



เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ
รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562
จังหวัดจันทบุรี
วันที่ 8-10 กรกฎาคม 2562



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
www.chpho.go.th
โทรศัพท์ 0 3931 1166

บทสรุปผู้บริหาร

จังหวัดจันทบุรี แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 10 อำเภอ 76 ตำบล 728 หมู่บ้าน 33 ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 82 แห่ง มีจำนวนประชากร รวมทั้งสิ้น 528,794 คน ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน มีประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 16.72 ประชากรมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพศชาย 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) รณรงค์สร้างกระแสค่านิยมมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต 4) พัฒนาระบบและติดตามประเมินผลโครงการ รวมทั้งกลไก MCH Board/ Perinatal Conference โดยผลการดำเนินงาน (8 เดือน) ยังไม่พบมารดาตาย เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงวัย ร้อยละ 96.71 พบเด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นด้วย TIDA4I ร้อยละ 70.83 และเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 63.3

การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นเรียนและวัยรุ่น ใช้แนวทาง 1) พัฒนาเครือข่ายโรงเรียนและสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ในการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในวัยรุ่น 2) การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service; YFHS) 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ครู ผู้ปกครอง และเครือข่าย ผลการดำเนินงาน 8 เดือน อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีเท่ากับ 29.42 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี

การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ เน้นกลไก 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่ม Active Aging 3) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 4) การติดตามประเมินผล โดยผลการดำเนินงาน (9 เดือน) พบว่า มีตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 68.42

ด้านการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน รายใหม่ มี 7 มาตรการ คือ 1) การค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย 2) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เข้าถึงบริการลดเสี่ยง 3) การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus 4) การพัฒนานโยบายสาธารณะการขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ 5) การพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย 6) การพัฒนาระบบข้อมูล 7) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยผลการดำเนินงาน (9 เดือน) พบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีอัตราเท่ากับร้อยละ 2.05 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านดำเนินการได้เพียงร้อยละ 27.26 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์(HbA1C<7%) ร้อยละ 30.82 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ ร้อยละ 44.87

ด้านตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน แนวทาง 1) พัฒนาระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ควบคู่กับการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (Emergency Operating Center; EOC) เพื่อเป็นจุดศูนย์กลางของการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข 2) พัฒนาศักยภาพผู้บริหารระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทีมตระหนักรัฐสถานการณ์ (SAT) 3) จัดตั้งหน่วยCDCUทุกอำเภอ 4) จัดทำรายการทรัพยากรด้านเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค 5) ฝึกซ้อมแผนเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะ

ฉุกเฉินระดับเขต ระดับจังหวัดและชายแดน 6)เปิดศูนย์ปฏิบัติการ EOC ในช่วงเทศกาล และป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ด้านการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 แห่ง ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมากขึ้นไป 7 แห่ง ระดับดีมาก Plus 3 แห่ง

โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” แนวทาง 1)สำรวจผู้สูบบุหรี่โดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร 2)รณรงค์ลด ละเลิก สูบบุหรี่ในชุมชน 3)พัฒนาระบบบริการและระบบส่งต่อการบำบัด 4)ติดตามและรายงานผลการเลิกสูบบุหรี่ ผลการดำเนินงาน (9 เดือน) พบว่า มีผู้เข้าร่วมโครงการและเข้ารับการบำบัด 29,640 คน

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ใช้แนวทาง 1) การเสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายสุขภาพ 2) สร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในชุมชน 3) พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด 4)พัฒนาระบบและกลไกการจัดการสุขภาพตนเองและการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการชุมชน และครอบครัว ผลการดำเนินงาน (9 เดือน) พบว่า การขับเคลื่อน**คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคุณภาพ**สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์มีประเด็นพัฒนาอย่างน้อย อำเภอละ 2 ประเด็นมีการประชุมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานและร่วมนำเสนอในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัด ทั้ง 10 อำเภอ ในส่วนการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาว รพ.สต.จำนวนทั้งสิ้น 105 แห่ง ผ่านการประเมินรับรองระดับ 5 ดาว แล้วในปี2561จำนวน 67 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 63.80 และในปี2562 รอกการประเมินระดับจังหวัด ในระหว่าง 18 ก.ค. – 6 ส.ค. 62 ในด้านการเปิดดำเนินงาน**คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)** ปี 2560 –2561 เปิดดำเนินการแล้วจำนวน 10 ทีม และในปี 2562 มีการทบทวนแผนการจัดตั้งPCC โดยมุ่งเน้นการจัดตั้งและพัฒนาคุณภาพในเขตเมือง โดยมีแผนจะเปิดคลินิกหมอครอบครัวอีก2ทีมคือทีมรพ.สต.บ้านพลับพลา และทีม รพ.สต.เกาะขวาง

การพัฒนาโครงการพระราชดำริ งานวันโรค มุ่งเน้น1)การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน และการคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยง 2)พัฒนาคุณภาพและกำกับติดตามการดูแลรักษาให้ได้มาตรฐาน โดยผล (9 เดือน) พบว่า พบผู้ป่วยวันโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรับการรักษา จำนวน 448 ราย เป็นผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่จำนวน 376 ราย และเป็นผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ ไตรมาส 1/62 (PA 62) จำนวน 121 ราย

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU) ทุกโรงพยาบาลมีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดขั้นที่ 1 และมีโรงพยาบาล3แห่งคือโรงพยาบาลนายายอาม โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อนและโรงพยาบาลสองพี่น้องที่ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ขั้นที่ 2 ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)โรงพยาบาลพระปกเกล้า มีการดำเนินงานด้านการป้องกันเชื้อดื้อยา พบว่า อัตราการพบเชื้อดื้อยา 8 ชนิด ในกระแสเลือดของไตรมาสที่ 2 เพิ่มขึ้นจากไตรมาสที่ 1 เล็กน้อยแต่ลดลงเมื่อเทียบกับ ปี2561 อัตราการดื้อยาของเชื้อMDR, VRE และ MRSA ลดลงในขณะที่ CRE มีอัตราการดื้อยาเพิ่มขึ้น ความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะควบคุมเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายคือมากกว่าร้อยละ 80 และปริมาณ (DDD) การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มที่ออกฤทธิ์กว้างหรือสงวนกับเชื้อดื้อยา ลดลงเล็กน้อย เมื่อเทียบกับปี2561 แต่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด

Stroke พัฒนาระบบ Stroke Fast Track สามารถฉีดยาละลายลิ่มเลือดได้ อัตราการฉีดยาละลายลิ่มเลือดปี 2562 ร้อยละ 46.88 และอยู่ในระหว่างการเตรียมพร้อมเปิด stroke unit 6 เต็ม อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 9.71 (9เดือน) **Sepsis** พัฒนาระบบบริการ Fast Track ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึง

บริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้เร็วขึ้นส่งผลให้อัตราตายในกลุ่มผู้ป่วย Septic Shock มีแนวโน้มลดลง Trauma ดำเนินการพัฒนาระบบบริการของห้องฉุกเฉิน พัฒนาระบบ Fast Track ปรับปรุงแนวทางในการรักษาและการส่งต่อ TEA unit ในโรงพยาบาลพระปกเกล้าผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ โรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58.34 **ยาเสพติด** มุ่งเน้นขับเคลื่อนการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางCBTxต้นแบบ โดยขับเคลื่อนควบคู่ไปกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด **สุขภาพจิตและจิตเวช** อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดจันทบุรี มีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2559 - 2561 คือ อัตรา 10.14 , 9.50 และ 10.33 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ได้ขยายเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสู่ชุมชน ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและการดูแลบูรณาการร่วมกับงาน DHSและในปี2562อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จคือ5.24ต่อแสนประชากร **สาขาไต** มีคลินิกชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาลทุกแห่ง และมีการพัฒนาอาสาสมัครครอบครัว รวมถึงพัฒนาระบบ Palliative care สำหรับผู้ป่วย ESRDที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย CAPD **One Day Surgery** ได้พัฒนาแนวทางการประเมินและการดูแลผู้ป่วยเข้าผ่าตัดแบบOne Day Surgery มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (9เดือน) จำนวน 64 รายและทำการผ่าตัดในกลุ่ม Esophagogastric varices มากที่สุด **สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ** สร้างการมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์การรับบริจาคอวัยวะและดวงตา อาทิ เหล่ากาชาด จ.จันทบุรี และในช่วง(9เดือน) มีผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายจำนวน 2 ราย มีผู้ยินยอมบริจาคดวงตา 9 ราย **สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** มีการพัฒนาระบบบริการและศักยภาพของหน่วยบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาระบบบริหารจัดการ มีผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (9เดือน) ร้อยละ 16.75 **สาขาหัวใจ STEMI** ให้บริการในระบบ Fast Track STEMI โดยใช้แนวทางการรักษาแบบ Pharmacoinvasive มีช่องทางในการให้คำปรึกษาและส่งต่อมายังรพศ. ในระบบ Fast Track STEMI ตลอด 24 ชั่วโมง เพิ่มขยายบริการเปิดบริการตรวจสวนหัวใจจาก 20.00น. ขยายเวลาถึง 24.00น.(เริ่ม ตุลาคม 2561) รพช.ทุกแห่ง จัดตั้ง Warfarin clinic และให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

คณะ3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ แนวทาง 1)พัฒนาและปรับปรุงฐานข้อมูล/สารสนเทศด้านกำลังคน 2)จัดทำแผนบริหารตำแหน่ง และแผนกำลังคน จังหวัดจันทบุรี พบว่า สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ผลการประเมิน Hapinometer พบว่าดัชนีความสุขของคนทำงานเฉลี่ยทุกมิติคือ 61.90 ต่ำสุดคือมิติด้านการเงิน 54.80

Digital Transformation รพ.ทุกแห่งมีระบบ Less Paper to OPD Card มีการใช้ระบบคิวจำนวน 11 แห่งและอยู่ระหว่างการติดตั้ง HIS Gateway ทุกแห่ง โรงพยาบาลมีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์จำนวน 12 แห่ง และมีการพัฒนา Home Health Care Application ซึ่งเป็น Application สำหรับการเยี่ยมบ้านและนำไปใช้ในทุก PCC **การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง** ดำเนินการภายใต้ 1) คณะทำงานบริหารการเงินการคลังระดับอำเภอและระดับจังหวัด 2) การตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการ 3) การพัฒนาศักยภาพ CFO และ Auditor ระดับจังหวัด 4) แผนการตรวจเยี่ยมพื้นที่ที่มีความเสี่ยงวิกฤติ โดยผลการดำเนินงาน (9 เดือน) โรงพยาบาลทั้ง 12 แห่ง ไม่มีวิกฤติทางการเงิน **องค์กรคุณภาพ** 1) **การพัฒนาคุณภาพรพ.ตามมาตรฐาน HA** โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน10 แห่ง ผ่านการรับรองมาตรฐานHA และโรงพยาบาลแก่งหางแมวอยู่ในระหว่างการขอรับรองมาตรฐานHA 2)**การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)** แนวทาง 1)พัฒนาบุคลากร 2)สสจ.และสสอ. ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 2.1)จัดทำหมวด 2 การวางแผน เชิงยุทธศาสตร์ และหมวด 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ 2.2)จัดทำแผน/ ◀ เอกสารประกอบการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ 2 จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2562 ▶

กิจกรรม/ขั้นตอนในแผนพัฒนาองค์กร ในหมวด 2 และหมวด 4 พบว่า สสจ.1 แห่งและสสอ. 10 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 โดยใช้แบบประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) และตรวจสอบงบการเงินของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง ทุกเดือน

คำนำ

เอกสารการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดจันทบุรี รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เล่มนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการรับการตรวจราชการฯ ในระหว่างวันที่ 8 – 10 กรกฎาคม 2562 ของผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 6 และคณะผู้นิเทศงานจากกระทรวงสาธารณสุข สารสำคัญของเอกสารฉบับนี้ประกอบด้วยผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด และผลงานเด่นของจังหวัดจันทบุรี ในปี 2562

ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนทำให้เอกสารการตรวจราชการ และนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี เล่มนี้สำเร็จเรียบร้อยลงได้ด้วยดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการ และกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ที่มีความตั้งใจและความพยายามที่จะทำให้เอกสารฉบับนี้มีความสมบูรณ์ที่สุด เพื่อที่จะทำให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางานด้านสุขภาพต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
กรกฎาคม 2562

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทสรุปผู้บริหาร | ก |
| คำนำ | จ |
| สารบัญ | ฉ |
| ข้อมูลจังหวัดจันทบุรี | 1 |
| ข้อมูลด้านสาธารณสุข | 21 |
| ข้อมูลด้านสุขภาพ | 23 |
| ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 | 26 |
| คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ | |
| Mother&Child Health | |
| 1. อัตราส่วนการตายมารดา | 33 |
| 2. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน | 39 |
| Green&Clean Hospital | |
| 3. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital | 43 |
| กลุ่มวัยผู้สูงอายุ | |
| 4. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ | 46 |
| NCD | |
| 5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน | 51 |
| ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน | |
| 6. ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง | 57 |
| กลุ่มวัยเรียน/วัยรุ่น | |
| 7. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี | 60 |
| ประเด็นเพิ่มเติม | |
| 8. โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน | 67 |
| 9. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ | 71 |

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

PRIMARY CARE

10. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ 80
11. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) 84
12. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตัดดาว 88

TB

13. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 90

RDU-AMR

- 14.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) 97
- 14.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) 101

Fast Track

STROKE

15. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 106

SEPSIS

16. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired 113

TRAUMA

17. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 116

ยาเสพติด

- 18.1 ร้อยละผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year) 122
- 18.2 ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพยาที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพยาต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate) 122

SP สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

19. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 127

SP สาขาไต

20. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m²/yr 129

การพัฒนาระบบบริการ ODS

21. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery 134

SP สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

22. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 136
23. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 136

ประเด็นเพิ่มเติม

24. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 139
25. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 143

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

HRH Transformation

26. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ 156
27. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข 167

Digital Transformation

28. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital 174
29. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง 176

Financial Management

30. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 177

Quality Organization

• HA

31. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 187

• PMQA

- *32. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 190

เขตสุขภาพ

33. จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด 193
- ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ (ร้อยละ 100)

ระบบธรรมาภิบาล

34. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA 195
35. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป. มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน
และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด 198

ภาคผนวก

ข้อมูลจังหวัดจันทบุรี

แผนงานบูรณาการส่งเสริมการพัฒนาในกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการของจังหวัดจันทบุรี

1.1 ข้อมูลสภาพทั่วไปและสถานการณ์การพัฒนากลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก 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 เป็นจังหวัดเดียวที่มีนิคมอุตสาหกรรมมีเขตอุทยานแห่งชาติและพื้นที่ท่องเที่ยว จังหวัดนครนายก เป็นเมืองแห่งการท่องเที่ยวเชิงนิเวศสำหรับจังหวัดจันทบุรี เป็นศูนย์กลางการค้าอัญมณี ขนาดใหญ่ จังหวัดตราดนอกจากจะมีสถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญแล้ว ยังมีแนวโน้มที่จะสร้างสนามบินพาณิชย์ เพื่อเชื่อมต่อการค้าการลงทุนกับประเทศเพื่อนบ้านอีกด้วย ซึ่ง 3 จังหวัดที่เป็นดินแดนการค้าชายแดน ได้แก่ สระแก้ว จันทบุรี และตราด มีชายแดนติดต่อกับประเทศกัมพูชาและมีการค้าชายแดนสูงอันดับ 1 ของการค้าชายแดนฝั่งกัมพูชา

ลักษณะภูมิอากาศได้รับอิทธิพลจากลมทะเลพัดผ่านตลอดเวลา อากาศเย็นสบายตลอดปี มีฝนตกชุกในฤดูฝน ไม้ร้อนจัดเนื่องจากอยู่ติดกับทะเลและไม่หนาวเย็น ความชื้นในอากาศสูง สภาพอากาศเป็นไปตามฤดูกาล มีอาชีพที่หลากหลายคือ การเพาะปลูก การทำประมง การทำปาล์ม การทำเหมืองพลอย อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว และมีจังหวัดที่เป็นพื้นที่สำคัญด้านการปลูกและผลิตสมุนไพร ได้แก่ปราจีนบุรี จันทบุรี และสระแก้ว

วิสัยทัศน์ “ เมืองแห่งคุณภาพชีวิต ศูนย์กลางท่องเที่ยวประวัติศาสตร์ วัฒนธรรมและนิเวศ แหล่งผลไม้และครัวสุขภาพไทย ”

แผนพัฒนาจังหวัดจันทบุรี ฉบับทบทวน (พ.ศ. 2561-2565)

ประเด็นพัฒนา

ประเด็นการพัฒนาที่ 1

- พัฒนาประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตรมูลค่าสูงให้ได้มาตรฐานสากลและขยายฐานการตลาดนานาชาติ

ประเด็นการพัฒนาที่ 2

- สร้างเสริมบริการขั้นพื้นฐาน ด้านการค้า การลงทุน การท่องเที่ยว และอัญมณีสู่เศรษฐกิจมูลค่าสูง

ประเด็นการพัฒนาที่ 3

- ยกระดับมาตรฐานคุณภาพชีวิต ความมั่นคงปลอดภัย ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ประเด็นการพัฒนาที่ 4

- การบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและยั่งยืน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีร่วมจัดทำแผนงานบูรณาการส่งเสริมการพัฒนาในกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการดังนี้

| กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก 2 | | | | |
|---------------------------|---|---|--|---|
| ปี | ประเด็นการพัฒนา | โครงการ/กิจกรรม | ผู้รับผิดชอบหลัก/รอง | ยุทธศาสตร์ กสธ. |
| ปี2562 | ประเด็นที่ 3 พัฒนาประสิทธิภาพการผลิต การแปรรูป การตลาด สินค้าเกษตร(ผลไม้ ปศุสัตว์และประมง สมุนไพรไทย) คุณภาพปลอดภัยอย่างครบวงจร | โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก2 กิจกรรม ขยายพื้นที่ปลูกสมุนไพรที่มีคุณภาพงบประมาณ 1,948,000 บาท กิจกรรมย่อย การอบรมสัมมนาผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สมุนไพรในการขออนุญาตมาตรฐานผลิตภัณฑ์ จังหวัดจันทบุรีงบประมาณ246,800 บาท ดำเนินการแล้วเสร็จ โดยจัดอบรมผู้ประกอบการจำนวน 40 คน ระหว่างวันที่ 25-27 ก.พ. ณ โรงงานทอปักคานานครปฐม ใช้งบประมาณทั้งสิ้น 246,800 บาท | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี/มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออกวิทยาเขตจันทบุรี | ยุทธศาสตร์ที่2 Service excellence แผนงานที่ 6 โครงการที่7 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก |
| เสนอขอปี2563 | ประเด็นที่5 พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สังคม การบริหารจัดการ ยกระดับคุณภาพชีวิตให้มีความมั่นคงปลอดภัย | 1.โครงการพัฒนาและส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงนิเวศวัฒนธรรมและวิถีชีวิตชุมชนกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก 2 กิจกรรม พัฒนาศักยภาพบุคลากรในสถานประกอบการ/เครือข่ายในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน 5 จังหวัด จังหวัดละ 2,072,400 บาท รวมทั้งสิ้น 10,362,000 บาท | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ตราด สระแก้ว และนครนายก | ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ แผนงานที่7 โครงการที่ 31 พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ |
| | | 2.โครงการคนกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก2 แข็งแรงสุขภาพดี ชีวีปลอดภัยโรคปี2563 กิจกรรม รณรงค์ออกกำลังกายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดอ้วนหวานมันเค็ม | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ตราด สระแก้ว และนครนายก | ยุทธศาสตร์ที่1 PP&P Excellence แผนงานที่1 โครงการที่1-4 การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย กลุ่ม |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | <p>จันทบุรี 2,000,000 บาท รวม 5 จังหวัด 6,957,270 บาท</p> | | <p>สตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียน และวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงานและ กลุ่มวัยผู้สูงอายุ</p> |
| | | <p>3.โครงการเมืองสมุนไพรจังหวัดจันทบุรี ปี 2563 กิจกรรม 1.พัฒนาโรงงานผลิตยาสมุนไพรและแปรรูปวัตถุดิบ GMP(WHO) 2.พัฒนาการผลิตพันธุ์พืชสมุนไพรด้วยงานวิจัยและ นวัตกรรม 3.พัฒนาการแปรรูปสารสกัดจากสมุนไพรและการใช้ ประโยชน์เพื่อสุขภาพ 4.พัฒนาและส่งเสริมการตลาดสมุนไพรงบประมาณ รวมทั้งสิ้น 42,478,600 บาท</p> | <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี ร่วมกับ รพ.เขาคิชฌกูฏ ม.ราชมงคลฯ ศูนย์วิจัยพืชสวน สง.อุตสาหกรรมจังหวัด รพ. พระปกเกล้า และม.รำไพพรรณี</p> | <p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็น เลิศแผนงานที่ 9 โครงการที่ 34 การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพและการแพทย์</p> |

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 กิโลเมตรและมีแนวชายฝั่ง ทะเลยาวประมาณ 87 กิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 10 อำเภอ 76 ตำบล 728 หมู่บ้าน 33 ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 82 แห่ง ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมือง 5 แห่ง เทศบาลตำบล 42 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 34 แห่งมีจำนวนประชากร รวมทั้งสิ้น 528,794 คน เป็นชาย 258,643 คน เป็นหญิง 270,151 คน

ภูมิประเทศด้านเหนือและตะวันออกของจังหวัดมีลักษณะเป็นป่าไม้ ภูเขา และเนินสูง ได้แก่ เขตอำเภอ แก่งหางแมว อำเภอท่าใหม่ อำเภอมะขาม อำเภอสอยดาว อำเภอโป่งน้ำร้อน และตอนบนของอำเภอขลุง บริเวณดังกล่าวเป็นเขตป่าสงวน เขตอุทยานแห่งชาติ เขตห้ามล่าสัตว์ป่าและเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า และพื้นที่การเกษตรปลูกสวนผลไม้ ยางพารา ปาล์มน้ำมัน และพืชไร่ เช่น ข้าวโพด มันสำปะหลัง ตอนกลางของจังหวัด เป็นที่ราบสลับภูเขา 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 ซับตารี และสวนส้ม อำเภอสอยดาว และบึงขันธ์ อำเภอโป่งน้ำร้อน และเป็นจังหวัดที่มีแหล่งท่องเที่ยวที่มีความหลากหลาย ทั้งทางด้าน การท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติ ชายฝั่งทะเล การท่องเที่ยวเชิงนิเวศ การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพแหล่งท่องเที่ยวและ กิจกรรมการท่องเที่ยวออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ประเภทธรรมชาติ 2) ประเภทประวัติศาสตร์ โบราณคดี ศาสนา และศิลปวัฒนธรรม 3) ประเภทมนุษย์สร้างขึ้น และ 4) ประเภทกิจกรรมและความสนใจพิเศษ

จังหวัดจันทบุรีมีประชากรผู้สูงอายุ 88,450 คน จังหวัดจันทบุรีมีอัตราพึ่งพิงก่อนข้างสูง คือ 25.28 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 ราษฎรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีความต้องการใช้น้ำมาก แต่แหล่งเก็บกักน้ำของจังหวัดจันทบุรี มีไม่เพียงพอทำให้ราษฎรมักประสบปัญหาขาดแคลนน้ำอุปโภค-บริโภค รวมทั้งพื้นที่การเกษตรได้รับความเสียหายในช่วงฤดูแล้ง

1.3 ปัญหาราคาผลผลิตทางการเกษตรตกต่ำ จังหวัดจันทบุรีประสบปัญหาราคาผลผลิตทางการเกษตรตกต่ำเป็นประจำทุกปี สาเหตุเนื่องมาจากสินค้าทางการเกษตรเกือบทุกชนิดมีระยะเวลาการเก็บเกี่ยวผลผลิตช่วงระยะสั้นและมีอายุการเก็บรักษาหลังการเก็บเกี่ยวระยะสั้นเช่นกัน

2 ประเด็นปัญหาความต้องการในพื้นที่

2.1 ความต้องการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ

1. ด้านการเกษตร : ส่งเสริมการผลิตพืชแบบเกษตรอินทรีย์ให้มีผลผลิตที่มีคุณภาพตรงกับความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศ

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 เอ็ดส์ อุบัติเหตุ ประชาชนมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัยจากสารเคมีตกค้างในร่างกาย สังคมไม่ปลอดภัย ครอบครัวแตกแยก เยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยง ค่านิยมสถาบันการศึกษา สื่อและสังคมที่กระตุ้นให้เกิดค่านิยมทางวัตถุส่งผลกระทบต่อประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ดังนั้น จังหวัดจันทบุรีจึงมุ่งเน้นให้เกิด “เมืองจันทน์น่าอยู่” คือประชาชนจังหวัดจันทบุรีมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดำเนินการสร้างสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ส่งเสริมและพัฒนาศึกษา ตลอดจนการเรียนรู้ สร้างความมั่นคงทางอาชีพที่สอดคล้องกับท้องถิ่นตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนตามมาตรฐานของการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (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 “ระเบียบเศรษฐกิจมูลค่าสูง สินค้าเกษตรและ อัญมณีโลก สังคมแห่งความสุขบนวิถีพอเพียง”

ประเด็นการพัฒนา

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

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีร่วมจัดทำแผนงานบูรณาการส่งเสริมการพัฒนาจังหวัดแบบบูรณาการดังนี้

| แผนพัฒนาจังหวัดจันทบุรี | | | | |
|-------------------------|---|--|----------------------------------|--|
| ปี | ประเด็นการพัฒนา | โครงการ/กิจกรรม | ผู้รับผิดชอบหลัก/รอง | ยุทธศาสตร์ กสธ. |
| ปี2562 | ประเด็นที่4 ยกระดับมาตรฐานคุณภาพชีวิต ความมั่นคงปลอดภัย ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง | <p>โครงการส่งเสริมและพัฒนาขีดความสามารถบุคลากรด้านการท่องเที่ยวให้มีปริมาณและคุณภาพ</p> <p>รองรับประชาคมอาเซียน</p> <p>กิจกรรม พัฒนาศักยภาพชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน</p> <p>งบประมาณ 600,000 บาท</p> <p>ดำเนินการแล้วเสร็จ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> จัดอบรมให้แก่อาสาสมัครในชุมชน ในพื้นที่ 10 อำเภอ จำนวน 803 คน ระหว่างวันที่ 5-28 กุมภาพันธ์ 2562 ณ ห้องประชุมสถานศึกษา งบประมาณทั้งสิ้น 200,000 บาท จัดกิจกรรมรณรงค์ร่วมกับภาคี/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องผ่านชุมชน และสื่อต่างๆ ในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ งบประมาณทั้งสิ้น 200,000 บาท งบประมาณเหลือจ่าย นำส่งคืนจังหวัดจำนวน 200,000 บาท เรียบร้อยแล้ว | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี | ยุทธศาสตร์ที่1PP&P Excellence แผนงานที่ 3 โครงการที่ 8 การควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ |

| ปี | ประเด็นการพัฒนา | โครงการ/กิจกรรม | ผู้รับผิดชอบหลัก/รอง | ยุทธศาสตร์ กสธ. |
|------------------|---|---|--------------------------------------|---|
| เสนอขอปี 2563 | ประเด็นที่4 ยกระดับมาตรฐาน คุณภาพชีวิต ความมั่นคง ปลอดภัย ตามหลักปรัชญาของ เศรษฐกิจพอเพียง | 1.โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนจังหวัดด้านสุขภาพ ตลอดช่วงชีวิต ลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) กิจกรรม 1.ส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพแม่ และเด็กลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง 2.ส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้แข็งแรงและฉลาด 3.ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 4.สร้างเสริมสุขภาพตามหลักโภชนาการเพื่อผู้สูงอายุ สุขภาพดีงบประมาณทั้งสิ้น 6,761,800 บาท | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี | ยุทธศาสตร์ที่1 PP&P Excellence แผนงานที่1 โครงการที่1-4 การพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคนไทย กลุ่ม สตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัย เรียนและวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ |
| | | 2.โครงการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กิจกรรม 2.1 ส่งเสริมความเข้มแข็งและความอบอุ่นในครอบครัว 2.2 เสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชนด้วยกระบวนการมี ส่วนร่วมงบประมาณ 1,626,500 บาท | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี | ยุทธศาสตร์ที่2 ด้านบริการเป็น เลิศแผนงานที่6 โครงการที่20 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช |
| | | 3. โครงการพัฒนาสุขภาพและความมั่นคงในชีวิต เพื่อเด็กและเยาวชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี กิจกรรม 3.1 พัฒนาการรู้เท่าทันภัยพิบัติ คีฬาครอบครัว และ ทักษะชีวิต กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนสู่ทักษะการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 3.2 จัดพื้นที่สร้างสรรค์ วัยรุ่นจังหวัดสู่ความเป็นหนึ่ง งบประมาณ 1,426,300 บาท | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี | ยุทธศาสตร์ที่1 PP&P Excellence แผนงานที่1 โครงการที่1 การพัฒนาและสร้าง เสริมศักยภาพคนไทย กลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย |

| ปี | ประเด็นการพัฒนา | โครงการ/กิจกรรม | ผู้รับผิดชอบหลัก/รอง | ยุทธศาสตร์ กสธ. |
|----|-----------------|--|--------------------------------------|---|
| | | 4.โครงการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ กิจกรรม 4.1 สำรวจปัจจัยเสี่ยงในแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในทุกอำเภอ 4.2 จัดประชุมพัฒนาร่วมกับเครือข่ายในการ คัดเลือกประเด็นการจัดการปัจจัยเสี่ยง/การพัฒนา องค์กรความรู้ งบประมาณ 660,000 บาท | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี | ยุทธศาสตร์ที่1 PP&P Excellence แผนงานที่4 โครงการที่11-12 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม โครงการที่12 คุ้มครองสุขภาพ ประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เสี่ยง |

โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดจันทบุรี

| โครงการ | แผนการดำเนินงานปี 2562 | ผลการดำเนินงาน | ผู้รับผิดชอบ |
|---|--|---|--------------------------|
| <p>1.โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE</p> | <p>1. การรณรงค์สร้างกระแสค่านิยมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด</p> <p>2. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เด็กและเยาวชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดค่ายพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE สู่ความเป็นหนึ่ง - จัดค่ายพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชน TO BE NUMBER ONE DANCERCISE ระดับภาค/ประเทศ - จัดค่ายพัฒนาศักยภาพเยาวชนต้นแบบเก่งและดี TO BE NUMBER ONE <p>3. สร้างเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานทุกภาคส่วน</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายจังหวัด/ชมรม TO BE NUMBER ONE ต้นแบบระดับเพชร/ยอดเพชรและต้นแบบจังหวัดจันทบุรี | <p>1) การประกวด TO BE NUMBER ONE DANCERCISE</p> <ul style="list-style-type: none"> - รุ่น Junior ได้รับรางวัลที่ 1 ระดับภาคและรางวัลชมเชยระดับประเทศ - รุ่น Teenage ได้รับรางวัลที่ 2 ระดับภาค <p>2) การประกวด เยาวชนต้นแบบเก่งและดี TO BE NUMBER ONE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับรางวัลระดับภาค 2 คน และระดับประเทศ ฝ่ายหญิง 1 คน <p>3) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานทุกภาคส่วน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับรางวัลระดับภาค 4 ชมรม <ul style="list-style-type: none"> • จังหวัดจันทบุรี • โรงเรียนลาซาลจันทบุรี (มารดาพิทักษ์) • วิทยาลัยเทคนิคจันทบุรี • เทศบาลตำบลโป่งน้ำร้อน | <p>กง.ส่งเสริมสุขภาพ</p> |
| <p>2.โครงการฟื้นฟูเยี่ยมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เอลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร</p> | <p>เป้าหมายการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 จำนวน 380 ราย</p> | <p>ผลการดำเนินงานตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 – 31 พฤษภาคม 2562 มีผู้สูงอายุได้ใส่ฟันเทียมพระราชทาน จำนวน 379 ราย</p> | <p>กง.ทันตสาธารณสุข</p> |

| โครงการ | แผนการดำเนินงานปี 2562 | ผลการดำเนินงาน | ผู้รับผิดชอบ |
|--|--|---|--|
| 3.โครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน | 1. ระดับพื้นที่ สุ่มตรวจเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน โดยใช้ I-kit ชุดทดสอบไอโอดีนในเกลือเสริมไอโอดีน ทุกตำบล อย่างน้อยอำเภอละ 300 ครั้วเรือน ทุกปีละ 1 ครั้ง 2. ติดตามผลการดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนปีละ 1 ครั้ง | อยู่ระหว่างดำเนินการ | ก.ส่งเสริมสุขภาพ |
| 4.โครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. จังหวัดจันทบุรี ปี 2562 | 1.ประสานงานการจัดหน่วยแพทย์ฯ ตามแผนและแบบรายงานที่กำหนด 2.ติดตามผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ | 1.จัดประชุมคณะอนุกรรมการจัดทำแผนออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว.ประจำปี 2562 วันที่ 11 กรกฎาคม 2562 2.ประสานงานและสรุปผลการจัดหน่วยแพทย์ฯ ตามแผนและแบบรายงานที่กำหนด | ก.ส่งเสริมสุขภาพ ก.พัฒนา ยุทธศาสตร์ฯ |
| 5.โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอ็กซเรย์เต้านมเคลื่อนที่(Mammogram) เฉลิมพระเกียรติฯ พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงเจริญพระชนมพรรษา ครบ 5 รอบ | คัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอ็กซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) เฉลิมพระเกียรติฯ พื้นที่เป้าหมาย อ.มะขาม และ อ.เขาคิชฌกูฏ เตรียมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม 7 จุดบริการประกอบด้วย 1)จุดประชาสัมพันธ์และลงทะเบียน 2)จุดรับบัตรคิวชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต 3)จุดซักประวัติ 4)จุดห้องตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5)จุดให้คำปรึกษาสอนตรวจด้วยหุ่นเต้านม และเข้าชมรถนิทรรศการ 6)จุดรถตรวจเต้านมโดยแพทย์ รพช. 7)จุดรถเอกซเรย์เต้านมโดยรังสีแพทย์ รพช. | อยู่ระหว่างการกำหนดวันที่และกำหนดการ ดำเนินการจากส่วนกลาง | ก.ควบคุมโรค ไม่ติดต่อ |

| โครงการ | แผนการดำเนินงานปี 2562 | ผลการดำเนินงาน | ผู้รับผิดชอบ |
|--|---|---|-----------------------|
| 6.โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระยา ต้านภัยมะเร็งเต้านม | <p>การจัดกิจกรรมตรวจมะเร็งเต้านมเชิงรุก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อการดำเนินงานรณรงค์สร้างกระแสการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จัดกิจกรรมสอนตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. และการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม 2. การสนับสนุนการใช้เครื่อง Portable Ultrasound หมุนเวียนจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ตลอดจน ออกหน่วยลงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชนและหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ให้บริการตรวจเต้านมแก่สตรีกลุ่มเสี่ยงที่คลำเต้านมตนเองพบก้อนผิดปกติตามวันนัดหมาย 3. การกำกับระบบการจดทะเบียนรวบรวมข้อมูล นิเทศ ติดตามการดำเนินงานและการเยี่ยมเสริมพลัง | <ul style="list-style-type: none"> - สตรีอายุ 30 – 70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ร้อยละ 82.41 - สตรีอายุ 30 – 70 ปี มีการตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ (CBE) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 82.41 - บุคลากรสาธารณสุขได้รับความรู้และฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์พระราชทาน ร้อยละ 100 | กง.ควบคุมโรคไม่ติดต่อ |
| 7.โครงการพัฒนาสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านคลองพลู | พัฒนาหน่วยบริการตามภารกิจกระทรวงสาธารณสุขและภารกิจมุ่งเน้น 5 ด้าน | <p>ผลการดำเนินงานภารกิจมุ่งเน้นการพัฒนา 5 ด้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การพัฒนาภูมิทัศน์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - ปรับปรุงระบบสาธารณสุขุปกเพื่อพร้อมต่อการให้บริการประชาชน - จัดทำถังขยะคว่ำเรื่อน เพื่อกำจัดขยะมูลฝอยให้เป็นปุ๋ยอินทรีย์ - จัดสร้างที่พักขยะติดเชื้อและขยะอันตราย 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุผู้พิการและการแพทย์แผนไทย <ul style="list-style-type: none"> - ตำบล Long term care ผ่านเกณฑ์ประเมิน ทั้ง 7 องค์ประกอบ - จัดบริการ OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน - สนับสนุนการผลิตและใช้สมุนไพรในครัวเรือน | กง.พัฒนายุทธศาสตร์ฯ |

| โครงการ | แผนการดำเนินงานปี 2562 | ผลการดำเนินงาน | ผู้รับผิดชอบ |
|---|------------------------|---|--------------|
| 7.โครงการพัฒนาสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านคลองพลู (ต่อ) | | <p>3) การคุ้มครองผู้บริโภคและวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควบคุม ดูแลการตรวจสอบคุณภาพความปลอดภัยของอาหาร - สร้างเครือข่ายและพัฒนา อสม.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ตำบลคลองพลู โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี - ตรวจสอบปนเปื้อนในวัตถุดิบ และแบคทีเรียในอาหารและน้ำ <p>4) การบริหารแบบมีส่วนร่วม</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาตามเกณฑ์รพ.สต.ติดตาม ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว Plus - จัดกิจกรรมการปั่นจักรยาน “ปั่นไปร่วมบุญสมทบทุน ให้ สอน.คลองพลู” เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2562 <p>5) งานวิจัย R2R/ผลงานเด่น Best practice</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำผลงาน R2R ตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ เรื่อง การเกิดไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลคลองพลู อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี ระหว่างปี 2557-2561 | |

| โครงการ | แผนการดำเนินงานปี 2562 | ผลการดำเนินงาน | ผู้รับผิดชอบ |
|---|--|--|-------------------|
| 8.โครงการรณรงค์ “ฟันสะอาด เหงือกแข็งแรง” เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี “พระมารดาแห่งการทันตแพทย์ไทย” | ปีงบประมาณ 2562 ดำเนินงานในโรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 61 โรงเรียน - จัดประชุมเตรียมการ วันที่ 12 กรกฎาคม 2562 - ดำเนินการ 18 กรกฎาคม – 18 สิงหาคม 2562 | | กง.ทันตสาธารณสุข |
| 9.โครงการรททันตกรรมเคลื่อนที่ พอ.สว. จังหวัดจันทบุรี | | มีผู้ได้รับการทั้งหมด จำนวน 1,656 คน ดังนี้ 1) ถอนฟันจำนวน 748 คน/1,094 ซี่ 2) อุดฟันจำนวน 399คน/599 ซี่ 3) ขูดหินน้ำลาย จำนวน 442 คน 4) อื่นๆ จำนวน 66 คน 5) ได้รับทันตสุขศึกษา จำนวน 1,656 คน | กง.ทันตสาธารณสุข |
| 10.โครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตรเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554 | เป้าหมายการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 จำนวน 20 ราย | อยู่ระหว่างดำเนินการ | กง.ทันตสาธารณสุข |
| 11.โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน) | 1.จัดประชุมพัฒนาทักษะแกนนำนักเรียนในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและการจัดการน้ำหนัก และส่งเสริมความสูง โดยใช้กิจกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุก (Chopa & Chipa) 2. พัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรและยกระดับคุณภาพโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้สูงขึ้น ภายใต้การมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย | - เดือนมกราคม 2562 เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน - เดือนสิงหาคม ประเมินภาวะโภชนาการนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน | กง.ส่งเสริมสุขภาพ |

| โครงการ | แผนการดำเนินงานปี 2562 | ผลการดำเนินงาน | ผู้รับผิดชอบ |
|--|---|---|--------------------------------|
| <p>12.โครงการควบคุมโรคหอนอนพยาธิในเด็กนักเรียนและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามโครงการพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารีภายใต้แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร</p> | <p>จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังป้องกันโรคหอนอนพยาธิแก่ครู นักเรียน เครือข่ายสุขภาพและผู้ปกครองจำนวนทั้งสิ้น 150 คน</p> | <p>ดำเนินการในภาคเรียนที่ 1 (เดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2562)</p> | <p>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ</p> |
| <p>13. โครงการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และรับบริจาคโลหิต เพื่อเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก</p> | <p>ผลการดำเนินงานครั้งที่ 1 ณ ที่ว่าการอำเภอโป่งน้ำร้อน</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ จำนวน 77 คน - บริการทันตกรรม จำนวน 12 คน - บริการสายตา จำนวน 25 คน - บริการสุขภาพจิต จำนวน 30 คน - บริการเพิ่มเติม ด้านแพทย์แผนไทย จำนวน 38 คน - บริจาคโลหิต จำนวน 123 คน <p>ปริมาณโลหิต 55,350 มิลลิลิตร</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริจาคอวัยวะ จำนวน 22 คน - การบริจาคดวงตา จำนวน 20 คน | <p>แผนการดำเนินการ</p> <p>ครั้งที่ 2 วันที่ 26 ก.ค.62</p> <p>ณ ที่ว่าการอำเภอแก่งหางแมว</p> <p>ครั้งที่ 3 วันที่ 11 พ.ย.62</p> <p>ณ ที่ว่าการอำเภอชลุง</p> <p>ครั้งที่ 4 วันที่ 18 มีนาคม 2563</p> <p>ณ ที่ว่าการอำเภอนายายอาม</p> | <p>ก.พัฒนายุทธศาสตร์ฯ</p> |

สรุปจำนวนผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ทุกพระองค์และผลการติดตามเยี่ยม
แยกรายอำเภอ จังหวัดจันทบุรี ถึงปี 2561

| ผู้ป่วย ในพระราชานุเคราะห์ | อำเภอ | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------|----------|-------------|---------------|---------|------|------------|---------|-------|-----|
| | สอยดาว | นายายอาม | โป่งน้ำร้อน | เมืองจันทบุรี | ท่าใหม่ | ขลุง | แก่งหางแมว | ศิฆมภูฏ | 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 |
| พระวรวงษาที่ตามมาตุ | 2 | 2 | 0 | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| รวม | 15 | 5 | 3 | 11 | 6 | 13 | 11 | 7 | 3 | 74 |
| ผลการติดตามเยี่ยม | | | | | | | | | | |
| 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 |
| คงเหลือติดตาม | 14 | 5 | 3 | 6 | 5 | 12 | 8 | 6 | 3 | 62 |

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 เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพทักษะในการช่วยเหลือการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นและยังเป็นการสร้างความรู้ความสามารถนำไปช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเมื่อเหตุการณ์ฉุกเฉิน

ตารางแสดงจำนวนผู้ผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน CPRและAED จังหวัดจันทบุรี

| การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน CPRและAED | บุคลากร สธ. | อาสาสมัครชีพ/กู้ภัย | อปพร. | อปท. | อสม. | อฉ. | ข้าราชการ (หัวหน้า/ส่วน)/เจ้าหน้าที่ | ประชาชนทั่วไป/ (อื่นๆ (นักเรียน นักศึกษา พระภิกษุ) | รวมทั้งสิ้น |
|---|-------------|---------------------|-------|------|------|------|--------------------------------------|--|-------------|
| ปี 2561 | 3893 | 630 | 280 | 100 | 1109 | 1210 | 120 | 1504 | 8846 |
| ปี2562 (ต.ค.61-มี.ย.62) | 1578 | 832 | 480 | 104 | 595 | 1203 | 323 | 3773 | 8888 |

2. Smart Officer มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพบุคลากรและความสามารถในการใช้เทคโนโลยีประกอบการปฏิบัติงาน

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 สนองต่อความต้องการของประชาชนสามารถเข้าถึงประชาชนและประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว 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

จังหวัดจันทบุรีแบ่งการปกครองออกเป็น 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 | 125,828 | 497.34 |
| 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 | 528,794 | 83.43 |

ที่มา: ทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 2562

▶ ประชากร

จำนวนประชากรปี 2562 มีจำนวนทั้งสิ้น 528,794 คน เป็นชาย 258,643 คน (ร้อยละ 48.91) หญิง 270,151 คน (ร้อยละ 51.09)

สัดส่วนประชากรกลุ่มเด็กปฐมวัย (0-4 ปี) ทั้งชายและหญิง มีจำนวนทั้งสิ้น 28,092 คน คิดเป็นร้อยละ 5.31 ของประชากรทั้งหมด

สัดส่วนประชากรกลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) ทั้งชายและหญิง มีจำนวนทั้งสิ้น 62,428 คน คิดเป็นร้อยละ 11.81 ของประชากรทั้งหมด

สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ทั้งชายและหญิง มีจำนวนทั้งสิ้น 88,450 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งหมด (ตาราง 2)

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของประชากรตามช่วงอายุ จำแนกตามเพศชาย-หญิง

| ช่วงอายุ (ปี) | ชาย | ร้อยละ | หญิง | ร้อยละ | รวม | ร้อยละ |
|---------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|---------------|
| 0-4 | 14,267 | 2.70 | 13,825 | 2.61 | 28,092 | 5.31 |
| 5-9 | 16,022 | 3.03 | 15,120 | 2.86 | 31,142 | 5.89 |
| 10-14 | 15,995 | 3.02 | 15,291 | 2.89 | 31,286 | 5.92 |
| 15-19 | 16,986 | 3.21 | 16,453 | 3.11 | 33,439 | 6.32 |
| 20-24 | 19,278 | 3.65 | 19,589 | 3.70 | 38,867 | 7.35 |
| 25-29 | 19,011 | 3.60 | 18,483 | 3.50 | 37,494 | 7.09 |
| 30-34 | 18,490 | 3.50 | 18,250 | 3.45 | 36,740 | 6.95 |
| 35-39 | 20,215 | 3.82 | 20,255 | 3.83 | 40,470 | 7.65 |
| 40-44 | 19,934 | 3.77 | 20,496 | 3.88 | 40,430 | 7.65 |
| 45-49 | 20,799 | 3.93 | 22,268 | 4.21 | 43,067 | 8.14 |
| 50-54 | 20,302 | 3.84 | 22,198 | 4.20 | 42,500 | 8.04 |
| 55-59 | 17,461 | 3.30 | 19,356 | 3.66 | 36,817 | 6.96 |
| 60-64 | 13,015 | 2.46 | 14,708 | 2.78 | 27,723 | 5.24 |
| 65-69 | 9,756 | 1.84 | 11,575 | 2.19 | 21,331 | 4.03 |
| 70-74 | 6,406 | 1.21 | 7,309 | 1.38 | 13,715 | 2.59 |
| 75-79 | 4,908 | 0.93 | 6,152 | 1.16 | 11,060 | 2.09 |
| 80 ขึ้นไป | 5,798 | 1.10 | 8,823 | 1.67 | 14,621 | 2.76 |
| รวม | 258,643 | 48.91 | 270,151 | 51.09 | 528,794 | 100.00 |

ที่มา: ทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 2562

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. | สอน. | 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 30 มิถุนายน 2562

หมายเหตุ รพ.สอยดาว ขอย้ายเตียงจาก 60 เตียงเป็น 90 เตียง

รพ.ขลุง ขอย้ายเตียงจาก 30 เตียงเป็น 60 เตียง

▶ **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 |
| รวม อำเภอ | 108 | 15 | 9 | 3 | 13 | 17 | 3 | 4 | 6 | 13 | 191 |

ที่มา: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

ข้อมูลด้านสุขภาพ

➡ เกิด ตาย เพิ่ม

อัตราเพิ่มของประชากรจังหวัดจันทบุรีมีแนวโน้มลดลง แม้ว่าอัตราตายจะอยู่ในระดับคงที่ แต่อัตราเกิดมีชีพมีแนวโน้มลดลง

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 |

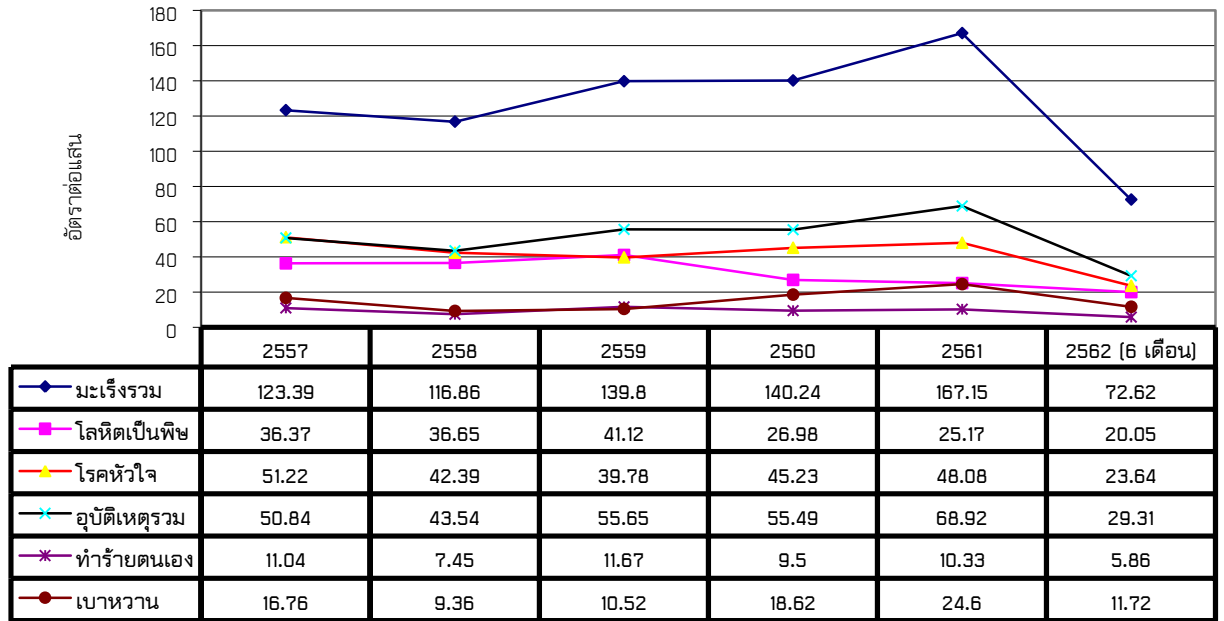
หมายเหตุ

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

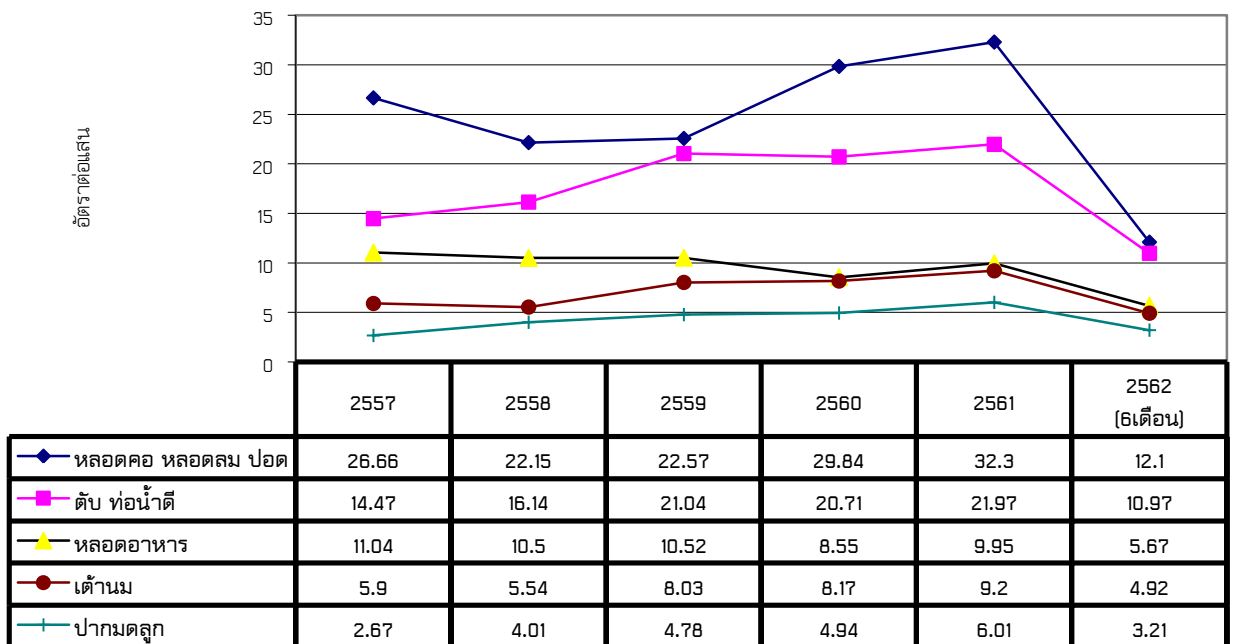
➤ **สาเหตุการตาย**

โรคมะเร็ง ทุกประเภท (รวม) เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี เมื่อวิเคราะห์ ข้อมูลปี 2561 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (แผนภูมิ 2) และเมื่อจำแนกตามอวัยวะที่พบมะเร็ง พบว่า มะเร็ง หลอดคอ-หลอดลมและปอด พบมากที่สุดและมีแนวโน้มสูงขึ้น รวมทั้งมะเร็งตับ ท่อน้ำดี และ มะเร็งเต้านมก็เป็นสาเหตุการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน (แผนภูมิ 3)

➤ **แผนภูมิแสดงแนวโน้มอัตราการตายต่อแสนประชากร จำแนกตามสาเหตุการตาย ปี 2557-2562 (6 เดือน)**



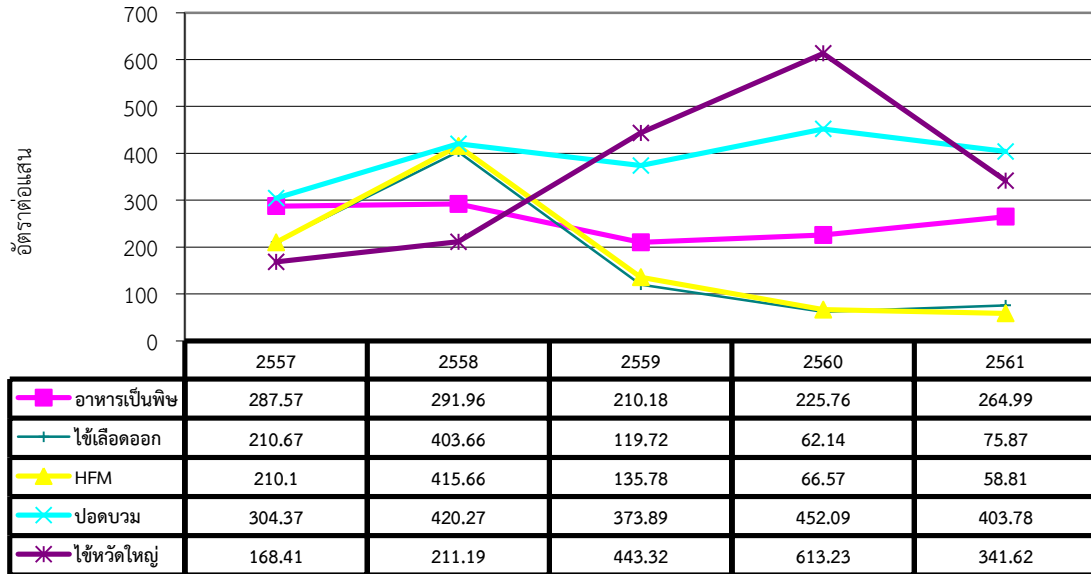
➤ **แผนภูมิแสดงแนวโน้มอัตราการตาย จำแนกตามอวัยวะที่เกิดโรคมะเร็ง ปี 2557-2562 (6 เดือน)**



การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

ปี 2557-2561 พบว่า โรคที่มีแนวโน้มพบผู้ป่วยสูงขึ้นในจังหวัดจันทบุรี คือ ไข้หวัดใหญ่ ปอดบวม และในปี 2561 ทุกโรคมียแนวโน้มเจ็บป่วยลดลง ยกเว้น อาหารเป็นพิษ สูงขึ้น

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 (ตุลาคม 2561 - พฤษภาคม 2562)

| ร.ก. | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs) | ค่า เป้าหมาย 12 เดือน | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ / อัตรา | ผล ประเมิน |
|---------------------------------------|---|-------------------------------------|--|----------|-------------------|---------------|
| ประเด็น PRIMARY CARE | | | | | | |
| 1 | *10.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ | ร้อยละ 60 | 10 อำเภอ | 10 อำเภอ | 100 | ผ่าน |
| 2 | *11.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่(Public 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 สะสม60% | ปี 2561 สะสม ร้อยละ 63.80 ปี 2562 รอประเมิน 18 ก.ค. - 6 ส.ค. 62 | | | ผ่าน |
| ประเด็น TB | | | | | | |
| 4 | *13.อัตราความสำเร็จการรักษานักป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ | ร้อยละ85 | 121 | 43 | 35.54 | ไม่ผ่าน |
| ประเด็น RDU-AMR | | | | | | |
| 5 | *14.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) | RDUชั้นที่1 80% | 12 | 12 | 100 | ผ่าน |
| | | RDUชั้นที่2 10% | 12 | 3 | 25 | ผ่าน |
| | *14.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) | ร้อยละ20 ของรพศ. | 1 | 1 | 100 | ผ่าน |
| ประเด็น HRH Transformation | | | | | | |
| 6 | *26.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ70 | รอประเมิน จาก บค. ในการตรวจราชการรอบ 2 | | | รอผล |
| 7 | *27.จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข | ร้อยละ 70 | 23 | 23 | 100 | ผ่าน |
| | 27.1 ร้อยละของบุคลากรในองค์กรประเมิน Happinometer | ร้อยละ 70 | 4,649 | 3,706 | 79.71 | ผ่าน |
| | 27.2 ร้อยละของบุคลากรในองค์กรประเมิน HPI | ร้อยละ 70 | 357 | 309 | 86.55 | ผ่าน |
| ประเด็น Digital Transformation | | | | | | |
| 8 | *28.เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital | รพศ.1แห่ง รพช.50% | 12 | 11 | 91.66 | ผ่าน |
| 9 | *29.มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง | ทีมPCC ทั้งหมดที่ขึ้น ทะเบียน | ทีม PCC มีการใช้ Home Health Care Application ครบทุกแห่ง | | | ผ่าน |

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 (ตุลาคม 2561 - พฤษภาคม 2562)

| ร.ร. | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs) | ค่า เป้าหมาย 12 เดือน | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ / อัตรา | ผล ประเมิน |
|--|---|--|----------|-------|-------------------|---------------|
| ประเด็น Mother & Child Health | | | | | | |
| 1 | *1.อัตราส่วนการตายมารดา | ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมี ชีพแสนคน | 3,928 | 0 | 0 | ผ่าน |
| 2 | *2.ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ มาตรฐาน | ร้อยละ 85 | | | | |
| | ตัวชี้วัดย่อย | | | | | |
| | 2.1 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ | ร้อยละ 90 | 8,720 | 8,433 | 96.71 | ผ่าน |
| | 2.2 ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า | ร้อยละ 20 | 8,433 | 1,618 | 19.19 | ไม่ผ่าน |
| | 2.3 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม | ร้อยละ 90 | 1,618 | 1,473 | 91.04 | ผ่าน |
| | 2.4 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I | ร้อยละ 60 | 24 | 17 | 70.83 | ผ่าน |
| 2.5 ร้อยละ 57 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงติสมส่วน | ร้อยละ 90 | 17,948 | 8,353 | 63.30 | ผ่าน | |
| ประเด็น Green&Clean Hospital | | | | | | |
| 3 | *3.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital | | | | | |
| | ตัวชี้วัดย่อย | | | | | |
| | 3.1 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป | ร้อยละ 100(6ด.) | 12 | 12 | 100 | ผ่าน |
| | 3.2 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้น | ร้อยละ 80(6ด.) ร้อยละ 85(9ด.) | 12 | 12 | 100 | ผ่าน |
| | 3.3 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป | ร้อยละ40 | 12 | 7 | 58.33 | ผ่าน |
| 3.4 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus | อย่างน้อย จว.ละ 1 แห่ง | 1 | 3 | 100 | ผ่าน | |

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 (ตุลาคม 2561 - พฤษภาคม 2562)

| ร.ร. | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs) | ค่า เป้าหมาย 12 เดือน | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ / อัตรา | ผล ประเมิน |
|--|--|-----------------------------|----------|-------|-------------------|--------------------|
| ประเด็น Fast Track | | | | | | |
| 4 | STROKE | | | | | |
| | *15 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง HDC | < ร้อยละ 7 | 1,588 | 151 | 9.51 | ไม่ผ่าน |
| | ภาพรวมจังหวัด | < ร้อยละ 7 | 1,504 | 146 | 9.71 | ไม่ผ่าน |
| | ตัวชี้วัดย่อย | | | | | |
| | 15.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) | < ร้อยละ 5 | 944 | 55 | 5.83 | ไม่ผ่าน |
| | 15.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) | < ร้อยละ 25 | 380 | 86 | 22.63 | ไม่ผ่าน |
| | 15.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) การรักษาใน Stroke Unit | < ร้อยละ 7 | 1504 | 146 | 9.71 | ไม่ผ่าน |
| | 15.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม | ≥ ร้อยละ 40 | 0 | 0 | 0 | ไม่ผ่าน |
| | 15.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) | ≥ ร้อยละ 50 | 64 | 30 | 46.88 | ผ่าน small success |
| 15.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) | ≥ ร้อยละ 60 | 81 | 0 | 0 | ไม่ผ่าน | |
| ประเด็น SEPSIS | | | | | | |
| 5 | *16. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired | < ร้อยละ 30 | 427 | 123 | 28.81 | ผ่าน |
| ประเด็น TRAUMA | | | | | | |
| 6 | *17. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A,S,M1 | < ร้อยละ 12 | 2,759 | 133 | 4.82 | ผ่าน |

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 (ตุลาคม 2561 - พฤษภาคม 2562)

| ร.ร. | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs) | ค่า เป้าหมาย 12 เดือน | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ / อัตรา | ผล ประเมิน |
|-------------------------------------|--|---|----------|-------|-------------------|---------------|
| ประเด็น ยาเสพติด | | | | | | |
| 7 | *18.1 ร้อยละผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year) | ≥ร้อยละ 20 | 539 | 159 | 29.50 | ผ่าน |
| | *18.2 ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพยาที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพยาต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate) | ≥ร้อยละ 40 | 863 | 307 | 35.57 | ไม่ผ่าน |
| ประเด็น Financial Management | | | | | | |
| 8 | *30.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 | ไม่เกิน ร้อยละ4 | 12 | - | 0 | ผ่าน |
| ประเด็น Quality Organization | | | | | | |
| | • HA | | | | | |
| 9 | *31.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 | รพศ. 100% | 1 | 1 | 100 | ผ่าน |
| | | รพช. 90% | 11 | 10 | 90.90 | ผ่าน |
| | • PMQA | | | | | |
| 10 | *32.ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | สสจ. ระดับ 5 ร้อยละ 70 | 1 | 1 | 100 | ผ่าน |
| | 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | ร้อยละ 70 | 10 | 10 | 100 | ผ่าน |
| | 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | ร้อยละ 70 | 10 | 10 | 100 | ผ่าน |
| ประเด็น เขตสุขภาพ | | | | | | |
| 11 | 33.จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด - ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ (ร้อยละ 100) | เพิ่มขึ้น จาก ฐานข้อมูล กรมวิทย์ 8 เรื่อง | 1 | 1 | 100 | ผ่าน |

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 (ตุลาคม 2561- พฤษภาคม 2562)

| ที่ | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs) | ค่าเป้าหมาย 12 เดือน | small success 9 เดือน | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ / อัตรา | ผล ประเมิน |
|-----|---|-------------------------------------|---|----------|-------|-------------------|---------------|
| | คณะ 1 | | | | | | |
| 1 | *1อัตราส่วนการตายมารดา | ไม่เกิน 17 ต่อการ เกิดมีชีพแสนคน | ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพ แสนคน | 3,928 | 0 | 0 | ผ่าน |
| 2 | *2ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | | | | |
| | ตัวชี้วัดย่อย | | | | | | |
| | 2.1 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | 8,720 | 8,433 | 96.71 | ผ่าน |
| | 2.2 ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปีที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 20 | 8,433 | 1,618 | 19.19 | ไม่ผ่าน |
| | 2.3 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | 1,618 | 1,473 | 91.04 | ผ่าน |
| | 2.4 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 30 | 24 | 17 | 70.83 | ผ่าน |
| | 2.5 ร้อยละ 57 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน | ร้อยละ 90 | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 | 17,948 | 8,353 | 63.30 | ผ่าน |
| 3 | *3.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital | | | | | | |
| | ตัวชี้วัดย่อย | | | | | | |
| | 3.1 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐานขึ้นไป | ร้อยละ100(6ด.) | ร้อยละ100(6ด.) | 12 | 12 | 100 | ผ่าน |
| | 3.2 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไป | ร้อยละ100 | ร้อยละ85(9ด.) | 12 | 12 | 100 | ผ่าน |
| | 3.3 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมากขึ้นไป | ร้อยละ40 | ร้อยละ40 | 12 | 7 | 58.33 | ผ่าน |
| | 3.4 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก Plus | อย่างน้อย จว.ละ 1 แห่ง | อย่างน้อย จว.ละ 1 แห่ง | 1 | 3 | 100 | ผ่าน |

| ที่ | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs) | ค่าเป้าหมาย 12 เดือน | small success 9 เดือน | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ / อัตรา | ผล ประเมิน |
|-----|---|---------------------------|-----------------------------|----------|---------------------------|-------------------|---------------|
| 4 | 4.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ | ร้อยละ70 | ร้อยละ 70 | 76 | 52 | 68.42 | ไม่ผ่าน |
| 5 | 5.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน | | | | | | |
| | ตัวชี้วัดย่อย | | | | | | |
| | 5.1 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน | ≤ร้อยละ2.05 | ≤ร้อยละ2.05 | 8,035 | 165 | 2.05 | ผ่าน |
| | 5.2 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน | ≥ร้อยละ30 | ≥ร้อยละ30 | 6,570 | 1,791 | 27.26 | ไม่ผ่าน |
| | ประเด็นที่ 5 ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน | | | | | | |
| 6 | 6.ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง | ขั้นตอนที่ 5 | ขั้นตอนที่ 4 | | ดำเนินการ ขั้นตอนที่ 5 | | ผ่าน |
| 7 | 7.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี | ไม่เกิน 38 ต่อพัน ปชก. | ไม่เกิน 38 ต่อพัน ปชก. | 16,453 | 484 | 29.42 | ผ่าน |
| 8 | 8.โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไถ่องค์ราชัน (อสม.) | | | 27,309 | 29,640 | 100 | ผ่าน |
| 9 | 9.1 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ | ≥ร้อยละ 40 | ≥ร้อยละ 40 | 24,267 | 7,478 | 30.82 | ไม่ผ่าน |
| | 9.2 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ | ≥ร้อยละ 50 | ≥ร้อยละ 50 | 55,232 | 24,783 | 44.87 | ไม่ผ่าน |

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

ประเด็นที่ 1 : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย(Mother & Child Health)

- ตัวชี้วัด
1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย
 2. ร้อยละ 20 ของการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี 2561
 3. ร้อยละ 30 ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี 2561
 4. ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี 2561) ร้อยละ 20
 5. ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง
 6. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง
 7. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการ และส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา
 8. ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด 5 อันดับ (จากโรคอายุรกรรม)
 9. ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2562(ตุลาคม 2561-พฤษภาคม2562)

จากการรวบรวมข้อมูลรายงานการคลอดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ปี 2559-2561 พบมารดาตาย จำนวน 1 ราย จากการตั้งครรภ์นอกมดลูก คิดเป็นอัตราเท่ากับ 16.13/แสนการเกิดมีชีพ สำหรับปีงบประมาณ 2562 (ต.ค. 61 – พ.ค. 62) ไม่พบมารดาตาย

การดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์ของจังหวัดจันทบุรีพบว่า มารดาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ร้อยละ 74.57 สูงกว่าค่าเป้าหมาย สูงที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ รพ.ท่าใหม่,รพ.เขาสุกิมและ รพ.ขลุง ร้อยละ 94.83,86.67 และ 78.22 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 6) มารดาคลอดฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 64.51 ผลงานสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ รพ.ท่าใหม่, รพ.โป่งน้ำร้อน,รพ.มะขาม ร้อยละ 85.96 , 68.71และ 68.67 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 60) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการเจาะเลือดครั้งแรก ร้อยละ 21.49 โรงพยาบาลที่พบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางสูง 3 อันดับแรกได้แก่ รพ.มะขาม,รพ.สอยดาว และ รพ.โป่งน้ำร้อน ร้อยละ 37.00,36.70และ 34.20 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 20 ที่มา: รายงานคลินิกฝากครรภ์) การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 82.02 ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ผลงานสูงสุด 3 อันดับได้แก่ รพ.สองพี่น้อง ,รพ.เขาสุกิม และรพ.แก่งหางแมว ร้อยละ 100.00 ,97.48 และ 95.42 ตามลำดับ(เป้าหมายร้อยละ 100) มีการคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ครอบคลุมร้อยละ 100 พบหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 44.56 มีภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก (จากโรคทางอายุรกรรม) ได้แก่ภาวะโลหิตจางทุกสาเหตุ ร้อยละ 46.37 โรคเบาหวานและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 37.56 โรคไทรอยด์ ร้อยละ 0.96 โรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 0.67 และโรค HIV ร้อยละ 0.52 มารดาได้รับการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 55.43 ผลงานสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ รพ.แหลมสิงห์,รพ.แก่งหางแมว และรพ.มะขาม ร้อยละ 80.95,73.77 และ 71.29 (เป้าหมายร้อยละ 65)

การดูแลในระยะคลอด พบว่า ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนสูงกว่าเป้าหมายคิดเป็นอัตรา 35.28 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ สูงที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ รพ.พระปกเกล้า,รพ.เขาคิชฌกูฏ และรพ.สิริเวช อัตรา 47.47 ,20.83 และ20.00ตามลำดับ (เป้าหมาย ไม่เกิน 25/1,000การเกิดมีชีพ) ทารกตายปริกำเนิดคิดเป็น 9.06/1,000 การเกิดมีชีพ พบที่รพ.แก่งหางแมว และพระปกเกล้า อัตรา 15.04 และ 12.59 มารดาตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.34 ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 5)

การดูแลทารกแรกเกิด พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมคิดเป็นร้อยละ 10.14 เกินกว่าค่าเป้าหมาย พบสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ รพ.ท่าใหม่,รพ.พระปกเกล้า,รพ.มะขาม ร้อยละ 16.67,12.47 และ 9.9

ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 7) ผลการตรวจคัดกรองไอโอดีนในทารกแรกเกิดตรวจพบทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารไอโอดีน ร้อยละ 5.89 พบสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ รพ.สอยดาว รพ.นายายอาม และ รพ.สิริเวช ร้อยละ 14.66, 14.29 และ 13.22 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 3) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่าเด็กแรกเกิด - 6เดือนได้รับนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 73.29 พบสูงสุด 3 อันดับแรก รพ.โป่งน้ำร้อน, รพ.สองพี่น้อง และรพ.เขาคิชฌกูฏ ร้อยละ 91.04,87.10 และ 81.25

คุณภาพระบบ/บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีการจัดบริการตามมาตรฐานแม่และเด็กร้อยละ 100 โรงพยาบาลชุมชนผ่านการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก 11 แห่ง ร้อยละ 100 สูงกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 80) รพ.พระปกเกล้ารอกการประเมินในปี 2562 และมีตำบลต้นแบบการสร้างเด็กคุณภาพ (ตำบลพัฒนาการดีเริ่มที่นมแม่/ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต) 10 อำเภอ 10 ตำบล

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ได้นำข้อมูลข้างต้นแจ้งให้ที่ประชุมคณะกรรมการ MCH Board จังหวัดจันทบุรีเพื่อขับเคลื่อนแนวทางการดูแลและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กอย่างต่อเนื่อง

2.แผนงานและผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2562

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนด มีการขับเคลื่อนนโยบายลงสู่พื้นที่ รวมถึงการกำกับติดตาม อย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2562 มีแผนงานโครงการที่ดำเนินการทั้งสิ้น 5 โครงการ ได้แก่

| กิจกรรม | งบประมาณ | กลุ่มเป้าหมาย | วตป. | ผลการดำเนินงาน |
|---|-------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 1.การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก | - | รพข.4 แห่ง | ต.ค.61 | ผ่านการประเมิน 4 แห่ง |
| 2.โครงการอบรมฟื้นฟูทักษะบุคลากรด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) | 26,200 บาท | จนท.70 คน | 28 ม.ค.62 | 70 คน |
| 3.ประชุม MCH Board | 4,200 บาท | จนท.30 คน/4 ครั้ง | 16 พ.ย.61, 21ม.ค.62,7พ.ค.62 | 3 ครั้ง |
| 4.ประชุม Perinatal Conference | 8,400บาท | จนท.60คน/4 ครั้ง | 7ธ.ค.61, 14มี.ค.62,14มิ.ย62 | 3 ครั้ง |
| 5.ประชุมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย ปี 2562 | 125,000 บาท | 10 อำเภอ | มกราคม 62 | 10 อำเภอ |

ผลการดำเนินงาน

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวคิด Life course approach และกลยุทธ์ PIRAB ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานดังนี้

1. พัฒนาระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ขับเคลื่อนระบบการดูแลสตรีผ่านกลไก MCH Board มีการจัดประชุมไตรมาสละ 1 ครั้งรวม 3 ครั้ง และมีการจัดประชุม Perinatal Conference ไตรมาสละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้งเช่นกัน มีการนำปัญหาสุขภาพมารดา และหญิงตั้งครรภ์เข้าหารือเพื่อการพัฒนาได้แก่ จัดระบบการส่งต่อเพื่อการตรวจคัดกรองดาวนีนในหญิงตั้งครรภ์ การแก้ปัญหาภาวะโลหิตจางและภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เกินกำหนด กำหนดเป็น CPG ให้ดำเนินการเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด ทบทวนระบบการส่งต่อมารดาที่มีภาวะเสี่ยงเพื่อให้ได้รับการดูแลโดยสูติแพทย์และทีมเฉพาะทาง ทบทวน Case Conference จำนวนทั้งสิ้น 16 ราย เพื่อเป็นกรณีศึกษาในการเรียนรู้การดูแลโดยอาจารย์แพทย์เป็นวิทยากรให้คำแนะนำ จากการดำเนินงานทำให้ จังหวัดจันทบุรีไม่พบมารดาตาย

2. พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ

โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งได้รับการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก โดยได้รับการประเมินในเดือนตุลาคม 2561 จำนวน 4 แห่ง และจะครบประเมินอีก 4 แห่งในเดือนสิงหาคม 2562 ส่วน รพ.พระปกเกล้าได้เลื่อนการขอรับการประเมินออกไปในเดือนตุลาคม 2562 จ.จันทบุรีมีการพัฒนาบุคลากรในการดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั้งด้านการคัดกรองความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงผ่านการประชุม Perinatal Conference อย่างสม่ำเสมอและมี CPG การดูแลการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งระบบ ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจคัดกรองดาวนีนในหญิงตั้งครรภ์ครบทุกโรงพยาบาล

3. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยง

มีระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างกระแสทางสังคม ผ่านเวทีผู้สื่อข่าวระดับจังหวัด หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน เสียงตามสาย ติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์หน้าสถานบริการทุกแห่งการดำเนินงานตาม มาตรการทางกฎหมาย และพรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก สร้างกระแส ฝากครรภ์เร็วเพื่อเด็กจันทบุรีคุณภาพ ขับเคลื่อนโครงการสาวไทยแก้มแดง การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก+ไอโอดีนในกลุ่มสตรีวัยทำงานและคู่สมรสใหม่ สถานบริการทุกแห่งมีการจัดแผนการสอนตามโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่โดยมีการติดตามประเมินร่วมกับมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก

4. การสร้างภาคีเครือข่าย

ได้ดำเนินการเยี่ยมเสริมพลังตำบลต้นแบบพัฒนาการดีเริ่มที่นมแม่ภายใต้การขับเคลื่อนนโยบาย มหัทศวรรษ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จำนวน 10 อำเภออำเภอละ 1 แห่ง จากการเยี่ยมเสริมพลังโดยใช้กระบวนการ PIRAB ทำให้กลุ่มงานสามารถนำผลการเยี่ยมเสริมพลังของแต่ละอำเภอกลับมาทบทวนกระบวนการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย เพื่อปรับใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กต่อไป

5. การทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัย

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ของทุกกลุ่มวัยรวมถึงกลุ่มวัยสตรีและเด็กปฐมวัย เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัย โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ ร่วมประชุมวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา อุปสรรค ข้อควรพัฒนาในกระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย โดยใช้กลยุทธ์ PIRAB เพื่อวางแผนระบบงานส่งเสริมสุขภาพในปีต่อไป

3. รายละเอียด ตารางผลงาน แยกจังหวัด เขต ประเทศ/แยกรายอำเภอ

3.1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละผลการดำเนินงานกลุ่มสตรีและเด็กตั้งแต่ปี 2559-2562 (ต.ค.61 - พ.ค.62)

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | ค่าเป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน | | | |
|-------|---|-------------------------------------|------------------------------------|--|---|---|
| | | | 2559 | 2560 | 2561 | 2562 |
| 1 | อัตราส่วนการตายมารดา | ไม่เกิน 17/ แสนการเกิด มีชีพ | ข. 7.20 จว. 0 | ข. 18.58 จว. 0 | ข. 17.38 จว. 16.13 (1/6199) | ข.26.09 จว.0 (0/3928) |
| 2 | ร้อยละของการตายมารดาจากสาเหตุ ตกเลือด | ลดลงจาก ปี 61 ร้อยละ 20 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | ร้อยละของการตายมารดาจาก ความดันโลหิตสูง | ลดลงจาก ปี 61 ร้อยละ 30 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุ ทางอ้อมลดลง | ลดลงจาก ปี 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 | 120/3401 35.28 |
| 6 | อัตราทารกตายปริกำเนิด(จาก รงก.2) | ไม่เกิน 9/1000การ เกิดมีชีพ | 6.34 | 6.49 | 33/6199 5.94 | 31/3401 9.11 |
| 7 | มารดาคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ (จาก รงก.2) | ร้อยละ 60 | ป.62.64 ข.45.79 จว. 58.91 | ป. 66.91 ข. 52.27 จว. 63.59 | ป.74.41 ข.56.25 จว.66.15 (3556/5376) | ป.80.06 ข.70.73 จว.61.54 (2090/3396) |
| 8 | มารดาคลอดฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตาม เกณฑ์ (จาก รงก.2) | ร้อยละ 60 | ป.42.61 ข.33.56 จว. 53.88 | ป. 53.94 ข. 37.23 จว. 52.66 | ป.43.73 ข.47.02 จว.58.98 (3,171/5,376) | ป.69.65 ข.60.78 จว.59.46 (2020/3396) |
| 9 | ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการ คัดกรองความเสี่ยง (จากรง.คลินิก ฝากครรภ์) | ร้อยละ 100 | N/A | N/A | 100 (4,561/4,561) | 100 (3030/3030) |
| 10 | ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง (จากรง.คลินิกฝากครรภ์) | | N/A | N/A | 44.84 (2,045/4,561) | 44.55 (1350/3030) |

| | | | | | | |
|----|--|-----------------------|------------------------------------|--|--|--|
| 11 | ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการและส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา (จากรง.คลินิกฝากครรภ์) | | N/A | N/A | 100 304/304 (รพช) | 100 1350/1350 |
| 12 | ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด 5 อันดับ (จากโรคอายุรกรรม)ปี 2562 1.โลหิตจาง 2.โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 3.ไทรอยด์เป็นพิษ 4.ธาลัสซีเมีย 5.HIV | | N/A | N/A | 23.16 15.69 6.19 2.14 1.28 | 46.37 37.56 0.96 0.67 0.52 |
| 13 | ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (จากรง.คลินิกฝากครรภ์) | ไม่เกิน ร้อยละ 20 | ป.17.59 ข.17.11 จว. 20.27 | ป. 17.88 ข. 16.35 จว 13.38 | ป.16.03ข.17.51 จว.20.85 (754/3,616) | ป.16.08 ข.18.42 จว.21.49 (651/3030) |
| 14 | อัตราการคลอดในมารดาอายุ15-19ปี ต่อพันประชากรหญิง 15-19 ปี | 42/1,000 | 35.04 | 34.53 | 29.43 | 484/16453 29.42 |
| 15 | อัตราการคลอดซ้ำในมารดา อายุต่ำกว่า 20 ปี | ไม่เกิน ร้อยละ 10 | 12.08 | 14.63 | 9.98 | 20/249 8.03 |
| 16 | การคุมกำเนิดกึ่งถาวรในมารดา อายุต่ำกว่า 20 ปี (ก.2) | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 | 70/3 4.29 | 82/63 76.83 | 137/88 64.23 | 263/411 63.99 |
| 17 | มารดาตกเลือดหลังคลอดจังหวัด จันทบุรีปี 2561 คนไทย | ไม่เกิน ร้อยละ 5 | 2.81 | 2.35 | 2.53 (136/5,376) | 2.22 76/3396 |
| 18 | มารดาได้รับการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 | ป.50.69 ข.36.52 จว. 61.46 | ป. 48.36 ข. 38.02 จว. 48.36 | ป.63.02 ข.48.75 จว.51.54 | ป.64.94 ข.53.41 จว.57.46 |
| 19 | ข้อมูลการจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ | ร้อยละ 100 | | | 83.20 (5,342/6,421) | 82.02 (3746/4597) |
| 20 | ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม | ไม่เกิน ร้อยละ 7 | ป.6.68 ข.6.68 จว. 10.22 | ป. 5.88 ข. 9.45 จว. 10.89 | ป.6.25 ข.9.11 จว.10.84 (582/5370) | ป.6.06 ข.6.89 จว.10.14 (345/3401) |

| | | | | | | |
|----|---|----------------------|--|--|---|---|
| 21 | ผลการตรวจคัดกรองไอโอดีนในทารกแรกเกิด | ไม่เกินร้อยละ 3 | ป. 7.18 จว. 4.19 | ป. 9.57 จว. 5.27 | ป.9.68 ข.4.43 (265/5,984) | ป.11.7 จว.5.89 (229/3886) |
| 22 | เด็กแรกเกิด – น้อยกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 | ป. 61.13 ข. 61.92 จว. 87.59 | ป. 63.54 ข. 62.66 จว. 71.75 | ป.50.89 ข.47.29 จว.58.66 1466/2499 | ป.57.81 ข.55.77 จว.73.29 1380/1883 |
| 22 | โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก | ร้อยละ 80 | 100 | 100 | 12/12 100 | 11/12 91.67 |

4. การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ปัญหาที่ไม่ประสบความสำเร็จ/ข้อเสนอแนะของจังหวัดจันทบุรี

1. จากการศึกษาเสริมพลังส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยสตรีในระดับพื้นที่ยังไม่มีการปรับใช้นโยบายการดำเนินงานให้เป็นรูปแบบเฉพาะของแต่ละพื้นที่ แนวทางการดำเนินงานยังเป็นแบบการตั้งรับ เน้นแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องทำงานเฉพาะหน้า ด้วยภาระงานของบุคลากรบางพื้นที่ล้นมือ การสร้างภาคีเครือข่ายเพื่อช่วยขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่จึงมีความสำคัญ

2. ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพได้การพัฒนาช่องทางผ่าน Social สร้างกระแสการใช้สื่อเพื่อสร้างความรอบรู้ (Health Literacy) ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีและเด็กเพื่อสร้างความรอบรู้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวต่อไป

5. กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

:น.ส.ศดับพินท์ พสุหิรัญย์ 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 ปีที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า
3. ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม
4. ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA4I
5. ร้อยละ 57 ของเด็ก 0 – 5 ปีสูงดีสมส่วน

1. สถานการณ์/ปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม-พฤษภาคม 2562)

ผลการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีจังหวัดจันทบุรี ตั้งแต่ปี 2559-2561 มีแนวโน้มสูงขึ้น ผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2562 เด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ความครอบคลุมผลการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 96.71 พบสงสัยล่าช้าร้อยละ 19.19 เด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการร้อยละ 91.04 (เป้าหมายร้อยละ 90) เด็ก 0-5 ปีที่พบพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TIDA4I คิดเป็นร้อยละ 70.83 (เป้าหมายร้อยละ 60) เด็กอายุ 0-5 ปี มีสูงดีสมส่วน ร้อยละ 63.30 (เป้าหมายร้อยละ 57) ส่วนสูงเฉลี่ยชาย 107.44 ซม. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิง 106.75 ซม. เนื่องจากครอบครัวขาดความรู้ ความตระหนักในการส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม เด็กบางส่วนขาดการเข้าถึงการได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก

2. แผนงานและผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2562

จังหวัดจันทบุรีมีแผนงานโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัยทั้งสิ้น 4 โครงการ ดังนี้

| กิจกรรม | งบประมาณ | กลุ่มเป้าหมาย | วตป. | ผลการดำเนินงาน |
|---|-------------|------------------|----------------------------------|----------------|
| 1.โครงการอบรมฟื้นฟูทักษะบุคลากรด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) | 26,200 บาท | จนท.70 คน | 28 ม.ค.62 | 1 ครั้ง |
| 2.ประชุม MCH Board | 4,200 บาท | จนท.30คน/4 ครั้ง | 16 พ.ย.61, 21ม.ค.62,7พ.ค.62 | 3 ครั้ง |
| 3.ประชุม Perinatal Conference | 8,400 | จนท.60คน/4 ครั้ง | 7 ธ.ค.61, 14มี.ค.62,14มิ.ย.62 | 3 ครั้ง |
| 4.ประชุมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย ปี 2562 | 125,000 บาท | 10 อำเภอ | มกราคม 62 | 10 อำเภอ |

ผลการดำเนินงาน

1) จังหวัดจันทบุรีขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ผ่านคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด มีการจัดประชุมในปี 2562 จำนวน 1 ครั้ง และประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH Board) ทุก 3 เดือน

2) การพัฒนาบุคลากร มีการอบรมฟื้นฟูบุคลากรทุกระดับด้านการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วย DSPM ทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครองเมื่อพบเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือผิดปกติ ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม TIDA4I เพิ่มเติมส่วนขาดจำนวน 4 คน(รพ.แก่งหางแมว และรพ.สต.ขนาด L ในเขตเมืองจำนวน 3 คน) สร้างแกนนำ

การคัดกรอง ติดตาม พัฒนาการระดับอำเภอ รวมถึง ส่งเสริมกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน ให้กับ ผู้ดูแลเด็ก/พ่อแม่เด็ก 0-5 ปี/ครูศพด./แกนนำชุมชน ติดตามเยี่ยมเสริมพลังตำบลต้นแบบพัฒนาการดีเริ่มที่นมแม่ เพื่อการสร้างร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

3) นำนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 แรกชีวิตมาใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยนำมา ผสมเข้ากับตำบลพัฒนาการดีเริ่มที่นมแม่ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ เพื่อเสริมพลังการมีส่วนร่วมในการพัฒนา สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตที่มีคุณภาพ พบว่า พื้นที่ตำบลวังใหม่เป็นชุมชนขนาดเล็กมี รพ.สต. 2 แห่ง ศพด. 2 แห่ง เป็นตำบลสุขภาพะเดิม เน้นการสร้างสุขภาพด้วยคนในชุมชน เป็นตำบลต้นแบบ LTC และในปี 2562 ได้นำ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยมาสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง มีการระดมทุนจากภาคเครือข่ายหลายภาคส่วนในการสร้างสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา ลานลูกเล่นกลางแจ้งตามรอยพระยุคลบาท ที่หน้าอบต.วังใหม่ และจัดหลักสูตร ฐานเรียนรู้เล่นตามรอยพ่อ ซึ่งสามารถเป็นต้นแบบและเป็นแหล่งศึกษาดูงานได้

4) ขับเคลื่อนการบังคับใช้ พรบ. Milk code แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับผ่านที่ประชุม คปสจ.,MCH Board เผยแพร่พรบ.ในสถานบริการ ชุมชน ผ่านหอกระจายข่าว เสียงตามสาย เวทีประชาคมติดตามเฝ้าระวังการละเมิด พรบ. ในสถานบริการสาธารณสุข ร่วมกับการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กในรพช.และ รพ.สต.

5) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี จากการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็ก ที่ผ่านมา จังหวัดจันทบุรีมีผลงานคัดกรองพัฒนาการสูงกว่าร้อยละ 90 ต่อเนื่องทุกปี แต่การติดตามเด็กสงสัยล่าช้ายังมีผลงานไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดจันทบุรีจึงได้วางมาตรการในการควบคุมกำกับผลการดำเนินงาน กำกับ ติดตาม และจัดการข้อมูลร่วมกับ IT เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการบันทึกข้อมูลคุณภาพ จัดอบรมแนวทางการบันทึก ข้อมูล การส่งออกข้อมูล การแก้ปัญหาข้อมูล Error ซ้ำซ้อน ให้แก่รพ.สต./รพ.ทุกแห่ง การติดตามผลงานการคัดกรอง 4 กลุ่มวัย การส่งออกข้อมูลของหน่วยบริการจำแนกรายอำเภอรายสถานบริการโดย และคืนข้อมูลแก่พื้นที่ ทุกวันวันที่ 5 และ 20 ของเดือน ผ่านกลุ่มไลน์ :พัฒนาการจังหวัด ,พัฒนาการ รพ. สร้างเครือข่ายการพัฒนาระบบงานคุณภาพ จากผู้รับผิดชอบงานกระตุ้นพัฒนาการล่าช้าด้วย TIDA4I แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมแก้ปัญหาในกลุ่มงานทำให้สามารถ ติดตามเด็กล่าช้าได้ครบทุกคน แต่การบันทึกผลงานเข้าระบบทำได้ไม่ครอบคลุมเนื่องจากเขตอำเภอเมืองผู้รับผิดชอบงานอยู่ในรพ.สต.ระบบยังไม่มีการดึงข้อมูลไปประมวลผล สสจ.เป็นหน่วย Monitor และสนับสนุน จัดการปัญหาจากระบบเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และได้นำเสนอระบบการเฝ้าระวัง

6) การพัฒนาระบบบริการ กำหนดให้หน่วยบริการทุกแห่ง มีมุมความรู้เกี่ยวกับอาหารเสริมตามวัยเด็ก 0-5 ปี โภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพื่อแก้ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด/เสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีน

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

8) ส่งเสริมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กคุณภาพให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

3.รายละเอียด ตารางผลงาน แยกจังหวัด เขต ประเทศ/แยกรายอำเภอ

3.1 ตาราง แสดงจำนวนและร้อยละผลการดำเนินงานเด็กปฐมวัยตั้งแต่ปี 2559-2562(ต.ค. 61 – พ.ค. 62)

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | ค่าเป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน | | | |
|-------|--|---|------------------------------------|----------------------------------|--|--|
| | | | 2559 | 2560 | 2561 | 2562 ต.ค-พ.ค.62 |
| 1. | เด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย -เด็ก0-5ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ - พบสงสัยล่าช้า - เด็กสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม -เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น ด้วย TIDA4I | ร้อยละ 85 ร้อยละ 90 ร้อยละ 20 ร้อยละ 90 ร้อยละ 60 | 91.20 98.56 8.80 87.35 | 95.80 85.03 19.55 79.71 | 97.53 92.88 17.24 87.24 19/36 52.78 | 97.83 96.71 19.19 91.04 24/17 70.83 |
| 2 | เด็กอายุ0- 5 ปี สูงดีสมส่วน | ร้อยละ 57 | ป.47.01 ข.48.51 จว. 51.60 | ป.49.05 ข.50.88 จว.54.08 | ป.66.63 ข.58.25 จว.47.89 | ป.61.02 ข.63.30 จว.63.30 |
| 3 | ผลงานการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก | ร้อยละ 70 | | | 10.16 | ข.86.30จว. 85.00 |
| 4. | เด็กแรกเกิด – น้อยกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 | ป.61.13 ข.61.92 จว.87.59 | ป.63.54 ข.62.66 จว.71.75 | ป.50.89 ข.47.29 จว.58.66 1466/2499 | ป.57.81 ข.55.77 จว.73.29 1380/1883 |

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

ปีงบประมาณ 2562 จำแนกรายอำเภอ

| อำเภอ | ผลการดำเนินงาน | | | | | | | TIDA4I | | |
|-------------|----------------|-------------|------------|-----------------|------------|--------|--------|----------|---------|--------|
| | เป้าหมาย | คัด กรอง | ร้อย ละ | สงสัย ล่าช้า | ร้อย ละ | ติดตาม | ร้อยละ | เป้าหมาย | กระตุ้น | ร้อยละ |
| เมือง | 1640 | 1551 | 94.57 | 366 | 23.60 | 360 | 98.36 | 4 | 0 | 0.00 |
| ชลุง | 659 | 641 | 97.27 | 100 | 15.60 | 92 | 92.00 | 3 | 2 | 66.67 |
| ท่าใหม่ | 987 | 965 | 97.77 | 139 | 14.40 | 121 | 87.05 | 3 | 2 | 66.67 |
| โป่งน้ำร้อน | 934 | 917 | 98.18 | 162 | 17.67 | 141 | 87.04 | 3 | 3 | 100.00 |
| มะขาม | 389 | 384 | 98.71 | 91 | 23.70 | 85 | 93.41 | 1 | 1 | 100.00 |
| แหลมสิงห์ | 322 | 316 | 98.14 | 83 | 26.27 | 77 | 92.77 | 0 | 0 | 0.00 |
| สอยดาว | 1189 | 1158 | 97.39 | 205 | 17.70 | 168 | 91.95 | 3 | 3 | 100.00 |
| แก่งหางแมว | 650 | 625 | 96.15 | 90 | 14.40 | 77 | 85.56 | 3 | 3 | 100.00 |
| นายายอาม | 418 | 411 | 98.33 | 64 | 15.57 | 56 | 87.50 | 3 | 3 | 100.00 |
| เขาคิชฌกูฏ | 414 | 401 | 96.86 | 96 | 23.94 | 90 | 93.75 | 1 | 0 | 0.00 |
| รวม | 8720 | 8433 | 96.71 | 1618 | 19.19 | 1473 | 91.04 | 24 | 17 | 70.83 |

หมายเหตุ:ประมวลผลวันที่ 24 มิถุนายน 2562

3.3 ตารางแสดงร้อยละเด็กอายุ 0 - 5 ปี รูปร่างดี สมส่วน จ.จันทบุรี ปี 2562 จำแนกรายอำเภอ

| อำเภอ | (เมษายน-มิถุนายน 62) | | ร้อยละ | ส่วนสูงเฉลี่ย | |
|---------------|---|-------------------------------------|--------------|---------------|---------------|
| | จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ซ่งน้ำหนัก วัดสวนสูง | จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน | | ชาย | หญิง |
| เมืองจันทบุรี | 4,349 | 2,082 | 73.62 | 107.99 | 106.99 |
| ขลุง | 1,548 | 763 | 59.80 | 106.99 | 106.10 |
| ท่าใหม่ | 1,815 | 830 | 57.78 | 105.55 | 106.79 |
| โป่งน้ำร้อน | 2,280 | 1,052 | 58.33 | 107.41 | 107.12 |
| มะขาม | 1,015 | 504 | 59.82 | 109.55 | 106.87 |
| แหลมสิงห์ | 751 | 389 | 55.87 | 110.42 | 108.44 |
| สอยดาว | 2,523 | 1,179 | 62.03 | 107.57 | 106.79 |
| แก่งหางแมว | 1,709 | 739 | 63.34 | 107.10 | 106.36 |
| นายายอาม | 896 | 383 | 63.59 | 108.33 | 106.81 |
| เขาคิชฌกูฏ | 1,062 | 432 | 47.32 | 104.66 | 105.15 |
| รวม | 17,948 | 8,353 | 63.30 | 107.44 | 106.75 |

ที่มา : HDC ประมวลผลวันที่ 30 พฤษภาคม 2562 (เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 57)

4.การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ปัญหาที่ไม่ประสบความสำเร็จของจังหวัดจันทบุรี

1. กลุ่มผู้ประกอบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ที่ยังต้องมีการพัฒนาในระยะต่อไป ได้แก่การสร้างความรู้ให้แก่กลุ่มพ่อแม่ ครอบครัว ผู้เลี้ยงดูเด็ก ให้สามารถเข้าถึงความรู้ในการเลี้ยงดูบุตร การส่งเสริมพัฒนาการ ให้เด็กมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ในยุคเทคโนโลยีการสร้างช่องทางผ่าน **Social** ให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงความรู้ผ่าน **Application** เป็นสิ่งที่จังหวัดต้องดำเนินการให้เข้มข้นขึ้น

2. เด็ก 0-5 ปี ของจังหวัดจันทบุรีมีภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับปานกลางและบางอำเภออยู่ในระดับรุนแรง จึงต้องให้ความสำคัญในการให้ความรู้ สร้างความตระหนักแก่ผู้ประกอบการเพื่อให้เด็กได้รับยารักษาธาตุเหล็ก

5.กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด :น.ส.สดับพินท์ พสุธีรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์ 0909863944 Email:saduppin.s@gmail.com

ประเด็นที่ 2 : Green&Clean Hospital

ตัวชี้วัด : ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนามียสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green&Clean Hospital

- 1.รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ 40
- 2.รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2562

จังหวัดจันทบุรี มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง คือโรงพยาบาลพระปกเกล้า และ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง จากการประเมินการพัฒนาในรอบแรก (เดือนธันวาคม 2561) พบว่า มีผ่านเกณฑ์ประเมินระดับพื้นฐานขึ้นไปทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ของ โรงพยาบาลทั้งหมด โดยมีโรงพยาบาลที่มีผลพัฒนาตามเกณฑ์สู่ระดับสูงขึ้น จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาล ชลุม โรงพยาบาลแหลมสิงห์ โรงพยาบาลสอยดาว โรงพยาบาลแก่งหางแมว โรงพยาบาลนายายอาม โรงพยาบาลคิชฌกุฎ โรงพยาบาลสองพี่น้องและโรงพยาบาลเขาสุกุมซึ่งแบ่งตามระดับการประเมิน ดังนี้

ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลมะขาม โรงพยาบาลชลุม โรงพยาบาลแหลมสิงห์ โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน โรงพยาบาลสอยดาว โรงพยาบาลแก่งหางแมว โรงพยาบาลนายายอาม โรงพยาบาลสองพี่น้องโรงพยาบาลเขาสุกุมและโรงพยาบาลคิชฌกุฎ คิดเป็นร้อยละ 100

ผ่านเกณฑ์ระดับดี จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลมะขาม โรงพยาบาลชลุม โรงพยาบาลแหลมสิงห์ โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน โรงพยาบาลสอยดาว โรงพยาบาลแก่งหางแมว โรงพยาบาลนายายอาม โรงพยาบาลสองพี่น้อง โรงพยาบาลเขาสุกุมและโรงพยาบาลคิชฌกุฎคิดเป็นร้อยละ 100

ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลชลุม โรงพยาบาลสอยดาว โรงพยาบาลนายายอาม โรงพยาบาลเขาสุกุม โรงพยาบาลคิชฌกุฎและโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน คิดเป็นร้อยละ 58.33

ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลสอยดาว และโรงพยาบาลนายายอาม คิดเป็นร้อยละ 25.0

2. แผนและผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562

แผนปฏิบัติการพัฒนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ปีงบประมาณ 2562 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

| 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 |
| 6. การจัดประกวดนวัตกรรม การพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital | 19 มิถุนายน 2562 | กลุ่มงาน อวล.๑ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี |
| 7. สนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล (ภายใต้ มาตรฐานการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรใน โรงพยาบาล) | ธันวาคม 61 – มกราคม 62 | กลุ่มงาน อวล.๑ |
| 8. จัดทีมตรวจประเมิน และลงพื้นที่ตรวจประเมิน | รอบแรก เยี่ยม ติดตาม 25 -28 กุมภาพันธ์ ถึง 1 มีนาคม 2562 รอบสุดท้ายประเมิน 17 – 21 มิถุนายน 2562 | -กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมฯ กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมฯ -ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี |

ผลการดำเนินงานช่วงไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม – มิถุนายน 2562)

1. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25.0 (พระปกเกล้า, ชลบุรี, นายายอาม)
2. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58.33 (พระปกเกล้า, ชลบุรี, นายายอาม, สอยดาว, โป่งน้ำร้อน, แหลมสิงห์, เขาสุกิม)
3. ผ่านเกณฑ์ระดับดี จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100
4. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100

3. รายละเอียด ตารางผลงาน

ผลการประเมินการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามหลักเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีปีงบประมาณ 2562

| โรงพยาบาล | ผ่านเกณฑ์ฯ | | | | หมายเหตุ |
|---------------|--------------|---------|------------|-----------------|---------------------------------|
| | ระดับพื้นฐาน | ระดับดี | ระดับดีมาก | ระดับดีมาก Plus | |
| พระปกเกล้า | | | | 1 | จาก ดีเป็น ดีมาก Plus |
| ท่าใหม่ | | 1 | | | คงเดิม |
| สองพี่น้อง | | 1 | | | จากพื้นฐานเป็น ดี |
| เขาสุกิมี | | | 1 | | จาก ดีเป็น ดีมาก |
| มะขาม | | 1 | | | คงเดิม |
| ขลุง | | | | 1 | จาก ดีมากเป็น ดีมาก Plus |
| แหลมสิงห์ | | | 1 | | จาก ดีเป็น ดีมาก |
| โป่งน้ำร้อน | | | 1 | | จาก ดีเป็น ดีมาก |
| สอยดาว | | | 1 | | คงเดิม |
| แก่งหางแมว | | 1 | | | จากพื้นฐานเป็น ดี |
| นายายอาม | | | | 1 | จาก ดีมากเป็น ดีมาก Plus |
| เขาคิชฌกูฏ | | 1 | | | คงเดิม |
| รวม | 0 | 5 | 4 | 3 | ข้อมูล ณวันที่ 28 มิถุนายน 2562 |
| รวมผ่านเกณฑ์ฯ | 12 | 12 | 7 | 3 | |
| ร้อยละ | 100 | 100 | 58.33 | - | |
| เป้าหมาย | | | ร้อยละ 40 | 1 แห่ง | |

4. การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไขปัญหา ไม่ประสบความสำเร็จ/ ข้อเสนอแนะ

พบว่า โรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จมีความพร้อมในเรื่อง :-

- 1) การนำองค์กรของผู้บริหาร การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน
- 2) ความเป็นทีมงานในการขับเคลื่อนทุกภาคส่วน
- 3) การสื่อสารภายในองค์กร ความเข้าใจ การคิดนอกกรอบ มีการส่งเสริมสนับสนุน
- 4) การจัดประสบการณ์แก่ทีมงาน เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษาดูงาน
- 5) การสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากร
- 6) การติดตามตรวจเยี่ยม

5. กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นายองอาจ เอี่ยมสำอางค์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

โทร 086 401 5591 Email : Ongart5591@gmail.com

ประเด็นที่3 : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด : ร้อยละ70 ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

ในชุมชนผ่านเกณฑ์

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2562

จากฐานข้อมูล HDC ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี จังหวัดจันทบุรี ปี 2559 – 2561 พบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 17.44, 17.91, และ 18.51 ตามลำดับ ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 19.47 (ข้อมูล HDC ณ วันที่ 11 มิถุนายน 2562) พบว่าอำเภอที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงสุดและมากกว่าร้อยละ 20 คือ อำเภอแหลมสิงห์, มะขาม, ชลุม, ท่าใหม่ และนายายอาม คิดเป็นร้อยละ 26.04, 22.41, 22.37, 21.61 และ 21.46 ตามลำดับเมื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 ส่วนตามช่วงวัย พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 53.96 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 28.30 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และร้อยละ 17.74 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาสูง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 1 ติดสังคม ร้อยละ 97.59 กลุ่ม 2 ติดบ้าน ร้อยละ 1.72 และกลุ่ม 3 ติดเตียง ร้อยละ 0.69 พบเสี่ยงสมองเสื่อม ร้อยละ 0.96 เสี่ยงภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.47 เสี่ยงข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 5.14 เสี่ยงภาวะหกล้ม ร้อยละ 3.06 มีภาวะพอม ร้อยละ 7.60 และภาวะอ้วน ร้อยละ 23.38

จังหวัดจันทบุรีมี 10 อำเภอ 81 อปท.76 ตำบล ซึ่งในปี 2559 - 2562 มีอปท.เข้าร่วมโครงการ LTC 58 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 71.60 อำเภอที่มีพื้นที่สมัครเข้าร่วมโครงการครอบคลุมทุกแห่ง คือ อำเภอมะขามและนายายอาม ภาพรวมจังหวัดมีตำบลผ่านเกณฑ์ LTC จำนวน 52 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 68.42 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 70) อำเภอที่มีผลงาน LTC ผ่านเกณฑ์ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ได้แก่ แก่งหางแมว, เขาคิชฌกูฏ, ชลุม, ท่าใหม่และนายายอาม ร้อยละ 20.00, 40.00, 41.67, 64.29 และ 66.67 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ตักเกณฑ์องค์ประกอบที่ 2 ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ องค์ประกอบที่ 7 มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือ คณะกรรมการกองทุนตำบล และองค์ประกอบที่ 6 มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) อปท.มีการเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC จำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 31.03 ซึ่งการเบิกจ่ายดังกล่าวมีความล่าช้าเนื่องจาก อปท.ไม่มั่นใจระเบียบการเบิกจ่าย ไม่มีผู้รับผิดชอบงานเฉพาะ ภาระงานมาก บุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อย จังหวัดจันทบุรีมีชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 96 ชมรม ผ่านเกณฑ์คุณภาพ จำนวน 55 ชมรม คิดเป็นร้อยละ 57.29 ชมรมส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเรื่องความต่อเนื่องของกิจกรรม และการระดมทุนจากภาคส่วนต่างๆ

2. แผนและผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2562

แผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับจังหวัดดังนี้

2.1 จัดทำแผนปฏิบัติการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับจังหวัด และชี้แจง ถ่ายทอดให้กับผู้รับผิดชอบงานกับระดับอำเภอ ตำบล จำนวน 1 ครั้ง

2.2 ลงเยี่ยมเสริมพลังพื้นที่แบบบูรณาการ ภายใต้โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมเสริมพลังส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย เดือนมกราคม 2562 เพื่อพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ จำนวน 10 ครั้ง 10 อำเภอ

2.3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พื้นที่ดีเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อคัดเลือก Best Practice หรือผลการดำเนินงานดีเด่นในแต่ละอำเภอ และสร้างขวัญกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่ เดือนมีนาคม 2562 ทั้งนี้ ได้มีผลงานดีเด่นระดับจังหวัด 6 ประเด็น ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดี ซีวีมีสุข

(2) นวัตกรรมด้านการส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (3) ตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว Long Term Care (4) ชมรมผู้สูงอายุ (5) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) (6) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)

2.4 ส่งพื้นที่ที่มีผลงานดีเด่นด้านผู้สูงอายุ 6 ประเด็น เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 6 โดยตำบลเกาะขวาง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรีได้รับการคัดเลือกเป็นตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว Long Term Care ดีเด่นระดับเขต ปี 2562

2.5 ส่งบุคลากร เข้ารับการอบรม Care Manager จำนวน 7 คน และอบรมฟื้นฟู Care Manager จำนวน 29 คน

2.6 ส่งบุคลากรจากรพช./สสอ.และรพ.สต. ทุกอำเภอ เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านระบบโปรแกรมการขึ้นทะเบียน Care Manager, Care Giver และการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) จำนวน 25 คน

2.7 สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมและโรงเรียนผู้สูงอายุ

2.8 ประชุมติดตามความก้าวหน้าและรายงานผลการดำเนินงาน

2.9 ควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานจากโปรแกรม/รายงาน

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2562 (ตุลาคม 2561- มิถุนายน 2562)

| ตัวชี้วัด | ค่าเป้าหมาย | ผลงาน |
|--|-------------|---------------------------|
| ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ | ร้อยละ 70 | 52 ตำบล (ร้อยละ 68.42) |

3.การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาต่อข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ 1

ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการรอบที่ 1 ดังนี้

-นำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนางานแต่ละกลุ่มวัย โดยลงรายละเอียดข้อมูลแต่ละระดับ และให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ข้อมูล ให้รอบคอบ ถูกต้อง

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ได้จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย ปี 2562 ระหว่างวันที่ 17 - 18 มิถุนายน 2562 ณ ห้องประชุมพลอยจันทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โดยนำข้อมูลจากการเยี่ยมเสริมพลังบูรณาการ 5 กลุ่มวัย ทั้ง 10 อำเภอในเดือนมกราคม 2562 นำเสนอสรุปผลการเยี่ยมเสริมพลังบูรณาการ 5 กลุ่มวัย ให้กับผู้เข้าร่วมประชุมระดับอำเภอและตำบล แบ่งกลุ่มจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และจัดทำแผนปฏิบัติการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยจังหวัดจันทบุรี (ปี 2563 - 2565)

4. ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานโครงการ Long Term Care ปีงบประมาณ 2562

| พื้นที่ดำเนินการ LTC | 1.จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โครงการ LTC (ยอดสะสมของทุกปี 2559-2562) | | | | | 2.จำนวน Care manager | 3.จำนวน Caregiver |
|----------------------|--|---------|---------|---------|-------|-------------------------|----------------------|
| | เฉพาะสิทธิ์ UC | | | | รวม | | |
| | กลุ่ม 1 | กลุ่ม 2 | กลุ่ม 3 | กลุ่ม 4 | | | |
| เมือง | 112 | 60 | 59 | 46 | 277 | 18 | 166 |
| ชลุง | 54 | 13 | 28 | 12 | 107 | 15 | 61 |
| ท่าใหม่ | 87 | 33 | 41 | 15 | 176 | 22 | 108 |
| โป่งน้ำร้อน | 42 | 10 | 23 | 10 | 85 | 10 | 64 |
| มะขาม | 47 | 11 | 32 | 10 | 100 | 12 | 61 |
| แหลมสิงห์ | 25 | 17 | 26 | 27 | 95 | 8 | 22 |
| สอยดาว | 91 | 7 | 24 | 14 | 136 | 14 | 75 |
| นายายอาม | 19 | 30 | 44 | 12 | 105 | 11 | 108 |
| แก่งหางแมว | 18 | 7 | 10 | 0 | 35 | 14 | 104 |
| เขาคิชฌกูฏ | 17 | 7 | 10 | 2 | 36 | 7 | 76 |
| รวม | 512 | 195 | 297 | 148 | 1,152 | 131 | 845 |

| พื้นที่ดำเนินการ LTC | 4.แผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)ที่จัดทำและได้เสนอต่อ คณะกรรมการ LTC แล้ว | | | | 5.ตำบล Long Term Care (ยอดสะสมของทุกปี) | | | | 6.ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ เปลี่ยนแปลงดีขึ้น (รายงาน 30 ก.ย 61) | |
|----------------------|---|--|--|---|--|--|---|---|--|---|
| | 4.1 จำนวน Care plan ปี 2559 - 2561 (รายเก่า) | 4.2 จำนวน Care plan ปี 2562 (รายใหม่) | 4.3 จำนวน Care plan ทั้งหมด ปี 2559 - 2562 (รายเก่า + รายใหม่) | 4.4 ร้อยละ (Care plan ปี 59-62/ ผู้สูงอายุปี 59 - 62 x 100) | 5.1 จำนวน ตำบล ทั้งหมด | 5.2 จำนวน ตำบลที่เข้า ร่วม โครงการ LTC | 5.3 จำนวน ตำบลที่ ผ่านเกณฑ์ LTC | 5.4 ร้อยละ (จำนวน ตำบลผ่าน เกณฑ์/ จำนวน ตำบล ทั้งหมด) | กลุ่มติดบ้าน เปลี่ยนเป็น ติดสังคม | กลุ่มติดเตียง เปลี่ยนเป็น ติดบ้าน |
| เมือง | 167 | 104 | 271 | 97.83 | 11 | 10 | 11 | 100.00 | 45 | 31 |
| ชลุง | 77 | 25 | 102 | 95.33 | 12 | 5 | 5 | 41.67 | 1 | 4 |
| ท่าใหม่ | 147 | 0 | 147 | 83.52 | 14 | 10 | 9 | 64.29 | 4 | 5 |
| โป่งน้ำร้อน | 63 | 0 | 63 | 74.12 | 5 | 4 | 4 | 80.00 | 41 | 11 |
| มะขาม | 123 | 3 | 126 | 100.00 | 6 | | 6 | 100.00 | 6 | 1 |
| แหลมสิงห์ | 90 | 0 | 90 | 94.74 | 7 | | 5 | 71.42 | 1 | 1 |
| สอยดาว | 60 | 47 | 107 | 78.68 | 5 | | 5 | 100.00 | 3 | - |
| นายายอาม | 95 | 5 | 100 | 95.24 | 6 | | 4 | 66.67 | 11 | 3 |
| แก่งหางแมว | 30 | 0 | 30 | 85.71 | 5 | | 1 | 20.00 | - | 3 |
| เขาคิชฌกูฏ | 28 | 0 | 28 | 77.78 | 5 | | 2 | 40.00 | - | - |
| รวม | 880 | 184 | 1064 | 92.36 | | | 52 | 68.42 | 112 | 59 |

ข้อมูลผู้สูงอายุรายอำเภอปี 2562

| อำเภอ | อายุ 60 ปีขึ้นไป | | รวม | ประชากรทั้งหมด | | รวม | ร้อยละ ประชากร |
|-------------|------------------|--------|--------|----------------|---------|---------|-------------------|
| | ชาย | หญิง | | ชาย | หญิง | | |
| เมือง | 8,151 | 10,736 | 18,887 | 48,332 | 55,341 | 103,673 | 18.22 |
| ชลุง | 3,856 | 4,929 | 8,780 | 19,283 | 19,958 | 39,241 | 22.37 |
| ท่าใหม่ | 5,465 | 7,204 | 12,669 | 28,063 | 30,561 | 58,624 | 21.61 |
| โป่งน้ำร้อน | 3,231 | 3,241 | 6,472 | 20,038 | 19,004 | 39,042 | 16.58 |
| ชะขาม | 2,435 | 2,985 | 5,420 | 11,863 | 12,328 | 24,191 | 22.41 |
| แหลมสิงห์ | 2,457 | 3,232 | 5,689 | 10,384 | 11,461 | 21,845 | 26.04 |
| สอยดาว | 4,536 | 5,049 | 9,585 | 26,761 | 27,522 | 54,283 | 17.66 |
| นายายอาม | 2,513 | 3,176 | 5,689 | 12,687 | 13,826 | 26,513 | 21.46 |
| แก่งหางแมว | 2,197 | 2,456 | 4,653 | 15,681 | 16,190 | 31,871 | 14.60 |
| เขาคิชฌกูฏ | 2,068 | 2,367 | 4,435 | 11,485 | 11,840 | 23,325 | 19.01 |
| รวม | 36,909 | 45,370 | 82,279 | 204,577 | 218,031 | 422,608 | 19.47 |

ที่มา : ข้อมูลประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปีจังหวัดจันทบุรี จาก HDC 12 มิถุนายน 2562

ข้อมูลการคัดกรอง ADL

| อำเภอ | จำนวน ผู้สูงอายุ ทั้งหมด | จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง | | | | | | | | ยัง ไม่ได้ รับการ คัด กรอง | ร้อยละ |
|---------------|--------------------------------|------------------------------------|--------|--------------------------|--------|------------------------------|--------|--------|--------|--|--------|
| | | ติดสังคม (ADL 12- 20) | ร้อยละ | ติดบ้าน (ADL 5-11) | ร้อยละ | ติด เตียง (ADL 0-4) | ร้อยละ | รวม | ร้อยละ | | |
| เมืองจันทบุรี | 18,895 | 15,259 | 97.65 | 242 | 1.55 | 125 | 0.80 | 15,626 | 82.7 | 3,269 | 17.30 |
| ชลุง | 8,822 | 7,536 | 97.49 | 137 | 1.77 | 57 | 0.74 | 7,730 | 87.62 | 1,092 | 12.38 |
| ท่าใหม่ | 12,674 | 10,707 | 97.47 | 201 | 1.83 | 77 | 0.70 | 10,985 | 86.67 | 1,689 | 13.33 |
| โป่งน้ำร้อน | 6,475 | 6,158 | 98.86 | 50 | 0.80 | 21 | 0.34 | 6,229 | 96.2 | 246 | 3.80 |
| มะขาม | 5,424 | 4,921 | 97.87 | 64 | 1.27 | 43 | 0.86 | 5,028 | 92.7 | 396 | 7.30 |
| แหลมสิงห์ | 5,690 | 4,908 | 97.25 | 89 | 1.76 | 50 | 0.99 | 5,047 | 88.7 | 643 | 11.30 |
| สอยดาว | 9,589 | 8,608 | 96.29 | 300 | 3.36 | 32 | 0.36 | 8,940 | 93.23 | 649 | 6.77 |
| แก่งหางแมว | 4,657 | 3,889 | 96.62 | 103 | 2.56 | 33 | 0.82 | 4,025 | 86.43 | 632 | 13.57 |
| นายายอาม | 5,688 | 5,476 | 98.37 | 46 | 0.83 | 45 | 0.81 | 5,567 | 97.87 | 121 | 2.13 |
| เขาคิชฌกูฏ | 4,435 | 4,325 | 98.72 | 31 | 0.71 | 25 | 0.57 | 4,381 | 98.78 | 54 | 1.22 |
| รวม | 82,349 | 71,787 | 97.59 | 1263 | 1.72 | 508 | 0.69 | 73,558 | 89.32 | 8,791 | 10.68 |

ข้อมูลจาก HDC :31พ.ค. 2562

| อำเภอ | ข้อมูลอปท.สมัครเข้าโครงการ LTC | | | | | | |
|-------------|--------------------------------|----------|--------|---------|--------|--------------|--------|
| | ทั้งหมด | เข้าร่วม | ร้อยละ | โอนเงิน | ร้อยละ | เบิกจ่ายเงิน | ร้อยละ |
| เมือง | 14 | 12 | 85.71 | 10 | 83.33 | 8 | 66.67 |
| ชลุง | 12 | 5 | 41.67 | 2 | 40.00 | 1 | 20.00 |
| ท่าใหม่ | 13 | 9 | 69.23 | 7 | 77.78 | 3 | 33.33 |
| โป่งน้ำร้อน | 6 | 4 | 66.67 | 4 | 100.00 | 0 | 0.00 |
| มะขาม | 7 | 7 | 100.00 | 6 | 85.71 | 0 | 0.00 |
| แหลมสิงห์ | 6 | 5 | 83.33 | 4 | 80.00 | 1 | 20.00 |
| สอยดาว | 6 | 5 | 83.33 | 4 | 80.00 | 2 | 40.00 |
| นายายอาม | 7 | 7 | 100.00 | 5 | 71.43 | 2 | 28.75 |
| แก่งหางแมว | 5 | 2 | 40.00 | 2 | 100.00 | 1 | 50.00 |
| เขาคิชฌกูฏ | 5 | 2 | 40.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| รวม | 81 | 58 | 71.60 | 44 | 75.86 | 18 | 31.03 |

ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2562

5. การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไขปัญหา ไม่ประสบความสำเร็จ/ ข้อเสนอแนะ

5.1 ขาดความเชื่อมโยงการดำเนินงาน LTC ระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในบางพื้นที่ เนื่องจากตำบล LTC ยังตกเกณฑ์องค์ประกอบที่ 7 มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล และองค์ประกอบที่ 6 มีระบบ การดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)

5.2 กองทุนที่ซื้อบริการตาม Care Plan มีจำนวนน้อย ร้อยละ 31.03 พบว่าไม่มั่นใจระเบียบการเบิกจ่าย / บุคลากรที่รับผิดชอบงานของอปท.มีภาระงานมาก และขาดความเชื่อมโยงระหว่าง Care Manager กับอปท. ในการดำเนินงาน LTC ภายใต้อัตลักษณ์การ LTC

5.3 การบริหารของชมรมผู้สูงอายุยังไม่เข้มแข็ง(กรรมการ กิจกรรม กองทุน)

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

6. กลุ่มงานและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางจันจิรา ใจดี

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร 081 7949364

Email : jang0644@gmail.com

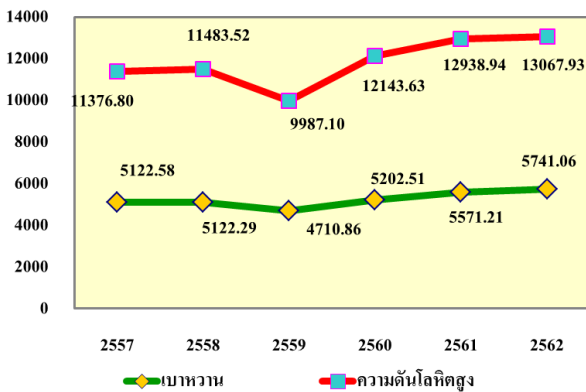
ประเด็นที่ 4 : การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ(การควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ)

ตัวชี้วัด : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

1) สถานการณ์ปัญหา ปีงบประมาณ 2562

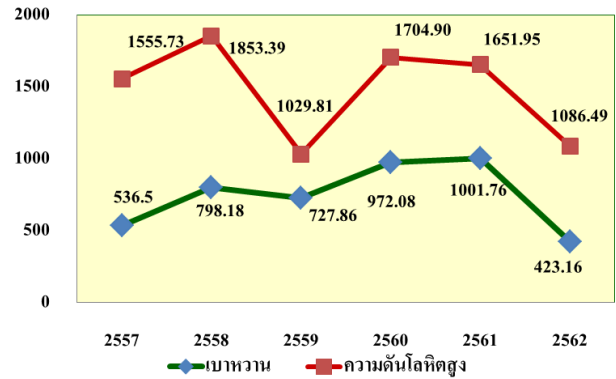
สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2557-2562 (ณ 21 มิถุนายน 2562) พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นแต่พบว่าอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2561-2562 มีแนวโน้มลดลง รายละเอียด ดังรูป

อัตราป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จ.จันทบุรี



ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผล 21 มิถุนายน 2562

อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จ.จันทบุรี



2) แผนงาน/โครงการและผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562

| โครงการ / วัตถุประสงค์ | กิจกรรม/กลุ่มเป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน |
|--|--|---|
| 1.โครงการสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตพอเพียงเพื่อลดเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อจังหวัดจันทบุรี (ได้รับงบประมาณจาก สสว.75,000 บาท) | | |
| -พัฒนาสนับสนุนกลไกการประสานงาน/บูรณาการหน่วยงาน/ภาคีภาคส่วนอื่น | - ประชุมคณะทำงานฯระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนโครงการ | -16 พฤศจิกายน 2561 |
| | -ขับเคลื่อนการดำเนินงานใน setting บ้าน วัด โรงเรียน (บ.ว.ร.) -สร้างชุมชนต้นแบบ “สุขภาพดีด้วยวิถีคนจันท” | -มีชุมชนต้นแบบ 12 ชุมชน ในทุกอำเภอ |
| -พัฒนาศักยภาพบุคลากรในภาคส่วนต่างๆ | ประชุมเชิงปฏิบัติการบุคลากรเครือข่ายเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ เพื่อพัฒนารูปแบบ/ระบบเฝ้าระวังโรคหัวใจและหลอดเลือด (Stroke Fast track /Stroke Alert) | -18 มกราคม 2562 |
| 2.โครงการพัฒนาคุณภาพและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | | |
| -พัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ NCD ClinicPlus ใน รพ./ NCD Clinic คุณภาพ ใน รพ.สต. | -ประเมิน NCD ClinicPlus ใน รพ. -นิเทศติดตาม NCD Clinic คุณภาพ ในรพ.สต. | - รอบที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562 - รอบที่ 2 สิงหาคม 2562 - บูรณาการประเมิน รพ.สต.ติดตาม (กรกฎาคม -สิงหาคม 2562) |
| 3.เสริมพลังและกำกับติดตาม NCDs Management ระดับอำเภอ | | |

| | | |
|---|---|--|
| -กำกับติดตามเยี่ยมเสริมพลังการบริหารจัดการโรค NCDs ในระดับอำเภอ/ตำบล | -นิเทศติดตามในระดับอำเภอ/ตำบล ประเมินโดยใช้เกณฑ์ SI3M (บูรณาการกับประเมิน NCD Clinic) | - มกราคม 2562 |
| 4.พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อตามหลักระบาดวิทยา | | |
| -พัฒนาระบบข้อมูล/การรายงานผลโรค NCDs ให้มีคุณภาพถูกต้อง ครบถ้วน | -ประชุมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการเฝ้าระวังโรค NCDs ตามหลักระบาดวิทยา | -บูรณาการกับการนิเทศเยี่ยมเสริมพลังการบริหารจัดการโรค NCDs ในระดับอำเภอ/ตำบล |

3) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2562

3.1) การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ 35 ปีขึ้นไป

ในปีงบประมาณ 2562 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม – 21 มิถุนายน 2562 คัดกรองโรคเบาหวานได้ครอบคลุมร้อยละ 92.09 พบกลุ่มเสี่ยงเบาหวานร้อยละ 4.81 คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมร้อยละ 93.64 พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.50 รายละเอียดดังตาราง

ตารางแสดง ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จ.จันทบุรี ปีงบประมาณ 2562

| อำเภอ | เป้าหมาย | คัดกรอง | ร้อยละ | ผลการคัดกรอง | | | | | |
|---------------|----------------|----------------|--------------|----------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | | | | ปกติ | ร้อยละ | เสี่ยง | ร้อยละ | สงสัยป่วย | ร้อยละ |
| เมืองจันทบุรี | 55,163 | 51,496 | 93.35 | 45,676 | 88.7 | 2,409 | 4.68 | 698 | 1.36 |
| ขลุง | 21,442 | 19,240 | 89.73 | 16,142 | 83.9 | 994 | 5.17 | 153 | 0.8 |
| ท่าใหม่ | 32,270 | 29,103 | 90.19 | 26,259 | 90.23 | 2,158 | 7.42 | 194 | 0.67 |
| โป่งน้ำร้อน | 18,988 | 18,010 | 94.85 | 16,307 | 90.54 | 431 | 2.39 | 138 | 0.77 |
| มะขาม | 13,563 | 10,233 | 75.45 | 9,036 | 88.3 | 666 | 6.51 | 122 | 1.19 |
| แหลมสิงห์ | 12,284 | 11,454 | 93.24 | 9,150 | 79.88 | 1,789 | 15.62 | 174 | 1.52 |
| สอยดาว | 27,302 | 25,766 | 94.37 | 25,162 | 97.66 | 327 | 1.27 | 74 | 0.29 |
| แก่งหางแมว | 15,684 | 15,032 | 95.84 | 14,296 | 95.1 | 549 | 3.65 | 64 | 0.43 |
| นายายอาม | 14,490 | 13,482 | 93.04 | 12,956 | 96.1 | 329 | 2.44 | 51 | 0.38 |
| เขาคิชฌกูฏ | 12,098 | 11,807 | 97.59 | 11,354 | 96.16 | 247 | 2.09 | 43 | 0.36 |
| รวม | 223,284 | 205,623 | 92.09 | 186,338 | 90.62 | 9,899 | 4.81 | 1,711 | 0.83 |

ตารางแสดง ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จ.จันทบุรี ปีงบประมาณ 2562

| อำเภอ | เป้าหมาย | คัดกรอง | ร้อยละ | ผลการคัดกรอง | | | | | |
|---------------|----------------|----------------|--------------|----------------|--------------|---------------|-------------|--------------|-------------|
| | | | | ปกติ | ร้อยละ | เสี่ยง | ร้อยละ | สงสัยป่วย | ร้อยละ |
| เมืองจันทบุรี | 49,669 | 47,110 | 94.85 | 40,056 | 85.03 | 5,154 | 10.94 | 1,833 | 3.89 |
| ขลุง | 18,866 | 17,118 | 90.73 | 15,754 | 92.03 | 877 | 5.12 | 457 | 2.67 |
| ท่าใหม่ | 27,687 | 25,913 | 93.59 | 21,420 | 82.66 | 3,935 | 15.19 | 491 | 1.89 |
| โป่งน้ำร้อน | 16,837 | 16,181 | 96.1 | 14,448 | 89.29 | 1,304 | 8.06 | 400 | 2.47 |
| มะขาม | 11,506 | 9,023 | 78.42 | 6,684 | 74.08 | 1,787 | 19.8 | 537 | 5.95 |
| แหลมสิงห์ | 9,911 | 9,270 | 93.53 | 7,426 | 80.11 | 1,600 | 17.26 | 236 | 2.55 |
| สอยดาว | 25,221 | 24,031 | 95.28 | 23,220 | 96.63 | 587 | 2.44 | 204 | 0.85 |
| แก่งหางแมว | 13,901 | 13,355 | 96.07 | 11,005 | 82.4 | 2,149 | 16.09 | 188 | 1.41 |
| นายายอาม | 11,967 | 11,328 | 94.66 | 9,430 | 83.25 | 1,569 | 13.85 | 298 | 2.63 |
| เขาคิชฌกูฏ | 10,459 | 10,223 | 97.74 | 9,647 | 94.37 | 313 | 3.06 | 252 | 2.47 |
| รวม | 196,024 | 183,552 | 93.64 | 159,090 | 86.67 | 19,275 | 10.5 | 4,896 | 2.67 |

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผลวันที่ 21 มิถุนายน 2562

3.2) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (ไม่เกินร้อยละ 2.05)

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเท่ากับ ร้อยละ 2.05

ตารางแสดง ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2562

| อำเภอ | B | A | ร้อยละ |
|---------------|--------------|------------|-------------|
| เมืองจันทบุรี | 1,420 | 34 | 2.39 |
| ขลุง | 518 | 11 | 2.12 |
| ท่าใหม่ | 2,056 | 36 | 1.75 |
| โป่งน้ำร้อน | 437 | 9 | 2.06 |
| มะขาม | 562 | 12 | 2.14 |
| แหลมสิงห์ | 952 | 23 | 2.42 |
| สอยดาว | 715 | 18 | 2.52 |
| แก่งหางแมว | 684 | 9 | 1.32 |
| นายายอาม | 494 | 9 | 1.82 |
| เขาคิชฌกูฏ | 197 | 4 | 2.03 |
| รวม | 8,035 | 165 | 2.05 |

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผลวันที่ 21 มิถุนายน 2562

หมายเหตุ B หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด มีค่าระดับน้ำตาลอดอาหาร (FPG) อยู่ระหว่าง 100-125 mg/dl หรือมีค่าระดับน้ำตาลโดยไม้ออดอาหาร (RPG) อยู่ระหว่าง 140-199 mg/dl ในปีที่ผ่านมา

A หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ มีค่าระดับน้ำตาลอดอาหาร (FPG) อยู่ระหว่าง 100-125 mg/dl หรือมีค่าระดับน้ำตาลโดยไม้ออดอาหาร (RPG) อยู่ระหว่าง 140-199 mg/dl ในปีที่ผ่านมา ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณปัจจุบัน

3.3) อัตราากลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เกณฑ์เป้าหมาย รอบ 9 เดือน \geq ร้อยละ 70) ผลการดำเนินงาน เท่ากับร้อยละ 85.55 ผ่านเกณฑ์

ตารางแสดง กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ/ได้รับคำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

| อำเภอ | B | A | ร้อยละ |
|---------------|--------------|--------------|--------------|
| เมืองจันทบุรี | 1,420 | 1,087 | 76.55 |
| ขลุง | 518 | 477 | 92.08 |
| ท่าใหม่ | 2,056 | 1,590 | 77.33 |
| โป่งน้ำร้อน | 437 | 397 | 90.85 |
| มะขาม | 562 | 461 | 82.03 |
| แหลมสิงห์ | 952 | 917 | 96.32 |
| สอยดาว | 715 | 670 | 93.71 |
| แก่งหางแมว | 684 | 637 | 93.13 |
| นายายอาม | 494 | 449 | 90.89 |
| เขาคิชฌกูฏ | 197 | 189 | 95.94 |
| รวม | 8,035 | 6,874 | 85.55 |

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผลวันที่ 21 มิถุนายน 2562

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

3.4) อัตราากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน)(HomeBP) (เกณฑ์เป้าหมาย รอบ 9 เดือน \geq ร้อยละ 20) ผลการดำเนินงาน เท่ากับร้อยละ 27.26 ผ่านเกณฑ์

ตารางแสดง กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านจ.จันทบุรี ปี 2561-2562

| อำเภอ | ปีงบประมาณ 2562 | | |
|---------------|---------------------|---------------------------------|--------------|
| | กลุ่มสงสัยป่วย (คน) | ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน | ร้อยละ |
| เมืองจันทบุรี | 2,710 | 553 | 20.41 |
| ขลุง | 582 | 228 | 39.18 |
| ท่าใหม่ | 695 | 130 | 18.71 |
| โป่งน้ำร้อน | 487 | 189 | 38.81 |
| มะขาม | 611 | 216 | 35.35 |
| แหลมสิงห์ | 320 | 94 | 29.38 |
| สอยดาว | 287 | 56 | 19.51 |
| แก่งหางแมว | 241 | 85 | 35.27 |
| นายายอาม | 333 | 123 | 36.94 |
| เขาคิชฌกูฏ | 304 | 117 | 38.49 |
| รวม | 6,570 | 1,791 | 27.26 |

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผลวันที่ 21 มิถุนายน 2562

และพบว่า ผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มที่ทำ Home BP ปี 2562 เท่ากับร้อยละ 8.10 ลดลงจากปี 2561 ซึ่งเท่ากับ ร้อยละ 18.67รายละเอียด ดังตาราง

ตาราง ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำHomeBP) จังหวัดจันทบุรี ปี 2561-2562

| อำเภอ | ปีงบประมาณ 2561 | | | ปีงบประมาณ 2562 | | |
|---------------|--------------------------------|--|----------------|--------------------------------|--|----------------|
| | จำนวนผู้สงสัยป่วยที่ทำ HOME BP | จำนวนที่ถูกวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ | อัตรา (ร้อยละ) | จำนวนผู้สงสัยป่วยที่ทำ HOME BP | จำนวนที่ถูกวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ | อัตรา (ร้อยละ) |
| เมืองจันทบุรี | 180 | 50 | 27.78 | 553 | 36 | 6.51 |
| ขลุง | 70 | 11 | 15.71 | 228 | 24 | 10.53 |
| ท่าใหม่ | 58 | 16 | 27.59 | 130 | 12 | 9.23 |
| โป่งน้ำร้อน | 46 | 8 | 17.39 | 189 | 17 | 8.99 |
| มะขาม | 113 | 21 | 18.58 | 216 | 15 | 6.94 |
| แหลมสิงห์ | 59 | 4 | 6.78 | 94 | 12 | 12.77 |
| สอยดาว | 81 | 8 | 9.88 | 56 | 3 | 5.36 |
| แก่งหางแมว | 43 | 10 | 23.26 | 85 | 6 | 7.06 |
| นายายอาม | 107 | 16 | 14.95 | 123 | 13 | 10.57 |
| เขาคิชฌกูฏ | 25 | 2 | 8 | 117 | 7 | 5.98 |
| รวม | 782 | 146 | 18.67 | 1,791 | 145 | 8.10 |

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผลวันที่ 21 มิถุนายน 2562

4)วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

- 4.1) การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ได้ครอบคลุม มากกว่าร้อยละ 90 เนื่องจากมีการกำหนดนโยบายให้มีการคัดกรองโรคไม่ติดต่อในประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมมากที่สุด เพื่อค้นหาและจัดการโรคในกลุ่มป่วยและจัดบริการลดเสี่ยงลดโรคในกลุ่มเสี่ยง ผลจากการคัดกรองครอบคลุมประชากรเป้าหมาย พบว่า ปีงบประมาณ 2561-2562 จังหวัดจันทบุรี มีแนวโน้มอัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงลดลง
 - 4.2) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานยังไม่เกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 2.05 โดยมีอัตราเท่ากับร้อยละ 2.05 สอดคล้องกับอัตราป่วยรายใหม่สะสมที่มีแนวโน้มลดลงตามสถานการณ์โรคที่กล่าวมาแล้ว
 - 4.3) อัตรากลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดำเนินการได้ร้อยละ 85.55 ผ่านเกณฑ์เป้าหมายรอบ 9 เดือนที่กำหนดให้มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
 - 4.4) อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ปีงบประมาณ 2562 ดำเนินการได้ร้อยละ 27.26 ผ่านเกณฑ์เป้าหมายรอบ 9 เดือนที่กำหนดให้มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20
 - 4.5) ปีงบประมาณ 2562 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ถูกวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยใหม่ร้อยละ 8.10 ลดลงจากปี 2561 (ร้อยละ 18.67) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการวัดความดันโลหิตที่บ้านในกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการคัดกรองโรคที่ลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลงได้
- 5.) ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด
นางสุจิตรา กิจจานนท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
โทรศัพท์ 0917189928 E-mail : ncdnetworkchan@gmail.com

ประเด็นที่ 5 : ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)

และ ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

1.สถานการณ์/สภาพทั่วไป

จากสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคติดต่อของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยยังเผชิญกับความเสี่ยงเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Disease; EID) และโรคติดต่อที่สำคัญโดยเฉพาะเขตบริการสุขภาพที่ 6 ซึ่งมีพื้นที่ติดแนวชายแดน และการท่องเที่ยว จึงมีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของประชากรทั้งในภาคแรงงานและการท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก

จังหวัดจันทบุรี อยู่ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 6 เผชิญความเสี่ยงจากสถานการณ์ของโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เนื่องจากมีประชาชนชาวมุสลิมไปประกอบพิธีฮัจญ์ในประเทศแถบตะวันออกกลางทุกปี นับตั้งแต่ ปีพ.ศ.2561พบผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคหลายขนานชนิดรุนแรง (XDR-TB) โรคติดต่อไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ B ที่พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในกลุ่มเด็กวัยเรียน และผู้บุคลากรการแพทย์หลายเหตุการณ์ โรคมือเท้าปากมีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับ 5 ของประเทศ ในปี 2562 ที่มีการคาดการณ์โรคไข้เลือดออกจะมีการระบาดที่รุนแรง จากข้อมูลเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกคิดเป็นพบอัตราป่วย 96.92 ต่อแสนประชากร ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งมิติสุขภาพกายจิตและสังคม

จากเหตุปัจจัยดังกล่าวสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีจึงตระหนักว่าการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขทั้งจากสถานการณ์ภัยพิบัติและสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีระดับความรุนแรงและผลกระทบสูงนั้นจำเป็นต้องมีเครื่องมือในการจัดการภาวะวิกฤติที่เป็นระบบเดียวกัน จึงจะทำให้การจัดการแก้ไขปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถลดการสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนได้ จึงพัฒนาระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ควบคู่กับการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (Emergency Operating Center; EOC) เพื่อเป็นจุดศูนย์กลางของการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2562 โดยอาศัยหลักการที่ให้ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานงานเพื่อให้ข้อสั่งการต่างๆ 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 EOC ระดับจังหวัด |
| | 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 ตรวจสอบและประเมินสถานการณ์เกิดโรคและภัยสุขภาพ |

3. การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

3.1 การดำเนินงาน

- จังหวัดจันทบุรี มีคำสั่งและผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี เลขที่ 674/2561 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 เศลวัตนะกุล รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี 3.นางประภา วัฒนชีพ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) (16-17 ม.ค.62) 4.นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ผอ.รพศ. (รอเข้าอบรมเดือน ก.ค. 2562) |
| 2 | การจัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด ➤ ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จังหวัด สามารถเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ได้ ➤ วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด | [✓] ดำเนินการแล้ว ต่อเนื่องจาก ปี 2561 มีบัญชีรายชื่อเจ้าหน้าที่ทีม SAT และ JIT ระดับจังหวัด จังหวัดจันทบุรีได้จัดตั้งหน่วยCDCUทุกอำเภอ ตามคำสั่งจังหวัดจันทบุรีที่ 1336/2561 ลงวันที่ 5 เมษายน 2561 [✓] ดำเนินการแล้ว ปี 2562 มีการประเมินความเสี่ยงโรคด้านโรคติดต่อและRTI ของจังหวัดจันทบุรี ปี 2562 |

| | | |
|---|---|--|
| 3 | <p>การเตรียมความพร้อมของทรัพยากรเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด</p> <p>➤ มีการจัดทำรายการทรัพยากรที่สำคัญ จำเป็นที่จะต้องใช้เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพสำคัญเหล่านั้น</p> | <p>[✓] ดำเนินการแล้ว ปี 2562</p> <p>ดำเนินงานจัดทำรายการทรัพยากรด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค กรณีการระบาดโรคไข้เลือดออก ปี 2562</p> |
| 4 | <p>การจัดเตรียมแผนบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การซ้อมแผนและการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด</p> <p>➤ จัดทำรายชื้ออัตรากำลังคน (Surge capacity plan) ของหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อเข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4ระดับ)</p> | <p>[✓] ดำเนินการแล้ว</p> <p>ครั้งที่ 1 จังหวัดจันทบุรี ร่วมกิจกรรมการฝึกซ้อมแผนเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระดับเขต 7 - 10 ม.ค.62 จัดโดย สน.ปภ.เขต</p> <p>ครั้งที่ 2 จังหวัดจันทบุรี โดยสสจ.จันทบุรี จัดการฝึกซ้อมแผนเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์การระบาดโรคหัดในพื้นที่ชายแดน อ.สอยดาวและอ.โป่งน้ำร้อน จ.จันทบุรี 14-15 มี.ค.2562</p> <p>ครั้งที่ 3 จังหวัดจันทบุรี โดย สน.ปภ.จังหวัดจันทบุรีจัดการฝึกซ้อมแผนเตรียมความพร้อมรับสาธารณสุขภัย(อุทกภัยและดินถล่ม)ระดับจังหวัด ณ โรงแรม เคพีแกรนด์ วันที่ 6 มิ.ย. 2562</p> |
| 5 | <p>การจัดเตรียมแผนบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การซ้อมแผน และการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด</p> <p>➤ มีการยกระดับเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือมีการซ้อมแผนปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่</p> | <p>[✓] ดำเนินการแล้ว</p> <p>จังหวัดจันทบุรี เปิดศูนย์ปฏิบัติการ EOC ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เทศกาลปีใหม่ ระหว่างวันที่ 27 ธ.ค.61 - 2 ม.ค.62 ณ สนง.สสจ.จบ.</p> <p>ครั้งที่ 2 เปิดศูนย์ปฏิบัติการ EOC ด้านการแพทย์เทศกาลสงกรานต์</p> <p>ครั้งที่ 3 เปิดศูนย์ปฏิบัติการ EOC การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (นพ.สสจ.จบ. เป็นประธาน) วันที่ 19 มิ.ย.62 กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นศูนย์ปฏิบัติการฯ</p> |

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 ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน และมีความรับผิดชอบในภารกิจหน้าที่ในการปฏิบัติงาน

5.กลุ่มงานและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายศุภกร จุฑาจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ 08-94998197

E-mail: Kunsuppakorn@gmail.com

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

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2562

จากการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ พบว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดจันทบุรี มีอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15 - 19 ปีต่ำกว่าระดับประเทศ และลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2556 - 2561 จาก 45.65 เหลือเพียง 29.42 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายของยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด (40 : 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี)เมื่อแยกเป็นรายอำเภอ พบว่าอำเภอที่มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15 - 19 ปีสูงกว่าเป้าหมาย ได้แก่ อำเภอแก่งหางแมว ในอัตราการคลอด 47.52 ต่อพันประชากรหญิง 15 - 19 ปี นอกจากนี้ พบว่า ตั้งแต่ปี 2556 ถึง 2560 อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นซึ่งใกล้เคียงกับสถานการณ์ของประเทศ เฉลี่ยร้อยละ 12 ของหญิงอายุ 15 - 19 ปี คลอด จากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ได้ตระหนักถึงปัญหาจึงได้มีการเน้นย้ำ และเร่งรัดให้โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ดำเนินการจัดบริการวางแผนครอบครัวให้แก่หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ด้วยวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ยาฝัง/ ห่วงอนามัย) ส่งผลให้ ในปี 2561 อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ของจังหวัดจันทบุรีลดลงเหลือเพียงร้อยละ 8.88 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 20 ปี แต่พบว่าบางอำเภอมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีสูงกว่าเป้าหมาย ได้แก่ อำเภอนายายอาม, อำเภอแก่งหางแมว, อำเภอเขาคิชฌกูฏ, อำเภอสอยดาว และอำเภอโป่งน้ำร้อน คิดเป็นร้อยละ 15.38, 11.43, 11.11, 10.81 และ 10.34 ตามลำดับ ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่มีแนวโน้มสถานการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลจาก สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก (ซิฟิลิส, หนองใน, หนองในเทียม, แผลริมอ่อน และกามโรคของต่อและท่อน้ำเหลือง) ประเทศไทย ปี 2557 - 2561 มีแนวโน้มของอัตราการป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 18.8 เป็น 30.40 ต่อประชากร 100,000 คน ทั้งนี้พบว่าจังหวัดจันทบุรี 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 แจ้งให้ที่ประชุม คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทราบ และดำเนินการบูรณาการกิจกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไปพร้อมกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2) แผนงานและผลการดำเนินงานปี 2562

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มวัยรุ่นที่ครอบคลุมตามภารกิจการดำเนินงานของยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

- 1) ด้านการบริหารจัดการ และการขับเคลื่อนเชิงนโยบายภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

◆ มีการขับเคลื่อน ผลักดันการบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นผ่าน คณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด โดยมีการประชุมถ่ายทอดนโยบาย, บูรณาการแผนการดำเนินงานระหว่างหน่วยงาน

ควบคู่กับการควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติงาน และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อก่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันภายในจังหวัด

◆ มีการถ่ายทอดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และการจัดบริการสำหรับกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ผ่านโครงการเยี่ยมเสริมพลัง 5 กลุ่มวัย ประจำปีงบประมาณ 2562 เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ และระดับตำบล เกิดความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม มองเห็นกระบวนการ การสร้างเสริมสุขภาพได้ครอบคลุมทุกมิติของแต่ละกลุ่มวัย ก่อให้เกิดความตระหนักและนำไปสู่กระบวนการดำเนินงานที่เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุดแก่ประชาชนในพื้นที่

2) ด้านการขับเคลื่อนอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์

◆ จังหวัดจันทบุรี ได้รับการประกาศให้เป็นจังหวัดอนามัยการเจริญพันธุ์ เมื่อปี 2558 เนื่องจากมีการขับเคลื่อนงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน ครอบคลุมทั้ง 10 อำเภอ และขยายพื้นที่การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ มีการดำเนินการค้นหาข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ เพื่อหารือร่วมกับคณะกรรมการ ในการวางแผนการขับเคลื่อนงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และแก้ไขปัญหา ด้านสุขภาพระหว่างภาคีเครือข่ายระดับอำเภอร่วมกัน

◆ ในปีงบประมาณ 2562 จังหวัดจันทบุรี มีการลงเยี่ยมเพื่อรับรองมาตรฐานการขับเคลื่อนงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ (ต่อเนื่องครั้งที่ 2) จำนวน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอแก่งหางแมว และอำเภอเขาฉกรรจ์ และ 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลท่าใหม่, สองพี่น้อง, เขาสุกิม, แก่งหางแมว และเขาฉกรรจ์ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 6 ในเดือนมีนาคม 2562 และหน่วยงานดังกล่าว จำนวน 2 อำเภอ 5 โรงพยาบาล ได้รับการรับรองมาตรฐานการขับเคลื่อนงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และคลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนทุกแห่ง ส่งผลให้จังหวัดจันทบุรี มีการรับรองผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนทุกอำเภอ ทุกโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100

3) ด้านการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service: YFHS)

3.1) การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาล

◆ บริการส่งเสริมสุขภาพ: โรงพยาบาลพระปกเกล้า และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 12 แห่ง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีการจัดบริการคลินิกสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ภายใต้ พรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นที่บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น สถานศึกษา (คู่มือโรงเรียน เพื่อดูแลและส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพ:OHOS), องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, แกนนำจิตอาสาในชุมชน รวมไปถึงคู่มือบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ โดยการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โครงการเสริมสร้างทักษะชีวิตวัยรุ่น โครงการส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว โดยมีการของบประมาณเพื่อดำเนินการจากกองทุนส่งเสริมหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการการจัดบริการเชิงรับในสถานบริการ เช่น คลินิกให้คำปรึกษา, บริการรักษาหรือส่งต่อที่เหมาะสม เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ได้รับบริการสุขภาพที่ตรงกับความต้องการ ปลอดภัย และเหมาะสม

◆ บริการด้านการป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ

■ บริการฝากครรภ์คุณภาพ ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความประสงค์ที่จะตั้งครรภ์ต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานกำหนด

- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในการจัดบริการวางแผนครอบครัว ร่วมกับสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
- บริการยุติการตั้งครรภ์ของกลุ่มวัยรุ่น โดยมีโรงพยาบาลพระปกเกล้า (โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ) เป็นแม่ข่ายในการรับดูแล ให้คำปรึกษา และให้บริการแก่หญิงวัยรุ่นที่มีความประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ ภายใต้คลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนโรงพยาบาลพระปกเกล้า
- บริการวางแผนครอบครัวหลังคลอด/ หลังแท้ง: ส่งเสริมการจัดบริการวางแผนครอบครัวในกลุ่มวัยรุ่นด้วยวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวร โดยเฉพาะกลุ่มหญิงวัยรุ่นหลังคลอด/ หลังแท้งที่เข้ามาใช้บริการในสถานพยาบาลทุกรายพร้อมทั้งมีการติดตามผลการดำเนินการจัดบริการโดยบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัดทุกไตรมาส

3.2) การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในชุมชน

◆ ขยายเครือข่ายการดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน/ ชุมชน ผ่านการจัดบริการของ "ศูนย์บริการอนามัยเจริญพันธุ์ในชุมชน" ซึ่งมีต้นแบบการดำเนินงานจากศูนย์บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ในชุมชน ตำบลยายร้า อำเภอบางบาล จังหวัดจันทบุรี ผ่านกระบวนการถ่ายทอดการดำเนินงานของต้นแบบ, การตกลงแนวทางการจัดบริการ และส่งต่อบริการร่วมกันของแกนนำจิตอาสาในการจัดบริการ, การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการในพื้นที่, การติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาการจัดบริการให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันตามมาตรฐาน และขีดความสามารถของผู้ให้บริการ ในพื้นที่ โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ได้มีแผนการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง และพัฒนาการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้ง 10 ศูนย์บริการฯ ครั้งที่ 2 ในปีงบประมาณ 2562 ระหว่างวันที่ 2 – 5 เมษายน 2562และนำข้อมูลในมิติต่างๆ จากการลงพื้นที่ ประมวลผลทางกระบวนการวิจัย และพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

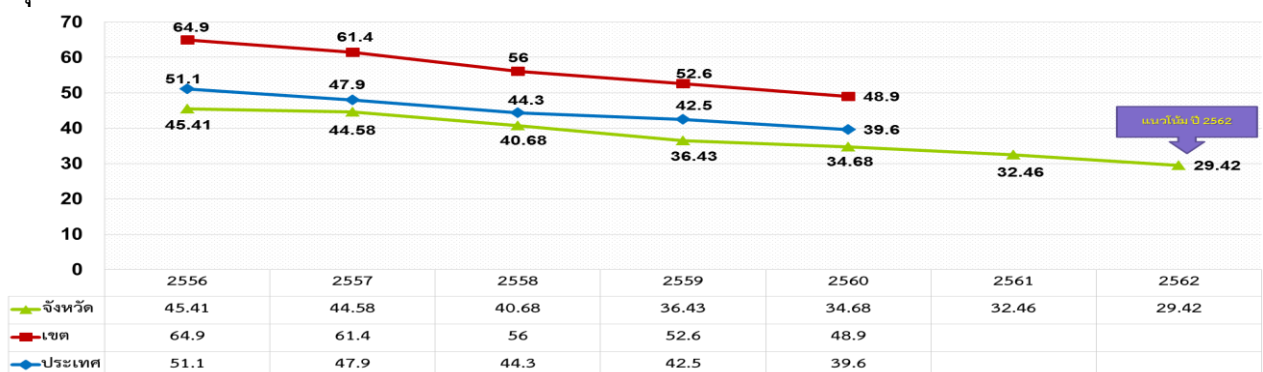
4) การดำเนินงานเชิงคุณภาพ

- ◆ ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชนในพื้นที่ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 6
- ◆ ศึกษาวิจัยพัฒนาการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดจันทบุรี
- ◆ เข้าร่วมโครงการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ และวางแผนการดำเนินงานในปีถัดไป

4) ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562

4.1 แผนภาพเปรียบเทียบอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15 – 19 ปี จังหวัดจันทบุรี เปรียบเทียบกับ

เขตสุขภาพ และประเทศ



ที่มา: สำนักทะเบียนราษฎร์, สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ประมวลผลข้อมูล ณ วันที่ 22 พฤษภาคม 2562

4.2 ตารางสรุปผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี ข้อมูล 4 ปี จังหวัดจันทบุรี

ปีงบประมาณ 2559 – 2562

| ลำดับ | ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน | เป้าหมาย | ผลงาน ปี 2559 | ผลงาน ปี 2560 | ผลงานปี 2561 | ผลงานปี 2562 | แหล่ง ข้อมูล |
|-------|---|--|------------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|
| 1. | อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ 15 – 19 ปี | ♦ปี 2559 ไม่เกิน 50 ♦ปี 2560 ไม่เกิน 42 ♦ปี 2561 ไม่เกิน 40 ต่อพัน ปชก. หญิง 15-19 ปี | 36.43 | 34.68 | 32.46 | 29.42 | สำนัก ทะเบียน ราษฎร์ |
| 2. | อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิง อายุต่ำกว่า 20 ปี | ร้อยละ 10 | 12.08 | 12.10 | 8.88 | 8.03 | สำนัก ทะเบียน ราษฎร์ |
| 3. | หญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่ คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิด ด้วยวิธีสมัยใหม่ | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของหญิง ต่ำกว่า 20 ปี คลอด | 17.03 | 16.67 | 28.84 | 35.77 | HDC |
| 4. | หญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่ คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิด ด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝัง คุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80ของ หญิงต่ำกว่า 20 ปีคุมกำเนิดทุก วิธี | 4.29 | 76.83 | 64.23 | 75.27 | HDC |
| 5. | การขับเคลื่อน พรบ.การ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ♦ การประชุม คณะกรรมการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น ระดับจังหวัด | อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี | ยังไม่มี การ กำหนด นโยบาย | 1 | 2 | 1 | |

4.3 ตารางแสดงอัตราการตั้งครรภ์ และตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี จังหวัดจันทบุรี

ปีงบประมาณ 2562 จำแนกรายอำเภอ

| อำเภอ | ปีงบประมาณ 2562 | | | | | |
|-------------|---------------------|--------------------------|--|----------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| | พช.หญิง 15-19 ปี | หญิง 15-19 ปี คลอด | อัตราการคลอดในหญิง อายุ 15-19 ปี:พัน พช. หญิง 15-19 ปี | หญิงอายุ <20 ปี คลอด | หญิงอายุ <20 ปี คลอดซ้ำ | ร้อยละ<20 ปี คลอดซ้ำ |
| เมือง | 4,414 | 82 | 18.58 | 42 | 2 | 4.76 |
| ขลุง | 1,597 | 56 | 35.07 | 28 | 2 | 7.14 |
| ท่าใหม่ | 1,981 | 40 | 20.19 | 20 | 1 | 5.00 |
| โป่งน้ำร้อน | 1,448 | 56 | 38.67 | 29 | 3 | 10.34 |
| มะขาม | 836 | 32 | 38.28 | 17 | 0 | 0.00 |
| แหลมสิงห์ | 770 | 20 | 25.97 | 10 | 0 | 0.00 |
| สอยดาว | 2,031 | 70 | 34.47 | 37 | 4 | 10.81 |
| แก่งหางแมว | 1,431 | 68 | 47.52 | 35 | 4 | 11.43 |
| นายายอาม | 1,004 | 26 | 25.90 | 13 | 2 | 15.38 |
| เขาคิชฌกูฏ | 941 | 34 | 36.13 | 18 | 2 | 11.11 |
| รวม | 16,453 | 484 | 29.42 | 249 | 20 | 8.03 |

ที่มา: ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ประมวลผล ณ วันที่ 19 มกราคม 2562

4.4 ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods)

หลังคลอดหรือหลังแท้ง จังหวัดจันทบุรีปีงบประมาณ 2562

| โรงพยาบาล | จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้ง บุตร จากแฟ้ม LABOR | จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/ แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR ที่ได้รับการคุมกำเนิด ด้วยวิธีสมัยใหม่ ภายใน 42 วัน | ร้อยละ |
|-------------|---|--|--------------|
| พระปกเกล้า | 143 | 17 | 11.89 |
| ขลุง | 6 | 3 | 50.00 |
| ท่าใหม่ | 7 | 5 | 71.43 |
| เขาสุกิม | 8 | 7 | 87.50 |
| สองพี่น้อง | 0 | 0 | 0.00 |
| โป่งน้ำร้อน | 15 | 10 | 66.67 |
| มะขาม | 12 | 12 | 100.00 |
| แหลมสิงห์ | 8 | 4 | 50.00 |
| สอยดาว | 29 | 9 | 31.03 |
| แก่งหางแมว | 12 | 10 | 83.33 |
| นายายอาม | 13 | 9 | 69.23 |
| เขาคิชฌกูฏ | 7 | 7 | 100.00 |
| รวม | 260 | 93 | 35.77 |

ที่มา HDC ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2562

4.5 ตารางแสดงร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปีหลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)

| โรงพยาบาล | จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแท้ม LABOR ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ ภายใน 42 วัน | จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแท้ม LABOR ได้รับการบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร(ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) | ร้อยละ |
|-------------|--|---|--------|
| พระปกเกล้า | 17 | 10 | 58.82 |
| ชลบุรี | 3 | 3 | 100.00 |
| ท่าใหม่ | 5 | 2 | 40.00 |
| เขาสกิม | 7 | 7 | 100.00 |
| สองพี่น้อง | 0 | 0 | 0.00 |
| โป่งน้ำร้อน | 10 | 9 | 90.00 |
| มะขาม | 12 | 11 | 91.67 |
| แหลมสิงห์ | 4 | 4 | 100.00 |
| สอยดาว | 9 | 4 | 44.44 |
| แก่งหางแมว | 10 | 5 | 50.00 |
| นายายอาม | 9 | 8 | 88.89 |
| เขาคิชฌกูฏ | 7 | 7 | 100.00 |
| รวม | 93 | 70 | 75.27 |

ที่มา HDC ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2562

4.6 ตารางเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจัดบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ข้อมูลจากรายงานการคลอดเปรียบเทียบกับ Health Data Center

| โรงพยาบาล | รายงานการคลอด | | | HDC | | |
|-------------|---------------------|--|--------|---------------------|--|--------|
| | หญิงคลอดอายุ <20 ปี | หญิงอายุ <20 ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร | ร้อยละ | หญิงคลอดอายุ <20 ปี | หญิงอายุ <20 ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร | ร้อยละ |
| พระปกเกล้า | 240 | 172 | 71.67 | 143 | 10 | 6.99 |
| ท่าใหม่ | 9 | 6 | 66.67 | 7 | 2 | 28.57 |
| ชลบุรี | 9 | 9 | 100.00 | 6 | 3 | 50.00 |
| แหลมสิงห์ | 8 | 7 | 87.50 | 8 | 4 | 50.00 |
| มะขาม | 15 | 11 | 73.33 | 12 | 11 | 91.67 |
| โป่งน้ำร้อน | 26 | 19 | 73.08 | 15 | 9 | 60.00 |
| สอยดาว | 41 | 5 | 12.20 | 28 | 4 | 14.29 |
| เขาสกิม | 6 | 5 | 83.33 | 8 | 7 | 87.50 |
| เขาคิชฌกูฏ | 12 | 8 | 66.67 | 7 | 7 | 100.00 |
| นายายอาม | 16 | 13 | 81.25 | 13 | 8 | 61.54 |
| แก่งหางแมว | 30 | 5 | 16.67 | 12 | 5 | 41.67 |
| สองพี่น้อง | 5 | 3 | 60.00 | 0 | 0 | - |
| รวม | 417 | 263 | 63.07 | 260 | 70 | 26.92 |

ที่มา: รายงานการคลอด และ ระบบข้อมูล HDC ณ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2562

5) ปัญหาอุปสรรค

5.1 จากการสอบถามหลังจากวัยรุ่นปฏิบัติบริการวางแผนครอบครัว พบว่า ครอบครัว และตัววัยรุ่นเอง ขาดความตระหนักในการวางแผนครอบครัวหลังคลอด เนื่องจากมีความพร้อมด้านเศรษฐกิจ และครอบครัว ประสงค์ให้ตั้งครรภ์ ต่อจากครรภ์แรกทันที ส่งผลให้การจัดบริการวางแผนครอบครัวของจังหวัดจันทบุรี มีการให้บริการที่มีความครอบคลุมน้อยในบางพื้นที่

5.2 ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาระบบให้เป็นระบบเดียวกันกับโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การนำเข้า และส่งออกข้อมูลผลงานการบริการ ขาดหายไป ส่งผลให้ผลการดำเนินงานในระบบข้อมูลต่ำกว่าการให้บริการจริง

ผู้รับผิดชอบงาน: นางสาวสิมิล สุวรรณรัตน์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

โทรศัพท์: 08 6848 8110 E - mail: wasimon1990@gmail.com

ประเด็นเพิ่มเติม

ตัวชี้วัดที่ 1 : จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ โครงการ “3 ลาน 3 ป เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้ทอกราชัน”

คำนิยาม

ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่บริโภคยาสูบภายในรอบ 30 วันที่ผ่านมา ทั้งชายและหญิงในประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป

เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลา อย่างน้อย 6 เดือน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) = จำนวนผู้สูบบุหรี่ที่เลิกสูบบุหรี่

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ 2 ประชาชนเลิกสูบบุหรี่ 3 ล้านคน

1. สถานการณ์และสภาพปัญหา

สถานการณ์การบริโภคยาสูบจังหวัดจันทบุรี จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2558 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการสูบ ร้อยละ 18.55 ในปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 15.90 มีอัตราลดลง ร้อยละ 2.81 สถานที่พบเห็น/ได้กลิ่น/เห็นกันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ ซึ่งเป็นกลุ่มที่กฎหมายกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่และห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ดังกล่าว พบว่าสถานที่ต่อไปนี้ พบเห็นการสูบบุหรี่มาก 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) อำเภอที่มีการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ที่สูงที่สุด คือ อำเภอโป่งน้ำร้อน รองลงมาคืออำเภอท่าใหม่และอำเภอมะขาม อำเภอที่มีการบำบัดผู้ติดบุหรี่ที่สูงที่สุด คือ อำเภอแหลมสิงห์ รองลงมาคือ อำเภอท่าใหม่และอำเภอเมืองจันทบุรี

2. แผนและผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562

2.1 แผนการดำเนินงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ประชุมชี้แจงนโยบาย แนวทาง เป้าหมายการดำเนินงานและให้กับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขทุกอำเภอ/ผู้รับผิดชอบงานบุหรี่,สุรา/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลชุมชนแบบสำรวจการสูบบุหรี่ และ Health Literacy บุหรี่ ใน อสม.วางระบบการจัดเก็บข้อมูลจาก (Google form) และระบบส่งต่อเพื่อการบำบัด สรุปรายงานผลผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ (คลินิกฟ้าใส) ทุกเดือน และติดตามผลผู้เข้ารับการบำบัดรักษา โดยอสม.และเจ้าหน้าที่รพ.สต.

แนวทางที่อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการ

- 1.อสม.ที่สูบบุหรี่ทุกคนเขารวมโครงการฯ
- 2.อสม. สำรวจ ค้นหาผู้สูบบุหรี่เชิญชวนให้เขา รวมโครงการฯ (อสม. 1 คน ต่อ ผู้สูบบุหรี่ 3 คน) ดำเนินการต่อเนื่อง
- 3.อสม. ส่งรายชื่อผู้เขารวมโครงการฯ ผ่าน แบบ อสม.1 ให้ รพ.สต. เพื่อให้เจ้าหน้าที่คียข้อมูลผ่านระบบ Health Data Center (HDC) เพื่อนำข้อมูลผู้สูบบุหรี่เข้าระบบการบำบัดรักษา
- 4.ขับเคลื่อนกิจกรรมรณรงค์ ลด ละเลิก สูบบุหรี่ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- 5.ติดตามและรายงานผลการเลิกสูบ บุหรี่ทุกเดือนผ่านแบบ อสม. 1 ติดตามความก้าวหน้าและรายงานผลการติดตามผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.ทราบทุกเดือน เพื่อจัดเก็บข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC)

2.2 ผลการดำเนินงาน ปี 2562 (ตุลาคม 2561- มิถุนายน 2562)

1.ตารางแสดงผลการดำเนินงานโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน
ระดับประเทศ ปี 2562

| เขต | เป้าหมายเชิญชวนผู้สูบบุหรี่ X 3 เข้าร่วมโครงการฯ (คน) | เข้าร่วมโครงการ(คน) | ร้อยละ | เลิกสูบบุหรี่ 6 เดือน (คน) | ร้อยละ | อันดับ |
|-----|--|---------------------|--------|----------------------------|--------|--------|
| 1 | 397,197 | 307,162 | 77.33 | 5,534 | 1.39 | 12 |
| 2 | 212,175 | 199,231 | 93.90 | 6,482 | 3.06 | 5 |
| 3 | 180,420 | 161,445 | 89.48 | 13,386 | 7.42 | 2 |
| 4 | 194,463 | 180,882 | 93.02 | 3,799 | 1.95 | 9 |
| 5 | 218,817 | 143,393 | 65.53 | 6,599 | 3.02 | 6 |
| 6 | 218,589 | 223,216 | 102.12 | 5,125 | 2.34 | 8 |
| 7 | 314,394 | 386,541 | 122.95 | 55,779 | 17.74 | 1 |
| 8 | 318,501 | 299,215 | 93.94 | 5,527 | 1.74 | 10 |
| 9 | 387,960 | 430,576 | 110.98 | 22,685 | 5.85 | 3 |
| 10 | 259,962 | 244,877 | 94.20 | 3,751 | 1.44 | 11 |
| 11 | 226,932 | 227,214 | 100.98 | 7,283 | 3.21 | 4 |
| 12 | 189,777 | 353,784 | 186.42 | 4,930 | 2.60 | 7 |
| รวม | 3,000,000 | 3,157,536 | 105.25 | 140,880 | 4.70 | |

หมายเหตุ ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ 17 มิถุนายน 2562

2.ตารางแสดงผลการดำเนินงานโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน
ระดับเขต ปี 2562

| จังหวัด | เป้าหมายเชิญชวนผู้สูบบุหรี่ X 3 เข้าร่วมโครงการฯ (คน) | เข้าร่วมโครงการ(คน) | ร้อยละ | เลิกสูบบุหรี่ 6 เดือน (คน) | ร้อยละ | อันดับ |
|-------------|--|---------------------|--------|----------------------------|--------|--------|
| สมุทรปราการ | 24,333 | 19,935 | 81.93 | 231 | 0.95 | 8 |
| ชลบุรี | 40,788 | 47,055 | 115.36 | 807 | 1.98 | 5 |
| ระยอง | 29,505 | 32,274 | 109.38 | 973 | 3.30 | 2 |
| จันทบุรี | 27,309 | 30,003 | 109.86 | 770 | 2.82 | 3 |
| ตราด | 13,068 | 10,717 | 82.01 | 165 | 1.26 | 7 |
| ฉะเชิงเทรา | 30,894 | 31,588 | 102.25 | 1,187 | 3.84 | 1 |
| ปราจีนบุรี | 26,265 | 25,674 | 97.75 | 541 | 2.06 | 4 |
| สระแก้ว | 26,427 | 25,970 | 98.27 | 451 | 1.71 | 6 |
| รวมเขต 6 | 218,589 | 223,216 | 102.12 | 5,125 | 2.34 | |

หมายเหตุ ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ 17 มิถุนายน 2562

3.ตารางแสดงผลการคัดกรองและการบำบัดผู้ติดบุหรี่ (special pp) จังหวัดจันทบุรี ปี พ.ศ. 2562

| อำเภอ | จำนวน ประชากร อายุ 15 ปี ขึ้นไป | ได้รับการ คัดกรอง (1B5) | ร้อยละ คัดกรอง | ผู้สูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว (1B51) | ไม่สูบบุหรี่ (1B52) | จำนวนผู้สูบ บุหรี่(1B50) | ร้อยละ สูบบุหรี่ | ได้รับการ บำบัด (1B53+ 1B531 +1B532) | ร้อยละ บำบัด | เลิกบุหรี่ได้ 1 เดือน (1B542) | เลิกบุหรี่ได้ 3 เดือน (1B552) | เลิกบุหรี่ได้ 6 เดือน (1B562) |
|-------------|--|-------------------------------|-------------------|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------|--|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| เมือง | 88,524 | 14,280 | 16.13 | 304 | 9,406 | 4,570 | 32.00 | 4,511 | 98.71 | 24 | 115 | 43 |
| ขลุง | 33,766 | 17,966 | 53.21 | 473 | 14,577 | 2,916 | 16.23 | 2,858 | 98.01 | 1 | 5 | 284 |
| ท่าใหม่ | 50,232 | 38,156 | 75.96 | 2,133 | 29,834 | 6,189 | 16.22 | 6,123 | 98.93 | 0 | 2 | 1 |
| โป่งน้ำร้อน | 31,193 | 24,364 | 78.11 | 642 | 20,843 | 2,879 | 11.82 | 2,754 | 95.66 | 166 | 1 | 5 |
| มะขาม | 20,574 | 11,908 | 57.88 | 205 | 9,558 | 2,145 | 18.01 | 2,016 | 93.99 | 5 | 1 | 31 |
| แหลมสิงห์ | 19,155 | 7,105 | 37.09 | 192 | 5,197 | 1,716 | 24.15 | 1,702 | 99.18 | 7 | 1 | 37 |
| สอยดาว | 43,742 | 22,507 | 51.45 | 1,189 | 17,927 | 3,391 | 15.07 | 3,211 | 94.69 | 0 | 68 | 367 |
| แก่งหางแมว | 25,363 | 9,903 | 39.05 | 317 | 6,861 | 2,725 | 27.52 | 2,639 | 96.84 | 5 | 2 | 0 |
| นายายอาม | 22,769 | 7,512 | 32.99 | 662 | 4,578 | 2,272 | 30.24 | 2,140 | 94.19 | 3 | 0 | 1 |
| เขาคิชฌกูฏ | 19,495 | 10,292 | 52.79 | 250 | 8,328 | 1,714 | 16.65 | 1,686 | 98.37 | 455 | 22 | 3 |
| รวม | 354,813 | 163,993 | 46.22 | 6,367 | 127,109 | 30,517 | 18.61 | 29,640 | 97.13 | 666 | 217 | 772 |

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2562

4.ตารางแสดงผลการดำเนินงานโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน
รายอำเภอ จังหวัดจันทบุรี ปี 2562

| อำเภอ | จำนวน อสม. (คน) | เป้าหมายเชิญชวนผู้สูบบุหรี่ X 3 เข้าร่วมโครงการฯ | | | ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ | |
|---------------|-----------------|--|--------|--------|------------------------|--------|
| | | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เลิกบุหรี่ได้ 6 เดือน | ร้อยละ |
| เมืองจันทบุรี | 1630 | 4,890 | 4,511 | 92.24 | 43 | 0.95 |
| ขลุง | 1033 | 3,099 | 2,858 | 92.22 | 284 | 9.94 |
| ท่าใหม่ | 1303 | 3,909 | 6,123 | 156.63 | 1 | 0.01 |
| โป่งน้ำร้อน | 680 | 2,040 | 2,754 | 135.00 | 5 | 0.18 |
| มะขาม | 685 | 2,055 | 2,016 | 98.10 | 31 | 1.54 |
| แหลมสิงห์ | 537 | 1,611 | 1,702 | 105.64 | 37 | 2.17 |
| สอยดาว | 1124 | 3,372 | 3,211 | 95.22 | 367 | 11.43 |
| แก่งหางแมว | 878 | 2,634 | 2,639 | 100.18 | 0 | 0.00 |
| นายายอาม | 654 | 1,962 | 2,140 | 109.07 | 1 | 0.04 |
| เขาคิชฌกูฏ | 579 | 1,737 | 1,686 | 97.06 | 3 | 0.17 |
| รวมจังหวัด | 9,103 | 27,309 | 29,640 | 108.53 | 772 | 2.60 |

หมายเหตุ ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2562

2.2 การจัดระบบบริการ บำบัดรักษา ฟนฟูให้กับผู้สูบบุหรี่ จังหวัดจันทบุรี มีคลินิกเลิกบุหรี่ (คลินิกฟ้าใส)

ครบทุกโรงพยาบาล จำนวน 12 แห่ง รูปแบบการให้บริการบำบัดรักษา ในคลินิกฟ้าใส ในแต่ละโรงพยาบาล
เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกให้บริการ การให้คำปรึกษา การใช้ยาช่วยหยุดสูบบุหรี่ การนัดติดตามผล การตรวจติดตาม
ฝ่าเท้า และการฝังเข็มบำบัด ตามบริบทของพื้นที่ในการให้บริการ

ตารางแสดงผลการบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ จังหวัดจันทบุรี ปี 2562

| อำเภอ | จำนวน (ราย) | | |
|---------------|--------------|---------------------------|---------------------------------|
| | บำบัดบุหรี่ | บำบัดบุหรี่ | บำบัดบุหรี่ |
| | (F17.1-17.2) | (F17.1-17.2+Z508 1 ครั้ง) | (F17.1-17.2+Z508 2 ครั้งขึ้นไป) |
| เมืองจันทบุรี | 704 | 61 | 362 |
| ขลุง | 74 | 1 | 0 |
| ท่าใหม่ | 88 | 23 | 15 |
| โป่งน้ำร้อน | 66 | 0 | 0 |
| มะขาม | 34 | 0 | 0 |
| แหลมสิงห์ | 186 | 60 | 81 |
| สอยดาว | 388 | 8 | 4 |
| แก่งหางแมว | 0 | 0 | 0 |
| นายายอาม | 149 | 14 | 17 |
| เขาคิชฌกูฏ | 510 | 1 | 0 |
| รวม | 2199 | 168 | 479 |

ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2562

หมายเหตุ F17.1 มีการเสพ ไม่จำเป็นต้องมีอาการทางจิต

F17.2 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาสูบ กลุ่มอาการติดยา

Z508 ผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น F17.2 และรับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. ปัญหาอุปสรรค

- 3.1 ผู้สูบบุหรี่ขาดความตระหนักในการเข้าบำบัดรักษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่
- 3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขยังไม่สามารถเชิญชวนให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จตามเป้าหมาย 1 คน ต่อผู้เลิกสูบบุหรี่ ครบ 6 เดือนสำเร็จ 1 คน
- 3.3 การประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ควรมีการปรับปรุงสื่อออกเหนือจากแผ่นพับประชาสัมพันธ์สื่อในรูปแบบใหม่ๆ ไม่ดึงดูดความสนใจ โดยเฉพาะ Mass media มีผลต่อประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นในปัจจุบันมาก

4. แนวทางแก้ไขปัญหา

- 4.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการบำบัดและรักษาบุหรี่ สุรา “Alcohol Tobacco in Nursing” ในรพ.และรพ.สต.
- 4.2 พัฒนาหน่วยบริการให้ มีคุณภาพมาตรฐานการบริการ คลินิกฟ้าใส ใน รพ.และ รพ.สต
- 4.3 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ ในระบบออนไลน์ QR Code, facebook, เพจ, Line
- 4.4 ดำเนินการประชาสัมพันธ์เชิญชวน, ชักชวน, ทำชวน ให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่ ให้สำเร็จ

5. กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด(เบอร์โทรศัพท์, E-mail)

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

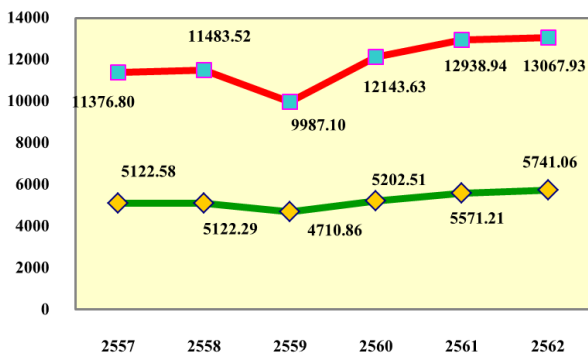
ประเด็นเพิ่มเติม

ตัวชี้วัดที่ 2.ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้

1)สถานการณ์ปัญหา ปีงบประมาณ 2562

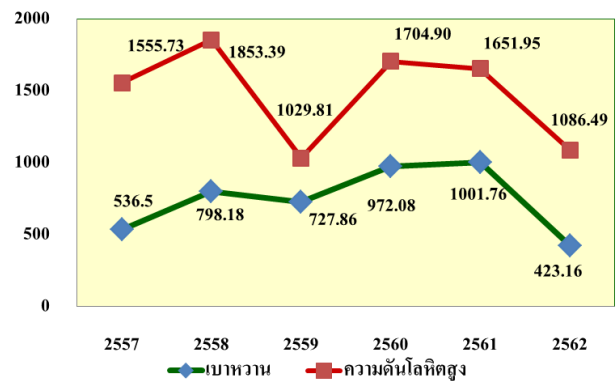
สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2557-2562 (ณ 21 มิถุนายน 2562) พบว่า อัตราป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นแต่พบว่าอัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2561-2562 มีแนวโน้มลดลง รายละเอียด ดังรูป

อัตราป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จ.จันทบุรี



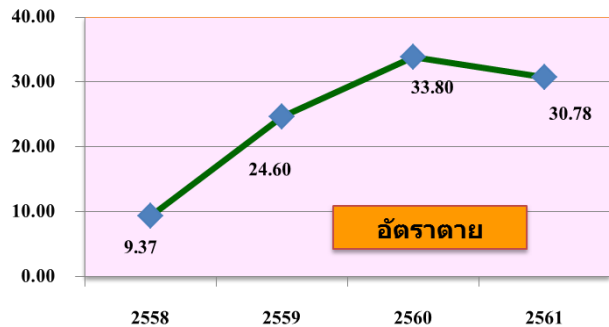
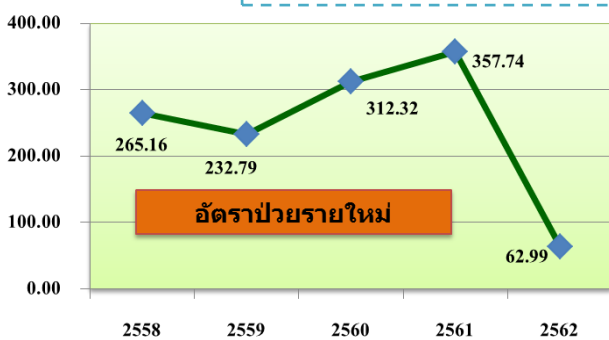
ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผล 21 มิถุนายน 2562

อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จ.จันทบุรี

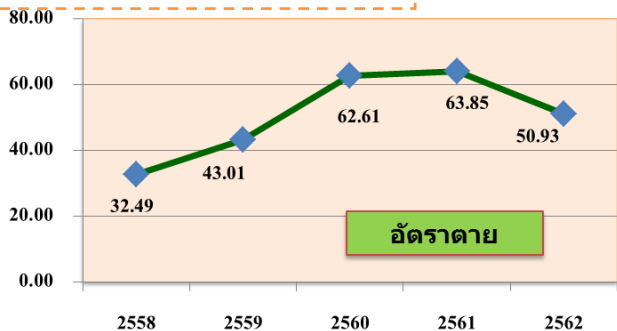
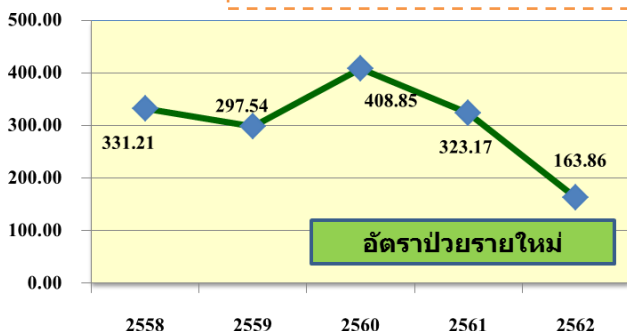


อัตราป่วยรายใหม่โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองในปีงบประมาณ 2558 - 2562 พบว่ามีแนวโน้มลดลงและพบว่าอัตราตายของโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองก็มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน รายละเอียด ดังรูป

อัตราป่วยรายใหม่/อัตราตายผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด



อัตราป่วยรายใหม่/อัตราตาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



3) แผนงาน/โครงการและผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562

| โครงการ / วัตถุประสงค์ | กิจกรรม/กลุ่มเป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน |
|--|--|---|
| 1.โครงการสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตพอเพียงเพื่อลดเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อจังหวัดจันทบุรี (ได้รับงบประมาณจาก สสว.75,000 บาท) | | |
| -พัฒนาสนับสนุนกลไกการประสานงาน/บูรณาการหน่วยงาน/ภาคีภาคส่วนอื่น | - ประชุมคณะทำงานระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนโครงการ | -16 พฤศจิกายน 2561 |
| | -ขับเคลื่อนการดำเนินงานใน setting บ้าน วัด โรงเรียน (บ.ว.ร.) -สร้างชุมชนต้นแบบ “สุขภาพดีด้วยวิถีคนจันท” | -มีชุมชนต้นแบบ 12 ชุมชนใน ทุกอำเภอ |
| -พัฒนาศักยภาพบุคลากรในภาคส่วนต่างๆ | ประชุมเชิงปฏิบัติการบุคลากรเครือข่ายเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ เพื่อพัฒนารูปแบบ/ระบบเฝ้าระวังโรคหัวใจและหลอดเลือด (Stroke Fast track /Stroke Alert) | -18 มกราคม 2562 |
| 2.โครงการพัฒนาคุณภาพและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | | |
| -พัฒนาคุณภาพการจัดบริการผู้ป่วยให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ NCD ClinicPlus ใน รพ./ NCD Clinic คุณภาพ ใน รพ.สต. | -ประเมิน NCD ClinicPlus ใน รพ. -นิเทศติดตาม NCD Clinic คุณภาพ ใน รพ.สต. | - รอบที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562 - รอบที่ 2 สิงหาคม 2562 - บูรณาการประเมิน รพ.สต. ติตดาว (ก.ค. -ส.ค.62) |
| 3.เสริมพลังและกำกับติดตาม NCDs Management ระดับอำเภอ | | |
| -กำกับติดตามเยี่ยมเสริมพลังการบริหารจัดการโรค NCDs ในระดับอำเภอ/ตำบล | -นิเทศติดตามในระดับอำเภอ/ตำบลประเมิน โดยใช้เกณฑ์ SI3M (บูรณาการกับประเมิน NCD Clinic) | - มกราคม 2562 |
| 4.พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อตามหลักระบาดวิทยา | | |
| -พัฒนาระบบข้อมูล/การรายงานผลโรค NCDs ให้มีคุณภาพถูกต้องครบถ้วน | -ประชุมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการเฝ้าระวังโรค NCDs ตามหลักระบาดวิทยา | -บูรณาการกับการนิเทศเยี่ยมเสริมพลังการบริหารจัดการโรค NCDs ในระดับอำเภอ/ตำบล |

4) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ

4.1 การประเมิน NCDClinicPlus

- ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นพื้นฐาน (60 คะแนนขึ้นไป) มีจำนวน 9 แห่ง (ร้อยละ 75) ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป (70คะแนนขึ้นไป) 2 แห่ง (ร้อยละ 16.67) และระดับดีมาก 1 แห่ง (ร้อยละ 8.33) รายละเอียดดังตาราง

| ผลคะแนนประเมินตนเอง NCD Clinic Plus รอบที่ 1 / 2562 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---------------|------------------------------|----------------|----|------|----|------|---|-----------|-----------|-------|-----------------|---------|
| สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี | | | | | | | | | | | | | | |
| ผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2562 (100 คะแนน) | | | | | | | | | | | | | | |
| ลำดับ | จังหวัด | อำเภอ | หน่วยงาน | ระดับโรงพยาบาล | | | | | | ส่วนที่ 1 | ส่วนที่ 2 | รวม | ระดับการประเมิน | |
| | | | | เล็ก | | กลาง | | ใหญ่ | | 50 | 50 | 100 | | |
| | | | | F3 | F2 | F1 | M2 | M1 | S | A | คะแนน | คะแนน | | คะแนน |
| 1 | จันทบุรี | เมืองจันทบุรี | 10664 : โรงพยาบาลพระปกเกล้า | | | | | | | / | 44.60 | 20.22 | 64.82 | พื้นฐาน |
| 2 | จันทบุรี | ขลุง | 10834 : โรงพยาบาลขลุง | | | / | | | | | 47.20 | 24.89 | 72.09 | ดี |
| 3 | จันทบุรี | มะขาม | 10839 : โรงพยาบาลมะขาม | | | / | | | | | 47.80 | 32.22 | 80.02 | ดีมาก |
| 4 | จันทบุรี | สอยดาว | 10841 : โรงพยาบาลสอยดาว | | | / | | | | | 46.20 | 20.89 | 67.09 | พื้นฐาน |
| 5 | จันทบุรี | นายายอาม | 10843 : โรงพยาบาลนายายอาม | | | / | | | | | 41.60 | 25.11 | 66.71 | พื้นฐาน |
| 6 | จันทบุรี | ท่าใหม่ | 10835 : โรงพยาบาลท่าใหม่ | | / | | | | | | 40.40 | 25.56 | 65.96 | พื้นฐาน |
| 7 | จันทบุรี | ท่าใหม่ | 10836 : โรงพยาบาลเขาสุกิม | | / | | | | | | 38.20 | 26.89 | 65.09 | พื้นฐาน |
| 8 | จันทบุรี | ท่าใหม่ | 10837 : โรงพยาบาลสองพี่น้อง | | / | | | | | | 34.00 | 33.33 | 67.33 | พื้นฐาน |
| 9 | จันทบุรี | โป่งน้ำร้อน | 10838 : โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน | | / | | | | | | 42.40 | 19.78 | 62.18 | พื้นฐาน |
| 10 | จันทบุรี | แหลมสิงห์ | 10840 : โรงพยาบาลแหลมสิงห์ | | / | | | | | | 35.40 | 28.89 | 64.29 | พื้นฐาน |
| 11 | จันทบุรี | แก่งหางแมว | 10842 : โรงพยาบาลแก่งหางแมว | | / | | | | | | 40.20 | 35.11 | 75.31 | ดี |
| 12 | จันทบุรี | เขาคิชฌกูฏ | 10844 : โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ | | / | | | | | | 36.60 | 26.00 | 62.60 | พื้นฐาน |
| สรุปผล | | ระดับประเมิน | จำนวนสถานบริการสาธารณสุข | ร้อยละ | | | | | | | | | | |
| | | ระดับดีมาก | 1 | 8.33 | | | | | | | | | | |
| | | ระดับดี | 2 | 16.67 | | | | | | | | | | |
| | | ระดับพื้นฐาน | 9 | 75.00 | | | | | | | | | | |

ที่มา :สรุปผลการประเมิน NCD Clinic Plus เขตสุขภาพที่ 6 โดย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่.6 ชลบุรี

4.2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

4.2.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

(เกณฑ์เป้าหมาย DM ≥ ร้อยละ 40 ,HT ≥ ร้อยละ 50) ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 30.82 และ 44.87 ดังตาราง

| อำเภอ | โรคเบาหวาน | | | | โรคความดันโลหิตสูง | | | |
|---------------|------------|--------|-------------|--------|--------------------|--------|-------------|--------|
| | จำนวน | ตรวจ | ควบคุมได้ดี | ร้อยละ | จำนวน | วัด BP | ควบคุมได้ดี | ร้อยละ |
| เมืองจันทบุรี | 5,290 | 2,808 | 1,328 | 25.1 | 11,687 | 4,382 | 4,382 | 37.49 |
| ขลุง | 2,857 | 2,065 | 880 | 30.8 | 6,069 | 3,102 | 3,102 | 51.11 |
| ท่าใหม่ | 3,955 | 3,003 | 1,177 | 29.76 | 9,136 | 4,347 | 4,347 | 47.58 |
| โป่งน้ำร้อน | 1,745 | 1,086 | 418 | 23.95 | 4,110 | 1,772 | 1,772 | 43.11 |
| มะขาม | 1,536 | 1,183 | 643 | 41.86 | 3,683 | 1,898 | 1,898 | 51.53 |
| แหลมสิงห์ | 2,273 | 1,741 | 683 | 30.05 | 4,887 | 2,065 | 2,065 | 42.25 |
| สอยดาว | 2,485 | 1,952 | 737 | 29.66 | 4,838 | 2,064 | 2,064 | 42.66 |
| แก่งหางแมว | 1,098 | 970 | 445 | 40.53 | 3,206 | 1,689 | 1,689 | 52.68 |
| นายายอาม | 1,680 | 1,076 | 724 | 43.1 | 4,443 | 2,339 | 2,339 | 52.64 |
| เขาคิชฌกูฏ | 1,348 | 853 | 443 | 32.86 | 3,173 | 1,125 | 1,125 | 35.46 |
| รวม | 24,267 | 16,737 | 7,478 | 30.82 | 55,232 | 24,783 | 24,783 | 44.87 |

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผล 21 มิถุนายน 2562

4.2.2 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า (เกณฑ์เป้าหมายปี 2562 > ร้อยละ 85.00) ผลงานดำเนินการได้ ร้อยละ 90.97 ตาราง ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD Risk จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2562

| อำเภอ | B | A | ร้อยละ |
|---------------|---------------|---------------|--------------|
| เมืองจันทบุรี | 4,667 | 4,078 | 87.38 |
| ขลุง | 2,147 | 1,990 | 92.69 |
| ท่าใหม่ | 3,613 | 3,202 | 88.62 |
| โป่งน้ำร้อน | 1,633 | 1,546 | 94.67 |
| มะขาม | 1,327 | 1,201 | 90.5 |
| แหลมสิงห์ | 1,746 | 1,620 | 92.78 |
| สอยดาว | 2,211 | 2,014 | 91.09 |
| แก่งหางแมว | 1,415 | 1,364 | 96.4 |
| นายายอาม | 1,764 | 1,623 | 92.01 |
| เขาคิชฌกูฏ | 1,278 | 1,194 | 93.43 |
| รวม | 21,801 | 19,832 | 90.97 |

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผล 21 มิถุนายน 2562

หมายเหตุ B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ยังไม่ป่วยด้วย CVD

A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ยังไม่ป่วยด้วย CVD ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

4.2.3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ (SCORE 3,4,5) หลังได้รับการปรับเปลี่ยนลดความเสี่ยงแล้วมี CVD Risk ลดลง ผลการดำเนินงาน ปี 2562 พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 38.48 มีการเปลี่ยนแปลง CVD Risk score ลดลงน้อยกว่า SCORE 3

ตาราง การเปลี่ยน SCORE ลดลงของกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูงต่อ CVD (SCORE 4,5) เปรียบเทียบรอบ 6 เดือน

| อำเภอ | B | A | ร้อยละ |
|---------------|------------|------------|--------------|
| เมืองจันทบุรี | 118 | 42 | 35.59 |
| ขลุง | 34 | 11 | 32.35 |
| ท่าใหม่ | 38 | 11 | 28.95 |
| โป่งน้ำร้อน | 21 | 8 | 38.10 |
| มะขาม | 22 | 11 | 50.00 |
| แหลมสิงห์ | 27 | 7 | 25.93 |
| สอยดาว | 22 | 12 | 54.55 |
| แก่งหางแมว | 7 | 5 | 71.43 |
| นายายอาม | 48 | 23 | 47.92 |
| เขาคิชฌกูฏ | 6 | 2 | 33.33 |
| รวม | 343 | 132 | 38.48 |

ที่มา รายงาน HDC Report ประมวลผล 21 มิถุนายน 2562

หมายเหตุ :: B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยง CVD ในกลุ่ม Score 3,4,5 รอบ 6 เดือนแรก(ต.ค. – มี.ค.)

A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยง CVD ในกลุ่ม Score 3,4,5 รอบ 6 เดือนแรก(ต.ค. – มี.ค.) และมี SCORE ลดลงน้อยกว่า Score 3 ในรอบ 6 เดือนหลัง (เม.ย. – ก.ย.)

4.2.4) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการประเมินความเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง โดยการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วย DM/HT ปี 2562 ดำเนินการได้ครอบคลุมร้อยละ 65.86 (เกณฑ์เป้าหมายทั้งปี ร้อยละ 80)

ตาราง ผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2561

| อำเภอ | B | A | ร้อยละ |
|---------------|---------------|---------------|--------------|
| เมืองจันทบุรี | 11,552 | 4,787 | 41.44 |
| ขลุง | 5,858 | 4,339 | 74.07 |
| ท่าใหม่ | 8,355 | 6,066 | 72.6 |
| โป่งน้ำร้อน | 4,174 | 2,551 | 61.12 |
| มะขาม | 2,891 | 2,263 | 78.28 |
| แหลมสิงห์ | 4,604 | 3,552 | 77.15 |
| สอยดาว | 5,043 | 4,089 | 81.08 |
| แก่งหางแมว | 3,127 | 2,599 | 83.11 |
| นายายอาม | 3,621 | 2,231 | 61.61 |
| เขาคิชฌกูฏ | 2,585 | 1,646 | 63.68 |
| รวม | 51,810 | 34,123 | 65.86 |

หมายเหตุ

ที่มา รายงาน HDC Report ประมาณเวลา 21 มิถุนายน 2562

A หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง

B หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ

5) วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน/ปัญหาอุปสรรค/แนวทางการพัฒนา

5.1) จากสถานการณ์โรค ในปีงบประมาณ 2562 พบว่า อัตราป่วยรายใหม่เริ่มมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีกระบวนการจัดการโรค ทั้งในส่วนของการคัดกรองและจัดบริการกลุ่มป่วย การจัดบริการลดเสี่ยงโรคในกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

5.2) ในส่วนของการจัดบริการโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลทุกแห่งมีการประเมินคุณภาพการให้บริการโรคเรื้อรังตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus ผลการประเมินรอบแรกในเดือนมกราคม 2562 โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นพื้นฐาน และมีโรงพยาบาล 3 แห่งที่ผ่านเกณฑ์ระดับดี-ดีมาก คาดว่าเมื่อประเมินคุณภาพรอบ 2 ในเดือนสิงหาคม 2562 จะสามารถยกระดับโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์จากระดับพื้นฐานให้เป็นระดับดีได้ออย่างน้อย 2 แห่ง

5.3) การพัฒนารูปแบบและกระบวนการจัดบริการลดเสี่ยงและลดภาวะแทรกซ้อนในสถานบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์โดยผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ดี (HbA1C < 7%) ร้อยละ 30.82 (เกณฑ์เป้าหมาย \geq ร้อยละ 40) และผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

ตามเกณฑ์ ร้อยละ 44.87(เกณฑ์เป้าหมาย \geq ร้อยละ 50)ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ปัญหาในการบริหารจัดการ(SI₃M) และการจัดการบริการตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus พบว่า ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งคือการทำงานที่สถานบริการหลายแห่งขาดบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะทาง เช่น Case manager นักโภชนาการซึ่งทำให้การจัดการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ

5.4) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงและให้คำปรึกษาลดเสี่ยง โดยได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรังร้อยละ 65.86 และได้รับการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ร้อยละ 90.97 และ อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง CVD Risk score 3-5 เมื่อได้รับการปรับเปลี่ยนลดความเสี่ยงแล้ว มี CVD Risk score ลดลงเพียงร้อยละ 38.48 สอดคล้องกับข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีเช่นเดียวกันในปีงบประมาณ 2563 จึงต้องมีการวางแผนพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

6.) ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางสุจิตรา กิจจานนท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
โทรศัพท์ 0917189928
E-mail : ncdnetworkchan@gmail.com

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2562 (ตุลาคม 2561 - พฤษภาคม 2562)

| ที่ | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs) | ค่าเป้าหมาย 12 เดือน | small success 9 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 | 49 | 12 | 24.49 | ผ่าน |
| 3 | *12.ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต. ดีดดาว | 3ดาว 100% | 3ดาว 100% | 105 | 105 | 100 | ผ่าน |
| | | 5ดาวสะสม 60% | 5ดาวสะสม 60% | ปี 2561 สะสม ร้อยละ 63.80 ปี 2562 รอประเมิน 18 ก.ค. - 6 ส.ค. 62 | | | รอผล |
| 4 | *13.อัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ | ร้อยละ85 | ร้อยละ85 | 121 | 43 | 35.54 | ไม่ผ่าน |
| 5 | *14.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) | RDUชั้นที่1 | RDUชั้นที่1 80% | 12 | 12 | 100 | ผ่าน |
| | | RDUชั้นที่2 | RDUชั้นที่2 15% | 12 | 3 | 25 | ผ่าน |
| | *14.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) | ร้อยละ20 ของรพ.ศ.รพท. | ร้อยละ20 ของรพ.ศ.รพท. | 1 | 1 | 100 | ผ่าน |
| 6 | *15 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | HDC | <ร้อยละ 7 | 1,588 | 151 | 9.51 | ไม่ผ่าน |
| | | รพ.พระปกเกล้า | <ร้อยละ 7 | 1,504 | 146 | 9.71 | ไม่ผ่าน |
| | ตัวชี้วัดย่อย | | | | | | |
| | 15.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) | <ร้อยละ 5 | <ร้อยละ 5 | 944 | 55 | 5.83 | ไม่ผ่าน |
| | 15.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) | <ร้อยละ 25 | <ร้อยละ 25 | 380 | 86 | 22.63 | ไม่ผ่าน |
| | 15.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)การรักษาใน Stroke Unit | <ร้อยละ 7 | <ร้อยละ 7 | 1,504 | 146 | 9.71 | ไม่ผ่าน |
| | 15.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม | ≥ร้อยละ40 | ≥ร้อยละ 35 | 0 | 0 | 0 | ไม่ผ่าน |
| | 15.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) | ≥ร้อยละ50 | ≥ร้อยละ 40 | 64 | 30 | 46.88 | ผ่าน |
| | 15.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) | ≥ร้อยละ60 | ≥ร้อยละ 50 | 81 | 0 | 0 | ไม่ผ่าน |
| 7 | *16.อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired | <ร้อยละ30 | <ร้อยละ 30 | 427 | 123 | 28.81 | ผ่าน |

| ที่ | ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs) | ค่าเป้าหมาย 12 เดือน | small success 9 เดือน | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ/อัตรา | ผลประเมิน |
|-----|---|----------------------|-----------------------|-----------|---------|--------------|-----------|
| 8 | *17.อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1 | ≤ร้อยละ 12 | ≤ร้อยละ 15 | 2,759 | 133 | 4.82 | ผ่าน |
| 9 | *18.1 ร้อยละของผู้ติดตามการรักษา ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year) | ≥ร้อยละ20 | ≥ร้อยละ20 | 539 | 159 | 29.50 | ผ่าน |
| | *18.2 ร้อยละของผู้ใช้ยารักษาที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ หยุดเสพยาต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate) | ≥ร้อยละ40 | ≥ร้อยละ 40 รวมทุกระบบ | 863 | 307 | 35.57 | ไม่ผ่าน |
| 10 | 19.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ | ≤6.3ต่อแสนประชากร | ≤6.3ต่อแสนประชากร | 534,459 | 28 | 5.24 | ผ่าน |
| 11 | 20.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4mL/min/1.73m ² /yr | ร้อยละ 66 | ร้อยละ 66 | 1,961 | 1,150 | 58.64 | ไม่ผ่าน |
| 12 | 21.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery | ร้อยละ20 | ร้อยละ20 | 351 | 64 | 18.23 | ไม่ผ่าน |
| 13 | 22. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล | ≥0.8 : 100 | ≥0.3 : 100 | 1,012 | 2 | 0.19 | ไม่ผ่าน |
| 14 | 23. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล | ≥1.3 : 100 | ≥1.3 : 100 | 1,012 | 9 | 0.89 | ไม่ผ่าน |
| 15 | 24.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | ≥ร้อยละ 18.5 | ≥ร้อยละ 18.5 | 1,014,637 | 169,998 | 16.75 | ไม่ผ่าน |
| 16 | 25. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ | ≤ 26 ต่อแสนประชากร | ≤ 26 ต่อแสนประชากร | 533,368 | 116 | 22 | ผ่าน |

ประเด็นที่ 1 PRIMARY CARE การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ตัวชี้วัด 1.ร้อยละ 60 ของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

1.สถานการณ์ปัญหา และผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในปี 2561

ในปี 2561 จังหวัดจันทบุรีดำเนินการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามแนวทางที่กำหนด ดังนี้

1.1ปรับคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

1.2 พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยการเข้าร่วมประชุมอบรมที่ส่วนกลางกำหนด

1.3 ขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับจังหวัด โดยคณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอได้กำหนดให้มีการประชุมติดตามอย่างต่อเนื่อง และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง และสร้างต้นแบบในการดำเนินงานตามเกณฑ์และนโยบายที่กำหนด

จากการดำเนินงานในปี 2561 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดจันทบุรี ผ่านการประเมินเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ที่มีคุณภาพทุกอำเภอ

2.เป้าหมายการดำเนินงานปี 2562

ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีคุณภาพ ร้อยละ 60

3.แผนงาน/โครงการที่ดำเนินงานในปี 2562

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

3.1 โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดจันทบุรี

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

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

4.ผลการดำเนินงาน

4.1 มีการประชุมรับทราบนโยบายการดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และมีการถ่ายทอดนโยบายสู่ทีมนำในระดับอำเภอรวมถึงผู้ปฏิบัติในระดับอำเภอคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ให้มีคุณภาพ ร่วมกับการติดตามการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ติดตาม

4.2 มีการกำหนดรูปแบบและแนวทางการดำเนินงาน พชอ.คุณภาพที่เป็นของจังหวัดจันทบุรี

4.3 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 | |

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

4.5 จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ในวันที่ 24 มิถุนายน 2562 และคัดเลือก พขอ.ดีเด่น ได้แก่ พขอ.ขลุง

4.6 ประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การพัฒนาตามกรอบ UCCARE

แบบรายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) โดยการประเมินผลตามเกณฑ์ UCCARE ปีงบประมาณ 2562

| ลำดับ | รายชื่ออำเภอ | ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตฯ (พชอ.) | ระดับพัฒนา UCARE ในภาพรวม (ระบุระดับ 3-5) | | | | | | ผ่าน | ไม่ผ่าน |
|-------|--------------|--|---|-------------------|----------------------------|-----------------|---|-------------------|------|---------|
| | | | 1. Unity Team | 2. Customer Focus | 3. Community participation | 4. Appreciation | 5. Resource sharing and human development | 6. Essential care | | |
| | | | รอบ 9 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 9 เดือน | | |
| 1 | เมือง | 1. อุบัติเหตุบนท้องถนน | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | / | |
| | | 2. ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงและผู้พิการ | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | / | |
| 2 | ท่าใหม่ | 1. อุบัติเหตุบนท้องถนน | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | / | |
| | | 2. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | / | |
| 3 | ขลุง | 1. อุบัติเหตุบนท้องถนน | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | / | |
| | | 2. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | / | |
| 4 | มะขาม | 1. อุบัติเหตุบนท้องถนน | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | / | |
| | | 2. ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | / | |
| 5 | โป่งน้ำร้อน | 1. อุบัติเหตุบนท้องถนน | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | / | |
| | | 2. การควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | / | |
| 6 | สอยดาว | 1. อุบัติเหตุบนท้องถนน | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | / | |
| | | 2. ชยะในชุมชน | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | / | |
| 7 | แหลมสิงห์ | 1. การส่งเสริมสุขภาพ | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | / | |
| | | 2. ชยะในชุมชน | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | / | |
| 8 | นายายอาม | 1. อุบัติเหตุบนท้องถนน | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | / | |
| | | 2. สารเคมีในกระแสเลือด | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | / | |
| 9 | แก่งหางแมว | 1. อุบัติเหตุบนท้องถนน | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | / | |
| | | 2. การจัดการชยะ | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | / | |
| 10 | เขาคิชฌกูฏ | 1. การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | / | |
| | | 2. การจัดการชยะ | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | / | |

ผลการประเมินตามเกณฑ์ UCCARE คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดจันทบุรี ผ่านการประเมินเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพทุกอำเภอ (ร้อยละ 100)

5.การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

ประเด็นปัญหา พขอ.ที่มาจากนโยบาย อาจไม่ใช่ปัญหาที่มาจากบริบทของพื้นที่ ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย

6.ผู้รับผิดชอบ นายบัญญัติ นิยมนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
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

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster) ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนได้รับบริการแบบบูรณาการ ทั้ง ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู โดยมีเทคโนโลยีสนับสนุน และมีทีมหมอครอบครัวรับผิดชอบดูแลประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น ทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน ในเขตเมืองและนอกเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมา โดยกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวตามแนวทาง 3S คือ Staff System และ Structure

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 | ✓ | x | แพทย์ปฏิบัติงานไม่ครบ 3 วัน |
| รพ.สต.คลองนารายณ์ | ✓ | x | แพทย์ปฏิบัติงานไม่ครบ 3 วัน |
| รพ.ขลุง | ✓ | x | แพทย์ปฏิบัติงานไม่ครบ 3 วัน |
| รพ.สต.คานารูด | ✓ | x | แพทย์ปฏิบัติงานไม่ครบ 3 วัน |
| รพ.เขาสุกิม | ✓ | x | แพทย์ปฏิบัติงานไม่ครบ 3 วัน |
| รพ.เขาคิชฌกูฏ | ✓ | ✓ | |
| สอน.เฉลิมพระเกียรติ | ✓ | x | แพทย์ปฏิบัติงานไม่ครบ 3 วัน |

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (3S)

2.เป้าหมายการดำเนินงานปี 2562

เปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวเพิ่มเติม 2 ทีม

3.แผนงาน/โครงการที่ดำเนินงานปี 2562

โครงการขับเคลื่อนและพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว ปี 2562 มีกิจกรรมการดำเนินงาน

3.1 ทบทวนการดำเนินงาน PCC ตามเกณฑ์ 3S

3.2 ประชุมชี้แจงการพัฒนาคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว และเตรียมความพร้อมคลินิกหมอครอบครัวที่จะเปิดดำเนินการปี 2562

3.3 ทบทวนแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (แผน 10 ปี)

3.4 ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว ปี 2562

3.5 เยี่ยมเสริมพลังคลินิกหมอครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนปี 2560-2561 และทีมที่จะเปิดดำเนินการปี 2562

3.6 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

3.7 สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน

4.ผลการดำเนินงาน

จังหวัดจันทบุรี มีการทบทวนแผนการจัดตั้ง PCC โดยมุ่งเน้นในเขตเมือง ส่วนในเขตชุมชนให้ดำเนินการตามแผนถ้าพื้นที่มีความพร้อมของระบบบริการแต่ละ FCT ที่พร้อมดำเนินการ แต่ในเบื้องต้นทุกแห่งต้องพัฒนา FCT ให้มีความชัดเจนและเข้มแข็ง

จัดกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลังคลินิกหมอครอบครัว และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 2 ครั้ง (18 มีนาคม 2562 และ 14 มิถุนายน 2562)

ผลการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวปี 2562

จำนวนคลินิกหมอครอบครัวที่จะเปิดดำเนินงานในปี 2562 มี 2 ทีม คือ ทีมรพ.สต.บ้านปลับพลาจะเปิดดำเนินการในเดือน กรกฎาคม 2562 และทีม รพ.สต.เกาะขวาง ซึ่งจะเปิดดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2562

แผนจัดตั้งPCC ปีงบประมาณ 2559-2569

เขตบริการสุขภาพที่ ...6.....

จังหวัด...จันทบุรี.....

รหัสจังหวัด 22

| ลำดับ | รหัสอำเภอ | ชื่ออำเภอ | ประชากร | เป้าหมาย(ทีม) | แผนจัดตั้ง จำนวนทีม/ปี | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------|-------------|---------|---------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | | | | | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 |
| 1 | 01 | เมือง | | 12 | | 4 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | | | |
| 2 | 02 | ขลุง | | 5 | | 2 | | | | 1 | | | 1 | | 1 |
| 3 | 03 | ท่าใหม่ | | 7 | | 1 | | | | | 1 | | 1 | 1 | 3 |
| 4 | 04 | โป่งน้ำร้อน | | 3 | | | | | | | | 1 | 1 | 1 | |
| 5 | 05 | มะขาม | | 3 | | | | | | 1 | 1 | 1 | | | |
| 6 | 06 | แหลมสิงห์ | | 3 | | | | | | | | | 1 | 1 | 1 |
| 7 | 07 | สอยดาว | | 6 | | | | | | | | | 2 | 2 | 2 |
| 8 | 08 | แก่งหางแมว | | 4 | | | | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 9 | 09 | นายายอาม | | 3 | | | | | | 1 | 1 | 1 | | | |
| 10 | 10 | เขาคิชฌกูฏ | | 3 | | 1 | 1 | | | | | | | 1 | |
| รวม | | | | | 0 | 8 | 2 | 2 | 1 | 5 | 4 | 5 | 7 | 7 | 8 |
| จำนวนทีมสะสม | | | | | 0 | 8 | 10 | 12 | 13 | 18 | 22 | 27 | 34 | 41 | 49 |
| เปอร์เซ็นต์ความครอบคลุม | | | | | 0.00 | 16.33 | 20.41 | 24.49 | 26.53 | 36.73 | 44.90 | 55.10 | 69.39 | 83.67 | 100.00 |

4.การวิเคราะห์ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- 4.1 จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ไม่เพียงพอต่อการเปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว
- 4.2 ขาดแพทย์ที่จะเรียนต่อเวชศาสตร์ครอบครัวและอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น
- 4.3 ควรมีระบบ สนับสนุน สร้างแรงจูงใจแก่แพทย์ที่จะไปเรียนต่อ เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

5.ผู้รับผิดชอบ นายบัญญัติ นิยมนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
โทร 086-3448449
e-mail somraiy@hotmail.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.ของจังหวัดจันทบุรี ทั้งหมด 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 อำเภอ นายายอาม และในปี 2561 คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระแจะ 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 ของ รพ.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

- ทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดลงพื้นที่เพื่อติดตามผลการดำเนินงานของทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ทุกอำเภอ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข

- จัดเวทีแลกเปลี่ยนและรายงานผลการประเมินของทีมระดับอำเภอเพื่อร่วมกันพัฒนาและให้ข้อเสนอแนะในข้อที่ไม่ผ่านการประเมิน เพื่อรองรับการประเมินในระดับจังหวัด ในวันที่ 18 มิถุนายน 2562

3.4 การควบคุมกำกับติดตาม : มีการควบคุมการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่าน 1) คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) 2) การนิเทศงาน คปสอ. 3) การรายงานผลการดำเนินงานในระบบข้อมูลทั้งในระดับกระทรวง ระดับเขต และ จังหวัด 4) การติดตามและประเมินเฉพาะกิจ (จังหวัดออกประเมินรับรองในระหว่างวันที่ 18 กรกฎาคม – 6 สิงหาคม 2562)

ตารางแสดงผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว โดยทีมประเมินระดับอำเภอ (สะสม) ปี 2562

| อำเภอ | จำนวน รพ.สต. | ผ่าน 5ดาว | ร้อยละ |
|---------------|--------------|-----------|--------|
| เมือง | 13 | 12 | 92.30 |
| ท่าใหม่ | 17 | 17 | 100 |
| ขลุง | 15 | 15 | 100 |
| แหลมสิงห์ | 7 | 4 | 57.14 |
| มะขาม | 10 | 10 | 100 |
| โป่งน้ำร้อน | 8 | 8 | 100 |
| สอยดาว | 11 | 9 | 81.81 |
| นายายอาม | 7 | 7 | 100 |
| แก่งหางแมว | 11 | 11 | 100 |
| เขาคิชฌกูฏ | 6 | 6 | 100 |
| รวมภาพจังหวัด | 105 | 99 | 94.28 |

4.การวิเคราะห์ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงและปัญหา/อุปสรรค

บทบาทของพี่เลี้ยงในระดับอำเภอ บางอำเภอยังไม่ชัดเจน ทำให้การสนับสนุนยังไม่เกิดผลเท่าที่ควร

5.ผู้รับผิดชอบ นายบัญญัติ นิยมนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทร 086-3448449 e-mail somraiy@hotmail.com

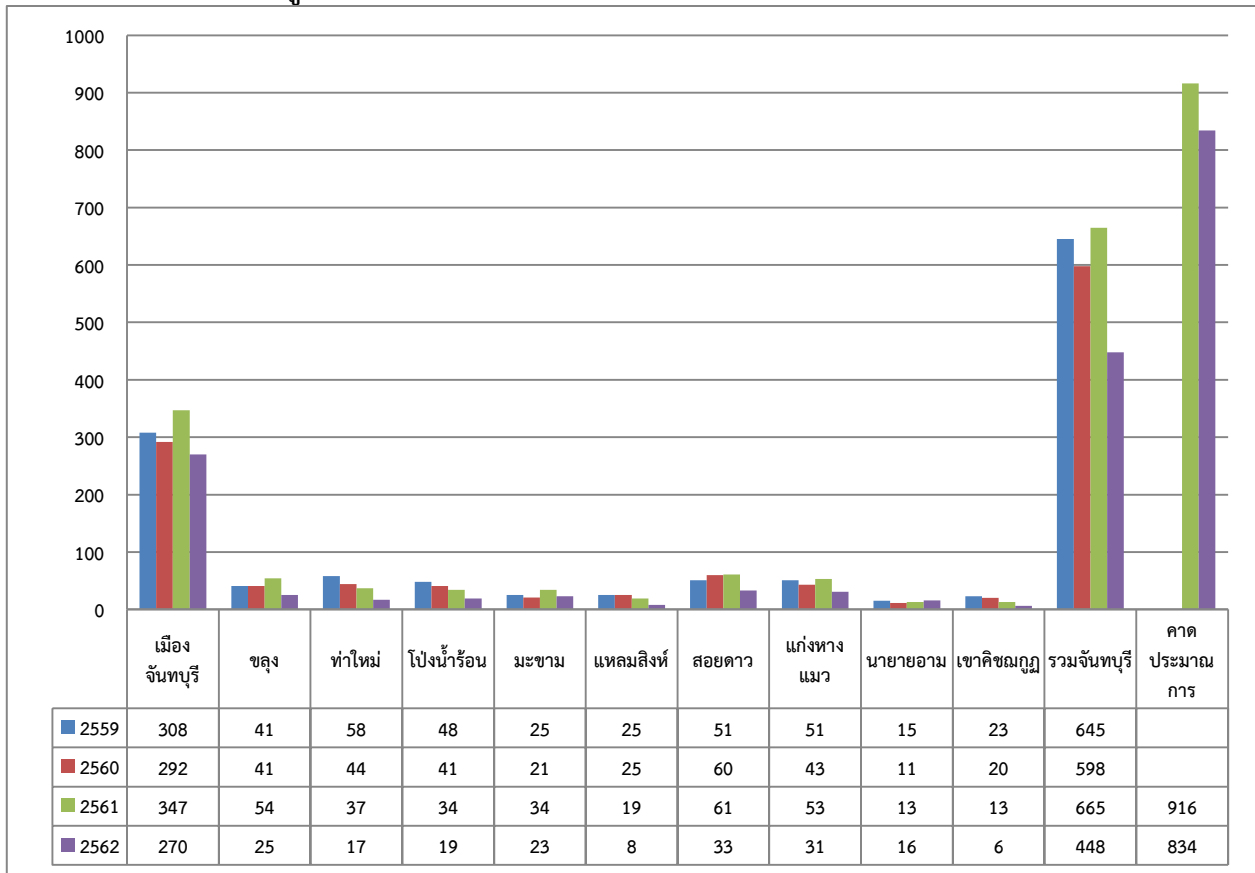
ประเด็นที่ 2 TB

ตัวชี้วัด : อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย>ร้อยละ 85)

สถานการณ์วัณโรค

สถานการณ์วัณโรค (All Form) จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2559-2562 พบว่าในปี2561 พบผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 665 รายซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2559 และ 2560และ ในปี 2562 (ต.ค. 2561- 18 มิ.ย.2562)พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรับการรักษาแล้วจำนวน 448 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.72 ของผู้ป่วย คาดประมาณการ (ปี 2562 จันทบุรี ประมาณการ 834 ราย) ดังภาพที่ 1

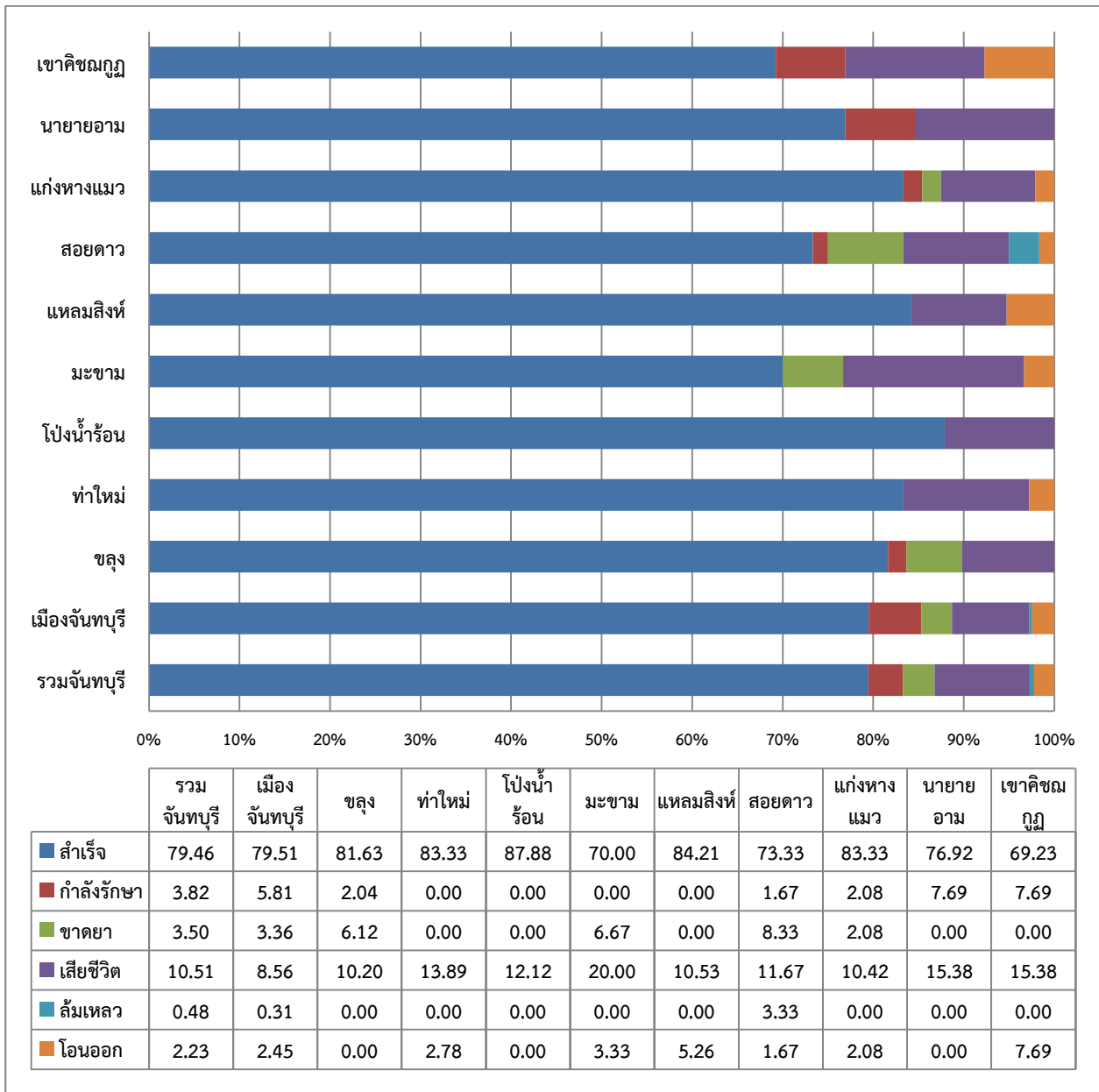
ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยวัณโรค(All Form) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี 2559- 2562 จำแนกรายอำเภอ



ที่มา:NTIP ณ 18 มิถุนายน 2562

ด้านผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค(All Form) ปี2561 (ต.ค. 2560- ก.ย. 2561)ซึ่งสามารถประเมินผลสำเร็จของการรักษาได้ในปี2562 และประเมินผล ณ 18 มิถุนายน 2562 พบอัตราความสำเร็จร้อยละ79.46 (ตัวชี้วัดคืออัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ >ร้อยละ 85) อยู่ระหว่างการรักษาร้อยละ 3.82 พบอัตราการขาดยาร้อยละ 3.50 อัตราตายร้อยละ 10.51 อัตราล้มเหลวร้อยละ 0.48 ดังภาพที่ 2 ผู้ป่วยตายส่วนใหญ่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 50 และมีปัญหาโรคเรื้อรังร่วมด้วย

ภาพที่ 2 ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (All Form) จังหวัดจันทบุรีปี 2561 จำแนกรายอำเภอ (ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 1ต.ค.2560 - ก.ย.2561)

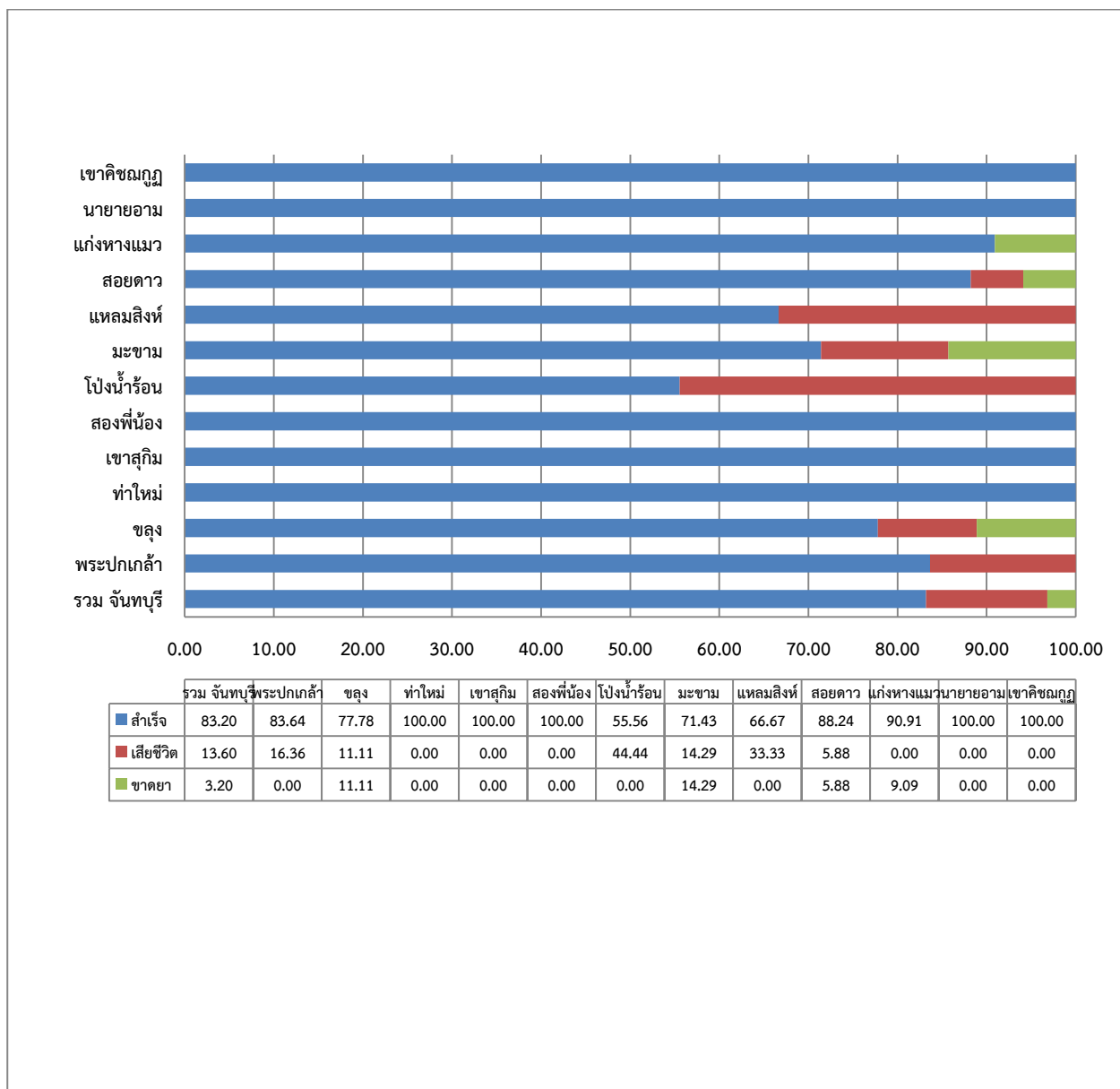


ที่มา:NTIP ณ 18 มิถุนายน 2562

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการปี 2561

ในปีงบประมาณ 2561 (1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561) พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 553 ราย ไตรมาส 1/61 มีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จำนวน 125 ราย อัตราความสำเร็จของการรักษาคิดเป็นร้อยละ 83.20 (อัตราความสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ไตรมาส1/61มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 พบอัตราขาดยาร้อยละ3.20 พบอัตราตาย ร้อยละ13.60 ซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไปซึ่งมีสาเหตุการตายจากโรคเรื้อรังและ HIV และตายในช่วง1-2เดือนแรกของการรักษา ดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไตรมาส 1/61 จำแนกรายสถานบริการ PA 1/61 (ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน1ตค.2560-31 ธค.2560)



ที่มา:NTIP ณ 18 มิถุนายน 2562

เป้าหมายการดำเนินงานปี 2562

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

แผนการดำเนินงาน

| ลำดับ | แผนปฏิบัติการ/กิจกรรม | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|-------|---|---|----------------|-----------------------------|
| 1 | ประชุมบูรณาการการดำเนินงานวัณโรคและเอ็ดส์ปี ละ 2 ครั้ง | ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคและเอ็ดส์ | ไตรมาสที่ 1 ,3 | พิศสมร การศรีทอง |
| 2 | เร่งรัดการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มโรคร่วม | สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง | ต.ค.61- ก.ย.62 | สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง |
| 3 | จัดตั้งCase 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 และปัญหาอุปสรรคนำเสนอผู้บริหารระดับจังหวัดทุกเดือน | รพ.ทุกแห่ง | ต.ค.61-ก.ย. 62 | พิศสมร การศรีทอง |
| 6 | คัดกรองผู้ต้องขังโดยการ x-ray | ผู้ต้องขังทุกคนในเรือนจำจังหวัดและทัณฑสถานเปิดทุ่งเบญจา | ก.พ.-มี.ค.62 | รพ.พระปกเกล้าและรพ.เขาสุกุม |
| 7 | ติดตามข้อมูลการขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลเอกชน | รพ.เอกชน2 แห่ง | ต.ค.61-ก.ย. 62 | พิศสมร การศรีทอง |
| 8. | นิเทศ/ติดตามบูรณาการคลินิกวัณโรคคุณภาพ/เอ็ดส์ | รพ. ทุกแห่ง | มี.ค-เม.ย.2562 | กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ |

กิจกรรมการดำเนินงานในปี 2562

1. มอบนโยบายการดำเนินงานวัณโรคให้แก่ผู้บริหาร และดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานวัณโรคในเวทีคปสจ.อย่างต่อเนื่อง
2. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยเน้นมาตรการด้านการค้นหา รายใหม่และคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงและการดำเนินงานเฝ้าระวังการดื้อยาในกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะดื้อยา ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2561
3. มีผลการดำเนินการจัดตั้ง Case management ในโรงพยาบาลทุกแห่ง
4. เน้นการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประสานความร่วมมือหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
5. ประสานความร่วมมือ หน่วยงานภาครัฐ / ประชาสังคม / NGO ในการดูแล ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ผู้ป่วยไร้สิทธิ และแรงงานต่างด้าว
6. เพิ่มศักยภาพแกนนำผู้ต้องขัง การค้นหาคัดกรองวัณโรค และกำกับการกินยาในเรือนจำ ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

ผลการดำเนินงานปีตามตัวชี้วัดตรวจราชการปี 2562

ในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561 – 17 มิถุนายน 2562) ณ วันที่ 17 มิถุนายน 2562 พบผู้ป่วยวัณโรค (All Form) จำนวน 448 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.72. ของผู้ป่วยคาดประมาณการ (ปี 2562 จันทบุรี ประมาณการ 834 ราย)

การค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคดำเนินการใน 7 กลุ่มเสี่ยง ครอบคลุมทั้ง 10 อำเภอ มีผลการดำเนินงาน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 - 18 มิถุนายน 2562 จำนวน 68020 ราย จากเป้าหมาย 75,702 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.85 โดยคัดกรองกลุ่มแรงงานต่างชาติ ร้อยละ 43.07 กลุ่ม HIV ร้อยละ 107.99 กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 84.17 กลุ่มผู้สัมผัสโรค ร้อยละ 93.41 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 210.63 กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 81.88 กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ ร้อยละ 100.00 และอยู่ระหว่างการแปรผล

ไตรมาส 1/62 พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จำนวน 121 ราย รักษาสำเร็จแล้ว ร้อยละ 35.54 อยู่ระหว่างการรักษาร้อยละ 43.80 ขาดยาร้อยละ 2.48 เสียชีวิต ร้อยละ 9.92 (ผู้ป่วยตายก่อนการรักษา 1 ราย, จากโรคร่วม เอชไอวี 3 ราย, วัณโรค 1 ราย, stroke 1 ราย, septicemia 1 ราย, โรคหัวใจ 1 ราย และ cirrhosis 1 ราย septic shock 1 ราย ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ราย ปอดบวม 1 ราย) พบในกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 6 ราย ผู้ป่วยโอนออกทั้งสิ้น 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.269 เป็นผู้ป่วย โอนออกไปรักษาต่างจังหวัด 4 ราย (รพ.กัณฑ์ราชมัย จ.ศรีสะเกษ, รพ.ไพศาลี จ.นครสวรรค์, รพ.ชนแดน จ. เพชรบูรณ์ และ รพ.ดอกคำใต้ แห่งละ 1 ราย) ซึ่งครบประเมินผลการรักษาในเดือน ก.ค. 2562 จำนวน 3 ราย และโอนออกไปรับการรักษา รพ.ภายในจังหวัด 6 ราย

ตารางที่ 1 ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไตรมาส 1/62 จำแนกรายสถานบริการ
(ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน1ตค.2561-31 ธค.2561)

| สถานบริการ | สำเร็จ | | กำลังรักษา | | ขาดยา | | เสียชีวิต | | โอนออก | | ผลรวมทั้งหมด |
|----------------|--------|--------|------------|--------|-------|--------|-----------|--------|--------|--------|--------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| รพ.พระปกเกล้า | 15 | 22.39 | 39 | 58.21 | 2 | 2.99 | 7 | 10.45 | 4 | 5.97 | 67 |
| รพ.ชลบุรี | 5 | 71.43 | | 0.00 | | 0.00 | 2 | 28.57 | | 0.00 | 7 |
| รพ.ท่าใหม่ | | 0.00 | | 0.00 | | 0.00 | | 0.00 | 1 | 100.00 | 1 |
| รพ.เขาสุกุม | | 0.00 | 1 | 100.00 | | 0.00 | | 0.00 | | 0.00 | 1 |
| รพ.สองพี่น้อง | 5 | 71.43 | 2 | 28.57 | | 0.00 | | 0.00 | | 0.00 | 7 |
| รพ.โป่งน้ำร้อน | 1 | 20.00 | 2 | 40.00 | | 0.00 | | 0.00 | 2 | 40.00 | 5 |
| รพ.มะขาม | 2 | 50.00 | 1 | 25.00 | | 0.00 | 1 | 25.00 | | 0.00 | 4 |
| รพ.แหลมสิงห์ | | 0.00 | | 0.00 | | 0.00 | | 0.00 | 1 | 100.00 | 1 |
| รพ.สอยดาว | 4 | 44.44 | 4 | 44.44 | | 0.00 | 1 | 11.11 | | 0.00 | 9 |
| รพ.แก่งหางแมว | 7 | 70.00 | 2 | 20.00 | 1 | 10.00 | | 0.00 | | 0.00 | 10 |
| รพ.นายายอาม | 4 | 57.14 | 1 | 14.29 | | 0.00 | | 0.00 | 2 | 28.57 | 7 |
| รพ.เขาคิชฌกูฏ | | 0.00 | 1 | 50.00 | | 0.00 | 1 | 50.00 | | 0.00 | 2 |
| ผลรวมทั้งหมด | 43 | 35.54 | 53 | 43.80 | 3 | 2.48 | 12 | 9.92 | 10 | 8.26 | 121 |

ที่มา:NTIP ณ 18 มิถุนายน 2562

กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่ทดสอบความไวต่อยา(DST) เพื่อค้นหา RR/MDR-TB ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยที่ล้มเหลวต่อการรักษาด้วยสูตรยารักษาซ้ำหรือสูตรยาผู้ป่วยใหม่
2. ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ
3. ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายหลังจากขาดยา
4. ผู้ป่วยอื่นๆที่เคยรักษามาแล้วแต่ไม่ทราบผลการรักษาชัดเจน

ในไตรมาส 1-2 ปี 2562 มีผลการดำเนินงานส่งตรวจดี้อย่างทุกวิธี ร้อยละ 89.66 และมีผลตรวจดี้อย่างทุกชนิดร้อยละ 88.46 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละการตรวจทดสอบความไวต่อยาทุกวิธีเพื่อค้นหา RR/MDR-TB จ.จันทบุรี (ไตรมาส 1-2 /2562)

| สถานบริการ | ประเภท | ขั้นทะเบียน TB07 | ส่งตรวจดื้อยาทุกวิธี | | มีผลตรวจดื้อยาทุกวิธี | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|----------------------|--------|-----------------------|--------|
| | | ราย | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| รพ.พระปกเกล้า | Relapse | 12 | 11 | 91.67 | 11 | 91.67 |
| | Treatment After Loss to Follow-up | 3 | 3 | 100 | 3 | 100 |
| | Other | 4 | 3 | 75 | 3 | 75 |
| รวม | | 19 | 17 | 89.47 | 17 | 100 |
| รพ.มะขาม | Relapse | 1 | 1 | 100 | 0 | 0 |
| | Treatment After Loss to Follow-up | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 |
| รวม | | 2 | 2 | | 1 | 50 |
| รพ.แหลมสิงห์ | Relapse | 1 | 1 | 100 | 0 | 0 |
| รพ.สอยดาว | Treatment After Loss to Follow-up | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 |
| รพ.แก่งหางแมว | Relapse | 5 | 5 | 100 | 4 | 80 |
| | Treatment After Failure | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| รวม | | 6 | 5 | 83.33 | 4 | 80 |
| รวมจังหวัด | | 29 | 26 | 89.66 | 23 | 88.46 |

ที่มา:NTIP ณ 18 มิถุนายน 2562

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

- 1) มี NOC-TB จังหวัดจันทบุรี ในการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกเดือนใช้ไลน์กลุ่มเป็นช่องทางในการติดตามงาน
- 2) มี Case management ในโรงพยาบาลทุกแห่งที่มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการกำกับติดตามข้อมูลรายงานและให้บริการในคลินิกและการกำกับติดตามเยี่ยมการกินยา
- 3) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อเป็นที่ปรึกษาตามแผนการรักษาและการติดตามผู้ป่วย
- 4) จัดบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รพ.พระปกเกล้ามีการตรวจหาเชื้อดื้อยาทุกราย (C/S) ที่เสมหะบวก

ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

| ปัญหาอุปสรรค | ข้อเสนอแนะ |
|---|--|
| 1.พบผู้ป่วยวัณโรคตายสูงจากโรคเรื้อรังและพบผู้ป่วยตายก่อนเริ่มการรักษา | การเร่งรัดการคัดกรองในกลุ่มโรคเรื้อรังโดยการx-ray |
| 2.ปัญหาการย้ายถิ่น ของผู้ป่วย ทำให้ติดตามยาก | จนท.เคร่งครัดระบบการกำกับติดตาม พัฒนาระบบการส่งต่อ ติดตามผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสาร |

5.ผู้รับผิดชอบ

นางพิศสมร การศรีทอง

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

โทร 081-9833938

e-mail pizza_heyha@hotmail.com

ประเด็นที่ 3 การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และมีระบบจัดการการดื้อยา
ด้านจุลชีพอ่างบูรณาการ(AMR)

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

1. สถานการณ์

- ทุกโรงพยาบาลมีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดชั้นที่ 1 มีโรงพยาบาล 3 แห่งได้แก่ รพ.นายายอาม รพ.โป่งน้ำร้อน และรพ.สองพี่น้อง ที่มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ชั้นที่ 2 และรพ.นายายอามเป็นโรงพยาบาลเดียวที่ผ่านเกณฑ์ชั้นที่ 3
- โรงพยาบาลที่มีแนวโน้มสามารถผ่านเกณฑ์ชั้นที่ 2 เพิ่มเติมในปีงบประมาณนี้ ได้แก่ รพ.ท่าใหม่ รพ.ขลุ้ง และ รพ.มะขาม ตามลำดับ
- ตัวชี้วัดที่ยังเป็นปัญหาของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะใน URI และแผลสด ผลการดำเนินงานรายเดือนของแต่ละโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมามีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังไม่คงที่จำเป็นต้องติดตามและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานอย่างต่อเนื่องต่อไป

2. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.2 รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ

| เป้าหมาย | มาตรการดำเนินการ | แนวทางการตรวจ ติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|--|---|---|---|
| 1. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | | | |
| โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ชั้นที่ 1 และ 2 | ดำเนินกิจกรรมตาม กุญแจ PLEASE | 1. ติดตามกิจกรรม ชั้นที่ 1 - ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ - PTC เข้มแข็ง - ฉลากยามาตรฐาน - ตัดยาที่ไม่เหมาะสมออกจากบัญชียาโรงพยาบาล - ส่งเสริมจริยธรรมฯ 2. ติดตามกิจกรรม ชั้นที่ 2 - ลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นใน 4 กลุ่มโรค - ดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต | RDU ชั้นที่ 1 \geq 95% RDU ชั้นที่ 2 \geq 20 % |
| 2. รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ | | | |
| หน่วยบริการปฐมภูมิ ลูกข่ายที่ใช้ยาสมเหตุผลชั้นที่ 1 และ 2 | ลดการใช้ยาปฏิชีวนะ ใน 2 กลุ่มโรค ได้แก่ RI และ AD | ติดตามร้อยละของ รพ.สต. ใน CUP ที่ ใช้ยาปฏิชีวนะผ่านเกณฑ์ทั้ง 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 | ภาพรวม จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) | ภาพรวมจังหวัด - รอบ 1 (ข้อมูล ต.ค.61-มี.ค.62) - รอบ 2 (ข้อมูล ต.ค.61- มี.ย.62) |
|-------|--|---|--|--|
| 1 | ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่าง สมเหตุผล (โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขตาม RDU1 และ รพ.สต.ผ่านเงื่อนไขตามRDU2) เกณฑ์ตัวชี้วัด: 1. RDU ชั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ของรพ.ทั้งหมด 2. RDU ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรพ.ทั้งหมด | เป้าหมาย (จำนวน รพ.ทั้งหมด) | 12 | |
| | | ผลงาน | 12 | ผ่านเกณฑ์ |
| | | 1. จำนวน รพ. ผ่าน RDU ชั้นที่ 1 RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ | 100.00 | |
| | | 2. จำนวน รพ.ผ่าน RDU ชั้นที่ 2 RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ | 3 25.00 | ผ่านเกณฑ์ |

*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) ร้อยละการตั้งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ร้อยละ | 2) การดำเนินงานของ PTC ในการขึ้นนำส่งเสริม RDU ระดับ | 3) รายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรพ. จำนวนรายการ | 4) การจัดทำฉลากมาตรฐาน ระดับ | 5) การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา ระดับ | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค | | | | 5) ร้อยละการใช้ Glibenclamide ใน DM สูงอายุ/ ไตรระดับ 3 ร้อยละ | 6) ร้อยละการใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยไตระดับ 3 ร้อยละ | 7.) จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้ยา Warfarin, Statin, Ergotsราย | 6) ร้อยละของ รพ.สต. ในเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะทั้งโรค RI และ AD | | | | |
| | | | | | | | 1) RI ร้อยละ | 2) AD ร้อยละ | 3) FTW ร้อยละ | 4) APL ร้อยละ | | | | ผ่าน | ทั้งหมด | ร้อยละ | | |
| พระปกเกล้า | | 96.33 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | 1 | ระดับ 3 | 35.64 | 21.78 | 46.93 | 16.95 | 0.00 | 0.59 | 0.00 | 15 | 16 | 93.75 | ✓ | |
| สอยดาว | | 96.72 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | 0 | ระดับ 3 | 27.65 | 22.54 | 60.80 | 14.39 | 0.00 | 0.49 | 0.00 | 12 | 12 | 100 | ✓ | |
| ขลุง | | 95.59 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | 0 | ระดับ 3 | 24.51 | 18.08 | 44.42 | 6.52 | 0.00 | 0.70 | 0.00 | 15 | 16 | 93.75 | ✓ | |
| ท่าใหม่ | | 97.31 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | 0 | ระดับ 3 | 22.37 | 2.37 | 34.69 | 0.00 | 0.00 | 0.51 | 0.00 | 8 | 8 | 100 | ✓ | |
| เขาสกิม | | 97.08 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | 0 | ระดับ 3 | 28.16 | 19.63 | 52.41 | 12.00 | 00.00 | 1.46 | 0.00 | 6 | 6 | 100 | ✓ | |
| สองพี่น้อง | | 95.12 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | 0 | ระดับ 3 | 15.38 | 11.79 | 23.12 | 4.17 | 0.00 | 1.16 | 0.00 | 4 | 4 | 100 | | ✓ |
| มะขาม | | 96.27 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | 0 | ระดับ 3 | 17.05 | 15.18 | 57.08 | 13.64 | 0.00 | 0.37 | 0.00 | 10 | 10 | 100 | ✓ | |
| โป่งน้ำร้อน | | 95.57 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | 0 | ระดับ 3 | 18.73 | 18.62 | 24.36 | 5.37 | 0.00 | 0.46 | 0.00 | 8 | 8 | 100 | | ✓ |
| แหลมสิงห์ | | 95.99 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | 0 | ระดับ 3 | 20.62 | 27.39 | 57.67 | 5.45 | 0.00 | 0.64 | 0.00 | 7 | 8 | 87.50 | ✓ | |
| แก่งหางแมว | | 94.59 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | 0 | ระดับ 3 | 29.24 | 38.93 | 53.59 | 5.49 | 0.00 | 1.02 | 0.00 | 11 | 11 | 100 | ✓ | |
| นายายอาม | | 98.49 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | 0 | ระดับ 3 | 16.79 | 19.45 | 23.52 | 8.25 | 0.00 | 0.92 | 0.00 | 7 | 7 | 100 | | ✓ |
| เขาคิชฌกูฏ | | 97.45 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | 0 | ระดับ 3 | 24.91 | 17.10 | 59.16 | 1.79 | 29.05 | 1.09 | 0.00 | 6 | 6 | 100 | ✓ | |
| 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 3 แห่ง | | | | | | | | | 3) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็นรพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัด (A/B) × 100 ชั้นที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 100.00 ชั้นที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 25.00 | | | | | | | | |

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

1. แบบฟอร์มประกอบการใช้ยาปฏิชีวนะที่จัดทำขึ้น ยังไม่ได้นำลงสู่การปฏิบัติ เนื่องจากพบความยุ่งยากในการใช้
2. ทักษะและความรู้ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การตรวจรักษา
3. ขาดการคัดกรองข้อมูลที่มีผลกระทบ ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายออกก่อนนำมาใช้ในการคำนวณ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่เป็นแผลเกิน 6 ชั่วโมงก่อนเข้ารับการรักษา การคลอดปกติที่มีอาการแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย
4. ความถูกต้องของการลงรหัสโรคที่เกี่ยวข้อง

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ |
|---|--|--|
| 1. การนำแนวทางลงสู่การปฏิบัติ | ใบประกอบการใช้ยาที่จัดทำขึ้น อาจนำไปใช้เป็นเกณฑ์ประกอบการพิจารณาสั่งใช้ยาสำหรับแพทย์ ไม่จำเป็นต้องแนบใบประกอบการใช้ทุกครั้งเมื่อต้องการสั่งใช้ยา | จัดทำแนวทางจากส่วนกลางที่ง่ายต่อการปฏิบัติงาน |
| 2. ทักษะและความรู้ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การตรวจรักษา | ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลรายหน่วยงาน ตลอดจนรายบุคคลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น | |
| 3. การคัดกรองข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องออก | ปรับปรุงแบบบันทึกประกอบการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยประเภทที่ไม่เกี่ยวข้องออกก่อนนำมาคำนวณได้ โดยนำมาใช้ตามบริบทของโรงพยาบาล | จัดทำตัวอย่างที่เป็นต้นแบบการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายเพื่อเผยแพร่ |
| 4. ความถูกต้องของการลงบันทึกรหัสโรคที่เกี่ยวข้อง | สุ่มตรวจการลงบันทึกรหัสโรคที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความถูกต้อง เนื่องจากอาจส่งผลต่อความถูกต้องของผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดได้ | |

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. ควรกำหนดเป้าหมายให้เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล
2. ส่วนกลางจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานที่ได้จากการถอดบทเรียนของโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จ

ผู้รายงาน ภญ.พัชรินทร์ เดชธราดล

ตำแหน่ง เภสัชกร ชำนาญการพิเศษ

โทร : 085-0845610

e-mail : ppkphar_2505@yahoo.co.th

ประเด็นที่ 3 การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)และมีระบบจัดการการดื้อยา
ด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ(AMR)

ตัวชี้วัด 2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

1.สถานการณ์

- โรงพยาบาลพระปกเกล้ามีการแต่งตั้งคณะทำงานด้านการจัดการเชื้อดื้อยาโดยเฉพาะ และเริ่มดำเนินการประชุมทุก 3 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม เป็นต้นมา
- อัตราการพบเชื้อดื้อยา 8 ชนิด ในกระแสเลือดของไตรมาสที่ 2 เพิ่มขึ้นจากไตรมาสที่ 1 เล็กน้อย แต่ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2561
- อัตราการการดื้อยาของเชื้อ MDR, VRE และ MRSA ลดลง ในขณะที่ CRE มีอัตราการดื้อยาเพิ่มขึ้น
- ความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะควบคุมเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายคือมากกว่าร้อยละ 80 และปริมาณ (DDD) การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มที่ออกฤทธิ์กว้างหรือสวงนกับเชื้อดื้อยา ลดลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปี 2561 แต่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้

2.สรุปการดำเนินงานของจังหวัด

| ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | ภาพรวมจังหวัด |
|---|--|---------------|
| ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยา ด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) | ผลงาน จำนวน รพ. ผ่านระดับ intermediate | 1 |
| | เป้าหมาย (จำนวนรพ.ระดับ A,S,M1 ทั้งหมด) | 1 |
| | ระดับ Intermediateไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 | ร้อยละ |

| สรุปคะแนนการดำเนินงาน 5 กิจกรรมสำคัญ | รพ.พระปกเกล้า |
|--|-------------------------|
| 1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ | 55 |
| 2. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ | 72 |
| 3. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล | 64 |
| 4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน ร.พ. | 80 |
| 5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ | 50 |
| รวม (คะแนนเต็ม 500 คะแนน) | <u>321</u> |
| * ข้อบังคับ basic ทุกข้อ > 0 คะแนน | (/) ใช่ () ไม่ใช่ |
| ** ข้อบังคับ Intermediate ทุกข้อ > 0 คะแนน | (/) ใช่ () ไม่ใช่ |

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

| รายละเอียดการประเมิน 5 กิจกรรมสำคัญ | คะแนน เต็ม | รพ. พระปกเกล้า |
|---|--|---|
| หมายเหตุ * เป็นข้อบังคับขั้น basic **เป็นข้อบังคับ Intermediate สามารถ download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv | | |
| 1 กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) (100 คะแนน) (1) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR * (2) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ * (3) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน * (4) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR * (5) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (6) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากรเพื่อการแก้ไขปัญหา** (7) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขตเพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน | 5 10 10 10 20 20 25 | 5 10 10 10 10 10 0 |
| 2 การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (100 คะแนน) (1) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน * (2) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน* (3) ระบบ Lab Alert * (4) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในระดับประเทศ ** (5) การจัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (6) การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (7) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (8) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R (9) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST)** (10) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ สคร.เขต | 10 5 10 10 10 10 10 10 10 5 10 | 10 5 7 5 10 10 5 10 5 5 5 |

| รายละเอียดการประเมิน 5 กิจกรรมสำคัญ | คะแนนเต็ม | รพ. พระปกเกล้า |
|--|---|--|
| หมายเหตุ * เป็นข้อบังคับขั้น basic **เป็นข้อบังคับ Intermediate สามารถ download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv | | |
| 3 การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล (100 คะแนน) (๑)การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย * (๒)การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL * (๓)การติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ * (๔)การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง * (๕)การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา * (๖)มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (๗)การสอนและฝึกอบรมทักษะ (๘)ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกจ่ายยาอย่างเหมาะสม (๙)มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ | 5 5 5 15 30 15 10 10 5 | 3 3 5 10 25 8 5 0 5 |
| 4 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน ร.พ. (100 คะแนน) (1) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ * (2) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ * (3) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR * (4) IPC guideline * (5) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (6) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak) (7) ร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ (8) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (9) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance) (10) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection (11) มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC | 5 5 10 5 10 10 10 10 15 10 10 | 5 5 5 5 10 5 10 5 10 10 |

| รายละเอียดการประเมิน 5 กิจกรรมสำคัญ | คะแนนเต็ม | รพ. พระปกเกล้า |
|---|-----------|----------------|
| หมายเหตุ * เป็นข้อบังคับขั้น basic **เป็นข้อบังคับ Intermediate สามารถ download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv | | |
| 5 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ (100 คะแนน) | | |
| (1) การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล | 50 | 10 |
| (2) การวิเคราะห์และการจัดการระบบของโรงพยาบาลในการดำเนินงานเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา | 40 | 30 |
| (3) การตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล | 10 | 10 |

4.Small Success

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

5.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

| ประเด็น | ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ |
|--|---|--|---|
| 1.ระบบสารสนเทศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานทำให้สามารถจัดทำรายงานข้อมูลได้ถูกต้อง สะดวก และรวดเร็ว รวมทั้งช่วยบุคลากรทางการแพทย์ในการตัดสินใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเลือกยาที่เหมาะสมกับความไวของเชื้อและสถานะของผู้ป่วยได้ | 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 | มีคณะทำงานหลักระดับโรงพยาบาล โดยมีตัวแทนจาก สสจ. เข้าร่วม 1 ท่าน อาจทำให้การประสานงานระดับจังหวัดล่าช้า | ให้มีการประสานงานในรูปสหสาขาวิชาชีพภายในจังหวัด และกำหนดแนวทางที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น | |

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. ให้มีการนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดสำคัญเพื่อเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกัน
2. มีการกำหนด Template ของตัวชี้วัดสำหรับเป้าหมายหลักและเป้าหมายรอง เพื่อใช้เป็นบรรทัดฐานเหมือนกันทั่วประเทศ

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ระบุกรณีที่เกิดกิจกรรมสำคัญได้คะแนนตั้งแต่ 70 คะแนนขึ้นไป)

1. ใช้ spot map รายงานสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และแจ้งผ่านไลน์กลุ่มทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคน ทราบถึงสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว และเฝ้าระวังในหน่วยงานของตนได้ทันเหตุการณ์
2. การรายงานผลความไวต่อเชื้อแบบ cascade reporting
3. มีการเชื่อมโยงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกับผลทางด้านคลินิกอื่นๆ จากการร่วมโครงการ GLASS สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงลึกได้มากขึ้น

ผู้รายงาน ภาณุ.พัชรินทร์ เดชธราดล

ตำแหน่ง เกษัชกร ชำนาญการพิเศษ

โทร : 085-0845610

e-mail : 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 ≥40
- 4) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) ≥50
- 5) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time) ≥60

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ข้อมูลสถิติของรพ. พระปกเกล้า

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ปี2561 | ปี2562 ไตรมาส1-2 ตค.61-มีค. 62 | ไตรมาส3 เมย.62 | รวม (ตค.61- เมย.62) |
|--|-------------|-------------------|---|-------------------|---------------------------|
| 1.1 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) | <ร้อยละ 7 | 10.91 195/1788 | 11.47 110/959 | 7.41 12/162 | 10.88 122/1121 |
| 1.2 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic: I60-I62) | <ร้อยละ 25 | 29.10 142/488 | 27.47 75/273 | 17.50 7/40 | 26.20 82/313 |
| 1.3 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63) | <ร้อยละ 5 | 4.23 52/1229 | 5.21 34/653 | 4.35 5/115 | 5.08 39/768 |
| 1.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที(door to needle time) | ≥ ร้อยละ 50 | 43.48 30/69 | 47.17 25/53 | 45.45 5/11 | 46.88 30/64 |
| 1.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit | ≥ ร้อยละ 40 | - | - | - | - |
| 1.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที(door to operation room time) | ≥ ร้อยละ 60 | - | 0 0/69 | 0 0/12 | 0 0/81 |

2. สถานการณ์

- ยังไม่เปิดให้บริการ stroke unit
- จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ เป็นข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 14 มิ.ย.62

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 (ไตรมาส1-2) ต.ค.61-พ.ค.62 | | |
|----------------|---|---|--|----------|---|---|--|
| | จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย(รหัส ICD-10 =I60-I69) (A) | จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยใน ช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I69) (B) | ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (A/B) x 100 | | จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I69) (A) | จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I69) (B) | ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (A/B) x 100 |
| รพ.พระปกเกล้า | 194 | 1,767 | 10.98 | | 122 | 1,119 | 10.90 |
| รพ.ชลูง | 5 | 60 | 8.33 | | 2 | 48 | 4.17 |
| รพ.มะขาม | 7 | 63 | 11.11 | | 2 | 28 | 7.14 |
| รพ.สอยดาว | 9 | 97 | 9.28 | | 9 | 64 | 14.06 |
| รพ.นายายอาม | 1 | 52 | 1.92 | | 1 | 29 | 3.45 |
| รพ.ท่าใหม่ | 3 | 38 | 7.89 | | 0 | 16 | 0 |
| รพ.เขาสุกิ | 1 | 17 | 5.88 | | 1 | 24 | 4.17 |
| รพ.สองพี่น้อง | 2 | 23 | 8.7 | | 0 | 18 | 0 |
| รพ.โป่งน้ำร้อน | 4 | 79 | 5.06 | | 7 | 83 | 8.43 |
| รพ.แหลมสิงห์ | 3 | 44 | 6.82 | | 0 | 30 | 0 |
| รพ.แก่งหางแมว | 1 | 52 | 1.92 | | 2 | 31 | 6.45 |
| รพ.เขาคิชฌกูฏ | 1 | 17 | 5.88 | | 0 | 14 | 0 |
| | | | | | | | |
| ภาพรวมจังหวัด | 231 | 2301 | 10.00 | | | | |

(2) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic: I60-I62) (เป้าหมาย: < ร้อยละ 25)

| อำเภอ/จังหวัด | ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic: I60-I62) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 25) ปี 2561 | | | หมายเหตุ | ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic: I60-I62) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 25) ปี 2562 (ไตรมาส1-2) ตค.61-พค.62 | | |
|----------------|--|---|--|----------|--|---|--|
| | จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I60-I62) (C) | จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I60-I62) (D) | ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (C/D) x 100 | | จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I60-I62) (C) | จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I60-I62) (D) | ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (C/D) x 100 |
| รพ.พระปกเกล้า | 142 | 499 | 28.46 | | 82 | 313 | 26.20 |
| รพ.ชลบุรี | 3 | 8 | 37.5 | | 0 | 12 | 0 |
| รพ.มะขาม | 5 | 14 | 35.71 | | 1 | 9 | 11.11 |
| รพ.สอยดาว | 2 | 19 | 10.53 | | 1 | 9 | 11.11 |
| รพ.นายายอาม | 1 | 12 | 8.33 | | 0 | 3 | 0 |
| รพ.ท่าใหม่ | 0 | 5 | 0 | | 0 | 5 | 0 |
| รพ.เขาสุกิ | 1 | 2 | 50 | | 0 | 7 | 0 |
| รพ.สองพี่น้อง | 1 | 2 | 50 | | 0 | 1 | 0 |
| รพ.โป่งน้ำร้อน | 2 | 8 | 25 | | 2 | 11 | 18.88 |
| รพ.แหลมสิงห์ | 2 | 6 | 33.33 | | 0 | 5 | 0 |
| รพ.แก่งหางแมว | 0 | 11 | 0 | | 0 | 5 | 0 |
| รพ.เขาคิชฌกูฏ | 1 | 1 | 100 | | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | |
| ภาพรวมจังหวัด | 160 | 587 | 27.26 | | 86 | 380 | 22.63 |

(3) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63) (เป้าหมาย: < ร้อยละ 5)

| อำเภอ/จังหวัด | ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 5) ปี 2561 | | | หมายเหตุ | ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 5) ปี 2562 (ไตรมาส1-2) ตค.61-พค.62 | | |
|----------------------|---|---|---|----------|--|---|---|
| | จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I63) (E) | จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I63) (F) | ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (E/F) x 100 | | จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I63) (E) | จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I63) (F) | ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (E/F) x 100 |
| รพ.พระปกเกล้า | 51 | 1,208 | 4.22 | | 39 | 761 | 5.12 |
| รพ.ชลูง | 0 | 19 | 0 | | 2 | 12 | 16.67 |
| รพ.มะขาม | 2 | 42 | 4.76 | | 1 | 18 | 5.56 |
| รพ.สอยดาว | 6 | 71 | 8.45 | | 6 | 45 | 13.33 |
| รพ.นายายอาม | 0 | 12 | 0 | | 1 | 6 | 16.67 |
| รพ.ท่าใหม่ | 2 | 14 | 14.29 | | 0 | 4 | 0 |
| รพ.เขาสุกิม | 0 | 6 | 0 | | 1 | 11 | 9.09 |
| รพ.สองพี่น้อง | 1 | 9 | 11.11 | | 0 | 10 | 0 |
| รพ.โป่งน้ำร้อน | 2 | 54 | 3.7 | | 4 | 48 | 8.33 |
| รพ.แหลมสิงห์ | 0 | 16 | 0 | | 0 | 6 | 0 |
| รพ.แก่งหางแมว | 1 | 38 | 2.63 | | 1 | 23 | 4.35 |
| รพ.เขาคิชฌกูฏ | 0 | 1 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | |
| ภาพรวมจังหวัด | 65 | 1,490 | 4.36 | | | | |

(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 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (เป้าหมาย: \geq ร้อยละ 50) ปี 2562 (ไตรมาส1-2) ตค.61-พค.62 | | |
|---|---|---|---|----------|--|--|--|
| | จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER) (รหัส ICD-10 =I63) (G) | จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I63) (H) | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (G/H) x 100 | | จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER) (รหัส ICD-10 =I63) (G) | จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I63) (H) | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (G/H) x 100 |
| รพ. พระปกเกล้า ภาพรวม จังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ) | 30 | 69 | 43.48 | | 30 | 64 | 46.88 |
| ระดับอำเภอ | ให้ยา rtPA ไม่ได้ เนื่องจาก รพ. ไม่มีเครื่อง CT Scan และไม่มี พ. Neuro รพช. จำเป็นต้อง refer ทั้งหมด | | | | | | |

(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 ชั่วโมงได้รับการรักษาในชั่งเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I69) (J) | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (I/J) x 100 | |
| อำเภอ | | | | |
| อำเภอ | | | | |
| อำเภอ | | | | |
| อำเภอ | | | | |
| อำเภอ | | | | |
| ภาพรวมจังหวัด | ยังไม่เปิด Stroke unit | | - | |

(6) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 60)

| อำเภอ/ จังหวัด | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 60) ปี 2562 ไตรมาส1-2 (เดือนต.ค.61-เม.ย.62) | | | หมายเหตุ |
|--|--|--|--|----------|
| | จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น (รหัส ICD-10 =I60-I62) (K) | จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในชั่งเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I62) (L) | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (K/L) x 100 | |
| ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ) | 0 | 81 | 0 | |

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมเขตสุขภาพ)

3.2.1 ระบบบริการ

- มีระบบ stroke fast track สามารถฉีดยาละลายลิ่มเลือดได้ อัตราการฉีดยาละลายลิ่มเลือด
ปี 2561 (ต.ค.60-ก.ย.61) = 5.6% (69/1229)
ปี 2562 (ต.ค.61-เม.ย.62) = 8.33% (64/768)
- มีสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยตาม CVA care map

3.2.2 กำลังคนด้านสุขภาพ

- มีอายุรแพทย์ระบบประสาท 3 คน
- มีพยาบาล 8 คนเพื่อเตรียมพร้อมเปิด stroke unit 15 เตียง กันยายน 2562

3.2.3 ค่าใช้จ่ายสุขภาพ

- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิต้นสังกัด

3.3.4 สื่อ องค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์

- มีการพัฒนาบุคลากรเข้าอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างต่อเนื่อง
อบรมเฉพาะทาง 4 เดือน
อบรมระยะสั้น 2-3 วัน และระยะสั้น 5 วัน
- แผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย Stroke fast track
จัดอบรมสำหรับ ทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย Stroke fast track

3.3.5 ระบบข้อมูลสารสนเทศ

- เก็บข้อมูลโดยใช้ระบบ Manual ซึ่งใช้เวลามากและไม่มีเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้ในระดับเขตไม่ครบถ้วน แม่นยำเท่าที่ควร
- ปัจจุบันรพ.พระปกเกล้าได้นำโปรแกรมเยี่ยมบ้าน Smart coc มาใช้ เพื่อการติดตามเยี่ยมบ้านและการประเมินผู้ป่วย (เริ่มใช้ 1 มิ.ย.2562 อยู่ในระหว่างทดลองใช้)

3.3.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

-

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- ยังไม่สามารถเปิดให้บริการ stroke unit ได้
- ขาดกำลังคนในการเก็บสถิติข้อมูลผู้ป่วย และขาดการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยกับ รพช.
- ขาดการดำเนินงานเรื่อง intracerebral hemorrhage fast track

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ |
|---|---------------------------------|
| 1. ปัจจุบันยังไม่สามารถเปิด Stroke unit Plan เปิด เดือนกันยายน 2562 ระยะแรก จำนวน 15 เตียง | |
| 2. ขาดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย | |
| 3. ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกับรพช.เนื่องจากโปรแกรมการเก็บข้อมูลและ เจ้าหน้าที่ประสานงาน | |
| 4. ขาดการดำเนินงาน intracerebral hemorrhage fast track | |

ผู้รายงาน นพ.จุมพล อานามนารถ

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

0814306100

นส.สมปอง ทองศรี

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

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. สถานการณ์สุขภาพปัญหา (ข้อมูลสถิติ/ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา/ปัจจัยเสี่ยง-ปัญหาที่เกิดขึ้นในปี 2559)

ผู้ป่วยช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ปี 2556-2559 อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรม 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 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของของผู้ป่วยอายุรกรรม 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

1. จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Septic shock และ Flow การทำงานภาพรวมของจังหวัด เริ่มประกาศใช้ เดือนมิถุนายน 2558

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

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

4. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล และการวินิจฉัยโรคให้ตรงกัน

5. ดำเนินงานโครงการเยี่ยมเครือข่ายเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย ให้ความรู้ คำปรึกษา ค้นหาปัญหาในการปฏิบัติงาน

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

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี)

| ตัวชี้วัด | ผลการดำเนินงาน | | | | |
|--|--------------------|--|---------------------|---------------------|-----------------------|
| | ปี58 | ปี59 | ปี60 | ปี61 | ปี62 (ต.ค.-พ.ค.62) |
| ประเด็นตรวจราชการ (เดิม) เก็บข้อมูล รพ.พระปกเกล้า | | | | | |
| 1.1 อัตราตายจาก Sepsis/Septic shock (ภาพรวม) เป้าหมาย <30% (R651+R572+A419) | 45.5 (519/1140) | 40.88 (518/1267) | 38.4 (474/1237) | 37.68 (443/1194) | 38.81 (236/608) |
| 1.2 อัตราตายจาก Sepsis/Septic shock (Community Infection) (R651+R572+A419) | NA | 33.57 (278/828) | 30.66 (260/848) | 30.39 262/862 | 31.82 (141/443) |
| 1.3 อัตราตายจาก Sepsis/Septic shock (ภาพรวม) (R651+R572) | 48.07 (411/855) | 43.31 (392/905) | 42.07 (377/896) | 40.1 (351/876) | 38.03 (162/426) |
| 1.4 อัตราตายจาก Sepsis/Septic shock (Community Infection) (R651+R572) | NA | 34.48 (200/580) | 34.82 (109/313) | 32.49 (207/637) | 35.93 (115/320) |
| 1.3 อัตราการรับ Refer ภายใน จังหวัด (ข้อมูลเก็บที่ รพ.พปก.) เป้าหมาย < 30% | 49.1 (336/685) | 56.76 (470/828) | 57.48 (490/848) | 64.36 (557/862) | 71.56 (317/443) |
| ประเด็นตรวจราชการ ปี 2561-2562 (ภาพรวมจังหวัดจากฐานข้อมูล HDC) | | | | | |
| 1.1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community-acquired < 30% (R651+R572) | | NA | NA | 27.12 (211/778) | 28.81 (123/427) |
| 1.2 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิด Community-acquired < 30% (R651+R572+A419) | | NA | 25.37 (862/3398) | 17.46 (353/2021) | 15.71 (190/1208) |
| ข้อมูลจากการสุ่มตรวจเวชระเบียนที่ รพ.พระปกเกล้า | | | | | |
| 2) อัตราการเจาะเลือด H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ ร้อยละ 90 | NA | 100 (127/127) | 99.03 (409/413) | 96.36 (347/360) | 100 110/110 |
| 3) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ≥ ร้อยละ 90 | NA | 100 (127/127) | 94.76 (362/382) | 96.41 (345/360) | 99.1 109/110 |
| 4) อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ≥ ร้อยละ 90 | NA | NA | 75.3 (311/413) | 78.71 (273/360) | 82.72 91/110 |
| 5) อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ(ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม. > ร้อยละ 30 | | อัตราผู้ป่วยที่รับเข้า ICU ในระบบ Fast Track | 21.41 (73/341) | 29.02 (128/441) | 12.46 (41/329) |
| 6) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ A และ S) | | | | | |
| 1. ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยนำเรื่องเข้าปรึกษาคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (เดือนมิถุนายน 2562) เพื่อพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน | | | | | |

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

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

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

3. จากข้อมูลผู้ป่วยที่รับมาดูแลในระบบ Fast Track ที่หน่วยวิกฤตอายุรกรรม เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การหายใจล้มเหลว ไตวาย โดยปี 2561 มีค่าคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Apache II Score) เฉลี่ยเมื่อแรกรับที่ 24.4 ซึ่งยังคงมีโอกาสเสียชีวิตสูง

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ |
|---|---|
| 1. ความแตกต่างของระดับบริการของโรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี 2. ขาดอัตรากำลัง ไม่สามารถขยายบริการรองรับผู้ป่วยวิกฤต (ในระบบ Fast Track) ได้เพียงพอ 3. ขาดผู้ประสานงานโครงการเชื่อมโยงระดับจังหวัด 4. ขาดบุคลากรในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรวบรวมตัวชี้วัดต่างๆ ไม่มีระบบที่เอื้อให้ส่งต่อการทำงาน | 1. พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน ให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นตาม Protocol ได้ 2. ให้ทุกโรงพยาบาลชุมชนมีเครื่องตรวจ Lactate เพื่อสามารถวินิจฉัยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น 3. ขยายพื้นที่เปิดให้บริการผู้ป่วยวิกฤต ในระบบ Fast Track ปี 2562 ได้รับอนุมัติให้เปิดเตียง ICU เพิ่ม จำนวน 13 เตียง (อยู่ระหว่างเตรียมการเปิดให้บริการเดือน กันยายน-ตุลาคม 2562) 4. จัดให้มีพยาบาลประสานงาน (Nurse Case Manager) ในทุกโรงพยาบาล ปัจจุบัน (รพ.พระปกเกล้า) บริหารจัดการให้ขึ้นปฏิบัติงานสัปดาห์ละ 1 วัน 5. ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการจัดตั้งระบบ RRS (Rapid Response System) และ RRT (Rapid Response Team) (ดำเนินงานจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน-19 มิถุนายน 62) |

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอผลงาน เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Septic Shock โรงพยาบาลพระปกเกล้าและเครือข่ายจังหวัดจันทบุรี รูปแบบ Poster Presentation รับเสด็จสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าพัชรกิติยาภา นเรนทิราเทพยวดี ในงาน HA National Forum ครั้งที่ 20 ในประเด็น “Change & Collaboration for Sustainability”

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

ตัวชี้วัดรอง: 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 เป็น แผนงานและโครงการที่สำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศ (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 จำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้และทักษะสูง

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ได้กำหนดจุดเน้นและเป็นนโยบายหลักการเพื่อพัฒนาระบบ ECS ใน 5 ปี คือการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) เนื่องจากห้องฉุกเฉินเป็นจุดศูนย์กลางของระบบ ECS เป็นจุดที่สำคัญของการพัฒนา Service Plan โรคต่าง ๆ เช่น STEMI, Stroke, Sepsis, Trauma เป็นต้น เป็นต้น

ของสถานพยาบาล และมีความคาดหวังของประชาชนและผู้รับบริการสูง และประทับใจ โดยกำหนดมาตรการในการดำเนินงาน 3 เรื่องคือ 1) ลดห้องฉุกเฉินแออัด (ER Over crowding) 2) จัดมาตรฐานการบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาล 3) การพัฒนาบุคลากร

3.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัดหลัก

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

| อำเภอ | จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง (A) | | จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B) | | อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (A/B) X 100 | |
|---------------|---|----------------------------|--|----------------------------|--|------------------------|
| | ปี 61 ต.ค.60- พ.ค.61 | ปี 62 ต.ค.61-พ.ค. 62 | ปี 61 ต.ค.60- พ.ค.61 | ปี 62 ต.ค.61-พ.ค. 62 | ปี 61 ต.ค.60-พ.ค.61 | ปี 62 ต.ค.61-พ.ค.62 |
| ภาพรวมจังหวัด | 153 | 133 | 2665 | 2759 | 5.74 | 4.82 |
| Trauma | 46 | 34 | 402 | 403 | 11.44 | 8.44 |
| Non-trauma | 107 | 99 | 2263 | 2356 | 4.73 | 4.20 |

จากการเก็บข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ของ TEA unit ช่วงเดือน ตุลาคม 2561-พฤษภาคม 2562 พบ 5 อันดับโรคที่เสียชีวิตภายใน 24 ชม. ดังนี้

อันดับ 1 Multiple injury

อันดับ 2 Septicemia

อันดับ 3 Pneumonia

อันดับ 4 ICH (NT)

อันดับ 5 CA lung

TEA unit ดำเนินการดังนี้

1 การจัดทำ Audit case เพื่อทบทวนและพัฒนา

1.1 multiple injury

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

- คณะกรรมการ trauma จัดทำ Morbidity & Mortality conference case trauma ทุกวันพุธที่ 1 และ 3 ของเดือน

1.2 Septicemia

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

1.3 ICH (NT)

- ศัลยแพทย์ระบบประสาท เริ่มดำเนินการให้เกิดระบบ fast track มี standing order และ criteria ที่ชัดเจน

2 พัฒนาระบบบริการของห้องฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตฉุกเฉิน

2.1 ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพของโรงพยาบาลพระปกเกล้า

2.2 จัดประชุมเพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย 4 Fast track ได้แก่ Trauma fast track, Stroke

fast track, Sepsis fast track และ STEMI fast track ให้สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมได้ใน

เวลาที่เป็น golden period

2.3 ดำเนินการลดห้องฉุกเฉินแออัด (ER Overcrowding) โดยมีแผนดำเนินการ

- ขยายเวลา สถานที่ เปิด OPD นอกเวลา

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

- ร่วมจัดทำแนวทางร่วมกับแผนกอายุรกรรมในเรื่องการชะลอเตียงกรณีเตียงเต็ม

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 |
|---------------|---|------------------------|---|------------------------|--|------------------------|----------|
| | ปี 61 ต.ค.60-พ.ค.61 | ปี 62 ต.ค.61-พ.ค.62 | ปี 61 ต.ค.60-พ.ค.61 | ปี 62 ต.ค.61-พ.ค.62 | ปี 61 ต.ค.60-พ.ค.61 | ปี 62 ต.ค.61-พ.ค.62 | |
| ภาพรวมจังหวัด | 27 | 22 | 32 | 35 | 84.38 | 62.86 | |

ผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสามารถเข้าห้องผ่าตัดและลงมีด ได้ภายใน 60 นาที มีจำนวน 22 ราย ส่วนอีก 13 รายไม่ทันเวลาพบเหตุผลดังนี้

1 รับ refer จากโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วย trauma triage level 1 ได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นโดย แก้วไข A B C ; On ET tube , IV fluid จากโรงพยาบาลชุมชน และที่โรงพยาบาลศูนย์ ผล FAST-negative จึงส่งทำ CT whole abdomen เพื่อใช้ในการวินิจฉัยเพิ่มก่อน

2 ผู้ป่วยที่รู้สึกตัว มี BP drop ผล FAST-negative ได้รับการดูแลรักษาจน V/S stable แล้วจึงส่งทำ CT whole abdomen

3. ผู้ป่วยที่แรกรับห้องฉุกเฉิน V/S stable ยังไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดแต่ภายหลังอาการทรุดลงแล้วตรวจพบข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดภายหลัง

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 |
|---------------|--|----------------------------|---|----------------------------|--|----------------------------|----------|
| | ปี 61 ต.ค.60- พ.ค.61 | ปี 62 ต.ค.61- พ.ค.62 | ปี 61 ต.ค.60- พ.ค.61 | ปี 62 ต.ค.61- พ.ค.62 | ปี 61 ต.ค.60- พ.ค.61 | ปี 62 ต.ค.61- พ.ค.62 | |
| ภาพรวมจังหวัด | 11,602 | 10,391 | 17,091 | 17,080 | 67.88 | 60.84 | |

ผู้ป่วยอยู่ ER ตั้งแต่ 2-48 ชั่วโมง จำนวน 6,689 ราย สาเหตุ

1 ผู้ป่วยจำนวน 1,114 ราย (16.65%) ไม่สามารถส่งผู้ป่วยเข้า ward ได้จากอาการไม่คงที่ ทำให้เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงขณะเดินทาง

2 ผู้ป่วยจำนวน 4,820 ราย (72.06%) ต้องรอการ investigate ที่ ER เพิ่มเติม เช่น รอ CT brain, รอผล Lab, รอทำหัตถการที่ ER หลายอย่าง

3 ผู้ป่วยจำนวน 755 ราย (11.29%) 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 และได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ (A) | จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลทุกระดับ (B) | ร้อยละของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis (A/B) X 100 | หมายเหตุ |
|---------------|--|---|--|----------|
| ภาพรวมจังหวัด | 4 | 5 | 80 | |

ผู้ป่วยที่ไม่ทบทวนเคส จำนวน 1 ราย เนื่องจากแพทย์พิจารณาแล้วเห็นสมควรเสียชีวิตจาก mechanism of injury ที่รุนแรงจากการทำ Morbidity & Mortality conference case trauma สรุปประเด็นได้ดังนี้

1. Missed Diagnosis

การแก้ไขดำเนินการ ให้กลุ่มงานศัลยกรรมทบทวนความรู้กับแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนต่อไป

2. Delay treatment จาก competency ของแพทย์และพยาบาล

กลุ่มงานศัลยกรรมทบทวนคู่มือ แนวทางการ admit และการรักษาให้กับแพทย์ประจำบ้าน, แพทย์ใช้ทุนและพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทบทวนคู่มือ แนวทางการประสานแพทย์ศัลยกรรมให้กับพยาบาลในหน่วยงาน

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

| อำเภอ | จำนวนผู้เสียชีวิตในผู้ป่วย severe traumatic brain injury (ICD S06.1-S 06.9) และใส่ท่อหายใจ (ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD 10: R 40.243) | | จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองทั้งหมด ICD S06.1-S 06.9) และใส่ท่อหายใจ (ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD 10 : R 40.243) | | อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) | |
|----------------|--|------------------------|---|------------------------|--|------------------------|
| | (A) | | (B) | | (A/B) X 100 | |
| ภาพ จังหวัด | ปี 61 ต.ค.60-พ.ค.61 | ปี 62 ต.ค.61-พ.ค.62 | ปี 61 ต.ค.60-พ.ค.61 | ปี 62 ต.ค.61-พ.ค.62 | ปี 61 ต.ค.60-พ.ค.61 | ปี 62 ต.ค.61-พ.ค.62 |
| | 47 | 42 | 74 | 65 | 63.51 | 64.61 |

จากการประชุมคณะกรรมการ trauma ศัลยแพทย์ระบบประสาทมีแผนพัฒนาในการสร้าง ระบบ fast track และ standing order

3. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน

3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80

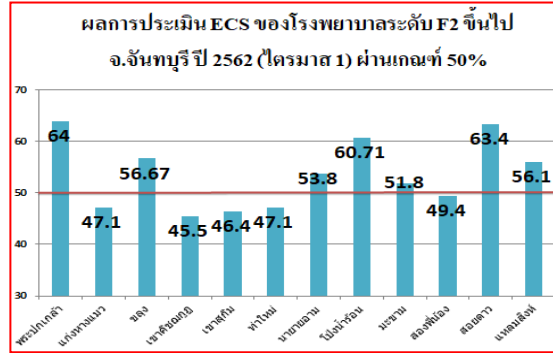
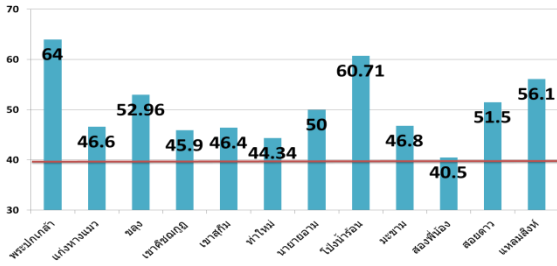
| อำเภอ | จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (A) | จำนวน TEA unit ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (B) | อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (A/B) X 100 | หมายเหตุ |
|---------------|--|---|---|----------|
| ภาพรวมจังหวัด | 1 | 1 | 100 | |

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

3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

| อำเภอ | จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (50%) (A) | จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ทั้งหมด (B) | อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (A/B) X 100 | หมายเหตุ |
|---------------|---|---|--|----------|
| ภาพรวมจังหวัด | 7 | 12 | 58.34 | |

ผลการประเมิน ECS ของโรงพยาบาลระดับ F2
ขึ้นไป จันทบุรี ปี 2561 ผ่านเกณฑ์ 40%



7. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะ |
|---|---|
| 1 ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องในการพัฒนาระบบ ECS เนื่องจากการพัฒนาต้องเริ่มที่ชุมชน โดยเพิ่มการเรียนรู้ในการเข้าถึงระบบบริการต่าง ๆ ของหน่วยงานรัฐ แต่ปัจจุบันรพสต.ยังไม่รู้จักและเข้าใจระบบดังกล่าว ดังนั้นการพัฒนาต่าง ๆ จึงขับเคลื่อนไปได้ช้า | |
| 2 ระบบบริการที่หลากหลายตัวชีวิตและหลายสาขา ทำให้การพัฒนาไม่เป็นแบบองค์รวม | |
| 3 จากชื่อสาขา Service plan Trauma เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ดังนั้นเมื่อมีตัวชีวิตในเรื่องของ Non trauma เข้ามาเกี่ยวข้อง จึงเกิดคำถามขึ้นทันทีว่าเกี่ยวกับสาขานี้อย่างไร ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้การขับเคลื่อนตามนโยบายช้าจากความไม่ชัดเจนของชื่อสาขาและการขาดความร่วมมือจากสาขาอื่น | ควรเปลี่ยนชื่อสาขาใหม่สามารถเข้าใจได้ง่าย |

ผู้รายงาน. นางสาวสุกัญญา ต่วนเทศ
ตำแหน่ง..พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี....19 มิ.ย. 2562
โทร..039-319666 ต่อ 4040
e-mail sukanya.tigger@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ยาเสพติด

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของผู้ใช้/ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month Remission rate)

2. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2562

จากการรวบรวมข้อมูลระบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดประเทศ (บสต.) พบว่าสถานการณ์ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีส่วนใหญ่เป็นผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัด (ในสถานพยาบาล) ร้อยละ 87.09 รองลงมาคือระบบสมัครใจ (walk in) ร้อยละ 6.95 และระบบสมัครใจตามประกาศ คสช.ฉบับที่ 108/2557 ร้อยละ 5.96 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.31 เมื่อจำแนกอายุที่เข้ารับการบำบัดรักษา พบว่ากลุ่มอายุ 18 – 24 ปีเข้ารับการบำบัดรักษาสูงสุด ร้อยละ 28.37 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.45 และกลุ่มอายุ 25 – 29 ปี ร้อยละ 19.05 จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มที่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษามีการเข้ารับการบำบัดรักษาสูงสุด ร้อยละ 54.17 รองลงมาคือชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 27.78 และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 9.52 จำแนกตามอาชีพ พบว่ากลุ่มอาชีพผู้ใช้แรงงานเข้ารับการบำบัดรักษาสูงสุดร้อยละ 40.87 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 20.84 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 18.65 เมื่อผู้เข้ารับการบำบัดผ่านการคัดกรองจำแนกระดับการใช้ยา/ สารเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้เสพ ร้อยละ 64.29 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ติดยา ร้อยละ 34.13 ส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนคือ ยาบ้า และไอซ์ ร้อยละ 67.27 และ 21.23 ตามลำดับ รองลงมาคือกัญชา ร้อยละ 11.3 และสารระเหย ร้อยละ 0.20 เมื่อซักประวัติสาเหตุการใช้ยา/ สารเสพติด กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้เหตุผลสูงสุดที่ 3 อันดับแรก ได้แก่ อยากรอง ร้อยละ 37.70 รองลงมาเป็นเพื่อนชวน ร้อยละ 32.94 และทำให้หายป่วย ร้อยละ 8.34

2. แผนและผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2562

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

2.1) ด้านการบริการจัดการทรัพยากร

◆สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีการจัดทำแผน และกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานด้านยาเสพติดตามบริบท, สถิติสถานการณ์ปัญหาเสพติดในพื้นที่ และผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา เพื่อประมาณการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานให้แก่พื้นที่ ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐาน ครอบคลุมทุกภารกิจ

2.2) ด้านการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานระบบบริการผู้ป่วยยาเสพติด

◆มีการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนามาตรฐานระบบบริการผู้ป่วยยาเสพติดให้เป็นไปตามมาตรฐาน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และสถานพยาบาลยาเสพติด มีการประเมินเพื่อขอการรับรองสถานพยาบาลยาเสพติดต่อเนื่อง (มาตรฐานฉบับปี 2561)ในเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2562 จำนวน 12 แห่ง ทั้งนี้ผ่านการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลยาเสพติด พร้อมเข้ารับกิตติกรรมประกาศ ปี 2562 จำนวน 11 แห่ง (Accreditation จำนวน 1 แห่ง/ Re accreditation (1) จำนวน 10 แห่ง) และโรงพยาบาลพระปกเกล้า คงสภาพ Accreditation รวมทั้งสิ้น 12 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100

◆ มีการประชาสัมพันธ์ และส่งบุคลากรเข้ารับการพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ซึ่งมีเข้ารับการพัฒนาศักยภาพในหลักสูตร CBT Level II จำนวน 2 คน (รพ.มะขาม และท่าใหม่), MI จำนวน 2 คน (รพ.ชลุ้ง, รพ.ท่าใหม่)

◆ มีการประชุมบุคลากรด้านยาเสพติดที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง, บุคลากรสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานด้านการบำบัดรักษาทั้งในสถานพยาบาล, ในชุมชน และศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติด, เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการในสถานพยาบาล ในการตกลงแนวทางการดำเนินงานยาเสพติด ให้เป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน

2.3) ด้านการขับเคลื่อนนโยบายกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

◆ มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการป้องกัน แก้ไขปัญหายาเสพติด และการลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อถ่ายทอดนโยบาย และกำหนดพื้นที่ดำเนินการ โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดจันทบุรี, ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอทุกอำเภอ, สถานศึกษา, กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, อาสาสมัครสาธารณสุข, บุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอ และตำบล

◆ มีการจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง จังหวัดจันทบุรี ปี 2562 จำนวน 10 อำเภอ ทั้งนี้ อยู่ระหว่างการดำเนินโครงการใน 10 พื้นที่อำเภอๆ ละ 1 ตำบล (นำร่องการดำเนินงาน)

2.4) การพัฒนา ควบคุม กำกับ และติดตามระบบข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดจันทบุรี ในระบบ บสต. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีมีการคืนข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ดังนี้

(2.4.1) ระดับอำเภอ มีการติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานอย่างไม่เป็นทางการผ่านทาง Social Network เพื่อคืนข้อมูล และสำรวจปัญหาอุปสรรค เพื่อนำข้อมูลจากระบบ บสต. และผู้ปฏิบัติงานมาพัฒนาการนำเข้าสู่ข้อมูลในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

(2.4.2) ระดับจังหวัด มีการติดตาม ในเวทีการประชุมผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารระดับจังหวัด ดังนี้
-เวทีการประชุมโต๊ะข่าว: ติดตามผลการบันทึกข้อมูล ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขระบบการดำเนินงานที่เป็นปัญหาอุปสรรค ต่อการรายงานผลของระบบข้อมูล บสต. โดยร่วมกันเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดจันทบุรี, ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอทุกอำเภอ, สำนักงานคุมประพฤติ, เรือนจำจังหวัดจันทบุรี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

-เวทีการประชุม คอ.ปส.จ.จันทบุรี: รายงาน และติดตามผลการดำเนินงานยาเสพติด แก่หัวหน้าส่วนราชการทราบ เพื่อเป็นการนำเข้าสู่ และคืนข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานให้แก่ผู้บังคับบัญชาทราบ และร่วมแก้ไขปัญหาเชิงบูรณาการภายในจังหวัด

3. ตารางผลการดำเนินงานยาเสพติดจำแนกรายอำเภอ

| อำเภอ | จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาเทียบกับเป้าหมาย (ระบบสมัครใจในสถานพยาบาล) | จำนวนผู้ติดยาเสพติดทุกระบบที่ได้รับการบำบัดรักษาและจำหน่ายทั้งหมด | จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาทุกระบบที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่าย | ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate) | จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด | จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่าย | ร้อยละของผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน |
|-------------|--|---|--|--|--|--|---|
| เมือง | 70/107 (65.42) | 393 | 100 | 25.45 | 384 | 169 | 44.01 |
| ชลุง | 38/81 (46.92) | 7 | 1 | 14.29 | 42 | 13 | 30.95 |
| ท่าใหม่ | 65/83 (78.32) | 14 | 5 | 35.71 | 59 | 24 | 40.68 |
| มะขาม | 52/57 (91.23) | 9 | 4 | 44.44 | 66 | 27 | 40.91 |
| แหลมสิงห์ | 27/50 (54.00) | 13 | 5 | 38.46 | 37 | 12 | 32.43 |
| โป่งน้ำร้อน | 54/62 (87.10) | 44 | 27 | 61.36 | 39 | 14 | 35.90 |
| สอยดาว | 71/125 (56.80) | 40 | 14 | 35.00 | 70 | 10 | 14.29 |
| แก่งหางแมว | 82/49 (167.35) | 5 | 0 | 0.00 | 78 | 16 | 20.51 |
| นายายอาม | 60/57 (105.27) | 2 | 1 | 50.00 | 73 | 16 | 21.92 |
| เขาคิชฌกูฏ | 23/40 (57.50) | 12 | 2 | 16.67 | 15 | 6 | 40.00 |
| รวม | 542/711 (76.23) | 539 | 159 | 29.50 | 863 | 307 | 35.57 |

ที่มา: ข้อมูลจากระบบ บสต. ณ วันที่ 24 มิถุนายน 2562

ตารางที่ 2 แสดงอัตราการหยุดเสฟต่อเนื่อง 3 เดือน ของผู้ป่วยยาเสฟติดหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 Months Remission Rate)
จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2562 จำแนกรายอำเภอ

| อำเภอ | ระบบสมัครใจ | | | | | ระบบบังคับบำบัด | | | | | ระบบต้องโทษ | | | | | ทุกระบบ | | | | |
|-------------|--------------|------------|----------------|------------------------|--------|-----------------|------------|----------------|------------------------|--------|--------------|------------|----------------|------------------------|--------|--------------|------------|----------------|------------------------|--------|
| | บำบัดทั้งหมด | ครบโปรแกรม | ไม่ครบ/จำหน่าย | ผู้ป่วยหยุดเสฟ 3 เดือน | ร้อยละ | บำบัดทั้งหมด | ครบโปรแกรม | ไม่ครบ/จำหน่าย | ผู้ป่วยหยุดเสฟ 3 เดือน | ร้อยละ | บำบัดทั้งหมด | ครบโปรแกรม | ไม่ครบ/จำหน่าย | ผู้ป่วยหยุดเสฟ 3 เดือน | ร้อยละ | บำบัดทั้งหมด | ครบโปรแกรม | ไม่ครบ/จำหน่าย | ผู้ป่วยหยุดเสฟ 3 เดือน | ร้อยละ |
| สอยดาว | 7 | 3 | 4 | 3 | 42.86 | 63 | 48 | 15 | 7 | 11.11 | - | - | - | - | - | 70 | 51 | 19 | 10 | 14.29 |
| แก่งหางแมว | 1 | 1 | 0 | 1 | 100.00 | 77 | 45 | 32 | 15 | 19.48 | - | - | - | - | - | 78 | 46 | 32 | 16 | 20.51 |
| นายายอาม | 7 | 4 | 3 | 2 | 28.57 | 66 | 36 | 30 | 14 | 21.21 | - | - | - | - | - | 73 | 40 | 33 | 16 | 21.92 |
| ขลุง | 7 | 4 | 3 | 4 | 57.14 | 35 | 31 | 4 | 9 | 25.71 | - | - | - | - | - | 42 | 35 | 7 | 13 | 30.95 |
| แหลมสิงห์ | 9 | 9 | 0 | 9 | 100.00 | 28 | 23 | 5 | 3 | 10.71 | - | - | - | - | - | 37 | 32 | 5 | 12 | 32.43 |
| โป่งน้ำร้อน | 8 | 7 | 1 | 3 | 37.50 | 31 | 26 | 5 | 11 | 35.48 | - | - | - | - | - | 39 | 33 | 6 | 14 | 35.90 |
| เขาคิชฌกูฏ | 4 | 2 | 2 | 1 | 25.00 | 11 | 8 | 3 | 5 | 45.45 | - | - | - | - | - | 15 | 10 | 5 | 6 | 40.00 |
| ท่าใหม่ | 8 | 6 | 2 | 3 | 37.50 | 51 | 46 | 5 | 21 | 41.18 | - | - | - | - | - | 59 | 52 | 7 | 24 | 40.68 |
| มะขาม | 4 | 4 | 0 | 4 | 100.00 | 62 | 52 | 10 | 23 | 37.10 | - | - | - | - | - | 66 | 56 | 10 | 27 | 40.91 |
| เมือง | 137 | 136 | 1 | 87 | 63.50 | 161 | 144 | 17 | 23 | 14.29 | 86 | 70 | 16 | 59 | 68.60 | 384 | 350 | 34 | 169 | 44.01 |
| รวม | 192 | 176 | 16 | 117 | 60.94 | 585 | 459 | 126 | 131 | 22.39 | - | - | - | - | - | 863 | 705 | 158 | 307 | 35.57 |

ที่มา: ระบบ บสต. ข้อมูล ณ วันที่ 24 มิถุนายน 2562

ตารางที่ 3 แสดงอัตราการคงอยู่ในระบบการติดตามการรักษา ปี 2562 เฉพาะสถานะผู้ติดตาม (Retention Rate) จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2562 จำแนกรายอำเภอ

| อำเภอ | ระบบสมัครใจ | | | ระบบบังคับบำบัด | | | ระบบต้องโทษ | | | ทุกระบบ | | |
|-------------|-------------|-------|--------|-----------------|-------|--------|-------------|-------|--------|----------|-------|--------|
| | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
| เขาคิชฌกูฏ | 0 | 0 | - | 12 | 2 | 16.67 | - | - | - | 12 | 2 | 16.67 |
| เมือง | 5 | 2 | 40.00 | 372 | 96 | 25.81 | 16 | 2 | 12.50 | 393 | 100 | 25.45 |
| แก่งหางแมว | 1 | 0 | 0.00 | 4 | 0 | 0 | - | - | - | 5 | 0 | 0.00 |
| แหลมสิงห์ | 3 | 3 | 100.00 | 10 | 2 | 20.00 | - | - | - | 13 | 5 | 38.46 |
| โป่งน้ำร้อน | 2 | 1 | 50.00 | 42 | 26 | 61.90 | - | - | - | 44 | 27 | 61.36 |
| ขลุง | 1 | 1 | 100.00 | 6 | 0 | 0.00 | - | - | - | 7 | 1 | 14.29 |
| ท่าใหม่ | 1 | 1 | 100.00 | 13 | 4 | 30.77 | - | - | - | 14 | 5 | 35.71 |
| นายายอาม | 0 | 0 | - | 2 | 1 | 50.00 | - | - | - | 2 | 1 | 50.00 |
| มะขาม | 1 | 0 | 50.00 | 8 | 4 | 50.00 | - | - | - | 9 | 4 | 44.44 |
| สอยดาว | 4 | 1 | 25.00 | 36 | 13 | 36.11 | - | - | - | 40 | 14 | 35.00 |
| รวม | 18 | 9 | 50.00 | 502 | 148 | 29.31 | 16 | 2 | 12.50 | 539 | 159 | 29.50 |

ที่มา: ระบบ บสต. ข้อมูล ณ วันที่ 24 มิถุนายน 2562

4. กลุ่มงานและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
 ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด น.ส.วสิมล สุวรรณรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
 โทร 086 – 8488110 Email : wasimon1990@gmail.com

ประเด็นที่ 6 SP สาขาสุขาภพจิตและจิตเวช

ตัวชี้วัด : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร

1.สถานการณ์

จังหวัดจันทบุรี มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2559 อัตรา 10.14 ต่อแสนประชากร ปี 2560 อัตรา 9.50 ต่อแสนประชากร และ ปี 2561 อัตรา 10.33 ต่อแสนประชากร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจิตเวช ได้ขยายเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสู่ชุมชน โดยเน้นสถานพยาบาลใกล้บ้าน คือ โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูล โดยให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวัง การฆ่าตัวตายและการดูแล จากดำเนินการพบว่า จังหวัดจันทบุรีมีระบบงานฆ่าตัวตายหรือโรคซึมเศร้า มีการประเมินงานสุขาภพจิตใน 4 ระดับ ได้แก่ คปสอ. รพช. สสอ. รพ.สต. รวมถึงให้อปท.ต้องมีงานสุขาภพจิตร้อยละ 50

ส่วนการดำเนินงานในเชิงรุกได้บูรณาการร่วมกับงาน DHS โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคทางจิตเวช เพิ่มการเข้าถึงบริการ และพัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบงานสุขาภพจิตและจิตเวช จากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเรื่องการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

| ตัวชี้วัด | เกณฑ์เป้าหมาย | รายการข้อมูล | เมือง | ชลุง | ท่าใหม่ | โป่งน้ำร้อน | มะขาม | แหลมสิงห์ | สอยดาว | แก่งหางแมว | นายายอาม | เขาคิชฌกูฏ | รวม |
|--|-------------------------------|--------------|---------|--------|---------|-------------|--------|-----------|--------|------------|----------|------------|--------------|
| อัตรา การฆ่าตัว ตายสำเร็จ | ≤ 6.3 ต่อ ประชากร แสนคน | ปชก. | 128,708 | 56,724 | 71,292 | 44,842 | 31,828 | 30,299 | 65,793 | 41,756 | 41,932 | 28,963 | 534,459 |
| | | ผลงาน | 10 | 0 | 2 | 4 | 2 | 0 | 4 | 0 | 2 | 4 | 28* |
| | | อัตราส่วน | 7.77 | 0 | 2.81 | 8.92 | 6.28 | 0 | 6.08 | 0 | 4.77 | 13.81 | 5.24* |
| ผู้พยายาม ฆ่าตัวตายไม่ กลับไปทำ ร้ายตนเอง ซ้ำภายใน 1 ปี | > ร้อย ละ 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 |
| | | อัตราส่วน | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า เข้าถึง บริการ ตามเกณฑ์ | > ร้อย ละ 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 | 6,672 |
| | | ร้อยละ | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | 63.58 ** |
| ผู้ป่วย โรคจิตเภท เข้าถึง บริการ ตามเกณฑ์ | > ร้อย ละ 75 | เป้าหมาย | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | 2,623 |
| | | ผลงาน | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | 2,153 |
| | | ร้อยละ | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | 61.55 *** |
| ร้อยละของ ผู้ป่วย โรคสมาธิสั้น เข้าถึง บริการ สุขาภพจิต | ร้อยละ 10 | เป้าหมาย | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | 335 |
| | | ผลงาน | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | 681 |
| | | ร้อยละ | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | 20.27 *** |

หมายเหตุ : * ข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เดือนตุลาคม 2561 – เมษายน 2562 ที่มา : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ สสจ.จันทบุรี

** ข้อมูลถึงวันที่ 25 พฤษภาคม 2562

4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ |
|--|---------------------------------|--|
| - ปัญหาด้านเศรษฐกิจและการเงินของประชากร | | |
| - ปัญหาการขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา/การจัดการอารมณ์ | | |

ผู้รายงาน นพ.นภดล สำอาง หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี
โทร 039-319666 ต่อ 1380
e-mail : puijvsk@hotmail.com

ประเด็นที่ 7 SP สาขาไต

ตัวชี้วัด :ร้อยละ66 ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m²/y

ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m²/yr (เป้าหมาย: ≥ 66%)
- 2.หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจากตรต.
- 3.ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (เป้าหมาย: ≥ 80 %)

2. สถานการณ์

ข้อมูลสถิติโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี

| ปีงบประมาณ CKD | 2559 | 2560 | 2561 | 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) |
|-------------------|-------|-------|-------|--------------------------|
| stage 1 | 264 | 1,369 | 1,368 | 1,433 |
| Stage 2 | 1,161 | 2,473 | 3,221 | 3,532 |
| Stage 3 | 2,406 | 3,799 | 4,013 | 4,104 |
| Stage 4 | 705 | 1,041 | 1,043 | 1,023 |
| Stage 5 | 333 | 721 | 1,219 | 663 |

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2559-2562

อัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m²/yr (เป้าหมาย: ≥66%)

ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี)

| ตัวชี้วัด | ผลการดำเนินงาน | | | |
|---|----------------|---------|---------|----------------------------|
| | ปี 2559 | ปี 2560 | ปี 2561 | ปี2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) |
| ภาพจังหวัด อัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m ² /yr | 61.18 | 63.21 | 58.42 | 58.64 |

ที่มา : HDC 18 มิถุนายน 2562

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m²/yr

(เป้าหมาย : ≥ 66%)

| อำเภอ | ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m ² /yr (เป้าหมาย : ≥ 66 % เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2562) | | |
|-------------------------|---|---|---|
| | จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมินสุขภาพไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ Creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4 (A) | จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3- 4 ตอนเริ่มประเมินสุขภาพไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ Creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า (B) | จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 - 4 ตอนเริ่มประเมินสุขภาพไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ Creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่าร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m ² /yr ≥ 66% (A/B) x 100 |
| A : โรงพยาบาลพระปกเกล้า | 767 | 439 | 57.24 |
| F1:โรงพยาบาลขลุง | 45 | 16 | 35.56 |
| F1:โรงพยาบาลมะขาม | 130 | 75 | 57.69 |
| F1:โรงพยาบาลสอยดาว | 193 | 101 | 52.33 |
| F1:โรงพยาบาลนายายอาม | 75 | 47 | 62.67 |
| F2:โรงพยาบาลท่าใหม่ | 47 | 21 | 44.68 |
| F2:โรงพยาบาลเขาสุกิม | 119 | 62 | 52.10 |
| F2:โรงพยาบาลสองพี่น้อง | 198 | 144 | 72.73 |
| F2:โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน | 132 | 92 | 69.70 |
| F2:โรงพยาบาลแหลมสิงห์ | 49 | 32 | 65.31 |
| F2:โรงพยาบาลแก่งหางแมว | 188 | 113 | 60.11 |
| F2:โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ | 18 | 8 | 44.44 |
| ภาพรวมจังหวัด | 1,961 | 1,150 | 58.64 |

ที่มา : HDC 18 มิถุนายน 2562

(2) หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.

| อำเภอ | จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต. (A) | จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (B) | ร้อยละหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต. (A/B)x100 |
|--|--|---|---|
| อำเภอเมือง โรงพยาบาลพระปกเกล้า | 1 | 1 | 100 |
| โรงพยาบาลสิริเวช | 1 | 1 | 100 |
| โรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี | 1 | 1 | 100 |
| ศูนย์ไตเทียมพระยีน | 1 | 1 | 100 |
| สหคลินิกแพทย์วีระศักดิ์- แพทย์หญิงอรอนงค์ | 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 |
|----------------------|---|---|---|
| เมืองจันทบุรี | 11,548 | 4,769 | 41.30 |
| โรงพยาบาลขลุง | 5,857 | 4,340 | 74.10 |
| โรงพยาบาลท่าใหม่ | 8,352 | 6,061 | 72.57 |
| โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน | 4,174 | 2,551 | 61.12 |
| โรงพยาบาลมะขาม | 2,890 | 2,259 | 78.17 |
| โรงพยาบาลแหลมสิงห์ | 4,603 | 3,548 | 77.08 |
| โรงพยาบาลสอยดาว | 5,041 | 4,083 | 81.00 |
| โรงพยาบาลแก่งหางแมว | 3,126 | 2,599 | 83.14 |
| โรงพยาบาลนายายอาม | 3,626 | 2,231 | 61.53 |
| โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ | 2,585 | 1,646 | 63.68 |
| ภาพรวมจังหวัด | 51,802 | 43,087 | 65.80 |

ที่มา : HDC 20 มิถุนายน 2562

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ การพัฒนาระบบสุขภาพตาม 6 building blocks

| การจัดสุขภาพ (Health Service delivery) | ระบบสารสนเทศ (Information System and sharing) | กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) | การเงินการคลัง สาธารณสุข (Financing) | ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์วัคซีนและเทคโนโลยี | การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance) | การมีส่วนร่วม (Community participation) |
|---|--|--|---|--|---|---|
| มีบริการ CKD clinic ร้อยละ 100 ในโรงพยาบาลระดับ A และ F1 ในระดับ F2 บูรณาการ การทำงาน NCD-CKD clinic เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลระดับที่สูงและต่ำกว่า ในระดับชุมชน เชื่อมโยงกับรพ.สต. | มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย CKD ที่เชื่อมเข้าสู่ฐานข้อมูล 43 แห่ง และ HDC | มีแพทย์อายุรศาสตร์โรคไต มี case manager สหสาขา(แพทย์พยาบาล เกษีกร นักกำหนดอาหาร และนักกายภาพบำบัด ในทุก CKD clinic (ยกเว้นในโรงพยาบาล F2 ไม่มีนักกำหนดอาหาร) | -บูรณาการงบ SP เขต -งบ สปสช. (งบสนับสนุนส่งเสริมการจัดกกองทุนโรคไตกองทุนโรคเรื้อรัง) -งบจัดสรรจาก อปท. | มีการตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ครอบคลุมโรงพยาบาล | การประเมิน CKD clinic คุณภาพ | เชื่อมโยงกับ รพ.สต.และ อปท. |
| การจัดสุขภาพ (Health Service delivery) | ระบบสารสนเทศ (Information System and sharing) | กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) | การเงินการคลัง สาธารณสุข (Financing) | ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์วัคซีนและเทคโนโลยี | การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance) | การมีส่วนร่วม (Community participation) |
| มีบริการ PD และ HD ร้อยละ 100 ในโรงพยาบาลระดับ A และมีการขยายเครือข่ายบริการ PD ในโรงพยาบาลระดับ F1 ชลุม โดยมีโรงพยาบาลระดับสูงกว่าเป็นพี่เลี้ยง | ฐานข้อมูลตรง. TRT และสมาคมโรคไต | HD nurse RN : Pt = 1 : 4 PD nurse RN : Pt = 1 :50 | -บูรณาการงบ SP เขต -งบ สปสช. (งบสนับสนุนส่งเสริมการจัดการกองทุนโรคไตกองทุนโรคเรื้อรัง) -งบจัดสรรจาก อปท. | Hemodialysis machine และระบบน้ำบริสุทธิ์ | การควบคุมคุณภาพศูนย์ HD , PD | |

4.สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำงานให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- 1) มีคลินิกชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาล ระดับ A, F1 , F2 100 %
- 2) มีทีมสหสาขา 5 สาขา แต่ขาดนักกำหนดอาหาร รพช. 5 แห่ง คือ แก่งหางแมว เขาคิชฌกูฏ เขาสุกิมา ทำใหม่และรพช.สองพี่น้อง
- 3) มีการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM, HT
- 4) มีการตรวจ Serum Cr ด้วย Enzymatic method ครบ 100 %
- 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากร

แผนการดำเนินงาน

- 1) การประเมินและพัฒนาคุณภาพ CKD clinic ในระดับ A และในระดับ F1, F2 ใช้หลักเกณฑ์กระบวนการประเมินร่วมกันกับการประเมิน NCD 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 ส่วนมากใช้บุคลากรกลุ่มเดียวกับคลินิกโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง | 2. NCD Board อำเภอร่วมกันบริหารจัดการบุคลากรให้สามารถจัดบริการได้ตามความเหมาะสม | 2.หลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร |
| 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดย เขต 6 แต่กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้เนื่องจากขาดอัตรากำลัง | 3.จัดสรรบุคลากรให้เพียงพอ สามารถเข้าร่วมอบรม เพื่อขยายบริการได้ตามแผนและสามารถส่งต่อและดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ | 3.อัตรากำลังงบประมาณสนับสนุนเพิ่ม |
| 4.ระบบสารสนเทศไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และผลการดำเนินงานใน HDC น้อยกว่าความเป็นจริง | 4.มีการจัดประชุมชี้แจงภายในโรงพยาบาลและทั้งจังหวัดแก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด | |

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย /ต่อส่วนกลาง /ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย
 - 6.1 สนับสนุนด้านการบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ รวมทั้งอัตรากำลัง และเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็น
 - 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

1. Esophagogastric varices โดยนัดมาทำ Endoscopic variceal ligation ซึ่งเป็นผู้ป่วยจำนวนมากที่สุดที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
2. Inguinal Hernia ทำ opened hernioplasty under local anesthesia
3. Esophageal stricture โดยนัดมาขยายหลอดอาหาร
4. Hemorrhoid และ Vaginal bleeding
5. มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยเข้าผ่าตัดแบบ One Day Surgery
 - ศัลยแพทย์ให้การวินิจฉัย แนะนำวิธีให้การรักษาแบบ One Day Surgery
 - วิสัญญีแพทย์ประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
 - ห้องผ่าตัดรับ Set ผ่าตัด นัดหมาย และแนะนำการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
6. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ที่ห้องผ่าตัด
7. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ที่ Recovery Room
8. มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วัน
9. ทำสรุปเอกสาร ส่งเจ้าหน้าที่จัดเก็บรายได้เพื่อลงทะเบียน e - claim

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

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

| อำเภอ/จังหวัด | ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ 20) | | |
|-----------------------------|--|--|---|
| | จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery (A) | จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis) (B) | ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (A/B) x 100 |
| ปี 61 (ต.ค60-ก.ย. 61) | 223 ราย | 1,920 ราย | 11.61 % |
| ปี 62 (ต.ค61-มี.ค. 62) | 52 ราย | 265 ราย | 19.62 % |
| (เม.ย .- พ.ค.62) | 12 ราย | 86 ราย | 12.95 % |

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

- บุคลากรที่ทำงานประจำต้องรับผิดชอบงานโครงการผ่าตัด One Day Surgery เพิ่มขึ้น

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

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

- ปัจจุบันไม่มีบุคลากรหรือสถานที่ที่แยกออกมาเป็นรูปแบบที่ชัดเจน ใช้สถานที่และบุคลากรร่วมกับการทำงานประจำที่มีอยู่เดิม

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

- การจัดเตียงเฉพาะเพื่อรองรับผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังการผ่าตัดหรือผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับไปเป็นผู้ป่วยใน

ผู้รายงาน นายแพทย์กิตติศักดิ์ ว่างสถาพร นายแพทย์ชำนาญการ
โทร :039-311699 ต่อ 4555

ประเด็นที่ 9SP สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

ตัวชี้วัด 1.อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ.

ตัวชี้วัด 2.อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

1.สถานการณ์

1.1 ปี 2559 จัดอัตราค่าล้างให้มียาพยาบาลประสานงานการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะปฏิบัติงานเต็มเวลาจำนวน 1 คน
เจรจาขอรับบริจาคดวงตาจากผู้ป่วยที่เสียชีวิตและญาติยินยอมบริจาคดวงตาของผู้ป่วย 1 ราย
ส่งเจ้าหน้าที่พยาบาลอบรมเรื่องการบริจาคอวัยวะและดวงตาร่วมกับสภาวิชาชีพไทยเพื่อเป็นแกนนำ
เรื่องการบริจาคอวัยวะและดวงตาในหอผู้ป่วยเป้าหมาย จำนวน 4 หอผู้ป่วย

2.2 ปี 2560 ย้ายสถานที่มาปฏิบัติงานมารวมอยู่ที่ธนาคารเลือด เพื่ออำนวยความสะดวกเข้าถึงของประชาชนทั่วไป ซึ่ง
ธนาคารเลือดมีสถานที่ที่เหมาะสมกับการให้ความรู้แก่ผู้ที่มาขอรับคำแนะนำเรื่องการบริจาคอวัยวะและดวงตา
เจรจาขอรับบริจาคดวงตาจากผู้ป่วยที่เสียชีวิตและญาติยินยอมบริจาคดวงตาของผู้ป่วย 14 ราย
เจรจาขอรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยที่เสียชีวิตภาวะสมองตายและญาติยินยอมบริจาคอวัยวะทุกส่วนที่
ใช้ประโยชน์ได้ จำนวน 2 ราย แต่ไม่สามารถจัดเก็บอวัยวะได้ เนื่องจากผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ
ไม่ผ่านทั้ง 2 ราย

2.3 ปี 2561 ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ
หลักสูตร 4 เดือน จำนวน 1 คน

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

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

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

| รพ.พระปกเกล้า | จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (A) | จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2561 (B) | อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาค อวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B)x100 | หมายเหตุ |
|-------------------------------------|--|--|---|----------------|
| ปีงบประมาณ 2561 | 3 ราย | 1306 ราย | 0.22% (3 ราย) | เจรจา 3 ราย |
| ปีงบประมาณ 2562 (ต.ค.61-มี.ค.62) | 2 ราย | 813 ราย | 0.25% (2 ราย) | เจรจา 2 ราย |
| ปีงบประมาณ 2562 (เม.ย.62-พ.ค.62) | 0 ราย | 199 ราย | 0% | - |

| รพ.พระปกเกล้า | จำนวนผู้ยินยอมบริจาค ดวงตา (A) | จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2561 (B) | อัตราส่วนของจำนวนผู้ ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B)x100 | หมายเหตุ |
|--|---|---|---|-----------------|
| ปีงบประมาณ 2561 | 12 ราย | 1306 ราย | 0.9% (12 ราย) | เจรจา 46 ราย |
| ปีงบประมาณ 2562 (ต.ค.61-มี.ค.62) | 8 ราย (จัดเก็บได้ 5 ราย อีก 3 ราย Lab ไม่ผ่าน) | 813 ราย | 0.98% (8 ราย) | เจรจา 13 ราย |
| ปีงบประมาณ 2562 (พ.ค.62-เม.ย.62) | 1 ราย | 199 ราย | 0.5% (1 ราย) | เจรจา 5 ราย |

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks)

| การจัดการ สุขภาพ | ระบบ สารสนเทศ | กำลังคนด้าน สุขภาพ | การเงิน การคลัง สธ. | ผลิตภัณฑ์ ทาง การแพทย์ | การอภิบาล ระบบสธ. | การมีส่วนร่วม |
|--|---|---|---------------------------|------------------------------|--|---|
| การ ประชาสัมพันธ์ การรับบริจาค อวัยวะและ ดวงตา | - พัฒนาการ แจ้ง Potential donor ทาง Line | 1.ประสานงาน กับหอผู้ป่วยส่ง เจ้าหน้าที่อบรม เรื่องการบริจาค อวัยวะและ ดวงตา 2.ประสานงาน กับพยาบาลห้อง ผ่าตัดส่ง เจ้าหน้าที่อบรม เรื่องการจัดเก็บ ดวงตา | ไม่มี | ไม่มี | -พัฒนาการ เจรจาขอรับ บริจาคดวงตา ในหอผู้ป่วย วิกฤต | ร่วมมือกับ เหล่ากาชาด จ.จันทบุรี ใน การ ประชาสัมพันธ์ การรับบริจาค อวัยวะและ ดวงตา |

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- 4.1 นโยบายไม่ชัดเจนตั้งแต่แรกทั้งกระทรวงสาธารณสุขและของโรงพยาบาล
- 4.2 ขาดบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลที่เข้าใจงานรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะอย่างแท้จริง
- 4.3 ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละหอผู้ป่วยมีปริมาณมาก ไม่ต้องการเพิ่มงาน

4.4 งานบริจาดและปลูกถ่ายอวัยวะต้องอาศัยความร่วมมือของแพทย์หลายแผนก ต้องมีความรวดเร็วในการตัดสินใจและต้องใช้ความชำนาญสูง ซึ่งยังไม่สามารถหาบุคลากรต้นแบบได้

4.5 มีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบงานรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ 1 คน รับผิดชอบงานทุกด้าน ในความเป็นจริงพยาบาลสามารถทำได้ในส่วนงานของพยาบาลเท่านั้น งานบางอย่างยากเกินความรับผิดชอบของพยาบาลและพยาบาล 1 คนไม่สามารถอยู่เวร On call ได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง

4.6 ทักษะคติ/ความเชื่อของญาติ ในเรื่องการบริจาคอวัยวะและดวงตาเป็นเรื่องที่เปลี่ยนแปลงยาก

4.7 โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่ไม่สามารถบริจาคอวัยวะและดวงตาได้ เช่น CA ,โรคติดเชื้อในระบบต่างๆ

4.8 ผู้ป่วยที่อาการหนักมาก Admit ไม่ถึง 24 ชั่วโมงแล้วเสียชีวิต พยาบาลประสานงานไม่สามารถเจรจาขอรับบริจาคดวงตาได้ทันเวลา

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ |
|--|--|---|
| 1.ความเชื่อและทัศนคติของญาติรวมถึงผู้เสียชีวิตไม่เคยทำบัตรบริจาคอวัยวะและดวงตาหรือพูดถึงเรื่องนี้มาก่อน | การให้ข้อมูลกับประชาชนทั่วไปทางสื่อทุกสื่อที่สามารถประชาสัมพันธ์ได้ | การเป็นต้นแบบในการบริจาคอวัยวะและดวงตา เช่น การถ่ายรูปลงสื่อ Socialว่าคณะกรรมการตรวจราชการเขต 6 รวมถึงเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ รพ.พระปกเกล้า เป็นผู้บริจาคอวัยวะและดวงตา 100% |
| 2.งานบริจาดและปลูกถ่ายอวัยวะต้องอาศัยความร่วมมือของแพทย์หลายแผนกต้องมีความรวดเร็วในการตัดสินใจ มีความเสียสละและต้องใช้ความชำนาญสูง ซึ่งยังไม่สามารถหาบุคลากรต้นแบบได้ | ค้นหาแพทย์และทีม ที่รับผิดชอบงานรับบริจาคอวัยวะและดวงตา | ไม่มี |
| 3.เมื่อมีผู้รับผิดชอบงานแล้ว ความคาดหวังในการให้ทำผลงานให้บรรลุตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนด เป็นภาระหนักสำหรับผู้รับผิดชอบงานนี้ เนื่องจากงานบริจาคอวัยวะถ้าจะให้สำเร็จไม่สามารถทำได้ด้วยคนเดียวคนเดียวต้องอาศัยบุคลากรสหวิชาชีพ รวมถึงที่มีอำนาจในการสั่งการและเห็นประโยชน์ของการบริจาคอวัยวะ | รพ.ที่เป็น Donor Center ควรให้อยู่ในงานประจำของแต่ละหอผู้ป่วย จนกว่าจะเริ่มมีการปลูกถ่ายอวัยวะจึงจะแยกเป็นอีกหน่วยงานออกมาซึ่งพยาบาลที่รับผิดชอบก็ต้องมีความรู้ในสาขาอวัยวะที่จะเริ่มปลูกถ่ายนั้นๆ | ไม่มี |

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 เสนอเป็นกฎหมายประชาชนทุกคนคือผู้บริจาคอวัยวะและดวงตา เมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

6.2 สร้างความรับรู้ของประชาชน เพิ่มช่องทางในการประชาสัมพันธ์

ผู้รายงาน นางสาววรินทร์ สุโขโตวัฒน์
โทร 08-1983-2350

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
e-mail : nuchnoi1@gmail.com

ประเด็นที่ 10SP สาขาแพทย์แผนไทย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2. สถานการณ์

จังหวัดจันทบุรีมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรวมถึงการพัฒนาส่งเสริมและคุ้มครองภูมิปัญญาพื้นบ้านมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นทางเลือกในการป้องกัน ดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน อีกทั้งเป็นเมืองสมุนไพร 1 ใน 13 จังหวัดทั่วประเทศ โอกาสที่ประชาชนในการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลของผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 117 แห่ง(รพศ. 1 แห่ง, รพช. 11 แห่ง และรพ.สต. 105 แห่ง) ในปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 16.78

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ผลงานการให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ

ตารางแสดงร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2562 (1 ต.ค. 61 – 14 มิ.ย.62)

| เขตอำเภอ | ภาพรวม | | |
|---------------|-----------|---------|--------|
| | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
| เมือง | 346,268 | 33,149 | 9.57 |
| ขลุง | 81,434 | 16,202 | 19.90 |
| ท่าใหม่ | 116,782 | 26,050 | 22.31 |
| โป่งน้ำร้อน | 83,107 | 20,993 | 25.26 |
| มะขาม | 51,961 | 6,849 | 13.18 |
| แหลมสิงห์ | 54,618 | 8,480 | 15.53 |
| สอยดาว | 101,859 | 23,527 | 23.10 |
| แก่งหางแมว | 66,480 | 10,290 | 15.48 |
| นายายอาม | 66,054 | 13,706 | 20.75 |
| เขาคิชฌกูฏ | 46,074 | 10,752 | 23.34 |
| ภาพรวมจังหวัด | 1,014,637 | 169,998 | 16.75 |

แหล่งข้อมูล: ฐานข้อมูลHDC ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2562

3.2 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น

ตารางแสดงมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรไตรมาส 1, 2 ปี 2561(ต.ค. 60 - มี.ค. 61) เปรียบเทียบกับไตรมาส 1, 2 ปี 2562

(ต.ค.61 - มี.ค. 62)

| ปีงบประมาณ มูลค่ายาสมุนไพร | 2561 (ต.ค.60 - มี.ค.61) | 2562 (ต.ค.61 - มี.ค.62) | หมายเหตุ |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| รพ.พระปกเกล้า | 2,701,429.86 | 2,301,509.46 | ปี 62 ใช้ยาที่ผลิตเองแทนยาที่สั่งซื้อ เพิ่มมากขึ้นมูลค่ายาลดลงแต่ปริมาณ การใช้เพิ่มขึ้น |
| รพช./รพสต. | 3,369,340.07 | 4,499,645.95 | เพิ่มขึ้น ร้อยละ 25.11 |
| รวมทั้งจังหวัด | 6,070,769.93 | 6,801,155.41 | เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10.74 |

แหล่งข้อมูล: ฐานข้อมูล HDCณ วันที่ 14มิถุนายน 2562

3.3 การสนับสนุนยาสมุนไพรที่ผลิตโดยโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏให้กับ รพ.ในจังหวัดปี 2560 เป็นเงิน 2,199,741.00 บาท ปี 2561 เป็นเงิน 2,743,847 บาท และในปี 2562 จัดทำแผนโอนขยายบิล เป็นเงิน 3,234,940 บาท เพิ่มขึ้น 25 %

ตารางแสดง มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรที่โรงพยาบาลจังหวัดจันทบุรีที่รับมาจากโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

ปีงบประมาณ 2560,2561 เทียบแผนการเบิกยาสมุนไพรปีงบประมาณ 2562

| ปีงบประมาณ | | รวมปี 60 | | ปี 61 | | แผนปีงบประมาณ 62 | |
|------------|---------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|------------------|--------------|
| โรงพยาบาล | | ยาในบัญชียาหลัก | | ยาในบัญชียาหลัก | | ยาในบัญชียาหลัก | |
| | | รายการ | มูลค่า (บาท) | รายการ | มูลค่า (บาท) | รายการ | มูลค่า (บาท) |
| 1 | รพ.สอยดาว | 40 | 249,310.00 | 49 | 225,526.00 | | 454,197.00 |
| 3 | รพ.มะขาม | 15 | 62,900.00 | 56 | 164,450.00 | | 114,010.00 |
| 4 | รพ.ขลุง | 31 | 190,060.00 | 41 | 252,620.00 | | 373,700.00 |
| 5 | รพ.แหลมสิงห์ | 46 | 107,600.00 | 78 | 132,380.00 | | 117,698.00 |
| 6 | รพ.พระปกเกล้า | 25 | 641,900.00 | 27 | 719,400.00 | | 979,700.00 |
| 7 | รพ.แก่งหางแมว | 48 | 148,443.00 | 40 | 134,800.00 | | 168,070.00 |
| 8 | รพ.นายายอาม | 25 | 174,000.00 | 34 | 342,260.00 | | 281,140.00 |
| 9 | รพ.เขาสุกิ | 39 | 55,400.00 | 74 | 142,300.00 | | 97,115.00 |
| 10 | รพ.ท่าใหม่ | 6 | 12,400.00 | 0 | 0 | | 23,500.00 |
| 11 | รพ.สองพี่น้อง | 36 | 62,680.00 | 34 | 89,840.00 | | 108,420.00 |
| 12 | รพ.เขาคิชฌกูฏ | 276 | 407,698.00 | 377 | 512,521.00 | | 517,390.00 |
| รวม | | 621 | 2,199,741.00 | 820 | 2,743,847.00 | | |

โดยมีการดำเนินงานดังนี้

- มีการประชุม Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยจังหวัดจันทบุรี จำนวน 3 ครั้ง
- ประชุมจัดทำแผนการจัดหายาสมุนไพร โรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี (โอนขายบิล)จากโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ
- ประชุมชี้แจงนโยบายสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ
- นิเทศ ติดตาม ประเมินผลการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการทุกระดับ

3.4 คุณภาพการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามบริบทของหน่วยบริการและเกณฑ์มาตรฐาน

- หน่วยบริการทุกแห่งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

3.5 หน่วยบริการทุกแห่งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามบริบทของหน่วยบริการ

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

ร้อยละผู้รับบริการผู้ป่วยนอกไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่าปัจจัยเสี่ยงของเหตุการณ์ดังกล่าว มีดังนี้

1. รพ.สต. ผู้รับบริการมากกว่า 80% เป็นผู้ป่วยโรคกลุ่ม NCD ซึ่งยังไม่มียาสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคกลุ่มNCD ได้อย่างชัดเจน
2. โรงพยาบาลพระปกเกล้า มีผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้ป่วยนอกแผนไทยค่อนข้างคงที่ ซึ่งในปัญหาที่ยังพบอยู่ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันคือ ในโรงพยาบาลทุกระดับคือความไม่เชื่อถือของแพทย์แผนปัจจุบันที่จะเอื้อต่อการรักษาโดยแพทย์ทางเลือก ไม่เชื่อมั่นในคุณภาพผลของการรักษา โดยการใช้ยาสมุนไพรอย่างไรก็ตามในระดับผู้บริหารมีการสนับสนุนที่ดี
3. มีแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการน้อยกว่าอัตรากำลังที่ต้องการใช้ (FTE) และมีการออกนอกระบบทำให้การบริหารจัดการไม่ต่อเนื่อง

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ |
|--|---|---|
| ไม่มียาสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคกลุ่ม NCD ได้อย่างชัดเจน | ปรับปรุงกรอบรายการยาสมุนไพรโดยเพิ่มสมุนไพรรักษาร่วมในผู้ป่วยเบาหวาน และตำรับสมุนไพรล้างสารพิษ เนื่องจากจังหวัดจันทบุรีมีการใช้สารเคมีในการเกษตรกรรมจำนวนมาก | |
| แพทย์แผนปัจจุบันยังขาดความเชื่อมั่นและความรู้ในการใช้ยาสมุนไพร | สร้างความเชื่อมั่นในการใช้ยาสมุนไพรให้กับแพทย์แผนปัจจุบัน | |
| มีแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการน้อยกว่าอัตรากำลังที่ต้องการใช้ | การสรรหาตำแหน่งข้าราชการให้กับแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้น | |

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

สรรหาตำแหน่งข้าราชการให้กับแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้น

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

| ลำดับ | นวัตกรรม | เจ้าของผลงาน | ผลลัพธ์ |
|-------|--|------------------------------|--|
| 1 | คู่มือยาสมุนไพร ตามกรอบบัญชียาร่วม จังหวัดจันทบุรี สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน | สสจ.จันทบุรี | - มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาสมุนไพรทั้ง 7 รายการที่ประกาศเป็นนโยบายจังหวัดเรื่องการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน |
| 2 | PPK Model เป็น Model ที่เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปเป็นแบบอย่างได้ในกระบวนการรักษาและกระบวนการผลิตยาสมุนไพรให้กับผู้ป่วย โดยเน้นเรื่องมาตรฐาน ความถูกต้อง และความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย | รพ. พระปกเกล้า | - เกิดกระบวนการจัดหาสมุนไพรที่ครบวงจรตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทางในท้องถิ่น |
| 3 | การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน | รพ.ชลบุรี | - อยู่ในช่วงแรกของการเริ่มดำเนินการ ยังวัดผลไม่ได้ชัดเจน (ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูและดูแลอย่างต่อเนื่อง) |
| 4 | เมนู ICD 10 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถบันทึกข้อมูลรหัสโรคแผนไทยได้อย่างถูกต้อง | รพ. พระปกเกล้า | - รพสต.ที่ไม่มีแพทย์แผนไทยเจ้าหน้าที่ที่สามารถบันทึกรหัสโรคแผนไทยในระบบโปรแกรมได้ครบถ้วน |
| 5 | การใช้ยาสมุนไพรพอกเข้าในผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวข้อง | รพ. พระปกเกล้า รพ.ท่าใหม่ | - ผู้ป่วยปวดเข่าลดลงและพึงพอใจต่อการรับบริการ - เพิ่มทางเลือกในการรักษาให้กับผู้ป่วย |
| 6 | พัฒนากลไกการจัดการที่อำนวยความสะดวกในการเดินทางของผู้ป่วยและญาติ โดยการส่งยาทางไปรษณีย์ | รพ. พระปกเกล้า | - ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยลดลง ลดเวลา ลดความแออัด - คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น - ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ |
| 7 | กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้รับคัดเลือกให้เป็นพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ระดับประเทศ ระดับเพชร , เป็นแหล่ง internship แพทย์แผนไทยของกรม, เป็นหน่วยบริการต้นแบบแพทย์แผนไทยของ สปสช. | รพ. พระปกเกล้า | - เพิ่มศักยภาพในการพัฒนางานต่างๆได้เพิ่มขึ้น |
| 8 | การศึกษานำร่องของผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานโอบะพลูในผู้ป่วยเบาหวาน (case report) | รพ.เขาสกิม | พบว่าผู้ป่วย DM 14 คน ที่มี HbA1C มากกว่า 10 หลังเข้าโครงการ 7 คน HbA1C ปกติ และอีก 7 คนลดลงแต่ยังไม่ปกติ |
| 9 | การแช่เท้าสมุนไพรในผู้ป่วยโรคเบาหวาน | รพ.มะขาม | - อาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวานลดลงหลังจากทำการเผายา - เพิ่มทางเลือกในการรักษาผู้ป่วย |

ผู้รายงาน พญ.กนกกร สวัสดิ์ไชย

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

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 ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $\leq 10\%$

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 | | จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน | | อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ | |
| | 2561 ไตรมาส 1-4 | 2562 ไตรมาส 1-3* | 2561 ไตรมาส 1-4 | 2562 ไตรมาส 1-3* | 2561 ไตรมาส 1-4 | 2562 ไตรมาส 1-3* |
| เมืองจันทบุรี | 45 | 15 | 103,134 | 127,913 | 44 | 12 |
| ขลุง | 28 | 13 | 40,151 | 56,667 | 70 | 23 |
| ท่าใหม่ | 30 | 29 | 59,687 | 71,435 | 50 | 41 |
| โป่งน้ำร้อน | 12 | 16 | 38,331 | 44,710 | 31 | 36 |
| มะขาม | 4 | 6 | 24,211 | 31,837 | 17 | 19 |
| แหลมสิงห์ | 8 | 7 | 21,848 | 30,203 | 37 | 23 |
| สอยดาว | 19 | 12 | 54,106 | 65,664 | 35 | 18 |
| แก่งหางแมว | 15 | 4 | 30,877 | 41,972 | 49 | 10 |
| นายายอาม | 12 | 8 | 26,744 | 34,073 | 45 | 23 |
| เขาคิชฌกูฏ | 5 | 6 | 23,338 | 28,894 | 21 | 21 |
| ภาพรวมจังหวัด | 178 | 116 | 422,427 | 533,368 | 42 | 22 |

(2) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย 50 %)

| จังหวัด | รายการข้อมูล | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--------|--------------|---------------------|--------|-----------|--|---------------------|---|---------------------|
| | จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไป หรือ จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ให้ได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่สถานพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไป ที่ไม่สามารถทำ PCI ได้ หรือจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถทำ PCI ภายใน 90 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้เอง (A) | | | | | | จำนวนรพ.ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทั้งหมดในเขตนั้น (B) | | ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $(A/B) \times 100$ | |
| | 2561 ไตรมาส 1-3* | | | 2562 ไตรมาส 1-3* | | | 2561 ไตรมาส 1-3* | 2562 ไตรมาส 1-3* | 2561 ไตรมาส 1-3* | 2562 ไตรมาส 1-3* |
| | | ราย | รวม (ราย) | | ราย | รวม (ราย) | ราย | ราย | % | % |
| เมืองจันทบุรี (ทำ PCI ได้เอง) | SK in 30 min | 2(10) | 18 | SK in 30 min | 1(12) | 19 | 35 | 57 | 51.43 | 33.33 |
| | PCI in 90 min | 16(24) | | PCI in 90 min | 18(36) | | | | | |
| | Other | 1 | Other | 2 | | | | | | |
| | | | PCI Elective | 7 | | | | | | |
| ชลบุรี | SK in 30 min | 2(3) | 2 | SK in 30 min | 0(2) | 3 | 4 | 50 | 8.00 | 37.50 |
| | PCI in 120 min | 0(1) | | PCI in 120 min | 3(5) | | | | | |
| | | | PCI Elective | 2 | | | | | | |
| ท่าใหม่ | SK in 30 min | 2(4) | 4 | SK in 30 min | 2(5) | 6 | 11 | 12 | 36.36 | 50.00 |
| | PCI in 120 min | 2(4) | | PCI in 120 min | 4(4) | | | | | |
| | PCI Elective | 2 | PCI Elective | 1 | | | | | | |
| | Other | 1 | Other | 2 | | | | | | |
| โป่งน้ำร้อน | SK in 30 min | 2(3) | 4 | SK in 30 min | 1(4) | 6 | | | | |
| | PCI in 120 min | 2(5) | | PCI in 120 min | 5(7) | | | | | |
| มะขาม | SK in 30 min | 0(1) | 0 | SK in 30 min | 1(2) | 8 | 1 | 11 | 0.00 | 72.73 |
| | PCI in 120 min | 0(0) | | PCI in 120 min | 7(8) | | | | | |
| | | | PCI Elective | 1 | | | | | | |

| 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) **จำนวนผู้ป่วย STEMI** | | ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (A/B) × 100 | |
| | 2561 ไตรมาส 1-3* | | | 2562 ไตรมาส 1-3* | | | 2561 ไตรมาส 1-3* | 2562 ไตรมาส 1-3* | 2561 ไตรมาส 1-3* | 2562 ไตรมาส 1-3* |
| | | ราย | รวม (ราย) | | ราย | รวม (ราย) | ราย | ราย | % | % |
| แหลมสิงห์ | SK in 30 min | 3(4) | 5 | SK in 30 min | 0(0) | 3 | 7 | 6 | 71.43 | 50.00 |
| | PCI in 120 min | 2(2) | | PCI in 90 min | 3(6) | | | | | |
| | Other | 1 | | | | | | | | |
| สอยดาว | SK in 30 min | 1(4) | 1 | SK in 30 min | 2(7) | 4 | 4 | 11 | 25.00 | 36.36 |
| | PCI in 120 min | 0(0) | | PCI in 90 min | 2(3) | | | | | |
| | | | | PCI Elective | 1 | | | | | |
| แก่งหางแมว | SK in 30 min | 1(2) | 1 | SK in 30 min | 0(3) | 0 | 6 | 5 | 16.67 | 0.00 |
| | PCI in 120 min | 0(2) | | PCI in 90 min | 0(2) | | | | | |
| | | | | PCI Elective | 2 | | | | | |
| นายายอาม | SK in 30 min | 1(3) | 1 | SK in 30 min | 0(0) | 1 | 4 | 2 | 25.00 | 50.00 |
| | PCI in 120 min | 0(1) | | PCI in 90 min | 1(2) | | | | | |
| | | | | Other | 1 | | | | | |
| | | | | PCI Elective | 1 | | | | | |
| เขาคิชฌกูฏ | SK in 30 min | 1(1) | 1 | SK in 30 min | 1(2) | 2 | 2 | 4 | 50.00 | 50.00 |
| | PCI in 120 min | 0(0) | | PCI in 90 min | 1(2) | | | | | |
| | | | | PCI Elective | 1 | | | | | |

| 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 ขึ้นไปทั้งหมดในเขตนั้น (B) **จำนวนผู้ป่วย STEMI** | | ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (A/B) x 100 | |
| | 2561 ไตรมาส 1-3* | | | 2562 ไตรมาส 1-3* | | | 2561 ไตรมาส 1-3* | 2562 ไตรมาส 1-3* | 2561 ไตรมาส 1-3* | 2562 ไตรมาส 1-3* |
| | | ราย | รวม (ราย) | | ราย | รวม (ราย) | ราย | ราย | % | % |
| ภาพรวมจังหวัดจันทบุรี (ข้อมูล ณ วันที่รับ ตรวจ) | SK in 30 min | 15(35) | 37 | SK in 30 min | 8(37) | 52 | 45 | 112 | 82.22 | 46.43 |
| | PCI in 90 min,120 min | 22(43) | | PCI in 90 min,120 min | 44(75) | | | | | |
| | PCI Elective | 5 | | PCI Elective | 13 | | | | | |
| | Other | 3 | | Other | 5 | | | | | |
| | PCI in 120 min | 2(12) | | PCI in 90 min | 2(7) | | | | | |
| | Other | 1 | | PCI Elective | 2 | | | | | |
| ภาพรวม (ข้อมูล ณ วันที่รับ ตรวจ) | SK in 30 min | 34(75) | 60 | SK in 30 min | 17(79) | 73 | 150 | 211 | 40.00 | 34.60 |
| | PCI in 90 min | 26(62) | | PCI in 90 min | 56(108) | | | | | |
| | PCI in 120 min | | | PCI in 120 min | | | | | | |
| | PCI Elective | 9 | | PCI Elective | 19 | | | | | |
| | Other | 4 | | Other | 5 | | | | | |

หมายเหตุ : ปีงบ 2561 ไตรมาส 1-3* คือ ข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560-30 เมษายน 2561
ปีงบ 2562 ไตรมาส 1-3* คือ ข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561-30 เมษายน 2562

(3) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤10%

| จังหวัด | รายการข้อมูล | | | | | |
|--|---|---------------------|--|---------------------|--|---------------------|
| | ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-10 = I21-I21.3) ที่ เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A) | | ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-10 = I21-I21.3) ทั้งหมด (B) | | ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B) × 100 | |
| | 2561 ไตรมาส 1-3* | 2562 ไตรมาส 1-3* | 2561 ไตรมาส 1-3* | 2562 ไตรมาส 1-3* | 2561 ไตรมาส 1-3* | 2562 ไตรมาส 1-3* |
| เมืองจันทบุรี | 8 | 2 | 35 | 57 | 22.86 | 3.51 |
| ชลบุรี | 0 | 1 | 4 | 9 | 0.00 | 11.11 |
| ท่าใหม่ | 1 | 4 | 11 | 12 | 9.09 | 33.33 |
| โป่งน้ำร้อน | 1 | 2 | 8 | 11 | 12.50 | 18.18 |
| มะขาม | 1 | 2 | 1 | 11 | 100 | 18.18 |
| แหลมสิงห์ | 3 | 1 | 7 | 6 | 42.86 | 16.67 |
| สอยดาว | 2 | 1 | 8 | 11 | 25.00 | 9.09 |
| แก่งหางแมว | 1 | 0 | 6 | 5 | 16.67 | 0.00 |
| นายายอาม | 0 | 1 | 4 | 4 | 0.00 | 25.00 |
| เขาคิชฌกูฏ | 0 | 1 | 2 | 4 | 0.00 | 25.00 |
| ภาพรวมจังหวัดจันทบุรี (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) | 17 | 15 | 86 | 130 | 19.77 | 11.45 |
| ภาพรวม (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) | 20 | 19 | 150 | 211 | 9 | 9.52 |

หมายเหตุ : ปีงบประมาณ 2561 ไตรมาส 1-3* คือ ข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560-30 เมษายน 2561

ปีงบประมาณ 2562 ไตรมาส 1-3* คือ ข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561-30 เมษายน 2562

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

1. Service Delivery

สาขาโรคหัวใจ

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

- การบริการตรวจสวนหัวใจ รพ.พระปกเกล้า สามารถให้บริการตรวจสวนหัวใจได้ในช่วงเวลา วันจันทร์ - วันเสาร์ เวลา 08.00-24.00 น.

2. Workforce

ทีมในการปฏิบัติงาน ได้แก่

- Cardiologist

- Interventionist

- พยาบาลห้องตรวจสวนหัวใจ

- พยาบาลห้อง Non Invasive

- พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) (ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางโรคหัวใจ) ครบ 100%

- นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก
- บุคลากรยังขาดแคลน ยังไม่สามารถเข้ารับการอบรมเฉพาะทางได้ครบ 100%

3. IT

- ระบบการจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจ มีนโยบายการลงฐานข้อมูลกลางทั่วประเทศ โดยใช้ Program Thai ACS Registry

4. Drug & Equipment

- มีห้องตรวจสอบหัวใจที่ได้มาตรฐาน
- มีหอผู้ป่วยรองรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ให้การรักษาทันทีทั้งทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม

(ผ่าตัดหัวใจ)

- มีการให้ยาตามมาตรฐาน

5. Financing

- มีการจัดสรรงบประมาณตามงบของ รพ. และงบประมาณจากส่วนกลาง
- การได้รับอนุมัติงบประมาณทดแทนอุปกรณ์ที่ชำรุด มีงบประมาณน้อยไม่สามารถจัดสรรในการซื้อเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ได้ โดยเฉพาะในส่วนที่ราคาสูง

6. Conversance

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงานและมีการติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

7. Participation

- มีการเชื่อมโยงการทำงานในภาคีเครือข่ายเชื่อมสู่ชุมชน/ รพ.สต./ รพช./ รพศ.

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

-ระบบงานที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงานในระบบ Fast track

* ระบบการรับ-ส่งต่อ กรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน ไปยังรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่ากรณีเกินขีดความสามารถ ไม่สามารถปฏิบัติได้จริงตามโครงการ พัฒนาสู่ความเป็นเลิศในความร่วมมือระหว่างเครือข่ายบริการเขตสุขภาพที่ 6 ร่วมกับ จุฬาลงกรณ์ สาขาโรคหัวใจ ตัวอย่างเช่น กรณีติดต่อ Refer เกินขีดความสามารถ รพ.จุฬาฯ แจ้งกลับให้ติดต่อไปยัง รพ.อื่นเนื่องจากรพ.พระปกเกล้า ไม่ได้อยู่ในระบบเครือข่ายของรพ.จุฬาฯ เป็นต้น

* ระบบการส่งต่อ-ส่งกลับ หลังได้รับการรักษาภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดเรียบร้อยแล้ว ไม่สามารถส่งกลับได้เนื่องจากปัญหาสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

5.ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ |
|--|--|---|
| - ขาดอัตรากำลัง | - สนับสนุนอัตรากำลัง | |
| - ค่าตอบแทนหน่วยงานที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญ ความชำนาญเฉพาะในการดูแล/ รักษาผู้ป่วย | - สนับสนุน ส่งเสริมและผลักดันเรื่องค่าตอบแทนและขวัญกำลังใจ | |

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- นโยบาย/ ฎระเบียบ หลายอย่างที่ทำให้การปฏิบัติงานในส่วนของการรักษาบริการล่าช้า ช้าซ้อน มีความยุ่งยาก และค่อนข้างใช้เวลาในการประสานงานนานและต้องประสานหลายรพ. หลายงาน ตัวอย่างเช่นระบบการส่งต่อและรับกลับสิ่งที่เป็นอุปสรรคและปัญหาอย่างมากตลอดมาต่อผู้ปฏิบัติหน้างานคือปัญหาเกี่ยวกับสิทธิบัตร ตัวอย่างเช่น

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

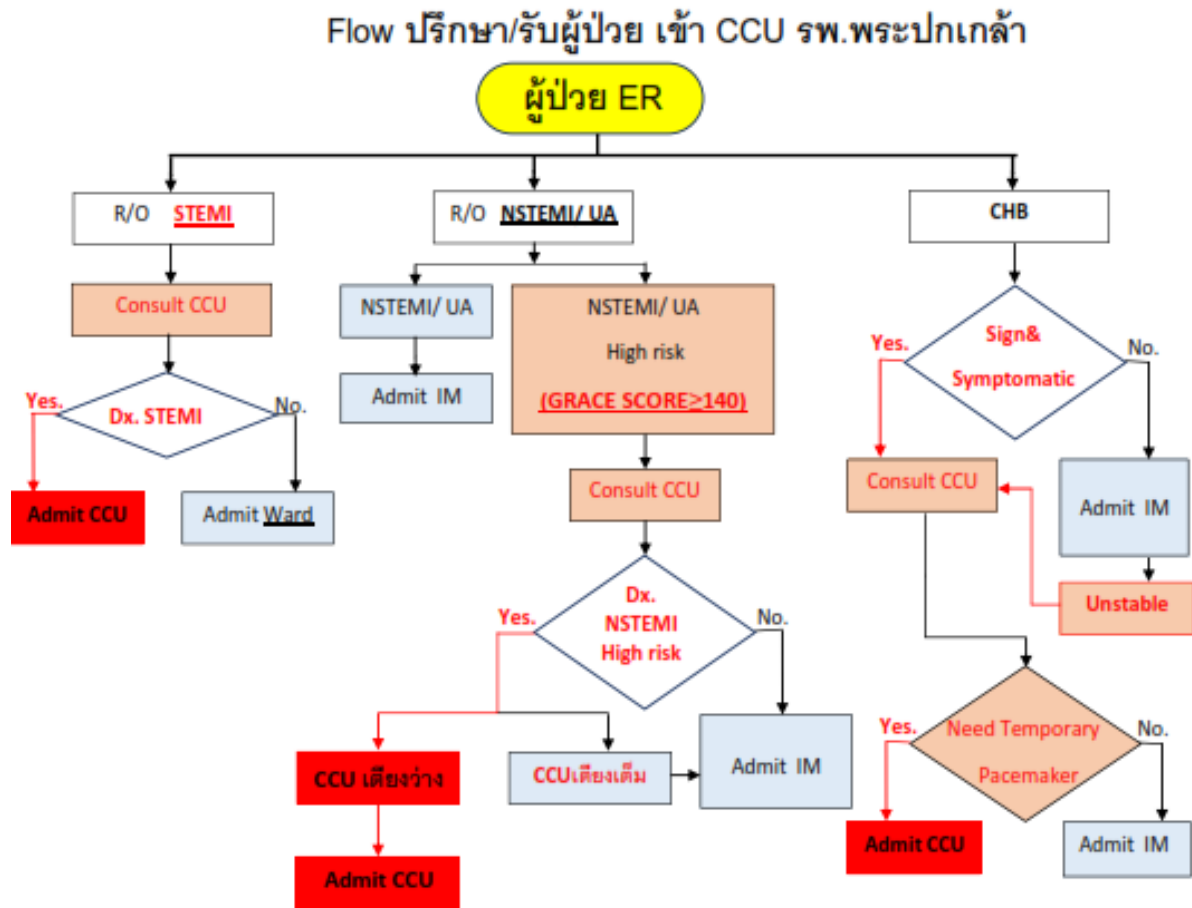
- หากมีการปรับเรื่องการส่งต่อและรับกลับโดยไม่มีเงื่อนไขในการเบิกจ่าย จะสามารถทำให้ระบบงานเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของงาน เกิดความรวดเร็ว และผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

พัฒนาระบบ การปรึกษา / รับ-ส่งต่อผู้ป่วย NSTEMI High risk ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว และส่งกลับไปยังรพ.ต้นทางเพื่อทำการดูแลรักษาต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและมีระบบการดูแลโดยเครือข่ายภายหลังการรักษาแก้ปัญหาสามารถส่งกลับไปรักษาต่อเนืองยังรพ.ต้นทางได้ ทำให้ลดปัญหาการวิกฤตหลุดลงจากการได้รับการรักษาล่าช้า และไม่ต้องนอนรักษายังรพศ. โดยมีการปรึกษาและเริ่มระบบภายหลังการลงเยี่ยมเครือข่ายโรคหัวใจ.จันทบุรี ได้แก่ รพ.ตราดและเครือข่าย, รพ.สระแก้วและเครือข่าย, รพ.แก่งหลวง, รพ.เขาชะเมา และรพ.วังจันทร์ ซึ่งเป็นการคุยและตัดสินใจร่วมกันระหว่างรพศ.และรพ.เครือข่ายที่ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องและผู้อำนวยการของรพ.เครือข่ายนั้นๆ

โดยมีFlow ในการปฏิบัติดังนี้

Flow การรับผู้ป่วย NSTEMI High risk/ QR Code GRACE RISK SCORE



PPK QR – Code
For GRACE RISK SCORE



ก.ค. 61

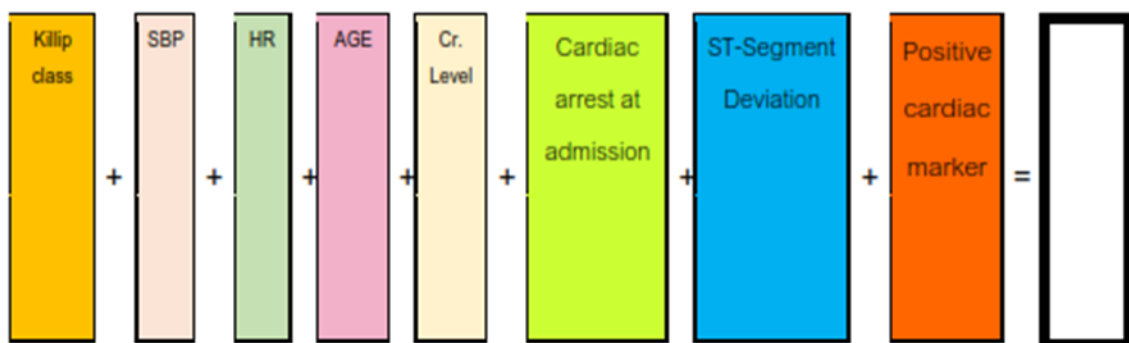
Composition of the GRACE Score

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 |
|--------------|-------|------------|-------|---------------|-------|-------------|-------|-------------------|-------|
| I | 0 | ≤ 80 | 58 | ≤ 50 | 0 | ≤ 30 | 0 | 0 - 0.39 | 1 |
| II | 20 | 80-99 | 53 | 50-69 | 3 | 30-39 | 8 | 0.4-0.79 | 4 |
| III | 39 | 100-119 | 43 | 70-89 | 9 | 40-49 | 25 | 0.8-1.19 | 7 |
| IV | 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.ศ. 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 ≥ 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 (%) | อื่นๆ (ราย) | อัตรา (%) | ราย |
| 1 | รับ Consult จาก เครือข่ายตราด สระแก้ว ระยอง | 38 | 30 | 18 | 69.23% (18/26) | 5 | 19.23% (5/26) | 3 | 11.54% (3/26) | | | 8 | 21.05% (8/38) |
| 2 | รับ Consult จากรพช. เครือข่ายจ.จันทบุรี | 11 | 5 | 5 | 100% (5/5) | - | - | - | - | | | 6 | 54.55% (6/11) |

หมายเหตุ

ไม่ได้ Refer จาก

- ดีขึ้น D/C ได้ 2 ราย
- รอ CABG 2 ราย

ผู้รายงาน อุษณีย์ เปรมสุริยา พยาบาลวิชาชีพ
โทร.....2612....
E-mailuttsanee@hotmail.com

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

| ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 (ตุลาคม 2561- พฤษภาคม 2562) | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|-----------------------------|---------------|-----------|
| | คณะ 3 | ค่าเป้าหมาย 12 เดือน | small success 9 เดือน | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ /อัตรา | ผลประเมิน |
| 1 | *26.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ | ไม่น้อยกว่าร้อยละ70 | ไม่น้อยกว่าร้อยละ70 | 100 | รอบประเมิน จาก บค.ตรวจรอบ 2 | | รอดผล |
| 2 | *27 จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข | | | | | | |
| | 27.1 ร้อยละของบุคลากรในองค์กรประเมิน Happinometer | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 70 | 4,649 | 3,706 | 79.71 | 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 | 11 | 91.66 | ผ่าน |
| 4 | *29.มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง | ทีมPCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน | ร้อยละ 50 ของทีมPCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน | ทีม PCC มีการใช้ Home Health Care Application ครบทุกแห่ง | | | ผ่าน |
| 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 | 90.90 | ผ่าน |
| 7 | *32.ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | สสจ.ระดับ 5 ร้อยละ 70 | สสจ.ระดับ 5 ร้อยละ 70 | 1 | 1 | 100 | ผ่าน |
| | 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | ร้อยละ 70 | สสอ. ระดับ 5 ร้อยละ 40 | 10 | 10 | 100 | ผ่าน |
| 8 | 33.จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ 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.ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสป.มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด | | | | | | |
| | 1.ประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ -ทรอนิกส์ Electronics Internal Audit : EIA) | | ร้อยละ 80 | หน่วยบริการประเมินครบทุกแห่งและอยู่ระหว่างการตรวจสอบจากกลุ่มตรวจสอบ สป. | | | รอดผล |
| | 2. ประเมินตรวจสอบงบการเงิน | | ติดตามการแก้ไขข้อบกพร่อง | หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีการแก้ไขข้อเสนอนะจากการตรวจสอบครบทุกแห่ง | | | ผ่าน |

ประเด็นที่ 1 Human Resource for Health (HRH) Transformation

ตัวชี้วัด 1) ร้อยละเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพจังหวัด จันทบุรี

3. ประเด็นการตรวจราชการ

ความเป็นมาของประเด็นการตรวจราชการ

1) เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง ทุกจังหวัดภายในเขตสุขภาพที่ได้รับคะแนนตามประเด็นการดำเนินการด้านการบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดครบ 4 ประเด็นโดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่า 70 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ทั้งนี้ ประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็นดังกล่าวประกอบด้วย

| ลำดับ | ประเด็นการตรวจราชการ | คะแนน | คะแนนเต็ม | | |
|---|---|-----------|------------------|-----------|-----------|
| 1 | มีข้อมูล | | | | |
| | 1. ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน | 10 คะแนน | | | |
| | 2. มีการรายงานสถิติกำลังคน | 5 คะแนน | | | |
| | 3. มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข | 10 คะแนน | | | |
| รวมคะแนน | | | 25 คะแนน | | |
| 2 | มีแผนบริหารตำแหน่ง | | | | |
| | 1. มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมในการจัดทำแผนกำลังคน | 5 คะแนน | | | |
| | 2. จัดทำแผนกำลังคน และมีแผนบริหารตำแหน่ง | 10 คะแนน | | | |
| | 3. มีแผนกำลังคน ด้านอื่นๆ เช่น แผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ แผนพัฒนาบุคลากร ฯลฯ | 5 คะแนน | | | |
| | 4. มีการประชาสัมพันธ์/เผยแพร่ แผนบริหารตำแหน่งภายในจังหวัดและหน่วยงานในสังกัดทราบ | 5 คะแนน | | | |
| รวมคะแนน | | | 25 คะแนน | | |
| 3 | มีการดำเนินงานตามแผน | | | | |
| | ตัวชี้วัด ร้อยละของตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด | | | | |
| | เกณฑ์การให้คะแนน | 10 คะแนน | 15 คะแนน | 20 คะแนน | 25 คะแนน |
| | ไตรมาส 2 | ร้อยละ 8 | ร้อยละ 7 | ร้อยละ 6 | ร้อยละ 5 |
| ไตรมาส 4 | ร้อยละ 6 | ร้อยละ 5 | ร้อยละ 4 | ร้อยละ 3 | |
| | | | 25 คะแนน | | |
| 4 | บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 | | | | |
| | ตัวชี้วัด บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 | | | | |
| | เกณฑ์การให้คะแนน | 10 คะแนน | 15 คะแนน | 20 คะแนน | 25 คะแนน |
| | ไตรมาส 4 | ร้อยละ 68 | ร้อยละ 69 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 71 |
| *บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง ความเพียงพอของบุคลากรสาธารณสุข 5 ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ในสายงานการให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายงานขาดแคลน) จำนวน 10 สายงาน | | | 25 คะแนน | | |
| รวมคะแนนเต็ม | | | 100 คะแนน | | |

2) ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง จำนวนเขตสุขภาพ (ทุกจังหวัดภายในเขตสุขภาพ) ที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตามข้อ 1) เมื่อเทียบกับจำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด โดยมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

3) สูตรคำนวณตัวชี้วัด

1. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

$$\frac{\text{จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ} (\geq \text{ร้อยละ } 70 \text{ ของจังหวัดภายในเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ได้คะแนนมากกว่า 70 คะแนน))}{\text{จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด (๑๒ เขตสุขภาพ)}}$$

2. ร้อยละของตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด (มีการดำเนินงานตามแผน)

$$= \frac{\text{จำนวนตำแหน่งว่าง (ข้าราชการ+ พนักงานราชการ) สังกัดหน่วยงาน ณ วันที่รายงานผล}}{\text{จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) สังกัดหน่วยงาน ณ วันที่รายงานผล}} \times 100$$

3. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71

$$\frac{\text{จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสายให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน) ที่มีอยู่จริง ณ วันที่รายงาน}}{\text{กรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน}} \times 100$$

ประเด็นการตรวจราชการ

| 1. มีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการพัฒนาฐานข้อมูล/สารสนเทศด้านกำลังคนให้มีประสิทธิภาพ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--------|---|--|----------------------------|---------------------------------------|--------------------|----------|---|------------------|---|---|---|--------|--------|----------|----------|---|---|
| ลำดับ | ประเด็นการตรวจราชการ/มาตรการ | เกณฑ์ | แหล่งอ้างอิง/เอกสารหลักฐาน | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | <p>มีข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน (ตามตารางที่ 1)</p> <p>1.1 ใบประกอบวิชาชีพ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>≤84.99</td> <td>85-89.99</td> <td>90-94.99</td> <td>95-100</td> </tr> </tbody> </table> <p>* ใบประกอบวิชาชีพจำนวน 13 สายงาน</p> <p>1.2 วุฒิในตำแหน่ง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>≤84.99</td> <td>85-94.99</td> <td>95 - 100</td> </tr> </tbody> </table> <p>* วุฒิในตำแหน่ง: ข้าราชการและพนักงานราชการ</p> | เกณฑ์การให้คะแนน | 1 | 2 | 3 | 4 | ร้อยละ | ≤84.99 | 85-89.99 | 90-94.99 | 95-100 | เกณฑ์การให้คะแนน | 1 | 2 | 3 | ร้อยละ | ≤84.99 | 85-94.99 | 95 - 100 | <p>10 คะแนน</p> <p>4คะแนน</p> <p>3คะแนน</p> | <p>ตรวจสอบจากจำนวนคำสั่งต่าง ๆ (งานบริหารทรัพยากรบุคคล) ที่ได้รับการบันทึกลงในฐานข้อมูลกำลังคนของหน่วยงานตามตารางที่ 1 (ระบบ HROPS)</p> <p>สูตรคำนวณความเป็นปัจจุบันของใบประกอบวิชาชีพ</p> $= \frac{\text{จำนวนบุคลากร (13 สายงาน) ที่บันทึกในระบบ HROPS สังกัดหน่วยงาน}}{\text{จำนวนบุคลากรทั้งหมด (13 สายงาน) สังกัดหน่วยงาน}} \times 100$ <p>สูตรคำนวณความเป็นปัจจุบันของวุฒิการศึกษา</p> $= \frac{\text{จำนวนบุคลากร (ขรก.+พรก.) ที่บันทึกวุฒิในตำแหน่งในระบบHROPS}}{\text{จำนวนบุคลากร (ขรก.+พรก.) ทั้งหมดสังกัดหน่วยงาน}} \times 100$ |
| เกณฑ์การให้คะแนน | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ร้อยละ | ≤84.99 | 85-89.99 | 90-94.99 | 95-100 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ร้อยละ | ≤84.99 | 85-94.99 | 95 - 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. มีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการพัฒนาฐานข้อมูล/สารสนเทศด้านกำลังคนให้มีประสิทธิภาพ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ลำดับ | ประเด็นการตรวจราชการ/มาตรการ | เกณฑ์ | แหล่งอ้างอิง/เอกสารหลักฐาน | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>1.3 หน่วยงานที่บันทึกคำสั่งเลื่อนเงินเดือน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หน่วยงานที่บันทึกคำสั่งเลื่อนเงินเดือน</td> <td>อยู่ระหว่างการบริหารวงเงิน</td> <td>อยู่ระหว่างการเสนอผู้ว่าราชการจังหวัด</td> <td>บันทึกในระบบ HROPS</td> </tr> </tbody> </table> | เกณฑ์การให้คะแนน | 1 | 2 | 3 | หน่วยงานที่บันทึกคำสั่งเลื่อนเงินเดือน | อยู่ระหว่างการบริหารวงเงิน | อยู่ระหว่างการเสนอผู้ว่าราชการจังหวัด | บันทึกในระบบ HROPS | 3 คะแนน | <p>สูตรคำนวณความเป็นปัจจุบันคำสั่งเลื่อนขึ้นเงินเดือน</p> $= \frac{\text{จำนวนคะแนนที่ได้รับ}}{\text{จำนวนหน่วยงานในสังกัด}}$ | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| หน่วยงานที่บันทึกคำสั่งเลื่อนเงินเดือน | อยู่ระหว่างการบริหารวงเงิน | อยู่ระหว่างการเสนอผู้ว่าราชการจังหวัด | บันทึกในระบบ HROPS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | <p>มีการรายงานสถิติกำลังคน</p> <p>2.1 มีรายงานข้อมูลจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงทั้งหมด ณ วันที่รายงานผล (ตามตารางที่ 2)</p> <p>2.2 มีรายงานข้อมูลการสูญเสียบุคลากร ณ วันที่รายงานผล (ตามตารางที่3)</p> <p>2.3 มีรายงานข้อมูลจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของบุคลากร ณ วันที่รายงานผล (ตามตารางที่ 4)</p> <p>2.4 มีรายงานข้อมูลจำนวนตำแหน่งว่างของบุคลากร (ข้าราชการ และพนักงานราชการ) ณ วันที่รายงานผล (ตามตารางที่ 5)</p> | <p>5 คะแนน</p> <p>1 คะแนน</p> <p>1 คะแนน</p> <p>1 คะแนน</p> <p>2 คะแนน</p> | <p>2.1 รายงานข้อมูลจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงทั้งหมด ณ วันที่รายงานผล ตามตารางที่ 2 (ระบบ HROPS)</p> <p>2.2 รายงานข้อมูลการสูญเสียบุคลากร ณ วันที่รายงานผล ตามตารางที่ 3 (ระบบ HROPS)</p> <p>2.3 รายงานข้อมูลจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของบุคลากร ณ วันที่รายงานผล ตามตารางที่ 4 (ระบบ HROPS)</p> <p>2.4 รายงานข้อมูลจำนวนตำแหน่งว่างของบุคลากร ณ วันที่รายงานผล ตามตารางที่ 5 (ระบบ HROPS)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|--|---|---|
| 3 | มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข (ระบบ HROPS) 3.1 การบริหารตำแหน่ง 3.2 การวางแผนกำลังคน 3.3 การวิเคราะห์ภาระงาน 3.4 สนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร | 10 คะแนน 2.5 คะแนน 2.5 คะแนน 2.5 คะแนน 2.5 คะแนน | - เอกสาร/หลักฐานที่มีการวิเคราะห์การบริหารตำแหน่ง การวางแผนกำลังคน วิเคราะห์ภาระงานจากรายงานข้อมูล บุคลากรสาธารณสุข(ระบบ HROPS) -ตรวจสอบจากประวัติการเข้าระบบ HROPS ตามตารางที่ 6 |
|---|--|---|---|

2.มีแผนบริหารตำแหน่งหน่วยงานต้องมีแผนบริหารตำแหน่ง (และแผนกำลังคนด้านอื่นๆเช่น แผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ แผนพัฒนาบุคลากร ฯลฯ)

| ลำดับ | ประเด็นการตรวจราชการ/มาตรการ | เกณฑ์ | แหล่งอ้างอิง/เอกสารหลักฐาน |
|-------|---|-----------------|---|
| 4 | แผนบริหารตำแหน่ง (ตามตารางที่ 7) | 25 คะแนน | |
| | 4.1 มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมในการจัดทำแผนกำลังคน | 5 คะแนน | หนังสือเชิญประชุม และ/หรือสรุปรายงานการประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดทำแผนกำลังคน |
| | 4.2 จัดทำแผนกำลังคน และมีแผนบริหารตำแหน่ง | 10 คะแนน | เอกสารแผนกำลังคน/แผนบริหารตำแหน่งที่ระบุรายละเอียดแผนงาน/กิจกรรม/ขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการ ผู้รับผิดชอบ ฯลฯ |
| | 4.3 มีแผนกำลังคนด้านอื่นๆ เช่น แผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ แผนพัฒนาบุคลากร ฯลฯ | 5 คะแนน | เอกสารแผนกำลังคน ในด้านอื่นๆ |
| | 4.4มีการประชาสัมพันธ์/เผยแพร่ แผนบริหารตำแหน่งภายในจังหวัดและหน่วยงานในสังกัดทราบ | 5 คะแนน | เอกสาร/หลักฐานที่แสดงการประชาสัมพันธ์/การเผยแพร่แผนบริหารตำแหน่ง เช่น หนังสือเวียน หน้าเว็บไซต์หน่วยงาน ฯลฯ |

3. มีการดำเนินการตามแผน

| ลำดับ | ประเด็นการตรวจราชการ/มาตรการ | เกณฑ์ | แหล่งอ้างอิง/เอกสารหลักฐาน |
|-------|--|-----------------|---|
| 5 | ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด (ไตรมาส 2 ≤5%,ไตรมาส 4 ≤3%) <u>แนวทางการประเมินผล</u> *1. ระดับเขต ตำแหน่งว่างที่อยู่ในอำนาจของเขตและจังหวัด + ตำแหน่งว่างที่อยู่ในอำนาจของส่วนกลาง *2. ระดับจังหวัด ตำแหน่งว่างที่อยู่ในอำนาจของเขตและจังหวัดเท่านั้น | 25 คะแนน | สูตรคำนวณตำแหน่งว่างลดลง = $\frac{\text{จำนวนตำแหน่งว่าง (ข้าราชการ+พนักงานราชการ) สังกัดหน่วยงาน}}{\text{จำนวนตำแหน่งว่างทั้งหมด (ข้าราชการ+พนักงานราชการ) สังกัดหน่วยงาน}} \times 100$ |

4. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ

| ลำดับ | ประเด็นการตรวจราชการ/มาตรการ | เกณฑ์ | แหล่งอ้างอิง/เอกสารหลักฐาน |
|-------|--|---------------------------|---|
| 6 | บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ (สายงานการให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายงานขาดแคลน) จำนวน 10 สายงาน | 25 คะแนน (≥71%) | สูตรคำนวณร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ = $\frac{\text{จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสายงานให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน) ที่มีอยู่จริง}}{\text{กรอบอัตราค่าจ้างที่กำหนดในระดับหน่วยงาน}} \times 100$ |

อ้างอิง: http://bps.moph.go.th/new_bps/node/447

4. การดำเนินการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ 1 มีระบบการบริหารจัดการกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ

1.1 มีข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน

ตารางที่ 1 ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจุบันจังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

| 1. ใบประกอบวิชาชีพ (13 สายงาน) | จำนวนบุคลากรทั้งหมด (คน) ณ 30 มิถุนายน 2562 (วันที่รายงานผล)* ¹ [A] [A=(B+C+D)] | ผลการบันทึกข้อมูลใบประกอบวิชาชีพในระบบ HROPS ณ 30 มิถุนายน 2562 (ณ วันที่รายงานผล) | | | |
|-----------------------------------|--|--|---|--|-------------------------------------|
| | | จำนวนที่ไม่บันทึก/หมดอายุ | | จำนวนที่บันทึกแล้วถูกต้องและเป็นปัจจุบัน | |
| | | จำนวนที่ยังไม่บันทึก (คน) [B] | จำนวนที่หมดอายุ (คน) [C] | จำนวน(คน) [D] | คิดเป็นร้อยละ [E] [E =(D/A)*100] |
| 1. นายแพทย์ | 287 | 9 | 0 | 287 | 100.00 |
| 2. ทันตแพทย์ | 70 | 1 | 0 | 70 | 100.00 |
| 3. เภสัชกร | 103 | 7 | 0 | 103 | 100.00 |
| 4. พยาบาลวิชาชีพ | 1,291 | 0 | 578 | 1289 | 99.85 |
| 5. นักเทคนิคการแพทย์ | 51 | 1 | 33 | 51 | 100.00 |
| 6. นักกายภาพบำบัด | 41 | 0 | 24 | 41 | 100.00 |
| 7. แพทย์แผนไทย | 29 | 0 | 0 | 29 | 100.00 |
| 8. นักรังสีการแพทย์ | 14 | 2 | 0 | 14 | 100.00 |
| 9. นักจิตวิทยาคลินิก | 4 | 2 | 0 | 4 | 100.00 |
| 10. นักกิจกรรมบำบัด | 5 | 0 | 0 | 5 | 100.00 |
| 11. นักกายอุปกรณ์ | 0 | 0 | 0 | 0 | - |
| 12. นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก | 3 | 0 | 0 | 3 | 100.00 |
| 13. นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย | 1 | 0 | 0 | 1 | 100.00 |
| รวม | 1,899 | 22 | 635 | 1,897 | 99.89 |
| 2. วุฒิการศึกษา | จำนวนบุคลากรทั้งหมด(คน) ณ 30 มิถุนายน 2562 (วันที่รายงานผล)* ¹ [A] [A=(B+C)] | ผลการบันทึกวุฒิในตำแหน่งในระบบ HROPS ณ 30 มิถุนายน 2562 (ณ วันที่รายงานผล) | | | |
| | | จำนวนวุฒิในตำแหน่งที่ไม่ถูกต้อง (คน) [B] | จำนวนวุฒิในตำแหน่งที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน | | |
| | | | จำนวน (คน) [C] | คิดเป็นร้อยละ [D][D =(C/A)*100] | |
| 1. ข้าราชการ | 2,224 | 39 | 2,224 | 100 | |
| 2. พนักงานราชการ | 127 | 23 | 127 | 100 | |
| รวม | 2,351 | 62 | 2,351 | 100 | |

| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
| 3. หน่วยงานที่บันทึกคำสั่งเงินเดือน (รอบวันที่ 1 เมษายน 2562) | บันทึกคำสั่งเงินเดือนในระบบ HROPS แล้ว ณ 30 มิถุนายน 2562 (วันที่รายงานผล)* ¹ | ยังไม่ได้บันทึกคำสั่งเงินเดือนในระบบ HROPS ณ 30 มิถุนายน 2562 (วันที่รายงานผล)* ¹ | |
| | | อยู่ระหว่างการเสนอผู้ว่าราชการจังหวัด | อยู่ระหว่างการบริหารวงเงิน |
| จังหวัด จันทบุรี | | | |
| - รพศ. | ✓ | | |
| - รพท. | | | |
| - สสจ. | ✓ | | |

ที่มา :กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

หมายเหตุ :

*¹วันที่รายงานผล หมายถึง วันที่รายงานผลการดำเนินงานให้ตัดข้อมูล ณ สิ้นเดือนก่อนหน้าเดือนที่มีกำหนดการตรวจราชการ เช่น ตรวจราชการวันที่ 12 – 14 มิ.ย. 62 ให้รายงานผลการดำเนินงาน ณ 31 พ.ค. 62

*²นายแพทย์ ใบประกอบวิชาชีพไม่มีหมดอายุ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมพ.ศ.2525

*³ทันตแพทย์ ใบประกอบวิชาชีพไม่มีหมดอายุ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537

1.2 มีการรายงานสถิติกำลังคน

1.2.1 ข้อมูลจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงทั้งหมด จังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ 2 ข้อมูลจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงทั้งหมด จังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

| ประเภทหน่วยงาน | จำนวนหน่วยงาน | จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานจริง(คน) | | | | | |
|--------------------------|---------------|--|---------------|-------------------------|--------------|-----------------|--------------|
| | | ข้าราชการ | พนักงานราชการ | พนักงานกระทรวงสาธารณสุข | ลูกจ้างประจำ | ลูกจ้างชั่วคราว | รวม |
| โรงพยาบาลศูนย์ | 1 | 993 | 89 | 780 | 124 | 199 | 2,185 |
| โรงพยาบาลทั่วไป | | | | | | | 0 |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | 1 | 78 | 14 | 0 | 8 | | 100 |
| โรงพยาบาลชุมชน | 11 | 765 | 20 | 440 | 82 | 137 | 1,444 |
| สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | 10 | 54 | 4 | 1 | | | 59 |
| รพ.สต./สอ.น. | 105 | 338 | | 113 | 3 | 64 | 518 |
| รวม | 128 | 2,228 | 127 | 1,334 | 217 | 400 | 4,306 |

ที่มา :กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

หมายเหตุ: วันที่รายงานผลการดำเนินงานให้ตัดข้อมูล ณ สิ้นเดือนก่อนหน้าเดือนที่มีกำหนดการตรวจราชการ เช่น ตรวจราชการ 12 – 14 มิ.ย. 62 ให้รายงานผลการดำเนินงาน ณ 31 พ.ค. 62

1.2.2 ข้อมูลการสูญเสียบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ 3 ข้อมูลการสูญเสียบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีและจำแนกสาเหตุการสูญเสีย ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

| ลำดับ | ประเภทบุคลากร | จำนวนการสูญเสียบุคลากร(คน) | สาเหตุการสูญเสีย (คน) | | | | |
|-------|-------------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------------|--------|--------|
| | | | ลาออก | โอนไปนอกสังกัด สป. | การถูกให้ออกโดยมีความผิด | | |
| | | | | | ให้ออก | ปลดออก | ไล่ออก |
| 1 | ข้าราชการ | 27 | 25 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | พนักงานราชการ | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | พนักงานกระทรวงสาธารณสุข | 144 | 142 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 4 | ลูกจ้างประจำ | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | ลูกจ้างชั่วคราว | 84 | 83 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| รวม | | 258 | 253 | 2 | 1 | 2 | 0 |

ที่มา: กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

หมายเหตุ: วันที่รายงานผลการดำเนินงานให้ตัดข้อมูล ณ สิ้นเดือนก่อนหน้าเดือนที่มีกำหนดการตรวจราชการ เช่น ตรวจราชการ 12 - 14 มิ.ย. 62 ให้รายงานผลการดำเนินงาน ณ 31 พ.ค. 62

1.2.3 ข้อมูลจำนวนตำแหน่งทั้งหมด จังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ 4 ข้อมูลจำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ตำแหน่งที่มีคนครองและตำแหน่งที่ไม่มีคนครอง)บุคลากรสาธารณสุขจันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

| ลำดับ | ประเภทบุคลากร | จำนวนตำแหน่งทั้งหมดของบุคลากร (ตำแหน่ง) |
|-------|---|---|
| 1 | ข้าราชการ (นับรวมตำแหน่งที่มีคนครองและตำแหน่งที่ไม่มีคนครอง) | 2,417 |
| 2 | พนักงานราชการ (นับรวมตำแหน่งที่มีคนครองและตำแหน่งที่ไม่มีคนครอง) | 137 |
| 3 | พนักงานกระทรวงสาธารณสุข(นับตำแหน่งที่มีคนครอง) | 1,334 |
| 4 | ลูกจ้างประจำ(นับตำแหน่งที่มีคนครอง) | 217 |
| 5 | ลูกจ้างชั่วคราว(นับตำแหน่งที่มีคนครอง) | 400 |
| รวม | | 4,505 |

ที่มา :กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

หมายเหตุ: วันที่รายงานผลการดำเนินงานให้ตัดข้อมูล ณ สิ้นเดือนก่อนหน้าเดือนที่มีกำหนดการตรวจราชการ เช่น ตรวจราชการ 12 - 14 มิ.ย. 62 ให้รายงานผลการดำเนินงาน ณ 31 พ.ค. 62

1.2.4 ข้อมูลจำนวนตำแหน่งว่างจังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ 5 ข้อมูลจำนวนตำแหน่งว่างจังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

| ลำดับ | ประเภทบุคลากร | (1) การบริหารตำแหน่งว่างที่จัดสรร ณ 1 เม.ย. 62 ¹ (หน่วยนับ : ตำแหน่ง) | | | | | (2) ตำแหน่งว่างใหม่ (หลัง 1 เม.ย. 62) ณ 30 มิ.ย.62 (วันที่รายงานผล) (หน่วยนับ : ตำแหน่ง) | | | (3) รวมตำแหน่งว่างคงเหลือทั้งหมด ³ (1) + (2) ณ 30 มิ.ย.62 (วันที่รายงานผล) (หน่วยนับ : ตำแหน่ง) | | | | | |
|-------|---------------|---|---------------------|---------------------|--|--|--|--------------|------------------|--|--------------|------------------|----------------|---|----------------------------|
| | | จำนวนตำแหน่งว่างที่จัดสรรไป ณ 1 เม.ย. 62 | | | จำนวนตำแหน่งว่างที่จังหวัดใช้ ไป ณ 30 มิ.ย.62(วันที่รายงานผล) | | อำนาจ สป. | อำนาจ เขต | อำนาจ จังหวัด | อำนาจ สป. | อำนาจ เขต | อำนาจ จังหวัด | รวม ทั้งหมด | | |
| | | รวม ทั้งหมด [A] [A= (B+C+D)] | อำนาจ สป. [B] | อำนาจ เขต [C] | ตำแหน่งที่ จังหวัดได้รับ จัดสรร [D] | ตำแหน่งว่าง ของจังหวัด ที่ใช้ไป [E] | | | | | | | | ตำแหน่งว่างของ จังหวัด ที่คงเหลือ [F] [F=(D-E)] | [J] [เหลือจาก B + G] |
| 1 | ข้าราชการ | | | | | | | | | | | 134 | 7 | 43 | 184 |
| 2 | พนักงานราชการ | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 |
| | รวม | | | | | | | | | | | 134 | 7 | 48 | 189 |

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

หมายเหตุ : มีตำแหน่งว่างที่จัดทำคำสั่งและบันทึกใน HROPS แล้ว จำนวน 4 อัตรา

*¹ ใช้ข้อมูลจำนวนบุคลากร จากระบบ HROPS ที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล สป.สธ. ส่งข้อมูลให้เขตสุขภาพและจังหวัด

*² ไม่ต้องกรอกข้อมูล เนื่องจาก ไม่ได้อยู่ในอำนาจของการบริหารตำแหน่งว่าง

*³ ใช้ในการคำนวณตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนดในตารางที่ 8

*วันที่รายงานผล หมายถึง วันที่รายงานผลการดำเนินงานให้ตัดข้อมูล ณ สิ้นเดือนก่อนหน้าเดือนที่มีกำหนดการตรวจราชการ เช่น ตรวจราชการวันที่ 12 - 14 มิ.ย. 62 ให้รายงานผลการดำเนินงาน ณ 31 พ.ค. 62

*ตำแหน่งว่างที่อยู่ในอำนาจของ สป. หมายถึง ตำแหน่งว่างที่ สป.สธ. กำหนดเพื่อนำมาใช้ในการบริหารตำแหน่งในภาพรวมโดยพิจารณาจัดสรรตามความขาดแคลนหรือความจำเป็นตามภาระงานของเขตสุขภาพ/จังหวัด (อ้างอิง : หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0208.02/ ว 158 ลงวันที่ 28 มกราคม 2562)

*ตำแหน่งว่างที่อยู่ในอำนาจของเขตสุขภาพ หมายถึง ตำแหน่งว่างที่ สป.สธ. กำหนดให้เขตสุขภาพสามารถบริหารจัดการตำแหน่งในภาพรวมของเขตสุขภาพได้ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ สป.สธ. กำหนด รวมทั้งมีอำนาจในการจัดสรรหรืออนุมัติการขอใช้ตำแหน่งให้หน่วยงานภายในเขตสุขภาพได้ตามความจำเป็นและความขาดแคลน (อ้างอิง : หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0208.02/ ว 158 ลงวันที่ 28 มกราคม 2562)

*ตำแหน่งว่างที่จังหวัดได้รับการจัดสรร หมายถึง ตำแหน่งว่างที่ สป.สธ. หรือเขตสุขภาพจัดสรรหรืออนุมัติให้หน่วยงานใช้ตำแหน่งว่างตามเงื่อนไขการใช้ตำแหน่งได้ ซึ่งหน่วยงานต้องดำเนินการสรรหา คัดเลือกบุคคลมาดำรงตำแหน่งให้ได้ตามระยะเวลาที่ สป.สธ. กำหนด (อ้างอิง : หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0208.02/ ว 158 ลงวันที่ 28 มกราคม 2562)

*ตำแหน่งที่ใช้ไป หมายถึง ตำแหน่งที่ สป./เขต/จังหวัด ดำเนินการสรรหา คัดเลือก ตามแผนฯ มีคำสั่ง และบันทึกลงในระบบ HROPS

*ตำแหน่งว่างใหม่ หมายถึง ตำแหน่งว่างที่เกิดจากการพ้นจากการดำรงตำแหน่งหลัง วันที่ 1 เมษายน 2562 เช่น ลาออก โอนไปต่างสังกัด สป. (อ้างอิง : หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0208.02/ ว 158 ลงวันที่ 28 มกราคม 2562)

1.3. มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข(ระบบHROPS)

ตารางที่ 6 การใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 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 30 มิถุนายน 2562

ประเด็นที่ 2 มีแผนบริหารตำแหน่ง (และแผนกำลังคนด้านอื่นๆเช่น แผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ แผนพัฒนาบุคลากร ฯลฯ)

2.1แผนบริหารตำแหน่ง และแผนกำลังคนด้านอื่นๆ จังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ 7การจัดทำแผนบริหารตำแหน่ง และแผนกำลังคนด้านอื่นๆจังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

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

ที่มา :กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

หมายเหตุ: วันที่รายงานผลการดำเนินงานให้ตัดข้อมูล ณ สิ้นเดือนก่อนหน้าเดือนที่มีกำหนดการตรวจราชการ เช่น ตรวจราชการ 12 - 14มิ.ย. 62 ให้รายงานผลการดำเนินงาน ณ 31 พ.ค. 62

ประเด็นที่ 3มีการดำเนินงานตามแผน ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด (ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 5 ในไตรมาส 2)

3.1 ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนดจังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ 8 ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนดจังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

| ลำดับ | ประเภทบุคลากร | จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ตน.) ¹ [A] | ตำแหน่งว่างคงเหลือ ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562(วันที่รายงานผล) | | | | | | | |
|-------|---------------|---|--|---|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|---|---|
| | | | (1) อำนาจจังหวัด | | (2) อำนาจเขต | | (3) อำนาจ สป. | | ภาพรวม(1)+(2)+(3) | |
| | | | จำนวนตำแหน่งว่าง ² [B] | คิดเป็นร้อยละ ³ [C=(B/A)*100] | จำนวนตำแหน่งว่าง ² [D] | คิดเป็นร้อยละ ³ [E = (D/A)*100] | จำนวนตำแหน่งว่าง ² [F] | คิดเป็นร้อยละ ³ [G = (F/A)*100] | รวมจำนวนตำแหน่งว่าง ² [H=(B+D+F)] | คิดเป็นร้อยละ ³ [I = (H/A)*100] |
| 1 | ข้าราชการ | 2,414 | 43 | 1.78 | 7 | 0.29 | 134 | 5.55 | 184 | 7.62 |
| 2 | พนักงานราชการ | 137 | 5 | 3.65 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 5 | 3.65 |
| | รวม | 2,551 | 48 | 1.88 | 7 | 0.27 | 134 | 5.25 | 189 | 7.41 |

ที่มา :กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

หมายเหตุ :

*¹ อ้างอิงจากตารางที่ 4 ข้อมูลจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของจังหวัด

*² อ้างอิงจากตารางที่ 5 ข้อมูลจำนวนตำแหน่งว่างของจังหวัด

*³ เมื่อเทียบกับจำนวนตำแหน่งข้าราชการ พนักงานราชการทั้งหมดที่มีของจังหวัด

จากตารางจะเห็นได้ว่า ตำแหน่งว่างของข้าราชการ คงเหลือร้อยละ 7.62 และตำแหน่งว่างของพนักงานราชการ คงเหลือร้อยละ 3.65 ในภาพรวมตำแหน่งว่างของข้าราชการและพนักงานราชการคงเหลือร้อยละ 7.41

ประเด็นที่ 4 บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ

4.1 ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ จังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ 9 ร้อยละบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ*¹ จังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

| ลำดับ | สายงานให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน) | กรอบอัตราค่าจ้างที่กำหนดในระดับหน่วยงาน[A] | จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสายให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน) ที่มีอยู่จริง* ² [B] | ร้อยละบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ (>= ร้อยละ 71) [C = (B/A)x100] |
|-------|---|--|---|---|
| 1 | นายแพทย์ | 289 | 289 | 100.00 |
| 2 | ทันตแพทย์ | 84 | 70 | 83.33 |
| 3 | เภสัชกร | 137 | 103 | 75.15 |
| 4 | พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค | 1,751 | 1,314 | 75.04 |
| 5 | จพ.ทันตสาธารณสุข | 101 | 75 | 74.26 |
| 6 | เจ้าพนักงานเภสัชกรรม | 97 | 52 | 53.61 |
| 7 | ช่างทันตกรรม | 1 | 1 | 100.00 |
| 8 | นวก.สาธารณสุข/จพ.สาธารณสุข | 729 | 424 | 58.16 |
| 9 | แพทย์แผนไทย | 60 | 29 | 48.33 |
| 10 | นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์ | 118 | 90 | 76.27 |
| | รวม | 3,367 | 2,447 | 72.68 |

ที่มา :กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.จันทบุรี ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

หมายเหตุ :*¹ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง ความเพียงพอของบุคลากรสาธารณสุข 5 ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ในสายงานการให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายงานขาดแคลน) จำนวน 10 สายงาน

*² วันที่รายงานผลการดำเนินงานให้ตัดข้อมูล ณ สิ้นเดือนก่อนหน้าเดือนที่มีกำหนดการตรวจราชการ เช่น ตรวจราชการ 12 – 14 มิ.ย. 62 ให้รายงานผลการดำเนินงาน ณ 31 พ.ค. 62

จากตารางจะเห็นได้ว่าร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอสูงสุด คือ ตำแหน่งนายแพทย์และตำแหน่งช่างทันตกรรม คิดเป็นร้อยละ 100 และต่ำสุด คือ ตำแหน่งแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 48.33 และในภาพรวมของบุคลากรสาธารณสุขสายงานให้บริการทางการแพทย์ 10 สายงาน คิดเป็นร้อยละ 72.68

3. ปัญหา อุปสรรค

1. ผู้ใช้ยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบ HROPS ได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากขาดองค์ความรู้ความเข้าใจในการใช้โปรแกรม เช่น การรายงานผลข้อมูลย้อนหลัง
2. โปรแกรม HROPS ยังไม่สามารถสรุปข้อมูลได้ครบถ้วน เช่น จำนวนผู้ปฏิบัติงานจริงจะไม่ปรากฏกรณีมีคำสั่งให้ปฏิบัติราชการก่อนหน้าการดำเนินการจัดทำคำสั่งในระบบ HROPS
3. ระเบียบการสรรหา, การประเมินผลงานวิชาการเข้าสู่ตำแหน่ง ต้องใช้ระยะเวลา ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการใช้ตำแหน่งได้ตามที่กำหนด

4. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

เห็นควรจัดอบรมการใช้โปรแกรม HROPH ให้กับบุคลากรในส่วนภูมิภาค เพื่อสามารถใช้ประโยชน์จากโปรแกรม HROPH ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาระบบ HROPS ให้ตอบสนองต่อความต้องการและความจำเป็นในการใช้ข้อมูลจากโปรแกรม

ชื่อผู้รายงาน : นางสาวปณยวีร์ สุทธิกิจนุรักษ์

ตำแหน่ง : นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

โทร : 089-9388947 email : joe_punyavee@hotmail.com

ประเด็นที่ 1 Human Resource for Health (HRH) Transformation ตัวชี้วัด 2) จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ทุกหน่วยงานนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานในทุกๆ ด้านให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

2. สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดจันทบุรีมีหน่วยงานในสังกัดจำนวน 23 แห่ง โดยแยกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(รวม รพ.สต.)10 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่งในปี 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ได้นำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงานมาใช้ในการวางแผนงาน/กิจกรรมเพื่อพัฒนาองค์กร ส่งเสริมความสุขของคนทำงานตลอดจนกำหนดเป็นตัวชี้วัดร่วมระดับบุคคล ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการปีงบประมาณ 2561 ของผู้บริหารทุกหน่วยงาน (ตัวชี้วัด : เจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุขมีค่าดัชนีความสุขของคนทำงานเพิ่มขึ้น) มีการประเมิน Happinometer ของบุคลากรสาธารณสุข ในเดือนสิงหาคม 2561 ผลการประเมินพบว่าดัชนีความสุขของคนทำงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.72 โดยในปี 2560 ค่าเฉลี่ยความสุขระดับจังหวัดร้อยละ 62.42 ในปี 2561 ค่าเฉลี่ยความสุขระดับจังหวัดร้อยละ 63.41 และได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนเขตสุขภาพที่ 6 ในการนำเสนอ World Café HR Clinic “HAPPY TIME @ CHAN” ในการประชุมระดับชาติ การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในระบบสุขภาพ (HR4H Forum) ประจำปี 2561

2. ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2562

2.1 ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และมีการประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI)

จังหวัดจันทบุรีได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์, ซึ่งแจ้งทำความเข้าใจผ่านเวทีต่างๆ และให้หน่วยงานในสังกัดแต่งตั้ง ADMIN ประจำหน่วยงานเพื่อการติดตามกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานให้เข้าไปทำแบบประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) ผลการตอบประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) คิดเป็นร้อยละ 79.71 และการตอบแบบประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) คิดเป็นร้อยละ 86.55 รายละเอียดแยกรายหน่วยงานตามตาราง ดังนี้

ตารางแสดงผลการตอบแบบประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI)

| หน่วยงาน | ผลการตอบแบบประเมินHappinometer | | | ผลการตอบแบบประเมิน HPI | | |
|--------------------|--------------------------------|----------------|--------------|------------------------|----------------|--------------|
| | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน | ร้อยละ |
| 1.สสจ.จบ | 116 | 90 | 77.59 | 19 | 18 | 94.74 |
| 2.รพ.พระปกเกล้า | 2,489 | 1,762 | 70.79 | 59 | 44 | 74.58 |
| 3.รพ.ชลบุรี | 161 | 133 | 82.61 | 13 | 12 | 92.31 |
| 4.รพ.แหลมสิงห์ | 142 | 116 | 81.69 | 13 | 13 | 100 |
| 5.รพ.ท่าใหม่ | 106 | 106 | 100 | 13 | 13 | 100 |
| 6.รพ.มะขาม | 112 | 112 | 100 | 13 | 9 | 69.23 |
| 7.รพ.โป่งน้ำร้อน | 180 | 150 | 83.33 | 13 | 12 | 92.31 |
| 8.รพ.สอยดาว | 221 | 178 | 80.54 | 13 | 12 | 92.31 |
| 9.รพ.เขาคิชฌกูฏ | 122 | 111 | 90.98 | 13 | 7 | 53.83 |
| 10.รพ.นายายอาม | 110 | 109 | 99.09 | 13 | 13 | 100 |
| 11.รพ.แก่งหางแมว | 63 | 52 | 82.54 | 13 | 11 | 84.62 |
| 12.รพ.เขาสุกิ | 71 | 71 | 100 | 13 | 11 | 84.62 |
| 13.รพ.สองพี่น้อง | 105 | 77 | 73.33 | 13 | 2 | 15.38 |
| 14.สสอ.เมือง | 106 | 101 | 95.28 | 16 | 16 | 100 |
| 15.สสอ.ชลบุรี | 73 | 68 | 93.15 | 19 | 18 | 94.74 |
| 16.สสอ.ท่าใหม่ | 79 | 79 | 100 | 20 | 20 | 100 |
| 17.สสอ.แหลมสิงห์ | 41 | 41 | 100 | 10 | 9 | 90 |
| 18.สสอ.มะขาม | 51 | 51 | 100 | 13 | 13 | 100 |
| 19.สสอ.โป่งน้ำร้อน | 61 | 61 | 100 | 11 | 11 | 100 |
| 20.สสอ.สอยดาว | 80 | 80 | 100 | 14 | 14 | 100 |
| 21.สสอ.เขาคิชฌกูฏ | 40 | 38 | 97.5 | 9 | 9 | 100 |
| 22.สสอ.นายายอาม | 48 | 48 | 100 | 10 | 10 | 100 |
| 23.สสอ.แก่งหางแมว | 72 | 72 | 100 | 14 | 12 | 85.71 |
| รวม | 4,649 | 3,706 | 79.71 | 357 | 309 | 86.55 |

2.1 ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัดมีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI รวมทั้งมีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

จังหวัดจันทบุรีได้กำหนดแผนและเป้าหมายการดำเนินงานมาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการเพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานในทุกๆด้าน และเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ดังนี้

1. พัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานในการนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) มาใช้ในการพัฒนาองค์กรการบริหารงาน การดำเนินการต่างๆเพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็นโดย

1.1 ติดตามและกระตุ้นการประเมินดัชนีชี้วัดความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) แต่ละหน่วยงานเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

1.2 คืบข้อมูลโดยเฉพาะเรื่องปัญหาหลักๆ ที่พบจากการวิเคราะห์ และติดตามหน่วยงานในการนำผลการวิเคราะห์มาใช้ในการแก้ไขปัญหา

1.3 สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะปัญหาที่แก้ไขได้เป็นอย่างดีเป็นรูปธรรมเพื่อให้แต่ละหน่วยงานสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

1.4 พัฒนาทีมงานสร้างสุขในระดับพื้นที่และแบ่งประเด็น Happy 8 ให้แต่ละอำเภอรับเป็นเจ้าภาพหลักพร้อมต่อยอดขยายผลการดำเนินงานการสร้างสุขในแต่ละมิติ

2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์กรสร้างสุขต้นแบบ อำเภอละ 1 องค์กร (ไตรมาสที่ 4)และได้นำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) มาใช้ในการจัดทำแผนงานสร้างสุข/กิจกรรมเพื่อพัฒนาองค์กรตามประเด็นปัญหาของแต่ละหน่วยงานจากผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ในภาพรวมของจังหวัด นำมาวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังนี้

ค่าเฉลี่ยรายมิติ สูงสุด 3 อันดับแรก

| | | |
|---------------------------------------|--------|-------|
| 1.มิติทางด้านจิตวิญญาณดี (Happy soul) | ร้อยละ | 70.49 |
| 2.มิติทางด้านน้ำใจดี (Happy Heart) | ร้อยละ | 69.57 |
| 3.มิติทางด้านสุขภาพกายดี (Happy Body) | ร้อยละ | 67.67 |

ค่าเฉลี่ยรายมิติต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย

| | | |
|--------------------------------------|--------|-------|
| 1.มิติทางการเงิน (Happy Money) | ร้อยละ | 54.43 |
| 2.มิติทางการผ่อนคลายดี (Happy Relax) | ร้อยละ | 58.28 |
| 3.มิติทางด้านสังคมดี (Happy Society) | ร้อยละ | 63.98 |

ตารางแสดงผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) แยกรายหน่วยงาน

| หน่วยงาน | เพศ (%) | | อายุ (%) | | | ค่าเฉลี่ย ความสุขทุกมิติ |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-----------------------------|
| | ชาย | หญิง | Gen X | Gen Y | Gen BB | |
| 1.สนง.สาธารณสุขจ.จันทบุรี | 28.60 | 71.40 | 45.20 | 32.10 | 22.60 | 65.60 |
| 2.รพ.พระปกเกล้า | 16.90 | 81.80 | 32.50 | 51.50 | 8.80 | 59.10 |
| 3.รพ.ขลุง | 21.80 | 78.20 | 31.60 | 57.10 | 9.80 | 64.80 |
| 4.รพ.ท่าใหม่ | 15.40 | 84.60 | 35.60 | 43.30 | 14.40 | 63.80 |
| 5.รพ.โป่งน้ำร้อน | 14.90 | 85.10 | 40.50 | 48 | 10.10 | 65.10 |
| 6.รพ.มะขาม | 19.50 | 80.50 | 38.10 | 56.60 | 2.70 | 63.70 |
| 7.รพ.แหลมสิงห์ | 19 | 81.00 | 48.30 | 42.20 | 8.60 | 62.90 |
| 8.รพ.สอยดาว | 27 | 73 | 36.50 | 57.30 | 3.40 | 64.30 |
| 9.รพ.แก่งหางแมว | 17.30 | 82.90 | 15.40 | 76.90 | 1.90 | 62.20 |
| 10.รพ.นายายอาม | 17.40 | 82.60 | 24.80 | 69.70 | 4.60 | 61.20 |
| 11.รพ.เขาคิชฌกูฏ | 18 | 82 | 42.30 | 49.50 | 8.10 | 61.50 |
| 12.รพ.สองพี่น้อง | 13 | 85.70 | 45.50 | 50.60 | 3.90 | 59.80 |
| 13.รพ.เขาสุกิม | 15.50 | 83.10 | 35.20 | 57.70 | 7 | 62.60 |
| 14.สสอ.เมือง | 26.10 | 73.90 | 57.60 | 37.40 | 12 | 62.90 |
| 15.สสอ.ขลุง | 20.00 | 80.00 | 20 | 40 | 40 | 68.30 |
| 16.สสอ.ท่าใหม่ | 27.80 | 72.20 | 51.90 | 41.80 | 6.30 | 65.80 |
| 17.สสอ.โป่งน้ำร้อน | 17.70 | 82.30 | 37.10 | 56.50 | 6.50 | 70.00 |
| 18.สสอ.มะขาม | 27.50 | 72.50 | 54.90 | 37.30 | 5.90 | 67.50 |
| 19.สสอ.แหลมสิงห์ | 31.70 | 65.90 | 56.10 | 36.60 | 7.30 | 69.40 |
| 20.สสอ.สอยดาว | 23.20 | 76.80 | 29.30 | 62.20 | 8.50 | 65.90 |
| 21.สสอ.แก่งหางแมว | 23.30 | 76.70 | 32.90 | 64.40 | 1.40 | 63.70 |
| 22.สสอ.นายายอาม | 18.80 | 79.20 | 41.70 | 54.20 | 4.20 | 73.00 |
| 23.สสอ.เขาคิชฌกูฏ | 28.90 | 71.10 | 31.60 | 63.20 | 5.30 | 67.60 |
| รวมจังหวัด | 19.10 | 80.10 | 36.20 | 51.40 | 8.30 | 61.90 |

สำหรับผลการประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) แยกรายหน่วยงานและรายด้าน 5 ด้าน ปรากฏผลดังตาราง

| หน่วยงาน | ด้านความสำเร็จ | ด้านการบริหาร | ด้านสุขภาพกาย-ใจ | ด้านบรรยากาศ | ด้านการลงทุน |
|----------------------------|----------------|---------------|------------------|--------------|--------------|
| 1.สนง.สาธารณสุข จ.จันทบุรี | 57.64 | 66.39 | 66.36 | 76.39 | 65.74 |
| 2.รพ.พระปกเกล้า | 47.44 | 51.02 | 47.85 | 47.50 | 35.51 |
| 3.รพ.ชลบุรี | 56.25 | 65.00 | 63.66 | 69.17 | 57.64 |
| 4.รพ.ท่าใหม่ | 56.73 | 49.23 | 55.23 | 63.46 | 47.27 |
| 5.รพ.โป่งน้ำร้อน | 58.33 | 75.00 | 73.84 | 74.17 | 64.24 |
| 6.รพ.มะขาม | 58.75 | 37.50 | 48.06 | 49.50 | 39.58 |
| 7.รพ.แหลมสิงห์ | 59.62 | 47.69 | 53.85 | 55.00 | 58.33 |
| 8.รพ.สอยดาว | 48.96 | 60.00 | 68.75 | 64.58 | 46.88 |
| 9.รพ.แก่งหางแมว | 63.64 | 57.27 | 55.56 | 51.82 | 45.83 |
| 10.รพ.นายายอาม | 70.83 | 52.78 | 58.03 | 58.61 | 49.07 |
| 11.รพ.เขาคิชฌกูฏ | 76.79 | 31.43 | 44.45 | 36.43 | 24.41 |
| 12.รพ.สองพี่น้อง | 83.33 | 31.67 | 41.67 | 40.00 | 25.00 |
| 13.รพ.เขาสุกิ | 54.55 | 58.64 | 64.39 | 68.18 | 54.92 |
| 14.สสอ.เมือง | 46.09 | 38.13 | 39.58 | 39.69 | 32.03 |
| 15.สสอ.ชลบุรี | 55.88 | 55.00 | 55.88 | 57.35 | 43.38 |
| 16.สสอ.ท่าใหม่ | 52.50 | 47.50 | 59.03 | 62.00 | 41.46 |
| 17.สสอ.โป่งน้ำร้อน | 56.82 | 72.27 | 69.95 | 69.09 | 60.61 |
| 18.สสอ.มะขาม | 54.81 | 45.77 | 55.13 | 61.92 | 57.37 |
| 19.สสอ.แหลมสิงห์ | 52.78 | 42.78 | 51.85 | 49.44 | 40.28 |
| 20.สสอ.สอยดาว | 55.36 | 50.36 | 54.76 | 63.21 | 54.76 |
| 21.สสอ.แก่งหางแมว | 51.04 | 60.83 | 66.20 | 65.83 | 57.64 |
| 22.สสอ.นายายอาม | 46.25 | 64.00 | 65.28 | 68.00 | 58.75 |
| 23.สสอ.เขาคิชฌกูฏ | 50.00 | 73.13 | 70.83 | 75.00 | 70.31 |

จากตารางพบว่าการประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) แต่ละหน่วยงานมีผลการประเมินแตกต่างกันไป ตามบริบทของหน่วยงาน สรุปสรุปผลการประเมินสุขภาวะองค์กรด้านต่างๆ ได้ดังตาราง

ตารางสรุปผลการประเมินสุขภาวะองค์กรด้านต่างๆ

| การประเมิน HPI ด้านต่างๆ | จำนวนหน่วยงาน | | | |
|-----------------------------|---------------|--------------------|------------|----------------|
| | ต้องปรับปรุง | ต้องเพิ่มความใส่ใจ | กำลังพัฒนา | น่าปลื้มที่สุด |
| ความสำเร็จ | 4 | 12 | 5 | 2 |
| การบริหาร | 8 | 6 | 8 | 1 |
| สุขภาพกาย - ใจ | 5 | 7 | 11 | |
| บรรยากาศ | 3 | 5 | 12 | 3 |
| การลงทุน | 11 | 3 | 9 | |
| รวม | 31 | 33 | 45 | 6 |

จากผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาพองค์กร (HPI) แต่ละหน่วยงานได้มีการจัดทำแผนในการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข (Happy Orgazation) ทุกหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 100 และสรุปผลการจัดทำแผนเพื่อในการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข (Happy Orgazation) ได้ดังนี้
 ตารางสรุป หน่วยงานที่จัดทำแผนในการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข(Happy Orgazation)

| หน่วยงาน | แผนงานโครงการ (จำนวน) | งบประมาณ (บาท) |
|----------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1.สนง.สาธารณสุข จ.จันทบุรี | 3 | 270,000 |
| 2.รพ.พระปกเกล้า | 7 | 1,092,765 |
| 3.รพ.ชลบุรี | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 4.รพ.ท่าใหม่ | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 5.รพ.โป่งน้ำร้อน | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 6.รพ.มะขาม | 1 | 739,000 |
| 7.รพ.แหลมสิงห์ | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 8.รพ.สอยดาว | 1 | 816,000 |
| 9.รพ.แก่งหางแมว | 1 | 40,000 |
| 10.รพ.นายายอาม | 1 | 25,000 |
| 11.รพ.เขาคิชฌกูฏ | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 12.รพ.สองพี่น้อง | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 13.รพ.เขาสุกิ | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 14.สสอ.เมือง | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 15.สสอ.ชลบุรี | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 16.สสอ.ท่าใหม่ | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 17.สสอ.โป่งน้ำร้อน | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 18.สสอ.มะขาม | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 19.สสอ.แหลมสิงห์ | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 20.สสอ.สอยดาว | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 21.สสอ.แก่งหางแมว | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 22.สสอ.นายายอาม | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| 23.สสอ.เขาคิชฌกูฏ | 1 | ไม่ใช้งบประมาณ |
| รวม | 31 | 2,982,765 บาท |

จากตาราง สถานบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ดำเนินการจัดทำแผนองค์กรสร้างสุข ทุกหน่วยงานคิดเป็น ร้อยละ 100 แยกเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 3 โครงการ, โรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 7 โครงการ,โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 11 โครงการและ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 10 โครงการ รวมทั้งสิ้น 31 โครงการ งบประมาณที่ใช้ทั้งหมด รวมทั้งสิ้น 2,982,765 บาท

4. การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไขปัญหา ไม่ประสบความสำเร็จ/ ข้อเสนอแนะ

- 1) ส่วนกลางคืนข้อมูล Happinometer & HPI 2 ครั้งทำให้เกิดความสับสนในข้อมูลที่ได้รับ
- 2) ผู้รับผิดชอบงานไม่ได้รับการชี้แจงการดำเนินการบันทึกข้อมูลการรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบข้อมูลเพื่อการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (SMS) ตามตัวชี้วัดที่ 43 ในรอบ 6 เดือน
- 3) การสำรวจและประเมินผล Happinometer ไม่สอดคล้องกับการวางแผนปฏิบัติงานประจำปี

5. กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดนางอารยา ประทุมสิทธิกุล

ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

โทร081-9966506

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 เตียง จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) จำนวน 4 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) จำนวน 7 แห่ง ทุกโรงพยาบาลมีการใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดบริการผู้ป่วย

ในปี 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ดำเนินการยกระดับคุณภาพการบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ให้ทันสมัยและได้มาตรฐานด้วยการนำเทคโนโลยีด้านดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศที่มีอยู่

2. ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม 61 – มิถุนายน 62)

2.1.พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อเตรียมการรองรับการพัฒนาด้านการนำเทคโนโลยีด้านดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการบริหารและบริการ ดังนี้

2.1.1 ด้านการศึกษาดูงาน

1) ดูงานระบบคิวออนไลน์ระบบนัดหมาย ณ โรงพยาบาลรามธิบดี เพื่อให้โรงพยาบาลทุกแห่งได้ทราบแนวทางการดำเนินงาน และเกิดแนวคิดการขับเคลื่อน Smart Hospital

2) ดูงาน Smart Hospital ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี

3) ดูงาน Smart Organization ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

4) ดูงานระบบ Smart Back Office ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ และ PCC Link ที่โรงพยาบาลสุรินทร์

5) ดูงานระบบคลังวัสดุและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

6) ดูงานSmart Office ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก และระบบคิวภายในโรงพยาบาล ณ โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

2.1.2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลการพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร ดังนี้

| โปรแกรม | หน่วยงาน |
|---|--|
| 1. Smart back office(Paperless) | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สสจ.จันทบุรี |
| 2. Mobile application (KSK) | รพ.เขาสุกิ |
| 3. Window Application (รพ.สต.4.0) | คปสอ.มะขาม |
| 4. Mobile application (H4U) | โรงพยาบาลนายายอาม |
| 5.Web application(Smart Queue Smart visit) พิษณุโลก | โรงพยาบาลแก่งหางแมว |
| 5.Smart Queue(จองคิวนัดออนไลน์) | โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ |
| 6.IPD Alert(Line Alert) | โรงพยาบาลขลุง |

2.1.3.การอบรมความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาเทคโนโลยีที่ช่วยในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ โดยผ่านเครือข่ายดิจิทัล โดยวิทยากรจาก มหาวิทยาลัยนเรศวร วันที่ 28 มิถุนายน 2562

| รายละเอียดโรงพยาบาล | | ระบบคิว | | Less Paper to OPD Card | | | PCC | ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ | | ระบบ HIS Gateway | |
|----------------------------|-------|----------|-----------|--------------------------------|-------------------------|---|----------|----------------------------------|------------------------------|------------------|---------------|
| ชื่อโรงพยาบาล | ระดับ | Online | Offline | 1.ระบบอิเล็กทรอนิกส์อย่างเดียว | 2. ระบบกระดาษอย่างเดียว | 3. ใช้ทั้ง 2 ระบบ (อิเล็กทรอนิกส์และกระดาษ) | PCC App. | 1. ใช้รูปแบบเดียวกับระดับจังหวัด | 2. ใช้ภายในโรงพยาบาลเท่านั้น | ติดตั้งแล้ว | ยังไม่ติดตั้ง |
| 1. รพ.พระปกเกล้า | A | | / | | | / | | | / | / | |
| 2. รพ.ชลุง | F1 | | / | | | / | | / | | / | |
| 3. รพ.ท่าใหม่ | F2 | | | / | | | | / | | | / |
| 4. รพ.เขาสกิม | 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 | 11 | 7 | 0 | 5 | 0 | 11 | 1 | 11 | 1 |

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย Small Success | ผลงาน |
|--|--|--|
| มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital | ร้อยละ 75 ของโรงพยาบาลดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ระดับ 2 ขึ้นไป | ระดับ 1 : โรงพยาบาลมีการใช้ระบบคิวจำนวน 11 แห่ง (ร้อยละ 91.67)และอยู่ระหว่างการติดตั้ง HIS Gateway ทุกแห่ง ระดับ 2 : โรงพยาบาลมีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์จำนวน 12 แห่ง (ร้อยละ100) |

3.การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ

- 1.1.ความพร้อมขององค์กร – บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านไม่เพียงพอ
 - วัฒนธรรมองค์กร
 - หลักเกณฑ์ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

4. กลุ่มงานและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางอัญชญา 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 ได้แก่ 1) PCC รพ.เมือง 2) PCC จันทนิมิต 3) PCC คลองนารายณ์ 4) PCC รพ.ขลุง 5) PCC รพ.เขาสุกิมี และ 6) PCC รพ.เขาศิฆมภูฏ

เป้าหมายการดำเนินงานปี 2562

จังหวัดจันทบุรี ไม่ได้เป็นเป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 6 ในการใช้ Application ใน PCC แต่มีเป้าหมายของจังหวัด คือ การใช้แอปพลิเคชัน KSK อสม.ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันสำหรับการเยี่ยมบ้านในทุก PCCซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการ

2.แผนงาน/โครงการที่ดำเนินงานปี 2562

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมเพื่อดำเนินการ Digital Transformationสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ปี 2562

3.ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม 61 – มิถุนายน 62)

3.1 ร่วมประชุมบูรณาการกับคณะกรรมการ/คณะทำงาน/ผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ในการพัฒนา Application PCC

3.2 จัดตั้งคณะทำงาน และพัฒนางานสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ที่ 127/2561)และมีการประชุมครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2562 มีมติที่เกี่ยวข้อง คือ ให้ทีม Admin ของโรงพยาบาลพัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้าน (Home Healthcare) ให้สอดคล้องกับ Application Thai COC ตามที่จะกำหนดในโอกาสต่อไป

3.3 ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (105 แห่ง) (รวมถึง PCC ทั้ง 6 แห่ง)ดำเนินการติดตั้งและใช้งานโปรแกรมเยี่ยมบ้าน (Home Healthcare) มาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561

3.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และตัวแทนโรงพยาบาลชุมชน ได้เข้าร่วมศึกษาดูงานแอปพลิเคชัน PCC Link ณ โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์เมื่อเดือนพฤษภาคม 2562

3.5 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทักษะในด้านการเขียนโปรแกรมบนสมาร์ตโฟนของ Admin โรงพยาบาล และจะพัฒนาแอปพลิเคชัน KSK อสม. ให้แล้วเสร็จภายในปีงบประมาณ 2562

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย Small Success | ผลงาน |
|--|---|---|
| มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง | ทีม PCC ร้อยละ 50 ของจำนวน PCC ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี 2562 นำApp. PPC ไปใช้ | ทีม PCC ใช้ Home Health Care Application ครบทุกแห่ง |

4.กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและรูปแบบบริการ

นายบัญญัติ นิยมานา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร 086-3448449

e-mail somrai@hotmail.com

ประเด็นที่ 3 Financial Management

ตัวชี้วัดที่ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7

เป้าหมาย : หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4

1. สถานการณ์

ผลการดำเนินการโดยกำหนดตัวชี้วัด “หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4” สำหรับผลงาน 4 ปีย้อนหลังของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

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 – 2561 พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ ไม่พบปัญหาการเงินระดับ 7 ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่พบมีปัญหาการเงินระดับ 7 มากที่สุดคือ โรงพยาบาลขลุง โรงพยาบาลมะขาม และโรงพยาบาลแหลมสิงห์

| ลำดับ | หน่วยบริการ | วิเคราะห์วิกฤตทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring) | | | |
|-------|-------------|--|--------------------|--------------------|--------------------|
| | | ปีงบประมาณ 2558 | ปีงบประมาณ 2559 | ปีงบประมาณ 2560 | ปีงบประมาณ 2561 |
| 1 | พระปกเกล้า | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | ขลุง | 7 | 7 | 4 | 4 |
| 3 | ท่าใหม่ | 1 | 6 | 2 | 1 |
| 4 | เขาสุกิ | 6 | 7 | 4 | 6 |
| 5 | สองพี่น้อง | 1 | 2 | 6 | 1 |
| 6 | โป่งน้ำร้อน | 2 | 5 | 7 | 4 |
| 7 | มะขาม | 5 | 7 | 7 | 5 |
| 8 | แหลมสิงห์ | 3 | 7 | 7 | 3 |
| 9 | สอยดาว | 5 | 4 | 4 | 4 |
| 10 | แก่งหางแมว | 1 | 2 | 6 | 2 |
| 11 | นายายอาม | 4 | 4 | 7 | 2 |
| 12 | เขาคิชฌกูฏ | 2 | 2 | 3 | 0 |

วิกฤติทางการเงินระดับ 7 (RiskScore) ณ เดือนพฤษภาคม 2562 มีดังนี้

| OrgID | Org | Liquid Index | | | | | | Status Index | | | | Liquid Index | Status Index | Survival Index | Risk Scoring พฤษภาคม 2562 |
|-------|------------------|--------------|----------------|--------|----------------|----------|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|--------------|--------------|----------------|---------------------------|
| | | CR | | QR | | Cash | | NWC | | NI+Depreciation | | | | | |
| | | IV > 1.5 | ผลเกินวิเคราะห | IV > 1 | ผลเกินวิเคราะห | IV > 0.8 | ผลเกินวิเคราะห | >0 | ผลเกินวิเคราะห | >0 | ผลเกินวิเคราะห | | | | |
| 10664 | พระปกเกล้า,รพช. | 3.03 | 0 | 2.75 | 0 | 1.72 | 0 | 406,535,550.75 | 0 | -43,247,457.22 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 10834 | ขลุ้ง,รพช. | 1.56 | 0 | 1.30 | 0 | 0.89 | 0 | 15,745,254.17 | 0 | -1,352,158.24 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 10835 | ท่าใหม่,รพช. | 2.89 | 0 | 2.62 | 0 | 2.19 | 0 | 16,849,260.85 | 0 | 3,080,005.11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10836 | เขาสุกิม,รพช. | 1.93 | 0 | 1.78 | 0 | 1.54 | 0 | 11,160,181.64 | 0 | 5,229,627.95 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10837 | สองพี่น้อง,รพช. | 3.00 | 0 | 2.74 | 0 | 2.36 | 0 | 19,278,162.02 | 0 | 6,545,061.41 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10838 | โป่งน้ำร้อน,รพช. | 2.22 | 0 | 2.01 | 0 | 1.65 | 0 | 19,710,616.43 | 0 | 4,695,971.59 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10839 | มะขาม,รพช. | 1.00 | 1 | 0.86 | 1 | 0.64 | 1 | 17,119.51 | 0 | 5,456,905.09 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| 10840 | แหลมสิงห์,รพช. | 2.27 | 0 | 2.01 | 0 | 1.66 | 0 | 13,346,899.81 | 0 | 4,095,834.21 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10841 | สอยดาว,รพช. | 1.50 | 0 | 1.17 | 0 | 0.95 | 0 | 12,568,122.31 | 0 | 8,886,862.11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10842 | แก่งหางแมว,รพช. | 1.85 | 0 | 1.61 | 0 | 1.34 | 0 | 16,672,112.47 | 0 | 5,388,301.13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10843 | นายายอาม,รพช. | 1.84 | 0 | 1.68 | 0 | 1.32 | 0 | 13,208,948.30 | 0 | 2,695,617.46 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10844 | เขาคิชฌกูฏ,รพช. | 2.60 | 0 | 2.28 | 0 | 1.91 | 0 | 22,652,584.37 | 0 | 12,291,943.80 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

ผลดำเนินการ ณ เดือนพฤษภาคม 2562 พบว่า รพ.มะขามมีวิกฤติทางการเงินอยู่ในระดับ 3 รพ.พระปกเกล้าและโรงพยาบาลขลุ้ง มีวิกฤติทางการเงินอยู่ในระดับ 1 โรงพยาบาลอื่น ๆ ยังไม่พบวิกฤติทางการเงิน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2

| ลำดับ | หน่วยบริการ | 1.การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ | | 2.พัฒนาการบริหารระบบบัญชี | | | 3.ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน | | | |
|-------------------------|----------------|---|---|--|--|---|---|---|---|---|
| | | 1.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ | 1.2 ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ > ค่าใช้จ่าย | 2.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบข้อยกเว้นที่ลดลงเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ | 2.2 ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายมีบัญชีเงินสด/เงินฝากธนาคารในระบบ GFMIS ปี 2562 | 2.3 ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่เป็นหน่วยบริการดำเนินการจ่ายเงิน-รับเงินและนำเงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ | 3.1.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีผลต่างของแผนประมาณการรายได้และผลการดำเนินงานด้านรายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) ไม่เกินร้อยละ 5 | 3.1.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีผลต่างของแผนควบคุมค่าใช้จ่ายและผลการดำเนินงานด้านค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมและตัดจำหน่าย) ไม่เกินร้อยละ 5 | 3.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน >= 5 ตัว จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 Plus | 3.3 ร้อยละของหน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอกและต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน |
| 1 | รพ.พระปกเกล้า | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 2 | รพ.ขลุ้ง | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 3 | รพ.ท่าใหม่ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 4 | รพ.เขาสุกิม | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 5 | รพ.สองพี่น้อง | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 6 | รพ.โป่งน้ำร้อน | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 7 | รพ.มะขาม | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 8 | รพ.แหลมสิงห์ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 9 | รพ.สอยดาว | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 10 | รพ.แก่งหางแมว | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 11 | รพ.นายายอาม | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 12 | รพ.เขาคิชฌกูฏ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| ผลดำเนินงาน | | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 7 | 11 | 0 | 7 |
| จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด | | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| ร้อยละของผลดำเนินงาน | | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 58.33 | 91.67 | 0.00 | 58.33 |
| เป้าหมายของตัวชี้วัด | | ร้อยละ 100 | >= ร้อยละ 90 | >= ร้อยละ 80 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 80 |
| การประเมินผล | | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ไม่ผ่าน | ผ่าน | ไม่ผ่าน | ไม่ผ่าน |

ผลการดำเนินงาน ภาพรวมจังหวัดจันทบุรี มีประเด็นการตรวจราชการ 9 ประเด็น จังหวัดจันทบุรี ผ่าน 6 ประเด็น คิดเป็นร้อยละ 66.67 ประเด็นที่ไม่ผ่าน ได้แก่ ผลต่างของแผนประมาณการรายได้และผลการดำเนินงาน ด้านรายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) ไม่เกินร้อยละ 5 , เกณฑ์ประเมิน ≥ 5 ตัว จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 Plus และสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอกและต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน น้อยกว่า เป้าหมาย

ผลการดำเนินงานภาพรวมจังหวัดจันทบุรี มีดังต่อไปนี้

1. การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ

1.1 ร้อยละของหน่วยบริการ มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ \geq ร้อยละ 100

1.2 ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ \geq ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับแผนทางการเงิน (Planfin) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

จากการวิเคราะห์แผนการเงินการคลังหน่วยบริการ พบว่า

1. ความเสี่ยงด้านกระแสเงินสด พิจารณารายได้(ไม่รวมงบลงทุน) เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อม) พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่ง เกินดุล

2. ความเสี่ยงด้านการลงทุน พิจารณาความสามารถด้านการลงทุนด้วยเงินบำรุง ต้องไม่เกิน 20% ของกำไร ผลการดำเนินงาน พบว่า ไม่มีโรงพยาบาลที่ลงทุนเกิน 20% EBITDA

3. ความเสี่ยงด้านเงินทุนหมุนเวียน พิจารณาระยะเวลาการใช้เงินทุนหมุนเวียน มากกว่า 1 เดือนถือว่าปกติ พบว่า มีโรงพยาบาลจำนวน 4 แห่ง ที่ยังไม่มีความเสี่ยง ได้แก่ โรงพยาบาลท่าใหม่, โรงพยาบาลสองพี่น้อง, โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลพระปกเกล้า รายละเอียดดังตาราง

แผนรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ 2562 (หลังปรับรอบสอง)

| 1. แผนรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ 2562 | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|------------------|
| จังหวัดจันทบุรี | | | | | | | | | | | | |
| รายการ | ภ.๖๓๑ | ภ.๖๓๒ | ภ.๖๓๓ | ภ.๖๓๔ | ภ.๖๓๕ | ภ.๖๓๖ | ภ.๖๓๗ | ภ.๖๓๘ | ภ.๖๓๙ | ภ.๖๔๐ | ภ.๖๔๑ | ภ.๖๔๒ |
| รวมรายได้ | 116,961,966.48 | 78,758,400.00 | 93,317,608.42 | 103,444,253.66 | 76,323,760.38 | 154,396,240.09 | 87,978,822.94 | 74,361,968.44 | 90,705,990.28 | 103,039,900.00 | 121,537,979.03 | 2,187,284,000.00 |
| รวมค่าใช้จ่าย | 119,037,226.14 | 78,159,400.00 | 93,581,445.00 | 92,760,200.00 | 73,141,640.00 | 154,348,220.00 | 87,978,528.72 | 71,443,387.57 | 88,572,317.10 | 97,806,400.00 | 119,729,840.00 | 2,185,896,700.00 |
| ส่วนต่างรายได้หักค่าใช้จ่าย(NI) | -2,075,259.66 | 599,000.00 | -263,836.58 | 10,684,053.66 | 3,182,120.38 | 48,020.09 | 294.22 | 2,918,580.87 | 2,133,673.18 | 5,233,500.00 | 1,808,139.03 | 1,387,300.00 |
| EBITDA - รายได้หักค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อม) | 2,641,705.84 | 3,924,000.00 | 2,455,262.50 | 320,800.00 | 4,337,782.81 | 1,993,798.00 | 2,581,524.23 | 532,780.87 | 4,374,592.90 | 4,282,900.00 | 5,597,510.00 | 79,392,000.00 |
| วงเงินที่ลงทุนได้(ร้อยละ 20%ของ EBITDA) | 528,341.17 | 784,800.00 | 491,052.50 | 64,160.00 | 867,556.56 | 398,759.60 | 516,304.85 | 106,556.17 | 874,918.58 | 856,580.00 | 1,119,502.00 | 15,878,400.00 |
| งบลงทุน (เงินบำรุง) เปรียบเทียบกับ EBITDA >20% | 238,341.17 | 4,800.00 | 0.00 | 64,160.00 | 817,394.16 | 398,759.60 | 516,304.85 | 8,156.17 | 32,918.58 | 13,280.00 | 962,912.00 | 5,878,400.00 |
| ทุนสำรองสุทธิ (Networking Capital) ณ [กันยายน 2561] | 2,050,574.26 | 8,407,082.40 | 3,667,713.74 | -1,887,310.50 | 7,450,017.74 | -2,024,363.75 | 10,930,512.30 | -4,691,060.89 | 3,103,376.38 | 682,784.85 | -46,191.84 | 496,651,098.55 |
| รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) | 114,143,338.33 | 77,646,400.00 | 91,536,707.50 | 88,581,000.00 | 73,075,422.81 | 145,906,018.00 | 83,412,256.71 | 67,977,268.44 | 86,746,910.00 | 96,089,300.00 | 117,827,350.00 | 2,068,107,000.00 |
| ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อม) | 111,501,632.49 | 73,722,400.00 | 89,081,445.00 | 88,260,200.00 | 68,737,640.00 | 143,912,220.00 | 80,830,732.48 | 67,444,487.57 | 82,372,317.10 | 91,806,400.00 | 112,229,840.00 | 1,987,845,000.00 |
| EBITDA - รายได้ไม่รวมงบลงทุนหักค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อม) | 2,641,705.84 | 3,924,000.00 | 2,455,262.50 | 320,800.00 | 4,337,782.81 | 1,993,798.00 | 2,581,524.23 | 532,780.87 | 4,374,592.90 | 4,282,900.00 | 5,597,510.00 | 80,262,000.00 |
| สรุปแผนประมาณการ | เกินจุด | เกินจุด | เกินจุด | เกินจุด | เกินจุด | เกินจุด | เกินจุด | เกินจุด | เกินจุด | เกินจุด | เกินจุด | เกินจุด |
| วงเงินที่ลงทุนได้(EBITDA 20%) | 528,341.17 | 784,800.00 | 491,052.50 | 64,160.00 | 867,556.56 | 398,759.60 | 516,304.85 | 106,556.17 | 874,918.58 | 856,580.00 | 1,119,502.00 | 16,052,400.00 |
| งบลงทุน (เงินบำรุง) | 290,000.00 | 780,000.00 | 491,052.50 | 0.00 | 50,162.40 | 0.00 | 0.00 | 98,400.00 | 842,000.00 | 843,300.00 | 156,590.00 | 10,000,000.00 |
| งบลงทุน (เงินบำรุง) เปรียบเทียบกับ EBITDA | 238,341.17 | 4,800.00 | 0.00 | 64,160.00 | 817,394.16 | 398,759.60 | 516,304.85 | 8,156.17 | 32,918.58 | 13,280.00 | 962,912.00 | 6,052,400.00 |
| ผลการวิเคราะห์ | ไม่เกิน | ไม่เกิน | ไม่เกิน | ไม่เกิน | ไม่เกิน | ไม่เกิน | ไม่เกิน | ไม่เกิน | ไม่เกิน | ไม่เกิน | ไม่เกิน | ไม่เกิน |
| ทุนสำรองสามารถใช้จ่ายได้กี่เดือน [< 1 = Risk , > 1 = Normal] | 0.25 | 1.37 | 0.49 | -0.25 | 1.44 | -0.14 | 1.70 | -0.83 | 0.46 | 0.09 | 0.10 | 3.03 |
| [1] EBITDA [นวค=Normal , ลบ = Risk] | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal |
| [2] % Investment ต่อ EBITDA [<20% | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal |
| [3] สัดส่วน NWC เหลือหลังลงทุน > 20% EBITDA ต่อ รายจ่ายเดือน [< 1 = Risk , > 1 = Normal] | Risk | Normal | Risk | Risk | Normal | Risk | Normal | Risk | Risk | Risk | Risk | Normal |
| แบบ PlanFin | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| แบบ RISK | Low Risk | Normal | Low Risk | Low Risk | Normal | Low Risk | Normal | Low Risk | Low Risk | Low Risk | Low Risk | Normal |

2. พัฒนาการบริหารระบบบัญชี

2.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ \geq ร้อยละ 80

ตารางแสดง ผลการตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ ปีงบประมาณ 2562

ณ 31 พฤษภาคม 2562

| หน่วยบริการ | คะแนนแม่ข่าย | หน่วยบริการ | คะแนนแม่ข่าย |
|----------------|--------------|---------------|--------------|
| รพ.พระปกเกล้า | 100 | รพ.มะขาม | 100 |
| รพ.ขลุ้ง | 100 | รพ.แหลมสิงห์ | 100 |
| รพ.ท่าใหม่ | 100 | รพ.สอยดาว | 100 |
| รพ.เขาสุกิม | 100 | รพ.แก่งหางแมว | 100 |
| รพ.สองพี่น้อง | 100 | รพ.นายายอาม | 100 |
| รพ.โป่งน้ำร้อน | 100 | รพ.เขาคิชฌกูฏ | 100 |

โรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 12 แห่ง มีผลการประเมินคุณภาพบัญชีทางอิเล็กทรอนิกส์ มีคะแนนร้อยละ 100 ทุกแห่ง

2.2 ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายมีบัญชีเงินสด / เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ถูกต้อง ตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและงบทดลองยอดเงินฝากธนาคารไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ณ เดือน พฤษภาคม 2562

| หน่วยงาน | งบทดลองยอดเงินฝากตรงกับ GF (คะแนน = 1 หรือ 0) | หน่วยงาน | งบทดลองยอดเงินฝากตรงกับ GF (คะแนน = 1 หรือ 0) |
|-------------|---|------------|---|
| พระปกเกล้า | 1 | มะขาม | 1 |
| ขลุ้ง | 1 | แหลมสิงห์ | 1 |
| ท่าใหม่ | 1 | สอยดาว | 1 |
| เขาสุกิม | 1 | แก่งหางแมว | 1 |
| สองพี่น้อง | 1 | นายายอาม | 1 |
| โป่งน้ำร้อน | 1 | เขาคิชฌกูฏ | 1 |

จังหวัดจันทบุรี หน่วยบริการมีบัญชีเงินสด/เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ถูกต้อง ตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและงบทดลองยอดเงินฝากธนาคาร ร้อยละ 100

2.3 ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่เป็นหน่วยบริการดำเนินงานการจ่ายเงิน - รับเงินและนำเงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 60 ณ เดือน พฤษภาคม 2562

| รหัสเบิกจ่าย | หน่วยงาน (สสจ. / รพศ. / รพท.) | เป็นศูนย์ต้นทุนนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณเข้าระบบ GFMS (คะแนน = 1 หรือ 0) |
|--------------|----------------------------------|--|
| 210020100103 | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี | 1 |
| 210020100104 | โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี | 1 |

จังหวัดจันทบุรี หน่วยบริการทุกแห่ง มีบัญชีเงินสด/เงินฝากธนาคาร ในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ 2562 ถูกต้อง ตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและงบทดลองยอดเงินฝากธนาคาร ร้อยละ 100

3.ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน

3.1 ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผลไม่เกินร้อยละ 5

3.1.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผนประมาณการรายได้(ไม่รวมงบลงทุน)และผลการดำเนินงานด้านค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคา) และปรับรายการที่ระบบบันทึกอัตโนมัติ ไม่เกินร้อยละ 5 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของหน่วยบริการ ณ เดือน พฤษภาคม 2562

| จังหวัดจันทบุรี | | | | | | | | |
|---|------------------|---|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--|----------------|
| รหัส | หน่วยบริการ | รายการควบคุม | แผนดำเนินการ พฤษภาคม 2562 | เป้าหมาย ดำเนินการ พฤษภาคม 2562 | ผลดำเนินการ พฤษภาคม 2562 | ผลต่าง ผลดำเนินการ กับเป้าหมาย | ร้อยละ เปรียบเทียบกับ พฤษภาคม 2562 | ผลการประเมิน |
| 10834 | ชลุง,รพช. | รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) | 114,143,338.33 | 76,095,558.89 | 77,611,205.37 | 1,515,646.49 | 1.99 | รายได้ผ่าน |
| | | ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) | 111,501,632.49 | 74,334,421.66 | 76,273,480.86 | 1,939,059.20 | 2.61 | ค่าใช้จ่ายผ่าน |
| | | รายได้ ฯ - ค่าใช้จ่าย ฯ | 2,641,705.84 | 1,761,137.23 | 1,337,724.51 | -423,412.71 | | |
| 10835 | ท่าใหม่,รพช. | รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) | 77,646,400.00 | 51,764,266.67 | 54,054,295.57 | 2,290,028.90 | 4.42 | รายได้ผ่าน |
| | | ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) | 73,722,400.00 | 49,148,266.67 | 49,103,257.92 | -45,008.75 | -0.09 | ค่าใช้จ่ายผ่าน |
| | | รายได้ ฯ - ค่าใช้จ่าย ฯ | 3,924,000.00 | 2,616,000.00 | 4,951,037.65 | 2,335,037.65 | | |
| 10836 | เขาสุกิม,รพช. | รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) | 67,977,268.44 | 45,318,178.96 | 51,546,274.41 | 6,228,095.45 | 13.74 | |
| | | ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) | 67,444,487.57 | 44,962,991.71 | 45,457,239.15 | 494,247.44 | 1.10 | ค่าใช้จ่ายผ่าน |
| | | รายได้ ฯ - ค่าใช้จ่าย ฯ | 532,780.87 | 355,187.25 | 6,089,035.26 | 5,733,848.01 | | |
| 10837 | สองพี่น้อง,รพช. | รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) | 73,075,422.81 | 48,716,948.54 | 49,744,233.37 | 1,027,284.83 | 2.11 | รายได้ผ่าน |
| | | ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) | 68,737,640.00 | 45,825,093.33 | 43,856,866.41 | -1,968,226.92 | -4.30 | ค่าใช้จ่ายผ่าน |
| | | รายได้ ฯ - ค่าใช้จ่าย ฯ | 4,337,782.81 | 2,891,855.21 | 5,887,366.96 | 2,995,511.75 | | |
| 10838 | โป่งน้ำร้อน,รพช. | รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) | 117,827,350.00 | 78,551,566.67 | 82,415,190.61 | 3,863,623.94 | 4.92 | รายได้ผ่าน |
| | | ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) | 112,229,840.00 | 74,819,893.33 | 75,798,065.27 | 978,171.94 | 1.31 | ค่าใช้จ่ายผ่าน |
| | | รายได้ ฯ - ค่าใช้จ่าย ฯ | 5,597,510.00 | 3,731,673.33 | 6,617,125.34 | 2,885,452.01 | | |
| 10839 | มะขาม,รพช. | รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) | 88,581,000.00 | 59,054,000.00 | 61,037,703.32 | 1,983,703.32 | 3.36 | รายได้ผ่าน |
| | | ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) | 88,260,200.00 | 58,840,133.33 | 53,849,621.75 | -4,990,511.58 | -8.48 | |
| | | รายได้ ฯ - ค่าใช้จ่าย ฯ | 320,800.00 | 213,866.67 | 7,188,081.57 | 6,974,214.90 | | |
| 10840 | แหลมสิงห์,รพช. | รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) | 96,089,300.00 | 64,059,533.33 | 66,769,752.06 | 2,710,218.73 | 4.23 | รายได้ผ่าน |
| | | ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) | 91,806,400.00 | 61,204,266.67 | 60,476,375.05 | -727,891.62 | -1.19 | ค่าใช้จ่ายผ่าน |
| | | รายได้ ฯ - ค่าใช้จ่าย ฯ | 4,282,900.00 | 2,855,266.67 | 6,293,377.01 | 3,438,110.34 | | |
| 10841 | สอยดาว,รพช. | รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) | 145,906,018.00 | 97,270,678.67 | 104,607,873.54 | 7,337,194.87 | 7.54 | |
| | | ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) | 143,912,220.00 | 95,941,480.00 | 97,269,950.20 | 1,328,470.20 | 1.38 | ค่าใช้จ่ายผ่าน |
| | | รายได้ ฯ - ค่าใช้จ่าย ฯ | 1,993,798.00 | 1,329,198.67 | 7,337,923.34 | 6,008,724.67 | | |
| 10842 | แก่งหางแมว,รพช. | รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) | 86,746,910.00 | 57,831,273.33 | 61,346,028.49 | 3,514,755.16 | 6.08 | |
| | | ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) | 82,372,317.10 | 54,914,878.07 | 55,906,738.09 | 991,860.02 | 1.81 | ค่าใช้จ่ายผ่าน |
| | | รายได้ ฯ - ค่าใช้จ่าย ฯ | 4,374,592.90 | 2,916,395.27 | 5,439,290.40 | 2,522,895.13 | | |
| 10843 | นายายอาม,รพช. | รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) | 91,536,707.50 | 61,024,471.67 | 64,013,669.83 | 2,989,198.16 | 4.90 | รายได้ผ่าน |
| | | ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) | 89,081,445.00 | 59,387,630.00 | 60,155,526.54 | 767,896.54 | 1.29 | ค่าใช้จ่ายผ่าน |
| | | รายได้ ฯ - ค่าใช้จ่าย ฯ | 2,455,262.50 | 1,636,841.67 | 3,858,143.29 | 2,221,301.62 | | |
| 10844 | เขาคิชฌกูฏ,รพช. | รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) | 83,412,256.71 | 55,608,171.14 | 61,517,374.51 | 5,909,203.37 | 10.63 | |
| | | ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) | 80,830,732.48 | 53,887,154.99 | 50,427,972.46 | -3,459,182.53 | -6.42 | |
| | | รายได้ ฯ - ค่าใช้จ่าย ฯ | 2,581,524.23 | 1,721,016.15 | 11,089,402.05 | 9,368,385.90 | | |
| 10664 | พระปกเกล้า,รพช. | รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) | 2,068,107,000.00 | 1,378,738,000.00 | 1,289,951,324.42 | -88,786,675.58 | -6.44 | |
| | | ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) | 1,987,845,000.00 | 1,325,230,000.00 | 1,301,538,135.24 | -23,691,864.76 | -1.79 | ค่าใช้จ่ายผ่าน |
| | | รายได้ ฯ - ค่าใช้จ่าย ฯ | 80,262,000.00 | 53,508,000.00 | -11,586,810.82 | -65,094,810.82 | | |
| รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) ที่มีผลต่างไม่เกิน ร้อยละ 5 [จำนวนแห่ง] | | | | | | | | 7 |
| คิดเป็นร้อยละ ของ หน่วยบริการทั้งหมด 12 แห่ง | | | | | | | | 58.33 |
| ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) ที่มีผลต่างไม่เกิน ร้อยละ 5 [จำนวนแห่ง] | | | | | | | | 10 |
| คิดเป็นร้อยละ ของ หน่วยบริการทั้งหมด 12 แห่ง | | | | | | | | 83.33 |

ผลการดำเนินงานรายได้เปรียบเทียบกับแผนประมาณการ ณ เดือนพฤษภาคม 2562 พบว่าโรงพยาบาลที่มีผลต่างแผนประมาณการรายได้และผลการดำเนินงานด้านรายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) เกินร้อยละ 5 จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58.33 ของหน่วยบริการ ได้แก่โรงพยาบาลชลุง , โรงพยาบาลท่าใหม่ , โรงพยาบาลสองพี่น้อง , โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน, โรงพยาบาลมะขาม , โรงพยาบาลแหลมสิงห์ และโรงพยาบาลนายายอาม

และเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบกับแผนประมาณการ พบว่า โรงพยาบาลที่มีผลต่างค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) ที่มีผลต่างไม่เกินร้อยละ 5 มีจำนวน10 แห่งคิดเป็น ร้อยละ 83.33 ของหน่วยบริการ

เมื่อวิเคราะห์ด้านรายได้ที่มีผลต่างไม่เกินร้อยละ 5 แม้ประสิทธิภาพการประมาณการรายได้จะไม่ดี แต่มีแนวโน้มที่ดี เพราะหน่วยบริการมีรายได้เพิ่มขึ้น ส่วนด้านค่าใช้จ่ายนั้นต่ำกว่าแผนเกินร้อยละ 5 แสดงว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายและควบคุมรายได้ดีขึ้น

3.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ≥ 5 ตัว (ระดับ Grade B , A- , A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 Plus Efficiency) ร้อยละ 80 (ณ ไตรมาส 2 / 2562)

| หน่วยบริการ | ประสิทธิภาพการทำงานจากการดำเนินงาน | อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ | ประสิทธิภาพการชำระหนี้ (<90 วัน) | ประสิทธิภาพการเรียกเก็บลูกหนี้ UC (<60 วัน) | ประสิทธิภาพการเรียกเก็บลูกหนี้ CSMBS (<60 วัน) | ประสิทธิภาพการเรียกเก็บลูกหนี้ SSS (<90 วัน) | การบริหารสินค้าคงคลัง (<60 วัน) | ผ่านเกณฑ์>5 ตัว (B,A-,A)=ผ่าน ผ่านเกณฑ์<5 ตัว (B-,C-,C-,D)=ไม่ผ่าน |
|----------------|------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---|--|--|---------------------------------|--|
| รพ.พระปกเกล้า | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | ไม่ผ่าน |
| รพ.ชลบุรี | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | ไม่ผ่าน |
| รพ.ท่าใหม่ | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | ไม่ผ่าน |
| รพ.เขาสุกุมิ | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | ไม่ผ่าน |
| รพ.สองพี่น้อง | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | ไม่ผ่าน |
| รพ.โป่งน้ำร้อน | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | ไม่ผ่าน |
| รพ.มะขาม | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | ไม่ผ่าน |
| รพ.แหลมสิงห์ | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | ไม่ผ่าน |
| รพ.สอยดาว | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | ไม่ผ่าน |
| รพ.แก่งหางแมว | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | ไม่ผ่าน |
| รพ.นายายอาม | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | ไม่ผ่าน |
| รพ.เขาคิชฌกูฏ | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | ไม่ผ่าน |

ผลการดำเนินงานประสิทธิภาพทางการเงิน (7 Plus Efficiency) ณ เมษายน 2562 พบว่า ไม่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินที่มีประสิทธิภาพทางการเงิน

3.3 ร้อยละของหน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน ร้อยละ 80 (ไตรมาส 2 / 2562)

สรุปผลการประเมินต้นทุนหน่วยบริการ แบบ Quick Method จังหวัดจันทบุรี

| รหัส | หน่วยงาน | ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก | | | | ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน | | | | ผลการประเมิน | | | |
|-----------------|------------------|------------------------|------------|---------------|----------|-----------------------|-----------|-----------------|-----------|--------------|---------|---------|---|
| | | OPDCost | OP Visit | Unit Cost OPD | Mean+1SD | IPDCost | Sum AdjRW | Unit Cost AdjRW | Mean+1SD | OP | IP | OP&P | |
| 10664 | พระปกเกล้า,รพศ. | 336,945,081.53 | 403,334.00 | 835.40 | 1,206.93 | 639,965,019.11 | 46,165.87 | 13,862.30 | 15,218.13 | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | |
| 10834 | ขลุ้ง,รพช. | 44,808,870.91 | 53,702.00 | 834.40 | 801.32 | 9,144,083.33 | 535.47 | 17,076.74 | 17,964.24 | ไม่ผ่าน | ผ่าน | ไม่ผ่าน | |
| 10835 | ท่าใหม่,รพช. | 27,317,691.50 | 37,181.00 | 734.72 | 847.01 | 5,343,660.32 | 246.62 | 21,667.59 | 21,917.59 | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | |
| 10836 | เขาสุกิ,รพช. | 24,431,504.42 | 28,331.00 | 862.36 | 847.01 | 8,531,221.23 | 545.57 | 15,637.26 | 21,917.59 | ไม่ผ่าน | ผ่าน | ไม่ผ่าน | |
| 10837 | สองพี่น้อง,รพช. | 24,318,110.57 | 33,274.00 | 730.84 | 847.01 | 6,456,229.92 | 550.36 | 11,730.92 | 21,917.59 | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | |
| 10838 | โป่งน้ำร้อน,รพช. | 31,680,550.46 | 57,548.00 | 550.51 | 783.91 | 21,512,548.92 | 1,059.66 | 20,301.37 | 18,791.63 | ผ่าน | ไม่ผ่าน | ไม่ผ่าน | |
| 10839 | มะขาม,รพช. | 32,252,370.05 | 48,189.00 | 669.29 | 801.32 | 11,050,828.29 | 559.82 | 19,739.97 | 17,964.24 | ผ่าน | ไม่ผ่าน | ไม่ผ่าน | |
| 10840 | แหลมสิงห์,รพช. | 33,903,901.81 | 43,921.00 | 771.93 | 847.01 | 8,692,212.63 | 678.32 | 12,814.32 | 21,917.59 | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | |
| 10841 | สอยดาว,รพช. | 47,880,376.93 | 56,608.00 | 845.82 | 778.23 | 21,388,047.06 | 1,339.36 | 15,968.86 | 18,447.59 | ไม่ผ่าน | ผ่าน | ไม่ผ่าน | |
| 10842 | แก่งหางแมว,รพช. | 28,795,508.18 | 48,613.00 | 592.34 | 783.91 | 10,423,400.01 | 730.66 | 14,265.73 | 18,791.63 | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | |
| 10843 | นายายอาม,รพช. | 30,576,315.01 | 49,296.00 | 620.26 | 801.32 | 9,475,307.65 | 817.39 | 11,592.15 | 17,964.24 | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | |
| 10844 | เขาศิขณภู,รพช. | 30,164,374.47 | 41,344.00 | 729.59 | 847.01 | 6,699,386.11 | 426.70 | 15,700.46 | 21,917.59 | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | |
| จังหวัดจันทบุรี | | | | | | | | | | ผ่าน | 9 | 10 | 7 |
| | | | | | | | | | | ไม่ผ่าน | 3 | 2 | 5 |

โรงพยาบาลที่มีต้นทุน OPD เกินเกณฑ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลระดับเดียวกัน มี 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25.00 ได้แก่ โรงพยาบาลขลุ้ง โรงพยาบาลเขาสุกิ และโรงพยาบาลสอยดาว

โรงพยาบาลที่มีต้นทุน IPD เกินเกณฑ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลระดับเดียวกัน มี 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16.67 ได้แก่ โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน และโรงพยาบาลมะขาม

โรงพยาบาลที่มีต้นทุน OPD และ IPD ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลระดับเดียวกัน มีจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขลุ้ง, โรงพยาบาลเขาสุกิ, โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน, โรงพยาบาลมะขาม และโรงพยาบาลสอยดาว

4. ผลการดำเนินงานตามมาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง

- 4.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีแผน Planfin รายได้ \geq ค่าใช้จ่าย (Ebitda) \geq 80% ผลการดำเนินงาน 100%
- 4.2 ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลไม่เกินร้อยละ 5 ผลการดำเนินงาน 50 %
- 4.3 ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพมากกว่า 5 ตัว จากเกณฑ์การประเมิน 7 ตัว ผลการดำเนินการ ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 0
- 4.4 ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็นศูนย์ต้นทุนนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณเข้าระบบ GFMS \geq 30% ผลการดำเนินงาน 100%
- 4.5 ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลัง (CFO/Auditor) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ (มีแผนการอบรม) ผลการดำเนินงาน 100%
- 4.6 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอกและต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน ผลการดำเนินงานผ่าน 58.33 %

5. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (KeyRiskArea/KeyRiskFactor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัยประมวลวิเคราะห์สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

ประเด็นที่สำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบาย หรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ หน่วยบริการมีผลต่างของแผนการเงินและผลไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ซึ่งในภาพรวมของจังหวัด ผ่าน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 และหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพมากกว่า 5 ตัว จากเกณฑ์ประเมิน 7 ตัว $\geq 60\%$ ทั้งนี้ หน่วยบริการในจังหวัดจันทบุรี ไม่ผ่านเกณฑ์ของจำนวนหน่วยบริการทั้งหมด 12 แห่ง และคิดเป็นร้อยละ 0 ของผลงานที่ผ่านเกณฑ์ประเด็นตรวจราชการดังกล่าว

6. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญในการมีและใช้แผนทางการเงิน ตั้งแต่การวิเคราะห์ความเสี่ยง ของแผนทางการเงิน วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ควบคุมและการกำกับตามแผน
2. การดำเนินงานควบคุมภายใน ที่มีโครงสร้าง ปฏิบัติตามกระบวนการงาน ข้อระเบียบ มีส่วนส่งผลให้สถานการณ์การเงินมีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น และมีประสิทธิภาพทางการเงินที่ดี
3. มีการกำกับแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับแผนการเงินและกำกับติดตามทุกเดือน
4. มีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาลเพื่อกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการที่ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน และมีการติดตามสถานการณ์การเงินในการประชุมของคณะกรรมการอำนวยการในคณะกรรมการบริหารระบบและเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดจันทบุรี (คจ.) ทุกเดือน
5. มีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยบริการที่จัดทำหนังสือบันทึกข้อตกลง (LOI) มีการดำเนินงานตามมาตรการอย่างเคร่งครัดและมีการใช้เครื่องมือดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 Plus Efficiency /FAI/Risk score ในการเพิ่มประสิทธิภาพและกำกับ
6. ในปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ได้ให้ความอนุเคราะห์หนี้ค่าบริการทางการแพทย์ให้กับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ตั้งแต่ ปี 2558 จนถึง ปี 2561 เป็นเงินจำนวน 87,031,502 บาท
7. มีการนำโปรแกรม RCM (Receive Claim Management) มาช่วยในการติดตามเรียกเก็บลูกหนี้รายบุคคล และช่วยอำนวยความสะดวก ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการดำเนินงาน

7. ปัญหา -อุปสรรค

1. การเปลี่ยนบุคลากรด้านบัญชี ทำให้มีผลกระทบต่อการเรียนรู้เรื่องการบันทึกบัญชี ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ จึงไม่ครบถ้วน ถูกต้อง รวมทั้งระบบการบริหารจัดการไม่ต่อเนื่อง
2. ขาดองค์ความรู้ด้านบัญชี ด้านการบริหารการเงินการคลัง และทักษะของผู้ปฏิบัติงาน/ผู้ปฏิบัติงานใหม่ (ลูกจ้าง)
3. ความร่วมมือภายในองค์กร และโปรแกรมบัญชี ในหน่วยบริการ ต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่ายในหน่วยบริการ
4. การนำโปรแกรม RCM (Receive Claim Management) มาช่วยในการติดตามเรียกเก็บลูกหนี้รายบุคคล ยังขาดความร่วมมือจากกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องภายในหน่วยบริการ และการให้ความสำคัญของผู้บริหาร ในการช่วยกระตุ้นติดตามการใช้งาน จึงยังไม่สามารถนำมาช่วยอำนวยความสะดวก ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการดำเนินงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

8. ข้อเสนอแนะ

1. ใช้ระบบข้อมูล/เทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนการทำงานด้านการเงินและบัญชีเพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ลดขั้นตอนและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
2. พัฒนาศักยภาพการเงินการคลังสำหรับผู้บริหาร และคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับหน่วยบริการอย่างต่อเนื่อง
3. การนำโปรแกรม RCM (Receive Claim Management) ทีม CFO ของหน่วยบริการควรให้ความสำคัญและติดตาม กระตุ้น ติดตามและสนับสนุนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องใช้งานโปรแกรมอย่างจริงจัง จะสามารถช่วยอำนวยความสะดวก ลดขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินงาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียกเก็บได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

9. ผู้รายงาน

1. นางโสภา ตรีนันทวัน ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
 2. น.ส.สุรภา แสนสุข ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป สสจ.จันทบุรี
 3. นายวิกรม ทางเรือ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ.จันทบุรี
- โทร : 093-9142556 e-mail : Insure_chan@hotmail.com

ประเด็นที่ 4 Quality Organization

ตัวชี้วัด 1) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (รพศ./รพท. ร้อยละ 100, รพช. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)

สถานการณ์

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

ในปีงบประมาณ 2561 จังหวัดจันทบุรีมีโรงพยาบาลที่ดำเนินการเตรียมความพร้อมรองรับการ Accredit จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลแก่งหางแมว มี Re-Acc.ครั้งที่ 1 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลท่าใหม่ และโรงพยาบาลแหลมสิงห์ และมีโรงพยาบาล Re -Acc.ครั้งที่ 3 จำนวน 1 แห่ง คือโรงพยาบาลพระปกเกล้า

แผนเตรียมความพร้อมรับการประเมินรับรองมาตรฐานHA (ปีงบประมาณ 2562-2565)

| No. | โรงพยาบาล | 2562 | | | | 2563 | | | 2564 | | | | 2565 | | | | หมายเหตุ | |
|-----|-------------|------|----|----|----|------|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|----------|--|
| | | Acc. | r1 | r2 | r3 | r1 | r2 | r3 | r1 | r2 | r3 | r4 | r1 | r2 | r3 | r4 | | |
| 1 | เขาคิชฌกูฏ | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| 2 | สองพี่น้อง | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| 3 | สอยดาว | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | โป่งน้ำร้อน | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| 5 | แหลมสิงห์ | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| 6 | มะขาม | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| 7 | เขาสุกิ | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | ขลุง | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| 9 | แก่งหางแมว | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | ท่าใหม่ | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| 11 | นายายอาม | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| 12 | พระปกเกล้า | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | |
| รวม | | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | | 4 | | | | |

การเตรียมความพร้อมรับการประเมินฯ ปี 2562

ในปีงบประมาณ 2562 จังหวัดจันทบุรีมีโรงพยาบาลที่ต้องดำเนินการเตรียมความพร้อมรองรับการประเมินรับรองตามมาตรฐาน HA ดังนี้

1. Accreditจำนวน 1 แห่ง คือโรงพยาบาลแก่งหางแมว
2. Re-Acc.ครั้งที่ 1 จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมะขาม, โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ, โรงพยาบาลสองพี่น้อง และโรงพยาบาลนายายอาม
3. Re -Acc.ครั้งที่ 2 จำนวน 2 แห่ง คือโรงพยาบาลเขาสุกิ และโรงพยาบาลสอยดาว
4. การเยี่ยมสำรวจเฝ้าระวัง จาก สรพ. จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน, โรงพยาบาลแหลมสิงห์ และโรงพยาบาลขลุง

ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ปี 2562

ปี 2562 มีกระบวนการและผลพัฒนาโรงพยาบาลเข้าสู่การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐานรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 และ Reaccredit ดังนี้

- สสจ.กำหนดนโยบาย และเป้าหมายการพัฒนาให้โรงพยาบาลในสังกัดฯ ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA ชั้น 3 ทุกแห่ง
- ขยายเครือข่ายทีมพี่เลี้ยง (Quality Learning Network: QLN) /ขยายเพิ่มผู้ประสานงานคุณภาพจากโรงพยาบาลทุกแห่งร่วมเป็นทีม และมีผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี เป็นผู้ประสานงาน รวมจำนวน 21 คน
- ประชุมเชิงปฏิบัติการทีมพี่เลี้ยง (Quality Learning Network: QLN) และผู้ประสานงานคุณภาพ รพศ./รพช. เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2562
- ทีมพี่เลี้ยง (Quality Learning Network: QLN) ร่วมเรียนรู้กับผู้เยี่ยมสำรวจจาก สรพ.ในการประเมินรับรอง Re -acc.1 - รพ.มะขาม เมื่อวันที่ 15-16 พฤศจิกายน 2561
- ประชุมเชิงปฏิบัติการ Gin conference เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง (Quality Learning Network :QLN) วันที่ 29-30 มกราคม 2562
- เยี่ยมพัฒนางานคุณภาพตามมาตรฐานHA โรงพยาบาลในเครือข่าย โดยทีมพี่เลี้ยงและอาจารย์ที่ปรึกษาประจำพื้นที่ จากสรพ. ที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์
- รับการเยี่ยมเพื่อเฝ้าระวังจาก สรพ. ในวันที่ 24 -26 เมษายน 2562 ที่โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน, โรงพยาบาลแหลมสิงห์ และโรงพยาบาลขลุง
- มีระบบให้คำปรึกษา/การประสานงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ติดตามกำกับงาน ผ่าน Line 1. กลุ่มผู้ประสานงานHA 2.กลุ่มHA-QLN จันท 3. กลุ่มHA Thailand
- นิเทศ/ติดตาม/กำกับงานคุณภาพ โดยบูรณาการร่วมกับทีมนิเทศระดับจังหวัด โดยทีมผู้บริหารเยี่ยม นิเทศติดตามโรงพยาบาล แห่งละ 1 ครั้ง/ปี
- ประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนาเตรียมความพร้อมรองรับการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพจังหวัดจันทบุรี ปี 2562 ในวันที่ 26 มีนาคม 2562 ณ ห้องประชุม 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
- ผลสถานการณ์การรับรอง HA ปี 2562
 1. Accredit โรงพยาบาลแก่งหางแมว ผล อยู่ระหว่างรอรับการประเมิน เดือน ส.ค.62
 2. Re-Acc.ครั้งที่ 1 จำนวน 4 แห่ง

| | | |
|---------------------|----|------|
| โรงพยาบาลมะขาม | ผล | ผ่าน |
| โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ | ผล | ผ่าน |
| โรงพยาบาลสองพี่น้อง | ผล | ผ่าน |
| โรงพยาบาลนายายอาม | ผล | ผ่าน |
 3. Re -Acc.ครั้งที่ 2 จำนวน 2 แห่ง

| | | |
|------------------|----|---|
| โรงพยาบาลเขาสุกิ | ผล | ผ่าน |
| โรงพยาบาลสอยดาว | ผล | อยู่ระหว่างรอรับการประเมิน เดือน ส.ค.62 |

สรุปภาพรวมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

| Status Hospital จังหวัดจันทบุรี ณ 30เมษายน 2562 | | | | | | | |
|---|-------------|--------|--------|---------|--------------|-------------|-----------------------|
| ลำดับ | โรงพยาบาล | H Code | สังกัด | ชนิดรพ. | ชั้นปัจจุบัน | วันรับรอง | วันหมดอายุ |
| 1 | แก่งหางแมว | 10842 | สป. | รพช. | 2 | 24 เม.ย. 61 | รอผลการประเมิน ส.ค.62 |
| 2 | มะขาม | 10839 | สป. | รพช. | 3 | | 28 ม.ค.65 |
| 3 | เขาคิชฌกูฏ | 10844 | สป. | รพช. | r3 | 23 เม.ย.62 | 22 เม.ย.65 |
| 4 | สองพี่น้อง | 10837 | สป. | รพช. | 3 | 21 ก.พ.60 | 20 ก.พ.62 |
| 5 | นายายอาม | 10843 | สป. | รพช. | 3 | 14 ก.พ. 60 | 13 ก.พ.62 |
| 6 | โป่งน้ำร้อน | 10838 | สป. | รพช. | r1 | 31 ส.ค. 60 | 30 ส.ค. 63 |
| 7 | แหลมสิงห์ | 10840 | สป. | รพช. | r1 | 27 ต.ค. 60 | 26 ต.ค. 63 |
| 8 | ขลุง | 10834 | สป. | รพช. | r1 | 8 ส.ค. 60 | 7 ส.ค. 63 |
| 9 | เขาสุกิ | 10836 | สป. | รพช. | r1 | 25 ส.ค. 59 | 24 ส.ค. 62 |
| 10 | สอยดาว | 10841 | สป. | รพช. | r1 | 25 ก.ค. 59 | 24 ก.ค. 62 |
| 11 | ท่าใหม่ | 10835 | สป. | รพช. | r1 | 9 ม.ค. 61 | 8 ม.ค. 64 |
| 12 | พระปกเกล้า | 10664 | สป. | รพศ. | r4 | 14 ส.ค. 61 | 13 ส.ค. 64 |

สรุป

ในปี 2562 ที่มีโรงพยาบาลขอรับการรับรองมาตรฐาน HA 7 แห่งนั้น ทราบผลการผ่านการรับรองอย่างเป็นทางการ 5 แห่ง (ร้อยละ 71.43) และอยู่ระหว่างรอผลการประเมินอย่างเป็นทางการจาก สรพ.จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 28.57) (ผลไม่เป็นทางการ คือ ผ่านการรับรอง) ซึ่งสรุปได้ว่าการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ของจังหวัดจันทบุรี สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด คือ โรงพยาบาลในสังกัดฯ ทุกแห่ง (ร้อยละ 100) ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA

กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

นางสุดแพ้น คำชาย ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส

โทร.081-2952404 E-mail :SUDPHAN@YAHOO.COM

ประเด็นที่ 4 Quality Organization

ตัวชี้วัด 2) ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ตัวชี้วัดที่ 7)

Small success รอบ 9 เดือนแรก

1. ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานแผนพัฒนาองค์กรครบ 2 หมวด หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ กับหมวด 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด หมวดละ 1 แผน
2. ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด (บังคับหมวดละ 2 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดกำหนดเอง หมวดละ 3 ตัวชี้วัด)

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

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินงานปี 2562 ภาพรวมจังหวัด

โครงการพัฒนากระบวนการดำเนินงานตามแนวทางการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ประจำปีงบประมาณ 2562 และมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับระดับอำเภอ จำนวน 3 ครั้ง

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562

ไตรมาส 2-3 สสจ.และสสอ.ทั้ง 10 แห่ง ได้ร่วมดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันเป็นระยะๆ โดย สสจ.ทำหนังสือเชิญผู้รับผิดชอบ PMQA ระดับอำเภอทุกอำเภอและติดต่อสื่อสารเพื่อให้ทราบการเคลื่อนไหวของกันและกันทางกลุ่มไลน์ และรายงานผลการดำเนินการ Small success รอบ 9 เดือนแรก ผ่านทางเว็บไซต์ <http://opdc.moph.go.th/หัวข้อ> ระบบ OPDC MOPH ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ได้ดำเนินการรายงานเรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด (2 กรกฎาคม 2562) แล้ว ดังนี้

1. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ครบ 2 หมวด คือ หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ กับหมวด 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ หมวดละ 1 แผน
2. รายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด (บังคับหมวดละ 2 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดกำหนดเอง หมวดละ 3 ตัวชี้วัด)

ดังรายละเอียดของผลการดำเนินการ ดังนี้

| รายการ | ค่าคะแนนเต็ม | ระดับคะแนนที่ได้ |
|--|--------------|------------------|
| หมวด 2 การจัดทำยุทธศาสตร์ | | |
| ตัวชี้วัดที่ 1 (บังคับ) : ระดับความสำเร็จของ ร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ในการบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดการปฏิบัติการปฏิบัติราชการ (PA) ของผู้บริหาร | 5 | 4 |
| ตัวชี้วัดที่ 2 (บังคับ) : ระดับความสำเร็จของการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับส่วนราชการลงสู่ระดับบุคคล | 5 | 5 |
| ตัวชี้วัดที่ 3 (เลือกเอง) : ระดับความสำเร็จของตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรถูกนำมาพิจารณาปรับให้ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญของยุทธศาสตร์ | 5 | 5 |
| ตัวชี้วัดที่ 4 (เลือกเอง) : ระดับความสำเร็จของข้อมูลที่กำหนดถูกนำมาใช้ในการวางแผน | 5 | 5 |
| ตัวชี้วัดที่ 5 (เลือกเอง) : ระดับความสำเร็จของการบรรลุผลตามตัวชี้วัด/เกณฑ์วัดความสำเร็จตามแผนปฏิบัติการ | 5 | 5 |
| หมวด 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ | | |
| ตัวชี้วัดที่ 1 (บังคับ) : จำนวนผลงานที่ได้รับรางวัลระดับจังหวัด/เขต/กระทรวง/ประเทศ | 5 | 5 |
| ตัวชี้วัดที่ 2 (บังคับ) : จำนวนองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้ที่ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานจริง | 5 | 5 |
| ตัวชี้วัดที่ 3 (เลือกเอง) : ระดับความสำเร็จของบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบสารสนเทศ และเครือข่ายคอมพิวเตอร์ | 5 | 2 |
| ตัวชี้วัดที่ 4 (เลือกเอง) : ระดับความสำเร็จของการแก้ไขได้ของระบบคอมพิวเตอร์ในหน่วยงาน | 5 | 5 |
| ตัวชี้วัดที่ 5 (เลือกเอง) : จำนวนของหมายเลขบัตรประชาชนของผู้รับบริการในโปรแกรม HosXp เพิ่มขึ้น | 5 | 5 |

ส่วนระดับอำเภอทั้ง 10 แห่งนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี กำกับติดตามรายงานและการบันทึกข้อมูลในระบบ OPDC MOPH ได้ครบถ้วนและทันตามกำหนด

การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยง และปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือ การแก้ปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ

ถึงแม้ว่าผู้นำจะมีความชัดเจนในการนำองค์กร ตามแนวทาง PMQA โดยมอบหมาย ให้สาธารณสุขอำเภอโป่งน้ำร้อนเป็นผู้รับผิดชอบหลักในระดับอำเภอร่วมขับเคลื่อนกับจังหวัด แต่พบว่ายังมีความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคดังต่อไปนี้

- 1.ความเข้าใจในภาพรวม และความเชื่อมโยงของกระบวนการ PMQA ในแต่ละหมวด ยังมีไม่เพียงพอที่จะขับเคลื่อนให้เกิดภาพการดำเนินงานที่ชัดเจน
- 2.การขาดเครื่องมือ/แบบฟอร์มช่วยในการวิเคราะห์หรือรวบรวมข้อมูลที่จะเกิดความชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด
- 3.ระบบการเชื่อมต่อในการบันทึกข้อมูลรายงานผลยังไม่เกิดประสิทธิภาพมากพอ

5.สรุป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ดำเนินการบรรลุผลตาม Small Success รอบ 9 เดือน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 10 แห่งได้ดำเนินการครบถ้วนและทันตามกรอบระยะเวลาที่กำหนดตาม Small Success รอบ 9 เดือน

6. ข้อเสนอแนะ

ส่วนกลาง : คู่มือการใช้โปรแกรม PMQA online ควรชี้แจงให้ชัดเจน

ระดับจังหวัด

- 1.ควรหากลวิธี/แนวทางการขับเคลื่อนไปพร้อมๆ กัน ตั้งแต่การสร้างความเข้าใจตั้งแต่กรอบแนวคิด หมวดแต่ละหมวด และความเข้าใจถึงภาพความเชื่อมโยงของทุกหมวด
- 2.ควรสร้างและพัฒนาความรู้ และทักษะทีมพี่เลี้ยงเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถสร้างสรรค์เครื่องมือ/แบบฟอร์มช่วยในการวิเคราะห์หรือรวบรวมข้อมูล ที่จะสามารถขับเคลื่อนกระบวนการ PMQA ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่แท้จริง
- 3.นำเสนอกรอบแนวคิด PMQA และตัวชี้วัดสำคัญที่ขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายขององค์กรพร้อมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก/ผู้รับผิดชอบร่วม ในเวทีจัดทำแผนประจำปี

ระดับอำเภอ

- 1.ศึกษา วิเคราะห์ และพัฒนากระบวนการ PMQA ของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีทีมพี่เลี้ยงจังหวัดคอยสนับสนุน
- 2.วางแผนการพัฒนา PMQA ของตนเองให้เหมาะสมกับช่วงระยะเวลา

7. กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

นางสมกมล พิจารณา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

มือถือ 085-1418155 e-mail address : pskhamol@gmail.com

ประเด็นที่ 5 นวัตกรรมบริหารจัดการ (เขตสุขภาพ)

ตัวชี้วัด : นวัตกรรมการบริหารจัดการ

1.สถานการณ์

ในปี 2562 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการ โดยมุ่งเน้นให้หน่วยบริการ และหน่วยบริการ คัดนวัตกรรมการบริหารจัด 3 ประเด็น1) 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 แห่งยกเว้น อำเภอท่าใหม่ มีโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่งคือ โรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลเขาสุกุมิ และโรงพยาบาลสองพี่น้อง

2.แผนและผลการดำเนินงาน

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

2.2 จัดประชุมภายในเครือข่ายอำเภอท่าใหม่ ประกอบด้วยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลสองพี่น้อง และสาธารณสุขอำเภอ และได้วางแผนการบริหารจัดการร่วมดังนี้

| แผน | ผลการดำเนินงาน |
|--|---|
| <u>1 การบริหารข้อมูลร่วม</u> ในประเด็น 1)ราคาสินค้าในการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อเป็นไปตามแนวทางเดียวกัน มีราคาใกล้เคียง/เท่ากัน 2) เทียบเคียงระบบข้อมูลด้านการเงินบัญชีมีการนำข้อมูล ทั้ง 2 โรงพยาบาลมาเทียบเคียง วิเคราะห์ข้อมูล โดยเน้นการบันทึกบัญชีให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน | 1. ทั้ง 3 โรงพยาบาลมีการบันทึกบัญชีแนวทางเดียวกัน มีการเทียบเคียงความถูกต้องจาก รพ. ใกล้เคียง และมีการจัดทำ Planfin โดยใช้แนวทางเดียวกัน 2. งานบัญชีทั้ง 3 โรงพยาบาล มีการใช้โปรแกรมการเงินและบัญชีเหมือนกัน สำหรับรพสต. ในเครือข่าย มีแนวทางการบันทึกบัญชีเหมือนกัน |
| <u>2 บูรณาการการทำงาน</u> 1.การจัดการประชุมร่วมกันเป็นเครือข่ายเดียว อาทิ จัดประชุม เรื่อง การแนะนำการจัดทำบัญชีให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 CUP เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 2.ตั้งคณะกรรมการการประชุมคณะกรรมการทำงานร่วมโรงพยาบาลท่าใหม่และโรงพยาบาลสองพี่น้องเพื่อเสนอความคิดเห็นเห็นร่วมกันประกอบด้วยงานพัสดุและงานบัญชี 3.การบริหารบุคลากรร่วม อาทิ ขอความอนุเคราะห์แพทย์ระหว่างกันเพื่ออยู่เวรทั้งในและนอกเวลาราชการ | 1. มีข้อตกลงในการบริหารบุคลากรร่วมกัน กรณีขาดบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในเวลาราชการหรือนอกเวลาราชการ 2. ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ (ชันสูตร) มีการประชุมหาข้อตกลงร่วมในการส่ง LAB นอกเวลาราชการระหว่างโรงพยาบาลสองพี่น้องและโรงพยาบาลท่าใหม่ เพื่อประหยัดน้ำมันเชื้อเพลิง 3. มีการบริหารยานพาหนะร่วมกัน ส่งผลให้ประหยัดน้ำมันเชื้อเพลิง |

| | |
|---|---|
| <p>4.บูรณาการห้องปฏิบัติการนอกเวลาราชการ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลสองพี่น้อง ส่ง LAB นอกเวลาราชการ ตรวจที่โรงพยาบาลท่าใหม่ (ส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในด้านน้ำมันเชื้อเพลิงที่จะต้องไปส่งถึงโรงพยาบาลพระปกเกล้า ซึ่งในส่วนใหญ่การส่งตรวจแต่ละครั้งมีปริมาณไม่มาก)</p> <p>5.การบูรณาการยานพาหนะ ในกรณีปฏิบัติงานหรือประชุมในเส้นทางเดียวกัน</p> | |
| <p><u>3 การบริหารพัสดุร่วม</u> -โดยเริ่มจากกำหนดให้โรงพยาบาลสองพี่น้องซื้อวัสดุบางรายการให้กับโรงพยาบาลท่าใหม่(เพื่อทดลองบริหารร่วมกัน แต่ในปริมาณไม่มาก) แต่ยังคงติดขัดในเรื่องของงบที่กักบัญชี จึงได้หารือส่วนกลางและแจ้งว่าขณะนี้ยังไม่สามารถดำเนินการได้</p> <p>-ในไตรมาสที่ 2 จึงจะเปลี่ยนวิธีการโดยเริ่มจากวัสดุสำนักงาน ในรูปแบบการตกลงร่วม ให้แต่ละโรงพยาบาลแจ้งความต้องการซื้อและนำข้อมูลมารวมกัน เพื่อส่งให้ทางร้านค้าเสนอราคา โดยมีข้อตกลงในภาพรวมคือแต่ละโรงพยาบาลจะซื้อในราคาเดียวกันไม่ว่าปริมาณมากหรือน้อย เป็นการดำเนินการคล้ายกับการซื้อยาร่วม</p> | <p>มีการบริหารงานพัสดุด้านการจัดซื้อจัดจ้างร่วมกัน ในบางรายการ เช่น วัสดุสำนักงาน ในรูปแบบการตกลงร่วม</p> |
| <p><u>4. การบริหารจัดการหน่วยจ่ายกลางร่วม</u> - กำหนดให้โรงพยาบาลสองพี่น้องเป็นผู้ดำเนินการหน่วยจ่ายกลาง ของทั้งสองโรงพยาบาลโดยขอรับการสนับสนุนในการสร้างอาคารหน่วยจ่ายกลาง บริหารการใช้เครื่องนึ่ง โดยคาดว่าจะปิดเครื่องนึ่งของโรงพยาบาลท่าใหม่ ในไตรมาสที่ 3-4 และดำเนินการส่งนึ่งที่โรงพยาบาลสองพี่น้อง</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.การบริหารหน่วยจ่ายกลางร่วมกัน โดยรพ.ท่าใหม่ส่งนึ่งที่โรงพยาบาลสองพี่น้อง 2.อยู่ระหว่างดำเนินการสร้างอาคารหน่วยจ่ายกลาง 3.งานซักฟอก รพ.ท่าใหม่บางส่วนส่งซักฟอกที่รพ.สองพี่น้อง |
| <p><u>5.การบริหารยาร่วม</u> โดยเปรียบเทียบราคา รายการยาระหว่างโรงพยาบาล แล้วพิจารณาเลือกบริษัทที่จะจัดซื้อร่วมกัน และวางแผนสำรองยาร่วมกันในส่วนของยาที่เป็นยาที่มีอัตราการใช้น้อย เช่น ยารักษาโรคมะเร็ง ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน เซรุ่มงู เป็นต้น</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.การบริหารStockร่วมสำหรับยาในกลุ่มที่มีการใช้น้อย , มูลค่าสูง เสี่ยงต่อการหมดอายุ |

ผู้ประสานงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
นางอัญชณา แจ่มแสงทอง ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด
มือถือ 086-3634837 e-mail address : Aoranchana@yahoo.com

ประเด็นที่ 6 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

(ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ)

ตัวชี้วัด 1) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 90)

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2562

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment: EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใสและตรวจสอบได้ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based: EB 1 – EB 26) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินเป็นรายไตรมาส ดังนี้

ไตรมาสที่ 1 ประเมินตนเองจัดทำหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านจัดซื้อจัดจ้าง (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 |

และกำหนดเกณฑ์ผ่านการประเมิน ระดับ 3

ไตรมาสที่ 2- 4 หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์

(Evidence Based: EB 1 – EB 26) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 โดยกระทรวงกำหนดเกณฑ์ผ่านการประเมินไตรมาส 2

ร้อยละ 80, ไตรมาส 3 ร้อยละ 85, และไตรมาส 4 ร้อยละ 90 ดังนี้

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3(ไตรมาส 2) | ระดับ 4(ไตรมาส 3) | ระดับ 5(ไตรมาส 4) |
|---------|---------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 70 | 75 | 80 | 85 | 90 |

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

2. แผนและผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2562

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีมีแผนการดำเนินงานให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี 23 หน่วยงาน จัดทำหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based: EB 1 – EB 26) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 ทุกหน่วยงาน ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วย Best Practice โดย

1) จัดอบรมชี้แจงเกณฑ์การประเมิน ทำความเข้าใจหัวข้อคำถาม แนวทางการจัดทำเอกสารหลักฐานที่ถูกต้องโดยทีมพี่เลี้ยงของจังหวัดจันทบุรี

2) จัดประชุมติดตาม กำกับการดำเนินงาน และตรวจสอบเอกสารหลักฐานให้ผ่านเกณฑ์การประเมินทุกรอบไตรมาสที่ 1-3

3) ทีมพี่เลี้ยงในจังหวัดศึกษาเกณฑ์การประเมิน คำจำกัดความ และพร้อมให้บริการปรึกษา การติดตามผลการดำเนินงานด้วยเทคนิค Service Mild สอดแทรกการกระตุ้นการตื่นรู้และตระหนักในการป้องกันปราบปรามการทุจริต

4) สร้าง line group “ITA@CHAN” เพื่อการติดต่อสื่อสาร ประสานงาน ปรึกษาหารือเสริมสร้างความเข้มแข็ง กำกับติดตามงาน สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายได้รวดเร็ว

ผลการดำเนินงาน

1) จัดกิจกรรม “การประกาศเจตจำนงสุจริต” และร่วมลงนาม “บันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือในการถือปฏิบัติตามประกาศเจตจำนงสุจริต” วันที่ 30 พฤศจิกายน 2561 ณ ห้องประชุมพลอยจันทร์ สสจ.จันทบุรี

2) จัดอบรมและประชุมติดตามงานเป็นไปตามแผนปฏิบัติการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในวันที่ 24 ธันวาคม 2561, วันที่ 1 มีนาคม 2562, วันที่ 22 มีนาคม 2562, วันที่ 3 พฤษภาคม 2562, และวันที่ 20 มิถุนายน 2562

3) ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562 หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ผ่านเกณฑ์การประเมินไตรมาสที่ 1 – 3 ทั้ง 23 หน่วยงาน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 100

3. รายละเอียด ตารางผลงาน

ไตรมาสที่ 1 หน่วยงานในกำกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based: EB 1 – EB 4) ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ทั้งหมดจำนวน 23 แห่ง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 100

| หน่วยงาน | ผ่านเกณฑ์ระดับ | หน่วยงาน | ผ่านเกณฑ์ระดับ |
|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| 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.เขาสุกิ | 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.แก่งหางแมว | 5 |
| รพ.นายายอาม | 5 | สสอ.นายายอาม | 5 |
| รพ.เขาคิชฌกูฏ | 5 | สสอ.เขาคิชฌกูฏ | 5 |

ไตรมาสที่ 2 หน่วยงานในกำกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based: EB 1 – EB 26) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทั้งหมดจำนวน 23 แห่ง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทั้งจังหวัดเท่ากับ 88.80 คะแนน ดังตาราง

| หน่วยงาน | คะแนน | | หน่วยงาน | คะแนน | |
|-------------------|--------|--|-----------------|--------|--|
| | ร้อยละ | | | ร้อยละ | |
| สสจ.จันทบุรี | 92.32 | | รพศ.พระปกเกล้าฯ | 100 | |
| สสอ.เมืองจันทบุรี | 88.46 | | รพช.สอยดาว | 100 | |
| สสอ.สอยดาว | 92.31 | | รพช.โป่งน้ำร้อน | 100 | |
| สสอ.โป่งน้ำร้อน | 92.31 | | รพช.มะขาม | 84.62 | |
| สสอ.มะขาม | 92.31 | | รพช.เขาคิชฌกูฏ | 84.62 | |
| สสอ.เขาคิชฌกูฏ | 100 | | รพช.ขลุง | 84.62 | |
| สสอ.ขลุง | 88.46 | | รพช.แหลมสิงห์ | 84.62 | |
| สสอ.แหลมสิงห์ | 100 | | รพช.ท่าใหม่ | 100 | |
| สสอ.ท่าใหม่ | 100 | | รพช.เขาสุกิ | 80.77 | |
| สสอ.นายายอาม | 100 | | รพช.นายายอาม | 100 | |
| สสอ.แก่งหางแมว | 100 | | รพช.แก่งหางแมว | 84.62 | |
| | | | รพช.สองพี่น้อง | 80.77 | |

ไตรมาสที่ 3 หน่วยงานในกำกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based: EB 1 – EB 26) ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ทั้งหมดจำนวน 23 แห่ง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทั้งจังหวัดเท่ากับ 98.66 คะแนน ดังตาราง

| หน่วยงาน | คะแนน | หน่วยงาน | คะแนน |
|-------------------|--------|-----------------|--------|
| | ร้อยละ | | ร้อยละ |
| สสจ.จันทบุรี | 100 | รพศ.พระปกเกล้าฯ | 100 |
| สสอ.เมืองจันทบุรี | 100 | รพช.สอยดาว | 100 |
| สสอ.สอยดาว | 96.15 | รพช.โป่งน้ำร้อน | 100 |
| สสอ.โป่งน้ำร้อน | 100 | รพช.มะขาม | 100 |
| สสอ.มะขาม | 100 | รพช.เขาคิชฌกูฏ | 100 |
| สสอ.เขาคิชฌกูฏ | 100 | รพช.ขลุง | 100 |
| สสอ.ขลุง | 100 | รพช.แหลมสิงห์ | 96.15 |
| สสอ.แหลมสิงห์ | 100 | รพช.ท่าใหม่ | 100 |
| สสอ.ท่าใหม่ | 100 | รพช.เขาสุกิ | 88.46 |
| สสอ.นายายอาม | 100 | รพช.นายายอาม | 100 |
| สสอ.แก่งหางแมว | 100 | รพช.แก่งหางแมว | 88.46 |
| | | รพช.สองพี่น้อง | 100 |

4. การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไขปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ/ ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานสามารถจัดทำเอกสารหลักฐานได้ครบถ้วนตามเกณฑ์การประเมิน แต่ยังมีบางหน่วยงานที่ต้องอาศัยตัวอย่างจากหน่วยงานอื่น มีแผนในการเพิ่มความสำคัญด้าน Mindset ของผู้เกี่ยวข้องงาน ITA

5. กลุ่มงานและชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางสาววัลฉัตร ลีลานั้นทวงศ์

ตำแหน่งนิติกรชำนาญการ กลุ่มงานนิติการ

โทร 081 6868035

Email :thawanchat@hotmail.com, thawanchat@gmail.com

ประเด็นที่ 6 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

(ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ)

ตัวชี้วัด 2) ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

ประเด็นการตรวจราชการ

การกำกับและติดตามการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) และการประเมินตามแนวทางการตรวจสอบงบการเงินของหน่วยงาน กำหนดระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามเป้าหมาย ในรอบที่ 2 ดังนี้

1. หน่วยบริการมีการประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (lectronics Internal Audit : EIA) และผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 80
2. หน่วยบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์เกณฑ์การประเมินได้แก้ไขปรับปรุงตามผลการประเมิน

ผลการดำเนินการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีการกำกับดูแลระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด โดยใช้กลไกการตรวจสอบภายในทุกหน่วยงานในสังกัด มีแผนการตรวจสอบภายในครอบคลุมทุกระดับ ตั้งแต่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแบ่งเป็นระดับจังหวัด และระดับอำเภอ สำหรับระดับจังหวัด มีจำนวน 12 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ (A) ขนาด 755 เตียง จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) จำนวน 7 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) จำนวน 4 แห่ง ในการตรวจสอบภายในหน่วยบริการระดับจังหวัด ใช้แบบประเมินประเมินประสิทธิภาพการบริการทางการเงินการคลังระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ในการสอบทานระบบควบคุมภายในของหน่วยบริการ, กำกับให้หน่วยบริการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) และกำกับติดตามการจัดทำงบการเงินให้ผ่านเกณฑ์ประเมินตรวจสอบงบการเงิน ดังนี้

1. หน่วยบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ครบทุกแห่ง โดยให้ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้ง มีหน้าที่ความรับผิดชอบประเมินประสิทธิภาพการบริการทางการเงินการคลังระบบควบคุมภายใน 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. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริการทางการเงินการคลังระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ตามคู่มือการประเมินระบบการควบคุมด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ของกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – เมษายน 2562 ขณะนี้ รอผลการประเมินคะแนนความถูกต้อง จากกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. งานการเงิน กลุ่มงานบริหารทั่วไป มีการจัดประชุมนักบัญชีเพื่อตรวจสอบงบการเงินของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง เป็นประจำทุกสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน เพื่อให้งบการเงินมีความถูกต้องข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ และเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด ซึ่งผลการประเมินการตรวจสอบงบการเงินกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

โรงพยาบาลเขาสุกิมี โรงพยาบาลมะขาม และโรงพยาบาลขลุ้ง มีผลการประเมินภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 34.77 มีรายละเอียด ดังนี้

- (1) โรงพยาบาลเขาสุกิมี ร้อยละ 32.81
- (2) โรงพยาบาลมะขาม ร้อยละ 47.89
- (3) โรงพยาบาลขลุ้ง ร้อยละ 23.61

สรุปผลการประเมินระบบควบคุมภายในและงบการเงินหน่วยบริการ

| ตัวชี้วัด | ผลการประเมิน |
|--|---|
| 1.1 หน่วยบริการมีการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA) และผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 | 1.1 หน่วยบริการทุกแห่งมีการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA) อยู่ระหว่างรอผลการประเมิน |
| 2. หน่วยบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์เกณฑ์การประเมินได้แก้ไขปรับปรุงตามผลการประเมิน | 2.1 หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายดำเนินการแก้ไขตามข้อบกพร่องจากการผลการตรวจสอบครบทุกหน่วยบริการ |

วิเคราะห์ประเด็นความเสี่ยงที่เป็นปัญหา อุปสรรค

1. การประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA)

1.1 ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังระบบควบคุมภายใน 5 มิติ เป็นระบบใหม่ ผู้รับผิดชอบ ขาดความรู้ และทักษะ ด้านระบบที่มีความซับซ้อนในการแนบไฟล์เอกสารประกอบการประเมินเป็นจำนวนมาก

1.2 ผู้ปฏิบัติงานยังขาดความรู้ความเข้าใจ ในระบบการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) จำนวน/ปริมาณของเอกสารหลักฐานที่ต้องนำเข้าไปในระบบซึ่งมีจำนวนมาก การกำหนดจำนวนให้แนบไฟล์เอกสารไม่ชัดเจน โดยเฉพาะเอกสารหลักฐานการเงินในแต่ละวันมีจำนวนมาก การแนบไฟล์ที่มีเอกสารจำนวนมากระบบยังไม่รองรับ จึงต้องผ่านกระบวนการทางเทคนิคอีกหลายประการ จึงสามารถนำไฟล์เอกสารเข้าระบบได้ ทำให้ต้องใช้เวลาในการนำเข้าเอกสาร นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการเข้าระบบฯ พร้อมกันจำนวนมากทำให้ระบบไม่สามารถดำเนินการได้

2. งบการเงิน

2.1 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี เป็นพนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว มีการลาออกต้องเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบบ่อยครั้ง ทำให้การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีขาดความต่อเนื่อง และผู้ปฏิบัติงานใหม่ขาดทักษะในการปฏิบัติงานด้านบัญชี เกิดความเสี่ยงทำให้การบันทึกบัญชีไม่ถูกต้อง ส่งผลให้งบการเงินไม่มีคุณภาพขาดความน่าเชื่อถือของข้อมูลทางการเงิน

แนวทางในการแก้ไข

1. การประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA)

1.1. จัดประชุมชี้แจงเกณฑ์การประเมิน ทำความเข้าใจหัวข้อคำถาม จัดทำเอกสารหลักฐานประกอบการประเมินที่ถูกต้อง จากกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังระบบควบคุมภายใน 5 มิติ

1.2 ออกประเมินติดตาม นิเทศ ให้คำแนะนำ ตรวจสอบเอกสารหลักฐานประกอบการประเมินล่วงหน้าก่อนเข้าระบบประเมินทางอิเล็กทรอนิกส์

2. งบการเงิน

2.1 จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดทำและวิเคราะห์งบการเงินของหน่วยบริการให้กับเจ้าหน้าที่การเงินบัญชี ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการจัดเตรียมเอกสารในการบันทึกบัญชี ได้ถูกต้องตรงตามข้อเท็จจริง และเป็นปัจจุบัน และเพื่อให้ผู้บริหารฯ สามารถอ่านงบการเงินตรวจสอบได้อย่างถูกต้อง

2.1. จัดประชุมนักบัญชี ผู้รับผิดชอบด้านการจัดทำงบการเงินของหน่วยบริการ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของงบการเงินทุกเดือน ก่อนนำส่ง

2.3 จัดทีมนักบัญชีพี่เลี้ยงช่วยตรวจสอบ ชี้แจง ให้คำแนะนำ หากพบงบการเงินมีความคลาดเคลื่อนผิดปกติ เพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง ข้อมูลทางการเงินมีความน่าเชื่อถือ

กลุ่มงานและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวสุรภา แสนสุข

นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ

กลุ่มงานบริหารทั่วไป

กำหนดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัดจันทบุรี
รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ วันที่ ๘- ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๒

| วัน/เวลา | กิจกรรม | หมายเหตุ |
|------------------------------------|---|--|
| ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ๐๗.๐๐ – ๐๘.๓๐ น. | - คณะตรวจราชการและนิเทศงานฯ เดินทางถึง สสจ.จันทบุรี | ห้องประชุมพลอยจันทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี |
| ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. | - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี นำเสนอสรุปผลการดำเนินงานตามกรอบประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงาน โดย - นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี - นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) - โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป นำเสนอสรุปผลการดำเนินงานตามกรอบประเด็นการตรวจราชการฯ และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดย - รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ๑ รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี | ห้องประชุมพลอยจันทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี |
| ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น. | รับประทานอาหารกลางวัน | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี |
| ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. | เปิด Smart service ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ทีมที่ ๑ ผู้ตรวจราชการกระทรวง/สาธารณสุขนิเทศก์ ร่วมกับคณะผู้บริหารจังหวัด และผู้แทนศูนย์วิชาการ ตรวจสอบเยี่ยม ๑ คปสอ. ทีมที่ ๒ คณะผู้นิเทศงาน นิเทศงานแยกรายคณะ ● คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ ● คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence) ● คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ | - อาคารจันทน์ภักดี สสจ.จันทบุรี - PCC วัดใหม่-ตลาด อ.เมือง จันทบุรี ห้องประชุมพลอยจันทร์ สสจ.จันทบุรี ห้องประชุม รพศ.พระปกเกล้า จันทบุรี ห้องประชุม ๑ สสจ.จันทบุรี |
| ๑๖.๓๐ – ๑๘.๓๐ น. | กีฬากระชับมิตร | สนาม Station Nine |
| ๑๘.๓๐ น. | รับประทานอาหารเย็น | ร้านอาหารปั้นจิ้ม |
| ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ๐๘.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. | ทีมที่ ๑ คณะผู้บริหารตรวจเยี่ยมพื้นที่ Surprise Visit ประกอบด้วย ผู้ตรวจราชการกระทรวง , สาธารณสุขนิเทศก์, ผู้บริหาร สสจ. ทีมที่ ๒ คณะผู้นิเทศงาน นิเทศงานและเก็บข้อมูล (ต่อ) | -โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน -รพ.สต.หนองตากง -ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ (OSS) ตำบลบ้านแหลม |
| ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. | รับประทานอาหารกลางวัน | |
| ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. | ทีมที่ ๑ คณะผู้บริหารตรวจเยี่ยมพื้นที่ (ต่อ) ทีมที่ ๒ - คณะผู้นิเทศงาน จัดทำรายงานผลการตรวจราชการ (ตจ.๑) ส่งเข้าระบบ e-inspection ภายในเวลา ๑๖.๐๐ น. - จัดทำสไลด์ PPT สรุปผลตรวจราชการและ Executive Summary KPI ที่รับผิดชอบ ส่งให้เลขาธิการเพื่อรวบรวมและสรุปเป็นภาพรวมคณะ เสนอต่อหัวหน้าคณะพิจารณาและนำเสนอในวันรุ่งขึ้น | |
| ๑๘.๐๐ น. | รับประทานอาหารเย็น | ร้านอาหารครัวคุณหญิง |
| ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๒ | | |
| ๐๘.๓๐ – ๐๙.๐๐ น. | - สาธารณสุขนิเทศก์ เป็นประธาน การประชุมเตรียมความพร้อมก่อนนำเสนอสรุปผลการตรวจราชการ | ณ ห้องรับรอง สสจ.จันทบุรี |
| ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. | - ผู้ตรวจราชการกระทรวงเป็นประธาน การนำเสนอสรุปผลการตรวจราชการ คณะที่ ๑ – ๓ และมอบข้อเสนอแนะ/ แนวทาง/ข้อสั่งการในการดำเนินงาน แก่คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล และผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้อง | ณ ห้องประชุมพลอยจันทร์ สสจ.จันทบุรี |
| ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น. | - รับประทานอาหารกลางวัน | |
| ๑๓.๐๐ – ๑๖.๐๐ น. | การนำเสนอสรุปผลการตรวจราชการ คณะที่ ๑ – ๓ (ต่อ) | |
| ๑๖.๐๐ น. | - ปิดการประชุม | |

หมายเหตุ ๑. รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๐.๔๕ น. และ ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕ น.

๒. ผู้ประสานการตรวจราชการจังหวัดจันทบุรี

| | | | |
|------------------------------|--------------------------|---------------|---------------------|
| - นายศาสนา ผาสุข | นวก.สร.ชก. | สสจ.จันทบุรี | มือถือ ๐ ๙๕๕๙ ๓๖๒๙๘ |
| - นายชานนท์ กมลานนท์ | นวก.สร.ชก. | สสจ.จันทบุรี | มือถือ ๐ ๘๙๙๓ ๖๙๙๐๖ |
| - น.ส.อัมพา ไพโรจน์กิจตระกูล | นวก.สร. | สสจ.จันทบุรี | มือถือ ๐ ๘๓๐๖๙ ๕๐๘๕ |
| - น.ส.ชญาภา ศุภารวงศ์ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน | รพ.พระปกเกล้า | มือถือ ๐ ๖๔๑๔๖ ๖๕๕๑ |

