

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)

ประเด็นที่ ๗ : เรื่อง ส่งเสริมการมีบุตร

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ รอบที่ ๑

ระดับการรายงาน (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □)

- ระดับประเทศ
- ระดับเขตสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๖
- ระดับจังหวัด ชื่อจังหวัด.....

ประเด็นตรวจราชการ: ส่งเสริมการมีบุตร

หัวข้อ/ ตัวชี้วัด:

คลินิกส่งเสริมการมีบุตร

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
๒. จำนวนผู้รับบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร เป้าหมายเขต รอบ ๖ เดือน
๓. ร้อยละของ รพศ. มีการจัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI)

อัตราการตายของมารดา

๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)

ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐โรค)

๑. ร้อยละทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐โรค)
๒. จำนวนทารกที่ผลการตรวจคัดกรอง ยืนยันวินิจฉัยว่าเป็นโรค IEM

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน

๑. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ประเด็นตัวชี้วัด/กำกับติดตาม	เป้าหมาย	ผลงาน
๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร	ร้อยละ ๕๐	- รพ.ชุมชนทั้ง ๕๘ แห่ง และทั่วไป ๗ แห่ง รวมจำนวน ๖๕ แห่ง เปิดบริการระดับ MD Level ๑ ร้อยละ ๑๐๐ จังหวัดจำนวน ๘ แห่งเปิดบริการ IUI ได้จำนวน ๖ แห่ง ร้อยละ ๗๕
๒. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ	๑๒.๑๗ : ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ
๓. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๙๕.๒๑

๔. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่ รอดออกมา น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม	< ๓.๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	๔.๕๘ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ
---	-----------------------------	----------------------------

๒) สรุปสถานการณ์

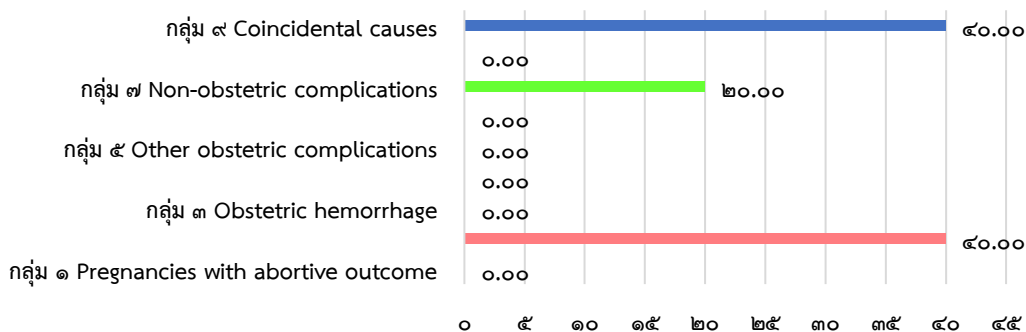
๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

อัตราการเกิดของเขตสุขภาพที่ ๖ ๓ ปีซ้อนหลัง (ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖) เท่ากับ ๑๑.๙ ๑๐.๔ และ ๙.๖ ต่อพันประชากร และอัตราการเจริญพันธุ์รวมเขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๕ (เทียบจากประชากรกลางปี) เท่ากับ ๑.๒๖ ในด้านการดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ได้มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการ จัดบริการดูแล รักษาภาวะมีบุตรยากตามศักยภาพ คือ รพ.ชุมชน และรพ.ทั่วไป จำนวน ๖๕ แห่ง มีการจัดบริการด้านการให้คำปรึกษา การคัดกรองและการส่งต่ออย่างเหมาะสม (MD Level ๑) ทั้ง ๖๕ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) และ มีการพัฒนาศักยภาพบริการรพ.ทั่วไป ๓ แห่ง คือ รพ.บางละมุง รพ.พนัสนิคม จังหวัดชลบุรี และ รพ.แก่ง จังหวัดระยอง ให้สามารถรักษาภาวะมีบุตรยากโดยสามารถฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกได้ (IUI) และ รพ.ศูนย์ โดยมุ่งเน้นรพ.จังหวัด มีศักยภาพในการให้บริการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก(IUI) จำนวน ๖ แห่ง จากทั้งหมด ๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๕ ในภาพรวมของเขตมีผู้รับบริการ การให้คำปรึกษา จำนวน ๒๓๘ ราย และหลังให้คำปรึกษา มีการให้บริการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกแล้ว จำนวน ๑๐ ราย รพ.ชลบุรี ๗ ราย ผลไม่ตั้งครรภ์ ๕ รายและอยู่ระหว่างรอผล ๒ ราย รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จำนวน ๑ ราย ยังไม่ตั้งครรภ์ และรพ.พระปกเกล้า จำนวน ๒ ราย ไม่ตั้งครรภ์

๒. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน : ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗ เขตสุขภาพที่ ๖ พบอัตราตายมารดาไทย ๓๘.๘๘, ๓๑.๖๖, ๑๗.๖๓ และ ๑๒.๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี ๒๕๖๗ พบมารดาตาย ทั้งหมด ๕ ราย เป็นมารดาไทยทั้งหมด ๕ ราย เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM เป็นมารดาตายจากสาเหตุทางตรง (Direct cause) ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐ สาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐ และ Coincidental causes ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐ เมื่อจำแนกการตายของมารดาตาม ICD-MM องค์การอนามัยโลก แยกเป็น ๑. Hypertensive disorders in pregnancy : ๒ ราย (Eclampsia, Severe preeclampsia with acute Pulmonary edema), ๒. Non-obstetric complications : ๑ ราย (Severe Pneumonia with sepsis ARDS) และ ๓. Unknown/undetermined : ๒ ราย (Accident) (แผนภูมิที่ ๑)

แผนภูมิที่ ๑ วิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาทั้งไทยและต่างชาติ(ICD-MM) เขตฯ ๖ ปี ๖๗

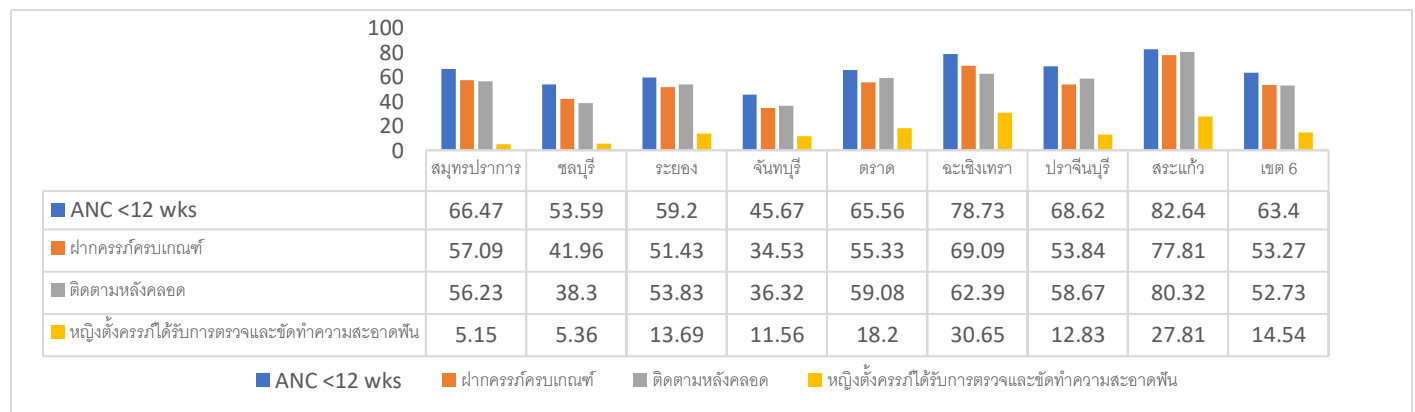


ที่มา : รายงาน CE สสจ. และ Dash Board กรมอนามัย

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความล่าช้า 3 ประการ ที่ส่งผลต่อการตายมารดา (3 Delay Model) เพื่อจัดกลุ่มของปัญหานั้น พบว่า มารดาที่เสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 60 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากปัญหาความล่าช้าจากการได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) โดย ร้อยละ 100 เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ รองลงมาพบ การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) ร้อยละ 40 เช่น ฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่ฝากครรภ์เลยเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ และการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ยังไม่พบความล่าช้า

ด้านคุณภาพการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๖๓.๔ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕) จังหวัดฉะเชิงเทรา และจังหวัดสระแก้ว ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ฝากครรภ์คุณภาพ(ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ ๕๓.๒๗ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕) จังหวัดสมุทรปราการ ตราด ฉะเชิงเทรา และสระแก้ว ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง ร้อยละ ๕๒.๗๓ (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๗๕) จังหวัดที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย คือ จังหวัด สระแก้ว และประเด็นติดตามการได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ ๑๓.๐๗ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕) จังหวัดที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย คือ สมุทรปราการ ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว (แผนภูมิที่ ๒)

แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละ การฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ การฝากครรภ์คุณภาพ(๕ ครั้ง) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้งและ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน เขตฯ ๖ ปี ๒๕๖๗



ที่มา : HDC ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๗

๓. 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 ซึ่งในประเทศ

ไทยได้มีการพิจารณาบรรจุการตรวจกรองทารกแรกเกิดดังกล่าวเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ โดยกำหนดให้ขยายการตรวจคัดกรองนี้ในทารกแรกเกิด (Expanded Newborn Screening) รวมถึงการรักษาโรค IEM และเริ่มมีการตรวจคัดกรองตั้งแต่ปี ๒๕๖๖ เป็นต้นมา

จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ ได้เริ่มดำเนินการส่งการตรวจวิเคราะห์ โรคหายาก (IEM) ในรพ.ทุกแห่งตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นมา พบว่า ทารกแรกเกิด จำนวน ๒๕,๓๔๒ ราย ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน ๒๔,๒๑๙ คน ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรอง เท่ากับ ร้อยละ ๙๕.๒๑ (สูงกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖๕) โดยพบว่า ทั้ง ๘ จังหวัดได้มีการดำเนินงานตามมาตรการ คือมีการเข้าร่วมประชุมชี้แจงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อรับทราบนโยบายและทำความเข้าใจถึง แนวทางการเก็บส่งตรวจ การบันทึกข้อมูล การกำกับติดตาม รายงานผล มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อใช้ในการสื่อสารและ เพื่อควบคุมกำกับ ติดตามความครอบคลุมในการตรวจของจังหวัดและเขตสุขภาพ สำหรับระบบการส่งตรวจคัดกรองนั้นใช้ตามแนวทางของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ การตรวจคัดกรองพบทารกที่มีความเสี่ยงและต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำ จำนวน ๗๓ ราย ได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำและผลปกติทั้ง ๖๐ ราย ทารกเสียชีวิต ๙ รายและติดตามไม่ได้ ๔ ราย ไม่พบทารกที่มีความเสี่ยงได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหายาก (IEM)

๔. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม

จากสถิติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (neonatal mortality rate; NMR) เขตสุขภาพที่ ๖ เท่ากับ ๕.๑๗ ๔.๙๒ และ ๕.๑๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ ตามลำดับส่วนในปี ๒๕๖๗ (ตุลาคม - มีนาคม ๒๕๖๗) มีจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ จำนวน ๑๔,๔๐๔ ราย เสียชีวิตจำนวน ๖๖ ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดเท่ากับ ๔.๕๘ ต่อพันการเกิดมีชีพ สาเหตุการเสียชีวิตสูงสุด ๕ อันดับแรก ปี ๒๕๖๗

PPHN = ๒๑ ราย

ELBW + LBW = ๑๒ ราย

Sepsis = ๒๐ ราย

Anomaly = ๑๑ ราย

อื่น ๆ = ๒ ราย (ไม่ทราบสาเหตุ=๑ ราย,แม่กินยาขับออก= ๑ ราย)

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือปัจจัยความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

- รพ.จังหวัด ๒ แห่ง ยังไม่ได้เปิดบริการ การฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก อยู่ระหว่างดำเนินการจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ และยังไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพของแพทย์ และนักเทคนิคการแพทย์

- ภาพรวมของเขตยังขาดกำกับติดตามผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพของการให้บริการ รวมถึงการสำรวจปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานคลินิกส่งเสริมการมีบุตร และการรายงานเชิงปริมาณตามแบบฟอร์มGoogle form ของกระทรวงพบจังหวัดชลบุรี ไม่มีการรายงานผ่านแบบฟอร์มดังกล่าว(รายงานเฉพาะจังหวัด)

ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

- ในภาพรวมของเขตกรณีเสี่ยงหรือมีภาวะฉุกเฉินส่วนใหญ่ที่เกิดในรพ.ชุมชน มีการจัดทำแนวทางในการดูแลส่งต่อร่วมกับรพ.แม่ข่ายแล้วแต่ยังขาดการกำกับ ติดตาม

- มีการฝึกปฏิบัติ ทบทวนและซ้อมแผนฉุกเฉินของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล

ชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด แต่ยังไม่มีการซักซ้อมแผนฉุกเฉินร่วมระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด(แม่ข่าย)

- รูปแบบในการดำเนินงาน One Province One Labor Room ไม่ชัดเจนยังไม่ได้กำหนดเป้าหมาย วิธีการและแนวทางในการดำเนินงานในระดับเขต

ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

- ยังไม่มีการกำกับติดตามกลุ่มที่ได้รับการตรวจยืนยันซ้ำ เพื่อยืนยันการได้รับการรักษา

๕. ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม

- จำนวนการคลอดมีแนวโน้มลดลง

- รพ.จังหวัดจำนวน ๓ แห่งยังไม่มี Neonatologist โดยรพ.สมุทรปราการมีอัตราการเกิดสูง

- ยังขาดการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทำ Root Cause Analysis เพื่อมาใช้ในการวางแผน

ในการแก้ไขปัญหา หรือวางแผนในการดำเนินงานอย่างมีคุณภาพ

- สิทธิการรักษาของต่างด้าว และระบบรับส่งต่อข้ามประเทศ (ญาติประสานการส่งต่อเอง)

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑. จัดทำรายงานการบริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์(IUI)

๒. การสื่อสารเรื่อง สิทธิการรักษา ภาวะมีบุตรยาก : CO - pay

๓. กำกับติดตามการดำเนินงาน : การจัด Module ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และรูปแบบการรายงานข้อมูล

๔. พัฒนาศักยภาพ รพ.แม่ข่าย ชลบุรี พระปกเกล้า ในการทำ IVF

๕. กำหนดขอบเขตและเป้าหมายหลักในการดำเนินงาน One Province One LR ของระดับเขต และติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน One Province One LR แต่ละจังหวัด

๖. กำกับติดตามกลุ่มที่ได้รับการตรวจซ้ำครั้งที่ ๒ และกลุ่มผลผิดปกติ (RD รพ.จุฬาฯ) เพื่อยืนยันการได้รับการรักษา

๗. สื่อสารให้ผู้รับบริการทราบช่องทางในการส่งต่อเพื่อการรักษา IEM ที่รวดเร็วขึ้น

๘. อัปเดตผู้ประสานงานในทุกกระดับ ตั้งแต่ต้นทางที่ส่งส่งตรวจ ระหว่างการส่งและการติดตามเด็กมาตรวจซ้ำ จนถึงจบกระบวนการ

๙. ติดตามมารดากลุ่มเสี่ยง Preterm โดย คีนข้อมูล ระดับปฐมภูมิ เพื่อติดตามดูแลและลงทะเบียนมารดาครรภ์เสี่ยงระดับต่ำ (แนวทางโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด กระทรวงมหาดไทย ๑/๑/๒๕๖๖) และ การรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์เร็ว

๑๐. สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่น Nitric oxide

๑๑. การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดย การให้สุขศึกษาการดูแลทารกแรกเกิด ก่อนกลับบ้าน

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การขับเคลื่อนงาน ด้านส่งเสริมการมีบุตร การคัดกรองโรคหายาก การลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และทารกตายปริกำเนิด มีการติดตามผ่านคณะกรรมการ MCH Board จังหวัด และคณะกรรมการ Service Plan

๒. การดำเนินงานทบทวนการตายมารดาเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานเพื่อทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ของ WHO

๓. เขตสนับสนุนและจัดสรรงบประมาณในการทำ IUI และให้ผู้รับบริการร่วมจ่ายในบางส่วน (Co – Pay) และการจัดทำโครงการ เพื่อส่งเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนมีบุตรในกลุ่มวัยอนามัยเจริญพันธุ์ โดยใช้เงินนอกงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖

๔. มีการ MOU ศูนย์สำรองเตียง NICU ร่วมกับ รพ.เอกชน

๖) ประเด็นที่จะดำเนินการหรือควรกำกับติดตามการตรวจราชการในรอบต่อไป / ปีต่อไป

๑. ติดตามการให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน

๒. ประเด็นติดตามการ Monitor ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การฝากครรภ์เร็ว การฝากครรภ์คุณภาพ การได้รับการดูแลทางสุขภาพ

๓. รายงานการติดตามทารกที่ผลิตปกติได้รับการตรวจซ้ำเพื่อยืนยัน และเด็กที่ผลยืนยันว่าเป็นโรค ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที(แบบรายงานการติดตามเด็กที่ตรวจพบความเสี่ยงต่อโรค TSH และ IEM)

๔. แนวทางการดำเนินงาน One Province One Labor Room ทั้ง ๘ จังหวัด

๕. รายงานสาเหตุการเสียชีวิต ๕ อันดับแรกของทารก และมีการวางแผน ป้องกันดูแล แก้ไข ตามสาเหตุการเสียชีวิตของทารกตามบริบทในเขตสุขภาพนั้นๆ

๖. การส่งต่อทารกป่วยให้ปลอดภัยตามมาตรฐาน STABLE program เพื่อลดอัตราการตายทารกในเขตสุขภาพ

ผู้ตรวจรายงาน นายแพทย์ปฏิวัติ วงศ์งาม

ตำแหน่ง/หน่วยงาน รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

วัน/เดือน/ปี ๙ เมษายน ๒๕๖๗

หมายเหตุ : ใช้รายงานข้อมูลผลการดำเนินงาน รอบ ๖ เดือน ณ วันที่ ๓๑ มี.ค. ๖๗ (การตรวจราชการ รอบที่ ๑) /

ใช้รายงานข้อมูลผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน ณ วันที่ ๓๐ มิ.ย. ๖๗ (การตรวจราชการ รอบที่ ๒) /

ใช้รายงานข้อมูลผลการดำเนินงาน รอบ ๑๒ เดือน ณ วันที่ ๓๐ ก.ย. ๖๗