



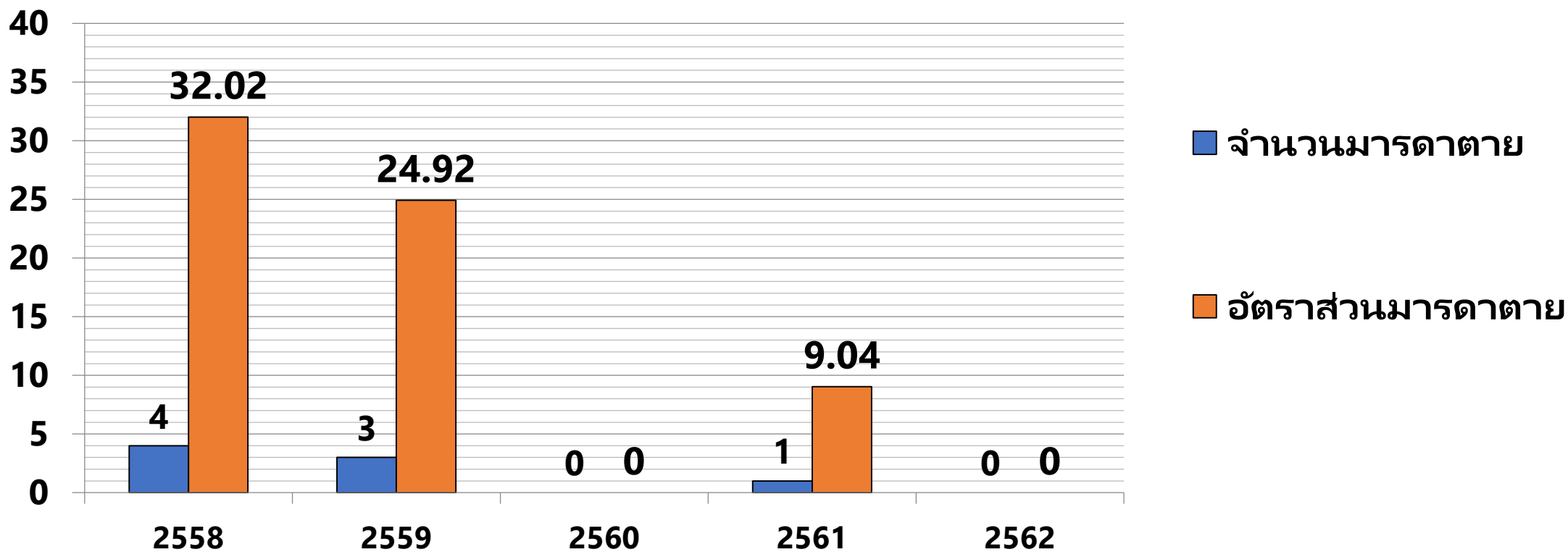
# สรุปติดตามการตรวจราชการครั้งที่ 1

ตัวชี้วัดที่ 1

อัตราการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ปี 2561 แม่ตาย 1 ราย

จากการติดเชื้อในกระแสเลือด



ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

มาตรการแก้ไขปัญหา

- ระบบ **Tele line Consulting**
- ด้านอุปกรณ์ เช่น **Balloon Temponade & Set Box PPH & PIH**
- **Set Box** ใน LR /ER ขณะรับ-ส่งต่อ
- **Coaching** โดย **MCH Board** จังหวัด/อำเภอ

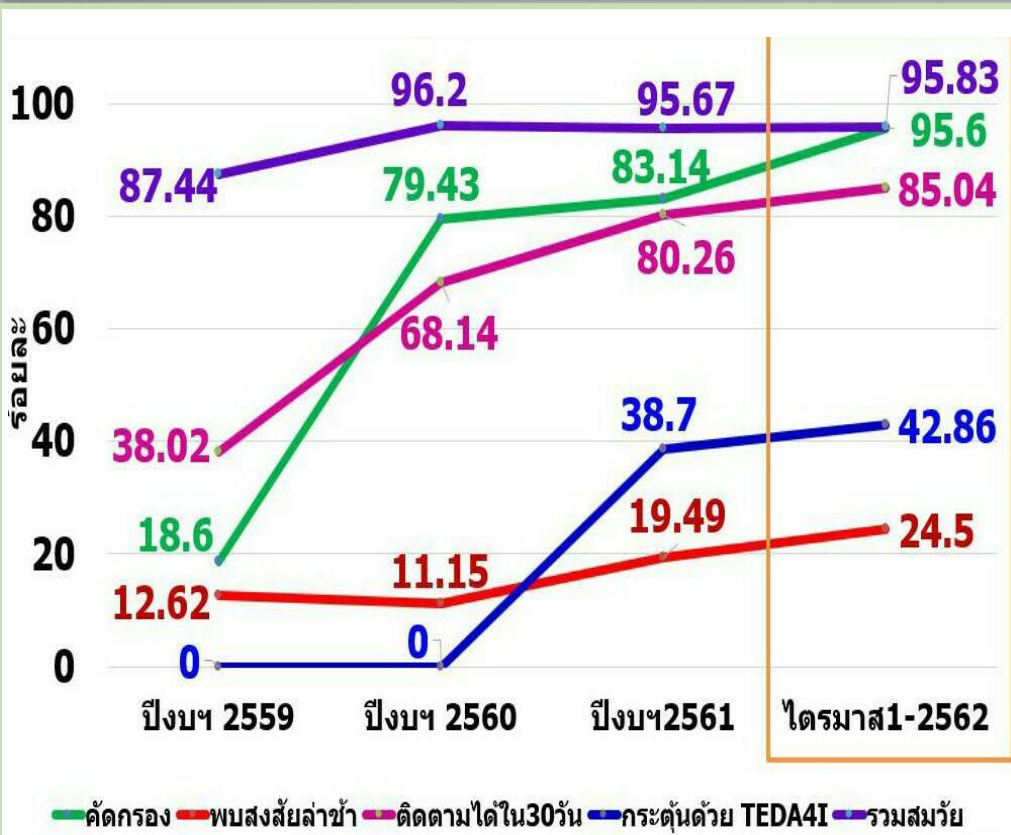
แผนงาน/โครงการ ปี 2562

- **ห้องคลอดคุณภาพ**
- **สนับสนุนการดำเนินงาน ANC**  
**คุณภาพ**

ตัวชี้วัดที่ 2

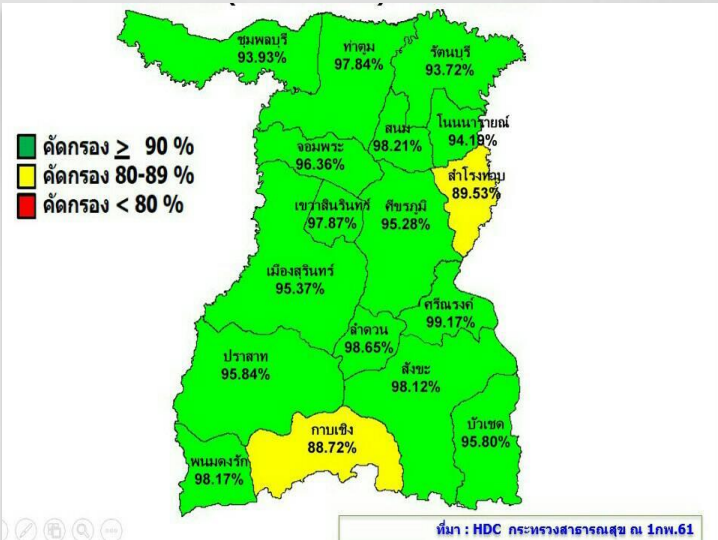
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็ก ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ผลงาน ไตรมาส 1-2562

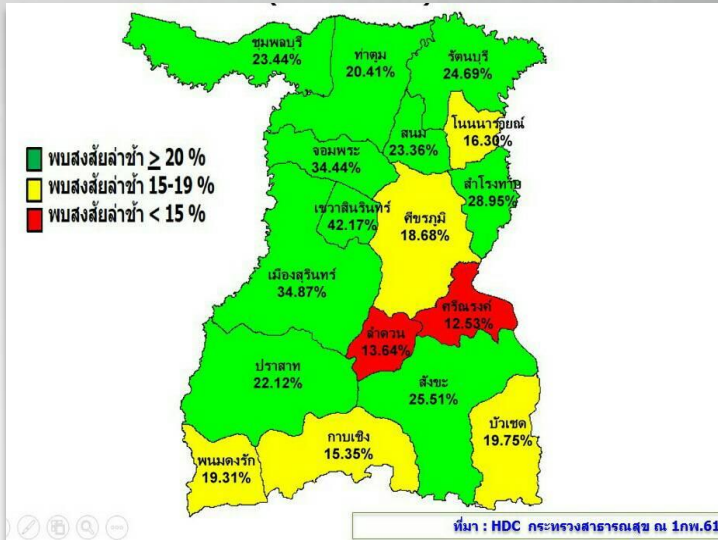


ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ 1พ.61

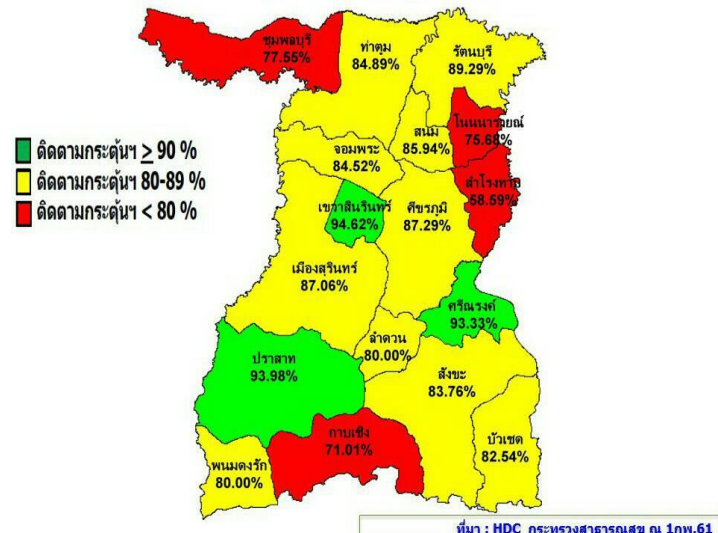
ความครอบคลุมคัดกรอง



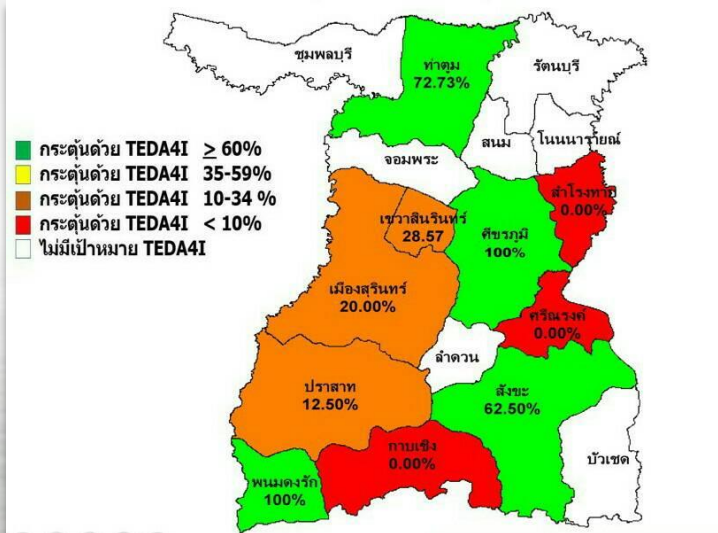
พบสงสัยล่าช้า



ติดตามกระตุ้นDSPMใน30วัน



กระตุ้นด้วยTEDA4I



**D = Development** พัฒนาการตามวัย  
(พัฒนาระบบบริการ จัดบริการตามมาตรฐาน)

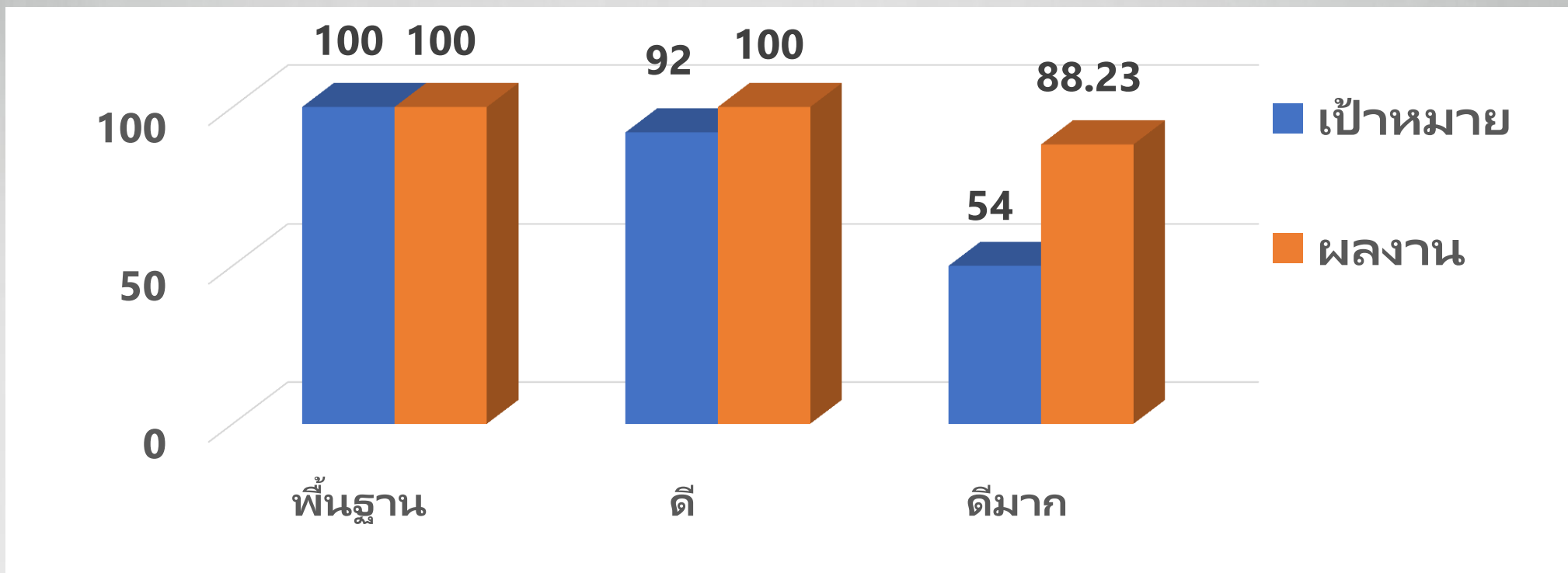
**S = Surveillance** ติดตามต่อเนื่อง  
(ผ่านกลไกระดับจังหวัด อำเภอ)

**P = Promotion** ส่งเสริมสุขภาพ  
(สร้างความตระหนักแก่ชนท. ภาคึ๑)

**M = Management** บริหารจัดการ

## ตัวชี้วัดที่ 3

### รพ.ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital



### การดำเนินงาน

1. พัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบ GREEN & CLEAN (รพ.ท่าตูม , รพ.พนมดงรักฯ)
2. ให้โรงพยาบาลเครือข่ายศึกษาดูงาน โรงพยาบาลต้นแบบ

รพ.ผ่านเกณฑ์ ระดับดี/ดีมาก  
และ Plus 10 แห่ง

## แนวทางแก้ปัญหา ปี 2562

1. น้ำเสียจากระบบบำบัด ไม่ผ่านมาตรฐาน → ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
2. ไม่มีหน่วยงานรับตรวจโครโมจากอาหาร → ม.ราชภัฏ

# ตัวชี้วัดที่ 4

## ร้อยละตำบลที่มีระบบ LTC ผ่านเกณฑ์

เป้าหมายผู้สูงอายุพึ่งพิง 6,052 ราย

ตำบลทั้งหมด 158 ตำบล / 172 อปท.

ดำเนินการ 142 ตำบล / 153 อปท. (ร้อยละ 89.87)

คงเหลือสมัคร อีก 19 อปท.

ผ่านเกณฑ์ 82 ตำบล ร้อยละ 51.90

CM อบรม 272 คน สัดส่วน CM : CG ( 248 : 2337) = 1 : 9

CG อบรม 2,413 คน สัดส่วน CG : ผู้สูงอายุพึ่งพิง = 1 : 2

# ตัวชี้วัดที่ 4

## ร้อยละตำบลที่มีระบบ LTC ผ่านเกณฑ์

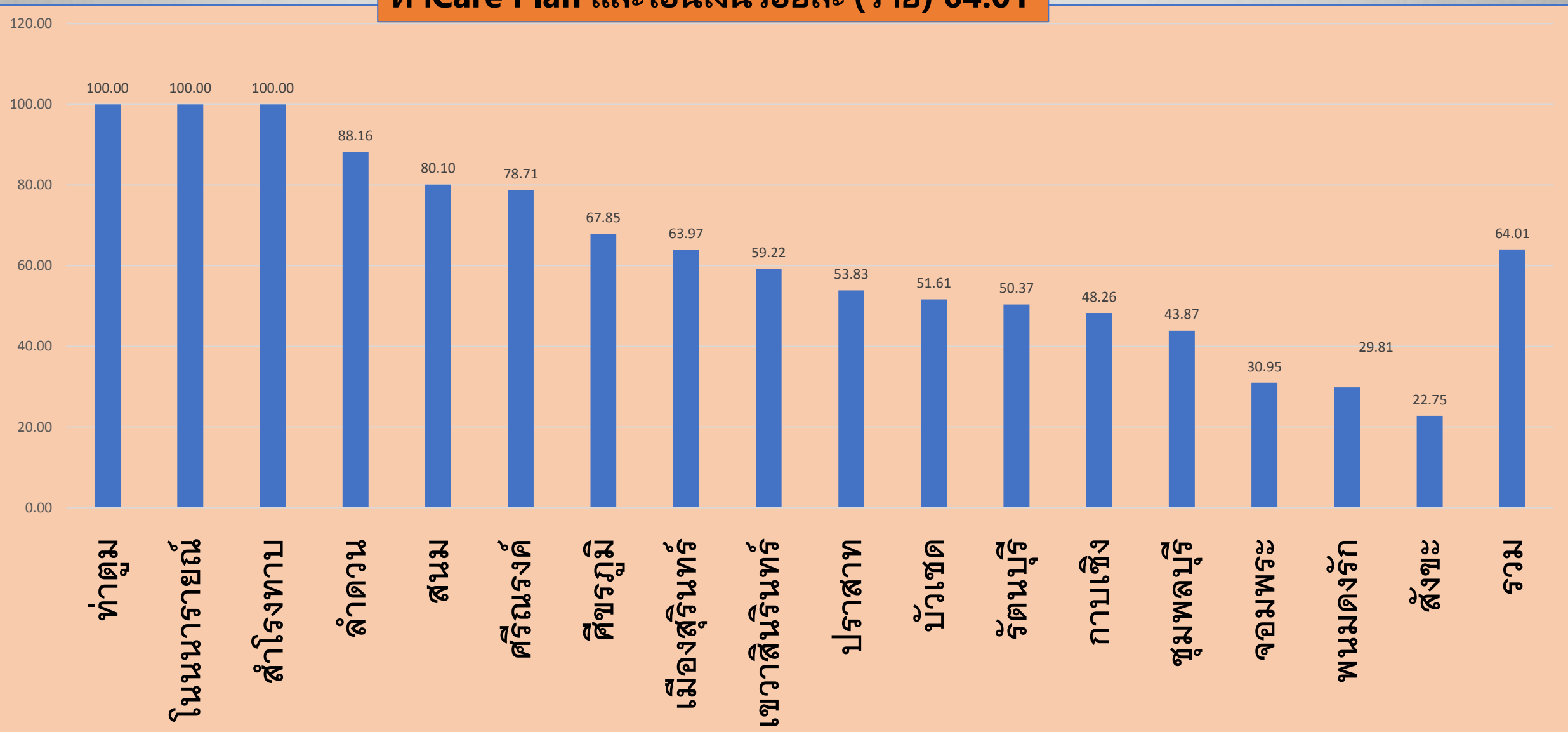
ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 51.9



# ตัวชี้วัดที่ 4

## ร้อยละตำบลที่มีระบบ LTC ผ่านเกณฑ์

ทำCare Plan และโอนเงินร้อยละ (ราย) 64.01



## ตัวชี้วัดที่ 5 อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

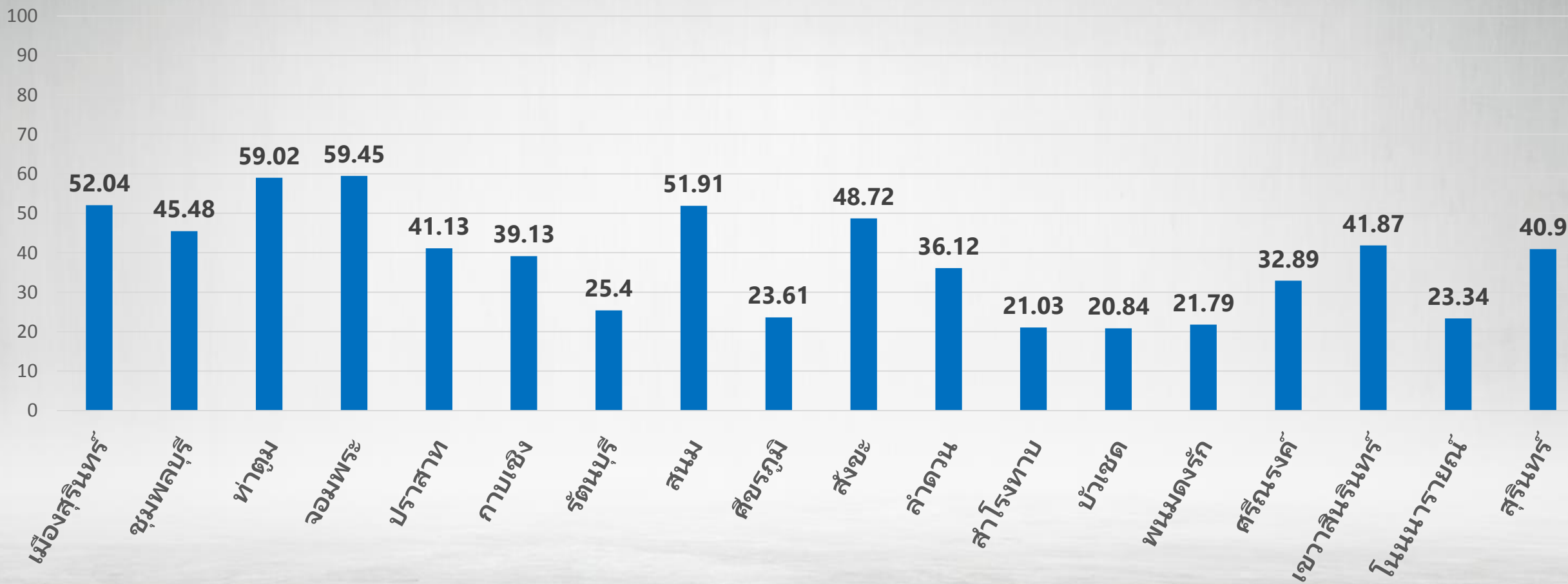
### 1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 2.05



# ตัวชี้วัดที่ 5

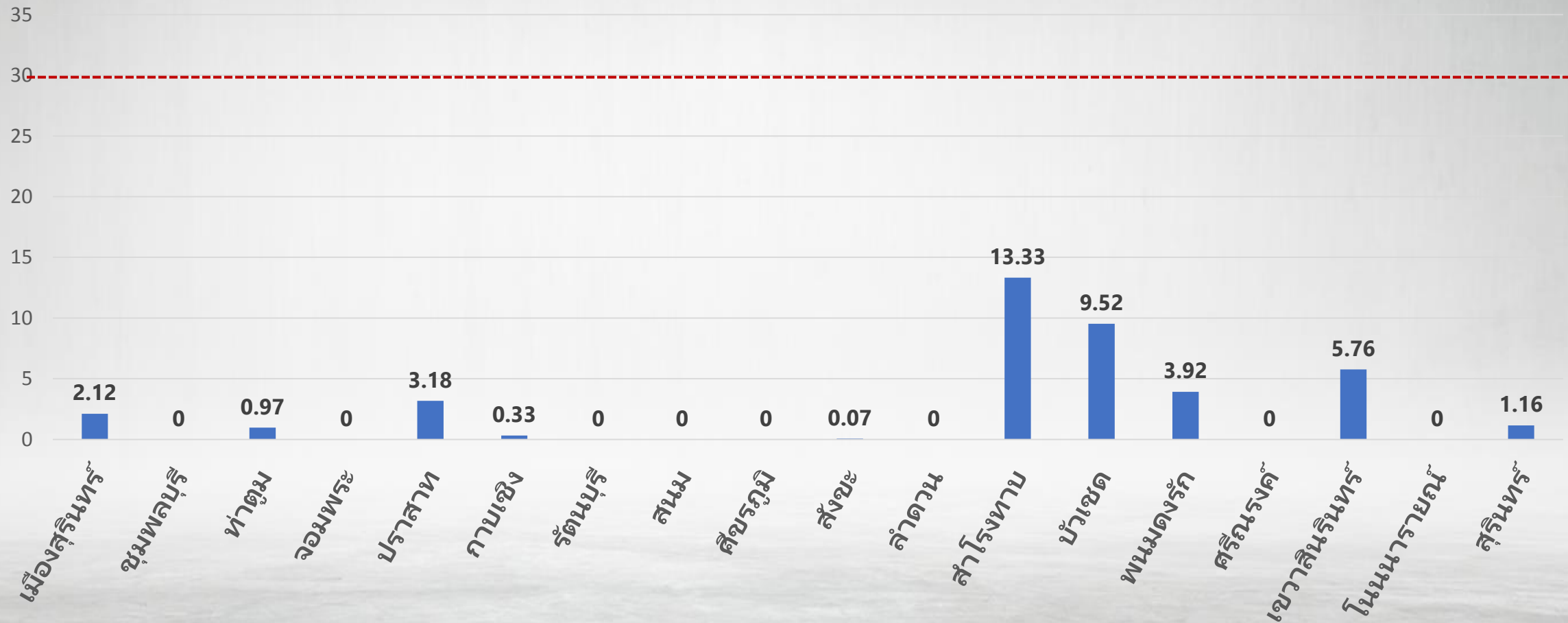
## อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน(ต่อ)

### 1. สถานการณ์การคัดกรองเบาหวาน (ร้อยละ 90)



ตัวชี้วัดที่ 5 อัตรากลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน

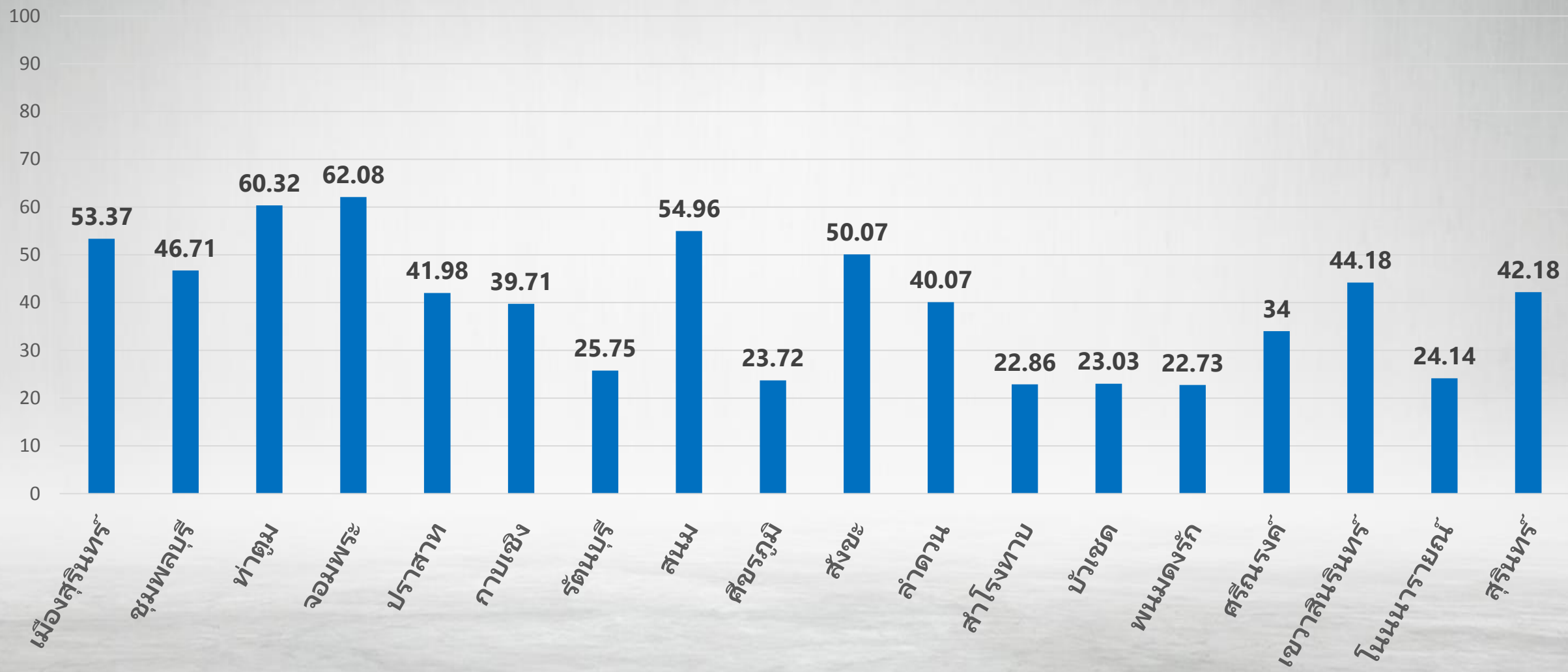
2. อัตรา ปชก.กลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการวัด BP ที่บ้าน  
เป้าหมาย ร้อยละ 30



ตัวชี้วัดที่ 5

อัตราการกลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน (ต่อ)

2. สถานการณ์การคัดกรองความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 90)



## ตัวชี้วัดที่ 5

อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน  
และอัตรากลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน (ต่อ)

### สถานการณ์/สภาพปัญหา

- การคัดกรองและการบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานทำไม่ทัน
- เครื่องวัดความดันโลหิตไม่เพียงพอกับกลุ่มเป้าหมาย

# ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ EOC และทีม SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง



ระดับ 5

## สถานการณ์/สภาพปัญหา

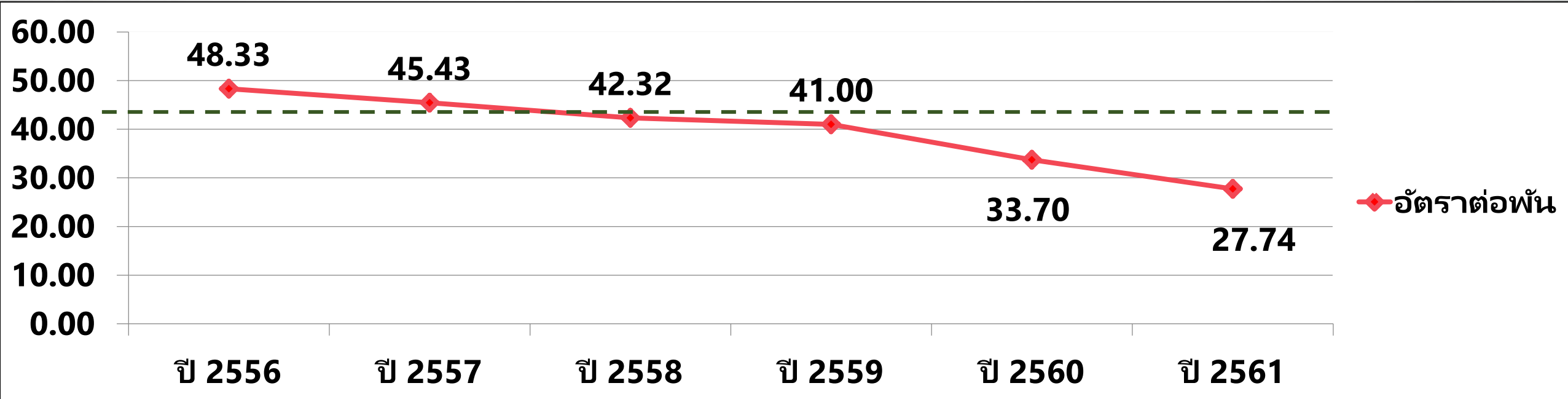
1. ทีม SAT รับผิดชอบทั้งภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉิน
2. การทำ spot report

## มาตรการแก้ไขปัญหา

1. ปรับปรุงคำสั่ง EOC  
ให้ผู้รับผิดชอบงานที่เกิดเหตุการณ์/โรค อยู่ในทีม SAT
2. กำหนดเป็นตัวชี้วัดของอำเภอในการทำ spot report
3. อบรม และออกนิเทศ/ชี้แจง การทำรายงาน spot report ให้อำเภอ

# ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี

## สถานการณ์



## ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี (ต่อ)

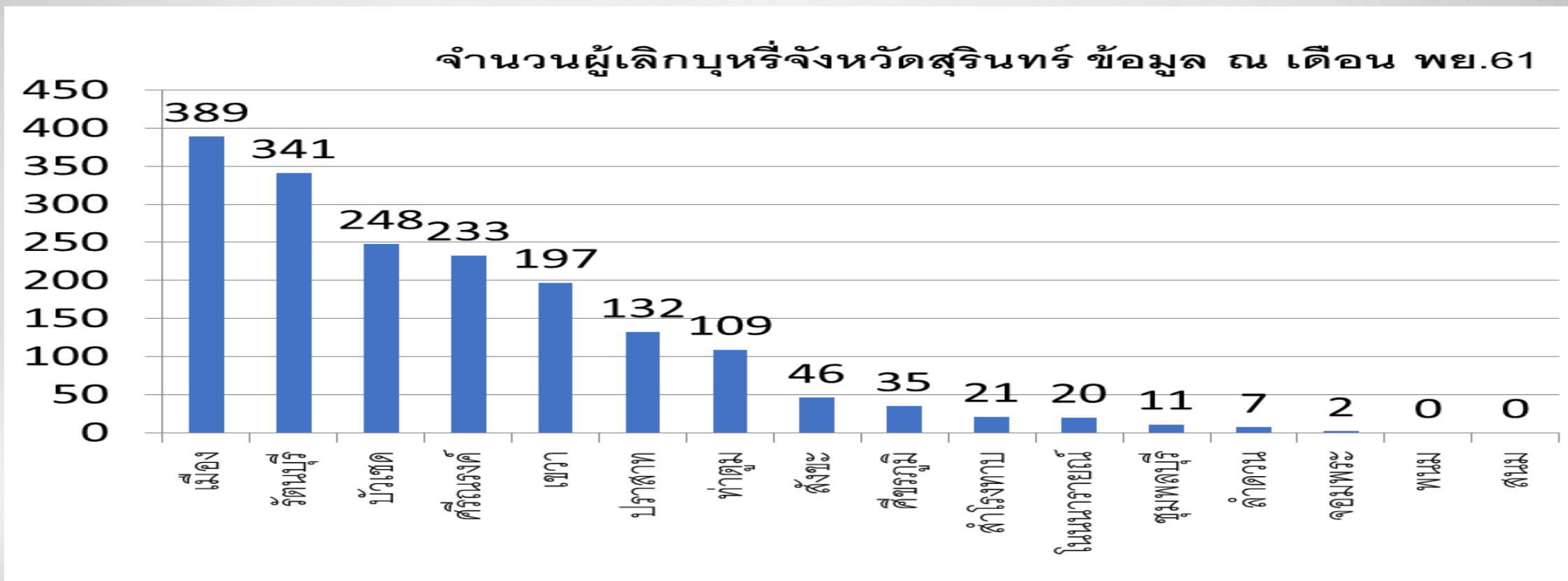
### มาตรการแก้ไขปัญหา

1. การขับเคลื่อนงานตามพ.ร.บ. ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล
2. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีการดำเนินงาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์
3. การขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการ 1 โรงเรียน 1 โรงพยาบาล 1 อปท. ภายใต้กิจกรรม 4 Safe (safe Virgin , Safe Sex , Safe Abortion , Safe Mom)

ตัวชี้วัดที่ 8

# จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ (โครงการ 3 ล้าน 3 ปี)

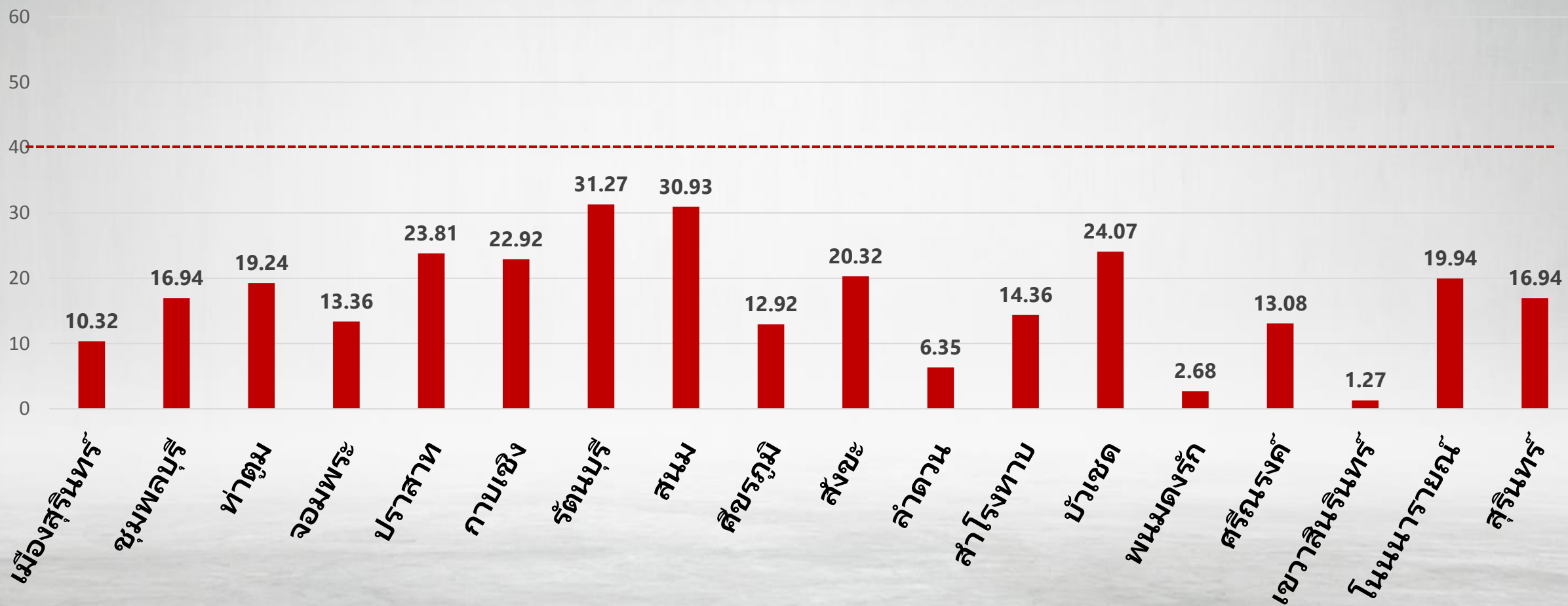
ผู้สมัครใจ 14,064 คน เลิกได้ 1,795 คน (12.76%)



# ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

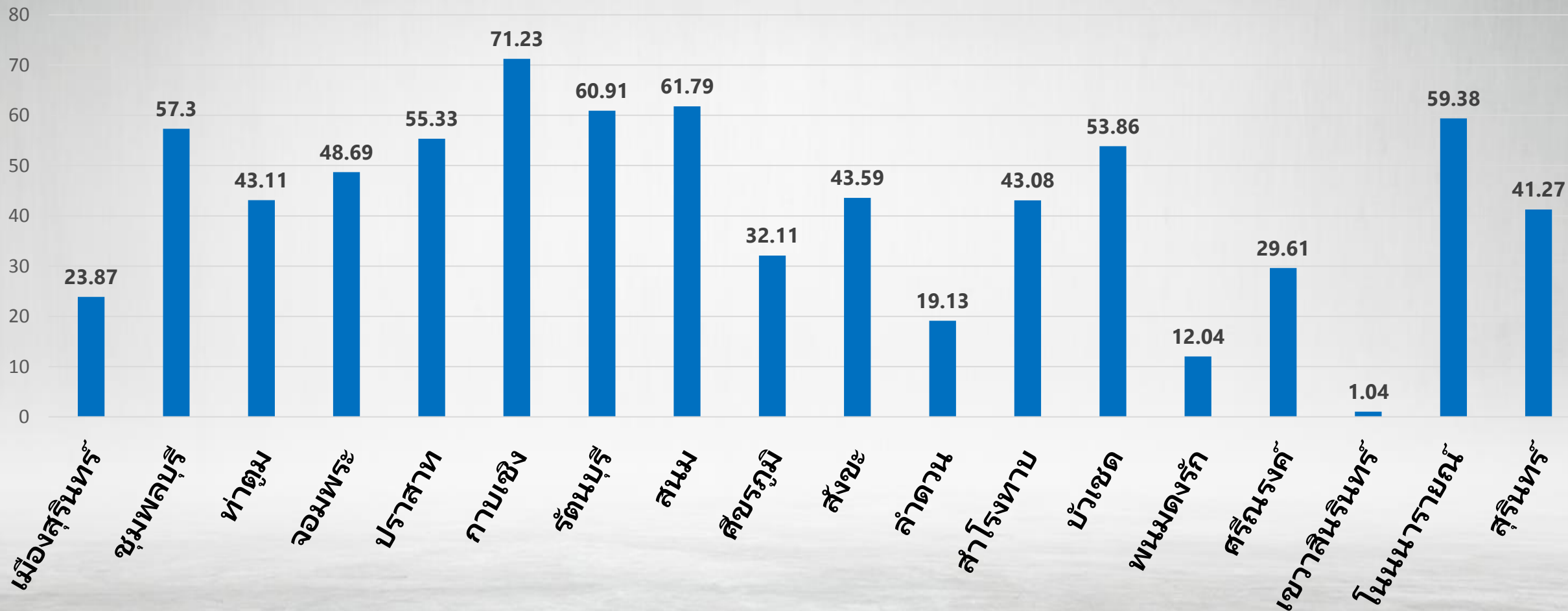
## 1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้

เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 40



# ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

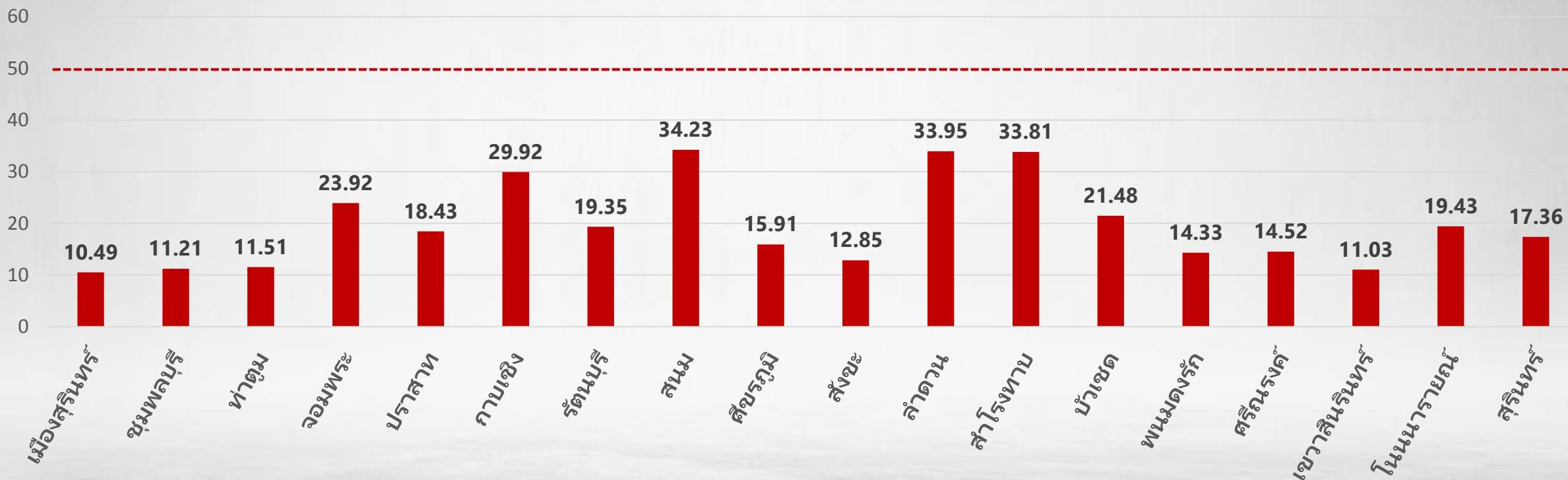
## 1. ความครอบคลุมการตรวจ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน



ตัวชี้วัดที่ 9

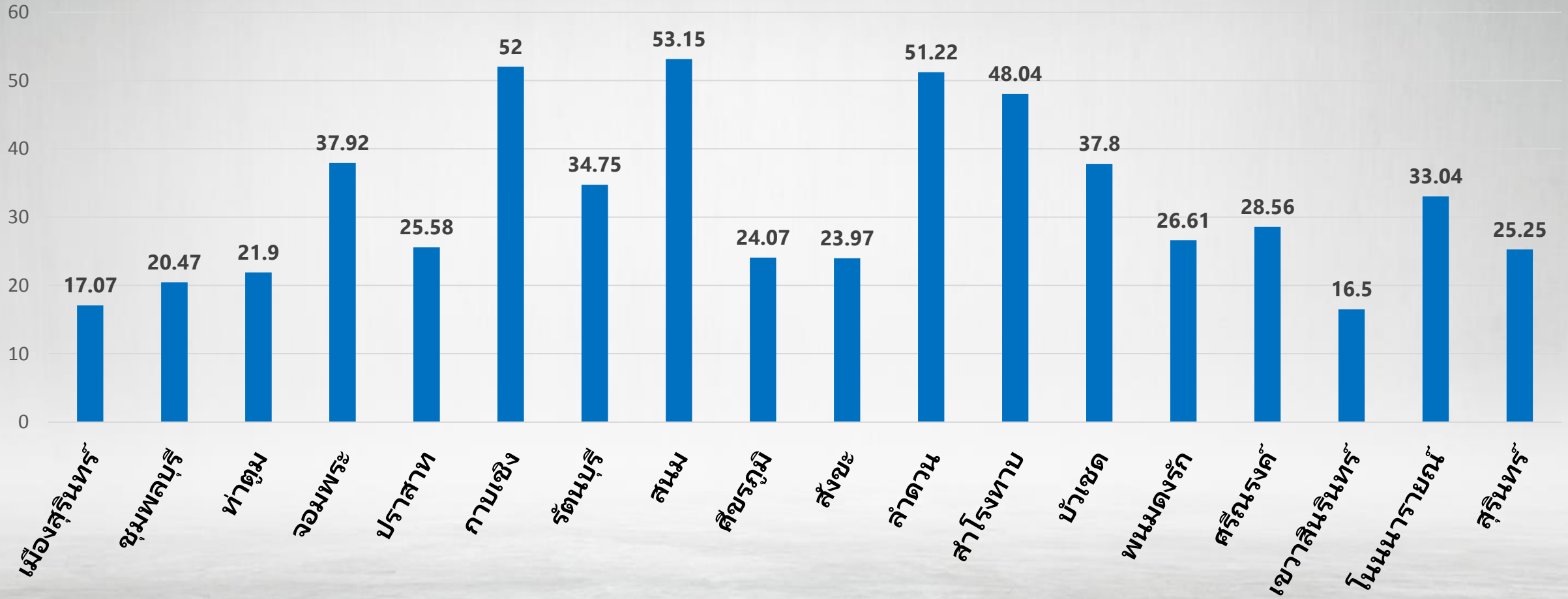
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

2. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้  
เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 50



# ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

## 2.ความครอบคลุมการวัดความดันในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง



# ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (ต่อ

## มาตรการแก้ไขปัญหา

1. NCD Clinic Plus คุณภาพทุกหน่วยบริการ
2. การพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด
3. ยกระดับคุณภาพบริการ(แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ Best Practice)

ตัวชี้วัดที่ 10

ร้อยละ 60 ของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

ประเด็นการแก้ไขปัญหา ปี 2561



# ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

ปี 2560

ผลงาน 7 ทีม

อ.เมือง 3 ทีม  
(PCC ศุภกาญจน์ 3 ทีม)

อ.พนมดงรัก 1 ทีม  
(สอน.เฉลิมพระเกียรติฯ 1 ทีม)

อ.ปราสาท 3 ทีม

ปี 2561

ผลงาน 5 ทีม

อ.ลำดวน 1 ทีม  
(รพ.สต.ตระเปียงเตี้ย 1 ทีม)

อ.ศีขรภูมิ 1 ทีม  
(รพ.สต.ช่างปี 1 ทีม)

อ.กาบเชิง 1 ทีม  
(รพ.สต.เกษตรถาวร 1 ทีม)

อ.เมือง 2 ทีม  
(PCC สุริยะกานต์ 2 ทีม)

ปี 2562

แผนการเปิด 4 ทีม

1.ทีมธาตุ-ยางสว่าง อ.รัตนบุรี  
เปิด 1 กุมภาพันธ์ 2562

3.ทีมหนองเทพ-โนน อ.โนนนารายณ์  
เปิด 16 มกราคม 2562

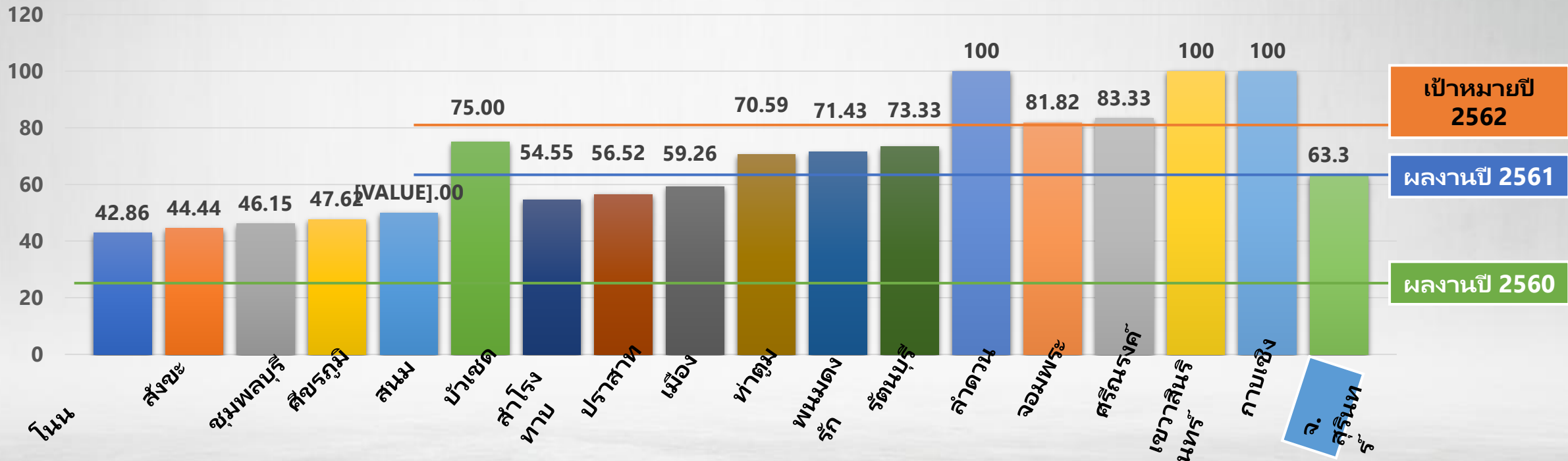
2.ทีมสะกาด อ.สังขะ  
เปิด 1 เมษายน 2562

4.ทีมสะโน-กระอ่อม อ.สำโรงทาบ  
เปิด 29 มกราคม 2562

**ตัวชี้วัดที่ 12** ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

รพ.สต. (แห่ง)	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
211	กระทรวง	ร้อยละ 10	ร้อยละ 25	ร้อยละ 60	ปี 2563 ร้อยละ 80 ปี 2564 ร้อยละ 100
	จ.สุรินทร์	ร้อยละ 20 (41 แห่ง)	ร้อยละ 40 (เพิ่ม 85 แห่ง)	ร้อยละ 80 (เพิ่ม 38 แห่ง)	ร้อยละ 100 (เพิ่ม 40 แห่ง)
	ผลงาน	ผ่าน 51 แห่ง ร้อยละ 24.17	ผ่านสะสม 133 แห่ง ร้อยละ 63.30	ต้องผ่านสะสม 171 แห่ง ร้อยละ.....	ต้องผ่านสะสม 211 แห่ง ร้อยละ.....

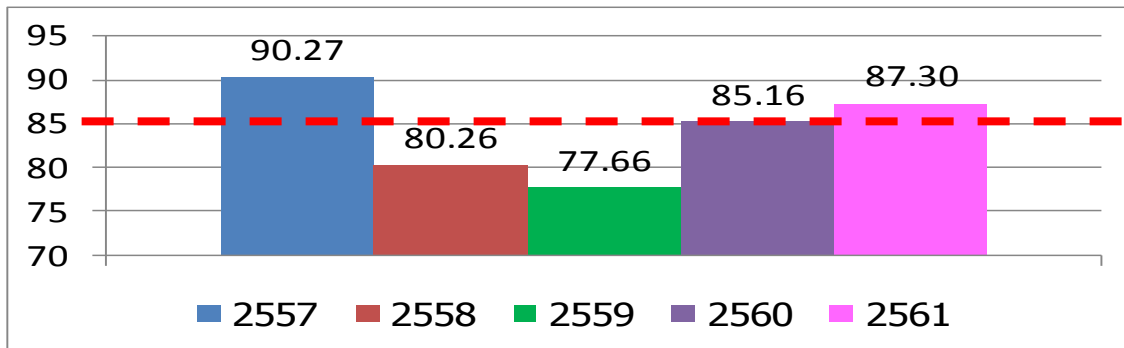
ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว



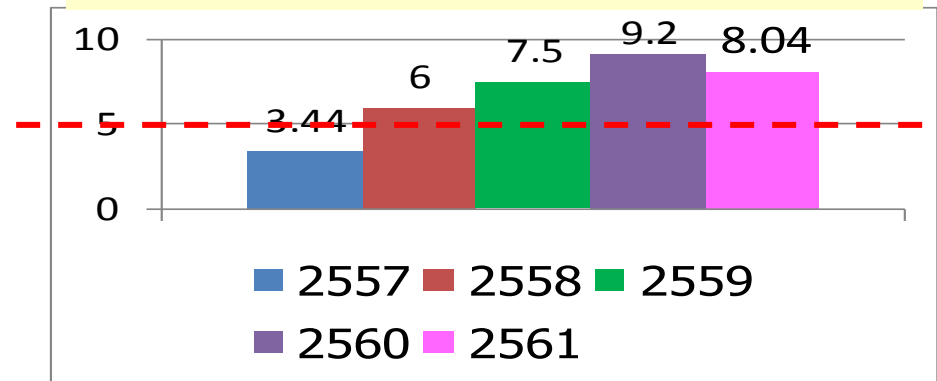
# ตัวชี้วัดที่ 13 อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

ผลการดำเนินงานวัณโรค ปี 2557 - 2561

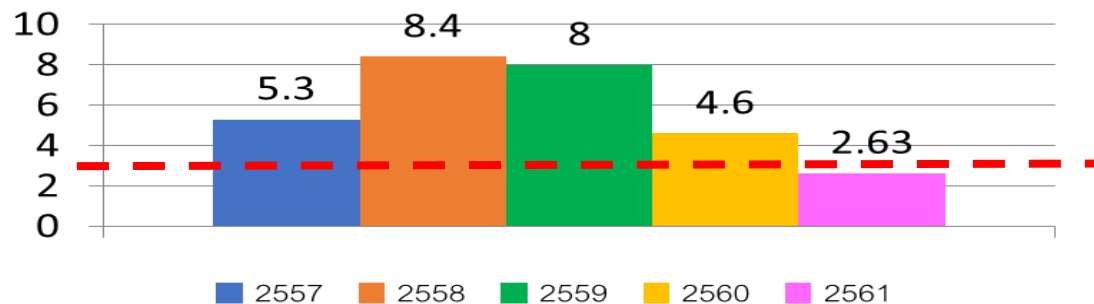
## อัตราความสำเร็จของการรักษา(Success rate) เป้าหมาย $\geq 85$



## อัตรตตาย (Death rate) เป้าหมาย $< 5$

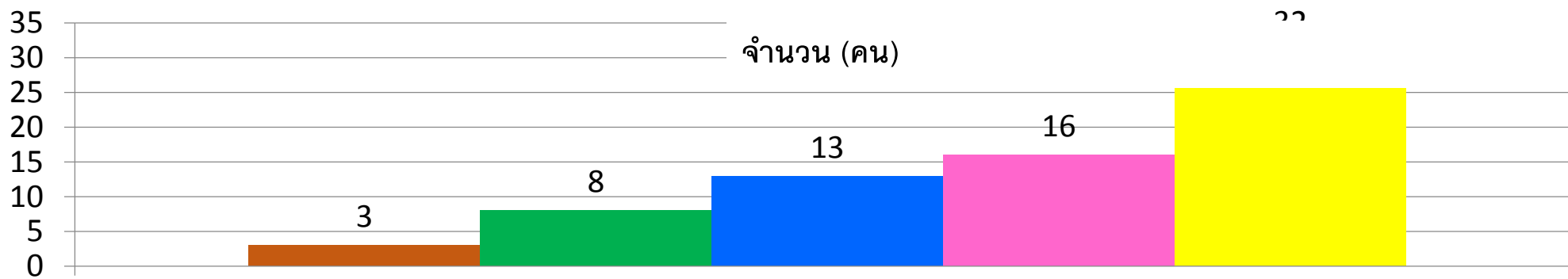


## อัตรขาดยา (Default rate) เป้าหมาย $< 3$



ที่มา:TB07 จากฐานข้อมูล [www.tbcmthailand.net](http://www.tbcmthailand.net)  
และ \* รง.506 ณ วันที่ 24 มกราคม 2562

**ตัวชี้วัดที่ 13** อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

**ผลการดำเนินงาน ตาม PA ปี 2562**
**กลุ่มความเสี่ยง ที่อาจไม่บรรลุตามค่าเป้าหมาย (Success rate  $\geq$  85 %)**


■ จิตเวช   
 ■ สูงอายุ/ไม่มีคนดูแล   
 ■ ยากจน   
 ■ ติดเหล้า   
 ■ สูงอายุไม่มีใครร่วม/ทำงานต่าง จว.

ตัวชี้วัดที่ **13** อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (ต่อ)

ผลการคัดกรองวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ปี 2562

กลุ่มเสี่ยง	ผลงาน	พบ TB ร้อยละ
ผู้สัมผัสรวม บ้าน	41.04	2.13
HIV	50.00	0.86
ผป. DM	20.67	1.22
ผู้ต้องขัง	9.98	1.67
แรงงานต่าง ด้าว	49.55	0.00
อายุ 65 ปี	27.50	1.74
บุคลากร สาธารณสุข	43.90	0.03
รวมจังหวัดสุรินทร์	30.73	<b>0.83</b>

 เร่งรัดการคัดกรองให้แล้วเสร็จ  
ภายในไตรมาสที่ 2

 รพ.สุรินทร์ 1 ราย  
(พยาบาล)

หมายเหตุ: เป้าหมาย &gt; 90%

 ที่มา:รายงานจากฐานข้อมูล [www.tbcmthailand.net](http://www.tbcmthailand.net) ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562

# ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล



RDU ชั้นที่ 1  $\geq 95\%$  ชั้นที่ 2  $\geq 20\%$

## สถานการณ์/สภาพปัญหา

- ผ่าน RDU ชั้นที่ 1 **100% \***
- ผ่าน RDU ชั้นที่ 2 **47.05%\*** ผ่าน 8 รพ.  
ได้แก่ *รพ. ปราสาท รัตนบุรี ชุมพลบุรี  
กาบเชิง ลำดวน สนม ศรีณรงค์ และ  
บัวเชด*
- ผ่าน RDU ชั้นที่ 3 **5.88 % \*** ผ่าน 1 รพ.  
ได้แก่ *รพ. ลำดวน*

### สภาพปัญหา

- RDU ชั้นที่ 2 => การใช้ยาปฏิชีวนะใน รพ.
- RDU ชั้นที่ 3 => การใช้ยาสเตียรอยด์สูง  
พ่นในผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังและการใช้ยา  
metformin ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

## มาตรการแก้ไขปัญหา

- กำหนดพื้นที่เป้าหมาย 9 อำเภอ ได้แก่ รพ. สุรินทร์ ปราสาท ลำดวน สนม กาบเชิง ชุมพลบุรี ศรีณรงค์ บัวเชด และท่าตูม สู RDU ชั้นที่ 2 และ 3
- นิเทศเชิงรุกทุกพื้นที่เป้าหมาย
- รักษาความต่อเนื่องของ RDU ชั้นที่ 1 และพัฒนาสู่ชั้นที่ 2
- บูรณาการ RDU ใน Service plan ในตัวชี้วัด ไม่ผ่านเกณฑ์ เช่น NCD
- พัฒนาระบบสารสนเทศ Pop up / Pop alert, RDU R9
- การใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

# ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ต่อ)



ร้อยละ 20 ของ รพศ./รพท. มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate)

## สถานการณ์/ปัญหา

- รพ สุรินทร์ และ รพ ปราสาท มีการ AMR ระดับ Intermediate (291/500 และ 252/500 คะแนนตามลำดับ) คิดเป็นร้อยละ 100
- อัตราเชื้อดื้อยาปี 61 ลดลง รพ. สุรินทร์ = 1.21 (24.84%) รพ. ปราสาท = 1.39 (14.2%)

- การบูรณาการกับ Service Plan Sepsis ผลลัพธ์ไม่ชัดเจน
- การประยุกต์ใช้ Antibigram กับ CPG ต่างๆ น้อย
- การสื่อสารเชื้อดื้อยาไม่ทั่วถึงสภาพ
- ระบบติดตามประเมินผล (M&E) ไม่ต่อเนื่อง
- ระบบการรับ-ส่ง และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดื้อยายังไม่ชัดเจน

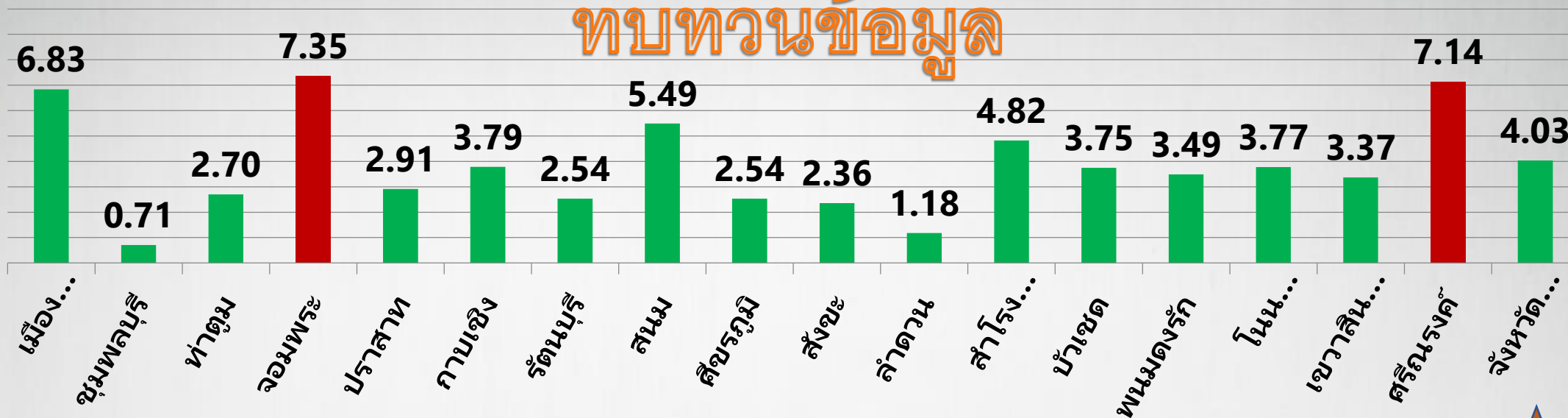
## มาตรการแก้ไขปัญหา

- ประชุมชี้แจงเรื่องการประเมินคะแนน AMR ตามผลลัพธ์
- บูรณาการ AMR ใน Service plan Sepsis
- ประยุกต์ใช้ **Antibiogram** ใน CPG ที่มีปัญหาเร่งด่วน
- แนวทางระบบรับ - ส่ง ผู้ป่วยดื้อยา
- จัดทำ **group line: H/C Alert**
- นิเทศพื้นที่เชิงลึกในพื้นที่ AMR เป้าหมาย
- การบริหารยาปฏิชีวนะในระดับจังหวัด เช่น ASP De-escalation การส่งต่อยา
- การเพิ่มศักยภาพลูกข่ายในการดูแล high level antibiotic ที่รับมาจากแม่ข่าย

# ตัวชี้วัดที่ 15 อัตราตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ปี 2561

## ทบทวนข้อมูล



	เมืองสุรินทร์	ชุมพลบุรี	ท่าตูม	จอมพระ	ปราสาท	กาบเชิง	รัตนบุรี	สนม	ศีขรภูมิ	สังขะ	ลำดวน	สำโรงทาบ	บัวเชด	พนมดงรัก	โนนสะอาด	เขวาสินรินทร์	ศรีณรงค์	รวมสุรินทร์
stroke admit	995	282	222	136	412	132	197	91	355	297	170	83	80	86	84	89	106	3,817
stroke dead	68	2	6	10	12	5	5	5	9	7	2	4	3	3	6	3	4	154

# ตัวชี้วัดที่ 15 อัตราตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

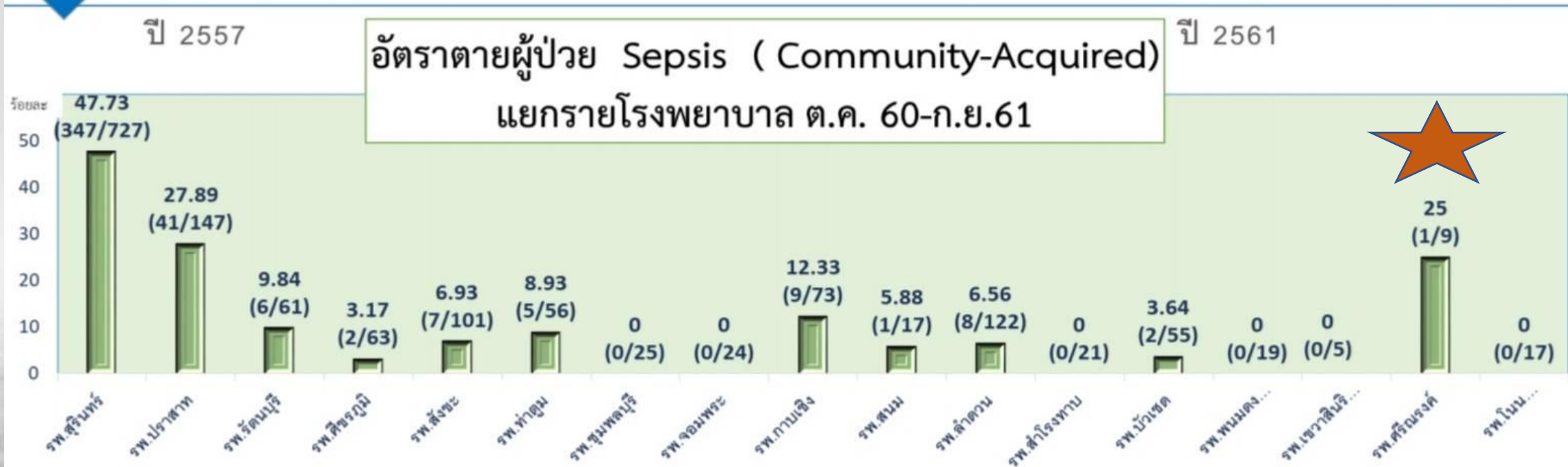
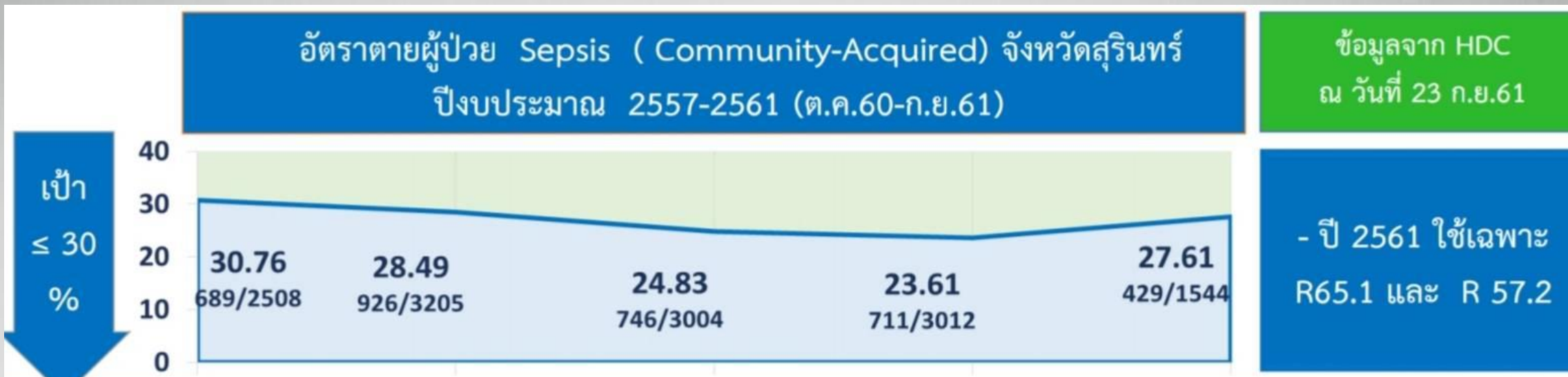
## สถานการณ์/สภาพปัญหา

- ❑ ประชาชนบางกลุ่มที่ยังเข้าถึงบริการรักษาช้ากว่าเวลาที่กำหนด เนื่องจากไม่ทราบสัญญาณเตือน
- ❑ ยังไม่มีการประเมินการรับรู้ของประชาชนถึงสัญญาณเตือน Stroke ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
- ❑ โรงพยาบาลที่เป็น Node (รพ.สังขะ) ขาดอายุรแพทย์ ทำให้ไม่สามารถให้บริการในช่วงนอกเวลาราชการ
- ❑ ยังพบว่ามี recurrent stroke ในอัตราที่สูง
- ❑ Guide Line

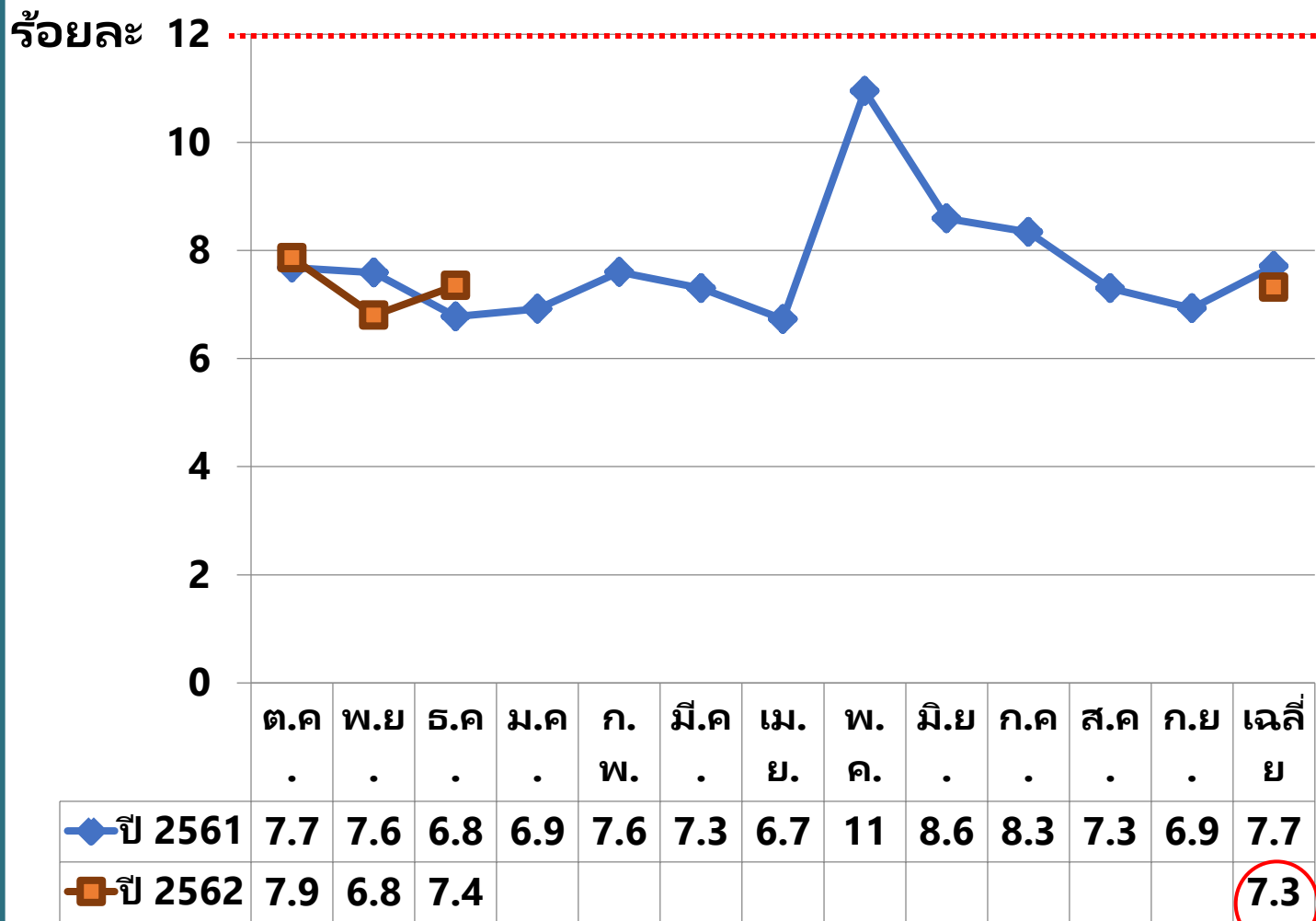
## มาตรการแก้ไขปัญหา

1. Stroke Alert, Stroke Awareness
2. ยกระดับ Stroke Unit ใน A, M1
3. Stroke Rehabilitation unit ใน รพช. (observe, refer back)
4. เพิ่ม rtPA ใน รพ.ที่มี CT Brain (รพ.สังขะ)
5. พัฒนาระบบ Fast Track ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย
6. แนวทางดูแลผู้ป่วย Stroke หลังรับการรักษา เพื่อเชื่อมโยงการดูแลกับชุมชน เชื่อมโยงโปรแกรม ThaiCOC
7. การสอบสวนสาเหตุการตายและ Case Conference ของหน่วยบริการทุกแห่ง
8. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล Stroke เพื่อนำมาวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดโรค การเข้าถึงบริการ และการจัดบริการ
9. พัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงในผู้ป่วย Uncontrol HT

ตัวชี้วัดที่ 16 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired



ตัวชี้วัดที่ 17 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในรพ.ระดับ A,S,M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)



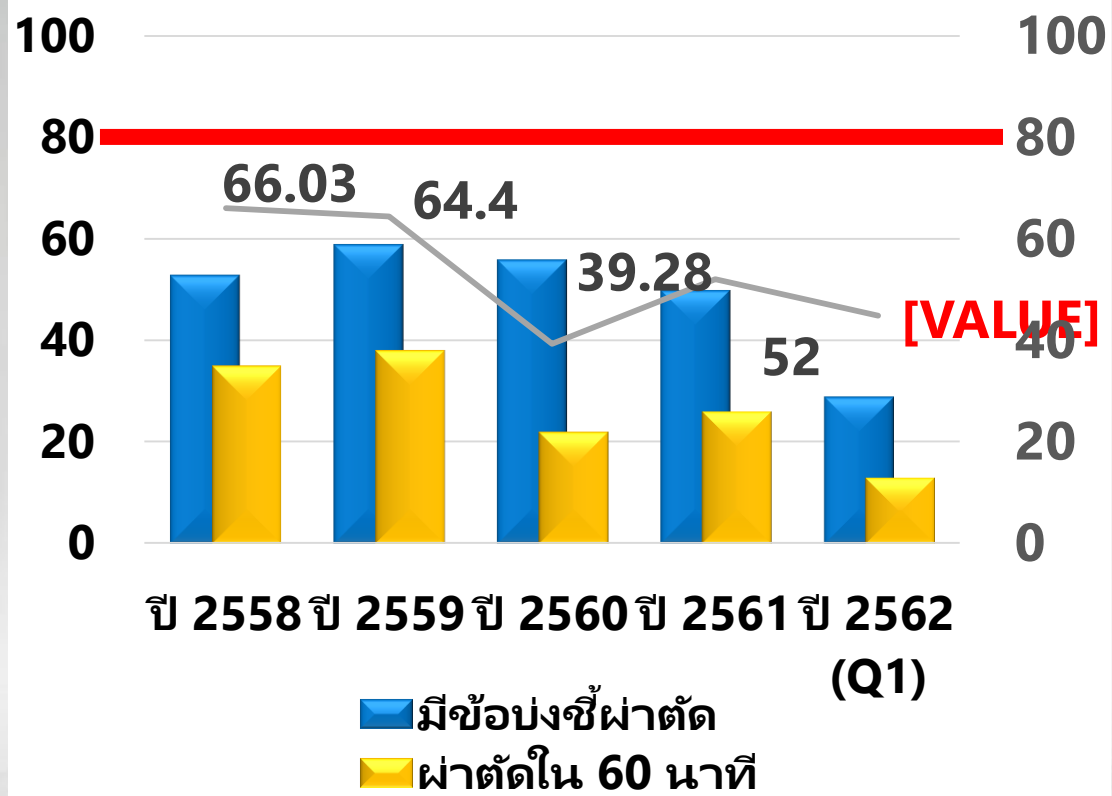
มาตรการ/แผนการดำเนินงาน

1. วิเคราะห์สาเหตุการตาย และบูรณาการกับ SPที่เกี่ยวข้อง วางแผนดำเนินงานเพื่อลดอัตราตาย
2. พัฒนาศักยภาพให้ดำเนินงานตามFast Tract ทั้ง4tract ให้ได้คุณภาพ
3. UpdateTrauma&Emergency care
4. EMS/ER Rally
5. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ทบทวนสาเหตุการตาย
6. กำกับ ติดตาม ประเมินผลทุก 3 เดือน

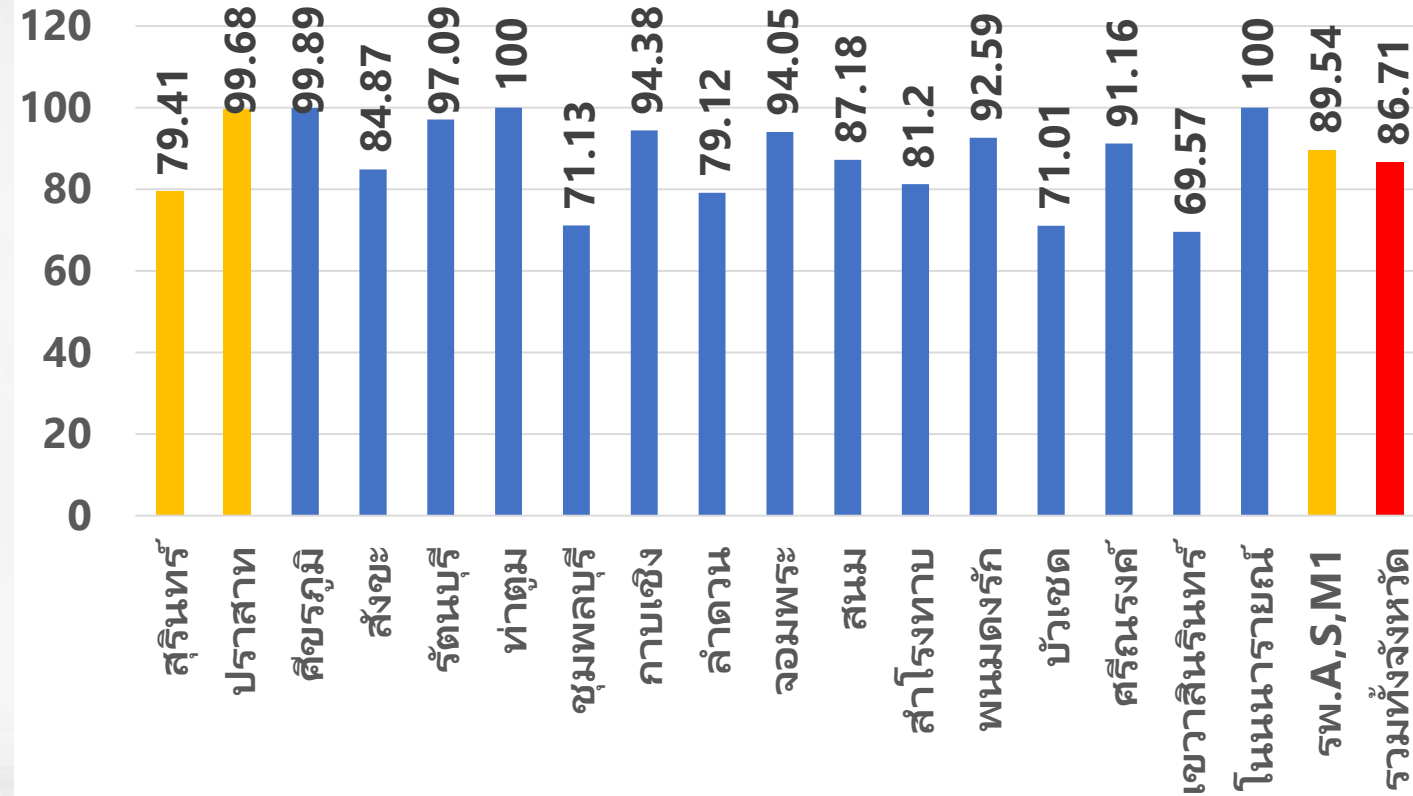
ตัวชี้วัดที่ 17 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในรพ.ระดับ A,S,M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 : เพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care (A,S,M1)

1.1 อัตราของผู้ป่วย Trauma Level 1 set OR ใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80



1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1,2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A , S , M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60



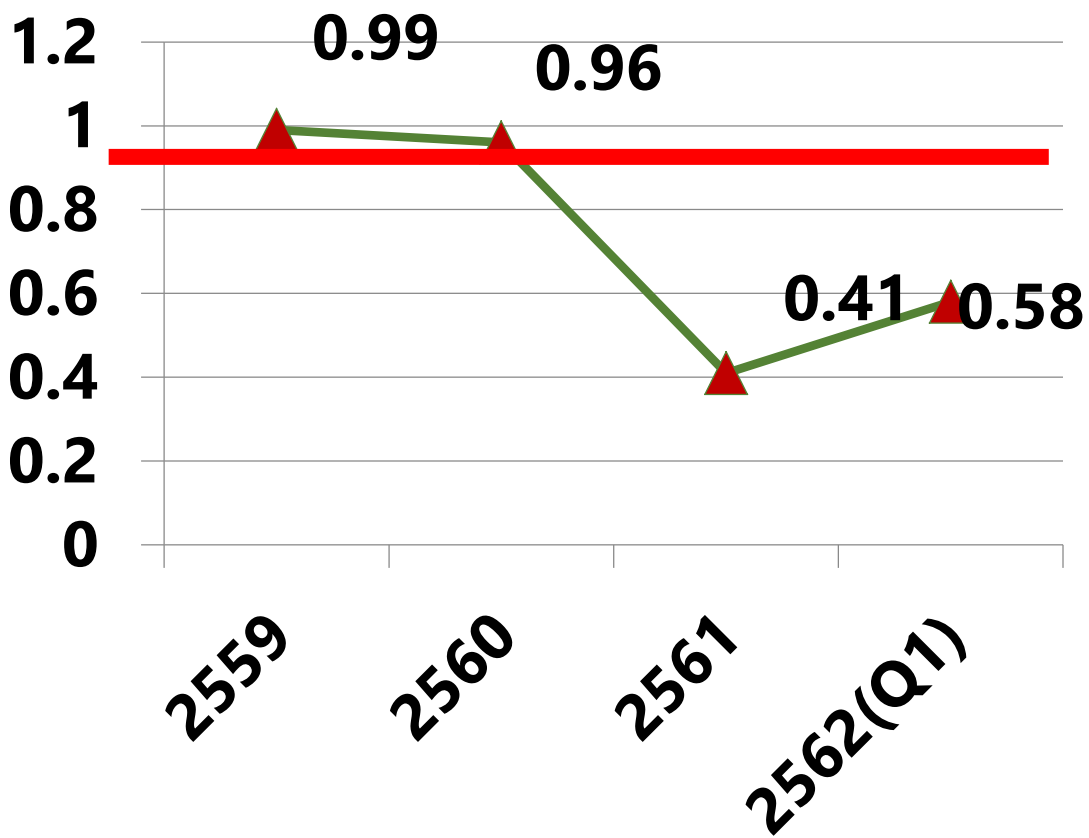
ผลการวิเคราะห์ : มีบาดเจ็บหลายระบบ, หัตถการหลายอย่าง, รอconsult, Resuscitation ก่อน OR, Refer

ผลการวิเคราะห์ : มีการพัฒนาระบบ Triage และจัดระบบบริการเพื่อลดภาวะ ER Overcrowding

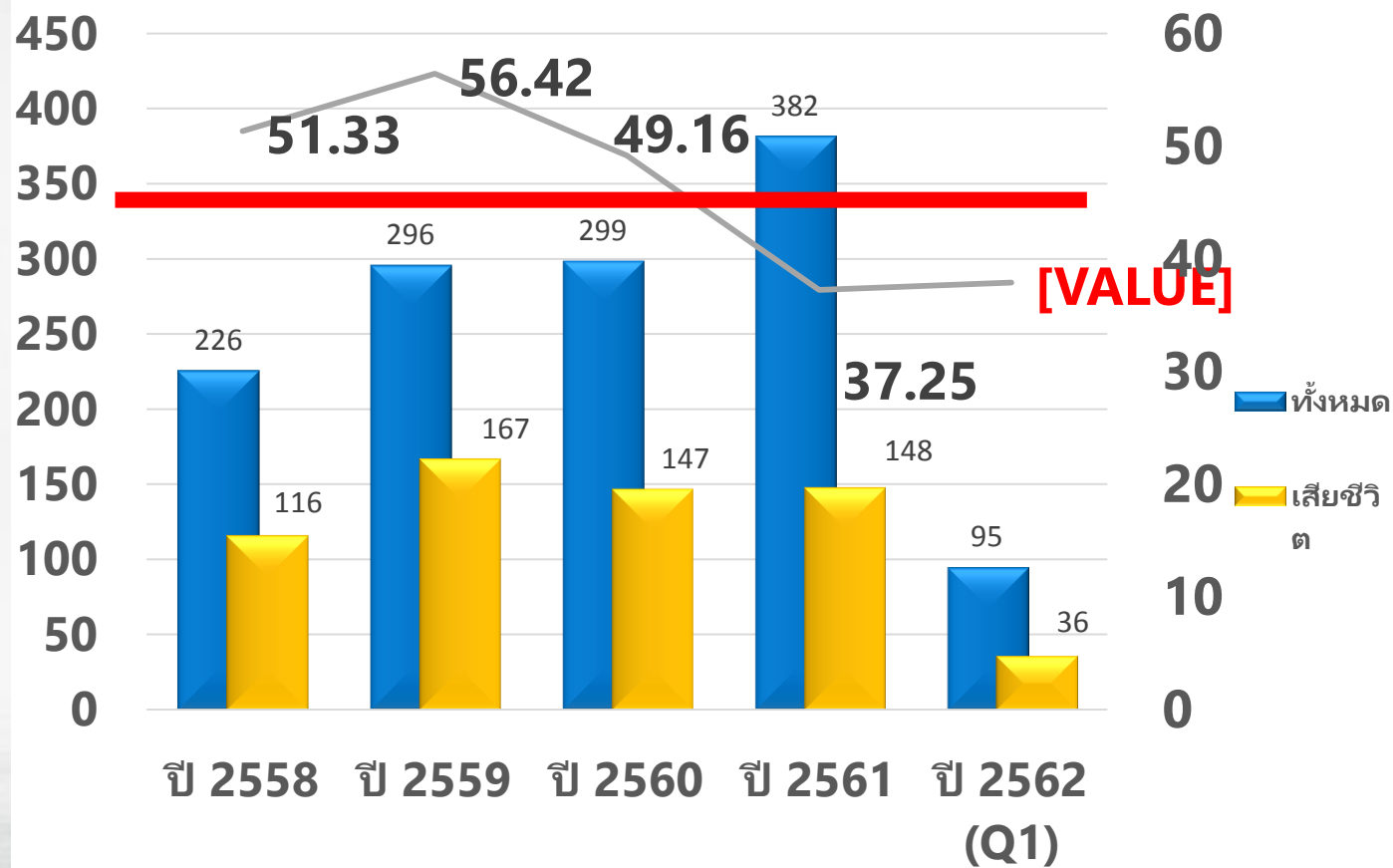
ตัวชี้วัดที่ 17 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในรพ.ระดับ A,S,M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 : ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญ

2.1 อัตราตายของผู้ป่วย Ps score > 0.75 ใน รพ.ทุกระดับและได้รับการทำ RCA ร้อยละ 100



2.2 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงสมอง เสียชีวิตใน รพ. ระดับ A,S,M1 ไม่เกินร้อยละ 45



**ตัวชี้วัดที่ 17** อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในรพ.ระดับ A,S,M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)

**ตัวชี้วัดย่อยที่ 3 : การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน**

**3.1 TEA unit ในรพ.ระดับ A,S,M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80**

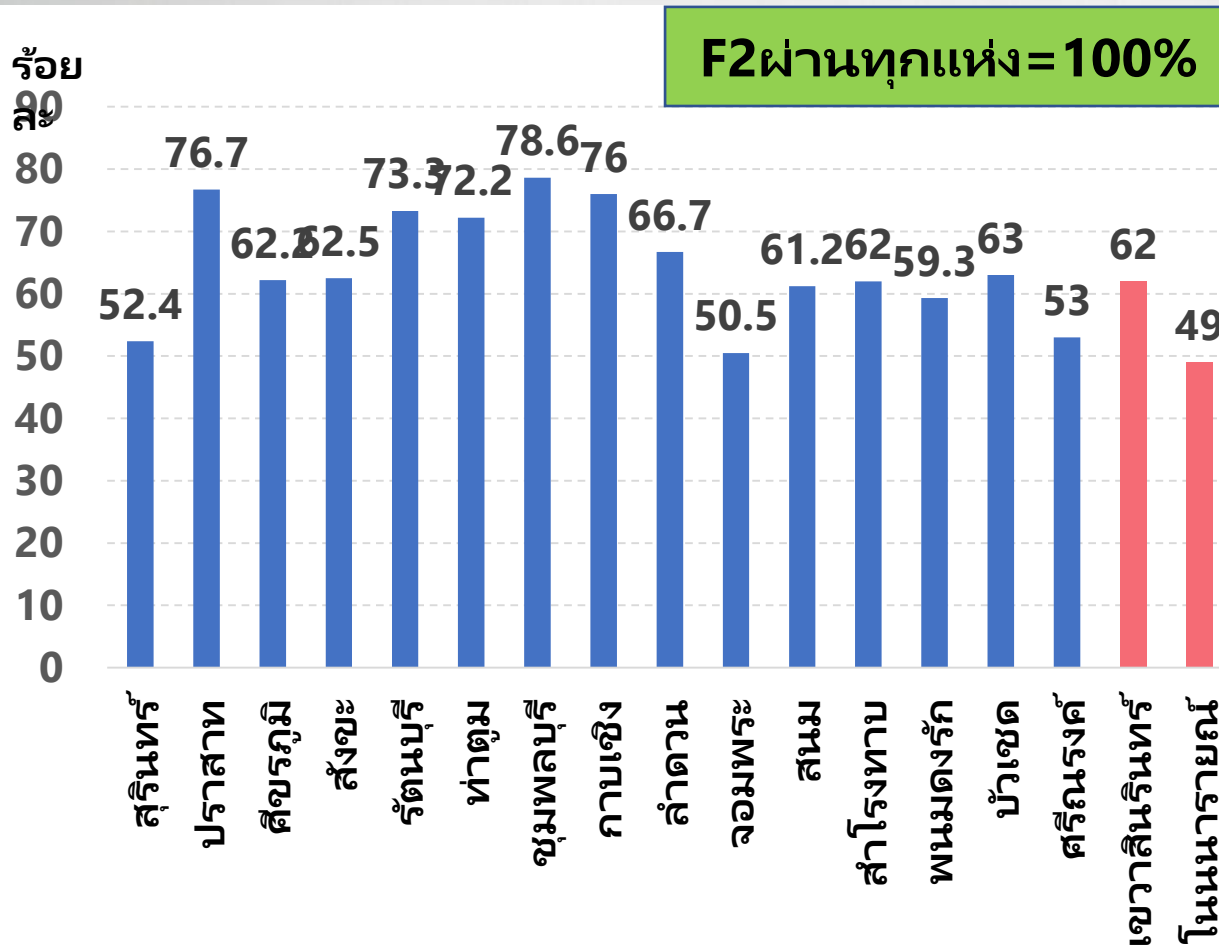
รพ	ผอ.TEA/ ผู้บริหารที่ รับผิดชอบ	TEA manager	เจ้าหน้าที่ สนับสนุน	สถานที่	Software	กิจกรรม คุณภาพ (จำนวน)	กิจกรรม คุณภาพ (มิติ)	Value- TEA unit	รวม
สุรินทร์	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>12/40</b>
ปราสาท	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>17/40</b>

เกณฑ์ผ่านมาตรฐานคือ 20คะแนนขึ้นไป = ยังไม่ผ่านมาตรฐานทั้ง 2 แห่ง

ตัวชี้วัดที่ 17 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในรพ.ระดับ A,S,M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)

ตัวชี้วัดย่อยที่ 3 : การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน

3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2ขึ้นไปที่ผ่านมาเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ **ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80**



## มาตรการ/แผนการ

1. ทุกรพ.ประเมินตนเอง > GAP > พัฒนาส่วนขาด
2. จัดทำแผนพัฒนา ECS ระดับอำเภอ
3. แต่งตั้งทีมประเมิน ECS คุณภาพระดับจังหวัด
4. ประเมิน ECS คุณภาพโดยทีมประเมิน
5. สะท้อนผลการประเมิน/จัดเวทีแลกเปลี่ยน
6. จัดทำแผนพัฒนา ECS ระดับจังหวัด
7. กำกับ ติดตาม ทุก 3 เดือน

ตัวชี้วัดที่ **18**

ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate) และร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 months Remission rate)

## สถานการณ์/สภาพปัญหา

-ระบบบังคับบำบัด ผลงาน 3 เดือน ร้อยละ 104 (เป้า 741/769 ราย)

-สมัครใจ ร้อยละ 11.77 (เป้า 790/93 ราย)

-ใช้ยาบ้าเป็นอันดับ 1 ร้อยละ 85.82 (557 ราย)

-ปัญหาการบันทึกข้อมูล ไม่เสถียร (บันทึกแล้วขึ้นไม่ครบถ้วน)



ผลงาน ร้อยละ 50.19

ครบโปรแกรม 2,963/3,126 ราย

Drop out 163 ราย

หมายเหตุ : 1 ต.ค.61 – 11 ม.ค.62

## ตัวชี้วัดที่ 19 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

### สถานการณ์/สภาพปัญหา

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน)

ผลงาน (๓ เดือน) = ๑.๐๙

ตัวชี้วัดย่อย 1. ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลติดตามมาตรฐานจากหน่วยบริการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน **(ครบรอบประเมิน เม.ย.2562)**

ตัวชี้วัดย่อย ๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการ สุขภาพจิตเพิ่มจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 1

ผลงาน (๓ เดือน) = ๗.๘๙

ตัวชี้วัดย่อย ๓. ร้อยละ 18 ของผู้มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ

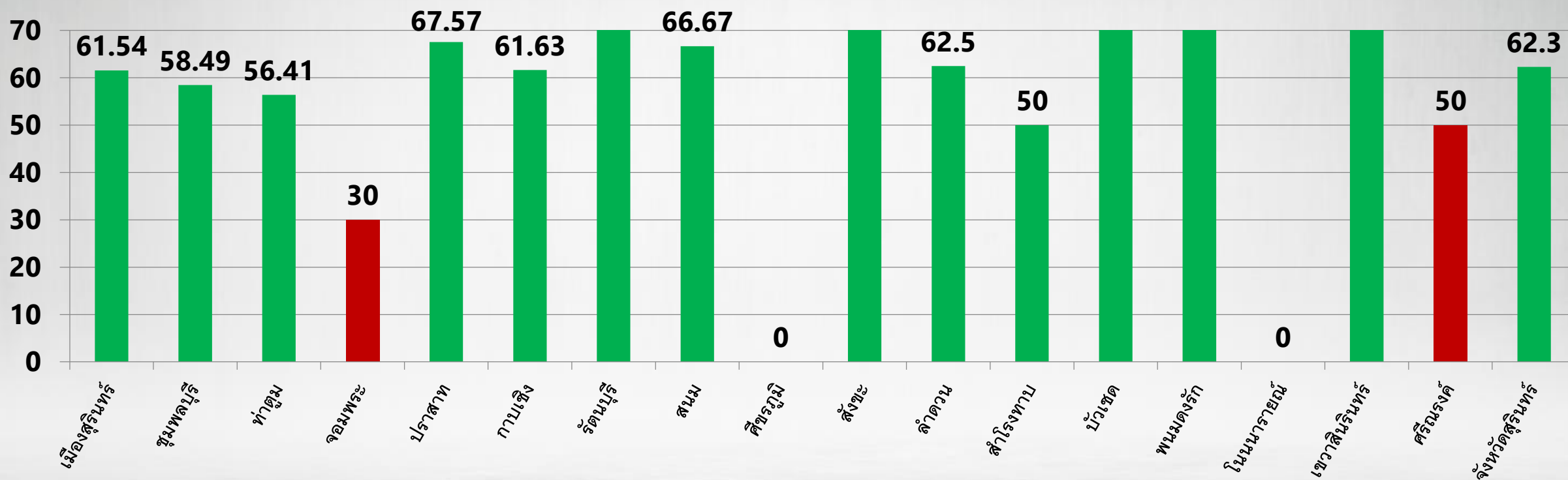
ผลงาน (๓ เดือน) = ๑๗.๒

ตัวชี้วัดย่อย ๔. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี (ร้อยละ 95)

ผลงาน (๓ เดือน) = ๑๐๐

# ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

สถานการณ์ :ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr



## ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

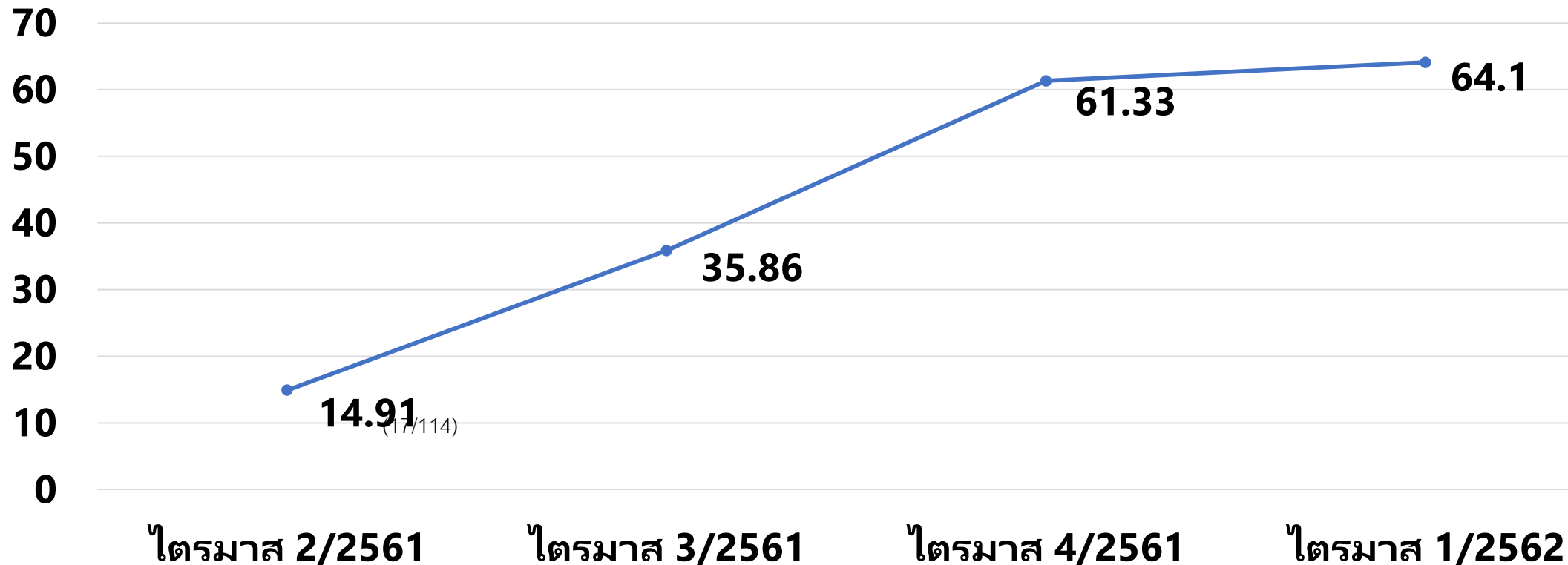
### มาตรการแก้ไขปัญหา

1. เร่งรัดการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM/HT เพื่อให้ทราบกลุ่มเป้าหมาย CKD Stage 1,2,3,4 และนำมาออกแบบบริการคลินิก CKD บูรณาการคลินิก NCD
2. พัฒนาระดับการให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อมให้ได้ตามเกณฑ์ (CKD Clinic)
3. ผู้ป่วย CKD stage 3,4 ได้รับการตรวจ Serum Cr. อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (ไตรมาส 1, 3)

# ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

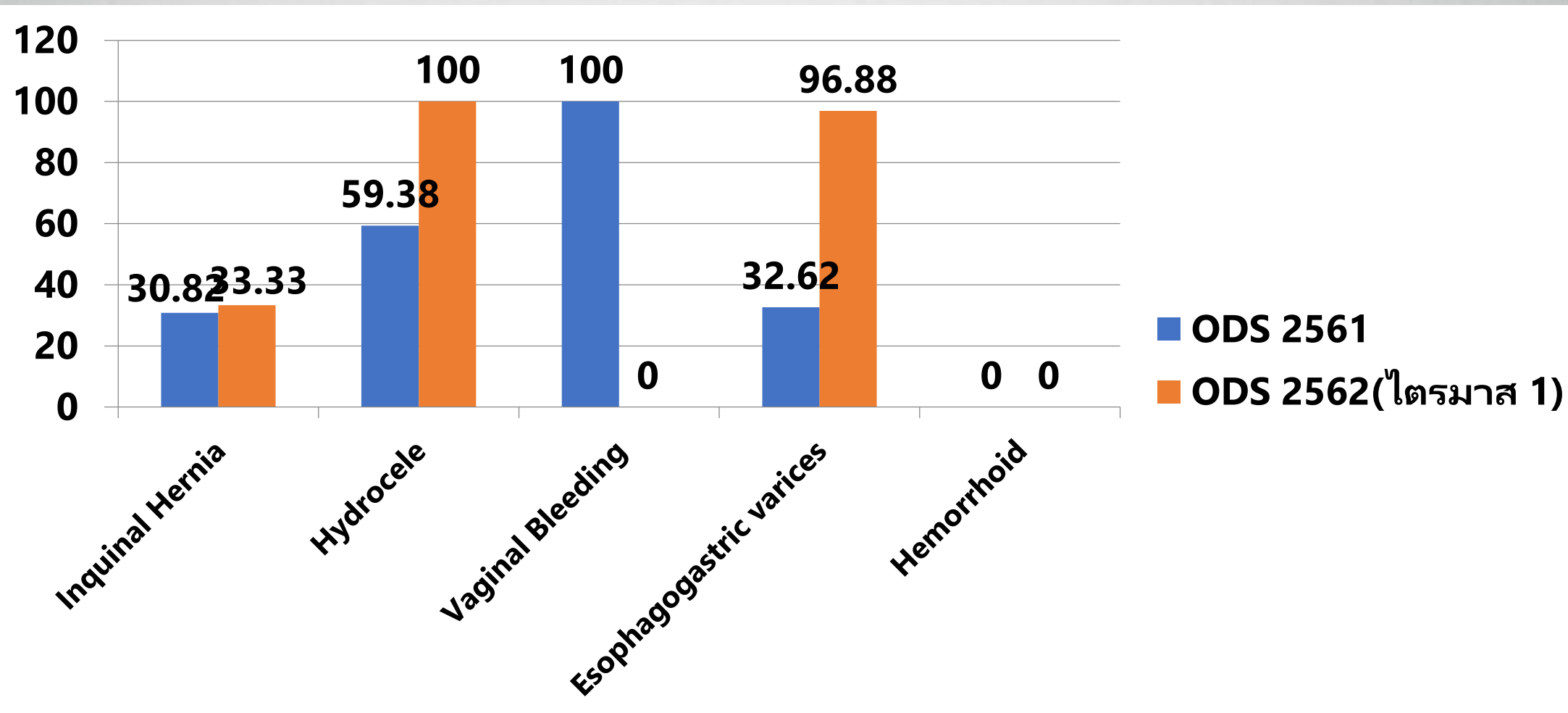
## ผลการดำเนินงาน

### อัตราการผ่าตัด ODS

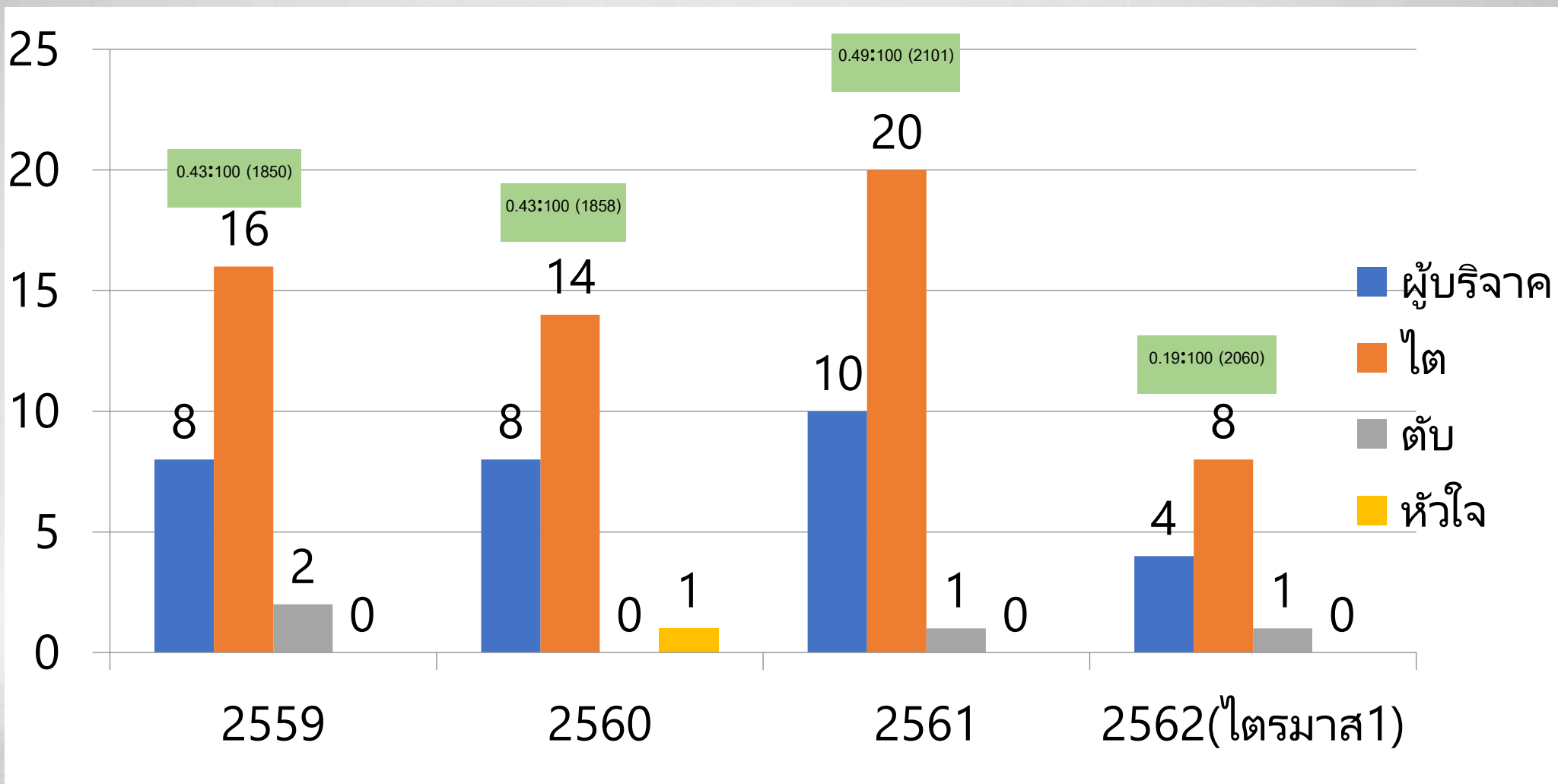


# ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (ต่อ)

## ผลการดำเนินงาน ODS เฉพาะโรค



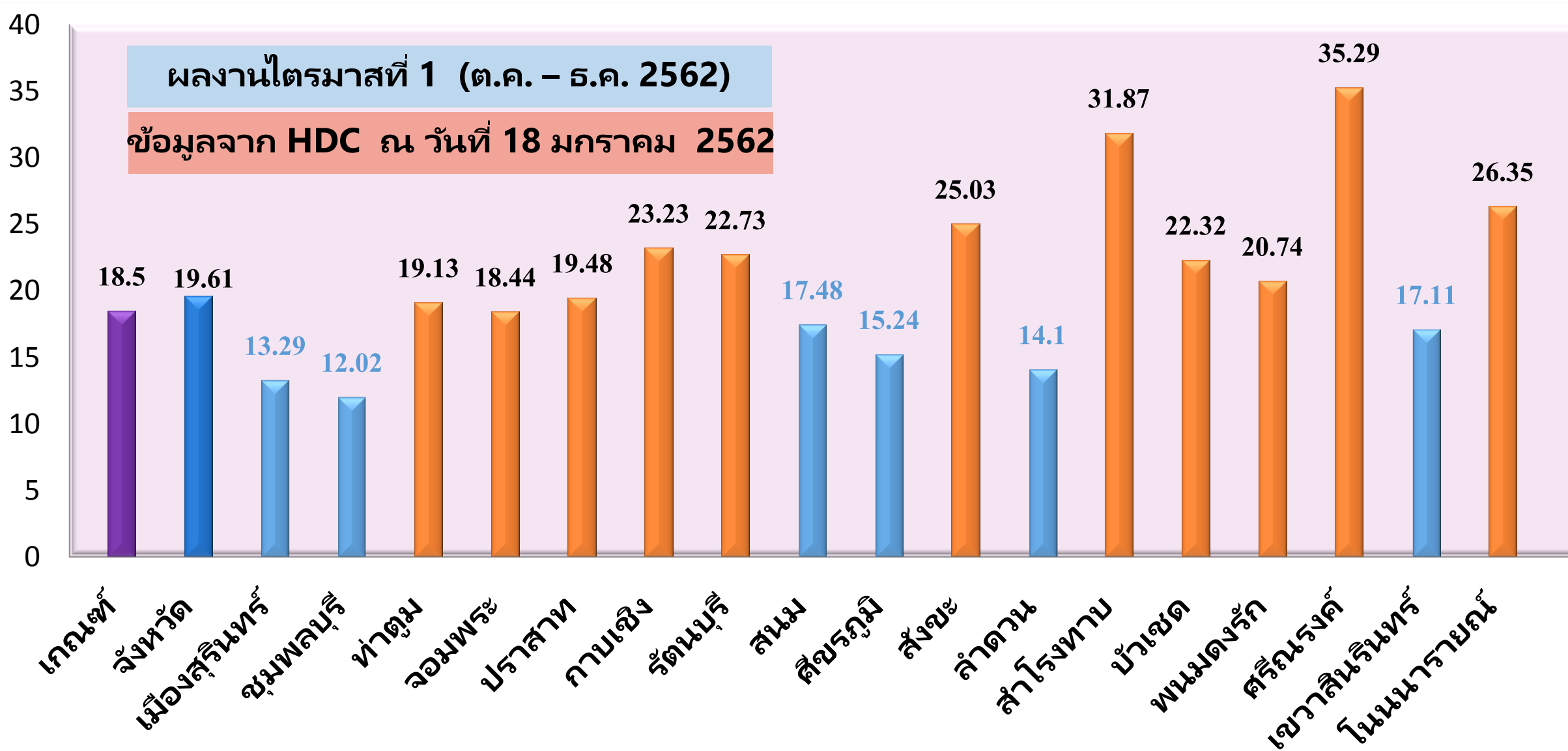
# ตัวชี้วัดที่ 22 อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ.



ตัวชี้วัดที่ 24

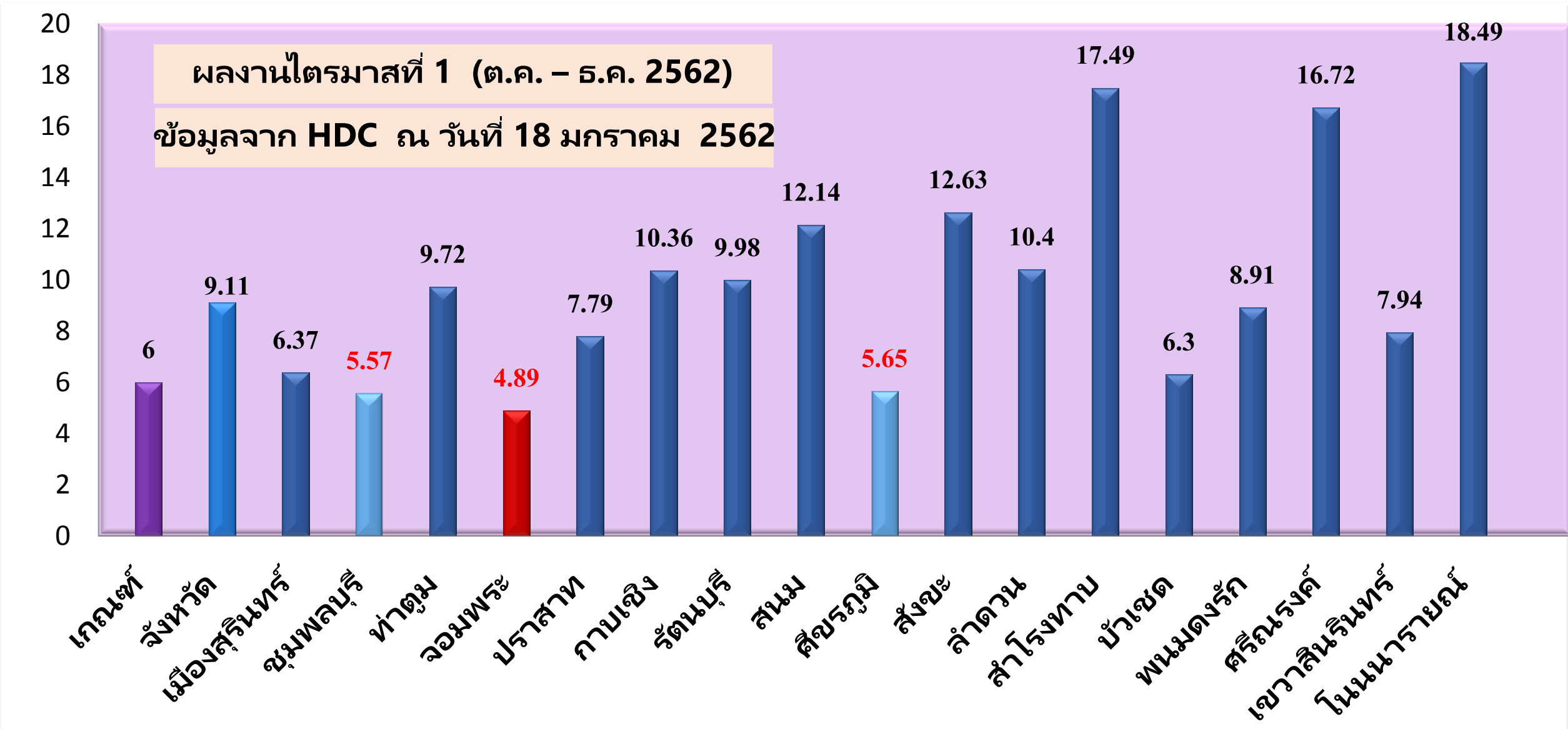
ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัยโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

ผลงานไตรมาสที่ 1 (ต.ค. - ธ.ค. 2562)  
ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 18 มกราคม 2562



ตัวชี้วัดที่ **24**

ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัยโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก



**ตัวชี้วัดที่ 24**

ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัยโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

**ผลการดำเนินงานตาม Quick win ไตรมาสที่ 1**

**+1. มีการจัดบริการตามบริบทของหน่วยบริการทุกแห่ง**

รพศ.: รพ.สุรินทร์  
รพท.: รพ.ปราสาท  
รพช. : 15 แห่ง  
รพ.สต. : 211 แห่ง

OPD คู่ขนาน 13 แห่ง  
ฝังเข็ม 10 แห่ง  
นวดไทย 195 แห่ง

คลินิกครบวงจร 10 แห่ง  
โฮมิโอพาธี 1 แห่ง  
ใช้ยาสมุนไพร 228 แห่ง

**+2. มีการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันตามกรอบบัญชีรายการยา**

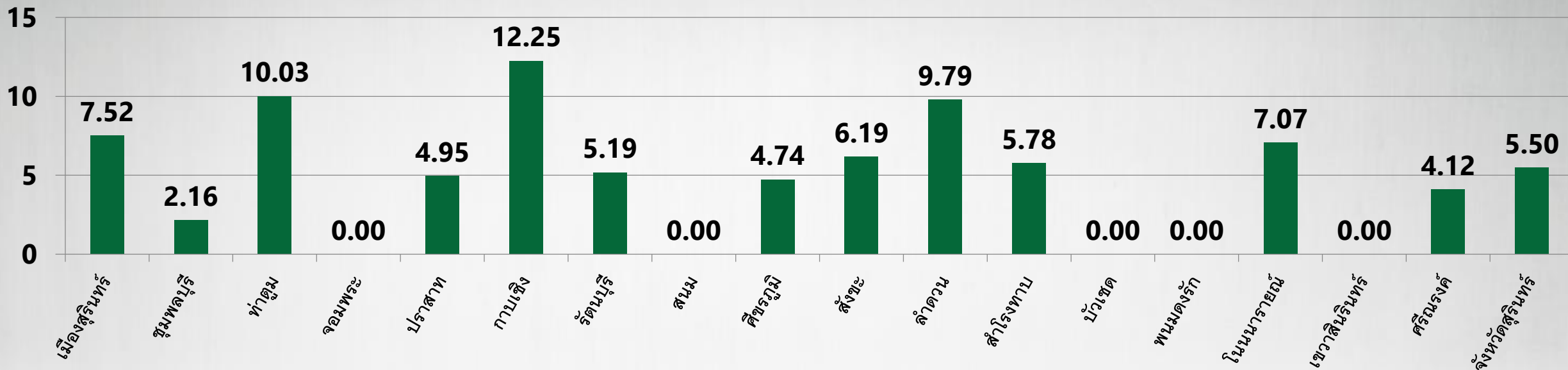
1. มีประกาศกรอบบัญชีรายการยาสมุนไพรจังหวัดสุรินทร์

2. มีประกาศรายการยาสมุนไพรที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU

3. มีการใช้ยาสมุนไพร First line drug

# ตัวชี้วัดที่ 25 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สถานการณ์ : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25) ปี 2562



	เมือง	ชุมพลบุรี	ท่าตูม	จอมพระ	ปราสาท	กาบเชิง	รัตนบุรี	สนม	ศีขรภูมิ	สังขะ	ลำดวน	สำโรงทาบ	บัวเชด	พนมดงรัก	โนนนารายณ์	เขวาสินรินทร์	ศรีณรงค์	รวมสุรินทร์
เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25) (คน)	14	1	7	0	5	5	3	0	5	5	2	2	0	0	2	0	1	52

# ตัวชี้วัดที่ 25 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ต่อ)

 ไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร

## มาตรการแก้ไขปัญหา

1. STEMI Alert (ปชช.) Awareness (จนท.)
2. การสร้าง Health literacy ของประชาชนในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง
3. พัฒนาระบบ Fast track
4. การให้ SK ใน รพช. ทุกแห่ง
5. พัฒนาระบบ Warfarin Clinic
6. การดูแลผู้ป่วย STEMI และโรคหัวใจ หลังรับการรักษาเชื่อมโยงการดูแลกับชุมชน ผ่านโปรแกรม ThaiCOC
7. การสอบสวนสาเหตุการตายและ Case Conference ของหน่วยบริการทุกแห่ง

# ตัวชี้วัดที่ 26 ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

1

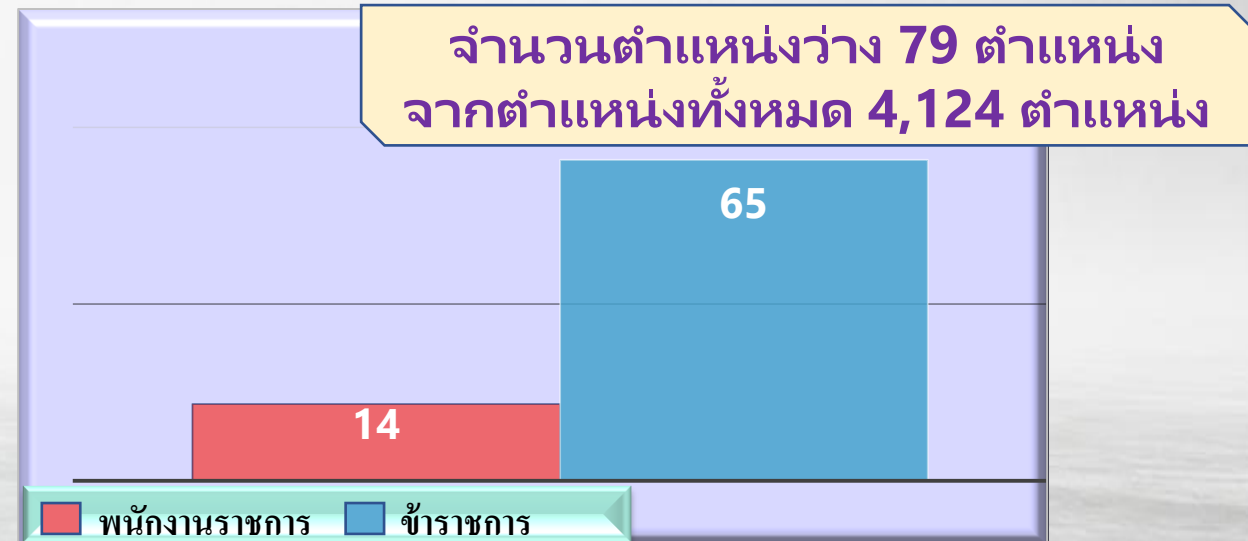
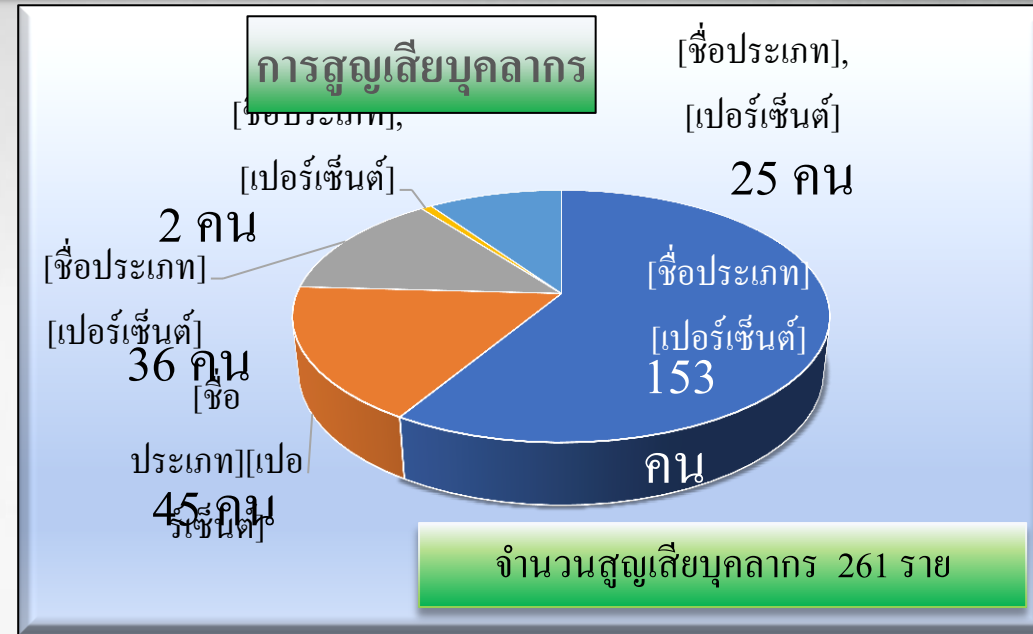
## มีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ

### 1.1 ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจุบัน

รายละเอียดการบันทึกข้อมูลในระบบ HROPS	จำนวนบุคลากร	ผลการดำเนินการ	ต้องปรับปรุง	ร้อยละ
1.ใบประกอบวิชาชีพ	3,158	2,587	321	81.91
2.วุฒิการศึกษา	3,804	3,650	154	95.95
3.คำสั่งเลื่อนเงินเดือน	3,926	3,926	-	-

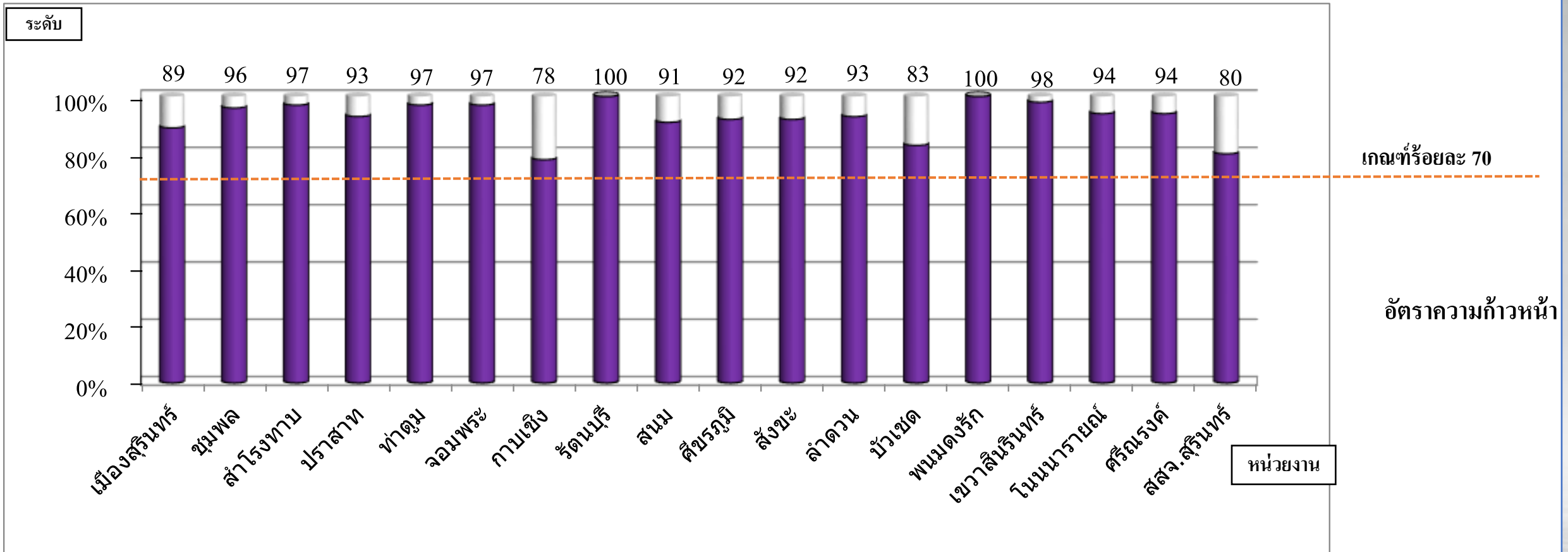
ที่มา: ข้อมูล ณ วันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2562

ตัวชี้วัดที่ 26 ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ



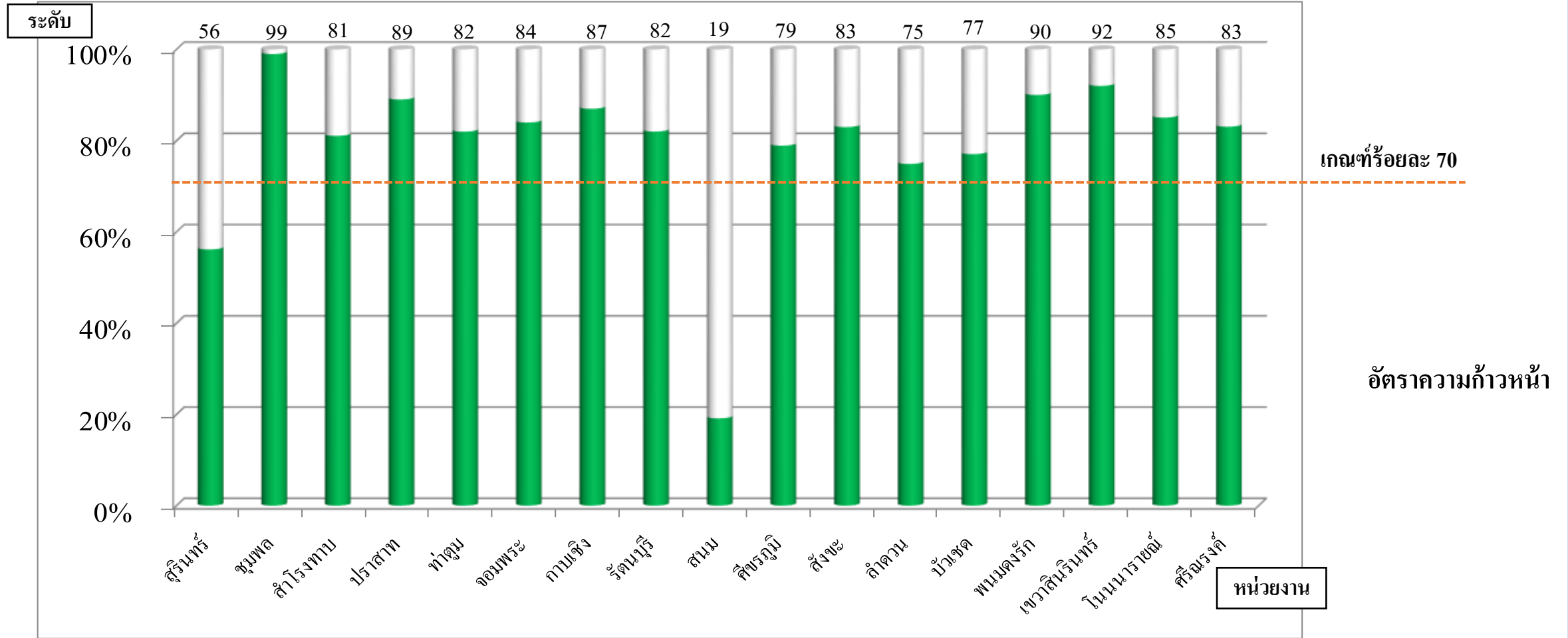
# ตัวชี้วัดที่ 27 จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข

แสดงภาพผลงาน การตอบแบบประเมินของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์



ตัวชี้วัดที่ 27 จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (ต่อ)

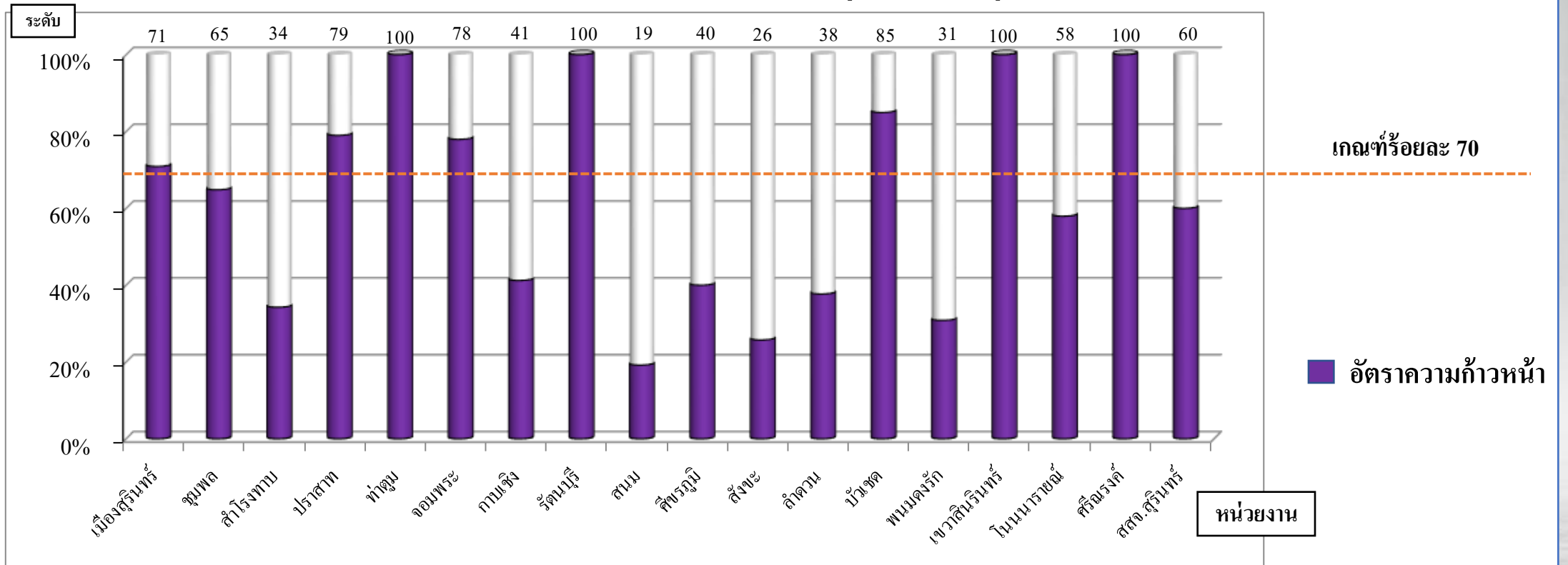
แสดงภาพผลงาน การตอบแบบประเมินของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน



ตัวชี้วัดที่ 27 จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (ต่อ)

การประเมินสุขภาวะองค์กร ( HPI )  
ของบุคลากรระดับหัวหน้างาน

แสดงภาพรวม ผลงานอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์



ตัวชี้วัดที่ 28 มีการดำเนินการ digital transformation อย่างน้อยเขตฯละ 1 จังหวัด

## สถานการณ์/สภาพปัญหา

### ระดับที่ 1 SMART TOOLS

- ระบบคิวออนไลน์  
ดำเนินการไปแล้ว :รพ.สุรินทร์  
กำลังดำเนินการ: ทุกรพ.
- ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลตาม  
มาตรฐาน HIS Gateway รอกการ  
ชี้แจงจากศูนย์เทคโนโลยี  
ทดสอบระบบที่รพ.รัตนบุรี

### ระดับที่ 2 SMART SERVICE

- โรงพยาบาลทุกแห่ง  
ใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์

### ระดับที่ 3 SMART OUTCOME

- โรงพยาบาลสุรินทร์มีระบบ  
Front Office และ Back  
Office ที่เชื่อมโยงกัน

ตัวชี้วัดที่ 28 การดำเนินการ digital transformation เขตฯละ 1 จังหวัด



เขตสุขภาพที่ 9  
R9Q Online

เตรียมนำระบบ R9Q Online ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาโดยเขตสุขภาพที่ 9 มาใช้งาน



HIS  
Gateway

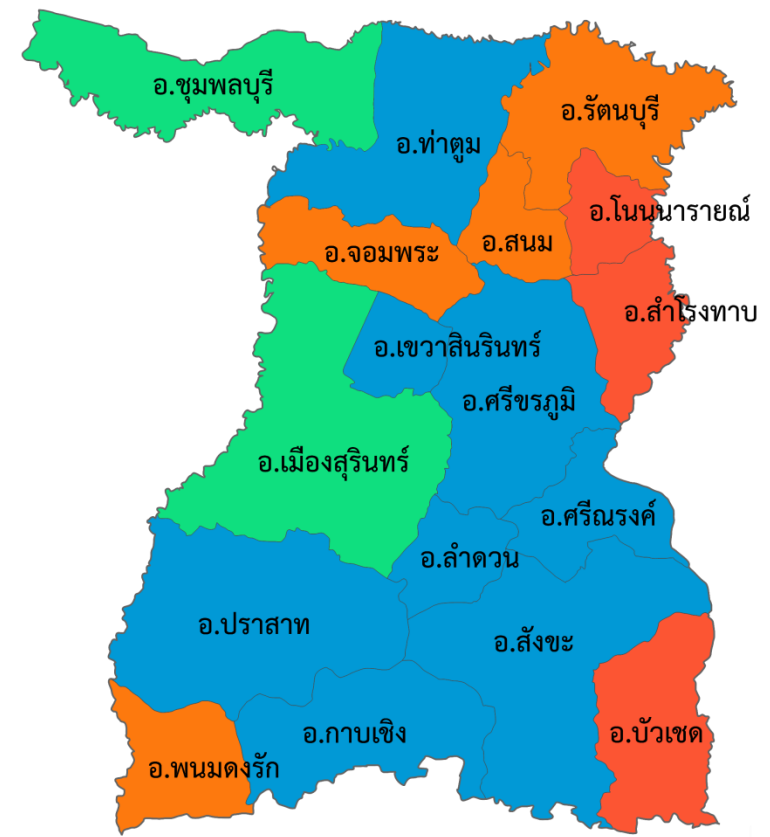
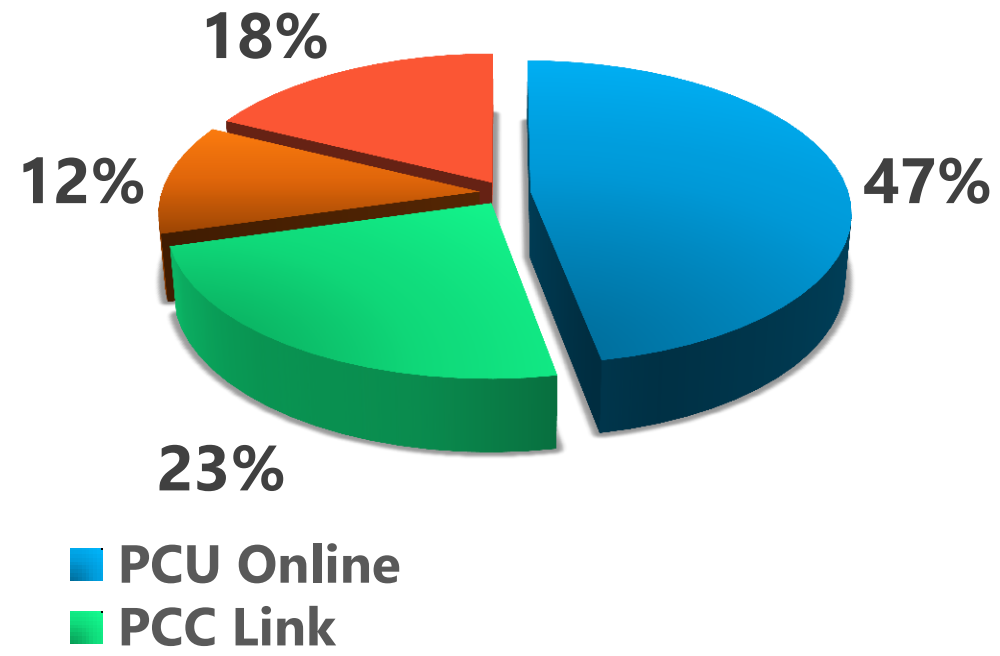
โรงพยาบาลทุกแห่ง  
ทดสอบการเข้าใช้  
งาน Application  
H4U



Back  
Office

จัดการระบบ Back office -  
Model รพ.ชุมพลบุรี  
-ฯลฯ

# สัดส่วนการใช้งาน



# ตัวชี้วัด 30 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ

สถานการณ์ระดับวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ จ.สุรินทร์ ปี 2559-2562

ระดับวิกฤต	2559		2560		2561		2562 (ไตรมาส 1)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	1	5.88	0	0	0	0
5	0	0	1	5.88	1	5.88	0	0
4	4	23.53	1	5.88	1	5.88	0	0
3	2	11.76	2	11.76	0	0	1	5.88
2	0	0	1	5.88	4	23.53	1	5.88
1	2	11.76	3	17.65	2	11.76	0	0
ปกติ	9	52.94	8	47.06	9	52.94	15	88.24

## การจัดทำ Planfin 62

- รพ.จัดทำแผนแบบเกินดุล 17 แห่ง (100%)

- ลงทุนเกิน 20%EBITDA 5 แห่ง

(ชมพลบุรี/กาบเชิง/ลำดวน/บัวเชด/ศรีณรงค์)

## Planfin Analysis 8 แบบ

- แบบ1(Normal) 8 แห่ง

- แบบ2(Low Risk) 4 แห่ง

- แบบ3(Low Risk) 5 แห่ง

## มาตรการสำคัญ

- 1.การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ โดย คกก.CFO จว.
- 2.พัฒนาการบริหารระบบบัญชี โดยการติดตามและตรวจสอบข้อมูลทุกเดือน
3. ติดตาม กำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทางการเงิน ทุกเดือน
- 4.ตรวจเยี่ยมหน่วยบริการที่ประสบวิกฤตทางการเงิน

## โครงการที่สำคัญ

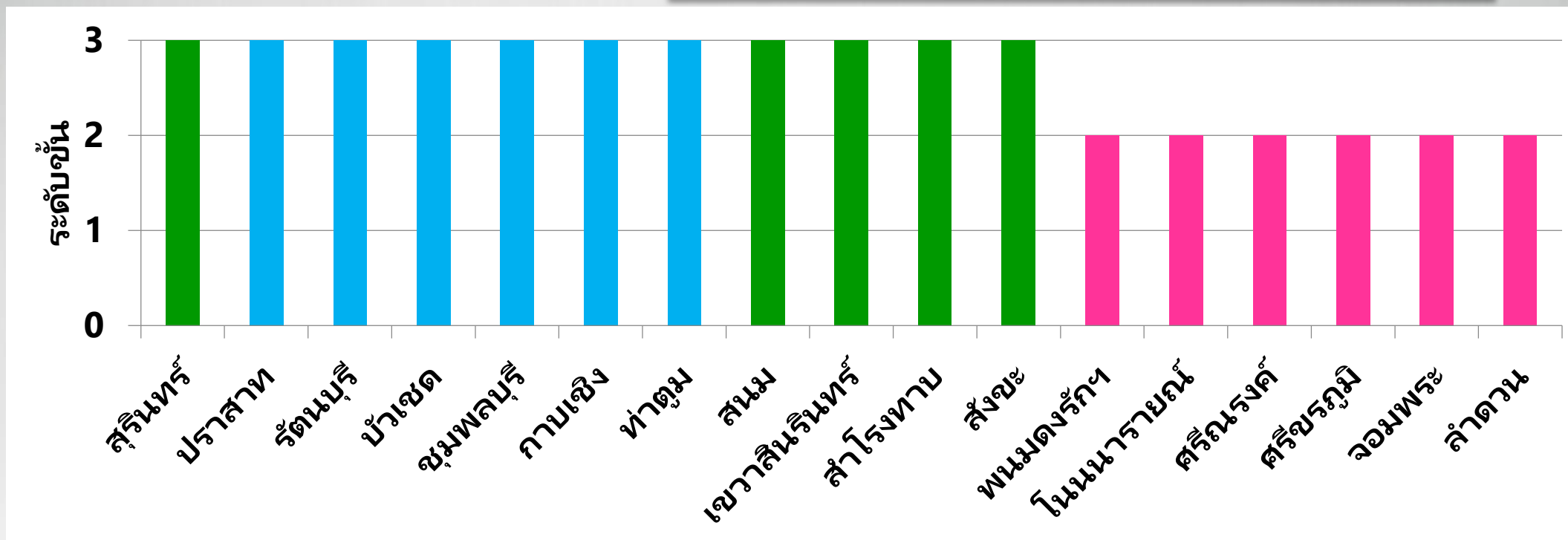
- 1.บริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ
- 2.พัฒนาคุณภาพบัญชีหน่วยบริการ
- 3.พัฒนาระบบศูนย์จัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ
- 4.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ

ตัวชี้วัดที่ **31** ร้อยละของ รพ.สังกัด กสธ. มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3

**ผลการดำเนินงาน**



- 1. รพศ./รพท. ร้อยละ 100
- 2. รพช. ร้อยละ 90



ตัวชี้วัด	ทั้งหมด (แห่ง)	ผ่าน (แห่ง)	ร้อยละ
1. รพศ. /รพท. ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 ร้อยละ 100	2	2	100
2. รพช. ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 ร้อยละ 80	15	9	60

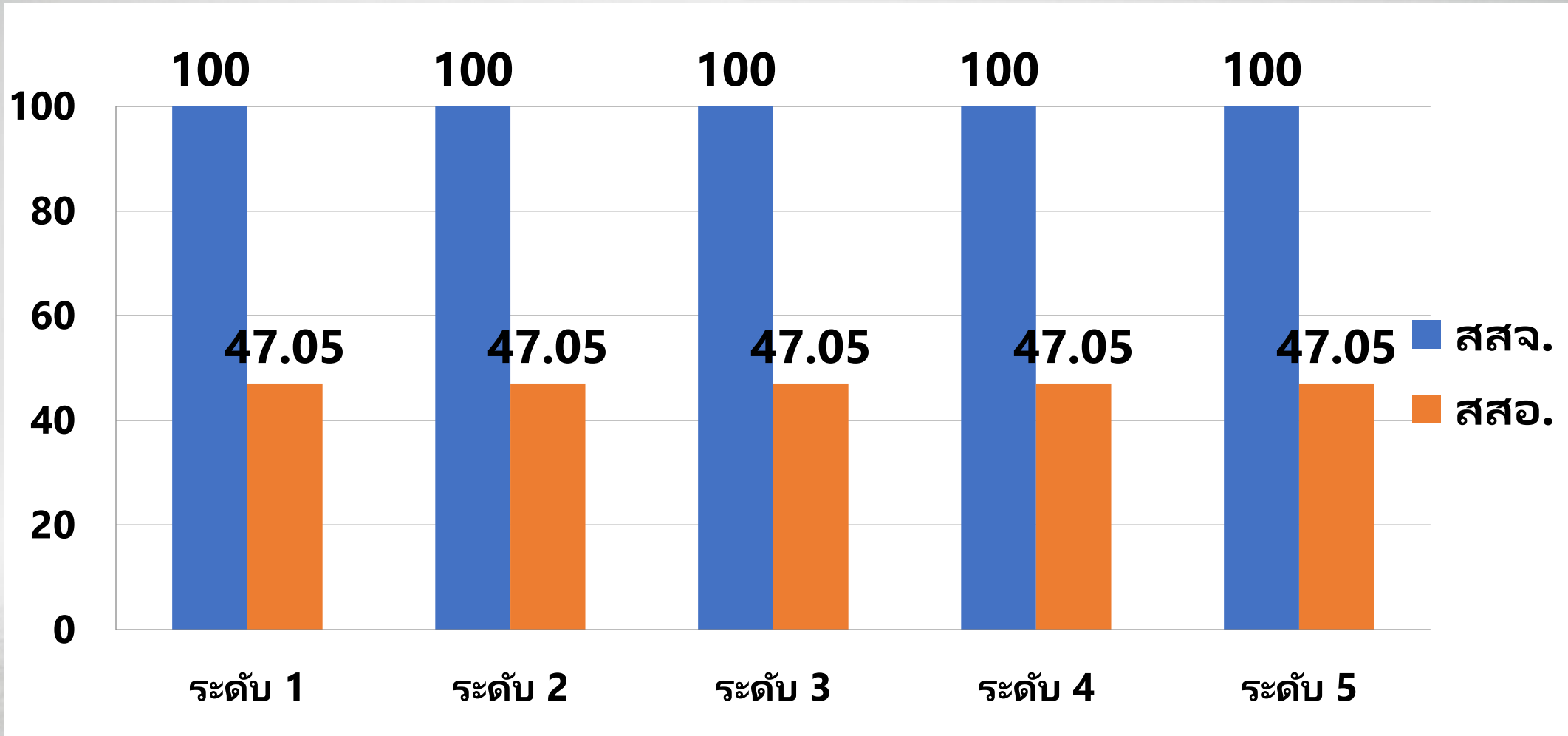
Governance )  
ตัวชี้วัดที่ 32

ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

## ผลการดำเนินงาน

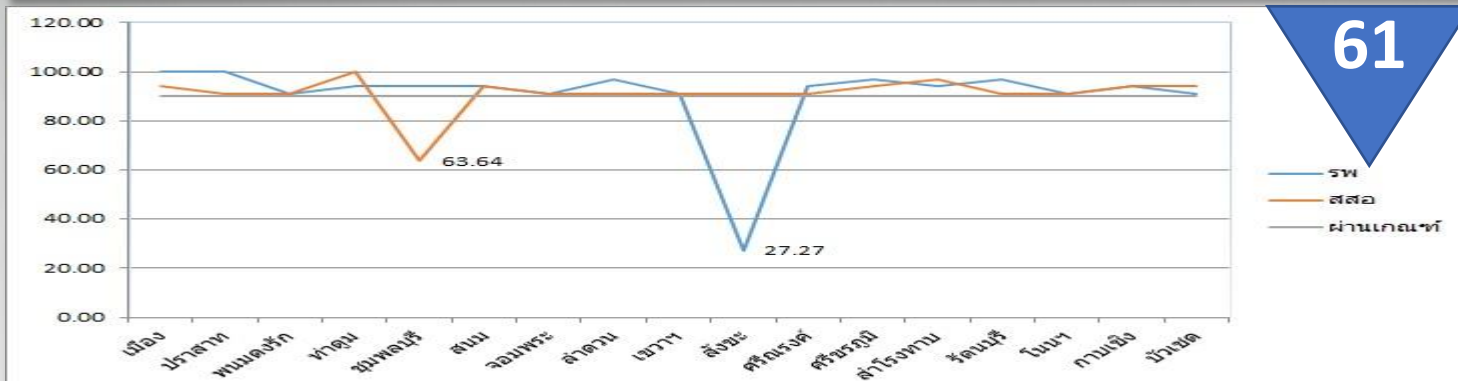


1. สสจ. ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ร้อยละ 70
2. สสอ. ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ร้อยละ 40

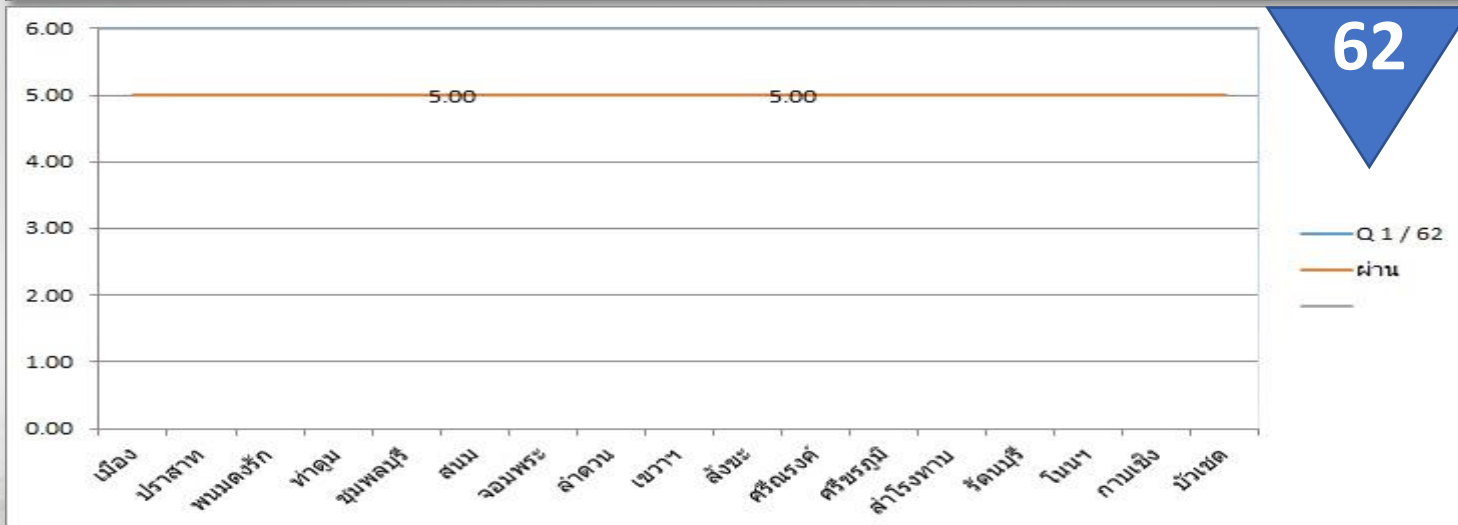


# ตัวชี้วัดที่ 33 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด สป. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

## สถานการณ์/สภาพปัญหา



61



62

## มาตรการแก้ไขปัญหา

- ชี้แจงเอกสารที่ต้องจัดส่งทั้ง 26 EBIT(181 รายการ)
- จำแนกข้อมูล monitor รายเดือน

ข้อมูลการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใส ของ สสจ.สุรินทร์

HOME ด้านความโปร่งใส ด้านความซื่อสัตย์สุจริต ด้านปลอดจากการทุจริต ด้านวัฒนธรรมคุณธรรมโปร่งใส ด้านคุณธรรมของหน่วยงาน

ส่งงานไตรมาส 1

เยี่ยมชม ITA เพื่อนบ้าน

วันที่ 4 ธันวาคม 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ โดยส่งงานติดตาม ได้เชิญผู้บริหารของงาน ITA จาก โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลปราสาท โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำฐานเชิงประจักษ์(EBIT)ให้ถูกต้องในแนวทางเดียวกัน



## การดำเนินงานตรวจสอบภายใน

- ปี 2561 : ดำเนินการครบร้อยละ 100
- ปี 2562 :
  - ตรวจสอบภายในโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง
  - โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 9 แห่ง จากจำนวนหน่วยรับตรวจทั้งสิ้น 34 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 29

## การควบคุมภายใน EIA

- ปี 2562

- จัดทำหนังสือแจ้งหน่วยบริการทุกแห่ง ดำเนินการประเมินการควบคุมภายในโดยวิธีอิเล็กทรอนิกส์ (EIA) เรียบร้อยแล้ว



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์  
SURIN PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

# ขอขอบคุณ