

## 2.9 สาขาหัวใจ



| ลำดับ | ชื่อตัวชี้วัด                                                                                                      | เป้าหมาย               | ปีงบประมาณ.2559 | 6เดือน ปี 2560          |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|-------------------------|
| 1     | อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ                                                                                    | $\leq 28$ :<br>แสนปชก. | -               | 4.58<br>(59/1.28ล้านคน) |
| 2     | อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ STEMI ในรพ.                                                                        | $\leq$ ร้อยละ 10       | -               | 2.68<br>(3/112)         |
| 3     | ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เจียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI) | $\geq$ ร้อยละ 80       | 87.62           | 90.18<br>(101/112)      |
| 4     | ร้อยละโรงพยาบาลในระดับ F2 สามารถให้ ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ใน ผู้ป่วย STEMI ได้                      | ร้อยละ 100             | 60              | 100<br>(5/5)            |

## 2.9 สาขาหัวใจ



### สถานการณ์

1. รพ.А สมุทรปราการ ให้ Fibrinolytic drugs ไม่ได้ทำ PCI แต่ รพ.บางพลี และ รพ.จุฬารัตน์ 3 ทำ PCI เป็นหลัก
2. มี Warfarin clinic ครอบคลุมโรงพยาบาล และ Heart failure clinic ใน รพ.สมุทรปราการ
3. เริ่มมีระบบ warfarin registry ใน รพ.สมุทรปราการ รพ.บางบ่อ รพ.บางพลี และ รพ.บางจาก

## 2.9 สาขาหัวใจ



| ปัญหา / อุปสรรค                                                                                | ข้อเสนอแนะ                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| รพ.F2 เตรียมความพร้อมในการให้<br>Fibrinolytic drugs                                            | พัฒนาศักยภาพ CPG และ<br>CARE MAP ในที่ ๆ ไม่มีอายุรแพทย์ |
| รพ. A พิจารณา ทบทวนทำ PCI ร่วมกับ<br>รพ.รามธิบดี 2 (ขณะนี้ รพ.จุฬาช่วยรับ<br>case ให้อยู่แล้ว) | พิจารณาทบทวนการทำ PCI                                    |
| พัฒนาระบบ Warfarin registry<br>ให้ครบทุก รพช.                                                  | ลงทะเบียนผู้ป่วย Warfarin clinic<br>เป็นระบบ             |

## 2.10 สาขาโรคมะเร็ง



| ลำดับ | ชื่อตัวชี้วัด                                                  | เป้าหมาย    | ปีงบประมาณ 2559 | 6 เดือน ปี 2560    |
|-------|----------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|--------------------|
| 1     | ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์     | > ร้อยละ 80 | 45.98           | 94.30<br>(116/123) |
| 2     | ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์     | > ร้อยละ 80 | N/A             | 78.81<br>(93/118)  |
| 3     | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ | > ร้อยละ 80 | N/A             | 81.82<br>(36/44)   |

## 2.10 สาขาโรคมะเร็ง

### สถานการณ์



1. รพ.ระดับจังหวัดผ่าตัดได้ 100% อัตราตายมะเร็งตับ 7.69 : 100,000 ปชก.
2. Refer out เพื่อการรักษาด้วยการฉายแสง 100% และไม่มี Onco-Gynaecologist (วางแผนส่งไปเรียน ปี 2561)
3. มีระบบ Palliative care สู้ชุมชน แต่ไม่มี Pain clinic เนื่องจากขาดวิสัญญีแพทย์ (วางแผนให้ Oncologist เป็นผู้ดูแลแทน)
4. มี Onco Med 1 คน
5. อัตราตายมะเร็ง 5 อันดับแรก ปี 2560 ได้แก่
  - (1) หลอดลมและปอด เท่ากับ 8.70 (2) ตับ เท่ากับ 12.67
  - (3) เต้านม เท่ากับ 3.03 (4) ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 3.57
  - (5) กระเพาะอาหาร เท่ากับ 1.55

## 2.10 สาขาโรคมะเร็ง



| ปัญหา / อุปสรรค                                                                          | ข้อเสนอแนะ                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ระบบการเก็บข้อมูล cancer ใน Thai Cancer Based ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ยังทำได้ไม่สมบูรณ์ | สร้างระบบการเก็บข้อมูลและเชื่อมต่อกับ Thai Cancer Based ของ NCI (เริ่มลงข้อมูลกลางปี 2560)    |
| ขาดข้อมูลการ Refer กลับ                                                                  | สร้างระบบ Refer และ Refer back                                                                |
| ขาดบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้อง                                                              | ส่งบุคลากรศึกษาอบรมสาขา Onco Gynae                                                            |
| ไม่มี Pain clinic                                                                        | ส่งบุคลากรศึกษาอบรมสาขาวิสัญญีวิทยา (ให้ Oncologist ดูแลไปก่อน)                               |
| อยู่ในช่วงการจัดทำห้องผสมยาเคมีบำบัด                                                     | อยู่ในขั้นตอนขอห้อง Negative Pressure ตามแผนปี 2560 (ขณะนี้ใช้ outsource รพ.จุฬารัตน์ 9 อยู่) |

## 2.11 สาขาโรคไต



| ลำดับ | ชื่อตัวชี้วัด                                                             | เป้าหมาย   | ปีงบประมาณ.2559 | 6เดือน ปี 2560         |
|-------|---------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|------------------------|
| 1     | ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.72 m <sup>2</sup> /yr | ≥ ร้อยละ65 | 62.77           | 61.88<br>(3,165/5,115) |
| 2     | โรงพยาบาลระดับ M2 ลงไปผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อม               | > ร้อยละ50 | -               | 75 (3/4)               |

## 2.11 สาขาโรคไต



### สถานการณ์

1. มี CKD clinic ครบองค์ประกอบ(แพทย์ พยาบาล เภสัช) ที่ รพ.สป. รพ.บางบ่อ รพ.บางจาก มีศูนย์ไตเทียม 24 แห่งในจังหวัด
2. ระยะเวลารอคอย HD ทำได้ทันที ระยะเวลารอคอย CAPD 20 วัน
3. อัตราส่วน CAPD Nurse ต่อผู้ป่วย 1 : 65 (เกณฑ์  $\leq 4 : 260$ )
4. ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการใช้ระบบการตรวจด้วย enzymatic method



## 2.11 สาขาโรคไต



| ปัญหา / อุปสรรค                                                             | ข้อเสนอแนะ                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การจัดเก็บฐานข้อมูลไม่ตรงกัน N181 และ N184 และ ICD 10                       | พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลโรคไตและ IT ของรพ.                                                                                                                                                            |
| ข้อมูลโรคไตในผู้ป่วย NCD (NIDDM และ HT)ตาม ICD 10 เปลี่ยนวิธีการเก็บ        | เก็บข้อมูลโรคไตในผู้ป่วย NCD โดยเฉพาะ NIDDM และ HT เน้นที่ stage 3 และ 4                                                                                                                            |
| มี CKD Clinic และเครือข่ายบริการโรคไตไม่ครอบคลุม กำลังพัฒนารพ.บางเสาธง (F3) | <ul style="list-style-type: none"><li>พัฒนา CKD Clinic และเครือข่ายบริการโรคไตให้ครอบคลุม ทุกรพ.ทุกระดับ</li><li>มีพยาบาล HD ดูแล CAPD ได้</li><li>มี CAPD Care Team ทั้งผู้ป่วยนอก และใน</li></ul> |

## 2.12 สาขาจักษุ



| ลำดับ | ชื่อตัวชี้วัด                                                                             | เป้าหมาย         | ปีงบประมาณ.2559 | 6เดือน ปี2560              |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|----------------------------|
| 1     | ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกระยะ<br>บอด ( blinding Cataract ) ได้รับ<br>การผ่าตัดภายใน 30 วัน | $\geq$ ร้อยละ 80 | 96.52           | 70.74<br>(636/899)         |
| 2     | ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับ<br>การคัดกรองสายตา                                    | $\geq$ ร้อยละ 75 | -               | 51.09<br>(88,452 /173,129) |

## 2.12 สาขาจักษุ



### สถานการณ์

1. มีจักษุแพทย์ 4 ท่านและมี อสม.ช่วยคัดกรองส่ง รพช.และส่งต่อ รพช. มีแผนเพิ่มห้องผ่าตัดจาก 1 ห้อง เป็น 2-3 ห้องในปี 2562
2. ผู้ป่วย Blinding Cataract มีปริมาณน้อย เพิ่มการผ่าตัดใน Low Vision
3. การคัดกรอง DR 10,000 รายในผู้ป่วย NIDDM 25,000 = 40%(เกณฑ์  $\geq 70\%$ ) ในกลุ่ม NCD
4. เปิด Clinic cataract บางเสาไห้ อาทิตยร์ร่วมกับ รพ.รามาริบดี (ทำวันเสาร์และอาทิตยร์ได้ 150 ราย/1 ครั้ง/ปี)
5. มีจักษุแพทย์ retina มาปฏิบัติงานสิงหาคม 2560 และมีแผนส่งเรียนเพิ่มด้าน retina อีก 1 คน (หลักสูตร 1 ปี)

## 2.12 สาขาจักษุ



| ปัญหา / อุปสรรค                                                                                                                             | ข้อเสนอแนะ                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง Refer มาน้อย อายุมาก รอนจน blinding แล้วค่อยมา หรือแพทย์นัดแล้ว ไม่มา ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คุม FBS และ BP ได้ไม่ดี | กระตุ้นความสำคัญของการคัดกรองผู้ป่วย การมาพบแพทย์ เพื่อตรวจรักษา และควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรค           |
| รพช.ไม่มีFundus camera                                                                                                                      | ทำแผนจัดซื้ออุปกรณ์                                                                                    |
| การคัดกรอง DR ในผู้ป่วย NCD (NIDDM และ HT) ยังไม่ถึงเกณฑ์                                                                                   | เพิ่มการคัดกรอง DR ในผู้ป่วย NCD                                                                       |
| ข้อมูลไม่ครบ แต่การเก็บข้อมูลดีขึ้น ทันทเวลา                                                                                                | จัดการระบบการจัดเก็บข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลvision 2020                                                |
| Refer ออกนอกเขตโรคตาซับซ้อน(Retina)                                                                                                         | พัฒนาระบบ refer ไปยัง รพ.ที่มีศักยภาพโรคตาซับซ้อนและมี จักษุแพทย์ retina มาปฏิบัติงานเดือนสิงหาคม 2560 |

## 2.13 สาขาสุขภาพช่องปาก



| ลำดับ | ชื่อตัวชี้วัด                                            | เป้าหมาย   | 6เดือน ปี 2560 |
|-------|----------------------------------------------------------|------------|----------------|
| 1     | ร้อยละ รพ สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก ที่มีคุณภาพ | ≥ร้อยละ 60 | 10.66          |

| รายการข้อมูล  | เมือง | บางบ่อ | บางพลี | พระประแดง | พระสมุทรเจดีย์ | บางเสาธง | รวม   |
|---------------|-------|--------|--------|-----------|----------------|----------|-------|
| เป้าหมาย      | 19    | 14     | 8      | 17        | 10             | 7        | 75    |
| ผลงาน         | 0     | 5      | 1      | 1         | 0              | 1        | 8     |
| อัตรา/ ร้อยละ | 0     | 35.71  | 12.5   | 5.88      | 0              | 14.28    | 10.66 |

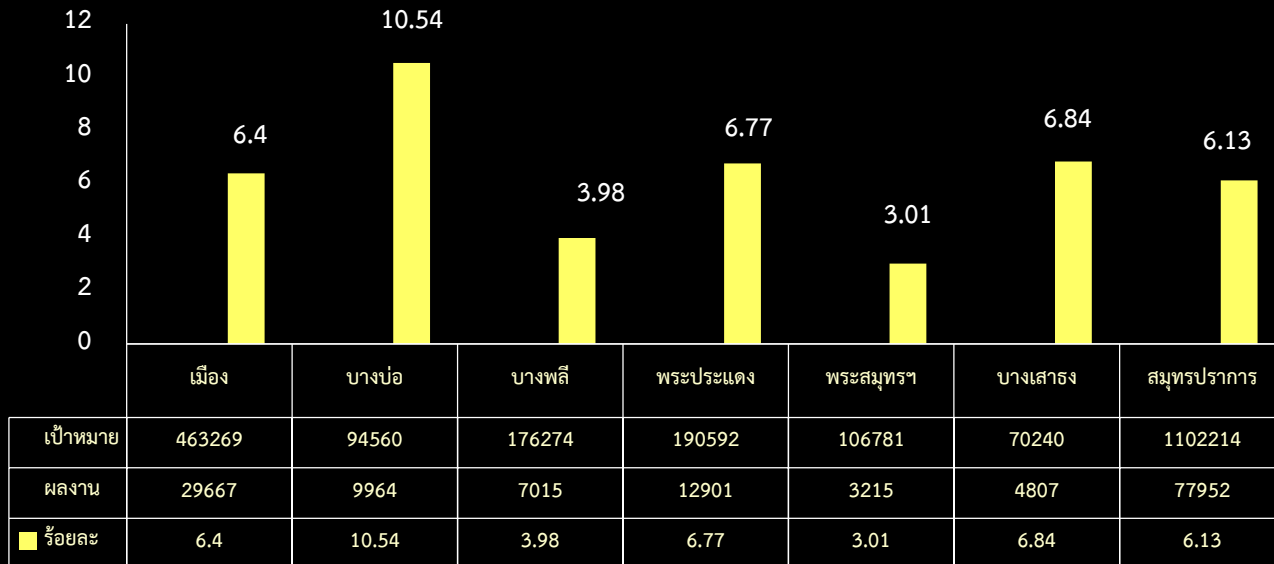
ผ่านเกณฑ์ 5 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม 58.66%

จัดบริการที่ครอบคลุม ร้อยละ 20                      10.66

## 2.13 สาขาสุขภาพช่องปาก



| ลำดับ | ชื่อตัวชี้วัด                                                | เป้าหมาย    | 6เดือน ปี 2560 |
|-------|--------------------------------------------------------------|-------------|----------------|
| 2     | อัตราการให้บริการสุขภาพช่องปาก<br>รวมทุกสิทธิของประชาชนในเขต | ≥ ร้อยละ 35 | ร้อยละ 6.13    |



## 2.13 สาขาสุภาพภาพช่องปาก



### สถานการณ์

1. ขาดแคลนทันตบุคลากร สัดส่วนทันตแพทย์ 1:26,806 (ประเทศ =1:4,913 เขต 6= 1:1,702)  
ทันตภิบาล 1:19,795 (ประเทศ =1:9,523 เขต 6= 1:10,896)
2. อัตราการย้ายออกนอกจังหวัดของทันตภิบาล จังหวัดสมุทรปราการสูง

| ปัญหา / อุปสรรค | ข้อเสนอแนะ                                                                                                                                                                 |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ขาดแคลนบุคลากร  | <ul style="list-style-type: none"><li>- ขอบทุนจากท้องถิ่นและส่งเสริมเด็กเรียนนักวิชาการทันตสาธารณสุข</li><li>- ขอโควตาเรียนนักวิชาการทันตสาธารณสุขจาก วสส.ชลบุรี</li></ul> |
| ปัญหาด้าน IT    | <ul style="list-style-type: none"><li>- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับพื้นที่ในเขต 6 ที่มีผลงานสูง</li></ul>                                                                    |

## 2.14 สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ



| ลำดับ | ชื่อตัวชี้วัด                      | เป้าหมาย                                                   | 6เดือน ปี 2560   |
|-------|------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------|
| 1     | Organ Donation<br>จากภาวะสมองตาย   | $\geq 1$ ราย : ผู้ป่วยเสียชีวิต<br>ในรพ. 100 ราย(1,031ราย) | 9.69%<br>(1 ราย) |
| 2     | Cornea Donation<br>จากตายทุกสาเหตุ | $\geq 5$ ราย : ผู้ป่วยเสียชีวิต<br>ในรพ. 100 ราย(1,031ราย) | 5.81%<br>(3 ราย) |



## 2.14 สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ



### การรณรงค์หาผู้บริจาค

- ตค – ธค 2559 มีผู้แสดงความจำนง บริจาคอวัยวะและ  
ดวงตา 40 ราย, บริจาคดวงตา 1 ราย
- มค – มีค 2560 มีผู้แสดงความจำนง บริจาคอวัยวะ  
106 ราย , บริจาคดวงตา 116 ราย

## 2.14 สาขาลูกถ่ายอวัยวะ



### สถานการณ์

1. เกณฑ์การใช้วินิจฉัยภาวะสมองตาย สามารถปฏิบัติได้ ใช้แพทย์ 3 คนวินิจฉัย
2. ยังไม่มีการแยก TC nurse ออกมาชัดเจน ยังไม่มี Full time TCN แต่ใช้พยาบาลจาก 6 หน่วยงาน หน่วยงานละ 2 คน วนมาปฏิบัติงาน
3. ยังไม่มีสถานที่ตั้งศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ แต่ใช้หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเป็นศูนย์ประสานงาน

### ปัญหา / อุปสรรค

### ข้อเสนอแนะ

ขาดบุคลากรและสถานที่

ส่งพยาบาลฝึกอบรม TC Nurse และจัดหาสถานที่ตั้งศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ เพิ่มค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน

ไม่มีการรายงาน Potential Donor ที่ทันเวลา

มีการรายงาน Potential Donor 2 สัปดาห์ต่อครั้ง เพื่อเตรียมการ resuscitate organ

ทำงานร่วมกับ Palliative care team

ประสาน PCN ส่งอบรมให้ครบ และมาช่วย TCN team

## 2.15 สาขาอุบัติเหตุ



| ลำดับ | ชื่อตัวชี้วัด                                                                                                    | เป้าหมาย         | ปีงบประมาณ.2559 | 6เดือน ปี 2560     |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|--------------------|
| 1     | อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยใน จากการ<br>บาดเจ็บ (19 สาเหตุ) ที่มีค่า<br>Ps score $\geq 0.75$ ในโรงพยาบาล<br>ระดับ A | < ร้อยละ 1       | 0.28            | 1.17<br>(23/1,960) |
| 2     | ร้อยละของ ER คุณภาพในรพ.<br>ระดับ A, S และ M1,M2,F1,F2                                                           | $\geq$ ร้อยละ 40 | 77.89           | 100%<br>(5/5)      |
| 3     | ร้อยละของ ECS คุณภาพในรพ.<br>ระดับ A, S และ M1,M2,F1,F2                                                          | $\geq$ ร้อยละ 60 | 100             | 100<br>(5/5)       |

## 2.15 สาขาอุบัติเหตุ



### สถานการณ์

- 1.การจราจรหนาแน่น อัตราตายอุบัติเหตุบนท้องถนน เท่ากับ 18.5 ต่อแสน ปชก.  
(เป้าหมายน้อยกว่า 18 ต่อแสนประชากร)
- 2.จำนวนแพทย์ฉุกเฉินมีน้อย มี ENP 2 ท่าน และ Nurse Coordinator 1 ท่าน ไม่มีแพทย์ EP
- 3.พื้นที่จำกัดแต่ใช้อย่างคุ้มค่า TEA unit อยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (มีแผนทบทวนห้องทำใหม่)

| ปัญหา / อุปสรรค                                     | ข้อเสนอแนะ                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การประเมิน ER คุณภาพ                                | <ul style="list-style-type: none"><li>• พัฒนาบุคลากรและประสานงานตำรวจจราจร</li><li>• พัฒนาการจัดเก็บข้อมูล OHCA, ROSC, STR และ STA</li></ul> |
| การประเมิน ECS คุณภาพ                               | จัดการ Emergency คุณภาพ ALS                                                                                                                  |
| พัฒนาระบบ Trauma Fast Track ให้ได้ตามเป้า ร้อยละ 80 | พัฒนาระบบ Trauma Fast Track ให้ได้ตามเป้า 80% และ TEA unit 100 %                                                                             |

## 2.16 การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ



### 2.16.1 HA

| ชื่อตัวชี้วัด                                    | เป้าหมาย                               | ปีงบประมาณ.2559 | 6เดือน ปี2560 |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|---------------|
| ร้อยละของโรงพยาบาล<br>สังกัด กสธ.มีคุณภาพ        | 1. ร้อยละ 100<br>ของรพศ./รพท.          | 3/3             | 100           |
| มาตรฐานผ่านการรับรอง<br>HA ขั้น 3 และ Reaccredit | 2. มากกว่าร้อยละ80<br>ในโรงพยาบาลชุมชน | 3/4             | 75            |

## 2.16 การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ



### 2.16.1 HA

#### สถานการณ์

- จังหวัดสมุทรปราการ มีการพัฒนาคุณภาพสถานบริการระดับตติยภูมิและทุติยภูมิตามมาตรฐาน HA ซึ่งมีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด จำนวน 6 แห่ง ดังนี้
1. รพ.สป. ได้รับการรับรอง Re-accredit วันที่ 26 พฤษภาคม 2558 – วันที่ 25 พฤษภาคม 2561
  2. รพ.บางพลี ได้รับการรับรองระหว่าง วันที่ 4 ธันวาคม 2557 – วันที่ 3 ธันวาคม 2559
  3. รพ.บางบ่อ ได้รับการรับรอง Re-accredit วันที่ 27 มีนาคม 2558 – 26 มีนาคม 2561
  4. รพ.บางจาก ได้รับการรับรองระหว่าง วันที่ 29 กันยายน 2558 – วันที่ 29 กันยายน 2560
  5. รพ.พระสมุทรเจดีย์ฯ ได้รับการรับรองอัตรง ชั้นที่ 2 ระหว่าง 24 มิถุนายน 2559 – 19 มิถุนายน 2560 และปี พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accredited) เมื่อวันที่ 24 มกราคม 2560 – 23 มกราคม 2562
  6. รพ.บางเสาธง เป็นโรงพยาบาลเปิดใหม่ เริ่มให้บริการ เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2557 โดยจะมีการดำเนินงานคุณภาพการพยาบาล(QA) ในปี พ.ศ. 2560

## 2.16 การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ

### 2.16.1 HA

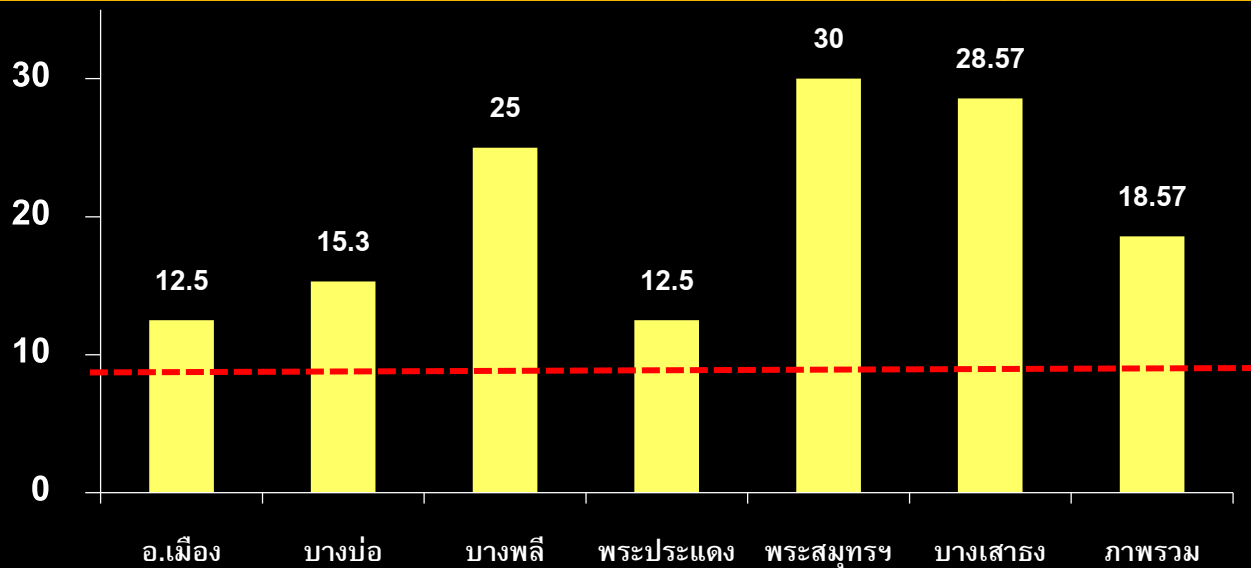


| ปัญหา / อุปสรรค                                                   | ข้อเสนอแนะ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ทีมงานพัฒนาฯ ขาดความเข้าใจ<br>ในกระบวนการคุณภาพ<br>สถานพยาบาล(HA) | <ul style="list-style-type: none"><li>การใช้กลไกคณะกรรมการ QLN ระดับจังหวัด/อำเภอ<br/>ลงเยี่ยมหน่วยงานเสริมพลัง และช่วยในประเด็นที่<br/>โรงพยาบาลต้องการในด้านวิชาการ พร้อมทั้งพัฒนา<br/>ระบบงานที่สำคัญ เช่น ระบบ IC, LAB เป็นต้น</li><li>รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องและโอกาสในการพัฒนา<br/>นำเสนอเพื่อขอรับการสนับสนุน ต่อผู้บริหารในเวที<br/>การประชุมผู้บริหารระดับจังหวัด</li><li>ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพ</li></ul> |

## 2.16.2 รพ.สต. ติดดาว



| ชื่อตัวชี้วัด                                | เป้าหมาย  | 6เดือน ปี 2560 |
|----------------------------------------------|-----------|----------------|
| การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ให้ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด | ร้อยละ 10 | ร้อยละ 18.57   |





## 2.16.2 รพ.สต. ตัดดาว



### สถานการณ์

จังหวัดสมุทรปราการ มี รพ.สต. จำนวน 70 แห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเอง จำนวน 13 แห่ง เป็นพื้นที่เขตเมือง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน มีผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน เด็กเล็กถูกส่งไปฝากเลี้ยง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องปรับเวลาทำงาน เป็นเวลาของประชาชน มีการพัฒนา รพ.สต. ตัดดาว โดยในระดับจังหวัด มีคณะทำงานจากทุกกลุ่มงาน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ตามเกณฑ์ และ ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 18.57

### ข้อเสนอแนะ

1. นำผลการประเมินในแต่ละหมวดมาวางแผนพัฒนางานให้ได้คุณภาพและชัดเจนขึ้น
2. พัฒนารพ.สต.ให้เชื่อมโยงกับเกณฑ์ PCA เดิม เพื่อพัฒนา PCC

# จบการนำเสนอ

