เขตสุขภาพที่ 6

สรุปผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยแผนยุทธศาสตร์ได้กำหนดเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศใน ๔ ด้าน คือ Promotion Prevention & Protection Excellence , Service Excellence, People Excellence และ Governance Excellence

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๖ ได้ดำเนินงานตามโยบายกระทรวงสาธารณสุขทั้ง ๔ ด้าน มีการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานในด้านต่างๆในพื้นที่ทั้ง ๘ จังหวัด จึงได้จัดทำเอกสารสรุปผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ แบ่งเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเขตการปกครอง ข้อมูลประชากร ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ เขตเศรษฐกิจพิเศษ (Special Economic Zone: SEZ) เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) และข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

ส่วนที่ ๒ สรุปผลงานสรุปผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ ๖ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โครงการพระราชดำริ การพัฒนาความเป็นเลิศใน ๔ ด้าน คือ Promotion Prevention & Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล) การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

ขอขอบคุณผู้บริหารในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๖ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำเอกสารฉบับนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนาประเทศให้บังเกิดผลที่พึงประสงค์ต่อไป

คณะผู้จัดทำ
๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
๑. ข้อมูลทั่วไป	
๑.๑ เขตการปกครอง	๑
๑.๒ ข้อมูลประชากร	๒
๑.๓ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ	๔
๑.๔ เขตเศรษฐกิจพิเศษ (Special Economic Zone: SEZ)	๗
๑.๕ เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC)	๗
๑.๖ ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข	๑๐
๑.๗ ข้อมูลด้านสุขภาพเขตสุขภาพที่ ๖	๑๕
๒. การบริหารจัดการเขตสุขภาพที่ ๖	
๒.๑ โครงสร้างคณะกรรมการ การบริหารจัดการเขตสุขภาพที่ ๖	๑๘
๒.๒ โครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖	๒๐
๒.๓ แผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ ๖	๒๓
๒.๔ สรุปแผนงาน/โครงการเขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๒๖
๓. สรุปผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ ๖ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓	
๓.๑ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์	๓๐
๓.๒ Promotion Prevention & Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)	๓๔
๓.๓ Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)	๔๘
๓.๔ People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)	๗๙
๓.๕ Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)	๘๖
๓.๖ ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินของสาธารณสุขระดับจังหวัด EOC	๑๐๐
๓.๗ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)	๑๐๓

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ ๑ การแบ่งเขตปกครองจำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๖ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ๑

ตารางที่ ๒ จำนวนประชากร หลังคาเรือน และความหนาแน่นของประชากรจำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๖ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ๒

ตารางที่ ๓ จำนวนประชากรเขตสุขภาพที่ ๖ ที่ส่งผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ๓

ตารางที่ ๔ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวประชากร (GPP) ๕

ตารางที่ ๕ จำนวนโรงงานอุตสาหกรรมและแรงงาน ๖

ตารางที่ ๖ การจัดระดับบริการสุขภาพของหน่วยบริการตาม Service Plan ๑๐

ตารางที่ ๗ จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ ๖ ๑๑

ตารางที่ ๘ จำนวนสถานพยาบาลเขตสุขภาพที่ ๖ ๑๒

ตารางที่ ๙ สัดส่วนของแพทย์ และเตียง ต่อประชากร เขตสุขภาพที่ ๖ ๑๓

ตารางที่ ๑๐ จำนวนประชากร จำแนกรายสิทธิการรักษาพยาบาล รายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๖ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ๑๔

ตารางที่ ๑๑ อัตราการเกิดมีชีพของประชากร เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๓ ๑๕

ตารางที่ ๑๒ อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๓ ๑๖

ตารางที่ ๑๓ สาเหตุการตาย ๑๐ อันดับแรก เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๓ ๑๖

ตารางที่ ๑๔ การจัดสรรงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ (งบดำเนินงาน) เขตสุขภาพที่ ๖ ๒๖

ตารางที่ ๑๕ การจัดสรรงบประมาณ แผนงานยุทธศาสตร์สร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๖ ๒๗

ตารางที่ ๑๖ ผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๓ ๓๗

ตารางที่ ๑๗ จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ๔๓

ตารางที่ ๑๘ บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๔๘

ตารางที่ ๑๙ ผลการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เขตสุขภาพที่ ๖ ๖๗

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ ๒๐ การบริหารตำแหน่งว่าง ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๘๐

ตารางที่ ๒๑ สรุปผลการบรรจุข้าราชการ กรณีพิเศษ COVID-๑๙ รอบที่ ๑ ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๘๔

ตารางที่ ๒๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๘๖

ตารางที่ ๒๓ สรุปสถานการณ์วิกฤตทางการเงินระดับ ๗ (Financial Risk Scoring) ๙๐

ตารางที่ ๒๔ สรุปสถานการณ์วิกฤตทางการเงินระดับ ๗ (Financial Risk Scoring) ๙๑

ตารางที่ ๒๕ สรุปสถานการณ์วิกฤตทางการเงินระดับ ๗ (Financial Risk Scoring) ๙๒

ตารางที่ ๒๖ สรุปสถานการณ์วิกฤตทางการเงินระดับ ๗ (Financial Risk Scoring) ๙๒

ตารางที่ ๒๗ ร้อยละของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๙๗

ตารางที่ ๒๘ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๙๙

ตารางที่ ๒๙ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เขตสุขภาพที่ ๖ ๑๐๔

ตารางที่ ๓๐ ข้อมูลทางระบาดวิทยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ๑๐๖

ตารางที่ ๓๑ ข้อมูลทางระบาดวิทยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ๑๐๖

ตารางที่ ๓๒ จำนวนผู้เข้ารับการกักกันที่สถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๑๐๘

ตารางที่ ๓๓ ข้อมูลผู้ป่วย OPD Case เข้ารับบริการที่ State Quarantine เขตสุขภาพที่ ๖ ๑๐๙

ตารางที่ ๓๔ จำนวนผู้ป่วยจากสถานกักกันโดยรัฐ (State Quarantine) ๑๑๐

ตารางที่ ๓๕ จำนวนผู้เข้ากักตัว จำนวนผู้ป่วยยืนยัน COVID-๑๙ และอัตราการติดเชื้อแยกรายประเทศ (ข้อมูลระหว่าง ๔ กุมภาพันธ์ – ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๓) ๑๑๑

ตารางที่ ๓๖ สัดส่วนการพบเชื้อใน State Quarantine เขตสุขภาพที่ ๖ แยกเป็นรายประเทศ ๑๑๒

ตารางที่ ๓๗ จำนวนห้องเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ๑๑๓

ตารางที่ ๓๘ จำนวนเครื่องช่วยหายใจที่ว่างพร้อมใช้งาน ๑๑๓

ตารางที่ ๓๙ ข้อมูลการจัดสรรทรัพยากร Surgical Mask N๙๕ และ cover all เขตสุขภาพที่ ๖ ๑๑๔

ตารางที่ ๔๐ ข้อมูลการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่ได้รับบริจาค เขตสุขภาพที่ ๖ ๑๑๔

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ ๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ เขตสุขภาพที่ ๖ ๓๔
แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ เขตสุขภาพที่ ๖ ๓๕
แผนภูมิที่ ๓ ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์ เขตสุขภาพที่ ๖ ๓๕
แผนภูมิที่ ๔ อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน เขตสุขภาพที่ ๖ ๓๖
แผนภูมิที่ ๕ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี เขตสุขภาพที่ ๖ ๓๖
แผนภูมิที่ ๖ ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ๔๑
แผนภูมิที่ ๗ แสดงเด็กไทยอายุ ๖-๑๒ เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ๔๑
แผนภูมิที่ ๘ ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และร้อยละของตำบลที่มีระบบ การส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ๔๓
แผนภูมิที่ ๙ ร้อยละประชากรวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี เส้นรอบเอว และ BMI ปกติ ๔๗
แผนภูมิที่ ๑๐ ร้อยละของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เขตสุขภาพที่ ๖ ๕๔
แผนภูมิที่ ๑๑ อัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๕๕
แผนภูมิที่ ๑๒ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในเขตสุขภาพที่ ๖ ๕๖
แผนภูมิที่ ๑๓ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๕๖
แผนภูมิที่ ๑๔ ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสมาธิสั้น ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๕๗
แผนภูมิที่ ๑๕ ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๖๐
แผนภูมิที่ ๑๖ ร้อยละโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) เขตสุขภาพที่ ๖ ๖๐
แผนภูมิที่ ๑๗ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ของเขตสุขภาพ ๑๒ เขต ๖๑
แผนภูมิที่ ๑๘ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ของเขตสุขภาพที่ ๖ ๖๒
แผนภูมิที่ ๑๙ อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๖๘
แผนภูมิที่ ๒๐ แสดงอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๖๘
แผนภูมิที่ ๒๑ อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๖๙

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ ๒๒ จำนวนผู้ป่วยที่ได้ทำ Thombectomy และผู้ป่วยส่งต่อ ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๖๙

แผนภูมิที่ ๒๓ อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๗๑

แผนภูมิที่ ๒๔ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามเวลามาตรฐาน ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๗๒

แผนภูมิที่ ๒๕ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล A, S, M๑ ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๗๔

แผนภูมิที่ ๒๖ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๒๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ๗๕

แผนภูมิที่ ๒๗ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS เป้าหมาย มากกว่า ร้อยละ ๖๐ ๗๖

แผนภูมิที่ ๒๘ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๗๗

แผนภูมิที่ ๒๙ เปรียบเทียบก่อนและหลังบรรจุรอบที่ ๑ (วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๓ และวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๓) ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๘๑

แผนภูมิที่ ๓๐ ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization) ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๘๒

แผนภูมิที่ ๓๑ ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย HPI จำแนกตามมิติ ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๘๒

แผนภูมิที่ ๓๒ ร้อยละจำนวนโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๙๘

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ ๑ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ ๖	๔
แผนภาพที่ ๒ การจัดระบบบริการ เขตสุขภาพที่ ๖	๑๐
แผนภาพที่ ๓ อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด เขตสุขภาพที่ ๖	๑๗
แผนภาพที่ ๔ โครงสร้างคณะกรรมการ การบริหารจัดการเขตสุขภาพที่ ๖	๑๙
แผนภาพที่ ๕ โครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖	๒๑
แผนภาพที่ ๖ โครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖	๒๒
แผนภาพที่ ๗ วิสัยทัศน์ พันธกิจ และประเด็นยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ ๖	๒๔
แผนภาพที่ ๘ แผนยุทธศาสตร์ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๖	๒๕
แผนภาพที่ ๙ ผลการดำเนินงานวัณโรค เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๓	๖๕
แผนภาพที่ ๑๐ ผลงานเด่น (Best Practice) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	๗๐
แผนภาพที่ ๑๑ การวางแผนอัตรากำลังคน HR Blueprint	๗๙
แผนภาพที่ ๑๒ การวางแผนอัตรากำลังคน HR Blueprint	๘๐
แผนภาพที่ ๑๓ การบรรจุข้าราชการ กรณีพิเศษ การระบาดของโรค COVID-๑๙ เขตสุขภาพที่ ๖	๘๓
แผนภาพที่ ๑๔ สถานการณ์ แนวโน้ม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เขตสุขภาพที่ ๖	๑๐๓
แผนภาพที่ ๑๕ สถานการณ์ COVID-๑๙ เขตสุขภาพที่ ๖	๑๐๔
แผนภาพที่ ๑๖ State Quarantine เขตสุขภาพที่ ๖	๑๐๗
แผนภาพที่ ๑๗ การดำเนินการท่องเที่ยวสุขภาพวิถีใหม่ (New Normal)	๑๑๕
แผนภาพที่ ๑๘ การเตรียมความพร้อมรับนักท่องเที่ยวและแรงงานต่างด้าว เขตสุขภาพที่ ๖	๑๑๖

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ เขตการปกครอง

เขตสุขภาพที่ ๖ ประกอบด้วย เขตการปกครอง ๘ จังหวัด ๖๙ อำเภอ ๕๓๐ ตำบล ๔,๘๑๖ หมู่บ้าน ประกอบด้วยจังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว การปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วยเขตปกครองพิเศษ ๑ แห่ง คือเมืองพัทยา เทศบาลนคร ๔ แห่ง เทศบาลเมือง ๒๙ แห่ง เทศบาลตำบล ๑๘๙ แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล ๓๕๖ แห่ง มีจังหวัดที่ติดทะเลอ่าวไทย ๖ จังหวัด คือ สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี และตราด ความยาวที่ติดอ่าวไทย ๕๗๘ กม. และมีพื้นที่เกาะทั้งสิ้น ๑๔๖ เกาะ เกาะที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญและมีชื่อเสียงได้แก่ เกาะสีชัง,เกาะล้าน,เกาะเสม็ด,เกาะช้าง,เกาะกูด,เกาะหมาก มี ๓ จังหวัด ที่มีเขตชายแดนติดประเทศกัมพูชา ๔๑๖ กม.จุดผ่านแดนถาวร อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว, อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี และอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด

ตารางที่ ๑ การแบ่งเขตปกครองจำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๖ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	ชุมชน	เขตการปกครองพิเศษ	เทศบาลนคร	เทศบาลเมือง	เทศบาลตำบล	อบต.
ชลบุรี	๑๑	๙๒	๖๕๖	๓๔๐	เมืองพัทยา	๒	๑๐	๓๕	๕๐
ระยอง	๘	๕๘	๔๔๑	๒๐๕	-	๑	๒	๒๗	๓๗
จันทบุรี	๑๐	๗๖	๗๒๘	๓๔	-	-	๕	๔๒	๓๔
ตราด	๗	๓๘	๒๖๑	๖๗	-	-	๑	๑๓	๒๙
สมุทรปราการ	๖	๕๐	๓๙๙	๑๔๘	-	๑	๖	๑๔	๒๗
ฉะเชิงเทรา	๑๑	๙๓	๘๙๒	๒๒๒	-	-	๑	๓๓	๗๔
ปราจีนบุรี	๗	๖๕	๗๐๘	๒๔	-	-	๑	๑๒	๕๖
สระแก้ว	๙	๕๘	๗๓๑	๑๐๗	-	-	๓	๑๓	๔๙
รวม	**๖๙**	**๕๓๐**	**๔,๘๑๖**	**๑,๑๔๗**	**๑**	**๔**	**๒๙**	**๑๘๙**	**๓๕๖**

ที่มา : เอกสารการรับตรวจราชการรอบที่ ๒ ปี ๒๕๖๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๖

๑.๒ ข้อมูลประชากร

เขตสุขภาพที่ ๖ มีประชากรในพื้นที่ จำนวน ๖,๑๘๖,๖๘๑ คน แบ่งออกเป็น ประชากรชาย จำนวน ๓,๐๒๕,๕๒๗ คน และประชากรหญิง จำนวน ๓,๑๖๑,๑๕๔ คน มีหลังคาเรือน จำนวน ๓,๓๐๘,๘๑๖ หลังคาเรือน มีพื้นที่ครอบคลุม จำนวน ๓๗,๒๐๐ ตารางกิโลเมตร ความหนาแน่นของประชากร ๑๖๖ คนต่อตารางกิโลเมตร และมีประชากรเฉลี่ย ๑.๘๗ คนต่อหลังคาเรือน รายละเอียดดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ จำนวนประชากร หลังคาเรือน และความหนาแน่นของประชากรจำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๖ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒

จังหวัด	ประชากร รวม (คน)	ประชากร ชาย (คน)	ประชากร หญิง (คน)	หลังคาเรือน	พื้นที่ (ตร.กม.)	ความหนาแน่นประชากร (คน/ตร.ก.ม.)	ประชากรต่อหลังคาเรือน
ชลบุรี	๑,๕๕๘,๓๐๑	๗๖๒,๑๔๑	๗๙๖,๑๖๐	๑,๐๔๗,๔๗๓	๔,๓๖๓	๓๕๗	๑.๔๙
ระยอง	๗๓๔,๗๕๓	๓๖๑,๑๐๙	๓๗๓,๖๔๔	๔๘๙,๖๑๗	๓,๕๕๒	๒๐๖	๑.๕๐
จันทบุรี	๕๓๗,๖๙๘	๒๖๓,๔๘๕	๒๗๔,๒๑๓	๒๓๙,๑๘๔	๖,๓๓๘	๘๔	๒.๒๕
ตราด	๒๒๙,๙๕๘	๑๑๓,๙๗๓	๑๑๕,๙๘๕	๑๐๖,๖๘๕	๒,๘๑๙	๘๑	๒.๑๖
สมุทรปราการ	๑,๓๔๔,๘๗๕	๖๔๒,๗๗๔	๗๐๒,๑๐๑	๖๙๓,๙๒๖	๒,๘๑๙	๔๗๗	๑.๙๔
ฉะเชิงเทรา	๗๒๐,๑๑๓	๓๕๓,๓๖๘	๓๖๖,๗๔๕	๓๐๕,๑๒๑	๕,๓๕๑	๑๓๔	๒.๓๖
ปราจีนบุรี	๔๙๔,๖๘๐	๒๔๕,๑๘๐	๒๔๙,๕๐๐	๒๑๔,๐๒๔	๔,๗๖๒	๑๐๓	๒.๓๑
สระแก้ว	๕๖๖,๓๐๓	๒๘๓,๔๙๗	๒๘๒,๘๐๖	๒๑๒,๗๘๖	๗,๑๙๖	๗๘	๒.๖๖
รวม	๖,๑๘๖,๖๘๑	๓,๐๒๕,๕๒๗	๓,๑๖๑,๑๕๔	**๓,๓๐๘,๘๑๖**	**๓๗,๒๐๐**	**๑๖๖**	**๑.๘๗**

ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ข้อมูล ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

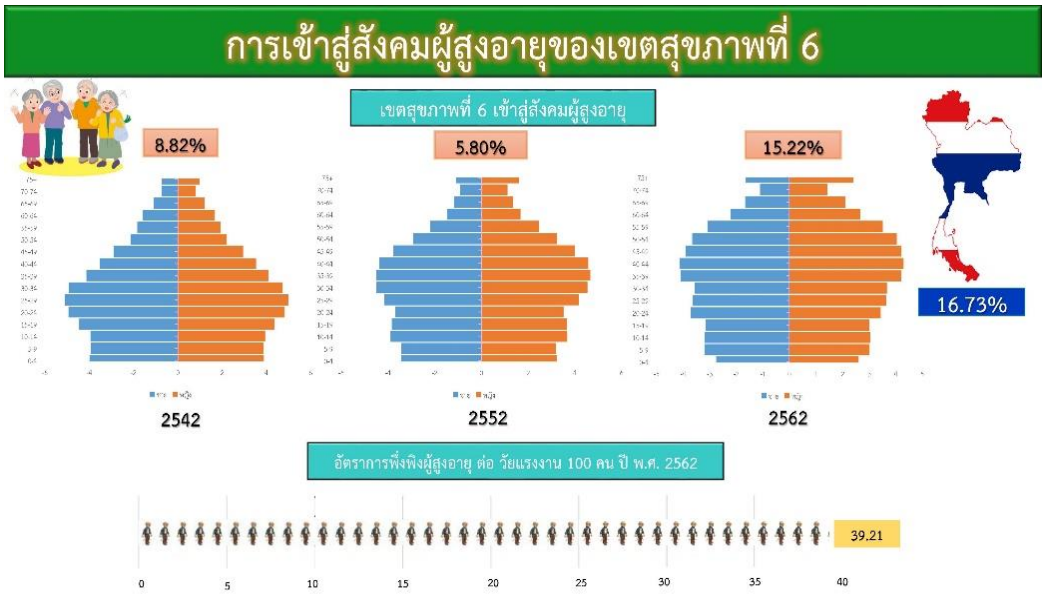
จากข้อมูล พบว่า จำนวนประชากรที่ส่งผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๖ ประกอบด้วยประชาชนที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน ๔,๑๒๙,๐๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๒๘ มีประชาชนที่ใช้สิทธิประกันสังคมซึ่งส่วนหนึ่งเป็นแรงงานสัญชาติไทยที่เคลื่อนย้ายมาทำงานในพื้นที่ จำนวน ๒,๗๘๓,๒๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๒๖ ซึ่งกลุ่มประชากรนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีประชาชนที่ใช้สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จำนวน ๓๖๘,๙๑๑ คิดเป็นร้อยละ ๔.๙๔ และมีประชากรต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๔๓,๖๓๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๘ รวมมีประชากรที่ส่งผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๗,๔๖๙,๙๐๒ คน รายละเอียดดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ จำนวนประชากรเขตสุขภาพที่ ๖ ที่ส่งผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒

จังหวัด	รวม	สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS+WEL)	สิทธิประกันสังคม (SSS)	สิทธิข้าราชการ/สิทธิรัฐวิสาหกิจ (OFC)	สิทธิ์อื่นๆ	แรงงานต่างด้าว
ชลบุรี	๒,๓๑๖,๒๐๗	๑,๐๓๗,๐๘๑	๑,๑๑๘,๐๑๗	๑๐๕,๐๑๕	๔๑,๕๗๘	๑๔,๕๑๖
ระยอง	๘๒๖,๔๑๙	๕๒๘,๗๗๘	๒๔๔,๑๔๒	๓๔,๒๔๕	๔,๓๘๑	๑๔,๘๗๓
จันทบุรี	๕๓๗,๒๓๖	๔๓๕,๙๒๙	๔๙,๓๕๒	๓๗,๐๙๑	๑๐,๒๐๙	๔,๖๕๕
ตราด	๒๒๓,๙๖๘	๑๗๐,๘๗๔	๑๙,๗๒๕	๑๗,๙๑๓	๑๓,๕๔๔	๑,๙๑๒
สมุทรปราการ	๑,๗๘๖,๕๒๑	๗๓๔,๒๔๖	๙๔๓,๒๒๖	๖๕,๗๗๓	๔๐,๐๗๘	๓,๑๙๘
ฉะเชิงเทรา	๗๖๗,๑๑๖	๔๗๔,๖๗๓	๒๓๓,๔๓๔	๔๒,๑๔๐	๑๔,๒๓๗	๒,๖๓๒
ปราจีนบุรี	๕๒๑,๒๔๔	๓๓๔,๓๑๖	๑๓๙,๗๒๒	๓๕,๘๖๐	๑๐,๘๙๖	๔๕๐
สระแก้ว	๔๙๑,๑๙๑	๔๑๓,๑๑๔	๓๕,๕๙๒	๓๐,๘๗๔	๑๐,๒๑๓	๑,๓๙๘
เขตสุขภาพที่ ๖	**๗,๔๖๙,๙๐๒**	**๔,๑๒๙,๐๑๑**	**๒,๗๘๓,๒๑๐**	**๓๖๘,๙๑๑**	**๑๔๕,๑๓๖**	**๔๓,๖๓๔**
ร้อยละ	**๑๐๐**	**๕๕.๒๘**	**๓๗.๒๖**	**๔.๙๔**	**๑.๙๔**	**๐.๕๘**

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

แผนภาพที่ ๑ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ ๖



จากแผนภูมิภาพที่ ๑ แนวโน้มประชากร ในเขตพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ ๖ เปรียบเทียบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา โครงสร้างประชากรกลุ่มวัยสูงอายุมีการสัดส่วนเพิ่มขึ้น ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ โดยปีพ.ศ. ๒๕๖๒ มีอัตราการพึ่งพิงผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ ๓๙.๒๑ และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) เมื่อมีประชากรอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งเขตสุขภาพที่ ๖ ในปี ๒๕๖๗

๑.๓ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

จากข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวประชากร (GPP) ปี ๒๕๖๒ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ ติด ๑ ใน ๑๐ อันดับของประเทศถึง ๔ จังหวัด โดยจังหวัดระยองมีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวประชากร (GPP) สูงที่สุด รองลงมาคือจังหวัดชลบุรี จังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดฉะเชิงเทรา ตามลำดับ และทุกจังหวัดมีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวประชากร (GPP) ภาคนอกเกษตรสูงกว่าภาคเกษตร ยกเว้นจังหวัดจันทบุรี ที่มีผลิตภัณฑ์จังหวัดมวลรวมต่อหัวประชากร (GPP) ภาคเกษตรสูงกว่าภาคนอกเกษตร รายละเอียดดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวประชากร (GPP)

อันดับประเทศ	จังหวัด	GPP ภาคนอกเกษตร(%)	GPP ภาคเกษตร(%)	ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อคน (บาท)
๒	ระยอง	๙๗.๖๓	๒.๓๗	๙๘๔,๙๘๐
๓	ชลบุรี	๙๘.๓๕	๑.๖๕	๙๗๖,๔๖๐
๔	สมุทรปราการ	๙๙.๖๘	๐.๓๒	๗๑๗,๐๕๓
๘	ฉะเชิงเทรา	๙๔.๖๗	๕.๓๓	๓๔๑,๑๑๖
๑๑	ปราจีนบุรี	๙๗.๖๒	๒.๓๘	๒๙๗,๒๕๐
๒๑	จันทบุรี	๔๑.๙๘	๕๘.๐๒	๑๓๘,๔๔๓
๕๑	ตราด	๕๑.๐๙	๔๘.๙๑	๔๖,๙๖๕
๕๒	สระแก้ว	๗๑.๓๔	๒๘.๖๖	๔๕,๒๕๐

ที่มา : สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ.๒๕๖๒

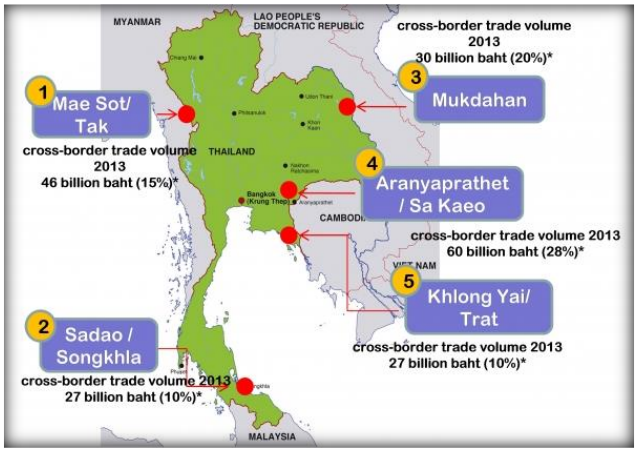
จากข้อมูลพบว่า มีการย้ายฐาน การลงทุนภาคอุตสาหกรรมเข้ามาในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ ๖ มากขึ้น โดยมีนิคมอุตสาหกรรมกระจายอยู่ในพื้นที่จำนวน ๔๑ แห่ง โรงงานอุตสาหกรรม ๑๔,๕๕๕ แห่ง มีแรงงานในภาคอุตสาหกรรม ๑,๐๖๘,๓๕๔ คน มีเงินลงทุนภาคอุตสาหกรรมสูงถึง ๓,๒๑๔ ล้านล้านบาท รายละเอียดดังตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ จำนวนโรงงานอุตสาหกรรมและแรงงาน

จังหวัด	นิคมอุตสาหกรรม (แห่ง)	โรงงาน (แห่ง)	คนงาน (คน)	เงินลงทุน (ล้านบาท)
ชลบุรี	๑๕	๓,๖๑๘	๒๖๕,๓๐๐	๗๐๙,๐๗๔
ระยอง	๑๒	๒,๑๗๔	๑๖๙,๗๙๗	๑,๓๒๘,๘๑๐
จันทบุรี	๐	๒๙๙	๖,๘๘๑	๙,๘๑๘
ตราด	๐	๑๗๑	๓,๕๗๕	๓,๙๗๔
สมุทรปราการ	๔	๕,๖๖๐	๔๑๘,๖๑๑	๕๖๕,๕๘๗
ฉะเชิงเทรา	๕	๑,๔๙๕	๑๑๕,๘๙๕	๒๗๒,๔๒๓
ปราจีนบุรี	๕	๗๔๓	๗๘,๔๐๗	๒๘๒,๔๑๑
สระแก้ว	๐	๓๙๕	๙,๘๘๘	๔๒,๘๑๒
รวม	**๔๑**	**๑๔,๕๕๕**	**๑,๐๖๘,๓๕๔**	**๓,๒๑๔,๙๐๙**

ที่มา : การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย ข้อมูล ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒
: กรมโรงงานอุตสาหกรรม ข้อมูล ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

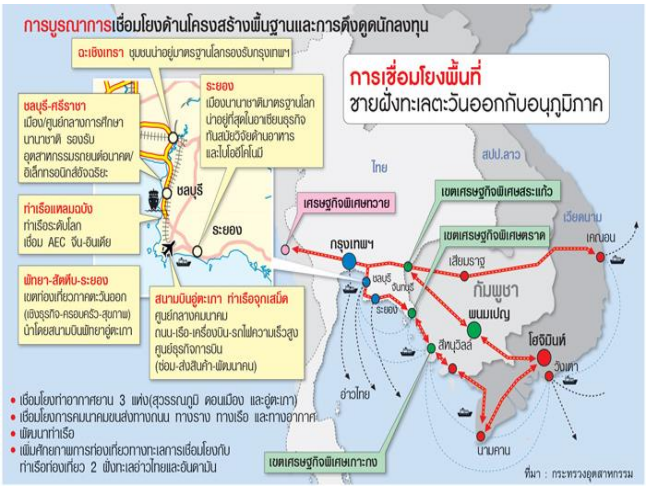
๑.๔ เขตเศรษฐกิจพิเศษ (Special Economic Zone: SEZ)



จากนโยบายรัฐบาล ในเรื่องเขตเศรษฐกิจพิเศษ Special Economic Zone : SEZ ได้มีการกำหนดพื้นที่ที่มีศักยภาพเหมาะสมในการจัดตั้งเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษระยะแรกของไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ ใน ๕ พื้นที่ชายแดนเป้าหมาย ๑๐ อำเภอ ๕ จังหวัด ได้แก่ อำเภอแม่สอด อำเภอพบพระ และอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก อำเภออรัญประเทศ และอำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด อำเภอเมือง อำเภอหว้านใหญ่ และอำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา และใน พ.ศ. ๒๕๕๙ อีก ๕ จังหวัด ๑๓ อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี อำเภอแม่สาย อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย อำเภอเมือง และอำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย อำเภอเมือง และอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม อำเภอสุไหงโกลก อำเภอตากใบ อำเภอแว้ง อำเภอยี่งอ และอำเภอ เมือง จังหวัดนราธิวาส เขตสุขภาพที่ ๖ มีเขตเศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด ๒ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสระแก้วเชื่อมต่อกัมพูชาซึ่งอยู่ใกล้เขตเศรษฐกิจพิเศษ ๓ แห่ง คือ ปอยเปต-โอเนียง ซันโค-ปอยเปต และ เมืองศรีโสภณ และสามารถออกทะเล โดยผ่านท่าเรือของเวียดนาม และจังหวัดตราดเชื่อมต่อเขตเศรษฐกิจพิเศษเกาะกงของกัมพูชา สามารถเชื่อมต่อท่าเรือสีหนุวิลล์ และท่าเรือแหลมฉบัง

จากการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจชายแดน ก็จะพบปัญหาในการดูแลสุขภาพประชากรแรงงานจากประเทศกัมพูชาเข้ามาทำงานมากขึ้น ส่งผลต่อระบบด่านควบคุมป้องกันโรคติดต่อชายแดน โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในกลุ่มแรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้น รวมถึงประชาชนตามขอบชายแดนประเทศกัมพูชาเข้ามารับบริการส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นด้วย

๑.๕ เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC)



โครงการพัฒนาเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) เป็นแผนยุทธศาสตร์ภายใต้ไทยแลนด์ ๔.๐ ด้วยการพัฒนาเชิงพื้นที่ที่ต่อยอดมาจากโครงการพัฒนาพื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลตะวันออกหรือ Eastern Seaboard เมื่อวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๙ คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบหลักการโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) เป็นเขตเศรษฐกิจชั้นนำของอาเซียน เพื่อส่งเสริม ๑๐ อุตสาหกรรมเป้าหมาย ให้เป็นกลไกขับเคลื่อนเศรษฐกิจเพื่ออนาคต (New Engine of Growthประกอบด้วย ๕ อุตสาหกรรมเดิมที่มีศักยภาพ First S-curve และมีการเติม

อุตสาหกรรมในอนาคต ๕ New-S-curve จากนโยบายโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก ในพื้นที่ ๓ จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๖ จะส่งผลให้มีผู้รับบริการมากขึ้น ปัญหาสุขภาพในงานอาชีวเวชศาสตร์และอาชีวอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน รวมถึงต้องมีภาระในการบริการเพิ่มขึ้นจนเกิดความแออัด สถานที่และอุปกรณ์การแพทย์มีจำนวนไม่เพียงพอ ในระยะเวลา ๕ ปี ข้างหน้า

ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุข โดยเขตสุขภาพที่ ๖ มีการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุขรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโครงการ EEC เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนในพื้นที่ นักลงทุน ผู้ประกอบการ นักท่องเที่ยว โดยได้ดำเนินการเสนอแผนงาน/โครงการของบประมาณ

ปี ๒๕๖๐ (งบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น) จำนวน ๒ โครงการ ดังนี้ ๑.โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศการให้บริการระบบการแพทย์ฯ ๒. โครงการพัฒนาศักยภาพด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม วงเงินรวม ๑,๓๒๖.๐๒ ล้านบาท ซึ่งได้รับอนุมัติงบประมาณจำนวนดังกล่าว แต่ไม่ได้รับการจัดสรร ทำให้เกิดผลกระทบต่อแผนงานในพื้นที่ EEC อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขตระหนัก ถึงความจำเป็นที่ต้องพัฒนาด้านการแพทย์ การยกระดับบริการโรงพยาบาลเฉพาะทาง และศักยภาพด้านอาชีวเวชศาสตร์

ในปี ๒๕๖๑ ได้จัดทำคำขอตั้งงบประมาณซึ่งเป็นงบประมาณผูกพันจากปี ๒๕๖๐ โครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออกแบบบูรณาการ วงเงินรวมปี ๒๕๖๑ = ๒๔๘.๙๘๗ ล้านบาท ซึ่งได้รับจัดสรรงบประมาณตามวงเงินดังกล่าว ซึ่งสามารถจัดซื้อครุภัณฑ์จำนวน วงเงิน ๒๗.๕๔ ล้านบาท ส่วนรายการที่ดินสิ่งก่อสร้าง ๕ รายการ ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากยังไม่ได้รับงบกลางปี ๒๕๖๐

ในปี ๒๕๖๒ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคำของบประมาณตามแผนงานบูรณาการขับเคลื่อนเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ ระยะเวลาดำเนินงาน ๔ ปี (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔) วงเงินรวมทั้งสิ้น ๑,๑๓๒.๖๔๙๘ ล้านบาท ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๒ ในแผนงานดังกล่าว วงเงิน ๕๙.๕๐๙๖ ล้านบาท

ซึ่งในปี ๒๕๖๓ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งคำของบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๓ (แผนบูรณาการเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก)จำนวน ๗ โครงการ รวมวงเงิน ๓๖๙.๘๕๖๑ ล้านบาท ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๒ ในแผนงานดังกล่าว วงเงิน ๑๔๙.๔๙๐๑ ล้าน และได้เสนอแผนงานและงบประมาณเพิ่มเติม ตามมติที่ประชุมคณะอนุกรรมการการสาธารณสุขเขตสุขภาพพิเศษแห่งชาติ (วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๑) ให้แต่ละเขตสุขภาพพิเศษจัดแผนปฏิบัติการสาธารณสุขเขตสุขภาพพิเศษแห่งชาติระยะที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๕ เขตความเชื่อมั่นและเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ” กรอบแนวคิด EEC Healthcare ๔.๐ : การดูแลสุขภาพในพื้นที่ EEC ที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม (Value Based Healthcare) ประกอบด้วย

๑. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ทันสมัยและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบบริการ Service Health Model : Smart Healthcare ๔.๐ , Smart ECS (Emergency care system), การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

๒. การพัฒนาบริการตามความจำเพาะของพื้นที่ ได้แก่ การพัฒนาโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ทางทะเล ฯลฯ

๓. การส่งเสริมป้องกันโรคและจัดการภัยพิบัติด้านสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาความร่วมมือด้านควบคุมโรค Health Risk การพัฒนา โรงพยาบาลหรือ ศูนย์เฝ้าระวังและกักกันโรคในพื้นที่ (Quarantine Center) การพัฒนาระบบศูนย์บัญชาการและจัดการภัยพิบัติ/Smart EOC (Emergency Operation Center)

๔. ส่งเสริมการเป็นศูนย์สุขภาพนานาชาติ โดยสนับสนุนการพัฒนา Medical Services Hub/Wellness Hub/Academic Hub/ Product Hub เช่น การพัฒนาความร่วมมือผลิตแพทย์หลักสูตรนานาชาติของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ร่วมกับ โรงพยาบาลระยอง ฯลฯ สำหรับแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕ ดังกล่าวได้จัดทำแผนงาน ๔ แผน ๑๗ โครงการ วงเงินรวม ๓,๑๗๓.๗๒๕ ล้านบาท ซึ่งวางแผนเพื่อเสนอของบประมาณในปีต่อไป

ความก้าวหน้าในการดำเนินการด้านสาธารณสุขในพื้นที่ EEC เพื่อให้มีศักยภาพการให้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น สามารถรองรับกลุ่มเป้าหมายและปริมาณผู้ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น ๑. ระดับนโยบายได้มีการผลักดันในการยกระดับและพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง โดยการเข้าประชุมและจัดทำข้อเสนอแนะนอกจากนั้นได้วางแผนในการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการในการจัดทำข้อเสนอปรับปรุงระเบียบ เพื่อให้เกิดการจัดการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ๒.ระดับพื้นที่ได้มีการขับเคลื่อนงานโดยใช้กลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะเพื่อความสำเร็จในการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ EEC

๑. จัดสรรงบประมาณเป็นพิเศษแยกต่างหากจากกรอบวงเงินของกระทรวงสาธารณสุข และควรจัดสรรตามแผนฯ ที่ได้รับการอนุมัติ

๒. จัดตั้งกองทุนด้านสุขภาพเพื่อเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง

๓. การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ รวมทั้งจัดทำปรับปรุงกฎ ระเบียบเพื่อให้เกิดความคล่องตัวและพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๑.๖ ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

๑.๖.๑ หน่วยบริการสาธารณสุข

เขตสุขภาพที่ ๖ มีหน่วยบริการตาม Service Plan ซึ่งแบ่งตามระดับการให้บริการ ประกอบด้วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ จำนวน ๗๓ แห่ง ได้แก่ ระดับ A จำนวน ๖ แห่ง,ระดับ S จำนวน ๓ แห่ง, ระดับ M๑ จำนวน ๕ แห่ง, ระดับ M๒ จำนวน ๕ แห่ง, ระดับ F๑ จำนวน ๑๒ แห่ง, ระดับ F๒ จำนวน ๓๖ แห่ง และระดับ F๓ จำนวน ๖ แห่ง และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน ๗๙๐ แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน ๑๗ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๗๗๓ แห่ง รายละเอียดดังตารางที่ ๖

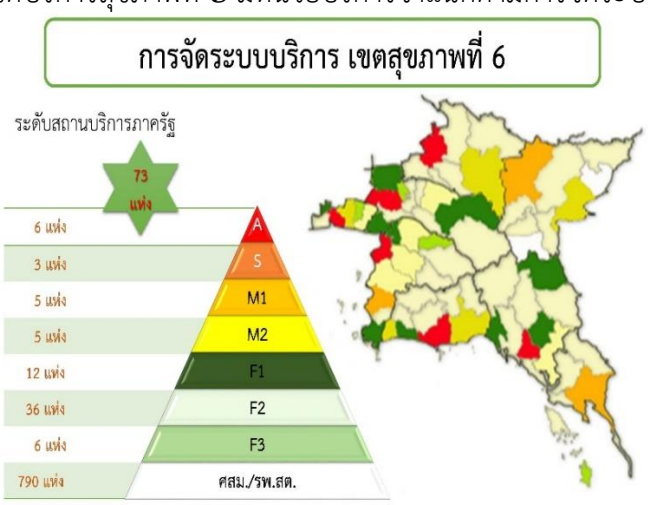
ตารางที่ ๖ การจัดระดับบริการสุขภาพของหน่วยบริการตาม Service Plan

จังหวัด	จำนวนโรงพยาบาลตติยภูมิและทุติยภูมิจำแนกตามระดับบริการ							รวม	ระดับปฐมภูมิ	
	A	S	M๑	M๒	F๑	F๒	F๓		ศสม.	รพ.สต.
ชลบุรี	๑	๑	-	๓	๒	๔	๑	**๑๒**	๕	๑๑๘
ระยอง	๑	-	๒	-	๒	๔	-	**๙**	-	๙๓
จันทบุรี	๑	-	-	-	๔	๗	-	**๑๒**	๓	๑๐๕
ตราด	-	๑	-	-	-	๕	๑	**๗**	๑	๖๖
สมุทรปราการ	๑	-	๑	๑	๑	๑	๑	**๖**	๒	๗๒
ฉะเชิงเทรา	๑	-	-	๑	๓	๕	๑	**๑๑**	๒	๑๑๘
ปราจีนบุรี	๑	-	๑	-	-	๕	-	**๗**	๒	๙๓
สระแก้ว	-	๑	๑	-	-	๕	๒	**๙**	๒	๑๐๘
รวม	**๖**	**๓**	**๕**	**๕**	**๑๒**	**๓๖**	**๖**	**๗๓**	**๑๗**	**๗๗๓**

ที่มา : Service Plan เขตสุขภาพที่ ๖ ณ มกราคม ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๒ การจัดระบบบริการ เขตสุขภาพที่ ๖

เขตบริการสุขภาพที่ ๖ มีหน่วยบริการจำแนกตามการจัดระบบบริการ Service Plan ดังนี้



ระดับ A ๖ แห่ง
ระดับ S ๓ แห่ง
ระดับ M๑ ๕ แห่ง
ระดับ M๒ ๕ แห่ง
ระดับ F๑ ๑๒ แห่ง
ระดับ F๒ ๓๖ แห่ง
ระดับ F๓ ๖ แห่ง

เขตสุขภาพที่ ๖ มีโรงพยาบาลทั้งหมดจำนวน ๗๓ แห่ง โรงพยาบาลศูนย์จำนวน ๖ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน ๘ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๕๙ แห่ง รายละเอียดดังตารางที่ ๗

ตารางที่ ๗ จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด	จำนวนโรงพยาบาล			
	รพ.ศูนย์	รพ.ทั่วไป	รพ.ชุมชน	รวม
ชลบุรี	๑	๑	๑๐	**๑๒**
ระยอง	๑	๒	๖	**๙**
จันทบุรี	๑	-	๑๑	**๑๒**
ตราด	-	๑	๖	**๗**
สมุทรปราการ	๑	๑	๔	**๖**
ฉะเชิงเทรา	๑	-	๑๐	**๑๑**
ปราจีนบุรี	๑	๑	๕	**๗**
สระแก้ว	-	๒	๗	**๙**
รวม	**๖**	**๘**	**๕๙**	**๗๓**

ที่มา : Service Plan เขตสุขภาพที่ ๖ ณ มกราคม ๒๕๖๓

เขตสุขภาพที่ ๖ มีสถานพยาบาล จำนวน ๑๔๓ แห่ง แบ่งออกเป็น ๑) โรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๗๓ แห่ง ๒) โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖ แห่ง ๓) โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๒ แห่ง และ ๔) โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๕๒ แห่ง รายละเอียดดังตารางที่ ๘

ตารางที่ ๘ จำนวนสถานพยาบาลเขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด	จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)				รวม
	โรงพยาบาลภาครัฐในสังกัด กสธ. สป.	โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัด กสธ.กรมอื่น	โรงพยาบาลนอกสังกัด กสธ.	โรงพยาบาลเอกชน	
ชลบุรี	๑๒	๓	๖	๑๗	๓๘
ระยอง	๙	-	๑	๕	๑๕
จันทบุรี	๑๒	-	-	๒	๑๔
ตราด	๗	-	-	๒	๙
สมุทรปราการ	๖	๒	๓	๒๑	๓๒
ฉะเชิงเทรา	๑๑	-	-	๓	๑๔
ปราจีนบุรี	๗	-	๑	๒	๑๐
สระแก้ว	๙	๑	๑	-	๑๑
รวม	**๗๓**	**๖**	**๑๒**	**๕๒**	**๑๔๓**

ที่มา : รายงานการขึ้นทะเบียนสถานบริการสุขภาพ สสจ.ในเขตบริการสุขภาพที่ ๖ ณ มกราคม ๒๕๖๓

๑.๖.๒ บุคลากร

เขตสุขภาพที่ ๖ มีบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน ๒,๑๗๐ คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน ๒,๑๗๐ คน ทันตแพทย์ จำนวน ๕๑๓ คน เภสัชกร ๘๓๖ คน และพยาบาล จำนวน ๙,๙๓๖ คน มีเตียง จำนวน ๙,๓๘๑ เตียง อัตราส่วนเตียงต่อประชากร เท่ากับ ๑ ต่อ ๐.๖๖ เตียงต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน และอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร เท่ากับ ๑ ต่อ ๒,๘๕๑ คน รายละเอียดดังตารางที่ ๙

ตารางที่ ๙ สัดส่วนของแพทย์ และเตียง ต่อประชากร เขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด	ประชากรตามทะเบียนราษฎร์(คน) ๓๑ ธ.ค.๖๒	จำนวนบุคลากร(คน)				จำนวนเตียง	อัตราส่วนเตียง : ๑๐๐๐ ประชากร	อัตราส่วนแพทย์ : ประชากร
		แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล			
ชลบุรี	๑,๕๕๘,๓๐๑	๕๔๐	๙๖	๑๗๘	๒,๑๗๐	๑,๘๔๒	๑ : ๐.๘๕	๑ : ๒,๘๘๕
ระยอง	๗๓๔,๗๕๓	๒๗๖	๖๓	๑๒๒	๑,๓๙๑	๑,๒๔๔	๑ : ๐.๕๙	๑ : ๒,๖๖๒
จันทบุรี	๕๓๗,๖๙๘	๒๙๒	๗๒	๑๐๙	๑,๓๘๘	๑,๑๘๕	๑ : ๐.๔๕	๑ : ๑,๘๔๑
ตราด	๒๒๙,๙๕๘	๘๙	๓๕	๕๐	๖๑๒	๕๔๐	๑ : ๐.๔๒	๑ : ๒,๕๘๓
สมุทรปราการ	๑,๓๔๔,๘๗๕	๒๖๐	๖๐	๑๐๘	๑,๑๒๙	๑,๕๑๓	๑ : ๐.๘๙	๑ : ๕,๑๗๒
ฉะเชิงเทรา	๗๒๐,๑๑๓	๓๒๑	๗๙	๑๐๕	๑,๓๒๙	๑,๒๒๕	๑ : ๐.๕๙	๑ : ๒,๒๔๓
ปราจีนบุรี	๔๙๔,๖๘๐	๒๒๗	๕๐	๘๓	๑,๐๑๓	๙๔๖	๑ : ๐.๕๒	๑ : ๒,๑๗๙
สระแก้ว	๕๖๖,๓๐๓	๑๖๕	๕๘	๘๑	๙๐๔	๘๘๖	๑ : ๐.๖๔	๑ : ๓,๔๓๒
เขตสุขภาพที่ ๖	**๖,๑๘๖,๖๘๑**	**๒,๑๗๐**	**๕๑๓**	**๘๓๖**	**๙,๙๓๖**	**๙,๓๘๑**	**๑ : ๐.๖๖**	**๑ : ๒,๘๕๑**

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม HORP กระทรวงสาธารณสุข ณ มกราคม ๒๕๖๓

๑.๖.๓ สิทธิด้านการรักษาพยาบาล

เขตสุขภาพที่ ๖ มีประชากรที่ขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษาพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น ๗,๔๖๙,๙๐๒ คน คิดเป็นความครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ จำแนกสิทธิรักษาพยาบาล ดังนี้ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด จำนวน ๔,๑๒๙,๐๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๒๘ สิทธิประกันสังคม ๒,๗๘๓,๒๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๒๖ สิทธิข้าราชการ/สิทธิรัฐวิสาหกิจ จำนวน ๓๖๘,๙๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๙๔ และสิทธิ์อื่นๆ จำนวน ๑๔๕,๑๓๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๙๔ ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ ๑๐

ตารางที่ ๑๐ จำนวนประชากร จำแนกรายสิทธิการรักษาพยาบาล รายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๖ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒

จังหวัด	รวม	สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS+WEL)	สิทธิประกันสังคม (SSS)	สิทธิข้าราชการ/สิทธิรัฐวิสาหกิจ (OFC)	สิทธิ์อื่นๆ	แรงงานต่างด้าว
ชลบุรี	๒,๓๑๖,๒๐๗	๑,๐๓๗,๐๘๑	๑,๑๑๘,๐๑๗	๑๐๕,๐๑๕	๔๑,๕๗๘	๑๔,๕๑๖
ระยอง	๘๒๖,๔๑๙	๕๒๘,๗๗๘	๒๔๔,๑๔๒	๓๔,๒๔๕	๔,๓๘๑	๑๔,๘๗๓
จันทบุรี	๕๓๗,๒๓๖	๔๓๕,๙๒๙	๔๙,๓๕๒	๓๗,๐๙๑	๑๐,๒๐๙	๔,๖๕๕
ตราด	๒๒๓,๙๖๘	๑๗๐,๘๗๔	๑๙,๗๒๕	๑๗,๙๑๓	๑๓,๕๔๔	๑,๙๑๒
สมุทรปราการ	๑,๗๘๖,๕๒๑	๗๓๔,๒๔๖	๙๔๓,๒๒๖	๖๕,๗๗๓	๔๐,๐๗๘	๓,๑๙๘
ฉะเชิงเทรา	๗๖๗,๑๑๖	๔๗๔,๖๗๓	๒๓๓,๔๓๔	๔๒,๑๔๐	๑๔,๒๓๗	๒,๖๓๒
ปราจีนบุรี	๕๒๑,๒๔๔	๓๓๔,๓๑๖	๑๓๙,๗๒๒	๓๕,๘๖๐	๑๐,๘๙๖	๔๕๐
สระแก้ว	๔๙๑,๑๙๑	๔๑๓,๑๑๔	๓๕,๕๙๒	๓๐,๘๗๔	๑๐,๒๑๓	๑,๓๙๘
รวม	**๗,๔๖๙,๙๐๒**	**๔,๑๒๙,๐๑๑**	**๒,๗๘๓,๒๑๐**	**๓๖๘,๙๑๑**	**๑๔๕,๑๓๖**	**๔๓,๖๓๔**
ร้อยละ	**๑๐๐**	**๕๕.๒๘**	**๓๗.๒๖**	**๔.๙๔**	**๑.๙๔**	**๐.๕๘**

ที่มา : สำนักบริหารงานทะเบียนหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

๑.๗ ข้อมูลด้านสุขภาพเขตสุขภาพที่ ๖

๑.๗.๑ การเกิดมีชีพของประชากร เขตสุขภาพที่ ๖

ในปีพ.ศ. ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๖ มีประชากรเกิดมีชีพทั้งหมดจำนวน ๔๑,๖๗๗ คน คิดเป็น ๖.๘๕ ต่อประชากรหนึ่งพันคน เพศชายจำนวน ๒๑,๔๑๐ คน เพศหญิง จำนวน ๒๐,๒๖๗ คน จังหวัดที่มีอัตราการเกิดต่อประชากรหนึ่งหมื่นคนสูงสุดคือจังหวัดจันทบุรี ๑๙.๔๕ รองลงมาคือจังหวัดชลบุรี ๘.๔๑ และจังหวัดระยอง ๕.๔๐ ในจังหวัดที่มีอัตราการเกิดต่อประชากรหนึ่งพันคนต่ำสุดคือจังหวัดสระแก้ว ๔.๑๗ รายละเอียดดังตารางที่ ๑๑

ตารางที่ ๑๑ อัตราการเกิดมีชีพของประชากร เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๓

จังหวัด	การเกิด			
	เพศชาย	เพศหญิง	รวม	อัตราการเกิดต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน
ชลบุรี	๖,๖๐๑	๖,๒๔๓	๑๒,๘๔๔	๘.๔๑
ระยอง	๒,๐๐๗	๑,๘๙๔	๓,๙๐๑	๕.๔๐
จันทบุรี	๕,๓๗๖	๕,๐๐๗	๑๐,๓๘๓	๑๙.๔๕
ตราด	๕๔๘	๔๖๐	๑,๐๐๘	๔.๕๗
สมุทรปราการ	๒,๘๙๖	๒,๘๑๔	๕,๗๑๐	๔.๓๔
ฉะเชิงเทรา	๑,๕๕๖	๑,๕๕๔	๓,๑๑๐	๔.๓๖
ปราจีนบุรี	๑,๑๘๒	๑,๑๙๗	๒,๓๗๙	๔.๘๓
สระแก้ว	๑,๒๔๔	๑,๐๙๘	๒,๓๔๒	๔.๑๗
เขต 6	**๒๑,๔๑๐**	**๒๐,๒๖๗**	**๔๑,๖๗๗**	**๖.๘๕**

ที่มา : ข้อมูลจากสำนักกรมการปกครอง สำนักบริหารการทะเบียน ณ วันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

๑.๗.๒ การตายประชากร เขตสุขภาพที่ ๖

ในปีพ.ศ. ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๖ มีอัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ๕.๒๘ ต่อการเกิดมีชีพพันคน สูงสุดคือจังหวัดตราด ๘.๘๕ รองลงมาคือจังหวัดสระแก้ว ๗.๖๑ ต่ำสุดคือจังหวัดปราจีนบุรี ไม่มีทารกแรกเกิดเสียชีวิต และอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน เขตสุขภาพที่ ๖ มีมารดาตาย ๒๘.๖๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สูงสุดคือจังหวัดระยอง ๔๘.๘๔ รองลงมาคือจังหวัดปราจีนบุรี ๓๘.๙๕ และจังหวัดชลบุรี ๓๕.๐๕ ต่ำสุดคือจังหวัดตราด ไม่มีมารดาตาย รายละเอียดดังตารางที่ ๑๒

ตารางที่ ๑๒ อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๓

จังหวัด	อัตราตายทารกแรกเกิด ต่อการเกิดมีชีพพันคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ชลบุรี	๕.๘๘	๓๕.๐๕
ระยอง	๕.๔๐	๔๘.๘๔
จันทบุรี	๖.๐๐	๑๘.๗๔
ตราด	๘.๘๕	๐.๐๐
สมุทรปราการ	๔.๙๖	๘.๑๔
ฉะเชิงเทรา	๔.๓๗	๓๐.๒
ปราจีนบุรี	๐.๐๐	๓๘.๙๕
สระแก้ว	๗.๖๑	๒๐.๘๒
เขต ๖	**๕.๒๘**	**๒๘.๖๕**

ที่มา : ข้อมูลจาก Health KPI ณ วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๓
ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ประชากรเขตสุขภาพที่ ๖ มีสาเหตุการตาย ใน ๓ อันดับแรก คือ โรคปอดบวม จำนวน ๓,๑๒๗ คน อุบัติเหตุจราจร จำนวน ๒,๗๖๔ คน และโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน ๒,๗๓๓ คน ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ ๑๓

ตารางที่ ๑๓ สาเหตุการตาย ๑๐ อันดับแรก เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๓

ลำดับ	รหัส ICD-๑๐	ชื่อโรค	จำนวน (คน)
๑	J๑๒ - J๑๒๙	โรคปวดบวม	๓,๑๒๗
๒	V๐๒๑ - V๙๗๒	อุบัติเหตุจราจร	๒,๗๖๔
๓	I๒๐ - I๕๑๙	โรคหัวใจขาดเลือด	๒,๗๓๓
๔	C๐๐ - C๙๖๙	โรคมะเร็ง	๒,๔๖๒
๕	E๑๐ - E๑๔๙	โรคเบาหวาน	๑,๗๒๑
๖	I๖๑ - I๖๑๙	เลือดออกในสมอง	๑,๕๙๔
๗	N๑๐ - N๑๙	โรคไตวายเรื้อรัง	๑,๕๕๓
๘	A๔๑๙	การติดเชื้อในกระแสเลือด	๑,๒๒๑
๙	G๓๑๙	โรคไขสันหลังฝ่อ	๘๗๙
๑๐	K๗๔๖	ตับแข็ง	๗๔๙
	รวม		**๑๘,๘๐๓**

ที่มา : ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

๑.๗.๓ อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด เขตสุขภาพที่ ๖

ประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดเพศชายอยู่ที่ ๗๓.๒๐ เพศหญิง ๘๐.๓๐ เขตสุขภาพที่ ๖ มีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดเพศชายอยู่ที่ ๗๓.๘๕ เพศหญิง ๘๐.๙๐ ซึ่งสูงกว่าของประเทศ โดยจังหวัดที่มีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดเพศชายและเพศหญิงสูงสุดคือจังหวัดสมุทรปราการ ๗๕.๔๘ และ ๘๑.๖๕ ตามลำดับ รายละเอียดตามแผนภาพที่ ๓

แผนภาพที่ ๓ อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด เขตสุขภาพที่ ๖

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE)	♂	♀
ประเทศ	๗๓.๒๐	๘๐.๓๐
เขตสุขภาพที่ ๖	๗๓.๘๕	๘๐.๙๐

จังหวัด	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE)	
	เพศชาย	เพศหญิง
ชลบุรี	๗๔.๗๖	๘๑.๓๗
ระยอง	๗๓.๒๙	๕๐.๓๕
จันทบุรี	๗๒.๙๖	๘๐.๘๔
ตราด	๗๓.๒๐	๘๑.๑๔
สมุทรปราการ	๗๕.๔๘	๘๑.๖๕
ฉะเชิงเทรา	๗๓.๕๗	๘๐.๖๔
ปราจีนบุรี	๗๑.๘๙	๗๙.๙๓
สระแก้ว	๗๑.๘๙	๗๙.๓๓

ที่มา : ข้อมูลจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ณ วันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓
ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

๒. การบริหารจัดการเขตสุขภาพที่ ๖

๒.๑ โครงสร้างคณะกรรมการ การบริหารจัดการเขตสุขภาพที่ ๖

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสขภาพที่ ๖

นายแพทย์อภิชาต รอดสม
สาธารณสขนิเทศก์ เขตสขภาพที่ ๖

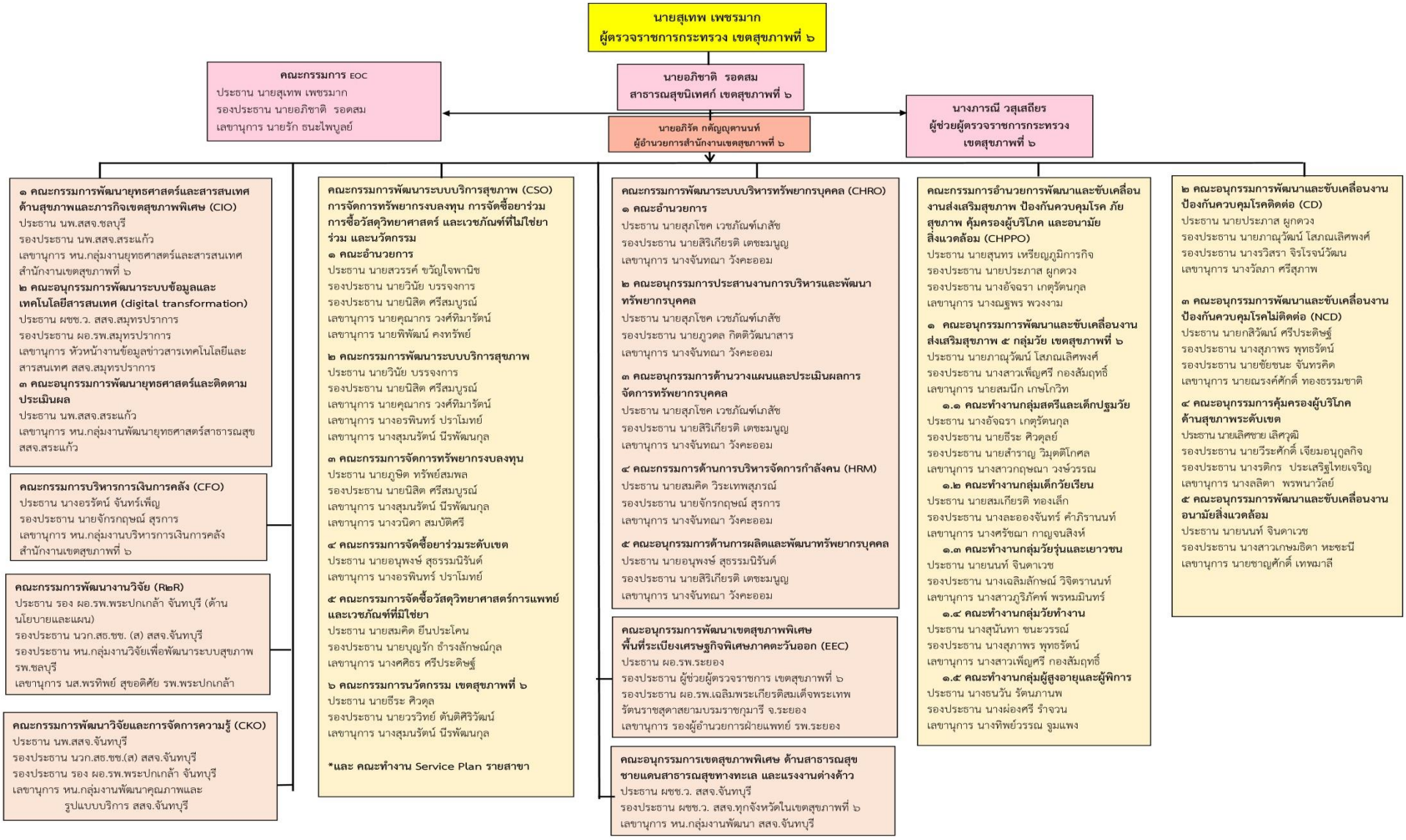
นางภารณี วสุเสถียร
ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสขภาพที่ ๖

นายแพทย์อภิรัตน์ กตัญญุตานนท์
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่

ในการบริหารจัดการ เขตสุขภาพที่ ๖ ประกอบด้วยคระท่านผู้บริหารที่สำคัญ คือ นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖ นายแพทย์อภิชาต รอดสม สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖ นางภารณี วสุเสถียร ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖ และนายแพทย์อภิรัตน์ กตัญญุตานนท์ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ และมีคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานด้านต่างๆในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รายละเอียดดังแผนภาพที ๔

คณะกรรมการ	ประธาน
๑. คณะกรรมการปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (EOC)	นายสุเทพ เพชรมาก
๒. คณะกรรมการพัฒนายุทธศาสตร์และสารสนเทศด้านสุขภาพและภารกิจเขตสุขภาพพิเศษ (CIO)	นายแพทย์อภิรัตน์ กตัญญุตานนท์
๓. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO) การจัดการทรัพยากรงบลงทุน การจัดซื้อยาร่วม การซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์ และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาร่วม และนวัตกรรม	นายแพทย์สวรรค์ ขวัญใจพานิช
๔. คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาและขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ คุ้มครองผู้บริโภค และอนามัยสิ่งแวดล้อม (CHPPO)	นายแพทย์สุนทร เหรียญภูมิการกิจ
๕. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล	นายแพทย์สุภโชค เวชภัณฑ์เภสัช
๖. คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO)	แพย์หญิงอรรัตน์ จันทร์เพ็ญ
๗. คณะกรรมการพัฒนางานวิจัย (R๒R)	นายแพทย์พิพัฒน์ คงทรัพย์
๘. คณะกรรมการพัฒนาวิจัยและการจัดการความรู้ (CKO)	นายแพทย์อภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์

แผนภาพที่ ๔ โครงสร้างคณะกรรมการ การบริหารจัดการเขตสุขภาพที่ ๖



๒.๒ โครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖

นายแพทย์อภิรัตน์ กตัญญุตานนท์
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสขภาพที่ ๖

นายแพทย์วิชัย ธนาโสภณ
รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสขภาพที่ ๖

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ มีโครงสร้างการดำเนินงาน ประกอบด้วย

๑. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ คือ นายแพทย์อภิรัตน์ กตัญญุตานนท์

๒. รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ คือ นายแพทย์วิชัย ธนาโสภณ ซึ่งตามโครงสร้างจะประกอบด้วยรองผู้อำนวยการ ๓ คน คือ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการอำนวยการ รองผู้อำนวยการกลุ่มการจัดบริการสุขภาพ และรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจสนับสนุน

๓. สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ มีเจ้าหน้าที่ทั้งสิ้นจำนวน ๓๕ คน ประกอบด้วย ๖ กลุ่มงาน ดังนี้

๓.๑ กลุ่มงานอำนวยการ (GM) : รับผิดชอบงานบริหาร งานสารบรรณ งานธุรการ งานพัสดุ งานนิติกร งานการเงินและบัญชี มีเจ้าหน้าที่จำนวน ๘ คน

๓.๒ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ (CIO) : รับผิดชอบงานแผนงาน งานประเมินผล งานตรวจราชการ โครงการพิเศษ โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ งานข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ มีเจ้าหน้าที่จำนวน ๗ คน

๓.๓ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO) : รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ งานบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ งานขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ และงานสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (งานบริหารเวชภัณฑ์และวัสดุ งบลงทุน) มีเจ้าหน้าที่จำนวน ๕ คน

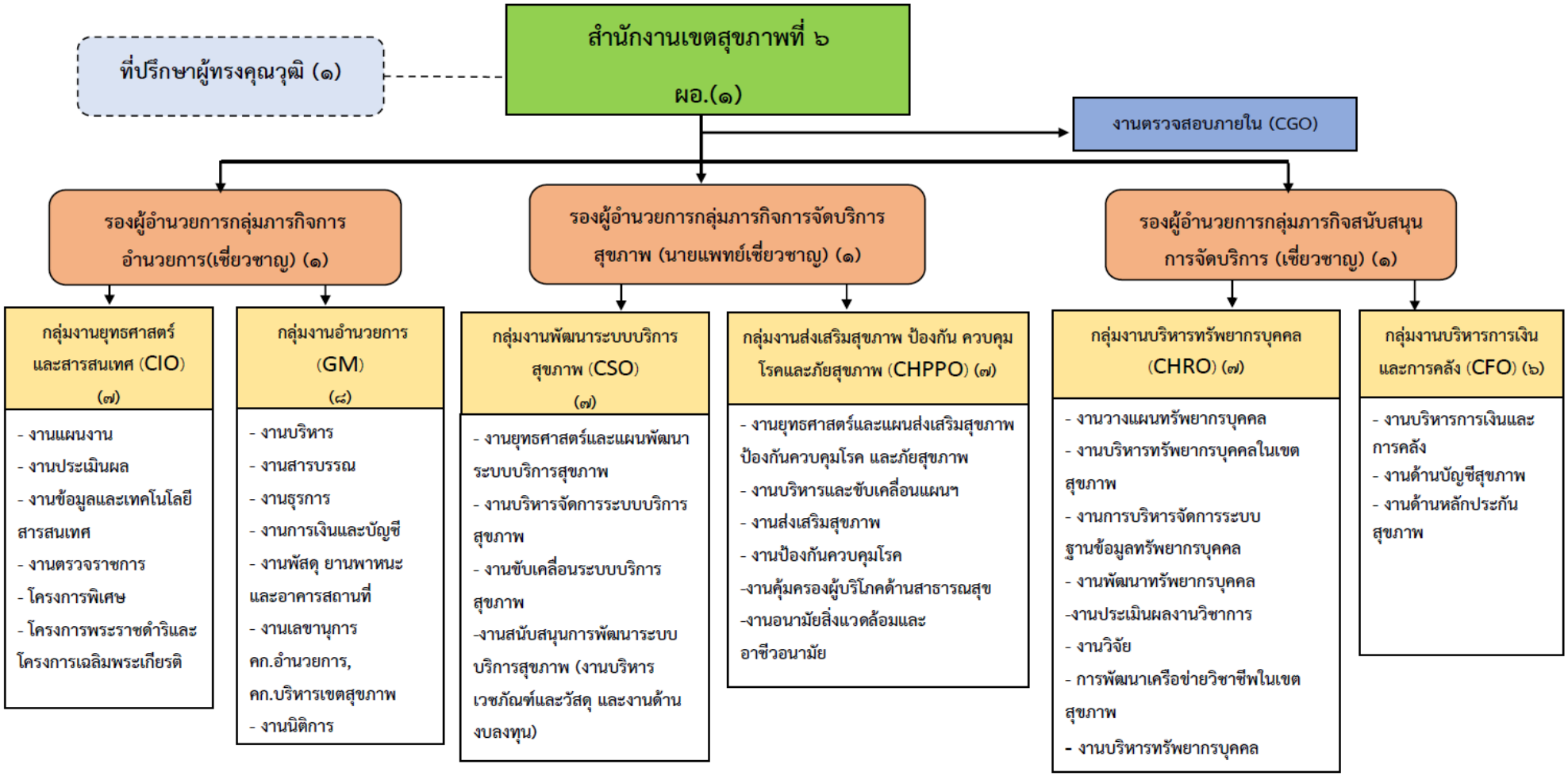
๓.๔ กลุ่มงานส่งเสริมสุภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (CHPPO) : รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ แผนงาน งานบริหาร และขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย มีเจ้าหน้าที่จำนวน ๔ คน

๓.๕ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล (CHRO) : รับผิดชอบงานวางแผนทรัพยากรบุคคล งานบริหารทรัพยากรบุคคลภายในเขตสุขภาพ งานการบริหารจัดการระบบฐานข้อมูลทรัพยากรบุคคล งานประเมินผลงานวิชาการ งานวิจัย และการพัฒนาทรัพยากรบุคคลและเครือข่ายวิชาชีพในเขตสุขภาพ มีเจ้าหน้าที่จำนวน ๕ คน

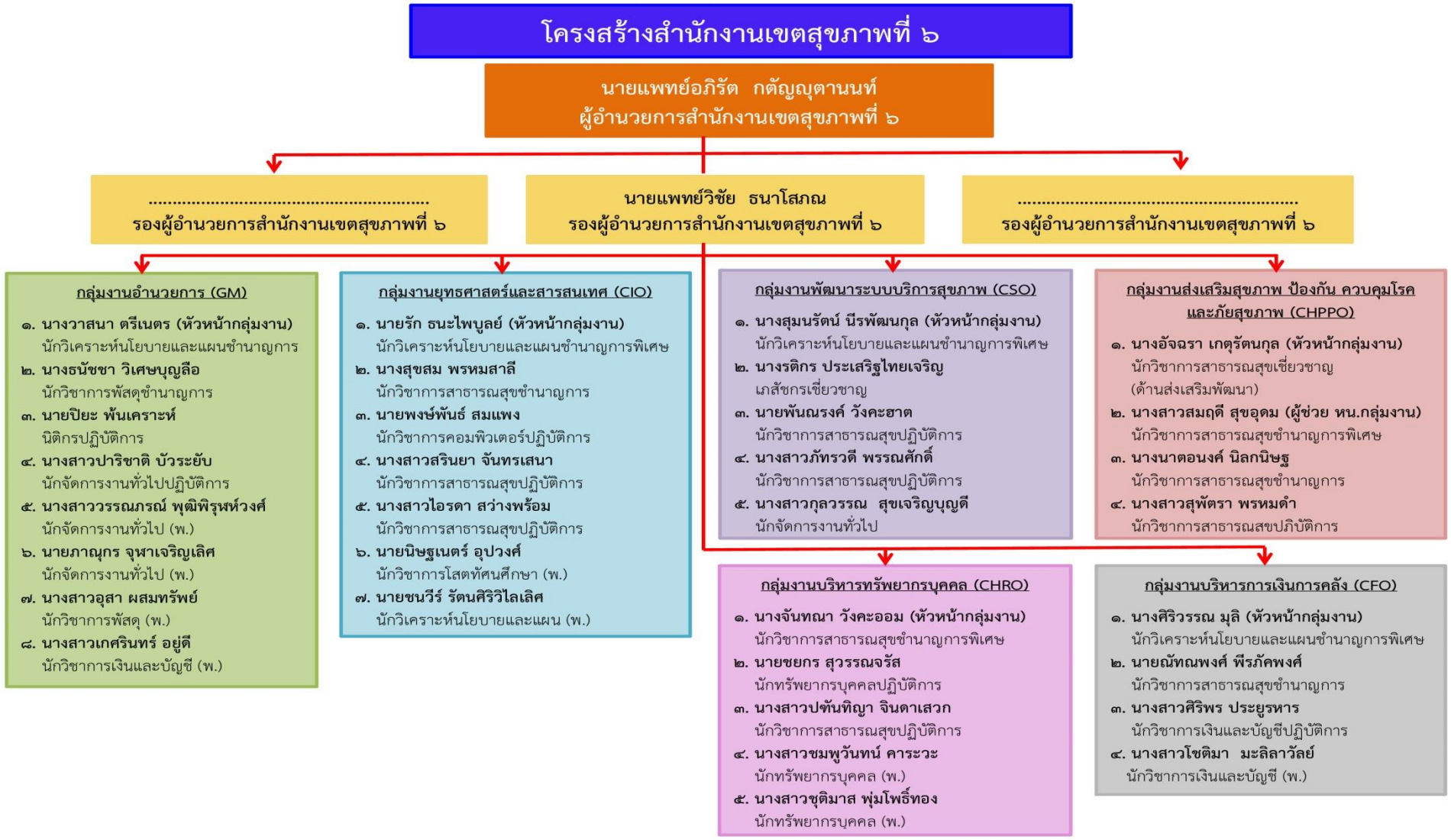
๓.๖ กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง (CFO) : รับผิดชอบงานบริหารการเงินและการคลัง งานด้านบัญชีสุขภาพ และงานหลักประกันสุขภาพ มีเจ้าหน้าที่จำนวน ๔ คน

รายละเอียดดังแผนภาพที่ ๕ แล ๖

แผนภาพที่ ๕ โครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖



แผนภาพที่ ๖ โครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖



๒.๓ แผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ ๖

เขตสุขภาพที่ ๖ มีวิสัยทัศน์ คือ “เขตสุขภาพสมรรถนะสูงการบริการมาตรฐานสากลทันสมัย และมีนวัตกรรมเพื่อประชาชนสุขภาพดี พึ่งตนเองทางสุขภาพได้ หนุนเสริมการพัฒนาภาคตะวันออกให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนา

๑) การเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุกเพื่อความฉลาดรู้เห็นคุณค่าของสุขภาพดีที่พึ่งตนเองทางสุขภาพแผน

๒) การพัฒนาการบริการทางการแพทย์สู่สากลและการเสริมสร้างความเป็นเลิศในบริการสุขภาพ

๓) การพัฒนากำลังคนด้านการสาธารณสุขและการเสริมความสุขภาคภูมิใจในหน้าที่ แก่บุคลากรทุกระดับ

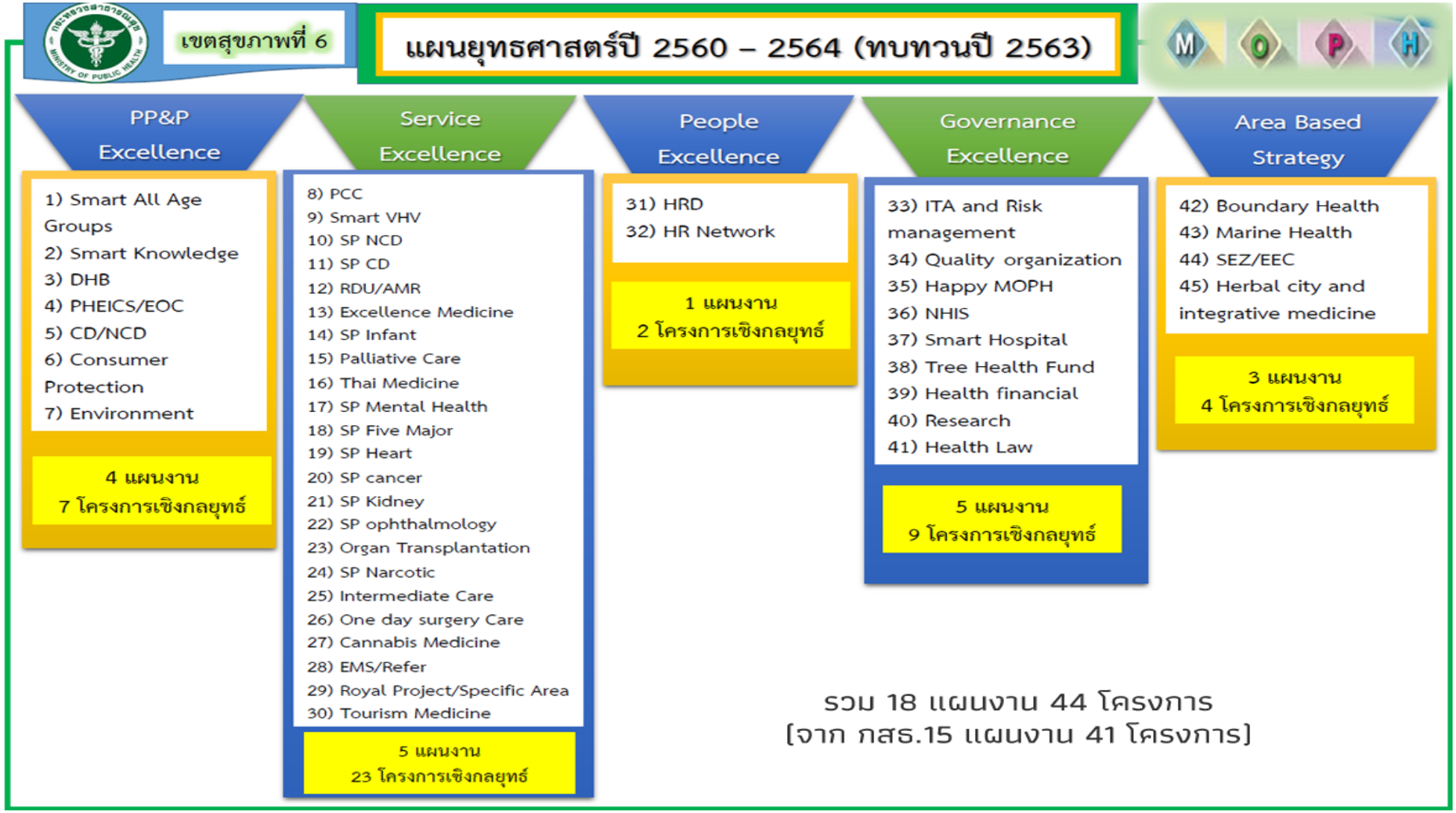
๔) สร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการ และการอภิบาลระบบสุขภาพที่มีคุณภาพธรรมาภิบาล มีสมรรถนะสูง และทันสมัย

๕) ขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่ตามโมเดลเศรษฐกิจ ๔.๐ และการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ประเทศ ๒๐ ปี

รายละเอียดดังแผนภาพที่ ๗ และ ๘

แผนภาพที่ ๗ วิสัยทัศน์ พันธกิจ และประเด็นยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ ๖

แผนภาพที่ ๘ แผนยุทธศาสตร์ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๖



๒.๔ สรุปแผนงาน/โครงการเขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

เขตสุขภาพที่ ๖ ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ (งบดำเนินงาน) จำนวน ๕,๔๔๙,๐๐๐ บาท แบ่งออกเป็น ๑) แผนงานยุทธศาสตร์สร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (๒๑๐๐๒๓๒๗๙๕๐๐๐๐๐๐) กิจกรรมพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) (๒๑๐๐๒xxxxO๓๑๑๔) จำนวน ๕,๐๐๐,๐๐๐ บาท ๒) แผนงานยุทธศาสตร์สร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (๒๑๐๐๒๓๒๗A๐๐๐๐๐๐๐) กิจกรรมสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร เพื่อรองรับการจัดบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพ (๒๑๐๐๒xxxxO๓๑๒๗) จำนวน ๑๔๙,๐๐๐ บาท และ ๓) แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ผลผลิตนโยบาย ยุทธศาสตร์ ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ (๒๑๐๐๒๓๕๗๐๘๐๐๐๐๐๐) กิจกรรมพัฒนาระบบข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ (๒๑๐๐๒xxxxO๓๑๓๔) จำนวน ๓๐๐,๐๐๐ บาท มีการเบิกจ่ายงบประมาณ จำนวน ๕,๓๗๕,๙๗๑.๗๕ บาท คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๖๖ และคงเหลืองบประมาณ จำนวน ๗๓,๐๒๘.๒๕ บาท คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๔ รายละเอียดดังตารางที่ ๑๔

ตารางที่ ๑๔ การจัดสรรงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ (งบดำเนินงาน) เขตสุขภาพที่ ๖

แผนงาน	โครงการ/ผลผลิต	กิจกรรม	จำนวน (บาท)
ยุทธศาสตร์สร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี	พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (๒๑๐๐๒๓๒๗๙๕๐๐๐๐๐๐)	พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) (๒๑๐๐๒xxxxO๓๑๑๔)	๕,๐๐๐,๐๐๐
	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (๒๑๐๐๒๓๒๗A๐๐๐๐๐๐๐)	สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการจัดบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพ (๒๑๐๐๒xxxxO๓๑๒๗)	๑๔๙,๐๐๐
พื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์	นโยบาย ยุทธศาสตร์ ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ (๒๑๐๐๒๓๕๗๐๘๐๐๐๐๐๐)	พัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ (๒๑๐๐๒xxxxO๓๑๓๔)	๓๐๐,๐๐๐
รวม			**๕,๔๔๙,๐๐๐**

๑. แผนงานยุทธศาสตร์สร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี

๑.๑ โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (๒๑๐๐๒๓๒๗๙๕๐๐๐๐๐๐)

เขตสุขภาพที่ ๖ ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๕,๐๐๐,๐๐๐ บาท โดยจัดสรรให้กลุ่มงานในสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ ตามแผนงาน/โครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๒,๐๘๐,๔๒๐ บาท และจัดสรรให้หน่วยงานในเขตสุขภาพที่ ๖ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะทำงาน จำนวน ๒,๙๑๙,๕๘๐ บาท รายละเอียดดังตารางที่ ๑๕

ตารางที่ ๑๕ การจัดสรรงบประมาณ แผนงานยุทธศาสตร์สร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๖

ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข	แผนงาน/โครงการ	จำนวน (บาท)	หมายเหตุ
จัดสรรให้กลุ่มงานในสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ ตามแผนงาน/โครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓			
Prevention& Promotion Excellence	โครงการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ ๖	๔๕,๗๔๗	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค (CHPPO)
Service Excellence	โครงการขับเคลื่อน และกำกับติดตามงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๖	๑๕๗,๙๗๕	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO)
People Excellence	โครงการพัฒนาระบบบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ ๖	๘๐,๒๐๐	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล (CHRO)
	โครงการบริหารจัดการกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ ๖	๘๔,๕๕๖	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล (CHRO)
Governance Excellence	โครงการพัฒนาระบบการกำกับติดตาม และเร่งรัดการดำเนินงานตามนโยบาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร เขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓	๑๑๐,๙๗๐	กลุ่มงานอำนวยการ (GM)
	การพัฒนาระบบบริหารจัดการตามภารกิจพื้นฐานตามยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓	๓๒๒,๓๘๐	กลุ่มงานอำนวยการ (GM)
	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนและพัฒนาระบบการตรวจราชการและนิเทศงาน เขตสุขภาพที่ ๖ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓	๓๕๙,๕๕๐	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ (CIO)

ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข	แผนงาน/โครงการ	จำนวน (บาท)	หมายเหตุ
	โครงการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ เขตสุขภาพที่ ๖	๔๔๗,๗๐๒	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ (CIO)
	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยผ่าน platform ของกระทรวงสาธารณสุข (nRefer) สำหรับเขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๑๑๓,๐๔๘	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ (CIO)
	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามรายงานสถานการณ์ COVID-19 เขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๗๕,๓๓๔	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ (CIO)
	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์และถ่ายทอดลงสู่แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และสรุปผลการดำเนินงานตามนโยบายที่สำคัญ เขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓	๒๖๓,๒๕๐	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ (CIO)
	โครงการขับเคลื่อนการบริหารงานด้านการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๑๐,๙๕๐	กลุ่มงานบริหารการเงินการคลัง (CFO)
	แผนบริหารจัดการของกลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง	๖,๖๑๒	กลุ่มงานบริหารการเงินการคลัง (CFO)
	สำรองงบประมาณกรณีฉุกเฉิน	๒,๑๔๖	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖
จัดสรรให้หน่วยงานในเขตสุขภาพที่ ๖ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะทำงาน			
Prevention& Promotion Excellence	โครงการพัฒนากระบวนการงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ ๖	๙,๑๐๐	โอนให้ สสจ.ชลบุรี
	โครงการพัฒนาและขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ (วัยเรียน)	๒๒,๖๐๐	โอนให้ สสจ.สระแก้ว
	โครงการพัฒนาและขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ (วัยรุ่น)	๑๐,๑๐๐	โอนให้ สสจ.ฉะเชิงเทรา
	โครงการพัฒนาและขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ (วัยทำงาน)	๑๖,๖๐๐	โอนให้ สสจ.สมุทรปราการ
	โครงการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อและภารกิจยุติปัญหาวัณโรค เขตสุขภาพที่ ๖	๓๑,๗๘๐	โอนให้ สสจ.ระยอง

ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข	แผนงาน/โครงการ	จำนวน (บาท)	หมายเหตุ
	โครงการขับเคลื่อนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ ๖	๒๗,๑๐๐	โอนให้ สสจ.ฉะเชิงเทรา
	โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขต	๒๑,๘๐๐	โอนให้ สสจ.ฉะเชิงเทรา
	โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม เขตสุขภาพที่ ๖	๖,๕๐๐	โอนให้ สสจ.ฉะเชิงเทรา
People Excellence	โครงการประเมินผลงานเลื่อนระดับชำนาญการพิเศษและขอรับเงินประจำตำแหน่งระดับชำนาญการ	๙๐,๐๐๐	โอนให้ รพ.ตราด
	โครงการประเมินผลงานเลื่อนระดับชำนาญการพิเศษและขอรับเงินประจำตำแหน่งระดับชำนาญการ	๑๐,๐๐๐	โอนให้ รพ.ระยอง
Governance Excellence	โครงการพัฒนางานวิจัยและการจัดการความรู้ เขตสุขภาพที่ ๖	๑๐๐,๐๐๐	โอนให้ สสจ.จันทบุรี
	การประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่ ๖ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓	๑,๐๐๐,๐๐๐	โอนให้ สสจ.สมุทรปราการ
	สนับสนุนค่าใช้จ่ายต่างๆ และค่าสาธารณูปโภค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓	๓๓๔,๐๐๐	โอนให้ สสจ.ชลบุรี
	สนับสนุนการดำเนินงานตามภารกิจ	๔๔๐,๐๐๐	โอนให้ สสจ.ชลบุรี
	สนับสนุนการดำเนินงานตามภารกิจ	๓๐๐,๐๐๐	โอนให้ สสจ.ตราด
	สนับสนุนการดำเนินงานตามภารกิจ	๕๐๐,๐๐๐	โอนให้ สสจ.สมุทรปราการ
รวม		**๕,๐๐๐,๐๐๐**	

๑.๒ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (๒๑๐๐๒๓๒๗A๐๐๐๐๐๐๐)

เขตสุขภาพที่ ๖ ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๑๔๙,๐๐๐ บาท โดยได้ดำเนินการจัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานบริหารบุคคล เขตสุขภาพที่ ๖ ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายคือ คณะกรรมการและคณะทำงาน HRP HRM HRD เขตสุขภาพที่ ๖

จำนวน ๘๗ คน จากผลการดำเนินงานพบว่า เขตสุขภาพที่ ๖ มีแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ได้แก่ องค์กรสร้างสุข การจัดทำคำสั่งในระบบ HROPS และการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น

๒. แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

เขตสุขภาพที่ ๖ ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๓๐๐,๐๐๐ บาท ซึ่งได้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานภายในเขตสุขภาพที่ ๖ โดยได้จัดกิจกรรม จำนวน ๒ กิจกรรม ได้แก่ ๑) จัดประชุมชี้แจงแนวทางการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๕๐,๐๐๐ บาท และ ๒) เป็นค่าตอบแทนกรรมการประเมินผลงานวิชาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๒๕๐,๐๐๐ บาท

๓. สรุปผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ ๖ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓

๓.๑ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

ปัจจุบันเขตสุขภาพที่ ๖ มีเรือนจำทั้งหมด ๑๕ แห่ง จำนวนผู้ต้องขังรวมทั้งสิ้น ๓๗,๔๖๑ คน โดยจังหวัดชลบุรี มีจำนวนผู้ต้องขัง เป็นอันดับที่ ๑ ของเขต รองลงมาคือ จังหวัดระยอง ส่วนใหญ่ผู้ต้องขังมีสิทธิการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิ UC ตรง CUP

สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในเรือนจำที่ผ่านมา พบโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และเคยเกิดโรคระบาดในเรือนจำ ได้แก่ โรคตาแดง โรคหิด อุจจาระร่วง สุกใส

ทุกจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลแม่ข่าย เรือนจำ ทัณฑสถาน สถานกักกันและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการจัดทำแผนบูรณาการร่วมกันและเกิดการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังในแต่ละพื้นที่มีบริการตรวจรักษาในเรือนจำตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) ดังนี้

การส่งเสริมป้องกันโรค : มีการส่งเสริมสุขภาพและให้บริการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็ก สตรี กลุ่มอายุ ๑๘ - ๕๙ ปี (TB HIV DM HT วัคซีน) ทันตกรรม และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การส่งเสริมสุขภาพจิต : มีจิตแพทย์จาก รพ.แม่ข่าย ออกตรวจ และ รพ.จังหวัด เป็นคู่ข่ายร่วมจัดบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า และระบบให้คำปรึกษา บำบัดรักษาทางระบบ telemedicine

การฟื้นฟูสมรรถภาพ : ฝึกแกนนำ/อาสาสมัครเรือนจำ ให้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ป้องกันความพิการ ฝึกการเคลื่อนไหวเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะทางกาย มีการออกใบรับรองความพิการและประสานขอสนับสนุนกายอุปกรณ์ตามความเหมาะสมและจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังตามความเหมาะสม

เรือนจำกลางจังหวัดชลบุรี ทัณฑสถานหญิงจังหวัดชลบุรี เรือนจำกลางจังหวัดระยอง มีการกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และรายงานผลตามเกณฑ์ที่กำหนด

<u>ปัจจัยความสำเร็จ</u>

- มีการดำเนินงานด้านพัฒนาระบบสาธารณสุขในเรือนจำอย่างต่อเนื่อง มีการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี มีแผนสำรองรับปัญหาและอุปสรรคครบทุกด้าน
- จัดทำช่องทางติดต่อแพทย์ทางโทรศัพท์/ไลน์ในการประสานงานดูแลรักษาตลอดเวลา
- มีการพัฒนาระบบการติดตามและส่งต่อให้พื้นที่ดูแลผู้ต้องขังที่พ้นโทษ และคืนคุณภาพชีวิตโดยการฝึกอาชีพเป็นระยะเวลา ๑ ปี

- มีการคัดกรองโรคในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับทุกราย โดยให้บริการทุกเดือน ได้แก่ วัณโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สุขภาพจิต(จิตเวช) สารเสพติด

- จัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์มาตรฐานและครอบคลุมทุกด้าน

<u>นวัตกรรมและตัวอย่างการดำเนินงานที่ดี</u>

จังหวัดชลบุรี : มีการดำเนินงานตามเป้าหมายครบ ๕ ระดับ (ตามแผนจังหวัดนำร่อง)

จังหวัดฉะเชิงเทรา : เรือนจำมีแผนการพัฒนาสถานพยาบาล ให้มีรูปแบบโครงสร้างและการดำเนินงานเสมือนเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และสำนักงานสาธารณสุขฉะเชิงเทรา มีกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ เป็นจุดศูนย์กลางในการส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังพ้นโทษที่มีโรคและต้องรักษาต่อเนื่อง ไปยังโรงพยาบาลในและนอกพื้นที่ เพื่อให้ผู้ต้องขังได้รับการรักษาต่อเนื่อง

<u>ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน</u>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
ด้านการรักษาพยาบาล ๑. โรงพยาบาลแม่ข่ายทุกแห่ง มีบริการตรวจรักษาในเรือนจำตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) แต่ความถี่ในการปฏิบัติยังไม่ได้ตามเกณฑ์ของจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำ	- มีแผนการจัดทำระบบTelemedicine - มีระบบให้คำปรึกษา/Video call แพทย์เวรของโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ทุกวัน - มีบริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติในเวลาราชการ - กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินมีพยาบาลเวชปฏิบัติดูแลรักษาพยาบาล - ขอความร่วมมือแพทย์จากโรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่เพื่อให้บริการตรวจรักษาผู้ต้องขังตามเกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติงานของแพทย์
๒. สถานพยาบาลเรือนจำบางแห่งไม่มีห้องแยกกรณีผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค	- ผู้บริหารเรือนจำ มีแผนการพัฒนาสถานพยาบาลในเรือนจำ ให้มีรูปแบบโครงสร้างและการดำเนินงานเสมือนเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
๓. การจัดหน่วยบริการภายในเรือนจำซึ่งค่อนข้างแออัด คับแคบ และผลการประเมินจาก รพ.แม่ข่าย พบว่ายังไม่ได้มาตรฐานด้าน IC งานเภสัชกรรม และการกำจัดขยะติดเชื้อ	- รพ.แม่ข่าย มีการจัดทำแผนการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ และการปรับปรุงงานให้บริการในด้าน IC เป็นไปตามมาตรฐาน การกำจัดขยะติดเชื้อในเรือนจำ รวมถึงการจัดการยาและเวชภัณฑ์ของเรือนจำ
๔. ระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริการการคัดกรอง เป็นระบบ Off line และหน่วยงานเรือนจำ ต้องมีระบบความปลอดภัยสูงในการควบคุมการใช้เทคโนโลยีและการนำอุปกรณ์เข้า-ออก เมื่อมีปัญหาระบบ การบันทึกข้อมูล เวลาแก้ไข จะดำเนินการได้ยากกว่าระบบหน่วยบริการภายนอก	- อยู่ระหว่างดำเนินการจัดหาอุปกรณ์และวางแผนการวางระบบให้บริการตรวจรักษาและให้คำปรึกษาระบบConsult/VDO call แพทย์ให้พร้อมใช้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง
๕. ผู้ต้องขังที่เป็นชาวต่างชาติ ควรได้รับการคัดกรองโรคเป็นพิเศษ	- ควรเสนอปัญหาที่เป็นเชิงบูรณาการ เสนอต่อผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาที่ต้องอาศัยหน่วยงาน และองค์กรปกครองท้องถิ่น
๖. เรือนจำบางแห่ง ขาดครุภัณฑ์ Notebook ในการลงบันทึกข้อมูล	- ควรเสนอปัญหาที่เป็นเชิงบูรณาการ เสนอต่อผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาที่ต้องอาศัยหน่วยงาน และองค์กรปกครองท้องถิ่น
๗. เรือนจำบางแห่งขาดเครื่องปั๊มหัวใจ AED กรณีผู้ต้องขังหยุดหายใจ	- ควรเสนอปัญหาที่เป็นเชิงบูรณาการ เสนอต่อผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาที่ต้องอาศัยหน่วยงาน และองค์กรปกครองท้องถิ่น
๘. รถเอ็กซเรย์เคลื่อนที่ไม่เพียงพอ ต่อการจัดบริการคัดกรองวัณโรคในเรือนจำ	- ควรเสนอปัญหาที่เป็นเชิงบูรณาการ เสนอต่อผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาที่ต้องอาศัยหน่วยงาน และองค์กรปกครองท้องถิ่น
๙. เคยพบโรคระบาดผู้ต้องขังในเรือนจำ	- ควรมีการพัฒนาศักยภาพด้านการตอบโต้ฉุกเฉินการซ้อมแผนโรคและภัยสุขภาพให้กับพยาบาลเรือนจำ ผู้คุม ผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกับทีมโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
<u>สุขภาพจิต</u> ๑๐. เจ้าหน้าที่ในเรือนจำบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช ๑๑. อสรจ.ยังขาดความรู้ การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำเพราะมีการเปลี่ยนแปลง อสรจ ทุกปี ๑๒. เรือนจำบางแห่งยังไม่มีระบบติดตามให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องหลังพ้นโทษ ๑๓. ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ	<u>การพัฒนาระบบ</u> ๑. มีแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำทุกจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๖ ๒. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ด้านการดูแล รักษา ฟื้นฟู ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำร่วมกับโรงพยาบาลที่รับผิดชอบและเรือนจำในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล <u>การจัดระบบบริการ</u> ๑. มีจิตแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายออกตรวจและให้คำปรึกษา และ รพจ.เป็นคู่ข่ายร่วม ๒. มีพยาบาลให้บริการด้านการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติทุกวันในเรือนจำ ๓. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช การเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังจิตเวชก่อนปล่อย ๔. การติดตามผู้ต้องขังจิตเวชภายหลังปล่อยตัว <u>ด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค</u> ๑. มีการจัดบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ๒Q ๙Q ๘Q และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้ต้องขัง (PMHQ - Thai) ทุกรายทั้งรายและรายเก่า เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง ๒. มีบริการให้คำปรึกษาและบำบัดรักษาแก่ผู้ต้องขัง ที่มีภาวะเครียด/ซึมเศร้า

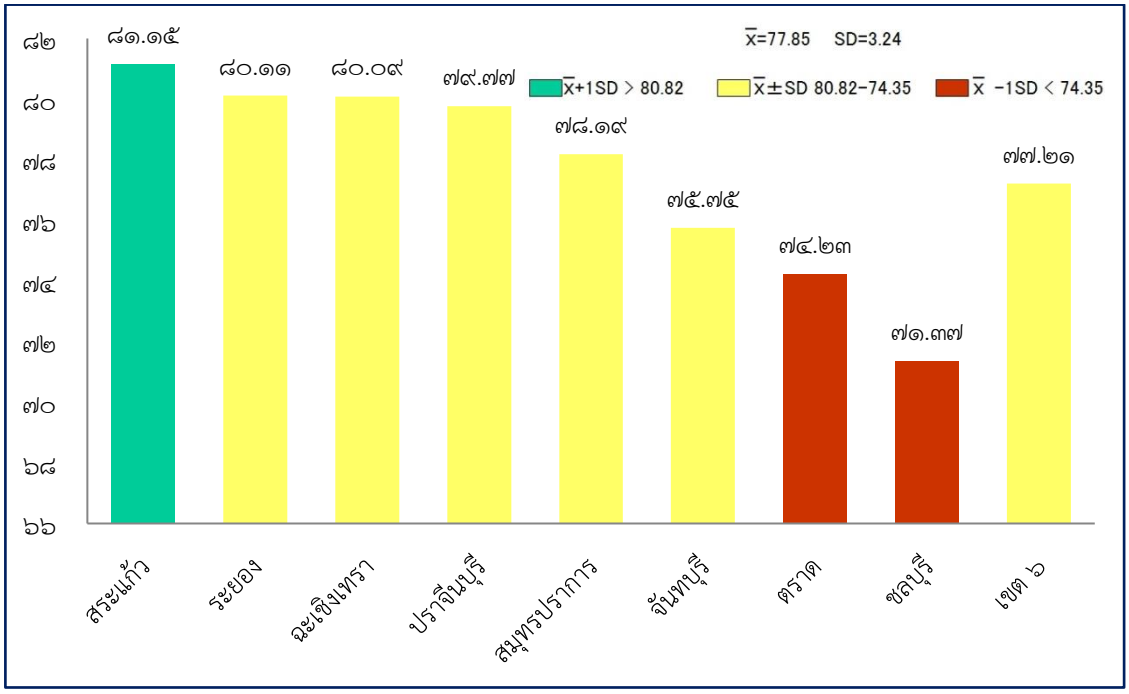
๓.๒ Promotion Prevention & Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)

๓.๒.๑ สุขภาพกลุ่มวัย

หญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ เขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๗๗.๒๑ สูงสุดคือจังหวัดสระแก้ว ร้อยละ ๘๑.๑๕ รองลงมาคือจังหวัดระยอง ร้อยละ ๘๐.๑๑ จังหวัดฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๘๐.๐๙ และต่ำสุดคือจังหวัดชลบุรี ร้อยละ ๗๑.๓๗ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๑

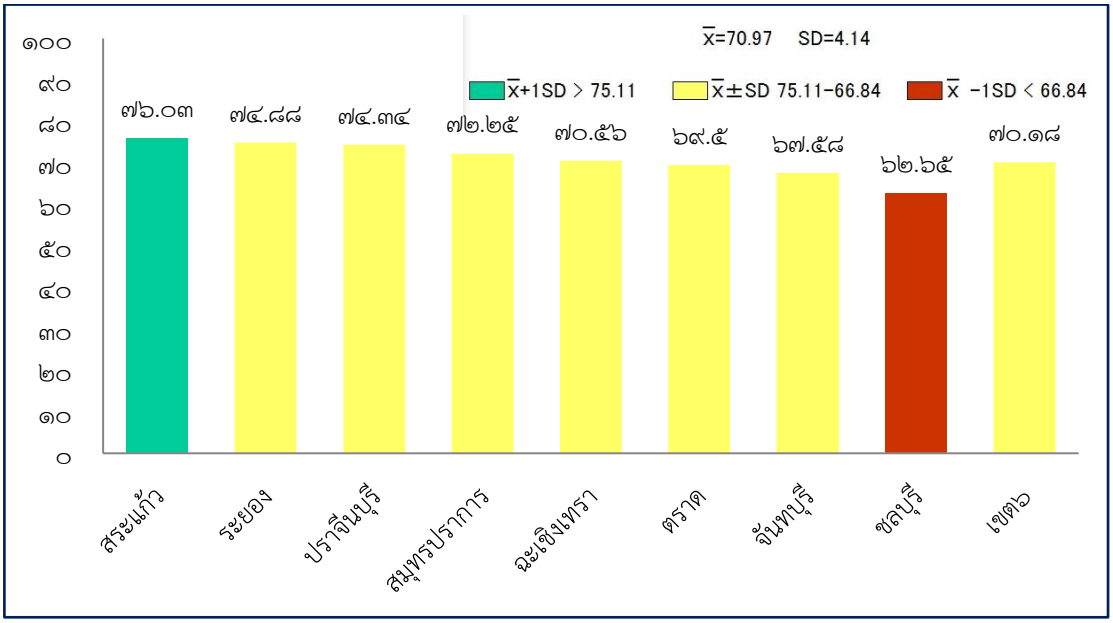
แผนภูมิที่ ๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ เขตสุขภาพที่ ๖



ที่มา : ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๓

หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ เขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๗๐.๑๘ สูงสุดคือจังหวัดสระแก้ว ร้อยละ ๗๖.๐๓ รองลงมาคือจังหวัดระยอง ร้อยละ ๗๔.๘๘ จังหวัดปราจีนบุรี ร้อยละ ๗๔.๓๔ และต่ำสุดคือจังหวัดชลบุรี ร้อยละ ๖๒.๕๖ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๒

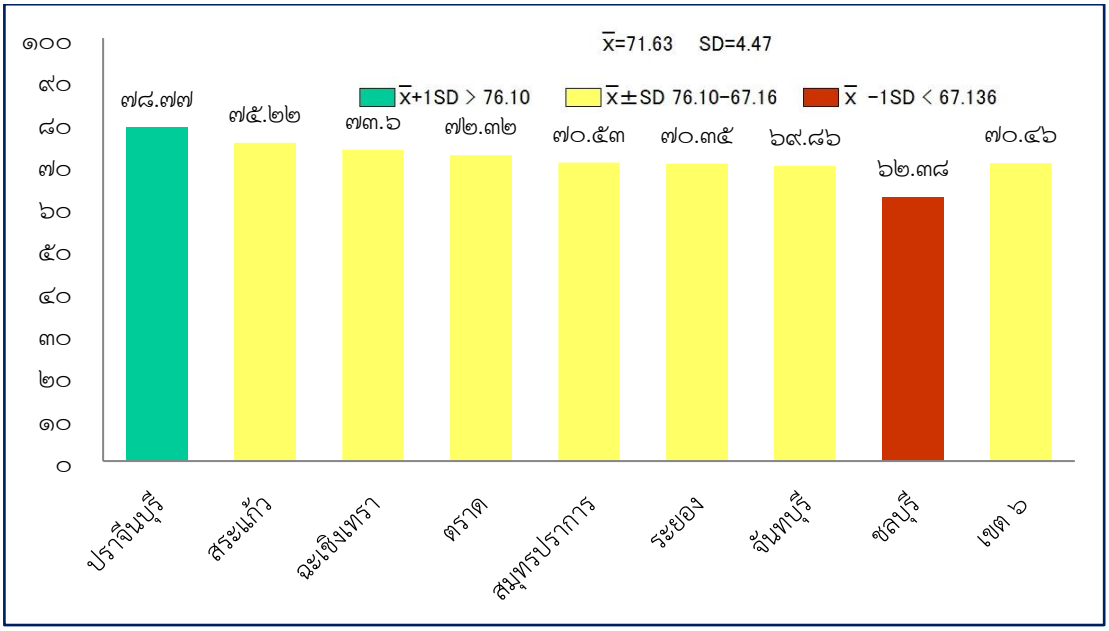
แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ เขตสุขภาพที่ ๖



ที่มา : ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๓

หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์ เขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๗๐.๔๖ สูงสุดคือจังหวัดปราจีนบุรี ร้อยละ ๗๘.๗๗ รองลงมาคือจังหวัดสระแก้ว ร้อยละ ๗๕.๒๒ จังหวัดฉะเชิงเทราร้อยละ ๗๓.๖๐ และต่ำสุดคือจังหวัดชลบุรี ร้อยละ ๖๒.๓๘ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๓

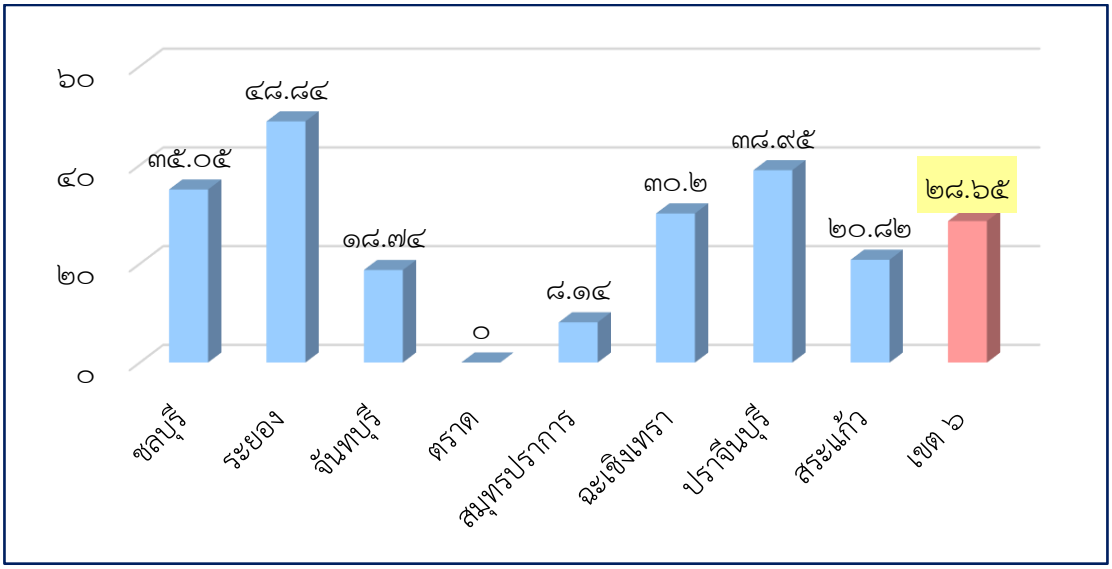
แผนภูมิที่ ๓ ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์ เขตสุขภาพที่ ๖



ที่มา : ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๓

อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน เขตสุขภาพที่ ๖ มีมารดาตาย ๒๘.๖๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สูงสุดคือจังหวัดระยอง ๔๘.๘๔ รองลงมาคือจังหวัดปราจีนบุรี ๓๘.๙๕ และจังหวัดชลบุรี ๓๕.๐๕ ต่ำสุดคือจังหวัดตราด ไม่มีมารดาตาย รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๔

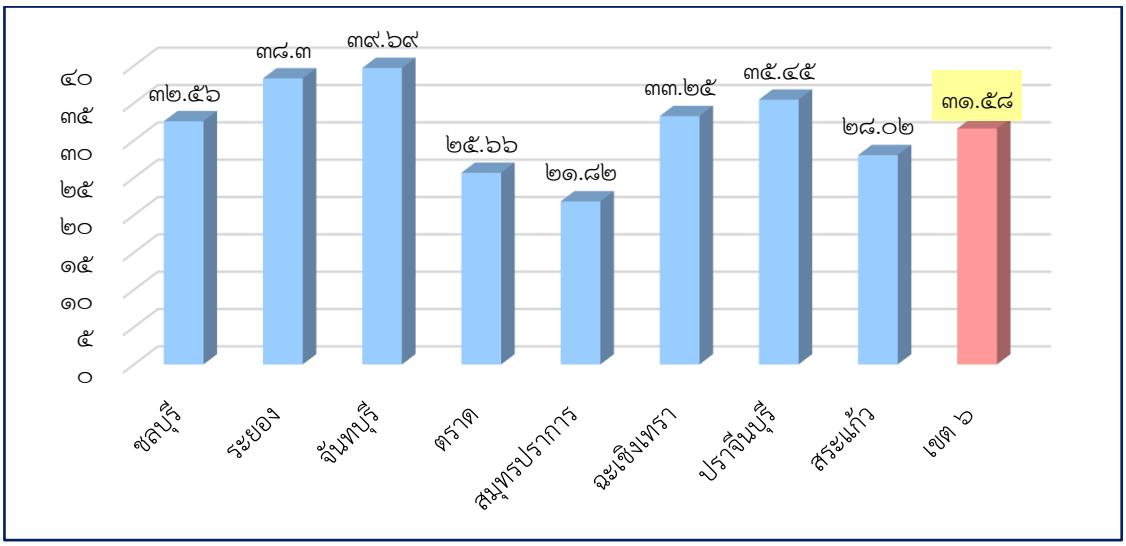
แผนภูมิที่ ๔ อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน เขตสุขภาพที่ ๖



ที่มา : ข้อมูลจาก Health KPI ณ วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๓

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี เขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๓๑.๕๘ สูงสุดคือจังหวัดจันทบุรี ร้อยละ ๓๙.๖๙ รองลงมาคือจังหวัดระยอง ร้อยละ ๓๘.๓๐ และจังหวัดปราจีนบุรี ร้อยละ ๓๕.๔๕ ต่ำสุดคือจังหวัดสมุทรปราการ ร้อยละ ๒๑.๘๒ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๕

แผนภูมิที่ ๕ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี เขตสุขภาพที่ ๖



ที่มา : ข้อมูลจาก Health KPI ณ วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๓

การพัฒนากระบวนการทบทวนการตายมารดา เขตสุขภาพที่ ๖

เขตสุขภาพที่ ๖ มีแนวทางและมาตรการ ดังนี้

๑) หากมีการตายมารดาให้รีบรายงานตามระบบพร้อมส่งรายงาน CE ๖๒ , ข้อมูลในสมุดสีชมพู และศูนย์อนามัยที่ ๖ สรุปรายงานผู้บริหารและคืนข้อมูลทางไลน์ MCH ภาคตะวันออก

๒) ปรับเพิ่มขั้นตอนการทบทวนมารดาตายตรงประเด็น TIME LINE การให้ระบุรายละเอียดข้อเสนอแนะ และการติดตามผลการพัฒนา

๓) มอบให้ทุกจังหวัดดำเนินการทบทวน CPG และนำมาประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

๔) ศูนย์อนามัยที่ ๖ พัฒนาระบบการเพิ่มประสิทธิภาพหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์

พัฒนาการเด็ก

เขตสุขภาพที่ ๖ มีผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กดังนี้

- เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนด ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๘๕.๙๙ สูงสุดคือจังหวัดจันทบุรี ร้อยละ ๙๖.๕๔ ต่ำสุดคือจังหวัดระยอง ร้อยละ ๘๑.๓๑

- เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนด ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๒.๔๑ สูงสุดคือจังหวัดสระแก้ว ร้อยละ ๒๕ ต่ำสุดคือจังหวัดปราจีนบุรี ร้อยละ ๑๙.๘๑

- เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๘๘.๕๗ สูงสุดคือจังหวัดจันทบุรี ร้อยละ ๙๔.๔๒ ต่ำสุดคือจังหวัดปราจีนบุรี ร้อยละ ๘๑.๙๑

- เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ร้อยละ ๕๑.๗๓ สูงสุดคือจังหวัดสระแก้ว ร้อยละ ๘๖.๐๙ ต่ำสุดคือจังหวัดปราจีนบุรี ร้อยละ ๑๐.๒๖

- เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๓.๔๖ สูงสุดคือจังหวัดจันทบุรี ร้อยละ ๙๕.๐๔ ต่ำสุดคือจังหวัดระยอง ร้อยละ ๗๙.๐๔

รายละเอียดดังตารางที่ ๑๖

ตารางที่ ๑๖ ผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๓

จังหวัด	คัดกรองพัฒนาการ	พบสงสัยล่าช้า	ได้รับการติดตาม	กระตุ้นด้วย TEDA๔I	พัฒนาการสมวัย
	เป้าหมาย : ๙๐ %	เป้าหมาย : ๒๐%	เป้าหมาย : ๙๐%	เป้าหมาย : ๖๐%	เป้าหมาย : ๘๕ %
ชลบุรี	๘๒.๔๙	๒๐.๙๑	๘๘.๐๗	๗๐.๓๑	๘๐.๒๘
ระยอง	๘๑.๓๑	๒๒.๖๖	๘๙.๐๖	๓๑.๕๘	๗๙.๐๔
จันทบุรี	๙๖.๕๔	๒๓.๔๙	๙๔.๔๒	๗๘.๙๕	๙๕.๐๔
ตราด	๘๔.๗๖	๒๒.๙๙	๘๕.๕๓	๕๐.๐๐	๘๑.๑๙
สมุทรปราการ	๘๔.๒๓	๒๓.๒๑	๘๔.๖๔	๒๓.๓๓	๘๑.๐๓
ฉะเชิงเทรา	๘๗.๘๕	๒๒.๑๓	๙๐.๘๓	๔๒.๘๖	๘๕.๒๓
ปราจีนบุรี	๘๔.๒๗	๑๙.๘๑	๘๑.๙๑	๑๐.๒๖	๘๑.๐๔
สระแก้ว	๙๒.๖๑	๒๕.๐๐	๙๒.๕๗	๘๖.๐๙	๙๐.๐๐
เขตสุขภาพที่ ๖	**๘๕.๙๙**	**๒๒.๔๑**	**๘๘.๕๗**	**๕๑.๗๓**	**๘๓.๔๖**

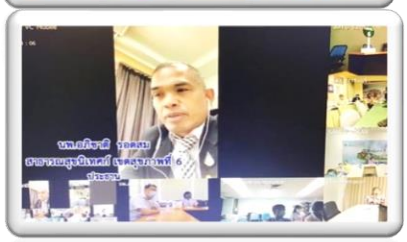
การขับเคลื่อนนโยบายและการจัดการปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพแม่และเด็กประกอบด้วย

- สนับสนุน และขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วยกลไกคณะกรรมการ MCH Board และ Service Plan
- ดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ ๓ ประเด็น

๑. มีการประชุมทำแผนและติดตามการดำเนินงานในภาพเขต ๓ ครั้งต่อปี และมีการพัฒนากระบวนการ RCA เขต ๖

๒. บูรณาการความร่วมมือขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต

๓. พัฒนาระบบสุขภาพแม่และเด็ก โดยมีแผนงาน / กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การเฝ้าระวัง สื่อสาร ติดตาม พัฒนาศักยภาพ และบูรณาการดำเนินงานกลุ่มวัย



ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า /ผลการดำเนินงาน
๑. ข้อมูลจากระบบ HDC กับข้อมูลในพื้นที่มีความต่างกัน ๒-๓ เท่า	- กำกับ ติดตาม การจัดการระบบข้อมูล - แลกเลี่ยน เรียนรู้ การจัดการข้อมูลด้วยรูปแบบ วิธีใหม่ในบริบทที่เปลี่ยนแปลง	แนวโน้มเพิ่มขึ้นในตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการคุณภาพแม่และเด็ก พบว่า ๑. ผลการดำเนินงานคุณภาพด้านแม่ : หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ การดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้งตามเกณฑ์ และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ ผลการดำเนินงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ ภาพรวมประเทศ ร้อยละ ๙.๘, ๑๔.๕, ๙.๔ ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๑๗.๙, ๒๑.๗, ๑๖.๙ ตามลำดับ ๒. ข้อมูลสตรีวัยเจริญพันธุ์ (๑๕-๔๔ ปี) จำนวน ๑,๓๕๑,๗๔๓ คน ๔๔% >> ตั้งครรภ์ ๖% >> สตรีตั้งครรภ์ ๓๐-๓๓% คลอด รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ประมาณการจากเด็กเกิดมีชีพ) ๓. การพัฒนาการจัดการระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพ โดยเฉพาะ HDC ยังไม่ปรับค่าเป้าหมายเป็นปัจจุบัน ในระดับพื้นที่จึงเข้าใจว่าค่าเป้าหมายตัวชี้วัดไม่เปลี่ยน

ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า /ผลการดำเนินงาน
๒. ปัญหาการตายมารดา พบว่า อัตราตายมารดาไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นและสูงกว่าค่าเป้าหมาย	- ขยายผลการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด “Provincial Network Certification Maternal and child safety” - ติดตาม เยี่ยมเสริมพลังและประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการ และรายงานผ่านระบบออนไลน์	เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ และสถานการณ์ปัญหาเปลี่ยน จึงมุ่งเน้นกลับมาทบทวนและแก้ไขปัญหามารดาตาย โดยประชุมทบทวน ชี้แจง หาทางแก้ไขร่วม โดยคณะกรรมการ RCA ๒ ทีม ชลบุรีและจันทบุรี และ MCH Board มีข้อตกลงร่วมให้จังหวัดดำเนินการทบทวน CPG และนำเสนอในครั้งต่อๆ ไปซึ่งปัญหานี้ต้องดำเนินการติดตามต่อ
<u>TEDA๔I</u> ๑. การบันทึกข้อมูลใน ระบบ ๔๓ แฟ้ม เชื่อมกับ HDC ยังไม่ครอบคลุม และการบันทึกข้อมูลไม่ทันตามเวลาที่กำหนด ๒. รพ.สต.ที่ผ่านการอบรมและได้รับเครื่องมือ TEDA๔I ยังไม่มั่นใจในการใช้เครื่องมือ รวมทั้งไม่มีเด็กพัฒนาการล่าช้ามารับบริการในหน่วยงาน ส่งผลให้ขาดทักษะความต่อเนื่องและความชำนาญในการกระตุ้นพัฒนาการ ๓. ระบบการส่งต่อไม่ชัดเจน (การส่งต่อและคืนข้อมูลระหว่างปฐมภูมิและทุติยภูมิ) ส่งผลให้การติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ	๑. พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงาน ระบบเฝ้าระวังงานกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อจัดทำแผนพัฒนาและกำกับติดตามเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ๒. จังหวัดมีแผนจัดอบรมทบทวนทักษะการใช้เครื่องมือ TEDA๔I แก่ผู้ที่เคยผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ แต่ยังขาดความมั่นใจ ๓. ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๖ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดประชุมเพื่อทบทวน การดำเนินงาน การบันทึกและส่งต่อข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I ของจังหวัด ๔. สนับสนุนให้จังหวัดทบทวนระบบรับส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการ และติดตามการกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้เป็นไปตามผังไหล และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ๕. สนับสนุนให้โรงพยาบาลนัดผู้ป่วยมารับบริการก่อนกำหนดเวลาอย่างน้อย ๒ อาทิตย์ โดยใช้ข้อมูลจาก DATA_EXCHANGE ในการติดตาม	- โรงพยาบาลทุกแห่งมีการให้บริการกระตุ้นพัฒนาการโดยมีโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดเป็นพี่เลี้ยง - ทุกจังหวัดมีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดทำหน้าที่กำกับ ติดตาม ข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการ โดยมีการสร้างกลุ่ม Line ในการติดตามผลและคืนข้อมูล การดำเนินงานการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้า ให้กับผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาล ทุกแห่ง และประสาน แลกเปลี่ยนข้อมูล ปัญหาการดำเนินงานภายในจังหวัด - จังหวัดสระแก้ว : มีทีม coaching ระดับจังหวัด ให้คำปรึกษาการกระตุ้นพัฒนาการและการบันทึกข้อมูลให้กับเครือข่ายในพื้นที่ โดย มีโรงพยาบาลวังน้ำเย็น และโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เป็นพี่เลี้ยง : มีการพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองเด็กล่าช้าเพื่อเป็น อสค.นักกระตุ้นพัฒนาการเด็กในการดูแลและกระตุ้นพัฒนาการลูกและมีแผนขยายผลให้สามารถดูแลและกระตุ้นพัฒนาการเด็กในครอบครัวอื่นในชุมชนได้ - จังหวัดจันทบุรี : มีการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานและจัดทำแผนเพื่อแก้ไขปัญหาการ

ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า /ผลการดำเนินงาน
ยังไม่ครอบคลุม ๔. การดำเนินงานด้านการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้า การติดตามและการบันทึกข้อมูลไม่เป็นไปตามผังไหลการดำเนินงาน	กำกับ ๖. กรมสุขภาพจิต โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ ๖ สนับสนุนชุดเครื่องมือ TEDA๔I ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล	กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I ในรายอำเภอที่มีผลงานต่ำกว่าค่าเป้าหมาย

โครงการสนามเด็กเล่นสร้างปัญญาเขตสุขภาพที่ ๖

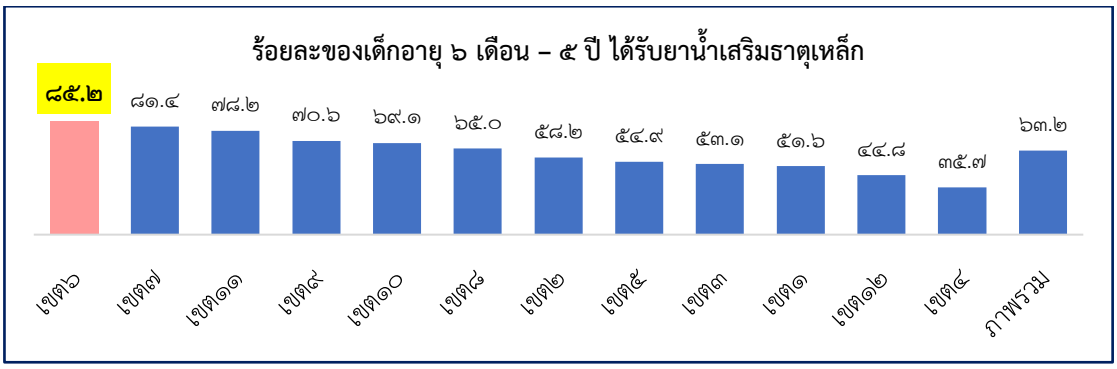
สนามเด็กเล่นสร้างปัญญาเขตสุขภาพที่ ๖ จุดเริ่มต้นจากการศึกษาพระราชประวัติการเลี้ยงดูของสมเด็จย่าที่เลี้ยงดูพระราชโอรสและพระราชธิดาให้เติบโตและมีอัจฉริยภาพ เพื่อให้เด็กได้เล่นธรรมดาๆ แต่สิ่งที่ตามมาคือสมองเรียนรู้แบบอัจฉริยะ เล่นตามรอยพระยุคลาบาท คือ การเล่นกับที่มีปฏิสัมพันธ์กับธรรมชาติทั้งสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต เพื่อให้สมองของเด็กเจริญเติบโตได้เต็มศักยภาพ จากธรรมชาติคือครูที่ยิ่งใหญ่ ซึ่งเขตสุขภาพที่ ๖ มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนงาน คัดเลือกพื้นที่นำร่องต้นแบบในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมชนและวัด โดยใช้งบประมาณสนับสนุนของชุมชน และการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม ปัจจุบันเขตสุขภาพที่ ๖ มีการสร้างสนามเด็กเล่นสร้างปัญญาครอบคลุมทั้ง ๘ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และจังหวัดสระแก้ว รวมทั้งสิ้น ๔๙ แห่ง

โครงการจัดการภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ ๖

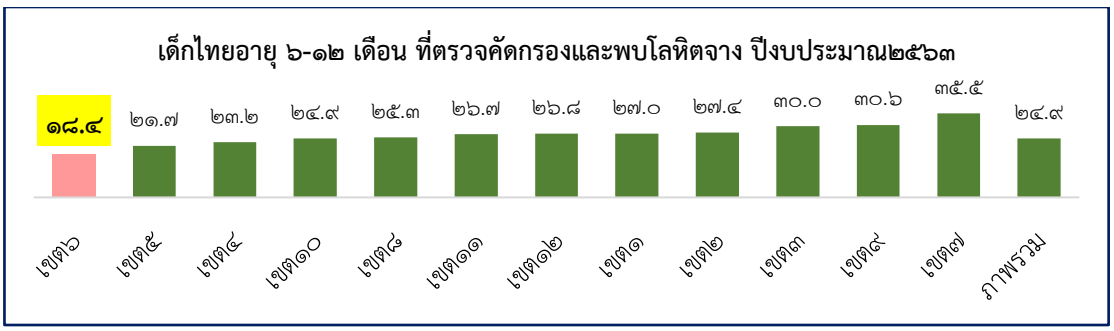
เขตสุขภาพที่ ๖ ได้มองเห็นความสำคัญของปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยเนื่องจากมีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมวัย จึงเกิดเป็นโครงการ “วิตามิน เสริมธาตุเหล็ก เด็กไทย อายุ ๖ เดือน ถึง ๕ ปี เขตสุขภาพที่ ๖” โดยใช้งบประมาณการดำเนินงานจาก งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประเภทบริการ (P&P Area based : PPA) ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง จัดสรรงบประมาณให้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อบริหารจัดการต่อให้แก่หน่วยงานในจังหวัดตามระเบียบ มีการเปิดโครงการ ในวันที่ ๒๕ เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ โดยแพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร อธิบดีกรมอนามัย ร่วมกับผู้บริหารใน เขตสุขภาพที่ ๖ ซึ่งมีการดำเนินงานจนถึงปัจจุบัน

เขตสุขภาพที่ ๖ มีผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๓ เด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กร้อยละ ๘๕.๒๐ สูงเป็นอันดับ ๑ ของประเทศ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการพบภาวะโลหิตจางที่มีแนวโน้มที่ลดลง คือ ๑๘.๔ โดยเขตสุขภาพที่ ๖ มีเด็กไทยอายุ ๖-๑๒ เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจางต่ำสุดเป็นอันดับ ๑ ของประเทศ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๖ และแผนภูมิที่ ๗

แผนภูมิที่ ๖ ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก



แผนภูมิที่ ๗ แสดงเด็กไทยอายุ ๖-๑๒ เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง ปีงบประมาณ ๒๕๖๓



ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

มีกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญ ๓ ด้าน คือ

๑. ด้านข้อมูล : ศึกษาและรวบรวมข้อมูลด้านวิชาการ งานวิจัยต่างๆเพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงาน และมีการนำเสนอข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานในการตรวจราชการ และในไลน์กลุ่มผู้บริหาร

๒. ด้านการสนับสนุน ประสานความร่วมมือ : มีการประสานงานเพื่อขอความร่วมมือและการสนับสนุนในด้านต่างๆ กับหน่วยงานทั้งในระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่

- ระดับเขต : สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ ศูนย์อนามัยที่ ๖ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง ให้การสนับสนุนข้อมูลและงบประมาณในการดำเนินงาน

- ระดับจังหวัด : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชี้แจ้ง ประชาสัมพันธ์ และดำเนินการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน ในระดับพื้นที่

- ระดับพื้นที่ : หน่วยบริการในแต่ละพื้นที่ดำเนินการจัดบริการในการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก การให้คำปรึกษา และการเจาะ Hematocrit

๓. ด้านการติดตามผลการดำเนินงาน : IT จังหวัดชลบุรี ดึงข้อมูลตามโครงสร้าง ๔๓ แฟ้มมาตรฐาน (HDC on Cloud) ส่งให้ ศูนย์อนามัยที่ ๖ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้บริหาร

สุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ ๖ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓) ร้อยละ ๑๔.๒๘ ๑๔.๓๘ และ ๑๕.๓๗ แต่ต่ำกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ ๑๖.๐๑ ๑๖.๗๒ และ ๑๗.๓๕) ในปี ๒๕๖๓ มีจำนวนผู้สูงอายุ สูงเป็นอันดับ ๔ ของประเทศ จังหวัดที่มีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุสูงสุด ๓ อันดับแรกได้แก่ จังหวัดจันทบุรี ตราดและฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ คัดกรองผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ร้อยละ ๘๔.๖๙ (คัดกรองทั้งหมด ๖๘๗,๗๑๘ คน) พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ ๙๗.๐๖ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ ๑.๗๔ และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ ๐.๖๖ ซึ่งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลง เนื่องมาจากมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ที่มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยใช้มาตรการส่งเสริมสนับสนุนระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาวคลอบคลุมทุกพื้นที่ รายละเอียดดังตารางที่ ๑๗

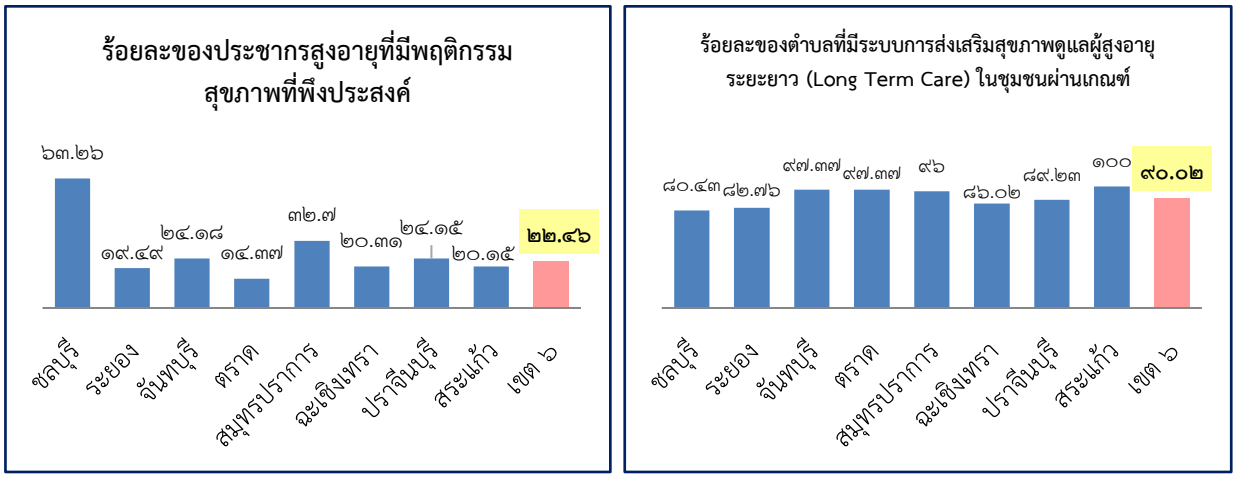
ตารางที่ ๑๗ จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)

จังหวัด	ผู้สูงอายุที่คัดกรอง ADL(ร้อยละ)	ติดสังคม (ร้อยละ)	ติดบ้าน (ร้อยละ)	ติดเตียง (ร้อยละ)
ชลบุรี	๗๘.๒๐	๙๗.๖๖	๑.๗๕	๐.๕๙
ระยอง	๘๗.๘๘	๙๖.๙๐	๒.๒๕	๐.๘๕
จันทบุรี	๗๔.๗๕	๙๗.๖๔	๑.๔๖	๐.๙๐
ตราด	๙๐.๐๙	๙๘.๒๘	๑.๐๗	๐.๖๕
สมุทรปราการ	๘๘.๙๔	๙๘.๖๖	๐.๙๒	๐.๔๑
ฉะเชิงเทรา	๘๕.๙๙	๙๗.๗๕	๑.๖๕	๐.๖๐
ปราจีนบุรี	๘๙.๔๓	๙๕.๙๔	๓.๑๕	๐.๙๑
สระแก้ว	๘๙.๕๖	๙๖.๙๔	๒.๓๔	๐.๗๒
เขตสุขภาพที่ ๖	**๘๔.๖๙**	**๙๗.๐๖**	**๑.๗๔**	**๐.๖๖**

ที่มา : ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ณ วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เขตสุขภาพที่ ๖ มีประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๒๒.๔๖ สูงสุดคือจังหวัดชลบุรี ร้อยละ ๖๓.๒๖ รองลงมาคือจังหวัดสมุทรปราการ ร้อยละ ๓๒.๗๐ และจังหวัดระยอง ร้อยละ ๒๔.๑๘ ต่ำสุดคือจังหวัดตราด ร้อยละ ๑๔.๓๗ และมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๐.๐๒ สูงสุดคือจังหวัดสระแก้ว ร้อยละ ๑๐๐ รองลงมาคือจังหวัดจันทบุรีและจังหวัดตราดร้อยละ ๙๗.๓๗ ต่ำสุดคือจังหวัดชลบุรี ร้อยละ ๘๐.๔๓ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๘

แผนภูมิที่ ๘ ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์



ที่มา : ข้อมูลจาก Health KPI ณ วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๓

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า /ผลการดำเนินงาน
๑. การดำเนินงานตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐ ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ มีการดำเนินงานผ่านค่าเป้าหมายทุกจังหวัด และศูนย์อนามัยที่ ๖ ผลักดันให้พื้นที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืน และคาดว่าจะดำเนินการให้ครบทั้ง ๕๓๑ ตำบลในปี ๒๕๖๔	๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน Long Term Care เขตสุขภาพที่ ๖ (ผ่านระบบ Line Video Call) ๒. ผลิตสื่อเพื่อการสื่อสารสาธารณะ -ผลิต/เผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์สำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้อง พระสงฆ์ และประชาชน ที่ทางศูนย์อนามัย กรมอนามัยและหน่วยงานรัฐอื่นๆ จัดทำขึ้น ให้แก่ภาคีเครือข่ายทั้ง ๘ จังหวัด ผ่าน QR Code ๓. สื่อการสอนการใช้งานโปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย ๔. อบรมฟื้นฟูการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวสาหรับ “Care Manager” เขตสุขภาพที่ ๖ ๕. การนิเทศ ติดตาม กำกับการดำเนินงานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล ตาม Care Plan ร่วมกับการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	กิจกรรมที่ ๑ ดำเนินการประสานผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ จัดทำแผนการดำเนินงานผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ ๖ (๖ เดือนหลัง) กิจกรรมที่ ๒ การผลิตสื่อ เพื่อการสื่อสารสาธารณะดำเนินการโดย ๑. ศึกษา/รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ๒. ประชุมผู้รับผิดชอบเพื่อกำหนดประเด็นในการสื่อสารสาธารณะ ๓. ดำเนินการผลิตสื่อผู้สูงอายุ ๔. ตรวจสอบสื่อโดยคณะกรรมการวิชาการของศูนย์เขต และดำเนินการปรับปรุงแก้ไข กิจกรรมที่ ๓ ผลิตคู่มือการใช้งานโปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย เสร็จสิ้นและมีการเผยแพร่ให้ cm นำไปใช้ กิจกรรมที่ ๔ อบรมฟื้นฟูการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวสาหรับ “Care Manager” เขตสุขภาพที่ ๖ ระหว่างวันที่ ๒๙-๓๑ ก.ค. ๖๓ ณ โรงแรมโกเด้น จังหวัดระยอง กลุ่มเป้าหมาย ๑๕๐ คน กิจกรรมที่ ๕ ศูนย์อนามัยมีการเยี่ยมเสริมพลังร่วมกับเวทีตรวจราชการ

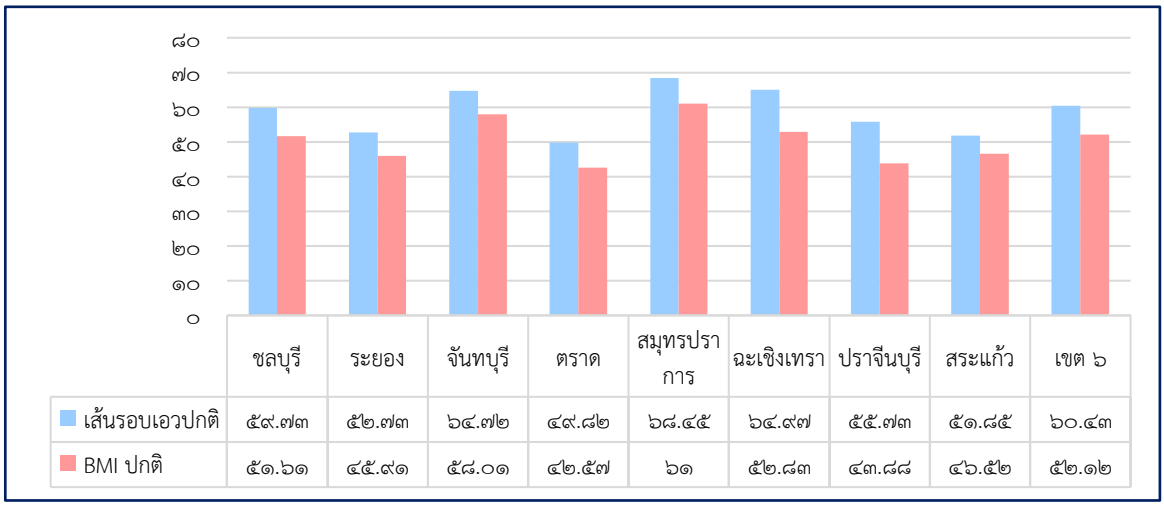
ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า /ผลการดำเนินงาน
๒. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต	<u>ระดับจังหวัด</u> - คัดกรองซึมเศร้า และความกังวลต่อไวรัส COVID-๑๙ โดยอสม.และ CG เพื่อดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง <u>ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๖</u> ๑. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุ ๒. สนับสนุนสื่อความรู้จัดกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้ลดความเครียดและความวิตกกังวลช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID–๑๙) ๓. สนับสนุนสื่อความรู้จัดกิจกรรมวัคซีนใจในชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของสมาชิกชุมชนในการดูแลจิตใจผู้สูงอายุช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID–๑๙)	<u>กรมสุขภาพจิต</u> - เผยแพร่สื่อความรู้การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้กับเครือข่ายสาธารณสุขผ่านช่องทางต่างๆ <u>ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๖</u> ๑. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุติดสังคมและผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ติดบ้าน ติดเตียง ระหว่างวันที่ ๙ – ๑๐ มี.ค. ๒๕๖๓ ณ จ.ชลบุรี ๒. จัดทำสื่อความรู้การดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID–๑๙) เพื่อเผยแพร่ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และอสม. นำไปใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย - ชุดความรู้การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดบ้าน ติดเตียง - สื่อความรู้ดูแลใจผู้สูงอายุไม่ให้วิตกกังวลกับโควิด-๑๙ - สื่อความรู้โควิดกับผู้สูงวัย อยู่อย่างไรไม่ให้เครียด - สื่อความรู้ชุมชนร่วมใจผู้สูงวัยไม่ลำพัง ๓. จัดกิจกรรมให้ความรู้ อสม. ในการดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID -๑๙) อำเภอละ ๑ แห่ง ในจังหวัดสมุทรปราการ ระยอง ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว ๔. คัดกรองความกังวลต่อไวรัส COVID-๑๙ โดยอสม.และ CG เพื่อดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ต้นแบบ อำเภอละ ๑ แห่ง (๖๙ อำเภอ) รวม ๒,๖๕๐ คน

ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า /ผลการดำเนินงาน
		พบผู้สูงอายุมีความกังวลระดับสูง จำนวน ๙๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๕๘ ได้ส่งข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อคืนข้อมูลให้พื้นที่ดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงต่อไป ๕.คัดกรองซึมเศร้า (๒Q) ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำนวน ๑๓,๓๘๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๑๖ พบผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เสี่ยงซึมเศร้า จำนวน ๑,๐๓๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๗๒ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงที่เสี่ยงซึมเศร้าได้รับประเมินต่อด้วย ๙Q จำนวน ๗๘๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๖๑ พบซึมเศร้า จำนวน ๑๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๔๙ ประเมินต่อด้วย ๘Q พบมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย จำนวน ๑ คน (ข้อมูลจาก HDC วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓)

๓.๒.๒ NCDs : Obesity War

เขตสุขภาพที่ ๖ ประกาศสงครามกับความอ้วน (Obesity War) โดยใช้หลัก ๔ C คือ ๑) Class : Expert Knowledge ดำเนินการโดยศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพที่ ๖ ๒) Camp : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สมธิบำบัด ๓) Club : การสร้างชมรม เช่น ชมรมแอโรบิก,ชมรมปั่นจักรยาน , ชมรมมวยไทย เป็นต้น ๔) CoPs : ชุมชนนักปฏิบัติ เช่น กลุ่มสาธุ,กลุ่มสมัชชาแม่บ้าน เป็นต้น ร่วมถึงมีเวทีประชาคม สภากาแฟ และเป็นชุมชนปลอดเหล้า

แผนภูมิที่ ๙ ร้อยละประชากรวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี เส้นรอบเอว และ BMI ปกติ



	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	สมุทรปราการ	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	เขต ๖
เส้นรอบเอวปกติ	๕๙.๗๓	๕๒.๗๓	๖๔.๗๒	๔๙.๘๒	๖๘.๔๕	๖๔.๙๗	๕๕.๗๓	๕๑.๘๕	๖๐.๔๓
BMI ปกติ	๕๑.๖๑	๔๕.๙๑	๕๘.๐๑	๔๒.๕๗	๖๑	๕๒.๘๓	๔๓.๘๘	๔๖.๕๒	๕๒.๑๒

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ประชากรวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี เขตสุขภาพที่ ๖ มีเส้นรอบเอวปกติ ร้อยละ ๖๐.๔๓ และ BMI ปกติ ร้อยละ ๕๒.๑๒ ซึ่งมากกว่าเป้าหมายของเขต (ร้อยละ ๕๔.๘๔) และของประเทศ (ร้อยละ ๔๙.๐๐) รายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๖ โดยจังหวัดสมุทรปราการมีเส้นรอบเอว และ BMI ปกติสูงสุด ร้อยละ ๖๘.๔๕ และ ๖๑.๐๐ ตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๙

<u>นวัตกรรมและแบบอย่างที่ดี</u>

➢ จังหวัดชลบุรี : มีรูปแบบการออกกำลังกายของหน่วยงานระดับจังหวัด,โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ตามโครงการ Obesity War “Sa’suk chon strong health” ซึ่งเป็นการปรับรูปแบบการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับช่วงสถานการณ์ COVID

➢ จังหวัดฉะเชิงเทรา : บางค้างคาวโมเดล ได้นำกระบวนการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ มาเป็นกรอบของการดำเนินงาน และให้ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับตำบล โดยในแต่ละตำบลให้มีการศึกษาและวิเคราะห์ชุมชน และมีการวางแผนและดำเนินการร่วมกับชุมชน เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม ในชุมชน (บ้าน วัด โรงเรียน สาธารณสุข)

➢ จังหวัดปราจีนบุรี : ลาดตะเคียน โมเดล เป็นโครงการ ท้าใจเอาชนะภาวะอ้วน ลดพุงลดโรค ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และให้มีการขยายลงในทุกๆอำเภอด้วย และมีบุคคลต้นแบบสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย คือ นายพิบูลย์ หัตถกิจโกศล ผู้ว่าราชการจังหวัดปราจีนบุรี เป็นบุคคลต้นแบบวิถีรอบรู้สู่สุขภาพดีมีชิตชีวา ได้รับรางวัลชนะเลิศลำดับที่ ๑ ของเขตสุขภาพที่ ๖ ที่มีการดำเนินชีวิตที่ดีมีการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงเป็นแบบอย่างที่ดี และมีกระบวนการดำเนินงานและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน

๓.๓ Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

๓.๓.๑ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

คลินิกกัญชาทางการแพทย์

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายจากรัฐบาลให้ดำเนินการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ แห่ง โดยเขตสุขภาพที่ ๖ มีโรงพยาบาลทั้งสิ้น ๗๓ แห่ง ขณะนี้มีโรงพยาบาลที่ให้บริการคลินิกกัญชาแล้วจำนวน ๒๐ แห่ง ซึ่งครอบคลุมทั้ง ๘ จังหวัด

เขตสุขภาพที่ ๖ มีบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชา แพทย์จำนวน ๑๗๑ คน เภสัชกร จำนวน ๒๐๕ คน ทันตแพทย์ จำนวน ๓๒ คน พยาบาล จำนวน ๒๐ คน และแพทย์แผนไทยจำนวน ๔๑๔ คน รวมทั้งสิ้นจำนวน ๘๔๒ คน รายละเอียดดังตารางที่ ๑๘

ตารางที่ ๑๘ บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด	แพทย์	เภสัชกร	ทันตแพทย์	พยาบาล	แพทย์แผนไทย
ชลบุรี	๗๑	๗๗	๘	-	๑๕๓
ระยอง	๒๐	๒๒	๓	๕	๑๔
จันทบุรี	๑๐	๑๙	๒	-	๑๗
ตราด	๗	๘	๑	๓	๑๑
สมุทรปราการ	๑๓	๑๖	๖	๑๒	๔๖
ฉะเชิงเทรา	๑๓	๒๖	๔	-	๘๑
ปราจีนบุรี	๒๒	๒๒	๓	-	๗๓
สระแก้ว	๑๕	๑๕	๕	-	๑๙
เขตสุขภาพที่ ๖	**๑๗๑**	**๒๐๕**	**๓๒**	**๒๐**	**๔๑๔**

การวิเคราะห์สูตรสารสกัดกัญชาในการรักษา

จังหวัด	สูตรสารสกัดกัญชา	Criteria ที่ใช้ในการรักษา	อาการไม่พึงประสงค์
ชลบุรี	๑.๗%THC	-มะเร็งระยะสุดท้าย (รักษาแบบประคับประคอง) -ลดอาการปวดจากมะเร็ง -Neuropathic pain -อื่นๆ ได้แก่ เก๊าต์และอาการเกร็งจากอุบัติเหตุ	พบความดันต่ำ
ระยอง	๑.๗%THC สุขไสยาศน์ และทำลายพระสุเมรุ	- มะเร็งระยะสุดท้าย - ปวดปลายประสาท - brain tumor - อื่นๆ ได้แก่ นอนไม่หลับ, มะเร็ง , พาร์กินสัน , ภูมิแพ้ , ไมเกรน	nausea ,dizziness, dry mouth , drowsiness , palpitation dizziness , หัวใจเต้นผิดปกติ , ปวดศรีษะ/ซึม)
ตราด	๑.๗%THC	- คลื่นไส้ อาเจียน จากยาเคมีบำบัด - มะเร็งระยะสุดท้าย - พาร์กินสัน - ปวดปลายประสาท	ปากแห้ง คอแห้ง ใจสั่น สับสน มึนงง ฝันร้าย คลื่นไส้อาเจียน
สมุทรปราการ	๑.๗%THC	- มะเร็งระยะสุดท้าย - Neuropathic pain	มีอาการมึนงง ค่าการทำงานของไตแย่ลง
ฉะเชิงเทรา	๑.๗%THC	- มะเร็งที่ลิ้น - มะเร็งลำไส้	มะเร็งที่ลิ้น อาการไม่ดีขึ้น แพทย์จึงสั่งหยุดใช้สารสกัดกัญชา
ปราจีนบุรี	CBD และ๑.๗%THC	CBD ได้แก่ - พาร์กินสัน - ลมชัก - อัลไซเมอร์ - spasm - แผลเรื้อรังที่เท้า	นอนไม่หลับ ง่วงซึม ปากแห้ง คอแห้ง จุกลิ้นปี่ ค่าตับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ปากขมุบขมิบยุกยิกเพิ่มขึ้น รู้สึกอ่อนแรง

จังหวัด	สูตรสารสกัดกัญชา	Criteria ที่ใช้ในการรักษา	อาการไม่พึงประสงค์
		THC ได้แก่ - มะเร็งระยะสุดท้าย - Neuropathic pain - พาร์กินสันและลมชัก - รูมาตอยด์ - พาร์กินสัน เปลี่ยนสูตรยาจาก CBD ไปใช้ THC ได้แก่ - มะเร็งระยะสุดท้าย - Neuropathic pain - รูมาตอยด์ - พาร์กินสัน	กว่าเดิม ความดันตก
สระแก้ว	๑.๗%THC และสุขไสยาศน์	THC ๖ ราย ได้แก่ มะเร็งระยะสุดท้าย สุขไสยาศน์ ๑ ราย ได้แก่ มะเร็งระยะสุดท้าย	มึนงง วิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ

นวัตกรรม

- โรงพยาบาลสมุทรปราการมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องในโรคที่ได้ประโยชน์ โรคที่น่าจะได้ประโยชน์ อาการข้างเคียง โทษของสารสกัดกัญชาทางแพทย์หากใช้ในทางที่ผิดกับอาสาสมัคร พยาบาล และประชาชนที่สนใจ

- โรงพยาบาลบางพลีมีการทำ case discussion ในกลุ่มแพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย เพื่อประเมินความเหมาะสมในการจ่าย/ไม่จ่ายสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละเคส เพื่อให้แนวทางการใช้สารสกัดกัญชาฯเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด

- โรงพยาบาลตราด มีแบบลงทะเบียนออนไลน์ผ่าน Google Form โดยใช้การสแกน QR CODE และ มีการจัดทำช่องทางสื่อสารกับผู้รับบริการ โดยผ่านทางแอพพลิเคชั่น Line Official เพื่อสามารถให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการได้

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
๑. ระบบรายงาน - ไม่มีการแจ้งเตือนการได้รับยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วย - ระบบยังมีความผิดพลาด (error)อยู่บ้าง ทำให้การทาบัญชีการรับ-จ่ายสารสกัดกัญชาไม่ตรงกับความเป็นจริง - มีการลงข้อมูล SAS เป็นจำนวนมากและซับซ้อนกับระบบ C-MOPH - การดึงข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลไม่สามารถดึงได้	กบรส . สปสช . และอย . เร่งดำเนินการพัฒนาระบบเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกัน
๒. ยังไม่มีการเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยด้วยโปรแกรม C-MOPH	ผู้รับผิดชอบจัดทาระบบ C-MOPH ได้จัดอบรมและเชิญผู้เกี่ยวข้องเพื่อการลงข้อมูลและเชื่อมต่อข้อมูลกับฐานข้อมูลโรงพยาบาลแล้ว
๓. การส่งรายงานที่ซ้ำซ้อน ทำให้เพิ่มภาระงานของผู้รับผิดชอบ	ควรมีการรวบรวมรายงานเพียงโปรแกรมเดียว ในส่วนของการรายงานการติดตามการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์
๔. แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ประจำตัวผู้ป่วย ไม่สนับสนุนการใช้กัญชาควบคุมกับการรักษาที่ทาอยู่	สะท้อนปัญหาระดับนโยบาย ส่วนกลางควรชี้แจงถึงความปลอดภัยในการใช้ยากัญชาต่อแพทย์แผนปัจจุบัน
๕. ต้องการยาสูตรที่มี CBD ผสม หรือสูตร CBD เดี่ยว เพื่อเพิ่มโรคในการรักษาและลดโอกาสใช้ยาในทางที่ผิด	ประสานเรื่องการจัดหายาให้ครอบคลุมตามความต้องการ และจำนวนที่เหมาะสม
๖. เกณฑ์การใช้กัญชาทางการแพทย์มีความจาเพาะเจาะจง จึงทาให้มีผู้ป่วยที่ใช้มีจำนวนน้อย	ทางโรงพยาบาลจะมีการแนะนำและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้อง และปลอดภัย
๗. ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์	ทางโรงพยาบาลมีการวางแผนการเก็บข้อมูลประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อทำวิจัยในอนาคต
๘. มีผู้รับบริการปรับขนาดยาเองเนื่องจากเคยใช้จากที่อื่นมาก่อน	เน้นย้ำวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ให้ความรู้และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับน้ำมันกัญชาของโรงพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการ

สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

เขตสุขภาพที่ ๖ มีเมืองสมุนไพรจำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ จังหวัดปราจีนบุรีและจังหวัดจันทบุรี ซึ่งถูกกำหนดให้เป็นเมืองสมุนไพรในกลุ่ม (cluster) อุตสาหกรรมสมุนไพรสำหรับในส่วนของจังหวัดปราจีนบุรีเป็นเมืองสมุนไพรหลักทั้ง ๒ แห่ง ได้มีการดำเนินงานตั้งแต่ระดับต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ มาอย่างต่อเนื่อง

➢ **ระดับต้นน้ำ**

- มีแหล่งกลุ่มผู้ปลูกขมิ้นชันและไพล ในจังหวัดจันทบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว

- มีการสุ่มตรวจ วิเคราะห์โลหะหนัก (ได้แก่ สารหนู, แคดเมียม, ตะกั่ว, ปรอท) ของสมุนไพรในจังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดจันทบุรี

➢ **ระดับกลางน้ำ**

- จังหวัดปราจีนบุรีมีโรงงานของมูลนิธิเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (กึ่งรัฐกึ่งเอกชน)

- จังหวัดจันทบุรีมีโรงงานผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลเขาชีชกูฏ (ของรัฐ) มาตรฐาน WHO GMP

- จังหวัดชลบุรีมีโรงงานผลิตยาพนัสโอสถของโรงพยาบาลพนัสนิคม (ของรัฐ) มาตรฐาน WHO GMP

- จังหวัดสระแก้วมีโรงงานผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลวังน้ำเย็น(ของรัฐ) มาตรฐาน WHO GMP

โดยทุกแห่งได้สนับสนุนการผลิตยาให้แก่สถานบริการสาธารณสุขของจังหวัดตนเองและระดับเขตสุขภาพที่ ๖

➢ **ระดับปลายน้ำ**

- จังหวัดปราจีนบุรี มีแผนการตลาดและการประชาสัมพันธ์ เช่น จัดทำโครงการเพิ่มมูลค่าตลาดสินค้าเกษตรปลอดภัย/อินทรีย์จังหวัดปราจีนบุรี โดยมีกิจกรรมคือ ออกแบบและจัดทำบรรจุภัณฑ์ต้นแบบให้แก่กลุ่มสินค้าเกษตรปลอดภัยและอินทรีย์ โดยสำนักงานพาณิชย์จังหวัดปราจีนบุรี

- จังหวัดจันทบุรี มีแผนความต้องการสมุนไพร (Demand & Supply Matching) ระหว่างผู้ประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัด กับเกษตรกรผู้ผลิตสมุนไพร มีการจับคู่เจรจาธุรกิจผ่านอินเทอร์เน็ต และเวทีจังหวัดจับคู่ได้ จำหน่ายสมุนไพรได้กว่า ๑๐.๕ ตัน พัฒนาเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (จัดทำ Vlog ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ) สนับสนุนธุรกิจนวดเพื่อสุขภาพ และสปา ภาคเอกชนจัดทำแอปพลิเคชั่นนวดสปาจันทบุรี มีสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ ที่ได้รับรางวัล "นวดไทยพรีเมี่ยม จำนวน ๓ แห่ง และมีการจัดทำ Excellence Center ด้านการแพทย์แผนไทย ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยมีการก่อสร้างอาคารแพทย์แผนไทย และโรงเก็บวัตถุดิบสมุนไพร

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

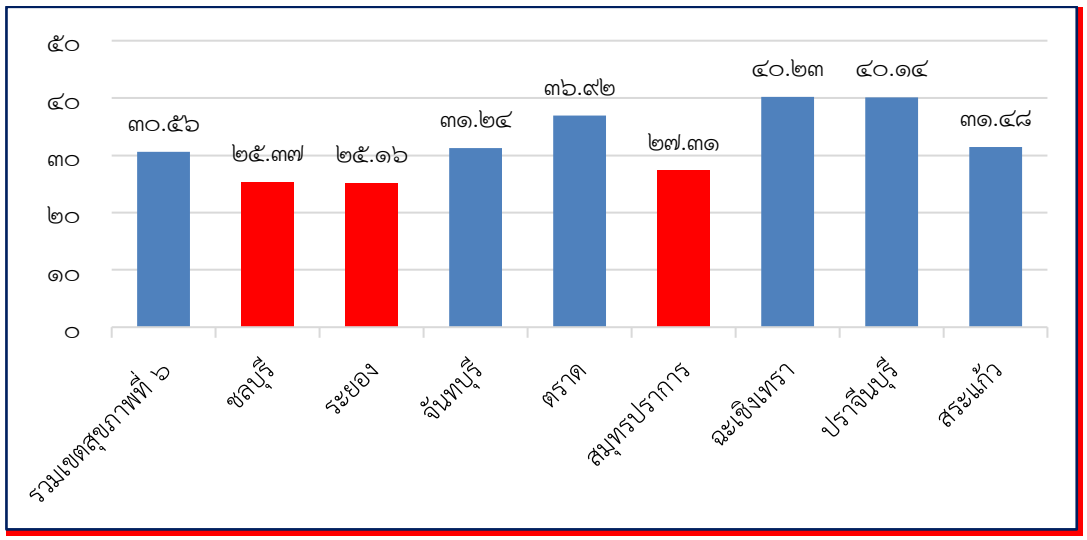
จังหวัด	ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
ปราจีนบุรี	๑. ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรขาดความต่อเนื่องและล่าช้า	๑. จัดทำแผนของบประมาณในปีงบ ๒๕๖๔ และปี ๒๕๖๕ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งงบจังหวัดและงบกลุ่มจังหวัด
	๒. ผู้ประกอบการสมุนไพรยังขาดทักษะและความชำนาญ	๒. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการทุกมิติและให้เป็นระบบ
	๓. ข้อมูลด้านความต้องการวัตถุดิบสมุนไพรของท้องตลาด (Demand & Supply Matching) ไม่สัมพันธ์กับข้อมูลปลูกพืชสมุนไพรของกรมส่งเสริมการเกษตร	๓. ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำรวจข้อมูลเพื่อส่งเสริมการปลูกให้ตรงความต้องการของตลาด
จันทบุรี	๑. การสนับสนุนงบประมาณ ขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากมีการดึงงบขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรกลับไปในสถานการณ์ COVID-๑๙	๑. คณะกรรมการเมืองสมุนไพรจังหวัดจันทบุรีร่วมกันปรับแผนยุทธศาสตร์ และจัดทำคำของบประมาณในส่วนที่ขาด เพื่อบรรจุเข้าแผนคำของบประมาณ ปี ๒๕๖๕
	๒. การใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีส่วนผสมกัญชาในการปรุงผสม (เช่น น้ำมันกัญชา, ศุขไสยาศน์, ทำลายพระสุเมรุ) มีการใช้น้อย	๒. ในส่วนของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ควรดำเนินการปรับหลักเกณฑ์และขั้นตอนแนวทางเวชปฏิบัติในการใช้ยาให้สั้นลง เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงตำรับยาแผนไทยที่มีส่วนผสมกัญชามากขึ้น

๓.๓.๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

เขตสุขภาพที่ ๖ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนได้ จำนวน ๑๗๒ ทีม ครอบคลุมประชากร ร้อยละ ๓๐.๕๖ จังหวัดที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมากที่สุดคือ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน ๒๖ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๒๓ รองลงมาคือ จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน ๒๑ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๑๔ จังหวัดตราด จำนวน ๘ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๙๒ จังหวัดสระแก้ว จำนวน ๑๗ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๔๘ จังหวัดจันทบุรี จำนวน ๑๕ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๒๔ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน ๓๓ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๓๑ จังหวัดชลบุรี จำนวน ๓๔ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๓๗ และจังหวัดระยอง จำนวน ๑๘ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๑๖ ตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๑๐

แผนภูมิที่ ๑๐ ร้อยละของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เขตสุขภาพที่ ๖



ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

<u>นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่างได้</u>

๑. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผ่านโปรแกรม COC โดยทำ MOU กับ AIS เพื่อลดการลงข้อมูล ๒ โปรแกรมในโปรแกรม COC และโปรแกรม Jhcis หรือ HOS xp ใน CUP อำเภอเมืองสมุทรปราการ

๒. การพัฒนาระบบ Telemedicine เชื่อมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลสมุทรปราการในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมาร สูตินรีเวช ออร์โธปิดิก ผิวหนัง เชื่อมในการปรึกษาและสามารถสั่งยา มีระบบจัดส่งยาส่งมาให้กับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้

๓. รูปแบบการจัดบริการคลินิกอบอุ่น ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของจังหวัดระยอง

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
๑. ขาดอัตรากำลังแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการลงทะเบียน PCU/NPCU	- ส่งแพทย์ประจำโรงพยาบาลอบรมระยะสั้นเวชศาสตร์ครอบครัวจัดภายในเขตเดือน พ.ค.๖๓ – ส.ค.๖๓ ระยะฝึกอบรม ๒ วันต่อเดือนรวมระยะเวลา ๔ วัน
๒.กรณีทีมที่จัดตั้ง เป็น รพ.สต. ขนาดใหญ่ จะขาดอัตรากำลัง เช่นพยาบาลวิชาชีพ	- ระบบHR กำหนดกรอบอัตรากาลังปฐมภูมิตาม พรบ.ปฐมภูมิฯ เพื่อวางแผนในส่วนขาดในแต่ละพื้นที่
๓. ไม่มีงบประมาณการจ้างแพทย์เกษียณ	- สสป.สนับสนุนงบประมาณ
๔. ประชาชนขาดความมั่นใจในการรับบริการและการส่งต่อ ที่PCU/NPCU	- ทุกรพศ.รพท.และรพช.มีการจัดระบบช่องทางพิเศษในการส่งต่อจาก PCU/NPCU อย่างชัดเจน

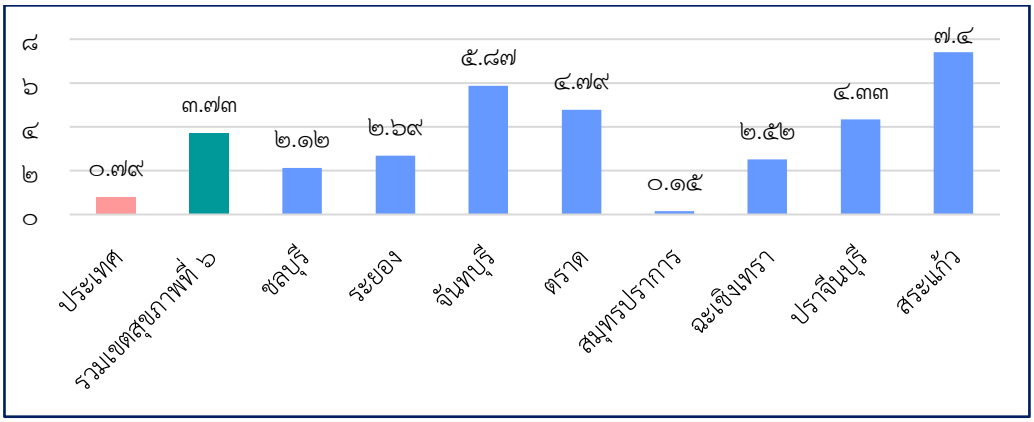
ระบบการดำเนินงานของ PCC ในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช

ระบบการดำเนินงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๔ ตัวชี้วัด ดังนี้

๑. อัตราการฆ่าตัวตาย ไม่เกินร้อยละ ๘

จากการดำเนินงานพบว่า เขตสุขภาพที่ ๖ มีอัตราการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ ๓.๗๓ ซึ่งจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด ๓ จังหวัดแรก ได้แก่ จังหวัดสระแก้ว คิดเป็นร้อยละ ๗.๔๐ จังหวัดจันทบุรี คิดเป็นร้อยละ ๕.๘๗ และจังหวัดตราด คิดเป็นร้อยละ ๔.๗๙ ตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๑๑

แผนภูมิที่ ๑๑ อัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช ในเขตสุขภาพที่ ๖

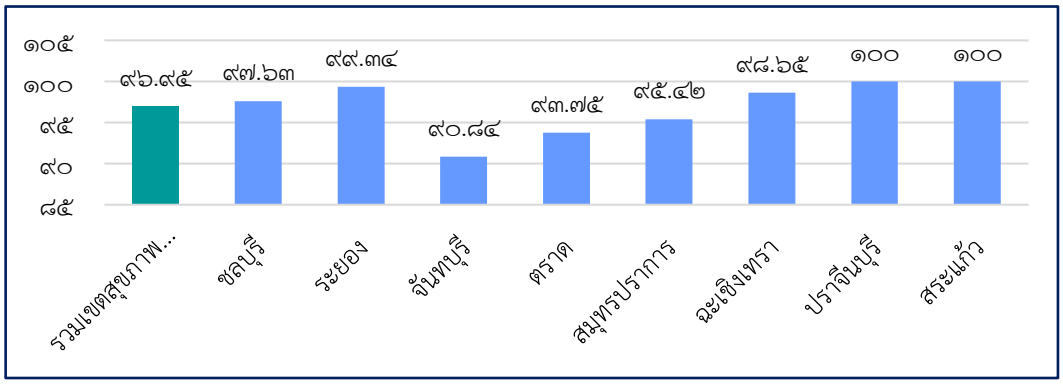


ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

๒. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ร้อยละ ๘๕

จากการดำเนินงานพบว่า เขตสุขภาพที่ ๖ มีผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมา ทำร้ายตัวเองซ้ำ คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๙๕ ซึ่งจังหวัดที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำสูงสุด ๓ จังหวัดแรก ได้แก่ จังหวัดปราจีนบุรี คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ จังหวัดสระแก้ว คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และจังหวัดระยอง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๓๔ ตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๑๒

แผนภูมิที่ ๑๒ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในเขตสุขภาพที่ ๖

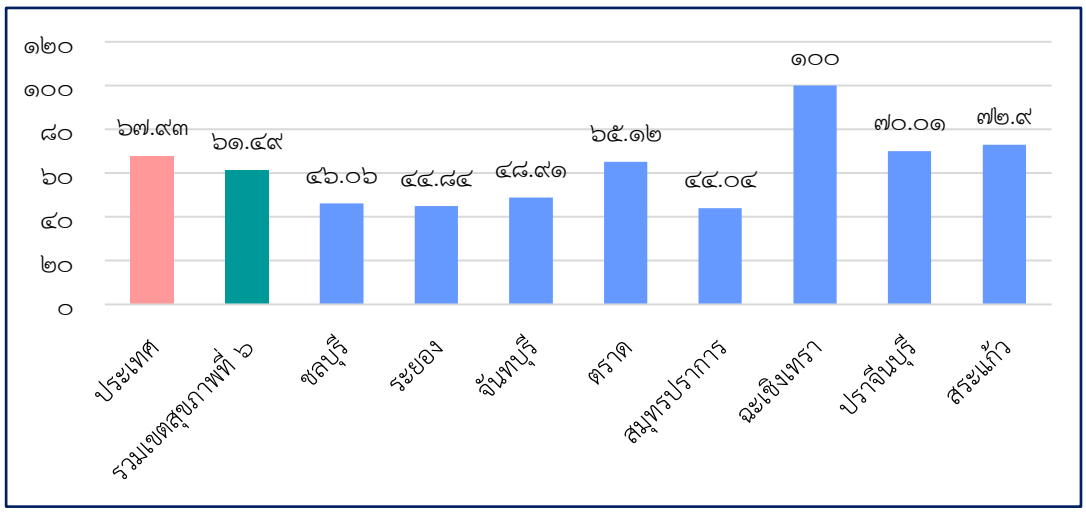


ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๖๘

จากการดำเนินงานพบว่า เขตสุขภาพที่ ๖ มีผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๔๙ ซึ่งจังหวัดที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสูงสุด ๓ จังหวัดแรก ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ จังหวัดสระแก้ว คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๙๐ และจังหวัดปราจีนบุรี คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๐๑ ตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๑๓

แผนภูมิที่ ๑๓ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ในเขตสุขภาพที่ ๖

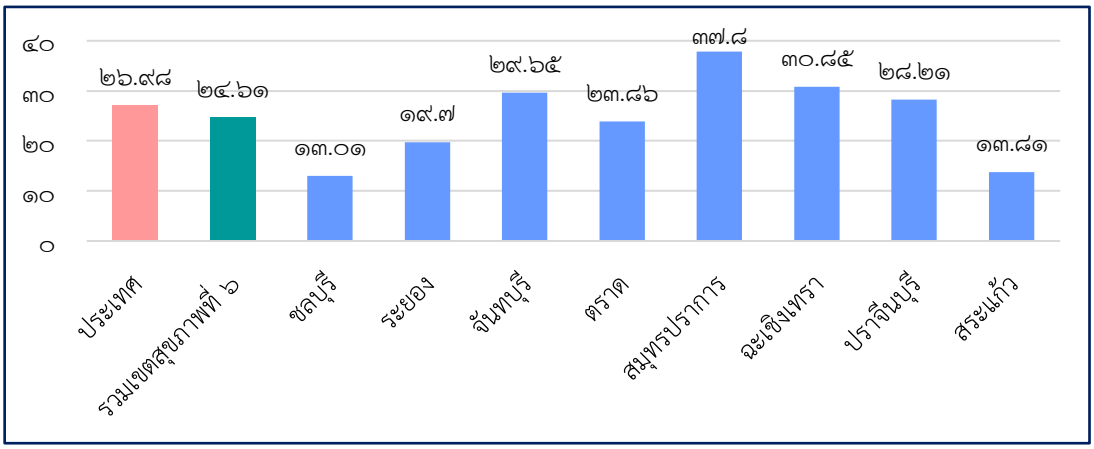


ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

๔. ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้น ร้อยละ ๒๑

จากการดำเนินงานพบว่า เขตสุขภาพที่ ๖ มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๖๑ ซึ่งจังหวัดที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสมาธิสั้น สูงสุด ๓ จังหวัดแรก ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๘๐ จังหวัดฉะเชิงเทรา คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๘๕ และจังหวัดปราจีนบุรี คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๖๕ ตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๑๔

แผนภูมิที่ ๑๔ ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสมาธิสั้น ในเขตสุขภาพที่ ๖

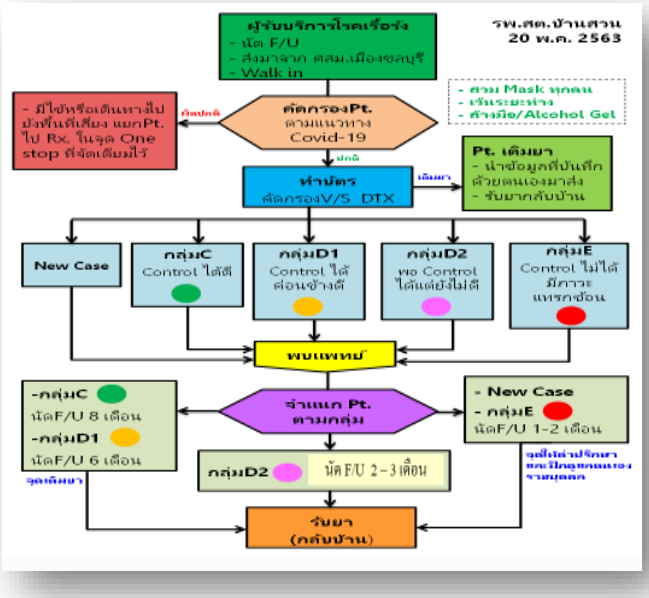


ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
๑. การคัดกรองโรคซึมเศร้ายังไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่ม ๒. HDC ระบบข้อมูลการรักษาไม่ครบ item ข้อมูลการปฏิบัติงานจริงน้อยกว่า HDC ๓. ขาดบุคลากร ๓ สาขา จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น, พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช	๑. ทบทวนและตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องของ HDC (ทุกสัปดาห์/เดือน) ๒. เพิ่มกรอบโครงสร้าง อัตรากาลัง สร้างแรงจูงใจ เพิ่มศักยภาพ กุมารแพทย์ในการตรวจ

นวัตกรรมเขตสุขภาพที่ ๖



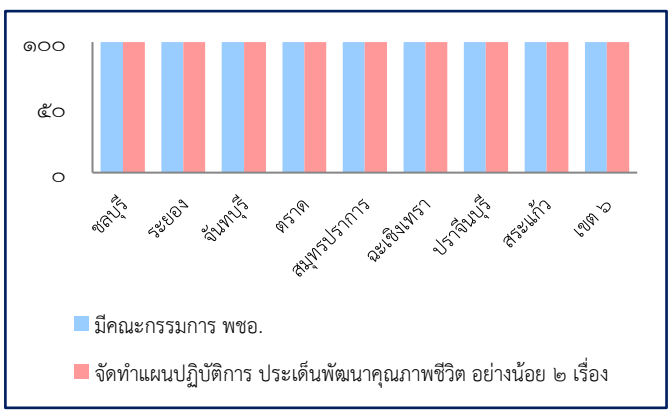
จังหวัดในพื้นที่ภาคตะวันออก ๑ ทั้ง ๓ จังหวัด มีคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ดำเนินการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวทางHealth Service Guideline นำร่อง จำนวน ๓ แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านสวน จังหวัดชลบุรี , รพ.สต. เนินพระ จังหวัดระยอง และศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

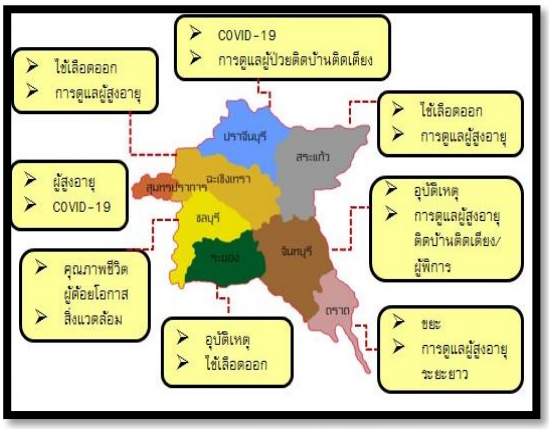
ประโยชน์ที่ได้รับ

- ลดเวลารอคอย กลุ่มที่ control ได้ดี
- เพิ่มเวลาพบแพทย์ ๑๐ นาที รายที่ control ไม่ได้
- ผู้ป่วยพึ่งตนเองด้านสุขภาพ Home BP
- ขยายสู่ PCC /รพสต. ทุกแห่ง
- ใช้ระบบ IT เข้ามาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ

๒.๓.๓ การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ.)

เขตสุขภาพที่ ๖ มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ) ร้อยละ ๑๐๐ โดยทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทุกจังหวัด และมีการ กำหนดประเด็นวางแผน การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างน้อยอำเภอละ ๒ ประเด็น





นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่างได้

- ต้นแบบการจัดระบบ การดูแลกลุ่มเสี่ยงโควิดในชุมชน อำเภออรัญประเทศ โคกสูง วังน้ำเย็น วัฒนานคร วังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว
- ต้นแบบการจัดการระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโควิดในชุมชน อำเภอราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา
- ต้นแบบการจัดการระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโควิดในชุมชน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี
- ต้นแบบของการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการจัดการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดระยอง ปราจีนบุรี ชลบุรี และจังหวัดสมุทรปราการ
- การนำประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่กำหนด ลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ โดยใช้กลไก TPAR ของตำบลจัดการคุณภาพ จังหวัดจันทบุรี
- นวัตกรรมการบริหารจัดการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- ประเด็นพชอ.การดูแลผู้สูงอายุ LTC อำเภอเขาสมิง และประเด็น พชอ.อาหารปลอดภัย อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
๑. สถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทำให้การดำเนินการไม่เป็นไปตามแผนที่พื้นที่คัดเลือกไว้	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกอำเภอได้บูรณาการมุ่งไปที่ประเด็นการเฝ้าระวังและการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

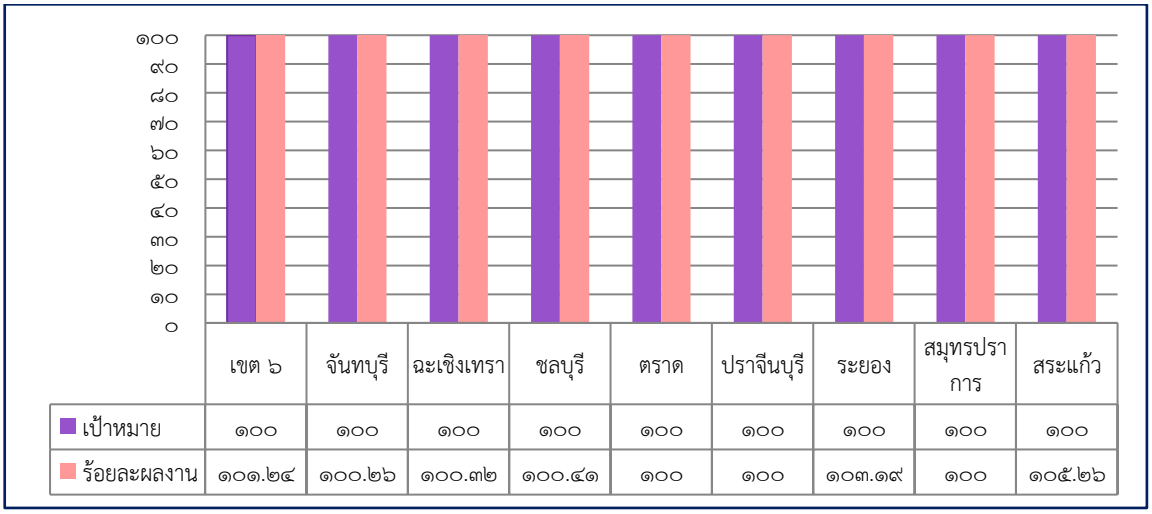
๓.๓.๔ อสม.หมอประจำบ้าน

ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายลดแออัด ลดรอคอย โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป้าหมายร้อยละ ๗๐ จากผลการดำเนินงานพบว่า เขตสุขภาพที่ ๖ มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ ๑๘๐.๐๕

เป้าหมายการพัฒนาศักยภาพ อสม. จำนวน ๕,๑๖๙ คน ดำเนินการพัฒนา และประเมินศักยภาพผ่านเกณฑ์ จำนวน ๕,๒๓๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๑.๒๔

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป้าหมาย ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจำนวน ๑๕,๕๐๗ คน มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน ๒๗,๙๒๐คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘๐.๐๕ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๑๕

แผนภูมิที่ ๑๕ ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน ในเขตสุขภาพที่ ๖



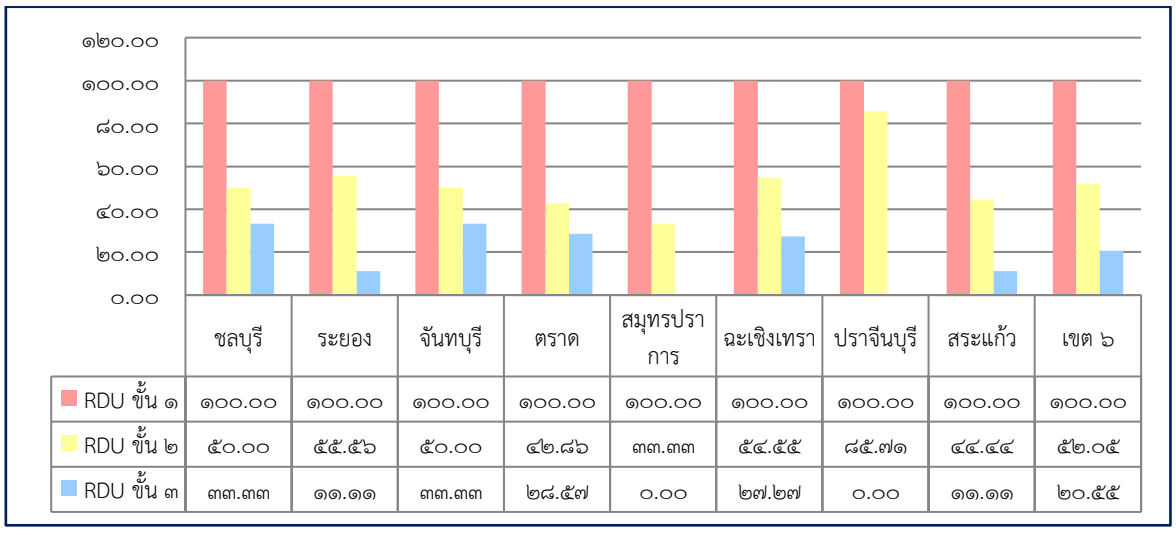
	เขต ๖	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว
เป้าหมาย	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ร้อยละผลงาน	๑๐๑.๒๔	๑๐๐.๒๖	๑๐๐.๓๒	๑๐๐.๔๑	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๓.๑๙	๑๐๐	๑๐๕.๒๖

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

๓.๓.๕ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) เขตสุขภาพที่ ๖ RDU ขั้นที่ ๑ ร้อยละ ๑๐๐ , RDU ขั้นที่ ๒ ร้อยละ ๕๒.๐๕ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๕๐) และ RDU ขั้นที่ ๓ ร้อยละ ๒๐.๕๕ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๒๐) รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๑๖

แผนภูมิที่ ๑๖ ร้อยละโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) เขตสุขภาพที่ ๖



	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	สมุทรปราการ	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	เขต ๖
RDU ขั้น ๑	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐
RDU ขั้น ๒	๕๐.๐๐	๕๕.๕๖	๕๐.๐๐	๔๒.๘๖	๓๓.๓๓	๕๔.๕๕	๘๕.๗๑	๔๔.๔๔	๕๒.๐๕
RDU ขั้น ๓	๓๓.๓๓	๑๑.๑๑	๓๓.๓๓	๒๘.๕๗	๐.๐๐	๒๗.๒๗	๐.๐๐	๑๑.๑๑	๒๐.๕๕

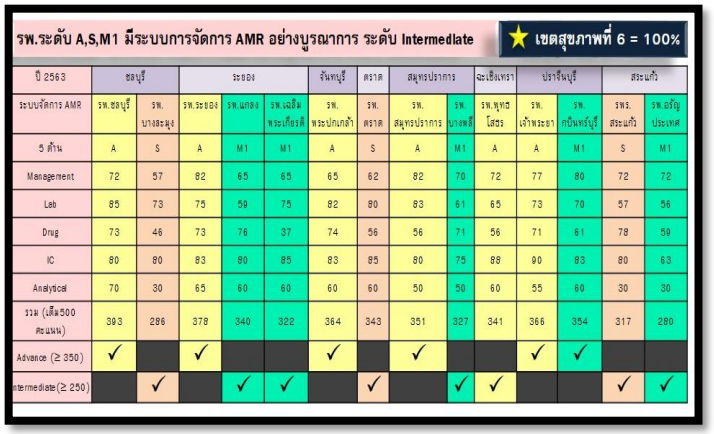
ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
๑. ความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์ ในเรื่องการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน ๔ กลุ่มโรค และการลงข้อมูล ICD๑๐ ส่งผลต่อจำนวนร้อยละการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินเกณฑ์ที่กำหนด ๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่ได้รับ Inhaled corticosteroid ไม่ผ่านเกณฑ์	ส่วนกลางควรพัฒนาโปรแกรม HDC ให้สามารถสะท้อนข้อมูลตัวชี้วัดที่เป็นจริง โดยสามารถดูได้ทุกตัวชี้วัดของ RDU จะได้เปรียบเทียบข้อมูลได้ทั้งประเทศอย่างแท้จริง

๓.๓.๖ Antimicrobial resistance (AMR)

เขตสุขภาพที่ ๖ มีโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับ Intermediate ขึ้นไป จำนวน ๑๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ระดับ Advance มีจำนวน ๖ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และโรงพยาบาลกบินทร์บุรี

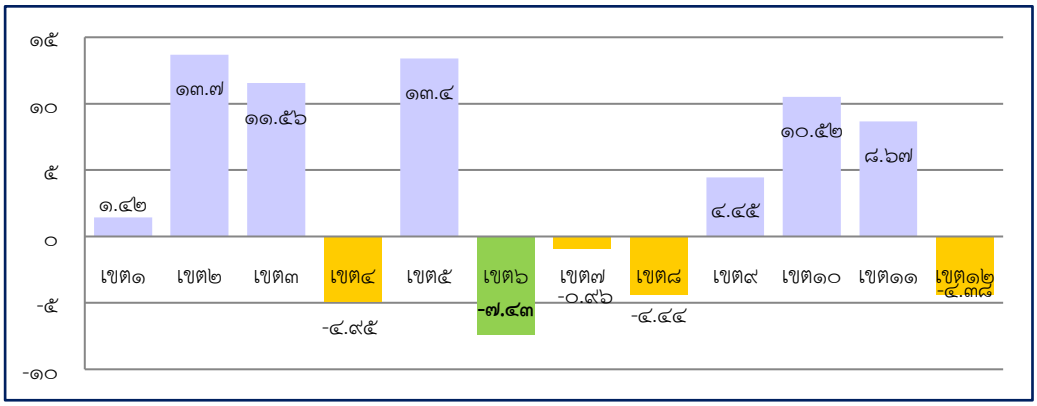


รพ.ระดับ A,S,M1 มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate — เขตสุขภาพที่ 6 = 100%

ปี 2563	ชลบุรี		ระยอง			จันทบุรี	ตราด	สมุทรปราการ		ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี		สระแก้ว	
ระบบบริหารการ AMR	รพ.ชลบุรี	รพ.บางละมุง	รพ.ระยอง	รพ.แกลง	รพ.เฉลิมพระเกียรติ	รพ.พระปกเกล้า	รพ.ตราด	รพ.สมุทรปราการ	รพ.บางพลี	รพ.พุทธโสธร	รพ.เจ้าพระยา	รพ.กบินทร์บุรี	รพ.ส. สระแก้ว	รพ.อภัยฯ ประเทศ
5 ด้าน	A	S	A	M1	M1	A	S	A	M1	A	A	M1	S	M1
Management	72	57	82	65	65	65	62	82	70	72	77	80	72	72
Lab	85	73	75	59	75	82	80	83	61	65	73	70	57	56
Drug	73	46	73	76	37	74	56	56	71	56	71	61	78	59
IC	80	80	83	80	85	83	85	80	75	88	90	83	80	63
Analytical	70	30	65	60	60	60	60	50	50	60	55	60	30	30
รวม (เต็ม500 คะแนน)	393	286	378	340	322	364	343	351	327	341	366	354	317	280
Advance (≥ 350)	✓		✓			✓		✓			✓	✓		
Intermediate(≥ 250)		✓		✓	✓		✓		✓	✓			✓	✓

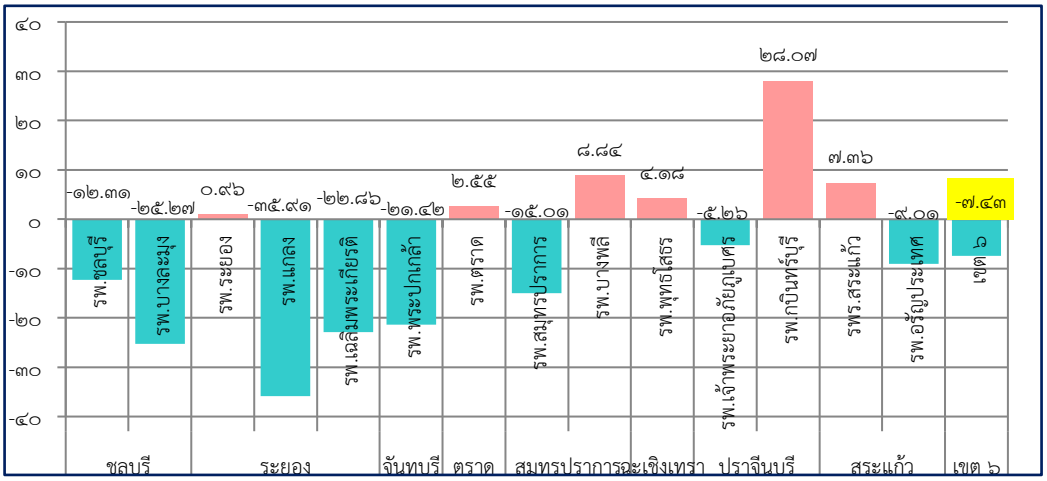
เขตสุขภาพที่ ๖ มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ๗.๔๓ ซึ่งเป็นอันดับ ๑ ของประเทศ มีจำนวน ๘ โรงพยาบาล จาก ๑๔ โรงพยาบาล ที่มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง โรงพยาบาลที่มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงสูงสุดคือโรงพยาบาลแกลง ๓๕.๙๑ รองลงมาคือ โรงพยาบาลบางละมุง ๒๕.๒๗ และโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ๒๒.๘๖ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๑๗

แผนภูมิที่ ๑๗ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ของเขตสุขภาพ ๑๒ เขต



ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

แผนภูมิที่ ๑๘ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ของเขตสุขภาพที่ ๖



ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ปัจจัยความสำเร็จ

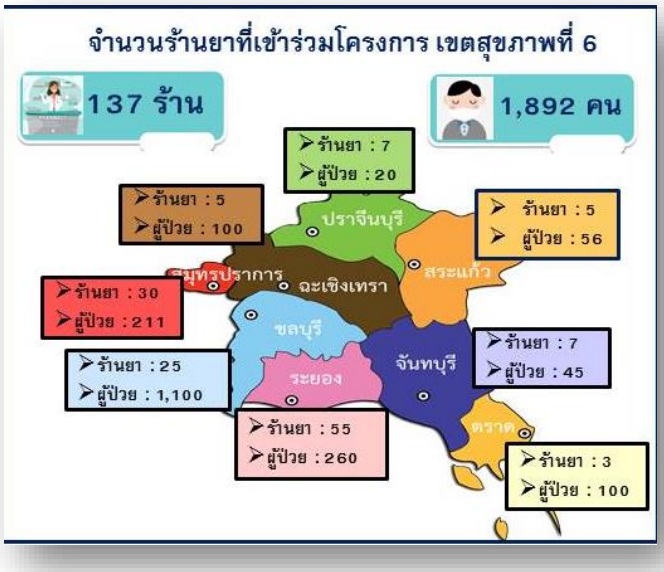
- ผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจนสู่ผู้ปฏิบัติและสนับสนุนการดำเนินงาน
- บุคลากรในทีม AMR มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ
- มีข้อมูลในการวิเคราะห์แนวโน้ม ขนาดปัญหา บางแห่งมีข้อมูลด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาล

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
๑. จำนวนและสมรรถนะของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้าน AMR ไม่เพียงพอ ๒. ไม่มีระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงข้อมูลทุกด้านที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการและHIS ๓. โครงสร้างพื้นฐานในการควบคุม AMR ได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่สามารถครอบคลุมถึงผู้ป่วย AMR ทั้งหมด ๔. ทุก รพ. ยังไม่มีระบบสารสนเทศที่สนับสนุนและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ภาพรวม	- ผู้บริหารสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการ AMR ในระดับจังหวัด - จัดสรรให้มีแพทย์โรคติดเชื้อในแต่ละจังหวัด เพื่อเป็นผู้นำในการพัฒนาการควบคุม AMR ทั้งใน รพ. และระดับจังหวัด - จัดหาโปรแกรมเพื่อเชื่อมต่อระบบข้อมูลจากห้องปฏิบัติการกับระบบการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล - พัฒนาการจัดการโครงสร้างพื้นฐานและพื้นที่ระยะห่างของผู้ป่วย และลดปัญหาผู้ป่วยล้นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

๓.๓.๗ ระบบรับยาที่ร้านยา

ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายลดแออัด ลดรอคอย โดยใช้กลไกการรับยาที่ร้านยา โดยให้โรงพยาบาลที่มีความพร้อมเริ่มดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ โดยทั้งประเทศตั้งเป้าหมายไว้ที่ ๕๐ โรงพยาบาล ๕๐๐ ร้านยา สำหรับในเขตสุขภาพที่ ๖ ตั้งเป้าหมายไว้ที่ ๗ โรงพยาบาล ๕๐ ร้านยา ซึ่งร้านยาที่จะเข้าร่วมโครงการต้องเป็นร้านยาคุณภาพหรือผ่าน GPP ขั้นที่ ๓ และได้กำหนดรูปแบบ ในการให้บริการไว้ ๓ รูปแบบ ดังนี้ ๑) โรงพยาบาลจัดยารายบุคคลส่งให้ร้านยา ๒) โรงพยาบาลจัดสำรองยาไว้ที่ร้านยา และ ๓) ร้านยาดำเนินการจัดการด้านยาเอง

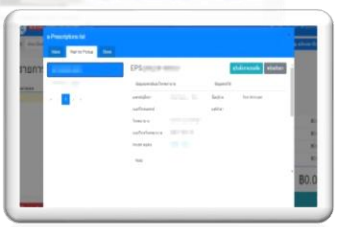


เขตสุขภาพที่ ๖ มีร้านยาที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด ๑๓๗ ร้าน สูงสุด คือ จังหวัดระยองมีจำนวน ๕๕ ร้าน และจังหวัดชลบุรีมีจำนวนผู้ป่วย มากที่สุดเป็นอันดับ ๑ ของเขต จำนวน ๑,๑๐๐ คน เขตสุขภาพที่ ๖ มีจำนวนใบสั่งยาสะสม จำนวน ๒,๐๑๓ รายการ สูงสุดคือโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน ๖๑๖ รายการ รองลงมาคือ โรงพยาบาลระยอง จำนวน ๕๐๙ รายการ

<u>นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี</u>

- การทำแผนที่การกระจายพื้นที่ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ (รพ.ชลบุรี)
- แบบตรวจประเมินเพื่อคัดเลือกร้านยาในการเข้าร่วมโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาล (รพ.ชลบุรี)
- แผ่นผับสื่อประชาสัมพันธ์โครงการลดความแออัดในโรงพยาบาล (รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี)

- Application เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหา ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (รพ.ระยอง, รพ.ชลบุรี)
- การประยุกต์ใช้โมเดลที่ ๑ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ในการดำเนินการในรูปแบบ REFILL (รพ.ระยอง, รพ.ชลบุรี, รพ.ตราด, รพ.สมุทรปราการ)



- การร่วมกับบริษัทเอกชน ในการส่งใบสั่งยาไปยังร้านยาด้วยโปรแกรม e-prescription ไปยังร้านยา ในการให้บริการด้วยโมเดลที่ ๒ (รพ.พุทธโสธร)
- ระบบบริการรับยาใกล้บ้าน (เลือกร้านยา, เซ็นใบยินยอม) ผ่านระบบ kiosk (รพ.ระยอง)
- e-Locker ที่สถานีใกล้ใจ ในบริเวณปั๊มน้ำมัน ปตท. (รพร.สระแก้ว)

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. ผู้ป่วยและแพทย์บางส่วนยังไม่เข้าใจ โครงการ	๑. ประชาสัมพันธ์โครงการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งผู้ป่วยและบุคลากรใน รพ.	๑. หลายโรงพยาบา มีจำนวนร้านยาและผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้น
๒. บางพื้นที่มีจำนวนร้านยาที่ผ่านมาตรฐาน หรือมีศักยภาพในการรับบริการผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ	๒. สสจ.และ อย. ร่วมกันพัฒนาศักยภาพของร้านยาในพื้นที่ให้สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๒. ในภาพรวม มีจำนวนร้านยาที่เข้าเกณฑ์ในการเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้น
๓. การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยที่จำเป็นบางส่วนผ่านโปรแกรมของ สปสช. ยังไม่ครอบคลุม	๓. สื่อสารไปยังผู้รับผิดชอบของ สปสช เขตสุขภาพที่ 6 ระยอง เพื่อหาแนวทางแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	๓. โรงพยาบาลมีการพัฒนาและใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ทำให้สามารถส่งข้อมูลที่จำเป็นในการจ่ายยาไปยังร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ
๔. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการไม่ครอบคลุมสิทธิผู้ป่วยประกันสังคมและข้าราชการ	๔. ประสานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลในการขยายผลต่อไป	๔. มีร้านยาในโครงการ ในบางจังหวัด เช่นระยอง จันทบุรี เพิ่มการให้บริการผู้ป่วยในสิทธิประกันสังคม และต้นสังกัด โดยสมัครใจ ซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทน
๕. ในช่วงสถานการณ์ระบาดของ COVID-19 ร้านยาในบางจังหวัดไม่สะดวกให้บริการเนื่องจากกลัวการแพร่กระจายเชื้อ และโรงพยาบาลมีช่องทางการลดแออัดอื่นๆเพิ่มเติม จากการส่งยาทางไปรษณีย์ และการรับยาที่รพ.สต.	๕. มีการใช้ระบบ Telepharmacy หรือช่องทางการสื่อสารอื่นๆระหว่างเภสัชกรในหน่วยบริการกับผู้ป่วย และระหว่างหน่วยบริการด้วยกันเอง เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย	๕. มีการเตรียมการดำเนินงานดังกล่าวในหลายโรงพยาบาล เช่น รพร.สระแก้ว, รพ.พุทธโสธร ซึ่งต้องติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานต่อไป

๓.๓.๘ วัณโรคปอด (TB)

ผลสำเร็จการรักษาวัณโรคปี ๒๕๖๓ มีเป้าหมายการดำเนินคือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕ เขตสุขภาพที่ ๖ คาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค จำนวน ๙,๒๖๖ ราย ขึ้นทะเบียนจำนวน ๗,๙๘๘ ราย ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน ๑,๔๔๕ ราย มีผลการรักษาสำเร็จร้อยละ ๘๕.๕ กำลังรักษา ร้อยละ ๒.๘ เสียชีวิตร้อยละ ๖.๓ ขาดยา ร้อยละ ๓.๙ โอนออก ร้อยละ ๑ และรักษาล้มเหลว ร้อยละ ๐.๔ ซึ่งมี ๕ จังหวัด ที่ดำเนินการรักษาสำเร็จตามเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ร้อยละ ๘๙.๑ จังหวัดจันทบุรี ร้อยละ ๘๖.๒ จังหวัดตราด ร้อยละ ๙๓.๖ จังหวัดสมุทรปราการ ร้อยละ ๘๕.๖ และจังหวัดปราจีนบุรี ร้อยละ ๘๗.๑ มี ๒ จังหวัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือจังหวัดระยองและจังหวัดฉะเชิงเทรา รายละเอียดดังแผนภาพที่ ๙

แผนภาพที่ ๙ ผลการดำเนินงานวัณโรค เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๓

เขตสุขภาพที่ 6 คาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 9,266 ราย ขึ้นทะเบียน 7,988 ราย

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 1,445 ราย (ที่นำมาประเมินตามเป้าหมาย PA 63)

ผลสำเร็จการรักษา 85.5

จังหวัด/เขต6	จำนวนผู้ป่วย	สำเร็จ		กำลังรักษา		เสียชีวิต		ขาดยา		โอนออก		ล้มเหลว	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
เขต6	1,445	1,235	85.5	41	2.8	91	6.3	57	3.9	15	1.0	6	0.4
ชลบุรี	506	451	89.1	13	2.6	17	3.4	17	3.4	6	1.2	2	0.4
ระยอง	146	111	76.0	8	5.5	16	11.0	4	2.7	4	2.7	3	2.1
จันทบุรี	152	131	86.2	6	3.9	11	7.2	2	1.3	1	0.7	1	0.7
ตราด	47	44	93.6	1	2.1	2	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ฉะเชิงเทรา	101	79	78.2	4	4.0	12	11.9	6	5.9	0	0.0	0	0.0
สมุทรปราการ	208	178	85.6	6	2.9	10	4.8	11	5.3	3	1.4	0	0.0
ปราจีนบุรี	132	115	87.1	0	0.0	10	7.6	7	5.3	0	0.0	0	0.0
สระแก้ว	153	126	82.4	3	2.0	13	8.5	10	6.5	1	0.7	0	0.0

ที่มา : ข้อมูลจาก NTIP ณ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๓

ผลงานเด่น

จังหวัด	ผลงานเด่น
ชลบุรี	■ ค้นหาขึ้นทะเบียนสูงสุดในเขต ๑,๘๐๘ ราย คิดเป็น ๗๘% ■ สสจ.ใช้กลยุทธ์ STOP TB ติดตามข้อมูลทุกสัปดาห์ ■ รพ.บ้านบึง ใช้การ counseling ทำให้การขาดยาเป็น ๐ ■ รพ.ภาครัฐ และเอกชนใช้โปรแกรม TBCM ๑๐๐%
ระยอง	■ ตะพง Model ต้นแบบ ลดตาย ลดขาดยา ลดการตีราวัณโรคในชุมชน ■ พัฒนาศักยภาพของ อสรจ. ในการตรวจ AFB ในเรือนจำ
จันทบุรี	■ สสจ.เป็นศูนย์ประสานการโอนออก ■ รพ.พระปกเกล้า เป็นต้นแบบในการจัดทำทะเบียนผู้สัมผัส ■ ทีมแพทย์เข้าไปบริการในเรือนจำ ทุกเดือน

จังหวัด	ผลงานเด่น
ตราด	■ สอบสวน กรณีพบดื้อยา เสียชีวิต ขาดยา ■ ทำ dead case conference ภายใน ๔๘ ชม.หรือ ๒ สัปดาห์
สมุทรปราการ	■ PA Success rate ๗๘.๘ % สูงสุดในเขต ■ เชื่อมโยงดำเนินงานกับรพ.เอกชน ๑๘ แห่ง ■ CXR ผู้ต้องขังทุกเดือน ทีมแพทย์รพ.บางบ่อ มาดูแลทุก ๒ สัปดาห์ และแยกผู้ป่วยในเรือนพยาบาล ๒ เดือน
ฉะเชิงเทรา	■ ทำทะเบียนผู้สัมผัสติดตาม ๓ ปี ■ line group ทีมแพทย์ภายในจังหวัด
ปราจีนบุรี	■ Success rate > ๘๕ ติดต่อกัน ๓ ปี ■ ใช้กลยุทธ์ PIRAB ขับเคลื่อนงาน
สระแก้ว	■ ใช้ AI มาช่วยในการวินิจฉัยโรคใน ๖ อำเภอ ตาพระยา คลองหาด วังน้ำเย็น วัฒนานคร เขาฉกรรจ์ โคกสูง ■ รพ.โคกสูง ใช้ Model ๑-๒-๒ (นำร่องปี ๒๕๖๓

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. แนวโน้มการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาลดลงในทุกจังหวัด เปรียบเทียบผลการดำเนินงานเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๒ ร้อยละ ๗๕.๒ ปี ๒๕๖๓ ร้อยละ ๗๐.๖ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่าสายพันธ์ใหม่ (COVID-๑๙) ทำให้การคัดกรองเชิงรุกล่าช้า การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผน เช่น การคัดกรองในเรือนจำ ๒. นโยบายผู้บริหาร, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษา มีบทบาทสำคัญ ในการผลักดันการดำเนินงานในพื้นที่ เนื่องจากพบว่าบางจังหวัดมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง และแนวทางการ	๑. เพิ่มความเข้มข้นการคัดกรองเชิงรับในคลินิกเรื้อรัง ของโรงพยาบาลทุกแห่ง ๒. บูรณาการงาน อสม. ที่เป็น care giver กำหนดเป็น Care plan ในการคัดกรองผู้สงสัยวัณโรค ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ ๓. ส่งต่อผู้ป่วยให้ รพ.สต.ติดตามผู้สัมผัส และกำกับการกินยา รวมถึงดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ๔. โรงพยาบาลควรวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มขาดยาสูง และส่งต่อผู้ป่วยให้ รพ.สต. หรือ อสม. กำกับการกินยา (DOT) อย่างเข้มข้น ๕. มีระบบให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยวัณโรคทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการกินยาต่อเนื่องทุกราย และควรตรวจสอบข้อมูลที่อยู่ เบอร์	สสจ.กำกับ ติดตาม การดำเนินงานของหน่วยงานเครือข่าย ทุกไตรมาส

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
รักษาของแพทย์รพ.เอกชน และรพ.รัฐบางแห่งไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ๓. พื้นที่ชุมชนห่างไกล ปัญหาเศรษฐานะของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ขาดยา และ มีการเสียชีวิตที่บ้าน ๔. ชุมชนเมือง แรงงานข้ามชาติและแรงงานต่างจังหวัด ย้ายที่อยู่กำกับติดตามยาก ส่งผลให้ขาดยา	โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ก่อนให้คนไข้กลับบ้านเพื่อการติดตามมารักษาตามนัด ๖. นิเทศ ติดตามการดำเนินงานวัณโรคในระดับรพ.และ รพ.สต.	

๓.๓.๙ Service Plan

๑) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

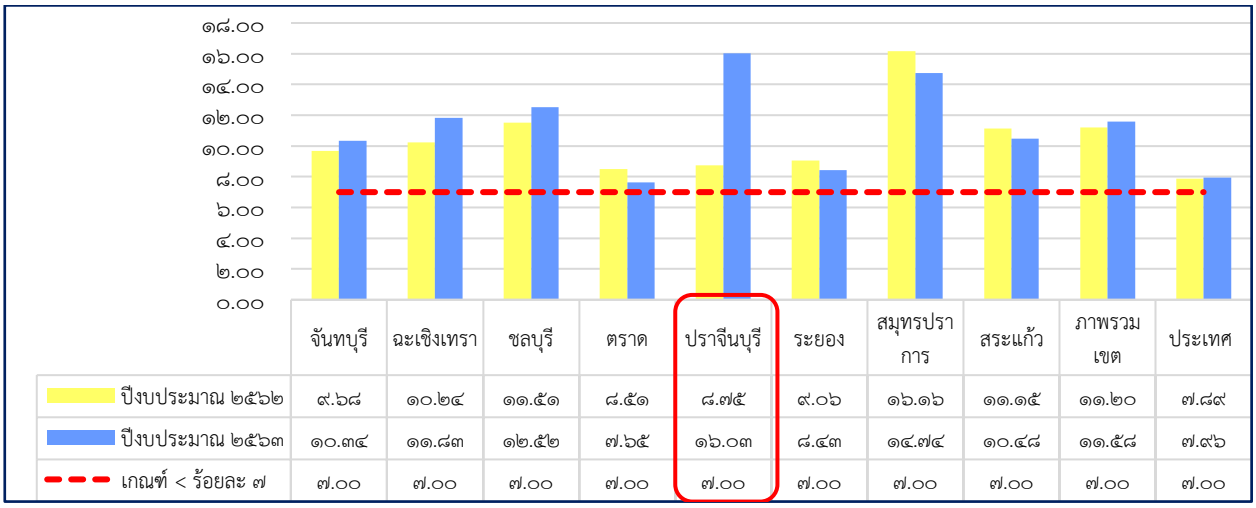
ผลการดำเนินงาน เขตสุขภาพที่ ๖ มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ร้อยละ ๑๑.๕๘ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ ๒๙.๓๕ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ร้อยละ๕.๐๕ Door to needle time ภายใน ๖๐ นาที ร้อยละ ๗๙.๑๒ และ Door to Stroke Unit (I๖๐-I๖๙) ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ร้อยละ ๗๒.๓๔

ตารางที่ ๑๙ ผลการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เขตสุขภาพที่ ๖

ตัวชี้วัด	KPI	ผลลัพธ์
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)	< ๗ %	๑๑.๕๘ (๑,๒๓๗/๑๐,๖๘๓)
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	< ๒๕ %	๒๙.๓๕ (๘๖๑/๒,๙๓๔)
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	< ๕ %	๕.๐๕ (๓๔๖/๖,๘๕๗)
Door to needle time ภายใน ๖๐ นาที	≥ ๕๐ %	๗๙.๑๒ (๔๑๓/๕๒๒)
Door to Stroke Unit (I๖๐-I๖๙) ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง	≥ ๕๐ %	๗๒.๓๔ (๕,๗๓๖/๗,๙๒๙)

จากผลการดำเนินงานพบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๖ มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๔๘ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (เป้าหมาย : <ร้อยละ ๗) ซึ่งจังหวัดที่มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) สูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดปราจีนบุรี คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๐๓ และจังหวัดที่มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ต่ำที่สุด ได้แก่ จังหวัดตราด คิดเป็นร้อยละ ๗.๖๕ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๑๙

แผนภูมิที่ ๑๙ อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ในเขตสุขภาพที่ ๖

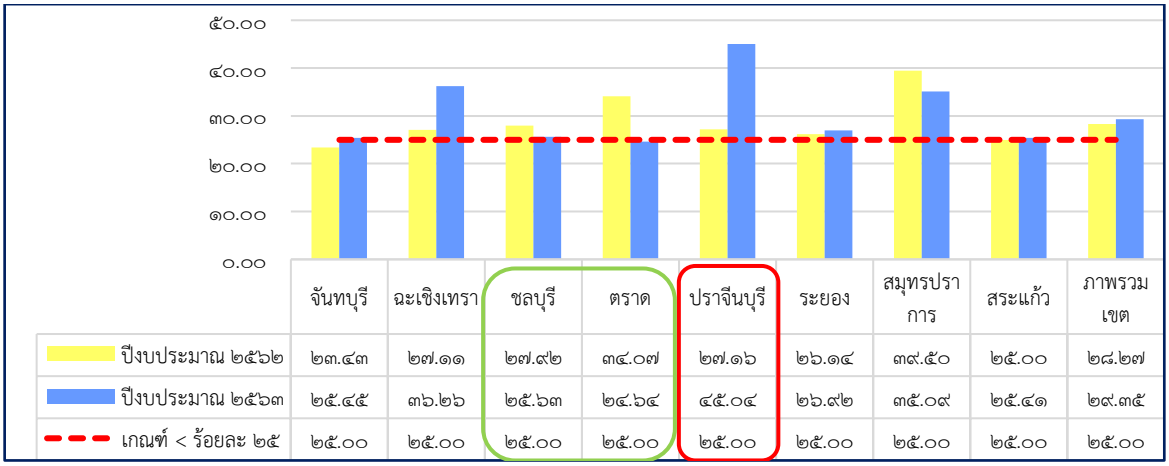


	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว	ภาพรวมเขต	ประเทศ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	๙.๖๘	๑๐.๒๔	๑๑.๕๑	๘.๕๑	๘.๗๕	๙.๐๖	๑๖.๑๖	๑๑.๑๕	๑๑.๒๐	๗.๘๙
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๑๐.๓๔	๑๑.๘๓	๑๒.๕๒	๗.๖๕	๑๖.๐๓	๘.๔๓	๑๔.๗๔	๑๐.๔๘	๑๑.๕๘	๗.๙๖
เกณฑ์ < ร้อยละ ๗	๗.๐๐	๗.๐๐	๗.๐๐	๗.๐๐	๗.๐๐	๗.๐๐	๗.๐๐	๗.๐๐	๗.๐๐	๗.๐๐

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๖ มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๓๕ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (เป้าหมาย : <ร้อยละ ๒๕) ซึ่งจังหวัดที่มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกสูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดปราจีนบุรี คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๐๔ และจังหวัดที่มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ต่ำที่สุด ได้แก่ จังหวัดตราด คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๖๔ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๒๐

แผนภูมิที่ ๒๐ แสดงอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ในเขตสุขภาพที่ ๖

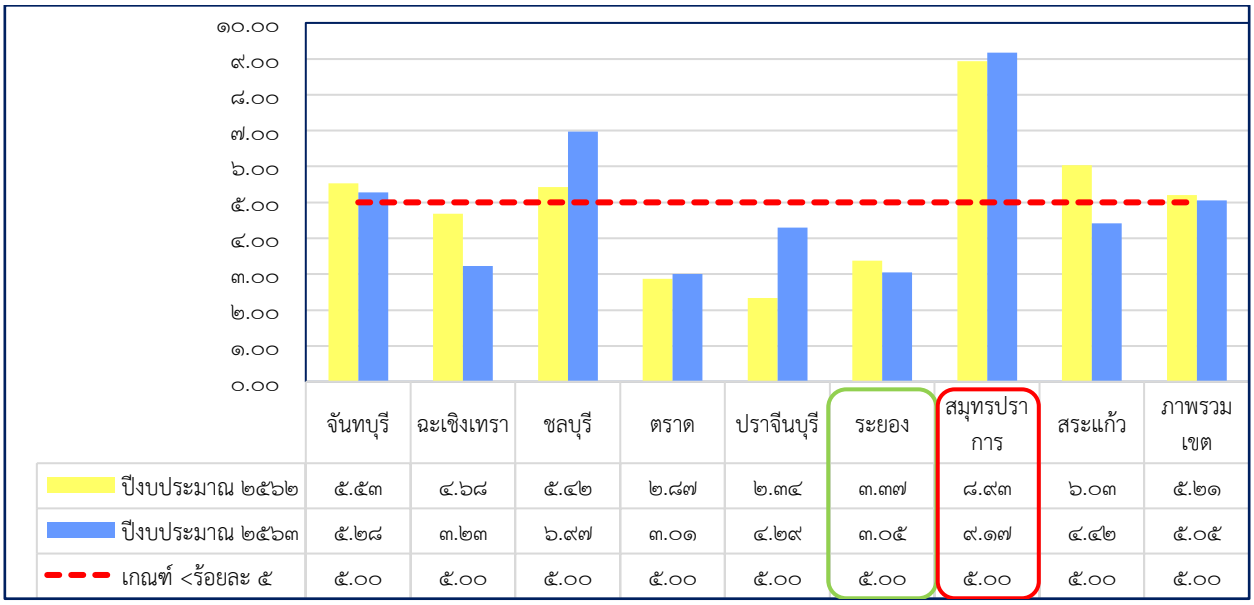


	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว	ภาพรวมเขต
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	๒๓.๔๓	๒๗.๑๑	๒๗.๙๒	๓๔.๐๗	๒๗.๑๖	๒๖.๑๔	๓๙.๕๐	๒๕.๐๐	๒๘.๒๗
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๒๕.๔๕	๓๖.๒๖	๒๕.๖๓	๒๔.๖๔	๔๕.๐๔	๒๖.๙๒	๓๕.๐๙	๒๕.๔๑	๒๙.๓๕
เกณฑ์ < ร้อยละ ๒๕	๒๕.๐๐	๒๕.๐๐	๒๕.๐๐	๒๕.๐๐	๒๕.๐๐	๒๕.๐๐	๒๕.๐๐	๒๕.๐๐	๒๕.๐๐

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๖ มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน คิดเป็นร้อยละ ๕.๐๕ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (เป้าหมาย : <ร้อยละ ๕) ซึ่งจังหวัดที่มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน สูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ คิดเป็นร้อยละ ๙.๑๗ และจังหวัดที่มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ต่ำที่สุด ได้แก่ จังหวัดระยอง คิดเป็นร้อยละ ๓.๐๕ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๒๑

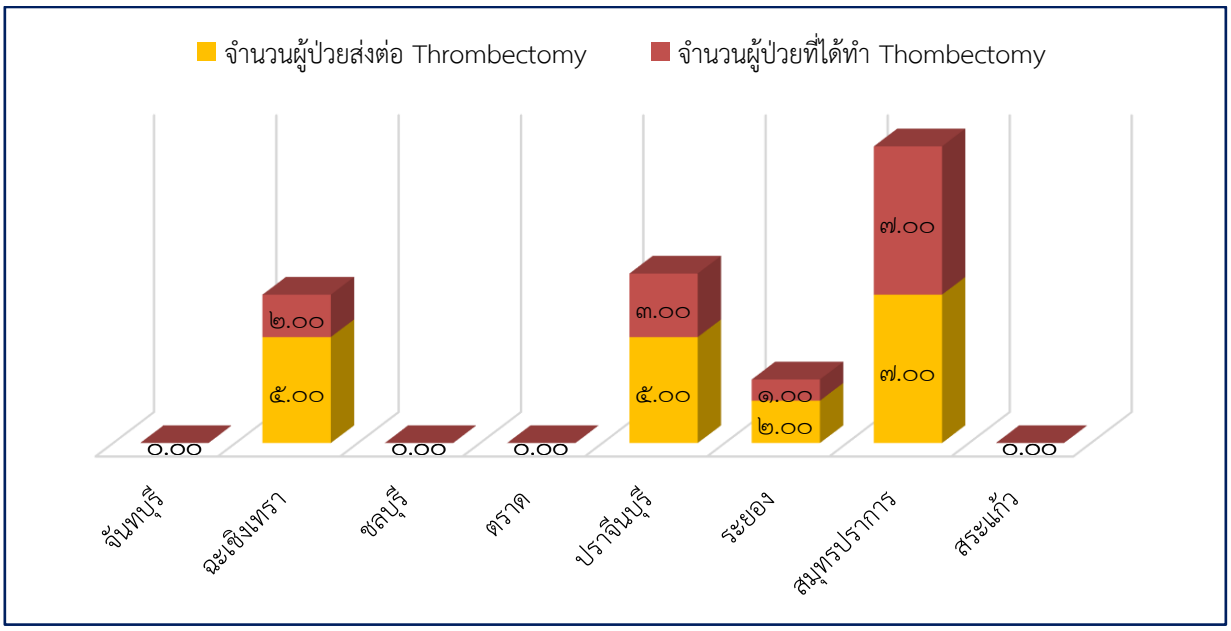
แผนภูมิที่ ๒๑ อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ในเขตสุขภาพที่ ๖



	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว	ภาพรวมเขต
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	๕.๕๓	๔.๖๘	๕.๔๒	๒.๘๗	๒.๓๔	๓.๓๗	๘.๙๓	๖.๐๓	๕.๒๑
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๕.๒๘	๓.๒๓	๖.๙๗	๓.๐๑	๔.๒๙	๓.๐๕	๙.๑๗	๔.๔๒	๕.๐๕
เกณฑ์ <ร้อยละ ๕	๕.๐๐	๕.๐๐	๕.๐๐	๕.๐๐	๕.๐๐	๕.๐๐	๕.๐๐	๕.๐๐	๕.๐๐

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

แผนภูมิที่ ๒๒ จำนวนผู้ป่วยที่ได้ทำ Thombectomy และผู้ป่วยส่งต่อ ในเขตสุขภาพที่ ๖



ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๑๐ ผลงานเด่น (Best Practice) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ผลงานเด่น (Best Practice)

๑. การพัฒนา Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S และโรงพยาบาลผ่านการรับรอง Standard Stroke Center Certify (SSCC) ในเขตสุขภาพที่ ๖ ทุกโรงพยาบาล รวมทั้งการประเมิน DSC Stroke ของโรงพยาบาลระยอง

๒. การเข้ารับบริการในกลุ่มผู้ป่วย Ischemic Stroke เพิ่มขึ้น และส่งต่อเพื่อทา Thombectomy จำนวน ๑๓ ราย

๓. การพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วย Stroke Fast Track ในรายจังหวัด

๔. การขยายการบริการ Thombectomy ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (กำลังส่งแพทย์ศึกษาต่อ)

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

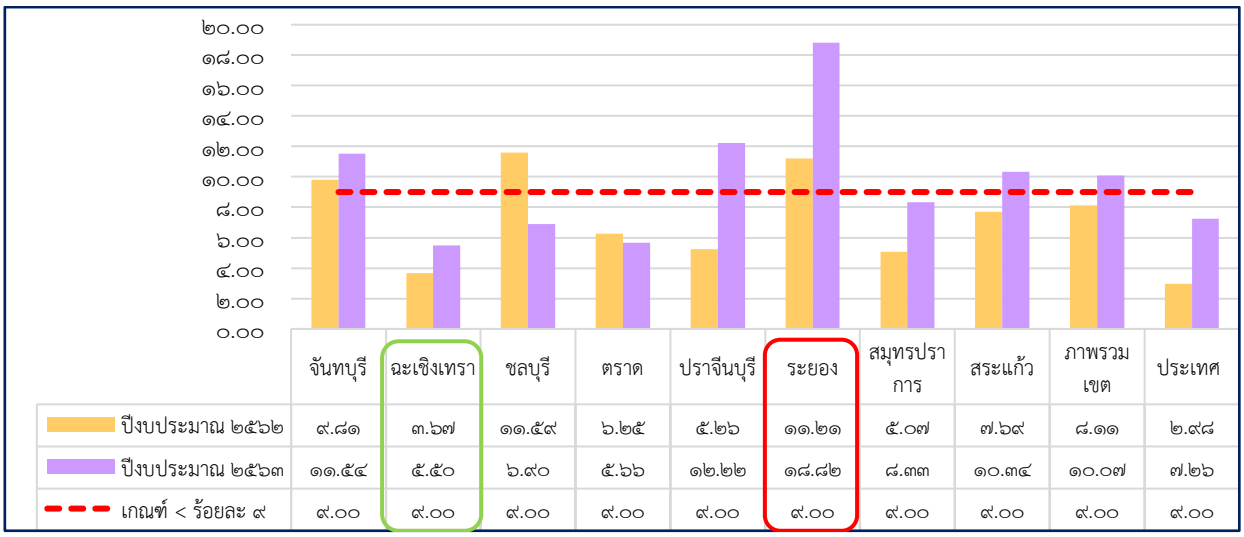
ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑.จำนวนผู้ป่วยกลุ่ม NCD มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และมีปัญหาการควบคุมผู้ป่วยกลุ่ม NCD เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ๒.ปัญหาการเข้ารับบริการล่าช้าของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ	๑.การบรูณาการทางานร่วมกันกับผู้ดูแลผู้ป่วย Primary Prevention ในการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ๒.การประชาสัมพันธ์โดยการใช้สื่อสาธารณะและเครือข่ายสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทราบถึง Warning Sign รวมถึงความรุนแรงของโรคเพื่อให้ประชาชนสามารถ	๑.การพัฒนา Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S และโรงพยาบาลผ่านการรับรอง Standard StrokeCenter Certify (SSCC) ในเขตสุขภาพที่ ๖ ทุกโรงพยาบาล ๒.การเข้ารับบริการในกลุ่มผู้ป่วย Ischemic Stroke เพิ่มขึ้น และส่งต่อเพื่อทำ Thombectomy ได้จานวน ๑๓ ราย

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๓.ปัญหาการเข้ารับการรักษาในStroke Unit และการส่งต่อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ๔.การขาดบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อรองรับการขยายบริการใน Stroke Unit การลงข้อมูล ICD ๑๐	เข้าถึงการรับบริการได้ทันเวลา ๓.ประชาสัมพันธ์ Stroke alert, Stroke awareness สายด่วน ๑๖๖๙ ความรุนแรงของโรคให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแลประชาชนทั่วไปได้รับทราบเพื่อการเข้าถึงบริการได้ทันเวลา ๔.การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย Stroke Hemorrhage ในเขตสุขภาพที่ ๖	๓.การพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วย Stroke Fast Track ในรายจังหวัด ๔.การขยายการบริการ Thombectomy ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (กำลังส่งแพทย์ศึกษาต่อ)

๒) โรคหัวใจ (STEMI)

จากผลการดำเนินงานพบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๖ มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๐๗ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (เป้าหมาย : ≤ ร้อยละ ๙) ซึ่งจังหวัดที่มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตายเฉียบพลันชนิด STEMI สูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดระยอง คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๘๒ และจังหวัดปราจีนบุรี คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒๒ ตามลำดับ และจังหวัดที่มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMIต่ำที่สุด ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา คิดเป็นร้อยละ ๕.๕๐ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๒๓

แผนภูมิที่ ๒๓ อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในเขตสุขภาพที่ ๖

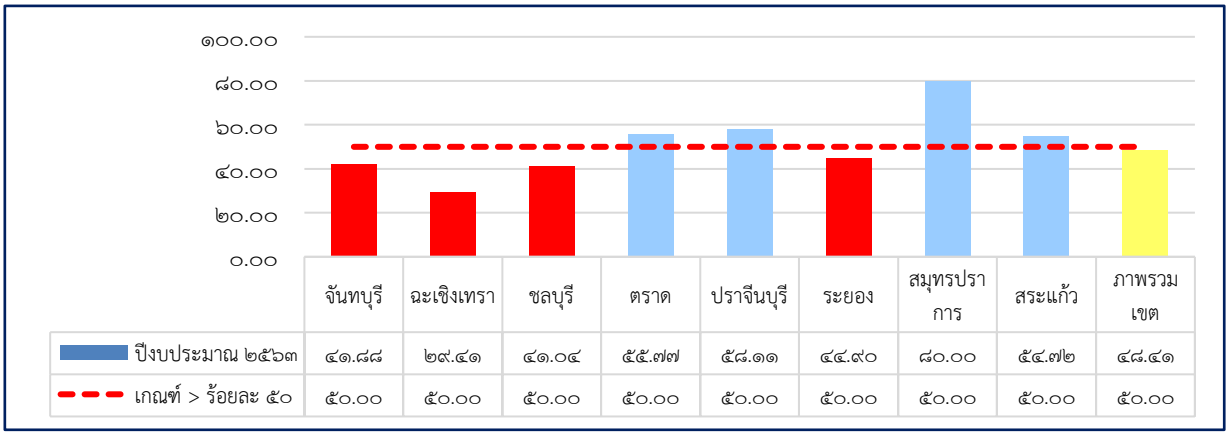


	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว	ภาพรวมเขต	ประเทศ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	๙.๘๑	๓.๖๗	๑๑.๕๙	๖.๒๕	๕.๒๖	๑๑.๒๑	๕.๐๗	๗.๖๙	๘.๑๑	๒.๙๘
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๑๑.๕๔	๕.๕๐	๖.๙๐	๕.๖๖	๑๒.๒๒	๑๘.๘๒	๘.๓๓	๑๐.๓๔	๑๐.๐๗	๗.๒๖
เกณฑ์ < ร้อยละ ๙	๙.๐๐	๙.๐๐	๙.๐๐	๙.๐๐	๙.๐๐	๙.๐๐	๙.๐๐	๙.๐๐	๙.๐๐	๙.๐๐

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๖ มีการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามเวลามาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๔๑ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (เป้าหมาย : >ร้อยละ ๕๐) ซึ่งจังหวัด ที่มีการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามเวลามาตรฐาน สูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๐๐ และจังหวัดที่มีการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามเวลามาตรฐาน ต่ำที่สุด ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๔๑ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๒๔

แผนภูมิที่ ๒๔ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามเวลามาตรฐาน ในเขตสุขภาพที่ ๖



	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว	ภาพรวมเขต
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๔๑.๘๘	๒๙.๔๑	๔๑.๐๔	๕๕.๗๗	๕๘.๑๑	๔๔.๙๐	๘๐.๐๐	๕๔.๗๒	๔๘.๔๑
เกณฑ์ > ร้อยละ ๕๐	๕๐.๐๐	๕๐.๐๐	๕๐.๐๐	๕๐.๐๐	๕๐.๐๐	๕๐.๐๐	๕๐.๐๐	๕๐.๐๐	๕๐.๐๐

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ความก้าวหน้า

๑. การพัฒนาระบบ STEMI FAST TRACK ในเขตสุขภาพที่ ๖

๒. มีการพัฒนาการลงข้อมูล Thai ACS Registry

๓. การ RCA การ Delay Treatment ในผู้ป่วย STEMI

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. การวินิจฉัยล่าช้า ทำให้การรักษา STEMI ไม่ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	- วินิจฉัยโรค โดยใช้ระบบ Ambulance operation center ร่วม Telemedicine เพื่อสามารถ activate pre-hospital STEMI fast track	- จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพศูนย์โรคหัวใจจังหวัดระยอง โดยวางแผนเปิดห้องcath lab ในรพ.ระยอง (อยู่ระหว่างรอผลการประเมินจากกระทรวง) - เปิด ห้อง Cath lab outsource
๒. การเข้าถึงบริการล่าช้า ประชาชนใช้บริการผ่าน EMS ๑๖๖๙ น้อย	- เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการให้รวดเร็ว โดยให้ความรู้ประชาชนผ่านกิจกรรม EMS rally application RYH TOT Help call center	- ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชน มีงานวันหัวใจโลก (Pre hospital)

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๓. การ Refer รับส่ง STEMI จากจังหวัดใกล้เคียง ผู้ป่วยมีสิทธิ การรักษาจากต้นสังกัดส่งต่อเพื่อทา PPCI ล่าช้า รวมถึงระยะเวลารอคอย PPCI นาน ๒-๓ เดือน การให้ SK ไม่ทันภายใน ๓๐ นาที ใน รพช. มีผู้ป่วยจำนวนมาก ไม่มี CCU และห้องสวนหัวใจ	- การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งเรื่องการรับ Refer ผู้ป่วยที่ต้องเดินทางไกล อาจต้องระวังเรื่องเวลาเดินทาง การเกิด ภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น - พัฒนาระบบ STEMI fast track ควบคู่กับ Node SK ภายในจังหวัดปรับระบบ consult และเพิ่มช่องทางการรับ consult - การแบ่ง Zone การรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำ PPCI ในและนอกเวลาราชการภายในจังหวัด - การจัดทา Flow การรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำ PPCI ระดับเขตสุขภาพที่ ๖ และมีการทบทวนทุก ๓ เดือน - มีโครงการเปิดขยายบริการการตรวจสวนหัวใจได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง (ประมาณต้นปี ๒๕๖๔)	- มีการรับ Refer case จากจังหวัดใกล้เคียง - ห้องสวนหัวใจรองรับการสวนหัวใจเปิดหลอดเลือดมากขึ้น และเปิดบริการ ๒๔ชั่วโมง - ขยายเตียงรับผู้ป่วย STEMI/ NSTEMI ที่ Pre-Post CAG Unit - การขยายพื้นที่บริการในจังหวัดสระแก้ว ตราด ระยองในการส่งต่อโดยตรงเพื่อทำ PPCI - การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดระยะเวลาการทำ PPCI ภายในระยะเวลาเฉลี่ย ๑๗ นาที
๔. ขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ทั้งแพทย์ พยาบาล และนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก	- จัดทำแผนงานโครงการเพื่อจัดสรรอัตรากาลังสาหรับการขยายบริการโยกย้ายและลาออก - จัดประชุมเผยแพร่วิชาการหัวข้อเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ - ประสานงานระบบการบริการเครือข่ายโรคหัวใจให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นพัฒนาศักยภาพแพทย์ใช้ทุนก่อนออกไปอยู่ รพช.	-
๕. ระบบคัดกรอง COVID-๑๙ ในผู้ป่วย STEMI	-	-

๓) อุบัติเหตุฉุกเฉิน (Trauma)

จากผลการดำเนินงานพบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๖ มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาล A, S, M๑ คิดเป็นร้อยละ ๙.๔๕ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๑๒) ซึ่งจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาล A, S, M๑ สูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดระยอง คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๔๖ และจังหวัดชลบุรี คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๔๐ ตามลำดับ และจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาล A, S, M๑ ต่ำที่สุด ได้แก่ จังหวัดตราด คิดเป็นร้อยละ ๔.๒๙ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๒๕

แผนภูมิที่ ๒๕ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาล A, S, M๑ ในเขตสุขภาพที่ ๖

	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว	ภาพรวมเขต	ประเทศ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	๔.๗๙	๖.๘๗	๑๔.๖๒	๕.๒๑	๑๐.๔๐	๘.๕๑	๑๐.๒๖	๙.๗๔	๘.๗๐	๑๑.๕
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๖.๑๒	๑๐.๓๗	๑๓.๔๐	๔.๒๙	๗.๗๕	๑๕.๔๖	๑๒.๕๔	๘.๑๐	๙.๔๕	๑๑.๒๘
เกณฑ์ < ร้อยละ ๑๒	๑๒.๐๐	๑๒.๐๐	๑๒.๐๐	๑๒.๐๐	๑๒.๐๐	๑๒.๐๐	๑๒.๐๐	๑๒.๐๐	๑๒.๐๐	๑๒.๐๐

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

<u>ความก้าวหน้า</u>

๑. การ RCA สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

๒. การพัฒนาทางการดูแล ER Service Delivery ตามรายโรคสำคัญของจังหวัดจันทบุรี

๓. มีระบบการส่งต่อแบบ block chain เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลทั้งจังหวัดสมุทรปราการ

๔. การพัฒนาการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ COVID-๑๙

๕. การพัฒนา Digital Triage ในจังหวัดระยอง

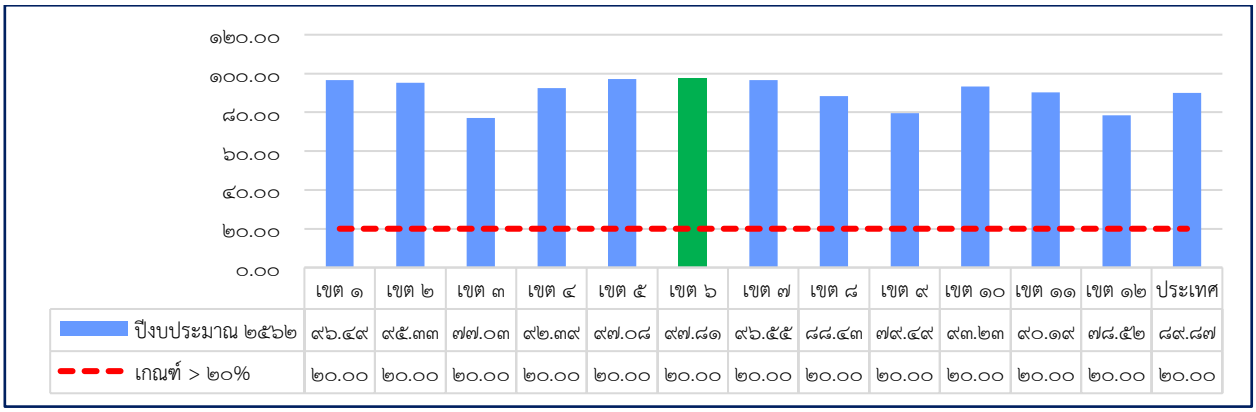
ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
๑. ปัญหาการพัฒนา TEA unit ยังไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์เนื่องจากมีข้อจากัด (บุคลากร / สถานที่) ๒. ผู้ป่วยกลุ่ม Fast Track ไม่เรียกใช้บริการ ๑๖๖๙ ๓. ปัญหาการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร เช่น การสวมใส่หมวกนิรภัย ของประชาชน	๑. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสาหรับ ER , Telemedicine และระบบการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกันทั้งเขตสุขภาพ ๖ ๒. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบการใช้ Application การแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเรียก ๑๖๖๙ ๓. การบรูณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานของรัฐและเอกชน ในการสร้างความตระหนักในการปฏิบัติตามกฎหมายจราจร

๔) การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery)

จากผลการดำเนินงานพบว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS ของประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๘๗ (เป้าหมาย > ร้อยละ ๒๐) โดยเขตสุขภาพที่ ๖ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๘๑ ซึ่งเป็นอันดับ ๑ ของประเทศ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๒๖

แผนภูมิที่ ๒๖ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๒๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

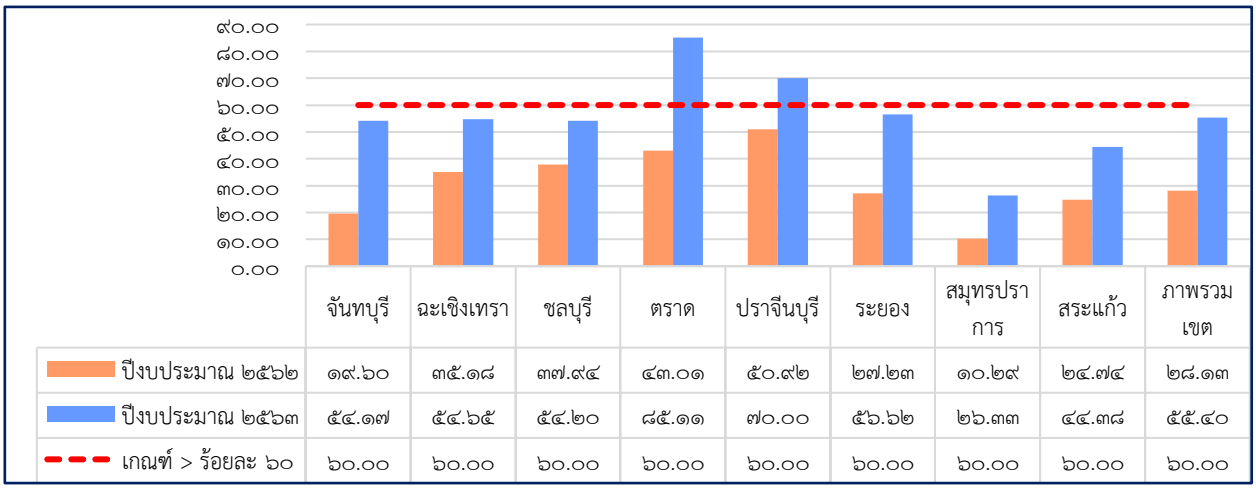


	เขต ๑	เขต ๒	เขต ๓	เขต ๔	เขต ๕	เขต ๖	เขต ๗	เขต ๘	เขต ๙	เขต ๑๐	เขต ๑๑	เขต ๑๒	ประเทศ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	๙๖.๔๙	๙๕.๓๓	๗๗.๐๓	๙๒.๓๙	๙๗.๐๘	๙๗.๘๑	๙๖.๕๕	๘๘.๔๓	๗๙.๔๙	๙๓.๒๓	๙๐.๑๙	๗๘.๕๒	๘๙.๘๗
เกณฑ์ > ๒๐%	๒๐.๐๐	๒๐.๐๐	๒๐.๐๐	๒๐.๐๐	๒๐.๐๐	๒๐.๐๐	๒๐.๐๐	๒๐.๐๐	๒๐.๐๐	๒๐.๐๐	๒๐.๐๐	๒๐.๐๐	๒๐.๐๐

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๖ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๔๐ (เป้าหมาย > ร้อยละ ๖๐) ซึ่งจังหวัดที่มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS สูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดตราด คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๑๑ และจังหวัดที่มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS ต่ำที่สุด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๓๓ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๒๗

แผนภูมิที่ ๒๗ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS เป้าหมาย มากกว่า ร้อยละ ๖๐



	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว	ภาพรวมเขต
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	๑๙.๖๐	๓๕.๑๘	๓๗.๙๔	๔๓.๐๑	๕๐.๙๒	๒๗.๒๓	๑๐.๒๙	๒๔.๗๔	๒๘.๑๓
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๕๔.๑๗	๕๔.๖๕	๕๔.๒๐	๘๕.๑๑	๗๐.๐๐	๕๖.๖๒	๒๖.๓๓	๔๔.๓๘	๕๕.๔๐
เกณฑ์ > ร้อยละ ๖๐	๖๐.๐๐	๖๐.๐๐	๖๐.๐๐	๖๐.๐๐	๖๐.๐๐	๖๐.๐๐	๖๐.๐๐	๖๐.๐๐	๖๐.๐๐

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

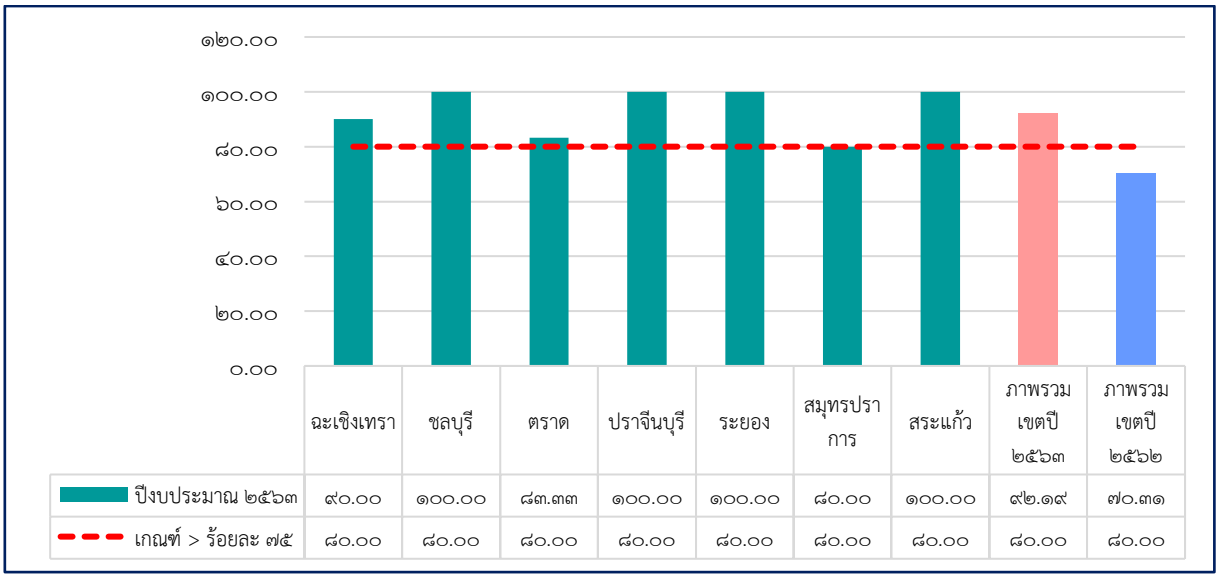
ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา /สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
๑. รหัสโรค / หัตถการไม่ตรงกับที่ ODS กำหนด ทำให้เบิกไม่ได้เนื่องจากรหัสโรคหลักและรหัสโรครองบางครั้งไม่ได้ถูกบันทึกโดยแพทย์ในระบบ Hosxp ทำให้รหัสไม่ตรงกับใน EMR ๒. ปัญหาการติดตามเยี่ยมภายหลังการผ่าตัด ODS ๓. ระบบการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดแบบ ODS บางหน่วยงานยังไม่เข้าใจการคัดเลือกผู้ป่วย,การ set ผ่าตัด ,การยกเลิกการ Set ODS หรือเปลี่ยนวันผ่าตัดยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน	๑. การพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแบบ ODS ๒. พัฒนาแนวทางการคัดกรอง COVID-๑๙ ในกรณีการผ่าตัดแบบ ODS ๓. ทำความเข้าใจรหัสโรค/หัตถการ ODS กับศัลยแพทย์ เพื่อให้ลงรหัสได้ตรงกัน ๔. ร่วมประชุมคณะกรรมการท งานและชี้แจงปัญหา พร้อมทบทวนทำความเข้าใจระบบการคัดเลือกผู้ป่วย, การยกเลิกการผ่าตัดและอื่นๆ เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน ลดความขัดแย้ง

๕) การดูแลระยะกลาง (Intermediate care)

จากผลการดำเนินงานพบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๖ มีโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๑๙ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (เป้าหมาย : > ร้อยละ ๗๕) โดยจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทุกจังหวัด รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๒๘

แผนภูมิที่ ๒๘ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง ในเขตสุขภาพที่ ๖



	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ตราด	ปราจีนบุรี	ระยอง	สมุทรปราการ	สระแก้ว	ภาพรวมเขตปี ๒๕๖๓	ภาพรวมเขตปี ๒๕๖๒
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๙๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๘๓.๓๓	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๘๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๙๒.๑๙	๗๐.๓๑
เกณฑ์ > ร้อยละ ๗๕	๘๐.๐๐	๘๐.๐๐	๘๐.๐๐	๘๐.๐๐	๘๐.๐๐	๘๐.๐๐	๘๐.๐๐	๘๐.๐๐	๘๐.๐๐

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ผลการดำเนินงาน
๑. ปัญหาการส่งกลับผู้ป่วย (Refer Back) พบว่าระบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลระดับ M, F ที่รับผู้ป่วยกลับมา admit ยังมีความกังวลเรื่องส่งต่อผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลศูนย์ อาจยังไม่รองรับ หากเกิดปัญหาที่โรงพยาบาลชุมชนในผู้ป่วย Intermediate care ๒. ระบบการติดตาม รายงานตัวชี้วัด IMC ผู้ป่วยขาดนัดก่อนติดตามจนครบ ๖ เดือน เนื่องจากมีการย้ายที่อยู่อาศัยกลับภูมิลำเนา ๓.ขาดแคลนบุคลากรทั้งนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงชุมชนได้เพียงพอ	๑. มีเครือข่ายงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ในระดับจังหวัด ๒. มีแนวทางการฟื้นฟูและส่งต่อสำหรับผู้ป่วย ๓. ทบทวนแผนพัฒนาบุคลากรอบรมพยาบาล Intermediate Care ๕ วัน ทุกโรงพยาบาลระดับ M และ F อบรมเจ้าหน้าที่ รพสต./คปสอ. เรื่องการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเพื่อเชื่อมโยงลงสู่ชุมชน	๑. การพัฒนาระบบบริการ IMC ด้วยระบบ Telemedicine ในเครือข่ายจังหวัดปราจีนบุรี ๒. โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูระยะกลางเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๑.๘๘ ๓. มีแผนการติดตามผู้ป่วย Intermediate Care ในสถานการณ์ COVID-๑๙

๖) Emergency Room (ER) คุณภาพ

โรงพยาบาลศูนย์ระดับ A ในเขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๖ แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ทุกแห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

การพัฒนาห้องฉุกเฉิน

๑. พัฒนาอาคารสถานที่

- Double door with access control
- Double door

๒. พัฒนาระบบสารสนเทศ

- เปิดบริการ ๒๔ ชม.
- ประสานอาการผู้ป่วยเวลามีปัญหาระหว่างส่งตัว
- ประสานทีม Fast Track Trauma ก่อนถึงโรงพยาบาล เพื่อให้ทีมมารอที่ ER

๓. ซ้อมแผน Eastern sky doctor เขตสุขภาพที่ ๖

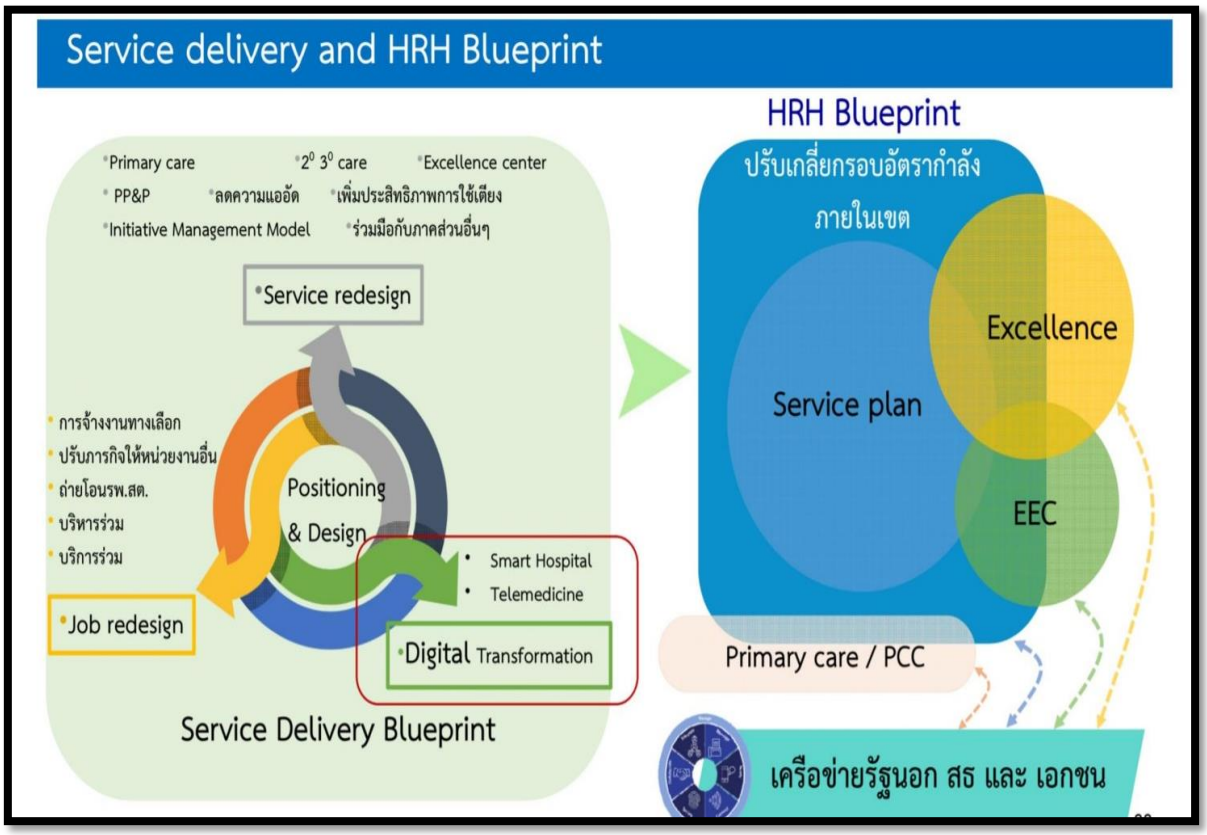
๓.๔ People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)

๓.๔.๑ คนมีสมรรถนะ สุขกับการทำงาน

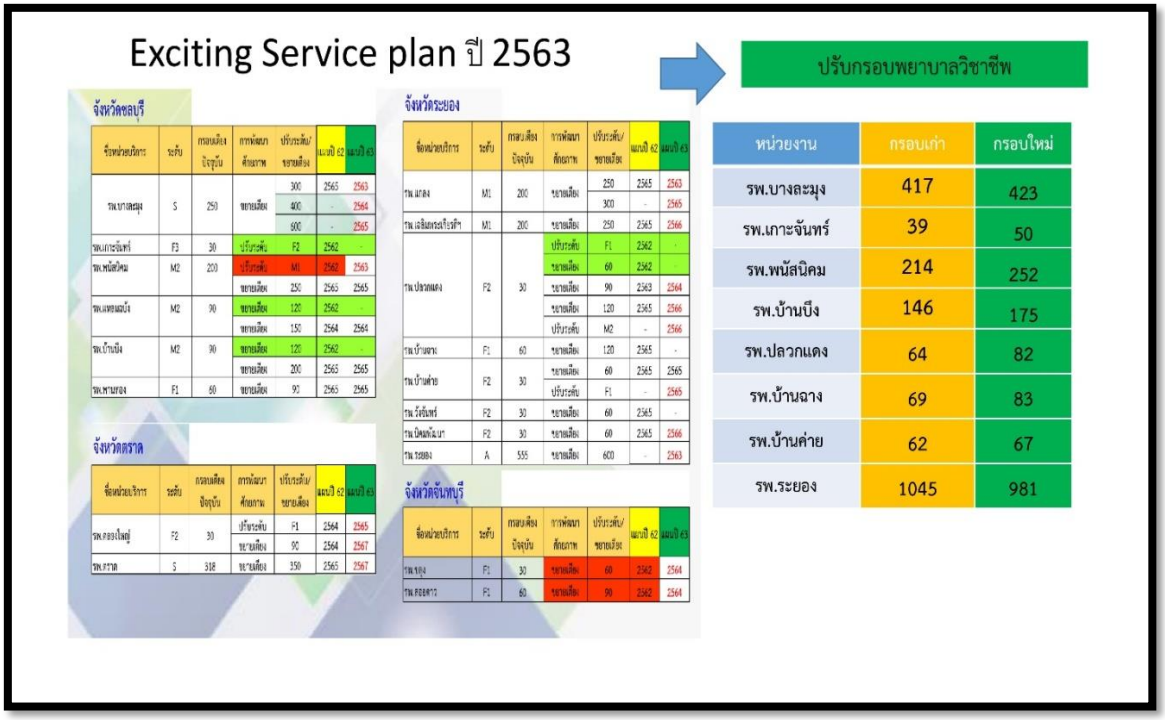
๑. การมีและใช้ HR Blueprint

เขตสุขภาพที่ ๖ มีการวางแผนอัตรากำลังคน โดยทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resource for Health) เพื่อรองรับการออกแบบระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery Blueprint) ตามปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่น เทคโนโลยี สังคมสูงอายุ ความเป็นเมือง ตามกระบวนการ Service Redesign/Job Redesign/ Digital Transformation เพื่อให้สามารถวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพตามความเฉพาะเหมาะสมของพื้นที่ด้วยการขับเคลื่อน ทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ภาครัฐอื่นและภาคเอกชน เพื่อให้ประชาชน เข้าถึงบริการมีคุณภาพ มาตรฐาน เป็นธรรม โดยมีกระบวนการบนฐานคิดภายในเขตบริการสุขภาพ ด้าน HRP/HRD/HRM รายละเอียดดังแผนภาพที่ ๑๑

แผนภาพที่ ๑๑ การวางแผนอัตรากำลังคน HR Blueprint



แผนภาพที่ ๑๒ การวางแผนอัตรากำลังคน HR Blueprint



๓.๔.๒ การบริหารตำแหน่งว่าง

๑) ตำแหน่งว่าง ณ วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๓

เขตสุขภาพที่ ๖ มีการบริหารตำแหน่งว่าง จำนวน ๓,๑๙๑ ตำแหน่ง แบ่งออกเป็น ข้าราชการ จำนวน ๑,๐๙๔ ตำแหน่ง พนักงานราชการ จำนวน ๒๔ ตำแหน่ง พนักงานกระทรวง จำนวน ๙๑๘ ตำแหน่ง ลูกจ้างประจำ จำนวน ๒๒ ตำแหน่ง และลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๑,๑๓๓ ตำแหน่ง รายละเอียดดังตารางที่ ๒๐

ตารางที่ ๒๐ การบริหารตำแหน่งว่าง ในเขตสุขภาพที่ ๖

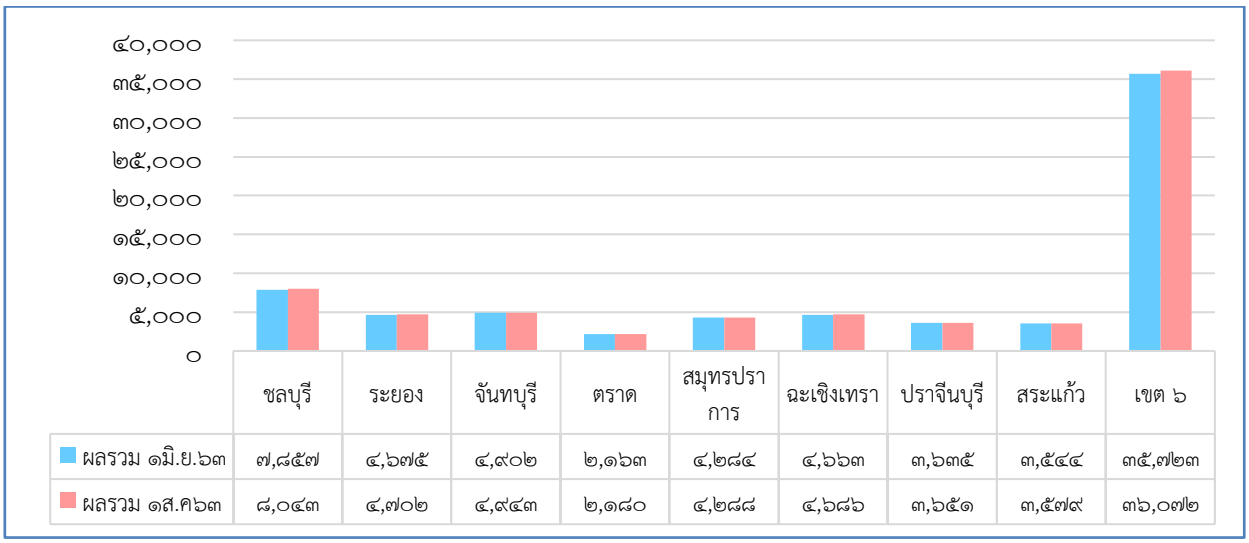
จังหวัด	ข้าราชการ	พนักงานราชการ	พนักงานกระทรวง	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราว
ชลบุรี	๒๕๑	๒	๒๖๙	๒	๓๓๘
ระยอง	๑๔๐	๐	๖๙	๑	๑๖๑
จันทบุรี	๑๕๖	๓	๑๘๕	๒	๑๔๐
ตราด	๑๐๑	๔	๕๕	๔	๔๔
สมุทรปราการ	๑๔๑	๕	๑๔๗	๐	๑๔๖
ฉะเชิงเทรา	๑๖๔	๑	๙๐	๓	๑๕๖
ปราจีนบุรี	๑๔	๔	๕๕	๔	๔๔
สระแก้ว	๑๒๗	๕	๔๘	๖	๑๐๔
เขตสุขภาพที่ ๖	**๑,๐๙๔**	**๒๔**	**๙๑๘**	**๒๒**	**๑,๑๓๓**

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

๒) เปรียบเทียบก่อนและหลังบรรจุรอบที่ ๑ (วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๓ และวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๓)

เขตสุขภาพที่ ๖ มีการบรรจุบุคลากรทุกประเภท รอบที่ ๑ (วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๓ และวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๓) รวมจำนวน ๗๑,๗๙๘ ตำแหน่ง โดยแบ่งออกเป็น การบรรจุบุคลากรทุกประเภท รอบที่ ๑ ก่อนวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๓ จำนวน ๓๕,๗๒๓ ตำแหน่ง และหลังวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ จำนวน ๓๖,๐๗๒ ตำแหน่ง รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๒๙

แผนภูมิที่ ๒๙ เปรียบเทียบก่อนและหลังบรรจุรอบที่ ๑ (วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๓ และวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๓) ในเขตสุขภาพที่ ๖



	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	สมุทรปราการ	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	เขต ๖
ผลรวม ๑มิ.ย.๖๓	๗,๘๕๗	๔,๖๗๕	๔,๙๐๒	๒,๑๖๓	๔,๒๘๔	๔,๖๖๓	๓,๖๓๕	๓,๕๔๔	๓๕,๗๒๓
ผลรวม ๑ส.ค๖๓	๘,๐๔๓	๔,๗๐๒	๔,๙๔๓	๒,๑๘๐	๔,๒๘๘	๔,๖๘๖	๓,๖๕๑	๓,๕๗๙	๓๖,๐๗๒

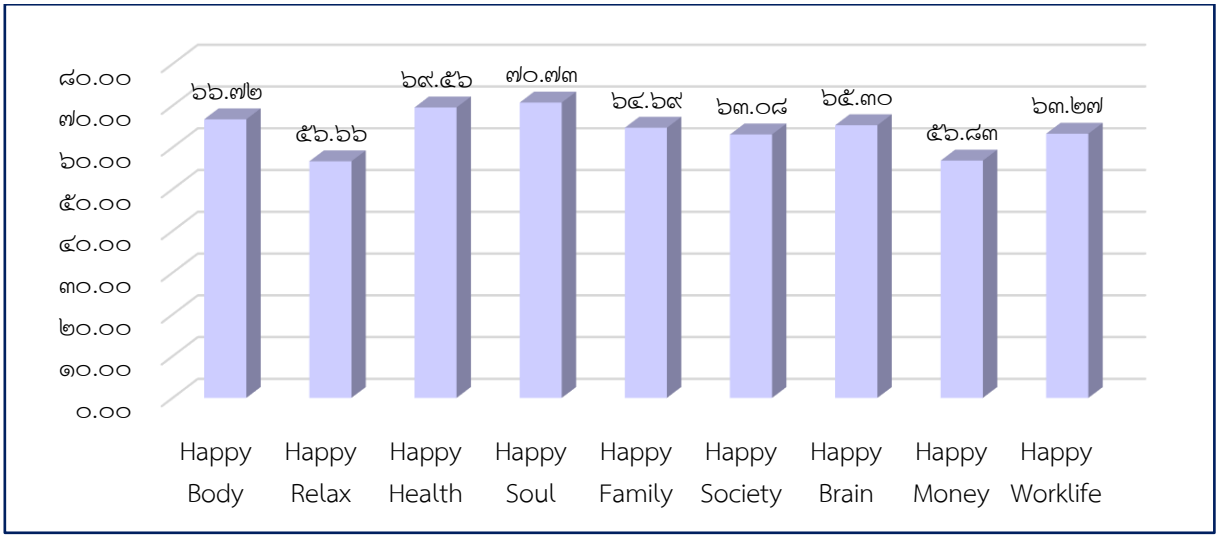
ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

๓.๔.๓ จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)

๑) ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย Happinometer จำแนกตามมิติ

หน่วยงานในเขตสุขภาพที่ ๖ ดำเนินงานสร้างสุขตามแผน โดยมุ่งเน้นการดำเนินการสร้างสุขแบบ Social Distancing ในกิจกรรมเดิมอย่างต่อเนื่องและปรับตามสภาพงาน โดยพบว่าทุกจังหวัดใช้แนวทางการดำเนินงาน ๘ Happy โดยแบบวัดความสุข Happinome บางจังหวัดเพิ่มเติมด้วยแบบวัด ความผูกพันในองค์กร และสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ ได้จัดทำแบบประเมินองค์กรสร้างสุขของหน่วยงานตามหลักเกณฑ์ของกระทรวง และทำ Platform ในรูปแบบ Google form และถอดบทเรียน ซึ่งจากการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน Happy Work Life Index ของหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ ๖ พบว่าคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ ๕๖ ถึง ๗๐ สะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรอยู่ในระดับ “มีความสุข” รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๓๐

แผนภูมิที่ ๓๐ ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization) ในเขตสุขภาพที่ ๖



ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

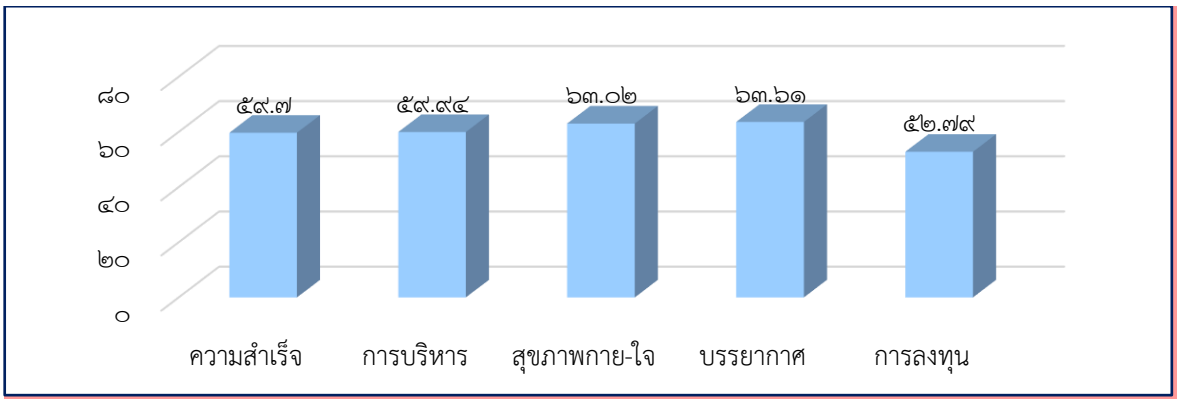
๒) ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย HPI จำแนกตามมิติ

<u>แผน/แนวทางการดำเนินงาน</u>

- พัฒนาทีมพี่เลี้ยง และสร้างทีมสร้างสุข ของจังหวัด เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนองค์กร แห่งความสุขอย่างต่อเนื่อง
- การใช้กลไกของ Happy Organization Board ในการขับเคลื่อนและพัฒนาการสร้างองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพ มาตรฐาน
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการ การดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข เพื่อขยายผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๓

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) ของหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ ๖ พบว่า คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ ๕๖ ถึง ๖๕ สะท้อนให้เห็นว่า หน่วยงานในเขตสุขภาพที่ ๖ เป็นหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข รายละเอียดดังแผนภูมิที่ ๓๑

แผนภูมิที่ ๓๑ ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย HPI จำแนกตามมิติ ในเขตสุขภาพที่ ๖



ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

การบรรจุข้าราชการ กรณีพิเศษ การระบาดของโรค COVID-๑๙ เขตสุขภาพที่ ๖

จากมติคณะรัฐมนตรี ในคราวประชุมเมื่อวันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๖๓ เรื่อง การเพิ่มอัตราข้าราชการตั้งใหม่ และมาตรการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่นสำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขรองรับภาวะฉุกเฉินใน สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) จำนวน ๓๘,๑๐๕ อัตรา เพื่อบรรจุบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือลูกจ้างชั่วคราว) ที่ปฏิบัติงานด่านหน้าในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) โดยเขตสุขภาพที่ ๖ ได้รับจัดสรรตำแหน่งเพื่อบรรจุข้าราชการ กรณีพิเศษ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) จากกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓,๕๒๙ ตำแหน่ง รายละเอียดดังแผนภาพที่ ๑๓

แผนภาพที่ ๑๓ การบรรจุข้าราชการ กรณีพิเศษ การระบาดของโรค COVID-๑๙ เขตสุขภาพที่ ๖

สรุปผลการบรรจุข้าราชการ กรณีพิเศษ COVID-๑๙ รอบที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๖

เขตสุขภาพที่ ๖ มีการจัดสรรตำแหน่งเพื่อบรรจุข้าราชการ กรณีพิเศษ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) รอบที่ ๑ ให้กับหน่วยงานที่อยู่ในสังกัด จำนวน ๒,๔๐๕ ตำแหน่ง มีการลาออก จำนวน ๓ ตำแหน่ง มีการสละสิทธิ์ จำนวน ๓๗ ตำแหน่ง และกลุ่มสีเทา จำนวน ๘๒ ตำแหน่ง รายละเอียดดังตารางที่ ๒๑

ตารางที่ ๒๑ สรุปผลการบรรจุข้าราชการ กรณีพิเศษ COVID-๑๙ รอบที่ ๑ ในเขตสุขภาพที่ ๖

ลำดับ	จังหวัด	บรรจุข้าราชการ	ลาออก	สละสิทธิ์	สีเทา	ผลรวมทั้งหมด
๑	สสจ.จันทบุรี	๙๖	-	๒	๒	๑๐๐
๒	รพศ.พระปกเกล้า	๒๔๔	-	๖	๒	๒๕๒
๓	สสจ.ฉะเชิงเทรา	๑๖๙	-	-	๕	๑๗๔
๔	รพศ.พุทธโสธร	๘๔	-	-	๔	๘๘
๕	สสจ.ชลบุรี	๒๔๔	-	-	๘	๒๕๒
๖	รพศ.ชลบุรี	๒๘๐	๒	๑๓	๑๔	๓๐๙
๗	รพท.บางละมุง	๑๔๕	-	๗	๑	๑๕๓
๘	สสจ.ตราด	๖๑	-	-	๒	๖๓
๙	รพท.ตราด	๔๙	-	-	๔	๕๓
๑๐	สสจ.ปราจีนบุรี	๓๓	-	-	๒	๓๕
๑๑	รพศ.เจ้าพระยาฯ	๑๑๒	-	-	๘	๑๒๐
๑๒	รพท.กบินทร์บุรี	๗๒	-	-	๑	๗๓
๑๓	สสจ.ระยอง	๗๗	-	๑	๓	๘๑
๑๔	รพศ.ระยอง	๖๕	-	๓	๗	๗๕
๑๕	รพท.เฉลิมพระเกียรติฯ	๔๔	-	-	๔	๔๘
๑๖	รพท.แกลง	๕๘	-	๑	๒	๖๑
๑๗	สสจ.สมุทรปราการ	๑๑๐	๑	๑	๒	๑๑๔
๑๘	รพศ.สมุทรปราการ	๑๕๔	-	๑	๑	๑๕๖
๑๙	รพท.บางพลี	๖๕	-	๒	๑	๖๘
๒๐	สสจ.สระแก้ว	๙๐	-	-	๔	๙๔
๒๑	รพร.สระแก้ว	๑๑๐	-	-	๔	๑๑๔
๒๒	รพท.อรัญประเทศ	๔๓	-	-	๑	๔๔
รวมทั้งหมด		**๒,๔๐๕**	**๓**	**๓๗**	**๘๒**	**๒,๕๒๗**

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา	สิ่งที่ต้องพัฒนา
๑. การตรวจสอบสุขภาวะองค์กร - ไม่ได้ร่วมกัน วิเคราะห์สุขภาวะองค์กรร่วมกัน - มุ่งเน้นที่กิจกรรม Happy ๘ โดยไม่ได้คำนึงถึงระบบกลไกการบริหารบุคคลในด้าน Engagement	๑. การตรวจสอบสุขภาวะองค์กร - องค์ประกอบของทีมสร้างสุข ต้องมีบุคลากรทุกกลุ่มอายุ และทุกสายงาน และสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลในมิติการบริหารบุคลากร ให้ชัดเจน
๒. การสร้างความตระหนักและพันธะสัญญา - ตั้งเป้าหมายไม่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร - ผู้รับผิดชอบงาน หรือ ทีมสร้างสุขเป็นผู้กำหนดทิศทาง	๒. การสร้างความตระหนักและพันธะสัญญา - ควรมีการสร้างความตระหนักและพันธะสัญญาระหว่าง คน ๒ กลุ่มในองค์กร คือ ผู้บริหารระดับสูงและบุคลากร มีการสื่อสารให้เข้าใจถึงความตั้งใจที่จะทำให้บุคลากรเกิดความสุขในการทำงาน โดยตั้งเป้าหมายร่วมกัน
๓. การวินิจฉัยองค์กรการประสานความร่วมมือในทีม - บุคลากรในองค์กรบางกลุ่มถูกทอดทิ้งไปกิจกรรมไม่สอดคล้องกับช่วงเวลาการทำงานของบุคลากร - คนรุ่นใหม่ที่เข้ามาในหน่วยงาน ขาดโอกาสในการเรียนรู้ประวัติศาสตร์ของหน่วยงาน ทำให้เกิดความไม่เข้าใจได้ง่าย รวมทั้ง ไม่เกิดความผูกพันหรือสำนึกรักหน่วยงาน	๓. การวินิจฉัยองค์กรการประสานความร่วมมือในทีม - หน่วยงานต้องปรับปรุงช่องทางการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องนี้อย่างทั่วถึงทั้งหน่วยงาน - บันทึกประวัติศาสตร์ที่ประทับใจ เพื่อช่วยให้คนในหน่วยงานเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นประวัติศาสตร์การก่อตั้งหน่วยงาน บุคคลต้นแบบ กระบวนการหล่อหลอม การดูแลระหว่างผู้บริหารกับบุคลากร ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับหน่วยงาน
๔. การประเมินและออกแบบ - ไม่ได้รับความร่วมมือ จากบุคลากรบางวิชาชีพ - ยังไม่ได้จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม - การสื่อสารแผนสร้างสุขตลอดปี	๔. การประเมินและออกแบบ - ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มอายุในองค์กร มาร่วมกันแสดงความคิดเห็น เพื่อออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมและความครอบคลุมปัจจัยที่ทำให้เกิดสภาวะที่เกื้อกูลต่อความสุขของคนในองค์กร

๓.๕ Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

๓.๕.๑ Smart Hospital

ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital เป้าหมาย Small success : กลุ่มเป้าหมาย ๑ : ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐, กลุ่มเป้าหมาย ๒ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕๐และกลุ่มเป้าหมาย ๓ : ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐

เกณฑ์การประเมิน :

- Smart Place : ผ่าน จำนวน ๑ ข้อ
- Smart Tools : ผ่าน จำนวน ๒ ข้อ ใน ๓ ข้อ ได้แก่ ๑) Queue มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ๒) Queue มีช่องทางออนไลน์ หรือช่องทางช่วยเตือน และ ๓) Vital Sign อย่างน้อย ๑ อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ
- Smart Services : ผ่าน จำนวน ๔ ข้อ ใน ๕ ข้อ ได้แก่ ๑) ยกเลิกการเรียกรับสำเนา ๒) จัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ๓) ใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ ๔) ข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย ๑ จุด ๕) มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา

จากการดำเนินงานพบว่า เขตสุขภาพที่ ๖ มีหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital ดังนี้ ๑) กลุ่มเป้าหมาย ๑ โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑, M๒ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๕, กลุ่มเป้าหมาย ๒ โรงพยาบาลระดับ F๑, F๒, F๓ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐.๓๘ และกลุ่มเป้าหมาย ๓ โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งหน่วยบริการทุกแห่งผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ยกเว้นหน่วยบริการในจังหวัดปราจีนบุรีที่ไม่ผ่านผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รายละเอียดดังตารางที่ ๒๒

ตารางที่ ๒๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital ในเขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด	กลุ่มเป้าหมาย ๑ รพ.ระดับ A, S, M๑, M๒	กลุ่มเป้าหมาย ๒ รพ. ระดับ F๑, F๒, F๓	กลุ่มเป้าหมาย ๓ รพ.นอกสังกัด สป.กสธ.
ชลบุรี	๘๐.๐๐	๗๑.๔๓	๑๐๐
ระยอง	๖๖.๖๖	๓๓.๓๓	-
จันทบุรี	๑๐๐	๖๓.๖๓	-
ตราด	๑๐๐	๖๖.๖๗	-
สมุทรปราการ	๑๐๐	๓๓.๓๓	๑๐๐
ฉะเชิงเทรา	๑๐๐	๖๒.๕๐	-
ปราจีนบุรี	๕๐.๐๐	๔๐.๐๐	-
สระแก้ว	๑๐๐	๘๕.๗๑	๑๐๐
เขตสุขภาพที่ ๖	**๘๕.๐๐**	**๖๐.๓๘**	**๑๐๐**

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

นวัตกรรม เขตสุขภาพที่ ๖

โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ใช้เทคโนโลยี Block Chain เพื่อสร้างความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูลและทำการเชื่อมโยงข้อมูลไปสู่เจ้าของข้อมูล ได้แก่

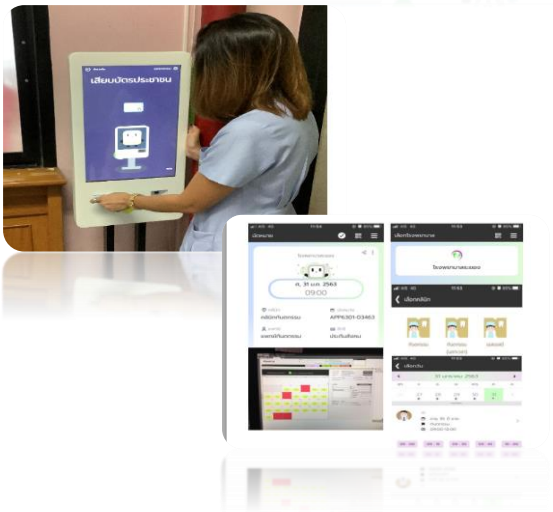
- Telemedicine
- Self payment
- Self check in
- Al Chat Bot Platform

โรงพยาบาลชลบุรี

- SMART OPD CBH plus app
- SMART IPD
- E–nurse note (ENN)
- e-room reservation ระบบจองห้อง ทุกแห่งใน รพ.จองได้
- จัดยา Unit dose ด้วยตู้จัดยาอัตโนมัติ
- Electronic Medication Administration Record

โรงพยาบาลระยอง

- Health Connect
- SSB
- แก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล
- แจ้งอาการป่วย
- ตรวจสอบสิทธิ์
- นัดหมาย เลือกแพทย์ แสดงสถานะคิว
- ตรวจสอบสถานะคิว (จากตู้ หรือจาก application)
- รับข้อมูลนัดหมายผ่าน application



โรงพยาบาลจันทบุรี

- พัฒนาแอพพลิเคชั่น “หมอรู้จักคุณ”

โรงพยาบาลสระแก้ว

- ncd@home
- Patient identification with Fingerprint
- HOS office
- ระบบทะเบียนครุภัณฑ์แบบบูรณาการเชื่อมโยงทั้งจังหวัด
- COVID-๑๙ SakaeoDatacenter

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

จังหวัด	ปัญหาที่พบ	แนวทางการแก้ไข
ชลบุรี	๑. บุคลากรด้านพัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลขาดองค์ความรู้ในการพัฒนาระบบ Queue Online และการจัดทำ Application เพื่อให้รองรับ ระบบ Queue Online ๒. บุคลากรผู้ดูแลระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ตและอินทราเน็ตขาดความรู้ความชำนาญใน การดูแลระบบ HIS Gateway ในด้านการรักษาความปลอดภัย (Cyber Security)และการติดตั้ง Smart Health ID รวมถึง H๔u ๓. ผู้ให้และผู้รับบริการส่วนใหญ่ยังไม่คุ้นชินในการใช้ระบบ Queue Electronic และ Queue Online ๔. การยกเลิกการเรียกเก็บสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากต้องใช้ในกรณีที่มีการ Audit จาก สปสช.	๑. ประสานศูนย์เทคฯ สป.จัดอบรมหลักสูตรการพัฒนาระบบ Queue Online และการจัดทำ Application เพื่อให้รองรับ Android และ IOS ให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาล ๒. ประสานศูนย์เทคฯ สป.จัดอบรมหลักสูตร ผู้ดูแลระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ตและอินทราเน็ตขาดความรู้ความชำนาญในการดูแลระบบ HIS Gateway ในด้านการรักษาความปลอดภัย (Cyber Security)และการติดตั้ง Smart Health ID รวมถึง H๔u ๓. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ โดยให้ รพ.สต. และ อสม. ช่วยในการประชาสัมพันธ์ ๔. ประสานเขตสุขภาพที่ ๖ เพื่อสะท้อนปัญหาในการยกเลิกการเรียกเก็บสำเนาบัตรประชาชน ไปยัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ระยอง	๑. การดำเนินงาน Smart Hospital ส่วนใหญ่มีปัญหาด้าน Hardware คือจะต้องใช้วัสดุ ครุภัณฑ์ หรืออุปกรณ์ที่ต้องใช้งบประมาณในการจัดหา หรืออุปกรณ์บางอย่างเป็นครุภัณฑ์ที่ต้องขออนุมัติในการจัดหาจาก คณะกรรมการของกระทรวงฯ ซึ่งใช้เวลาในการพิจารณานานมาก ๒. เมื่อมีการปรับมาใช้ระบบดิจิทัลในการดำเนินงาน ให้บริการกับประชาชนมีทั้งผู้ที่เห็นด้วยและผู้ที่ไม่เห็นด้วย ซึ่งต้องให้เจ้าหน้าที่อธิบายให้ประชาชนเข้าใจ ๓. การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในการใช้ระบบดิจิทัลมาใช้ ต้องสร้างการยอมรับให้บุคลากรพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพ ต้องมีการปรับปรุง แก้ปัญหาและพัฒนาระบบให้ใช้พร้อมใช้งานและใช้งบประมาณตามความเหมาะสม	-

จังหวัด	ปัญหาที่พบ	แนวทางการแก้ไข
จันทบุรี	๑.ความพร้อมของบุคลากรทั้งด้าน IT ไม่เพียงพอ และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของบุคลากรอื่นๆ ๒.อุปกรณ์ Hardware คอมพิวเตอร์เก่า/เสื่อมสภาพ	๑. ด้านนโยบายการขับเคลื่อนและการสนับสนุนที่ชัดเจน ๒. การสร้างเครือข่ายบุคลากรด้าน IT ๓. การพัฒนาบุคลากรทั้งทักษะและความพร้อม เพื่อเข้าสู่ Smart Hospital ๔. จ้างเหมาบริการจากบริษัทเอกชนมาร่วมดำเนินการบางส่วน
ตราด	๑. ยังไม่มีระบบคิวออนไลน์ ที่จะสามารถช่วยลดความแออัดได้ กรณี ผู้มารับบริการมีจำนวนมาก โดยเฉพาะวันนัดคลินิกโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เนื่องจากสถานที่รองรับผู้มารับบริการมีจำกัด	๑. ขอรับการสนับสนุนจากส่วนกลางเรื่องระบบคิวออนไลน์ควรกำหนดให้ใช้เฉพาะโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ส่วนโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากให้ใช้โปรแกรมระบบคิวออนไลน์ได้ ๒. ขอรับการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินงานระบบคิวออนไลน์ (โปรแกรม/ครุภัณฑ์)
สมุทรปราการ	๑. ขาดบุคลากรผู้ดูแลระบบ ๒. ขาดการเสนอแนะผู้ใช้งานโปรแกรม ๓. ทัศนคติบุคลากร ๔. การปรับปรุงกระบวนการตามแนวทางส่วนกลางกำหนด ๕. การพัฒนาให้เป็นไปตามแผน	๑. พัฒนาบุคลากรผู้ดูแลระบบ ๒. จัดทำแบบประเมินผลการใช้ปรับทัศนคติบุคลากร ๓. หากระบวนการที่เหมาะสม ๔. หาพันธมิตรที่จะพัฒนาร่วมกัน
ฉะเชิงเทรา	๑ การดำเนินงาน Smart Hospital ส่วนใหญ่มีปัญหาด้าน Hardware คือจะต้องใช้วัสดุ ครุภัณฑ์ หรืออุปกรณ์ที่ต้องใช้งบประมาณในการจัดหา หรืออุปกรณ์บางอย่างเป็นครุภัณฑ์ที่ต้องขออนุมัติในการจัดหาจาก คณะกรรมการของกระทรวงฯ ซึ่งใช้เวลาในการพิจารณานานมาก ๒ เมื่อมีการปรับมาใช้ระบบดิจิทัลในการดำเนินงาน ให้บริการกับประชาชนมีทั้งผู้ที่เห็นด้วยและผู้ที่ไม่เห็นด้วย ซึ่งต้องให้เจ้าหน้าที่อธิบายให้ประชาชนเข้าใจ	-

จังหวัด	ปัญหาที่พบ	แนวทางการแก้ไข
	๓. การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในการใช้ระบบดิจิทัลมาใช้ ต้องสร้างการยอมรับให้บุคลากรพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพ ต้องมีการปรับปรุง แก้ปัญหาและพัฒนาระบบให้ใช้พร้อมใช้งานและใช้งบประมาณตามความเหมาะสม	
ปราจีนบุรี	๑. บางโรงพยาบาลมีความพร้อมในการพัฒนา และบางโรงพยาบาลการพัฒนาเป็นเรื่องที่ทำได้ค่อนข้างยาก ติดเงื่อนไข ในส่วนของบุคลากรที่ไม่พร้อม งบประมาณในการสนับสนุนเพื่อการดำเนินการไม่เพียงพอ	๑. สร้างการยอมรับให้บุคลากรพร้อมเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ การดำเนินงานปรับปรุงและพัฒนาระบบให้ใช้งบประมาณตามความเหมาะสม

๓.๕.๒ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

จากการดำเนินงานพบว่า สถานการณ์วิกฤตทางการเงินระดับ ๗ (Financial Risk Scoring) เดือนมิถุนายน ๒๕๖๓ ของหน่วยบริการ จำนวน ๗๓ แห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๖ แบ่งออกเป็น ๗ ระดับ ได้แก่ ระดับ ๐ จำนวน ๕๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๒๓, ระดับ ๑ จำนวน ๑๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๔๔, ระดับ ๒ จำนวน ๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖.๘๕, ระดับ ๓ จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒.๗๔, ระดับ ๔ และระดับ ๕ ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน, ระดับ ๖ จำนวน ๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๗ และระดับ ๗ จำนวน ๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๗ โดยโรงพยาบาลที่มีภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ คือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ สาเหตุเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีการลงทุนค่อนข้างมากในระยะเวลา ๓ ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ – พ.ศ. ๒๕๖๓) เพื่อการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล และรายได้ของโรงพยาบาลน้อยกว่าเป้าหมาย ไม่เป็นไปตามแผนทางการเงิน (Planfin) รวมทั้งโรงพยาบาลได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) และค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง รายละเอียดดังตารางที่ ๒๓

ตารางที่ ๒๓ สรุปสถานการณ์วิกฤตทางการเงินระดับ ๗ (Financial Risk Scoring)

ระดับวิกฤตทางการเงิน	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
ระดับ ๐	๕๒	๗๑.๒๓
ระดับ ๑	๑๒	๑๖.๔๔
ระดับ ๒	๕	๖.๘๕
ระดับ ๓	๒	๒.๗๔
ระดับ ๔	๐	๐.๐๐
ระดับ ๕	๐	๐.๐๐
ระดับ ๖	๑	๑.๓๗
ระดับ ๗	๑	๑.๓๗
รวม	**๗๓**	**๑๐๐**

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

OKRs : Objective and Key Results

- KR๑ ลดรายจ่าย (Planfin๖๓+-๕%)
- KR๒ เพิ่มรายได้ (Unit Cost)
- KR๓ ป้องกันรั่วไหล (RCM)

KR๑ : ลดรายจ่าย (Planfin๖๓ +-๕%) การวิเคราะห์การปรับแผน Plan Fin (รอบ ๙ เดือน) ปี ๒๕๖๓

ตารางที่ ๒๔ สรุปสถานการณ์วิกฤตทางการเงินระดับ ๗ (Financial Risk Scoring)

จังหวัด	แบบ Planfin								สรุปแผนประมาณการ		การวิเคราะห์การลงทุน (เงินบำรุง) เปรียบเทียบ	
	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	เกินดุล	ขาดดุล	เกิน	ไม่เกิน
ชลบุรี	๑๐	๐	๒	๐	๐	๐	๐	๐	๑๒	๐	๒	๑๐
ระยอง	๔	๒	๓	๐	๐	๐	๐	๐	๙	๐	๓	๖
จันทบุรี	๖	๒	๔	๐	๐	๐	๐	๐	๑๒	๐	๔	๘
ตราด	๓	๐	๓	๑	๐	๐	๐	๐	๗	๐	๔	๓
สมุทรปราการ	๓	๑	๑	๑	๐	๐	๐	๐	๖	๐	๒	๔
ฉะเชิงเทรา	๖	๕	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๑๑	๐	๐	๑๑
ปราจีนบุรี	๓	๒	๐	๑	๑	๐	๐	๐	๖	๑	๑	๖
สระแก้ว	๖	๑	๒	๐	๐	๐	๐	๐	๙	๐	๒	๗
เขต ๖	**๔๑**	**๑๓**	**๑๕**	**๓**	**๑**	**๐**	**๐**	**๐**	**๗๒**	**๑**	**๑๘**	**๕๕**
ร้อยละ	**๕๖.๑๖**	**๑๗.๘๑**	**๒๐.๕๕**	**๔.๑๑**	**๑.๓๗**	**๐.๐๐**	**๐.๐๐**	**๐.๐๐**	**๙๘.๖๓**	**๑.๓๗**	**๒๔.๖๖**	**๗๕.๓๔**

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

KR๒ : เพิ่มรายได้ (Unit Cost)

ตารางที่ ๒๕ สรุปสถานการณ์วิกฤตทางการเงินระดับ ๗ (Financial Risk Scoring)

จังหวัด	ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก		ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน		ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	
	ผ่าน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน (ร้อยละ)	ผ่าน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน (ร้อยละ)	ผ่าน(ร้อยละ)	ไม่ผ่าน(ร้อยละ)
ชลบุรี	๑๐๐.๐๐	๐.๐๐	๗๕.๐๐	๒๕.๐๐	๗๕.๐๐	๒๕.๐๐
ระยอง	๘๘.๘๙	๑๑.๑๑	๘๘.๘๙	๑๑.๑๑	๗๗.๗๘	๒๒.๒๒
จันทบุรี	๙๑.๖๗	๘.๓๓	๙๑.๖๗	๘.๓๓	๙๑.๖๗	๘.๓๓
ตราด	๘๕.๗๑	๑๔.๒๙	๘๕.๗๑	๑๔.๒๙	๘๕.๗๑	๑๔.๒๙
สมุทรปราการ	๘๓.๓๓	๑๖.๖๗	๘๓.๓๓	๑๖.๖๗	๘๓.๓๓	๑๖.๖๗
ฉะเชิงเทรา	๑๐๐.๐๐	๐.๐๐	๘๑.๘๒	๑๘.๑๘	๘๑.๘๒	๑๘.๑๘
ปราจีนบุรี	๑๐๐.๐๐	๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๐.๐๐
สระแก้ว	๑๐๐.๐๐	๐.๐๐	๘๘.๘๙	๑๑.๑๑	๘๘.๘๙	๑๑.๑๑
เขตสุขภาพที่ ๖	**๙๔.๕๒**	**๕.๔๘**	**๘๖.๓๐**	**๑๓.๗๐**	**๘๔.๙๓**	**๑๕.๐๗**

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

KR๓ : ป้องกันรั่วไหล (EIA/RCM) EIA เกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๙๐

ตารางที่ ๒๖ สรุปสถานการณ์วิกฤตทางการเงินระดับ ๗ (Financial Risk Scoring)

จังหวัด	ผลการประเมิน (ร้อยละ)					
	มิติการเงิน	มิติจัดเก็บรายได้	มิติงบการเงิน	มิติพัสดุ	มิติควบคุมภายใน/บริหารความเสี่ยง	รวม
ชลบุรี	๗๙.๖๐	๗๔.๒๘	๙๘.๖๕	๘๔.๙๗	๘๖.๖๑	**๘๕.๐๗**
ระยอง	๘๒.๕๐	๗๒.๔๖	๗๗.๖๕	๖๖.๐๐	๗๑.๗๖	**๗๕.๔๒**
จันทบุรี	๘๕.๙๔	๘๖.๒๓	๙๒.๕๘	๘๖.๓๒	๘๔.๒๓	**๘๗.๒๐**
ตราด	๖๙.๕๓	๘๒.๖๑	๙๓.๗๗	๗๔.๖๐	๖๗.๘๖	**๗๖.๙๗**
สมุทรปราการ	๙๒.๓๕	๗๙๓๘๔.๐๐	๘๙.๑๙	๗๔.๓๑	๘๓.๕๔	**๘๕.๑๙**
ฉะเชิงเทรา	๘๕.๔๙	๖๓.๗๑	๙๕.๐๒	๗๖.๔๐	๖๙.๔๘	**๘๐.๒๙**
ปราจีนบุรี	๘๐.๑๐	๗๗.๗๘	๗๘.๓๖	๖๖.๕๔	๗๙.๒๙	**๗๖.๕๙**
สระแก้ว	๙๒.๓๕	๘๙.๘๖	๙๔.๘๘	๘๘.๘๒	๘๘.๙๓	**๙๑.๓๔**

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ผลการดำเนินงาน
การลดรายจ่าย ๑.Planfin รายได้/รายจ่าย ๒.ค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบค่ากลางกลุ่ม รพ.	- ควบคุมรายจ่าย PlanfinManagement - รับรู้รายได้รายเดือน - ควบคุมแผนจัดซื้อจัดจ้าง/แผนเงินบำรุง	- การควบคุมรายจ่าย ผ่าน ๕๖ แห่ง ร้อยละ ๗๙.๗๑ - รับรู้แบบรายเดือนภาพเขต - การควบคุมการจัดซื้อจัดจ้างตามแผนเงินบำรุง
การเพิ่มรายได้ ๑. %อัตราครองเตียง/CMI	- พัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ - พัฒนาบริการตาม Service plan	- รพ.ทุกแห่ง วิเคราะห์ Productivity และการลงทุนการจัดบริการ Ontop ต่างๆ
การป้องกันรั่วไหล ๑. EIA ๒. RCM	- พัฒนาระบบบริหารจัดการลูกหนี้/เจ้าหนี้ ใช้โปรแกรม RCM (Receive Claim Management) หรือโปรแกรมอื่นๆ - ควบคุมภายใน ๕ มิติ(EIA)	- การใช้ โปรแกรม RCM (Receive Claim Management) หรือโปรแกรมอื่นๆที่สามารถจัดการลูกหนี้ /เจ้าหนี้ - การประเมินควบคุมภายใน ๕ มิติ อยู่ระหว่างการ ดำเนินการประเมินตนเอง

๒.๕.๓ Smart Office

หน่วยบริการภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

OKRs : Objective and Key Results

O๑ Smart Office

- K๑ ประหยัด Paperless
- K๒ ถูกต้อง พัฒนาคน (Routine)
- K๓ รวดเร็ว พัฒนาโปรแกรมประยุกต์ (App)

O๒ นวัตกรรมการบริหารจัดการสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

- K๑ O๒ นวัตกรรมการบริหารจัดการสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพ (Dashboard) (QOF,Fee Schedule,ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก)

O๑ Smart Office ทั้ง ๘ จังหวัด

สถานการณ์	การดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย (มาตรการ/ประเด็น)
K๑ ประหยัด Paperless	- เอกสารในการประชุมต่าง ๆ ให้ Download โดยใช้ QR-Code (สสจ.๘ แห่ง)
	- ส่งเอกสารในระบบงานสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ (สสจ. ๘ แห่ง)
	- รณรงค์ให้ใช้กระดาษ ๒ หน้า ก่อนทิ้ง (สสจ.สมุทรปราการ)
	- ระบบแจ้งเงินเดือน Online (สสจ.สมุทรปราการ,ชลบุรี,ระยอง,รพ.ตราด, ฉะเชิงเทรา,สระแก้ว)
	- ระบบจัดเก็บเอกสารและหนังสือราชการเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (สสจ.สมุทรปราการ)
	- ระบบจองห้องประชุม Online (สสจ.ชลบุรี,ระยอง,จันทบุรี,รพ.ตราด)
	- ระบบแจ้งซ่อมคอมพิวเตอร์ Online (สสจ.ชลบุรี)
	- ระบบจัดเก็บเอกสารและหนังสือราชการเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ e-Document (สสจ.จันทบุรี)
	- ระบบเซ็นหนังสือราชการ บน IPAD ด้วยโปรแกรม Foxit PDF สำหรับผู้บริหาร (สสจ.จันทบุรี)
	- ระบบทะเบียนรับเรื่องร้องเรียนทะเบียนคำขอฯ (สสจ.จันทบุรี)
	- ระบบตอบรับการประชุม ผ่านทางเว็บไซต์ (สสจ.จันทบุรี)
	- ระบบโปรแกรม HOS office (สสจ.สระแก้ว)
K๒ ถูกต้อง พัฒนาคน	- พัฒนาบุคลากรด้านการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลให้แก่หน่วยบริการ (สสจ.๘ แห่ง)
	- อบรมพัฒนาโปรแกรมและอบรมตามที่กระทรวงกำหนด (สสจ.๘ แห่ง)
K๓ รวดเร็ว พัฒนาโปรแกรม ประยุกต์ (App)	- เทคโนโลยี Block Chain เพื่อสร้างความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูล (รพ.สมุทรปราการ)
	- SPK-Program ๑๒ โปรแกรม (จองรถจองห้องประชุม/น าส่งไปรษณีย์/แจ้งซ่อม/สารบัญ/การลา/ ประชาสัมพันธ์/ขอรหัส WIFI ห้องประชุม/จัดการข้อมูลผู้ใช้งาน/ฝึกอบรม/ยืมเงิน/พิมพ์ซอง จดหมาย/พิมพ์เช็ค) (สมุทรปราการ)
	- Mobile Application สมุทรโทรศัพท์สำนักงาน, จองรถจองห้องประชุม, Temp Sever Room, แจ้งซ่อม (สมุทรปราการ)
	- พัฒนาระบบ Cold Chain เพื่อรักษาอุณหภูมิของตู้แช่วัคซีนหรือคลังยาให้ได้มาตรฐานและมีการ แจ้งเตือนผ่านระบบ Line Notify (ชลบุรี)

สถานการณ์	การดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย (มาตรการ/ประเด็น)
	- SMART OPD และ SMART IPD รพ.ชลบุรี (ชลบุรี)
	- Health Connect – SSB รพ.ระยอง (ระยอง)
	- ระบบเซ็นหนังสือราชการ บน IPAD สำหรับผู้บริหาร (จันทบุรี)
	- ระบบรับ-ส่งหนังสือเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ภายในจังหวัด โดยใช้โปรแกรมสารบรรณสาสุข (จันทบุรี)
	- ระบบตอบรับการประชุม ผ่านทางเว็บไซต์ (จันทบุรี)
	- โปรแกรมรับเรื่องร้องเรียน รพ.ตราด (ตราด)
	- โปรแกรม Palliative care รพ.ตราด (ตราด)
	- พัฒนา APP ลูกรัก วัคซีน (ร่วมพัฒนากับกรมควบคุมโรค) ทดลองใช้ที่ คปสอ.บางปะกง (ฉะเชิงเทรา)
	- พัฒนาโปรแกรมระบบงานสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์เพิ่มและระบบงานครุภัณฑ์ (ปราจีนบุรี)
	- ทะเบียนครุภัณฑ์ แบบบูรณาการเชื่อมโยงทั้งจังหวัด (สระแก้ว)
	- Finger Print ต่างด้าว ระบุตัวบุคคลต่างด้าวด้วยลายนิ้วมือ (สระแก้ว)
	- Web KPI เพื่อใช้ในการกำกับติดตามข้อมูลตามตัวชี้วัดรายอำเภอ (สระแก้ว)
	- ncd@home ยาหมอวัฒนา ส่งมาถึงบ้าน (สระแก้ว)
	COVID-๑๙ Sakaeo Datacenter ระบบศูนย์ข้อมูลเพื่อการจัดการการระบาด COVID-๑๙

<u>O๒ นวัตกรรมการบริหารจัดการสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพ</u>

สถานการณ์	การดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย (มาตรการ/ประเด็น)
K๑ นวัตกรรมการบริหารจัดการสารสนเทศ อย่างมีประสิทธิภาพ (Dashboard)	ประสานจัดทำ Dashboard (QOF,Fee Schedule,ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก) ระดับเขต

๓.๕.๔ มาตรฐานการบริการและการบริหารจัดการ PMQA

ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับ ๕)

เป้าหมาย Small success: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๘ จังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๖๙ แห่ง

๑) ผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน และ ๙ เดือน เทียบกับแผนพัฒนาองค์กรหมวด ๓ และหมวด ๖

๒) ผลลัพธ์ตัวชี้วัดรอบ ๖ เดือน และ ๙ เดือน ของหมวด ๓ และหมวด ๖

๓) หน่วยงานสามารถส่งรายงานทั้งหมดผ่าน WEB กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กพร.สป.) ตามเวลาที่กำหนด

จากผลการดำเนินงานพบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง ๘ จังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง ๖๙ แห่ง ส่งรายงานครบถ้วน ทันเวลา ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดได้ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง ๖๙ แห่ง ส่งรายงานครบถ้วน ทันเวลา ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน ๖๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๕๕

<u>กลไกในการขับเคลื่อน</u> : ใช้กระบวนการติดตามจากทีมพี่เลี้ยงของจังหวัด

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. จากสถานการณ์การระบาด covid-๑๙ หน่วยงานระดับอำเภอและระดับจังหวัด มีภาระงานเร่งด่วน ทำให้การดำเนินงานตามแผนที่จัดทำมีความล่าช้า ๒. การจัดส่งรายงานล่าช้า เนื่องจากบุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน และมีบุคลากรน้อยมีภาระงานหลายด้าน ๓. การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน PMQA	๑. ทีมนำในระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด เป็นพี่เลี้ยงให้ทีมระดับอำเภอ ๒. ปรับปรุงแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ด้านการพัฒนา ปรับปรุงองค์กร และการรายงาน ผลลัพธ์และรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ๒ หมวด และให้ผู้บริหารลงนามเพื่อรับทราบความก้าวหน้า ๓. ควบคุม กำกับและติดตามประเมินผล การพัฒนาองค์กรตามตัวชี้วัดหมวดละ ๕ ตัวชี้วัดเทียบกับแผนพัฒนาองค์กร รายไตรมาส ๔. เน้นย้ำการรายงานผลตามแผนการพัฒนาองค์กรและผลลัพธ์ ตัวชี้วัดหมวด ๓ และ หมวด ๖ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ ๖,๙,๑๒ เดือน	๑. ทีมแกนนำระดับจังหวัดและอำเภอ เข้าร่วมประชุมเพื่อติดตามการพัฒนาคุณภาพบริหารฯ เกณฑ์ PMQA ทุกจังหวัด ๒.พี่เลี้ยงระดับจังหวัดติดตามการรายงาน หมวด ๓ และ หมวด ๖ ในแต่ละจังหวัดตนเองทุกไตรมาส ๓.ทีมผู้นิเทศแต่ละจังหวัดประเมินไขว้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

- มี New Normal in Dental Services งานบริการทันตกรรม ระบบการบริการแบบ drive thru ระบบบริการรับยาทางไปรษณีย์ ระบบการให้คำปรึกษาทางไกล และระบบบริการเตียงร่วมระหว่างหน่วยบริการ

- จังหวัดสระแก้ว จัดทำ New normal medical service Sakaeo จำนวน ๑๗ ระบบ

๓.๕.๕ มาตรฐานการบริการและการบริหารจัดการ (Quality) : HA

- ร้อยละจำนวนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ : เป้าหมาย >= ร้อยละ ๙๘

จากการดำเนินงานพบว่า ในปี ๒๕๖๓ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ ในเขตสุขภาพที่ ๖ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งพบว่าผ่านเกณฑ์มากขึ้นเมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๒ รายละเอียดดังตารางที่ ๑๙

- ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ : เป้าหมาย >= ร้อยละ ๘๐

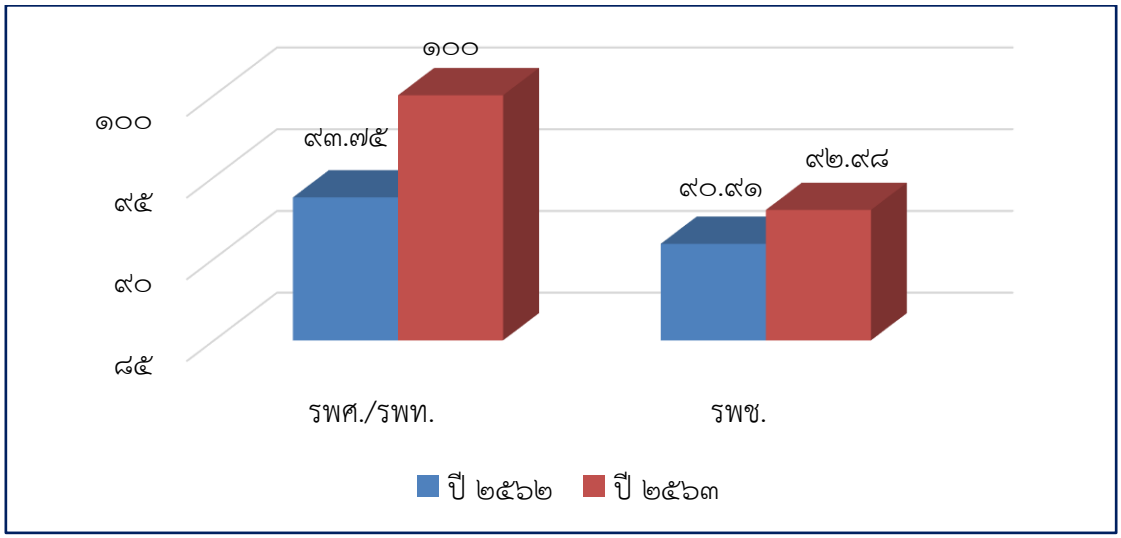
จากการดำเนินงานพบว่า ในปี ๒๕๖๓ โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ ในเขตสุขภาพที่ ๖ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๙๘ ซึ่งพบว่าผ่านเกณฑ์มากขึ้นเมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๒ รายละเอียดดังตารางที่ ๒๗

ตารางที่ ๒๗ ร้อยละของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ ในเขตสุขภาพที่ ๖

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๓			สรุปผล (ผ่าน/ไม่ผ่าน)
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
ร้อยละของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓				
๑. รพศ./รพท. ร้อยละ ๙๘	๑๖	๑๖	๑๐๐	ผ่าน
๒. รพช. ร้อยละ ๘๐	๕๗	๕๓	๙๒.๙๘	ผ่าน

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

แผนภูมิที่ ๓๒ ร้อยละจำนวนโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ ในเขตสุขภาพที่ ๖



ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

นวัตกรรมและแบบอย่างที่ดี

รพ.ตราด
QLN เข้มแข็งระดับจังหวัดและระดับเขต

รพ.ชลบุรี
Advanced HA ต่อเนื่อง

รพ.ระยอง
Innovation for New Normal Medical

๓.๕.๖ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว : เป้าหมาย >= ร้อยละ ๗๕

เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) กระทรวงสาธารณสุข ได้แจ้งเลื่อนการประเมินออกไปก่อน รายละเอียดดังตารางที ๒๘

ตารางที่ ๒๘ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ในเขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๒			ปีงบประมาณ ๒๕๖๓		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ชลบุรี	๑๑๘	๙๙	๘๓.๙	๔๓	ไม่มีการประเมิน กระทรวงสาธารณสุข แจ้งเลื่อนการประเมิน เนื่องจากสถานการณ์ COVID-๑๙	
ระยอง	๙๕	๖๘	๗๑.๕๘	๔๘		
จันทบุรี	๑๐๕	๑๐๕	๑๐๐	๑๔		
ตราด	๖๖	๕๒	๗๘.๗๙	๓๒		
สมุทรปราการ	๗๑	๕๖	๗๘.๘๗	๒๗		
ฉะเชิงเทรา	๑๑๗	๘๑	๖๙.๒๓	๕๖		
ปราจีนบุรี	๙๔	๖๔	๖๘.๐๙	๔๒		
สระแก้ว	๑๐๘	๑๐๗	๗๙.๐๗	๓๐		
เขตสุขภาพที่ ๖	**๗๗๔**	**๖๓๒**	**๘๑.๖๕**	**๒๙๒**		

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

การพัฒนา รพ.สต.ติดดาว ปี ๒๕๖๓ ในช่วงระยะเวลาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

๑.พัฒนามาตรฐานตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ปี ๒๕๖๓
- โครงสร้าง อาคาร สถานที่
- ถ่ายทอดเกณฑ์และกระบวนการพัฒนาของทีมพี่เลี้ยง
- รพ.สต.ประเมินตนเอง ทำแผนพัฒนา

๒.พัฒนาคณะทำงานทุกระดับให้มีมาตรฐาน

๓.พัฒนาระบบฐานข้อมูลปฐมภูมิ
- รพ.สต.บันทึกของมูลผ่านโปรแกรม
- สสอ. สสจ. ตรวจสอบ

๔.ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล
- ติดตามความก้าวหน้าผ่านทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

- การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ One Cup One Service ต้นแบบ อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด
- การใช้ผลการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ระดับ ๕ ดาว มาเป็นตัวชี้วัดในการพิจารณาความดีความชอบ
- มี รพ.สต. ดีเด่นด้านต่างๆ ที่เป็นต้นแบบระดับอำเภอ
- มีผลงานการพัฒนาคุณภาพในรูปแบบของวิจัย, CQI, Best Practice และนวัตกรรม
- รพ.สต.ติดดาวเป็นเกณฑ์ส่วนหนึ่งของ คปสอ.ติดดาว ในจังหวัดสระแก้ว

๓.๖ ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินของสาธารณสุขระดับจังหวัด EOC

เป้าหมาย

เกณฑ์การประเมิน	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละคะแนน EOC Assessment Tools (รายจังหวัด)	๒๐	๔๐	๖๐	๗๐

ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เกณฑ์ภาพรวมเขตสุขภาพ				
ร้อยละของจังหวัดที่ดำเนินการ EOC ได้ ๕ ขั้นตอน	≤๒๕ (๑ จังหวัด)	≥๒๕ (๒ – ๓ จังหวัด)	≥๕๐ (๔ – ๕ จังหวัด)	≥๕๐ (๖ – ๗ จังหวัด)	๑๐๐ (๘ จังหวัด)

การดำเนินงาน

ขั้นตอน	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ผลการดำเนินงาน
๑	ปรับปรุงโครงสร้าง ICS ของจังหวัดให้เป็นปัจจุบัน	คำสั่ง ICS & EOC ระดับจังหวัด	☑ จังหวัดมีคำสั่ง ICS = ๘ จังหวัด
๒	จัดทำแผนเผชิญเหตุ (IAP) กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)	แผนเผชิญเหตุ (IAP) กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)	☑ จังหวัดมีแผน IAP ๘ จังหวัด
๓	พัฒนาศักยภาพบุคลากรตามโครงสร้าง ICS ที่เป็นระดับหัวหน้ากล่องภารกิจหลักครบทุกคน และผ่านเกณฑ์การประเมินความรู้ที่ระดับคะแนน Post Test ร้อยละ ๘๐ (E-learning จากเว็บไซต์กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน : ครฉ.)	ทะเบียนรายชื่อหัวหน้ากล่องภารกิจหลักที่ผ่านเกณฑ์การประเมินความรู้ทางระบบ E-learning จากเว็บไซต์กอง ครฉ.	☑ ระดับผู้บริหาร ผ่านการอบรมครบทุกจังหวัด ☒ ระดับหัวหน้ากล่องภารกิจ ยังอยู่ระหว่างการอบรมให้ครบทุกจังหวัด (สระแก้ว, ตราด)

ขั้นตอน	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ผลการดำเนินงาน
๔	ประเมินมาตรฐานของศูนย์ EOC โดยใช้แบบประเมิน EOC Assessment Tools	ผลการประเมิน EOC Assessment Tools	☑ จังหวัดมีการประเมิน EOC Assessment Tools ๘ จังหวัด
๕	๕.๑ นำระบบ ICS มาใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระดับจังหวัด กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)	๑. มีการเปิด EOC ระดับจังหวัด กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)	☑ จังหวัดเปิด EOC COVID-๑๙ ๘ จังหวัด
	๕.๒ จัดทำรายงานทรัพยากรในกลุ่มเวชภัณฑ์ยาและที่ไม่ใช่ยาระดับจังหวัด ที่ใช้ในการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน	๒. รายการทรัพยากรในกลุ่มเวชภัณฑ์ยาและที่ไม่ใช่ยาระดับจังหวัด	☑ จังหวัดมีการจัดทำรายการทรัพยากร ๘ จังหวัด

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ และผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

<u>ผลงานเด่น</u>

➢ จังหวัดชลบุรี

๑. มีการจัดตั้ง State Quarantine จำนวน ๑๓ แห่ง และ Local Quarantine จำนวน ๑ แห่ง

๒. มีกองทุน “ชลบุรีต้องรอด” ONE HUNDRED ONE HERO เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

➢ จังหวัดระยอง

๑. มีแนวทางการรับผู้เดินทางกลุ่มพิเศษ

๒. รับผู้เดินทางจากท่าอากาศยานอู่ตะเภาต่อเนื่อง

๓. มีความร่วมมือหลายภาคส่วน (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.)/เอกชน)

๔. มีการจัดตั้ง State Quarantine และ Local Quarantine

➢ จังหวัดจันทบุรี

๑. มีการทำ Active surveillance เพิ่มในกลุ่มพิเศษ

๒. มีการประชุมเตรียมความพร้อมที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า ตั้งแต่เริ่มเกิดสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน (มกราคม ๒๕๖๓)

๓. มีเครือข่าย Admin เพจ Facebook ที่เป็นสื่อมวลชน/ภาคเอกชน ในการช่วยตอบโต้ข่าวลือ

➢ จังหวัดตราด

๑. ไม่พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

๒. ผู้ว่าราชการจังหวัด ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อ คู่กับประชุม EOC จำนวน ๔๕ ครั้ง โดยทุกภาคส่วนในจังหวัด ร่วมกันวางแผน

➢ จังหวัดสมุทรปราการ

๑. ระบบรองรับผู้เดินทางจากสนามบินสุวรรณภูมิ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

๒. Cohort ward โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ

๓. มีการจัดตั้ง State Quarantine จำนวน ๔ แห่ง

➢ จังหวัดฉะเชิงเทรา

๑. เปิด PHEOC จังหวัด ในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

๒. เปิด EOC ทุกอำเภอ ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓

๓. มีการจัดตั้ง Local Quarantine

➢ จังหวัดปราจีนบุรี

๑. มีการประชุมเตรียมความพร้อมในจังหวัด ตั้งแต่เริ่มเกิดสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

๒. มีการจัดตั้ง Local Quarantine จำนวน ๑ แห่ง ที่กองร้อยอาสารักษาดินแดนที่ ๑ รองรับผู้กักตัวได้มากกว่า ๔๐ คน

➢ จังหวัดสระแก้ว

๑. มีการจัดตั้ง Local Quarantine, Alternative Local Quarantine

๒. PDRS Model (Prevention Detecion Response Support)

๓. โปรแกรม COVID-๑๙ SK

๔. ใช้กลไกคณะกรรมการโรคติดต่อ กำหนดมาตรการเพิ่มเติม ออกคำสั่งและประกาศจังหวัดสระแก้ว

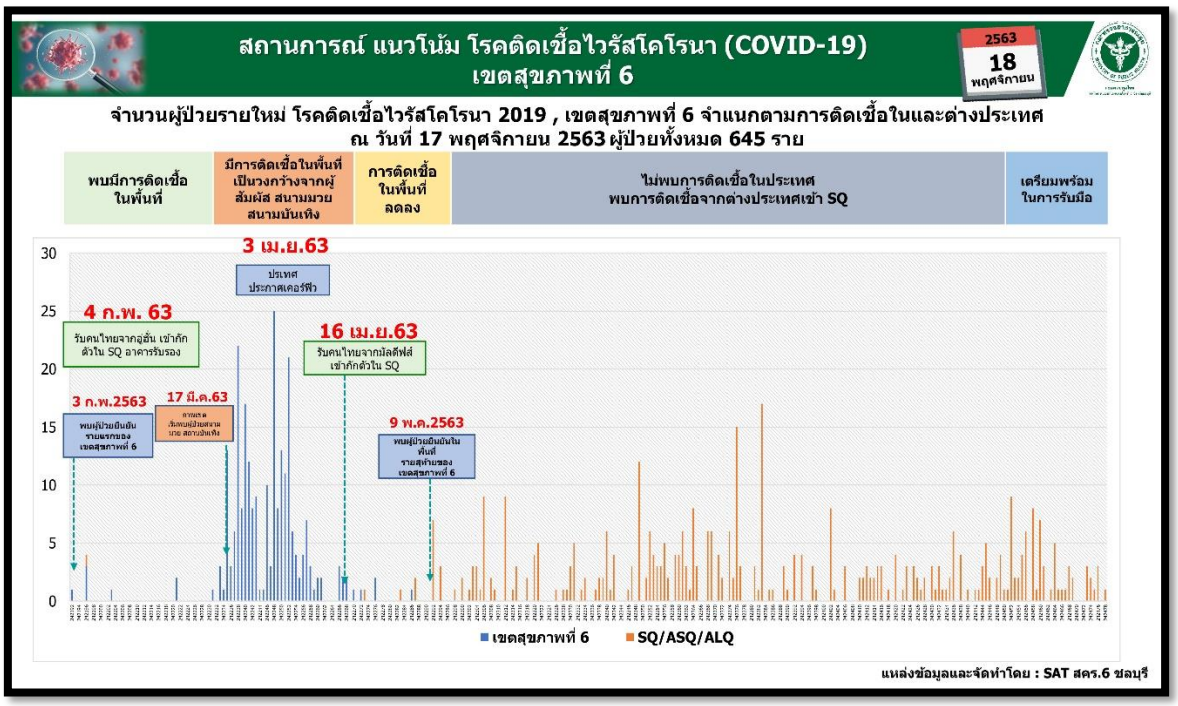
๕. กำหนดการปิด – เปิด จุดผ่านแดน จุดผ่อนปรน และจุดอนุโลมทั้งหมด

๖. ปิดสถานที่ที่มีการรวมตัวคน

๗. ผ่อนคลาย/ผ่อนปรนมาตรการ

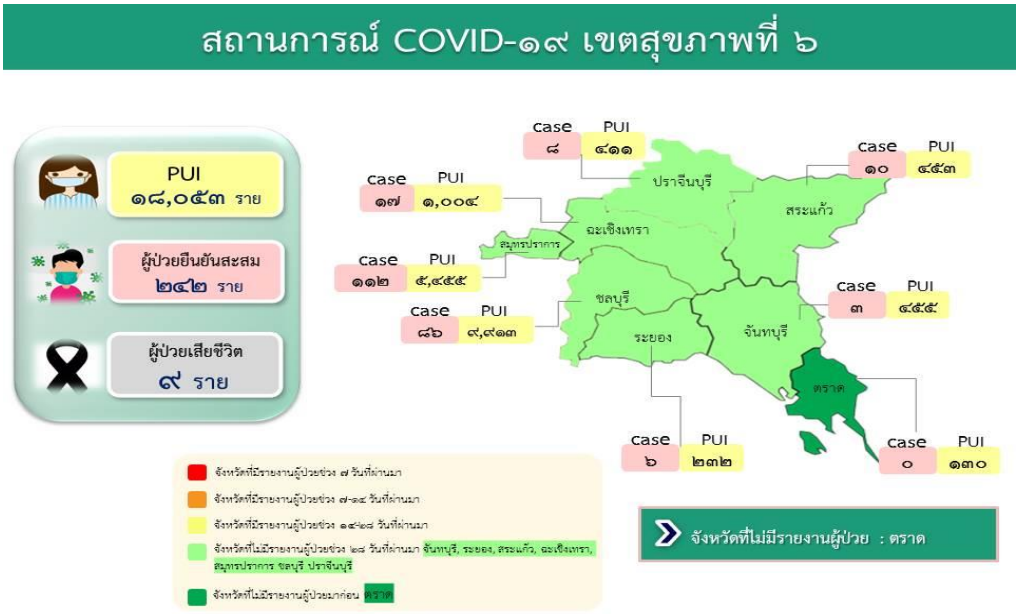
๓.๗ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

แผนภาพที่ ๑๔ สถานการณ์ แนวโน้ม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เขตสุขภาพที่ ๖



เขตสุขภาพที่ ๖ ได้วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ แนวโน้ม ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) พบมีการติดเชื้อในพื้นที่ช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม ๒๕๖๓ โดยพบผู้ป่วยยืนยันรายแรกวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ และในวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ได้มีการปฏิบัติภารกิจการรับคนไทยจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เข้ากักตัวใน State Quarantine ณ อาคารรับรองฐานทัพเรือสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ซึ่งถือเป็น State Quarantine แห่งแรกของประเทศไทย ในช่วงต้นเดือนเมษายน มีการติดเชื้อในพื้นที่เป็นวงกว้างจากผู้สัมผัส สนามมวย สถานบันเทิง ประเทศจึงมีการประกาศเคอร์ฟิว ทำให้การติดเชื้อในพื้นที่ลดลง และพบผู้ป่วยยืนยันในพื้นที่รายสุดท้ายของเขตสุขภาพที่ ๖ เมื่อวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๑๕ สถานการณ์ COVID-๑๙ เขตสุขภาพที่ ๖



๓.๗.๑ สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เขตสุขภาพที่ ๖ มีผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน ๒๔๖ ราย รักษาหายกลับบ้าน จำนวน ๒๓๗ ราย เสียชีวิต จำนวน ๙ ราย มีผู้เข้าเกณฑ์เฝ้าระวัง (PUI) จำนวน ๑๘,๐๕๓ ราย (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๓) รายละเอียดดังตารางที่ ๒๙

ตารางที่ ๒๙ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เขตสุขภาพที่ ๖

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยยืนยัน (ราย)	รักษาหายกลับบ้าน (ราย)	เสียชีวิต (ราย)	จำนวนผู้เข้าเกณฑ์เฝ้าระวัง (PUI) (ราย)
๑	ชลบุรี	๘๖	๘๔	๒	๙,๙๑๓
๒	ระยอง	๖	๖	๐	๒๓๒
๓	จันทบุรี	๓	๓	๐	๔๕๕
๔	ตราด	๐	๐	๐	๑๓๐
๕	สมุทรปราการ	๑๑๒	๑๐๗	๕	๕,๔๕๕
๖	ฉะเชิงเทรา	๑๗	๑๖	๑	๑,๐๐๔
๗	ปราจีนบุรี	๘	๗	๑	๔๑๑
๘	สระแก้ว	๑๐	๑๐	๐	๔๕๓
รวม		**๒๔๒**	**๒๓๓**	**๙**	**๑๘,๐๕๓**

ที่มา : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๓

๓.๗.๒ รายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

ลักษณะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ภาพรวม

เขตสุขภาพที่ ๖ มีผู้ป่วยยืนยันสะสม ๖๑๐ ราย แบ่งออกเป็น ผู้ป่วยภายในประเทศ จำนวน ๒๔๒ ราย และผู้ป่วยจากสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) จำนวน ๓๖๗ ราย เกิด Complication จำนวน ๔๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๘๐, AKI จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๐, Hepatitis จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๘ และ Stroke จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๐ มีผู้ป่วยได้รับยา Favipiravir จำนวน ๔๑ ราย เสียชีวิตจำนวน ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๕ (อัตราเสียชีวิตประเทศไทย ร้อยละ ๑.๖๑)

ข้อมูลทางระบาดวิทยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

- จังหวัดชลบุรี มีผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน ๓๔๒ ราย เป็นผู้ป่วยภายในประเทศ จำนวน ๘๖ ราย และผู้ป่วยจากสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) จำนวน ๒๕๖ ราย เสียชีวิต จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๙

- จังหวัดสมุทรปราการ มีผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน ๒๑๘ ราย เป็นผู้ป่วยภายในประเทศ จำนวน ๑๑๒ ราย และผู้ป่วยจากสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) จำนวน ๑๐๖ ราย เสียชีวิต จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๓๐

- จังหวัดฉะเชิงเทรา มีผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน ๒๐ ราย เป็นผู้ป่วยภายในประเทศ จำนวน ๑๗ ราย และผู้ป่วยจากสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) จำนวน ๓ ราย เสียชีวิต จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๐๐

- จังหวัดปราจีนบุรี มีผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน ๘ ราย เป็นผู้ป่วยภายในประเทศ จำนวน ๘ ราย เสียชีวิต จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕๐

- จังหวัดระยอง มีผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน ๗ ราย เป็นผู้ป่วยภายในประเทศ จำนวน ๖ ราย และผู้ป่วยจากสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) จำนวน ๑ ราย ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

- จังหวัดจันทบุรี มีผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน ๓ ราย เป็นผู้ป่วยภายในประเทศ จำนวน ๓ ราย ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

- จังหวัดสระแก้ว มีผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน ๑๐ ราย เป็นผู้ป่วยภายในประเทศ จำนวน ๑๐ ราย ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

- จังหวัดตราด ไม่มีผู้ป่วยรายงาน

ตารางที่ ๓๐ ข้อมูลทางระบาดวิทยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

	ผู้ป่วยภายในประเทศ	ผู้ป่วยจาก State Quarantine	รวม
จำนวนผู้ป่วย COVID-๑๙	๒๔๒	๓๖๗	๖๐๙
ชาวไทย, ชาวต่างชาติ	๒๑๙, ๒๓	๓๕๒, ๑๕	๕๗๑, ๓๘
ชาย, หญิง	๑๓๔, ๑๐๘	๒๓๒, ๑๓๕	๓๖๖, ๒๔๓
อายุเฉลี่ย (Range)	๓๑.๘ ปี (<๑-๘๒)	๓๓.๘ ปี (๑-๗๒)	๓๒.๘ ปี (<๑-๘๒)
ได้รับยา Favipiravir	๓๕ คน	๑๔ คน	๔๙ คน
อาการรุนแรง/ มีปอดอักเสบ	๑๓.๘๐%	๓.๑๐%	๗.๘๐%
เสียชีวิต	๙ คน (๓.๔๐%)	๐	๙ คน (๓.๑๕%)
เวลาที่พบผู้ป่วยรายแรก, รายล่าสุด	๔/๒/๒๕๖๓ (สมุทรปราการ), ๑๒/๗/๒๕๖๓ (ระยอง)	๘/๒/๒๕๖๓ (ชลบุรี), ๑๐/๑๐/๒๕๖๓ (สมุทรปราการ)	๔/๒/๒๕๖๓ (สมุทรปราการ), ๑๐/๑๐/๒๕๖๓ (สมุทรปราการ)

ที่มา : ทีม Operation EOC เขตสุขภาพที่ ๖ ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๓

ตารางที่ ๓๑ ข้อมูลทางระบาดวิทยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

จังหวัด	อัตราการพบผู้ป่วยปอดอักเสบจากผู้ป่วยภายในประเทศ	อัตราการเสียชีวิตจากผู้ป่วยภายในประเทศ	ทรัพยากร ICU แยกโรค	ทรัพยากร OR แยกโรค, PAPR
ชลบุรี	๑๙.๓๐%	๒.๔๐%	รพ.ชลบุรี ๑๐, รพ.บางละมุง ๔	รพ.ชลบุรี ๑, ๑๐
ระยอง	๐	๐	รพ.ระยอง ๘	รพ.ระยอง ๑, ๕
จันทบุรี	๐	๐	รพ.พระปกเกล้า ๘	รพ.พระปกเกล้า ๐, ๒
ตราด	๐	๐	รพ.ตราด ๔	รพ.ตราด ๐, ๐
สมุทรปราการ	๑๐.๖๐%	๓.๘๐%	รพ.สมุทรปราการ ๓	รพ.สมุทรปราการ ๐, ๔
ฉะเชิงเทรา	๑๑.๘๐%	๕.๙๐%	รพ.พุทธโสธร ๘	รพ.พุทธโสธร ๑, ๑๒
ปราจีนบุรี	๓๗.๕๐%	๑๒.๕๐%	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ๑๐	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ๑, ๕
สระแก้ว	๐	๐	รพร.สระแก้ว ๘	รพร.สระแก้ว ๐, ๑๐

ที่มา : ทีม Operation EOC เขตสุขภาพที่ ๖ ณ วันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๓

๓.๗.๓ การดำเนินงานใน State Quarantine

แผนภาพที่ ๑๖ State Quarantine เขตสุขภาพที่ ๖

เขตสุขภาพที่ ๖ มีการจัดตั้งสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) แห่งแรกในประเทศไทย ที่ อาคารรับรองฐานทัพเรือสัตหีบ จังหวัดชลบุรี รับคนไทยกลับบ้านชุดแรกจากเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน และมีการดำเนินการต่อเนื่องมาในจังหวัดชลบุรี และจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งจังหวัดชลบุรีมี State Quarantine จำนวน ๑๔ แห่ง ประกอบด้วยโรงแรม ๑๒ แห่ง และอาคารรับรองฐานทัพเรือ ๑ แห่ง และจังหวัดสมุทรปราการ มี State Quarantine จำนวน ๓ แห่ง โดยสามารถรองรับผู้เข้าพักได้ทั้งหมด จำนวน ๕,๑๙๙ ห้อง รายละเอียดดังตารางที่ ๓๒

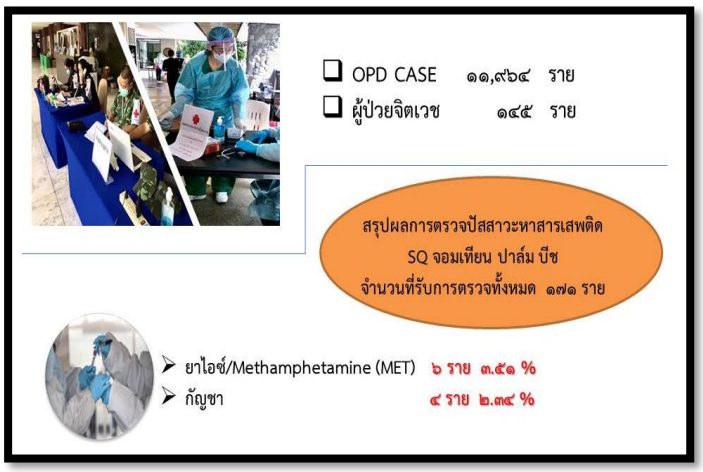
ตารางที่ ๓๒ จำนวนผู้เข้ารับการกักกันที่สถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ในเขตสุขภาพที่ ๖

ลำดับ	สถานที่	จังหวัด	รองรับได้ (ห้อง)	ผู้เข้ารับการกักกันทั้งหมด (คน)	ผู้เข้ารับการกักกันปัจจุบัน (คน)
๑	อาคารรับรองฐานทัพเรือสัตหีบ	ชลบุรี	๕๐	๘๕๘	๒๘
๒	โรงแรมแอมบาสเดอร์ซิตี้ จอมเทียน	ชลบุรี	๓๔๒	๓,๒๕๑	๑๔๒
๓	โรงแรมเบเวอร์ลี โฮเทลพัทยา	ชลบุรี	๑๗๑	๑,๓๕๖	๑๗๖
๔	โรงแรมเลอ บาหลี รีสอร์ต จอมเทียน พัทยา	ชลบุรี	๔๓๑	๓,๖๖๐	๓๗๕
๕	โรงแรมเบย์บีช รีสอร์ต จอมเทียน พัทยา	ชลบุรี	๓๕๕	๒,๘๕๒	๒๘๓
๖	โรงแรมจอมเทียน ฮอลิเดย์อินน์	ชลบุรี	๒๕๐	๑,๙๐๓	๒๑๙
๗	โรงแรมจอมเทียนปาล์มบีช พัทยา	ชลบุรี	๖๖๐	๔,๘๕๖	๔๗๕
๘	โรงแรมไบร์ทตันแกรนด์ พัทยา	ชลบุรี	๔๐๐	๓,๒๕๕	๓๒๑
๙	โรงแรมแกรนด์เบลลา พัทยา	ชลบุรี	๓๓๘	๒,๔๐๑	๓๐๓
๑๐	โรงแรมเมอร์เคียว พัทยา	ชลบุรี	๒๑๐	๑,๕๒๙	๑๗๖
๑๑	โรงแรมซิตรัส แกรนด์ พัทยา	ชลบุรี	๔๔๐	๓,๐๒๐	๒๘๙
๑๒	โรงแรมชลจันทร์ พัทยา	ชลบุรี	๕๕๑	๓,๐๕๖	๓๔๗
๑๓	โรงแรมเอเชีย พัทยา	ชลบุรี	๒๒๙	๑,๒๓๙	๑๒๙
๑๔	โรงแรมเฮช ทู ดู เรสซิเดน	สมุทรปราการ	๒๓๑	๒,๒๖๑	๑๓๒
๑๕	โรงแรมเอ็นวาย ซิตี้ รีสอร์ท แอนด์ สปา	สมุทรปราการ	๒๕๐	๑,๘๘๗	๑๓๔
๑๖	ดีวาลักซ์ รีสอร์ท	สมุทรปราการ	๒๙๑	๑,๙๙๓	๑๕๒
๑๗	โรงแรม เฌอ - เดอะ กรีน โฮเทล*	สมุทรปราการ	๐	๑,๔๕๗	๐
รวม			**๕,๑๙๙**	**๔๐,๘๓๔**	**๓,๖๘๑**

ที่มา : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๓

*หมายเหตุ โรงแรม ณ จังหวัดสมุทรปราการ ถูกขึ้นทะเบียนเป็น Alternative State Quarantine เมื่อวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๓

เขตสุขภาพที่ ๖ เปิด State Quarantine เป็นสถานที่กักกันของรัฐ โดยมีการตรวจคัดกรองและตรวจ Swab ผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ เมื่อพบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ PUI หรือมีผลตรวจพบเชื้อ COVID-๑๙ จะนำส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลคู่ขนาน และมีผู้ป่วยโรคทั่วไปที่รับบริการจากเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ State Quarantine จำนวน ๑๑,๙๖๔ ราย และพบผู้ป่วยจิตเวชจำนวน ๑๔๕ ราย รายละเอียดดังตารางที่ ๓๓



ตารางที่ ๓๓ ข้อมูลผู้ป่วย OPD Case เข้ารับบริการที่ State Quarantine เขตสุขภาพที่ ๖

ลำดับ	State Quarantine	จำนวนที่รับรักษา (ราย)	จำนวนผู้ป่วยจิตเวช (ราย)
๑	อาคารรับรองสัตหีบกองทัพเรือ อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี	๓๗	๐
๒	โรงแรมแอมบาสเดอร์ซิตี้ อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี	๑,๑๒๓	๐
๓	โรงแรมจอมเทียน ฮอลิเดย์อิน อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี	๒,๔๓๕	๐
๔	โรงแรมจอมเทียนปาล์มบีชพัทยา อ.บางละมุง จ.ชลบุรี	๑,๘๔๖	๐
๕	โรงแรมเบย์บีช รีสอร์ท จอมเทียน พัทยา อ.บางละมุง จ.ชลบุรี	๖๐๐	๑๘
๖	โรงแรมแกรนด์เบลลา พัทยา อ.บางละมุง จ.ชลบุรี	๑,๓๖๐	๐
๗	โรงแรมชลจันทร์ พัทยา บีช รีสอร์ท อ.บางละมุง จ.ชลบุรี	๘๑๙	๒๕
๘	โรงแรมเบเวอร์ลี โฮเทลพัทยา อ.บางละมุง จ.ชลบุรี	๒๒๐	๔๔
๙	โรงแรมเลอ บาหลี รีสอร์ท จอมเทียน พัทยา อ.บางละมุง จ.ชลบุรี	๑,๐๐๖	๙
๑๐	โรงแรมไบร์ทตันแกรนด์ พัทยา อ.บางละมุงจ.ชลบุรี	๑,๕๖๗	๔
๑๑	โรงแรมเมอร์เคียว พัทยา อ.บางละมุง จ.ชลบุรี	๘๘	๖
๑๒	โรงแรมซิตรัสแกรนด์ พัทยา อ.บางละมุง จ.ชลบุรี	๗๙๘	๖
๑๓	โรงแรมเอเชีย พัทยา อ.บางละมุง จ.ชลบุรี	๖๕	๓๓
	รวม	**๑๑,๙๖๔**	**๑๔๕**

ที่มา : ข้อมูล ณ วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๓

โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๖ ได้ร่วมมือในการส่งบุคลากร แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่เข้าร่วมปฏิบัติการ State Quarantine ทั้งในด้านตรวจคัดกรองรับเข้าใหม่ การจัดหน่วยดูแลสุขภาพผู้เข้ากักกันตัวตลอด ๒๔ ชั่วโมง การจัดโรงพยาบาลคู่ขนาน รับส่งต่อผู้ป่วย COVID-๑๙, NON-COVID-๑๙ การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากสถานกักกันโดยรัฐ (State Quarantine) ในเขตสุขภาพที่ ๖ จากผู้เดินทางที่เข้าพักใน สถานกักกันโดยรัฐ (State Quarantine) เจ้าหน้าที่ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองเมื่อเข้าเกณฑ์ PUI ได้ส่งต่อเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใน ๔ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งมีผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน ๓๖๗ ราย ผู้ป่วยยืนยันรายใหม่ จำนวน ๘ ราย และกำลังรักษา จำนวน ๔๘ ราย รายละเอียดดังตารางที่ ๓๔

ตารางที่ ๓๔ จำนวนผู้ป่วยจากสถานกักกันโดยรัฐ (State Quarantine)

รายงาน	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	สมุทรปราการ	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวม
ผู้ป่วยยืนยันสะสม	๒๕๖	๑	๐	๐	๑๐๖	๓	๐	๐	๓๖๗
ผู้ป่วยยืนยันรายใหม่	๕	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๕
กำลังรักษา	๒๖	๐	๐	๐	๒๒	๐	๐	๐	๔๘
- Confirmed case Asymptomatic	๒๖	๐	๐	๐	๗	๐	๐	๐	๓๓
- Confirmed case Mild Symptom	๐	๐	๐	๐	๑๕	๐	๐	๐	๑๕
- Confirmed case Mild Symptomwith Risk Factor	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
- Confirmed case With Pneumonia	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐

ที่มา : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๓

จากรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ใน State Quarantine เขตสุขภาพที่ ๖ พบผู้ป่วย จำนวน ๓๖๗ ราย แบ่งออกเป็น เพศชาย จำนวน ๒๓๒ ราย และเพศหญิง จำนวน ๑๓๕ ราย โดยพบผู้ป่วยอายุต่ำสุด ๑ ปี และอายุสูงสุด ๗๒ ปี อายุเฉลี่ย ๓๒.๙ ปี ซึ่งประเทศที่พบผู้ป่วย ๑๐ อันดับแรก ได้แก่ ๑) ประเทศคูเวต ร้อยละ ๒๖.๙ ๒) ประเทศซาอุดิอาราเบีย ร้อยละ ๑๐.๔ ๓) ประเทศปากีสถาน ร้อยละ ๗.๘ ๔) ประเทศซูดาน ร้อยละ ๕.๖ ๕) ประเทศจอร์แดน ร้อยละ ๓.๐ ๖) ประเทศอียิปต์ ร้อยละ ๒.๗ ๗) ประเทศเมียนมา ร้อยละ ๒.๓ ๘) ประเทศตุรกี ร้อยละ ๒.๑ ๙) ประเทศอินเดีย ร้อยละ ๑.๗ และ ๑๐) ประเทศรัสเซีย ร้อยละ ๑.๗ ตามลำดับ การตรวจพบเชื้อสำหรับผู้ที่เดินทางเข้ามาพักใน State Quarantine ได้แก่ การตรวจครั้งที่ ๑ จำนวน ๒๑๑ ราย ร้อยละ ๕๗.๔๙ การตรวจครั้งที่ ๒ จำนวน ๘๘ ราย เป็นร้อยละ ๒๓.๙๘ PUI สนามบิน จำนวน ๕๑ ราย ร้อยละ ๑๓.๙๐ การตรวจครั้งที่ ๓ จำนวน ๑๐ ราย ร้อยละ ๒.๗๒ PUI State Quarantine จำนวน ๗ ราย ร้อยละ ๑.๙๑ และ การตรวจครั้งที่ ๔ จำนวน ๑ ราย ร้อยละ ๐.๒๗ รายละเอียดดังตารางที่ ๓๕ และ ๓๖

ตารางที่ ๓๕ จำนวนผู้เข้ากักตัว จำนวนผู้ป่วยยืนยัน COVID-๑๙ และอัตราการติดเชื้อ แยกรายประเทศ (ข้อมูลระหว่าง ๔ กุมภาพันธ์ – ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๓)

ประเทศ	อัตราการติดเชื้อ	จำนวนผู้ป่วยยืนยัน	จำนวนผู้กักตัว
คูเวต	๒๖.๙	๒๙	๑๐๘
ซาอุดิอาระเบีย	๑๐.๔	๒๐	๑๙๓
ปากีสถาน	๗.๘	๑๒	๑๕๓
ซูดาน	๕.๖	๒๔	๔๓๑
จอร์แดน	๓.๐	๕	๑๖๔
อียิปต์	๒.๗	๕๓	๑๙๒๘
เมียนมา	๒.๓	๓	๑๓๓
ตุรกี	๒.๑	๖	๒๘๑
อินเดีย	๑.๗	๔๐	๒๓๕๗
รัสเซีย	๑.๗	๖	๓๖๓
UAE	๑.๕	๑๘	๑๒๐๐
อินโดนีเซีย	๑.๒	๑๔	๑๑๗๒
กาตาร์	๑.๑	๑๐	๘๘๘
สิงคโปร์	๑.๐	๑๕	๑๔๗๓
บาห์เรน	๑.๐	๑๕	๑๕๔๗
โอมาน	๐.๙	๕	๕๔๐
ฮ่องกง	๐.๙	๔	๔๗๐
เอธิโอเปีย	๐.๘	๑	๑๒๕
อเมริกา	๐.๘	๒๖	๓๒๕๑
ซูดานใต้	๐.๘	๒	๒๕๘
อิตาลี	๐.๗	๑	๑๓๘
สหราชอาณาจักร	๐.๖	๑๐	๑๕๔๐
ฝรั่งเศส	๐.๖	๑	๑๗๘
อิหร่าน	๐.๕	๑	๑๘๓
แอฟริกาใต้	๐.๕	๒	๓๙๗
เนเธอร์แลนด์	๐.๕	๘	๑๖๑๘
เยอรมนี	๐.๔	๕	๑๑๒๘

ประเทศ	อัตราการติดเชื้อ	จำนวนผู้ป่วยยืนยัน	จำนวนผู้กักตัว
อังกฤษ	๐.๔	๑	๒๓๐
ญี่ปุ่น	๐.๔	๑๑	๒๗๕๔
ฟิลิปปินส์	๐.๓	๓	๑๐๕๐
สวิตเซอร์แลนด์	๐.๒	๑	๔๑๒
จีน	๐.๒	๑	๕๑๕
มาเลเซีย	๐.๑	๑	๖๗๗
อเมริกา	๐.๑	๓	๓๒๕๑
ออสเตรเลีย	๐.๑	๒	๒๔๐๖
ไต้หวัน	๐.๐๔	๒	๔๙๕๔
ฮังการี	#N/A	๒	#N/A
เยเมน	#N/A	๒	#N/A
เบลเยี่ยม	#N/A	๑	#N/A
อิรัก	#N/A	๑	#N/A
ไนจีเรีย	#N/A	๑	#N/A
รวม	**๐.๙๕**	**๓๖๗**	**๓๘,๔๖๖**

ที่มา : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๓

ตารางที่ ๓๖ สัดส่วนการพบเชื้อใน State Quarantine เขตสุขภาพที่ ๖ แยกเป็นรายประเทศ

การตรวจเจอ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ครั้งที่ ๑	๒๑๐	๕๗.๒๒%
ครั้งที่ ๒	๘๘	๒๓.๙๘%
PUIสนามบิน	๕๑	๑๓.๙๐%
ครั้งที่ ๓	๑๐	๒.๗๒%
PUI SQ	๗	๑.๙๑%
ครั้งที่ ๔	๑	๐.๒๗%
รวม	**๓๖๗**	**๑๐๐**

ที่มา : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๓

๓.๗.๔ ด้านการบริหารจัดการทรัพยากร

เขตสุขภาพที่ ๖ ได้มีการเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากร เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยมีห้อง Airborne Infection Isolation Room (AIIR) จำนวน ๕๖ ห้อง, ห้อง Modified AIIR จำนวน ๖๗ ห้อง, Isolate จำนวน ๒๖๓ เตียง และ Cohort Ward จำนวน ๔๔๖ เตียง รายละเอียดดังตารางที่ ๓๗

ตารางที่ ๓๗ จำนวนห้องเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)

จังหวัด	AIIR (ห้อง)	Modified AIIR (ห้อง)	Isolate (เตียง)	Cohort (เตียง)
ชลบุรี	๘	๑๕	๓๑	๗๘
ระยอง	๘	๖	๓๒	๔๐
จันทบุรี	๓	๑๘	๒๘	๖๖
ตราด	๓๒	๑๐	๔๓	๕๔
สมุทรปราการ	๓	๔	๔๖	๒๖
ฉะเชิงเทรา	๒	๘	๗๐	๑๓๒
ปราจีนบุรี	๐	๓	๖	๕๐
สระแก้ว	๐	๓	๗	๐
รวม	**๕๖**	**๖๗**	**๒๖๓**	**๔๔๖**

ที่มา : http://co-ward.moph.go.th ณ วันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๓

เขตสุขภาพที่ ๖ มีเครื่องช่วยหายใจที่ว่างพร้อมใช้งาน จำนวน ๕๔๑ เครื่อง โดยแบ่งออกเป็น ๑) จังหวัดชลบุรี จำนวน ๑๔๐ เครื่อง ๒) จังหวัดระยอง จำนวน ๑๐๙ เครื่อง ๓) จังหวัดจันทบุรี จำนวน ๔๐ เครื่อง ๔) จังหวัดตราด จำนวน ๑๙ เครื่อง ๕) จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน ๑๐๖ เครื่อง ๖) จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน ๔๔ เครื่อง ๗) จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน ๑๘ เครื่อง และ ๘) จังหวัดสระแก้ว จำนวน ๖๕ เครื่อง รายละเอียดดังตารางที่ ๓๘

ตารางที่ ๓๘ จำนวนเครื่องช่วยหายใจที่ว่างพร้อมใช้งาน

จังหวัด	เครื่องช่วยหายใจ ที่พร้อมใช้งาน (เครื่อง)	เครื่องช่วยหายใจแบบ INVASIVE ที่พร้อมใช้งาน (เครื่อง)	เครื่องช่วยหายใจแบบ NON INVASIVE ที่พร้อมใช้งาน (เครื่อง)
ชลบุรี	๑๔๐	๑๔๐	๐
ระยอง	๑๐๙	๑๐๙	๐
จันทบุรี	๔๐	๒๘	๑๒
ตราด	๑๙	๑๘	๑
สมุทรปราการ	๑๐๖	๑๐๔	๒
ฉะเชิงเทรา	๔๔	๔๔	๐
ปราจีนบุรี	๑๘	๑๘	๐
สระแก้ว	๖๕	๖๕	๐
รวม	**๕๔๑**	**๕๒๖**	**๑๕**

ที่มา : http://co-ward.moph.go.th ณ วันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๓

และในส่วนการจัดสรร Surgical Mask หน้ากาก N๙๕ และชุด Cover all ที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข มีการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสมโดยให้มียอด Stock เฉลี่ยใกล้เคียงกัน และสามารถบริหารความพอเพียงในจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปริมาณการใช้หน้ากาก N๙๕ และชุด Cover all ยังคงมีความจำเป็นต้องการใช้เนื่องจากยังพบผู้ป่วยยืนยันจาก State Quarantine ส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รายละเอียดดังตารางที่ ๓๙

ตารางที่ ๓๙ ข้อมูลการจัดสรรทรัพยากร Surgical Mask N๙๕ และ cover all เขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด	Surgical Mask (ชิ้น)	หน้ากาก N๙๕ (ชิ้น)	cover all (ชิ้น)
ชลบุรี	๗๘๗,๘๖๖	๕,๐๙๓	๒๒,๗๒๐
ระยอง	๕๓๙,๙๖๐	๑๐,๒๗๐	๗,๔๘๐
จันทบุรี	๖๗๒,๐๐๐	๑๘,๐๑๘	๓,๑๘๕
ตราด	๓๕๔,๐๖๐	๔,๖๑๙	๔,๕๗๙
สมุทรปราการ	๔๗๗,๐๙๑	๗,๘๘๔	๑๑,๕๑๒
ฉะเชิงเทรา	๔๗๖,๘๒๖	๓,๗๗๔	๕,๒๓๙
ปราจีนบุรี	๓๘๕,๗๐๐	๓,๐๓๖	๒,๔๔๙,๔
สระแก้ว	๔๒๙,๑๒๐	๒,๖๐๑	๔,๘๐๐
เขตสุขภาพที่ ๖	**๔,๐๙๒,๖๒๓**	**๕๔,๗๐๘**	**๖๒,๕๕๑**

ที่มา : ทีม Logistics EOC เขตสุขภาพที่ ๖ ณ วันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๓

เขตสุขภาพที่ ๖ มีทรัพยากรทางการแพทย์ที่ได้รับบริจาค จำนวน ๒๒๑,๕๐๐ ชิ้น แบ่งออกเป็น ถุงมือยาง จำนวน ๒๐๐,๐๐๐ ชิ้น หน้ากากผ้า จำนวน ๒๐,๐๐๐ ชิ้น และ Face shield จำนวน ๑,๕๐๐ ชิ้น รายละเอียดดังตารางที่ ๔๐

ตารางที่ ๔๐ ข้อมูลการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่ได้รับบริจาค เขตสุขภาพที่ ๖

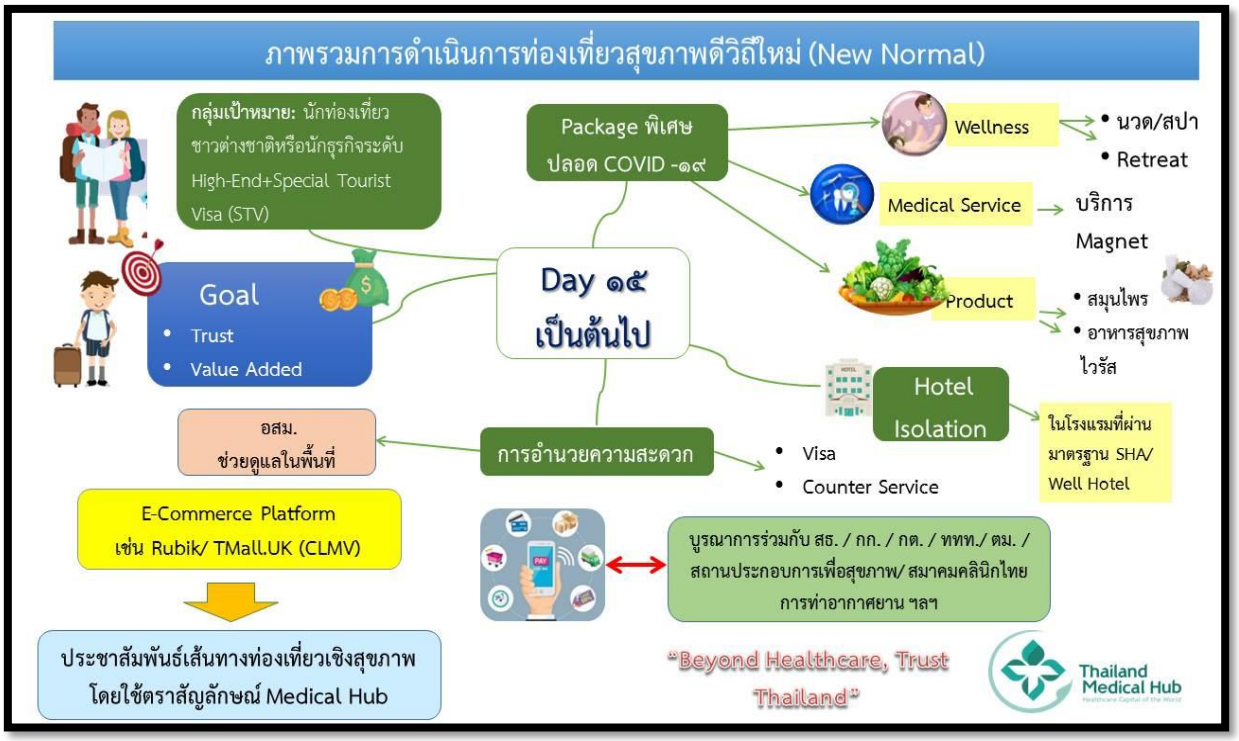
จังหวัด	ถุงมือยาง (ชิ้น)	หน้ากากผ้า (ชิ้น)	Face shield (ชิ้น)
ชลบุรี	๔๐,๐๐๐	๔,๐๐๐	๓๐๐
ระยอง	๒๐,๐๐๐	๒,๐๐๐	๑๕๐
จันทบุรี	๒๐,๐๐๐	๒,๐๐๐	๑๕๐
ตราด	๒๐,๐๐๐	๒,๐๐๐	๑๕๐
สมุทรปราการ	๔๐,๐๐๐	๔,๐๐๐	๓๐๐
ฉะเชิงเทรา	๒๐,๐๐๐	๒,๐๐๐	๑๕๐
ปราจีนบุรี	๒๐,๐๐๐	๒,๐๐๐	๑๕๐
สระแก้ว	๒๐,๐๐๐	๒,๐๐๐	๑๕๐
เขตสุขภาพที่ ๖	**๒๐๐,๐๐๐**	**๒๐,๐๐๐**	**๑,๕๐๐**

ที่มา : ทีม Logistics EOC เขตสุขภาพที่ ๖ ณ วันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๓

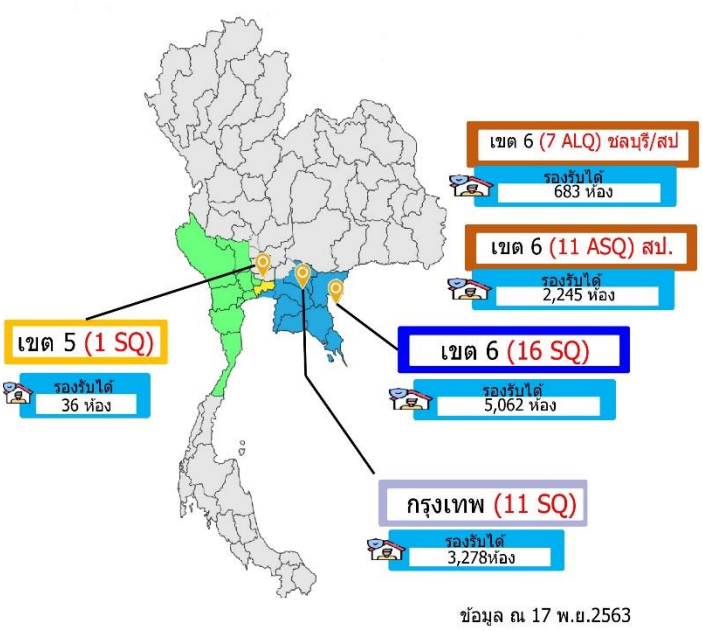
๓.๗.๕ การเตรียมความพร้อมการดำเนินการท่องเที่ยวสุขภาพวิถีใหม่ (New Normal) เขตสุขภาพที่ ๖

เขตสุขภาพที่ ๖ มีการวางแผนเตรียมความพร้อม การดำเนินการท่องเที่ยวสุขภาพวิถีใหม่ (New Normal) โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติหรือนักธุรกิจที่เดินทางเข้าประเทศไทย จะมีการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเพื่อให้ปลอดการติดเชื้อ COVID-๑๙ ในกลุ่มของกิจการการนวด สปา การให้บริการทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร อาหารเพื่อสุขภาพ และโรงแรม ร่วมถึงมีการอำนวยความสะดวกด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและความไว้วางใจจากนักท่องเที่ยว และสามารถส่งเสริมเศรษฐกิจของประเทศด้วย

แผนภาพที่ ๑๗ การดำเนินการท่องเที่ยวสุขภาพวิถีใหม่ (New Normal)



แผนภาพที่ ๑๘ การเตรียมความพร้อมรับนักท่องเที่ยวและแรงงานต่างด้าว เขตสุขภาพที่ ๖



การเตรียมความพร้อมรับนักท่องเที่ยวและแรงงานต่างด้าว เขตสุขภาพที่ ๖ มีการเปิดด่านอากาศ ด่านบก และด่านน้ำ โดยมีการเตรียมความพร้อมเป็นที่พักแบบ ASQ ALQ ตามมาตรการรองรับการเดินทางเข้ามาจากต่างประเทศ เพื่อรองรับนักท่องเที่ยว ซึ่งปัจจุบันเขตสุขภาพที่ ๖ มี State Quarantine (SQ) จำนวน ๑๖ แห่ง รองรับได้ ๕,๐๖๒ ห้อง มี Alternative State Quarantine (ASQ) จำนวน ๑๑ แห่ง ที่จังหวัดสมุทรปราการรองรับได้ ๒,๒๔๕ ห้อง และ Alternative Local Quarantine (ALQ) จำนวน ๗ แห่ง ที่จังหวัดชลบุรีและจังหวัดสมุทรปราการ รองรับได้ ๖๘๓ ห้อง

๓.๗.๖ ปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) กรณีเดินทางมาจากต่างประเทศและเข้าสถานกักกันที่ราชการกำหนด

จังหวัดชลบุรี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เป็นหน่วยงานเชื่อมประสาน และควบคุมการดำเนินงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

- การประสานงาน ความร่วมมือในการจัดทำฐานข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูล และรายงานข้อมูลผู้ป่วยโคโรนาไวรัส ๒๐๑๙ กับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ผ่านระบบโปรแกรมกรมควบคุมโรค ข้อมูลที่ได้มายังไม่ถูกต้องตามระบบโปรแกรมฯ ทำให้เกิดการประสานติดตามยืนยันกับข้อมูลหน่วยงานบริการ ซึ่งบางครั้งการรายงานผลแลป ระบบ CoLab และ DDC ส่งผลให้เกิดการล่าช้าของข้อมูล รวมทั้งการเฝ้าระวังติดตามรายงานผลไม่ทันท่วงที และบางครั้งการที่ระบบไม่เสถียร เป็นอุปสรรคต่อการบันทึกข้อมูลล่าช้า ทำให้เจ้าหน้าที่เสียเวลาในการดำเนินงาน

- แนวทางการดำเนินงาน เวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และการป้องกันการติดเชื้อ (CPG) ที่เปลี่ยนปรับปรุง หลากหลายฉบับอาจส่งผลให้หน่วยบริการบางแห่ง ไม่ได้ติดตามอัพเดตข้อมูล ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด

- ความตื่นตระหนกต่อการระบาดของโรค ทำให้สังคมเกิดการตีตราต่อหน่วยบริการที่รับรักษาผู้ป่วย ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งมีภาระงานที่มาก อีกทั้งต้องปฏิบัติงานอย่างเข้มข้น มีความกดดันในการทำงาน เกิดภาวะเครียด ส่งผลต่อสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่

จังหวัดจันทบุรี

- วัสดุ อุปกรณ์ ทรัพยากร ในการดูแลผู้ถูกกักกันในสถานที่กักกันของรัฐ

วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น Mask, ถุงมือ, ถุงขยะติดเชื้อ ฯลฯ ไม่ได้รับการสนับสนุนโดยตรงจากส่วนกลาง หน่วยงานสาธารณสุข ต้องบูรณาการขอรับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง

- สถานที่

กรณีสถานที่ ที่ใช้ในการจัดตั้งเป็นศูนย์กักกัน Local Quarantine เป็นวัด ซึ่งทำให้การเบิกค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสถานที่ เช่น ค่าที่พัก ดำเนินการเบิกจ่ายตามระเบียบไม่ได้จึงเป็นภาระของวัด

- ผู้เดินทาง

กรณีพื้นที่แนวชายแดน บางครั้งมีกลุ่มต่างชาติแอบลักลอบเดินทางเข้ามาตามช่องทางธรรมชาติและถูกจับกุม (ตม.ไม่มีสถานที่กักกัน) ต้องมากักกัน ๑๔ วัน ในสถานที่กักกันที่จังหวัดจัดไว้ (ซึ่งเป็นกลุ่มที่รัฐไม่ได้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้) ทำให้เป็นภาระงานและค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน

จังหวัดตราด

- เริ่มเปิดสถานกักกันตัวศูนย์ราชการุณย์สภากาชาดไทย เขาล้าน อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๓ ถึงปัจจุบัน รับผู้เดินทางมาจากต่างประเทศประเข้าสถานที่กักกัน ยังไม่พบการติดเชื้อ COVID-๑๙ ในสถานกักกัน จึงยังไม่พบปัญหาในการดำเนินงานและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

จังหวัดฉะเชิงเทรา

- ผู้ป่วยแจ้งว่าทางสนามบินไม่ให้ข้อมูลก่อนส่งมา เช่น ไปที่ไหน อย่างไร ระยะเวลานานเท่าไร
- ห้อง Modified AIIR มีจำนวนน้อยใช้รับเฉพาะรายที่ผล Swab detected และรายที่ต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
- ผู้ป่วยไม่พึงพอใจเนื่องจากในห้องพักไม่มีเครื่องปรับอากาศ, เครื่องทำน้ำอุ่น และเฟอร์นิเจอร์ในห้องดูเก่า บางรายบอกรู้สึกน่ากลัวไม่ปลอดภัย เด็กทารกและเด็กเล็กจะร้องกวนเนื่องจากไม่เคยชินกับอากาศร้อน (มีพัดลมให้)
- ผล LAB บางครั้งออกเร็ว และให้ส่งกลับ State Quarantine ทันทีทำให้ต้องรีบเร่งมาก
- ผล LAB ที่แจ้ง บางครั้งมีแต่โค้ดไม่มีชื่อคนไข้ ซึ่งอาจทำให้ผิดพลาดได้ และบางรายแจ้งผล LAB ช้าประมาณ ๑ - ๓ วัน
- โรงพยาบาลไม่มีบริการอาหารสำหรับผู้ป่วยที่มาหลังเวลา ๑๗.๐๐ น. เมื่อมาถึงจะหิว บางรายแจ้งว่านั่งรอตั้งแต่เวลา ๑๐.๐๐ น. ยังไม่ได้รับประทานอะไรเลย
- ผู้ป่วยส่วนใหญ่เตรียมมาแลกเงินและซื้อซิมการ์ดที่สนามบิน เมื่อมาถึงถูกกักตัวทำให้ไม่สามารถสื่อสารกับญาติได้และไม่มีเงินติดตัวหากมีความจำเป็นต้องใช้
- สิทธิ์การรักษาบางรายไม่สามารถเรียกเก็บได้ เช่น รายที่เบิกจากต้นสังกัดไม่มีหนังสือรับรอง แนะนำให้ทำส่งมาให้เมื่อกลับบ้าน ก็แสดงความไม่พอใจและบางรายไม่มีสัญชาติไทย
- ข้อกำหนดของห้อง LAB โรงพยาบาลจะทำเฉพาะ LAB พื้นฐานที่จำเป็นเท่านั้น ผู้ป่วยที่มีการผิดปกติต้องรักษาเร่งด่วนบางครั้งล่าช้าและอาจเสียโอกาสได้

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6
ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000
http://region6.cbo.moph.go.th 038-275428