

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

หัวข้อ ๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

จังหวัดสมุทรปราการ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

๒. สถานการณ์

จังหวัดสมุทรปราการ วางแผนการจัดตั้ง PCC/FCT ให้ครอบคลุมพื้นที่ภายใน ๑๐ ปี จะมี ๔๕ PCC และ ๑๑๔ ทีม ในปี ๒๕๖๐ จังหวัดสมุทรปราการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ผ่านการอบรม ๑๕ คน จึงกำหนดให้เปิดบริการ PCC ตามเกณฑ์คือ

๑.โรงพยาบาลทั่วไป ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ เปิด ๒ PCC คือ PCC ราชฯ และ PCC เทพารักษ์ ส่วนโรงพยาบาลบางพลี เปิด ๑ PCC คือ PCC บางแก้ว

๒.โรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่ง คือ บางบ่อ/บางจาก/พระสมุทรเจดีย์และโรงพยาบาลบางเสาธง มี FCT โรงพยาบาลละ ๑ แห่ง โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ มี ๒ FCT

ปี ๒๕๕๙ จังหวัดสมุทรปราการ ได้มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว รองรับ การดำเนินงานPCC ในทุก รพ.สต. แล้วดังนี้

๑. พัฒนาระบบปฐมภูมิ “สมุทรปราการโมเดล ปี ๒๕๖๐” ที่เชื่อมต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายจนถึงครอบครัว โดยใช้ FCT (หมอครอบครัว) ระดับชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อนและเชื่อมต่อบริการจากโรงพยาบาลถึงชุมชนผ่าน อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) และถึงครัวเรือนโดยแกนนำสุขภาพครอบครัว (กสค.)/อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ดูแลกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มบริการ ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว รวมถึงการจัดการสุขภาพชุมชนย่อย Micro DHS เชื่อมต่อสู่ระบบสุขภาพอำเภอ

๒.พัฒนารูปแบบและระบบการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวในทุกกลุ่มวัยและกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลโดยร่วมมือกับ Cup เมืองสมุทรปราการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ทีมเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางด้วน ใช้ รพ.สต.บางด้วนเป็นสถานที่ (ห้อง LAB) ในการเรียนรู้และพัฒนา ระบบบริการ “บางด้วนโมเดล” ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวรองรับ PCC ใน ๔ ประเด็น

๒.๑ พัฒนาเครื่องมือการดูแลผู้ป่วยตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และชุดเรียนรู้ (Starter Kit) ๔ ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ ๑ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชุดที่ ๒ ผู้พิการ/ผู้ดูแล ชุดที่ ๓ วางแผนบันทึบชีวิต ชุดที่ ๔ ไตรวาย ซึ่งทั้ง ๔ ชุด ได้เผยแพร่เป็น Clip ผ่าน YouTube และเว็บไซต์ ให้ FCT ของจังหวัดสมุทรปราการได้เรียนรู้ และพัฒนาการทำงาน

๒.๒ พัฒนาระบบ IT เพื่อการจัดเก็บข้อมูลตามเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลและการใช้ข้อมูลของทีม FCT ในทุกระดับที่เชื่อมโยงกันถึงแพทย์ FM และทีมสหวิชาชีพ ผ่าน Smart Phone/Tablet/Notebook ใช้ Telemedicine ในการดูแลผู้ป่วยทางไกล ฯลฯ และเครื่องมืออื่นๆที่จำเป็น เช่น Sticker ช่วยเตือนโรค หลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด การรับประทานยา ฯลฯ มีแผนการพัฒนาต่อดังนี้

๑. พัฒนา Starter Kit ตามปัญหาที่พบ เช่น ชุดเด็กอ้วน การฟื้นฟูทางจิตใจ การดูแลผู้ป่วยที่ยาก
๒. พัฒนา GIS ในการติดตามผู้ป่วยและระบบส่งต่อ
๓. ใช้ Drone ในการส่งยา/อุปกรณ์ให้ญาติในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ฯลฯ
๔. จังหวัดจัดซื้อเครื่องวัดความดันที่ส่งข้อมูลเข้าระบบข้อมูลกลางจำนวน ๑,๗๘๔ เครื่อง ในทุก รพ.สต. (อยู่ระหว่างการจัดซื้อ)

๒.๓ พัฒนาทีม FCT สหเวชศาสตร์ในปี ๒๕๕๙ ร่วมมือกับคณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลิตนักสหเวชศาสตร์ชุมชนจำนวน ๒๐๖ คน และอสม.พนักงานสหเวชศาสตร์ชุมชน จำนวน ๑๕๐ คน (มีความรู้ และทักษะด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย/ประชาชน) ให้ปฏิบัติงานในทุก รพ.สต.ทุกแห่งละ ๒ – ๓ คน เพื่อเป็นแกนนำในการนำบางตัวโมเดลไปขยายผลในทีม FCTทุกคนในรพ.สต. เพื่อเป็นฐานที่สำคัญของการทำงาน PCC

๒.๔ การพัฒนา PCC บางแก้วเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบ PCC ในระดับอำเภอ ประกอบด้วย

๑. การนำ/การกำกับ/การอภิบาลระบบ/การบริหารด้านการเงินการคลัง
๒. การกิจด้านการรับส่งต่อในระบบบริการ
๓. ด้านการจัดระบบสนับสนุนได้แก่ PCC

๓. การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster)

พื้นที่ติดตามนิเทศงาน PCC เชิงคุณภาพ : คลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster)บางแก้ว อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

บริบทพื้นที่รับผิดชอบของPCC บางแก้ว

จังหวัดสมุทรปราการเป็นเขตเมืองหนาแน่น อันดับ ๓ ของประเทศ (รองจาก กทม และ นนทบุรี) พื้นที่รับผิดชอบของPCCบางแก้ว มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ๒๒,๙๐๐ คน จัดทีม ๒ FCT ๙ หมู่บ้าน มีวัด ๑ แห่ง โรงเรียน ๑ แห่ง เป็นพื้นที่ของสังคมผู้สูงอายุเริ่มต้น เพศหญิง ๖๐% มากกว่า เพศชาย ๔๐% case Stroke มีมากและติดเตียงต้องดูแล เป็น PCC แห่งแรก ของอำเภอบางพลี และจังหวัดสมุทรปราการ โดยเปิดให้บริการอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๔. กลไกการขับเคลื่อนให้เกิดการทำงานของคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster)

จุดแข็งของบริบท

- ทีมผู้บริหารระดับอำเภอทั้ง รพท./สสอ บางพลี ให้การสนับสนุน
- มี นพ.ธีรวัฒน์ กรศิลป์ อดีต ผอ.สปสข.เขต ๑๒ สงขลา เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
- ทีมงานใน PCC เข้มแข็ง และมุ่งมั่นในการทำงาน
- ภาครัฐช่วยอำนวยความสะดวกให้การสนับสนุน (ซื้อที่ดินให้ ก่อสร้างตึก ๓ ชั้นให้)
- ได้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีเด่นระดับประเทศ
- อาคารสถานที่ค่อนข้างเหมาะสม มีพื้นที่บริการครบถ้วน (แต่เริ่มไม่เพียงพอเมื่อพัฒนาเป็น PCC)

เป้าหมายการพัฒนา PCC

๑. ให้บริการแบบ Primary Care จริงๆ ไม่ใช่ Extended OPD
๒. ใช้เครื่องมือดูแลแบบครอบครัวในการพัฒนาต่อเนื่อง
๓. พัฒนาศักยภาพในการดูแลวินิจฉัย รักษาพยาบาล
๔. พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ และ ระบบส่งต่อบุคลากรอย่างแท้จริง

การพัฒนา PCC ตามหลัก ๓S+๑S+๑O

๑. Staff:

- มีการทำงานในรูปแบบทีมที่เป็นรูปธรรมเชื่อมโยง FCT ลงพื้นที่ชุมชนได้ชัดเจน ด้าน HRM ได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่ายให้มีสหสาขาวิชาชีพ ปฏิบัติงานครบทุกสาขา (ส่วนใหญ่มีครบ fulltime)
- ด้าน HRD ทั้งจังหวัดมีการพัฒนาทีมสหสาขาทุก รพสต. ๒-๓ คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรียก นักสหเวชศาสตร์ชุมชน อสม.เรียก อสม.พนักงานสหเวชศาสตร์ชุมชน ซึ่งมีสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้นกว่าเดิม / มีทีม CG/ อสม เข้มแข็ง
- มีการจัดทำแบบเรียนสำหรับทีมสหเวชศาสตร์แบบ VDO เรียก Starter kit ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่เข้าใจง่าย โดยการพัฒนาของทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รพ.สมุทรปราการ

๒. System:

- ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ครบถ้วน สามารถให้บริการได้ครบวงจร (ยกเว้นเครื่องมือด้านกายภาพ เนื่องจากยังไม่มีนักกายภาพประจำ มา PCC สัปดาห์ละครั้ง)
- มีรูปแบบการสร้างการรับรู้ที่ชัดเจน มี concept เกี่ยวกับการเป็นหมอครอบครัว แพทย์ประจำตัวค่อนข้างชัด และเป็นเชิงรุก แต่ยังต้องใช้เวลาในการสร้างความสัมพันธ์ต่อเนื่อง (ผ่าน LINE/โทรศัพท์)

- มีการพัฒนาระบบ IT ที่ช่วยในการดูแล เช่น โปรแกรมส่งต่อ โปรแกรมเยี่ยมบ้าน

๓. Structure:

- มีจุดพื้นที่ให้บริการที่ครบถ้วน เป็นราย FCT / ของแพทย์ แต่หลังจากเป็น PCC ค่อนข้างแออัดไม่เพียงพอ เนื่องจากมีผู้มารับบริการมากขึ้น ทั้งในพื้นที่รับผิดชอบ และนอกพื้นที่รับผิดชอบ

๔. Service:

- มีระบบการดูแลที่เป็นแบบ Holistic Care มากขึ้น มี Dx. กาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณ อาจจะยังไม่ครบถ้วนแต่เห็นทิศทางแนวโน้ม ความตั้งใจที่ดี
- มีระบบการดูแลที่เป็นขั้นตอน Cascade การดูแล/ CPG ชัดเจน ว่าอาการป่วยแบบใดใครต้องดูแล โดยเน้นเริ่มจากโรคที่พบบ่อยในพื้นที่ คือ Common cold/ URI / NCD และมีแนวทางการส่งต่อไปที่ รพ.แม่ข่าย
- ระบบบริการเริ่มเห็นทิศทางที่เป็น ๑st contact point of care บริการด้านแรก จากวิสัยทัศน์เป้าหมายของทีมงาน PCC ว่า อยากให้เป็นหัวใจของประชาชน เจ็บป่วยต้องคิดถึง PCC บางแก้วก่อน
- มีระบบงานเชิงรุกในชุมชนที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน และ เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

๕. Output/Outcome

- มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาที่ชัดเจน มี KPI ที่เป็นของพื้นที่และเกิดจากการมีส่วนร่วมของการคิด
- KPI ครอบคลุม Leading / Lagging indicator ระยะสั้น กลาง ยาว

๕. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับพื้นที่

๑. Staff

- ขอให้พนักงานมาปฏิบัติงานที่ PCC มากกว่า ประจำที่โรงพยาบาล เช่น สัปดาห์ละ ๓ วัน ซึ่งจะทำให้การดูแลผู้ป่วย Stroke/ติดเตียง ในชุมชน ได้รับการดูแลที่ครบถ้วนต่อเนื่องมากขึ้น

- จากบริบทที่ยังไม่มีการ Fix catchment area ทำให้ ปชช. นอกเขตมารับบริการมาก ส่งผลให้อัตรากำลังที่มีอยู่ไม่เพียงพอในบางวัน เสนอให้การดูแลผู้ป่วยแบบเป็น General care และ Holistic care ในรายที่จำเป็น ไม่ต้อง Holistic care ทุกราย

- เสริมบทบาทของนักโภชนาการในการดูแลกลุ่มโรค NCD ให้ชัดเจนมากขึ้น

๒. System เห็นควรเพิ่มอุปกรณ์ด้านกายภาพให้เพียงพอเมื่อมีนักกายภาพประจำมากขึ้น

๓. Structure พื้นที่บริการเริ่มจำกัด ในช่วงแรกอาจจะต้องพิจารณาต่อขยายอาคารเพิ่มความจำเป็น

๔. Service ยังเห็นภาพ COC การดูแลต่อเนื่องไม่ชัดเจนมากนัก อาจเกิดจากภาระงานที่มาก และยังไม่เห็นงานด้าน Health promotion ที่ชัดเจนเท่าที่ควร อาจจะต้องคุยกันในทีมว่าจะทำอย่างไรให้เป็นรูปธรรม

๕. จะขยายพื้นที่แบบนี้ให้ครบทั้งอำเภอ และจังหวัดได้อย่างไร ตามบริบทที่ไม่เหมือนกัน

ข้อเสนอแนะระดับเขต

๑. ครอบงำจุดแข็งของ PCC บางแก้วไปเป็นต้นแบบในระดับเขต คือเรื่อง HRD / KPI ที่ชัดเจน / รูปแบบ Service ในเขตเมืองที่เป็นรูปธรรม

๒. เห็นควรให้เป็นตัวอย่าง PCC ต้นแบบเขตเมือง เขต ๖ (ซึ่งต้องไปเปรียบเทียบกับเขตเมืองอื่น นอกเขต ๖ เช่น นนทบุรี กทม. เป็นต้น) และ น่าจะพัฒนาเป็น PCC ต้นแบบเขตเมืองของประเทศได้

ข้อเสนอแนะระดับประเทศ

เนื่องจากงบลงทุน ปี ๖๐ ในด้านสิ่งก่อสร้าง มีเงื่อนไขต้องสร้างใหม่ บนพื้นที่ว่าง แต่สมุทรปราการ ซึ่งเป็นเขตเมือง มีปัญหาเรื่องการหาที่ดินว่าง จึงขอเสนอให้งบลงทุนปี ๖๑ เปิดกว้างให้สามารถซื้ออาคารชุด หรือ อาคารพาณิชย์ โดยเป็นงบลงทุนที่เน้นเขตเมือง

ผู้รายงาน นายแพทย์สุทธิดีเดช เจริญไชย
ผู้นิเทศ PCC เขตสุขภาพที่ ๖
วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

หัวข้อ ๒.๒ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD)

จังหวัดสมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายที่เหมาะสม

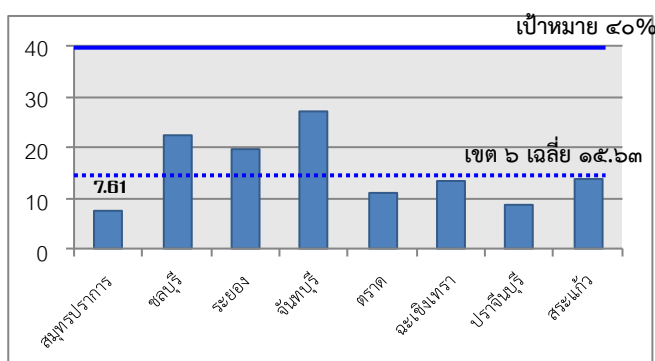
-ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๔๐)

-ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐)

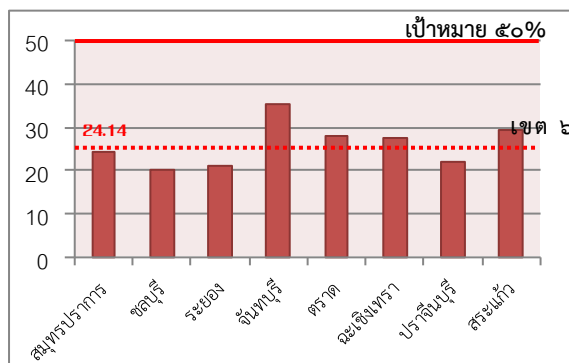
๒. สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๖ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เฉลี่ยร้อยละ ๑๕.๖๓ (เป้าหมาย ร้อยละ ๔๐) จังหวัดที่มีผู้ป่วยสามารถควบคุมเบาหวานได้สูงสุด ได้แก่ จ.จันทบุรี ร้อยละ ๒๗.๑๖ และต่ำสุด ได้แก่ จ.สมุทรปราการ ร้อยละ ๗.๖๑ นอกจากนี้ พบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เฉลี่ยร้อยละ ๒๕.๑๔ (เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐) จังหวัดที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้สูงสุด ได้แก่ จ.จันทบุรี ร้อยละ ๓๕.๔๓ และต่ำสุด ได้แก่ จ.ชลบุรี ร้อยละ ๒๐.๒๐ (ข้อมูล HDC ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐)

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี



ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี



๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ตารางที่ ๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันที่ควบคุมได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ Type area ๑,๓ (ตามtemplateตัวชี้วัด)

จ.สมุทรปราการ มีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เฉลี่ยร้อยละ ๗.๖๒ อำเภอที่มีผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้สูงสุด ได้แก่ อ.บางเสาธง ร้อยละ ๑๗.๒๑ และต่ำสุดได้แก่ อำเภอบางบ่อ ร้อยละ ๔.๓๘ นอกจากนี้ พบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เฉลี่ยร้อยละ ๒๗.๘๓ อำเภอที่มีผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้สูงสุด ได้แก่ อ.พระสมุทรเจดีย์ ร้อยละ ๓๔.๖๕ ต่ำสุด ได้แก่ อ.เมืองสมุทรปราการ ร้อยละ ๑๙.๒๗ (ข้อมูล HDC ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐)

ตาราง ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ (เป้าหมาย > ร้อยละ ๔๐)			ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (เป้าหมาย > ร้อยละ ๕๐)		
	จำนวนผู้ป่วย	ควบคุมได้ดี	%	จำนวนผู้ป่วย	ควบคุมได้ดี	%
เมืองสมุทรปราการ	๑๕,๑๘๕	๑,๔๑๒	๙.๓	๒๘,๓๙๒	๕,๔๗๑	๑๙.๒๗
บางป่อ	๓,๓๕๗	๑๔๗	๔.๓๘	๕,๒๒๘	๑,๔๓๘	๒๗.๕๑
บางพลี	๕,๑๙๒	๒๗๘	๕.๓๕	๑๐,๐๔๒	๒,๓๙๕	๒๓.๘๕
พระประแดง	๕,๘๗๒	๓๐๔	๕.๑๘	๑๒,๐๓๙	๓,๒๒๓	๒๖.๗๗
พระสมุทรเจดีย์	๓,๙๕๑	๒๓๖	๕.๙๗	๗,๙๙๔	๒,๗๗๐	๓๔.๖๕
บางเสาธง	๑,๘๗๗	๓๒๓	๑๗.๒๑	๓,๓๔๔	๙๒๖	๒๗.๖๙
รหัสพื้นที่ไม่ถูกต้อง	๒๑	๐	๐.๐๐			
ภาพรวมจังหวัด	๓๕,๔๕๕	๒,๗๐๐	๗.๖๒	๓๕,๓๐๓	๙,๘๒๖	๒๗.๘๓

ที่มา ระบบ HDC ณ วันที่ ๒๒ กพ. ๒๕๖๐

กิจกรรมการดำเนินงาน

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ
๒. จัดทำแผนงานพร้อมบูรณาการงานป้องกันควบคุมและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บูรณาการงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง ตำบลจัดการสุขภาพ รพ.สต.ติดตาม
๓. มีระบบการส่งต่อกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
๔. มีโครงการ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่

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

๑. ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ Typearea ๑,๓ ยังอยู่ระหว่างการวิเคราะห์ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล และ ปรับปรุงระบบ ให้ใกล้เคียงข้อมูลจริงในพื้นที่
๒. ข้อมูลการคัดกรองของสถานบริการ (รพ.สต.) ในพื้นที่ ยังขาดการวางแผนในการจัดเก็บ และรวบรวมเพื่อแก้ไขปัญหา ในระดับอำเภอ โดยเฉพาะพื้นที่ในเขตอำเภอเมือง
๓. บริบทพื้นที่ ประชากรแฝงในพื้นที่สูง สถานบริการเอกชนในพื้นที่สูง และอยู่ใกล้เมืองหลวง ทำให้การติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำได้ยาก

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ Type area ๑,๓ (ตามtemplate ตัวชี้วัด) ไม่น่าเชื่อถือ	การตรวจสอบข้อมูล และ Clean dataในระบบHDC ให้เป็นปัจจุบัน และใกล้เคียงกัน	

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย
ไม่มี.

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)
ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวสมปอง โรจน์รุ่งศิริ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
โทรศัพท์ ๐๘ ๑๗๑๕๗๒๗๒
E-mail pong๙๘๖๙@gmail.com
ผู้ตรวจรายงาน นางวิสร่า จิรโรจน์วัฒน์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๙๖-๖๔๒๔
อีเมล rjirarojo๓@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

หัวข้อ ๒.๒ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD)

จังหวัดสมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (มากกว่าร้อยละ ๘๐)

๒. สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๖ มีการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๕๓.๙๕ จังหวัดที่มีการคัดกรองสูงสุดได้แก่ จ.ระยอง ร้อยละ ๖๙.๙๒ จังหวัดที่มีการคัดกรองต่ำได้แก่ จ.สมุทรปราการ ร้อยละ ๒๒.๑๗ (ข้อมูล HDC ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐)

พบว่า จ.สมุทรปราการ มีข้อมูลในระบบ HDC ต่ำกว่าข้อมูลที่มีอยู่จริงในพื้นที่ หลายเท่า เนื่องจากพบว่า จ.สมุทรปราการ มีโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ถึง ๑๕ แห่ง ขณะที่มีโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัด สป. เพียง ๖ แห่ง และนอกสังกัด สป. ๔ แห่ง มีผู้ป่วยในฐานข้อมูลโรงพยาบาลภาครัฐจำนวนมาก ที่ไปรักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลเอกชน และเข้ารับการรักษานอกกรุงเทพมหานคร ทำให้ฐานข้อมูลผู้ป่วยสูงกว่าความเป็นจริงมาก

ตาราง ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

จังหวัด	B	A	ร้อยละ
สมุทรปราการ	๒๗,๒๗๖	๖,๐๔๘	๒๒.๑๗
ชลบุรี	๓๔,๓๖๖	๒๒,๖๘๕	๖๖.๐๑
ระยอง	๒๒,๑๘๑	๑๕,๕๑๐	๖๙.๙๒
จันทบุรี	๑๙,๘๗๑	๑๓,๑๗๗	๖๖.๓๑
ตราด	๗,๔๐๕	๓,๔๒๔	๔๖.๒๔
ฉะเชิงเทรา	๒๘,๑๕๔	๑๔,๗๙๗	๕๒.๕๖
ปราจีนบุรี	๒๓,๓๔๙	๑๓,๕๕๘	๕๘.๐๗
สระแก้ว	๑๘,๓๖๖	๘,๔๓๕	๔๕.๙๓
เขต ๖	๑๘๐,๙๖๘	๙๗,๖๓๔	๕๓.๙๕

ที่มา ระบบ HDC ณ วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ยังไม่ป่วยด้วย CVD

A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ยังไม่ป่วยด้วย CVD ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

จ.สมุทรปราการ มีการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ยร้อยละ ๒๒.๑๗ อำเภอที่มีการคัดกรองสูงสุดได้แก่ อ.พระสมุทรเจดีย์ ร้อยละ ๔๖.๔๕ อำเภอที่มีการคัดกรองต่ำสุดได้แก่ อำเภอพระประแดง ร้อยละ ๑๑.๔๗

ตารางที่ ๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ ๘๐

อำเภอ	B	A	ร้อยละ
เมืองสมุทรปราการ	๑๑,๔๖๖	๑,๗๑๑	๑๔.๙๒
บางบ่อ	๒,๔๕๑	๑,๐๕๐	๔๒.๘๔
บางพลี	๓,๘๙๘	๘๖๘	๒๒.๒๗
พระประแดง	๔,๔๖๓	๕๑๒	๑๑.๔๗
พระสมุทรเจดีย์	๓,๔๑๐	๑,๕๘๔	๔๖.๔๕
บางเสาธง	๑,๕๗๔	๓๒๒	๒๐.๔๖
รหัสพื้นที่ไม่ถูกต้อง	๑๔	๑	๗.๑๔
ภาพรวม	๒๗,๒๗๖	๖,๐๔๘	๒๒.๑๗

ที่มา ระบบ HDC ณ วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

ผู้ป่วยที่ได้รับการกรอง พบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจระดับ ๑-๒ ร้อยละ ๙๗.๖๐ และความเสี่ยงสูงระดับ ๓ ขึ้นไป ร้อยละ ๒.๔๐ กลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับ ๓ ขึ้นไป ได้รับการส่งต่อเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แผนกสุขภาพ คลินิก DPAC และคลินิกอดบุหรี่ ยังอยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูลผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตารางที่ ๒ อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) จำแนกตาม Risk Score ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน CVD Risk จำแนกตาม Risk Score										
		ระดับ ๑		ระดับ ๒		ระดับ ๓		ระดับ ๔		ระดับ ๕	
	ผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เมือง	๑,๗๑๑	๑,๔๗๒	๘๖.๐๓	๒๑๑	๑๒.๓๓	๒๕	๑.๔๖	๓	๐.๑๘	๐	๐
บางบ่อ	๑,๐๕๐	๘๖๔	๘๒.๒๙	๑๕๖	๑๔.๘๖	๒๔	๒.๒๙	๕	๐.๔๘	๑	๐.๑
บางพลี	๘๖๘	๖๗๕	๗๗.๗๖	๑๖๐	๑๘.๔๓	๒๖	๓	๖	๐.๖๙	๑	๐.๑๒
พระประแดง	๕๑๒	๔๖๙	๙๑.๖	๔๐	๗.๘๑	๓	๐.๕๙	๐	๐	๐	๐
พระสมุทรเจดีย์	๑,๕๘๔	๑,๓๐๖	๘๒.๔๕	๒๒๙	๑๔.๔๖	๔๐	๒.๕๓	๗	๐.๔๔	๒	๐.๑๓
บางเสาธง	๓๒๒	๒๘๗	๘๙.๑๓	๓๓	๑๐.๒๕	๒	๐.๖๒	๐	๐	๐	๐
รหัสพื้นที่ไม่ถูกต้อง	๑	๑	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รวมจังหวัด	๖,๐๔๘	๕,๐๗๔	๘๓.๙๐	๘๒๙	๑๓.๗๑	๑๒๐	๑.๙๘	๒๑	๐.๓๕	๔	๐.๐๗

ที่มา ระบบ HDC ณ วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยตาม

B จำแนกตาม Risk Score

กิจกรรมการดำเนินงาน

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ
๒. จัดทำแผนงานพร้อมบูรณาการงานป้องกันควบคุมและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บูรณาการงานอำเภอ ควบคุมโรคเข้มแข็ง ตำบลจัดการสุขภาพ รพ.สต.ติดตาม โรงงานในพื้นที่
๓. มีระบบการส่งต่อกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
๔. มีโครงการ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่

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

๑. ข้อมูลการคัดกรองของสถานบริการ (รพ.สต.) ในพื้นที่ ยังขาดการวางแผนในการจัดเก็บ และรวบรวมเพื่อแก้ไข ปัญหา ในระดับอำเภอ โดยเฉพาะพื้นที่ในเขตอำเภอเมือง
๒. ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ในการแก้ไข ปรับปรุงระบบ และเชื่อมโยงโปรแกรมข้อมูลที่มีอยู่หลากหลาย ให้เชื่อมโยงกับ HDC
๓. บริบทพื้นที่ ประชากรแฝงในพื้นที่สูง สถานบริการเอกชนในพื้นที่สูง และอยู่ใกล้เมืองหลวง ทำให้การ ติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำได้ยาก

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับผิดชอบต่อ
ข้อมูลในโปรแกรม Thai CV กับ HDC ไม่ตรงกัน	- ผิดอบรมทักษะบุคลากร - มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกัน ในการ กำหนดช่วงเวลาในการติดตาม ตรวจสอบ การแก้ไข ปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุก ๓ เดือน	- จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร ด้าน IT ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่
ปัญหา โปรแกรม Thai CV ข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น ขาดข้อมูลการสูบบุหรี่ ทำให้วิเคราะห์ข้อมูลไม่ได้ และเพิ่มข้อมูลเองไม่ได้ เนื่องจากดึงจากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม		ให้ส่วนกลางปรับปรุงข้อมูล ให้ปรับปรุงเพิ่มข้อมูล ความเสี่ยง ได้
ข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ อ. เมือง ส่วนใหญ่ข้อมูลยังอยู่ในพื้นที่ (รพ. สต) ยังขาดการวางแผนรวบรวม จัดเก็บ และนำมาวางแผนแก้ไขร่วมกันอย่างเป็น รูปธรรม ระหว่าง สสจ. สสอ. รพ.และรพ. สต.ในพื้นที่	มีการประชุมเครือข่ายบริการในพื้นที่ ให้มีการนำเสนอข้อมูล และประสานความร่วมมือ กำหนดแผนในการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างเป็น รูปธรรม	
ข้อมูลพฤติกรรม ยังอยู่ระหว่างการ รวบรวมข้อมูล	มีการซื้อคืนข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งเข้าปรับ พฤติกรรม	

๖. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

แผนพัฒนาบุคลากร ในการลงพื้นที่ศึกษากระบวนการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีข้อมูลการคัดกรองสูง และมีข้อมูลจริงใกล้เคียงข้อมูลในระบบ HDC เช่น อ. บางบ่อ อำเภอที่มีการคัดกรองจริงสูง แต่มีข้อมูลในระบบ HDC ต่ำมาก ได้แก่ อ.พระประแดง และอ.เมือง ควรมีการวิเคราะห์ gap ให้ข้อมูลจริงใกล้เคียงข้อมูลในระบบ

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ไม่มี

นางสาวสมปอง โรจน์รุ่งศิริ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

วัน/เดือน/ปี วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

โทรศัพท์ ๐๘ ๑๗๑๕๗๒๗๒

E-mail pong๙๘๖๙@gmail.com

ผู้ตรวจรายงาน นางวิสรุ จิโรจน์วัฒน์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๙๖-๖๔๒๔

อีเมล rjiraroj๐๓@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

หัวข้อ SERVICE PLAN สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE)

รอบที่ ๑ จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด ๓. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๗)

๒. สถานการณ์

๒.๑ รพ.จังหวัด(A)มี ๔เตียง STROKE UNIT รับ CASE CEREBRAL ISCHEMIC, ศัลยกรรมรับ CASE CEREBRAL HEMORRHAGE

๒.๒ รพ.จังหวัด(A) ให้ RtPA ได้ รพ.เดียว

๒.๓ มี Neuro Med ๒ คน และ Neuro Surg. ๒ คน

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค. - ธ.ค. ๕๙
๓.๑	ร้อยละของอัตราตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน	≤ ๗ %	๖.๙๓	๑๙.๐๗

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

- อัตราตายสูง, การยินยอมให้ RtPA ของผู้ป่วยและญาติ
- ผู้ป่วยมาล่าช้าเกิน ๑ ชั่วโมง, ผู้ไปรักษาต่อที่อื่นๆ

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการจะไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- Door to Needle time > ๑ hr. - การยินยอมให้ RtPA ของผู้ป่วยและญาติ - ผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่อื่น	- กระตุ้นการรับรู้ + การตระหนักรู้ ถ้าผู้มีอาการ STROKE รีบมารักษาและทราบประโยชน์ของการรักษาทันเวลาภายใน ๑ ชั่วโมง และให้ RtPA ภายใน ๔-๕ ชั่วโมง - พัฒนาระบบ REFER ให้คนไข้มาทันเวลา	- กระตุ้น อสม., รพสต, และ รพช. ส่งผู้ป่วยที่มีอาการมารักษาตามเกณฑ์
- การค้นหาคนไข้ในกลุ่มเสี่ยง	- คัดกรอง NIDDM และ HT ใน NCD CLINIC	- คัดกรองใน รพ. ทุกระดับ

- อัตราตายสูง	- พัฒนาระบบ REFER ให้คนไข้มาทันเวลาเพื่อลดอัตราการตาย	- ประเมินระบบการ REFER ผู้ป่วยตามเกณฑ์
- การดูแลผู้ป่วยแล้วได้รับการรักษา	- ทำ CVA CARE MAP หลังรักษาใน รพ.จังหวัด หลังรักษาใน รพ.จังหวัด(A) กลับสู่ชุมชน - ให้ RtPA ในโรงพยาบาลระดับ M๑ บางพลีได้	- ประสานเครือข่าย CVA CARE MAP ระหว่างรพ. จังหวัด และ รพ.ที่ REFER กลับ

๓. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- คัดกรอง NIDDM และ HT ใน NCD CLINIC ใน รพ.ทุกระดับ
- พัฒนาระบบ REFER ให้คนไข้มาทันเวลา
- กระตุ้นการรับรู้ + การตระหนักรู้ ถ้าผู้มีอาการ STROKE ให้รีบมารักษา

ผู้รายงาน นพ.อัศวิน จิตนุยานนท์

ตำแหน่ง ผอ.สำนักการแพทย์ เขต ๖

วัน/เดือน/ปี ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

โทร..๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.

e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

หัวข้อ SERVICE PLAN สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

รอบที่ ๑ จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดที่ ๔. อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(ไม่เกิน ๑๓๐ ต่อแสน ปชก.)

๒. สถานการณ์

๒.๑ อายุรแพทย์โรคปอด ๑ ท่าน

๒.๒ COPD Clinic เดือนละ ๒ ครั้ง และ Asthma Clinic เดือนละ ๒ ครั้ง

๒.๓ พื้นที่ในการให้บริการมีจำกัดและขาดแคลนเจ้าหน้าที่

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับที่	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค. - ธ.ค. ๕๙
๑	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<๑๓๐: ๑๐๐,๐๐๐ปชก.	๕๔.๖๔	๕๓.๔๑
	รพศ. รพท. รพช. จัดบริการ COPD CLINIC ทุกแห่ง	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๘๓.๓๓ (รอการประเมิน)
	รพศ. รพท. รพช. มี บริการเพื่อการเลิกบุหรี่	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

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

- ขาดแคลนอัตรากำลังคน
- พยาบาล Chest nurse มีอายุรแพทย์โรคปอดน้อย และพื้นที่ COPD CLINIC มีจำกัด

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ขาดแคลนพยาบาล CHEST NURSE	- ส่งพยาบาลเรียน CHEST NURSE หลักสูตร ๔ เดือน	- ขออัตรากำลังคน

- มีอายุรแพทย์โรคปอดน้อย	- ส่งอายุรแพทย์เรียน CHEST MED หลักสูตร ๒ปี	- ขออัตรากำลังคน
- พื้นที่ COPD CLINIC มีจำกัด	- ขยายพื้นที่บริการของ COPD CLINIC - ส่งนักกายภาพบำบัด อบรม หลักสูตร CHEST REHAB	- ขอขยายพื้นที่ COPD CLINIC

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- จัดพื้นที่บริการ COPD CLINIC โดยสหสาขาวิชาชีพ (CHEST MED + CHEST NURSE + เภสัชกร + REHAB)
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร

ผู้รายงาน นพ.อัครฐาน จิตนุยานนท์

ตำแหน่ง ผอ.สำนักการแพทย์ เขต ๖

วัน/เดือน/ปี ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

โทร..๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.

e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ Service Excellence

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : RDU)

จังหวัด.....สมุทรปราการ.... เขตสุขภาพที่.....๖.... รอบที่..๑..ตรวจราชการวันที่ ๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : RDU)

๒. สถานการณ์

๒.๑ จังหวัดสมุทรปราการมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ๖ แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ A จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ, ระดับ M๑ จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางพลี , ระดับ M๒ จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางบ่อ, ระดับ F๑ จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางจาก, ระดับ F๒ จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ และ ระดับ F๓ จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลบางเสาธง

๒.๒ ยังไม่มีโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการที่ผ่านการประเมินเป็น RDU hospital ขั้นที่๑ โดยส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านตัวชี้วัดในเรื่องประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล,การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐานฉลากยาเสริมและเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่มที่มีรายละเอียดครบถ้วน (ผ่านเกณฑ์ ๓ แห่ง ได้แก่ รพ. บางบ่อ,รพ.บางจาก และ รพ.บางเสาธง) และ การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยาและแผนปฏิบัติการจัดการซื้อยาของโรงพยาบาลระดับ A , S และ M๑

๒.๓ ยังไม่มี รพ.สต.ใดในจังหวัดสมุทรปราการที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดทั้ง ๒ กลุ่มโรค ได้แก่ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (รพ.สต. บางเมือง , รพ.สต.คลองบางปลีง, รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ๖๐ พรรษาสาขาวัดบางปลีง , ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชา, รพ.สต.คลองด่านหมู่ที่ ๑๓, รพ.สต.นิคมยาตรา รพ.สต.บางเสาธง และ รพ.สต.บางโหลง ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดในโรคติดเชื้อการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน)

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๐)	ภาพรวม รอบ๑ ใช้ข้อมูลไตรมาส ๑ (ข้อมูล ต.ค. ๕๙-ธ.ค. ๕๙)
๑	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (โรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านเกณฑ์ RDU๑ และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU๒) เกณฑ์ตัวชี้วัด : รพ.RDU ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ. ทั้งหมด)	เป้าหมาย (จำนวน รพ.ทั้งหมด)	๖	๖
		ผลงาน (จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมายขั้นที่ ๑*)	๐	๐
		ร้อยละ	๐	๐

หมายเหตุ * รพ.แม่ข่ายผ่านเกณฑ์ RDU๑ และ หน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ RDU๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย

๓.๑ ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ชั้นที่ ๑ (SP-RDU) จำแนกตามโรงพยาบาล

รายชื่อ รพ.	ระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓	RDU๑								RDU ๒	สรุปผล การประเมินการเป็น RDU Hospitalชั้นที่ ๑(RDU๑+ RDU๒	
		RDU ๑: ประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process)			RDU๑: ประเมินผลการดำเนินงาน(Output)					ประเมินผล การดำเนิน งาน(Output)	ผ่าน	ไม่ ผ่าน
		มี คณะ กรรม การ ขับเคลื่อน SP- RDU	มี ระบบ สารสนเทศใน การจัดเก็บ ข้อมูลตัวชี้วัด SP-RDU	มีแผน ปฏิบัติ การจัดการ เครือข่ายใน รพ.เฉพาะ รพ.ระดับA Sและ M๑	๑) ร้อยละ รายการยาที่ สั่งใช้ใน บัญชียา หลัก แห่งชาติ ED <							

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ระดับจังหวัด

๑. คณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU จังหวัด	๑. การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU	☐ ไม่มีคำสั่งคณะกรรมการฯ ☒ มีคำสั่งคณะกรรมการ ตามคำสั่งที่.....๐๐๓๒.๐๐๔/๔๓๒ ชื่อคณะกรรมการ.....คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับจังหวัด และมีร่างคำสั่งคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับจังหวัด
๒. มีเป้าหมายแผนปฏิบัติการตัวชี้วัด การติดตามควบคุม กำกับ และการรายงานผลการดำเนินงาน SP- RDU ในระดับจังหวัด	๑. การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อน SP-RDU ๒. การกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานขับเคลื่อน SP-RDU ๓. การกำหนดตัวชี้วัดในการขับเคลื่อน SP-RDU ๔. การควบคุม กำกับ กลวิธีในการขับเคลื่อน SP-RDU อย่างมีประสิทธิภาพ ๕. การจัดทำระบบการรายงานผลการดำเนินงาน	☐ ไม่มีแผนปฏิบัติการหรืออยู่ระหว่างการจัดทำ ☒ มีแผนปฏิบัติการ สรุปภาพรวมของแผนปฏิบัติการ ๑. มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU ระดับจังหวัด ๒. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด SP-RDU ๓. มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานจากหน่วยบริการทุกแห่ง เป้าหมายการดำเนินงาน - โรงพยาบาล ๖ แห่ง - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๗๓ แห่ง ตัวชี้วัด โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านการประเมินเป็น RDU hospital ขั้นที่ ๑ รูปแบบหรือกลวิธีในการควบคุมกำกับ - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - นิเทศติดตาม การจัดทำรายงานส่งให้กับจังหวัด/สปรส. ☒ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบถ้วน ระบุ..... สรุปผลการดำเนินงาน SP-RDU ระดับจังหวัด .- โรงพยาบาลทุกแห่งกำลังดำเนินการขับเคลื่อน SP-RDU -ยังไม่มีโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินเป็น RDU hospital ขั้นที่๑
๓. การพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการติดตามผลการดำเนินงาน SR-RDU ตามตัวชี้วัดระดับจังหวัด	๑. การกำหนดผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน SP-RDU อย่างชัดเจน ๒. การจัดทำระบบสารสนเทศในการติดตามผลการดำเนินงาน SP-RDU	☐ ไม่มีผู้รับผิดชอบ ☒ มีผู้รับผิดชอบชัดเจนคือ นายสุรัชย์ จุติพรชัย ☐ ไม่มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ☒ มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ระบบที่ใช้ : โปรแกรมจากส่วนกลาง HDC dashboard สรุปผลการพัฒนาระบบสารสนเทศ ระดับจังหวัด - กำลังพัฒนา
๔. มีการติดตามการจัดการซื้อยาด้านจุลชีพ	การติดตามและสรุปผลการดำเนินการจัดการซื้อยาด้านจุลชีพ	สรุปผลการดำเนินการจัดการซื้อยาด้านจุลชีพระดับจังหวัด โรงพยาบาลสมุทรปราการกำลังเรียบเรียงข้อมูล

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

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสานหรือดำเนินการต่อ
อุปสรรคในการดึงข้อมูลของ จังหวัด	ให้จังหวัดดำเนินการบูรณาการในการดึงข้อมูลภาพรวมของจังหวัด (มี รพศ./รพท./รพช.เป็นพี่เลี้ยง) โดย -ประสานงานกับ IT.ของรพ. -ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ จ. ขอนแก่น ซึ่งทำได้ดีมีการนำร่องไปแล้ว	
การพัฒนาโปรแกรมจากส่วนกลาง ยังไม่ครอบคลุม	ส่วนกลางอยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำโปรแกรมให้รพ.รายงานข้อมูล	

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

-ควรมีการพัฒนาโปรแกรมจากส่วนกลางให้ครอบคลุมตัวชี้วัดทุกตัวโดยเร็วเพื่อให้ทางจังหวัดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ สะดวกครบถ้วน

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- ไม่มี

ผู้รายงาน นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์/นางสาวนุชนาฏ พรสัจจะ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี ๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐๑๖๓๗

e-mail : refermoph@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด

รอบที่ ๑ จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด

๒. สถานการณ์

๒.๑ จำนวนเตียง NICU ไม่เพียงพอ

๒.๒ สติแพทย์ รพ.บางพลี (M๑) มี ๑ คน รพ. บางบ่อ (M๒) มี ๓ คน รพ. บางจาก (F๑) มี ๑ คน

๒.๓ เกิดภาวะ Birth Asphyxia ต่ำ ภาวะ ROP, BPD, IVH ไม่เกินเกณฑ์

๒.๔ Refer out นอกเขตมาก

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค. - ธ.ค. ๕๙
๑	<u>ตัวชี้วัด outcome</u> อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (< ๕ : ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ)	อัตรา/ร้อยละ	๔.๓๗	๓.๖๔
๒	<u>ตัวชี้วัด Service</u> จำนวนเตียง NICU เพิ่มขึ้นเพียงพอต่อการบริหารทารก ป่วย (จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๐ ของเตียงที่ต้องการ)	อัตรา/ร้อยละ	๑:๑๐๐๐ (๘/๒๔ เตียง)	๑:๒๕๑ (๑๒/๒๔ เตียง) เพิ่ม ๓๓%
๓	มีระบบการส่งต่อ Intrauterine transfer system	อัตรา/ร้อยละ	-	ผ่านเกณฑ์
๔	โรงพยาบาลระดับ F๑ คัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (ร้อยละ ๖๐)	อัตรา/ร้อยละ	-	๗๕

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

- ขาดบุคลากรในสาขาที่เกี่ยวข้อง ,ขาดจำนวนเตียง NICU ตามเกณฑ์,การส่งปรึกษาต่อลำบาก

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับ ไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- บุคลากร Neonatologist, NNP & RN ไม่เพียงพอ	- พัฒนาบุคลากรศึกษาต่อทุกระดับ - เปิดหลักสูตร ๑ เดือน NNP และ RN	- ขออัตรากำลังคน
- จำนวนเตียง NICU ไม่เพียงพอ	- เพิ่มศักยภาพรพ.ระดับ A หรือต่ำกว่า	- ขอสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์
- การส่งปรึกษาต่อลำบาก	- จัดระบบเครือข่ายการส่งปรึกษาต่อ	- ประสานงาน รพ.เด็ก หรือ รพ. โรงเรียนแพทย์ในการรับ Refer
- อุปกรณ์การแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจเด็ก มีราคาแพง	- เครื่องมือทันสมัย แพงกว่าราคากลาง ที่ สนย. สบรส. สปสช. กำหนด	- ประสานของบประมาณเพิ่ม

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ขาดอัตรากำลังคน ส่งศึกษาต่อเพื่อพัฒนาศักยภาพและอุปกรณ์การแพทย์ (เตียง NICU และอุปกรณ์การแพทย์)
- ประสานงานการ refer ปรึกษาต่อรพ.ที่มีศักยภาพ เช่น รพ.เด็กและ รพ.แพทย์

ผู้รายงาน นพ.อัศวาน จิตนุยานนท์

ตำแหน่ง ผอ.สำนักการแพทย์ เขต ๖

วัน/เดือน/ปี ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

โทร..๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.

e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

จังหวัดสมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
≥ร้อยละ ๑๘.๕

๒. สถานการณ์

๒.๑ จังหวัดสมุทรปราการ มีโรงพยาบาลทั้งสิ้น ๖ แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางจาก โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ โรงพยาบาลบางเสาธง จัดบริการการแพทย์ไทยครบทุกแห่ง ยกเว้น โรงพยาบาลบางเสาธงจะจัดบริการการแพทย์แผนไทย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน ๗๑ แห่ง โดยจัดบริการแพทย์แผนไทย ๒๖ แห่ง

๒.๒ จังหวัดสมุทรปราการมีแพทย์แผนไทย ๒๙ คน ที่มีใบประกอบวิชาชีพจำนวน ๒๖ คน ยังไม่มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมแผนไทยจำนวน ๓ คน บรรจุเป็นข้าราชการจำนวน ๘ คน ปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลจำนวน ๙ คนและปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน ๑๒ คน

๒.๓ ได้พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นระดับที่มีการรับบริการในโรคพื้นฐานและรักษาได้ง่ายด้วยการทำหัตถการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพร

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ ๑๘.๕) จำแนกรายอำเภอ จังหวัดสมุทรปราการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ต.ค. - ธ.ค. ๕๙			
		หน่วยงาน	ผู้ป่วยนอกทั้งหมด(ครั้ง)	ผู้ป่วยนอกที่รับบริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง)	ร้อยละ
ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ ๑๘.๕	อ.เมือง	๑๖๙,๕๑๑	๒๓,๕๒๘	๑๓.๘๘
		อ.บางพลี	๕๒,๔๔๔	๘,๐๖๖	๑๕.๓๘
		อ.บางบ่อ	๕๑,๕๘๙	๙,๙๔๓	๑๙.๒๗
		อ.พระประแดง	๖๗,๖๓๘	๑๖,๓๕๐	๒๔.๑๗
		อ.พระสมุทรฯ	๔๑,๓๗๙	๖,๖๘๖	๑๖.๑๖
		อ.บางเสาธง	๑๘,๖๓๖	๖,๕๑๗	๓๔.๙๗
		รวม	๔๐๑,๑๙๗	๗๑,๐๙๐	๑๗.๗๒

ที่มา: ข้อมูลจากHDC ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙

พบว่า ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มีจำนวนทั้งสิ้น ๔๐๑,๑๙๗ ครั้ง โดยมีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน ๗๑,๐๙๐ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๗๒ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมาย ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร้อยละ ๑๘.๕๐) อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ๓ มี ๓ อำเภอ ได้แก่อำเภอบางเสาธง,อำเภพระประแดง,อำเภอบางบ่อ, ร้อยละ๓๔.๔๙, ร้อยละ ๒๔.๑๗ และ ร้อยละ ๑๙.๒๗ ตามลำดับ และไม่ผ่านเกณฑ์ มี ๓ อำเภอ คือ อำเภพระสมุทรฯ,อำเภบางพลีและอำเภเมือง ร้อยละ ๑๖.๑๖,๑๕.๓๘ และ ๑๓.๘๘ ตามลำดับ

๓.๒ มาตรการสำคัญ

มีการจัดตั้งคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่แผนกผู้ป่วยนอกใน รพศ., รพท.และ รพช.คู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน และคลินิกพิเศษ ๔ โรค (ร้อยละ ๗๐) ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙) โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสมุทรปราการ จัดบริการแพทย์แผนไทย OPD คู่ขนาน จำนวน ๕ แห่ง จาก ๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓๓ จัดบริการดูแลรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูก, ภูมิแพ้,อัมพฤกษ์,อัมพาต,ไมเกรน, ทางเดินอาหาร,ข้อเข่าเสื่อม และมีจำนวนรายการยาสมุนไพร ตามเกณฑ์ที่กำหนด ๓๐ รายการขึ้นไปทุกโรงพยาบาล ยกเว้น รพ.บางเสาธง เนื่องจากเริ่มเปิดดำเนินการเมื่อต้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ มีการจัดบริการคลินิกพิเศษการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน มีบริการเฉพาะทาง เช่น ไมเกรน,ข้อเข่าเสื่อม,อัมพฤกษ์ อัมพาต,ภูมิแพ้ อย่างน้อย ๑ คลินิกในรพศ./รพท. (ร้อยละ ๘๐) พบว่า โรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดสมุทรปราการ จัดบริการคลินิกพิเศษการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ คือ รพ.สมุทรปราการและ รพ.บางพลี โรงพยาบาลชุมชนจัดบริการ จำนวน ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลบางจาก

ดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานดังนี้ ระดับจังหวัด

๑. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่การดำเนินงานService Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานระดับจังหวัด มีคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ที่ ๒๒๘ /๒๕๕๘ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เพื่อพัฒนาระบบบริการด้านวิชาการ ๔ โรคและ มีการจัดประชุมเพื่อขับเคลื่อนงาน
๒. ดำเนินการตามโครงของขวัญปีใหม่กระทรวงสาธารณสุข กิจกรรมให้ความรู้ด้านสมุนไพรจัดทำต้นคริสต์มาสสมุนไพร ในหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนรับรู้ถึงงานการแพทย์แผนไทยและการใช้สมุนไพร มีผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนมาก
๓. มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำรวจจัดทำทะเบียนพืชสมุนไพรของจังหวัดสมุทรปราการ ในพื้นที่สีเขียวเชิงนิเวศน์สวนศรีนครเขื่อนขันธ์ ในพื้นที่ของกรมป่าไม้
๔. มีการประเมินหน่วยบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการทุกระดับ

ระดับหน่วยบริการ

๑. มีการแต่งตั้งหัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ๒ แห่งคือ โรงพยาบาลสมุทรปราการและ โรงพยาบาลบางบ่อ ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการได้ส่งหนังสือชี้แจงการดำเนินงานตามแผนการ
๒. โรงพยาบาลทั่วไปทั้ง ๒ แห่งมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกครบวงจรครบ ๔ โรค ทางเลือกครบวงจร ๑ โรค
๓. มีระบบการส่งต่อข้อมูลการให้บริการระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยใช้ระบบ Hos_xp, My_Pcu ในหน่วยบริการระดับโรงพยาบาล

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการขับเคลื่อนนโยบายหรือดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key RiskArea/Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. ประชาชนจังหวัดสมุทรปราการให้ความสนใจการบริการแพทย์แผนไทยน้อย เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีบริบทของความเป็นเมืองสูง สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์แผนปัจจุบันได้สะดวกรวดเร็ว
๒. ประชาชนและสหวิชาชีพให้การรักษาโรค มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยการแพทย์ผสมผสานและการใช้ยาสมุนไพรต่ำ การรับรู้เรื่องของการงานบริการแพทย์แผนไทยน้อย (ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC)

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสานหรือดำเนินการต่อ
๑.บุคลากรวิชาชีพการแพทย์แผนไทยมีจำนวนไม่เพียงพอ	- จังหวัดนำเสนอข้อมูล ความจำเป็นแก่ผู้บริหารเพื่อจัดสรรกรอบ อัตรากำลัง เพิ่มเติมตามการวิเคราะห์ค่า FTE (ส่วนขาด ๘๐%คือ ขาด ๕๐ ตำแหน่ง)	การกำหนดอัตราแพทย์แผนไทยในสถานบริการ ให้ถูกต้องตรงกับข้อมูลและความต้องการ
๒.บุคลากรสหวิชาชีพขาดความรู้และความมั่นใจด้านการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพร ส่งผลให้ประชาชนมีค่านิยมและการรับรู้เรื่องงานบริการการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพรน้อย	เสนอแนะให้คปสอ.ทุกแห่งดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้กับสหวิชาชีพในหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์แผนไทย เรื่องของการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพร เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการแนะนำการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพรแก่ประชาชนให้มากขึ้น	- จัดให้มี โครงการอบรมทางไกลถ่ายทอดความรู้เวชปฏิบัติแผนไทยสู่แพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (Teleconference) - การสนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรเพื่อทำการวิจัย แก่พื้นที่ โดยภาคกลาง กรมฯจะดำเนินงานในวันที่ ๖-๑๑ มีนาคม ๒๕๖๐ เรื่องระเบียบวิธีวิจัย และ Good Clinical Practice)
๓. พื้นที่มีความต้องการเวชปฏิบัติการใช้ยาตามนโยบาย First line drug และข้อมูลทางวิชาการอย่าง ละเอียด	เสนอแนะช่องทางได้มาซึ่งข้อมูลเพื่อเป็น Evidence Base	ประสานขอข้อมูลและส่งให้พื้นที่สมุทรปราการ ตามคำร้องขอ

๔. การยอมรับงานด้านแพทย์แผนไทยฯของทีมนักวิชาชีพยังมีน้อย เช่น ความปลอดภัยในการใช้ยา และการทำหัตถการ	● เร่งรัดการประชาสัมพันธ์ ข้อมูลและงานบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ● เร่งรัดการสร้างการยอมรับผ่านการทำวิจัยจากปัญหาที่พบในการให้บริการรวมทั้ง ข้อเสนอแนะในความปลอดภัยของยาสมุนไพรและการทำหัตถการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
--	---	--

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

จังหวัดสมุทรปราการ เสนอให้กรมฯ เร่งรัดชี้แจงนโยบายสู่พื้นที่ เพื่อจะนำเข้าสู่กระบวนการทบทวนแผนการดำเนินงานของจังหวัด รวมทั้งจากกรอบภาระงานแพทย์แผนไทยมีความกว้างครอบคลุมหลายมิติ(๔ มิติ สุขภาพ) มีผลกระทบกับการปฏิบัติงานของบุคลากรในด้านความเข้าใจในการขับเคลื่อนงาน เสนอให้จัดทำกรอบภาระงานของแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ ตรงกับบริบทของพื้นที่

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๗.๑ ได้รับรางวัลชนะเลิศพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทย ระดับเขตสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๗ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งเป็นตัวอย่างของการดำเนินงานนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย ระดับปฐมภูมิของเขตสุขภาพที่ ๖

๗.๒ น้ำสมุนไพรภูมิปัญญาแผนไทยดูแลสุขภาพต้นโลหิตสูง/เบาหวาน ด้วยน้ำกระเจี๊ยบ/ชากระเจี๊ยบ

๗.๓ คลินิกอดบุหรี่ด้วยยาดอกขาว

ผู้รายงาน

นางสาวรสสุคนธ์ กลิ่นหอม

นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ

โทร ๐๘๙ ๑๐๙ ๙๓๗๙

E-mail: Rossukon.kli@gmail.com

๒๒ – ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
 คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ : สาขาสุขาภพจิตและจิตเวช
 เขตสุขภาพที่...๖...จังหวัด...สมุทรปราการ.....รอบที่...๑...วันที่...๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐.....

ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในหน่วยบริการทุกระดับ
๒. การจัดให้มียาจิตเวชที่จำเป็นพอเพียงสำหรับโรคจิตเวชที่สำคัญในโรงพยาบาลทุกระดับ
๓. พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น
๔. การเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม (๑. โรคจิต/โรคซึมเศร้า ๒. โรคทางกายเรื้อรัง ๓. โรคสุรา/สารเสพติด) และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน
๕. การติดตามดูแลผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ ตามแนวทางมาตรฐาน
๖. การบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ DHS ในเขตสุขภาพและสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ แก่นำชุมชน ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

๑. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงาน (เชิงปริมาณ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอเมือง	อำเภอบางพลี	อำเภอบางบ่อ	อำเภอพระประแดง	อำเภอพระสมุทร	อำเภอบางเสาธง	ภาพรวมจังหวัด	ภาพรวมจังหวัด รอบ ๑ ณ ไตรมาส ๑ (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๕)
๑	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากร แสนคน)	เป้าหมาย	๒๗	๑๒	๕	๑๐	๗	๔	๖๕	๐.๑๙ ต่อ แสนประชากร
		ผลงาน	๑	๐	๑	๐	๐	๐	๒	
		อัตรา:แสน	๐.๒๓	๐	๑.๑๗	๐	๐	๐	๐.๑๙	
๒	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัว ตายไม่กลับไปทำร้าย ตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี (ร้อยละ ๘๐)	เป้าหมาย	๕๒	๑๕	๓	๔	๖	๐	๘๐	ร้อยละ ๙๗.๕๐
		ผลงาน	๕๒	๑๕	๓	๔	๔	๐	๗๘	
		ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๖.๖๗	๐	๙๗.๕๐	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอเมือง	อำเภอบางพลี	อำเภอบางบ่อ	อำเภอพระประแดง	อำเภอพระสมุทร	อำเภอบางเสาธง	ภาพรวมจังหวัด	ภาพรวมจังหวัด <u>รอบ ๑ ณ ไตรมาส ๑</u> (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙)
๓	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่มโรค (ร้อยละ ๕๐)	เป้าหมาย	๒๕	๑๑	๑๕	๑๘	๑๒	๙	๙๖	ร้อยละ ๑๐๐
		ผลงาน	๒๕	๑๑	๑๕	๑๘	๑๒	๙	๙๖	
		ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	
๔	ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐)	เป้าหมาย	๑๐๔๐๓	๔๕๙๖	๒๐๔๔	๓๙๒๓	๒๕๖๓	๑๔๙๗	๒๕๐๐๗	ร้อยละ ๓๙.๒๔
		ผลงาน	๕๔๒๓	๑๐๙๐	๑๗๖๖	๘๕๒	๕๙๐	๙๓	๙๘๑๔	
		ร้อยละ	๕๒.๑๓	๒๓.๗๑	๘๖.๔๑	๒๑.๗๒	๒๓.๐๒	๖.๐๙	๓๙.๒๔	
๕	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕)	เป้าหมาย	๓๔๖๘	๑๕๓๒	๖๘๑	๑๓๐๘	๘๕๔	๗๙๓	๘๓๓๖	ร้อยละ ๕๘.๔๖
		ผลงาน	๓๐๔๕	๔๗๕	๖๕๑	๓๐๗	๓๖๔	๒๒	๔๘๗๓	
		ร้อยละ	๘๘.๐๗	๓๑.๐๐	๙๕.๕๖	๒๓.๔๘	๔๒.๖๑	๔.๔๖	๕๘.๔๖	
๖	ร้อยละ ๘ ของผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ	เป้าหมาย	ประชากรกลางปี ๒๕๕๙ ที่มีอายุ ๖- ๑๕ ปี ตามความชุกทางระบาดวิทยาโรคสมาธิสั้น							อยู่ระหว่าง ประสานข้อมูล
		ผลงาน	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์และสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิตเป็นผู้รวบรวมรายงาน							
		ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	

๒. ข้อมูลตามเป้าหมาย การตรวจติดตาม และ/หรือ ผลลัพธ์ในแนวทางการตรวจราชการ

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑. การพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในหน่วยบริการทุกระดับ	- การจัดให้มีเตียงดูแลผู้ป่วยจิตเวชเร่งด่วน (Acute Care) ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ (A) โดยจัดไว้ที่ห้องสังเกตอาการกลุ่มงานจิตเวชและห้องฉุกเฉิน	-การขาดแคลนบุคลากรและโครงสร้างด้านสถานที่ทำให้ไม่สามารถเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชได้	-ส่วนกลางควรมีการจัดอบรมการดูแลกรณีจิตเวชเร่งด่วนแก่ - แพทย์ทั่วไป - พยาบาล ER

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
	- มีระบบ Consultจิตแพทย์โดยตรงกรณี หอผู้ป่วยในพบผู้ป่วยจิตเวชร่วมอาการทางกายและใช้ระบบSafety Unit -โรงพยาบาลชุมชน ยังไม่มีการจัดเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง แต่มีการจัด Safety Unit ในกรณีต้อง Admit ผู้ป่วยจิตเวชร่วมฝ่ายกาย -ระดับปฐมภูมิใช้การส่งต่อโดย ๑๖๖๙ กรณีพบจิตเวชเรื้อรัง	-การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ที่มารับบริการช่วงนอกเวลาค่อนข้างยุ่งยากทั้งการดูแล และการส่งต่อ เนื่องจากไม่มีบุคลากรเฉพาะทาง	
๒. การจัดให้มียาจิตเวชที่จำเป็นพอเพียงสำหรับโรคจิตเวชที่สำคัญในโรงพยาบาลทุกระดับ	-โรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นแม่ข่ายใหญ่ของระบบยาในจังหวัด โดยมียาที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางจิตเวช ๒๖ ชนิด และมียาที่นอกเหนือจากบัญชียามาตรฐานตามการพิจารณาของแผนกจิตเวช -โรงพยาบาลบางพลี และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมียาจิตเวชที่จำเป็นพื้นฐาน โดยมีแพทย์ทั่วไปเป็นผู้ส่งจ่าย -มีเภสัชกรร่วมในทีมดูแลผู้ป่วยที่รับยาทางจิตเวช วางแผนพัฒนาให้คำปรึกษาเรื่องการ用药กับผู้ป่วยใหม่ทุกราย และให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการ用药ทางจิตเวช และมีระบบการติดตามผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาเรื่องการ用药	- การ Stock ยาจิตเวชที่จำเป็น แต่ไม่มีการเบิกใช้ในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง อาจทำให้รายการยาดังกล่าวถูกตัดออก เนื่องจากแนวทางการเบิกจะใช้ข้อมูลการใช้ยาเป็นหลักในการจัดสรร	- ควรมีการจัดทำคู่มือการใช้ยาจิตเวชสำหรับบุคลากรระดับปฐมภูมิ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในพื้นที่

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
	-สสจ. มีการจัดทำทะเบียนยาจิตเวชของทุกโรงพยาบาลไว้เป็นฐานข้อมูลกลาง เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในพื้นที่		
๓. พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น	-ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตร้อยละ ๓๙.๒๔ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐) -ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิตร้อยละ ๕๘.๕๖ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕) -ผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘ (อยู่ระหว่างดำเนินการประสานข้อมูล)	-การเก็บข้อมูลจาก ๔๓ แห่ง ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ข้อมูลการเข้าถึงโรงซึมเศร่ายังต่ำกว่าความเป็นจริง - การกรองข้อมูลแบบการสะสมยอด ผู้รับบริการ สามารถกรองการซ้ำในปีเดียวกันได้ แต่ไม่สามารถกรองผู้ที่มารับบริการซ้ำในคนละปีงบประมาณได้ อาจทำให้เกิดการนับข้อมูลซ้ำ - ในการกรณีที่การวินิจฉัยจิตเวชเป็นการวินิจฉัยหลัก แต่มีภาวะซึมเศราร่วมด้วยทำให้การวินิจฉัยซึมเศร้าไม่ถูกนับ -ข้อมูลการเข้าถึงบริการผู้ป่วยสมาธิยังไม่เคยมีการรวบรวมข้อมูลมาก่อน จึงทำให้ไม่มีข้อมูลนำเสนอ และยังไม่ทราบแนวทางการเก็บข้อมูล - เป้าหมายการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี และไม่สอดคล้องกับความชุกในพื้นที่ -ไม่สามารถเก็บข้อมูลความครอบคลุมจากสถานพยาบาลเอกชน	-ควรเพิ่มการค้นหาและคัดกรองโรคซึมเศร้าในรายอำเภอ ที่การเข้าถึงบริการน้อย

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
		- ประชาชนสิทธิอื่นๆ หรือผู้มีฐานะดี จะมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการนอกพื้นที่ -การ By pass ของผู้ป่วย	
๔. การเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว ตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม (๑. โรคจิต/โรคซึมเศร้า ๒. โรคทางกายเรื้อรัง ๓. โรคสุรา/สารเสพติด) และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน	-โรงพยาบาลทุกและหน่วยบริการปฐมภูมิทุก แห่ง มีระบบการคัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงทั้ง ๓ กลุ่มโดยใช้ แบบ ๒Q, ๙Q และ ๘Q และการติดตามเยี่ยม ทางโทรศัพท์ - มีการจัดทำ Flow Chart และแนวทางการ ส่งต่อ กรณีซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตาย โดยโรงพยาบาลสมุทรปราการ - โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งมี การส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในกลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต จัดบอร์ด เสียงตามสาย แจกเอกสารแผ่นพับ คัดกรอง ซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆกับผู้ป่วยที่มา รับบริการในโรงพยาบาลแต่ยังไม่ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย วางแผนพัฒนาให้มีการคัดกรอง ซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆในกลุ่มเสี่ยง และจัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือกันเองในผู้ป่วยจิตเวช และญาติ	-	-ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลผล การดำเนินการที่เป็นเชิงปริมาณ ที่ชัดเจนมากขึ้น - จัดทำคู่มือการเฝ้าระวังความ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างง่าย สำหรับประชาชน
๕. การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายาม ฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ ตามแนวทาง มาตรฐาน	-โรงพยาบาลทุกแห่ง มีระบบการติดตามดูแล กลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างเป็น ระบบ	- ผู้ป่วยบางรายที่มานอกเวลา มักให้ที่อยู่ ไม่ชัดเจน ทำให้ติดตามไม่ได้ -ข้อมูลใน มบ.๑ ค่อนข้างเยอะและ	-ควรมีการติดตามการบันทึก ข้อมูลในระบบ รง.๕๐๖ S อย่าง สม่ำเสมอ

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
	- โรงพยาบาลทุกแห่งรับทราบแนวทางการบันทึกข้อมูลลงในระบบ รง.๕๐๖S แต่ยังรอการแจ้งยืนยัน User name / Password - สสจยังกำหนดให้มีการรายงานผ่าน รง.สุขภาพจิต ๘ โรคและ มบ.๑ (หากรายงาน ๕๐๖ S สามารถบันทึกข้อมูลได้แล้วอาจพิจารณายกเลิก มบ.๑)	บางประเด็นอาจกระทบความรู้สึกของญาติหรือแม้แต่ผู้ป่วยเองก็ไม่อยากให้ข้อมูล - ภาระงานบุคลากรมากทำให้การบันทึกโปรแกรม ๕๐๖ S ยังไม่ครบถ้วน	
๖. การบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ DHS ในเขตสุขภาพและสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ แก่นนำชุมชน ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย และการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย	- บูรณาการการดูแลสุขภาพจิตร่วมกับทีมหมอครอบครัว - บูรณาการร่วมกับตำบล Long Term Care ในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ/ผู้พิการ - พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ /ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงผู้ที่ประสบภาวะวิกฤตสุขภาพจิตให้กับหน่วยบริการทุกแห่ง (แต่ละ CUP เป็นเจ้าภาพ) - มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เชื่อมโยงกับ Psychosocial Clinic ในระบบโรงพยาบาล	- ขาดการดูแล เฝ้าระวังและคัดกรองและอย่างต่อเนื่องในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวไม่ยอมเปิดเผยข้อมูล - ครอบครัวและชุมชนขาดความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมและการแปรปรวนของอารมณ์โดยคิดว่าเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ไม่ใช่ความผิดปกติ จึงทำให้เกิดการเข้าไม่ถึงบริการ -	- ควรมีการผลิตสื่อการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ที่เข้าใจง่ายสำหรับประชาชน - เพิ่มเนื้อหาการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในหลักสูตร อสม. เชี่ยวชาญ

๓. ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๓.๑ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success factors)

๑. การดำเนินงานสุขภาพจิตมีการบูรณาการร่วมกับกลุ่มงานอื่นโดยเน้นกิจกรรมด้านส่งเสริม, ป้องกัน
๒. โรงพยาบาลทั่วไปแสดงบทบาทการเป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาอย่างชัดเจนให้แก่ชุมชน ในลักษณะ “พี่น้องช่วยกัน” ในการเปิด Mobile Clinic ในโรงพยาบาลชุมชน

๓. โรงพยาบาลชุมชนเป็นที่ปรึกษาให้หน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงเป็นหัวหน้าทีมในการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
๔. งานสุขภาพจิตและจิตเวชมีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน และผู้รับผิดชอบทุกคนร่วมเป็นคณะทำงาน Services Plan
๕. งานสุขภาพจิตและจิตเวชมีการแชร์ทรัพยากรกันภายในเครือข่าย เช่นการระดมทรัพยากรด้าน คน วัสดุสิ่งของในกรณีเกิดภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางสุขภาพจิตและจิตเวช
๖. หน่วยบริการทุกระดับมีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในรูปแบบที่เอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน
๗. มีสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทั้งการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่
๘. มีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในทุกระดับของหน่วยบริการ

๓.๒ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑. จิตแพทย์ในจังหวัดสมุทรปราการมีเพียง ๓ ท่าน ทำให้การเข้าถึงบริการไม่ครอบคลุม
๒. ขาดแคลนบุคลากรที่จำเป็นเช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์
๓. โรงพยาบาลสมุทรปราการยังไม่มีนโยบายในการเปิดหออผู้ป่วยในจิตเวช
๔. มีข้อจำกัดในการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายในกรณีผู้ป่วยจิตเวชมีโรคทางกายร่วมด้วย
๕. มีการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ต่อเนื่อง

๓.๓ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....-.....

๓.๔ ข้อเสนอเชิงนโยบายในการผลักดันงานพัฒนาระบบบริการสาขาสุขภาพจิต และจิตเวช

๑. ควรมีการวางแผนระยะสั้น /ระยะกลาง/ระยะยาว ภายใต้จำนวนบุคลากรที่มีเท่าเดิม
๒. การถอดบทเรียนในรพ.อำเภอ (อำเภอเมือง,อำเภอบางบ่อ) ที่ผ่านค่าเป้าหมายของโรคจิตและโรคซึมเศร้า เพื่อแลกเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานสุขภาพจิตให้ผ่านค่าเป้าหมาย
๓. การใช้ระบบ Consult case จิตเวชที่มีโรคทางกายร่วมกับจิตแพทย์ในพื้นที่ก่อนส่งต่อรพ.แม่ข่าย

ผู้รายงาน แพทย์หญิงศุภรัตน์ เอกอัศวิน
 ตำแหน่ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
 วันเดือนปี ๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
 เบอร์โทร ๐๘๙ - ๙๒๔๕๔๕๐
 E – Mail drsuparat@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ Service Plan สาขาโรคหัวใจ

รอบที่ ๑ จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ

๒. สถานการณ์

๒.๑ รพ.ฟ๒ ไม่ให้ Fibrinolytic Drugs เพราะไม่มั่นใจการให้ SK ได้แก่ รพ.พระสมุทรเจดีย์ และ รพ.บางจาก

๒.๒ รพ. A สมุทรปราการ ให้ Fibrinolytic drugs ไม่ได้ทำ PCI แต่รพ.บางพลี และ รพ.จุฬารัตน์ ๓ ทำ PCI เป็นหลัก

๒.๓ มี Warfarin clinic และ Heart failure clinic

๒.๔ เริ่มมีระบบ warfarin registry

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค. - ธ.ค. ๕๙
๑	ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI) (>ร้อยละ ๘๐)	อัตรา/ร้อยละ	๘๗.๖๒	๙๐.๗๔
๒	ร้อยละโรงพยาบาลในระดับ F๒ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (ร้อยละ ๑๐๐)	อัตรา/ร้อยละ	๖๐	๖๐

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

๔.๑ รพ.ฟ๒ เตรียมความพร้อมในการให้ Fibrinolytic drugs

๔.๒ รพ. A ให้ Fibrinolytic drugs แต่ไม่ได้ทำ PCI

๔.๓ มี Warfarin registry

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
-รพ.ฟ๒ เตรียมความพร้อมในการให้ Fibrinolytic drugs	-พัฒนาศักยภาพ CPG และ CARE MAP ในที่ ๆ ไม่มีอายุรแพทย์	-กระตุ้นศักยภาพ
-รพ. A พิจารณา ทบทวนทำ PCI ร่วมกับ รพ.รามธิบดี ๒	- พิจารณาทบทวนการทำ PCI	-กระตุ้นศักยภาพ
-มี Warfarin registry ทุก รพช.	-ลงทะเบียนผู้ป่วย Warfarin clinic เป็นระบบ	-สนับสนุนเครื่องตรวจ Coagulation

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- สนับสนุนการเพิ่มศักยภาพรพ. F๒ ให้ Fibrinolytic Drugs , รพ. A ทำ PCI และสนับสนุนเครื่อง Coagulation ๑๔,๘๕๐ บาท/เครื่องให้ครบทุกรพ.ในทุกระดับ (Warfarin clinic)

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน นพ.อัศวฐาน จิตนุยานนท์
 ตำแหน่ง ผอ.สำนักการแพทย์ เขต ๖
 วัน/เดือน/ปี ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
 โทร...๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.
 e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง

รอบที่ ๑ จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง

๒. สถานการณ์

๒.๑ รพ.ระดับจังหวัดผ่าตัดได้ ๑๐๐%

๒.๒ Refer out เพื่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดและฉายแสง ๑๐๐% และไม่มี Onco-Gynaecologist

๒.๓ มีระบบ Palliative care สู้ชุมชน แต่ไม่มี Pain clinic เนื่องจากขาดวิสัญญีแพทย์

๒.๔ มี Onco Med ๑ คน กลับมาทำงาน

๒.๕ อัตราตายมะเร็ง ๕ โรคแรก ได้แก่ หลอดลมและปอด > ตับ > เต้านม > ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก > กระเพาะอาหาร

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค.๕๙ - ธ.ค.๕๙
๑	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ (> ร้อยละ ๘๐)	อัตรา/ร้อยละ	๔๕.๙๘	๘๕.๐๐
๒	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ (> ร้อยละ ๘๐)	อัตรา/ร้อยละ	NA	๘๒.๘๐
๓	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ (> ร้อยละ ๘๐)	อัตรา/ร้อยละ	NA	๖๖.๖๗

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

การสร้างระบบการเก็บข้อมูล Cancer Registry

ขาดข้อมูลการ Refer กลับ

ขาดบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้อง, ไม่มี Pain clinic

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ระบบการเก็บข้อมูล cancer ใน Thai Cancer Based ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ยังทำได้ไม่สมบูรณ์	- สร้างระบบการเก็บข้อมูลและเชื่อมต่อกับ Thai Cancer Based ของ NCI	- พัฒนาระบบ IT ให้ รพ. เชื่อมโยงกับ NCI
- ขาดข้อมูลการ Refer กลับ	- สร้างระบบ Refer และ Refer back	- พัฒนาระบบ IT ใน รพ. ในการ Refer
- ขาดบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้อง	- ส่งบุคลากรศึกษาอบรมสาขา Onco Gynae, Onco Nurse ,Case manager	- ขออัตรากำลังคน
- ไม่มี Pain clinic	- ส่งบุคลากรศึกษาอบรมสาขา วิสัญญีวิทยา	- ขออัตรากำลังคน

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

ผู้รายงาน นพ.อัศวิน จิตนุยานนท์
ตำแหน่ง ผอ.สำนักการแพทย์ เขต ๖
วัน/เดือน/ปี ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
โทร..๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.
e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ SERVICE PLAN สาขาโรคไต

รอบที่ ๑ จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต

๒.สถานการณ์

๒.๑ มี CKD clinic ครบองค์ประกอบ(แพทย์ พยาบาล เภสัช) ที่ รพ.สป. รพ.บางบ่อ รพ.บางจาก มีศูนย์ไตเทียม ๒๔ แห่งในจังหวัด

๒.๒ ระยะเวลาการรอคอย HD ไม่เกิน ๒ สัปดาห์ ระยะเวลาการรอคอย CAPD ๒๐ วัน

๒.๓ อัตราส่วน CAPD Nurse ต่อผู้ป่วย ๑ : ๒๖ (เกณฑ์ $\leq ๑ : ๕๐$)

๒.๔ ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการใช้ระบบการตรวจด้วย enzymatic method

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค. - ธ.ค. ๕๙
๓.๑	ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๒m ^๒ /yr	> ร้อยละ ๕๐	๖๒.๗๗	๖๕.๑๒
๓.๒	โรงพยาบาลระดับ M๒, F๑, F๒ ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อม	ร้อยละ ๕๐	-	๖๐

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

- ระบบการจัดเก็บฐานข้อมูลและการพัฒนาระบบ IT ในรพ.
- ข้อมูลโรคไตในผู้ป่วย NCD NIDDM และ HT ตาม ICD ๑๐ มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเก็บ
- มี CKD Clinic และเครือข่ายบริการโรคไต ไม่ครอบคลุม

๕.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑. การจัดเก็บฐานข้อมูลไม่ตรงกัน N๑๘๑ และ N๑๘๔ และ ICD ๑๐	- พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลโรคไต และ IT ของรพ.	- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล IT เชื่อมโยงกับ รพช.
๒. ข้อมูลโรคไตในผู้ป่วย NCD(NIDDM และ HT) ตาม ICD ๑๐ เปลี่ยนวิธีการเก็บ	- เก็บข้อมูลโรคไตในผู้ป่วย NCD โดยเฉพาะ NIDDM และ HT เน้นที่ stage ๓ และ ๔	

๓. มี CKD Clinic และเครือข่ายบริการโรคไตไม่ครอบคลุม	- พัฒนา CKD Clinic และเครือข่ายบริการโรคไตให้ครอบคลุมทุกพรพ. ทุกระดับ - มีพยาบาล HD ดูแล CAPD ได้ - มี CAPD Care Team ทั้งผู้ป่วยนอก และใน	- พัฒนาตามนโยบายของยุทธศาสตร์ของกระทรวงสธ.
---	---	--

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- บูรณาการให้ความรู้ CKD ในผู้ป่วย NCD โรคใน NIDDM และ HT ในรพ.ทุกระดับ ระดับ A ถึง รพช.

ผู้รายงาน นพ.อัครฐาน จิตนุยานนท์
 ตำแหน่ง ผอ.สำนักการแพทย์ เขต ๖
 วัน/เดือน/ปี ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
 โทร..๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.
 e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ SERVICE PLAN สาขาจักขุวิทยา

รอบที่ ๑ จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคตา

๒. สถานการณ์

๒.๑ มีจักษุแพทย์ ๔ ท่านและมี อสม.ช่วยคัดกรองส่งรพช.และส่งต่อรพจ.

๒.๒ ผู้ป่วย Blinding Cataract มีปริมาณน้อย เพิ่มการผ่าตัดใน Low Vision

๒.๓ การคัดกรอง DR ๑๐,๐๐๐ รายในผู้ป่วย NIDDM ๒๕,๐๐๐ = ๔๐%(เกณฑ์ $\geq ๗๐\%$)ในกลุ่ม NCD

๒.๔ เปิด Clinic cataract บางเสาไห้ อาทิตยร่วมกับ รพ.รามาริบัติ

๒.๕ มีจักษุแพทย์ retina มาปฏิบัติงานปี ๒๕๖๐

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่ใช้สำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค. - ธ.ค. ๕๙
๑	ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกระยะบอด (blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	$\geq$ ร้อยละ ๘๐	๙๖.๕๒	๖๓.๗๑
๒	ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา	$\geq$ ร้อยละ ๗๐	-	๒๐.๑๕

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

- ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง Refer มาน้อย
- การคัดกรอง DR ในผู้ป่วย NCD (NIDDM และ HT) ยังไม่ถึงเกณฑ์

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับผิดชอบ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ผู้ป่วยที่ได้รับการ Refer มาน้อย	- กระตุ้นความสำคัญของการคัดกรองผู้ป่วย	- กระตุ้น อสม. รพจสต.รพช.คัดกรองและส่งผู้ป่วยรักษาเพิ่มมากขึ้น
- รพช.ไม่มี Fundus camera	- ทำแผนจัดซื้ออุปกรณ์	- จังหวัดจัดซื้อ Fundus camera คัดกรองในรพสต. และรพช.
- การคัดกรอง DR ในผู้ป่วย NCD (NIDDM และ HT) ยังไม่ถึงเกณฑ์	- เพิ่มการคัดกรอง DR ในผู้ป่วย NCD	

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้อำนาจรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ข้อมูลไม่ครบ	- จัดการระบบการจัดเก็บข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูล ๒๐๒๐	
- Refer ออกนอกเขตโรคตาซับซ้อน (Retina)	- พัฒนาระบบ refer ไปยัง รพ.ที่มีศักยภาพโรคตาซับซ้อนและมีจักษุแพทย์ retina มาปฏิบัติงานในปี ๒๕๖๐	

๖. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- พิจารณาจัดซื้อเครื่องวัดความดันลูกตาใน รพ.F๒ (๖๐๐,๐๐๐ ต่อเครื่อง) ต้อหินพบในคนอายุ ≥ 40 ๐.๕ %
- พิจารณาจัดซื้อ Fundus camera คัดกรองในรพสต. และรพช.
- กระตุ้น อสม. รพสต. รพช.คัดกรองและส่งผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

ผู้รายงาน นพ.อัศวาน จิตนุยานนท์

ตำแหน่ง ผอ.สำนักงานการแพทย์ เขต ๖

วัน/เดือน/ปี ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

โทร..๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.

e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ SERVICE PLAN สาขาลูกถ่ายอวัยวะ

รอบที่ ๑ จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสาขาลูกถ่ายอวัยวะ

๒. สถานการณ์

๒.๑ เกณฑ์การใช้นิฉัยภาวะสมองตาย ยังปฏิบัติไม่ชำนาญ

๒.๒ ยังไม่มีการแยก TC nurse ออกมาชัดเจน

๒.๓ ยังไม่มีสถานที่ตั้งศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค. - ธ.ค. ๕๙
๑	Organ Donation จากภาวะสมองตาย	อัตรา/ร้อยละ	-	๑๔.๒๙ (๑/๗)
๒	Cornea Donation จากตายทุกสาเหตุ	อัตรา/ร้อยละ	-	๒.๒๗ (๑/๓๖)

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

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองตาย, ขาดบุคลากรและสถานที่

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองตาย	ปฏิบัติตามเกณฑ์จนชำนาญ	
ขาดบุคลากรและสถานที่	ส่งพยาบาลฝึกอบรม TC nurse และจัดหาสถานที่ตั้งศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ	ขอสนับสนุนงบประมาณเพื่อการฝึกอบรม และสถานที่เพื่อจัดตั้งศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน น.พ.อัศวิน จิตนุยานนท์

ตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ เขต ๖ กรมการแพทย์

โทร ๐๘๖-๓๓๓-๗๗๗-๘๗

e-mail: akarathan_jitnu@hotmail.com

-

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ Service Plan สาขาอุบัติเหตุ

จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาอุบัติเหตุ

๒. สถานการณ์

๒.๑ การจราจรหนาแน่น

๒.๒ จำนวนแพทย์ฉุกเฉินมีน้อย

๒.๓ พื้นที่จำกัดแต่ใช้อย่างคุ้มค่า

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่ใช้สำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ด.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙
๑	อัตราการเสียชีวิตผู้ ป่วยใน จากการบาดเจ็บ (๑๙ สาเหตุ) ที่มีค่า Ps score $\geq$ ๐.๗๕ ในโรงพยาบาล ระดับ A (น้อยกว่า ร้อยละ ๑)	อัตรา/ร้อยละ	๐.๒๘	๐.๘๗
๒	ร้อยละของ ER คุณภาพในรพ.ระดับ A,S และ M๑ (ร้อยละ ๘๐)	อัตรา/ร้อยละ	๗๗.๘๙	๘๐ (รอกการทบทวน)
๓	ร้อยละของ ECS คุณภาพในรพ.ระดับ A,S และ M๑ (ร้อยละ ๘๐)	อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐ (รอกการทบทวน)

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็น ความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

การพัฒนาระบบ ER คุณภาพ, ECS คุณภาพ, การพัฒนาบุคลากรสาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับ ไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๕.๑ การประเมิน ER คุณภาพ	- พัฒนาศูนย์กลางและประสานงาน ตำรวจจราจร	- ประสานงานตำรวจจราจร
๕.๒ การประเมิน ECS คุณภาพ	- จัดหารถ Emergency คุณภาพ ALS	- จัดหารถ Emergency คุณภาพ ALS
๕.๓ พัฒนาระบบ Trauma Fast Track ให้ได้ตามเป้า ร้อยละ ๘๐	- พัฒนาระบบ Trauma Fast Track ให้ได้ตามเป้า ๘๐% และ TEA unit ๑๐๐ %	- แผนอบรมพนักงานขับรถ ECS (Trauma ECS)

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ๖.๑ จัดหาแพทย์สาขาฉุกเฉินเพิ่มเติม ๓ คน ภายในปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒
- ๖.๒ ประสานงานตำรวจจราจรเรื่องการจราจร สัญญาณไฟแดงเป็นเขียว
- ๖.๓ แผนอบรมพนักงานขับรถ ECS (Trauma ECS)

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....
.....

ผู้รายงาน นพ.อัศวฐาน จิตนุยานนท์
ตำแหน่ง ผอ.สำนักการแพทย์ เขต ๖
วัน/เดือน/ปี ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
โทร..๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.
e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ

จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ พัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าสู่การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตามมาตรฐานรับรองคุณภาพ HA ขึ้น ๓ และReaccredit

๒. สถานการณ์(พิจารณาจาก)

ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ – ๒๕๖๐ จังหวัดสมุทรปราการ มีการพัฒนาคุณภาพสถานบริการระดับตติยภูมิ และทุติยภูมิ ตามมาตรฐาน HA ซึ่งมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด จำนวน ๘ แห่ง ดังนี้ ปี พ.ศ. ๒๕๕๕(๑) โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ (สังกัดกรมสุขภาพจิต) ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accredited) ระหว่าง วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ – วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ (๒) โรงพยาบาลบางบ่อ ได้รับการรับรองฯ ระหว่าง วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ – วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ และ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ (๓) โรงพยาบาลสมุทรปราการ ได้รับการรับรองฯ ระหว่าง วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ – วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ (๔) โรงพยาบาลบางพลี ได้รับการรับรองฯระหว่าง วันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๕๗ – วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๕๘ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (๕) โรงพยาบาลบางจาก ได้รับการรับรองฯ ระหว่าง วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๕๘ – วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๐

โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล (Accredited HA) คือ ๖) สถาบันราชประชาสมาสัย (สังกัดกรมควบคุมโรค) ได้รับการรับรองอัตรารับขึ้นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๕ - ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๐ (๗) โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ ได้รับการรับรองอัตรารับขึ้นที่ ๒ ระหว่าง ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๕ – ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๐และ(๘) โรงพยาบาลบางเสาธง เป็นโรงพยาบาลเปิดใหม่ เริ่มให้บริการเมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๗ โดยจะมีการดำเนินงานคุณภาพการพยาบาล(QA) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐

ปีงบประมาณ ๒๕๕๘โรงพยาบาลบางบ่อ ได้รับการรับรอง Re-accredit ระหว่าง วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๘ – ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๑ และโรงพยาบาลสมุทรปราการ ได้รับการรับรอง Re-accredit ระหว่าง วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๘ – วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยให้โรงพยาบาลบางบ่อและโรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็น แกนนำให้คำแนะนำแก่โรงพยาบาลบางพลีที่จะรอรับการประเมิน Re-accredit ซึ่งจะหมดอายุ วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๕๙ และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ ซึ่งอยู่ระหว่างรอรับการประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล (HA)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จัดให้มีการดำเนินงานการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และลงเยี่ยมพื้นที่ ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลบางจากเพื่อเตรียมความพร้อมในการรอรับการประเมิน Re-accredit ซึ่งจะหมดอายุ วันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๐ และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ อยู่ระหว่างการประเมินกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accredited)และได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accredited)เมื่อวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๐

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์(ระบุรายการข้อมูลที่ใช้สำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น

ลำดับ	กลุ่ม	โรงพยาบาล	ระดับ	ยังไม่ผ่าน						ผ่าน					สร้างใหม่	
				๐	๑	๒	๑e	๒e	๓e	๑e	๓	r๑	r๒	r๓		r๔
๑	รพท.	สมุทรปราการ	A									/				
๒	รพท.	บางพลี	M๑									ร อ ผ ล				ประเมินผล ๒๔พย.๕๙
๓	กก	ยุวประสาทไวทโยป ถัมภ์	กก									/				
๔	คร	สถาบันราชประชา สมาสัย	คร					๒ ๔ ม ค. ๖ ๐								
รวม๒..... แห่ง ผ่านการรับรอง HA๒..... แห่ง คิดเป็นร้อยละ ..๑๐๐.....																
ลำดับ	กลุ่ม	โรงพยาบาล	ระดับ	ยังไม่ผ่าน						ผ่าน					สร้างใหม่	
				๐	๑	๒	๑e	๒e	๓e	๑e	๓	r๑	r๒	r๓		r๔
๑	รพช.	บางบ่อ	M๒									/				
๒	รพช.	บางจาก	F๑								/					
๓	รพช.	พระสมุทรเจดีย์ สวทยานนท์	F๒								/					
๔	รพช.	รพ.บางเสาธง	F๓ สร้าง ใหม่	/												
รวม๓..... แห่ง ผ่านการรับรอง HA๓..... แห่ง คิดเป็นร้อยละ๑๐๐.....																

เพิ่มเติม : รพช.ยังไม่เข้าสู่กระบวนการรับรอง(สถานะ ๐ หรือ สร้างใหม่)

รายชื่อโรงพยาบาล	ชั้น	เปิดดำเนินการ เมื่อ(เดือน/พค.)	รับผู้ป่วยค้างคืน หรือไม่		มีกระบวนการควบคุมคุณภาพการ ให้บริการหรือไม่/อย่างไร
			รับ	ไม่รับ	
๑.รพ.บางเสาธง		๑๕ มค.๕๗		/	มีการดำเนินงาน พัฒนาคูณภาพ งาน บริการพยาบาล(QA)

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

- ๕ บุคลากรในโรงพยาบาล มีภาระงานมากรับงานหลายหน้าที่
- ๖ แพทย์และบุคลากรขาดความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างชัดเจน
- ๗ ขาดขวัญและกำลังใจในการสนับสนุนในการดำเนินงาน

๘. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับผิดชอบ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ขาดการเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างรพ.และสสจ.	ให้โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง Re-accredit เป็นพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนา Re-accredit ให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่รอรับการรับรอง Re-accredit และมีการเชื่อมโยงบูรณาการการดำเนินงานระหว่างสถานบริการในเครือข่าย	เสนอให้สพ.จัดประชุมฟื้นฟูให้ทุกปี

๙. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ผลักดันให้เกิดระบบงานอย่างให้ชัดเจน มีสายงาน และบุคลากรหลักในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๑๐. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน นางกนกวรรณ พิงค์มี/นางสาวนุชนาฏ พรสัจจะ
 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 วัน/เดือน/ปี ๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
 โทรศัพท์ ๐๒-๕๕๐๑๖๓๗
 e-mail : refermoph@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ SERVICE PLAN สาขาสูตินรีเวชกรรม

รอบที่ ๑ จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสาขาสูตินรีเวชกรรม

๒. สถานการณ์

๒.๑ การเกิดมีชีพจังหวัดสมุทรปราการ ๓,๐๒๖ ราย/ปี มีตกเลือด ๑๑๔ ราย ไม่พบอัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด

๒.๒ ผู้ป่วยผ่าตัดคลอด ๘๗๔ ราย/ปี เป็นใน รพ.ระดับ A และ S ๗๑๕ ราย รพ.ระดับ M๒ ๑๐๓ ราย

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙
๑	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพช. M๒	ร้อยละ ๒๕	-	๑๔.๔๑ (๑๐๓/๘๗๔)
๒	อัตราการตายตกเลือดเสียชีวิต	๐	-	๐

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

๔.๑ ยังพบมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

๔.๒ รพ.ระดับ M๒ ไม่สามารถผ่าตัดคลอดนอกเวลาราชการได้

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ยังพบมีภาวะตกเลือดหลังคลอด	ทบทวน CPG และ Care map รวมทั้งดูสารองเลือด และ Blood bank	
รพ.ระดับ M๒ ไม่สามารถผ่าตัดคลอดนอกเวลาราชการได้	กำหนดผ่าตัดคลอดเป็นแบบ Elective case ใน รพ.ระดับ M๒	

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

จัดให้มีการกระจายของสูติแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ เพื่อขับเคลื่อนการผ่าตัดคลอดได้ครบทุก รพช.

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นพ.อัศวิน จิตนุยานนท์

ตำแหน่ง ผอ.สำนักงานการแพทย์ เขต ๖

โทร..๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.

e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ SERVICE PLAN สาขาศัลยกรรม

รอบที่ ๑ จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสาขาศัลยกรรม

๒. สถานการณ์

- ไม่มีศัลยแพทย์ที่ รพ.พระสมุทระเจติย์ (F๒) และรพ.บางเสาธง (F๓)
- การพัฒนาระบบบริการ Fast Track แก่ผู้ป่วยที่สงสัยมีภาวะไส้ติ่งอักเสบ
- เน้นการประยุกต์ใช้ Alvarado Score ในการเพิ่มความแม่นยำ ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบ และการใช้ CPG ในการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกันทุกสถานพยาบาล
- รพ.ระดับ M๑ บางพลี มีศัลยแพทย์ ๑ ท่าน

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค. - ธ.ค. ๕๙
๑	อัตราการเกิด Rupture Appendicitis	<๒๕ %	-	๑๘.๙๗%
๒	อัตราตายกลุ่มโรค Acute abdomen			
๒.๑	อัตราตาย Acute Cholecystitis	<๔ %		๐ (๐/๑๓๑)
๒.๒	อัตราตาย Gut obstruction	<๔ %		๕.๒๖ (๓/๘๙)
๒.๓	อัตราตาย Acute Cholangitis	<๔ %		๑๙.๒๓ (๕/๓๑)
๒.๔	อัตราตาย Pancreatitis	<๔ %		๗.๖๙ (๒/๓๘)
๒.๕	อัตราตาย PU perforation	<๔ %		๐ (๐/๑๐)
๒.๖	อัตราการเกิด Acute limb ischemia	<๒๐ %		๓.๒๓ (๑/๓๑)
๒.๗	อัตราการเกิด Chronic limb ischemia	<๒๐ %		๐ (๐/๒๑)

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

- ขาดแคลนศัลยแพทย์ใน รพ.ระดับ F๒ และ F๓
- การใช้ CPG และระบบปรึกษาร่วมกันทั้งจังหวัด

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับ ตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการ ต่อ
ขาดแคลนศัลยแพทย์ใน รพ.ระดับ F๒ และ F๓	ส่งบุคลากรศึกษาต่อเฉพาะทาง ศัลยแพทย์	ขออัตรากำลัง
การใช้ CPG และระบบปรึกษา ร่วมกันทั้งจังหวัด	ตั้งกลุ่มไลน์ให้คำปรึกษาในจังหวัด และการส่งต่อ ใช้ และปรับปรุง CPG อย่างต่อเนื่อง	ประสาน สสจ.

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

เสนอให้ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการมีการใช้ Alvarado Score ในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นพ.อัครฐาน จิตนุยานนท์

ตำแหน่ง ผอ.สำนักการแพทย์ เขต ๖

วัน/เดือน/ปี ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

โทร..๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.

e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ SERVICE PLAN สาขาอายุรกรรม การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย sepsis/septic shock
รอบที่ ๑ จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด: อัตราการเสียชีวิตจาก sepsis/septic shock น้อยกว่า ๓๐%

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหาของพื้นที่

๒.๑ มีอัตราการเสียชีวิตจาก Sepsis สูง จากการวินิจฉัยและการให้ antibiotic ล่าช้า

๒.๒ ผู้ป่วย severe sepsis/septic shock ส่วนใหญ่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และส่วนใหญ่ต้องเข้ารับการ
รักษาใน ICU

๒.๓ ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง รพช.ระดับ F ทุกแห่ง ไม่มีอายุรแพทย์

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค. - ธ.ค. ๕๙
๑	อัตราการตายจาก Sepsis/septic shock	≤ ๓๐ %	๕๑.๖๙	๔๖.๔๙

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

- รพช.ระดับ F ไม่มีอายุรแพทย์
- การวินิจฉัยล่าช้า และให้ antibiotic ไม่ตรงตาม CPG
- ขาดแคลนเตียง ICU

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับ ตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการ ต่อ
รพช.ระดับ F ไม่มีอายุรแพทย์	ตั้งไลน์กลุ่มอายุรแพทย์ให้ คำปรึกษา รพช.ระดับ F ในจังหวัด	ประสาน สสจ.
การวินิจฉัยล่าช้า และให้ antibiotic ไม่ตรงตาม CPG	ให้ดำเนินการตาม CPG อย่าง เคร่งครัด	ประสาน สสจ.
ขาดแคลนเตียง ICU	ขอสนับสนุนอุปกรณ์ และเตียง ICU	ประสาน ผอ.

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นพ.อัศวาน จิตนุยานนท์

ตำแหน่ง ผอ.สำนักงานการแพทย์ เขต ๖

โทร..๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.

e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ SERVICE PLAN สาขากุมารเวชกรรม

รอบที่ ๑ จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสาขากุมารเวชกรรม

๒. สถานการณ์

๒.๑ พบโรค Pneumonia มีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ ๑

๒.๒ ไม่มีเตียง PICU ในรพ.ระดับ A รวมทั้งเครื่องมือ, อุปกรณ์ และงบประมาณที่ใช้ในการรักษา

๒.๓ ในปี ๒๕๕๙ มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ ทำให้อุบัติการณ์ปอดบวมในเด็ก เพิ่มขึ้น ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙
๑	อัตราผู้ป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน - ๕ ปี บริบูรณ์	≤ ๑๐ %	- (๐.๖๘%)	ลดลง ๒๙ % (๐.๔๘%)

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

๔.๑ ไม่มี PICU ใน รพ.ระดับ A

๔.๒ ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาล

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
ไม่มี PICU ใน รพ.ระดับ A	จัดตั้ง PICU และทีมในรพ.ระดับ A	ประสาน ผอ.
ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาล	จัดหาบุคลากรแพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง กุมาร และทีมสนับสนุน	ประสาน ผอ.

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นพ.อัครฐาน จิตนุยานนท์

ตำแหน่ง ผอ.สำนักการแพทย์ เขต ๖

โทร..๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.

e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ SERVICE PLAN สาขาออร์โธปิดิกส์

รอบที่ ๑ จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาออร์โธปิดิกส์

๒. สถานการณ์

๒.๑ อัตราการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกหักที่ไม่ซับซ้อนทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการ ส่งมาที่ รพ.ระดับ A

๒.๒ มีแผนการให้ รพช. F๓ บางเสาธง ส่งผู้ป่วยมาที่ รพ.บางบ่อ (M๒) เพื่อให้เป็น node

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค. - ธ.ค. ๕๙
๑	ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพช. M๒ ลงไป ≥ ๑๐ %	≥ ๗๐ %	๓๖.๔๘%	๖๑.๐๖%

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

- รพช.ระดับ F๒, F๓ ไม่มีศัลยแพทย์กระดูก
- การใช้ CPG ยังไม่ครอบคลุม

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับผิดชอบ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
รพช.ระดับ F๒, F๓ ไม่มีศัลยแพทย์กระดูก	จัดช่องทางให้คำปรึกษา ส่งภาพ x-ray ผ่านทางไลน์ และปรึกษาทางโทรศัพท์ผ่านระบบ Thai Refer	ประสาน สสจ.
การใช้ CPG ยังไม่ครอบคลุม	ทบทวน และปฏิบัติตามแนวทางของ CPG อย่างต่อเนื่อง	ประสาน สสจ.

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นพ.อัศวาน จิตนุยานนท์

ตำแหน่ง ผอ.สำนักการแพทย์ เขต ๖

โทร..๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.

e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ หัวข้อ สาขาสุภาพช่องปาก

จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

- ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
- อัตราใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕

๒. สถานการณ์

๒.๑. จำนวนประชากรทั้งหมด ๑,๒๘๖,๖๘๙ คน จำนวนประชากรสิทธิ์ UC ๗๓๐,๓๙๗ คน

๒.๒ หน่วยบริการสุขภาพช่องปาก

จำนวนอำเภอ	๖ แห่ง	จำนวน CUP	๑๓ แห่ง
จำนวน ศสม.	๓ แห่ง	จำนวน รพ.สต.	๗๔ แห่ง
จำนวนคลินิกทันตกรรม (เอกชน)	๑๒๒ แห่ง	รพ.เอกชน	๑๗ แห่ง

๒.๓.จำนวนทันตบุคลากรในจังหวัด

๒.๓.๑ จำนวนทันตแพทย์ทั้งหมด	๑๘๘ คน	สัดส่วนทันตแพทย์กสธ.ต่อประชากร	๑: ๒๗,๙๗๑คน
ทพ.กสธ.	๔๖ คน	ทพ.รัฐอื่นๆ	๗ คน
ทพ.เอกชน (คลินิก+ รพ.)	๑๓๗ คน	จำนวนทันตแพทย์เฉพาะทาง(รัฐ)	๔๔ คน
๒.๓.๒จำนวนทันตภิบาลทั้งหมด	๖๕ คน	สัดส่วนทันตภิบาลต่อประชากร	๑ :๒๐ , ๔๒๔ คน
ทันตภิบาล ใน สสจ.	๒ คน	ทันตภิบาลใน รพ.	๑๓ คน
ทันตภิบาล ใน สสอ.	๐ คน	ทันตภิบาล ใน รพ.สต./ศสม.	๔๖ คน
ทันตภิบาลตำแหน่งนักวิชาการ (๔ ปี)	๕ คน		
นิยามของ “นวก.” คือ ทันตภิบาลที่ได้รับการเปลี่ยนตำแหน่งเป็นนักวิชาการและยังทำงานสุขภาพช่องปาก			
๒.๓.๓ จำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์ทั้งหมด	๑๐๐ คน	ผู้ช่วยทันตแพทย์ (ในตำแหน่งจพง.ทันต)	๕ คน
ลูกจ้างช่วยงานทันตกรรมในรพ.	๔๑ คน	ลูกจ้างช่วยงานทันตกรรมในรพ.สต.	๕๔ คน
๒.๓.๔ จำนวนช่างทันตกรรม	๑ คน	ร้อยละรพ.สต.ที่มีลูกจ้างช่วยงานทันตกรรม	๙๖.๔๒

๒.๔. ครุภัณฑ์ทันตกรรมในการให้บริการ ใน รพ.สต./ศสม.

จำนวนรพ.สต. /ศสม. ที่มีครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	๕๖ แห่ง	จำนวนรพ.สต./ศสม.มีครุภัณฑ์ทันตกรรมไม่ครบชุด	๐ แห่ง
จำนวนรพ.สต. /ศสม. ที่ไม่มีครุภัณฑ์ทันตกรรม	๑๘ แห่ง		

๒.๕. ความพร้อมในการให้บริการ ใน รพ.สต./ศสม.

จำนวนรพ.สต. /ศสม. ที่มีทันตบุคลากรประจำและครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	๔๕ แห่ง	จำนวนรพ.สต. /ศสม. ที่มีทันตบุคลากรหมุนเวียนจากรพ.ให้บริการและครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	๑๑ แห่ง
จำนวนรพ.สต. / ศสม. ที่มีทันตบุคลากรหมุนเวียนจากรพ.ให้บริการแต่มีครุภัณฑ์ทันตกรรมไม่ครบชุด	๐ แห่ง	จำนวน รพ.สต. /ศสม. ที่ไม่มีบริการทันตกรรม	๑๘ แห่ง

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ การจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม.อย่างมีคุณภาพของจังหวัด

ตัวชี้วัด: ร้อยละรพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ $\geq$ ร้อยละ ๖๐

ในภาพรวมของจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าองค์ประกอบที่ ๑ มีรพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ใน ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม พบร้อยละ ๕๙.๔๕ และองค์ประกอบที่ ๒ รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ ๒๐ พบร้อยละ ๕๐.๐๐ และมีสัดส่วนรพ.สต./ศสม. ที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๒ องค์ประกอบคือ ร้อยละ ๔๘.๖๔ (ตารางที่ ๑) และ อำเภอที่มีผลงาน รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากคุณภาพสูงสุด ๓ อันดับคือ อำเภอเมืองสมุทรปราการ บางบ่อ และพระประแดง

๓.๒ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่

ตัวชี้วัด: อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่ $\geq$ ร้อยละ ๓๕

พบว่าในภาพรวมของ จังหวัดมีพบว่าอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในจังหวัดเฉลี่ยร้อยละ ๓.๖๗ อำเภอที่พบว่าอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ สูงสุด ๓ อันดับคือ อำเภอบางบ่อ พระประแดง และอำเภอเมือง

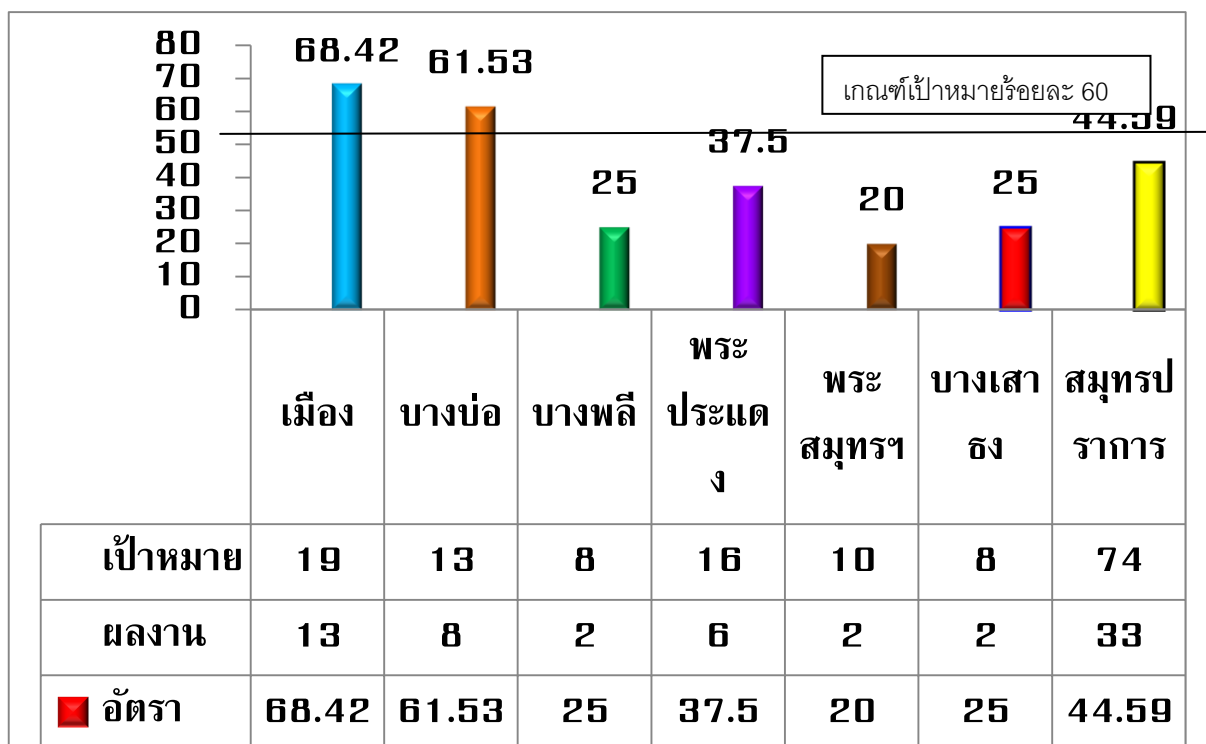
ตารางที่ ๑ ผลงานเชิงปริมาณ (รอบ ๑ ข้อมูล ๔ เดือน ตุลาคม ๒๕๕๙ – มกราคม ๒๕๖๐)

ลำดับ	รายการข้อมูล		อำเภอ						ภาพรวม จังหวัด
			เมืองสมุทรปราการ	บางบ่อ	บางพลี	พระประแดง	พระสมุทรเจดีย์	บางเสาธง	
๑	ร้อยละรพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ>= ร้อยละ ๖๐								
๑.๑.	รพสต. / ศสม. ที่จัดบริการ สุขภาพช่องปากได้ตาม เกณฑ์ใน ๕ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม	เป้าหมาย	๑๙	๑๓	๘	๑๖	๑๐	๘	๗๔
		ผลงาน	๑๘	๘	๔	๖	๒	๖	๔๔
		อัตรา/ ร้อยละ	๙๔.๗๓	๖๑.๕๓	๕๐.๐๐	๓๗.๕๐	๒๐.๐๐	๗๕.๐๐	๕๙.๔๕
๑.๒	รพสต. / ศสม. ที่จัดบริการ สุขภาพช่องปากที่ ครอบคลุมร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย	๑๙	๑๓	๘	๑๖	๑๐	๘	๗๔
		ผลงาน	๑๖	๙	๒	๖	๒	๒	๓๗
		อัตรา/ ร้อยละ	๘๔.๒๑	๖๙.๒๓	๒๕.๐๐	๓๗.๕๐	๒๐.๐๐	๒๕.๐๐	๕๐.๐๐
รวม	ร้อยละรพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่อง ปากที่มีคุณภาพ	เป้าหมาย	๑๙	๑๓	๘	๑๖	๑๐	๘	๗๔
		ผลงาน	๑๖	๘	๒	๖	๒	๒	๓๖
		อัตรา/ ร้อยละ	๘๔.๒๑	๖๑.๕๓	๒๕.๐๐	๓๗.๕๐	๒๐.๐๐	๒๕.๐๐	๔๘.๖๔

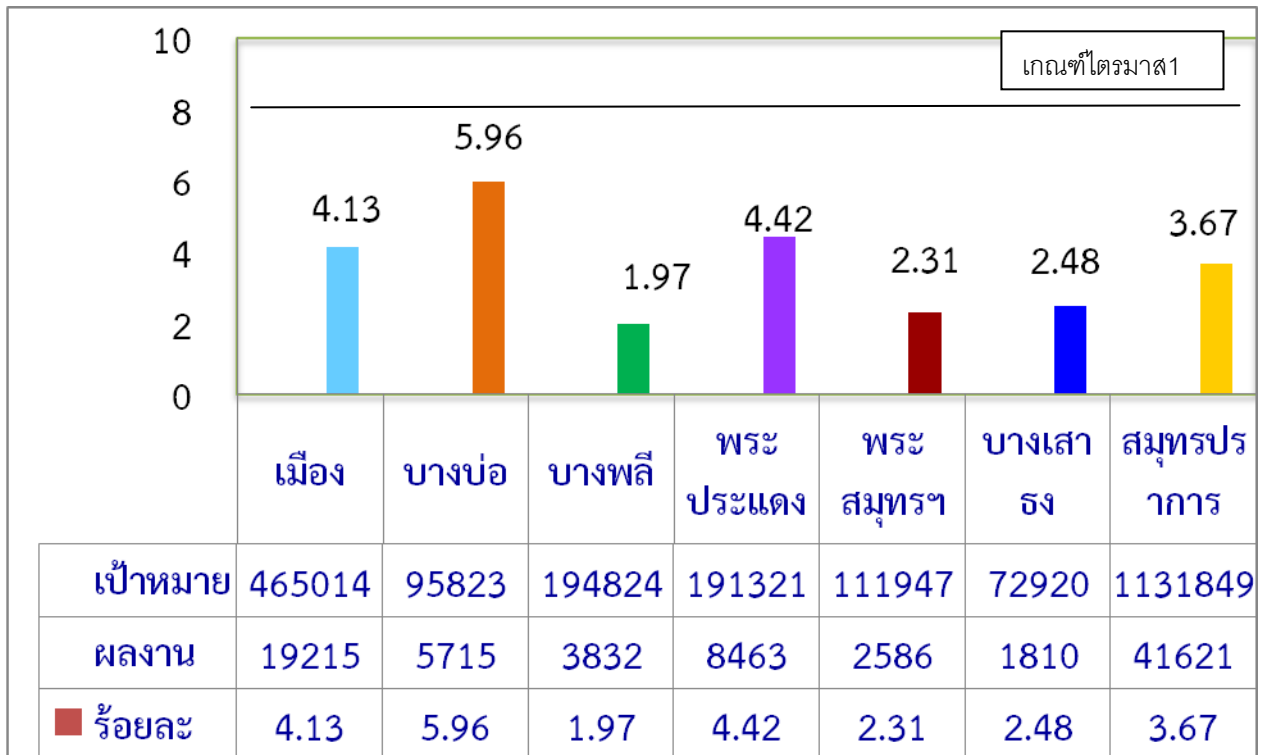
ลำดับ	รายการข้อมูล		อำเภอ						ภาพรวม จังหวัด
			เมืองสมุทรปราการ	บางบ่อ	บางพลี	พระประแดง	พระสมุทรเจดีย์	บางเสาธง	
๒	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในเขต >= ร้อยละ ๓๕								
	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิในพื้นที่	เป้าหมาย	๔๖๕,๐๑๔	๙๕,๘๒๓	๑๙๔,๘๒๔	๑๙๑,๓๒๑	๑๑๑,๙๔๗	๗๒,๙๒๐	๑,๑๓๑,๘๔๙
		ผลงาน	๑๙,๒๑๕	๕,๗๑๕	๓,๘๓๒	๘,๔๖๓	๒,๕๘๖	๑,๘๑๐	๔๑,๖๒๑
		อัตรา/ร้อยละ	๔.๑๓	๕.๙๖	๑.๙๗	๔.๔๒	๒.๓๑	๒.๔๘	๓.๖๗

(ข้อมูลHDC ณ วันที่...๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐...)

ร้อยละ รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพของปากที่มีคุณภาพ



อัตราการให้บริการสุขภาพของปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในเขต >= ร้อยละ ๓๕



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

๔.๑ สัดส่วนทันตบุคลากรต่อประชากรของจังหวัดสมุทรปราการสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอยู่มาก

(ทันตแพทย์ ๑: ๒๗,๙๗๑ คน ทันตภิบาล ๑ : ๒๐,๔๒๔ คน)

๔.๒ ไม่มีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจากส่วนกลางที่จะเอื้อต่อการดำเนินการในรูปแบบรัฐเอกชน (public private partnership)

ตารางที่ ๒ สรุปปัญหาการดำเนินการ

ปัญหาดำเนินการ	จำนวน อำเภอ ที่มี ปัญหา	อำเภอ					
		เมือง	บางบ่อ	บางพลี	พระประแดง	พระสมุทรฯ	บางเสาธง
ปัญหาการลงบันทึกข้อมูลการตรวจสอบการส่งออก และ ใช้ข้อมูลจาก ๔๓ แฟ้ม เพื่อการวางแผนและ ประเมินผล	๖	๑	๑	๑	๑	๑	๑
ปัญหาความไม่ก้าวหน้า การเปลี่ยนสายงาน และ ลาออกของทันตภิบาล	๑	๐	๐	๐	๐	๑ (ลาออก) (นวก.)	๐

ขาดแคลนทันตภิบาลประจำรพ.สต	๑๑	๑	๒	๒	๓	๒	๑
ขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำรพ.สต.	๕	๑	๑	๑	๒	๐	๐
ขาด Oral Health Manager ในการวิเคราะห์และวางแผน เพื่อลดปัญหาโรคในช่องปาก	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ศักยภาพทันตแพทย์ในการพัฒนาโครงการแก้ปัญหาในพื้นที่	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ขาดแคลนทันตแพทย์ในบางจังหวัดทำให้มีปัญหาในการจัดบริการหมุน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ได้รับงบประมาณในการจัดบริการไม่เพียงพอ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ขาดยูนิตทันตกรรมในรพ.สต.	๑๘	๐	๕	๒	๖	๕	๐

๕.ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑.ขาดแคลนทันตบุคลากร	๑.ทันตภิบาล ส่งเรียน + สัญญาผูกพันการทำงานคล้ายพยาบาล	เสนอแนะแผนกำลังคนของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเป็นอัตรา ๑:๕,๐๐๐
	๒.สนับสนุนให้มีการรับทันตแพทย์ในหน่วยงานที่ขาดแคลน	กำหนดกรอบทีมของสายวิชาทันตกรรม ๑:๑
	๓.สนับสนุนให้มีทันตบุคลากรให้มี FTE อย่างน้อย ๘๐% ตามแผน service plan สาขาสุขภาพช่องปากของเขตที่ ๖	
๒.ภาระงานมาก	๑.ทันตภิบาลมีภาระงานทางทันตสุขภาพมากอยู่แล้ว แต่ต้องไปรับภาระงานอื่นเพิ่มเติม	ควรให้ภาระงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติตามกระทรวงสาธารณสุขประกาศ ปี ๒๕๓๙
	๒.รพ.สต.ที่ขาดทันตภิบาล ควรให้มีการหมุนเวียนเพื่อไปรับผิดชอบรพ.สต.ที่ขาดแคลน	
๓.บริบทเขตเมือง	๑.ควรให้ทันตแพทย์หมุนเวียนรับผิดชอบ ดูแล Node คล้าย PCC	กำหนดนโยบายตามรูปแบบดำเนินงานของ PCC
	๒.ขาดแคลนผู้ช่วยทันตแพทย์จากอัตราค่าแรงเขตเมือง ทำให้มีการ turn overate ของผู้ช่วยฯ มาก ข้อเสนอแนะการปรับอัตราจ้าง+สวัสดิการพิเศษ	ของงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางในการเพิ่มค่าแรงและสวัสดิการในการทำงานให้แก่วิชาชีพทันตแพทย์

	๓.ให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการในพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากร	สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานร่วมกับเอกชน
๔.ระบบข้อมูล	๑.พัฒนาและติดตามระบบการลงข้อมูลให้มีคุณภาพ	ประสานงานกับ สบรส. ในส่วน HDC
	๒.ประสานงานกับ IT ในหน่วยงาน	

๖. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๖.๑ กำหนดตัวชี้วัดเฉพาะที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่เขตเมือง

๖.๒ ส่วนกลางมีระเบียบ นโยบายที่สามารถบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกับเอกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ไม่มี

ผู้รายงาน.....สุกร.....ตันตินิรามัย.....

ตำแหน่ง.....ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ.....

วัน/เดือน/ปี.....๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐.....

โทร...๐๙๙-๔๒๕๕๑๖๔.. e-mail...thuntiniramai@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ SERVICE PLAN สาขา Palliative Care

รอบที่ ๑ จังหวัด สมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสาขา Palliative Care

๒. สถานการณ์

๒.๑ มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน

๒.๒ มีการกำหนดกรอบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยชัดเจน ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด (๘ กลุ่มโรค)

๒.๓ มีการแต่งตั้งเลขานุการซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค. - ธ.ค. ๕๙
๑	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M๒, F๑-๓ ดำเนินการได้ได้ตามมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง	ร้อยละ ๕๐	-	๘๓.๓๓ (๕/๖)
๒	ร้อยละโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ดำเนินการได้ได้ตามมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง	ร้อยละ ๒๐	-	๑๐๐ (๒/๒)

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

- ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง Palliative care

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการจะไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง Palliative care	ส่งบุคลากร รพ.ระดับ A และ M๑ อบรม PC nurse case manager (๔ เดือน) และส่งบุคลากร รพ.ระดับ M๒, F๑-๓ อบรม PC nurse coordinator (๒ อาทิตย์)	ประสาน ผอ.รพ. และ สสจ.
การแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลแบบประคับประคอง ใน รพ.ระดับ M๒, F๑-๓ ยังไม่ครบ ๑๐๐%	มีการกำกับและติดตาม รพ. M๒, F๑-๓ ให้ดำเนินการตามแผนจัดตั้งคณะกรรมการ	

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....
.....

ผู้รายงาน นพ.อัครฐาน จิตนุยานนท์
ตำแหน่ง ผอ.สำนักงานแพทย์ เขต ๖
วัน/เดือน/ปี ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
โทร..๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.
e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ หัวข้อ SERVICE PLAN สาขาอาชีพเวชศาสตร์

ครั้งที่ ๑ จังหวัดสมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

พัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

๒. สถานการณ์และสภาพปัญหาของพื้นที่

๒.๑ อาชีวอนามัยคือการดูแลสุขภาพคนทำงาน (แรงงาน)

๒.๒ แรงงานแบ่งเป็น ๒ ประเภทหลักๆ ได้แก่ ๑.แรงงานในระบบ (ได้แก่ กลุ่มลูกจ้างโรงงาน/สถาน

ประกอบการ กับกลุ่มข้าราชการ) และ ๒.แรงงานนอกระบบ (ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ มีมากถึงร้อยละ ๖๐ ของแรงงานทั้งหมด) สำหรับจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นจังหวัดอุตสาหกรรม มีจำนวนโรงงานประมาณ ๗๐๐๐ โรง (มากเป็นอันดับ ๒ รองจากกทม.) และมีอัตราประสบเหตุจากการทำงานสูงเป็นอันดับ ๑ ของประเทศ งานอาชีวอนามัยของจังหวัดสมุทรปราการจึงควรเน้น focus แรงงานที่เป็นลูกจ้างโรงงาน อุตสาหกรรมเป็นอันดับแรก

๒.๓ จากสถิติโรคจากการทำงาน (กองทุนเงินทดแทน) พบสถิติโรคพิษสารตะกั่วในโรงงานผลิตแบตเตอรี่ในจังหวัดสมุทรปราการ สูงเป็นอันดับ ๑ จังหวัดสมุทรปราการมีโรงงานผลิตแบตเตอรี่ตะกั่ว ๖ แห่ง และโรงงานรีไซเคิลแบตเตอรี่ ๑ แห่ง พนักงานรวมทั้งสิ้นประมาณ ๓๐๐๐ คน มีอุบัติการณ์โรคพิษตะกั่วประมาณร้อยละ ๑๐ (ระดับตะกั่วในเลือดมากกว่า ๖๐ ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร จัดว่าสูงอันตราย หากมีอาการและอาการแสดงร่วมด้วย จะวินิจฉัยเป็นโรคพิษตะกั่ว) อย่างไรก็ตาม ค่าระดับตะกั่วในเลือดที่อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยสำหรับพนักงาน แท้จริงแล้วไม่ควรเกิน ๓๐ ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร ดังนั้นพบว่าพนักงานร้อยละ ๕๐ ยังมีระดับตะกั่วในเลือดสูงเกินเกณฑ์ปลอดภัย แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงในการรับสัมผัสตะกั่วจากสภาพแวดล้อมการทำงานของพนักงานที่ยังคงเป็นปัญหา รวมไปถึงความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน หมู่บ้าน โรงเรียนที่ตั้งอยู่ใกล้เคียงโรงงานดังกล่าวด้วย

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี งบประมาณ ๒๕๕๙	ต.ค. - ธ.ค. ๕๙
๑	ร้อยละของผู้ประกันตนและข้าราชการกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (งบ PP Non UC)	ร้อยละ ๕	-	ร้อยละ ๒.๖
๒	มีการจัดบริการอาชีวอนามัยครบวงจร (ประเมินความเสี่ยง/ประเมินภาวะสุขภาพ จัดโครงการสร้างเสริม/ป้องกัน/ควบคุมโรคและประเมินผลโครงการ)	๑ แห่ง	-	๑ แห่ง
๓	รพ.ศ./รพท./รพช. ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัย	๘ แห่ง	-	๒ แห่ง
๔	รพ.ศ./รพท. ผ่านเกณฑ์การประเมินการ	๘ แห่ง	-	๒ แห่ง

	จัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม			
๕	ร้อยละของ รพสต ผ่านเกณฑ์การจัดบริการ อาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชน	>ร้อยละ ๓๐	-	ร้อยละ ๔๐.๓

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

๔.๑ คนทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ส่วนใหญ่มีประกันสังคมกับโรงพยาบาลเอกชน เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน จึงไม่มีคัดกรองโรคจากการทำงานที่โรงพยาบาลเอกชน เพื่อนำไปสู่การป้องกันในโรงงาน

๔.๒ รพช.ส่วนใหญ่ ขาดแคลนบุคลากร ที่จะดำเนินงานงานอาชีวอนามัย

๔.๓ จำนวนแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (วว.) ทั้งจังหวัดมีจำนวน ๑ คน ซึ่งไม่เพียงพอ

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ผลิตแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เพิ่ม (รพ.สป ส่งเรียนแพทย์ประจำบ้าน ๒ คน จะกลับมาปฏิบัติงานในปี ๒๕๖๐)	ส่งเสริมการฝึกอบรม	
พัฒนาพยาบาล นักวิชาการ และจัดให้มีอุปกรณ์/เครื่องมือด้านอาชีวเวชศาสตร์ เพื่อดำเนินงานอาชีวอนามัยในระดับรพ.สต./รพช.	เตรียมสถานที่ และอุปกรณ์	
สร้างเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาล เอกชน ทั้งในด้านการคัดกรองโรคจากการทำงาน และการทำแผนอับัติภัยเคมี	ประสานงาน สสจ. สร้างเครือข่ายทั่วถึงระดับจังหวัด	

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นพ.อัครฐาน จิตนุยานนท์

ตำแหน่ง ผอ.สำนักการแพทย์ เขต ๖

วัน/เดือน/ปี ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

โทร..๐๘๑-๖๖๕๔๘๕๐.

e-mail akarathan_jitnu@hotmail.com

แบบรายงาน

การตรวจราชการ รพ.สต.ติดตาม จังหวัดสมุทรปราการ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

.....

หัวข้อ ร้อยละของหน่วยรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาหน่วยบริการรพ.สต.ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ และกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็น ด้านสุขภาพของประชาชน ให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยใช้เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง รวมถึงได้นำเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตามมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ด้วย

การดำเนินงาน

๑. มีการประเมินตนเองของรพ.สต.ตามเกณฑ์
๒. มีการประเมินผลรพ.สต.ติดตามระดับอำเภอ
๓. อยู่ในระหว่างการติดตามประเมินผลระดับจังหวัด

ผลการประเมินตนเองของรพ.สต.จังหวัดสมุทรปราการ

อำเภอ	จำนวนรพ.สต.	จำนวนรพ.สต. ติดตามผ่าน เกณฑ์	ร้อยละ	ผลการประเมิน
เมือง	๑๖	๒	๑๒.๕	ผ่านเกณฑ์ ๕ดาว
บางบ่อ	๑๓	๒	๑๕.๓	ผ่านเกณฑ์ ๕ดาว
บางพลี	๘	๒	๒๕	ผ่านเกณฑ์ ๕ดาว
พระประแดง	๑๖	๒	๑๒.๕	ผ่านเกณฑ์ ๕ดาว
พระสมุทร	๑๐	๓	๓๐	ผ่านเกณฑ์ ๕ดาว
บางเสาธง	๗	๒	๒๘.๕๗	ผ่านเกณฑ์ ๕ดาว
รวม	๗๐	๑๓	๑๘.๕๗	

ผลการประเมิน : ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามเกณฑ์ร้อยละ ๑๐ ระดับจังหวัด (เชิงปริมาณ)

รอผลการประเมินเชิงคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาอย่างต่อเนื่องของระบบคุณภาพโดยยึดหลักและประเด็นสำคัญของการพัฒนาคุณภาพงานปฐมนิเทศ ความเข้าใจเชิงระบบและความต่อเนื่องของการทำงานของผู้เกี่ยวข้อง

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

หัวข้อ ๒.๒ การพัฒนาระบบปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS)

จังหวัดสมุทรปราการ

ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ๙๕
สถานการณ์

จังหวัดสมุทรปราการ ได้ดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพ DHS ครอบคลุม ๖ อำเภอ ใช้หมู่บ้านจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ๕ กลุ่มวัย เชื่อมโยง Service Plan และหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ครอบคลุม ๕๐๔ หมู่บ้าน ๕๐ ตำบลและจากการขับเคลื่อนในทุกหมู่บ้าน (MICRO DHS) เชื่อมโยงเป็นระบบการจัดการสุขภาพตำบล และอำเภอ

กระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย

๑. การประเมินตนเองโดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA -ประเมินตนเองทุกอำเภออยู่ในระดับ ๓ ทั้งหมด

๒.มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และบูรณาการ ๕ กลุ่มวัย

๓.การกำหนดจุดเสี่ยงในอำเภอและมีการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ(RTI) ทุกอำเภอ

๔.มีการดำเนินการตามแผนมีระบบบริหารจัดการ/กลไกแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อำเภอละ ๓ เรื่อง ได้แก่ อุบัติเหตุ ,การดูแลผู้สูงอายุ และแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ เช่น ไข้เลือดออก/ NCD/ยาเสพติด/อาหารปลอดภัย/ปัญหาสิ่งแวดล้อม

๕.มีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว ระดับอำเภอ/ระดับตำบล/ระดับชุมชน เพื่อดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วยPalliative care และเด็ก ๐-๕ ปี ที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ