



เอกสารสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ
รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑
เขตสุขภาพที่ ๑๐

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ ๑๐ มุกดคีรีโสธรเจริญราชธานี

คำนำ

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ ๑/๒๕๖๑ ของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร โดยปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน เป็น ๓ คณะ ได้แก่ คณะ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ คณะ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ และเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้ตั้งประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาปฐมภูมิที่มีอยู่ในทุกคณะ แยกเป็น คณะ๔ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

การตรวจราชการและนิเทศงาน เขตสุขภาพที่ ๑๐ ในรอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๑ ผลการตรวจราชการและนิเทศงานได้สรุปในเอกสารฉบับนี้ คณะตรวจราชการและนิเทศงาน เขตสุขภาพที่ ๑๐ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุง และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุข ของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ให้มีประสิทธิภาพมาก ยิ่งขึ้นต่อไป

ขอขอบคุณ ผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ ผู้บริหารในเขต คณะตรวจราชการและนิเทศงาน หัวหน้ากลุ่มงาน นักวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่าน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการจัดทำเอกสารสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ฉบับนี้ให้สำเร็จไปด้วยดี

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
๒๑ เมษายน ๒๕๖๑

คำนำ

ก

สารบัญ

ข

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

จ

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

INS ๑.๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย	๑
INS ๑.๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปีมีพัฒนาการสมวัย	๓
INS ๑.๓ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย: ร้อยละของเด็ก ๐-๕ สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	๖
INS ๑.๔ ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ	๙
INS ๑.๕ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	๑๒
INS ๑.๖ ร้อยละตำบลที่มีระบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์	๑๕
INS ๑.๘ ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีม ตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	๑๗
INS ๑.๙ อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี	๑๙
INS ๑.๑๐ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	๒๑
INS ๑.๑๑ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน / อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	๒๓
INS ๑.๑๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	๒๕
MO ๑.๓ ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	๒๗
MO ๑.๖ ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการ เฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิ ไบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี	๒๙
MO ๑.๗ ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	๓๑
MO ๑.๘ ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	๓๓
MO ๑.๑๑ ร้อยละของสถานพยาบาลและสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	๓๕
MO ๑.๑๒ ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ อย่างบูรณาการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน	๓๗

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

INS ๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	๔๐
INS ๒.๓ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๔๒
INS ๒.๔ จำนวนเมืองสมุนไพร	๔๗
INS ๒.๕ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๔๘
INS ๒.๖ อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	๕๐

	หน้า
INS ๒.๗ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ Fl๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	๕๑
INS ๒.๘ ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๕๓
INS ๒.๙ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓mm๒/yr	๕๔
INS ๒.๑๐ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	๕๕
INS ๒.๑๑ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง(remission rate)	๕๘
INS ๒.๑๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)/AMR	๖๑
INS ๒.๑๓ ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	๖๓
INS ๒.๑๔ ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ Fl๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด(Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	๖๕
MO ๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	๖๖
MO ๒.๒ อัตราตายทารกแรกเกิด	๖๗
MO ๒.๓ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	๖๘
MO ๒.๔ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	๗๑
MO ๒.๕ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๗๓
MO ๒.๖ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	๗๗
MO ๒.๗ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	๗๙
MO ๒.๘ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	๘๐
MO ๒.๙ ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	๘๑
 คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ	
INS ๓.๑ ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	๘๒
INS ๓.๒ อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)	๘๕
INS ๓.๓ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๘๗
INS ๓.๔ ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุ ทันตกรรม	๙๐
INS ๓.๕ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด	๙๒
INS ๓.๖ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (PMQA)	๙๔
INS ๓.๗ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓	๙๗
INS ๓.๘ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	๙๙
 คณะที่ ๔ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	
INS ๑.๗ ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	๑๐๐

INS ๒.๑ ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

หน้า

๑๐๑

INS ๓.๘ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว

๑๐๒

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การตรวจราชการและนิเทศงาน เขตสุขภาพที่ ๑๐ รอบ ๑/๒๕๖๑

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีกฎบัตร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบด้วยภารกิจ ๓ ด้าน(คณะ) ได้แก่ คณะ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ คณะ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ และ เขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้ตั้งประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาปฐมภูมิที่มีอยู่ในทุกคณะ แยกเป็น คณะ๔ การพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ และได้ดำเนินการตรวจราชการ ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๑ เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ผล การตรวจราชการและประเด็นสำคัญที่พบจากการตรวจราชการ ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๑๐ รอบ๑ มีดังต่อไปนี้

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ตรวจติดตามในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามกลุ่มวัย การป้องกันควบคุมโรคและลด ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๐ - มีนาคม ๒๕๖๑) เขตสุขภาพที่ ๑๐ พบว่า

๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามกลุ่มวัย

กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ๐-๕ ปี อัตราส่วนการตายของมารดา พบมารดาตาย ๑ รายคิดเป็น ๗.๙ ต่อ แสนการเกิดมีชีพ ซึ่งไม่เกินค่าเป้าหมาย และเมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัด พบว่า จังหวัด อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญไม่มีมารดาตาย จังหวัดมุกดาหารมีมารดาเสียชีวิต ๑ ราย อายุครรภ์ ๒๖ สัปดาห์ ซึ่งจากการสอบสวน สาเหตุการตาย พบว่า เสียชีวิตจากสาเหตุโดยอ้อม คือ Encephalitis ,Herpes zoster infection, ALHA secondary from beta thalassemia ดังนั้นจึงควรมีการเก็บข้อมูล High Risk pregnancy และคืนข้อมูลสู่พื้นที่ (รพช.,รพสต.) ในการ ดูและระหว่างตั้งครรภ์ จนกระทั่งหลังคลอด การทำ Risk classification เพื่อจำแนกความเสี่ยงในรพ.ทุกระดับ **กลุ่มเด็กปฐมวัย** คัดกรองพัฒนาการได้ ร้อยละ ๗๐.๒๔ พบสงสัยพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๒๐.๒๔ และเด็กที่สงสัย พัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามเพียง ร้อยละ ๖๙.๓๔ สำหรับการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย เครื่องมือ TEDAc1 ในภาพรวมเขต ๑๐ ได้รับการกระตุ้นครอบครัวร้อยละ ๓๐.๘๑ จึงต้องให้ความสำคัญต่อกรณี สงสัยล่าช้าและล่าช้าให้ได้รับการตามแนวทางที่กำหนด รวมถึงการติดตามการบูรณาการงานระหว่าง ๔ กระทรวง หลักในระดับพื้นที่ด้วย **กลุ่มเด็กวัยเรียน** พบมีเด็กสูงตีสัดส่วน ร้อยละ ๕๒.๘๖ จำเป็นต้องบูรณาการร่วมกับ กระทรวงศึกษาธิการในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเด็กวัยเรียน และการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมคุณภาพเด็กวัย เรียน การดูแลด้านโภชนาการ รวมถึงพัฒนาระบบการส่งต่อ รักษา เด็กอายุ ๑๒ ปี มีฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ ๗๓.๗๗ พบ ปัญหาการลงข้อมูลในระบบ HDC จึงควรทำความเข้าใจการลงข้อมูลให้ครบถ้วน **กลุ่มวัยรุ่น** อัตราการคลอดมีชีพใน หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ในภาพรวมมีแนวโน้มเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้น พบร้อยละ ๑๔.๗๖ และพบอัตราการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ปี มีเพียง ๕๘.๔๖ จึงควรให้มีการสำรองยาฝัง คุมกำเนิดในสถานบริการให้เพียงพอ และบันทึกข้อมูลในระบบการให้บริการคุมกำเนิดให้ทันตามเวลา **กลุ่มผู้สูงอายุ** มีตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๘.๑๔ มีการเบิก จ่ายเงินจากกองทุน LTC ได้ ร้อยละ ๕๗.๘๙ และจัดทำ Care Plan ได้ร้อยละ ๘๒.๙๕ อย่างไรก็ตามยังมีตำบลที่ยังไม่ สมัครเข้าร่วมโครงการ ๑๙ ตำบล จึงควรเร่งรัดและสร้างความเข้าใจกับ อปท.ให้สมัครเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งใช้ กลไก พขอ.สร้างความเข้าใจในระเบียบการเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC

๑.๒ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การเตรียมความพร้อมเพื่อจัดการภาวะ ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) โดยใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และทีม ตระหนักกู้สถานการณ์ (SAT) สามารถดำเนินการได้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ปัญหาการเสียชีวิตจากการจมน้ำของ

เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีมีเด็กที่จมน้ำ ๑๕ ราย สาเหตุเกิดจากการเล่นน้ำในช่วงวันหยุด และเด็กไม่มีความสามารถในการว่ายน้ำ และมีปัจจัยจากการเฝ้าระวังของผู้ปกครองที่ไม่ทั่วถึง ควรทบทวนมาตรการและเพิ่มการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานภายนอก การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน มีผู้เสียชีวิต ๓๔๗ ราย คิดเป็นอัตรา ๗.๖๒ ต่อแสนประชากร โดยพบว่าในช่วงเทศกาลจะพบการสูญเสียชีวิตสูงกว่าช่วงเวลาปกติประมาณ ๕ เท่า และเกิดในทางหลวง/ทางหลวงชนบท จึงควรเพิ่มความเข้มข้นตามมาตรการในช่วงเทศกาล มีการกวดขันอย่างต่อเนื่อง และให้มีการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับความเสี่ยงของกลุ่มประชาชนที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน ร้อยละ ๘๖.๓๒ / ๘๕.๙๗ ตามลำดับ มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ ๑.๑๑ พบสูงสุดที่จังหวัดอำนาจเจริญ และมุกดาหาร ร้อยละ ๑.๖๖ และ ๑.๕ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันที่บ้าน ดำเนินการได้ ๓๑.๔๗ สูงสุดที่อำนาจเจริญ และศรีสะเกษ ร้อยละ ๕๓.๕๑ และ ๓๔.๙๓ ตามลำดับ แต่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดี มีเพียง ร้อยละ ๒๔.๘๐ และ ๔๕.๕๖ ไม่ผ่านเกณฑ์ จึงควรมุ่งเน้นติดตามให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ การพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ทุกจังหวัดมีการดำเนินการตามมาตรการที่กำหนดไว้ ผลการดำเนินงานมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไปจำนวน ๗๓ แห่งคิดเป็นร้อยละ ๙๙ ระดับดีขึ้นไปจำนวน ๔๔ แห่งคิดเป็นร้อยละ ๕๙ ระดับดีมากจำนวน ๑๖ แห่งคิดเป็นร้อยละ ๒๑.๖๒ ไม่ผ่าน จำนวน ๑ แห่งคือ โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร ประเด็นที่ไม่ผ่าน คือ ห้องน้ำ OPD และโรงครัวยังไม่ผ่านตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งอยู่ระหว่างการก่อสร้างห้องส้วมและปรับปรุงโรงครัว เพื่อให้ผ่านตามมาตรฐานที่กำหนด นอกจากนี้ยังพบปัญหาของการกำกับติดตามการส่งมูลฝอยติดเชื้อ (ระบบ Manifest) ที่ขาดประสิทธิภาพทั้งต้นทางที่ส่งกำจัดไม่บันทึกข้อมูลลงในระบบ ส่งผลให้ปลายทางที่รับกำจัดไม่บันทึกข้อมูลเช่นกัน ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่ามูลฝอยติดเชื้อได้รับการกำจัดหรือไม่

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขต ระดับจังหวัดภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีการวิเคราะห์สถานการณ์ และวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาดเป็นรายสาขา มีแผนการกำกับติดตามงานในพื้นที่ ได้กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และมาตรการสำคัญในการพัฒนาให้เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทูตสุขภาพ ทุติยภูมิ ผลการดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการ รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สรุป ได้ดังนี้

๒.๑ การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One day Surgery (ร้อยละ ๑๕) มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ทั้งหมด ๑๐ โรงพยาบาลผลการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยที่เข้าเข้าเกณฑ์รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ทั้งหมด จำนวน ๓,๐๔๙ คน ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery จำนวน ๒๑๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๙๙ ปัญหาอุปสรรคคือ ทีมวิสัญญีไม่เพียงพอความพร้อมของสถานที่รองรับผู้ป่วยยังมีการใช้เตียงร่วมกับหอผู้ป่วยในระบบการจัดเก็บข้อมูลยังไม่มีความชัดเจน

อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ ดำเนินการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงได้ ร้อยละ ๖๐ ด้านการรักษา กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการให้ผู้ป่วยนอนพัก Admit ๗ - ๑๔ วัน และมีทีมสหวิชาชีพเข้ามาให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนวันที่จำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ประสานให้เจ้าหน้าที่ใน รพ. สด.มารับผู้ป่วยกลับบ้าน และตกลงบริการให้ผู้ป่วยเดินทางมากินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขอสม.ทุกวันจนครบ ๑๘๐ วัน หรือจนสิ้นสุดการรักษา พร้อมทั้งให้เจ้าหน้าที่บันทึกการกินยาในโปรแกรม TBCM Online และรายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกสัปดาห์ ผลการดำเนินงาน พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งจังหวัด จำนวน ๙๗๑ คน เสียชีวิตแล้ว ๓๒ คน กำกับการกินยาโดยเจ้าหน้าที่ร้อยละ ๕๖ กำกับการกินยาโดย อสม. ร้อยละ ๓๕ มี MDR-TB ๘ ราย และ XDR-TB ๑ ราย

การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก : ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ๒๐) ผลงานที่ได้ร้อยละ ๒๓.๒๓ “ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในทุกจังหวัด”

โครงการเมืองสมุนไพร เขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้เลือกจังหวัดอำนาจเจริญเป็นจังหวัดที่พัฒนาสู่การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City) ซึ่งทางเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีความชัดเจนในเรื่องการกำหนดแผนการพัฒนาโครงการเมืองสมุนไพร และจังหวัดอำนาจเจริญในส่วนของ รพ.พนา มีความพร้อมอย่างมากในการพัฒนาเป็นเมืองสมุนไพรดังกล่าว สิ่งที่ต้องการให้ส่วนกลางสนับสนุน ได้แก่ ข้อมูลปริมาณความต้องการใช้สมุนไพร เพื่อนำเป็นข้อมูลในการวางแผนการผลิต และต้องการบุคลากรหรืองบประมาณการจ้างบุคลากรในการดำเนินงานโครงการเมืองสมุนไพร

๒.๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)

สาขา STROKE : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (น้อยกว่าร้อยละ ๗)

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๕.๗๓ โดยแยกเป็นอัตราตาย Ischemic Stroke ร้อยละ ๒.๔๗ (เป้าหมาย < ๕%) และ อัตราตาย Hemorrhagic Stroke ร้อยละ ๑๕.๙๓ (เป้าหมาย < ๒๕%) จุดเด่นคือการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยทั้ง Pre – In - Post hospital ในจังหวัดศรีสะเกษผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ตามเป้าหมายและให้ยาได้ภายในเวลาร้อยละ ๙๘ DTN Time ๓๕.๖๑ นาทีเร็วที่สุดในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ และโรงพยาบาลโสธรมีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดมีผลงานด้านการลด DTN Time จนสามารถให้ยาได้ภายใน ๖๐ นาทีทุกรายยังไม่สามารถขยาย Node ให้ยาได้จากข้อจำกัดเรื่องผู้เชี่ยวชาญและ CT Scan Stroke Unit ยังไม่เพียงพอกับภาระงานในจังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดศรีสะเกษ ควรขยายไปที่โรงพยาบาลระดับ S และ M ในเครือข่ายเดียวกันเพื่อรองรับผู้ป่วยตามภาระงาน พบว่า ยังมีการส่งต่อจากจังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดอำนาจเจริญจากขาดแพทย์เฉพาะทาง (ศรีสะเกษขาด NeuroSurg อำนาจเจริญขาดทั้ง Neuro med/Surg มีในระบบจะจบปี ๒๕๖๑)

สาขาหัวใจ : อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (๒๗ ต่อแสนประชากร) และ ร้อยละ โรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (ร้อยละ ๑๐๐)

อัตราตายการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยจังหวัดอุบลราชธานีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจสูงที่สุด รองลงมาคือจังหวัดยโสธร คิดเป็นอัตราตาย ๑๙.๙๓ และ ๑๓.๙๐ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โรงพยาบาล F๒ ขึ้นไปทุกแห่งมีศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ แต่ยังไม่มียุป่วยในพื้นที่ในบางแห่งจึงไม่มีผลการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยจังหวัดที่มีร้อยละของการให้ยาละลายลิ่มเลือดสูงที่สุดคือ จังหวัดยโสธร รองลงมาคือจังหวัดศรีสะเกษ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และ ๗๓.๖๘ ตามลำดับ

สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) (น้อยกว่าร้อยละ ๑๒)

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) โดยรวมเฉลี่ยร้อยละ ๒.๔๓ พบมากในกลุ่มโรค Severe TBI, Multiple Trauma, Traumatic subdural hemorrhage, Pneumonia, Septic Shock, STEMI, Sudden cardiac arrest ส่วนมากเสียชีวิตที่ ER และปัญหาที่พบทุกจังหวัดคือ ER แออัด การบริการที่ไม่ฉุกเฉินยังมีให้บริการที่ ER บุคลากรไม่เพียงพอ ด้านการพัฒนาการศูนย์บริหารจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Trauma & Emergency Admin Unit) มีการดำเนินการชัดเจนเฉพาะโรงพยาบาลระดับ S และ A บางแห่งเท่านั้น

สาขาไต : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr (มากกว่า ๖๖%)

ผลงานภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ทำได้ร้อยละ ๖๒.๕๑ ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ คือ การดำเนินการ CKD clinic เต็มรูปแบบ ใน รพช.ยังไม่ครบทุกแห่งการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ HDC และ ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยบริการในแต่ละโปรแกรม ข้อเสนอแนะ ควรมี case Manager ใต้ทุกจังหวัดและบริการเชิงรุกโดยทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ

สาขาลูกถ่ายอวัยวะ : อัตราส่วนของจำนวนผู้นิยามมรณบัตรจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล (๐.๗ : ๑๐๐)

จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ.ทุกสาเหตุในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ทั้งหมดจำนวน ๘๗๖ ราย มีจำนวนผู้ป่วยสมองตายที่นิยามมรณบัตรอวัยวะ จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๕ ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ คือ ผู้บริหารบางหน่วยงานและบุคลากรยังไม่รับทราบนโยบายและไม่มี

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานรับบริจาคอวัยวะที่ถูกต้อง ทำให้มีการดำเนินงานเฉพาะในกลุ่มบุคลากรจำนวนไม่มากมีจำกัด และขาดระบบเชื่อมโยงข้อมูลงานรับบริจาคอวัยวะระหว่างโรงพยาบาลภายในเขต จึงเป็นอุปสรรคต่อการขับเคลื่อนนโยบายข้อเสนอแนะ ให้แต่ละโรงพยาบาลมีพยาบาลผู้ประสานงานการรับบริจาคอวัยวะทำงานเต็มเวลาเพื่อรับผิดชอบงานรับบริจาคอวัยวะ จัดตั้งทีมผ่าตัดรับอวัยวะ (Harvesting team) ของเขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ โดยทีมโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และทำหน้าที่เป็นทีมพี่เลี้ยงให้โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ ให้สามารถผ่าตัดนำอวัยวะออกเองได้ (ลื่นหัวใจ,ไต)

สาขายาเสพติด: ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (remission)

ทุกจังหวัดของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ยังคงมีปัญหาการระบาดของยาเสพติดโดยเฉพาะยาบ้าแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นเส้นทางผ่านการลำเลียงจากแนวชายแดนไม่มีแหล่งผลิตในพื้นที่ ผลการดำเนินงานการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด ในระบบสมัครใจในโรงพยาบาล มีเป้าหมายทั้งหมด ๓,๐๑๑ คน ผลการดำเนินงานได้ ๖๗๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๔๕ ส่วนในระบบบังคับบำบัดไม่ควบคุมตัว มีเป้าหมายทั้งหมด ๕,๕๑๕ คน ผลการดำเนินงานได้ ๒,๓๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๔๔ (ไม่แตกต่างจาก ปี ๒๕๖๐ ในระยะเวลาเดียวกันดำเนินการได้ ร้อยละ ๓๖.๙๙) ยังไม่ครบระยะเวลาการติดตามทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ อัตราการหยุดเสพหลังการจำหน่าย ๓ เดือนของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ได้ การพัฒนาบุคลากรแพทย์ และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดตามกรอบ Service Plan สาขายาเสพติดดำเนินการได้อย่างล่าช้า ควรมีการทบทวนวิธีการดำเนินงานเช่น จัดหลักสูตรสำหรับพยาบาลที่ไม่ให้กระทบกับงานประจำเป็นเวลานาน หรือ จัดหลักสูตรอบรมในพื้นที่ และให้กำหนดเป็นแผนระยะยาวควรเร่งสนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลที่ให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขตามที่ได้กำหนดไว้

สาขา RDU: ร้อยละโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

เป้าหมาย ผ่าน RDU ชั้น ๑ \geq ร้อยละ ๘๐ และผ่าน RDU ชั้น ๒ \geq ร้อยละ ๒๐ ผลงานผ่าน RDU ชั้น ๑ ร้อยละ ๙๗.๑๘ (๖๙ โรงพยาบาล) ยังไม่ผ่านเพียง ๒ แห่ง ได้แก่ คปสอ.เบญจลักษณ์จังหวัดศรีสะเกษ (รพ.สต. ๖ แห่งผ่าน ๑ แห่ง) รพ.สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี(รพ.สต. ๕ แห่ง ไม่ผ่านทั้งหมด) ผ่าน RDU ชั้น ๒ ร้อยละ ๔.๒๓% (๓ โรงพยาบาล ได้แก่ จังหวัดอำนาจเจริญ รพ.ปทุมราชวงศา,รพ.พนา และ จังหวัดอุบลราชธานี รพ.โขงเจียม) ยังต้องผ่านอย่างน้อยอีก ๑๒ แห่ง จังหวัดอำนาจเจริญเป็นจังหวัดเดียวที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๑๐๐ และผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๒๘.๕๗

ปัญหาอุปสรรค ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะในโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบนและโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ยังไม่ครอบคลุมผู้สั่งใช้ทุกคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชาชนยังมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใชยาสมเหตุผลน้อย ทำให้มีการเรียกร้องใช้ยาโดยไม่จำเป็น บุคลากรทางการแพทย์ขาดความมั่นใจในการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ยังพบความไม่ถูกต้องของการลงข้อมูลรหัสโรค และรหัสยา ในข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ข้อเสนอแนะ รมรศให้ความรู้แนวทางการใช้ยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับรวมทั้งสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่ผู้มารับบริการและประชาชน สนับสนุนข้อมูลงานวิจัยการใช้ยาสมุนไพรในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและในโรคอุจจาระร่วง พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล

ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A-M๑ มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ(AMR) \geq ๗๐

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีโรงพยาบาลระดับ A ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลระดับ S ๕ แห่ง คือ โรงพยาบาลศรีสะเกษ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ โรงพยาบาลมุกดาหาร โรงพยาบาลอำนาจเจริญ และโรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลระดับ M๑ ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลวารินชำราบ รวมทั้ง ๘ โรงพยาบาล โดยมีโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานครบทั้ง ๕ กิจกรรม ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลยโสธร และโรงพยาบาลมุกดาหาร คิดเป็นร้อยละ ๒๕ ส่วนโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการประเมิน ๖ แห่งนั้น พบว่ายังมีปัญหาในเรื่องห้องปฏิบัติการ ระบบการควบคุมการติดเชื้อ และการวิเคราะห์ปัญหาอย่างบูรณาการ ข้อเสนอแนะ ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่าย AMR. ระดับเขต และพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรด้านโรคติดเชื้อและ AMR.

การส่งต่อนอกเขตสุขภาพ : ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ ลดลง(ลดลงร้อยละ ๑๐)

การพัฒนาระบบการส่งต่อ มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) มีการพัฒนาระบบส่งต่อของพื้นที่บริการ มีการจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย มีดำเนินการประสานการส่งต่อกับศูนย์ประสานการส่งต่อของโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่

สอดคล้อง กับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan โดยใช้โปรแกรม Refer Ling และ Thai refer ความไม่ชัดเจนของตัวชี้วัดส่งผลให้การดำเนินงานล่าช้า และตัวชี้วัดมีรายละเอียดค่อนข้างมาก การส่งออกนอกเขตสาขามะเร็ง เพื่อF/U ติดตามการรักษาสาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด ควรมีการวิเคราะห์หาสาเหตุของการส่งออกนอกเขต เหตุผลในการส่งต่อนอกเขตสุขภาพ ควรมีโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศจากส่วนกลาง การเก็บข้อมูลยังไม่ถูกต้องและครอบคลุม

สาขาสุขภาพจิต : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ(ไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร)

อัตราการฆ่าตัวตายของ เขตสุขภาพที่ ๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ตุลาคม ๒๕๕๙ – กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑) พบว่าจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเมื่อเทียบกับอัตราต่อแสนประชากรในจังหวัด คือ ยโสธร (๑๕ คน : ๒.๗๗ อัตราแสนประชากร) อุบลราชธานี (๒๘ คน : ๑.๕๐ อัตราแสนประชากร)มุกดาหาร (๕ คน : ๑.๔๐ อัตราแสนประชากร) อำนาจเจริญ (๕ คน : ๑.๓๒ อัตราแสนประชากร)และศรีสะเกษ (๑๐ คน : ๐.๖๘ อัตราแสนประชากร) โดยภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบ ๖๓ คน (๑.๕๓ อัตราแสนประชากร)

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต มากกว่า ร้อยละ ๕๕ ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๐ ดำเนินการได้ ร้อยละ ๕๗.๐๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑) จังหวัดที่ยังไม่ผ่าน คือ อุบลราชธานี (ร้อยละ ๔๙.๑๓) อำนาจเจริญ (ร้อยละ๕๑.๓๒) จังหวัดที่ผ่าน คือ ศรีสะเกษ (ร้อยละ ๕๖.๑๘๐) ยโสธร (ร้อยละ๖๓.๔๐) และมุกดาหาร (ร้อยละ๙๖.๔๑)

สาขาอายุรกรรม: อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

(น้อยกว่าร้อยละ ๓๐)

การดูแลผู้ป่วย sepsis ภาพรวมมีการพัฒนาการดูแลรักษาที่ดีขึ้น อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ ๔๘.๕๓ ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมาย (น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐) แต่อัตราการเสียชีวิต ยังสูงกว่าค่าเป้าหมายในโรงพยาบาลระดับจังหวัด ผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock ถูกส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด การดูแลรักษาไม่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่แรก จะเพิ่มระดับความรุนแรงจาก sepsis เป็น severe sepsis และ septic shockได้ ทำให้อวัยวะต่างๆ ล้มเหลวและ เสียชีวิตในเวลารวดเร็ว ดังนั้นการวินิจฉัยเร็ว ให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อโรค การให้สารน้ำที่รวดเร็ว ปริมาณที่เพียงพอต่อการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่ออวัยวะต่างๆเพียงพอใน ๑ ชั่วโมงแรก เป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ในโรงพยาบาล จังหวัดมีคณะกรรมการและแผนพัฒนาระบบการดูแลรักษา มีการจัดทำ Protocol การดูแลรักษา แต่การเชื่อมโยงแนวทางการรักษา มีLine consultแพทย์ใน line refer med และline ผู้ประสานงาน nurse sepsis มีการพัฒนา Sepsis guideline ใช้ร่วมกัน การนิเทศ ติดตามเยี่ยม ยังไม่ครอบคลุมในโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่าย การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาไม่ได้ตามมาตรฐาน การวินิจฉัยล่าช้า การส่งตรวจ H/C ก่อนเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ การให้ยาปฏิชีวนะภายใน ๑ ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย ไม่มีกลุ่มยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อ ในโรงพยาบาลชุมชน ในรายที่มีภาวะ shock ในโรงพยาบาลชุมชน บางแห่ง ไม่มียา norepinephrine ผู้ป่วยที่มี ภาวะ septic shock นอนรักษาในตึกสามัญ ไม่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ความไม่พร้อมเปิด ICU หรือ Semi ICU ในโรงพยาบาลระดับ M ความไม่เพียงพอของอายุรแพทย์ หรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งเครื่องมือครุภัณฑ์การแพทย์ ที่จำเป็นในการดูแลรักษา เช่น เครื่องตรวจ blood lactate, bedside U/S, bedside monitor และ ventilator

สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้(DM ≥ ๔๐%, HT ≥ ๕๐%)

ในปี ๒๕๖๑ ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ ๑๐ เป็นลำดับที่ ๕ของประเทศ ร้อยละ ๒๑.๗๒ โดยมีจังหวัดที่ดำเนินการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน สูงสุด คือ จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ ๓๑.๑๒ รองลงมาคือจังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ ๒๑.๕๖ , จังหวัดอำนาจเจริญ ร้อยละ ๑๗.๓๒ จังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ ๑๖.๕๖ และจังหวัดยโสธร ร้อยละ๑๑.๔๗ สำหรับการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ ๑๐ เป็นลำดับที่ ๑ ของประเทศ ร้อยละ ๔๑.๓๕ โดยมีจังหวัดที่ดำเนินการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน สูงสุดคือ จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ ๔๒.๔๔ รองลงมาคือจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ ๔๒.๓๒ จังหวัดยโสธร ร้อยละ ๔๐.๙๘ จังหวัดอำนาจเจริญ ร้อยละ ๓๗.๒๘ และจังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ ๓๕.๗๗

สิ่งที่ต้องพัฒนา คือการเพิ่มการเข้าถึง การตรวจ Hba_{1c} ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การเพิ่มการเข้าถึงการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อย ๒ ครั้งต่อปี ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการกระจายยารักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง สู่วิทยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มียาที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น จะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงให้ดีขึ้น

สาขาการดูแลระดับประคอง : ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคอง

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีเครือข่าย ๕ จังหวัด ในปี ๒๕๖๑ มีกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคเมเรียมที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคองมีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีการเข้าถึงระบบบริการการดูแลแบบประคองและผู้ป่วยระยะ End of life มีคลินิกดูแลแบบประคอง ครบทุกแห่ง มีแพทย์รับปรึกษาการจัดการอาการโดยการจัดตั้งไลน์กลุ่ม มีการเข้าถึงยาแก้ปวด กลุ่ม Strong Opioids ครบคลุมทั้งจังหวัดระบบการส่งต่อเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงเครือข่าย มีการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงรอยต่อในการเข้าถึงระบบบริการของผู้ป่วย Palliative Care ปัญหาอุปสรรคคือขาดแคลนแพทย์ เกสเซอร์ และพยาบาลเฉพาะทาง Palliative care เจ้าหน้าที่ที่ยังขาดทักษะในการดูแลการเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลยังไม่เป็นระบบเดียวกันเครื่องมืออุปกรณ์ให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้านไม่เพียงพอ

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

๓.๑ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ทุกหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลต่อผู้บริหาร มีค่าเฉลี่ยระหว่าง ๖๒.๑๑-๖๒.๗๖ จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยความสุขมากที่สุดคือ ศรีสะเกษ น้อยที่สุดคือยโสธร ดัชนีความสุขที่มีค่าคะแนนน้อยกว่า ๖๐ ในทุกจังหวัด คือ ด้านการเงิน และผ่อนคลายดี จังหวัดที่สามารถดำเนินการได้ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๔ มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน ได้แก่จังหวัดอำนาจเจริญ และยโสธร ดำเนินการได้ร้อยละ ๖๐ และ๘๔.๒๑ ตามลำดับ

Retention rate ภาพรวมอัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข ในเขต ๑๐ ร้อยละ ๘๘.๘๔ (เกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕) จังหวัดที่มีอัตราการคงอยู่ของบุคลากรเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ อำนาจเจริญมุกดาหาร อุบลราชธานี ยโสธร และศรีสะเกษ ร้อยละ ๘๙.๓๑, ๘๙.๑๒, ๘๘.๘๖, ๘๘.๗๖ และ ๘๘.๕๘ ตามลำดับ ปัญหาที่พบคือบุคลากรในฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล ยังไม่เข้าใจรายละเอียดตัวชี้วัด จึงควรเร่งพัฒนาฝึกอบรมบุคลากรกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง และประชุมชี้แจงทำความเข้าใจในการจัดเก็บตัวชี้วัดให้ถูกต้อง

๓.๒ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีหน่วยงานเป้าหมายในการดำเนินการ จำนวน ๑๔๖ หน่วยงาน ประกอบด้วย สสจ. ๕ หน่วยงาน รพศ. ๑ หน่วยงาน รพท. ๗ หน่วยงาน รพช. ๖๓ หน่วยงาน และ สสอ. ๗๐ หน่วยงาน ผลการดำเนินงาน เขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้คะแนนเฉลี่ย ๔.๑๗ อยู่ใน ลำดับที่ ๒ ของจำนวน ๑๒ เขต มุกดาหาร ๕ ศรีสะเกษ ๔.๘๒ อุบลราชธานี ๓.๙๖ อำนาจเจริญ ๓.๖๗ และ ยโสธร ๓.๔๒ ตามลำดับ และยังพบว่าหน่วยงานเป้าหมาย ๒๕ แห่งที่ดำเนินการในปี๒๕๖๐ ได้ ๕ คะแนน และสามารถแนะนำ การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้กลุ่มเป้าหมายใหม่ ปี ๒๕๖๑ ได้เป็นอย่างดี ระดับ ๓ จำนวน ๕๙ หน่วยงาน คิดเป็น ๔๐.๔๑ % ระดับ ๕ จำนวน ๘๗ หน่วยงาน คิดเป็น ๕๙.๕๙ % ส่วนผลการดำเนินงาน ในไตรมาส ๒ รอบ ๖ เดือน ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB ๑ - EB ๑๑) อยู่ในระหว่างการรวบรวม ของประเมินของผู้ตรวจประเมินระดับเขต ที่อยู่ในพื้นที่ซึ่งผ่านการอบรมจาก ศปท.สธ และมีประสบการณ์ในปี ๒๕๖๐

ร้อยละการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาวัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม เขตสุขภาพที่ ๑๐ สามารถซื้อรวมในระดับจังหวัดได้เกือบทุกหมวดยกเว้นวัสดุเอกซเรย์ ส่วนการซื้อรวมระดับเขตดำเนินการได้ในหมวดยา วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์และวัสดุทันตกรรม โดยผลงานการซื้อรวมระดับเขตในภาพรวมเพิ่มขึ้นทั้งมูลค่าและอัตราการซื้อรวมเมื่อเทียบกับการซื้อทั้งหมดโดยในปี พ.ศ.๒๕๕๙,๒๕๖๐และ พ.ศ.๒๕๖๑ (ไตรมาส ๑) มีมูลค่าการซื้อรวม ๒๒๐ ,๔๙๓ และ ๓๕๒ ล้านบาท และมีการซื้อรวมในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ ๑๙.๑๓%, ๒๔.๐๔% และ ๓๑.๖๑% ตามลำดับซึ่งบรรลุเกณฑ์เป้าหมาย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕) และสูงกว่าระดับประเทศ(ร้อยละ ๓๐.๕๖) มีการรายงานในระบบ DMSIC แต่ยังมีบางส่วนยังมีความเข้าใจเป้าหมายตัวชี้วัดและนิยามการซื้อรวมที่ยังไม่ตรงกัน ทำให้การรายงานไม่ถูกต้องรวมถึงการทำความเข้าใจการบันทึกข้อมูลรายงานวัสดุแต่ละประเภทในระบบออนไลน์ยังไม่ตรงตามหมวดวัสดุ จึงได้ทำความเข้าใจและชี้แจงทุกจังหวัดพร้อมให้ทบทวนข้อมูลรายงานในระบบออนไลน์และแก้ไขให้ถูกต้อง อย่างไรก็ตามเนื่องจากเป้าหมายจะมีการปรับให้เพิ่มขึ้นในปีถัดไปรวมถึงการซื้อรวมที่กำลังบริหารสัญญาอยู่ ณ ปัจจุบันก็จะหมดอายุสัญญาดังนั้นเห็นควรให้มีการพิจารณารายการที่เพื่อเตรียมที่จะซื้อรวมเพิ่มเติมในทุกหมวด ทั้งนี้เพื่อให้สามารถรองรับเป้าหมายที่เพิ่มขึ้น รวมถึงให้มีการประเมินความคุ้มค่าของการซื้อรวมในแง่การประหยัดงบประมาณและต้นทุนประกอบ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและเป็นประโยชน์สูงสุดต่อทางราชการ พร้อมให้ติดตามกำกับกรรายงานให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบันในระบบ DMSIC รวมถึงควรจัดให้มีช่องทางในการสื่อสารการบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาที่หลากหลายเพื่อให้สื่อสารถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย พร้อมกันนี้ควรมีการสนับสนุนการพัฒนาความรู้และทักษะด้านพัสดุ การบริหารสัญญาระดับเขตและการจัดซื้อจัดจ้างตาม พ.ร.บ.พัสดุฯใหม่โดยผู้ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญเพื่อให้เจ้าหน้าที่พัสดุมีเชื่อมั่นและสามารถดำเนินการได้ถูกต้องต่อไป

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(ระดับ ๕ ร้อยละ ๖๐) มีเป้าหมายความสำเร็จการดำเนินการดำเนินการในระดับหน่วยงานส่วนกลาง ร้อยละ ๖๐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ ๖๐ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้อยละ ๒๐ ตามลำดับ และได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดในคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement) เขตสุขภาพที่ ๑๐ กลุ่มเป้าหมายตาม PA ได้แก่ สสจ. ๕ แห่ง สสอ. ๑๖ แห่ง (อุบลฯ ๕ แห่ง ศรีสะเกษ ๕ แห่ง ยโสธร ๒ แห่ง อานาจเจริญ ๒ แห่ง และ มุกดาหาร ๒ แห่ง) ผลการดำเนินงานไตรมาสที่ ๑ ปี ๒๕๖๑

๑.ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด และอำเภอ ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรการนำเครื่องมือตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ในองค์กร ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัด

๒.การส่งรายงานพื้นฐานผ่านระบบอินเทอร์เน็ตให้กับกลุ่มพัฒนาบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง

ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรองHA ชั้น ๓

ด้านการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐ ของ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรม และ มากกว่าร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับ สำหรับเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรม ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑๐ ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA ร้อยละ ๑๐๐ ใน ปี ๒๕๖๑ จะต่ออายุการรับรองคุณภาพ จำนวน ๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๐ โรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๖๓ แห่ง ผ่านการรับรองคุณภาพ จำนวน ๕๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๑ ชั้น ๐-๓ จำนวน ๑๒ แห่ง ร้อยละ ๑๙.๐๐ ในปี ๒๕๖๑ มีโรงพยาบาลที่จะต่ออายุการรับรองจำนวน ๑๕ แห่ง ร้อยละ ๒๔.๐๐ สิ่งที่ทำให้ประสบผลสำเร็จของการพัฒนาองค์กรคุณภาพ คือการเรียนรู้ร่วมกันของพี่เลี้ยงเครือข่าย QLN(Quality Learning Network)ที่มีความเข้มแข็ง มีจิตอาสา ลงพื้นที่ ช่วยกันในทุกจังหวัด สิ่งพัฒนา ปรับปรุง แก้ไข ประกอบด้วยด้านโครงสร้างพื้นที่สำคัญในเรื่องระบบบำบัดน้ำเสีย รวมทั้งการ

สนับสนุนงบประมาณ สำหรับความก้าวหน้า แรงจูงใจ ของผู้รับผิดชอบงานคุณภาพ พี่เลี้ยงเครือข่าย QLN (Quality Learning Network) ก็ยังเป็นสิ่งสำคัญเช่นเดียวกัน

๓.๓ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ไม่เกินร้อยละ ๖)

ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๐ ณ สิ้นไตรมาส ๑ (๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑) ไม่มีโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ แต่มีบางแห่งที่ยังต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ โรงพยาบาลโรงพยาบาลดงหลวง , โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา, โรงพยาบาลสำโรง (ระดับ ๔) โดยทุกจังหวัด ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน ขับเคลื่อนการบริหารการเงินการคลัง โดยขับเคลื่อนตามเครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการกำกับและรายงานตาม ๕ มาตรการ มาตรการที่ ๑:การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation) มาตรการที่ ๒:ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management) มาตรการที่ ๓: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) มาตรการที่ ๔: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management) มาตรการที่ ๕: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building) และมีแผนการพัฒนาที่ต่อเนื่องมีการใช้มาตรการ (LOI) ในโรงพยาบาลที่มีปัญหาทางการเงิน และมีการติดตาม ประเมินผล การบันทึกบัญชีให้ได้คุณภาพ มาตรฐานเพื่อให้ผู้บริหารสามารถใช้ข้อมูลทางบัญชีประกอบการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องต่อไป

คณะ ๔ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการดำเนินงาน DHB จำนวน ๒๒ อำเภอ ปี ๒๕๖๑ มีข้อกำหนดร่วมกันในการขับเคลื่อนประเด็นเพิ่มเติม คือ ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย ทุกจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และมีการประชุมเพื่อพิจารณาคัดเลือกประเด็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๕๙ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๒๙ มีหลักสูตรการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมเลขา พชอ. ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิโรงพยาบาล และปลัดอำเภอ โดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ ๑๐ ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี จัดทำวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพทีมเลขา พชอ.ชายขอบชายโขง จำนวน ๓๕ อำเภอ และเขตสุขภาพที่ ๑๐ ร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๐ อุบลราชธานี สนับสนุนงบประมาณในการแก้ไขปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นเงิน ๕,๖๐๐,๐๐๐ บาท (ห้าล้านบาทถ้วน)

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ปฐมภูมิ โดยการจัดการบริการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) โดยลงทะเบียนผ่านการ Register ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๔๓ ทีม ซึ่งผลการลงทะเบียน ผ่านแบบไม่มีเงื่อนไข ๒๐ ทีม และผ่านแบบมีเงื่อนไข ๒๓ ทีม โดยติดเงื่อนไขจำนวนประชากรเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ปี ๒๕๖๑ จะมีทีมที่ลงทะเบียนจัดตั้งเพิ่มอีก ๖๒ ทีม โดยแผนในการสรรหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้วยการส่งได้เรียน Short Course รุ่น ๖, ๗, ๘ และ ๙ จำนวน ๓๕ คน อบรมแพทย์ In Service Training จำนวน ๑๙ คน และพัฒนาทีมสหวิชาชีพ โดยส่งพยาบาลอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว รุ่นที่ ๑ จำนวน ๕๘ คน รุ่นที่ ๒ จำนวน ๔๐ คน ส่งทันตแพทย์อบรมระยะสั้นด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน ๑ คน ส่งกายภาพบำบัดอบรมระยะสั้นด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จังหวัดละ ๒ คน และเภสัชกรอบรมระยะสั้นด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จังหวัดละ ๒ คน เพื่อบริการการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวตามแผนการจัดตั้งและรองรับการพัฒนาการให้บริการที่มีคุณภาพ

แผนการพัฒนา รพ.สต.ติดดาว เขตสุขภาพที่ ๑๐ มี รพ.สต.จำนวน ๘๓๘ แห่ง ผ่านการประเมินรพ.สต.ติดดาวปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๔๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๓๐ และมีเป้าหมายการพัฒนารพ.สต.ติดดาว ปี ๒๕๖๑

จำนวน ๑๗๙ แห่ง โดยมีการอบรมครู ก ระดับเขตสุขภาพจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน จำนวน ๒๙ คน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินและพัฒนาคุณภาพระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด, ระดับอำเภอ และระดับตำบล เพื่อเป็นทีมพี่เลี้ยงในการพัฒนาและสนับสนุนวิชาการ มีการจัดประชุมเพื่อชี้แจงเกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๑ ในวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๑ ผลการดำเนินงานทุกจังหวัดมีการส่งผลการประเมินตนเองของรพ.สต. ครบทุกแห่ง และอยู่ในระหว่างการออกประเมินโดยทีมพี่ประเมินระดับอำเภอ

คณะที่ ๑

การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

และการจัดการสุขภาพ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๑.๑ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย : อัตราส่วนการตายมารดาไทย
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน ๒๐ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต)

๒. สถานการณ์

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ในช่วง ๖ เดือนแรกของปี (ต.ค.๖๐ – มี.ค.๖๑) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อัตราการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๖.๓๑) ฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้ง (ร้อยละ ๖๒.๗๗) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ ๑๓.๓๗) ผ่านตามเกณฑ์ ทุกจังหวัด มีระบบเฝ้าระวังมารดาตายเพื่อลดการตายมารดาของรพ.ในเขตรับผิดชอบ (ร้อยละ ๑๐๐) ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ เป้าหมาย สำหรับตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์ได้แก่ หญิงหลังคลอดได้รับการดูแล ๓ ครั้งตามเกณฑ์ (ร้อยละ ๕๗.๗๖) หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ร้อยละ ๘๐.๕๖ ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลให้ผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านเกณฑ์เป็นร้อยละ ๑๐๐ สำหรับอัตราการตายของมารดาในภาพรวมเขตในปี ๒๕๖๑ พบมารดาตาย ๑ รายคิดเป็น ๗.๙ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ซึ่งไม่เกินค่าเป้าหมาย และเมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัด พบว่า จังหวัด อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญไม่มีมารดาตาย จังหวัดมุกดาหารมีมารดาเสียชีวิต ๑ รายอายุครรภ์ ๒๖ สัปดาห์ ซึ่งจากการสอบสวนสาเหตุการตาย พบว่า เสียชีวิตจากสาเหตุโดยอ้อม(Indirect cause) คือ Encephalitis, Herpes zoster infection, AIHA secondary from beta thalassemia

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

- ด้านการถ่ายทอดนโยบาย ยังพบว่าผู้ปฏิบัติงานส่วนหนึ่งไม่ทราบนโยบายด้านอนามัยแม่และเด็ก เกิดจากการถ่ายทอดนโยบายไม่ต่อเนื่องถึงระดับผู้ปฏิบัติงาน
- โรงพยาบาลชุมชนลูกข่ายยังขาดความเข้มแข็งในการเป็นพี่เลี้ยงให้กับรพ.สต. รพ. โดยรพ.แม่ข่ายควรเพิ่มการสร้างเสริมความเข้มแข็งทีม MCH boardระดับอำเภอ ในการพัฒนาระบบบริการ วิชาการและการกำกับติดตาม

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
การถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติงาน	โรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งควรถ่ายทอดนโยบายต่างๆ และเป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาให้กับรพ.สต.และฟื้นฟูความรู้ด้านวิชาการและเยี่ยมเสริมพลังเพื่อกำกับติดตาม รพ.สต.อย่างสม่ำเสมอ	

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
	และควรมีการซ้อมแผนPPH การซ้อม CPRหญิงตั้งครรภ์ และทารกแรกเกิด และซ้อมการส่งต่อFAST TRACTร่วมกัน	
การพัฒนาระบบบริการและ ระบบส่งต่อ	-การเก็บข้อมูลHigh Risk pregnancy การคืนข้อมูลสู่พื้นที่ (รพช.,รพสต.) ในการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ จนกระทั่ง หลังคลอด การทำRisk classification เพื่อจำแนกความเสี่ยงในรพ.ทุกระดับ -รพช. และรพ.แม่ข่ายควรชี้แจงกับรพ. ลูกข่ายและรพสต.ในการใช้Guideline ต่างๆให้ชัดเจน ควรเน้นการปฏิบัติตาม Guideline PPH,PIH,Anemiaให้เคร่งครัด และติดตามประเมินหลังการใช้ -พัฒนาการวางแผนครอบครัว ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่คลินิกโรคเรื้อรังในรพ.ทุก แห่งและการประเมินความเสี่ยงหาก ต้องการตั้งครรภ์ โดยเป็นการ ประสานงานของPCTสูติกรรมและอายุรกรรม	
การพัฒนาระบบการลงข้อมูล รพ.และรพสต.	การลงข้อมูลย้อนหลัง เช่น ข้อมูลฝากครรภ์ ๕ ครั้ง ข้อมูลการเยี่ยมหลังคลอด เนื่องจากพบว่ามีฝากครรภ์และการ ติดตามเยี่ยม หลังคลอด แต่ไม่มี ผู้รับผิดชอบในการลงข้อมูลที่ชัดเจน ส่งผลให้มีผลงานน้อยกว่าความเป็นจริง	-ศูนย์อนามัยได้ออกแบบฟอร์ม เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับการ เยี่ยมหลังคลอดเพื่อเป็นแนว ทางการเยี่ยมและการบันทึก ข้อมูล สำหรับใช้ในเขตสุขภาพ ที่ ๑๐ อยู่ในระหว่างทดลองใช้ ในกลุ่มตัวอย่าง

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

รพ.มหาชนะชัย จ.ยโสธร มีการคิดค้นใบสำหรับบันทึกเพื่อคัดกรองความเสี่ยงโดยทำลักษณะคล้ายที่คั่นหนังสือ เพื่อให้เห็นได้ทุกครั้งในสมุดฝากครรภ์ สมควรพัฒนาต่อยอดไปใช้ในรพ.อื่นๆ

ผู้รายงาน พญ.ทิพา ไกรลาศ
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๑.๒ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย: ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี
มีพัฒนาการสมวัย เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของเด็กอายุ ๐- ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

๒.สถานการณ์

ข้อมูลพัฒนาการเด็กในช่วง ๖ เดือนแรกของ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ในภาพเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ๔ กลุ่มอายุเพียงร้อยละ ๗๐.๒๔ โดยจังหวัดยโสธร มีความครอบคลุมมากที่สุด (ร้อยละ ๗๔.๕๘) รองลงมาคือ จังหวัดศรีสะเกษ (ร้อยละ๗๔.๓๔) จังหวัดอำนาจเจริญ (ร้อยละ ๗๐.๘๑) จังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ ๖๘.๙๑) และจังหวัดมุกดาหาร (ร้อยละ ๕๕.๑๙) ตามลำดับ ในส่วนของร้อยละของเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากการคัดกรองครั้งแรกซึ่งต้องพบไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ในภาพรวมของเขต พบ ร้อยละ ๒๐.๒๔ โดยจังหวัดอุบลราชธานี พบเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด (ร้อยละ ๒๓.๒๐) รองลงมาคือ จังหวัดศรีสะเกษ (ร้อยละ ๒๒.๘๙) ขณะที่จังหวัดยโสธร พบน้อยที่สุดเพียง ร้อยละ ๑๑.๓๗ นอกจากนี้ยังพบปัญหา การติดตามเด็กมารับการประเมินซ้ำ ภายใน ๑ เดือน โดยภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ติดตามได้ ร้อยละ ๖๙.๓๔ จังหวัดที่ติดตามได้มากที่สุดคือ อำนาจเจริญ (ร้อยละ ๗๖.๕๕) รองลงมาคือ ศรีสะเกษ ร้อยละ ๗๓.๒๔ ส่วนจังหวัด มุกดาหาร ติดตามได้น้อยที่สุดเพียง ร้อยละ ๕๐.๗๑ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าข้อมูลภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๑๐ กลุ่มเด็กอายุ ๙ เดือน มีความครอบคลุมมากที่สุด (ร้อยละ ๗๒.๐๕) กลุ่มอายุ ๑๘ เดือน มีการตรวจพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า มากที่สุด (ร้อยละ ๒๑.๔๖) และกลุ่มอายุ ๔๒ เดือน มีการติดตามได้มากที่สุด (ร้อยละ ๖๙.๗๘) สำหรับการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือ TEDA๔ ในภาพรวมเขต ๑๐ ได้รับการกระตุ้นครอบคลุมร้อยละ ๓๐.๘๑ จังหวัดอำนาจเจริญ เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือ TEDA๔ ครอบคลุมมากที่สุด (ร้อยละ ๕๗.๖๙) ครอบคลุมน้อยที่สุดคือจังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ ๒๒.๙๓ (ข้อมูล จาก HDC ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๑) (ดังแสดงในตารางที่ ๑-๖) ในส่วนของปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการ เด็ก อาทิ อัตราการขาดออกซิเจน ในภาพรวมเท่ากับ ๑๙.๓๘ ต่อพันการเกิดมีชีพ โดยพบสูงที่สุดที่จังหวัดศรีสะเกษ (๒๑.๘๕ ต่อพันการเกิดมีชีพ) รองลงมาคือ จังหวัดมุกดาหาร (๒๑.๑๓ ต่อพันการเกิดมีชีพ) จังหวัดอุบลราชธานี (๒๐.๑๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ) จังหวัดยโสธร (๑๕.๒๕ ต่อพันการเกิดมีชีพ) และจังหวัดอำนาจเจริญ (๑๒.๔๙ ต่อพัน การเกิดมีชีพ) ตามลำดับ (ข้อมูลจากรายงาน ก.๒ Plus ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๑) และอัตราทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบเท่ากับร้อยละ ๗.๑๖ สูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย โดยพบสูงที่สุดที่จังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ ๘.๖๗ รองลงมาคือ จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ ๗.๘ จังหวัดอำนาจเจริญ ร้อยละ ๗.๓๖ จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ ๖.๘๔ และจังหวัดยโสธร ร้อยละ ๕.๑๗ ตามลำดับ (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๑)

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงาน ไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

๑. ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน คณะกรรมการ MCH Board คณะกรรมการบริหารจัดการโครงการสตรีและเด็กปฐมวัย (Project Manager : PM) และ คณะอนุกรรมการพัฒนาการเติบโตระดับจังหวัด ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย โดยมีการบูรณาการของ ๔ กระทรวงได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ /กระทรวงมหาดไทย/กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตามนโยบายการดำเนินงาน โครงการจัดบริการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้เด็กไทย ยุค ๔.๐ เขตสุขภาพที่ ๑๐ และนโยบายมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตเขตสุขภาพที่ ๑๐ อย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเป็น นโยบายของจังหวัด ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญในการดำเนินงาน มีการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กในทุกระดับ กำหนดตัวชี้วัดด้านพัฒนาการกลุ่มเด็กปฐมวัย(IQ/EQ/SMART KIDS) ตามคำ รับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement) รวมทั้งกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการกำกับติดตาม (Ranking) ของจังหวัด มีการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานฯ ในการประชุมคณะกรรมการ MCH Board และ Child Project Manager ทุก ๓ เดือน ร่วมกับการเยี่ยมเสริมพลังและการCoachingในพื้นที่

๒. ระบบบริการที่มีคุณภาพ

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการบูรณาการร่วมกับการพัฒนาคุณภาพใน Service plan สาขาสูตินรีเวชกรรม และสาขาทารกแรกเกิด โดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/ภาคีเครือข่าย ดำเนินการเฝ้าระวัง/ ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ๐ – ๕ ปี แบบบูรณาการ ประกอบด้วย

- การพัฒนาคุณภาพบริการในสถานบริการสาธารณสุข บูรณาการในการพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็ก (คลินิกสุขภาพเด็กดี) ตามมาตรฐานโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก โดยการประเมินตนเองแก้ไขปัญหาตามส่วนขาด และประเมินรับรองในระดับจังหวัด สนับสนุนและติดตามการใช้น้ำวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ในเด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี อย่างต่อเนื่อง

- การพัฒนาคุณภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งชาติ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการคัดกรอง เฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และในชุมชน ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า

๓. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงเด็กปฐมวัย

- มีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่/ครูพี่เลี้ยง และพ่อแม่ ผู้ปกครองในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) ติดตามการกระจายช่องทางการเข้าถึงคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัย (DSPM)

- สนับสนุนสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานอนามัยแม่และเด็ก จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมสัมมนาทาง วิชาการอนามัยแม่และเด็กแบบบูรณาการ ประจำปี ระดับจังหวัด/ระดับเขตสุขภาพ ปีละ ๑ ครั้ง

- ประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ โดยศูนย์เด็กเล็กทุกแห่งประเมินตนเอง ประเมินรับรองโดย คณะกรรมการระดับอำเภอ และ ระดับจังหวัดตามลำดับ

๔. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง

มีการติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะจากรายงาน HDC รายงานผลการดำเนินงาน แจ้งผู้บริหารระดับ จังหวัดและอำเภอรับทราบปัญหาทุกเดือน มีระบบการติดตามผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอทุกเดือน โดยติดตามผล การดำเนินงานของอำเภอ ที่มีผลการดำเนินงานต่ำ เพื่อเร่งรัดการแก้ไขปัญหาจัดทำระบบการคืนข้อมูลให้หน่วยงาน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อนุกรรมการเด็กปฐมวัย/ อปท./ อสม./ชุมชนและครอบครัวเด็กปฐมวัย และกำหนด เป็นตัวชี้วัดในการกำกับติดตาม (Ranking) ของจังหวัด ในการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานฯ ในการประชุม คณะกรรมการ MCH Board และ Child Project Manager ทุก ๓ เดือน ร่วมกับการเยี่ยมเสริมพลัง และ การ Coaching ในพื้นที่

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ
๑.บุคลากรมีทักษะในการคัดกรองพัฒนาการ แต่ความครอบคลุม และการติดตามประเมินซ้ำ ยังไม่บรรลุตามเกณฑ์	๑.MCH board จังหวัด/อำเภอ ควรมีระบบการกำกับติดตามทุกหน่วยบริการ จัดระบบการบันทึกข้อมูลให้ต่อเนื่องเป็นปัจจุบัน	
๒.ความครอบคลุมของการคัดกรองและการติดตามเด็กมาประเมินซ้ำ ค่อนข้างต่ำ เนื่องจาก พ่อแม่ ผู้ปกครองไม่ตระหนักและไม่เห็นความสำคัญ	๒.๑ เพิ่ม Health Literacy ให้กับพ่อแม่และผู้เลี้ยงดู เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีส่วนร่วม	
๓.การบริหารจัดยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กในระดับ CUP ไม่เพียงพอสำหรับสนับสนุนเด็ก ๖ เดือน - ๕ ปี ทั้งอำเภอ	-กำกับติดตามให้ CUP มีการจัดหายา/เวชภัณฑ์ให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการตาม ชุดสิทธิประโยชน์	

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

จังหวัดยโสธร : รพ.สต.หัวเมือง มีรูปแบบการบริหารจัดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้เหมาะสม และมีทักษะการคัดกรองที่ถูกต้อง สามารถคัดกรองพบเด็กสงสัยล่าช้าได้สูงถึงร้อยละ ๓๒.๓ คัดกรองและติดตามเด็กที่สงสัยล่าช้ามารับการประเมินซ้ำภายใน ๑ เดือน ได้ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐

จังหวัดอำนาจเจริญ : รพ.หัวตะพาน มีรูปแบบการบริหารจัดการการบันทึกข้อมูลใน HDC ที่มีประสิทธิภาพ จนท.มีความรู้ทักษะ เข้าใจระบบการลงข้อมูล และมีการพัฒนาการลงข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วนทันเวลาหน่วยงานอื่นๆ ควรนำไปปรับใช้เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จังหวัดอุบลราชธานี : รพ.สต. ขมิ้น มีรูปแบบการบริหารจัดการการให้บริการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กที่มีประสิทธิภาพ โดยเอาวิธีใส่ในวิถีชาวบ้าน โดยแยกการตรวจคัดกรองพัฒนาการออกจากวันฉีดวัคซีน ค้นหารายชื่อเด็ก ๔ กลุ่มอายุ จากนั้นส่งจดหมายผ่าน อสม. เพื่อนัดวันตรวจคัดกรองพัฒนาการ สำหรับรายที่ไม่มาตามนัดให้โทรนัดวันกับเจ้าหน้าที่ และผู้รับผิดชอบจะบันทึกข้อมูลเองทำให้ รพ.สต.ขมิ้นมีผลการคัดกรองและการติดตามเด็กได้ครบทุกคน เป็นรูปแบบที่ รพ.สต. อื่นๆ ควรนำไปปรับใช้เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จังหวัดศรีสะเกษ อำเภอบึงบูรพ์ และ อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ มีผลงานสามารถติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าได้โดยกระตุ้นด้วย TEDA๔1 ได้ \geq ร้อยละ ๖๐

ผู้รายงาน นางมลลิตี แสนใจ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๑.๓ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย: ร้อยละของเด็ก ๐-๕ สูงดีสมส่วนและ
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของเด็ก ๐- ๕ สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี

๒.สถานการณ์

ข้อมูลภาวะโภชนาการเด็กในช่วง ๖ เดือนแรกของ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ในภาพเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบว่า ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีเด็กสูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๒.๘๖ (เป้าหมาย ร้อยละ ๕๔) โดยจังหวัดอำนาจเจริญ มีเด็กสูงดีสมส่วนมากที่สุด (ร้อยละ ๖๐.๗๙) รองลงมาคือจังหวัดยโสธร (ร้อยละ ๕๕.๐๑) จังหวัดศรีสะเกษ (ร้อยละ ๕๔.๘๙) จังหวัดมุกดาหาร (ร้อยละ ๕๒.๕๙) และจังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ ๕๑.๒๔) ตามลำดับ ปัญหาเด็กผอมสูงกว่าเป้าหมายเล็กน้อย ร้อยละ ๕.๒๒ (ไม่เกินร้อยละ ๕) พบสูงเกินเป้าหมายในจังหวัดมุกดาหาร (ร้อยละ ๗.๖๘) อุบลราชธานี (ร้อยละ ๕.๓๕) และ ศรีสะเกษ (ร้อยละ ๕.๒๕) ภาวะเด็กเตี้ยในภาพรวมเขต พบต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ ๙.๒๔ (ไม่เกินร้อยละ ๑๐) แต่ยังพบสูงกว่าเป้าหมายในจังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ ๑๑.๖๕) สำหรับ ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี พบว่าเด็กชายมีส่วนสูงเฉลี่ย เท่ากับ ๑๐๙.๐๗ เซนติเมตร เด็กหญิง เท่ากับ ๑๐๘.๕๑ เซนติเมตร (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๑) (ดังแสดงในตารางที่ ๑) ในส่วนของปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก อาทิ อัตราการขาดออกซิเจน ในภาพรวมเขตเท่ากับ ๑๙.๓๘ ต่อพันการเกิดมีชีพ ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด (ไม่เกิน ๒๕ ต่อพันการเกิดมีชีพ) ทุกจังหวัดไม่เกินเป้าหมาย อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาข้อมูลรายจังหวัด พบสูงที่สุดที่จังหวัดศรีสะเกษ (๒๑.๘๕ ต่อพันการเกิดมีชีพ) รองลงมาคือ จังหวัดมุกดาหาร (๒๑.๑๓ ต่อพันการเกิดมีชีพ) จังหวัดอุบลราชธานี (๒๐.๑๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ) จังหวัดยโสธร (๑๕.๒๕ ต่อพันการเกิดมีชีพ) และจังหวัดอำนาจเจริญ (๑๒.๔๙ ต่อพันการเกิดมีชีพ) ตามลำดับ (ข้อมูลจากรายงาน ก.๒ Plus ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๑) และอัตราการแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบเท่ากับ ร้อยละ ๗.๑๖ สูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย โดยพบสูงที่สุดที่จังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ ๘.๖๗ รองลงมาคือ จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ ๗.๘ จังหวัดอำนาจเจริญ ร้อยละ ๗.๓๖ จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ ๖.๘๔ และจังหวัดยโสธร ร้อยละ ๕.๑๗ ตามลำดับ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ ๕๐.๙๔ (เป้าหมายร้อยละ ๕๐) โดยจังหวัดยโสธร มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงที่สุด ร้อยละ ๗๗.๐๖ รองลงมาจังหวัด (ร้อยละ ๗๕.๘๖) จังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ ๕๗.๐๕) จังหวัดมุกดาหาร (ร้อยละ ๔๑.๙๑) และจังหวัดศรีสะเกษ (ร้อยละ ๓๔.๑๕) ตามลำดับ (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๑)

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

๑.ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน คณะกรรมการ MCH Board คณะกรรมการบริหารจัดการโครงการสตรีและเด็กปฐมวัย (Project Manager : PM) และ คณะอนุกรรมการพัฒนาการเด็กระดับจังหวัด ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย โดยมี

การบูรณาการของ ๔ กระทรวงได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ /กระทรวงมหาดไทย/กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตามนโยบายการดำเนินงาน โครงการจัดบริการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้เด็กไทย ยุค ๔.๐ เขตสุขภาพที่ ๑๐ และนโยบายมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต ของเขตสุขภาพที่ ๑๐ อย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเป็นนโยบายของจังหวัด ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญในการดำเนินงาน และมอบแนวทางการดำเนินงานโดยใช้ NEST Step (N : Nutrition E: Exercise S: Sleep T:Teeth) ให้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง และขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๒.ระบบบริการที่มีคุณภาพ

สถานบริการสาธารณสุข : มีการดำเนินงานทั้งในรูปแบบการพัฒนาระบบบริการในสถานบริการสาธารณสุข และการส่งเสริมบทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง อาสาสมัคร องค์กรชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตในเด็กปฐมวัยในพื้นที่ อาทิ การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ การให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนและธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้อาหารตามวัย การพัฒนาคลินิกสุขภาพเด็กดี การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองผ่านกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ การส่งเสริมโภชนาการให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และกิจกรรมการเฝ้าระวังด้านภาวะโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง และการแปลผลการเจริญเติบโตตามเกณฑ์

ชุมชน :- ดำเนินการตามโครงการตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย การส่งเสริมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน โดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย โดยจัดให้มีการจัดบริการโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย ด้วยทีมสหวิชาชีพ

- พัฒนาคุณภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้ออาหารกลางวันจาก อปท. การจัดอาหารเพียงพอเหมาะสม จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็ก และให้ความรู้/โภชนศึกษาแก่ อสม. ครูผู้ดูแลเด็ก ให้แก่ผู้ปกครองเด็กที่ผอม อ้วน เตี้ย และติดตามเยี่ยมบ้านและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง

๓.การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงเด็กปฐมวัย

มีการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยงเด็กปฐมวัยในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย โดย

- เน้นให้ชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นความสำคัญ มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันรวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการทั้งในหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย โดยการสนับสนุนอาหารเสริม (ไข่/นม) แก่เด็กที่มีปัญหาทุโภชนาการ ผอม เตี้ย

- ขับเคลื่อนและขยายผลการส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงเด็กปฐมวัยด้วยกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน

- พัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้มีความรู้และทักษะในการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน และตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย

- จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็ก,ครูพี่เลี้ยง,ท้องถิ่น,ชุมชน, อสม. เพื่อรับทราบข้อมูลและหาแนวทางร่วมกันแก้ไขปัญหา

๔.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง

- มีการติดตามผลการดำเนินงาน จากรายงาน HDC โดยติดตามผลการดำเนินงานของอำเภอ ทุกเดือน เพื่อเร่งรัดการแก้ไขปัญหาจัดทำระบบการคืนข้อมูลให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อนุกรรมการเด็กปฐมวัย/อปท./ อสม./ชุมชนและคนไข้

- มีระบบการเฝ้าระวังโดยการควบคุมกำกับ นิเทศ ติดตามผลการดำเนินงานในการประเมินรับรอง โรงพยาบาล/รพ.สต. มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก /ประเมินรับรองตำบลส่งเสริมเด็ก ๐ – ๕ ปี สูงดี สมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ
๑.วิตามินเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กปฐมวัยมีสนับสนุนไม่เพียงพอ	๑.MCH board ควรมีการกำกับติดตาม/ กำหนดเป็นนโยบายให้ มีการจัดหา/ เวชภัณฑ์ให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในงบ PPB	
๒.พ่อแม่ผู้ปกครองในบางพื้นที่ยังมีส่วนร่วมน้อย ในเรื่องการชั่งน้ำหนัก/จุดกราฟเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ	๒.เน้นการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาโภชนาการ โดยการเพิ่ม Health Literacy ให้กับพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดู ได้มีส่วนร่วมมากขึ้นในทุกพื้นที่	
๓.เครื่องมือวัดความยาวและวัดส่วนสูงสำหรับ อสม.ใช้ในหมู่บ้านตลอดจนเทคนิคการวัดของ อสม.ยังไม่ถูกต้อง	๓.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละ รพ.สต. ควรติดตาม Coaching เทคนิคการวัดความยาว/ส่วนสูงของ อสม.ในเขตรับผิดชอบ และผลักดันให้ อปท สนับสนุน/จัดหาเครื่องมือวัดความยาวและวัดส่วนสูงที่ได้มาตรฐานสำหรับ อสม.	
๔.ความต่อเนื่องของการดำเนินงานตามแนวทาง “มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรก ของชีวิต By NEST Step” (Nutrition/Exercise/Sleep/Teeth)	๔.จัดระบบการกำกับติดตาม/ การคืนข้อมูล/การเสริมพลัง/Ranking เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน	

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

แนวทางการดำเนินงานโภชนาการแบบบูรณาการ “มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต : By NEST Step” (Nutrition/Exercise/Sleep/Teeth) ของเขตสุขภาพที่ ๑๐

ผู้รายงาน นางมลลิตี แสนใจ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๑.๔ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น : ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี
ฟันดีไม่มีผุ
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

๒. สถานการณ์

ในฐานะข้อมูลจาก HDC ในงานทันตสุขภาพจะเริ่มมีในปี ๒๕๖๐ ผลงานย้อนหลัง ๒ ปี พบว่า ในภาพเขต มีกลุ่มเด็กอายุ ๖ ปี โดยกลุ่มเด็กอายุ ๖ ปี พ.ศ.๒๕๖๐ ปรากฏจากฟันผุร้อยละ ๙๓.๖๓ , พ.ศ.๒๕๖๑ ปรากฏจากฟันผุร้อยละ ๙๕.๖๔ จึงพบว่าในภาพเขตมีเด็กอายุ ๖ ปี ปรากฏจากฟันผุเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ ๒.๐๑ แต่ในกลุ่มเด็กอายุ ๑๒ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ฟันดีไม่มีผุร้อยละ ๘๐.๐๑ , พ.ศ.๒๕๖๑ ฟันดีไม่มีผุร้อยละ ๗๓.๗๗ จึงพบว่าในภาพเขตมีเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุเพิ่มลดลงร้อยละ ๖.๒๔ ซึ่งคาดว่าจะยังเป็นช่วงต้นปีงบประมาณอยู่ จึงควรมีการกำกับติดตามงานให้บรรลุอัตราฟันดีไม่มีผุให้เพิ่มสูงขึ้น

๓.สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

การที่มีควรระบบการเฝ้าระวัง ติดตามการลงบันทึกข้อมูลลงใน HDC ให้ได้ครบถ้วนในทุกหน่วยการให้บริการ การที่มีควรระบบการเฝ้าระวัง ติดตามการลงบันทึกข้อมูลลงใน HDC ให้ได้ครบถ้วนในทุกหน่วยการให้บริการ หากมีการควบคุมกับการลงบันทึกข้อมูลได้ครบ ก็มีความเป็นไปได้ที่สถานะทันตสุขภาพเด็ก ๑๒ ปี เมื่อได้รับบริการแล้วจะมีฟันดีเพิ่มสูงขึ้น ประเด็นด้านสิ่งแวดล้อม คือบริเวณในชุมชนยังมีร้านค้าที่เอื้อต่อการซื้อน้ำอัดลมขนมหวาน ขนมถุงกรอบกรอบอยู่ และโฆษณาทางโทรทัศน์และเด็กยังไม่มีการตัดสินใจในการเลือกซื้อขนมที่มีประโยชน์ได้ จึงมีพฤติกรรมบริโภคที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุอยู่ การควบคุมในโรงเรียนสามารถทำได้ แต่เมื่ออยู่ในครอบครัวเสาร์อาทิตย์ เด็กก็ยังหาซื้อทานได้ นอกจากนี้ในการอัปเดตโปรแกรม Hos XP & J ทำให้มีการ Error ด้านข้อมูลการส่งออกด้วย

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

เรื่องการให้บริการให้ครอบคลุมทุกอำเภอขึ้นยังต้องอาศัยการหมุนเวียนเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขไปยัง รพ.สต. อยู่

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

การพัฒนา ระบบ HDC ให้ได้ข้อมูลครบถ้วน Hos xp พบว่าข้อมูลไม่ส่งออกในระบบ HDC : ซึ่งให้ข้อเสนอแนะเจ้าหน้าที่ในการลงข้อมูลในแฟ้ม Provider และ ต้องลงข้อมูลในแฟ้ม Dental ที่หน่วยบริการยังลงไม่ครบถ้วนให้ลงให้ครบถ้วน เพราะ หากลงไม่ครบ จะไม่มีการส่งออกข้อมูลใน HDC การอัปเดตโปรแกรม Hos XP & J ทำให้มีการ Error ด้านข้อมูลการส่งออก จึงควรให้ไอทีและสสอ./สสจ. เข้ามาตรวจสอบ

๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

-ประสานงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข เพื่อประสานไอทีเข้ามาดูแลด้านไอที หาสาเหตุที่ทำให้ ข้อมูลไม่ถูกส่งออกไปยังระบบ HDC

- ความก้าวหน้าของทันตภิบาลในตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอาวุโสและตำแหน่งนักวิชาการทันตสาธารณสุข

- การเข้าสู่ตำแหน่ง นวค.ทันตสาธารณสุข ของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ที่จบหลักสูตร ๔ ปี ติดตามผลการประชุมเรื่องการจัดสรรอัตราเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเพิ่มเติมในปี ๒๕๖๐

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

จังหวัดศรีสะเกษ

๑. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. โดยจัดทันตบุคลากรหมุนเวียนให้บริการและ สนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรมสำหรับ รพ.สต.

๒. หน่วยทันตกรรมพระราชทาน อุดฟัน ๑,๒๔๐ คนใน อ.กันทรลักษณ์ อ.ขุขันธ์ อ.ราชีไศล อ.อุทุมพรพิสัย

จังหวัดมุกดาหาร

- มีระบบป้องกันครบวงจรทุกช่วงวัยตั้งแต่ใน WBC ศพด. รร.

- ระบบเฝ้าระวังฟันผุและมีระบบส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพนักเรียนทุกชั้น

- การใช้การอุดฟันด้วย smart เทคนิคทำทั้งจังหวัด ทำให้ฟันดีเพิ่มขึ้น

- การมีระบบข้อมูลช่องปากครอบคลุมทุก setting ที่ใน อ. หวานใหญ่

จังหวัดยโสธร

๑. ประชุมพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านทันตสาธารณสุขสำหรับทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ๓ ครั้ง/ปี

๒. ติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือน โดยมีช่องทางการติดตามข้อมูล Health Data Center ยโสธรและ Cockpit ยโสธร และระบบรายงานที่จังหวัดได้จัดทำเพิ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น รายงานเฝ้าระวังทางทันตสาธารณสุข (ทส ๐๐๓)

๓. ทุก CUP ลงข้อมูลสำรวจสถานะทันตสุขภาพตามกลุ่มวัยในโปรแกรมสำรวจ ระดับอำเภอ และในระดับจังหวัด ส่งข้อมูลสำรวจสถานะทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย (ท๐๒) ให้สำนักทันตสาธารณสุข

จังหวัดอุบลราชธานี

๑. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันใน ANC, WBC, และ ศพด.

๒. การใช้ SMART เทคนิคในการยับยั้งฟันผุในเด็กเล็ก

๓. การดำเนินงาน รร.ปลอดฟันแท้ผุ

๔. การทำ MOU ศพด. อ่อนหวาน, รร.ปลอดน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ, Healthy meeting Healthy break (อำเภอโพธิ์ไทร)

๕. การรวบรวมรายงานผ่าน Google drive

๖. มีระบบซ่อมบำรุงและครุภัณฑ์สำรองใช้ระหว่างรอซ่อม

๗. การจัดระบบให้มีทันตภิบาลดูแลและจัดบริการด้านทันตสุขภาพครอบคลุมทุก รพ.สต.

๘. ได้รับรางวัลชนะเลิศ อสม.ดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๑๐

จังหวัดอำนาจเจริญ

๑. การจัดทำคำสั่งให้ ทพ./ทภ. ดูแล รพ.สต.เป็นโซนทุกอำเภอ เพื่อดูแลควบคุม กำกับ ด้านทักษะวิชาการและบริการ

๒. จัดให้บริการฟื้นฟูเยี่ยมเชิงรุกใน รพ.สต. (รพ.หัวตะพาน,รพ.พนา,รพ.ชานุมาน)
๓. มีการจัดบริการทันตสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุมในรพ.สต.ทุกแห่ง (อำเภอพนา)
๔. จังหวัดออกนิเทศ ติดตาม การลงบันทึกข้อมูล การตรวจสอบ การส่งออก และการใช้ข้อมูลจาก ๔๓ แห่ง เพื่อการวางแผนและประเมินผล และแจ้งผลการดำเนินงานของ รพ.สต.ให้ สสอ.รับทราบเพื่อเป็นการพัฒนาระบบข้อมูลให้มีคุณภาพมากขึ้น
๕. เป็นจังหวัดที่มีกลุ่มเป้าหมายเด็กได้รับการตรวจฟันที่สูงที่สุด ดังนั้นจึงเป็นจังหวัดที่เด็กได้เข้าถึงบริการทันตกรรมได้สูง รพ.ชุมชนเป็นต้นแบบการดำเนินงานซึ่งมีผลงานสูง คล้ายคลึงกับ รพ.สต
๖. มีการดำเนินงานถึงระดับชุมชน โดยมีการพัฒนาศักยภาพ อสม ๔๒ คน ให้ตรวจฟันได้ ผ่านการบันทึกใน google application โดยส่งให้กับ สสจ <https://docs.google.com/forms/d/๑e๐๓Ci๙uRoQPfMor-JF๙vlze๙OufwAeb๙tKEdYq๐E๙๙ws/edit?usp=sharing>
- ๗.ทีม สสอ. มีความเข้มแข็งในการกำกับติดตามงานทันตสาธารณสุข
๘. มีการทำตัวชี้วัดรายอำเภอในประเด็นที่เป็นปัญหาสูง เพื่อแก้ปัญหา

ผู้รายงาน ศิริดา เล็กอุทัย
ตำแหน่ง ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๑.๕ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น : อัตราการคลอดมีชีพในหญิง
อายุ๑๕-๑๙ ปี
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

- ๑) การผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขต และระดับจังหวัดของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร และภาคีเครือข่ายต่างๆในพื้นที่
- ๒) การส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่นโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๒.สถานการณ์

สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและปัญหาสุขภาพอื่นๆของวัยรุ่นและเยาวชนที่ทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา เช่น ปัญหาการการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การทำแท้ง และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น จากการติดตามแนวโน้มอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ในปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี มีแนวโน้มลดลง คิดเป็น ๔๓.๕ ,๔๐.๕ และ ๓๙.๓ ต่อพันประชากร ตามลำดับ (ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐) มีร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุ ๑๕-๑๙ ปี ในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ ๙.๑, ๙.๒ และ ๑๔.๔๘ ตามลำดับ จากการติดตามในการตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๑ (ในไตรมาส ๒) พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (ไม่เกิน ๔๐ ต่อพันประชากร) ข้อมูลจาก HDC คิดเป็น ๑๐.๕๓ ต่อพันประชากร ข้อมูล HDC adjust (อัตราการคลอดจากทะเบียนราษฎรปีที่ผ่านมาหารด้วยอัตราการคลอดจากระบบ HDC ปีที่ผ่านมา) คิดเป็น ๓๐.๗๓ ต่อพันประชากร เมื่อแยกข้อมูลรายจังหวัด พบว่า ทุกจังหวัดมีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีไม่เกินเกณฑ์ สูงที่สุด คือ จ.มุกดาหาร คิดเป็น ๓๖.๖๑ ต่อพันประชากร รองลงมาคือ จ.อุบลราชธานี จ.ศรีสะเกษ จ.อำนาจเจริญ และ จ.ยโสธร คิดเป็น ๓๑.๗๓ , ๓๐.๕๕ , ๒๙.๕๙ และ ๒๓.๕๐ ตามลำดับ เกือบทุกจังหวัดมีร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุ ๑๕-๑๙ ปีเกินเกณฑ์ (ไม่เกินร้อยละ ๑๐) จ.ยโสธร มีร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุ ๑๕-๑๙ ปีไม่เกินเกณฑ์ คิดเป็น ร้อยละ ๖.๑๙ และพบมากที่สุดที่ จ.อำนาจเจริญ คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๕๗ รองลงมาคือ จ.มุกดาหาร จ.ศรีสะเกษ และ จ.อุบลราชธานี คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๐๒ , ๑๕.๔๕ และ ๑๕.๓๓ ตามลำดับ (ข้อมูล HDC ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๑)

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

- ๑) ข้อมูลอัตราคลอดจาก HDC Adjust อาจจะไม่เกินเกณฑ์ (ค่าประมาณเทียบต่อปี=๓๐.๒ ต่อพันประชากร)
- ๒) รพ.ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ จำนวน ๔ แห่ง ยังไม่ผ่านการประเมินคลินิกวัยรุ่น YFHS และ รพ.ที่ผ่านการประเมินแล้วขาดความคงสภาพตามมาตรฐาน YFHS ผู้รับผิดชอบงานมีการปรับเปลี่ยนงาน

๓) ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำเกินเกณฑ์ (ร้อยละ ๑๔.๗๖) ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งบุตรที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิด) ต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ ๕๘.๔๖)

๔) การบริหารจัดการยาฝังยา ยาฝังคุมกำเนิดหมด/ขาดการสำรองยา การจัดซื้อยาฝังขาดความต่อเนื่อง ทำให้การบริการไม่ต่อเนื่อง เมื่อเด็กวัยรุ่นมารับบริการเปลี่ยนใจไม่ฝังยาคุมกำเนิด (รอยา) ข้อจำกัดในรูปแบบการให้บริการ เช่น ไม่มีการฝังยาคุมกำเนิดก่อนกลับบ้านหรือก่อน ๔๒ วัน ผู้ให้บริการฝังยาเป็นสูติแพทย์เท่านั้น (จ.มุกดาหาร)

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
รพ.ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ จำนวน ๔ แห่ง ยังไม่ผ่านการประเมินคลินิกวัยรุ่น YFHS และ รพ.ที่ผ่านการประเมินแล้วขาดความคงสภาพตามมาตรฐาน YFHS ผู้รับผิดชอบงานมีการปรับเปลี่ยนงาน -พัฒนา รพ.ที่ยังไม่ผ่านการประเมินให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	-นิเทศ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลังคลินิกวัยรุ่นและอำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ให้ได้ตามมาตรฐานและคลินิกวัยรุ่นและอำเภอที่ผ่านเกณฑ์แล้วให้คงตามมาตรฐานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง -ขยายเครือข่ายอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ให้ครอบคลุมทุกตำบล เชื่อมโยงกับระบบ OHOS -ส่งเสริมให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงบริการมากขึ้นเน้นคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร(ยาฝังคุมกำเนิด) -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัด	- รพ.ดงหลวง /รพ.สว่างวีระวงศ์ ดำเนินการจัดบริการตามมาตรฐาน YFHS และเตรียมรับการประเมิน -รพ.มุกดาหาร/รพ.สรรพสิทธิประสงค์ อยู่ในระหว่างดำเนินการจัดบริการคลินิกวัยรุ่น และหาผู้รับผิดชอบหลัก
ขับเคลื่อน พรบ.ป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี ๒๕๕๙	- ประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ปีละ ๒ ครั้ง - ประชุม/นำเสนอปัญหา ในคณะอนุกรรมการการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด	จังหวัดจัดประชุมครั้งที่ ๑ ภายในไตรมาสที่ ๒ และสรุปรายงานการประชุม
การบริหารจัดการยาฝังยา ยาฝังคุมกำเนิดหมด/ขาดการสำรองยา การจัดซื้อยาฝังขาดความต่อเนื่อง ทำให้การบริการไม่ต่อเนื่อง	-ห้องคลอด/หลังคลอด ให้การปรึกษาและให้บริการ -ฝังยาคุมหลังคลอดก่อนกลับบ้าน ทุกราย	- สูติแพทย์รับทราบข้อมูล และนำข้อมูลรูปแบบการให้บริการคุมกำเนิดในวัยรุ่นภายหลังคลอด เป็นวาระในและประชุม

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อ หน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
	<p>-ให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดซื้อยา ฝงเพื่อใช้ในการให้บริการฝงยา คุมกำเนิดฟรี ในวัยรุ่นต่ำกว่า ๒๐ ปี เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำใน วัยรุ่นในรูปแบบกองทุนหมุนเวียน ๔ ชั้นตอน ซื่อ-ใช้-เคลม-คืน</p> <p>-ศึกษาข้อมูลรูปแบบการ ให้บริการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ภายหลังคลอด</p>	คณะกรรมการ MCH Broad
ขาดการสื่อสารความเข้าใจในการ ดำเนินงาน Teen manager	<p>- สื่อสารความเข้าใจในการ ดำเนินงาน Teen manager และ บูรณาการงานโดยใช้กลไกการ ขับเคลื่อนงานผ่าน คณะอนุกรรมการและพรบ.การ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น/อำเภออนามัย เจริญพันธุ์และคลินิก YFHS ใน ทุกภาคส่วนและทุกชุมชน</p> <p>- ถอดบทเรียน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พื้นที่ที่ดำเนินการสำเร็จ</p>	ไม่มี

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- ต้นแบบการจัดบริการยาฝงคุมกำเนิดรพ.หัวตะพาน
- วัยรุ่นต้นแบบ Teen Idol ๔.๐ รร.อำนาจเจริญรองชนะเลิศอันดับ๑
- แหล่งเรียนรู้ อบต.จิกตุ / กลุ่มโฮมฮัก (NGO)
- Good Practiceการจัดบริการยาฝงคุมกำเนิด รพ.ม่วงสามสิบ อ.ม่วงสามสิบ จ.อุบลราชธานี
- รพ.ศรีสะเกษ มีการนำยาฝงคุมกำเนิดเข้าระบบเบิกยาปกติ คลินิกวัยรุ่น ในรพ.ศรีสะเกษ เป็นแม่ข่ายรับ
การส่งต่อ
- เครือข่ายเอกชน และเทศบาลขุนหาญ มีความสำเร็จในการผลักดันเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยผู้หยอดเหรียญใน
ชุมชน (ห้องน้ำชายในบมปตท. ๗ แห่ง)

ผู้รายงาน นายชัยยะ เผ่าผา
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๑.๖ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ : ร้อยละตำบลที่มีระบบ Long Term Care ผ่าน
เกณฑ์
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์

๒. สถานการณ์

แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ เพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ปี ๒๕๕๗-๒๕๖๐ เท่ากับ ๕๕๖,๗๙๔ ๕๖๗,๓๑๑ ๕๘๘,๘๗๐ และ ๖๒๘,๖๑๑ คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒๑ ๑๒.๔๑ ๑๒.๘๒ และ ๑๓.๖๖ ตามลำดับ (ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีตำบลเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ๔๑๒ ตำบล จาก ๖๑๒ ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๓๒ ประเมินการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ ๔๐๘ ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๐๓ มี Care Manager ๗๕๕ คน Care giver ๔,๐๖๔ คน มีผู้สูงอายุพึ่งพิง ๒๐,๐๑๗ คน จัดทำ Care plan ได้ ๑๙,๑๖๓ ฉบับ คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๗๓ สัดส่วน CM: ผู้สูงอายุพึ่งพิง=๑:๒๖.๕๑ CG: ผู้สูงอายุพึ่งพิง=๑:๔.๙๒

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

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
บันทึกการคัดกรอง ADL ในระบบ HDC ได้ ๘๑.๔๐ %	PM จังหวัด และ อำเภอ เร่งรัดให้พื้นที่บันทึกข้อมูล ลงระบบ ให้ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	-
จัดทำ Care Plan ได้ ๒๔,๓๒๐ฉบับ (๘๒.๙๕ %)	PM จังหวัด และ อำเภอ เร่งรัดให้ CM จัดทำ Care Plan ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน	-
มีตำบลที่ยังไม่สมัครเข้าร่วมโครงการ ๑๙ ตำบล	ใช้กลไก พขอ. สร้างความเข้าใจในเชิงรุกกับ อบต.ใน ๑๙ ตำบลที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการให้สมัครเข้าร่วมโครงการ	-

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ดำเนินการเบิกจ่ายเงินจากกองทุน LTC ได้ ๕๗.๘๘ % (พื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการปี ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐)	ใช้กลไก พชอ. สร้างความเข้าใจในระเบียบการเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC กับ อปท.ทุกแห่งที่ยังไม่ดำเนินการเบิกจ่าย โดยศึกษาวิธีการเบิกจ่ายจาก อปท. ที่ทำการเบิกจ่ายเงินแล้ว	-

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางภัทรภร เอี่ยมอุดมะ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

ประเด็นตรวจ INS ๑.๘ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ : ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ร้อยละ ๘๕)

๒. สถานการณ์

การเตรียมความพร้อมเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) โดยใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ ๑๐ สามารถดำเนินการได้ตามตัวชี้วัดร้อยละ ๑๐๐ โดยมีผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขตามโครงสร้างศูนย์ EOC ระดับจังหวัดเข้ารับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร จัดโดยสำนักกระบวนวิทยากรบถ้วนทุกจังหวัด อย่างน้อยจังหวัดละ ๒ คน ทุกจังหวัดสามารถจัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) เพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบและประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงาน SAT ผ่านการอบรมจาก สคร.๑๐ อุบลราชธานี มีการจัดเวรเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และมีผลการตรวจจับความผิดปกติในระบบเฝ้าระวัง ได้แก่ รายงาน ๕๐๖ Dashboard และ Outbreak verification Report, ๓-๓-๑ Monitoring (DHF) และ Zika ออนไลน์ ทุกจังหวัดยังสามารถบูรณาการจัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCATT SRRT เป็นต้น (จังหวัดอำนาจเจริญ มีหน่วย Special Environmental Response Team: SERT สำหรับจัดการอุบัติภัยด้านสิ่งแวดล้อม และมีผลงานด้านทีมเฝ้าทางระบาดวิทยาดีเด่น อันดับ ๑ ระดับประเทศ ปี ๒๕๖๐)

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

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- ๑) มีโครงสร้างการบัญชาการเหตุการณ์ ICS-SAT ชัดเจน
- ๒) ทำงานเป็นทีมร่วมกับเครือข่ายภาค Non-Health เข้มแข็ง
- ๓) จังหวัดเป็นพี่เลี้ยง on the job training ให้ระดับอำเภอได้ต่อเนื่องเกิดการแจ้งข่าว SAT ได้รวดเร็ว
- ๔) มีข้อมูลเฝ้าระวังและผลการสอบสวนโรค CD/ EMS/ Env-Occ สำหรับวิเคราะห์สถานการณ์โรค
- ๕) อำเภอรับตัวชี้วัด EOC & SAT ในการประเมิน Ranking การปฏิบัติงาน
- ๖) SAT ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศติดตามประเมินสถานการณ์โรคติดต่อสำคัญในพื้นที่
- ๗) มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร SRRT EMS MCAT mini-MERT อย่างต่อเนื่อง

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

มุกดาหาร: คณะกรรมการศูนย์ EOC ตามคำสั่งจากหน่วยงานเครือข่ายบางคณะยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่และภารกิจ

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

อุปราชธานี: ทีม SAT ควรพัฒนาเกณฑ์ (Director Critical Information requirement : DCIR) ให้ครอบคลุม Env - Occ , Injury สำหรับการจัดทำ Spot report แจ้งเตือนผู้บริหารจังหวัด เพื่อตัดสินใจตอบโต้เหตุการณ์ผิดปกติได้ทันเวลา

ศรีสะเกษ: ควรพัฒนาเกณฑ์ในการตอบโต้ (Critical Information requirement: CIRs) ให้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ต้องแจ้ง ICS ภายใน ๑๒๐ นาที ให้ตอบโต้ได้ทันการ

มุกดาหาร: ให้มีการกำหนดเกณฑ์ในการ Activate EOC. ที่ชัดเจน ให้วิเคราะห์ความเสี่ยงและการซ้อมแผนในพื้นที่ ให้เตรียมแพทย์ รพ.มุกดาหาร ๒ ท่าน (IC&เวชกรรม) เข้าอบรมหลักสูตร CDCU ๕ วัน

ยโสธร: ควรใช้เกณฑ์ (Directors Critical Information requirement: DCIR) ตอบโต้โรค/ภัยสุขภาพ การเชื่อมเกณฑ์ DCIR ระหว่าง SAT และ Operation team เพื่อร่วมเฝ้าระวังและตรวจจับความผิดปกติโรค/ภัยสุขภาพที่ต้องแจ้ง ICS ภายใน ๑๒๐ นาที

อำนาจเจริญ: ควรมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ICS-EOC ไปยังระดับอำเภอ

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

จังหวัดมุกดาหารได้เสนอให้มีการสนับสนุนการขับเคลื่อนศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ที่ชัดเจนจากส่วนกลาง เช่น การจัดซื้ออุปกรณ์ประจำศูนย์ EOC ที่จำเป็น ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ เป็นต้น

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑) จังหวัดอุบลราชธานี มีศูนย์ EOC-Zika อำเภอศรีเมืองใหม่ ต้นแบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ ที่บ้านจุกการ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

๒) จังหวัดศรีสะเกษ มีระบบติดตามควบคุมโรคด้วย GIS-DHF มีกลุ่มไลน์ใช้มาลาเรียเชื่อมโยงข้อมูลโรงพยาบาลคลินิกมาลาเรีย รพ.สต. ส่งผลต่อการสอบสวนโรค ค้นหาผู้ป่วย แจ้งข่าวรายงาน ติดตามดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม

๓) จังหวัดมุกดาหาร มีศูนย์ EOC ด้านการควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศร่วมกับแขวงสะหวันนะเขต

๔) จังหวัดยโสธร มีระบบ ๓-๓-๑ Model และ Zika Online

๕) จังหวัดอำนาจเจริญ มีผลงานด้านทีมเฝ้าทางระบาดวิทยาดีเด่น อันดับ ๑ ระดับประเทศ ปี ๒๕๖๐

ผู้รายงาน นายกนกศักดิ์ รักษาสัตย์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
INS ๑.๙ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี

๒. สถานการณ์

อัตราตายจากการจมน้ำเขตสุขภาพที่ ๑๐ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๖๐ มีอัตราตาย ๑๐.๔, ๘.๙, ๖.๓, ๖.๗, และ ๘.๘ ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีแสนคน ตามลำดับ โดยมีทิศทางลดลงสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทยแต่ยังสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ข้อมูลจากใบมรณะบัตร) สถานการณ์เด็กจมน้ำในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ - ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๑) พบว่าเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีเด็กเสียชีวิตจำนวน ๑๕ ราย คิดเป็นอัตรา ๑.๗๕ ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีแสนคน อัตราสูงสุดในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๗ ราย คิดเป็นอัตรา ๒.๐๐ ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีแสนคน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน ๕ ราย คิดเป็นอัตรา ๑.๙๐ ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีแสนคน จังหวัดยโสธร จำนวน ๒ ราย คิดเป็นอัตรา ๑.๗๓ ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีแสนคน จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน ๑ ราย คิดเป็นอัตรา ๑.๖๖ ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีแสนคน และจังหวัดมุกดาหารไม่มีผู้เสียชีวิต เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีเด็กเสียชีวิตสูงสุดในกลุ่มอายุ ๖ - ๑๒ ปี สาเหตุเกิดจากการเล่นน้ำในช่วงวันหยุด ในแหล่งน้ำบริเวณทุ่งนารอบๆ ชุมชน เด็กที่เสียชีวิตทุกรายไม่มีความสามารถในการว่ายน้ำ และมีปัจจัยจากการเฝ้าระวังของผู้ปกครองที่ไม่ทั่วถึง (ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๑)

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

จากการตรวจราชการนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการรวบรวมข้อมูลผู้ตกน้ำจมน้ำในพื้นที่ย้อนหลัง ๕ ปี สามารถจำแนกสถานการณ์รายอำเภอ มีผลงานเด่นใน สสจ.อุบลราชธานี เนื่องจากมีการรวบรวมแบบสอบถามการตายได้ครบทั้งเชิงปริมาณและจำแนกรายละเอียดได้ครอบคลุมสามารถชี้เป้าหมายความรุนแรงและใช้เป็นประเด็นติดตามในงานสาธารณสุข ด้านการขับเคลื่อนมาตรการ สสจ.ศรีสะเกษ สามารถขับเคลื่อนเชิงนโยบายได้เด่นชัดสามารถประสานงานขับเคลื่อนร่วมกับเครือข่าย อปท. ครู แกนนำชุมชนในระดับตำบลได้เป็นอย่างดีโดยเฉพาะการขับเคลื่อนมาตรการ playpen และการสอนว่ายน้ำ ด้านผลลัพธ์ของกระบวนการ จังหวัดมุกดาหารเป็นจังหวัดที่ขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการในงาน EMS/ER และเครือข่ายได้ดี ส่งผลให้ในพื้นที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำต่ำสุดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ด้านการพัฒนาที่ดี จังหวัดอำนาจเจริญมีการวางแผนงานและขับเคลื่อนงานในเครือข่ายได้ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น เกิดการขับเคลื่อนทีมผู้ก่อการดีโดยชุมชนแต่ยังเริ่มต้นในพื้นที่ที่มีความพร้อมเป็นที่น่าสนใจ ด้านพื้นที่เสี่ยง คือ จังหวัดยโสธรเพราะสถานการณ์ในปี ๒๕๕๙ ๒๕๖๐ และในปี ๒๕๖๑ มีทิศทางสูงขึ้น ซึ่งยโสธรเป็นพื้นที่ติดแม่น้ำโขงสำคัญหลายสาย ประกอบกับมีแหล่งน้ำเสี่ยงที่เป็นบ่อขุดเพื่อการเกษตรจำนวนมาก แต่การขับเคลื่อนยังไม่ถึงระดับตำบลทำให้พื้นที่ยังไม่ให้ความสำคัญของการป้องกันและโอกาสของเด็กที่ได้เรียนว่ายน้ำยังมีน้อย

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

ทุกจังหวัดควรเพิ่มการสื่อสารความเสี่ยงผ่านหอกระจายข่าวชุมชน ด้านการเฝ้าระวังดูแลบุตรหลานในช่วงปิดภาคเรียนฤดูร้อน และเร่งรัดให้ดำเนินกิจกรรมป้องกันการจมน้ำตามแผนงานในช่วงเดือนมีนาคม -เมษายน ตลอดจนช่วงแรกของการเปิดเรียนของเด็กที่เข้าสู่ฤดูฝน

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

ไม่มีสระว่ายน้ำเพื่อสอนการลอยตัว/ บางพื้นที่ในจังหวัดศรีสะเกษเป็นพื้นที่เสี่ยงของโรคฉี่หนูซึ่งมีโอกาสสูงในการรับเชื้อก่อโรค

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

ของบประมาณ อปท.ในการจัดซื้อสระยางเพื่อการเรียนว่ายน้ำ

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ด้านนโยบาย ควรผลักดันให้ภาคการศึกษากำหนดเป็นหลักสูตรภาคบังคับที่เด็กทุกคนต้องผ่านการเรียนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด และกำหนดให้ประชาชนทุกครัวเรือนต้องมีทักษะการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพที่ถูกต้อง

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

จังหวัดศรีสะเกษมีการขับเคลื่อนให้เป็น KPI Ranking ส่งผลชัดเจนในด้านกระบวนการงาน มีการสำรวจและจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง มีการสื่อสารความเสี่ยงเกิดการรับรู้ในชุมชนมากกว่าพื้นที่ที่ไม่มี

ผู้รายงาน นายพัชรพงษ์ วงษ์สามารถ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๑.๑๐ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (ไม่เกิน ๑๖ ต่อประชากรแสนคน)

๒. สถานการณ์

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ตุลาคม ๒๕๖๐ - มีนาคม ๒๕๖๑) พบว่าเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผู้เสียชีวิตจากการจราจรทางถนนจำนวน ๓๔๗ ราย คิดเป็นอัตรา ๗.๖๒ ต่อแสนประชากร โดยแยกเป็นรายจังหวัดดังนี้ จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน ๑๓๙ ราย คิดเป็นอัตรา ๗.๔๙ ต่อแสนประชากร จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน ๙๐ ราย คิดเป็นอัตรา ๖.๑๓ ต่อแสนประชากร จังหวัดยโสธรจำนวน ๕๗ ราย คิดเป็นอัตรา ๑๐.๕๖ ต่อแสนประชากร อำนาจเจริญจำนวน ๓๘ ราย คิดเป็นอัตรา ๑๐.๑๐ ต่อแสนประชากร จังหวัดมุกดาหารจำนวน ๒๓ ราย คิดเป็นอัตรา ๖.๖๒ ต่อแสนประชากรการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๑) การบริหารจัดการ ทุกจังหวัดมีการดำเนินการ SAT/EOC-RTI ในช่วงเทศกาล มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) จังหวัดโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้สั่งการ และมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอโดยมีนายอำเภอเป็นประธาน มีสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลร่วมเป็นเลขานุการ ส่วนใหญ่ใช้การประชุมหัวหน้าส่วนราชการในการหารือหรือเสนอข้อมูลและร่วมกันพิจารณาแนวทางการดำเนินงาน

๒) การจัดการข้อมูล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับ สำนักโรคไม่ติดต่อจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพการบูรณาการข้อมูล ๓ ฐานให้กับภาคีเครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ วันที่ ๑๘ - ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมอมารีแอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร และพัฒนาระบบ IS Online ให้กับโรงพยาบาลเป้าหมายในพื้นที่ ในวันที่ ๑๓ - ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ณ จังหวัดนครราชสีมา โดยทุกจังหวัดมีการบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน และมีการวิเคราะห์จุดเสี่ยงพร้อมทั้งแก้ไขปัญหาจังหวัดละ ๕ จุดต่อไตรมาส แล้วสรุปรายงานในการประชุมศปถ. เป็นประจำทุกเดือน

๓) การป้องกัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยใช้ข้อมูลจากมรณะบัตรปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ และข้อมูลบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ปีปฏิทิน พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ เพื่อจัดเรียงอำเภอเสี่ยงสูงของแต่ละจังหวัด ตามเกณฑ์ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค แล้วประสานผู้รับผิดชอบงานของแต่ละจังหวัดเพื่อร่วมกันพิจารณาเลือกอำเภอเป้าหมายในการลดการบาดเจ็บโดยการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI) ของแต่ละจังหวัดในเขตรับผิดชอบ ดังนี้ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดยโสธร ได้แก่ อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ ได้แก่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร ได้แก่ อำเภอเมืองมุกดาหาร และให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละแห่งพิจารณาเลือกอำเภอร่วมดำเนินการเพิ่มเติมอีกอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ของอำเภอที่เหลือ ทุกจังหวัดมีการพัฒนาการดำเนินงานด้านชุมชนในช่วงเทศกาลที่สำคัญร่วมกับการประกาศเป็นพื้นที่ดำเนินการงานบุญปลอดภัย มีการขับเคลื่อนมาตรการองค์กร โดยการ MOU กับหน่วยงานราชการ บริษัท ห้างร้าน และสถานศึกษา พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพของรถ/คนขับรถพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๔) การรักษา ทุกจังหวัดมีการพัฒนาศักยภาพทีมกู้ชีพและระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

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

๑) อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตรายวันในช่วงเทศกาลสูงกว่าช่วงเวลาปกติประมาณ ๕ เท่า และเกิดในทางหลวง/ทางหลวงชนบทร้อยละ ๔๒

๒) การดำเนินงานของ ศปถ.จังหวัด/อำเภอ จะดำเนินงานเข้มข้นเฉพาะช่วงเทศกาล

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑) อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตรายวันในช่วงเทศกาลสูงกว่าช่วงเวลาปกติประมาณ ๕ เท่า และเกิดในทางหลวง/ทางหลวงชนบท

๒) การดำเนินงานของ ศปถ.จังหวัด/อำเภอ จะดำเนินงานเข้มข้นเฉพาะช่วงเทศกาล

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๑) เพิ่มความเข้มข้นของการดำเนินงานตามมาตรการที่สำคัญในช่วงเทศกาลสงกรานต์ บุญบั้งไฟ และเทศกาลอื่น ๆ ที่สำคัญโดยเฉพาะการควบคุมความเร็วของรถในถนนเส้นหลัก และการสกัดคนเมา

๒) เพิ่มศักยภาพทีมสหสาขาภายใต้ ศปถ.จังหวัด/อำเภอให้สามารถวิเคราะห์และถ่ายทอดข้อมูลเชื่อมโยงท้องถิ่น ระดับองค์กร หรือครัวเรือนได้ จนเกิดการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน และควรดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑) การพัฒนาระบบการรายงานจุดเสี่ยงและจุดการเกิดอุบัติเหตุผ่าน Google Map

ผู้รายงาน นายวุฒิชัย สิงห์หอม
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

ประเด็นตรวจ INS ๑.๑๑ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง
เบาหวาน / อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๒.๔๐ และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน > ร้อยละ ๑๐

๒. สถานการณ์

สถานการณ์โรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ข้อมูลจาก HDC สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๐ พบภาพรวมเขตมีอัตราป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ ๕๓๔.๓๒ ต่อแสนประชากร เพิ่มสูงขึ้นกว่าปี ๒๕๕๙ ซึ่งมีอัตราป่วยเท่ากับ ๔๘๒.๐๘ ต่อแสนประชากร โดยทุกจังหวัดมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น การได้รับวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ปี ๒๕๖๑ พบจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่สูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ รองลงมาคือ อุบลราชธานี ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร เท่ากับ ๔,๐๔๖, ๔,๐๗๐, ๑,๕๒๑, ๑,๔๔๗ และ ๙๑๓ ตามลำดับ การคัดกรองโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ข้อมูล ณ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๑ ผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ ๑๐ ในภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ ๘๖.๓๒ (ค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๙๐ ในไตรมาสที่ ๒) โดยมี ๑ จังหวัดที่ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ คือ จังหวัดยโสธร ผลงานเท่ากับร้อยละ ๙๑.๑๖ ส่วนอีก ๔ จังหวัด ผลการดำเนินงานยังไม่ได้ตามเกณฑ์ ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ (ร้อยละ ๘๐.๙๘) จังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ ๘๘.๕) จังหวัดอำนาจเจริญ (ร้อยละ ๘๖.๒๕) และจังหวัดมุกดาหาร (ร้อยละ ๘๙.๒๘) ผลการดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานเขตสุขภาพที่ ๑๐ ในภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ ๘๕.๙๗ (ค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๙๐ ในไตรมาสที่ ๒) จังหวัดที่ผลงานสูงที่สุดคือจังหวัดยโสธรร้อยละ ๘๙.๓๕ รองลงมา ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ ๘๙.๒๓ จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ ๘๘.๗๐ จังหวัดอำนาจเจริญ ร้อยละ ๘๓.๙๕ และจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ ๘๑.๐๖ พบกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงจำนวน ๒๖๒,๙๓๙ คน ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๒๖๒,๙๓๙ คน (ร้อยละ ๑๐๐) กลุ่มเสี่ยงเบาหวานจำนวน ๗๓,๘๒๗ คน ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๗๓,๘๒๗ คน (ร้อยละ ๑๐๐) ทุกจังหวัดมีโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งมักมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนตามหลัก ๓๐๒๘ ส่วนใหญ่ใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล การดำเนินการกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ทุกจังหวัดมีการดำเนินการชี้แจงตัวชี้วัดลงสู่พื้นที่ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานติดตามวัดความดันโลหิตกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง กำหนดกลุ่มเป้าหมายกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน ผลการดำเนินงานในภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๐ เท่ากับร้อยละ ๒๗.๘๒ จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือจังหวัดศรีสะเกษ (ร้อยละ ๓๔.๔) จังหวัดอำนาจเจริญ (ร้อยละ ๓๔.๓) จังหวัดยโสธร (ร้อยละ ๒๙.๒๒) จังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ ๒๔.๒๕) และจังหวัดที่ผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ คือจังหวัดมุกดาหาร(ร้อยละ๔.๗๔)

โดยจังหวัดได้ดำเนินการลดเสี่ยงลดโรคในประชากรด้วยมาตรการดังนี้

- ๑) ขับเคลื่อนด้วยมาตรการลดความเสี่ยงภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย
- ๒) บูรณาการ DHS, service plan NCDs มีตำบลจัดการสุขภาพกลุ่มวัย

๓) สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข เป้าหมายดำเนินการจังหวัดละ ๕ แห่ง ในภาพเขตมีสถานประกอบการฯ ร่วมโครงการ ๓๕ แห่ง (อุบลราชธานี ๑๔ แห่ง ศรีสะเกษ ๖ แห่ง ยโสธร ๗ แห่ง อำนาจเจริญ ๑ แห่ง และมุกดาหาร ๗ แห่ง)

๔) มีการบังคับใช้กฎหมายบุหรี่และสุราร่วมกับเครือข่ายหรือ NGOs ในภาพจังหวัดทุกจังหวัดและอำเภอในช่วงเทศกาล มีบริการคลินิกอดบุหรี่ทุกโรงพยาบาล

๕) ด้านการพัฒนาระบบบริการ NCD Clinic Plus มีการดำเนินการทุกอำเภอ (๗๑ โรงพยาบาล) ซึ่งผ่านการรับรองผลการประเมินตนเองจากจังหวัด แผนการประเมินรับรองคุณภาพจากคณะกรรมการประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๑ เป้าหมาย ๑๓ แห่ง แบ่งเป็น ระดับใหญ่ ระดับกลาง และระดับเล็ก

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

๑) เป็นนโยบายทั้งจังหวัด และผู้บริหาร ให้ความสำคัญ ประกาศเจตนารมณ์ในการลดเสี่ยง ลดโรค

๒) มีโปรแกรมการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ที่มีแนวทางที่ชัดเจน มีเป้าหมายเฉพาะ และ ดูแลต่อเนื่อง

๓) มีการพัฒนาระบบข้อมูล ความถูกต้องของข้อมูล อย่างต่อเนื่อง โดย IT ร่วมกับผู้รับผิดชอบงาน NCDs

๔) มีระบบติดตามประเมินผล และการ Ranking ผลงานเพื่อกระตุ้นให้ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

ทันเวลา

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑) ทุกจังหวัดมีการวางแผนการดำเนินการคัดกรองโรค DM/HT และการลงข้อมูลให้ครบถ้วนให้ได้ตามเป้าหมายในไตรมาสที่ ๒

๒) มีการดำเนินงานลดเสี่ยงในระดับชุมชน ตำบล และสถานประกอบการ แต่ยังไม่มีการติดตามประเมินผลกิจกรรมยังที่ชัดเจน

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๑) เร่งรัดคัดกรองประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปให้ได้ตามเป้าหมายในไตรมาสที่ ๒

๒) ควรมีการติดตามดำเนินงานลดเสี่ยงในชุมชน (สถานประกอบการและตำบล)

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑) เชื่องโมเดล อำเภอเชื่องโมเดล จังหวัดอุบลราชธานี

๒) ยา ๙ เม็ด ๗ อรหันต์ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

๓) ค้อวังโมเดล อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร

๔) CUP. MEUANG MODEL (ดูแลผู้ป่วย) อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

๕) มี Best Practices : อำเภออุทุมพรพิสัย NCD Clinic Plus ผลงานดีเด่นระดับประเทศปี ๒๕๖๐ และเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษาฯ เครือข่ายโรงพยาบาลเชื่องโมเดล ได้รับการคัดเลือกเป็นเครือข่าย NCD Clinic Plus ผลงานดีเด่นระดับเขต ปี ๒๕๖๐

๖) วงล้อป้องกันจรรยาชีวิต ๗ สี อำเภอเมืองศรีสะเกษ

ผู้รายงาน นางสาวศิริวรรณ ชุมนุม
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๑.๑๒ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม
ได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital

๒. สถานการณ์

ข้อมูลการดำเนินงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับประเทศ พบว่า โรงพยาบาลทั้งหมด จำนวน ๙๕๙ แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป จำนวน ๙๕๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๕๐ ระดับดีขึ้นไป จำนวน ๔๙๙ แห่ง ร้อยละ ๕๒.๓๐ ระดับดีมาก จำนวน ๑๕๒ แห่ง ร้อยละ ๑๕.๘๕ เขตสุขภาพที่โรงพยาบาลผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละร้อยละ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ ๒ ๓ และ ๗ โรงพยาบาลผ่านระดับดีขึ้นไปตามเกณฑ์ (ร้อยละ ๕๐) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗ ๙ ๑๐ และ เขต กทม (ข้อมูล ณ เดือน มีนาคม ๒๕๖๑)

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

๑. การจัดการมูลฝอยโดยเฉพาะมูลฝอยติดเชื้อ ประเด็นของการกำกับติดตามการส่งมูลฝอยติดเชื้อ (ระบบ Manifest) ที่ขาดประสิทธิภาพทั้งต้นทางที่ส่งกำจัดไม่บันทึกข้อมูลลงในระบบส่งผลให้ปลายทางที่รับกำจัดไม่บันทึกข้อมูลเช่นกัน ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่ามูลฝอยติดเชื้อได้รับการกำจัดหรือไม่

๒. นวัตกรรม การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN มีน้อยทำให้เกิดการขยายผลการเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชนไม่ได้เท่าที่ควร

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๑. การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital มีหลายกิจกรรม และการดำเนินงานในโรงพยาบาล มีหลายหน่วยงานที่ดำเนินการ จึงทำให้ต้องมีการประสานทำความเข้าใจและขอความร่วมมือ ร่วมแรงร่วมใจกันดำเนินงาน จึงจะบรรลุผลตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้

๒. ข้อจำกัดเกี่ยวกับโครงสร้างของอาคาร และการออกแบบการก่อสร้างอาคารโรงพยาบาล ควรได้รับการปรับปรุงจากส่วนกลางในการออกแบบอาคารเพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานอาคาร มาตรฐานห้องส้วมผู้พิการ ที่พักมูลฝอยติดเชื้อ ระบบบริการน้ำดื่มในโรงพยาบาล เพื่อที่โรงพยาบาลจะไม่ต้องเสียงบประมาณในการแก้ไขปรับปรุง สามารถนำงบประมาณไปใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN&CLEAN Hospital ได้ยิ่งขึ้น

๓. กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาการจัดสรรงบประมาณเพื่อการปรับปรุง โครงสร้างที่ไม่ผ่านมาตรฐาน เช่น โรงครัว ห้องส้วมผู้พิการ ที่พักขยะติดเชื้อ เป็นต้น

๔. ควรบูรณาเกณฑ์มาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้เข้ากับเกณฑ์มาตรฐาน HA โรงพยาบาล เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเสริมพลังในการพัฒนาโรงพยาบาล

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

จังหวัดอุบลราชธานี

การนำน้ำเสียที่ผ่านการบำบัดมาใช้รดน้ำต้นไม้ โดยการประยุกต์ใช้จักยานแทนเครื่องสูบน้ำทำให้ลดค่าไฟฟ้าและลดการใช้น้ำประปาได้ที่ โรงพยาบาลม่วงสามสิบ อ.ม่วงสามสิบ จ.อุบลราชธานี

จังหวัดยโสธร

กองทุนธนาคารขยะรีไซเคิล เงินที่ได้จากการกองทุน มีการนำมาใช้ในการพัฒนาโรงพยาบาลที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนและต่อเนื่องทุกปี ได้แก่ โรงพยาบาลยโสธร

จังหวัดอำนาจเจริญ

การนำน้ำเสียกลับมาใช้ประโยชน์ จำนวน ๒ แห่ง โรงพยาบาลอำนาจเจริญ และโรงพยาบาลหัวตะพาน

จังหวัดมุกดาหาร

โรงพยาบาลมุกดาหาร เลี้ยงไส้เดือนกำจัดขยะอินทรีย์ การทำน้ำหมักจากผลไม้รสเปรี้ยว ในการทำความสะอาดห้องน้ำ การทำดินปลูกจากขยะอินทรีย์และกากตะกอนบ่อบำบัด

ผู้รายงาน นางไฉไล ช่างดำ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

ประเด็นตรวจ MO ๑.๓ ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน

เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน

๒. สถานการณ์

ปีการศึกษา ๒๕๖๑ ภาคเรียนที่ ๒ (ต.ค.-ม.ค.๖๑) จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญและมุกดาหารมีเด็กนักเรียนอายุ ๖-๑๔ ปีทั้งหมด ๓๙๕,๙๗๑ คน (จากระบบจัดเก็บข้อมูลนักเรียนรายบุคคลกระทรวงศึกษา : Data Management Center ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐) เด็กนักเรียนอายุ ๖ - ๑๔ ปีในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงจำนวน ๓๐๑,๒๘๓ คน ครอบคลุมร้อยละ ๗๖.๐๙ จากการประมวลผลในระบบ HDC ณ วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๑ พบว่าเด็กนักเรียนอายุ ๖ - ๑๔ ปีในเขตสุขภาพที่ ๑๐ สูงดีสมส่วนร้อยละ ๖๘.๖๓ (เป้าหมายร้อยละ ๖๘) ผอม ร้อยละ ๔.๔๔ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๕) เริ่มอ้วน และอ้วน ร้อยละ ๗.๖๖ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ๑๐) เตี้ย ร้อยละ ๕.๘๙ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ๑๐) เมื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนอายุ ๖ - ๑๔ ปีในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ระหว่างภาคเรียนที่ ๑ และภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ พบว่า สูงดีสมส่วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาคเรียนที่ ๑ ร้อยละ ๖๖.๐๘ ภาคเรียนที่ ๒ ร้อยละ ๖๘.๖๓) ผอม,เริ่มอ้วนและอ้วนมีแนวโน้มลดลง (ภาคเรียนที่ ๑ ผอม ร้อยละ ๕.๗๑ ภาคเรียนที่ ๒ ร้อยละ ๔.๔๔) เริ่มอ้วนและอ้วน (ภาคเรียนที่ ๑ ร้อยละ ๘.๖๒ ภาคเรียนที่ ๒ ร้อยละ ๗.๖๖) เตี้ย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น(ภาคเรียนที่ ๑ ร้อยละ ๕.๗๐ ภาคเรียนที่ ๒ ร้อยละ ๕.๘๙ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ ภาคเรียนที่ ๒ (ต.ค.-ม.ค.๖๑) จากการประมวลผลในระบบ HDC ณ วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๑ พบว่า จังหวัดที่มีการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กนักเรียนอายุ ๖ - ๑๔ ปีโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงได้ครอบคลุมมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดอำนาจเจริญ รองลงมา ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ อุบลราชธานี ยโสธรและมุกดาหาร ร้อยละ ๘๘.๓๒ , ๘๑.๘๔ , ๗๗.๐๑ , ๗๒.๙๓ และ ๔๒.๙๕ ตามลำดับ จังหวัดที่มีเด็กนักเรียนอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน มากที่สุด ได้แก่ จังหวัดอำนาจเจริญ รองลงมาได้แก่ จังหวัดยโสธร ศรีสะเกษ มุกดาหาร และอุบลราชธานี ร้อยละ ๗๖.๗๗ , ๗๓.๕๓, ๖๙.๑๗ , ๖๕.๙๕ และ ๖๕.๔๔ ตามลำดับ จังหวัดที่มีเด็กผอม มากที่สุด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี รองลงมาได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร ศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญ ร้อยละ ๕.๑๓ ,๔.๖๘ , ๔.๒๓ ,๓.๒๘ ,๓.๒๘ ตามลำดับ จังหวัดที่มีเด็กเริ่มอ้วนและอ้วน มากที่สุด ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร รองลงมาได้แก่ จังหวัดยโสธร อุบลราชธานี ศรีสะเกษ และอำนาจเจริญ ร้อยละ ๘.๙๒ ,๗.๙๑ ,๗.๗๙ ,๗.๕๐ ,๖.๗๒ ตามลำดับ จังหวัดที่มีเด็กเตี้ยมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร รองลงมา ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญ ร้อยละ ๘.๑๗ ,๖.๙๒ ,๕.๙๔ ,๓.๔๗ ,๒.๖๑ ตามลำดับ จากการลงเยี่ยมโรงเรียนในพื้นที่ส่วนใหญ่ พบว่า การใช้เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการยังไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน (การวัดส่วนสูง), เครื่องมือที่ใช้ในการวัดสเกลไม่ละเอียด, ไม่คืนข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กนักเรียนให้โรงเรียน เมื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนระหว่างภาคเรียนที่ ๑ และภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ พบว่า ภาคเรียนที่ ๒ เด็กนักเรียนมีภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ย เริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มมากขึ้น) และโรงเรียนยังไม่ได้นำข้อมูลจากการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการมาวางแผนในการจัดอาหารกลางวันสำหรับเด็กนักเรียน

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

- การคัดกรองเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง obesity sign และเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งต่อสถานบริการสาธารณสุข

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ
๑.มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ ทักษะ และแนวทางการส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนและการแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงครูในโรงเรียนกลุ่มเป้าหมาย	-เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเยี่ยมชมติดตามเสริมพลังแบบ Coachingหรือเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ครูในโรงเรียนกลุ่มเป้าหมาย	
๒.การนำเข้าข้อมูลในระบบHDCยังไม่ครอบคลุมขาดการวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม	-เร่งรัดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำเข้าข้อมูลให้ทันเวลา ถูกต้อง ครบถ้วน -ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลการเจริญเติบโต และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน รวมถึงชุมชนและผู้ปกครอง	
๓.จังหวัดส่วนใหญ่ ยังไม่ได้ดำเนินการคัดกรอง/ส่งต่อเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงและขาดโครงการแก้ไขปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง	-ควรมีการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาลูกอ้วนกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย	-ประสานสำนักโภชนาการ กรมอนามัยในการบูรณาการงานแก้ไขปัญหาลูกอ้วนกลุ่มเสี่ยงในคลินิกDPAC

๕ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- Cluster ้วยเรียน กรมอนามัย ควรมีการประสานความร่วมมือในการจัดทำแนวทางการส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนและการแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ

ผู้รายงาน นางประไพ เจริญผล
ตำแหน่ง นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ MO ๑.๖ ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการ เฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหา
โรคพยาธิ ไบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิไบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๒. สถานการณ์

การติดเชื้อพยาธิไบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข จากการสำรวจเฝ้าระวังโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.๒๕๒๔, ๒๕๓๔, ๒๕๓๙ และ ๒๕๔๔ พบอัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิลำไส้ รวมทั้งพยาธิไบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๗, ๔๑.๗, ๓๕.๐ และ ๒๒.๕ โดยพบโรคหนอนพยาธิมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๒๖ และพบอัตราติดเชื้อพยาธิไบไม้ตับสูงถึงร้อยละ ๒๐.๘ โดยมีอัตราความชุกสูงแตกต่างกันตั้งแต่ ๑๐.๔ - ๔๑.๙ % มีจำนวน ถึง ๑๓ จังหวัด จังหวัดนครพนมมีความชุกสูงที่สุดคือ ๔๑.๙ % รองลงมา ได้แก่ ศรีสะเกษ ๓๙.๗ % อำนาจเจริญ ๓๘.๒ % กาฬสินธุ์ ๓๐.๐ % มุกดาหาร ๒๘.๒ % บุรีรัมย์ ๒๔.๒ % สุรินทร์ ๒๓.๐ % ร้อยเอ็ด ๒๑.๙ % ยโสธร ๒๑.๖ % หนองบัวลำภู ๒๐.๖ % สกลนคร ๒๐.๔ % อุบลราชธานี ๑๙.๘ % และจังหวัดชัยภูมิ ๑๙.๔ % จากการวิเคราะห์พื้นที่พบบางหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราชุกของโรคพยาธิไบไม้ตับสูงมาก ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร สภาพพื้นที่ติดกับแหล่งน้ำธรรมชาติ ตลอดจนวิถีชีวิตสอดคล้องกับแหล่งที่อยู่อาศัย ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานีได้จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาโรคหนอนพยาธิไบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีภายใต้โครงการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ ๗๐ ปี ในปีพุทธศักราช ๒๕๕๙ พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษาตลอดจนในปีพุทธศักราช ๒๕๖๐ โดยมีเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิไบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างครบวงจรและบูรณาการตาม ๕ มาตรการ ดังต่อไปนี้

มาตรการที่ ๑ การจัดการสิ่งแวดล้อม ปลาปลอดพยาธิ คน ปลอดภัย : ตำบลจัดการสุขภาพ

มาตรการที่ ๒ การควบคุมพยาธิไบไม้ตับ : ตรวจค้นหาการติดเชื้อเพื่อนำสู่การรักษา

มาตรการที่ ๓ การวินิจฉัยรักษามะเร็งท่อน้ำดี: ตรวจคัดกรอง/รักษาตามชนิดของ CA

มาตรการที่ ๔ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน: ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม รพ./ชุมชน

มาตรการที่ ๕ การบริหารจัดการการสนับสนุน : จัดทำแผนยุทธศาสตร์ /สื่อสารความเสี่ยง

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ มีพื้นที่เป้าหมาย รวม ๕ จังหวัด ๒๑ อำเภอ ๒๔ ตำบล ผลการตรวจอูจจาาระทั้งหมด ๒๓,๗๑๕ ราย ติดเชื้อพยาธิไบไม้ตับ ๓๐๐ ราย คิดเป็นอัตราการติดเชื้อ ๖.๗% ได้รับการรักษา ๑๐๐% โดยพบอัตราการติดเชื้อสูงสุดที่จังหวัดศรีสะเกษ มุกดาหาร ยโสธร อุบลราชธานี และอำนาจเจริญ ร้อยละ ๑๖.๕, ๑๐.๘, ๕.๐, ๔.๐ และ ๑.๔ ตามลำดับ

สำหรับการตรวจคัดกรอง Ultrasound CCA ปี ๒๕๖๐ ในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย จำนวน ๒๕,๐๐๐ ราย จังหวัดละ ๕,๐๐๐ สามารถดำเนินการตรวจอัลตราซาวด์ได้ ๒๗,๖๙๘ ราย โดยตรวจพบความผิดปกติ ๑๓,๕๗๔ ราย, สงสัย CCA ๒๐๖ (๑.๕%) CT/MRI ๒ ราย, ไม่พบมะเร็ง

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

- กล้องจุลทรรศน์ที่ใช้ตรวจพยาธิส่วนใหญ่ชำรุด ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานตรวจคัดกรองอุจจาระ
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำได้ค่อนข้างยากเนื่องจากวัฒนธรรมอาหารและการบริโภคในพื้นที่
- ขาดการสื่อสาร การวางแผนงาน การประสานกิจกรรมที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑. การบังคับใช้ข้อบังคับจัดการสิ่งปฏิกูล ลดการแพร่กระจายเชื้อในสิ่งแวดล้อมยังไม่เป็นรูปธรรม
๒. ความครอบคลุมบางมาตรการยังต่ำ เช่นการคัดกรอง U/S CCA
๓. ระบบข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรมIsan cohort ยังไม่สมบูรณ์ การบันทึกข้อมูลมีความซับซ้อน เอกสารไม่

ครบถ้วน

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๑. มีแนวทางขับเคลื่อนผ่านเวทีผู้บริหารในจังหวัดกำหนดให้มีบ่อ กระจายเก็บอุจจาระจากรถดูดสวม แต่ละอำเภอ

๒. เร่งการวางแผนดำเนินการในพื้นที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน/ผู้เชี่ยวชาญ

๓. ประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงและการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน

๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๑. การประสานขอความร่วมมือขับเคลื่อนผ่านผู้บริหารเชิงนโยบายในระดับกระทรวง/กรมที่เกี่ยวข้อง
๒. การกำกับติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ
๓. กำกับติดตามความก้าวหน้าการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ควรมีการประสานเชิงนโยบายระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องระดับกระทรวง เพื่อขับเคลื่อนมาตรการที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ข้อบัญญัติการจัดการสิ่งแวดล้อมการก่อสร้างบ่อกระจายอุจจาระสำหรับรถดูดสวม

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. การขยายผล “การสอนหลักสูตรOVCCA ในโรงเรียน” ให้ครูโรงเรียนประถมศึกษาทุกแห่ง

๒. ความร่วมมือสนับสนุนระหว่าง ตำบล – อำเภอในการร่วมทีมตรวจอุจจาระช่วยกันเพื่อแก้ไขปัญหาบุคลากรที่เชี่ยวชาญและอุปกรณ์ที่ขาดแคลน

๓. การวางแผนดำเนินงานและพัฒนางานในระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบตามมาตรการ; แผนงานนโยบาย งบประมาณ, คน, อุปกรณ์ ,เครือข่าย และ ชุมชน

๔. ในพื้นที่มีต้นแบบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม การสร้างบ่อกระจายเก็บอุจจาระจากรถดูดสวม ๒ แห่ง (ใน ต.ลุ่มพุก อ.คำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร และ อ.วังหิน จ.ศรีสะเกษ)

ผู้รายงาน นายพีเชษฐบูรณ์ พูลผล
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ MO ๑.๗ ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ ๓๐ - ๔๔ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
เขตสุขภาพ เขต ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน อายุ ๓๐ - ๔๔ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ (เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๕)

๒. สถานการณ์

ประชาชนวัยทำงาน อายุ ๓๐ - ๔๔ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๕๐.๘๘ สถานการณ์ในภาพรวมระดับประเทศ ร้อยละ ๕๑.๘๓ เมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่ประชาชนวัยทำงาน อายุ ๓๐ - ๔๔ ปี มีดัชนีมวลกายปกติผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัด คือ จังหวัดอำนาจเจริญ ร้อยละ ๖๑.๕๕ และอีก ๔ จังหวัดยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ฯ ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร และจังหวัดมุกดาหาร คือ ร้อยละ ๕๐.๙๓ ร้อยละ ๔๖.๘๒ ร้อยละ ๕๐.๐๓ ร้อยละ ๕๒.๖๖ ตามลำดับ (จากระบบฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๑)

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

๓.๑ การกำหนดนโยบาย การสื่อสาร และการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานอายุ ๓๐ - ๔๔ ปี เพื่อให้มีดัชนีมวลกายปกติ ไปสู่การปฏิบัติ

๓.๒ การกำกับ และติดตามการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานอายุ ๓๐ - ๔๔ ปี ในพื้นที่

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
(๑) การกำหนดนโยบาย การสื่อสาร และการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานอายุ ๓๐ - ๔๔ ปี เพื่อให้มีดัชนีมวลกายปกติ ไปสู่การปฏิบัติ ยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด	- ทบทวนการขับเคลื่อนนโยบายแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน การสื่อสารนโยบายลงสู่พื้นที่และการเฝ้าระวังปัญหาโรคเมตาบอลิกในประชาชนวัยทำงาน - ควรมีแผนงาน/โครงการในระดับจังหวัดและอำเภอที่เป็นรูปธรรม	-
(๒) การกำกับ และติดตามการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัย	- ควรมีแผนการกำกับและติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ต่อเนื่อง	-

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับ ตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ทำงานอายุ ๓๐ - ๔๔ ปี ในพื้นที่ยัง ไม่มีแผนงาน/แผนปฏิบัติการที่ ชัดเจน		

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางสาวสิริพินท์ ศิริโสภภาพงษ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ MO ๑.๘ ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก

๒. สถานการณ์

ข้อมูลจากการคาดการณ์ด้วย AEM : AIDS Epidemic Model ปี ๒๕๕๙ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ประมาณ ๔๕๐,๐๐๐ คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ (New infection) ๖,๕๐๐ ราย เป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๗๓ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ เหลือไม่เกินปีละ ๑,๐๐๐ ราย และลดการเสียชีวิตรายใหม่เหลือไม่เกินปีละ ๔,๐๐๐ ราย และลดทัศนคติการตีตราและเลือกปฏิบัติของประชาชนในสังคม ลงเหลือไม่เกินร้อยละ ๕๐ จากข้อมูลคาดการณ์ผู้ติดเชื้อรายใหม่ เขตตรวจสุขภาพที่ ๑๐ ในปี ๒๕๖๑ คาดว่ามีจำนวน ๑๕๙ ราย แบ่งเป็น จังหวัดอุบลราชธานี ๕๕ ราย จังหวัดศรีสะเกษ ๔๔ ราย จังหวัดยโสธร ๓๐ ราย จังหวัดอำนาจเจริญ ๑๓ ราย และจังหวัดมุกดาหาร ๑๗ ราย

กลุ่มเป้าหมายที่มุ่งเน้นในการดำเนินงาน คือ กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM/TG) พนักงานบริการ (FSW/MSW) ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (PWID) และคู่ของกลุ่มประชากรหลัก โดยใช้ กลยุทธ์ที่สำคัญ คือการทำให้ผู้ติดเชื้อทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่นซึ่งมาตรการที่ใช้ในการดำเนินงานคือ Reach Recruit Test Treat Retain (R-R-T-T-R) โดยเชื่อมระบบบริการให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการที่ต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงานความครอบคลุมของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันฯเชิงรุก(รวมทุกแหล่งทุน) ภาพรวมประเทศ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ที่ผ่านมา ร้อยละ ๔๒ ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๘๕) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ร้อยละ ๓๐.๖๖ ต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๘๗) ระดับเขต ภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ ๘.๘๔ ภาพรวมจังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ ๕.๗๓ จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ ๑๑.๑๓ จังหวัดยโสธร ร้อยละ ๔.๕ จังหวัดอำนาจเจริญ ร้อยละ ๒๕ และจังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ ๑๕.๓๗ (ข้อมูลจาก RTCM ณ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑)

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

มีการกำหนดเป้าหมายการเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกภาพรวมจังหวัด ยังขาดการแบ่งเป้าหมายที่ถูกต้องให้ รพช. ทุกแห่งในระดับอำเภอ และอยู่ระหว่างหน่วยบริการ (รพช.) เขียนโครงการเสนอของบประมาณจาก สปสช.

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

๓.๑ ขาดแกนนำในการดำเนินงานค้นหากลุ่มเป้าหมายและการจัดทำแผนที่ชุมชน (Mapping) จุบรวมตัว ในการจัดบริการป้องกันเชิงรุกในระดับชุมชน รวมถึงบุคลากรยังขาดทักษะการดำเนินงานร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย

๓.๒ งบประมาณจาก สปสช. ถ่าช้า ส่งผลต่อผลการดำเนินงาน การเขียนแผนงานโครงการไม่ครอบคลุมการจัดบริการตามชุดแพคเกจ

๓.๓ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ยังขาดความเข้าใจในการลงข้อมูลผ่านโปรแกรมรายงาน RTCM และ RIHIS VCT-STI เป็นเหตุให้ข้อมูลที่ได้ไม่ถูกต้อง ต่ำกว่าความเป็นจริง ไม่ครบถ้วน ทันเวลา นอกจากนี้โปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลไม่มีความเสถียร

๓.๔ ขาดการให้บริการการตรวจ STI ใน รพท. รพช. บางแห่ง โดยเฉพาะใน รพท. ควรจัดให้มีบริการ STI ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย

๓.๕ การกระจายงบประมาณการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมอำเภอเป้าหมาย ภายใต้การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ผลการดำเนินงานประกอบ

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑. ขาดแกนนำในการดำเนินงานค้นหากลุ่มเป้าหมายและการ Mapping จุฬารวมตัว

๒. ขาดการให้บริการการตรวจSTIตามชุดสิทธิประโยชน์ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย

๓. ความถูกต้องครบถ้วน ของข้อมูลในโปรแกรม RTCM

๔. ขาดความครอบคลุมการกระจายงบประมาณการดำเนินงานตามมาตรการ RRTTR

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๑. สร้างแกนนำ กลุ่ม MSM FSW เพื่อช่วย Mapping จุฬารวมตัวของกลุ่มเป้าหมาย จุด Hot Spot (การคิดจำนวน ปชก. กลุ่มเป้าหมายอ้างอิงจากสำนักกระบาดวิทยา)

๒. พัฒนาการให้บริการคลินิก STI ในรพท. รพช. เพื่อให้สามารถตรวจวินิจฉัยโรค STI ในกลุ่มปชก. เป้าหมาย (ชุมชนเป็นต้นแบบ)

๓. ติดตามความก้าวหน้าโปรแกรม RTCM+,จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการใช้งานโปรแกรม

๔. กระจายงบประมาณการดำเนินงานให้ครอบคลุมอำเภอเป้าหมาย ภายใต้การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ผลการดำเนินงานประกอบ

๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๑. พัฒนาการจัดทำ Mapping

๒. ติดตามความก้าวหน้าโปรแกรม RTCM+,จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการใช้ข้อมูลในระบบ RTCM+และ NAP Web Programe ในวันที่ ๑๙ - ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๑

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

มี Best Practice ระดับประเทศ

- รพ.ชุมชน ได้รับการยกย่องเชิดชูเกียรติเป็นหน่วยงานที่ผ่านการประเมินการรับรองเฉพาะโรคด้านHIV/STI ประจำปี ๒๕๕๙

- รพ.ชุมชน ได้รับรางวัลชนะเลิศการประกวดองค์กรห่วงใยใส่ใจป้องกันเอดส์ในที่ทำงาน ระดับประเทศ ปี ๒๕๕๙

- รูปแบบการดำเนินโครงการเชิงประสิทธิผล(สวน.) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มประชากรชายรักชาย ในตำบลดงเย็น อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

ผู้รายงาน นางสาวพัชฌณ เจริญนาวิ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ MO ๑.๑๑ ร้อยละของสถานพยาบาลและสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์
มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

๒. สถานการณ์

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้บังคับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ จำนวน ๑,๑๙๗ แห่ง แบ่งออกเป็นสถานพยาบาลประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล) จำนวน ๘ แห่ง และสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) จำนวน ๑,๑๘๙ แห่ง สำหรับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ที่อยู่ภายใต้บังคับของพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการ จำนวน ๙๔ แห่ง จำแนกเป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทนวดเพื่อสุขภาพ จำนวน ๘๙ แห่ง และเป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทสปาเพื่อสุขภาพ จำนวน ๕ แห่ง

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

๑. แนวทางปฏิบัติการดำเนินงานขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการและผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพขาดความชัดเจน ทำให้ส่วนภูมิภาคดำเนินงานทางทะเบียนได้ล่าช้า
๒. การกำหนดแบบตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลไม่ชัดเจนและปรับเปลี่ยนบ่อยทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติและผู้ประกอบการเกิดการสับสน
๓. การตรวจประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลมีข้อจำกัดด้านห้วงเวลา เนื่องจากสถานพยาบาล (คลินิก) โดยส่วนใหญ่เปิดดำเนินการนอกเวลาราชการ ทำให้พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่สามารถทำการตรวจประเมินมาตรฐานได้อย่างครอบคลุมพื้นที่ได้
๔. การควบคุม กำกับ หรือการอนุญาต สถานพยาบาลเกิดการชะงักเนื่องจากคณะกรรมการสถานพยาบาลระดับจังหวัดหมดวาระโดยผลของกฎหมาย
๕. ผู้ปฏิบัติขาดความรู้และทักษะในการตรวจประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลเอกชน (คลินิก)

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๔.๑.๑ ตามที่มี กฎหมาย ระเบียบ วิธีปฏิบัติ แก้ไขและเพิ่มเติมประเด็นใหม่ๆ ทำให้เจ้าหน้าที่และผู้ประกอบ กิจการ เกิดการสับสน จึงควรมีการจัดพัฒนาศักยภาพและให้ความรู้แนวทางที่ถูกต้องแก่ผู้รับผิดชอบ งาน รวมทั้งผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องทุกเขต/จังหวัดและเพื่อลดความแตกต่าง ในการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่

๔.๑.๒ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเร่งรัดให้มีการบังคับใช้กฎหมายในลำดับรองของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ในเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าธรรมเนียมในการอนุญาตโฆษณาสถานพยาบาล

๔.๑.๓ บุคลากรไม่เพียงพอ เนื่องจากภาระงานเพิ่มจากการที่ได้รับมอบอำนาจให้เป็นผู้อนุญาต และควบคุมกำกับ สำหรับผู้ประกอบการ ผู้ดำเนินการ ผู้ให้บริการ ตาม พรบ.สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ และได้รับมอบอำนาจให้เป็นผู้อนุญาต และควบคุมกำกับ การจัดการโฆษณา สถานพยาบาล ตาม พรบ.สถานพยาบาล

๔.๑.๔ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรมอบหมายให้มีบุคคล (หรือทีม) เป็นเจ้าภาพในการให้คำแนะนำ คำปรึกษาหรือตอบข้อกฎหมายและข้อเท็จจริง ในทุก พรบ.หรือทุกกฎหมายในลำดับรอง ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพรับผิดชอบ และสามารถให้คำปรึกษาทุกช่องทางการสื่อสารที่กรมกำหนด

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ได้ดำเนินการสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการจากสถานพยาบาลเอกชนประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ในประเด็นด้านมาตรฐานสถานที่ ด้านมาตรฐานการบริการ ด้านมาตรฐานการรักษา เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวโน้มของมาตรฐานสถานพยาบาลเอกชนในมุมมองของผู้ใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการส่งเสริม สนับสนุน ควบคุม กำกับสถานพยาบาลในอนาคต

ผู้รายงาน นายทวีศักดิ์ ยิงรุ่งโรจน์
ตำแหน่ง นายช่างไฟฟ้าชำนาญงาน

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ MO ๑.๑๒ ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
อย่างบูรณาการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๒. สถานการณ์

จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีจำนวน ๕ จังหวัด ได้แก่ มุกดาหาร อานาจเจริญ ยโสธร อุบลราชธานี และ ศรีสะเกษ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีจังหวัดที่เป็นค่าเป้าหมายพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ รวมทั้งสิ้น ๕ จังหวัด จำแนกเป็น

๑) พื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสารเคมีและสารอันตราย ในประเด็นพื้นที่ที่มีปัญหาขยะ จำนวน ๒ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร และอุบลราชธานี

๒) พื้นที่คาดว่าจะเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในประเด็นพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ จำนวน ๑ จังหวัด ได้แก่จังหวัดมุกดาหาร

๓) พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน ๕ จังหวัด ได้แก่ มุกดาหาร อานาจเจริญ ยโสธร อุบลราชธานี และศรีสะเกษ

โดยในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้ดำเนินการด้วยระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ โดยทั้ง ๕ จังหวัดมีแผนการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ แต่ทั้ง ๕ จังหวัด ยังมีการดำเนินงานไม่ผ่านตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน เนื่องจาก

๑) ไม่มีการพัฒนาระบบข้อมูล สถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร อานาจเจริญ ยโสธร ศรีสะเกษ

๒) ไม่มีการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุข ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร อานาจเจริญ ยโสธร อุบลราชธานี

๓) การพัฒนาตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพฯ ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕๐ ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร อานาจเจริญ อุบลราชธานี

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

๓.๑ การพัฒนาฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ พบปัญหาไม่มีการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS เนื่องจากขาดการติดตามการบันทึกข้อมูล และ ไม่สามารถบังคับให้ อปท. บันทึกข้อมูลได้

๓.๒ การขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) พบปัญหาขาดความเข้าใจในหลักการการสรรหาและแต่งตั้งคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แทนภาคประชาชน จึงทำให้การประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขล่าช้า

๓.๓ การพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย พบว่ายังขาดการรวบรวมข้อมูลจำนวนสถานบริการสาธารณสุข เอกชน คลินิก และสถานพยาบาลสัตว์ รวมถึงปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

๓.๔ พื้นที่ขาดความเข้าใจในการรายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่าน ระบบ online ทำให้ผลการดำเนินงานไม่เป็นปัจจุบัน

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑.จังหวัดมุกดาหาร อำนาจเจริญ ยโสธร ศรีสะเกษ มีปัญหาในการจัดทำฐานข้อมูลในระบบ NEHIS เนื่องจากขาดการติดตาม และไม่สามารบบังคับให้ อปท. นำเข้าข้อมูลในระบบ NEHIS	๑. สสจ. ควรส่งเสริมให้ รพ. และ อปท. จัดทำฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านระบบ NEHIS ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ๒. กำหนดกลไกหรือมาตรการเพื่อติดตามผลการดำเนินงานฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านระบบ NEHIS ๓. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน คสจ.	
๒. จังหวัดมุกดาหาร อำนาจเจริญ ยโสธร ศรีสะเกษ และอุบลราชธานี มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ครอบคลุมทุกประเภทสถานบริการ ทำให้ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องทั้งหมด	สสจ. ควรดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ครอบคลุมทุกแหล่งกำเนิด	
๓.จังหวัดมุกดาหาร อำนาจเจริญ ยโสธร และอุบลราชธานี มีปัญหาการดำเนินงาน คสจ. เนื่องจากขาดความเข้าใจในกระบวนการสรรหาและแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ได้แก่ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แทนจากภาคประชาชนและผู้แทนเทศบาล และ อบต. จึงส่งผลให้การประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดล่าช้า	สสจ. ควรเร่งดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แทนจากภาคประชาชนและดำเนินการประชุม คสจ. เพื่อจะได้ช่วยขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของจังหวัด	

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
<p>๔. จังหวัดอำนาจเจริญ อุบลราชธานี มุกดาหาร มีผลการดำเนินงานการสนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนไม่ผ่านค่าเป้าหมาย โดยมีผลการดำเนินงานดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - อำนาจเจริญ ร้อยละ ๓๘.๓๘ - มุกดาหาร ร้อยละ ๒๕.๘๓ - อุบลราชธานี ร้อยละ ๑๑.๔๖ <p>นอกจากนี้ ยังพบปัญหาเรื่องพื้นที่ไม่เข้าใจในการรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบ online ทำให้ผลการดำเนินงานไม่เป็นปัจจุบัน</p>	<p>๑. สสจ. ควรทำความเข้าใจเรื่องระบบรายงานผลการดำเนินงานกับ สสอ. เพื่อให้ข้อมูลถูกต้องและเป็นปัจจุบัน</p> <p>๒. สสจ. ควรขับเคลื่อนการพัฒนาตำบลจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนผ่านกลไก คสจ. และ พชอ.</p>	

๕.นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

กรมอนามัยควรมีการปรับปรุงโปรแกรมฐานข้อมูล NEHIS ให้ง่ายและสะดวกต่อการใช้งานและข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรมไม่ควรที่จะมากเพราะเป็นการสร้างภาระให้กับผู้ใช้โปรแกรม และเชื่อมโยงฐานข้อมูลกับฐานข้อมูลอื่นที่มีการเก็บข้อมูลประเภทเดียวกัน เช่น ฐานข้อมูลมูลฝอยของ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (สถ.) เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการจัดทำฐานข้อมูล

ผู้รายงาน นายนิสิต อินลี
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

คณะที่ ๒

การพัฒนาระบบบริการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ INS ๒.๒ การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ
One Day Surgery เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

๒. สถานการณ์

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) และการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally Invasive Surgery : MIS) เป็นนโยบายในเรื่องการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่กรมการแพทย์ มุ่งเน้นและให้ความสำคัญ เพื่อพัฒนาสุขภาพให้ประชาชนไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” และเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้รับทราบนโยบายโดยมีโรงพยาบาลในเขต สัมครเข้าร่วมโครงการและดำเนินงานโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day surgery) จังหวัดอุบลราชธานี โดยโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้ดำเนินการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในผู้ป่วยบางกลุ่มโรค ขึ้นกับศัลยแพทย์ จากสถิติข้อมูล การผ่าตัด ๑๒ หัตถการ ตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนดนั้น ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ดำเนินการได้ เพียง ร้อยละ ๗ และปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ดำเนินการได้ ร้อยละ ๓ ของการผ่าตัดทั้งหมด ใน ๑๒ หัตถการ และ โรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษ ที่เข้าร่วมโครงการ ๓ แห่งผ่านการประเมินจากคณะกรรมการตรวจรับรองในวันที่ ๒ ก.พ. ๒๕๖๑ จำนวน ๒ แห่งดังนี้ ๑.โรงพยาบาลระดับ A ได้แก่ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ๒.โรงพยาบาลระดับ M๑ ได้แก่ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ส่วนโรงพยาบาลระดับ M ๒ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนร้อยเอ็ดในระหว่างประเมินโดยให้โรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นที่ปรึกษาเนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม จังหวัดมุกดาหาร โดยโรงพยาบาลมุกดาหารมีปริมาณผู้รับการผ่าตัดจำนวนมาก ทำให้ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดนาน และมีอัตราการรอคอยถึงร้อยละ ๑๒๘ ส่วนจังหวัดอำนาจเจริญกำลังดำเนินการจัดตั้งทีมและศูนย์ One Day Surgery และจะขอรับการประเมินจากผู้แทนเขตโดยวางแผนขอทำ ๔ หัตถการคือ ๑. Hernia Procedure, ๒. Anal Procedure, ๓. Testis Procedure, ๔. Vaginal Procedure และจังหวัดยโสธร ได้มีการดำเนินการผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็น ผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง หรือการผ่าตัดแบบ Same Day Surgery ตั้งแต่เดือนกันยายน ๒๕๕๔ โดยโรงพยาบาลยโสธรซึ่งมีเจตจำนงเพื่อลดจำนวนวันนอนในผู้ป่วยศัลยกรรมบางรายลง เพื่อนำไปสู่การลด ค่าใช้จ่ายต้นทุนโดยภาพรวมของการให้บริการด้านการผ่าตัด และลดความแออัดของผู้ป่วยที่รอคิวผ่าตัด ใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดยโสธร มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery ร่วมกับกรมการแพทย์ จำนวน ๒ โรงพยาบาลคือ ๑. โรงพยาบาลยโสธร ระดับ S ๒. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เลิงนกทา ระดับ F๑ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ประเด็นในการดูแลรักษาในระบบบริการการผ่าตัดโดยเฉพาะการ ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) อยู่ในช่วงกำลังพัฒนาทุกขั้นตอน เพื่อลดความแออัด การรอคิวผ่าตัด ค่าใช้จ่ายในการรักษา คุณภาพและความปลอดภัยของการบริการ รวมถึงการพัฒนาด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้องใน ระบบบริการ

- ๓. สรุประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงาน ไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

จังหวัดอุบลราชธานี มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ODS ระดับเขต และระดับโรงพยาบาลจุดบริการที่ รพ. สรรพสิทธิประสงค์ คือ คลินิกวิสัญญีสรรพสิทธิ เป็น ศูนย์ one day surgery กำหนดผู้รับผิดชอบ จัดตั้งศูนย์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้าน one day surgery แต่ขาดทีมวิสัญญีไม่เพียงพอในการร่วมติดตามรพ.เครือข่าย

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- | | |
|---------------------------|--|
| จังหวัดอุบลราชธานี | - ทีมวิสัญญีไม่เพียงพอในการร่วมติดตามรพ.เครือข่าย
- ปัญหาการใช้เตียงร่วมกับหอผู้ป่วยใน
- ระบบการจัดเก็บข้อมูลยังไม่ครอบคลุมทั้งจังหวัด |
| จังหวัดศรีสะเกษ | - ขาดศัลยแพทย์
- ศัลยแพทย์เลือกผู้ป่วย ที่ไม่เข้า criteria มีความเข้าใจในโครงการODSที่แตกต่างกัน |
| จังหวัดยโสธร | - สถานที่รองรับผู้ป่วย
- ระบบการจัดเก็บข้อมูลยังไม่มีความชัดเจน ระบบการส่งต่อข้อมูล |
| จังหวัดมุกดาหาร | - กรณีเกิดปัญหาหลังรับการผ่าตัดเมื่อกลับไปที่บ้าน |
| จังหวัดอำนาจเจริญ | - ปัญหาการใช้เตียงร่วมกับหอผู้ป่วยใน ระบบการจัดเก็บข้อมูลยังไม่มีความชัดเจน |

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- Shared Resource ภายในจังหวัด (ทีมวิสัญญี)
- วางแผนบริหารจัดการเตียงภายในรพ.เครือข่าย
- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลแบบ Running number
- แשרศัลยแพทย์ในจังหวัด
- พัฒนา รพ.ที่มีศักยภาพ(รพ.ราชสีไล สติแพทย์๑/ศัลยแพทย์๑)
- วางแผนบริหารจัดการสถานที่ดำเนินการ และเตียงภายในรพ.เพื่อรองรับการดำเนินการ
- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล
- ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือในการรับกลับมาดูแลรักษาต่อในรพ.
- วางแผนบริหารจัดการเตียงภายในรพ.เครือข่าย

๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

- รับประสานงานเรื่องแนวทางการเบิก E- claim ในกลุ่มโรค Vaginal bleeding
- รวบรวมปัญหาและอุปสรรคที่พบเสนอส่วนกลางเพื่อจัดทำแนวทางเสนอแนะที่เหมาะสมต่อไป

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ความช่วยเหลือจากกรมการแพทย์จัดทำแนวทางเสนอแนะที่เหมาะสมกรณีเกิดปัญหาและอุปสรรคถ้าคนไข้มีปัญหาล้างจากการผ่าตัด

ผู้รายงาน นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขต ๑๐ กรมการแพทย์

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

ประเด็นตรวจ INS ๒.๓ การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เขตสุขภาพ เขต ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

๒. สถานการณ์

รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรค แผนงานวัณโรค ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของแต่ละจังหวัด ประกอบด้วย

๒.๑ สถานการณ์วัณโรคและผลการดำเนินงานตามแผนงานวัณโรค ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ องค์การอนามัยโลก คาดประมาณอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในประเทศไทยโดยใช้ผลการสำรวจความชุกวัณโรคพบว่าในปี ๒๕๕๗ มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ๑๒๐,๐๐๐ ราย หรือคิดเป็น ๑๗๑ ต่อประชากรแสนคน อัตราการค้นพบประเทศร้อยละ ๕๙ ผลสำเร็จการรักษาร้อยละ ๘๑ เขตสุขภาพที่ ๑๐ สิ้นปีงบประมาณ ๒๕๕๕ - ๒๕๖๐ พบผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ๔,๘๕๖, ๔,๓๖๐, ๔,๕๓๓, ๔,๓๗๐, ๔,๘๘๐ และ ๕,๓๘๙ ราย ตามลำดับ อัตราการค้นพบปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๗๒ อัตราการรักษาสำเร็จปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๘๖.๙๙ อัตราการเสียชีวิตร้อยละ ๘.๑๒ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคอื่นร่วม เช่น ภาวะเบาหวาน การติดเชื้อ HIV ร่วม

๒.๒ สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต ขาดยาและการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคจากระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของแต่ละจังหวัดจากข้อมูลปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๑๐ อัตราการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ ๗๒ จากคาดประมาณการ อัตราการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อคัดกรองวัณโรคร้อยละ ๘๗ อัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ ๘๖.๙๙ อัตราการเสียชีวิตร้อยละ ๗ (ที่มา: Program TBCM ปีงบประมาณ ๒๕๖๐) จากข้อมูลข้างต้นพบว่าเขตสุขภาพที่ ๑๐ ยังพบปัญหาอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรคสูง เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดพบว่า ร้อยละ ๕๐ ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุมากกว่า ๖๕ ปีร่วมกับมีโรคร่วมเช่น DM, CKD และร้อยละ ๓๐ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเดียว โดยร้อยละ ๒๐ อายุต่ำกว่า ๖๕ ปี กลุ่มนี้มักพบโรคร่วมได้แก่ HIV ที่ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัส ปัญหาการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับอัตราการค้นพบผู้ป่วยในเขตยังต่ำ และกลุ่มผู้สูงอายุ และโรคเรื้อรังเบาหวาน เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีจำนวนมาก การคัดกรองส่วนใหญ่จะเป็นการสอบถามและสัมภาษณ์ ถ้าพบอาการผิดปกติจึงถ่ายภาพรังสีทรวงอกและเก็บเสมหะ การคัดกรองโดยถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกรายยังทำได้ไม่ครอบคลุม จึงทำให้เกิดการวินิจฉัยล่าช้า นอกจากนี้ในพื้นที่ยังพบปัญหาเรื่องการขาดการรักษา เกิดจากการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าไปทำงานในกรุงเทพฯ จึงทำให้ผู้ป่วยทำการรักษาไม่ครบ

๒.๓ มาตรการและวิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานมาตรการการลดโรควัณโรคในปี ๒๕๖๑ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของแต่ละจังหวัด อุบลราชธานี>>ผลการรักษาสำเร็จภาพจังหวัดยังไม่ผ่านเกณฑ์ พบอัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ ๙.๙ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้น มีผู้ป่วย XDR-TB ๑ คน ศรีสเกษ>>พบอัตราการเสียชีวิตสูงคิดเป็นร้อยละ ๘.๓๕ และยังมีอัตราขาดยาคิดเป็นร้อยละ ๑.๗๕ และพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้น มีผู้ป่วย XDR-TB ๑ คน ยโสธร>>ยังค้นหาผู้ป่วยได้น้อยกว่าคาดประมาณการณ์ อัตราการเสียชีวิตสูง แนวนวมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้น อำนาจเจริญ>>ยังค้นหาผู้ป่วยได้น้อย ยังพบอัตราการเสียชีวิตและขาดยาสูง และพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้นมีผู้ป่วย XDR-TB ๑ คน มุกดาหาร>>ยังค้นหาผู้ป่วยได้น้อย อัตราการเสียชีวิตสูง ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ ภาวะโรคที่รุนแรงทำให้เสียชีวิตในช่วงสองเดือนแรกของการรักษา

ร้อยละ ๘๐ และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ >๖๕ ปีคิดเป็นร้อยละ ๖๐ มีโรคร่วมอื่นคิดเป็นร้อยละ ๓๐ สรุปลงโดยรวมจะพบปัญหาอัตราการค้นหาผู้ป่วยยุงต่ำ อัตราการเสียชีวิตยังสูง ยังพบปัญหาการขาดยา และแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของ MDR-TB

๒.๔ มาตรการ แนวทาง แผนงาน และกิจกรรมสำคัญที่จะตอบสนองต่อการป้องกัน ควบคุมและลดปัญหา การเสียชีวิต การขาดยา พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษาวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีความสอดคล้องกับสถานการณ์วัณโรคของแต่ละพื้นที่ และความครอบคลุม ๓ มาตรการหลัก คือ ลดการ เสียชีวิต ลดการขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย โดยภาพรวมจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ดำเนินงานตามมาตรการดังนี้

๒.๔.๑ ด้านการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ให้พบโดยเร็ว เพื่อลดการเสียชีวิต และตัดวงจรการ แพร่กระจายในชุมชน โดยมีกิจกรรมดังนี้

- จัดกิจกรรม Kick off NOC –TB เขตและจังหวัด วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑
- เร่งรัดการค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และ Verbal screening ใน กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วย HIV ผู้ต้องขังเรือนจำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ Uncontrolled: HbA๑C ≥ 7 , FBS สูง ≥ 200 mg% และคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง (Verbal screening) ในรายที่มีอาการเข้าได้ให้เก็บเสมหะตื่นนอนตอนเช้าส่ง AFB/Molecular และส่งเอกซเรย์ในกลุ่ม ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี ผู้ป่วย เบาหวานรายเก่า และแรงงานต่างด้าว โดยใช้ Model ๔S ในการค้นหาผู้ป่วยได้แก่ ๔S: Survey การสำรวจกลุ่ม เสี่ยง screening คัดกรองด้วย CXR, Searching ค้นหาผู้ป่วย ในรายที่เอกซเรย์ผิดปกติส่งตรวจ AFB/Molecular, Summary สรุปผล

๒.๔.๒ เพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จ (Success rate $> 85\%$)

- ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรฐาน
- ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายมีบุคลากรสาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขกำกับการกินยา
- มีระบบรายงานการกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรคทุกรายผ่านระบบ Line และส่งภาพป้อนยาให้ สสจ.เพื่ออัปเดตลงใน Spot map (จังหวัดอำนาจเจริญและยโสธร)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีระบบออกกลุ่มเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคทุกเดือนๆ เพื่อติดตามการดูแล ผู้ป่วยด้วยระบบ DOTs
- ใช้ Model ๓C ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบองค์รวม ได้แก่ C๑: Client ดูแลแบบองค์รวม C๒: Care Team โดยทีมสหวิชาชีพ C๓: Community ต่อเนื่องและชุมชนมีส่วนร่วม

๒.๔.๓ ลดการเสียชีวิต และลดการขาดยา

- ใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.) สนับสนุนการทำงาน ในพื้นที่
- จัดให้มีผู้จัดการผู้ป่วยแต่ละราย (Case manager) ที่พร้อมให้การดูแล ติดตามอาการผู้ป่วย ต่อเนื่อง
- มีระบบรายงานการเยี่ยมบ้านและการกินยา ทุกสัปดาห์ โดยทีมสหวิชาชีพ
- พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลถึง รพ.สต. โดยใช้โปรแกรม TBCM online
- ใช้ Model ๒-๒-๒ ช่วยลดการขาดยาและเพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จ ได้แก่ ๒ วันแรกลงบันทึก ข้อมูลในโปรแกรม TBCM online ให้ครบถ้วนและส่งข้อมูลผู้ป่วยถึง รพ.สต. ๒ สัปดาห์แรกมีเจ้าหน้าที่กำกับกินยา ทุกวัน ๒ เดือนแรกต่อเนื่องและเข้มข้นถ้าเจ้าหน้าที่ไม่สามารถกำกับกินยาได้ทุกวัน มอบหมาย อสม.กำกับการ กินยา และเจ้าหน้าที่ลงเยี่ยมสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่รอบที่ ๑/๒๕๖๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐) เขตสุขภาพที่ ๑๐ จำนวน ๙๗๑ ราย (อุบลราชธานี ๓๓๙ ราย ศรีสะเกษ ๓๘๕ ราย ยโสธร ๑๓๓ ราย อำนาจเจริญ ๖๕ ราย มุกดาหาร ๖๙ ราย) เสียชีวิต ๔๓ คน (ที่มา : Program TBCM online ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๑) ในกลุ่มที่เสียชีวิต ๔๓ คน พบว่า อายุมากกว่าเท่ากับ ๖๕ ปี จำนวน ๒๓ คน (ร้อยละ ๕๓.๔๙) ในกลุ่มนี้มีโรคร่วม ๑๒ คน หรือร้อยละ ๕๒.๑๗ (โรคไต ๔ คน ปอดอักเสบ ๓ คน เบาหวาน ๓ คน มะเร็ง ๒ คน) และกลุ่มอายุต่ำกว่า ๖๕ ปี ๒๐ คน (ร้อยละ ๔๖.๕๑) ในกลุ่มนี้โรคร่วม ๑๓ คน หรือร้อยละ ๖๕ (HIV ๖ คน ไตวาย ๔ คน CA ๓ คน) โดยสรุป เสียชีวิตในกลุ่มสูงอายุเกิน ๖๕ ปี และมีโรคร่วม

ความก้าวหน้าและสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และกิจกรรมสำคัญ **มาตรการที่ ๑** ลดการเสียชีวิต>>จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้กำหนดเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงที่จะดำเนินการค้นหาวัณโรค ผลการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ดำเนินการคัดกรองได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ ๖๐ **มาตรการที่ ๒** ลดการขาดยา >>รอบ ๑/๒๕๖๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐) พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งจังหวัด จำนวน ๙๗๑ คน เสียชีวิตแล้ว ๓๒ คน กำกับการกินยาโดยเจ้าหน้าที่ร้อยละ ๕๖ กำกับการกินยาโดย อสม. ร้อยละ ๓๕ มี MDR-TB ๘ ราย และ XDR-TB ๑ ราย มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย>>

- ในกรณีที่มีผู้ป่วยประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม คณะกรรมการ พชอ. เข้าไปดูแลช่วยเหลือ
- โรงพยาบาลทุกแห่งใช้โปรแกรม TBCM online สามารถติดตามสถานการณ์โรคแบบ Real time
- เขตและจังหวัดติดตามการกำกับการกินยาและดูแลผู้ป่วยผ่าน Spot map
- ให้จังหวัดใช้ประโยชน์จากคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรคแห่งชาติ (NOC-TB)

ปัญหาอุปสรรคและช่องว่าง ในการดำเนินงาน ในพื้นที่รับผิดชอบ โดยภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๐ ยังพบปัญหา

๑) อัตราการค้นหาผู้ป่วยต่ำกว่าค่าประมาณการ ความครอบคลุมร้อยละ ๗๒ ของผู้ป่วยคาดประมาณการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มเสี่ยงส่วนหนึ่งได้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้สูงอายุ อัตราความครอบคลุมการคัดกรองด้วย CXR ยังต่ำ ด้วยข้อจำกัดเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากและภาระงานและงบประมาณของหน่วยบริการ

๒) อัตราการเสียชีวิตยังสูง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุมากกว่า ๖๕ ปี ทั้งนี้เนื่องมาจากการค้นพบผู้ป่วยล่าช้า ภาวะโรคที่รุนแรงร่วมกับมีโรคอื่นร่วมด้วย

๓) ยังพบปัญหาการขาดยา ในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุยังน้อยที่รักษาแล้วอาการดีขึ้นย้ายถิ่นไปทำงาน กทม. และอีกกลุ่มคือกลุ่มติดสุราเรื้อรัง

๔) แนวโน้มพบ MDR-TB เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียด MDR-TB มาจากสองกลุ่ม กลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มที่เคยได้รับการรักษากลับมารักษาใหม่ พบร้อยละ ๖๐ และอีกกลุ่มคือผู้ป่วยรายใหม่แล้วตรวจพบ MDR-TB พบร้อยละ ๔๐ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสาเหตุจากการขาดการรักษาในระยะแรก และปัจจุบันการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง MDR-TB ที่รวดเร็วขึ้น

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน “จังหวัดยโสธร”

๑) ในการดำเนินการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงที่ต้องใช้การ X-ray ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งแต่ละอำเภอมีจำนวนมาก ทำให้ผู้บริหารในโรงพยาบาลกังวลกับค่าใช้จ่ายที่สูง ทำให้ความครอบคลุมการคัดกรองโดยใช้ X-ray จริงยังน้อยมาก ทำให้ค้นหาผู้ป่วยได้น้อยกว่าค่าประมาณการ

๒) ในบริบทของโรงพยาบาลจังหวัดยังไม่สามารถ Admit ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ได้ทุกราย ทำให้ทีมสหวิชาชีพไม่ได้เข้าไปแนะนำผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนระบบการส่งต่อผู้ป่วยถึงหน่วยบริการโรงพยาบาลชุมชน และ รพ สต.ล่าช้า โอกาสที่จะตกลงบริการในการป้อนยาผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และญาติช้า ซึ่งทำให้ในระยะแรกๆ ผู้ป่วยกินยาเอง ขาดยา รวมทั้งอาจเสียชีวิตได้ง่ายในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม

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

๑) อัตราการเสียชีวิตยังสูงและยังพบปัญหาการขาดยา ซึ่งจะส่งผลให้ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ลดลงได้ พบมากในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีระบบงานที่ซับซ้อนการส่งต่อข้อมูลล่าช้า

๒) อัตราการค้นหาผู้ป่วยยังต่ำ แม้ไม่มีผลต่อตัวชี้วัดโดยตรงแต่จะทำให้ยังมีผู้ป่วยที่สามารถแพร่เชื้อได้ในชุมชน

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑) อัตราการเสียชีวิตยังสูงและยังพบปัญหาการขาดยา

๒) อัตราการค้นหาผู้ป่วยยังต่ำ

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๑) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปซึ่งพบอัตราการเสียชีวิตและขาดยาสูง ควรใช้ Model ๒-๒-๒ ในการควบคุมโรค โดย ๒ วันแรกข้อมูลถึง รพสต. เพื่อควบคุมโรค, ๒ สัปดาห์แรกให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ๗-๑๔ วัน มีเจ้าหน้าที่กำกับกินยาและทีมสหวิชาชีพเข้ามาดูแล, ๒ เดือนแรกต่อเนื่องและเข้มข้น เจ้าหน้าที่ลงเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ และ Model Model ๓C: C๑: Client ดูแลแบบองค์รวม C๒: Care Team โดยทีมสหวิชาชีพ C๓: Community ต่อเนื่องและชุมชนมีส่วนร่วม

๒) แนะนำใช้ Model ๔S: Survey สํารวจกลุ่มเสี่ยง, Screening คัดกรองด้วย CXR, Searching ค้นหาผู้ป่วยโดยรายที่ปอดผิดปกติเก็บเสมหะตรวจ AFB/Molecular, Summary สรุปผล

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑).อุบลราชธานี มีนวัตกรรม Model ๓C: C๑: Client ดูแลแบบองค์รวม C๒: Care Team โดยทีมสหวิชาชีพ C๓: Community ต่อเนื่องและชุมชนมีส่วนร่วม และ Model ๔S: Survey สํารวจ, Screening คัดกรอง, Searching ค้นหาผู้ป่วย, Summary สรุปผล

๒) ศรีสะเกษ มีนวัตกรรม ๒-๒-๒ : ๒ วันแรกข้อมูลถึง รพสต., ๒ สัปดาห์แรกมีเจ้าหน้าที่กำกับกินยา, ๒ เดือนแรกต่อเนื่องและเข้มข้นและนวัตกรรมกล่อง ๓ รัก หยุดวัณโรค “รักษาวัณโรค รักษาอุณหภูมิ รักษาสิ่งแวดล้อม” โดย รพ.ในจังหวัดศรีสะเกษ จะนำกล่องกระดาษหรือลังเปปเปอร์ มาใช้ประโยชน์ในการเก็บรักษายาวัณโรค เพราะกล่องกระดาษจะรักษาอุณหภูมิได้ดี โดยเฉพาะบ้านผู้ป่วยชั้นเดียวหลังคามุงสังกะสี และเป็นการ Recycle กล่องกระดาษเหลือใช้

๓) ยโสธร มีนวัตกรรม DOT by Heart โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในจังหวัดยโสธรทุกแห่ง มีการ Admit ผู้ป่วยวัณโรค ๓ - ๑๔ วัน และมีทีมสหวิชาชีพเข้ามาให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ และวันที่จำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.มารับผู้ป่วยกลับบ้าน และตกลงบริการให้ผู้ป่วยเดินทางมากินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม.ทุกวันจนครบ ๑๘๐ วันหรือจนสิ้นสุดการรักษา

๔) อำนาจเจริญ “Spot Map ในการกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรค หลังโรงพยาบาลพบผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลงเยี่ยมบ้านกำกับการกินยา และถ่ายรูปส่งเข้า Line สสจ., ทำการปักหมุดบน Google map สีเขียว หมายถึง กำกับการกินยาโดย เจ้าหน้าที่หรือ อสม. สามารถส่งรูปทุกวันศุกร์ สีม่วง กำกับการกินยาโดย อสม. แต่ไม่มี Line สีเหลือง ผู้ป่วยกินยาเอง สีดำ เสียชีวิต และ สีแดง ขาดยา

๕) มุกดาหาร นวัตกรรมกระเป่าปฏิทินยา โรงพยาบาลในจังหวัดมุกดาหาร จัดทำนวัตกรรมกระเป่าปฏิทินยา วัลโรค โดยใช้ผ้าพื้นบ้านในการตัดเย็บทำเป็นกระเป่าปฏิทินยา ยาที่จะกินในแต่ละวันจะใส่ซองเดียวกัน รับประทานช่วงเย็น มี อสม. กำกับการกินยา ประโยชน์ คือ สะดวกในการเก็บรักษา ยา ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วน สะดวกในการกินยา ป้องกันการลืมกินยา ไม่ขาดยา และประเมินการกินยาผู้ป่วยได้ง่าย

ผู้รายงาน นายเสถียร เชื้อลี
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ INS ๒.๔ การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ : จำนวนเมืองสมุนไพร
เขตสุขภาพที่ เขต ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ จังหวัด

๒. สถานการณ์

ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้คัดเลือกจังหวัดต้นแบบในแต่ละภาคเพื่อพัฒนาเป็นเมืองสมุนไพร ได้แก่ ปราจีนบุรี สุราษฎร์ธานี เชียงราย และสกลนคร และคัดเลือกเพิ่มเติมจังหวัดส่วนขยายเมืองสมุนไพรอีก ๙ จังหวัด ซึ่งในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้เลือกจังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อพัฒนาเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal city) โดยจังหวัดอำนาจเจริญได้แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานโครงการเมืองสมุนไพร (Herbal city) ของจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดอำนาจเจริญเป็นประธาน และหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ เป็นกรรมการ ซึ่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เป็นเลขานุการในคณะกรรมการชุดนี้ ตามคำสั่งจังหวัดอำนาจเจริญที่ ๑๑๔๗/๒๕๖๐ ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้ได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานตามโครงการเมืองสมุนไพรของจังหวัดอำนาจเจริญ ดังนี้

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงาน

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

- ๑) แพทย์แผนไทยไม่มีใบประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย
- ๒) แพทย์แผนไทยออกให้บริการในชุมชน (เชิงรุก) น้อย
- ๓) การดำเนินงานแพทย์แผนไทยขาดการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
- ๔) บุคลากรทางการแพทย์มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรกับผู้ป่วยน้อย
- ๕) ยาสมุนไพรมีราคาแพง

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- ๑) แพทย์แผนไทยไม่มีใบประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย
- ๒) แพทย์แผนไทยออกให้บริการในชุมชน (เชิงรุก) น้อย
- ๓) การดำเนินงานแพทย์แผนไทยขาดการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
- ๔) บุคลากรทางการแพทย์มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรกับผู้ป่วยน้อย
- ๕) ยาสมุนไพรมีราคาแพง

ผู้รายงาน นางสาวรัชณี จันทร์เกษ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

ประเด็นตรวจ INS ๒.๕ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) <๗%

๒. สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการ ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ จำนวน ๓,๗๕๖ ,๔,๓๕๕ และ ๙,๑๙๓ ราย ตามลำดับ ในไตรมาสแรกปี ๒๕๖๑ มี ๓,๘๗๗ ราย อัตราตายอยู่ที่ร้อยละ ๔.๙๕,๔.๘๐ และ ๕.๕๗ ไตรมาสแรกปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๕.๗๓ (เป้าหมาย < ๗%) โดยแยกเป็นอัตราตาย Ischemic Stroke ร้อยละ ๒.๔๗ (เป้าหมาย < ๕%) และ อัตราตาย Hemorrhagic Stroke ร้อยละ ๑๕.๙๓ (เป้าหมาย < ๒๕%) มีระบบ Stroke Fast Track ครอบคลุมทุกพื้นที่ สามารถให้ยา rt-PA ได้ในรพ.ระดับ A และ S ยกเว้นโรงพยาบาล ๕๐ พรรษาฯ เนื่องจากขาด CT Scan ปัจจุบันมีแล้วพร้อมจะให้เป็นปี ๒๕๖๑ มี Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ A ครบ ๑๐๐% ในโรงพยาบาลระดับ S เปิดให้บริการ ๓ ใน ๔ แห่ง ยังขาดที่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษาฯ แต่มีการวางแผนจะเปิดเป็น Corner ในปี ๒๕๖๑มี Stroke Corner ที่รพ.เดชอุดม จ.อุบลราชธานีจำนวน ๔ แห่ง และมีแผนการพัฒนา Node ในรพ.กันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ ให้สามารถให้ยาได้แต่ยังขาด CT Scan

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

๑. ขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในบางพื้นที่ ทำให้ยังต้อง Refer Out ไปแม่ข่าย
 - อำนาจเจริญ ขาดทั้ง Neuro Med/Surg (อยู่ในระบบแล้ว รอจบปี ๒๕๖๑)
 - ยโสธร ขาด Neuro Med (ย้าย)
 - ศรีสะเกษ ขาด Neuro Surg (อยู่ในระบบแล้ว รอจบปี ๒๕๖๑)
๒. อายุรแพทย์ ในรพ.ที่จะขยาย Node ให้ยายังไม่เพียงพอ
๓. Node เป้าหมายในการขยาย Node ให้ยายังขาด CT Scan (รพ.กันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ)

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑. ยังไม่สามารถขยาย Node ให้ยาในโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดขนาดใหญ่ได้ (อุบลฯ ศรีสะเกษ)
๒. Stroke Unit ยังไม่เพียงพอกับภาระงานในจังหวัดอุบลราชธานีและ ศรีสะเกษ

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๑. การพัฒนาระบบ Pre-hospital Alert,Awareness อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระยะเวลาให้ยา
๒. การคัดกรองและจัดการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงใน NCD คลินิกอย่างครอบคลุม

๓. ควรมีการประเมินคุณภาพด้านการจัดการCVD Risk กลุ่มเสี่ยงและมาตรการการจัดการStroke Alert,Awarenessในกลุ่มป่วย

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. ส่งพยาบาลในเครือข่ายทุก รพช.เข้าอบรมหลักสูตรระยะสั้น ๑-๒ สัปดาห์ อย่างน้อยที่ละ ๑ คน และดำเนินงานเป็น CM Stroke ประจำโรงพยาบาล เพื่อการดูแลต่อเนื่องหลังพ้นระยะ Acute Care

๒. ระบบ Pre-hospital Alert,Awareness ควรบูรณาการร่วมกันหน่วยงานภาครัฐอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้การขับเคลื่อนเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้น

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยทั้ง Pre – In - Post hospital ในจังหวัดศรีสะเกษ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ตามเป้าหมายและให้ยาได้ภายในเวลาDTN Time ๓๕.๖๑ นาที

๒. โรงพยาบาลยโสธรมีการพัฒนา In-Hospital อย่างก้าวกระโดด มีผลการพัฒนาอย่างโดดเด่นสามารถให้ยา rt-PA ได้ภายใน ๖๐ นาทีทุกราย

ผู้รายงาน นางกรรณิกา ลีมิตรกุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ INS ๒.๖ อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๗ ต่อแสนประชากร

๒. สถานการณ์

อัตราตายการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยจังหวัดอุบลราชธานีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจสูงที่สุด รองลงมาคือจังหวัดยโสธร คิดเป็นอัตราตาย ๑๙.๙๓ และ ๑๓.๙๐ ต่อแสนประชากรตามลำดับ

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

- ในบางจังหวัด(จังหวัดศรีสะเกษ)มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI สูงเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล
- ระบบการบันทึกข้อมูลใน HDC ยังมีปัญหา
- ระบบการเก็บข้อมูลของ STEMI ยังไม่เป็นภาพรวมจังหวัดในจังหวัดยโสธร
- ความตระหนักรู้และความเข้าใจของญาติผู้ป่วยยังไม่เพียงพอในการนำผู้ป่วยส่งต่อเพื่อทำการรักษา

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- การรายงานข้อมูลยังมีความซ้ำซ้อนและไม่ครอบคลุมกระบวนการดำเนินงานทุกขั้นตอน
- Door to SK ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตามเวลาที่กำหนด
- บางโรงพยาบาลยังไม่มีผู้ป่วยที่หายสาบสูญลิ้มเลือด
- ระบบการบันทึกข้อมูล HDC ยังมีปัญหา
- ขาดเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ทางการแพทย์

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- สร้างความตระหนักรู้และความเข้าใจของญาติผู้ป่วยยังไม่เพียงพอในการนำผู้ป่วยส่งต่อเพื่อทำการรักษา
- ทบทวนทักษะของเจ้าหน้าที่ในการดูแลรักษา
- เพิ่มความมั่นใจและพัฒนาศักยภาพในการให้ยา
- ประสานผู้จัดการระบบของหน่วยงานส่วนกลางเพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน
- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่
- พัฒนาคณะ Nurse Care Manager ACS ประจำหอผู้ป่วยให้มีความชัดเจนมากขึ้น

ผู้รายงาน นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขต ๑๐ กรมการแพทย์

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

ประเด็นตรวจ INS ๒.๗ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) เขตสุขภาพ เขต ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน ๒๔ ชั่วโมง < ร้อยละ ๑๒

๒. สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๑๐ ประกอบด้วย ๕ จังหวัดคือ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร ภาพรวมเขตมีโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปทั้งหมด ๖๓ แห่งแบ่งเป็นระดับ A = ๒ แห่ง ระดับ S = ๔ แห่ง ระดับ M๑= ๒ แห่ง ระดับ M๒= ๕ แห่ง ระดับ F๑= ๓ แห่ง และระดับ F๒= ๔๗ แห่ง บุคลากรที่ควรมีคือแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวน ๙๐ คน มีจริง ๔ คน กำลังศึกษา ๒ คน แพทย์ศัลยกรรมมีเพียง ๗ คน พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินควรมี ๙๐ คน แต่มีจริง ๖๙ คน พยาบาลประสานงานการจัดการข้อมูลควรมีอย่างน้อย ๖๓ คน มีจริง ๗ คนกำลังศึกษา ๑ คน ข้อมูลอัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ER และAdmit)โดยรวมเฉลี่ยร้อยละ ๒.๔๓ พบมากในกลุ่มโรค Severe TBI, Multiple Trauma, Traumatic subdural hemorrhage, Pneumonia, Septic Shock, STEMI, Sudden cardiac arrest ส่วนมากเสียชีวิตที่ER และปัญหาที่พบทุกจังหวัดคือ ER แออัด การบริการที่ไม่ฉุกเฉินยังมีให้บริการที่ERบุคลากรไม่เพียงพอ

ด้านการพัฒนาการศูนย์บริหารจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน(Trauma & Emergency Admin Unit) มีการดำเนินการชัดเจนเฉพาะโรงพยาบาลระดับ S และ A บางแห่ง เท่านั้น

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

ความชัดเจนและความเข้าใจในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อการประสานงานและการสื่อสารเป็นรายย่อยไม่เป็นทางการ

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

ประเมิน ECS คุณภาพเป็นผลการประเมินตนเองของแต่ละโรงพยาบาลทำให้ข้อมูลบางแห่งค่อนข้างสูง การดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลยังพบความแออัดไม่สามารถให้บริการเฉพาะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจริงๆ(True Emergency) จึงทำให้มีข้อร้องเรียนมาก ความพึงพอใจผู้รับบริการค่อนข้างน้อย บุคลากรมีความเครียดสูง บุคลากรเฉพาะทางที่สำคัญยังไม่เพียงพอส่งผลให้ยังมีอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ บาดเจ็บที่สมอง และอื่นๆที่ ER สูง การพัฒนา TEA Unit ตามมาตรฐานมีชัดเจนเฉพาะในโรงพยาบาลระดับ A,S บางแห่ง

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

ควรมีทีมผู้นิเทศระดับจังหวัด ระดับเขตลงประเมินติดตามผู้บริหารระดับสูงควรให้ความสำคัญกับนโยบายการลดการแออัดที่ER และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างจริงจังกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพใน

การพัฒนาระบบในรูปแบบคณะกรรมการอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพิ่มขึ้น สร้างความตระหนักในการจัดการตามมาตรฐานเพื่อพัฒนาระบบบริการฉุกเฉินที่ยั่งยืน

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ใส่ใจและส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการนำนโยบายการลดความแออัด และลดความรุนแรงที่จะเกิดในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสู่การปฏิบัติที่แท้จริง ขวัญกำลังใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงคนชุมชนER ให้มีความสุขในการทำงาน

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- ICU Mobile และ การบันทึกจุดเสี่ยงทาง Google Map ของจังหวัดอุบลราชธานี
- Bed Sharing ,E-Refer ในการประสานส่งกลับผู้ป่วยกลับรพ.ของศรีสะเกษ
- การset ผ่าตัด EO และการติด GPS ครบ๑๐๐% ของรพพยาบาลจังหวัดยโสธร
- โครงข่ายใยแมงมุมกู้ชีวิตของโรงพยาบาลยโสธร
- ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงนอกเวลาราชการโดยระบบ Senior Nurseของโรงพยาบาลยโสธร
- การพัฒนาบุคลากรโดยการใช้บทเรียนและแบบทดสอบ online ของโรงพยาบาลยโสธร
- การแยก OPD และการบริการทำแผลเก่าออกจาก ER ชัดเจนของโรงพยาบาลอำนาจเจริญและศรีสะเกษ
- แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องสำหรับโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัด

มุกดาหาร

ผู้รายงาน นางวิภาสรา บรรลือ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ INS ๒.๘ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ ๒๐)

๒. สถานการณ์

ผลงานที่ได้ร้อยละ ๒๓.๒๓ “ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในทุกจังหวัด ”

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

- แพทย์แผนไทยไม่มีใบประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย
- แพทย์แผนไทยออกให้บริการในชุมชน (เชิงรุก) น้อย
- การดำเนินงานแพทย์แผนไทยขาดการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
- บุคลากรทางการแพทย์มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรกับผู้ป่วยน้อย

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑. แพทย์แผนไทยไม่มีใบประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย
๒. แพทย์แผนไทยออกให้บริการในชุมชน (เชิงรุก) น้อย
๓. การดำเนินงานแพทย์แผนไทยขาดการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
๔. บุคลากรทางการแพทย์มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรกับผู้ป่วยน้อย

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๑. สร้างความตระหนัก และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีใบประกอบวิชาชีพฯ
๒. อบรมเพิ่มความรู้ และทักษะทางวิชาชีพฯ
๓. กระตุ้นให้แพทย์แผนไทยได้รับรู้ ตระหนัก ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับสหวิชาชีพ

๔. กำหนดตัวชี้วัดของการให้บริการเชิงรุกรายบุคคลของแพทย์แผนไทย กำหนดให้มีการจัดทำรายงานการให้บริการแพทย์แผนไทยฯ ประจำเดือน เพื่อเป็นข้อมูลให้กับผู้บริหารในการตัดสินใจ

ผู้รายงาน นายสมชาย ช่างแก้วมณี
ตำแหน่ง กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ INS ๒.๙ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <๔ ml/min/๑.๗๓mm^๒/yr
เขตสุขภาพ เขต ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <๔ ml/min/๑.๗๓mm^๒/yr (เป้าหมาย: ≥ ๖๖% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๖๑)

๒. สถานการณ์

ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ ๑๗.๕ ของประชากร พบเป็นไตวายเรื้อรังประมาณ ๒ แสนราย และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีๆละ ๗๘๐๐ ราย ค่าบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือด ล้างไตทางหน้าท้อง รวมทั้งการปลูกถ่ายไต ใช้งบประมาณของประเทศปีละมากกว่า ๒ หมื่นล้านบาท ดังนั้นการชะลอการเสื่อมของไตเพื่อให้เข้าสู่ระยะทดแทนทางไตช้าลง จึงเป็นนโยบายสำคัญของเขตสุขภาพที่ ๑๐

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

การบันทึกข้อมูลเข้าสู่ HDC ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยบริการในแต่ละโปรแกรม ผู้ป่วยไตเรื้อรังอีกจำนวนมากที่ยังไม่เข้าระบบคลินิกชะลอไตเสื่อม

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์
 ยังไม่มีทีมทำงานข้อมูลไต ระดับเขต แนวทางปฏิบัติในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ส่งตรวจได้ปีละ ๒ ครั้ง ผู้ป่วยบางรายไม่มีค่าเปรียบเทียบที่จะนำมาคำนวณการลดลงของ eGFR ไม่มี CKD Clinic ครอบคลุม.

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

กำหนดให้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคไต ให้มีพยาบาล manager ไตจังหวัดละคน เน้นเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยไตเรื้อรังมากขึ้นในไตรมาสถัดไป

ผู้รายงาน นายพิชิต ส่องวิริยวิทยา
 ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

ประเด็นตรวจ INS ๒.๑๐ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย

ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล จังหวัด เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

- จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ (เป้าหมาย : > ๑ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย ตามยอดปี ๕๙) (ติดตามใน รพ. organ donor center เป้าหมาย ๓๘ แห่ง)
- จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา (เป้าหมาย : > ๕ ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ รายตามยอดปี ๕๙) (ติดตามใน รพ. A , S และ M๑)

๒ .สถานการณ์

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จัดตั้งศูนย์รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ และเป็นพี่เลี้ยงให้โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ ปัจจุบันมีการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะในโรงพยาบาล ระดับ A,S ทั้งหมดในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ และโรงพยาบาลระดับ M๑ คือโรงพยาบาลวารินชำราบ การบริหารจัดการระบบการรับบริจาคอวัยวะและดวงตาในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ใช้ระบบพี่เลี้ยงโดยโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นพี่เลี้ยง ระบบการผ่าตัดนำอวัยวะผู้บริจาคออกเพื่อนำไปปลูกถ่ายอวัยวะ (organ harvesting) มี ๒ ระบบคือ ๑. ผ่าตัดโดยใช้ทีมจากส่วนกลางของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ๒. ผ่าตัดโดยใช้ทีมในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระบบการจัดเก็บดวงตาใช้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่มีศูนย์รับบริจาคอวัยวะ หรือ โดยสภากาชาดไทยของจังหวัดจัดเก็บจังหวัดศรีสะเกษ (โรงพยาบาลศรีสะเกษ) ผู้ป่วยอุบัติเหตุบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่ ส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ เนื่องจากยังไม่มีแพทย์ผ่าตัดสมอง (Neuro surgeon) และกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม และ/หรือผู้ป่วยที่ส่งกลับมารักษาแบบประคับประคองกลับบ้าน การสื่อสารและการประสานงานเพื่อความรวดเร็วใช้ระบบการแจ้งเตือนในไลน์กรุปของ PCT Med. และไลน์กรุปของพยาบาลเวรนิเทศ กรณีมีผู้ป่วย Score ๒ T ทีมแพทย์และพยาบาลผู้ประสานงานการรับบริจาคอวัยวะมีการติดตามประเมินคุณสมบัติของผู้บริจาคอวัยวะ(Donor)ในเรื่องมีคุณสมบัติจะ Plan Donor ได้หรือไม่ เช่น ปรากฏจากการติดเชื้อรุนแรง ไม่ติดเชื้อดื้อยากลับทั้งปี และซี ไม่เป็นมะเร็ง อายุเหมาะสม ถ้าไม่มีข้อห้าม จึงประสานงานแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ Plan Donor ปี ๒๕๖๑ ยังไม่มีผู้บริจาคดวงตาและบริจาค ผู้ร่วมแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ๒๕ ราย โรงพยาบาลยโสธร เริ่มดำเนินการตาม service plan ในปี ๒๕๖๐ หลังดำเนินการในปี ๒๕๖๐ มีสถิติผู้แสดงความจำนงบริจาค อวัยวะ ๖๕ ราย เจรจาขอบริจาคอวัยวะ ๒๘ ครั้ง มีผู้บริจาคอวัยวะ ๑ ราย ได้รับไต ๑ คู่ ได้รับบริจาคดวงตา ๒ ดวง ปี ๒๕๖๑ เจรจาทั้งสิ้น ๑๙ ครั้ง เจรจาสำเร็จได้ดูแล Donor ๓ ครั้ง แต่ไม่ได้รับบริจาคอวัยวะ เนื่องจากผลทางห้องปฏิบัติการไม่ผ่าน โรงพยาบาลมุกดาหาร เป็น donor hospital โดยเริ่มดำเนินการตาม service plan ในปี ๒๕๖๐ ในปี ๒๕๖๑ มีการวางแผนเรื่องการดำเนินการค้นหาเชิงรุกโดยจัดทำเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าข่ายบริจาคอวัยวะได้ โดยกำหนดผู้รับผิดชอบในหน่วยงานในรายงานข้อมูลทุกเดือน รวมทั้งการจัดวิชาการเรื่องการบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่าย เพื่อเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการบริจาคอวัยวะ ในปี ๒๕๖๑ มีผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ๑๑ ราย เจรจาขอบริจาคอวัยวะ ๑ ราย และยังไม่ได้รับบริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ เป็น Donor hospital เริ่มดำเนินการตาม Service plan ในปีพ.ศ.๒๕๖๐ และปี ๒๕๖๑ ภายหลังเริ่มดำเนินการมีผู้ประสงค์แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเฉลี่ยสัปดาห์ละ ๒ - ๓ ราย เจรจา ๕ ครั้ง เจรจาสำเร็จได้ดูแล donor ๒ ครั้งการ

เจรจา ๓ ครั้ง เป็นการขอดวงตาแต่ญาติปฏิเสธ ๒ ครั้ง ขอบริจาคอวัยวะ ๒ ครั้ง รายแรกได้ดูแล donor ๑๖ ชั่วโมง แต่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ผ่าน รายที่ ๒ ไม่มีผู้รับอวัยวะ (อายุ donor ๒ ปี)

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

- ผู้บริหารบางหน่วยงานและบุคลากรยังไม่รับทราบนโยบายและไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานรับบริจาคอวัยวะที่ถูกต้อง ทำให้มีการดำเนินงานเฉพาะในกลุ่มบุคลากรจำนวนไม่มากมีจำกัด และขาดระบบเชื่อมโยงข้อมูลงานรับบริจาคอวัยวะระหว่างโรงพยาบาลภายในเขต จึงเป็นอุปสรรคต่อการขับเคลื่อนนโยบาย

- กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม
- ไม่มี Neuro surgeon
- ทิศนคติความเข้าใจของประชาชนเรื่องการบริจาคอวัยวะยังมีปัญหา ขาดผู้รับผิดชอบโดยตรง/พยาบาล

Transplant coordinator

- มีการค้นหาผู้ป่วยในเชิงรุกน้อย การรายงานผู้ป่วยที่เข้าข่ายบริจาคอวัยวะจากหน่วยงานค่อนข้างน้อย
- บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่าย
- การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนยังทำได้อ่อนแอ

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- ทุกโรงพยาบาลยกเว้นโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ไม่มีพยาบาลผู้ประสานงานการรับบริจาคอวัยวะทำงานเต็มเวลา(ขาด TC Nurse)

- โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์มีพยาบาลผู้ประสาน งานการรับบริจาคอวัยวะ ทำงานเต็มเวลา ๑ คน (on call ๒๔ hr.ไม่มีค่าตอบแทน) และเป็นเลขา Service plan ของเขต (จำนวนผู้บริจาคอวัยวะลดลง)

- โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ มีผู้บริจาคอวัยวะแต่ไม่มีทีมผ่าตัดรับอวัยวะจากส่วนกลางมาผ่าตัดรับอวัยวะ

- ประชาชนยังกลัวการบริจาคอวัยวะ กลัวเพื่อนบ้านว่าขายอวัยวะ ต้องการให้ร่างกายมีอวัยวะครบในช่วงที่เสียชีวิต และญาติไม่กล้าตัดสินใจในการบริจาคอวัยวะ เพราะผู้ป่วยไม่ได้แสดงความจำนงในการบริจาคอวัยวะไว้ตอนยังมีชีวิตอยู่

- มีการค้นหาผู้ป่วยในเชิงรุกน้อย การรายงานผู้ป่วยที่เข้าข่ายบริจาคอวัยวะจากหน่วยงานค่อนข้างน้อย

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- ให้แต่ละโรงพยาบาลมีพยาบาลผู้ประสานงานการรับบริจาคอวัยวะ ทำงานเต็มเวลาเพื่อรับผิดชอบงานรับบริจาคอวัยวะ

- เพิ่มอัตรากำลังพยาบาลผู้ประสานงานการรับบริจาคอวัยวะ ๑ คน เนื่องจากภาระงานมาก

- จัดตั้งทีมผ่าตัดรับอวัยวะ (Harvesting team) ของเขตบริการสุขภาพที่๑๐ โดยทีมโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และทำหน้าที่เป็นทีมพี่เลี้ยงให้โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ ให้สามารถผ่าตัดนำอวัยวะออกเองได้ (ลีนหัวใจ,ไต)

- ให้แต่ละโรงพยาบาลมีผู้ประสานงานเจรจาการรับบริจาคอวัยวะ(TC nurse) โดยการส่งอบรม
- รณรงค์ประชาสัมพันธ์กับประชาชนเชิงรุก
- ค้นหา Dornor โดยเริ่มจาก ER และ ICU

๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

- แนวทางหาค่าตอบแทนทีม
- จัดอบรมการรณรงค์การรับบริจาคอวัยวะให้กับทีมรับผิดชอบ

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

Service plan สาขาบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะเป็นสาขาที่จัดตั้งขึ้นมาได้เพียงปีกว่าๆ ทำให้ยังไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลายในผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นถ้าโรงพยาบาลต่างๆมีนโยบายที่ชัดเจน มีการแจ้งให้ทุกหน่วยงานรับทราบและมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการรับบริจาคอวัยวะแก่บุคลากรในโรงพยาบาลให้เกิดความรู้ และเห็นความสำคัญของงานนี้ จะช่วยเพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะและเพิ่มจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะได้

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

จังหวัดศรีสะเกษ

- ใช้ระบบการแจ้งเตือนในไลน์ กรู๊ปของ PCT med. และทีมผู้ประสานเข้าประเมินคุณสมบัติ Plan Donor
- แผนพัฒนาระบบจัดเก็บฐานข้อมูลงานรับบริจาคอวัยวะให้มีมาตรฐานเชื่อมโยงกัน

ผู้รายงาน นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขต ๑๐ กรมการแพทย์

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ INS ๒.๑๑ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา
และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission rate) เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

๑.๑ Leading Indicator ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ายาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (๓ month remission rate) เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐
 การคำนวณ : จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายจากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๓ เดือน x ๑๐๐หารด้วย จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายครบกำหนดตามเกณฑ์

๑.๒ lagging Indicator ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ายาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (๓ month remission rate) เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐ การคำนวณ : จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายจากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๓ เดือน x ๑๐๐หารด้วยจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและจำหน่ายทั้งหมด

๒.สถานการณ์

สถานการณ์ปัญหา ยาเสพติดและการแพร่ระบาดของสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดของ ๕ จังหวัดในภาพของเขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๑๐ ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร โดยมีจังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญและจังหวัดมุกดาหาร ที่มีภูมิประเทศที่มีเขตติดต่อกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และจังหวัดศรีสะเกษที่มีเขตชายแดนบางส่วนติดกับประเทศสาธารณรัฐกัมพูชา และเป็นเส้นทางที่กลุ่มผู้ค้ายาเสพติดใช้เป็นเส้นทางลำเลียงยาเสพติดผิดกฎหมายเข้าสู่ประเทศไทยอีกทางหนึ่งนอกเหนือจากการลักลอบนำเข้าของภาคอื่นๆ ของประเทศไทยในปี ๒๕๖๑ ในภาพของเขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๑๐พบว่ามีการแพร่ระบาดในทุกจังหวัดในระดับเบาบางถึงระดับปานกลาง ประเภทยาเสพติดที่พบส่วนใหญ่เป็นยาบ้า กัญชาและสารระเหยตามลำดับ พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ ๑๘- ๒๔ ปี กลุ่มอาชีพที่พบมากที่สุดคือรับจ้าง รองลงมาคือเกษตรกร และอาชีพว่างงานและนักเรียนนักศึกษาตามลำดับ ส่วนใหญ่ระบาดในเขตเมืองเช่นพื้นที่อำเภอเมือง และอำเภอใหญ่ๆที่เป็นเขตเศรษฐกิจที่สำคัญของจังหวัด และเป็นการลักลอบจำหน่ายโดยผู้ค้ารายย่อย ที่รับมาจากเครือข่ายผู้จำหน่ายจากแนวตะเข็บชายแดนของประเทศเพื่อนบ้าน ไม่มีแหล่งผลิตในพื้นที่การแพร่ระบาดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ชายแดนติดกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวและติดกับประเทศกัมพูชาซึ่งเป็นเส้นทางหลักในการลักลอบนำเข้ายาเสพติดมายังประเทศไทยอย่างต่อเนื่องถึงแม้รัฐบาลจะมีนโยบายในการปราบปรามและมีการจับกุมอย่างเข้มงวดแต่ไม่สามารถหยุดยั้งกลุ่มผู้ค้ายาเสพติดที่มีการปรับเปลี่ยนยุทธวิธีการลักลอบนำเข้ายาเสพติดอยู่เสมอ

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

๔. ปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

ปัจจัยภายนอกประเทศเช่นมีหลายจังหวัดที่มีพื้นที่มีเขตชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีการผลิตและนำเข้ายาบ้าอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีจะเห็นได้จากจำนวนคดีที่มีการจับกุมและปริมาณยาเสพติดที่จับยึดได้แต่ละครั้งมีปริมาณยาเสพติดที่เป็นของกลางจำนวนมากขึ้นเรื่อย ซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันทุกจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ นับว่าเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือควบคุมได้ยากแต่ส่งผลกระทบต่อการทำงานภายในประเทศเป็นอย่างมาก ทำให้ได้ผลสัมฤทธิ์ที่ไม่ดีเพียงพอเนื่องจากเป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ประกอบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจรอบครัวทำให้ประชาชนบางส่วนต้องการหารายได้ในทางผิดกฎหมาย เกิดเป็นค่านิยมที่เบี่ยงเบนทางสังคมโดยเฉพาะในกลุ่มวัยผู้ใช้แรงงานและกลุ่มวัยรุ่น นอกจากนี้แล้วยังพบว่าเจ้าหน้าที่ภาครัฐบางส่วนได้เข้าไปมีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องและสนับสนุนกับกระบวนการค้าและจำหน่ายยาเสพติดเพื่อแลกกับผลประโยชน์ตามที่ปรากฏเป็นข่าวตามสื่อต่างๆอย่างต่อเนื่องส่งผลให้การทำงานของเจ้าหน้าที่ยากยิ่งขึ้น ในด้านการจัดสรรงบประมาณโดยเฉพาะโครงการ TO BEE NUMBER ONE การบริหารจัดการด้านการเบิกจ่ายไม่เอื้อต่อการดำเนินงานเนื่องจากไม่มีการกำหนดและระบุให้เป็นค่าดำเนินการอย่างเจาะจงและมีหมวดเงินงบประมาณที่ชัดเจนเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องทำต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายแต่ละเป็นวงเงินที่สูง ปัญหาอีกด้านหนึ่งที่พบมากคือการเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานโดยไม่มีระบบการจัดการรองรับทำให้การทำงานขาดความต่อเนื่องต้องมีการพัฒนาบุคลากรใหม่อยู่เรื่อยๆซึ่งอาจจะต้องมองลึกถึงโครงสร้างของงานที่ยังไม่มีกรอบให้เข้าสู่งตำแหน่งได้ และมีระบบการจูงใจและการเพิ่มขวัญและกำลังใจที่ดีให้แก่ผู้รับผิดชอบงานเพิ่มมากขึ้นเช่นการจัดระบบค่าตอบแทนในรูปแบบต่างๆหรือการจัดสวัสดิการที่ดีเพียงพอและต่อเนื่อง

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๔.๑ การพัฒนาบุคลากรผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเช่นแพทย์และพยาบาลให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้บริการตามข้อกำหนดของ Service Plan สาขาเสพติดยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ แต่ละจังหวัดควรมีการจัดทำแผนการส่งแพทย์และพยาบาลเข้ารับการอบรมให้มีความต่อเนื่องและชัดเจนโดยกำหนดเป็นระยะยาว ๓-๕ ปีเพื่อไม่ให้กระทบกับงานประจำ

๔.๒ ปัญหาการถ่ายโอนภารกิจตามนโยบายผู้เสพยาเสพติดคือผู้ป่วย ในระบบบังคับบำบัดจากกรมคุมประพฤติให้เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลของรัฐแบบไม่ควบคุมตัวทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวในสถานพยาบาลแต่ละแห่งเพิ่มมากขึ้นหลายเท่าตัวในขณะที่บุคลากรที่เป็นทีมผู้บำบัดมีเท่าเดิม เห็นควรให้มีการดำเนินการทบทวนการบริหารอัตรากำลังให้เหมาะสมกับปริมาณงานเช่นการเกลี้ยหรือจัดอัตรากำลังเสริมเพื่อไม่ให้ผู้รับผิดชอบงานเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าจนเกินไปหรือจัดให้มีการบำรุงขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม

๔.๓ ควรจัดระบบรองรับกรณีที่มีการเปลี่ยนบุคลากรให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องเนื่องจากแต่ละปีจะมีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดอยู่เสมอไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดๆและควรมีระบบการสนับสนุนด้านการสร้างขวัญ กำลังใจให้กับผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดที่มีผลสัมฤทธิ์ของงานที่ดีและเป็นการจูงใจให้เกิดเจตคติที่ดีต่องานเพราะงานยาเสพติดเป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและเป็นสาขาที่ขาดแคลนอัตรากำลัง

๔.๕ ควรมีการสนับสนุนให้มีการนำ Service Plan สาขาเสพติดลงสู่การปฏิบัติให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เพื่อให้มีระบบบริการที่ชัดเจนและเป็นเอกภาพและเป็นการยกระดับคุณภาพการบริการสู่ประชาชนอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพเช่นการพัฒนากระบวนการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพเน้นการเข้าถึงบริการและการพัฒนา คน ให้มีความความรู้ เครื่องมือ งบประมาณและระบบฐานข้อมูลที่ดี

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ปัญหาความก้าวหน้าของบุคลากรที่ทำงานด้านยาเสพติด ไม่มีโครงสร้างและตำแหน่งเฉพาะรองรับทำให้บุคลากรเลือกที่จะไปสังกัดในงานที่มีความชัดเจนเกี่ยวกับตำแหน่งและสายงานส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนบุคลากรบ่อยครั้งได้รับการพิจารณาอย่างจริงจัง กิจกรรม TO BEE NUMBER ONE ควรมีการบริหารจัดการด้านงบประมาณให้อึดต่อการดำเนินงานเนื่องจากไม่มีการกำหนดและระบุให้เป็นค่าดำเนินการอย่างเจาะจงและมีหมวดเงินงบประมาณที่ชัดเจนเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องทำต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายแต่ละเป็นวงเงินที่สูง ระบบฐานข้อมูลยาเสพติดไม่เสถียร เข้าไม่ได้ควรพัฒนาให้ผู้ปฏิบัติใช้งานได้ง่ายสะดวกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และใช้ประโยชน์ได้เต็มประสิทธิภาพ

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน นายอิทธิศักดิ์ พลงาม
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ INS ๒.๑๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)/AMR
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขตาม RDU๑ และ รพ.สต.ผ่านเงื่อนไขตาม RDU๒) เกณฑ์ตัวชี้วัด:

๑. RDU ชั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของรพ.ทั้งหมด

๒. RDU ชั้นที่ ๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของรพ.ทั้งหมด

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

เกณฑ์ตัวชี้วัด : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๒. สถานการณ์

ผลการดำเนินงานในช่วงแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑) พบว่าเขตสุขภาพที่ ๑๐ ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งสิ้น ๗๑ แห่ง สามารถดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๑ ได้ ๖๙ แห่ง (ร้อยละ๙๗.๑๘) แต่ในเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๒ มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ เพียง ๓ แห่ง (ร้อยละ ๔.๒๓) คือ รพ.โพธิ์ไทร (จังหวัดอุบลราชธานี) และ รพ.พนา และ รพ.ปทุมราชวงศา (จังหวัดอำนาจเจริญ) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ผ่านเกณฑ์ ๒ แห่ง จาก ๘ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๒๕

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

- ๓.๑ บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนยังขาดความตระหนักในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- ๓.๒ ความแตกต่างของโปรแกรมที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลการใช้ยาโรงพยาบาล และรพ.สต. ทำให้เกิดการรายงานข้อมูลคลาดเคลื่อน

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑. ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะในโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบนและโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ยังไม่ครอบคลุมผู้สั่งใช้ทุกคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒. ประชาชนยังมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลน้อย ทำให้มีการเรียกร้องใช้ยาโดยไม่จำเป็น

๓. บุคลากรทางการแพทย์ขาดความมั่นใจในการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

๔. ยังพบความไม่ถูกต้องของการลงข้อมูลรหัสโรค และรหัสยา ในข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๑. รณรงค์ให้ความรู้แนวทางการใช้ยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับรวมทั้งสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่ผู้มารับบริการและประชาชน

๒. สนับสนุนข้อมูลงานวิจัยการใช้ยาสมุนไพรในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและในโรคอุจจาระร่วง

๓. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล

๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

ส่วนกลางควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการหรือสื่อไวเนล โพสต์เตอร์ประชาสัมพันธ์หรือจัดทำฉลาก ยา และการประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง เช่น สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ฯลฯ

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๕.๑ มีการนำข้อมูลภาพรวมประเทศมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าเกณฑ์มาตรฐานและหาสาเหตุของปัญหาซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

๕.๒ ต้องการให้ส่วนกลางเป็นหน่วยส่งเสริม/สนับสนุนให้มีโปรแกรมที่สามารถนำมาปรับใช้กับโปรแกรมเดิมของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาตามเกณฑ์ RDU เช่น การมีระบบเตือนแพทย์เมื่อมีการสั่งใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามไกด์ไลน์ RDU (ที่เป็นอยู่คือ รพ. ไทนมิตศึกษาก็พัฒนาเอง)

๕.๓ การรายงานข้อมูลประเด็นการใช้ Glibenclamide ใน DM สูงอายุ/ไตรระดับ ๓ ไม่ควรใช้รายไตรมาสสะสม เนื่องจาก โรงพยาบาลมีการเปลี่ยนไปใช้ยา Glipexide แล้ว ทำให้ไม่ผ่านตัวชี้วัด ทั้งที่โรงพยาบาลมีการแก้ไขปัญหาเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิด Hypoglycemia ในประชากรกลุ่มเสี่ยงแล้ว ดังนั้นโรงพยาบาลนั้นควรผ่านตัวชี้วัดนี้

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

จากเส้นทางนโยบายสู่เส้นชัยการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ชุมชนตระหนักใส่ใจ ใช้ยาปลอดภัยทั่วกัน โดย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คปสอ.ปทุมราชวงศา อำนาจเจริญ

ผู้รายงาน สุรศักดิ์ ชิตพงศ์
ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ INS ๒.๑๓ ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

๒. สถานการณ์

อุบลราชธานี การพัฒนาระบบการส่งต่อ มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัดที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พัฒนาระบบส่งต่อของพื้นที่บริการ ๔ โซน มีการจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย ที่สอดคล้อง กับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan โดยใช้โปรแกรม Refer ring และ Thai refer ศรีสะเกษ มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัด มีการกำหนดแนวทางการส่งต่อภายในเขตสุขภาพและการประสานส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการ มีการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพทั้ง ๔ สาขา สาขามะเร็งส่งออกเป็นอันดับ ๑ สาขาหัวใจ สาขาอุบัติเหตุ สาขาทารกแรกเกิด ยโสธร ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการส่งต่อ โดยมีการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบการส่งต่อจังหวัดยโสธร โดยแยกเป็น คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล คณะทำงานพัฒนาการส่งต่อ มีการประชุมเพื่อนำเสนอประเด็นปัญหาที่มีการส่งต่อปีที่ผ่านมา จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยทุกสาขาให้เป็นปัจจุบัน อำนาจเจริญ มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต)ระดับจังหวัด มีการกำหนดแนวทางการส่งต่อภายในเขตสุขภาพและการประสานส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการ มีการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพทั้ง ๔ สาขา สาขาที่ส่งออกอันดับหนึ่งคือสาขามะเร็ง รองลงมาสาขาหัวใจ สาขาทารกแรกเกิด และ สาขาอุบัติเหตุ มุกดาหาร ได้ดำเนินการพัฒนาระบบส่งต่อ โดยจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ(ศสต)ระดับจังหวัดดำเนินการประสานการส่งต่อกับศูนย์ประสานการส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และการประสานการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการ มีการกำหนดแนวทางการส่งต่อภายในเขตสุขภาพ มีการรับส่ง ส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพจำนวน ๓๖๔ ราย และการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพทั้ง ๔ สาขา สาขาที่ส่งออกมากเป็นอันดับ ๑ คือ สาขามะเร็ง

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

อุบลราชธานี ระบบฐานข้อมูล ยังไม่เชื่อมโยงกันระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย

ศรีสะเกษ มีการทบทวนกระบวนการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่องภายในจังหวัด มีการวางแผนทำระบบ Consultดูแลผู้ป่วยกรณีไม่ฉุกเฉินเข้าสู่ระบบนัดหมายและศูนย์ประสานส่งต่อดูแลผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินมาภายในจังหวัด พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระบบส่งต่อ โดย E-Refer การส่งออกนอกเขตสาขามะเร็ง ที่เกินศักยภาพเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา ติดตามการรักษาสาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด

ยโสธร ข้อมูลการส่งออกทั้งในเขตและนอกเขตจาก HOSxP ระบบRefer Link ไม่ตรงกัน ระบบRefer Link ไม่ค่อยเสถียร ทำให้มีปัญหาในการลงข้อมูลและประมวลผล/วิเคราะห์ผลข้อมูลการส่งออกนอกเขตสาขามะเร็ง ที่เกินศักยภาพเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา ติดตามการรักษาสาเหตุ

อำนาจเจริญ มีการทบทวนกระบวนการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่องภายในจังหวัด การวิเคราะห์ข้อมูลระบบส่งต่อและการคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลที่ส่งต่อยังไม่ครอบคลุม มีการวางแผนทำระบบConsult จะทำนัด

ล่วงหน้าภายในจังหวัด การส่งออกนอกเขตสาขามะเร็ง ที่เกินศักยภาพเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา ติดตามการรักษาสาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด

มุกดาหาร ความไม่ชัดเจนของตัวชี้วัดส่งผลให้การดำเนินงานล่าช้า และตั้งชี้วัดมีรายละเอียดค่อนข้างมากควรมีโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศจากส่วนกลาง การส่งออกนอกเขตสาขามะเร็ง เพื่อF/U ติดตามการรักษาสาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด สิทธิUCมากกว่าจ่ายตรง เหตุผลในการส่งต่อนอกเขตสุขภาพ

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

การส่งออกนอกเขตสาขามะเร็ง ที่เกินศักยภาพเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา ติดตามการรักษาสาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด ระบบฐานข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

การส่งออกนอกเขตสาขามะเร็ง ที่เกินศักยภาพเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา ติดตามการรักษาสาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด ควรมีการทบทวนสาเหตุของการส่งออก

พัฒนาการจัดเก็บข้อมูล การรายงานข้อมูลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เร่งรัดการลงข้อมูลผ่านระบบIT

ผู้รายงาน ศิริธร กิตติวรานโชติ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ INS ๒.๑๔ ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด
(Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (๑๐๐ %)

๒. สถานการณ์

โรงพยาบาล F๒ ขึ้นไปทุกแห่งมีศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ แต่ยังมีเคสในการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยจังหวัดที่มีร้อยละของการให้ยาละลายลิ่มเลือดสูงที่สุดคือ จังหวัดยโสธร รองลงมาคือจังหวัด ศรีสะเกษ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และ ๗๓.๖๘ ตามลำดับ

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

- ในบางจังหวัด(จังหวัดศรีสะเกษ)มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI สูงเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล
- ระบบการบันทึกข้อมูลใน HDC ยังมีปัญหา
- ระบบการเก็บข้อมูลของ STEMI ยังไม่เป็นภาพรวมจังหวัดในจังหวัดยโสธร
- ความตระหนักรู้และความเข้าใจของญาติผู้ป่วยยังไม่เพียงพอในการนำผู้ป่วยส่งต่อเพื่อทำการรักษา

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- การรายงานข้อมูลยังมีความซ้ำซ้อนและไม่ครอบคลุมกระบวนการดำเนินงานทุกขั้นตอน
- Door to SK ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตามเวลาที่กำหนด
- บางโรงพยาบาลยังไม่มีผู้ป่วยที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด
- ระบบการบันทึกข้อมูล HDC ยังมีปัญหา
- ขาดเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ทางการแพทย์

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- สร้างความตระหนักรู้และความเข้าใจของญาติผู้ป่วยยังไม่เพียงพอในการนำผู้ป่วยส่งต่อเพื่อทำการรักษา
- ทบทวนทักษะของเจ้าหน้าที่ในการดูแลรักษา
- เพิ่มความมั่นใจและพัฒนาศักยภาพในการให้ยา
- ประสานผู้จัดการระบบของหน่วยงานส่วนกลางเพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน
- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่
- พัฒนาระบบ Nurse Care Manager ACS ประจำหอผู้ป่วยให้มีความชัดเจนมากขึ้น

ผู้รายงาน นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขต ๑๐ กรมการแพทย์

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ MO ๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (\geq ร้อยละ ๔๐) และ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (\geq ร้อยละ ๕๐)

๒. สถานการณ์

สถานการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานระดับประเทศในปี ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐ ร้อยละ ๑๔.๐๕ , ๑๕.๖๒ , ๑๘.๓๙ , ๒๐.๕๙ , ๒๒.๙๙ และ ร้อยละ ๑๘.๑๓ ตามลำดับ สำหรับเขตสุขภาพที่ ๑๐ การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐ ร้อยละ ๑๘.๗๑ , ๑๘.๔๗ , ๒๐.๕๘ , ๒๔.๔๔ ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือร้อยละ ๔๐ สำหรับการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับประเทศในปี ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐ ร้อยละ ๑๒.๒๒ , ๒๐.๔๗ , ๒๔.๗๙ , ๓๐.๐๐ และ ๓๖.๓๕ ตามลำดับเขตสุขภาพที่ ๑๐ การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐ ร้อยละ ๙.๙๑ , ๑๘.๘๑ , ๒๘.๒๗ , ๔๐.๖๖ และ ร้อยละ ๔๗.๒๖ ตามลำดับ การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกับโรคเบาหวานแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดคือมากกว่าร้อยละ ๕๐ (ที่มา ข้อมูล HDC ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๑)

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๑. การดำเนินการ NCD Clinic Plus
๒. การติดตามให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เข้าถึงบริการดูแลรักษาครบทุกมิติ
๓. การพัฒนาระบบข้อมูล

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการการตรวจ Hba๑c และเข้าถึงการวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๑. การพัฒนาศักยภาพพยาบาลรายกรณี (Case manager) ในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ให้กลุ่มเป้าหมายมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ได้ดี

๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศให้มีความครบถ้วนถูกต้องสมบูรณ์ ต่อเนื่อง

๓. ในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีการกระจายยา pioglitazone insulin ยาลดความดันที่หลากหลายเช่น hydralazine losartan doxazocin เพื่อการควบคุมความดันได้ผลดียิ่งขึ้น มียาใช้มากขึ้น

๔. มีการจัดซื้อ Hba๑c ร่วมในระดับเขตเพื่อลดต้นทุน

ผู้รายงาน นายแพทย์นพพล บัวสี
ตำแหน่ง อายุรแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ ประชาน Service Plan

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

ประเด็นตรวจ MO ๒.๒ อัตราตายทารกแรกเกิด

เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

(๑) อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ ๕๐๐ กรัม ไม่เกิน ๓.๔ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต

(๒) เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑ : ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต (เตียง NICU ภาพรวมเขต)

(๓) ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๓ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ($> ๘๐\%$)

๒.สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีเครือข่าย ๕ จังหวัด ในปี ๒๕๖๑ อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน น้ำหนักคลอดต่ำกว่า ๑,๐๐๐ กรัม ภาพรวมมีแนวโน้มลดลงจากเดิม โดยสาเหตุที่ยังเกิดการเสียชีวิตอยู่คือ ๑) คลอดก่อนกำหนดโดย มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (birth asphyxia) ๒) Sepsis ๓) ความพิการรุนแรงแต่กำเนิดทางระบบหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามได้ดำเนินการพัฒนาเพื่อลดอัตราตายในภาวะเหล่านี้ อยู่แล้ว แต่ทรัพยากรที่ขาดแคลนที่ยังไม่เพียงพอ คือ สภาวะหอผู้ป่วยที่เก่า คับแคบ เครื่องมือแพทย์ และ อัตรากำลังพยาบาล ตลอดจนการพัฒนาทางสูติศาสตร์ตลอดระยะก่อนคลอด ซึ่งล้วนแต่เป็นสาเหตุหลักของความเสียหายทั้งสิ้น สัดส่วนเตียง NICU ยังมีจำนวนไม่ถึงตามเกณฑ์มาตรฐาน แต่มีแผนในการเพิ่มเตียงภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และต้องพัฒนาอาคารหอผู้ป่วย NICU และทารกแรกเกิดป่วย (SNB) ให้มีพื้นที่ใช้สอยที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการคัดกรองติดตาม ทารกที่มีภาวะเสี่ยงวิกฤตเพิ่มอัตราการให้นมแม่ในเด็กป่วย ตลอดจนการเสริมสร้างความสัมพันธ์ แม่-ลูก การเตรียมฝึกบิดามารดาในการดูแลทารกหลังจำหน่าย ซึ่งจำเป็นต้องเป็นหอผู้ป่วยที่มาตรฐาน สะอาด และไม่แออัด ภายใต้กรอบแนวคิด “standard holistic family-centered newborn care” การตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (CCHD) ในทารกแรกเกิด ได้ดำเนินการแล้วที่ รพ.ระดับ A,S, M๑, M๒ ส่วนการคัดกรองที่โรงพยาบาล F๒ ยังไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากขาดแคลน อุปกรณ์การแพทย์ในการคัดกรองคือ เครื่องวัดความอิ่มตัวออกซิเจน พร้อมชีพจร (Pulse Oximeter)

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงาน ไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๑. ขาดบุคลากรในสาขาที่เกี่ยวข้อง
๒. ขาดจำนวนเตียง NICU ตามเกณฑ์
๓. การส่งปรึกษาต่อลำบาก

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑. สถานที่ NICU และ PICU ยังอยู่ร่วมกัน
๒. ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ไม่เพียงพอ ไม่สอดคล้องกับภาระงาน
๓. การส่งปรึกษาต่อลำบาก

๔. อุปกรณ์เครื่องมือ เช่น Incubator หมุนเวียนไม่เพียงพอไม่มีห้องเตรียม TPN
๕. มีการปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อที่กำหนด ยังต้องใช้แบบบันทึกระหว่างการ Refer ไม่ครบทุกโรงพยาบาล

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๑. วางแผนการแยกหน่วยงาน
 ๒. จัดให้มีบุคลากรที่ให้การบริบาลทารกป่วย ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของโรงพยาบาลแต่ละระดับเพียงพอ สอดคล้องกับภาระงาน
 ๓. จัดระบบเครือข่ายการส่งปรึกษาต่อ
 ๔. ขอสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์
 ๕. ให้มีการทบทวนเสนอแนวทางการการส่งต่อ
- ๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑. ขออัตรากำลังคน
 ๒. ขออัตรากำลังคน
 ๓. ประสานงานรพ. สรรพสิทธิประสงค์หรือรพ. โรงเรียนแพทย์ในการรับ Refer
 ๔. ขอสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. ขาดอัตรากำลังคนส่งศึกษาต่อ เพื่อพัฒนาศักยภาพและอุปกรณ์การแพทย์
๒. ประสานงานการ refer ปรึกษาต่อรพ. ที่มีศักยภาพ
๓. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลทารกแรกเกิดให้มีความน่าเชื่อถือและเชื่อมโยงกัน
๔. การพัฒนา service plan สาขาสูติกรรม เพื่อลดจำนวนการคลอดก่อนกำหนด ลดการบาดเจ็บพิการจากการคลอด และลดอุบัติการณ์ severe birth asphyxia
๕. เนื่องจากปัญหาทารกแรกเกิดส่วนใหญ่จุดเริ่มของเหตุเกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และระยะตั้งครรภ์ ดังนั้นควรเชื่อมโยงและกำหนดตัวชี้วัด service plan สาขาหลักสูติกรรม ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของสาขาทารกแรกเกิด เช่น การคลอดก่อนกำหนด birth asphyxia อย่างจริงจัง ต่อเนื่อง เป็นรูปธรรม

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. การจัดโครงการ การฝึกอบรมการพยาบาลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหรือวิกฤต
๒. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพเรื่องลดอัตราการเกิด ROP ในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยมากโดยใช้การตามรอยคุณภาพทางคลินิก (Clinical Tracer) ได้รับทุนจากสมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทยและได้รับคัดเลือกให้นำเสนอผลงานในเดือนตุลาคม ๒๕๖๐ ที่จังหวัดชลบุรี
๓. มีการพัฒนาแนวทางการส่งต่อ Newborn Fast Track ภายในจังหวัดและให้คำปรึกษา ผ่านศูนย์ประสานส่งต่อศูนย์ Consult ตลอด ๒๔ ชั่วโมง พัฒนาระบบข้อมูลผ่านระบบ E – Refer
๔. โครงการติดตามทารกกลุ่มเสี่ยงหลังจำหน่าย (High risk newborn) โดยจัดทำเกณฑ์ปฏิบัติในการติดตามทารกกลุ่มเสี่ยงหลังจำหน่ายใช้ร่วมกัน ซึ่งครอบคลุมหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง แต่ละระดับชัดเจน

ผู้รายงาน นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขต ๑๐ กรมการแพทย์

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ MO ๒.๓ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
จังหวัด เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

๒. สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีเครือข่าย ๕ จังหวัด ในปี ๒๕๖๑ มีกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคมะเร็งที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง มีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีการเข้าถึงระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะ End of life มีคลินิกดูแลแบบประคับประคอง ครบทุกแห่ง มีแพทย์รับปรึกษาการจัดการอาการโดยการจัดตั้งไลน์กลุ่ม มีการเข้าถึงยาแก้ปวด กลุ่ม Strong Opioids ครอบคลุมทั้งจังหวัด ระบบการส่งต่อเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงเครือข่าย มีการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงรอยต่อในการเข้าถึงระบบบริการของผู้ป่วย Palliative Care

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

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- นโยบายไปสู่การปฏิบัติยังไม่ชัดเจน
- ขาดแคลนแพทย์ เกสัชกร และพยาบาลเฉพาะทาง Palliative care
- เจ้าหน้าที่ยังขาดทักษะในการดูแล
- การเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลยังไม่เป็นระบบเดียวกัน
- เครื่องมืออุปกรณ์ให้ผู้ป่วยยืมใช้ที่บ้านไม่เพียงพอ

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- ประสานผู้รับผิดชอบโครงการในกรมการแพทย์
- ขอรับการสนับสนุนจากจิตอาสา/ภาคีเครือข่าย
- ส่งบุคลากรรพ.ระดับ S อบรม PC nurse case manager (๔ เดือน) และส่งบุคลากร รพ.ระดับ F๒

อบรม PC nurse coordinator (๒ อาทิตย์)

- จัดให้มีระบบการจัดเก็บข้อมูล
- ขอรับการสนับสนุนจากจิตอาสา/ภาคีเครือข่าย

๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

- ประสานผู้รับผิดชอบโครงการในกรมการแพทย์
- ประสาน ผอ.รพ. และสสจ.

- ประสานผู้รับผิดชอบโครงการในกรมการแพทย์

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. นโยบายนำไปสู่การปฏิบัติยังไม่ชัดเจน
๒. ผู้รับผิดชอบงานรับผิดชอบงานหลายด้าน อาจทำให้การดำเนินงานด้าน Palliative ไม่ครอบคลุม และรับผิดชอบงานรับผิดชอบขาดความก้าวหน้าในวิชาชีพ career path ที่มั่นคงและก้าวหน้า

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขต ๑๐ กรมการแพทย์

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ MO ๒.๔ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต มากกว่า ร้อยละ ๕๕

๒. สถานการณ์

พบว่า จังหวัดที่ยังไม่ผ่าน คือ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ร้อยละเอ็ด คือ อุบลราชธานี ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๔๙.๑๓ ศรีสะเกษ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๕๖.๑๘ ยโสธร ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๖๓.๔๐ อำนาจเจริญ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๕๑.๓๒ มุกดาหาร ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๙๖.๔๑ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑) ภาพรวม เขตสุขภาพที่ ๑๐ ร้อยละ ๕๗.๐๔

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

อุบลราชธานี

๑) ภาระงานของผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน มีจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถลงเป็นพี่เลี้ยงให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เต็มที่

๒) การคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถทำครอบคลุม ๗ กลุ่มเสี่ยงและแพทย์บางรพ.ขาดทักษะในการตรวจวินิจฉัยรักษา

ศรีสะเกษ

๑) การส่งข้อมูล ๔๓ แพ้มและการประมวลผลงานเข้าสู่ศูนย์ข้อมูลจังหวัดและศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า รพ.พระศรีมหาโพธิ์ อาจไม่สม่ำเสมอทุกเดือน

๒) ขาดความครอบคลุม และความต่อเนื่องของการคัดกรองค้นหาผู้มีภาวะซึมเศร้า / คุณภาพการส่งต่อ กลุ่มเสี่ยงจากระดับตำบลไปยังโรงพยาบาลชุมชน / และการตรวจวินิจฉัยของแพทย์

ยโสธร

๑) ยังขาดการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทุกครั้งที่มาใช้บริการในพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสูง (เลิงนกทา)

๒) ระบบการส่งข้อมูล ๔๓ แพ้มและการประมวลผลงานเข้าสู่ศูนย์ข้อมูลจังหวัดและศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า รพ.พระศรีมหาโพธิ์ อาจไม่สม่ำเสมอทุกเดือน

อำนาจเจริญ

๑) กลุ่มเป้าหมายไม่ได้รับการคัดกรองทุกครั้งที่มาใช้บริการ

๒) ขาดความตระหนักการในระบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของบุคลากรสาธารณสุข/ผู้ป่วย/ญาติ

มุกดาหาร

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

อุบลราชธานี แพทย์ยังขาดความมั่นใจในการตรวจวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ศรีสะเกษ การส่งข้อมูล ๔๓ แพ้มและการประมวลผลงานเข้าสู่ศูนย์ข้อมูลจังหวัดยังขาดความต่อเนื่อง ขาดความครอบคลุม และความต่อเนื่องของการคัดกรองค้นหาผู้มีภาวะซึมเศร้า / คุณภาพการส่งต่อ กลุ่มเสี่ยงจากระดับตำบลไปยังโรงพยาบาลชุมชน / และการตรวจวินิจฉัยของแพทย์

ยโสธร ยังขาดการบูรณาการการคัดกรองใน ๗ กลุ่มเสี่ยงทุกครั้งที่มารับบริการ

อำนาจเจริญ การเข้าถึงระบบบริการโรคซึมเศร้าไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

๔.๒ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

อุบลราชธานี - การเปิดให้มีการโทรศัพท์ปรึกษาที่ รพ.พระศรีมหาโพธิ์ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

- การเข้ารับอบรมความรู้ ทักษะ ในการ ตรวจวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ศรีสะเกษ - การส่งข้อมูล ๔๓ แพ้มและการประมวลผลงานเข้าสู่ศูนย์ข้อมูลจังหวัดยังขาดความต่อเนื่อง

- การประชุมร่วมระหว่างงานสุขภาพจิตและงานIT ของแต่ละจังหวัด

- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับ อำเภอก หรือจังหวัดที่มีผลงานดี ผ่านเกณฑ์

ยโสธร - การลงพื้นที่ร่ายอำเภอกเพื่อวิเคราะห์และแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งแต่ละพื้นที่มีปัญหาแตกต่างกันและให้พื้นที่ได้ร่วมในการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน

- การบูรณาการเรื่องความรู้และความตระหนักในเรื่องโรคซึมเศร้าเพื่อให้เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้ทันทั่วทั้งที่โดยเผยแพร่เข้ากับสื่อในชุมชน

อำนาจเจริญ - การทบทวนกระบวนการตามระบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เข้ารับการรักษาให้เพิ่มมากขึ้น ดังนี้

๑. ทบทวนการวินิจฉัยของแพทย์ ตามแนวทาง CPG การดูแลรักษาโรคซึมเศร้า

๒. ความครอบคลุมของการคัดกรอง ค้นหาผู้มีภาวะซึมเศร้าในคลินิกเฉพาะโรคในโรงพยาบาลทุกแห่ง

๓. บูรณาการคัดกรองค้นหาผู้มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง โดยเน้นคัดกรองใน ๗ กลุ่มเสี่ยง ได้แก่

๑) ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง

๒) ผู้ป่วยสูงอายุ

๓) ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือหลังคลอด

๔) ผู้ที่มีปัญหาสารเสพติด

๕) กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน

๖) ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้

๗) กลุ่มที่มีการสูญเสีย (คนที่รักหรือทรัพย์สินจำนวนมาก)

ผู้รายงาน แพทย์หญิงมานิดา สิงห์ขลุ้ต

ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ MO ๒.๕ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๖.๓ คนต่อแสนประชากร

๒.สถานการณ์

อัตราการฆ่าตัวตายของ เขตสุขภาพที่ ๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ตุลาคม ๒๕๕๙ – กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑) พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง เมื่อเทียบกับอัตราต่อแสนประชากรในจังหวัด คือ ยโสธร (๑๕ คน : ๒.๗๗ อัตราแสนประชากร) อุบลราชธานี (๒๘ คน : ๑.๕๐ อัตราแสนประชากร) มุกดาหาร (๕ คน : ๑.๔๐ อัตราแสนประชากร) อำนาจเจริญ (๕ คน : ๑.๓๒ อัตราแสนประชากร) และศรีสะเกษ (๑๐ คน : ๐.๖๘ อัตราแสนประชากร) โดยภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบ ๖๓ คน (๑.๕๓ อัตราแสนประชากร) สำหรับการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เขตสุขภาพที่ ๑๐ จำนวน ๑๒๓ คน แยกรายจังหวัด คือ อุบลราชธานี จำนวน ๕๔ คน ศรีสะเกษ จำนวน ๑๙ คน ยโสธร จำนวน ๒๘ คน อำนาจเจริญ จำนวน ๑๘ คน และมุกดาหาร จำนวน ๔ คนและได้รับการติดตามทุกคน ยังไม่ทำร้ายตนเองซ้ำในปี

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

อุบลราชธานี

๑. ภาระงานของผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน มีจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถลงเป็นพี่เลี้ยงให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เต็มที่

๒. ชุมชนและครอบครัว ผู้ใกล้ชิด ยังขาดความรู้ ความตระหนัก และทักษะ เกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีการส่งต่อเพื่อให้เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้ทันที่

๓. การคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถทำครอบคลุม ๗ กลุ่มเสี่ยงและแพทย์บางรพ.ขาดทักษะในการตรวจวินิจฉัยรักษา

ศรีสะเกษ

ขาดอัตรากำลังเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชในหลายพื้นที่อำเภอ เช่น นักจิตวิทยา พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช (ศิลาลาด)และ โดยเฉพาะหน่วยปฐมภูมิ

ยโสธร

๑) ขาดบุคลากรเฉพาะทาง ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวชผู้ใหญ่ (บางแห่ง) นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์

๒) ขาดหอผู้ป่วยที่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากไม่มียังขาดอัตรากำลังในการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวช

๓) ปัญหาการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เน้นการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ในเรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และการช่วยเหลือเบื้องต้น ให้ครอบครัวต่อเนื่องโดยแกนนำชุมชนและผู้ใกล้ชิด เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่

อำนาจเจริญ

- ๑) ไม่มีพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นทุกโรงพยาบาล ทำให้การเข้าถึงบริการโรคทางจิตเวชเด็กไม่ทั่วถึง เนื่องจากการบริการผู้ป่วยเด็กต้องใช้เวลาเฉลี่ย ๔๕ นาที – ๑ ชั่วโมงต่อคน
- ๒) มีนักจิตวิทยาคลินิกที่ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ๑ คน ทำให้ไม่เพียงพอต่อการประเมินสุขภาพจิตเด็กในพื้นที่
- ๓) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชรับผิดชอบงานอื่นหลายด้าน ทำให้มีผลกระทบในการให้บริการทางด้านจิตเวชเนื่องจากการบริการผู้ป่วยต้องใช้เวลาเฉลี่ย ๔๕ นาที – ๑ ชั่วโมงต่อคน
- ๔) ขาดหอผู้ป่วยที่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากไม่มีพื้นที่ปิดและปลอดภัยและยังขาดอัตรากำลังในการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวช
- ๕) ปัญหาการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เน้นการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ในเรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และการช่วยเหลือเบื้องต้น ให้ครอบคลุมต่อเนื่องโดยแกนนำชุมชนและผู้ใกล้ชิด เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่

มุกดาหาร

- ๑) ขาดอัตรากำลังเฉพาะทาง ในตึกผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วย แนวทางแก้ไข ระยะสั้น มีพัฒนาบุคลากร คือจัดอบรมและดูงานการดูแลผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระยะยาว จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรโดยส่งพยาบาลที่ตึกผู้ป่วยในไปเรียนเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อการรองรับเปิดตึกในปี ๒๕๖๓
- ๒) ชุมชนและครอบครัว ผู้ใกล้ชิด ยังขาดความรู้ ความตระหนัก และทักษะ เกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีการส่งต่อเพื่อให้เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้ทันท่วงที

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

อุบลราชธานี

- การติดตามผู้ป่วยจิตเวชายังขาดคุณภาพและขาดความต่อเนื่อง
- ยังขาดการบูรณาการงานเข้ากับการทำงานภาคประชาชน แกนนำในชุมชนเรื่อง การคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้า การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายทำให้มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงขึ้น

ศรีสะเกษ

ประชาชนยังขาดความรู้ในเรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และการช่วยเหลือเบื้องต้น

ยโสธร

- ขาดบุคลากรเฉพาะทาง โดยเฉพาะ จิตแพทย์ ที่มีส่วนในการขับเคลื่อนการทำงานระบบบริการ
- บุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ในระดับหน่วยบริการในโรงพยาบาลยโสธรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังขาดความรู้และทักษะให้คำปรึกษาเบื้องต้น
- ประชาชนยังขาดความรู้ในเรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และการช่วยเหลือเบื้องต้น

อำนาจเจริญ

ประชาชนยังขาดความรู้ในเรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และการช่วยเหลือเบื้องต้น

มุกดาหาร

ยังขาดการบูรณาการงานเข้ากับการทำงานภาคประชาชน แกนนำในชุมชนเรื่องเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายทำให้มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงขึ้น

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

อุบลราชธานี

- การจัดประเภทของผู้ป่วยจิตเวชตามอาการโดยระบุ เป็นประเภทตามสีของอาการ โดยเพิ่มศักยภาพของญาติ แกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังและติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมหมอครอบครัวในพื้นที่
- การลงพื้นที่รายอำเภอเพื่อวิเคราะห์และแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งแต่ละพื้นที่มีปัญหาแตกต่างกันและให้พื้นที่ได้ร่วมในการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน
- การบูรณาการเรื่องความรู้และความตระหนักถึงสัญญาณเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อให้เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้ทันท่วงทีโดยเผยแพร่เข้ากับสื่อในชุมชน เช่น เสียงตามสาย ไลน์ Application วิทยุชุมชน และสายด่วนสุขภาพจิต ๑๖๖๗ ๑๓๒๓ เป็นต้น
- ส่งเสริมความรู้ในสื่อสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย เรื่องทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดที่เหมาะสม
- มีเบอร์โทรศัพท์และไลน์สำหรับให้แพทย์ในโรงพยาบาลเครือข่ายได้ปรึกษาการตรวจวินิจฉัยและรักษาจิตแพทย์ ๒๔ ชั่วโมง

ศรีสะเกษ

- การบูรณาการเรื่องความรู้และความตระหนักถึงสัญญาณเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อให้เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้ทันท่วงทีโดยเผยแพร่เข้ากับสื่อในชุมชน เช่น เสียงตามสาย ไลน์ Application วิทยุชุมชน และสายด่วนสุขภาพจิต ๑๖๖๗ ๑๓๒๓ เป็นต้น
- บูรณาการเรื่องปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการฆ่าตัวตาย คือปัญหายาเสพติดและสัญญาณเตือนเข้ากับการประชุมประจำเดือนของอำเภอ
- ส่งเสริมความรู้ในสื่อสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย เรื่องทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

ยโสธร

- ช่วงที่ยังไม่มี จิตแพทย์ ใช้ระบบ ปรึกษาทางโทรศัพท์กับจิตแพทย์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเรื่องความรู้และทักษะให้คำปรึกษาเบื้องต้นเพื่อนำไปใช้กับผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช
- การบูรณาการเรื่องความรู้และความตระหนักถึงสัญญาณเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อให้เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้ทันท่วงทีโดยเผยแพร่เข้ากับสื่อในชุมชน เช่น เสียงตามสาย ไลน์ Application วิทยุชุมชน และสายด่วนสุขภาพจิต ๑๖๖๗ ๑๓๒๓ เป็นต้น
- บูรณาการเรื่องปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการฆ่าตัวตาย คือปัญหายาเสพติดและสัญญาณเตือนเข้ากับการประชุมประจำเดือนของอำเภอ
- ส่งเสริมความรู้ในสื่อสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย เรื่องทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

อำนาจเจริญ

- การบูรณาการเรื่องความรู้และความตระหนักถึงสัญญาณเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อให้เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้ทันท่วงทีโดยเผยแพร่เข้ากับสื่อในชุมชน เช่น เสียงตามสาย ไลน์ Application วิทยุชุมชน และสายด่วนสุขภาพจิต ๑๖๖๗ ๑๓๒๓ เป็นต้น
- ส่งเสริมความรู้ในสื่อสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย เรื่องทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

มุกดาหาร

- การบูรณาการเรื่องความรู้และความตระหนักถึงสัญญาณเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อให้เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้ทันท่วงทีโดยเผยแพร่เข้ากับสื่อในชุมชน เช่น เสียงตามสาย ไลน์ Application วิทยุชุมชน และสายด่วนสุขภาพจิต๑๖๖๗ ๑๓๒๓ เป็นต้น
- ส่งเสริมความรู้ในสื่อสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย เรื่องทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

อุบลราชธานี

- ต้องการให้แม่ข่ายโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ร่วมวิเคราะห์และแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งแต่ละพื้นที่

ยโสธร

- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สนับสนุนจิตแพทย์ทั่วไป การออกคลินิกจิตเวชทุกเดือน
- ประชุมคณะทำงาน SP สาขาจิตเวชในการพิจารณาจิตแพทย์ที่รับทุนของ เขตสุขภาพที่ ๑๐ จะจบในเดือน พฤษภาคม ๖๑ ได้ลงมาปฏิบัติงานที่ยโสธรก่อนรอจิตแพทย์ที่กำลังไปศึกษาจะจบ ปี ๖๓ จัดทำโครงการอบรมบุคลากรสาธารณสุขเรื่องความรู้และทักษะให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดยของบสนับสนุนจากเขตสุขภาพที่ ๑๐ ผ่านคณะทำงาน SP สาขาจิตเวช

อำนาจเจริญ

- การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวยุ่งยากซับซ้อนเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองไปโรงพยาบาลจิตเวชยังไม่ตอบสนองตามความต้องการของเครือข่าย

มุกดาหาร

- การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวยุ่งยากซับซ้อนเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองไปโรงพยาบาลจิตเวชยังไม่ตอบสนองตามความต้องการของเครือข่าย

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ไม่มี

ผู้รายงาน แพทย์หญิงมานิดา สิงห์ขจิต

ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ MO ๒.๖ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
จังหวัด เขตสุขภาพ ๑๐

๑. ตัวชี้วัด

อัตราการเสียชีวิต จากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วย Community – acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

๒. สถานการณ์

ผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis/ Septic shock มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และยังคงมีอัตราการเสียชีวิตสูง ในปี ๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๕๓ ซึ่งพบปัจจัยที่สำคัญในการเสียชีวิต คืออุปสรรคด้าน การประเมิน / การคัดกรอง/ การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย sepsis , severe sepsis , septic shock ยังไม่ครอบคลุม การบันทึกข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วยและการปฏิบัติตาม sepsis bundle จาก รพช. ยังไม่ครอบคลุม สมรรถนะของ Case Manager Sepsis ศรีสะเกษ พบปัจจัยว่า การ Delay diagnosis และการได้รับยา Antibiotic ล่าช้า การเฝ้าระวังหรือการคัดกรองในรายที่อาการทรุดลง การใช้ Early Warning Sing ยโสธร พบว่าการวินิจฉัยล่าช้า และการได้รับยา Antibiotic ล่าช้า ยังไม่มีการใช้ยา Levophed ใน รพช. ยกเว้นที่ รพ. เลิงนกทา เกณฑ์ การใช้ SOFA ,SIRS บุคลากรไม่มั่นใจในการใช้ บุคลากรที่เกี่ยวข้องบางรายขาดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต อำนาจเจริญ พบปัจจัยว่าการวินิจฉัยล่าช้าทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และเกิด Prolong Shock ตามมา และการได้รับยา Antibiotic ล่าช้า การได้รับสารน้ำที่เพียงพอค่อนข้างน้อย มุกดาหาร พบว่าการประเมินความเพียงพอของการได้รับสารน้ำทำได้ค่อนข้างน้อย พบปัญหาการประเมินติดตามอาการแย่ง ระยะเวลาได้ล่าช้า ซึ่งส่งผลทำให้เกิด Prolong Shock ตามมา ทำให้เกิด delay treatment การได้รับยา Antibiotic ล่าช้า ยา Norepinephrine มีไม่ครบทุก รพช. (มีรพ.ดงหลวง และรพ.หนองสูง) รพช. ยังไม่บันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย Sepsis การบันทึกข้อมูล การปฏิบัติตาม sepsis bundle ไม่ครบถ้วน

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

อัตราการเสียชีวิตยังสูงเนื่องจาก การประเมิน/ การคัดกรอง/ การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย sepsis , severe sepsis , septic shock ยังไม่ครอบคลุม การบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยและการปฏิบัติตาม sepsis bundle จาก รพช. ยังไม่ครอบคลุม การวินิจฉัยที่ล่าช้าทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และเกิด Prolong Shock ตามมา การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำยังไม่เพียงพอ การได้รับยา Antibiotic ล่าช้า การใช้ยา Levophed ยังไม่ครบทุก รพช. การขาดแพทย์ผู้รับผิดชอบหลัก บุคลากรที่เกี่ยวข้องบางรายขาดสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตไม่สามารถเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกราย เนื่องจากมีจำนวนเตียงจำกัด

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- ขาดแคลนบุคลากรดูแลผู้ป่วยวิกฤตแพทย์ พยาบาล การหมุนเวียน แพทย์ ใน รพช.และการขาดอายุรแพทย์ แพทย์ผู้รับผิดชอบ หมุนเวียนเปลี่ยนทุกปี ทำให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง

- บุคลากรบางรายยังขาดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- มีแพทย์เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต การจัดสรรอายุรแพทย์ในโรงพยาบาลระดับ M เพิ่มช่องทางการรับ consult จากแพทย์เชี่ยวชาญ

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยsepsis/septic shock /การคัดกรองภาวะsepsis

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน ศิริธร กิตติวรารณโชติ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ MO ๒.๗ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture

๒. สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีเครือข่าย ๕ จังหวัด ในปี ๒๕๖๑ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่างการจัดทำทีม Capture the fracture ในการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ พบว่าแนวโน้มจะมากขึ้น ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ (Major operation) ที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนใช้เวลา ๒ - ๓ ชั่วโมง ดังนั้น ทีมสหวิชาชีพต้องมีความรู้ในการให้การดูแลแบบองค์รวมอย่างถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย ใช้ทักษะดูแลผู้ป่วยก่อนหลังผ่าตัดและอย่างต่อเนื่อง กระทบผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองปรับแบบแผนการดำรงชีวิตให้เหมาะสมได้

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

ส่วนใหญ่สามารถทำให้การ Capture the fracture ได้ แต่ยังไม่ได้รับการดูแลผู้ป่วยที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันดูแล re fracture

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- ยังไม่มีทีมทำงานอย่างชัดเจน

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- ให้จัดตั้งทีม Capture the Fracture

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขต ๑๐ กรมการแพทย์

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ MO ๒.๘ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

- (๑) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ $\geq ๘๐\%$
- (๒) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $\geq ๘๐\%$
- (๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $\geq ๘๐\%$

๒.สถานการณ์

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของเขตสุขภาพที่ ๑๐ อัตราการเกิดโรคมะเร็งแนวโน้มสูงขึ้น การตรวจรักษามีค่าใช้จ่ายที่สูง ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือที่ซับซ้อน ราคาสูง และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ โดยในบางจังหวัดมีการคัดกรองผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น ในโรคมะเร็งที่พบบ่อยในพื้นที่ คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งตับและท่อน้ำดี

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

- ระบบการเก็บข้อมูล Cancer Registry ยังไม่ครบถ้วนครอบคลุม
- ขาดข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยกลับ
- การรับส่งต่อล่าช้า มีปัญหาเรื่องการนำผลชิ้นเนื้อมาพบแพทย์

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- ขาดบุคลากรเฉพาะทาง Oncomed, Surgeon, Onco-nurse
- การรณรงค์ป้องกันมะเร็งไม่ต่อเนื่องและขาดงบประมาณ
- การจัดทำทะเบียนมะเร็งเป็นงานแฝง ไม่มีบุคลากรรับผิดชอบชัดเจน
- ระบบการเก็บข้อมูลใน TCB ยังทำได้ไม่สมบูรณ์
- ขาดข้อมูลการ Refer กลับ

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- ดำเนินการขอรับการสนับสนุนตาม Service Plan
- บูรณาการร่วมกันทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
- ผู้บริหารให้ความสำคัญ
- กำหนดเป็น KPI ที่ชัดเจน
- พัฒนาระบบ IT ของโรงพยาบาลให้มีความเชื่อมโยงกับ TCB
- สร้างระบบ Refer และ Refer Back

รายงาน นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขต ๑๐ กรมการแพทย์

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
ประเด็นตรวจ MO ๒.๙ ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract)
ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน

๒.สถานการณ์

จากการสำรวจ พบว่า ประชากรไทยมีความชุกของภาวะตาบอด ๐.๕๙ % สายตาเลือนราง ๑.๕๗ % สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดคือต้อกระจก (ร้อยละ ๕๑) ต้อหิน (ร้อยละ ๙.๘) ภาวะตาบอดในเด็ก (ร้อยละ ๕.๗) เบาหวานเข้าจอตา (ร้อยละ ๒.๕) กระจกตาขุ่น (ร้อยละ ๒.๐) ทั้งนี้ร้อยละ ๘๐ ของภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตั้งเป้าหมายการลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า ๐.๕๐ % ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทา คือการลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า ๐.๕๐ % เพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการใน ๕ โรคหลักคือ ต้อกระจก จอตา (เนื้องาหวาน และ ROP) ตาบอดในเด็ก ต้อหิน กระจกตาขุ่น ลดระยะเวลารอคอยและลดการส่งต่อออกนอกเขต

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

- กระบวนการบันทึกข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ ลำช้า ทำให้ข้อมูลจากหน่วยบริการอื่นๆ ไม่ครบถ้วน ครอบคลุม
- ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง Refer มาน้อย
- การคัดกรอง DR ในผู้ป่วย NCD (NIDDM และ HT) ยังไม่ถึงเกณฑ์

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- การตรวจคัดกรองในจังหวัดอุบลในบางพื้นที่ยังมีปริมาณน้อย
- จังหวัดศรีสะเกษ เครื่องสลายต้อกระจกมีอายุการใช้งานมากกว่า ๑๐ ปี เสียและซ่อมบ่อย
- จังหวัดมุกดาหาร ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง Refer มาน้อยอายุมากรอจน blinding แล้วค่อยมาหรือแพทย์นัดแล้วไม่มาผู้ป่วยโรคเรื้อรังคุม FBS และ BP ได้ไม่ดี

- รพช.มีแต่ Mobile fundus camera (๔๐๐,๐๐๐ บาทต่อเครื่อง) ใช้ร่วมกับ รพ.สต.และ CUP

- ข้อมูลไม่ครบ ข้อมูลจาก ๔๓ แพ้มนำเข้าโปรแกรม ๒๐๒๐ ไม่ได้

- Refer ออกนอกเขตโรคตาซับซ้อน(Retina)

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- เร่งรัดการตรวจคัดกรองให้ได้ตามเป้าหมาย
- กระตุ้นความสำคัญของการคัดกรองผู้ป่วยการมาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรค
- ทำแผนจัดซื้ออุปกรณ์ถาวร (๑,๒๐๐,๐๐๐ บาทต่อเครื่อง)
- มีแผนจัดซื้อเครื่องวัดความดันชนิดลมเป่าสลับ เพิ่ม ๑ เครื่อง ราคา ๕๐๐,๐๐๐ บาท ปี ๒๕๖๑

ผู้รายงาน นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เขต ๑๐ กรมการแพทย์

คณะที่ ๓

การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุน
การจัดบริการสุขภาพ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุน การจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๓.๑ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ : ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนี
ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ (Retention rate)
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐)

๒. สถานการณ์

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับที่ได้มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลโดยผ่านระบบ Online-based หรือ Mobile App-based ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ที่ผ่านมาแล้วนั้น และในไตรมาสที่ ๔ พบว่า ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ ๓ ขึ้นไป สำหรับในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ นี้ หน่วยงานต้องดำเนินการต่อโดยวิเคราะห์ผลการประเมิน และดำเนินการต่อ โดยแบ่งเป็น ๕ ระดับ ดังนี้

ระดับที่ ๑ ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้

ระดับที่ ๒ มีการสำรวจข้อมูล

ระดับที่ ๓ มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลต่อผู้บริหาร

ระดับที่ ๔ มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน

ระดับที่ ๕ มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน

โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ได้กำหนดเป้าหมาย small success ในรอบ ๖ เดือน, ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน ให้หน่วยงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ ๓, ระดับ ๔ และระดับ ๕ ขึ้นไป ตามลำดับ

สำหรับเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้ดำเนินการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน ๓ ระดับ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ดังนี้

๑. การพัฒนานักบริหารความสุข (Happy Management Leaders) ระหว่างวันที่ ๖ – ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ณ โรงแรมเอเชียแอร์พอร์ต ลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ การใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน Happinometer เพื่อการจัดทำแผนสร้างสุขในองค์กร การขับเคลื่อนองค์กรและความสุข องค์กรแห่งความสุข งานบริการกับการสร้างสุข บริหารเงินอย่างไรให้เป็นสุข เป็นต้น

๒. การพัฒนานักจัดการองค์ความรู้สู่ความสุขคนทำงาน ระหว่างวันที่ ๑๔ – ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมเอเชียแอร์พอร์ต ลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลผลการสำรวจ Happinometer โดยโปรแกรม SPSS และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกด้วยการใช้สถิติขั้นสูง (Factor analysis, Cluster analysis, Multiple regression) การวางแผนชีวิต การเงิน การลงทุน เป็นต้น

๓. การพัฒนานักจัดการองค์ความรู้สู่การสร้างงานบันดาลใจ ระหว่างวันที่ ๑๓ – ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ณ โรงแรมไมด้า แอร์พอร์ต แจ้งวัฒนะ กทม. ได้แก่ การสร้างงานบันดาลใจ, การสร้างและพัฒนา นักสร้างสุข (Chief Employee Experience Officer : CEEO), การออกแบบเส้นทางชีวิต องค์กรแห่งความสุข บริหารประสบการณ์การทำงาน การสร้างสุข, การสร้างสรรค์ความสัมพันธ์ การสื่อสาร ที่ดีในองค์กร เป็นต้น

ผลการดำเนินงาน ทุกจังหวัดดำเนินการผ่านเกณฑ์ตาม small success ในระดับ ๓ คือมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอต่อผู้บริหาร และมีจังหวัด อานาจเจริญ และยโสธร ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ระดับ ๔ คือมีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน ร้อยละ ๖๐ และ ๘๔.๒๑ ตามลำดับ

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

- ขาดกลไกการขับเคลื่อนนโยบายและเครือข่ายการสร้างสุขของคนทำงานระดับเขตและจังหวัด ในการกำหนดแนวทางและสนับสนุนการขับเคลื่อนสร้างสุขในรูปแบบเครือข่าย
- ผู้รับผิดชอบระดับหน่วยงานย่อยขาดความรู้ความเข้าใจในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS และข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์มีข้อจำกัด ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์เชิงลึกได้ทำให้มีข้อจำกัด ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ความเสี่ยงต่อการไม่เป็นไปตามหลักการมีส่วนร่วม บทบาทหลักของบางหน่วยงานในการออกแบบกระบวนการสร้างเสริมความสุข และความผูกพันในองค์กรของคนทำงาน รวมถึงการกำหนดแผนปฏิบัติการ และการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับมิติที่เป็นปัญหาของหน่วยงาน ยังคงเป็นภาระสำหรับคณะทำงานรับผิดชอบหลัก (admin) โปรแกรมสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข และความผูกพันในองค์กรของคนทำงาน (Happinometer) โดยเฉพาะ admin ในสายงานเจ้าพนักงานพัสดุและเจ้าพนักงานเวชสถิติ
- ความเสี่ยงต่อการไม่เป็นไปตามหลักการสนองตอบรับ เนื่องจากการออกแบบกระบวนการสร้างสุขโดยเฉพาะมิติทางการเงินที่เป็นปัญหาของทุกหน่วยงาน ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ (Learning activities) แก่บุคลากรเป้าหมาย ซึ่งถือเป็นการเปิดพื้นที่ทางปัญญาและมีฐานคิดเชื่อว่าการเรียนรู้ส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืน อาจต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงปรากฏการณ์ (วิกฤติทางการเงิน) เพื่อสนองตอบตามเครื่องมือวัด (Happinometer)

๔. **ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

- ๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์
๑. กลไกการขับเคลื่อนระดับเขต/จังหวัด/อำเภอยังไม่ชัดเจน/ไม่ครอบคลุม
 ๒. นักบริหารจัดการความรู้ฯ ผู้แทนเขตและจังหวัดที่เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจในการวิเคราะห์ข้อมูล Happinometer เชิงลึก ด้วยโปรแกรม SPSS และสถิติขั้นสูง รวมทั้งยังไม่ได้ดำเนินการชี้แจงแนวทางการดำเนินการแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - มีการวิเคราะห์ข้อมูล Happinometer เบื้องต้น ภายใต้ข้อจำกัดของข้อมูลและ นักบริหารจัดการความรู้ฯ/บุคลากรในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก ด้วยสถิติขั้นสูง (Factor & Cluster, Multiple regression analysis) และการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนพัฒนาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - มีข้อจำกัดของศักยภาพทีม HRD ในการวางแผนพัฒนารวมทั้งการจัดทำแผนพัฒนา/แผนปฏิบัติการฯ รองรับในแต่ละระดับ
 - ยังไม่มีแผนการดำเนินงานขับเคลื่อนการสร้างความสุขของคนทำงานที่ชัดเจน
 ๓. ความพร้อมและความชัดเจนของนโยบายรองรับ Happy Money Program มี MOU ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และธนาคารไทยพาณิชย์
 - มีทางธนาคารกรุงไทยเข้ามาเสนอข้อตกลงเงื่อนไขการกู้และดอกเบี้ยที่ดีกว่า
 - การย้ายบัญชีทำให้ยุ่งยาก เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมอื่นๆ และขาดความเชื่อมั่นไว้วางใจเงื่อนไขผลประโยชน์/ค่าธรรมเนียมของธนาคารไทยพาณิชย์(ภาพลักษณ์ทางธุรกิจมีค่าธรรมเนียมบริการสูง)
- ๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- ควรมีกลไกขับเคลื่อนการสร้างความสุขของคนทำงานในระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ ในรูปแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงระหว่าง CHRO, นักบริหารความสุข, นักบริหารจัดการองค์ความรู้, นักสร้างสุข และที่เกี่ยวข้องที่เป็นทางการชัดเจน และสอดคล้องรองรับในแต่ละระดับ

- ควรกำหนดเครือข่ายทีมงานที่มีศักยภาพรับผิดชอบในการระดับเขต/จังหวัด ช่วยเหลือ สนับสนุน และติดตามการดำเนินงานในภาพรวมร่วมกับผู้รับผิดชอบของหน่วยงาน ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และการจัดทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ โดยใช้ประโยชน์จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล Happinometer และสังเคราะห์ข้อมูลบริบทปัจจัยแวดล้อมในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายและมาตรการที่เหมาะสมในระดับต่างๆ เช่น Population based, Area based, Target group & Individual based ตลอดจนขับเคลื่อนแผนฯ ไปสู่การปฏิบัติการได้อย่างมีเอกภาพ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและยั่งยืน

- ผู้บริหารให้การสนับสนุนการทำกิจกรรมสร้างสุขที่หลากหลาย เน้นกิจกรรมคิดเอง ทำเอง และสร้างการมีส่วนร่วมของทีมงาน (รูปแบบเครือข่าย/ CUP), มีการประกวดผลงานสร้างสุขคนทำงานในแต่ละมิติและให้รางวัลจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนสิ่งดีๆ สร้างคุณค่า ต้นแบบ ชื่นชม ต่อยอด และขยายผลอย่างกว้างขวาง

- ควรมีการจัดทำแผนพัฒนากำลังคนระดับเขต ที่สอดคล้องรองรับยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence Strategy)

- ควรมีคณะกรรมการฯ และคลินิกสุขภาพทางการเงิน Happy Money Clinic เร่งรัดดำเนินการให้คำปรึกษาแนะนำ วางแผน เจรจาต่อรอง ประenomหนี้ ให้ความรู้ ดูแลช่วยเหลือ และติดตามรายงานผลงาน

- ควรมีนโยบายจังหวัดสนับสนุนการดำเนินโครงการฯ กับ ธนาคารไทยพาณิชย์ที่เป็นทางการ และให้เสนอผลประโยชน์เพิ่ม จากข้อตกลงในแต่ละพื้นที่ตามความเหมาะสม สำหรับธนาคารอื่น ที่ไม่ได้ MOU กับกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานไม่ควรให้การสนับสนุนที่เป็นทางการ

- ควรใช้วิธีให้เจ้าหน้าที่การเงิน หักเงินเดือนและนำส่ง แทนการย้ายบัญชี

- ควรสร้างค่านิยมและวัฒนธรรมการออม ใช้เงินเป็นหาเงินได้ ทำบัญชีครัวเรือน

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ควรมีกลไกขับเคลื่อนนโยบายสร้างความสุขของคนทำงาน ระดับเขต และเครือข่ายปฏิบัติการฯ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานระดับจังหวัด

- ควรมีงบประมาณสนับสนุนในการขับเคลื่อน Happy MOPH ในภาพจังหวัด

- ควรมีกลไกการทบทวนและเจรจาต่อรองระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับธนาคารไทยพาณิชย์ และธนาคารอื่นๆ ในโครงการ Happy Home และ Happy Money Program เพื่อประโยชน์สูงสุดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในภาพรวม โดยให้สามารถทำธุรกรรมได้โดยไม่ต้องย้ายบัญชีเงินเดือน หรือสามารถทำธุรกรรมได้โดยให้บัญชีเงินเดือน/การย้ายบัญชีธนาคารอยู่ที่ธนาคารใดก็ได้ตามความประสงค์ของเจ้าตัว เพื่อลดภาระและความยุ่งยากของการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งควรมีการจัดสวัสดิการเงินกู้อื่น ๆ เพิ่มเติม

- ควรทบทวนข้อตกลงกระทรวงสาธารณสุขกับ SCB ให้ขยายครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย (ลูกจ้างชั่วคราว) และให้ SCB มีความพร้อมในการให้บริการมากขึ้น เช่น เจ้าหน้าที่ในการให้บริการ การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์และดำเนินการให้มีข้อมูลที่เข้าใจถูกต้องตรงกันอย่างทั่วถึง

- ส่วนกลางควรมีการประเมินผลการดำเนินงาน Happy Money Program

ผู้รายงาน นางสาวปัทมา ผ่องศิริ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
ตอนที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุน การจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๓.๒ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ : อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข
(Retention rate) เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕)

๒ สถานการณ์

จังหวัดอุบลราชธานี มีข้อมูลจำนวนบุคลากร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ จำแนกเป็นข้าราชการ จำนวน ๕,๖๒๘ คน พนักงานราชการ จำนวน ๒๔๔ คน ลูกจ้างประจำ จำนวน ๔๐๗ คน ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๒,๐๔๖ คน และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒,๐๔๔ คน จังหวัดศรีสะเกษ จำแนกเป็นข้าราชการ จำนวน ๓,๗๕๒ คน พนักงานราชการ จำนวน ๑๑๒ คน ลูกจ้างประจำ จำนวน ๓๐๑ คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑,๘๕๒ คน และลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๑,๓๒๑ คน จำนวนรวมทั้งสิ้น ๗,๓๓๘ คน จ.ยโสธร มีข้อมูลจำนวนบุคลากร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ จำแนกเป็นข้าราชการ จำนวน ๑,๖๑๘ คน พนักงานราชการ จำนวน ๗๓ คน ลูกจ้างประจำ จำนวน ๑๓๕ คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖๕๙ คน และ ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๓๐๓ คน จำนวนรวมทั้งสิ้น ๒,๗๘๘ คน จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วยหน่วยงานทั้งหมด จำนวน ๙๒ หน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๖ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๗ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมคุณภาพตำบล จำนวน ๗๘ แห่ง โดยมีจำนวนบุคลากรทั้งหมด ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ จำนวน ๒,๒๘๓ คน จำแนกเป็นข้าราชการ จำนวน ๑,๒๖๗ คน พนักงานราชการ จำนวน ๗๓ คน ลูกจ้างประจำ จำนวน ๑๒๘ คน ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๓๘๔ คน และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๙๐ คน

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

มีแผนพัฒนาศักยภาพ HR Clinic เพื่อพัฒนาช่องทางการช่วยเหลือให้คำแนะนำบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัด ในการขอรับบริการงานด้านบุคลากร เช่น การพัฒนาบุคลากร การขอตำแหน่งที่สูงขึ้น การต่อสัญญาจ้าง การประเมินผลการปฏิบัติงาน สิทธิและสวัสดิการ เป็นต้น เพื่อให้คำปรึกษา ช่วยเหลือแนวทางที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเป็นโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ รวมถึงรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการเพื่อนำมาทบทวนปรับปรุงพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยภาพรวมอัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข ในเขต ๑๐ ร้อยละของค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ๘๘.๙๔ ซึ่งสูงกว่า เกณฑ์ Retention rate ที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ พบว่าลำดับแรกคือ จังหวัดมุกดาหาร มีอัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุขสูงสุดในเขต ร้อยละ ๙๙.๑๒* ลำดับรองคือ จังหวัดอำนาจเจริญ มีอัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ ๙๙.๓๑

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

โครงสร้างอัตรากำลังฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล ยังขาดทักษะและประสบการณ์หน่วยงานยังไม่เข้าใจรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น ความหมายของอัตราการคงอยู่และอัตราการสูญเสียของบุคลากร,

การนับจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงในหน่วยงาน, สูตรคำนวณหน่วยงานยังไม่เข้าใจรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น ความหมายของอัตราการคงอยู่และอัตราการสูญเสียของบุคลากร, การนับจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงในหน่วยงาน, สูตรคำนวณ

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

ต้องมีการพัฒนาปรับปรุงบุคลากรให้ทุกหน้าที่งานพัฒนาบุคลากร และบุคลากรมีความต้องการในการฝึกอบรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานควรนำข้อมูลการลาออก การโอน และการให้ออกโดยมีความผิดของบุคลากร รวมทั้งสาเหตุการสูญเสียบุคลากร มาวิเคราะห์อัตราการสูญเสียและอัตราการคงอยู่ เพื่อวางแผนส่งเสริมระบบการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน และเพื่อธำรงรักษาบุคลากร หน่วยงานควรนำข้อมูลการลาออก การโอน และการให้ออกโดยมีความผิดของบุคลากร รวมทั้งสาเหตุการสูญเสียบุคลากร มาวิเคราะห์อัตราการสูญเสียและอัตราการคงอยู่ เพื่อวางแผนส่งเสริมระบบการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน และเพื่อธำรงรักษาบุคลากร

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ระบบ HROPS ไม่สามารถประมวลผลข้อมูลบุคลากรทุกประเภทการจ้างในภาพรวมของจังหวัด เนื่องจากผู้ใช้งานในระบบ HROPS มีสิทธิเข้าใช้งานเฉพาะหน่วยงานของตนเอง ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้รับผิดชอบงานที่ต้องใช้ระบบ HROPS ยังขาดความชำนาญในการใช้ระบบ HROPS และเงื่อนไขในการบันทึกข้อมูลในระบบค่อนข้างซับซ้อน ระบบ HROPS ยังไม่ตอบสนองความต้องการใช้งานของหน่วยงาน เช่น การประมวลผลข้อมูลกรณีการปฏิบัติราชการไม่ตรง จ.๑๘ มีการนับข้อมูลบุคลากรซ้ำซ้อน, ไม่สามารถประมวลผลข้อมูลบุคลากรทุกประเภทการจ้าง ในภาพรวมของจังหวัด เนื่องจากผู้ใช้งานในระบบ HROPS มีสิทธิเข้าใช้งานเฉพาะหน่วยงานของตนเอง ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้รับผิดชอบงานที่ต้องใช้ระบบ HROPS ยังขาดความชำนาญในการใช้ระบบ HROPS และเงื่อนไขในการบันทึกข้อมูลในระบบค่อนข้างซับซ้อน

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางสาวปัทมา ผ่องศิริ
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุน การจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๓.๓ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ : ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA เขตสุขภาพ เขต ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐)

๒. สถานการณ์

ผลการดำเนินงานในปี๒๕๖๐เขตสุขภาพที่๑๐ดังนี้

- ตามตัวชี้วัดที่ ๘ ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน (ป.ป.ท. เป็นเจ้าภาพ) ประเมินโดย รร.นายร้อยตำรวจ ใช้ ๓ เครื่องมือ EBIT, IIT,EIT. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ (สสจ +รพศ ,รพท.) ๕ หน่วยงาน ผลการประเมิน มีคะแนนเฉลี่ย ๘๓.๘๑ ระดับคุณธรรมและความโปร่งใส สูงมาก มุกดาหาร ๘๕.๙๔ อำนาจเจริญ ๘๔.๑๐ ยโสธร ๘๓.๔๗ อุบลราชธานี ๘๔.๐๘ และ ศรีสะเกษ ๘๑.๔๕ ตามลำดับ

- ตามตัวชี้วัดที่ ๗๙ (ศปท.กระทรวงสาธารณสุข) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕) เฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based : EBIT) ประเมินโดยผู้ตรวจประเมินระดับเขต กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ (สสจ.+รพศ+รพท. = ๑) ๕ หน่วยงาน กลุ่ม สสอ. จังหวัดละ ๒ หน่วยงาน จำนวน ๑๐ หน่วยงาน กลุ่ม รพช. จังหวัดละ ๒ หน่วยงาน จำนวน ๑๐ หน่วยงาน รวม ๒๕ หน่วยงาน ผลการประเมินคะแนนเฉลี่ยระดับเขต ๙๒.๘๕ ระดับคุณธรรมและความโปร่งใส สูงมาก อำนาจเจริญ ๙๙.๓๙ มุกดาหาร ๙๕.๗๖ อุบลราชธานี ๙๒.๗๓ ศรีสะเกษ ๘๑.๔๕ และ ยโสธร ๘๗.๒๗ ตามลำดับ พบว่า ใน หน่วยงานระดับ สสอ. ไม่ผ่านเกณฑ์ ๘๕ คะแนน ๓ แห่ง คิดเป็น ๑๒ % รพช. ๑ แห่ง คิดเป็น ๔ % ในพื้นที่จังหวัดยโสธร และศรีสะเกษ

ในปี ๒๕๖๑ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดยุทธศาสตร์ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ตัวชี้วัดที่ ๒๐ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA (ร้อยละ ๙๐) โดยนำหลักการการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่สำนักงาน ป.ป.ช มาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือต่อต้านการทุจริตที่ใช้ในการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติ (Evidence-Based) เพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขมีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล กำหนดหน่วยงานเป้าหมายเข้ารับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สสจ. รศ. รพท. สสอ. และ รพช. จำนวนทั้งสิ้น ๑, ๘๕๐ หน่วย ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีหน่วยงานเป้าหมายในการดำเนินการ จำนวน ๑๔๖ หน่วยงาน ประกอบด้วย สสจ. ๕ หน่วยงาน รพศ. ๑ หน่วยงาน รพท. ๗ หน่วยงาน รพช. ๖๓ หน่วยงานและสอ.๗๐หน่วยงาน

แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบธรรมาภิบาล ทุกระดับ คณะกรรมการที่แต่งตั้งประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงาน ความโปร่งใส ความพร้อมรับผิด ความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร ใน ๑๑ ข้อใหญ่ ๓๓ ข้อย่อย ในแบบประเมินเชิงประจักษ์ (Evidence-Based : EBIT) ด้วย มาตรการ ๓ ป.๑ค.(ปลูก/ปลูกจิตสำนึกป้องกันปราบปรามและเครือข่าย) เพื่อขับเคลื่อนงาน และ โดยบูรณาการ กับงานตรวจสอบภายใน คู่ขนานกับ PMQA ,HA , OG , ๒PSafety ให้องค์กร มีการบริหารจัดการ ในลักษณะ คุณภาพ (PMQA,HA คู่ คุณธรรม (ITA) เกิดความปลอดภัยและลดปัญหาการฟ้องร้อง

ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๑. เกิดเครือข่าย ในทุกระดับ เกิด Best Practice นำ สู่การ แลกเปลี่ยนเรียนรู้
๒. ผลการดำเนินงาน ในไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง เท่านั้น (EB ๔ - EB ๖) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ ๓ (๕) เป้าหมาย ๑๔๖ หน่วยงาน พบว่า เขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้ คะแนนเฉลี่ย ๔.๑๗ อยู่ใน ลำดับที่ ๒ ของจำนวน ๑๒ เขต (ที่ ๑ เขต ๑๒ = ๔.๕๕) มุกดาหาร ๕ ศรีสะเกษ ๔.๘๒ อุบลราชธานี ๓.๙๖ อำนาจเจริญ ๓.๖๗ และ ยโสธร ๓.๔๒ ตามลำดับ และยังพบว่าหน่วยงานเป้าหมาย ๒๕ แห่งที่ ดำเนินการในปี ๒๕๖๐ ได้ ๕ คะแนนและสามารถแนะนำ การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้กลุ่มเป้าหมายใหม่ ปี ๒๕๖๑ ได้เป็นอย่างดี
 - ระดับ ๓ จำนวน ๕๙ หน่วยงาน คิดเป็น ๔๐.๔๑ %
 - ระดับ ๕ จำนวน ๘๗ หน่วยงาน คิดเป็น ๕๙.๕๙ %
๓. ส่วนผลการดำเนินงาน ในไตรมาส ๒ รอบ ๖ เดือน ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB ๑ - EB ๑๑) อยู่ใน ระหว่างการรวบรวม ของประเมินของผู้ตรวจประเมินระดับเขต ที่อยู่ในพื้นที่ซึ่งผ่านการอบรมจาก ศปท.สธ และมีประสบการณ์ในปี ๒๕๖๐

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

ความเข้าใจ ในกระบวนการปฏิบัติงานประเด็นความโปร่งใส ความพร้อมรับผิด ความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร และคุณธรรมการดำเนินงานในหน่วยงาน ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based : EB ๑ – EB ๑๑) ยังขาดความเชื่อมโยง ในแต่ละข้อ เป็นระบบ ตั้งแต่ EB ๑ – EB ๑๑

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- ๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์
 - หน่วยงานในระดับอำเภอ บางแห่ง ไม่นำเสนอผลการวิเคราะห์การจัดซื้อจัดจ้างในปีที่ผ่านมา
 - มีหน่วยงานเป้าหมายจำนวนมากในจังหวัดขนาดใหญ่ มีความรู้ความเข้าใจหลายระดับ
 - จนท.ผู้รับผิดชอบงานเปลี่ยนบ่อย ทุกระดับ
 - การเปลี่ยนแปลง พรบ.การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุใหม่ ทำให้จนท.พัสดุขาดความมั่นใจในการดำเนินงาน เกิดความล่าช้า
 - เนื่องจากการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐประจำปี ๒๕๖๑ มีการประเมินในระดับอำเภอ ทั้งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีหน่วยงานจำนวน ๑๐ แห่งต้องประเมินครั้งแรกเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบยังไม่เข้าใจในตัวแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการทำเอกสารประกอบการตอบคำถาม
 - ผลการวิเคราะห์การจัดซื้อจัดจ้างใน ปีที่ผ่านมา (EB ๖) บางเรื่อง ไม่สอดคล้องกับการนำไปวางแผนปรับปรุงในปัจจุบัน
 - ขาดเครือข่าย สสอ.รพช.ที่สามารถเป็นแกนนำ ในระดับอำเภอ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- ควรพัฒนาทักษะการเขียนผลวิเคราะห์การจัดซื้อจัดจ้างในปีที่ผ่านมาที่เป็นปัญหา มาแก้ไข (EB ๖) ให้ชัดเจน

- สร้างทีมนำใน รพท. สสอ. รพช. ที่ทำได้ ถูกต้อง ให้เป็นพี่เลี้ยง ในระดับ โชน
- บูรณาการความร่วมมือขับเคลื่อนกับงานอื่นๆ
- สร้างการรับรู้เชิงบวกจากการแบบสำรวจความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายใน/ภายนอก

๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

- เสนอแนะให้ สสจ. รพท. ที่ทำถูกต้อง เป็นพี่เลี้ยง ในการเขียน นำเสนอ และรายงานผล
- ถอดบทเรียน
- และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขต

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ชี้แจงทำความเข้าใจ Template ให้รับรู้/เข้าใจและใช้นิยามเดียวกัน

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. บูรณาการกับงานตรวจสอบภายใน
๒. Routine to ITA

ผู้รายงาน นางเรียมรัตน์ รักเสมอวงศ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
ตอนที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุน การจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๓.๔ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ : ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่
ไม่ใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุ ทันตกรรม เขตสุขภาพ เขต รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

๒. สถานการณ์

ผลงานการจัดซื้อร่วมระดับเขตในภาพรวมเพิ่มขึ้นทั้งมูลค่าและอัตราการซื้อเมื่อเทียบกับการซื้อทั้งหมด โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๙, ๒๕๖๐ และ พ.ศ. ๒๕๖๑ (ไตรมาส ๑) มีมูลค่าการจัดซื้อร่วม ๒๒๐,๔๙๓ ,๔๙๓ และ ๓๕๒ ล้านบาทและมีการซื้อร่วมในภาพรวมร้อยละ ๑๙.๑๓ % , ๒๔.๐๔ % และ ๓๑.๖๑ % ตามลำดับ

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

๑. มีการสื่อสารคำจำกัดความของ “การจัดซื้อร่วม” และการรายงานในระบบออนไลน์คลาดเคลื่อน

๒. ช่องทางในการสื่อสารการบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาไม่หลากหลายทำให้การสื่อสารข้อมูลการดำเนินงานไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายเกิดความเข้าใจการดำเนินงานไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

คณะกรรมการที่รับผิดชอบการบริหารเวชภัณฑ์มีใช้ยาอย่างขาดการเชื่อมโยงในส่วนกลางของจังหวัดและทำให้การดำเนินการไม่ต่อเนื่อง

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

แต่ละจังหวัดควรทบทวนคณะกรรมการการบริหารเวชภัณฑ์มีใช้ยา ให้มีการจัดประชุมเพื่อหาแนวทางในการดำเนินงานและการกำกับ ติดตาม รวมถึงจังหวัดที่ยังไม่มีการซื้อร่วมควรรีบดำเนินการเพื่อให้ผลงานบรรลุเป้าหมายต่อไป

๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

ประสานกับผู้รับผิดชอบในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อเป็นตัวเชื่อมให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ระบบการลงข้อมูลการจัดซื้อยาใน e-GP มีความยุ่งยาก ลำบากและมีเอกสารบางอย่างต้องมีดำเนินการนอก ระบบ e-GP เช่น ใบรายงานการตรวจรับพัสดุ ซึ่งงานตรวจสอบภายในจังหวัดกำหนดให้ต้องทำเพิ่ม ส่งผลต้องมีการสำรองยามากขึ้นเนื่องจากความยุ่งยาก และความลำบากของระบบ e-GP ดังนั้น เพื่อให้มียาเพียงพอสำหรับให้บริการผู้ป่วยและไม่มีการสำรองมากเกินไปควรมีการทบทวนแบบฟอร์มเอกสารให้มีตามความจำเป็นเพื่อให้เกิดความคล่องตัวมากขึ้น

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

การประกาศใช้นโยบาย Smart LAB used จังหวัดอุบลราชธานี ครอบคลุมทั้งจังหวัดวัตถุประสงค์เพื่อการ
สั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสม ลดการสั่งตรวจที่ไม่มีความจำเป็น หรือจัดลำดับของการสั่งตรวจที่น่าจะ
สามารถวินิจฉัยโรคได้

ผู้รายงาน นางสาวมัลลิกา สุพล
ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุน การจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๓.๕ ระบบธรรมาภิบาลและองค์คุณภาพ : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง
ระดับจังหวัด เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบ การตรวจสอบภายใน การ ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง ระดับจังหวัด

๒.สถานการณ์

สำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัด มีการจัดวางระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง มีแผนการ ตรวจสอบภายในประจำปี ๒๕๖๑ ครบทุกจังหวัด กำหนดขอบเขตและกิจกรรมการตรวจสอบเป็นไปตามนโยบาย ขับเคลื่อนการตรวจสอบภายในโดยคณะกรรมการภาคีเครือข่ายตรวจสอบภายในระดับจังหวัด ระดับอำเภอเพื่อให้ ครอบคลุมทุกระดับและครบทุกหน่วยรับตรวจ แต่ยังพบจุดอ่อนของหน่วยรับตรวจที่ยังไม่ให้ความสำคัญต่อการ รายงานผลการแก้ไขข้อบกพร่องตามข้อเสนอแนะ ส่งผลให้ความเสี่ยงยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม

ผลการประเมินประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จากการประเมินระบบการควบคุม ภายใน ๕ มิติ ภาพรวมของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๑๐ เป็นไปตามการประเมินของหน่วยงาน แต่ผลลัพธ์ที่ได้ ไม่สะท้อนความเป็นจริงเท่าที่ควร เพราะมิได้ประเมินในรูปของกรรมการหรือคณะทำงานแต่เป็นการประเมินตนเอง โดยผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน จึงไม่พบการเพิ่มมูลค่าการบริหารจัดการความเสี่ยงของระบบเพื่อนำไปพัฒนาองค์กร

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

การดำเนินงานตรวจสอบภายในของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคี เครือข่าย ๒ ระดับ จังหวัดและอำเภอ ดำเนินการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ได้ครบ ทุกหน่วยรับตรวจ มีการออกรายงานผลการตรวจสอบและติดตามการแก้ไขข้อบกพร่องอย่างเป็นระบบ จัดทำ แผนการตรวจสอบประจำปี ๒๕๖๑ ครบทุกกิจกรรม ทุกระดับตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด และระดับอำเภอ มีภาระงานประจำทำให้ไม่ สามารถปฏิบัติงานตรวจสอบภายในได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

ประเด็นข้อตรวจพบที่เป็นข้อสังเกตจากการตรวจสอบหากหน่วยงานได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะจะทำให้ลดข้อผิดพลาดและจุดอ่อนในการปฏิบัติงานได้ทันที่

๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

ให้มีการพัฒนาบุคลากรด้านการตรวจสอบภายในระดับเครือข่าย

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ในจังหวัดที่มีหน่วยรับตรวจจำนวนมากคณะกรรมการภาคีเครือข่ายตรวจสอบภายในแบ่งทีมการตรวจสอบเป็น ๒ ระดับ ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อรองรับการตรวจสอบให้ครบถ้วนทุกหน่วยรับตรวจ บุคลากรในระดับอำเภอยังขาดทักษะ ความรู้ ความเข้าใจในกฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ดังนั้นควรเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และวิธีการอันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรได้ดียิ่งขึ้น

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวพรทิพย์ สมวัน
ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
ตอนที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุน การจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๓.๖ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการ
บริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (PMQA)
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ระดับ ๕ ร้อยละ ๖๐)

๒. สถานการณ์

ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ในได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการคุณภาพการบริหารจัดการองค์การเพื่อยกระดับการปฏิบัติราชการให้เทียบเท่ามาตรฐานสากลมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ ต่อเนื่องเป็นต้นมา โดยเป็นหนึ่งในส่วนราชการของจังหวัดนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในสังกัดทุกแห่ง

ในปี ๒๕๖๑ ได้กำหนดตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ ๒๐ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการที่ ๓๙ โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ ตัวชี้วัดที่ ๖๓ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายความสำเร็จการดำเนินการดำเนินการในระดับหน่วยงานส่วนกลาง ร้อยละ ๖๐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ ๖๐ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้อยละ ๒๐ ตามลำดับ และได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดในคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement) เขตสุขภาพที่ ๑๐ กลุ่มเป้าหมายตาม PA ได้แก่ สสจ. ๕ แห่ง สสอ. ๑๖ แห่ง (อุบลฯ ๕ แห่ง ศรีสะเกษ ๕ แห่ง ยโสธร ๒ แห่ง อำนาจเจริญ ๒ แห่ง และ มุกดาหาร ๒ แห่ง)

โดย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อบรมโครงการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ครั้งที่ ๔ ที่โรงแรมฟอร์จูน ริเวอร์วิว นครพนม เป้าหมาย สสจ.และ สสอ. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ดำเนินงานรองรับ ทั้ง ๓ มาตรการ

มาตรการที่ ๑ ประกาศนโยบายการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การในส่วนราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ประกาศนโยบายการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การในส่วนราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. กลุ่มพัฒนาระบบบริหารจัดการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและให้ความรู้เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) แก่บุคลากรของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด

๔. ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ในหมวดหมวดภาคบังคับ ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด

๕. ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) ที่สำคัญ ๓ ลำดับแรก มาจัดทำแผนพัฒนาองค์กรและตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด

มาตรการที่ ๒ ส่งเสริมสนับสนุนส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร

๑. ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร
๒. กลุ่มพัฒนาระบบบริหารดำเนินการสร้างทีม Internal Audit ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด

มาตรการที่ ๓ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานตามแผนปรับปรุงองค์กรต่อเนื่อง
๒. ทีม Internal Audit /ที่ปรึกษาภายนอก /กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ร่วมกันตรวจประเมินผลการดำเนินงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และออก รายงาน Feedback
๓. กลุ่มพัฒนาระบบบริหารจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบเกียรติบัตรให้ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลดำเนินการที่เป็นเลิศ

Small success ไตรมาส ๑

๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน
๒. ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ หมวดภาคบังคับ
๓. จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน)
๔. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด ๗)

ผลการดำเนินงาน ไตรมาสที่ ๑ ปี ๒๕๖๑

๑. ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด และอำเภอ ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรการนำเครื่องมือตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ในองค์กร ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัด
๒. การส่งรายงานพื้นฐานผ่านระบบอินเทอร์เน็ตให้กับกลุ่มพัฒนาระบบบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง

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

- ไม่เข้าใจบริบทตัวเอง ทำเพราะเป็น PA และมองว่าเป็นภาระงาน ที่เพิ่มขึ้น

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์
ขาดความตระหนักรู้ และการประยุกต์ใช้เกณฑ์ PMQA เป็น ตัวช่วย ในการพัฒนาองค์กร ให้เป็นไปตามมาตรฐาน

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- สร้างความตระหนักรู้และการประยุกต์ใช้เกณฑ์ PMQA สำหรับทีมนำ และ เครือข่ายระดับอำเภอ
- ตั้ง Node สสอ. ที่เข้าใจ ที่สามารถเป็นแบบอย่าง ให้ สสอ.ได้เรียนรู้

๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
สร้าง Internal Auditor ในระดับเขต และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ให้ส่วนกลางมาติดตามสนับสนุนในพื้นที่ ในลักษณะ Site Visit ในพื้นที่ร่วมกับผู้ประสาน/ตรวจรับรองระดับเขต
- เน้นกระบวนการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ไม่มี

ผู้รายงาน นางเรียมรัตน์ รักเสมอวงศ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุน การจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๓.๗ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง
สาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓
เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓
 เป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐๐ ของ รพศ. รพท. รพ.สังกัดกรม : มากกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพช.

๒.สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรม จำนวน ๑๐ แห่ง ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ร้อยละ ๑๐๐ ในปี ๒๕๖๑ มีโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรม ที่จะต่ออายุการรับรองคุณภาพ จำนวน ๓ แห่ง ร้อยละ ๓๐ โรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๖๓ แห่ง ผ่านการรับรองคุณภาพ จำนวน ๔๙ แห่ง ร้อยละ ๗๗.๗๘ ชั้น ๐-๓ จำนวน ๑๔ แห่ง ร้อยละ ๒๒.๒๒ และปี ๒๕๖๑ มีโรงพยาบาลที่จะต่ออายุการรับรองคุณภาพจำนวน ๑๕ แห่ง ร้อยละ ๓๐.๖๑

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

๓.๑ กำหนดเป็นนโยบายในทุกจังหวัด

๓.๒ ในทุกจังหวัดดำเนินการเยี่ยม เสริมพลัง ในพื้นที่ โดยระบบพี่เลี้ยงเครือข่าย QLN (Quality Learning Network) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ลงเยี่ยมภายในเครือข่าย สร้างทักษะการเป็นพี่เลี้ยง (Coach) สำหรับพี่เลี้ยง QRT หลัก เป็นจิตอาสา และมีความเข้มแข็ง

๓.๓ มีการจัดประชุมวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันภายใต้การสนับสนุนของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑. ความมุ่งมั่น จริงจังในการพัฒนาคุณภาพ ของทีม

๒. โครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญ ยังไม่ผ่านมาตรฐานขั้นต่ำ ประกอบด้วย ระบบบำบัดน้ำเสีย

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๑. การสร้างขวัญกำลังใจแก่ทีมงานคุณภาพ ทีมพี่เลี้ยงเครือข่าย QLN เช่นมอบเกียรติบัตร ในเวทีสรุปผลงานประจำปี

๒. การพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงเครือข่าย QLN อย่างต่อเนื่อง

๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๑. พัฒนาศักยภาพในภาพรวมเขตเรื่องมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาลฉบับที่ ๔ ภาพรวมเขต เนื่องจากในปี ๒๕๖๑ มีโรงพยาบาลที่จะต่ออายุการรับรองคุณภาพจำนวน ๑๕ แห่งที่แล้วต้องเข้าสู่การรับรองด้วยมาตรฐานฉบับใหม่

๒. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมของระบบพี่เลี้ยงเครือข่าย QLN เพื่อให้กระบวนการพัฒนาคุณภาพดำเนินการไปอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. จัดสรรสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA. ในโรงพยาบาลชั้น ๐-๓ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบโครงสร้างสิ่งแวดล้อมสาธารณสุขปภคที่ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัยของผู้รับบริการผู้ให้บริการ

๒. ทีมคุณภาพระดับเขต ระดับจังหวัด ควรเพิ่มและสร้างขวัญกำลังใจแก่ทีมทำงานคุณภาพ ทีมพี่เลี้ยงเครือข่าย QLN เช่นมอบเกียรติบัตร ในเวทีสรุปผลงานประจำปี

๓. เพิ่มจำนวน Quality Coach ซึ่งมีจำนวน ๓ คน ดูแลโรงพยาบาลทุกระดับจำนวน ๗๓ แห่ง

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

การเรียนรู้ร่วมกันของเครือข่ายพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง(QLN : Quality learning Network) ทำให้มีพี่เลี้ยงที่เข้มแข็ง เป็นจิตอาสา เป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานคุณภาพ

ผู้รายงาน นางสาวบุศณี มุจรินทร์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุน การจัดการสุขภาพ
ประเด็นตรวจ INS ๓.๙ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ : ร้อยละของหน่วยบริการ
ที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

การบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ปัญหาวิกฤติทางการเงิน (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๖ ของหน่วยบริการในพื้นที่)

๒. สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๑๐ ณ สิ้นไตรมาส ๑ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ (ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑ /๒๕๖๑) และเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีหน่วยบริการที่ต้องเฝ้าระวังเพื่อไม่ให้ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน จำนวน ๓ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลดงหลวง, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา, โรงพยาบาลสำโรง (ระดับ ๔)

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

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๔.๓ สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. การพัฒนาระบบความเชื่อมโยงของข้อมูล และระบบสอบทานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

๒. การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง และการแก้ปัญหาวิกฤติการเงิน ระดับ ๗

๓. พัฒนาประสิทธิภาพศูนย์เรียกเก็บรายได้

๔. พัฒนาศักยภาพ และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังเพื่อสร้างความเข้มแข็ง ในระดับ CUP

๕. เพิ่มประสิทธิภาพการวางระบบควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานตามระเบียบและข้อกำหนดของทางราชการ

ผู้รายงาน ภก.ดนุภพ ศรีศิลป์
 ตำแหน่ง เลขาธิการคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ 10

คณะที่ ๔

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คณะที่ ๔ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ประเด็นตรวจ INS ๑.๗ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละ ๕๐ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

๒. สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๑๐ ประกอบด้วย ๕ จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, ยโสธร, อำนาจเจริญ และมุกดาหาร โดยจังหวัดมุกดาหาร ตั้งอยู่ในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน แบ่งการปกครองออกเป็น ๗๐ อำเภอ ๖๑๒ ตำบล ๗,๐๔๐ หมู่บ้าน ๑,๒๘๘,๔๖๓ หลังคาเรือน ประชากร ๔,๖๐๗,๓๖๘ คน มีเทศบาลตำบล ๑๔๒ แห่ง องค์การบริหารส่วนจังหวัด ๕ แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล ๕๑๔ แห่ง มีพื้นที่ ๓๖,๒๗๖.๗๒ ตารางกิโลเมตร ความหนาแน่นของประชากร ๑๒๔ คนต่อตารางกิโลเมตร

ในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการดำเนินงาน DHB จำนวน ๒๒ อำเภอ โดยมีการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบสุขภาพในระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพที่ดี ปี ๒๕๖๑ เขตสุขภาพที่ ๑๐ ขับเคลื่อนนโยบายและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ตามยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ เอกชน และ ภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม และมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาพื้นที่ ตลอดจนเสริมสร้างให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและระบบสุขภาพเกิดความยั่งยืน ผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีข้อกำหนดร่วมกันในการขับเคลื่อนประเด็นเพิ่มเติม คือ ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย ทุกจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และจังหวัดศรีสะเกษมีการประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อเสนอประเด็นในการพัฒนาครบทุกอำเภอ

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

การคัดเลือกประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตตามบริบทของพื้นที่ส่วนใหญ่ยังเป็นประเด็นทางด้านการสาธารณสุข ส่งผลให้การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาเป็นภาระงานของสาธารณสุขอำเภอภาคีเครือข่ายอื่น ๆ มีส่วนร่วมน้อย

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

การคัดเลือกประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตตามบริบทของพื้นที่ส่วนใหญ่ยังเป็นประเด็นทางด้านการสาธารณสุข ส่งผลให้การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาเป็นภาระงานของสาธารณสุขอำเภอภาคีเครือข่ายอื่น ๆ มีส่วนร่วมน้อย

ผู้รายงาน นายชัยนิตย์ อินทร์งาม
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คณะที่ ๔ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ประเด็นตรวจ INS ๒.๑ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ : ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

๒. สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวสะสม (Primary Care Cluster) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ จนถึงปัจจุบันจำนวน ๔๓ ทีม

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

- ขาดแพทย์ที่จะเรียนด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
- เกณฑ์การจัด Catchment Area ทำให้การจัดทีมไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- พื้นที่เขตเมืองส่วนใหญ่ขาด นักวิชาการสาธารณสุข/จพ.สาธารณสุข

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- ขาดแพทย์ที่จะเรียนด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
- เกณฑ์การจัด Catchment Area ทำให้การจัดทีมไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- พื้นที่เขตเมืองส่วนใหญ่ขาด นักวิชาการสาธารณสุข/จพ.สาธารณสุข

๔.๒ ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- เพิ่มการ Motivation ระดับจังหวัดเพื่อจูงใจในการศึกษาต่อด้านเวชศาสตร์ครอบครัวทั้ง

Full course/short course

- เตรียมความพร้อมพื้นที่เพื่อรองรับการเปิดคลินิกหมอครอบครัวสนับสนุนบุคลากร
- (นักวิชาการสาธารณสุข) ใน PCC เขตเมือง

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- การจัดตั้ง/การกำหนดพื้นที่ในการเปิดบริการ
- เกณฑ์การจัด Catchment Area ทำให้การจัดทีมไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- การจัดหาและพัฒนาบุคลากร (แพทย์/สหสาขาวิชาชีพ)
- ส่วนกลางสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรในแต่ละสาขาวิชาชีพให้ได้รับการพัฒนาครบตามทีมที่เปิดดำเนินการ เพื่อให้ได้คุณภาพ

ผู้รายงาน นายชัยนิตย์ อินทร์งาม
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๔ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
ประเด็นตรวจ INS ๓.๘ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ : ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์
การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว เขตสุขภาพ ๑๐ รอบที่ ๑

๑. ตัวชี้วัด

ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว (ร้อยละ ๒๕) สะสม

๒. สถานการณ์

จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีรพ.สต.ทั้งหมด ๓๘๓ แห่ง ผ่านการประเมินรับรองในปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๔๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๓๐ และ กำหนดเป้าหมายการประเมินปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๗๙ แห่ง

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

๑. ในบางพื้นที่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจาก CUP เท่าที่ควร
๒. การประเมินเน้นการพัฒนาและเสริมพลัง มากกว่าการประกวด
๓. ปรับเปลี่ยนทัศนคติและมุมมองที่มีต่อดำเนินงาน รพ.สต.ตีตดาวให้เป็นงานประจำที่ทำควบคู่ไปกับงานบริการหรืองานอื่นๆ

๔. ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑. ในบางพื้นที่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจาก CUP เท่าที่ควร
๒. การประเมินเน้นการพัฒนาและเสริมพลัง มากกว่าการประกวด
๓. ปรับเปลี่ยนทัศนคติและมุมมองที่มีต่อดำเนินงาน รพ.สต.ตีตดาวให้เป็นงานประจำที่ทำควบคู่ไปกับงานบริการหรืองานอื่นๆ

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. ปรับเกณฑ์การประเมินในหมวดที่ ๑ เรื่อง Green & Clean เพื่อให้เข้ากับบริบทของพื้นที่รพ.สต.
๒. ปรับเปลี่ยนเกณฑ์ในเรื่องของคำสั่ง พขอ. ที่กำหนดให้ทีมงานเภสัชกรรมเข้าไปในกรรมการ เนื่องจากประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตในบางอำเภอไม่เกี่ยวข้องกับงาน คบส.
๓. ให้มีหน่วยงานส่วนกลางเข้ามาเป็นทีมประเมินรับรองระดับจังหวัด

ผู้รายงาน นายชัยนิตย์ อินทร์งาม
 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ