



ผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ไตรมาส 2
เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2562

PA

นายแพทย์ ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4



PA ผู้ตรวจราชการ ปี 2562

PP&P Excellence



Mother
& Child
Health

Green
& Clean
Hospital



Service Excellence



RDU-AMR



Fast Track



ยาเสพติด



TB



Stroke



Sepsis



Trauma

PP&P/Service/Governance Excellence



Primary
Care



พชอ.



PCC



รพ.สต.ติดตาม

People Excellence



HRH

Transformation

Governance Excellence



เขตสุขภาพ



Digital
Transformation



Financial
Management



HA



PMQA

Quality
Organization



สรุปรายละเอียดตัวชี้วัด PA ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2562

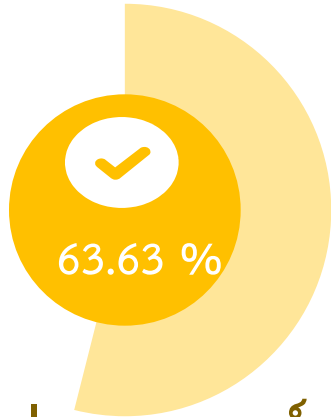
Excellence	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี 2562)	ผลงาน (ระดับเขต)	ผ่าน/ไม่ผ่าน
PP&P Excellence	1. อัตราส่วนการตายมารดา	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมี ชีพแสนคน	16.68	ผ่าน
	2. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน			
	2.1 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	71.57	ไม่ผ่าน
	2.2 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 20	13.87	
	2.3 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ	ร้อยละ 90	52.87	
	2.4 เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA 4I	ร้อยละ 60	32.4	
	3. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ (Green & Clean Hospital)	ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80	100 84.81	ผ่าน ผ่าน

Excellence	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี 2562)	ผลงาน (ระดับเขต)	ผ่าน/ไม่ผ่าน
Service Excellence	4. Fast Track			
	4.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม			
	4.1.1 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63)	< 5	7.34	ไม่ผ่าน
	4.1.2 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)	< 25	30.26	
	4.1.3 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	< 7	12.63	
	4.1.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 Hr ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ 40	49.46	
	4.1.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน(I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 Hr ได้รับการรักษาด้วยยาละลาย ลิ่มเลือด	≥ 50	40.76	
	4.1.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที	≥ 60	22.5	
	5. อัตราตายของผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรง ชนิด Community-acquired	< 30	45.60	ไม่ผ่าน
	6. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาล A,S,M1	< 12	19.48	ไม่ผ่าน
	7. อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	ร้อยละ 85	92.5	ผ่าน
	8. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาสมเหตุผล (RDU)	RDU ชั้นที่1 ≥ ร้อยละ 85 RDU ชั้นที่2 ≥ ร้อยละ 10	47 8	ไม่ผ่าน
	9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการดี้อยาด้านจุลชีพออย่างบูรณาการ (AMR)	AMR ชั้น Intermediate ≥ ร้อยละ 10 (2/12)	58.33 (7/12 แห่ง)	
	10. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี	ร้อยละ 20	14.63	ไม่ผ่าน
	11. ร้อยละของผู้ใช้และ ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา	ร้อยละ 40	27.73	ไม่ผ่าน

Excellence	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี 2562)	ผลงาน (ระดับเขต)	ผ่าน/ไม่ผ่าน
Governance Excellence	12. ระดับความสำเร็จของส่วนราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐที่ผ่านเกณฑ์กำหนด	สสจ. ร้อยละ 70 สสอ. ร้อยละ 40	ร้อยละ 100 ร้อยละ 75	} ผ่าน
	13. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	รพศ./รพท ร้อยละ 100 รพช. ร้อยละ 90	ร้อยละ 100 ร้อยละ 76.27	
	14. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	รพศ./รพท จังหวัด ละ 1 แห่ง ร้อยละ 50 ของรพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การ เป็น Smart Hospital และผ่าน เกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป	ทุกจังหวัดดำเนินการแล้ว (แบ่งเป็นรายละเอียด ดังนี้ Paperless 89.01% เวชระเบียน 61.97% ใบสั่งยา 77.46% QR Code ฉลากยา 66.20%)	ผ่าน
	15. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	1. มีการพัฒนา Application และทดสอบใช้งานใน PCC นำ ร่อง	โปรแกรมพัฒนาโดยศูนย์ เทคโนโลยีพื้นที่นำร่อง App PCC คือ จ.ปทุมธานี	ผ่าน
	16. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบวิกฤตทางการเงิน	ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละ 0	ผ่าน
People Excellence	17. ร้อยละของเขตสุขภาพ ที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	ร้อยละ 100	ผ่าน
	18. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข(Happy Organization)	ร้อยละ 70	ร้อยละ 81.79	ผ่าน

Excellence	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี 2562)	ผลงาน (ระดับเขต)	ผ่าน/ไม่ผ่าน
PP&P/Service/ Governance Excellence	19. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการ ในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	ร้อยละ 18 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 806 ทีม	เป้าหมาย 24 ทีม ผลงาน 26 ทีม ร้อยละ 100 (มีเกณฑ์คุณภาพและประเมินตนเอง)	ผ่าน (มีพื้นที่ต้นแบบ 2 แห่ง/เขต) ได้แก่ 1. PCC บางศรีเมือง รพ.สต.บาง ไผ่ จ.นนทบุรี 2. PCC บางแม่นาง จ.นนทบุรี
	20. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 60	ร้อยละ 100	ผ่าน
	21. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ดีดดาว	1. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง 2. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ทีมประเมิน ระดับจังหวัด1 ทีม อำเภอ 1 ทีม	ร้อยละ 100 (อบรมครู ข/ค)	ผ่าน
	22. การพัฒนาบริการทุติยภูมิ เขต 4 กรณีศึกษา จ.นนทบุรี	ผลการดำเนินงานเบื้องต้น - การพัฒนาบุคลากรตาม Trainig Need - การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง - Referral case conference 5 สาขาหลัก - ติดตาม กำกับระบบการดำเนินงาน ตามที่กำหนด ด้านการเงิน การคลัง กำลังคน	มีการดำเนินงานและ ติดตาม กำกับระบบ การดำเนินงานตามที่กำหนด ตาม Small Success ทุกขั้นตอน	ผ่าน

สรุปตัวชี้วัด 22 ตัวชี้วัด



ผ่านเกณฑ์

14 ตัวชี้วัด

PP&P/Service/Governance Excellence

- ✓ ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการ ในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
- ✓ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
- ✓ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ติดดาว
- ✓ การพัฒนาบริการทุติยภูมิ เขต 4 กรณีศึกษา จ.นนทบุรี

People Excellence

- ✓ ร้อยละของเขตสุขภาพ ที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ
- ✓ จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข(Happy Organization)

PP&P Excellence

- ✓ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ (Green & Clean Hospital)
- ✓ อัตราส่วนการตายมารดา

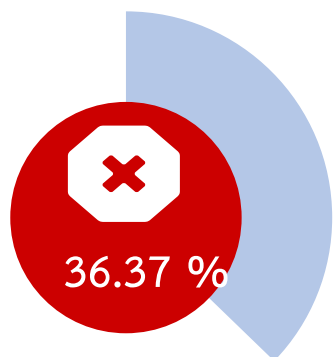
Governance Excellence

- ✓ ระดับความสำเร็จของส่วนราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐที่ผ่านเกณฑ์กำหนด
- ✓ เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital
- ✓ มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ✓ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบวิกฤตทางการเงิน

Service Excellence

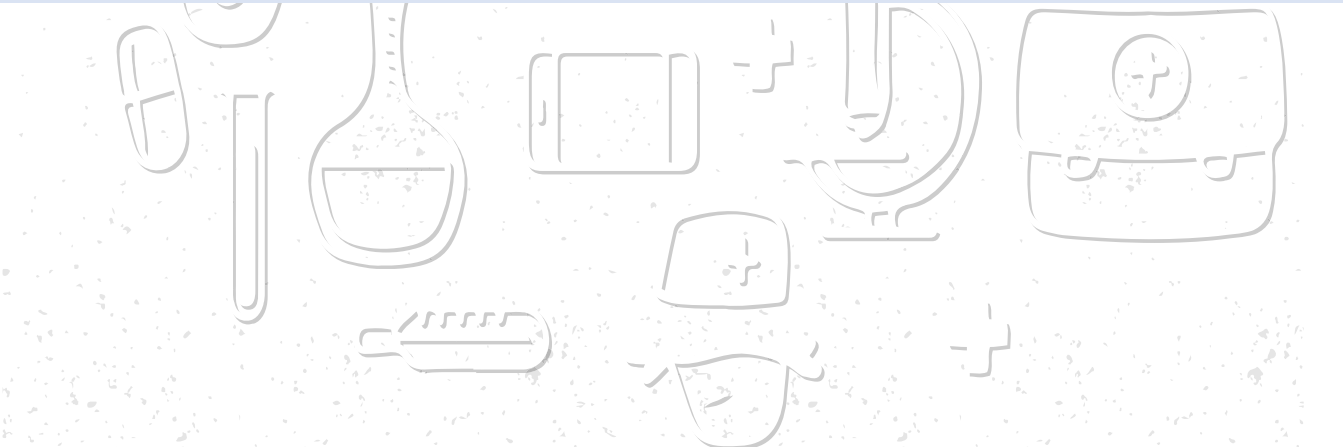
- ✓ อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่
- ✓ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการข้อมูลด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

สรุปตัวชี้วัด 22 ตัวชี้วัด



ไม่ผ่านเกณฑ์
8 ตัวชี้วัด





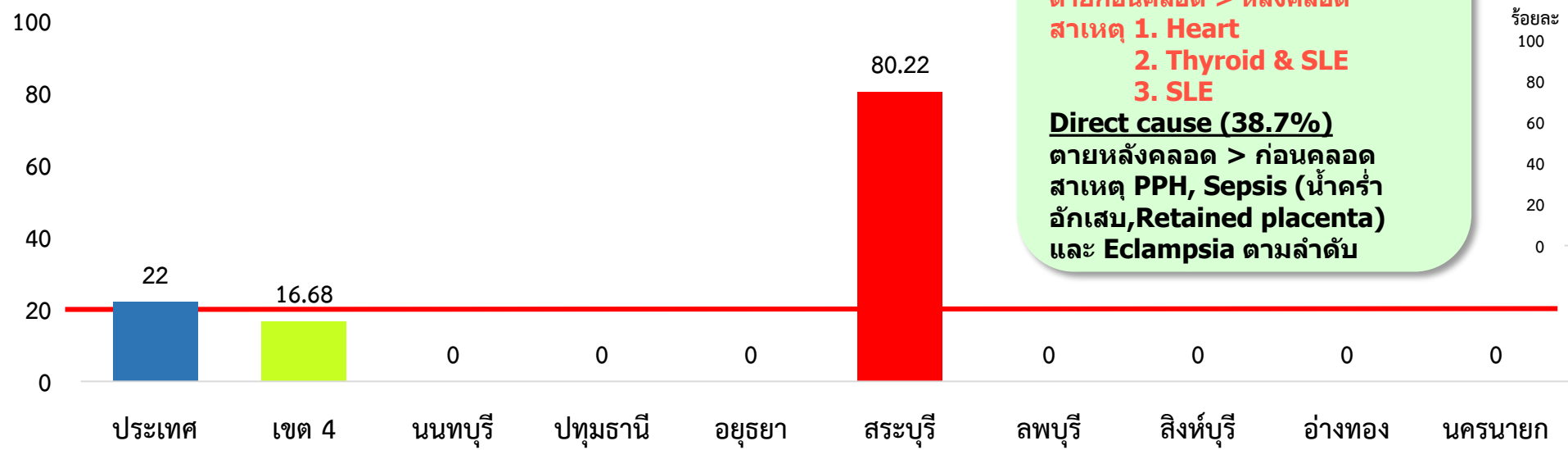
PP&P Excellence



อัตราส่วนการตายมารดา (ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน)

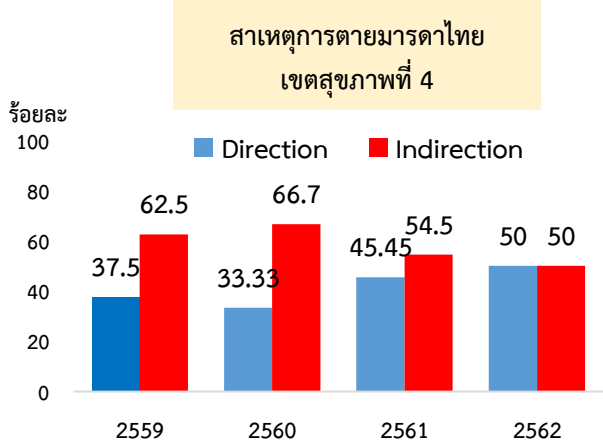


ร้อยละ



Indirect cause (61.3%)
ตายก่อนคลอด > หลังคลอด
สาเหตุ 1. Heart
2. Thyroid & SLE
3. SLE

Direct cause (38.7%)
ตายหลังคลอด > ก่อนคลอด
สาเหตุ PPH, Sepsis (น้ำคั่ง
รก, Retained placenta)
และ Eclampsia ตามลำดับ



จังหวัด	นนทบุรี	สระบุรี	อยุธยา	ปทุมธานี	ลพบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก
จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน (ราย)	0	2	0	0	0	0	0	0
มีการเฝ้าระวังช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
เยี่ยมเสริมพลัง และกำกับติดตาม การดำเนินงานเฝ้าระวังส่งเสริม พัฒนาการ ทุกระดับ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓



อัตราส่วนการตายมารดา (ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน) (ต่อ)



ข้อขึ้นชม/พื้นที่ต้นแบบ	ปัญหา / ข้อค้นพบ	แนวทางแก้ไข
1. สิ่งห้บุรี : ต้นแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด อย่างมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย 2. ลพบุรี : ต้นแบบสร้าง Net work ลด Preterm แบบ Man to Man - ตำบลบางขันหมาก : อสม. แม่ نرم - ตำบลชอนสารเดช : นายก อบต. 3. ปทุมธานี : มีระบบการกำกับติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง และหญิงหลังคลอดผ่านโปรแกรม Smart COC ทั้งจังหวัด (โดดเด่นลาดหลุมแก้ว และสามโคก) 4. อ่างทอง : ทีมMCH Board จังหวัดเข้มแข็ง (เน้นสร้างสัมพันธภาพแบบพี่ช่วยน้อง)	1. ขาดการประสานเชื่อมต่อข้อมูล High Risk Pregnancy ระหว่างโรงพยาบาล 2. แนวทางการส่งต่อ Care High Risk Pregnancy ไม่ชัดเจน 3. การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในเขตเมืองและกึ่งเมือง หากกลุ่มเป้าหมายไม่ได้	1. อายุรแพทย์ และสูติแพทย์ ร่วมกับ MCH Board กำหนดแนวทาง Care Plan High Risk Pregnancy 2. สื่อสารข้อมูล High Risk Pregnancy ผ่าน Smart COC ให้จังหวัด กำกับ และติดตาม 3. ให้แพทย์อายุรกรรมร่วมเป็นคณะกรรมการใน MCH Board 4. ANC, LR คุณภาพ



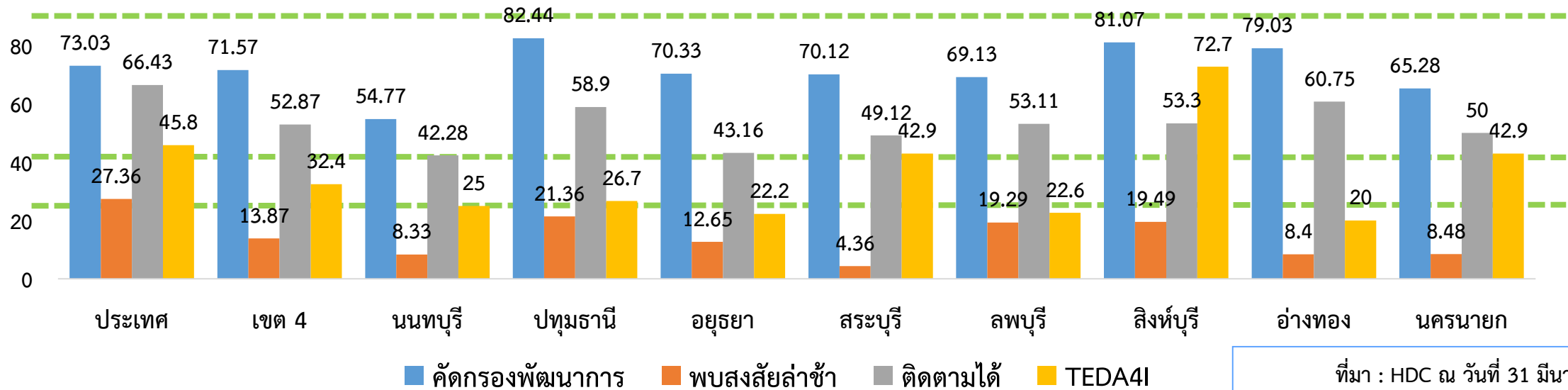
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน



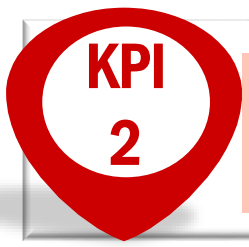
KPI	เป้าหมาย (%)	ประเทศ (%)	เขต 4 (%)
สูงดีสมส่วน	57	51.1	52.6
คัดกรอง	90	73.03	71.57
พบสงสัยล่าช้า	20	27.36	13.87
ติดตามได้	90	66.43	52.87
กระตุ้น TEDA4I	60	45.8	32.4

ร้อยละ

100



ที่มา : HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2562



ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน (ต่อ)



ข้อชื่นชม/พื้นที่ต้นแบบ	ปัญหา / ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
1. จ.ลพบุรี บูรณาการ 4 กระบวนการหลัก มีนวัตกรรม High Scope (Plan Do Review) 2. จ.ปทุมธานี มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาพื้นที่และได้รับงบประมาณจากหน่วยงานหลายแห่ง 3. จ.สิงห์บุรี - กำกับติดตามการดำเนินงานต่อเนื่องจริงจังทุกระดับ (ผลงานอันดับหนึ่งของเขต) - มีทีม Coaching การบันทึกข้อมูลทุกระดับ (สสจ.,สสอ.,ตำบล)	1. การบันทึก/ส่งออกข้อมูลในรายงาน HDC ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน 2. จำนวนกลุ่มเป้าหมายไม่ตรงตามความเป็นจริง โดยเฉพาะ กลุ่มเป้าหมายในเขตเมือง/กึ่งเมือง 3. ขาดทักษะในการคัดกรองพัฒนาการ และตรวจจับสงสัยล่าช้าด้วย DSPM 4. ขาดการกำกับติดตาม อย่างเป็นระบบ (ประมวล วิเคราะห์ คั้นข้อมูล ชี้เป้า ให้คำปรึกษา ร่วมแก้ไข ฯลฯ) ของผู้รับผิดชอบงานและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ 5. PG ที่ผ่านการอบรมบางส่วนไม่ได้ทำตามบทบาทหน้าที่	1. MCH Board ร่วมกับศูนย์วิชาการ จัดประชุมผู้ปฏิบัติ สร้างความรู้ ความเข้าใจ เทคนิคการประเมินและการบันทึกข้อมูลพัฒนาการเด็ก สำหรับพื้นที่ที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ ทีมเขตจะมีการเยี่ยมเสริมพลังเฉพาะพื้นที่ 2. พัฒนาการบันทึกและส่งออกข้อมูล HDC มีทีม Coaching ทุกระดับ และจัดทีมเคลื่อนที่เร็วไปยังพื้นที่ที่พบปัญหา 3. Set ระบบ CPM ให้มีการกำกับติดตามเข้มแข็ง ต่อเนื่อง 4. Clear กลุ่มเป้าหมาย ให้ Updateและตรงตามความเป็นจริง 5. กำหนดเกณฑ์คัดเลือกเข้ารับการอบรม พยาบาลเฉพาะทางพัฒนาการ/ PG เด็ก และให้ทำงานตรงตามหน้าที่ 6. สร้างเครือข่าย Line Gr ให้คำปรึกษาแลกเปลี่ยนการดำเนินงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ อสม.และพ่อแม่ 7. ปชส./เผยแพร่ Application - APP Khunlook : ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย - APP ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก(ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึง 6 ปี แรกของชีวิต)



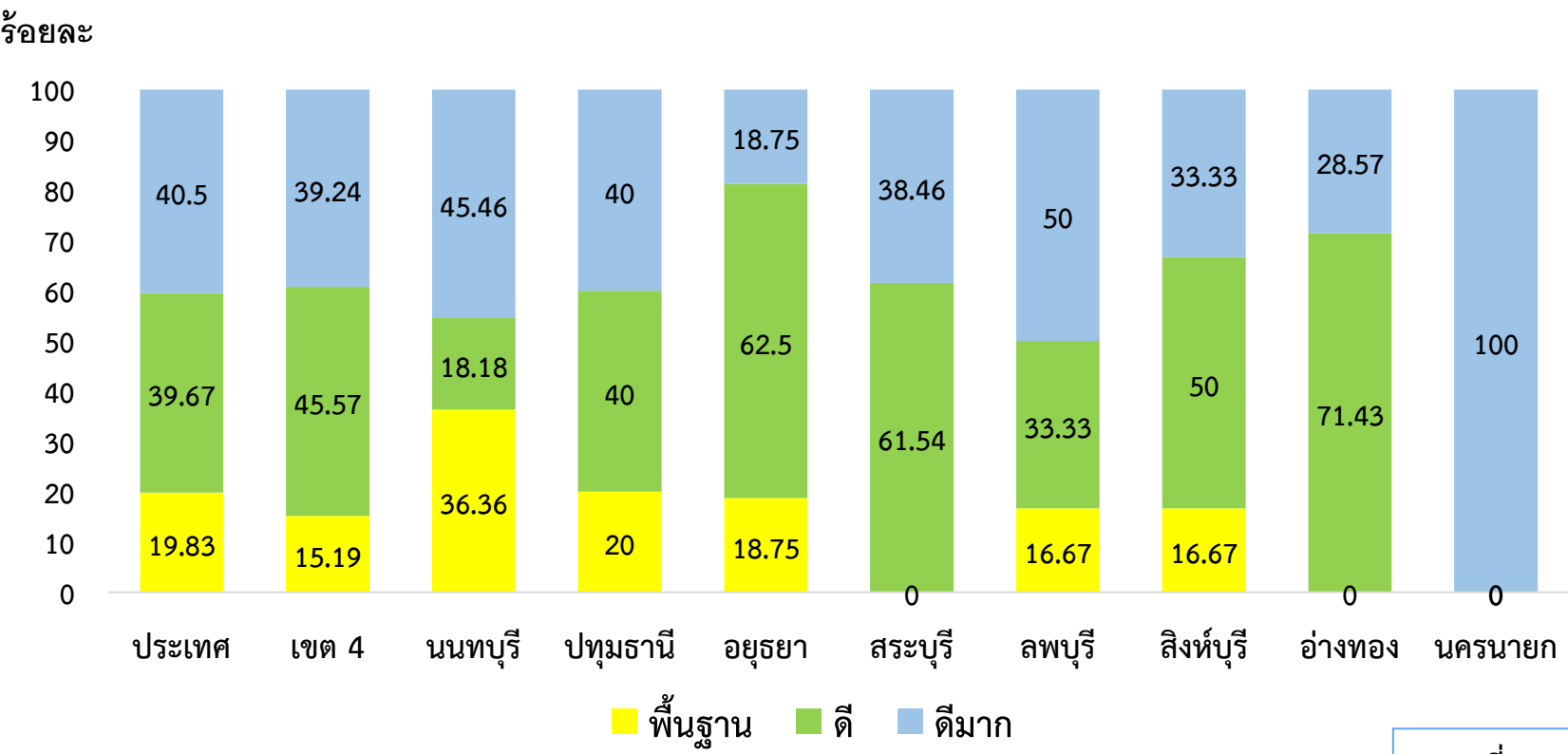
ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามั้ยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital
(โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 และโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80)



Small Success 6 เดือน
ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100 % ระดับดีขึ้นไป 80%



ผลการดำเนินงานการจัดบริการอาชีวอนามัยและ
เวชกรรมสิ่งแวดล้อม(OHS)



- ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 1 แห่ง
- ผ่านเกณฑ์ระดับดี 3 แห่ง
- ผ่านเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนา 12 แห่ง
- ยังไม่รับการประเมิน 58 แห่ง





ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital (โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 และโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80) (ต่อ)



ข้อขึ้นชม/พื้นที่ต้นแบบ	ปัญหา / ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
1. จังหวัดลพบุรีมีการทำMOU นำผักอินทรีย์มาใช้ในโรงพยาบาลทั้งจังหวัด 2. รพ.พระพุทธบาท ต้นแบบการปลูกผักในโรงพยาบาลในรายการเดินหน้าประเทศไทย 12 ม.ค. 2562 3. รพ.พระนครศรีอยุธยา การใช้ระบบก๊าซชีวภาพทดแทนก๊าซ LPG 4. รพ.พรหมบุรี เป็นต้นแบบการใช้พืชบำบัดระบบบำบัดน้ำเสีย	1.การจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลยังดำเนินการได้น้อย 2.ส้วมในตึกผู้ป่วยบางโรงพยาบาลยังไม่ได้มาตรฐานHAS 3.โรงพยาบาลขาดแหล่งสนับสนุนผักอินทรีย์ให้เพียงพอต่อการใช้ ในโรงพยาบาล 4.โรงพยาบาลระดับดียังขาดการสร้างนวัตกรรมและการขยายลงสู่ชุมชนเพื่อเลื่อนเป็นระดับดีมาก	1.เร่งรัด การจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลเพื่อขยายการดำเนินงานไปสู่ Green & Clean ระดับดีมาก plus 2.เร่งรัด พัฒนาส้วมในตึกผู้ป่วยในให้ได้มาตรฐานHAS ทุกโรงพยาบาล 3.ทำMOU ผักอินทรีย์ ในแต่ละพื้นที่ 4.ควรมีการจัดทำเมนูอาหารโรงครัวล่องหน้ามากกว่า2 เดือนเพื่อวางแผนจัดซื้อผักอินทรีย์อย่างเพียงพอ 5.ขับเคลื่อนงาน Green & Clean ผ่านรพสต.และขยายลงสู่ชุมชน 6.เร่งรัดการสร้างนวัตกรรมในโรงพยาบาลและขยายสู่ชุมชน 7.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานและการสร้างนวัตกรรมในโรงพยาบาล และรพ.สต.
ที่มา : กรมอนามัยและสสจ. ณ วันที่ 31 มีนาคม 2562		



Service Excellence

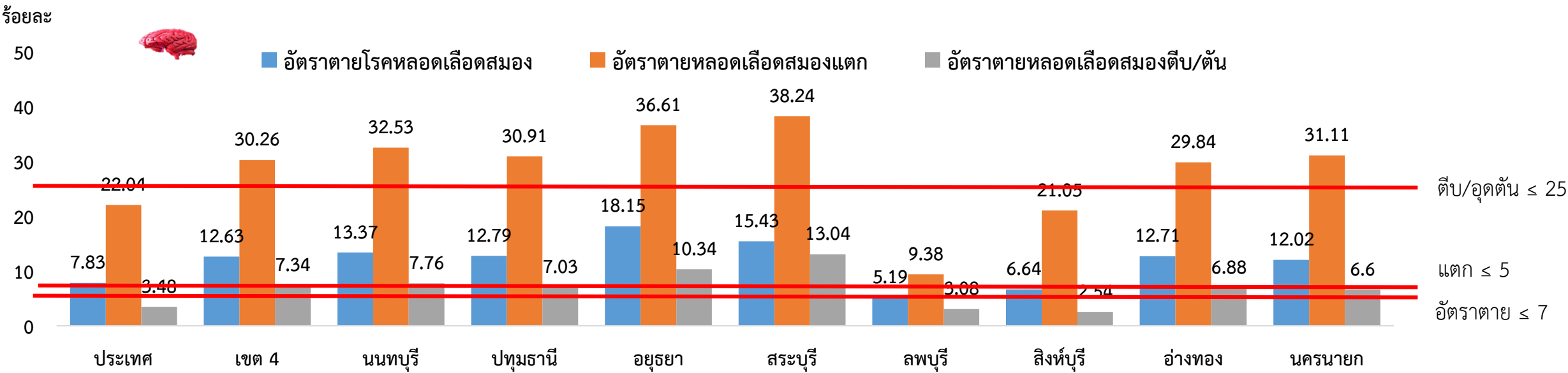




Fast Track (Stroke)



ตัวชี้วัด	เกณฑ์ (%)	ประเทศ (%)	เขต (2561) (%)	เขต 2562 (ไตรมาส 2) (%)
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69)	≤ 7	7.83	14.59	12.63
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I60-I62)	≤ 5	3.48	7.16	7.34
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I63)	≤ 25	22.04	33.81	30.26





Fast Track (Stroke)



ตัวชี้วัดรอง	ผลงาน (%)
1. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน มาทัน 4.5 ชั่วโมงได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที $\geq 50\%$	40.76
2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit $\geq 40\%$	49.46
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที $\geq 60\%$	22.5

ข้อค้นพบ

อยุธยาเข้า Stroke unit 100%

นนทบุรีเข้า Stroke unit 24.51%

โรคหลอดเลือดสมอง



ข้อด้อย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที ไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากขาด neuro surg
2. ร้อยละการควบคุมความดันโลหิตได้ดีมีเพียง ร้อยละ 28.03 จังหวัดที่ควบคุมได้ผ่านเกณฑ์ คือ จังหวัด ปทุมธานี (ร้อยละ 62.37)
3. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง มีเพียง ร้อยละ 59.03 (เกณฑ์ร้อยละ 90) จังหวัดที่อยู่ในเขตเมืองคัดกรองได้น้อยมาก



ขาดบุคลากรทางการแพทย์

- ** แพทย์ Neuro Med /Neuro Sx / เวชศาสตร์ฟื้นฟู Stroke Nurse
- **สหสาขาวิชาชีพ : เช่น นักฝึกพูด / นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

สถานที่

- ** Stroke unit พื้นที่ไม่เพียงพอ → no Acute and intermediate ward
- ** Number of bed in stroke unit

System

- ** ปัญหา refer back เนื่องจาก รพช ยังไม่มี High intensity statin e.g. Atorvastatin (40mg/12บาท) ต้องส่งมารักษา ที่ รพศ. เกิด Workload
- ** Refer ICH pt เพื่อ decompressive craniectomy ไม่ได้เนื่องจาก รพ. อ่างทอง ไม่มี Neuro Sx. ส่งผล mortality สูง

ที่มา : สสจ. ณ วันที่ 31 มีนาคม 2562

ปัญหาและอุปสรรค

1. อัตราตายสูงทั้ง
Ischemic และ
Hemorrhage

2. การเข้าถึง Stroke
fast track

3. Stroke prevention

ข้อเสนอแนะ

1. Guide line / care map / protocol ของ haemorrhage และ stroke fast track
2. SP สาขา Stemi/stroke ประสาน รพ.โรคทรวงอก เปิดรับส่งต่อและส่งกลับ รพ.ต้นทาง ภายใน 24 ชม. หลังหัตถการ
3. จัด Zoning/Mapping รพ.การส่งต่อร่วมกับกรมการแพทย์

Stroke alert Stroke awareness

1. คัดกรอง CVD Risk เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง
2. ให้ความรู้ ประชาชน ให้เข้าถึงบริการเร็วขึ้น



Fast Track (Sepsis)



ตัวชี้วัด	เกณฑ์ (%)	ประเทศ (%)	เขต 2561(%)	เขต 2562 (%)
อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired	≤ 30	32.53	50.71	45.60
อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	≥ 90	90.29	94.03	95.01
อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 60 นาที (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	≥ 90	90.31	95.94	93.20
อัตราการได้รับ IV fluid 30 mL/kg (อย่างน้อย 1.5 ลิตร) ใน 1 ชม.แรก	≥ 90	75.85	76.41	77.09
อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน ICU ภายใน 3 ชม.	≥ 30	-	10.06	20.49
มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ใน รพ.ระดับ S,A	-	-	-	ยังไม่ได้ดำเนินการ

Fast Track (Sepsis)



ปัญหาอุปสรรค

1. การลงข้อมูลไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วน เช่น ไม่ได้แยก community acquired กับ hospital acquired, ไม่ได้ตัดกลุ่ม palliative ออก และการสับสนในนิยาม sepsis กับ severe sepsis เนื่องจากการเปลี่ยนนิยามใหม่ในทางปฏิบัติ แต่ HDC ของกระทรวงสาธารณสุขยังใช้นิยามและตัวชี้วัดเดิม
2. การ load IV fluid ในชั่วโมงแรก ต่ำกว่าเป้าซึ่งเป็นปัญหาทั้งประเทศ เนื่องจากแพทย์ไม่มั่นใจในการ load IV โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วย severe sepsis ที่ไม่ shock
3. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาก
4. การจัดตั้ง rapid response team ในทางปฏิบัติทำได้ลำบาก

โอกาสพัฒนา

1. ชี้แจงทำความเข้าใจกับแพทย์และ coder
2. ประสานกับ HDC เรื่องนิยามตัวชี้วัดที่เปลี่ยนใหม่ และ สูตรคำนวณตัวชี้วัด
3. เพิ่มศักยภาพในการตรวจ lactate เพื่อสนับสนุนข้อบ่งชี้ในการ load IV และยังช่วยในการวินิจฉัย ติดตามผลในการรักษา
4. เพิ่มเครื่องมือในการตรวจประเมินสารน้ำให้สะดวกรวดเร็วขึ้น เช่น portable Ultrasound เพื่อวัด IVC diameter
5. จัด sepsis unit ใน ICU สำหรับผู้ป่วย sepsis shock ก่อน และจัดทำข้อบ่งชี้ในการเข้าและออกจาก ICU ให้ชัดเจน
6. เพิ่มศักยภาพ โรงพยาบาลชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ Long term ที่ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ เช่น Bed ridden ที่ไม่มี Active infection, COPD, Stroke(Ischemic,Hemorrhagic,Herniation) ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือญาติไม่ผ่าตัด, End stage malignancy ที่เป็น Palliative care ญาติไม่ CPR
7. เพิ่มแพทย์ I.D และ Critical care ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพื่อเพิ่มคุณภาพในเชิงลึก
8. จัดระบบพยาบาล case manager เพื่อประสานงาน
9. พัฒนาระบบ IT เพื่อเชื่อมโยงข้อมูล/พัฒนาระบบคัดกรองให้สามารถ early detect ผู้ป่วย sepsis



Fast Track (Trauma)



ตัวชี้วัดรอง	เกณฑ์ (%)	ผลงาน (%)
อัตราของผู้ป่วย Trauma triage level 1 ในรพ.ระดับ A,S,M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	> 80	64.18
อัตราของผู้ป่วย triage level 1,2 ในรพ.ระดับ A,S,M1 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม.	> 60	52.62
ร้อยละผู้ป่วย PS score > 0.75 ในรพ.ทุกระดับได้รับการทำ root cause analysis	100	52.94
อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในรพ.ระดับ A,S,M1	< 45	30.56
อัตราของ TEA unit ในรพ.ระดับ A,S,M1 ผ่านเกณฑ์ประเมิน	> 80	33.33
อัตราของรพ.ระดับ F2 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	> 80	57.78

ปัญหาอุปสรรค

- ความแออัดใน ER บวกกับการทำงานที่ไม่ใช่งานหลักของ ER ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาล่าช้า มีความเสี่ยงสูงขึ้น
- ขาดแคลนบุคลากรประจำสภาศัลยแพทย์
- อัตราตาย TBI สูง จาก Severity ของ case
- ประชาชนใช้บริการ 1669 น้อย

ข้อเสนอแนะ

ที่มา : สสจ. และ HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2562

- เปิด OPD นอกเวลา /ส่งต่อผู้ป่วยกลับ รพ.สต. ในการทำแผล-ฉีดยา เพื่อลดการแออัดในห้องฉุกเฉิน/มีการใช้ข้อมูลจาก TEA unit ในการขับเคลื่อน ECS คุณภาพ/ผู้บริหาร รพ.ระดับ A,S,M1 จัดตั้งสำนักงานและจัดอัตรากำลังให้ TEA Unit ทุกแห่ง
- บูรณาการกับกระทรวงอื่นเพื่อการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- ประชาสัมพันธ์ระบบ EMS, 1669



ยาเสพติด



ตัวชี้วัด	ประเทศ	เขต	นนทบุรี	ปทุมธานี	นครนายก	สิงห์บุรี	อ่างทอง	ลพบุรี	อยุธยา	สระบุรี
7. Retention Rate(>20%)	37.07	14.63	9.30	4.97	6.62	14.28	35.48	23.08	22.16	12
8. Remission Rate(>40%)	40.84	27.73	6.37	30.20	7.86	37.87	39.42	21.08	46.04	33.49

ปัญหาอุปสรรค

- ตัวชี้วัดการบำบัดยาเสพติดควรเป็นตัวชี้วัดที่นิ่ง ไม่เปลี่ยนแปลง
- ระบบ บสต.มีความเสถียรไม่ต่อเนื่องทำให้บางครั้งต้องคีย์ข้อมูลในช่วงนอกเวลาราชการ
- จำนวนผู้รับการบำบัดไม่ตามเป้าหมาย เนื่องจากหน่วยงานมหาดไทยคัดกรอง แล้วนำเข้าสู่ค่ายเลย
- จนท ไม่เพียงพอ บางจังหวัดต้องอาศัย จนท.สาธารณสุขเป็นวิทยากรค่าย
บางจังหวัดต่างชาติ(ถูกกฎหมาย) เริ่มเข้ามาบำบัดมากขึ้น แต่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร อ่าน/เขียนไม่ได้
- ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ไม่มีหน่วยงานรับรักษา
- ระบบติดตาม สำหรับผู้ป่วย ที่ไม่ใช่คนในพื้นที่ ทำค่อนข้างยาก

HA ยาเสพติด



- ผ่าน 57/70 แห่ง
- อยู่ระหว่างต่ออายุ 4 แห่ง
- ยังไม่ได้ส่ง HA 9 แห่ง

สิงห์บุรี (ค่ายบางระจัน)

ลพบุรี (บ้านหมี่ ชัยบาดาล ท่าม่วง พัฒนานิคม หนองม่วง ลำสนธิ ท่าหลวง) อ่างทอง (สามโก้)

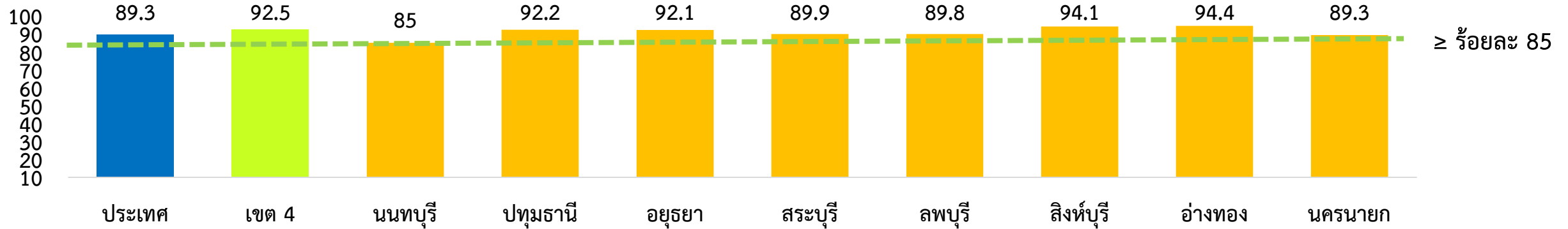
ที่มา : สสจ.และระบบ บสต. ณ วันที่ 31 มีนาคม 2562

KPI
9

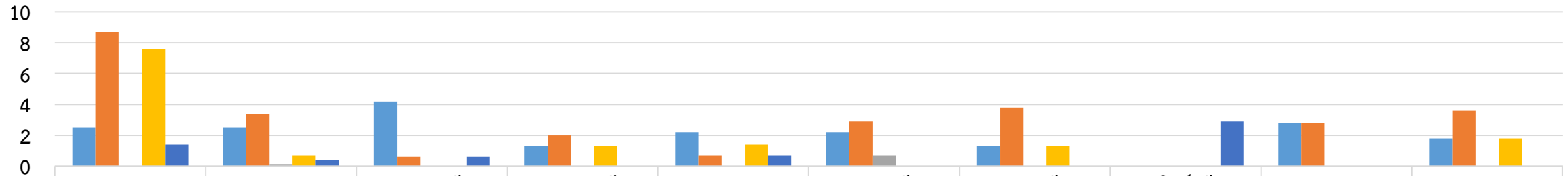
อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยโรคปอดร้ายใหม่



ร้อยละ



ร้อยละ

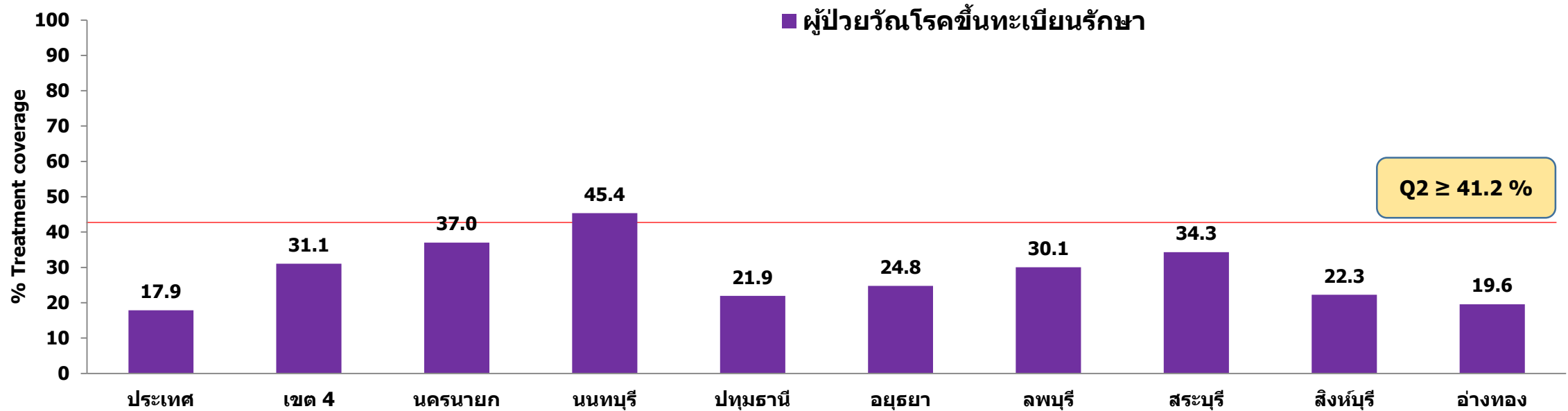


	ประเทศ	เขต 4	นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	สระบุรี	ลพบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก
กำลังรักษา	2.5	2.5	4.2	1.3	2.2	2.2	1.3	0	2.8	1.8
เสียชีวิต	8.7	3.4	0.6	2	0.7	2.9	3.8	0	2.8	3.6
ล้มเหลว	0	0.1	0	0	0	0.7	0	0	0	0
ขาดยา	7.6	0.7	0	1.3	1.4	0	1.3	0	0	1.8
โอนออก	1.4	0.4	0.6	0	0.7	0	0	2.9	0	0

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลจาก สคร.4 ณ วันที่ 1 เมษายน 2562 เวลา 09.30 น. ที่มา <http://www.tbcmthailand.net>



ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)



ชั้นชม Treatment coverage สูง : นครนายก, นนทบุรี, สระบุรี



Treatment coverage ต่ำ

- ชี้แจงกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดำเนินการคัดกรองวัณโรค : **สคร.**
- เร่งรัดคัดกรองในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค, ผู้รับบริการใน รพ., Health care worker และผู้ต้องขังในเรือนจำ : **สสจ.**
- เร่งรัดให้ รพ.นอกสังกัดฯ และรพ.เอกชน ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online : **สสจ.**

อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ต่อ)



ข้อชื่นชม

ทีมงานเข้มแข็ง ผู้ป่วยมีแนวโน้มรักษาสำเร็จ : ปทุมธานี, อยุธยา , ลพบุรี , สระบุรี ,สิงห์บุรี

แนวทางแก้ไข

- สถานบริการ : ใช้กลไก Case management team ติดตามต่อเนื่องจนครบกำหนดการรักษา
- สคร. : ชี้แจงกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดำเนินการคัดกรองวัณโรค
- สสจ. : เร่งรัดคัดกรองในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค, ผู้รับบริการใน รพ., Health care worker และผู้ต้องขังในเรือนจำ
- สสจ. : เร่งรัดให้ รพ.นอกสังกัดฯ และรพ.เอกชน ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online

กลุ่มขาดยา โอนออก และการเสียชีวิต

ข้อชื่นชม

ขาดยา = 0 : สระบุรี, ลพบุรี, สิงห์บุรี, อ่างทอง, นครนายก, นนทบุรี

แนวทางแก้ไข

- กลุ่มผู้ป่วยโอนออก : ศูนย์ส่งต่อติดตามทุกระดับ
- ภายในจังหวัด : สสจ. - ภายในเขต 4 : สคร., สสจ.
 - นอกเขต 4 : สคร. - ต่างประเทศ : สำนักวัณโรค

สาเหตุการเสียชีวิต

1. ผู้สูงอายุ จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 1.9)
2. ความรุนแรงของโรค/รักษาช้า จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 0.7)
3. โรคเรื้อรัง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 0.5)

ข้อเสนอแนะ

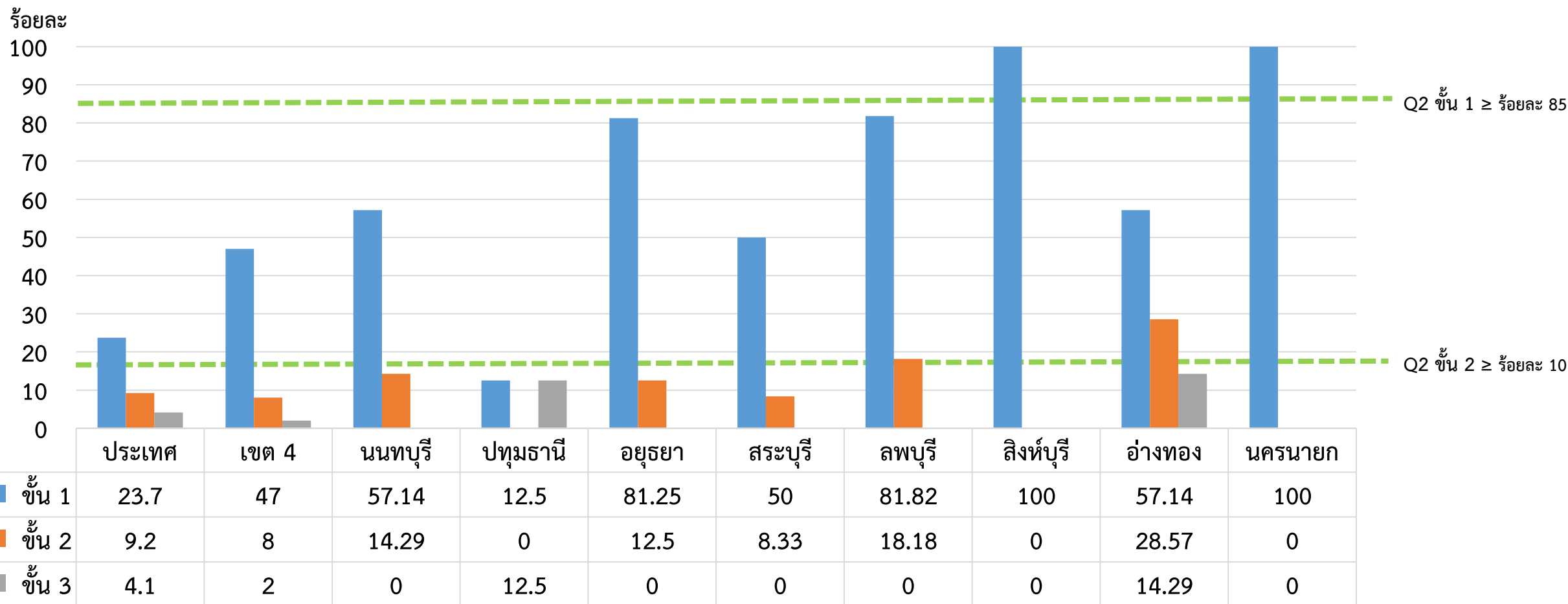
- สสจ. : ใช้กลไก Case management team
- สสจ. : Dead case conference

KPI
10

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาสมเหตุผล (RDU)

RDU ขั้นที่ 1 $\geq$ ร้อยละ 95

RDU ขั้นที่ 2 $\geq$ ร้อยละ 20



ที่มา : กบรส. โปรแกรม RDU-AMR ณ วันที่ 4 เมษายน 2562

ผลงาน RDU แยกรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน รพ.	ไม่ผ่านขั้น 1	ผ่าน RDU ขั้นที่ 2	รพ.ที่ผ่าน RDU ขั้นที่ 2
อ่างทอง	7	0	4 (57.14)	ป่าโมก,สามโก้,แสวงหา,โพธิ์ทอง
สระบุรี	12	0	3 (25.00)	พระพุทธบาท,มวกเหล็ก,วิหารแดง
ลพบุรี	11	0	2 (18.18)	สระโบสถ์, ท่าวัง
สิงห์บุรี	6	0	1 (16.67)	พรหมบุรี
อยุธยา	16	0	2 (12.50)	บางปะหัน, มหาราช
ปทุมธานี	8	0	1 (12.50)	ลำลูกกา
นครนายก	4	0	0	
นนทบุรี	7	1 ปากเกร็ด ED:NE	0	ข้อเสนอแนะ เข้า PTC จังหวัด F1-F3 ≥ 90
รวม	71	1 (1.41)	13 (18.31)	

ชี้เป้าโรงพยาบาล รายจังหวัด

จังหวัด	รพ.ผ่าน RDU ชั้น 2	ชี้เป้า รพ. ที่น่าจะผ่าน RDU ชั้น 2	ชี้เป้า รพ. ที่น่าจะผ่าน RDU ชั้น 3
อ่างทอง (7)	4 (57.14) ป่าโมก,สามโก้,แสวงหา,โพธิ์ทอง		โพธิ์ทอง✓ สามโก้ <u>ป่าโมก (Asthma)</u> แสวงหา
สระบุรี (12)	3 (25.00) พระพุทธบาท,มวกเหล็ก,วิหารแดง	ดอนพุด , เสาไห้ (FTW)	<u>ดอนพุด (FTW)</u> พระพุทธบาท วิหาร แดง
ลพบุรี (11)	2 (18.18) สระโบสถ์, ท่าวุ้ง	บ้านหมี่ ,โคกสำโรง, ลำสนธิ (FTW)	<u>สระโบสถ์ (Metformin)</u> ท่าวุ้ง
สิงห์บุรี (6)	1 (16.67) พรหมบุรี	สิงห์บุรี ,บางระจัน(FTW)	พรหมบุรี
อยุธยา (16)	2 (12.50) บางปะหัน, มหาราช	ท่าเรือ, บ้านแพรก (FTW)	<u>มหาราช(Metformin)</u> <u>บ้านแพรก (FTW)</u> บางปะหัน
ปทุมธานี (8)	1 (12.50) ลำลูกกา	ธัญบุรี(Gli) , ปทุมธานี (AD RI)	ลำลูกกา ✓
นครนายก (4)	0	ปากพลี (AD)	
นนทบุรี (7)	0	บางกรวย (RI) ,ไทรน้อย (FTW)	

แนวทางแก้ไข รายจังหวัด

เกณฑ์	ปัญหา	แนวทางการแก้ไข
RDU ชั้นที่ 1 ≥ 95%	รพ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี ไม่ผ่านร้อยละการสั่งใช้ยา ED (82.25%)	รพ.ปรับปรุงบัญชียาของรพ.โดยเพิ่มรายการยา ED และเพิ่มสัดส่วนการสั่งใช้ยา ED
RDU ชั้นที่ 2 ≥ 20%	จ.นนทบุรี - รพ.พระนั่งเกล้า (RI 49.68%, AD 46.43%) จ.ปทุมธานี - รพ.สามโคก (RI 45.29%, AD 48.36%, FTW 77.10%) จ.พระนครศรีอยุธยา - รพ.บางปะอิน (RI 48.52%, AD 40.64%, FTW 73.53%) - รพ.ผักไห่ (RI 24.08%, AD 38.48%, FTW 82.11%)	- รพ.มีการติดตามการดำเนินงาน RDU ทุกเดือนและสะท้อนข้อมูลการสั่งใช้ยาแก่แพทย์แต่ละราย - รพ.ใช้ Checklist การจ่ายยาปฏิชีวนะ - รพ.ทำคู่มือการลงรหัสโรคสำหรับแพทย์จบใหม่ - อย.เชิญอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาให้ข้อมูล/แนวทางแก่ผู้บริหารรพ.
	จ.สระบุรี - รพ.แก่งคอย (APL 100%)	หาแนวทางแก้ไขด้วยการศึกษารวบรวมใน รพ.แก่งคอย เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่แพทย์
	รพ.สระบุรี (Glibenclamide 14.81%) รพ.บางซ้าย (Glibenclamide 25.00%) รพ.ธัญบุรี (Glibenclamide 14.29%) รพ.บางบัวทอง (Glibenclamide 16.67%)	- รพ.สระบุรี ใช้ยาภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ - รพ.บางซ้าย ได้วางแผนที่จะตัดยาออกจากบัญชียารพ.แล้ว - รพ.อื่นๆ เมื่อพบการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจะ consult แพทย์เพื่อเปลี่ยนยา
	รพ.หนองโดน (NSAIDs 11.84%)	- รพ.มีแนวทางแก้ไขด้วยการเปลี่ยนยาจาก NSAIDs เป็น Tramadol

KPI
11

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการตัวยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)
เป้าหมาย ชั้น Intermediate (คะแนน > 250 – 350) $\geq 20\%$



โรงพยาบาล	Management	LAB	Medication	ICC	Analytical	Total (500)	ระดับ
อินทร์บุรี	72	55	61	95	80	363	Intermediate
สิงห์บุรี	82	57	76	90	45	350	Intermediate
พระนั่งเกล้า	80	65	69	83	50	347	Intermediate
พระนารายณ์ฯ	77	50	63	90	55	335	Intermediate
บ้านหมี่	77	50	56	85	50	318	Intermediate
อ่างทอง	37 *	45	55	70	80	287	แผนการดำเนินงาน
ปทุมธานี	47 *	53	29	80	75	284	- การวิเคราะห์ Gap ด้านทรัพยากร - ไม่มี CPG
นครนายก	62	57	66	83	10	278	Intermediate
เสนา	52	40	36	73	62	263	Intermediate
อยุธยา	47	42	56	56	45	246	Basic
สระบุรี	27	62	38	73	35	235	การกำหนดเป้าหมายและแผนขับเคลื่อน
พระพุทธบาท	49	42	49	41	20	201	การประชุม ICC

ผ่านระดับ Intermediate 7/12 แห่ง คิดเป็น 58.33% (Q2 = $\geq 10\%$ 2/12 แห่ง)

ที่มา : สสจ. วันที่ 31 มีนาคม 62

AMR

LAB

- ✓ การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน *
- ✓ การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน*
- ✓ ระบบ Lab Alert *
- ✓ ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยา
- ✓ การจัดทำ Antibigram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- ✓ การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ
- ✓ ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์
- ✗ มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง
- ✗ รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST)
- ✗ การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ

Medication

- ✗ การวางระบบการคัดเลือก กระจ่าย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย * บัญชียาจังหวัด
- ✗ การขับเคลื่อนและกำกับติดตาม ASU*
- ✓ การติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ *
- ✗ การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง *
- ✓ การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา *
- ✓ มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม
- ✓ การสอนและฝึกอบรมทักษะ
- ✗ ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกจ่ายอย่างเหมาะสม
- ✗ มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้ รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ

ICC

- ✗ จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ *
- ✓ การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ *
- ✓ โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR *
- ✓ IPC guideline *
- ✓ ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา
- ✓ การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak)
- ✓ การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ
- ✓ การสอนและฝึกอบรมทักษะ
- ✓ มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance)
- ✓ การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection
- ✓ มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC

Management

- ✓ คณะกรรมการAMR *
- ✓ มีการประชุม*
- ✗ เป้าหมายที่ชัดเจน *
- ✗ แผนการขับเคลื่อน*
- ✗ การกำกับติดตาม
- ✗ โรงพยาบาลให้การสนับสนุน
- ✗ มีการจัดการ AMR ในระดับเขต





People Excellence



ร้อยละของเขตสุขภาพ ที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70



เป้าหมายระดับ เขต : ร้อยละ 70 จากจำนวนจังหวัดทั้งหมดภายในเขต มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (จังหวัดที่ได้ 70 คะแนนขึ้นไป)

เป้าหมายระดับ จังหวัด : ได้รับผลประเมินคะแนน 70 คะแนนขึ้นไป ตามเกณฑ์การให้คะแนน 4 ประเด็น (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน)

จังหวัด	ผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 4									
	1. มีข้อมูล(บุคลากร) (25 คะแนน)					2. มีแผนบริหาร ตำแหน่ง (25 คะแนน)	3. (มีรายงาน) การดำเนินการตาม แผน (ตำแหน่งว่างลดลงตาม เป้าหมายที่กำหนด ไม่เกินร้อยละ 5) (เฉพาะ ขรก. & พรง.) (25 คะแนน)	4. (มีรายงาน) บุคลากร สาธารณสุขเพียงพอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 (25 คะแนน)	ผลการประเมิน > 70 % (100 คะแนน) (จังหวัด)	การบริหาร จัดการกำลังคน ที่มี ประสิทธิภาพ (> 70 คะแนน) (เขต)
	1. ความเป็นปัจจุบัน (ร้อยละ)			2. มีรายงานข้อมูล บุคลากร	3. มีการใช้ ประโยชน์					
	ใบประกอบ วิชาชีพ	วุฒิใน ตำแหน่ง	บันทึกคำสั่งเงินเดือน แล้ว							
1. นครนายก	75.88	95.91	ครบ	มี	มี	มี*	ร้อยละ 6.47	ร้อยละ 72.94	> 70*	✓ ผ่าน
2. นนทบุรี	75.23	97.92	ครบ	มี	มี	มี*	ร้อยละ 6.75	ร้อยละ 72.97	> 70*	✓ ผ่าน
3. ปทุมธานี	60.67	95.61	ครบ	มี	มี	มี*	ร้อยละ 5.13	ร้อยละ 73.38	> 70*	✓ ผ่าน
4. พระนครศรีอยุธยา	92.82	95.82	เสนอ2/บริหาร1	มี	มี	มี*	ร้อยละ 5.12	ร้อยละ 63.72	> 70*	✓ ผ่าน
5. ลพบุรี	80.90	93.36	ครบ	มี	มี	มี*	ร้อยละ 7.13	ร้อยละ 71.44	> 70*	✓ ผ่าน
6. สระบุรี	53.71	95.37	ครบ	มี	มี	มี*	ร้อยละ 7.58	ร้อยละ 60.54	> 70*	✓ ผ่าน
7. สิงห์บุรี	54.44	95.46	ครบ	มี	มี	มี*	ร้อยละ 6.03	ร้อยละ 82.48	> 70*	✓ ผ่าน
8. อ่างทอง	93.01	96.66	ครบ	มี	มี	มี*	ร้อยละ 4.02	ร้อยละ 69.02	> 70*	✓ ผ่าน
ที่มา : บค. ณ วันที่ 29 มี.ค. 62							ร้อยละ 6.18 (1,034 / 16,725 คน.)	ร้อยละ 68.74 (15,689 คน/ 22,823 คน.)	> 70*	✓ ผ่าน



ประเด็น ปัญหา อุปสรรค

- ★ กระบวนการบริหารตำแหน่งว่าง/ขอใช้ตำแหน่งว่างล่าช้า
- ★ การประมวลผลรายงานของโปรแกรม HROPS ในภาพรวมจังหวัด
- ★ ข้อมูลในระบบ HROPS ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ฐานข้อมูลกำลังคนยังไม่เป็นปัจจุบัน

นวัตกรรม

“พัฒนารูปแบบการ
ประเมินผลงานวิชาการ
ประเภทเลื่อนไหล”

สสจ.สระบุรี

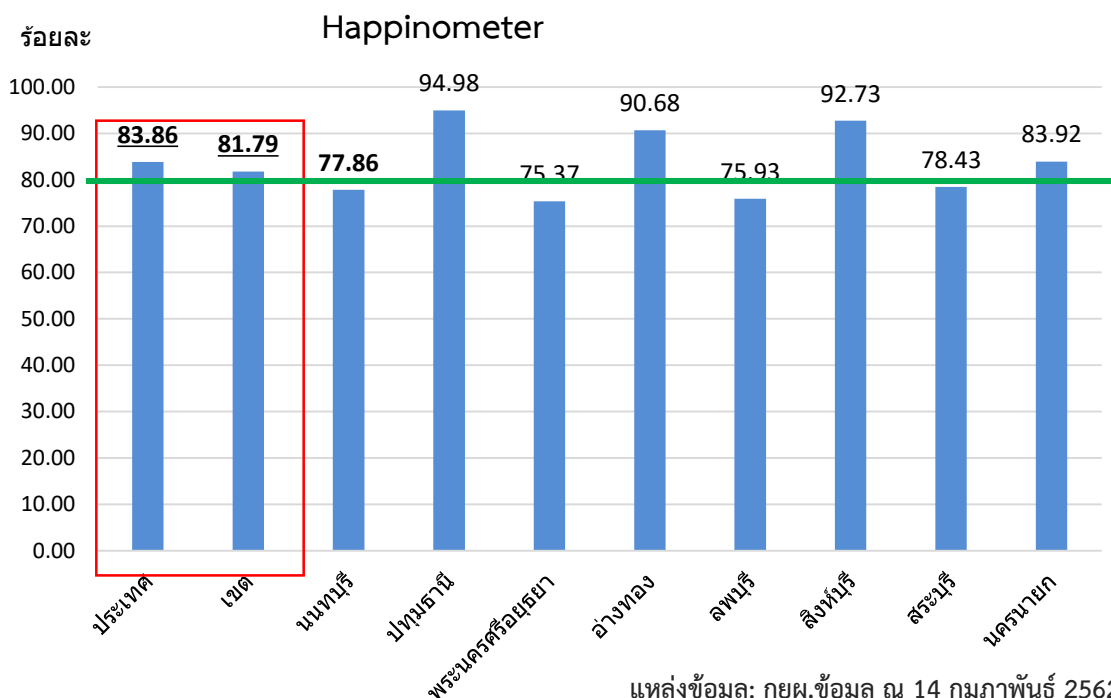


ข้อเสนอแนะ

- ★ กำหนด Timeline การอนุมัติใช้ตำแหน่งให้ชัดเจน (ศึกษา ว 158 ลง 28 ม.ค. 62 แนวทางการบริหารตำแหน่งว่าง)
- ★ ส่วนกลาง กำหนดให้มี Admin ระดับจังหวัดที่ประมวลผลโปรแกรม HROPS ในภาพรวมของจังหวัด
- ★ จังหวัด ใช้ระบบ HROPS ในการปฏิบัติงานด้านบริหารงานบุคคลทั้ง 5 ประเภทการจ้างให้ครบทุกด้าน

**ผลงาน**

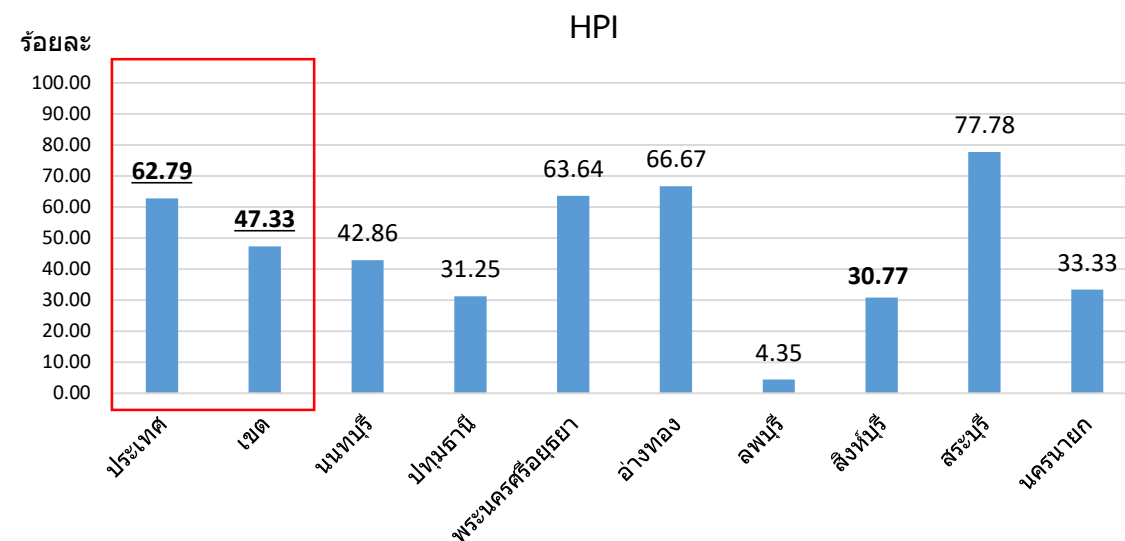
❖ **Happinometer** คิดเป็นร้อยละ **81.79**
ผลงานสูงสุดอยู่ที่ **จ.ปทุมธานี**

**ปัญหา อุปสรรค**

- ระบบการประเมินประเมินความสมดุลการ (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) **ไม่เสถียร** ทำให้บุคลากรประเมินไม่ได้
- ความยุ่งยากและจำนวนประเมินที่มากเกินไป

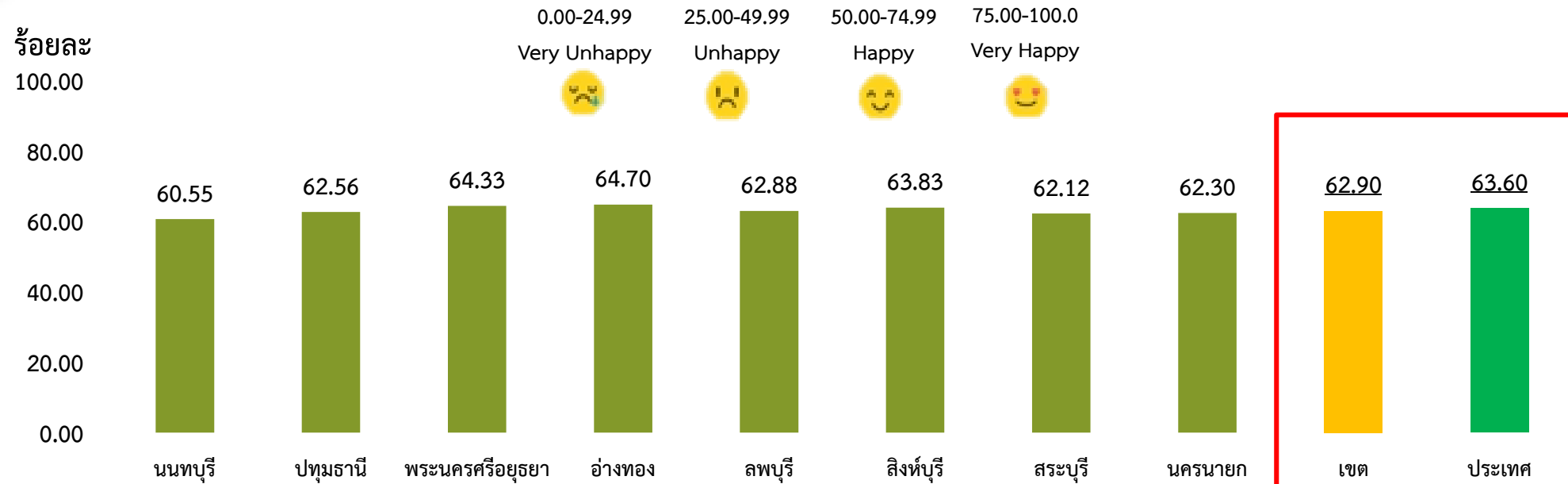
ผลงาน

❖ **HPI** คิดเป็นร้อยละ **47.33**
ผลงานสูงสุดอยู่ที่ **จ.สระบุรี**

**แนวทางแก้ไข**

- ปรับปรุงเกี่ยวกับโปรแกรมการประเมินให้สามารถมีความเสถียรมากขึ้น หรือมีรูปแบบการประเมินที่ง่ายและสะดวกมากขึ้น
- ควรมีคู่มือเกี่ยวกับการประเมินและชี้แจงถึงประโยชน์ที่ได้จากการประเมินและส่งเสริมให้ผู้ประเมินทุกระดับเข้าใจมากขึ้น

ระดับความสุข จากการประเมินตนเอง Happinometer



KPI
13

ระดับความสุข จากการประเมินตนเอง (HPI)



ร้อยละ

100.00

80.00

60.00

40.00

20.00

-

นนทบุรี

ปทุมธานี

พระนครศรีอยุธยา

อ่างทอง

ลพบุรี

สิงห์บุรี

สระบุรี

นครนายก

เขต 4

48.27

59.16

54.14

59.49

52.78

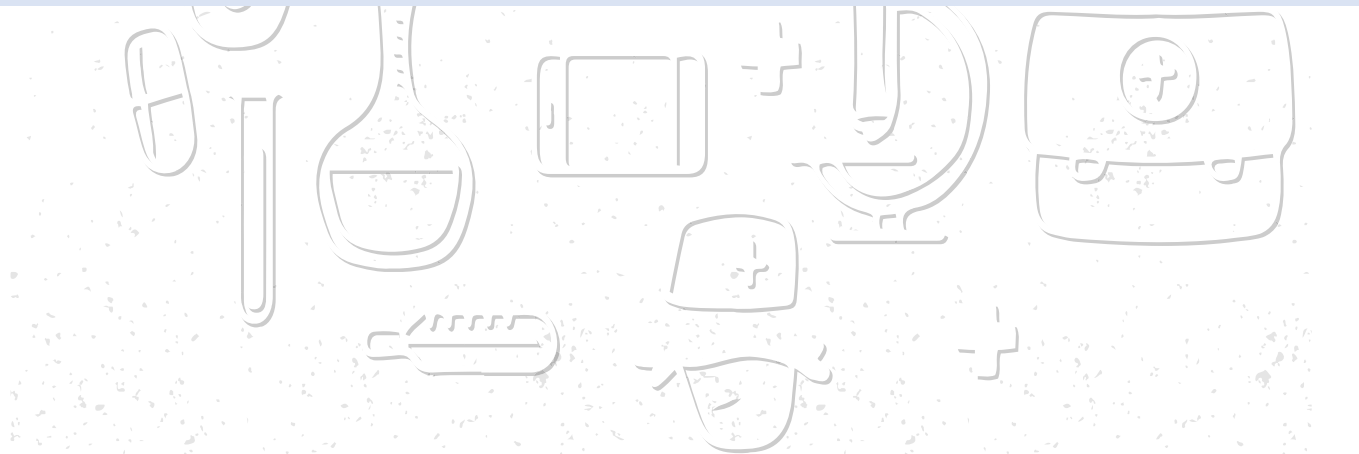
53.00

48.55

48.57

52.50

ที่มา : กยพ.วันที่ 31 มีนาคม 62



Governance Excellence



ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3

เป้าหมาย : รพศ./รพท. = 100 % รพช. = 90 %



จังหวัด	ข้อมูลการรับรองคุณภาพ						Small Success 6 เดือน
	รพศ./รพท.			รพช.			รพศ. 98 %, รพช. 88%
	สังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต						
	จำนวน รพ. (แห่ง)	ผ่าน HA ชั้น 3 (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน รพ. (แห่ง)	ผ่าน HA. ชั้น 3	ร้อยละ	
นนทบุรี	4	4	100	6	3	50	
ปทุมธานี	3	3	100	7	4	57.14	
พระนครศรีอยุธยา	2	2	100	14	13	92.86	
อ่างทอง	1	1	100	6	2	33.33	
สระบุรี	2	2	100	10	8	80	
นครนายก	1	1	100	3	3	100	
สิงห์บุรี	2	2	100	4	4	100	
ลพบุรี	3	3	100	9	8	88.89	
เขตสุขภาพที่ 4	18	18	100	59	45	76.27	

หมายเหตุ : รพช. ของ จ.อ่างทอง/ สระบุรี/ และลพบุรี อยู่ในขั้นตอนผลการรับรองอย่างเป็นทางการ จาก สรพ.

ที่มา : สรพ. ณ วันที่ 31 มีนาคม 62

รพช. ที่ไม่ผ่าน HA ชั้น 3



ลำดับ	จังหวัด	โรงพยาบาล	ชั้นปัจจุบัน	วันหมดอายุ
1	นนทบุรี	บางบัวทอง	2	26 ธ.ค. 62
2	นนทบุรี	ปากเกร็ด	2 (ประเมิน HA แล้ว)	รอประกาศผล
3	ปทุมธานี	ธัญบุรี	R1e	19 ก.ย. 62
4	ปทุมธานี	ลำลูกกา	R1e	3 ก.พ. 61
5	ปทุมธานี	หนองเสือ	2	19 ก.ย. 62
6	ปทุมธานี	ประจักษ์ศิลปาคม	2	23 ธ.ค. 62
7	พระนครศรีอยุธยา	มหาราช	2	19 ก.ย. 62
8	ลพบุรี	ชัยบาดาล	2	Focus รอเข้า พ.ค. อีกรอบ
9	สระบุรี	หนองโดน	2 (ประเมิน HA แล้ว)	รอประกาศผล
10	อ่างทอง	ไชโย	2 (ประเมิน HA แล้ว)	รอประกาศผล
11	อ่างทอง	แสวงหา	2 (ประเมิน HA แล้ว)	รอประกาศผล
12	อ่างทอง	สามโก้	2 (สรพ.จะเข้าประเมินอีกครั้ง)	Focus รอเข้า พ.ค. อีกรอบ

ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (ต่อ)



จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ รพศ./รพท./รพช.

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญ
2. ดำเนินกิจกรรมเพื่อให้เกิดการปรับปรุง พัฒนา ระบบต่างๆ และเสริมสร้างองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาล ภายใน จังหวัด อย่างต่อเนื่องในรูปแบบเครือข่าย
3. ทิมพัฒนาคุณภาพทั้งระดับจังหวัดและโรงพยาบาลเข้มแข็ง



การวิเคราะห์ผล

การปรับเปลี่ยนเนื้อหาของ มาตรฐาน HA. เป็นปัจจัยส่งผลให้ โรงพยาบาลที่เข้าสู่กระบวนการเยี่ยมสำรวจเพื่อขอรับรองในชั้น Accreditation /Re-accreditationต้องรับการเยี่ยมประเมินซ้ำ (Focus Survey)

ข้อเสนอแนะ

เขตสุขภาพควรจัดสรรงบประมาณให้ทุกจังหวัดเพื่อสนับสนุน ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลภายในจังหวัด

KPI
15

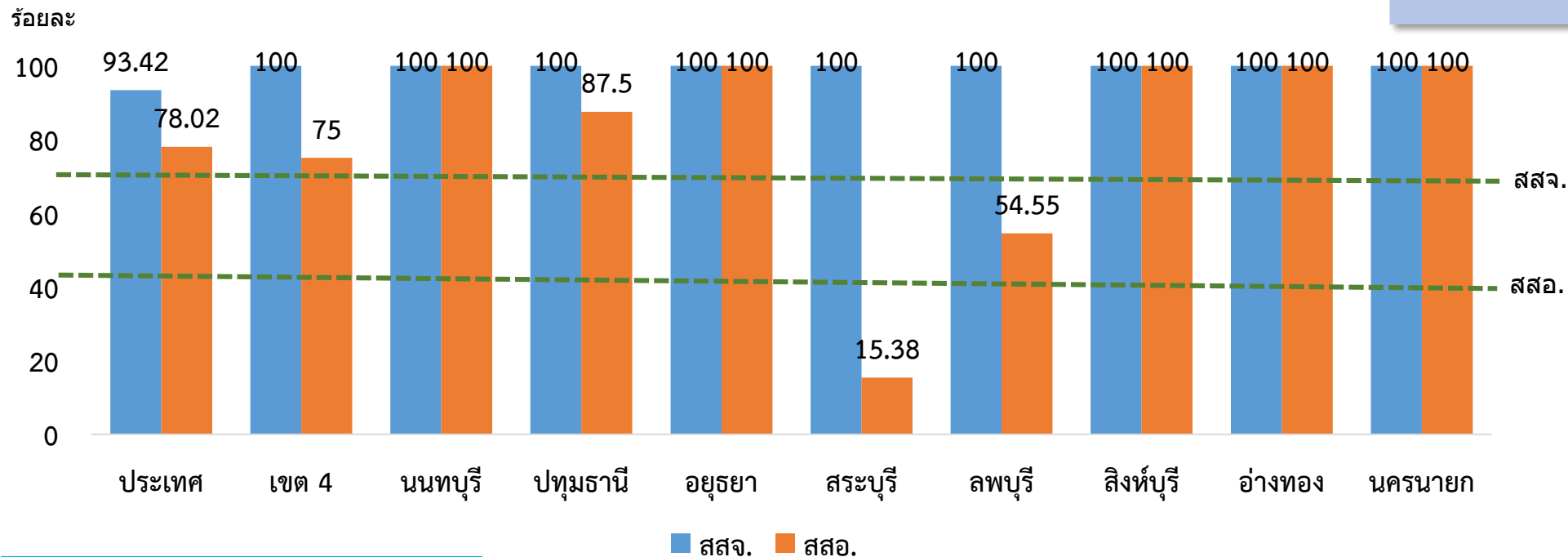
ระดับความสำเร็จของส่วนราชการในสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐที่ผ่านเกณฑ์กำหนด เป้าหมาย สสจ. ร้อยละ 70 สสอ. ร้อยละ 40



ระดับ	จำนวนหน่วยงาน (แห่ง)	เป้าหมาย (แห่ง)	ผลงาน
สสจ.	8	8	8 (100%)
สสอ.	63	34	54 (75%)

Small Success 6 เดือน

รายงานผลพัฒนาองค์กร/ผลลัพธ์ตัวชี้วัดแต่ละหมวดผ่านด้วยระบบ Online 100 %



ปัญหาที่พบ

การทำ Self Assessment PMQA มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะจำนวนน้อย มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงาน

- มอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
- ผู้รับผิดชอบ PMQA สามารถกลับไปสื่อสารถ่ายทอดได้
- สร้างการรับรู้ในหน่วยงาน

ที่มา : กพร.สป.สร ณ วันที่ 31 มีนาคม 62

ที่มา : สสจ. ณ วันที่ 31 มีนาคม 62



จุดเด่นที่พบ

- โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 4 มีการรับทราบนโยบายการดำเนินการและเตรียมความพร้อม ในการพัฒนาในเรื่อง Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital
- มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ และการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ แทนการใช้ OPD Card แบบกระดาษ

โอกาสพัฒนา

- พัฒนาระบบเชื่อมโยง HIS Gateway กับส่วนกลาง และระบบคิวออนไลน์ บุคลากรด้านพัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลขาดองค์ความรู้ในการพัฒนาระบบ Queue Online และการจัดทำ Application เพื่อให้รองรับ Android และ IOS



Application สำหรับ PCC

โปรแกรมการพัฒนาโดย ศูนย์เทคโนโลยีฯ เรียบร้อยแล้ว

1. PCC Link for HosXP
2. PCC Link for JHCIS

ศูนย์เทคโนโลยีฯ ได้ชี้แจงพื้นที่นำร่องแล้ว เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562



เขตสุขภาพที่ 4 มีพื้นที่นำร่องการดำเนินงาน App PCC คือ จังหวัดปทุมธานี



ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4



10

5

0

< ร้อยละ 4



0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

ประเทศ เขต ๔ นนทบุรี ปทุมธานี ออยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก

■ ปี 61 ■ ปี 62

	เขต 4	นครนายก	นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง
ระดับ 4	1	0	0	0	0	1 (เสาไห้)	0	0
ระดับ 5	0	0	0	0	0	0	0	0
ระดับ 6	4	1 (นครนายก)	0	0	1 (เสนา)	1 (พระพุทธรบาท)	1 (อินทร์บุรี)	0

ผลงานดำเนินการ	นนทบุรี	ปทุมธานี	สระบุรี	ลพบุรี	สิงห์บุรี	อยุธยา	อ่างทอง	นครนายก
มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	100	100	98.5	100	100	100	100	100
คุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95	100	100	100	95	100	100	100	98.21

ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 (ต่อ)



ปัญหา/สาเหตุ

การบริหารจัดการแผน ในภาพรวมพบความคลาดเคลื่อนของแผน มีการควบคุมกำกับแผนโดยเฉพาะรายจ่าย แต่มีต้นทุนคงที่ค่อนข้างสูงทำให้การใช้จ่ายเงินไม่เป็นไปตาม Planfin ที่ตั้งเป้าหมาย เนื่องจากต้นทุนบริการสูง ค่าตอบแทน มีสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย

ปัญหาที่พบ

- 1.การบันทึกข้อมูลทางบัญชี/การบริหารจัดการเรื่องการจัดเก็บรายได้ ส่งข้อมูลช้า
- 2.รายได้ส่วนใหญ่มีรายได้<แผน ยกเว้น รายได้ UC และรายได้งบลงทุน > แผน
- 3.รายจ่ายที่>แผนเกิน 5 % และต้องเผื่อสำรอง ได้แก่ ค่าตอบแทน ค่าใช้จ่ายอื่นค่อนข้างสูงเนื่องจาก เป็นหนี้ตามจ่าย

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

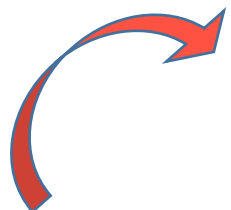
1. CFO จังหวัดลงตรวจเยี่ยมหน่วยบริการที่มีแนวโน้มวิกฤติ วิเคราะห์สาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผนรายรับ รายจ่าย ประสิทธิภาพ และการวางแผนจัดระบบบริการ Service Plan ที่เหมาะสมการปรับPlanfin ให้สอดคล้องตามสถานการณ์ที่เป็นจริง
2. การปรับแผนให้เป็นแผนเกินดุลในขณะที่รายจ่ายต้นทุนค่อนข้างสูงทำให้ต้องตั้งเป้าหมายรายได้สูงเกินจริงทำให้รายรับมีผลงานที่<แผน)

KPI
19

การพัฒนาบริการทุติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กรณีศึกษา จ.นนทบุรี



Small Success
6 เดือน



การพัฒนาบุคลากรตาม Training need

การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง

Referral case conference 5 สาขา

ติดตาม กำกับ ระบบการดำเนินงานตามที่กำหนด ด้าน
การเงิน การคลัง และกำลังคน

1. กำหนดโรคสำคัญ 5 ลำดับแรก ในระบบ Refer ได้แก่ Stroke, Sepsis, Severe Head Injury, Acute Appendicitis, STEMI
2. ทบทวน Guideline 4 Fast Track
3. จัดทำ Guideline เพิ่มเติม 3 โรค ได้แก่ UGIB, CHF และ Unstable Angina
4. ทบทวนการจัดเก็บรายงานในระบบส่งต่อ และชี้แจงแนวทางการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล
5. ดำเนินการปรับปรุง/พัฒนาระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ พร้อมกับการพัฒนาศักยภาพ รพช.ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามระดับศักยภาพ และมีแพทย์ รพ.พระนั่งเกล้า เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา และเยี่ยมผู้ป่วยที่ รพช. ในบางราย เพื่อเสริมพลังในการดูแลผู้ป่วยของ รพช.
6. จำนวนการส่งต่อจาก รพช. ไป รพ.พระนั่งเกล้า (เฉพาะ IPD+ER) ปี 2561 จำนวน 1,930 ราย ปี 2562 (ตค.61-มีค.62) จำนวน 1,240 ราย
7. จำนวนการส่งต่อจาก รพช. ไป รพช.อื่น (เฉพาะ IPD+ER) ปี 2561 จำนวน 321 ราย ปี 2562 (ตค.61-มีค.62) จำนวน 199 ราย
8. จัดประชุมนำเสนอศักยภาพของ รพ.ทุกแห่ง เพื่อสร้างความเข้าใจระหว่าง รพ.ทุกระดับ ทุกแห่ง
9. แต่งตั้งคณะทำงาน 3 คณะ (ด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม และ อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน) เพื่อร่วมกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการทุติยภูมิ ใน จ.นนทบุรี ให้มีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน จัดทำ Guideline การดูแลผู้ป่วย
10. จัดทำแนวทางในการพัฒนาการบริการ 3 ด้าน ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม และ อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ในบริการทุติยภูมิ
11. จัดประชุม Referral case conference 1 เดือน/ครั้ง (22 ก.พ.62 และ 20 มี.ค.62)
12. จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการส่งต่อจาก รพช. ไป รพ.พระนั่งเกล้า และไม่สามารถส่งต่อได้ ปี 2561 ร้อยละ 0.72 ปี 2562 (ตค.61-มีค.62) ร้อยละ 0.80

ที่มา : สสจ.นนทบุรี ณ วันที่ 31 มีนาคม 62

PP&P/Service/Governance Excellence

KPI
20

ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ที่มีคุณภาพ



SMALL SUCCESS 6 เดือน

- มีการประเมินตนเองตาม UCCARE
- มีทีมเยี่ยมเสริมพลังระดับเขตและระดับจังหวัด
- พัฒนาเลขฯ พขอ. 100 %

เป้าหมาย 60 % ของอำเภอที่มี พขอ.คุณภาพ
(42 อำเภอ จาก 70 อำเภอ)

ผลงาน 100%



ผลการดำเนินงาน ไตรมาส 1-2 ปี 2562 เขตสุขภาพที่ 4

ผลการดำเนินงาน	นนทบุรี	สระบุรี	อยุธยา	ปทุมธานี	ลพบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก
1. ระดับเขต								
1.1 มีการชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนของผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.2 มีการพัฒนาทีมเลขฯ พขอ.เป้าหมาย 100 % มีการแต่งตั้งทีมเยี่ยมเสริมพลัง พขอ.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. ระดับจังหวัด								
2.1 มีทำเนียบประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตของทุกอำเภอ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.2 มีการกำกับติดตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. ระดับอำเภอ								
3.1 มีการทบทวนคำสั่ง พขอ. 100%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.2 มีการทบทวนประเด็นการคุณภาพชีวิต 100 %	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.3 มีการแต่งตั้งคณะทำงาน หรือ อนุกรรมการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต 100 %	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.4 มีแผนและการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคคุณภาพชีวิต 100 %	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ที่มา : ฐานข้อมูล พขอ. <https://thlpmap.moph.go.th/> คณะตรวจราชการและสสจ. ณ วันที่ 31 มีนาคม 2562

KPI
21



คลินิก
หมอครอบครัว
Primary Care Cluster



เชิงปริมาณ



จำนวนคลินิกหมอครอบครัวที่เปิด
ดำเนินการและผ่านเกณฑ์ประเมิน 3s



เป้าหมายเขตสุขภาพที่ 4 = 24 ทีม

เขตสุขภาพ	ปี 2559			ปี 2560			ปี 2561			ปี 2562		รวมทั้งหมด
	ไม่ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผลรวม	ไม่ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผลรวม	ไม่ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผลรวม	ผ่านเกณฑ์	ผลรวม	
1		4	4	3	39	42	11	36	47	29	29	122
2		6	6		32	32	2	20	22	24	24	84
3		3	3	3	30	33	2	21	23	8	8	67
4		3	3	3	33	36	4	26	30	23 (3)	26	95
5		3	3		25	25	2	27	29	21	21	78
6		7	7	3	38	41	3	26	29	12	12	89
7		7	7		24	24	1	24	25	31	31	87
8	1	1	2		25	25	2	21	23	14	14	64
9	1	4	5		35	35		28	28	24	24	92
10		10	10		21	21	4	23	27	38	38	96
11		5	5		27	27	4	23	27	7	7	66
12					37	37	5	55	60	16	16	113
ผลรวมทั้งหมด	2	53	55	12	366	378	40	330	370	247	247	1,050

หมายเหตุ (3) คือ เข้าประเมิน 3s แต่ยังขาด นวก/จพ จำนวน 3 ทีม

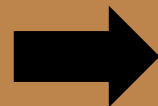
ที่มา : สสจ. ณ วันที่ 31 มีนาคม 62



คลินิก
หมอครอบครัว
Primary Care Cluster



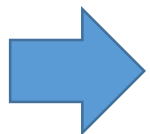
เชิงปริมาณ



จำนวนคลินิกหมอครอบครัวที่เปิด
ดำเนินการและผ่านเกณฑ์ประเมิน 3s (ต่อ)



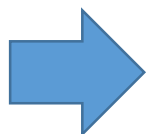
ขาดแพทย์ (5)



PCC เขตสุขภาพที่ 4 ไม่ผ่านเกณฑ์ 10 ทีม จาก 95 ทีม = 10.5%

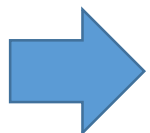
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	รพ.สต.บางศรีเมือง	รพ.สต.ไผ่ศรีเมือง ทีม 2
โรงพยาบาลบางบัวทอง	รพ.สต.บ้านบางแพรง	รพ.สต.บ้านบางแพรง ทีม 2
โรงพยาบาลบางบัวทอง	รพ.สต.วัดลำโพ	รพ.สต.ลำโพ
โรงพยาบาลลำลูกกา	รพ.สต.บึงคำพร้อย ม.11	รพ.สต.บึงคำพร้อย ม.13
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	รพ.สต.วัดพระญาติการาม	รพ.สต.คลองสวนพลู

ขาดพยาบาล (2)



โรงพยาบาลปทุมธานี	รพ.สต.บางเตือ1	รพ.สต.บ้านฉาง
โรงพยาบาลปทุมธานี	รพ.สต.บางชะแยง	รพ.สต.บางคูวัด2

ขาดนก/จพ. (3)

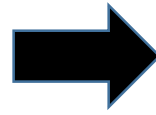


โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครฯ	ศบส.ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครฯ
โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา	ศูนย์เวชปฏิบัติ ครอบครัว	ศูนย์แพทย์ป้อมเพชร
โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา	ศูนย์แพทย์วัดอินทาราม	ศูนย์แพทย์ศูนย์แพทย์วัดตึก

ที่มา : สสจ. ณ วันที่ 31 มีนาคม 62



เชิงคุณภาพ



มีพื้นที่ต้นแบบ 2 แห่ง/เขต

มีเกณฑ์คุณภาพและประเมิน
ตนเอง เพื่อหาส่วนขาด



เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2562

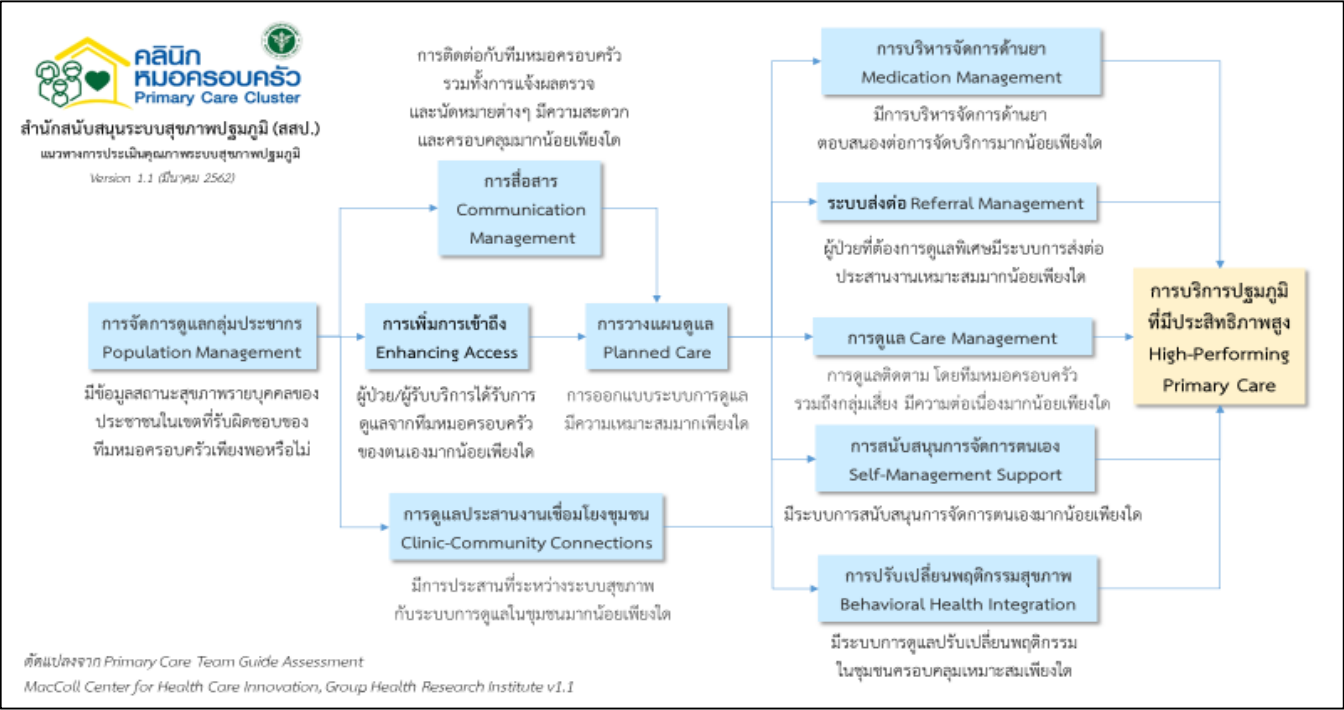


PCC บางศรีเมือง รพ.สต.บางไผ่ จ.นนทบุรี



PCC บางแม่นาง จ.นนทบุรี

อยู่ระหว่างการรวบรวม



ที่มา : สสจ. ณ วันที่ 31 มีนาคม 62

ที่มา : สสจ. ณ วันที่ 31 มีนาคม 62

สรุปตัวชี้วัด รายจังหวัด

จังหวัด	มารดาตาย	พัฒนา การเด็ก	G&C	Stroke	Sepsis	Trau ma	ยา เสพติด	TB	RDU	AMR	HRH	องค์กร ความ สุข	HA	PMQA	Digi tal	App PCC	การ เงิน	PCC	พชอ.	รพ.สต ติดดาว
นนทบุรี	0	54.77	63.63	13.73	38.45	0	9.30	85	ชั้น 1 = 57.14	0	72.97	77.86	รพ.ศ/ท = 100	สสจ. = 100	✓	✓	0	✓	✓	✓
									ชั้น 2 = 14.29				รพ.ช = 50	สสอ. = 100						
ปทุมธานี	0	82.44	80	12.79	25.98	38.1	4.97	92.2	ชั้น 1 = 12.5	25	73.38	94.98	รพ.ศ/ท = 100	สสจ. = 100	✓	✓	0	✓	✓	✓
									ชั้น 2 = 0				รพ.ช = 57.14	สสอ. = 87.5						
อยุธยา	0	70.33	81.25	18.15	27.45	24.85	22.16	92.1	ชั้น 1 = 85.25	12.5	63.72	75.37	รพ.ศ/ท = 100	สสจ. = 100	✓	✓	0	✓	✓	✓
									ชั้น 2 = 12.5				รพ.ช = 92.86	สสอ. = 100						
สระบุรี	80.22	70.12	100	15.43	26.11	6.72	12	89.9	ชั้น 1 = 50	16.67	60.54	78.43	รพ.ศ/ท = 100	สสจ. = 100	✓	✓	0	✓	✓	✓
									ชั้น 2 = 8.33				รพ.ช = 90	สสอ. = 15.38						
ลพบุรี	0	69.13	83.33	5.19	32.78	11.96	23.08	89.8	ชั้น 1 = 81.82	18.18	71.44	75.93	รพ.ศ/ท = 100	สสจ. = 100	✓	✓	0	✓	✓	✓
									ชั้น 2 = 18.18				รพ.ช = 88.89	สสอ. = 54.55						
สิงห์บุรี	0	81.07	83.33	6.64	29.17	21.05	14.28	94.1	ชั้น 1 = 100	16.67	82.48	92.73	รพ.ศ/ท = 100	สสจ. = 100	✓	✓	0	✓	✓	✓
									ชั้น 2 = 0				รพ.ช = 100	สสอ. = 100						
อ่างทอง	0	79.03	100	12.71	34.62	27.78	35.48	94.4	ชั้น 1 = 57.14	42.86	69.02	90.68	รพ.ศ/ท = 100	สสจ. = 100	✓	✓	0	✓	✓	✓
									ชั้น 2 = 28.57				รพ.ช = 33.33	สสอ. = 100						
นครนายก	0	65.28	100	12.02	29.82	0	6.62	89.3	ชั้น 1 = 100	0	72.94	83.92	รพ.ศ/ท = 100	สสจ. = 100	✓	✓	0	✓	✓	✓
									ชั้น 2 = 0				รพ.ช = 100	สสอ. = 100						

ไม่ผ่านเกณฑ์

ผ่านเกณฑ์



ขอบคุณ



ประชาชนสุขภาพดีพึ่งตนเองทางสุขภาพ เจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายมีความสุข
ระบบสุขภาพยั่งยืน