

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ รอบ ๑  
 เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัด ฉะเชิงเทรา  
 ประเด็นที่ ๗ : ส่งเสริมการมีบุตร

ประเด็นตามนโยบาย / ประเด็นตรวจราชการ : ส่งเสริมการมีบุตร

ตัวชี้วัดภายใต้นโยบายที่เกี่ยวข้อง :

๑. ร้อยละของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร(ร้อยละ ๑๐๐)
๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค) ร้อยละ ๙๕

ตัวชี้วัดกระทรวงฯ เกี่ยวข้อง :

๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย(ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)
๒. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq ๒๘$  วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก  $\geq ๕๐๐$  กรัม อัตรา ๓.๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ประเด็นตัวชี้วัด/กำกับติดตาม	เป้าหมาย	ผลงาน
<b>คลินิกส่งเสริมการมีบุตร</b> ๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)	- ร้อยละ ๕๐ - ร้อยละ ๖๕	- รพ.ชุมชนร้อยละ ๑๐๐ - รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป ร้อยละ ๑๐๐ - ร้อยละ ๙๘.๒๗
<b>ส่งเสริมการตั้งครรรภ์อย่างมีคุณภาพเพื่อลดการตายมารดา</b> ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	- ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ	- ๖๕.๑๕ : ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ
<b>สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)</b> ๑. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ $\leq ๒๘$ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก $\geq ๕๐๐$ กรัม	- < ๓.๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	- ๔.๓๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๒) สรุปสถานการณ์

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

อัตราการเกิดของจังหวัดฉะเชิงเทรา ๓ ปีซ้อนหลัง (ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖) เท่ากับ ๙.๒๘ ๘.๗ และ ๘.๐๑ ต่อพันประชากร และอัตราการเจริญพันธุ์รวมจังหวัด ปี ๒๕๖๕ (เทียบจากประชากรกลางปี) เท่ากับ ๑.๑๖ ในด้านการดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ได้มีการ

ดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการ จัดบริการดูแล รักษาภาวะมีบุตรยากตามศักยภาพ คือ รพ.ชุมชนทั้ง ๑๐ แห่งมีจัดบริการ (ร้อยละ ๑๐๐) และรพ.พุทธโสธร (รพ.ศูนย์) ร้อยละ ๑๐๐ ดังนี้

ด้านการจัดบริการในโรงพยาบาลที่ไม่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๑)

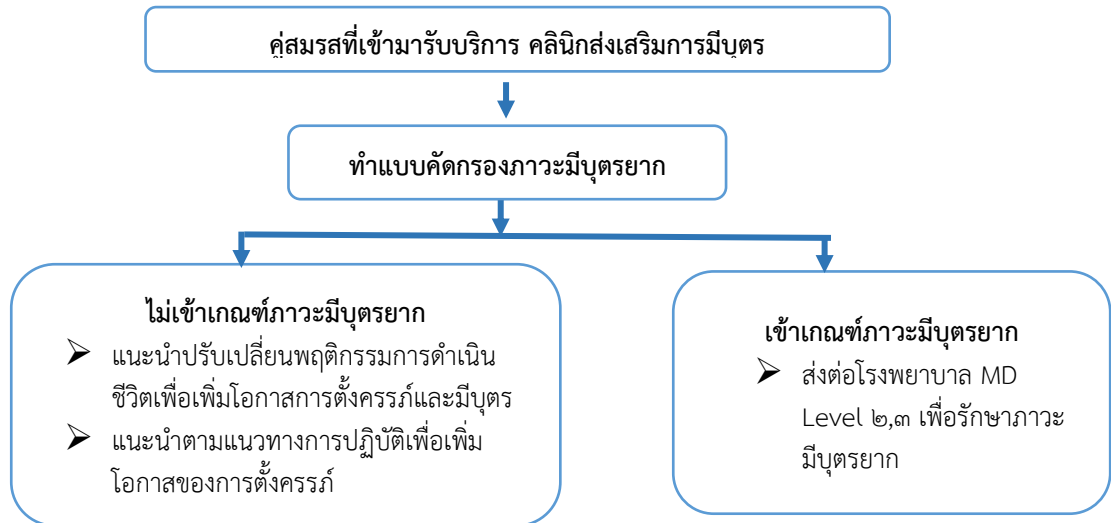
๑. มีสถานที่ในการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร หรืออาจเป็นบริการในคลินิกเดิมแต่มีการแจ้งบริการให้ชัดเจน

๒. การให้บริการ มีการให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร ให้บริการวางแผนครอบครัว ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ตามความพร้อมและความสะดวกของผู้รับบริการ

๓. องค์กรประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ

หมายเหตุ : จ.ฉะเชิงเทรา มี รพ.ชุมชน ที่มีสูตินรีแพทย์ คือ รพ.บางปะกง รพ.พนมสารคาม และรพ.บางน้ำเปรี้ยว

### แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (MD Level ๑)



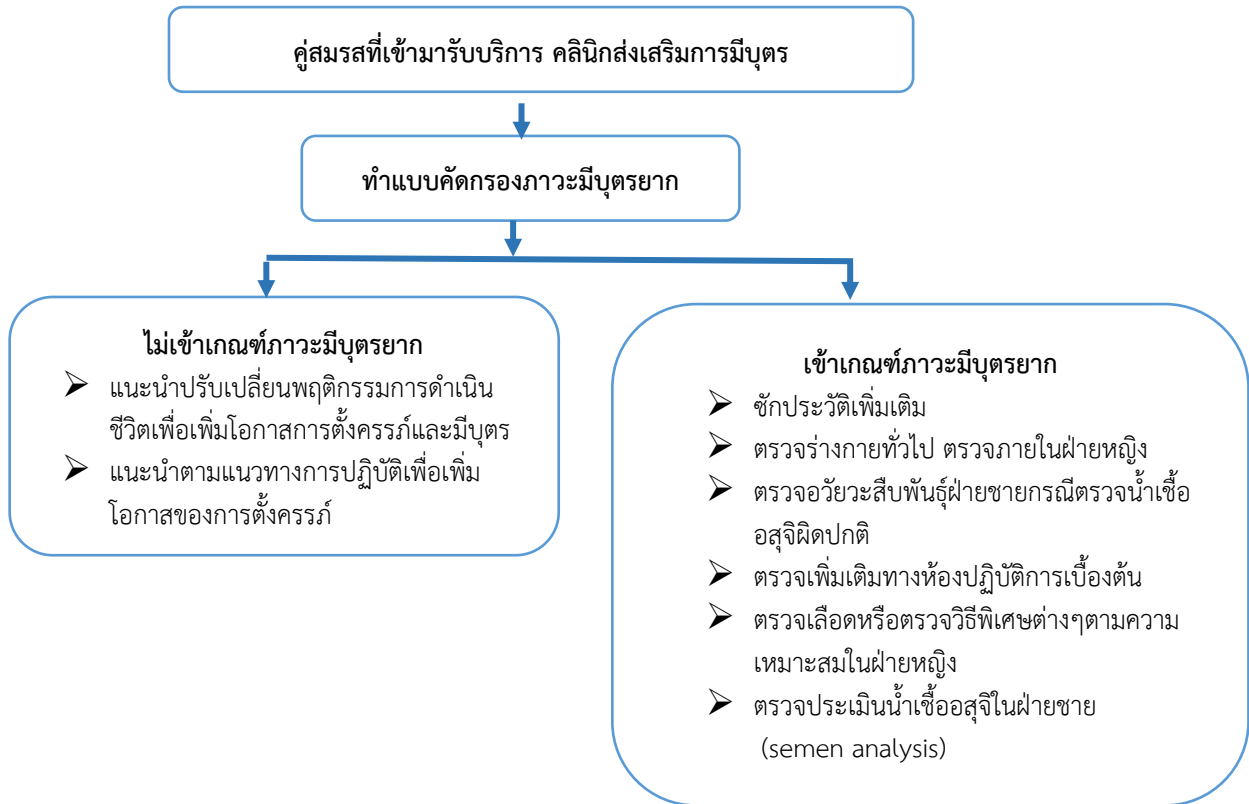
### การจัดบริการในโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๒)

๑. มีการจัดบริการที่เป็นคลินิกเฉพาะ มีระบบการทำงานร่วมกับคลินิกอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ

๒. การให้บริการ มีการให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร การวางแผนครอบครัว ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ การประเมินสาเหตุ สืบค้นเพื่อหาสาเหตุภาวะมีบุตรยาก เบื้องต้น การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ การกระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่ การฉีดอสุจิเข้าสู่โพรงมดลูก (IUI : Intrauterine insemination) และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ตามความพร้อมและความสะดวกของผู้รับบริการ

๓. องค์กรประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และมีการดูแลร่วม อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/รพ.ทั่วไป  
(MD Level ๒ )



สรุปผลการดำเนินงานในไตรมาสแรก จังหวัดฉะเชิงเทรา สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย(ร้อยละ ๑๐๐ ) โดยมีรพ.ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๐ แห่ง ดำเนินการได้ทั้งหมด ๑๐ แห่ง เท่ากับร้อยละ ๑๐๐ โดยมีรพ.พุทธโสธร (รพ.ศูนย์) ที่มีศักยภาพสามารถทำ IUI ได้จำนวน ๑ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐

**๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)**

โรค IEM เป็นโรคทางพันธุกรรมหายาก (Rare genetic disease) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มโรค หลายชนิดที่มีการป้องกันและการรักษาที่จำเพาะ แต่การรักษาจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อได้เริ่มรักษาก่อนมีอาการ อาการของโรค IEM คล้ายกับโรคอื่น ๆ ในเด็ก เช่น ซึม ไม่ดูดนม อาเจียน ชัก ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับ การวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้า เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน ความพิการ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง และต้องมีผู้ดูแลตลอดชีวิต รวมทั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในช่วงวัยทารกหรือวัยเด็ก ซึ่งคาดการณ์ผู้ป่วยรายใหม่โรค IEM จำนวน ๗๐ - ๑๐๐ รายต่อปี และมีรายจ่ายในการรักษาสูงถึง ๒๕๔ - ๖๑๐ ล้านบาท ต่อปี ปัจจุบันการตรวจกรองโรค IEM ในทารกแรกเกิดอย่างแม่นยำสามารถทำได้โดยใช้เทคโนโลยี Tandem Mass Spectrometry (TMS) หรือ LC-MS/MS ซึ่งในประเทศไทยได้มีการพิจารณาบรรจุการตรวจกรองทารกแรกเกิดดังกล่าวเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ โดยกำหนดให้ขยายการตรวจคัดกรองนี้ในทารกแรกเกิด (Expanded Newborn Screening) รวมถึงการรักษาโรค IEM และเริ่มมีการตรวจคัดกรองตั้งแต่ปี ๒๕๖๖ เป็นต้นมา

จังหวัดฉะเชิงเทราได้เริ่มดำเนินการส่งการตรวจวิเคราะห์ โรคหายาก ( IEM ) ในรพ.ทุกแห่งตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นมา พบว่า ทารกแรกเกิด จำนวน ๑,๕๖๑ ราย ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน ๑,๕๓๔ คน ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรอง เท่ากับ ร้อยละ ๙๘.๒๗ โดยพบว่า จังหวัดได้มีการดำเนินงานตามมาตรการ คือ

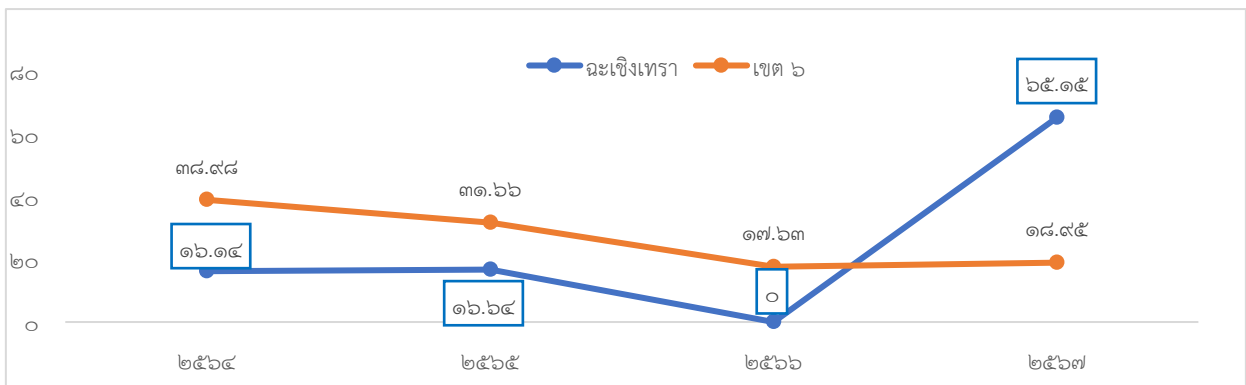
มีการเข้าร่วมประชุมชี้แจงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อรับทราบนโยบายและทำความเข้าใจถึง แนวทางในการเก็บสิ่งส่งตรวจ การบันทึกข้อมูล การกำกับติดตามรายงานผล มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อใช้ในการสื่อสารและ เพื่อควบคุมกำกับ ติดตามความครอบคลุมในการตรวจ สำหรับระบบการส่งตรวจคัดกรองนั้นใช้ตามแนวทางของ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่าทารกที่มีความเสี่ยงและต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำ จำนวน ๔ ราย และได้รับการติดตามตรวจครบทั้ง ๔ ราย ทั้งนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางของศูนย์โรคหายาก รพ.จุฬาสภากาชาดไทย ได้พิจารณาจากผลเลือดและการแสดงของทารกแรกเกิดแล้วพบว่า ทั้ง ๔ รายไม่เป็นโรค IEM

สรุปผลการดำเนินงานความครอบคลุมในการคัดกรองโรคหายาก IEM ในทารกแรกเกิด จังหวัดฉะเชิงเทรา สามารถดำเนินการ เท่ากับ ร้อยละ ๙๘.๒๗ สูงกว่าค่าเป้าหมาย(ร้อยละ ๖๕)

### ๓. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน : ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบมารดาตายจากทุกสาเหตุ จำนวน ๕ ราย แบ่งเป็น มารดาไทย ๔ ราย ต่างชาติ ๑ ราย อัตราตายมารดาไทย ๑๖.๑๔, ๑๖.๖๔, ๐ และ ๖๕.๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (เป้าหมายอัตรา ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) สาเหตุการตายมารดาทางตรง (Direct cause) ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐ ทางอ้อม (Indirect cause) ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐ Coincidental causes คือ Accidental ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ( แผนภูมิที่ ๑ )

แผนภูมิที่ ๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย จ.ฉะเชิงเทรา เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗

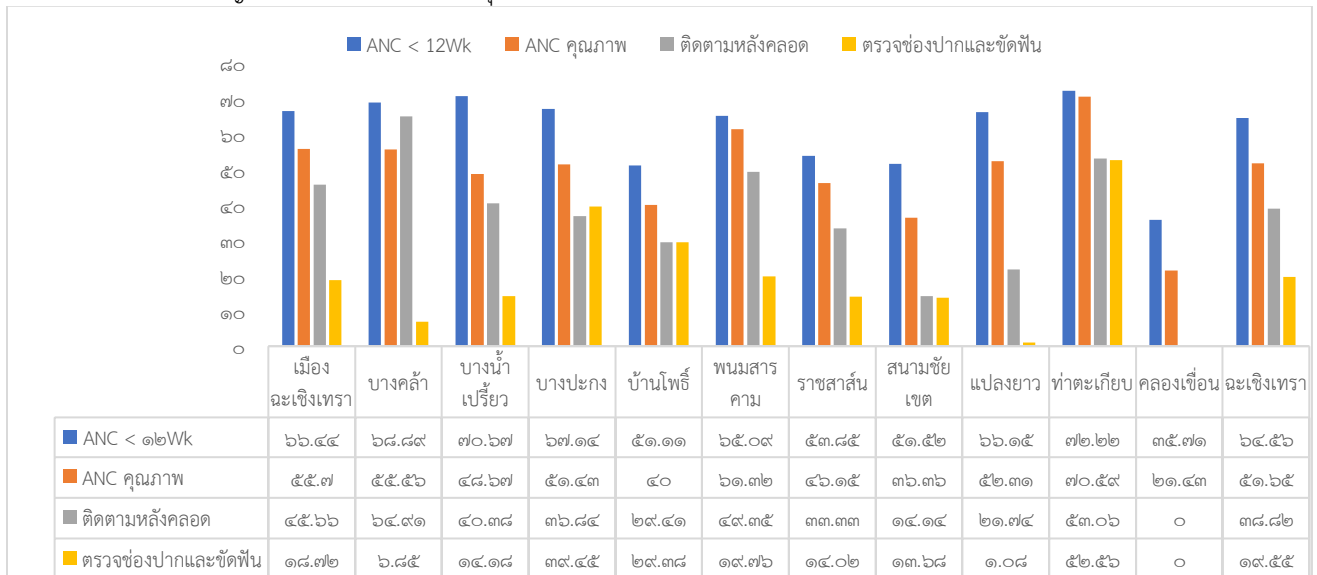


ที่มา : รายงาน CE สสจ. และ Dash Board กรมอนามัย

สาเหตุการเสียชีวิตมารดาจังหวัดฉะเชิงเทรา เมื่อจำแนกการตายของมารดาตาม ICD-MM องค์การอนามัยโลก พบว่าเป็น Obstetric hemorrhage : ๒ ราย (Postpartum Hemorrhage with Covid-๑๙, Postpartum Hemorrhage) กลุ่ม Non-obstetric complications : ๒ ราย (severe pneumonia respiratory failure with Covid-๑๙, Severe Pneumonia) Coincidental causes : ๑ ราย (Accidental) ในการดำเนินงานทบทวนการสาเหตุการตายมารดา ตามแนวทางของ WHO พบว่า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีการทบทวนการตายมารดาโดยเมื่อเกิดมารดาตายจากสถานพยาบาลทุกแห่ง ทุกรายและเป็นไปตามขั้นตอน คือ โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย แจ้งข้อมูลมาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการรพ. นายแพทย์สสจ. และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดภายใน ๒๔ ชั่วโมง ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังการตายมารดา (ศูนย์อนามัยที่ ๖) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง และส่งรายงาน CE-๖๒ และรายงานการทบทวนมารดาตาย/แนวทางการจัดการความเสี่ยงแก่ศูนย์เฝ้าระวังการตายมารดา (ศูนย์อนามัยที่ ๖) ภายใน ๓๐ วัน

จากการรวบรวมข้อมูลมารดาตาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ จำนวน ๕ ราย พบว่า มารดาตาย เป็นช่วงอายุ ๒๐ - ๓๕ ปี ร้อยละ ๖๐ ระยะเวลาตายมารดาพบมารดาตายส่วนใหญ่เสียชีวิตในระยะหลังคลอด ร้อยละ ๘๐ ผ่าครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์มากกว่า ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๔๐ มีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ ๘๐ โดยพบความเสี่ยงทางอายุครรภ์ ร้อยละ ๒๐ ความเสี่ยงทั้งสูติกรรมและอายุครรภ์ ร้อยละ ๔๐ คือ ส่วนใหญ่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล ร้อยละ ๑๐๐ การเดินทางมารับบริการพบว่า ระบบส่งต่อ(Refer) ร้อยละ ๖๐ อาการแรกรับที่หน่วยบริการพบมารดารู้สึกตัวดี (Stable)มากที่สุด ร้อยละ ๖๐ จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด เมื่อแบ่งตามระยะส่วนใหญ่พบ Early PPH คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความล่าช้า ๓ ประการ ที่ส่งผลต่อการตายมารดา (๓ Delay Model) เพื่อจัดกลุ่มของปัญหานั้น พบว่า มารดาที่เสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ ๑๐๐ ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากปัญหาความล่าช้าจากการได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) โดย ร้อยละ ๑๐๐ เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ และยังไม่พบ การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) และการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) สถานการณ์ด้านการฝากครรภ์คุณภาพ พบว่า ในไตรมาสแรก (ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๖) จังหวัดฉะเชิงเทรา ฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๖๔.๕๖ ฝากครรภ์คุณภาพ (ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ ๕๑.๖๕ ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง ร้อยละ ๓๘.๘๒ และประเด็นติดตามการได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ ๑๙.๕๕ (แผนภูมิที่ ๒)

แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละ การฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ การฝากครรภ์คุณภาพ(๕ ครั้ง) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง และ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ปี ๒๕๖๗ จ.ฉะเชิงเทรา



ที่มา : HDC ๒๖ มกราคม ๒๕๖๗

#### ๔. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม

ผลการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เท่ากับ ๔.๓๖ : ๑,๐๐๐ เกิดมีชีพ (๒๑/๔,๘๑๕ ราย) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เท่ากับ ๒.๘๘ : ๑,๐๐๐ เกิดมีชีพ (๒๐/๖,๙๓๙) จำนวนเตียง NICU จังหวัดฉะเชิงเทราวมทั้งสิ้น

๑๒ เตียง (๑:๖๐๐ เกิดมีชีพ) ซึ่งขาดอยู่ ๔ เตียง เป็นการคำนวณจำนวนเตียงจากเกิดมีชีพในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขรวมทั้งทารกเกิดมีชีพใน รพ.เอกชนในจังหวัดฉะเชิงเทราอีกประมาณ ๕๐๐ รายตอป เนื่องจากในทาง ปฏิบัติโรงพยาบาลพุทธโสธรต้องรับส่งต่อจาก โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัด จึงต้องมีการบริหารจัดการเพื่อที่จะ รองรับทารกแรกเกิดวิกฤตและการรับส่งต่อ Intrauterine transfer ในจังหวัดทั้งหมด รวมถึงภายในเขตสุขภาพให้ได้ ๑๐๐ % โดยวางแผนเพิ่ม อีก ๒ เตียง ในโรงพยาบาลระดับ M๒

สาเหตุการตาย ปี ๒๕๖๗

- Sepsis
- Preterm
- Anomalies
- สถานการณ์แนวโน้มเพิ่มขึ้นจากสาเหตุการติดเชื้อในกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนัก <๑๕๐๐ กรัม

### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือปัจจัยความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

**ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร**

๑. โรงพยาบาลพุทธโสธร ยังไม่สามารถจัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกได้ ( IUI ) โดยพบว่า มีการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งสูติแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์แล้ว แต่ยังคงขาดความพร้อมด้านจัดเตรียมวัสดุ ครุภัณฑ์(อยู่ ระหว่างดำเนินการ

๒. ยังไม่ได้กำกับติดตามผลการดำเนินงาน การให้บริการ และสำรวจปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร

**ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)**

๑. กรณีที่ผลเลือดผิดปกติและต้องได้รับการตรวจซ้ำของจังหวัด ช่องทางการสื่อสารเพื่อติดตามเด็กมาตรวจซ้ำ เป็น ระบบ Alert ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กับหน่วยบริการโดยตรง ดังนั้นจึงยังไม่มีข้อมูลภาพรวมของจังหวัด

๒. ขาดข้อมูลการตรวจยืนยันและการรักษา IEM ต้องประสานติดตามข้อมูลจากศูนย์การดูแลรักษาโรคหายาก

**ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย**

๑. ไม่ได้วางแผนการซ้อมแผนฉุกเฉินทางด้านสูติกรรมในระดับจังหวัด

๒. ขาดความต่อเนื่องในการติดตาม มาตรการหรือแนวทางหลังจากดำเนินการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการ ตายมารดา

**ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq ๒๘$  วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก  $\geq ๕๐๐$  กรัม**

จำนวนเตียง NICU ๑: ๓๐๐ ทารกเกิดมีชีพ : ยังไม่สามารถเพิ่มตามเป้าหมายได้ ปัจจุบัน ๑:๕๘๕ จำนวน เตียง ๑๒ เตียงต้องรองรับทารกวิกฤตจากโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดเพิ่มถึง ๓ แห่ง

### 4) สิ่งที่ต้องดำเนินการ/มาตรการในการดำเนินงาน

**ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร**

๑. การวางระบบ การดูแล ส่งต่อ กรณีพบผู้มีภาวะมีบุตรยากจากรพ.ชุมชนไปยังรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า

๒. การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการ สิทธิการรักษาตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ และการรักษาภาวะมีบุตรยาก

๓. กำกับติดตาม และรายงานข้อมูลการให้บริการ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

### ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

๑. กำกับติดตามกลุ่มที่ได้รับการตรวจยืนยันซ้ำ เพื่อยืนยันการได้รับการรักษา
๒. ปรับรายชื่อผู้ประสานในแต่ละรพ.ที่มีการเจาะตรวจเพื่อติดตามให้เป็นปัจจุบัน
๓. สื่อสารให้ผู้รับบริการได้รับทราบช่องทางในการส่งต่อเพื่อการรักษาที่รวดเร็วขึ้น

### ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. พัฒนา แนวทาง One Province One Labor Room อย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงแนวทางการให้บริการที่เหมาะสมกับศักยภาพและบริการของพื้นที่
๒. ซ้อมแผนฉุกเฉินทางด้านสูติกรรมร่วมระหว่างรพ.แม่ข่ายและรพ.ชุมชน
๓. ติดตามการดำเนินการตามแนวทางที่เสนอแนะหลังจาก RCA (RCA คุณภาพ)อย่างต่อเนื่อง

### ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ $\leq ๒๘$ วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก $\geq ๕๐๐$ กรัม

บูรณาการโดย

๑. ใช้เตียง PICU รองรับทารกแรกเกิดที่จำเป็นต้องใช้เตียง ICU ในส่วนหนึ่งและใช้เตียงสำรองเขต๖ร่วมด้วยในกรณีเตียงเต็ม
๒. แผนเพิ่มเติมเตียง NICU ใน รพช. ที่เป็น node ปี ๒๕๖๘-๒๕๖๙ และเพิ่มศักยภาพแพทย์และพยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดจัดทำแผนการพัฒนาคูลากร และขอเพิ่มบุคลากร จัดส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้ารับการอบรมพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด (NNP) ทุกปี ปีละ ๔ คน
๓. มีระบบคัดกรองทารกแรกเกิด คัดกรองโรคหายาก กลุ่มไลน์คัดกรองและเครือข่ายการส่งต่อ
๔. กำกับติดตาม ประเมินผล ประชุมคณะกรรมการ Service plan ทารก

### ๕) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

พื้นที่ ขาดข้อมูลการตรวจยืนยันและการรักษา IEM ในรายอำเภอ ควรให้มีการวางระบบรายงานที่สามารถกำกับติดตามได้ในระดับอำเภอ

### 6) ประเด็นที่จะดำเนินการหรือควรกำกับติดตามการตรวจราชการในรอบต่อไป / ปีต่อไป

๑. ติดตามการให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
๒. รายงานการติดตามทารกที่ผลผิดปกติได้รับการตรวจซ้ำเพื่อยืนยัน และเด็กที่ผลยืนยันว่าเป็นโรคได้รับการรักษาที่ทันท่วงที
๓. แนวทางการดำเนินงาน One Province One Labor Room ของจังหวัด
๔. ลด preterm โดยการรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์และจัดระบบการฝากครรภ์คุณภาพ

นายแพทย์ปวิวัติ วงศ์งาม  
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์  
โรงพยาบาลสมุทรปราการ  
วัน/เดือน/ปี ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗