PA 2562

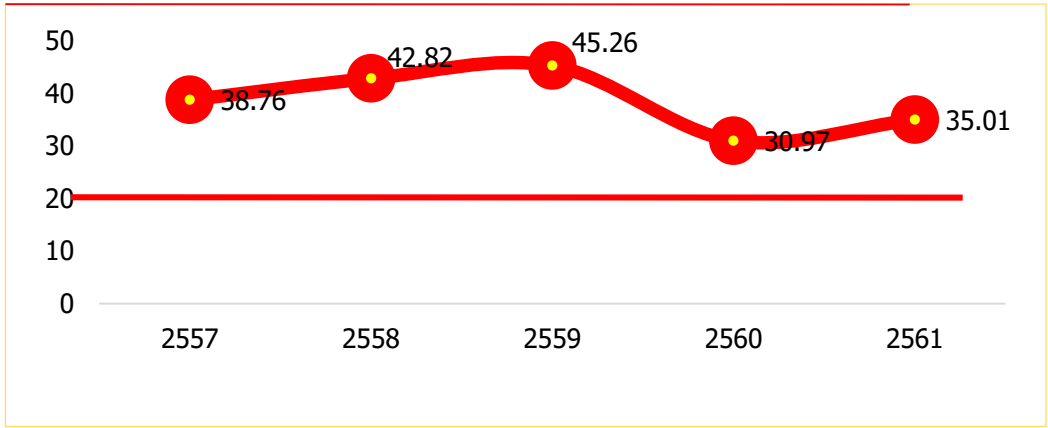
ผลการดำเนินงานตามคำรับรอง การปฏิบัติราชการฯ (PA)
ไตรมาส 2 / 2562
เขตสุขภาพที่ 12

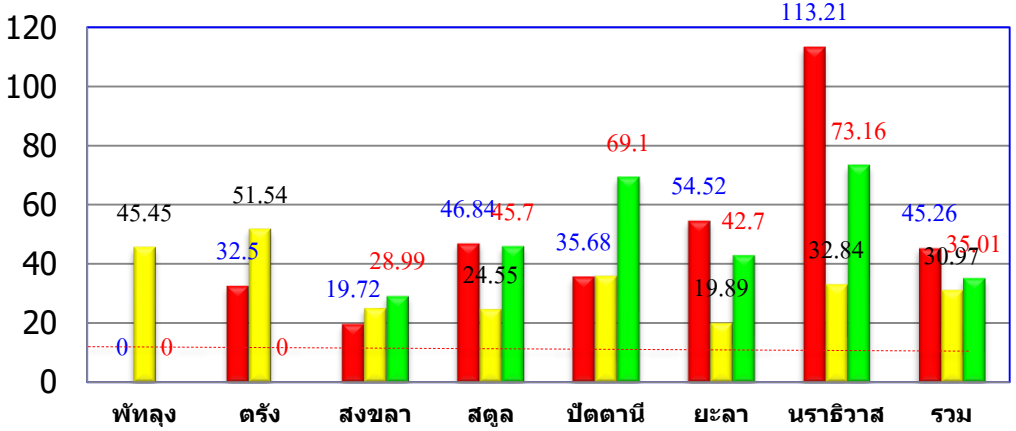
FAILED

1. อัตราส่วนการตายมารดา

เป้าหมาย : อัตรามารดาไทยตาย ไม่เกิน 35 : แสนการเกิดมีชีพ

สถานการณ์การตายมารดาไทย ปี 2557-2561





แนวทางการดำเนินงาน/แก้ปัญหา ปี 2562

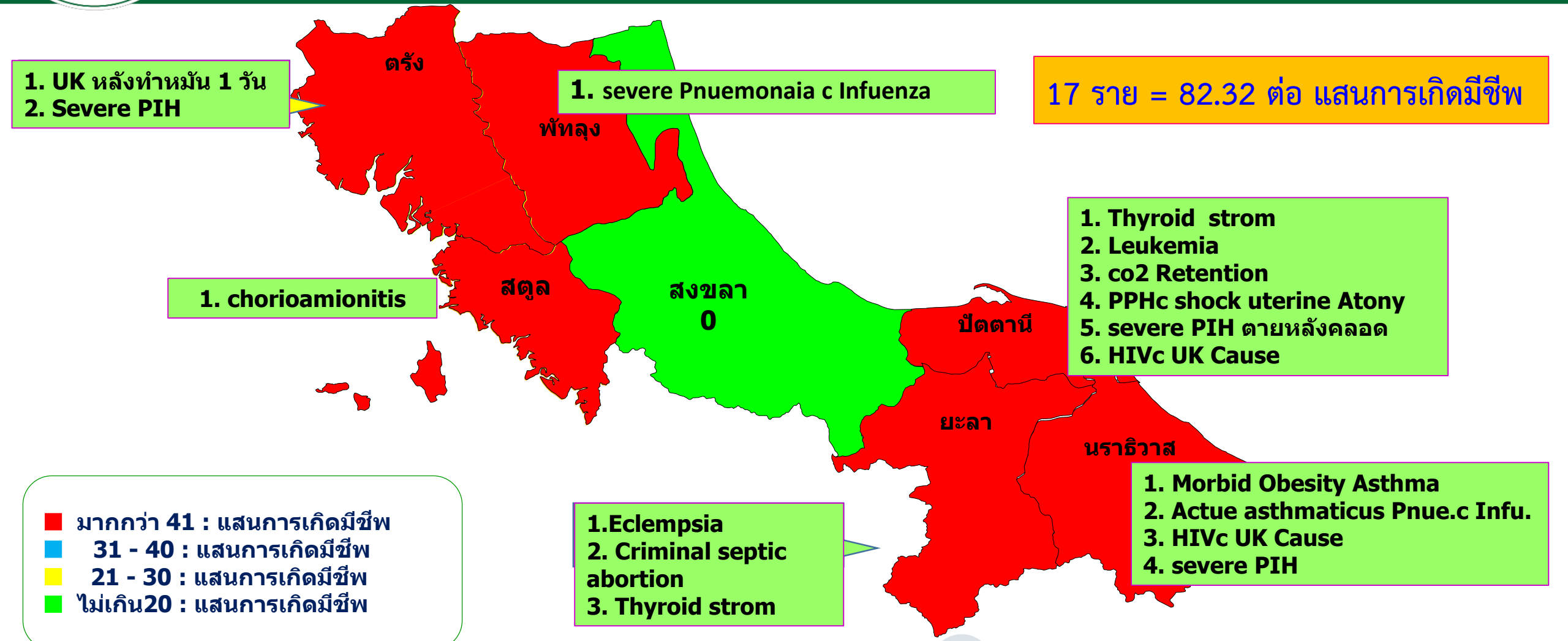
1. **Seamless Referral System**
2. พัฒนาระบบข้อมูล **ANC High Risk** ให้เชื่อมโยงในการติดตามดูแลหลังคลอดในชุมชน
3. การพัฒนาระบบ บริการและเครือข่าย **PNC** พัฒนา ระบบบริการและเชื่อมโยงในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการ **Birth Spacing**
4. ติดตามตัวชี้วัดการปฏิเสธ **refer** และการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการ**refer**
5. มาตรการ **Refer back**
6. **Information management** แยกตามระดับ

จำนวนมารดาเสียชีวิตของมารดา เขต12 ปี 62

จังหวัด	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
นราธิวาส	8	6	6	14	4	8	4
ปัตตานี	8	6	5	4	4	5	6
ยะลา	7	2	6	4	2	5	3
3 จชต.	23	14	17	22	10	18	13
สงขลา	4	8	8	4	5	4	0
พัทลุง	1	2	2	0	2	0	1
สตูล	1	3	0	2	2	3	1
ตรัง	1	1	3	2	3	0	2
รวม	30	28	30	30	21	25	17

แหล่งข้อมูล : ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ณ วันที่ 31 มีนาคม 62

อัตราส่วนการตายมารดา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒
สาเหตุการตายจำแนกรายจังหวัด (ต.ค. ๖๑ - มี.ค. ๖๒)



1. UK หลังทำหมัน 1 วัน
2. Severe PIH

1. severe Pnuemonaia c Infuenza

17 ราย = 82.32 ต่อ แสนการเกิดมีชีพ

1. chorioamionitis

1. Thyroid strom
2. Leukemia
3. co2 Retention
4. PPHc shock uterine Atony
5. severe PIH ตายหลังคลอด
6. HIVc UK Cause

1. Morbid Obesity Asthma
2. Actue asthmaticus Pnue.c Infu.
3. HIVc UK Cause
4. severe PIH

1.Eclempsia
2. Criminal septic abortion
3. Thyroid strom

- มากกว่า 41 : แสนการเกิดมีชีพ
- 31 - 40 : แสนการเกิดมีชีพ
- 21 - 30 : แสนการเกิดมีชีพ
- ไม่เกิน20 : แสนการเกิดมีชีพ

แหล่งข้อมูล : ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ณ วันที่ 31 มี.ค. 62

ปัญหา อุปสรรค 2562

Delay in decision to seek care

1. Health Literacy การดูแลตนเอง
2. ความเชื่อ ผีเข้า โดนของ เป่ามนต์
3. ไม่มา F/U ,หยุดยาเอง รักษาไม่ต่อเนื่อง
4. ขาดการวางแผนครอบครัว(BS)

Delay in reaching care

1. Social problem-ครอบครัวค้ายาเสพติด
2. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ไม่มีเงินมา รพ.ไม่มีเวลาไปพบแพทย์
3. พื้นที่สีแดงติดตามยาก
4. อาศัยพื้นที่เสี่ยงสูง

Delay in receiving adequate health care

1.Delayed refer
2.Delayed diagnosis & Delayed treatment
3.Delayed decision of staff
4.Inadequate referral systems
5.Improving referral systems between health centres and hospitals
6.รพช. ไม่มี Postin E2 ,ไม่มี Blood bank ฯ

ข้อสั่งการจาก
MCH Board
เขต 12

1

Seamless Referral System

(High Risk → ANC/คลอด รพศ.,รพท.,M ดูแลโดยสูติแพทย์)

2

ติดตามข้อมูล High Risk 5 โรค
(DM ,HT ,Thyroid, Heart, Asthma)

3

ติดตามตัวชี้วัด
1.การปฏิเสธ refer(รพศ. รพท. M)
2.อัตราการปฏิบัติตาม CPG (รพช. รพสต.)

4

ระบบ Refer back

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบ Seamless Referral System
2. ติดตามหญิงตั้งครรภ์ High Risk (DM ,HT ,Thyroid, Heart)
3. พัฒนาฐานข้อมูล ANC High Riskใน 43 แฟ้ม
4. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายระดับจังหวัด PNC (จ.ยะลา)

ข้อเสนอแนะ

5 นิเทศเยี่ยมสริมพลัง/ประเมินรพ.ในพื้นที่

6 มารดาจากสาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี 61 ร้อยละ 20

7 มารดาตายจากสาเหตุความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี 61 ร้อยละ 30

8 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 70

2. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

PASS

ครอบคลุมตรวจพัฒนาการ

- ครอบคลุมร้อยละ 90.1-100
- ร้อยละ 80 - 90
- ต่ำกว่าร้อยละ 80

สงสัยล่าช้า

- มากกว่าร้อยละ 20
- ร้อยละ 10.1–19.9
- ไม่เกินร้อยละ 10

ติดตามได้

- ติดตามได้ ร้อยละ90.1-100
- ติดตามได้ ร้อยละ70-90
- ติดตามได้ ต่ำกว่าร้อยละ70

สมวัยทั้งสิ้น

- สมวัยมากกว่าร้อยละ 85
- ร้อยละ 80- 84.99
- ต่ำกว่าร้อยละ 80

ที่มา : สรุปตรวจราชการ 1/62 วันที่ 29 มีนาคม 2562

ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย
เขตสุขภาพที่ 12 (ต.ค. 61 –ม.ค.62)

จังหวัด	ร้อยละ การคัดกรอง	ร้อยละ สงสัยล่าช้า	ร้อยละ ติดตามได้	ร้อยละ พัฒนาการสมวัย
เป้าหมาย	90	20	90	60
สงขลา	90.87	27.36	95.54	98.37
สตูล	93.61	23.21	90.64	97.65
ตรัง	97.66	30.49	95.88	98.44
พัทลุง	94.48	30.23	91.51	96.82
ปัตตานี	92.04	25.80	92.12	97.86
ยะลา	93.97	26.45	90.35	97.34
นราธิวาส	91.22	31.91	89.55	96.33
เขต	92.79	28.07	92.49	97.60

ที่มา : สรุปตรวจราชการ 1/62 วันที่ 29 มีนาคม 2562

การกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TEDA 4 I

การเข้าถึงบริการ
-เข้าถึงได้น้อย
-ห่างไกลจากสถานที่กระตุ้น
-ผู้ปกครองไม่มาตามนัด

-การส่งต่อ
ขาดความเชื่อมโยงของข้อมูลและการดูแลเด็กร่วมกัน
-ให้ทบทวนระบบส่งต่อ/แนวทางการช่วย
เหลือที่มีประสิทธิภาพ

การบันทึกข้อมูล
-ยังไม่ครอบคลุม
-ลงข้อมูลไม่ทันเวลา
-ไม่เข้าใจรหัสที่ต้องกรอก
-ข้อมูลไม่ขึ้นเพราะใช้Denver

การใช้โปรแกรม
ไม่ได้รับการอบรม
-ขาดความมั่นใจในการใช้งาน
-มีโปรแกรมใช้งานที่หลากหลายเกินไป

ปัญหา / อุปสรรค

1. ผู้ปกครองไม่เห็นความสำคัญของการประตุ้นพัฒนาการ ไม่ได้พาเด็กมารับการกระตุ้นตามนัดอย่างต่อเนื่อง
2. การติดตามเด็กให้มากระตุ้นพัฒนาการไม่ครอบคลุมทุกราย
3. การบันทึกข้อมูล TEDA4I ไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา และมีการบันทึกรหัสไม่ถูกต้อง บางพื้นที่กระตุ้นพัฒนาการด้วย Denver II การบันทึกข้อมูลก็จะไม่แสดงว่าติดตามกระตุ้นแล้ว
4. เจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจ ในการสื่อสารกับผู้ปกครองหากพบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หรือพัฒนาการล่าช้า

ข้อเสนอแนะ

1. ติดตามเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กแบบองค์รวม (พัฒนาการ โภชนาการ ทันตสุขภาพ การออกกำลังกาย และ สุขภาพจิต) ตามลำดับขั้น
2. ขับเคลื่อน การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติ (เพื่อให้ศูนย์เด็กเล็กได้ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย โภชนาการดี)
3. ติดตามเยี่ยมเสริมพลังตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และเด็กปฐมวัย
4. ผลักดันให้ทุกจังหวัดขับเคลื่อนการทำงานพัฒนาเด็กผ่านคณะอนุกรรมการเด็กระดับจังหวัด อย่างต่อเนื่อง

3. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัด ทุกอำเภอ (ร้อยละ 100) มีการใช้กลไก พชอ. แก้ปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง ร้อยละ 60 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

พชอ.

PASS

สถานการณ์

ทั้ง 7 จังหวัด (77 อำเภอ)มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ตามสัดส่วนที่กำหนด และมีการกำหนดประเด็นในการพัฒนา ซึ่ง ปัญหาการจัดการขยะ/สิ่งแวดล้อม เป็นประเด็นในการพัฒนามากที่สุด รองลงมาคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้เปราะบางทางสังคม และประเด็น เรื่องอาหารปลอดภัย

ปัจจัยความสำเร็จ

1. อบรมพัฒนาศักยภาพทีมเลขาฯพชอ. (สสอ.) ครบ 100%
2. ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญ มีเวทีนำเสนอผลงานการขับเคลื่อน

ผลงานเด่น

- พชอ.มะนัง จ.สตูล , พชอ.สะเดา จ.สงขลา , พชอ.ควนขนุน จ.พัทลุง และพชอ.รามัน จ.ยะลา ได้รับเกียรติบัตรชื่นชมใน HA Forum 15 มีนาคม 2562
- โครงการสร้างพลังชีวิต อ.ตากใบ จ.นราธิวาส รางวัลฟันเฟื่องพชอ. อ.นาทวี จ.สงขลา ในงานมหกรรมพลังคน พชอ. 27 มีนาคม 2562

ปัญหา / อุปสรรค

- การประสานงาน/เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอมีความเข้มแข็งแตกต่างกันโดยเฉพาะเขตเมือง

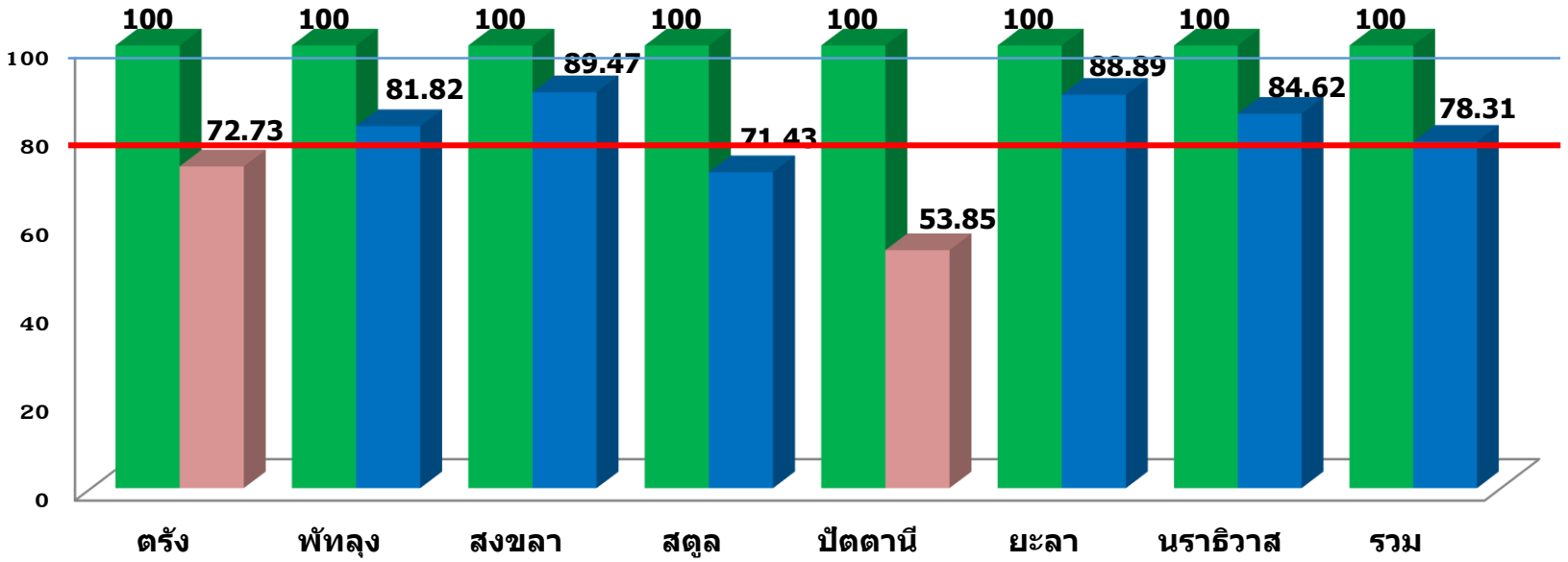
ข้อเสนอแนะ

- ประสาน/ทบทวนทำความเข้าใจพื้นที่ทุกระดับ
- มีการขับเคลื่อนด้วยกระบวนการระดับชุมชน/หมู่บ้านและขยาย/ต่อยอดสู่ระดับอำเภอ

4. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

PASS

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไปร้อยละ 100 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 85	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง



ผลการดำเนนงานตาตัวชี้วัด รอบ 6 เดือนแรก

<u>ผลงานผ่านตามตัวชี้วัด 5 จังหวัด ได้แก่</u>

พัทลุง สงขลา สตูล ยะลา และนราธิวาส

<u>ผลงานยังไม่ผ่านตามตัวชี้วัด 2 จังหวัด ได้แก่</u>

ตรัง และปัตตานี

*** ตรัง : อยู่ระหว่างรับการประเมินรับรอบ

*** ปัตตานี : ระหว่างปรับปรุงโครงสร้าง(ส้วมIPD)อยู่ระหว่างรับการประเมินรับรอง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
จังหวัดขาดความต่อเนื่องในการประเมินรับรองมาตรฐานงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มาตรฐานโรงครัว/โรงอาหาร รพ.,มาตรฐานHAS,ร้านอาหารCFGT และมาตรฐานHWP อื่นๆ	- ควรจัดทำแผนและมีการประเมินรับรองอย่างต่อเนื่อง เพื่อกำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน
พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ) ไม่มีเครื่องหมายและคำเตือน ที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	- ให้ดำเนินการตามมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
พนักงานเก็บขนมูลฝอยติเชื้อขาดทักษะความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติงาน	- รพ.ทุกแห่งต้องจัดอบรม “หลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข” ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัมมูลฝอยติดเชื้อทุกคน
ขยะติดเชื้อของ รพ.สต. พบว่าบางอำเภอเก็บขนไม่ได้มาตรฐานและขาดข้อมูลปริมาณขยะ	- รพ.แม่ข่ายควรให้บริการเก็บขนขยะติดเชื้อของ รพ.สต. เพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน - รพ.สต. ทุกแห่งให้บันทึกปริมาณขยะติดเชื้อเพื่อส่งให้ รพ.แม่ข่ายรายงานข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อให้เป็นปัจจุบัน

5. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการ ในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

เป้าหมาย PCC ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ผ่านเกณฑ์ 3S สะสมร้อยละ 18 (16 ทีม) ของแผน 10 ปี

PCC

PASS

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
สงขลา	123	33	26.83
สตูล	27	14	51.85
ตรัง	56	16	28.57
พัทลุง	52	9	17.31
ปัตตานี	67	19	28.36
ยะลา	44	8	18.18
นราธิวาส	55	10	18.18
เขต12	424	109	25.71

สถานการณ์

- ปี 2560 -2562 (ปัจจุบัน) สามารถเปิด PCC สะสม ทั้งหมด 109 ทีม(25.71 %)จากเป้าหมาย 424 ทีมตามแผน 10 ปี
- โดยปี 2562 มีแผนเปิด 21 ทีม

ปัจจัยความสำเร็จ

1. มีแหล่งผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เข้มแข็ง ทั้งสถาบันหลักและสถาบันสมทบ
2. มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการพัฒนา PCC เขตเมือง เช่น รพ ยะลา , ปัตตานี , ตรัง

ปัญหา / อุปสรรค

- ภาระงานFM ไม่ชัดเจน/ทับซ้อนGP ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานในบทบาทเวชศาสตร์ครอบครัวใน PCC ได้อย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะ

- เสนอส่วนกลางคิดอัตรากำลัง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแยกจากแพทย์ GP
- มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ PCC best practice ระดับเขต

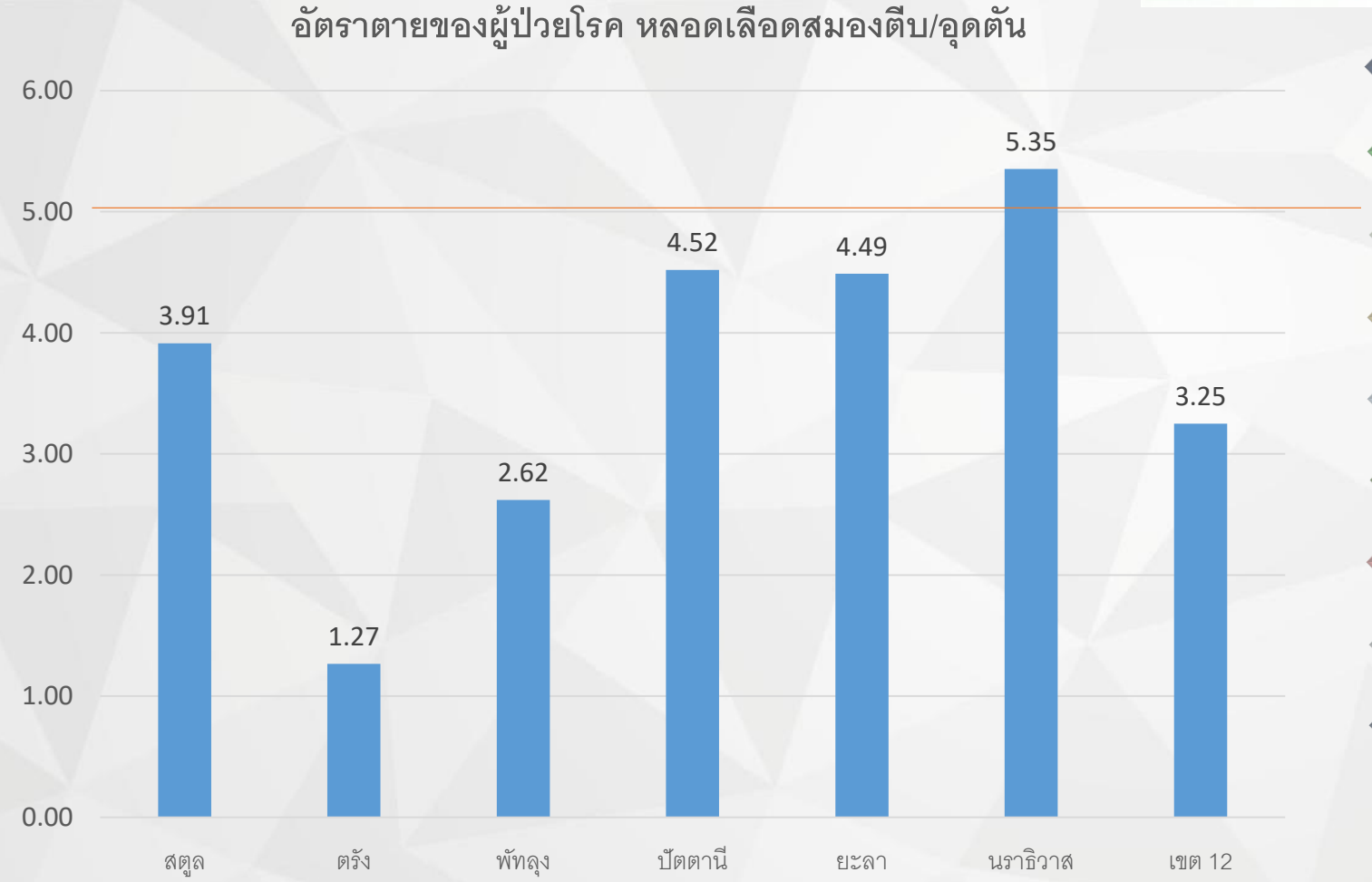
6. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

6.1 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) น้อยกว่าร้อยละ 5

Stroke

PASS

อัตราตาย



จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน
สงขลา	922	41
สตูล	230	9
ตรัง	868	11
พัทลุง	458	12
ปัตตานี	354	16
ยะลา	468	21
นราธิวาส	467	25
เขต 12	2,615	85

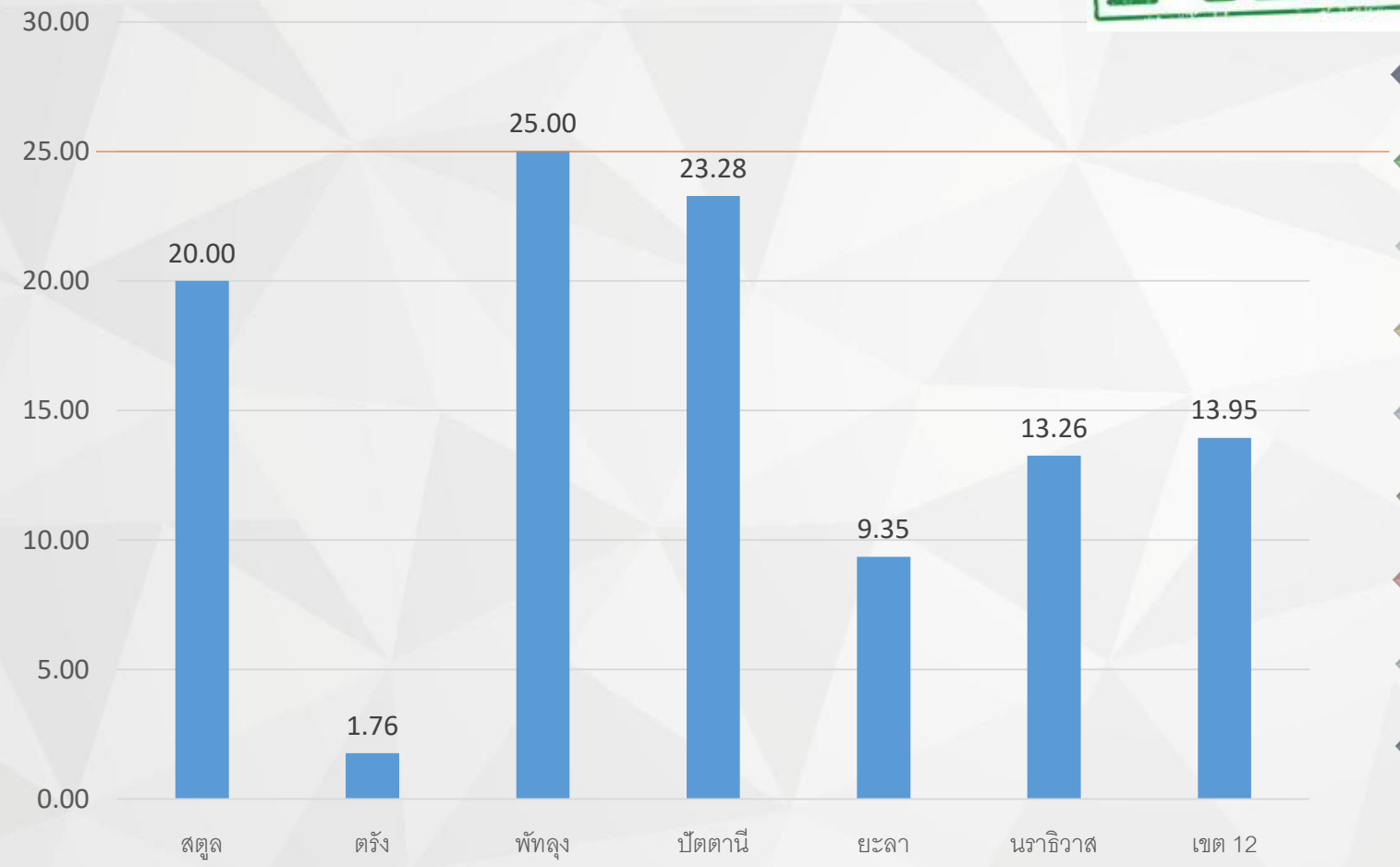
6. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

6.2 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) เป้าหมาย <ร้อยละ 25

Stroke

PASS

อัตราตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน



ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

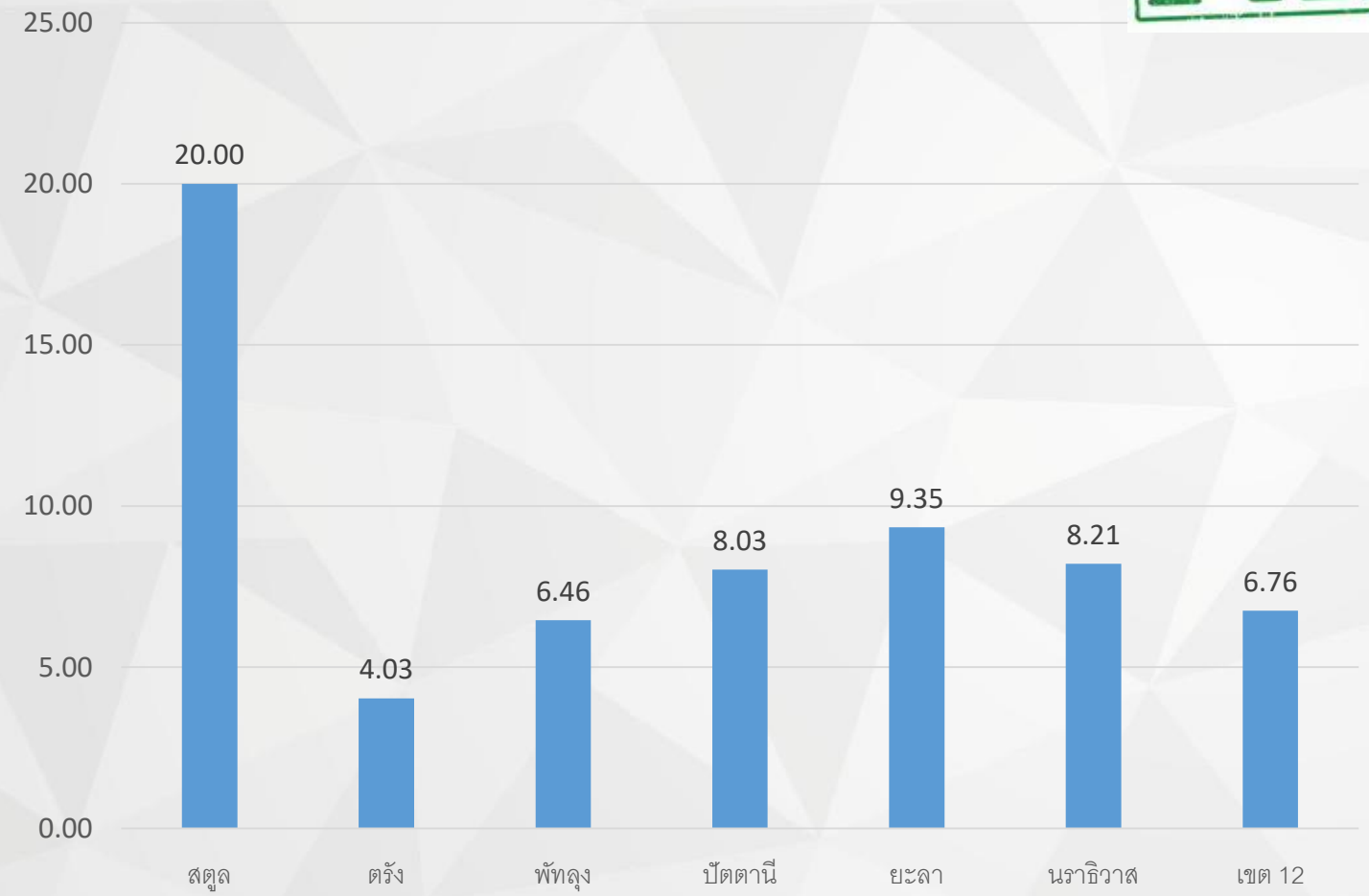
จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน
สงขลา	380	67
สตูล	70	14
ตรัง	170	3
พัทลุง	112	28
ปัตตานี	116	27
ยะลา	107	10
นราธิวาส	264	35
เขต 12	839	117

6. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

6.3 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) เกณฑ์ < ร้อยละ 7

Stroke

PASS



ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

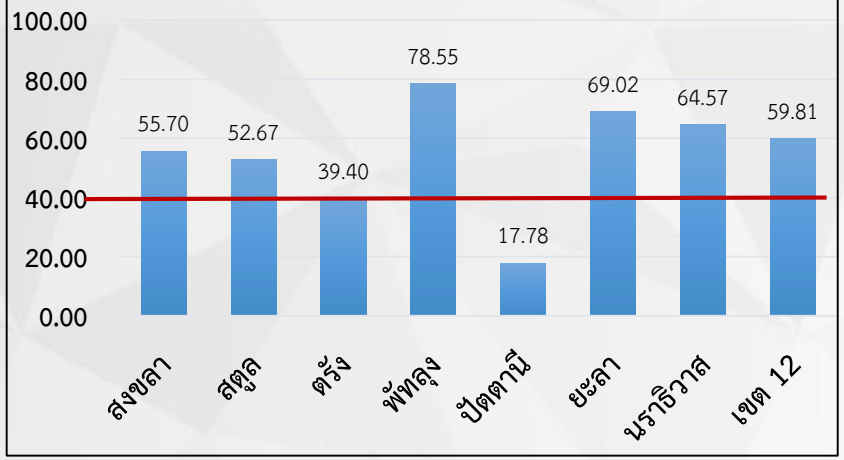
จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน
สงขลา	1,554	113
สตูล	70	14
ตรัง	1,041	42
พัทลุง	619	40
ปัตตานี	585	47
ยะลา	107	10
นราธิวาส	731	60
เขต 12	**3,153**	**213**

6. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

Stroke

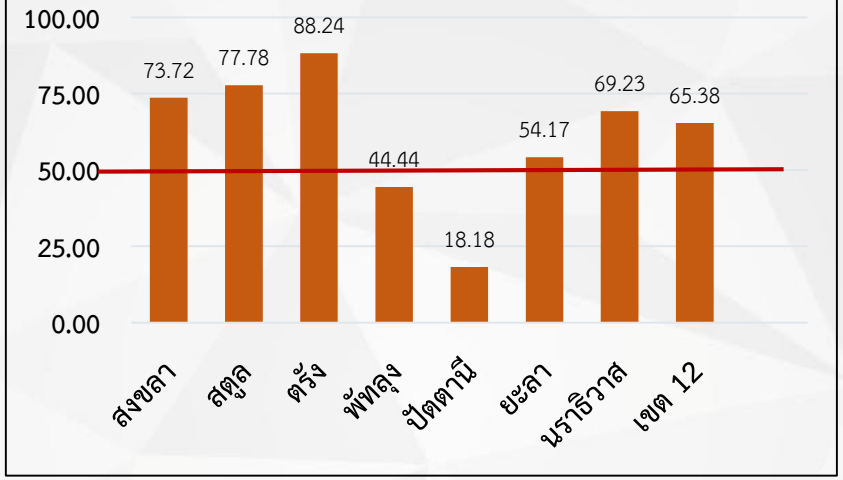
PASS

6.4 Door to stroke unit ไม่เกิน 72 ชั่วโมง



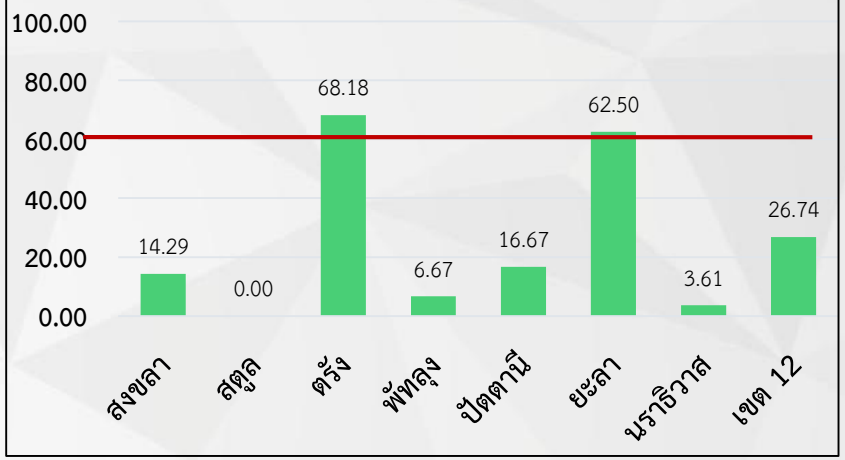
PASS

6.5 Door to needle time ภายใน 60 นาที



FAILED

6.6 Door to OR ภายใน 90 นาที



สถานการณ์

- เขต 12 มีแพทย์ประสาทวิทยา 8 คน (สงขลา 4 คน , ตรัง 4 คน)
- มีศัลยแพทย์ประสาท 13 คน
- จังหวัดสตูล ไม่มีศัลยแพทย์ประสาท
- มี Stroke unit จำนวน 59 เตียง

ปัญหา / อุปสรรค

- การเข้าถึงบริการ 1669 ล่าช้า
- ประชาชนมารับบริการล่าช้า เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของอาการนำ สัญญาณเตือน และการจัดการตนเองเมื่อเกิดโรค

ข้อเสนอแนะ

- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงบริการ 1669 ในพื้นที่ห่างไกล ผ่านทางรพ.สต. และอสม. และสอดแทรกให้เด็กได้รับรู้ผ่านระบบโรงเรียน
- ประชาสัมพันธ์เน้นในเรื่อง stroke awareness ตั้งแต่ระดับ รพ.สต. และพัฒนาสื่อ Stroke alert และ Stroke awareness ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

ผลงานเด่น

จังหวัดนราธิวาส มีเครื่องออกกำลังกายแขนขา 2in1

โอกาสในการพัฒนา

เพิ่มเตียง Stroke unit ให้เพียงพอ คือ 121 เตียง เมื่อมีความพร้อมด้านสถานที่และบุคลากร

7. อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่

เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 85

FAILED

TB

พื้นที่	ร้อยละ						
	รักษาสำเร็จ	เสียชีวิต	ล้มเหลว	ขาดยา	โอนออก	กำลังรักษา	แนวโน้ม (SS + TO + OnRx)
สสจ.สงขลา	3.3	4.1	0.0	0.8	4.6	87.2	95.1
สสจ.สตูล	7.9	5.3	0.0	0.0	2.6	84.2	94.7
สสจ.ตรัง	2.7	1.8	0.0	0.0	8.1	87.4	98.2
สสจ.พัทลุง	0.0	5.1	1.3	0.0	1.3	92.4	93.7
สสจ.ปัตตานี	8.3	3.7	0.0	0.0	2.8	85.2	96.3
สสจ.ยะลา	4.7	2.8	0.0	0.0	0.9	91.6	97.2
สสจ.นราธิวาส	3.6	5.0	0.0	2.9	2.1	86.4	92.1
เขต12	**3.9**	**3.9**	**0.1**	**0.7**	**3.7**	**87.7**	**95.3**

อัตราการเสียชีวิต ภาพรวมเขต ร้อยละ 3.9

จังหวัดที่ อัตราการเสียชีวิต > ร้อยละ 5 ได้แก่

จ.พัทลุง (5.1) และ จ.สตูล (5.3)

สถานการณ์

ผู้ป่วยวัณโรคนำมาประเมิน จำนวน 951 ราย รักษาสำเร็จ 37 ราย (3.89%) อยู่ระหว่างการรักษา 834 ราย (87.70%) โอนออก 35 ราย (3.68%) เสียชีวิต 37 ราย (3.89%) ขาดยา 7 ราย (0.74%) รักษาล้มเหลว 1 ราย (0.11%)

ข้อชื่นชม

- จังหวัดมีการจัดทำตัวชี้วัดคำรับรอง กับ รพ. และ สสอ ในจังหวัด
- จังหวัดมีกลุ่มไลน์ สำหรับประสาน แจ้งข้อมูล การทำงานวัณโรค
- สสจ.พัทลุงร่วมกับ พมจ.ประเมินให้การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วยวัณโรค
- สสจ.สตูล มีระบบติดตามผู้ป่วยทุกราย โดยให้อำเภอรายงานทางไลน์ทุกสัปดาห์ และ มีการประชุมผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคทุกรพ. ทุกวันพุธ
- นพ.สสจ และ หัวหน้ากลุ่มควบคุมโรค จ.สงขลา นิเทศบูรณาการ ถึงระดับ รพ
- หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมรพ.ตรังเยี่ยมติดตามงานใน รพช.
- จ.ยะลา สอบสวนโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต

ปัญหา / อุปสรรค

มีการทำ Death Case Conference แต่ยังไม่ได้นำผลมากำหนดเป็นมาตรการเพื่อป้องกัน/ลดการเสียชีวิตในรายต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จัดเวทีสรุป ระดับจังหวัด ร่วมกำหนดแนวทางขั้นตอนเพื่อป้องกัน/ลดการเสียชีวิต

ข้อมูล TBCM online 23 มีนาคม 2562

ตัวชี้วัด → ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (Treatment Coverage)

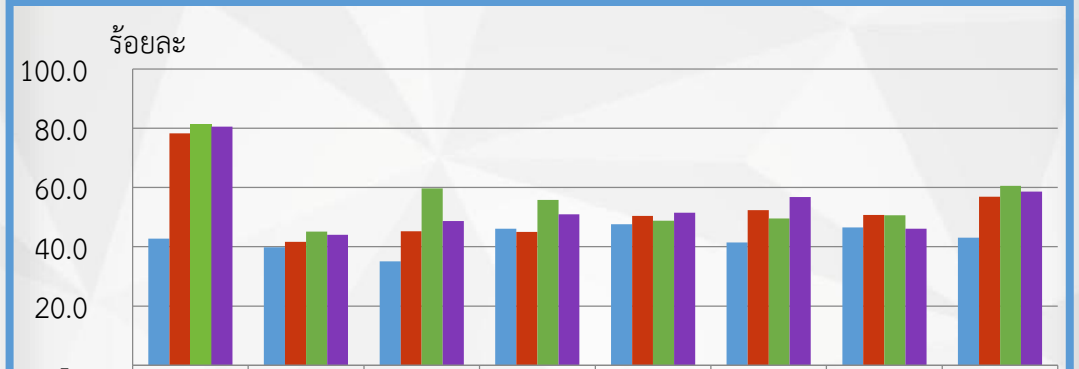
เกณฑ์ → ≥ ร้อยละ 82.5

FAILED

TB

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
จ.สงขลา	2,222	987	44.42
จ.สตูล	499	122	24.45
จ.ตรัง	1,003	305	30.41
จ.พัทลุง	819	186	22.71
จ.ปัตตานี	1,107	294	26.56
จ.ยะลา	823	240	29.16
จ.นราธิวาส	1,242	302	24.32
เขต 12	7,714	2,436	31.58

สถานการณ์ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี2558-2561



	สงขลา	สตูล	ตรัง	พัทลุง	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	เขต 12
ปี 2558	42.8	39.8	35.1	46.1	47.6	41.4	46.5	43.1
ปี 2559	78.2	41.6	45.3	45.0	50.4	52.3	50.7	56.9
ปี 2560	81.5	45.2	59.7	55.8	48.8	49.5	50.6	60.5
ปี 2561	80.5	44.0	48.6	51.0	51.5	56.8	46.1	58.6

ข้อชื่นชม

1. สสจ.พัทลุง คัดกรองวัณโรคในเรือนจำโดยใช้งบ PPA ของ สปสช.
2. รพ.ปัตตานี คัดกรองกลุ่มผู้สัมผัสย้อนหลัง 3 ปี นำร่อง 3 ตำบล
3. สสจ.นราธิวาส มีการเสนอเรื่องการคัดกรองวัณโรคเป็นวาระการประชุมของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

ปัญหา / อุปสรรค

1. การส่งเสมหะไม่ครบถ้วนในรายที่ Chest X-ray ผิดปกติ หรืออาการผิดปกติ
2. ขึ้นทะเบียนไม่ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

1. จังหวัดวิเคราะห์สาเหตุของการส่งเสมหะไม่ครบถ้วนในรายที่ Chest X-rayผิดปกติ และคำนึงถึงคุณภาพเสมหะก่อนส่งตรวจ
2. จังหวัดควรกำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยภายในและภายนอกจังหวัด และจัดทำทะเบียนติดตามผล Refer Out

ข้อมูล TBCM online 23 มีนาคม. 2562

Quick Win monitoring and supervision

เป้าหมาย	การดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะ
จัดตั้ง Case Management Team ในโรงพยาบาลครบทุกจังหวัด	มีคำสั่ง Case Management Team ในรูปแบบของคำสั่งคณะทำงานวัณโรคของโรงพยาบาล - จ.ตรัง จ.สตูล และ จ.พัทลุง ทบทวนและจัดทำคำสั่งครบ ทุก รพ. - จังหวัดสงขลา ปัตตานี ยะลา และ นราธิวาส อยู่ระหว่างทบทวน คณะทำงาน	รพ.ที่มี คำสั่งเดิม ควร ทบทวนปรับปรุงคณะทำงานให้ครอบคลุมและเป็นทีมงานปัจจุบัน
≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูง (ผู้ป่วยเก่าที่เคยรักษา วัณโรคมาก่อน) ได้ตรวจ DST	ผลงาน > ร้อยละ 80 จ.ตรัง จ.พัทลุง ผ่าน ผลงาน ร้อยละ 50 – 80 จ.สงขลา จ.สตูล จ.ปัตตานี จ..นราธิวาส ผลงาน < ร้อยละ 50 จ.ยะลา **ภาพรวมเขต ผลงาน ร้อยละ 70.5** **ภาพรวมประเทศ ผลงาน ร้อยละ 70.0**	วิเคราะห์สาเหตุที่ไม่ได้ส่งตรวจ DST และ นำข้อค้นพบของสาเหตุ มาวางแผนแก้ไข และ พัฒนา
ร้อยละ 50 ของ รพ นอกสังกัด สธ.(รัฐและเอกชน)บันทึกและรายงานข้อมูลโปรแกรม TBCM	ผลงาน ≥ ร้อยละ 50 สงขลา (4/6) ตรัง (2/2) ผลงาน < ร้อยละ 50 พัทลุง (0/1) ยะลา (0/1) **ภาพรวมเขต ร้อยละ 60.0 (6/10) ผ่าน** จ.สตูล ไม่มี รพ.นอกสังกัด สธ และ รพ.เอกชน จ.นราธิวาส มี รพ.นอกสังกัด สธ. วินิจฉัย วัณโรคได้ ไม่รักษาวัณโรค และ ไม่มี รพ. เอกชน จ.ปัตตานี มี รพ.นอกสังกัด สธ. วินิจฉัยวัณโรคได้ ไม่รักษาวัณโรค และ	ทีม สสจ ร่วมดำเนินการกับทีม สคร โดยอาศัย กลไกพรบ โรคติดต่อ สำหรับ รพ ที่ยังไม่ดำเนินการ รายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค

ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ

ประเด็นตัวชี้วัด	ปัญหาอุปสรรค ต่อ ความสำเร็จตัวชี้วัด	ข้อเสนอแนะ
การรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ไตรมาสที่ 1/ 2562 เป้าหมายสำเร็จ ≥ ร้อยละ 85	- การเสียชีวิตระหว่างการรักษา - การขาดยา - การโอนไปรักษาที่หน่วยบริการอื่น	- เพิ่มความเข้มแข็งระบบ การกำกับการกินยา แบบมีพี่เลี้ยงทุกวัน การรายงานการกินยา/อาการไม่พึงประสงค์จากการกินยา - การประเมินสภาวะผู้ป่วยวัณโรค หากพบ ผู้ป่วยมีภาวะอ่อนแอ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังภูมิต้านทานอ่อน และ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ ระดับ CD4 ต่ำ ให้การดูแลใกล้ชิดพิเศษ โดยทีมสหวิชาชีพ - ระบบติดตามผู้ป่วยเมื่อมีการส่งต่อการรักษา และ ติดตามการรักษาจนผู้ป่วยวัณโรครักษาหาย โดยสร้าง และ ทำงานกับเครือข่ายในพื้นที่ ทั้งภาครัฐ และ เอกชน - การส่งตรวจทดสอบความไวต่อยา เพื่อ เฝ้าระวังการดื้อยาวัณโรค

ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

ประเด็นตัวชี้วัด	ปัญหาอุปสรรค ต่อ ความสำเร็จตัวชี้วัด	ข้อเสนอแนะ
ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ เป้าหมายสำเร็จ ร้อยละ 82.5	- ผลงาน 6 เดือน ร้อยละ 31.6 (ควรจะได้ ร้อยละ 41.5 เทียบกับเป้าหมายความสำเร็จทั้งปี ที่ ร้อยละ 82.5) <u>ข้อค้นพบ</u> - การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มเสี่ยง จำนวน 77,585 ราย คัดกรองด้วย - CXR 50,334 ราย (ร้อยละ 64.9)	- ผู้สงสัยที่ได้รับการคัดกรอง CXR ผิดปกติ และ ผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ จำนวน 1,803 ราย ที่อาจต้องเสนอมาตรการ - ระบบการส่งปรึกษาแพทย์ เฉพาะทางอายุรกรรม/แพทย์โรคติดเชื้อ ในการพิจารณาตัดสินจะให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรค สูตรพื้นฐาน หรือ ไม่ - ระบบนัดหมายติดตามตรวจ CXR ทุก 6 เดือน เป็นเวลา 2 ปี - ระบบติดตามตรวจเสมหะ ทุกเดือน เป็นเวลา 6 เดือน - ความเข้มข้น ระบบการเก็บเสมหะ ให้ได้เสมหะที่มีคุณภาพ - การตรวจสอบความถูกต้องการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค

แผนการดำเนินงาน ระยะ 9 และ 12 เดือน
Monitoring and Evaluation

1 กิจกรรม Monitoring การกำกับติดตามการดำเนินงาน ผลงานตัวชี้วัด

2.กิจกรรมคัดกรองเชิงรุก กลุ่มเสี่ยงวัณโรค 7 กลุ่มเสี่ยง

3.ประชุมราชการการดำเนินงาน และ การติดตามความก้าวหน้า

4. การติดตามคุณภาพดูแลผู้ป่วยวัณโรค การเยี่ยมบ้าน (ระดับหน่วยบริการ) ด้วย Case Management Team

5. การติดตามการทบทวนสาเหตุการเสียชิต การขาดยา การโอนไปรักษา

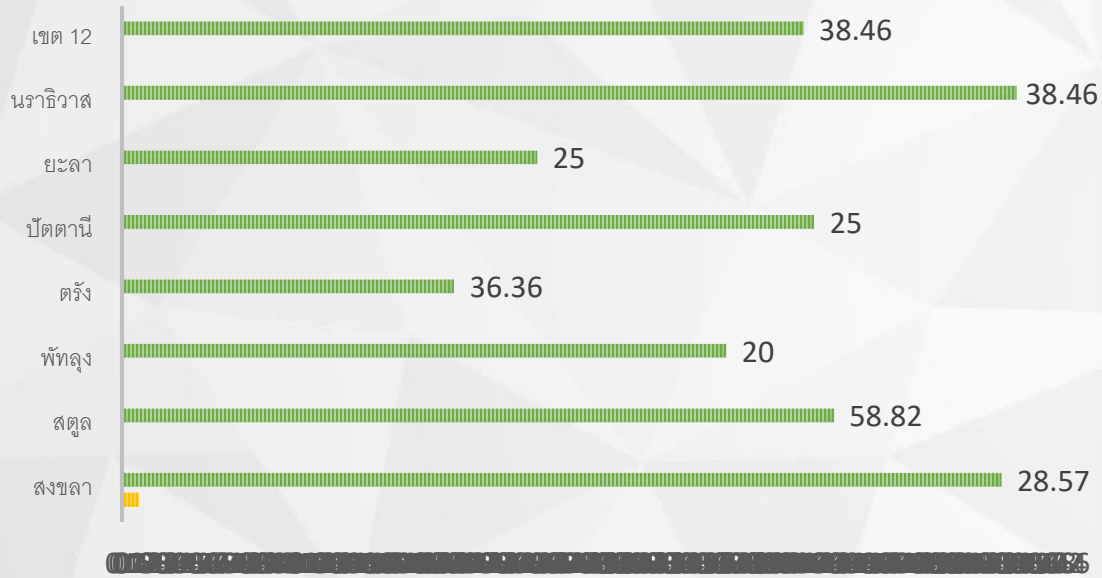
ครบ 12 เดือน ประเมินผลสำเร็จตัวชี้วัด ณ 30 กันยายน 2562

8. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

RDU

PASS

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2562	เป้าหมายไตรมาส 2	ผลงาน	ผลการประเมิน
RDU ขั้น1	95% (75 รพ.)	85% (67 รพ.)	100% (78 รพ.)	บรรลุเป้าหมาย
RDU ขั้น2	20% (16 รพ.)	10% (8 รพ.)	41.03% (32 รพ.)	



ผลงานเด่น

- ✓ รพ.ทุ่งยางแดง จ.ปัตตานี : บัตร RDU ทางด่วนสำหรับผู้ป่วย URI, AD
- ✓ รพ.กรงปินัง จ.ยะลา : ระบบแจ้งเตือน (pop-up) เมื่อสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ
- ✓ รพ.กระแสสินธิ์ จ.สงขลา : วงล้อรักษ์ไต และฉลากยาพูดได้
- ✓ รพ.สตูล : ระบบแจ้งเตือนในผู้ป่วยโรคไต/โรคตับ/รายการยาที่ผู้ป่วยแพ้ และ Pregnancy Category ในฉลากยา

สถานการณ์

- โรงพยาบาลทุกแห่ง ผ่าน RDU ขั้น1 (ร้อยละ 100)
- โรงพยาบาล 28 แห่ง ผ่าน RDU ขั้น2 (ร้อยละ 36)
  ในจำนวนนี้มี 10 แห่ง ผ่านถึง RDU ขั้น3 (มากกว่าเป้าหมาย)
- รพ.สต.ทุกจังหวัด ผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD

ปัญหา / อุปสรรค

- ความตระหนักรู้ของประชาชนต่อการใช้ยาและการดูแลตนเองเบื้องต้น
- ความมั่นใจของแพทย์ในการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

- สร้างความเข้าใจกับผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ที่ดึงดูดง่ายต่อการเข้าใจ
- สนับสนุนข้อมูลทางวิชาการในยาสมุนไพร URI (ฟ้าทลายโจร) AD (ยาเหลืองปิดสมุทร)

9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

เป้าหมาย : ระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20

AMR

PASS

สถานการณ์

- เขต 12 มีโรงพยาบาลระดับ **A , S** และ **M1** ซึ่งเป็นเป้าหมาย **10** แห่ง
- พบว่ามีระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ ระดับ **intermediate 8** แห่ง ได้แก่ รพ.นราธิวาสราชนครินทร์ รพ.สุไหงโกลก รพ.ปัตตานี รพ.ยะลา รพ.เบตง รพ.พัทลุง รพ.หาดใหญ่ และรพ.ตรัง

ปัจจัยความสำเร็จ / ผลงานเด่น

1. โรงพยาบาลทีผ่านระดับ intermediate ทั้ง 8 แห่ง มีจุดเด่นที่แตกต่างกัน เช่น การออกแบบระบบคอมพิวเตอร์ใช้เอง มีทีมควบคุมการใช้ยาที่เข้มแข็งทำให้ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ การปรับยาตาม eGFR ที่เป็นปัจจุบัน การระวังใช้ยาซ้ำซ้อน การระวังการเกิด drug interaction เป็นต้น
2. ผู้บริหารสนับสนุน เป็นจุดเน้น ทำให้ดำเนินงานได้รวดเร็วและมีความก้าวหน้าดีมาก

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินการ
จำนวนโรงพยาบาล ที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ระดับ Intermediate (เกณฑ์คะแนน 250–349 คะแนน และข้อบังคับ Basic, Intermediate > 0)	ดำเนินการได้ ระดับ intermediate 9 แห่ง (ร้อยละ 90)

ปัญหา / อุปสรรค

- ขาดอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ
- ความไม่ชัดเจนในการทำงานหรือผู้รับผิดชอบงานระหว่างจังหวัด (เขต)
- ระบบคอมพิวเตอร์ไม่เอื้อต่อการจัดการและใช้ประโยชน์
- ขาดการทำ R2R หรือ CQI

ข้อเสนอแนะ

- จัดอบรมวุฒิ หรือรับรองผู้ที่มีความสามารถในการควบคุมยาโรงพยาบาล
- กำหนดผู้รับผิดชอบและร่างนโยบายให้ชัดเจน
- พัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อให้ใช้ประโยชน์ได้
- ส่งเสริมหรือสนับสนุนให้มีการจัดทำมากขึ้น

10. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

เป้าหมาย ≤ร้อยละ 30

PASS

SEPSIS

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	ผู้ป่วยเสียชีวิต	ร้อยละ
สงขลา	563	162	28.77
สตูล	199	36	18.09
ตรัง	181	55	30.39
พัทลุง	169	30	17.75
ปัตตานี	422	118	27.96
ยะลา	180	54	30.00
นราธิวาส	610	94	15.41
เขต12	**2,324**	**549**	**23.62**

สถานการณ์

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired มีแนวโน้มสูงขึ้นเกือบทุกจังหวัด ยกเว้นพัทลุงที่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย กลุ่มผู้ป่วยที่ walk in มารับ บริการมักมีอาการรุนแรงมาก และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Pneumonia เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยนอนติดเตียงกลุ่ม Long term care ซึ่งอาจจะต้องติดตามอย่างต่อเนื่องในไตรมาสต่อๆไป

ผลงานเด่น

จังหวัดนราธิวาส มีผลงานวิจัย R2R เรื่องผลของการใช้ SOS score ในการ early detection ผู้ป่วย stoke ที่มีภาวะ sepsis

ปัญหา / อุปสรรค

- อัตราการเสียชีวิตยังสูงเกิดจากในกระบวนการ assessment, miss dx, delay dx มีโรคร่วม, ผู้สูงอายุ
- ข้อมูลของพื้นที่บางจังหวัด กับ HDC มีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

- ทบทวน วิเคราะห์ case dead ด้วย sepsisเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขร่วมกันพร้อมทั้งนิเทศติดตามหน้างานอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนา รพ. M2 ให้มีหอผู้ป่วยวิกฤต และเป็นnode ในการดูแล รพช.F ใกล้เคียง
- ขอสนับสนุนเครื่องตรวจ Blood lactate
- การให้ความรู้แก่ภาคประชาชน ในกลุ่ม Long term care
- ทบทวนการลงข้อมูล ควรแยกข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่รับส่งต่อจาก รพช.

11. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) เป้าหมาย > ร้อยละ 20

PASS

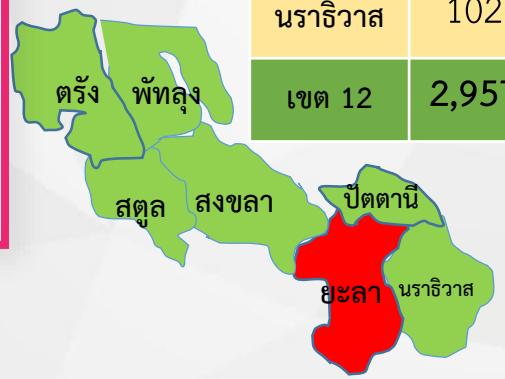
Drug addict

สถานการณ์

- มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะ อ.เมือง ของแต่ละจังหวัด เนื่องด้วยจำนวนประชากรและสภาพสังคมที่เจริญกว่า
- ยาบ้าแพร่ระบาดมาก อันดับ 1 แทนที่พืชกระท่อม
- ไอซ์แพร่ระบาดมากเป็นอันดับ 3
- ตัวยาที่ควรเฝ้าระวัง ได้แก่ เฮโรอีน พบการแพร่ระบาด ในพื้นที่ 5 จังหวัด (จ.สงขลา จ.นราธิวาส จ.ปัตตานี จ.ยะลา และ จ.สตูล)
- ยาที่ใช้ในทางที่ผิดและเฝ้าระวัง เช่น ทรามาดอล มีการลักลอบนำเข้าและแพร่ระบาดใน จ.สตูล เป็นที่นิยมของกลุ่มวัยรุ่นทั้งในและนอกสถานศึกษา

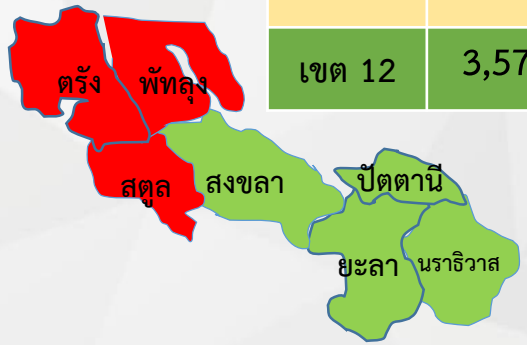
ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate)

จังหวัด	A	B	ร้อยละ
สงขลา	1707	445	26.07
สตูล	233	110	47.21
ตรัง	159	89	55.97
พัทลุง	37	8	21.72
ปัตตานี	589	189	32.09
ยะลา	130	16	12.31
นราธิวาส	102	38	37.25
เขต 12	2,957	895	30.27



ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพ ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (Remission Rate)

จังหวัด	A	B	ร้อยละ
สงขลา	471	224	47.56
สตูล	253	78	30.83
ตรัง	217	78	35.94
พัทลุง	155	39	25.16
ปัตตานี	720	476	66.11
ยะลา	866	447	51.62
นราธิวาส	891	453	50.84
เขต 12	3,573	1,795	50.24



12. ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate) เป้าหมาย > ร้อยละ 40

PASS

Drug addict

ปัญหา / อุปสรรค

ระบบ บสต. ใหม่ ไม่เสถียร ส่งผลต่อการบันทึกข้อมูลที่ล่าช้า จึงไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และไม่สามารถเชื่อมต่อกับระบบสารสนเทศ ของโรงพยาบาล จึงต้องบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านยาเสพติดยังไม่ครอบคลุมตามระบบ service plan เช่น แพทย์ผู้รับผิดชอบยาเสพติดมีการหมุนเวียน และไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติด (ผ่าน 27 รพ. จาก 77 รพ.) ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่ยุ่งยากซับซ้อน

ระบบโครงสร้างงานยาเสพติดที่ไม่สามารถจัดอัตรากำลังคนได้ส่งผลต่อการพัฒนางานที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะต่อพื้นที่

- ระบบติดตามผู้ป่วยบังคับบำบัดไม่ชัดเจน เสนอที่ประชุม ศอ.ปส.จ. เร่งรัด
- สนับสนุนผู้ปฏิบัติงาน สร้างนวัตกรรม ในการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

- ประสาน กบรส.เชื่อมต่อ บสต. กับ ระบบ HIS ของหน่วยงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อน
- ปรับโครงสร้างงานยาเสพติดผ่านการทำ FTE เพื่อกำหนดอัตรากำลังที่เหมาะสม

สิ่งที่น่าชื่นชม

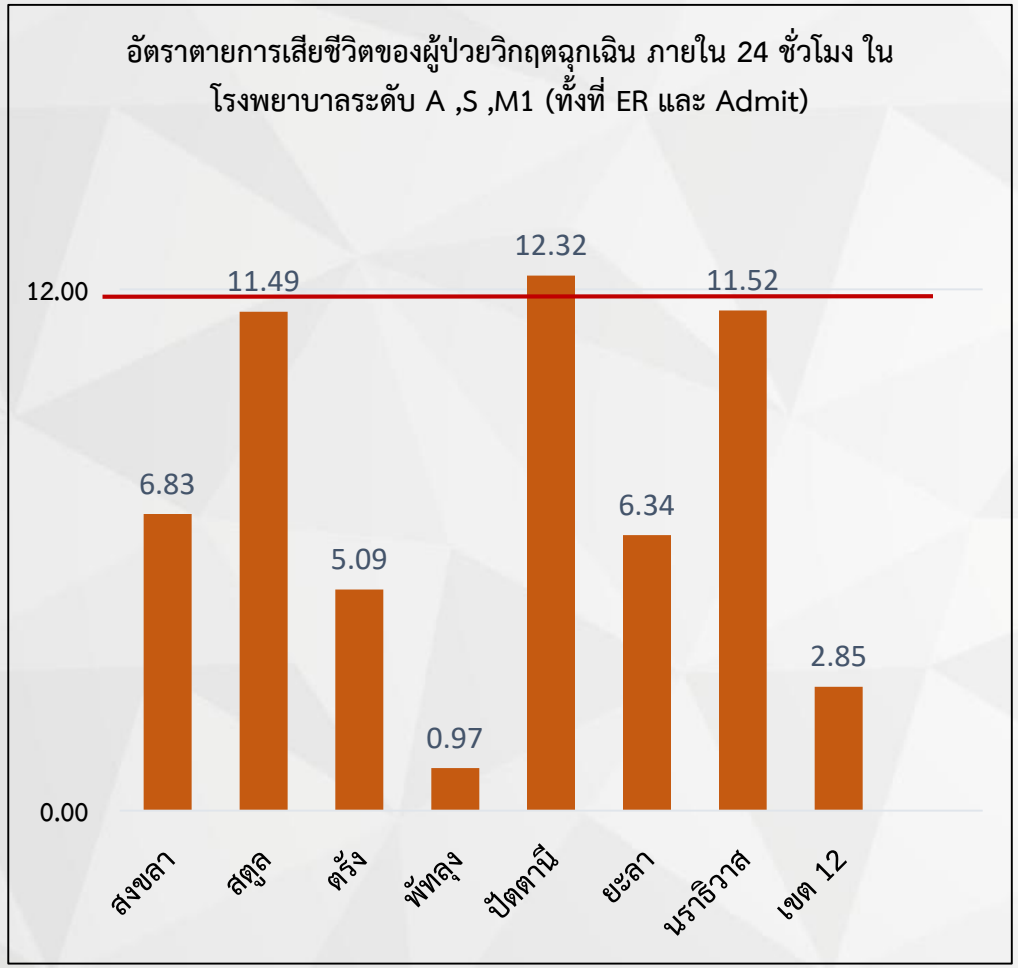
- มีการประสานความร่วมมือแก้ไขปัญหาร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน
- ผู้ปฏิบัติงานมีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด
- นราธิวาสมีการดำเนินงานบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) อย่างเป็นรูปธรรม และเป็นจังหวัด TO BE NUMBER ONE รักษาเพชร ปีที่ 1
- ปัตตานี มีการดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติด ตามนโยบายของแม่ทัพภาค 4 ระดับจังหวัดจากหลายภาคส่วน (Pattani model)

13. อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triagel level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1

เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 12

Trauma

PASS



สถานการณ์

รพ.ระดับ A,S ส่วนใหญ่ห้อง ER มีความแออัด อีกทั้งการเข้าถึงบริการล่าช้าและหน่วย FR ไม่ครอบคลุมพื้นที่

ขอชื่นชม

จังหวัดสตูลมีการประสานความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับมาเลเซียบริการ EMS

ปัญหา / อุปสรรค

1.ประชาชนขาดความตระหนักในการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน และการเข้าถึงบริการ 1669 น้อย

2.ขาดการวิเคราะห์ข้อมูล ใน TEA unit

3.ข้อมูลใน HDC ไม่เป็นปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

1. ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่าย เพื่อประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการ 1669 และให้ข้อมูลประโยชน์การใช้บริการ EMS

2.สนับสนุนการพัฒนา TEA unit เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ

3.พัฒนาการลงข้อมูล Truama ในฐาน HDC

14. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย > ร้อยละ 70

PASS

ลำดับ	จังหวัด	ผลการดำเนินการตามประเด็นการตรวจราชการ (/)รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562										คำอธิบายเพิ่มเติม
		1. มีข้อมูล (25 คะแนน)					2. มีแผนการบริหารตำแหน่ง (25 คะแนน)	3. มีการดำเนินการตามแผน (ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด ไม่เกินร้อยละ 5) (25 คะแนน)	4. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 (25 คะแนน)	5. การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยร้อยละกว่า 70 (100 คะแนน)*	6. ผ่าน (/) ไม่ผ่าน (x)	
		1. ความเป็นปัจจุบัน			2. มีรายงาน	3. มีการใช้ประโยชน์						
		ใบประกอบวิชาชีพ	วุฒิในตำแหน่ง	บันทึกคำสั่งเงินเดือน								
1	ตรัง	83.51	100	ครบ 1/เสนอ 1	มี	มี	✓	5.57	74.44	> 70	✓	
2	นราธิวาส	100	100	ครบ	มี	มี	✓	5.37	85.89	> 70	✓	
3	ปัตตานี	100	97	ครบ	มี	มี	✓	5.96	81.63	> 70	✓	
4	พัทลุง	100	100	ครบ	มี	มี	✓	5.02	76.82	> 70	✓	
5	ยะลา	100	100	ครบ	มี	มี	✓	5.90	79.13	> 70	✓	
6	สงขลา	100	100	ครบ	มี	มี	✓	7.50	77.46	> 70	✓	
7	สตูล	100	100	ครบ	มี	มี	✓	5.16	78.42	> 70	✓	
รวม								5.78	79.11		✓	

จังหวัดที่มีประสิทธิภาพฯ 7 จังหวัด / จังหวัดทั้งหมด 7 จังหวัด x100 = 100

เขตสุขภาพที่ 12 มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ✓

ที่มา : แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด (ตก.1)

ข้อมูล ณ วันที่ 25 มีนาคม 62 โดย คณะตรวจฯ บค. เขต 12

*ผลการประเมินในเบื้องต้น > 70 คะแนน ทั้งนี้ ผลการประเมินจะต้องผ่านการตรวจสอบและกลั่นกรองตามขั้นตอนการดำเนินงานของคณะตรวจราชการ กอง บ.ค.ฯ ก่อน และจะแจ้งผลให้ทราบต่อไป

14. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย > ร้อยละ 70

ประเด็น ปัญหา อุปสรรค

★บุคลากรบางส่วนไม่ได้แจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล, ใบประกอบวิชาชีพ,วุฒิการศึกษา ทำให้ฐานข้อมูลในระบบ HROPS ไม่เป็นปัจจุบัน

★เจ้าหน้าที่ยังขาดความชำนาญในการดึงข้อมูลรายงานต่างๆ ในระบบ

ข้อเสนอแนะ

★<u>ส่วนกลาง</u> จัดให้มีการอบรม/แนะนำ/ให้คำปรึกษา การใช้งานโปรแกรม HROPS แก่ผู้รับผิดชอบของจังหวัด

★<u>จังหวัด</u> ตรวจสอบและปรับปรุงข้อมูลความเคลื่อนไหวด้านบุคลากร 5 ประเภทการจ้าง ในระบบ HROPS ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

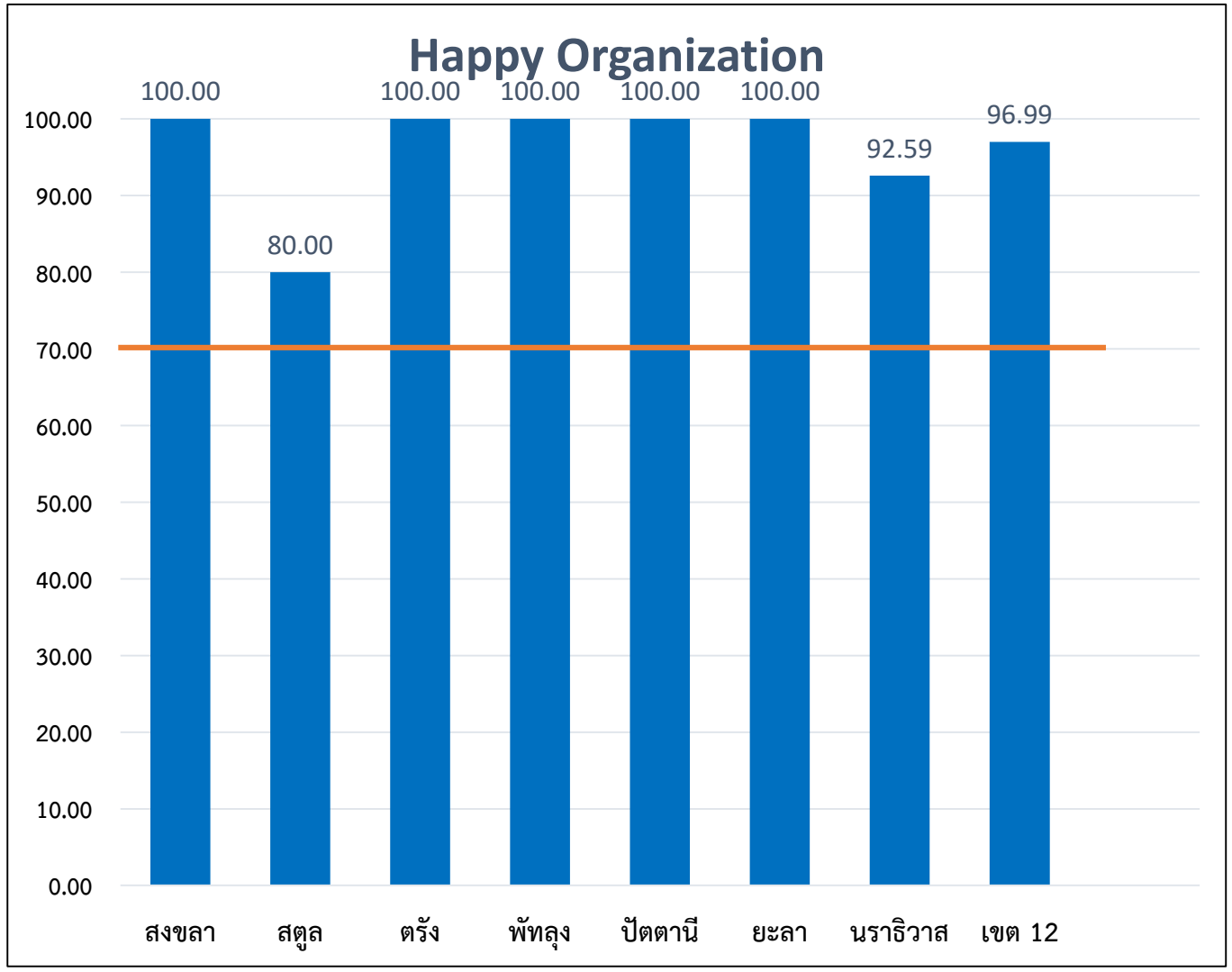
ที่มา : แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด (ตก.1)

ข้อมูล ณ วันที่ 25 มีนาคม 62 โดย คณะตรวจฯ บค. เขต 12

15. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)

เป้าหมาย > ร้อยละ 70

PASS



จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
สงขลา	34	34	100.00
สตูล	15	12	80.00
พัทลุง	23	23	100.00
ตรัง	22	22	100.00
ปัตตานี	25	25	100.00
ยะลา	19	19	100.00
นราธิวาส	27	25	92.59
เขต 12	**166**	**161**	96.99

15. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)

เป้าหมาย > ร้อยละ 70

ประเด็น ปัญหา อุปสรรค

1. ระบบ Happinometer online error บ่อย
2. จนท.แก้ไขข้อมูลในระบบไม่ได้
3. ดำเนินตามแผนช้าเนื่องจาก online system error
4. ผู้รับผิดชอบงานไม่มีความรู้ความเข้าใจในการวิเคราะห์ข้อมูลตามคู่มือที่ กยผ.ได้จัดส่งมาให้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรปรับปรุงระบบให้มีความเสถียรรองรับการเข้าตอบแบบประเมินและตรวจสอบผลการประเมิน
2. กยผ.ควรจัดทำคู่มือที่มีความละเอียดมากกว่านี้ เพื่อที่ผู้รับผิดชอบจะสามารถดำเนินการวิเคราะห์ตามคู่มือได้เอง

16. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

PASS

PMQA

ตัวชี้วัด	หน่วยงาน	ผลการดำเนินงาน			หมายเหตุ
		เป้าหมาย (แห่ง)	ผลงาน (แห่ง)	(ร้อยละ)	
ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ (PMQA) ที่กำหนด	สสจ	7	7	100	มีการส่งผลงานทันเวลาครบทุกแห่ง บรรลุเกินเกณฑ์ เป้าหมาย สสจ. ร้อยละ 70 ผลงาน ร้อยละ 100 สสอ. ร้อยละ 40 ผลงาน ร้อยละ 93.51
	สสอ.	77	72	93.51	

ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา

1. พัฒนา สสจ/สสอ. ที่ผลงานเด่น เป็นต้นแบบการพัฒนาภายในเขต
2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนา PMQA ระดับเขต
3. ส่วนกลางควรพัฒนาระบบผลการดำเนินงานออนไลน์ให้ Real Time
4. ส่วนกลางและสสจ. ควรจัดหลักสูตรให้ความรู้ PMQA กับบุคลากรอย่างเข้มข้น

จุดเด่นในการดำเนินงาน

1. สสจ. มีการนำกระบวนการ PMQA มาประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ขององค์กร สู่การปฏิบัติโดยนำไปใช้ในการนิเทศงาน คปสอ.
2. ส่วนกลางขอเชิญชวนเขตสุขภาพที่ ๑๒ เป็นเขตต้นแบบนำร่องการพัฒนา PMQA เต็มพื้นที่ ปี ๒๕๖๓

17. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3

เป้าหมาย : (รพศ./รพท./กรมฯ ร้อยละ 100, รพช. ร้อยละ 80)

สถานการณ์

ประเด็น/หัวข้อการประเมิน	ตรัง	พัทลุง	สงขลา	สตูล	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม
จำนวน รพ. สังกัด กสธ. (ทั้งหมด)	11	11	19	7	13	9	13	83
1.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง	10	11	17	7	12	8	13	78
1.1 ระดับ รพศ./รพท.	1	1	2	1	1	2	2	10
-ที่ผ่านการรับรองขั้น	1	1	2	1	1	2	2	10(100%)
-ที่ยังไม่ผ่านการรับรองขั้น 3	-	-	-	-	-	-	-	-
1.2 ระดับ รพช.	9	10	15	6	11	6	11	68
- ที่ผ่านการรับรองขั้น 3	8	9	15	5	11	6	11	65(95.59%)
- ที่ยังไม่ผ่านการรับรองขั้น 3	1 หาดสำราญ	1 ศรีนครินทร์	-	1 มะนัง	-	-	-	3
2.สังกัดกรมต่างๆ	1	-	2	-	1	1	-	5
-ที่ผ่านการรับรองขั้น 3	1	-	2	-	1	-	-	4
- ที่ยังไม่ผ่านการรับรองขั้น 3	-	-	-	-	-	1(แม่&เด็ก)	-	1

สรุปผล

รพศ.รพท./กรม		รพช.	
แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ
14	93.33	65	95.59

ปัญหาอุปสรรค

- แผนพัฒนาไม่ชัดเจนครอบคลุมด้านคลินิก/ด้านสนับสนุนบริการ
- ศักยภาพพี่เลี้ยง (คุณภาพ & ปริมาณ)
- แพทย์ รพช.หมุนเวียนบ่อย/ส่งผลระบบงานไม่ต่อเนื่อง
- แรงจูงใจทีมทำงานและความก้าวหน้าของผู้รับผิดชอบศูนย์คุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

- ผลักดันให้มีหลักสูตรคุณภาพต่อผู้ที่ก้าวสู่การเป็นผู้บริหารระดับต่างๆ
- สนับสนุนงบฯ เช่น ระบบบาบัดน้ำเสีย หน่วยซักฟอก จ่ายกลางปรับปรุงพื้นที่ เช่น ห้องตรวจแยกโรค ห้องผ่าตัด ฯลฯ ที่สอดคล้องกับมาตรฐาน
- ปรับโครงสร้างตำแหน่งงานผู้รับผิดชอบงานคุณภาพ

มาตรการสำคัญ

- คณะกรรมการระดับเขตและจังหวัด : จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ รพ.
- พัฒนาพี่เลี้ยงคุณภาพ (QLN/จว.ดำเนินการเอง)
- มีระบบกำกับ ติดตาม

ประเด็นพัฒนาเร่งด่วน : 1.การสร้างพี่เลี้ยงระดับเขต 2.ผู้เยี่ยมสำรวจฯของ รพ.

18. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว เป้าหมาย ร้อยละ 60

FAILED

สถานการณ์

- ปี 2560 รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ติดดาว 66 แห่ง (8.30%)
- ปี 2561 สามารถพัฒนา รพ.สต. ติดดาว เพิ่มขึ้นเป็น 40.88 %
- ปี 2562 สามารถพัฒนา รพ.สต. ติดดาว เพิ่มขึ้นเป็น 41.55 %
- ทุกจังหวัดมีแผนพัฒนา รพ.สต.ติดดาว และกำลังเร่งรัดพัฒนาตามเกณฑ์

ผลการดำเนินงานปี 2562

จังหวัด	ผ่าน 3 ดาว		ผ่าน 4 ดาว		ผ่าน 5 ดาว	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตรัง	125	100.00	82	65.60	43	34.40
พัทลุง	124	100.00	72	58.06	33	26.61
สตูล	45	81.82	18	32.73	20	44.44
สงขลา	175	100.00	53	30.29	122	69.71
ปัตตานี	129	100.00	54	41.86	45	34.88
ยะลา	78	96.30	38	46.91	29	37.18
นราธิวาส	111	100.00	23	20.72	35	31.53
รวมภาพเขต	787	98.38	340	42.50	327	41.55

รวมผ่านเกณฑ์ 3 ดาวขึ้นไป = 98.38 %

ปัญหาอุปสรรค

งบประมาณในการปรับโครงสร้าง/ IC, ENV

ข้อเสนอแนะ

- ให้ คป.สอ.สนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาตามเกณฑ์โครงสร้าง รพ. สต. ติดดาว
- จัดทีม สหวิชาชีพทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง/สนับสนุนการพัฒนา รพ.สต. ติดดาว
- จัดระบบเพื่อพัฒนาผลลัพธ์และการสร้างแรงจูงใจ

ประเด็นที่น่าชื่นชม

ผู้บริหารจังหวัดและ CUP ให้ความสำคัญและลงตรวจเยี่ยม รพ.สต.

19. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

เป้าหมาย : (รพศ./รพท. จังหวัดละ 1 แห่ง, รพช. ร้อยละ 50)

สถานการณ์

- มีการรับการประเมินตรวจราชการ ดูความพร้อมทั้ง Software และ Hardware และชี้แจ้งตัวชี้วัดเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่มีเริ่มในปี 2562 นี้

การดำเนินงาน Digital Transformation รพศ./รพท. เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
สงขลา	2	1	50.00
สตูล	1	1	100.00
ตรัง	1	1	100.00
พัทลุง	1	1	100.00
ปัตตานี	1	0	0.00
ยะลา	2	0	0.00
นราธิวาส	2	1	50.00
เขต 12	10	5	50.00

การดำเนินงาน Digital Transformation รพช. เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
สงขลา	15	0	0.00
สตูล	6	0	0.00
ตรัง	9	0	0.00
พัทลุง	10	0	0.00
ปัตตานี	11	0	0.00
ยะลา	6	0	0.00
นราธิวาส	11	0	0.00
เขต 12	68	0	0.00

19. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

เป้าหมาย : (รพศ./รพท. จังหวัดละ 1 แห่ง, รพช. ร้อยละ 50)

เกณฑ์การประเมินผล	ผลการดำเนินงาน
ระดับ 1 Smart Tools	- Queue Online, HIS Gateway
ระดับ 2. Smart Service	- การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ - การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์แทนการใช้ OPD Card แบบกระดาษ
ระดับ 3. Smart Outcome:	ระบบวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model (Enterprise Resource Planning System ; ERP)

กลุ่มเป้าหมาย Smart Hospital (รพศ. รพท. ทุกแห่ง, รพช. 50%, รพ.กรม 50%) ผ่านเกณฑ์ระดับ 2 หมายถึง ทำ smart tool, smart service 3 เรื่อง ดังนี้

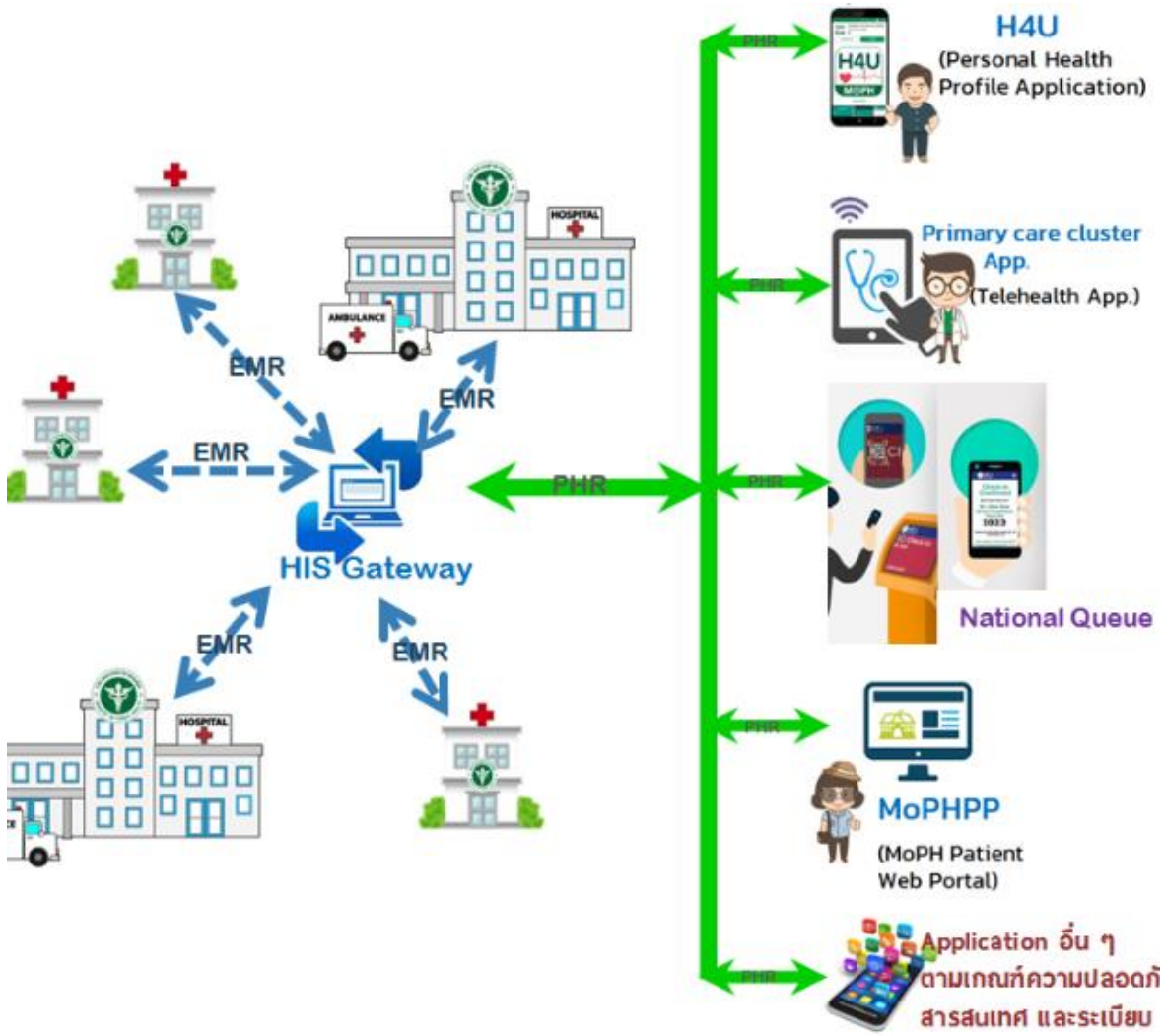
✔ 1. คิว :
รพ. เปิดให้บริการระบบคิวแบบอิเล็กทรอนิกส์ในโรงพยาบาล : อย่างใดอย่างหนึ่ง (หรือทั้งสองอย่าง)
1.1 เปิดให้บริการระบบคิวในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยรับแจ้งเตือนคิวผ่านมือถือ หรือ ดูที่หน้าจอทีวี)
1.2 เปิดให้บริการจองคิวออนไลน์ (ผู้ป่วยสามารถจองคิว คลินิกที่ รพ.เปิดให้จองผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ได้)

✔ 2. ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ : มีการบันทึกข้อมูลการสั่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์ลงในระบบ HIS โดยแพทย์ (หรือเจ้าหน้าที่ที่ห้องตรวจ) 100% ของจำนวนแพทย์ที่ออกตรวจที่ OPD

✔ 3. การแลกเปลี่ยนข้อมูล : มีการติดตั้งและทดสอบการใช้งาน API : HIS gateway เพื่อรองรับการ ทำงานด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ รพ. ต่อไป

19. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

เป้าหมาย : (รพศ./รพท. จังหวัดละ 1 แห่ง, รพช. ร้อยละ 50)



ประเด็นที่ทำได้ดี

- ผู้บริหารบางแห่งมีความสามารถ และเป็นผู้นำในการพัฒนาได้เป็นอย่างดี
- ในเขต ยังมีองค์ความรู้ที่พอจะพึ่งพากันได้ หากมีทีมตัวกลางเพื่อให้เกิดการร่วมตัวและสร้างเครือข่าย

ปัญหาอุปสรรค

- ขาดบุคลากรทางด้านสาย IT เนื่องจากมีการลาออกบ่อย
- ศูนย์เทคโนฯชี้แจ้งล่าช้า
- อุปกรณ์ IT อายุใช้งานหลายปี บางแห่งไม่พร้อมพัฒนาระบบได้
- งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

- ควรเตรียมความพร้อมทางด้านฮาร์ดแวร์ สำหรับระบบที่ต้องพัฒนา

20. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

FAILED

คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster

ICT @NOPH

เป้าหมาย 12 เขตสุขภาพ 12 จังหวัด
จำนวนทีมแม่ข่าย PCC 201 ทีม

เขต/จังหวัด	PCC	หน่วยบริการ	เขต/จังหวัด	PCC	หน่วยบริการ	เขต/จังหวัด	PCC	หน่วยบริการ
1. เชียงราย	21	31	5. กาญจนบุรี	14	24	9. สุรินทร์	10	15
2. เพชรบูรณ์	14	18	6. ฉะเชิงเทรา	15	26	10. อุบลราชธานี	33	52
3. กำแพงเพชร	27	57	7. กาฬสินธุ์	12	18	11. สุราษฎร์ธานี	17	16
4. ปทุมธานี	15	19	8. เลย	7	8	12. ตรัง	16	31

ปัญหา / อุปสรรค

1. ไม่มีคนขับเคลื่อนการใช้ Application ในจังหวัด แต่มี รพศ.ขับเคลื่อนในส่วนเครือข่าย PCC รพศ.ในอำเภอเมือง
2. รพ.สต. ไม่มี IP จริงที่จะเชื่อมกับโปรแกรม PCC Link
3. รพช.และ รพ.สต. บางแห่งไม่ส่งข้อมูลเข้าโปรแกรม เนื่องจากกลัวความผิด พรบ.ข้อมูลสุขภาพ
4. ไม่มีความชัดเจนในแนวทางการพัฒนาโปรแกรม PCC ทั้งผู้พัฒนา JHCIS และ HOSXP ที่จะพัฒนามาให้

ข้อเสนอแนะ

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดรายละเอียด Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

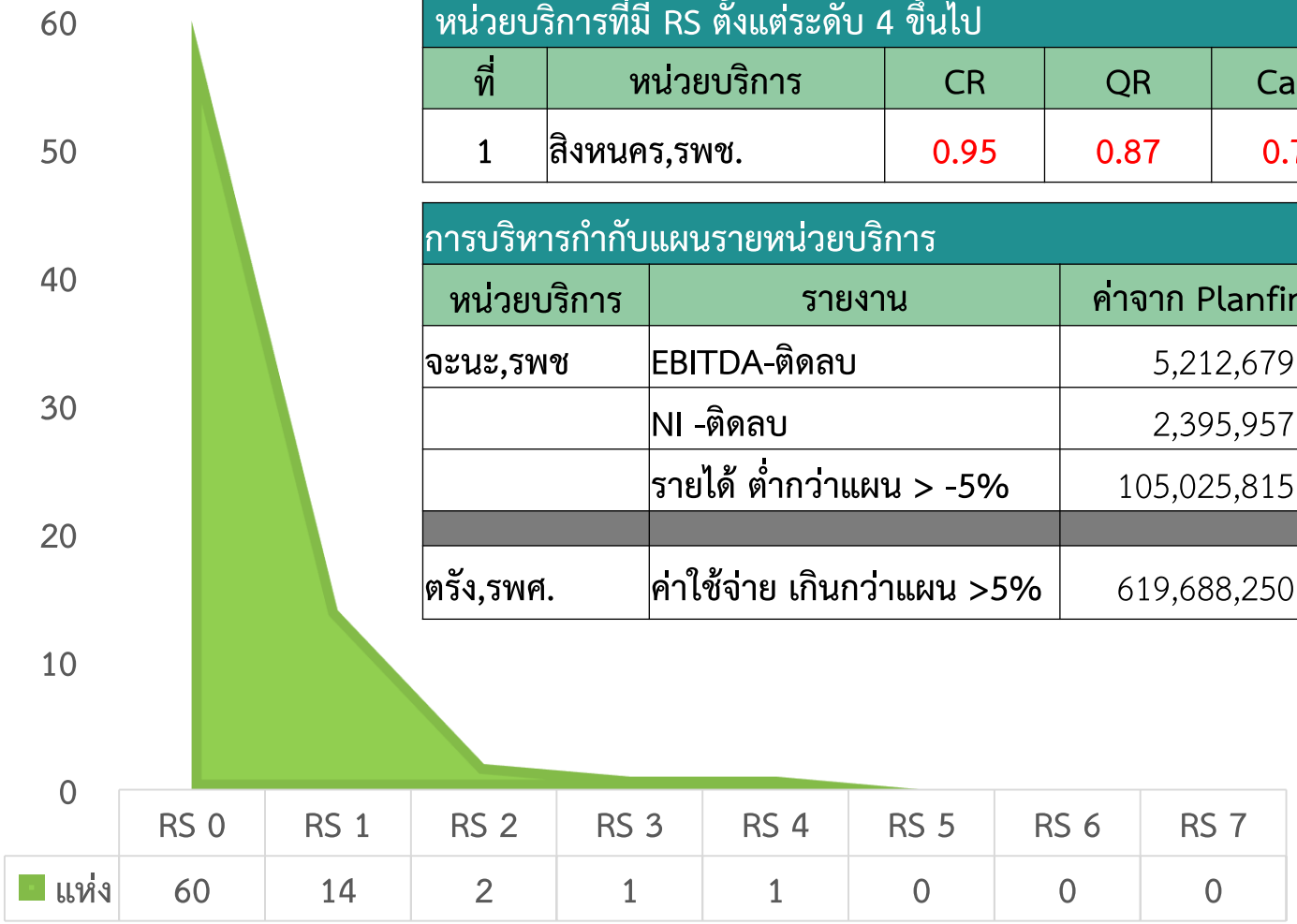
21. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน เป้าหมาย (ไม่เกิน ร้อยละ 4)

จำนวนโรงพยาบาลที่มีวิกฤติระดับ 7 ปี 2559 - 2562

PASS

จังหวัด	Risk Scoring (2559 - 2562)													
	ปี 2559 (แห่ง)				ปี 2560 (แห่ง)				ปี 2561 (แห่ง)				ปี 2562 (แห่ง)	
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	ก.พ.
สงขลา	2	5	4	4	0	0	2	4	0	0	1	0	0	0
สตูล	0	3	5	3	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0
ตรัง	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
พัทลุง	1	2	4	5	0	0	0	4	0	0	0	1	0	0
ปัตตานี	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
ยะลา	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
นราธิวาส	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
ภาพรวมเขต 12	3	*10	*15	*17	0	0	2	*10	0	0	1	4	0	0

รพ.ที่ต้องเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง



หน่วยบริการที่มี RS ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป

ที่	หน่วยบริการ	CR	QR	Cash	NWC	NI	Risk Scoring
1	สิงหนคร,รพช.	0.95	0.87	0.70	-1,604,569.36	8,876,047.02	4

การบริหารกำกับแผนรายหน่วยบริการ

หน่วยบริการ	รายงาน	ค่าจาก Planfin	ผลการดำเนินงานจริง	ผลต่าง(บาท)	ผลต่าง(%)
จะนะ,รพช	EBITDA-ติดลบ	5,212,679.23	-8,491,585.53	-13,704,264.760	-262.90
	NI -ติดลบ	2,395,957.43	-7,430,398.86	-9,826,356.29	-410.12
	รายได้ ต่ำกว่าแผน > -5%	105,025,815.40	92,846,703.64	-12,179,111.76	-11.60
ตรัง,รพศ.	ค่าใช้จ่าย เกินกว่าแผน >5%	619,688,250.00	653,105,501.53	33,417,251.53	5.39

แหล่งข้อมูล http://hfo62.cfo.in.th ณ วันที่ 16 มีนาคม 2562

ผลการประเมินการตรวจราชการด้านการบริหารการเงินการคลัง

หน่วยบริการ	1. การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง		2. พัฒนาการบริหารระบบบัญชี			3. ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน			
	แผนทางการเงิน (Planfin) ครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์	มีรายได้ > ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับ แผนทางการเงิน (Planfin)	หน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์ การตรวจสอบ งบทดลองด้วย ระบบอิเล็กทรอนิกส์	หน่วยเบิกจ่าย มีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารใน ระบบ GFMIS ถูกต้องตรงกับ รายงานเงินคงเหลือประจำวัน และงบกระทบยอด เงินฝากธนาคาร	หน่วยเบิกจ่าย จ่ายเงิน-รับเงิน และนำส่งคลัง ผ่านระบบ อิเล็กทรอนิกส์	หน่วยบริการ มีผลต่างแผนและ ผลไม่เกิน ± 5 (ด้านรายได้)	หน่วยบริการ มีผลต่างแผนและ ผลไม่เกิน ± 5 (ด้านค่าใช้จ่าย)	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ ประเมิน ≥ 5 ตัว จาก 7 Plus (ไตรมาส 1/62)	Unit costไม่เกิน ค่ากลางในกลุ่มระดับ เดียวกัน (ไตรมาส 1/62)
สงขลา (17)	17	16	17	3	2	2	12	7	16
สตูล (7)	7	7	7	2	2	1	6	2	6
ตรัง (10)	10	10	10	2	2	1	5	2	9
พัทลุง(11)	11	11	11	2	2	0	9	5	10
ปัตตานี (12)	12	12	12	2	2	2	8	2	4
ยะลา (8)	8	6	8	3	3	0	4	0	6
นราธิวาส(13)	13	13	13	3	1	1	11	1	2
รวมเขต 12 (78)	78	75	78	17	14	7	55	19	53
คิดเป็นร้อยละ	100	96.15	100	100	82.35	8.97	70.51	24.36	67.95
เกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 80
ผลการประเมิน	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์

Timeline การปรับแผนทางการเงินกลางปี PlanFin2562

การจัดกลุ่มตามความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

กลุ่มการเงินมั่นคง (34)

- สงขลา : หาดใหญ่ สมเด็จฯนาทวี เทพา สะเดา สะบ้าย้อย
- สตูล : -
- ตรัง : ตรัง กันตัง
- พัทลุง : พัทลุง กงหรา

- ปัตตานี : ปัตตานี หนองจิก มายอ ทุ่งยางแดง ยะหริ่ง ยะรัง สายบุรี กะพ้อ
- ยะลา : ยะลา บันนังสตา รามัน ยะหา กาบัง กรงปินัง
- นราธิวาส : นราธิวาสฯ สุไหงโกลก เจาะไอร้อง ตากใบ บาเจาะ ยี่งอฯ ระแงะ รือเสาะ แว้ง ศรีสาคร สุไหงปาดี

กลุ่มเฝ้าระวัง(27)

- สงขลา :สงขลา จะนะ ควนเนียง บางกล่ำ กระแสสินธุ์ ปาดังเบซาร์
- สตูล : ควนโดน ละงู ทุ่งหว้า ควนกาหลง
- ตรัง : ปะเหลียน วังวิเศษ รัษฎา หาดสำราญ
- พัทลุง : ศรีบรรพต บางแก้ว ควนขนุน ศรีนครินทร์ ป่าพะยอม ปากพะยูน ป่าบอน
- ปัตตานี : ไม้แก่น ปะนาเระ

- ยะลา : เบตง ธารโต

- นราธิวาส :จะแนะ สุคิริน

กลุ่มเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด(17)

- สงขลา : สทิงพระ ระโนด นาหม่อม สิงหนคร คลองหอยโข่ง รัตภูมิ
- สตูล : สตูล มะนัง ท่าแพ
- ตรัง : ห้วยยอด นาโยง สิเกา ย่านตาขาว
- พัทลุง : เขาชัยสน ตะโหมด

- ปัตตานี : โคกโพธิ์ แม่ลาน

- ยะลา : -

- นราธิวาส : -

การจัดกลุ่มตามความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

ปัญหา / อุปสรรค

การรับรู้รายได้ เงินกองทุน UC ไม่ได้รับรู้เป็นรายได้ของหน่วยบริการในเดือนที่รับเงิน ทำให้ส่งผลข้อมูลทางการเงินคลาดเคลื่อน

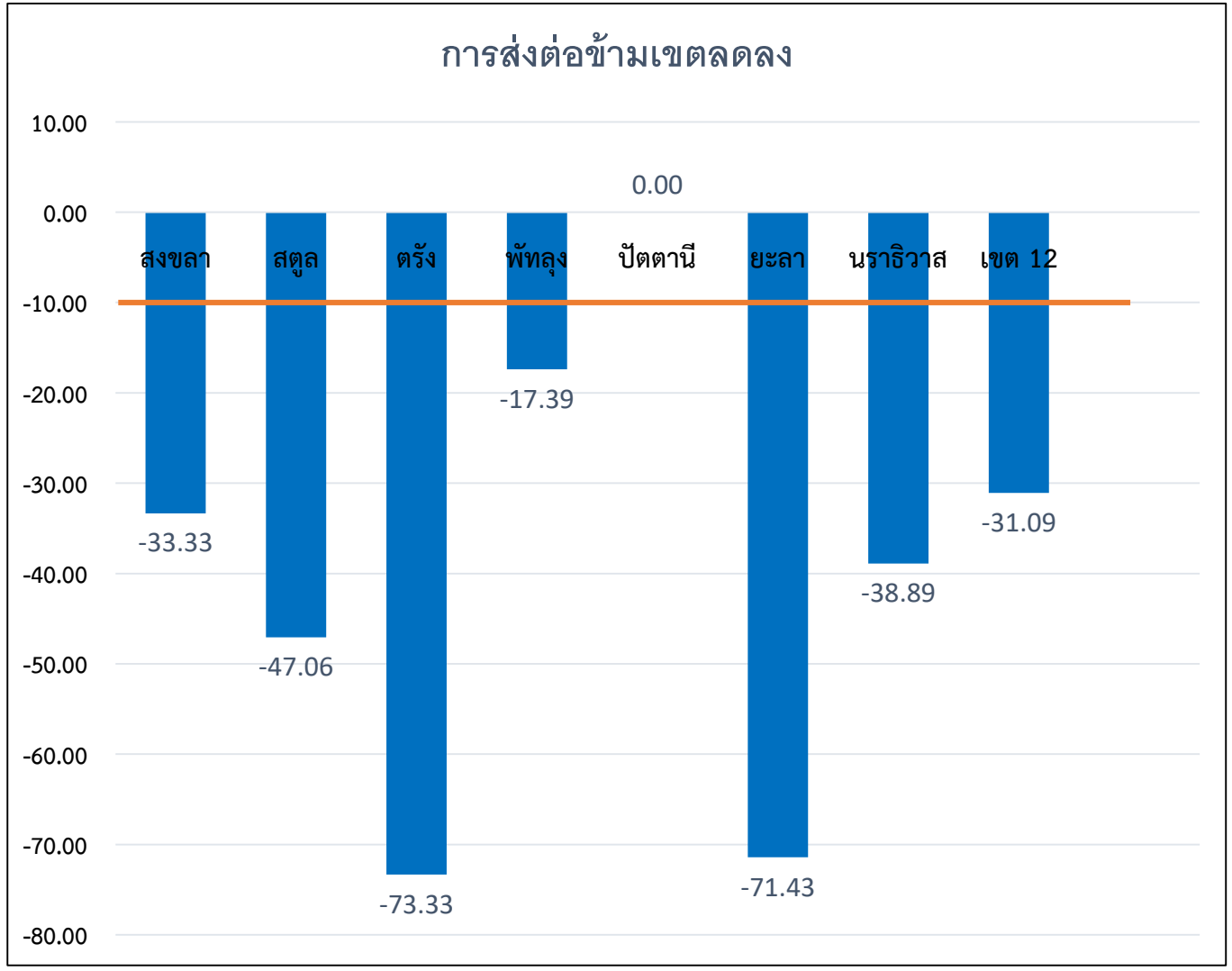
ข้อเสนอแนะ

1. ไตรมาสที่ 3 จะมีการจัดสรรเงิน CF เพื่อช่วยเหลือหน่วยบริการที่ความเสี่ยงจะเกิดวิกฤตทางการเงิน
2. มีการตรวจคุณภาพบัญชีหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 12

โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

- การส่งต่อข้ามเขตลดลง เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 10

PASS



จังหวัด	ปี 61	ปี 61	ร้อยละ
สงขลา	46	38	-17.39
สตูล	15	4	-73.33
พัทลุง	68	36	-47.06
ตรัง	39	26	-33.33
ปัตตานี	2	2	0.00
ยะลา	7	2	-71.43
นราธิวาส	18	11	-38.89
เขต 12	195	119	-31.09

นวัตกรรมการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการในเขตสุขภาพ (Initiative Management Model)

โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

- การส่งต่อข้ามเขตลดลง เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 10

ปัญหา / อุปสรรค

- การส่งต่อผู้ป่วย นอกเขต ส่วนใหญ่ส่งไปยัง รพ.สงขลาราชนครินทร์ (รพ.ม.อ.)
- ผู้ป่วยเดินทางไปเอง

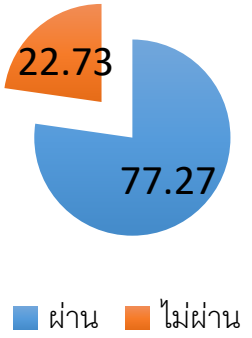
ข้อเสนอแนะ

พัฒนา Service Mangement Model การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา ได้แก่ สาขาโรคหัวใจ สาขาโรคมะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด

ผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการฯ PA) ไตรมาส 2/2562 เขตสุขภาพที่ 12

PA 22 KPI ผ่าน 17 KPI คิดเป็นร้อยละ 77.27

ไม่ผ่าน 5 KPI คิดเป็นร้อยละ 22.73



มารดาตาย
พัฒนาการเด็กตามเกณฑ์
พชอ.
GREEN& CLEAN
PCC
STROKE
TB
RDU
AMR
Sepsis
ยาเสพติด
Trauma
การบริหารกำลังคน
Happy Organization
PMQA
HA
รพ.สต. ติดดาว
Smart Hospital
APP PCC
RS 7
ส่งต่อข้ามเขต

PA ไม่ผ่านเกณฑ์

ประเด็น	กลไกขับเคลื่อน
มารดาตาย เป้าหมาย ไม่เกิน 35 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ตาย 17 ราย อัตรา 82.32 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	**1. Seamless Referral System** **2.** พัฒนาระบบข้อมูล **ANC High Risk** ให้เชื่อมโยงในการติดตามดูแลหลังคลอดในชุมชน **3.** การพัฒนาระบบ บริการและเครือข่าย **PNC** พัฒนา ระบบบริการและเชื่อมโยงในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการ **Birth Spacing** **4.** ติดตามตัวชี้วัดการปฏิเสธ **refer** และการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการ **refer** **5.** มาตรการ **Refer back** **6. Information management** แยกตามระดับ

PA ไม่ผ่านเกณฑ์

ประเด็น	กลไกขับเคลื่อน
TB **เป้าหมาย ร้อยละ 85** **(รักษาสำเร็จ 37 ราย ร้อยละ 3.89)**	• จัดตั้ง Case Management Team ในโรงพยาบาลครบทุกจังหวัด • การคัดกรองเชิงรุก กลุ่มเสี่ยงวัณโรค 7 กลุ่มเสี่ยง • บันทึกและรายงานข้อมูลโปรแกรมTBCM • มีการสอบสวนโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต • การติดตาม เยี่ยมติดตามงาน และนิเทศบูรณาการ ถึงระดับ รพ. • การติดตามคุณภาพดูแลผู้ป่วยวัณโรค การเยี่ยมบ้าน (ระดับหน่วยบริการ) ด้วย Case Management Team • มีระบบติดตามผู้ป่วยเมื่อมีการส่งต่อการรักษา และติดตามการรักษาจนผู้ป่วยวัณโรครักษาหาย โดยสร้างและทำงานกับเครือข่ายในพื้นที่ ทั้งภาครัฐ และเอกชน • การติดตามการทบทวนสาเหตุการเสียชิต การขาดยา การโอนไปรักษา

PA ไม่ผ่านเกณฑ์

ประเด็น	กลไกขับเคลื่อน
รพ.สต.ติดดาว เป้าหมาย ร้อยละ 60 (327 แห่ง ร้อยละ 41.55)	- ให้ คป.สอ.สนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาตามเกณฑ์โครงสร้าง รพ.สต.ติดดาว - จัดทีม สหวิชาชีพทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง/สนับสนุนการพัฒนา รพ.สต. ติดดาว - จัดระบบเพื่อพัฒนาผลลัพธ์และการสร้างแรงจูงใจ

PA ไม่ผ่านเกณฑ์

ประเด็น	กลไกขับเคลื่อน
Smart Hospital **เป้าหมาย รพศ./รพท จังหวัด ละ 1 แห่ง รพช. ร้อยละ 50** **(รพศ./รพท ร้อยละ 50 , ไม่มี รพช. ผ่าน)**	- ให้ รพ.นำร่องแต่ละจังหวัดเป็นพี่เลี้ยงให้กับ รพช. ในจังหวัด โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดติดตามในการประชุมคณะทำงานสารสนเทศเขตสุขภาพประจำเดือน และการตรวจราชการ
App PCC **เป้าหมาย ใช้ App PCC** **(ไม่มีหน่วยงานใช้ App PCC)**	- กำหนดรายละเอียด Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

PA ผ่านเกณฑ์

ประเด็น	Best Practice
พัฒนาการเด็ก	1. ทุกจังหวัดมีการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อส่งเสริมให้มีการคัดกรองพัฒนาการเด็ก 2. จัดทำทะเบียนในการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 3. ดำเนินการเชิงรุก เข้าพื้นที่ เพื่อติดตามการส่งเสริมพัฒนาการ 4. ติดตาม ส่งเสริม ผลักดันการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินเพื่อกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I
พชอ.	**1. อบรมพัฒนาศักยภาพทีมเลขาฯพชอ. (สสอ.) ครบ 100%** **2. ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญ มีเวทีนำเสนอผลงานการขับเคลื่อน**

PA ผ่านเกณฑ์

ประเด็น	Best Practice
PCC	**1. มีแหล่งผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เข้มแข็ง ทั้งสถาบันหลักและสถาบันสมทบ** **2. มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการพัฒนา PCC เขตเมือง เช่น รพ ยะลา , ปัตตานี , ตรัง**
RDU	• โรงพยาบาลทุกแห่ง ผ่าน RDU ขั้น1 (ร้อยละ 100) • โรงพยาบาล 28 แห่ง ผ่าน RDU ขั้น2 (ร้อยละ 36) ในจำนวนนี้มี 10 แห่ง ผ่านถึง RDU ขั้น3 (มากกว่าเป้าหมาย) • รพ.สต.ทุกจังหวัด ผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD

PA ผ่านเกณฑ์

ประเด็น	Best Practice
AMR	1. โรงพยาบาลที่ผ่านระดับ intermediate ทั้ง 8 แห่ง มีจุดเด่นที่แตกต่างกัน เช่น การออกแบบระบบคอมพิวเตอร์ใช้เอง มีทีมควบคุมการใช้ยาที่เข้มแข็งทำให้ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ การปรับยาตาม eGFR ที่เป็นปัจจุบัน การระวังใช้ยาซ้ำซ้อน การระวังการเกิด drug interaction เป็นต้น 2. ผู้บริหารสนับสนุน เป็นจุดเน้น ทำให้ดำเนินงานได้รวดเร็วและมีความก้าวหน้าดีมาก
Sepsis	มีการติดตามการทำงานโดยคณะทำงานในระดับเขต **(Sepsis Network)**

PA ผ่านเกณฑ์

ประเด็น	Best Practice
ยาเสพติด	**■มีการประสานความร่วมมือแก้ไขปัญหาร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน** **■ผู้ปฏิบัติงานมีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด** **■นราธิวาสมีการดำเนินงานบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) อย่างเป็นรูปธรรม และเป็นจังหวัด TO BE NUMBER ONE รักษาเพชร ปีที่ 1** **■ปัตตานี มีการดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติด ตามนโยบายของแม่ทัพภาค 4 ระดับจังหวัดจากหลายภาคส่วน (Pattani model)**
Trauma	มีการจัดระบบส่งต่อร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น ทางอากาศ ทางทะเล

PA ผ่านเกณฑ์

ประเด็น	Best Practice
การบริหารกำลังคน	1. มีการตรวจสอบข้อมูลสม่ำเสมอ และมีการติดตามในการประชุมคณะทำงาน HRM และ CHRO 2. มีการให้ความรู้ในการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ HROPS แก่เจ้าหน้าที่ในเขตสุขภาพ รวมทั้งมีการติดตามในการประชุมคณะทำงาน HRM และ CHRO
Happy Organization	มีการติดตามในการประชุมคณะทำงาน HRM และ CHRO
PMQA	**1. สสจ. มีการนำกระบวนการ PMQA มาประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ขององค์กร สู่การปฏิบัติโดยนำไปใช้ในการนิเทศงาน คปสอ.** **2. ส่วนกลางขอเชิญชวนเขตสุขภาพที่ ๑๒ เป็นเขตต้นแบบนำร่องการพัฒนา PMQA เต็มพื้นที่ ปี ๒๕๖๓**

PA ผ่านเกณฑ์

ประเด็น	Best Practice
RS 7	1. เฝ้าระวังสถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการ โดยควบคุม กำกับ ติดตามรายการรายรับ-รายจ่ายของหน่วบริการให้เป็นไปตามแผนทางการเงิน Planfin มีการจัดกลุ่มเฝ้าระวัง หน่วยบริการที่มีความเสี่ยงทางการเงิน กรณี NWC NI และ Ebitda ติดลบหาสาเหตุว่าเกิดจากสาเหตุใด 2. มีแผนตรวจสอบคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการในเขตแบบเข้มข้น ให้เป็นไปตามคคู่มือบัญชี หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ส่งต่อข้ามเขต	1. ความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการในสังกัด สป. และ นอก สป. 2. มีระบบ Service Model

PA ผ่านเกณฑ์

ประเด็น	Best Practice	พัฒนา
GREEN& CLEAN	**1.** โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100	**1.** พัฒนาโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป จังหวัดตรัง สตูล และปัตตานี ให้ผ่านเกณฑ์ตาม **2.** จัดทำแผนและมีการประเมินรับรองอย่างต่อเนื่อง เพื่อกำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน
Stroke	**1.** มีอุปกรณ์ในการรองรับการวินิจฉัยในหน่วยบริการทุกแห่ง	**1.** ควรพัฒนาระบบในหน่วยบริการ 2. Stroke unit ให้ครบตามเกณฑ์ (เพิ่มอีก 62 เตียง)

PA ผ่านเกณฑ์

ประเด็น	Best Practice	พัฒนา
HA	รพศ./รพท. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงผ่านร้อยละ 100	พัฒนา รพ. สังกัดกรมฯ ให้ผ่าน HA