



เอกสารสรุปผลการดำเนินงาน

การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่

ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน 2561

งานนิเทศและประเมินผล

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

คำนำ

เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ฉบับนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้จัดทำขึ้นเพื่อสรุปผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจราชการนิเทศงาน ระดับกระทรวง ประจำปี 2561 โดยประเด็นที่จัดทำในเอกสารมีเนื้อหาที่สำคัญได้แก่ สถานการณ์และผลการดำเนินงานสาธารณสุข รอบ 8 เดือน (ตุลาคม 2560 – พฤษภาคม 2561) ตลอดจนปัญหา อุปสรรคและการแก้ไขในประเด็น/ตัวชี้วัดผลสำเร็จที่ยังดำเนินการได้ไม่ผ่านตามเกณฑ์ ทั้งได้นำเสนอเรียงลำดับตามคณะกรรมการตรวจราชการ เริ่มจาก คณะที่ 1 : การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ คณะที่ 2 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และคณะที่ 3 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการตรวจราชการและนิเทศงานในครั้งนี้ และเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์วิชาการ และผู้เกี่ยวข้องในการนำเสนอข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานในปี 2561 ทั้งนี้ ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ทุกท่านที่ได้กรุณารวบรวม วิเคราะห์ สรุปผลการดำเนินงาน ในช่วงที่ผ่านมาจนทำให้การทำเอกสารฉบับนี้มีความสมบูรณ์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

มิถุนายน 2561

สารบัญ

หน้า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปจังหวัดแพร่	1
ข้อมูลทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	9

ส่วนที่ 2 แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

1.1 การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	
1) อัตราส่วนการตายมารดาไทย	22
2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	26
3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	30
1.2 การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	
4) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	33
5) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	44
1.3 การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ	
6) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	50
1.4 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	
7) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มี คุณภาพ	57
1.5 การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	
8) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	61
9) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	66
10) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	69
11) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูง รายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง	76
12) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	87

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

13) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	91
14) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	94
15) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) /ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	97

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
16) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	105
17) ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	111
18) ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	118
19) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	118
20) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr	125
21) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	129
22) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission)	132
23) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	137
24) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	142
25) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	145
26) จำนวนเมืองสมุนไพร	111
คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ	
3.1 ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	
27) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	152
28) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)	158
3.2 ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	
29) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	164
30) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	169
31) ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด	173
32) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	176
33) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3	181
34) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	190
35) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	195

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ประเด็นตรวจราชการ (เพิ่มเติม)	
1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	203
2. อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด	208
3. ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด	208
4. การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดใน รพ.ที่สูงขึ้น โดยใช้ Robson ten group classification	208
5. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	215

ข้อมูลทั่วไปจังหวัดแพร่

1. คำขวัญจังหวัดแพร่

“หม้อห้อมไม้สัก ถิ่นรักพระลอ ช่อแฮศรีเมือง ลือเลื่องแพะเมืองผี คนแพร่นี้ใจงาม”

2. วิสัยทัศน์จังหวัดแพร่

“เมืองเศรษฐกิจมั่นคง ชุมชนเข้มแข็ง ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีทรัพยากรธรรมชาติที่สมบูรณ์”

3. ประวัติ ความเป็นมาของจังหวัดแพร่

เมืองแพร่เป็นเมืองโบราณสร้างมาช้านานแล้วตั้งแต่อดีตกาล แต่ยังไม่ปรากฏหลักฐานแน่ชัดว่าสร้างขึ้นในสมัยใดและใครเป็นผู้สร้าง เมืองแพร่เป็นเมืองที่ไม่มีประวัติของตนเองจารึกไว้ในที่ใดๆ โดยเฉพาะนอกจากปรากฏในตำนานพงศาวดาร และจารึกของเมืองอื่นๆ บ้างเพียงเล็กน้อย จากการศึกษาค้นคว้าและตรวจสอบหลักฐานจากตำนานเมืองเหนือพงศาวดารโยนกและศิลาจารึกพ่อขุนรามคำแหง เมืองแพร่ น่าจะสร้างยุคเดียวกันกับกรุงสุโขทัย เชียงใหม่ ลำพูน พะเยา น่าน เมืองแพร่มีชื่อเรียกกันหลายอย่าง ตำนานเมืองเหนือเรียกว่า “พลนคร” หรือ “เมืองพล” ดังปรากฏในตำนานสร้างพระธาตุลำปางหลวง ว่า “เบื้องหน้าแต่นั้นนานมา ยังมีพระยาสามนตราชองค์หนึ่ง เสวยราชสมบัติในพลรัฐนคร อันมีในทีใกล้กันกับลัมภกัปปะนคร (ลำปาง) นี้ ทราบว่า สิริพระธาตุพระพุทธรูปเจ้ามีในลัมภกัปปะนคร ก็ปรารถนาจะใคร่ได้” ในสมัยขอมเรืองอำนาจ ราว พ.ศ. 1470-1560 นั้น พระนางจามเทวีได้แผ่อำนาจเข้า ครอบครองดินแดนในเขตล้านนา ได้เปลี่ยนชื่อเมืองในเขตล้านนาเป็น ภาษาเขมร เช่น ลำพูนเป็นหริภุญไชย น่านเป็นนันทบุรี เมืองแพร่เป็นโกศยนคร หรือนครโกศย ชื่อที่ปรากฏในศิลาจารึกพ่อขุนรามคำแหง เรียกว่า “เมืองพล” และได้กลายเสียงตามหลักภาษาศาสตร์เป็น “แพร่” ชาวเมืองนิยมออกเสียงว่า “แป้” (ที่มา : หนังสือประวัติศาสตร์ภาคไทยส่วนภูมิภาคจังหวัดแพร่)

4. ลักษณะเฉพาะของพื้นที่

พื้นที่จังหวัดแพร่ ล้อมรอบด้วยภูเขาทั้ง 4 ทิศ พื้นที่ส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 80 เป็นภูเขา มีพื้นที่ราบเพียงร้อยละ 20 โดยลาดเอียงไปทางทิศใต้ตามแนวไหลของแม่น้ำยมคล้ายกันกระทะ พื้นที่ราบของจังหวัดจะอยู่ระหว่างหุบเขา มี 2 แปลงใหญ่ คือ ที่ราบบริเวณพื้นที่อำเภอวังทอง อำเภอเมืองแพร่ อำเภอสูงเม่น และอำเภอเด่นชัย และอีกหนึ่งแปลง คือ บริเวณที่ตั้งอำเภอลอง และอำเภอวังชิ้น ซึ่งที่ราบดังกล่าวใช้เป็นที่อยู่อาศัย และทำการเกษตร

5. ที่ตั้ง อาณาเขต การคมนาคม

จังหวัดแพร่ เป็น 1 ใน 17 จังหวัดภาคเหนือของประเทศไทย ตั้งอยู่ระหว่างเส้นรุ้งเหนือที่ 14.70 ถึง 18.44 องศา กับเส้นแวงที่ 99.58 ถึง 100.32 องศา อยู่สูงกว่าระดับน้ำทะเลประมาณ 155 เมตร อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร ตามทางหลวงหมายเลข 11 และ 101 ประมาณ 551 กิโลเมตร และทางรถไฟ 550 กิโลเมตร

(ถึงสถานีรถไฟเด่นชัย) มีเนื้อที่ประมาณ 6,538.59 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 4,086,625 ไร่ และมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ได้แก่

ทิศเหนือ เขตอำเภอสองและอำเภอร้องกวาง ติดต่อกับ จังหวัดลำปาง น่าน และพะเยา

ทิศตะวันออก เขตอำเภอเมืองแพร่และอำเภอร้องกวาง ติดต่อกับ จังหวัดน่านและอุดรดิตถ์

ทิศใต้ เขตอำเภอเด่นชัยและอำเภอวังชิ้น ติดต่อกับ จังหวัดอุดรดิตถ์และสุโขทัย

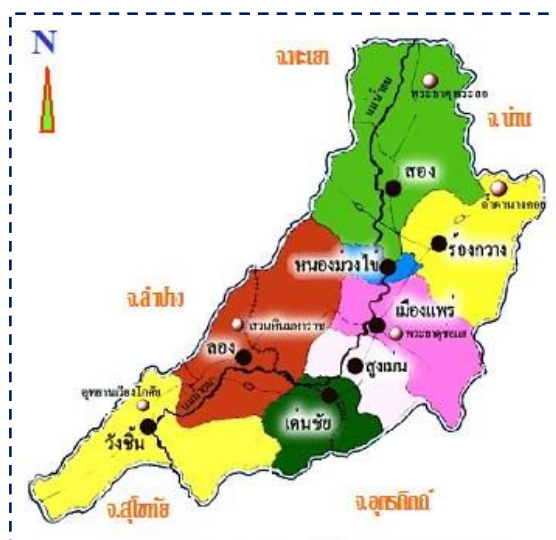
ทิศตะวันตก เขตอำเภอสอง อำเภอลอง และอำเภอวังชิ้น ติดต่อกับ จังหวัดลำปาง

(ที่มา : หนังสือประวัติศาสตร์ไทยสวนภูมิภาคจังหวัดแพร่)

6. การปกครอง

จังหวัดแพร่ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 8 อำเภอ 78 ตำบล 708 หมู่บ้าน 18 ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 85 แห่ง ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมือง 1 แห่ง เทศบาลตำบล 25 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 57 แห่ง

7. แผนที่จังหวัด



ภาพที่ 1 ขอบเขตและที่ตั้งจังหวัดแพร่

8. ลักษณะภูมิประเทศ

ลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขา มีภูเขาล้อมรอบทั้ง 4 ทิศ พื้นที่ร้อยละ 81.50 ของพื้นที่ทั้งจังหวัดเป็นป่าไม้ ที่เหลืออีก ร้อยละ 18.50 เป็นที่ราบลุ่ม มีจุดสูงสุดประมาณ 1,650 เมตร และต่ำสุดเหนือระดับน้ำทะเลประมาณ 120 เมตร

9. ตราประจำจังหวัดแพร่



ภาพที่ 2 ตราประจำจังหวัด

มีตำนานเล่าสืบกันว่าเมืองแพร่ และเมืองน่านมีเจ้าผู้ปกครองนครเป็นพี่น้องกันได้ปกครองเมืองทั้งสองนี้ร่วมกันโดยมิได้แบ่งอาณาเขตแน่นอน ต่อมาพี่น้องทั้งสองได้นัดหมายมาพบกันตามทางเพื่อแบ่งปันอาณาเขตเมือง ครั้นเมื่อถึงกำหนดเจ้าผู้ปกครองนครเมืองแพร่ก็ได้ขี่ม้าออกไป ฝ่ายเจ้าผู้ปกครองนครน่านก็ได้ขี่โคมาได้พบกัน ที่ยอดเขาแห่งหนึ่งแล้วตกลงปันเขตแดนกัน ตรงนั้นจึงให้ชื่อว่า “เขาครี้ง” ด้วยเหตุที่เจ้าผู้ครองนครแพร่ขี่ม้าไปจึงได้เขตแดนไว้มากกว่าเจ้าผู้ครองนครน่านที่ขี่โคมา ต่อมาเมืองแพร่จึงใช้ม้าเป็นนามเมือง ส่วนทางเมืองน่านก็ใช้โคเป็นนามเมืองเช่นเดียวกัน ด้วยเหตุเช่นนี้คณะกรรมการจังหวัดแพร่ จึงเสนอรูปม้ายืนเป็นดวงตราประจำจังหวัดแพร่ ให้กรมศิลปากรพิจารณา ในราวปี พ.ศ. 2483 แต่กรมศิลปากรมีความเห็นว่า ควรจะเอาภาพโบราณสถาน ที่สำคัญของจังหวัดมาประกอบเข้าด้วย จังหวัดแพร่จึงทำรูปม้ายืนมีพระธาตุช่อแฮอยู่บนหลังใช้เป็นดวงตราประจำจังหวัดแพร่ สืบเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน (ที่มา : หนังสือประวัติศาสตร์ภาคไทยส่วนภูมิภาคจังหวัดแพร่)

10. ธงประจำจังหวัดแพร่



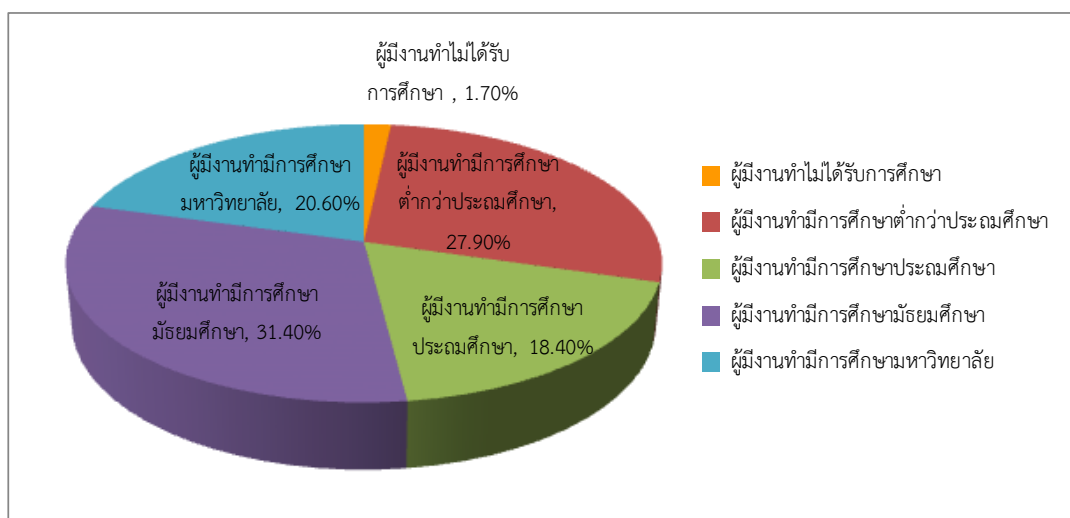
ภาพที่ 3 ธงประจำจังหวัดแพร่

11. ต้นไม้ประจำจังหวัดแพร่ คือ ต้นยมหิน



ภาพที่ 4 ต้นไม้ประจำจังหวัดแพร่

12. การศึกษา



แผนภูมิที่ 1 ระดับการศึกษาของจังหวัดแพร่

จากแผนภูมิวงกลมแสดงระดับการศึกษาของประชากรในจังหวัดแพร่ พบว่า ปี 2561 ประชากรจังหวัดแพร่ มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 31.40) รองลงมา มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 27.90) ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 20.60) ประถมศึกษา (ร้อยละ 18.40) และไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 1.70) ตามลำดับ (ที่มา : สำนักงานสถิติจังหวัดแพร่, ข้อมูล ณ มีนาคม 2561)

13. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ตารางที่ 1 ข้อมูลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัด อบท. ของจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2561

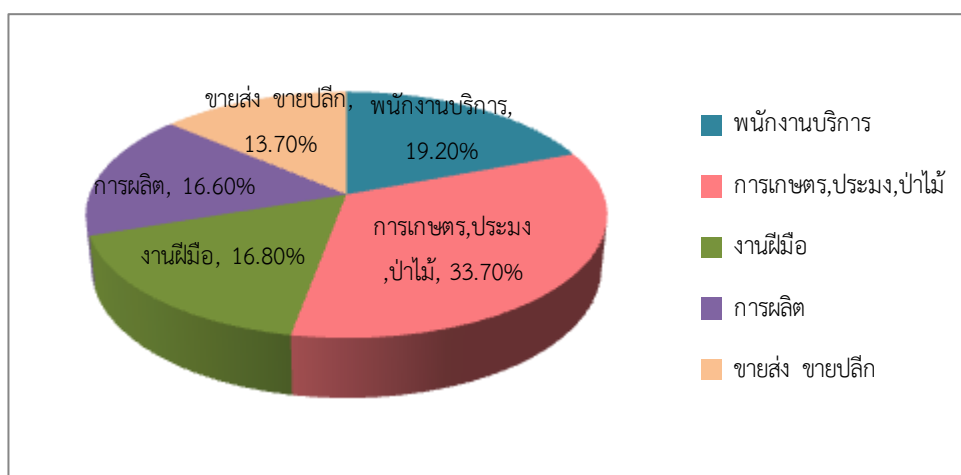
อำเภอ	จำนวนศูนย์เด็กเล็ก	จำนวนนักเรียน	จำนวนครูผู้ดูแลเด็ก
เมือง	36	774	98
สูงเม่น	17	518	56
เด่นชัย	14	266	28
ลอง	22	421	56
วังชิ้น	19	654	61
สอง	17	453	43
ร้องกวาง	26	434	67
หนองม่วงไข่	8	172	21
รวม	159	3,692	430

(ที่มา : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขแพร่ ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2561)

14. ศาสนา

จังหวัดแพร่ มีวัด จำนวน 367 แห่ง แยกเป็นวัดพระอารามหลวง จำนวน 2 แห่ง วัดราษฎร์ จำนวน 365 แห่ง มีวัดที่ได้รับพระราชทานวิสุงคามสีมา จำนวน 322 แห่ง แยกเป็นมหานิกาย จำนวน 319 แห่ง ธรรมยุติกนิกาย จำนวน 3 แห่ง และวัดที่ยังไม่ได้รับพระราชทานวิสุงคามสีมา จำนวน 45 แห่ง แยกเป็นมหานิกาย จำนวน 40 แห่ง ธรรมยุติกนิกาย จำนวน 5 แห่ง มีวัดร้าง จำนวน 18 แห่ง และที่พักสงฆ์ จำนวน 51 แห่ง มีพระภิกษุ จำนวน 1,265 รูป และสามเณร จำนวน 764 รูป (ที่มา : สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดแพร่, ข้อมูล ณ วันที่ 18 กันยายน 2560)

15. อาชีพ



แผนภูมิที่ 2 อาชีพของประชากรจังหวัดแพร่

จากแผนภูมิวงกลมแสดงอาชีพของประชากรในจังหวัดแพร่ พบว่า อาชีพที่มีผู้มีงานทำประกอบอาชีพมากที่สุดคือ การเกษตร, ประมง, ป่าไม้ คิดเป็นร้อยละ 33.70 รองลงมาคือ พนักงานบริการ คิดเป็นร้อยละ 19.20 งานฝีมือ คิดเป็นร้อยละ 16.80 การผลิต คิดเป็นร้อยละ 16.60 และ การขายส่ง ขายปลีก คิดเป็นร้อยละ 13.70 (ที่มา : สำนักงานสถิติจังหวัดแพร่, ข้อมูล ณ มีนาคม 2561)

16. อัตราการมีงานทำจังหวัดแพร่

การมีงานทำของประชากรในจังหวัดแพร่ พบว่ามีจำนวน 233,995 คน แยกเป็นชาย จำนวน 127,527 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 ของจำนวนผู้มีงานทำทั้งหมด และหญิง จำนวน 106,468 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 ของจำนวนผู้มีงานทำทั้งหมด (ที่มา : สำนักงานสถิติจังหวัดแพร่ ข้อมูล ณ เดือนมีนาคม 2561)

17. รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน

จังหวัดแพร่ มีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด ณ ราคา ประจำปี พ.ศ. 2558 มูลค่าเท่ากับ 25,931 ล้านบาท โครงสร้างทางเศรษฐกิจขึ้นอยู่กับ

อันดับ 1 คือ สาขาเกษตรกรรม	ร้อยละ 18.47
อันดับ 2 คือ สาขาการศึกษา	ร้อยละ 16.39
อันดับ 3 คือ สาขาอุตสาหกรรม	ร้อยละ 11.02

รายได้ต่อหัวต่อปีของประชากรปี 2558 เท่ากับ 61,013 บาท จัดเป็นอันดับที่ 60 ของประเทศ และเป็นลำดับที่ 15 ของ 17 จังหวัดภาคเหนือ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ , ข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2560)

18. การคมนาคม

18.1 ทางบก

จังหวัดแพร่ มีเส้นทางการคมนาคมที่ติดต่อกับพื้นที่จังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

1. ติดต่อกับ จังหวัดลำปาง ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 11 ระยะทางประมาณ 111.06 กม.
ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 103 ระยะทางประมาณ 127.53 กม.
ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 1124 ระยะทางประมาณ 59.74 กม.
2. ติดต่อกับ จังหวัดน่าน ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 101 ระยะทางประมาณ 120.63 กม.
3. ติดต่อกับ จังหวัดพะเยา ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 1120 ระยะทางประมาณ 104.44 กม.
4. ติดต่อกับ จังหวัดอุตรดิตถ์ ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 11 ระยะทางประมาณ 74.25 กม.
5. ติดต่อกับ จังหวัดสุโขทัย ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 101 ระยะทางประมาณ 152.56 กม.
ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 1125 ระยะทางประมาณ 139.59 กม.

(ที่มา : สำนักงานทางหลวงที่ 2 (แพร่), ข้อมูล ณ เดือนกรกฎาคม 2559)

18.2 ทางรถไฟ

จังหวัดแพร่ มีขบวนรถไฟเที่ยวไปและเที่ยวกลับผ่านสถานีรถไฟในจังหวัดแพร่ โดยมีสถานีรถไฟให้บริการรับ-ส่ง ผู้โดยสาร จำนวน 6 สถานี ได้แก่

1. สถานีรถไฟเด่นชัย เป็นสถานีรถไฟระดับ 1 อยู่ห่างจากสถานีรถไฟกรุงเทพ เป็นระยะทาง 533.94 กม.
2. สถานีรถไฟห้วยไร่ เป็นสถานีรถไฟระดับ 3 อยู่ห่างจากสถานีรถไฟกรุงเทพ เป็นระยะทาง 521.48 กม.
3. สถานีรถไฟปากป่าน เป็นสถานีรถไฟระดับ 3 อยู่ห่างจากสถานีรถไฟกรุงเทพ เป็นระยะทาง 538.43 กม.
4. สถานีรถไฟแก่งหลวง เป็นสถานีรถไฟระดับ 3 อยู่ห่างจากสถานีรถไฟกรุงเทพ เป็นระยะทาง 546.94 กม.
5. สถานีรถไฟบ้านปิน เป็นสถานีรถไฟระดับ 2 อยู่ห่างจากสถานีรถไฟกรุงเทพ เป็นระยะทาง 563.86 กม.
6. สถานีรถไฟผาคัน เป็นสถานีรถไฟระดับ 3 อยู่ห่างจากสถานีรถไฟกรุงเทพ เป็นระยะทาง 578.46 กม.

(ที่มา : สถานีรถไฟเด่นชัยจังหวัดแพร่, ข้อมูล ณ มกราคม 2558)

18.3 ทางอากาศ

ท่าอากาศยานแพร่ ปัจจุบันมีสายการบินเปิดให้บริการ จำนวน 1 สายการบินคือ บริษัทสายการบินนกแอร์ จำกัด (แพร่) โทรศัพท์ 0-5452-2189

1. มีเส้นทางคมนาคมทางอากาศจากแพร่ ถึง กรุงเทพฯ (ดอนเมือง) จำนวน 2 เที่ยวบิน/วัน
2. มีเส้นทางคมนาคมทางอากาศจากกรุงเทพฯ (ดอนเมือง) ถึง แพร่ จำนวน 2 เที่ยวบิน/วัน

ในช่วงตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 - เดือนกันยายน 2560 มีเที่ยวบิน จำนวน 964 เที่ยวบิน/ปี และมีผู้ให้บริการ จำนวน 58,335 คน/ปี (ที่มา : ท่าอากาศยานแพร่, ข้อมูล ณ ตุลาคม 2560)

19. ข้อมูลการปกครองและประชากร

จังหวัดแพร่ แบ่งการปกครองเป็น 8 อำเภอ 78 ตำบล 708 หมู่บ้าน 18 ชุมชน 1 อบจ. 1 เทศบาลเมือง 25 เทศบาลตำบล 57 อบต. จำนวนประชากรทั้งสิ้น 447,564 คน แยกเป็นชาย 216,655 หญิง 230,909 คน มีหลังคาเรือน จำนวน 174,357 หลังคาเรือน ประชากรมีจำนวนลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 0.50 ประชากรร้อยละ 71.94 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 28.06 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ความหนาแน่นของประชากรต่อตารางกิโลเมตรเท่ากับ 68 คนต่อตารางกิโลเมตร มีสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร 3 คน

ตารางที่ 2 ประชากรจำแนกตามเขตการปกครองจังหวัดแพร่ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

อำเภอ	นอกเขตเทศบาล			ในเขตเทศบาล			รวม		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
เมืองแพร่	30,104	33,201	63,305	26,033	28,997	55,030	56,137	62,198	118,335
ร้องกวาง	17,517	18,766	36,283	6,083	6,731	12,814	23,600	25,497	49,097
ลอง	15,609	15,780	31,389	11,461	12,015	23,476	27,070	27,795	54,865
สูงเม่น	34,159	36,966	71,125	1,880	2,126	4,006	36,039	39,092	75,131
เด่นชัย	10,358	9,808	20,166	7,504	8,183	15,687	17,862	17,991	35,853
สอง	21,269	21,984	43,253	3,223	3,802	7,025	24,492	25,786	50,278
วังชิ้น	21,623	21,599	43,222	1,492	1,528	3,020	23,115	23,127	46,242
หนองม่วงไข่	6,199	7,018	13,217	2,141	2,405	4,546	8,340	9,423	17,763
รวม	156,838	165,122	321,960	59,817	65,787	125,604	216,655	230,909	447,564

(ที่มา : กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย)

ตารางที่ 3 ประชากรจำแนกแยกตามกลุ่มอายุจังหวัดแพร่ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

อำเภอ	ผู้ที่มีสัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน												ผู้ที่ไม่ได้สัญชาติไทย/ อยู่ระหว่างการย้าย		รวม	
	อายุ 0-4 ปี		อายุ 5-14 ปี		อายุ 15-24 ปี		อายุ 25-34 ปี		อายุ 35-59 ปี		60 ปีขึ้นไป					
	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ
เมืองแพร่	2,068	2,051	5,625	5,297	7,010	6,888	8,196	7,942	22,151	24,923	10,719	14,831	368	266	56,137	62,198
ร้องกวาง	1,000	984	2,343	2,202	3,199	3,418	3,582	3,327	9,338	10,329	4,028	5,128	110	109	23,600	25,497
ลอง	1,054	1,004	2,652	2,521	3,179	3,286	3,723	3,469	11,083	11,521	5,200	5,816	179	178	27,070	27,795
สูงเม่น	1,255	1,166	3,051	2,886	4,171	3,953	5,357	5,000	14,160	15,671	7,795	10,159	250	257	36,039	39,092
เด่นชัย	724	657	1,759	1,618	2,399	2,072	2,638	2,456	6,873	7,253	3,057	3,647	412	288	17,862	17,991
สอง	1,022	947	2,431	2,204	2,969	2,990	3,605	3,487	9,853	10,599	4,492	5,473	120	86	24,492	25,786
วังชิ้น	930	880	2,292	2,160	2,746	2,650	3,205	3,109	9,627	9,650	4,139	4,508	176	170	23,115	23,127
หนองม่วงไข่	297	294	757	723	1,009	987	1,251	1,232	3,367	3,789	1,638	2,386	21	12	8,340	9,423
รวม	8,350	7,983	20,910	19,611	26,682	26,244	31,557	30,022	86,452	93,735	41,068	51,948	1,636	1,366	216,655	230,909

(ที่มา : กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย)

ตารางที่ 4 เขตการปกครองและประชากรจำแนกตามเขตการปกครองจังหวัดแพร่ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

อำเภอ	พื้นที่ (ตร.กม.)	ตำบล	หมู่บ้าน	ประชากร			หลังคา เรือน	เทศบาล	อบต.	ระยะทาง ถึงจังหวัด
				ชาย	หญิง	รวม				
เมืองแพร่	756.08	20	18 ชุมชน	7,323	8,487	15,810	8,599	1 ทม.	9	0
			166 หมู่	48,814	53,711	102,525	42,015	9 ทต.		
ร้องกวาง	631.54	11	93	23,600	25,497	49,097	18,141	2	8	30
ลอง	1,447.31	9	90	27,070	27,795	54,865	20,044	6	5	43
สูงเม่น	374.97	12	110	36,039	39,092	75,131	29,058	1	12	12
เด่นชัย	256.62	5	52	17,862	17,991	35,853	14,792	3	4	24
สอง	1624.48	8	85	24,492	25,786	50,278	18,720	2	7	49
วังชิ้น	1,216.97	7	77	23,115	23,127	46,242	16,165	1	7	79
หนองม่วงไข่	221.62	6	35	8,340	9,423	17,763	6,823	1	5	20
รวม	6,538.59	78	708 หมู่ 18 ชุมชน	216,655	230,909	447,564	174,357	26	57	-

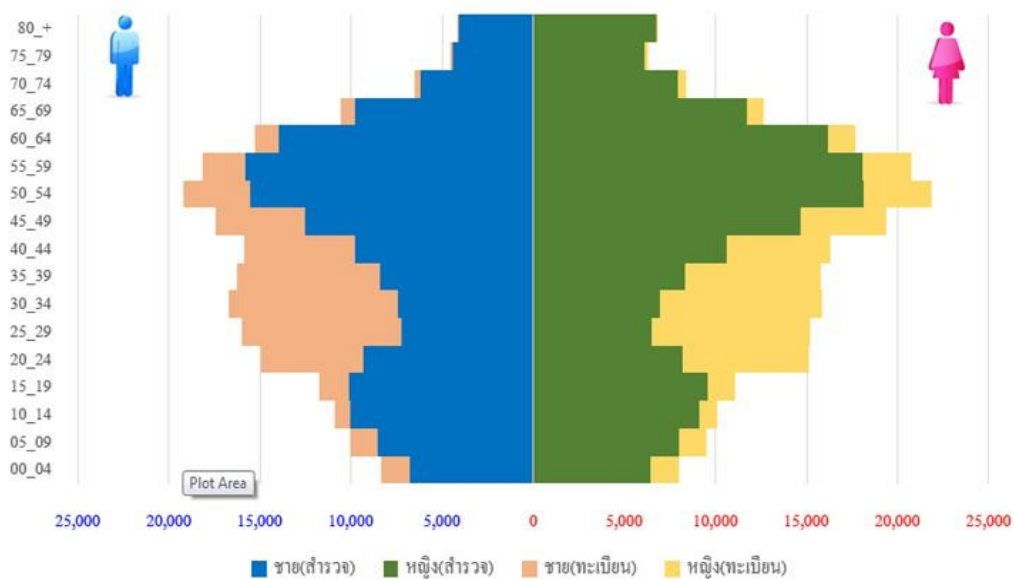
หมายเหตุ เทศบาลเมือง, นอกเขตเทศบาล, จำนวน อบต. ท้องถิ่นจังหวัดแพร่, หลังคาเรือน : ทะเบียนกลาง กระทรวงมหาดไทย,

ข้อมูลทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

1. โครงสร้างประชากร สถิติการเกิด การตาย

จังหวัดแพร่ มีอัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง และต่ำกว่าอัตราตาย ทำให้โครงสร้างทางประชากร ของจังหวัดเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยพบว่า สัดส่วนของประชากรในปี 2560 วัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีแนวโน้มลดลง สัดส่วนของประชากรสูงวัย (50-59 ปี) มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรในจังหวัดแพร่ เพิ่มขึ้น (แหล่งข้อมูล: ฐานข้อมูลประชากร จากการสำรวจ 43 แห่ง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560)

ปิรามิดประชากรจังหวัดแพร่ แสดงความแตกต่างระหว่างประชากรสำรวจกับประชากรตามทะเบียนราษฎร ปี 2560



แผนภูมิที่ 3 โครงสร้างประชากรของจังหวัดแพร่ ปี 2560 (ณ 31 ธันวาคม 2560 จำนวน 447,564 คน)

2. วิสัยทัศน์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ (Vision)

“เป็นองค์กรคุณภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง มุ่งสู่การเป็นเมืองแพร่สุขภาพดี”

3. พันธกิจ (Mission)

- ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้
- บูรณาการงานด้านสุขภาพร่วมกับภาควิชาเครือข่าย
- พัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมตามมาตรฐาน
- พัฒนาระบบบริหารจัดการภายใต้หลักธรรมาภิบาล

4. ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issues)

- การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพประชาชนอย่างเหมาะสม
- การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาควิชาเครือข่ายด้านสุขภาพ
- พัฒนาระบบบริการและเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
- การพัฒนาระบบสารสนเทศและระบบบริหารจัดการภายใต้หลักธรรมาภิบาล

5. เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดผลสำเร็จ

● ยุทธศาสตร์ที่ 1 : การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพประชาชนอย่างเหมาะสม

เป้าประสงค์ (Goal1) : ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย

ตัวชี้วัด (KPI1) : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ

ตัวชี้วัด (KPI2) : ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในทุกกลุ่มวัย

● ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ

เป้าประสงค์ (Goal2) : ภาคีเครือข่ายทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบสุขภาพในทุกระดับ

ตัวชี้วัด (KPI3) : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน DHS จังหวัดแพร่

● ยุทธศาสตร์ที่ 3 : การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงได้

เป้าประสงค์ (Goal3) : ระบบบริการสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพ ครอบคลุมการบริการทุกสาขา เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมทั่วถึง และเป็นธรรม

เป้าประสงค์ (Goal4) : เสริมสร้างศักยภาพด้านบริการ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ตัวชี้วัด (KPI4) : ร้อยละของสถานบริการที่มีการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์

ตัวชี้วัด (KPI5) : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

รายสาขา

ตัวชี้วัด (KPI6) : ร้อยละของประชาชนที่มีความพึงพอใจ ต่อระบบบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัด (KPI7) : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่นโยบายเมืองบริการสุขภาพอาเซียน

● ยุทธศาสตร์ที่ 4 : การพัฒนาระบบสารสนเทศ และระบบบริหารจัดการภายใต้หลักธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ (Goal5) : ระบบสารสนเทศมีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัย และปลอดภัย สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ (Goal6) : ระบบการเงินการคลัง การบริหารพัสดุ การบริหารเวชภัณฑ์ มีความโปร่งใส มีมาตรฐาน และประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ (Goal7) : ระบบบริหารงานเชิงยุทธศาสตร์ มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

เป้าประสงค์ (Goal8) : ความสำเร็จในการบริหารทรัพยากรบุคคลบนความหลากหลายด้านกำลังคน

ตัวชี้วัด (KPI8) : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสารสนเทศ

ตัวชี้วัด (KPI9) : ระดับความสำเร็จการบริหารการเงินการคลังตามเกณฑ์การประเมิน FAI

ตัวชี้วัด (KPI10) : ระดับความสำเร็จของการบริหารเชิงยุทธศาสตร์

ตัวชี้วัด (KPI11) : ระดับความสำเร็จในการบริหารทรัพยากรบุคคลบนความหลากหลายด้านกำลังคนตามหลักธรรมาภิบาล

7. จุดมุ่งหมาย (Purposes)

1. เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับมีระบบสุขภาพแบบองค์รวมตามมาตรฐาน
2. เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่ง มีระบบบริหารจัดการที่ดี ภายใต้หลักธรรมาภิบาล
3. เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ
4. เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถพึ่งตนเองได้

8. ค่านิยมร่วม (Core Value) : PHRAE

P : Public mind	จิตสาธารณะ
H : Human relation	สัมพันธภาพที่ดี
R : Responsibility	ความรับผิดชอบ
A : Achievement	มุ่งผลสัมฤทธิ์
E : Extremely	ใฝ่เรียนรู้

9. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

1) สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

สถานบริการสาธารณสุขของจังหวัดแพร่ ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 500 เตียง จำนวน 1 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง จำนวน 2 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง จำนวน 4 แห่ง, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช 30 เตียง จำนวน 1 แห่ง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวนทั้งหมด 119 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 2 แห่ง สัดส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อประชากรทั้งหมดเท่ากับ 1:3,761

ตารางที่ 5 จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขชุมชนรายอำเภอ จังหวัดแพร่ พ.ศ. 2560

อำเภอ	โรงพยาบาล (จำนวน/เตียง)			รพ.สต.	สสช.
	รพท.	รพช.	สัดส่วนเตียงต่อประชากร		
เมืองแพร่	1/500		1 : 237	27	0
ร้องกวาง		1/60	1 : 818	16	2
ลอง		1/60	1 : 914	14	0
สูงเม่น		1/30	1 : 2,504	16	0
เด่นชัย		1/30	1 : 1,195	8	0
สอง		1/30	1 : 1,676	15	0
วังชิ้น		1/30	1 : 1,541	17	0
หนองม่วงไข่		1/30	1 : 592	6	0
รวม	1/500	7/270	1 : 581	119	2

(ที่มา : งานเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขแพร่, ข้อมูล ณ พฤศจิกายน 2560)

ตารางที่ 6 ข้อมูลสถานประกอบการด้านการผลิตภัณฑสุภาพและบริการสุภาพ จังหวัดแพร่

ประเภทสถานประกอบการ	อำเภอ								รวม
	เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	หนอง ม่วงไข่	ร้อง กวาง	สอง	ลอง	วังชิ้น	
1. ข้อมูลสถานประกอบการด้านการผลิตภัณฑสุภาพ	230	103	55	32	58	61	38	37	614
1.1 ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1)	41	20	3	3	5	3	4	2	81
- เจ้าของเป็นเภสัชกร	30	15	2	3	5	2	4	1	62
- เจ้าของไม่ใช่เภสัชกร	11	5	1			1		1	19
1.2 ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จฯ (ขย.2)	10	5	4	1	3	3	4	1	31
1.3 ร้านขายยาสัตว์ (ขย.3)	4								4
1.4 ร้านขายยาแผนโบราณ (ขยบ.)	3					1			4
1.5 ร้านขายยาแผนปัจจุบันที่จำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ฯ 3/4	3								3
1.6 ร้านขายยาแผนปัจจุบันที่จำหน่ายยาเสพติดฯ ประเภท 3	2								2
1.7 สถานที่จำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 2	1	1	1	1	1	1	1	1	8
1.8 สถานที่ครอบครองวัตถุออกฤทธิ์	23	5	4	1	3	3	2	2	43
1.8.1 วัตถุออกฤทธิ์ ประเภท 2									
- หน่วยงานรัฐ	1	1	1	1	1	1	1	1	8
- เอกชน	5				1				6
1.8.2 วัตถุออกฤทธิ์ ประเภท 3	6	1							7
1.8.3 วัตถุออกฤทธิ์ ประเภท 4	11	3	3		1	2	1	1	22
1.9 สถานที่ผลิตยาแผนโบราณ	11	1			1				13
1.10 สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายโรงงาน	16	4	2	0	1	3	3	3	32
1.11 สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน	99	52	33	21	37	40	19	19	320
- บุคคลธรรมดา/นิติบุคคล	81	43	28	10	23	24	11	14	234
- กลุ่มแม่บ้าน	7	4	3	10	13	11	5	4	57
- กลุ่มวิสาหกิจชุมชน	3	3	0	0	1	2	0	1	10
- เอส เอ็ม แอล	6	2	2	0	0	3	2	0	15
- ส่วนราชการ	2	0	0	1	0	0	1	0	4
1.12 สถานที่นำเข้าอาหาร	0	1	0	0	0	0	0	0	1
1.13 สถานที่นำเข้าวัตถุดิบทราย	1	0	0	0	0	0	0	0	1
1.14 สถานที่ผลิตเครื่องสำอาง	16	10	4	4	4	4	3	7	52

ประเภทสถานประกอบการ	อำเภอ								รวม
	เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	หนองม่วงไข่	ร้องกวาง	สอง	ลอง	วังชิ้น	
2. ข้อมูลสถานประกอบการด้านบริการสุขภาพ	89	24	4	3	8	16	10	6	160
- เวชกรรม	26	12	4	0	1	3	1	3	50
- เวชกรรมเฉพาะทาง	28	1					1		30
- ทันตกรรม	12	2			1		1		16
- ทันตกรรมเฉพาะทาง	1								1
- การพยาบาลและผดุงครรภ์	6	9		3	6	10	5	2	41
- กายภาพบำบัด	1								1
- เทคนิคการแพทย์	5					1	1		7
- สหคลินิก	7					2			9
- โรงพยาบาลเอกชน	2								2
- การแพทย์แผนไทย	1								1
- การผดุงครรภ์							1	1	2
3. ข้อมูลสถานประกอบการด้านธุรกิจบริการสุขภาพ	10	0	0	0	0	0	0	0	10
- สปาเพื่อสุขภาพ	2	0	0	0	0	0	0	0	2
- นวดเพื่อสุขภาพ	8	0	0	0	0	0	0	0	8
- นวดเพื่อเสริมสวย	0	0	0	0	0	0	0	0	0

2) สถานบริการด้านสุขภาพภาคเอกชน

สถานบริการด้านสุขภาพภาคเอกชนจำแนกเป็น สถานพยาบาลประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาลเอกชน) จำนวน 2 แห่ง สถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) พบว่า มีสาขาเวชกรรมมากที่สุด จำนวน 50 แห่ง รองลงมาได้แก่ สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ จำนวน 41 แห่ง สาขาเวชกรรมเฉพาะทาง จำนวน 30 แห่ง และสาขาทันตกรรม จำนวน 16 แห่ง มีร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ทั้งหมด จำนวน 81 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ (ขย.2) จำนวน 31 แห่ง มีสถานที่ผลิตยาแผนโบราณ จำนวน 13 แห่ง ร้านขายยาสัตว์ (ขย.3) จำนวน 4 แห่ง สถานที่ผลิตอาหารเข้าขายโรงงาน จำนวน 32 แห่ง และไม่เข้าขายโรงงาน 320 แห่ง (ที่มา : กลุ่มงาน คบส. สสจ.แพร่, ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2561)

3) จำนวนเตียงและระดับสถานพยาบาลตาม Service Plan

สถานบริการสาธารณสุขของจังหวัดแพร่ ประกอบด้วย โรงพยาบาลระดับ S จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลระดับ F1 จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลระดับ F2 จำนวน 6 แห่ง

ตารางที่ 7 ตารางแสดงสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดแพร่

โรงพยาบาล	ระดับ	จำนวนเตียง
แพร่	S	500
ร้องกวาง	F2	60
ลอง	F2	60
สูงเม่น	F2	30
เด่นชัย	F1	30
สอง	F2	30
วังชิ้น	F2	30
หนองม่วงไข่	F2	30

(ที่มา : งานข้อมูลสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, ข้อมูล ณ พฤศจิกายน 2560)

4) บุคลากรสาธารณสุข

บุคลากรสาธารณสุขภาครัฐ (ข้าราชการ, ลูกจ้างประจำ, นักเรียนทุน, ลูกจ้างชั่วคราว, พนักงานราชการ) ที่ปฏิบัติงานจริงในจังหวัดแพร่ มีจำนวน 1,970 คน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ 1: 131 คน ร้อยละ 57.84 ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ร้อยละ 42.16 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแพร่

ตารางที่ 8 จำนวนและอัตราส่วนต่อประชากรของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานจริงจังหวัดแพร่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2561

ประเภทของบุคลากร	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดแพร่	อัตราส่วน บุคลากร 1 คน ต่อ ประชากร	รพ. แพร่	อัตราส่วน บุคลากร 1 คน ต่อ ประชากร	รวม	อัตราส่วน บุคลากร 1 คน ต่อ ประชากร
แพทย์ (รวมแพทย์ใช้ทุน)	81	1 : 5,525	92	1 : 4,865	173	1 : 2,587
ทันตแพทย์	35	1 : 12,788	12	1 : 37,297	47	1 : 9,523
เภสัชกร	51	1 : 8,776	39	1 : 11,476	90	1 : 4,973
พยาบาลวิชาชีพ (รวมวิสัญญีพยาบาล)	535	1 : 837	502	1 : 892	1,037	1 : 432
พยาบาลเทคนิค	7	1 : 63,938	6	1 : 74,594	13	1 : 34,428
นักวิชาการสาธารณสุข	268	1 : 1,670	20	1 : 22,378	288	1 : 1,554
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	109	1 : 4,106	0	0	109	1 : 4,106
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	62	1 : 7,219	4	1 : 111,891	66	1 : 6,781
บุคลากรอื่นๆ	822	1 : 544	761	1 : 588	1,583	1 : 283
รวม	1,970	1 : 227	1,436	1 : 312	3,406	1 : 131

(ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, รพ.แพร่)

ตารางที่ 9 จำนวน อัตรา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลูกจ้างประจำ ที่ปฏิบัติงานประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อประชากร รายอำเภอจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2561

อำเภอ	ปฏิบัติงาน สสอ.	ปฏิบัติงาน รพ.สต.	รพ.สต.			
			จำนวนทั้งหมด (แห่ง)	ค่าเฉลี่ย รพ.สต./จนท.	ประชากรเขต รับผิดชอบ	อัตราส่วนบุคลากร ต่อประชากร
เมืองแพร่	13	140	27	1 : 5.67	118,335	1 : 773
ร้องกวาง	8	78	17	1 : 5.06	49,097	1 : 571
ลอง	6	71	14	1 : 5.50	54,865	1 : 713
สูงเม่น	12	106	16	1 : 7.38	75,131	1 : 637
เด่นชัย	8	49	8	1 : 7.13	35,853	1 : 629
สอง	11	72	16	1 : 5.19	50,278	1 : 606
วังชิ้น	7	56	17	1 : 3.71	46,242	1 : 734
หนองม่วงไข่	8	31	6	1 : 6.50	17,763	1 : 455
รวม	73	603	121 (รวม สสข.)	1 : 5.59	447,564	1 : 662

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลบุคลากร จากการสำรวจ ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2561, อำเภอร้องกวาง รวม สสข.ห้วยฮ่อม และอำเภอสอง รวม สสข.แม่แรม

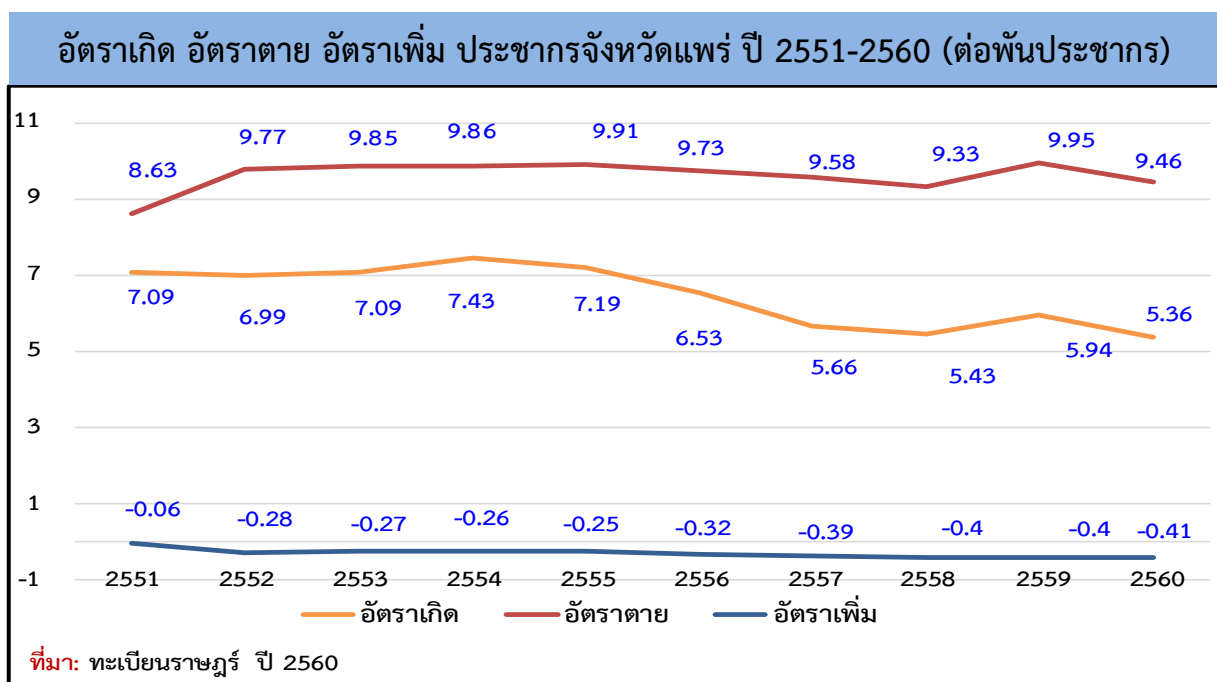
จากตารางแสดงจำนวน อัตรา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลูกจ้างประจำ ที่ปฏิบัติงานประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อประชากร รายอำเภอจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2561 พบว่าข้าราชการและลูกจ้างประจำที่ปฏิบัติงานจริง ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีจำนวน 73 คน และในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีจำนวน 603 คน โดยอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรทั้งจังหวัด เท่ากับ 1 : 662 และอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรรายอำเภอ มากที่สุดคืออำเภอเมืองแพร่ เท่ากับ 1 : 773 รองลงมาคือ อำเภอวังชิ้น เท่ากับ 1 : 734 และน้อยที่สุดคือ อำเภอหนองม่วงไข่ เท่ากับ 1 : 455

5) ข้อมูลสถานะสุขภาพ

ตารางที่ 10 แสดงสถิติชีพของจังหวัดแพร่ ปี 2556 - 2560

สถิติชีพ	2556		2557		2558		2559		2560	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
เกิดมีชีพ	2,978	6.53	2,570	5.66	2,467	5.43	2,697	5.94	2,399	5.36
เกิดไร้ชีพ	10	3.36	11	4.28	10	3.89	9	3.5	10	0.02
ตาย	4,439	9.73	4,349	9.58	4,235	9.33	4,561	10.04	4,233	9.46
จำนวนคลอด	2,987	6.55	2,551	5.62	2,440	5.37	2,677	5.9	2,377	5.31
อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ	-1,461	-0.32	-1,798	-0.392	-1795	-0.39	-1,884	-0.41	-1,856	-0.41
ทารก 0-1 ปี ตาย	9	2.86	8	1.76	17	3.76	11	2.45	12	2.68
เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีตาย	16	3.51	14	3.08	21	4.64	15	3.33	17	3.8
มารดาตาย	0	0	1	38.91	1	40.54	1	37.08	0	0
ประชากร ณ 31 ธันวาคม	456,074		454,083		452,346		449,810		447,564	

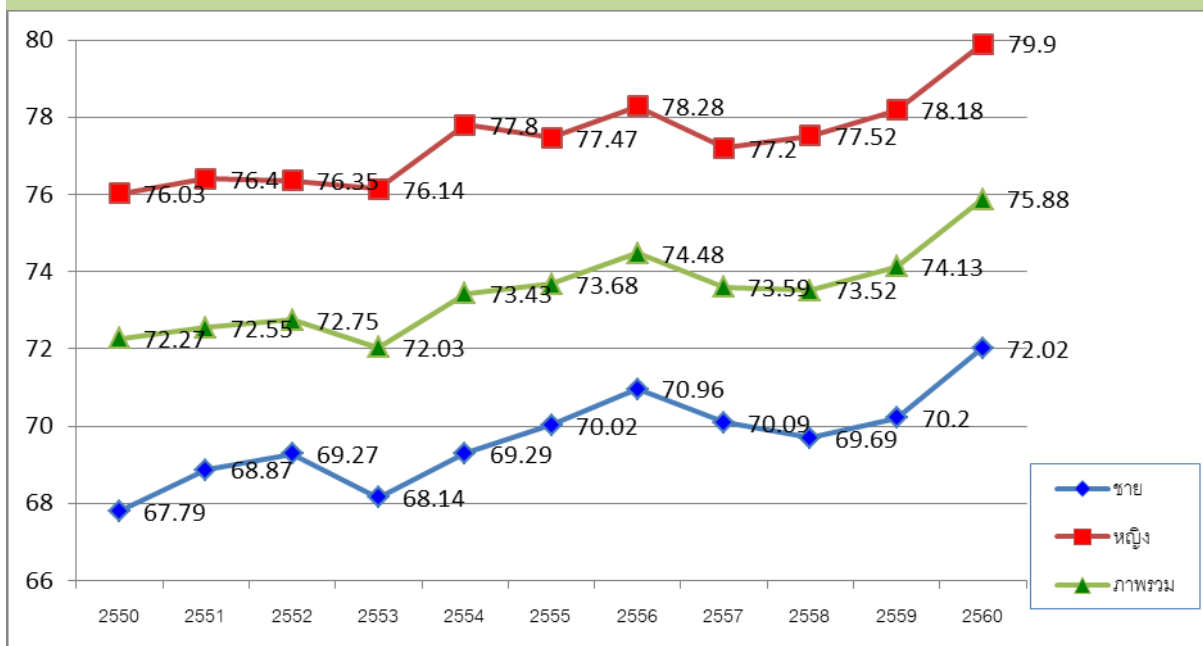
(ที่มา : งานเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่)



แผนภูมิที่ 4 แสดงอัตราเกิด อัตราตาย อัตราเพิ่มของประชากรในจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2551-2560

จากแผนภูมิแสดงอัตราเกิด อัตราตาย อัตราเพิ่มของประชากรในจังหวัดแพร่ พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555 อัตราการเกิดต่อประชากรพันคนในจังหวัดแพร่ มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ตั้งแต่ ปี 2556 จนถึงปัจจุบัน มีอัตราลดลง ส่วนอัตราตายต่อพันประชากรมีแนวโน้มลดลงจากปี 2559 จากอัตรา 9.95 เป็นอัตรา 9.46 ต่อพันประชากร ส่วนอัตราการเพิ่มของประชากรในจังหวัดแพร่ในปี 2560 เท่ากับร้อยละ -0.41 (แหล่งข้อมูล : ทะเบียนราษฎร มรณบัตร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560)

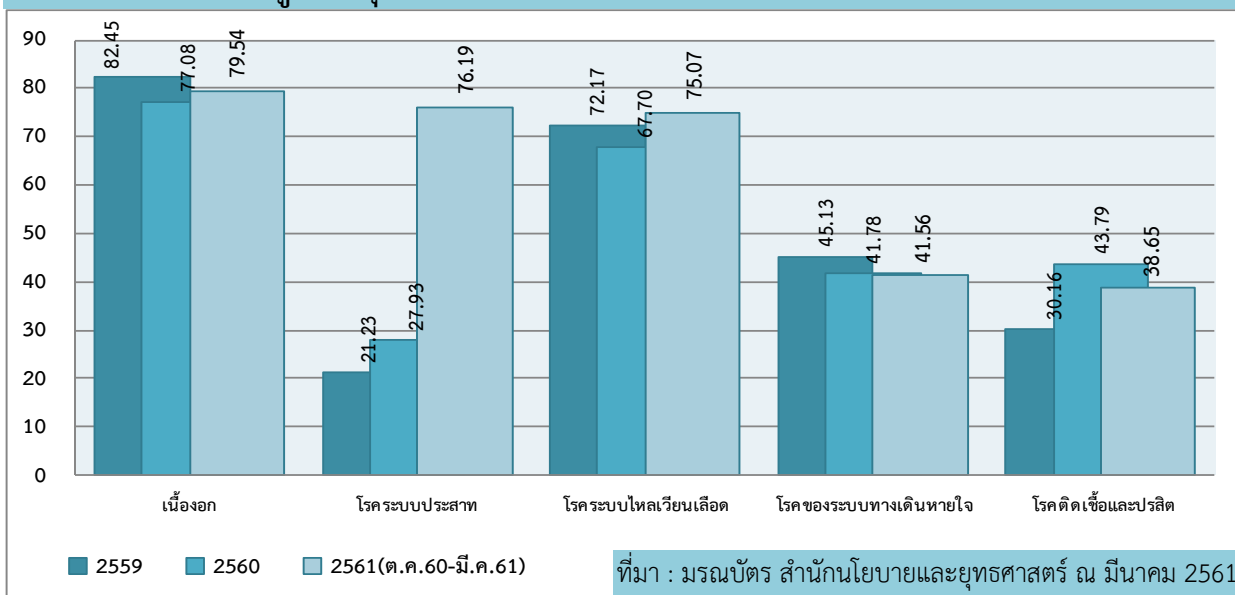
อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy) จังหวัดแพร่ ปี 2550-2560



แผนภูมิที่ 5 อายุขัยเฉลี่ยของประชากรจังหวัดแพร่ ตั้งแต่แรกเกิด ปีงบประมาณ 2550 – 2560

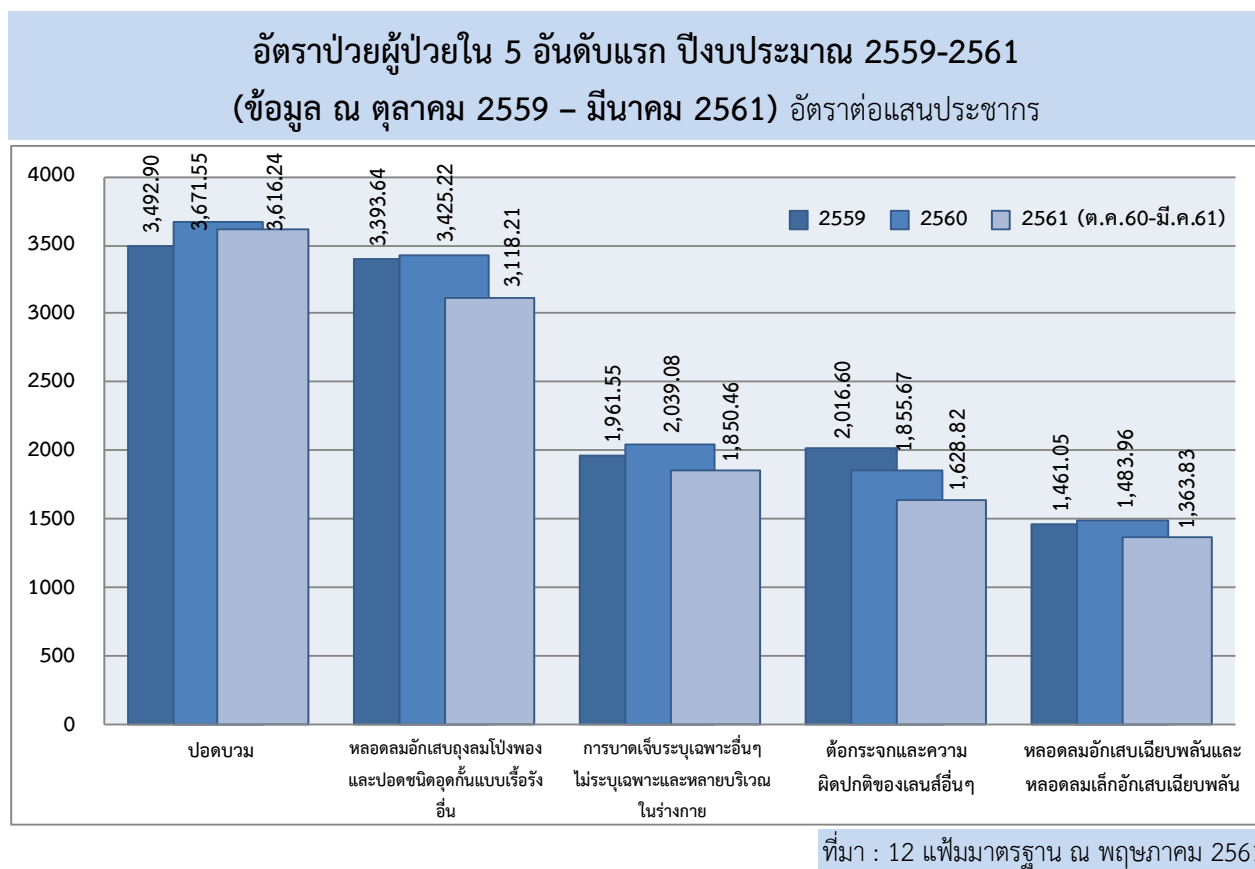
จากแผนภูมิแสดงอายุขัยเฉลี่ยของประชากรจังหวัดแพร่ ตั้งแต่แรกเกิด พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้นในช่วงปี 2553 - 2556 แต่ในช่วง ปี 2557 - 2558 พบว่าอายุขัยเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย และเพิ่มขึ้นในปี 2560 เป็น 75.88 (แหล่งข้อมูล : ทะเบียนราษฎร กรมบัตร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560)

อัตราการตายของประชากร จำแนกตามสาเหตุการตาย ปีงบประมาณ 2559-2561 (ข้อมูล ณ ตุลาคม 2559 – มีนาคม 2561) อัตราต่อแสนประชากร



แผนภูมิที่ 6 สาเหตุการตาย 5 อันดับของจังหวัดแพร่ ปี 2559-2561 (อัตราต่อแสนประชากร)

จากแผนภูมิแสดงสาเหตุการตาย 5 อันดับของจังหวัดแพร่ พบว่า ปี 2561 สาเหตุการตาย 5 อันดับแรก ที่มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2560 ได้แก่ โรคเนื้องอก, โรคระบบประสาท และ โรคระบบไหลเวียนเลือด

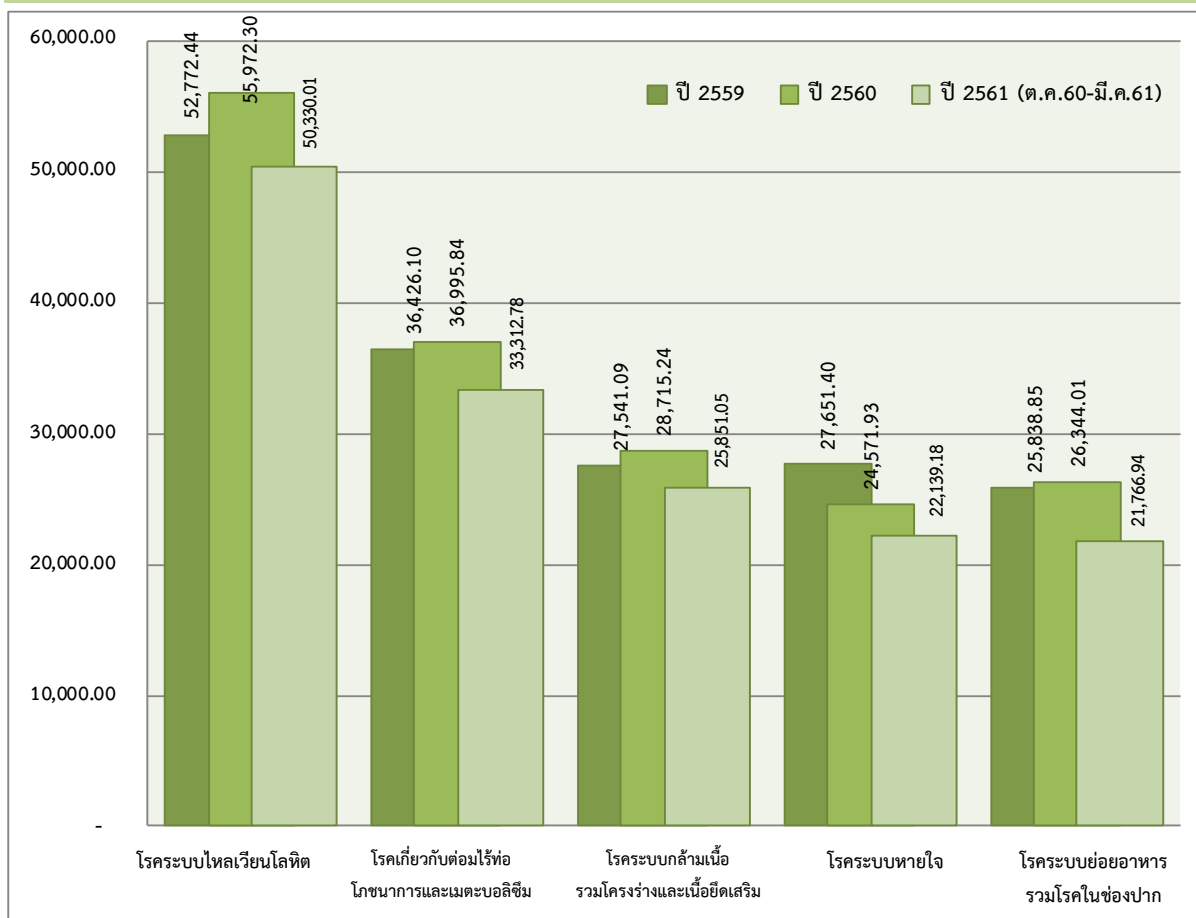


แผนภูมิที่ 7 ข้อมูล 5 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยในจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2559-2561

จากแผนภูมิแสดงข้อมูล 5 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยในจังหวัดแพร่ พบว่า ในปี 2561 ได้แก่ 1) โรคปอดบวม 2) โรคหูดอกลมอักเสบถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น 3) การบาดเจ็บระบบเฉพาะอื่นๆไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย 4) ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์อื่นๆ 5) หูดอกลมอักเสบเยื่อปอดและหูดอกลมเล็กอักเสบเยื่อปอด

อัตราผู้ป่วยนอก 5 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2559-2561

(ข้อมูล ณ ตุลาคม 2559 – มีนาคม 2561) อัตราต่อแสนประชากร



ที่มา : 43 แฟ้มมาตรฐาน ณ พฤษภาคม 2561

แผนภูมิที่ 8 ข้อมูล 5 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยนอก ของจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2559-2561

จากแผนภูมิแสดงข้อมูล 5 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยนอกของจังหวัดแพร่ พบว่า ในปี 2561 ได้แก่ 1) โรกระบบไหลเวียนโลหิต 2) โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม 3) โรกระบบกล้ามเนื้อรวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม 4) โรกระบบหายใจ 5) โรกระบบย่อยอาหารรวมโรค ในช่องปาก

ตารางที่ 11 แสดง 10 อันดับโรค ที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

โรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก ปี 2559-2561					
ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561 (ถึง 8 มิ.ย. 2561)	
โรค	อัตราป่วย	โรค	อัตราป่วย	โรค	อัตราป่วย
1. Diarrhea	1890.15	1. Diarrhea	1,230.73	1. Diarrhoea	792.53
2. Pneumonia	463.35	2. Pneumonia	507.84	2. Pneumonia	232.12
3. Food Poisoning	355.70	3. Food Poisoning	285.02	3. Food Poisoning	155.41
4. Conjunctivitis	201.84	4. Conjunctivitis	211.94	4. H.Conjunctivitis	63.00
5. Hand Foot Mouth	187.91	5. Influenza	118.19	5. Chickenpox	53.50
6. Chickenpox	60.79	6. Chickenpox	87.53	6. Influenza	49.08
7. Influenza	91.52	7. Hand Foot Mouth	57.09	7. DHF	30.73
8. STD (total37-41,79-81)	39.35	8. Tuberculosis total	52.87	8. Tuberculosis,total	24.79
9. DHF (Total 26,27,66)	25.87	9. Pulmonary T.B.	48.43	9. Pulmonary T.B.	19.68
10. โรคเพศสัมพันธ์อื่นๆ	10.61	10. STD (total37-41,79-81)	39.10	10. S.T.D.,	17.69

จากตารางแสดงโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก ปี 2559-2561 พบว่าโรคที่ต้องเฝ้าระวังมากที่สุด ในปี 2561 คือ โรคท้องร่วง, โรคปอดบวม, โรคอาหารเป็นพิษ, โรคตาแดงและโรคอีสุกอีใส (ที่มา : งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ข้อมูล ณ วันที่ 8 มิถุนายน 2561)

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

1.1 การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

- 1) อัตราส่วนการตายมารดาไทย
- 2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
- 3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี

1.2 การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่น

- 4) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)
- 5) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

1.3 การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

- 6) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

1.4 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

- 7) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

1.5 การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

- 8) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
- 9) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี
- 10) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน
- 11) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูง รายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง
- 12) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาโมยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

KPI : อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

สถานการณ์อัตราการตายมารดาในปี 2561 ในระยะเวลา 7 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 - เมษายน 2561 จังหวัดแพร่ ไม่มีมารดาตาย ทั้งนี้เพื่อเป็นการเฝ้าระวังปัญหานี้อย่างเข้มแข็ง คณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดแพร่ ได้กำหนดแนวทางการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก โดยเน้นการทบทวนสาเหตุการตายของมารดาเพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์และหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงหรือโรคทางอายุรกรรมและการจัดการรายบุคคลและทบทวนระบบการดูแลรักษาในระหว่างการคลอดและหลังคลอด

- ให้มีการประชุมทบทวนสาเหตุการตายทุกรายทั้งในระดับโรงพยาบาลที่เกิดเหตุ ระดับจังหวัด เพื่อหาสาเหตุการตายและวางระบบป้องกัน ลดปัญหาการตายมารดาที่ป้องกันได้โดยเฉพาะ

- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดอัตราการตายมารดา ในปีงบประมาณ 2561 (7 เดือน) พบว่าส่วนใหญ่ดำเนินการได้ตามเกณฑ์ หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 86.74 อำเภอที่มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์มากที่สุดคือ อำเภอวังชิ้น ร้อยละ 92.59 การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 72.56 อำเภอที่มีการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ มากที่สุดคือ อำเภอเด่นชัย ร้อยละ 80.6 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง พบร้อยละ 16.3 อำเภอที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางมากที่สุดคือ อำเภอร้องกวาง ร้อยละ 32.3 หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 50.64 อำเภอที่หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์มากที่สุด คือ อำเภอหนองม่วงไข่ 62.79

การพัฒนาคุณภาพบริการและศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการ 2 ระดับ

- การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ใน รพ.สต. โดยทีมประเมินระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วยบุคลากร จาก ANC WCC และทันตสุขภาพ ออกประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ใน รพ.สต. ทุกแห่ง โดยแบ่งประเมินปีละ 24 แห่ง เน้นการทำงานเชิงรุกของเจ้าหน้าที่ และชมรมจิตอาสาแม่และเด็ก ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์ครั้งแรกโดยเร็วก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์, การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง และการติดตาม ดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน
1. มาตรการ PPH (Post partum hemorrhage) 2. มาตรการ PIH (Pregnancy-induced Hypertension) 3. มาตรการการป้องกันการตั้งครรภ์ในโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม	- แจ้งในที่ประชุมชี้แจงมาตรการต่างๆ เพื่อลดมารดาตาย - ทุก รพ. ติดโปสเตอร์มาตรการ PPH , PIH ในห้องคลอด - บุคลากรในห้องคลอดมีการประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Risk Identification for PPH - มีการประเมินความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดและได้รับการแก้ไขภาวะซีดก่อนคลอด - ยกเลิกการใช้ Cytotech ในการ Induction of labor - มีการใช้ถุงตวงเลือดทุกรายในห้องคลอด เพื่อประเมินการเสียเลือด มาตรการ PIH - การใช้ MgSO₄ เพื่อป้องกันการชักทุกราย - ให้อยู่ที่การตั้งครรภ์ที่ GA 37 สัปดาห์ ในราย Mild pre-eclampsia - ในราย Severe pre-eclampsia และ Eclampsia ให้อยู่ที่การตั้งครรภ์ทุกราย มาตรการการป้องกันการตั้งครรภ์ในโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม - รพช. ทำ lab CBC ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย - หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหา Medical disease ให้ investigate CXR / EKG มาตรการการคุมกำเนิดและการยุติการตั้งครรภ์ - บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร(ยาฝังคุมกำเนิด)แก่หญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและท้องไม่พร้อมการแท้งไม่ปลอดภัย
	6 เดือน - ทีมสูติกรรมโรงพยาบาลแพร่เชิญประชุมเพื่อฟื้นฟูและเสริมพลังความรู้บุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง - ทีมประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ใน รพ.สต. ออกประเมิน มีประเด็นหลักในการประเมินเพื่อพัฒนา 1. ความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน 2. สถานที่ อุปกรณ์ เอกสาร 3. การวิเคราะห์ปัญหา และการวางแผนแก้ไขปัญหา 4. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ ในการแก้ปัญหา - เน้น อสม. ในแต่ละพื้นที่ในการค้นหากลุ่มเป้าหมาย - ทุก รพ. ค้นข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงให้กับ รพ.สต. และ อสม. เพื่อการดูแล ติดตามอย่างใกล้ชิด - ทุก รพ. มีการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และหญิงคลอด - กรณีมีมารดาตายมีการประชุมสืบสวนสาเหตุในแต่ละโรงพยาบาลตามแบบฟอร์ม ก1-CE พร้อมทั้งมีการแก้ไขปัญหาและรายงานผลการสืบสวนให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และนำเข้าสู่การประชุม MCH Board
	9 , 12 เดือน - ทีมประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กในรพ.สต. ออกประเมินจำนวน 15 รพ.สต.

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	สูง เม่น	เด่น ชัย	ลอง	วัง ขึ้น	ร้อง กวาง	สอง	หนอง ม่วงไข	รวม
1. อัตราส่วน การตายมารดา ไทยไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน	อัตรา (A/B*100000)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	จำนวนมารดาตาย ระหว่างตั้งครรภ์ การ คลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอด ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุใน ช่วงเวลาที่กำหนด (A)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	จำนวนการเกิดมีชีพ ทั้งหมด ในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	1,272	27	50	36	31	80	30	0	1,526

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

- การดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่โดยอาศัย อสม. และ ชมรมจิตอาสาแม่และเด็ก ในการค้นหาและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่างๆ ยังไม่เข้มข้น ยังเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายทุกราย
- การดำเนินงานตามแนวทางยังไม่จริงจัง ถึงแม้จะมีความเข้มแข็งของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ เพื่อกำหนดนโยบาย กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญในการเฝ้าระวัง ดูแลและแก้ไขภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด
- การดำเนินงานเชิงรุกเนื่องด้วยหญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่ในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง การดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมน้อย

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

1. ให้ อสม., ชมรมจิตอาสาแม่และเด็ก ค้นหาและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ในหมู่บ้าน แนะนำฝากครรภ์เร็วและมาฝากครรภ์ครบ ตามที่บุคลากรสาธารณสุขนัดหมาย พร้อมให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด
2. ให้โรงพยาบาลทุกแห่ง คืบข้อมูลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง (ตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ) ให้กับ รพ.สต. และ อสม. เพื่อติดตามเยี่ยมอย่างใกล้ชิดในหมู่บ้าน โดยข้อมูลได้มาจากการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ (มาตรการชุมชน : ระดมสรรพกำลังจากอาสาสมัครในพื้นที่ในการดูแลกลุ่มเสี่ยง มุ่งเน้นกิจกรรมหลักในการให้ติดตาม ดูแล เฝ้าระวัง เป็นกรณีพิเศษ)

3. หญิงตั้งครรภ์ทุกรายต้องผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ มีแบบทดสอบก่อน-หลัง การให้ความรู้ เน้นการสร้างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และการเลี้ยงดูลูก โดยให้ความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู)
4. จัดบริการตามสิทธิประโยชน์กลุ่มแม่และเด็ก ฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ และประชาสัมพันธ์ให้ หญิงตั้งครรภ์ทราบสิทธิของตนเองและลูก
5. สถานบริการฯ ทุกระดับ ใช้แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอองค์การอนามัยโลก ในบริบทประเทศไทยและการคลอดคุณภาพ
6. พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ.สต.เพื่อการบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ด้วยการออก นิเทศ รพ.สต. ปีละ 24 แห่ง
7. การประเมินมาตรฐานแม่และเด็กใน รพช. ที่ครบวาระประเมินมาตรฐาน โดยทีมประเมินมาตรฐาน ระดับจังหวัด และสมมติสถานการณ์ให้ฝึกปฏิบัติ ในห้องคลอดทุกโรงพยาบาลดำเนินงานตามกลยุทธ์ “LABOR” (มุ่งเน้นควบคุมคุณภาพการให้บริการในห้องคลอด มุ่งเน้นใน 3 ภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นสาเหตุการตายของมารดา) เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตายของมารดา เขตสุขภาพที่ 1 (PPH, PIH, โรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม)
8. มีการศึกษาผ่านระบบไลน์กลุ่ม โดยมีสูติแพทย์คอยให้คำแนะนำตลอดเวลา
9. การขับเคลื่อนโดย MCH board ร่วมกับ Service plan ประชุมเพื่อ วิเคราะห์ วางแผนงาน โครงการ การกำกับ ติดตามงาน
10. มีการสืบสวนการตายของมารดา โดยใช้แบบฟอร์ม ก1-CE และการจัดทำ Conference case วิเคราะห์แก้ปัญหา

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. การประชุมวิชาการต่างๆ มีบุคลากรที่สำคัญต่อระบบบริการ เข้า รับการอบรม ประชุมจำนวนน้อยไม่ทั่วถึง ความรู้ข่าวสารที่ได้ จากการประชุมมีการส่งต่อกันแต่เกิดผลในทางปฏิบัติน้อยไม่ เข้มแข็ง	1. ระบบหนังสือเชิญ ควรระบุแพทย์ เพื่อเข้ารับการประชุมให้มากขึ้น เน้น แพทย์ขับเคลื่อนงานให้มากขึ้น
2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด คลินิกสุขภาพเด็กดี มีภาระงานมาก ทำให้มีโอกาสในการพัฒนา ตนเองโดยการอบรม ประชุม น้อย มีการปฏิบัติงานอย่างเดิม เปลี่ยนแปลงยาก	2. กรมวิชาการควรให้ความสำคัญต่อ การนิเทศ ติดตาม และให้การรับรอง มาตรฐานอย่างมีคุณภาพ

ผู้รายงาน นางไพรินทร์ เรืองจันทร์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร.084-6001678

e-mail : aompairin@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

KPI : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี เพื่อให้มีพัฒนาการสมวัยโดยใช้ DSPM และการคัดกรองเด็ก ในช่วงอายุ 9 ,18 ,30 และ 42 เดือน โดยใช้ DSPM/DAIM ทุกอำเภอมีการดำเนินงานครอบคลุมทุกพื้นที่ บุคลากรทุกสถานบริการ (รพ.สต. และ รพ.) ได้รับการอบรมฝึกทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM รวมถึงพัฒนาศักยภาพไปยังครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กทุกแห่ง และครูโรงเรียนอนุบาล ทุกโรงเรียนผลการดำเนินงาน มีแนวโน้มดีขึ้น โดยปีงบประมาณ 2561 มีความครอบคลุมในการคัดกรองของ 4 ช่วงอายุร้อยละ 84.63 มีพัฒนาการเด็กสมวัย(ครั้งแรก) ร้อยละ 64 พบสงสัยล่าช้าร้อยละ 36 และเมื่อได้รับการประเมินหลังให้โอกาสพ่อแม่ ผู้ปกครองไปส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน 1 เดือน พบว่ามีเด็กกลับมาพัฒนาการสมวัยเพิ่มเป็นร้อยละ 93.5

ในปีงบประมาณ 2558 - 2559 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้จัดสรรงบประมาณในการจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ในการประเมินพัฒนาการเด็กด้วย DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) ครบทุก รพ.สต. มีระบบส่งต่อเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าอย่างชัดเจน พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับถึงทักษะการเลี้ยงลูกด้วยหลักสูตร กิน กอด เล่น เล่า (2 ก 2 ล) ไปยังพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก การติดตามสมรรถนะการประเมินพัฒนาการเด็กของบุคลากรสาธารณสุข ดำเนินการโดยทีมประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดแพร่ โดยการเยี่ยมพร้อมประเมินมาตรฐานในคลินิกฝากครรภ์ และ คลินิกสุขภาพเด็กดี ในด้านความรู้ ทักษะ ของบุคลากร รวมถึงอุปกรณ์ สถานที่ ข้อมูล เอกสาร ใน รพ. และ รพ.สต. ทุกแห่ง โดยแบ่งการติดตามทุกปีๆ ละ 24 รพ.สต. ศูนย์เด็กเล็ก 24 แห่ง

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ประกาศนโยบายเรื่องพัฒนาการเด็กเป็นนโยบายจังหวัดแพร่	- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน	- ติดตามผลการดำเนินงานของผู้บริหารในที่ประชุม กวป. - ผู้บริหารระดับอำเภอติดตามผลการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในระดับตำบล	- ติดตามผลการดำเนินงานของผู้บริหารในที่ประชุม กวป. - ผู้บริหารระดับอำเภอติดตามผลการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในระดับตำบล	- สรุปผลและวางแผนดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ		ผู้บริหารรับทราบและ ตระหนัก พร้อมติดตาม ข้อมูลในพื้นที่		
ผลการดำเนินงาน				
2. ผู้บริหารติดตาม และ ตรวจสอบข้อมูล	- ชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงาน	- มีการลงข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน 100%	- มีการลงข้อมูล ถูกต้อง ครบถ้วน 100%	- สรุปผลและ วางแผน ดำเนินการอย่าง ต่อเนื่อง
ผลลัพธ์ที่ต้องการ		- ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ทุกพื้นที่		
ผลการดำเนินงาน				
3. พัฒนาทักษะผู้ประเมิน พัฒนาการเด็ก	- ชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงาน	- อบรมทักษะการ ประเมินพัฒนาการเด็ก ให้กับเจ้าหน้าที่ครบทุก รพ.สต.	- อบรมทักษะการ ประเมินพัฒนาการ เด็กให้กับเจ้าหน้าที่ ครบทุก รพ.สต.	- สรุปผลและ วางแผน ดำเนินการอย่าง ต่อเนื่อง
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ประชุมชี้แจงแนว ทางการดำเนินงาน ทุกสถานบริการ	- ฟื้นฟูทักษะการ ประเมินพัฒนาการเด็ก ให้กับเจ้าหน้าที่ครบทุก รพ.สต.		
ผลการดำเนินงาน	- ประชุมชี้แจงแนว ทางการดำเนินงาน ตัวแทนอำเภอละ 5 คน ในวันที่ 26 ตุลาคม 2559			

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

Row Labels	ไม่ได้คัดกรอง	คัดกรอง	Grand Total
01-เมืองแพร่	15.45%	84.55%	100.00%
02-ร้องกวาง	23.79%	76.21%	100.00%
03-ลอง	17.75%	82.25%	100.00%
04-สูงเม่น	10.43%	89.57%	100.00%
05-เด่นชัย	13.41%	86.59%	100.00%
06-สอง	14.82%	85.18%	100.00%
07-วังชิ้น	16.36%	83.64%	100.00%
08-หนองม่วงไข่	5.32%	94.68%	100.00%
Grand Total	15.37%	84.63%	100.00%

Row Labels	⊕ ไม่ได้ติดตาม	⊕ ติดตาม	Grand Total
⊕ 01-เมืองแพร่	10.93%	89.07%	100.00%
⊕ 02-ร้องกวาง	7.33%	92.67%	100.00%
⊕ 03-ลอง	20.85%	79.15%	100.00%
⊕ 04-สูงเม่น	22.07%	77.93%	100.00%
⊕ 05-เด่นชัย	8.48%	91.52%	100.00%
⊕ 06-สอง	12.05%	87.95%	100.00%
⊕ 07-วังชิ้น	8.70%	91.30%	100.00%
⊕ 08-หนองม่วงไข่	14.12%	85.88%	100.00%
Grand Total	12.52%	87.48%	100.00%

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.							
		เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	ร้องกวาง	สอง	หนองม่วงไข่
1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	สงสัยล่าช้า	39.6	27.5	32.1	29.9	35.1	40.9	47.5	35.2
	สมวัย หลังติดตาม 1 เดือน	93.6	92.4	94.8	94.1	94.8	96.4	89.7	93.3

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

จากการนิเทศ ติดตาม โดยการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กใน รพ.สต. พบว่าการให้ความสำคัญในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ยังไม่เข้มแข็ง ไม่อาศัยหลักวิชาการในการดำเนินงาน ความรู้และทักษะที่ได้รับสถานบริการบางแห่งไม่มีการนำไปปรับปรุงคุณภาพบริการ ทำงานในรูปแบบเดิม ข้อมูลบางอย่างไม่ถูกต้อง ไม่เป็นปัจจุบัน

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ ปัจจัยทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่ง มีข้อจำกัด เรื่องสถานที่และบุคลากรที่รับผิดชอบงาน ไม่สามารถบริการงานแม่และเด็กให้มีคุณภาพ จากทัศนคติ,ความไม่เข้าใจในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กบุคลากรหลายแห่งยังขาดทักษะ ในการให้บริการทั้งในคลินิกฝากครรภ์ และ คลินิกเด็กสุขภาพดี ไม่มีการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานเพื่อคุณภาพ ทำงานในรูปแบบเดิม เช่น ระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ บุคลากรมีน้อย ให้บริการ 1 ครั้งต่อเดือน อุปกรณ์ให้บริการไม่เพียงพอ/ ขาดชุด/ ไม่ได้มาตรฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้มีการจัดสรร	1. ควรมีการสนับสนุนสื่อให้ความรู้ตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่อย่างต่อเนื่อง คือ ตั้งไข่ล้ม ดักตอก นิทานอีสป เนื่องจากครอบครัวไทยจำนวนมากไม่มีหนังสือนิทานสำหรับเด็ก 2. จัดหลักสูตรเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กทุกปี 3. ประสานกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดนโยบายให้ศูนย์เด็กเล็กมีการเฝ้าระวังและคัดกรอง พัฒนาการเด็กปฐมวัยตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข 4. กรมวิชาการทุกกรม ควรมีหลักสูตรอบรมเพื่อ

ปัญหา/อุปสรรค/ ปัจจัยทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
งบประมาณสำหรับการจัดหาอุปกรณ์ ในการเสริมสร้างพัฒนาการ แก่เด็กให้ทุก รพ.สต. 2. บุคลากรแม่และเด็ก หลายหน่วยบริการยังมีความรู้ที่ไม่เป็น ปัจจุบัน เนื่องจากภาระงานมากขาดโอกาสเข้ารับการพัฒนาทักษะ และ ความรู้ใหม่ 3. ระดับอำเภอบางแห่งและระดับตำบลหลายแห่งเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบงานใหม่ ยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการ ดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก เช่นการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องของอปท. เพื่อพัฒนามาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็กมีภาระงานมากด้าน การจัดทำเอกสาร ซึ่งแต่ละหน่วยงานที่เป็นผู้ประเมินมีมาตรฐานการ ประเมินแตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องจัดทำเอกสารหลายอย่าง โดย ไม่ได้บูรณาการกัน	เพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง งบประมาณค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง ควร สนับสนุนให้กับบุคลากรในพื้นที่ 5. ศูนย์เด็กเล็กเป็นเป้าหมายในการดำเนินงานตาม มาตรฐานของหลายหน่วยงานทั้งมหาดไทย/ศึกษาธิการ/ สาธารณสุข ควรมีการ บูรณาการกัน เพื่อให้เกิดความ เป็นเอกภาพและสอดคล้องกัน รวมถึงการประเมิน รับรองมาตรฐาน ซึ่งเป็นการลดภาระงานของครูผู้ดูแล เด็กด้านการจัดทำเอกสาร จะได้ใช้เวลาไปในการอบรม เลี้ยงดูเด็กส่งเสริมสุขภาพ/พัฒนาการเด็ก ได้อย่างเต็มที่ และศูนย์อนามัย ควรมีการประสานการดำเนินงานกับ จังหวัดให้ชัดเจนถูกต้อง และต่อเนื่อง

● ข้อเสนอแนะนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. สื่อในการสนับสนุนหลักสูตร กิน กอด เล่น เล่า (2 ก 2 ล) ควรสนับสนุนให้ทุกปีเช่นเดียวกับสมุด บันทึกลูกสุขภาพแม่ และเด็ก (สมุดสีชมพู)
2. นโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กตั้งแต่ 6 เดือน – 5 ปี ด้วยการให้น้ำนมเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกัน ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ควรเป็นนโยบายระดับกระทรวง
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก นำอายุไปสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ-ปลอดภัย คือ กรมอนามัย กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิต ควร ประสานการดำเนินงานกันให้ชัดเจนและควรจัดเวทีชี้แจงให้หน่วยงานระดับจังหวัดรับทราบเกี่ยวกับแนวทางใน การดำเนินงานเพื่อย้ำเตือนการปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ พร้อมทั้งควรมีหนังสือแจ้งเวียนจา กระทรวงใช้อ้างอิงเพื่อการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย
4. การบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจะผลักดันเป็นนโยบายสาธารณะ ของ อปท. โดยให้มีการบูรณาการภายในกองการศึกษาและกองสาธารณสุขฯ ที่จะพัฒนาให้ศูนย์เด็กเล็กมีคุณภาพ ทั้งด้านการศึกษาและด้านสาธารณสุข รวมถึงควรมีการบูรณาการกันของทุกหน่วยตรวจรับรองมาตรฐานด้วย
5. กระทรวงศึกษาธิการควรผลักดันให้สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนเข้าร่วมโครงการศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ และศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมพัฒนาให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ

ผู้รายงาน ไพรินทร์ เรืองจันทร์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร.084-6001678

e-mail : aompairin@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

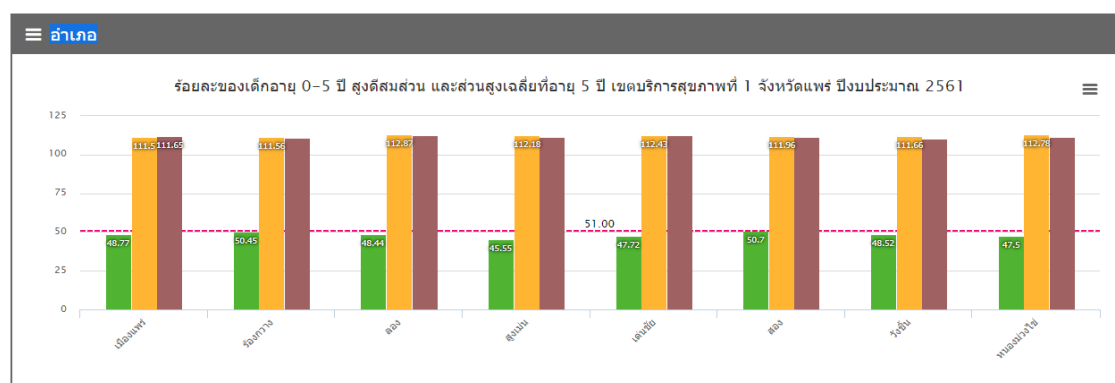
KPI : ร้อยละเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 54) และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ชาย 113 ซม./หญิง 112 ซม.)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ผลงานรอบ 7 เดือน เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 48.4 ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กชายที่อายุ 5 ปี (113 ซม.) เท่ากับ 112.04 ซม. และส่วนสูงเด็กหญิงที่อายุ 5 ปี (112 ซม.) เท่ากับ 111.37 ซม. ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ทั้งเด็กชายและเด็กหญิง และพบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย (<ร้อยละ 10) ร้อยละ 6.21 อ้วน (<ร้อยละ 10) ร้อยละ 3.6 และ ผอม (<ร้อยละ 5) ร้อยละ 5.4 และ เด็กแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว (>ร้อยละ 50) ร้อยละ 61.87 (ข้อมูล ณ วันที่ 13 มิถุนายน 2561)

● การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เขตบริการสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2561



B หมายถึง จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่วัดน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
A หมายถึง จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน

อำเภอ	จำนวนเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมด (B1)	รวมทั้งปีงบประมาณ									
		จำนวน ช่วง & วัด (B2)	ร้อยละ ช่วง & วัด (B2/B1)*100	สูงดี สมส่วน (A1)	ร้อยละ สูงดีสมส่วน (A1/B2)*100	เด็กชายอายุ 5 ปี			เด็กหญิงอายุ 5 ปี		
						วัดส่วนสูง	ผลรวมส่วนสูง	ส่วนสูงเฉลี่ย	วัดส่วนสูง	ผลรวมส่วนสูง	ส่วนสูงเฉลี่ย
เมืองแพร่	3,974	3,090	77.76	1,507	48.77	261	29,102	111.50	243	27,132	111.65
ร่องกวาง	2,024	1,659	81.97	837	50.45	147	16,399	111.56	140	15,504	110.74
ดง	2,301	2,017	87.66	977	48.44	182	20,543	112.87	189	21,217	112.26
สูงเม่น	2,773	2,687	96.90	1,224	45.55	242	27,148	112.18	246	27,356	111.20
เด่นชัย	1,368	1,163	85.01	555	47.72	123	13,829	112.43	104	11,688	112.38
สอง	2,147	1,852	86.26	939	50.70	163	18,249	111.96	154	17,122	111.18
วังชิ้น	1,982	1,787	90.16	867	48.52	147	16,414	111.66	164	18,095	110.34
หนองม่วงไข่	669	659	98.51	313	47.50	63	7,105	112.78	63	7,007	111.22
รวม	17,238	14,914	86.52	7,219	48.40	1,328	148,789	112.04	1,303	145,121	111.37

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

1. ควรสนับสนุน ส่งเสริม ติดตามเพื่อการพัฒนาสนามเด็กเล่น
2. ควรพัฒนาคุณภาพคลินิกเด็กดี (WCC) โดยเน้นคุณภาพโรงเรียนพ่อแม่
3. ควรมีการรณรงค์กิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน” ให้แก่พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู
4. ควรมีการเยี่ยม นิเทศ ติดตามมาตรฐานการประเมินภาวะโภชนาการเด็ก เครื่องมือ อุปกรณ์ การลงข้อมูลในระบบและวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนการดำเนินงาน แก้ไขพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

● ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- ประชาชน/เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายการขับเคลื่อนงานต่างๆ เพื่อให้เด็ก 0-5 ปี สูงดี สมส่วน

- พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการ/การสื่อสารทางสังคม/การขับเคลื่อนตามนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต/ตำบลเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาการเด็กปฐมวัย และคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก

- สร้างความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง “กิน และ เล่น” ให้กับพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และชุมชน

- สร้างกระแสการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตและ พรบ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

- ส่งเสริมการให้ยำน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กตามชุดสิทธิประโยชน์

- ส่งเสริมหน่วยบริการให้บริการโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ

- ในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กดี มีระบบการสอนและสาธิตให้มีทักษะและความรู้ในการจัดอาหารที่เหมาะสมให้กับพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดู

- สร้างภาคีเครือข่าย สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และเอกชน

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

- การเยี่ยมติดตามและเสริมพลังหน่วยงาน ด้านมาตรฐานการประเมินภาวะโภชนาการ มาตรฐานเครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง การแปลผล การบันทึกข้อมูล

- จัดทำสื่อสารสาธารณะ และสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ในการดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมฝากครรภ์ การเลี้ยงดูเด็ก พัฒนาการเด็ก การส่งเสริม โภชนาการเพื่อเด็กสูงดีสมส่วน การดูแลเด็กที่มีปัญหาโภชนาการ อ้วน เตี้ย ผอม เพื่อสร้างกระแสและความตระหนักให้กับกลุ่มเป้าหมาย

- ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ /ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร /ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ให้กระทรวง/กรม จัดทำสื่อสาธารณะ และสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ในการดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรม การฝากครรภ์ การเลี้ยงดูเด็ก พัฒนาการเด็ก การส่งเสริมโภชนาการเพื่อเด็กสูงวัยดีสมส่วน การดูแลเด็กที่มีปัญหา โภชนาการ อ้วน เตี้ย ผอม เพื่อสร้างกระแสและความตระหนักให้กับกลุ่มเป้าหมาย

- ควรพิจารณาอัตรากำลังเพิ่มเติมตามภาระงาน และจัดสรรอัตรากำลังด้านการพัฒนาระบบบันทึก ข้อมูล

ผู้รายงาน ไพรินทร์ เรืองจันทร์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

โทร.084-6001678

e-mail : aompairin@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

KPI : ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

● ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้เด็กปราศจากฟันผุ

1.2 ควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี

1.3 ขยายความครอบคลุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน

● สถานการณ์สภาวะช่องปากและพฤติกรรม

ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2561

กลุ่มอายุ	ตัวชี้วัดสภาวะ ทันตสุขภาพ	เมือง			สูงเม่น			เด่นชัย		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
18 ค.	ร้อยละเด็กปราศ จากฟันผุ (ปี 61 จาก HDC ข้อ 36)	97.5	93.38	99.32	99.5	100	100	98.8	96.87	96.15
		ลอง			วังชิ้น			สอง		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		99.2	97.30	100	95.0	96.77	96.97	87.7	92.43	100
		ร้องกวาง			หนองม่วงไข่			จังหวัด		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
18 ค.	ร้อยละเด็กได้รับการ แปรงฟันจาก ผู้ปกครอง (ปี 61 จาก HDC ข้อ 20)	97.4	99.15	96.55	97.3	100	92.31	96.8	96.25	98.70
		เมือง			สูงเม่น			เด่นชัย		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		ลอง			วังชิ้น			สอง		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		89.1	95.2	65.34	76.8	95.1	47.66	95.0	95.1	56.76
18 ค.	ร้อยละเด็กได้รับการ แปรงฟันจาก ผู้ปกครอง (ปี 61 จาก HDC ข้อ 20)	ร้องกวาง			หนองม่วงไข่			จังหวัด		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		98.3	99.1	51.14	100	100	55.63	94.4	94.7	59.99

กลุ่มอายุ	ตัวชี้วัดสถานะ ทันตสุขภาพ	เมือง			สูงเม่น			เด่นชัย		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
3 ปี	ร้อยละเด็ก ปราศจากฟันผุ (ปี 61 จาก HDC ข้อ 37)	73.6	81.6	80.85	60.9	66.5	78.26	59.3	65.1	64.91
		ลอง			วังชิ้น			สอง		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		74.8	74.3	81.92	55.3	68.8	88.62	56.6	57.5	73.05
		ร้องกวาง			หนองม่วงไข่			จังหวัด		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		61.0	66.1	66.67	72.8	80.4	73.68	65.4	70.0	77.31

กลุ่มอายุ	ตัวชี้วัดสถานะ ทันตสุขภาพ	เมือง			สูงเม่น			เด่นชัย		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
6 ปี กลุ่มอายุ (ป.1)	ร้อยละเด็ก ปราศจาก ฟันผุในฟันน้ำนม (Caries free) ข้อมูลจาก Survey	25.4	28.28	รอฟผล	28.7	27.36	รอฟผล	17.7	13.56	รอฟผล
		ลอง			วังชิ้น			สอง		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		38.7	21.49	รอฟผล	36.8	30.18	รอฟผล	18.2	20.23	รอฟผล
		ร้องกวาง			หนองม่วงไข่			จังหวัด		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		13.9	27.63	รอฟผล	38.3	31.18	รอฟผล	26.4	25.57	รอฟผล
กลุ่มอายุ	ตัวชี้วัดสถานะ ทันตสุขภาพ	เมือง			สูงเม่น			เด่นชัย		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
6 ปี (ป.1)	ร้อยละเด็ก ปราศจาก ฟันผุในฟันถาวร (Caries free) จาก Survey	73.0	84.36	รอฟผล	95.0	96.78	รอฟผล	95.8	93.22	รอฟผล
		ลอง			วังชิ้น			สอง		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		82.5	95.49	รอฟผล	95.7	95.22	รอฟผล	91.9	94.02	รอฟผล
		ร้องกวาง			หนองม่วงไข่			จังหวัด		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		94.9	96.1	รอฟผล	95.8	88.17	รอฟผล	85.9	91.53	รอฟผล

กลุ่มอายุ	ตัวชี้วัดสภาวะ ทันตสุขภาพ	เมือง			สูงเนิน			เด่นชัย		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
12 ปี	ร้อยละเด็ก ปราศจาก ฟันผุในฟันถาวร จากsurvey	67.0	69.0	รอผล	64.5	69.8	รอผล	64.9	64.9	รอผล
		ลอง			วังชิ้น			สอง		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		69.7	78.9	รอผล	66.7	58.9	รอผล	64.7	62.5	รอผล
		ร้องกวาง			หนองม่วงไข่			จังหวัด		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		61.7	46.7	รอผล	88.2	68.2	รอผล	66.5	66.4	รอผล
กลุ่มอายุ	ตัวชี้วัดสภาวะ ทันตสุขภาพ	เมือง			สูงเนิน			เด่นชัย		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
12 ปี	ร้อยละเด็กฟันดี ไม่มีผุ Cavity free (จาก HDC ปี61)	85.2	85.58	87.06	76.9	83.79	82.56	82.8	84.79	89.68
		ลอง			วังชิ้น			สอง		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		82.0	88.60	91.02	87.0	80.25	92.05	85.8	92.51	91.75
		ร้องกวาง			หนองม่วงไข่			จังหวัด		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		91.7	94.04	80.66	94.1	84.79	86.05	84.5	86.70	87.41
กลุ่มอายุ	ตัวชี้วัดสภาวะ ทันตสุขภาพ	เมือง			สูงเนิน			เด่นชัย		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
12 ปี	ร้อยละเด็กที่มี สภาวะเหงือก อักเสบ (จากSurvey)	11.7	5.0	รอผล	3.9	5.4	รอผล	9.7	16.13	รอผล
		ลอง			วังชิ้น			สอง		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		5.0	5.2	รอผล	1.1	11.1	รอผล	32.0	32.1	รอผล
		ร้องกวาง			หนองม่วงไข่			จังหวัด		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		5.1	12.5	รอผล	21.3	25.3	รอผล	11.5	10.9	รอผล

กลุ่มอายุ	ตัวชี้วัดสถานะ ทันตสุขภาพ	เมือง			สูงเม่น			เด่นชัย		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
12 ปี	ร้อยละเด็กแปรง ฟันก่อนนอนทุก วัน (จาก Survey)	77.2	81.6	รอผล	80.6	78.7	รอผล	53.9	72.2	รอผล
		ลอง			วังชิ้น			สอง		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		62.4	63.0	รอผล	61.4	63.7	รอผล	42.2	63.9	รอผล
		ร้องกวาง			หนองม่วงไข่			จังหวัด		
		59	60	61	59	60	61	59	60	61
		45.7	69.2	รอผล	70.6	32.5	รอผล	65.7	70.6	รอผล

หมายเหตุ : ในการตรวจราชการครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ปี 2559 – 2561

● ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2561)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการ ข้อมูล	เมือง	สูง เม่น	เด่น ชัย	ลอง	วังชิ้น	สอง	ร้อง กวาง	หนอง ม่วงไข่	ภาพรวม จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ รับตรวจ)
1.กลุ่มอายุ 0-2 ปี (ผลงานจาก HDC)											
1	ร้อยละของ เด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครอง ข้อ20) ได้รับการฝึก แปรงฟันโดย ลงมือปฏิบัติ	เป้าหมาย	1968	1196	596	1053	877	969	919	293	7601
		ผลงาน	1277	628	366	688	418	550	470	163	4560
		อัตรา/ ร้อยละ	75.21	52.51	61.41	65.34	47.66	56.76	51.14	55.63	59.99
2	ร้อยละของ เด็ก 0-2ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์ ข้อ21) เฉพาะที่	เป้าหมาย	1698	1196	596	1053	877	969	919	293	7601
		ผลงาน	763	455	282	369	189	288	315	130	2791
		อัตรา/ ร้อยละ	44.94	38.04	47.32	35.04	21.55	29.72	34.28	44.37	36.72

วิเคราะห์ มาตรการ /กิจกรรมสำคัญ

จากข้อมูลสถานะช่องปากพบว่าในบางพื้นที่สามารถควบคุมป้องกันโรคฟันผุได้ดีแต่บางพื้นที่ยังมีปัญหาใน
ส่วนของการจัดการทั้งในส่วนของสิ่งแวดล้อมและปัจจัยตัวบุคคล ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจึงได้กำหนด
ประเด็นที่มุ่งเน้นในการแก้ไขปัญหาและพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุข ไว้ 3 ประเด็น คือ

- 1) การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปากเพื่อให้เด็กปราศจากฟันผุ

- 2) ควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี
 - 3) ขยายความครอบคลุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน เช่น โรงเรียนปลอดน้ำอัดลมและลดอาหารเสี่ยงต่อทันตสุขภาพ
- ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จึงได้ร่วมกับพื้นที่บริการ จัดวางมาตรการและกิจกรรมสำคัญ

ดังนี้

1. ด้านการจัดระบบ งานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากเด็ก 0-12 ปี โดยเริ่มตั้งแต่การส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในระดับครอบครัว ชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนประถมศึกษาโดยแบ่งการดูแลออกเป็น 3 กลุ่มเป้าหมายหลัก

1.1 กลุ่มอายุ 0-3 ปี

ในปีที่ผ่านมาจังหวัดแพร่ได้ดำเนินโครงการตำบลฟันดีใน 10 พื้นที่นำร่อง และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อนำไปใช้เป็นต้นแบบในพื้นที่อื่นๆและในปี 2561 ในกลุ่มวัย 0-3 ปีได้ขยายพื้นที่ดำเนินการตำบลต้นแบบครอบคลุมพื้นที่ตำบลที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำ 51 แห่งเพื่อส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุในเด็ก 0-3 ปี มีการดำเนินงานเชิงรุกและการคัดแยกกลุ่มเสี่ยงเด็ก ให้คำแนะนำที่เหมาะสมและติดตามเชิงรุกในเด็กกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยเน้นการสอน/ฝึกวิธีการทำความสะอาดช่องปากเด็กแก่ผู้ปกครองและการทาฟลูออไรด์วานิช เน้นให้ผู้ปกครองแปรงฟันและตรวจช่องปากเบื้องต้นลูกของตนเองได้ โดยมีทันตบุคลากรและ อสม.ติดตามเยี่ยมบ้านในเด็กกลุ่มเสี่ยง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	สอง	ร้องกวาง	หนองม่วงไข่	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)
1	ร้อยละของเด็ก 3-5ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	เป้าหมาย	2093	1440	698	1149	1009	1070	1032	347	8838
		ผลงาน	1552	664	418	743	583	497	718	269	5444
		อัตรา/ร้อยละ	74.15	46.11	59.89	64.66	57.78	46.45	69.57	77.52	61.60
2	ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	เป้าหมาย	2093	1440	698	1149	1009	1070	1032	347	8838
		ผลงาน	788	351	220	378	243	139	305	206	2630
		อัตรา/ร้อยละ	37.65	24.38	31.52	32.90	24.08	12.99	29.55	59.37	29.76
3	ร้อยละของศพด. มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	เป้าหมาย	27	18	11	23	19	18	26	8	150
		ผลงาน	27	18	11	23	19	18	26	8	150
		อัตรา/ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100

วิเคราะห์ มาตรการ /กิจกรรมสำคัญ

1.2 กลุ่มวัย 3-5 ปี

ในปี 2561 ในกลุ่มวัย 3-5 ปีและเด็กวัยเรียน ได้จัดทำโครงการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค “เด็กแพร่ไร้พิษ สุขภาพดี สูงดีสมส่วนและปลอดภัย” ดำเนินการในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงาน 51 แห่งโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบาย/มาตรการที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนประถมศึกษาพัฒนาต้นแบบการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยของเด็กใน ศพด.และโรงเรียนประถมศึกษา สร้างเครือข่าย/สนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคในเด็กเล็ก ทั้งองค์ รวม พัฒนาทักษะและองค์ความรู้ผู้ดูแลเด็กและครูอนามัยด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กและพัฒนา องค์ความรู้เรื่องการอุดฟันน้ำนม SMART Technique แก่ทันตบุคลากรเพื่อควบคุมการลุกลามของโรคฟันผุใน เด็กเล็กเป็นเทคนิคที่ใช้เวลาน้อยและให้บริการในชุมชนได้

ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2561

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการ ข้อมูล	เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	สอง	ร้อง กวาง	หนอง ม่วงไข่	ภาพรวม เขต (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)
1	ร้อยละของ เด็กอายุ 6 ปี ได้รับการ เคลือบหลุม ร่องฟัน	เป้าหมาย	777	554	277	416	358	408	365	130	3285
		ผลงาน	18	18	16	5	18	8	33	1	117
		อัตรา / ร้อยละ	2.32	3.25	5.78	1.2	5.03	1.96	9.04	0.77	3.56
2	ร้อยละของ เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับ บริการทันต กรรม	เป้าหมาย	6187	3761	2073	3261	2766	2854	2903	937	24769
		ผลงาน	4224	1628	1253	2304	1754	982	2300	574	15019
		อัตรา / ร้อยละ	68.27	43.29	60.44	70.65	63.41	34.41	78.5	61.26	60.64
3	ร้อยละของ โรงเรียนปลอด น้ำอัดลม ลูก อม ขนมกรุบ กรอบและ เครื่องดื่มที่มี ส่วนผสมของ น้ำตาลเกิน 5% (รอผล Survey)	เป้าหมาย									
		ผลงาน	รอผลการ Survey ปี 2561								
		อัตรา/ ร้อยละ									

วิเคราะห์ มาตรการ /กิจกรรมสำคัญ

1.3 กลุ่มวัยเรียน 6-12 ปี

จากผลการดำเนินงานในช่วงตุลาคม 2560 – 31 พฤษภาคม 2561 กิจกรรมเคลือบหลุมร่องฟัน ในเด็กอายุ 6 ปี พบว่ายังสามารถดำเนินการได้ค่อนข้างน้อยเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่โรงเรียนเพิ่งเปิดเทอมใหม่ แต่ทั้งนี้ทางหน่วยบริการในพื้นที่ได้มีการวางแผนการออกให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันและมีการส่งเสริมป้องกัน โดยใช้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพงานทันตกรรมป้องกันในโรงเรียนประถมศึกษาเพื่อกระตุ้นการดำเนินงานให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สำหรับกิจกรรมที่สำคัญที่จังหวัดใช้เป็นมาตรการในการส่งเสริมป้องกัน สุขภาพช่องปากในกลุ่มนักเรียน มีดังนี้

1) กิจกรรมแปรงฟันคุณภาพ เพื่อพัฒนาให้เกิดระบบการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ในโรงเรียนประถมศึกษาที่มีคุณภาพต่อเนื่อง ซึ่งในปี 2561 ทางจังหวัดแพร่ยังได้ใช้นวัตกรรมการแปรงฟันแห่งมา ช่วยในการแก้ไขปัญหาในโรงเรียน/นักเรียนจำนวนมากหรือขาดสถานที่แปรงฟันหรือโรงเรียนที่มีปัญหาขาดแคลน น้ำ นอกจากนี้นวัตกรรมการแปรงฟันแห่งยังเป็นวิธีการแปรงฟันที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการแปรงฟันและ ป้องกันฟันผุได้ด้วย โดยทั้งนี้ยังใช้เกณฑ์แปรงฟันคุณภาพของจังหวัดแพร่และมีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับ จังหวัดที่ทำ MOU กับระดับ CUP เพื่อควบคุม กำกับ และกระตุ้นการทำงาน

2) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพการเคลือบหลุมร่องฟัน : มีการออกประเมินคุณภาพการเคลือบหลุม ร่องฟันหลังให้บริการไปแล้ว 6 เดือนเพื่อติดตาม ควบคุม กำกับและพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรให้มีเทคนิคที่ดี ในการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันฟันผุในเด็กที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน

● แนวทาง/มาตรการและกลวิธี

1. ด้านการจัดทำมาตรฐานงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันในช่องปากในกลุ่มแม่และเด็ก 0-12 ปี เพื่อนำไปใช้ในทุกสถานบริการสาธารณสุขของจังหวัดแพร่ ดังนี้

กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (ANC)	กลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปี	กลุ่มเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
1. จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์	1. การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพเด็ก	1. การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากเด็ก
2. การตรวจสุขภาพช่องปาก	2. การตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก	2. การตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก
3. ให้ทันตสุขศึกษาและการฝึกการแปรงฟัน/Plaque Control Program	3. การให้ทันตสุขศึกษาและสอน/ฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากเด็กแก่ผู้ปกครอง	3. การจัดบริการเคลือบหลุมร่องฟันแท้และรักษาตามความจำเป็น
4. การจัดบริการรักษา/ส่งต่อเพื่อรับการรักษ	4. จัดบริการทาฟลูออไรด์วานิชและตรวจหาฟันผุระยะเริ่มต้น	4. ส่งเสริมการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน
5. การติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอด	คัดแยกเด็กกลุ่มเสี่ยงและติดตามเยี่ยมบ้าน	5. การให้ทันตสุขศึกษา
		6. การจัดบริการทาฟลูออไรด์วานิช
		7. การรักษาโรคฟันผุในเด็กโดยวิธี SMART

กลุ่มเด็กประถมศึกษา

- 1) จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากนักเรียน
- 2) ตรวจสอบสุขภาพช่องปากนักเรียนตามระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ปีละ 2 ครั้ง
- 3) จัดบริการรักษา/ส่งต่อเด็กที่มีปัญหาฟันผุ ภาวะเหงือกอักเสบ ปัญหาแรงค้ำระดับ จ. และเหงือกอักเสบ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล /รพ.สต.
- 4) ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันเด็ก ป.1 และ ป.6
- 5) ส่งเสริมการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน
- 6) การให้ทันตสุขภาพแก่เด็กนักเรียนประถมศึกษา

2. พัฒนากลยุทธ์รูปแบบและเทคโนโลยีการดำเนินงานส่งเสริม/ป้องกันทันตสุขภาพเพื่อสนับสนุนเครือข่ายและหน่วยบริการในจังหวัด

3. พัฒนาเครือข่ายและต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ นิเทศติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีอย่างต่อเนื่องเพื่อให้โรงเรียนมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพที่ดีของนักเรียน

4. บูรณาการกับกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ งานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

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

1. การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในเด็ก 0 – 12 ปี

- การลดความชุกของการเกิดโรคฟันผุเป็นตัวชี้วัดระยะยาวที่บ่งชี้ถึงการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมป้องกัน และรักษาพื้นฐานของประชาชน การแก้ไขปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายควรบูรณาการการทำงาน รพ.แม่ข่าย ต้องสนับสนุน ทั้ง วัสดุ งบประมาณ กำลังคน ให้คำปรึกษาทางวิชาการ

- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของบุคคลยังเน้นการให้ทันตสุขภาพ ควรมุ่งเสริมพลังกลุ่มเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปาก

- การวางแผนการทำงานในพื้นที่มีการกำหนดตารางการทำงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 6 กลุ่มอายุ (Timeline) ไม่สอดคล้องกับการติดตามและประเมินผลงาน ทำให้ดำเนินกิจกรรมและประมวลผลงาน ไม่ทันเวลา

2. ทันตบุคลากร

- ปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์เฉพาะทางโดยเฉพาะสาขา วิทยาเอนโดดอนท์ ทันตกรรมสำหรับเด็กและทันตกรรมประดิษฐ์

- โรงพยาบาลชุมชนห่างไกล มีปัญหาทันตแพทย์ลาศึกษาต่อ โยกย้ายและลาออกบ่อย ทำให้ทันตแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรจบใหม่ ต้องอาศัยเวลาในการเพิ่มพูนประสบการณ์ เรียนรู้การทำงาน และเรียนรู้ปัญหาต่างๆ ทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่องแม้จะมีระบบการส่งต่องานแต่ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาเกิดขึ้น

- ปัญหาทันตภิบาลที่เปลี่ยนตำแหน่งและสายงาน มีภารกิจที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น จึงจำเป็นต้องลดภารกิจด้านบริการทันตกรรมลง และมีแนวโน้มที่จะขาดแคลนทันตภิบาลเพิ่มมากขึ้นในอนาคตเนื่องจากการเปลี่ยนสายงานมากขึ้นและ ไม่มีการผลิตเพิ่มขึ้นอย่างสัมพันธ์กัน

3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ

- การพัฒนาการรายงานระบบประมวลข้อมูลจากระบบ 43 แฟ้มและระบบ HDC ให้มีความถูกต้อง เชื่อถือได้ ยังอยู่ในระหว่างการปรับปรุงและพัฒนาความชัดเจนของ Template ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมผลงาน ซึ่ง ด้านนิยามหรือการกำหนดที่ตั้ง ตัวหารผลงานที่ชัดเจน

● ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
1. ความครอบคลุมในการจัดบริการสุขภาพช่องปากประชาชน ยังไม่ได้ตามเกณฑ์	- กระตุ้นให้พื้นที่มีการวางแผนดำเนินงาน ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย ในทุกกิจกรรมและเน้นคุณภาพของแต่ละกิจกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กปฐมวัย - วิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง และแก้ปัญหาให้ตรงจุด เช่น ทันตบุคลากรไม่เพียงพอ ก็จัดบริการหมุนเวียน พื้นที่ห่างไกล และก็พัฒนาศักยภาพจนท.สาธารณสุขในรพ.สต.นั้นให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้	สนับสนุนการเพิ่มศักยภาพการจัดบริการของหน่วยบริการทุกระดับ
2. การบันทึกข้อมูลในระบบ 43 แฟ้ม มีการลงบันทึกข้อมูล /ส่งออกข้อมูลน้อยกว่าที่ปฏิบัติงานจริง และลงข้อมูลไม่ทันเวลา	- ชี้แจงผู้บันทึกข้อมูลและผู้เกี่ยวข้อง ให้เข้าใจวิธีการ และเห็นความสำคัญของการลงบันทึกข้อมูล เพื่อให้การจัดเก็บข้อมูลถูกต้องและเชื่อถือได้	
3. งบประมาณในการดำเนินโครงการในพื้นที่มีจำกัดโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรน้อย	- จัดสรรงบประมาณให้เพียงพอแก่ รพ.สต. - ขอสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งอื่น เช่น กองทุนสุขภาพตำบล	
4. ความขาดแคลนทันตภิบาล เนื่องจากการเปลี่ยนตำแหน่งและสายงาน	จัดบริการแบบหมุนเวียนใน รพ.สต.ไม่มีทันตภิบาลประจำโดยทันตภิบาลและทันตแพทย์ภายใน Cup	- มีแนวทาง/นโยบายให้ทันตภิบาลที่เปลี่ยนสายงานและตำแหน่งให้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข - สนับสนุนความก้าวหน้าของตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

● ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบกฎหมาย

1. กำหนดแผนอัตรากำลังประเภทต่าง ๆ อย่างเหมาะสม
2. กำหนดแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งภาครัฐ และภาคประชาชน ที่สอดคล้องกับมาตรฐานการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข
3. พัฒนาคณะความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรม ที่เหมาะสมทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพช่องปาก สนับสนุนการถอดบทเรียนการทำงานส่งเสริมป้องกันและพัฒนาระดับพื้นที่ ซึ่งแต่ละพื้นที่ มีความหลากหลายในวิถีคิด วิธีการทำงาน รูปแบบกิจกรรม
4. การสร้างความยั่งยืนของกิจกรรม/โครงการ/นวัตกรรมต่างๆ ควรส่งเสริมให้มีการบูรณาการไปสู่แผนพัฒนาต่างๆ ในระบบปกติหรือระบบงานประจำ
5. การขยายผลในพื้นที่ต้นแบบที่ดี เพื่อพัฒนารูปแบบ ภายในจังหวัด อำเภอ และตำบล และสนับสนุนให้นำนวัตกรรม ความรู้ สิ่งดีๆ ที่เกิดในพื้นที่มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนางานส่งเสริมทันตสุขภาพของประชาชนต่อไป
6. สนับสนุนครุภัณฑ์ และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการสุขภาพช่องปากแก่หน่วยบริการทุกระดับ

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1. โครงการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็ก 0-12 ปี "เด็กแพร่ไร้ฟันผุ สุขภาพดี สูงดีสมส่วน ปลอดภัย"
2. โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในตำบลที่มีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) โดยใช้กิจกรรมการบริหารช่องปาก “Kenkobi” ในพื้นที่นำร่องจำนวน 8 อำเภอ 11 ชมรม ในจังหวัดแพร่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของช่องปากและปรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น โดยอาศัยกิจกรรมการออกกำลังกายช่องปาก ดังนี้
 - 2.1 การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณริมฝีปากและแก้มแก้ไขปัญหาในการออกเสียงให้ชัดเจนอาหารไม่หกออกจากปาก
 - 2.2 การฝึกเคี้ยวอาหารจะทำให้เคี้ยวได้ละเอียดขึ้นและกระตุ้นต่อมน้ำลาย
 - 2.3 ฝึกกลืนเนื้อในการกลืน ช่วยทำให้ไม่สำลักอาหารและน้ำลาย
 - 2.4 การรักษาความสะอาดของช่องปากไม่ใช้ป้องกันเฉพาะฟันผุ โรคเหงือกอักเสบและกลิ่นปาก แต่ป้องกันโรคปอดอักเสบจากการสำลักอาหารและน้ำลาย

พื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ Kenkobi จำนวน 8 อำเภอ 11 ตำบล ได้แก่

อำเภอ	ตำบลที่เข้าร่วมโครงการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1.ลอง	บ้านปิน	รพ.สต.บ้านปิน
2.วังชิ้น	แม่พุง	รพ.สต.แม่พุง
3.สอง	หัวเมือง	รพ.สต.วังพ่อน
4.เมือง	ร้องฟอง	รพ.สต.ร้องฟอง
5.หนองม่วงไข่	หนองน้ำร้อน /แม่คำมีรัตนปัญญา/วังหลวง/ตำหนักธรรม	รพ.หนองม่วงไข่
6.เด่นชัย	แม่จั่วะ	สอน.แม่จั่วะ
7.ร้องกวาง	ร้องเข็ม	รพ.สต.ร้องเข็ม
8.สูงเม่น	หัวฝาย	รพ.สต.หัวฝาย

จากผลการออกประเมินตรวจเยี่ยมและจากการสอบถามผู้เข้าร่วมโครงการในเบื้องต้น ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจและมีประสิทธิภาพในการเคี้ยว การกลืน การพูดดีขึ้น แต่ทั้งนี้โครงการนี้ยังอยู่ในระหว่างติดตามผลการดำเนินงานอยู่

ผู้รายงาน นางขวัญหทัย มงคล

ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข

5 มิถุนายน พ.ศ. 2561

โทร.089-921-7091

E- mail : Kwanhatai_int@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

KPI : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

ค่าเป้าหมาย : ไม่เกิน 40 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน

● สถานการณ์/สภาพปัญหา อัตราการคลอดบุตรมีชีพของหญิงอายุ 15-19 ปี

จากข้อมูลอัตราการคลอดบุตรมีชีพของหญิงอายุ 15-19 ปี ในปีงบประมาณ 2557 - 2560 พบว่าจังหวัดแพร่ มีอัตราการคลอดมีชีพ เท่ากับ 28.28, 26.95, 23.65 และ 22.73 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงกำหนด และในปีงบประมาณ 2561 (รอบ 7 เดือน) มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี จำนวน 96 คน คิดเป็นอัตราการคลอด 16.72 ต่อพันประชากรฯ เมื่อจำแนกข้อมูลรายอำเภอพบว่าทุกอำเภอที่มีอัตราการคลอดมีชีพฯ ไม่เกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด และภาพรวมอัตราการคลอดระดับจังหวัดมีค่าต่ำกว่าระดับเขต (อัตราการคลอด เขตสุขภาพที่ 1 อัตรา 23.28 ต่อพันประชากรฯ) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี แยกรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี	จำนวนเกิดมีชีพ	อัตราต่อพัน	จำนวนเด็กเกิดมีชีพจากมารดาอายุ 15-19 ปี รายเดือนตามปีงบประมาณ							
				ตค.	พย.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.
เมืองแพร่	2,597	19	12.16	4	2	2	3	1	4	1	2
ร้องกวาง	1,271	19	24.85	3	4	2	2	1	3	1	3
ลอง	1,209	14	19.25	1	0	4	1	1	1	3	3
สูงเม่น	1,436	10	11.58	2	0	3	1	2	2	0	0
เด่นชัย	830	5	10.02	0	0	0	0	3	1	1	0
สอง	953	17	29.66	1	0	3	0	4	3	3	3
วังชิ้น	928	9	16.12	1	1	1	1	0	1	4	0
หนองม่วงไข่	323	3	15.44	2	0	0	0	0	0	0	1
รวม	9,547	96	16.72	14	7	15	8	12	15	13	12

ที่มา : ข้อมูล HDC จังหวัดแพร่ ณ วันที่ 8 มิถุนายน 2561

● สถานการณ์/สภาพปัญหา อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี

ข้อมูลการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในปีงบประมาณ 2559 - 2561 (รอบ 7 เดือน) จังหวัดแพร่ มีแนวโน้มที่ลดลง โดยมีอัตราการคลอดร้อยละ 19.83, 18.6 และ 17.78 ตามลำดับ แต่ในภาพรวมแต่ยังมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงได้กำหนดไว้ คือไม่เกินร้อยละ 10 พื้นที่อำเภอเมืองแพร่ ยังพบอัตรา

การตั้งครุฑที่สุ่งอย่างต่อเนือง และอำเภอนองม่งไขในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาไม่พบอัตรากาตั้งครุฑที่
ในกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละการตั้งครุฑในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี จังหวัดแพร่ ข้อมูลปี 59 – 61

จังหวัดแพร่ ข้อมูลแยกราย อำเภอ	ปี 2559		ปี 2559		ปี 2561(ข้อมูลถึงไตรมาส 3/61)	
	จำนวน หญิงคลอด (คน)	อัตรา การคลอดซ้ำ (%)	จำนวน หญิงคลอด (คน)	อัตรา การคลอดซ้ำ (%)	จำนวนหญิง คลอด (คน)	อัตรา การคลอดซ้ำ (%)
เมืองแพร่	40	19.7	40	18.6	18	18
ร้องกวาง	12	20.34	1	16.67	4	40
ลอง	5	21.74	5	41.67	0	0
สูงเม่น	3	20	1	9.09	0	0
เด่นชัย	5	26.32	0	0	0	0
สอง	2	12.5	4	30.77	2	33.33
วังชิ้น	1	12.5	2	20	0	0
หนองม่วงไข่	0	0	0	0	0	0
รวมทั้งจังหวัด	68	19.83	53	18.6	24	17.78

ที่มา : ข้อมูล HDC จังหวัดแพร่ ณ วันที่ 8 มิถุนายน 2561

● การดำเนินงานในระดับพื้นที่

ผลการดำเนินงาน Project / Activities

1. โรงพยาบาล 6 แห่ง สามารถให้บริการยาฝังคุมกำเนิดแก่กลุ่มเป้าหมายได้ (ยกเว้นสองและหนองม่วงไข่)
2. มีการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย จำนวน 2 โรงพยาบาล (โรงพยาบาลแพร่และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย)
3. โรงพยาบาล มีการบริการผ่านเกณฑ์ YFHS จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 87.50 (เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 85) และในปีงบประมาณ 2561 โรงพยาบาลสูงเม่น ผ่านการประเมินซ้ำ Re-accredit เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2561
4. การดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ มีจำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25.00 (พื้นที่อำเภอสูงเม่น และอำเภอลอง)
5. การดำเนินงานและการขับเคลื่อน พ.ร.บ.ฯ ระดับจังหวัด
 - มีการจัดประชุมคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด ครั้งที่ 1/2561 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2561
6. จังหวัดแพร่ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และเครือข่ายองค์กรเอกชน จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่นพื้นที่ 5 ตำบล นำร่อง (จำนวน 50 คน เมื่อ เมษายน 2561 และจัดอบรมเพศคุ้ยได้ในพ่อแม่ให้กับพื้นที่อำเภอลอง จังหวัดแพร่ จำนวน 1 ครั้ง

7. กำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC และติดตามในระดับพื้นที่ ทั้งแบบไม่เป็นทางการผ่านระบบไลน์กลุ่ม และแบบเป็นทางการผ่านการนิเทศติดตามงานในระดับอำเภอ ทุกอำเภอ

● การดำเนินงานตามข้อสั่งการการตรวจราชการรอบที่ 1/2561

ข้อเสนอแนะรอบที่ 1	กิจกรรมการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ
1. การตั้งครรภ์หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ให้วิเคราะห์ข้อมูลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ด้าน Wanted/ Unwanted	1. ประสานข้อมูลในระดับพื้นที่และคืนข้อมูลการคลอดรายอำเภอ ผ่านทีมงาน ICT ของแต่ละอำเภอ 2. บูรณาการในการนิเทศ ติดตามประเมินผล คปสอ. ตามแผนของ สสจ.แพร่ 3. วิเคราะห์ข้อมูล Wanted/Unwanted จากฐานข้อมูล HDC โดยกำหนด ประเด็นอาชีพ (เน้นที่นักเรียนหรือการมีงานทำ ตามสิทธิประกันสังคม) และ สถานะสมรส และคืนข้อมูล ICT ทุกอำเภอ เพื่อประสานยืนยันความถูกต้อง ข้อมูลร่วมกับหน่วยบริการในพื้นที่ เพื่อติดตามวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกต่อไป
2. การวางแผนครอบครัว กลุ่มวัยรุ่นได้รับการแนะนำวางแผน ครอบครัวหรือไม่ โดยเน้นการวางแผน ครอบครัวแบบกึ่งถาวร	1. ใช้การนิเทศงาน คปสอ. เป็นการติดตามข้อมูล 2. กำหนดให้ทุกแห่งเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึก เป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อส่งเคราะห์ ข้อมูลในโอกาสต่อไป 3. ตรวจสอบระบบการลงรายการการใช้วิธีคุมกำเนิดหลังคลอดในแม่วัยรุ่นให้ ครบถ้วน โดย รพ.รื่องกวาง ได้เป็นตัวอย่างในการลงข้อมูลการวางแผน ครอบครัวถึงถาวรครบ 100%

● การวิเคราะห์ข้อมูลการตั้งครรภ์วัยรุ่น

วิเคราะห์จากข้อมูลการฝากครรภ์กลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี จากฐานข้อมูล HDC และส่งข้อมูล ย้อนกลับให้พื้นที่ตรวจยืนยันด้าน Wanted & Unwanted กับกลุ่มเป้าหมาย ในช่วง ตุลาคม 2560 – 31 มีนาคม 2561 โดยกำหนดนิยาม Wanted / Unwanted ดังนี้

การตั้งครรภ์ที่ถือว่าเป็นความต้องการหรือประสงค์ที่จะมีบุตร (Wanted) หมายถึงมีข้อมูลตรงตามข้อใด ข้อหนึ่งหรือทุกข้อต่อไปนี้

1. คุณลักษณะประชากรที่เป็นชนเผ่า หรือมีถิ่นที่อยู่อาศัยในเขตชนเผ่า เนื่องจากเป็นไปตาม ลักษณะความเชื่อ ค่านิยม ของชนเผ่าในแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน ถือว่ามีความต้องการบุตร
2. สถานภาพสมรส มีสถานะคู่
3. ข้อมูลการประกอบอาชีพ, การมีงานทำ และสิทธิการรักษาพยาบาล (ประเภทสิทธิประกันสังคม)

การตั้งครรภ์ที่ไม่ประสงค์ที่จะมีบุตร (Unwanted) หมายถึง

1. ข้อมูลคุณลักษณะการประกอบอาชีพ นักเรียน (Occu Code = 9000) หรือ ไม่มีงานทำ (Occu_Code = 9999) และ
2. สถานภาพการสมรส มีสถานะโสด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลหญิงที่มาฝากครรภ์ทั้งหมดในช่วงตุลาคม – มีนาคม 2561 จำนวนรวม 199 คน
- หญิงตั้งครรภ์ที่มีความต้องการบุตร จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 62.31
- หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการบุตร จำนวนทั้งหมด 75 คน คิดเป็นร้อยละ 37.69
- หากพิจารณาแยกรายอำเภอ 6 อำเภอที่มีการตั้งครรภ์ฯ คิดเทียบสัดส่วนต่อประชากร พบว่าอำเภอสูงเม่นและอำเภอลองมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ไม่ต้องการบุตรมากที่สุด

อำเภอ	ประชากรอายุ 15 – ต่ำกว่า 20 ปี (คน)	จำนวนตั้งครรภ์ (คน)	อัตรา (ต่อพันประชากร)
เมืองแพร่	2,597	17	6.55
สอง	953	6	6.30
สูงเม่น	1,436	27	18.80
ลอง	1,209	20	16.54
ร้องกวาง	1,271	3	2.36
วังชิ้น	928	2	2.16

ข้อมูลการวางแผนครอบครัว

1. จำนวนหญิงหลังคลอดที่ได้รับการด้วยวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) จำนวนคลอดทั้งหมด 50 คน ได้รับการวางแผนครอบครัวฯ 39 คน (ร้อยละ 78.00)
2. จำนวนหญิงหลังคลอดที่ได้รับการด้วยวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ภายใน 42 วัน จำนวนคลอดทั้งหมด 135 คน ได้รับการวางแผนครอบครัวฯ 45 คน (ร้อยละ 33.33)

มาตรการเสริม

มาตรการเสริมการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ในการขับเคลื่อนงานรอบที่ 2/2561

- การจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการปฏิบัติราชการ (MOU) KPI-1.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในการจัดการปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มวัยรุ่น 15-21 ปี ประเด็นการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกินร้อยละ 10 การให้ความสำคัญและนำหลักคะแนนการประเมิน ที่น้ำหนัก 8 คะแนน
- การศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พื้นที่อำเภอเด่นชัย ตำบลห้วยไร่ แม่จั่ว และตำบลปงป่าห้วย เพื่อหารูปแบบและแนวทางในการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของจังหวัด (อยู่ระหว่างดำเนินงาน)

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ปี 2561

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้อง กวาง	สอง	หนอง ม่วงไข่	รวม
อัตราการ คลอดมีชีพใน	อัตรา (A/B* 1000)	12.16	11.58	10.02	19.25	16.12	24.85	29.66	15.44	16.72
หญิงอายุ 15- 19 ปี (ไม่เกิน 40 ต่อพัน ประชากร)	จำนวนการ คลอดมีชีพ โดยหญิงอายุ 15-19 ปี ทั้งหมด	19	10	5	14	9	19	17	3	96
	จำนวนหญิง อายุ 15-19 ปี ทั้งหมด	2,597	1,436	830	1,209	928	1,271	953	323	9,547

ผลการดำเนินการเฝ้าระวังการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีในภาพรวมของจังหวัดแพร่ มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงกำหนด (อัตราการคลอดไม่เกิน 40 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี) และมีค่าต่ำกว่าภาพรวมทั้งเขตสุขภาพที่ 1 (อัตราการคลอด 23.28 ต่อพันประชากรฯ) แต่หากพิจารณาแยกรายอำเภอพบว่า อำเภอสองและอำเภอร้องกวางมีอัตราการคลอดฯ สูงกว่าอัตราการคลอดของเขตสุขภาพที่ 1 (อัตรา 29.66 และ 24.85 ต่อพันประชากรฯ)

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

- การดำเนินงานเชิงบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบในภาพรวมระดับจังหวัดยังไม่ชัดเจน
- การตั้งครรภ์ในกลุ่มชนเผ่าที่วัยรุ่นนิยมแต่งงานเร็ว เป็นไปตามความเชื่อทางด้านประเพณีและวัฒนธรรมของชนเผ่า

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
การจัดทำข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย - การเข้าถึงข้อมูลที่เป็นลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มหญิงอายุ 15 ปี – ต่ำกว่า 20 ปีที่คลอดบุตรฯ เพื่อติดตามการให้คำแนะนำด้านวางแผนครอบครัวในระดับพื้นที่ เป็นข้อมูลปกปิดหรือแหล่งข้อมูลไม่ต้องการเปิดเผย	- การปรับปรุงระบบการรายงานและเฝ้าระวังการคลอดของ อสม. ในการสำรวจให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ - การจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงของวัยรุ่นในพื้นที่เพื่อติดตามให้คำแนะนำด้านทักษะชีวิต
การบันทึกข้อมูลใน HDC - การบันทึกข้อมูลการวางแผนครอบครัวในสถานบริการไม่ครบถ้วน - ข้อมูลการคลอดใน HDC แพ้ม labuแต่ละรายการไม่ตรงกัน	- ประสานงานทีม ICT ในการอบรมการบันทึกข้อมูลการวางแผนครอบครัวแก่หน่วยบริการทุกระดับ - PM มีการติดตามประเมินผลข้อมูลร่วมกับงาน ICT ของ สสจ.แพร่ และมีการสรุปรายงานผลแก่ทีมบริหารเป็นระยะๆ - จัดประชุมชี้แจงและให้ รพ. ร้องกวาง ซึ่งลงข้อมูลครบ 100% ถ่ายถอดแนวทางและการปฏิบัติแก่ รพ. อื่นๆ ในจังหวัด
การดำเนินงาน YFHS - วัยรุ่นเข้ารับบริการที่ คลินิก YFHS น้อย	- ประชาสัมพันธ์คลินิก YFHS ให้ภาคี เครือข่าย - เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาทาง facebook - วิเคราะห์ข้อมูลวัยรุ่นเข้ารับบริการเพื่อพัฒนางานให้ตรงกับความต้องการของวัยรุ่น

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมายการขับเคลื่อน

- การผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ออกกฎกระทรวงตาม พรบ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อให้เกิดการบูรณาการทำงานและการขับเคลื่อนกิจกรรมในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

ผู้รายงาน นายภวัต อารินทร์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร. 08-1111-1039

E-mail : t.slowjet@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

KPI : ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (เป้าหมาย ร้อยละ 60)

Monitor : ร้อยละของ Healthy Ageing (เป้าหมาย เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2560)

● สถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพ

จำนวนผู้สูงอายุจังหวัดแพร่ มีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยในปี 2558-2560 มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.27, 19.21 และ 20.10 ตามลำดับและในปี 2561 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 90,391 คน ชาย 40,103 คน หญิง 50,288 คน คิดเป็นร้อยละ 20.10 ของประชากรทั้งหมด 449,810 คน (ข้อมูลประชากร กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560) มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุระดับ ตำบลทั้งหมด 78 ชมรม มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 57 ตำบล (จาก 78 ตำบล) คิดเป็นร้อยละ 73.08 มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย จำนวน 614 คน มีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จำนวน 1,768 คน จากข้อมูลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ปี 2561 ผู้สูงอายุได้รับประเมินคัดกรองทั้งหมด 84,852 คน (จากประชากรผู้สูงอายุ 85,985 คน) คิดเป็นร้อยละ 98.68 กลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ 95.76 กลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 2.27 กลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 0.66

ตารางที่ 1 ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2561

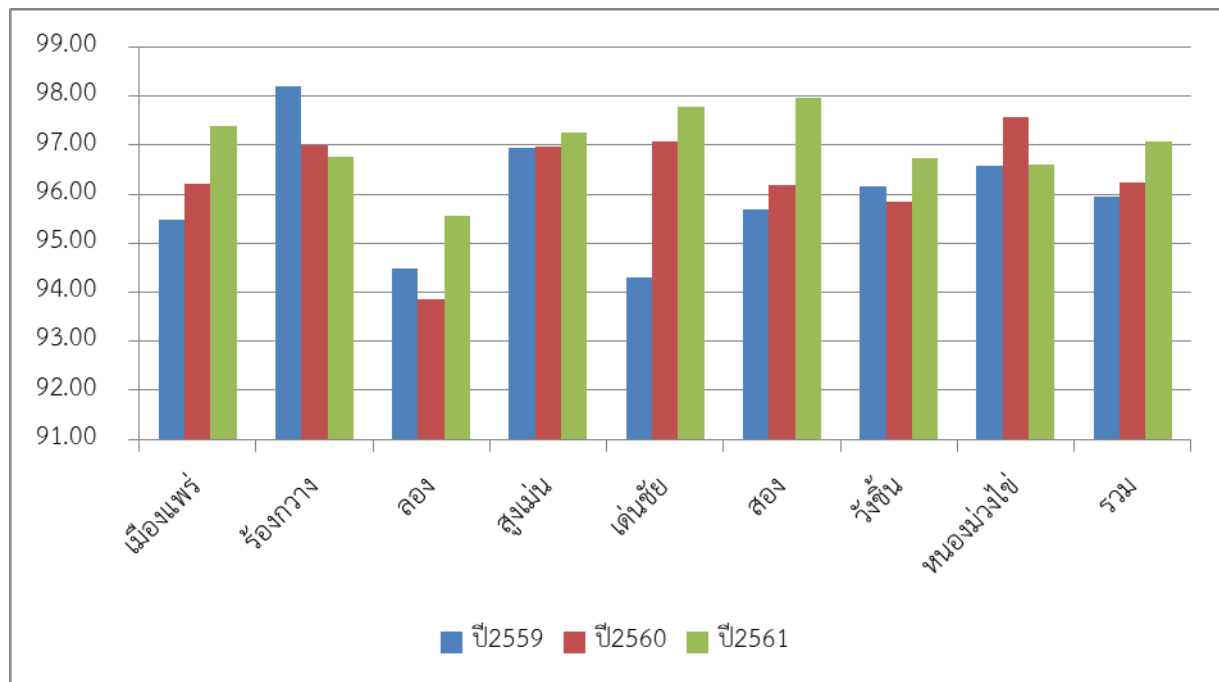
อำเภอ	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง					ยังไม่ได้รับการคัดกรอง
		ติดสังคม (ADL 12-20)	ติดบ้าน (ADL 5-11)	ติดเตียง (ADL 0-4)	รวม	ร้อยละ	
เมืองแพร่	23,733	22,924	442	164	23,530	99.14	203
ร้องกวาง	8,295	7,945	218	51	8,214	99.02	81
ลอง	10,264	9,595	403	61	10,059	98	205
สูงเม่น	16,605	15,966	337	118	16,421	98.89	184
เด่นชัย	5,950	5,732	105	28	5,865	98.57	85
สอง	9,250	8,812	139	57	9,008	97.38	242
วังชิ้น	8,164	7,784	206	55	8,045	98.54	119
หนองม่วงไข่	3,728	3,582	98	30	3,710	99.52	18
รวม	85,989	82,340	1,948	564	84,852	98.68	1,137

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 5 มิ.ย. 2561

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 2 ปี จำแนกรายอำเภอ

ตัวชี้วัด : อัตราของ Healthy Ageing เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2560

ตารางที่ 2 ร้อยละผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำวัตรประจำวันพื้นฐาน (กลุ่มติดสังคม)

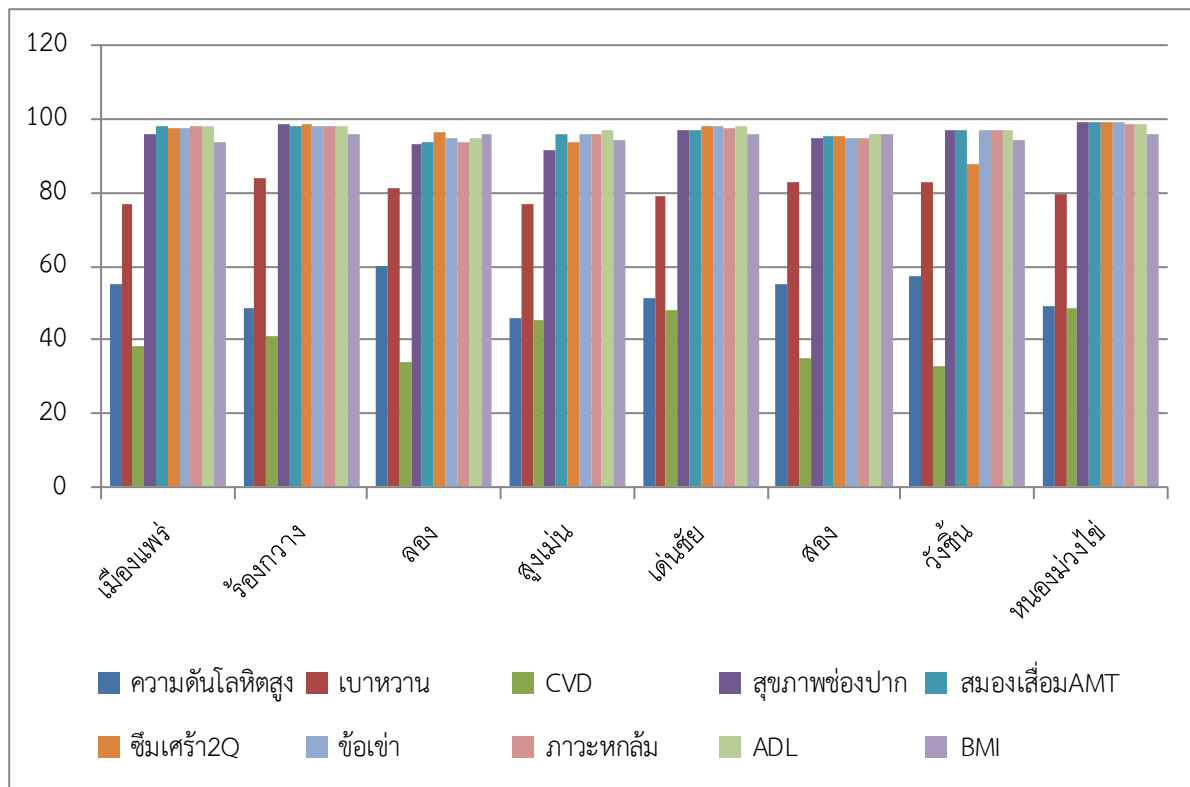


ที่มา : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> การคัดกรอง >> ร้อยละของ Healthy Ageing ณ วันที่ 5 มิถุนายน 2561

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่าร้อยละผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำวัตรประจำวันพื้นฐาน (กลุ่มติดสังคม) ส่วนใหญ่มีเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านมาในระดับจังหวัด ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี เกิดจากความร่วมมือสนับสนุนการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (กระทรวงมหาดไทย ,กระทรวงสาธารณสุข, สนง.พมจ.แพร่, สนง.วัฒนธรรมจ.แพร่, วิทยาลัยชุมชนแพร่, อปท., สมัชชาสุขภาพ, สนง.ท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัดแพร่ แรงงานจังหวัดแพร่ มหาวิทยาลัยแม่โจ้-แพร่ เฉลิมพระเกียรติ เป็นต้น)

มีชมรมผู้สูงอายุ ที่ยกระดับการเรียนรู้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุมากขึ้น (42 แห่ง) ชมรมผู้สูงอายุ สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมได้ด้วยตนเองมากขึ้น เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการส่งเสริมจัดกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เช่น การสืบสานวัฒนธรรมประเพณีและการพัฒนาด้านจิตใจผู้สูงอายุการแข่งขันกีฬาระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด มีการผสมผสานการแพทย์แพทย์ไทยและการแพทย์ผสมผสานในชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ มีกลุ่มเปตอง รำไม้พลอง กลุ่มร่ายย้อยยุค กลุ่มดูแลสุขภาพอื่นๆ ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) มีทีมหมอบรรอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง มีระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรูปแบบ 3 C (Care Manager, Caregiver, Care Plan) มีการพัฒนา อสค.ดูแลเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง

ตารางที่ 3 แสดงผลการคัดกรองประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ตามองค์ประกอบ 10 ข้อ ปีงบประมาณ 2561



ตารางที่ 4 : รายงานสถานะและสภาพปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2561

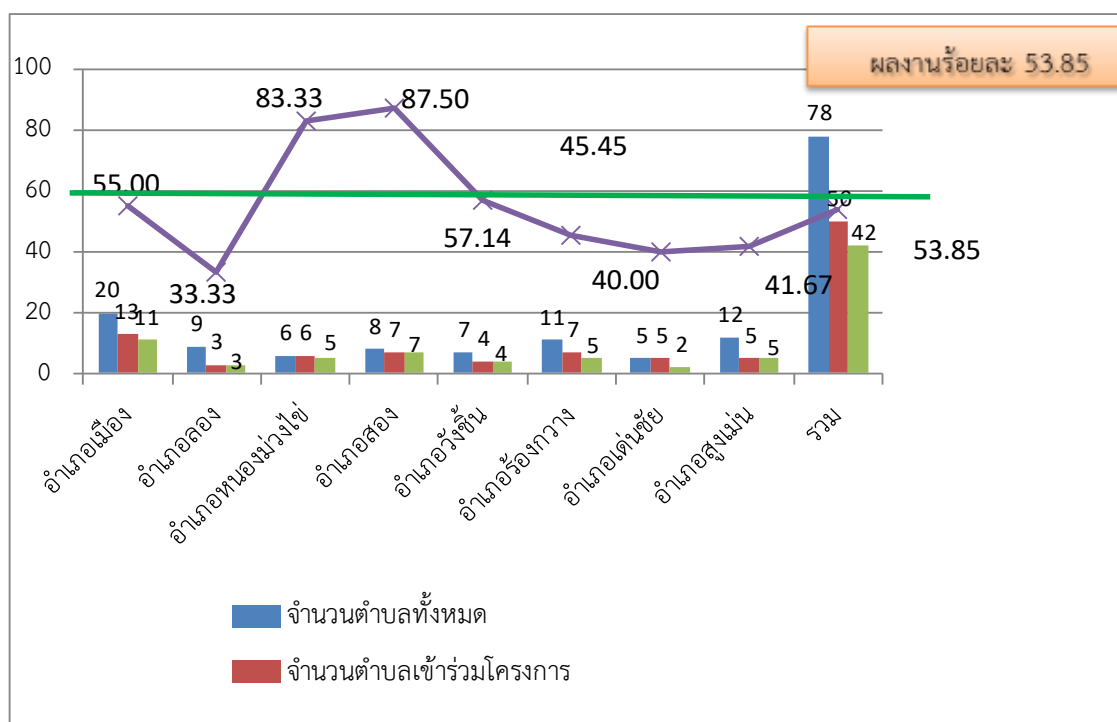
กลุ่มโรคที่พบบ่อย/กลุ่มอาการ Geriatric Syndromes	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน)	คัดกรอง	ร้อยละการ คัดกรอง	ปกติ	เสี่ยง/ ผิดปกติ	ร้อยละเสี่ยง	ไม่ระบุ
ความดันโลหิตสูง	85,989	45,573	53	24,816	20,757	45.54	-
เบาหวาน	85,989	68,561	79.73	61,902	6,659	9.71	-
หัวใจและหลอดเลือด(CVD)	85,989	34,162	39.73	17,564	16,598	48.58	
สุขภาพช่องปาก	85,989	81,953	95.31	78,194	3,656	4.46	103
สมอเสื่อม AMT	85,989	83,225	96.79	82,202	977	1.17	46
ซึมเศร้า 2Q	85,989	82,374	95.80	82,150	224	0.27	
ข้อเข่า	85,989	83,223	96.78	76,049	7,128	8.56	46
ภาวะหกล้ม	85,989	83,154	97	78,336	4,762	5.72	
ADL	85,989	83,604	97.23	81,198	2,406	2.87	
BMI	85,989	81,679	94.99	53,193	28,486	34.87	

ที่มา : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> การคัดกรอง >> คัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง ณ วันที่ 5 มิถุนายน 2561

จากตาราง 2,3,4 พบว่าทุกอำเภอมีการประเมินคัดกรองสุขภาพตามองค์ประกอบ 10 ข้อทุกแห่ง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการประเมินมากกว่าร้อยละ 80 แต่เมื่อแยกตามองค์ประกอบรายชื่อจะพบว่าการคัดกรองความดันโลหิตสูง CVD มีผลงานค่อนข้างต่ำในทุกอำเภอ ซึ่งจากการวิเคราะห์ พบว่าในประเด็น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน นั้น กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดต้องไม่ใช่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคทั้งสองโรคแล้ว ส่วนประเด็น CVD เป้าหมายจะต้องเป็นกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงแล้ว จึงจะได้รับการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ แต่ในระบบ HDC มีการประมวลผลโดยการคำนวณกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุทุกคน จึงทำให้ผลการดำเนินงานต่ำกว่าความเป็นจริง

จากข้อมูลร้อยละการคัดกรอง จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงเป็นอันดับ 1 รองลงมา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และมีความเสี่ยงในค่า BMI ตามลำดับ ซึ่งค่า BMI มีผู้สูงอายุที่ ผอม และเริ่มอ้วน ร้อยละ 13.84 และ 17.93 ซึ่งควรส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร เพื่อให้ร่างกายสมส่วนต่อไป และจะดำเนินการส่งคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อวางแผนการส่งเสริมป้องกันโรคต่อไป

ตัวชี้วัด : ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์



ข้อมูล ณ พ.ค. 2561

จากตาราง ผลการดำเนินงานพบว่า จังหวัดแพร่มีทั้งหมด 78 ตำบล มีอปท.ที่เข้าร่วมโครงการ ในปี 2559 มี 13 แห่ง ปี 2560 มี 30 แห่ง ปี 2561 มี 8 แห่ง รวมปี 59-61 จำนวน 51 แห่ง ใน 50 ตำบล เมื่อคิดตามภาพรวม ในปี 2559- 2561 พบว่ามีตำบล LTC สามารถดำเนินงานตามองค์ประกอบครบ 7 ข้อ ผ่านเกณฑ์รวม 42 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 84 ของตำบลที่เข้าร่วมโครงการ

ผลการดำเนินงาน ร้อยละของตำบล LTC ผ่านเกณฑ์เทียบกับตำบลทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 53.85 โดยตำบล LTC ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป็นตำบลที่เข้าร่วมโครงการ ปี 2561 ซึ่งได้รับอนุมัติจาก สปสช.เขต 1 เมื่อวันที่ 20 เม.ย. 2561 และยังไม่ได้รับการโอนเงินเข้ากองทุน

ผลลัพธ์ : ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแบบระยะยาว (Long term care) ในพื้นที่เป้าหมาย จังหวัดแพร่ ปี 2559-2561

ข้อมูลลำดับที่	ตัวชี้วัด	ข้อมูล	เมือง	ลอง	หนองม่วงไข่	สอง	วังชิ้น	ร้องกวาง	เด่นชัย	สูงเม่น	ภาพรวม
1	ตำบลต้นแบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 (เฉพาะพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการปี 59-61)	เป้าหมาย	20	9	6	8	7	11	5	12	78
		เข้าร่วม	13	3	6	7	4	7	5	5	50
		ผลงาน	11	3	5	7	4	5	2	5	48
		อัตรา/ร้อยละ	55	33.33	83.33	87.5	57.14	45.45	40	41.67	53.85
2	ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลร้อยละ 80-100 (ปี59-60)	เป้าหมาย	329	91	152	326	168	218	76	80	1433
		ผลงาน	240	91	152	285	140	137	67	80	1192
		อัตรา/ร้อยละ	73	100	100	87	83	63	88	100	83
3	จำนวน Care Manager ผ่านการอบรม (ปี59-61)	เป้าหมาย	23	5	8	8	10	9	6	7	76
		ผลงาน	23	5	8	8	10	9	6	7	76
		อัตรา/ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100
4	จำนวน Care giver ผ่านการอบรม (พื้นที่เป้าหมาย)	เป้าหมาย	54	0	6	40	22	0	20	32	131
		ผลงานปี61	54	0	6	40	22	0	20	32	131
		อัตรา/ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100

หมายเหตุ : - พื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ ปี 2561 อยู่ในระหว่างดำเนินการดำเนินงานของสปสช.เขต 1 เชียงใหม่ในการตรวจสอบเอกสารให้ครบถ้วนและแจ้งการจัดสรรงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีส่งเอกสารครบถ้วน พื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการปี 2561 จึงยังไม่มีแผนการดูแล (Care Plan)

- จังหวัดแพร่ มีผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager จำนวน 76 คน

● ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. มีการใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care board : LTC Board) จังหวัดแพร่ในการขับเคลื่อน ส่วนสาธารณสุข ร่วมกับระดับพื้นที่ พขอ.ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานกลุ่มผู้สูงอายุ และร่วมกับสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ประจำจังหวัดแพร่และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดแพร่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการขับเคลื่อน ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ และโรงเรียนผู้สูงอายุ

2. มีการประสานแหล่งงบประมาณจากศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) จังหวัดแพร่ ในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Giver) เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2561 ซึ่งได้จัดการอบรมไปแล้ว 131 คน

3. มีการจัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานและติดตามการจัดทำ Care Plan ในวันที่ 12 มีนาคม 2561 ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแพร่ และการนิเทศติดตามการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานในระดับพื้นที่ร่วมกับทีมนิเทศงานระดับจังหวัดและติดตาม ประสานงานให้คำแนะนำแก่ผู้ประสานงานผู้สูงอายุ, Care Manager ทางกรู๊ปไลน์พร้อม อนุมัติและแก้ไขปัญหาการ ยืนยัน CG ในโปรแกรมของกรมอนามัย

4. ประสานงานและส่งบุคลากรในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการฯ เข้ารับการอบรมหลักสูตร Care Manager รุ่น 6 (วันที่ 23 เมษายน – 2 พฤษภาคม 2561) เพิ่มเติมในกรณีที่ยังมีไม่ครบทุกรพ.สต.และทดแทนในกรณีที่โยกย้าย

5. พัฒนาระบบข้อมูล Care Manager, Care Giver, Care Plan โดยพัฒนาศักยภาพแกนนำ CM ระดับอำเภอ อำเภอละ 1 คน ในวันที่ 15-16 พฤษภาคม 2561 ภายใต้การสนับสนุนของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และ สปสช. และเร่งรัดการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมภายในเดือน พฤษภาคม 2561

- **ปัญหาอุปสรรค/ความเสี่ยงที่ทำให้ไม่บรรลุตามตัวชี้วัด**

- การอนุมัติกองทุนจาก สปสช. ที่ไม่ตรงกับการดำเนินงานของปีงบประมาณของส่วนราชการ ทำให้การทำงานมีความล่าช้า

- **ข้อเสนอแนะ /ความต้องการสนับสนุนจากส่วนกลาง**

- สปสช.และกรมอนามัยควรมีการบูรณาการโปรแกรมการทำงานให้มีความสอดคล้องกันเพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่และทำให้สามารถทำงานได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

- **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง**

ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพต้นแบบของอำเภอ ได้แก่

- อำเภอเมือง ชมรมผู้สูงอายุตำบลน้ำช้างและตำบลวังหงษ์
- อำเภอลอง ชมรมผู้สูงอายุตำบลปากกาง
- อำเภอหนองม่วงไข่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองม่วงไข่
- อำเภอสอง ชมรมผู้สูงอายุตำบลวังพ่อน
- อำเภอวังชิ้น ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวังชิ้น
- อำเภอร้องกวาง ชมรมผู้สูงอายุตำบลร่องเข้
- อำเภอเด่นชัย ชมรมผู้สูงอายุตำบลแม่จิวะ
- อำเภอสูงเม่น ชมรมผู้สูงอายุตำบล บ้านเหล่า

กองทุนต้นแบบการดำเนินงาน Long Term Care ได้แก่

- อำเภอเมือง เทศบาลตำบลแม่หล่าย
- อำเภอลอง อบต.ตำบลปากกาง
- อำเภอหนองม่วงไข่ เทศบาลตำบลหนองม่วงไข่
- อำเภอสอง ตำบลเตาปูน
- อำเภอวังชิ้น เทศบาลตำบลวังชิ้น
- อำเภอร้องกวาง เทศบาลตำบลร้องกวาง
- อำเภอเด่นชัย เทศบาลตำบลแม่จั่วะ
- อำเภอสูงเม่น อบต. บ้านเหล่า

ผู้รับผิดชอบ : นายทินกร พันดี

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

โทร.081-9610077

นายเสกสรรค์ ช่างเขียว

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

โทร. 083-4700039

ผู้ตรวจสอบข้อมูล : นายสุรพันธ์ ศรีสง่า

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

โทร. 0827898294

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

KPI : ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 50)

● สถานการณ์

จังหวัดแพร่ดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควบคู่กับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ กับชุมชนและท้องถิ่นผ่านพื้นที่นาร่อง ในปี 2560 จำนวน 2 อำเภอ คือ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอหนองม่วงไข่ และอำเภอสูงเม่น เป็นพื้นที่นาร่องเป้าหมายทั้งประเทศ 200 แห่ง ดำเนินการครบถ้วนทั้ง 3 มาตรการ ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 26 คน ลงนามคำสั่งโดยผู้ว่าราชการจังหวัด มีการจัดทำแผนปฏิบัติการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาคือคุณภาพชีวิตระดับอำเภอด้วยกระบวนการ UCCARE ดำเนินการขับเคลื่อน 5 ประเด็นร่วมกัน ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ การจัดการขยะในชุมชน และเด็กปฐมวัย โดยจังหวัดแพร่ได้นำแนวคิดการดำเนินงานของทั้งสองอำเภอนาร่องดังกล่าว มาเป็นแนวทางในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ของ 6 อำเภอที่เหลือในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

สถานการณ์การดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จังหวัดแพร่ ได้ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยขยายพื้นที่ดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกอำเภอ โดยกำหนดแนวทางสำคัญในการดำเนินงานตาม 3 มาตรการหลัก ได้แก่ 1) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 2) มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง 3) มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA และยังสนับสนุนส่งเสริมให้แต่ละอำเภอให้มีการวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ให้ครอบคลุมปัญหาคุณภาพชีวิตของพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ และให้มีการเชื่อมโยงกับปัญหาอื่นๆ ในพื้นที่นอกเหนือจากปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น ปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม เป็นต้น ผลการดำเนินงานในภาพรวม พบว่า สามารถแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยลงนามแต่งตั้งคณะกรรมการโดยนายอำเภอของแต่ละอำเภอ และสามารถกำหนดประเด็นการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต ได้ครอบคลุมทุกอำเภอ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ แสดงความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ พ.ศ.2561 (ข้อมูล ณ 20 มิถุนายน 2561)

ตาราง 1 ความก้าวหน้าการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดแพร่

อำเภอ	นำร่อง ปี 2561	การแต่งตั้ง คณะกรรมการ	การประชุม คณะกรรมการ	ประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต
1. เมือง		✓	✓	1. การดูแลผู้สูงอายุ 2. การจัดการขยะ
2. สูงเม่น	✓	✓	✓	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิต 5 กลุ่มวัย 2. อุบัติเหตุทางถนน
3. หนองม่วงไข่	✓	✓	✓	1. อุบัติเหตุทางถนน 2. การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม
4. ลอง		✓	✓	1. การจัดการขยะ 2. อุบัติเหตุทางถนน
5. วังชิ้น		✓	✓	1. เกษตรอินทรีย์ 2. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 3. การจัดการขยะ 4. อุบัติเหตุทางถนน 5. การฆ่าตัวตาย
6. สอง		✓	✓	1. อุบัติเหตุทางถนน 2. การดูแลผู้สูงอายุ
7. ร้องกวาง		✓	✓	1. การดูแลผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส 2. การจัดการขยะ
8. เต่าง๊วย		✓	✓	1. การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม 2. อุบัติเหตุทางถนน 3. ยาเสพติด

● **การดำเนินงานและผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

จังหวัดแพร่ ได้ดำเนินการขับเคลื่อนแผนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามแผนการดำเนินงาน และกระบวนการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ ดังนี้

แผนการดำเนินงาน และ กระบวนการดำเนินงานตาม มาตรการสำคัญ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ความก้าวหน้าการดำเนินงาน
- การแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ. ตามระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรีว่าด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561	ไตรมาส 2-3	- สามารถดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ตามระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีนายอำเภอเป็นผู้ลงนามแต่งตั้ง ครอบคลุมทุกอำเภอ (รายละเอียดตามตาราง 1)
- การประชุมคณะกรรมการ พขอ. เพื่อกำหนดประเด็น สำคัญเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ตามบริบทในพื้นที่	ไตรมาส 3	- มีการประชุมคณะกรรมการ พขอ. และกำหนดประเด็น ปัญหาคุณภาพชีวิตตามบริบทพื้นที่ ครอบคลุมทุกอำเภอ (รายละเอียดตามตาราง 1)
- การขับเคลื่อนการดำเนินงาน และการถ่ายทอดและสื่อสาร แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุก ระดับ เพื่อขับเคลื่อนลงสู่ ระดับตำบล	ไตรมาส 3-4	- ระดับอำเภอได้มีการขับเคลื่อนงานตามประเด็นปัญหา คุณภาพชีวิต โดยมีการกำหนดแผนงาน/โครงการ บูรณาการ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ นอกจากนั้นในส่วนการ ขับเคลื่อนในภาพงานสาธารณสุข ได้มีการถ่ายทอดและ สื่อสารแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ เพื่อขับเคลื่อนลงสู่ ระดับตำบล เพื่อดำเนินงานให้สอดคล้องและสนับสนุนการ แก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของพื้นที่อำเภอ - กระบวนการขับเคลื่อนงานในระดับอำเภอที่ได้ดำเนินการแล้ว อาทิ อ.หนองม่วงไข่ ดำเนินการประเด็นการป้องกันอุบัติเหตุ ทางถนน โดยบูรณาการทุกภาคส่วนเกี่ยวข้อง เช่น อปท. แขวงการทาง มีนายอำเภอเป็นประธานการขับเคลื่อนงาน อ.วังชิ้น ดำเนินงานประเด็นเกษตรอินทรีย์ โดยมีเกษตร อำเภอเป็นแกนขับเคลื่อนงาน ร่วมกับ อปท.และภาค ประชาชนในพื้นที่ อ.เด่นชัย ขับเคลื่อนงานในพื้นที่โดยได้ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงาน ตามประเด็นพัฒนา คุณภาพชีวิตของอำเภอ ได้แก่ 1) อนุกรรมการด้านขยะและ สิ่งแวดล้อม 2) อนุกรรมการด้าน RTI และ 3) อนุกรรมการ ด้านยาเสพติด เพื่อเตรียมจัดทำแผนงาน/โครงการ ขับเคลื่อน งานในภาพรวมอำเภอ
- การติดตามประเมินผลและ สรุปผลการดำเนินงาน	ไตรมาส 4	- ในการติดตามกำกับความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ทำการ ติดตามกำกับผ่านเวทีประชุมคณะกรรมการติดตามและประเมินผล ระดับจังหวัด (กวจป.) และการนิเทศติดตามผ่านการนิเทศงาน ระดับจังหวัด

แผนการดำเนินงาน และ กระบวนการดำเนินงานตาม มาตรการสำคัญ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ความก้าวหน้าการดำเนินงาน
		- การประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน โดยจังหวัดแพร่ มี แผนการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปประเมินผลและ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน และวิเคราะห์จัดทำแผนพัฒนา ในปีงบประมาณต่อไป ซึ่งอยู่ระหว่างเตรียมการดำเนินการ

● ข้อเสนอแนะนโยบาย /ต่อส่วนกลาง /ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. การสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานที่ต่อเนื่อง พร้อมทั้งกำหนดหน่วยงานหลักในการประสานการ
เบิกจ่ายงบประมาณที่ชัดเจน เนื่องจากเป็นการดำเนินงานที่ต้องบูรณาการร่วมระหว่างองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน
ภาคประชาชน

2. การสนับสนุนการติดตามนิเทศประเมินผลและเยี่ยมเสริมพลังให้พื้นที่ ควรกำหนดกรอบบทบาทหน้าที่
ในการติดตามฯ รวมถึงผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างชัดเจน

● ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการแก้ไข
- ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับหลักการบริหารบทบาทหน้าที่ ของคณะกรรมการฯ และความรู้ ความเข้าใจ และ ศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในการ เชื่อมโยงและขับเคลื่อนลงสู่ระดับตำบล เพื่อ ดำเนินงานให้สอดคล้องและสนับสนุนการแก้ไขปัญหา คุณภาพชีวิตของพื้นที่อำเภอ	- เวทีพัฒนาศักยภาพ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และแนวปฏิบัติ ให้กับเจ้าหน้าที่ระดับตำบล และ สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อน งาน / การศึกษาดูงานระหว่างอำเภอภายใน จังหวัด เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สู่การปรับประยุกต์ เพื่อการขับเคลื่อนงานในพื้นที่

ผู้รายงาน

1. นายปิยะ จัตุรภัทร์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

มือถือ 098 – 8233787 E-mail : piyanamcham4@gmail.com

2. ดร.นิพิฐพนธ์ แสงด้วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

มือถือ 089 – 7576204 E-mail : niphittan@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

KPI : ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

● สถานการณ์

โรค, ภัยสุขภาพโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่จังหวัดแพร่ ปี 2561 ที่พบได้แก่ โรคไข้เลือดออกพบผู้ป่วยจำนวน 183 ราย อัตราป่วย 40.89 ต่อแสนประชากร ในพื้นที่ 7 อำเภอ 45 ตำบล (ร้อยละ 62.5 ของตำบล) มีพื้นที่ที่ยังควบคุมโรคไม่ได้ จำนวน 4 ตำบล ใน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสูงเม่น (ต.เวียงทอง ต. ดอนมูล) อำเภอร้องกวาง (ต.บ้านเวียง) อำเภอ ลอง (ต.ต้าพามอก) มีรายงานพบผู้ป่วยเสียชีวิต 1 รายที่อำเภอเมือง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขได้เปิด EOC ในกรณีไข้เลือดออก และเปิด EOC ระดับอำเภอได้แก่ อ.สูงเม่น อ.ร้องกวาง และ อ.ลอง นอกจากนี้ ในปี 2559 พบผู้ป่วย โรคไข้กาฬหลังแอ่น(Meningococcal Meningitis) 4 ราย เสียชีวิต 1 รายเป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 50 ปี และเป็นผู้ต้องขังในเรือนจำ จ.แพร่ และเป็นพื้นที่ที่เคยพบผู้ป่วยไข้กาฬหลังแอ่น , มีเหตุการณ์อาหารเป็นพิษ ในโรงเรียน 2 เหตุการณ์ ไม่มีผู้เสียชีวิต

ภัยสุขภาพด้านสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่จังหวัดแพร่ ปี 2560 ได้แก่ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน น้ำท่วมดินโคลนถล่มในพื้นที่ จังหวัดแพร่ ในเดือนสิงหาคม 2559 ในพื้นที่อำเภอสอง , ร้องกวาง , เด่นชัย, เมืองแพร่ , หนองม่วงไข่ ภัยแล้ง ในช่วงเดือนมีนาคม - พฤษภาคม เกิดภัยแล้งยาวนาน , ภัยจากหมอกควันไฟป่า ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2560 ไม่พบความผิดปกติจากการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

การจัดโครงสร้างงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้ดำเนินการตามจัดกลุ่มงานตามโครงสร้างใหม่ 13 กลุ่มงานแบ่งการดำเนินงานออกเป็นดังนี้

ประเด็นโรคและภัยสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	กลุ่มงานที่เป็นเจ้าภาพหลัก
โรคติดต่อ และตอบโต้ภัยจากโรคระบาดจากสัตว์สู่คน ภัยจากโรคระบาดในมนุษย์ ,สาธารณสุข	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
หมอกควันและสารเคมี	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
อุบัติเหตุจราจร ภัยจากคมนาคมขนส่ง อุบัติเหตุหมู่	กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ

● (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ความพร้อมและจัดเตรียมทรัพยากรเพื่อพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)				
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- จัดทำโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และจัดตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด	- จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ตามความเหมาะสม เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด - สมาชิกทีมตระหนักรู้ (SAT) สถานการณ์ระดับจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและฝึกปฏิบัติที่ศูนย์ระดับวิทยาและข่าวกรองสคร 1 จ.ลำปาง	- การซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน(EOC)ระดับจังหวัดของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) เริ่มปฏิบัติงานโดยประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในพื้นที่จังหวัด	- จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง - มีฐานข้อมูลด้านทรัพยากรที่จำเป็น - มี SOP บทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วน - มีอุปกรณ์ในห้อง EOC พร้อมปฏิบัติงาน
ผลการดำเนินงาน 1. ความพร้อม และจัดเตรียม ทรัพยากรเพื่อพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)	- มีโครงสร้างและคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขของ สสจ.แพร่ - จัดเตรียมและมีสถานที่และใช้อุปกรณ์ตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ของ สสจ.แพร่ ห้อง 113 (สำนักงานชั่วคราวของ	- ทบทวน ชักซ้อมผังโครงสร้างคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขของ สสจ.แพร่ - มีสถานที่และปฏิบัติใช้อุปกรณ์ ตั้งศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉิน (EOC) ของ สสจ.แพร่ ห้อง 113	- จัดทำแผนเผชิญเหตุ IAP (เหตุการณ์ไข้เลือดออก) - สํารวจและจัดทำข้อมูลด้านทรัพยากร	- จัดทำฐานข้อมูลด้านทรัพยากรที่จำเป็น - จัดทำ SOP บทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วน - จัดเตรียมอุปกรณ์ในห้องEOC พร้อมปฏิบัติงาน

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	สสจ.แพร่ ที่ตั้งวิทยาลัยพยาบาลจังหวัดแพร่)	(สำนักงานชั่วคราวของ สสจ.แพร่ ที่ตั้งวิทยาลัยพยาบาลจังหวัดแพร่)		
2. พัฒนาบุคลากรรองรับการปฏิบัติงาน ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)	- การเตรียมความพร้อมการปฏิบัติงานของทีม SAT(ทบทวนและจัดทำคำสั่งทีม SAT แบบบูรณาการ/มีตารางเวรและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ/มีทรัพยากรตามที่กำหนด	- มีฐานข้อมูล 5 กลุ่มโรค 5 มิติ โดยเฉพาะมิติการสอบสวนและการเฝ้าระวังเหตุการณ์ (event base surveillance) ระบบงานและดำเนินการพัฒนาทีม SAT	- ทีม SAT กลุ่มงานควบคุมโรค ได้ฝึกปฏิบัติทีมตระหนักรู้สถานการณ์ระดับจังหวัด ที่กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรองสคร 1 จ.เชียงใหม่	- ทีม SAT ปฏิบัติงาน ได้จริง
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีการแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) - ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) เริ่มปฏิบัติงานประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในพื้นที่จังหวัดแพร่	- มีหน่วยปฏิบัติการคุมโรคระดับอำเภอ (CDCU)	- รายงานการตรวจสอบเหตุการณ์ที่มีคุณภาพ (รับแจ้ง ติดตาม ตรวจสอบครบถ้วนและมีการประเมินสถานการณ์ต่อเนื่องจนยุติเหตุการณ์	- ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถเขียนรายงานวิเคราะห์สถานการณ์เบื้องต้นนำเสนอผู้บริหารได้
ผลการดำเนินงาน	- คำสั่งทีม ตารางเวร ตารางประเมินทรัพยากร หลักฐานการแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ	- ระบบงาน (Flow และขั้นตอน) - รายชื่อเจ้าหน้าที่ทีมที่ได้รับการพัฒนาและหลักสูตรที่ผ่านการ	- หลักฐานการตรวจสอบเหตุการณ์ ที่มีรายละเอียดครบถ้วนในประเด็นสำคัญทางระบาดวิทยา พร้อมข้อสรุปการดำเนินงานหรือข้อเสนอแนะ	- รายงานประเมินสถานการณ์ระดับจังหวัด ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40 ของสัปดาห์ทั้งหมด
3. ซ้อมแผนตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข				
ผลลัพธ์ที่ต้องการ		- การซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด	- ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ปฏิบัติงานโดยประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในพื้นที่จังหวัด	

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลการดำเนินงาน		- ดำเนินการซ่อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด 2 แผน ได้แก่ การระบาดใช้หวัดนก ภัยจากดินโคลนถล่ม	- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ทำแผนเผชิญเหตุ IAP ปัญหาโรคที่เกิดในพื้นที่ ได้แก่ ไข้เลือดออก	- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน(EOC) มีการจัดทำแผน - Specific plan ในภัยที่เกิดบ่อยในพื้นที่

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้องกวาง	สอง	หนองม่วงไข่	รวม
ร้อยละของอำเภอที่มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับอำเภอ	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	8 แห่ง
	ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	1 ทีม	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	8 แห่ง
	ทีม Operation									
	● MERT									
	● Mini MERT									
	● EMS									
	● CDCU									
	● SRRT									
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

1. ระบบตรวจจับ (SAT) เตือนภัยโรคและภัยสุขภาพยังต้องพัฒนาเพื่อการตอบสนอง ตั้งแต่การป้องกัน การเตือนภัยและตอบโต้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ที่ครอบคลุม ทันเวลา สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้

2. การเชื่อมโยงการจัดการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทุกระดับ รวมถึง แผนพัฒนา คน ระบบงาน Infrastructureสถานที่ อุปกรณ์ EOC ทีม SAT การทบทวนซักซ้อมบทบาทหน้าที่ในแต่ละกลุ่ม กลไกการประสานและทำงานร่วมกัน ยังไม่ครอบคลุม

3. เจ้าหน้าที่ หรือผู้บริหารมีการโยกย้าย ทำให้ความเข้าใจบทบาทภารกิจของผู้ปฏิบัติงานทีมใน แต่ละกลุ่มระดับจังหวัด อำเภอ ยังไม่ชัดเจน

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ทักษะความชำนาญ และความพร้อมของทีม เจ้าหน้าที่ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และ ทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงาน ได้จริง 2. ทีมเจ้าหน้าที่ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ยังมีความเข้าใจบทบาทภารกิจ ไม่ตรงกัน ทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน และเมื่อเชื่อมโยง กับหน่วยงานอื่นๆ	1. ควรมีการซักซ้อม ผูกอบรม พัฒนากำลังคนตาม บทบาทหน้าที่ตามผัง ICS ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และสนับสนุนหน่วยงานเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ งาน ICS ,EOC, SAT 2. มีการประชุมแลกเปลี่ยนการปฏิบัติงานทีม เจ้าหน้าที่ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ใน แต่ละส่วน ของเหตุการณ์ที่ผ่านมา

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. จัดทำหลักสูตรระดับเขต สำหรับ Trained ทีม , Staffsใน งาน EOC ,ICS
2. สืบหาความพร้อมศูนย์ EOC เครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยี ทีมปฏิบัติการ ในระดับจังหวัด,อำเภอ ในภัยที่เกิดในพื้นที่
3. พัฒนาระดับ ศักยภาพและสมรรถนะทีมในแต่ละกลุ่มระดับจังหวัด อำเภออย่างต่อเนื่อง

ผู้รายงาน: นางสาวปรียารัตน์ จิระพงษ์สุวรรณ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ 089 4333.93 , 054-511147

e-mail : preyarat08@yahoo.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

KPI : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ต้องไม่เกิน 4.5 ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 100,000 ประชากร

● สถานการณ์

- ข้อมูลการจมน้ำเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของ จ.แพร่ จำแนกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2561

อำเภอ	จำนวนผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (คน)
เมืองแพร่	0
สูงเม่น	0
เด่นชัย	0
ลอง	1
วังชิ้น	0
สอง	0
ร้องกวาง	0
หนองม่วงไข่	0
รวมทั้งจังหวัด	1

ข้อมูล : ใบมรณบัตร ตั้งแต่ 1 ตค. 2560 - 31 พค. 2561

ในปีงบประมาณ 2561 จังหวัดแพร่ พบรายงานการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 1 ราย พื้นที่ อ.ลอง คิดเป็นอัตราตาย เท่ากับ 1.75 ต่อ 100,000 ประชากร (จำนวนประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จ.แพร่ มี 56,854 คน) ผู้เสียชีวิตเป็นเด็กหญิง อายุ 2 ปี มารดาทำงานต่างจังหวัด และฝากเจ้าของร้านอาหารเป็นผู้เลี้ยงดูแลเด็ก ได้เสียชีวิตจากการจมน้ำในบริเวณสระน้ำเพื่อการเกษตร ไม่มีรั้วล้อม อยู่บริเวณทุ่งนา ห่างจากบ้านที่เด็กอาศัย ประมาณ 400 เมตร ด้านหลัง วัดเซตะวัน หมู่ที่ 8 ตำบลหัวทุ่ง อำเภอลอง จังหวัดแพร่

- ปัจจัยเสี่ยง

เด็กขาดการได้รับดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครอง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีทักษะการป้องกันจากการจมน้ำ ไม่มีการป้องกันแหล่งน้ำพื้นที่เสี่ยง

- ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ รอบ 8 เดือน ปีงบประมาณ 2561
(ข้อมูล 1 ตุลาคม 60 – 31 พฤษภาคม 61)

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง แพร่	สูง เม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้อง กวาง	สอง	หนอง ม่วงไข่	รวม
อัตราการ เสียชีวิต จากการ จมน้ำเด็ก อายุต่ำ กว่า 15 ปี	อัตรา(A/B* 100000)	0	0	0	13.82	0	0	0	0	1.76
	จำนวนเด็ก เสียชีวิตจากการ จมน้ำเด็กอายุต่ำ กว่า 15 ปี	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	จำนวนประชากร เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี กลางปี	15,041	8,358	4,758	7,231	6,262	6,711	6,604	2,071	56,854

● Essential Task

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ดำเนินการทีมเครือข่าย ผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ	อ.วังชิ้น		อ.สอง, อ.เด่นชัย	
2. เฝ้าระวังครัวเรือนที่มีเด็ก อายุต่ำกว่า 2 ปี และใช้คอก กั้นเด็ก (Playpen)	บูรณาการการส่งเสริม สุขภาพตามกลุ่มวัย	เชื่อมโยง งานพัฒนา ศูนย์เด็กเล็ก		
3. สอบสวนการจมน้ำเด็ก ทุกราย		1ราย (อ.ลอง)		

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- การบริหารจัดการ จังหวัดแพร่เป็นพื้นที่เสี่ยงน้อย (สีเขียว) การกระตุ้นสร้างและสนับสนุน ต้องอาศัยการสร้างแรงจูงใจกระตุ้นให้พื้นที่ดำเนินการ และการให้ชุมชนมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
แหล่งน้ำเสี่ยง พื้นที่เสี่ยงมีหลายประเภท และสร้างความตระหนักและการให้ความสำคัญต่อปัญหาการป้องกันเด็กจมน้ำในระดับชุมชนของ ผู้นำ ประชาชน และผู้ปกครองเด็ก ยังไม่ครอบคลุม ไม่มีเจ้าภาพหลัก ขับเคลื่อนดำเนินการในพื้นที่อย่างชัดเจน	การใช้ประโยชน์วิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่ เพื่อกำหนดมาตรการขับเคลื่อนการป้องกันการจมน้ำ แนวทางแก้ไขแหล่งน้ำเสี่ยง การจัดการสิ่งแวดล้อม ด้วยการบริหารจัดการใช้ทรัพยากรในชุมชนด้วยการบูรณาการของเครือข่ายพื้นที่ชุมชน ศูนย์เด็กเล็ก ท้องถิ่น และสถานศึกษา

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- การนํานโยบายไปสู่การปฏิบัติในแต่ละบริบทของพื้นที่ การสื่อสารสาธารณะผลักดันในชุมชนท้องถิ่น สอดแทรกในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มวัยก่อนเรียนและวัยเรียน

ผู้รายงาน : นางเยาวเรศ อิศระเศรษฐพงศ์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ 31 พฤษภาคม 2561

โทรศัพท์ 08 9554 2195

E - mail : yaowared_pph@yahoo.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

KPI : อัตราตายจากเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร)

- สถานการณ์/ สภาพปัญหา

ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดแพร่ งบประมาณปี 2561 จำนวน 6,264 รายคิดเป็นอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน 1,392.81 ต่อแสน ปชก. แหล่งข้อมูล : งานเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 19 สาเหตุของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 -31 พฤษภาคม 2561

ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ของจังหวัดแพร่ จำนวน 98 ราย คิดเป็นอัตราตาย 21.28 ต่อแสนประชากร

สาเหตุ: ขับรถเร็วเกินกำหนด ร้อยละ 71.43, ตัดหน้ากระชั้นชิด ร้อยละ 11.22 , เมาสุรา ร้อยละ 6.12 หลับใน ร้อยละ 3.06 , แชนจ์รถผิดกฎหมาย ร้อยละ 1.02

ยานพาหนะ : รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 65.30 , รถเก๋ง ร้อยละ 17.35, รถปิคอัพ ร้อยละ 7.14

บริเวณจุดเกิดเหตุ : เส้นทางตรง ร้อยละ 59.18 , ทางโค้ง ร้อยละ 23.46 , ทางแยก ร้อยละ 9.18

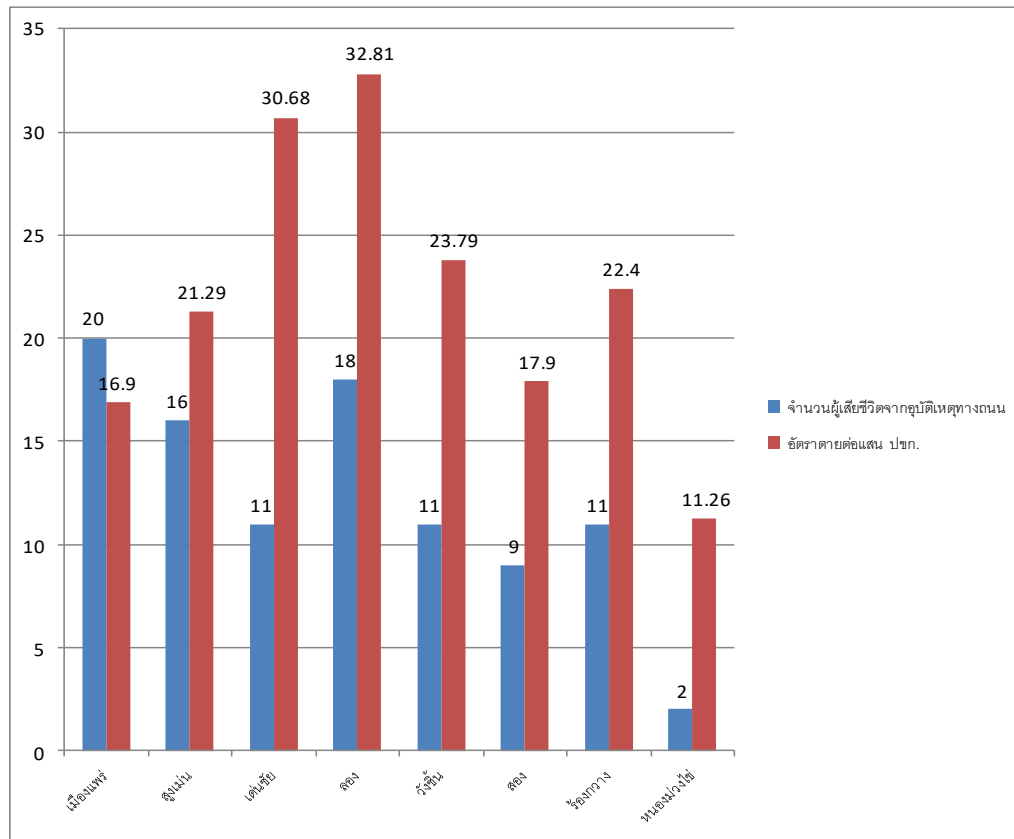
ประเภทถนน : ถนนกรมทางหลวง ร้อยละ 56.12 , ถนนอบต.,ในหมู่บ้าน ร้อยละ 17.34, ถนนทางหลวงชนบท และ ถนนในเมือง(เทศบาล) ร้อยละ 9.18,

ช่วงเวลา : อุบัติการณ์สูงสุดคือ ช่วงเวลา 00.01 - 04.00 น. และ เวลา 16.01 – 20.00 น. ร้อยละ 21.42

ผู้เสียชีวิต : ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.79 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 15.31

ที่อยู่ประจำ เป็นคนในพื้นที่ (ในตำบล) ร้อยละ 66.32 ,คนนอกพื้นที่ (นอกเขตจังหวัด) ร้อยละ 24.48 คนนอกพื้นที่ (ในจังหวัด) ร้อยละ 9.18

แผนภูมิแสดงจำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน แยกรายอำเภอ ของจังหวัดแพร่
ปีงบประมาณ 2561 (ข้อมูล 1 ตค.60 - 31 พค.61)



จากข้อมูลอัตราตายต่อแสนประชากร พบว่า อำเภออัตราตายต่อแสนประชากร สูงสุดคือ อ.เด่นชัย 49.93, อ.สูงเม่น 33.05 , อ.ร้องกวาง 28.34 รองลงมา ได้แก่ อ.หนองม่วงไข่ อัตรา 27.95, อ.สอง อัตรา 27.66, อ.เมืองแพร่ อัตรา 25.25, อ.วังชิ้น อัตรา 17.25 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับอำเภอเสี่ยงสำคัญ เป้าหมายที่จะผลักดัน การดำเนินงาน D-RTI ได้แก่ อ.เมืองแพร่ , อ.เด่นชัย, อ.สูงเม่น

ข้อมูลบูรณาการ ข้อมูล 3 ฐาน จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนรายเดือน ของจังหวัดแพร่ รอบ 8 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2560 - 31 พฤษภาคม 2561) ปีงบประมาณ 2561

จำนวน ผู้เสียชีวิต	ตค.60	พย.60	ธค.60	มค.61	กพ.61	มีค.61	เมย.61	พค.61	รวม
สาธารณสุข	10	13	15	15	10	19	10	6	98
ตำรวจ	5	2	9	8	3	15	7	3	52
บริษัทกลาง	8	6	6	9	2	13	7	3	54
สรุปข้อมูล 3 ฐาน	10	13	15	15	10	19	10	6	98

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จรอบ 8 เดือน ปีงบประมาณ 2561

(ข้อมูล 1 ตุลาคม 60 – 31 พฤษภาคม 61)

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง แพร่	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้อง กวาง	สอง	หนอง ม่วงไข่	รวม
อัตรา การ	อัตรา(A/B* 100000)	16.90	21.29	30.68	32.81	23.79	22.40	17.90	11.26	21.89
เสียชีวิต จากการ	จำนวนผู้ เสียชีวิต	20	16	11	18	11	11	9	2	98
บาดเจ็บ ทาง	จากการ บาดเจ็บ									
ถนนต่อ	ทางถนน									
ประชา กรแสน คน	จำนวน ประชากร กลางปี	118,335	75,131	35,853	54,865	46,242	49,097	50,278	17,763	447,564

ปีงบประมาณ 2561 (ต.ค.60 - พ.ค. 61) พบผู้ป่วยอุบัติเหตุเสียชีวิต 98 ราย อัตราตายเท่ากับ 21.89 อำเภอที่มีอัตราตายด้วยอุบัติเหตุสูงที่สุด คือ อำเภอลอง อัตราตายเท่ากับ 32.81 ต่อแสน ปชก. รองลงมาคือ อำเภอเด่นชัยและอำเภอวังชิ้น เท่ากับ 30.68 และ 23.79 ต่อแสน ปชก. ตามลำดับ

● Essential Task

มาตรการดำเนิน งานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. มาตรการข้อมูล 4 • Integration of Data 3 ฐาน • IS online • Investigation • Information	จังหวัดมีการบูร ณาการข้อมูลการ ตายและเสนอ ข้อมูลการตาย ต่อ ศปถ.จังหวัด	มีการอบรม IS online		รพช.ทั้ง 7 แห่ง ใช้ระบบ IS Online
ผลการดำเนินงาน	AAR งาน RTI จังหวัด อำเภอ	รพ.แพร่ มีและใช้ IS online	มีการติดตามประเมินผล MOU คปสอ. งาน RTI	
2. มาตรการป้องกัน	จังหวัดแพร่ ปลอดภัยเพิ่มวินัย จราจร	ขับเคลื่อนภายใต้ คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	การเปิดปฏิบัติการอย่างเข้มข้น ภารกิจสำคัญ (การป้องกันและ ลดอุบัติเหตุทางถนน)	

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลการดำเนินงาน	• เดือนมกราคม รณรงค์ช่วง เทศกาลปีใหม่ • เดือนเมษายน รณรงค์ช่วง เทศกาล สงกรานต์ • เดือนกรกฎาคม รณรงค์ช่วง เข้าพรรษา • เดือนกันยายน รณรงค์ช่วงสิ้น ปีงบประมาณ และการ เกษียณอายุ ราชการ • เดือน พฤศจิกายน รณรงค์ช่วง เทศกาลลอย กระทง	ดำเนินงาน ในประเด็น งานRTIผ่าน พขอ. ทั้ง 8 อำเภอ การกวดขันจับกุมผู้กระทำความผิดกฎหมายจราจร 10 ข้อหาหลัก (10 รสขม) 2. จัดให้มีธรรมนูญ หมู่บ้าน/ชุมชนด้านความปลอดภัยทางถนน 3. ทุกหน่วยงานจัดทำ ประกาศ เรื่อง มาตรการ องค์กรด้านความปลอดภัย ทางถนน 4. กำชับให้ข้าราชการ พนักงาน เจ้าหน้าที่ ปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดี ในการปฏิบัติตาม กฎหมาย/นโยบายความปลอดภัยทางถนน 5. ดำเนินการรณรงค์ช่วง เทศกาลปีใหม่และ สงกรานต์	1. บังคับใช้กฎหมายจราจรอย่าง เข้มข้น • กวดขันจับกุมผู้กระทำความผิด กฎหมายจราจร 10 ข้อหาหลัก (10รสขม) โดยให้ปฏิบัติ เหมือนกันทุกอำเภอ และสถานี ตำรวจภูธรทุกแห่ง • จังหวัดเรียกพบผู้กระทำความผิด กฎหมายจราจร • สร้างจิตสำนึกให้กับผู้กระทำความผิดกฎหมายจราจร โดย ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่ และ นายอำเภอ • การลงโทษทางสังคมกับ ผู้กระทำความผิดกฎหมายจราจรโดย ใช้ “ดาวพิเศษ” ภาคประชาชน 2. หมู่บ้านชุมชนเข้มแข็งด้าน ความปลอดภัยทางถนน • จัดตั้งด้านชุมชนที่มีคุณภาพ • จัดให้มีธรรมนูญหมู่บ้าน/ ชุมชนด้านความปลอดภัยทาง ถนนเพื่อให้หมู่บ้าน/ชุมชนกำกับ ดูแลคนในหมู่บ้าน/ชุมชน • คนในหมู่บ้าน/ชุมชนต้องสวม หมวกนิรภัย 100% 3. เยาวชนสวมหมวกนิรภัย 100% • สถานศึกษาจัดทำประกาศ เรื่อง มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน • สถานศึกษามีระบบควบคุม กำกับ เฝ้าระวัง สอดส่อง ดูแล ให้บุคลากรทางการศึกษา นักเรียน และนักศึกษาสวม หมวกนิรภัยในทุกครั้งที่มีการใช้ รถ	

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
			• การนำความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนบรรจุในกิจกรรม“การลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้” • ยานพาหนะที่ขับขึ้นรถจักรยานยนต์ต้องมีใบอนุญาตขับขี่ 100% • กำกับดูแลและควบคุมรถรับ-ส่งนักเรียนให้มีความปลอดภัย • มอบเกียรติบัตรให้กับสถานศึกษาที่นักเรียน นักศึกษาปฏิบัติตามกฎจราจร สวมหมวกนิรภัยทุกคน 4. รัฐร่วมมือเพิ่มความปลอดภัยทางถนน • ทุกหน่วยงานทั้งภาคราชการ รัฐวิสาหกิจ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำประกาศ เรื่อง มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน • กำชับให้ข้าราชการ พนักงานเจ้าหน้าที่ ปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดี ในการปฏิบัติตามกฎหมาย/นโยบายความปลอดภัยทางถนน • ผู้บังคับบัญชาดำเนินการลงโทษทางวินัยข้าราชการ พนักงาน เจ้าหน้าที่ผู้กระทำความผิดกฎหมายจราจร เพื่อให้เป็นแบบอย่าง 5. เอกชนร่วมมือเพิ่มความปลอดภัยถนน • สถานประกอบการทุกแห่งในจังหวัดแพร่กำหนดมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน • สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดแพร่	

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
			ควบคุม กำกับ ให้สถานประกอบการทุกแห่งในจังหวัดแพร่ ดำเนินมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน	
3. มาตรการรักษา 2 EIR (EMS,ER, In-hos คุณภาพ Referral System)	มีการดำเนินงานตาม Service Plan	ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเรียกใช้บริการ 1669อย่างน้อย70 %	ผู้บาดเจ็บสีแดง นำส่งด้วยหน่วย ALS อย่างน้อย 85 %	
ผลการดำเนินงาน		ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเรียกใช้บริการ 1669ร้อยละ 71.48	ผู้บาดเจ็บสีแดง นำส่งด้วยหน่วย ALS ร้อยละ56.78	

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

1. ความเชื่อมโยง การบูรณาการ หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ยังไม่ต่อเนื่อง ครอบคลุม
2. ประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ขับรถเร็ว , เมาแล้วขับ ,ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย , ไม่สวมหมวกนิรภัย

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1 . ไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จตามตัวชี้วัด (KPI) ที่กำหนดและความไม่ครอบคลุมต่อเนื่องของหน่วย งาน, ภาคส่วนราชการ, โรงเรียน, ท้องถิ่น ในแนวทางมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาดอุบัติเหตุทางถนน	1. กำหนดเป็นเชิงนโยบายรัฐบาล ผลักดันกำหนดตัวชี้วัด กพร. และ หน่วยงานท้องถิ่น 2. จัดทำแผนการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด และ ควรได้รับการสนับสนุน งานบริการจัดการ ทีมงาน วัสดุ การฝึกอบรม Coaching พัฒนาศักยภาพคนทำงานในพื้นที่ทุกระดับ ในบพัฒนาจังหวัด (งบเฉพาะ) 3. ศูนย์ความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด ควรจัดประชุมติดตาม แผนงานแก้ไขปัญา สนับสนุนสร้างมาตรการให้เกิดขึ้นกับ ประชาชน , หน่วยงานราชการ อย่างน้อย ไตรมาสละ 1 ครั้ง หรือ ทุกเดือน

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
	4. MOU หน่วยงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น , โรงเรียน จัดกิจกรรมปลูกจิตสำนึกประชาชนในพื้นที่ สร้างความตระหนักตระหนัก เรื่อง ความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนให้เกิดการมีส่วนร่วม ประชาคม ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งต้องประสานงานติดตามผลในระยะต่อเนื่อง 5. มีการบังคับใช้กฎหมายที่เคร่งครัดต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามกฎและวินัยจราจรการจำกัดความเร็วของรถ

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

กลไกกำกับขับเคลื่อน นโยบายภาพรวม โดย ศปถ.จังหวัด ร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องทั้งมาตรการบังคับใช้กฎหมายด้านจราจรอย่างเข้ม หมู่บ้านชุมชนเข้มแข็ง ด้านความปลอดภัยทางถนน ,สถานศึกษา ชุมชนสวมหมวกนิรภัย 100 % ,ภาครัฐร่วมใจเพิ่มความปลอดภัยทางถนน เพิ่มวินัยจราจร ลงโทษทางวินัยข้าราชการ,พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้กระทำความผิดกฎหมายจราจร เพื่อเป็นแบบอย่าง รวมถึง สถานประกอบการ ภาคเอกชน

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- รพ.หนองม่วงไข่,ร.ร.ร้องกวางอนุสรณ์,อบต.บ้านหนุน ต.บ้านหนุน อ.สอง จ.แพร่ ได้รับรางวัล หน่วยงานต้นแบบขับเคลื่อนมาตรการองค์กรป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนประจำปี 2561
- นโยบายระดับจังหวัดโดยผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่ กำหนดวาระจังหวัดในการเปิดปฏิบัติการอย่างเข้มข้นภารกิจสำคัญ 3 ภารกิจ (การป้องกันและแก้ไขยาเสพติด,การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน,และการบริหารจัดการขยะ) ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมปฏิบัติการและดำเนินการ : มาตรการ “ รัฐร่วมใจเพิ่มความปลอดภัยทางถนน” อย่างต่อเนื่องและจริงจัง

ผู้รายงาน : นางเยาวเรศ อิศระเศรษฐพงศ์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ 31 พฤษภาคม 2561

โทรศัพท์ 08 9554 2195

E - mail : yaowared_pph@yahoo.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

KPI : - อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40

- อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10

Monitor : - ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

● สถานการณ์

ปี 2560 จังหวัดแพร่ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 25,932 ราย คิดเป็น 13,784.52 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 5.19 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 67,260 ราย คิดเป็น 35,753.01 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.55 จังหวัดแพร่ได้ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่าประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองเบาหวานร้อยละ 93.48 เสี่ยงต่อเบาหวานร้อยละ 7.54 และเสี่ยงสูงร้อยละ 0.86 ประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปี 2559 ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ร้อยละ 92.51 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 3.36 และประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 94.53 พบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.44 และเสี่ยงสูงร้อยละ 7.89 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ปี 2559 พบอัตรา 743.20 ต่อแสนประชากรและใน ปี 2560 พบอัตรา 772.06 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี 2559 พบอัตรา 2308.65 ต่อแสนประชากรและใน ปี 2560 พบอัตรา 2108.89 ต่อแสนประชากร (ข้อมูลจากรายงาน HDC วันที่ 16 พ.ย 60)

● การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40

ตารางที่ 1 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานปี2561 (ข้อมูลHDC 31/05/61)

อำเภอ	ผลการคัดกรองเบาหวาน		
	เป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ
เมืองแพร่	53,641	51,710	97.47
ร้องกวาง	19,996	19,457	98.13
ลอง	23,128	22,817	96.47
สูงเม่น	34,140	33,071	97.72
เด่นชัย	13,851	13,355	96.66

สอง	21,877	21,221	90.63
วังขึ้น	19,979	19,300	97.40
หนองม่วงไข่	7,895	7,595	97.31
รวม	194,507	185,526	97.41

ตารางที่ 2 อัตรากลุ่มเสี่ยงเบาหวานจากการคัดกรอง ปีที่ผ่านมา ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ปี 2561 (ข้อมูล HDC 31/05/61)

อำเภอ	ผลการตรวจน้ำตาลซ้ำในปี 2561		
	เป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ
เมืองแพร่	3,603	3,444	95.59
ร้องกวาง	2,669	2,608	97.71
ลอง	1,412	1,372	97.17
สูงเม่น	1,983	1,924	97.02
เด่นชัย	1,291	1,253	97.06
สอง	898	840	93.54
วังชิ้น	3,080	3,010	97.73
หนองม่วงไข่	1,535	1,496	97.46
รวม	16,471	15,947	96.82

ตารางที่ 3 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปี 2561 (ข้อมูล HDC 31/05/61)

อำเภอ	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน		
	กลุ่มเสี่ยง	เป็น DM รายใหม่	ร้อยละ
เมืองแพร่	3,392	64	1.89
ร้องกวาง	2,608	37	1.42
ลอง	1,397	21	1.5
สูงเม่น	1,935	32	1.65
เด่นชัย	1,177	17	1.44
สอง	861	22	2.56
วังชิ้น	2,700	22	0.81
หนองม่วงไข่	1,516	27	1.78
รวม	15,586	242	1.55

ตารางที่ 4 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ปี 2561 (ข้อมูลHDC 31/05/61)

อำเภอ	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่		
	เป้าหมาย	เบาหวานรายใหม่	อัตราต่อแสนประชากร
เมืองแพร่	118,776	576	484.9
ร้องกวาง	49,389	220	445.4
ลอง	55,106	270	489.9
สูงเม่น	75,630	347	458.8
เด่นชัย	36,048	128	355.1
สอง	50,604	182	359.6
วังชิ้น	46,374	155	334.2
หนองม่วงไข่	17,883	80	447.3
รวม	449,810	1,958	435.3

จากผลการดำเนินงานพบว่า ในปี 2561 (ตุลาคม – 31 พฤษภาคม 2561) จังหวัดแพร่ ได้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 1,958 คน คิดเป็นอัตรา 435.3 ต่อแสนประชากร โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีที่ผ่านมา จำนวน 242 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.55 จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หรือร้อยละ 12.35 จากผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมด

2. อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10

ตารางที่ 5 ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และกลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูง ปี 2561 (ข้อมูลHDC 31/05/61)

อำเภอ	ผลการคัดกรองความดันโลหิตสูง และกลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูง					
	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	สงสัยป่วยด้วย ความดันโลหิตสูง	มีผลวัดความดัน โลหิตที่บ้าน	ร้อยละ
เมืองแพร่	44,472	43,376	97.54	2,262	425	18.79
ร้องกวาง	14,814	14,505	97.91	2,020	398	19.70
ลอง	20,330	19,650	96.66	1,348	192	14.24
สูงเม่น	25,670	25,003	97.40	2,505	225	8.98
เด่นชัย	10,992	10,644	96.83	485	85	17.53
สอง	17,384	16,994	97.76	1,350	141	10.44
วังชิ้น	16,263	15,852	97.47	1,374	135	9.83
หนองม่วงไข่	6,029	6,889	97.68	584	148	25.34
รวม	155,963	151,921	97.41	11,928	1,750	14.66

ตารางที่ 6 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี 2561 (ข้อมูลHDC 31/05/61)

อำเภอ	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล			
เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วย	ได้รับการคัดกรอง	คุมได้ดี	ร้อยละ
เมืองแพร่	7,867	3,845	1,631	20.74
ร้องกวาง	2,229	873	363	16.29
ลอง	2,999	1,181	563	18.77
สูงเม่น	5,842	696	346	5.92
เด่นชัย	2,048	157	50	2.44
สอง	2,409	300	139	5.77
วังชิ้น	2,111	504	247	11.70
หนองม่วงไข่	1,083	828	167	15.42
รวม	26,588	7,638	506	13.19

ตารางที่ 7 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีปี2561 (ข้อมูลHDC 31/05/61)

อำเภอ	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี			
เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วย	ได้รับการคัดกรอง	คุมได้ดี	ร้อยละ
เมืองแพร่	17,901	10,779	5,363	29.96
ร้องกวาง	7,807	5,814	3,409	43.67
ลอง	6,905	5,046	3,035	43.95
สูงเม่น	14,693	9,876	4,597	31.29
เด่นชัย	5,253	3,890	2,496	43.71
สอง	7,228	4,957	2,416	33.43
วังชิ้น	6,038	4,025	1,861	30.83
หนองม่วงไข่	3,024	2,388	1,178	38.96
รวม	68,847	46,775	24,155	35.09

แผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหา

โครงการ/กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	แหล่งงบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
1. ประชุมคณะกรรมการ NCD Board เพื่อชี้แจงการดำเนินงานและติดตามการดำเนินงาน(ร่วมกับการประชุม กวป. ประจำเดือน)	คณะกรรมการ สสจ./สสอ./รพ	ทุกเดือน	-	กลุ่มงาน NCD
2. ประชุมคณะกรรมการ CIPO NCDs คณะกรรมการ Service Plansระดับจังหวัด	คณะกรรมการ	2 ครั้ง/ปี	สป.	กลุ่มงาน NCD
3. ประชุมคณะทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)ระดับจังหวัด/อำเภอ	ผู้รับผิดชอบงาน สสจ./สสอ./รพ. ระดับอำเภอ	ม.ค 61,เม.ย. 61,ก.ค 61 ทุก 3 เดือน	สป.	กลุ่มงาน NCD
4. การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้มีคุณภาพ โดยการตรวจประเมินผลการจัดเก็บในสถานบริการสาธารณสุขและติดตามผลการคัดกรองปัจจัยและภาวะแทรกซ้อน (คัดกรอง DM, HT/ประเมินความเสี่ยง CVD) แยกตามกลุ่มวัยคืนข้อมูลให้อำเภอ	รพ.ทุกแห่ง	ก.ค.61	สป.	กลุ่มงาน NCD/ สสอ./รพ.
5. เยี่ยมแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนาคุณภาพ/มาตรฐานระบบบริการ (คลินิกNCD คุณภาพ)	เจ้าหน้าที่ สร ระดับ รพ, รพสต.	8-9 มี.ค 61	สป.	กลุ่มงาน NCD/ สสอ./รพ.
6. พัฒนางค์ความรู้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม	รพ.ทุกแห่ง	ก.พ 61, สค 61	-	ร่วมกับงานยุทธศาสตร์

● ผลการดำเนินงานตาม Small Success

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.การค้นหา (กลุ่มเสี่ยง)	-การคัดกรองภาวะเสี่ยงในประชาชนอายุ ตั้งแต่35 ปีขึ้นไปทุกคน -กำหนด Time line ในการคัดกรอง -ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุศึกษาทุกราย -มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบ เพื่อกำกับ/ ติดตาม -มีการประชุมถ่ายทอดชี้แจงแนวทาง SMBP (Home BP)	-การคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายใน 6 เดือน -กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน -ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุศึกษาทุกราย -มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ ติดตาม - SMBP (Home BP) ร้อยละ 5	-มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม -ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุศึกษาทุกราย -มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบ เพื่อกำกับ/ติดตาม SMBP (Home BP) ร้อยละ 8	-มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบ เพื่อกำกับ/ติดตาม -ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุศึกษาทุกราย -กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน -มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบ เพื่อกำกับ/ติดตาม - SMBP(Home BP) ร้อยละ 10
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-คัดกรองDM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ค่าปริกษา >ร้อยละ 40	-คัดกรอง DM/HT ปชช.อายุ 35 ปีขึ้นไป และให้ค่าปริกษา > ร้อยละ 60	-คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไป และให้ค่าปริกษา > ร้อยละ 80	- คัดกรอง DM/HT ปชช.อายุ 35 ปีขึ้นไป และให้ค่าปริกษา > ร้อยละ 90
ผลการดำเนินงาน	-คัดกรอง HT ร้อยละ 94.53 - คัดกรอง DM ร้อยละ 93.48 -มีการประชุมชี้แจงแนวทาง SMBP (Home BP) 1 ครั้ง		-คัดกรอง HT ร้อยละ 97.41 -คัดกรอง DM ร้อยละ97.41 -มีการประชุมชี้แจงแนวทาง SMBP (Home BP) 1 ครั้ง -กลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 14.66	

มาตรการ ดำเนินงานใน พื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
2. การ ป้องกันระดับ ชุมชน	- เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา - ให้ผู้เชี่ยวชาญการป้องกัน การเกิดโรคและพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มต่าง เช่น นักเรียน ผู้นำชุมชน อสม. ,อศค. ชมรมต่างๆ -มีแผนการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์	- จัดทำสื่อต้นแบบในการรณรงค์สื่อสารเตือนภัย - รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และสื่อสารเตือนภัย - บูรณาการร่วมกับ ตำบลจัดการสุขภาพ - สถานประกอบการ ต่างๆสถานที่ทำงาน	-รณรงค์ประชาสัมพันธ์ และสื่อสารเตือนภัยบูรณาการ ร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพ -สถานประกอบการต่างๆ สถานที่ทำงาน 2. มีการนำสื่อต้นแบบไปใช้ในการประชาสัมพันธ์	-ดำเนินการตำบลต้นแบบในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	-มีแผนในการประชาสัมพันธ์	-มีสื่อต้นแบบในการรณรงค์	-มีกิจกรรมการรณรงค์ที่ชัดเจน	-มีตำบลต้นแบบอำเภอละ 1 แห่ง
ผลการ ดำเนินงาน	มีการประชุมในการชี้แจงแผนระดับจังหวัด 1 ครั้ง		-มีการดำเนินการรณรงค์ในวันเบาหวานโลก 1 ครั้ง/อำเภอ	
3.การป้องกัน ในสถาน บริการ(กลุ่ม ป่วย)	-ประเมิน CVD Risk ในPt. DM HT ผู้ที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ ได้รับการปรึกษารายบุคคลและการปรับพฤติกรรม -พัฒนาและสนับสนุนโปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk) -สนับสนุนการจัดตั้งคลินิก DPAC ทุกสถานบริการ -กระตุ้นให้มี Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ S	-ประเมิน CVD Risk ใน Pt. DM HT ผู้ที่มี CVD Riskสูง$\geq 30\%$ ได้รับการปรึกษา รายบุคคลและการปรับพฤติกรรม -พัฒนาระบบคลินิก NCD คุณภาพ, CKD Clinic - พัฒนาและสนับสนุนชุดองค์ความรู้ในการดำเนินงานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - มีกระบวนการสื่อสารความเสี่ยง	- พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพ อบรม Care manager อาสาสมัคร แกนนำ ประจำ ครอบครัว - พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล ในเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยเมื่อส่งกลับ Refer back STEMI ,Warfarin และHeart Failure รับยาไกล์บ้าน	-การพัฒนาคุณภาพการบริการและเชื่อมโยงการให้บริการระดับชุมชนกับสถานบริการในระดับชุมชนกับสถานบริการ -จัดให้มีแพทย์ที่ปรึกษาในการรักษาโรค NCD CUP ละ 1คน เพื่อให้คำปรึกษาในกรณีผู้ป่วยที่Uncontrolled - จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย NCDs
ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 30%	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 50%	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 70%	- อัตราผู้ป่วยรายใหม่เบาหวานลดลงจากเดิมร้อยละ 5 และความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ 2.5

มาตรการ ดำเนินงานใน พื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		- ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 25 - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 20 - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4ml/min/1.73m²/yr ร้อยละ 35 - โรงพยาบาลมีการประเมินตนเอง ตามแบบประเมิน NCD คลินิกคุณภาพ		- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 90% - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 50 - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 40 - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4ml/min/1.73m²/yr ร้อยละ 66 - รพ. ผ่านการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ โดยคณะทำงานระดับจังหวัด - อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง ร้อยละ 2 - อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน ร้อยละ 7
ผลการดำเนินงาน	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk ร้อยละ 59.52	- ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 25	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk ร้อยละ 90.16 - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 35.09 - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 13.19 - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ GFR < 4ml/min/1.73 m²/yr ร้อยละ 57.47	

มาตรการ ดำเนินงานใน พื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
			- โรงพยาบาลมีการประเมิน ตนเองตามแบบประเมิน NCD คลินิกคุณภาพ	
4. การบริหาร จัดการ	1. จัดทำแผนการ ดำเนินงานระดับจังหวัด 2. ประชุมคณะทำงาน (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการ กำกับ/ติดตามงานและ ข้อมูล	1.การกำกับ ติดตาม และประเมินผล ร่วมกับงาน ยุทธศาสตร์ 2.ประชุมคณะทำงาน (ร่วมกับ กวป.)เพื่อ การกำกับ/ติดตามงาน และข้อมูล	1. ประชุมคณะทำงาน (ร่วมกับ กวป.) เพื่อการกำกับ/ ติดตามงานและข้อมูล	1.การกำกับ ติดตามและ ประเมินผล ร่วมกับงาน ยุทธศาสตร์ 2.ประชุมคณะทำงาน (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการ กำกับ/ติดตามงานและ ข้อมูล
ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	-มีแผนการดำเนินงาน ระดับจังหวัด -มีการประชุมคณะ ทำงาน	-มีการนิเทศ ติดตาม และประเมินผล	-มีการประชุมคณะทำงาน	-มีการนิเทศ ติดตามและ ประเมินผล -มีรายงานการนิเทศงาน
ผลการ ดำเนินงาน	-มีแผนการดำเนินงาน -มีการประชุม 2 ครั้ง		-มีแผนการดำเนินงาน -มีการประชุมร่วมกับ ทีม Service Plan 2 ครั้ง	

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบ
ความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการ
ตรวจติดตาม

- จังหวัดแพร่ มีเครือข่ายในการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) แบ่งเป็นแต่ละ
สาขาคือสาขา NCD, สาขาหลอดเลือดหัวใจ, สาขาโรคหลอดเลือดสมอง, สาขา COPD และสาขาตา โดยมีทีม
โรงพยาบาลแพร่เป็นแกนนำแต่ละสาขา

- มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นพยาบาลรายกรณี (Case manager, Mini case manager) ในทุก
รพ. และมี Nurse Coordinator ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด

- มีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโรคเรื้อรังเพื่อสนับสนุนการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

- มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนา Service Plan โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากร เครือข่าย การจัดระบบ
บริการตามศักยภาพของหน่วยบริการ การจัดประชุมวิชาการที่จำเป็น การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ

● ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. ตัวชี้วัด / KPI ของกระทรวง/ กรม/สำนักฯ ล่าช้ามีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่ม/ลด ตลอดเวลาทำให้ผู้ปฏิบัติงาน เกิดความสับสน	- ควรที่จะ คิด ตัวชี้วัด/ เกณฑ์/ Template ให้แล้วเสร็จก่อนสิ้น ปีงบประมาณ และ ควรแจ้งมาที่ จังหวัด/พื้นที่ก่อนสิ้นปีงบประมาณ เพื่อที่จะได้วางแผนในการดำเนินงาน /จัดทำโครงการ - ควรศึกษาบริบทของพื้นที่ก่อนที่จะจัดตั้งตัวชี้วัดและกำหนดให้พื้นที่	- แต่ละตัวชี้วัดควรกำหนดให้แล้วเสร็จก่อน ปีงบประมาณใหม่และควรใช้ตัวเดิมในระยะ 3-5 ปี เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ เนื่องจากงาน NCD ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติงานถ้าเปลี่ยนตัวชี้วัด ทุกปีจะวัดผลไม่ได้
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยง Pre – DM / Pre - HT มีจำนวนมาก ทำให้การจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงไม่ครอบคลุม และไม่มีคุณภาพ.	- ประชาชนขาดความตระหนักในการจัดการสุขภาพตนเองเนื่องจาก ความก้าวหน้าของโรคต้องใช้เวลาดังกล่าวการไม่เด่นชัดและยัง สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามปกติ - ครอบคลุม ชุมชนขาดการมีส่วนร่วม - การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ยังไม่มี ประสิทธิภาพมากพอ - ภาครี้อย (โรงเรียน โรงงาน อบต. สถานบริการภาครัฐ /เอกชน)มีส่วนร่วมลดปัจจัยเสี่ยงน้อย	- เน้นการสื่อสารและบริการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ทั้งในสถานบริการและในชุมชนโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย และชุมชนในการจัดการสุขภาพ และ สิ่งแวดล้อม - เน้นคุณภาพการดำเนินงาน DPAC Clinic เพื่อ รองรับกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลทุกแห่ง และมี Clinic ให้คำปรึกษาพฤติกรรม ใน โรงพยาบาลชุมชน - พัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งใน รพ. และรพ.สต. ภายใต้การให้บริการคลินิกปรับเปลี่ยน พฤติกรรม (DPAC) และคลินิก NCD
- ผู้ป่วย DM / HT มีจำนวนมาก ทำให้การจัดบริการการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม	การจัดบริการการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม	- การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพให้ผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ในระดับ รพศ/รพช.ทุกแห่ง - การพัฒนาทีมตรวจเยี่ยม /การตรวจสอบ มาตรฐานทางห้องปฏิบัติการและแลกเปลี่ยน เรียนรู้ - จัดหางบประมาณให้เพียงพอ สำหรับการตรวจภาวะแทรกซ้อน โดย เครือข่าย - บริหารจัดการระบบการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่นระบบการตรวจตา เท้า LAB ฯลฯ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ระบบโปรแกรมของแต่ละรพ. การคีย์ข้อมูลพบปัญหาในการส่งออก 43 แฟ้มทำให้การรายงานไม่ครบถ้วนทำให้การรายงานให้ผลได้น้อยกว่าที่ดำเนินการจริง	- ระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อมีการเปลี่ยนแปลงและมีการเพิ่มข้อมูลในการจัดเก็บทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีการปรับตลอดเวลา	- ควรมีการพัฒนาบบข้อมูลตามเกณฑ์ตัวชี้วัดและความต้องการของหน่วยบริการเพื่อใช้ในวางแผนงานแก้ไขปัญหาและการติดตาม ประเมินผล - มีการตรวจสอบและคืนข้อมูลเป็นระยะๆ - มีการสรุปแนวทางและระดับส่วนกลางจัดทำคู่มือให้

● แผนงาน/กิจกรรมที่จะดำเนินงานต่อ

1. การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนยังไม่ครอบคลุมเช่น การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งจะต้องเร่งรัดดำเนินงานทั้งเชิงรับ และเชิงรุกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการพิการ
2. ประชาชนยังไม่ตระหนักและแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคซึ่งต้องสร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพต่อไป
3. ประสานทีมงานพื้นที่เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
4. ประชุมทีมงาน/คณะทำงานจัดทำ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน/วางแผนปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานให้สอดคล้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง
5. สนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรฐาน NCD คุณภาพ และบูรณาการงานร่วมกับ CKD คลินิก
6. ร่วมกับทีม Service plan สาขาที่เกี่ยวข้องออกเยี่ยมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อร่วมพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วย
7. ส่ง case manager ร่วมประชุมวิชาการ การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อทั้งระดับ เขตสุขภาพ และระดับ กรมฯ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้
8. จัดทำฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

ผู้รายงาน นางศิริรัตน์ ภูตันติกุล

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

วัน/เดือน/ปี 11 มิถุนายน 2561

โทร 08 4687 4984

e-mail sirirat037@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

KPI : ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

ในระดับพื้นฐาน ขึ้นไป และมีระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

จังหวัดแพร่มีโรงพยาบาลทั้งหมด 8 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง คือโรงพยาบาลแพร่ และโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง คือ โรงพยาบาลสูงเม่น โรงพยาบาลวังชิ้น โรงพยาบาลลอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ โรงพยาบาลร้องกวาง และโรงพยาบาลสอง ทุกโรงพยาบาลมีการดำเนินการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean Hospital โดยกำหนดให้มีการส่งแบบประเมินตนเองภายในเดือน กุมภาพันธ์ 2561 และมีการตรวจประเมินโดยคณะตรวจประเมินระดับจังหวัด ในเดือน มิถุนายน 2561

โดยมีผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลตามมาตรฐาน Green & Clean Hospital ในปี 2561 ดังนี้

1. ผ่านระดับดีมาก 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.5 (รพ.หนองม่วงไข่ และรพ.สอง)
2. ผ่านระดับดี 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 (รพ.แพร่,รพ.ลอง,รพ.ร้องกวาง,รพ.สูงเม่น และรพ.ร.เด่นชัย)
3. ผ่านระดับพื้นฐาน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 37.5 (รพ.วังชิ้น)

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน Green&Clean Hospital ระดับจังหวัด	- มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน Green&Clean Hospital ระดับจังหวัด 1 ครั้ง	-	-	-
2. มีการประเมินตนเองของโรงพยาบาลตามมาตรฐาน Green & Clean Hospital	- ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ในระดับพื้นฐานขึ้นไป	- ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ในระดับพื้นฐานขึ้นไป	- ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ในระดับพื้นฐานขึ้นไป	- ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ในระดับพื้นฐานขึ้นไป

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
3. มีแผนการติดตาม ความก้าวหน้าในการ เนิงาน และการตรวจ ประเมิน	-	-	- มีระดับดีมาก 1 แห่ง - มีการตรวจประเมิน 1 ครั้ง (มิถุนายน 2561)	- มีระดับดีมาก 1 แห่ง -
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- โรงพยาบาลรับทราบ นโยบายในการ ดำเนินงานและ สามารถขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม มาตรฐาน Green&Clean Hospital - โรงพยาบาลทุกแห่ง มีผลการประเมิน ตนเอง ตามมาตรฐาน Green & Clean Hospital ใน ระดับพื้นฐานขึ้นไป	- โรงพยาบาลทุกแห่ง มีผลการประเมิน ตนเอง ตามมาตรฐาน Green & Clean Hospital ใน ระดับพื้นฐานขึ้นไป	- โรงพยาบาลทุกแห่ง ได้รับการตรวจ ประเมิน 1 ครั้ง	- โรงพยาบาลทุกแห่ง ได้รับการติดตามความ ก้าวหน้าในการ ดำเนินงาน และมีผลการประเมิน ตามมาตรฐาน Green & Clean Hospital ใน ระดับพื้นฐานขึ้นไปครบ ทุกแห่ง และมีผลการ ดำเนินงานดีมาก อย่าง น้อย 1 แห่ง
ผลการดำเนินงาน	- โรงพยาบาลรับทราบ นโยบายในการ ดำเนินงานและ สามารถขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม มาตรฐาน Green&Clean Hospital ครบ 100 %	- โรงพยาบาลมีการ ประเมินตนเองมีผล การประเมิน ดังนี้ 1.ผ่านระดับดีมาก (รพ.หนองม่วงไข่ และ รพ.สอง) 2. ผ่านระดับดี (รพ.แพร่,รพ.ลอง,รพ. ร้องกวาง,รพ.สูงเม่น และรพ.เด่นชัย) 3. ผ่านระดับพื้นฐาน (รพ.วังชิ้น)	- มีแผนการตรวจ ประเมิน โรงพยาบาล ทุกแห่ง (12-22 มิย. 61)	-

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		จังหวัดแพร่								
		รพ.แพร่	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้องกวาง	สอง	หนองม่วงไข่	รวม
ร้อยละ 100 ของ	อัตรา (A/B*100)	-	-	-	-	-	-	-	-	100
โรงพยาบาล พัฒนานามัย สิ่งแวดล้อมได้ ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ใน ระดับพื้นฐานขึ้น ไป	จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน เกณฑ์ในระดับพื้นฐานขึ้น ไป (A)	ดี	ดี	ดี	ดี	พื้นฐาน	ดี	ดีมาก	ดีมาก	8
	จำนวนโรงพยาบาลที่เข้า ร่วมประเมินทั้งหมด (B)	-	-	-	-	-	-	-	-	8

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- มีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานหลักในบาง โรงพยาบาล ทำให้มีการขับเคลื่อนงานที่ติดขัดและ ขาดการต่อเนื่อง	- สนับสนุนให้มีการถ่ายทอดองค์ความรู้และการมีส่วน ร่วมในการขับเคลื่อนในรูปแบบคณะทำงาน เพื่อทดแทน การขาดหายไปของตัวบุคคล
- การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในประเด็นที่เกี่ยวกับ ระบบอาคารโครงสร้างและงบประมาณ ยังไม่สามารถ ดำเนินการได้	- ให้มีการทบทวนและสำรวจความต้องการ รวมถึงการ จัดทำแผนงานและงบประมาณรองรับการปรับเปลี่ยนใน อนาคต

ผู้รายงาน นายอัครศักดิ์ แสนยศ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
28 พฤษภาคม 2561
โทร 08-9997-9895
e-mail: exspeed_933@hotmail.com

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

- 13) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
- 14) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 15) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) /ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)
- 16) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง
- 17) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- 18) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้
- 19) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 20) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m²/yr
- 21) อัตราส่วนของจำนวนผู้ป่วยยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
- 22) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission)
- 23) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
- 24) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)
- 25) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
- 26) จำนวนเมืองสมุนไพร

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561
เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561
คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

KPI : ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

- สถานการณ์

การดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ปี 2559 – 2560 จำนวนที่เปิด 8 ทีม (ข้อมูลการขึ้นทะเบียน PCC) สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกหมอครอบครัว โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

ทีมคลินิกหมอครอบครัว	เปิดดำเนินการ ปี 2559 - 2560		ระบุข้อที่ไม่ผ่าน
	ลงทะเบียน	ผ่านเกณฑ์	
1. ศสม.ร้องขอ	✓	✓	
2. รพ.สต.ป่าเมต	✓		ข้อ 1
3. รพ.สต.ป่าสัก	✓	✓	
4. รพ.สต.ร้องกวาง	✓	✓	
5. รพ.สต.เวียงทอง	✓		ข้อ 1
6. รพ.สต.บ้านกาศ	✓		ข้อ 1
7. รพ.สต.พระหลวง	✓		ข้อ 1
8. รพ.สต.ปากกาง	✓		ข้อ 1

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (3S)

- การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

1.1 ผลการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี 2561

- 1) จำนวนคลินิกหมอครอบครัวทั้งหมด (ตามแผนการจัดตั้งปี 2561) จำนวน 10 แห่ง
 - ทีมคลินิกหมอครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวและเปิดดำเนินการแล้ว จำนวน 5 แห่ง (รอบันทึกในระบบลงทะเบียน) คิดเป็นร้อยละ 50 ของแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี 2561
 - ทีมคลินิกหมอครอบครัวซึ่งกำลังดำเนินการตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวปี 2561 (ระบุ วัน/เดือน/ ที่เปิดทำการ)

ทีมคลินิกหมอครอบครัว	ผ่านเกณฑ์			แผนการเปิด ระบุวัน / เดือน / ปีที่เปิดดำเนินการ
	Structure	Staff	System	
1 รพ.สต.กาญจนา	✓	✓	✓	9 ตุลาคม 2560
2 รพ.สต.สวนเขื่อน	✓	✓	✓	9 ตุลาคม 2560
3 รพ.สต.ช่อแฮ	✓	✓	✓	9 ตุลาคม 2560
4 สอน.แม่จั่วะ	✓	✓	✓	1 ตุลาคม 2560
5 รพ.สต.เตาปูน	✓	✓	✓	1 ตุลาคม 2560
6 เทศบาลเมืองแพร่	✓		✓	1 ตุลาคม 2560
7 รพ.สต.สะเอียบ	✓		✓	1 ตุลาคม 2560
8 รพ.สต.หัวเมือง	✓		✓	1 ตุลาคม 2560
9 รพ.สต.ดอนแก้ว	✓		✓	1 ตุลาคม 2560
10 ปฐมภูมิ รพ.สอง	✓		✓	1 ตุลาคม 2560

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (3S)

1.2 ผลการดำเนินงานประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ไม่ผ่าน

ลำดับ	ชื่อทีมคลินิกหมอครอบครัว	แนวทางการพัฒนา
ก	คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการ ปี 2559 - 2560	
	รพ.สต.ป่าเมต	วางแผนแพทย์ FM แพทย์อบรมระยะสั้น
	รพ.สต.เวียงทอง	วางแผนแพทย์ FM แพทย์อบรมระยะสั้น
	รพ.สต.บ้านกาศ	วางแผนแพทย์ FM แพทย์อบรมระยะสั้น
	รพ.สต.พระหลวง	วางแผนแพทย์ FM แพทย์อบรมระยะสั้น
	รพ.สต.ปากกาง	เพิ่มการปฏิบัติงานแพทย์ 3 วัน/สัปดาห์
ข	คลินิกหมอครอบครัวที่จะเปิดดำเนินการ ปี 2561	
	เทศบาลเมืองแพร่	วางแผนแพทย์ FM แพทย์อบรมระยะสั้น
	รพ.สต.สะเอียบ	เพิ่มการปฏิบัติงานแพทย์ 3 วัน/สัปดาห์
	รพ.สต.หัวเมือง	เพิ่มการปฏิบัติงานแพทย์ 3 วัน/สัปดาห์
	รพ.สต.ดอนแก้ว	เพิ่มการปฏิบัติงานแพทย์ 3 วัน/สัปดาห์
	ปฐมภูมิ รพ.สอง	เพิ่มการปฏิบัติงานแพทย์ 3 วัน/สัปดาห์

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

- การขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- แพทย์ FM, แพทย์อบรมเวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น ปฏิบัติงานไม่ครบ 3 วัน/สัปดาห์

● ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
ขาดแพทย์ FM ,แพทย์อบรมเวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น	วางแผนเตรียมแพทย์เรียนFM และอบรมระยะสั้น	วางแผนพัฒนาผลิตแพทย์ FM และแพทย์อบรมระยะสั้น
แพทย์ FM, แพทย์อบรมเวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้นปฏิบัติงานไม่ครบ 3 วัน/สัปดาห์	เพิ่มวันลงปฏิบัติงานใน PCC	

● ข้อเสนอแนะนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- การปรับเกณฑ์ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ บนความขาดแคลนแพทย์ FM
- บทบาทของคลินิกหมอครอบครัวให้มีความสำคัญกับ Primary Medical Care มากกว่า Primary Health Care ควรบูรณาการเชื่อมโยงกันทั้งสองส่วน

เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (3S)

STRUCTURESที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ☐ ในโรงพยาบาล ☐ รพศ. ☐ รพท. ☐ รพช.
☐ ใน รพ.สต. / สอน. ☐ อื่นๆ

STAFF

1.แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงาน 3 วัน/สัปดาห์

2.พยาบาลวิชาชีพ 2 คน

3.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน

SYSTEM

4.มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน และตามบริบทของพื้นที่

5.มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

6.ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก โดยใช้เทคโนโลยี Application/LINE หรือ โทรศัพท์/ SMS

7.ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า

8.การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน

9.ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ

10.ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล

ผู้รายงาน....นายสิทธิศักดิ์ สิริภักตร์ชัย...

ตำแหน่ง...นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ...

วัน/เดือน/ปี...14 มิถุนายน 2561...

โทร. 02644165 e-mail :sitisak.sit@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

KPI : อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าร้อยละ 7

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลแพร่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการ จำนวน 1,000 1,212 และ 1,165 ราย ในปี 2558 2559 และ 2560 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยแบ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ร้อยละ 70.46 โรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 29.54 พบอัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ร้อยละ 2.55 อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 31.58 อัตราการเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track 20.90 18.32 และ 21.37 มีการบริหารการให้ยาละลายลิ้มเลือดที่แผนก ER และ ICU med จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดคิดเป็น ร้อยละ 2.95 5.80 และ 9.84 ตามลำดับ โรงพยาบาลแพร่เป็นแม่ข่ายให้โรงพยาบาลอำเภอในจังหวัด จำนวน 7 โรงพยาบาล ซึ่งต้องส่งต่อผู้ป่วยมาให้ยาละลายลิ้มเลือดด้วย และยังไม่มี stroke unit

จากข้อมูล พบว่า อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเกินเป้าหมาย อัตรา Door to needle time มากกว่า 60 นาที โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 70, 88 และ 77 นาที ตามลำดับ ประชาชนยังขาดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่ทราบประโยชน์ของความเร่งด่วนในการเข้ารับการรักษา

● การดำเนินงานของพื้นที่

1. จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ขนาดใหญ่โดยการสนับสนุนของเขต แจกจ่ายไปตามอำเภอเพื่อติดตั้งในชุมชน
2. ร่วมมือกับสาขา NCD ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองกับประชาชน ในงานวันเบาหวานโลก ที่กาดสามวัย อ.เมือง จ.แพร่ ในรูปแบบกิจกรรม interactive และกิจกรรมบนเวที
3. พัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ้มเลือดให้รวดเร็วเพิ่มขึ้น จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นแก่พนักงานหน่วยเคลื่อนย้าย พัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องฉุกเฉิน
4. ติดตามประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากรโรงพยาบาล
5. จัดอบรมเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย วางแผนส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรม Basic/Advance stroke Case manager การพยาบาลเฉพาะทาง

●(Essential Task)

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ด้วยการให้ Primary prevention	จัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์รณรงค์เตือนโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรม: เดิน			

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	วิ่ง ปั่น ป้องกันอัมพาต ร่วมกับทีม NCD ที่ภาค สามวัย จ.แพร่ 17/11/61			
2. คุณภาพบริการ	ทบทวนปัญหา ปรับปรุง ข้อบกพร่อง SFT, CPG ตามรอยกระบวนการ ดูแล (Internal process)	พัฒนาบุคลากร เครือข่าย ร่วมกับรพ. ประสานเชียงใหม่ โดยจัดประชุมวิชาการ วันที่ 22-23 มี.ค.61 เพื่อการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่อง	พัฒนาศักยภาพ พยาบาล ให้เข้า ร่วมอบรม Basic stroke, Advance stroke, จำนวน 2- 3คนต่อปี	พยาบาลวิชาชีพ อบรมเฉพาะทาง (stroke nurse) 1 คน (สค.61)

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด ร้อยละ	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี2561 Q1	ปี2561 Q1-2
1. อัตราตายผู้ป่วย Stroke ทั้งหมด	≤7	10.40	10.64	12.5 (35/280)	12 (74/606)
1.1 อัตราตาย Ischemic Stroke	≤7	3.31	2.55	4.83 (10/207)	4 (17/427)
1.2 อัตราตาย Hemorrhagic Stroke	≤ 25	26.70	31.58	34.25 (25/73)	32 (57/179)
2. อัตราการเข้าถึงระบบ SFT ภายใน 4.5 ชม.	≥20	18.32	21.37	18.57 (52/280)	23 (142/606)
3. อัตราผู้ป่วย Acute Stroke ได้รับยา rtPA	≥ 30	5.80	9.84	7.25 (15/207)	8 (34/427)
4. ระยะเวลาเฉลี่ยการได้รับยาภายใน 60 นาที	60min	88	77	65.8	71
5. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยา ภายใน 60 นาที	≥ 80	10.20	44.44	53.33 (8/15)	44 (15/34)

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงาน

1. ขาดแคลนบุคลากร

- ศัลยแพทย์ระบบประสาทมีไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มหลอดเลือดสมองแตก

- ขาดแคลนพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง
 - บุคลากรในการดูแลต่อเนื่องขาดแคลน ส่งผลต่อการดูแลในระดับ intermediate care ขาดประสิทธิภาพ
2. ยังไม่มีการจัดตั้ง stroke units
 3. การดูแลและป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงใน NCD ทั้งจังหวัดขาดประสิทธิภาพ มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี
 4. การประสานงานสู่ผู้นำชุมชนซึ่งจะมีศักยภาพในการประชาสัมพันธ์และทางนโยบายต่อชุมชนมากกว่า อสม.

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
ขาดบุคลากรดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จัดสรรบุคลากรไปเรียนเฉพาะทาง ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และจัดสรรศักยภาพระบบประสาทให้เพียงพอเหมาะสม
บุคลากรในรพช. ในการดูแล IMC ขาดแคลน	ส่งเสริมให้มีนักกิจกรรมบำบัดใน รพช. ส่งเสริมให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยผ่านการอบรมระยะสั้นต่างๆ ของเจ้าหน้าที่ รพช.
การดูแลในระดับ IMC ยังขาดประสิทธิภาพ	จัดอบรมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรใน รพช. ในการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง
การเข้าถึงชุมชน การกระจายข้อมูลไม่ทั่วถึง	ประสานงานร่วมกับผู้นำในแต่ละชุมชน เพื่อร่วมกันผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ป้องกันโรค NCD ให้ทั่วถึง เช่น วิทยุชุมชน เสียงตามสาย
การป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงใน NCD	ร่วมรณรงค์กับผู้นำในแต่ละชุมชน เพื่อพัฒนาระบบ primary prevention ให้มากขึ้น
ขาดแคลน stroke unit	- จัดสรรพื้นที่หอผู้ป่วย ให้เป็นพื้นที่สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ วางแผนจัดตั้ง Stroke Unit ในปี 62

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. การพัฒนาระบบ software ในระดับเขตที่มีมาตรฐานเป็นเอกภาพ สะดวกในการใช้งาน
2. การบูรณาการ Service plan ที่เกี่ยวข้องให้เชื่อมโยงกันทางนโยบาย แผนงาน ตัวชี้วัด เพื่อให้การปฏิบัติงานในพื้นที่มีความสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
3. การสนับสนุนงบประมาณการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ผู้รายงาน นพ.สันติชัย ศรีปณิธาน

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

นางกัลยา ปวงจันทร์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

E-mail : kanlaya9513@gmail.com

086-1173817

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561
เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561
คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

KPI : การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

- ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการข้อมูลด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

● สถานการณ์

1. ผลการดำเนินงาน RDU ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2561

ระดับ	(จำนวน)	ร้อยละที่ผ่าน (เป้าหมายไตรมาส 1 > 60%)			ร้อยละที่ผ่าน (เป้าหมายไตรมาส 1 > 5%)		
		RDU1	RDU2	RDU ขั้นที่ 1	RDU1	RDU2	RDU ขั้นที่ 2
แพร่	(8)	100.00(5)	100.00(8)	100.00(8)	0.00(0)	0.00(0)	00.00(0)

ในไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2561 จังหวัดแพร่ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ทุกโรงพยาบาลทั้งหมด 8 แห่ง และ รพ.สต. ทุกแห่ง ซึ่งผลการดำเนินงาน RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละอำเภอที่สามารถดำเนินการผ่านตามเกณฑ์ได้ จำนวน 8 แห่ง (ร้อยละ 100.00) และผลการดำเนินงาน RDU ขั้นที่ 2 ร้อยละอำเภอที่สามารถดำเนินการผ่านตามเกณฑ์ได้ จำนวน 0 แห่ง (ร้อยละ 00.00)

แผนการดำเนินงานดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ของจังหวัดแพร่ ในปีงบประมาณ 2561 มีดังนี้ คือ

- 1) ระดับจังหวัดและระดับอำเภอวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเกณฑ์เป้าหมาย และกำหนดมาตรการเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเกณฑ์เป้าหมาย
- 2) ให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้สั่งใช้ยาและหน่วยบริการ และสรุปผลการดำเนินงานเสนอต่อ คณะกรรมการ ระดับจังหวัด (คณะกรรมการ service plan RDU, คณะกรรมการ กวป.)
- 3) สร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งระดับโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 4) บูรณาการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลใน service plan สาขาที่เกี่ยวข้อง
- 5) ประเมินผล และกำกับ ติดตาม การดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทุก 3 เดือน

2. ผลการวิเคราะห์ 6 AB เพื่อหาแนวทางในการพัฒนา

ประเด็น	ข้อค้นพบ	แนวทางพัฒนา
1. Structure-Function	- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ระดับ จังหวัดและระดับอำเภอ ขาดความเข้มแข็ง และการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	- จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง - แลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานระดับ จังหวัด และออกตรวจเยี่ยมการทำงาน ในระดับอำเภอ เพื่อสร้างความเข้มแข็ง ของคณะกรรมการ

ประเด็น	ข้อค้นพบ	แนวทางพัฒนา
3.Framework	- ขาดงบประมาณในการพัฒนาอบรมวิชาการและการ ลงนิเทศกำกับติดตามในระดับจังหวัด	- ให้ระดับอำเภอสนับสนุนงบประมาณ ในการพัฒนาอบรมวิชาการ - นิเทศกำกับติดตามบูรณาการร่วมกับการ ดำเนินงานอื่นๆ
4.Essential List/Task	- จังหวัดแพร่ ไม่ผ่านเป้าหมายระยะสั้น (small success) RDU ขั้นที่ 2 • RDU ขั้นที่ 1 $\geq$ ร้อยละ 70 • RDU ขั้นที่ 2 $\geq$ ร้อยละ 10	- พัฒนา RDU ขั้นที่ 2 ในโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิ
5.Activity/Project	- การทำงานระดับจังหวัดเน้นการดำเนินงานใน รูปแบบการประชุมคณะกรรมการ ขาดกิจกรรมการ พัฒนาอบรมวิชาการและการลงนิเทศกำกับติดตาม พื้นที่	- บูรณาการร่วมกับการดำเนินงานอื่นๆ และใช้ช่องทางหรือสื่อสิ่งพิมพ์ให้ ความรู้วิชาการ
6.M&E Monitoring and Evaluation	- การติดตามการดำเนินงานผ่านการประชุม คณะกรรมการ ขาดการลงนิเทศกำกับติดตามในพื้นที่	- บูรณาการร่วมกับการงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น งานเฝ้าระวังการปฐมภูมิ , งานคุ้มครองผู้บริโภค , งานเยี่ยมบ้าน ด้านยา เป็นต้น

3. ผลการวิเคราะห์ PIRAB เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน

PIRAB	GAP	โอกาสในการพัฒนา	ผลความก้าวหน้าการดำเนินงาน
P (พันธมิตร)	- ขาดความเข้มแข็งและความร่วมมือ ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	- พัฒนาเครือข่ายและรูปแบบการ ดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย	- อยู่ระหว่างการพัฒนาเครือข่าย และรูปแบบการดำเนินงานร่วมกับ เครือข่าย ใน 8 อำเภอ
I (การ ลงทุน)	- ขาดงบประมาณในการพัฒนา อบรมวิชาการและการลงนิเทศกำกับ ติดตาม	- บูรณาการร่วมกับการงานอื่นๆที่ เกี่ยวข้อง เช่น งานเฝ้าระวังการปฐม ภูมิ , งานคุ้มครองผู้บริโภค , งาน เยี่ยมบ้านด้านยา เป็นต้น	- ได้บูรณาการร่วมกับการงานอื่นๆที่ เกี่ยวข้อง เช่น งานเฝ้าระวังการปฐม ภูมิ , งานคุ้มครองผู้บริโภค , งาน เยี่ยมบ้านด้านยา เป็นต้น
R (การ ควบคุม)	- การติดตามการดำเนินงานผ่านการ ประชุมคณะกรรมการ ขาดการลง นิเทศกำกับติดตามในพื้นที่	- บูรณาการร่วมกับการงานอื่นๆที่ เกี่ยวข้อง เช่น งานเฝ้าระวังการปฐม ภูมิ , งานคุ้มครองผู้บริโภค , งาน เยี่ยมบ้านด้านยา เป็นต้น	- ได้บูรณาการร่วมกับการงานอื่นๆที่ เกี่ยวข้อง เช่น งานเฝ้าระวังการปฐม ภูมิ , งานคุ้มครองผู้บริโภค , งาน เยี่ยมบ้านด้านยา เป็นต้น
A (กระแส)	- ขาดการเผยแพร่นโยบายอย่าง ทั่วถึงในผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทุกระดับ - การกระตุ้น รมรณรงค์ กำกับติดตาม การดำเนินงานในโรงพยาบาลและ หน่วยบริการปฐมภูมิ ขาดความ สม่ำเสมอและต่อเนื่อง	- เผยแพร่นโยบายอย่างทั่วถึงในผู้ ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทุกระดับ โดย คณะกรรมการระดับอำเภอ - เพิ่มช่องทางกระตุ้น รมรณรงค์ กำกับ ติดตาม เช่น กลุ่มไลน์ , การประชุม ผู้บริหารระดับอำเภอ , ระบบการ รายงาน HDC	- มีการเผยแพร่นโยบายและผล การดำเนินงาน RDU ในการ ประชุมคณะกรรมการเฝ้าระวังการ และการบำบัด จังหวัดแพร่

PIRAB	GAP	โอกาสในการพัฒนา	ผลความก้าวหน้าการดำเนินงาน
B (สร้าง ศักยภาพ)	- เจ้าหน้าที่ที่มารับฟังการชี้แจงและ อบรมวิชาการการใช้ยาอย่างสม เหตุผล มีการผลัดเปลี่ยนกันมา ประชุม ทำให้ไม่เกิดความต่อเนื่อง	- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพและเรียนรู้ กระบวนการวิเคราะห์การ ดำเนินงาน ร่วมกันระหว่างเครือข่าย ระดับอำเภอและระดับจังหวัด	- กำหนดจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ไตรมาสที่ 2 และ 3)

4. การวิเคราะห์ ADLI (+BP)

ประเด็น	กิจกรรม	รายละเอียด
A: Approach แผนปฏิบัติ	1.กำหนดนโยบาย จัดทำข้อตกลง(MOU) และตัวชี้วัดรายบุคคล(KPI) ครอบคลุม ผู้ปฏิบัติงานทุกพื้นที่ ทุกระดับ 2.สร้างแรงจูงใจในการทำงานโดยการ บริหารงบประมาณ	1.ตัวชี้วัด RDU เป็นตัวชี้วัด PA ระดับกระทรวง จังหวัดแพร่ จึงได้กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดระดับอำเภอด้วย โดยโรงพยาบาล บางแห่งมีการกำหนดเป็นนโยบายระดับโรงพยาบาลและเป็น ตัวชี้วัดของเภสัชกรที่รับผิดชอบงาน RDU 2.โรงพยาบาลทุกแห่งได้จัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการ ดำเนินงานโครงการ RDU
D: Deploy การปฏิบัติ	3.ผู้บริหารให้ความสำคัญติดตาม สั่งการ ลงพื้นที่ ด้วยตนเอง	3.ผู้บริหารเริ่มให้ความสำคัญและติดตามผลการดำเนินงานผ่าน การประชุมทั้งในระดับจังหวัด(ประชุม กวป.) และระดับอำเภอ (ประชุมคณะกรรมการ PCT,ประชุม คปสอ.)
L: Learning การปรับปรุง	4.ทีมและระบบติดตาม ตรวจสอบข้อมูล ผลการดำเนินงาน เช่น RDU Check (ICD-10), RDU 2016, LPPN 5.ระบบ/การติดตาม รายงานมูลค่าการ เบิกจ่ายยาปฏิชีวนะ 6.ปรับปรุงฉลากยา เช่น -ฉลากยา QR Code 3 ภาษา ไทย อังกฤษ เขมร -ฉลากยาพูดได้ 7.สื่อ RDU เช่น มีสื่อภาษาท้องถิ่น มีสื่อ ใน รพ.สต./รพ. ครบถ้วน 8.ระบบการทวนสอบการใช้ยาของ รพ. สต.โดยเภสัชกร(เภสัชกรปฐมภูมิ) 9.การนำสมุนไพรหรือการรักษา ทางเลือกอื่นทดแทน(First line drug)	4.ทีมคณะกรรมการ RDU ระดับจังหวัดและอำเภอ ติดตาม ตรวจสอบผลการดำเนินงาน ผ่านโปรแกรม RDU 2016 , HDC , ระบบรายงานของกองบริหารการสาธารณสุข 5.จัดทำ End user report จากโปรแกรม HosXP ในการดึง มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะใน URI, AD และ FTW และดึงข้อมูล จากโปรแกรมคลังยาในการประเมินการเบิกจ่ายยาปฏิชีวนะเป็น รายรพ.สต. 6.โรงพยาบาลทุกแห่งมีการดำเนินการจัดทำฉลากยา QR Code ภาษาไทย 7.รพ.เด่นชัยจัดทำไวนิลและสโปตเพลงพื้นบ้านของจังหวัด แพร่ คือ"ขอเมืองแพร่" เพื่อเผยแพร่และให้ความรู้เกี่ยวกับการ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้รพ.และรพ.สต.ทุกแห่งใน จังหวัดแพร่ 8.คณะกรรมการ RDU ระดับจังหวัด มีการคืนข้อมูลผลการ ดำเนินงาน RDU ให้ระดับอำเภอ เพื่อให้เภสัชกรที่รับผิดชอบ งาน RDU หรือเภสัชกรปฐมภูมิ ทวนสอบการใช้ยาของรพ.สต. 9.คณะกรรมการ PTC จังหวัดแพร่กำหนดให้รายการยาสมุนไพร ฟ้าทะลายโจร เป็นรายการยาสมุนไพรทางเลือก (first line drug) ในการรักษา non-bacterial URI

ประเด็น	กิจกรรม	รายละเอียด
I: Integration การบูรณาการ	10.การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์สาขาต่างๆ และครบทุก ภาคส่วน เช่น ร้านยา โรงเรียน(อย.น้อย) และชุมชน 11.การมีส่วนร่วมกับ RDU ในระดับเขต/ ภาค/ประเทศ	10.โรงพยาบาลมีการดำเนินงาน RDU ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์) และเครือข่าย ภาคประชาชน (อสม. , อย.น้อย ,โรงเรียนผู้สูงอายุ , ชุมชน) 11.ไม่มีส่วนร่วม RDU ระดับเขตเนื่องจากยังไม่มี การขับเคลื่อน RDU ในระดับเขต การมีส่วนร่วมในระดับประเทศ รพร.เด่นชัย ได้เข้าร่วมโครงการ RDU โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช 21 แห่งทั่วประเทศ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

1. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
2. รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
1. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล			
RDU 1 ขั้นที่ 1 และ 2	ดำเนินกิจกรรมตาม กฎแพ่ง PLEASE	1. ติดตามกิจกรรม ขั้นที่ 1 - ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติ - PTC เข้มแข็ง - ฉลากยามาตรฐาน - ตัวยาที่ไม่เหมาะสมออกจากบัญชียา โรงพยาบาล - ส่งเสริมจริยธรรมฯ 2. ติดตามกิจกรรม ขั้นที่ 2 - ลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นใน 4 กลุ่มโรค - ดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย โรคไต	RDU ขั้นที่ 1 $\geq 80 \%$ RDU ขั้นที่ 2 $\geq 20 \%$
2. รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ			
RDU 2 ขั้นที่ 1 และ 2	ลดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค ได้แก่ RI และ AD	ติดตามร้อยละของ รพ.สต. ใน CUP ที่ ใช้ยาปฏิชีวนะผ่านเกณฑ์ทั้ง RI และ AD	

● **Small Success**

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
RDU ขั้นที่ 1 $\geq$ ร้อยละ 60 RDU ขั้นที่ 2 $\geq$ ร้อยละ 5	RDU ขั้นที่ 1 $\geq$ ร้อยละ 70 RDU ขั้นที่ 2 $\geq$ ร้อยละ 10	RDU ขั้นที่ 1 $\geq$ ร้อยละ 80 RDU ขั้นที่ 2 $\geq$ ร้อยละ 15	RDU ขั้นที่ 1 $\geq$ ร้อยละ 80 RDU ขั้นที่ 2 $\geq$ ร้อยละ 20

- ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

1) สรุปผลการดำเนินงาน RDU ปีงบประมาณ 2561

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวม จังหวัด (ที่ผ่าน) (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด (ที่ผ่าน) - รอบ 2 (ข้อมูล ต.ค.60-มี.ค.61)
1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่าง สมเหตุผล (โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไข ตาม RDU1 และ รพ.สต.ผ่าน เงื่อนไขตามRDU2) เกณฑ์ตัวชี้วัด: 1. RDU ชั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของรพ.ทั้งหมด 2. RDU ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรพ.ทั้งหมด	เป้าหมาย (จำนวน รพ.ทั้งหมด)	8	8
		ผลงาน 1. จำนวน รพ. ผ่าน RDU ชั้นที่ 1	8	8
		RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ	100	100
		2. จำนวน รพ.ผ่าน RDU ชั้นที่ 2	0	0
		RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ	0	0

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

2) ผลการดำเนินงาน RDU ชั้นที่ 1 และชั้นที่ 2 ปีงบประมาณ 2560-2561

ปี	RDU	เป้าหมายตัวชี้วัด	A			S			M1-M2			F1-F2			รพ.สต.			สรุป		
			จน.	ผ่าน	%	จน.	ผ่าน	%	จน.	ผ่าน	%	จน.	ผ่าน	%	จน.	ผ่าน	%	จน.	ผ่าน	%
2560	RDU1	(5ตัว)	-	-	-	1	1	100	-	-	-	7	4	57.14	-	-	-	-	-	-
	*RDU2	≥40(2ตัว)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	5	62.50	-	-	-
	RDUชั้นที่1	≥80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	5	62.50
2561	RDU1	(5ตัว)	-	-	-	1	1	100	-	-	-	7	7	100	-	-	-	-	-	-
	**RDU2	≥40(2ตัว)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	8	100	-	-	-
	RDUชั้นที่1	≥80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	8	100
	RDU1	(12ตัว)	-	-	-	1	0	0.00	-	-	-	7	0	0.00	-	-	-	-	-	-
	**RDU2	≥60(2ตัว)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	4	50.00	-	-	-
	RDUชั้นที่2	≥20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	0	0.00

หมายเหตุ : *CUP (จำนวนกลุ่ม รพ.สต.) คัดตามจำนวนโรงพยาบาล

**จำนวน รพ.สต.ใน CUP นั้นๆทั้งหมด

3) ผลการดำเนินงาน RDU ขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 จำแนกตามโรงพยาบาล

รายชื่อรพ.	ระดับ	RDU 1 (ขั้นที่1)										RDU1 (ขั้นที่ 2)														RDU 2			สรุปผล RDU โรงพยาบาล ต่างๆ (ผ่าน/ตก)	
		1) ร้อยละการ สั่งใช้ยาใน บัญชียาหลัก แห่งชาติ		2) การ ดำเนินงานของ PTC ในการ ขึ้นาส่งเสริม RDU		3) รายการยา ที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ ในบัญชี รพ.		4) การ จัดทำ ฉลาก มาตรฐาน		5) การส่งเสริม จริยธรรมใน การจัดซื้อยา และส่งเสริม การขายยา		ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค								5) ร้อยละการ ใช้ Gliben clamide ใน DM สูงอายุ/ ไทรระดับ 3		6) ร้อยละการ ใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยไต ระดับ 3		7.) จำนวน สตรีตั้งครรภ์ที่ ใช้ยา Warfarin, Statin, Ergots		6) ร้อยละของ รพ.สต. ใน เครือข่ายระดับอำเภอที่ ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะ ทั้งโรค RI และ AD				
												1) RI		2) AD		3) FTW		4) APL												
		ผล	ผ่าน /ตก	ผล	ผ่าน /ตก	ผล	ผ่าน/ ตก	ผล	ผ่าน/ ตก	ผล	ผ่าน/ ตก	ผล	ผ่าน น/ ตก	ผล	ผ่าน/ ตก	ผล	ผ่าน น/ ตก	ผล	ผ่าน น/ ตก	ผล	ผ่าน /ตก	ผล	ผ่าน/ ตก	ผล	ผ่าน/ ตก	ผ่าน	ทั้งหมด	ร้อยละ	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2
1.แพร่	S	89.13	✓	3	✓	1	✓	3	✓	3	✓	35.05	x	16.61	✓	31.82	✓	76.36	x	0	✓	3.01	✓	0	✓	16	29	55.17	✓	x
2.สอง (2)	F2	99.18	✓	3	✓	0	✓	4	✓	4	✓	40.52	x	33.79	x	69.84	x	6.25	✓	0	✓	2.55	✓	0	✓	8	16	50.00	✓	x
3.ร่องวาง	F2	91.62	✓	3	✓	1	✓	3	✓	3	✓	31.35	x	19.27	✓	53.05	x	2.82	✓	0	✓	0.72	✓	0	✓	15	17	88.24	✓	x
4.หนองบัวไข	F2	92.24	✓	3	✓	0	✓	3	✓	3	✓	20.45	x	22.26	x	26.39	✓	0.00	✓	0	✓	1.06	✓	0	✓	3	6	50.00	✓	x
5.สูงเม่น	F2	93.99	✓	3	✓	1	✓	3	✓	3	✓	24.78	x	13.44	✓	51.61	x	0.00	✓	0	✓	0.00	✓	0	✓	12	17	70.59	✓	x
6.เด่นชัย	F1	95.27	✓	3	✓	0	✓	3	✓	3	✓	25.98	x	21.43	x	62.71	x	9.09	✓	0	✓	4.25	✓	0	✓	5	8	62.50	✓	x
7.ลอง	F2	94.12	✓	3	✓	0	✓	4	✓	3	✓	22.39	x	21.43	x	55.48	x	18.52	x	0	✓	1.92	✓	0	✓	9	14	64.29	✓	x
8.วังชิ้น	F2	92.36	✓	3	✓	1	✓	3	✓	3	✓	29.53	x	25.47	x	56.42	x	11.54	x	0	✓	0.19	✓	0	✓	10	17	58.82	✓	x
เกณฑ์เป้าหมาย		รพ. ระดับ A ≥ 75 % S ≥ 80% M1-M2 ≥ 85% F1-F3 ≥ 90%		ระดับ 3		≤ 1 รายการ		ระดับ 3		ระดับ 3		≤ ร้อยละ 20		≤ ร้อยละ 20		≤ ร้อยละ 40		≤ ร้อยละ 10		≤ ร้อยละ 5		≤ ร้อยละ 10		0 ราย		ขั้น 1 ≥ ร้อยละ 40 ขั้น 2 ≥ ร้อยละ 60			RDU1 ขั้น 1+RDU2 ขั้น 1	RDU1 ขั้น 2+RDU2 ขั้น 2

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

- ผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญในการดำเนินงานและกำกับติดตาม
- ความเข้าใจและความตระหนักของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
- ความถูกต้องของข้อมูล (Baseline Data)
- ความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วย

● ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับผิดชอบ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
แพทย์ผู้สั่งใช้ยาและเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ขาดความตระหนักในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	- ให้ผู้บริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการ RDU ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและเภสัชกรปฐมภูมิกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	
Service plan RDU ระดับเขต ขาดความต่อเนื่องในการขับเคลื่อน	- Service plan RDU ระดับเขต ควรดำเนินการขับเคลื่อนและกระตุ้นการดำเนินงานให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบลและชุมชน	
ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	- รณรงค์และประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชน ตั้งแต่ระดับประเทศ จนถึงระดับชุมชน	

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

● บุคลากรและคณะกรรมการ Service plan สาขาต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจและความตระหนักในการดำเนินงานโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลควรบูรณาการ ขี่แจงตัวชี้วัด ตั้งแต่ระดับประเทศ และระดับเขต เพื่อทำความเข้าใจกับบุคลากรและคณะกรรมการ Service plan สาขาต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

1) ผู้รายงาน นางสาวกนกนิตกัญญ์ ชุระกิจ (เภสัชกรชำนาญการ)

โทรศัพท์ 065-0159268 e-mail : gae96@hotmail.com

2) หัวหน้ากลุ่มงาน นายประเสริฐ กิตติประภัสร์ (เภสัชกรชำนาญการพิเศษ)

โทรศัพท์ 081-8845302 e-mail : pskt09@yahoo.com

วัน/เดือน/ปี 4 มิถุนายน 2561

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

KPI : ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

● สถานการณ์

จังหวัดแพร่ มีการพัฒนาคุณภาพบริการ (Quality of service) ตามแผนการพัฒนาคุณภาพบริการของจังหวัด (Service Plan) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน มีสุขภาวะ โดยมีการบูรณาการ การดำเนินงานของสถานบริการสุขภาพในทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทติยมภูมิ ตติยมภูมิ) ครอบคลุมโรงพยาบาลแพร่ เป็นโรงพยาบาลระดับ 5 ขนาด 500 เตียง แม่ข่ายที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดแพร่ทั้ง 7 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาล เด่นชัย สูงเม่น ลอง วังชิ้น หนองม่วงไข่ สองและร้องกวาง รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่งในจังหวัด โรงพยาบาลแพร่และโรงพยาบาลแพร่คริสเตียน และส่งออกเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เกินศักยภาพ ไปตามนัดและการขาดแพทย์เฉพาะทาง เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมให้มีความต่อเนื่องในการจัดบริการ รวมทั้งการสร้างระบบเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงกันในระดับจังหวัดและภายในเขตสุขภาพ โดยมีกรอบแนวคิด คือ 1) เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) 2) แนวคิดการพัฒนาเครือข่าย บริหารระดับจังหวัด (Province Health Service Network) 3) การจัดให้มีโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital cascade) เพื่อใช้ทรัพยากรในเครือข่ายที่มีจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุดทำให้เกิดการพัฒนาระบบส่งต่ออย่างต่อเนื่องส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างครอบคลุมตามเป้าหมายใน 4 โรคหลัก ประกอบด้วย สาขาหัวใจ (I 20- I 25) สาขามะเร็ง (C, D0 D 48) สาขาทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันและสาขาอุบัติเหตุ (V01-Y08) รวดเร็วลดขั้นตอนลดระยะเวลาและเชื่อมโยงการบริการจากโรงพยาบาลตามกระบวนการ CareProcess Improvement

● ผลการดำเนินงาน

ปี 2561 (ไตรมาส 1-2) สถิติการรับส่งต่อ (refer in) 14,947 ราย สถิติการส่งออก (refer out) 3875 ราย สถิติการส่งออก (refer out) โดยรพพยาบาล 150 รายลดลงคิดเป็น 7.41 % เนื่องจากนโยบาย ทบทวนการส่งออกนอกเขตจังหวัดและนอกเขตพื้นที่บริการ รวมทั้งการประสานเชื่อมโยงข้อมูลการส่งผู้ป่วย กลับมารักษาต่อตามสิทธิกรณีอาการทุเลา และโรงพยาบาลแพร่สามารถดูแลต่อเนื่องได้ทำให้สถิติการส่งออกนอก จังหวัดและนอกเขตลดลง เช่น สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การส่งออกนอกเขตพื้นที่บริการลดลง 50 % ไม่พบสถิติ การส่งออกนอกเขตพื้นที่ในสาขาทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ส่วนสาขามะเร็ง ส่งออกนอกเขต พื้นที่บริการเพิ่มขึ้นคิดเป็น 62.5 % ส่วนใหญ่เป็น OPD case ผู้ป่วยเลือกไปเอง โดยไปโรงพยาบาลรามาริบัติ 7 ราย โรงพยาบาลศิริราช 1 ราย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร 1 ราย โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 1 ราย และ โรคหัวใจสถิติการส่งออกนอกเขตไม่ลดลง (สถิติเท่ากับไตรมาส 1-2 ปี 2560) เนื่องจากเป็นความประสงค์ของ

ผู้ป่วย ผู้ป่วยสิทธิเบิกได้และกลับไปรักษาตามภูมิลำเนา พบในผู้ป่วย OPD ในไตรมาส 1-2 ไปโรงพยาบาล รามาธิบดี 2 ราย โรงพยาบาลภูมิพล 1 ราย โรงพยาบาลสวรรคโลก 1 ราย โรงพยาบาลพรมพิราม 1 ราย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1 ราย รวม 6 ราย สถิติการส่งกลับ (refer back) 4763 ราย IMC ศูนย์ ประสานรับส่งต่อจังหวัดแพร่ วิเคราะห์ส่งกลับข้อมูล คุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เปรียบเทียบข้อมูลระบบส่งต่อในแต่ละประเภท นำเข้าสู่การประชุมติดตาม และปรับปรุงพัฒนางาน

• การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

1. ผลการดำเนินงาน (ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ)

Service Plan สาขา	ส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ (ไตรมาส 1)			ส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ (ไตรมาส 2)			ส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ (ไตรมาส 3)		
	ปีงบประมาณ 2560 (1 ต.ค. 59 – 31 ธ.ค. 59)	ปีงบประมาณ 2561 (1 ต.ค. 60 – 31 ธ.ค. 60)	ลดลง / เพิ่มขึ้น ร้อยละ	ปีงบประมาณ 2560 (1 ม.ค. 60 – 31 มี.ค. 60)	ปีงบประมาณ 2561 (1 ม.ค. 61 – 31 มี.ค. 61)	ลดลง / เพิ่มขึ้น ร้อยละ	ปีงบประมาณ 2560 (1 เม.ย. 60 – 30 มิ.ย. 60)	ปีงบประมาณ 2561 (1 เม.ย. 61 – 30 มิ.ย. 61)	ลดลง / เพิ่มขึ้น ร้อยละ
โรคหัวใจ (รหัส I20 – I 25)	2	2	เท่าเดิม	2	2	เท่าเดิม			
โรคมะเร็ง (รหัส C และ D)	2	5	เพิ่มขึ้น	3	5	เพิ่มขึ้น			
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (รหัส V01 - Y98)	2	1	ลดลง	0	0	ลดลง			
ทารกแรกเกิด (รหัส วินิจฉัยที่ได้กอายุ น้อยกว่าหรือ เท่ากับ 28 วัน เทียบกับวันเกิด เพิ่ม PERSON)	0	0	0	0	0	0			
รวม	6	8	เพิ่มขึ้น	5	7	เพิ่มขึ้น			

2. ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

กิจกรรม	การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อ	1. การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ	ระดับจังหวัด ☐ ไม่มีคำสั่งคณะกรรมการ ☐ อยู่ระหว่างดำเนินการ ☒ มีคำสั่งคณะกรรมการ ตามคำสั่งที่ ...148/2530..... ชื่อคณะกรรมการ...คณะกรรมการระบบส่งต่อจังหวัดแพร่ ระดับเขตสุขภาพ ☐ ไม่มีคำสั่งคณะกรรมการ ☐ อยู่ระหว่างดำเนินการ ☒ มีคำสั่งคณะกรรมการ ตามคำสั่งที่ 1133 /2560..... ชื่อคณะกรรมการ....คณะกรรมการและอนุกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อ เขต 1
2. มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่/แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	2.1 มีแผนการดำเนินการพัฒนาระบบส่งต่อในสถานบริการ/จังหวัด/เขตสุขภาพ 2.2 มีแผนการลดการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่/แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	☐ ไม่มีแผนพัฒนาระบบส่งต่อ ☐ อยู่ระหว่างดำเนินการ ☒ มีแผนพัฒนาระบบส่งต่อ สรุปภาพรวมของแผนพัฒนาระบบส่งต่อ จัดวางแนวทางการส่งต่อภายในและภายนอกจังหวัด ระบบส่งต่อ (Thai refer – COC) จังหวัดแพร่ ครั้งที่1 /2560 ()17 ธันวาคม 2560
3. มีศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ	3.1 การจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ	ระดับจังหวัด ☐ ไม่มีผู้รับผิดชอบ ☒ มีผู้รับผิดชอบชัดเจน คือ ..ศูนย์ประสานรับส่งต่อโรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่ ... ระดับเขตสุขภาพ ☐ ไม่มีผู้รับผิดชอบ ☒ มีผู้รับผิดชอบชัดเจน คือ....เขต1 แบ่งตามโซนลานนา แพร่ โซนลานนา 2 มีโรงพยาบาลลำปางเป็นแม่ข่าย.....
	3.2 ระบบการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย	☐ ไม่มี ☒ มี...คู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย
4. มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัด และเขตสุขภาพที่เชื่อมโยงกับสถานบริการทุกระดับ	4.1 มีแนวทางการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ภายในจังหวัดและเขตสุขภาพ	☐ ไม่มี ☒ มี..... ภายในจังหวัด.....แพร่..... ภายในเขตสุขภาพ.....1.....

กิจกรรม	การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
	4.2 มีเครือข่าย/พังกำกับในการให้บริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยและรับกลับรวมถึงข้อตกลงในการดำเนินการอย่างชัดเจน	☐ ไม่มี ☒ มี..... หมายเหตุ : (ขอรายละเอียดพังกำกับในการให้บริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยและรับกลับรวมถึงข้อตกลงในการดำเนินการ)
	4.3 มีระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ	☐ ไม่มี ☒ มี ช่องทางการให้คำปรึกษา เช่น โทรศัพท์ ระบบ line หรือ E – mailโทรศัพท์ ระบบ line , e-mail.
5. มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย มีการพัฒนาฐานข้อมูลและระบบรายงานการส่งต่อผู้ป่วย	5.1 มีโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการในจังหวัด/เขตสุขภาพ/ส่วนกลาง	☐ ไม่มี ☒ มี โปรแกรมที่ใช้.....Thai refer
	5.2 มีการจัดทำฐานข้อมูลและระบบรายงานการส่งต่อผู้ป่วยที่เชื่อมโยงในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ	☐ ไม่มี ☒ มี
	5.3 มีการวิเคราะห์ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	☐ ไม่มี ☒ มี
	5.4 มีการจัดเก็บข้อมูล/รายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยเชื่อมโยงระบบสารสนเทศการส่งต่อกับส่วนกลาง (nRefer และ Health Data Center)	☐ ไม่มี ☒ มี

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

จังหวัดแพร่ได้มีข้อตกลงให้โรงพยาบาลทุกแห่ง ดำเนินการติดตั้งและใช้โปรแกรม Thai refer เพื่ออำนวยความสะดวกในเรื่องการประสานงานการรับ ส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งใน รพ.สต มีการลงโปรแกรม Thai refer ครบทุกแห่ง. แต่ยังพบประเด็นปัญหาการรับ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วนทุกพื้นที่ เนื่องจากสภาพภูมิประเทศ ในบางพื้นที่มีปัญหาเรื่องระบบ internet ภาระงาน จำนวนบุคลากร รวมทั้งโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด ไม่มีผู้รับผิดชอบข้อมูลในการประสานการส่งต่อ

ชัดเจน ขาดการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางบางสาขาเช่น สาขาศัลยกรรมประสาทสมอง CVT ขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วย มะเร็ง เป็นต้นทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง

โดยเฉพาะผู้ป่วย OPD case ข้อจำกัดของโปรแกรม Thai refer ไม่สามารถส่งกลับข้อมูล refer back ได้ การวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดไม่สามารถวิเคราะห์ได้ครบถ้วนต้องวิเคราะห์เพิ่มเติมจากฐานข้อมูลอื่น เช่น โปรแกรม Hos- xp ข้อมูลจากโปรแกรม Thai refer กับ n refer ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

● ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ข้อจำกัดแพทย์เฉพาะทาง / การขาดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ - ศูนย์ประสานรับส่งต่อไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง มีเฉพาะเวรเช้า / เวรบ่าย ในเวรตึกใช้เจ้าหน้าที่ร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉินภาระงานจำนวนมาก ทำให้พบปัญหาในการประสานงานในช่วงเวรตึก - โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดแพร่ยังไม่มีผู้รับผิดชอบประสานการส่งต่อที่ชัดเจน ในระดับ รพสต.มีการใช้โปรแกรม Thai refer น้อยทำให้การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง - การวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัดต้องใช้หลากหลายโปรแกรมจึงจะสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ - โปรแกรม Thai refer ยังมีข้อจำกัดหลายประเด็น เช่น การไม่เสถียรของข้อมูล / ไม่สามารถดึงข้อมูลส่งกลับได้ ไม่มีช่องทางการติดต่อผู้รับผิดชอบข้อมูลชัดเจน	-สนับสนุนแพทย์เฉพาะทาง / อุปกรณ์การแพทย์ -สนับสนุนผู้รับผิดชอบศูนย์ส่งต่อครอบคลุมตลอด 24 ชั่วโมง - จัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อทุกโรงพยาบาลชุมชนเต็มรูปแบบ -พัฒนาโปรแกรมสามารถเชื่อมโยงข้อมูลเข้าถึงข้อมูลในการรวบรวมวิเคราะห์ นำข้อมูลออกมาใช้ได้ -พัฒนาระบบโปรแกรม Thai refer ให้สามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง	-การพัฒนาโปรแกรม Thai refer อย่างต่อเนื่อง และสามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลอื่นเพื่อง่ายต่อการเข้าถึงและนำข้อมูลไปใช้ได้

ผู้รายงาน นางนงลักษณ์ ชัดแก้ว

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 20/6/61

โทรศัพท์ 086-9132659

e-mail : Noiems17@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

KPI : - ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (>ร้อยละ 20)

- จำนวนเมืองสมุนไพร (Herbal City) ภาคละ 2 จังหวัด

● สถานการณ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ แยกออกเป็นกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตั้งแต่วันที่ 16 มกราคม 2560 ปัจจุบัน มีจำนวนบุคลากรในกลุ่มงาน 4 คน คือ เกสัชกรชำนาญการ 1 คน นักวิชาการชำนาญการ 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน 1 คน เจ้าพนักงานธุรการ 1 คน และนักจัดการงานทั่วไป 1 คน

งานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาแพทย์แผนไทย จังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2561 เพื่อทำหน้าที่ในการ ประสาน รวบรวม และวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา ในระดับเครือข่าย จัดทำแผน พร้อมทั้งติดตามและประเมินผล ในการดำเนินงาน ซึ่งในปีงบประมาณ 2561 นี้ (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2561) มีผลการดำเนินงานดังนี้

ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลด้านบุคลากร (ข้อมูลปีงบประมาณ 2561)

อำเภอ	จำนวนบุคลากร (คน)					
	แพทย์แผนไทย	แพทย์ฝังเข็ม	แพทย์แผนจีน	จพ.แพทย์แผนไทย	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	หมอนวดไทย
เมือง	4	1	1	2	26	-
สอง	3	1	-	3	21	-
ร้องกวาง	1	1	-	-	4	-
หนองม่วงไข่	1	-	-	-	5	-
สูงเม่น	3	1	-	1	11	-
เด่นชัย	4	1	-	2	12	-
ลอง	2	-	-	-	4	-
วังชิ้น	1	-	-	-	5	1
รวม	21	4	1	7	88	1

ข้อมูลสถานพยาบาล (ข้อมูลปีงบประมาณ 2561)

อำเภอ	จำนวนสถานพยาบาล			โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งผลิตยาสมุนไพร (แห่ง)		จำนวนสถานพยาบาลเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ		
	รพท.	รพช.	รพ.สต.	ผ่าน GMP	ไม่ผ่าน GMP	รพท.	รพช.	รพ.สต.
เมือง	1	-	27	-	-	1	-	
สอง	-	1	16	-	1 (รับการตรวจประเมินในวันที่ 18-19 มิ.ย.61)		1	
ร้องกวาง	-	1	16	-	-			
หนองม่วงไข่	-	1	6	-	-			
สูงเม่น	-	1	16	-	-			1 (พระหลวง)
เด่นชัย	-	1	8	1	-		1	1 (สอน.แม่จั่ว)
ลอง	-	1	14	-	-			
วังชิ้น	-	1	17	-	-			
รวม	1	7	119	1	1	1	2	2

การดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า โรงพยาบาลที่มีการผลิตยาแผนไทยจำนวน 2 แห่ง คือ รพ.สอง และ รพ.เด่นชัย โดยผ่านมาตรฐาน WHO GMP ของโรงงานผลิตยาแล้ว 1 แห่ง คือ รพ.เด่นชัย ส่วน รพ.สอง ยังไม่ผ่านมาตรฐาน GMP ของโรงงานผลิตยา โดยกำลังดำเนินการปรับปรุงอาคารสถานที่ การจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ในการผลิต และการเตรียมเอกสาร เพื่อขอรับการประเมินมาตรฐาน GMP ตามแนวทาง WHO ซึ่งคาดว่าจะผ่านมาตรฐาน WHO GMP ภายในเดือนมิถุนายน 2561 โรงพยาบาลที่มีคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และเตรียมการเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ ระดับ รพท. คือ รพ.แพร่ ระดับ รพช. คือ รพ.สอง และ รพ.เด่นชัย และระดับ รพ.สต. คือ รพ.สต.พระหลวง และ สอน.เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านแม่จั่ว

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีการดำเนินงานเพื่อแก้ไขหรือพัฒนาในพื้นที่ โดย

1) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ รพ.เด่นชัย และรพ.สอง มีโรงงานผลิตยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน GMP และเพิ่มศักยภาพโรงงานผลิตยาสมุนไพรในโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง โดยดำเนินการขอรับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากงบพัฒนาจังหวัดแพร่ งบกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนบน 2 และงบภาคเหนือ

- รพ.เด่นชัย ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากงบกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนบน 2 โครงการภายใต้แนวทางการสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนให้กับเศรษฐกิจภายในประเทศ (งบกลางปี 2560) ในการดำเนินงานจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์เพื่อเพิ่มกำลังการผลิต รองรับปริมาณความต้องการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น และผ่านการประเมินแล้ว ในปีงบประมาณ 2560

- รพ.สอง ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากงบกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนบน 2 โครงการภายใต้แนวทางการสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนให้กับเศรษฐกิจภายในประเทศ (งบกลางปี 2560) ในการดำเนินงานปรับปรุงอาคารสถานที่ผลิต ให้ได้ตามมาตรฐาน WHO GMP และจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์เพื่อเพิ่มกำลังการผลิต รองรับปริมาณความต้องการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น และจะขอรับการประเมิน WHO GMP ในปีงบประมาณ 2561 (เดือนมิถุนายน 2561)

- สสจ.แพร่ ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากงบกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนบน 2 โครงการภายใต้แนวทางการสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนให้กับเศรษฐกิจภายในประเทศ (งบกลางปี 2560) ในการดำเนินงานประชาสัมพันธ์การใช้ยาสมุนไพรในจังหวัด และการควบคุมคุณภาพยาวัตถุดิบสมุนไพร และสมุนไพร ที่ผลิตจาก รพร.เด่นชัย และ รพ.สอง

2) ส่งเสริมและกระตุ้นให้มีการใช้บริการการแพทย์แผนไทย และการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐเพิ่มขึ้น โดยมีการจัดสรรงบประมาณ (งบ UC) ให้โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งผลิตยาสมุนไพร เพื่อกระจายยาสมุนไพร ให้กับโรงพยาบาล และ รพ.สต. ในจังหวัด อย่างต่อเนื่องทุกปี โดยแบ่งการจัดสรรเป็นสองโซน คือ

- โซนเหนือ รพ.สอง เป็นแหล่งผลิต กระจายยาให้ รพ.สอง รพ.ร้องกวาง รพ.หนองม่วงไข่ รพ.แพร่
- โซนใต้ รพร.เด่นชัย เป็นแหล่งผลิต กระจายยาให้ รพร.เด่นชัย รพ.สูงเม่น รพ.ลอง รพ.วังชิ้น

3) สนับสนุนให้ชุมชนมีการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้าน

4) ส่งเสริมให้ทีมงานวิจัยและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยและยาแผนไทยในหน่วยงานสถานบริการเครือข่าย ได้รับการเผยแพร่ และมีการนำมาใช้ประโยชน์ อย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง เพื่อเพิ่มการยอมรับและความมั่นใจในประสิทธิผลของการให้บริการการแพทย์แผนไทย และยาสมุนไพร

5) ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร First Line Drug คือ ขมิ้นชัน, ฟ้าทะลายโจร และยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน คือ มะขามแขกหรือชุมเห็ดเทศ, พญายอกลีเซอรีนหรือทิงเจอร์, บาล์มไพลหรือครีมไพล และเพชรสังฆาต

6) ส่งเสริมการดำเนินงาน Excellent Center (รพ.สอง stroke, GERD รพร.เด่นชัย โรคสะกดเงิน, มะเร็งตับ และ รพ.สูงเม่น รักษากระดูกหักด้วยศาสตร์พื้นบ้าน)

7) การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางเลือก

- การจัดบริการ OPD คู่ขนาน
- จัดบริการการแพทย์ผสมผสานในตึกผู้ป่วยใน
- การจัดคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ

นอกจากนี้ จังหวัดแพร่ยังมีเครือข่ายหมอพื้นบ้านในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ทั้ง 8 อำเภอ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จังหวัดแพร่ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์และมาตรการ ประสานงานและสนับสนุนการดำเนินการ รวมทั้งติดตามและประเมินผล ในการคุ้มครอง ส่งเสริม และพัฒนาการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ พร้อมกับจัดการองค์ความรู้และส่งเสริมภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน ด้านการแพทย์แผนไทย และสมุนไพร ให้สามารถนำมาใช้

ในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการรวมกลุ่มเพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายหมอพื้นบ้านอย่างต่อเนื่อง เช่น การรวบรวมตำรับตำรายาสมุนไพรในท้องถิ่นการประชุมเครือข่ายหมอพื้นบ้านในระดับจังหวัด การจัดมหกรรม การแพทย์แผนไทยระดับจังหวัด และการรวมกลุ่มศึกษาป้าชุมชนที่เป็นแหล่งสมุนไพรในจังหวัด เพื่อส่งเสริมการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย

● ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละ ประเด็น)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (จากฐานข้อมูล HDC TTM ณ วันที่ 31 พ.ค. 61)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ผลงาน	อำเภอ เมือง	อำเภอ สอง	อำเภอ ร้อง กวาง	อำเภอ หนอง ม่วงไข่	อำเภอ สูงเม่น	อำเภอ เด่นชัย	อำเภอ ลอง	อำเภอ วังชิ้น	ภาพรวม จังหวัด ไตรมาส 1 (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.60)	ภาพรวม จังหวัด ไตรมาส 2 (ข้อมูล ม.ค. – มี.ค.61)	ภาพรวม จังหวัด (ปีงบประมาณ 61) (ข้อมูล ต.ค. – พ.ค.61)
1	ร้อยละของผู้ป่วยนอก ได้รับบริการ การ แพทย์แผน ไทยและการ แพทย์ทาง เลือก ที่ได้มาตรฐาน (เป้า หมาย > ร้อยละ 20)	จำนวนผู้มา รับบริการ การ แพทย์แผน ไทย (ครึ่ง)	63,315	26,668	28,915	14,181	82,272	22,536	34,821	22,332	109,704	142,232	295,040
		จำนวนผู้มา รับบริการ ทั้งหมด (ครึ่ง)	320,591	98,146	104,659	44,963	150,063	77,669	106,745	100,109	414,697	451,972	1,002,945
		อัตรา/ร้อยละ	19.75	27.17	27.63	31.54	55.83	29.02	32.62	22.31	26.45	31.47	29.39

ผลการจัดบริการ (ข้อมูลปีงบประมาณ 2561)

อำเภอ	การให้ บริการ OPD คู่ขนาน	การจัดบริการ การแพทย์ ผสมผสานใน ตึกผู้ป่วยใน	การให้บริการคลินิก บริการการแพทย์ แผนไทยและการ แพทย์ทางเลือก	มูลค่าการใช้จ่ายแผนไทย (จากฐานข้อมูล HDC TTM)				
				ปี 60		ปี 61 (ข้อมูล 1 ต.ค. 60 – 31 พ.ค. 61)		ร้อยละที่ เพิ่มขึ้น จากปี 60
เมือง	1	1	1	1,392,532.37	0.53	797,796.71	0.56	0.03
สอง	1	1	1	1,519,296.00	7.65	952,471.00	8.04	0.39
ร้องกวาง	1	1	1	715,684.30	3.60	411,824.59	3.30	-0.30
หนองม่วงไข่	1	1	1	252,363.50	2.43	138,084.00	2.42	-0.01
สูงเม่น	1	1	1	1,401,804.96	3.90	646,151.17	3.21	0.69
เด่นชัย	1	1	1	1,083,644.30	5.10	689,370.54	5.26	0.16
ลอง	1	1	1	714,318.57	2.99	380,781.49	2.61	-0.38

อำเภอ	การให้บริการ OPD ชุมชน	การจัดบริการ การแพทย์ ผสมผสานใน ตึกผู้ป่วยใน	การให้บริการคลินิก บริการการแพทย์ แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	มูลค่าการใช้จ่ายแผนไทย (จากฐานข้อมูล HDC TTM)				
				ปี 60		ปี 61 (ข้อมูล 1 ต.ค. 60 - 31 พ.ค. 61)		ร้อยละที่ เพิ่มขึ้น จากปี 60
วังชิ้น	1	1	1	828,633.58	0.03	450,257.40	2.63	2.60
รวม	8	8	8	7,908,277.58	0.22	4,466,736.90	1.89	1.67

● Essential task

สถานการณ์ (Gap)	มาตรการ ปี 61	KPI	Essential Task			
			3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. KPI ต่ำกว่า ค่าเฉลี่ย ประเทศ	1.กำหนดสัดส่วนยา สมุนไพรเข้าไปในบัญชี ยาของสถานบริการ	ผลงานตามตัวชี้วัดผ่าน เกณฑ์ทุกจังหวัด	- ชี้แจงนโยบาย - KPI ดำเนินงานได้ $\geq$ ร้อยละ 10	- KPI ดำเนินงานได้ $\geq$ ร้อยละ 20	- KPI ดำเนินงานได้ $\geq$ ร้อยละ 30	- KPI ดำเนินงานได้ $\geq$ ร้อย ละ 50
	2.กระจายยาสมุนไพร ให้สถานบริการ สุขภาพของรัฐใน จังหวัด จาก โรงงานผลิตยา 2 แห่ง	มีการกระจายยา สมุนไพรให้สถาน บริการสุขภาพของรัฐ ในจังหวัด จาก โรงงานผลิตยา 2 แห่ง	- สำรวจความต้องการ รายจังหวัด และ รพ. แหล่งผลิตวางแผนการ ผลิต - โครงการพัฒนา ศักยภาพแหล่งผลิต	- ผลิตและกระจายยา - ติดตามและประเมินผล - ปรับแผนความ ต้องการ	- ผลิตและกระจายยา - ติดตามและ ประเมินผล - ปรับแผนความ ต้องการ	- ผลิตและกระจายยา - สรุปผลการกระจายยา / ปัญหา ข้อเสนอแนะ - วางแผน งบประมาณปี ถัดไป
2.แพทย์แผน ปัจจุบันยังม ีการสั่งใช้ยา สมุนไพรน้อย	1. กำหนดเป็น นโยบายในการใช้ยา สมุนไพรเพื่อทดแทน ยาแผนปัจจุบัน	1. เน้นนโยบายในการ ใช้ยาสมุนไพรทดแทน และ first line drug	- มูลค่าการใช้จ่าย สมุนไพรเพิ่มขึ้นจากปี60 ร้อยละ 3	- มูลค่าการใช้จ่าย สมุนไพรเพิ่มขึ้นจากปี60 ร้อยละ 5	- มูลค่าการใช้จ่าย สมุนไพรเพิ่มขึ้นจากปี60 ร้อยละ 7	- มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร เพิ่มขึ้นจากปี60 ร้อยละ 10
	2. เพิ่มรายการยา สมุนไพรทดแทนและ สมุนไพร first line drug	2. CPG ยาสมุนไพร ทดแทน และสมุนไพร first line drug	- กำหนดยาสมุนไพร ทดแทน และสมุนไพร first line drug เพิ่ม - ทำ CPG รายการยา สมุนไพรทดแทน และ สมุนไพร first line drug ที่เพิ่ม	- ประกาศใช้รายการยา สมุนไพรทดแทน และ สมุนไพร first line drug เพิ่ม	- เพิ่มรายการยาสมุนไพร ทดแทน และสมุนไพร first line drug ในบัญชี ยา	- สรุปและประเมินผลการ ดำเนินงาน
		3. อบรมแพทย์จบใหม่ ก่อนปฏิบัติงาน	- ติดต่อแหล่งฝึก ปฏิบัติงาน - ติดต่อวิทยากร	- เตรียมความรู้ที่จะ อบรม	- ดำเนินการอบรม	- สรุปและประเมินผลการ ดำเนินงาน
	สนับสนุนการทำงาน วิจัยเพื่อเผยแพร่และ นำมาใช้ประโยชน์	มีผลงาน วิจัย อย่างน้อย 8 เรื่อง	- เสนอหัวข้อเรื่องการทำ วิจัย/R2R/นวัตกรรม อย่างน้อย 8 เรื่อง	- เสนอโครงร่างการทำ วิจัย/R2R/นวัตกรรม - ดำเนินงานวิจัยตาม แผน	- ดำเนินงานวิจัยตาม แผน	- สรุปผลการดำเนินงาน - นำเสนอผลงานวิจัย หรือตีพิมพ์ผลงาน วิจัย - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลงาน

สถานการณ์ (Gap)	มาตรการ ปี 61	KPI	Essential Task			
			3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
3.ผลงาน วิจัย ยังมีน้อย	2. ดำเนินงาน Excellent Center	มี Excellent Center อย่างน้อย 1 แห่ง	- ฐานข้อมูล Excellent Center - ประกาศรายชื่อ Excellent Center -ประชาสัมพันธ์ Excellent Center - แนวทางการส่งต่อ ผู้ป่วย	- ดำเนินการ Excellent Center - เก็บข้อมูลผลการ ดำเนินงาน Excellent Center	- ดำเนินการ Excellent Center - เก็บข้อมูลผลการ ดำเนินงาน Excellent Center	- ดำเนินการ Excellent Center - เก็บข้อมูลผลการ ดำเนินงาน Excellent Center - สรุปผลการดำเนินงาน - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการ ดำเนินงาน Excellent Center
	เพิ่มทักษะและ ประสิทธิภาพการ ทำงานให้บุคลากร (แพทย์ แพทย์แผน ไทย)	ฝึกทักษะและ ประสิทธิภาพการ ทำงานบุคลากร เพิ่มขึ้น 20%	- สำรวจความต้องการ ของบุคลากร - จัดทำโครงการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร	- ดำเนินงานพัฒนา บุคลากรตามแผน	- ดำเนินงานพัฒนา บุคลากรตามแผน	- สรุปผล - วางแผนการพัฒนาปี ต่อไป
4. บุคลากรขาด ทักษะ						

การดำเนินงานในปีงบประมาณ 2561 นี้ ส่งผลให้ ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (ดังข้อมูลในตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ) ซึ่งสูงขึ้นจาก ปีงบประมาณ 2560 เนื่องจากจังหวัดแพร่ มีการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยาแผนไทย และการให้บริการ การแพทย์แผนไทย อย่างต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดให้โรงพยาบาล 2 แห่งเป็นแหล่งผลิตและกระจายยาให้กับ โรงพยาบาล และ รพ.สต. คือ

- 1) โชนเหนือ รพ.สอง เป็นแหล่งผลิต กระจายยาให้ รพ.สอง รพ.ร้องกวาง รพ.หนองม่วงไข่ รพ.แพร่
- 2) โชนใต้ รพ.เด่นชัย เป็นแหล่งผลิต กระจายยาให้ รพ.เด่นชัย รพ.สูงเม่น รพ.ลอง รพ.วังชิ้น

และมีการจัดสรรงบประมาณ (งบ UC) เพื่อใช้ในการผลิตยาแผนไทยให้กับโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งผลิต ส่งผลให้ ในปีงบประมาณ 2561 (ข้อมูล 1 ต.ค. 60 – 31 พ.ค. 61) มีมูลค่าการใช้ยาแผนไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.67 (จาก 0.22 ปี 2560 เป็น 1.89 ในปี 2561) ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในจังหวัดเพิ่มขึ้นด้วยเป็นร้อยละ 13.28 (จาก 16.11 ปี 2560 เป็น 29.39 ในปี 2561) ด้านเมืองสมุนไพร (Herbal City) จังหวัดแพร่ไม่ได้ถูกชี้เป็นจังหวัดที่เป็นเมืองสมุนไพรของภาค แต่จังหวัดแพร่ ได้ ดำเนินงานเมืองสมุนไพรโดยขอรับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากงบพัฒนาจังหวัดแพร่ งบกลุ่มจังหวัด ภาคเหนือตอนบน 2 (งบกลาง ปี 60) และขอรับงบภาคเหนือ ปี 62 เพื่อเพิ่มศักยภาพโรงงานผลิตยาสมุนไพรใน รพ.เด่นชัย และรพ.สอง รวมถึงส่งเสริมกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร และส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลและ ประชาชน ต่อไป

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

- 1) การให้บริการแพทย์แผนไทย และการใช้ยาสมุนไพร ในสถานบริการของรัฐ ยังขาดผลงานวิจัยที่เพียงพอ ในการรองรับความมั่นใจให้กับผู้สั่งใช้ยาหรือผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ
- 2) การดำเนินงาน Excellent Center ยังมีข้อจำกัด ด้านนโยบายในการส่งต่อ

• ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับผิดชอบ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ผลงานวิจัยเพื่อรองรับความมั่นใจด้าน แพทย์แผนไทยและยาแผนไทยให้กับผู้สั่งใช้ยาหรือบริการ และผู้รับบริการ ยังมีน้อย - การดำเนินงาน Excellent Center ยังมีข้อจำกัด ด้านนโยบายในการส่งต่อ	ยังไม่เห็นเกณฑ์การจัดบริการตามมาตรฐานใหม่ (HA) ของส่วนกลางที่ชัดเจน	

• ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- 1) ยังไม่เห็นเกณฑ์การจัดบริการตามมาตรฐานใหม่ (HA) ของส่วนกลางที่ชัดเจน

• นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- 1) มีการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งผลิตยาแผนไทย (รพ.สอง และ รพพร.เด่นชัย) เพื่อกระจายยาให้กับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดทุกระดับ ต่อเนื่องทุกปี
- 2) มีการจัดตั้ง Excellent Center เฉพาะโรคในจังหวัด เพื่อจัดระบบส่งต่อภายในจังหวัด
 - รพ.สอง โรคที่รักษา คือ stroke และ GERD
 - รพพร.เด่นชัย โรคเรื้อรังที่รักษา คือ โรคเบาหวาน และโรคสะกดเจ็บ
 - รพ.สูงเม่น โรคที่รักษา คือ โรคกระดูกหักโดยภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน
- 3) อบรมแพทย์จบใหม่ก่อนปฏิบัติงาน (แพทย์จบใหม่ก่อนปฏิบัติงานทุกคนจะมาฝึกปฏิบัติ และเวียนงานที่ รพ.แพร่ จึงนำความรู้ด้านแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยไปใช้ใน course ด้วย)

ผู้รายงาน ดร.ภญ.วิมลลักษณ์ นพศิริ

ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการ

5/มิถุนายน/2561

โทร 090 054 6435

e-mail : wimasiri@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

KPI : - ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)

ในผู้ป่วย STEMI ได้

- อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

● สถานการณ์

โรงพยาบาลแพร่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ระดับ S โดยมีศักยภาพการบริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดด้วยยา Fibrinolysis ยังไม่สามารถทำการเปิด หลอดเลือดด้วยการทำบอลลูนหรือใส่ขดลวดได้ และมีโรงพยาบาลลูกข่ายระดับ F2 จำนวน 7 โรง ที่สามารถการบริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดด้วยยา Fibrinolysis ผ่านระบบการปรึกษาประสานงานการให้ยาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายครบ 100% และจากสถิติปี 2557-2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ วิเคราะห์สถานการณ์ตามรายโรค

STEMI : ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในเขตนอกอำเภอเมือง และส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 67.33 % ปี 2560 พบว่า อัตราการรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด 90.00 % Onset to needle time > 180 นาที อัตราการเสียชีวิตของ STEMI ปี 2560 คิดเป็น 13.64% ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย มีทั้ง การให้บริการและผู้รับบริการ ดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยล่าช้า จากการขาดความรู้ ความเข้าใจถึงอาการของโรค และวิธีปฏิบัติตนเอง ขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ร่วมกับไม่ทราบและไม่มั่นใจในระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 จากสภาพทางสังคมของผู้ป่วย เช่น เป็นผู้สูงอายุ ผู้พิการ ที่อาศัยอยู่โดยไม่มีญาติ ดูแลใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ มารพ.ทันที Onset to needle time ยาวนาน การได้รับยาล่าช้าทำให้ประสิทธิภาพ การเปิดขยายหลอดเลือดลดลง บางรายขาดโอกาสการได้รับยา ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้

2. ผู้ป่วยบางรายมีอาการหนักก่อนถึงโรงพยาบาล เช่น มี Cardiogenic shock และ Cardiac arrest บางรายพลาดโอกาสในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทำให้มีอัตราการตายสูง

3. ความสามารถของโรงพยาบาลในระดับ F2 ถึงแม้จะสามารถให้บริการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ครบ ทุกแห่ง 100% แต่ยังมีปัญหาเรื่องการวินิจฉัย กรณีที่คลื่นไฟฟ้าไม่ ชัดเจน และปัญหาการดูแลผู้ป่วย ที่มีอาการ หนักเช่น ช็อค หรือ หัวใจหยุดเต้น ทำให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาล่าช้าไป และยังมีอัตราการตายสูง หากมาด้วยอาการ ช็อคหรือหัวใจหยุดเต้น

4. โรค ACS ไม่ลดลง ในหลายปัจจัยเช่น สภาพสังคม ภาวะเครียด ขาดการออกกำลังกาย NCD คุมไม่ได้ ความอ้วน การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่

5. มีข้อจำกัดของการทำ PCI ตามเกณฑ์ สปสช. เช่น ACS ต้องทำภายใน 72 ชม. หากเลยระยะเวลา ต้องทำ Exercise stress test แต่ปัญหา เครื่อง EST ขาด

Non-STEMI /Unstable Angina high risk : อัตราตาย สูงเกินเป้าหมายในกลุ่ม NSTEMI คือ 6.75% ในปี 2560 ผู้ป่วย NSTEMI, Unstable Angina high risk ต้องได้รับการตรวจประเมิน Risk stratification และส่งทำ Coronary Angiogram (CAG) ที่ลำปาง มีข้อจำกัดของการทำ PCI จึงต้องการตรวจเพิ่มโดยการทำ EST แต่เนื่องจากเครื่องชำรุด รอเครื่องใหม่ อัตราการส่งทำ CAG ปี 2560 = 92.98% ปี 2561 = 83.78% อัตราตาย 11.21% เพิ่มขึ้นเพราะ ผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการรักษาที่ต่างจังหวัดเนื่องจากอายุมาก ขาดผู้ดูแล บางรายเสียชีวิตจากภาวะ CHF ขณะรอตรวจ EST และ CAG

Heart failure : อัตราการทำ Echocardiography ในผู้ป่วย CHF = 82.52 % ยังไม่สามารถครอบคลุมได้ทั้งหมด และผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องนัดมาตรวจแบบผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม บางรายไม่ได้ Echocardiography เนื่องจาก ขาดบุคลากรในการดำเนินงานและติดตาม heart failure clinic และผู้ป่วย CHF มีจำนวนมากขึ้น มีอัตราการ Readmission บ่อยครั้ง เพราะขาดประสิทธิภาพในการดูแลใกล้ชิด อัตราตาย 7.02 %

Warfarin clinic : ผู้ป่วย on Warfarin บางรายมีความลำบากในการมารับการรักษาและรับยาในโรงพยาบาลแพร่ เนื่องจากบ้านไกล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก ไม่มีรถ ไม่มีญาติมาส่ง ทำให้เกิดการขาดยา ขาดการรักษาต่อเนื่อง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูง ผู้ป่วยมีระดับค่า INR in target อยู่ในค่าเป้าหมายคิดเป็น 50.82 % (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 50) ค่า TTR 53.82% ได้ขยายให้รับผู้ป่วยที่คงที่กลับไปรักษา และบริหารจัดการ Warfarin clinic ที่ รพ.ลอง และ รพ.สอง

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อแสนประชากร : มีค่าเกินเป้าหมาย คือ 36.68 เนื่องจาก ปัญหาการควบคุมโรคปัจจัยเสี่ยง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้ไม่ดี ต่ำกว่าเป้าหมาย ส่งผลให้อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น อัตราตายเพิ่มขึ้น ประกอบกับการลงข้อมูลใบมรณบัตรยังคลาดเคลื่อนผิดพลาด

● **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์** (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 27 ต่อแสนประชากร ปี 2559-2561

อัตราตายต่อแสนประชากร	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 ต.ค. 60-มี.ค. 61
รวม	165	165	81
อัตราตายต่อแสนประชากรภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	36.68	36.68	18.00

อัตราการตายผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ [I20-25] ต่อแสนประชากร ปี 2560 สูงกว่าเป้าหมาย ส่วนหนึ่งจากมีการลงรหัสโรคตาม ICD10 คลาดเคลื่อน โดยมีรหัส I259(Chronic ICM) ซึ่งเป็นโรคร่วมถึง 57.58%

NCAUSE	เด่นชัย	เมือง แพร่	ร้องกวาง	ลอง	วังชิ้น	สอง	สูงเม่น	หนอง ม่วงไข่	Grand Total
I214									
I219		10	1	1		3	3		18
I240	1								1
I249		1							1
I251	2	6	4	1	1	1	2		17
I254						1			1
I255	2	9	4	5	5	2	4	1	32
I259	11	17	6	10	12	10	23	6	95
Grand Total	16	43	15	17	18	17	32	7	165

วิเคราะห์ข้อมูล ปี 2561

ประเภทการตาย	รหัส	ต.ค.60	พ.ย.60	ธ.ค.60	ม.ค.61	ก.พ.61	มี.ค.61	รวม
ใน รพ	I21	1	2	2	8	5	11	29
	I24	0	0	0	1	0	0	1
	I25	14	8	9	0	1	1	33
นอก รพ	I21	0	0	0	0	1	1	2
	I25	7	4	5	0	0	0	16
Grand Total		22	14	16	9	7	13	81
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อแสนประชากร/ประชากรกลางปี 449810								18

อัตราการตายต่อแสน ปชก= 18/แสนประชากร

ตายใน รพ.= 63 คิดเป็น 77.8% ใน รพ ตายด้วย I25 = 52.38%

ตายนอก รพ=18 คิดเป็น 22.2% นอก รพ ตายด้วย I25= 88.88%

ตายด้วย I25 รวมทั้งหมด 49 ราย คิดเป็น 60.49%

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ STEMI ผลการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI ปี 2557 - 2561

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561(ต.ค.- มี.ค.61)
1. อัตราการได้รับ SK	> 80%	69.3%	83.2%	99.27%	98.10%	92.0%
2. Onset to needle (min)	180	173	191	198.78	186.4	201.38
3. Onset to needle in ≤ 180 min	50%	49.86%	57.50%	38.31%	50.65%	53.3%
4. อัตรา Door to needle in 30 min	> 30%	58.8%	52%	69.53%	65.05%	64.76%
5. Door to needle (mean)	30	35.3	50.58	33.93	22.57	23.13
6. อัตราการเสียชีวิต	< 10%	15.9%	14.7%	6.83%	13.64%	6.20%
7. อัตราการเกิดภาวะ Shock	< 25%	15.87%	9.4%	10.99%	10.89%	6.51%
8. อัตราการเกิด CHF	< 25%	6.3%	12.5%	5.19%	4.95%	3.57%

ข้อมูลเชิงคุณภาพ NSTEMI

KPI / Year	2558	2559	2560	2561
จำนวนผู้ป่วย NSTEMI	433	348	397	276
NSTEMI ที่มีข้อบ่งชี้ PCI		228	261	78
PCI	69.74%	92.98%	75.23%	85.90%
อัตราการตาย	9.93%	8.6%	6.80%	11.57%

ข้อมูลเชิงคุณภาพ การให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด warfarin จากโรงพยาบาลแพร่

รายงาน วาร์ฟาริน	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
จำนวนผู้ป่วยใช้ยาทั้งหมด	1479	1621	1857
จำนวน visit	8183	11241	12361
Thrombosis(TIA, Cardio embolic stroke)	0.05	0.18	0.19
Major bleeding	0.5	0.47	0.53
ร้อยละของ INR intarget	35.27	43.28	50.82

รายงาน วาร์ฟาริน	ปี 2558	ปี 2559	ปี2560
ร้อยละของจำนวนวันที่ผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย(% Days within Rang/Rosendaal method/TTR)	51	50	53.82

● มาตรการและกลวิธี Essential Task

1. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสาขาหัวใจ
2. ประชุมทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลย้อนหลังตาม KPI วางแผนแก้ไขและจัดทำโครงการสอดคล้องแนวทางการพัฒนา
3. ประสานงานแกนนำในระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด ในการขับเคลื่อนการพัฒนางาน การป้องกันควบคุม โรค NCD และดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI ตั้งแต่ระดับ primary เชื่อมโยงถึงระดับ tertiary
4. ให้ความรู้ ด้านการกู้ชีพ BLS & AED , warning signs ACS การใช้บริการ 1669 ให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแพร่ รพ.สต.เขตเมือง และประชาสัมพันธ์เชิงรุกหัวใจสัจจร ร่วมกับแกนนำจิตอาสาสมาคมผู้ป่วยโรคหัวใจจังหวัดแพร่ ให้ความรู้ประชาชนและผู้ป่วยโรคหัวใจทุกอำเภอ
5. พัฒนาระบบบริการในสถานพยาบาลทุกระดับ จัดประชุมให้ความรู้และชี้แจงบทบาทและนิเทศติดตามโดยแม่ข่ายเป็นพี่เลี้ยง พัฒนาเครือข่ายดำเนินงานสู่ชุมชน
6. สร้างเครือข่ายในชุมชน เช่น จัดเป็น support group ผู้ป่วยโรคหัวใจในชุมชน โดยผู้นำเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพช. รพสต. ร่วมกับ อสม.หมู่บ้าน
7. ทีมแม่ข่าย รพ.แพร่ ออกสำรวจรอบรมเภสัชกรและทีมสหวิชาชีพ ใน รพช. นิเทศติดตามเพื่อเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการบริหารจัดการ Warfarin clinicในผู้ป่วยที่ระดับ INR คงที่ ให้เพิ่มขึ้น

● กำหนดเป้าหมายระยะสั้น Small Success

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ประชุมคณะกรรมการและผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด,อำเภอ ทบทวนแนวทางการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนปฏิบัติการทั้งแม่ข่าย และรพ.ลูกข่าย -จัดทำโครงการ	-จัดประชุมวิชาการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลแพร่ และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ - ติดตามการดำเนินงานของเครือข่ายและทบทวนการดูแลรักษาเป็นรายกรณี และรายโรงพยาบาล โดยผ่านช่องทาง Line, โทรศัพท์ - จัดประชุมผู้รับผิดชอบระดับตำบล	- ติดตามการดำเนินงานของเครือข่าย และทบทวนการดูแลรักษาเป็นรายกรณี และรายโรงพยาบาล โดยผ่านช่องทาง Line, โทรศัพท์ - ออกหน่วยหัวใจสัจจร ให้ความรู้โรคหัวใจและ BLS & AED ครอบคลุม	-ประเมินผลการดำเนินงาน โครงการในแต่ละกิจกรรม เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์/เตรียมวางแผนกิจกรรมในปีต่อไป

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สอดคล้องปัญหา -ดำเนินการ CHF clinic, ACS clinic จัดเจ้าหน้าที่เสริมเพื่อให้การพยาบาลร่วมกับสหสาขาในการรับผู้ป่วย CHF high risk และ ACS readmission	ในการทบทวนบทบาทและองค์ความรู้ด้านโรคหัวใจทั้งหมด -ออกหน่วยหัวใจสัญจรให้ความรู้โรคหัวใจและ BLS & AED ทุกอำเภอ เน้นเขตอำเภอเนื่องจากปัญหาการเข้าถึงบริการล่าช้ากว่าเขตอำเภอรอบนอก -พัฒนาติดตาม CHF clinic, ACS clinic -เริ่มโครงการพัฒนา Warfarin clinic รพช. เพิ่มอีก 2 แห่ง	อำเภอ - มี Warfarin clinic รพช. 4 แห่ง	

● ปัญหา อุปสรรค

1. การควบคุมโรค NCD ไม่ดี หลายๆปัจจัยที่ทำให้โรค ACS ไม่ลดลง
2. ประชาชนขาดความตระหนักรู้ในการป้องกันโรค การดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและเข้าถึงบริการล่าช้า
3. เครือข่ายยังมีปัญหาในการประเมินอาการ การวินิจฉัย ร่วมทั้งการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค หรือหัวใจหยุดเต้น
4. การประชาสัมพันธ์อาการสัญญาณเตือน STEMI Alert หรือ Heart attack alert ยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง
5. ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เช่น Cardiologist และพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
6. CCU มีไม่เพียงพอต่อการรับผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ขาดอุปกรณ์และเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ จากการชำรุด และไม่เพียงพอ เช่น Echocardiography, EST, EKG Telemetry, monitor และอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่มีประสิทธิภาพในรถฉุกเฉิน
7. ระบบฐานข้อมูลในโรคหัวใจยังไม่ได้มีการเชื่อมโยงในภาพรวมทั้งจังหวัด เนื่องจากมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมเฉพาะของกรมการแพทย์ ซึ่งโรงพยาบาลบางแห่งยังไม่ได้ดำเนินการ
8. ปัญหาระบบการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ติดข้อจำกัดและเงื่อนไข เรื่องการเบิกจ่ายจาก สปสช. เรื่องการทำ PCI ของโรงพยาบาลแม่ข่าย
9. ภาระงานมาก ทั้งแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาล

- ข้อเสนอแนะ /ความต้องการสนับสนุนจากส่วนกลาง

1. จัดประชาสัมพันธ์สื่อโทรทัศน์ ป้ายประชาสัมพันธ์ความรู้ ในระดับจังหวัดและระดับประเทศเรื่อง STEMI alert และ Heart attack alert ให้กับประชาชน
2. ส่วนกลาง สนับสนุนให้มี Nurse Case Manager ทุกโรงพยาบาล และสนับสนุนให้ รพช. ได้พัฒนาตนเองในเรื่องทักษะการดูแลผู้ป่วย
3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เป็นทิศทางเดียวกัน และสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรม ACS registry, National cardiovascular data base ให้สามารถตอบสนองการใช้งานของพื้นที่ได้
4. จัดสรรงบประมาณและสนับสนุนอุปกรณ์แก่แหล่งบริการตามบริบท
5. สนับสนุนเครื่อง AED ติดตั้งแหล่งชุมชนที่สำคัญในแต่ละอำเภอ
6. ขอให้มีการใช้ t-PA, TNK โดยสามารถเบิกค่าใช้จ่าย ในทุกสิทธิทั้ง UC เบิกได้
7. จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการศึกษาต่อและอบรมเฉพาะทางสาขาหัวใจและหลอดเลือด

ผู้รับผิดชอบ

นพ.มงคล มะระประเสริฐศักดิ์

หัวหน้าศูนย์โรคหัวใจ นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.แพร่

โทร 081-5955026

นางรัญญา กันทะรส กลุ่มงาน ศูนย์โรคหัวใจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 089-5589671

นางศิริรัตน์ ภูตันติกุล

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

โทร 084-6874984

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

KPI : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ปี 2561 จังหวัดแพร่ มีผู้ป่วย DM จำนวน 26,593 คน และผู้ป่วย HT จำนวน 68,878 คน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลให้เกิดโรคไต พบมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 13,919 คน เป็นระยะที่ 3 มากที่สุดร้อยละ 50.54 (7,034 คน) รองลงมาเป็น ระยะที่ 2 ร้อยละ 25.27(3,518) และระยะที่ 4 ร้อยละ 13.19 (1,836 คน) ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยสูงสุดในเขตพื้นที่อำเภอเด่นชัย ,สอง และเมือง ตามลำดับ

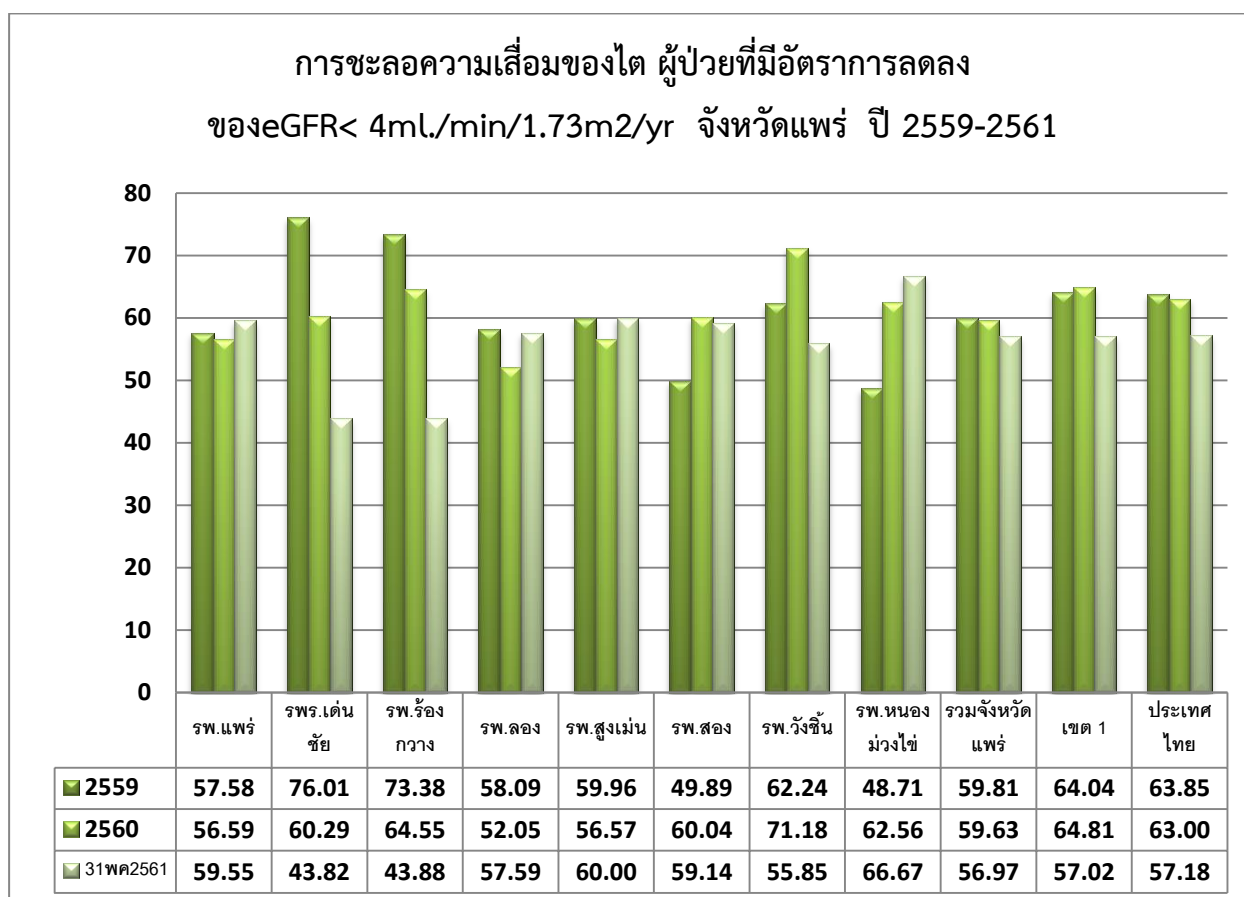
การจัดบริการ CKD Clinic และเครือข่ายครบ 100 % โดยรพ.แพร่ (ระดับ S) เป็นแม่ข่ายหลัก มีคลินิกให้บริการเฉพาะ มีสหสาขาวิชาชีพครบองค์ประกอบ ส่วนอีก 7 รพ. (ระดับ F1-2) ดำเนินงานร่วมกับ NCD Clinic วิธีการวัดค่าประมาณของอัตราการกรองของไต รพ.แพร่ ใช้ Enzymatic Method ส่วนอีก 7 รพ. ใช้ Jaffe Kinetic Methods เนื่องจากมีราคาสูงกว่า ด้านบุคลากร มีอายุรแพทย์โรคไต 2 คน , HD Nurse 15 คน, PD Nurse 7 คน มีหน่วยบริการ HD.จำนวน 5 แห่ง (รัฐบาล 2 แห่ง, เอกชน 3 แห่ง) เครื่องไตเทียม 70 เครื่อง ไม่มีผู้ป่วยต้องรอคิวในการฟอกเลือด มีหน่วยบริการ CAPD. จำนวน 2 แห่ง (แม่ข่าย รพ.แพร่, Node รพ.ร้องกวาง) มี PD Nurse 6 รพ. ยกเว้น รพ.ยุพราชเด่นชัย, รพ.หนองม่วงไข่ ซึ่งทุกแห่งได้รับการอบรม CAPD Nurse Training node เรียบร้อยสามารถให้บริการได้ทุกโรงพยาบาล

การคัดกรอง CKD ในกลุ่ม DM/HT ปี 2560 สามารถคัดกรองได้ ร้อยละ 47.86 (30,242/63,194) พบผู้ป่วยไตรายใหม่ ร้อยละ 38.22 (11,557/30,242) มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ในผู้ป่วยไต ระยะที่ 3,4 ร้อยละ 59.63 (5,491/9,209) ในปีงบประมาณ 2561ถึงปัจจุบัน สามารถคัดกรองได้ในกลุ่ม DM/HT ร้อยละ 60.35 (63,342/38,227) พบผู้ป่วยไตรายใหม่ ร้อยละ 35.25 (38,227/13,476) มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ในผู้ป่วยไต ระยะที่ 3,4 ร้อยละ 56.97 (1,943/1,107)

● การดำเนินงานของพื้นที่

จำนวนผู้ป่วย CKD จังหวัดแพร่ ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ปี 2561

ลำดับ	อำเภอ	HD						CAPD	รวม
		รพ.แพร่	รพ.แพร่ ไตเทียม3	แพร่ราม	แพร่ คริสต์ เตียน	เมตแคร์	รวม	รพ.แพร่	
1	เมือง	38	62	51	24	11	186	59	245
2	สูงเม่น	23	8	10	15	13	69	70	139
3	เด่นชัย	6	19	3	6	2	36	16	52
4	วังชิ้น	5	6	2	3	1	17	35	52
5	ลอง	15	13	8	4	4	44	53	97
6	หนองม่วงไข่	2	45	3	1	2	53	10	63
7	สอง	9	7	6	10	0	32	32	64
8	ร้องกวาง	15	14	3	4	2	38	30	68
	รวม	113	174	86	67	35	475	305	780



แหล่งข้อมูล : HDC

● (Essential Task)

เป้าหมาย	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m ² /yr (เป้าหมาย: > 66%)	1.มี CPG การดูแลผู้ป่วยโรคไต ของจังหวัดแพร่ 2.มีทีมสหสาขาครบใน CKD/NCD Clinic	อัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m ² /yr > 60 %	มี CKD Clinic แยกจาก NCD Clinic ใน รพ. ระดับ F1	อัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m ² /yr > 66 %
CAPD Training Node เริ่มฝึกการล้างไตทางช่องท้อง ที่ รพ.ชุมชน	1.การพัฒนา ศักยภาพบุคลากร เพื่อ CAPD Training Node ใน รพช. 2. ส่งบุคลากรเรียน CAPD.ในรพช.ที่ขาดอัตรากำลัง	รพ.ร้องกวาง มีความพร้อม เป็น CAPD Training Center	รพ.สูงเม่น เริ่มเป็น First CAPD Training Center	ทุก รพช. ที่มีความพร้อมเป็น CAPD Training Center

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		อำเภอ								
		เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้องกวาง	สอง	หนองม่วงไข่	รวม
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m ² /yr	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< 4 mL/min/1.73m ² /yrx100 (A)	848	245	89	224	299	139	93	6	1,943
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (B)	505	147	39	129	167	61	55	4	1,107
	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m ² /yr (A/B)X100	59.55	60.00	43.82	57.59	55.85	43.88	59.14	66.67	56.97

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

- การคัดกรอง CKD ในกลุ่ม DM/HT ยังไม่ได้ตามเกณฑ์
- การชะลอความเสื่อมของไต ในภาพรวมจังหวัด ยังไม่ได้ตามเกณฑ์
- การให้รหัสโรคของแพทย์

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- การคัดกรอง CKD และการชะลอความเสื่อมของไต ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ เนื่องจากผู้ป่วย DM/HT.มีจำนวนมาก และยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล หรือความดันโลหิตได้ดี - การให้รหัสโรคของแพทย์ - พฤติกรรมการใช้ยา NSIDs/ยาสมุนไพร/การรับประทานอาหารเค็ม	- การปฏิบัติตาม CKD Guild line จังหวัดแพร่ - พัฒนาคุณภาพ CKD Clinic ตามเกณฑ์คุณภาพ - การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ติดตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกลุ่ม CKD. - การประชาสัมพันธ์ รณรงค์ ให้ความรู้ วันไตโลก ภายใต้คำขวัญ “สตรีไทย ไต Strong”
- การจัดการน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง ในผู้ป่วย CAPD ที่เสียชีวิต	- ส่งคินนํ้ายาให้หน่วย CAPD ในพื้นที่ชุมชน หากไม่มีที่เก็บสามารถส่งให้ หน่วย CAPD รพ.แพร่

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- การใช้โปรแกรม กขค ชะลอไตเสื่อมใน CKD Clinic รพ.แพร่ เพื่อให้ผู้ป่วย CKD เข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง และรวดเร็ว โดยขยายเชื่อมโยงไปยังเครือข่ายในพื้นที่

ผู้รายงาน นางพยอม สภาเอี่ยมจิตร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

KPI : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลแพร่ เริ่มมีการจัดเก็บอวัยวะจากผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายจากการบาดเจ็บ ของสมองตั้งแต่ปี 2560 และเริ่มมีการส่งพยาบาลไปอบรมการประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะปัจจุบัน มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมมาแล้วจำนวน 5 คน มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมการขอรับบริจาคดวงตาและการจัดเก็บดวงตาซึ่งมีจัดการอบรมที่โรงพยาบาลแพร่ ในปี 2560 นอกจากนี้ปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ที่สามารถจัดเก็บดวงตาได้จำนวน 2 คน โดยได้รับเครื่องมือในการจัดเก็บดวงตาจาก ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยจำนวน 1 ชุด ภายหลังการจัดเก็บ ดวงตาที่ได้ต้องนำส่งศูนย์ดวงตาศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย เพื่อทำการฝากที่ธนาคารดวงตาศูนย์ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะจะกระจายอยู่ตามหอผู้ป่วยต่างๆ ทั้งศัลยกรรมและอายุรกรรม โดย potential donor เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วย รวมถึงจัดทำคู่มือการดูแล potential donor นอกจากคณะกรรมการร่วมกับ รพ.แพร่ได้จัดประชุมวิชาการ พัฒนางานความรู้ เรื่องการบริจาคอวัยวะและดวงตา ในวันที่ 28 มีนาคม 2560 ในส่วนของ การวินิจฉัยภาวะสมองตายทำโดยประสาทศัลยแพทย์ร่วมทั้งแพทย์สาขาอายุรกรรม เป็นผู้ดูแล รายแรกได้ทำในหอผู้ป่วยศัลยกรรม trauma 1 รายในวันที่ 23 มิถุนายน 2560 จากนั้นในรายอื่นๆผู้ป่วยได้รับการดูแล ถึงปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเสียชีวิตระหว่างรอการจัดเก็บจำนวน 1 รายและผลรายงานทางพยาธิสภาพไม่ผ่าน 3 ราย(ผล Hep B , Hep c , VDRL)

● การดำเนินงานของพื้นที่

1.1 เริ่มผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาวันที่15 กพ 2561 โดยมี จักษุแพทย์ พญ. สุรารักษ์ เป็นแพทย์ได้ศึกษาต่อในด้านนี้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

1.2 เปิดศูนย์บริจาคอวัยวะและดวงตา เปิดวันที่ 11 เดือน พฤษภาคม 2561 โดยท่านผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่ สามารถให้บริการกับผู้ที่มาติดต่อยื่นความจำนงบริจาคและผู้มาขอข้อมูลรายละเอียดได้ทุกวันในเวลาราชการ

● (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1 เริ่มผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาวันที่15 กพ 2561	-			

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลการดำเนินงาน		Successful VA 6/9		
ผลลัพธ์ที่ต้องการ		Successful VA 6/9		
2 เปิดศูนย์บริการอวัยวะและดวงตา เปิดวันที่ 11 เดือน พฤษภาคม 2561				
ผลการดำเนินงาน			สามารถประสานงานกับผู้รับบริการได้ดีขึ้น สะดวกขึ้น	
ผลลัพธ์ที่ต้องการ			ยอดการรับบริจาคเพิ่มขึ้นจากเดิม จากเดือนละ ประมาณ 10 รายต่อเดือนเพิ่มจากเดิม ประมาณ 20 รายต่อเดือน	

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

1. ยังไม่มีระบบแจ้ง Potential donor ภายในโรงพยาบาล
2. ความเชื่อของประชาชนว่า ขาดหน้าเกิดมามีอวัยวะไม่ครบ กลัวญาติเจ็บ กลัวญาติทรมาณ กลัวร่างที่ได้รับกลับมีสภาพที่ขาดอวัยวะมีสภาพไม่น่าดูทำให้ญาติปฏิเสธการบริจาคอวัยวะ

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1 ปัญหาหลัก คือการขาดกำลังคน 1.1 ขาดบุคลากรประจำศูนย์รับบริจาคอวัยวะ ด้านผู้มารับบริการ -ทัศนคติ การบริการ และความพึงพอใจของผู้มายื่นความจำนงฯ ลดลง	- บริหารจัดการบุคลากรหมุนเวียนรับผิดชอบ - จัดกิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่องทัศนคติ - นำเสนอแก่ผู้บริหาร

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- เกิดความล่าช้าในการให้บริการ ด้านผู้ให้บริการ - กระบวนการทำงานประจำ ของเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยต่าง ๆ รวมทั้งงานห้องผ่าตัด - บางโอกาส ไม่สามารถจัดหาคน มาทำงานได้ เลย	
1.2 ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญ และผ่านการอบรม - ผู้ประสานการที่ชำนาญการประสานงานกับทีมสหสาขา - Transplant co-ordinator - ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร การรับบริจาค และปลูกถ่ายอวัยวะ	- วางแผนจัดบุคลากรเพื่อส่งไปอบรม - นำเสนอผู้บริหาร

ผู้รายงาน นางยุพวัลย์ วัฒนพันธุ์
 ตำแหน่ง...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 โทร.0939962655
 e-mail : yupawattana@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

KPI: ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา
(3 month remission rate)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

สถานการณ์ยาเสพติด จังหวัดแพร่เป็นพื้นที่สำคัญในการจับกุมยาเสพติดโดยเฉพาะยาบ้า เนื่องจากเป็นพื้นที่ในการลักลอบและลำเลียงผ่านไปยังภาคต่างๆ ของประเทศ อีกทั้งปัญหาการเพิ่มจำนวนของผู้ค้ารายย่อยซึ่งส่วนหนึ่งพัฒนาจากการเป็นผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ซึ่งจากการจับกุมผู้ค้ารายย่อยคดียาเสพติดของจังหวัดแพร่ ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น สถานการณ์ด้านผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดของจังหวัดแพร่พบว่ามีผู้ใช้ยาเสพติดทั้งราย และนอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ใช้สารทดแทนยาเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา และสารระเหยเพิ่มขึ้น

สถานการณ์ด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติด ในจังหวัดแพร่ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึง พฤษภาคม 2561 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดจำนวนรวม 1,544 คน โดยส่วนใหญ่เป็นระบบบังคับบำบัด จำนวน 716 คน (ร้อยละ 45.2) พื้นที่อำเภอเมืองมีผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุด 438 คน (ร้อยละ 28.4) รองลงมา เป็นอำเภอสูงเม่น และอำเภอร้องกวาง ผู้เข้ารับการบำบัดร้อยละ 88.05 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอาชีพผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 41.8) ในกลุ่มอายุ พบว่าอายุ 18- 24 ปี เข้ารับการบำบัดมากที่สุด (ร้อยละ 28.2) รองลงมาเป็น 25-29 ปี (ร้อยละ 14.3) ประเภทยาเสพติดที่ใช้พบร้อยละ 95.2 เป็นยาบ้า สาเหตุการเสพ ส่วนใหญ่ อยากรู้ยาทดลอง

ตามนโยบายของรัฐบาล ได้ให้มีการปรับระบบส่งเสริม บำบัดฟื้นฟู ติดตาม ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ภายใต้ ทิศทางนโยบายยาเสพติดโลก และการเปลี่ยนแปลงในระดับสากล ไปสู่การใช้หลักการสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน เน้นการดูแลสุขภาพและสังคม เป็นแนวทางปฏิบัติในการลดผลกระทบจากปัญหายาเสพติด ปรับมุมมองผู้เสพผู้ติดยาเสพติด คือ “ผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการรักษา ภายใต้หลักการ “เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้” คือเข้าใจบริบทและสาเหตุที่ทำให้ เสพยาเสพติด รวมถึงครอบครัวของผู้เสพ โดยจะทำให้ผู้เสพหรือผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ ดำเนินการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับ การปรับระบบส่งเสริม บำบัดฟื้นฟู ติดตาม ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ของ หน่วยงานในสังกัด ให้เป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ

● การดำเนินงานของพื้นที่ (ระดับจังหวัด)

1) จัดระบบบริการด้านยาและสารเสพติดตั้งแต่การป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟู ติดตามดูแลผู้ผ่านการ บำบัดและมาตรการเชิงรุก ในสถานบริการทุกแห่งของกระทรวงสาธารณสุข

1.1 การกำหนดและจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรองประจำอำเภอทุกอำเภอ และเครือข่ายการคัดกรอง ในระดับพื้นที่/ชุมชน

1.2 จัดให้มีระบบการค้นหาในชุมชน ตลอดจนพัฒนารูปแบบ/ระบบบริการคัดกรอง การ บำบัดรักษา การติดตามและการส่งต่อ (ผู้ป่วยยาเสพติด สุรา บุหรี่) ในสถานบริการ และชุมชน

1.3 จัดระบบการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ประกอบด้วย 1) การติดตามทางการแพทย์ ได้แก่ จนท.สธ.ของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ 2) การติดตามเชิงสังคม ได้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน (ภายใต้กลไกประชารัฐ) เข้ามามีบทบาทร่วมในการติดตามดูแลช่วยเหลือการใช้ชีวิตในชุมชน ทั้งนี้กำหนดให้มีการดำเนินงานติดตามทั้ง 2 แนวทาง แบบคู่ขนาน

2) จัดระบบบริการบำบัดรักษา การติดตามฟื้นฟู ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด บุหรี่ สุรา ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือภายหลังผ่านการบำบัดรักษา การจัดตั้งศูนย์ประสานเพื่อการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

3) พัฒนาคุณภาพและนำเข้าสู่ข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในระบบข้อมูลยาเสพติดยาเสพติด (บสต.)

4) พัฒนาระบบการดำเนินงานยาเสพติดตามเกณฑ์มาตรฐานในระบบงานยาเสพติด และ ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพระบบงานยาเสพติดด้านการบำบัดรักษา (HA ยาเสพติด) ได้แก่หน่วยบำบัดในระบบสมัครใจ (โรงพยาบาลแพร์ และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง) ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5) พัฒนาเครือข่าย แกนนำชุมชน โดยเน้นกลไกประชารัฐ มีบทบาทร่วมในการค้นหา คัดกรอง ผู้เสพผู้ติดยาเสพติด เข้าสู่กระบวนการบำบัด และการติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัดรักษาในชุมชน

6) พัฒนาองค์ความรู้บุคลากรตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้มีความพร้อมรองรับการพัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ของรัฐบาล และของกระทรวงสาธารณสุข และ ในระดับ รพ.สต., รพช., และ รพท. ทุกแห่ง

7) ดำเนินมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดโดยจัดระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติด ในสถานพยาบาล การให้บริการเมทาโดนระยะยาวและบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)

8) กำกับดูแลมาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ระบบต้องโทษ

9) ดำเนินการโครงการ TO BE NUMBER ONE

10) พัฒนารูปแบบการค้นหา ติดตาม ผู้ผ่านการบำบัด โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พคอ.)

● Essential Task

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ด้านการส่งเสริมป้องกันไม่เสพยาเสพติด 2. ด้านการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟู ติดตามผู้ป่วยยาเสพติด อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ให้ครอบคลุมและทั่วถึง 3. การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) 4. กลไกการดำเนินงาน การกำกับติดตามงานยาเสพติด	1. ดำเนินการโครงการ To Be Number One 2. รมรณรงค์สร้างความรู้ให้ประชาชนและเยาวชนเรื่องโทษของยาเสพติด 3. สร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา สถานประกอบการและชุมชนตามกลไกประชารัฐ 4. รพ.สต. รพช. รพท. ดำเนินการคัดกรองบำบัดฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วยยาเสพติด 5. การนำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล (บสต.)	1. กำกับ ดูแลมาตรฐาน ของหน่วยบริการ ภาครัฐ เครือข่าย 2. รพ.สต. รพช. รพท. ดำเนินมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 3. การนำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล (บสต.)	1. กำกับ ดูแลมาตรฐาน ของหน่วยบริการ ภาครัฐ เครือข่าย 2. รพ.สต. รพช. รพท. ดำเนินมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 3. การนำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล (บสต.)	1. การนำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล (บสต.) 2. รพ.สต. รพช. รพท. ดำเนินมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 3. สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดได้รับการรับรองคุณภาพ
ผลการดำเนินงาน / ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1. มีดำเนินการโครงการ To Be Number One ส่งเสริม ป้องกัน ตามกลไกประชารัฐอย่างต่อเนื่อง 2. ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการคัดกรองบำบัดรักษา ฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วยยาเสพติด 3. ร้อยละ 80 ของการนำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล (บสต.)	1. ร้อยละ 50 ของศูนย์ปรับเปลี่ยนฯ ศูนย์ฟื้นฟูฯ เรือนจำ มีการประเมินตนเองตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข 2. ร้อยละ 50 ของสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการตามมาตรฐานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 3. ร้อยละ 80 ของการนำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล (บสต.) 4. ร้อยละ 100 สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติด(ระบบสมัครใจ)ได้รับการรับรองคุณภาพ	1. ร้อยละ 50 ของศูนย์ปรับเปลี่ยนฯ ศูนย์ฟื้นฟูฯ เรือนจำ จัดบริการตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข 2. ร้อยละ 80 ของสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการตามมาตรฐานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 3. ร้อยละ 90 ของการนำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล (บสต.)	1. ร้อยละ 95 ของการนำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล (บสต.) 2. ร้อยละ 90 ของสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการตามมาตรฐานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 3. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยยาเสพติดหยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่าย

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ (ณ วันที่ 31 มีนาคม 2561)

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา

(3 Months Remission Rate) จังหวัดแพร่

ระหว่าง วันที่ 1 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2561

ชื่ออำเภอ	ระบบสมัครใจ			ระบบบังคับบำบัด			ระบบต้องโทษ			ทุกระบบ		
	ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	%	ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	%	ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	%	ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	%
เมืองแพร่	61	62	98.3	45	45	100	0	0	-	106	107	99.06
สูงเม่น	49	50	98	3	3	100	0	0	-	52	53	98.11
เด่นชัย	45	48	93.75	3	3	100	0	0	-	48	51	94.12
สอง	23	24	95.83	4	4	100	0	0	-	27	28	96.43
ร้องกวาง	36	37	97.3	0	0	-	0	0	-	36	37	97.3
ลอง	5	6	83.33	0	0	-	0	0	-	5	6	83.33
วังชิ้น	11	11	100	0	0	-	0	0	-	11	11	100
หนองม่วงไข่	9	10	90	2	2	100	0	0	-	11	12	91.67
รวม	239	248	96.37	57	57	100	0	0	-	296	305	97.04

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

สถานการณ์ด้านผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดของจังหวัดแพร่ พบว่ายังมีการใช้ยาเสพติดทั้งรายใหม่ และนอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ใช้สารทดแทนยาเสพติด เช่น บุหรี่ สุราและสารระเหยเพิ่มขึ้น

● ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

1. มีระบบการบำบัดรักษาแบบสมัครใจผู้ป่วยนอก ในรูปแบบที่มีมาตรฐาน ผ่านการรับรองคุณภาพ กระบวนการบำบัดรักษายาเสพติด (HA ยาเสพติด) ครบ 100% ตลอดจนมีการปรับกระบวนการบำบัดให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพการใช้ สารเสพติด ของผู้เข้ารับการบำบัด
2. มีระบบการติดตามที่เป็นรูปธรรม มีกลไกการติดตามที่ชัดเจน ตลอดจนมีการสร้างเครือข่ายในการติดตามโดยความร่วมมือของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กลไกประชารัฐ
3. บุคลากรผู้ให้การบำบัดรักษาได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นและสามารถประยุกต์ใช้ในกระบวนการบำบัดรักษาและติดตามฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด สุรา และบุหรี่
4. บุคลากรผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดมีความสามัคคี ทำงานเป็นทีม ให้ความสำคัญกับการให้บริการ
5. บุคลากรปฏิบัติงานระดับ สสจ. ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณ จากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและชมรมนักบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดแห่งประเทศไทย ด้านบริหารจัดการ และผู้ปฏิบัติงาน ระดับโรงพยาบาล (โรงพยาบาลแพร่) ได้รับรางวัลด้านวิชาการ (การบำบัดฟื้นฟู)

● ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่เสนอประสานหรือดำเนินการต่อ
นโยบาย แนวทางปฏิบัติ และการสนับสนุน ในการพัฒนาระบบและถ่ายโอนภารกิจการบำบัดฟื้นฟู ไม่สัมพันธ์กับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น (ภาระงาน จำนวนบุคลากร)	ควรมีการกำหนดกรอบโครงสร้าง คุณสมบัติที่ชัดเจน สัมพันธ์กับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น	มีการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในอนาคตที่ชัดเจน พร้อมทั้งกำหนดกรอบโครงสร้างงานยาเสพติดในแต่ละระดับและสอดคล้องกับปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงในแต่ละระดับ

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

การกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในอนาคต จึงควรดำเนินทุกมาตรการในเชิงรุก ตลอดจนเพิ่มการมีส่วนร่วมขององค์กรและภาคีต่างๆ รวมถึงสร้างรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหายาเสพติดจะสามารถควบคุมปัญหายาเสพติดไม่ให้ความรุนแรงและขยายตัวเพิ่มมากขึ้น

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1. การสร้างเครือข่ายชุมชน โดยเน้นกลไกประชารัฐ ในการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษา โดยการจัดอบรมให้ความรู้อาสาสมัครในชุมชนให้มีความรู้ในกระบวนการติดตามดูแลช่วยเหลือด้านสังคม จิตใจ ผู้มีปัญหายาเสพติด และจัดทำสมุดบันทึกการติดตามสำหรับอาสาสมัคร กำหนดระยะเวลา รูปแบบการติดตามแบบคู่ขนานกับการติดตามในระบบของสถานบริการสาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และใกล้ชิดในชุมชน

2. สถานพยาบาลในระบบสมัครใจ ผ่านการรับรองการประเมินรับรองคุณภาพสถานบำบัดรักษายาเสพติด (Hospital Accreditation) ครบทั้ง 8 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100

3. พัฒนารูปแบบการค้นหา ติดตาม ผู้ผ่านการบำบัด โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.)

ผู้รายงาน 1. นายปณณ...วิชิตกุล

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (สสจ.แพร่)

วัน/เดือน/ปี 7 กุมภาพันธ์ 2561/โทร 08-1951-4115

e-mail pkjob53@hotmail.com

2. นายปรามโทย์...มังกรณ์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (รพ.แพร่)

วัน/เดือน/ปี 7 กุมภาพันธ์ 2561/โทร 08-1881-7599

e-mail dragon_mote@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

KPI : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ตามที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายให้มีการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ขึ้นนั้น ทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลแพร่ จึงได้พัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ในโรงพยาบาลแพร่ และสมัครเข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยได้กำหนดโรคที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 10 โรค ดังนี้คือ 1. โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) 2. โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele) 3. โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid) 4. ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (Vaginal bleeding) 5. หลอดเลือดดำของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารขด (Esophageal varics, Gastric varics) 6. ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture) 7. โรคมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor) 8. ตังเนื้อือกกล้าไส้ใหญ่ (Colorectal polyp) 9. นิ่วในท่อน้ำดี (Bile duct stone) 10. ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Bile duct stricture)

โรงพยาบาลแพร่ ได้ผ่านการประเมินศักยภาพในการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) และได้เริ่มให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ตั้งแต่วันที่ 19 มกราคม 2561 เป็นต้นมา ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) ซึ่งมีความพร้อมสำหรับการบริการแบบวันเดียวกลับ คือมีรถโดยสารรับ – ส่ง และมี care giver ที่สามารถดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้

● การดำเนินงาน

1. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร่
2. ประชุมคัดเลือกโรค หรือหัตถการที่เข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลแพร่
3. ประเมินศักยภาพโรงพยาบาล เพื่อส่งเข้าร่วมโครงการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
4. สร้างระบบบริการตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์กำหนดดังนี้
 - ตั้งคณะกรรมการดูแลโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery
 - ตั้งศูนย์ประสานงานการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery
 - จัดอัตรากำลังเพื่อรองรับโครงการ

ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ จำนวน 4 คน สูตินรีแพทย์ จำนวน 5 คน อายุรแพทย์ จำนวน 10 คน วิสัญญีแพทย์ จำนวน 5 คน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน พยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 69 คน วิสัญญีพยาบาล จำนวน 22 คน พยาบาลห้องส่องตรวจ จำนวน 3 คน พยาบาลหอผู้ป่วย จำนวน 40 คน

- จัดสถานที่เพื่อรองรับโครงการ (ODS ZONE)

- 1) ห้องรผ่าตัด ห้องพักฟื้น

2) หอผู้ป่วย

- สร้างแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนทำการหัตถการเช่นแนวปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้การรับความรู้สึก

- สร้างแนวทางการปฏิบัติด้านความปลอดภัยของการทำการหัตถการ หรือการผ่าตัด ได้แก่ Surgical check list Clinical risk

- สร้างแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ ward

- สร้างระบบติดตามผู้ป่วยก่อน และหลังทำการหัตถการ

1. โทรติดตามก่อนผ่าตัด และอาการหลังผ่าตัด

2. ประเมินความพึงพอใจต่อการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

- สร้างระบบการติดตามสื่อสารกับผู้ป่วย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในโครงการ ตลอด 24 ชั่วโมง

1. สายด่วน ปรีกษาปัญหาสุขภาพ

2. ER และ โรงพยาบาลชุมชน

5. สร้างแนวปฏิบัติการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร์

6. ชี้แจงให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ

7. ทดลองใช้แนวปฏิบัติการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร์

8. ประชุม/ อบรม/ ศึกษาดูงานเพื่อพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร์

9. ปรับปรุงแนวปฏิบัติปฏิบัติการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร์

10. ประกาศใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร์

11. ชี้แจงให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ

12. ขอรับการตรวจเยี่ยม และประเมินระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จากกรมการแพทย์ ซึ่งโรงพยาบาลแพร์ได้ผ่านการตรวจเยี่ยม และประเมินระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จากกรมการแพทย์ ในวันที่ 19 มกราคม 2561

13 สร้างความรู้ความเข้าใจประโยชน์การให้บริการ แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆเช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ ประสานผ่านเครือข่าย รพสต รพช เป็นต้น

14. ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ODS และปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

15. นำข้อมูลมาวางแผน ปรับปรุง และ ประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงาน

● (Essential Task)

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.	จัดทำคำสั่งคณะกรรมการ พัฒนาระบบบริการ ODS	ขอรับการประเมิน เพื่อให้บริการผ่าตัด แบบวันเดียวกลับ จากกรมการแพทย์	พัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศ ที่สามารถ เชื่อมโยงกับฐานข้อมูล กระทรวง และกองทุน สุขภาพ	นำข้อมูลมาวางแผน ปรับปรุง และ ประเมิน ประสิทธิภาพการ ดำเนินงาน
ผลการดำเนินงาน	มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ	ผ่านการประเมิน 19 ม ค 2561	อยู่ในช่วงดำเนินการ	
2.	พัฒนาระบบบริการ ODS 9 องค์ประกอบตามเกณฑ์ การประเมินของกรมการ แพทย์	วางกรอบการปฏิบัติ และการคัดเลือก ผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยคำนึงความ ปลอดภัยของการ ให้บริการ	เชื่อมโยงรายงานการ ให้บริการ ODS กับ ระบบรายงานของ กระทรวงสาธารณสุข กองทุนสุขภาพ และ รายงานความเสี่ยงของ โรงพยาบาล	พัฒนาการ ดำเนินงาน เพิ่ม จำนวนร้อยละของ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ การวินิจฉัยตาม 10 โรค หัตถการ ในการ ให้บริการแบบ ODS
ผลการดำเนินงาน	สร้างแนวปฏิบัติการ บริการผ่าตัด ODS	ผู้ป่วยที่คัดเลือกเข้า โครงการทั้งหมดเป็น ผู้ป่วยไส้เลื่อนขา หนีบ (Inguinal hernia)	อยู่ในช่วงดำเนินการ	
3.	ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ปรับปรุงแนวปฏิบัติ	สร้างความรู้ความ เข้าใจประโยชน์การ ให้บริการ แก่ ประชาชนผ่าน ช่องทางต่างๆเช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ ประสานผ่าน เครือข่าย รพสต รพช. เป็นต้น	ติดตาม และ ประเมินผลการ ดำเนินงาน ODS และ ปรับปรุงให้สอดคล้อง กับบริบทของ โรงพยาบาล	ประเมินผลการ ดำเนินโครงการ
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีแนวปฏิบัติปฏิบัติการ บริการผ่าตัด ODS	ดำเนินการประสาน จาก สสจ.	ทบทวน และปรับปรุง แนวปฏิบัติ เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพของ ระบบ	

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
4.	ชี้แจงให้สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องรับทราบแนวทางการปฏิบัติ	ติดตามสอบถามและรับฟังปัญหาการทำงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติ และชี้แจงให้สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องรับทราบ	ทำคู่มือสำหรับการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแก่ผู้ปฏิบัติทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง	
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบการใช้แนวปฏิบัติ	ปรับแนวทางปฏิบัติ	อยู่ในช่วงดำเนินการแจกคู่มือแนวทางปฏิบัติแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

เนื่องจากการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) จำเป็นต้องมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัด และเน้นการให้บริการที่ได้มาตรฐาน และปลอดภัยจากการผ่าตัด จึงคัดเลือกผู้ป่วยได้จำนวน 4 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) ทั้งหมด และจากการติดตามผู้ป่วย ไม่พบอุบัติการณ์ Drop out ในผู้ป่วย ODS ทั้งระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด สำหรับการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ทั้งด้านวิสัญญี และด้านการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวด เท่ากับ 3 - 4 ในวันแรกของการผ่าตัด และลดลงเป็นระดับ 3 ในวันที่ 2-3 ของการผ่าตัด ไม่พบอุบัติการณ์การ Admit โรงพยาบาลหลังการผ่าตัด และมีความพึงพอใจมากต่อการบริการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 95

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบาย หรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ

เนื่องจากการเข้าร่วมโครงการผ่าตัดวันเดียวกลับต้องได้รับความเห็นชอบของศัลยแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ จึงต้องให้ข้อมูลผู้ป่วย และญาติให้เพียงพอ และเหมาะสม ในกรณีที่ภาระงานมาก อาจให้ข้อมูลไม่เพียงพอ และเหมาะสมอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ และอาจทำให้การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการทำได้ไม่ทั่วถึง ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการไม่มาก ประกอบกับความไม่มั่นใจในงบประมาณการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ทำให้ศัลยแพทย์ชะลอการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการไม่มาก

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. แพทย์ผ่าตัดไม่มั่นใจในระบบบริการ	ชี้แจงระบบการให้บริการแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องให้รับทราบ
2. ผู้ป่วยไม่มั่นใจในความปลอดภัยในการ บริการ	ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชน เกี่ยวกับโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับให้ทั่วถึง มีการประชาสัมพันธ์เข้าสู่วงกว้าง โดยร่วมกับ รพ.สต. และรพช.เครือข่าย
3. โรค หรือหัตถการที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวน น้อย และไม่หลากหลาย	เสนอ กรมการแพทย์ให้เพิ่มหัตถการเข้าไปในหัตถการของ One Day Surgery : ODS ให้หลากหลายแผนก
4. ผู้ป่วยมีที่พักห่างจาก โรงพยาบาลแพร่ และ ไม่มีรถโดยสารไป - กลับ	เพิ่มการผ่าตัดแบบ One Day Surgery : ODS ในโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายที่ อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลแพร่
5. ขาดความไม่แน่นอน ในเรื่องของงบประมาณ จาก สปสช. ที่จ่ายให้ผู้ป่วย ODS	ในช่วงของการปรับเปลี่ยน เพื่อใช้ระบบบริการ ODS หรือในช่วงของความไม่ชัดเจน ทางด้านงบประมาณการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบ ODS ทางโรงพยาบาลแพร่ ได้ปรับวิธีการโดยให้ผู้ป่วยมา Admit ในเช้าวันผ่าตัด (ADOP) โดยให้บริการผ่าตัด แบบวันเดียวกลับ แต่ทำ Admit 6 ชั่วโมง และให้ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ผ่าตัด

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชน เกี่ยวกับโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับให้ทั่วถึง มีการ
ประชาสัมพันธ์เข้าสู่วงกว้าง โดยร่วมกับ รพ.สต. และรพช.เครือข่าย ซึ่งอยู่ในช่วงดำเนินการ
2. ประสานงานร่วมกับ รพช. เครือข่าย รพ.สต. และทีมเวชกรรมสังคมในการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด
3. เพิ่มหัตถการอื่นๆ ที่ทำผ่าตัดในขณะนี้ เข้าไปในหัตถการขอ (One Day Surgery : ODS) และ
สามารถเบิกจาก สปสช. ได้
4. ในช่วงของการปรับตัว หรือเปลี่ยนถ่ายการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับสำหรับผู้ป่วย และผู้
ให้บริการที่เคยชินกับการ admit ผู้ป่วย 1 วันก่อนผ่าตัด อาจให้ผู้ป่วย Admit ในเช้าวันผ่าตัด (Admit on Day
Of Procedure) เพื่อให้คุ้นชินกับระบบ และมั่นใจในความปลอดภัยของบริการ
5. เพิ่มการผ่าตัดแบบ (One Day Surgery : ODS) ในโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย
6. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และจัดหาเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น
สำหรับการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1. แบบฟอร์มใบนำทางสำหรับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)
2. แบบประเมินความเสี่ยงในการให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (รายโรค)
3. คู่มือแนวปฏิบัติการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร่

ผู้รายงาน นางนงเยาว์ ธราวรรณ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โทร 085-7130281 e-mail nongyao6678@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

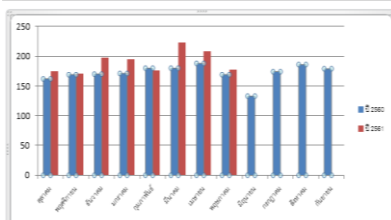
เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

KPI : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

● สถานการณ์ / สภาพปัญหา

จำนวนผู้ป่วยวิกฤตสีแดง (ESI 1) มาด้วยระบบ EMS

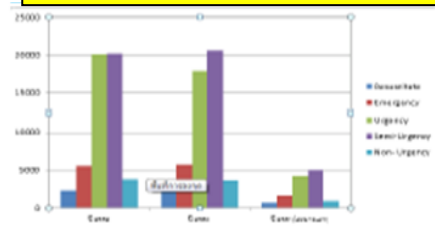


จำนวนผู้ป่วยวิกฤตสีแดงมาโดย EMS

*ปี 2560 ผลงาน 19 %

* ปี 2561 (ไตรมาส 1-2) ผลงาน 23.81% เพิ่มขึ้น

ห้องฉุกเฉินแออัด (ER Crowding) > 60 เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน + Violence



ปี 2561 (ไตรมาส 1-2)

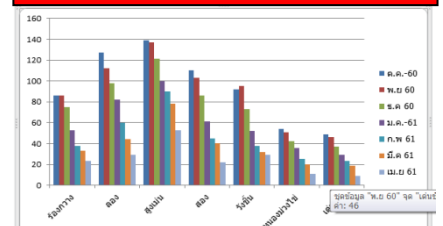
0 ผู้มารับบริการห้องฉุกเฉิน 24,500 ราย

0 ผู้ป่วยประเภท R/E คิดเป็น 17.92 %

0 ผู้ป่วย U/S/N คิดเป็น 81.24 %

0 ความไม่ปลอดภัยในห้องฉุกเฉิน

อัตราเสียชีวิตภายใน 24 ชม. ผู้ป่วย ESI 1 ปี 2561 (ไตรมาส 1-2)



ปี 2561 (ไตรมาส 1-2)

0 จำนวนผู้ป่วยวิกฤตสีแดง ทั้งหมด 2993 ราย

0 ผู้ป่วยวิกฤตสีแดงเสียชีวิตใน 24 ชม. 127 ราย

คิดเป็นร้อยละ 4.24 (เป้าหมาย 12%)

● การดำเนินงาน / ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. การลดภาวะแออัดในห้องฉุกเฉิน
2. การพัฒนาคุณภาพการรักษาโดยใช้ ER Safety goal
3. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศ TEA Unit มาตรฐาน

1. การลดภาวะแออัดในห้องฉุกเฉิน

- การลดแออัดในห้องฉุกเฉิน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินตามคำสั่งที่ 173/2561 มีมาตรการลดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน โดยการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง (Triage) ผู้ป่วยด้วย ESI (Emergency severity index) ในการแยกผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้ง OPD จัด ER โซนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยระบบช่องทางด่วน (fast track) พัฒนาระบบ stroke fast track จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบปัญหาผู้ป่วย stroke fast track ในช่วง onset to RTPA หลังกลับจาก CT > 60 นาที ซึ่งโรงพยาบาลแพร่ ทำได้ 73 นาที มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย stroke fast track เพิ่ม Stroke nurse , พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง , แบบบันทึกเวลาการทำการกิจกรรม stroke fast track โรงพยาบาลแพร่ ลดระยะเวลาในการดูแลรักษาและแก้ไขภาวะวิกฤตในห้องฉุกเฉิน (Target 2-4 ชั่วโมง) ผลงาน 3 ชั่วโมง เพิ่มป้าย Inditified เพื่อการสื่อสารเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติถึงขั้นตอนการดูแลรักษา ลดข้อ

ร้องเรียนเพิ่มความพึงพอใจต่อการให้บริการ เพิ่มบริการ OPD นอกเวลา ช่วงเวลา 16.30 -22.30 น.ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ ER 79.59 %

- จัดมาตรฐาน ปรับปรุงภูมิทัศน์ห้องฉุกเฉินเพื่อรองรับการบริการผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น พัฒนา

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ (Pre- hospital care system / Definitive care) จัดอัตรากำลังให้มีแพทย์ EP ประจำในเวรเช้าและเวรบ่ายทุกเวร กรณีเวรตึกไม่มีแพทย์ EP ประจำการให้มีการทบทวน Audit OPD Card ในผู้ป่วย ESI 1-2 รวมถึงการดูแลผู้ป่วยตามหลักการอย่างครบถ้วนในโรงพยาบาล Audit Case ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง ผล อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 4.24 (เป้าหมาย 12)

- พัฒนาศูนย์ความรู้และมีความพร้อมในการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบ ECS อบรม

หลักสูตรต่าง ๆ เช่น ICS /MERT / ATLS / ACLS / ENP / Trauma Nurse Co.

- พัฒนาระบบการส่งต่อ (Inter hospital care / Referral System) เครือข่ายเชื่อมโยง รพช. / รพสต. พัฒนาระบบส่งต่อโดยใช้โปรแกรม Thai refer การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางก่อนส่งต่อ การพัฒนาคุณภาพการส่งต่อ ผลการดำเนินงาน ปี 2561 (ไตรมาส 1-2) สถิติการรับส่งต่อ (refer in) 14,947 ราย สถิติการส่งออก (refer out) 3875 ราย สถิติการส่งออก (refer out) โดยรพช. 150 รายลดลงคิดเป็น 7.41 % สถิติการส่งกลับ (refer back) 4763 ราย ไม่พบสถิติการส่งออกนอกเขตในผู้ป่วย IPD

- อัตราส่วนผู้ป่วยระบบ Trauma สีแดง มาด้วยระบบ EMS ในปี 2560 คิดเป็น 19 % ในปี 2561 (ไตรมาส 1-2) เพิ่มขึ้น 4.81 % (ผู้ป่วยวิกฤตสีแดงมาด้วยระบบ EMS 23.81 %)

2. Severe Traumatic Brain injury and Acute Neurosurgical Care : (อัตราการบาดเจ็บ

(Trauma) PS Score > 0.75 เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย TBI ลดลง 20% อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 hr.)

- เก็บข้อมูล IS บูรณาการกับ Hos- xp ฐานข้อมูลในโรงพยาบาลโดยบันทึกในโปรแกรม ISWIN Online วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มี PS Score > 0.75 ปี 2561 (ไตรมาส 1-2) สถิติ 0.2 นำข้อมูลที่ได้มา พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 hr. ทั้งหมด 127 ราย อุบัติเหตุ 65 คิดเป็นร้อยละ 4.5

- Trauma fast track / Head injury จัดทำแนวทางการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การประเมินผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะวิกฤต การส่งต่อที่เหมาะสม พัฒนาการเชื่อมโยงผู้ป่วยบาดเจ็บ ผู้ป่วยทางระบบประสาทศาสตร์ ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย (TEA unit ล้านนา 2) ลดระยะเวลาในการ refer ผู้ป่วยทางระบบประสาท ผู้ป่วยปลอดภัย สถิติการปฏิเสธการรับส่งต่อผู้ป่วยลดลง การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยสะดวกผ่าน line consult สามารถให้แผนการรักษาล่วงหน้าได้ เชื่อมโยงการดูแลกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บในราย Support จนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ

ผลการดำเนินงาน : อัตราตายในผู้ป่วย Trauma PS >0.75 = 0.2 % จำนวนผู้ป่วย TBI ปี 2561(ไตรมาส 1-2) จำนวน 495 ราย ผู้ป่วย TBI เสียชีวิตภายใน 30 วัน จำนวน 35 ราย (*S06 , 07 ,08) คิดเป็น 7.07% /ระบบ APACHE Score และ MEWS ประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้า หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลแพร่

- เชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ Intermediate care สถิติการดำเนินการ 104 ราย

3. TEA Unit : (รพ. M1 มี TEA unit และ รพ F2 ส่งข้อมูล แพ้ม Accident)

พัฒนาศูนย์บริหารจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน TEA Unit มีการใช้ CPG พัฒนาระบบ Trauma fast track Head injury , Trauma Audit , MM Conference วิเคราะห์หาจุดบกพร่องนำมา พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเรื่องการประเมินผู้ป่วย Trauma จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินผู้ป่วย Trauma , รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอส่งคืนข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำสู่การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

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

1. ระบบการจัดเก็บข้อมูลหลากหลาย Program ขาดการเชื่อมโยงกันทั้งจังหวัด การบูรณาการข้อมูล 3 ฐานไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลทำให้ยังมีข้อมูลแตกต่างกัน ไม่มีระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ติดตาม กำกับ วางแผนบูรณาการเชื่อมโยงระบบข้อมูลเข้าด้วยกันในการนำมาวิเคราะห์ และพัฒนางาน การเข้าถึงข้อมูลยาก ขาดการนิเทศติดตาม

2. สัดส่วนงานกับบุคลากรที่รับผิดชอบงานไม่สมดุล

3. การพัฒนาศูนย์บริหารจัดการข้อมูลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (TEA Unit) การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ยังมีปัญหาเรื่องระบบการทำงาน ภาระงาน โครงสร้างบุคลากร ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร ยังจำกัดงานอยู่ในเฉพาะโรงพยาบาลและระบบ Trauma เท่านั้น function เรื่องของ Prevention ยังไม่ถึงเป้าหมาย ไม่มีฐานข้อมูลเฉพาะ

4. ข้อจำกัดแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมประสาท การดูแลผู้ป่วยระบบ Severe Traumatic Brain injury and Acute Neurosurgical Care ไม่สามารถพัฒนาให้บรรลุตามตัวชี้วัด การจัดตั้ง Neurosurgical Center

5. Case Trauma fast Track ไม่บรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร เนื่องจากข้อจำกัดในการเลือก Case , การตัดสินใจของญาติในเรื่องการผ่าตัด , สภาพผู้ป่วยไม่ stable , การนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง

6. การบริการ EMS ในกลุ่มผู้ป่วย Fast track / ผู้ป่วยสีแดง การเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อัตราส่วนผู้ป่วยระบบ Trauma มาด้วยระบบ EMS คิดเป็น 19 % (ข้อมูลปี 2560) ในปี 2561 (ไตรมาส 1-2) เพิ่มขึ้น 4.81 % (ผู้ป่วยวิกฤตสีแดงมาด้วยระบบ EMS คิดเป็น 23.81 %)

ผู้สรุปรายงาน นางลักษณ์ ชัดแก้ว

โทร 086 -9132659

Noiems17@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

KPI : อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

จังหวัดแพร่ มีการดำเนินงานวัณโรค ภายใต้คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรคแห่งชาติ (National Operation Center of TB : NOC TB) ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ที่ 36/2561

ปีงบประมาณ 2560 การค้นพบผู้ป่วยวัณโรคของจังหวัดแพร่จากการรายงาน ค่อนข้างต่ำ มีการพบผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาเพียงร้อยละ 65.04 ของเป้าหมาย อัตราผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียน 116.94 ต่อแสนประชากร (คาดประมาณ 171 ต่อแสนประชากร) ผลงานการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง ยังพบผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ร้อยละ 0.08 อัตราการรักษาสำเร็จยังต่ำกว่าเกณฑ์

ข้อมูลและจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน

สถานการณ์วัณโรคจังหวัดแพร่ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2561 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 276 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 61.67 (เป้าหมายปี 2561 เท่ากับ 171 ต่อประชากรแสนคน) จำแนกเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะพบเชื้อ (New Pulmonary Tuberculosis smear positive) มากที่สุด จำนวน 133 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.19 พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.78 ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.96 จำนวนผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำทุกประเภทจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.07 ของวัณโรคปอดทุกประเภท

ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 31 พฤษภาคม 2561

โรงพยาบาล	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่			ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ			รวม	อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน
	เสมหะพบเชื้อ	เสมหะไม่พบเชื้อ	นอกปอด	เสมหะพบเชื้อ	เสมหะไม่พบเชื้อ	นอกปอด		
แพร่	38	23	8	0	5	0	74	62.53
ร้องกวาง	17	7	5	0	0	1	30	61.10
ลอง	6	15	0	0	2	0	23	41.92
สูงเม่น	18	12	10	1	1	0	42	55.90
สอง	25	17	5	2	1	0	50	99.45
วังชิ้น	16	6	1	1	0	0	24	51.90
หนองม่วงไข่	5	6	3	0	0	0	14	78.81
เด่นชัย	8	10	1	0	0	0	19	53.00
รวม	133	96	33	4	9	1	276	61.67

ตัวชี้วัดในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561 ได้กำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงานด้านวัณโรค โดยกำหนดตัวชี้วัด อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่รอบที่ 1/2561 ต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 ผลการดำเนินงานของจังหวัดแพร่ พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียนรอบที่ 1/2561 จำนวน 87 ราย เปลี่ยนการวินิจฉัยระหว่างรักษา จำนวน 4 ราย คงเหลือผู้ป่วยที่นำมาประเมิน 83 ราย รักษาหาย และรักษาครบ จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.35 เสียชีวิต จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.89 กำลังรักษาจำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.76 ไม่มีผู้ป่วยขาดยาและรักษาล้มเหลว

ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่แยกรายอำเภอ จังหวัดแพร่ รอบที่ 1/2561

รพ.	ขึ้นทะเบียน	เปลี่ยนวินิจฉัย	นำมาประเมิน	หาย/ครบ	ร้อยละ	เสียชีวิต	ร้อยละ	กำลังรักษา	ร้อยละ
แพร่	32	0	32	13	40.63	6	18.75	13	40.63
ร้องกวาง	3	0	3	0	0	0	0	3	100
ลอง	7	1	6	0	0	2	33.33	4	66.67
สูงเม่น	8	0	8	2	25.00	2	25.00	4	50.00
สอง	16	1	15	6	40.00	5	33.33	4	26.67
วังชิ้น	11	1	10	6	60.00	1	10.00	3	30.00
หนองม่วงไข่	3	1	2	0	0	1	50.00	1	50.00
เด่นชัย	7	0	7	4	57.14	2	28.57	1	14.28
รวม	87	4	83	31	37.35	19	22.89	33	39.76

แหล่งที่มา : TBCM Online ณ วันที่ 12 มิถุนายน 2561

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

จังหวัดแพร่ ได้มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คัดกรองโดยวิธี Verbal Screening และ Chest X – Ray ทุกราย ได้แก่

- 1.1 บุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุข
- 1.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคย้อนหลัง 2 ปี
- 1.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
- 1.4 ผู้ป่วย COPD
- 1.5 ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง
- 1.6 ผู้ต้องขังในเรือนจำ
- 1.7 ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม
- 1.8 ผู้ป่วยเบาหวาน Uncontrol
- 1.9 แรงงานต่างด้าว
- 1.10 อื่นๆ เช่นผู้มีอาการสงสัยวัณโรค (ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการไอทุกราย ไม่ต้องรอถึง 2 สัปดาห์)

กลุ่มที่ 2 คัดกรองโดยวิธี Verbal Screening หากคะแนนมากกว่า 3 ให้ส่ง Chest X – Ray และส่งตรวจเสมหะ ทุกราย ได้แก่

- 2.1 ผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป
- 2.2 ผู้ป่วย CKD ระดับ 4 -5
- 2.3 ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด
- 2.4 ผู้สูงอายุติดสังคม
- 2.5 ผู้ป่วยทุพโภชนาการ ค่า BMI น้อยกว่า 18.5
- 2.6 พระสงฆ์

ผลการดำเนินงานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค

กลุ่มเสี่ยง	จำนวนเป้าหมาย	ผลงานการคัดกรอง	ร้อยละ	ป่วยวัณโรค	ร้อยละ
บุคลากรสาธารณสุข	3,461	3,096	89.45	3	0.10
ผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ ผู้ใกล้ชิด	1,090	833	76.42	15	1.78
ผู้สูงอายุติดเตียง	566	360	63.60	0	0
ผู้สูงอายุติดบ้าน	1,836	1,105	60.19	0	0
เบาหวาน Uncontrol	21,952	16,264	74.08	7	0.04
ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี	2,527	2,270	89.82	5	0.20
ผู้ป่วยปอดอุดกั้น เรื้อรัง	2416	1,675	69.33	4	0.23
ผู้สูงอายุที่โรคร่วม	28,014	22,445	80.12	18	0.08
ผู้ต้องขังในเรือนจำ	1,538	อยู่ระหว่างดำเนินการ		0	0
แรงงานต่างด้าว	351	351	100	1	0.28
เบาหวานทั่วไป	22,587	1,626	27.21	0	0
CKD ระดับ 4-5	489	254	51.94	2	0.52
ผู้สูงอายุติดสังคม	81,638	52,663	30.09	0	0
ผู้ป่วยทุพโภชนาการ (BMI ต่ำกว่า 18.5)	7520	1419	18.87	0	0
ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด	1514	1197	77.68	1	0.08
พระสงฆ์	828	256	30.92	0	0
รวม	178,453	105,696	59.26	56	0.05

แหล่งข้อมูล โปรแกรม TBCM Online ณ วันที่ 19 มิถุนายน 2561

ระบบการดูแลรักษา กำกับติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

มีระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ ดังนี้

- พยาบาลคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล ขึ้นทะเบียน ดูแลการได้รับยา ประสานส่งต่อผู้ป่วยให้ รพ.สต. และปรึกษาแพทย์เมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับการรักษา
- พยาบาล IC ดูแลร่วมกับพยาบาลคลินิกวัณโรคขณะผู้ป่วยนอนรักษาที่โรงพยาบาล
- พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้าน กำกับการกินยาร่วมกับ ญาติ อสม. ผู้นำชุมชน
- เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานวัณโรค กำกับติดตามการจ่ายยาวัณโรค
- ทีม SRRT ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ทำหน้าที่ออกติดตามและประสานงานแบบเคลื่อนที่เร็วในการ ลงสอบสวนโรครายกรณี วัณโรคดื้อยา และพบวัณโรคในพื้นที่เดียวกัน ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป
- ใช้ข้อมูลจาก TBCM Online ในการขึ้นทะเบียน การรักษา ติดตาม ดูแล ผู้ป่วยวัณโรค ทุก โรงพยาบาล และระดับ รพ.สต.
- มี Group Line ในการประสานงาน ของ ทีปิกคลินิก ในโรงพยาบาลรัฐ เอกชน เรือนจำ และ สสจ.

● ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
1. การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาต่ำกว่าเกณฑ์ การคาดประมาณ (171 ต่อประชากรแสนคน) 2. อัตราการเสียชีวิตสูง	1. ค้นหาเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เพื่อเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยและรักษา ให้เร็ว 2. พัฒนาคูณภาพการคัดกรองโดยการ X-ray ปอด ในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค เช่นกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDS กลุ่มผู้ป่วย COPD เป็นต้น 3. การเฝ้าระวังการเสียชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ต่างๆเช่น เบาหวาน ความดัน ฤๅลมโป่งพอง เอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น 4. การบูรณาการงานวัณโรคร่วมกับงานโรคเรื้อรัง

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- 1) การบูรณาการงานวัณโรคร่วมกับงานโรคเรื้อรัง
- 2) การใช้เทคโนโลยีในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา
- 3) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคให้ครอบคลุม 100% โดยมีแผนงานการคัดกรองตามกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค

4) การใช้กลไกการขับเคลื่อนงานวัณโรคโดยภายใต้คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการวัณโรคแห่งชาติ (National Operation Center of TB : NOC TB) ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ที่ 36/2561 และ บูรณาการร่วมกับคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติการควบคุมโรคติดต่อ 2558

แผนการดำเนินงานการป้องกันควบคุมวัณโรค จังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2561

มาตรการ	GAP	KPI	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค	คัดกรองไม่ถึง 90%	คัดกรองให้ได้มากกว่า หรือเท่ากับ 90%	-ชี้แจงแนวทางดำเนินงาน -คัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้ได้ 30 %	-คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 60% -คัดกรองเจ้าหน้าที่ 100% -CXR ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ 100%	-คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 90% -คัดกรองเจ้าหน้าที่ 100 % - CXR ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ 100%	- คัดกรอง 100% -ทบทวนแนวทางการดำเนินงานปรับปรุงไว้ใช้ในปีต่อไป
การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยวัณโรค	มีการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทและขึ้นทะเบียนรักษาน้อยกว่า 171 / แสนประชากร	ค้นพบผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาให้ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 15 ต่อประชากรแสนคน	-ชี้แจงแนวทางดำเนินงาน -ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 50 ต่อประชากรแสนคน	- Verbal Screening และ CXR กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDS และ กลุ่มผู้ต้องหาในเรือนจำให้ได้ 100% -ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษา ให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 100ประชากรแสนคน	-ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษา ให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 150 ประชากรแสนคน	-ทบทวนแนวทางการดำเนินงานปรับปรุงไว้ใช้ในปีต่อไป
ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่	น้อยกว่า 90%	ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับ 90%	-ชี้แจงแนวทางดำเนินการ เริ่มคัดกรองทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิตในปีที่ผ่านมา มากกว่าหรือเท่ากับ 60%	- ผู้ป่วยทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษา Admit 2 อาทิตย์ - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจน ถึงระดับตำบล - Success rate ≥ 70%	-ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับ 80 %	ทบทวนและปรับปรุงไว้ใช้ในปีต่อไป

แผนการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรค จังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2561 (เพิ่มเติม)

มาตรการ	GAP	KPI	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	การขาดความตระหนักของผู้บริหาร/บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 90% ค้นพบผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาให้ได้ 150 - 171 / แสนประชากร			-ทำ MOU ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโรงพยาบาลทุกแห่ง -ติดตามผลการดำเนินงานในที่ประชุมประจำเดือนทุกเดือน	ติดตามประเมินผลการทำงาน
	การขาดความตระหนักของประชาชน	กลุ่มเสี่ยงเป้าหมายต่อการป่วยเป็นวัณโรคมีการมาคัดกรองวัณโรควัณโรคมากกว่า 90 %			-ประกาศเป็นวาระจังหวัด -แจ้งในที่ประชุมประจำเดือนของผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ผู้นำท้องถิ่น -ประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสายหมู่บ้าน	ติดตามประเมินผล
การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ	การบันทึกข้อมูลใน TBCM Online ไม่ครบตามเป้าหมาย	มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองในโปรแกรม TBCM Online 100%			บันทึกการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้ได้ 100 %	ติดตามประเมินผล

ผู้รายงานนางนงลักษณ์ เกษม

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 19 มิถุนายน 2561

โทร 091-8568290

e-mail noinongluk@hotmail.com

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

3.1 ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

27) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

28) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)

3.2 ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

29) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

30) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุ ทันตกรรม

31) ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายในและ
การบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

32) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วน ราชการในสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

33) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA
ชั้น 3

34) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว

35) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

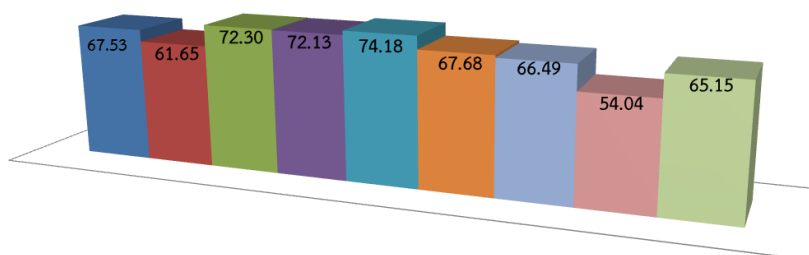
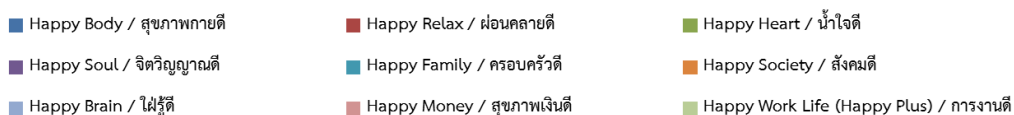
KPI: ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

Happinometer เป็นนวัตกรรมของการวัดคุณภาพชีวิตและความสุขทางด้านสังคมศาสตร์ที่น่าเชื่อถือ ทันสมัย และมีช่องทางในการวัดความสุขด้วยตนเองที่ มากที่สุด สะดวกที่สุด และมีประสิทธิภาพที่สุด ซึ่ง Happinometer ได้ดึงเอาความเด่นของดัชนีในแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตและความสุขคนทำงานมารวมอยู่ในเครื่องมืออย่างท้าทาย และสนุกสนาน ทั้งยังสะท้อนความจำเป็นที่องค์กรต้องพัฒนาสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและความสุขของคนในองค์กรอย่างทันทั่วถึง เพื่อให้คนทำงานอย่างมีความสุข และก่อให้เกิดเป็นองค์กรแห่งความสุขได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จากรายงานภาพรวมความสุขคนทำงานกระทรวงสาธารณสุข โดยระบุว่า ภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 62.60 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากผลการสำรวจความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข พบว่าความสุขภาพการเงิน (Happy Money) อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.65 กระทรวงสาธารณสุขจึงเกิดนโยบายเพื่อช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพทางการเงินของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขเป็นอันดับแรก เพราะเชื่อว่าเมื่อบุคลากรที่มีสุขภาพทางการเงินที่ดี จะส่งผลทำให้การทำงานได้อย่างมีความสุข และจะส่งผลทำให้ความสุขในด้านอื่นๆเพิ่มขึ้นตามมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ มีกำลังคนที่มีความหลากหลายของ Generation โดยพบว่า Generation B (Baby Boomer Generation) คิดเป็นร้อยละ 21, Generation X (Extraordinary Generation) คิดเป็นร้อยละ 21, Generation Y (Why Generation) คิดเป็นร้อยละ 32 และ Generation M (Millennium Generation) คิดเป็นร้อยละ 26 จึงได้ดำเนินการจัดทำโครงการ Happy for all สสจ.แพร่ สร้างสุขทุกมิติ มีการออกแบบกิจกรรม Happy ทั้ง 9 มิติ ให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในองค์กรทุก Generation ที่มีความแตกต่างกัน เพื่อค้นหารูปแบบการทำงานที่สร้างให้เกิดการทำงานอย่างมีความสุข

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล Happinometer ของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่



ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จึงได้ออกแบบแผนการดำเนินงาน Happinometer ตามผลการวิเคราะห์ ดังนี้

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การดำเนินการเพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานทางด้านการเงิน (Happy money)	Essential Task สสจ.แพร่ ได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้กำหนดให้มีโครงการความมั่นคงทางด้านที่อยู่อาศัยของบุคลากรสาธารณสุข (Refinanceบ้านหลังเก่า/บ้านหลังใหม่) เพื่อให้บุคลากรในสังกัด (ชรก./พรก./ลปจ./พกส.) มีความมั่นคงทางด้านที่อยู่อาศัยในการดำรงชีวิตและเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดย สสจ.แพร่ ได้จัดโครงการดังกล่าวภายใต้กิจกรรม “Refinancing day” เมื่อวันที่ 10 ม.ค.61 ซึ่งเป็นความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข และ SCB จึงได้มีการเชิญเจ้าหน้าที่จาก SCB มาให้ความรู้และข้อมูลในการเข้าร่วมโครงการแก่บุคลากรในสังกัด กลุ่มเป้าหมายคือ นักจัดการงานทั่วไป และผู้รับผิดชอบงานการเงินและบัญชีของ สสจ./รพช./สสอ. การชี้แจงประกอบด้วยรายละเอียดและคุณสมบัติของผู้ที่จะเข้าร่วมโครงการ Refinance บ้านหลังเก่า และการทำ Refinance เพื่อซื้อบ้านหลังใหม่ กับทาง SCB ซึ่งมีดอกเบี้ยที่ถูกลง คือ 1.99% ถือเป็นการลดภาระหนี้สินแก่บุคลากรกลุ่มดังกล่าว รวมไปถึง Product ตัวอื่นๆ ของทาง SCB ที่จะช่วยลดภาระหนี้สินและอำนวยความสะดวกทางด้านการเงินให้กับบุคลากร ผลการดำเนินงาน - การจัดกิจกรรม “Refinancing day” มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 50 คน โดยมีผู้ที่สนใจจะเข้าร่วมโครงการ Refinance เป็นจำนวนมาก ซึ่งทาง SCB ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการโดยละเอียด ตอบข้อสงสัย ข้อซักถาม และคำแนะนำให้กับบุคลากรได้เป็นอย่างดี และพร้อมที่จะอำนวยความสะดวกและให้บริการ โดยผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการสามารถไปติดต่อ สอบถาม การเข้าร่วมโครงการได้ที่ SCB สาขา Big C แพร่ - ในระดับอำเภอขอให้มีการลงพื้นที่ไปให้ความรู้ซึ่ง SCB จะออกพื้นที่ร่วมกัน HR mobile ในเดือน เม.ย.61		Essential Task สสจ.แพร่ ร่วมกับ SCB ในการร่วมกันประชาสัมพันธ์โครงการ ที่ช่วยเหลือบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข มีแผนงานเพิ่มเติม เช่น 1. Happy Communication Program โดยความร่วมมือกับ AIS 2. Happy car Insurance (ประกันภัยรถยนต์) 3. Happy Redeeming (สินเชื่อ SCB Happy) โดยออกประชาสัมพันธ์ร่วมกับโครงการ HR Mobilization ในช่วงเดือน เมษายน – พฤษภาคม 2561 ผลการดำเนินงาน มีการติดตาม ผลการดำเนินกิจกรรม การประชาสัมพันธ์โครงการฯ โดยการใช้แบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง : HAPPINOMETER ความสุขวัดเองได้ (แบบวัดความสุขฉบับสั้น) เพื่อวัดระดับความสุขในการทำงาน	

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
2. การดำเนินการ เพื่อส่งเสริมความสุข ในการทำงาน ทางด้านจิตใจ (Happy Heart)	Essential Task สสจ.แพร่ ได้ดำเนินการจัดโครงการเพื่อส่งเสริมความสุข ในการทำงาน ทางด้านจิตใจ (Happy Heart) ด้วยกิจกรรม ภายใต้ชื่อ S & S ...“smile & service” ซึ่ง สสจ.แพร่ ได้ จัดทำสติกเกอร์ S & S ...“smile & service” แจกให้กับ หน่วยงานในสังกัด สสจ./รพช./สสอ. เพื่อเป็นการส่งเสริม สนับสนุน ให้บุคลากรทุกคนรักในการบริการ ให้การบริการ ด้วยความเต็มใจ ให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน และให้บริการ ด้วยรอยยิ้ม ผลการดำเนินงาน มีการจัดประชุม HR Meeting ในวันที่ 9 ม.ค. 61 ซึ่ง เป็นการนำเสนอกิจกรรมตามแผนการดำเนินการ Happy ปี 2561 ของแต่ละอำเภอ และสสจ.แพร่ ได้แจกสติกเกอร์ S&S...“smile&service” ให้แก่หน่วยงานในสังกัด S&S... “smile&service” หน่วยงานละ 50 แผ่น เพื่อเป็นการ เสริมสร้างค่านิยม MOPH ประชาสัมพันธ์และเป็นการ ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทุกคนรักในการบริการ ให้การ บริการด้วยความเต็มใจ ให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน และ ให้บริการด้วยรอยยิ้ม		Essential Task สสจ.แพร่ ได้จัดอบรมนักสร้างสุข ในหน่วยงาน เพื่อเป็นผู้คิดกิจกรรม การจัดทำแผนในการจัดกิจกรรมสร้างสุข ในองค์กร โดยกำหนดให้มีตัวแทน กลุ่มงานทุกกลุ่มงาน ใน สสจ.แพร่ และ ตัวแทนหน่วยงานในสังกัด สสจ.แพร่ รวม ทั้งหมด 40 คน เข้าร่วมอบรมนักสร้างสุข ผลการดำเนินงาน มีการจัดประชุมวันที่ 21 – 23 มีนาคม 2561 ณ โรงแรมธาริธ อาร์ท โฮเทล แพร่ เป็นการอบรมที่เน้นการปฏิบัติจริงของ ผู้เข้าร่วมอบรม โดยการให้ผู้เข้าร่วมอบรม นั้นเป็นผู้คิดออกแบบ การนำเสนอในแต่ละ กิจกรรมแต่ละช่วง และผู้เข้าร่วม กิจกรรม เป็นผู้ประเมินผลการจัด กิจกรรม ในแต่ละครั้ง	
3. การดำเนินการ เพื่อส่งเสริมความสุข ในการทำงานทางด้าน สังคม(Happy Society) และ ทางด้านการผ่อนคลาย (Happy Relax)	Essential Task สสจ.แพร่ ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสุข ในการทำงาน ทางด้านสังคม (Happy Society) และ ทางด้านการผ่อนคลาย (Happy Relax) ภายใต้กิจกรรมชื่อ “สาม ส. ส่งเสริม สร้างสรรค์ แสนสุข ... Relax Space” ซึ่ง เป็นการจัดมุมลงลายมือชื่อเวลาทำงานของบุคลากรในตอน เช้าเพื่อให้เป็นมุม coffee time สำหรับบุคลากรในตอนเช้า เพื่อให้เกิดเป็นพื้นที่สำหรับการพบปะพูดคุย morning talk ทั้งผู้บริหารและบุคลากร ซึ่งมุมที่จัดกิจกรรมจะมีการติด โปสเตอร์ความรู้เกี่ยวกับการสร้างงานบ้านจิตใจ เพื่อเป็น การแชร์ความรู้ใหม่ๆ ให้กับบุคลากร เพื่อให้เกิดความคิด สร้างสรรค์ในการทำงาน ทั้งนี้การจัดกิจกรรมดังกล่าวจะจัด ทุกๆ วันพุธ ที่ 2 และ 4 ของเดือน		Essential Task สสจ.แพร่ จะมีการวางแผน การจัด กิจกรรม Relax space เป็นประจำในทุก เดือน ในปีงบประมาณ 2562 เพื่อสร้าง ความสัมพันธ์ของบุคลากรในหน่วยงาน อย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นในเรื่องของการมี ส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละ ครั้ง เสริมสร้างความสัมพันธ์ ทางด้าน สังคม ในหน่วยงาน และสร้างความผ่อนคลาย ก่อนการทำงานในแต่ละวัน	
3. การดำเนินการ เพื่อส่งเสริมความสุข ในการทำงานทางด้าน	ผลการดำเนินงาน การจัดกิจกรรม “สาม ส. ส่งเสริม สร้างสรรค์ แสนสุข ... Relax Space” สามารถทำให้ผู้บริหาร และ		ผลการดำเนินงาน บุคลากรในหน่วยงานมีความสัมพันธ์ใน การทำงานที่ดีขึ้น	

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
สังคม(Happy Society) และ ทางด้านการผ่อนคลาย(Happy Relax) (ต่อ)	บุคลากรในสังกัดได้พบปะ พูดคุยกันมากขึ้น เป็นการสร้างความผ่อนคลาย สร้างความสุขก่อนการทำงานในตอนเช้า และสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีใน สสจ.แพร่ ระหว่าง Generation ได้เป็นอย่างดี และกิจกรรมดังกล่าวได้รับการตอบรับที่ดีจากผู้บริหาร และบุคลากรทุกท่าน			
4. การแบ่งช่วง แผนการดำเนินการของ บุคลากรจากการเคราะห์ จากระบบ HROPS (Happy work life)	ผลการดำเนินงาน มีการแบ่งกิจกรรมตามโครงการ HRM HRD Happy เป็น 3 ช่วง ดังนี้ <u>ช่วงที่ 1 enter</u> มีกิจกรรม ดังนี้ - การปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ <u>ช่วงที่ 2 engage</u> มีกิจกรรม ดังนี้ 1. 21 st century skills (พัฒนาทักษะของบุคลากรในศตวรรษที่ 21) 2 . information & media (พัฒนาทักษะด้านข้อมูลสารสนเทศ) 3. HR mobile 4. วิเคราะห์ความเพียงพอของบุคลากรและบริหารจัดการอัตรากำลังคนให้เหมาะสม <u>ช่วงที่ 3 Exit</u> มีกิจกรรม ดังนี้ - การวางแผนผู้เกษียณอายุราชการและผู้รับบำเหน็จรายเดือน		ผลการดำเนินการ <u>ช่วงที่ 1 Enter</u> การปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ ปี 2561 จำนวน 23 คน (แพทย์ 22 คน ทัดแพทย์ 1 คน) <u>ช่วงที่ 2 engage</u> 1. 21 st century skills จัดกิจกรรมในวันที่ 3-4 พฤษภาคม 2561 เวลา 8.30-17.00 น. ณ โรงแรมธาริส อาร์ท โฮเทล แพร่ จำนวนผู้เข้าร่วม ประชุม จำนวน 50 คน เพื่อเตรียมทักษะที่จำเป็นให้บุคลากรในการก้าวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 ด้าน information & media (พัฒนาทักษะด้านข้อมูลสารสนเทศ) 3. HR mobile จัดกิจกรรม ลงพื้นที่ใน 8 อำเภอ เพื่อให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับงานบริหารทรัพยากรบุคคล ในวันที่ 23 เมษายน -7 พฤษภาคม 2561 4. ผลการวิเคราะห์ความเพียงพอของ จำนวนบุคลากร ของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ มีบุคลากร 5 กลุ่มประเภทการจ้าง ทั้งหมดจำนวน 1,970 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2561) - ภาพรวมระดับจังหวัด ร้อยละบุคลากร 81.46 (เพียงพอ) - ภาพรวมระดับ รพ. ร้อยละบุคลากร 105.68 (เพียงพอ) - ภาพรวมระดับ สสอ. ร้อยละบุคลากร 53.49 (ไม่เพียงพอ)	

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
			- ภาพรวมระดับ รพ.สต. ร้อยละบุคลากร 60.77(ไม่เพียงพอ) - การจัดคนลงตามโครงสร้างใหม่ ของ หน่วยงาน ในสังกัด สสจ.แพร่ - การจัดสรรนักเรียนโคเวตา ที่มรายงาน ตัวเข้าปฏิบัติงานในหน่วยงานในสังกัด สสจ.แพร่ จำนวน 18 ราย (ในสังกัด สสจ.แพร่ จำนวน 10 ราย, รพ.แพร่ จำนวน 8 ราย) <u>ช่วงที่ 3 Exit</u> -มีการจัดประชุมผู้ผู้เกษียณอายุราชการ ปี 2561 จำนวน 12 ราย (ลปจ.5 ราย ชรก 7 ราย) ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2561 เพื่อชี้แจงการยื่นขอรับบำเหน็จบำ นาญด้วยตนเองผ่านระบบกรมบัญชีกลาง (online)	

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

สสจ.แพร่ ใช้กระบวนการทางวิชาการในการออกแบบกิจกรรมสร้างสุขให้เห็นเป็นรูปธรรม และสร้างสรรค์กิจกรรมใหม่ๆ ที่น่าสนใจ และบุคลากรทุก Generation สามารถเข้าร่วมได้ เพื่อเป็นตัวช่วยให้หน่วยงานในสังกัดดำเนินการออกแบบกิจกรรมสร้างสุข และใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการประเมิน การทำกิจกรรมสร้างสุข

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงาน ไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ความต่อเนื่องของการดำเนินงาน เพื่อกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมที่จะช่วยสร้างความสุขให้กับบุคลากร โดยเฉพาะการออกแบบกิจกรรมที่สร้างสรรค์ น่าสนใจ และมีส่วนร่วมของทุกกลุ่ม Generation ในองค์กร เพื่อให้ครอบคลุม 9 มิติ ของการสร้างสุขในองค์การตามเกณฑ์ Happinometer และใช้การประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงาน ได้เห็นถึงความสำคัญของ Happinometer ในการสร้างสุขในองค์กร

- ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ความต่อเนื่องของการดำเนินงาน	กระตุ้นประชาสัมพันธ์ โดยการใช้ website เป็นเครื่องมือ

- นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

การออกแบบกิจกรรมสร้างสุขใช้กระบวนการวิจัยในการพัฒนาเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและอ้างอิงได้
ซึ่งอยู่ในระหว่างการดำเนินการร่วมกับทีมวิจัยของหน่วยงาน

ผู้รายงาน นางสาวนารินทร์ อินทรพันธ์

ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล

โทร 054 653256 ต่อ 208

e-mail : wanarin.in@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

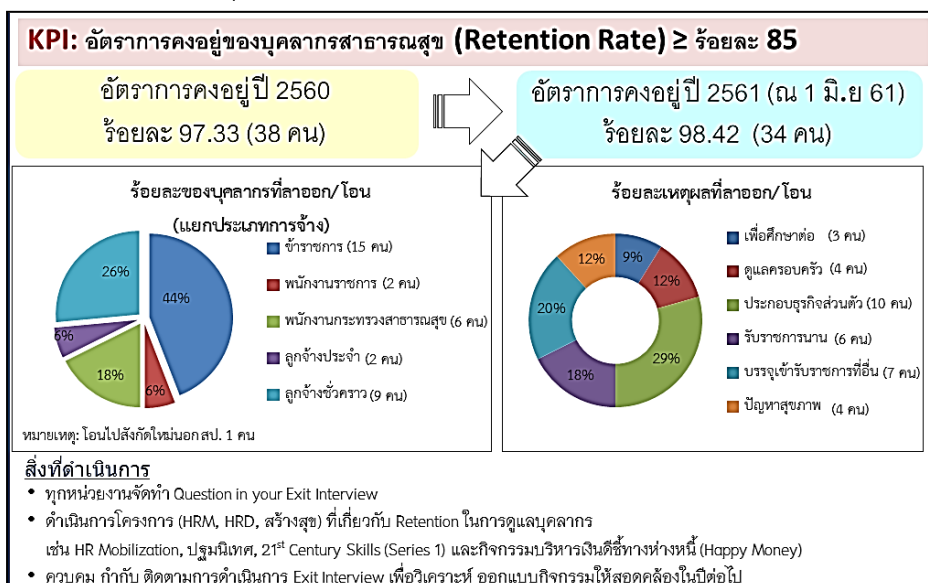
หัวข้อ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

KPI: อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ปัจจุบันบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดแพร่ มีจำนวน 1,970 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2561) ประกอบด้วยบุคลากร 5 กลุ่มประเภทการจ้าง คือ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ, ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ/ รายวัน/ จ้างเหมาบริการ) ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยอัตราการคงอยู่ (Retention Rate) จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน 1,941 คน ซึ่งมีผู้รับผิดชอบงานบุคคลระดับจังหวัด จำนวน 12 คน

จังหวัดมีกระบวนการในการดำเนินการธำรงรักษาบุคลากรและสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานทุกระดับ ส่งเสริมระบบการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงานด้วยกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยไตรมาสที่ 3 – 4 กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลได้ดำเนินการ และควบคุม กำกับ ติดตามแผนงาน/กิจกรรม ที่ได้วางแผนไว้อย่างต่อเนื่องจากไตรมาส 1 – 2 ของทั้ง 3 โครงการ (HRM, HRD, สร้างสุข) ซึ่งกิจกรรมที่ได้ดำเนินการไปในไตรมาสที่ 3 ที่เกี่ยวกับ Retention ในการดูแลบุคลากร ได้แก่ กิจกรรม HR Mobilization, ปฐมนิเทศ (โครงการ HRM) กิจกรรม 21st Century Skills (Series 1) (โครงการ HRD) และกิจกรรมบริหารเงินดีชี้ทางห่างหนี้ (Happy Money) (โครงการสร้างสุข) เป็นต้น เพื่อให้งานบริการงานด้านทรัพยากรบุคคลเชิงรุกเข้าถึงพื้นที่ บุคลากรทุกระดับ เสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบกระทรวงสาธารณสุข



● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ฐานข้อมูลด้านกำลังคนในระบบ HROPS มีความถูกต้องเป็นปัจจุบัน			<u>Essential Task</u> 1.1 ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงของหน่วยงาน สสจ รพช สสอ รพ.สต.จาก HROPS และส่งให้ทีมอำเภอตรวจสอบข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์และจัดทำฐานข้อมูลเพื่อให้อำเภอสามารถใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการกำลังคน 1.2 วิเคราะห์ข้อมูล Demand-Supply ตามโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงาน ว1707 ลว.14 มิถุนายน 2560 1.3 จัดทำแผนสำรวจความต้องการ และพัฒนาบุคลากร 25 สายงาน ตามสถานการณ์ปัจจุบัน 1.4 ควบคุม กำกับ ติดตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (ความต้องการบุคลากร และการพัฒนาบุคลากร 25 สายงาน ปี 2561 – 2565) <u>ผลการดำเนินงาน</u> ■ มีบุคลากร 5 กลุ่มประเภทการจ้างทั้งหมด จำนวน 1,970 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2561) ■ ผลการวิเคราะห์ความเพียงพอของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ - ภาพรวมระดับจังหวัด ร้อยละบุคลากร 81.46 (เพียงพอ) - ภาพรวมระดับ รพ. ร้อยละบุคลากร 105.68 (เพียงพอ) - ภาพรวมระดับ สสอ. ร้อยละบุคลากร 53.49 (ไม่เพียงพอ) - ภาพรวมระดับ รพ.สต. ร้อยละบุคลากร 60.77 (ไม่เพียงพอ) <u>Essential Task</u> 2.1 ทบทวนภารกิจ ภาระงานตามโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด	

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
			ว1707 ลว. 14 มิถุนายน 2560 2.2 จัดทำคำบรรยายลักษณะงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (Job Description) เพื่อวางแผนดำเนินการจัดทำ Training Road Map 2.3 วางแผนการจัดทำ Career Model และเกณฑ์ความก้าวหน้า สายวิชาชีพ 25 สายงาน 2.4 ประเมินสมรรถนะบุคลากรตามเกณฑ์ความก้าวหน้า 2.5 จัดทำ HRDP เพื่อพัฒนาบุคลากรตาม Gap แต่ละสายวิชาชีพ <u>ผลการดำเนินงาน</u> ■ คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ 28/2561 ลว. 2 มีนาคม 2561 เรื่อง การมอบหมายให้ข้าราชการปฏิบัติหน้าที่ตามโครงสร้างภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ■ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ทุกกลุ่มงานจัดทำคำบรรยายลักษณะงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (Job Description)	
2. วิเคราะห์ข้อมูลการสูญเสียบุคลากรของเขตสุขภาพ			<u>Essential Task</u> 1. วิเคราะห์อัตราการคงอยู่ของบุคลากร (Retention rate) ย้อนหลังตั้งแต่ปี 2557-2560 จากการลาออก, การถูกให้ออก, การโอนของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัด <u>ผลการดำเนินงาน</u> ■ พบว่ามีบุคลากรลาออก และโอนสูงขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี 2557-2560 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยลาออก และโอนปีละ 35 คน ส่วนใหญ่เป็นตำแหน่งแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ■ ปี 2561 (ข้อมูล ณ 1 มิถุนายน 2561) พบว่า มีบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดลาออก, โอน จำนวน 34 คน	

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
3. จัดทำแนวทางแผนและกิจกรรมส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพ			<u>Essential Task</u> 1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development Plan: HRDP) ประจำปีงบประมาณ 2561 1.2 หน่วยงานระดับ รพช. สสอ. จัดทำแผน Happy และดำเนินกิจกรรมตามแผน <u>ผลการดำเนินงาน</u> ■ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้แผนงานโครงการ/กิจกรรมตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (ปีงบประมาณ 2561) ที่มีกิจกรรมของแต่ละ phase ในการดูแลบุคลากร ได้แก่ HRM HRM effective Communications HRD People4.0 to smart and high performance government Happy Happy for all...สสจ.แพร่ สร้างสุขทุกมิติ Research Creative & Innovative to smart Government ■ หน่วยงานระดับ รพช. สสอ. จัดทำแผน Happy และดำเนินกิจกรรมตามแผน โดยจังหวัดได้มีการควบคุมกำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้ เป็นตัว MOU ระดับจังหวัด <u>Essential Task</u> 2.1 สร้างทีมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้าน HR ในทุกระดับหน่วยบริการ สสจ. รพช. สสอ. เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลภายในหน่วยงาน 2.2 พัฒนาความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติงานด้าน HR 4.0 เพื่อเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการทรัพยากร	

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
			บุคคลให้ก้าวทันและสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ <u>ผลการดำเนินงาน</u> ■ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ มีทีมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้าน HR ในทุกระดับหน่วยบริการ สสจ. รพช. สสอ. จำนวน 27 คน ■ พัฒนาความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติงานด้าน HR 4.0 เช่น จัดประชุม HR Meeting จัดอบรม 21st Century Skills (Series 1) เพื่อเตรียมทักษะที่จำเป็นให้กับบุคลากรในการก้าวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21st ให้มีทักษะการเรียนรู้และสร้างนวัตกรรมใหม่ (Learning and Innovation Skills) ทักษะด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี (Information, Media and Technology Skills) เพื่อให้บุคลากรนำสื่อเทคโนโลยีที่ได้จากการทำกิจกรรมกลุ่มไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่	

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

จังหวัดมีการดำเนินการธำรงรักษาบุคลากรและสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานทุกระดับ ส่งเสริมระบบการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงานด้วยกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยสรุปอัตราการคงอยู่ของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ไตรมาสที่ 1- 3 อยู่ที่ร้อยละ 98.42

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

การรักษาคนในอดีตที่ยังขาดการวางแผนในเชิงกลยุทธ์ในการรักษาคน มีแต่แผนปฏิบัติการเท่านั้น ส่วนใหญ่หน่วยงานมักจะเริ่มต้นคำถามที่ว่าปีนี้จะให้อะไรแก่บุคลากรดีจึงจะทำให้เขาอยู่ยาวนาน (Action Plan) แต่ไม่ได้เริ่มต้นที่จะถามว่าอีก 5 ปี 10 ปี 20 ปีข้างหน้า หน่วยงานอยากเห็นภาพอะไรเกี่ยวกับการรักษาบุคลากร (HR Vision) แล้วจึงค่อยมาถามต่อว่าแล้วเราจะทำอย่างไร (Retention Strategy)

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
การบริหารจัดการบุคลากรตามความ เหมาะสมของภารกิจ/ ภาระงาน	ผู้นำควรพิจารณาถึงความสามารถของบุคลากรที่เหมาะสมกับคุณสมบัติที่ งานนั้นๆ ต้องการ อีกทั้งผู้นำควรคำนึงถึงขอบเขตของงานนั้นว่าสามารถ ดึงความสามารถที่โดดเด่นของบุคลากรออกมาได้ และใช้สิ่งเหล่านั้นให้ เป็นประโยชน์มากที่สุด และผู้นำยังจำเป็นต้องจัดอุปสรรคในการ ปฏิบัติงาน เช่น งานที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นใจว่า บรรยากาศในการทำงานสนับสนุนการทำงานที่มีประสิทธิภาพสูง

● ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

การพิจารณากรอบอัตรากำลัง ขรก. ที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารพัฒนาทรัพยากรบุคคลของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด ควรมีอัตรากำลังที่เหมาะสมกับกำลังคนที่ต้องดูแล สิทธิสวัสดิการต่างๆ เพื่อให้เกิดความ
ต่อเนื่องเป็นการรักษากำลังคนด้านทรัพยากรบุคคลไว้ในระบบช่วยขับเคลื่อนกิจกรรมในการธำรงรักษาบุคลากร
และสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานทุกระดับ

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1. กิจกรรม HR Mobilization
2. กิจกรรมพบปะ พูดคุยกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้บริหาร แลกเปลี่ยนเรื่องราวความสุข
การเรียนรู้และพัฒนาตนเองกับตัวแทนน้องๆ Gen-y
3. เครื่องมือประเมินผลการดำเนินงานด้านทรัพยากรบุคคล (HR Satisfaction, KMA, แบบประเมิน
Happinometer)

ผู้รายงาน นายเฉลิมทิติย์ ปวงขจร
ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคล
โทร 054-653254209
E-mail: impun12@yahoo.co.th

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

KPI : ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ข้อมูลปี 2560 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้รับการประเมิน ITA จาก สำนักงาน ปปช. ระดับ 69.70 ค่าคะแนน มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานสูง และในปี 2561 ได้เพิ่มกลุ่มเป้าหมายของหน่วยในระดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลแพร่ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 แห่ง เพื่อรับการประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใส โดยดำเนินการประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนาตามแบบสำรวจเชิงประจักษ์ Evidence-based Integrity & Transparency Assessment : EBIT ที่ระดับค่าคะแนน 90

● การดำเนินงานของพื้นที่

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ จังหวัดและแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุข ประจำปี 2561 พร้อมมอบนโยบายแนวทางดำเนินงานให้ระดับอำเภอดำเนินการตามตัวชี้วัด โดยร่วมลงนามทำข้อตกลง (MOU) ในวันที่ 29 ธันวาคม 2560 ณ ห้องประชุมชั้น 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีแพร่ อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

2. ผู้ตรวจประเมินระดับจังหวัด ตามกลุ่มเป้าหมายรับนโยบายแนวทางการประเมิน ITA จากกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 27 – 28 พฤศจิกายน 2560 ณ โรงแรมบางกอกพาเลส กรุงเทพมหานคร

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประกาศเจตนารมณ์และต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันและประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ว่าด้วยประมวลจริยธรรมของข้าราชการเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนของข้าราชการ พ.ศ. 2560 เพื่อให้บุคลากรในสังกัดถือปฏิบัติ ในวันที่ 29 ธันวาคม 2560 ณ ห้องประชุมชั้น 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีแพร่ อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลแพร่ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 แห่ง ดำเนินการประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ EB 4 - EB 6 จัดส่งเอกสารตามปฏิทินเพื่อขอรับการประเมินจากเขตสุขภาพที่ 1 ได้ระดับค่าคะแนน 5 จำนวน 16 หน่วยงาน และได้ระดับค่าคะแนน 0 จำนวน 1 แห่ง

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลแพร่ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 แห่ง ดำเนินการประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ EB 1 - EB 11 จัดส่งเอกสารตามปฏิทินเพื่อขอรับการประเมินจากเขตสุขภาพที่ 1 โดยผ่านเกณฑ์ค่าคะแนนร้อยละ 100 จำนวน 1 แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับค่าคะแนนร้อยละ 85 จำนวน 14 แห่ง และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 2 แห่ง

● (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
มาตรการที่ 1 พัฒนาส่วน ขาดตามแบบสำรวจเชิง ประจักษ์ Evidence – based Integrity & Transparenc Assessment : EBIT สสจ.แพร่ รพ.แพร่ รพช. สสอ.	1. รับนโยบายและ จัดทำแผนการ ดำเนินงาน 2. จัดประชุมชี้แจง แนวทางการจัดทำ เอกสารเชิงประจักษ์ และกำหนด ผู้รับผิดชอบงานที่ ชัดเจนในการ ดำเนินงานในการตอบ ข้อคำถามของ EB ใน แต่ละข้อ	คณะทำงาน ITA ดำเนินการจัด เอกสารหลักฐานตาม รอบปฏิทินของ ส่วนกลาง	คณะทำงาน ITA ดำเนินการจัดเอกสาร หลักฐานตามรอบ ปฏิทินของส่วนกลาง	คณะทำงาน ITA ดำเนินการจัด เอกสารหลักฐานตาม รอบปฏิทินของ ส่วนกลาง
ผลการดำเนินงาน	ได้ระดับค่าคะแนนที่ ระดับ 5 จำนวน 16 แห่ง ได้ระดับค่า คะแนนที่ ระดับ 0 จำนวน 1 แห่ง	จัดส่งเอกสารเชิง ประจักษ์ EB1-EB11 ให้สำนักงานเขต สุขภาพที่ 1		
มาตรการที่ 2 : ทุก หน่วยงานในสังกัด ประเมินตนเองและพัฒนา ระดับคุณธรรมและความ โปร่งใสในการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุข	ระดับ สสจ.แพร่ รพ. แพร่ รพช. และ สสอ. หน่วยงานประเมิน ตนเองตามแบบ ประเมินหลักฐานเชิง ประจักษ์ EB4- EB6	ประเมินตนเองตาม แบบประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ EB1-EB11	ประเมินตนเองตาม แบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ EB1- EB11	ประเมินตนเองตาม แบบประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ EB1-EB11
ผลการดำเนินงาน	ได้ระดับค่าคะแนนที่ ระดับ 5 จำนวน 16 แห่ง ได้ระดับค่า คะแนนที่ระดับ 0 จำนวน 1 แห่ง	ผ่านเกณฑ์ค่าคะแนน ร้อยละ 100 จำนวน 1 หน่วยงานผ่านร้อย ละ 85 จำนวน 14 หน่วยงานและไม่ ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน จำนวน 2 แห่ง		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.							
		เมือง	สูง เม่น	เด่น ชัย	ลอง	วัง ขึ้น	ร้อง กวาง	สอง	หนอง ม่วงไข่
1	หน่วยงานมีการดำเนินการตาม								
	ข้อกำหนดการประเมินใช้								
	หลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence – based Integrity & Transparenc Assessment : EBIT ข้อ EB 1 – EB 11	87.88	72.73	93.94	92.43	68.18	89.40	92.43	87.88
									100

ข้อมูล : ณ วันที่ 31 มกราคม 2561 (เขตสุขภาพที่ 1)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (การวิเคราะห์/สังเคราะห์ ข้อมูลเชิงลึกตามประเด็นและกรอบแนวทางการตรวจราชการ)

ไตรมาสที่ 2 ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ EBIT ข้อ EB 1 – EB 11

หน่วยงานประกอบด้วย สสจ. / รพท.แพร์/รพช. 7 แห่ง / สสอ. 8 แห่ง ได้ส่งแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ EBIT ข้อ EB 1 – EB 11 ให้ผู้ตรวจประเมินระดับเขตสุขภาพประเมินตาม กำหนดวันที่ 2 -3 เมษายน 2561 และได้ผลการประเมิน ดังนี้

หน่วยงาน	คะแนนร้อยละ	ผลการประเมิน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร์	100	ผ่าน
โรงพยาบาลแพร์	87.88	ผ่าน

อำเภอ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ			โรงพยาบาล		
	หน่วยงาน	คะแนน ร้อยละ	ผลการ ประเมิน	หน่วยงาน	คะแนน ร้อยละ	ผลการ ประเมิน
เมือง	เมือง	87.88	ผ่าน	แพร์	87.88	ผ่าน
เด่นชัย	เด่นชัย	96.97		สมเด็จพระยุพราชเด่นชัย	90.91	
ร้องกวาง	ร้องกวาง	81.82		ร้องกวาง	96.97	
ลอง	ลอง	93.94		ลอง	90.91	
วังชิ้น	วังชิ้น	93.94		วังชิ้น	42.42	
สอง	สอง	87.88		สอง	96.97	

อำเภอ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ			โรงพยาบาล		
	หน่วยงาน	คะแนนร้อยละ	ผลการประเมิน	หน่วยงาน	คะแนนร้อยละ	ผลการประเมิน
สูงเม่น	สูงเม่น	96.97	ผ่าน	สูงเม่น	48.48	ไม่ผ่าน
หนองม่วงไข่	หนองม่วงไข่	84.85	ผ่าน	หนองม่วงไข่	90.91	ผ่าน

หน่วยงานประกอบด้วย สสจ. / รพท.แพร่/รพช. 7 แห่ง / สสอ. 8 แห่ง ส่งแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ EBIT ข้อ EB 1 – EB 11 ไตรมาส 3 ให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 (29 มิถุนายน 2561) ซึ่งเป็นรอบที่จัดส่งเอกสารที่ไม่ได้คะแนนในไตรมาส 2 เพื่อจัดทำเอกสารเพิ่มเติมเพื่อส่งให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 เพื่อเข้ารับการตรวจให้คะแนนในวันที่ 2 – 3 กรกฎาคม 2561 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ประชุมชี้แจงคณะกรรมการระดับจังหวัด
2. ตรวจเอกสารระดับอำเภอ 1 ครั้ง
3. เมื่อพบปัญหาในการตอบข้อคำถามให้ระดับอำเภอแก้ไขเอกสารในส่วนที่เกี่ยวข้องและดำเนินการจัดทำเอกสารเพิ่มเติมให้ถูกต้อง
4. ตรวจเอกสารระดับอำเภอครั้งที่ 2 เพื่อนำส่งเอกสารให้คณะกรรมการระดับจังหวัด
5. คณะกรรมการระดับจังหวัดตรวจเอกสารเพื่อนำส่งให้คณะกรรมการเขตฯ รอบไตรมาสที่ 3 ในวันที่ 29 มิถุนายน 2561 เพื่อให้คณะกรรมการเขตฯตรวจหลักฐานให้คะแนนในวันที่ 2 – 3 กรกฎาคม 2561

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

- ผู้บริหารหน่วยงานแต่ละระดับให้ความสำคัญในการสนับสนุนดำเนินการขับเคลื่อนอย่างจริงจังต่อเนื่อง
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักและให้ความร่วมมืออย่างจริงจังในการดำเนินการ

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- หน่วยงานที่เข้าร่วมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสยังมีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในประเด็นการประเมินตามหัวข้อในแต่ละ EB รวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการยืนยันข้อมูลทำให้สามารถรวบรวมเอกสารได้ครบถ้วนตามเกณฑ์	- คณะกรรมการระดับจังหวัดทำความเข้าใจกับผู้รับผิดชอบในการจัดทำเอกสารเชิงประจักษ์แต่ละหน่วยงานให้มีความเข้าใจตรงกันและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- หน่วยงานที่ไม่ผ่านการประเมิน ในไตรมาสที่ 2 ประเด็นสำคัญ คือ * การเลือกโครงการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการจนถึงขั้นตอนการจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานยังไม่สอดคล้องกับภารกิจหลักที่เลือก * การประชุมให้ความรู้เกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนและความชัดเจน ในการดำเนินการรวมกลุ่มเพื่อการบริหารงานที่โปร่งใส	- คณะกรรมการระดับจังหวัดดำเนินการทำความเข้าใจในการเลือกโครงการให้ผู้รับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานในการจัดทำหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตอบข้อคำถาม - กลุ่มงานนิติการจัดประชุมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนระดับจังหวัดและให้เจ้าหน้าที่ผู้เข้าร่วมอบรมนำความรู้ที่ได้รับจากการประชุมไปเผยแพร่และให้ความรู้ในหน่วยงานต่อไป

ผู้รายงาน นางเจนจิรา เดชนาอักษรณ์
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน
โทร 082-7645009

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

KPI : ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม

● สถานการณ์

- เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ข้อมูลย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2559-2561 (ไตรมาสที่ 1)

อำเภอ	ผลงานปีงบประมาณ 2559			ผลงานปีงบประมาณ 2560			ผลงานปีงบประมาณ 2561 (ไตรมาส 1)		
	ซื้อรวม (บาท)	ซื้อทั้งหมด (บาท)	ร้อยละ	ซื้อรวม (บาท)	ซื้อทั้งหมด (บาท)	ร้อยละ	ซื้อรวม (บาท)	ซื้อทั้งหมด (บาท)	ร้อยละ
เมือง	88,316,588.19	352,852,178.46	25.03	64,494,864.01	374,561,198.61	17.22	14,397,025.50	86,839,679.34	16.58
เด่นชัย	4,319,365.35	12,610,735.53	34.25	5,181,672.52	14,716,362.13	35.21	2,342,280.15	4,304,767.38	54.41
ร้องกวาง	4,085,409.77	13,944,598.50	29.30	4,934,137.92	14,319,810.47	34.46	1,238,399.09	2,767,726.20	44.74
ลอง	4,466,502.40	14,737,882.63	30.31	6,495,706.80	16,565,624.66	39.21	2,402,840.82	4,188,244.02	57.37
สูงเม่น	6,761,896.14	15,959,158.06	42.37	8,410,311.03	17,605,785.79	47.77	2,084,335.28	4,196,900.69	49.66
สอง	3,987,024.83	10,343,482.88	38.55	4,715,014.63	12,287,635.71	38.37	928,059.05	3,313,576.85	28.01
วังชิ้น	5,542,523.75	12,873,309.48	43.05	7,284,356.40	16,137,761.94	45.14	1,180,977.10	2,611,572.04	45.22
หนองม่วงไข่	2,105,969.94	6,959,807.06	30.26	2,447,827.73	7,129,372.57	34.33	668,005.15	2,416,655.55	27.64
จังหวัดแพร่	119,585,280.37	440,281,152.60	27.16	103,963,891.04	473,323,551.88	21.96	25,241,922.14	110,639,122.07	22.81

ปีงบประมาณ 2559-2561 (ไตรมาสที่ 1) จังหวัดแพร่ได้ดำเนินการจัดซื้อร่วมเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด ในเวชภัณฑ์ประเภท ยา เวชภัณฑ์มีไข้ยา(แอสซ) วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุ ทันตกรรม โดยผลการดำเนินงานจัดซื้อร่วมเวชภัณฑ์ปีงบประมาณ 2559 , 2560 และ 2561 (ไตรมาสที่ 1)เท่ากับร้อยละ 27.16 , 21.96 และ 22.81 ของมูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์ทั้งหมด ตามลำดับ ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ของมูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์ทั้งหมด

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. กำหนดรายการซื้อร่วมเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด	สำรวจรายการซื้อร่วมเวชภัณฑ์	- ประชุมคณะกรรมการเพื่อกำหนดรายการซื้อร่วมเวชภัณฑ์ - ประชุมคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเลือกรายการซื้อร่วมเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด	-	-
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	รพ.ทุกแห่งส่งรายการเวชภัณฑ์ที่ต้องการซื้อพร้อมระดับจังหวัด	- รายการซื้อร่วมเวชภัณฑ์ปีงบประมาณ 2561 - ผลการพิจารณาเลือกรายการที่ต้องการจัดซื้อร่วมเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด	-	-
ผลการดำเนินงาน	รพ.ทุกแห่งส่งรายการเวชภัณฑ์ที่ต้องการซื้อพร้อมระดับจังหวัด	- รายการซื้อร่วมเวชภัณฑ์ปีงบประมาณ 2561 - ผลการพิจารณาเลือกรายการที่ต้องการจัดซื้อร่วมเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด (อยู่ระหว่างดำเนินการ)	-	-
2. กำกับติดตามผลการดำเนินงานจัดซื้อร่วมในโรงพยาบาลทุกแห่ง	กำหนดแนวทางการกำกับติดตาม	ติดตามผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการนิเทศและตรวจสอบภายในระดับจังหวัด	ติดตามผลการดำเนินงานโดยการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขรอบที่ 2	ติดตามผลการดำเนินงานผ่านเว็บสำนักบริหารการสาธารณสุข เพื่อสรุปผลการดำเนินงานปี 2561
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	แนวทางการกำกับติดตาม	ผลการดำเนินงานจัดซื้อเวชภัณฑ์ร่วม (ร้อยละ 22)	ผลการดำเนินงานจัดซื้อเวชภัณฑ์ร่วม (ร้อยละ 24)	ผลการดำเนินงานจัดซื้อเวชภัณฑ์ร่วม (ร้อยละ 26)
ผลการดำเนินงาน	แนวทางการกำกับติดตาม - รายงานผ่านเว็บสำนักบริหารการสาธารณสุข (รายไตรมาส) - โดยคณะกรรมการนิเทศและตรวจสอบภายในระดับจังหวัด	-	-	-

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

- มูลค่าการจัดซื้อรวมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน (เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาทั้งหมด) ข้อมูลไตรมาสที่ 1-2

ปีงบประมาณ 2561

รพ.	มูลค่าการจัดซื้อรวม						มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด						รวมมูลค่าจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา		
	ยา	ว.เภสัช	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันตกรรม	วัสดุเอกซเรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	ยา	ว.เภสัช	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันตกรรม	วัสดุเอกซเรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	จัดซื้อรวม	จัดซื้อทั้งหมด	ร้อยละ
เมือง	23,589,901.90	0	4,284,910.00	177,709.80	0	4,307,833.80	109,495,405.37	0	57,364,379.62	1,243,422.97	0	14,911,611.60	32,360,355.50	183,014,819.56	17.68
เด่นชัย	2,293,290.17	17,050.00	458,449.55	81,527.20	0	834,157.50	4,967,002.13	812,140.20	981,515.53	123,359.80	0	1,012,682.50	3,684,474.42	7,896,700.16	46.66
ร่องวาง	1,605,784.65	38,775.00	474,729.45	127,216.69	0	540,441.00	4,065,833.07	85,600.00	1,035,335.20	318,740.66	0	1,261,274.29	2,786,946.79	6,766,783.22	41.19
ลอง	3,687,104.57	10,345.00	556,731.86	64,230.10	0	503,860.00	5,545,138.24	702,253.00	1,228,303.23	132,270.10	0	1,171,038.00	4,822,271.53	8,779,002.57	54.93
สูงเม่น	2,760,652.64	52,611.00	443,739.10	127,390.91	0	307,305.50	5,617,316.41	105,321.00	935,783.20	444,917.07	0	836,419.50	3,691,699.15	7,939,757.18	46.50
สอง	1,316,167.60	53,850.00	257,569.40	61,242.53	0	406,855.00	2,505,897.13	100,620.00	1,775,472.60	132,721.23	0	1,308,947.00	2,095,684.53	5,823,657.96	35.99
วังชิ้น	1,899,344.10	30,675.00	182,035.00	125,554.90	0	421,963.50	3,602,263.54	134,145.00	427,714.51	308,527.48	15,400.00	1,233,341.50	2,659,572.50	5,721,392.03	46.48
หนองม่วงไข่	628,436.25	4,900.00	380,975.08	48,182.52	0	428,552.50	2,151,976.74	28,900.00	621,314.40	80,698.77	0	953,226.60	1,491,046.35	3,836,116.51	38.87
รวมจังหวัดแพร่	37,780,681.88	208,206.00	7,039,139.44	813,054.65	0.00	7,750,968.80	137,950,832.63	1,968,979.20	64,369,818.29	2,784,658.08	15,400.00	22,688,540.99	53,592,050.77	229,778,229.19	23.32

ภาพรวมมูลค่าการจัดซื้อรวมเวชภัณฑ์ของจังหวัดแพร่ คิดเป็นร้อยละ 23.32 ของมูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์ทั้งหมด ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

หมายเหตุ : เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (เภสัช) ตามมติคณะทำงานพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ เช่น ขวดแก้ว ขวดพลาสติก ขงยา สติกเกอร์ยา ถุงหุ้มหัว เป็นต้น

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

- การเปลี่ยนแปลงกฎ ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ระบบรายงานของสำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ควรเพิ่มช่องกรรายงานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน สามารถนำมาวิเคราะห์ให้เกิดประโยชน์และครอบคลุมได้มากขึ้น ดังนี้

- แผนจัดซื้อของปีงบประมาณ และแผนจัดซื้อรายไตรมาส
- จำนวนรายการเวชภัณฑ์ในบัญชียาของโรงพยาบาล (ยา ED , NED ,เวชภัณฑ์มีใช้ยาทุกประเภท)
- มูลค่าจัดจ้างรวม เช่น จ้างเหมาบริการทำฟันปลอม , จ้างเหมาบริการส่งตรวจ out lab , จ้างเหมาบริการ X-Ray ระบบ PACS

รายงานบริหารเวชภัณฑ์และรายงานทางการเงินการบัญชี ควรเป็นข้อมูลชุดเดียวกัน เช่น การแบ่งประเภทเวชภัณฑ์ การรายงานแผนจัดซื้อ ต้นทุนการจัดซื้อจัดจ้าง มูลค่าคงคลัง มูลค่าการบริโภค

1)ผู้รายงาน นางสาวกัญต์กนิษฐ์ ธุระกิจ

(เภสัชกรชำนาญการ)

โทรศัพท์ 065-0159268

e-mail : gae96@hotmail.com

2) หัวหน้ากลุ่มงาน นายประเสริฐ กิตติประภัสร์

(เภสัชกรชำนาญการพิเศษ)

โทรศัพท์ 081-8845302

e-mail : pskt09@yahoo.com

วัน/เดือน/ปี 4 มิถุนายน 2561

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

KPI : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

● สถานการณ์

ระดับ ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. สรุปผลการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560 (เฉพาะประเด็นสำคัญ) มีแผนการตรวจสอบภายในหน่วยรับตรวจประจำปี พ.ศ. 2560 ปีละ 2 ครั้ง และมีระบบการติดตามการดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่องตามข้อเสนอแนะของหน่วยรับตรวจ พร้อมการรายงานการแก้ไขข้อบกพร่องของหน่วยรับตรวจครบทุกหน่วยงานตามแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560

2. จัดทำแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ตามความเสี่ยงสอดคล้องนโยบายสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และความเสี่ยงเพิ่มเติมระดับจังหวัด โดยในปีงบประมาณพ.ศ. 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ได้จัดทำแผนตรวจสอบภายใน ปีละ 1 ครั้ง โดยชี้แจงข้อบกพร่องในรอบที่ 1 ให้หน่วยรับตรวจ เพื่อแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องของผู้ตรวจสอบภายใน ภายใน 45 วันนับจากวันที่ได้รับหนังสือรายงานการตรวจสอบซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 และจะนำการรายงานข้อบกพร่องมาวิเคราะห์ในการสรุปผลการตรวจสอบในรอบ 9 เดือน 12 เดือนต่อไป ผลการดำเนินงานตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 คณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับจังหวัด ได้ดำเนินการตรวจสอบหน่วยรับตรวจดังนี้ โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 7 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 8 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอละ 1 แห่ง รวมเป็น 8 แห่ง ในส่วนโรงพยาบาลแพร่ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป คณะกรรมการตรวจสอบภายในไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบเนื่องจากกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการตรวจสอบแล้ว

3. หน่วยบริการ ประเมินระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลังพร้อมวิเคราะห์ผลการประเมินการควบคุมภายในและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร 5 มิติกรณีที่พบจุดอ่อน และจะต้องมีผลการประเมินได้คะแนนร้อยละ 90 ขึ้นไป ถ้าต่ำกว่า 90 ต้องทำแผนพัฒนาองค์กรต่อไป

4. ติดตามการดำเนินการตามมาตรการแก้ไขปัญหาหนี้ค่าสาธารณูปโภคค้างชำระของส่วนราชการตามนโยบายสำคัญของรัฐบาลของหน่วยงาน ในไตรมาสที่ 2 ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้รายงานสถานการณ์หนี้ค่าสาธารณูปโภคในไตรมาสที่ 1 และ 2 เรียบร้อยแล้ว

5. การประเมินประสิทธิภาพระบบการควบคุมภายในตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานควบคุมภายในพ.ศ. 2544 ทุกหน่วยงานไม่ได้จัดทำคำสั่งและประชุม คณะกรรมการเพื่อวางระบบการดำเนินการจัดทำระบบควบคุมภายในไม่ครอบคลุมทุกส่วนงานย่อยและจัดทำแบบประเมินองค์ประกอบองค์ประกอบของการควบคุมภายใน

6. ติดตามการตรวจสอบภายในภาพรวมของจังหวัด (เชิงผลผลิต ผลลัพธ์) ของคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด พร้อมข้อเสนอแนะ ปัญหา อุปสรรค เพื่อเสนอผู้ตรวจราชการ ณ วันปิดตรวจราชการ รอบที่ 1 และรอบที่ 2

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

การขับเคลื่อนงานตรวจสอบภายในของจังหวัดแพร่ คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายมีระบบการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม โดยมีจัดทำคำสั่งคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายจังหวัดแพร่ โดยมีคณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับจังหวัด คณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับอำเภอ โดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับจังหวัดจะดำเนินการตรวจสอบภายในหน่วยรับตรวจ รพช. สสอ. ทุกแห่ง และรพ.สต.อำเภอละ 1 แห่ง ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 คณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับจังหวัด ไม่ตรวจสอบภายในโรงพยาบาลแพร่ เนื่องจากกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการตรวจสอบแล้ว ในการดำเนินการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 คณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับได้ดำเนินการตรวจสอบหน่วยรับตรวจ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุข อำเภอทุกแห่งและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ 1 แห่ง เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และได้รายงานผลการตรวจสอบภายในให้กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 1 เป็นที่เรียบร้อยแล้วและให้หน่วยรับตรวจดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่องภายใน 45 วัน นับจากวันที่ได้รับหนังสือรายงานการตรวจสอบ และคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับอำเภอจะดำเนินการตรวจสอบภายในหน่วยงาน รพ.สต.ในหน่วยงานที่รับผิดชอบ และมีการรายงานผลการตรวจสอบภายในต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

● **ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

1. ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

หน่วยรับตรวจในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดแพร่ มีจำนวนมาก การจัดทำแผนการตรวจสอบภายในประจำปีดำเนินการจัดทำแผนครอบคลุมทุกระดับ และทุกหน่วยงาน แต่เมื่อดำเนินการตรวจสอบพบว่าด้วยภาระงานประจำของคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย ไม่สามารถดำเนินการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายในประจำปีที่กำหนดไว้ได้ จึงมีการปรับแผนการตรวจสอบประจำปี ในการตรวจสอบภายในควรจัดตั้งกลุ่มตรวจสอบภายในระดับจังหวัด เพื่อจะได้ติดตามปัญหาและข้อบกพร่องในการปฏิบัติได้

ความเสี่ยงที่มีผลต่อความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน คือ หน่วยรับตรวจไม่ให้ความสำคัญต่อการแก้ไขข้อบกพร่องของรายงานผลการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ทำให้ความเสี่ยงของหน่วยรับตรวจที่ตรวจพบไม่ได้รับการแก้ไข ยังคงพบหน่วยรับตรวจไม่ปฏิบัติตามที่ระเบียบกำหนด ถือว่าเป็นความเสี่ยงของระบบการตรวจสอบภายในในภาพของจังหวัดแพร่

2. ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

หน่วยรับตรวจต้องให้ความสำคัญในส่วนของการแก้ไขข้อบกพร่องตามที่คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ เพื่อลดความเสี่ยงของหน่วยรับตรวจเบื้องต้น และดำเนินการจัดส่งรายงานผลการแก้ไขข้อบกพร่องพร้อมเอกสารเชิงประจักษ์ให้กับคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย เพื่อสรุปภาพรวมของจังหวัดแพร่เสนอผู้บริหารของหน่วยงาน เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนการตรวจสอบภายในประจำปีในปีงบประมาณต่อไป

● ข้อเสนอแนะนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดแพร่ จากผลการตรวจสอบพบว่า ยังคงพบไม่ปฏิบัติตามที่ระเบียบกำหนดเนื่องจากปัจจัยหลายสาเหตุ อาทิเช่น การเข้าใจคลาดเคลื่อนของผู้ปฏิบัติงาน มีการเปลี่ยนแปลงงานของบุคลากร การขาดความรู้ในการปฏิบัติงาน ดังนั้นสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือเขตสุขภาพ ควรมีแผนพัฒนาบุคลากรในส่วนที่ผู้ปฏิบัติขาดความรู้ความเข้าใจ หรือมีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ ให้กับหน่วยงาน

ผู้รายงาน นายวาทัญญ์ การินไชย
ตำแหน่ง นายช่างเทคนิคชำนาญงาน
วัน/เดือน/ปี 05/06/2561
โทร ...089-8551585...

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

KPI : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

● สถานการณ์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการคุณภาพการบริหารจัดการองค์การเพื่อยกระดับการปฏิบัติราชการให้เทียบเท่ามาตรฐานสากลมาตั้งแต่ปี 2550 ผ่านการตรวจรับรอง Certified Fundamental Level Version 1 เมื่อ วันที่ 18 มิถุนายน 2555 และได้ต่อยอดส่งสมัครรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐรายหมวด มาตั้งแต่ปี 2555 - ปัจจุบัน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การโดยนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และให้คัดเลือกหมวดที่มีผลการดำเนินงานที่โดดเด่นส่งสมัครรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐรายหมวดในปี 2561 และกำหนดแผนการดำเนินงานโดยขยายการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การไปสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อบูรณาการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

จังหวัดแพร่ มีทั้งหมด 8 อำเภอ มีสำนักงานสาธารณสุข ทั้งหมด 8 แห่ง ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้องกวาง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองม่วงไข่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเม่นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลอง

สำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ดำเนินการในช่วงปี 2561- 2565 ดังนี้ 1) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2) ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561-2563 ปีละ 2 หมวด และปี 2564-2565 ปีละ 6 หมวด (ปี 2561 ดำเนินการหมวด 1 และหมวด 5 ปี 2562 ดำเนินการหมวด 2 และหมวด 4 ปี 2563 ดำเนินการหมวด 3 และหมวด 6 ปี 2564 ดำเนินการหมวด 1 – 6 และปี 2565 ดำเนินการหมวด 1 – 6) 3) นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน 4) จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด 7 5) ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร และ 6) ติดตามประเมินผล โดยทีม Internal Audit/ผู้ตรวจประเมินภายนอก

ในปีงบประมาณ 2561 กระทรวงได้กำหนดเป้าหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ในหมวดที่ 1 และหมวดที่ 5 และร้อยละ 20 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

จากนโยบายดังกล่าวจังหวัดแพร่จึงได้กำหนด เป้าหมายการพัฒนาให้ทุกสาธารณสุขอำเภอ มีการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ในหมวดที่ 1 และหมวดที่ 5 เพื่อให้มีการดำเนินงานให้เชื่อมโยงและต่อยอดกับการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ประกาศนโยบายการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การส่วนราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	สร้างความเข้าใจแนวคิดและกระบวนการดำเนินงาน ประชุมคณะทำงานระดับจังหวัดและอำเภอ	ดำเนินการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร และประเมินตนเองหมวดที่ 1 และ หมวดที่ 5 รวมทั้งจัดทำแผนพัฒนาองค์กรหมวด 1 และ 5	ดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์กรหมวด 1 และ 5	ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์กร และจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการประชุมคณะทำงานฯและจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และร้อยละ 20 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรและประเมินตนเองหมวดที่ 1 และ หมวดที่ 5 รวมทั้งจัดทำแผนพัฒนาองค์กรหมวด 1 และ 5		
ผลการดำเนินงาน		จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของส่วนราชการจังหวัดแพร่ ในสังกัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร	

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2561 ในวันที่ 22 - 23 มีนาคม 2561	ดำเนินการพัฒนา องค์กร ครอบคลุม ฟอร์ม F1 - F7 - สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอในจังหวัด แพร่ ที่จัดทำ ดำเนินการพัฒนา องค์กร ครอบคลุม ฟอร์ม F1 - F7 มี 4 แห่ง ใน 8 แห่ง คือ 1.สสอ.เด่นชัย 2.สสอ.สอง 3.สสอ.หนองม่วง ไข่ 4.สสอ. สูงเม่น	

● ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	หน่วยงาน	รายงานผลการดำเนินการ*														
		F1	F2 ก	F2 ข	F3		F4		F5ก		F5ข		F6		F7	
					1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5
1	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้องกวาง															
3	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองม่วงไข่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเม่น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น															
9	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลอง															

หมายเหตุ รายงานผลการดำเนินการ*

F1 แบบสรุป

F2ก. ลักษณะสำคัญองค์การแบบย่อ 1 หน้า (one page)

F2ข. ลักษณะสำคัญองค์การแบบเต็ม (ไม่เกิน 10 หน้า)

F3 การประเมินคะแนนคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐหมวด 1-หมวด 5

F4 การแสดงผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย

F5ก. การวิเคราะห์และประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน

F5ข. การสรุปจุดแข็งและจุดอ่อน พร้อมคะแนน

F6 การจัดลำดับโอกาสในการปรับปรุง

F7 การจัดทำแผนการปรับปรุงอย่างน้อย 2 หมวด (หมวด 1 และ หมวด 5)

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ/ อำเภอ	เมือง	ร้อง กว้าง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนอง ม่วงไข่
ระดับความสำเร็จของ การดำเนินงานพัฒนา องค์กรตามแนว ทางการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการ ภาครัฐ ของ สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ	5	-	-	5	5	5	-	5

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้อง กว้าง	สอง	หนอง ม่วงไข่	รวม
- ร้อยละ 100 ของ สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด	อัตรา (A/B*100)	100								100
	จำนวนของ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ผ่านระดับ 5 (A)	1								1
	จำนวนของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ทั้งหมด (B)	1								1

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้อง กวาง	สอง	หนอง ม่วงไข่	รวม
- ร้อยละ 20 ของ สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอ	อัตรา (A/B*100)	100	100	100	0	0	0	100	100	62.5
	จำนวนของ สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ผ่านระดับ 5 (A)	1	1	1	0	0	0	1	1	5
	จำนวนของสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ทั้งหมด (B)	1	1	1	1	1	1	1	1	8

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

1. บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ ยังไม่เป็นทิศทางเดียวกัน
2. กรอบระยะเวลาที่เป็น Roadmap ส่วนกลาง และความพร้อมในจังหวัด ยังไม่สอดคล้องกัน

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจยังไม่ เป็นทิศทางเดียวกัน 2.กรอบระยะเวลาที่เป็น Roadmap ส่วนกลาง และความพร้อมในจังหวัด ยังไม่สอดคล้องกัน	1. ร่วมทำ Work Shop กระบวนการ PMQA โดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็น วิทยากร กลุ่มเป้าหมาย คือ คณะทำงานระดับจังหวัด และระดับอำเภอ 2.ร่วมจัดทำแนวทาง และกรอบการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการองค์การ สำหรับหน่วยงานระดับอำเภอ

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. ขอให้ที่มีที่ปรึกษาจาก กระทรวง/กพร. มาเป็นที่ปรึกษาประจำในระดับจังหวัด เพื่อเป็นที่ปรึกษาให้กับทีม
นำผู้รับผิดชอบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

2. เพิ่มขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าของผู้รับผิดชอบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

ผู้รายงานนางชนิษฐา พันธุ์เวช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นายนิพัทธ์พงษ์ แสงด้วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 20/6/2561.

โทร 08691091199

e-mail : yaiyatanawan@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

KPI : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3

● สถานการณ์

จังหวัดแพร่ มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 8 โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดแพร่ เป็นพื้นที่ ที่มีระดับขั้นการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป คือ โรงพยาบาลแพร่ ระดับขั้นพัฒนา Re-accredit 4 หมตอายุรับรอง 12 กุมภาพันธ์ 2564 โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง โรงพยาบาลที่ผ่าน Accredit หรือชั้น 3 จำนวน 4 แห่ง อารัง ชั้น 2 จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลที่ผ่าน Accredit หรือชั้น 3 คือ 1.โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ระดับขั้นพัฒนา Re-accredit ครั้งที่ 1 หมตอายุรับรอง 20 กุมภาพันธ์ 2563 2.โรงพยาบาลสูงเม่น ระดับขั้นพัฒนา Re-accredit ครั้งที่ 1 3.โรงพยาบาลสอง ระดับขั้นพัฒนา Re-accredit ครั้งที่ 3 หมตอายุการ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2561 4.โรงพยาบาลลอง ระดับขั้นพัฒนา accredit หมตอายุการรับรอง 21 พฤษภาคม 2563 โรงพยาบาลที่อารังชั้น 2 จำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลร้องกวาง โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ และโรงพยาบาลวังชิ้น

ในปี 2560 ที่ผ่านมา ได้มีกระบวนการสนับสนุนการขับเคลื่อนมาตรฐาน HA 3 กลุ่ม

- กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่อารังชั้น 2 โรงพยาบาลร้องกวาง โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ และโรงพยาบาลวังชิ้น ทางจังหวัดได้กระตุ้นกระบวนการพัฒนา และยกระดับคุณภาพมาตรฐาน HA โดยความร่วมมือจากเครือข่ายพี่เลี้ยงคุณภาพ (QLN) จังหวัดแพร่ โดยจัดกิจกรรม ในพื้นที่กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 แห่ง นำทีมโดยนพ.จิรายุทธ์ พุทธิรักษา ผู้จัดการคุณภาพโรงพยาบาลสอง และทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ (QLN) จังหวัดแพร่

- กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลที่เตรียมรับ Accredit คือ โรงพยาบาลลอง ได้ ขอรับการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานHA ชั้น 3 (อยู่ในระหว่างขั้นตอนการเตรียมเอกสารเพื่อขอรับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล) ทางจังหวัด โดยความร่วมมือ จากเครือข่ายพี่เลี้ยงคุณภาพ (QLN) จังหวัดแพร่ ได้จัดกิจกรรม เตรียมความพร้อมก่อนขอรับการเยี่ยมเพื่อรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ณ โรงพยาบาลลอง

- กลุ่มที่ 3 โรงพยาบาลที่เตรียมรับ Re-Accredit คือ โรงพยาบาลแพร่ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย เพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นการทำงานในพื้นที่ โดยมีทีมผู้นำในแต่ละโรงพยาบาลขับเคลื่อนเป็นหลัก เพื่อเกิดความยั่งยืนในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพมาตรฐาน โดยมี ทีมพี่เลี้ยง QLN จังหวัดแพร่ เป็นที่ปรึกษาเติมเต็มในประเด็นที่ขาด

ในปี 2561 จังหวัดมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในโรงพยาบาลที่อารัง ชั้น 2 อีก 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลร้องกวาง โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ และโรงพยาบาลวังชิ้น ซึ่งโรงพยาบาลลอง ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ชั้น 3 วันที่ 22 พฤษภาคม 2561 – 21 พฤษภาคม 2563 และ

ยกระดับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องกระตุ้นการทำงานในพื้นที่ของโรงพยาบาลสองเพื่อเตรียมรับการประเมินเพื่อการรับรอง Re-accredit 4 จาก สรพ. เพื่อให้ระบบบริการและคุณภาพสถานบริการ มีประสิทธิภาพการบริหารจัดการในภาพเครือข่าย ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน มุ่งเน้นให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และชุมชน ลดช่องว่างของปัญหาในระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการใช้กระบวนการ QLN ส่งเสริม สนับสนุน และกระตุ้น ให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพเชิงระบบอย่างต่อเนื่อง และสามารถยกระดับการพัฒนาต่อไป

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ขับเคลื่อน / ยกระดับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA ตามนโยบาย จังหวัด	1. มีการวางแผนระดับจังหวัด ร่วมกับทีม QLN เพื่อ รอรับการประเมิน HA ขั้น 3 ให้กับ รพ.ลอง 2. มีการวางแผนระดับจังหวัด ร่วมกับทีม QLN ยกระดับ HA ขั้น 2 สู่อำเภอ HA ขั้น 3 ให้กับโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย (รพ.วังชัน รพ.หนองม่วงไข่ และ รพ.ร้องกวาง)	1. นพ.สสจ กำหนดนโยบาย การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่อำเภอ HA 2. มีการวางแผนระดับจังหวัด ผู้บริหาร ทีม QLN ผู้จัดการคุณภาพ และทีม นำในโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย 3. ทีม QLN ร่วมกับ สสจ. แพทย์ ลงพื้นที่ รพ.ลอง เพื่อรอรับการประเมิน HA ขั้น 3 จาก สรพ. เดือนมี.ค.61 – เม.ย.61 4. ทีม QLN ร่วมกับ สสจ. แพทย์ ลงพื้นที่ รพ.วังชัน รพ.หนองม่วงไข่ และ รพ.ร้องกวาง เพื่อยกระดับ HA ขั้น 2 สู่อำเภอ HA ขั้น 3	1. ทีม QLN ร่วมกับ สสจ.แพทย์ ลงพื้นที่ รพ.สอง เพื่อเตรียมรับการประเมินเพื่อการรับรอง Re-accredit 4 จาก สรพ. 2. ทีม QLN ร่วมกับ สสจ.แพทย์ ลงพื้นที่ รพ.วังชัน รพ.หนองม่วงไข่ และ รพ.ร้องกวาง เพื่อยกระดับ HA ขั้น 2 สู่อำเภอ HA ขั้น 3	1. ทีม QLN จังหวัด แพทย์ ร่วมกับ สสจ. แพทย์ ลงพื้นที่ รพ.วังชัน/หนองม่วงไข่ เพื่อติดตามระดับการพัฒนา สู่อำเภอ HA ขั้น 3 2. สรุปผลการดำเนินงาน / ทบทวน และวางแผน ยกระดับการยกระดับ มาตรฐาน HA ต่อไป
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีการประชุม วางแผนระดับ จังหวัด ร่วมกับทีม QLN	- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป้าหมายทุกแห่ง รับนโยบายจาก นพ.สสจ. แพทย์ - รพ.เป้าหมายทุกแห่ง มี	1. โรงพยาบาลอำเภอชั้น 2 เตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่กระบวนการขอรับการเยี่ยมรับรองการ	1. โรงพยาบาลอำเภอชั้น 2 ได้รับการรับรองจาก สรพ. เข้าสู่ชั้น 3 (Accredit) อย่าง

มาตรการ ดำเนินงานใน พื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		การวางแผนการขับเคลื่อน ยกระดับการพัฒนาสู่ มาตรฐาน HA - โรงพยาบาลอำเภอชั้น 2 ยื่นเจตจำนงเพื่อรับการ ประเมินรับรอง ชั้น 3 - รพ.เป้าหมายทุกแห่ง ได้รับการติดตามเยี่ยม กระตุ้นการพัฒนาจากทีม QLN - ทีมนำในแต่ละ รพ. พัฒนาระบบงานเพื่อ ดำเนินการตามเป้าหมาย องค์กรที่วางไว้	HA ชั้น 3	น้อย 3 แห่ง และ อำเภอชั้น 2 อีก จำนวน 1 แห่ง 2. โรงพยาบาล ที่ ได้รับการ Accredited และ Re-accredited รักษา ระดับการ พัฒนาและยกระดับ การพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง
ผลการ ดำเนินงาน	1.ประชุมเชิงปฏิบัติการ Shared Vision เครือข่าย ความร่วมมือเพื่อการ พัฒนาคุณภาพสถาน พยาบาล ผ่านระบบ GIN Conference เพื่อพัฒนา ศักยภาพพี่เลี้ยงร่วมกับที่ ปรึกษาประจำพื้นที่ ในวันที่ 14-15 ธันวาคม 2560	ประชุมการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA เพื่อชี้แจงนโยบาย ร่วม วางแผน และการจัดทำ กิจกรรมสนับสนุนการ พัฒนาคุณภาพระบบบริการ ตามมาตรฐาน HA ระดับ จังหวัด ในวันที่ 8 มีนาคม 2561 เวลา 13.00-16.30 น.	โรงพยาบาลรื่อง กวาง โรงพยาบาล หนองม่วงไข ยื่นหนังสือแสดง ความจำนง เพื่อ ขอรับการประเมิน HA ชั้น 3 ในวันที่ 31 พ.ค. 61	
2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เครือข่ายพี่เลี้ยง คุณภาพ (QLN) จังหวัดแพร่ / ผู้จัดการคุณภาพ เพื่อพัฒนา ศักยภาพ ในการ	1. มีการประชุมเตรียม ความพร้อมทีมพี่เลี้ยง คุณภาพ พร้อมแนวทาง ในการดำเนินงาน	1. มีการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาลโดยเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ ปี 2561 ร่วมกับ สรพ. (โดยมีกิจกรรมแลกเปลี่ยน เรียนรู้แนวคิดว่าพัฒนาคุณภาพโดยเครือข่าย เครือข่ายพี่เลี้ยงคุณภาพ QLN ให้กับและทีมพี่ เลี้ยงคุณภาพ QLNด้วยกัน และทีมนำในแต่ละ ระบบงานที่สำคัญ ตามกิจกรรมในแต่ละไตรมาส)	1. สนับสนุนให้ทีม QLN ทีมนำ ได้เข้า ร่วมการประชุม วิชาการ มหกรรม คุณภาพ ในระดับ จังหวัด เขตประเทศ เพื่อเป็นการเพิ่มองค์ ความรู้และพัฒนา	

มาตรการ ดำเนินงานใน พื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ยกระดับการ พัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาล ในเครือข่าย				ศักยภาพ ให้เป็นที่ ปรึกษากระบวนการ คุณภาพ หรือผู้เยี่ยม สำรวจ ของ สรพ.ได้
ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	- ประชุมเตรียมความ พร้อมทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 1 ครั้ง	- มีเอกสาร คู่มือ แนวทาง ในการดำเนินงานระบบ PCT ENV IC RM PTC HR IM ร่วมกันในทุกพื้นที่	- ผลการเยี่ยมภายใน จังหวัด ทีมนำแต่ละ อำเภอ เข้าใจ และ ดำเนินการ HA ตาม แนวทางที่จังหวัด กำหนด ทั้งใน MOU, คู่มือแนวทางที่วางไว้	- มีผู้แทนทีม QLN, ทีมนำ แต่ละอำเภอ เข้าร่วมการประชุม วิชาการ มหกรรม คุณภาพ ในระดับ จังหวัด เขต ประเทศ
ผลการ ดำเนินงาน	- ประชุมเตรียมความ พร้อมทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้	- ประชุมเตรียมความ พร้อมทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้		
3.เสริมพลังทีม นำในแต่ละ โรงพยาบาลเพื่อ ขับเคลื่อน ระบบงานที่ สำคัญ เพื่อเกิด ความยั่งยืนใน การพัฒนาและ ยกระดับ คุณภาพ มาตรฐาน	1. มีการดำเนินงานตามโครงการเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลร่วมกันของเครือข่าย จ.แพร่ ประจำปี 2561 (เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร/ทีมนำ ในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มทักษะ ความรู้ความสามารถ ในการทำงานประจำไปสู่กระบวนการ พัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA ตามกิจกรรมในแต่ละไตรมาส)			
ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	ทีมนำในแต่ละโรงพยาบาลขับเคลื่อนระบบงานที่สำคัญ เพื่อเกิดความยั่งยืนในการพัฒนาและยกระดับ คุณภาพมาตรฐาน			
ผลการ ดำเนินงาน	1. ประชุมเชิงปฏิบัติการ ทบทวนมาตรฐานการ พยาบาลในโรงพยาบาล และระบบบริการ ที่ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์		1. ประชุมเชิงปฏิบัติ การ “สรุปผลการ พัฒนาคุณภาพ มาตรฐานห้องปฏิบัติ การทางการแพทย์ใน	

มาตรการ ดำเนินงานใน พื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	กระทรวงสาธารณสุข 20 ปี” ในวันที่ 19 ธันวาคม 2560 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ ทบทวนมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนและระบบบริการปฐมภูมิ สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข” ในวันที่ 20 ธันวาคม 2560 3. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพงานรังสีวินิจฉัยแบบบูรณาการกับการฟื้นฟูกายภาพบำบัด ปีงบประมาณ 2561 ในวันที่ 21 ธันวาคม 2560 4. ประชุมเชิงปฏิบัติการ “ทิศทางการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานบริการพยาบาลทุกระดับ จังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2561” ในวันที่ 22 ธันวาคม 2560		สถานบริการพยาบาลทุกระดับจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2561” ในวันที่ 22 มิถุนายน เวลา 09.00-17.00 น. 2.ประชุมเชิงปฏิบัติการ “สรุปผลการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานงานรังสีวินิจฉัยและมาตรฐานงานกายภาพบำบัด ปีงบประมาณ 2561” ในวันที่ 29 มิถุนายน 2561 เวลา 09.00-17.00	

1) ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่ใช้สำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	กลุ่ม	โรงพยาบาล	ระดับ	ยังไม่ผ่าน								ผ่าน					หมายเหตุ
				0	1	2	1e	2e	3e	r1e	r2e	3	r1	r2	r3	r4	
1	รพศ.	-															
2	รพท.	แพร่	3													/	13 ก.พ 2561 – 12 ก.พ 2564
3	กรมการแพทย์	-															
4	กรมสุขภาพจิต	-															
5	กรมควบคุมโรค	-															
รวม1..... แห่ง ผ่านการรับรอง HA1..... แห่ง คิดเป็นร้อยละ100.....																	

ลำดับ	กลุ่ม	โรงพยาบาล	ระดับ	ยังไม่ผ่าน								ผ่าน					หมายเหตุ
				0	1	2	1e	2e	3e	r1e	r2e	3	r1	r2	r3	r4	
1	รพช.	สอง	3												/		รับรอง 10 พ.ย.58 - 9 พ.ย 61
2	รพช.	สูงเม่น	3										/				รับรอง 9 ส.ค.59 - 8 ส.ค 62
3	รพช.	เด่นชัย	3										/				รับรอง 21 ก.พ. 60 - 20 ก.พ 63
4	รพช.	ลอง	3										/				รับรอง 22 พ.ค 61 - 21พ.ค 63
5	รพช.	หนองม่วงไข่	2						/								ดำรงชั้น 2 หมดอายุ รับรอง 25 ก.ค 61 (ยื่นหนังสือ แสดงความ จำนง เพื่อ ขอรับการ ประเมิน HA ชั้น 3 ใน วันที่ 31

ลำดับ	กลุ่ม	โรงพยาบาล	ระดับ	ยังไม่ผ่าน								ผ่าน					หมายเหตุ
				0	1	2	1e	2e	3e	r1e	r2e	3	r1	r2	r3	r4	
																	พ.ค. 61 อยู่ระหว่างกระบวนการวิเคราะห์เอกสารจากสรพ.)
6	รพช.	ร้องกวาง	2						/								อ้างชั้น 2 หมดอายุรับรอง 24 ก.ค61 (ยื่นหนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับการประเมิน HA ชั้น 3 ในวันที่ 31 พ.ค. 61 อยู่ระหว่างกระบวนการวิเคราะห์เอกสารจากสรพ.)
7	รพช.	วังชิ้น	2						/								อ้างชั้น 2 หมดอายุรับรอง 9 ต.ค.61
8	รพช.																
9	รพช.																
10	รพช.																
11	รพช.																
12	รพช.																
13	รพช.																
14	รพช.																
15	รพช.																
รวม7..... แห่ง ผ่านการรับรอง HA4..... แห่ง คิดเป็นร้อยละ57.14.....																	

เพิ่มเติม : รพช.ยังไม่เข้าสู่กระบวนการรับรอง (สถานะ 0 หรือ สร้างใหม่)

รายชื่อโรงพยาบาล	ชั้น	เปิดดำเนินการ เมื่อเดือน/พศ.	รับผู้ป่วยค้าง คืนหรือไม่		มีกระบวนการควบคุมคุณภาพการ ให้บริการหรือไม่/อย่างไร
			รับ	ไม่รับ	
1.-					
2.					
3.					
4.					

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

ทัศนคติของบุคลากรที่มีต่อมาตรฐาน HA และ ความชัดเจนในกรอบและความก้าวหน้าของผู้รับผิดชอบมาตรฐาน HA

● ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับผิดชอบ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ
1.สิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการจัดบริการ อยู่ในช่วงก่อสร้าง 2.กระบวนการขับเคลื่อนคุณภาพในองค์กรไม่ต่อเนื่อง 3.ศักยภาพบุคลากรยังไม่เข้าใจและเข้าถึงคุณภาพตามมาตรฐานเพียงพอ 4.ระบบน้ำเสียในโรงพยาบาล	1.ระบบ ENV ในช่วงระหว่างการก่อสร้างอาคารเตรียมแผนรองรับการขยายโครงสร้าง มีแผนผังชัดเจน อัตรากำลังคน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในชั้น 2.เสริมพลังทีมงานในแต่ละโรงพยาบาลเพื่อขับเคลื่อนระบบงานที่สำคัญ เพื่อเกิดความยั่งยืนในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพมาตรฐาน 3. พี่เลี้ยงQLN เยี่ยมสำรวจ เสริมพลังให้การเรียนรู้ร่วมกันระดับจังหวัด 3.ระบบบำบัดน้ำเสีย ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้วิเคราะห์สาเหตุที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ค่าระบบบำบัดน้ำเสีย ไม่เสถียร เพื่อนำมาปรับปรุงและแก้ไขและวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป	

• ข้อเสนอแนะนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. ส่วนกลางหรือเขต ควรมีงบประมาณเพื่อสนับสนุนในการพัฒนาและเพื่อการ Accredit ใน รพ.ที่ประสบปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน
2. เพิ่มขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าของผู้รับผิดชอบมาตรฐาน HA

ผู้รายงานนางชนิษฐา พันธุ์เวช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นายนิพัทธ์พงษ์ แสงด้วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 16/2/2561

โทร 08691091199

e-mail:yaiyatanawan@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

KPI : ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25)

● สถานการณ์

จังหวัดแพร่ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดจำนวน 119 แห่ง ทั้งนี้ได้ดำเนินการส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิระดับตำบลตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ทุกแห่ง โดยในปีงบประมาณ 2561 ได้ดำเนินการพัฒนา ได้แก่ 1)การพัฒนาศักยภาพทีมแกนนำระดับอำเภอเพื่อให้สามารถประเมินรับรองระดับอำเภอ 2) แต่งตั้งคณะกรรมการเยี่ยมประเมินเสริมพลังระดับจังหวัดบูรณาการกับการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลดีเด่นของชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย โดยมีประเด็นการเยี่ยมประเมินเสริมพลัง ได้แก่ ระบบสุขภาพอำเภอ ระบบสนับสนุนที่สำคัญจากแม่ข่ายสู่เครือข่ายระดับตำบล และผลลัพธ์เชิงคุณภาพของทีมหมอครอบครัว และภาคีเครือข่ายภายนอก การดำเนินการดังกล่าวได้รับความพึงพอใจจากผู้รับการเยี่ยมประเมินในระดับดี รวมทั้งมีบรรยากาศในการตรวจเยี่ยมที่ดี และลดความซ้ำซ้อนของพื้นที่ในการเตรียมรับการเยี่ยมประเมิน

ทั้งนี้ การดำเนินงานที่ผ่านมาจังหวัดแพร่ ได้เน้นการพัฒนาโครงสร้างกลไกในทุกระดับเพื่อขับเคลื่อนคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยในปี 2561 กระทรวงสาธารณสุขได้บูรณาการเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการปฐมภูมิพัฒนา ตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว คือ 5 ดาว 5 ดี โดย 5 ดี ประกอบด้วย บริหารดี ประสานงานดี ภาควิชามีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รพ.สต. ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 พบว่า จังหวัดแพร่ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมิน รพ.สต. ติดดาวระดับ 5 ดาว จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.92 ส่วนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 รพ.สต. ผ่านการประเมินคุณภาพ 5 ดาวระดับ 5 ดาว จำนวน 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 19.33 รวมมี รพ.สต.ติดดาวที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาว ทั้งสิ้น จำนวน 36 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30.26 (โดยไม่นับรวม ศสม.ร้องขอ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินรพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาว) รายละเอียดตามตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวน รพ.สต.ที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ปีงบประมาณ 2560-2561 (ณ 21 มิถุนายน 2561)

ลำดับ	อำเภอ	จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด (แห่ง)	จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านการประเมินเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว (แห่ง)		
			ปี 2560	ปี 2561	ยอดสะสม
1	เมืองแพร่	27	2	6	8
2	สูงเม่น	16	2	4	6
3	เด่นชัย	8	1	2	3
4	ร้องกวาง	16	2	3	5
5	สอง	15	2	2	4
6	วังชิ้น	17	1	3	4
7	หนองม่วงไข่	6	1	1	2
8	ลอง	14	2	2	4
รวม		119	13 (ร้อยละ 10.92)	23 (ร้อยละ 19.33)	36 (ร้อยละ 30.26)

จังหวัดแพร่ ได้สรุปบทวนการดำเนินงานในปี 2561 โดยสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำเกณฑ์ไปเป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพความเข้มแข็งของสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการสนับสนุน รพ.สต. ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุม ทัวถึงและเป็นธรรม ประชาชนไว้วางใจให้เป็นบริการ ใกล้บ้านใกล้ใจ ได้สื่อสารและส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. ติดดาว ปี 2561 ให้พื้นที่ได้ศึกษา และทำความเข้าใจ เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2560 มีจัดประชุมชี้แจงเพื่อสร้างความเข้าใจเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว แก่ทีมประเมินระดับอำเภอในวันที่ 18 มกราคม 2561 จัดประชุมชี้แจงเพื่อสร้างความเข้าใจเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว แก่ทีมประเมินระดับอำเภอและระดับ รพ.สต.ในวันที่ 29 มีนาคม 2561 รวมทั้งการเชื่อมโยงกับการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ติดดาวของแม่ข่าย เครือข่าย สู่ พขอ. PCC Full Function

● การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- กำหนดโครงสร้างรองรับและผู้รับผิดชอบหลักแต่ละระดับ (Structure-Function) ดังนี้
 - โครงสร้างรองรับระดับจังหวัดขับเคลื่อนภายใต้คณะกรรมการระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาบริการปฐมภูมิและสุขภาพองค์รวม และมีคณะกรรมการเยี่ยมประเมินเสริมพลังระบบสุขภาพอำเภอ DHS- รพ.สต.ติดดาว รพ.สต.ดีเด่น จังหวัดแพร่ ในการประเมินรับรองระดับจังหวัด
 - ระดับอำเภอ คปสอ.ทุกอำเภอ ในการขับเคลื่อนพัฒนาและประเมินรับรองระดับอำเภอ
 - ระดับตำบล ทีมสุขภาพในรพ.สต. ในการขับเคลื่อนพัฒนาและการประเมินตนเอง
- กำหนดกรอบในการวางแผนเพื่อดำเนินการ (Framework)

- 1) ทบทวนคณะอนุกรรมการระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) สาขาบริการปฐมภูมิและสุขภาพองค์รวม จังหวัดแพร่ และทีมเยี่ยมประเมินเสริมพลังระบบสุขภาพอำเภอ DHS-รพ.สต.ติดดาว-รพ.สต.ดีเด่น จังหวัดแพร่
 - 2) กำหนดเป้าหมาย รพ.สต.ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 25
 - 3) ชี้แจงสร้างความเข้าใจในเกณฑ์การประเมินแก่ทีมแกนนำระดับอำเภอ และพัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมประเมินเสริมพลังระบบสุขภาพอำเภอ DHS-รพ.สต.ติดดาว-รพ.สต.ดีเด่น จังหวัดแพร่
 - 4) รพ.สต.ประเมินตนเอง จำนวน 119 แห่ง
 - 5) ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และเขต เยี่ยมประเมินเสริมพลังและรับรอง
 - 6) กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์
3. กำหนดเป้าหมายระยะสั้น Task List
4. กำหนดกิจกรรม/โครงการที่ดำเนินการ (Activities/Project)

รอบ 3 เดือน

Task List	Activities/Project
- สื่อสารคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพรพ.สต. ติดดาวปี 2561	- จังหวัดส่งเอกสารคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาวปี 2561 ให้ระดับอำเภอและตำบลในเดือนพฤศจิกายน 2560
- ครู ก ระดับประเทศผ่านการอบรมครั้งที่ 1	- ส่งครู ก รพ.สต. เข้าร่วมอบรมครั้งที่ 1 จำนวน 3 คน (เภสัชกร, พยาบาล IC, จนท.สสจ.แพร่)

รอบ 6 เดือน

Task List	Activities/Project
- กำหนดเป้าหมาย รพ.สต.ระดับ5 ดาว	- ระดับอำเภอ/คปสอ. กำหนดเป้าหมาย รพ.สต. ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 25
- ชี้แจงสร้างความเข้าใจเกณฑ์การประเมินในปี 2561	- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ในวันที่ 18 ม.ค. 2561 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ในวันที่ 29 มี.ค. 2561
	- รพ.สต.ประเมินตนเอง จำนวน 119 แห่ง บันทึกข้อมูลผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ
	- ระดับอำเภอ/คปสอ. แพลตฟอร์มระดับดาว (3, 4, 5 ดาว) และรายงานส่งระดับจังหวัด (สสจ.แพร่)
	- สสจ.แพร่ วิเคราะห์ส่วนขาดแยกรายอำเภอ ส่งข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้แต่ละอำเภอพัฒนาส่วนขาดตามเกณฑ์การประเมิน

รอบ 9 เดือน

Task List	Activities/Project
- ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด ประเมินรับรองตามเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดตาม	- แต่งตั้งคณะกรรมการเยี่ยมประเมินเสริมพลังระดับจังหวัด - จัดทำแผนการเยี่ยมประเมินเสริมพลัง และดำเนินการเยี่ยมประเมินตามแผนและเป้าหมาย

รอบ 12 เดือน

Task List	Activities/Project
- สรุปผลผลลัพธ์การดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย (รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 25 (สะสม) - ประเมินผลการดำเนินงาน	- จังหวัด และเขตประเมินรับรอง - จังหวัดวิเคราะห์ผลการบันทึกข้อมูลผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิของ รพ.สต. ทุกแห่ง และรายงานผลการดำเนินงานส่งเขตบริการสุขภาพที่ 1 - เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมา (อดีต) สู่การวางแผนพัฒนาสู่ความสำเร็จในอนาคต

5. การดำเนินงาน/ควบคุมกำกับ (M&E Process)

- การประชุมติดตามความก้าวหน้าโดยคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาบริการปฐมภูมิและสุขภาพองค์กรร่วม จังหวัดแพร่
- การนิเทศติดตามงานตามการนิเทศงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- การติดตามในการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลด้านสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- อำเภอประเมินตนเอง จังหวัดประเมินรับรอง
- สรุปผลการประเมิน และการบันทึกผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ

6. ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการดำเนินงาน รพ.สต.ติดตาม จำแนกรายอำเภอ รอบ 9 เดือน

ปีงบประมาณ 2561 (ข้อมูล ณ 21 มิถุนายน 2561)

อำเภอ	จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด(แห่ง)	เป้าหมายการพัฒนา ปี 2561 (แห่ง)	รพ.สต.ที่ผ่านการประเมินรพ.สต. ติดตาม ระดับ 5 ดาว (แห่ง)	ร้อยละ
1.เมืองแพร่	27	8	6	75.00
2.สูงเม่น	16	7	4	57.15
3.เด่นชัย	8	2	2	100
4.ร้องกวาง	16	3	3	100

อำเภอ	จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด(แห่ง)	เป้าหมายการพัฒนา ปี 2561 (แห่ง)	รพ.สต.ที่ผ่านการประเมินรพ.สต. ติดตาม ระดับ 5 ดาว (แห่ง)	ร้อยละ
5.สอง	15	2	2	100
6.วังชิ้น	17	5	3	60.00
7.หนองม่วงไข่	6	2	2	100
8.ลอง	14	7	2	28.57
รวม	119	36	24	66.67

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

1. การมุ่งให้ผ่านเกณฑ์มากกว่าการเรียนรู้และพัฒนา
2. การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งด้านบริหาร บริการและวิชาการ

● ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. พื้นที่ขาดความเข้าใจ เกณฑ์การประเมิน
2. รพ.สต. มีเวลาน้อย ในการรับการประเมิน และมีการประเมินซ้ำซ้อนกับการประเมิน รพ.สต.ดีเด่น
3. การพัฒนารพ.สต.ยังคงมีหลายเกณฑ์และมาตรฐานที่ มีความซ้ำซ้อนเพิ่มภาระงาน ความซ้ำซ้อนของการประเมิน ควรบูรณาการเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน/กรม กองต่างๆกับเกณฑ์การพัฒนา รพ.สต.ติดตาม
4. ระดับเขต/ประเทศควรจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลัง
5. ควรมีหน่วยงาน/องค์กร ที่ทำหน้าที่ประเมินเพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. ระดับเขต ควรมีการสร้างทีมประเมินระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากระดับจังหวัดมีบริบทที่แตกต่างกัน

ผู้รายงาน

นายสิทธิศักดิ์ สิริภักทรชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

มือถือ 062 – 2644165

E-mail : sitisak.sit@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

KPI : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

● สถานการณ์ปัจจุบัน/ประเด็นปัญหา

สถานการณ์การเงินการคลังหน่วยบริการจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2561 ประจำเดือนเมษายน 2561 ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 3 จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลสูงเม่น เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์ดัชนีชี้วัดกลุ่มแสดงสภาพคล่องทางการเงิน 2 ตัว (อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ร้อยละ 1.49 ,อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน ร้อยละ 0.75) ไม่ผ่านเกณฑ์ดัชนีกลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ มีค่าเป็นลบ 3,227.70 บาท) และ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์ดัชนีชี้วัดกลุ่มแสดงสภาพคล่องทางการเงิน 2 ตัว (อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ร้อยละ 1.18 ,อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน ร้อยละ 0.73) ไม่ผ่านเกณฑ์ดัชนีกลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ มีค่าเป็นลบ 1.39 ล้านบาท)

สถานการณ์เงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สิน ปีงบประมาณ 2561 ประจำเดือนเมษายน 2561 มีหน่วยบริการที่มีเงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สินแล้วติดลบ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสูงเม่น (-3,503,215.80 บาท) และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย (-4,414,421.08 บาท)

● ผลการดำเนินงานด้านการเงินการคลังสุขภาพจังหวัดแพร่ ตามมาตรการ 5 มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ 1 การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ

จากข้อมูลการจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่า หน่วยบริการได้รับจัดสรร งบเหมาจ่ายรายหัวในส่วนของ OP,PP เงินจากการปรับเกลี่ย ร้อยละ 100

การขอชดเชยกองทุนผู้ป่วยใน พบว่า มีหน่วยบริการจังหวัดแพร่ จำนวน 1 แห่ง ที่ไม่ได้รับชดเชยเงิน คือ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยในน้อย ส่วนใหญ่เป็นโรคทั่วไปที่ไม่รุนแรงของโรค และมีภาระเงินเดือนที่สูง จึงทำให้ไม่ได้รับเงินชดเชย IP หลังหักเงินเดือน

ตาราง แสดงการได้รับขดเชยกองทุนผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ 2561 งวด STM เดือน เม.ย.61

หน่วยบริการ	1	2	3	(4)=(1)-(3)	(5)=(2)-(3)
	จ่ายชดเชย IP เม.ย.61 ก่อนปรับลดค่าแรง (ก่อนหักเงินเดือน)	จำนวนเงินปรับลด ค่าแรง IP คงเหลือ ยก ออกจากเดือน มี.ค.61	จำนวนเงินปรับลด ค่าแรง IP เดือน เม.ย.61	คงเหลือจ่ายชดเชย IP เม.ย. 61 หลังปรับลดค่าแรง	จำนวนเงินปรับลดค่าแรง IP ยกยอดไปบริหารการหักใน เดือนถัดไป
รพ.แพร่	23,462,620.58	78,791,391.52	13,131,898.59	10,330,721.99	65,659,492.93
รพ.ร้องกวาง	2,497,277.28	5,211,911.13	868,651.86	1,628,625.42	4,343,259.27
รพ.ลอง	1,597,900.90	2,819,127.63	469,854.61	1,128,046.29	2,349,273.02
รพ.สูงเม่น	1,180,633.29	3,892,647.15	648,774.53	531,858.76	3,243,872.62
รพ.สอง	1,300,648.00	2,505,330.95	417,555.16	883,092.84	2,087,775.79
รพ.วังชิ้น	1,204,654.57	2,502,482.31	417,080.39	787,574.18	2,085,401.92
รพ.หนองม่วงไข่	898,885.49	3,737,993.42	898,885.49	0.00	2,839,107.93
รพ.ร.เด่นชัย	1,515,458.33	4,129,380.03	688,230.01	827,228.32	3,441,150.02
รวม	33,658,078.44	103,590,264.14	17,540,930.64	16,117,147.80	86,049,333.50

ตาราง แสดงการได้รับขดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กองทุนผู้ป่วยในทั่วไป (หลังหักเงินเดือน)

ปีงบประมาณ 2561 งวด STM เดือน ต.ค. 60 (6010) -เม.ย. 61 (6104)

หน่วยบริการ	ประมาณการ รายรับ	ตค.60	พย.60	ธค.60	มค.61	กพ.61	มีค.61	เมย.61	รวมทั้งสิ้น	ร้อยละ
รพ.แพร่	81,140,642.52	1,640,892.75	11,112,085.41	6,749,611.92	10,162,684.09	5,511,536.55	6,634,137.87	10,330,721.99	52,141,670.59	64.26
รพ.ร้องกวาง	9,322,825.00	1,508,497.96	826,023.53	843,394.32	1,103,111.19	524,752.45	1,826,096.69	1,628,625.42	8,260,501.55	88.61
รพ.ลอง	7,512,199.93	1,402,792.63	770,030.79	1,020,681.06	1,606,485.56	994,579.60	1,343,952.48	1,128,046.29	8,266,568.39	110.04
รพ.สูงเม่น	4,870,278.28	480,508.49	154,370.32	157,572.61	252,695.02	172,318.64	252,421.69	531,858.76	2,001,745.54	41.10
รพ.สอง	4,701,384.05	768,768.80	442,309.84	283,672.38	530,996.73	559,974.87	547,988.30	883,092.84	4,016,803.77	85.44
รพ.วังชิ้น	9,001,552.95	1,317,381.17	420,503.29	1,192,131.90	844,274.95	639,614.78	686,857.02	787,574.18	5,888,337.28	65.41
รพ.หนองม่วงไข่	391,850.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รพ.ร.เด่นชัย	3,503,716.54	763,929.26	326,598.07	163,508.00	603,914.78	367,921.59	449,798.59	827,228.32	3,502,898.62	99.98
รวม	120,444,449.27	7,882,771.06	14,051,921.25	10,410,572.20	15,104,162.32	8,770,698.48	11,741,252.64	16,117,147.80	84,078,525.73	69.81
วันที่โอนเงิน		30-พ.ย.-60	29-ธ.ค.-60	31-ม.ค.-61	28-ก.พ.-61	30-มี.ค.-61	30-เม.ย.-61	31-พ.ค.-61		

มาตรการที่ 2 ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน

หน่วยบริการทุกแห่งได้มีการจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) ปีงบประมาณ 2561 (รอบ2) หน่วยบริการ จังหวัดแพร่จำนวน 8 แห่ง ได้ดำเนินการจัดทำแผนลักษณะ เกินดุล จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ รพ.แพร่ ,รพ.ร้องกวาง รพ.ลอง ,รพ.สูงเม่น ,รพ.สอง ,รพ.วังชิ้น และรพ.ร.เด่นชัย ส่วนหน่วยบริการอีก 1 แห่ง จัดทำแผนลักษณะ ขาดดุล ได้แก่ รพ.หนองม่วงไข่ ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีประชากรระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 11,865 คน และมีภาระด้านบุคลากรสูงถึงร้อยละ 86.87 ทำให้ได้รับเงินจัดสรรหลักหักเงินเดือนไม่เพียงพอ เกิดปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน

จากการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนทางการเงินของหน่วยบริการประจำเดือน เมษายน 2561 พบว่า หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานด้านรายได้ผลต่างของแผนและผลไม่เกินร้อยละ 5 มีจำนวน 5 แห่ง คือ รพ.แพร่, รพ.ลอง ,รพ.สูงเม่น ,รพ.สอง และรพ.หนองม่วงไข่

หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานด้านค่าใช้จ่ายผลต่างของแผนและผลไม่เกินร้อยละ 5 มีจำนวน 7 แห่ง คือ รพ.รื่องขวาง ,รพ.ลอง ,รพ.สูงเม่น ,รพ.สอง ,รพ.วังชิ้น ,รพ.หนองม่วงไข่ และรพ.เด่นชัย

ตารางแสดง การจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) ปีงบประมาณ 2561 (รอบ 2)

หน่วยบริการ	รวมรายได้ (ไม่รวมงบลงทุน)	รวมค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคา และค่าตัดจำหน่าย)	EBITDA	สรุปแผน ประมาณการ	งบลงทุน (เงินบำรุง) เปรียบเทียบกับ EBITDA >20%	PlanFin แบบ
รพท.แพร่	1,157,820,000.00	1,127,999,000.00	29,821,000.00	เกินดุล	-4,791,354.99	3
รพช.รื่องขวาง	148,509,633.11	135,370,833.29	13,138,799.81	เกินดุล	27,759.97	1
รพช.ลอง	131,391,220.70	127,332,136.00	4,059,084.70	เกินดุล	11,816.95	1
รพช.สูงเม่น	169,637,993.29	166,775,895.55	2,862,097.74	เกินดุล	572,419.55	2
รพช.สอง	116,850,064.53	115,508,874.07	1,341,190.46	เกินดุล	21,638.10	1
รพช.วังชิ้น	117,107,729.60	111,410,000.00	5,697,729.60	เกินดุล	-1,261,401.08	3
รพช.หนองม่วงไข่	72,744,743.00	73,967,169.90	-1,222,426.90	ขาดดุล	0.00	5
รพ.เด่นชัย	119,377,200.00	119,302,000.00	75,200.00	เกินดุล	15,040.00	2

ตารางแสดง การเปรียบเทียบแผนประมาณการรายได้และรายได้ที่เกิดขึ้นจริง ประจำเดือน เมษายน 2561

หน่วยบริการ	แผนประมาณการ	รายได้ที่เกิดขึ้นจริง	ส่วนต่างจากแผน	ร้อยละจากแผน
รพท.แพร่	730,228,333.33	708,214,647.47	-22,013,685.86	-3.01
รพช.รื่องขวาง	103,674,712.82	89,660,741.32	-14,013,971.50	-13.52
รพช.ลอง	77,783,120.18	79,748,654.72	1,965,534.54	2.53
รพช.สูงเม่น	101,210,286.13	97,945,612.06	-3,264,674.07	-3.23
รพช.สอง	70,441,270.98	71,408,617.13	967,346.15	1.37
รพช.วังชิ้น	69,639,956.56	79,493,322.61	9,853,366.05	14.15
รพช.หนองม่วงไข่	43,269,163.44	42,463,776.77	-805,386.67	-1.86
รพ.เด่นชัย	76,035,497.13	72,081,301.27	-3,954,195.86	-5.20

ข้อมูลจาก : hfo61.cfo.in.th ดึงข้อมูลวันที่ 15 พฤษภาคม 2561

ตารางแสดง การเปรียบเทียบแผนประมาณการค่าใช้จ่าย และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ประจำเดือน เมษายน 2561

หน่วยบริการ	แผนประมาณการ	ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง	ส่วนต่างจากแผน	ร้อยละจากแผน
รพท.แพร่	687,166,083.33	639,374,456.24	-47,791,627.09	-6.95
รพช.รื่องขวาง	82,477,197.73	81,780,128.06	-697,069.67	-0.85
รพช.ลอง	77,782,912.67	75,648,028.65	-2,134,884.02	-2.74
รพช.สูงเม่น	101,176,154.07	97,948,839.76	-3,227,314.31	-3.19
รพช.สอง	70,440,631.32	66,838,250.24	-3,602,381.08	-5.11

หน่วยบริการ	แผนประมาณการ	ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง	ส่วนต่างจากแผน	ร้อยละจากแผน
รพช.วังชิ้น	67,480,000.00	69,389,013.31	1,909,013.31	2.83
รพช.หนองม่วงไข่	46,031,574.11	44,178,763.31	-1,852,810.80	-4.03
รพร.เด่นชัย	75,108,950.00	73,476,084.69	-1,632,865.31	-2.17

ข้อมูลจาก : hfo61.cfo.in.th ดึงข้อมูลวันที่ 15 พฤษภาคม 2561

มาตรการที่ 3 สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

3.1 ต้นทุนบริการแบบ Quick method

จากข้อมูลต้นทุนบริการแบบ Quick method ปีงบประมาณ 2561 ประจำเดือนเมษายน 2561 พบว่ามีหน่วยบริการที่มีต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก เกินค่ากลางระดับกลุ่มบริการเดียวกัน (Mean+1SD) จำนวน 2 แห่ง คือ รพ.สูงเม่น และรพ.เด่นชัย

หน่วยบริการที่มีต้นทุนบริการผู้ป่วยใน เกินค่ากลางระดับกลุ่มบริการเดียวกัน (Mean+1SD) จำนวน 1 แห่ง คือ รพ.เด่นชัย

ตารางแสดง ต้นทุนบริการแบบ Quick method หน่วยบริการจังหวัดแพร่ ประจำเดือนเมษายน 2561

หน่วยบริการ	ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก				ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน				ผลการประเมิน		
	ต้นทุนผู้ป่วยนอก	จำนวน (ครั้ง)	ต้นทุนต่อครั้ง	Mean+1SD	ต้นทุนผู้ป่วยใน	Sum AdjRW	ต้นทุนต่อ AdjRW	Mean+1SD	OP	IP	OP&IP
รพท.แพร่	219,592,020.51	310,468	707.29	1,026.10	417,139,112.18	29,370.68	14,202.57	15,308.41	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
รพช.ร้องกวาง	50,100,500.71	65,578	763.98	768.76	20,391,690.83	2,203.30	9,255.08	18,100.20	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
รพช.ลอง	42,120,859.58	64,171	656.38	768.76	17,903,461.50	1,862.99	9,610.09	18,100.20	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
รพช.สูงเม่น	56,410,065.95	70,293	802.50	768.76	14,157,981.81	1,141.28	12,405.32	18,100.20	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพช.สอง	39,063,664.63	64,226	608.22	768.76	15,261,439.11	1,059.35	14,406.36	18,100.20	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
รพช.วังชิ้น	34,949,155.18	67,406	518.49	768.76	10,931,355.91	1,234.20	8,857.01	18,100.20	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
รพช.หนองม่วงไข่	30,552,382.35	43,447	703.21	836.77	11,566,624.85	672.87	17,189.88	21,020.04	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
รพร.เด่นชัย	44,985,136.58	58,284	771.83	736.66	21,579,531.21	1,274.74	16,928.54	16,702.36	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน

ข้อมูลจาก : hfo61.cfo.in.th ดึงข้อมูลวันที่ 15 พฤษภาคม 2561 (Mean+1SD ไตรมาส 2/2561)

3.2 ข้อมูลสถานการณ์การเงินการคลัง Risk score Plus ประจำเดือนเมษายน 2561

การวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงิน 7 Plus Efficiency Score พบว่าหน่วยบริการจังหวัดแพร่ไม่ผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง โดยมีผลการประเมินในระดับดังนี้ ระดับเกรด B- จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลแพร่ ,โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ระดับเกรด C จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลร้องกวาง ,โรงพยาบาลสูงเม่น ,โรงพยาบาลวังชิ้น และระดับเกรด C- จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลลอง ,โรงพยาบาลสอง และระดับเกรด D จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่

ตารางแสดง ข้อมูลวิเคราะห์วิกฤติทางการเงินระดับ7 (Risk Scoring) ปีงบประมาณ 2556 –ปีงบประมาณ 2561
ไตรมาส 2

หน่วยบริการ	Risk Scoring 2556	Risk Scoring 2557	Risk Scoring 2558	Risk Scoring 2559	Risk Scoring 2560	Risk Scoring 1/2561	Risk Scoring 2/2561
รพ.แพร่	0	0	1	0	0	0	0
รพ.ร้องกวาง	0	0	1	0	0	0	0
รพ.ลอง	7	1	1	2	2	0	0
รพ.สูงเม่น	0	2	2	0	3	0	0
รพ.สอง	1	0	1	2	1	0	0
รพ.วังชิ้น	4	1	3	0	1	0	0
รพ.หนองม่วงไข่	0	0	1	1	1	5	0
รพ.เด่นชัย	0	0	6	3	5	6	1

ตารางแสดง ข้อมูลสถานการณ์การเงินการคลังหน่วยบริการจังหวัดแพร่ ประจำเดือนเมษายน 2561

หน่วยบริการ	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depreciation	Risk Scoring	เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว)
รพ.แพร่	2.66	2.29	1.45	266,474,821.02	68,840,191.23	0	72,965,979.03
รพ.ร้องกวาง	2.40	2.12	1.49	17,299,049.65	7,880,613.26	0	5,998,316.53
รพ.ลอง	1.70	1.50	1.13	12,550,047.08	4,100,626.07	0	2,609,060.30
รพ.สูงเม่น	1.49	1.18	0.75	6,979,078.75	-3,227.70	3	-3,503,215.80
รพ.สอง	1.63	1.38	1.07	10,052,557.43	4,570,366.89	0	1,212,194.03
รพ.วังชิ้น	2.31	2.08	1.60	17,688,137.53	10,104,309.30	0	8,229,700.20
รพ.หนองม่วงไข่	1.54	1.41	1.24	6,574,686.69	-1,714,986.54	1	3,044,166.82
รพ.เด่นชัย	1.18	1.04	0.73	2,959,059.23	-1,394,783.42	3	-4,414,421.08

ตารางแสดง ข้อมูลสถานะการเงิน 7 Plus Efficiency Score ประจำเดือนเมษายน 2561

หน่วยบริการ	Operating Margin (>=ค่ากลาง)		Return on Asset (>=ค่ากลาง)		A Payment Period (Cash <.8 P >180 and Cash >.8 P >90)	A Collection Period-UC ≤ 60	A Collection Period - ≤ 60	A Collection Period-SSS ≤ 60	Inventory Management ≤ 60	GradePlus
	ผล	ค่ากลาง	ผล	ค่ากลาง						
รพ.แพร่	4.78	7.70	5.67	9.50	66.08	55.53	49.58	132.44	57.82	B-
รพ.ร้องกวาง	3.81	18.06	8.57	16.50	71.09	16.88	36.57	186.73	76.68	C
รพ.ลอง	3.84	18.06	4.83	16.50	137.66	16.31	54.81	87.39	81.98	C-
รพ.สูงเม่น	-1.64	17.46	0.00	15.35	93.40	5.85	59.85	110.10	64.35	C
รพ.สอง	1.40	18.06	6.94	16.50	172.40	25.58	57.39	144.07	83.82	C-
รพ.วังชิ้น	12.78	18.06	16.64	16.50	201.86	25.26	45.54	125.23	85.10	C
รพ.หนองม่วงไข่	-31.26	16.50	-4.47	16.02	153.59	36.84	60.16	110.08	81.36	D
รพ.เด่นชัย	-10.88	12.11	-1.31	13.30	138.48	18.89	46.94	110.56	52.46	B-

ข้อมูลจาก : hfo61.cfo.in.th ดึงข้อมูลวันที่ 15 พฤษภาคม 2561 (ค่ากลางไตรมาส 2/2561)

มาตรการที่ 4 พัฒนาคุณภาพข้อมูลบัญชี

จากผลการประเมินคุณภาพบัญชีด้วยวิธีอิเล็กทรอนิกส์ พบว่า หน่วยบริการจังหวัดแพร่ ส่วนแม่ข่ายทุกแห่งได้รับคะแนนเต็ม 100 คะแนน และส่วนลูกข่ายทุกแห่งที่ได้รับคะแนนเต็ม 50 คะแนน ยกเว้น

ลูกข่ายโรงพยาบาลสอง เดือนธันวาคม 60 ,เดือนกุมภาพันธ์ 61 ,เดือนมีนาคม 61 ได้คะแนน 45 คะแนน เนื่องจากส่งงบทดลองขึ้นระบบไม่ทันภายในวันที่ 25 ของเดือนถัดไป และเดือนเมษายน 61 ได้คะแนน 40.63 เนื่องจากงบทดลองที่จัดส่งขึ้นระบบไม่สัมพันธ์กันอยู่ระหว่างหน่วยบริการดำเนินการปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน

ลูกข่ายโรงพยาบาลสอง เดือนเมษายน 61 ได้คะแนน 40 คะแนน เนื่องจากไม่ได้ปรับปรุงลูกหนี้ค่ารักษา UC-OP ใน CUP และไม่ได้บันทึกวัสดุคงเหลือตามนโยบายบัญชีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางแสดง คะแนนคุณภาพบัญชีการส่งงบทดลองหน่วยบริการ จังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2561

หน่วยบริการ	ต.ค. 60		พ.ย. 60		ธ.ค. 60		ม.ค. 61		ก.พ. 61		มี.ค. 61		เม.ย. 61	
	แม่ ข่าย	ลูก ข่าย	แม่ ข่าย	ลูก ข่าย	แม่ ข่าย	ลูก ข่าย	แม่ ข่าย	แม่ ข่าย	แม่ ข่าย	ลูก ข่าย	แม่ ข่าย	ลูก ข่าย	แม่ ข่าย	ลูก ข่าย
รพท.แพร่	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50
รพช.ร้องกวาง	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50
รพช.สอง	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	40
รพช.สูงเม่น	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50
รพช.สอง	100	50	100	50	100	45	100	50	100	45	100	45	100	40.63
รพช.วังชิ้น	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50
รพช.หนองม่วงไข่	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50
รพร.เด่นชัย	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50

ข้อมูลจาก : hfo61.cfo.in.th ตั้งข้อมูลวันที่ 4 มิถุนายน 2561

มาตรการที่ 5 สร้างเครือข่ายด้านการเงินการคลัง

ในการดำเนินการพัฒนาคณะกรรมการ CFO ของจังหวัดแพร่ มีผลการดำเนินการ ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังสุขภาพระดับจังหวัด
2. ประชุมคณะกรรมการฯ เป็นประจำทุกเดือน นำข้อมูลของหน่วยบริการ ในจังหวัด มาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน
3. ประชุมเจ้าหน้าที่บัญชีของหน่วยบริการเพื่อตรวจสอบข้อมูลบัญชีร่วมกันที่ระดับจังหวัด เพื่อให้มีระบบบัญชีที่มีคุณภาพ สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการบริหารการเงินการคลังหน่วยบริการได้
4. ประชุมเชิงปฏิบัติการโปรแกรมจัดเก็บรายได้ นำโปรแกรมจัดเก็บรายได้หน่วยบริการ ของจังหวัด พิษณุโลก มาทดลองใช้ใน รพช. ส่วน รพ.แพร่ อยู่ในระยะเริ่มต้นของการดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม เพื่อให้การจัดเก็บรายได้ครบถ้วนไม่ตกหล่นในการเรียกเก็บชดเชยจากสิทธิการรักษาและกองทุนต่างๆ
5. กำกับติดตามแผนทางการเงิน (planfin) โดยแผนและผลสูงกว่าหรือต่ำกว่าไม่เกินร้อยละ 5 และดำเนินการปรับแผนทางการเงิน ตามข้อมูลที่เป็นจริงของหน่วยบริการในเดือนเมษายน 2561

6. กำกับติดตามการบริหารการเงินการคลังของรพ.หนองม่วงไข่และรพ.เด่นชัย ให้ดำเนินการตามแผนปรับปรุงประสิทธิภาพทางการเงิน (LOI) และรายงานผลให้จังหวัดเป็นประจำทุกเดือน

7. สอบทานระบบการเงินการคลังหน่วยบริการ ร่วมกับคณะตรวจสอบภายในนำผลการสอบทานมาวางแผนแก้ไข้ปัญหา

8. มีการกันเงินระดับจังหวัดใน 4 รายการเพื่อช่วยเหลือกันในจังหวัด คือ การส่งตรวจ MRI , การจัดซื้อยา ร่วม สนับสนุนการผลิตและการใช้สมุนไพร และการออกหน่วยปฐมพยาบาล

9. กรณีที่มีปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงิน มีการช่วยเหลือกันระหว่างหน่วยบริการในจังหวัด

10. กรณีช่วยเหลือกันในจังหวัดแล้วยังแก้ปัญหาไม่ได้ จึงขอรับการสนับสนุนจากเงินช่วยเหลือระดับเขต และระดับประเทศ

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

1. การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ ประชากรพื้นที่ความรับผิดชอบน้อย แต่มีภาระด้านบุคลากรมาก ทำให้ได้รับเงินหลักหักเงินเดือนไม่เพียงพอ

2. การดำเนินงานบริหารการเงินการคลังของ สป. ที่ไม่ชัดเจนและปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ,การเปลี่ยนแปลงนโยบายเพิ่มค่าตอบแทนแต่มีงบประมาณจัดสรรให้ไม่เพียงพอ ทำให้หน่วยบริการมีภาระต้องสมทบเพิ่มเติมทำให้หน่วยบริการยิ่งขาดสภาพคล่อง

3. คณะกรรมการบริหารหรือผู้บริหารให้ความสำคัญกับข้อมูลทางการเงินยังไม่เพียงพอ ไม่มีการควบคุมกำกับ และวิเคราะห์สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไข้ปัญหาที่ตรงจุด

4. การบริหารจัดการที่ไม่มีการเชื่อมโยงกันในรูปแบบภาคี/องค์กรเครือข่าย การบริหารการเงินการคลังร่วมกัน คน เงิน ของ เพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

ผู้รายงาน

1.นางประภัสสร ดั่งลี

ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

2.นางสาวสุดารัตน์ รัชอำนวนวรงค์

ตำแหน่งนักวิชาการการเงินและบัญชี

เบอร์โทร 0612675959

กลุ่มงานประกันสุขภาพ

- ประเด็นตรวจราชการ (เพิ่มเติม)

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
2. อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด
3. ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด
4. การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดใน รพ.ที่สูงขึ้น โดยใช้ Robson ten group classification
5. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง COPD

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561
เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

ประเด็นตัวชี้วัด : ร้อยละของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิมร้อยละ 2

การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

ตัวชี้วัด อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (เขตเพิ่มเติม)

Health Outcome Indicator

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร
2. ร้อยละของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิม ร้อยละ 2

Service Outcome Indicator

1. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (ร้อยละ 80)
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ($\geq$ ร้อยละ 55)
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ($\geq$ ร้อยละ 70)
4. ร้อยละของผู้ป่วยติดสุราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 1)
5. ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติกเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 11)
6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ร้อยละ 9)

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

อัตราการฆ่าตัวตายของจังหวัดแพร่ในปี 2556– 2560 เท่ากับ 11.62,13.43,9.64,10,20 และ 17.38 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดถึงเกือบ 3 เท่า โดยปีงบประมาณ 2560 อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด 3 อำเภอ คือ อำเภอวังชิ้น,อำเภอสูงเม่นและอำเภอลอง เท่ากับ 34.56,25.77 และ 23.63 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากข้อมูลสถิติในปีงบประมาณ 2561 (ตุลาคม–มกราคม 2561) พบว่าจังหวัดแพร่ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 3.26 ต่อแสนประชากร ซึ่งไม่เกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ (เกณฑ์เป้าหมายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6.3 ต่อแสนประชากร) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 51.56ต่ำกว่าเป้าหมาย (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 55) ผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการ ร้อยละ 81.57 (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 70) ผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการ ร้อยละ 21.24(เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 9) ผู้ป่วยออทิสติก (Autistic) เข้าถึงบริการ ร้อยละ 63.74 (เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 11)

● **การดำเนินงานของพื้นที่ (ระดับจังหวัด)**

- 1) จัดระบบการทำงานรูปแบบเครือข่าย โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิต และจิตเวชครอบคลุมทุกระดับสถานบริการตลอดถึงเครือข่ายภาคประชาชนในชุมชน
- 2) มีแพทย์ที่ได้รับการอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชใน รพช. ทุกแห่ง

3) การพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในหน่วยบริการทุกระดับโดยทุกโรงพยาบาลสามารถให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแบบผู้ป่วยในได้ด้วยระบบให้การปรึกษาด้านการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลแพร่(แม่ข่าย)

4) จัดให้มียาจิตเวชที่จำเป็นพอเพียงสำหรับโรคจิตเวชที่สำคัญในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยจัดให้มีระบบยาจิตเวชเครือข่ายใน จ.แพร่ ด้วยระบบคลังยาพร้อมและยาจิตเวชชุมชนโดยรพ.แพร่จัดส่งให้รพ.ชุมชนทุกแห่ง

5) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายรพ.สต.ในการค้นหาคัดกรอง ผู้ป่วยจิตเวชเข้าสู่การบำบัดรักษา รวมทั้ง การติดตามเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องในชุมชน พร้อมให้การดูแลช่วยเหลือและส่งรักษาต่อไป

6) พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น โดยจัดกิจกรรมอบรมเพิ่มศักยภาพการค้นหาคัดกรองโรคจิต โรคซึมเศร้าแก่เครือข่ายภาคประชาชนในชุมชน

7) จิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชออกให้บริการจิตเวชสัญจร ในรพช.รพ.สต.ห่างไกล และในเรือนจำเพื่อให้บริการประชาชนที่มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

8) ให้บริการเชิงรุกในชุมชนผ่านกิจกรรมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และแพทย์อาสาเผยแพร่ให้ความรู้เรื่องคัดกรองและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเวชในสถานประกอบการ

9) บูรณาการงานจิตเวชร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับงานเวชกรรมสังคม งานอาชีพเวชกรรม งานอนามัยโรงเรียน งานกิจกรรมบำบัด รวมทั้งเครือข่ายองค์กรภายนอกเช่น พัฒนาสังคมความมั่นคงของมนุษย์ศูนย์ดูแลคนไร้ที่พึ่ง บ้านพักเด็กและครอบครัว องค์กรท้องถิ่น เป็นต้น

10) เฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม (1. โรคจิต/โรคซึมเศร้า 2. โรคทางกายเรื้อรัง 3. โรคสุรา/สารเสพติด) และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน รวมทั้งมีระบบการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงาน และมีพฤติกรรมการดื่มสุราเพื่อการส่งต่อให้ได้รับการตรวจรักษาทางจิตเวชอย่างถูกต้อง

11) มีระบบการติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย ตามแนวทางมาตรฐานเพื่อการติดตามเยี่ยมและให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการฆ่าตัวตายซ้ำ

● Essential Task

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชด้วยการขยายเครือข่ายบริการเชิงรุกในชุมชน 2.เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายโดยติดตามดูแลผู้มี	จัดทำแผนงาน/โครงการ-กิจกรรมประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานปี 2561 แก่เครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวช	-พัฒนาศักยภาพบุคลากร รพท. ,รพช. , รพ.สต. และ อสม. รวมทั้งชมรมจิตอาสาในชุมชน -เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการตรวจรักษาจิตเวช	-ให้บริการเชิงรุกในชุมชนร่วมกับเครือข่ายทุกภาคส่วนถึงระดับครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเหมาะสม ได้แก่ จิตเวชสัญจรและออก	-ทบทวนและเร่งรัดการปฏิบัติงานตามแผนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย - ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน - ค้นหาช่องว่างของปัญหาที่ยังมีอยู่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง		-โครงการอบรมให้ความรู้ผ่านเครือข่ายทุกกลุ่มวัย (หญิง ตั้งครรภ์ เด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ)	หน่วยแพทย์อาสา -ให้บริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีคุณภาพเต็มศักยภาพ -ติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ	- วางแผนการดำเนินงานต่อเนื่องในปี 2562
ผลการดำเนินงาน		- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 3.26 ต่อแสนประชากร - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 51.56	- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 8.46 ต่อแสนประชากรลดลงจากช่วงเวลาเดียวกันในปี 2560 ถึงร้อยละ 38 - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66.54	
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 17.03 ต่อแสนประชากร (ลดลงจากปี 2560 ร้อยละ 5) - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 55 (เกณฑ์เป้าหมาย)		- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 17.03 ต่อแสนประชากร (ลดลงจากปี 2560 ร้อยละ 5) - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 70	

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

การเข้าถึงบริการโรคทางจิตเวช	เป้าหมาย	เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้องกวาง	สอง	หนองม่วงไข่	รวม
1.ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	≥ร้อยละ 55	65.38	38.80	164.01	41.09	58.20	50.87	71.34	42.78	66.54
2.ผู้ป่วยโรคจิต	ร้อยละ 70	155.04	87.77	96.02	89.48	88.06	74.78	86.18	65.1	92.80
3.ผู้ป่วยติดสุรา	เพิ่มขึ้นร้อยละ 1									3.91
4.ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น	ร้อยละ 9									9.15
5.ผู้ป่วยออทิสติก	ร้อยละ 11									31.46
6.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน	8 6.75	3 3.97	2 5.56	5 9.08	3 6.48	8 16.24	8 15.85	1 5.61	38 คน 8.46
7.ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน 1 ปี	ร้อยละ 80									95.89

● **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor)** ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

จังหวัดแพร่เป็นพื้นที่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต และการกลับป่วยซ้ำของโรคจิตเวชได้ง่าย เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุร่ายอยู่ในอันดับต้นของประเทศ สุราก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว-สังคม เป็นสาเหตุส่วนใหญ่อุบัติเหตุทางจรรยาบรรณที่ก่อให้เกิดการสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่

● **ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. จำนวนบุคลากรสหวิชาชีพไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับประชากรที่ใช้บริการ รวมทั้งภาระงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก	- จัดให้มีระบบเครือข่ายภาคประชาชนมาร่วมเป็นจิตอาสางานจิตเวชในชุมชน
2. พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนต้องปฏิบัติงานการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป และงานในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย ทำให้ไม่สามารถทุ่มเทให้กับด้านจิตเวชได้อย่างเต็มที่และขาดขวัญกำลังใจ	- โรงพยาบาลชุมชนจัดจ้างบุคลากรตำแหน่งนักวิชาการช่วยงานด้านจิตเวชเพิ่มขึ้น
3. โรงพยาบาลบางแห่งไม่มีรถพยาบาลนำส่งผู้ป่วยจิตเวชไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง	- ประสานขอความร่วมมือใช้รถของหน่วยกู้ภัยในการนำส่งผู้ป่วย โดยสมาคมสายใยน้ำใจแพร่ สนับสนุนค่าพาหนะและเบี้ยเลี้ยงพนักงานกู้ภัย

● **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย**

- 1) ควรกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านจิตเวชชุมชนอย่างน้อย 1 คน
- 2) ควรกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีเภสัชกรเฉพาะทางด้านจิตเวช อย่างน้อย 1 คน
- 3) ควรมีการทบทวนกรอบโครงสร้างอัตรากำลังของบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ชัดเจนในกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช
- 4) ในโรงพยาบาลชุมชนควรมีโครงสร้างของงานสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างชัดเจน โดยแยกออกจากกลุ่มงานการพยาบาล หรือกลุ่มงานเวชปฏิบัติ
- 5) มีนโยบายและจัดทำแนวทาง/ระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนในการใช้รถนำส่งผู้ป่วยจิตเวชรักษาต่อยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพระดับสูง

- **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง**

1) ระบบการบริหารยาจิตเวชเครือข่ายจังหวัดแพร่ ซึ่งสามารถกระจายยาผ่านโครงการทางด่วนยาจิตเวชให้ผู้ป่วยรับยาจิตเวชอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในสถานบริการใกล้บ้าน ซึ่งส่งผลให้บุคลากรระดับปฐมภูมิมีการพัฒนาศักยภาพในเฝ้าระวังติดตามดูแลผู้ป่วยทั้งเรื่องอาการของโรคจิตเวชข้อบ่งใช้และผลข้างเคียงของยาจิตเวช

2) มีศูนย์บริการคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมสมาคมสายใยน้ำใจแพร่ ที่ดำเนินงานโดยเครือข่ายภาคประชาชน

ผู้รายงาน นางเริงจิตร์ ต๋วยตง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 08-1884-5356

e-mail:roengchit123 @gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561
เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

ประเด็นตัวชี้วัด 1. อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด
2. อัตราการคลอดก่อนกำหนด
3. การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดใน รพ. ที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification

ค่าเป้าหมาย 1. อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ 0
2. อัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดลงร้อยละ 10 จากงบประมาณก่อน
3. ลดการผ่าตัดคลอดใน รพ. ที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification

● **วิเคราะห์สถานการณ์และเป้าหมาย**

อัตราการตายของมารดา จังหวัดแพร่ ในปีงบประมาณ 2558-2560 (เป้าหมายไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิด) 33.26, 36.91, 37.85 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับและในปี 2561 (7 เดือน) ไม่มีมารดาตาย โดยในปีงบประมาณ 2560 มีมารดาตาย 1 ราย วิเคราะห์สาเหตุการตายเป็นสาเหตุโดยอ้อม (Indirect cause) สรุปวินิจฉัยการตาย Tolfenpyrad ingestion with Acute respiratory failure จากประวัติ G2 P1 GA8 WKS NO ANC. ผู้ป่วยและครอบครัวอาศัยบนพื้นที่สูง ต. สันทะ อ. นาน้อย จ.น่าน สามีให้ประวัติว่า ทะเลาะกับสามี กินยาฆ่าแมลง 2 แก้ว จากนั้นมีอาการซึม ไม่รู้สึกตัว เกร็งแขนทั้ง 2 ข้าง อาเจียน น้ำลายฟุ้งปาก ญาตินำส่ง ร.พ. ร้องกวาง, GCS=3 on ET Tube ส่งต่อมา ร.พ. แพร่ ประสานงานศูนย์พิษวิทยาโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ไม่มีรายงานการใช้ยาฆ่าแมลงชนิดนี้ในประเทศไทย ไม่มี Antidote ไม่ได้ส่งตรวจ gastric content เพื่อหาสารพิษเนื่องจากทราบตัวยาคือชัดเจน แพทย์ได้อธิบายแผนการรักษาและญาติปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยถึงแก่กรรม วันที่ 3 เม.ย 2560 เวลา 12.07น. เมื่อวิเคราะห์ปัญหาพบว่าผู้ป่วยเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ อาศัยอยู่บนพื้นที่สูง ในจังหวัดน่าน ซึ่งเป็นเขตรอยต่ออำเภอร้องกวาง จ.แพร่ และการคมนาคมที่สะดวกใกล้กว่าการเดินทางไปรับบริการที่ โรงพยาบาลน่าน้อย จ. น่าน สำหรับผู้ป่วยรายนี้ยังไม่ได้มารับบริการฝากครรภ์ คาดว่าเกิดความเครียดจากครอบครัวของผู้ป่วยไม่ยอมรับฝ่ายชายตามประเพณี

การตกเลือดหลังคลอด ในปีงบประมาณ 2559- 2561 (7 เดือน) พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด (ไม่เกินร้อยละ 5) 0.74 และ 1.74 และ 0.26 ตามลำดับ วิเคราะห์สาเหตุเกิดจาก uterine atony สามารถวินิจฉัยได้เร็วและไม่เกิดภาวะช็อค

การคลอดก่อนกำหนด ในปี 2560 โรงพยาบาลแพร่ ได้เริ่มโครงการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยการให้ยา progesterone จึงได้ประสานงานกับ โรงพยาบาลชุมชนในการส่งตัวหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเพื่อวัดความยาวของปากมดลูกและการให้ยา progesterone ในปี 2561 พบว่ามีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยา จำนวน 45 ราย คลอดครบกำหนด (26 ราย) ร้อยละ 57.78 คลอดก่อนกำหนด (8 ราย) ร้อยละ

17.78 ยังไม่คลอด (11 ราย) ร้อยละ 24.44 ไม่พบภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน และ พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 6.09

อัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้น ปี 2559- 2561 (7 เดือน) พบอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 73.62 , 77.31 และ 77.05 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังต่อการคลอด ส่วนใหญ่มีความประสงค์จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจาก กลัวการคลอดกลัวความเจ็บปวด กลัวการคลอดยาวนานและทารกปลอดภัย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์มีความวิตกกังวล เรื่องการถูกฟ้องร้อง หรือความไม่พึงพอใจ

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด

1. อัตราการตายจากสาเหตุตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 0

โรงพยาบาล	ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561 (ต.ค 60-เม.ย. 61)	
	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ
1. แพร่	0/2,214	0	0/2,271	0	0/1265	0
2. สูงเม่น	0/48	0	0/38	0	0/27	0
3. เด่นชัย	0/100	0	0/104	0	0/50	0
4. ลอง	0/86	0	0/76	0	0/36	0
5. วังชิ้น	0/43	0	0/49	0	0/31	0
6. หนองม่วงไข่	0/0	0	0/1	0	0/0	0
7. ร้องกวาง	0/162	0	0/49	0	0/80	0
8. สONG	0/56	0	0/54	0	0/30	0
รวม	0/2,709	0	0/2,642	0	0/1519	0

แหล่งข้อมูลจากแบบรายงาน ก-2 รายงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

2. อัตราตกเลือดหลังคลอด

โรงพยาบาล	ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561 (ต.ค 60-เม.ย 61)	
	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ
1. แพร่	4/2,214	0.18	37/2,271	1.63	2/ 1,265	0.16
2. สูงเม่น	2/48	4.17	3/38	7.89	0/27	0
3. เด่นชัย	3/100	3	0/104	0	0/50	0
4. ลอง	2/86	2.33	1/76	1.32	1/36	2.78
5. วังชิ้น	2/43	4.65	4/49	8.16	1/31	3.31

โรงพยาบาล	ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561 (ต.ค 60-เม.ย 61)	
	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ
6. นอนมุ้งไข่	0/0	0	0/1	0	0/0	0
7. ร้องกวาง	7/162	4.32	1/49	2.04	0/80	0
8. สอง	0/56	0	0/54	0	0/30	0
รวม	20/2,709	0.74	46/2,642	1.74	4/1519	0.26

แหล่งข้อมูล จากแบบรายงาน ก-2 รายงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

3. ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) ลดลงร้อยละ 10 จากปีงบประมาณก่อน

โรงพยาบาล	อัตราการคลอดก่อนกำหนด ปี 2559		อัตราการคลอดก่อนกำหนด ปี 2560		อัตราการคลอดก่อนกำหนด ปี 2561 (ต.ค. 2560-เม.ย. 2561)	
	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ
1. แพร่	154/2214	6.92	128/2271	5.63	77/1265	6.07
2. สูงเม่น	2/48	4.17	3/38	7.89	1/27	3.70
3. เต็นชัย	0/100	0	1/104	0.9	1/50	2.0
4. ลอง	2/86	2.33	3/76	3.95	1/36	2.78
5. วังชิ้น	2/43	5	0/49	0	0/31	0
6. นอนมุ้งไข่	0/1	0	0/1	0	0	0
7. ร้องกวาง	1/161	0.62	0	0	2/80	2.5
8. สอง	4/56	7.14	3/54	5.56	2/30	6.67
รวม	165/2709	7.47	138/2593	5.32	84/1519	5.53

แหล่งข้อมูล จากสถิติหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลเครือข่าย 7 โรงพยาบาล

4. การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาล ที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification (ต.ค 60-เม.ย 61)

อันดับ	Criteria	ต.ค.60-เม.ย.61 (รวม 7 เดือน)				Contribution made by each group overall CS rate Of 77.23%
		CS	Vg	Total	ร้อยละ	
1.	Nullipara, singleton cephalic, $\geq$ 37 weeks, spontaneous labour	155	101	256	60.55	12.25
2.	Nullipara, singleton cephalic, $\geq$ 37 weeks Induced or CS before labour	279	5	284	98.24	22.06
3.	Multipara, singleton cephalic(exclude previous C/S) $\geq$ 37 weeks in spontaneous labour	52	130	182	28.57	4.11
4.	Multipara, singleton cephalic, $\geq$ 37 weeks(exclude previous C/S) Induced or CS before labour	76	5	81	93.83	6.01
5.	Previous Caesarean section, singleton cephalic, $\geq$ 37 weeks Spontaneous labour /Induced labour/Caesarean section before labour	319	0	319	100	25.22
6.	All nulliparous breeches Spontaneous labour /Induced labour/Caesarean section before labour	26	0	26	100	2.06
7.	All multiparous breeches (including previous Caesarean section) Spontaneous labour /Induced labour/Caesarean section before labour	22	0	22	100	1.74
8.	All multiple pregnancies (including previous Caesarean section) Spontaneous labour /Induced labour/Caesarean section before labour	12	1	13	92.31	0.95
9.	All abnormal lies(including previous Caesarean section but excluding breech) Spontaneous labour/Induced or CS before labour	5	0	5	100	0.40

อันดับ	Criteria	ต.ค.60-เม.ย.61 (รวม 7 เดือน)				Contribution made by each group overall CS rate Of 77.23%
		CS	Vg	Total	ร้อยละ	
10.	All singleton cephalic, ≤ 36 weeks (including previous Caesarean section) Spontaneous labour/Induced or CS before labour	31	46	77	40.26	2.45
	Total	977	288	1265		77.23

แหล่งข้อมูล จากแบบรายงานข้อมูลหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลแพร่

พื้นที่เสี่ยง Hot Spot

1. งานอนามัยแม่และเด็กภาพรวม
2. การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด : 1. รพ.แพร่ 2. รพ.วังชิ้น 3. รพ. ลอง
3. การคลอดก่อนกำหนด : 1. รพ.แพร่ 2. ร.พ สอง 3. รพ. สูงเม่น
4. การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification พบสาเหตุจาก previous c/s มากสุด (ร้อยละ 25.19) รองลงมาเป็นกลุ่ม Nullipara, singleton cephalic, ≥ 37 weeks Induced or CS before labour (ร้อยละ 22.32) กลุ่ม Nullipara, singleton cephalic, ≥ 37 weeks, spontaneous labour คลอดทางช่องคลอดร้อยละ 41.86 และ กลุ่ม Multipara, singleton cephalic (exclude previous C/S) ≥ 37 weeks in spontaneous labour คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 72.53

● **มาตรการและกลวิธี Essential Task**

1. MCH Board ระดับจังหวัด ขับเคลื่อนนิเทศ ติดตามกำกับ ดูแลการดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐาน ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลแพร่ และโรงพยาบาลเครือข่าย
2. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ นำมาตรการของเขตสุขภาพที่ 1 สู่การปฏิบัติ
 - 1) มาตรการ LABOR ร่วมการใช้ Standing order ในภาวะ PPH, PIH , Preterm labour
 - 2) มาตรการการดูแล PIH และการดูแลร่วมกับกลุ่มงานอายุรกรรม
 - 3) งดการใช้ Cytotec ในการเร่งการคลอด
 - 4) การคัดกรองภาวะสุขภาพจิต (2 Q , 5- ST) และการดูแลรักษา ส่งต่อผู้ป่วยกับจิตเวชอย่างเหมาะสม โดยใช้มาตรการ SUICIDE โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ชนเผ่า , NO ANC และกลุ่มประวัติที่เคยคิดฆ่าตัวตาย
 - 5) การติดตามเยี่ยมเสริมพลังในโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพแก่ บุคลากร และการซ่อมแผนภาวะวิกฤติมารดา ทารก

3. การลดการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (primary prevention) โดยการคัดกรองความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด ร่วมกันการใช้ยา progesterone และการดูแลรักษาเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด(secondary prevention)

● กำหนดเป้าหมายระยะสั้น Small Success

	Task List/Activities/ Project
รอบ 3 เดือน	- ค้นหาความเสี่ยงสำคัญของการเกิด Maternal Deathย้อนหลัง 3 ปี เพื่อวางแผนกลยุทธ์ในการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ - ประกาศใช้มาตรการป้องกันมารดาตายของเขตสุขภาพที่ 1 โดยแจ้งในที่ประชุม PCT สหุติ-นรีเวชกรรม ประชุม MCH Board โรงพยาบาลแพร์ และระดับจังหวัด - คัดกรองความเสี่ยงทางอายุรกรรม และสูติกรรม ประสานความร่วมมือกับอายุรกรรมในการให้การรักษาสตรีที่มีโรคทางอายุรกรรม และการวางแผนคุมกำเนิดในรายที่มีความเสี่ยงสูง - ทบทวนระบบการส่งต่อรายโรคของโรงพยาบาลเครือข่าย เน้นการปรึกษาสูติแพทย์ผ่านทางโทรศัพท์มือถือหรือ การส่งข้อมูลบางส่วนทางไลน์เพื่อวางแผนการรักษาเบื้องต้นก่อนส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/หญิงคลอด - ส่งเสริมการใช้ Standing order PPH,PIH , Preterm labour ของเขตสุขภาพที่ 1 อย่างจริงจัง
รอบ 6 เดือน	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรดังนี้ 1. โครงการพัฒนาศักยภาพการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่งานห้องคลอด โรงพยาบาลแพร์ 2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนสำคัญ 3. พัฒนาการเตรียมจ่ายโลหิตกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนโดยดำเนินการปรับปรุงขั้นตอน วิธีการเตรียมจ่ายเลือดภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนร่วมกับหอผู้ป่วย วิสัญญีและห้องผ่าตัด หน่วยงานธนาคารเลือด 4. ประชุมเชิงปฏิบัติการณั้ตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอดเพื่อวัดความยาวปากมดลูกและให้ยา progesterone 5. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการฟื้นคืนชีพมารดา และทารก
รอบ 9 เดือน	- ติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด ที่ได้รับยา progesterone และพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดติดตาม HHC - ติดตามมาตรการ LABOR และประสานความร่วมมือกับห้องผ่าตัด และห้องฟักฟื้นในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

	Task List/Activities/ Project
	- ส่งเสริมการใช้ถุงตวงเลือด การชั่งตวงเลือด
รอบ 12 เดือน	- พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติกรรม ตามค่าเป้าหมาย 1. อัตราการตายจากการตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ 0 2. อัตราการตกเลือดหลังคลอด น้อยกว่า ร้อยละ 5 3. อัตราการคลอดก่อนกำหนดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 จากงบประมาณก่อน

● ปัญหา อุปสรรค

1. ด้านบุคลากร

1.1 ห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่มีอัตราการคลอดน้อย แพทย์ผู้ดูแลเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และมีการหมุนเวียนบ่อย พยาบาลวิชาชีพมีจำนวนไม่เพียงพอ มีทักษะและประสบการณ์น้อย ในการดูแลผู้ป่วยคลอดที่มีภาวะวิกฤติทางสูติกรรม

1.2 การฝึกซ้อมแผนช่วยเหลือมารดา และทารกในวิกฤติ ไม่สม่ำเสมอ

2. ด้านงบประมาณ

2.1 การจัดสรรยา progesterone มีเฉพาะใน โรงพยาบาลทั่วไป ไม่ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลชุมชน

3. การจัดเก็บข้อมูลไม่ครอบคลุมตามตัวชี้วัดบางตัวที่ต้องการ

● ข้อเสนอแนะ /ความต้องการสนับสนุนจากส่วนกลาง

1. สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรงานอนามัยแม่และเด็กอย่างสม่ำเสมอ

2. สนับสนุนยา progesterone ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลชุมชน

ผู้รับผิดชอบ 1.พ.ญ. จิตติมา ธรรมรงค์กุล

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแพร่

เบอร์โทรศัพท์ 08-1882-1551

2.นางสาวทิพย์วรรณ ประสานศักดิ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแพร่

เบอร์โทรศัพท์ 08-7788-9972

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

ประเด็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

ประเด็นการตรวจราชการ

1. อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เป้าหมาย : น้อยกว่า 130 ครั้ง/100/ผู้ป่วย COPD ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป)

2. อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน (เป้าหมาย : มากกว่าร้อยละ 60)

- วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา
- มีการติดตามการรักษา เช่น MMRC, CAT score
- มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (controller)
- ให้คำแนะนำการสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2561 ของจังหวัดแพร่ พบ 2,256 ครั้งของประชากรผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุ 40 ปี ขึ้นไป 2,170 คน คิดเป็นร้อยละ 103.96 (HDC แพร่ : พฤษภาคม 2561) อันเป็นผลสืบเนื่องมาจาก ปัญหาความเสื่อมทางด้านร่างกายของผู้ป่วยที่สูงอายุมากขึ้น ด้านสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนมีอาการทรุดหนักลง ต้องได้รับการส่งต่อมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลแพร่ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่ในเรื่อง การใช้ยา ความรู้ ความชำนาญของผู้รักษา ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการรักษาไม่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรค เป้าหมายสำคัญในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ การลดการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการตรวจรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการวินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐาน การรักษา การติดตามการรักษา การประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม และการติดตามการเลิกสูบบุหรี่ ตามมาตรฐานของ GOLD Guideline

● การดำเนินงานของพื้นที่ เพื่อการแก้ไขปัญหาของจังหวัดแพร่ มีดังนี้

1. การกำหนดมาตรฐานแนวทางการรักษาจาก GOLD guideline จัดทำเป็น CPG ให้ปฏิบัติเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน (รพช. และ โรงพยาบาลแพร่)
2. การจัดทำแนวปฏิบัติ และการประเมินสมรรถนะของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. แนวทางในการรับส่งต่อเพื่อมาตรวจรักษาที่ COPD clinic รพ.แพร่ ในกรณีที่เกิดภัยพิบัติของ รพช.
4. การดูแลร่วมกันของทีมสหสาขา ใน COPD clinic (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และกายภาพบำบัด) รวมถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐาน

5. การประสานงานการทำงานกับ COC ทีม ในกระบวนการส่งต่อข้อมูลในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย
ในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ โปรแกรม D/C plan และ HHC

● (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.เพื่อลดอัตรากำเริบ เฉียบพลันใน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation rate) น้อย กว่าร้อยละ 130	1. Revise COPD guide line - รพช. - รพ. แพร์ 2. จัดหา LTOT สำหรับ ผู้ป่วย COPD group D (palliative COPD) 3. ประสานงานกับทีม COC ในการดูแล ร่วมกัน	ปฐมนิเทศแพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์ประจำ COPD clinic COPD guideline และ ระบบการ consult		สรุปผลและ นำเสนอ
		COC ทีม และเวชกรรมสังคมติดตามเยี่ยม ผู้ป่วย COPD		ติดตามผลการ ดำเนินงาน
ผลการดำเนินงาน	กำลังดำเนินงาน	กำลังดำเนินงาน	กำลังดำเนินงาน	
2. คลินิกโรคปอดอุด กั้นเรื้อรังครบวงจรและได้ มาตรฐาน	1.ส่งเจ้าหน้าที่อบรม spirometry	ติดตามการเข้าอบรม spirometry และ ความพร้อมใช้ของ เครื่องตรวจ spirometer ทุก โรงพยาบาล	Influenza vaccine	ติดตามผลการ ดำเนินงาน
	2.การประเมินและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย COPD ตามแบบของกรมการแพทย์			ติดตามผลการ ดำเนินงาน
ผลการดำเนินงาน	ทุกโรงพยาบาลจังหวัดแพร่ผ่านการอบรม สมาคมออร์ เวช 10 คน รพ. ส่งอบรมเพิ่ม 1 คน (ศิริราช)		ลงบันทึกรายงาน 1,472 ราย (ร้อยละ 67.83) ได้รับการ ตรวจ spirometry 1,222 ราย (ร้อยละ 56.31)	ติดตามผลการ ดำเนินงาน

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้องกวาง	สอง	หนองม่วงไข่	รวม
1.อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายงานข้อมูล ณ 30 พ.ค. 61	จำนวนครั้งการเกิดอาการกำเริบ	556	209	187	339	364	223	188	190	2,256
	จำนวนผู้ป่วย COPD	747	219	164	249	315	195	155	126	2,072
	ร้อยละ	77.43	95.43	114.02	136.14	115.56	114.36	121.29	150.79	103.96
2.อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจร และได้มาตรฐานรายงานข้อมูล ณ 30 พ.ค. 61	การประเมินและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย COPD ตามแบบของกรมการแพทย์ (กำลังดำเนินงาน)	390	128	177	111	282	155	149	80	1,472

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

- การขาดแคลนงบประมาณในการส่งเจ้าหน้าที่อบรม spirometry และจัดซื้อ spirometer เพิ่มเติม และการจัดซื้อยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐาน
- ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมมลพิษและหมอกควันในบางฤดูการที่ทำให้มีการกำเริบของ โรคมากขึ้น
- ด้านบุคลากรที่อัตรากำลังยังไม่เพียงพอ

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วย COPD	- จัดทำ CPG แนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD สำหรับแพทย์และพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (รพช. รพท) - ประชุมให้ความรู้ทางวิชาการ up date แนวทางการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วย COPD - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อรับทราบปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนาระบบการทำงาน - กระบวนการนิเทศติดตาม และวิเคราะห์หาสาเหตุแนวทางแก้ไขปัญหาในแต่ละพื้นที่
2. ผู้ป่วย COPD group D ในระยะ palliative ไม่สามารถจัดหา LTOT ได้เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ	- กำหนดให้พื้นที่จัดหา LTOT และให้หน่วยงานปฐมภูมิ และ COC team ร่วมกันติดตามดูแล - การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา
3. กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย COPD ที่มีความต้องการดูแลต่อเนื่อง ยังไม่ครบถ้วน	- ประสาน COC team ในการติดตามผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงต่ออาการทรุดหนัก หรือการกลับมารักษาซ้ำ ร่วมกับการ Telephone visit

● ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- การจัดหางบประมาณในการพัฒนาบุคลากรให้เพียงพอในแต่ละปี
- การจัดหางบประมาณและแนวทางการส่งจ่าย ICS/LABA ในผู้ป่วย COPD ตั้งแต่ Gr B,C และ D งดใช้ยา ICS เดี่ยว ในการรักษาผู้ป่วย COPD ของ รพช.

ผู้รายงาน

1. พญ. ปาริชาติ นิยมทอง

ตำแหน่ง อายุรแพทย์โรคปอดโรงพยาบาลแพร่

e-mail : pnnyomthong@yahoo.com

2. นางสาวพิน โสภารัตนากุล

ตำแหน่ง Case manager COPD โรงพยาบาลแพร่

e-mail : pysaipin@gmail.com

วัน/เดือน/ปี 5 มิถุนายน 2561

