เอกสารประกอบ

การตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง
กรณีปกติ รอบที่ 2 ปี 2564
จังหวัดตรัง





สารบัญ

หน้า

ข้อมูลทั่วไป ๑

ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ ๒๓

๑.๑ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ ๓๔

๒.๒ .ร้อยละหน่วยบริการ สาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการรอยละเมืองสมุนไพรผ่าน เกณฑ์การประเมิน

ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๔๑

๓.๑ ประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน

๓.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ ปฐมภูมิเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่

๓.๓ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)

ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๔.๑ ผู้สูงอายุ ๗๒

๑. ร้อยละการคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอาย

๒. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๓. ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

๔. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan

๕. ร้อยละของโรงพยาบาล ขนาด M๒ ขึ้นไป ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ

๔.๒ สุขภาพจิต ๘๑

๑. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

๒. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี

๓. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

๔. ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

๔.๓ มารดา ๙๔

๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย **(ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสน**การเกิดมีชีพ)

๔.๔ เด็กปฐมวัย ๑๐๒

๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปีทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย

๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

๓. เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า

๔. .เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม

๕. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย เครื่องมือมาตรฐาน TEDA๔I

๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

หน้า

๔.๕ กลุ่มวัยทำงาน ๑๐๗

๑. ร้อยละของประชากร ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน

๒. ร้อยละของการตรวจ ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้

๔. ร้อยละของประชากร ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง

๕. ร้อยละของการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๖. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้

๗. จำนวนชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชน วิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”

ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด **๑๑๔**

๑.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

๒.ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

Service plan สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน **๑๒๐**

๑.อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M๑

Service plan สาขามะเร็ง **๑๒๖**

๑.ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายหลังวินิจฉัยภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์

๒.ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์

๓.ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์

Service plan สาขาทารกแรกเกิด **๑๓๗**

๑.อัตราตายของทารกแรก เกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่มี น้ำหนักแรกเกิด ≥ ๕๐๐ กรัม

Intermediate care **๑๔๒**

๑. ร้อยละของโรงพยาบาล ระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)

๒. ร้อยละผู้ป่วย stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel Index < ๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ ๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐

ประเด็นที่ ๖ Good Governance **๑๔๗**

๖.๑ การตรวจสอบภายในเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Small Success ๖ เดือน กำกับ ติดตามการจัดทำแผนเงินบำรุงตามข้อเสนอแนะ)

๖.๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

๖.๓ หน่วยบริการมีศูนย์ จัดเก็บรายได้คุณภาพ (Small Success รอบ ๖ เดือน หน่วยบริการได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อ จัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้)

Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) **๑๖๑**

๑. ผู้ป่วยโรค ๔ สาขาหลัก ส่งต่อออกนอกเขตบริการสุขภาพ

๒. HNA (Healthcare Network Accreditation)

บทที่ ๑
ข้อมูลทั่วไปจังหวัดตรัง

ที่ตั้งและอาณาเขต

จังหวัดตรังอยู่ทางภาคใต้ของประเทศไทย เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่จังหวัดเลียบชายฝั่งทะเลตะวันตกของมหาสมุทรอินเดีย ยาวตลอดแนวเขตจังหวัดถึง ๑๑๙ กม. ประมาณเส้นรุ้งที่ ๗ องศา ๓๑ ลิปดาเหนือ และเส้นแวงที่ ๙๙ องศา ๓๘ ลิปดาตะวันออก อยู่ห่างจากกรุงเทพฯ ตามเส้นทางสายเพชรเกษม ๘๒๘ กิโลเมตร มีเนื้อที่ทั้งสิ้น ๔,๙๑๗.๕๑๙ ตารางกิโลเมตร หรือ ๓,๐๘๘,๓๙๙.๓๗๕ ไร่ มีอาณาเขตติดต่อด้านจังหวัดต่าง ๆ ดังนี้



ทิศเหนือ จดอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช และอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

ทิศใต้ จดอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล และทะเลอันดามัน มหาสมุทรอินเดีย

ทิศตะวันออก จดอำเภอควนขนุน อำเภอกงหรา อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง (มีเทือกเขาบรรทัดกั้นอาณาเขต)

ทิศตะวันตก จดอำเภอคลองท่อม เกาะลันตา จังหวัดกระบี่ และทะเลอันดามัน มหาสมุทรอินเดีย

ลักษณะภูมิประเทศ

สภาพพื้นที่ส่วนใหญ่โดยทั่วไปจะเป็นเนินสูง ๆ ต่ำ ๆ สลับด้วยภูเขาใหญ่เล็กกระจัดกระจายอยู่ทั่วไป พื้นที่ราบเรียบมีจำนวนน้อยซึ่งใช้เป็นแหล่งเพาะปลูกข้าว ทางทิศตะวันออกมีเทือกเขาบรรทัดยาวจากตอนเหนือจดตอนใต้ และเป็นแนวเขตแบ่งจังหวัดตรังกับจังหวัดพัทลุง ลักษณะดินส่วนใหญ่เป็นดินร่วนปนทราย สภาพป่าเป็นป่าดิบชื้น มีป่าชายเลนสำหรับท้องที่ที่อยู่ติดกับทะเล มีพื้นที่เป็นเกาะจำนวน ๔๖ เกาะ อยู่ในพื้นที่อำเภอกันตัง ๑๒ เกาะ อำเภอปะเหลียน ๑๓ เกาะ และอำเภอสิเกา ๒๑ เกาะ

ลักษณะภูมิอากาศ

ฤดูกาล แบ่งตามลักษณะอากาศของประเทศไทยออกเป็น ๒ ฤดู คือ **ฤดูร้อน** เริ่มตั้งแต่กลางเดือนกุมภาพันธ์ถึงกลางเดือนพฤษภาคม และ**ฤดูฝน** เริ่มตั้งเดือนพฤษภาคมถึงกลางเดือนกุมภาพันธ์

ลักษณะอากาศทั่วไป จังหวัดตรังอยู่ภายใต้อิทธิพลของลมมรสุมที่พัดประจำเป็นฤดูกาล ๒ ชนิด คือ ***ลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้*** (กลางเดือนพฤษภาคมถึงกลางเดือนตุลาคม) ***ลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ*** (กลางเดือนตุลาคมถึงกลางเดือนพฤษภาคม)

อุณหภูมิของอากาศปี ๒๕๖๓ อุณหภูมิเฉลี่ยตลอดปี ๒๗.๘๕ องศาเซลเซียส อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ยตลอดปี ๓๕.๕๖ องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ยตลอดปี ๒๒.๕๑ องศาเซลเซียส

ความชื้นสัมพัทธ์ ปี ๒๕๖๓ ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ยตลอดปีประมาณ ๗๙.๐๐% ความชื้นสัมพัทธ์สูงสุดเฉลี่ยตลอดปี ๙๗.๓๓% ความชื้นสัมพัทธ์ต่ำสุดเฉลี่ยตลอดปี ๔๖.๓๓%

ปริมาณฝนปี ๒๕๖๓ ปริมาณฝนตกตลอดปี ๒,๒๑๔.๖ มิลลิเมตร จำนวนวันที่มีฝนตกตั้งแต่ ๐.๑ มิลลิเมตรขึ้นไป มีทั้งหมด ๑๙๒ วัน

การเมืองการปกครอง

จังหวัดตรัง แบ่งการปกครองออกเป็น ๑๐ อำเภอ ๘๗ ตำบล ๗๒๓ หมู่บ้าน ๒๓ เทศบาล ๗๖ องค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยงานส่วนกลาง ๑๐๖ หน่วยงาน และหน่วยงานส่วนภูมิภาค ๓๔ หน่วยงาน

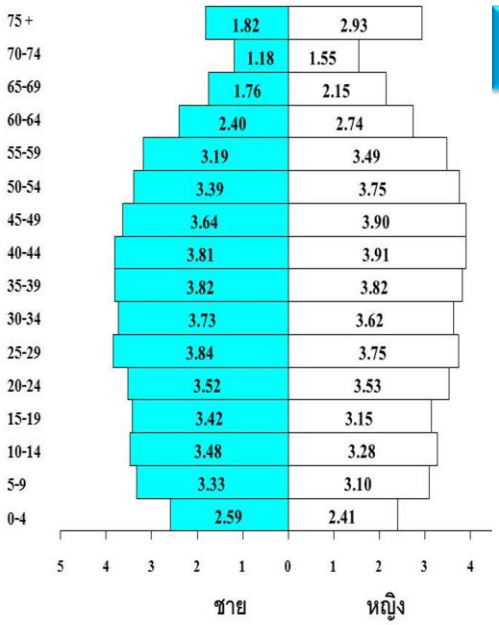
จำนวนประชากร

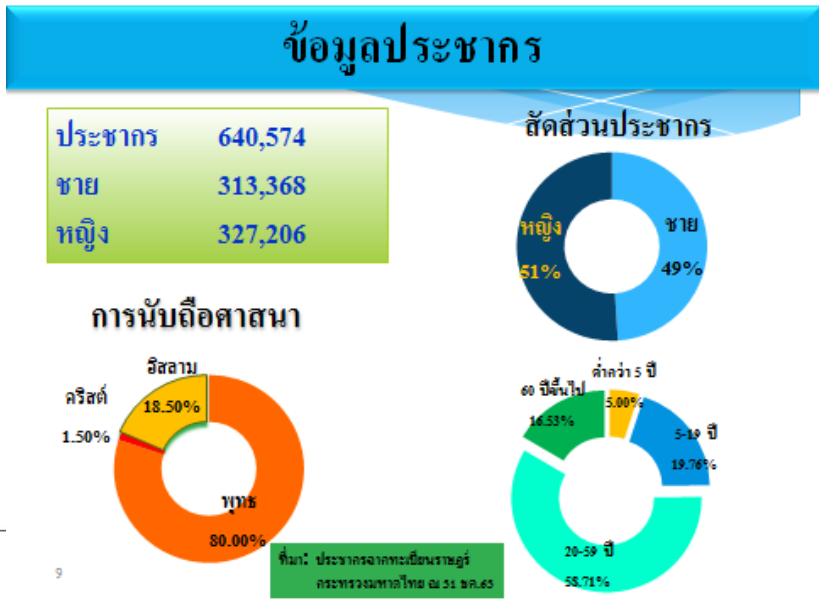
จังหวัดตรังมีประชากรทั้งสิ้น ๖๔๐,๕๗๔ คน (๓๑ ธ.ค.๖๓) เป็นชาย ๓๓๔,๓๖๘ คน หญิง ๓๒๗,๒๐๖ คน สำหรับอำเภอที่มีประชากรมากที่สุด ได้แก่ อำเภอเมือง ๑๕๕,๔๐๘ คน รองลงมา ได้แก่ อำเภอห้วยยอด ๙๔,๓๘๕ คน และอำเภอกันตัง ๘๖,๙๑๕ คน ความหนาแน่นของประชากร ๑๓๐ คน/ตร.กม.

ตารางที่ ๑ จำนวน ตำบล หมู่บ้าน หลังคาเรือน จำแนกรายอำเภอ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๔

ลำดับ	อำเภอ/	ระยะทาง (กม.)	ตำบล	หมู่บ้าน	ชุมชน	เทศบาล	อบต.	หลังคาเรือน	พื้นที่ (ตร.กม.)	ประชากร (คน)		
										ชาย	หญิง	รวม
๑	อำเภอเมือง	-	๑๕	๑๒๑	๓๖	๔	๑๒	๖๖,๙๕๖	๕๓๓.๘๗๓	๗๓,๗๓๕	๘๑,๖๗๓	๑๕๕,๔๐๘
๒	อำเภอกันตัง	๒๔	๑๔	๘๓	๑๒	๓	๑๑	๒๙,๐๐๐	๖๐๙.๖๓๕	๔๓,๒๔๖	๔๓,๖๖๙	๘๖,๙๑๕
๓	อำเภอย่านตาขาว	๒๒	๘	๖๗	๕	๓	๖	๒๑,๕๓๕	๔๓๑.๐๕๗	๓๑,๔๒๒	๓๓,๐๐๖	๖๔,๔๒๘
๔	อำเภอปะเหลียน	๔๔	๑๐	๘๖	๖	๓	๙	๒๓,๒๑๒	๙๗๓.๑๓๐	๓๒,๙๓๖	๓๓,๙๐๖	๖๖,๘๔๒
๕	อำเภอสิเกา	๓๓	๕	๔๐	๑๓	๓	๔	๑๓,๙๑๓	๕๒๓.๙๘๓	๑๙,๒๗๐	๑๙,๐๕๑	๓๘,๓๒๑
๖	อำเภอห้วยยอด	๒๘	๑๖	๑๓๓	๑๓	๕	๑๔	๓๔,๐๔๖	๗๔๗.๒๗๔	๔๖,๖๗๐	๔๗,๗๑๕	๙๔,๓๘๕
๗	อำเภอวังวิเศษ	๖๐	๕	๖๘	๕	๑	๕	๑๕,๒๓๖	๔๗๗.๑๒๕	๒๑,๕๘๘	๒๑,๘๘๑	๔๓,๔๖๙
๘	อำเภอนาโยง	๑๒	๖	๕๓	๔	๑	๖	๑๔,๙๕๖	๑๖๕.๐๑๗	๒๑,๖๑๒	๒๓,๐๔๐	๔๔,๖๕๒
๙	อำเภอรัษฎา	๕๗	๕	๕๐	๕	๑	๕	๑๑,๑๕๔	๒๓๒.๔๒๕	๑๔,๓๙๖	๑๔,๘๕๕	๒๙,๒๕๑
๑๐	อำเภอหาดสำราญ	๕๙	๓	๒๒	๐	-	๓	๔,๘๕๕	๒๒๔.๐๐๐	๘,๔๙๓	๘,๔๑๐	๑๖,๙๐๓
	รวม	-	๘๗	๗๒๓	๙๙	๒๔	๗๕	๒๓๔,๘๖๓	๔,๙๑๗.๕๑๙	๓๑๓,๓๖๘	๓๒๗,๒๐๖	๖๔๐,๕๗๔
ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓												

ปิระมิดประชากร





ประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

ตารางที่ ๒ จำนวนประชากรจำแนกกลุ่มอายุและเพศ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๔

กลุ่มอายุ	จำนวนประชากร/ร้อยละ					
	ชาย (คน)	ร้อยละ	หญิง (คน)	ร้อยละ	รวม (คน)	ร้อยละ
๐-๑	๒,๘๑๙	๐.๔๔	๒,๖๔๓	๐.๔๑	๕,๔๖๒	๐.๘๕
๑-๔	๑๓,๗๕๓	๒.๑๕	๑๒,๘๐๔	๒.๐๐	๒๖,๕๕๗	๔.๑๕
๕-๙	๒๑,๓๑๕	๓.๓๓	๑๙,๘๗๕	๓.๑๐	๔๑,๑๙๐	๖.๔๓
๑๐-๑๔	๒๒,๓๐๕	๓.๔๘	๒๐,๙๘๐	๓.๒๘	๔๓,๒๘๕	๖.๗๖
๑๕-๑๙	๒๑,๙๑๘	๓.๔๒	๒๐,๑๘๓	๓.๑๕	๔๒,๑๐๑	๖.๕๗
๒๐-๒๔	๒๒,๕๓๒	๓.๕๒	๒๒,๖๒๘	๓.๕๓	๔๕,๑๖๐	๗.๐๕
๒๕-๒๙	๒๔,๕๙๖	๓.๘๔	๒๔,๐๑๕	๓.๗๕	๔๘,๖๑๑	๗.๕๙
๓๐-๓๔	๒๓,๙๑๐	๓.๗๓	๒๓,๒๑๖	๓.๖๒	๔๗,๑๒๖	๗.๓๖
๓๕-๓๙	๒๔,๔๕๗	๓.๘๒	๒๔,๔๙๗	๓.๘๒	๔๘,๙๕๔	๗.๖๔
๔๐-๔๔	๒๔,๓๘๔	๓.๘๑	๒๕,๐๒๑	๓.๙๑	๔๙,๔๐๕	๗.๗๑
๔๕-๔๙	๒๓,๓๓๖	๓.๖๔	๒๔,๙๕๘	๓.๙๐	๔๘,๒๙๔	๗.๕๔
๕๐-๕๔	๒๑,๗๔๕	๓.๓๙	๒๔,๐๓๘	๓.๗๕	๔๕,๗๘๓	๗.๑๕
๕๕-๕๙	๒๐,๔๑๓	๓.๑๙	๒๒,๓๓๑	๓.๔๙	๔๒,๗๔๔	๖.๖๗
๖๐-๖๔	๑๕,๓๙๑	๒.๔๐	๑๗,๕๓๐	๒.๗๔	๓๒,๙๒๑	๕.๑๔
๖๕-๖๙	๑๑,๒๕๒	๑.๗๖	๑๓,๗๗๘	๒.๑๕	๒๕,๐๓๐	๓.๙๑
๗๐-๗๔	๗,๕๗๖	๑.๑๘	๙,๙๒๒	๑.๕๕	๑๗,๔๙๘	๒.๗๓
๗๕ ปีขึ้นไป	๑๑,๖๖๖	๑.๘๒	๑๘,๗๘๗	๒.๙๓	๓๐,๔๕๓	๔.๗๕
รวม	๓๑๓,๓๖๘	๔๘.๙๒	๓๒๗,๒๐๖	๕๑.๐๘	๖๔๐,๕๗๔	๑๐๐.๐๐

ที่มา : จากสำนักทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ ๓๑ ธ.ค. ๖๓

อายุคาดเฉลี่ยของประชากรจังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๓

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy) ชาย ๗๖.๒๕ ปี หญิง ๘๓.๔๖ ปี

อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ชาย ๖๙.๘๕ ปี หญิง ๗๕.๗๖ ปี

ศาสนา

ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๘๐.๐๐ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ ๑๘.๕๐ ศาสนาคริสต์ ร้อยละ ๑.๕๐

เศรษฐกิจ

ผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัด (Growth Provincial Product : GPP) ในปี ๒๕๖๑ เท่ากับ ๖๔,๕๘๖ ล้านบาท อยู่ลำดับที่ ๓๕ ของประเทศ ลำดับที่ ๘ ของภาคใต้ ลำดับที่ ๔ ของกลุ่มจังหวัด

มูลค่าผลิตภัณฑ์เฉลี่ยต่อคน (รายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปี) ปี ๒๕๖๑ เท่ากับ ๑๐๒,๕๘๙ บาท/คน/ปี เป็นอันดับ ๑๐ ของภาคใต้ อันดับ ๔๓ ของประเทศ และลำดับที่ ๖ ของกลุ่มจังหวัดภาคใต้ฝั่งอันดามัน

อาชีพที่สำคัญได้แก่

การกสิกรรม พืชที่ปลูกที่สำคัญ ได้แก่ ยางพารา ข้าว มะพร้าว ปาล์มน้ำมัน ทุเรียน สะตอ มะม่วงหิมพานต์ กาแฟ แตงโม ถั่วลิสง ผักต่าง ๆ

การประมง จังหวัดตรังมีอาณาเขตติดต่อกับฝั่งทะเลอันดามัน มหาสมุทรอินเดียถึง ๕ อำเภอ ได้แก่ อำเภอปะเหลียน อำเภอย่านตาขาว อำเภอกันตัง อำเภอสิเกา และอำเภอหาดสำราญ ประมงจึงเป็นอาชีพและรายได้หลักที่สำคัญอย่างหนึ่งของจังหวัดตรัง

การอุตสาหกรรม ได้แก่ อุตสาหกรรมโรงงานแปรรูปผลิตผลทางการเกษตร เช่น โรงงานรมควันยาง สกัดน้ำมันปาล์ม ผลิตอาหารทะเลแช่แข็ง ผลิตอาหารทะเลกระป๋อง ผลิตปลาบดแช่แข็ง (ซูริมิ) ฯลฯ

การป่าไม้ ได้แก่ การเผาถ่านไม้

การพาณิชย์ ได้แก่ การค้าส่ง ค้าปลีก ค้ากับต่างประเทศ มีสินค้าจากผลิตผลทางการเกษตร เช่น ยางแผ่นรมควัน ยางแท่งทีทีอาร์ สัตว์น้ำทะเลและผลิตภัณฑ์จากสัตว์น้ำทะเล ฯลฯ

การศึกษา

จังหวัดตรังมีสถานศึกษาทั้งหมดจำนวน ๕๑๖ แห่ง จัดการศึกษาออกเป็นดังนี้

๑. สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน ๒๙๖ แห่ง แยกเป็น

- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตรัง เขต ๑ จำนวน ๑๓๒ แห่ง
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตรัง เขต ๒ จำนวน ๑๓๕ แห่ง
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต ๑๓ จำนวน ๒๘ แห่ง
- ศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา ๔ จำนวน ๑ แห่ง

๒. สำนักงานส่งเสริมการศึกษาเอกชน จำนวน ๓๕ แห่ง

๓. สังกัดสำนักงานส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๑๕๓ แห่ง

๔. สำนักงานพระพุทธศาสนา จำนวน ๑ แห่ง

๕. สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวน ๒ แห่ง

๖. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒ แห่ง

๗. สังกัดสำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา จำนวน ๙ แห่ง

๘. สังกัดสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา จำนวน ๕ แห่ง

๙.สังกัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา จำนวน ๒ แห่ง

๑๐.สังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย จำนวน ๑๑ แห่ง

สถานบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

๑. โรงพยาบาลศูนย์ ขนาด ๕๕๓ เตียง ๑ แห่ง (รพ.ตรัง)

๒. โรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๙๐ เตียง ๑ แห่ง (รพ.ห้วยยอด)

ขนาด ๖๐ เตียง ๔ แห่ง (รพ.กันตัง,รพ.ย่านตาขาว,รพ.นาโยง,รพ.สิเกา)

ขนาด ๓๐ เตียง ๓ แห่ง (รพ.ปะเหลียน, รพ.วังวิเศษ, รพ.รัษฎา)

๓. โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ๓๐ เตียง ๑ แห่ง (รพ.หาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา)

๔. โรงพยาบาลเฉพาะทาง ขนาด ๖๐ เตียง ๑ แห่ง (รพ.โรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง)

๕. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๒๕ แห่ง

๖. ศูนย์บริการสาธารณสุข ๘ แห่ง

๖.๑ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔ แห่ง

(ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองกันตัง/ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลห้วยยอด
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลนาวง/ศูนย์บริการสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลบางเป้า)

๖.๒ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (อ.เมืองตรัง) ๔ แห่ง

(ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองตรัง/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเทศบาล ๑
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเทศบาล ๒ / ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเทศบาล ๓)

<u>สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน</u>

๑. โรงพยาบาลเอกชน ๒ แห่ง

ขนาด ๑๕๐ เตียง (โรงพยาบาลตรังรวมแพทย์)

ขนาด ๑๒๐ เตียง (โรงพยาบาลวัฒนแพทย์)

๒. คลินิกเอกชน ๒๕๐ แห่ง

- สาขาเวชกรรมทั่วไป ๑๒๙ แห่ง
- สาขาทันตกรรมทั่วไป ๓๗ แห่ง
- สาขาพยาบาลและผดุงครรภ์ ๕๘ แห่ง
- สาขากายภาพบำบัด ๔ แห่ง
- สาขาเทคนิคการแพทย์ ๑๓ แห่ง
- สาขาการแพทย์แผนไทย ๓ แห่ง
- สาขาการแพทย์แผนจีน ๒ แห่ง
- สหคลินิก ๕ แห่ง

๓. ร้านขายยา ๑๕๑ ร้าน

<u>หน่วยงานสนับสนุนการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข</u>

๑. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

๒. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ตรัง

๓. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๒/๑ ตรัง

๔. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ ๑๒.๓ ตรัง

ตารางที่ ๓ จำนวนและอัตราต่อประชากรของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำแนกรายอำเภอ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๔

ลำดับ	อำเภอ	ประชากร	จนท. สสอ. (คน)	รพ.สต./PCU							
				รพ.สต. (แห่ง)	PCU (แห่ง)	รวม (แห่ง)	จนท. รพ.สต. (คน)	จนท. PCU (คน)	รวม (คน)	เฉลี่ย: รพ.สต./ PCU	อัตรา: ประชากร
๑	อำเภอเมือง	๑๕๕,๔๐๘	๑	๑๘	๔	๒๒	๘๕	๔๕	๑๓๐	๖	๑๑๙๕
๒	อำเภอกันตัง	๘๖,๙๑๕	๓	๒๐	๑	๒๑	๘๙	๕	๙๔	๔	๙๒๕
๓	อำเภอย่านตาขาว	๖๔,๔๒๘	๔	๑๖	-	๑๖	๗๒	-	๗๒	๕	๘๙๕
๔	อำเภอปะเหลียน	๖๖,๘๔๒	๓	๑๘	๑	๑๙	๑๐๐	๑๒	๑๑๒	๖	๕๙๗
๕	อำเภอสิเกา	๓๘,๓๒๑	๔	๙	-	๙	๕๑	-	๕๑	๖	๗๕๑
๖	อำเภอห้วยยอด	๙๔,๓๘๕	๔	๒๐	๑	๒๑	๑๒๕	๑๔	๑๓๙	๗	๖๗๙
๗	อำเภอวังวิเศษ	๔๓,๔๖๙	๕	๗	-	๗	๔๓	-	๔๓	๖	๑๐๑๑
๘	อำเภอนาโยง	๔๔,๖๕๒	๓	๗	๑	๘	๓๘	๑๓	๕๑	๖	๘๗๖
๙	อำเภอรัษฎา	๒๙,๒๕๑	๓	๖	-	๖	๓๔	-	๓๔	๖	๘๖๐
๑๐	อำเภอหาดสำราญ	๑๖,๙๐๓	๒	๔	-	๔	๒๑	-	๒๑	๕	๘๐๕
	รวม	๖๔๐,๕๗๔	๓๒	๑๒๕	๘	๑๓๓	๖๕๘	๘๙	๗๔๗	๖	๘๕๘

ที่มา : ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพบนอินเตอร์เน็ต (Gishealth) (มีค.๖๔)

ตารางที่ ๔ จำนวนและอัตราต่อประชากรของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๔

ลำดับ	โรงพยาบาลรัฐ	แพทย์ (คน)	ทันตแพทย์ (คน)	เภสัชกร (คน)	พยาบาลวิชาชีพ (คน)	พยาบาลเทคนิค (คน)
๑	รพ.ตรัง	๑๓๐	๑๔	๓๙	๖๓๖	๐
๒	รพ.กันตัง	๑๕	๔	๑๐	๘๑	๑
๓	รพ.ย่านตาขาว	๑๓	๕	๘	๗๔	๒
๔	รพ.ปะเหลียน	๑๑	๘	๖	๔๘	๐
๕	รพ.สิเกา	๑๑	๓	๖	๔๑	๐
๖	รพ.ห้วยยอด	๒๔	๑๔	๑๓	๘๔	๒
๗	รพ.วังวิเศษ	๑๑	๓	๕	๔๓	๒
๘	รพ.นาโยง	๑๐	๓	๖	๖๓	๑
๙	รพ.รัษฎา	๗	๔	๕	๔๗	๐
๑๐	รพ.หาดสำราญฯ	๖	๖	๒	๒๑	๐
	รวม รพช.	**๑๐๘**	**๕๐**	**๖๑**	**๕๐๒**	**๘**
	อัตราต่อประชากร	**๕,๙๓๑**	**๑๒,๘๑๑**	**๑๐,๕๐๑**	**๑,๒๗๖**	**๘๐,๐๗๒**
	รวม รพ.รัฐ	**๒๓๘**	**๖๔**	**๑๐๐**	**๑,๑๓๘**	**๘**
	อัตราต่อประชากร	**๒,๖๙๑**	**๑๐,๐๐๙**	**๖,๔๐๖**	**๕๖๓**	**๘๐,๐๗๒**
ลำดับ	**โรงพยาบาลเอกชน**	**แพทย์** (คน)	**ทันตแพทย์** (คน)	**เภสัชกร** (คน)	**พยาบาลวิชาชีพ** (คน)	**พยาบาลเทคนิค** (คน)
๑	รพ.วัฒนแพทย์	๓๑	๑	๗	๑๑๒	๐
๒	รพ.ทีอาร์พีเอช	๑๒	๐	๘	๗๒	๐
	รวม รพ.เอกชน	**๔๓**	**๑**	**๑๕**	**๑๘๔**	**-**
	อัตราต่อประชากร	**๑๔,๘๙๗**	**๖๔๐,๕๗๔**	**๔๒,๗๐๕**	**๓,๔๘๑**	**-**
	รพ.รัฐ+รพ.เอกชน	**๒๘๑**	**๖๕**	**๑๑๕**	**๑,๓๒๒**	**๘**
	อัตราต่อประชากร	**๒,๒๘๐**	**๙,๘๕๕**	**๕,๕๗๐**	**๔๘๕**	**๘๐,๐๗๒**

ที่มา : ๑. ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพบนอินเตอร์เน็ต (Gishealth) (มีค.๖๔)

๒. อัตราต่อประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

บทที่ ๒
สถานะสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดตรัง

ในการวิเคราะห์สถานะสุขภาพและปัญหาสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ใช้รายงานจากสูติบัตร มรณะบัตร รายงานผู้ป่วยนอก รายงานผู้ป่วยใน และรายงานการเฝ้าระวังทางด้านระบาดวิทยา เพื่อนำเสนอสถิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดังนี้

<u>สถิติชีพ</u>

ตัวชี้วัดสถิติชีพที่เกี่ยวข้องมีดังนี้ คือ อัตราการเกิด อัตราการตาย และอัตราการเพิ่ม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ ๕ จำนวนและอัตราเกิดมีชีพ/ตาย/เพิ่มตามธรรมชาติของประชากร จำแนกรายอำเภอ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๓

ลำดับ	อำเภอ	ประชากร (คน)	เกิดมีชีพ		ตาย		เพิ่ม	
			จำนวน (คน)	อัตรา ต่อพัน	จำนวน (คน)	อัตรา ต่อพัน	จำนวน (คน)	อัตรา ต่อพัน
๑	อำเภอเมืองตรัง	๑๕๖,๘๙๑	๓๖๑๙	๒๓.๐๕	๙๕๓	๖.๐๗	๒,๖๖๖	๑.๗๐
๒	อำเภอกันตัง	๘๖,๘๖๘	๒๒๙	๒.๖๔	๕๐๔	๕.๘๐	(๒๗๕)	(๐.๓๒)
๓	อำเภอย่านตาขาว	๖๔,๔๗๙	๒๖๓	๔.๐๘	๔๐๑	๖.๒๒	(๑๓๘)	(๐.๒๑)
๔	อำเภอปะเหลียน	๖๗,๓๖๘	๑๘๐	๒.๖๗	๔๐๐	๕.๙๔	(๒๒๐)	(๐.๓๓)
๕	อำเภอสิเกา	๓๘,๓๐๕	๑๓๖	๓.๕๓	๒๓๑	๖.๐๐	(๙๕)	(๐.๒๕)
๖	อำเภอห้วยยอด	๙๔,๘๓๖	๓๙๑	๔.๑๓	๕๘๓	๖.๑๖	(๑๙๒)	(๐.๒๐)
๗	อำเภอวังวิเศษ	๔๓,๖๐๔	๑๒๔	๒.๘๕	๒๓๕	๕.๔๐	(๑๑๑)	(๐.๒๕)
๘	อำเภอนาโยง	๔๔,๕๕๒	๑๖๒	๓.๖๔	๓๑๘	๗.๑๔	(๑๕๖)	(๐.๓๕)
๙	อำเภอรัษฎา	๒๙,๓๑๘	๙๑	๓.๐๙	๑๕๖	๕.๓๐	(๖๕)	(๐.๒๒)
๑๐	อำเภอหาดสำราญ	๑๖,๘๙๕	๖	๐.๓๕	๘๓	๔.๙๑	(๗๗)	(๐.๔๖)
	รวม	๖๔๓,๑๑๖	๕,๒๐๑	๘.๐๙	๓,๘๖๔	๖.๐๑	๑,๓๓๗	๐.๒๑

ที่มา : ๑. จำนวนตายจากมรณบัตร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (มค.๖๓-ธค.๖๓)

๒. จำนวนเกิดมีชีพจากสูติบัตร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (มค.๖๓-ธค.๖๓)

๓. ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

๔. อัตราเกิด/อัตราตาย/อัตราเพิ่ม ต่อพันประชากร

สถานะสุขภาพ

สถานะสุขภาพที่เกี่ยวข้อง คือ สาเหตุการป่วยและการตาย ซึ่งรวบรวมจากระบบรายงานตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข คือรายงานผู้ป่วยนอก (รง. ๕๐๔) รายงานผู้ป่วยใน (รง. ๕๐๕) รายงานการตาย (มรณะบัตร) และรายงานการเฝ้าระวังทางด้านระบาดวิทยา (รง. ๕๐๖) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ ๖ จำนวนและอัตราป่วยของผู้ป่วยนอก ๑๐ อันดับแรก จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

ลำดับ	กลุ่มโรค	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔ (ตค.๖๓-พค.๖๔)	
		จำนวน (ราย)	อัตราป่วยต่อแสน	จำนวน (ราย)	อัตราป่วยต่อแสน	จำนวน (ราย)	อัตราป่วยต่อแสน
๑	โรคระบบไหลเวียนเลือด	๔๓๗,๒๐๑	๖๗,๙๘๑.๖๗	๔๑๐,๖๖๒	๖๓,๘๕๐.๒๘	๘๙,๖๒๓	๑๓,๙๙๑.๐๕
๒	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตะบอลิสัม	๓๕๗,๔๑๘	๕๕,๕๗๕.๙๘	๓๕๐,๐๕๗	๕๔,๔๒๗.๓๓	๖๓,๖๒๗	๙,๙๓๒.๘๑
๓	โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	๒๗๒,๘๓๗	๔๒,๔๒๔.๒๓	๒๓๒,๒๔๕	๓๖,๑๐๙.๗๖	๕๗,๓๑๗	๘,๙๔๗.๗๖
๔	โรคระบบหายใจ	๒๙๓,๖๓๔	๔๕,๖๕๘.๐๒	๒๒๐,๐๕๔	๓๔,๒๑๔.๒๙	๔๙,๖๑๘	๗,๗๔๕.๘๗
๕	โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อยึดเสริม	๓๑๔,๓๙๐	๔๘,๘๘๕.๔๓	๒๗๙,๓๓๘	๔๓,๔๓๑.๘๕	๓๑,๑๕๔	๔,๘๖๓.๔๕
๖	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	๘๑,๕๙๙	๑๒,๖๘๘.๐๗	๕๖,๒๓๔	๘,๗๔๓.๓๔	๑๔,๒๘๔	๒,๒๒๙.๘๘
๗	โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	๑๓๖,๑๙๙	๒๑,๑๗๗.๙๘	๑๒๘,๑๑๓	๑๙,๙๑๙.๑๘	๑๐,๗๕๘	๑,๖๗๙.๔๓
๘	โรคติดเชื้อและปรสิต	๑๐๐,๓๑๓	๑๕,๕๙๗.๙๖	๗๘,๙๑๗	๑๒,๒๗๐.๑๒	๗,๔๕๓	๑,๑๖๓.๔๙
๙	โรคตารวมส่วนประกอบของตา	๕๖,๒๘๕	๘,๗๕๑.๙๒	๕๒,๕๓๒	๘,๑๖๗.๗๕	๖,๑๘๑	๙๖๔.๙๒
๑๐	ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม	๕๗,๔๗๘	๘,๙๓๗.๔๒	๕๔,๑๕๖	๘,๔๒๐.๒๕	๕,๐๐๔	๗๘๑.๑๗

ที่มา : รายงาน ๕๐๕ (ตค.- กย.) / ปี ๒๕๖๔ (ตค.๖๓-พค.๖๔)

อัตราป่วยต่อแสนประชากร / ปี ๒๕๖๒ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๑

ปี ๒๕๖๓ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๒

ปี ๒๕๖๔ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๓

ตารางที่ ๗ จำนวนและอัตราป่วยของผู้ป่วยใน ๑๐ อันดับแรก จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

ลำดับ	กลุ่มโรค	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔ (ตค.๖๓-พค.๖๔)	
		จำนวน (ราย)	อัตราป่วยต่อแสน	จำนวน (ราย)	อัตราป่วยต่อแสน	จำนวน (ราย)	อัตราป่วยต่อแสน
๑	ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อโภชนาการและเมตะบิลิซึมอื่น ๆ	๒๕,๔๓๐	๓,๙๕๔.๑๙	๒๔,๘๗๓	๓,๘๖๗.๒๙	๘๓๙	๑๓๐.๙๘
๒	โรคความดันโลหิตสูง	๑๘,๗๘๘	๒,๙๒๑.๔๐	๑๘,๔๓๑	๒,๘๖๕.๖๘	๖๔๙	๑๐๑.๓๒
๓	โรคติดเชื้ออื่น ๆ ของลำไส้	๘,๘๖๑	๑,๓๗๗.๘๒	๖,๙๓๐	๑,๐๗๗.๔๙	๓๘๙	๖๐.๗๓
๔	โรคเบาหวาน	๑๐,๘๘๖	๑,๖๙๒.๗๐	๑๐,๕๔๐	๑,๖๓๘.๗๗	๓๖๒	๕๖.๕๑
๕	โรคติดเชื้อและปรสิตอื่น ๆ	๑๐,๖๒๙	๑,๖๕๒.๗๓	๖,๘๔๖	๑,๐๖๔.๔๓	๒๔๘	๓๘.๗๒
๖	ไตวายเรื้อรัง	๖,๔๐๔	๙๙๕.๗๘	๕,๓๖๕	๘๓๔.๑๖	๒๓๕	๓๖.๖๙
๗	โรคอื่น ๆ ของระบบหายใจ	๗,๕๗๐	๑,๑๗๗.๐๘	๖,๐๕๘	๙๔๑.๙๑	๒๑๐	๓๒.๗๘
๘	โรคหัวใจและโรคของการไหลเวียนเลือดผ่านปอดอื่น ๆ	๕,๙๓๔	๙๒๒.๗๐	๖,๑๕๔	๙๕๖.๘๓	๒๐๒	๓๑.๕๓
๙	โรคอื่น ๆ ของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	๕,๑๕๙	๘๐๒.๑๙	๔,๓๕๓	๖๗๖.๘๑	๑๙๐	๒๙.๖๖
๑๐	โรคเรื้อรังของระบบหายใจส่วนล่าง	๔,๙๗๒	๗๗๓.๑๑	๔,๒๔๖	๖๖๐.๑๗	๑๘๖	๒๙.๐๔

ที่มา : รายงาน ๕๐๕ (ตค.- กย.) / ปี ๒๕๖๔ (ตค.๖๓-พค.๖๔)

อัตราป่วยต่อแสนประชากร / ปี ๒๕๖๒ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๑

ปี ๒๕๖๓ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๒

ปี ๒๕๖๔ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๓

ตารางที่ ๘ จำนวนและอัตราตายด้วยสาเหตุการตายที่สำคัญ ๑๐ อันดับแรก จำแนกตามเพศ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๓

ลำดับ	สาเหตุการตาย	เพศ				รวม	อัตราตาย
		ชาย	อัตราตาย	หญิง	อัตราตาย		
๑	โรคมะเร็ง	๓๓๗	๑๐๗.๐๕	๒๕๙	๗๘.๘๗	๕๙๖	๙๒.๖๗
๒	โรคหลอดเลือดสมอง	๑๘๖	๕๙.๐๙	๑๔๘	๔๕.๐๗	๓๓๔	๕๑.๙๓
๓	โรคหัวใจและหลอดเลือด	๑๕๐	๔๗.๖๕	๑๐๖	๓๒.๒๘	๒๕๖	๓๙.๘๐
๔	ติดเชื้อในกระแสโลหิต	๑๐๕	๓๓.๓๖	๘๗	๒๖.๔๙	๑๙๒	๒๙.๘๕
๕	ปอดบวม	๑๑๐	๓๔.๙๔	๖๔	๑๙.๔๙	๑๗๔	๒๗.๐๕
๖	ไตวายเฉียบพลัน/โรคไตเรื้อรัง	๗๘	๒๔.๗๘	๖๖	๒๐.๑๐	๑๔๔	๒๒.๓๙
๗	เบาหวาน	๓๙	๑๒.๓๙	๘๑	๒๔.๖๗	๑๒๐	๑๘.๖๖
๘	อุบัติเหตุจากการขนส่ง	๗๓	๒๓.๑๙	๔๐	๑๒.๑๘	๑๑๓	๑๗.๕๗
๙	ความดันโลหิตสูง	๓๖	๑๑.๔๔	๔๗	๑๔.๓๑	๘๓	๑๒.๙๐
๑๐	โรคหืด	๓๙	๑๒.๓๙	๑๗	๕.๑๘	๕๖	๘.๗๑

ที่มา : รายงานมรณบัตร (มค.-ธค.๖๓) สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
อัตราตายต่อแสนประชากร /ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

จากตาราง พบว่า ในปี ๒๕๖๓ (๑ มค.๖๓-๓๑ ธค. ๖๓) จังหวัดตรังพบสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากร ๕ อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด การติดเชื้อในกระแสโลหิต โรคปอดบวม โดยพบอัตราตาย ๙๒.๖๗ , ๕๑.๙๓ , ๓๙.๘๐, ๒๙.๘๕ , ๒๗.๐๕ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

อัตราตายปี ๒๕๖๓ พบสูงสุดคือโรคมะเร็ง พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบอัตราตายในเพศชาย ๑๐๗.๐๕ ต่อแสนประชากร และเพศหญิง ๗๘.๘๗ ต่อแสนประชากร

<u>สถานการณ์ด้านระบาดวิทยา</u>

ตารางที่ ๙ จำนวนและอัตราป่วย/ตายด้วยโรคในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ๑๐ อันดับแรก จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๔

ลำดับ	โรค	จำนวนป่วย (คน)	อัตราป่วย	ผู้ป่วยตาย (คน)	อัตราตาย
๑	อุจจาระร่วง	๑,๔๖๓	๒๒๘.๓๙	๐	-
๒	ปอดบวม	๓๖๗	๕๗.๒๙	๐	-
๓	มือเท้าปาก	๑๐๐	๑๕.๖๑	๐	-
๔	อาหารเป็นพิษ	๖๙	๑๐.๗๗	๐	-
๕	เพศสัมพันธ์	๕๔	๘.๔๓	๐	-
๖	สุกใส	๔๓	๖.๗๑	๐	-
๗	ตาแดง	๓๑	๔.๘๔	๐	-
๘	ไข้หวัดใหญ่	๓๐	๔.๖๘	๐	-
๙	ตับอักเสบ	๘	๑.๒๕	๐	-
๑๐	เลปโตสไปโรซีส	๖	๐.๙๔	๑	๐.๑๖

ที่มา : งานควบคุมโรคติดต่อ (รายงานระบาดวิทยา / ๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔)
อัตราป่วย/ตายต่อแสนประชากร (ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธ.ค.๖๓)

จากตาราง พบว่า การป่วยด้วยโรคในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔) พบอัตราป่วยสูงสุด ๑๐ อันดับแรก ได้แก่ อุจจาระร่วง ปอดบวม มือเท้าปาก อาหารเห็นพิษ เพศสัมพันธ์ สุกใส ตาแดง ไข้หวัดใหญ่ ตับอักเสบ และโรคเลปโตสไปโรซีส ตามลำดับ ทั้งนี้ มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเลปโตสไปโรซีส ๑ คน (อ.กันตัง) อัตราตาย ๐.๑๖ ต่อแสนประชากร

ตารางที่ ๑๐ จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคทางระบาดวิทยา ๑๐ อันดับแรก จำแนกรายอำเภอ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๔

ลำดับ	อำเภอ	จำนวน/อัตราป่วยต่อแสนประชากร									
		๑. อุจจาระร่วง	๒. ปอดบวม	๓. มือเท้าปาก	๔. อาหารเป็นพิษ	๕. เพศสัมพันธ์	๖. สุกใส	๗. ตาแดง	๘. ไข้หวัดใหญ่	๙. ตับอักเสบ	๑๐. เลปโตสไปโรซีส
๑	อำเภอเมือง	๓๒๙	๙๓	๒๔	๑๙	๒๘	๑๑	๕	๖	๐	๓
		๒๑๑.๗๐	**๕๙.๘๔**	**๑๕.๔๔**	**๑๒.๒๓**	**๑๘.๐๒**	**๗.๐๘**	**๓.๒๒**	**๓.๘๖**	**๐.๐๐**	**๑.๙๓**
๒	อำเภอกันตัง	๗๕	๒๓	๐	๒	๒	๐	๐	๐	๑	๑
		๘๖.๒๙	**๒๖.๔๖**	**๐.๐๐**	**๒.๓๐**	**๒.๓๐**	**๐.๐๐**	**๐.๐๐**	**๐.๐๐**	**๑.๑๕**	**๑.๑๕**
๓	อำเภอย่านตาขาว	๒๓๓	๔๐	๑๕	๔	๓	๔	๒	๖	๐	๑
		๓๖๑.๖๔	**๖๒.๐๘**	**๒๓.๒๘**	**๖.๒๑**	**๔.๖๖**	**๖.๒๑**	**๓.๑๐**	**๙.๓๑**	**๐.๐๐**	**๑.๕๕**
๔	อำเภอปะเหลียน	๙๓	๒๓	๒	๐	๐	๔	๒	๑	๒	๐
		๑๓๙.๑๓	**๓๔.๔๑**	**๒.๙๙**	**๐.๐๐**	**๐.๐๐**	**๕.๙๘**	**๒.๙๙**	**๑.๕๐**	**๒.๙๙**	**๐.๐๐**
๕	อำเภอสิเกา	๑๔๑	๑๔	๗	๒๓	๔	๓	๒	๙	๑	๐
		๓๖๗.๙๔	**๓๖.๕๓**	**๑๘.๒๗**	**๖๐.๐๒**	**๑๐.๔๔**	**๗.๘๓**	**๕.๒๒**	**๒๓.๔๙**	**๒.๖๑**	**๐.๐๐**
๖	อำเภอห้วยยอด	๑๕๙	๓๖	๑๑	๗	๑	๘	๐	๒	๐	๐
		๑๖๘.๔๖	**๓๘.๑๔**	**๑๑.๖๕**	**๗.๔๒**	**๑.๐๖**	**๘.๔๘**	**๐.๐๐**	**๒.๑๒**	**๐.๐๐**	**๐.๐๐**
๗	อำเภอวังวิเศษ	๖๓	๔๗	๒๐	๙	๓	๐	๐	๑	๑	๐
		๑๔๔.๙๓	**๑๐๘.๑๒**	**๔๖.๐๑**	**๒๐.๗๐**	**๖.๙๐**	**๐.๐๐**	**๐.๐๐**	**๒.๓๐**	**๒.๓๐**	**๐.๐๐**
๘	อำเภอนาโยง	๒๑๙	๔๑	๑๔	๔	๑๑	๘	๒	๕	๓	๐
		๔๙๐.๔๖	**๙๑.๘๒**	**๓๑.๓๕**	**๘.๙๖**	**๒๔.๖๓**	**๑๗.๙๒**	**๔.๔๘**	**๑๑.๒๐**	**๖.๗๒**	**๐.๐๐**
๙	อำเภอรัษฎา	๔๖	๓๑	๖	๑	๑	๑	๒	๐	๐	๐
		๑๕๗.๒๖	**๑๐๕.๙๘**	**๒๐.๕๑**	**๓.๔๒**	**๓.๔๒**	**๓.๔๒**	**๖.๘๔**	**๐.๐๐**	**๐.๐๐**	**๐.๐๐**
๑๐	อำเภอหาดสำราญ	๑๐๕	๑๙	๑	๐	๑	๔	๑๖	๐	๐	๑
		๖๒๑.๑๙	**๑๑๒.๔๑**	**๕.๙๒**	**๐.๐๐**	**๕.๙๒**	**๒๓.๖๖**	**๙๔.๖๖**	**๐.๐๐**	**๐.๐๐**	**๕.๙๒**
	รวม	**๑๔๖๓**	**๓๖๗**	**๑๐๐**	**๖๙**	**๕๔**	**๔๓**	**๓๑**	**๓๐**	**๘**	**๖**
อัตราป่วยต่อแสนประชากร		**๒๓๑.๕๒**	**๕๘.๐๘**	**๑๕.๘๒**	**๑๐.๙๒**	**๘.๕๕**	**๖.๘๐**	**๔.๙๑**	**๔.๗๕**	**๑.๒๗**	**๐.๙๕**

ที่มา : รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔)

อัตราป่วย : ต่อประชากรแสนคน

สถานการณ์โรคกลุ่มแมลงเป็นสื่อ

ตารางที่ ๑๑ จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายอำเภอ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

ลำดับ	อำเภอ	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๔ (มค.-พค.)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	เมือง	๑๖๑	๑๐๒.๖๒	๒๔๑	๑๕๓.๕๐	๑	๐.๖๔
๒	กันตัง	๘๙	๑๐๒.๔๕	๕๕	๖๓.๓๔	๐	๐.๐๐
๓	ย่านตาขาว	๑๖๔	๒๕๔.๓๕	๖๑	๙๔.๕๕	๑	๑.๕๕
๔	ปะเหลียน	๗๑	๑๐๕.๓๙	๓๕	๕๑.๙๘	๑	๑.๕๐
๕	สิเกา	๔๐	๑๐๔.๔๓	๑๔	๓๖.๓๙	๑	๒.๖๑
๖	ห้วยยอด	๔๕	๔๗.๔๕	๓๙	๔๑.๒๓	๐	๐.๐๐
๗	วังวิเศษ	๘๒	๑๘๘.๐๖	๓๒	๗๓.๔๗	๑	๒.๓๐
๘	นาโยง	๑๙	๔๒.๖๕	๑๘	๔๐.๔๒	๑	๒.๒๔
๙	รัษฎา	๑๐	๓๔.๑๑	๗	๒๓.๗๙	๐	๐.๐๐
๑๐	หาดสำราญ	๒๐	๑๑๘.๓๘	๑๑	๖๕.๐๑	๐	๐.๐๐
	รวม	๗๐๑	๑๐๙.๐๐	๕๑๓	๗๙.๗๖	๖	๐.๙๔

ที่มา : งานควบคุมโรคติดต่อ

รายงานระบาดวิทยา ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ (๑ มค.-๓๑ ธค.) , ปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔)

อัตราป่วยต่อแสนประชากร / ปี ๒๕๖๒ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๑

ปี ๒๕๖๓ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๒

ปี ๒๕๖๔ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๓

จากตาราง พบว่า ในปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔) จังหวัดตรังมีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ๐.๙๔ ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราป่วยสูงสุดในอำเภอสิเกา ๒.๖๑ ต่อแสนประชากร รองลงมาคืออำเภอวังวิเศษ ๒.๓๐ ต่อแสนประชากร และอำเภอนาโยง ๒.๒๔ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ทั้งนี้ไม่มีผู้เสียชีวิต

ตารางที่ ๑๒ จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคไข้ปวดข้อยุงลาย จำแนกรายอำเภอ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

ลำดับ	อำเภอ	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔ (มค.-พค.)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	เมือง	๒๗๕	๑๗๕.๒๘	๔	๒.๕๕	๐	๐.๐๐
๒	กันตัง	๕๗	๖๕.๖๒	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐
๓	ย่านตาขาว	๒๐	๓๑.๐๒	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐
๔	ปะเหลียน	๓๑	๔๖.๐๒	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐
๕	สิเกา	๕	๑๓.๐๕	๑	๒.๖๐	๐	๐.๐๐
๖	ห้วยยอด	๑๔	๑๔.๗๖	๓	๓.๑๗	๐	๐.๐๐
๗	วังวิเศษ	๒	๔.๕๙	๑	๒.๓๐	๐	๐.๐๐
๘	นาโยง	๔	๘.๙๘	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐
๙	รัษฎา	๑	๓.๔๑	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐
๑๐	หาดสำราญ	๙	๕๓.๒๗	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐
	รวม	๔๑๘	๖๕.๐๐	๙	๑.๔๐	๐	๐.๐๐

ที่มา : งานควบคุมโรคติดต่อ
รายงานระบาดวิทยา ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ (๑ มค.-๓๑ ธค.) , ปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔)
อัตราป่วยต่อแสนประชากร / ปี ๒๕๖๒ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๑
ปี ๒๕๖๓ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๒
ปี ๒๕๖๔ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๓

จากตาราง พบว่า ในปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔- ๓๑ พค.๖๔) จังหวัดตรังไม่มีผู้ป่วยโรค**ไข้ปวดข้อยุงลาย**

<u>สถานการณ์โรคกลุ่มอาหารและน้ำเป็นสื่อ</u>

ตารางที่ ๑๓ จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง จำแนกรายอำเภอ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

ลำดับ	อำเภอ	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔ (มค.-พค.)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	เมือง	๒,๓๑๐	๑,๔๗๒.๓๖	๑,๘๓๖	๑,๑๖๙.๔๐	๓๒๙	๒๑๑.๗๐
๒	กันตัง	๕๓๖	๖๑๗.๐๓	๓๖๓	๔๑๘.๐๖	๗๕	๘๖.๒๙
๓	ย่านตาขาว	๕๙๖	๙๒๔.๓๓	๘๒๒	๑,๒๗๔.๑๒	๒๓๓	๓๖๑.๖๔
๔	ปะเหลียน	๔๖๐	๖๘๒.๘๒	๓๑๙	๔๗๓.๗๗	๙๓	๑๓๙.๑๓
๕	สิเกา	๔๕๑	๑,๑๗๗.๓๙	๓๗๖	๙๗๗.๒๑	๑๔๑	๓๖๗.๙๔
๖	ห้วยยอด	๑,๐๔๕	๑,๑๐๑.๙๐	๘๗๘	๙๒๘.๓๑	๑๕๙	๑๖๘.๔๖
๗	วังวิเศษ	๖๗๓	๑,๕๔๓.๔๔	๔๗๔	๑,๐๘๘.๒๘	๖๓	๑๔๔.๙๓
๘	นาโยง	๖๖๘	๑,๔๙๙.๓๗	๖๐๕	๑,๓๕๘.๕๔	๒๑๙	๔๙๐.๔๖
๙	รัษฎา	๖๖๑	๒,๒๕๔.๕๙	๔๕๒	๑,๕๓๖.๔๗	๔๖	๑๕๗.๒๖
๑๐	หาดสำราญ	๔๒๒	๒,๔๙๗.๗๘	๓๕๒	๒,๐๘๐.๒๖	๑๐๕	๖๒๑.๑๙
	รวม	๗,๘๒๒	๑,๒๑๖.๒๗	๖,๔๗๗	๑,๐๐๗.๐๕	๑,๔๖๓	๒๒๘.๓๙

ที่มา : งานควบคุมโรคติดต่อ
รายงานระบาดวิทยา ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ (๑ มค.-๓๑ ธค.) , ปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔)
อัตราป่วยต่อแสนประชากร / ปี ๒๕๖๒ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๑
ปี ๒๕๖๓ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๒
ปี ๒๕๖๔ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๓

จากตาราง พบว่า ในปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔- ๓๑ พค.๖๔) จังหวัดตรัง มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ๒๒๘.๓๙ ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราป่วยสูงสุดที่อำเภอหาดสำราญ ๖๒๑.๑๙ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอนาโยง ๔๙๐.๔๖ ต่อแสนประชากร และอำเภอสิเกา ๓๖๗.๙๔ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ไม่มีผู้เสียชีวิต

ตารางที่ ๑๔ จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ จำแนกรายอำเภอ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

ลำดับ	อำเภอ	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔ (มค.-พค.)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	เมือง	๕๓	๓๓.๗๖	๑๖๑	๑๐๒.๕๕	๒๔	๑๕.๔๔
๒	กันตัง	๗	๘.๐๖	๒๕	๒๘.๗๙	๐	๐.๐๐
๓	ย่านตาขาว	๓๕	๕๔.๒๕	๔๗	๗๒.๘๕	๑๕	๒๓.๒๘
๔	ปะเหลียน	๔	๕.๙๔	๗	๑๐.๔๐	๒	๒.๙๙
๕	สิเกา	๙	๒๓.๓๙	๕๓	๑๓๗.๗๔	๗	๑๘.๒๗
๖	ห้วยยอด	๑๗	๑๗.๙๗	๔๐	๔๒.๒๙	๑๑	๑๑.๖๕
๗	วังวิเศษ	๙	๒๐.๖๖	๑๗	๓๙.๐๓	๒๐	๔๖.๐๑
๘	นาโยง	๔	๘.๙๘	๑๖	๓๕.๙๓	๑๔	๓๑.๓๕
๙	รัษฎา	๒	๖.๘๐	๕	๑๗.๐๐	๖	๒๐.๕๑
๑๐	หาดสำราญ	๐	๐.๐๐	๒	๑๑.๘๒	๑	๕.๙๒
	รวม	๑๔๐	๒๑.๗๗	๓๗๓	๕๗.๙๙	๑๐๐	๑๕.๖๑

ที่มา : งานควบคุมโรคติดต่อ
รายงานระบาดวิทยา ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ (๑ มค.-๓๑ ธค.) , ปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔)
อัตราป่วยต่อแสนประชากร / ปี ๒๕๖๒ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๑
ปี ๒๕๖๓ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๒
ปี ๒๕๖๔ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๓

จากตาราง พบว่า ในปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔) จังหวัดตรัง มีอัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ ๑๕.๖๑ ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราป่วยสูงสุดที่อำเภอวังวิเศษ ๔๖.๐๑ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอนาโยง ๓๑.๓๕ ต่อแสนประชากร และอำเภอย่านตาขาว ๒๓.๒๘ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ไม่มีผู้เสียชีวิต

<u>สถานการณ์โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน</u>

ตารางที่ ๑๕ จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซีส จำแนกรายอำเภอ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

ลำดับ	อำเภอ	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔ (มค.-พค.)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	เมือง	๑	๐.๖๔	๑๔	๘.๙๒	๓	๑.๙๓
๒	กันตัง	๓	๓.๔๖	๑๑	๑๒.๖๗	๑	๑.๑๕
๓	ย่านตาขาว	๓	๔.๖๕	๘	๑๒.๔๐	๑	๑.๕๕
๔	ปะเหลียน	๑	๑.๔๙	๑๒	๑๗.๘๒	๐	๐.๐๐
๕	สิเกา	๐	๐.๐๐	๓	๗.๘๐	๐	๐.๐๐
๖	ห้วยยอด	๓	๓.๑๗	๕	๕.๒๙	๐	๐.๐๐
๗	วังวิเศษ	๓	๖.๘๙	๘	๑๘.๓๗	๐	๐.๐๐
๘	นาโยง	๑	๒.๒๕	๕	๑๑.๒๓	๐	๐.๐๐
๙	รัษฎา	๑	๓.๔๐	๑	๓.๔๐	๐	๐.๐๐
๑๐	หาดสำราญ	๐	๐.๐๐	๒	๑๑.๘๒	๑	๕.๙๒
	รวม	๑๖	๒.๔๙	๖๙	๑๐.๗๓	๖	๐.๙๔

ที่มา : งานควบคุมโรคติดต่อ
รายงานระบาดวิทยา ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ (๑ มค.-๓๑ ธค.) , ปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔)
อัตราป่วยต่อแสนประชากร / ปี ๒๕๖๒ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๑
ปี ๒๕๖๓ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๒
ปี ๒๕๖๔ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๓

จากตาราง พบว่า ในปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔- ๓๐ พค.๖๔) จังหวัดตรัง มีอัตราป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซีส ๐.๙๔ ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราป่วยสูงสุดที่อำเภอหาดสำราญ ๕.๙๒ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอเมือง ๑.๙๓ ต่อแสนประชากร และอำเภอย่านตาขาว ๑.๕๕ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ทั้งนี้มีผู้เสียชีวิตทั้งจังหวัด ๑ ราย อัตราตาย ๐.๑๖ ต่อแสนประชากร โดยพบที่อำเภอกันตัง อัตราตาย ๑.๑๕ ต่อแสนประชากร

<u>สถานการณ์โรคกลุ่มอื่น ๆ</u>

ตารางที่ ๑๖ จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคมือเท้าปาก จำแนกรายอำเภอ
จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

ลำดับ	อำเภอ	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔ (มค.-พค.)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	เมือง	๑๓	๘.๒๘	๑๑๙	๗๕.๗๙	๒๔	๑๕.๔๔
๒	กันตัง	๐	๐.๐๐	๔๐	๔๖.๐๗	๐	๐.๐๐
๓	ย่านตาขาว	๑	๑.๕๕	๔๔	๖๘.๒๐	๑๕	๒๓.๒๘
๔	ปะเหลียน	๐	๐.๐๐	๑๑	๑๖.๓๔	๒	๒.๙๙
๕	สิเกา	๑	๒.๖๐	๒๑	๕๔.๕๘	๗	๑๘.๒๗
๖	ห้วยยอด	๒	๒.๑๑	๖๗	๗๐.๘๔	๑๑	๑๑.๖๕
๗	วังวิเศษ	๑	๒.๓๐	๓๘	๘๗.๒๕	๒๐	๔๖.๐๑
๘	นาโยง	๑	๒.๒๕	๑๘	๔๐.๔๒	๑๔	๓๑.๓๕
๙	รัษฎา	๕	๑๗.๐๐	๒๑	๗๑.๓๘	๖	๒๐.๕๑
๑๐	หาดสำราญ	๐	๐.๐๐	๑๒	๗๐.๙๒	๑	๕.๙๒
	รวม	๒๔	๓.๗๓	๓๙๑	๖๐.๗๙	๑๐๐	๑๕.๖๑

ที่มา : งานควบคุมโรคติดต่อ
รายงานระบาดวิทยา ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ (๑ มค.-๓๑ ธค.) , ปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔)
อัตราป่วยต่อแสนประชากร / ปี ๒๕๖๒ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๑
ปี ๒๕๖๓ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๒
ปี ๒๕๖๔ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๓

จากตาราง พบว่า ในปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔- ๓๑ พค.๖๔) จังหวัดตรัง มีอัตราป่วยด้วยโรคมือเท้าปาก ๑๕.๖๑ ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราป่วยสูงสุดที่อำเภอวังวิเศษ ๔๖.๐๑ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอนาโยง ๓๑.๓๕ ต่อแสนประชากร และอำเภอย่านตาขาว ๒๓.๒๘ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ไม่มีผู้เสียชีวิต

ตารางที่ ๑๗ จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำแนกรายอำเภอ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

ลำดับ	อำเภอ	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔ (มค.-พค.)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	เมือง	๔๐	๒๕.๔๘	๕๗	๓๖.๓๐	๖	๓.๘๖
๒	กันตัง	๔	๔.๖๑	๙	๑๐.๓๗	๐	๐.๐๐
๓	ย่านตาขาว	๖๙	๑๐๖.๙๕	๘๖	๑๓๓.๓๐	๖	๙.๓๑
๔	ปะเหลียน	๒๐	๒๙.๗๐	๒๕	๓๗.๑๓	๑	๑.๕๐
๕	สิเกา	๘	๒๐.๗๙	๓๔	๘๘.๓๖	๙	๒๓.๔๙
๖	ห้วยยอด	๑๔	๑๔.๘๐	๑๖	๑๖.๙๒	๒	๒.๑๒
๗	วังวิเศษ	๓	๖.๘๙	๘	๑๘.๓๗	๑	๒.๓๐
๘	นาโยง	๑๐	๒๒.๔๖	๑๙	๔๒.๖๖	๕	๑๑.๒๐
๙	รัษฎา	๒	๖.๘๐	๖	๒๐.๔๐	๐	๐.๐๐
๑๐	หาดสำราญ	๔	๒๓.๖๔	๖	๓๕.๔๖	๐	๐.๐๐
	รวม	๑๗๔	๒๗.๐๕	๒๖๖	๔๑.๓๖	๓๐	๔.๖๘

ที่มา : งานควบคุมโรคติดต่อ
รายงานระบาดวิทยา ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ (๑ มค.-๓๑ ธค.) , ปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔)
อัตราป่วยต่อแสนประชากร / ปี ๒๕๖๒ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๑
ปี ๒๕๖๓ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๒
ปี ๒๕๖๔ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๓

จากตาราง พบว่า ในปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔) จังหวัดตรัง มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ ๔.๖๘ ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราป่วยสูงสุดที่อำเภอสิเกา ๒๓.๔๙ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอนาโยง ๑๑.๒๐ ต่อแสนประชากร และอำเภอย่านตาขาว ๙.๓๑ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ไม่มีผู้เสียชีวิต

ตารางที่ ๑๘ จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคปอดบวม จำแนกรายอำเภอ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

ลำดับ	อำเภอ	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔ (มค.-พค.)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	เมือง	๑๓๙	๘๘.๕๓	๓๔๑	๒๑๗.๑๙	๙๓	๕๙.๘๔
๒	กันตัง	๔๔	๕๐.๖๗	๑๐๙	๑๒๕.๕๓	๒๓	๒๖.๔๖
๓	ย่านตาขาว	๗๓	๑๑๓.๑๕	๑๕๓	๒๓๗.๑๕	๔๐	๖๒.๐๘
๔	ปะเหลียน	๓๒	๔๗.๕๓	๗๓	๑๐๘.๔๒	๒๓	๓๔.๔๑
๕	สิเกา	๑๑	๒๘.๕๙	๓๑	๘๐.๕๗	๑๔	๓๖.๕๓
๖	ห้วยยอด	๕๔	๕๗.๐๙	๑๒๓	๑๓๐.๐๕	๓๖	๓๘.๑๔
๗	วังวิเศษ	๓๑	๗๑.๑๗	๙๘	๒๒๕.๐๐	๔๗	๑๐๘.๑๒
๘	นาโยง	๒๓	๕๑.๖๕	๙๔	๒๑๑.๐๘	๔๑	๙๑.๘๒
๙	รัษฎา	๓๑	๑๐๕.๓๘	๑๒๔	๔๒๑.๕๑	๓๑	๑๐๕.๙๘
๑๐	หาดสำราญ	๓๗	๒๑๘.๖๖	๖๓	๓๗๒.๓๒	๑๙	๑๑๒.๔๑
	รวม	๔๗๕	๗๓.๘๕	๑๒๐๙	๑๘๗.๙๘	๓๖๗	๕๗.๒๙

ที่มา : งานควบคุมโรคติดต่อ
รายงานระบาดวิทยา ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ (๑ มค.-๓๑ ธค.) , ปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔)
อัตราป่วยต่อแสนประชากร / ปี ๒๕๖๒ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๑
ปี ๒๕๖๓ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๒
ปี ๒๕๖๔ ประชากรจากทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๑ ธค.๖๓

จากตาราง พบว่า ในปี ๒๕๖๔ (๑ มค.๖๔-๓๑ พค.๖๔) จังหวัดตรัง มีอัตราป่วยด้วยโรคปอดบวม ๕๗.๒๙ ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราป่วยสูงสุดที่อำเภอหาดสำราญ ๑๑๒.๔๑ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอวังวิเศษ ๑๐๘.๑๒ ต่อแสนประชากร และอำเภอรัษฎา ๑๐๕.๙๘ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ไม่มีผู้เสียชีวิต

สรุป

โรคระบาดที่ไม่พบในพื้นที่จังหวัดตรัง ต่อเนื่อง ๓ ปี คือ

๒.๑ โรคไข้หวัดนก

๒.๒ โรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 2009

แผนการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง กรณีปกติ รอบที่ ๒/๒๕๖๔

๑. Agenda based

๑.๑โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

๑.๒กัญชาทางการแพทย์

๑.๓ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑.๓.๑ นโยบาย ๓ หมอ

๑.๓.๒ ปฐมภูมิ

๑.๓.๓ พชอ.

๒. Functional base

๒.๑สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต

ประเด็นมุ่งเน้น

๑. ผู้สูงอายุ (พลัดตกล้ม)

๒. สุขภาพจิต (ฆ่าตัวตาย)

๓.

ประเด็นติดตาม

๑. มารดาตาย

๒. เด็กปฐมวัย

๓. กลุ่มวัยทำงาน (NCD/DM/HT)

๒.๒ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๑. SP หัวใจและหลอดเลือด

๒. SP อุบัติเหตุ

๓. SP มะเร็ง

๔. SP ทารกแรกเกิด

๕. IMC (Stroke/TBI/SCI)

๒.๓ระบบธรรมาภิบาล

๑. ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงใน รพ.)

๒. การเงินการคลัง (ศูนย์จัดเก็บรายได้)

๓. Area base

๓.๑Seamless refer นวัตกรรม

๓.๒HNA (Healthcare Network Accreditation) ปัญหาสำคัญของพื้นที่

๔. COVID-๑๙

๔.๑สถานการณ์ของ COVID-19 ตรัง

๔.๒การบริหารจัดการ COVID-19 ตรัง

๔.๓วัคซีน COVID-19 ตรัง

๔.๔ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

แบบรายงานสรุปข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด รอบที่ ๒/๒๕๖๔
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

.....

ราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ตัวชี้วัด

.....

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔)

จังหวัดตรังมีเรือนจำ ๒ แห่ง คือ เรือนจำตรัง ตั้งอยู่ที่ ๑๓๓ หมู่ ๑๑ ต.โคกหล่อ อ.เมือง จ.ตรังและเรือนจำชั่วคราวเหรียงห้อง มีข้อมูลพื้นฐานผู้ต้องราชทัณฑ์ และสถิติการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้

ข้อมูลพื้นฐานผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำจังหวัดตรัง
ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔

ผู้ต้องราชทัณฑ์ทั้งหมด	**๒,๕๒๖**	**คน**
-ผู้ต้องราชทัณฑ์ชาย	๒,๒๙๑	คน
-ผู้ต้องราชทัณฑ์หญิง	๒๓๕	คน
ผู้ต้องราชทัณฑ์เรือนจำชั่วคราวเหรียงห้อง	๑๐๘	คน
ผู้ต้องกักขัง (เพื่อทดแทนค่าปรับ)	๑๘	คน
(ผู้ต้องกักขังชาย ๑๗ คน, ผู้ต้องกักขังหญิง ๑ คน)		
ผู้ต้องราชทัณฑ์หญิงตั้งครรภ์	๒	คน
ผู้ต้องราชทัณฑ์หญิงหลังคลอด	๑	คน
เด็กแรกเกิด-๕ ปี (เด็กติดผู้ต้องราชทัณฑ์) /(อายุ ๑๑ เดือน)	๑	คน
ผู้ต้องราชทัณฑ์สูงอายุ	๓๙	คน
- ผู้ต้องราชทัณฑ์ผู้สูงอายุ (ชาย)	๓๕	คน
- ผู้ต้องราชทัณฑ์ผู้สูงอายุ (หญิง)	๔	คน

ข้อมูลพื้นฐานผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำจังหวัดตรัง
ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔

อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.)	๘๑	คน
- อสรจ.(ชาย)	๖๑	คน
- อสรจ.(หญิง)	๒๐	คน
- โดยมีอัตราการดูแล คือ	๑: ๓๑	

ผู้ต้องราชทัณฑ์พิการ	๓๖	คน
- ผู้ต้องราชทัณฑ์พิการ (ชาย)	๓๒	คน
- ผู้ต้องราชทัณฑ์พิการ (หญิง)	๔	คน
ผู้ต้องราชทัณฑ์ป่วยเรื้อรัง (ทั้งหมด)	๒๒๕	คน
- ผู้ป่วยเรื้อรังชาย	๑๘๕	คน
- ผู้ป่วยเรื้องรังหญิง	๔๐	คน
X-ray ผู้ต้องราชทัณฑ์	๒,๕๒๖	คน
- ผู้ต้องราชทัณฑ์ชาย	๒,๒๙๑	คน
- ผู้ต้องราชทัณฑ์หญิง	๒๓๕	คน
ผู้ต้องราชทัณฑ์ป่วยวัณโรค	๒๓	คน
- ผู้ต้องราชทัณฑ์ป่วยวัณโรค (ชาย)	๒๒	คน
- ผู้ต้องราชทัณฑ์ป่วยวัณโรค (หญิง)	๑	คน
ผู้ต้องราชทัณฑ์ยินยอมรับการตรวจเลือด HIV	๑,๓๒๗	คน
- ผู้ต้องราชทัณฑ์ (ชาย)	๑,๒๗๕	คน
- ผู้ต้องราชทัณฑ์ (หญิง)	๕๒	คน

ข้อมูลพื้นฐานผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำจังหวัดตรัง
ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔

ผู้ต้องราชทัณฑ์ป่วย HIV	๔๒	คน
- ผู้ต้องขังป่วย HIV (ชาย)	๓๕	คน
- ผู้ต้องขังป่วย HIV (หญิง)	๗	คน
ต้องราชทัณฑ์ป่วย HIV+TB	๐	คน
กลุ่มเสี่ยงกินยาป้องกัน HIV+PrEP	๐	คน
ผู้ต้องขังป่วยจิตเวช	๘๐	คน
- ผู้ต้องขังป่วยจิตเวช (ชาย)	๗๔	คน
- ผู้ต้องขังป่วยจิตเวช (หญิง)	๖	คน

ข้อมูลพื้นฐานผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำจังหวัดตรัง

<u>รับการรักษาโรงพยาบาลตรัง</u>

ณ ตุลาคม ๒๕๖๓ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔

จำนวนผู้ต้องราชทัณฑ์มารับบริการตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตรัง ทั้งหมด ๓๖๕ คน

๕ อันดับกลุ่มโรคผู้ต้องราชทัณฑ์มารับบริการตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง (OPD)

เฉลี่ยผู้ต้องราชทัณฑ์รับบริการผู้ป่วยนอก ๒ คน/วัน

กลุ่มโรค	จำนวน(คน)	ร้อยละ
๑. วัณโรค	๖๕	๑๗.๘๑
๒. อายุรกรรม	๔๑	๑๑.๒๓
๓. กายภาพบำบัด	๒๗	๗.๔๐
๔. โรคทางตา	๒๑	๕.๗๕
๕. ศัลยกรรมประสาท	๑๕	๔.๑๑

จำนวนผู้ต้องราชทัณฑ์มารับบริการตรวจผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลตรัง ทั้งหมด ๙๔ คน

๕ อันดับกลุ่มโรคผู้ต้องราชทัณฑ์มารับบริการนอน โรงพยาบาลตรัง (IPD)

เฉลี่ยผู้ต้องราชทัณฑ์รับบริการผู้ป่วยใน ๔ วัน /คน/ครั้ง

กลุ่มโรค	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
๑. อายุรกรรม (เบาหวาน ความดัน หัวใจ หอบหืด ไตวาย)	๔๑	๔๓.๖๒
๒. โรคทางตา	๒๒	๒๓.๔๐
๓. ระบบทางเดินอาหาร	๖	๖.๓๘
๔. หลอดเลือดสมอง	๔	๔.๒๖
๕. วัณโรค	๔	๔.๒๖
๖. อื่นๆ ทันตกรรม /นรีเวช/ ระบบทางเดินปัสสาวะ	๔	๔.๙๔

อัตราการเสียชีวิตของ ผู้ต้องราชทัณฑ์เรือนจำจังหวัดตรัง ๒๕๖๔ มีจำนวน ๙ คน

ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔

ผู้ต้องราชทัณฑ์เสียชีวิต ในโรงพยาบาล จำนวน ๘ คน

กลุ่มโรคโรค	จำนวน (คน)
๑ .ติดเชื้อในกระแสเลือด	๕
๒. เส้นเลือดในสมองแตก	๒
๓. มะเร็งตับ	๑

ผู้ต้องราชทัณฑ์เสียชีวิตในเรือนจำ จำนวน ๑ คน

กลุ่มโรคโรค	*จำนวน (คน)*
๑. มะเร็งปอด	**๑**

แผนปฏิบัติการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้กับผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำจังหวัดตรังปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	กิจกรรม	วัน / เดือน / ปี ๒๕๖๔												หมายเหตุ
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
๑	ตรวจรักษาผู้ต้องขังป่วยเรื้อรังร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	๘ ๒๒	๑๒ ๒๖	๓ ๒๔	๑๔ ๒๘	๑๑ ๒๕	๑๑ ๒๕	๘ ๒๒	๑๓ ๒๗	๑๐ ๒๔	๘ ๒๒	๕ ๒๖	๙ ๒๓	วันพฤหัส สัปดาห์ที่ ๒,๔ ของทุกเดือน
๒	ติดตาม/เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ต้องขังป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)													สัปดาห์ที่ ๑,๓ ของทุกเดือน
๓	ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์													สัปดาห์ที่ ๑,๓ ของทุกเดือน
๔	ติดตามเยี่ยมมารดา-ทารกแรกเกิด													สัปดาห์ที่ ๑,๓ ของทุกเดือน
๕	ส่งเสริมป้องกันฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่													รอรับการสนับสนุนวัคซีน
๖	อบรมฟื้นฟูอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำจังหวัดตรัง ๒๕๖๔					๑๕-๑๙								อสรจ.๖๐ คน
๗	โครงการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคในเรือนจำจังหวัดตรัง ๒๕๖๔													
	รณรงค์คัดกรองมะเร็งเต้านม/มะเร็งปากมดลูกในผู้ต้องขังหญิง				๑๙-๒๑									
	รณรงค์คัดกรองโรคเรื้อรังในผู้ต้องขังหญิง				๑๙-๒๑									
	รณรงค์คัดกรองโรคเรื้อรังในผู้ต้องขังชาย				๒๖-๒๘									
	คัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ				๒๖-๒๘									
๘	โครงการอบรมการช่วยกู้ชีพเบื้องต้น(CPR)และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ(AED)ในเรือนจำจังหวัดตรัง ๒๕๖๔					๒๒-๒๓								
๙	โครงการส่งเสริมสุขภาพในช่องปากผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดตรัง ๒๕๖๔					๒๔-๒๕								
๑๐	โครงการเฝ้าระวังการแพร่ของโรคCOVID-๑๙ในเรือนจำจังหวัดตรัง ๒๕๖๔					๒๔-๒๕								
๑๑	ติดตามเฝ้าระวังสอบสวนโรคกลุ่มเสี่ยง COVID-๑๙ผู้ต้องขังในเรือนจำ													ผู้ต้องขังแรกรับทุกวัน
๑๒	ติดตาม/ประเมินอสรจ.หลังการอบรมฟื้นฟู อสรจ.เรือนจำจังหวัดตรัง													สัปดาห์ที่ ๑ ของทุกเดือน
๑๓	บริการป้องกันส่งเสริมสุขภาพโดยการฉีดวัคซีนหัดเยอรมัน (MR) ผู้ต้องขังในเรือนจำ													รอรับการสนับสนุนวัคซีน
๑๔	วิเคราะห์และปรับปรุงระบบข้อมูลสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ						๒๙-๓๑						๒๗-๓๐	ทุก ๖ เดือน
๑๕	ติดตาม/วิเคราะห์/ประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ผู้ต้องขังในเรือนจำ						๒๙-๓๑						๒๗-๓๐	ทุก ๖ เดือน

แนวทางการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

๑. ประชุมและจัดทำแผนร่วมกัน เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงาน

๒. วิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับการมารับบริการของผู้ต้องราชทัณฑ์

๓. ฝึกอบรม อสรจ.ขึ้นใหม่ เพื่อทดแทน อสรจ.เดิม ที่ได้รับการปล่อยตัวและอบรมฟื้นฟู อสรจ.เดิม

๔. จัดกิจกรรมอบรมโครงการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรค covid –19 แก่ อสรจและผู้ต้องขังแกนนำในแต่ละแดน

๒. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	โครงการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังในเรือนจำจังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๔	ผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำจังหวัดตรัง จำนวน ๒,๖๐๖ คน	๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔	เรือนจำจังหวัดตรัง	ดำเนินการแล้วเสร็จ ณ มกราคม ๒๕๖๔
๒	โครงการอบรมการช่วยกู้ชีพเบื้องต้น(CPR)และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (AED) ประจำปี ๒๕๖๔ ในเรือนจำจังหวัดตรัง	ผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำจังหวัดตรัง จำนวน ๒,๖๐๖ คน	๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔	เรือนจำจังหวัดตรัง	รอดำเนินการ (สถานการณ์โควิด-19)
๓	โครงการเฝ้าระวังการแพร่ของโรคโควิด-19 ในเรือนจำจังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๔	อสรจ.เรือนจำจังหวัดตรัง จำนวน ๖๘ คน	๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ (ดำเนินการแล้วในเดือนเมษายน ๒๕๖๔)	เรือนจำจังหวัดตรัง	ดำเนินการแล้วเสร็จ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๔
๔	โครงการส่งเสริมสุขภาพในช่องปากผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๔	ผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำจังหวัดตรัง จำนวน ๒,๖๐๖ คน	๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔	เรือนจำจังหวัดตรัง	รอดำเนินการ (สถานการณ์โควิด-19)

๓.. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

- การดำเนินงาน เนื่องจากเรือนจำเป็นแดนปิดที่ค่อนข้างยุ่งยากและซับซ้อนจึงต้องใช้ความละเอียดอ่อนและมีการวางแผนร่วมกัน

- เนื่องจากสถานการณ์ covid-19 และมีผู้ต้องราชทัณฑ์ติดเชื้อโควิด-๑๙ขึ้น จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามแผนที่วางไว้ จำเป็นต้องมีการ เลื่อนการจัดกิจกรรมและโครงการต่างๆภายในเรือนจำ

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. ความไม่เพียงพอระหว่างอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนผู้ต้องราชทัณฑ์	๑. ได้ดำเนินการเสนอแนะแก่ผู้บริหารเพื่อขออัตรากำลังเพิ่ม
๒. สถานการณ์โควิด-๑๙ส่งผลให้การดำเนินงานต่างๆและงานโครงการบางส่วนไม่สามารถดำเนินการได้	๒. รอดำเนินการต่อเมื่อสถานการณ์โควิด-19 ควบคุมได้

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔

ลำดับ	การดำเนินงาน	กิจกรรม	เป้าหมาย (คน)	ดำเนินการ (คน)	ร้อยละ	หมายเหตุ
๑	ส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรค	-คัดกรองโรคเรื้อรัง	๒,๗๑๒	๒,๗๑๒	๑๐๐	ผู้ต้องขังชาย ๒,๔๑๖ คน ผู้ต้องขังหญิง ๒๙๖ คน
		-คัดกรองมะเร็งเต้านม	๘๗	๘๗	๑๐๐	ผู้ต้องขังหญิงรายใหม่
		-คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๔๒	๔๒	๑๐๐	ผู้ต้องขังหญิงรายใหม่
		-ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (ผู้ต้องราชทัณฑ์) รวม -ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (เจ้าหน้าที่)	๒๑๑ ๙๐๐ ๑,๑๑๑ ๑๐๐	๒๑๑ ๙๐๐ ๑,๑๑๑ ๑๐๐	๑๐๐ ๑๐๐ ๑๐๐ ๑๐๐	-รับการจัดสรรวัคซีนจากรพ.ตรัง ๒๑๑ dose
		-ฉีดวัคซีนหัด-หัดเยอรมัน MR	ผู้ต้องราชทัณฑ์ทุกราย	รอดำเนินการ	รอดำเนินการ	-ดำเนินการเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔ -รับการจัดสรรวัคซีน ๓,๑๐๐ dose

ลำดับ	กิจกรรมการดำเนินงาน	จำนวน(คน)	หมายเหตุ
๒	ตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	๑,๐๐๘	ทุกวันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ ๒,๔ ของเดือน
๓	ตรวจรักษาเบื้องต้นและรักษาโรคทั่วไปโดยพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว	เฉลี่ย ๑๘๙ คน/วัน	ทุกวัน (มีพยาบาลตลอด ๒๔ ชม.)
๔	ตรวจรักษาทันตกรรม	๓๕๖	ทุก ๓ เดือน
๕	ตรวจรักษาสุขภาพจิต	๒๒๔	ทุก ๓ เดือน
๖	ตรวจรักษาโรคผิวหนัง	๙๒๓	ทุก ๓ เดือน
๗	ตรวจคัดกรองวัณโรค(x-ray)	๒,๕๒๖	
๘	ตรวจคัดกรอง(HIV)	๑,๓๒๗	
๙	จัดอบรม อสรจ. อัตราการดูแล อสรจ : ผู้ต้องราชทัณฑ์	๘๑ (๑ : ๓๑)	จัดอบรมตามหลักสูตร

๕. สถานการณ์โควิด-19 ในเรือนจำจังหวัดตรัง

สืบเนื่องตั้งแต่มีการระบาดของไวรัสโคโรน่าสายพันธุ์ใหม่ (COVID -19) ตั้งแต่เดือนธันวาคม ๒๕๖๒ จนถึงปัจจุบัน และช่วงเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๔ ที่ผ่านมาได้มีการระบาดของไวรัสโคโรน่า (COVID-19) เกิดขึ้นในเรือนจำหลายจังหวัด ดังนั้นมาตรการการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อโควิด-19 นั้นถือว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ทางเรือนจำตรังจึงได้กำหนดมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19) ขึ้น ได้มีการแจ้งคำสั่งของกรมฯและคำสั่งของจังหวัดตรังให้เจ้าหน้าที่ทราบและถือปฏิบัติเคร่งครัดตั้งแต่บุคลากรในเรือนจำเอง ผู้ต้องราชทัณฑ์ทั้งรายเก่าและผู้ต้องกักรายใหม่ทุกคน

ผลการดำเนินงาน การเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19
ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔

๕.๑ ตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด-19 (nasal swab)ในผู้ต้องราชทัณฑ์

ลำดับ	ตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ (nasal swab)	จำนวนทั้งหมด (คน)	ได้รับการตรวจ (คน)	คิดเป็นร้อยละ	ผลการตรวจ (negative)	ผลการตรวจ (positive)
๑	ผู้ต้องราชทัณฑ์รายใหม่	๘๘๓	๘๘๓	๑๐๐	๘๘๓	๐
๒	ผู้ต้องราชทัณฑ์ย้ายเรือนจำ	๖	๖	๑๐๐	๖	๐
๓	ผู้ต้องราชทัณฑ์กลุ่มเสี่ยง	๓๕๖	๖	๑๐๐	๓๕๖	๐
๔	ผู้ต้องราชทัณฑ์ปล่อยตามกำหนด	๒๒	๒๒	๑๐๐	๒๒	๐
๕	ผู้ต้องราชทัณฑ์ลดวันติด EM	๖	๖	๑๐๐	๖	๐
๖	ผู้ต้องกักขัง	๗	๗	๑๐๐	๗	๐
๗	ผู้ต้องราชทัณฑ์ปล่อยวันลดโทษ	๗	๗	๑๐๐	๗	๐
๘	ผู้ต้องราชทัณฑ์พักการลงโทษ	๑๘	๑๘	๑๐๐	๑๘	๐
๙	ผู้ต้องราชทัณฑ์พ้นโทษ	๖	๖	๑๐๐	๖	๐
	รวม	**๑,๓๑๑**	**๑,๓๑๑**	**๑๐๐**	**๑,๓๑๑**	**๐**

๕.๒ ตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด-19 (nasal swab) บุคลากรเรือนจำตรัง

ลำดับ	ตรวจหาเชื้อไวรัส โควิด-19 (nasal swab)	จำนวนทั้งหมด (คน)	ได้รับการตรวจ (คน)	คิดเป็นร้อยละ	ผลการตรวจ (negative)	ผลการตรวจ (positive)
๑	บุคคลากรในเรือนจำ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๐
๒	บุคลากรที่มีความเสี่ยง	๖	๖	๑๐๐	๖	๐
	รวม	**๑๐๖**	**๑๐๖**	**๑๐๐**	**๑๐๖**	**๐**

๕.๓ การให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19

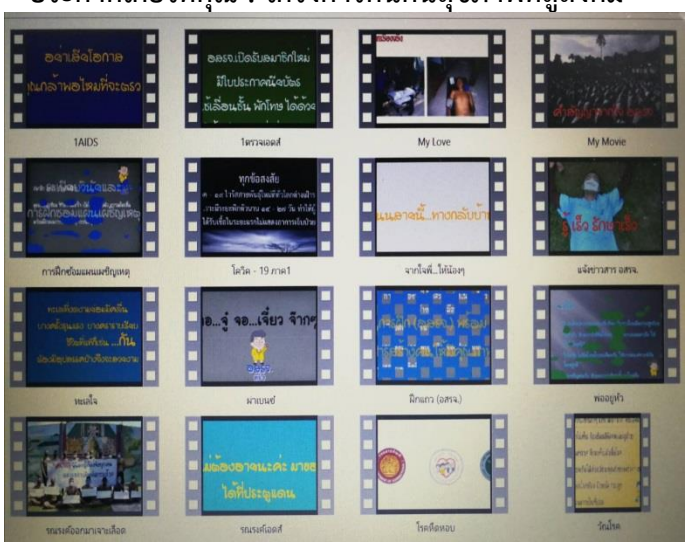
ลำดับ	ฉีดวัคซีนโควิด-๑๙	จำนวนทั้งหมด (คน)	ได้รับวัคซีนครบ ๒ เข็ม (คน)	คิดเป็นร้อยละ	ไม่ได้รับวัคซีน (คน)	คิดเป็นร้อยละ	หมายเหตุ
๑	บุคคลากรในเรือนจำ	๑๐๐	๙๘	๙๘	๒	๒	ป่วย๑/หลังคลอด ๑ คน
๒	ผู้ต้องราชทัณฑ์	๔๘๐	รอดำเนินการ	รอดำเนินการ	รอดำเนินการ	รอดำเนินการ	รอรับการจัดสรรวัคซีน

หมายเหตุ : ได้รับการสนับสนุนวัคซีนโควิด-19 จากกรมควบคุมโรค จำนวน ๔๘๐ dose (สำหรับผู้ต้องราชทัณฑ์)

๖. นวัตกรรม / Best practice



ประกาศเกียรติคุณ : โครงการคืนคนสุขภาพดีสู่สังคม



นวัตกรรม “สื่อจากใจ อสรจ.”

ภาพกิจกรรม





การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง



การดูแลป้องกันควบคุมวัณโรค



ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่



การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม /มะเร็งปากมดลูก



การดูแลหญิงตั้งครรภ์ /มารดาและทารกแรกเกิด

ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ต่อ)



ตรวจสุขภาพช่องปาก



ตรวจรักษาโรคผิวหนัง



โครงการการอบรมการช่วยกู้ชีพเบื้องต้น



โครงการเฝ้าระวังการแพร่ของโควิด-19 ในเรือนจำตรัง





ห้องพักพิเศษสำหรับผู้ต้องราชทัณฑ์ป่วยในโรงพยาบาลตรัง

ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ต่อ)







เฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

.....

ประเด็นการตรวจราชการ Agenda based : กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

- **ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔)**

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายเร่งด่วน เรื่อง การเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ มีเป้าหมายจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๘๐ ทั้งนี้ คณะกรรมการพัฒนาการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ เขตสุขภาพที่ ๑๒ กำหนดเป้าหมาย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทุกแห่ง และโรงพยาบาลชุมชนจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย โดยกำหนดร้อยละ ๕๐ ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) สาขาการใช้กัญชาบริการทางการแพทย์ จังหวัดตรัง ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยให้โรงพยาบาลตรัง เปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานการแพทย์แผนไทย ปัจจุบันเปิดให้บริการในวันศุกร์ ช่วงบ่ายของทุกสัปดาห์ และเปิดให้บริการร่วมกับ Palliative care ในทุกวันจันทร์ ช่วงบ่าย และวันพุธ ช่วงเช้า เริ่มให้บริการตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ และในปี ๒๕๖๓ โรงพยาบาลห้วยยอดได้เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ปัจจุบันบันมีสถานบริการที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการทั้งสิ้น ๔ สถานบริการ คือ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลห้วยยอด โรงพยาบาลกันตัง และโรงพยาบาลหาดสำราญฯ โดยเปิดให้บริการ ๔ แห่ง จากสถานบริการทั้งหมด ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๐ และเตรียมทำการเปิดให้บริการเพิ่มเติมในเดือนสิงหาคม โรงพยาบาลย่านตาขาว

จังหวัดตรัง ได้ดำเนินการด้านต่าง ๆ ดังนี้

๑. โรงพยาบาลที่ได้รับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา เพื่อรักษาผู้ป่วย

ปัจจุบันมีหน่วยบริการที่ได้รับ**ใบอนุญาตจำหน่าย**เพื่อการรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วย(ยส.๕) จำนวน ๖ แห่ง ได้แก่

๑.๑ **โรงพยาบาลตรัง** ใบอนุญาตเลขที่ ๙๔/๒๕๖๒

๑.๒ **โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้** จังหวัดตรัง ใบอนุญาตเลขที่ ๓๕๘/๒๕๖๒

๑.๓ **โรงพยาบาลห้วยยอด** ใบอนุญาตเลขที่ ๔๐๓/๒๕๖๓

๑.๔ **โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา** ใบอนุญาตเลขที่ ๕๒๖/๒๕๖๓

๑.๕ **โรงพยาบาลกันตัง** ใบอนุญาตเลขที่ ๓๐/๒๕๖๔

๑.๖**โรงพยาบาลย่านตาขาว** ใบอนุญาต ใบอนุญาตเลขที่ ๕๖๐/๒๕๖๔

๒. บุคลากร

ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาและสารสกัดจากกัญชาในทางการแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุข หรือ หลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขให้การรับรอง และลงทะเบียนเป็นผู้สั่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย หมายถึงแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรับรอง และลงทะเบียนเป็นสั่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตารางที่ ๑ บุคลากรผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์และการแพทย์แผนไทย ปีงบฯ๖๔

หน่วยงาน	จำนวนผู้ผ่านการอบรม (ราย)				
	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	แพทย์แผนไทย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง	๑	-	๒	-	๒
อำเภอเมืองตรัง	๑๐	๑	๒	๒	๑๓
อำเภอห้วยยอด	๑	-	๑	-	๒๒
อำเภอกันตัง	๑	-	๑	-	๖
อำเภอย่านตาขาว	๑	-	-	-	๖
อำเภอปะเหลียน	-	-	-	-	๖
อำเภอวังวิเศษ	-	-	-	-	๕
อำเภอนาโยง	-	-	๑	-	๒
อำเภอรัษฎา	-	-	-	-	๖
อำเภอสิเกา	-	-	-	-	๗
อำเภอหาดสำราญ	๑	-	-	-	๓
โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้	๒	-	๑	-	-
รวม	๑๗	๑	๘	๒	๗๕

๓. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

การจัดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสาน แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ซึ่งมีสถานบริการของรัฐที่มีความพร้อมในการให้บริการตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ซึ่งนำร่องใน โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่งคือ โรงพยาบาลตรัง (ให้บริการทุกวันศุกร์บ่าย และเปิดร่วมในคลินิกแพทย์แผนไทย และศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง) และในโรงพยาบาลชุมชนได้เปิดให้บริการในปีงบ ๒๕๖๓ ๑ แห่งคือโรงพยาบาลห้วยยอด(เปิดให้บริการทุกวันศุกร์) และในปีงบ ๒๕๖๔ เปิดให้บริการเพิ่มเติมคือ โรงพยาบาลกันตัง และโรงพยาบาลหาดสำราญฯ โดยขอสนับสนุนยาจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตารางที่ ๒ การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๔ (รพ.)

ที่	หน่วยบริการ	รพ.ที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์(*Cannabis Clinic*)	รพ.ที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	เวลาที่เปิดให้บริการ
๑	รพ.ตรัง	๑	๑	ทุกวันศุกร์บ่าย, คลินิกแพทย์แผนไทย/palliative (เปิดร่วม)

ที่	หน่วยบริการ	รพ.ที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์(*Cannabis Clinic*)	รพ.ที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	เวลาที่เปิดให้บริการ
๒	รพ.ห้วยยอด	-	๑	ทุกวันศุกร์
๓	รพ.ย่านตาขาว	-	อยู่ในขั้นตอนเตรียมจัดตั้งคลินิก	-
๔	รพ.กันตัง		๑	ทุกวันอังคารและศุกร์เช้า
๕	รพ.สิเกา	-	-	-
๖	รพ.วังวิเศษ	-	-	-
๗	รพ.รัษฎา	-	-	-
๘	รพ.นาโยง	-	-	-
๙	รพ.ปะเหลียน	-	-	-
๑๐	รพ.หาดสำราญ	-	๑	ทุกวันอังคารบ่าย
	รวม	**๑(๑๐%)**	**๔(๓๐%)**	**รวม ๔๐%**

ตาราง ๓ การได้รับการสนับสนุนตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาผสมอยู่ ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔

โรงพยาบาล	THC ๑.๗ %	น้ำมัน อ.เดชา	ศุขไสยาสน์	ทำลายพระสุเมรุ
ตรัง	๓๖๐ ขวด	๒๕๐ ขวด	๑๒๐๐ ซอง	- ๓๐๐ ซอง - ๕๐ แผง
ห้วยยอด	-	๑๐๐ ขวด	๙๐๐ ซอง	๙๐๐ ซอง
กันตัง	-	๕๐ ขวด	๓๐ ซอง	๓๐ ซอง
หาดสำราญฯ	-	-	๑๐๐ ง	๑๐๐ แผง

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

จากการให้บริการตั้งแต่แรกเริ่มโครงการมีผู้ป่วยในจังหวัดตรังที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาทั้งสิ้น **๒๑๐ ราย** โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๗๘ ราย และปีงบ ๒๕๖๔ จำนวน **๑๖๒ ราย** โดยจำแนกผู้ป่วยที่ได้รับยาแต่ละชนิดตามโรงพยาบาลดังตาราง

ตารางที่ ๓ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาแต่ละประเภทแยกตามโรงพยาบาล (ปีงบ ๒๕๖๔)

โรงพยาบาล	THC (ราย)	น้ำมัน อ.เดชา (ราย)	ศุขไสยาสน์ (ราย)	ทำลายพระสุเมรุ (ราย)	รวม (ราย)
ตรัง	๑๔	๖๒	๒๕	๒	๑๐๓
ห้วยยอด	-	๙	๑๒	-	๒๑
กันตัง	-	๑๖	๗	๔	๒๗
หาดสำราญฯ	-	-	๙	๒	๑๑
รวม	๑๔	๘๗	๕๓	๘	**๑๖๒**

โดยข้อบ่งใช้หรืออาการสำคัญของผู้ป่วยที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาโดยแสดงข้อมูลตามการวินิจฉัยของผู้วินิจฉัยโรค/อาการ ตามตารางดังนี้ (ณ มิถุนายน ๒๕๖๔)

ตารางที่ ๔ จำนวนครั้งของการวินิจฉัยโรคที่ผู้ป่วยได้รับยากัญชา

โรค	จำนวนครั้งที่ให้บริการ
๑. นอนไม่หลับ	๒๔๒
๒. Palliative และมะเร็งระยะท้าย	๗๗
๓. พาร์กินสัน	๓๙
๔. ความผิดปกติของปลอกประสาท(อักเสบ/เสื่อมแข็ง)	๒๓
๕. ภาวะปวดประสาทที่ดื้อต่อการรักษา	๒๐
๖. ลมชัก	๑๑
๗. ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด	๒
๘. เครียด	๒
๙. อื่นๆ	๑๒

ผลการใช้ยากัญชาในคลินิกกัญชาของจังหวัดตรังตั้งแต่แรกเริ่มโครงการ พบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น ๑๔๗ ราย อาการคงเดิมหรือไม่เปลี่ยนแปลง ๓๒ ราย และอาการแย่ลง ๑๙ รายและ มีผลข้างเคียง ๑๒ ราย (ไม่มีผลข้างเคียงชนิดรุนแรง) แสดงรายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ ๕ ผลการรักษาผู้ป่วยในคลินิกกัญชา (เริ่มโครงการ-มิถุนายน ๖๔)

ผลิตภัณฑ์กัญชา	ดีขึ้น(คน)	ไม่เปลี่ยนแปลง(คน)	แย่ลง(คน)	มีผลข้างเคียง(คน)
THC ๑.๗%	๒๕	๕	๑๕	๕
น้ำมันอ.เดชา	๖๕	๑๐	๒	๔
ศุขไสยาสน์	๕๐	๑๐	๒	๒
ทำลายพระสุเมรุ	๗	๗	๐	๑
รวม	๑๔๗	๓๒	๑๙	๑๒

การปลูกกัญชาทางการแพทย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังโดยงานการแพทย์แผนไทยได้ดำเนินโครงการการพัฒนากัญชาสำหรับการใช้ทางการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทย โดยมีกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทำข้อตกลงความร่วมมือ(MOU)ร่วมกับในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้าร่วมโครงการปลูกกัญชา ระยะที่ ๒ ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน ๔ แห่ง คือ

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควน ร่วมกับวิสาหกิจชุมชนบ้านควนสุขภาวะ

๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคล้า ร่วมกับวิสาหกิจชุมชนบ้านหลังควน

๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่าวตง ร่วมกับวิสาหกิจชุมชนกลุ่มทำการเกษตรบ้านห้วยใหญ่อ่าวตง

๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำผุด ร่วมกับวิสาหกิจชุมชนกลุ่มผู้ผลิตปุ๋ยอินทรีย์จังหวัดตรัง

โดยได้ผ่านการประเมินโรงเรือนการปลูก และในเดือนเมษายน ๒๕๖๔ มีการรับเมล็ดพันธุ์กัญชาจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปัจจุบันได้ทำการปลูกและพร้อมเก็บเกี่ยวผลผลิต

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ Small success (๙ เดือน)

Small success (๙ เดือน)	ผลการดำเนินการ
๑. มีแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาฯแบบบูรณาการ	มีการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เพิ่มเติม ในโรงพยาบาลกันตัง และโรงพยาบาลหาดสำราญฯ และมีการเตรียมความพร้อมในการเปิดคลินิกกัญชาของโรงพยาบาลย่านตาขาว
๒. มีการพัฒนาหลักสูตรการอบรมความรู้ การจัดบริการคลินิกกัญชาฯ แบบบูรณาการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ร่วมกับโรงพยาบาลตรังจัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานคลินิกกัญชาของโรงพยาบาลตรัง ให้แก่สหวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มความรู้/ความมั่นใจในการให้บริการคลินิกกัญชา

๓. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/พ.ท.ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	การเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการเพิ่มเติม	โรงพยาบาลหาดสำราญ เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา, โรงพยาบาลกันตัง และโรงพยาบาลย่านตาขาว	ตค.๖๓ ถึง สค. ๖๔	สสจ/รพ.
๒.	โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเปิดคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์	รพช.ทุกแห่ง	ตค.๖๓ ถึง กค. ๖๕	สสจ/รพ.
๓.	การเพิ่มบุคลากรที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์	รพช.ทุกแห่ง	ตค.๖๓ ถึง สค. ๖๔	สสจ/รพ.
๔.	โครงการพัฒนากัญชาสำหรับการใช้ทางการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทย	รพสต.และรพช.	ตค.๖๓ ถึง สค. ๖๔	สสจ./รพ.สต.

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๑. ความมั่นใจ/ความรู้ในการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการในคลินิกกัญชา

๒. ทีมสหวิชีพมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน/ไม่ตรงกัน ในการดำเนินงานด้านนโยบายกัญชา

๓. ขั้นตอนในจัดคลินิกยุ่งยาก ซับซ้อน โดยเฉพาะด้านข้อมูลการบริการ

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะ
บุคลากรสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ยังมีจำนวนไม่เพียงพอ	การจัดอบรมบุคลากร/สหวิชาชีพ ให้เพียงพอ
ผู้สั่งใช้ยากัญชายังขาดความมั่นใจ/ประสบการณ์ในการใช้ยา	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเพิ่มความรู้ความเชื่อมั่นในการใช้ยากัญชา
ทีมสหวิชาชีพยังขาดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และการบูรณาการการใช้ยาในผู้ป่วย	จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบสหวิชาชีพให้เกิดการบูรณาการร่วมกัน
การบันทึกข้อมูลมีจำนวนมากและหลายโปรแกรมทำให้ข้อมูลในแต่ละระบบคลาดเคลื่อนไม่ตรงกัน	ควรมีการใช้โปรแกรมที่สามารถเชื่อมต่อ/ประยุกต์การใช้ข้อมูลร่วมกันได้

๖. นวัตกรรม/ Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

๗. การดำเนินการตามข้อสั่งการ ข้อเสนอแนะจากคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๔ ที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ ๑/๖๔	ผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ
๑. การประชาสัมพันธ์ความรู้ให้ประชาชนได้รับทราบ ๒. วิทยุกระจายเสียง บอร์ดความรู้ เสียงตามสายภายใน รพ. ๓. พัฒนาศักยภาพ อสม. รพ.สต. เพื่อให้ความรู้/คัดกรองผู้ป่วยในชุมชนและส่งต่อให้มารับบริการที่คลินิกกัญชา ๔. การอบรมแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้อง (palliative palliativepalliativepalliativepalliative palliativepalliativepalliative& IMC) & IMC) & IMC) เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ในการสั่งใช้ยากัญชา ๕. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ประสบการณ์ ระหว่างทีมสหวิชาชีพ	๑. มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการคลินิกกัญชาโดยผ่านทาง Facebookของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง รวมถึงกลุ่ม Line ต่างๆ ๒. มีการให้ความรู้แก่แพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อกระจายการประชาสัมพันธ์และความรู้แก่อสม.และประชาขนทั่วไป ๓. มีการวางแนวทางชี้แจงโรคที่สามารถใช้กัญชาได้ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๔ .มีการสำรวจบุคลากรเพิ่มเติมในการเรียนและสอบใบประกาศการใช้กัญชาทางการแพทย์ ๕. โรงพยาบาลตรังจัดประชุมให้ความรู้แก่สหวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในด้านประสบการณ์การใช้ยา ปัญหา/อุปสรรคในคลินิกกัญชาของรพ.ตรัง และชี้แจงแนวทางในการดำเนินงานคลินิกกัญชาให้แก่โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเป้าหมายในการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน

- จัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานคลินิกกัญชา





- โครงการการพัฒนากัญชาสำหรับการใช้ทางการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทย




ประเด็นหลัก / หัวข้อ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด : ร้อยละ ๑๐๐ ของประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

หมอประจำตัว ๓ คน เป็นระบบบริการที่ให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอดูแล ให้บริการในทุกระดับของการเจ็บป่วย โดยหลักการทำงานของทีมหมอครอบครัวประจำตัว ๓ คน คือการทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง ๓ คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพจะได้รับบริการจากหมอทั้ง ๓ คน ตามลำดับความต้องการ จังหวัดตรัง ได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ โดยประชาชนทุกคนมีแพทย์ประจำตัวร่วมให้การดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบ การจัดบริการสุขภาพโดยรวมทีมสหวิชาชีพ ผลการดำเนินงานในจังหวัดตรัง พบว่าได้ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ถึง พ.ศ.๒๕๖๔ ครั้งที่ ๑ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ และสามารถเปิดดำเนินการได้จำนวน ๓๔ ทีม แบ่งเป็นพื้นที่เขตเมือง โรงพยาบาลตรังเป็นแม่ข่าย จำนวน ๑๕ ทีม และพื้นที่นอกเขตเทศบาลเมือง จำนวน ๑๙ ทีมครอบคลุมประชากร จำนวน ๓๗๙,๓๑๐ คน เป้าหมายประชากร Type ๑ และ Type ๓ จำนวน ๖๒๙,๖๑๖ คนคิดเป็นร้อยละ ๖๐.๒๔ การดำเนินงาน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ภายใต้โครงการของขวัญปีใหม่กระทรวงสาธารณสุข โครงการ ๓ หมอ เพิ่มเติมในแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนอีกจำนวน ๒๐ หน่วย (ตามแผน ๑๐ ปี)

๒. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์** (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงานสะสมถึงครั้งที่ ๑ (มี.ค.๖๔)	ผลงานที่จะเพิ่มครั้งที่ ๓ (ก.ย.๖๔)	ผลงานรวมปี ๒๕๖๔	ร้อยละ
เมืองตรัง	๑๕	๑๕	๐	๑๕	๑๐๐
ห้วยยอด	๙	๘	๑	๙	๑๐๐
ย่านตาขาว	๕	๓	๒	๕	๑๐๐
ปะเหลียน	๖	๑	๒	๓	๕๐
กันตัง	๗	๕	๒	๗	๑๐๐
สิเกา	๓	๑	๐	๑	๓๓.๓๓
วังวิเศษ	๓	๐	๒	๒	๖๖.๖๗
นาโยง	๓	๐	๑	๑	๓๓.๓๓
รัษฎา	๒	๐	๒	๒	๑๐๐
หาดสำราญ	๑	๑	๐	๑	๑๐๐
รวม	๕๔	๓๔	๑๒	๔๖	๘๕.๑๘

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรัง ได้ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ถึง พ.ศ.๒๕๖๔ ครั้งที่ ๑ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ และสามารถเปิดดำเนินการได้จำนวน ๓๔ ทีมจากเป้าหมาย ๕๔ ทีม คิดเป็นร้อยละ

๖๒.๙๖ ตามแผนการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU ๑๐ ปี โดยในปี ๒๕๖๒ จังหวัดตรังสามารถขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๑๘ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓๓ ในปี ๒๕๖๓ ขึ้นทะเบียนเพิ่มอีก ๑๕ ทีม และในปี ๒๕๖๔ ครั้งที่ ๑ ขึ้นทะเบียนเพิ่มอีก ๑ ทีม รวมสะสมเป็น ๓๔ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๙๖ เมื่อจำแนกเป็นอำเภอพบว่า อำเภอเมืองตรังขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด ๑๕ ทีม ได้ร้อยละ ๑๐๐ และอำเภอหาดสำราญ ขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑ ทีม คิดเป็นร้อยละ๑๐๐ เช่นกัน รองลงมาคืออำเภอห้วยยอดขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด ๘ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๘๙ อำเภอกันตัง ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด ๕ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๔๓ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การอบรมแพทย์เวชศาสตร์มีการเลื่อนอบรม ทำให้ในครั้งที่ ๒ ยังไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้ตามแผนที่กำหนด แต่สามารถขึ้นทะเบียนเพิ่มได้ในครั้งที่ ๓ ของปี ๒๕๖๔ เพิ่มอีก ๑๒ ทีม รวมสะสมเป็น ๔๖ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๑๘

ผลการดำเนินงานคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน และผลการเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

อำเภอ	ผลการดำเนินงานคนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน			ผลการดำเนินงาน เยี่ยมผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองตรัง	๕๑,๕๐๙	๔๒,๙๑๔	๘๓.๓๑	๖๓๓	๔๒๓	๖๖.๘๒
ห้วยยอด	๒๕,๐๑๑	๒๕,๐๑๑	๑๐๐.๐๐	๓๖๑	๓๓๖	๙๓.๐๗
ย่านตาขาว	๒๑,๐๖๐	๑๘,๘๑๑	๘๙.๓๒	๒๒๑	๒๐๕	๙๒.๗๖
ปะเหลียน	๑๘,๒๐๒	๑๖,๐๕๐	๘๘.๑๘	๒๘๔	๒๖๙	๙๔.๗๒
กันตัง	๒๒,๙๔๑	๒๒,๐๙๔	๙๖.๓๑	๓๖๗	๓๒๖	๘๘.๘๓
สิเกา	๑๐,๖๙๙	๙,๔๐๙	๘๗.๙๔	๑๘๐	๑๕๙	๘๘.๓๓
วังวิเศษ	๑๒,๓๘๕	๑๑,๑๕๙	๙๐.๑๐	๑๘๗	๑๗๓	๙๒.๕๑
นาโยง	๑๒,๖๒๐	๑๒,๖๒๐	๑๐๐.๐๐	๒๔๔	๑๔๔	๕๙.๐๒
รัษฎา	๘,๘๔๙	๘,๕๓๒	๙๖.๔๒	๑๒๗	๗๐	๕๕.๑๒
หาดสำราญ	๔,๑๒๔	๓,๘๕๖	๙๓.๕๐	๔๖	๓๕	๗๖.๐๙
รวม	๑๘๗,๔๐๐	๑๗๐,๔๕๖	๙๐.๙๖	๒,๖๕๐	๒,๑๔๐	๘๐.๗๕

อภิปรายผลจากตาราง

กระทรวงสาธารณสุข จัดทำนโยบาย “คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน” โดยมุ่งเน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน เพื่อให้คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน (หมอประจำบ้าน หมอสาธารณสุข หมอครอบครัว) บันทึกข้อมูลระบบรายงาน ๓ หมอรู้จักคุณ ลิ้งค์ http://๓doctor.hss.moph.go.th/จังหวัดตรังมีจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด ๑๘๗,๔๐๐ หลังคาเรือน และบันทึกข้อมูลระบบฯ จำนวน ๑๗๐,๔๕๖ ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๙๖ การติดตามกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และมอบของขวัญปีใหม่ให้กับหน่วยบริการเพื่อเยี่ยมผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง จำนวน ๒,๑๔๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๗๕

๓. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/ พื้นที่ ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑	มีการกำหนดแพทย์ (MD) ในพื้นที่การจัดทำแผน PCU/NPCU ที่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้เนื่องจากไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่อบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	๒๐ ทีม	ไตรมาส ๑-๔	รพ./สสอ./รพ.สต.
๒	การบันทึกข้อมูล ๓ หมอ	๑๐ อำเภอ	ไตรมาส ๑-๒	รพ./รพ.สต.

๔. **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)**

.....-.....

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการแก้ไข / ข้อเสนอแนะ
๑ การบันทึกข้อมูลล่าช้า เนื่องจากไม่สามารถเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการ (HOSxP_PCU) ขาดความรู้ หรือขาดผู้เชี่ยวชาญด้าน IT ในการดึงข้อมูลและการแก้ข้อมูลที่ระบบล่าช้า	-พัฒนาระบบโปรแกรมให้สามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูล เพื่อลดภาระงานของหน่วยบริการ -จัดทำคู่มือในการบันทึกข้อมูลและควรมีช่องทางในการสื่อสารกับผู้พัฒนาโปรแกรมโดยตรง

๖. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑.....-.....

๒.....

๓.....

๗. การดำเนินการตามข้อสั่งการ ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๔ ที่ผ่านมา

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๖๔	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๔
๑.เร่งรัดการขึ้นทะเบียน	๑.มีการบันทึกข้อมูล ๓ หมอเพิ่มขึ้นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับจังหวัดที่สามารถดำเนินการได้ ๑๐๐ %
๒.การดำเนินงานใช้เครื่องมือ ๓ หมอ	๒.มีการนำเครื่องมือ ๓ หมอไปใช้ประโยชน์ในการเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)






1ก5
9318

ประเด็นหลัก / หัวข้อ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ ๗๐)

๑. **สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)**

ปัจจุบันจังหวัดตรังมี อสม.ที่ปฏิบัติงานทั้งหมด จำนวน ๑๐,๒๕๒ คน ได้รับเงินค่าป่วยการ จำนวน ๑๐,๐๔๑ คน

นโยบายรัฐบาลให้พัฒนาการยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน มีบทบาทของหมอคนที่ ๑ (อสม.หมอประจำบ้าน) ตามนโยบาย “คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน” โดยผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน (๑๘ ชั่วโมง) เพื่อนำความรู้ไปถ่ายทอดให้กับอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มเป้าหมายได้แก่ อสม. ที่มีภาวะผู้นำ เป็นที่ยอมรับ และมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital skill) หมู่บ้าน/ชุมชนละ ๑ คน (ไม่ซ้ำกับปี ๒๕๖๓) จำนวน ๗๒๓ คน

๒. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์** (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

๒.๑ การอบรม อสม. หมอประจำบ้าน

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**
๑.	อบรม อสม. หมอประจำบ้าน	เป้าหมาย	๑๒๑	๘๓	๖๗	๘๖	๔๐	๑๓๓	๖๘	๕๓	๕๐	๒๒	**๗๒๓**
		ผลงาน	๑๓๗	๙๐	๗๐	๘๙	๔๕	๑๔๒	๗๑	๕๕	๕๐	๒๒	๗๗๑
		อัตรา/ร้อยละ	๑๑๓.๒๒	๑๐๘.๔๓	๑๐๔.๔๘	๑๐๓.๔๙	๑๑๒.๕๐	๑๐๖.๗๗	๑๐๔.๔๑	๑๐๓.๗๗	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๖.๖๔

ที่มาข้อมูล : http://www.thaiphc.net ณ วันที่ ๓๑ เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินงานพัฒนาการยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน โดยผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน (๑๘ ชั่วโมง) พบว่า จังหวัดตรัง มีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ตัวแทน อสม.ระดับหมู่บ้านและระดับชุมชน จำนวน ๗๒๓ คน ทุกอำเภอดำเนินการอบรมพัฒนายกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ตามหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน (๑๘ ชั่วโมง) จำนวน ๗๗๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๖.๖๔

๒.๒ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Small success ๙,๑๒ เดือน)

ตัวชี้วัด : ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างน้อยร้อยละ ๗๐

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**
๒.	กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี	เป้าหมาย	๘๔๗	๕๘๑	๔๖๙	๖๐๒	๒๘๐	๙๓๑	๔๗๖	๓๗๑	๓๕๐	๑๕๔	**๕,๐๖๑**
		ผลงาน	๘๔๗	๓๗๔	๔๖๙	๖๐๒	๒๘๐	๙๓๑	๔๗๖	๓๗๑	๓๕๐	๑๕๔	**๔,๘๕๔**
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๖๔.๓๗	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	**๙๕.๙๑**

ที่มาข้อมูล : http://www.thaiphc.net ณ วันที่ ๓๑ เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินงานของ อสม. หมอประจำบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ พบว่า จังหวัดตรัง มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๕,๐๖๑ คน (หมู่บ้านละ ๗ คน) ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน ๔,๘๕๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๙๑

๓. **แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔**

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ชี้แจงแนวทางการพัฒนา อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้านสู่การปฏิบัติ	สสอ. ,รพ. ๒๓ คน	พ.ย. ๒๕๖๓	สสจ.
๒.	อบรมพัฒนาการยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ตามหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน (๑๘ ชั่วโมง)	ทุกอำเภอดำเนินการอบรมพัฒนายกระดับ อสม. เปน อสม. หมอประจำบ้าน ตามหลักสูตร	ธันวาคม ๒๕๖๓	สสจ./สสอ./รพ/รพ.สต.
๓.	อสม.หมอประจำบ้าน ติดตามดูแลผู้ป่วย ติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง	อสม. หมอประจำบ้าน ติดตามดูแลผู้ป่วย ติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง (หมู่บ้านละ ๗ คน)	มี.ค.-ส.ค. ๒๕๖๔	รพ./รพ.สต./เทศบาล
๔.	ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน	ผู้ป่วย ติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง (หมู่บ้านละ ๗ คน)	มิ.ย.-ส.ค. ๒๕๖๔	รพ./รพ.สต./เทศบาล

๔. **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)**

การดำเนินงานพัฒนาศักยภาพ อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้าน ต้องปรับรูปแบบวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับมาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

๕. **ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

ปัญหา / อุปสรรค / ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑.การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายของ อสม.หมอประจำบ้าน มีข้อจำกัดหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านการบริหารจัดการเวลาในการปฏิบัติงาน เพราะกิจกรรมหลักจะมุ่งไปที่การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน, การดูแลผู้ป่วย ของ อสม.หมอประจำบ้าน ต้องคำนึงถึงมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้าน ได้อย่างทันท่วงที ต้องดำเนินการหลังจากปฏิบัติงานในชุมชนเสร็จสิ้น	๑.อสม.หมอประจำบ้าน ต้องบูรณาการการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ร่วมกับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ประยุกต์ใช้ความรู้ต่าง ๆ ที่แนะนำแก่กลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องสัมพันธ์กับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
๒.โปรแกรมบันทึกผลการดำเนินงานไม่สามารถประมวลผลแยกเป็นรายสถานบริการได้ แสดงผลเป็นรายตำบล ไม่สะดวกต่อการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล	๒.ควรปรับโปรแกรมให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน กำหนดผู้ใช้งานเป็นรายสถานบริการ และสามารถประมวลผลได้อย่างถูกต้อง

๖. **นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

๑.....

๒.....

๓.....

๗. **การดำเนินการตามข้อสั่งการ ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๔ ที่ผ่านมา**

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๖๔	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๔
๑.	๑.
๒.	๒.
๓.	๓.
๔.	๔.

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)











ประเด็นหลัก / หัวข้อ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด ร้อยละ ๔๐ ของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการขึ้นทะเบียนตาม พ.ร.บ.สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

จังหวัดตรัง ได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ซึ่งการดำเนินการจะต้องผ่านเกณฑ์ ๓ S ประกอบด้วย STRUCTURE / STAFF / SYSTEM โดยประชาชนทุกคนมีแพทย์ประจำตัวร่วมให้การดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบตาม Catchment Area ๑ Cluster ดูแลประชาชนทีมละ ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน การจัดบริการสุขภาพโดยรวมทีมสหวิชาชีพ กำหนดแผนจัดตั้งไว้ ๑๐ ปี ผลการดำเนินงานในจังหวัดตรัง พบว่า จังหวัดตรัง ได้ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ถึง พ.ศ.๒๕๖๔ ครั้งที่ ๑ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ และสามารถเปิดดำเนินการได้จำนวน ๓๔ ทีมจากเป้าหมาย ๕๔ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๙๖ ตามแผนการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU ๑๐ ปี ดังตารางด้านล่างนี้

ลำดับที่	โรงพยาบาลแม่ข่าย	ทีม PCU/NPCU	ปีที่เปิดดำเนินการ	เกณฑ์ ๓S	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑	โรงพยาบาลตรัง	ทีมศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองตรัง ทีม ๑	๒๕๖๒	/	
๒	โรงพยาบาลตรัง	ทีมศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองตรัง ทีม ๒	๒๕๖๒	/	
๓	โรงพยาบาลตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๑ ทีม ๓	๒๕๖๒	/	
๔	โรงพยาบาลตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๑ ทีม ๔	๒๕๖๒	/	
๕	โรงพยาบาลตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๒ ทีม ๕	๒๕๖๒	/	
๖	โรงพยาบาลตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๓ ทีม ๖	๒๕๖๒	/	
๗	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.โคกหล่อ	๒๕๖๒	/	
๘	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.นาบินหลา	๒๕๖๒	/	
๙	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.น้ำผุด	๒๕๖๒	/	
๑๐	โรงพยาบาลห้วยยอด	ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลห้วยยอด	๒๕๖๒	/	
๑๑	โรงพยาบาลห้วยยอด	ทีม รพ.สต.ท่างิ้ว	๒๕๖๒	/	
๑๒	โรงพยาบาลห้วยยอด	ทีม รพ.สต.ห้วยนาง	๒๕๖๒	/	
๑๓	โรงพยาบาลห้วยยอด	ทีม รพ.สต.เขาปูน	๒๕๖๒	/	
๑๔	โรงพยาบาลห้วยยอด	ทีม รพ.สต.บ้านนาวง	๒๕๖๒	/	
๑๕	โรงพยาบาลย่านตาขาว	ทีม รพ.สต.ทุ่งค่าย	๒๕๖๒	/	
๑๖	โรงพยาบาลย่านตาขาว	ทีม รพ.สต.บ้านวัดโพรงจระเข้	๒๕๖๒	/	

ลำดับที่	โรงพยาบาลแม่ข่าย	ทีม PCU/NPCU	ปีที่เปิดดำเนินการ	เกณฑ์ ๓S	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑๗	โรงพยาบาลกันตัง	ทีม รพ.สต.บางเป้า	๒๕๖๒	/	
๑๘	โรงพยาบาลกันตัง	ทีม รพ.สต.บางสัก	๒๕๖๒	/	
๑๙	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.ควนปริง	๒๕๖๓	/	
๒๐	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.นาตาล่วง	๒๕๖๓	/	
๒๑	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.บ้านโพธิ์	๒๕๖๓	/	
๒๒	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.นาท่ามเหนือ	๒๕๖๓	/	
๒๓	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.นาโต๊ะหมิง	๒๕๖๓	/	
๒๔	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.นาท่ามใต้	๒๕๖๓	/	
๒๕	โรงพยาบาลห้วยยอด	ทีม รพ.สต.บางดี	๒๕๖๓	/	
๒๖	โรงพยาบาลห้วยยอด	ทีม รพ.สต.ลำภูรา	๒๕๖๓	/	
๒๗	โรงพยาบาลห้วยยอด	ทีม รพ.สต.เขากอบ	๒๕๖๓	/	
๒๘	โรงพยาบาลย่านตาขาว	ทีม รพ.สต.บ้านต้นปรง	๒๕๖๓	/	
๒๙	โรงพยาบาลกันตัง	ทีม รพ.สต.ควนธานี	๒๕๖๓	/	
๓๐	โรงพยาบาลกันตัง	ทีม รพ.สต.โคกยาง	๒๕๖๓	/	
๓๑	โรงพยาบาลกันตัง	ทีม รพ.สต.บ่อน้ำร้อน	๒๕๖๓	/	
๓๒	โรงพยาบาลปะเหลียน	ทีม รพ.สต.บ้านนา	๒๕๖๓	/	
๓๓	โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา	ทีม รพ.สต.บ้านปากปรน	๒๕๖๓	/	
๓๔	โรงพยาบาลสิเกา	ทีม รพ.สต.เขาไม้แก้ว	๒๕๖๔	/	

ข้อมูลแพทย์ที่ผ่านการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อขึ้นทะเบียน PCU/NPCU จังหวัดตรัง

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด	ชื่อ PCU/NPCU	ประเภทการศึกษา		
				วว.	อว.	๒x๒
๑	นพ.ไกรสร โตทับเที่ยง	รพ.ตรัง	ทีมศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองตรัง ทีม ๑	/		
๒	พญ.วริษา เดชธราดล	รพ.ตรัง	ทีมศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองตรัง ทีม ๒	/		
๓	พญ.ศศิวิมล อึ่งวรากร	รพ.ตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๑ ทีม ๓	/		
๔	พญ.ฐิตินาถ ศุภเศรษฐวิทย์	รพ.ตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๑ ทีม ๔	/		
๕	พญ.วัลลิยา เนียมรัตน์	รพ.ตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๒ ทีม ๕	/		
๖	พญ.จุไรรัตน์ พฤกษ์วรุณ	รพ.ตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๓ ทีม ๖	/		
๗	พญ.กรกนก ก่อวุฒิกุลรังษี	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.โคกหล่อ	/		
๘	นพ.ณัฐดนัย นิติวิศิษฏ์กุล	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.นาบินหลา	/		
๙	พญ.กรองแก้ว ทองเรืองสุกใส	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.น้ำผุด	/		
๑๐	พญ.วริศรา ปิยานนท์พงค์	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.ควนปริง	/		
๑๑	นพ.ภวินท์ ธนัตถ์เจริญกุล	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.นาตาล่วง	/		

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด	ชื่อ PCU/NPCU	ประเภทการศึกษา		
				วว.	อว.	๒x๒
๑๒	นพ.ปวริศ หวังเกียรติ	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.บ้านโพธิ์	/		
๑๓	พญ.กรรณิการ์ เจริญฤทธิ์	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.นาท่ามเหนือ	/		
๑๔	พญ.ธฤดี ศิริพันธ์	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.นาโต๊ะหมิง	/		
๑๕	พญ.ชลิดา ชั้นสกุล	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.นาท่ามใต้	/		
๑๖	นพ.หะริน เอี่ยมวิถีวนิช	รพ.ห้วยยอด	ทีม ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลห้วยยอด	/		
๑๗	นพ.พรพิสุทธิ์ เดชแสง	รพ.ห้วยยอด	ทีม รพ.สต.ท่างิ้ว	/		
๑๘	นพ.ณัฐนนท์ อรุณแสง	รพ.ห้วยยอด	ทีม รพ.สต.ห้วยนาง	/		
๑๙	นพ.วิชัย พิบูลย์	รพ.ห้วยยอด	ทีม รพ.สต.เขาปูน	/		
๒๐	พญ.ทรวงสมร ศรีเพชร	รพ.ห้วยยอด	ทีม รพ.สต.บ้านนาวง	/		
๒๑	พญ.กติกา เลี้ยงสกุล	รพ.ห้วยยอด	ทีม รพ.สต.บางดี	/		
๒๒	นพ.สมัชชา ลีลาวิลาส	รพ.ห้วยยอด	ทีม รพ.สต.ลำภูรา	/		
๒๓	นพ.ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์ พญ.จิรายุส ดุลยเกียรติ	รพ.ห้วยยอด	ทีม รพ.สต.เขากอบ			/๔x๔ /
๒๔	นพ.ยศกร เนตรแสงทิพย์	รพ.ย่านตาขาว	ทีม รพ.สต.ทุ่งค่าย			/๔x๔
๒๕	พญ.ปิยธิดา ชุมดวง	รพ.ย่านตาขาว	ทีม รพ.สต.บ้านวัดโพรงจระเข้	/		
๒๖	นพ.อิสระ แสงทอง	รพ.ย่านตาขาว	ทีม รพ.สต.บ้านต้นปรง	/		
๒๗	พญ.พณัชกร มีสิทธิ์	รพ.กันตัง	ทีม รพ.สต.บางเป้า	/		
๒๘	นพ.ชาญชัย สามัคคีนิชย์	รพ.กันตัง	ทีม รพ.สต.บางสัก	/		
๒๙	นพ.ประวิทย์ เอี่ยมวิถีวนิช	รพ.กันตัง	ทีม รพ.สต.ควนธานี		/	
๓๐	พญ.จิตราวรรณ จันทร์มา	รพ.กันตัง	ทีม รพ.สต.โคกยาง	/		
๓๑	พญ.เจนจิรา ตั่นเล่ง	รพ.กันตัง	ทีม รพ.สต.บ่อน้ำร้อน	/		
๓๒	พญ.ปณัฐดา เกนุ้ย	รพ.ปะเหลียน	ทีม รพ.สต.บ้านนา			/
๓๓	นพ.วัชรนันท์ ถิ่นนัยธร	รพ.หาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา	ทีม รพ.สต.บ้านปากปรน			/
๓๔	นพ.ภัทรดนัย สลัดทุกข์	รพ.สิเกา	ทีม รพ.สต.เขาไม้แก้ว			/

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงานสะสมถึงครั้งที่ ๑ (มี.ค.๖๔)	ผลงานเพิ่มครั้งที่ ๒ (มิ.ย.๖๔)	ผลงานที่จะเพิ่มครั้งที่ ๓ (ก.ย.๖๔)	ผลงานรวมปี ๒๕๖๔	ร้อยละ
เมืองตรัง	๑๕	๑๕	๐	๐	๑๕	๑๐๐
ห้วยยอด	๙	๘	๐	๑	๙	๑๐๐
ย่านตาขาว	๕	๓	๐	๒	๕	๑๐๐
ปะเหลียน	๖	๑	๐	๒	๓	๕๐
กันตัง	๗	๕	๐	๒	๗	๑๐๐
สิเกา	๓	๑	๐	๐	๑	๓๓.๓๓
วังวิเศษ	๓	๐	๐	๒	๒	๖๖.๖๗
นาโยง	๓	๐	๐	๑	๑	๓๓.๓๓
รัษฎา	๒	๐	๐	๒	๒	๑๐๐
หาดสำราญ	๑	๑	๐	๐	๑	๑๐๐
รวม	๕๔	๓๔	๐	๑๒	๔๖	๘๕.๑๘

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรัง ได้ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ถึง พ.ศ.๒๕๖๔ ครั้งที่ ๑ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ และสามารถเปิดดำเนินการได้จำนวน ๓๔ ทีมจากเป้าหมาย ๕๔ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๙๖ ตามแผนการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU ๑๐ ปี โดยในปี ๒๕๖๒ จังหวัดตรังสามารถขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๑๘ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓๓ ในปี ๒๕๖๓ ขึ้นทะเบียนเพิ่มอีก ๑๕ ทีม และในปี ๒๕๖๔ ครั้งที่ ๑ ขึ้นทะเบียนเพิ่มอีก ๑ ทีม รวมสะสมเป็น ๓๔ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๙๖ เมื่อจำแนกเป็นอำเภอพบว่า อำเภอเมืองตรังขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด ๑๕ ทีม ได้ร้อยละ ๑๐๐ และอำเภอหาดสำราญขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑ ทีม คิดเป็นร้อยละ๑๐๐ เช่นกัน รองลงมาคืออำเภอห้วยยอดขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด ๘ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๘๙ อำเภอกันตัง ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด ๕ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๔๓ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ การอบรมแพทย์เวชศาสตร์มีการเลื่อนอบรม ทำให้ในครั้งที่ ๒ ยังไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้ตามแผนที่กำหนด แต่สามารถขึ้นทะเบียนเพิ่มได้ในครั้งที่ ๓ ของปี ๒๕๖๔ เพิ่มอีก ๑๒ ทีม รวมสะสมเป็น ๔๖ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๑๘

๓. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/พื้นที่ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑	ทบทวนแผนการขึ้น/จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (แผน ๑๐ ปี)	๑๐ อำเภอ	ไตรมาส ๑-๒	สสจ./รพ./สสอ.
๒	แผนการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	๑ คน (ย่านตาขาว)	ไตรมาส ๒-๓	รพ./สสอ.
๓	แผนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่ม ปี ๒๕๖๔	๔ หน่วย (อำเภอสิเกา,อำเภอกันตัง,อำเภอปะเหลียน, อำเภอย่านตาขาว)	ไตรมาส ๑-๔	สสจ./รพ./สสอ.
๔	แผนดำเนินการแก้ไข เปลี่ยนแปลง หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	๘ หน่วย อำเภอเมือง ๖ หน่วย อำเภอหาดสำราญฯ ๑ หน่วย อำเภอกันตัง ๑ หน่วย	ไตรมาส ๑-๒	สสจ./รพ./สสอ.
๕	แผนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่ม ปี ๒๕๖๔	๑๒ หน่วย	ไตรมาส ๔	สสจ./รพ./สสอ.
๖	เยี่ยมเสริมพลัง	๑๐ อำเภอ	ไตรมาส ๑-๔	สสจ.

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๔.๑ แพทย์ต้องผ่านการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวจึงจะมีคุณสมบัติในการจัดตั้ง PCU/NPCU ตาม พรบ.ฯ และต้องรอแผนการอบรมแพทย์หลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว

๔.๒ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นตามแผนที่กำหนดไว้

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการแก้ไข / ข้อเสนอแนะ
แผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ขึ้นกับปัจจัยแพทย์ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว	-การกำหนดแพทย์ที่จะให้การดูแลเป็นหมอครอบครัวในแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) เพื่อให้มีการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว -ผู้บริหารให้ความสำคัญและสร้างแรงจูงใจ
การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	เขตสุขภาพที่ ๑๒ ปรับการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแบบออนไลน์

๖. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑.....

๒.....

๗. การดำเนินการตามข้อสั่งการ ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๔ ที่ผ่านมา

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๖๔	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๔
๑.ผู้บริหารให้ความสำคัญและสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ศึกษาต่อหรืออบรมหลักสูตรระยะสั้นเพิ่มขึ้นเพื่อทดแทนและรองรับการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU	๑.สร้างแรงจูงใจส่งแพทย์ศึกษาต่อหลักสูตรอบรมระยะสั้น ๒X๒ จำนวน ๑๓ คน เพื่อทดแทนและรองรับการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU (การอบรมเสร็จสิ้นเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔) (ทดแทน ๖ ทีมและรองรับการขึ้นทะเบียนใหม่ ๗ ทีม) ๒.ส่งแพทย์ทั่วไปเข้าฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นเวชศาสตร์ครอบครัว ๔X๔ จำนวน ๒ คน (รองรับการขึ้นทะเบียนใหม่ ๒ ทีม) ๓.แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว จบ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔ จำนวน ๕ คน (ทดแทน ๒ ทีมและรองรับการขึ้นทะเบียนใหม่ ๓ ทีม **สามารถขึ้นทะเบียนในครั้งที่ ๓ ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑๒ ทีม จากแผนเดิมกำหนดไว้ ๔ ทีม รวมถึงการขึ้นทะเบียนใน ๔ อำเภอที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนมาก่อน (สิเกา,นาโยง,รัษฎาและวังวิเศษ) เนื่องจากไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผู้บริหารให้ความสำคัญและสร้างแรงจูงใจส่งแพทย์เข้าอบรมหลักสูตรระยะสั้นเพิ่มขึ้น ทำให้ทั้ง ๔ อำเภอสามารถขึ้นทะเบียนได้ภายในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๔**

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)









ประเด็นหลัก / หัวข้อ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด ร้อยละ ๔๐ ของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการขึ้นทะเบียนตาม พ.ร.บ.สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

จังหวัดตรัง ได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ซึ่งการดำเนินการจะต้องผ่านเกณฑ์ ๓ S ประกอบด้วย STRUCTURE / STAFF / SYSTEM โดยประชาชนทุกคนมีแพทย์ประจำตัวร่วมให้การดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบตาม Catchment Area ๑ Cluster ดูแลประชาชนทีมละ ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน การจัดบริการสุขภาพโดยรวมทีมสหวิชาชีพ กำหนดแผนจัดตั้งไว้ ๑๐ ปี ผลการดำเนินงานในจังหวัดตรัง พบว่า จังหวัดตรัง ได้ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ถึง พ.ศ.๒๕๖๔ ครั้งที่ ๑ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ และสามารถเปิดดำเนินการได้จำนวน ๓๔ ทีมจากเป้าหมาย ๕๔ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๙๖ ตามแผนการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU ๑๐ ปี ดังตารางด้านล่างนี้

ลำดับที่	โรงพยาบาลแม่ข่าย	ทีม PCU/NPCU	ปีที่เปิดดำเนินการ	เกณฑ์ ๓S	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑	โรงพยาบาลตรัง	ทีมศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองตรัง ทีม ๑	๒๕๖๒	/	
๒	โรงพยาบาลตรัง	ทีมศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองตรัง ทีม ๒	๒๕๖๒	/	
๓	โรงพยาบาลตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๑ ทีม ๓	๒๕๖๒	/	
๔	โรงพยาบาลตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๑ ทีม ๔	๒๕๖๒	/	
๕	โรงพยาบาลตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๒ ทีม ๕	๒๕๖๒	/	
๖	โรงพยาบาลตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๓ ทีม ๖	๒๕๖๒	/	
๗	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.โคกหล่อ	๒๕๖๒	/	
๘	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.นาบินหลา	๒๕๖๒	/	
๙	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.น้ำผุด	๒๕๖๒	/	
๑๐	โรงพยาบาลห้วยยอด	ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลห้วยยอด	๒๕๖๒	/	
๑๑	โรงพยาบาลห้วยยอด	ทีม รพ.สต.ท่างิ้ว	๒๕๖๒	/	
๑๒	โรงพยาบาลห้วยยอด	ทีม รพ.สต.ห้วยนาง	๒๕๖๒	/	
๑๓	โรงพยาบาลห้วยยอด	ทีม รพ.สต.เขาปูน	๒๕๖๒	/	
๑๔	โรงพยาบาลห้วยยอด	ทีม รพ.สต.บ้านนาวง	๒๕๖๒	/	
๑๕	โรงพยาบาลย่านตาขาว	ทีม รพ.สต.ทุ่งค่าย	๒๕๖๒	/	
๑๖	โรงพยาบาลย่านตาขาว	ทีม รพ.สต.บ้านวัดโพรงจระเข้	๒๕๖๒	/	

ลำดับที่	โรงพยาบาลแม่ข่าย	ทีม PCU/NPCU	ปีที่เปิดดำเนินการ	เกณฑ์ ๓S	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑๗	โรงพยาบาลกันตัง	ทีม รพ.สต.บางเป้า	๒๕๖๒	/	
๑๘	โรงพยาบาลกันตัง	ทีม รพ.สต.บางสัก	๒๕๖๒	/	
๑๙	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.ควนปริง	๒๕๖๓	/	
๒๐	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.นาตาล่วง	๒๕๖๓	/	
๒๑	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.บ้านโพธิ์	๒๕๖๓	/	
๒๒	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.นาท่ามเหนือ	๒๕๖๓	/	
๒๓	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.นาโต๊ะหมิง	๒๕๖๓	/	
๒๔	โรงพยาบาลตรัง	ทีม รพ.สต.นาท่ามใต้	๒๕๖๓	/	
๒๕	โรงพยาบาลห้วยยอด	ทีม รพ.สต.บางดี	๒๕๖๓	/	
๒๖	โรงพยาบาลห้วยยอด	ทีม รพ.สต.ลำภูรา	๒๕๖๓	/	
๒๗	โรงพยาบาลห้วยยอด	ทีม รพ.สต.เขากอบ	๒๕๖๓	/	
๒๘	โรงพยาบาลย่านตาขาว	ทีม รพ.สต.บ้านต้นปรง	๒๕๖๓	/	
๒๙	โรงพยาบาลกันตัง	ทีม รพ.สต.ควนธานี	๒๕๖๓	/	
๓๐	โรงพยาบาลกันตัง	ทีม รพ.สต.โคกยาง	๒๕๖๓	/	
๓๑	โรงพยาบาลกันตัง	ทีม รพ.สต.บ่อน้ำร้อน	๒๕๖๓	/	
๓๒	โรงพยาบาลปะเหลียน	ทีม รพ.สต.บ้านนา	๒๕๖๓	/	
๓๓	โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา	ทีม รพ.สต.บ้านปากปรน	๒๕๖๓	/	
๓๔	โรงพยาบาลสิเกา	ทีม รพ.สต.เขาไม้แก้ว	๒๕๖๔	/	

ข้อมูลแพทย์ที่ผ่านการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อขึ้นทะเบียน PCU/NPCU จังหวัดตรัง

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด	ชื่อ PCU/NPCU	ประเภทการศึกษา		
				วว.	อว.	๒x๒
๑	นพ.ไกรสร โตทับเที่ยง	รพ.ตรัง	ทีมศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองตรัง ทีม ๑	/		
๒	พญ.วริษา เดชธราดล	รพ.ตรัง	ทีมศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองตรัง ทีม ๒	/		
๓	พญ.ศศิวิมล อึ่งวรากร	รพ.ตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๑ ทีม ๓	/		
๔	พญ.ฐิตินาถ ศุภเศรษฐวิทย์	รพ.ตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๑ ทีม ๔	/		
๕	พญ.วัลลิยา เนียมรัตน์	รพ.ตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๒ ทีม ๕	/		
๖	พญ.จุไรรัตน์ พฤกษ์วรุณ	รพ.ตรัง	ทีมเทศบาลนครตรัง ๓ ทีม ๖	/		
๗	พญ.กรกนก ก่อวุฒิกุลรังษี	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.โคกหล่อ	/		
๘	นพ.ณัฐดนัย นิติวิศิษฏ์กุล	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.นาบินหลา	/		
๙	พญ.กรองแก้ว ทองเรืองสุกใส	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.น้ำผุด	/		
๑๐	พญ.วริศรา ปิยานนท์พงค์	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.ควนปริง	/		
๑๑	นพ.ภวินท์ ธนัตถ์เจริญกุล	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.นาตาล่วง	/		

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด	ชื่อ PCU/NPCU	ประเภทการศึกษา		
				วว.	อว.	๒x๒
๑๒	นพ.ปวริศ หวังเกียรติ	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.บ้านโพธิ์	/		
๑๓	พญ.กรรณิการ์ เจริญฤทธิ์	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.นาท่ามเหนือ	/		
๑๔	พญ.ธฤดี ศิริพันธ์	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.นาโต๊ะหมิง	/		
๑๕	พญ.ชลิดา ชั้นสกุล	รพ.ตรัง	ทีม รพ.สต.นาท่ามใต้	/		
๑๖	นพ.หะริน เอี่ยมวิถีวนิช	รพ.ห้วยยอด	ทีม ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลห้วยยอด	/		
๑๗	นพ.พรพิสุทธิ์ เดชแสง	รพ.ห้วยยอด	ทีม รพ.สต.ท่างิ้ว	/		
๑๘	นพ.ณัฐนนท์ อรุณแสง	รพ.ห้วยยอด	ทีม รพ.สต.ห้วยนาง	/		
๑๙	นพ.วิชัย พิบูลย์	รพ.ห้วยยอด	ทีม รพ.สต.เขาปูน	/		
๒๐	พญ.ทรวงสมร ศรีเพชร	รพ.ห้วยยอด	ทีม รพ.สต.บ้านนาวง	/		
๒๑	พญ.กติกา เลี้ยงสกุล	รพ.ห้วยยอด	ทีม รพ.สต.บางดี	/		
๒๒	นพ.สมัชชา ลีลาวิลาส	รพ.ห้วยยอด	ทีม รพ.สต.ลำภูรา	/		
๒๓	นพ.ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์ พญ.จิรายุส ดุลยเกียรติ	รพ.ห้วยยอด	ทีม รพ.สต.เขากอบ			/๔x๔ /
๒๔	นพ.ยศกร เนตรแสงทิพย์	รพ.ย่านตาขาว	ทีม รพ.สต.ทุ่งค่าย			/๔x๔
๒๕	พญ.ปิยธิดา ชุมดวง	รพ.ย่านตาขาว	ทีม รพ.สต.บ้านวัดโพรงจระเข้	/		
๒๖	นพ.อิสระ แสงทอง	รพ.ย่านตาขาว	ทีม รพ.สต.บ้านต้นปรง	/		
๒๗	พญ.พณัชกร มีสิทธิ์	รพ.กันตัง	ทีม รพ.สต.บางเป้า	/		
๒๘	นพ.ชาญชัย สามัคคีนิชย์	รพ.กันตัง	ทีม รพ.สต.บางสัก	/		
๒๙	นพ.ประวิทย์ เอี่ยมวิถีวนิช	รพ.กันตัง	ทีม รพ.สต.ควนธานี		/	
๓๐	พญ.จิตราวรรณ จันทร์มา	รพ.กันตัง	ทีม รพ.สต.โคกยาง	/		
๓๑	พญ.เจนจิรา ตั่นเล่ง	รพ.กันตัง	ทีม รพ.สต.บ่อน้ำร้อน	/		
๓๒	พญ.ปณัฐดา เกนุ้ย	รพ.ปะเหลียน	ทีม รพ.สต.บ้านนา			/
๓๓	นพ.วัชรนันท์ ถิ่นนัยธร	รพ.หาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา	ทีม รพ.สต.บ้านปากปรน			/
๓๔	นพ.ภัทรดนัย สลัดทุกข์	รพ.สิเกา	ทีม รพ.สต.เขาไม้แก้ว			/

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงานสะสมถึง ครั้งที่ ๑ (มี.ค.๖๔)	ผลงานเพิ่ม ครั้งที่ ๒ (มิ.ย.๖๔)	ผลงานที่จะเพิ่ม ครั้งที่ ๓ (ก.ย.๖๔)	ผลงานรวม ปี ๒๕๖๔	ร้อยละ
เมืองตรัง	๑๕	๑๕	๐	๐	๑๕	๑๐๐
ห้วยยอด	๙	๘	๐	๑	๙	๑๐๐
ย่านตาขาว	๕	๓	๐	๒	๕	๑๐๐
ปะเหลียน	๖	๑	๐	๒	๓	๕๐
กันตัง	๗	๕	๐	๒	๗	๑๐๐
สิเกา	๓	๑	๐	๐	๑	๓๓.๓๓
วังวิเศษ	๓	๐	๐	๒	๒	๖๖.๖๗
นาโยง	๓	๐	๐	๑	๑	๓๓.๓๓
รัษฎา	๒	๐	๐	๒	๒	๑๐๐
หาดสำราญ	๑	๑	๐	๐	๑	๑๐๐
รวม	๕๔	๓๔	๐	๑๒	๔๖	๘๕.๑๘

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรัง ได้ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ถึง พ.ศ.๒๕๖๔ ครั้งที่ ๑ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ และสามารถเปิดดำเนินการได้จำนวน ๓๔ ทีมจากเป้าหมาย ๕๔ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๙๖ ตามแผนการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU ๑๐ ปี โดยในปี ๒๕๖๒ จังหวัดตรังสามารถขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๑๘ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓๓ ในปี ๒๕๖๓ ขึ้นทะเบียนเพิ่มอีก ๑๕ ทีม และในปี ๒๕๖๔ ครั้งที่ ๑ ขึ้นทะเบียนเพิ่มอีก ๑ ทีม รวมสะสมเป็น ๓๔ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๙๖ เมื่อจำแนกเป็นอำเภอพบว่า อำเภอเมืองตรังขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด ๑๕ ทีม ได้ร้อยละ ๑๐๐ และอำเภอหาดสำราญ ขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ เช่นกัน รองลงมาคืออำเภอห้วยยอดขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด ๘ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๘๙ อำเภอกันตัง ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด ๕ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๔๓ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การอบรมแพทย์เวชศาสตร์มีการเลื่อนอบรม ทำให้ในครั้งที่ ๒ ยังไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้ตามแผนที่กำหนด แต่สามารถขึ้นทะเบียนเพิ่มได้ในครั้งที่ ๓ ของปี ๒๕๖๔ เพิ่มอีก ๑๒ ทีม รวมสะสมเป็น ๔๖ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๑๘

๓. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/พื้นที่ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑	ทบทวนแผนการขึ้น/จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (แผน ๑๐ ปี)	๑๐ อำเภอ	ไตรมาส ๑-๒	สสจ./รพ./สสอ.
๒	แผนการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	๑ คน (ย่านตาขาว)	ไตรมาส ๒-๓	รพ./สสอ.
๓	แผนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่ม ปี ๒๕๖๔	๔ หน่วย (อำเภอสิเกา, อำเภอกันตัง,อำเภอปะเหลียน,อำเภอย่านตาขาว)	ไตรมาส ๑-๔	สสจ./รพ./สสอ.
๔	แผนดำเนินการแก้ไข เปลี่ยนแปลง หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	๘ หน่วย อำเภอเมือง ๖ หน่วย อำเภอหาดสำราญฯ ๑ หน่วย อำเภอกันตัง ๑ หน่วย	ไตรมาส ๑-๒	สสจ./รพ./สสอ.
๕	แผนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่ม ปี ๒๕๖๔	๑๒ หน่วย	ไตรมาส ๔	สสจ./รพ./สสอ.
๖	เยี่ยมเสริมพลัง	๑๐ อำเภอ	ไตรมาส ๑-๔	สสจ.

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๔.๑ แพทย์ต้องผ่านการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวจึงจะมีคุณสมบัติในการจัดตั้ง PCU/NPCU ตาม พรบ.ฯ และต้องรอแผนการอบรมแพทย์หลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว

๔.๒ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นตามแผนที่กำหนดไว้

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการแก้ไข / ข้อเสนอแนะ
แผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ขึ้นกับปัจจัยแพทย์ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว	-การกำหนดแพทย์ที่จะให้การดูแลเป็นหมอครอบครัวในแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) เพื่อให้มีการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว -ผู้บริหารให้ความสำคัญและสร้างแรงจูงใจ
การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	เขตสุขภาพที่ ๑๒ ปรับการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแบบออนไลน์

๖. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑..... .....

๒..... .....

๗. การดำเนินการตามข้อสั่งการ ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๔ ที่ผ่านมา

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๖๔	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๔
๑.ผู้บริหารให้ความสำคัญและสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ศึกษาต่อหรืออบรมหลักสูตรระยะสั้นเพิ่มขึ้นเพื่อทดแทนและรองรับการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU	๑. สร้างแรงจูงใจส่งแพทย์ศึกษาต่อหลักสูตรอบรมระยะสั้น ๒X๒ จำนวน ๑๓ คน เพื่อทดแทนและรองรับการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU (การอบรมเสร็จสิ้นเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔) (ทดแทน ๖ ทีมและรองรับการขึ้นทะเบียนใหม่ ๗ ทีม) ๒. ส่งแพทย์ทั่วไปเข้าฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นเวชศาสตร์ครอบครัว ๔X๔ จำนวน ๒ คน (รองรับการขึ้นทะเบียนใหม่ ๒ ทีม) ๓. แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว จบ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔ จำนวน ๕ คน (ทดแทน ๒ ทีมและรองรับการขึ้นทะเบียนใหม่ ๓ ทีม **สามารถขึ้นทะเบียนในครั้งที่ ๓ ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑๒ ทีม จากแผนเดิมกำหนดไว้ ๔ ทีม รวมถึงการขึ้นทะเบียนใน ๔ อำเภอที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนมาก่อน (สิเกา,นาโยง,รัษฎาและวังวิเศษ) เนื่องจากไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผู้บริหารให้ความสำคัญและสร้างแรงจูงใจส่งแพทย์เข้าอบรมหลักสูตรระยะสั้นเพิ่มขึ้น ทำให้ทั้ง ๔ อำเภอสามารถขึ้นทะเบียนได้ภายในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๔**

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)









ประเด็นหลัก / หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว

๑. **สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔**
(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

จังหวัดตรัง มี รพ.สต. จำนวนทั้งสิ้น ๑๒๕ แห่ง มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ (รพ.สต.ติดดาว) ตามเกณฑ์ ๕ หมวด จากการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ในปี ๒๕๖๒ มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับ ๕ ดาว จำนวน ๓๖ แห่ง คิดผลงานสะสม (ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒) เป็นร้อยละ ๖๐.๘๐ ซึ่งผ่านเกณฑ์ฯ ตัวชี้วัดในปี ๒๕๖๒ และในปี ๒๕๖๓ มีการพัฒนาส่วนขาดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับ ๕ ดาว เพิ่มขึ้นอีก ๓๑ แห่ง รวมขณะนี้มี รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับ ๕ ดาว ทั้งสิ้น ๑๐๗ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๘๕.๖๐ โดยในปี ๒๕๖๔ จะมีการลงประเมิน รพ.สต. จำนวนทั้งสิ้น ๕๘ แห่ง แบ่งออกเป็น รพ.สต.ที่ไม่ได้รับการประเมินฯ จากปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓ จำนวน ๑๘ แห่ ง และ รพ.สต.ที่ต้องได้รับการประเมินซ้ำ (Re-accredit) ๔๐ แห่ง โดย รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัดตรัง มีการประเมินตนเองในระบบ Gishealth คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๒. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์** (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)
(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว									
ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี (แห่ง)			เกณฑ์	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔					
๒๕๖๑	**๒๕๖๒**	**๒๕๖๓**		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ประเมินตนเอง	ร้อยละ
ระดับประเทศ			๗๕	เมืองตรัง	๑๘	๑๖	๘๘.๘๙	๑๘	๑๐๐.๐๐
N/A	N/A	N/A		กันตัง	๒๐	๒๐	๘๐.๐๐	๒๐	๑๐๐.๐๐
เขต ๑๒				ย่านตาขาว	๑๖	๑๕	๙๓.๗๕	๑๖	๑๐๐.๐๐
	N/A			ปะเหลียน	๑๘	๑๘	๗๒.๒๒	๑๘	๑๐๐.๐๐
จังหวัดตรัง				สิเกา	๙	๙	๑๐๐.๐๐	๙	๑๐๐.๐๐
๔๐	๗๖	๑๐๗		ห้วยยอด	๒๐	๒๐	๘๐.๐๐	๒๐	๑๐๐.๐๐
				วังวิเศษ	๗	๖	๘๕.๗๑	๗	๑๐๐.๐๐
				นาโยง	๗	๗	๑๐๐.๐๐	๗	๑๐๐.๐๐
				รัษฎา	๖	๖	๑๐๐.๐๐	๖	๑๐๐.๐๐
				หาดสำราญ	๔	๓	๗๕.๐๐	๔	๑๐๐.๐๐
				รวม	๑๒๕	๑๐๗	๘๕.๖๐	๑๒๕	๑๐๐.๐๐

ที่มา : ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (การประเมิน รพ.สต.ติดดาว) กระทรวงสาธารณสุข

๓. **แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔**

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	โครงการพัฒนา รพ.สต.ติดดาว	รพ.สต.ในจังหวัดตรัง ๑๒๕ แห่ง	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	น.ส.กนกอร ณ พัทลุง

๔. **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)**

เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงต้องหารูปแบบของการดำเนินงานพัฒนาและประเมินคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ให้สอดคล้องการทำงานแบบ New Normal

๕. **ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	**ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ**
การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	เลื่อนการประเมินฯ จนกว่าสถานการณ์จะคลี่คลาย (ทั้งนี้อาจมีการปรับรูปแบบการลงประเมินฯรับรองมาตรฐาน (Re-accredit) เป็นระบบ ZOOM

๖. **นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

-

๗. การดำเนินการตามข้อสั่งการ ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๔ ที่ผ่านมา

-

-

ประเด็นหลัก / หัวข้อ ประเด็น หัวข้อ : Agenda based ๑.๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ : การพัฒนากลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๕)

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายในการพัฒนากลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๗๕ โดยจังหวัดตรังกำหนดเป้าหมายให้ทุกอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพตามแนวทาง UCCARE ที่ระดับ ๓ ขึ้นไป แต่เนื่องจากเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง จึงไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ทั้งทรัพยากรส่วนใหญ่ รวมถึงเวลาในการปฏิบัติงาน ถูกให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหาการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดำเนินการในระดับจังหวัดและระดับอำเภอส่วนใหญ่ไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ แต่มีการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในช่วงที่ผ่านมาได้บางกิจกรรม และทุกอำเภอ ได้ใช้กลไก พชอ. ในการแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อย่างไรก็ตาม จังหวัดตรังได้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและการดูแลกลุ่มเปราะบาง ด้วยวิธีการประเมินตนเองและรายงานผ่านเอกสารของทุก พชอ. โดยใช้ แนวทาง UCCARE พบว่า อำเภอที่ประเมินตนเองผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่ระดับ ๓ จำนวน ๗ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๗๐ ในส่วนของการเยี่ยมเสริมพลังได้จัดทำแผนไว้ ๒ ครั้ง ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน จะมีการปรับรูปแบบเป็นการเยี่ยมเสริมพลังด้วยระบบ VIDEO Conference ในระยะต่อไป

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตารางที่ ๑ ผลการติดตามการพัฒนา พชอ. โดยการประเมินตนเอง

ตัวชี้วัด - ระดับการพัฒนาของอำเภอตามเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ						
ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี			ระดับการพัฒนาตามเกณฑ์ประเมิน UCCARE			
๒๕๖๑	**๒๕๖๒**	**๒๕๖๓**	**อำเภอ**	**เป้าหมาย**	**ประเมินตนเอง**	**สรุปผล**
ระดับประเทศ			เมืองตรัง	ระดับ ๓	๓	ผ่าน
๕๐.๗	๖๖.๒๘	๗๑.๔๑	กันตัง	ระดับ ๓	๔	ผ่าน
เขต ๑๒			ย่านตาขาว	ระดับ ๓	๓	ผ่าน
			ปะเหลียน	ระดับ ๓	๒	ไม่ผ่าน
จังหวัดตรัง			สิเกา	ระดับ ๓	๒	ไม่ผ่าน
๕๐	๖๐	๖๐	ห้วยยอด	ระดับ ๓	๓	ผ่าน
ปีงบประมาณ ๒๕๖๔			วังวิเศษ	ระดับ ๓	๓	ผ่าน
* ผลการประเมินตนเอง ๑๐ อำเภอ			นาโยง	ระดับ ๓	๑	ไม่ผ่าน
* ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ๗ อำเภอ			รัษฎา	ระดับ ๓	๓	ผ่าน
* คิดเป็น ร้อยละ ๗๐			หาดสำราญฯ	ระดับ ๓	๓	ผ่าน

ตารางที่ ๒ รายละเอียดผลการดำเนินงานและการประเมินตนเอง

รายการ	ผลการดำเนินงาน จำแนกราย พชอ.									
	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ
๑. ใช้กลไก พชอ. ในการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ (เรื่อง)	๒	๒	๓	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๓
๒. ใช้กลไก พชอ. แก้ปัญหาโรคระบาด COVID ๑๙	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
๓. ผลการประเมินตนเองของ พชอ. แยกตาม										
* Unity team	๓	๕	๓	๒	๒	๓	๓	๑	๓	๓
* Community	๓	๔	๓	๒	๒	๓	๓	๑	๓	๓
participation	๔	๔	๓	๒	๒	๓	๓	๑	๓	๓
* Customer focus	๓	๔	๓	๒	๒	๓	๓	๑	๓	๓
* Appreciation	๓	๔	๓	๒	๒	๔	๓	๑	๔	๓
* Resources sharing and Human development	๓	๔	๓	๒	๒	๔	๓	๑	๔	๓
* Essential Care										
๓. มีการดูแลคุณภาพชีวิตประชาชนกลุ่มเปราะบาง										
เป้าหมายปี ๒๕๖๔ (รวม)	๔,๑๒๗	๗๙	๑,๐๒๖	๒,๘๗๕	๕๒	๒,๘๕๗	๕,๗๑๔	๖๘	๙๐๕	๒๔๕
* ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง	๕๐๑	๑๕	๑๕๔	๖๘	๕๒	๒๓๘	๘๖	๒๒	๒๘	๑๙
* ผู้พิการ/ผู้ยากไร้	๓,๖๒๖	๖๔	๗๗๘	๒,๓๕๒	-	๒,๓๗๙	๕,๖๒๘	-	๘๗๗	๒๑๙
ได้รับการดูแล (รวม)	**๔,๑๒๗**	**๗๙**	**๙๓๒**	**๒,๔๒๐**	**๕๒**	**๒,๖๑๗**	**๕,๗๑๔**	**๒๒**	**๙๐๕**	**๒๓๘**
ร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**	**๙๐.๘๓**	**๘๔.๑๗**	**๑๐๐**	**๙๑.๖๐**	**๑๐๐**	**๓๒.๓๕**	**๑๐๐**	**๙๗.๑๔**

อำเภอมีการใช้กลไก พชอ. ในการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่อย่างน้อย ๒ เรื่อง ทุกอำเภอ นอกจากนี้ทุกอำเภอยังมีการใช้กลไก พชอ. ในประเด็นการแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การดูแลคุณภาพชีวิตประชาชนกลุ่มเปราะบาง เน้นในกลุ่มผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง และกลุ่มผู้พิการ เป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๑๗,๙๔๘ คน ได้รับการดูแล จำนวน ๑๗,๑๐๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๓๑

ตารางที่ ๓ ประเด็นปัญหาที่ใช้กลไก พชอ. ในการแก้ไข ของแต่ละอำเภอ

อำเภอ	ประเด็นที่ ๑	ประเด็นที่ ๒	ประเด็นที่ ๓
เมืองตรัง	การจัดการขยะ	อาหารปลอดภัย	
กันตัง	เศรษฐกิจพอเพียง	การจัดการขยะในชุมชน	
ย่านตาขาว	ผู้สูงอายุ	อาหารปลอดภัย	ความปลอดภัยทางถนน
ปะเหลียน	การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ	การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	
สิเกา	โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ	โรคไข้เลือดออก	
ห้วยยอด	การจัดการขยะ	หมู่บ้านสุขภาพดี วิถีชีวิตใหม่	
วังวิเศษ	การจัดการขยะและ สวล.ในครัวเรือนชุมชน	การดำเนินชีวิตในวิถีใหม่	
นาโยง	อาหารปลอดภัย	อุบัติเหตุทางถนน	
รัษฎา	การจัดการขยะ	อาหารปลอดภัยจากน้ำมันทอดซ้ำ	
หาดสำราญ	การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง	การกำจัดขยะในชุมชน	อาหารปลอดภัย

ที่มาข้อมูล : รายงานการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔

๓. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/พท.ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ประสานการสนับสนุนงบประมาณ	๑๐ อำเภอ	งบฯ ๒๕๖๔	สสจ./สสอ.
๒.	ประสานการจัดทำแผนและติดตามการใช้งบประมาณสนับสนุนกลไก พชอ. (งบ สป. และงบ สสส.)	๑๐ อำเภอ	งบฯ ๒๕๖๔	สสจ./สสอ.
๓.	พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พชอ.	๑๐ อำเภอ		สสจ./พชอ.
๔.	ติดตามผลการดำเนินงานและเยี่ยมเสริมพลังระดับจังหวัด	๑๐ อำเภอ	ก.ค. – ส.ค. ๒๕๖๔	พชจ.ตรัง
๕.	มหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พชอ.	๑๐ อำเภอ	ส.ค. – ก.ย. ๒๕๖๔	สสจ./สสอ. พชจ.ตรัง

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๔.๑ การแสดงบทบาทของบุคคลในกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ประธานและทีมเลขาฯ)

๔.๒ สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ยังไม่สงบมีผลกระทบต่อการขับเคลื่อนงาน เช่น การจัดกิจกรรม การจัดสรรงบประมาณ เป็นต้น

๔.๓ การติดตาม กำกับ และการเสริมพลัง

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหา ที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. การระบาดต่อเนื่องของ COVID-19	๑. การปรับแผนให้สอดคล้องสถานการณ์ แต่ไม่ควรคาดหวังว่าผลงานจะได้ตามเป้าหมายที่กำหนดในสภาวการณ์ปกติ
๒. กลไกการติดตามกำกับในภาพรวม ข้ามสังกัดกระทรวง หลากประเด็น	๒. ควรพิจารณาเจ้าภาพหลักของกลไกการติดตามกำกับ

๖. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑.....

๒..... .....

๓..... .....

๗. การดำเนินการตามข้อสั่งการ ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๔ ที่ผ่านมา

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๖๔	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๔
๑. ให้มีการเชื่อมโยงและประสานการทำงานร่วมกันในภาคีเครือข่ายและวางรูปแบบการขับเคลื่อนการทำงานภายในจังหวัด	๑. มีการจัดทำ (ร่าง)คณะกรรมการ พชจ. แต่มองว่ากลไกในภาพรวมที่ต้องติดตามกำกับข้ามสังกัดกระทรวง และความหลากหลายในเชิงประเด็น ควรพิจารณาเจ้าภาพ
๒. ปรับรูปแบบกิจกรรมเพิ่มประเด็นการแก้ปัญหาการระบาดของ COVID-19 ใน พชอ.	๒. การแก้ปัญหาการระบาดของ COVID-19 ดำเนินการแล้วในทุกอำเภอ แต่การปรับรูปแบบกิจกรรมมีข้อจำกัดไม่สามารถดำเนินการได้ในบางกิจกรรม อันเนื่องมาจาก ข้อสั่งการ ระเบียบการใช้งบประมาณ การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโดยผู้นำและภาคีเครือข่าย

แบบรายงานสรุปข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด รอบที่ ๒/๒๕๖๔
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

.....

๑.ประเด็นการตรวจราชการ : ผู้สูงอายุคุณภาพ (พลัดตกหกล้ม)

๒.หัวข้อการตรวจราชการ

๒.๑ ร้อยละ ๕๐ ของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๒.๒ ร้อยละ ๙๕ ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์

๒.๓ ร้อยละ๘๕ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

๒.๔ ร้อยละ ๓๐ ของโรงพยาบาลขนาด M๒ ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ และ ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลขนาด M๒ ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน

สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

สถานการณ์ข้อมูลของผู้สูงอายุจังหวัดตรัง พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน ๙๔,๘๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๗๖ ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะเห็นได้ว่าจังหวัดตรังได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ไปแล้ว คือประชากรอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมดและกำลังจะเริ่มก้าวเข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) เมื่อประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ เมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามช่วงอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ๖๐-๖๙ ปี) คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๕๐ กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ๗๐-๗๙ปี) ร้อยละ ๒๗.๘๖ และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ๘๐ปีขึ้นไป) ร้อยละ ๑๗.๖๓ โดยจำแนกจำนวนผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับประชากรทั้งหมดแยกตามรายอำเภอ ดังตาราง

อำเภอ	จำนวนประชากรที่อาศัยอยู่จริงจากการสำรวจ						
	ประชากรทั้งหมด (คน)	ผู้สูงอายุ					
		ผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ	เพศชาย (คน)	ร้อยละ	เพศหญิง (คน)	ร้อยละ
เมืองตรัง	๑๒๐,๔๕๘	๒๕,๐๓๙	๒๐.๗๙	๑๐,๓๗๖	๔๑.๔๔	๑๔,๖๖๓	๕๘.๕๖
กันตัง	๗๐,๑๙๓	๑๑,๙๒๙	๑๖.๙๙	๕,๑๙๔	๔๓.๕๔	๖,๗๓๕	๕๖.๔๖
ย่านตาขาว	๕๐,๙๔๐	๑๐,๓๔๓	๒๐.๓๐	๔,๓๓๙	๔๑.๙๕	๖,๐๐๔	๕๘.๐๕
ปะเหลียน	๕๔,๙๓๗	๑๐,๒๘๑	๑๘.๗๑	๔,๕๐๕	๔๓.๘๒	๕,๗๗๖	๕๖.๑๘
สิเกา	๓๑,๒๘๙	๔,๖๗๗	๑๔.๙๕	๒,๑๔๐	๔๕.๗๖	๒,๕๓๗	๕๔.๒๔
ห้วยยอด	๖๙,๓๔๕	๑๓,๕๗๖	๑๙.๕๘	๕,๘๓๓	๔๒.๙๗	๗,๗๔๓	๕๗.๐๓
วังวิเศษ	๓๔,๗๔๑	๕,๖๒๕	๑๖.๑๙	๒,๔๖๘	๔๓.๘๘	๓,๑๕๗	๕๖.๑๒
นาโยง	๓๖,๓๓๓	๗,๒๒๕	๑๙.๘๙	๒,๙๔๒	๔๐.๗๒	๔,๒๘๓	๕๙.๒๘
รัษฎา	๒๓,๗๓๙	๓,๘๗๓	๑๖.๓๑	๑,๗๐๘	๔๔.๑๐	๒,๑๖๕	๕๕.๙๐
หาดสำราญ	๑๓,๕๗๔	๒,๒๗๓	๑๖.๗๕	๙๗๖	๔๒.๙๔	๑,๒๙๗	๕๗.๐๖
ตรัง	**๕๐๕,๕๔๙**	**๙๔,๘๔๑**	**๑๘.๗๖**	**๔๐,๔๘๑**	**๔๒.๖๘**	**๕๔,๓๖๐**	**๕๗.๓๒**

หมายเหตุ : จำนวนประชากรที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่จากการสำรวจ (Type Area = ๑,๓)
ที่มา : รายงานประชากรในระบบ HDC

จากตารางจะเห็นได้ว่าจังหวัดตรัง มีประชากรทั้งหมด (ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่) จำนวน ๕๐๔,๒๘๕ คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น ๙๕,๕๙๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๙๖ ของประชากรทั้งหมด โดยเป็นเพศชาย ๔๐,๘๘๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๗๗ เป็นผู้หญิง จำนวน ๕๔,๗๐๒ คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๒๓ อำเภอที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด คือ อำเภอเมืองตรัง ร้อยละ ๒๑.๐๐ น้อยที่สุด คือ อำเภอสิเกา ร้อยละ ๑๕.๐๗

ตารางแสดงข้อมูลประชากรผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมิน/คัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ข้อมูล ณ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

อำเภอ	จำนวนผู้สูงอายุ	คัดกรอง ADL	ร้อย ละ	กลุ่ม ๑	ร้อย ละ	กลุ่ม ๒	ร้อย ละ	กลุ่ม ๓	ร้อยละ
เมืองตรัง	๒๕,๐๓๙	๒๐,๔๙๑	๘๑.๘๔	๑๙,๘๗๐	๙๖.๙๗	๔๖๔	๒.๒๖	๑๕๗	๐.๗๗
กันตัง	๑๑,๙๒๙	๑๐,๙๗๐	๙๑.๙๖	๑๐,๖๐๓	๙๖.๖๕	๒๖๑	๒.๓๘	๑๐๖	๐.๙๗
ย่านตาขาว	๑๐,๓๔๓	๑๐,๑๒๔	๙๗.๘๘	๙,๘๙๐	๙๗.๖๙	๑๔๗	๑.๔๕	๘๗	๐.๘๖
ปะเหลียน	๑๐,๒๘๑	๙,๘๑๒	๙๕.๔๔	๙,๕๒๘	๙๗.๑๑	๒๐๗	๒.๑๑	๗๗	๐.๗๘
สิเกา	๔,๖๗๗	๔,๕๐๗	๙๖.๓๗	๔,๓๒๘	๙๖.๐๓	๑๕๒	๓.๓๗	๒๗	๐.๖๐
ห้วยยอด	๑๓,๕๗๖	๑๒,๖๖๔	๙๓.๒๘	๑๒,๓๐๓	๙๗.๑๕	๒๕๗	๒.๐๓	๑๐๔	๐.๘๒
วังวิเศษ	๕,๖๒๕	๔,๔๙๘	๗๙.๙๖	๔,๓๑๑	๙๕.๘๔	๑๒๘	๒.๘๕	๕๙	๑.๓๑
นาโยง	๗,๒๒๕	๖,๓๘๔	๘๘.๓๖	๖,๑๓๖	๙๖.๑๒	๑๖๑	๒.๕๒	๘๗	๑.๓๖
รัษฎา	๓,๘๗๓	๓,๗๗๓	๙๗.๔๒	๓,๖๔๖	๙๖.๖๓	๙๓	๒.๔๖	๓๔	๐.๙๐
หาดสำราญ	๒,๒๗๓	๒,๑๘๔	๙๖.๐๘	๒,๑๓๘	๙๗.๘๙	๓๒	๑.๔๗	๑๔	๐.๖๔
ตรัง	**๙๔,๘๔๑**	**๘๕,๔๐๗**	**๙๐.๐๕**	**๘๒,๗๕๓**	**๙๖.๘๙**	**๑,๙๐๒**	**๒.๒๓**	**๗๕๒**	**๐.๘๘**

ที่มา : รายงาน HDC ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔

จากตาราง พบว่าผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของจังหวัดตรัง จำนวน ๘๕,๔๐๗ คน จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ๙๔,๘๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๐๕ โดยอำเภอที่มีการคัดกรองสูงสุด คืออำเภอย่านตาขาว ร้อยละ ๙๗.๘๘ รองลงคือ อำเภอรัษฎา ร้อยละ๙๗.๔๒และคัดกรองได้น้อยที่สุด คือ อำเภอวังวิเศษ ร้อยละ ๗๙.๙๖ จากการคัดกรอง ADL พบว่า เป็นกลุ่มที่ ๑ (ช่วยเหลือตัวเองได้และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้) ร้อยละ ๙๖.๘๙ กลุ่มที่ ๒ (ช่วยเหลือตัวเองและดูแลตนเองได้บ้าง) ร้อยละ ๒.๒๓ กลุ่มที่ ๓ (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้) ร้อยละ ๐.๘๘

ผลการดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุขปี ๒๕๖๔
การส่งเสริมป้องกัน ดูแล รักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม
ตารางแสดงผลการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะหกล้มที่พบผิดปกติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี			เกณฑ์	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ข้อมูล ณ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔					
๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓		อำเภอ	เป้าหมาย	จำนวนคัดกรอง	ร้อยละ	พบผิดปกติ	ร้อยละ
ระดับประเทศ			ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	เมือง	๒๕,๐๓๙	๑๓,๒๘๗	๕๓.๐๗	๙๙๙	๗.๕๒
๔.๙๖%	๔.๗๔%	๔.๖๖%		กันตัง	๑๑,๙๒๙	๙,๘๐๒	๘๒.๑๗	๔๐๖	๔.๑๔
เขตสุขภาพที่ ๑๒				ย่านตาขาว	๑๐,๓๔๓	๙,๗๙๔	๙๔.๖๙	๖๒๗	๖.๔๐
๔.๖๗%	๔.๐๖%	๓.๘๙%		ปะเหลียน	๑๐,๒๘๑	๙,๗๘๗	๙๕.๒๐	๒๓๗	๒.๔๒
จังหวัดตรัง				สิเกา	๔,๖๗๗	๔,๔๗๕	๙๕.๖๘	๓๒๔	๗.๒๔
๕.๓๓%	๖.๕๙%	๕.๕๔%		ห้วยยอด	๑๓,๕๗๖	๑๒,๓๙๑	๙๑.๒๗	๓๑๐	๒.๕๐
				วังวิเศษ	๕,๖๒๕	๓,๙๓๖	๖๙.๙๗	๒๒๖	๕.๗๔
				นาโยง	๗,๒๒๕	๔,๕๖๒	๖๓.๑๔	๕๒๗	๑๑.๕๕
				รัษฎา	๓,๘๗๓	๓,๓๐๗	๘๕.๓๙	๓๒๓	๙.๗๗
				หาดสำราญ	๒,๒๗๓	๒,๑๔๗	๙๔.๔๖	๑๘๖	๘.๖๖
				รวม	**๙๔,๘๔๑**	**๗๓,๔๘๘**	**๗๗.๔๙**	**๔,๑๖๕**	**๕.๖๗**

ที่มา : รายงาน HDC ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔

จากตาราง พบว่าผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองภาวะหกล้ม จำนวนทั้งหมด ๗๓,๔๘๘ คน จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ๙๔,๘๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๔๙ พบว่า ผิดปกติ ร้อยละ ๕.๖๗ อำเภอนาโยง พบว่ามีภาวะผิดปกติมากที่สุด ร้อยละ ๑๑.๕๕ รองลงมา อำเภอรัษฎา ร้อยละ ๙.๗๗

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ ๑ : ร้อยละ ๕๐ ของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
ตารางแสดงประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ แยกรายอำเภอ

ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี			เกณฑ์	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ข้อมูล ณ วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๔					
๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓		อำเภอ	เป้าหมาย ๕%ของ ผส.	จำนวนตอบแบบสอบถาม	ร้อยละ	ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
ระดับประเทศ			ผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	เมือง	๑,๒๕๙	๑,๘๗๕	เกินเกณฑ์เป้าหมายทุกอำเภอ	๒๒๖	๑๒.๐๕
-	-	๓๔.๗๙%		กันตัง	๖๐๐	๖๕๔		๑๓๖	๒๐.๘๐
เขตสุขภาพที่ ๑๒				ย่านตาขาว	๕๒๓	๓,๑๘๕		๒๘๑	๘.๘๒
-	-	๓๘.๘๕%		ปะเหลียน	๕๑๗	๕๗๙		๗๕	๑๒.๙๕
จังหวัดตรัง				สิเกา	๒๓๕	๑,๐๕๑		๕๐๑	๔๗.๖๗
-	-	๒๑.๒๙%		ห้วยยอด	๖๘๙	๑,๖๖๖		๓๐๗	๑๘.๔๓
				วังวิเศษ	๒๘๑	๑๕๑		๑๙	๑๒.๕๘
				นาโยง	๓๖๕	๒,๑๓๙		๓๕๕	๑๖.๖๐
				รัษฎา	๑๙๕	๑,๑๐๙		๑๑๒	๑๐.๑๐
				หาดสำราญ	๑๑๕	๒๗๑		๕๒	๑๙.๑๙
				รวม	**๔,๗๘๐**	**๑๒,๖๘๐**		**๒,๐๖๔**	**๑๖.๒๘**

ที่มา : Appication H4U ณ วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๔

จากตาราง พบว่าจังหวัดตรัง มีเป้าหมายผู้สูงอายุที่ต้องสุ่มประเมินด้านพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน ๔,๗๘๐ คน (คิดจากร้อยละ ๕ ของผู้สูงอายุที่มีADL > ๑๒ คะแนน) ผู้สูงอายุได้รับการตอบแบบสอบถามเกินตามเกณฑ์ทุกอำเภอ พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ อำเภอสิเกา ร้อยละ ๔๗.๖๗ น้อยที่สุดคือ อำเภอย่านตาขาว ร้อยละ ๘.๘๒ ในภาพรวมของจังหวัดตรังมีผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๖.๒๘

ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละ ๙๕ ของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

ตารางแสดงตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์แยกรายอำเภอ

ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี			เกณฑ์	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ข้อมูล ณ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔			
๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓		อำเภอ	เป้าหมาย (ตำบล)	ผลงาน (ตำบล)	ร้อยละ
ระดับประเทศ			ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕	เมือง	๑๕	๑๕	๑๐๐.๐๐
-	-	๙๑.๕๕%		กันตัง	๑๔	๑๔	๑๐๐.๐๐
เขตสุขภาพที่ ๑๒				ย่านตาขาว	๘	๘	๑๐๐.๐๐
-	-	๖๘.๗%		ปะเหลียน	๑๐	๘	๘๐.๐๐
จังหวัดตรัง				สิเกา	๕	๓	๖๐.๐๐
-	-	๘๗.๔%		ห้วยยอด	๑๖	๑๖	๑๐๐.๐๐
				วังวิเศษ	๕	๔	๘๐.๐๐
				นาโยง	๖	๕	๘๓.๓๓
				รัษฎา	๕	๔	๘๐.๐๐
				หาดสำราญ	๓	๓	๑๐๐.๐๐
				รวม	**๘๗**	**๘๐**	**๙๑.๙๕**

ที่มา : ระบบรายงานHDC , โปรแกรม LTC กรมอนามัย และจากระบบรายงาน ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔

จากตาราง พบว่า จังหวัดตรัง มีตำบลทั้งหมด ๘๗ ตำบลและเป็นตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๑.๙๕ โดยมีอำเภอที่มีตำบลส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ครบทุกตำบล คือ อำเภอเมือง อำเภอกันตัง อำเภอห้วยยอด อำเภอย่านตาขาว และอำเภอหาดสำราญ อำเภอที่มีตำบลไม่ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุดคือ อำเภอสิเกา

ตัวชี้วัดที่ ๓ : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan
ตารางแสดงการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล(care plan) ของหน่วยบริการสาธารณสุข

ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี			เกณฑ์	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ข้อมูล ณ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔			
๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓		อำเภอ	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ
ระดับประเทศ			ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕	เมือง	๕๐๓	๔๓๐	๘๕.๔๙
๗๑.๐๗%	๘๔.๒๒%	๙๔.๑๗%		กันตัง	๑๒๕	๙๔	๗๕.๒๐
เขตสุขภาพที่ ๑๒				ย่านตาขาว	๔๒๘	๓๗๙	๘๘.๕๕
๕๔.๐๓%	๘๒.๘๘%	๙๐.๒๒%		ปะเหลียน	๒๔๓	๑๙๑	๗๘.๖๐
จังหวัดตรัง				สิเกา	๑๐๕	๘๓	๗๙.๐๕
๕๓.๘๕%	๗๓.๐๙%	๘๐.๖๘%		ห้วยยอด	๓๙๖	๓๑๕	๗๙.๕๕
				วังวิเศษ	๖๐	๑๙	๓๑.๖๗
				นาโยง	๑๘๗	๑๑๖	๖๒.๐๓
				รัษฎา	๗๔	๖๙	๙๓.๒๔
				หาดสำราญ	๖๑	๕๙	๙๖.๗๒
				รวม	**๒,๑๘๒**	**๑,๗๕๕**	**๘๐.๔๓**

ที่มาข้อมูล : โปรแกรม ๓ C กรมอนามัย ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔

จากตาราง พบว่าจังหวัดตรัง มีตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบลส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan ร้อยละ ๘๐.๔๓ อำเภอที่มีการจัดทำ care plan ได้ครอบคลุมกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้มากที่สุด คือ อำเภอหาดสำราญ ร้อยละ ๙๖.๗๒ รองลงมาคือ อำเภอรัษฎา ร้อยละ ๙๓.๒๔ และอำเภอที่มีการจัดทำ care plan ครอบคลุมกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้น้อยที่สุด คืออำเภอวังวิเศษ ร้อยละ ๓๑.๖๗

ตัวชี้วัดที่ ๔ : ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ

จังหวัดตรัง มีโรงพยาบาลตามเป้าหมายคือโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลห้วยยอด และจากการประเมินโรงพยาบาลตามแบบมาตรฐานตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน (ร้อยละ ๑๐) และเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (ร้อยละ ๓๐) พบว่า มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน เพียง ๑ แห่ง คือโรงพยาบาลตรัง ส่วนโรงพยาบาลห้วยยอดยังอยู่ในช่วงของการเตรียมโครงสร้างและวางระบบการดูแลด้านบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรองรับการดูแลสูงอายุในคลินิกเฉพาะผู้สูงอายุ ส่วนโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป ไม่มีที่ผ่านเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ

๑. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ -ประชุมคณะทำงานในระดับจังหวัดและพื้นที่ ในวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ -อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และ อสม. ในการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ ในวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ -คัดกรองด้านภาวะสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ ระหว่างวันที่ ๑ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔ -บันทึก วิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลด้านภาวะสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ ระหว่างวันที่ ๑ เมษายน – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔	ผู้สูงอายุจำนวน ๑๐,๒๑๐ คน ในเขตเทศบาลนครตรัง	ก.พ.-พ.ค.๖๔	สสจ.ร่วมกับ รพ.ตรัง
๒	โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย	๑๐ วัด ประกอบด้วยวัดไร่พรุ วัดมัชฌิมภูมิ วัดนิโครธาราม วัดนานอน วัดสาลิการาม วัดนิคมประทีป วัดเชี่ยวชาญกิจ วัดกุฎยาราม วัดควนขัน วัดหัวถนน	ม.ค.-ก.ย.๖๔	สสส. ร่วมกับ สสจ.และภาคีเครือข่าย

๒. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้กิจกรรมต่างๆ ต้องหยุดชะงักลง
ภาคีเครือข่ายติดภารกิจการเฝ้าระวังคัดกรองโรคโควิด-19

๓. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
-การเข้าร่วมโครงการ LTC ของตำบลยังไม่ครอบคลุมในทุกตำบล	-มีการประชาสัมพันธ์และเร่งรัดการประสานงานผ่านทางอปท.ให้ทราบถึงแนวทางการขอเข้าร่วมโครงการฯ อย่างต่อเนื่อง
-การทำ Individual wellness care plan ในชมรมผู้สูงอายุยังไม่ได้ตามเป้าหมาย	-ได้มีการดำเนินงาน Individual wellness care plan ในชมรมผู้สูงอายุเป้าหมาย (ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลคลองปาง, ชมรมผู้สูงอายุตำบลโคกหล่อ และชมรมผู้สูงอายุตำบลบางด้วน) แต่ขาดการต่อเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19

๔. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อในพื้นที่นำร่องของจังหวัดตรัง ในเขตชุมชน ๑๑ ชุมชนของเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลตรัง โดยการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามแบบคัดกรองผู้สูงอายุ (Community Screening) ในพื้นที่นำร่องทุกคน

๒. การดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยในวัดที่เข้าร่วมโครงการจำนวน ๑๐ วัดโดยสมัชชาสุขภาพจังหวัดตรังได้รับงบสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

๓. ชมรมชายผ้าเหลือง อำเภอห้วยยอด “ชุมชนกรุณา ห้วยยอดโมเดล”ชุมชนไม่ทอดทิ้งกันเป็นการสร้างความร่วมมือของชุมชนในการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนรวมถึงการการเยียวยาจิตใจผู้ป่วย ระยะสุดท้าย

๕. การดำเนินการตามข้อสั่งการ ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๔ ที่ผ่านมา

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๖๔	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๔
ผู้สูงอายุ (พลัดตกหกล้ม) -วางระบบดูแลกลุ่มเสี่ยง (ประเมินปัจจัยเสี่ยง แนะนำการออกกำลังกาย การปรับสิ่งแวดล้อม, ส่งต่อวินิจฉัยรักษา,ติดตามต่อเนื่อง) -ตำบล Long Term Care : กำกับติดตามพื้นที่ดำเนินการล่าช้า เร่งรัดการทำ Care Plan อ.วังวิเศษ, อ.สิเกา อ.นาโยง, อ.กันตัง	-มีการให้ความรู้กับผู้สูงอายุและญาติหรือผู้ดูแลในการปฏิบัติตน รวมถึงการเฝ้าระวังและปรับสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย -มีการติดตามการดำเนินงานผ่านโปรแกรม ๓ C กรมอนามัยพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากเดิมในทุกอำเภอ
ผู้สูงอายุคุณภาพ -จัดให้มีการทำ Individual wellness care plan	-ได้มีการดำเนินงาน Individual wellness care plan ในชมรมผู้สูงอายุเป้าหมาย จำนวน ๓ ชมรม (ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลคลองปาง, ชมรมผู้สูงอายุตำบลโคกหล่อ และ

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๖๔	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๔
-การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	ชมรมผู้สูงอายุตำบลบางด้วน) แต่ขาดการต่อเนื่อง จากสาเหตุมีการระบาดของโรคโควิด-19 -ได้มีการให้ทุกสถานบริการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุพื้นฐานและคุณภาพเพื่อหาส่วนขาดในการพัฒนารองรับการดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางคู่มือต่อไป

๖. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)













ประเด็นที่ ๒ Functional base

๒.๑ สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต

ตัวชี้วัด อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
(ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๔)

แนวโน้มการฆ่าตัวตายของประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นและลดลงตามสถานการณ์และภาวะต่างๆ โดยสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมา จากภาพรวมอัตราการฆ่าตัวตายของทั้งประเทศในปี ๒๕๖๒ อยู่ที่ ๖.๖๔ ต่อประชากรแสนคน หรือมีคนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ ๔,๔๑๙ รายต่อปี

โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพ อาการป่วยกายและจิต สุราและปัญหาด้านเศรษฐกิจ ตามลำดับ สำหรับ ๖ เดือนแรกของปี ๒๕๖๓ ซึ่งเริ่มมีการระบาดของโควิด-๑๙ นั้น มีคนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ ๒,๕๕๑ ราย คิดเป็น ๓.๘๙ ต่อประชากรแสนคน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๒ เมื่อเทียบกับ ๖ เดือนแรกของปี ๒๕๖๒(จำนวน ๒,๐๙๒ ราย) โดยปัญหาด้านสัมพันธภาพยังคงเป็นปัจจัยลำดับแรก ตามมาด้วยปัญหาอาการป่วยกายและจิต เศรษฐกิจและสุราตามลำดับ ซึ่งการเพิ่มขึ้นในอัตรานี้มีความคล้ายคลึงกับการเพิ่มขึ้นในช่วงวิกฤตต้มยำกุ้งเมื่อ ๒๓ ปีก่อนที่มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ ๒๐ - ๓๐ ข

สำหรับสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรจังหวัดตรัง ๓ ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ เท่ากับ ๗.๑๗, ๑๔.๕๗ และ ๑๑.๒๖ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในภาพรวมอัตราการฆ่าตัวตายของจังหวัดตรังเริ่มมีแนวโน้มขยับสูงขึ้น และพิจารณารายอำเภอพบว่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ รวมทั้งสิ้น ๕๘ ราย โดยอำเภอที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด ๓ อันดับแรก คือ อ.เมือง ๑๙ ราย, อ.ห้วยยอด ๑๓ ราย และ อ.ย่านตาขาว ๗ ราย ตามลำดับ และอำเภอรัษฎา ๔ ราย, อ.กันตัง ๓ ราย, อ.ปะเหลียน ๓ ราย, อ.นาโยง ๓ ราย, อ.สิเกา ๒ ราย, อ.วังวิเศษ ๒ ราย และ อ.หาดสำราญ ๒ ราย จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพรวมจังหวัดตรังปี ๒๕๖๓ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในช่วงอายุ ๓๕-๔๕ ปี รองลงมาคือผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เพศชายมากกว่าเพศหญิงเป็นเพศชายร้อยละ ๗๐ โดยใช้วิธีการผูกคอตายมากที่สุด ปัจจัยกระตุ้นให้ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เป็นโรคเรื้อรัง ใช้สารเสพติด/สุรา และปัญหาเศรษฐกิจ ไม่พบว่ามีภาวะซึมเศร้ามาก่อน บางรายไม่มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน ในส่วนผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จในปี ๒๕๖๓ มีจำนวน ๒๒๒ ราย ไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ ๒๑๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๘ (มีการกลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ ๔ ราย) โดยอำเภอเมืองมีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสูงสุดจำนวน ๑๐๘ ราย ทำร้ายตนเองซ้ำและสำเร็จมีจำนวน ๓ ราย รองลงมาเป็นอำเภอห้วยยอดมีจำนวน ๔๕ ราย อำเภอกันตังจำนวน ๑๕ ราย และอำเภอปะเหลียน ๑๕ ราย(มีการกลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ ๑ ราย) ตามลำดับ

จังหวัดตรังได้ตระหนักถึงความสำคัญและมีการพัฒนาระบบการติดตามเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันไม่ให้มีการทำร้ายตัวเองซ้ำในผู้ที่เคยมีประวัติการทำร้ายตัวเองมาก่อน และมีการรณรงค์ให้ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการระบุกลุ่มเสี่ยงผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดโรคโควิด-๑๙ ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควบคู่ไปกับการประสานให้แต่ละหน่วยบริการทราบถึงแนวทางการดูแลช่วยเหลือจิตใจทั้งการดูแลด้วยกระบวนการบำบัดแบบสั้นและการป้องกันภาวะสุขภาพจิตตามระดับความรุนแรง โดยเฉพาะผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับรุนแรงต้องได้รับการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องจนปลอดภัย ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีก

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๔)

๒.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (A)	จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๓ (B)	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (A/B)×๑๐๐,๐๐๐	
เมืองตรัง	๑๐	๑๒๘,๑๔๔	๗.๘๐	
กันตัง	๑	๗๐,๓๓๑	๑.๔๒	
ย่านตาขาว	๓	๕๓,๐๔๖	๕.๖๕	
ปะเหลียน	๓	๕๔,๙๗๗	๕.๔๕	
สิเกา	๓	๓๐,๔๓๖	๙.๘๕	
ห้วยยอด	๑๐	๗๗,๑๕๗	๑๒.๙๖	
วังวิเศษ	๒	๓๔,๙๗๘	๕.๗๑	
นาโยง	๔	๓๖,๗๖๕	๑๐.๘๗	
รัษฎา	๑	๒๓,๓๘๖	๔.๒๗	
หาดสำราญ	๐	๑๓,๔๘๗	๐	
ภาพรวมจังหวัดตรัง	**๓๗**	**๕๒๒,๗๐๗**	๗.๐๗	

ที่มา : ข้อมูลจากรายงาน ๔๓ แฟ้มของโรงพยาบาลทุกแห่ง, กรมสุขภาพจิต www.suisidethai.com

วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดคืออำเภอเมืองตรังและอำเภอห้วยยอด คือจำนวน ๑๐ คน อำเภอนาโยงมีจำนวน ๔ คน อำเภอสิเกามีจำนวน ๓ คน อำเภอปะเหลียนมีจำนวน ๓ คน และอำเภอย่านตาขาวมีจำนวน ๓ คน ตามลำดับ อำเภอที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยที่สุดคืออำเภอกันตังและอำเภอรัษฎา มีจำนวน ๑ คน และอำเภอที่ไม่พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จคืออำเภอหาดสำราญ ภาพรวมทั้งจังหวัดผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด ๓๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๐๗ ต่อประชากรแสนคน

๒.๒. ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน) ปีงบฯ๖๔ (≥ร้อยละ ๙๐)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ (รายเก่าปี๖๓+รายใหม่ปี๖๔) (C)	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ (รายเก่าปี๖๓+รายใหม่ปี๖๔) (D)	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี (C/D)×๑๐๐	
เมืองตรัง	๑๒๙	๑๓๐	๙๙.๒๓	
กันตัง	๒๙	๓๐	๙๖.๖๖	
ย่านตาขาว	๒๐	๒๑	๙๕.๒๓	
ปะเหลียน	๓๐	๓๐	๑๐๐	
สิเกา	๑๓	๑๓	๑๐๐	
ห้วยยอด	๗๔	๗๗	๙๖.๑๐	
วังวิเศษ	๑๓	๑๓	๑๐๐	
นาโยง	๑๔	๑๔	๑๐๐	
รัษฎา	๘	๑๑	๗๒.๗๒	
หาดสำราญ	๑๔	๑๔	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัดตรัง	๓๔๔	๓๕๓	๙๗.๔๕	

<u>ที่มาข้อมูล</u> : : ข้อมูลจากรายงาน ๔๓ แฟ้มของโรงพยาบาลทุกแห่ง ณ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ(รายเก่าปี๖๓+รายใหม่ปี๖๔) ทั้งหมดภาพรวมทั้งจังหวัด จำนวน ๓๕๓ คน โดยมีจำนวนมากที่สุดคืออำเภอเมืองมีจำนวน ๑๓๐ คน อำเภอห้วยยอดจำนวน ๗๗ คน อำเภอปะเหลียนและอำเภอกันตังมีจำนวน ๓๐ คน ตามลำดับ

ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี ทั้งจังหวัด จำนวน ๓๔๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๔๕ พบว่าอำเภอที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี (≥ร้อยละ ๙๐) ได้แก่ อำเภอปะเหลียน, สิเกา, วังวิเศษ, นาโยง, หาดสำราญคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และอำเภอเมืองร้อยละ ๙๙.๒๓ อำเภอกันตังร้อยละ ๙๖.๖๖ อำเภอห้วยยอดร้อยละ ๙๖.๑๐ และอำเภอย่านตาขาวร้อยละ ๙๕.๒๓ ตามลำดับ ส่วนอำเภอรัษฎาร้อยละ ๗๒.๗๒ (ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์)

๒.๓ ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (≥ร้อยละ ๗๑) ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๔

อำเภอ	รายการข้อมูล ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๔			ปีงบ ๒๕๖๔
	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสม ปีงบ ๒๕๕๒-๒๕๖๔ (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ (B)	ร้อยละ (A/B)×๑๐๐	
เมืองตรัง	๒,๑๕๒	๒,๙๓๔	๗๓.๓๔	๙๘๗
กันตัง	๑,๑๓๗	๑,๖๑๐	๗๐.๖๒	๒๐๕
ย่านตาขาว	๙๙๕	๑,๒๑๗	๘๑.๗๕	๑๖๖
ปะเหลียน	๒,๖๗๕	๑,๒๕๙	๒๑๒.๔๗	๓๐๖
สิเกา	๘๘๙	๖๙๔	๑๒๘.๐๙	๑๔๖
ห้วยยอด	๒,๐๐๒	๑,๗๗๕	๑๑๒.๗๘	๓๗๖
วังวิเศษ	๖๑๑	๘๐๑	๗๖.๒๗	๙๔
นาโยง	๒,๐๓๗	๘๔๔	๒๔๑.๓๕	๕๐๙
รัษฎา	๖๓๑	๕๓๔	๑๑๘.๑๖	๑๓๒
หาดสำราญ	๒๙๖	๓๐๘	๙๖.๑๐	๕๓
ภาพรวมจังหวัดตรัง	**๑๓,๔๒๕**	**๑๑,๙๗๐**	๑๑๒.๑๕	๒,๙๗๔

<u>ที่มาข้อมูล</u> : ข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า จาก HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๑๑๒.๑๕ (เกณฑ์≥ร้อยละ ๗๑) อำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ๑ อำเภอ คือ อำเภอกันตัง

๒.๔ **ผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (≥ร้อยละ ๘๒) ปีงบประมาณ ๒๕๖๔**

(ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๔)

อำเภอ	รายการข้อมูล ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๔			ปีงบ ๒๕๖๔
	จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มารับบริการสะสม ปี ๒๕๕๒-๒๕๖๔ (A)	ค่าประมาณการณ์ความชุกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้จากการสำรวจ (B)	ร้อยละ (A/B)×๑๐๐	
เมืองตรัง	๙๕๕	๑,๐๒๑	๙๓.๕๓	๙๑๑
กันตัง	๔๒๘	๕๖๐	๗๖.๔๒	๒๗๖
ย่านตาขาว	๓๕๘	๔๒๓	๘๔.๖๓	๑๙๑
ปะเหลียน	๕๐๐	๔๓๘	๑๑๔.๑๕	๒๒๖
สิเกา	๑๘๔	๒๔๒	๗๖.๐๓	๑๓๕
ห้วยยอด	๖๑๐	๖๑๘	๙๘.๗๐	๓๖๗

อำเภอ	รายการข้อมูล ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๔			ปีงบ ๒๕๖๔
	จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มารับบริการสะสม ปี ๒๕๕๒-๒๕๖๔ (A)	ค่าประมาณการณ์ความชุกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้จากการสำรวจ (B)	ร้อยละ (A/B)×๑๐๐	
วังวิเศษ	๒๑๓	๒๗๙	๗๖.๓๔	๑๕๘
นาโยง	๒๙๔	๒๙๔	๑๐๐.๐๐	๑๓๙
รัษฎา	๑๔๐	๑๘๖	๗๕.๒๖	๘๕
หาดสำราญ	๘๖	๑๐๗	๘๐.๓๗	๔๖
ภาพรวมจังหวัดตรัง	**๓,๗๖๘**	**๔,๑๖๔**	๙๐.๔๘	๒,๕๓๔

<u>ที่มาข้อมูล</u> : ข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการโรคจิตเภท จาก HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรังมีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๙๐.๔๘ (เกณฑ์≥ร้อยละ ๘๒) อำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ๕ อำเภอ ได้แก่ อำเภอกันตัง อำเภอสิเกา อำเภอวังวิเศษ อำเภอรัษฎา และอำเภอหาดสำราญ

๒.๕ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ ๒๕)

อำเภอ	รายการข้อมูล		
	จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต (A)	จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (A/B)×๑๐๐
เมืองตรัง	๙๐๘	๔,๖๕๕	๑๙.๕๑
กันตัง	-	-	-
ย่านตาขาว	-	-	-
ปะเหลียน	-	-	-
สิเกา	-	-	-
ห้วยยอด	-	-	-
วังวิเศษ	-	-	-
นาโยง	-	-	-
รัษฎา	-	-	-
หาดสำราญ	-	-	-
ภาพรวมจังหวัด	๙๐๘	๔,๖๕๕	๑๙.๕๑

ที่มาข้อมูล : ข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจาก HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินงาน อำเภอเมือง มีจำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตจำนวน ๙๐๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๕๑ มีเฉพาะในพื้นที่อำเภอเมืองเนื่องจากมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเฉพาะ รพ.ตรัง เท่านั้น

อำเภอ	รายการข้อมูล		
	จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต (A)	จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (A/B)×๑๐๐
เมืองตรัง	๑,๖๐๗	๔,๖๕๕	๓๔.๕๒
กันตัง	-	-	-
ย่านตาขาว	-	-	-
ปะเหลียน	-	-	-
สิเกา	-	-	-
ห้วยยอด	-	-	-
วังวิเศษ	-	-	-
นาโยง	-	-	-
รัษฎา	-	-	-
หาดสำราญ	-	-	-
ภาพรวมจังหวัด	๑,๖๐๗	๔,๖๕๕	๓๔.๕๒

ที่มาข้อมูล : ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบ Hos-xp ของโรงพยาบาลตรัง ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

๒.๖ ผู้ป่วยออทิสติก(ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ ๕๕)

อำเภอ	รายการข้อมูล		
	จำนวนผู้ป่วยออทิสติกที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต (A)	จำนวนผู้ป่วยออทิสติกทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติกเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (A/B)×๑๐๐
เมืองตรัง	๔๐	๑๘๕	๒๑.๖๒
กันตัง	-	-	-
ย่านตาขาว	-	-	-
ปะเหลียน	-	-	-
สิเกา	-	-	-
ห้วยยอด	-	-	-

อำเภอ	รายการข้อมูล		
	จำนวนผู้ป่วยออทิสติกที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต (A)	จำนวนผู้ป่วยออทิสติกทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติกเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (A/B)x๑๐๐
วังวิเศษ	-	-	-
นาโยง	-	-	-
รัษฎา	-	-	-
หาดสำราญ	-	-	-
ภาพรวมจังหวัด	๔๐	๑๘๕	๒๑.๖๒

ที่มาข้อมูล : ข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจาก HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินงาน อำเภอเมือง มีจำนวนผู้ป่วยออทิสติกเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ๔๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๖๒ มีเฉพาะในพื้นที่อำเภอเมืองเนื่องจากมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเฉพาะ รพ.ตรัง เท่านั้น

อำเภอ	รายการข้อมูล		
	จำนวนผู้ป่วยออทิสติกที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต (A)	จำนวนผู้ป่วยออทิสติกทั้งหมด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติกเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (A/B)x๑๐๐
เมืองตรัง	๓๔๑	๑๘๕	๑๘๔.๓๒
กันตัง	-	-	-
ย่านตาขาว	-	-	-
ปะเหลียน	-	-	-
สิเกา	-	-	-
ห้วยยอด	-	-	-
วังวิเศษ	-	-	-
นาโยง	-	-	-
รัษฎา	-	-	-
หาดสำราญ	-	-	-
ภาพรวมจังหวัด	๓๔๑	๑๘๕	๑๘๔.๓๒

ที่มาข้อมูล : ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบ Hos-xp ของโรงพยาบาลตรัง ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

๓. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/ พื้นที่ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แกนนำชุมชน/อสม. - การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย และคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต(ความเครียด,เสี่ยงซึมเศร้า, เสี่ยงฆ่าตัวตาย) โดยค้นหาเชิงรุกในชุมชนและในกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) - ส่งเสริมให้ความรู้/สร้างความตระหนักความเข้าใจ ผลกระทบยาเสพติด การสังเกตสัญญาณเตือน แนวทางการดูแลตนเองแก่กลุ่มเสี่ยง กลุ่มวัยทำงาน และประชาชนทั่วไป -พัฒนาความรู้แก่ อสม./ผู้นำชุมชน เพื่อเป็นเครือข่ายเข้มแข็งในชุมชน การนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบการรักษาและดูแลติดตามต่อเนื่อง -ค้นหาเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยง โดยผ่าน App. Mental Health Check In ของกรมสุขภาพจิต	รพ./สสอ./รพ.สต./ อสม.	ตค.๖๓-กย. ๖๔	สสจ./สสอ. รพ.ตรัง/ รพช./ รพ.สต.
๒.	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการเฝ้าระวังคัดกรองโรคซึมเศร้า ด้วย ๒ คำถาม(๒Q), ๙ คำถาม(๙Q), ๘ คำถาม (๘Q) และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม โรคจิต/โรคซึมเศร้า โรคทางกายเรื้อรัง และโรคสุรา/สารเสพติดและให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน	รพ./รพ.สต.	ตค.๖๓-กย. ๖๔	รพ.ตรัง/ รพช./ รพ.สต.
๓.	บูรณาการงานสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับ DHS ของอำเภอ โดยสร้างความเข้าใจและให้ความสำคัญของงานสุขภาพจิตกับประชาชนทั้ง ๕ กลุ่มวัย โดยเฉพาะเรื่องโรคเรื้อรัง กลุ่มวัยทำงาน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช	ทุกอำเภอ	ตค.๖๓-กย. ๖๔	รพ.ตรัง/ รพช./สสอ.

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุ และปัจจัยผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จเชิงลึกยังไม่ครอบคลุมและครบถ้วน บางรายพบข้อมูลเมื่อมาชันสูตรศพกับแพทย์เวรที่โรงพยาบาล ยังขาดการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อนำไปแก้ไขป้องกันในระดับพื้นที่ต่อไป

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๕.๑ ควรมีการผลักดันนโยบายและการดำเนินงานด้านการพัฒนามาตรฐานบริการจิตเวชเฉพาะทาง (Excellence Center) อย่างมีประสิทธิภาพ

๕.๒ ควรจัดสรรเรื่องการปรับตำแหน่งและความก้าวหน้าในวิชาชีพของบุคลากรที่สอดคล้องกับบทบาทงานด้านสุขภาพจิต เพื่อการประเมินเลื่อนระดับและเพิ่มแรงจูงใจ/แนวทางความก้าวหน้าในอาชีพให้บุคลากรที่ปฏิบัติงาน

๖.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
- สถานบริการบางระดับไม่สามารถเปิดบริการเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้	- ยังขาดพยาบาลสุขภาพจิต
- การบริการผู้ป่วยใน รพศ. ยังไม่ สามารถเปิดบริการเป็นหอผู้ป่วยในได้เต็มรูปแบบเนื่องจากสถานที่และบุคลากรยังไม่พร้อม	- รพศ. เปิดบริการผู้ป่วยในร่วมกับหอผู้ป่วยอื่นและเปิดเป็น unit แยกที่หอผู้ป่วย ENT รับผู้ป่วยในจำนวนจำกัด ๖ เตียง หอผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหลบหนี บางรายที่รับเป็นผู้ป่วยในและมีระยะเวลานอนนาน ไม่มีกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

๗. ความก้าวหน้าการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการและนิเทศงาน

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
-ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่พบในวัยทำงาน สาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาการใช้สารเสพติด	- ส่งเสริมให้ความรู้ สร้างความตระหนักความเข้าใจผลกระทบยาเสพติด การสังเกตสัญญาณเตือน แนวทางการดูแลตนเองแก่กลุ่มเสี่ยง กลุ่มวัยทำงาน ประชาชนทั่วไป - พัฒนาความรู้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน เพื่อเป็นเครือข่ายเข้มแข็งในชุมชน การนำกลุ่มเสี่ยงเข้าระบบการรักษาและติดตามต่อเนื่อง	- ส่งเสริมให้ความรู้ผ่านช่องทางโซเชียลเว็บเพจงานสุขภาพจิต และเสียงตามสายของชุมชน
-พบผู้พยายามฆ่าตัวตายกลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ	- ให้ความรู้แก่กลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ ทั้งในสถานบริการสาธารณสุข เชิงรุกในชุมชน และช่องทางโซเชียลต่างๆ	
- สถานการณ์โควิด-19 อาจส่งผลให้ประชาชนเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง	-ค้นหาเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงโดยผ่าน App Mental Health Check –in	-มีการติดตาม ประเมินคัดกรองเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้กักตัว, กลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 และผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผ่าน App. Mental Health Check –in ของกรมสุขภาพจิต และมีการติดตามเยี่ยมเสริมพลังสำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

๘. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ชื่อผลงาน พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยในจิตเวชและสารเสพติดระยะเร่งด่วน Acute care โรงพยาบาลตรัง

ชื่อเจ้าของผลงาน นางพรทิพย์ ซุ่นอื้อ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลตรัง
โทรศัพท์ ๐๗๕ ๒๐๑๕๐๐

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ญาติหรือผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในโรงพยาบาลตรังเพิ่มมากขึ้น พบว่าปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑,๘๕๖ ราย, ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๒,๕๖๐ ราย และมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ประสาทหลอนและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้น เกินความสามารถของญาติ ครอบครัว/ชุมชนในการควบคุม ดูแลช่วยเหลือและจัดการ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับบริการในโรงพยาบาลใกล้บ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องได้มาตรฐานตามหลักวิชาชีพ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการดูแลช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลตรังเป็นสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดระยะเร่งด่วน Acute care ดังนั้นการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการแต่ละระดับ สามารถพัฒนาระบบให้เกิดประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงระดับครอบครัว ชุมชนและสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องได้มาตรฐานตามหลักวิชาชีพ

วิธีดำเนินงาน

๑) ทีมพัฒนาระบบบริการสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชประกอบด้วย จิตแพทย์ รองผู้อำนวยการพยาบาลวิชาชีพ ประเมินผลตามแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด ประกอบด้วย ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านการจัดบริการป่วยในจิตเวช ด้านสถานที่ หาแนวทางการเปิดบริการผู้ป่วยในจิตเวช

๒) พัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพเพียงพอตามความจำเป็นในสถานพยาบาล

๓) เปิดบริการผู้ป่วยในจิตเวชเป็นหอผู้ป่วยจิตเวช บริการร่วมกับผู้ป่วยในแผนกหู คอ จมูก ผู้ให้บริการเป็นสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ปัจจุบัน เปิดหอผู้ป่วยในร่วมกับหอผู้ป่วยสามัญหูคอจมูกจำนวน ๖ เตียง

๔) พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลแต่ละระดับให้มีความพร้อมตามเกณฑ์มาตรฐาน สามารถรองรับผู้ป่วยตามสภาพปัญหา ความรุนแรงและรองรับการรับส่งต่อภายในเขตพื้นที่

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

๑) ด้านการบริการผู้ป่วยในจิตเวชและสารเสพติด พบว่า สามารถจัดบริการรับผู้ป่วยในจิตเวชจากสารเสพติดไว้ในโรงพยาบาล มีระบบ/แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในจิตเวชจากสารเสพติด มีการจัดสรรเตียงผู้ป่วยจิตเวชตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

๒) ด้านระบบยา พบว่า มียาจิตเวชที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและมีบัญชียาเพื่อรับการส่งต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงาน

๑) การนำองค์กร ทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาลสนับสนุน มีการกำหนดนโยบาย

๒) หัวหน้าทีมมีภาวะผู้นำโดยจิตแพทย์ มีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในลักษณะเครือข่ายและมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๓) การมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม โดยที่เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงปัญหา มีทัศนคติที่ดีให้ความสำคัญและเห็นถึงประโยชน์ของการบริการจิตเวช

๔) การมีเครือข่ายการให้บริการครอบคลุมทั้งจังหวัด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

๙. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)

กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาเครือข่ายบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดตรัง









กิจกรรมการดำเนินงานเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤติ กรณีการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า








MCATT
Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team
COVID-19
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา


โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลกะลาเส อ.สิเกา จ.ตรัง
วันที่ 20-25 มีนาคม 2564 เจ้าหน้าที่ และ อสม. รพ.สต.กะลาเส ได้ทำการประเมินสุขภาพใจ โดยใช้เครื่องมือ Mental health check-in เพื่อประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์ Covid-19 ในประชาชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.กะลาเส จำนวน 5 หมู่บ้านรวมทั้งสิ้น 38 คน ผลอยู่ในระดับปกติ


โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านนา


สรุปการประเมิน สุขภาพจิตคนไทย
แบบออนไลน์
วันที่ 18-22 มกราคม พ.ศ. 2564


สรุปการดูแลสุขภาพจิต จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19
ระหว่างวันที่ 17 มกราคม 2564 – 22 มกราคม 2564
รพ.สต.โพรงจระเข้ อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง


การเฝ้าระวังควบคุมป้องกัน แก้ไขปัญหา เยียวยาจิตใจ
ผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT)
ในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(Covid-19)

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
จังหวัดตรัง เขตสุขภาพที่ ๑๒

.....

ประเด็นการตรวจราชการ สุขภาพกลุ่มวัย
ตัวชี้วัด : อัตราส่วนการตายของมารดาไทย (ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)
๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐- ๒๕๖๓ สถานการณ์มารดาตายจังหวัดตรัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีมารดาตาย ๓ ราย อัตราส่วนการตายของมารดา ๕๑.๕๔ ต่อแสนการเกิดมีชีพ จากสาเหตุ PPH C DIC (ครรภ์แฝด) ๑ ราย PIH ๑ ราย criminal abortion ๑ ราย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไม่มีมารดาตาย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ พบว่ามีมารดาตาย ๒ ราย อัตราส่วนการตายของมารดา ๓๘.๓ ต่อแสนการเกิดมีชีพ สาเหตุการตาย รายที่ ๑ จากการประชุม dead case conference ทีมจังหวัด และเขต ๑๒ ไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ รายที่ ๒ สาเหตุการตายจาก severe PIH c ARDS c sepsis c DIC ซึ่งเป็น case ที่เพิ่งกลับมาอยู่ในพื้นที่และปกปิดข้อมูลการตั้งครรภ์จึงไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาตามแนวทางที่ถูกต้อง ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ไม่มีมารดาตาย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ตุลาคม ๒๕๖๓ – พฤษภาคม ๒๕๖๔) มีมารดาตาย จำนวน ๒ ราย อัตราส่วนการตายของมารดา ๘๑.๒๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ จากสาเหตุ

Chronic hypertension with suspected superimposed with Intraventicular hemorrhage with Lt basal ganglion hemorrhage ๑ ราย

CA Lung with multiorgan metastasis with pneumonia with Lt parapneumonic effusion ๑ ราย

๒.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	รวม
๑	อัตราส่วนการตายมารดา(ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)	เป้าหมาย	๕๒๗	๒๙๕	๒๓๘	๒๔๗	๑๔๖	๒๒๑	๑๖๐	๑๖๗	๗๗	๖๓	๒,๑๔๑
		ผลงาน	๐	๐	๐	๐	๐	๒	๐	๐	๐	๐	๒
		อัตรา	๐	๐	๐	๐	๐	**๙๐๔.๙**	๐	๐	๐	๐	**๘๑.๒๐**
๒	ร้อยละหญิงตั้ง ครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๕)	เป้าหมาย	๔๓๐	๒๓๕	๒๑๑	๑๙๘	๑๑๗	๑๘๙	๑๒๖	๑๔๑	๖๘	๕๑	๑,๗๖๖
		ผลงาน	๓๒๕	๑๘๘	๑๙๖	๑๘๒	๑๐๘	๑๗๖	๑๑๐	๑๑๙	๕๘	๔๔	๑,๕๐๖
		ร้อยละ	๗๕.๕๘	๘๐	๙๒.๘๙	๙๑.๙๒	๙๒.๓๑	๙๓.๑๒	๘๗.๓	๘๔.๔	๘๕.๒๙	๘๖.๒๗	๘๕.๒๘
๓	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ (ร้อยละ ๗๕)	เป้าหมาย	๔๒๙	๒๓๕	๒๐๓	๑๙๕	๑๑๖	๑๘๘	๑๒๖	๑๓๗	๖๘	๕๑	๑,๗๔๘
		ผลงาน	๒๙๗	๑๗๒	๑๘๑	๑๗๕	๑๐๓	๑๖๗	๑๐๕	๑๐๖	๕๒	๔๓	๑,๔๐๑
		ร้อยละ	๖๙.๒๓	๗๓.๑๙	๘๙.๑๖	๘๙.๗๔	๘๘.๗๙	๘๘.๘๓	๘๓.๓๓	๗๗.๓๗	๗๖.๔๗	๘๔.๓๑	๘๐.๑๕
๔	ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์ (ร้อยละ ๗๕)	เป้าหมาย	๕๒๗	๒๙๕	๒๓๘	๒๔๗	๑๔๖	๒๒๑	๑๖๐	๑๖๗	๗๗	๖๓	๒,๑๔๑
		ผลงาน	๓๓๓	๒๑๕	๒๒๐	๒๐๓	๑๐๖	๑๙๘	๑๓๓	๑๓๑	๕๗	๕๒	๑,๖๔๘
		ร้อยละ	๖๓.๑๙	๗๒.๘๘	๙๒.๔๔	๘๒.๑๙	๗๒.๖	๘๙.๕๙	๘๓.๑๓	๗๘.๔๔	๗๔.๐๓	๘๒.๕๔	๗๖.๙๗
๕	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า	เป้าหมาย	๔๑๑	๒๔๖	๒๓๑	๒๒๘	๑๐๑	๒๘๓	๑๖๑	๑๘๗	๘๙	๖๖	๒,๐๐๓
		ผลงาน	๔๑	๑๓	๑๖	๑๘	๑๑	๓๒	๙	๑๒	๗	๔	๑๖๓

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	รวม
	๒,๕๐๐ กรัม (ไม่เกินร้อยละ ๗)	ร้อยละ	๙.๙๘	๕.๒๘	๖.๙๓	๗.๘๙	๑๐.๘๙	๑๑.๓๑	๕.๕๙	๖.๔๒	๗.๘๗	๖.๐๖	๘.๑๔
๖	ร้อยละเด็กแรกเกิดต่ำกว่า ๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียว (ร้อยละ ๕๐)	เป้าหมาย	๘๑๖	๕๕๕	๔๓๙	๔๖๒	๒๒๙	๕๔๘	๓๒๖	๓๒๙	๑๙๙	๑๓๘	๔,๐๔๑
		ผลงาน	๓๕๖	๑๒๘	๒๑๙	๒๔๗	๙๐	๒๙๘	๑๓๙	๒๑๘	๘๙	๖๖	๑,๘๕๐
		ร้อยละ	๖๔.๑๔	๖๘.๘๒	๖๖.๗๗	๗๘.๖๖	๖๗.๖๗	๘๑.๒	๗๐.๒	๗๗.๘๖	๖๔.๐๓	๗๔.๑๖	๗๑.๔๖
๗	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (ไม่เกินร้อยละ๑๘)	เป้าหมาย	๓๐๗	๑๖๗	๔๒๗	๒๓๙	๑๐๙	๓๙๔	๑๕๑	๒๑๗	๔๑	๕๘	๒,๑๑๐
		ผลงาน	๒๐	๑๔	๓๖	๗	๒	๔๔	๑๗	๑๔	๖	๖	๑๖๖
		ร้อยละ	๖.๕๑	๘.๓๘	๘.๔๓	๒.๙๓	๑.๘๓	๑๑.๑๗	๑๑.๒๖	๖.๔๕	๑๔.๖๓	๑๐.๓๔	๗.๘๗

ที่มาข้อมูล : ระบบรายงานการสืบสวนการเสียชีวิตของมารดา (CE-๖๒ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๔) และระบบคลังข้อมูล(HDC ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔)

จากตารางข้อมูลตัวชี้วัดปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ต.ค.๖๓ – มิ.ย.๖๔) มีมารดาเสียชีวิต จำนวน ๒ ราย ในเขตอำเภอห้วยยอด คิดเป็น ๘๑.๒๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุ ≤๑๒ สัปดาห์ ผลงานในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๒๘ (เป้าหมายร้อยละ ๗๕) เมื่อเปรียบเทียบผลงานรายอำเภอพบว่า อำเภอที่มีผลงานสูงเป็นอันดับแรก คือ อำเภอห้วยยอด คิดเป็น ร้อยละ ๙๓.๑๒ ส่วนอำเภอที่มีผลงานต่ำสุด คือ อำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๕๘ หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ผลงานในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ๘๐.๑๕ (เป้าหมายร้อยละ ๗๕) วิเคราะห์ข้อมูลรายอำเภอพบว่า อำเภอที่มีผลงานสูงเป็นอันดับแรก คือ อำเภอปะเหลียน คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๗๔ ผลงานต่ำสุด คือ อำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๒๓ หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ ผลงานในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๙๗ (เป้าหมายร้อยละ ๗๕) อำเภอที่มีผลงานสูงเป็นอันดับแรก คืออำเภอย่านตาขาว คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๔๔ ส่วนอำเภอที่มีผลงานต่ำกว่าเกณฑ์ คือ อำเภอเมือง ร้อยละ๖๓.๑๙ ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัมผลงานในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ๘.๑๔ (ไม่เกินร้อยละ ๗) อำเภอที่มีผลงานผ่านเกณฑ์เป็นอันดับแรก คือ อำเภอกันตัง ส่วนอำเภอที่ผลงานยังสูงกว่าเกณฑ์ คืออำเภอห้วยยอด เด็กแรกเกิดต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว ผลงานในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ๗๑.๔๖ (เป้าหมายร้อยละ ๕๐) วิเคราะห์ข้อมูลรายอำเภอพบว่า อำเภอที่มีผลงานสูงเป็นอันดับแรก คือ อำเภอปะเหลียน คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๖๖ ผลงานต่ำสุด คือ อำเภอรัษฎา คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๐๓ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ผลงานในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ๗.๘๗ (ไม่เกินร้อยละ๑๘) วิเคราะห์ข้อมูลรายอำเภอพบว่า อำเภอที่มีผลงานสูงเป็นอันดับแรก คือ อำเภอสิเกา คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๓ ผลงานต่ำสุดคือ อำเภอรัษฎา คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๖๓

๓. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จังหวัดตรังได้กำหนดแผนงาน/โครงการหรือมาตรการที่ดำเนินในการดำเนินงานดังนี้

๑. ประชุมคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กในระดับจังหวัดและอำเภอ ได้จัดดำเนินการ ๓ ครั้ง ได้ดำเนินการไปแล้ว ๑ ครั้ง สำหรับครั้งที่ ๒ และ ๓ ยังไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (Covic- 19)

๒. พัฒนาระบบฐานข้อมูลและรายงานด้านอนามัยแม่และเด็ก ให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน

๓. จัดบริการฝากครรภ์ การคลอดและหลังคลอดที่ได้มาตรฐาน

- ค้นหาและขึ้นทะเบียนหญิงมีครรภ์ในเขตรับผิดชอบครบถ้วน

- การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์และได้รับการดูแลครบตามเกณฑ์ ระบบให้คำปรึกษา การสร้างความรับรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก โดยผ่านโรงเรียนพ่อแม่ อสม. ครอบครัว ผู้นำชุมชน และการใช้ กลไก พชอ. มาขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว สามารถดูแลตนเองและ เตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์เน้นการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ โดยการรับประทานยาเม็ด เสริมธาตุเหล็กและโฟเลต การวางแผนการมีบุตรในช่วงเวลาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในรายที่มีโรคประจำตัว หรือมีภาวะเสี่ยงอันตรายหากมีการตั้งครรภ์ เน้นให้มีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างรวดเร็ว การวางแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

- ได้รับการคลอดจากห้องคลอดที่ได้มาตรฐาน มีการวางระบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยการประชุมเพื่อหาแนวทางการดูแลร่วมกัน ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จนถึงโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีสูติแพทย์ จากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ให้คำปรึกษาแนวทางการดูแล ในกรณีที่พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความ เสี่ยงสูง และมีภาวะฉุกเฉิน ให้ประสานหัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรมโรงพยาบาลแม่ข่าย และรายงานให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ เพื่อร่วมวางแผนการดูแลและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง. มีการวางระบบการสื่อสารระหว่างห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชน กับ โรงพยาบาลศูนย์ โดยมีแพทย์และพยาบาลห้องคลอดของ โรงพยาบาลศูนย์ เป็นผู้ให้คำปรึกษา และแนวทางในการดูแล มีการใช้โปรแกรม Line ในการช่วยติดต่อห้องคลอดโรงพยาบาลแม่ข่าย สำหรับกรณีเร่งด่วนสามารถติดต่อหัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลศูนย์ได้ตลอดเวลา มีการจัดระบบการทำงานเชิงรุก เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ และให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงขึ้น ทะเบียน ให้การดูแลแบบ Case Manager มีเจ้าของไข้ในทุกระดับตั้งแต่ รพ.สต. จนถึง โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลศูนย์ ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธการรักษา หากเกินความสามารถของ รพ.สต. ในการให้ คำปรึกษา ให้ประสานทีมแม่และเด็กระดับอำเภอ หากยังไม่สามารถดำเนินการได้ ให้ประสานมายังผู้รับผิดชอบงานและรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการจัดหาทีมในการให้คำปรึกษา และวางระบบในการดูแลหญิงตั้งครรภ์รายนั้น

- หญิงหลังคลอดรับการเยี่ยม ๓ ครั้งตามเกณฑ์ มีการส่งต่อหญิงหลังคลอดกลับพื้นที่พร้อมข้อมูลตามแบบบันทึก (V-card) และการส่งทางโปรแกรม smart coc trang ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง เพื่อการเยี่ยมติดตามดูแลหลังคลอดตามเกณฑ์ การส่งต่อข้อมูลให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ทราบเพื่อติดตามเยี่ยมพร้อมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแนะนำการปฏิบัติตัว การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็ก พ.ศ.๒๕๖๐ การวางแผนครอบครัว มีการถ่ายทอดและขับเคลื่อนนโยบาย มหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกแห่งชีวิตผ่านคณะกรรมการระดับต่างๆ และการเลี้ยงดูลูกที่ถูกต้อง ผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และโปรแกรม ๙ ย่างเพื่อสร้างลูกผ่าน Face book

๔. การเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซีด

- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการเฝ้าระวังและตรวจคัดกรองภาวะซีด / ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กและการส่งเสริมภาวะโภชนาการ

- หญิงให้นมบุตรได้รับการเฝ้าระวังและตรวจคัดกรองภาวะซีด /ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กอย่างน้อย ๖ เดือนและการส่งเสริมภาวะโภชนาการ

๕. หญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง(๒๑ ข้อ)

- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยง ๕ โรคหลัก ได้รับการดูแล ติดตาม และส่งต่อตามมาตรฐาน มีการจัดทำ CPG Standing Order ในการดูแลภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ PPH PIH โรคหัวใจ Prolong ๒nd Stage Safe Abortion มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานในการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉิน โดยจัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกรายได้พบสูติแพทย์ประจำโซน โดยได้กำหนดให้มีสูติแพทย์ในการดูแลแต่ละอำเภอ เป็นแนวทางที่ชัดเจน และเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด โดยให้ทุกหน่วยบริการทุกพื้นที่ โดยทีมหมอครอบครัว ได้ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้เข้าสู่ระบบบริการให้เร็วที่สุด และได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงและการดูแลตามระบบที่วางไว้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ตั้งครรภ์ระยะคลอด พัฒนางานในส่วนของ Early detect , Early treatment มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ยา ที่จำเป็นสำหรับไว้ใช้ในห้องคลอดกรณีที่หญิงคลอดเกิดภาวะ PPH , PIH และระยะหลังคลอดรวมถึงได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงและได้รับการดูแลตามระบบที่วางไว้มีการจัด Conference case Near miss เพื่อการติดตามความก้าวหน้าของการดูแลในที่ประชุม MCH Board ของแต่ละอำเภอ

๖. การลดความพิการในเด็กแรกเกิดด้วยโฟเลต

- สำรวจและขึ้นทะเบียนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่วางแผนจะตั้งครรภ์
- หญิงวัยเจริญพันธุ์ฯได้รับวิตามินโฟลิค ก่อนตั้งครรภ์ อย่างน้อย ๓ เดือน
- เฝ้าระวังและตรวจคัดกรองภาวะซีด/ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่องและการส่งเสริมภาวะโภชนาการ

๗. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในระดับจังหวัดและอำเภอ ได้จัดโครงการพัฒนาศักยภาพงานแม่และเด็ก ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ในเดือน มีนาคม ๒๕๖๔ ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (Covic 19)

๘. สร้างกระแส/ประชาสัมพันธ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

๙.พัฒนาระบบฐานข้อมูลระบบกำกับ ติดตาม เฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.๒๕๖๐ และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

๙. พัฒนาระบบฐานข้อมูลระบบกำกับ ติดตาม เฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.๒๕๖๐ และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

๑๐. ติดตามเยี่ยมเสริมพลังเพื่อพัฒนางานแม่และเด็กขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน ติดตามเยี่ยมระดับอำเภอและตำบล

การดำเนินงานป้องกันปัญหามารดาตาย และเพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

๑. ระบบบริหารจัดการ MCH Board คุณภาพ และขับเคลื่อนการดำเนินงาน

คณะกรรมการ MCH Board ข องจังหวัดร่วมกับทีม service plan ขับเคลื่อนการทำงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้มีประสิทธิภาพกำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัดและระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง มีการชี้แจงเกณฑ์ประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ให้กับทีมประเมินระดับจังหวัดและผู้รับผิดชอบงานทราบ เพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และคณะอนุกรรมการแม่และเด็กระดับจังหวัดประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อกำกับติดตามประเมินมาตรฐานมีการจัดทำแนวทางและแนวปฏิบัติ (CPG) ในการดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมเสริมพลังซ้อมแผนวิกฤตทางสูติกรรมและทารกแรกเกิดปีละ ๑ ครั้ง ทุกโรงพยาบาล โดยมีสูติแพทย์และแพทย์เด็กประจำ (Zoning) ร่วมซ้อมแผนสำหรับผลการจัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กพบว่า ในปี ๒๕๖๒ โรงพยาบาลชุมชน ๙ แห่ง ผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ โดยปี ๒๕๖๔ โรงพยาบาลตรัง ที่ครบกำหนดประเมินมาตรฐานในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔

๒. ระบบเฝ้าระวังทบทวนและวิเคราะห์ สาเหตุมารดาตาย

มีการจัดระบบการทำงานเชิงรุก เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ และให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงขึ้นทะเบียน ให้การดูแลแบบ Case Manager มีเจ้าของไข้ในทุกระดับตั้งแต่ รพ.สต.จนถึงโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลตรัง ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธการรักษา หากเกินความสามารถของ รพ.สต. ในการให้คำปรึกษา ให้ประสานทีมแม่และเด็กระดับอำเภอ หากยังไม่สามารถดำเนินการได้ ให้ประสานมายังผู้รับผิดชอบงานและรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการจัดหาทีมในการให้คำปรึกษา วางระบบในการดูแลหญิงตั้งครรภ์รายนั้น มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และ เด็กระดับจังหวัด (MCH Board) การประชุมคณะอนุกรรมการวิเคราะห์การตายของมารดาระดับจังหวัด เฝ้าระวังมารดาตายและเกือบตาย วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค หาแนวทางแก้ไขปัญหาตามบริบทพื้นที่ และการพัฒนาศักยภาพผู้ประเมินในงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการลดการตายของมารดา และมีการจัดทำ CPG Standing Order ในการดูแลภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ PPH PIH โรคหัวใจ Prolong ๒nd Stage Safe Abortion รวมถึงได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงและได้รับการดูแลตามระบบที่วางไว้ มีการจัด Conference case Near miss เพื่อการติดตามความก้าวหน้าของการดูแลในที่ประชุม MCH Board ของแต่ละอำเภอ

๓. ระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ

มีการวางระบบเฝ้าระวังในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยการประชุมเพื่อหาแนวทางการดูแลร่วมกัน ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จนถึง โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีสูติแพทย์ จากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ให้คำปรึกษาแนวทางการดูแล ในกรณีที่พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และมีภาวะฉุกเฉิน ให้ประสานหัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรมโรงพยาบาลแม่ข่ายและรายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ เพื่อร่วมวางแผนการดูแลและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีการวางระบบการสื่อสารระหว่างห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชน กับ โรงพยาบาลศูนย์ โดยมีแพทย์และพยาบาลห้องคลอดของโรงพยาบาลศูนย์ เป็นผู้ให้คำปรึกษา และแนวทางในการดูแล มีการใช้โปรแกรม Line ในการช่วยติดต่อห้องคลอดโรงพยาบาลแม่ข่าย สำหรับกรณีเร่งด่วนสามารถติดต่อหัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลศูนย์ได้ตลอดเวลา มีการจัดระบบการทำงานเชิงรุก เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ และให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงขึ้นทะเบียน ให้การดูแลแบบ Case Manager มีเจ้าของไข้ในทุกระดับตั้งแต่ รพ.สต. จนถึงโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธการรักษา หากเกินความสามารถของ รพ.สต. ในการให้คำปรึกษา ให้ประสานทีมแม่และเด็กระดับอำเภอ หากยังไม่สามารถดำเนินการได้ ให้

ประสานมายังผู้รับผิดชอบงานและรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการจัดหาทีมในการให้คำปรึกษา และวางระบบในการดูแลหญิงตั้งครรภ์รายนั้น มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานในการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉิน โดยจัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกรายได้พบสูติแพทย์ประจำโซน โดยได้กำหนดให้มีสูติแพทย์ในการดูแลแต่ละอำเภอ เป็นแนวทางที่ชัดเจน และเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด โดยให้ทุกหน่วยบริการทุกพื้นที่ โดยทีมหมอครอบครัว ได้ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้เข้าสู่ระบบบริการให้เร็วที่สุด และได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงและการดูแลตามระบบที่วางไว้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ ตั้งครรภ์ ระยะคลอด พัฒนางานในส่วนของ Early detect , Early treatment มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ยา ที่จำเป็นสำหรับไว้ใช้ในห้องคลอดกรณีที่หญิงคลอดเกิดภาวะ PPH , PIH และระยะหลังคลอด กำหนดระบบ Seamless Refer ในการส่งต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์/หญิงคลอด และระบบ Fast tract ในการดำเนินงานและปฏิบัติได้จริง

๔. ระบบเครือข่ายสุขภาพแม่และเด็กระดับจังหวัด

มีการพัฒนาระบบให้คำปรึกษาการสร้างความรับรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก โดยผ่านโรงเรียนพ่อแม่ อสม. ครอบครัว ผู้นำชุมชน และการใช้ กลไก พชอ. มาขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว สามารถดูแลตนเอง และเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์เน้นการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ โดยการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟเลต การวางแผนการมีบุตรในช่วงเวลาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในรายที่มีโรคประจำตัว หรือมีภาวะเสี่ยงอันตรายหากมีการตั้งครรภ์ เน้นให้มีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างรวดเร็ว การวางแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน มีการส่งต่อหญิงหลังคลอดกลับพื้นที่พร้อมข้อมูลตามแบบบันทึก (V-card) และการคีย์ผ่านโปรแกรม smart coc trang เพื่อการเยี่ยมติดตามดูแลหลังคลอดตามเกณฑ์ การส่งต่อข้อมูลให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ทราบเพื่อติดตามเยี่ยมพร้อมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแนะนำการปฏิบัติตัว การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็ก พ.ศ.๒๕๖๐ การวางแผนครอบครัว มีการถ่ายทอดและขับเคลื่อนนโยบาย มหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกแห่งชีวิตผ่านคณะกรรมการระดับต่างๆ และการเลี้ยงดูลูกที่ถูกต้อง ผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และโปรแกรม ๙ ย่างเพื่อสร้างลูกผ่าน Facebook

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

การจัดการความเสี่ยง เน้นการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ โดยการรับประทานยาเม็ดเสริมเฟอร์โรโฟลิก การวางแผนการมีบุตรในช่วงเวลาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในรายที่มีโรคประจำตัว หรือมีภาวะเสี่ยงอันตรายหากมีการตั้งครรภ์ เน้นให้มีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างรวดเร็ว การวางแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน การวางระบบส่งต่อ และช่วยเหลือ ในภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมสู่การคลอดที่ปลอดภัย เพื่อป้องกันการตายของมารดา นอกจากนี้ยังต้องมีการจัดการเรื่องระบบฐานข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา เพื่อให้ข้อมูลมีคุณภาพ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนแก้ไขพัฒนางานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในภาพรวมของจังหวัดตรัง

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑.ระบบการติดตาม ตรวจสอบประเภทการอยู่อาศัยยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ตรงตามที่อยู่จริง เช่นกลุ่มแม่และเด็กมีชื่ออยู่ตามสำเนาทะเบียนราษฎร์ แต่ตัวไม่ได้อยู่อาศัย และไม่มีการระบุพื้นที่ที่ไปอาศัยอยู่จริง	จังหวัดได้พัฒนาการจัดทำระบบสารสนเทศเพื่อการตรวจสอบข้อมูลกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริง
๒.การให้บริการฝากครรภ์พื้นที่รอยต่อหรือต่างพื้นที่ (เป็นบางสถานบริการ) มักมีปัญหาในเรื่องของให้บริการรับฝากครรภ์ ทำให้หญิงฝากครรภ์ต้องเดินทางไปฝากครรภ์ยังพื้นที่ที่มีทะเบียนบ้านอยู่จริง ส่งผลให้การฝากครรภ์ล่าช้าและเกิน ๑๒ สัปดาห์	แจ้งนโยบายให้ทุกหน่วยบริการทราบ และประชาสัมพันธ์นโยบาย“ฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์” ให้ประชาชนเข้าถึงทุกหน่วยบริการ
๓.กระบวนการให้ความรู้ในโรงเรียนพ่อแม่ในบางพื้นที่ยังไม่ได้ตามเกณฑ์กำหนด	เน้นย้ำความสำคัญของโรงเรียนพ่อแม่แต่ละช่วงให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง
๔.การบันทึกในสมุดสีชมพูไม่ได้ตามมาตรฐานบางส่วน ขาดการบันทึก/และการสื่อสารข้อมูลที่สำคัญลงในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	เน้นย้ำให้ผู้รับผิดชอบตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการที่ต้องบันทึกข้อมูลกลุ่มเป้าหมายลงในสมุดสีชมพู
๕.การค้นหาติดตามและดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงยังไม่ครอบคลุม	ติดตามค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์ให้ครอบคลุม

๖.นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

๗. การดำเนินการตามข้อสั่งการ ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๔ ที่ผ่านมา

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๖๔	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๔
๑.ให้คำปรึกษาและให้บริการวางแผนครอบครัวในโรงเรียนพ่อแม่ก่อนคลอดและหลังคลอด ด้วยวิธีกึ่งถาวรก่อนกลับบ้าน	๑.เครือข่าย รพ.สต. และรพ.ให้คำปรึกษาโรงเรียนพ่อแม่ ๒ ครั้งก่อนคลอดทุกราย โดยเน้นในรายครรภ์เสี่ยงและตั้งครรภ์ต่ำกว่าอายุ ๒๐ ปี วางแผนครอบครัวด้วยวิธีกึ่งถาวรก่อนกลับบ้านทุกราย
๒.กระตุ้น ใช้ Application ความรู้ ๙ ย่าง เพื่อสร้างลูก Health Literacy ในการดูแลตนเองและลูก	๒.การดำเนินการ Application ความรู้ ๙ ย่างเพื่อสร้างลูกเป้าหมาย ๒,๙๘๘ คน ผลการดำเนินงาน ๒,๗๖๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๕๗ ข้อมูล ณ.วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๔

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)









ประเด็นหลัก / หัวข้อ : เด็กปฐมวัย
ตัวชี้วัด

- ร้อยละ ๘๕ ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่สมวัย
- ร้อยละ ๖๒ ของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน
- ร้อยละ ๗๐ ของเด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วยพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

- ไตรมาสที่ ๑ จังหวัดตรังดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้ง ๕ กลุ่มอายุ (๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน) ครอบคลุมร้อยละ ๙๕.๐๘ มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๒.๐๖ สงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๕.๑๒ และเด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันทีและไม่สมวัยหลังกระตุ้นDSPM จำนวน ๒๗ คน ได้รับการกระตุ้น จำนวน ๑๐ คน ร้อยละ ๓๗.๐๔

เด็ก ๐ -๕ ปี ได้ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ครอบคลุมร้อยละ ๗๖.๔๐ สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๖.๗๗ เด็กอายุ ๕ ปี เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย ร้อยละ ๑๕.๘๙ ภาวะผอม ร้อยละ ๔.๕๘ และภาวะอ้วน ร้อยละ ๑๓.๔๔

- ไตรมาสที่ ๒ จังหวัดตรังดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้ง ๕ กลุ่มอายุ (๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน) ครอบคลุมร้อยละ ๙๔.๔๓ มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๗.๓๑ สงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๓.๖๔ และเด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันทีและไม่สมวัยหลังกระตุ้นDSPM จำนวน ๔๒ คน ได้รับการกระตุ้น จำนวน ๒๑ คน ร้อยละ ๕๐.๐๐

เด็ก ๐ -๕ ปี ได้ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ครอบคลุมร้อยละ ๘๐.๒๗ สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๔๓.๙๖ เด็กอายุ ๕ ปี เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย ร้อยละ ๑๕.๒๕ ภาวะผอม ร้อยละ ๕.๑๓ และภาวะอ้วน ร้อยละ ๑๑.๒๔ เพื่อให้ผลการดำเนินงานเด็กปฐมวัยบรรลุตามตัวชี้วัด จำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพ รวมถึงการพัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง การติดตามเฝ้าระวังดูแลกลุ่มเสี่ยง การบริหารจัดการระบบข้อมูลที่มีการเชื่อมโยงกิจกรรมการให้บริการ ดูแล เพื่อสืบค้นข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่มีความถูกต้อง เชื่อถือได้ในการนำมาใช้ประโยชน์ในแต่ละพื้นที่นั้นๆ ซึ่งต้องมีการติดตาม ความถูกต้อง ของการตรวจและแปลผลพัฒนาการในทุกๆด้าน

การจัดทำแผนงานหาแนวทางในการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ (๐ – ๕ ปี) และงานอื่นๆ ให้ได้รับการคัดกรองส่งต่อ และแก้ปัญหาเด็กตามความเสี่ยง และที่มีพัฒนาการล่าช้า ตามเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กลงสู่พื้นที่ในสถานบริการ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นและทันยุคสมัย ตอบสนองนโยบายการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กทุกระดับ พร้อมทั้งมีทีมคณะอนุกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดตรัง ร่วมขับเคลื่อนแผนการดำเนินงานในแต่ละเรื่อง เช่น งานพัฒนาการ งานโภชนาการ/การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตมีการติดตามระบบรายงานผลการดำเนินงานไตรมาสละ ๑ ครั้ง

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)
(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**ตรัง**
๑.	ปฐมวัยมีพัฒนาการที่สมวัย (๘๕%)	เป้าหมาย	๒,๖๔๘	๑,๙๐๒	๑,๕๑๖	๑,๔๗๔	๙๕๒	๑,๗๙๑	๑,๑๒๒	๙๙๘	๗๑๙	๔๕๒	๑๓,๕๗๔
		ผลงาน	๒,๕๕๙	๑,๘๖๗	๑,๔๖๑	๑,๔๔๐	๙๓๐	๑,๗๔๔	๑,๐๙๓	๙๕๑	๗๑๗	๔๔๗	๑๓,๒๐๙
		อัตรา/ร้อยละ	๙๖.๖๔	๙๘.๑๖	๙๖.๓๗	๙๗.๖๙	๙๗.๖๙	๙๗.๓๘	๙๗.๔๒	๙๕.๒๙	๙๙.๗๒	๙๘.๘๙	๙๗.๓๑
๒.	การตรวจคัดกรอง (๙๐%)	เป้าหมาย	๒,๙๓๘	๒,๐๓๑	๑,๕๔๘	๑,๕๖๒	๙๗๖	๑,๘๕๙	๑,๑๖๗	๑,๐๔๕	๗๙๐	๔๕๘	๑๔,๓๗๔
		ผลงาน	๒,๖๔๘	๑,๙๐๒	๑,๕๑๖	๑,๔๗๔	๙๕๒	๑,๗๙๑	๑,๑๒๒	๙๙๘	๗๑๙	๔๕๒	๑๓,๕๗๔
		อัตรา/ร้อยละ	๙๐.๑๓	๙๓.๖๕	๙๗.๙๓	๙๔.๓๗	๙๗.๕๔	๙๖.๓๔	๙๖.๑๔	๙๕.๕๐	๙๑.๐๑	๙๘.๖๙	๙๔.๔๓
๓.	สงสัยล่าช้า (๒๐%)	เป้าหมาย	๒,๖๔๘	๑,๙๐๒	๑,๕๑๖	๑,๔๗๔	๙๕๒	๑,๗๙๑	๑,๑๒๒	๙๙๘	๗๑๙	๔๕๒	๑๓,๕๗๔
		ผลงาน	๖๕๔	๓๓๗	๔๘๕	๔๒๒	๒๖๙	๓๐๙	๒๒๒	๒๔๖	๑๕๔	๑๑๑	๓,๒๐๙
		อัตรา/ร้อยละ	๒๔.๗๐	๑๗.๗๒	๓๑.๙๙	๒๘.๖๓	๒๘.๒๖	๑๗.๒๕	๑๙.๗๙	๒๔.๖๕	๒๑.๔๒	๒๔.๕๖	๒๓.๖๔
๔.	กระตุ้นติดตาม (๙๐%)	เป้าหมาย	๑๙๒	๙๐	๑๒๙	๑๑๔	๘๙	๑๐๑	๗๑	๙๐	๓๙	๓๓	๙๔๘
		ผลงาน	๑๖๙	๘๓	๑๒๒	๑๑๐	๘๔	๘๖	๖๕	๘๑	๓๗	๓๒	๘๖๙
		อัตรา/ร้อยละ	๘๘.๐๒	๙๒.๒๒	๙๔.๕๗	๙๖.๔๙	๙๔.๓๘	๘๕.๑๕	๙๑.๕๕	๙๐.๐๐	๙๔.๘๗	๙๖.๙๗	๙๑.๖๗
๕.	กระตุ้นด้วย TEDA4I (๗๐%)	เป้าหมาย	๗	๘	๕	๔	๑๐	๔	๔	๑๑	๐	๒	๕๕
		ผลงาน	๗	๓	๓	๒	๖	๓	๒	๔	๐	๐	๓๐
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๓๗.๕	๖๐	๕๐	๖๐	๗๕	๕๐	๓๖.๓๖	๐	๐	๕๔.๕๕
๖.	เด็กอายุ ๐–๕ ปี สูงดีสมส่วน (๖๒%)	เป้าหมาย	๔,๗๓๓	๓,๑๘๓	๒,๕๔๒	๒,๗๙๗	๑,๙๘๗	๓,๐๖๔	๑,๔๖๘	๑,๘๗๘	๑,๒๘๙	๘๙๖	๒๓,๘๓๗
		ผลงาน	๒,๖๐๗	๑,๖๔๔	๑,๔๐๕	๑,๗๙๕	๑,๓๑๗	๑,๓๘๐	๗๔๐	๙๙๐	๗๒๕	๔๕๗	๑๓,๐๖๐
		อัตรา/ร้อยละ	๕๕.๐๘	๕๑.๖๕	๕๕.๒๗	๖๔.๑๘	๖๖.๒๘	๔๕.๐๔	๕๐.๔๑	๕๒.๗๒	๕๖.๒๕	๕๑.๐๐	๕๔.๗๙
๗.	การตรวจคัดกรอง	เป้าหมาย	๕,๙๖๗	๔,๑๗๑	๓,๒๐๓	๓,๓๔๗	๒,๐๓๒	๓,๘๙๕	๒,๒๘๓	๒,๑๗๐	๑,๖๑๘	๙๒๔	๒๙,๖๑๐
		ผลงาน	๔,๗๓๕	๓,๑๘๓	๒,๔๗๙	๒,๗๙๔	๑,๙๙๒	๓,๐๖๔	๑,๔๕๕	๑,๘๘๑	๑,๒๘๙	๘๙๖	๒๓,๗๖๘
		อัตรา/ร้อยละ	๗๙.๓๕	๗๖.๓๑	๗๗.๔๐	๘๓.๔๘	๙๘.๐๓	๗๘.๖๖	๖๓.๗๓	๘๖.๖๘	๗๙.๖๗	๙๖.๙๗	๘๐.๒๗
๘.	เตี้ย (๑๐%)	เป้าหมาย	๘,๘๗๗	๔,๕๗๘	๓,๒๓๘	๓,๒๘๓	๒,๘๘๙	๔,๕๒๘	๑,๘๙๓	๒,๖๘๙	๑,๖๕๒	๑,๒๓๖	๓๔,๘๖๓
		ผลงาน	๑,๒๕๖	๘๔๘	๔๕๓	๒๘๙	๓๓๗	๙๔๖	๓๔๔	๓๙๙	๒๔๓	๒๐๐	๕,๓๑๕
		อัตรา/ร้อยละ	๑๔.๑๕	๑๘.๕๒	๑๓.๙๙	๘.๘	๑๑.๖๖	๒๐.๘๙	๑๘.๑๗	๑๔.๘๔	๑๔.๗๑	๑๖.๑๘	๑๕.๒๕
๙.	ผอม (๕%)	เป้าหมาย	๘,๘๗๗	๔,๕๗๘	๓,๒๓๘	๓,๒๘๓	๒,๘๘๙	๔,๕๒๘	๑,๘๙๓	๒,๖๘๙	๑,๖๕๒	๑,๒๓๖	๓๔,๘๖๓
		ผลงาน	๕๑๗	๒๓๙	๑๓๑	๑๑๔	๙๑	๓๓๑	๑๑๗	๑๒๕	๒๘	๙๔	๑,๗๘๗
		อัตรา/ร้อยละ	๕.๘๒	๕.๒๒	๔.๐๕	๓.๔๗	๓.๑๕	๗.๓๑	๖.๑๘	๔.๖๕	๑.๖๙	๗.๖๑	๕.๑๓
๑๐.	อ้วน (๑๐%)	เป้าหมาย	๘,๘๗๗	๔,๕๗๘	๓,๒๓๘	๓,๒๘๓	๒,๘๘๙	๔,๕๒๘	๑,๘๙๓	๒,๖๘๙	๑,๖๕๒	๑,๒๓๖	๓๔,๘๖๓
		ผลงาน	๙๙๖	๖๐๓	๓๒๐	๒๒๒	๒๖๕	๖๑๗	๒๘๖	๓๓๙	๑๔๕	๑๒๔	๓,๙๑๗
		อัตรา/ร้อยละ	๑๑.๒๒	๑๓.๑๗	๙.๘๘	๖.๗๖	๙.๑๗	๑๓.๖๓	๑๕.๑๑	๑๒.๖๑	๘.๗๘	๑๐.๐๓	๑๑.๒๔

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรัง มีเด็กที่พัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๗.๓๑ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัด พื้นที่ที่มีพัฒนาการสมวัยมากที่สุด คือ อำเภอรัษฎา ร้อยละ ๙๙.๗๒ และพื้นที่ที่มีพัฒนาการสมวัยน้อยที่สุด คือ อำเภอนาโยง ร้อยละ ๙๕.๒๙ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัด เด็กได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ร้อยละ ๒๓.๖๔ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัด โดยอำเภอย่านตาขาว อัตราเด็กพบสงสัยล่าช้าสูงสุด มีเด็กที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้า ได้รับการประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน เฉลี่ยร้อยละ ๙๖.๙๗ โดยอำเภอหาดสำราญติดตามได้สูงสุด เด็กที่สงสัยล่าช้าทันทีและสงสัยล่าช้าหลังติดตามกระตุ้นด้วย DSPM ยังพบล่าช้าส่งต่อกระตุ้นด้วยTEDA4I ร้อยละ ๕๔.๕๕ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัด โดยอำเภอนาโยงติดตามกระตุ้นได้สูงสุด ร้อยละ ๑๐๐ และมีเด็กที่มีส่วนสูงดีและมีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ ๔๓.๙๖ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัด โดยอำเภอปะเหลียนมีอัตราเด็กสูงดีสมส่วนมากที่สุด มีปัญหาภาวะเตี้ยมากที่สุดในอำเภอห้วยยอด ภาวะผอมมากที่สุดในอำเภอหาดสำราญ และมีภาวะอ้วนมากที่สุดในอำเภอวังวิเศษ

๓. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	โครงการกิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/พื้นที่ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑	ประชุมคณะอนุกรรมการงานเด็กปฐมวัยจังหวัดตรังและอำเภอ	คณะกรรมการงานเด็กปฐมวัยจังหวัดตรังและอำเภอ	ปีละ ๒ ครั้ง	สสจ.
๒	พัฒนามาตรฐานของคลินิกสุขภาพเด็กดี และพัฒนามาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	๑๐ อำเภอ	มี.ค-กค.๖๓	สสจ.
๓	การเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย	๑๐ อำเภอ	ต.ค.๖๓-ก.ย.๖๔	สสจ.
๔	การส่งเสริมป้องกันการขาดสารอาหารไอโอดีนในกลุ่มเด็ก	๑๐ อำเภอ	ต.ค.๖๓-ก.ย.๖๔	สสจ.
๕	พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในระดับจังหวัดและอำเภอ	ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก	มี.ค.-ส.ค.๖๔	สสจ.
๖	ขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต	ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก	กพ-กค.๖๔	สสจ.
๗	ติดตามเยี่ยมเสริมพลังเพื่อพัฒนางานเด็กปฐมวัยและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	๑๐ อำเภอ	มิ.ย.-ก.ค.๖๔	สสจ.

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๑. เวลาในการให้บริการถูกจำกัดและเร่งรัด ด้วยภาระงานหลายด้าน ทำให้ความละเอียดในการตรวจคัดกรองไม่เท่ากัน

๒. การโยกย้ายสถานที่ทำงานและการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน ทำให้ต้องสอนและใช้เวลาในการเรียนรู้ใหม่กว่าจะเข้าใจและชำนาญ

๓. ผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญในการดูแลเด็กจะเน้นฝากกับเจ้าหน้าที่

๔. ในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ต้องอาศัยความร่วมมือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับผู้ปกครอง รวมทั้งเชื่อมโยงการส่งต่อข้อมูลในทุกระดับสถานบริการ

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑.การติดตามเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงให้มารับบริการยังทำได้ยากผู้ปกครองขาดความเข้าใจ	ประเมินบูรณาการร่วมกับติดตามเยี่ยมเสริมพลังเพื่อพัฒนางานเด็กปฐมวัยและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เน้นการติดตามการมากระตุ้นพัฒนาการเชิงรุก
๒.ขาดความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล	ลงติดตามพื้นที่ที่มีข้อมูลผิดปกติ นำข้อมูลมาทบทวนและร่วมหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

๖. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

๗. การดำเนินการตามข้อสั่งการ ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๔ ที่ผ่านมา

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ 1/2564	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ 1/2564
- ติดตามเด็กกระตุ้นพัฒนาการเชิงรุกในพื้นที่ สร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครอง - ร่วมหาแนวทางกับผู้ปฏิบัติงานที่บันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC ให้สมบูรณ์ ถูกต้องใกล้เคียงกับข้อมูลที่ให้บริการกับผู้รับบริการจริง - ร่วมหาแนวทางส่งออกข้อมูลจากโปรแกรม HosXP ให้ข้อมูลสู่ระบบ HDC มีความรวดเร็ว - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพเด็กแบบองค์รวม - ทบทวน ฟื้นฟู coaching หน้างาน โดย Child Project Manager (CPM) อำเภอ - ค้นหากลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการวิเคราะห์หาสาเหตุแก้ปัญหา เป็นรายบุคคล - ติดตามเรื่องคุณภาพอาหารใน ศพด. และโรงเรียน	- จัดการโดยประสานพื้นที่ติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า/เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเพื่อรับการกระตุ้น - ติดตามและตรวจสอบข้อมูลในระบบ HDC อย่างต่อเนื่อง - เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ทำให้จัดกิจกรรมและลงพื้นที่ไม่สะดวก โดยมีการปรับแผนแลกเปลี่ยนเรียนรู้และชี้แจงการดำเนินงานผ่านระบบ Zoom - รวบรวมข้อมูลพื้นที่ที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ และจัดทำแบบสำรวจข้อมูลแต่ละพื้นที่ เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา - ส่งข้อมูลอาหารและโภชนาการให้กับพื้นที่เพื่อส่งต่อยัง ศพด. และโรงเรียน

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)



กรมอนามัย และศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา



สุ่มตรวจพัฒนาการโดยใช้เครื่องมือ DENVER II



ประชุมเตรียมโครงการเด็กอ้วน



อบรมกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก

ประเด็นหลัก / หัวข้อ : สุขภาพกลุ่มวัยทำงาน (NCD/DM/HT)

ตัวชี้วัด : ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔)

สถานการณ์จังหวัดตรัง จากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม การดำเนินการของจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ การคัดกรอง DM ในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๕๘ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย (เกณฑ์ > ร้อยละ๙๐) อัตราการตรวจระดับน้ำตาลซ้ำในกลุ่มเสี่ยงDM มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๕๗ (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ ๙๐) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๘ (เกณฑ์ < ร้อยละ ๑.๙๕)

การคัดกรอง HT ในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๘๓ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย (เกณฑ์ > ร้อยละ๙๐) อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ภาพรวมจังหวัด มีผลงานสูงกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ๔๐) คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๘๒

สถานการณ์ปัจจุบัน การคัดกรอง DM ในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ภาพรวมจังหวัดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๒๔ (เกณฑ์ > ร้อยละ๙๐) อัตราการตรวจระดับน้ำตาลซ้ำในกลุ่มเสี่ยงDM ภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๙๓ (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ ๙๐) ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๕๒ (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ ๖๐)

การคัดกรอง HT ในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ภาพรวมจังหวัดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คิดเป็น ร้อยละ ๙๔.๐๙ (เกณฑ์ > ร้อยละ๙๐) อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๘๑ (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ ๕๐) ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๖๑ (เกณฑ์ > ร้อยละ ๗๐)

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)
(ที่มาของข้อมูล HDC ณ วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๔)

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**
1.	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยDM	เป้าหมาย	770	642	719	547	160	222	191	222	262	89	**3,824**
		ผลงาน	243	156	447	385	127	173	51	200	135	53	**1,970**
		อัตรา/ร้อยละ	31.56	24.3	62.17	70.38	79.38	77.93	26.7	90.09	51.53	59.55	**51.52**
2.	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยHT	เป้าหมาย	2,659	2,149	2,314	2,240	525	1,838	1,634	1,047	1,364	344	**16,114**
		ผลงาน	2,362	1,085	2,028	2,203	426	1,593	1,046	862	1,234	312	**13,151**
		อัตรา/ร้อยละ	88.83	50.49	87.64	98.35	81.14	86.67	64.01	82.33	90.47	90.7	**81.61**

อภิปรายผลจากตาราง

จากตารางพบว่า ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ภาพรวมจังหวัด คิดเป็น ร้อยละ ๕๑.๕๒ (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ ๖๐) อำเภอที่ได้ดำเนินการผ่านเกณฑ์เป้าหมาย มีจำนวน ๔ อำเภอ ได้แก่ อำเภอนาโยง ร้อยละ ๙๐.๐๙ อำเภอสิเกา ร้อยละ ๗๙.๓๘ อำเภอห้วยยอด ร้อยละ ๗๗.๙๓ และอำเภอย่านตาขาว ร้อยละ ๖๒.๑๗ ตามลำดับ และร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมจังหวัด คิดเป็น ร้อยละ ๘๑.๖๑ (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ ๗๐) อำเภอที่ได้ดำเนินการผ่านเกณฑ์เป้าหมาย มีจำนวน ๘ อำเภอ ได้แก่ อำเภอปะเหลียน ร้อยละ ๙๘.๓๕ อำเภอหาดสำราญ ร้อยละ ๙๐.๗ อำเภอรัษฎา ร้อยละ ๙๐.๔๗

อำเภอเมือง ร้อยละ ๘๘.๘๓ อำเภอย่านตาขาว ร้อยละ ๘๗.๖๔ อำเภอนาโยง ร้อยละ ๘๒.๓๓ และอำเภอสิเกา ร้อยละ๘๑.๑๔ ตามลำดับ

๒. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ถ่ายทอดนโยบาย ตัวชี้วัด	๑๐ อำเภอ	ต.ค. – ธ.ค. ๖๔	สสจ.
๒.	ประชุมคณะทำงาน NCD	๑๐ อำเภอ	ต.ค. – ธ.ค. ๖๔	สสจ.
๔	ติดตามและเร่งรัดการคัดกรอง DM/HT	๑๐ อำเภอ	ต.ค. – ธ.ค. ๖๔	สสจ.
๕	ติดตามผลการติดตามกลุ่มสงสัยป่วย DM/HT	๑๐ อำเภอ	เม.ย. - ก.ย. ๖๔	สสจ.
๖	วิเคราะห์และคืนข้อมูลให้เครือข่ายอำเภอราย ๓ เดือน	๑๐ อำเภอ	ต.ค. – ก.ย. ๖๔	สสจ.

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

การกำหนดตัวชี้วัด/KPI ของกระทรวง/กรม มีความล่าช้า และมีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในการปฏิบัติ ตัวชี้วัดบางตัวมีคำอธิบายใน Templet ที่ไม่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการทำความเข้าใจและประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ และตัวชี้วัดบางตัวที่มีรายละเอียดข้อแม้ในการดำเนินการมาก จึงเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับพื้นที่

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. การกำหนดตัวชี้วัดล่าช้า และมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย	- ควรกำหนดตัวชี้วัด/เกณฑ์/Template ให้แล้วเสร็จก่อนสิ้นปีงบประมาณ และชี้แจงตัวชี้วัดแก่จังหวัดก่อนสิ้นปีงบประมาณ เพื่อที่จังหวัดจะได้การวางแผนและถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานให้ทันตามที่ Template กำหนดต่อไป - ตัวชี้วัดควรเป็นตัวเดิม/เกณฑ์เดิม ไม่ควรเปลี่ยนแปลงบ่อย เนื่องจากงาน NCD ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติงานถ้าเปลี่ยนตัวชี้วัดทุกปีจะวัดผลไม่ได้
๒. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรน่า(COVID-๑๙) ส่งผลให้แผนการติดตามกลุ่มสงสัยป่วย ทำได้ยากขึ้น และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังบางส่วน มีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบงานในสถานการณ์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น เช่น งานด่าน งานคัดกรองทั้งเชิงรุกและ Event งานสถานกักกัน รพ.สนาม และทีมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	- ทำสรุปทะเบียน เพื่อดำเนินการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยที่ยังไม่ได้รับการติดตาม มาตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัย และเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๓. เครื่องวัดความดันโลหิตไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ในบางพื้นที่	- สนับสนุนพื้นที่ขอรับเครื่องวัดความดัน โดยการเขียนโครงการเสนอผ่านช่องทางระบบอิเลคทรอนิกส์ของสปสช. และขอเพิ่มวงเงินสนับสนุน

๔. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑.....

๒.....

๓.....

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)









ประเด็นหลัก / หัวข้อ : สุขภาพกลุ่มวัยทำงาน (NCD/DM/HT)
ตัวชี้วัด : ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ห่างไกลNCDs” ร้อยละ๕๐

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔)

ปี ๒๕๖๔ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กำหนดให้ดำเนินการขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน : “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด โดยกำหนดคำนิยาม ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs หมายถึง ชุมชนที่มีการดำเนินการเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ประกอบด้วย ภาคท้องถิ่น ภาคสาธารณสุข และภาคประชาชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชน/หมู่บ้าน และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวทางการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBI NCDs) ๕ ขั้นตอน ผนวกกับการใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter for health promotion) ทั้ง ๕ ประเด็น โดยเฉพาะการขับเคลื่อนให้เกิดมาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะ ซึ่งจะส่งผลต่อความต่อเนื่องและยั่งยืน

ชุมชน หมายถึง หมู่บ้านหรือชุมชนในเขตเมือง ตามเขตปกครอง

เกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ประกอบด้วย

๑. ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรค ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกัน เพื่อวางแผนกำหนดมาตรการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตามกลุ่มวัย

๒. ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการจัดทำแผนงาน/โครงการแบบมีส่วนร่วมและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

๓. ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการติดตามประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานในระยะต่อไป

สถานการณ์ปัจจุบัน ตามนโยบายการดำเนินงานตามตัวชี้วัดประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง “วิถีใหม่ห่างไกล NCDs” โดยมีเป้าหมายในการดำเนินงานหมู่บ้านหรือชุมชนในเขตเมืองตามเขตการปกครอง ๒ ชุมชน เพื่อให้ชุมชนที่มีการดำเนินการเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ประเมินผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ จังหวัดตรังได้ดำเนินการให้ทั้ง ๑๐ อำเภอ คัดเลือก ๑ ชุมชนที่มีการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้จังหวัดคัดเลือกชุมชนที่มีความพร้อม ๒ ชุมชน รายงานผลการดำเนินงานส่งกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ชุมชนที่ดำเนินการ	ขั้นตอนดำเนินงาน CBIs
๑.ชุมชนบ้านเขาโหรง ม.๑๒ ต.น้ำผุด อ.เมืองตรัง จ.ตรัง ดำเนินงานอยู่ในขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๔ ดำเนินงานตามแผนเพื่อจัดการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ๑. การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๒. สาธิตการปรุงอาหาร การตรวจวัดความเค็ม ๓. ชั่งนน. วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ก่อนเข้าโครงการ ๔. กิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้ โดยผู้นำชุมชน ๕. กิจกรรมออกกำลังกาย ขั้นตอนที่ ๕ ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน (เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔)
๒.ชุมชนบ้านหนองชุมแสง ม.๑ ต.อ่าวตง อ.วังวิเศษ จ.ตรัง ดำเนินงานอยู่ในขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๔ ดำเนินงานตามแผนเพื่อจัดการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ๑. การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลสุขภาพ ๒. กิจกรรมออกกำลังกาย โดยมีกลุ่ม บาสโลบ แอร์โรบิค ขั้นตอนที่ ๕ ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน (เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔)

๒. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ถ่ายทอดนโยบาย ตัวชี้วัด	๑๐ อำเภอ	ต.ค. – ธ.ค. ๖๔	สสจ.
๒.	ประชุมคณะทำงาน NCD	๑๐ อำเภอ	ต.ค. – ธ.ค. ๖๔	สสจ.
๓	คัดเลือก ๒ ชุมชนเพื่อดำเนินการ	๑๐ อำเภอ	ม.ค. ๖๔	สสจ.
๔	ดำเนินการตาม (CBI NCDs) ๕ ขั้นตอนและรวบรวมรายงานโดยสสจ.	๒ อำเภอ	ก.พ. – ส.ค. ๖๔	สสอ./สสจ.
๗	ส่งรายงานไปยังกองโรคไม่ติดต่อ	๒ อำเภอ	ส.ค. ๖๔	สสจ.

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

การกำหนดตัวชี้วัด/KPI ของกระทรวง/กรม มีความล่าช้า และมีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในการปฏิบัติ ตัวชี้วัดบางตัวมีคำอธิบายใน Templet ที่ไม่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการทำความเข้าใจและประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ และตัวชี้วัดบางตัวที่มีรายละเอียดข้อแม้ในการดำเนินการมาก จึงเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับพื้นที่

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. การกำหนดตัวชี้วัดล่าช้า และมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย	- ควรกำหนดตัวชี้วัด/เกณฑ์/Template ให้แล้วเสร็จก่อนสิ้นปีงบประมาณ และชี้แจงตัวชี้วัดแก่จังหวัดก่อนสิ้นปีงบประมาณ เพื่อที่จังหวัดจะได้การวางแผนและถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานให้ทันตามที่ Template กำหนดต่อไป - ตัวชี้วัดควรเป็นตัวเดิม/เกณฑ์เดิม ไม่ควรเปลี่ยนแปลงบ่อยเนื่องจากงาน NCD ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติงานถ้าเปลี่ยนตัวชี้วัดทุกปีจะวัดผลไม่ได้
๒. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัส โคโรน่า (COVID-๑๙) ส่งผลให้การทำกิจกรรมตามแผนการล่าช้า และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังบางส่วน มีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบงานในสถานการณ์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น เช่น งานด่าน งานคัดกรองทั้งเชิงรุกและEvent งานสถานกักกัน รพ.สนาม และทีมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	- ปรับเปลี่ยนกิจกรรมในโครงให้เข้ากับสถานการณ์การระบาด ใช้ช่องทางติดต่อสื่อสารผ่านระบบอิเลคทรอนิกส์ และแอปพริเคชั่นแทนการรวมกลุ่มทำกิจกรรม ปรับเปลี่ยนการใช้สื่อในการให้ความรู้ เช่น ใช้คลิปวิดีโอ onepage ชุดความรู้
๓. เครื่องวัดความดันโลหิตไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ในบางพื้นที่	- สนับสนุนพื้นที่ขอรับเครื่องวัดความดัน โดยการเขียนโครงการเสนอผ่านช่องทางระบบอิเลคทรอนิกส์ของสปสช. และขอเพิ่มวงเงินสนับสนุน

๔. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑.....

๒.....

๓.....

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)









แบบรายงานสรุปข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด รอบที่ ๒/๒๕๖๔
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

.....

ประเด็นหลัก / หัวข้อ : ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย : STEMI
ตัวชี้วัดหลัก :

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (<ร้อยละ ๑๐)

ตัวชี้วัดรอง :

๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ร้อยละ ๖๐)

๒.๑ ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย (≥ร้อยละ ๖๐)

๒.๒ ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย (≥ร้อยละ ๖๐)

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

จังหวัดตรังประกอบด้วย ๑๐ อำเภอ ด้านภูมิศาสตร์มีโรงพยาบาลศูนย์อยู่ตรงกลาง มีโรงพยาบาลชุมชนอยู่ล้อมรอบ ประกอบด้วยโรงพยาบาลระดับ A : ๑ แห่ง, ระดับ M๒ : ๑ แห่ง, F๑ ๒ แห่ง และระดับ F๒ : ๕ แห่ง, F๓ : ๑ แห่ง ซึ่งทุกโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไปมีศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ๑๐๐% และได้ยาละลายลิ่มเลือดตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ เดิมเครือข่ายหัวใจจังหวัดตรังดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI แบบ primary PCI base ดังนั้น กรณี Cath Lab Unavailable จึงใช้ Guideline SK จากโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งเริ่มดำเนินการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ ER มีการพัฒนาระบบส่งต่อกับโรงพยาบาลพัทลุง เพื่อลดระยะเวลารอคอยตรวจสวนหัวใจ มีการเพิ่มปริมาณการผ่าตัดหัวใจ แต่แนวโน้มอัตราการตายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่เกินเกณฑ์คือ ๙.๘๐ สำหรับอัตราตายของผู้ป่วยยังคงเป็นสาเหตุจากภาวะความรุนแรงของโรค สำหรับเวลาตั้งแต่แน่นหน้าอกกระทั่งถึงโรงพยาบาล อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจโดยหมอหัวใจ และการพัฒนาการสั่งใช้ยา secondary prevention ยิ่งทำให้อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงเหลือ ๙ ต่อแสนประชากร

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	ต่างจังหวัด	**รวมจังหวัด**
๑.	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	เป้าหมาย	๕๖	๑๗	๑๔	๓	๙	๒๔	๑๔	๙	๔	๒	๑	**๑๕๓**
		ผลงาน	๑	๔	๐	๐	๐	๑	๓	๓	๑	๑	๑	**๑๕**
		อัตรา/ร้อยละ	๑.๗๙	๒๓.๕๓	๐	๐	๐	๔.๑๗	๒๑.๔๓	๓๓.๓๓	๒๕	๕๐	**๕๐**	**๙.๘๐**

ที่มาข้อมูล : ที่มาข้อมูล : ระบบรายงานข้อมูล HosXP ณ วันที่ ๒๒ เดือน มิถุนายน ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง

ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลของจังหวัดตรัง ร้อยละ ๙.๘๐ (รวมต่างจังหวัด) โดยอำเภอที่มีอัตราตายสูงสุดได้แก่ ต่างจังหวัด อำเภอหาดสำราญ และอำเภอนาโยง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	อื่นๆ	**รวมจังหวัด**
๒.	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	เป้าหมาย	๔๗	๑๒	๙	๓	๗	๑๘	๑๓	๘	๓	๒	๑	**๑๒๓**
		ผลงาน	๔๒	๑๐	๘	๒	๖	๑๗	๙	๘	๒	๐	๐	**๑๐๔**
		อัตรา/ร้อยละ	๘๙.๓๖	๘๓.๓๓	๘๘.๘๙	๖๖.๖๗	๘๕.๗๑	๙๔.๔๔	๖๙.๒๓	๑๐๐	๖๖.๖๗	๐	๐	**๘๔.๕๕**
๒.๑	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย (> ร้อยละ ๖๐)	เป้าหมาย	๘	๕	๔	๒	๔	๕	๓	๓	๑	๑	๐	**๓๖**
		ผลงาน	๖	๔	๓	๒	๓	๕	๓	๓	๑	๐	๐	**๓๐**
		อัตรา/ร้อยละ	๗๕	๘๐	๗๕	๑๐๐	๗๕	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๐	๐	**๘๓.๓๓**

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมืองฯ	เกาะพะงัน	บ.ตลาดใหม่	ท่าฉาง	บางกุ้ง	ตลาดมะขาม	คีรีรัฐนิคม	วังกุ	เคียนซา	กรมป่าไม้	ไกรลาส	รวมทั้งหมด
๒.๒	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย (>ร้อยละ ๖๐)	เป้าหมาย	๓๙	๗	๕	๑	๓	๑๓	๑๐	๕	๒	๑	**๑**	**๘๗**
		ผลงาน	๓๖	๖	๕	๐	๓	๑๒	๖	๕	๑	๐	**๐**	**๗๔**
		อัตรา/ร้อยละ	๙๒.๓๑	๘๕.๗๑	๑๐๐	๐	๑๐๐	๙๒.๓๑	๖๐	๑๐๐	๕๐	๐	**๐**	**๘๕.๐๖**

ที่มาข้อมูล : **ระบบรายงานข้อมูล HosXP ณ วันที่ ๒๒ เดือน มิถุนายน ๒๕๖๔**

อภิปรายผลจากตาราง

ร้อยละของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดมากกว่า ๖๐ ซึ่งค่าเฉลี่ยในรอบ ๘ เดือนของปี ๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๕๕ โดยอำเภอที่มีอัตราการเปิดหลอดเลือดตามมาตรฐานสูงสุดได้แก่ อำเภอนาโยง อำเภอห้วยยอด และอำเภอเมือง

๓. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑	พัฒนาระบบ Fast Track STEMI สู่ความเป็นเลิศ - โครงการ ACS aleart นำร่องในเขตเทศบาลเมือง - พัฒนาเครือข่ายที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้เร็ว : มีระบบ Fast Track ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Model: โครงการชุมชนต้นแบบ : หัวใจดีเริ่มที่บ้าน ต.เกาะเคี่ยม อ.กันตัง) (Prima-NICS)	**รพ.สต. ๕ แห่ง ในเขตอำเภอเมือง**	**เม.ย.–ก.ย.๖๔**	**เวชกรรมสังคมและ รพช.**
๒	โครงการส่งหัวใจกลับบ้าน remind order STEMI for secondary prevention	๑๐๐ %	**เม.ย.–ก.ย.๖๔**	เภสัชกร
๓	โครงการสารสนเทศหัวใจ - ACS Registry - การส่งข้อมูลผู้ป่วย STEMI - แบบฟอร์มในโรงพยาบาล	๑๐๐ %	ก.ย. ๖๔	ศูนย์หัวใจ
๔	พัฒนาทีมส่งต่อให้มีศักยภาพ : ACLS award	รพช.	ก.ย. ๒๕๖๔	ศูนย์หัวใจ
๕	ทบทวน ACS และ EKG กับเครือข่ายปีละครั้ง	รพช.	ก.ย. ๒๕๖๔	ศูนย์หัวใจ

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๑. ผู้ป่วย STEMI จังหวัดตรังส่วนใหญ่มีภาวะความรุนแรงของโรค Left main ,TVD ,DVD ทำให้ผู้ป่วยมาด้วยภาวะ cardiac arrest ซึ่งโอกาสรอดชีวิตต่ำมาก

๒. จากการลงชุมชนต้นแบบ พบปัจจัย บุหรี่ การควบคุมโรค HT , DM (NCD) การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับเสี่ยงสูง

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
- ปริมาณผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีปริมาณมากขึ้นและมีความรุนแรงสูง	- เพิ่มการรณรงค์ให้ผู้ป่วยที่มีอาการchest painมา รพ.เร็ว - primary care และทีมโรคเรื้อรัง ควรเร่งรัดเชิงรุกและเชิงป้องกัน - พัฒนาศักยภาพ รพ.สต.นาเกลือและ รพ.สต.มดตะนอย ให้เป็น Node STEMI - CPR ภาคประชาชน
- CVT เหลือ ๑ คน	- พัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการอบรมเฉพาะทางเพื่อรองรับแพทย์ CVT ที่กำลังจะจบปี ๒๕๖๔ และปี ๒๕๖๕

๖. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

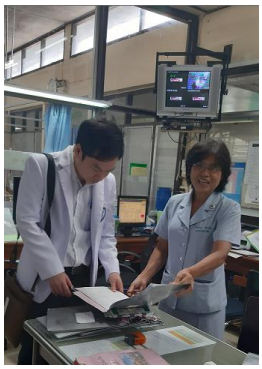
- มีการให้ยา SK/TNK in ER
- จัดตั้ง Node NSTEMI : โรงพยาบาลห้วยยอด

๗. การดำเนินการตามข้อสั่งการ ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๔ ที่ผ่านมา

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๖๔	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๖๔
๑.พัฒนารพ.ห้วยยอด เป็น node ด้านโรคหัวใจ	๑. ได้ดำเนินการไปแล้วตั้งแต่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๒ ๑. ประชุมเครือข่ายหัวใจเพื่อจัดตั้ง Node NSTEMI ที่ รพ.ห้วยยอด เมื่อวันที่ ๒๖ เม.ย. ๒๕๖๒ ๒. เยี่ยมเครือข่ายหัวใจเพื่อจัดตั้ง Node NSTEMI ที่ รพ.รัษฎา เมื่อวันที่ ๑๙ ก.ย. ๒๕๖๒ ๓. ให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่าย:Node NSTEMI ที่ รพ ห้วยยอด เมื่อวันที่ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๒ ๔. จัดทำแนวทางการส่งต่อจาก Node NSTEMI มา รพ.ตรัง ๕. จัดทำ standing order NSTEMI เริ่มทดลองใช้ใน รพ.ตรัง ๖. วางแผนนิเทศติดตามเครือข่าย Node NSTEMI

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๖๔	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๖๔
๒.สนับสนุนการผ่าตัดหัวใจ	๑. เพิ่มห้องผ่าตัดหัวใจ ทีมผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ Scrub nurse นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก พยาบาล ICU CVT และวิสัญญีแพทย์ ๒. พัฒนาศักยภาพการผ่าตัดหัวใจเด็ก โดยเพิ่มทีมพยาบาลเด็กที่ดูแลหลังผ่าตัดหัวใจเด็ก ๓. พัฒนาทีม Cath lab ให้สามารถทำหัตถการได้มากขึ้น ได้แก่ สรรหาแพทย์Interventionist ทีมพยาบาล cath lab และเพิ่มห้องหัตถการพร้อมเครื่องตรวจสวนหัวใจ ๔. พัฒนาทีม Non invasive ได้แก่ การทำ Echo, EST ให้สามารถตรวจได้เพิ่มมากขึ้น

๘.ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)







แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ฯ : TRAUMA

ตัวชี้วัดหลัก :

๑. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) (<ร้อยละ ๑๒)

ตัวชี้วัดรอง :

๒. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า ๐.๕ ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (<ร้อยละ ๔)

๓. อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS<๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (<ร้อยละ ๓๐)

๔. อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่า ๒๕ คะแนน (>ร้อยละ ๘๐)

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ผลงานงวดที่ ๓/๒๕๖๔ (๑ เม.ย.๖๔ - ๓๑ พ.ค.๖๔)

๓.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) (เกณฑ์ <ร้อยละ ๑๒)

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(ทั้ง trauma และ non trauma) ที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง (A)	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(ทั้ง trauma และ non trauma) ทั้งหมด (B)	ร้อยละ (A/B)×๑๐๐	
ตรัง ผลงานงวดที่ ๓/๒๕๖๔ (๑ เม.ย.-๓๑ พ.ค.๖๔)	๔๑	๕๑๒	๘.๐๑	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พ.ค.๖๔)	๑๙๔	๒๓๕๘	๘.๒๓	

๓.๒ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า ๐.๕ ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (< ร้อยละ ๔)

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	(A)	(B)	ร้อยละ (A/B)×๑๐๐	
ตรัง ผลงานงวดที่ ๓/๒๕๖๔ (๑ เม.ย.-๓๑ พ.ค.๖๔)	๑	๑๗๔	๐.๕๗	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พ.ค.๖๔)	๑๕	๑๓๖๗	๑.๑๐	

๓.๓ อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) GCS ≤๘ ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (เกณฑ์ < ร้อยละ ๓๐)

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (GCS ≤๘) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (A)	จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (B)	ร้อยละ (A/B)×๑๐๐	
ตรัง ผลงานงวดที่ ๓/๒๕๖๔ (๑ เม.ย.-๓๑ พ.ค.๖๔)	๑๓	๒๘	๔๖.๔๓	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พ.ค.๖๔)	๓๑	๙๒	๓๓.๗๐	

๓.๖ ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๓.๑ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพไม่ต่ำกว่า ๒๕ คะแนน (เกณฑ์ ≥ร้อยละ ๘๐)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ(ไม่ต่ำกว่า ๒๕ คะแนน) (A)	จำนวน TEA unit ที่ประเมินคุณภาพทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (B)	ร้อยละ (A/B)×๑๐๐	
โรงพยาบาลตรัง	๐(๒๑/๒๕)	๑	๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค.๖๔)	๐	๑	๐	

ที่มาข้อมูล : .....ณ วันที่ ๑ เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง

อภิปรายผลจากตาราง

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤต (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๒

จากการวิเคราะห์ผู้ป่วย พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตายหลักใน ๒ เดือนที่ผ่านมา คือ cerebrovascular bleeding มากที่สุด จำนวน ๑๔ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๑๕ รองลงมาได้แก่ myocardial infarction ร้อยละ ๑๒.๙๕ (จำนวน ๙ ราย) sepsis ร้อยละ ๑๐.๐๗ (จำนวน ๗ราย) CA, pneumonia ร้อยละ ๑๔.๖๓ (จำนวนอย่างละ ๖ ราย) Severe head injury และ Multiple Trauma ร้อยละ ๙.๗๖ (จำนวนอย่างละ ๔ ราย) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่รุนแรง ได้รับการ resuscitate ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน และ resuscitate อย่างเต็มที่จากห้องฉุกเฉิน เมื่อแพทย์อธิบายแนวทางการรักษาและพยาธิสภาพของโรค ญาติที่ดูแลบางครั้งถอดใจในการรักษาจึงขอพาผู้ป่วยกลับบ้าน หรือปฏิเสธหัตถการที่invasive ทำให้ทีมแพทย์และพยาบาลไม่สามารถรักษาได้ดีพอ เช่น ปฏิเสธการทำ central line ,on ETT การผ่าตัด รวมถึงการ CPR เนื่องจากญาติไม่สามารถรับผลลัพธ์การรักษาที่ผู้ป่วยอาจต้องนอนติดเตียงได้ และเลือกรักษาแบบประคับประคอง และนอกเวลาราชแพทย์มีจำนวนน้อย ไม่ได้มีแพทย์เชี่ยวชาญทุกเวร

- **การพัฒนาคุณภาพการรักษาโดยใช้ ER Safety Goal**

  Patient safety

  - พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Cerebrovascular bleeding ที่มาโดยระบบ Fast tract เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่เร็วขึ้น (Door to CT , CT to Osmotic drug)
  - พัฒนาการดูแลเคส STEMI ซึ่งเดิมการDrip ยา Streptokinese จะให้ใน ICUM มีการปรับมาโดยให้เริ่มที่ ER จากนั้นนำส่งไป ICUM/ ward
  - พัฒนาการดูแลเคส sepsis โดยมีการปรับการเก็บตัวชี้วัดในการดูแลผ้ป่วยจากเดิมเก็บ Diagnosis to Antibiotic ภายใน ๓๐ นาที เป็น Door to Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมงเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยได้รับยา antibiotic ให้รวดเร็วขึ้น

- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบ Telemedicie เพื่อให้ผลลัพท์การดูแลผู้ป่วยทั้งที่จุดเกิดเหตุ (Pre-hospital) และระหว่างการส่งต่อสถานพยาบาล (Refer) มีประสิทธิภาพมากที่สุด
- ทาง PCT ศัลยกรรม ได้ร่วมกับ ทีม ER ทำ trauma audit ทุก๓ เดือน มีการทบทวนเคส เสียชีวิตที่มี PS>๐.๕ ร้อยละ ๑๐๐

<u>Personal safety</u>

- ดำเนินการติดตั้ง ระบบ Telemedicie ในรถ EMS และRefer ทุกคัน (อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน)
- จัดเจ้าหน้าที่รักษารักษาความปลอดภัยดูแลหน้าห้องฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง
- มีระบบ scan ใบหน้า หรือ นิ้วมือ ควบคุมประตูเข้าห้องฉุกเฉิน
- จัดระบบการให้ข้อมูลกับญาติ โดยหน้าจอแสดงผล รายชื่อผู้ป่วย และสถานะการดำเนินการรักษา, -- จัดตำแหน่งพยาบาล (Smile Nurse) คอยให้ข้อมูลกับญาติตลอดเวลา

ตัวชี้วัดรอง : ๑. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า ๐.๕ ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (<ร้อยละ ๔)

- ในช่วง ๒ เดือนที่ผ่านมายังมีเคส PS >๐.๕ ที่เสียชีวิต จำนวน ๑ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผล CT Brain เป็น SAH ระดับความรู้สึกตัวลดลง On ET tube แพทย์แนะนำผ่าตัดแต่ทางผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดและให้การดูแลแบบประคับประคอง

ตัวชี้วัดรอง : ๒. อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS<๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (<ร้อยละ ๓๐)

อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงทางสมอง คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๔๓ (๑๓/๒๘ ราย) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บจากหลายส่วนร่วมกัน และมีความรุนแรงมาก จนทางการแพทย์ไม่สามารถเยียวยาได้ และบางส่วนญาติไม่สามารถรับผลหลังการรักษาที่จะต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาอย่างสมบูรณ์ จึงเป็นเหตุผลบางส่วนที่ทำให้ญาติตัดสินใจปฏิเสธการรักษาให้รอดชีวิต

ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๔. อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่า ๒๕ คะแนน (>ร้อยละ ๘๐)

คะแนนการประเมินเต็ม๔๐ ได้ ๒๑ คะแนน เนื่องจาก TEA unit แนวทางการปรับปรุงอยู่ในขั้นตอนจัดการsoft ware ให้เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อ monitor data ต่อเนื่อง และนำข้อมูลมาจัดกิจกรรมคุณภาพต่อไป

- การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน (ดำเนินการแล้ว)
- มีการจัดเก็บข้อมูล Trauma โดยโปรแกรมIS และสามารถเชื่อมโยงข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
- มีการบันทึกข้อมูลnon trauma เข้าแฟ้มอุบัติเหตุ

- มีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการทบทวนคุณภาพการดูแลได้แก่ ER Conference ,สอบสวนอุบัติเหตุ ,Trauma Audit

สิ่งที่ต้องพัฒนา

- มีแผนการใช้โปรแกรม HosXP ในการบันทึกข้อมูลดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งหมด paperless
- พัฒนาการทำงานของ TEA unit ให้มีประสิทธิผลชัดเจนมากขึ้น
- พัฒนาระบบ FAST TRACT sepsis เน้นเรื่อง early detection

๑. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	Trauma audit ทบทวนเคส PS>๐.๕ ที่เสียชีวิต	แพทย์ศัลยกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน นักศึกษาแพทย์ และพยาบาล	ทุก ๓ เดือน	PCT ศัลยกรรมร่วมกับER
๒.	โครงการอบรมฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มี ภาวะช็อค	โรงพยาบาลตรัง	๑๐ ก.พ. ๖๔	พว.มณฤดี อัมระปาล ร่วมกับทีมER
๓.	โครงการนิเทศเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน	เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน	ก.ย.๖๔ (ยังไม่ได้ดำเนินการ)	พว.มณฤดี อัมระปาล ร่วมกับทีมER
๔.	มาตรการการลดแออัดในห้องฉุกเฉิน	ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลตรัง	กำลังดำเนินการ	คณะกรรมการER คุณภาพ
๕.	ปรับปรุงแนวทางการคัดกรองระหว่าง OPD และ ER ให้เป็นแนวทางเดียวกัน	OPD . ER	กำลังดำเนินการ	พว.มณฤดี อัมระปาล ร่วมกับทีม OPD

๒. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

- ความครอบคลุมในการจัดเก็บข้อมูลยังมีความบกพร่อง เนื่องจากบุคลากรที่ทำงานมีการสับเปลี่ยนหน้าที่ ทำให้ไม่เข้าใจคำนิยามในการจัดเก็บข้อมูล มีการแก้ไข โดยใช้ระบบ TEA unit มาเพิ่มประสิทธิภาพงาน
- สถานที่คับแคบ จำนวนผู้ป่วยแน่น เจ้าหน้าที่ทำงานไม่สะดวก
- จำนวนเตียงสังเกตอาการมีน้อย ทำให้ผู้ป่วยที่รอผล lab , รอสังเกตอาการรอในห้องฉุกเฉิน

- ประชาชนขาดความรู้ในการ early detection ภาวะ sepsis ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ, ผู้ป่วย immunocompromised host ,ผู้ป่วย bedridden

๓. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตไม่ดีพอเนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านวิกฤตฉุกเฉินร่วมดูแล ไม่สามารถจัดตั้ง rapid respone team เพื่อช่วยดูแลเคสกับทีมหลักได้ ทำให้ผู้ป่วยระดับESI๑มีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น	- ควรมีแรงจูงใจให้ทีมแพทย์ พยาบาล ซึ่งมีผู้ป่วยที่ต้องดูแลในเคสหนักได้ดียิ่งขึ้น -อัตราส่วนค่าตอบแทนในแต่ละเวรควรสัมพันธ์กับจำนวน และลักษณะเคส

๗. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)





แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

.....

ประเด็นการตรวจราชการ

ลดแออัด ลดรอคอย ประเด็น : CANCER

ตัวชี้วัดหลัก :

๑. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดรอง :

๑.๑) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๐)

๑.๒) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบาบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๐)

๑.๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (ร้อยละ ๖๐)

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

- **ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔)**

ผู้ป่วยมะเร็งในจังหวัดตรัง พบว่าอุบัติการณ์ ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งตับ มะเร็งไทรอยด์ และการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากรายงานการตรวจราชการ ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ พบว่า การเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ ๗๖ การเข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ ๘๖ และ การเข้าถึงการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ ๘๘.๕๗

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ผลงานงวดที่ ๑/๒๕๖๔

๓.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥๗๐%

จังหวัดตรัง	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔(ต.ค.๖๓-มิ.ย.๖๔)		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
มะเร็งเต้านม	๗๔.๒๕ %	๗๘%	๗๒%	๗๘.๕๗ %	๕๒	๓๗	๗๑.๑๕
มะเร็งลำไส้ใหญ่	๘๙%	๘๐.๘๔%	๗๐%	๘๕ %	๓๒	๒๖	๘๑

๓.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥๗๐%

จังหวัดตรัง	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔(ต.ค.๖๓-มิ.ย.๖๔)		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
มะเร็งเต้านม	๘๖%	๗๘%	๙๒%	๘๖.๔๔ %	๓๘	๓๒	๘๔
มะเร็งลำไส้ใหญ่	๖๐%	๕๘%	๘๒%	๘๕.๗๑ %	๒๕	๒๒	๘๘

๓.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥๗๐%

จังหวัดตรัง	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔(ต.ค.๖๓-มิ.ย.๖๔)		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
มะเร็งเต้านม	๙๖.๗๗	๘๙.๔๗	๙๐%	๘๘.๖%	๓๕	๓๑	๘๘.๕๗
มะเร็งลำไส้ใหญ่	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

****ไม่มีข้อมูลเป็นส่วนที่ต้องประสานโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปฉายแสง*****

- ร้อยละของระยะโรคมะเร็งเต้านม(ไม่น้อยกว่า ๗๐%)

ระยะโรค	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔(ต.ค.๖๓-มิ.ย.๖๔)		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระยะที่ ๑,๒	(๗๓/๑๑๙) ๖๑.๓๔%	(๖๕/๑๑๔) ๕๗%	(๘๐/๑๒๙) ๖๒.๐๑%	(๕๗/๑๐๐) ๕๗%	๕๗	๓๕	๖๑.๔๐
ระยะที่ ๓,๔	(๔๖/๑๑๙) ๓๘.๖๖	(๔๙/๑๑๔) ๔๓%	(๔๙/๑๒๙) ๓๗.๙๙%	(๔๓/๑๐๐) ๔๓%	๕๗	๒๒	๓๘.๕๙

- ร้อยละของระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่(ไม่น้อยกว่า ๗๐%)

ระยะโรค	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔(ต.ค.๖๓-มิ.ย.๖๔)		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระยะที่๑,๒	(๑๖/๔๓) ๓๗.๒๑	(๓๒/๗๒) ๔๔.๔๔	๑๕/๕๒ ๒๘.๘๕	๒๙/๖๘ ๔๒.๖๕	๔๒	๑๗	๔๐.๔๗
ระยะที่๓,๔	(๒๗/๔๓) (๖๒.๗๙)	๔๐/๗๒ (๕๕.๕๖)	๓๗/๕๒ ๗๑.๑๕	๓๙/๖๘ ๕๗.๓๕	๔๒	๒๕	๕๙.๕๒

❖ ข้อมูลอัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ ๓๐ – ๗๐ ปี จังหวัดตรัง ปีงบฯ ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔(๙ ด.)

อำเภอ	๒๕๖๓			๒๕๖๔(ต.ค.๖๓-มิ.ย.๖๔)		
	สตรีไทยอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี	คัดกรอง	ร้อยละ (เกณฑ์ ๘๐%)	สตรีไทยอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ (เกณฑ์ ๘๐%)
เมืองตรัง	๓๕,๙๒๐	๒๒,๐๘๙	๖๑.๔๙	๓๖,๕๕๘	๒๐,๕๘๙	๕๖.๓๒
กันตัง	๑๘,๕๘๘	๑๖,๗๙๑	๙๐.๓๓	๑๘,๕๑๒	๑๔,๐๙๐	๗๖.๑๑
ย่านตาขาว	๑๔,๑๘๙	๑๓,๑๓๙	๙๒.๖๐	๑๔,๒๔๙	๑๒,๙๑๕	๙๐.๖๔
ปะเหลียน	๑๕,๒๗๓	๑๒,๐๗๗	๗๙.๐๗	๑๕,๒๐๓	๑๒,๑๙๓	๘๐.๒๐
สิเกา	๘,๒๗๗	๖,๖๓๙	๘๐.๒๑	๘,๔๒๔	๕,๒๕๗	๖๒.๔๑
ห้วยยอด	๑๙,๙๓๗	๑๔,๐๘๙	๗๐.๖๗	๒๐,๐๗๐	๑๓,๖๗๗	๖๘.๑๕
วังวิเศษ	๙,๐๕๔	๗,๖๗๗	๘๔.๗๙	๘,๙๙๒	๖,๗๙๘	๗๕.๖๐
นาโยง	๙,๘๘๓	๙,๒๒๔	๙๓.๓๓	๙,๙๘๕	๙,๒๗๗	๙๒.๙๑
รัษฎา	๖,๓๙๙	๒,๗๘๔	๔๓.๕๑	๖,๕๑๙	๔,๖๓๖	๗๑.๑๒
หาดสำราญ	๓,๕๐๐	๑,๔๙๔	๔๒.๖๙	๓,๕๔๐	๓,๑๐๕	๘๗.๗๑
รวม	๑๔๑,๐๒๐	๑๐๖,๐๐๓	๗๕.๑๗	๑๔๒,๐๕๒	๑๐๒,๕๓๗	๗๒.๑๘

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล ::วันที่ ๒๘ มิ.ย. ๒๕๖๔

โครงการคัดกรอง MMG เคลื่อนที่ มูลนิธิกาญจนบารมี วันที่ ๑๖-๑๘ มกราคม ๒๕๖๒

ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๓๒๔คน

-MMG =๗๓ คน

-U/S =๗๗คน

BIRADS ๑,๒,๓ =๖๑ คน , BIRADS ๔,๕ =๘คน

เจอ CA ๒คน >>stage ๑=๑ คน ,stage ๒=๑คน

โครงการคัดกรอง MMG เคลื่อนที่ มูลนิธิกาญจนบารมี วันที่ ๑๗-๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓

ตรวจโดยแพทย์/จนท. จำนวน ๖๘๓ คน

-MMG =๒๔๔ คน

-U/S =๒๙๒ คน

BIRADS ๑=๘๙ คน, BIRADS ๒=๑๓๓คน ,BIRADS ๓=๕๔คน , BIRADS ๔=๑๘คน ,BIRADS ๕=๒ คน

เจอ CA ๓คน >>stage ๒=๑ คน ,stage ๓=๑คน ,ไม่ทราบ stage=๑คน

โครงการคัดกรอง MMG เคลื่อนที่ มูลนิธิกาญจนบารมี ปี๒๕๖๔ ต้องยกเลิกไปก่อนเนื่องจากสถานการณ์ covid

ข้อมูลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ 30-60 ปีงบฯ 2563-2564(ต.ค.63-มิ.ย.64) **เกณฑ์ 80%**

อำเภอ	หญิงอายุ 30- 60 ปี ณ ปีงบฯ 2558-2562	คัดกรอง	ร้อยละ	หญิงอายุ30-60ปี ปีเริ่มต้น2563	คัดกรอง	ร้อยละ	หญิงอายุ 30-60 ปี ปีเริ่มต้น 2564	คัดกรอง	ร้อยละ
เมืองตรัง	28,542	13,216	46.3	28,590	4,379	15.32	28,914	7,592	26.26
กันตัง	14,786	8,895	60.16	15,005	4,020	26.79	14,843	5,708	38.46
ย่านตาขาว	11,064	9,459	85.49	11,237	4,097	36.46	11,234	5,648	50.28
ปะเหลียน	12,371	11,672	94.35	12,385	3,316	26.77	12,146	5,162	42.50
สิเกา	6,820	5,678	83.26	6,980	2,575	36.89	7,028	3,832	54.52
ห้วยยอด	16,198	15,168	93.64	15,887	4,384	27.59	15,972	8,030	50.28
วังวิเศษ	7,165	5,827	81.33	7,531	3,381	44.89	7,338	4,258	58.03
นาโยง	7,890	5,581	70.74	7,815	3,037	38.86	7,840	3,494	44.57
รัษฎา	5,226	4,454	85.23	5,315	1,839	34.60	5,318	2,418	45.47
หาดสำราญ	2,732	2,308	84.48	2,849	1,058	37.14	2,867	1,546	53.92
รวม	112,794	82,258	72.93	113,594	32,086	28.25	113,500	47,688	42.02

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล ::วันที่ ๒๒ มิ.ย. ๒๕๖๔

ที่มาข้อมูล : http://www.thaiphc.net ณ วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง

การคัดกรองได้มะเร็งเต้านมมีการคัดกรองที่ครอบคลุมปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๖๙.๕๖ แต่ยังพบมะเร็งเต้านมระยะที่ ๓,๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ร้อยละ ๔๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ร้อยละ ๓๗.๙๙ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ร้อยละ ๔๓% ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ไตรมาส๒)ร้อยละ๖๙.๕๖% และการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ยังทำได้น้อยยังพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะ๓,๔ปีงบประมาณ๒๕๖๐ ร้อยละ ๖๒.๗๙ และปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ร้อยละ๕๕.๕๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ร้อยละ ๗๑.๑๕ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ร้อยละ ๕๗.๓๕% และปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ไตรมาส๒)ร้อยละ ๕๙.๕๒%

- **การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง**

โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในจังหวัดตรังในกลุ่มประชากรกลุ่มอายุ 50-70 ปี ในจังหวัดตรังผลงานดังนี้

รายการ	2561		2562		2563		2564(ต.ค63-มิ.ย.64)	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
FIT positive	201/4,939	4.06	300/4,243	7.07	175/2,499	7.0	297/7,339	4.04
colonoscopy	156/201	77.61	139/300	46.33	132/175	75.42	80/297	26.93
Total cancer	none	none	2	1.43	7	5.3	2	2.5
Pre cancer	51	32.69	20	14.38	40	30.3	11	13.75
Polyp hyperplasia	2	1.28	11	7.9	5	3.78	1	1.25
Total other	25	16.02	28	25.22	16	21.99	17	21.25
normal	81	51.92	71	51.07	51	38.63	49	61.25

อภิปรายผลจากตาราง

จากตารางพบว่าปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไม่พบมะเร็ง พบระยะก่อนมะเร็งร้อยละ ๓๒.๖๙ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ พบมะเร็งร้อยละ ๑.๔๓ ระยะก่อนมะเร็ง ร้อยละ ๑๔.๓๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ พบมะเร็งร้อยละ ๕.๓ ระยะก่อนมะเร็ง ร้อยละ ๓๐.๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ พบมะเร็งร้อยละ ๒.๕ ระยะก่อนมะเร็ง ร้อยละ ๑๓.๗๕ มีแนวโน้มว่าเจอมะเร็งและระยะก่อนมะเร็งเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เป็นการทำ colonoscopy ที่ค้างจากปีงบ ๒๕๖๓ เนื่องจากสถานการณ์ covid-๑๙ ทำให้การทำ colonoscopy ต้องเลื่อนนัดไปก่อน จำนวน ๖๗คน ทำให้โครงการล่าช้าลง และมีการทำ FIT test ได้ ๓๗.๒๓%

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ Small success (๙ เดือน)

Small success (๙ เดือน)	ผลการดำเนินการ
๑.โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	-FIT test ๓๗.๒๓% Colonoscopy ๘๐ คน(คนที่ positiveปีงบ๖๓)
๒.โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม	-มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ๖๙.๕๖%
๓.โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-มีการประชุมเพื่อวางแผนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ติดตั้งเครื่องอ่านผลแล้ว รอเริ่มทำเดือน ส.ค.๖๔

๔. ข้อเสนอแนะจากคณะตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ ๑

ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ ๑/๖๔	ผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ
ประเด็นหัวข้อ : Cancer **ตัวชี้วัด :** ๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ (>๗๐%) ๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดใน ๖ สัปดาห์ (>๗๐%) ๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีภายใน ๔ สัปดาห์ (>๖๐ %) **<u>ข้อเสนอแนะ</u>**	
๑.ส่งเสริมบทบาท Case Manager มะเร็งในแต่ละอำเภอ	-ส่งเสริมการทำงานของ Case Manager ในแต่ละอำเภอ และสนับสนุนให้แต่ละอำเภอมี Case Manager มะเร็ง
๒.เพิ่มจำนวนบุคลากรแพทย์เฉพาะสาขามะเร็ง และพยาบาลประจำคลินิกโรคมะเร็ง	-ประชุมร่วมกับ service plan เพื่อวางแผนขอเพิ่มแพทย์เฉพาะสาขามะเร็ง กำลังจะมีแพทย์ onco med เพิ่มอีก ๑คน รวม ๒ คน
๓.ส่งเสริมให้ฝึกอบรม onco nurse	-สนับสนุนให้มีการฝึกอบรม onco nurse
๔.พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย (E-consult)	-ประสานงานกับทีม E-consult มอ. เพื่อให้รับทราบถึงปัญหาการส่งต่อเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบการส่งต่อ
๕.เพิ่มจำนวนห้องผ่าตัด เพื่อลดระยะรอคอยการผ่าตัด	-ประชุมร่วมกับ service plan เพื่อวางแผนขอเพิ่มจำนวนห้องผ่าตัด
๖.จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็ง และมีเจ้าหน้าที่สำหรับลงข้อมูลทะเบียนมะเร็ง	-รายงานผู้บริหารเรื่องขอจัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็ง

๕. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ให้มีโครงการ.การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยงในทุกอำเภอ ๑. ให้มีคลินิกพิเศษ(คลินิกอดบุหรี่ คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการโปรแกรมวัคซีน (HBV HPV) ๒. ประชาสัมพันธ์ทางสื่อวิทยุท้องถิ่น เสียงตามสาย ๓. ให้มีตลาดนัดสุขภาพทุกอำเภอ	ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดตรังมีโครงการ.การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยงในทุกอำเภอ	ทำอย่างต่อเนื่อง	เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล
๓	มีการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่ ๑. บูรณาการการตรวจคัดกรองในคราวเดียวกันในการคัดกรองมะเร็งเต้านมและปากมดลูก ๒. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอายุ ๕๐-๗๐ปี โดยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระผลบวกส่งตรวจด้วยกล้องส่องลำไส้ใหญ่	๑. สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน ๒. สตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน ๓. กลุ่มเป้าหมายอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	ทำอย่างต่อเนื่อง ทำอย่างต่อเนื่อง ทำตามโครงการ	เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล
๔.	เครือข่ายบริการมีผู้จัดการผู้ป่วยมะเร็งรายกรณี (Case manager)ปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน	๑. ผ่านการอบรมหลักสูตร ๑๐วัน ๒. ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการทำงานจากหน่วยงานอย่างชัดเจน	ทำอย่างต่อเนื่อง	เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๕.	การรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลและระดับจังหวัด ใน TCB	๑. ส่งข้อมูลในระบบบอย่างครบถ้วนในHDC,TCB (Thai cancer base) ๒. มีข้อมูลผลการดำเนินการในฐานข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา ๓. จัดพิมพ์รายงาน เผยแพร่	ทำอย่างต่อเนื่อง	เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล
๖.	Refer ผู้ป่วยมะเร็งโครงการ Cancer Anywhere (มะเร็งรักษาได้ทุกที่ ในสิทธิ์ ๓๐ บาท) โดยไม่ใช้ใบ refer	๑. ส่งข้อมูล refer ผู้ป่วยมะเร็งในระบบบอย่างครบถ้วนในโปรแกรม TCB plus ๒ . ติดตั้ง Application Cancer Anywhere ในมือถือให้ผู้ป่วย	ทำอย่างต่อเนื่อง	โรงพยาบาลศูนย์

๖. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

การคัดกรองมะเร็งในปัจจุบันไม่ว่าคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ ต้องใช้งบประมาณและกำลังบุคลากรทางการแพทย์มาก ผลการคัดกรองพบว่าผลปกติอาจเจอในระยะเริ่มต้นบ้างแต่น้อยประมาณร้อยละ ๑-๒ แต่หากดูระยะโรคมะเร็งยังพบว่ามะเร็งระยะที่๓และ๔ จำนวนมาก จากการรวบรวมข้อมูลจะพบว่ากลุ่มที่มาคัดกรองเป็นกลุ่มเดิมที่ทำการตรวจดัดกรองอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนที่ไม่ได้รับการคัดกรองเนื่องจากกลัว ไม่มีเวลา ไม่รู้ว่ามีการคัดกรองยังมีอยู่จำนวนมาก

๗. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อหน่วยรับตรวจ
๑.การคัดกรองประชาสัมพันธ์ยังไม่ถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย	๑.ประชาสัมพันธ์การคัดกรองด้านต่างๆผ่านเสียงทางสายและผ่านกลุ่มไลน์ อสม.
๒.ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไม่ให้ความร่วมมือกลุ่มเสี่ยงกลัวที่จะคัดกรอง	๒. ประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึง สร้างความตระหนักให้เกิดขึ้น กลุ่มที่กลัวไม่เคยมาคัดกรองต้องติดตามอย่างจริงจัง
๓. จำนวนบุคลากร/เครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัด ทำงานหนักขึ้น	๓. ควรขยายการบริการคัดกรอง การตรวจ ลงในโรงพยาบาลระดับอำเภอโดยสามารถกระจายทรัพยากรร่วมกัน /ควรเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอกับงานที่เพิ่มขึ้น

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)











๙. นวัตกรรม/ผลงานเด่น

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑) จัดให้มี Nurse case manager ระดับอำเภอ
๒) ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE)
๓) ระบบ one stop service ในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
๔) บูรณาการการตรวจมะเร็งเต้านมและปากมดลูกในคราวเดียวกัน
๕) มีศูนย์มะเร็งประสานส่งต่อข้อมูล และทำทะเบียนมะเร็ง
๖) เป็นศูนย์ลงทะเบียนผู้ป่วยโครงการ Cancer Anywhere และลงทะเบียน TCB Plus

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

.....

ประเด็นการตรวจราชการ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วยลดตาย : Newborn

ตัวชี้วัดหลัก :

1. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ <28 วัน น้ำหนักมากกว่า >500 กรัม เกณฑ์ <3.4: 1,000 LB

ตัวชี้วัดรอง :

1.) เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ (NICU ภาพรวมเขต) เกณฑ์ 1 : 500 ทารกมีชีพ

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

- **ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๔)**

จังหวัดตรังมีกุมารแพทย์ทั้งหมด ๑๐ คน (กุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยาคลินิก ๒, โรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ๑, กุมารแพทย์สาขาโรคหัวใจ ๑ คน พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด ๙ .คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๖ มีจำนวนทารกคลอดทั้งจังหวัดปีละประมาณ ๓,๐๐๐-๔,๐๐๐ราย มีเตียง NICU ๘ เตียง SNB ๒๔ เตียง อัตรากำลัง พยาบาล ต่อผู้ป่วยใน NICU = ๑ : ๒-๓ ราย Sick newborn ๑ : ๓-๔ ราย มีวันนอนเฉลี่ยคนละ ๘ วัน วันละ ๗ คน และมีอัตราการครองเตียง ๙๘.๓๕ โดยมี ๕ อันดับโรคแรกคือ ทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะหายใจเร็วแรกเกิด ภาวะสำลักน้ำคร่ำ ปอดอักเสบ

ปีงบฯ ๒๕๖๑ ,๒๕๖๒และ ๒๕๖๓ จังหวัดตรัง มีทารกเกิดมีชีพทั้งหมด ๕,๖๓๗ราย๔,๘๙๓และ๔,๔๒๔ ตามลำดับ อัตราตายของทารกน้ำหนักมากกว่า ๕๐๐ กรัม ที่อายุน้อยกว่า ๒๘ วัน ๕.๖๘,๕.๙๓ และ ๗.๖๙ ต่อพันการเกิดมีชีพ (เกณฑ์ <๓.๔) โดยสาเหตุการตายหลัก คือ ทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย, ,ภาวะสำลักน้ำคร่ำร่วมกับความดันเลือดในปอดสูง,ทารกขาดออกซิเจนแรกคลอด,ติดเชื้อในกระแสเลือด

สาเหตุการเสียชีวิต ของทารกแรกเกิดของจังหวัดตรังในปี ๒๕๖๔ คือ ทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยกว่า ๑,๐๐๐ กรัม และมีภาวะ severe RDS ๖ ราย, สำลักน้ำคร่ำร่วมกับภาวะความดันเลือดในปอดสูง (PPHN) ๔ ราย, ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีโรคหัวใจและความผิดปกติของโครโมโซม(trisomy ๑๓) ๓ ราย

มีทารกส่วนหนึ่งที่มีการส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้แก่ทารกที่เป็นโรคหัวใจ (๔ ราย) โรคทางระบบไต (๑ ราย) และทารกที่มีภาวะROP

การรักษาพยาบาลทารกแรกเกิด ได้มีการใช้ non –invasive ventilator (NCPAP/HHFNC) ในทารก ที่หายใจลำบาก หรือหายใจล้มเหลว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ mechanical ventilator โดยการหย่าเครื่องช่วยหายใจเร็วขึ้น มีผลให้จำนวนวันการใช้เครื่องช่วยหายใจในปี ๒๕๖๓ ลดลง แต่ยังพบภาวะแทรกซ้อนในทารกเกิดก่อนกำหนดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๐๐๐ กรัม ที่ไม่สามารถหย่าออกซิเจนได้เร็ว ทำให้เกิด ROP BPD เป็นต้น ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายที่จะต้องพัฒนาคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนการส่งต่อและลดอัตราการเสียชีวิต

จังหวัดตรังมีจำนวนเตียง NICU ตามเกณฑ์ ๑ : ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ โรงพยาบาลตรังได้ให้บริการทั้งผู้รับบริการในเขตและนอกเขต รวมทั้งโรงพยาบาลใกล้เคียงและพัฒนาความเป็นเลิศในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อรองรับกับอัตราการคลอดมีชีพให้เพียงพอ โดยภาพรวมทั้งจังหวัดมีจำนวนทารกคลอดมีชีพประมาณ ๔,๐๐๐ รายต่อปี ต้องมีจำนวนเตียง NICU ๑๔ เตียง (เตียง NICU ๑ เตียง : คลอด ๕๐๐ ราย) ซึ่งปัจจุบันให้บริการเตียง NICU ๘ เตียง และเพิ่มอีก ๑ เตียง ในปี ๒๕๖๔ ขณะนี้เพียงพอกับความต้องการของทารกป่วย โดยอัตราการครองเตียง ปี ๒๕๖๐, ๒๕๖๑ , ๒๕๖๒ และ ๒๕๖๓ คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๒๐ , ๙๒.๐๘ , ๙๒.๑ และ๙๐.๙๔ และ ๙๘.๓๕(๘เดือน)ตามลำดับ

อัตราการเกิดมีชีพของทารกแรกเกิดต่อเตียง NICU พบว่าเป็นไปตามเป้าหมาย แต่ยังพบภาวะทารกตายปริกำเนิดในอัตราที่สูง จึงจำเป็นต้องมีการส่งต่อไปรพ.ที่มีศักยภาพสูง เนื่องจากยังขาดอัตรากำลังในการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาล ตลอดจนกุมารแพทย์เฉพาะทางด้านกุมารแพทย์สาขาทารกแรกเกิดและปริกำเนิด และเครื่องมือที่จำเป็น ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง เครื่องควบคุมไนตริกออกไซด์

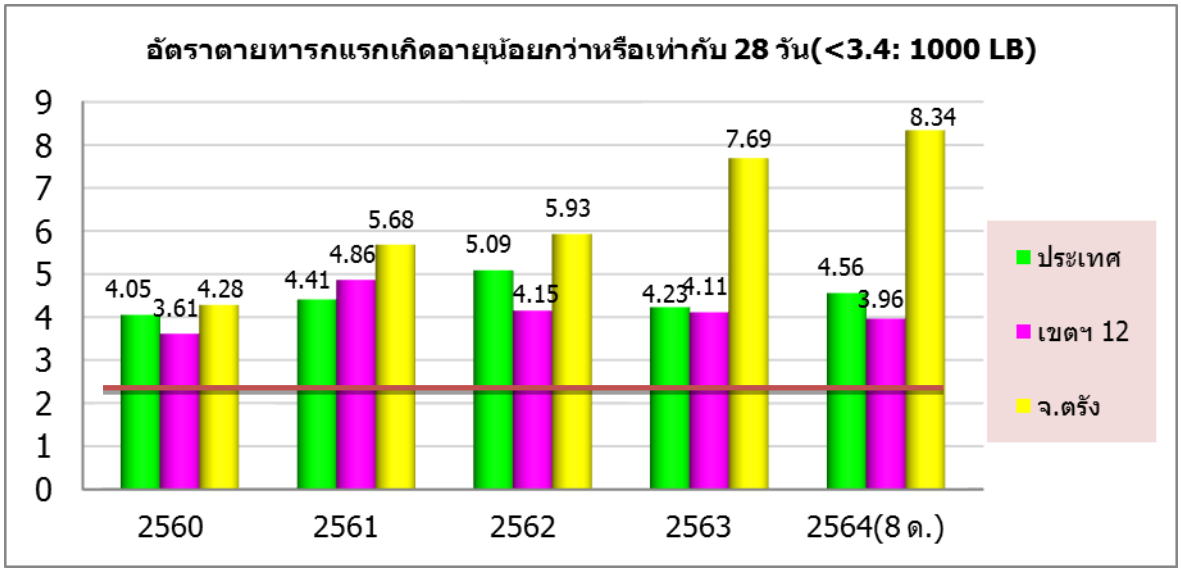
การตรวจคัดกรองการได้ยินมีการตรวจคัดกรองในทารกแรกเกิดทุกรายทั้งจังหวัด การคัดกรองหัวใจพิการแต่กำเนิดในจังหวัดตรัง พบว่า โรงพยาบาลในจังหวัดตรังไม่สามารถตรวจคัดกรองทารกก่อนจำหน่ายได้ทุกรายเนื่องจากจำนวนเครื่องตรวจไม่เพียงพอตมีการหมุนเวียนกันในแต่ละพื้นที่ แต่จากการตรวจที่ NICU พบทารกหัวใจพิการแต่กำเนิด ๖ ราย รักษาเบื้องต้นและส่งต่อเพื่อทำการผ่าตัด

ระบบ Intrauterine transfer system ภายในจังหวัด มีระบบการประสานงานของของระบบบริการสุขภาพด้านสูติกรรมเพื่อการส่งต่อมารดา (Intrauterine transfer system) เพื่อมาคลอดในโรงพยาบาลตรัง ที่สามารถดูแลทารกกลุ่มเสี่ยงได้

❖ **จากการวิเคราะห์พบสาเหตุการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด สาเหตุจาก**

สาเหตุการเสียชีวิตทารกแรกเกิด	ปีงบประมาณ (ราย)	
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (รอบ ๘ เดือน)
๑. Preterm c severe RDS	๑๓	๖
๒. Neonatal sepsis	๕	๓
๓. Congenital anomaly (T๑๓,T๑๘, Edward, woft hischhorn)	๒	๒
๔. Congenital pneumonia	๔	๑
๕. ภาวะ MAS (PPHN)	๖	๔
๖. Birth Asphysia	๔	๓
รวม	**๓๔**	**๑๙**

❖ กราฟแสดงอัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ปีงบฯ ๒๕๖๐-๒๕๖๔(๘ เดือน)



๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น) ผลงานงวดที่ ๒/๒๕๖๔

(๑) อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ๒๕๖๔ (๘ เดือน) เกณฑ์ <๓.๔: ๑,๐๐๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (A)	จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายใน ๒๘ วัน (B)	อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤๒๘ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥๕๐๐ กรัม ไม่เกิน ๓.๘ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (B/A)×๑,๐๐๐	
เมืองตรัง	๑,๕๖๗	๑๙	๑๒.๑๓	
กันตัง	๑๒๐	๐	๐	
ย่านตาขาว	๑๓๐	๐	๐	
ปะเหลียน	๘๙	๐	๐	
สิเกา	๔๘	๐	๐	
ห้วยยอด	๒๔๑	๐	๐	
วังวิเศษ	๒๙	๐	๐	
นาโยง	๓๙	๐	๐	
รัษฎา	๑๖	๐	๐	
หาดสำราญ	๐	๐	๐	
ภาพรวมจังหวัด	๒,๒๗๙	๑๙	๘.๓๔	

ที่มาข้อมูล : HDC วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๔

(๒) เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑: ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (เตียง NICU ภาพรวมจังหวัด)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนเตียง NICU (A)	จำนวนทารกเกิดมีชีพ เฉลี่ยของปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ (B)	จำนวนเตียง NICU ๑ : ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (B/A)	
เมืองตรัง	๘	๔,๙๘๕	๑ : ๖๒๓	
กันตัง	-	-	-	
ย่านตาขาว	-	-	-	
ปะเหลียน	-	-	-	
สิเกา	-	-	-	
ห้วยยอด	-	-	-	
วังวิเศษ	-	-	-	
นาโยง	-	-	-	
รัษฎา	-	-	-	
หาดสำราญ	-	-	-	
ภาพรวมจังหวัด	**๘**	๔,๙๘๕	**๑ : ๖๒๓**	

ที่มาข้อมูล : ณ วันที่ ๑๗ เดือน มกราคม ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากการดำเนินงาน

Small success (๘ เดือน)	ผลการดำเนินการ
- ประเด็นการคัดกรองร่วมกับสูติกรรม โดยบูรณาการความร่วมมือกับ SP สูติในเรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การให้ Dexa แก่มารดา การป้องกันภาวะ meconium stain amniotic fluid การป้องกันทารกพิการแต่กำเนิด และการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์	อัตราการได้รับยา Dexamethasone ใน Case Preterm ≤ 34 week เท่ากับ 100% และขยายอายุครรภ์ถึง 36 สัปดาห์

๓. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	๑. โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดและระบบการส่งต่อ แบบลงนิเทศในพื้นที่ ๒. จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย	ลดอัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุ ๐ - ๒๘ วัน น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม เป้าหมาย≤๓.๔ ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ	ปีงบฯ ๖๔	กุมารแพทย์/พยาบาลวิชาชีพ
๒.	๑. โครงการการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ๒. โครงการป้องกันทารกพิการแต่กำเนิดร่วมกับทีม MCH Board			
๓.	พัฒนาการใช้ non-invasive ventilator เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ			
๔.	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนใน VLBW (BPD, ROP, IVH, hearing impairment) ให้ลดลงจากเดิม			

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

MCH board ระดับจังหวัด/เขต มีระบบเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ มีการบูรณการในรูปแบบของ MCH board ประกอบด้วย ปฐมภูมิ กลุ่มสตรีและเด็ก Service plan สูติกรรม และทารกแรกเกิดในเขตสุขภาพที่ ๑๒ แล้ว แต่อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด ๐ - ๒๘ วัน มีแนวโน้มยังไม่ลดลง

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
-ศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ A ขาด Neonatologist	- เนื่องจากเป็นสาขาที่ขาดแคลน ต้องการให้สนับสนุน

๗. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)

๘. นวัตกรรม/ผลงานเด่น

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ 12

.....

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย : Intermediate care
ตัวชี้วัดหลัก :

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ Fในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) (Intermediate bed/ward) (Intermediate bed/ward) (ร้อยละ ๘๐)

ตัวชี้วัดรอง :

๑. ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบIntermediate ward ในโรงพยาบาลระดับ M และ F (ร้อยละ ๔๐)

๒. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel Index >๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาล (ร้อยละ ๖๕)

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

- ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

จังหวัดตรังมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ๑๐ แห่ง มีโรงพยาบาลตรังเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A มีจำนวนเตียง ๕๕๓ เตียง โรงพยาบาลชุมชน ๙ แห่ง รพช.ระดับ M๒ จำนวน ๑ แห่ง รพช.ระดับ F๑ จำนวน ๒ แห่ง รพช.ระดับ F๒ จำนวน ๕ แห่ง และรพช.ระดับ F๓ จำนวน ๑ แห่ง และทุกโรงพยาบาลมีศูนย์ดูแลต่อเนื่องและนักกายภาพบำบัดที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ไขสันหลังบาดเจ็บและบาดเจ็บสมอง

ในปีงบประมาณ๒๕๖๔ เดือนต.ค ๖๓-พ.ค ๖๔ พบว่าในจังหวัดตรังมีผู้ป่วย IMC ทั้งหมด ๔๐๖ ราย เป็นผู้ป่วยStroke ร้อยละ๘๖.๒๑, ผู้ป่วย Traumatic Brain Brain Injury ร้อยละ ๙.๓๖ และผู้ป่วย Spinal cord injury ร้อยละ ๔.๔๓ ผู้ป่วยเหล่านี้ได้กลับไปฟื้นฟูต่อในโรงพยาบาลชุมชน โดยได้รับบริการฟื้นฟูในรูปแบบIPD OPD และ เยี่ยมบ้าน

สำหรับตัวชี้วัดของ จ.ตรังในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ คือ

๑. ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้บริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) เป้าหมาย ปี ๒๕๖๔ : ร้อยละ ๘๐ จ.ตรังทำได้ ร้อยละ ๑๐๐ คือให้บริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ได้ในทุกรพช.

๒. ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบIntermediate ward ในโรงพยาบาลระดับ M และ F เป้าหมาย ปี ๒๕๖๔ : ร้อยละ ๗๑.๔๒ (๕/๗ : บางกล่ำ, สายบุรี, รามัน, เขาชัยสน, ท่าแพ)

๓. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index<๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ เป้าหมายปี ๒๕๖๔ : ร้อยละ ๖๕ จ.ตรังทำได้ ร้อยละ ๘๔.๑๑(ต.ค – พ.ย ๖๓)

๔. ผู้ป่วยintermediate care มีคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ ระดับ ภายใน ๓ เดือน เป้าหมายปี ๒๕๖๔ ≥ ๖๐% จ.ตรังทำได้ร้อยละ ๗๔.๒๑

๕. ร้อยละผู้ป่วยintermediate care ที่ Refer back ไปรับบริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ในรพช. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๔ : ร้อยละ๕๐ จ.ตรังทำได้ร้อยละ ๖๕.๑๖

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ผลงานงวดที่ ๒/๒๕๖๔ (๑ ต.ค.๖๓ – ๓๑ พ.ค.๖๔)

๒.๑ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ Fในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) (ร้อยละ ๘๐) ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๔ (รอบ ๘ เดือน)

อำเภอ	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (A)	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ Fทั้งหมด (B)	ร้อยละโรงพยาบาลที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (A/B)X๑๐๐	หมายเหตุ
ห้วยยอด	๑	๑	๑๐๐	
ย่านตาขาว	๑	๑	๑๐๐	
กันตัง	๑	๑	๑๐๐	
ปะเหลียน	๑	๑	๑๐๐	
สิเกา	๑	๑	๑๐๐	
วังวิเศษ	๑	๑	๑๐๐	
นาโยง	๑	๑	๑๐๐	
รัษฎา	๑	๑	๑๐๐	
หาดสำราญ	๑	๑	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด	๙	๙	**๑๐๐**	

อภิปรายผลจากตาราง

จากตารางพบว่าโรงพยาบาลชุมชนทั้ง ๙ แห่งในจังหวัดตรัง สามารถให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ได้ทุกแห่ง

๓.๒ ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel Index >๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาล (ร้อยละ ๖๕)

โรงพยาบาล	ระดับ	ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index<๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ห้วยยอด	M๒	๑๖	๑๔	๘๗.๕
ย่านตาขาว	F๑	๑๐	๘	๘๐
กันตัง	F๑	๑๔	๑๐	๗๑.๔๓
ปะเหลียน	F๒	๑๒	๑๒	๑๐๐
สิเกา	F๒	๔	๓	๗๕
วังวิเศษ	F๒	๑๑	๑๐	๙๐.๙๑
นาโยง	F๒	๙	๘	๘๘.๘๙
รัษฎา	F๒	๗	๗	๑๐๐
หาดสำราญ	F๓	๔	๓	๗๕
ตรัง	A	๒๐	๑๕	๗๕
รวม	-	๑๐๗	๙๐	๘๔.๑๑

ที่มา : จากรายงานที่ติดตามการส่งต่อผู้ป่วยIntermediate care วันที่ ๓๑ พ.ค. ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง

จากตารางพบว่าอัตราผู้ป่วย IMC เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางหลังจากส่งต่อ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ได้ร้อยละ ๘๔.๑๑ ถึงเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

Small success	ผลการดำเนินการ
-จัดทำโครงการติดตามและเสริมพลัง IMC ในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดตรัง โดยมีเป้าหมาย คือ ร้อยละ ๕๐ ของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการ checklist สำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD (IPD for intermediate bed/ward) สำหรับโรงพยาบาลระดับ MและF	- ลงนิเทศน์ติดตามเสริมพลังใน รพช.ทั้ง๙ แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการประเมิน checklist สำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD (IPD for intermediate bed/ward) สำหรับโรงพยาบาลระดับ MและF ผลงาน ร้อยละ ๗๙ (เป้าหมายร้อยละ ๕๐)
-ร้อยละ ๑๐๐ ของพยาบาลในรพช.จ.ตรัง ผ่านการอบรมหลักสูตร พยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตร ๕ วัน	-พยาบาลในรพช.จ.ตรัง ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตร ๕ วัน จำนวน๑๔ คน ครบทั้ง รพช.๙ แห่ง = ร้อยละ ๑๐๐

๓. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	**พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Intermediate Care เขตสุขภาพที่ ๑๒** กิจกรรมที่ ๑ พัฒนา รพช. ให้สามารถเปิดบริการ IMC ward กิจกรรมที่ ๒ พัฒนาระบบ Refer back ผู้ป่วย IMC จาก รพ.แม่ข่าย ไปยัง รพช.ในเครือข่าย (Seamless refer)	๑.ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๒ ที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ Intermediate ward ในโรงพยาบาลระดับ M และ F (เป้าหมายจังหวัดละ ๑ แห่ง) จ.ตรัง : รพ.กันตัง ๒.ร้อยละผู้ป่วย intermediate care ที่ Refer back ไปรับบริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ในรพช. F (เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐)	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	คณะกรรมการ Intermediate Care เขตสุขภาพที่ ๑๒

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๑) ความพร้อมในการให้บริการในแต่ละโรงพยาบาลชุมชนศักยภาพไม่เท่ากัน ขึ้นกับจำนวนนักกายภาพบำบัด ทีมเยี่ยมบ้าน และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. รพ.กันตัง ที่จะพัฒนาเป็น IMC ward ยังมีปัญหาเรื่องสถานที่ให้บริการแออัด ๒. โรงพยาบาลใน จ.ตรัง ยังขาดแคลนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	๑.รพ.กันตังขออาคารกายภาพ ๓ ชั้น (๔๖ล้านบาท, มีแบบและสถานที่พร้อม) ๒.สนับสนุนครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง (โดยมีการสำรวจข้อมูลจากทุกรพช.และอ้างอิงรายการครุภัณฑ์จากสถาบันสิรินธรฯ)

7.ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน โครงการติดตามและเสริมพลัง IMC ในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดตรัง









8. นวัตกรรม/ผลงานเด่น

แบบรายงานสรุปข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด รอบที่ ๒/๒๕๖๔
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

.....

ประเด็นหลัก / หัวข้อ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล
ตัวชี้วัด ๖๓ ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง และตรวจสอบแผนเงินบำรุงในรพ.

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จัดทำแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายหน่วยบริการในสังกัด จำนวน ๖๔ หน่วยงาน ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน ๙ แห่ง, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๑๐ แห่ง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๔๔ แห่ง ตั้งแต่มกราคม – สิงหาคม ๒๕๖๔

เนื่องด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่เกิดขึ้นระลอก ๒-๓ ทำให้ไม่สามารถออกปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามแผนที่กำหนดได้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ได้ปรับแผนการตรวจสอบโดยให้หน่วยบริการจัดทำแบบสอบทานประเมินตนเอง และกำหนดให้กลุ่มเป้าหมายหน่วยบริการในสังกัด ดังนี้

-โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ๑๐ แห่ง ทำแบบสอบทานระบบควบคุมภายในโดยตนเอง ๘ ด้าน ได้แก่ ๑)ด้านการเงิน ๒)ด้านระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างและระบบGFMIS ๓)ด้านการบริหารพัสดุ ๔)ด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล ๕)ด้านบริหารเจ้าหนี้ ๖)ด้านการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ๗)ด้านระบบการควบคุมภาย ๘) ด้านระบบงานเทคโนโลยีสารสนเทศ

-สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลสุขภาพตำบลในสังกัด ๑๓๕ แห่ง ทำแบบสอบทานระบบควบคุมภายในโดยตนเอง ๓ ด้าน ได้แก่ ๑)ด้านการเงิน ๒)ด้านระบบบัญชี ๓)ด้านการบริหารพัสดุ ทุกหน่วยจัดส่งแบบสอบทานประเมินตนเอง,รายงานการรับ-จ่ายเงินบำรุง และสำเนาเอกสารรายการตรวจสอบพัสดุประจำปี ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ภายในวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๔ งานตรวจสอบภายในตรวจสอบและสรุปผลการประเมินรายงานต่อกลุ่มงานตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงต่อไป

-สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ตรวจสอบเอกสารตามแบบสอบทานระบบควบคุมภายในโรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๙ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในสังกัด ๑๓๕ แห่ง และรายงานผลการตรวจสอบให้กับโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อแก้ไขตามข้อทักท้วงเรียบร้อยแล้ว ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ตรวจสอบแผนเงินบำรุงโรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๙ แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๓๕ แห่ง ในครึ่งปีแรก ครบทั้ง ๑๔๕ แห่ง ซึ่งทุกแห่งแผนเงินบำรุงดุลรายรับมากกว่ารายจ่าย

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ตรวจสอบแผนเงินบำรุงครึ่งปีของหน่วยงานในสังกัด ๗ แห่ง ได้แก่ ๑)โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ๒)โรงพยาบาลย่านตาขาว ๓)โรงพยาบาลปะเหลียน ๔)โรงพยาบาลหาดสำราญ ๕)โรงพยาบาลห้วยยอด ๖)โรงพยาบาลรัษฎา ๗)สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสิเกา งานตรวจสอบภายในดำเนินการตรวจสอบแผนเงินบำรุงทั้ง ๗ แห่ง ทุกแห่งดุลรายรับมากกว่ารายจ่าย

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๒.๑ประเด็นตรวจสอบภายในจากแบบสอบทานประเมินตนเองระบบควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	สสอ.เมือง	สสอ.กันตัง	สสอ. ย่านตาขาว	สสอ. ปะเหลียน	สสอ.สิเกา	สสอ.ห้วยยอด	สสอ.วังวิเศษ	สสอ.นาโยง	สสอ.รัษฎา	สสอ. หาดสำราญ	**รวม จังหวัด**
๑.	ร้อยละของหน่วยงานได้รับการตรวจสอบภายใน	เป้าหมาย สสอ. รพ.สต. ๑๓๕ แห่ง	๑๘	๒๐	๑๖	๑๘	๙	๒๐	๗	๗	๖	๔	**๑๓๕**
		ผลงาน	๑๘	๒๐	๑๖	๑๘	๙	๒๐	๗	๗	๖	๔	**๑๓๕**
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	**๑๐๐**
๒.	ร้อยละของหน่วยงานประเมินระบบควบคุมภายใน	เป้าหมาย ระบบการประเมินทั้ง๓ ด้าน	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	**๓๐**
		ผลงาน	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	**๓๐**
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	**๑๐๐**

ที่มาข้อมูล : .....สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง ๑๐ แห่ง..... ณ วันที่ ....๓๐..... เดือน ..มิถุนายน.... ๒๕๖๔

-ร้อยละของหน่วยงานที่ได้รับการตรวจสอบภายใน ตามกลุ่มเป้าหมายสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด จำนวน ๑๓๕ แห่ง ได้ผ่านการตรวจสอบภายในแล้ว ๑๓๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

-ร้อยละของหน่วยงานประเมินผลระบบความคุมภายในจาการประเมินตนเองครบทั้ง ๓ ด้านแล้วจำนวน ๑๓๕ แห่ง ได้มีการประเมิน ๑๓๕ แห่ง โดยคิดเป็นร้อยละ๑๐๐

๒.๒ประเด็นตรวจสอบภายในจากแบบสอบทานประเมินตนเองระบบควบคุมภายใน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	รพ.ตรัง	รพ.กันตัง	รพ.ย่านตาขาว	รพ.ปะเหลียน	รพ.สิเกา	รพ.ห้วยยอด	รพ.วังวิเศษ	รพ.นาโยง	รพ.รัษฎา	รพ.หาดสำราญ	รวมจังหวัด
๑.	ร้อยละของหน่วยงานได้รับการตรวจสอบภายใน	เป้าหมาย ๑๐	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	**๑๐**
		ผลงาน	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	**๑๐**
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	**๑๐๐**
๒.	ร้อยละของหน่วยงานประเมินระบบควบคุมภายใน	เป้าหมายระบบประเมินทั้ง ๘ ด้าน	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘	**๘๐**
		ผลงาน	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘	**๘๐**
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	**๑๐๐**

ที่มาข้อมูล : โรงพยาบาลชุมชนทั้ง ๑๐ แห่ง..... ณ วันที่ ....๓๐..... เดือน ...มิถุนายน.... ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง

- ร้อยละของหน่วยงานได้รับการตรวจสอบภายใน ตามกลุ่มเป้าหมายโรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ๙ แห่ง ได้ผ่านการตรวจสอบภายในแล้วทั้ง ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
- ร้อยละของหน่วยงานประเมินระบบควบคุมภายในจากระบบประเมินตนเองครบทั้ง ๘ ด้าน จำนวน ๑๐ แห่ง ได้ผ่านการตรวจสอบสอบแล้วทั้ง ๑๐ แห่ง โดยคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๒.๓ ประเดินการตรวจสอบแผนเงินบำรุง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๓๕ แห่ง

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	สสอ.เมือง	สสอ.กันตัง	สสอ.ย่านตาขาว	สสอ.ปะเหลียน	สสอ.สิเกา	สสอ.ห้วยยอด	สสอ.วังวิเศษ	สสอ.นาโยง	สสอ.รัษฎา	สสอ.หาดสำราญ	รวมจังหวัด
๑.	ร้อยละของหน่วยงานได้รับการตรวจสอบแผนเงินบำรุง ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย สสอ. รพ.สต. ๑๓๕ แห่ง	๑๘	๒๐	๑๖	๑๘	๙	๒๐	๗	๗	๖	๔	**๑๓๕**
		ผลงาน	๑๘	๒๐	๑๖	๑๘	๙	๒๐	๗	๗	๖	๔	**๑๓๕**
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	**๑๐๐**

ที่มาข้อมูล : .....สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง ๑๐ แห่ง..... ณ วันที่ ....๓๑..... เดือน ..ตุลาคม.... ๒๕๖๓

อภิปรายผลจากตาราง.

-ร้อยละของหน่วยงานที่ได้รับการตรวจสอบแผนเงินบำรุงปี ๒๕๖๔ ตามกลุ่มเป้าหมายสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด จำนวน ๑๓๕ แห่ง ได้รับการตรวจสอบแผนเงินบำรุงแล้ว ๑๓๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๒.๓ ประเดินการตรวจสอบแผนเงินบำรุงโรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๙ แห่ง

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	สสอ.เมือง	สสอ.กันตัง	สสอ. ย่านตาขาว	สสอ. ปะเหลียน	สสอ.สิเกา	สสอ.ห้วยยอด	สสอ.วังวิเศษ	สสอ.นาโยง	สสอ.รัษฎา	สสอ. หาดสำราญ	**รวม จังหวัด**
๑.	ร้อยละของหน่วยงานได้รับการตรวจสอบแผนเงินบำรุง ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย รพ.ศูนย์ ๑ แห่ง รพ.ชุมชน ๙ แห่ง	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	**๑๐**
		ผลงาน	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	**๑๐**
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	**๑๐๐**

<u>ที่มาข้อมูล</u> : โรงพยาบาลชุมชนทั้ง ๑๐ แห่ง..... ณ วันที่ ....๓๐..... เดือน ...มิถุนายน.... ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง.

-ร้อยละของหน่วยงานที่ได้รับการตรวจสอบแผนเงินบำรุงปี ๒๕๖๔ ตามกลุ่มเป้าหมายโรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๙ แห่ง ได้รับการตรวจสอบแผนเงินบำรุงแล้วทั้ง ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๓. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	แผนการตรวจสอบภายใน (Audit Plan) ปี ๒๕๖๔	หน่วยงานมีระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง เพียงพอและเหมาะสม พ.ท.ดำเนินการรพ.ศูนย์และรพ.ชุมชนทุกแห่ง ,สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง	ม.ค.-ส.ค. ๒๕๖๔	งานตรวจสอบภายใน สสจ.ตรัง

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

-ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทำให้การออกปฏิบัติงานตรวจสอบภายในและการประเมินระบบควบคุมภายใน ไม่สามารถลงพื้นที่ตามแผนที่กำหนดไว้ได้ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการตรวจสอบและประเมินตนเองโดยให้หน่วยงานแต่ละแห่งทำแบบสอบทานประเมินตนเองนั้น ทำให้การเข้าถึงข้อมูล รายงานด้านการเงิน บัญชี และพัสดุ รวมทั้งด้านอื่น ๆ ได้ไม่ครบถ้วน รายงานผลการตรวจสอบไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑.เจ้าหน้าที่เป็นลูกจ้างชั่วคราว/รายวัน มีการปรับเปลี่ยนงานบ่อย ประสบการณ์ทำงานน้อย ขาดความรู้และทักษะในการทำงาน	๑.ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในและควบคุมภายในทุกปี
๒.รพ.สต.ไม่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการเงิน บัญชีและพัสดุโดยตรงโดยมอบหมายให้ จนท.ด้านสาธารณสุขปฏิบัติงานแทน ซึ่งมีภาระงานประจำมากทำให้บางครั้งยังพบความเสี่ยงด้านเอกสารทางการเงินที่ไม่ถูกต้องตามระเบียบ	๒.จัดโครงการอบรมให้ความรู้ ในเรื่องระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการเงิน บัญชีและพัสดุรวมทั้งกระบวนการทำงานและการจัดวางระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงแก่เจ้าหน้าที่

๖. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑.....

๒.....

๓.....

๗.ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)







ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล หัวข้อ : การเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัด ๑. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๔ และระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๖

๒. หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐

๑. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ตารางที่ ๑ แสดงสถานการณ์ด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการในจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ถึงปัจจุบัน

ลำดับ	โรงพยาบาล	เตียง	ระดับ รพ.	ผลการประเมินสถานะทางการเงิน (Risk Scoring)							
				ตค.63	พย.63	ธค.63	มค.64	กพ.64	มีค.64	เมย.64	พค.64
1	ตรัง,รพศ.	575	A	0	0	0	0	0	0	0	0
2	กันตัง,รพช.	60	F1	**1**	0	0	0	0	**1**	0	1
3	ย่านตาขาว,รพช.	60	F1	**4**	0	0	0	0	0	0	0
4	ปะเหลียน,รพช.	30	F2	**6**	0	0	0	0	0	0	0
5	สิเกา,รพช.	60	F2	**6**	0	0	0	0	0	0	0
6	ห้วยยอด,รพช.	90	M2	**2**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	0	1
7	วังวิเศษ,รพช.	30	F2	**3**	0	0	0	0	0	0	0
8	นาโยง,รพช.	60	F2	**6**	0	**1**	**1**	0	**1**	**1**	1
9	รัษฎา,รพช.	30	F2	**1**	0	0	0	0	0	0	1
10	หาดสำราญ,รพช.	30	F2	0	0	0	0	0	0	0	0

ที่มาข้อมูล : www.hfo๖๔.cfo.in.th. ณ วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ เวลา ๑๒.๐๐ น.

พบว่า สถานการณ์ด้านการเงินการคลังของจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เนื่องจากในเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ ยังไม่ได้รับเงินโอนงบเหมาจ่ายรายหัวกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณีจัดสรรล่วงหน้าจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้สถานะทางการเงินของหน่วยบริการหลายแห่งประสบปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงินเกือบถึงขั้นวิกฤติคือ มีระดับ ๖ จำนวน ๓ แห่ง ระดับ ๔,ระดับ ๓ และระดับ ๒ อย่างละ ๑ แห่ง ที่เหลืออีก ๓ แห่งมีสถานะทางการเงินปกติ (ระดับ ๐-๑) และตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้โอนเงินงบเหมาจ่ายรายหัวกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณีจัดสรรล่วงหน้า (OP และ PP) ของปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ให้แก่หน่วยบริการทุกแห่ง และได้โอนให้ครบตามจำนวนจัดสรรแล้วเมื่อวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ส่งผลให้สถานะทางการเงินของหน่วยบริการทุกแห่งมีสภาพคล่องขึ้น แต่ทั้งนี้ยังต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงทางการเงินในช่วงปลายปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ต่อไป

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตารางที่ ๒ แสดงผลการประเมินภาวะวิกฤติทางการเงิน (Risk Scoring) ณ สิ้นเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๔

รหัส	โรงพยาบาล	เตียง	CR ≥ 1.5	QR ≥ 1.0	Cash ≥ 0.8	เงินทุนสำรองสุทธิ (NWC)	รายได้สูง(ต่ำกว่า)รายจ่าย (NI...)	Liquid Index	StatusIndex	SurviveIndex	Risk Scoring	รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) หักค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) (EBITDA)	เงินบำรุงคงเหลือ(หักหนี้แล้ว) (HMBRD)	* 7-Plus	RS+7P
10683	ตรัง,รพศ.	รพศ.	2.92	2.65	1.75	479,502,668.60	130,381,672.00	0	0	0	0	103,424,465.50	186,715,260.11	B-	0B-
11407	กันตัง,รพช.	รพช.	1.48	1.36	1.14	27,059,535.46	15,545,154.92	1	0	0	1	12,373,543.80	7,822,197.30	C	1C
11408	ย่านตาขาว,รพช.	รพช.	2.04	1.80	1.42	30,059,565.42	10,966,732.84	0	0	0	0	16,986,348.19	11,930,340.71	C-	0C-
11409	ปะเหลียน,รพช.	รพช.	1.68	1.49	1.27	16,960,600.11	9,816,050.09	0	0	0	0	9,713,213.72	6,723,143.89	C-	0C-
11410	สิเกา,รพช.	รพช.	1.74	1.56	1.23	12,394,860.42	5,609,426.67	0	0	0	0	7,631,610.23	3,821,319.60	C	0C
11411	ห้วยยอด,รพช.	รพช.	1.35	1.22	0.92	32,406,389.83	7,438,708.76	1	0	0	1	16,571,201.64	-7,878,735.64	C-	1C-
11412	วังวิเศษ,รพช.	รพช.	1.77	1.57	1.46	18,403,154.06	4,440,439.03	0	0	0	0	3,209,059.21	10,964,361.26	C	0C
11413	นาโยง,รพช.	รพช.	1.43	1.23	1.05	14,848,040.29	4,776,905.59	1	0	0	1	8,242,636.47	1,555,100.11	C-	1C-
14139	รัษฎา,รพช.	รพช.	1.49	1.32	1.19	11,964,547.27	2,060,979.77	1	0	0	1	3,557,174.20	4,709,247.01	C-	1C-
28817	หาดสำราญฯ,รพช.	รพช.	2.11	1.98	1.83	13,286,933.87	137,960.11	0	0	0	0	3,713,384.18	9,934,911.14	C-	0C-
ภาพรวมจังหวัดตรัง						**656,886,295.33**	**191,174,029.78**					**185,422,637.14**	**236,297,145.49**		

ที่มาข้อมูล : www.hfo๖๔.cfo.in.th. ณ วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๕.๓๐ น.

พบว่า ณ สิ้นเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๔ จังหวัดตรังยังไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๖-๗ โดยหน่วยบริการทั้ง ๑๐ แห่ง มีสถานะทางการเงินอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับ ๐-๑ และมีหน่วยบริการ ๑ แห่งที่มีเงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้ติดลบ คือ โรงพยาบาลห้วยยอด -๗,๘๗๘,๗๓๕.๖๔ บาท

ตารางที่ ๓ แสดงผลการประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน (๗P l u s) ณ สิ้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๔

ลำดับ	หน่วยบริการ	Operating Margin		Return on Asset		A Payment Period Cash<0.8 P≤180 and Cash>0.8 P≤90	A Collection Period-UC ≤60	A Collection Period-CSMBS ≤60	A Collection Period-SSS ≤90	Inventory Management ≤60	จำนวนข้อที่ผ่าน (ข้อ)	Grade Plus	ผลการประเมิน
		≥ ค่ากลาง	ค่ากลาง Q2/64 (ณ 14 เมย.64)	≥ ค่ากลาง	ค่ากลาง Q2/64 (ณ 16 เมย.64)								
1	ตรัง,รพศ.	15.59	18.13	8.06	7.98	65.40	89.83	50.05	66.45	36.83	5	B	ผ่าน
2	กันตัง,รพช.	17.89	22.93	15.16	15.24	188.73	41.80	76.86	76.88	51.53	3	C	ไม่ผ่าน
3	ย่านตาขาว,รพช.	19.95	19.90	12.54	11.70	166.37	36.28	71.21	76.12	74.88	4	B-	ไม่ผ่าน
4	ปะเหลียน,รพช.	19.39	23.95	20.45	16.56	115.29	20.02	65.57	85.93	65.14	3	C	ไม่ผ่าน
5	สิเกา,รพช.	21.27	23.95	15.94	16.56	182.59	39.82	151.34	59.70	50.31	3	C	ไม่ผ่าน
6	ห้วยยอด,รพช.	17.64	21.72	9.09	9.62	326.70	38.25	74.32	94.22	47.31	2	C-	ไม่ผ่าน
7	วังวิเศษ,รพช.	13.29	23.95	14.81	16.56	275.00	23.01	63.22	58.06	76.93	2	C-	ไม่ผ่าน
8	นาโยง,รพช.	16.18	23.95	12.45	16.56	249.01	20.05	85.49	77.02	61.44	2	C-	ไม่ผ่าน
9	รัษฎา,รพช.	11.91	23.05	9.96	16.09	275.02	8.42	67.56	58.11	79.63	2	C-	ไม่ผ่าน
10	หาดสำราญ,รพช.	18.20	27.09	3.90	12.70	280.37	39.26	61.34	69.27	87.42	2	C-	ไม่ผ่าน

ที่มาข้อมูล : www.hfo๖๔.cfo.in.th. ณ วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๔

พบว่า ณ สิ้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๔ จังหวัดตรังมีหน่วยบริการ ๑ แห่ง ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน (๗Plus) คือ โรงพยาบาลตรัง (ระดับ B) ซึ่งเกณฑ์กำหนดไว้ว่า จะต้องผ่านอย่างน้อย ๕ ข้อ จากทั้งหมด ๗ ข้อ (ระดับ B ขึ้นไป)

ตารางที่ ๔ แสดงผลการวิเคราะห์แผนการเงิน Planfin รอบครึ่งปีหลังของปีงบประมาณ ๒๕๖๔

รพ.	EBITDA	สรุปแผนประมาณการ	วงเงินที่ลงทุนได้ (ร้อยละ20ของ EBITDA)	สัดส่วนการลงทุน	งบลงทุน(เงินบำรุง) เปรียบเทียบกับ EBITDA>20%	อัตราส่วน NWC ต่อรายจ่ายรายเดือน	NWCเหลือหลังลงทุน >20%EBITDA	อัตราส่วน NWCเหลือหลังลงทุน> 20%EBITDA ต่อรายจ่าย: เดือน	Risk EBITDA	Risk Investment >20%EBITDA	Risk NWC เหลือต่อรายจ่าย: เดือน	PlanFin แบบ
ตรัง	117,481,173.94	เกินดุล	23,496,234.79	15.27	5,558,134.79	2.98	401,481,011.64	2.93	Normal	Normal	Normal	1
กันตัง	5,790,632.29	เกินดุล	1,158,126.46	13.03	403,509.46	0.70	11,767,644.69	0.68	Normal	Normal	Risk	2
ย่านตาขาว	15,821,625.15	เกินดุล	3,164,325.03	19.61	62,365.86	0.47	7,242,289.12	0.47	Normal	Normal	Risk	2
ปะเหลียน	8,704,335.24	เกินดุล	1,740,867.05	12.75	631,468.17	0.20	1,613,952.21	0.14	Normal	Normal	Risk	2
สิเกา	8,483,648.77	เกินดุล	1,696,729.75	17.14	243,029.75	0.39	3,090,068.13	0.36	Normal	Normal	Risk	2
ห้วยยอด	25,192,939.17	เกินดุล	5,038,587.83	19.50	124,782.83	0.31	7,742,248.52	0.31	Normal	Normal	Risk	2
วังวิเศษ	8,886,900.00	เกินดุล	1,777,380.00	19.92	7,380.00	1.15	11,820,578.46	1.15	Normal	Normal	Normal	1
นาโยง	5,265,172.03	เกินดุล	1,053,034.41	3.95	845,234.41	0.29	2,520,502.73	0.22	Normal	Normal	Risk	2
รัษฎา	4,744,200.81	เกินดุล	948,840.16	20.00	0.00	0.78	7,339,854.27	0.78	Normal	Normal	Risk	2
หาดสำราญ	1,429,945.07	เกินดุล	285,989.01	19.93	989.01	1.90	9,148,148.82	1.90	Normal	Normal	Normal	1

พบว่า การจัดทำแผนการเงิน Planfin รอบครึ่งปีหลังของปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ของหน่วยบริการทั้ง ๑๐ แห่ง มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ทั้ง ๗ แผน โดยเป็นการจัดทำแผนแบบเกินดุลทุกแห่ง และสามารถจำแนกกลุ่มตามแบบแผนได้ ๒ แบบ คือ แบบที่ ๑ (ไม่ต้องปรับแผน) จำนวน ๓ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลวังวิเศษ และโรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติฯ แบบที่ ๒ (ทบทวนการลงทุนอีกครั้ง) จำนวน ๗ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกันตัง โรงพยาบาลย่านตาขาว โรงพยาบาลปะเหลียน โรงพยาบาลสิเกา โรงพยาบาลห้วยยอด โรงพยาบาลนาโยง และโรงพยาบาลรัษฎา

ตารางที่ ๕ แสดงผลการดำเนินงานแผนประมาณการรายได้เปรียบเทียบรายได้จริง ณ สิ้นเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๔

หน่วยบริการ	ด้านรายได้ (ไม่รวมรายได้ UC และ รายได้งบลงทุน)				
	รายได้ แผน	รายได้ ผล	ผลต่าง(รายได้)	ร้อยละรายได้	ผล (รายได้)
ตรัง,รพศ.	849,523,866.71	869,334,976.61	19,811,109.90	2.33	ผ่าน
กันตัง,รพช.	73,501,931.19	73,528,823.05	26,891.86	0.04	ผ่าน
ย่านตาขาว,รพช.	77,066,897.39	74,334,592.20	-2,732,305.19	-3.55	ผ่าน
ปะเหลียน,รพช.	46,323,626.67	47,598,121.13	1,274,494.46	2.75	ผ่าน
สิเกา,รพช.	39,222,883.33	40,369,180.70	1,146,297.37	2.92	ผ่าน
ห้วยยอด,รพช.	126,508,547.34	123,686,880.39	-2,821,666.95	-2.23	ผ่าน
วังวิเศษ,รพช.	41,240,666.67	41,504,356.18	263,689.51	0.64	ผ่าน
นาโยง,รพช.	56,546,737.60	59,129,112.11	2,582,374.51	4.57	ผ่าน
รัษฎา,รพช.	42,024,408.28	38,579,581.62	-3,444,826.66	-8.20	ไม่ผ่าน
หาดสำราญ,รพช.	15,616,653.79	15,918,764.66	302,110.87	1.93	ผ่าน
รวมสิ้น พค.64	1,367,576,218.97	1,383,984,388.65	16,408,169.68	1.20	9/10

ที่มาข้อมูล : www.hfo๖๔.cfo.in.th. ณ วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ เวลา ๑๒.๐๐ น.

พบว่า ณ สิ้นเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๔ มีหน่วยบริการ ๙ แห่ง ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลต่างของแผนและผลด้านรายได้ (ไม่รวมรายได้ UC และรายได้งบลงทุน) ไม่เกิน ± ร้อยละ ๕

ตารางที่ ๖ แสดงผลการดำเนินงานแผนประมาณการค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายจริง ณ สิ้นเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๔

หน่วยบริการ	ด้านค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อม และ ค่าตัดจำหน่าย)				
	คชจ แผน	คชจ ผล	ผลต่าง(คชจ)	ร้อยละ คชจ.	ผล (คชจ)
ตรัง,รพศ.	1,094,437,532.99	1,069,088,958.58	-25,348,574.41	-2.32	ผ่าน
กันตัง,รพช.	138,239,364.00	129,135,508.17	-9,103,855.83	-6.59	ไม่ผ่าน
ย่านตาขาว,รพช.	123,947,671.56	116,969,734.33	-6,977,937.23	-5.63	ไม่ผ่าน
ปะเหลียน,รพช.	92,091,149.52	92,404,944.65	313,795.13	0.34	ผ่าน
สิเกา,รพช.	69,102,813.25	69,294,976.38	192,163.13	0.28	ผ่าน
ห้วยยอด,รพช.	201,381,318.00	195,283,435.12	-6,097,882.88	-3.03	ผ่าน
วังวิเศษ,รพช.	82,355,400.00	76,830,049.40	-5,525,350.60	-6.71	ไม่ผ่าน
นาโยง,รพช.	92,544,517.36	94,444,169.07	1,899,651.71	2.05	ผ่าน
รัษฎา,รพช.	75,121,023.45	70,577,560.19	-4,543,463.26	-6.05	ไม่ผ่าน
หาดสำราญ,รพช.	38,454,472.15	35,968,838.60	-2,485,633.55	-6.46	ไม่ผ่าน
รวมสิ้น พค.64	2,007,675,262.28	1,949,998,174.49	-57,677,087.79	-2.87	5/5

ที่มาข้อมูล : www.hfo๖๔.cfo.in.th. ณ วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ เวลา ๑๒.๐๐ น.

พบว่า ณ สิ้นเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๔ หน่วยบริการ ๖ แห่ง มีค่าใช้จ่ายจริงน้อยกว่าแผนค่าใช้จ่าย และมีหน่วยบริการ ๕ แห่ง ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลต่างของแผนและผลด้านค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อม และค่าตัดจำหน่าย) ไม่เกิน ± ร้อยละ ๕

ตารางที่ ๗ แสดงผลการประเมินต้นทุนบริการ แบบ Quick Method ณ สิ้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๔

ลำดับ	หน่วยบริการ	ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก			ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน			สรุปผลการประเมิน
		ต้นทุนต่อ OPD	Mean Cost OPD	ผลการประเมิน	ต้นทุนต่อ AdjRW	Mean Cost IPD	ผลการประเมิน	
1	ตรัง,รพศ.	930.17	1,367.15	ผ่าน	14,985.49	19,349.95	ผ่าน	ผ่านเกณฑ์
2	กันตัง,รพช.	770.47	929.09	ผ่าน	15,330.91	18,866.28	ผ่าน	ผ่านเกณฑ์
3	ย่านตาขาว,รพช.	710.47	923.59	ผ่าน	12,474.27	19,534.06	ผ่าน	ผ่านเกณฑ์
4	ปะเหลียน,รพช.	907.16	938.48	ผ่าน	8,817.58	21,315.47	ผ่าน	ผ่านเกณฑ์
5	สิเกา,รพช.	773.98	938.48	ผ่าน	11,638.92	21,315.47	ผ่าน	ผ่านเกณฑ์
6	ห้วยยอด,รพช.	810.16	1,031.40	ผ่าน	14,988.44	20,872.16	ผ่าน	ผ่านเกณฑ์
7	วังวิเศษ,รพช.	933.09	938.48	ผ่าน	16,066.72	21,315.47	ผ่าน	ผ่านเกณฑ์
8	นาโยง,รพช.	828.86	938.48	ผ่าน	14,388.10	21,315.47	ผ่าน	ผ่านเกณฑ์
9	รัษฎา,รพช.	1,034.75	1,024.43	ไม่ผ่าน	15,326.73	24,883.75	ผ่าน	ไม่ผ่านเกณฑ์
10	หาดสำราญ,รพช.	840.76	1,568.23	ผ่าน	17,838.64	41,500.90	ผ่าน	ผ่านเกณฑ์
รวม				9/10			10/10	9/10

ที่มาข้อมูล : www.hfo๖๔.cfo.in.th. ณ วันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๔

พบว่า ณ สิ้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๔ มีหน่วยบริการ ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลรัษฎา ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินต้นทุนบริการ แบบ Quick Method เปรียบเทียบเกณฑ์ค่า Mean+๑SD ตามกลุ่มโรงพยาบาลระดับเดียวกัน ในกรณีต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก ส่วนกรณีต้นทุนบริการผู้ป่วยในผ่านเกณฑ์การประเมินต้นทุนบริการ แบบ Quick Method เปรียบเทียบเกณฑ์ค่า Mean+๑SD ตามกลุ่มโรงพยาบาลระดับเดียวกัน ทั้ง ๑๐ แห่ง

ตารางที่ ๘ แสดงผลการประเมินสัดส่วนต้นทุนบริการ (เฉพาะรายการใช้ไป) ต่อรายได้ค่ารักษาพยาบาล ณ สิ้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๔

ลำดับ	หน่วยบริการ	รายได้ค่ารักษาพยาบาล	ต้นทุนบริการ (เฉพาะรายการใช้ไป)	สัดส่วนของต้นทุนบริการ (เฉพาะรายการใช้ไป)ต่อรายได้ค่ารักษาพยาบาล	Mean+1SD	ผลการประเมิน
1	ตรัง,รพศ.	937,402,465.01	273,233,250.19	0.29	0.39	ผ่าน
2	กันตัง,รพช.	63,985,168.99	17,899,504.86	0.28	0.34	ผ่าน
3	ย่านตาขาว,รพช.	57,545,865.42	14,084,985.35	0.24	0.29	ผ่าน
4	ปะเหลียน,รพช.	36,034,804.45	13,021,802.96	**0.36**	0.31	ไม่ผ่าน
5	สิเกา,รพช.	30,416,008.75	8,037,365.72	0.26	0.31	ผ่าน
6	ห้วยยอด,รพช.	112,584,085.34	27,328,807.77	0.24	0.34	ผ่าน
7	วังวิเศษ,รพช.	29,550,595.49	9,142,237.52	0.31	0.31	ผ่าน
8	นาโยง,รพช.	43,880,400.22	14,865,409.14	**0.34**	0.31	ไม่ผ่าน
9	รัษฎา,รพช.	27,205,043.22	9,127,162.16	**0.34**	0.31	ไม่ผ่าน
10	หาดสำราญ,รพช.	14,368,881.60	3,358,766.33	0.23	0.34	ผ่าน
รวม						**7/10**

ที่มาข้อมูล : www.hfo๖๔.cfo.in.th. ณ วันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๔

พบว่า ณ สิ้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๔ มีหน่วยบริการ ๗ แห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมินสัดส่วนต้นทุนบริการ (เฉพาะรายการใช้ไป) ต่อรายได้ค่ารักษาพยาบาล เทียบเกณฑ์ค่า Mean+๑SD ตามกลุ่มโรงพยาบาลระดับเดียวกัน

ตารางที่ ๙ แสดงผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score) ณ สิ้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๔

รหัส	โรงพยาบาล	ขนาดเตียง	จำนวนปชก.UC	Risk score Q 2/2564	การประเมินประสิทธิภาพ																รวมคะแนน (10 คะแนน)	Grade
					1.PlanFin		2.ต้นทุน Quick Method		3.ค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบค่ากลางกลุ่ม				4.%อัตราครองเตียงปี 2564Q2		5.CMI2564Q2		6. ประสิทธิการบริหาร 7 Pus		7. คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น		
					รายได้	ค่าใช้จ่าย	OP	IP	LC	ค่ายา	ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์	ค่าเวชภัณฑ์มิใช่ยาและวัสดุการแพทย์	ผล	คะแนน	ผล	คะแนน	ผล	คะแนน				
10683	รพ.ตรัง	553	114,965	0	0	1	1	1	0.5	0.5	0.5	0.5	90.37	1	1.60	0	B	1	1	8.0	A
11407	รพ.กันตัง	77	66,782	1	1	0	1	1	0.5	0	0.5	0.5	66.96	0	0.60	0	C	0	1	5.5	D
11408	รพ.ย่านตาขาว	60	49,015	0	1	1	1	1	0	0	0	0.5	96.32	1	0.60	0	B-	0	1	6.5	C
11409	รพ.ปะเหลียน	43	51,230	0	1	1	1	1	0.5	0	0	0	60.08	0	0.50	0	C	0	1	5.5	D
11410	รพ.สิเกา	44	32,806	0	0	0	1	1	0.5	0.5	0.5	0.5	50.00	0	0.50	0	B	1	1	6.0	C
11411	รพ.ห้วยยอด	100	72,344	1	0	1	1	1	0	0	0	0	82.08	1	0.70	0	C-	0	1	5.0	D
11412	รพ.วังวิเศษ	38	34,233	0	1	1	1	1	0.5	0.5	0.5	0.5	58.94	0	0.60	0	C-	0	1	7.0	B
11413	รพ.นาโยง	60	32,785	1	1	1	1	1	0	0	0	0	60.50	0	0.60	0	C-	0	1	5.0	D
14139	รพ.รัษฎา	45	22,889	0	0	1	0	1	0	0	0	0	61.45	0	0.60	0	D	0	1	3.0	F
28817	รพ.หาดสำราญฯ	25	13,094	0	0	1	1	1	0	0.5	0	0.5	44.04	0	0.50	0	C-	0	1	5.0	D

ที่มาข้อมูล : www.hfo๖๔.cfo.in.th. ณ วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔

พบว่า ณ สิ้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๔ ผลการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score) มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ A จำนวน ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลตรัง หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ B จำนวน ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลวังวิเศษ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ C จำนวน ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลย่านตาขาว และโรงพยาบาลสิเกา หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ D จำนวน ๕ แห่ง และระดับ F (ไม่ผ่านเกณฑ์) จำนวน ๑ แห่ง

ตารางที่ ๑๐ แสดงผลการประเมินคุณภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ ณ สิ้นไตรมาส ๒/๒๕๖๔

เกณฑ์การประเมิน		มีคุณภาพ (ผ่าน 4 ข้อ)	คุณภาพบางส่วน (ผ่าน 2-3 ข้อ)	ต้องปรับปรุง (ผ่าน 1 ข้อ)
		จำนวนรพ. (แห่ง)/ร้อยละของรพ.		
หน่วยบริการที่มีระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4 S)				
1	มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)	9/90	1/10	0/0
2	ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)	9/90	1/10	0/0
3	มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill)	5/50	5/50	0/0
หน่วยบริการที่มีระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4 C)				
1	มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)	10/100	0/0	0/0
2	มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)	10/100	0/0	0/0
3	ระบบเบิกจ่าย (Claim)	2/20	7/70	1/10
การเบิกจ่ายเงินงบประมาณและเงินกองทุนในระบบประกันสุขภาพ				
1	ประสิทธิภาพของการเบิกจ่ายงบประมาณบุคลากร ครบถ้วน ทันเวลา	1/10	9/90	0/0
2	ระบบเบิกจ่าย กองทุนต่างด้าวและกองทุนไร้รัฐ มีประสิทธิภาพ	9/90	1/10	0/0
ร้อยละของโรงพยาบาล		68.75	30.00	1.25

พบว่า ณ สิ้นไตรมาส ๒/๒๕๖๔ ผลการประเมินคุณภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ พบว่า หน่วยบริการมีคุณภาพ (ผ่าน ๔ ข้อ) ร้อยละ ๖๘.๗๕ (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐) มีคุณภาพบางส่วน (ผ่าน ๒-๓ ข้อ) ร้อยละ ๓๐.๐๐ และต้องปรับปรุง (ผ่าน ๑ ข้อ) ร้อยละ ๑.๒๕

สรุปผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญของการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔ ดังนี้

Small Success รอบ ๖ เดือน	**ผลการดำเนินงาน**
๑. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน - ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๔ - ระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๖	สถานะทางการเงิน ณ สิ้นเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๔ จังหวัดตรัง ไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินทั้งระดับ ๗ และระดับ ๖ = ผ่านเกณฑ์
๑.๒ หน่วยบริการได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ เกณฑ์ ไตรมาส ๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	ผลการดำเนินงาน ถึงไตรมาส ๒/๒๕๖๔ หน่วยบริการในจังหวัดตรัง มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (ผ่าน ๔ ข้อ) ร้อยละ ๖๘.๗๕ = ผ่านเกณฑ์

มาตรการ/เป้าหมายการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
๒. ผลการดำเนินงานตามมาตรการ	
มาตรการที่ ๑ การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)	
๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่มีข้อมูล รายได้ ต้นทุน และผลการดำเนินงานของทุกกองทุน ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๒๐	* ประเมินระดับประเทศ
๑.๒ ร้อยละของหน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ค่าเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐	หน่วยบริการมีการจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) ถูกต้อง ครบถ้วน ตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด ทั้ง ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ = **ผ่านเกณฑ์**
๑.๓ ร้อยละของหน่วยบริการเมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงของแผนทางการเงิน (Planfin Analysis) ไม่เป็นแผนแบบมีความเสี่ยง (แผนแบบ ๔,๖,๗) ค่าเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕	หน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) เป็นแผนแบบไม่มีความเสี่ยง ทั้ง ๑๐ แห่ง โดยแบ่งเป็นแผนแบบ ๑ จำนวน ๓ แห่ง และแผนแบบ ๒ จำนวน ๗ แห่ง (ไม่มีแผนแบบมีความเสี่ยง ; แผนแบบ ๔,๖,๗) คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ = **ผ่านเกณฑ์**
มาตรการที่ ๒ พัฒนาระบบบัญชีบริหาร (Accounting Management)	
๒.๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการบันทึกข้อมูลบัญชีลูกหนี้ และบัญชีรายได้ ถูกต้อง ครบถ้วน ตามหลักเกณฑ์ ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐	หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลบัญชีลูกหนี้และบัญชีรายได้ ถูกต้อง ครบถ้วน ตามหลักเกณฑ์ ทั้ง ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ = **ผ่านเกณฑ์**
มาตรการที่ ๓ ติดตาม กำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)	
๓.๑ ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผล Planfin ไม่เกิน ± ร้อยละ ๕ - ด้านรายได้ - ด้านค่าใช้จ่าย ค่าเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผล Planfin - ด้านรายได้ ผ่านเกณฑ์จำนวน ๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๐ - ด้านค่าใช้จ่าย ผ่านเกณฑ์จำนวน ๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๐ การแปลผล ถ้าไม่ผ่านทั้งรายได้และค่าใช้จ่าย ผลสรุปคือ ไม่ผ่าน (= ๑ แห่ง) แต่ถ้าผ่านเพียงตัวใดตัวหนึ่ง หรือ ผ่านทั้งสองตัว ผลสรุปคือ ผ่าน (= ๙ แห่ง) คิดเป็นร้อยละ ๙๐ = **ผ่านเกณฑ์**
๓.๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน (๗Plus Efficiency) ≥ ๕ ข้อ (ระดับ Grade B,A-,A) ค่าเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕	มีหน่วยบริการ ๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๐) ผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน (๗Plus Efficiency) ; ผ่านเกณฑ์ ๕ ข้อ ที่เหลืออีก ๙ แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ; ผ่านเกณฑ์น้อยกว่า ๕ ข้อ คิดเป็นร้อยละ ๑๐ = **ไม่ผ่านเกณฑ์**

มาตรการ/เป้าหมายการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
๓.๓ ร้อยละของหน่วยบริการมีต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกและต้นทุนบริการผู้ป่วยในไม่เกินค่ากลาง+๑SD ของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน <u>ค่าเป้าหมาย</u> ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕	- มีหน่วยบริการ ๑ แห่ง ที่มีต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกเกินค่ากลาง+๑SD - หน่วยบริการทั้ง ๑๐ แห่ง มีต้นทุนบริการผู้ป่วยในไม่เกินค่ากลาง+๑SD ของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน การแปลผล ถ้าไม่ผ่านตัวใดตัวหนึ่ง ผลสรุปคือ ไม่ผ่าน (= ๑ แห่ง) ที่เหลืออีก ๙ แห่งผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๙๐ = **ผ่านเกณฑ์**

๓. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
การระบาดของ COVID-๑๙ ระลอกใหม่ ทำให้หน่วยบริการมีการบริหารจัดการแบบ New Normal จึงส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการลงทุนเพื่อให้บริการแบบ New Normal เพิ่มขึ้น	หน่วยบริการควรมีแผนการเงินรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

แบบรายงานสรุปข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด รอบที่ ๒/๒๕๖๔
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

.....

๑. ประเด็นหลัก / หัวข้อ Seamless Refer

ตัวชี้วัด ตัวชี้วัด

๑.ร้อยละของส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ ๑๐
(ผู้ป่วย ๔ สาขาหลัก คือ สาขาโรคหัวใจ, สาขามะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ทารกแรกเกิด)
๒.ร้อยละของส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตโซน A๑ ลดลงร้อยละ ๑๐
(ผู้ป่วย ๔ สาขาหลัก คือ สาขาโรคหัวใจ, สาขามะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ทารกแรกเกิด)
๓.ร้อยละการปฏิเสธส่งต่อหรือส่งต่อล่าช้า ๓๐ นาที ลดลงร้อยละ ๕
๔.ร้อยละอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงหรือเสียชีวิตขณะส่งต่อ ลดลงร้อยละ ๕

๒. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยส่งต่อนอกเขตสุขภาพปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ จำนวน ๖ รายและ ๕ราย ตามลำดับมีแนวโน้มลดลง คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๖๗ การส่งต่อผู้ป่วยนอกโซน A๑ ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ จำนวน ๖๙๖ ราย และ ๖๗๑ ราย ลดลงร้อยละ ๓.๕๙ การปฏิเสธส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัด ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ราย เป็นผู้ป่วยรอยต่อระหว่างจังหวัดตรังและจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้ป่วยส่งต่อล่าช้าเกิน ๓๐ นาที ปี ๒๕๖๔ = ๐ ราย และอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงหรือเสียชีวิตขณะส่งต่อ ในไตรมาศ ๑ ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑๘ ราย ไตรมาศ ๒ จำนวน ๑๔ ราย ลดลงร้อยละ ๒๒.๒๒

จังหวัดตรังพัฒนาระบบส่งต่อเป้าหมายลดจำนวนผู้ป่วยส่งต่อภายในเครือข่ายและนอกเครือข่าย เพิ่มสมรรถนะบุคลากรให้สามารถดูแลผู้ป่วยภายในจังหวัดตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลศูนย์ตรัง สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือเฉพาะทางที่ทันสมัย พัฒนาระบบการสื่อสาร Telemedicine ขณะส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แต่ปี ๒๕๖๔ ข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ และสถานการณ์การติดเชื้อโคโรนาไวรัส ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) ส่งผลให้การพัฒนาระบบส่งต่อไม่ได้ตามแผนที่วางไว้

๓. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔)**

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายงานข้อมูล	จำนวน (ราย)	แนวโน้ม
๑.	ร้อยละของส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ ๑๐ (ผู้ป่วย ๔ สาขาหลัก)	ปี ๒๕๖๓	**๖**	
		ปี ๒๕๖๔	**๕**	ลดลง
		ร้อยละ (A-B/Ax๑๐๐)		ร้อยละ ๑๖.๖๗
๒	ร้อยละของส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตโซน A๑ ลดลงร้อยละ ๑๐ (ผู้ป่วย ๔ สาขาหลัก)	ปี ๒๕๖๓	**๖๙๖**	
		ปี ๒๕๖๔	**๖๗๑**	ลดลง
		ร้อยละ (A-B/Ax๑๐๐)		ร้อยละ ๓.๕๙

(ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายงานข้อมูล	จำนวน (ราย)	แนวโน้ม
๓	ร้อยละการปฏิเสธส่งต่อ ลดลงร้อยละ ๕	ข้อมูลครั้งที่๑ ปี๒๕๖๔	๐	
		ข้อมูลครั้งที่๒ ปี๒๕๖๔	๑	เพิ่มขึ้น
		ร้อยละ (A-B/Ax๑๐๐)		
๔	ร้อยละการส่งต่อล่าช้าเกิน ๓๐ นาที ลดลงร้อยละ ๕	ข้อมูลครั้งที่๑ ปี๒๕๖๔	๐	-
		ข้อมูลครั้งที่๒ ปี๒๕๖๔	๐	-
		ร้อยละ (A-B/Ax๑๐๐)		
๕	.ร้อยละอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงหรือเสียชีวิตขณะส่งต่อ ลดลงร้อยละ ๕	ข้อมูลครั้งที่๑ ปี๒๕๖๔	๑๘	ลดลง
		ข้อมูลครั้งที่๒ ปี๒๕๖๔	๑๔	๒๒.๒๒
		ร้อยละ (A-B/Ax๑๐๐)		

๔. ที่มาข้อมูล :รายงานข้อมูล HOS xP โรงพยาบาลตรัง ณ วันที่ ๓๑ เดือน พ.ค. ๒๕๖๔

อภิปรายผลจากตาราง

๑. ผู้ป่วยโรค ๔ สาขาหลัก ส่งต่อนอกเขตบริการสุขภาพ (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาโรคอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ทารกแรกเกิด) เปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกันของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ กับ ๒๕๖๔ ช่วงระหว่างเดือน ต.ค.-พ.ค. พบว่า จำนวนการส่งต่อออกนอกเขตบริการสุขภาพของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีจำนวน ๖ ราย และปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีจำนวน ๕ ราย อัตราลดลง ร้อยละ ๑๖.๖๗ (ผ่านเกณฑ์)

ตารางข้อมูลการส่งต่อออกนอกเขตบริการสุขภาพ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ กับ ๒๕๖๔

ปี ๒๕๖๓ (ต.ค.๖๒–พ.ค.๖๓)				ปี ๒๕๖๔ (ต.ค. ๖๓–พ.ค.๖๔)			
ลำดับ	โรค	รพ.	จำนวน (ราย)	ลำดับ	โรค	รพ.	จำนวน (ราย)
๑	Malignant neoplasm of breast	ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี	๓	๑	Malignant neoplasm of larynx	ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี	๑
๒	Malignant neoplasm of nasopharynx	รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช	๑	๒	Malignant neoplasm of thyroid gland	ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี	๑
๓	Malignant neoplasm of bronchus and lung	ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี	๑	๓	Disorder related to short gestation and low birth weight	โรงพยาบาลกระบี่	๑
๔	Malignant neoplasm of pypopharynx sinus	รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช	๑	๔	Malignant neoplasm of oropharynx	รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช	๑

ปี ๒๕๖๓ (ต.ค.๖๒–พ.ค.๖๓)				ปี ๒๕๖๔ (ต.ค. ๖๓–พ.ค.๖๔)			
ลำดับ	โรค	รพ.	จำนวน (ราย)	ลำดับ	โรค	รพ.	จำนวน (ราย)
				๕	Malignant neoplasm of larynx	รพ.มหาราช นครศรีธรรมราช	๑

๒. ผู้ป่วยโรค ๔ สาขาหลักส่งต่อออกนอกโซน A (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาโรคอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ทารกแรกเกิด)

ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ (ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓) จำนวนผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมด ๓,๕๓๐ ราย จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อออกนอกโซนAเฉพาะ ๔ สาขา มีสาขาหัวใจจำนวน ๔๒ ราย สาขามะเร็งจำนวน ๖๓๐ ราย สาขาทารกแรกเกิด ๒๔ ราย มี

ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ (ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔) จำนวนผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมด ๓,๔๙๑ ราย จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อออกนอกโซนA เฉพาะ ๔ สาขา มีสาขาหัวใจจำนวน ๓๔ ราย สาขามะเร็งจำนวน ๖๒๕ ราย สาขาทารกแรกเกิด ๑๒ ราย อัตราลดลงร้อยละ๓.๕๙

ตาราง ร้อยละการปฏิเสธส่งต่อหรือส่งต่อล่าช้าเกิน ๓๐ นาที ลดลงร้อยละ ๕

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี๒๕๖๔		ผลลัพธ์
			ข้อมูลครั้งที่๑ ปี๒๕๖๔	ข้อมูลครั้งที่๒ ปี๒๕๖๔	
๓-๔	ร้อยละการปฏิเสธส่งต่อ ลดลงร้อยละ ๕		๐	๑	**เพิ่มขึ้น**
	ร้อยละการส่งต่อล่าช้าเกิน ๓๐ นาที ลดลงร้อยละ ๕		๐	๐	**๑๐๐**

จากตาราง ผู้ป่วยส่งต่อได้รับการปฏิเสธ ๑ ราย เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอยู่ระหว่างรอยต่ออำเภอรัษฎากับอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมาราช และผู้ป่วยสิทธิการรักษาอยู่ที่อำเภอทุ่งสง และระยะทางจากรพ.รัษฎามารพ.ศูนย์ตรังใช้ระยะทาง ๔๐ กิโลเมตร หากไปรพ.ทุ่งสงระยะทางห่างจากรพ.รัษฎา ๑๕ กิโลเมตรซึ่งใกล้กว่า

ผู้ป่วยส่งต่อล่าช้าเกิน ๓๐ นาที พบว่าไม่พบผู้ป่วยที่ส่งต่อล่าช้าเกิน ๓๐ นาทีหลังจากเจ้าหน้าที่ประสานส่งต่อ

ตาราง อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงหรือเสียชีวิตขณะส่งต่อลดลงร้อยละ ๕

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี๒๕๖๔		ผลลัพธ์
			ข้อมูลครั้งที่๑ ปี๒๕๖๔	ข้อมูลครั้งที่๒ ปี๒๕๖๔	
๕	ร้อยละอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงหรือเสียชีวิตขณะส่งต่อ ลดลงร้อยละ	ลดลง ร้อยละ ๕	๑๘	๑๔	ลดลงร้อยละ ๒๒.๒๒

จากตาราง พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงหรือเสียชีวิตขณะส่งต่อมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการประชุมชี้แจงการดำเนินงานระบบส่งต่อ การประสานงาน การส่งข้อมูลอุบัติการณ์ส่งต่อย้อนกลับให้หน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกเดือนเพื่อนำไปปรับระบบการดูแลผู้ป่วยลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น จัดประชุมวิชาการ การดูแลผู้ป่วยสาขาที่พบอุบัติการณ์บ่อย ส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีการประเมิน ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน

๕. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	จัดตั้งคณะกรรมการระบบส่งต่อระดับจังหวัด	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ refer ระดับจังหวัด ๑ชุด	มีนาคม ๖๔	สสจ.ตรัง
๒.	ประชุมทบทวนแนวทางการส่งต่อและส่งกลับแต่ละสาขาภายในจังหวัด	รพ.ศูนย์ตรัง	พฤษภาคม ๖๔	รพ.ตรัง
๓.	จัดประชุมวิชาการ **Referral** conference ฟื้นฟูความรู้และกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย	รพ.ทุกแห่งจังหวัดตรัง ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง	กพ. มิ.ย ๖๔	-สสจ.ตรัง - รพ.ตรัง
๔	ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน	คณะกรรมการดำเนินงานทุก ๓ เดือน	ธค.๖๓, มี.ค.๖๔, มิ.ย.๖๔ และ ก.ย.๖๔	สสจ.ตรัง
๕	พัฒนาโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยให้เชื่อมโยงของโปรแกรมHOsXPและ Thai Refer	เครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง	ม.ค.-ก.ย.๖๔	-สสจ.ตรัง - รพ.ใน เครือข่ายจ.ตรัง

๖. **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)**

๑. การดำเนินงานขาดความต่อเนื่องในการกำกับติดตามภายในเครือข่าย

๒. การรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยในระบบโปรแกรมThai Refer ยังไม่ตรงกันกับระบบสารสนเทศการส่งต่อส่วนกลาง(nReferและHealth Data Center)

๓. การบันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยหลากหลาย และไม่สามารถนำไปใช้ได้ เช่นลงระบบ Thai Refer แล้ว ยังบันทึกใบส่งต่อHI Stroke Sepsis บต.๐๘ ทำให้เสียเวลา

๔. ไม่มีแพทย์ ONCO สาขานรีเวช ผู้ป่วยมะเร็งสาขานรีเวชในโซน A ส่งต่อนอกโซนAมีจำนวนเพิ่มขึ้น

๕. ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งต่อภายในโซน แนวทางปฏิบัติการส่งต่อหลากหลาย ไม่เป็นทิศทางเดียวกัน

๗. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑.การดำเนินงานขาดความต่อเนื่องในการกำกับติดตามภายในเครือข่ายจากสถานการณ์ COVID ๑๙	๑. จัดทำLine group เพื่อสื่อสารที่รวดเร็ว ๒. มีกำกับ ติดตามแผนงาน ตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง
๒.การรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยในระบบโปรแกรมThai Refer ยังไม่ตรงกันกับระบบสารสนเทศการส่งต่อส่วนกลาง(nReferและ Health Data Center)	๑.ต้องบันทึกข้อมูลในระบบThai Refer ให้ครบถ้วน(ICD๑๐) ๒.ปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงกับระบบเวชระเบียนรพ.สต. รพช. และรพศ
๓.ฐานข้อมูลในโปรแกรมThai refer ขาดข้อมูลที่สอดคล้องกับตัวชี้วัด ระบบไม่เสถียร	๑.ปรับปรุงฐานข้อมูลในการจัดเก็บข้อมูลให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด เพื่อดึงข้อมูลส่งต่อในโซน และนอกเขตบริการสุขภาพที่มีรายละเอียดสามารถนำมาใช้ประโยชน์ ๒.ปรับปรุงระบบโปรแกรมThai refer ข้อมูลผู้ป่วยมีความเชื่อมโยงของโปรแกรม Hos XP กับโปรแกรม Thai refer ลดความซ้ำซ้อนการบันทึก
๔.ไม่มีแพทย์ ONCO สาขานรีเวช ผู้ป่วยมะเร็งสาขานรีเวชในโซน A ส่งต่อนอกโซนAมีจำนวนเพิ่มขึ้น	สนับสนุนให้มีแพทย์ONCOสาขานรีเวชในโรงพยาบาลตรัง และรับการส่งต่อจากรพ.พัทลุง ลดการส่งต่อนอกโซนA
๕.ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งต่อภายในโซน	ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการภายในโซน A กำหนดCriteria ที่ชัดเจน แนวทางการส่งต่อ การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่ง

๘. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ไม่มี

การดำเนินการตามข้อสั่งการ ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๔ ที่ผ่านมา

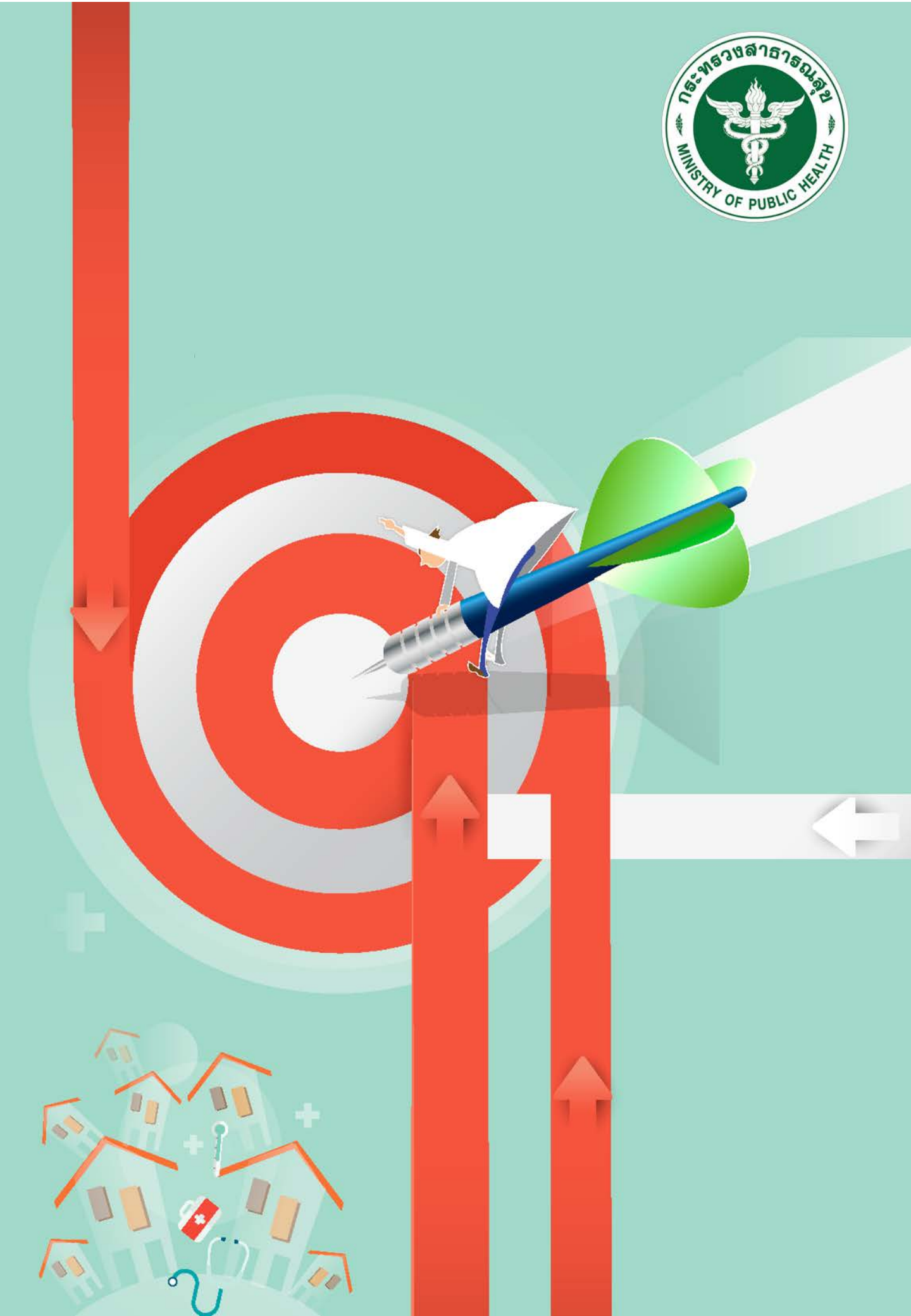
ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๖๔	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๔
๑. วิเคราะห์ข้อมูลให้ครอบคลุมทั้ง ๔ โรคหลัก	๑.ประชุมชี้แจงตัวชี้วัด นิยาม วิธีการเก็บ วิเคราะห์สาเหตุการส่งต่อ ๔ โรคหลัก -ทบทวนโรคที่ส่งต่อเพื่อนำมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งความรู้และทักษะเจ้าหน้าที่ ลดการส่งต่อ -ประชุมรวมกับ Service plan เพื่อวางแผนพัฒนาบุคลากรสาขาที่ขาดแคลนลดการส่งต่อผู้ป่วย -คณะทำงานระบบ Refer สนับสนุนจัดเวทีวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคที่เป็นปัญหา -ประสานงาน IT เพื่อดึงข้อมูลส่งต่อในโซน และนอกเขตบริการสุขภาพที่มีรายละเอียดสามารถนำมาใช้ประโยชน์

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๖๔	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ ๑/๒๕๔
๒. ใช้ Thai Refer ครอบคลุมเพิ่มขึ้นในIPD และใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อพัฒนาการส่งต่อ	๒. -กำหนดให้หน่วยงาน IPDใช้ Thai refer -ผู้รับผิดชอบโปแกรม Thai refer ควรสอบถามผู้ใช้ผลดีผลเสียของโปรแกรมเพื่อนำมาปรับปรุงระบบให้สามารถใช้บันทึกข้อมูลให้ครอบคลุมมากขึ้น ลดความซ้ำซ้อนการบันทึกและตอบสนองผู้ใช้ให้ตรงประเด็น
๓. ให้ทบทวนการเก็บข้อมูลกรณีปฏิเสธส่งต่อให้ครอบคลุมเพิ่มขึ้น	-ชี้แจงการเก็บข้อมูลปฏิเสธส่งต่อ -รพ.ต้นทางเก็บข้อมูล -จัดทำแนวทางการจัดการปฏิเสธส่งต่อผู้ป่วย พร้อมชี้แจ้งให้รพช.ทราบ.

๙.ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)






กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH