

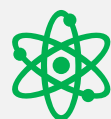


ผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ไตรมาส 4 เขตสุขภาพที่ 4

ปีงบประมาณ 2563

PA

นายแพทย์ ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร  
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4





## PP&amp;P Excellence

พชอ.คุณภาพ

อสม. เป็นหมอครอบครัว



## Governance Excellence

รพ.สต.ติดดาวระดับ 5

นวัตกรรมเขตสุขภาพ



Preterm



## Service Excellence

RDU

ใช้ยาสมเหตุสมผล

AMR

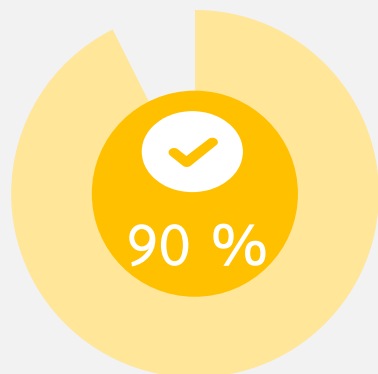
มีการจัดการเชื้อดื้อยา

Smart hospital

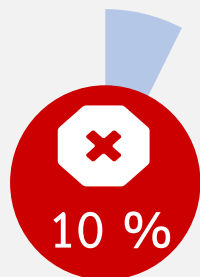
ระบบนัด  
และคิวออนไลน์ความสำเร็จการ  
รักษาวัณโรคการพัฒนาห้อง  
ฉุกเฉิน ER คุณภาพการเข้าถึงบริการ  
กัญชาทางการแพทย์

# สรุปตัวชี้วัด 10 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์  
9 ตัวชี้วัด



ไม่ผ่านเกณฑ์  
1 ตัวชี้วัด



## PP&P Excellence

- ✓ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
- ✓ อสม.หมอบประจำบ้าน

## Service Excellence

- ✓ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการเตียงด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)
- ✓ ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital
- ✓ ร้อยละ รพศ.ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ
- ✓ จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่อง
- ✓ อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (TB)
- ✗ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)

## Governance Excellence

- ✓ นวัตกรรมเขตสุขภาพ (อัตราการคลอดก่อนกำหนด (Preterm))
- ✓ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ติดดาว

## สรุปรายละเอียดตัวชี้วัด PA ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2563

Excellence	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี 2563)	Small Success ไตรมาส 4	ผลงาน (ระดับเขต)	ผ่าน/ ไม่ผ่าน
Service	1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 85	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 60 ของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ปีงบประมาณ 2563 ไตรมาส 1-4 ได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก</li> <li>- ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติการรักษามาก่อนขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 3 ปีงบประมาณ 2563 มีผลทดสอบความไวต่อยารักษาวัณโรค (DST)</li> </ul>	อัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 87.5 การคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ร้อยละ 37 ผลทดสอบความไวต่อยารักษาวัณโรค (DST) ร้อยละ 70.7	ผ่าน
Service	2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 50 RDU ชั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 20	- จังหวัดมีการวิเคราะห์และวางนโยบายให้การดำเนินงาน RDU เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทุกระดับ ติดตามผลทุก 12 เดือน <b>(ทุกจังหวัดดำเนินการแล้ว)</b>	RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 45.27 RDU ชั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 10.92	ไม่ผ่าน
Service	3. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการ การดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	AMR ระดับ Intermediate ร้อยละ 95	1. วิเคราะห์และวางนโยบายให้การดำเนินงาน AMR เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทุกระดับ ติดตามผลทุก 12 เดือน <b>(ทุกจังหวัดดำเนินการ ร้อยละ 100)</b>	AMR ระดับ Intermediate ร้อยละ 100	ผ่าน
PP&P	4. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 70	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการประเมินของผู้เยี่ยมระดับจังหวัด และมีการดำเนินการบริหารจัดการพัฒนา พขอ. แบบบูรณาการและมีส่วนร่วม <b>(ทุกจังหวัดดำเนินการ ร้อยละ 100)</b></li> <li>2. ระดับอำเภอมีการดำเนินการและผ่านเกณฑ์การประเมิน การพัฒนา พขอ. <b>(ทุกจังหวัดดำเนินการ ร้อยละ 100)</b></li> </ol>	อำเภอผ่านเกณฑ์ พขอ. ร้อยละ 100	ผ่าน

Excellence	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี 2563)	Small Success ไตรมาส 4	ผลงาน (ระดับเขต)	ผ่าน/ ไม่ผ่าน
PP&P	5. จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	มี อสม. หมอประจำบ้าน จำนวน 80,000 คน (สะสม)	<p>1.จังหวัดมีการพัฒนา อสม.ดูแลผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายร่วมกับทีมหมอครอบครัว (ทุกจังหวัด ดำเนินการ ร้อยละ 100)</p> <p>2.จังหวัดมีการอบรม อสม. เพิ่มพูนความรู้และทักษะ อสม.หมอประจำบ้าน(ทุกจังหวัดดำเนินการ ร้อยละ 100)</p>	<p>จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 100</p> <p>อสม.หมอประจำบ้าน (เพิ่มพูนทักษะ) 6,037 (คน) แบ่งเป็น นนทบุรี(351) ปทุมธานี(527) สระบุรี(1,037) อ่างทอง(547) นครนายก(435) สิงห์บุรี(388) ออยุธยา(1,548) ลพบุรี(1,204)</p>	ผ่าน
Governance	6. ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	ร้อยละ 75	<p>1. รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) ได้รับการพัฒนาโดย ทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด (ทุกจังหวัดดำเนินการ ร้อยละ 100)</p> <p>2. จังหวัดมีการประเมินตนเองและพัฒนางาน รพ.สต.ติดตามอย่างต่อเนื่อง (ทุกจังหวัดดำเนินการ ร้อยละ 100)</p> <p>3. จังหวัดมีการดำเนินการประเมินและรับรองผล รพ.สต.ติดตาม ในระดับอำเภอ จังหวัด (ทุกจังหวัดดำเนินการ ร้อยละ 100)</p>	<p>รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ร้อยละ 78.82</p>	ผ่าน

Excellence	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี 2563)	Small Success ไตรมาส 4	ผลงาน (ระดับเขต)	ผ่าน/ ไม่ผ่าน
Service	7. ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	หน่วยบริการมีผลการดำเนินงาน Smart tools และ Smart Service ร้อยละ 80	มีกิจกรรมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital(ทุกจังหวัดดำเนินการแล้ว ร้อยละ 100)	รพ. ระดับ A, S, M1, M2 (เป้าหมาย ร้อยละ 80) ผลงานระดับเขต (ร้อยละ 83.33) Smart Place ร้อยละ 100 (18 แห่ง) Smart Tool ร้อยละ 66.67(11 แห่ง) Smart Service ร้อยละ 83.33(13 แห่ง) รพ. ระดับ F1, F2, F3 (เป้าหมาย ร้อยละ 50) ผลงานระดับเขต (ร้อยละ 75.47) Smart Place ร้อยละ 100 (53 แห่ง) Smart Tool ร้อยละ 37.74(15 แห่ง) Smart Service ร้อยละ 88.68(31 แห่ง)	ผ่าน
Service	8. ร้อยละ รพศ. ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	รพศ. 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 80	จังหวัดมีการจัดการตามเกณฑ์ ER คุณภาพ(ทุกจังหวัดดำเนินการแล้ว) อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการ Admit ภายใน 2 ชม. (ผลงาน ร้อยละ 69.45) พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ 50 (ผลงาน ร้อยละ 100) พัฒนาระบบ AOC (อยู่ระหว่างดำเนินการ) อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (trage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน รพ.ระดับ A,S,M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (ผลงาน ร้อยละ 12.48 )	รพศ. ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 100 <u>โรงพยาบาลน่านร่อง</u> ➤ โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) : โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ➤ โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) : โรงพยาบาลปทุมธานี	ผ่าน
Service	9. จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่อง	เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันรพช.ร้อยละ 25 ในแต่ละจังหวัด ผลงาน รพช. เป้าหมาย 59 แห่ง ผลงาน 9 แห่ง ร้อยละ 15.25	จัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่อง 2 แห่ง <u>โรงพยาบาลน่านร่อง</u> ➤ รพช. : โรงพยาบาลสระบุรี : ให้บริการทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ➤ รพช. : โรงพยาบาลเส้าไห้ : ให้บริการแพทย์แผนไทย	ผ่าน

Excellence	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี 2563)	Small Success ไตรมาส 4	ผลงาน (ระดับเขต)	ผ่าน/ ไม่ผ่าน
Governance	10. นวัตกรรมเขตสุขภาพที่ 4 - อัตราการคลอดก่อนกำหนด	ลดลง ร้อยละ 11.7	<u>ระดับเขต</u> 1. รายงานประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 4 ทุกเดือน รายงานผลการดำเนินงาน preterm ในเวทีตรวจราชการ ร้อยละ 100 2. รายงานผลการดำเนินงาน preterm ในเวทีตรวจราชการและถอดบทเรียน ร้อยละ 100 3. ปีงบประมาณ 2562 คลอดก่อนกำหนดเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 13.10 ปัจจุบัน 30 ก.ย.63) คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 10.53 เป้าลดลงจากเดิมร้อยละ 2.57 <u>ระดับจังหวัด</u> 1. จังหวัดปทุมธานี ลงทะเบียนฝากท้องออนไลน์ผ่าน QR-code และเชื่อมคลังความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ผ่าน E-book ร้อยละ 100 2. ปี 2562 preterm ร้อยละ 13.10 ปี 2563 preterm ร้อยละ 10.53 <b>ผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัด Preterm</b> 1. ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดลดลงจากเดิม ร้อยละ 10 (เป้า น้อยกว่า ร้อยละ 11.7) (ผลงาน ร้อยละ 10.53) 2. ร้อยละหญิงไทยคลอด Early Preterm (เป้า น้อยกว่า ร้อยละ 4) (ผลงาน ร้อยละ 3.09) 3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ GA 15-25 WK ได้รับการวัด CL (เป้า มากกว่า ร้อยละ 60) (ผลงาน ร้อยละ 74.85) 4. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง Preterm ได้รับยา ตาม CPG (เป้า มากกว่า ร้อยละ 80) (ผลงาน ร้อยละ 88.57) 5. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (เป้า มากกว่า ร้อยละ 60) (ผลงาน ร้อยละ 72.07)	อัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 10.53 (ลดลงจากปี 2562 ร้อยละ 21.37)	ผ่าน

# สรุปตัวชี้วัด PA ปีงบประมาณ 2563 รายจังหวัด

จังหวัด	วินโรค	RDU	AMR	พขอ.	อสม.	รพ.สต.ติดตาม	Smart Hospital						ER คุณภาพ	คลินิก กัญชาทาง การแพทย์	นวัตกรรมเขต สุขภาพ (Preterm)
							Place		Tools		Service				
							รพศ./ รพท.	รพช.	รพศ./ รพท.	รพช.	รพศ./ รพท.	รพช.			
	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
นครนายก	88.0	ชั้น 2 = 25 ชั้น 3 = 0	100	100	435 คน	75.0	100	100	100	0	100	66.67	✓	✓	11.87
นนทบุรี	85.9	ชั้น 2 = 28.57 ชั้น 3 = 0	100	100	351 คน	86.84	100	100	33.33	100	100	75	✓ นำร่อง	✓	12.34
ปทุมธานี	87.2	ชั้น 2 = 50 ชั้น 3 = 0	100	100	527 คน	84.62	100	100	50	0	100	16.67	✓	✓	10.52
อยุธยา	90.2	ชั้น 2 = 50 ชั้น 3 = 18.75	100	100	1,548 คน	77.56	100	100	100	23.08	100	84.62	✓ นำร่อง	✓	10.46
ลพบุรี	85.8	ชั้น 2 = 45.45 ชั้น 3 = 9.09	100	100	1,204 คน	67.91	100	100	25	14.29	25	28.57	✓	✓	7.7
สระบุรี	88.4	ชั้น 2 = 41.67 ชั้น 3 = 16.67	100	100	1,037 คน	53.17	100	100	100	20	100	80	✓ นำร่อง	✓ นำร่อง	12.52
สิงห์บุรี	94.9	ชั้น 2 = 50 ชั้น 3 = 0	100	100	388 คน	89.36	100	100	50	100	50	50	✓	✓	5.85
อ่างทอง	88.2	ชั้น 2 = 71.43 ชั้น 3 = 42.86	100	100	547 คน	96.05	100	100	100	16.67	0	33.33	✓	✓	9.07

ไม่ผ่านเกณฑ์
  ผ่านเกณฑ์

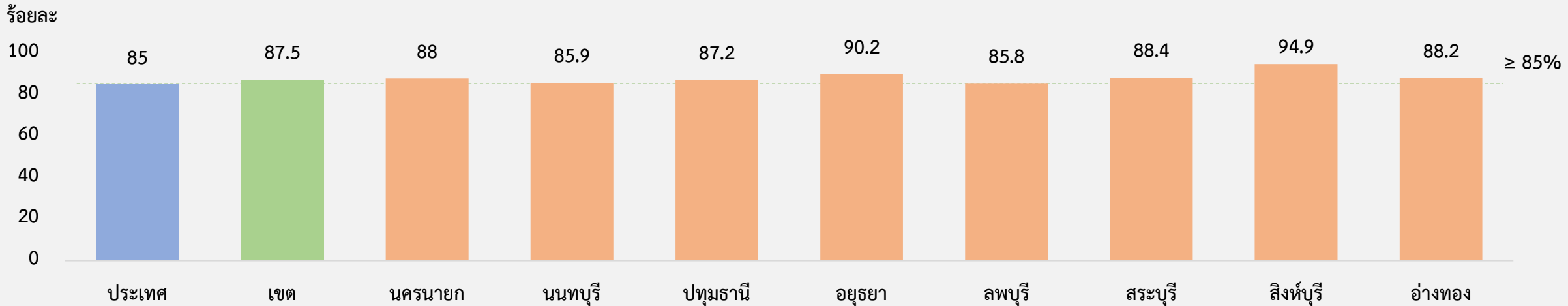


# 1

## อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่



เป้าหมาย  $\geq 85\%$



### ปัญหา

1. รักษาไม่ครบ/ตาย/โอนออก
2. คัดกรองไม่ครอบคลุมเนื่องจากขาดงบประมาณ
3. มีการขยายการรักษา เนื่องจาก CXR ไม่ดีขึ้น มีโรคร่วมและอาการข้างเคียงจากยา

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปกรณีมีการโอนย้าย
2. ขับเคลื่อนผ่านกลไกระดับจังหวัด Case Management team กำกับติดตามการรักษาและกลไกที่ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ รวมไปถึงการทำ Dead case conference
3. กำหนดผู้รับผิดชอบติดตามการรักษา
  - ภายใน จังหวัด : สสจ/สสอ. - ภายในเขต : สคร.4 - ภายนอกเขต : สคร. - ต่างประเทศ : สำนักวัณโรค
4. ติดตามผลการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน และบันทึกในระบบ NTIP/ส่งตรวจตามมาตรฐานการรักษา NTP

ที่มา : สคร4. และสสจ. ณ วันที่ 30 กันยายน 2563

# 1

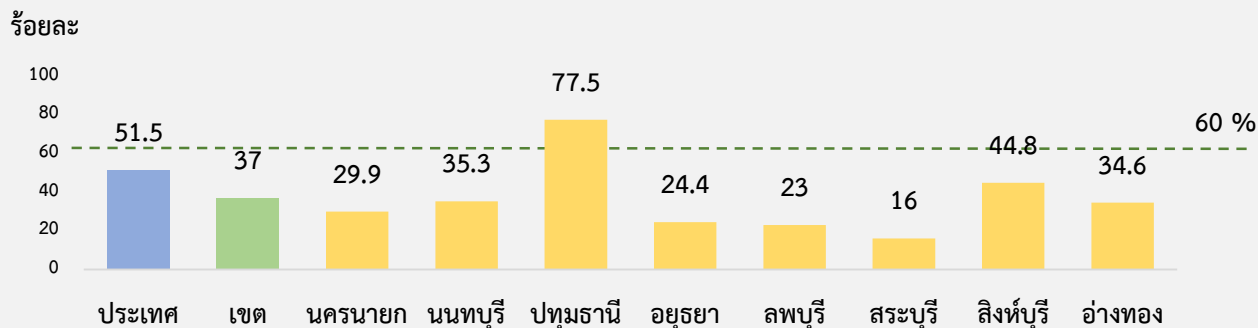
## อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ต่อ)

ร้อยละ 60 ของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ปีงบประมาณ 2563 ไตรมาส 1-4 ได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

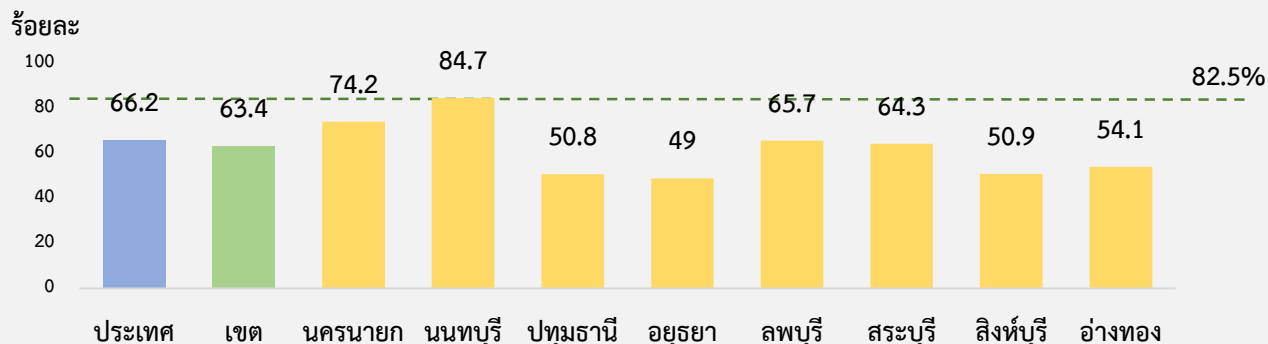
ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติการรักษามาก่อนขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2563 มีผลทดสอบความไวต่อยารักษาวัณโรค (DST)

ร้อยละของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment Coverage)  $\geq$  82.5%

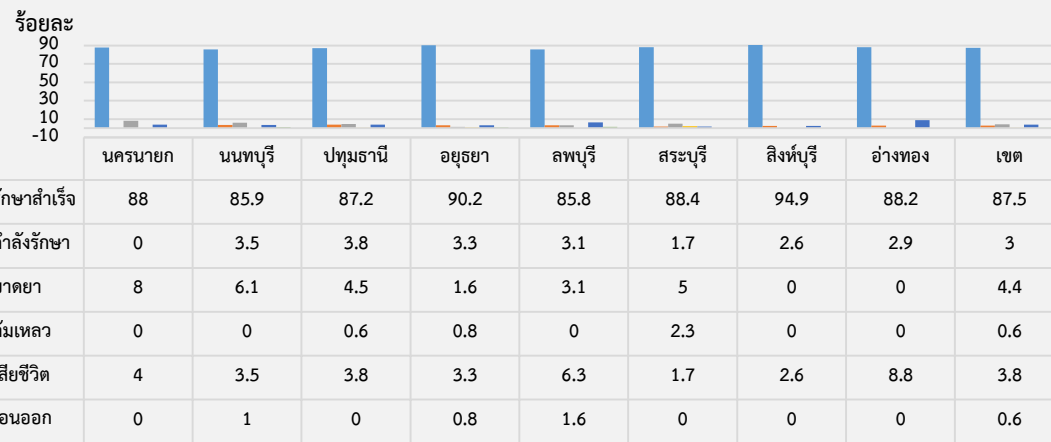
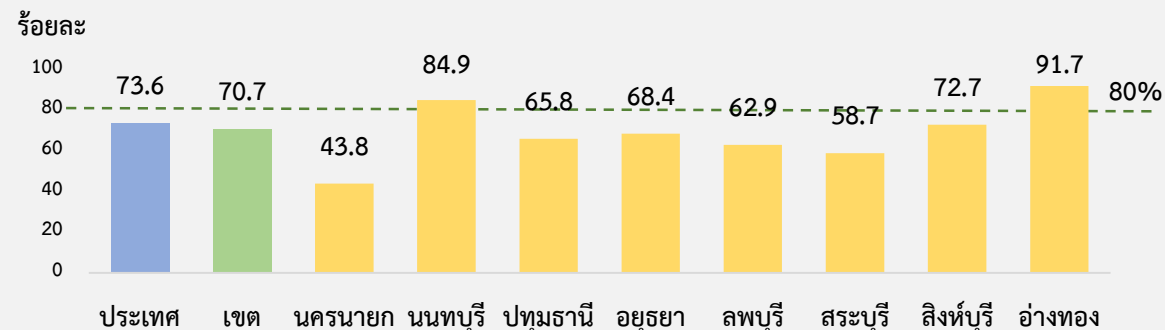
แผนภูมิแสดงร้อยละของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ได้รับการคัดกรองด้วยการ X-ray



แผนภูมิแสดงร้อยละของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment Coverage)



แผนภูมิแสดงร้อยละผู้ป่วยที่มีผลทดสอบความไวต่อยารักษาวัณโรค (DST)



1

# อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ต่อ)

จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2563

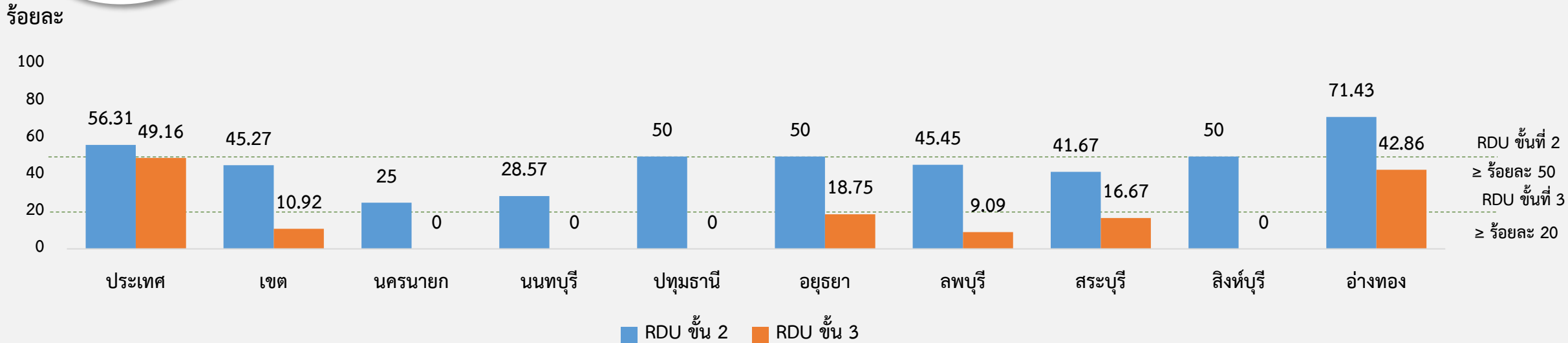
พื้นที่	ชั้นทะเบียน	ไม่นำมาประเมิน		นำมาประเมิน	รักษาสำเร็จ		กำลังรักษา		ขาดยา		ล้มเหลว		เสียชีวิต		โอนออก	
		RR/MDR TB ก่อน เดือนที่ 5	เปลี่ยนวินิจฉัย		n	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n
นครนายก	58		8	54	44	88	0	0	4	8	0	0	2	4	0	0
นนทบุรี	328	1	15	312	268	85.9	11	3.5	19	6.1	0	0	11	3.5	3	1
ปทุมธานี	158	2		156	136	87.2	6	3.8	7	4.5	1	0.6	6	3.8	0	0
อยุธยา	127	1	3	123	111	90.2	4	3.3	2	1.6	1	0.8	4	3.3	1	0.8
ลพบุรี	134		7	127	109	85.8	4	3.1	4	3.1	0	0	8	6.3	2	1.6
สระบุรี	127	1	5	121	107	88.4	2	1.7	6	5	4	2.3	2	1.7	0	0
สิงห์บุรี	39			39	37	94.9	1	2.6	0	0	0	0	1	2.6	0	0
อ่างทอง	34			34	30	88.2	1	2.9	0	0	0	0	3	8.8	0	0
<b>เขต</b>	<b>1,005</b>	<b>5</b>	<b>38</b>	<b>962</b>	<b>842</b>	<b>87.5</b>	<b>29</b>	<b>3</b>	<b>42</b>	<b>4.4</b>	<b>6</b>	<b>0.6</b>	<b>37</b>	<b>3.8</b>	<b>6</b>	<b>0.6</b>

# 2

## ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาสมเหตุสมผล (RDU)



เป้าหมาย RDU ชั้นที่ 2  $\geq$  ร้อยละ 50 , RDU ชั้นที่ 3  $\geq$  ร้อยละ 20



### ปัญหา

- บุคลากรทางการแพทย์ ไม่มั่นใจ/ไม่เข้าใจ
- ประชาชน คาดหวัง/เรียกร้อง
- การสนับสนุนงบประมาณไม่เพียงพอในการจัดอบรม การจัดทำสื่อ
- การลงรหัสข้อมูลการวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง

### ข้อเสนอแนะ

- ติดตามการดำเนินงาน สะท้อนข้อมูลการสั่งใช้ยา
- เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหลังไม่ได้ให้ยา ATB
- รายงานผลการดำเนินงาน RDU ในการประชุมคณะทำงาน RDU
- ประชาสัมพันธ์/การให้ความรู้ทางวิทยุกระจายเสียงในรายการ RDU
- พัฒนาระบบสารสนเทศ RDU ที่ตอบสนองต่อผู้ใช้งานและสามารถประมวลผลการดำเนินงานได้ทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ

ที่มา : สสจ. ณ วันที่ 30 กันยายน 2563

# 3

## ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการข้อมูลด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

เป้าหมาย (ร้อยละ 95 ของ รพ.ผ่านระดับ Intermediate)



### ปัญหา

1. ห้อง LAB ยังขาดการพัฒนา CQI และ R2R
2. อัตรากำลัง ICN ไม่เพียงพอ
3. ไม่เชื่อมโยงกันของข้อมูลสารสนเทศของผล LAB กับข้อมูลเวชระเบียน และระบบยา
4. ฐานข้อมูลจากแหล่งต่างๆไม่ตรงกับ HDC ,RDU9,Self report ของ กบรส.
5. ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา AMR

### ข้อเสนอแนะ

1. Final Outcome ควรชัดเจนในการดำเนินงาน
2. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการ integrate ข้อมูลผู้ป่วย ผลความไวของเชื้อต่อยา ผลทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม

4

# ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

เป้าหมาย ร้อยละ 70 ของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

ผลงาน ร้อยละ 100

Small Success 12 เดือน

ผลการดำเนินงาน ไตรมาส 4 ปี 2563 เขตสุขภาพที่ 4

ผลการดำเนินงาน	นครนายก	นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง
1. มีการดำเนินการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. ระดับอำเภอมีการดำเนินการและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

## ปัญหา

1. ประเด็นขับเคลื่อนในพื้นที่ มีเป้าหมายผลลัพธ์ไม่เป็นรูปธรรม ชัดเจน ผู้นำยังไม่เห็นความสำคัญ
2. มีคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยังไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ
3. การพัฒนาชะลอตัว เนื่องจาก สถานการณ์ Covid-19

## ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาทีมเลขานุการ
2. จัดตั้ง พชจ. ร่วมเยี่ยมเสริมพลัง กำกับติดตามการพัฒนา
3. กระตุ้นการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน

ที่มา : สสจ. ณ วันที่ 30 กันยายน 2563

## 5

## จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน



เป้าหมาย : จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน (เขต : 6,037 คน และ ประเทศ : 80,000 คน)  
ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

พัฒนา อสม.หมอประจำบ้าน	เขต	นครนายก	นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	ผลลัพธ์
ผลลัพธ์ (เพิ่มพูนทักษะ)	เป้าหมาย 6,037 คน	435	351	527	1,548	1,204	1,037	388	547	100%
	ผลงาน 6,037 คน	435	351	527	1,548	1,204	1,037	388	547	
ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับการดูแลจาก อสม.	เป้าหมาย 18,111 คน	1,305	1,053	1,581	4,644	3,612	3,111	1,164	1,641	100%
	ผลงาน 33,612 คน	1,305	2,190	4,241	8,611	4,669	7,103	1,194	4,299	185.58%

ผลการดำเนินงาน	นครนายก	นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง
1. จังหวัดมีการพัฒนา อสม.ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายร่วมกับทีมหมอครอบครัว	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. จังหวัดมีการอบรม อสม. เพิ่มพูนความรู้และทักษะ อสม.หมอประจำบ้าน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

## ปัญหา

1. การจัดสรรงบประมาณล่าช้าไม่เพียงพอ
2. การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการอบรมยังไม่ครอบคลุม และชัดเจน
3. การขับเคลื่อนงานชะงักงัน เนื่องจากสถานการณ์ Covid-19

## ข้อเสนอแนะ

ควรกำหนดแผนงานและแผนงบประมาณให้เป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อรองรับการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

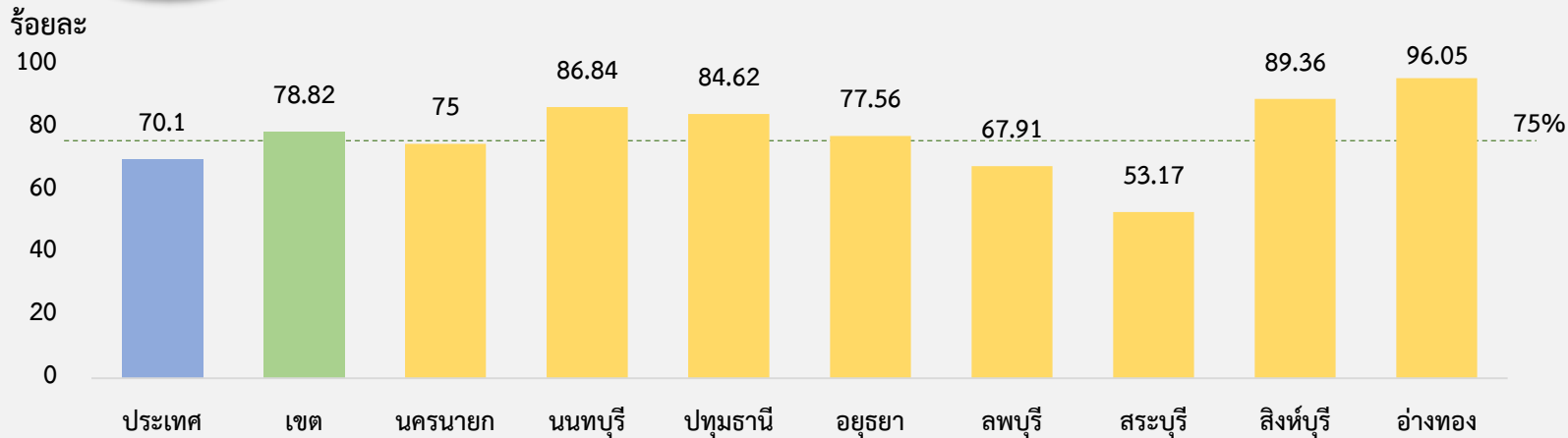
ที่มา : สสจ. ณ วันที่ 30 กันยายน 2563

# 6

## ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว



เป้าหมาย ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 75 (Accreditation (สะสม))



### ปัญหา

การขับเคลื่อนงานชะลอตัว เนื่องจากสถานการณ์ Covid-19

### ข้อเสนอแนะ

ควรขับเคลื่อนคณะทำงานในแต่ละอำเภอให้ดำเนินการต่อเนื่อง เนื่องจากการอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย ส่งผลให้ รพ.สต.ติดดาว เกิดการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงาน	นครนายก	นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง
1. จังหวัดมีการพัฒนา รพ.สต.ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. จังหวัดมีการประเมินตนเองและพัฒนางาน รพ.สต.ติดดาวอย่างต่อเนื่อง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. จังหวัดมีการดำเนินการประเมินและรับรองผล รพ.สต.ติดดาว ในระดับอำเภอ/จังหวัด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓



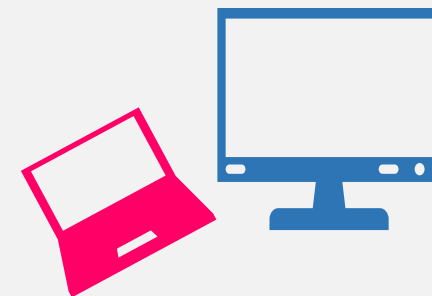
# 7

## ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital



เป้าหมาย รพ.ระดับ A, S, M1, M2 ร้อยละ 80 และ รพ. ระดับ F1, F2, F3 ร้อยละ 50

- รพ.ระดับ A, S, M1, M2 ร้อยละ 80 (ผลงาน ร้อยละ 83.33)
- รพ. ระดับ F1, F2, F3 ร้อยละ 50 (ผลงาน ร้อยละ 75.47)



### หลักเกณฑ์การประเมิน Smart Hospital

1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน  
โรงพยาบาล Green and  
Clean & Digital Look

#### ผ่าน 2 ข้อใน 3 ข้อ

- 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว  
ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดแออัดบริเวณ  
จุดบริการและหน้าห้องตรวจ
- 2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์หรือ  
ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการอย่าง  
น้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์
- 2.3 Devices : มีการเชื่อมต่อข้อมูลของ  
เครื่องมือแพทย์(Vital Sign) อย่างน้อย  
1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

#### ผ่าน 4 ข้อใน 5 ข้อ

- 3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตร  
ประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดย  
ราชการ จากผู้รับบริการ
- 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวช  
ระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์  
(EMR : Electronic Medical  
Records)
- 3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบ  
อิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)
- 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลาการคอยรับ  
บริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD
- 3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบหลัอม  
เวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการตรง  
เวลาหรือแตกต่างกัน้อยอย่างเหมาะสม

- 4.1 BPM : มีการบริหารจัดการ  
Core Business Process
- 4.2 BPM : มีระบบ ERP ที่  
เชื่อมโยงทุก Core Business  
Process แบบอัตโนมัติ
- 4.3 Output : มีข้อมูล Unit  
Cost ในแต่ละแผนก
- 4.4 Outcome : มีระยะรอดคอยที่  
เหมาะสม  
(\*ดำเนินการในปีงบประมาณ 2565)

- 5.1 Green : มีการอนุรักษ์  
สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน  
อย่างยั่งยืน
- 5.2 Efficiency : มีประสิทธิภาพ  
ในการจัดการ, มี Unit Cost ใน  
กรณีที่เหมาะสม ที่สามารถ  
เปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นได้
- 5.3 Quality : มีการให้บริการ  
อย่างมีคุณภาพในทุกมิติ
- 5.4 Safety : มี Proactive Risk  
Management ที่ดีในทุกมิติ  
(\*ดำเนินการในปีงบประมาณ 2567)

### ปัญหา

1. ขาดงบประมาณสนับสนุน
2. บุคลากร IT ไม่เพียงพอ
3. มีการปรับเปลี่ยนนโยบายเร็วเกินไป

Smart Place

Smart Tool

Smart Service

Smart Outcome

Smart Hospital

ที่มา : สสจ. ณ วันที่ 30 กันยายน 2563

## 7

## ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital (ต่อ)



เป้าหมาย รพ.ระดับ A, S, M1, M2 ร้อยละ 80 และ รพ. ระดับ F1, F2, F3 ร้อยละ 50

จังหวัด	ระดับ รพ	จำนวน (แห่ง)	smart Place		smart Tool			ร้อยละ	Smart Service			ร้อยละ
			ผ่าน	ร้อยละ	ผ่าน	ร้อยละ	ไม่ผ่าน		ผ่าน	ร้อยละ	ไม่ผ่าน	
นครนายก	รพ. ระดับ A, S, M1, M2	1	1	100	1	100	0	0	1	100	0	0
	รพ. ระดับ F1, F2, F3	3	3	100	0	0	3	100	2	66.67	1	33.33
นนทบุรี	รพ. ระดับ A, S, M1, M2	3	3	100	1	33.33	2	66.67	3	100.00	0	0.00
	รพ. ระดับ F1, F2, F3	4	4	100	4	100.00	0	0.00	3	75.00	1	25.00
ปทุมธานี	รพ. ระดับ A, S, M1, M2	2	2	100	1	50	1	50	2	100	0	0
	รพ. ระดับ F1, F2, F3	6	6	100	0	0	6	100	1	16.67	5	83.33
พระนครศรีอยุธยา	รพ. ระดับ A, S, M1, M2	3	3	100	3	100	0	0.00	3	100	0	0.00
	รพ. ระดับ F1, F2, F3	13	13	100	3	23.08	10	76.92	11	84.62	2	15.38
ลพบุรี	รพ. ระดับ A, S, M1, M2	4	4	100	1	25.00	3	75	1	25.00	3	75
	รพ. ระดับ F1, F2, F3	7	7	100	1	14.29	6	85.71	2	28.57	5	71.43
สระบุรี	รพ. ระดับ A, S, M1, M2	2	2	100	2	100	0	0	2	100	0	0
	รพ. ระดับ F1, F2, F3	10	10	100	2	20	8	80	8	80	2	20
สิงห์บุรี	รพ. ระดับ A, S, M1, M2	2	2	100	1	50	1	50	1	50	1	50
	รพ. ระดับ F1, F2, F3	4	4	100	4	100	0	0	2	50	2	50
อ่างทอง	รพ. ระดับ A, S, M1, M2	1	1	100	1	100	0	0	0	0	1	100
	รพ. ระดับ F1, F2, F3	6	6	100	1	16.67	5	83.33	2	33.33	4	66.67
รวม	รพ. ระดับ A, S, M1, M2	18	18	100	11	61.11	7	38.89	13	72.22	5	27.78
	รพ. ระดับ F1, F2, F3	53	53	100	15	28.30	38	71.70	31	58.49	22	41.51

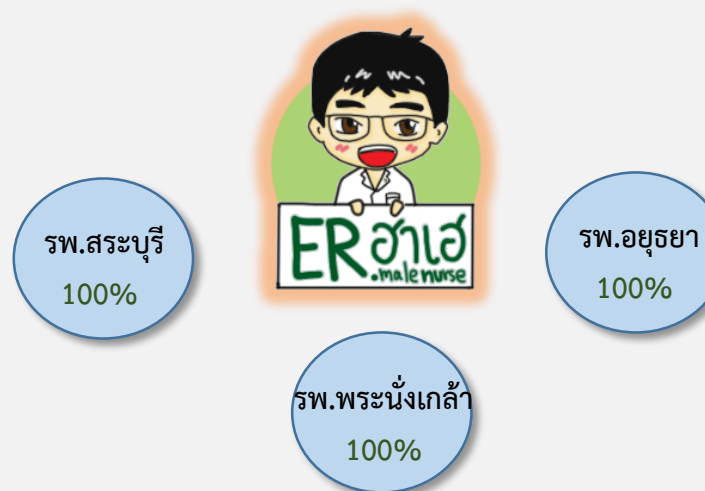
## 8

## ร้อยละ รพศ.ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ

ผลงาน ร้อยละ 100



- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (trage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน รพ.ระดับ A,S,M1 ไม่เกินร้อยละ 12  
ผลงาน 12.48% ประเทศ 11.12%
- พัฒนาระบบ Teleconsutation ร้อยละ 50  
ผลงาน 100%
- อัตราของผู้ป่วย Triage level 1,2 ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน 2 ชม. ร้อยละ 60  
ผลงาน 69.45% ประเทศ 65.7%
- พัฒนาระบบ AOC (อยู่ระหว่างดำเนินการ)
- มีการพัฒนาเครือข่ายห้องฉุกเฉินในระดับจังหวัดมีการจัดการตามเกณฑ์ ER คุณภาพ  
ผลงาน 100%



## ปัญหา

- ขาดแคลนแพทย์ EP และนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์
- ขาดงบประมาณในการทำระบบ AOC
- ขยายพื้นที่รองรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้เนื่องจาก มีระยะเวลารอวินิจฉัย กรณีผู้ป่วยมีอาการกำกวมหลายแผนก

## ข้อเสนอแนะ

- ควรสนับสนุนงบประมาณในการอบรม แพทย์ EP ,พยาบาล ENP,Paramedic และEMT-I
- ควรพัฒนาบุคลากรตามมาตรฐาน ER service Delivery
- ควรวางแผน/ซ้อมแผนตามมาตรการป้องกันความรุนแรง

## 9

## จำนวนคลินิกการให้บริการรักษาทางการแพทย์นำร่อง



เป้าหมาย อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง ผลงาน 2 แห่ง

จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแผนปัจจุบัน รพช. ร้อยละ 25 ผลงาน 15.25%

จังหวัด	จำนวน รพช. (แห่ง)	เป้าหมาย (แห่ง)	ผลงาน %	หมายเหตุ
นครนายก	3	2	66.66	รพ.บ้านนาอยู่ระหว่างดำเนินการขอสนับสนุนตำรับกัญชา
นนทบุรี	6	0	0	รอความพร้อมด้านบุคลากร
ปทุมธานี	7	1	14.29	รพ.หนองเสือ อยู่ระหว่างดำเนินการขอสนับสนุนกัญชา
พระนครศรีอยุธยา	14	2	14.29	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ลพบุรี	9	2	22.22	อยู่ระหว่างดำเนินการ
สระบุรี	10	2	20.0	อยู่ระหว่างดำเนินการ
สิงห์บุรี	4	0	0	รอความพร้อมด้านบุคลากร
อ่างทอง	6	0	0	อยู่ระหว่างดำเนินการ
เขตสุขภาพ	59	9	15.25	-

- มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแผนปัจจุบัน รพช. จังหวัดละ 1 แห่ง

### โรงพยาบาลนำร่อง

เป้าหมายนำร่อง/ต้นแบบ

รพศ. : โรงพยาบาลสระบุรี  
(ทางแผนปัจจุบัน)

รพช. : โรงพยาบาลเส้าไห้  
(ทางการแพทย์แผนไทย)



## ผู้ให้บริการ

- บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีจำกัด ไม่เพียงพอ เนื่องจากหลักสูตรการอบรมรับจำนวนจำกัด
- แพทย์บางส่วนยังไม่มั่นใจในการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

## ผู้รับบริการ

- ประชาชนมีความเข้าใจการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ไม่ถูกต้อง เช่น รักษาเมะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ
- ประชาชนทั่วไปต้องการใช้เป็นทางเลือกแรกในการรักษา

## ยากัญชา

- ตัวยา เช่น CBD, THC : CBD 1:1 น่าจะได้ประโยชน์ในการใช้รักษาโรคมมากกว่า THC ซึ่งยังไม่มี การสนับสนุนมาให้กับ รพ. ใช้ในการรักษาโรค
- ตำรับยาแผนไทย การปรับขนาดใช้ตำรับยาแผนไทยในผู้ป่วย เป็นไปได้ยาก เนื่องจากตำรับยาแผนไทย 1 ซอง จะมีหลายเม็ด ดังนั้นการคำนวณอัตราการรักษาประทานของผู้ป่วย ไม่สามารถปรับยาให้ได้ตามขนาด

## ปัญหา

## โปรแกรม C-MOPH

- การบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน หลายโปรแกรม ได้แก่ โปรแกรมเวชระเบียนของโรงพยาบาล, โปรแกรมจากส่วนกลาง C-MOPH และโปรแกรมการใช้ยา (SAS, AUR) อยู่ระหว่างการบูรณาการร่วมกันของ กบรส. และ อย.
- การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมต้องใช้เวลา ผู้ป่วย 1 ราย ใช้เวลาบันทึก 5-10 นาที (กบรส แจ้งว่า เนื่องจากข้อมูลมีหลายส่วน จึงต้องใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน หากเจ้าหน้าที่มีความชำนาญแล้ว จะลดระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลได้)
- การเชื่อมต่อระหว่างโปรแกรมหลัก C-MOPH และโปรแกรม รพ. HIS, HOME C, SSB ใช้เวลานาน

## ข้อเสนอแนะ

- ควรมีข้อมูลงานวิจัยกัญชาทางการแพทย์ที่ใช้รักษาโรค เพื่ออ้างอิงการสนับสนุนการรักษาโรคด้วยกัญชา
- ควรมีการสนับสนุนยากัญชาทางการแพทย์ให้ครอบคลุมโรคที่รักษาให้มากขึ้น
- ควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชารักษาโรค ประโยชน์และโทษของกัญชา เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถไตร่ตรอง เกี่ยวกับการใช้กัญชาในการรักษาโรค ได้ด้วยตนเอง
- ควรมีการพัฒนาระบบซอฟต์แวร์และฮาร์ดแวร์ของโรงพยาบาล ให้สามารถใช้งานโปรแกรมหลัก C-MOPH ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง < 10%



ลดลงจากปี 2562 ร้อยละ 21.37

ร้อยละ

15  
13  
11  
9  
7  
5  
3  
1

12.29

10.53

11.87

12.34

10.52

10.46

7.7

12.52

5.85

9.07

เขต < 11.7%

ประเทศ < 10%

ประเทศ

เขต

นครนายก

นนทบุรี

ปทุมธานี

อยุธยา

ลพบุรี

สระบุรี

สิงห์บุรี

อ่างทอง

## ปัญหา

1. การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในพื้นที่ไม่ทั่วถึง และไม่ครอบคลุมประเด็นมุ่งเน้น
2. การลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหน้างาน ไม่ถูกต้อง ทำให้ข้อมูล HDC น้อยกว่าความเป็นจริง และความแตกต่างของหน่วยบริการใช้ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ (HIS) ทำให้รายละเอียดแตกต่างกัน
3. ขาดการกำกับติดตามประเมินอย่างเป็นระบบ

## ข้อเสนอแนะ

1. ประชุมติดตามความก้าวหน้า และกำกับการดำเนินงาน ผ่านระบบ Teleconference Care : กระตุ้น Early ANC และการสร้างความรอบรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์ รวมถึง เปิดช่องทางการสื่อสารให้หญิงตั้งครรภ์สามารถโทรปรึกษาได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ  
Code & Claim : พัฒนาการลงบันทึกข้อมูล(ความร่วมมือของ IT กับผู้รับผิดชอบงาน)
2. เยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ผ่านโปรแกรม Zoom กับพื้นที่ ที่มีผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

ที่มา : สสจ. ณ วันที่ 30 กันยายน 2563



# ขอบคุณ

นายแพทย์ ปทุมธานี  
นนทบุรี  
ลพบุรี  
สระบุรี  
สิงห์บุรี  
พระนครศรีอยุธยา  
อ่างทอง  
เขตสุขภาพที่ 4

ประชาชนสุขภาพดีพึ่งตนเองทางสุขภาพ เจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายมีความสุข  
ระบบสุขภาพยั่งยืน