

# เอกสาร

ประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน  
จังหวัดตราด รอบที่ ๒

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒



โรงพยาบาลตราด

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ



## คำนำ

รายงานผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เพื่อประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๒ (นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และนายแพทย์อภิชาติ รอดสม สาธารณสุขนิเทศก์) รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข ในช่วงไตรมาสที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ - มีนาคม ๒๕๖๒) ซึ่งภายในเล่มประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป สารสนเทศทางการแพทย์ ผลการดำเนินงานคณะ ๒ ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญและการพัฒนาระบบบริการของจังหวัดตราด ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขและการแก้ปัญหาตามบริบทของพื้นที่

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลตราด ขอขอบคุณ นายแพทย์สุพจน์ แพรนิมิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด หัวหน้ากลุ่มภารกิจ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รับผิดชอบงาน Service Plan สาขาต่าง ๆ ของโรงพยาบาลตราด ผู้ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด และผู้ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด ที่ให้การสนับสนุนอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้คำแนะนำ ตลอดจนให้ความร่วมมือในทุกด้านจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ  
โรงพยาบาลตราด  
๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๒

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โรงพยาบาลตราด เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด ๓๑๒ เตียง ตั้งอยู่บนเนื้อที่ประมาณ ๓๓ ไร่ จัดแบ่งระบบการบริหารงานออกเป็น ๕ กลุ่มภารกิจ ประกอบด้วย กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ และกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งในแต่ละกลุ่มภารกิจประกอบด้วย กลุ่มงาน/ฝ่าย/งานต่าง ๆ ให้บริการในการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกประเภทในเขตจังหวัดตราดและประเทศเพื่อนบ้าน ดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ ทั้งตั้งรับและเชิงรุก ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ – มีนาคม ๒๕๖๒) มีผู้รับบริการผู้ป่วยนอก เฉลี่ยวันละ ๙๙๑ ราย ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกรวมผู้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ เฉลี่ยวันละ ๑,๖๖๓ ราย และมีผู้ป่วยในที่ต้องดูแลในแต่ละวันประมาณ ๒๘๖ ราย อัตราการครองเตียง ร้อยละ ๙๑.๖๑ วันนอนเฉลี่ย ๕ วันต่อคน สถานการณ์ด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลตราด ในช่วงไตรมาสที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไม่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลตราดได้ดำเนินการ โดยประสานความร่วมมือกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามแผนที่แต่ละสาขากำหนดไว้ ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการ การพัฒนาบุคลากรและการจัดหาเครื่องมือต่าง ๆ มีการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพร่วมกัน เพื่อความครอบคลุมในการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการวางแผนที่จะยกระดับโรงพยาบาลชุมชนให้มีศักยภาพสูงขึ้น ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ เช่น ปัญหาทางด้านสาธารณสุขชายแดน ปัญหาแรงงานต่างชาติ ฯลฯ ทางโรงพยาบาลตราดยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน โดยการมีส่วนร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนรับทราบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพเบื้องต้นได้

### ผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือน ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒)

#### PRIMARY CARE

๑. ร้อยละของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

ผลการดำเนินงาน : ทุกอำเภอมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๒. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

ผลการดำเนินงาน : ร้อยละ ๗๑.๔๒

๓. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว

ผลการดำเนินงาน : ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐ ระดับ ๔ ดาว ร้อยละ ๖.๐๖ ระดับ ๕ ดาว ร้อยละ ๘๐

#### TB

๔. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ( $\geq$  ร้อยละ ๘๕)

ผลการดำเนินงาน : ร้อยละ ๔๓.๔๐

RDU-AMR
๕. ร้อยละ รพ.ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลและรพ.ที่มีระบบ AMR ผลการดำเนินงาน : ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๘๕.๗๑ , RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๔๒.๘๖
Fast Track
๖. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (< ร้อยละ ๗) ผลการดำเนินงาน : ร้อยละ ๘.๙๓
๗. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (< ร้อยละ ๓๐) ผลการดำเนินงาน : ร้อยละ ๓๒.๓๕
๘. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ทั้งที่ ER และ Admit (A,S,M๑) (< ร้อยละ ๑๒) ผลการดำเนินงาน : ร้อยละ ๕.๙๔
ยาเสพติด
๙. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (ร้อยละ ๒๐) ผลการดำเนินงาน : ร้อยละ ๑๓.๑๑
สุขภาพจิตและจิตเวช
๑๐. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq ๖.๓$ ต่อแสนประชากร ผลการดำเนินงาน : ๓.๒๒ ต่อแสนประชากร
ไต
๑๑. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr ( $\geq$ ร้อยละ ๖๖) ผลการดำเนินงาน : ร้อยละ ๖๐.๖๔
One Day Surgery
๑๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (ร้อยละ ๒๐) ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๓๒.๑๔
ปลูกถ่ายอวัยวะ
๑๓. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ผลการดำเนินงาน = ๐.๑๐ : ๑๐๐
๑๔. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ผลการดำเนินงาน = ๐.๒๐ : ๑๐๐
แพทย์แผนไทย
๑๕. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่เข้ารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ ๑๘.๕๐) ผลการดำเนินงาน : ร้อยละ ๑๙.๑๔
หัวใจ
๑๖. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร ผลการดำเนินงาน : ๒๑.๑๗ ต่อแสนประชากร

## สารบัญ

คำนำ	ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ข
สารบัญ	ง
ข้อมูลทั่วไป	ด
ผลการดำเนินงาน คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	
ประเด็นที่ ๑ PRIMARY CARE	
๑. ร้อยละของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	๑๕
๒. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	๒๑
๓. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	๒๕
ประเด็นที่ ๒ TB	
๔. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๓๑
ประเด็นที่ ๓ RDU-AMR	
๕. ร้อยละ รพ.ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและรพ.ที่มีระบบ AMR	๓๔
ประเด็นที่ ๔ Fast Track	
๖. STROKE	๔๑
๗. SEPSIS	๔๗
๘. TRAUMA	๕๓
ประเด็นที่ ๕ ยาเสพติด	
๙. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี	๕๗
ประเด็นที่ ๖ SP สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	
๑๐. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๖๔
ประเด็นที่ ๗ SP สาขาไต	
๑๑. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr	๖๗
ประเด็นที่ ๘ การพัฒนาระบบบริการ ODS	
๑๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	๖๙
ประเด็นที่ ๙ SP สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	
๑๓. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	๗๑
๑๔. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	๗๑
ประเด็นที่ ๑๐ SP สาขาแพทย์แผนไทย	
๑๕. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๗๕
ประเด็นที่ ๑๑ SP สาขาหัวใจ	
๑๖. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	๘๐

ข้อมูลทั่วไป



## ประวัติอำเภอเมืองตราด

อำเภอเมืองตราด มีพื้นที่ ๙๓๘.๖๑ ตารางกิโลเมตร เดิมตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๔๔ เป็นแขวงขึ้นกับเมืองตราด จนถึง พ.ศ. ๒๔๕๑ จึงเปลี่ยนฐานะจากแขวงเป็นอำเภอ เรียกชื่อว่า “อำเภอเมืองตราด” ในปี พ.ศ. ๒๔๖๔ ทางราชการได้เปลี่ยนชื่อ “อำเภอเมืองตราด” เป็น “อำเภอบางพระ” เพื่อให้ตรงกับชื่อตำบล ซึ่งเป็นที่ตั้งของที่ว่าการอำเภอ ต่อมา พ.ศ. ๒๔๘๑ ทางราชการได้เปลี่ยนชื่ออำเภออีกครั้งหนึ่งเป็น “อำเภอเมืองตราด” จนถึงปัจจุบัน

อำเภอเมืองตราด เป็นอำเภอชายแดนมีทิวเขาบรรทัดเป็นพรมแดนกั้นอาณาเขตระหว่างประเทศไทยและสาธารณรัฐกัมพูชาประชาธิปไตยทางทิศตะวันออก มีชายฝั่งทะเลทางทิศใต้และทิศตะวันตก

### อาณาเขตอำเภอเมืองตราด

มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอใกล้เคียงและประเทศเพื่อนบ้าน ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับอำเภอเขาสมิง, อำเภอปอไร่ จังหวัดตราด
ทิศใต้	ติดต่อกับอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับประเทศสาธารณรัฐกัมพูชาประชาธิปไตย โดยมีทิวเขาบรรทัดเป็นแนวกันเขตแดน
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับอำเภอแหลมงอบ จังหวัดตราด

### ลักษณะภูมิประเทศ

อำเภอเมืองตราดมีพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบ ทิศตะวันออกซึ่งติดกับสาธารณรัฐกัมพูชาประชาธิปไตยมีเทือกเขาบรรทัดกั้น ทางตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ป่า ตอนใต้เป็นอ่าวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของอ่าวไทย ในส่วนที่เป็นที่ราบมีแม่น้ำตราดไหลผ่านลงสู่ทะเลหรืออ่าวทางใต้ของพื้นที่ มีคลองสายที่สำคัญ ได้แก่ คลองบางพระ คลองท่าพริก เป็นต้น

### สภาพภูมิอากาศ

ลักษณะทางภูมิอากาศเป็นแบบมรสุม มี ๓ ฤดู คือ

- ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม
- ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่เดือน มิถุนายน - พฤศจิกายน
- ฤดูหนาว เริ่มตั้งแต่เดือน ธันวาคม - มกราคม

อุณหภูมิเฉลี่ยโดยประมาณ ๒๓ องศาเซลเซียส โดยสภาพภูมิศาสตร์เป็นทิวเขาบรรทัดกั้นขวางในแนวตะวันออก เป็นเหตุให้ลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้พัดปะทะเกิดฝนตกชุกเกือบตลอดปี โดยเฉพาะระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน

### คำขวัญอำเภอเมืองตราด

ศูนย์นัดพบภาคีพัฒนา บูรณาการแหล่งทุนใกล้บ้าน สืบสานเกษตรอินทรีย์ คุณภาพชีวิต ราษฎร์ดีทุกตำบล

### ประชากร

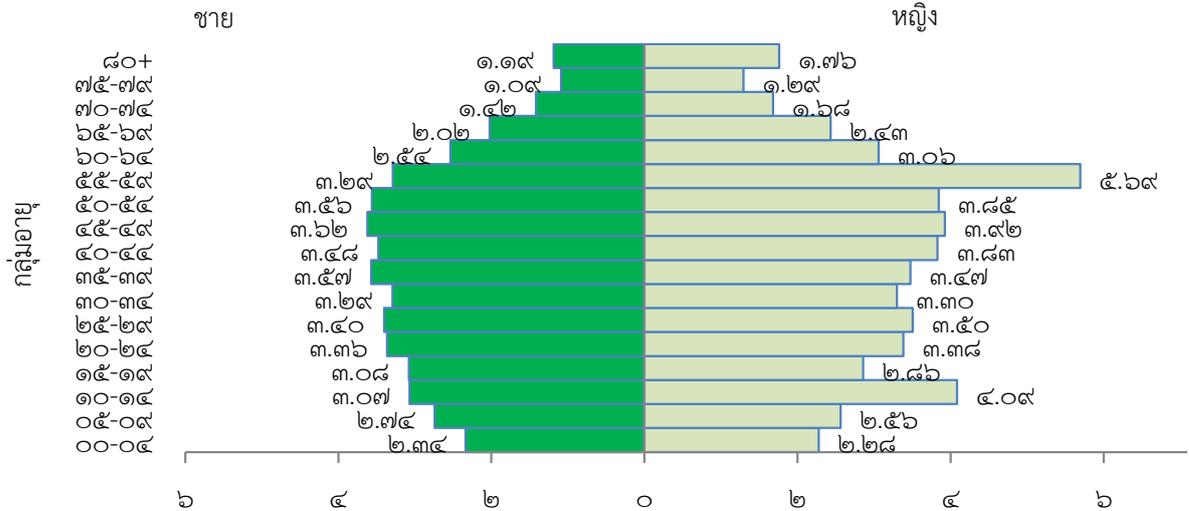
อำเภอเมืองตราด มีบ้าน ๔๓,๔๖๗ หลังคาเรือน ประชากรทั้งสิ้น ๙๑,๐๖๖ คน จำแนกเป็นเพศชาย ๔๒,๘๔๐ คน เพศหญิง ๔๘,๒๒๖ คน

ตาราง ๑ จำนวนประชากร อำเภอเมืองตราด จำแนกรายตำบล เพศ

สถานบริการ	ตำบล	จำนวน หมู่บ้าน	จำนวน หลังคาเรือน	จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร		
				ชาย	หญิง	รวม
รพ.ตราด	บางพระ วังกระแจะ	๗	๕,๔๘๐	๓,๙๗๙	๔,๖๘๘	๘,๖๖๗
รพ.สต.หนองเสม็ด	หนองเสม็ด	๗	๔,๒๗๕	๓,๕๗๙	๔,๑๓๘	๗,๗๑๗
รพ.สต.หนองโสน	หนองโสน	๘	๑,๙๗๙	๒,๔๘๕	๒,๗๘๓	๕,๒๖๘
รพ.สต.หนองคันทรง	หนองคันทรง	๕	๑,๕๗๖	๒,๑๙๕	๒,๔๑๖	๔,๖๑๑
รพ.สต.ห้วงน้ำขาว	ห้วงน้ำขาว	๕	๑,๒๐๐	๑,๕๘๕	๑,๗๐๔	๓,๒๘๙
รพ.สต.อ่าวใหญ่	อ่าวใหญ่	๓	๑,๐๔๔	๑,๐๘๐	๑,๒๑๖	๒,๒๙๖
รพ.สต.อ่าวซ้อ	อ่าวใหญ่	๓	๖๙๐	๑,๑๒๖	๑,๑๙๘	๒,๓๒๔
รพ.สต.ท้ายวัง	วังกระแจะ	๘	๘,๖๖๘	๖,๘๐๕	๘,๐๑๙	๑๔,๘๒๔
รพ.สต.ปลายคลอง	วังกระแจะ	๔	๓,๐๗๘	๒,๙๓๑	๓,๑๕๖	๖,๐๘๗
รพ.สต.เกาะขวาง	ห้วยแร้ง	๔	๘๑๗	๙๘๕	๑,๐๙๔	๒,๐๗๙
รพ.สต.ห้วยแร้ง	ห้วยแร้ง	๕	๑,๒๙๓	๑,๔๐๐	๑,๕๕๙	๒,๙๕๙
รพ.สต.ฉางเกลือ	ห้วยแร้ง	๒	๑,๐๓๔	๑,๑๙๒	๑,๓๔๐	๒,๕๓๒
รพ.สต.เนินทราย	เนินทราย	๕	๑,๕๖๑	๑,๖๔๘	๑,๘๗๔	๓,๕๒๒
รพ.สต.โพรงตะเฒ่า	เนินทราย	๔	๑,๔๘๘	๑,๘๑๔	๒,๐๘๕	๓,๘๙๙
รพ.สต.ท่าพริก	ท่าพริก	๖	๑,๗๗๘	๒,๐๖๗	๒,๒๘๗	๔,๓๕๔
รพ.สต.ท่ากุ่ม	ท่ากุ่ม	๕	๑,๒๓๒	๑,๑๙๓	๑,๓๐๒	๒,๔๙๕
รพ.สต.คลองขวาง	ท่ากุ่ม	๓	๑,๐๒๐	๑,๒๔๐	๑,๓๓๐	๒,๕๗๐
รพ.สต.ตะกาง	ตะกาง	๖	๑,๒๙๕	๑,๒๕๓	๑,๓๔๖	๒,๕๙๙
รพ.สต.ชำราก	ชำราก	๕	๑,๑๖๗	๑,๒๗๕	๑,๔๓๓	๒,๗๐๘
รพ.สต.แหลมกลัด	แหลมกลัด	๔	๑,๐๒๗	๑,๓๓๐	๑,๔๕๔	๒,๗๘๔
รพ.สต.ท่าเส้น	แหลมกลัด	๖	๑,๗๖๕	๑,๖๗๘	๑,๘๐๔	๓,๔๘๒
รวม		๑๐๕	๔๓,๔๖๗	๔๒,๘๔๐	๔๘,๒๒๖	๙๑,๐๖๖

ที่มา : ทะเบียนราษฎร

## ปิรามิดประชากร



อำเภอเมืองตราดมีประชากร (คนไทย) ทั้งสิ้น ๙๑,๐๖๖ คน (ข้อมูล ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑) แบ่งเป็น ชาย ๔๒,๘๔๐ คน คิดเป็น ร้อยละ ๔๗.๐๔ หญิง ๔๘,๒๒๖ คน คิดเป็น ร้อยละ ๕๒.๙๖ โดยพบว่า ช่วงวัยที่มีจำนวนมากที่สุด สำหรับเพศชายกลุ่มอายุ ๔๕-๔๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓.๖๒ เพศหญิงกลุ่มอายุ ๕๕-๕๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕.๖๙ และกลุ่มผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๘.๔๗

### อาชีพ

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม เช่น สวนผลไม้ เลี้ยงสัตว์ สวนยางพารา รองลงมาทำการประมง และมีอาชีพเสริม เช่น การแปรรูปผลไม้ แปรรูปอาหารทะเล

### การปกครอง

แบ่งเขตการปกครองตาม พ.ร.บ. ลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นตำบล หมู่บ้าน รวม ๑๔ ตำบล ๙๘ หมู่บ้าน ดังนี้

๑. ตำบลวังกระแจะ	จำนวน ๑๒ หมู่บ้าน
๒. ตำบลห้วยแร้ง	จำนวน ๑๑ หมู่บ้าน
๓. ตำบลแหลมกลัด	จำนวน ๑๐ หมู่บ้าน
๔. ตำบลเนินทราย	จำนวน ๙ หมู่บ้าน
๕. ตำบลหนองโสน	จำนวน ๘ หมู่บ้าน
๖. ตำบลหนองเสม็ด	จำนวน ๗ หมู่บ้าน
๗. ตำบลท่ากุ่ม	จำนวน ๘ หมู่บ้าน
๘. ตำบลอ่าวใหญ่	จำนวน ๖ หมู่บ้าน
๙. ตำบลท่าพริก	จำนวน ๖ หมู่บ้าน
๑๐. ตำบลตะกาง	จำนวน ๖ หมู่บ้าน
๑๑. ตำบลขำราก	จำนวน ๕ หมู่บ้าน
๑๒. ตำบลห้วงน้ำขาว	จำนวน ๕ หมู่บ้าน
๑๓. ตำบลหนองคันทรัง	จำนวน ๕ หมู่บ้าน
๑๔. ตำบลบางพระ (อยู่ในเขตเทศบาลเมืองตราด)	

มีการบริหารงานเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แบ่งเป็นเทศบาลเมือง จำนวน ๑ แห่ง เทศบาลตำบล จำนวน ๔ แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน ๙ แห่ง

## การบริหารจัดการเครือข่ายสถานบริการโรงพยาบาลตราด

### วิสัยทัศน์เครือข่ายสถานบริการโรงพยาบาลตราด

เครือข่ายสุขภาพอำเภอเข้มแข็ง การจัดการบริการเป็นเลิศ เพื่อประชาชนดูแลสุขภาพตนเองแบบยั่งยืน (Smart District Health with Excellence Health care service for Health Literacy)

### การบริหารจัดการ

เครือข่ายสถานบริการโรงพยาบาลตราด มีการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ทำหน้าที่ประสานและให้การสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่าย มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชนและภาคเอกชนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ และมีการประชุมประจำเดือนอย่างสม่ำเสมอ

การจัดหน่วยบริการของโรงพยาบาลตราดซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิระดับสูง ตามเกณฑ์ GIS จัดบริการ ๓ ระดับ ได้แก่ การให้บริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองตราด เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในพื้นที่อำเภอเมืองตราด และเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูงในพื้นที่จังหวัดตราด มีคลินิกหมอครอบครัว จำนวน ๑ แห่ง ตั้งอยู่ที่อาคารพระบูรเขตต์คณาจารย์ วัดไผ่ล้อม รับผิดชอบพื้นที่ ๒ ตำบล ได้แก่ ตำบลบางพระ และบางส่วนของตำบลวังกระแจะ

การจัดหน่วยบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองตราด ซึ่งมีจำนวน ๒๐ แห่ง แบ่งเป็นเครือข่ายสถานบริการหลัก จำนวน ๖ แห่ง ได้แก่

๑. เครือข่ายสถานบริการข้าวราก รับผิดชอบพื้นที่ ๓ ตำบล ได้แก่ ตำบลข้าวราก ตำบลตะกางและตำบลแหลมกลัด ประกอบด้วย รพ.สต. จำนวน ๔ แห่ง ได้แก่

- ✦ รพ.สต.ข้าวราก
- ✦ รพ.สต.ตะกาง
- ✦ รพ.สต.ท่าเส้น
- ✦ รพ.สต.แหลมกลัด

๒. เครือข่ายสถานบริการท่าพริก รับผิดชอบพื้นที่ ๓ ตำบล ได้แก่ ตำบลท่าพริก ตำบลท่ากุ่ม และตำบลเนินทราย(ม.๑,๒,๕,๖,๗ และเทศบาลท่าพริกเนินทราย) ประกอบด้วย รพ.สต. จำนวน ๔ แห่ง ได้แก่

- ✦ รพ.สต.ท่าพริก
- ✦ รพ.สต.ท่ากุ่ม
- ✦ รพ.สต.คลองขวาง
- ✦ รพ.สต.เนินทราย

๓. เครือข่ายสถานบริการโพรงตะเฒ่า รับผิดชอบพื้นที่ ๒ ตำบล ได้แก่ ตำบลห้วยแร้ง และตำบลเนินทราย (ม.๓,๔,๘,๙) ประกอบด้วย รพ.สต. จำนวน ๔ แห่ง ได้แก่

- ✦ รพ.สต.โพรงตะเฒ่า
- ✦ รพ.สต.ห้วยแร้ง
- ✦ รพ.สต.เกาะขวาง
- ✦ รพ.สต.ฉางเกลือ

๔. เครือข่ายสถานบริการท้ายวัง รับผิดชอบพื้นที่ตำบลวังกระแจะ ประกอบด้วย รพ.สต. จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่

- ✦ รพ.สต.ท้ายวัง
- ✦ รพ.สต.ปลายคลอง

๕. เครือข่ายสถานบริการหนองเสม็ด รับผิดชอบพื้นที่ ๒ ตำบล ได้แก่ ตำบลหนองเสม็ด และ ตำบลหนองโสนประกอบด้วย รพ.สต. จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่

✧ รพ.สต.หนองเสม็ด

✧ รพ.สต.หนองโสน

๖. เครือข่ายสถานบริการห้วยน้ำขาว รับผิดชอบพื้นที่ ๓ ตำบล ได้แก่ ตำบลห้วยน้ำขาว ตำบล อ่าวใหญ่และตำบลหนองคันทรัง ประกอบด้วย รพ.สต. จำนวน ๔ แห่ง ได้แก่

✧ รพ.สต.ห้วยน้ำขาว

✧ รพ.สต.อ่าวใหญ่

✧ รพ.สต.อ่าวช่อ

✧ รพ.สต.หนองคันทรัง

เครือข่ายสถานบริการโรงพยาบาลตราด ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เน้นบริการสุขภาพเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายสถานบริการหลัก จำนวน ๖ แห่ง มีการให้บริการ รักษาพยาบาลฉุกเฉินเบื้องต้นนอกเวลาราชการด้วย

### โรงพยาบาลตราด

เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด ๓๑๒ เตียง ตั้งอยู่บนเนื้อที่ประมาณ ๓๓ ไร่ จัดแบ่งระบบ การบริหารงานออกเป็น ๕ กลุ่มภารกิจ ประกอบด้วย กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ กลุ่มภารกิจด้าน การพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ และกลุ่มภารกิจ ด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้บริการในการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วย ทุกประเภทในเขตจังหวัดตราดและประเทศเพื่อนบ้าน ดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ทั้งเชิงรับและเชิงรุก

### วิสัยทัศน์โรงพยาบาลตราด

โรงพยาบาลคุณภาพระดับสากล สมรรถนะสูงและทันสมัย เพื่อประชาชนสุขภาพดีด้วยตนเอง อย่างยั่งยืน (Smart Hospital for Sustainably Healthy People)

### พันธกิจโรงพยาบาลตราด

๑. จัดบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและพัฒนาระบบการบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานใน ระดับสากล และมีความเป็นเลิศทางการแพทย์ในระดับโรงพยาบาลชั้นนำให้โดดเด่นทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในทุกสาขา การผสมผสานการบริการแบบองค์รวมในการดูแลรักษาและ สร้างเสริมสุขภาพตามวิถีชีวิตของชุมชน

๒. พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลในเครือข่าย ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิให้มีคุณภาพและ มาตรฐานการจัดบริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ เป็นหลักทางด้านสุขภาพให้กับ ชุมชน พร้อมเสริมสร้างความมีส่วนร่วมเชิงพื้นที่ในการจัดการสุขภาพประชาชนร่วมกัน

๓. บูรณาการและระดมพลังภาคีทุกภาคส่วนเพื่อร่วมเสริมสร้างความขีดความสามารถ แก่ ประชาชนในการจัดการสุขภาพของชุมชน ครอบครัว และตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ปรับเปลี่ยน วัฒนธรรมสุขภาพ และวิถีสุขภาวะที่มีความเข้มแข็ง เพื่อให้ระบบสุขภาพของชุมชนและประชาชนสามารถ จัดการตนเองได้

๔.ยกระดับขีดความสามารถของบุคลากรทุกระดับให้มีศักยภาพสูงและพัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ องค์กรนวัตกรรม พร้อมก้าวสู่การเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะที่มีสมรรถนะสูง มีความทันสมัย และมีระบบคุณภาพที่มีมาตรฐานในระดับสากล

๕.เสริมสร้างศักยภาพทางการเงิน การคลังเพื่อการพึ่งตนเองและการพัฒนาระบบการบริหารจัดการและการบริการในทุกด้านของโรงพยาบาลบนพื้นฐานของธรรมาภิบาล และการเติบโตด้วยหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

๖.การเสริมสร้างความพร้อมของโรงพยาบาลทั้งระบบบริการทางการแพทย์ ศักยภาพทางการบริหาร โครงสร้างพื้นฐานที่มีมาตรฐานโรงพยาบาลชั้นนำและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาบุคลากรในการร่วมหนุนเสริมการเติบโตของจังหวัดตราดและการเชื่อมโยงบริการสุขภาพกับเขตเศรษฐกิจพิเศษ ระเบียงเศรษฐกิจตะวันออก และเมืองชายแดน

### **ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)**

กรอบของแผนยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาด้วยวิธีการทางยุทธศาสตร์สู่ผลสัมฤทธิ์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย ๖ ประเด็นยุทธศาสตร์

๑.การจัดบริการทางการแพทย์ในระดับเชี่ยวชาญชั้นสูงแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ มาตรฐานระดับสากลและเป็นเลิศ (Super Excellent Medical International Standard and Holistic Care)

๒.การพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพที่เข้มแข็งยั่งยืน ปลอดภัย ไร้รอยต่อ และระบบบริการที่เป็นเลิศ (Sustainable Quality and Excellent Service Hospital)

๓.การพัฒนาคุณภาพการให้บริการของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลให้มีมาตรฐานสามารถจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (Primary Care and Health Literacy)

๔.การปรับวัฒนธรรมองค์กร การบริหาร และพัฒนาทรัพยากรบุคคลทั่วทั้งโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสู่องค์กรแห่งความสุขที่ยั่งยืน (Happiness Hospital)

๕.การพัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กรดิจิทัล องค์กรนวัตกรรม และองค์กรสมรรถนะสูงที่พึ่งตนเองได้ (High Performance and Intelligent Hospital)

๖.การเสริมสร้างบริการทางการแพทย์รองรับการพัฒนาจังหวัด และการเชื่อมโยงบริการรองรับอาเซียนและนานาชาติ (Wellness Cluster)

### **ค่านิยม : MOPH**

- Mastery (เป็นนายตนเอง)
- Originality (เร่งสร้างสิ่งใหม่)
- People Centered Approach (ใส่ใจประชาชน)
- Humility (ถ่อมตนอ่อนน้อม)

### ข้อมูลทรัพยากรสถานบริการสาธารณสุข

ตาราง ๒ จำนวนสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

ประเภท	จำนวน	
โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด ๓๑๒ เตียง	๑	แห่ง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	๒๐	แห่ง
ศูนย์บริการสาธารณสุข (เทศบาลเมืองตราด)	๑	แห่ง
คลินิกหมอครอบครัว	๑	แห่ง
หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง	๑	แห่ง
รวม	๒๔	แห่ง

ที่มา : กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ โรงพยาบาลตราด

ตาราง ๓ จำนวนสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน

ประเภท	จำนวน	
โรงพยาบาลเอกชน ขนาด ๑๑๔ เตียง (กรุงเทพฯตราด)	๑	แห่ง
คลินิกแพทย์	๒๓	แห่ง
คลินิกทันตกรรม	๗	แห่ง
LAB เอกชน	๑	แห่ง
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	๑๑	แห่ง
ร้านขายยาบรรจุเสร็จ	๒	แห่ง
ร้านขายยาแผนโบราณ	๒	แห่ง
คลินิกกายภาพบำบัด	๑	แห่ง
รวม	๔๘	แห่ง

ที่มา : กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลตราด

### ข้อมูลทรัพยากรบุคคล

ตาราง ๔ จำนวนบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลตราด (ปฏิบัติงานจริง)

ประเภท	จำนวน (คน)
ข้าราชการ	๔๖๐
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	๓๐๑
ลูกจ้างประจำ	๗๗
พนักงานราชการ	๔๖
ลูกจ้างรายวัน	๘๕
ลูกจ้างรายเดือน	๔๐
ลูกจ้างรายคาบ	๑๒
รวม	๑,๐๒๑

ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลตราด

ตาราง ๕ จำนวนบุคลากรด้านการแพทย์โรงพยาบาลตราด เปรียบเทียบเกณฑ์ FTE

ลำดับ	วิชาชีพ	กรอบชั้นสูง (๑๐๐%)	กรอบชั้นต่ำ (๘๐%)	ข้อมูล ณ เมษายน ๒๕๖๒				
				ข้าราชการ	พรก.	พกส.	ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)	รวม
๑	แพทย์	๖๕	๕๒	๔๙	๐	๐	๐	๔๙
๒	ทันตแพทย์	๘	๖	๙	๐	๐	๐	๙
๓	เภสัชกร	๒๕	๒๐	๑๙	๐	๐	๐	๑๙
๔	พยาบาลวิชาชีพ	๓๑๗	๒๕๔	๒๗๕	๒	๔	๓๒	๓๑๓

ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลตราด

ตาราง ๖ จำนวนแพทย์เฉพาะทาง

ประเภท	ปัจจุบัน(คน)	อายุมากกว่า ๕๓ ปี (คน)	กำลังศึกษาต่อ (คน)	รวมอนาคต (คน)
กุมารเวชศาสตร์	๓	๒	๓	๔
จักษุวิทยา	๓	๑	๑	๓
จิตเวชศาสตร์	๑	๐	๑	๒
นิติเวชศาสตร์(ทุนเขตระบวร.ตราด)	๐	๐	๑	๑
รังสีวิทยาทั่วไป	๒	๐	๒	๔
ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	๑	๐	๑	๒
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	๓	๐	๑	๔
โสต ศอ นาสิกวิทยา	๓	๐	๐	๓
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	๒	๐	๔	๖
อายุรศาสตร์	๔	๐	๔ (จบปี๖๒ จำนวน ๑ คน)	๘
อายุรศาสตร์โรคไต	๑	๐	๐	๑
อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	๑	๐	๐	๑
ประสาทวิทยา(ทุนเขต : รพ.ตราด ๑ ทุน)	๐	๐	๒	๒
ตจวิทยา	๐	๐	๑	๑
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๐	๐	๒	๒
ศัลยศาสตร์	๓	๑	๔	๖
ประสาทศัลยศาสตร์	๑	๐	๓	๔
ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	๐	๐	๑	๑
วิสัญญีวิทยา	๒	๐	๑	๓
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	๑	๑	๑	๑
เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์ ทางทะเล)	๐	๐	๑	๑
เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์	๐	๐	๑	๑
รวม	๓๑	๕	๓๕	๖๑ (ไม่นับอายุมากกว่า ๕๓ ปี)

ตาราง ๗ แพทย์เฉพาะทางที่ขาดแคลน

ลำดับ	สาขาที่ขาดแคลน	แนวทางแก้ไข
๑	ตจวิทยา	ปัจจุบันจ้างแพทย์ที่เกษียณอายุราชการมาช่วยตรวจสัปดาห์ละ ๒ วัน
๒	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	ปัจจุบันมอบแพทย์ Staff สาขาประสาทศัลยศาสตร์ช่วยดูแล

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลฯ โรงพยาบาลตราด

ตาราง ๘ จำนวนบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด (ปฏิบัติงานจริง)

ประเภท	สสอ.เมือง (คน)	รพ.สต. (คน)	รวม (คน)
พยาบาลเวชปฏิบัติ	๐	๔๐	๔๐
นักวิชาการสาธารณสุข	๕	๒๔	๒๙
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	๒	๙	๑๑
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	๐	๕	๕
นักการแพทย์แผนไทย (ลูกจ้าง)	๐	๒	๒
นักวิชาการสาธารณสุข (ลูกจ้าง)	๑	๑	๒
เจ้าพนักงานสาธารณสุข (ลูกจ้าง)	๐	๑	๑
ผู้ช่วยทันตแพทย์ (ลูกจ้าง)	๐	๕	๕
เจ้าพนักงานธุรการ	๐	๑	๑
พนักงานบริการ	๐	๘	๘
รวม	๘	๙๖	๑๐๔

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด

ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย

การบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตราด

ตาราง ๙ จำนวนและค่าเฉลี่ยผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตราด ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ – ๒๕๖๒

หน่วย	ปีงบประมาณ			
	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒)
คน	๕๓,๐๙๖	๕๒,๗๖๑	๕๓,๕๕๔	๑๙,๐๖๐
ค่าเฉลี่ยต่อวัน	๑๘๕.๖๕	๑๘๔.๔๘	๑๘๗.๒๕	๑๕๗.๕๒
ครั้ง	๒๔๑,๗๖๐	๒๕๑,๖๕๕	๒๓๘,๔๐๙	๑๑๙,๙๕๙
ค่าเฉลี่ยต่อวัน	๘๔๕.๓๑	๘๗๙.๙๑	๘๓๓.๖๐	๙๙๑.๔๐

ที่มา : กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ โรงพยาบาลตราด

การบริการผู้ป่วยนอกรวมผู้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลตราด

ตาราง ๑๐ จำนวนและค่าเฉลี่ยผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกรวมผู้รับบริการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลตราด  
ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒

หน่วย	ปีงบประมาณ			
	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒)
คน	๑๑๖,๑๗๑	๑๐๕,๗๔๕	๑๑๔,๑๙๙	๔๒,๘๗๕
ค่าเฉลี่ยต่อวัน	๔๐๖.๑๙	๓๖๙.๗๔	๓๙๙.๓๐	๓๕๔.๓๔
ครั้ง	๓๖๗,๐๕๒	๓๗๗,๖๑๙	๓๙๒,๓๐๗	๒๐๑,๒๔๒
ค่าเฉลี่ยต่อวัน	๑,๒๘๓.๔๐	๑,๓๒๐.๓๕	๑,๓๗๑.๗๐	๑,๖๖๓.๑๖

ที่มา : กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ โรงพยาบาลตราด

ตาราง ๑๑ จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตราดจำแนกตามแผนก ๑๐ อันดับแรก  
ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒

แผนก	ปีงบประมาณ							
	๒๕๕๙		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒)	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
อายุรศาสตร์	๓๘,๘๐๗	๔๖,๓๙๘	๕๒,๑๑๘	๖๒,๓๐๕	๖๗,๐๖๗	๘๐,๑๑๘	๓๖,๓๙๘	๔๓,๐๓๐
เวชปฏิบัติทั่วไป	๔๐,๓๓๖	๔๕,๐๘๕	๔๘,๖๖๕	๕๖,๒๐๖	๕๑,๙๘๔	๖๒,๑๐๒	๒๔,๒๗๖	๒๙,๘๘๔
อุบัติเหตุฉุกเฉิน	๓๑,๗๐๑	๔๑,๙๕๖	๓๐,๗๒๐	๓๙,๑๘๒	๓๐,๘๑๔	๓๖,๔๗๑	๑๖,๒๓๕	๑๙,๖๗๒
ส่งเสริมสุขภาพ	๑๔,๗๐๘	๑๕,๔๐๒	๑๖,๐๔๑	๑๖,๖๑๔	๑๔,๙๗๖	๑๕,๕๕๔	๘,๙๓๙	๙,๒๐๒
สูติศาสตร์ +นรีเวช	๑๔,๐๙๖	๑๙,๘๙๐	๑๕,๑๕๑	๒๐,๙๔๙	๑๕,๑๘๙	๒๐,๘๑๑	๗,๓๐๑	๙,๙๓๑
ทันตกรรม	๑๒,๕๑๒	๑๖,๐๘๒	๑๑,๐๖๑	๑๓,๗๘๕	๑๑,๓๑๕	๑๔,๒๗๔	๕,๕๔๗	๖,๘๗๙
ศัลยกรรม	๗,๙๙๒	๙,๔๕๔	๖,๙๒๙	๗,๘๕๖	๙,๖๒๕	๑๑,๗๐๗	๕,๒๕๑	๖,๑๖๒
จักษุวิทยา	๑๐,๖๐๔	๑๒,๐๗๘	๑๐,๔๔๐	๑๒,๓๔๕	๑๑,๙๔๗	๑๔,๓๓๘	๔,๘๗๗	๖,๐๕๖
แพทย์แผนไทย	๖,๙๙๑	๑๖,๗๘๐	๘,๐๖๑	๑๘,๖๑๖	๘,๑๗๓	๑๙,๒๑๔	๓,๙๒๑	๙,๑๗๘
กุมารเวชกรรม	๖,๔๓๕	๗,๑๙๖	๖,๖๙๖	๗,๗๒๖	๗,๒๖๓	๘,๕๒๓	๓,๓๗๕	๓,๙๕๙

ที่มา : กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ โรงพยาบาลตราด

## การบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราด

ตาราง ๑๒ จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลตราด ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ – ๒๕๖๒

หน่วย	ปีงบประมาณ			
	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒)
วันนอนเฉลี่ย	๔.๙๓	๔.๗๓	๔.๕๙	๔.๖๗
อัตราการครองเตียง	๘๕.๘๓	๘๘.๔๙	๘๘.๖๓	๙๑.๖๑
ผู้ป่วยในที่ต้องดูแล (เฉลี่ย คน/วัน)	๒๖๗.๗๙	๒๗๖.๐๘	๒๗๖.๕๒	๒๘๕.๘๔
จำนวนเตียงของ รพ.	๓๑๒	๓๑๒	๓๑๒	๓๑๒

ที่มา : กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ โรงพยาบาลตราด

ตาราง ๑๓ จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลตราดจำแนกตามแผนก ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ – ๒๕๖๒

แผนก	ปีงบประมาณ							
	๒๕๕๙		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๑ (ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒)	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
อายุรกรรม	๖,๓๔๒	๖,๘๒๐	๗,๐๑๕	๗,๕๕๕	๗,๐๗๖	๗,๗๙๑	๓,๙๐๘	๔,๓๔๒
ศัลยกรรม	๓,๗๘๒	๓,๘๖๖	๔,๐๔๒	๔,๑๔๖	๓,๙๙๔	๔,๐๙๐	๑,๙๗๘	๑,๘๔๐
สูติกรรม	๒,๐๓๒	๒,๐๙๘	๒,๑๕๙	๒,๒๔๕	๒,๒๑๗	๒,๒๙๖	๑,๑๙๒	๑,๒๔๕
กุมารเวชกรรม	๒,๐๗๔	๒,๑๑๔	๒,๑๘๖	๒,๒๓๘	๒,๖๖๗	๒,๗๕๙	๑,๑๘๘	๑,๒๐๙
ออโรโธปิดิกส์	๑,๙๔๑	๑,๙๖๒	๒,๐๔๕	๒,๐๗๕	๑,๙๗๕	๒,๐๐๗	๙๐๓	๙๑๖
ทารกแรกเกิด	๑,๓๖๖	๑,๓๖๖	๑,๓๖๑	๑,๓๖๑	๑,๒๑๘	๑,๒๑๘	๖๒๑	๖๒๒
นรีเวช	๗๒๒	๗๔๖	๘๒๕	๘๖๔	๘๒๙	๘๕๒	๓๘๘	๔๐๓
จักษุ	๕๙๗	๖๐๐	๕๑๒	๕๑๓	๖๘๗	๗๐๓	๓๒๕	๓๒๘
โสต ศอ นาสิก	๒๓๘	๒๔๓	๒๗๗	๒๘๖	๒๗๓	๒๗๗	๒๑๖	๒๒๓

ที่มา : กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ โรงพยาบาลตราด

ตาราง ๑๔ จำนวนผู้ป่วยนอกจำแนกตามกลุ่มโรค ๑๐ อันดับแรก ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒

ที่	สาเหตุการป่วย	ปีงบประมาณ			
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒)
๑	โรกระบบไหลเวียนเลือด	๓๒,๘๒๔	๓๘,๖๓๖	๔๑,๓๓๖	๒๑,๖๑๒
๒	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม	๒๖,๙๔๘	๓๒,๖๒๐	๓๗,๓๖๔	๒๐,๑๙๙
๓	โรกระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	๒๐,๗๖๕	๑๙,๙๖๒	๒๐,๙๐๐	๑๐,๕๕๕
๔	โรคกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม	๑๙,๔๘๙	๑๙,๖๖๗	๑๙,๖๗๕	๑๐,๔๖๘
๕	โรกระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	๑๔,๕๙๕	๑๕,๘๙๖	๑๖,๗๔๗	๘,๔๓๓
๖	โรกระบบหายใจ	๑๕,๕๙๕	๑๔,๔๖๘	๑๒,๙๙๖	๖,๐๑๑
๗	โรคตาารวมส่วนประกอบของตา	๙,๔๕๕	๙,๗๓๖	๑๑,๐๒๙	๕,๘๐๐
๘	อาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิกฯ	๑๒,๕๓๘	๑๒,๐๐๗	๑๒,๓๑๔	๕,๗๙๔
๙	โรคติดเชื้อและปรสิต	๑๑,๒๙๑	๑๑,๙๕๔	๑๐,๙๔๙	๕,๒๒๒
๑๐	ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม	๔,๓๗๔	๕,๐๖๕	๖,๐๒๔	๓,๙๗๑

ที่มา : กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ โรงพยาบาลตราด

ตาราง ๑๕ จำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มโรค ๑๐ อันดับแรก ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒

ที่	สาเหตุการป่วย	ปีงบประมาณ			
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒)
๑	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม	๕,๘๖๗	๕,๖๐๙	๖,๔๓๓	๓,๕๔๐
๒	โรคความดันโลหิตสูง	๔,๓๐๖	๔,๓๕๗	๔,๗๓๗	๒,๔๗๙
๓	โรคเลือดและอวัยวะที่สร้างเลือดและความผิดปกติของกลไกที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันบางชนิด(ยกเว้นธาลัสซีเมีย)	๓,๐๔๖	๒,๗๙๘	๒,๖๑๖	๑,๕๐๘
๔	โรคเบาหวาน	๒,๑๘๗	๒,๑๗๖	๒,๓๑๐	๑,๒๔๑
๕	อาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิกฯ	๒,๐๙๗	๑,๙๗๗	๒,๒๐๖	๑,๑๙๘
๖	โรกระบบการย่อยอาหาร	๑,๙๑๐	๑,๗๒๒	๑,๖๕๙	๙๓๑
๗	อุบัติเหตุจากสาเหตุภายนอกอื่น ๆ	๑,๕๘๒	๑,๖๕๗	๑,๗๓๓	๗๗๘
๘	ไตวายเรื้อรังและไตวายที่ไม่ระบุโรค	๑,๑๑๙	๑,๒๖๖	๑,๒๕๙	๖๙๖
๙	โรคหลอดเลือดสมอง	๙๑๗	๑,๐๔๗	๑,๑๕๕	๖๗๒
๑๐	โรกระบบกล้ามเนื้อ	๑,๒๓๘	๑,๑๐๔	๑,๒๗๗	๖๖๒

ที่มา : กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ โรงพยาบาลตราด

ตาราง ๑๖ ข้อมูลสถานการณ์การเงินการคลังโรงพยาบาลตราด

ลำดับ	เครื่องชี้วัดทางการเงิน	เกณฑ์	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒ (๓๑ มี.ค.๖๒)
๑	Current Ratio	>๑.๕๐	๑.๙๒	๑.๘๓	๑.๙๗	๒.๒๓
๒	Quick Ratio	>๑.๐๐	๑.๗๙	๑.๗๖	๑.๙๐	๑.๙๔
๓	Cash Ratio	>๐.๘๐	๑.๒๐	๐.๙๖	๑.๐๑	๑.๒๙
๔	Net Working Capital	>๐	๑๒๗.๑	๑๐๒.๗	๑๒๑.๑	๑๔๐.๖๐
๕	Net Income	>๐	๗.๘	๑๔.๘	๙.๒	๓๕
	ระดับวิกฤติ	๑-๗	๐	๐	๐	๐

ที่มา : กลุ่มงานบัญชี

## คณะ 2

### การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

## แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

## คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

## หัวข้อ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จังหวัด ตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : KPI ๒.๐๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

## ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๑. มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครบทุกอำเภอ ๒. มีผลการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/เขต ครบทุกอำเภอ	การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม	๑. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ ปัญหา/ประเด็นพัฒนา เพื่อการขับเคลื่อนบูรณาการการทำงานร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ๒. จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไข ปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ เรื่อง ๓. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ๔. สรุบบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต	มีการประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต ร้อยละ ๖๐

## ๑. สถานการณ์

## ๑.๑ สถานการณ์ ( ผลการดำเนินงาน ๓-๕ ปี/วิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นการพัฒนา)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จังหวัดตราดดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) เป้าหมายการดำเนินการ ๗ อำเภอ ซึ่งการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE สอดคล้องกับการใช้เครื่องมือในการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแบบบูรณาการ (Integration Result Base Management: IRBM) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด โดยมีเป้าหมายที่มีการบริหารจัดการสุขภาพระดับจังหวัดและจัดการระบบสุขภาพอำเภอในแนวทางเดียวกันทั้ง ๗ อำเภอ โดยมีการค้นหาและจัดลำดับโรคตาม High Risk/High Volume/High Cost/โรคที่เป็นนโยบาย โรคที่ต้องมีการประสานงานกันเป็นพิเศษ โรคที่มีผลการรักษาไม่ดี แบ่งเป็น ๖ กลุ่มโรคได้แก่กลุ่มที่ ๑ กลุ่มโรคเมตาบอลิก กลุ่มโรคที่ ๒ กลุ่มโรค ติดเชื้อ/กลุ่มที่ ๓ กลุ่มโรคทั่วไปไม่ติดเชื้อ/กลุ่มที่ ๔ กลุ่มโรคอุบัติเหตุ/กลุ่มที่ ๕ กลุ่มแม่และเด็ก/กลุ่มที่ ๖ กลุ่มทันตสุขภาพ และมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพตามหลักกระบวนวิชา Host/Agent/Environment เพื่อกำหนดเป้าหมายการจัดการบริการตามกลุ่มวัยตามเกณฑ์ UCCARE มีแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอดำเนินการร่วมกันในรูปแบบคปสอ. บริหารจัดการทั้งอำเภอในประเด็นหลักของทีมีระดับอำเภอ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การชื่นชมเสริมพลังและสนับสนุนสิ่งที่บุคลากรต้องการรับการสนับสนุนทั้ง คน เงินและวัสดุครุภัณฑ์ จัดการบริการตามกลุ่มวัยทุกพื้นที่ โดยใช้ฐานข้อมูลการจัดการบริการจากผลการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว(๕ดาว๕ดี) มาดำเนินการจัดทำแผนสุขภาพระดับอำเภอตามเกณฑ์ DHS และระบบ Service Plan เชื่อมโยงกับ

กระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในการเยี่ยมบ้านคุณภาพของทีมหมอครอบครัวที่มาจากทีมสหวิชาชีพในระดับอำเภอ ผลการประเมินระบบสุขภาพอำเภอ(DHS) ตามเกณฑ์ UCCARE ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีค่าคะแนนประเมินตนเองในระดับคะแนน ๔.๐๒ ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาปี ๒๕๖๑ ตามเกณฑ์คุณภาพ UCCARE ได้แก่ C : Community Participation ทุกอำเภอให้ความสำคัญเกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชนและการทำงานเชิงระบบ โดยมีมุมมองที่กว้างกว่าระบบทีมสาธารณสุข โดยพยายามเชื่อมโยงและประสานงานหน่วยราชการอื่นๆ ทั้งในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้านและชุมชน ทั้งนี้กระบวนการที่ส่งผลให้เกิดการมุ่งเน้นและพยายามนั้น เกิดจากการเรียนรู้ในการบริการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ตอบโจทย์ด้านความยั่งยืนและปัญหาทางสังคมอื่นๆ ที่นอกเหนือจากด้านสุขภาพ ทั้งนี้บางอย่างก็สามารถแก้ไขได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่อีกหลายๆ ปัจจัยก็ไม่สามารถช่วยเหลือได้ ทุกอำเภอจึงพยายามประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อที่จะได้รับการตอบรับและช่วยเหลือ ผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่มีผลงานเด่น ได้แก่ อำเภอคลองใหญ่ (ผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียง) อำเภอเขาสมิง (LTC) ทั้ง ๒ อำเภอมีระบบการจัดการด้านสุขภาพขยายออกไปจากเดิมที่เป็นหน่วยงานสาธารณสุขเพียงหน่วยเดียว โอกาสการพัฒนาจากส่วนนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานของการจัดการระบบสุขภาพอำเภอโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของจังหวัดตราด คือชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน มีการเรียนรู้และปรับปรุงกระบวนการต่างๆ ร่วมกัน มีการประเมินผลที่ครบวงจรการพัฒนาบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมที่ยั่งยืนและเป็นเจ้าของในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพด้วยชุมชน โดยประชาชนของชุมชนที่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ตำบลและอำเภออย่างแท้จริง พบว่า ภาพรวมการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ : DHS ของจังหวัดตราดตามเกณฑ์ UCCARE อยู่ในระดับคะแนน ๔.๐๒ และได้รับรางวัลเครือข่ายบริการสุขภาพ DHS โดยคณะกรรมการ DHB จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒ อำเภอ ได้แก่ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ อำเภอคลองใหญ่ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ได้นำนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สู่การปฏิบัติในทุกอำเภอ ๗ แห่ง ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธานคณะกรรมการฯ และเลขานุการ (สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง) ได้รับทราบนโยบายและเข้ารับการพัฒนาพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการฯ ในการดำเนินงาน มีการจัดตั้งคณะกรรมการฯ พชอ. ครบทุกอำเภอ และประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอละอย่างน้อย ๒ ประเด็น ส่วนใหญ่การค้นหาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้มาจากระดับหมู่บ้านเวทีประชาคมหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน และเวทีประชุมการพัฒนาตำบล ร่วมคัดเลือกประเด็นปัญหาสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กำหนดประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีประเด็นการพัฒนาภาพรวมทั้งจังหวัดทุกอำเภอ ได้แก่ การบริหารจัดการขยะ ประเด็นพชอ.ที่ ๒ และ ๓ ส่วนใหญ่เป็นประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตที่มีสาเหตุของปัญหาจากปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในภาพองค์รวม ผลการพัฒนาฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีผลการดำเนินงานพัฒนาประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกอำเภอสามารถดำเนินการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการฯ ได้ โดยมีการจัดประชุมคณะกรรมการอำเภอละ ๒ ครั้ง และกำหนดแผนการดำเนินงานพัฒนาแต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนตามแผนการพัฒนาที่กำหนดไว้ครอบคลุมทุกอำเภอ อำเภอที่สามารถดำเนินการครบถ้วนตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง ๒ ประเด็น ได้แก่ อำเภอเกาะกูดและอำเภอปอไร่ ซึ่งผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตพบว่า พชอ.เกาะกูดได้รับรางวัลพชอ.ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ ๖ ในประเด็นพชอ.การบริหารจัดการขยะ ได้รับเกียรติบัตรชื่นชมเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุขและ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) และอำเภอใดได้รับรางวัลพขอ.ดีเด่นระดับจังหวัด ในประเด็นพขอ.อาหารปลอดภัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ทุกอำเภอจึงมีการจัดประชุมคณะกรรมการพขอ.และทบทวนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย ๒ ประเด็น โดยมีประเด็นพขอ.ที่กำหนดดำเนินการในภาพรวมทั้งจังหวัด ได้แก่ การบริหารจัดการขยะและประเด็นพขอ.ที่ ๒ และ ๓ พัฒนาฯ ประเด็นต่อเนื่องจากปีงบประมาณ ๒๕๖๑

## ๑.๒ แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

๑.๒.๑) ผู้รับผิดชอบงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด เข้าร่วมประชุมรับฟังการชี้แจงนโยบาย

๑.๒.๒) สาธารณสุขอำเภอทุกแห่งเข้าร่วมประชุมรับฟังการชี้แจงนโยบายและการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

๑.๒.๓) จัดทำคำสั่งคณะกรรมการอำนวยการและสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัดตราด เป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด เป็นเลขานุการและคณะกรรมการประกอบด้วยหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ของทุกอำเภอ ๗ อำเภอ กำหนดประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อนำเสนอผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามประเด็นพขอ.เดือนกันยายน ๒๕๖๒

๑.๒.๔) จัดทำแผนงานบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต) โดยกำหนดประเด็นพขอ.การบริหารจัดการขยะในหมู่บ้านและตำบลจัดการสุขภาพ ระดับดีเยี่ยมและระดับดี ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๑๔ ตำบล โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากจังหวัดตราด ภายใต้โครงการพัฒนาความฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพตลอดชีวิต (Exercise City) ตามโครงการพัฒนาคุณภาพด้านการแพทย์สาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จังหวัดตราด จำนวนเงิน ๑,๑๓๑,๐๐๐.- บาท (หนึ่งล้านหนึ่งแสนสามหมื่นหนึ่งพันบาทถ้วน)

๑.๒.๕) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานรอบไตรมาสที่ ๑ (๓ เดือน Small Success) และรอบไตรมาสที่ ๒ และ ๓ ( ๖เดือน และ๙ เดือน) เพื่อติดตามผลการดำเนินงานและรับฟังปัญหาอุปสรรค

๑.๒.๖) จัดทีมเยี่ยมเสริมพลังระดับจังหวัดเยี่ยมเสริมพลังผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ทุกอำเภอ

๑.๒.๗) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัดเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนผลการพัฒนาพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ทุกอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑.๒.๘) สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ทุกอำเภอภาพรวมทั้งจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

## ๑.๓ ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒ (ต.ค.๒๕๖๑-พ.ค.๒๕๖๒)

๑.๓.๑) จัดทำคำสั่งคณะกรรมการอำนวยการและสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัดตราด เป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด เป็นเลขานุการและคณะกรรมการประกอบด้วยหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ของทุกอำเภอ ๗ อำเภอ

๑.๓.๒) จัดทำโครงการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อการขับเคลื่อนสุขภาพระดับพื้นที่แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดตราด

๑.๓.๓) ทุกอำเภอมีการจัดประชุมคณะกรรมการ เพื่อทบทวนคณะกรรมการและประเด็น การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างน้อย ๒ ประเด็น และจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อดำเนินงานภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมีประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของแต่ละอำเภอที่ ดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และกำหนดดำเนินการพัฒนาฯ ต่อเนื่อง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ดังนี้

ลำดับที่	อำเภอ	ประเด็นคุณภาพชีวิต		
		ประเด็นที่ ๑	ประเด็นที่ ๒	ประเด็นที่ ๓
๑	เมืองตราด	การบริหารจัดการขยะ	อุบัติเหตุจากรถทางบก	-
๒	เขาสมิง	การบริหารจัดการขยะ	การดูแลผู้ป่วย LTC	-
๓	บ่อไร่	การบริหารจัดการขยะ	อาหารปลอดภัย	-
๔	แหลมงอบ	การบริหารจัดการขยะ	ยาเสพติด	-
๕	คลองใหญ่	การบริหารจัดการขยะ	การดูแลผู้ที่มีภาวะยากลำบาก ในการดำเนินชีวิต	-
๖	เกาะช้าง	การบริหารจัดการขยะ	อุบัติเหตุจากรถทางบก	อุบัติเหตุทางน้ำ
๗	เกาะกูด	การบริหารจัดการขยะ	ยาเสพติด	อุบัติเหตุทางน้ำ

๑.๓.๔) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานไตรมาสที่ ๑ (รอบ ๓ เดือน วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒ รอบ ๖ และ ๙ เดือน วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๒)

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) โดยการประเมินผลตามเกณฑ์ UCCARE ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	รายชื่ออำเภอ	ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตฯ (พขอ.)	ระดับพัฒนา UCARE ในภาพรวม (ระบุระดับ ๓-๕)							
			๑. Unity Team	๒. Customer Focus	๓. Community participation	๔. Appreciation	๕. Resource sharing and human development	๖. Essential care	ผ่าน	ไม่ผ่าน
			รอบ ๙ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๙ เดือน		
๑	เมือง	๑. การบริหารจัดการขยะ	๔	๔	๔	๓	๓	๓		/
		๒. อุบัติเหตุทางบก	๔	๔	๔	๔	๔	๔	/	
๒	ป้อไร่	๑. การบริหารจัดการขยะ	๔	๔	๔	๔	๔	๔	/	
		๒. อาหารปลอดภัย	๔	๔	๔	๔	๔	๔	/	
๓	เขาสมิง	๑. การบริหารจัดการขยะ	๓	๓	๓	๓	๓	๓		/
		๒. LTC	๔	๔	๔	๔	๔	๔	/	
๔	คลองใหญ่	๑. การบริหารจัดการขยะ	๔	๔	๔	๔	๔	๔	/	
		๒. การดูแลผู้ที่มีภาวะยากลำบาก	๔	๔	๔	๔	๔	๔	/	
๕	แหลมงอบ	๑. การบริหารจัดการขยะ	๔	๔	๔	๔	๔	๔	/	
		๒. ยาเสพติด	๔	๔	๔	๔	๔	๔	/	
๖	เกาะช้าง	๑. การบริหารจัดการขยะ	๔	๔	๔	๔	๔	๔	/	
		๒. อุบัติเหตุทางบก	๔	๔	๔	๓	๓	๓		/
		๓. อุบัติเหตุทางน้ำ	๔	๔	๔	๔	๔	๔	/	
๗	เกาะกูด	๑. การบริหารจัดการขยะ	๔	๔	๔	๔	๔	๔	/	
		๒. ยาเสพติด	๔	๔	๔	๔	๔	๔	/	
		๓. อุบัติเหตุทางน้ำ	๔	๔	๔	๔	๔	๔	/	
	จ.ตราด									

มีการประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัด จำนวน ๖ อำเภอ ร้อยละ ๘๕.๗๑ ผลการประเมินที่อยู่ระดับ ๓ อยู่ระหว่างการพัฒนาเพื่อยกระดับในระดับ ๔ คะแนน

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

ไม่มี

๓. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
-	-	-

๔. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ไม่มี

**ผู้รายงาน**

ชื่อ : นางกัญญา เชื้อเงิน  
โทร. ๐๘๙-๗๔๘๒๘๕๓

ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
E-mail : kanyatuk@hotmail.com

**ผู้ควบคุมกำกับและติดตาม**

นายวินัย จันทร์แสง  
โทร. ๐๘๙-๔๔๙-๖๘๑๒

ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ  
E-mail : wjunsang@yahoo.com

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒**  
**คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)**  
**หัวข้อ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ**  
**จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒**

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : KPI ๒.๐๒ ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ความสำเร็จในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวกับแผน ๑๐ ปี ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

๒. ผลการประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S) จำนวนทีมสหวิชาชีพ การดำเนินงาน (Function) โอกาสพัฒนา/ปัญหา/อุปสรรค

๓. กลไกการขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

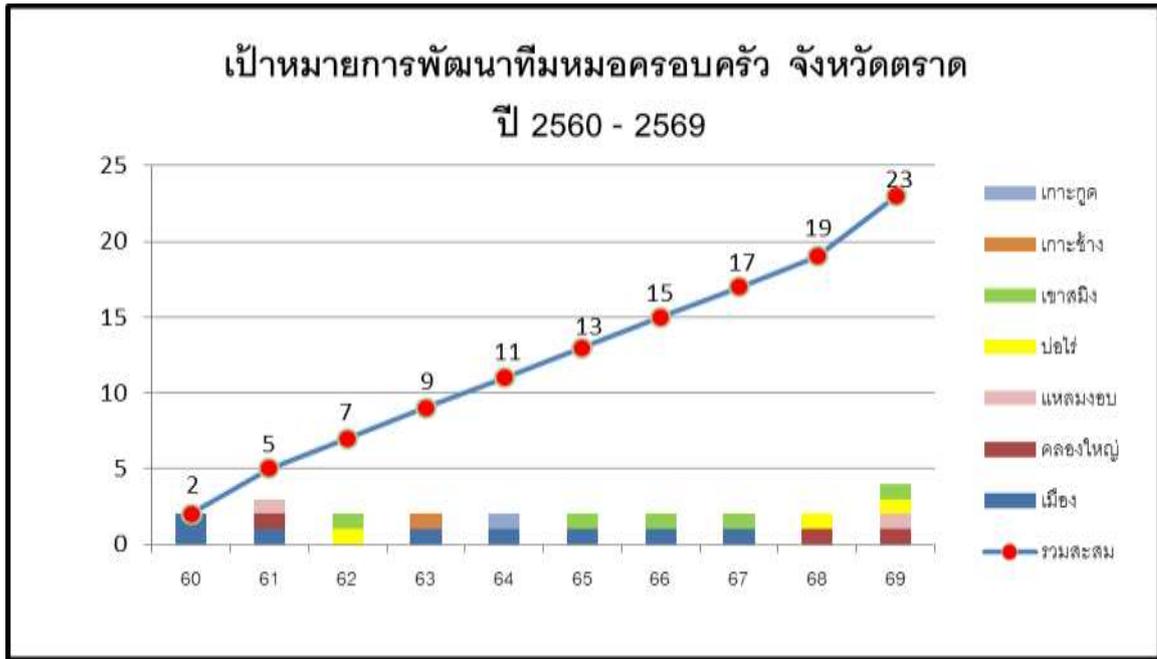
- แผนการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ฯ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน
- แผนการพัฒนาและยกระดับสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- แผนการพัฒนาสหวิชาชีพ

๔. การประเมินตนเองของทีมคลินิกหมอครอบครัวในการพัฒนาบริการ ความรู้ความเข้าใจใน เป้าหมายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว การจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว หลักการมุ่งเน้น คุณค่า (Value-base health care) ในเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพด้วย Triple Aims

**๒. สถานการณ์**

จังหวัดตราดกำหนดเป้าหมายการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) ในช่วงปี ๒๕๖๐ -๒๕๖๙ ครอบคลุม พื้นที่ ๗ อำเภอ ประกอบด้วย Primary Care Cluster: PCC จำนวน ๙ PCC และทีมหมอครอบครัว จำนวน ๒๓ ทีม

อำเภอ	ประชากร ทุกสิทธิ	PCC	ทีมหมอครอบครัว FCT
เมือง	๑๐๖,๑๖๔	๓	๘
เขาสมิง	๔๔,๓๑๙	๑	๕
บ่อไร่	๓๕,๕๘๗	๑	๓
คลองใหญ่	๒๕,๖๗๕	๑	๓
แหลมงอบ	๑๙,๘๘๙	๑	๒
เกาะช้าง	๘,๒๑๘	๑	๑
เกาะกูด	๒,๕๐๗	๑	๑
รวม	๒๔๒,๓๕๙	๙	๒๓



การดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ จำนวนที่เปิด ๕ ทีม (ข้อมูลการขึ้นทะเบียน PCC) สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกหมอครอบครัว โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

ทีมคลินิกหมอครอบครัว	เปิดดำเนินการ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒		ระบุข้อที่ไม่ผ่าน
	ลงทะเบียน	ผ่านเกณฑ์	
๑. วัดไผ่ล้อม อ.เมือง	๒๕๖๐	/	-
๒. ท้ายวัง อ.เมือง	๒๕๖๐	-	การให้บริการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่ครบ ๓ วัน/สัปดาห์
๓. ปลายคลอง อ.เมือง	๒๕๖๐	-	การให้บริการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่ครบ ๓ วัน/สัปดาห์
๔. รพ.แหลมงอบ อ.แหลมงอบ	๒๕๖๐	/	-
๕. ท่าพริก อ.เมือง	๒๕๖๒	-	การให้บริการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่ครบ ๓ วัน/สัปดาห์

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S)

### ๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

#### ๓.๑ ผลการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี ๒๕๖๒

๑. จำนวนคลินิกหมอครอบครัวทั้งหมด (ตามแผน ปี ๒๕๖๒) จำนวน ๗ ทีม

๑.๑ ทีมคลินิกหมอครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวและเปิดดำเนินการแล้ว จำนวน ๕ ทีม (รอบันทึกในระบบลงทะเบียน) คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๔๒ ของแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี ๒๕๖๒

๑.๒ ทีมคลินิกหมอครอบครัวซึ่งกำลังดำเนินการตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี ๒๕๖๒ (ระบุ วัน/เดือน/ที่เปิด)

ปี ๒๕๖๒ วางแผนการเปิดทีมหมอครอบครัว จำนวน ๒ ทีม ได้แก่ ทีมโรงพยาบาลคลองใหญ่ และ ทีมหนองเสม็ด แต่เนื่องจากยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จึงไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ตามแผนที่ กำหนดไว้ (ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S))

๒. ผลการดำเนินงานประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ไม่ผ่าน

ลำดับ	ชื่อทีมคลินิกหมอครอบครัว	แนวทางการพัฒนา
ก	คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑	
	๑. ท้ายวัง	จัดให้มีบริการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ครบ ๓ วัน/สัปดาห์
	๒. ปลายคลอง	จัดให้มีบริการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ครบ ๓ วัน/สัปดาห์
	๓. ท่าพริก	จัดให้มีบริการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ครบ ๓ วัน/สัปดาห์
ข	คลินิกหมอครอบครัวที่จะเปิดดำเนินการ ปี ๒๕๖๒	
	๑. รพ.คลองใหญ่	ยังไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ตามแผน เนื่องจากไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
	๒. หนองเสม็ด	ยังไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ตามแผน เนื่องจากไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

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

ปัจจุบันดำเนินงานตามแผนได้ ๕ ทีม (จาก ๗ ทีม) ใน ๕ ทีม พบว่า ผ่านเกณฑ์ ๒ ทีม ไม่ผ่าน เกณฑ์ ๓ ทีม โดยแพทย์ประจำทีมคลินิกหมอครอบครัวบางส่วน ยังมีการปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลต้นสังกัด พบปัญหาขาดแคลนบุคลากร ส่งผลต่อการให้บริการในส่วนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในทีม ไม่ครบ ๓ วัน/สัปดาห์

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ประจำทีมไม่ครบ ๓ วัน/สัปดาห์ เนื่องจากยังมีการปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลต้นสังกัด จากปัญหาขาดแคลนแพทย์	การใช้ระบบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแบบหมุนเวียน	-
แพทย์มีการย้ายเพื่อเรียนต่อสาขาอื่นมาก	-	-

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

การจัดสรรงบประมาณสนับสนุน ควรปรับการเบิกจ่ายเป็นลักษณะเกณฑ์ลดหลั่น เนื่องจากในแต่ละทีม มีข้อจำกัดในการพัฒนา อาจต้องใช้ระยะเวลาเพื่อรอความพร้อมในเรื่องของบุคลากร งบประมาณ สถานที่ ซึ่งในระหว่างนั้นยังมีการดำเนินการในลักษณะคลินิกหออัครครอบครัว การได้รับงบประมาณสนับสนุน เพื่อมาต่อยอดพัฒนางานระหว่างรอความพร้อมในส่วนที่ขาด

**๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

ไม่มี

**ผู้รายงาน**

ชื่อ : น.ส.โสมาพัฒน์ นีรันตพานิช

โทร : ๐๖ ๔๑๕๑ ๙๒๖๖

วัน/เดือน/ปี : ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

e-mail : nirunpanich@gmail.com

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒**  
**คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**  
**หัวข้อ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ**  
**จังหวัด ตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒**

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : KPI ๒.๐๓ ร้อยละของ รพ.สต.ติดตาม ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม

**คำนิยาม**

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่หมายรวมถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)

๒. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดตาม ที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย ๑) บริหารดี ๒) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม ๓) บุคลากรดี ๔) บริการดี และ ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการดี

หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หมวด ๕ ผลลัพธ์

โดยมีการแปลผลระดับดาว ร้อยละ ๖๐.๐๐-๖๙.๙๙ เท่ากับ ๓ ดาว/ร้อยละ ๗๐.๐๐-๗๙.๙๙ เท่ากับ ๔ ดาว/ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป เท่ากับ ๕ ดาว

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นรอบที่ ๒			
เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๑.รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐	๑.พัฒนา รพ.สต.ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินตนเองให้มีคุณภาพ อย่างน้อยระดับ ๓ ดาว	๑.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดตาม ระดับ ๓ ดาว	๑.รพ.สต.มีการพัฒนาผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐
๒.รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ ๕ ดาว สะสม ร้อยละ ๖๐	๒.พัฒนา รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับ ๓-๔ ดาว เป็นระดับ ๕ ดาว	๒.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ ๕ ดาว (สะสม)	๒.รพ.สต.มีการพัฒนาผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับ ๕ ดาว สะสม ร้อยละ ๖๐

**๑. สถานการณ์**

๑.๑ สถานการณ์ (ผลการดำเนินงาน ๓-๕ ปี ที่ผ่านมา/วิเคราะห์ปัญหา /ประเด็นการพัฒนา) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๑ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปีด้านสาธารณสุข โดยดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ติดตาม) ตามเกณฑ์รพ.สต.ติดตาม (๕ดาว ๕ ดี) เพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพบริการของรพ.สต. ให้ได้มาตรฐาน มีการบริหาร การประสานงานที่ดีสามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่

ร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด นำนโยบายการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ตามเกณฑ์รพ.สต.ติดตาม และนำสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนารพ.สต.ทุกระดับในจังหวัดตราด จำนวน ๖๖ แห่ง ตลอด ๒ ปีที่ผ่านมา รพ.สต.ได้ยกระดับและเพิ่มคุณภาพด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและคุ้มครองผู้บริโภค ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพจากบุคลากรของรพ.สต.ภายใต้ค่านิยม MOPH

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดวางระบบการพัฒนาโดยขอความร่วมมือให้รพ.สต.ขนาดใหญ่ที่เป็นแม่ข่าย (ระดับ L) สนับสนุนเพื่อพัฒนารพ.สต.ตามเกณฑ์รพ.สต.ติดตาม จำนวน ๑๕ แห่ง ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๖๑ โรงพยาบาลทุกแห่งทุกแห่งในจังหวัดตราดได้รับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ทั้งจังหวัดต่อเนื่องมา ๔ ปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดได้รับความร่วมมือจาก ทีมพี่เลี้ยงในระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาลทุกแห่งในการพัฒนารพ.สต.ตามเกณฑ์ติดตามซึ่งบางระบบ มีความสอดคล้องกับมาตรฐาน HA เช่น ระบบ ยา/LAB/ICหรือการใช้ CPG ในการให้บริการในรพ.สต. ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พัฒนารพ.สต.ระดับ M ซึ่งเป็นรพ.สต.ในตำบลที่เป็นลูกข่ายของระดับ L และขอให้อำเภอจัดตั้งทีมพี่เลี้ยงครบทุกเกณฑ์รพ.สต.ติดตาม ปี ๒๕๖๑ โดยให้รพ.สต.ระดับ L และ M ที่เป็นแม่ข่าย และได้รับรองคุณภาพระดับ ๕ ดาว ถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นครูให้รพ.สต.ลูกข่ายร่วมมือกันพัฒนา สำหรับทีมเยี่ยมเสริมพลังระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดได้ขอเชิญ ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้ความสารถ และมีประสบการณ์ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ HA/PCA/DHS ในโรงพยาบาลตราด/โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าร่วมเป็นทีมเยี่ยมเสริมพลังระดับจังหวัด เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับรพ.สต.ด้วยมิตรภาพที่ดีต่อกัน

ผลการพัฒนาพบว่า การพัฒนาระบบงานที่สำคัญและมีคุณภาพระดับดีมากเป็นต้นแบบการพัฒนา และครูให้กับรพ.สต.ระดับ S ได้แก่ ระบบมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการตามเกณฑ์ Green and Clean/ระบบงานเภสัชระดับปฐมภูมิ/ระบบ LAB/ระบบ IC/ระบบการให้บริการในรพ.สต. OPD+ER/นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง)/การควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชน ปี ๒๕๖๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดวางระบบการใช้ CPG/Service Plan ๗ สาขา เชื่อมโยงระดับโรงพยาบาลตราด/โรงพยาบาลชุมชน/และ Service Plan สาขาปฐมภูมิ(รพ.สต.) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ รพ.สต.ได้รับรองระดับ ๕ ดาว ๑๘ แห่ง และปีงบประมาณ ๒๕๖๑ รพ.สต.ได้รับรองระดับ ๕ ดาว ๑๕ แห่ง รวมทั้งสิ้น ๓๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๐ ผ่านเกณฑ์เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ร้อยละ ๒๕ (สะสมปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๑๘ แห่ง/ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๑๕ แห่ง) ซึ่งมีรพ.สต.ที่อยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์รพ.สต.ติดตาม จำนวน ๓๓ แห่ง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายการพัฒนาผ่านเกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ติดตามระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐ ผลการพัฒนารพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ดาว จำนวน ๖๖ แห่ง ร้อยละ ๑๐๐ ระดับ ๔ ดาว จำนวน ๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖.๐๖ และระดับ ๕ ดาวร้อยละ ๘๐ จำนวน ๕๓ แห่ง (สะสมปี ๒๕๖๐จำนวน ๑๘ แห่ง/ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๕ แห่ง/ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๒๐ แห่ง) เป้าหมายปี ๒๕๖๒ ผ่านการรับรองระดับอำเภอรพ.สต.ติดตาม ๕ ดาว จำนวน ๒๑ แห่ง อยู่ระหว่างการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อรับรองรพ.สต.ติดตาม ๕ ดาว ระดับจังหวัด

## ๑.๒ แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

๑.๒.๑) ประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาและติดตามผลการพัฒนารพ.สต.ติดตามตามเกณฑ์รพ.สต.ติดตามปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑.๒.๒) ประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนารพ.สต.ติดตามตามเกณฑ์รพ.สต.ติดตาม  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ หมวด ๔ การจัดการบริการในรพ.สต.และในชุมชน สำหรับวิชาชีพพยาบาล เพื่อ  
เชื่อมโยงการใช้ CPG ของการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาที่สำคัญและเชื่อมโยงกับการ  
พัฒนาระบบบริการสาขาปฐมภูมิ เช่น การใช้ CPG โรคที่เป็นปัญหาของ CUP อย่างน้อย ๕ โรค/การใช้  
CPG ER (Stroke/STEMI/Sepsis/ Head injury/Hypoglycemia/Hyperglycemia/การช่วยฟื้นคืนชีพ  
เบื้องต้นและการใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน) การใช้ CPG ANC (การฝากครรภ์ปกติ/การฝากครรภ์กลุ่มเสี่ยงและ  
การส่งต่อ) การใช้ CPG WCC (การตรวจประเมินพัฒนาตามวัย/การส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้า) การใช้ CPG  
NCD (การดูแลและส่งต่อกลุ่มผู้ป่วย DM+HT/ Stroke และ CKD) การใช้ CPG ในการให้แพทย์แผนไทย/  
การใช้ CPG ในการให้บริการทันตกรรม

๑.๒.๓) จัดส่งทีมวิทยากรครูก.และทีมเยี่ยมเสริมพลังระดับเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ  
พัฒนาศักยภาพการเยี่ยมเสริมพลัง (ครูช.) ของการจัดอบรมของระดับเขตสุขภาพที่ ๖ (วันที่ ๑๗-๑๘  
มกราคม ๒๕๖๒)

๑.๒.๔) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาผู้เยี่ยมเสริมพลังรพ.สต.ติดตามระดับอำเภอและ  
ระดับจังหวัด กำหนดการประชุมเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

๑.๒.๕) ชี้แจงรพ.สต.ทุกแห่งประเมินตนเองตามโปรแกรม เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับ  
สาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในการวางแผนพัฒนารพ.สต.ติดตามในระดับอำเภอ

๑.๒.๖) ทบทวนคำสั่งทีมวิทยากรครูก. และทีมเยี่ยมเสริมพลังระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑.๒.๗) คปสอ.ทุกแห่งจัดทำคำสั่งแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอครบทุกเกณฑ์รพ.สต.ติดตาม

๑.๒.๘) ทีมเยี่ยมเสริมพลังรพ.สต.ติดตามระดับอำเภอ เยี่ยมเสริมพลังครั้งที่ ๑ เพื่อเสริม  
พลังและ แนะนำโอกาสการพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม

๑.๒.๙) รพ.สต.พัฒนาส่วนขาดตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมเสริมพลังของทีมเยี่ยมฯ  
ระดับอำเภอ

๑.๒.๑๐) ทีมเยี่ยมเสริมพลังรพ.สต.ติดตามระดับอำเภอ เยี่ยมเสริมพลังครั้งที่ ๒ เพื่อ  
รับรองคุณภาพ ระดับอำเภอ (๓-๕ ดาว)

๑.๒.๑๑) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งเสนอรายชื่อ รพ.สต. ๕ ดาว ระดับอำเภอ  
เพื่อขอรับรองระดับ ๕ ดาว ระดับจังหวัด

๑.๒.๑๒) ทีมเยี่ยมเสริมพลังรพ.สต.ติดตามระดับจังหวัดลงเยี่ยมเสริมพลังเพื่อรับรอง  
คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ ๕ ดาว ระดับจังหวัด

๑.๒.๑๓) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียนและสรุปผลการพัฒนารพ.สต.  
ติดตาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

### ๑.๓ ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒ ไตรมาสที่ ๒ (ม.ค.-พ.ค.๒๕๖๑)

๑.๓.๑) ประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาและติดตามผลการพัฒนารพ.สต.ติดตามตามเกณฑ์  
รพ.สต.ติดตามปีงบประมาณ ๒๕๖๒ สำหรับบุคลากรที่รับผิดชอบงานรพ.สต.ติดตามของสำนักงาน  
สาธารณสุขอำเภอและรพ.สต.ทุกแห่ง ๖๖ แห่ง เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๑

๑.๓.๒) รพ.สต.ทุกแห่งประเมินตนเองตามโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดตาม  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และจัดทำแผนพัฒนาตามโอกาสการพัฒนาตามเกณฑ์ ๕ หมวดที่ยังได้คะแนนไม่ถึง  
ร้อยละ ๘๐ ผลการประเมินพบว่า บุคลากรในรพ.สต.ทุกแห่งมีโอกาสการพัฒนาความรู้เพิ่มการใช้ CPG  
ในการให้บริการหมวด ๔ การจัดการบริการในรพ.สต.และในชุมชน

๑.๓.๓) จัดประชุมชี้แจงเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวหมวด ๔ การจัดการบริการในสถานบริการ และในชุมชน ได้แก่ การจัดการบริการในสถานบริการ ได้แก่ OPD/ER/NCD/ANC/WCC/งานให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ/การจัดการบริการทันตสาธารณสุข/การจัดการบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด/การจัดการ บริการเภสัชกรรม RDU และงานคุ้มครองผู้บริโภค การจัดการบริการในชุมชน ได้แก่ การดูแลต่อเนื่อง (COC : LTC)/การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมและสอบสวนโรค (SRRT) ระบบการสนับสนุนบริการ ได้แก่ การป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ (IC) และระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และ สาธารณสุข (LAB) และการใช้ Clinical Practice Guidelines : CPG ในการให้บริการตามเกณฑ์รพ.สต. ติดดาว หมวด ๔ เมื่อวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๒ กลุ่มเป้าหมายวิชาชีพพยาบาลและนักรักษาการที่รับผิดชอบ งานบริการในรพ.สต. ทุกแห่ง ๖๖ แห่ง จำนวน ๘๐ คน

๑.๓.๔) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาผู้เยี่ยมเสริมพลังระดับอำเภอและระดับจังหวัด กลุ่มเป้าหมายบุคลากรสหวิชาชีพที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นทีมเยี่ยมเสริมพลังระดับอำเภอและระดับจังหวัด จำนวน ๘๐ คน เมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

๑.๓.๕) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาผู้เยี่ยมเสริมพลังระดับอำเภอและระดับจังหวัด ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB) กลุ่มเป้าหมายนัก เทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลตราดและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งและผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๐ คน เมื่อ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

๑.๓.๖) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาว ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ร้อยละ ๘๐ ของรพ.สต.ทั้งหมด

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จังหวัดตราดผ่านเกณฑ์ระดับ ๕ ดาว ๑๘ แห่ง ร้อยละ ๒๖.๘๖ (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๕ ดาว ๑๕ แห่ง รวมทั้งสิ้น ๓๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๐ (เป้าหมาย ร้อยละ ๒๕ สะสมปี ๒๕๖๐) ซึ่งมีรพ.สต.ที่อยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพ ตามเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว จำนวน ๓๓ แห่ง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายการพัฒนาผ่านเกณฑ์ คุณภาพรพ.สต.ติดดาวระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐ ผลการพัฒนารพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ดาว จำนวน ๖๖ แห่ง ร้อยละ ๑๐๐ ระดับ ๔ ดาว จำนวน ๔ แห่ง ร้อยละ ๖.๐๖ และระดับ ๕ ดาว จำนวน ๕๓ แห่ง ร้อยละ ๘๐ (สะสมปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๘ แห่ง/ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๕ แห่ง/ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๒๐ แห่ง) เป้าหมายปี ๒๕๖๒ ผ่านการรับรองระดับอำเภอรพ.สต.ติดดาว ๕ ดาว จำนวน ๒๑ แห่ง อยู่ระหว่างการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อรับรองรพ.สต.ติดดาว ๕ ดาว ระดับจังหวัด คาดว่าจะผ่านการรับรองคุณภาพรพ.สต. ติดดาว ๕ ดาว ระดับจังหวัด ทั้งหมด ๒๑ แห่ง รายละเอียดดังตาราง

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของรพ.สต.ติดดาว

ลำดับ	สสอ.	จำนวนรพ.สต. ทั้งหมด	ปี ๒๕๖๐		ปี ๒๕๖๑		ปี ๒๕๖๒		
			ระดับ ๕ ดาว	ร้อยละ	ระดับ ๕ ดาว	ร้อยละ	ระดับ ๕ ดาว	ระดับ ๔ ดาว	ระดับ ๓ ดาว
๑	สสอ.เมืองตราด	๒๐	๖	๓๐.๐๐	๕	๒๕.๐๐	๘	๑	๒๐
๒	สสอ.เขาสมิง	๑๕	๔	๒๖.๖๖	๒	๑๓.๓๓	๔	๒	๑๕
๓	สสอ.บ่อไร่	๑๓	๒	๑๕.๓๘	๔	๓๐.๗๗	๖	๐	๑๓
๔	สสอ.แหลมงอบ	๗	๒	๒๘.๕๗	๔	๕๗.๑๔	๑	๐	๗
๕	สสอ.คลองใหญ่	๔	๔	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๔
๖	สสอ.เกาะช้าง	๕	๐	๐	๐	๐	๒	๐	๕
๗	สสอ.เกาะกูด	๒	๐	๐	๐	๐	๑	๐	๒
รวม		๖๖	๑๘	๒๗.๒๗	๑๕	๒๒.๗๓	๒๒	๓	๖๖

รายชื่อรพ.สต.ระดับ ๓-๕ ดาว ที่ผ่านการเยี่ยมเสริมพลังและรับรองคุณภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

รายชื่อรพ.สต.	เป้าหมายพัฒนา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒		ระดับ ๓ ดาว	ระดับ ๔ ดาว	ระดับ ๕ ดาว
	ลำดับ	รายชื่อรพ.สต.	รายชื่อรพ.สต.	รายชื่อรพ.สต.	รายชื่อรพ.สต.
รพ.สต. เมืองตราด	๑	รพ.สต.อ่าวใหญ่	-	รพ.สต.บ้านฉางเกลือ	รพ.สต.อ่าวใหญ่
	๒	รพ.สต.บ้านปลายคลอง	-	-	รพ.สต.บ้านอ่าวช่อ
	๓	รพ.สต.บ้านอ่าวช่อ	-	-	รพ.สต.บ้านเกาะขวาง
	๔	รพ.สต.บ้านเกาะขวาง	-	-	รพ.สต.ห้วยแร้ง
	๕	รพ.สต.บ้านฉางเกลือ	-	-	รพ.สต.ท่ากุ่ม
	๖	รพ.สต.ห้วยแร้ง	-	-	รพ.สต.เนินทราย
	๗	รพ.สต.ท่ากุ่ม	-	-	รพ.สต.บ้านท่าเส้น
	๘	รพ.สต.เนินทราย	-	-	รพ.สต.บ้านปลายคลอง
	๙	รพ.สต.บ้านท่าเส้น	-	-	
รพ.สต. เขาสมิง	๑๐	รพ.สต.บ้านตามาง	รพ.สต.บ้านเกษมสุข	รพ.สต.บ้านคลองปุก	รพ.สต.บ้านตามาง
	๑๑	รพ.สต.บ้านชุมแสง	รพ.สต.บ้านซ้อ	รพ.สต.บ้านเจียรพัฒนา	รพ.สต.บ้านชุมแสง
	๑๒	รพ.สต.บ้านตาระวาย	รพ.สต.บ้านตรอกกระสังข์	-	รพ.สต.บ้านตาระวาย
	๑๓	รพ.สต.บ้านพนมพริก	-	-	รพ.สต.บ้านพนมพริก
	๑๔	รพ.สต.บ้านเกษมสุข	-	-	
	๑๕	รพ.สต.บ้านคลองปุก	-	-	
	๑๖	รพ.สต.บ้านเจียรพัฒนา	-	-	
	๑๗	รพ.สต.บ้านซ้อ	-	-	
	๑๘	รพ.สต.บ้านตรอกกระสังข์	-	-	
รพ.สต. บ่อไร่	๑๙	รพ.สต.บ้านปะอา	รพ.สต.บ้านมะม่วง	-	รพ.สต.บ้านปะอา
	๒๐	รพ.สต.บ้านหมื่นดำน	-	-	รพ.สต.บ้านหมื่นดำน
	๒๑	รพ.สต.บ้านหนองแพบ	-	-	รพ.สต.บ้านหนองแพบ
	๒๒	รพ.สต.ด่านชุมพล	-	-	รพ.สต.ด่านชุมพล
	๒๓	รพ.สต.บ้านทับทิมสยาม	-	-	รพ.สต.บ้านทับทิมสยาม
	๒๔	รพ.สต.บ้านคอแล	-	-	รพ.สต.บ้านคอแล
	๒๕	รพ.สต.บ้านมะม่วง	-	-	
รพ.สต. แหลมงอบ	๒๖	รพ.สต.บ้านบางกระดาน	-	-	รพ.สต.บ้านบางกระดาน
รพ.สต. เกาะช้าง	๒๗	รพ.สต.สลักเพชร	รพ.สต.สลักเพชร	-	
	๒๘	รพ.สต.คลองพร้าว	รพ.สต.บ้านบางบัว	-	รพ.สต.คลองพร้าว
	๒๙	รพ.สต.บ้านบางบัว	รพ.สต.บ้านเจ๊กแป๊ะ	-	รพ.สต.คลองสน
	๓๐	รพ.สต.คลองสน	-	-	
	๓๑	รพ.สต.บ้านเจ๊กแป๊ะ	-	-	
รพ.สต. เกาะกูด	๓๒	รพ.สต.เกาะหมาก	-	-	รพ.สต.เกาะหมาก
	๓๓	รพ.สต.อ่าวพร้าว	รพ.สต.อ่าวพร้าว	-	

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

ไม่มี

๓. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
ไม่มี	- การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมเยี่ยมระดับจังหวัดในระดับเขตสุขภาพที่ ๖ - การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนา รพ.สต.ติดตามระดับเขตสุขภาพที่ ๖	ไม่มี

๔. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

มีการค้นพบรูปแบบการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ตามเกณฑ์รพ.สต.ติดตาม ด้วยการมีส่วนร่วมของทีมพี่เลี้ยงระดับตำบล ระดับอำเภอและระดับจังหวัด ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดได้รับความร่วมมือจากคณะผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ รวมถึงได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนอย่างยิ่ง เช่น ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนตำบลในการส่งเสริมและดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อในเขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต.ทุกแห่ง และมีการจัดทำงานวิจัยเรื่อง การประเมินผลการพัฒนารพ.สต.ตามเกณฑ์รพ.สต.ติดตามจังหวัดตราด (อยู่ระหว่างการจัดทำงานวิจัย) และการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพตามเกณฑ์รพ.สต.ติดตามอย่างยั่งยืนด้วยการใช้รูปแบบการพัฒนารพ.สต.ติดตาม ตามเกณฑ์รพ.สต.ติดตาม ด้วยการมีส่วนร่วมของพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด คาดการณ์ผลการดำเนินงานจะบรรลุได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

ผู้รายงาน

ชื่อ : นางกัญญา เชื้อเงิน

โทร. ๐๘๙-๗๔๘๒๘๕๓

ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

E-mail : kanyatuk@hotmail.com

ผู้ควบคุมกำกับและติดตาม

ชื่อ : นายวินัย จันทร์แสง

โทร. ๐๘๙-๔๔๙-๖๘๑๒

ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

E-mail : wjunsang@yahoo.com

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒**  
**คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)**  
**หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**  
**จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒**

**ตัวชี้วัดตรวจราชการ :** KPI ๒.๐๔ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่  
 (เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕)

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success) ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ (ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕

**๒. สถานการณ์และข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรค แผนงานวัณโรค ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของจังหวัด ประกอบด้วย

**๑.๑. สถานการณ์วัณโรคและผลการดำเนินงานตามแผนงานวัณโรคปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒**

สถานการณ์วัณโรคของจังหวัดตราด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐) จากข้อมูล NTIP พบผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น จำนวน ๓๐๗ ราย (คนไทย ๒๓๔ ราย ต่างชาติ ๔๖ ราย เรือนจำ ๒๗ ราย) ประกอบด้วย

- ผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวน ๒๕๗ ราย อัตราป่วย ๑๑๖.๗๑ ต่อแสนประชากร
- อัตราการรักษาสำเร็จ (Success rate) ร้อยละ ๘๓.๓๘ (๒๕๖ ราย)
- อัตราการขาดยา (Default rate) ร้อยละ ๒.๙๐ (๙ ราย) พบในอำเภอเมืองตราด/คลองใหญ่ แห่งละ ๓ ราย, อำเภอบ่อไร่/แหลมงอบ แห่งละ ๑ ราย และรักษาที่จังหวัดนนทบุรี ๑ ราย ทั้งนี้ เป็นสัญชาติไทย ร้อยละ ๕๕.๕๕ (๕ ราย) กัมพูชา ร้อยละ ๓๓.๓๓ (๓ ราย) และเรือนจำ ร้อยละ ๑๑.๑๑ (๑ ราย)

- อัตราตาย (Death rate) ร้อยละ ๕.๕๓ (๑๗ ราย) อำเภอที่มีจำนวนผู้ตายสูงสุด ได้แก่ อำเภอคลองใหญ่ (๘ ราย) รองลงมาได้แก่ อำเภอเมืองตราด (๕ ราย) อำเภอบ่อไร่ (๓ ราย) และอำเภอเกาะช้าง (๑ ราย) ส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๕๒.๙๔ (๙ ราย) รองลงมาพบการติดเชื้อ HIV รวมด้วย ร้อยละ ๒๓.๕๓ (๔ ราย) เบาหวาน ร้อยละ ๕.๘๘ (๑ ราย) วัยแรงงานไม่ทราบปัจจัยร่วม ร้อยละ ๑๗.๖๔ (๓ ราย) ทั้งนี้เป็นสัญชาติไทย ร้อยละ ๙๔.๑๑ (๑๖ ราย) กัมพูชา ร้อยละ ๕.๕๘ (๑ ราย)

- อัตราการรักษาล้มเหลว (Failure rate) ร้อยละ ๐.๓๒ (๑ ราย) ในพื้นที่อำเภอเกาะช้าง ผลการตรวจหาเชื้อดื้อยา ไม่พบการดื้อยาวัณโรค

- การโอนออก (Transfer out) ร้อยละ ๕.๕๓ (๑๗ ราย) โดยพบสูงสุดที่โรงพยาบาลเกาะช้าง ๖ ราย, โรงพยาบาลตราด ๔ ราย, โรงพยาบาลแหลมงอบ ๓ ราย, โรงพยาบาลบ่อไร่ ๒ ราย และโรงพยาบาลคลองใหญ่/เขาสมิง แห่งละ ๑ ราย

สถานการณ์วัณโรค ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑) จากข้อมูล NTIP พบผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น จำนวน ๓๕๐ ราย (คนไทย ๒๘๔ ราย ต่างชาติ ๕๒ ราย เรือนจำ ๑๔ ราย) ประกอบด้วย

- ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ๒๘๕ ราย อัตราป่วย ๑๒๙ ต่อแสนประชากร

- ผลการรักษาของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สามารถสรุปผลการรักษาสำเร็จได้ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ซึ่ง ณ ปัจจุบัน ผลการรักษามีดังนี้

- กำลังรักษา ร้อยละ ๖.๒๙ (๒๒ ราย)
- รักษาสำเร็จ ร้อยละ ๗๗.๑๔ (๒๗๐ ราย)
- เสียชีวิต ร้อยละ ๖ (๒๑ ราย)
- ขาดยา ร้อยละ ๒.๘๖ (๑๐ ราย)
- โอนออก ร้อยละ ๔ (๑๔ ราย)

สถานการณ์วัณโรค ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒) จากข้อมูล NTIP พบผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น จำนวน ๑๘๖ ราย (คนไทย ๑๖๔ ราย ต่างชาติ ๑๘ ราย เรือนจำ ๔ ราย) ประกอบด้วย

- ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ๑๖๓ ราย อัตราป่วย ๗๕.๑๗ ต่อแสนประชากร

- ผลการรักษาของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ สามารถสรุปผลการรักษาสำเร็จได้ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ซึ่ง ณ ปัจจุบัน ผลการรักษามีดังนี้

- กำลังรักษา ร้อยละ ๖๘.๒๘ (๑๒๗ ราย)
- รักษาสำเร็จ ร้อยละ ๒๐.๙๖ (๓๙ ราย)
- เสียชีวิต ร้อยละ ๒.๑๕ (๔ ราย)
- ขาดยา ร้อยละ ๑.๐๖ (๑๑ ราย)
- โอนออก ร้อยละ ๕.๙๑ (๑๑ ราย)
- เปลี่ยนวินิจฉัย ร้อยละ ๐.๕๔ (๑ ราย)
- Rifampicin Resistance ร้อยละ ๑.๐๘ (๒ ราย)

## ๑.๒ แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีแผนการดำเนินงานวัณโรค ดังนี้

- แจ้งมาตรการ/แนวทางการดำเนินงานวัณโรคปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ให้แก่หน่วยบริการทราบ
- ประชุมติดตามการดำเนินงานวัณโรคระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล (DOT Meeting) ๒ ครั้ง/ปี
- จังหวัดสุ่มติดตามการดำเนินงานคัดกรอง/การกำกับกับการกินยาวัณโรคใน รพ.สต.และลงเยี่ยม

บ้านผู้ป่วยวัณโรคทุกเดือน

- วิเคราะห์และรายงานสถานการณ์วัณโรค ผ่านเวทีประชุมคณะกรรมการประสานงาน

สาธารณสุขจังหวัดตราด (คปสจ.)

- รายงานสถานการณ์วัณโรคจังหวัดตราด ในที่ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดตราด

## ๑.๓ ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไตรมาสที่ ๓ (ตุลาคม ๒๕๖๑ - พฤษภาคม ๒๕๖๒)

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ พบจำนวน ๕๓ ราย กำลังรักษา ๒๔ ราย ร้อยละ ๔๕.๒๘ รักษาสำเร็จ ๒๓ ราย ร้อยละ ๔๓.๔๐ เสียชีวิต ๑ ราย ร้อยละ ๑.๘๙ เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๘๑ ปี อาศัยในอำเภอแหลมงอบ ประวัติพบโรคมาเรียมร่วมกับ ไอ้โง่ ๕ ราย ร้อยละ ๙.๔๓ โดยไอ้โง่ไปรักษาจังหวัดระยอง ๑ ราย โรงพยาบาลตราด ๓ ราย ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และไอ้โง่ไปประเทศกัมพูชา ๑ ราย ไม่สามารถติดตามได้ ด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคจังหวัดตราด มีเป้าหมายประชาชนกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มหลัก จำนวน ๕๒,๘๐๑ ราย ดำเนินการคัดกรองและ

บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม NTIP แล้ว จำนวน ๓๐,๑๕๙ ราย ร้อยละ ๕๗.๑๑ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการบันทึก  
ผลงานการคัดกรองลงในโปรแกรม NTIP อย่างต่อเนื่อง

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

ไม่มี

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ไม่มี

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

ผู้รายงาน : นางสาวชื่นหทัย คำเพชร

ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร : ๐๘๖ -๑๔๒๒๔๕๙

e- mail : cdtrat@gmail.com

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน : ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒**  
**คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**  
**หัวข้อ โรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)**  
**และโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ**  
**จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒**

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

**(๑) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)**

**๒. สถานการณ์**

**๒.๑ สถานการณ์**

ผลการดำเนินงาน RDU ในช่วงที่ผ่านมาจนถึงปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย คือ โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ ไม่บรรลุเป้าหมาย ๘๐% (ผ่าน ๕ แห่ง ใน ๗ แห่ง คิดเป็น ๗๑.๔๓%) และ โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๒ ไม่บรรลุเป้าหมาย ๒๐% (ไม่มี รพ.ใด ผ่านเกณฑ์) เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น การลงรหัสโรคที่อาจไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือ กรณีที่ไม่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน รพ.สต. ด้วยโรค AD หรือ RI (case = ๐) แต่การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ เป็นต้น ซึ่งแนวทางการพัฒนาที่อาจทำได้ คือ การทำความเข้าใจกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ทำการรักษาใน รพ.สต. เพื่อให้มีแนวทางการลงรหัสโรคเป็นไปในทางเดียวกัน หรือ การนำเสนอข้อเท็จจริงเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

**๒.๒ แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒**

พัฒนาให้ทุกโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ และพัฒนาให้มีอย่างน้อย ๒ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๒ โดยเน้นการพัฒนาโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานใกล้ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๒ ในขณะเดียวกันจะผลักดันโรงพยาบาลอื่นๆ ไปพร้อมกัน โดยมีกิจกรรมดังนี้

๑. จัดกิจกรรม RDU สัญจร ลงให้ความรู้และทำความเข้าใจกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน RDU ทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆของโรงพยาบาล และ รพ.สต.
๒. จัดการประชุมคณะกรรมการ RDU ในทุกไตรมาส เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานร่วมกัน
๓. จัดทำแนวทางการใช้ยาสมุนไพรรทดแทนการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD และ RI สนับสนุนให้กับโรงพยาบาล และ รพ.สต.

**๒.๓ ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไตรมาสที่ ๓ (ตุลาคม ๒๕๖๑ - พฤษภาคม ๒๕๖๒)**

ผลการดำเนินงาน RDU ในไตรมาสที่ ๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน RDU ขั้นที่ ๑ จำนวน ๖ โรงพยาบาล (จากจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ๗ โรงพยาบาล) คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๑ และมีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน RDU ขั้นที่ ๒ จำนวน ๓ โรงพยาบาล (จากจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ๗ โรงพยาบาล) คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๘๖

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ ผลการดำเนินงาน RDU ชั้นที่ ๑ และชั้นที่ ๒ จำแนกตามโรงพยาบาล

รายชื่อ รพ.	ระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓	RDU ๑(ชั้นที่๑)					RDU๑(ชั้นที่ ๒)							RDU ๒			สรุปผลการประเมิน RDU				
		๑) ร้อยละ การสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ร้อยละ)	๒) การดำเนินงานของ PTC ในการขึ้นนำ ส่งเสริม RDU (ระดับ)	๓) รายการยาที่ควรตัดออก ๘ รายการซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชี รพ. (จำนวน (รายการ))	๔) การจัดทำฉลากมาตรฐาน (ระดับ)	๕) การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยา และส่งเสริมการขายยา (ระดับ)	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค				๕) ร้อยละ การใช้ Glibenclamide ใน DM สูงอายุ/ไต ระดับ๓ (ร้อยละ)	๖) ร้อยละ การใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยไต ระดับ ๓ (ร้อยละ)	๗.) จำนวน สตรี ตั้งครรภ์ที่ ใช้ยา Warfarin, Statin, Ergots (ราย)	๖) ร้อยละของ รพ.สต. ใน เครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะทั้งโรค RI และ AD							
							๑) RI (ร้อยละ)	๒) AD (ร้อยละ)	๓) FTW (ร้อยละ)	๔) APL (ร้อยละ)				RI	AD	RI&AD					
							๑	๒	๓	๔				๑	๒						
รพ.ตราด	S	๘๘.๔๗	๓	๑	๓	๓	๓๕.๒๑	๑๘.๕๘	๕๗.๗๙	๔.๒๓	๐	๐	๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ผ่าน	ไม่ผ่าน			
รพ.บ่อไร่	F๒	๙๔.๐๘	๓	๑	๓	๔	๑๘.๐๖	๑๐.๓๒	๒๙.๕๐	๘.๕๗	๐	๑.๐๓	๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ผ่าน	ผ่าน			
รพ.เขาสมิง	F๒	๙๔.๓๑	๓	๐	๔	๓	๑๙.๓๗	๑๒.๙๓	๓๔.๖๐	๓.๔๕	๐	๑.๖๑	๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ผ่าน	ผ่าน			
รพ.คลองใหญ่	F๒	๙๓.๔๐	๓	๐	๔	๓	๑๓.๘๗	๑๒.๖๕	๕๙.๔๕	๒.๗๐	๐	๑.๑๒	๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ผ่าน	ไม่ผ่าน			
รพ.แหลมงอบ	F๒	๙๓.๑๐	๓	๑	๓	๓	๑๑.๕๘	๑๘.๒๒	๒๘.๘๑	๐	๐	๐.๘๑	๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ผ่าน	ผ่าน			
รพ.เกาะช้าง	F๒	๙๑.๓๕	๓	๐	๔	๓	๑๗.๖๕	๑๖.๑๕	๕๓.๕๖	๔.๕๕	๐	๐	๐	๔๐	๔๐	๒๐	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน			
รพ.เกาะกูด	F๓	๙๓.๐๙	๓	๐	๓	๓	๓๕.๘๓	๒๖.๖๒	๖๓.๗๔	๐	๐	๐	๐	๑๐	๐	๐	ผ่าน	ไม่ผ่าน			
สรุปผลการดำเนินงาน	๑) A = จำนวน รพ.ที่ผ่าน ชั้นที่ ๑ ภาพรวมจังหวัด จำนวน ๖ แห่ง ชั้นที่ ๒ ภาพรวมจังหวัด จำนวน ๓ แห่ง					๒) B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในจังหวัด จำนวน ๗ แห่ง														๓) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็นรพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัด (A/B) x ๑๐๐ ชั้นที่ ๑ คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๑ ชั้นที่ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๘๖	

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

การรายงานผลการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค RI และ AD ในรพ.สต.(RDU๒) หากไม่มีผู้ป่วย (๐ case) จะแปลผลว่าไม่ผ่าน จึงทำให้อำเภอเกาะช้างยังไม่ผ่านในตัวชี้วัดนี้ ซึ่งส่งผลให้ไม่ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๑

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

ผู้รายงาน

ชื่อ : นางสาวรัชนิกร ขาวละเอียด

ตำแหน่ง : เกสัชกรปฏิบัติการ

โทร : ๐๙๙ ๙๖๑๓๕๒๓

e-mail : kaewrut๑๓@gmail.com

วัน/เดือน/ปี ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๒

## โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

### ๑. สถานการณ์

#### ๑.๑ สถานการณ์

ผลการดำเนินงาน AMR ในช่วงที่ผ่านมาโรงพยาบาลตราดมีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการอยู่ในระดับ basic แต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย คือ ผ่านระดับ intermediate โดยปัญหาเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ คือ จัดให้มีระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญ A. baumannii และ pseudomonas ที่ดื้อต่อยา colistin ตลอดจนการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและพัฒนาระบบร่วมกันเป็นทีม

#### ๑.๒ แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

- ๑) พัฒนาโปรแกรมรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ และจัดให้มีการรายงานผล A. baumannii และ pseudomonas ที่ดื้อต่อยา colistin
- ๒) การติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะ จัดให้มีระบบทบทวนการสั่งใช้ยาภายใน ๗๒ ชั่วโมง พร้อมข้อเสนอแนะกลับ
- ๓) ระบบการรายงานแบบแผนความไวต่อยาปฏิชีวนะแบบ cascade reporting
- ๔) ประชุม/จัดกิจกรรมรณรงค์เรื่องการสั่งใช้ยาแก่แพทย์ใช้ทุน
- ๕) จัดการประชุมคณะกรรมการ AMR ทุกสามเดือนเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน

๑.๓ ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒ ไตรมาสที่ ๓ (เดือนต.ค.๒๕๖๑ – พ.ค.๒๕๖๒)

- เท่ากับ ๐

### ๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม		ผลลัพธ์ที่ต้องการ
โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	(๑) พัฒนากลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ	รายละเอียดการประเมิน ๕ กิจกรรมสำคัญ		จำนวน รพ.ที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐
		หมายเหตุ * เป็นข้อบังคับขั้น basic สามารถ download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง <a href="https://goo.gl/qtJLuv">https://goo.gl/qtJLuv</a>	คะแนน	
		<b>๑. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) (๑๐๐ คะแนน)</b>		
		(๑) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR *	๕	๕
		(๒) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ *	๑๐	๗
		(๓) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน *	๑๐	๕
		(๔) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR *	๑๐	๑๐
		(๕) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน	๒๐	๑๐
		(๖) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือและบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา	๒๐	๑๐
		(๗) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน	๒๕	๑๐

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม		ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	(๒) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	<b>๒. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (๑๐๐ คะแนน)</b> (๑) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน * (๒) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน* (๓) ระบบ Lab Alert * (๔) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญ สอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ระดับประเทศ (๕) การจัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐาน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง (๖) การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (๗) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา แบบอิเล็กทรอนิกส์ (๘) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R๒R (๙) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST) (๑๐) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ สคร.เขต	๑๐ ๕ ๗ ๐ ๑๐ ๑๐ ๒๐ ๑๐ ๑๐ ๕ ๕ ๑๐	๑๐ ๕ ๗ ๐ ๕ ๑๐ ๕ ๐ ๕ ๕ ๕
	(๓) พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ดูแล การใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial stewardship)	<b>๓. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล (๑๐๐ คะแนน)</b> (๑) การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย * (๒) การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL * (๓) การติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ * (๔) การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง * (๕) การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา * (๖) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (๗) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (๘) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกจ่ายอย่างเหมาะสม (๙) มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้ รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ	๕ ๕ ๕ ๕ ๑๕ ๓๐ ๑๕ ๑๐ ๑๐ ๑๐ ๕	๓ ๓ ๕ ๑๐ ๕ ๑๐ ๐ ๐ ๕

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	(๔) พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC)	<b>๔. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ. (๑๐๐ คะแนน)</b> (๑) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ * ๕ (๒) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ * ๕ (๓) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR * ๑๐ (๔) IPC guideline * ๕ (๕) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ๑๐ (๖) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak) ๑๐ (๗) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ ๑๐ (๘) การสอนและฝึกอบรมทักษะ ๑๐ (๙) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance) ๑๕ (๑๐) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection ๑๐ (๑๑) มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC ๑๐	๕ ๕ ๕ ๓ ๕ ๐ ๑๐ ๑๐ ๑๐ ๐ ๕
	(๕) พัฒนาการจัดการสารสนเทศเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และการพัฒนาระบบของโรงพยาบาล	<b>๕. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ (๑๐๐ คะแนน)</b> (๑) การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล ๕๐ (๒) การวิเคราะห์และการจัดการระบบของโรงพยาบาลในการดำเนินงานเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา ๓๐ (๓) การตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ๑๐ (๔) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ๑๐	๑๐ ๑๐ ๑๐ ๐

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

มีการทำงานในรูปแบบคณะกรรมการเป็นสหสาขาวิชาชีพ แต่ควรเพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินงาน เน้นการกำกับและติดตามผล

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้หน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ไม่มี

ผู้รายงาน

ชื่อ: นางสาวสุนิดา สดากร

ตำแหน่ง : เกสัชกรชำนาญการ

โทร : ๐๓๙ ๕๑๑๐๔๐-๑ ต่อ ๑๔๐

e-mail : -

วัน เดือน ปี : ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๒

## แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

## คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒

## ๑. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
๑.๑ ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)	< ร้อยละ ๗
๑.๒ ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I๖๐-I๖๒)	< ร้อยละ ๒๕
๑.๓ ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I๖๓)	< ร้อยละ ๕
๑.๔ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)	≥ ร้อยละ ๕๐
๑.๕ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ ๔๐
๑.๖ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time)	≥ ร้อยละ ๖๐

## ๒. สถานการณ์ (ผลงาน ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ พร้อมวิเคราะห์สถานการณ์)

ในปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูง คือ ร้อยละ ๑๑.๒๙, ๑๑.๔๔ และ ๑๑.๖๗ โดยแยกเป็น Hemorrhagic stroke ร้อยละ ๓๐.๕๖, ๓๒.๑๒ และ ๓๑.๓๕ Ischemic stroke ร้อยละ ๔.๕๕, ๔.๘๗ และ ๔.๘๕ ตามลำดับ พบว่าอัตราการตายของ Hemorrhagic stroke มีแนวโน้มลดลง แต่ Ischemic stroke ยังคงที่ สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากมีโรคร่วม เช่น MI และการติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ จากการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ Stroke awareness stroke alert การใช้บริการ ๑๖๖๙ การให้ความสำคัญของทีมทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ/รพช./รพท. พบว่าอัตราการเข้าถึง Stroke Fast Track และได้รับยา rt-PA เพิ่มขึ้น Door to needle time ลดลง แต่ยังมีประชาชนบางส่วนขาดความรู้เกี่ยวกับ stroke sign ทำให้การเข้าถึงบริการล่าช้า

ในส่วนของกาจัด Intermediate care มีการส่งต่อผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดและการวางแผนจำหน่ายที่ รพช. เพื่อลดความแออัดในรพ.จังหวัด และมีการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้โปรแกรม Thai care cloud ในการเชื่อมโยงข้อมูล

### ๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### ๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

(๑) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 1๖๐-1๖๙) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 1๖๐-1๖๙) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองจากทุกหอ ผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = 1๖๐-1๖๙) (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่าย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลา เดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = 1๖๐-1๖๙) (B)	ร้อยละอัตราการตาย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (A/B) x ๑๐๐	
อำเภอเมืองตราด	๓๕	๓๖๙	๙.๕๙	
อำเภอเขาสมิง	๐	๕	๐	
อำเภอคลองใหญ่	๐	๔	๐	
อำเภอบ่อไร่	๑	๑๑	๙.๐๙	
อำเภอแหลมงอบ	๐	๓	๐	
อำเภอเกาะช้าง	๐	๑๑	๐	
อำเภอเกาะกูด	๐	๐	๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มี.ค.๖๒)	๓๖	๔๐๓	๘.๙๓	

ที่มาของข้อมูล : ฐานข้อมูล HDC

(๒) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : 1๖๐-1๖๒)

(เป้าหมาย : < ร้อยละ ๒๕)

อำเภอ/จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : 1๖๐-1๖๒) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๒๕)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตกจากทุกหอ ผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = 1๖๐-1๖๒) (C)	จำนวนครั้งของการจำหน่าย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตกจากทุกหอผู้ป่วยใน ช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD- ๑๐ = 1๖๐-1๖๒) (D)	ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตก (C/D) x ๑๐๐	
อำเภอเมือง	๒๗	๗๓	๓๖.๙๙	
อำเภอเขาสมิง	๐	๐	๐	
อำเภอคลองใหญ่	๐	๑	๐	
อำเภอบ่อไร่	๑	๒	๕๐.๐๐	
อำเภอแหลมงอบ	๐	๑	๐	
อำเภอเกาะช้าง	๐	๐	๐	
อำเภอเกาะกูด	๐	๐	๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มี.ค.๖๒)	๒๘	๗๗	๓๖.๓๖	

ที่มาของข้อมูล : ฐานข้อมูล HDC

(ก) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I๖๓)  
(เป้าหมาย : < ร้อยละ ๕)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I๖๓) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๕)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตันจาก ทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = I๖๓) (E)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/ อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๓) (F)	ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตัน (E/F) x ๑๐๐	
อำเภอเมืองตราด	๘	๒๘๖	๒.๘	
อำเภอเขาสมิง	๐	๑	๐	
อำเภอคลองใหญ่	๐	๓	๐	
อำเภอบ่อไร่	๐	๒	๐	
อำเภอแหลมงอบ	๐	๑	๐	
อำเภอเกาะช้าง	๐	๐	๐	
อำเภอเกาะกูด	๐	๐	๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มี.ค. ๖๒)	๘	๒๙๓	๒.๗๓	

ที่มาของข้อมูล : ฐานข้อมูล HDC

(ข) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)  
(เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ ๕๐)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ ๕๐)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตันระยะ เฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทาง หลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง โรงพยาบาล (OPD/ER) (รหัส ICD-๑๐ = I๖๓) (G)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตัน ระยะเฉียบพลันที่มีอาการ ไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับ การรักษาด้วยยาละลาย ลิ่มเลือดทางหลอดเลือด ดำในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๓) (H)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตัน ระยะเฉียบพลันที่มีอาการ ไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับ การรักษาด้วยยาละลาย ลิ่มเลือดทางหลอดเลือด ดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (G/H) x ๑๐๐	
อำเภอเมืองตราด	๑๑	๑๕	๗๓.๓๓	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มี.ค. ๖๒)	๑๑	๑๕	๗๓.๓๓	

ที่มาของข้อมูล : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ

(๕) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย :  $\geq$  ร้อยละ ๔๐)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ ๔๐)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙) (I)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน ช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙) (J)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (I/J) x ๑๐๐	
อำเภอเมืองตราด	๒๑๒	๒๘๗	๗๓.๘๗	
ภาพรวมจังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มี.ค. ๖๒)	๒๑๒	๒๘๗	๗๓.๘๗	

ที่มาของข้อมูล : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ

(๖) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย :  $\geq$  ร้อยละ ๖๐)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ ๖๐)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๒) (K)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองใน ช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๒) (L)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) (K/L) x ๑๐๐	
อำเภอเมืองตราด	๑	๑	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มี.ค. ๖๒)	๑	๑	๑๐๐	

๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมเขตสุขภาพ)

ประเด็น	วิเคราะห์ตาม ๖ Building Blocks
๑. ระบบบริการที่จัดให้มีตามนโยบาย/เป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการเข้าถึง Fast Track เพิ่มมากขึ้น และ door to needle time สั้นลง</li> <li>- การประชาสัมพันธ์ Stroke awareness stroke alert การใช้บริการ ๑๖๖๙ ยังไม่ทั่วถึง ทำให้การเข้าถึงบริการไม่ทันเวลา</li> <li>- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดนัด ขาดยา สูบบุหรี่</li> <li>- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Ischemic stroke ลดลง ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากมีการจัดตั้ง Stroke unit เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>- มี stroke unit ๗ แห่ง</li> </ul>
๒. กำลังคน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>- อัตรากำลังพยาบาลและอายุรแพทย์ระบบประสาทยังไม่เพียงพอ</li> </ul>
๓. ระบบข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรม Thai care cloud</li> </ul>
๔. ยาและเทคโนโลยี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการให้ยา rt-PA ที่ ER ช่วยให้ door to needle time สั้นลง</li> </ul>
๕. การเงิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณที่สนับสนุนน้อย ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน</li> </ul>
๖. ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการส่งต่อผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดและวางแผนจำหน่าย (Intermediate care) ที่ รพช. เพื่อลดความแออัดในรพ.จังหวัด</li> </ul>
๗. การมีส่วนร่วมของชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีข้อตกลงเรื่องเวลาการนัดของทีม หน่วยบริการปฐมภูมิ/รพช./รพท. เห็นความสำคัญในการบริหารเวลา ในระบบ Stroke Fast Track ทำให้ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA มากขึ้น</li> </ul>

๔. แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

๔.๑ ประชาสัมพันธ์ stroke awareness/stroke alert/EMS ๑๖๖๙ ในรูปแบบเชิงรุก โดยทีม stroke nurse ลงพื้นที่ให้ความรู้ประชาชนในชุมชน มีการจัดแถลงข่าวโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเพิ่มช่องทางในการสื่อสาร

๔.๒ อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๔.๓ พัฒนาระบบ Stroke Fast Track เพื่อความรวดเร็วในการส่งต่อและลด Door to needle time

๔.๔ พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยใน stroke unit โดยจัดระบบดูแลผู้ป่วย Hemorrhagic stroke ใน stroke unit ใช้ care map ร่วมกันระหว่างแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม การวางแผนจำหน่ายร่วมกับศูนย์ COC เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการและการกลับเป็นซ้ำ

๔.๕ เพิ่มจำนวนเตียงเป็น ๘ เตียง

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

๑. การประชาสัมพันธ์ Stroke awareness stroke alert การให้บริการ ๑๖๖๙ ยังไม่ทั่วถึง (จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ร้อยละ ๗๘ ของผู้รับบริการยังไม่รู้จัก Stroke signs)
๒. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดนัด ขาดยา สูบบุหรี่
๓. ไม่มี Care map for hemorrhagic stroke

**๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ
๑. การประชาสัมพันธ์ Stroke awareness stroke alert การให้บริการ ๑๖๖๙ ยังไม่ทั่วถึงและประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดนัด ขาดยา สูบบุหรี่	- มีการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบเชิงรุก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรค DM/HT และกลุ่มผู้มีปัจจัยเสี่ยงสูง - ให้มีการใช้ระบบ EMS ๑๖๖๙ ให้มากขึ้น เพื่อลดระยะเวลา on set to door	
๒. ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย Hemorrhagic stroke	-จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Hemorrhagic stroke	

**๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย**

๑. เพิ่มการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองกับประชาชนและผู้ป่วย DM/HT/Smoking/AF อย่างต่อเนื่อง
๒. จัดทำ Hemorrhagic stroke guide line/ Care map ของกระทรวงสาธารณสุข

**๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

ไม่มี

**ผู้รายงาน**

ชื่อ : นางสาวนวรรณ ดิษพันธ์

โทร : ๐๘๑-๘๖๕๕๖๗๖

วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๒

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

e-mail : strokenurse๐๒@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาอายุรกรรม

จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

- (๑) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๓๐
- (๒) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic  $\geq$  ร้อยละ ๙๐
- (๓) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)  $\geq$  ร้อยละ ๙๐
- (๔) อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  $\geq$  ร้อยละ ๙๐
- (๕) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม.  $\geq$  ร้อยละ ๓๐
- (๖) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำ

จังหวัด (ระดับ A และ S)

๒.สถานการณ์

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เป็นภาวะวิกฤติที่มีความสำคัญ ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยมีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจาก Sepsis มีแนวโน้มสูงขึ้นกว่า STEMI และ Stroke นอกจากนี้ยังพบว่า เชื้อดื้อยาที่มีอัตราอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร จากสาเหตุต่าง ๆ ดังกล่าวจึงทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย sepsis ซึ่งโรงพยาบาลตราดรับนโยบายและได้เริ่มดำเนินการพัฒนาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๘ - ปัจจุบัน

สถานพยาบาล	Mortality Rate Sepsis			
	Total Sepsis			Mortality Rate Severe sepsis/Septic shock ชนิด CI (รวมปฏิเสธการรักษาที่กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน)
	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	
ร.พ.ตราด(S)	๔๐.๔๒	๔๔.๖๒	๔๐.๘๒	๕๘.๑๓
รพช. ๖ แห่ง (F๒,F๓)	NA	๑๐.๔๒	๕.๗๐	๖.๑๒
รวมเครือข่าย	๔๐.๔๒	๔๒.๔๒	๓๑.๒๐	๕๑.๒๒

KPI process	Goal	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑
ATB time in ๑ hr. after Dx.	$\geq$ ๙๐	๓๔.๖๐	๔๔.๗๑	๕๗.๐๒
H/C before ATB	$\geq$ ๙๐	๗๑.๕๑	๗๔.๑๔	๗๘.๙๒
IVF ๓๐ ml/kg in ๑ <sup>st</sup> hr. (กรณีไม่มีข้อห้าม)	$\geq$ ๙๐	๒๒.๘๑	๒๘.๙๗	๓๙.๑๔
Critical care in ICU in ๓ hr. after Dx.	$\geq$ ๓๐	NA	๓.๑๖	๒.๓๐

จากตารางข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้อัตราการตาย sepsis ยังไม่ลดลง แต่เมื่อพิจารณา KPI process ในการพัฒนาระบบ พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้น ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- มีการรักษา sepsis ได้เร็วขึ้น เนื่องจากการคัดกรองได้ไวและนำ sepsis protocol มาใช้มากขึ้น
  - การใช้อุปกรณ์อย่างสมเหตุสมผล เพิ่มขึ้น
- แต่ยังพบประเด็นที่ต้องพัฒนาต่อเนื่อง คือ
- การเข้ารับบริการล่าช้า
  - การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลและในชุมชน

### ๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### ๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

(๑) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

สถานพยาบาล	รายการข้อมูล					หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จำหน่าย ดีขึ้น	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จำหน่ายไม่ดีขึ้น	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด	อัตราการตาย	
รพ.ตราด	๕๔	๐	๑	๑๒๘	๔๒.๙๗	
รพ.เขาสมิง	๐	๐	๐	๑๗	๐	
รพ.บ่อไร่	๐	๐	๐	๑๓	๐	
รพ.คลองใหญ่	๐	๐	๐	๖	๐	
รพ.แหลมงอบ	๐	๐	๐	๕	๐	
รพ.เกาะช้าง	๐	๐	๐	๐	๐	
รพ.เกาะกูด	๐	๐	๐	๒	๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ ๓๑/๓/๖๒)	๕๔	๐	๑	๑๗๐	๓๒.๓๕	

(๒) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic  $\geq$  ร้อยละ ๙๐

สถานพยาบาล	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	
รพ.ตราด	๑๐๓	๑๒๘	๘๐.๔๗	
รพ.เขาสมิง	๑๖	๑๗	๙๔.๑๒	
รพ.บ่อไร่	๑๒	๑๓	๙๒.๓๑	
รพ.คลองใหญ่	๖	๖	๑๐๐	
รพ.แหลมงอบ	๕	๕	๑๐๐	
รพ.เกาะช้าง	๐	๐	๐	
รพ.เกาะกูด	๑	๑	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ ๓๑/๓/๖๒)	๑๔๓	๑๗๐	๘๔.๑๒	

(๓) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)  $\geq$  ร้อยละ ๙๐

สถานพยาบาล	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.	
รพ.ตราด	๙๕	๑๒๘	๗๔.๒๒	
รพ.เขาสมิง	๑๖	๑๗	๙๔.๑๒	
รพ.บ่อไร่	๑๓	๑๓	๑๐๐	
รพ.คลองใหญ่	๖	๖	๑๐๐	
รพ.แหลมงอบ	๕	๕	๑๐๐	
รพ.เกาะช้าง	๐	๐	๐	
รพ.เกาะกูด	๑	๑	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ ๓๑/๓/๖๒)	๑๓๖	๑๗๐	๘๐.๐๐	

(๔) อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  $\geq$  ร้อยละ ๙๐

สถานพยาบาล	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชม. (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก $(A/B) \times ๑๐๐$	
รพ.ตราด	๘๗	๑๒๘	๖๒.๘๗	
รพ.เขาสมิง	๑๖	๑๗	๙๔.๑๒	
รพ.บ่อไร่	๑๑	๑๓	๘๔.๖๒	
รพ.คลองใหญ่	๕	๖	๘๓.๓๓	
รพ.แหลมงอบ	๓	๕	๖๐.๐๐	
รพ.เกาะช้าง	๐	๐	๐	
รพ.เกาะกูด	๑	๑	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ ๓๑/๓/๖๒)	๑๒๓	๑๗๐	๗๒.๓๕	

(๕) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม.  $\geq$  ร้อยละ ๓๐

สถานพยาบาล	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน ๓ ชม.	จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด	อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน ๓ ชม.	
รพ.ตราด	๑๓	๑๒๘	๑๐.๑๖	
รพ.เขาสมิง	-	-	-	ไม่มี ICU
รพ.บ่อไร่	-	-	-	ไม่มี ICU
รพ.คลองใหญ่	-	-	-	ไม่มี ICU
รพ.แหลมงอบ	-	-	-	ไม่มี ICU
รพ.เกาะช้าง	-	-	-	ไม่มี ICU
รพ.เกาะกูด	-	-	-	ไม่มี ICU
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ ๓๑/๓/๖๒)	๑๓	๑๒๘	๑๐.๑๖	

(๖) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

๑. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน
๒. มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในโรงพยาบาล(มีหนังสือคำสั่งแนวทาง โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล)
๓. มีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วย sepsis ซึ่งเริ่มดำเนินการโดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน และมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

**๔. แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒**

๑. รพ.ตราด เป็นแม่ข่ายดำเนินการจัดประชุมทบทวน แนวทางการวินิจฉัย รักษา sepsis แก่เครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๒. วางแผนควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล และในชุมชน
๓. สร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ
๔. พัฒนาศักยภาพ รพ.สต.ในการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและส่งเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว
๕. วางแผนพัฒนาระบบการเก็บข้อมูล เพื่อรวบรวมข้อมูล ประมวลผล วิเคราะห์ สำหรับนำมาทบทวนปรับปรุง แนวทางปฏิบัติ

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

๑. รพช.ในจังหวัดตราด เป็น รพช.ขนาดเล็ก(ระดับ F๒ , F๓) ไม่มีกรอบบัญชียา ATB ที่เหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อแบบรุนแรง
๒. ๑<sup>st</sup> Medical contact เป็นแพทย์ Intern ๑ หมุนเวียนเปลี่ยนทุก ๓ เดือน ประสิทธิภาพในการรักษา sepsis น้อย

**๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ
๑. รพ.ตราด มี I.C.U.รวม ๘ เตียง(ทุกแผนก) ไม่เพียงพอรับผู้ป่วย severe sepsis/septic shock จึงจำเป็นต้อง admit ในหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งมีเครื่องมือไม่พอใช้และศักยภาพน้อยกว่า และยังไม่สามารถขยาย I.C.U. ได้ เนื่องจากไม่มีอาคารสถานที่ที่เหมาะสม ๒. รพช.ไม่มี I.C.U.	ปรับตัวชีวิตให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานพยาบาล	ประกาศเป็นนโยบายที่จำเป็น

**๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

๑. นำนโยบายการพัฒนาระบบบริการ สาขา sepsis ลงสู่สถาบันการศึกษา ให้ นศพ.มีทักษะความชำนาญ เชี่ยวชาญในการรักษา sepsis ก่อนจบการศึกษา

๒. สภากาพยาบาลขยายกรอบอัตรากำลัง พยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชบำบัดวิกฤตลงสู่หอผู้ป่วยสามัญ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย sepsis

**๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง**

การส่งประกวด QA ชนะเลิศระดับเขตเรื่อง การคัดกรองผู้ป่วย Sepsis ด้วยตรายางอย่างง่าย ๆ

**ผู้รายงาน**

ชื่อ : นางกิตยา สะตะ

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร : ๐๙๑-๗๐๙๓๑๑๒

e-mail : kittyya๑๑๑๑๑๑@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

สาขา อุบัติเหตุฉุกเฉิน (Trauma and Emergency)

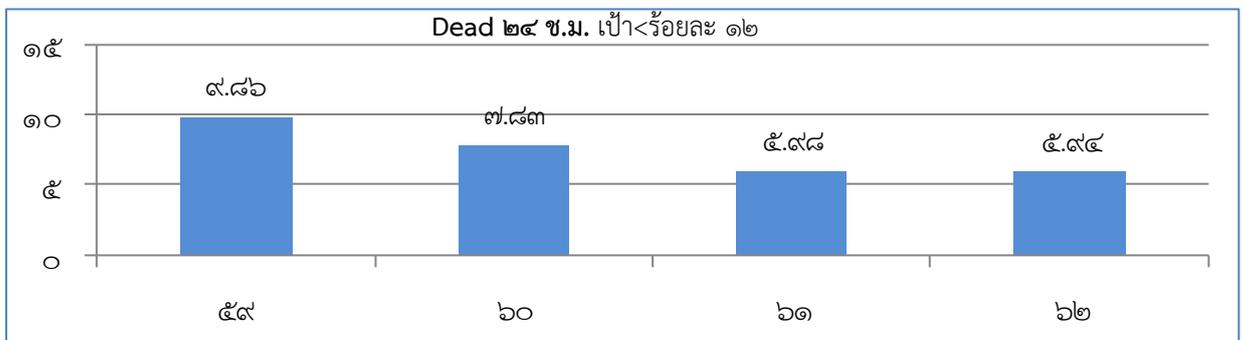
จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. เพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care
๒. ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง
๓. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน

๒. สถานการณ์

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ทั้งที่ ER และ Admit (A,S,M๑)  
 ปี ๒๕๕๙ = ๓๑๑/๓,๑๕๑ ราย ปี ๒๕๖๐ = ๒๖๖/๓,๓๙๗ ราย ปี ๒๕๖๑ = ๒๖๑/๔,๓๖๓ ราย  
 ปี ๒๕๖๒ = ๑๔๙/๒,๕๐๘ ราย



อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใน ๒ ชั่วโมง มีแนวโน้มลดลง อยู่ในเป้าหมาย ทบทวนพบ ๕ อันดับแรก คือ ๑)Cardiac arrest ๒)Trauma ๓)Malignant ๔)Pneumonia ๕)AMI

ประเด็นปัญหาที่พบปัจจัยด้านผู้ป่วยคือการเข้าถึงบริการซ้ำ กรณี Trauma เป็นกลุ่ม severe injury มีกลไกการบาดเจ็บรุนแรง ส่วนการรักษาพบปัญหาการเข้าห้องผ่าตัดกลุ่ม Trauma ที่มีข้อบ่งชี้มากกว่า ๖๐ นาที จากสาเหตุรอ Consult, รอผล Lab, CT, กรณี case ส่งต่อพบปัญหาการดูแลก่อนส่งต่อ และระยะเวลาล่าช้า ยังพบมีผู้ป่วยจำนวนมากใน ER ที่เป็นสีเหลืองและเขียว การพัฒนา/ปรับเปลี่ยน จัดทำ Referral conference อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ และวางระบบ Fast Track Trauma, STEMI, Stroke, Sepsis ปี ๒๕๖๐ ย้ายห้อง CT Scan มาไว้ในห้อง ER เริ่มใช้เกณฑ์ Triage ESI ทำ RCA ด้วย trigger tool Miss/Delay Dx. ปี ๒๕๖๑ มีแพทย์ Neurosurgery สามารถผ่าตัดสมองได้ทันที พัฒนาเกณฑ์ Triage MOPH, ลงนิเทศ รพช. ตาม service plan ทำ RCA ต่อเนื่อง ครอบคลุม Dead PS Score<๐.๗๕ ทุกราย ปี ๒๕๖๒ พัฒนาระบบ Fast Track Trauma มุ่งเน้นระบบ TBI at scene to OR ภายใน ๓ ชม. ทั้งจังหวัดตราด ประกาศ Fast Track at Scene เพื่อลดระยะเวลารอ warm เครื่อง CT นอกเวลาราชการ และพัฒนา ER คุณภาพ ขยายลง รพ.สต.บูรณาการกับเกณฑ์รพ.สต.ติดตาม นิเทศ service plan trauma และทำ RCA ต่อเนื่อง

ประเด็นมาตรการป้องกัน ปี ๒๕๖๒

๑. สร้างความร่วมมือกับ พชอ. อำเภอเมืองตราด (คกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) กำหนด ปัญหา RTI เป็นปัญหาที่ ๑

๒. จัดทำมาตรการรณรงค์ของสาธารณสุข

- สวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดทุกครั้งที่มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

- รถพยาบาล ทำประกันชีวิตชั้น ๑ และพยาบาลที่ออกเหตุ / เป้า Alc.พนักงานขับรถยนต์ที่

ออกปฏิบัติงาน

- ติดตั้ง GPS รถพยาบาลทุกคัน กำหนดความเร็ว ๙๐ กม./ชม.

๓. สร้างองค์ความรู้สู่ชุมชนให้สามารถทำการช่วยชีวิตเบื้องต้นอย่างมีประสิทธิภาพ (Basic CPR)

ปี ๒๕๖๒ (ต.ค-มี.ค.) สร้างความรู้ “จิตอาสา CPR สัญจร” ให้กับประชาชนทั่วไป รวม ๕ ครั้ง ประมาณ ๒๐๐ คน

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่ใช้เป็นการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

No.	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอเมือง	อำเภอเขาสมิง	อำเภอปอไร่	อำเภอคลองใหญ่	อำเภอแหลมงอบ	อำเภอช้าง	อำเภอเกาะกูด	ภาพรวมจังหวัด
๑	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ทั้งที่ ER และ Admit (A,S,M๑)	เป้าหมาย	<๑๒							<๑๒
		ผลงาน	๑๔๙/ ๒,๕๐๘							๑๔๙/ ๒,๕๐๘
		อัตรา/ร้อยละ	๕.๐๓							๕.๐๓
๒	Trauma triage level ๑ Door in ER To Door OR Definite < ๖๐ min (A,S,M๑)	เป้าหมาย	>๘๐							>๘๐
		ผลงาน	๖/๒๖							๖/๒๖
		อัตรา/ร้อยละ	๒๓.๐๗							๒๓.๐๗
๓	อัตราผู้ป่วย Triage Level ๑,๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชม. (A,S,M๑)	เป้าหมาย	>๖๐							>๖๐
		ผลงาน	๑,๕๕๕/ ๒,๕๐๘							๑,๕๕๕/ ๒,๕๐๘
		อัตรา/ร้อยละ	๖๒.๐							๖๒.๐
๔	อัตราผู้ป่วย Trauma PS Score>๐.๗๕ ในรพ.ทุกระดับได้รับการทำ RCA	เป้าหมาย	>๖๐							>๖๐
		ผลงาน	๑๔/๑๔							๑๔/๑๔
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐							๑๐๐
๕	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Severe Traumatic Brain Injury (A,S,M๑)	เป้าหมาย	<๔๕							<๔๕
		ผลงาน	๑๒/๕๗							๑๒/๕๗
		อัตรา/ร้อยละ	๒๑.๐๕							๒๑.๐๕
๖	อัตรา TEA Unit ในรพ. ระดับ A,S,M๑ ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ	เป้าหมาย	>๘๐							>๘๐
		ผลงาน	๑							๑
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐							๑๐๐
๗	อัตราของรพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	เป้าหมาย	>๘๐							>๘๐
		ผลงาน	๖	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๖
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐							๑๐๐

๔. แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

เป้าหมาย	Service PreHos./InHos./ Refer	Workforce	Data/IT	Finance	Governance	การมีส่วนร่วม
Access Quality Efficiency Safety/ Seamless	๑. Health Literacy จิตอาสา CPR สัญญาณ/AED Training รณรงค์ขับขี่ ปลอดภัย  ๒. TEMSA+Mari netime standard  ๓. Disaster Preparedness	ประชาชน ทั่วไปกลุ่ม เสี่ยง รร./ ว.เทคนิค/ บุคลากร สธ.  ศูนย์สั่งการ ,ER รพช. รพท.กท.ตร.  บุคลากรที่ เกี่ยวข้องกับ สาธารณภัย	TEA Unit TEA Unit ผลซ่อมแผน/ ทบทวน สาธารณภัยหมู่	EMS สพฉ. ๒๐๐,๐๐๐ UC ๑,๕๐๐ + EMS - AED ๑๐ เครื่อง (งบ อปท.)	CPR Quality AED Function นโยบาย RTI ส่งเสริมการ ท่องเที่ยว ปลอดภัย EOC Function ๖ Regional Medical Director	พขอ. (RTI) มาตรการ องค์กร อปท./ Resort บริษัท นำเที่ยวภาคี เครือข่าย สหฉ.
	๔. ER Service Delivery ๕. Implement ๒P safety	รพ.สต.,รพช. รพท. บุคลากร refer/ER	KPI Service Plan Incident Re.	แผนครุภัณฑ์ EMS:HRD/ HRM เครื่องเป่า Alc. ๕,๐๐๐ บาท Double Door	ER คุณภาพ ER รพ.สต.ติด ดาว Ambulance Safety WorkplaceVi olen.	อปท. ฉกนย.
	๖. Referral Conference	แพทย์/ พยาบาล ER รพท./รพช.	ข้อมูลระบบส่ง ต่อ	-	ประสานส่งต่อ สำเร็จ	-

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

๑. พฤติกรรมการขับขี่ของประชาชน โดยเฉพาะการดื่มสุรา การขับรถผิดกฎหมาย ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรบ่อยครั้งและกลไกการบาดเจ็บรุนแรง

๒. ยังไม่มีแพทย์ EP ประจำห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ปี ๒๕๖๓ เรียนจบ) ใช้แพทย์สัลยกรรมประสาท ทำหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และพยาบาล ENP ยังมีไม่ครบทุกเวร (มี ๘ คน ร้อยละ ๓๕ )

## ๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

## ๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

## ๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๘.๑ การจัดประชุม Referral Conference อย่างต่อเนื่อง ๕ ปี ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการระดับตติยภูมิได้รวดเร็วและสามารถเพิ่มศักยภาพ รพช. ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ปลอดภัย

๘.๒ พัฒนาระบบ Fast Track Trauma at Scene เพื่อให้สามารถผ่าตัดสมองได้ภายใน ๓ ชม.

๘.๓ พัฒนามาตรฐาน TEMSA ๐๑-๐๒-๐๓ ทั้งจังหวัดเป็นแห่งแรกของเขตสุขภาพที่ ๖

## ผู้รายงาน

ชื่อ : นางอันธิกา คระระวานิช

โทร : ๐๘๑๘๘๗๕๗๑๓

วัน เดือน ปี : ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

e-mail : Antikatrat๑๘@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

หัวข้อ การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด

จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒

๑. สถานการณ์ปัญหาเสพยาเสพติด : การแพร่ระบาด นโยบายและการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ

ทิศทางสังคมไทยและสังคมโลกมีมุมมองที่ตรงกันในมิติด้านการแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติด ต้องเน้นความสำคัญด้านสุขภาพมากกว่าด้านความมั่นคง ด้วยเหตุว่าการเสพยาเสพติดเป็นเรื่องของการเจ็บป่วยที่ต้องใช้การแก้ไขทางสาธารณสุขแทนการลงโทษความผิด โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ กาย จิต สังคม ความคิด และพฤติกรรม มีเป้าหมายให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง และสังคมรอบข้าง เริ่มจากมุมมองและความตระหนักรู้ของสังคม ต่อสภาพปัญหาที่แท้จริง การให้โอกาสผู้ติดยาได้รับการรักษา ใช้มาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด และการให้คงอยู่ในการดูแลต่อเนื่อง มาใช้ในกลุ่มที่ติดมาก ติดหนัก ติดนานและยังไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ ร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างไม่ก่อผลกระทบ ในด้านการบำบัดรักษา ถือเป็นบทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นที่ยึดเหนี่ยวในปี ๒๕๖๒ ในเรื่องการถ่ายโอนภารกิจเพื่อรองรับ พระราชบัญญัติยาเสพติด ฉบับใหม่ ที่กระทรวงสาธารณสุขต้องวางระบบการบำบัดรักษาเพิ่มให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้เข้าถึงการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพทั้งระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด ระบบต้องโทษ โดยมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการทางสุขภาพตามสภาพปัญหา ความเร่งด่วนและความจำเป็นที่มีคุณภาพ คุ่มค่า สมดุล และการมีส่วนร่วม รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลและบุคลากรให้สามารถรองรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระดับชุมชนถึงระดับที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

จังหวัดตราดยังมีผู้ใช้ยาเสพติดทั้งรายใหม่และรายเก่าหลงเหลืออยู่ในพื้นที่และที่ยังไม่เข้ากระบวนการบำบัดรักษาอีกเป็นจำนวนมาก และสถานการณ์เริ่มรุนแรง มีสถิติการจับกุมผู้ค้าและผู้เสพเพิ่มมากขึ้น ทั้งปริมาณของผู้กระทำผิดและจำนวนยาเสพติด โดยเฉพาะในพื้นที่ อำเภอเมืองตราดและอำเภอปอไร่ ในปีที่ผ่านมา ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา จำนวน ๘๕๙ ราย เพิ่มขึ้นจากปีก่อนร้อยละ ๓๑.๓๕ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๖๕๔ ราย) เข้ารับการบำบัดรักษา ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จำนวน ๔๗๙ ราย (เป็นผู้ป่วยระบบสมัครใจ ๒๔๗ ราย และระบบบังคับบำบัด ๒๓๒ ราย) เข้ารับการบำบัดรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน ๑๗๙ ราย เข้ารับการบำบัดแบบควบคุมตัว ๒๐๑ ราย จำแนกระดับการติดเป็น ผู้ใช้/ผู้เสพร้อยละ ๕๗.๖๓ ผู้ติดยาเสพติด ๔๒.๓๗ ชนิดยาเสพติดที่แพร่ระบาด ได้แก่ ยาไอซ์ ยาบ้าและกัญชา ตามลำดับ และพบมีผู้ใช้ยาเสพติดกลุ่ม Opioid เข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน ๑๐ ราย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (รอบ ๖ เดือนแรก) มีผู้เข้ารับการบำบัดทุกระบบจำนวน ๔๑๗ ราย โดยสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้งระบบสมัครใจและบังคับบำบัด พบเป็นผู้ใช้ ๗ ราย ผู้เสพ ๒๓๑ ราย และผู้ติด ๑๗๙ ราย

**๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์** (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๒.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ ตามตัวชี้วัดร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate) (เป็นข้อมูลสะสมตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒) (ข้อมูลรวมทุกระบบ) รายงานสะสมเป็นรายไตรมาส

อำเภอ	รายการข้อมูล						
	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาเทียบกับเป้าหมาย (เป้าหมาย/ผลงาน) สมัครใจ+ บังคับ/ผลงาน	จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาทุกระบบที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปีหลังจำหน่าย (A๑)	จำนวนผู้ติดยาเสพติดทุกระบบที่ได้รับการบำบัดรักษาและจำหน่ายทั้งหมด (B๑)	ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate) = $A๑/B๑*๑๐๐$	จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วหยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่าย (A๒)	จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด (B๒)	ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน = $A๒/B๒*๑๐๐$
อำเภอเกาะกูด	๑๓/๓	-	-	-	๐	๗	๐
อำเภอเกาะช้าง	๕๕/๑๓	-	-	-	๗	๑๙	๓๖.๘๔
อำเภอเขาสมิง	๗๓/๓๐	๓	๒๓	๑๓.๐๔	๔	๘	๕๐.๐๐
อำเภอเมือง	๓๐๕/๒๕๑	๑๐	๗๒	๑๓.๘๙	๖๐	๑๒๒	๔๙.๑๘
อำเภอแหลมงอบ	๖๖/๔๗	๑	๒	๕๐.๐๐	๕	๑๗	๒๙.๔๑
อำเภอคลองใหญ่	๖๔/๒๖	๐	๗	๐	๒	๑๒	๑๖.๖๗
อำเภอปอไร่	๗๑/๔๗	๒	๑๘	๑๑.๑๑	๑๒	๑๘	๖๖.๖๗
รวมจังหวัด (ระบุข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๖๒)	๖๔๗/๔๑๗	๑๖	๑๒๒	๑๓.๑๑	๙๐	๒๐๓	๔๔.๓๓

**๒.๒ ข้อมูลผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ**

(๑) การตั้งคณะกรรมการและกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับ รพ.สต., รพ.ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด จังหวัดตราด ปี ๒๕๖๑ คำสั่งที่ ๖๕/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๑ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด ของจังหวัดตราด (Harm Reduction) และแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานด้านการบำบัดรักษา ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดจังหวัดตราด ตามคำสั่งที่ ๑๒๒/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

(๒) แผนและผลการพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมในแต่ละด้าน

(๒.๑) ระบบบริการและการรับส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดและเขตสุขภาพ

**จังหวัดตราด ดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและการบูรณาการการบำบัดรักษาทั้งระบบ  
สมัครใจและบังคับบำบัด** ตามนโยบายด้านการบำบัดรักษาและการบูรณาการการบำบัดรักษา โดยมีแนว  
ทางการปฏิบัติ ดังนี้

๑) ด้านการค้นหา ตำรวจหรือฝ่ายปกครอง มีหน้าที่ในการค้นหา เมื่อพบผู้เสพให้จัดทำ  
บันทึกตามแบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๑ ,บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๒ และ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๓ (กรณีพบของกลาง) ส่งให้  
ศป.ปส.อ. กรณีค้นหายามวิกาลหรือวันหยุด ให้นำหมายผู้เสพผู้ติดไปยัง ศป.ปส.อ. ในวันรุ่งขึ้นหรือวันทำ  
การวันแรก พร้อมแบบบันทึกดังกล่าว ศป.ปส.อ. รับตัวส่งศูนย์คัดกรองอำเภอ

๒) การคัดกรอง โดยศูนย์คัดกรองอำเภอซึ่ง ศป.ปส.อ. เป็นหน่วยงานหลักทำหน้าที่คัด  
กรอง และส่งต่อเข้ารับการบำบัดรักษา โดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อเข้า  
รับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (V.๒) จำแนกประเภท ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด หรือผู้ติดรุนแรง ส่งตัว  
เข้าบำบัดในสถานพยาบาล (ใกล้ที่พักอาศัยหรือสะดวกในการเดินทางเข้ารับการบำบัดฯ) หรือหากระหว่าง  
นั้นมีค่ายปรับเปลี่ยนให้ส่งเข้าค่ายและ ศป.ปส.อ. บันทึกผลการคัดกรอง ในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและ  
ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

๓) การบำบัดรักษา บำบัดฟื้นฟูในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๑๒ วัน (เฉพาะผู้เสพ)  
หรือบำบัดฟื้นฟูในสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข หากมีอาการรุนแรงหรือมี  
ภาวะแทรกซ้อน ส่งต่อโรงพยาบาลตราดเพื่อพิจารณาให้การรักษา กรณีเกินศักยภาพโรงพยาบาลตราดส่งต่อ  
ออกนอกเขตไปสถาบันบำบัดรักษายาเสพติดแห่งชาติฯ (สบยช.)

๔) การติดตาม ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจากระบบบังคับบำบัดและจากค่ายปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรม จะต้องไปรายงานตัวที่ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูอำเภอเพื่อการดูแล  
ต่อเนื่อง โดยศูนย์เพื่อประสานการดูแลระดับอำเภอต้องตรวจสอบรายชื่อในระบบข้อมูลการบำบัดรักษา  
และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.) ให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมการติดตามดูแล  
ช่วยเหลือ เข้าสู่กระบวนการติดตามดูแลช่วยเหลือ โดยมอบหมายผู้ทำหน้าที่ติดตามดูแลช่วยเหลือ

ส่วนผู้รับการบำบัดระบบสมัครใจในสถานพยาบาล ดำเนินการติดตามโดยสถานพยาบาล กรณี  
ต้องการรับความช่วยเหลือ สถานพยาบาลจะส่งต่อไปยังศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู  
อำเภอ

#### การจัดรูปแบบบริการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดตราด

สถานพยาบาล	ประเภทผู้รับบริการ	รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในสถาน บริการ(ผู้ป่วยนอก)
รพ.ตราด (S)	- ผู้ติดยาที่มีการทางจิต - ผู้ติดยาเสพติด - ผู้เสพ - ผู้ใช้	Brief Advice (BA) / Brief Intervention (BI) Matrix Program/ TRAT V.I.P. Motivational Interviewing (MI) Cognitive Behavior Therapy (CBT) และจิตสังคมบำบัดในสถานศึกษา

สถานพยาบาล	ประเภทผู้รับบริการ	รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในสถานบริการ(ผู้ป่วยนอก)
รพช. (F๒) รพ.เกาะช้าง,เขาสมิง คลองใหญ่,บ่อไร่ แหลมงอบ	- ผู้ติดยาเสพติด - ผู้เสพ - ผู้ใช้	Brief Advice (BA) / Brief Intervention (BI) Matrix Program Motivational Interviewing (MI) Cognitive Behavior Therapy (CBT)
รพช. (F๓) รพ.เกาะกูด	- ผู้ติดยาเสพติด - ผู้เสพ - ผู้ใช้	Brief Advice (BA) / Brief Intervention (BI) Matrix Program Motivational Interviewing (MI) Cognitive Behavior Therapy (CBT)
รพ.สต.	- ผู้ใช้	Brief Advice (BA) / Brief Intervention (BI)

(๒.๒) การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟู (HA ยาเสพติด) ในจังหวัดและเขตสุขภาพ

สถานพยาบาล ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จำนวน ๗ แห่ง ได้รับการพัฒนา และรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) ครบทั้ง ๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

สถานพยาบาล	สถานะรับรอง	วันหมดอายุ	หมายเหตุ
โรงพยาบาลเกาะกูด	Re๑	๒๖ เม.ย. ๒๕๖๓	
โรงพยาบาลเกาะช้าง	Re๒	๑๙ เม.ย. ๒๕๖๔	
โรงพยาบาลเขาสมิง	Re๒	๑๗ ม.ค. ๒๕๖๒	ส่งแบบประเมินฯแล้ว รอเยี่ยมสำรวจ
โรงพยาบาลตราด	Re๒	๒๕ พ.ย. ๒๕๖๑	ส่งแบบประเมินฯแล้ว รอเยี่ยมสำรวจ
โรงพยาบาลแหลมงอบ	Re๒	๑๔ ม.ค. ๒๕๖๒	เยี่ยมสำรวจเมื่อ ๒๓ พ.ค. ๒๕๖๒
โรงพยาบาลคลองใหญ่	Re๒	๑๙ เม.ย. ๒๕๖๔	
โรงพยาบาลบ่อไร่	Re๒	๒๕ พ.ย. ๒๕๖๑	เยี่ยมสำรวจเมื่อ ๒๓ พ.ค. ๒๕๖๒

นอกจากนี้ ในพื้นที่จังหวัดตราดมีสถานบำบัดฟื้นฟูสังกัดหน่วยงานอื่นและภาคเอกชน ได้แก่

- ๑) สังกัดกระทรวงมหาดไทย ชื่อศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสมัครใจจังหวัดตราด ที่ตั้งค่ายอาสาสมัครรักษาดินแดน จังหวัดตราด ตำบลหนองเสม็ด อำเภอเมือง
- ๒) สังกัดภาคเอกชน ชื่อดาราไทยแลนด์ เกาะช้าง (DARA Thailand Koh Chang) ที่ตั้งอำเภอเกาะช้าง

(๒.๓) การพัฒนาระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction)

จังหวัดตราดมีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่ง จัดบริการด้านสุขภาพในการลดอันตรายจากการใช้ยา สำหรับผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีอื่น ๆ ตามมาตรฐานการลดอันตรายจากการใช้ยา โดยโรงพยาบาลตราดจะเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในหน่วยงานตามแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย

๑) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยยาเสพติด การป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรคและไวรัสตับอักเสบบีและซี

๒) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอช ไอ วี โดยสมัครใจ และส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส

๓) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการให้คำปรึกษาตรวจหาละส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี

๔) หน่วยบริการทุกแห่ง สนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี

๕) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๖) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและรักษาวัณโรค

๗) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวช

๘) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการใช้ยาเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

(๒.๔) การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community based treatment and rehabilitation)

จังหวัดตราดยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนสำหรับชุมชนที่ดำเนินการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง แต่มีการบูรณาการร่วมกับแนวทาง พชอ. และมีชุมชนที่ดำเนินกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง ๙ ขั้นตอน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ผู้นำชุมชน/ภาคประชาสังคม ในการค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชน

ในปี ๒๕๖๒ มีแผนส่งอบรมเจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชน เรื่องการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง(CBTx)

วันที่ ๓-๕ เมษายน ๒๕๖๒ ส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าร่วมประชุมที่ จ.ระยอง

วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ จัดประชุมผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ จ.ตราด

(๒.๕) การพัฒนาบุคลากร

อัตรากำลังบุคลากรด้านยาเสพติด จังหวัดตราด

สถานพยาบาล	จิตแพทย์/ เวชศาสตร์ยา	พยาบาลเฉพาะทาง ยาเสพติด/จิตเวชฯ	พยาบาล วิชาชีพ	เจ้าหน้าที่ อื่น	รวม
โรงพยาบาลเกาะกูด	-	-	๒	-	๒
โรงพยาบาลเกาะช้าง	-	-	๑	-	๑
โรงพยาบาลเขาสมิง	-	๒ (จิตเวช)	-	-	๒
โรงพยาบาลตราด	๑	๒ (ยาเสพติด)	๑	-	๔
โรงพยาบาลแหลมงอบ	-	-	๑	-	๑
โรงพยาบาลคลองใหญ่	-	-	-	๑	๑
โรงพยาบาลบ่อไร่	๑	-	๑	๑	๓
รวม	๒	๔	๖	๒	๑๔

จังหวัดตราดมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสำรวจส่วนขาด/ความจำเป็นในการฝึกอบรม และจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรรายปี ผลการพัฒนาบุคลากรมีผู้ปฏิบัติงานผ่านการอบรมหลักสูตร Matrix Program ครบทุกโรงพยาบาล มีพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติดจำนวน ๒ คน(รพ.ตราด) แพทย์เวชศาสตร์ยาเสพติด จำนวน ๑ คน(รพ.บ่อไร่) นอกจากนี้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ได้จัดการอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษา BA/BI และการคัดกรองโดยใช้แบบ V.๒ ครอบคลุมบุคลากรทุกระดับตั้งแต่ รพ.สต. รวมทั้งเครือข่ายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แผนการพัฒนาบุคลากรตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จังหวัดตราด ปี ๒๕๖๒

ชื่อหลักสูตร	จำนวน (คน)	หน่วยงาน
แพทย์เวชศาสตร์ยาเสพติด	๕	รพ.เขาสมิง, คลองใหญ่, บ่อไร่, แหลมงอบ, เกาะช้าง
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับพยาบาลยาเสพติด	๑	รพ.ตราด
การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดสำหรับพยาบาลจิตเวช	๑	รพ.เขาสมิง
การจัดบริการ HARM reduction	๑	รพ.ตราด
เวชศาสตร์ฉุกเฉินยาและสารเสพติด	๓	รพ.ตราด, คลองใหญ่, เกาะช้าง
Matrix program หรือ CBTx	๑๒	รพ.สต.(แม่ข่าย)
การจัดการรายกรณี (Case management)	๓	รพ.ตราด, เขาสมิง, บ่อไร่

(๒.๖) การกำกับดูแลและการประสานความร่วมมือกับหน่วยบำบัดฟื้นฟูนอกสังกัดสาธารณสุข

จังหวัดตราดมีสถานบำบัดฟื้นฟูสังกัดกระทรวงมหาดไทย ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสมัครใจ ระยะเวลา ๑๒ วัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมเป็นทีมที่ปรึกษาและจัดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัด ส่วนภาคเอกชน (ดาราไทยแลนด์ เกาะช้าง) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดทำหน้าที่กำกับดูแลโดยประสานกับ สบยช. ในการขึ้นทะเบียนสถานบำบัดฯ และการประเมินรับรองคุณภาพ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน

สำหรับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคุมประพฤติจังหวัด สถานพินิจ ตำรวจฝ่ายปกครอง มีการประสานกันในแนวราบกับสถานพยาบาลทุกแห่ง เพื่อการส่งต่อผู้รับการบำบัดฟื้นฟู ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการจัดเวทีการประชุมระหว่างหน่วยงานเพื่อทำความเข้าใจประสานความร่วมมือ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

### ๓. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑.การหมุนเวียนเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งในและนอกสังกัด สธ. กระทบต่อการบันทึกข้อมูล บสต.ซึ่งมีความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน : การลงข้อมูล บสต. ยังไม่เป็นปัจจุบัน	-	-
๒.ยังขาดความพร้อมในการจัดบริการคลินิก methadone : มีผู้ป่วยจังหวัดตราดรับบริการที่สบยช. จำนวน ๑๓ ราย	-	-
๓.ศักยภาพโรงพยาบาลในจังหวัดตราดไม่สามารถรับผู้ป่วยในได้ พบผู้ป่วยมีแนวโน้มอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น	-	-
๔.ระบบรายงาน บสต. ไม่ตอบสนอง บันทึกข้อมูลไม่ได้	-	แก้ไขโดยใช้ Server จำลอง เมื่อ ๒๖ พ.ค.๖๒ ผลเพิ่มความเร็วในการใช้งานเล็กน้อย

**๔. ข้อเสนอแนะของพื้นที่และทีมตรวจราชการ ต่อนโยบาย/ต่อหน่วยงานส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

๑) ขอให้มิให้โรงพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติดในเขต ๖ เพื่อลดการส่งต่อออกนอกเขต โดยอาจพิจารณาปรับโยกสังกัด โรงพยาบาลที่มีหลายแห่งในพื้นที่อำเภอเดียวกัน (เช่นอำเภอท่าใหม่ จ.จันทบุรี)

๒) การถ่ายทอดนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติขอให้มีความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติ และสอดคล้องกันระหว่างกรมต่างๆ เพื่อไม่ให้ผู้ปฏิบัติสับสน

๓) ขอกำลังใจสำหรับผู้ปฏิบัติในเรื่องความก้าวหน้าของตำแหน่ง ซึ่งมีการดำเนินการมากกว่า ๑๐ ปีแล้ว ซ้ำมากเทียบกับหน่วยงานอื่นมีความก้าวหน้ามากกว่า

**๕. พื้นที่และรูปแบบการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางในพื้นที่: CBTx (การกำหนดนโยบาย หน่วยงานที่มีส่วนร่วม รูปแบบ/กระบวนการ ปัจจัยและผลความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน)**

จังหวัดตราดกำหนดพื้นที่ดำเนินการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ๒ พื้นที่ ได้แก่ ตำบลหนองเสม็ด อำเภอเมืองตราด และตำบลท่าโสม อำเภอเขาสมิง โดยยังไม่กำหนดรูปแบบการดำเนินงานจากแผนเดิมกำหนดการอบรมหลักสูตรแนวทาง/รูปแบบ/กระบวนการจัดบริการ ดูแล ช่วยเหลือ การจัดบริการบำบัดรักษาฯ พื้นที่สมุทรภาพ การจัดการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในเดือนมกราคม ๒๕๖๒ ไม่สามารถดำเนินการได้ เลื่อนเป็นเดือนเมษายน และพฤษภาคม ๒๕๖๒

ผลการอบรมมีผู้นำชุมชนเข้าร่วมการอบรมร้อยละ ๒๓.๗๕ (๖๒ รายจาก ๒๖๑ หมู่บ้าน) มีพื้นที่ดำเนินการ ๑ พื้นที่ ตำบลท่าโสม อำเภอเขาสมิง เป้าหมาย ๔ ราย

แผนการดำเนินการเพิ่มเติมเขตพื้นที่อำเภอเมือง ในสถานประกอบการ (บูรณาการร่วมกับ ศป.ปส.อ.เมือง) และในสถานศึกษาประสานความร่วมมือกับอาจารย์ฝ่ายปกครองแล้ว อยู่ระหว่างลงพื้นที่เพื่อคัดกรองแยกกลุ่มเป้าหมาย

**ผู้รายงาน**

ชื่อ : นางเตือนใจ อธิเวสส์

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน เดือน ปี : ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒**  
**คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**  
**หัวข้อ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช**  
**จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒**

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

- ๑) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ  $\leq$  ๖.๓ ต่อแสนประชากร หรือลดลงจากเดิมร้อยละ ๒
- ๒) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ ภายใน ๑ ปี ร้อยละ ๙๐
- ๓) ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต  $\geq$  ร้อยละ ๗๕
- ๔) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต  $\geq$  ร้อยละ ๖๕
- ๕) ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๑๘ หรือเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ ๕
- ๖) ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑

**ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น**

๑) มีบริการจิตเวชที่ได้มาตรฐาน มีการส่งเสริม พัฒนาการเข้าถึงบริการ และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่ม SMIV ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือก่อความรุนแรง ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคติดสุรา สารเสพติด โรคสมาธิสั้นและผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย

๒) ระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A - M๒ ทุกแห่ง บริการทางจิตเวชที่ได้มาตรฐาน

๓) บูรณาการระบบค้นหา คัดกรองและติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย โดยเชื่อมโยงกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย และการช่วยเหลือเบื้องต้น การเฝ้าระวังเพื่อไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำตามแนวทางมาตรฐานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล

**๒. สถานการณ์**

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในระดับสูงติดต่อกัน ๓ ปี ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ เท่ากับ ๑๐.๐๕ ๑๑.๓๕ และ ๑๐.๑๕ โดยปี ๒๕๖๑ พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ร้อยละ ๗๗.๒๗ เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ ๔๐-๕๙ ปี) คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๓๖ มีโรคเรื้อรังทางกายร้อยละ ๓๖.๓๖ มีปัญหาการใช้สุรา ๒๒.๗๒ และส่วนใหญ่ใช้วิธีผูกคอตเป็นร้อยละ ๕๐ ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ทำร้ายตนเองได้แก่ ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๕๑ อัตราการเข้าถึงบริการยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ ๕๐.๗๗ (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ ๕๕) ส่วนการเข้าถึงบริการที่ได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการร้อยละ ๖๘.๗๓ (เป้าหมายร้อยละ ๖๕) ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการร้อยละ ๑๓.๒๔ (เป้าหมายร้อยละ ๙)

### ๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน ปี ๒๕๖๒ (เดือนต.ค.๖๑ – มี.ค.๖๒)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการ/ ข้อมูล	อำเภอ เมือง	อำเภอ เขาสมิง	อำเภอ คลอง ใหญ่	อำเภอ บ่อไร่	อำเภอ แหลม งอบ	อำเภอ เกาะช้าง	อำเภอ เกาะกูด	ภาพรวม จังหวัด	
๑	อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จ ≤ ๖.๓ ต่อ แสนประชากร	เป้าหมาย	๘๘,๒๓๔	๔๔,๑๙๒	๒๐,๘๑๖	๓๔,๓๙๘	๑๘,๙๒๑	๗,๘๕๘	๒,๔๒๒	๒๑๖,๘๔๑	
		ผลงาน	๒	๒	๐	๑	๑	๐	๑	๗	
		อัตรา/ ร้อยละ	๒.๒๖	๔.๕๒	๐	๒.๙๐	๕.๒๘	๐	๔๑.๒๘	๓.๒๒	
๒	ร้อยละของผู้ป่วย โรคจิตเข้าถึงบริการ สุขภาพจิต ≥ ร้อย ละ ๗๕	เป้าหมาย	๖๒๙	๒๙๑	๑๓๗	๒๒๔	๑๒๕	๕๐	๑๖	๑๔๗๓	
		ผลงาน	๓๘๑	๑๗๒	๗๔	๑๕๗	๗๑	๑๔	๕	๘๗๔	
		อัตรา/ ร้อยละ	๖๐.๕๗	๕๙.๑๐	๕๔.๐๑	๗๐.๐๘	๕๖.๘๐	๒๘.๐๐	๓๑.๒๕	๕๙.๓๓*	๗๑.๖๗**
๓	ร้อยละของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าเข้าถึง บริการสุขภาพจิต ≥ ร้อยละ ๖๕	เป้าหมาย	๑,๘๘๘	๘๗๒	๔๑๑	๖๗๒	๓๗๖	๑๕๑	๔๘	๔,๔๑๘	
		ผลงาน	๑,๒๒๔	๒๘๒	๑๓๐	๒๑๒	๖๗	๕๐	๓๒	๑,๙๙๗*	๒,๑๘๖**
		อัตรา/ ร้อยละ	๖๔.๘๓	๓๒.๓๓	๓๑.๖๓	๓๑.๕๔	๑๗.๘๑	๓๓.๑๑	๖๖.๖๖	๔๕.๒๐*	๕๑.๐๗**
๔	ร้อยละของผู้ป่วย โรคสมาธิสั้นเข้าถึง บริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๑๘	เป้าหมาย	๕๕๐	๒๙๓	๑๓๘	๒๔๔	๑๒๒	๕๖	๑๖	๑๔๑๙	
		ผลงาน	๑๐๕	๓๐	๒๔	๔๐	๓๐	๒	๒	๒๓๓	
		อัตรา/ ร้อยละ	๑๙.๐๙	๑๐.๒๓	๑๗.๓๙	๑๖.๓๙	๒๔.๕๙	๓.๕๗	๑๒.๕๐	๑๖.๔๒	
๕	ร้อยละของผู้ป่วย โรคติดสุราในพื้นที่ เข้าถึงบริการตาม มาตรฐานเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑	เป้าหมาย	๑๒๖๗	๖๒๓	๒๙๓	๔๘๐	๒๗๐	๑๐๘	๓๕	๓๐๗๗	
		ผลงาน	๗๓๑	๑๗๗	๑๘	๑๒๕	๒๖	๑๕	๕	๗๙๗ (จากเดิม ๖๕๐)	
		อัตรา/ ร้อยละ	๕๗.๖๙	๒๘.๔๑	๖.๑๔	๒๖.๐๔	๙.๖๒	๑๓.๘๘	๑๔.๒๘	๒๕.๙๐ เพิ่มขึ้น ๔.๗๗	

\* ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัดเทียบกับค่าประมาณผู้ป่วยในพื้นที่

\*\* ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัด

### ๔. แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

- ๑) ส่งเสริมสุขภาพจิตตามกลุ่มวัยทำงาน และสูงอายุ
- ๒) มี Psychosocial clinic ทุก รพ.สต./รพช. บูรณาการระบบค้นหา คัดกรองให้คำปรึกษาและติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (โรคจิต ซึมเศร้า ติดสุรา สมาธิสั้น) โดยเชื่อมโยงกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- ๓) ประชาสัมพันธ์และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
- ๔) โครงการจิตแพทย์ที่เลี้ยง โดยมีระบบให้คำปรึกษา การส่งต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในและนอกจังหวัด และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิต
- ๕) มีระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care)

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

ไม่มี

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
๑. อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้ายังต่ำกว่าเป้าหมาย ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเป้าหมาย	๑. พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต ตั้งแต่การค้นหาคัดกรองซึมเศร้า โรคจิต โรคติดยาและผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ๒. มี Psychosocial clinic พัฒนาระบบให้คำปรึกษา ๓. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ๔. พัฒนาระบบการส่งต่อ ๕. พัฒนาบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องให้มีศักยภาพในการส่งเสริม คัดกรอง ให้คำปรึกษา การดูแลรักษา ส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ๖. พัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตให้มีความเข้มแข็ง บูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ไม่มี
๒. ขาดการประชาสัมพันธ์ช่องทาง การเข้าถึงบริการ สายด่วนสุขภาพจิตไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเพียงพอ	๑.เพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิต ๒.เสนอส่วนกลางปรับปรุงการให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต	ไม่มี

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

ไม่มี

๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ไม่มี

ผู้รายงาน

ชื่อ : นางสาวสุวลักษณ์ ภูวาษา

โทร : ๐๘๖-๘๓๗๗๔๒๑

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

e-mail : suwaluk\_p@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

หัวข้อ Service Plan สาขาไต

จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓ m<sup>๒</sup> / yr (เป้าหมาย : > ร้อยละ ๖๖ เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๖๒)

๒. สถานการณ์

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑

ข้อมูล	ปี๒๕๕๙	ปี๒๕๖๐	ปี๒๕๖๑
ภาพจังหวัด อัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr	๖๗.๗๙	๕๘.๗๓	๕๕.๘๓
โรงพยาบาลตราด อัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr	๗๐.๑๗	๕๐.๐๑	๔๙.๔๙

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ ที่มา HDC

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/ ๑.๗๓ m<sup>๒</sup> / yr (เป้าหมาย : > ร้อยละ ๖๖ เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๖๒)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> / yr (เป้าหมาย : > ร้อยละ ๖๖ เมื่อไตรมาส ๒ วันที่ ๑ ต.ค. ๖๑ ถึง ๓๑ มี.ค. ๖๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒)		
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ ๓-๔ ตอนเริ่ม ประเมินสัญญาณชีพไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR > ๒ ค่าและมีค่าเฉลี่ยเปลี่ยนแปลง < ๔ ( A )	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ ๓-๔ ตอนเริ่มประเมินสัญญาณชีพไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR > ๒ ค่า ( B )	จำนวนผู้ป่วยโรคไตระยะที่ ๓-๔ ที่ตอนเริ่มประเมินสัญญาณชีพไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR > ๒ ค่า ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/ ๑.๗๓ m <sup>๒</sup> / yr ≥ ๖๖% ( A / B ) x ๑๐๐
S: รพ.ตราด	๑๘๗	๓๑๓	๕๙.๗๔
F๒: รพ.คลองใหญ่	๒๙	๔๑	๗๐.๗๓
F๒: รพ.เขาสมิง	๒๑	๓๓	๖๓.๖๔
F๒: รพ.ปอไร่	๖๒	๑๐๔	๕๙.๖๒
F๒: รพ.แหลมงอบ	๔๐	๖๖	๖๐.๖๑
F๒: รพ.เกาะช้าง	๐	๒	๐
F๓: รพ.เกาะกูด	๐	๐	๐
รวม	๓๓๙	๕๕๙	๖๐.๖๔

๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ การพัฒนาระบบสุขภาพตาม ๖ building box

การจัดส่งสุขภาพ (Health Service delivery)	ระบบสารสนเทศ (Information System and sharing)	กำลังคนด้านสุขภาพ(Health workforce)	การเงิน การคลัง สาธารณสุข (Financing)	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี	การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance)	การมีส่วนร่วม (Community participation)
มีบริการ CKD clinic ร้อยละ ๑๐๐ ในโรงพยาบาลระดับ S และ F๒ ในระดับ F๓ บูรณาการการทำงาน NCD-CKD clinic เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลระดับที่สูงและต่ำกว่าในระดับชุมชนเชื่อมโยงกับ รพ.สต.	มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย CKD ที่เชื่อมเข้าสู่ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และ HDC	-มีอายุรแพทย์โรคไต -มี case manager สาขา(แพทย์พยาบาล เภสัชกร นักกำหนดอาหาร และนักกายภาพบำบัดในทุก CKD clinic) ยกเว้นโรงพยาบาล F๒ ไม่มีนักกำหนดอาหาร	-บูรณาการงบ SP เขต งบ สปสช. (งบสนับสนุน ส่งเสริมการจัดการกองทุน โรคไต กองทุนโรคเรื้อรัง) -งบจัดสรรจากอปท.	มีการตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ครบทุกโรงพยาบาล ยกเว้นโรงพยาบาลเกาะกูด	การประเมิน CKD clinic คุณภาพ	เชื่อมโยงกับ รพ.สต.และอปท.
มีบริการ PD และ HD ครบ ร้อยละ ๑๐๐	ฐานข้อมูล ตรต. และ TRT และสมาคมโรคไต	HD nurse: RN;Pt = ๑:๔ PD nurse : Pt = ๑:๕๐	บูรณาการงบ SP เขต งบ สปสช.	Hemodialysis machine และระบบน้ำบริสุทธิ์	การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance )	
โรงพยาบาลระดับ S และมีการขยายเครือข่ายบริการ PD ในโรงพยาบาลระดับ F๒ (โรงพยาบาลบ่อไร่) โดยมีโรงพยาบาลระดับสูงกว่าเป็นพี่เลี้ยง			งบสนับสนุน ส่งเสริมการจัดการกองทุน โรคไต กองทุนโรคเรื้อรัง) งบจัดสรรจากอปท.			

๔. แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

๑. ขยายบริการ CKD clinic และพัฒนาทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับ F๓ : รพ.เกาะกูด
๒. การประเมินและพัฒนาคุณภาพ CKD clinic ในระดับ S และระดับ F๒ ใช้หลักเกณฑ์และกระบวนการประเมินร่วมกันกับการประเมิน NCD Clinic Plus
๓. ขยายบริการ PD ในโรงพยาบาลแหลมงอบ ในปี ๒๕๖๓

๕. ปัญหาอุปสรรค

ขยายบริการ CKD clinic และพัฒนาทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับ F ๓ : โรงพยาบาลเกาะกูด ยังดำเนินการไม่ได้เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมี ๕ รายจึงบูรณาการกับ NCD คลินิก

ผู้รายงาน

ชื่อ : นางทัศนีย์ เตียรเล็ก

โทร : ๐๘๑-๒๙๙๔๔๖๙

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

e-mail : lektatsanee@yahoo.com

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒**  
**คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**  
**หัวข้อ สาขาการผ่าตัด One Day Surgery**  
**จังหวัด ตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒**

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)

**๒. สถานการณ์**

จังหวัดตราด มีโรงพยาบาลตราดเป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวที่ให้บริการผ่าตัดและส่องตรวจ มีห้องผ่าตัด จำนวน ๘ ห้อง และมีห้องส่องตรวจ จำนวน ๑ ห้อง ซึ่งอยู่ภายในพื้นที่ห้องผ่าตัด ปัจจุบันมี ศัลยแพทย์ ๓ คน วิสัญญีแพทย์ ๒ คน พยาบาลห้องผ่าตัด ๒๕ คน วิสัญญีพยาบาล ๑๒ คน ผู้รับบริการเฉลี่ย ๗๘๗ ราย/เดือน โรงพยาบาลตราดผ่านเกณฑ์การประเมินศักยภาพโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยสมบูรณ์ เมื่อวันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด One Day Surgery จำนวน ๘๓ ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด ทั้งหมด ๒๔๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๒๓ ประเมินความพึงพอใจ เท่ากับร้อยละ ๙๒.๗๑ จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล จากจำนวน ๑๒ กลุ่มโรคที่กำหนดนั้น พบว่า กลุ่มโรค Colorectal polyp มีการทำหัตถการ One Day Surgery สูงสุด เนื่องจากผู้รับบริการเข้าถึงบริการการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ขึ้นต้นได้ดี(การดำเนินงาน Service plan สาขาโรคมะเร็ง) ทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วยในกลุ่ม Fit test positive และนัดมาส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนปลาย ซึ่งมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดมีการพักฟื้นจนปลอดภัยจึงให้กลับบ้าน และมีการติดตามอาการผู้ป่วยหลังกลับบ้าน

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ไตรมาส ๒) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ร้อยละ ๓๒.๑๔ ประเมินความพึงพอใจ ร้อยละ ๘๗.๑๔

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)**

อำเภอ/จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับ การผ่าตัด One Day Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้า รับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด(Principle diagnosis) (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้า รับการผ่าตัด One Day Surgery (A/B) x ๑๐๐	
รพท.ตราด	๑๘	๕๖	๓๒.๑๔	
รพช.เขาสมิง	๐	๐	๐	
รพช.บ่อไร่	๐	๐	๐	
รพช.คลองใหญ่	๐	๐	๐	
รพช.แหลมงอบ	๐	๐	๐	

อำเภอ/จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับบริการผ่าตัด One Day Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับบริการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด(Principle diagnosis) (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (A/B) x ๑๐๐	
รพช.เกาะช้าง	๐	๐	๐	
รพช.เกาะกูด	๐	๐	๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ ๓๑ มี.ค.๖๒)	๑๘	๕๖	๓๒.๑๔	

### ๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ(วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Block ภาพรวมจังหวัด)

#### กระบวนการดำเนินงาน ๖ Building Block

๑.บริการ	๒.คน	๓.ข้อมูล	๔.เทคโนโลยี	๕.เงิน	๖.ธรรมาภิบาล	๖+ การมีส่วนร่วมของชุมชน
ให้บริการผ่าตัด One Day Surgery ใน ๑๒ กลุ่มโรค	ส่งอบรมพยาบาลเฉพาะทางส่องตรวจทางเดินอาหาร จำนวน ๑ คน	บันทึกข้อมูล รายงานหัตถการ One Day Surgery ในโปรแกรมของกรมการแพทย์	จัดหากล้องส่องตรวจทางเดินน้ำดีและตับอ่อนแบบคมชัดสูง	-สปสช. -เงินประกันสังคม -เงินบำรุง	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า	ร่วมกับอปท. รพช.,รพ.สต. ภาคเอกชน หน่วยราชการ ใน การประชาสัมพันธ์ โครงการ

#### ๔. แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

๔.๑ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรมของกรมการแพทย์

๔.๒ เพิ่มการให้บริการ One Day Surgery ใน Pterygium Excision (โรคและหัตถการที่กรมการแพทย์ดำเนินการขอเพิ่มเติมในปีงบประมาณ ๒๕๖๒)

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

ไม่มี

#### ๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

#### ๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มี

#### ๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

ผู้รายงาน : นางบุญล้อม ธนชัยพูนทกุล

โทร : ๐๘๙-๔๙๐๙๓๘๖

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

e-mail : chumpool\_t@hotmail.com

## แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

## คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

## หัวข้อ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการ วันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒

## ๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

๑.๒ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

## ๒. สถานการณ์

ปี ๒๕๖๒ (ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒) โรงพยาบาลตราด มีผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล ๓๖๔ ราย มีบริการให้คำปรึกษากับผู้ที่สนใจจำนวน ๔๐๘ ราย มีผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ๑๖๗ ราย บริจาคดวงตา ๑๖๔ ราย ออกหน่วยรับบริจาคอวัยวะร่วมกับหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ๖ ครั้ง มีแผนส่งอบรม TC Nurse จำนวน ๒ คน มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายและบริจาคอวัยวะ ๑ ราย (เป้าหมาย ๒.๙๑ ราย) จัดเก็บดวงตาจากผู้เสียชีวิต ๒ ราย (เป้าหมาย ๔.๗๓ ราย) ซึ่งการขอรับบริจาคอวัยวะและดวงตายังไม่บรรลุตามเป้าหมาย เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์บริจาคอวัยวะได้เป็นชาวต่างชาติ มีโรคประจำตัว ไม่มีบัตรประชาชน ผลเลือดไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

## ๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๑) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย  $\geq ๐.๘ : ๑๐๐$ )

อำเภอ	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ.ระดับ A,S ทุกสาเหตุในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B)x๑๐๐	หมายเหตุ
รพ.ตราด	๑	๘๒๐	๐.๑๒	
รพ.เขาสมิง	๐	๗๓	๐	
รพ.บ่อไร่	๐	๗๓	๐	
รพ.คลองใหญ่	๐	๑๙	๐	
รพ.แหลมงอบ	๐	๔	๐	
รพ.เกาะช้าง	๐	๑๙	๐	
รพ.เกาะกูด	๐	๗	๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ ๓๑ มี.ค.๖๒)	๑	๑,๐๑๕	๐.๑๐	

๒) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล  
(เป้าหมาย  $\geq ๑.๓: ๑๐๐$ )

อำเภอ	จำนวนผู้ยินยอม บริจาคดวงตา (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ ยินยอมบริจาคดวงตาต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล (A/B) $\times 100$	หมายเหตุ
รพ.ตราด	๒	๘๒๐	๐.๒๔	
รพ.เขาสมิง	๐	๗๓	๐	
รพ.บ่อไร่	๐	๗๓	๐	
รพ.คลองใหญ่	๐	๑๙	๐	
รพ.แหลมงอบ	๐	๔	๐	
รพ.เกาะช้าง	๐	๑๙	๐	
รพ.เกาะกูด	๐	๗	๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ ๓๑ มี.ค.๖๒)	๒	๑,๐๑๕	๐.๒๐	

#### ๔. แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

- ๔.๑ โครงการดวงตาสดใสเทิดไท้ ๘๔ พรรษา มหาราชินี (๑๒ สิงหาคม ๒๕๕๙ ถึง ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๔)
- ๔.๒ ทบทวนการจัดตั้งคณะกรรมการ Service Plan สาขาการรับบริจาคอวัยวะของจังหวัดตราด
- ๔.๓ เปิดสำนักงานแสดงความจำนงรับบริจาคอวัยวะและดวงตาที่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
- ๔.๔ มีการจัดตั้งคณะทำงานการรับบริจาคอวัยวะของโรงพยาบาลตราด
- ๔.๕ TC Nurse round case ในหอผู้ป่วยเป้าหมาย
- ๔.๖ จัดทำระบบการแจ้ง Potential donor
- ๔.๗ มีการสำรองเตียงสำหรับผู้ป่วยภาวะสมองตายในงานผู้ป่วยหนัก
- ๔.๘ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องการรับบริจาคอวัยวะในโรงพยาบาลกับผู้มารับบริการที่ธนาคารเลือดงานผู้ป่วยนอก
- ๔.๙ การออกหน่วยรับบริจาคอวัยวะร่วมกับหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว เดือนละ ๑ ครั้ง
- ๔.๑๐ การให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยเป้าหมาย เช่น ศช., ศญ., Stroke Unit, งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
- ๔.๑๑ จัดประชุมวิชาการ เรื่องการรับบริจาคอวัยวะและดวงตา

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จาก การตรวจติดตาม

ด้านที่วิเคราะห์	ความเสี่ยงที่ค้นพบ
๑. การจัดบริการสุขภาพ	<p><u>ด้านผู้รับบริการ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทศนคติ ความเชื่อ เชื้อชาติ การสื่อสาร</li> </ul> <p><u>ด้านผู้ให้บริการ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทักษะประสบการณ์ การเจรจา ขอบริจาคอวัยวะ</li> <li>- การบริหารจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของญาติผู้บริจาค</li> </ul>
๒. กำลังคนด้านสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การ declare brain death</li> <li>- neuro Surgeon ๑ คน</li> <li>- ขาด TC nurse Full Time</li> </ul>
๓. การเงิน การคลัง สาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบการจ่ายค่าตอบแทนกรณีมีผู้บริจาคอวัยวะ /ดวงตา</li> </ul>
๔. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้บริจาคอวัยวะ เช่น เครื่อง Hypo-Hyperthermia Ventilator Infusion pump</li> </ul>
๕. ระบบข้อมูลสารสนเทศ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การลงข้อมูลยังไม่ครบถ้วน</li> <li>- ขาดการติดตามและวิเคราะห์ข้อมูล</li> </ul>
๖. การอภิบาลระบบสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพิ่มภาระจากงานประจำ</li> <li>- ขาดทักษะและความชำนาญในการเจรจาขอรับบริจาค</li> </ul>

## ๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการจะไปประสานหรือดำเนินการต่อ
๑. ทศนคติ ความเชื่อ ความเข้าใจของประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานกับโรงพยาบาลในเครือข่าย ให้ความรู้กับประชาชนผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รณรงค์ประชาสัมพันธ์จากส่วนกลางผ่านสื่อต่างๆ ในระดับประเทศ</li> </ul>
๒. ข้อจำกัดของผู้บริจาค (ผลเลือดไม่ผ่าน มีโรคประจำตัวต่างชาติ ไม่มีบัตร)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพิ่มการให้ข้อมูลเรื่องการดูแลสุขภาพ และแนะนำการตรวจสุขภาพประจำปี</li> <li>- ประสานกับทีม NCD รณรงค์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาสัมพันธ์จากส่วนกลางผ่านสื่อต่างๆ</li> </ul>
๓. การค้นหาผู้ป่วยสมองตาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วางระบบการแจ้ง Potential donor ให้อยู่ในงานประจำครอบคลุม Ward เป้าหมาย</li> <li>- TC Nurse Round Ward</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๔. พยาบาลผู้ประสานทักษะ ความชำนาญ - TC Nurse part time	- จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรส่งอบรม ในระดับเขต และประเทศ ปีละ ๑ ครั้ง - จัดเวร On call TC Nurse ๒๔ ชั่วโมง	- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับ เขต - มีกรอบอัตรากำลังและ ความก้าวหน้าวิชาชีพที่ชัดเจน
๕. ขาดอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ใน การดูแลผู้รับบริจาค	- ทำแผนของบจัดซื้อ	- ขอสนับสนุนอุปกรณ์/ งบประมาณจัดซื้อเครื่องมือ

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย  
ไม่มี

๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)  
ไม่มี

ผู้รายงาน

ชื่อ : นางสาวลักษณีย์ บุญรอด

โทร : ๐๙ ๙๓๒๖ ๓๕๙๘

วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญพิเศษ

e-mail : Champshop๒๖๑๗@gmail.com

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒**  
**คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**  
**หัวข้อ สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน**  
**จังหวัด ตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒**

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย ๑๘.๕)

**๒. สถานการณ์**

๒.๑ จังหวัดตราด มีการจัดบริการแพทย์แผนไทย โดยมีแพทย์แผนไทยให้บริการ ในโรงพยาบาลทุกแห่ง รวม ๗ แห่ง และใน รพ.สต. จำนวน ๘ แห่ง

อำเภอ	รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทยให้บริการประจำ	
	จำนวน แห่ง	รายชื่อ รพ.สต.
เมือง	๒	ท่าพริก/หนองคันทรง
คลองใหญ่	๒	ห้วงโสม/คลองมะขาม
เขาสมิง	-	-
บ่อไร่	๑	เฉลิมพระเกียรติฯหนองบอน
แหลมงอบ	๑	ธรรมชาติล่าง
เกาะกูด	๑	เกาะหมาก
เกาะช้าง	๑	คลองพร้าว
รวม	๘	

๒.๒ จังหวัดตราด ดำเนินการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) และเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพงานการแพทย์แผนไทย (TTM HA) โดยมีการประชุมกำกับ ติดตาม คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในรูปเครือข่ายบริการ

๒.๓ จังหวัดตราด จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดตราด ระยะ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ของจังหวัดที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ (I : International Quality Standard of Medical Service) ซึ่งเป็นโครงการลำดับที่ ๑๑ โครงการพัฒนาการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยได้กำหนดกิจกรรมและผลผลิตที่สำคัญไว้ดังนี้

กิจกรรม	ผลผลิต
๑. ส่งเสริมผู้ประกอบการชุมชน ในการสร้างโอกาสทางการตลาดจากผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยการจำหน่ายผลิตภัณฑ์แบบออนไลน์	- ทุกตำบลมีการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรผ่านระบบออนไลน์ครอบคลุมทุกตำบล (๓๘ ตำบล)
๒. ผลิตสมุนไพรด้วยเทคโนโลยีเครื่องจักรกล	- ทุก รพ. มีการผลิตยาสมุนไพรด้วยเทคโนโลยี GMP (๗ แห่ง)
๓. สร้างศูนย์บริการคลินิกแพทย์แผนไทยแบบครบวงจร (อัมพฤกษ์ อัมพาต/ ไมเกรน/ ข้อเข่าเสื่อม/ ภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น)	- ทุก รพ. มีการเปิดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจรโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต/ ไมเกรน/ ข้อเข่าเสื่อม/ ภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น
๔. ส่งเสริมโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายให้เกิดศูนย์บริการสุขภาพแพทย์แผนไทยและสปา	- รพ.สต./รพ. ที่มีบุคลากรแพทย์แผนไทยเปิดศูนย์บริการด้านแพทย์แผนไทยและสปา - สถานบริการได้รับความรู้และการรับรองมาตรฐานบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๕. ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเข้ามาช่วยฟื้นฟูสุขภาพ สนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Wellness cluster)	- มีภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนร่วมบริการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Wellness cluster)
๖. สนับสนุนให้ชุมชนมีการใช้สมุนไพร โดยสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการปลูก ใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพประชาชนตามกลุ่มวัย	- ทุกตำบลมีพื้นที่การปลูกและใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ (๓๘ ตำบล) - พื้นที่ปลูกสมุนไพร(๓๘ แห่ง) - ประชาชนรู้และใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ
๗. ส่งเสริมให้โรงพยาบาลจัดทำแบรนด์ภูมิปัญญาทางสุขภาพที่มีรูปแบบที่หลากหลาย	- ทุก รพ. มีการสร้างผลิตภัณฑ์ด้านภูมิปัญญาสุขภาพ
๘. พัฒนาอุปกรณ์อบตัวสมุนไพรที่สามารถนำไปอบที่บ้านได้ และส่งเสริมพัฒนาให้เป็นชุมชน/หมู่บ้าน ต้นแบบด้วยการดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพร	- ชุมชน/หมู่บ้านต้นแบบ เรียนรู้ การดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทุกอำเภอ

๒.๔ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การแพทย์ ปี ๒๕๖๒ ในรูปแบบ ๓ P (Propose/ Process / Performance) ดังนี้

๑. Propose รู้จัก เชื่อมั่น ชอบ ใช้

๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ ๑๘.๕)

๑.๒ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร

๒.Process กลยุทธ์ ๔+๑ Excellence

๒.๑ PP&P Excellence

๒.๑.๑ เสริมสร้างเครือข่ายชุมชน เพื่อพัฒนาสุขภาพทุกกลุ่มวัย

๒.๑.๒ โรงเรียนสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย

๒.๑.๓ ต้นแบบชมรมผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการแพทย์แผนไทย

## ๒.๒ Service Excellence

- ๒.๒.๑ พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ ที่ทั่วถึงและมีคุณภาพ
- ๒.๒.๒ การแพทย์แผนไทยฯ ใน PCC
- ๒.๒.๓ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สู่ TTM-HA
- ๒.๒.๔ ส่งเสริมการใช้จ่ายยาแผนไทยทดแทนยาแผนปัจจุบัน

## ๒.๓ People Excellence

- ๒.๓.๑ เพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรให้บุคลากร
- ๒.๓.๒ จัดการความรู้ให้ทีมสหวิชาชีพ
- ๒.๓.๓ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างความเชื่อมั่นการใช้สมุนไพร ใน รพ.สต.

## ๒.๔ Governance Excellence

- ๒.๔.๑ สนับสนุนการบริหารจัดการในรูปแบบเครือข่ายบริการ
- ๒.๔.๒ สนับสนุนส่งเสริมการเปิดบริการแผนไทย ใน รพ.สต.
- ๒.๔.๓ เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายการแพทย์แผนไทย จังหวัดตราด

## ๒.๕ Wisdom Excellence

- ๒.๕.๑ คุ่มครอง ส่งเสริม และใช้ประโยชน์ ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
- ๒.๕.๒ สสำรวจ พัฒนา วิจัยสมุนไพร สมุนไพรพื้นบ้านจากป่าชุมชนของจังหวัดตราด
- ๒.๕.๓ ส่งเสริมการใช้/การผลิตผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร
- ๒.๕.๔ ประชุมคณะอนุกรรมการคุ่มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

## ๓. Performance

- ๓.๑ ต้นแบบโรงเรียนสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย ๑ โรงเรียน
- ๓.๒ ต้นแบบเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ๑ แห่ง
- ๓.๓ ต้นแบบชมรมผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการแพทย์แผนไทยฯ ๑

### ชมรม

- ๓.๔ โรงพยาบาลเข้าร่วม TTM-HA ๗ แห่ง
- ๓.๕ เปิดบริการแผนไทย ใน รพ.สต. ครอบคลุมอำเภอ

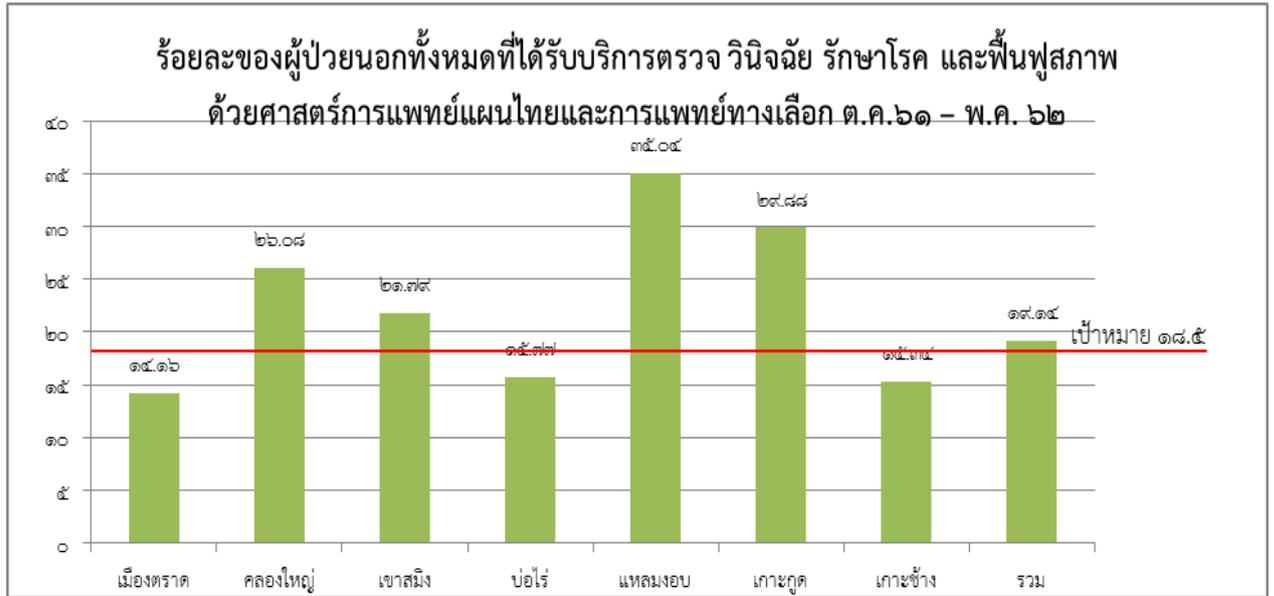
## ๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๘.๕๐)

ตารางแสดงผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒ ไตรมาสที่ ๒ (ต.ค.๖๑ – มี.ค. ๖๒)

รายการข้อมูล	อำเภอเมือง	อำเภอคลองใหญ่	อำเภอเขาสมิง	อำเภอบ่อไร่	อำเภอแหลมงอบ	อำเภอเกาะกูด	อำเภอเกาะช้าง	ภาพรวมจังหวัด
เป้าหมาย	๑๕๕,๗๘๓	๔๐,๔๔๘	๓๗,๗๘๘	๔๔,๘๔๕	๔๑,๗๓๘	๙,๐๒๙	๒๓,๙๖๐	๓๕๓,๕๙๑
ผลงาน	๒๒,๕๗๕	๑๑,๑๘๐	๘,๖๐๒	๗,๒๖๒	๑๕,๑๓๕	๒,๗๙๐	๓,๗๙๒	๗๑,๓๓๖
อัตรา/ร้อยละ	๑๔.๔๙	๒๗.๖๔	๒๒.๗๖	๑๖.๑๙	๓๖.๒๖	๓๐.๙๐	๑๕.๘๓	๒๐.๑๗

ข้อมูลจากโปรแกรม Thai Traditional Medicine(TTM) (<http://hs.dtam.moph.go.th/>) ณ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๒



ตารางแสดงผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒ รอบ ๘ เดือน (ต.ค.๖๑ – พ.ค. ๖๒)

รายการข้อมูล	อำเภอเมือง	อำเภอคลองใหญ่	อำเภอเขาสมิง	อำเภอบ่อไร่	อำเภอแหลมงอบ	อำเภอเกาะกูด	อำเภอเกาะช้าง	ภาพรวมจังหวัด
เป้าหมาย	๒๐๑,๒๗๔	๕๐,๙๐๑	๔๙,๘๙๘	๕๕,๘๘๑	๔๔,๑๔๕	๑๐,๙๑๕	๒๙,๗๙๕	๔๔๒,๘๐๙
ผลงาน	๒๘,๕๐๓	๑๓,๒๗๗	๑๐,๘๗๑	๘,๘๑๓	๑๕,๔๖๘	๓,๒๖๑	๔,๕๗๑	๘๔,๗๖๔
อัตรา/ร้อยละ	๑๔.๑๖	๒๖.๐๘	๒๑.๗๙	๑๕.๗๗	๓๕.๐๔	๒๙.๘๘	๑๕.๓๔	๑๙.๑๔

#### ๔. ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

จังหวัดตราดมีผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การแพทย์ ปี ๒๕๖๒ ณ เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๒ ดังนี้

๑. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๑๙.๑๔ (ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ๑๘.๕)

๒. จัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ประสบการณ์การใช้ยาแผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตราด ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กลุ่มเป้าหมาย รพ.สต. และ โรงพยาบาล ทุกแห่ง เมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมพลอยแดงศาล้ำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด โดย ภก.พินิต ชินสร้อย จาก รพ.วังน้ำเย็น เป็นวิทยากร

๓. จัดอบรมวิทยากรการดูแลสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง (๓ส.๓อ.๑น.) จังหวัดตราด ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมวัดหนองเสม็ด อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด กลุ่มเป้าหมาย รพ.สต.ทุกแห่ง คณะครูและนักเรียนจากโรงเรียนบ้านป้องกันตนเองด้านชุมพล ผู้สูงอายุจากโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลด้านชุมพล อำเภอบ่อไร่ และผู้แทนจากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตราด รวมทั้งสิ้น จำนวน ๘๕ คน โดยได้รับการสนับสนุนวิทยากร อาจารย์ นันทนา ศรีพินิจ จาก มูลนิธิ ดร.นพ.อุทัย สูดสุข และจากกองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทย

๔. จัดพิธีไหว้ครูแพทย์แผนไทย จังหวัดตราด เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ประจำปี ณ ห้องประชุมพลอยแดงศาล้ำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด โดยมีเครือข่ายแพทย์แผนไทย ภาครัฐและเอกชน เข้าร่วมพิธีไหว้ครู รวมจำนวน ๑๐๕ คน อาจารย์ พท.อุบล รัมภ์อุดม เป็นครูผู้นำประกอบพิธีไหว้ครู

๕. ประเมิน ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ ต้นแบบภูมิปัญญาไทย ระดับจังหวัดปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๕ แห่ง คือ ชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยแร่ อำเภอเมือง ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางปิด อำเภอแหลมทอง ชมรมผู้สูงอายุรพ.คลองใหญ่ อำเภอคลองใหญ่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลด่านชุมพล อำเภอบ่อไร่ ชมรมผู้สูงอายุ แสนตั้ง อำเภอเขาสมิง

๖. ประเมินโรงเรียนต้นแบบภูมิปัญญาไทย ระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๖ โรงเรียน คือ ร.ร.บ้านคลองขวาง อำเภอเมือง ร.ร.ชุมชนแหลมทอง อำเภอแหลมทอง ร.ร.อนุบาลคลองใหญ่ อำเภอคลองใหญ่ ร.ร.บ้านป้องกันตนเอง อำเภอบ่อไร่ ร.ร.บ้านหนองบอน อำเภอบ่อไร่ และร.ร.บ้านคลองคอก อำเภอเขาสมิง

๗. ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กำหนดให้โรงพยาบาลคลองใหญ่ อำเภอคลองใหญ่ เป็นเป้าหมายนำร่อง การดำเนินโครงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดระยะกลาง(Intermediate care) ด้วยการแพทย์ผสมผสาน แบบบูรณาการ เขตสุขภาพที่ ๖

๘. จัดทำโครงการคืนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้แผ่นดิน เถลิงพระเกียรติ เนื่องในโอกาสสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณฯ พระวชิรเกล้า เจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๑๐ โดยสนับสนุนต้นการบูรให้โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และรพ.สต. รวมจำนวน ๖๘ ต้น

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

ไม่มี

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

**๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

ไม่มี

**๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง**

อยู่ระหว่างจัดทำโครงการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตราด

ผู้รายงาน : ภก.สันติ ศุภนันทร

ตำแหน่ง : หน.กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

โทร : ๐๘๗-๘๓๔๙๔๐๗

e-mail : Ktrat99@yahoo.com

วัน/เดือน/ปี ๕ มิถุนายน ๒๕๖๒

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒**  
**คณะที่ ๒ Service excellence (บริการเป็นเลิศ)**  
**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ**  
**จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒**

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

- (๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร
- (๒) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤๑๐%

**๒. สถานการณ์**

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน			
	ปี๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒(๖ เดือน)
๑. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร	๓๕.๖๓ (๗๘ ราย)	๓๕.๘๘ (๗๙ ราย)	๔๑.๙๗ (๙๑ ราย)	๒๑.๑๗ (๔๖ ราย)
๒. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปมีการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด(Fibrinolytic Drug) ในผู้ป่วย STEMI ๑๐๐%	๑๐๐ (๖/๖ ราย)	๑๐๐ (๖/๖ ราย)	๑๐๐ (๖/๖ ราย)	๑๐๐ (๖/๖ ราย)
๓. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดSTEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดและหรือยาละลายลิ่มเลือด (PPCI) ≥๘๐%	๙๑.๖๗ (๒๒/๒๔ ราย)	๙๑.๔๓ (๓๒/๓๕ ราย)	๙๒.๑๖ (๔๗/๕๑ ราย)	๙๔.๔๔ (๑๗/๑๘ ราย)
๔. อัตราตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน STEMI ในโรงพยาบาล ≤๑๐%	๑๒.๕๐ (๓/๒๔ ราย)	๑๕.๗๙ (๖/๓๘ ราย)	๑๔.๒๙ (๙/๖๓ ราย)	๖.๒๕ (๒/๓๒ ราย)

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)**

**๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ**

- (๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร

จังหวัด	รายการข้อมูล		
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-๑๐ = I๒๐-I๒๕) (A)	จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x ๑๐๐,๐๐๐
อำเภอเมือง	๑๒	๘๘,๓๗๐	๑๓.๕๘
อำเภอเขาสมิง	๘	๔๔,๑๑๙	๑๘.๑๓
อำเภอแหลมงอบ	๒	๑๘,๙๓๐	๑๐.๕๗
อำเภอบ่อไร่	๑๙	๓๔,๓๑๗	๕๕.๓๗
อำเภอคลองใหญ่	๔	๒๐,๙๘๕	๑๙.๐๖
อำเภอเกาะช้าง	๐	๘,๑๓๙	๐
อำเภอเกาะกูด	๑	๒,๔๓๘	๔๑.๐๒
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มี.ค.๖๒)	๔๖	๒๑๗,๒๙๘	๒๑.๑๗

(๒) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤๑๐%

จังหวัด	รายการข้อมูล		
	ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-๑๐ = I๒๑-I๒๑.๓) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A)	ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-๑๐ = I๒๑- I๒๑.๓) ทั้งหมด (B)	ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B) x ๑๐๐
อำเภอเมือง	๑	๒๒	๔.๕๕
อำเภอเขาสมิง	๐	๒	๐
อำเภอแหลมงอบ	๐	๐	๐
อำเภอบ่อไร่	๑	๓	๓๓.๓๓
อำเภอคลองใหญ่	๐	๒	๐
อำเภอเกาะช้าง	๐	๓	๐
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มี.ค.๖๒)	๒	๓๒	๖.๒๕

๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)  
แผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ปี ๒๕๖๒ สาขาสาขาหัวใจเครือข่ายตราด

รพ. ระดับ	๑.บริการ	๒.คน	๓.ข้อมูล	๔.เทคโนโลยี	๕.เงิน	๖.ธรรมาภิบาล & ภาวะผู้นำ	๗. ๖.+ การ มีส่วนร่วม ของชุมชน
S	ให้ fibrinolytic-Risk Stratification ด้วย ECHO/EST/Holter - มีwarfarin cilinc, stemi fast trak, stemi @ consult, Heart failure clinic	- Cardiologist - อายุรแพทย์ ทั่วไป - Chest pain nurse - พยาบาล เฉพาะทาง ประจำห้อง ตรวจหัวใจ	- ACS registry - อัตราการเป็น stemi - อัตราการตาย stemi - อัตราการให้ ยาละลายลิ่ม เลือด	- ECHO,ICU, ECG,EST, Holter - ยา fibrinolytic	- งบเขต - งบ UC เงินบำรุง	- ควบคุม กำกับ และติดตาม ประเมินผล - ทุกคนสามารถ เข้าถึงบริการทาง ด่วนโดยใช้รถ ฉุกเฉิน	- การให้ ความรู้ระดับ BLS - แผ่นพับ - อปท.
F๒-F๓	- การวินิจฉัย stemi - ให้ dual anti platelet - ระบบกระบวนการรับ และส่งต่อ - stemi fast trac - ระบบการปรึกษา รพ. แม่ข่ายและให้คำปรึกษา รพ.สต. - เยี่ยมบ้านและฟื้นฟู	- อายุรแพทย์ ทั่วไป - Mapping CVD Risk patient	- แนวทางการ ส่งต่อและส่งต่อ ข้อมูล - Mapping CVD risk patient	- EKG ที่มีอัตโนมัติ - Defibrillator - Infusion pump - การสื่อสารsocial network - ระบบยืมยา - CPG ACS			

รพ. ระดับ	๑.บริการ	๒.คน	๓.ข้อมูล	๔.เทคโนโลยี	๕.เงิน	๖.ธรรมาภิบาล & ภาวะผู้นำ	๗. ๖.+ การมีส่วนร่วมของ ชุมชน
ศสม./ รพ.สต.	- ตรวจคัดกรองผู้ป่วย Stemi - ให้การวินิจฉัยเป็น เบื้องต้นจากอาการ อาการแสดง - ให้ aspirin ในรายสงสัย Stemi - ให้ความรู้ประชาชนใน การดูแลตนเองป้องกัน โรค - Primary Prevention - Basic life support - ประชาสัมพันธ์ ๑๖๖๙ - เยี่ยมบ้านและฟื้นฟู	- อสม.คุณภาพ - ผู้รับผิดชอบ โรคหัวใจ - family care team ตำบล	- แนวทางการ ดูแลรักษา เบื้องต้น - แนวทางการ ส่งต่อและส่งต่อ ข้อมูล - NCD ที่เป็น CVD RISK - MAPPING cvd RISK	- แบบประเมิน CVD risk - เครื่องวัด BP - เครื่องตรวจ Blood sugar - การสื่อสาร social media เพื่อส่งต่อข้อมูล หรือปรึกษา -Empowerment คนในท้องถิ่นเรื่อง การดูแลตนเองให้ พ้นจาก NCD	- งบ PP Cup - งบ อพท.	- ควบคุม กำกับ และติดตาม ประเมินผล - ทุกคนสามารถ เข้าถึงบริการทาง ด่วนโดยใช้รถ ฉุกเฉิน	- หอกระจาย ข่าว - เสี่ยงตาม สาย

#### ๔. แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

๑. เน้นการเข้าถึงการรักษาผู้ป่วย ACS ที่รวดเร็ว ตั้งแต่ การรู้เร็ว การไปโรงพยาบาลเร็ว การถูก  
ประเมินเร็ว และแพทย์รักษาเร็ว
๒. พัฒนาระบบการแลรักษาผู้ป่วย STEMI ในเครือข่ายให้สอดคล้องกับแม่ข่าย ในการส่งต่อ PCI  
(จันทร์-เสาร์ เวลา ๐๘.๐๐ – ๒๔.๐๐ น.)
๓. ทบทวน ติดตาม ปัญหาการดูแลผู้ป่วยในเครือข่าย
๔. พัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วย STEMI โดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด  
๒๔ ชั่วโมงทุกวัน (๒๔/๗) โดยอายุรแพทย์และอายุรแพทย์โรคหัวใจ
๕. ปฐมนิเทศแพทย์ใช้ทุนปี ๑ เกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วย ACS ในเครือข่าย และประสานแพทย์ใช้  
ทุนปี ๒ ก่อนออกไปปฏิบัติงานที่ รพช. เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง
๖. มีระบบบริหารยาละลายลิ่มเลือดให้พร้อมใช้และมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและ  
โรงพยาบาลชุมชน
๗. มีการจัดระบบความพร้อมของหน่วยงาน ทีมงาน อุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิตและรถพยาบาลพร้อมส่ง  
ในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง
๘. มีการปรับระบบการส่งต่อ และแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อบริการได้รวดเร็วและเหมาะสมเริ่มจาก  
ระดับ รพ.สต,รพช.,รพท.และรพศ.
๙. มีการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Thai ACS Registry
๑๐. มีการคัดกรอง CVD Risk ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
๑๑. มีส่วนร่วมสนับสนุนในการใช้ยา TNK

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

ไม่มี

๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
๑. การเข้าถึงบริการล่าช้า	- เน้นการประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ - เพิ่มศักยภาพในสถานพยาบาลทุกระดับ - Fibrinolytic first ในผู้ป่วย STEMI ถ้าไม่สามารถส่ง PPCI ภายใน ๑๒๐ นาที - ในรพ. ที่ระยะทางไม่ไกลเดินทางไปแม่ข่าย ได้ทัน PPCI ภายใน ๑๒๐ นาที ควรมีระบบการส่งต่อให้ผู้ป่วยให้ทันเวลา	สนับสนุน คน เงิน ของ
๒. ระบบ Refer	- พัฒนาเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง - กำหนด Zoning การส่งต่อที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เริ่มจากลูกข่ายในจังหวัด แม่ข่าย และระดับเขต	-
๓. ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดและสวนหัวใจยาว	- พัฒนาศักยภาพในเขต ร่วมด้วยช่วยกัน ในเขต ทั้งในภาครัฐ และภาคเอกชน	-
๔. การลงและเชื่อมโยงข้อมูล	ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลจาก Data Center ต่างๆ เช่นตอนนี้มี ACS registry, HDC, UCEP	ผลักดันให้ ระบบฐานข้อมูล การ จัด เก็บ ข้อมูล ควรมีแนวทางเดียวกัน

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ผลักดัน ให้สามารถ มีการใช้ยา TNK ได้ทุกสิทธิ

๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

การจัดตั้ง Heart failure clinic แบบสหสาขา

ผู้รายงาน

ชื่อ : นางอารี วิจิตรธรรมภาณี

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร : ๐๙๐-๙๙๓๔๓๑๘

e-mail : aree\_๐๕๒๕๑๔@hotmail.com

วัน/ เดือน/ ปี ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒