

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ
ระดับกระทรวง จังหวัดสมุทรปราการ รอบที่ 1
วันที่ 10-12 มกราคม พ.ศ.2561



รายชื่อผู้นิเทศ

3 10 000 000 000

1. นพ.สมชาย แก้วเขียว	รอง ผอ.การฝ่ายการแพทย์	รพ.พุทธโสธร
2. นพ.อัศรฐาน จิตนุยานนท์	ผอ. สำนักงานการแพทย์ เขต 6	กรมการแพทย์
3. พญ.हरรรษา รักษาคม	ผอ. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6
4. พญ.ปัทมา ศิริเวช	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
5. นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	สสจ.ฉะเชิงเทรา
6. ดร.ภญ.ณธิป วิมุตติโกศล	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	องค์การอาหารและยา
7. นางฐาณินญา แสนศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6
8. นางพิชิตา ตัญญบุตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สสจ.ฉะเชิงเทรา
9. น.ส.รสสุคนธ์ กลิ่นหอม	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ	สถาบันการแพทย์แผนไทย
10. น.ส.ปรีชญ์ชนันท์ พูลเนียม	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	สถาบันการแพทย์แผนไทย
11. นายบารเมษฐ์ ผมคำ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กองบริหารการสาธารณสุข สป.
12. น.ส.วิภารัตน์ เจือจาน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กองบริหารการสาธารณสุข สป.
13. ดร.วรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.พุทธโสธร
14. นายโชคชัย กิมโสม	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.พุทธโสธร
15. นายอนุกุล สิงห์หา	นักวิชาการสาธารณสุข	รพ.พุทธโสธร

คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

สถานการณ์



ปี 2560 จังหวัดสมุทรปราการ เปิดดำเนินการ PCC จำนวน 3 แห่ง ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ

1. โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ เปิด 2 PCC คือ PCC ราชา และ PCC เทพารักษ์
2. โรงพยาบาลบางพลี เปิด 1 PCC คือ PCC บางแก้ว

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) (ร้อยละ 36 ของเป้าหมาย 5 ปี คือ $60-64=24$ ทีม)	24 ทีม	15 ทีม	62.5

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1.การจัดหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและ สหวิชาชีพให้ทำงานอยู่ใน PCC หรือ ใน FCT ไม่ เพียงพอตามแผนการพัฒนา PCC ในแต่ละปีได้	1. นำปัญหาเข้าในวาระการประชุมคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)เพื่อหาทางช่วยเหลือ
2.งบประมาณไม่เพียงพอในการจัดจ้างบุคลากร ให้ได้ตามเกณฑ์	2.ประสานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายช่วยเหลือทางด้าน การเงิน

ข้อเสนอระดับนโยบาย

ขยายกรอบอัตรากำลังในรพ.สต.มีประชากร 30,000 คนที่สามารถตั้งเป็นPCC
เป็น 1 Cluster เพราะจะมีปัญหาภาระหนักในการจ้างอัตรากำลังเอง



- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าเกณฑ์ ODS 12 โรค
จำนวน 238 ราย
- โรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สามารถจะดำเนินการได้ คือ
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ผลการดำเนินงาน



ชื่อตัวชี้วัด	ข้อมูล 1 ต.ค. 60 – 25 พ.ย. 60		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	15 %	34/238	14.28

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- กรณีร้องเรียนเมื่อคนไข้ไม่ได้รับการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล หรือ กรณีเกิดปัญหาเมื่อรับการผ่าตัดกลับไปที่บ้าน	ความช่วยเหลือในการไกล่เกลี่ยเมื่อมีข้อร้องเรียน

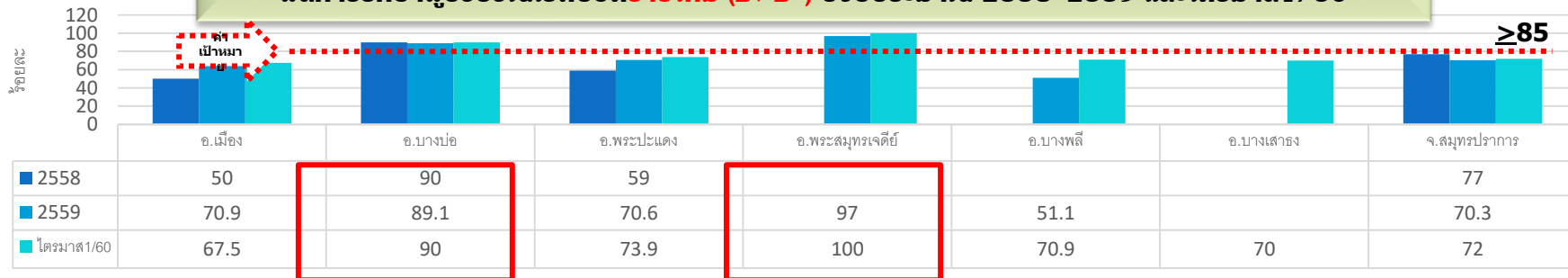


อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ $\geq$ ร้อยละ85

ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (B+ B-) ปีงบประมาณ 2558-2559



ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (B+ B-) ปีงบประมาณ 2558-2559 และไตรมาส1/60



สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ความสำเร็จการรักษาต่ำกว่าเป้าหมาย คือ การขาดยา และการตาย โดยเฉพาะกลุ่ม สูงอายุ และกลุ่ม มีโรคร่วม เช่น HIV,COPD,ทุพโภชนาการ)

ที่มา:tbcmthailand.net ณ วันที่ 9 มค.61

3 อำเภอแรกที่มีอัตราการตาย และขาดยาสูง ในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (B+ B-) ในจังหวัดสมุทรปราการ (ปี 2559)

ตาย	1) อำเภอพระปะแดง (9.8%) 2) อำเภอบางบ่อ (8.2%) 3) อำเภอบางพลี (8.3%)
ขาดยา	1) อำเภอบางพลี (12.9%) 2) อำเภอพระปะแดง (11%) 3) อำเภอเมือง(4.7%)

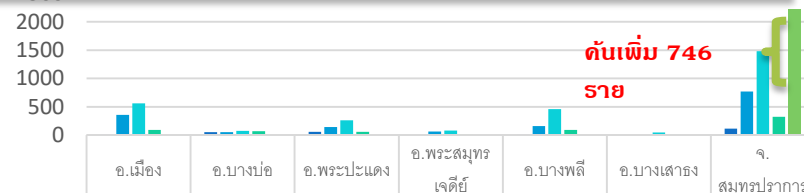
รายงานผลการดำเนินงานวัณโรคสะสมไตรมาส (ข้อมูล วันที่ 1 ตค. 60 -5 มค. 61)

จังหวัด	Estimates(ราย)	register all form(ราย)	% Treatment coverage
ชลบุรี	2,551	427	16.7
ระยอง	1,204	198	16.4
จันทบุรี	916	160	17.5
ตราด	395	65	16.5
สมุทรปราการ	2,225	316	14.2
สระแก้ว	962	133	13.8
ปราจีนบุรี	834	177	21.2
ฉะเชิงเทรา	1,212	124	10.2

เขต 6 **10,298** **1,600** **15.5**
กลุ่มเสี่ยงเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง ปี 2560

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนที่ได้รับการคัดกรองวัณโรค (ราย)	พบผู้ป่วยวัณโรค (ราย)
เรือนจำ	5,801	67
แรงงานข้ามชาติ	30,000	30
ผู้ป่วยเบาหวาน	9,086	29
HHC M+	1,200	17
HHC MDR-TB	5	0
HIV	11,390	33
ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี	6,687	7
รวม	64,169	183

จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (All Form) ในกลุ่มคนไทย ไม่ใช่คนไทย และเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนการรักษา ปีงบประมาณ 2558-2560 และคาดประมาณผู้ป่วยปี 2561



	อ.เมือง	อ.บางปะกง	อ.พระประแดง	อ.พระสมุทรเจดีย์	อ.บางพลี	อ.บางเสาธง	จ.สมุทรปราการ
ปี 2558	4	52	58		1	0	115
ปี 2559	354	53	139	64	156	0	766
ปี 2560	558	74	261	80	459	47	1479
ไตรมาส 1/61	89	68	54	13	90	8	322
estimate2561							2,225

กลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ปี 2561

กลุ่มเสี่ยง	เป้าหมาย	ผลงาน
ผู้สัมผัสผู้สวัณโรค	1,500	NA
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	5,000	NA
ผู้ป่วยเบาหวาน	7,285	NA
ผู้ต้องขังในเรือนจำ	5,800	NA
แรงงานข้ามชาติ	14,331	NA
ผู้สูงอายุ	120,800	NA
อื่นๆ	-	-
รวม	154,716	NA

ประเด็นชื่นชม



- มีการขยายการดำเนินงาน TB ไปยังโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 16 แห่ง ทำให้เพิ่มวงครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษามากยิ่งขึ้น
- โรงพยาบาลสมุทรปราการ มีการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของเขตเมือง โดยเน้นการประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค
- มีการเร่งรัดการค้นหาเชิงรุก ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ และมี NGO (รักษ์ไทย)ร่วมดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ



1. **กลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วย** รพ.สต.ควรทำทะเบียนคัดกรองติดตามอย่างน้อย 2 ปี(10% ป่วยใน 2ปี)
2. **กรณีผู้ป่วยเสี่ยงวัณโรคดื้อยา (กลุ่ม Re-On-Pre)** แนะนำให้ส่งเสมหะเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยา เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาและให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ลดการแพร่เชื้อดื้อยา
3. ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต (สูงอายุ,โรครื้อรัง) ควรวางแผนดูแลผู้ป่วย **จัดให้มีผู้จัดการผู้ป่วยแต่ละราย (case manager)** ที่พร้อมให้การติดตามอาการผู้ป่วยได้ทุกวัน
4. **ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย** ควรพิจารณา**เริ่มยาต้านไวรัส (ARV)**ในผู้ป่วยทุกราย โดยเริ่มเร็วภายใน 2 สัปดาห์ อย่างช้าไม่เกิน 4 สัปดาห์ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต

สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์

ผสมผสาน: ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับ
บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน

» สถานการณ์

จังหวัดสมุทรปราการ มีสถานบริการสาธารณสุขจัดให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทย แบ่งเป็น

- โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 32 แห่ง

» ผลการดำเนินงาน



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา/ร้อยละ
1.ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 20	ร้อยละ 27.57

แหล่งข้อมูล: ฐานข้อมูล HDC ไตรมาสแรก ปี 2561 ณ 25 ธันวาคม 2560

ผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยฯ 74,567 ครั้ง

ผู้เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด 270,421 ครั้ง

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
๑. บุคลากรวิชาชีพ การแพทย์แผนไทยจำนวนไม่ เพียงพอ	เสนอแนะให้ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลและ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในการจัดบริการ การแพทย์แผนไทยในทุกหน่วยบริการ
๒. บุคลากรสหวิชาชีพขาด ความรู้และความมั่นใจ ด้านการแพทย์แผนไทยและ ยาสมุนไพร	เสนอแนะให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับสหวิชาชีพ เรื่องของการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพร เพื่อให้สหวิชาชีพมีความรู้ และมีความมั่นใจในการแนะนำการ ส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพร มากขึ้น

สาขา RDU

ตัวชี้วัด ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ปี 2561

RDU ขั้นที่ 1		เป้าหมาย
RDU1 (โรงพยาบาล)	RDU2 (รพ.สต.)	
1. ยาหลักแห่งชาติ > 75–90% 2. PTC มีมาตรการ RDU ผ่านเกณฑ์ ระดับ 3 3. ตัดยาไม่มีประสิทธิผล 4. Label มีชื่อยาภาษาไทย และ ค่าเดือน 5. Ethics	ลดการใช้ ATB ใน 2 โรค ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (40% ของ PCU ทั้งหมดผ่านเกณฑ์)	≥ 80%
RDU ขั้นที่ 2		เป้าหมาย
RDU1 (โรงพยาบาล) เพิ่ม	RDU2 (รพ.สต.)	
1. ลดการใช้ ATB (4 กลุ่มโรค) - RI, AD, FTW, APL 2. ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง - ผู้ป่วย DM ที่สูงอายุ ใช้ Glibenclamide ≤ 5% - ผู้ป่วย CKD ใช้ NSAIDs ≤ 10% - Pregnancy ไม่ใช้ warfarin, statin, Ergots	ลดการใช้ ATB ใน 2 โรค - โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน - อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (60% ของ PCU ทั้งหมดผ่านเกณฑ์)	≥ 20%

ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU)



รายชื่อ โรงพยาบาล	สรุปผลการประเมิน RDU	
	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2
1.สมุทรปราการ	X	X
2.บางพลี	X	X
3.บางบ่อ	/	X
4.พระสมุทรเจดีย์	/	X
5.บางจาก	X	X
6.บางเสาธง	X	X



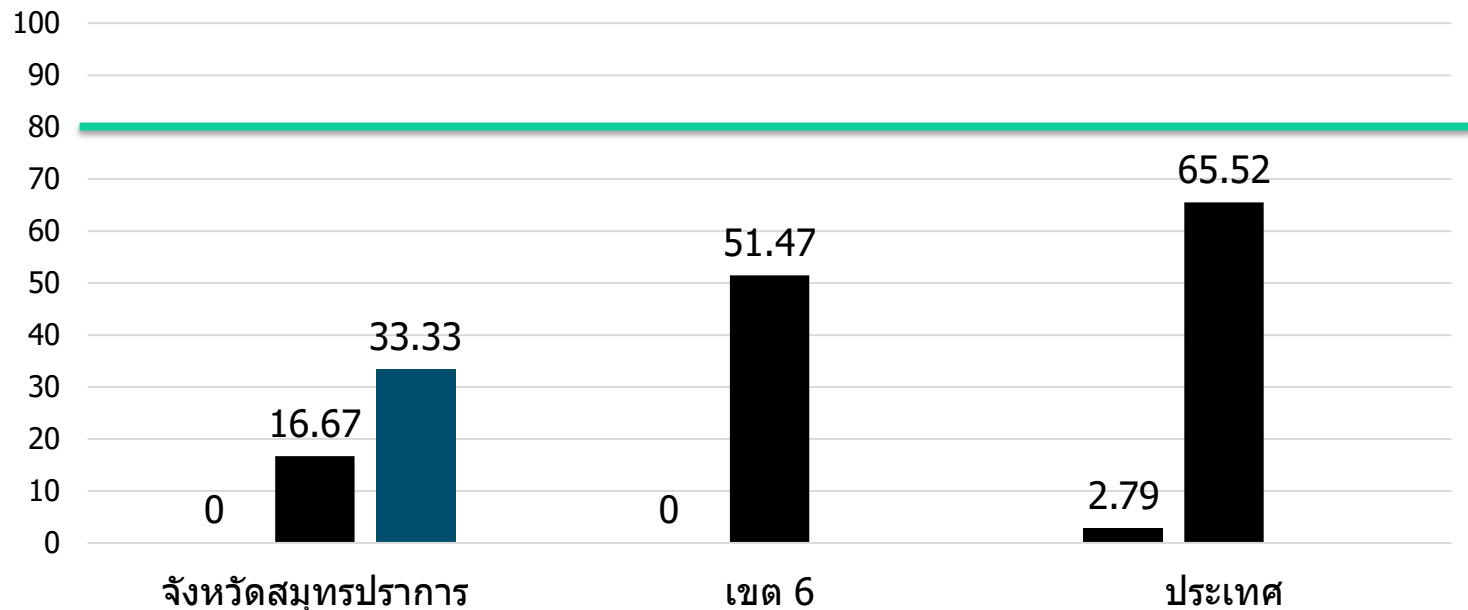
สรุปผลการดำเนินการ RDU ไตรมาส
ที่ 1 ปีงบประมาณ 2561ทุก
โรงพยาบาลมีการดำเนินการได้ดีขึ้น



- โดยมีโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ขั้น
ที่ 1 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่
 - รพ.บางบ่อ
 - รพ.พระสมุทรเจดีย์
- คิดเป็นร้อยละที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้น
1 เท่ากับ 33.33 (2/6)
- ยังไม่มีโรงพยาบาลใดผ่านเกณฑ์
RDU ขั้น 2 คิดเป็นร้อยละ 0

» ผลการดำเนินงาน

ร้อยละของ รพ.RDU ชั้นที่ 1 (รพ.ผ่าน RDU 1 และ รพ.สต.ผ่าน RDU2)



ข้อมูลจากรายงานเฉพาะกิจ : ไตรมาสที่ 1 ปี 2560-ไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ 2560

ข้อมูลจากการรายงานโดยจังหวัด : ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2561

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การ ดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการดำเนินงานของจังหวัดและหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะ
-การใช้ยาปฏิชีวนะใน โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลยังไม่ผ่าน เกณฑ์	1.โรงพยาบาลมีการประชุมทุก 2 เดือน และมีการ Monitor รพ.สต. -จังหวัด/หน่วยงานที่รับผิดชอบแนะนำให้ใช้ยาสมุนไพรทดแทนการใช้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ ฟาทะลายโจร ยากล้วย(ผงกล้วย น้ำว่า)(สามารถเข้าไปดูได้ที่ http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/medicine/herbal/list/646#item-9365) 2.ประชาสัมพันธ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้แก่ประชาชนทั่วไป ผ่าน ทางอสม. และสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ เสียงตามสายขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น -จังหวัด/หน่วยงานที่รับผิดชอบจัดหาสื่อประชาสัมพันธ์ที่ผู้ป่วย สามารถเข้าใจได้ง่าย(สามารถเข้าไปดูได้ที่ http://newsser.fda.moph.go.th/rumthai/asu/download.php) 3.รณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านยาเพิ่มขึ้น



ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

- การรายงานแบบสะสมทาง รายงานของกบรส.ทุกไตรมาส(ก่อนวันที่15ของเดือนถัดไป)
- การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเช่นทางจังหวัด/รพ.มีการประชุมเครือข่ายบริการระดับจังหวัด/อำเภอ และติดตามการรายงานทุกเดือน
- ความร่วมมือของทีมงานสหสาขาวิชาชีพ เช่น โรงพยาบาลบางบ่อ มีการขับเคลื่อนโดยทีมแพทย์เป็นผู้ผลักดันหลัก และท่านสสอ. ติดตาม รพ.สต. อย่างไม่ลืมหูลืมตา
- การรณรงค์ให้ความรู้ และระดมความร่วมมือในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมทั้งการดำเนินงานในชุมชน โดยมีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อย.น้อย อสม. ผู้นำชุมชน

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ :

Action ระดับหน่วยบริการ

กิจกรรม AMR อย่างบูรณาการ	ข้อมูล ต.ค. 60 - ธ.ค. 60 เกณฑ์ $\geq 70\%$	
	รพ.สมุทรปราการ	รพ.บางพลี
1. การกำหนดนโยบายและมาตรการ โดยทีมบริหารจัดการ AMR	มี	มี
2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ		
2.1 สามารถวินิจฉัยเชื้อดื้อยาได้ตามมาตรฐานที่กำหนด	แยกได้เฉพาะ <i>A. baumannii</i> ไม่สามารถแยก <i>E. faecium</i> ได้	ยังไม่เปิดให้บริการแบคทีเรีย มีเฉพาะเครื่อง Homoculture
2.2 มีระบบ Lab Alert ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบอย่างทันทั่วทั้งที่	มี (VRE)	มี
2.3 จัดทำ Antibioqram อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	ล่าสุด ปี 2560	อยู่ระหว่างขอข้อมูลแลบนอก
2.4 มีระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์	HC Lab	ไม่มี
2.5 มีรายงานเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด (ข้อมูล มกราคม 2560 – ธันวาคม 2560)	ได้รับข้อมูลถึง ธ.ค. 60	ไม่มี

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ :

Action ระดับหน่วยบริการ

กิจกรรม AMR อย่างบูรณาการ	เกณฑ์ $\geq 70\%$	
	รพ.สมุทรปราการ	รพ.บางพลี
3. การดูแลกำกับการใช้ยาในโรงพยาบาล		
3.1 ติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญทุก 6 เดือน	มี	กำลังดำเนินการ
3.2 ประเมินความเหมาะสมการใช้ยา (DUE,DUR) กลุ่มที่ต้องควบคุมการใช้	มี	มี
4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล		
4.1 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ 1 ครั้ง	มี	มี
4.2 อัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลักในโรงพยาบาล เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI เดือนละ 1 ครั้ง	มี	มี
4.3 รายงานเชื้อก่อโรคและความไวของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่ง 1 ครั้ง	มี	มี

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ :

Action ระดับหน่วยบริการ

กิจกรรม AMR อย่างบูรณาการ	เกณฑ์ $\geq 70\%$	
	รพ.สมุทรปราการ	รพ.บางพลี
4.4 รายงานอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตามข้อ 4.1- 4.3 ไปยังสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค	กำลังดำเนินการ	มี
5 การวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ นำไปสู่มาตรการ		
5.1 มีการติดตามขนาดปัญหาเชื้อดื้อยา อย่างสม่ำเสมอ	มี	มี
5.2 มีการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยากับความไวของเชื้อดื้อยา และขนาดปัญหา AMR สม่ำเสมอ	มี	มี
5.3 มีการวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อ/การระบาดของ AMR แยกตามหอผู้ป่วยหรือ PCT และมีการคืนกลับข้อมูล	มี	มี
5.4 การสรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์ และสภาพปัญหา AMR เพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป	มี	มี

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
รพ.บางพลียังไม่เปิดให้บริการแบคทีเรีย จึงไม่สามารถจัดทำ Antibioqram ของรพ.ได้	ติดต่อแลบนอกที่รับตรวจต่อเพื่อขอข้อมูล มาจัดทำ antibiogram ของรพ.	-
รพ.บางพลีไม่มีระบบบันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ เมื่อได้รับผลเพาะเชื้อจากแลบนอก จะนำไปรายงานผลมา scan และ upload เข้า HIS ทันทีทำให้เมื่อต้อง	ควรบันทึกข้อมูลในรูป excel เพื่อให้เก็บข้อมูล/รายงานได้ง่ายขึ้น	-
รพ.สมุทรปราการใช้โปรแกรม HC Lab สามารถ export ข้อมูลออกมาได้ แต่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ Antibioqram ในระดับเขต/ประเทศได้ เนื่องจากข้อมูลที่ได้เป็น SIR และ export ได้ทีละเชื้อ	ควรปรับปรุงโปรแกรมให้ export ข้อมูลเป็น zone size ของยาและ all organism	-

สาขาการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ

สถานการณ์



ปีงบประมาณ 2560

- 1) การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขาหลัก (หัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ ทารกแรกเกิด) ลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 8.14
- 2) โปรแกรม Thai Refer ภาพรวมการใช้โปรแกรมทั้งจังหวัด 85.03, ส่งต่อภาพถ่ายการแพทย์ online ระหว่างโรงพยาบาลทุกแห่ง ยกเว้น รพ.บางเสาธง
- 3) อัตราการส่งต่อ 4 สาขาหลัก
 - 3.1 อายุรศาสตร์โรคหัวใจ 2 คน (รพ.สมุทรปราการ)
 - 3.2 อายุรศาสตร์ 14 คน (รพ.สมุทรปราการ 8 /รพ.บางพลี 1 /รพ.บางบ่อ 3/รพ.บางจาก 1/รพ.พระสมุทรเจดีย์ 1)
 - 3.3 อายุรศาสตร์สาขามะเร็ง 2 คน (รพ.สมุทรปราการ)
 - 3.4 กุมารเวชศาสตร์ 12 คน (รพ.สมุทรปราการ 8/ รพ.บางพลี 2/ รพ.บางบ่อ 2/ รพ.บางจาก 1)
 - 3.5 อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 (รพ.สมุทรปราการ 1/ รพ.บางพลี 1)
 - ประสาทศัลยศาสตร์ 2 คน (รพ.สมุทรปราการ)
 - ศัลยศาสตร์ 11 คน (รพ.สมุทรปราการ 6/ รพ.บางพลี 1/ รพ.บางบ่อ 2/ รพ.บางจาก 1/ รพ.พระสมุทรเจดีย์ 1)

ผลการดำเนินงาน



รอบ 3 เดือนแรก : ดำเนินการได้ครบ 3 ขั้นตอน

ชื่อตัวชี้วัด (ลดลงร้อยละ 10)	ปีงบ 60 (1 ต.ค.59-20 ธ.ค.59)	ปีงบ 61 (1 ต.ค.60-20 ธ.ค.60)	ลดลงร้อยละ
ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา			
1. สาขาหัวใจ	54	50	7.41
2. สาขามะเร็ง	317	229	27.76
3. สาขาทารกแรกเกิด	28	26	7.14
4. สาขาอุบัติเหตุ	60	59	3.28
รวม	460	364	20.87

หมายเหตุ : ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ตามตัวชี้วัดจะพิจารณาเมื่อครบ 12 เดือน

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- ผู้ป่วยและญาติ ส่วนใหญ่ต้องการไปรับบริการใน กรุงเทพฯ เนื่องจากสะดวกในการเดินทาง	- มีหนังสือราชการในการประชาสัมพันธ์ ให้ผู้รับบริการทราบถึงขั้นตอนของการส่ง ต่อที่ถูกต้อง

สาขาสุขภาพจิต



MEDICAL

Health Care
Doctor
Hospital
Pharmacist
Nurse
Dentist
First Aid
Surgeon
Emergency

Health
Doctor
Hospital
Pharmacist
Nurse
Dentist
First Aid
Surgeon
Emergency

Health Care
Doctor
Hospital
Pharmacist
Nurse
Dentist
First Aid
Surgeon
Emergency

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	0.58 ต่อแสนประชากร*
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	$\geq$ ร้อยละ 55	42.15** (43.92)
ร้อยละของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิม	ร้อยละ 2	ไม่ครบไตรมาส
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 90	100
ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตในพื้นที่เข้าถึงบริการตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น	ร้อยละ 1	ร้อยละ 7.29***
ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ 9	ร้อยละ 8.48****

*จากรายงาน 8 โรคและ มบ. 1 ของสสจ. (2/1041962)

** จากการรายงานการผลของรพ.พระศรีมหาโพธิ์ ณ วันที่ 25 ธันวาคม 2560 (12,502/25,007)

*** จาก โรงพยาบาลสวนปรุง วันที่ 20 พฤศจิกายน 2560

**** จากรายงาน 43 แพ้มของ สสจ.

ปัญหาในการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ระบบการคัดกรองยังไม่ครอบคลุม การวินิจฉัยยังไม่ถูกต้อง ครบถ้วน	-หน่วยบริการเพิ่มการคัดกรองให้ครอบคลุม -พัฒนาศักยภาพแพทย์ทั่วไปในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	-เสนอระดับนโยบายเรื่องการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการคัดกรอง -การพัฒนาสื่อเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องให้ user- friendly -ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 และรพ.จิตเวชร่วมจัดอบรมพัฒนาศักยภาพแพทย์ในการวินิจฉัย
ระบบรายงาน การเก็บข้อมูลจาก 43 แฟ้มยังไม่ครบถ้วนและสมบูรณ์ และประชาชนในพื้นที่มีสิทธิอื่นๆ เลือกการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้านอกพื้นที่ (รพ.เอกชน) ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ไม่สามารถเก็บได้ ทำให้ข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร่ายังต่ำกว่าความเป็นจริง	-หน่วยที่เกี่ยวข้องทบทวนและกำกับติดตามการรายงานข้อมูลโรคซึมเศร้า	-
อาสาสมัครสาธารณสุขขาดความรู้และทักษะในการประเมิน ติดตามและเฝ้าระวัง	จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 และรพ.จิตเวชร่วมจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข

สถานการณ์



จังหวัดสมุทรปราการ มีอายุรแพทย์ จำนวนทั้งสิ้น 14 คน

โรงพยาบาลสมุทรปราการ 8 คน

โรงพยาบาลบางพลี 1 คน

โรงพยาบาลบางบ่อ 3 คน

โรงพยาบาลบางจาก 1 คน

โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ 1 คน

ผลการดำเนินงาน



ชื่อตัวชี้วัด	ต.ค. – ธ.ค. 60		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด community-acquired	< 30 %	151/307	49.19

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1. โรงพยาบาลชุมชนระดับ F ทุกแห่งไม่มีอายุแพทย์	1. ให้ทีมดูแลผู้ป่วยทุกวิชาชีพอปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ (guide line) อย่างเคร่งครัด
2. Miss & Delay Diagnosis และ เครื่องตรวจ Serum lactate ตรวจได้เฉพาะที่ รพ.สมุทรปราการ	2. ตั้งกลุ่มไลน์อายุรแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาร่วมกัน
3. เตียง ICU ไม่เพียงพอในการดูแล ผู้ป่วยทั้งจังหวัด มี 24 เตียง	3. ให้ทีมดูแลผู้ป่วยทุกวิชาชีพอปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ (guide line) โดยเฉพาะ Early Lab และการเริ่มให้ Antibiotic



- ปี 2560 คลอดทั้งหมด 11,486 ราย มีอัตราการตกเลือดหลังคลอด 3.97
- การตายของมารดาในปี พ.ศ. 2560 เกิดจากภาวะ PPH 1 ราย (และอีก 2 ราย เป็น Ectopic และ Intracerebral hemorrhage)
- การตายจากภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) ยังสูงกว่าเป้าหมายข้อมูลมาจาก MCH Board

ผลการดำเนินงาน



ชื่อตัวชี้วัด	ต.ค. - พ.ย. 60		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1. อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด	2,071	0	0
2. ลดอัตราการการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) ลงร้อยละ 10 จากปีงบประมาณก่อน	ลดลงร้อยละ 10 (ลดลง 12.5 %)	132/2,071 836/11,486	6.37 7.28
3. การวิเคราะห์สถานการณ์ผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification	4 รพ.	NA	NA

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
บุคลากร สูติแพทย์ พยาบาล วิสัญญี แพทย์ และพยาบาล ไม่เพียงพอ	ควรมีการจัดการด้านบุคลากรทางการแพทย์ให้ เพียงพอต่อระบบบริการ
ขาดสถานที่ (Blood Blank)	ควรมีธนาคารเลือดทุก รพ. หรือแหล่งที่จะใช้ สำรองเลือดเพื่อใช้กรณีฉุกเฉิน

สถานการณ์



1. อัตราตายของผู้ป่วยเด็กปอดบวมโดยรวมน้อยกว่า 0.5% เป็นในรายที่มีโรคประจำตัว หรือมีความพิการแต่กำเนิดเดิม
2. รพช.ระดับ F และ M2 ยังไม่สามารถให้การรักษาในรายที่มีภาวะรุนแรง และซับซ้อนได้
3. ในเคสที่มีอาการรุนแรง ต้อง Refer ไปยังโรงพยาบาลในระดับ A และ S ยังมีภาวะแทรกซ้อนระหว่าง Refer อยู่บ้าง เช่น ท่อหายใจเลื่อนจากตำแหน่ง หรือเลื่อนหลุด

ผลการดำเนินงาน



ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 5 ปี บริบูรณ์ ต.ค. – พ.ย. 60	$\leq 10 \%$	1/356	0.28
อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 5 ปี บริบูรณ์ ต.ค. – พ.ย. 59		1/258	0.39

ลดลง 28.2%

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1. ขาดบุคลากรเฉพาะทางในรพ.ระดับ M2	- ควรมีการจัด Node ที่มีบุคลากรเฉพาะทางให้เหมาะสมกับพื้นที่และเป็นพี่เลี้ยงให้รพ.ระดับเล็กกว่า
2. เครื่องมือที่จำเป็นยังไม่เพียงพอ ในรพ.ระดับ M2 และ F	- จัดทำแผนให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
3. ไม่มี PICU ในโรงพยาบาล จังหวัดสมุทรปราการ	- สนับสนุนการเปิด PICU

สาขา Palliative Care

สถานการณ์

1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน
2. มีการกำหนดกรอบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยชัดเจนครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด (8 กลุ่มโรค)
3. มีการแต่งตั้งเลขานุการซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care ขณะนี้มี PCN ส่งอบรมหลักสูตร 3 วัน (รพ.ชลบุรี) มาจากหน่วยงานละ 1 คนในปี 2561 ได้ 25 คน (ยังไม่มี PCN ที่จบหลักสูตร 4 เดือน ในปี 2561 ส่งเรียน PCN 1 คนที่สภากาชาดไทย

ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ต.ค. – ธ.ค.60
1	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3 ดำเนินการได้ได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง	ร้อยละ 50	100% (4/4)
2	ร้อยละโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ดำเนินการได้ได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง	ร้อยละ 20	100% (2/2)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทบทวนที่ตรวจราชการรับไป ประสานหรือดำเนินการต่อ
ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง Palliative care แพทย์และพยาบาล	ส่งบุคลากรรพ.ระดับ A และ M1 อบรม PC nurse case manager (4 เดือน) รพ.บางพลีส่งเรียน 1 คนและส่งบุคลากร รพ.ระดับ M2, F1-3 อบรม PC nurse coordinator (2 อาทิตย์)	ประสานผอ.รพ. และสสจ.
การแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลแบบ ประคับประคองในรพ.ระดับ M2, F1-3 ยังไม่ครบ 100%	มีการกำกับและติดตามรพ.M2, F1-3 ให้ ดำเนินการตามแผนจัดตั้งคณะกรรมการ	
รพ.บางเสาธงยังไม่มีการใช้ Opioid Medication	จัดบริหารการใช้ยากลุ่ม Opioid ในรพ. F3	

Service Plan สาขา ไต

สถานการณ์

1. มี CKD clinic ครอบคลุม (แพทย์พยาบาลเภสัช) ที่ รพ.สป. รพ.บางบ่อ รพ.บางจาก มีศูนย์ไตเทียม 24 แห่งในจังหวัด มีอายุรแพทย์โรคไต 2 คน
2. ระยะเวลาโรคไต HD ทำได้ทันที มีเครื่อง HD 20 + 4 ใน ICU มีเครื่อง Online ใช้ใน CRF 5 เครื่องระยะเวลาโรคไต CAPD 15 วัน
3. อัตราส่วน CAPD Nurse ต่อผู้ป่วย 1 : 56 (4/230) (เกณฑ์ $\leq 1 : 50$) มีพยาบาล HD + CAPD รวม 11 คน
4. ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการใช้ระบบการตรวจด้วย enzymatic method รพ. A ดูแลผู้ป่วย Stage 3 & 4 รพข. ดูแลผู้ป่วย Stage 1,2 และ 3

ผลการดำเนินงาน

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ต.ค. – ธ.ค. 60
1	ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.72m ² /yr	>ร้อยละ 66	62.58 (2,430/3,889)
2	โรงพยาบาลระดับ M2, F1, F2 ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อม	>ร้อยละ 50	75 (3/4)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสานหรือดำเนินการต่อ
1. การจัดเก็บฐานข้อมูลไม่ตรงกัน N181 และ N184 ตาม ICD 10	- พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลโรคไตและ IT ของรพ.	- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล IT เชื่อมโยงกับ รพช.
2. ข้อมูลโรคไตในผู้ป่วย NCD(NIDDM และ HT) ตาม ICD 10 เปลี่ยนวิธีการเก็บ	- เก็บข้อมูลโรคไตในผู้ป่วย NCD โดยเฉพาะ NIDDM และ HT เน้นที่ stage 3 และ 4	
3. มี CKD Clinic และเครือข่ายบริการโรคไตไม่ครอบคลุมกำลังพัฒนา รพ.บางเสาธง (F3)	-พัฒนา CKD Clinic และเครือข่ายบริการโรคไตให้ครอบคลุมทุกรพ.ทุกระดับ - มีพยาบาล HD ดูแล CAPD ได้ - มี CAPD Care Team ทั้งผู้ป่วยนอกและใน (รพ. บางพลี มี CAPD Nurse 3 คน)	- พัฒนาศาสนาตามนโยบายของยุทธศาสตร์ของกระทรวง สธ.
4. การจัดตั้ง Palliative care team ในผู้ป่วยไตวายที่ปฏิเสธการรักษาและส่งเสริมการทำ Acute HD ใน รพช.	- จัดตั้งทีม Renal Nurse Palliative ให้ครบทุกรพ. และส่งเสริมการทำ Acute HD เพื่อป้องกันภาวะงานใน รพ. A	
5. นโยบาย สปสช. ยกเลิกการจ่ายเงินค่าล้างไตกรณี ARF ทำ Acute HD เป็นแบบ DRG ผู้ป่วยในเหมาจ่าย 7,000 บาทต่อปี	- ทบทวนการเบิกจ่าย Acute HD ใน ARF ของ สปสช.	- ประสานผู้ตรวจ เจรจาเรื่องการเบิกจ่าย Acute HD ใน ARF ของ สปสช.

สาขาทารกแรกเกิด

สถานการณ์

1. จำนวนเตียง NICU ไม่เพียงพอพัฒนาเพิ่มเป็น 12 เตียง
2. สูติแพทย์รพ.บางพลี (M1) มี 1 คน รพ.บางบ่อ (M2) มี 3 คน รพ. บางจาก (F1) เคยมี 1 คนแต่ลาออกไปแล้ว รพ.พระสมุทรเจดีย์ 1 คน
3. เกิดภาวะ Birth Asphyxia ต่ำ ภาวะ ROP, BPD, IVH ไม่เกินเกณฑ์
4. Refer out นอกเขต คิดเป็นร้อยละ 28.5 (≤ 25) เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก 33 ราย ในปี 2560 ส่งที่รพ.เด็กและโรคหัวใจ เด็กส่งที่รพ.จุฬาฯ (MOU) ถือเป็นในเขต
5. ผู้ป่วยต่างด้าว 20% มาที่รพ. A , บัตรสิทธิสุขภาพแม่และเด็ก ครม กับ สปสช.ได้และใช้ได้ทุกรพ. ยกเว้นรพ.บางจากและรพ.พระสมุทรเจดีย์ดูแลเด็กไม่ได้ต้อง D/C เด็กไปก่อน แล้วนัดมา F/U ครั้งต่อไป

ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ต.ค. – ธ.ค. 60
1	ตัวชี้วัด outcome อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ($< 3.4 : 1,000$ การเกิดมีชีพ)	อัตรา/ร้อยละ	3.37 (7/2,079)
2	ตัวชี้วัด Service จำนวนเตียง NICU เพิ่มขึ้นเพียงพอต่อการบริหารทารกป่วย (จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ของ เตียงที่ต้องการ)	1 เตียง : ทารกเกิดมีชีพ 500 คน	1:174 (12/2,079 เตียง)
3	มีระบบการส่งต่อ Intrauterine transfer system	อัตรา/ร้อยละ	100% (5/5)
4	โรงพยาบาลระดับ F1 คัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (ร้อยละ 60)	>ร้อยละ 60	100% (4/4)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทหาน้ำที่ตรวจราชการรับไป ประสานหรือดำเนินการต่อ
- บุคลากรไม่มี Neonatologist, มี NNP 9 คน มี RN 12 คน ไม่เพียงพอ มี SNB 14 คน ไม่เพียงพอ	- พัฒนาบุคลากรศึกษาต่อทุกระดับ (เขต 6 ที่ รพ.ชลบุรี แต่ปี 2561 ไม่เปิดหลักสูตร 1 เดือน) - เปิดหลักสูตร ๑ เดือน NNPและ RN (หลักสูตร 4 เดือนที่ม.บูรพา)	- ขออัตรากำลังคน
- จำนวนเตียง NICUไม่เพียงพอ	- เพิ่มศักยภาพรพ.ระดับ A หรือต่ำกว่า	- ขอสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์
- การส่งปรึกษาต่อลำบาก	- จัดระบบเครือข่ายการส่งปรึกษาต่อ	- ประสานงานรพ.เด็กหรือรพ.โรงเรียนแพทย์ ในการรับ Refer
- อุปกรณ์การแพทย์เช่นเครื่องช่วยหายใจเด็ก มีราคาแพง มี 7 เครื่อง ปี 2561 ได้มาอีก 1 เครื่อง , Syringe Driver , Pulsimeter 1 เครื่องต่อ 1 รพช. High Flow Oxygen ใน NICU & SNB มี 2 เครื่องใหม่ + Adapt 1 ใช้หลัง off tube ต้องการ 6-8 เครื่อง , Transport Incubator จากสตูดิกรรรมมา कुमार	- เครื่องมือทันสมัยแพงกว่าราคากลางที่สนย. สบรส. สปสช. กำหนด	- ประสานของบประมาณเพิ่มและเทคนิคในการต่อรองเพื่อลดราคา

สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

สถานการณ์

1. เกณฑ์การใช้วินิจฉัยภาวะสมองตายสามารถปฏิบัติได้ใช้แพทย์ 3 คนวินิจฉัย
2. ยังไม่มีการแยก TC nurse ออกมาชัดเจน ยังไม่มี Full time TCN แต่ใช้พยาบาลจาก 6 หน่วยงาน หน่วยงาน ละ 2 – 3 คน วนมาปฏิบัติงาน
3. ยังไม่มีสถานที่ตั้งศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะแต่ใช้หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเป็นศูนย์ประสานงาน
4. จำนวนผู้เสียชีวิตในรพ.ปี 2560 มีจำนวน 2,104 คน จำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะสมองตาย ต่อจำนวนผู้เสียชีวิต เป้าหมาย 4 , เจรจา 1 , ยินยอม 0 , สำเร็จ 0 คิดเป็นร้อยละ 0 (0/2,104)

ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เจรจา	เจรจาสำเร็จ	ต.ค. – ธ.ค.60
1	Organ Donation จากภาวะสมองตาย	≥1 ราย :ผู้เสียชีวิตในรพ. 100 ราย (21 ราย)	9	6	28.52 (6/21)
2	Cornea Donation จากตายทุกสาเหตุ	≥5 ราย :ผู้เสียชีวิตในรพ. 100 ราย (105 ราย)	24	7	6.19 (7/105)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ ที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสานหรือดำเนินการต่อ
1. ไม่มีทีมพยาบาลผู้ประสานงาน การ แจ้ง Potential donor น้อย	- สร้างทีมพยาบาลผู้ประสานงานเพื่อ ช่วยค้นหา Potential donor/ ดำเนินงานตาม process	- ออกกฎหรือระเบียบปฏิบัติ เมื่อมี Potential donor ต้องมีการ ดำเนินการเกี่ยวกับ การบริจาคอวัยวะ
2. การดูแลผู้บริจาคยังไม่มี ประสิทธิภาพ	- พัฒนาระบบการดูแลผู้บริจาค	- จัดประชุมวิชาการดูแล donor
3. ผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะค่อนข้าง น้อยเมื่อเทียบกับเป้าหมาย	- ผู้บริหารติดตามและกระตุ้นการ ดำเนินงานเชิงรุกให้ประชาชนเห็น ความสำคัญของการบริจาคอวัยวะ	- จัดประชาสัมพันธ์เรื่อง การบริจาคอวัยวะ
4. ขาดแคลนบุคลากรด้าน ปลูกถ่ายอวัยวะ	- ส่งบุคลากรอบรมเฉพาะทาง ทั้งแพทย์และพยาบาล (TCN) และ เจ้าหน้าที่ทุกระดับ	- องค์กรแพทย์และองค์กรพยาบาล
5. การจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะและ ดวงตาถาวร	- จัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะและ ดวงตาถาวร หรือจัด TC Unit แทรกใน หอผู้ป่วย	

สาขายาเสพติด

- สถานการณ์
 - ผู้ป่วยยาเสพติดคัดกรองแล้วไม่มารายงานตัว โดยเฉพาะเยาวชนอายุน้อยกว่า 18 ปี
 - ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาจิตเวช Refer ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชไม่ได้
 - ในกลุ่มเยาวชนพบปัญหาการใช้ยาเสพติดผิดวัตถุประสงค์
 - คดียาเสพติดในจังหวัดพบบ้ามากที่สุด รองลงมาคือกัญชาแห้งและยาไอซ์
 - ตามนโยบายรัฐบาลให้มีการบำบัดรักษาเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบสมัครใจ

ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ ต.ค. – ธ.ค.59)
1.	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดยาต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด	ร้อยละ 90	93.68 (178/190)
2.	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission)	ร้อยละ 70	72.81 (921/1,265)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- เนื่องจากมีประชากรแฝง แรงงานต่างด้าวส่งผลให้เกิดความหนาแน่นของประชากร ทำให้มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดทั้งจังหวัด	- กำหนดยุทธศาสตร์เชิงรุก เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในอนาคตไม่ให้ความรุนแรงและขยายตัวเพิ่มมากขึ้น - เพิ่มการมีส่วนร่วมขององค์กรและภาคีเครือข่าย	- ประสานสสจ.และทุกหน่วยงานในจังหวัด

ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ประสานสสจ.และทุกหน่วยงานในจังหวัดเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์เชิงรุก เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในอนาคตไม่ให้ความรุนแรงและขยายตัวเพิ่มมากขึ้น เพิ่มการมีส่วนร่วมขององค์กรและภาคีเครือข่ายเพื่อให้การเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้น ควรมีนักจิตวิทยาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการภายใต้คลินิก Get Up Center ครอบคลุมทั้ง 6 อำเภอ
- ลดการกลับไปเสพซ้ำภายใต้นวัตกรรม ฟีนาน้องดี ดำเนินการนำร่องจำนวน 20 คน พบว่าไม่กลับไปเสพซ้ำร้อยละร้อย

สาขาโรคหัวใจ

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
4. อัตราการตาย STEMI เท่ากับ 6.06% (2/33)
5. อัตราการตาย ACS $\leq 10\%$ เท่ากับ 2.07 ต่อแสนประชากร (27/1,301,560)
6. มี Cardiomed 2 คน พยาบาลหลักสูตรเฉพาะทาง 2 คน มีแผนเพิ่มปีละ 1 คน (2561-2565)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ต.ค. – ธ.ค. 60
1	ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI) (>ร้อยละ 80)	อัตรา/ร้อยละ	87.87 (29/33)
2	ร้อยละโรงพยาบาลในระดับ F2 สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (ร้อยละ 100)	อัตรา/ร้อยละ	100 (4/4)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- รพ.F2 เตรียมความพร้อมในการให้ Fibrinolytic drugs	- พัฒนาศักยภาพ CPG และ CARE MAP ในที่ ๆ ไม่มีอายุรแพทย์	- กระตุ้นศักยภาพ
- รพ. A พิจารณา ทบพทวท PCI ร่วมกับ รพ. รามาธิบดี 2 (ขณะนี้ รพ.จุฬาช่วยรับเคสให้อยู่แล้ว)	- พิจารณาทบพทวท PCI	- กระตุ้นศักยภาพ
- พัฒนาระบบ Warfarin registry ให้ครบทุก รพช.	- ลงทะเบียนผู้ป่วย Warfarin clinic เป็นระบบ	
- จำนวนเตียง ICU ไม่เพียงพอ	- มีเตียง ICUmed 12 + ICU surg 11 เตียง มีแผนเปิด ICU อีก 24 เตียง (เป็น CCU 4 เตียง) อัตรา รพ. A ขนาด 500 เตียง มีเตียง ICU ได้ 10% เท่ากับ 50 เตียง	- จัดทำแผนงบประมาณ
- ขาดบุคลากร Cardiac Rehabilitation	- ส่งบุคลากรด้าน Rehabilitation อบรม ระยะสั้น 3 วันและระยะยาว 4 เดือน	- จัดทำแผนฝึกอบรม

สาขาอุบัติเหตุ

สถานการณ์

1. การจราจรหนาแน่นอัตราตายอุบัติเหตุบนท้องถนนเท่ากับ 18.5 ต่อแสนปชก. (เป้าหมายน้อยกว่า 18 ต่อแสนประชากร)
2. จำนวนแพทย์ฉุกเฉินมีน้อยมี ENP 2 EN 8 (ตามกรอบต้องมี EN 4.1 ต่อแสนประชากร = 50 คน ขาด 40 คน) Paramedic 2 และ Nurse Coordinator 1 ท่าน มีแพทย์ EP 2 ท่านที่รพ. A+บางพลี (ตามกรอบต้องมี EP 2.4 ต่อแสนประชากร = 28 คน) ขาด 26 คน
3. พื้นที่จากดัดแต่ใช้อย่างคุ้มค่า TEA unit อยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ศูนย์สั่งการ+ Coordinator บุคลากรไม่เพียงพอ + พท.ไม่เหมาะสม มีแผนทบทวนห้องทำใหม่ + ข้อมูลไม่เชื่อมโยง ยังเป็นแบบ Manualอยู่)
4. อัตราการรอดชีวิตผู้ป่วย OHCA $\geq 25\%$ = 84.17%, Survival to Admit $\geq 25\%$ = 33.34% (2/6)

ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ต.ค. – ธ.ค. 60
1	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ (๑๙สาเหตุ) ที่มีค่า Ps score ≥ ๐.๗๕ ในโรงพยาบาลระดับ A (น้อยกว่าร้อยละ๑)	<ร้อยละ 1	1.28 (1/78)
2	ร้อยละของรพ.F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ ECS คุณภาพ)	$\geq$ ร้อยละ 70	0 (0/5)
3	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 24 ชม.ในรพ.ระดับ F2 ขึ้นไป	$\leq$ ร้อยละ 12	9.74 (58/595)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
- ขาดบุคลากรในพท.ที่มีความเสี่ยง	- ทำแผนเพิ่มอัตรากำลังกำลังดูแล พท.เสี่ยง	- ประสาน สสจ.
- การจัดเก็บฐานข้อมูลพบปัญหาปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง	- ส่งออกข้อมูลการบริหารห้องฉุกเฉินผ่านแฟ้ม Accident , ทำ trauma Audit ทุก 3 เดือนและ Case Conferences ทุก 1 เดือน	-
- การขาดบุคลากรในการดูแลและ ICU มีเตียงน้อย	- วางแผนกรอบอัตรากำลังและเพิ่มจำนวนเตียง ICU trauma	-
- อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสถิติมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	- วิเคราะห์จุดเสี่ยงบนท้องถนนที่มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุสูง	- ประสาน สสจ.

สถานการณ์

สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี ในปี 2559- 2560 ของจังหวัดสมุทรปราการไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย รายละเอียดดังนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 14.53 และ 26.87 (ตามลำดับ) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ร้อยละ 27.54 และ 28.73 (ตามลำดับ) สถานการณ์ในปี 2561 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี คือ 8.10 และร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี คือ 6.21

ลำดับ	ตัวชี้วัด	โรคเบาหวาน	โรคความดันโลหิตสูง
1	ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	8.10 (3,437/42,451)	6.21 (5,125/82,532)
2	ประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ และประชากรกลุ่มสงสัยความดันโลหิตสูง	50.83 (163,462/321,586)	1,284 คน
3	การคัดกรองเชิงรุกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ 35 ปี ขึ้นไป	22.82 (542,047/123,670)	23.82 (119,648/502,384)
4	ผลการประเมินตนเองและผลการประเมินรับรอง NCD Clinic Plus จาก สคร.6	53 จาก 100 (กระบวนการ 50 + ผลลัพธ์ 50) สคร.6 ประเมินได้ 65.46 (38.06+27.4)	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	โรคเบาหวาน	โรคความดันโลหิตสูง
5	ร้อยละของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองและเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูง	2.05/0.19	12.23/1.07
6	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (ไม่เกินร้อยละ 2.40)	0.33 (159/48,008)	-
7	อัตราประชากร Pre DM ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม > 90% (ไตรมาสแรก ปี 61 > ร้อยละ 30) ดำเนินการได้ครอบคลุม (ค่าระดับ FBS 100-125 mm/dl)	-	-
8	ร้อยละของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	47.71 (1,153,644/2,418,147)	48.04 (1,039,988/2,164,972)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
1.การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปพร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง	มีนโยบายให้ดำเนินการคัดกรองให้แล้วเสร็จภายในไตรมาส 1	-ตรวจสอบข้อมูลในระบบกับผลที่ดำเนินงานจริง - เร่งรัดการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานให้ครอบคลุมมากขึ้น
2.ระบบข้อมูล	- มีการใช้โปรแกรมประมวลผลที่ต่างกัน คือ HoS XP, My PCU, เมื่อเชื่อมข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC มีข้อมูลบางส่วนไม่เข้าสู่ระบบ	-การจัดทำกระบวนการ KM และสร้างทีมทำงานด้านข้อมูล โดยมีการติดตามตรวจสอบข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบงาน IT เป็นระยะและต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ ร้อยละ 8.1 (DM > ร้อยละ 40) - ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ร้อยละ 6.21 (HT> ร้อยละ 50)	- เน้นการสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง - สร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ หรือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy)	-

สาขาจักษุ

สถานการณ์

- 1. มีจักษุแพทย์๔ท่าน (Retina + Glaucoma + Nero + เด็ก และส่งต่อRetina 1 คนและมีมือสม.ช่วยคัดกรองส่งรพช.และส่งต่อ รพช. มีแผนเพิ่มห้องผ่าตัดจาก 1 ห้องเป็น 2-3 ห้องในปี 2562
- 2. ผู้ป่วย Blinding Cataract มีปริมาณน้อย ได้ 7,000 บาทต่อราย ถ้าซับซ้อนได้ 9,000 บาทต่อราย เพิ่มการผ่าตัดใน Low Vision ได้ 5,000 บาทต่อราย
- 3. การคัดกรอง DR ๑๐,๐๐๐รายในผู้ป่วย NIDDM ๒๕,๐๐๐ = 27% (เกณฑ์ ≥๗๐%)ในกลุ่ม NCD
- 4. เปิด Clinic cataract บางเสาร์อาทิตย์ร่วมกับรพ.รามาริบัติ (ทุกวันเสาร์และอาทิตย์ได้ 150 ราย/1 ครั้ง/ปี) ในปี 2560 ปี 2561 ไม่มีโครงการนี้

ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ต.ค. – ธ.ค. 60
1	ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกระยะบอด (blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน๓๐วัน	>ร้อยละ 85	85.55 (165/193)
2	ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา	>ร้อยละ 75	19.7 (17,336/87,993)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
- ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง Refer มาน้อยอายุมากกรจน blinding แล้วค่อยมาหรือแพทย์นัดแล้วไม่มาผู้ป่วยโรคเรื้อรังคุม FBS และ BP ได้ไม่ดี	- กระตุ้นความสำคัญของการคัดกรองผู้ป่วยการมาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรค	- กระตุ้นสม. รพ.สต. รพช.คัดกรองและส่งผู้ป่วยรักษาเพิ่มมากขึ้น
- รพช.มีแต่ Mobile fundus camera (400,000 บาทต่อเครื่อง) ใช้ร่วมกับ รพ.สต.และ CUP	- ทำแผนจัดซื้ออุปกรณ์ถาวร (1,200,000 บาทต่อเครื่อง) - มีแผนจัดซื้อเครื่องวัดความดันชนิดลมเป่าสลับเพิ่ม 1 เครื่อง ราคา 500,000 บาท ปี 2561	- จังหวัดจัดซื้อ fundus camera คัดกรองในรพ. สต. และรพช.
- การคัดกรอง DR ในผู้ป่วย NCD (NIDDM และ HT) ยังไม่ถึงเกณฑ์	- เพิ่มการคัดกรอง DR ในผู้ป่วย NCD	
- ข้อมูลไม่ครบ ข้อมูลจาก 43 แฟ้ม นำเข้าโปรแกรม 2020 ไม่ได้	- จัดการระบบการจัดเก็บข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูล ๒๐๒๐	
- Refer ออกนอกเขตโรคตาซับซ้อน(Retina)	- พัฒนาระบบ refer ไปยังรพ.ที่มีศักยภาพโรคตาซับซ้อนที่รพ.ราชวิถีและมีจักษุแพทย์ retina มาปฏิบัติงานเพิ่มอีก 1 คนในเดือนสิงหาคม ๒๕๖1	

สาขา Stroke

สถานการณ์

1. รพ.จังหวัด (A) มี STROKE UNIT ๔เตียงมีแผนเพิ่มเป็น 8 เตียงในปี 2561 รับ CASE CEREBRAL ISCHEMIC, ศัลยกรรม รับ CASE CEREBRAL HEMORRHAGE
2. รพ.จังหวัด (A) ให้rtPAได้รพ.เดียว
3. มี Neuro Med 2 คนและ Neuro Surg. 2 คนมี stroke nurse 2 คน (อบรม 4 เดือน 1 คนและอบรม 10 วัน 1 คน)

ผลการดำเนินงาน

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ต.ค. –ธ.ค.60
1	ร้อยละของอัตราการตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	≤๗ %	16.55 (46/278)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสานหรือดำเนินการต่อ
- Door to Needle time >๑ hr. - การยินยอมให้ rt-PA ของผู้ป่วยและญาติ - ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจากที่อื่น	- กระตุ้นการรับรู้ + การตระหนักรู้ถ้าผู้มีอาการ STROKE รีบมารักษาและทราบประโยชน์ของการรักษาทันเวลาภายใน ๑ ชั่วโมงและให้ rt-PA ภายใน ๔-๕ ชั่วโมง - พัฒนาระบบ Refer ให้คนไข้มาทันเวลา	- กระตุ้นอสม.,รพสต, และรพช. ส่งผู้ป่วยที่มีอาการมารักษาตามเกณฑ์
- การค้นหาคนไข้ในกลุ่มเสี่ยง	- คัดกรอง NIDDM และ HT ใน NCD clinic ,CVD risk score ต่อ stroke & MI	- คัดกรองในรพ. ทุกระดับ
- อัตราตายสูง	- พัฒนาระบบ REFER ให้คนไข้มาทันเวลา เพื่อลดอัตราการตาย การประเมินการกลืน และลดการเกิด Aspirated Pneumonia	-ประเมินระบบการ REFER ผู้ป่วยตามเกณฑ์

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสานหรือดำเนินการต่อ
- การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการรักษา	-ทา CVA CARE MAP หลังรักษาในรพ. จังหวัดหลังรักษาในรพ.จังหวัด (A) กลับสู่ชุมชน - ให้rt-PA ในโรงพยาบาลระดับ M1 บางพลีได้	- ประสานเครือข่าย CVA CARE MAP ระหว่างรพ.จังหวัดและรพ.ที่ REFER กลับ
- รพ.บางพลีให้ rt-PA ได้	-รพ.บางพลีทำ CT scan แล้วส่งเคสให้ rt-PA ที่รพ.จุฬารัตน์ 3	-
- ขาดแคลน แพทย์เฉพาะทาง และ พยาบาลเฉพาะทาง Stroke	จัดหานักกายภาพ , นักโภชนาการในระดับรพช. และเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	- เพิ่มค่าตอบแทนและงบประมาณสนับสนุน

สาขามะเร็ง

สถานการณ์

๑. รพ.ระดับจังหวัดผ่าตัดได้ ๑๐๐% อัตราตายมะเร็งตับ 2.5 : แสนประชากร
๒. Refer out เพื่อการรักษาด้วยการฉายแสง ๑๐๐% และไม่มี Onco-Gynaecologist (วางแผนส่งไปเรียนปี 2561)
๓. มีระบบ Palliative care สู้ชุมชนแต่ไม่มี Pain clinic เนื่องจากขาดวิสัญญีแพทย์ ให้ Oncologist เป็นผู้ดูแลแทน มีแผนจัดตั้งศูนย์บริรักษ์ ดูแล Palliative Care และ Nutrition
๔. มี Onco Med 2 คน พยาธิวิทยาได้ผลทันเวลาใน 2 อาทิตย์ จบกลับมา 1 คน ในปี 2561 มีนักวิทยาศาสตร์ ดู Cytology 1 คน
๕. อัตราตายมะเร็ง 3 อันดับแรก ได้แก่หลอดลมและปอด >เต้านม >ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
๖. อัตราป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ปี 2558 - 2560 ได้แก่ เต้านม 24.42% > ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 23.5% > หลอดลมและปอด 9.59% > ปากมดลูก 9.2% > ตับ 8.43%

สาขามะเร็ง

ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ต.ค. – ธ.ค.60
๑	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ (>ร้อยละ ๘๐)	อัตรา/ร้อยละ	81.5 (13/16)
๒	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ (>ร้อยละ ๘๐)	อัตรา/ร้อยละ	90 (18/20)
๓	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ (>ร้อยละ ๘๐)	อัตรา/ร้อยละ	100 (15/15)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสานหรือดำเนินการต่อ
- ระบบการเก็บข้อมูล cancer ใน Thai Cancer Based ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติยังทำได้ไม่สมบูรณ์	- สร้างระบบการเก็บข้อมูลและเชื่อมต่อกับ Thai Cancer Based ของ NCI (เริ่มลงข้อมูล กลางปี 2560)	- พัฒนาระบบ IT ให้รพ. เชื่อมโยงกับ NCI
- ขาดข้อมูลการ Refer กลับ ดึงข้อมูลจาก Thairefer ได้ 80% อีก 20% จากรพ. มหาวิทยาลัยที่ไม่ได้ข้อมูล	- สร้างระบบ Refer และ Refer back	- พัฒนาระบบ IT ในรพ. ในการRefer
- ขาดบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้อง (มี Onco Nurse หลักสูตร 4 เดือน 2 คน , หลักสูตร 10 วัน 2 คน มีเภสัชด้านมะเร็ง 2 คน)	- ส่งบุคลากรศึกษาอบรมสาขาOncoGynae, Onco Nurse, Case manager ,เภสัชด้านมะเร็ง , Hematologist , Colorectal surgeon	- ขออัตรากำลังคน

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสานหรือดำเนินการต่อ
- มี Pain clinic และ Nutrition	- ส่งบุคลากรศึกษาอบรมสาขาวิสัญญีวิทยา ขณะนี้ให้ Oncologist ดูแลแทนไปก่อน	- ขออัตรากำลังคนส่งศึกษาต่อด้านวิสัญญี
- อยู่ในช่วงการจัดทำห้องผสมยาเคมีบำบัด มี Day Care 10 เตียง คนไข้ให้เคมีบำบัด อาทิตย์ละ 50 ครั้ง	- อยู่ในขั้นตอนขอห้อง Negative Pressure ตามแผนปี 2561 (ขณะนี้ใช้ outsource รพ. จุฬารัตน์ 9 อยู่) วางแผนเพิ่ม IPD 10 เตียง	

สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

สถานการณ์

- อัตราการล้มแพทย์ จำนวนห้องผ่าตัดและผลการดำเนินงาน ต.ค. – ธ.ค. 60

โรงพยาบาล	จำนวนห้อง ผ่าตัด	อัตราการล้ม แพทย์ออร์โธปี ดิกส์	CTF ที่มี Refracture	จำนวนผู้ป่วย CTF ทั้งหมด	ผู้ป่วย CTF ได้รับการ ผ่าตัดใน 72 ชม.	ผู้ป่วย CTF ได้รับ การผ่าตัดทั้งหมด
1.โรงพยาบาล สมุทรปราการ	6 ห้อง	9	1	148	48	119
2. โรงพยาบาลบางพลี	6 ห้อง	4	1	52	3	25
3. โรงพยาบาลบางบ่อ	3 ห้อง	1	-	36	-	-
4. โรงพยาบาลบางจาก	2 ห้อง	2	-	30	-	-
5. โรงพยาบาลพระ สมุทรฯ	1 ห้อง	-	-	14	-	-
6. โรงพยาบาลบางเสาธง	ไม่มีห้อง ผ่าตัด	-	-	-	-	-
รวม	18	16	2	280	51	144

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย CTF อายุ 50ปีขึ้นไป ที่มี Refracture	จำนวนผู้ป่วย CTF อายุ 50ปีขึ้นไป	จำนวนผู้ป่วย CTF อายุ 50ปีขึ้นไปที่ได้ Early surgery ใน 72 ชม.	จำนวนผู้ป่วย CTF อายุ 50ปีขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด
1. โรงพยาบาลสมุทรปราการ	0	32	7	32
2. โรงพยาบาลบางพลี	0	14	5	10
3. โรงพยาบาลบางบ่อ	0	21	0	5
4. โรงพยาบาลบางจาก	0	0	0	0
5. โรงพยาบาลพระสมุทรฯ	0	0	0	0
6. โรงพยาบาลบางเสาธง	0	0	0	0
รวมทั้งจังหวัด	0	67	12	47
ร้อยละ	0 (0/67)	67	25.53 (12/47)	47

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับ ตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับ ไปประสานหรือดำเนินการต่อ
- ทิศทางการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน	-	-



Thank You