรรม “การประกาศเจตจำนงสุจริต” ของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และร่วมลงนาม “บันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือในการถือปฏิบัติตามประกาศเจตจำนงสุจริต” วันที่ 30 พฤศจิกายน 2561 ณ ห้องประชุมพลอยจันทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

3.2 จัดประชุมราชการชี้แจงการพัฒนาการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี เพื่อปรับปรุงพัฒนากระบวนการในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน ในวันที่ 24 ธันวาคม 2561 ณ ห้องประชุม 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โดยมี ผู้รับผิดชอบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผู้รับผิดชอบการจัดซื้อจัดจ้างของทุกหน่วยงานเข้าร่วมประชุม

3.3 มีช่องทาง line group “ITA@CHAN” เพื่อการติดต่อสื่อสาร ประสานงาน ปรีกษาหารือ เสริมสร้างความเข้มแข็ง กำกับติดตามงาน สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

3.4 ในปีงบประมาณ 2562 ไตรมาสที่ 1 ( ตุลาคม 2561 – ธันวาคม 2561 ) หน่วยงานในกำกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของกระทรวงสาธารณสุข (Evidence Based : EB 1 – EB 4) ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ทั้งหมดจำนวน 23 แห่ง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 100 และมีผลการประเมินจำแนกรายหน่วยงาน ดังนี้

สรุปคะแนน Evidence - Based 1-4 หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์ระดับ	หมายเหตุ	หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์ระดับ	หมายเหตุ
สสจ.จันทบุรี	5				
รพ.พระปกเกล้า	5		สสอ.เมือง	5	
รพ.ขลุง	5		สสอ.ขลุง	5	
รพ.ท่าใหม่	5		สสอ.ท่าใหม่	5	
รพ.สองพี่น้อง	5				
รพ.เขาสุกิม	5				
รพ.โป่งน้ำร้อน	5		สสอ.โป่งน้ำร้อน	5	
รพ.มะขาม	5		สสอ.มะขาม	5	
รพ.แหลมสิงห์	5		สสอ.แหลมสิงห์	5	
รพ.สอยดาว	5		สสอ.สอยดาว	5	
รพ.แก่งหางแมว	5		สสอ.แก่งหาง	5	
รพ.นายายอาม	5		สสอ.นายายอาม	5	
รพ.เขาคิชฌกูฏ	5		สสอ.เขาคิชฌ	5	

#### 4 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

4.1 ผู้ปฏิบัติงานยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำรายงานผลการจัดซื้อจัดจ้างและรายงานการวิเคราะห์ผลการจัดซื้อจัดจ้าง ซึ่งต้องจัดทำในภาพรวมทุกงบประมาณแม้ไม่ได้รับจัดสรรงบประมาณก็ตาม

4.2 รายงานการวิเคราะห์ผลการจัดซื้อจัดจ้าง ขาดการระบุปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการจัดซื้อจัดจ้างและแนวทางแก้ไขที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพของการจัดหาพัสดุ เพื่อที่จะนำมาปรับปรุงการจัดซื้อจัดจ้างในปีงบประมาณถัดไป

#### 5. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

การถอดบทเรียนการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาเพื่อนำมาวางแผนพัฒนาการดำเนินงาน การสร้างภาคีเครือข่าย การสร้างสัมพันธภาพ การร่วมมือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน การมอบหมายงานที่ชัดเจน และผู้บริหารทุกระดับเห็นความสำคัญการดำเนินงาน ITA เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

#### 6. กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาววัลฉัตร ลีลานั้นทวงศ์ ตำแหน่ง นิติกรชำนาญการ  
(รักษาการในตำแหน่งนิติกรชำนาญการพิเศษ)  
มือถือ 081-686-8035 E-mail thawanachat@hotmail.com

## ประเด็นที่ 6 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

(ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ)

### ตัวชี้วัด 2) ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

#### ประเด็นการตรวจราชการ

การกำกับและติดตามการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) และการประเมินตามแนวทางการตรวจสอบงบการเงินของหน่วยงาน ดังนี้

1. กำกับให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ
2. กำกับให้หน่วยบริการประเมินระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์

(Electronics Internal Audit : EIA)

3. กำกับให้หน่วยบริการประเมินตามแนวทางตรวจสอบงบการเงิน

#### 1.สถานการณ์/ ปัญหา

ประเด็นที่ 1 และ ประเด็นที่ 2

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีการกำกับดูแลระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด โดยใช้กลไกการตรวจสอบภายในทุกหน่วยงานในสังกัด มีแผนการตรวจสอบภายในครอบคลุมทุกระดับ ตั้งแต่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแบ่งเป็นระดับจังหวัด และระดับอำเภอ สำหรับระดับจังหวัด มีจำนวน 12 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ (A) ขนาด 755 เตียง จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) จำนวน 4 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) จำนวน 7 แห่ง ซึ่งในการตรวจสอบภายในหน่วยบริการระดับจังหวัด ใช้แบบประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ในการสอบทานระบบควบคุมภายในของหน่วยบริการ นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ได้มีการกำกับให้หน่วยบริการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ดังนี้

1. กำหนดให้หน่วยบริการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) โดยให้มีหน้าที่ความรับผิดชอบประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ประกอบด้วย

- 1.1 มิติด้านการประเมินระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง
- 1.2 มิติด้านการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล
- 1.3 มิติด้านการเงิน
- 1.4 มิติด้านพัสดุ
- 1.5 มิติด้านงบการเงิน
- 1.6 ผู้สอบทานระบบ

2. กำหนดผู้รับผิดชอบที่ได้รับการแต่งตั้งตามคำสั่งของหน่วยบริการ แต่ละด้าน เข้าร่วมการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ตามคู่มือการประเมินระบบการควบคุม



ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ของกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และให้ผู้สอบทานระบบเข้าตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

3. จัดทำโครงการปฏิบัติการประเมินและจัดทำเอกสารประกอบการประเมินระบบการควบคุมด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและแก้ปัญหาจากการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และจัดทำเอกสารประกอบการประเมิน ฯ ได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ ในเดือน กุมภาพันธ์ 2562

**ประเด็นที่ 3 การกำกับให้หน่วยบริการประเมินตามแนวทางตรวจสอบงบการเงิน**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีการกำกับดูแลให้หน่วยบริการประเมินงบการเงินตามแนวทางตรวจสอบงบการเงิน โดยใช้แบบประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ด้านงบการเงิน และใช้กลไกการตรวจสอบภายใน โดยใช้แบบประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ด้านงบการเงิน ตรวจสอบงบการเงินและเอกสารประกอบการจัดทำงบการเงิน ซึ่งมีแผนการตรวจสอบภายในประจำปี 2562 ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2562 นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ได้มีประชุมนักบัญชีเพื่อตรวจสอบงบการเงินของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง เป็นประจำทุกเดือน ทุกสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน เพื่อให้งบการเงินมีความถูกต้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

**2.ผลการดำเนินงาน**

เป้าหมาย	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง	1. มีคู่มือการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) โดยใช้คู่มือของกลุ่มตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ และ และตรวจสอบการประเมิน 3. จัดประชุมตรวจสอบงบการเงินทุกเดือน ตค.-ธค.61	1.อยู่ระหว่าง หน่วยงานบริการเข้าระบบประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังระบบควบคุมภายใน 5 มิติ 2. มีแผนตรวจสอบภายในด้านงบการเงิน โดยใช้แบบการประเมินเพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังระบบควบคุมภายใน มิติด้านการเงิน ระหว่างเดือน ก.พ. - มี.ค. 25623. จัดประชุมผู้ปฏิบัติงานการเงินและบัญชี ชักซ้อมความเข้าใจในการจัดทำงบการเงินเพื่อหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบงบการเงินร้อยละ 50	1. จัดทำโครงการเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินและจัดทำเอกสารประกอบการประเมินควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) เพื่อให้หน่วยบริการผ่านการประเมิน ๕ ร้อยละ 8๐ 2. ตรวจสอบติดตามโดยการจัดประชุมทุกเดือนเพื่อให้หน่วยบริการที่ไม่ผ่านการประเมินได้แก้ไขปรับปรุงตามผลประเมิน	1. ทุกหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินครบทุกขั้นตอน 2. หน่วยบริการได้แก้ไขข้อบกพร่องและเสนอแนะครบทุกหน่วย

วิเคราะห์ประเด็นความเสี่ยงที่เป็นปัญหา อุปสรรค

1. การประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังระบบควบคุมภายใน 5 มิติ เป็นระบบใหม่ ผู้รับผิดชอบขาดความรู้ และทักษะ ด้านระบบที่มีความซับซ้อน หัวข้อประเมินมีจำนวนมากการแนบเอกสารประกอบการประเมินมีจำนวนมากที่ต้องบันทึกเข้าไปในระบบ กรณี ที่หน่วยบริการขาดเอกสารบางประการจะไม่สามารถดำเนินการผ่านระบบได้ จึงต้องใช้เวลาในการจัดทำเอกสารประกอบการประเมินให้ครบถ้วนเสียก่อน

2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ลาออกต้องเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบบ่อยครั้ง ทำให้การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีขาดความต่อเนื่อง มีความเสี่ยงทำให้การบันทึกบัญชีไม่ถูกต้อง ส่งผลให้งบการเงินไม่มีคุณภาพ

### 3.แนวทางในการแก้ไข

1. ในการประเมินการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังระบบควบคุมภายใน 5 มิติ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีแผนจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อซักซ้อมแนวทางการประเมินและการจัดทำเอกสารประกอบการประเมิน เพื่อให้หน่วยบริการสามารถประเมินระบบควบคุมภายใน ดังกล่าวผ่านการประเมินทุกแห่ง

2. จัดประชุมกับบัญชี ผู้รับผิดชอบด้านการจัดทำงบการเงิน เพื่อตรวจสอบงบการเงินเป็นประจำทุกเดือน และมีการตรวจสอบหน่วยบริการที่งบการเงินผิดปกติเป็นการเฉพาะ

### 4.กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวสุรภา แสนสุข ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ  
กลุ่มงานบริหารทั่วไป

## ภาคผนวก