



# (ร่าง) ยุทธศาสตร์เน้นหนัก เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

Excellence

Stemi



ไขเลือดออก



Strength

แม่และเด็ก



P&P NCD (DM,HT)



ระบบข้อมูล



การเงินการคลัง



Support

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

R8way.moph.go.th โทร. 042-219207 , 042-219208



## สรุปผลการนำเสนอแนวทางการดำเนินการเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๓

สาขา	สถานการณ์	การดำเนินการ/พัฒนาปี ๒๕๖๓	ข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจราชการฯ
๑. อนามัยแม่และเด็ก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มารดาตาย จำนวน ๑๐ ราย = ๒๗.๕๐ ต่อแสนLB</li> <li>- Direct cause = ๖ ราย (๖๐%) PPH๓/๑๐, Embolism๒/๑๐,</li> <li>- Indirect cause = ๔ ราย (๔๐%)</li> <li>- Near missed = ๖๐ ราย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ค้นหากลุ่มเสี่ยงหญิงวัย เจริญพันธุ์</li> <li>- Primary prevention</li> <li>- เน้นการใช้ R๘ Model</li> <li>- Risk group care</li> <li>- Quality ANC</li> <li>- Quality LR</li> <li>- COC High risk pregnancy</li> <li>- COC PP ในกลุ่มเสี่ยงมารดาทารก</li> <li>- ระบบส่งต่อคุณภาพพร้อมกับ SP สาขาอื่น</li> </ul> <p><b>เป้าหมาย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราส่วนการตายมารดาลดลง ๕๐%</li> <li>- อัตราทารกปริกำเนิดตายจากสาเหตุ BA ลดลง ๕๐%</li> <li>- การเกิด Near missed ในมารดา ๕๐%</li> <li>- การคลอดก่อนกำหนดลดลง ๑๐%</li> <li>- จังหวัดในเขต ๘ ผ่าน PNC /MCH ปีละ ๒ จังหวัด</li> <li>ปี ๒๕๖๒ สกลนคร หนองบัวลำภู</li> <li>ปี ๒๕๖๓ เลย นครพนม</li> <li>ปี ๒๕๖๔ หนองคาย บึงกาฬ</li> </ul>	<p>Key word สำคัญคือ การพัฒนาระบบ logistic ให้กลุ่มเสี่ยงได้พบกับ specific treatment ให้เร็วที่สุด โดยใช้ information improvement ต้อง predict ได้ว่า case จะคลอดที่ไหน เมื่อไหร่ และมี Risk อะไรบ้าง ทีมจะได้เตรียมพร้อมรองรับและให้การรักษาได้อย่างรวดเร็ว</p>
๒. STEMI / STROKE / IMC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พบสาเหตุการเกิด Stroke จาก Smoking, Oral pill มากขึ้น</li> <li>- ระบบบ LTC Link ยังไม่เรียบร้อย</li> <li>- การขยาย Node Rt-PA ยังไม่ครอบคลุม (หนองคาย/ บึงกาฬ) ไม่สามารถเปิด Storke Unit ได้เนื่องจากขาดแคลนบุคลากร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพช.และ รพ.สต. มี High Protency statin คือ ATORVASTATIN Life long(ตลอดชีวิต)</li> <li>- สนับสนุนการขยาย Node RtPa ให้ครอบคลุม (บึงกาฬ/เลย/หนองคาย)</li> <li>- การพัฒนาโปรแกรม LTC Link การเชื่อมโยงข้อมูลแต่ละจังหวัด</li> <li>- พัฒนาการประเมิน Out come Stroke - MRS (ความพิการ) ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน</li> </ul> <p><b>เป้าหมาย ปี ๒๕๖๓ : PNC STEMI อุดรธานี เลย สกลนคร</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primary prevention NCD ส่วนใหญ่ใช้ “นคร๒๕” ปรับกิจกรรมใส่ intervention และ Focus ที่ค่า BMI / รอบเอว</li> <li>- ทำ Guile line Standard</li> <li>- การพัฒนาระบบข้อมูลของเขตในขณะนี้ จะช่วยให้ทุก SP สามารถนำข้อมูลมาบริหารจัดการได้</li> <li>- กำลังคนเพิ่มแต่ Health outcome เพิ่มขึ้น จะต้องบริหารจัดการกำลังให้มีประสิทธิภาพ และเปลี่ยน Business</li> </ul>

สาขา	สถานการณ์	การดำเนินการ/พัฒนาปี ๒๕๖๓	ข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจราชการฯ
๒. STEMI / STROKE / IMC (ต่อ)			model ใหม่ ใช้คนลดลงแต่ใช้เทคโนโลยีมากขึ้น
๓. ECS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (สีแดง) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง (A,S,M๑) ร้อยละ ๗.๑ (ไม่เกิน ๑๒%)</li> <li>- ระยะเวลาผู้ป่วย TriageLevel ๑,๒ อยู่ใน ER ไม่เกิน ๒ ชม.ร้อยละ ๖๖.๙๙ ในรพ.A S M๑ (ไม่เกิน ๖๐%)</li> <li>- ผู้ป่วยบาดเจ็บวิกฤต(สีแดง) ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ER Pass to OR ภายใน ๖๐ นาที &gt;ร้อยละ ๖๕.๖๓ (มากกว่า ๘๐%)</li> <li>- อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ป้องกันได้ PS&gt;๐.๗๕ ร้อยละ ๐.๔๖ (&lt; ร้อยละ ๑)</li> <li>- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย TBI ร้อยละ ๓๑.๔๕ (&lt; ร้อยละ ๔๐)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑.พัฒนาคุณภาพ ER คุณภาพ เครือข่ายรพ.ทุกระดับ การจัดระบบบริการ fast track</li> <li>๒. Self Assessment ER คุณภาพ ๒ ครั้ง/ปี</li> <li>๓. ลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด ER Over Crowding</li> <li>๓. จัดหาแพทย์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน รพ. A , S , M๑</li> <li>๔. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาล หลักสูตร แพทย์หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน : ENP</li> <li>๕. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลให้ได้มาตรฐานผ่านระบบ TEA Unit</li> <li>๖. พัฒนา Ambulance Operating Center (AOC)</li> <li>๗. พัฒนาระบบ Patient tracking</li> <li>๘. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ ๑๖๖๙</li> </ol>	การใช้ ER เพิ่มขึ้นเป็นผลพวงของการไม่ทำ Health Management Key word : ต้อง Evaluate ให้ได้ว่า SP ใดที่เป็นเหตุให้ภาวะฉุกเฉินมากที่สุด และไปบริหารจัดการที่ SP นั้น
๔. การบริหารจัดการการเงินการคลัง	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. จำนวน รพ.ที่มีความเสี่ยง วิกฤต ทางการเงินอาจจะพบในช่วงสิ้นปีงบประมาณ</li> <li>๑. จำนวน รพ.ที่มีความเสี่ยงวิกฤติทางการเงิน ณ สิ้นไตรมาส ๓ / ๒๕๖๒ รพ.ระดับ ๖ จำนวน ๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔.๕๔</li> <li>๒. ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มสูงขึ้นการใช้ประโยชน์ ค่าใช้จ่าย Refer ออกนอกเขต ปี ๒๕๖๒ = ๔๑๒.๕๗ ล้านบาท (เขต ๗ = ๒๐๔.๐๘ ล้านบาท)</li> <li>๓. ระบบควบคุมภายใน ตรวจสอบภายใน มิติด้านการเงิน ภาพรวมเขต คະແນນ ๔๕.๒๐%</li> <li>๔. ระบบข้อมูล รายงานการเงิน ย้อนหลัง ๑ เดือน (พัฒนาให้เป็น Real time)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ Value based payment</li> <li>๒. พัฒนาระบบข้อมูล พัฒนาระบบบัญชี/คู่มือ นำร่องโปรแกรม ERP /Audit ภายในเขตต่อเนื่อง</li> <li>๓. การพัฒนาศักยภาพด้านการคลัง</li> <li>๔. สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (พปง.)</li> <li>๕. ติดตามกำกับเครื่องมือ การเฝ้าระวัง Risk Score ระดับ ๗ /EBIDA/Benchmarking/กำกับ Plan fin ฯลฯ</li> </ol>	การเงินการคลังของเขต กับข้อมูลทางคลินิกแยกส่วนกัน ต้องนำมาเชื่อมโยงกัน เพื่อหาโรคหรือกลุ่มโรคที่รักษาถูกที่สุดให้เป็นต้นแบบหรือเป็นศูนย์ จัดกลุ่ม Cluster ให้การรักษา และใช้วิธีเพิ่ม Margin จากการไม่ป่วย
๕. แพทย์แผนไทย	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. การเข้าถึงบริการ (ด้านบุคลากร, ด้านการบริการ)</li> <li>๒. การใช้ข้อมูล</li> <li>๓. การบริหารบุคลากร, ยา เช่น <ul style="list-style-type: none"> <li>- กรอบอัตรากำลัง FTE ในรพ.สต./ขาด</li> </ul> </li> </ol> <p>ความก้าวหน้าในวิชาชีพแพทย์แผนไทย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ (HL), ส่งเสริมให้มีการปลูก/ใช้สมุนไพรในครัวเรือน, พัฒนาอสม.ให้มีความรู้ความสามารถ</li> <li>แนะนำประชาชน Prevention/ Promotion/Protection</li> <li>- พัฒนาระบบบริการฯ Node บริการ/ IMC ใน IPD/OPD</li> </ul> <p>คู่ขนาน/คลินิกเฉพาะโรค, ครบวงจร (รพศ. รพท.)/PCC รพ.สต.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ใช้จ่ายแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย</li> <li>๒. Specific service ที่ใช้ได้ดีกว่ายาแผนปัจจุบัน</li> <li>๓. ๓ รพ.ที่ได้ GMP ให้สร้างเป็นแบรนด์</li> </ol>

สาขา	สถานการณ์	การดำเนินการ/พัฒนาปี ๒๕๖๓	ข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจราชการฯ
	<p>- ไม่มีแบบสรุปรายงานการดึงข้อมูลรายงานร้อยละ จำนวนรายการยาแผนไทยต่อไม่มีแบบสรุปรายงานการดึงข้อมูลรายงานร้อยละจำนวนรายการยาแผนไทยต่อรายการยาแผนปัจจุบัน</p> <p>- การดึงสคริปข้อมูลของประเทศ ร้อยละผู้ป่วยนอก, ไม่ครอบคลุมหัตถการ เช่น การฉายยา, การพอกยา, การสมยา</p> <p>๔. ยาสมุนไพรมีราคาแพง</p>	<p>(พขอ. Primarycare)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบเทคโนโลยี Big Data/PHR/Innovation</li> <li>- พัฒนาระบบบริหารจัดการ ยาสมุนไพร และยาสมุนไพรตำรับกัญชา</li> </ul> <p><b>เป้าหมาย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการดำเนินการแพทย์แพทย์ไทย บูรณาการใน PCC จังหวัดละ ๑ แห่ง</li> <li>- เกิดนวัตกรรมทางการแพทย์แผนไทย</li> <li>- เกิดแบรนด์สมุนไพรเขต</li> </ul>	<p>ของเขตส่งหน่วยเพิ่มรายได้</p>
<p>๖. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ</p>	<p>การเชื่อมโยงข้อมูล HIS ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ ยังไม่ครอบคลุมปัจจุบันมีการติดตั้ง Web Service (Loopback) ทั้งหมด ๓๒ แห่ง จาก ๘๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๓๖</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูล Loopback ใน รพช./รพท./รพช. (ร้อยละ ๑๐๐)</li> <li>๒. ส่งเสริม สนับสนุน การจัดเก็บข้อมูลในระบบ Cloud ของหน่วยบริการ รพ.สต. (อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ อำเภอ)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลหากดำเนินการเสร็จสิ้น จะเป็นประโยชน์กับ SP ทุกสาขาในการใช้ข้อมูล</li> <li>๒. คนใช้ควรได้เห็นข้อมูลของตัวเอง</li> </ol>
<p>๗. Sepsis (Pneumonia)</p>	<p>อัตราเสียชีวิตพบเป็น อันดับ ๑ ใน ๕ ของทุก รพ. ภายในเขต สาเหตุเสียชีวิต ได้แก่ Pneumonia, Urinary Tract Infection, Necrotizing Fasciitis ,Intra-abdominal peritonitis, Neonatal sepsis และSeptic Arthritis</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. Disease Control โรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามบริบทพื้นที่ ๑ <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primary prevention ให้ความรู้ประชาชน</li> <li>- ลดความรุนแรง ในกลุ่มเสี่ยงด้วย Flu Vaccination</li> <li>- สนับสนุน/ส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลตัวเอง (Self care)</li> <li>- ประเมินและเฝ้าระวังอาการ นโยบายเดือนกัญ ๓ S</li> </ul> </li> <li>๒. พัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนพัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fast Track Sepsis/Critical Care</li> <li>- Intensive Care Unit</li> <li>- พัฒนา Node รพ M๑M๒ เพื่อดูแล Severe sepsis/Septic shock</li> <li>- เพิ่มการเข้าถึงบริการ ๑๖๖๙</li> </ul> </li> <li>๓. พัฒนาระบบสารสนเทศ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้นิยาม ICD๑๐ code</li> <li>- พัฒนา Technology ในการเก็บข้อมูล Lead</li> </ul> </li> </ol>	<p>ER กับ Sepsis เป็น Reactive ผลพวงสุดท้ายก่อนจะสิ้นชีวิต วิเคราะห์ว่านอกจาก Community Acquire แล้วมี Area ไหนที่ทำให้เกิด Sepsis สูงสุดใน รพ. แล้วให้ปรับปรุง SP นั้นที่ต้นทาง เพราะ ER เป็นปลายทางแล้ว</p>

สาขา	สถานการณ์	การดำเนินการ/พัฒนาปี ๒๕๖๓	ข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจราชการฯ
		<p>Indicator : Fluid resuscitation ATB, H/C</p> <p>- บูรณาการร่วมกับ AMR</p>	
<p>๘. วัณโรค</p>	<p>- ร้อยละการครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment Coverage) เท่ากับ ๔๗.๐๘ มีผลสำเร็จของการรักษา ร้อยละ ๗๖.๘๑ และมีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษา ร้อยละ ๕.๙๙ และอัตราการขาดยา ร้อยละ ๓.๔๒ ส่งผลให้อัตราความสำเร็จรักษาวัณโรคของเขตต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากปัจจัยสำคัญ ๒ ประการ คือ ๑. ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาสูง ๒. การขาดนัดรับยาต่อเนื่อง</p> <p>- ขาดงบประมาณสนับสนุนในส่วนของผู้ต้องขัง และแรงงานต่างด้าว</p>	<p>๑. เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการ Molecular และขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย</p> <p>๒. ส่งตรวจเพาะเชื้อและทดสอบความไวทุกรายเพื่อหา MDR-TB</p> <p>๓. ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแลผู้ป่วยโดยมีพี่เลี้ยง (DOT) ทุกราย</p> <p>๔. ใช้ TBCM ในการกำกับ ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>๕. Monitoring and Evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพ</p>	<p>- Strategy Focus เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายมีจำนวนมาก จังหวัดควรมีข้อมูลว่ากลุ่มใด มี Incident สูงแล้ว screen ในกลุ่มนั้นเป็นพิเศษ และรักษาแล้วหาย ตายน้อย ก็จะทำให้สำเร็จมากขึ้น ภายใต้งบประมาณจำกัด</p> <p>- นำ case เสียชีวิต ๓ ปีย้อนหลัง มา วิเคราะห์ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร และนำมา ป้องกัน Success rate ก็จะมีเพิ่มขึ้น</p>
<p>๙. NCD</p>	<p>- อัตราตายเบาหวาน ในปี พ.ศ.๒๕๕๐ – ๒๕๖๐ มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยอัตราตายเบาหวาน จาก ๒๐.๘๘ ในปี ๒๕๕๐ มาเป็น ๓๐.๙๙ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๖๐ และสูงกว่าระดับประเทศ (ประเทศอัตรา ๑๖.๗๘ ต่อแสนประชากร)</p> <p>- อัตราป่วยด้วยเบาหวานรายใหม่ต่อแสนปชก. ลดลง จากอัตรา ๕๓๐.๔ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๖๐ ลดลง เป็นอัตรา ๕๑๑.๓ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๖๑ หรือ ลดลงร้อยละ ๓.๖ และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปี ๒๕๖๒ เพิ่มจากปี ๒๕๖๑ (จากร้อยละ ๑.๗๒ ปี ๒๕๖๑ มาเป็น ร้อยละ ๑.๘๑)</p> <p>- วัยเรียน เยาวชน และวัยทำงานที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (บุหรี่ยี่ห้อ การกินอาหารผักผลไม้ การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ และแนวโน้มวิถีชีวิตที่อยู่นิ่งเฉยๆ และแนวโน้มการตายอายุ ๓๐ – ๓๙ ปี เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ</p> <p>- มาตรการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self Care) ไม่ดำเนินการสถานที่จำเพาะต่าง ๆ (Setting) อย่างเป็นระบบชัดเจน</p>	<p>๑. บูรณาการการดำเนินการกับสาขาที่เกี่ยวข้อง (วัยทำงาน/ไต STEMI/ STROKE ฯลฯ)</p> <p>๒. สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายขับเคลื่อน “นคร ๒ ส.”</p> <p>๓. จัด Setting ในการดำเนินการ เช่น โรงเรียน สถานประกอบการ วัด อปท. ฯลฯ</p> <p>๔. พัฒนาแกนนำ ๕ เสือด้านสุขภาพ (ผอ.บ., อสม., ครู, อปท., รพ.สต.)</p> <p>๕. สร้างกระแส สร้างสุขภาพ ช่องทาง Social Media</p> <p>๖. NCD Screen คุณภาพ</p> <p>๗. พัฒนาระบบข้อมูลให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง</p>	<p>ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของพฤติกรรม ทำอย่างไรจะเกิดขบวนการคิดจาก individual ในการดูแลตัวเองของ ปชช. ให้ Monitor ตัวเองได้</p>

สาขา	สถานการณ์	การดำเนินการ/พัฒนาปี ๒๕๖๓	ข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจราชการฯ
๑๐. ใช้เลือดออก	อัตราป่วย ๙๖.๘๖ ต่อแสน ปชก. อัตราตาย ๐.๑๔ ต่อแสน ปชก. อัตราป่วยตาย ๐.๑๕ ต่อแสน ปชก. เสียชีวิตใช้เลือดออก ๙ ราย (ติดเชื้อในพื้นที่ ๘ ราย, Import ๑ ราย) ๗ ใน ๙ ราย เป็นเด็กอายุ <๑๕ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอ้วน ๒ ใน ๙ ราย เป็นผู้ใหญ่ที่มีโรคประจำตัว DM HT ซึ้อยากินเอง กลุ่ม NSAIDs ๑ ราย	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. เฝ้าระวังโรคสถานการณ์ และเตรียมความพร้อมก่อนการเกิดโรคโดยใช้ข้อมูลเฝ้าระวัง ๕ มิติ</li> <li>๒. ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค</li> <li>๓. ควบคุมการระบาดและการสอบสวนโรคให้มีประสิทธิภาพโดยใช้เครื่องมือ R๘-๕๐๖</li> <li>๔. พัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมของทีม</li> <li>๕. ควบคุมพาหะนำโรค</li> <li>๖. พัฒนาขีดความสามารถบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การวินิจฉัยโรค</li> <li>๗. จัดระบบส่งต่อที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ</li> <li>๘. เพิ่มประสิทธิภาพการประสานงานของภาคีเครือข่ายในการควบคุมป้องกัน</li> </ol>	
๑๑. พัฒนาระบบส่งต่อ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้องปฏิบัติการในที่ยังไม่เคยผ่านการรับรองมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ lab จำนวน ๘ แห่ง X-ray หมดอายุ ๑๔ แห่ง</li> <li>- รพ. ระดับ A ๕, M๑, M๒ ผ่านเฉพาะทางห้องปฏิบัติการ lab และ X-ray ไม่ครบ ๑๐๐%</li> <li>- ระบบการส่งต่อตัวอย่างและการรายงานทางห้องปฏิบัติการยังไม่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบส่งต่อใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อบริหารจัดการข้อมูลส่งต่อ &amp; เตียข้อมูลยา(Drug reconcile ,Drug current, การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง)</li> <li>- การส่งภาพถ่ายรังสี</li> <li>- การส่งผล Lab</li> </ul>	