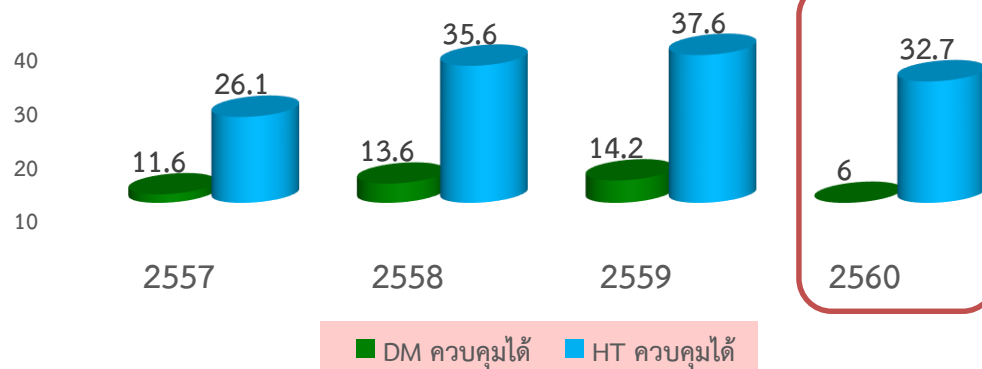




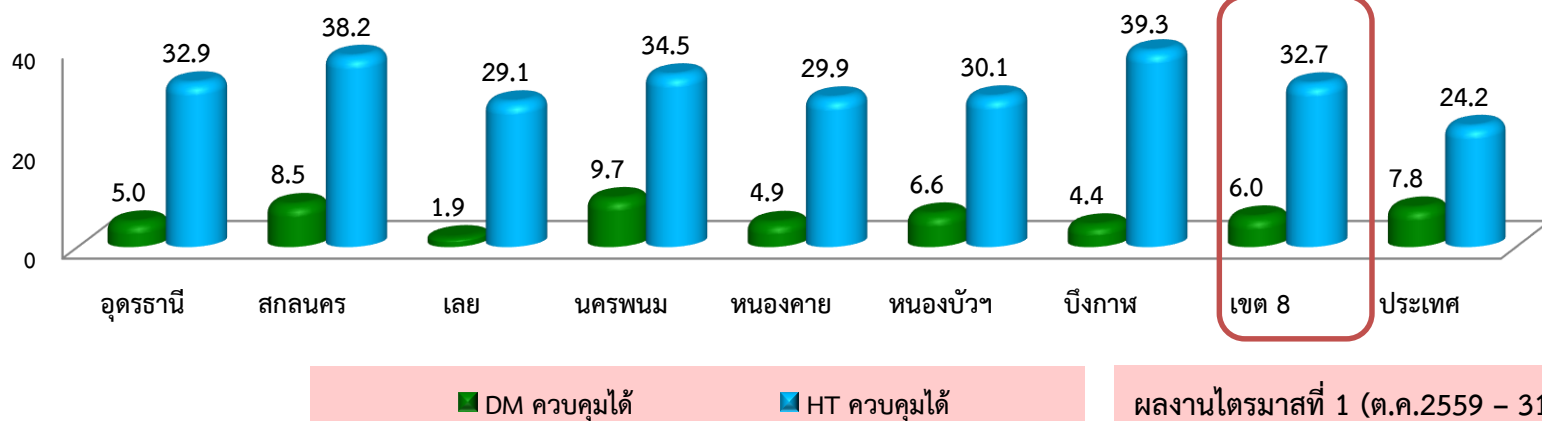
สรุปผลการตรวจราชการ  
เขตสุขภาพ ที่ 8 รอบที่ 1  
คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ  
วันที่ 26 - 27 เมษายน 2560



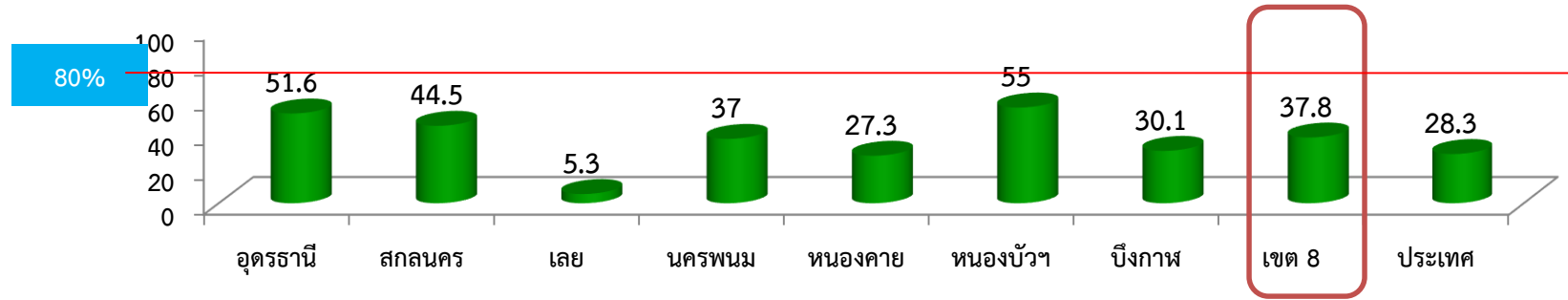
## ภาพรวมเขตจำแนกรายปี



## ผลงานรายจังหวัด ปี 2560



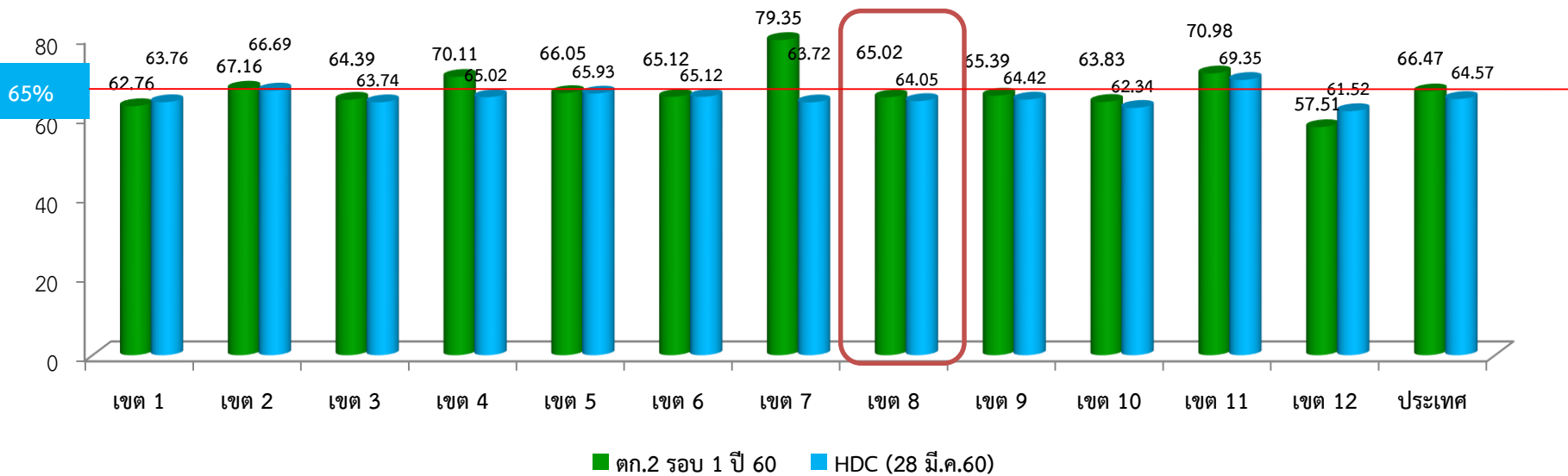
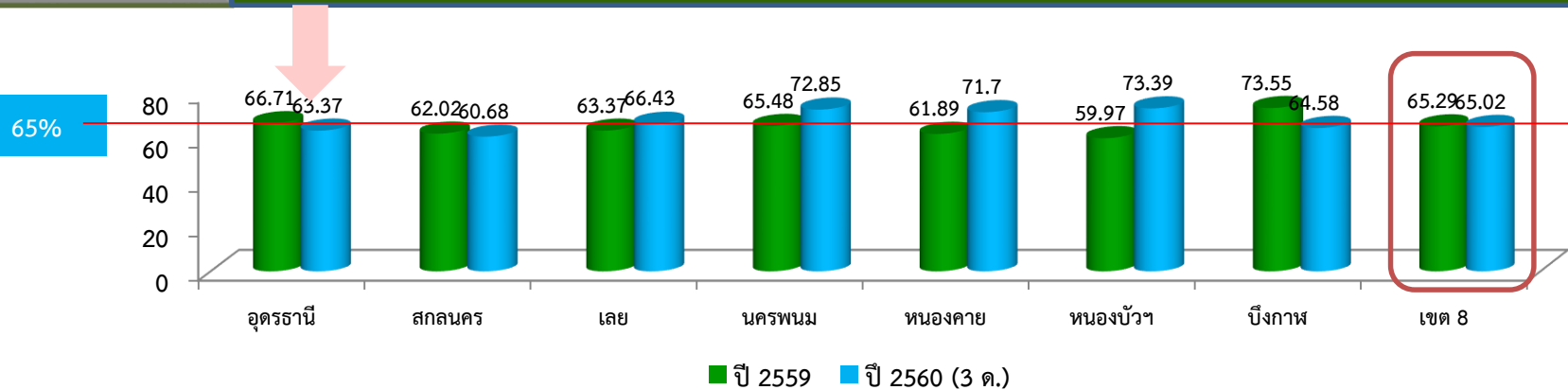
ตัวชี้วัด 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD risk  $\geq$  ร้อยละ 80)



| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์                                                                                            | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ การนัดตรวจ HbA1C มีช่วงเวลาการตรวจแตกต่างกัน และไตรมาสแรกผลงานจึงค่อนข้างต่ำ</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ จัดระบบการนัดตรวจ HbA1Cตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ เขตสุขภาพที่ 8 และในรายที่มีค่า FBS&lt;150mg/dlครั้งล่าสุดให้ตรวจ HbA1C ทุกราย</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ระบบข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ ทั้งความครอบคลุม ความครบถ้วนถูกต้องของการบันทึกข้อมูล</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ให้มีการพัฒนาระบบข้อมูล NCD อย่างต่อเนื่อง</li> </ul>                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ บุคลากรด้าน NCD ขาดทักษะในการให้การปรึกษาและดูแลผู้ป่วยที่เป็นCaseยากในการควบคุมน้ำตาล ความดันโลหิต</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ให้มีการพัฒนาศักยภาพ/ทักษะการให้การปรึกษาและดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรด้านNCDอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ รูปแบบกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือการจัดการรายกรณีในรายที่มีความซับซ้อนไม่ชัดเจน</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ พัฒนารูปแบบกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยรายกลุ่ม บุคคล ตามความซับซ้อน ร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> </ul> |

# CKD

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR เฉลี่ย <4 มล./นาที/1.72 ม<sup>2</sup>/ปี ≥ ร้อยละ 65

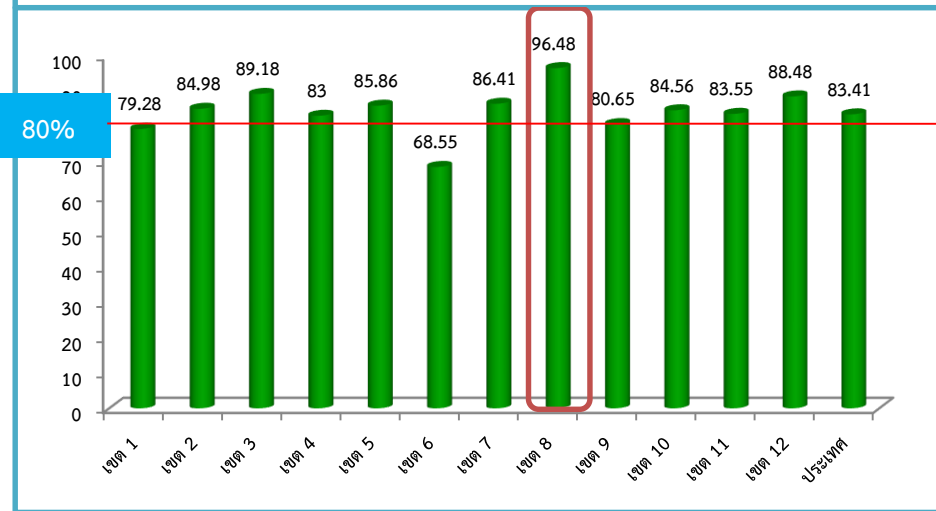
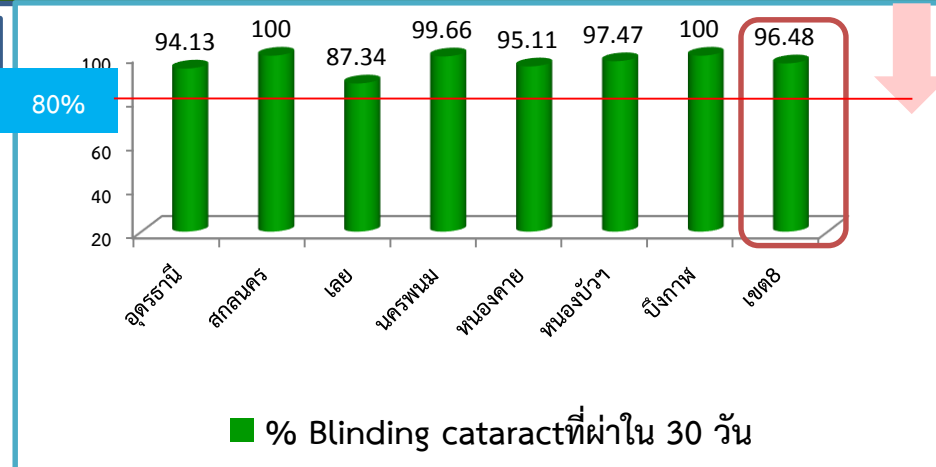
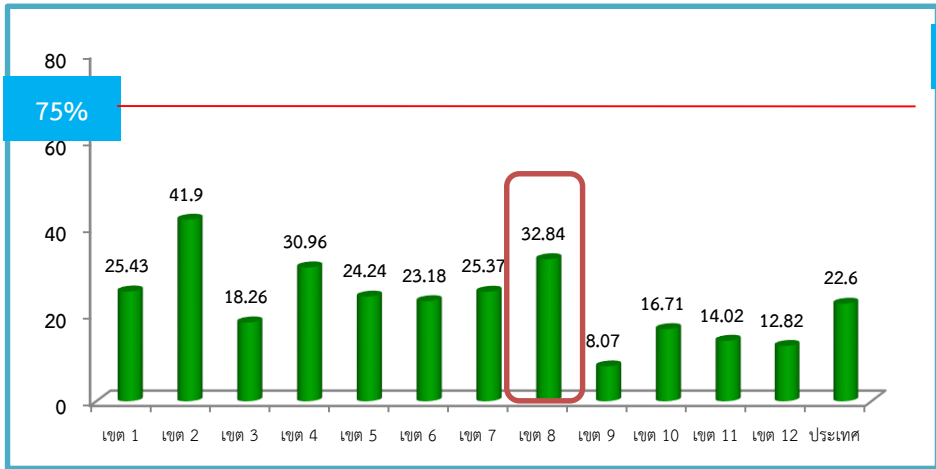
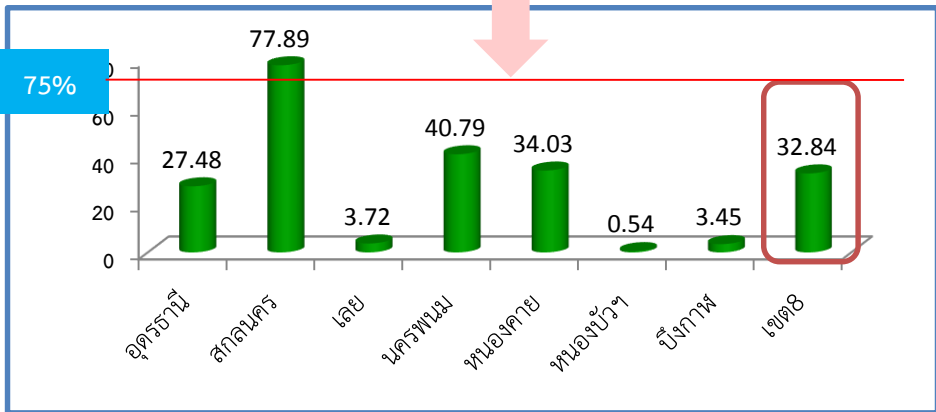


- ◆ ระบบการรายงานและการจัดเก็บข้อมูล CKD ข้อมูล 43 แฟ้มเชื่อมโยงไป HDC มีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง
- ◆ การพัฒนา CKD clinic ยังขาดการประเมินเชิงคุณภาพ
- ◆ การขยาย CAPD Node ยังไม่สามารถเปิดให้บริการได้ 3 จังหวัด ได้แก่ นครพนม เลย และ หนองบัวลำภู เนื่องจากข้อจำกัด/ความพร้อม ด้านบุคลากร
- ◆ เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย

# จักษุ

ตัวชี้วัด 1 ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกระยะตาบอด (Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน  $\geq$  ร้อยละ 80)

ตัวชี้วัด 2 ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา ( $\geq$  ร้อยละ 75)



- ◆ การคัดกรองสายตาสายตาผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์
- ◆ การจัดการข้อมูลตามโปรแกรมVision2020ยังไม่เป็นไปตามระบบ
- ◆ การนำเด็กนักเรียนที่คัดกรองสายตาทพบความผิดปกติเข้าสู่ระบบการรักษายังอยู่ในเกณฑ์ต่ำ



- ◆ เร่งรัดการคัดกรองสายตาสายตาผู้สูงอายุให้ครอบคลุมมากขึ้น
- ◆ สนับสนุนงานITในการจัดการข้อมูลการคัดกรองนำเข้าVision2020
- ◆ ขอความร่วมมือกับโรงเรียนในการนำส่งเด็กเข้ารับการตรวจรักษา

### ข้อเสนอแนะ ด้านนโยบาย



- ◆ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานเชิงรุก
- ◆ พัฒนาความรู้และทักษะบุคลากร ตลอดจนการลงข้อมูลในระบบVision 2020
- ◆ การบูรณาการโครงการเด็กไทยสายตาสดี ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ

# Stroke

ตัวชี้วัด 1 อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( I60-I69) ในโรงพยาบาล (เป้าหมาย น้อยกว่า ร้อยละ 7)

Stroke unit ใน รพ. ระดับ A เป้าหมาย 100 %

รพ. ระดับ S เป้าหมาย 50 %

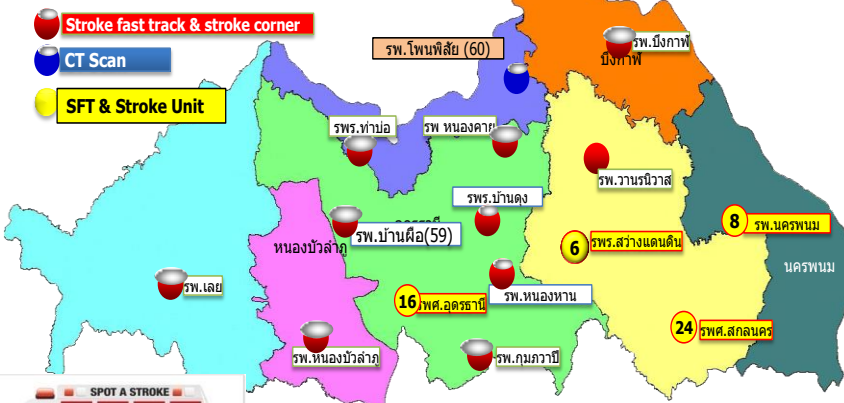
A @ รพ.อุดรธานี 16 เตียง @รพ.สกลนคร 24 เตียง (100%)

S @รพ.นครพนม 8 เตียง (20%)

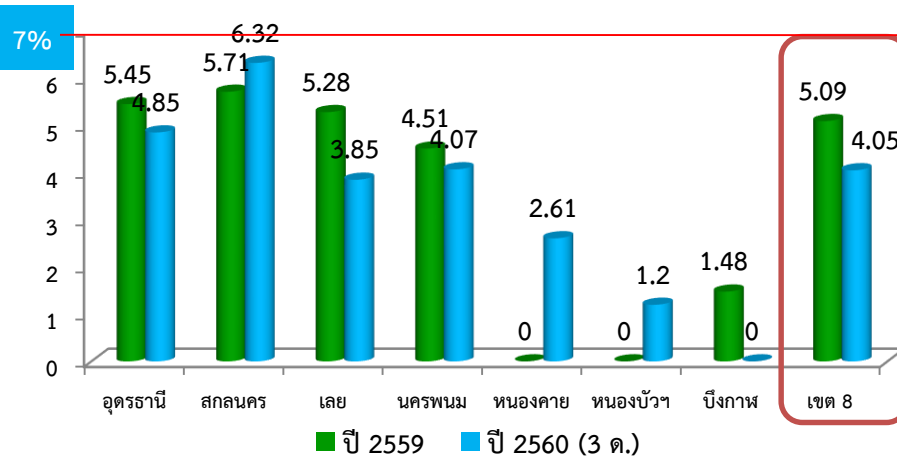
M1 @รพ.สว่างแดนดิน 6 เตียง

R8WAY

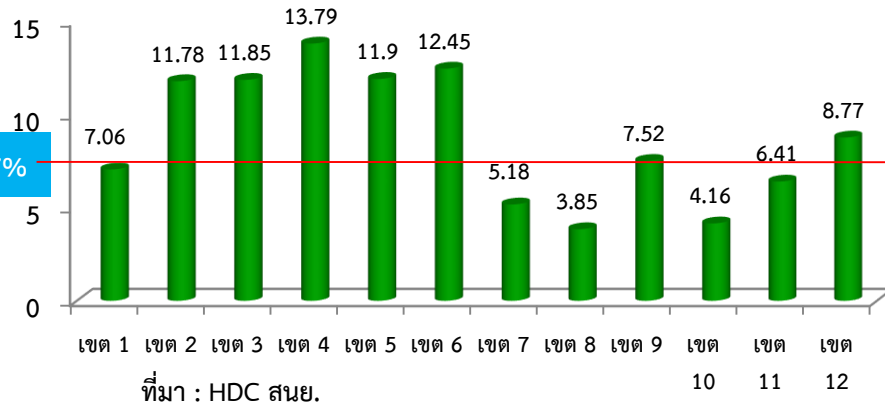
ข้อมูลStroke fast track / CT Scan /Stroke Unit  
เขตสุขภาพที่ 8 Update 1 เม.ย.60



หมายเหตุ ปี 60 เพิ่ม Node rt-PA ที่ รพ.โพธิ์ชัย  
จ.หนองคาย อายุรแพทย์ 1 ท่าน รอจัดซื้อจัดจ้าง CT Scan



อัตราตาย (I60-I69)



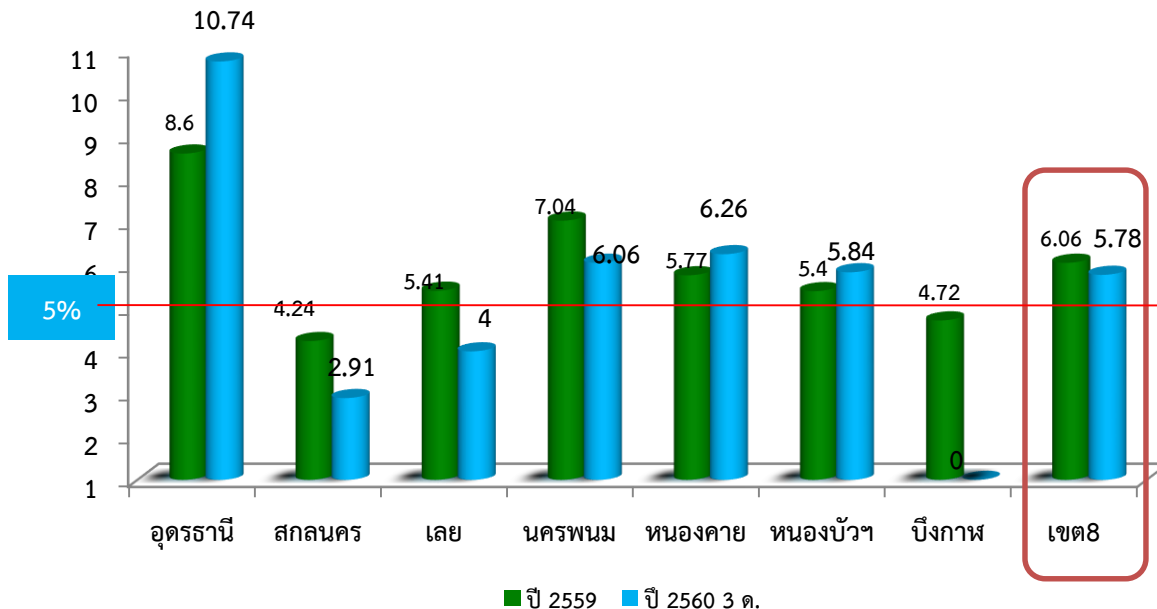
## ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

- ◆ การคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยใช้ FAST Score
- ◆ การประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้รับบริการ เข้าถึงระบบ SFT ยังไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่

- ◆ เพิ่มการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และกลุ่ม ปกติ และเพิ่มการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ ผู้รับบริการเข้าถึงระบบ SFT ให้มากขึ้นอย่าง ทั่วถึงและทันเวลา

\*\*\*HEALTH CONSCIUOS MIND\*\*\*

## ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

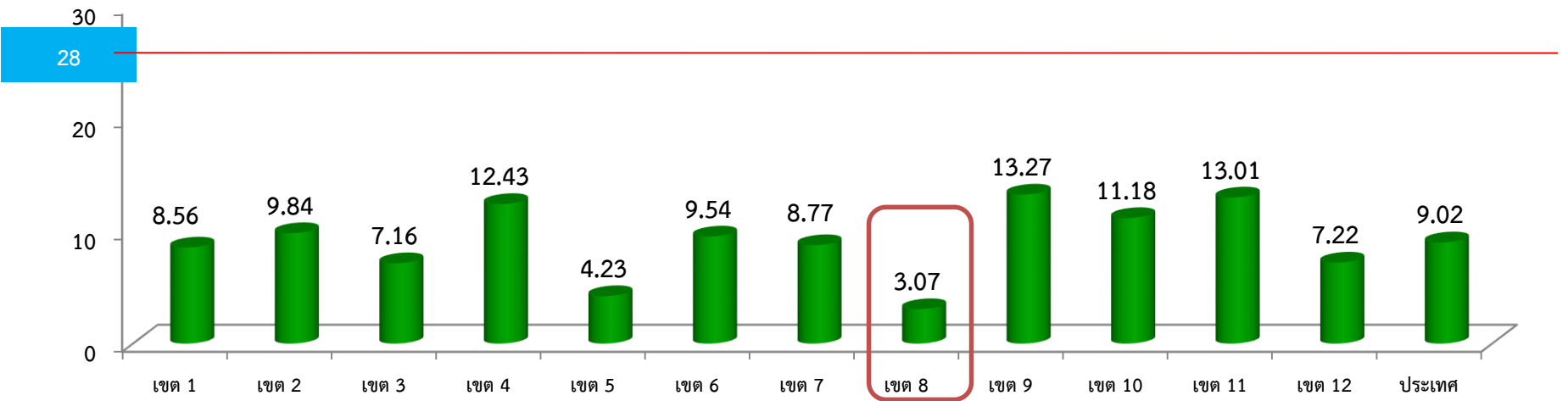
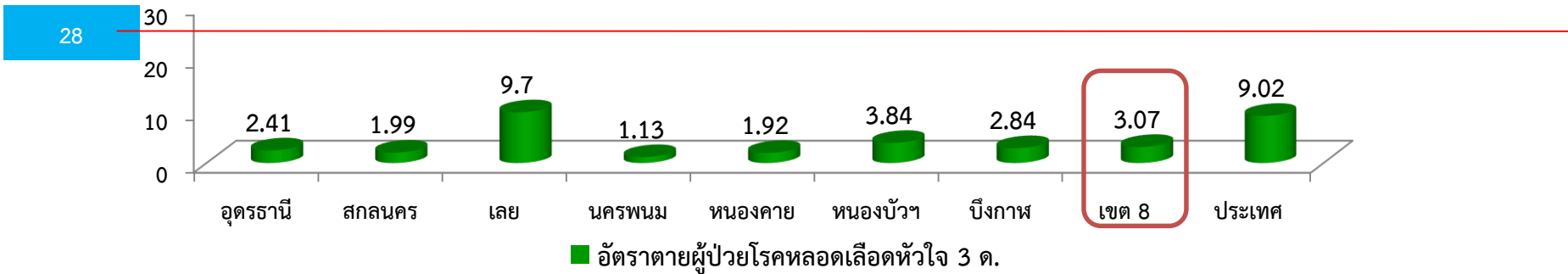


- ◆ ข้อมูลอัตราการตายจาก HDC เป็น in hospital death ทำให้อัตราตายต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากมีผู้ป่วยอีก 15-20 % อาการหนัก ไม่สมัครใจอยู่ ขอลกลับบ้าน และกลับไปเสียชีวิตที่บ้านไม่มี ข้อมูลในส่วนนี้

- ◆ ควรเก็บอัตราการตายที่ 30 วัน จะได้ข้อมูลที่เป็นจริง และแยกสาเหตุการตายของ Ischemic และ Hemorrhagic stroke ไม่ควรนับอัตราการตายรวมทุกชนิด

# โรคหัวใจ

ตัวชี้วัด 1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $\leq 28$  ราย ต่อประชากร 100,000 คน)

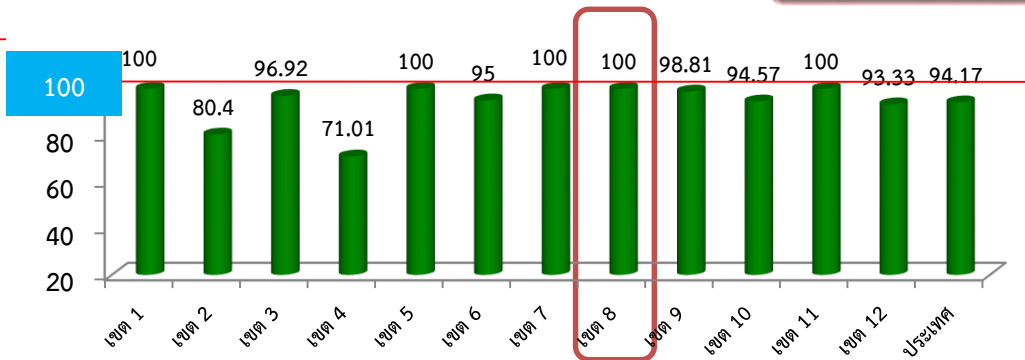
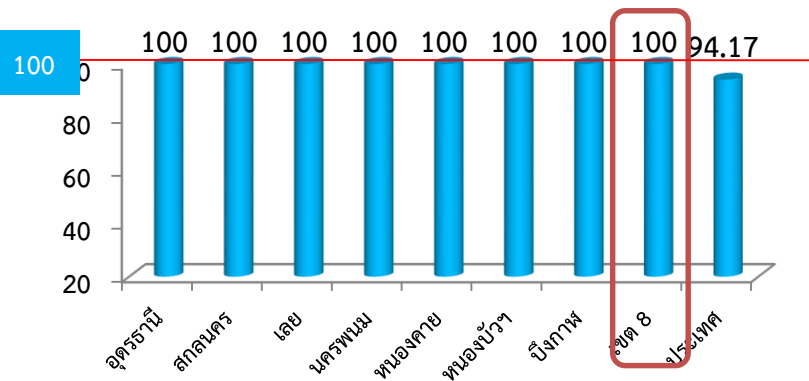


# โรคหัวใจ

ตัวชี้วัด 2 ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug )

ในผู้ป่วย STEMI ได้ (100%)

Small success 3 เดือน



## ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

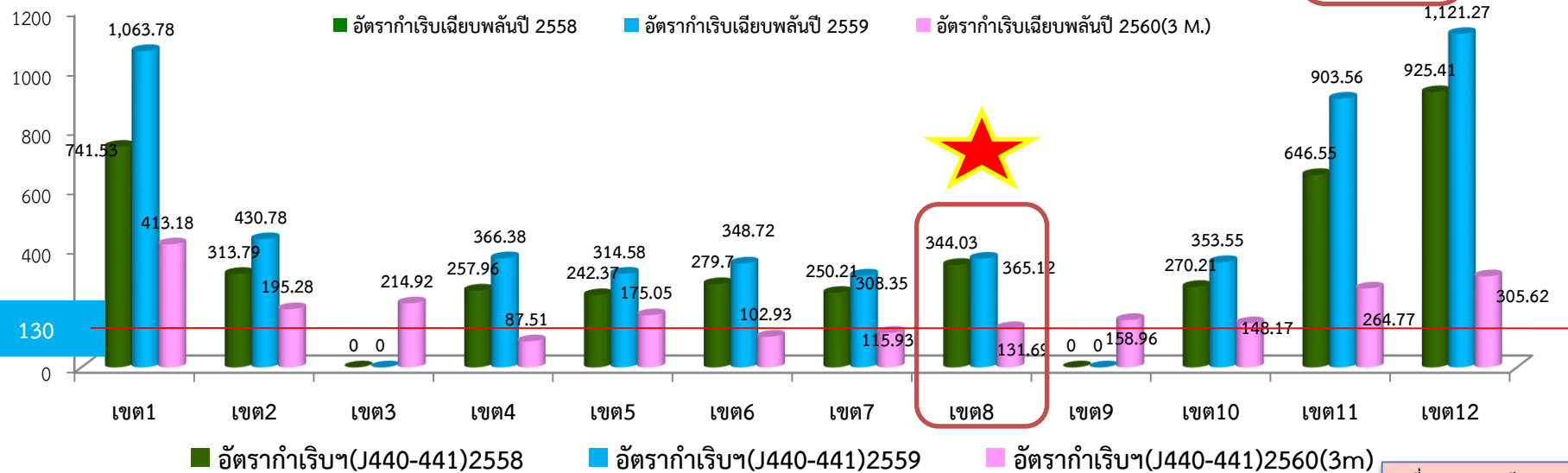
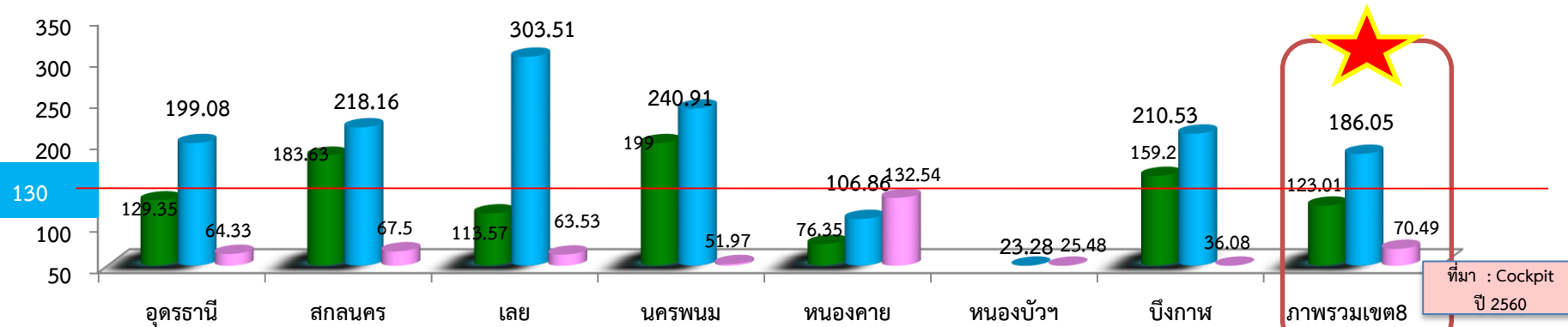
- ◆ การมาโรงพยาบาลล่าช้า/เข้าถึงบริการล่าช้า
- ◆ การวินิจฉัยล่าช้า/ผิดพลาด
- ◆ การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า
- ◆ ไม่มีงบประมาณในการจัดซื้อ
- ◆ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ในการ
- ◆ พัฒนาระบบบริการ/เพิ่มศักยภาพ



- ◆ เพิ่มการประชาสัมพันธ์
- ◆ ทบทวนกระบวนการดูแล
- ◆ ผู้บริหารให้การสนับสนุนจัดสรรงบประมาณ
- ◆ จัดซื้อเครื่องมือที่จำเป็น

# COPD

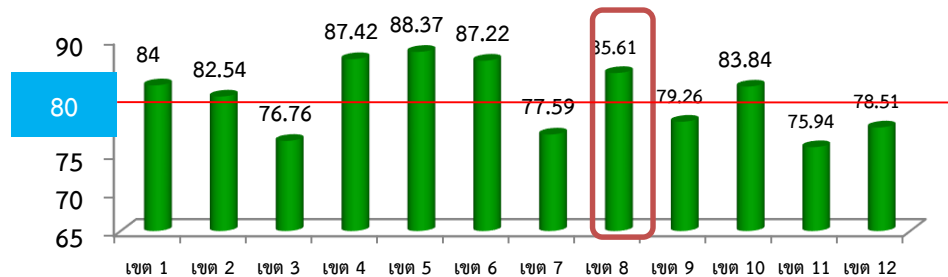
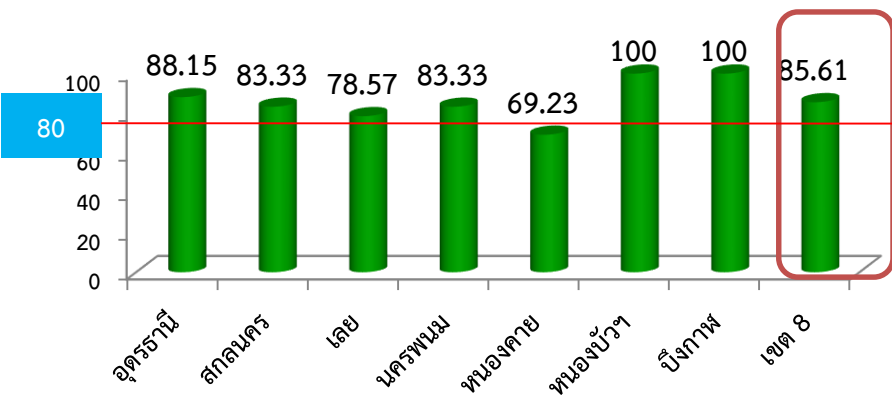
อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (<130 ครั้ง ต่อประชากร 100,000 คน ; อายุ 15 ปีขึ้นไป)



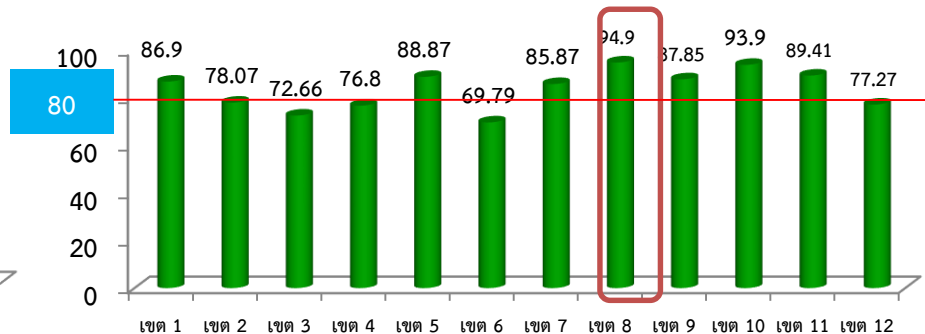
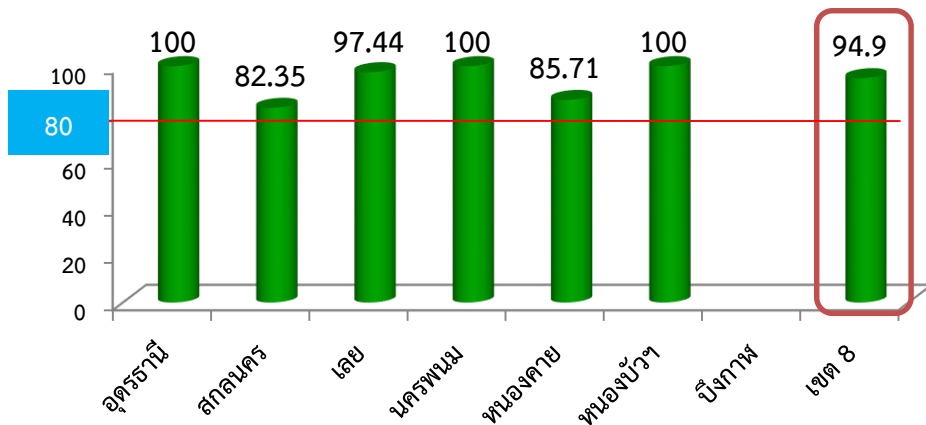
| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน<br>ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ                                                                    |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ◆ ไม่มี Spirometry ในรพช.ระดับM1และไม่มีเจ้าหน้าที่ใน<br>การทำ   | ◆ ควรมีคำสั่งการใช้Spirometryในรพช.ระดับ M1และรพช.ที่<br>ต้องการและมีศักยภาพเพื่อช่วยวินิจฉัย COPD |
| ◆ Peak flow & mouth piece                                        | ◆ สนับสนุนการใช้ Peak flow& mouth piece ทุกรพ.สต.                                                  |
| ◆ Exhale Carbon monoxide<br>เครื่องวัดปริมาณการสูบบุหรี่         | ◆ สนับสนุนให้มี Exhale Carbon monoxideทุกหน่วย<br>บริการ                                           |
| ◆ ยา ICS&LABA                                                    | ◆ ควรมีการเพิ่ม RDU ใน COPD 100%                                                                   |
| ◆ Influenza Vaccine                                              | ◆ กำหนดให้ Influenza Vaccineเป็น First Priority และ<br>ได้รับ 100%                                 |
| ◆ ขาดแคลนบุคลากรในการทำ Lung Function Test                       | ◆ พัฒนาหลักสูตร Chest Nurse และให้มีเวลาทำงานเป็น<br>หลัก                                          |

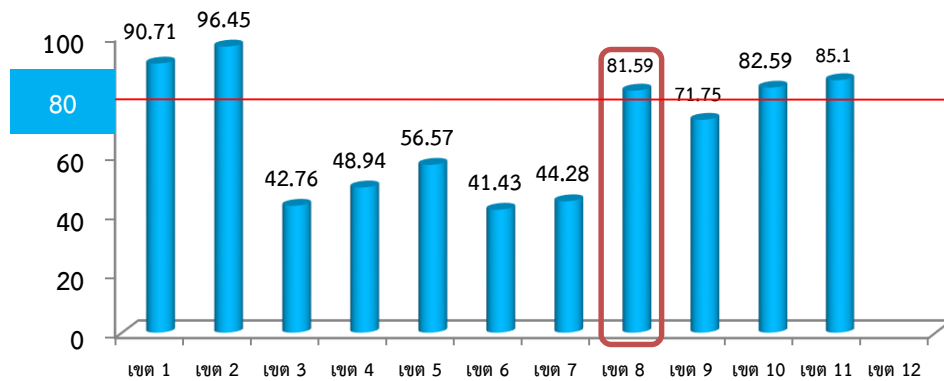
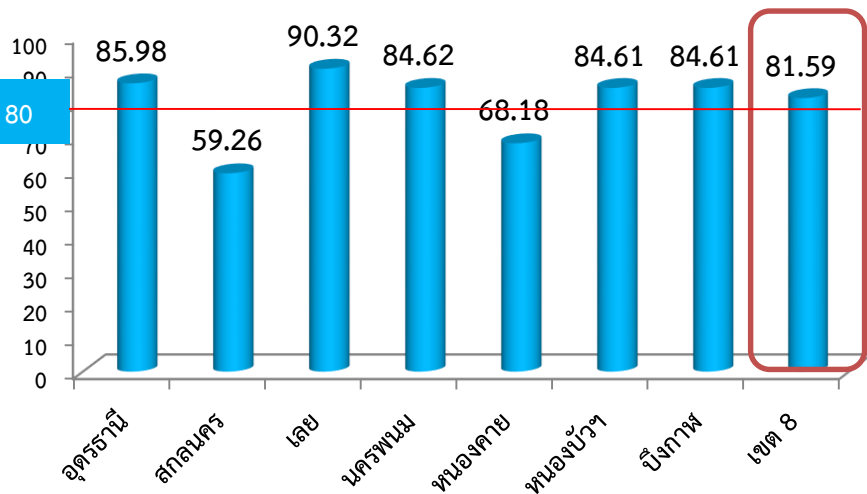
# มะเร็ง

ตัวชี้วัด 1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์  $\geq 80\%$



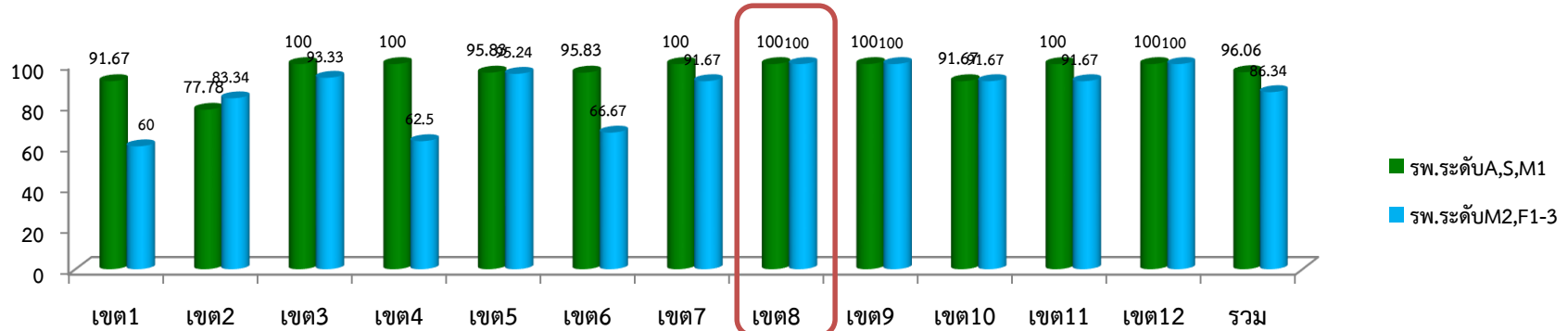
ตัวชี้วัด 2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 80\%$





## ปัญหาอุปสรรค

◆ ระบบการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศมะเร็ง การวิเคราะห์ข้อมูล



## ปัญหาและอุปสรรค

### ด้านบริหารจัดการ

- ◆ การดูแลยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มมะเร็ง
- ◆ ระบบส่งต่อไม่ชัดเจน ไม่เชื่อมโยงในการดูแลต่อเนื่อง
- ◆ การเบิกใช้ strong opioid ในรพ.ชุมชนล่าช้า (กรณียาหมด ซื้อมา

ทดแทน)

### ด้านบุคลากร

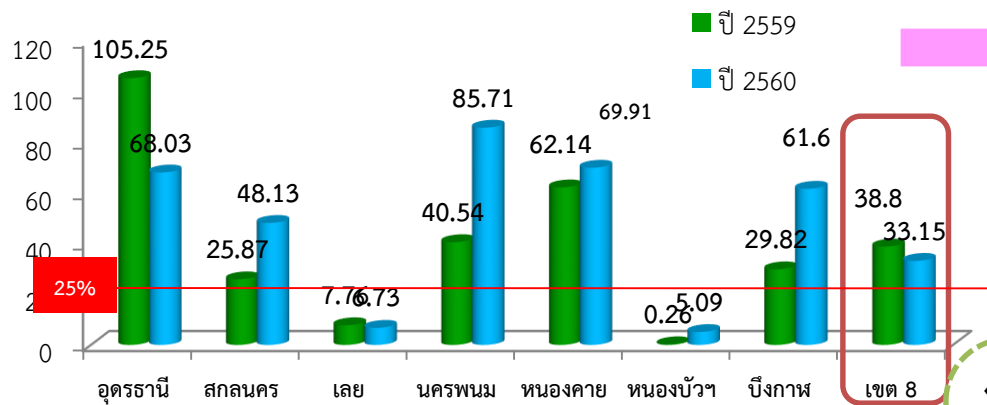
- ◆ ภาระงานผู้รับผิดชอบงาน palliative care
- ◆ ขาดความรู้ความเข้าใจ

### ด้านข้อมูล

- ◆ ขาดระบบในการจัดเก็บ เชื่อมโยงข้อมูล

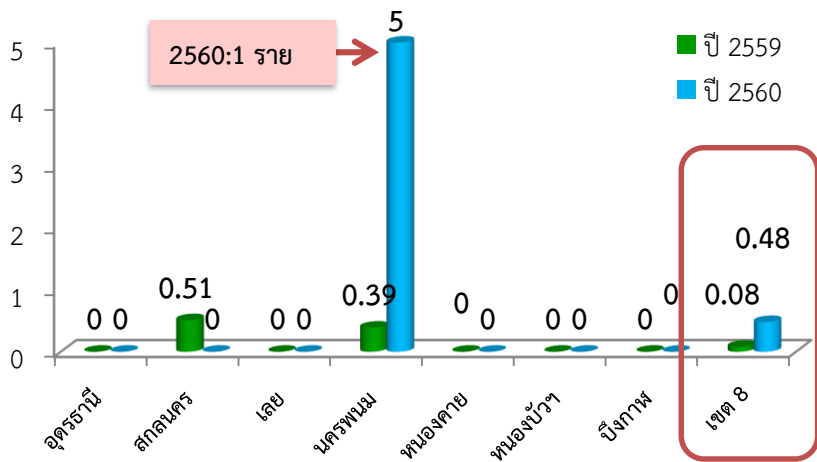
## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ◆ สนับสนุนจัดตั้ง Palliative Care Unit
- ◆ สนับสนุนการอบรมหลักสูตร Palliative Care แก่บุคลากรผู้รับผิดชอบงาน
- ◆ สนับสนุนการใช้และระบบเบิก strong opioid ในรพ.ชุมชน (ปัจจุบันรพ.อุดรธานี แก้ไขปัญหานี้โดยการให้รพ.ชุมชนยืมยา)
- ◆ ปรับระบบสารสนเทศให้เชื่อมโยงฐานข้อมูลทุรพ.ง่ายและสะดวกในการใช้งาน(ปัจจุบันใช้ระบบต่างๆกันในการส่งต่อผู้ป่วย)



- ♦ ขาดสถิติแพทย์ใน รพ. node
- ♦ ไม่มีวิสัญญีแพทย์ใน รพ. node

ตัวชี้วัด 2 อัตราตายมารดา จากการตกเลือดหลังคลอด (ร้อยละ 0)



♦ case refer รพช.ไปรพท.ด้วย Breech  
Dead Case Conference : เกิดจาก Amniotic fluid embolism  
: ความเสี่ยงในการเกิด Amniotic fluid embolism  
1) Mutiparity (G6P4P0A1L4) 2) Eldery (อายุ 44 ปี)

- ♦ Udon Model
- ♦ MCH Board
- ♦ Dead Case Conference
- ♦ กำกับติดตามผลของการปรับปรุงแนวทางในการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด และกระบวนการดูแลรักษา

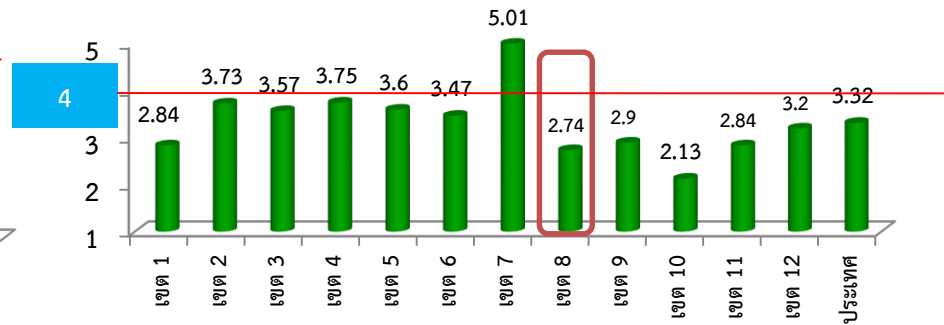
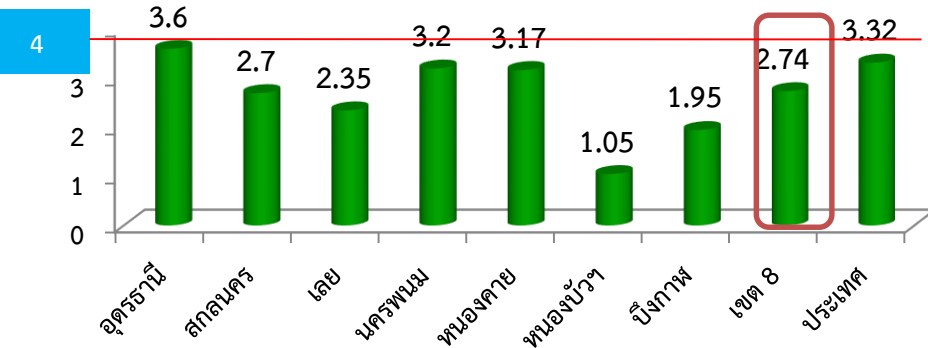
♦ เพิ่มแพทย์เฉพาะทางให้มีประจำใน M2

♦ แผนจัดสรรแพทย์ประจำบ้านระดับเขตฯ

♦ พัฒนาระบบ Training แพทย์ใช้ทุนให้มีสมรรถนะดูแลผู้ป่วยสาขาหลัก

## ทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด 1 อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ( $<4 / 1,000$  ทารกเกิดมีชีพ)



ตัวชี้วัด 2 เติียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ 1:500 ทารกเกิดมีชีพ

อุดรธานี

1:1166

สกลนคร

1:705

เลย

1:800

นครพนม

1:884

หนองคาย

1:391

หนองบัว

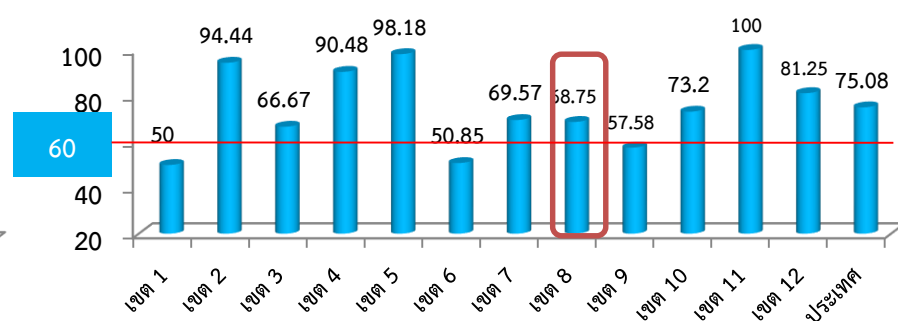
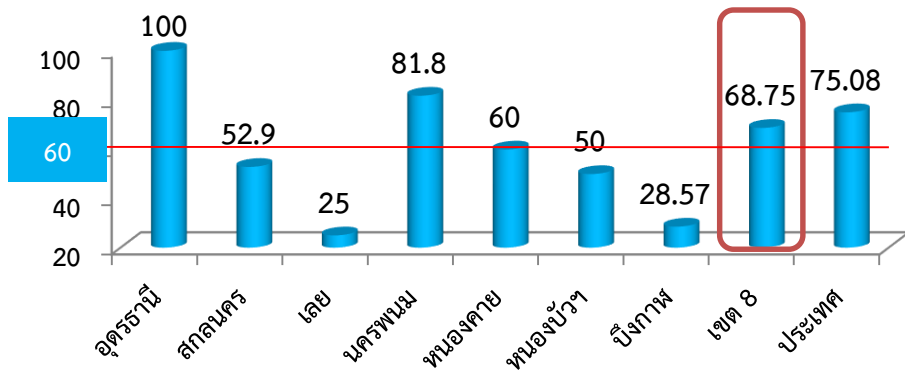
1:1,099

บึงกาฬ

1:669

เขต 8

1:782

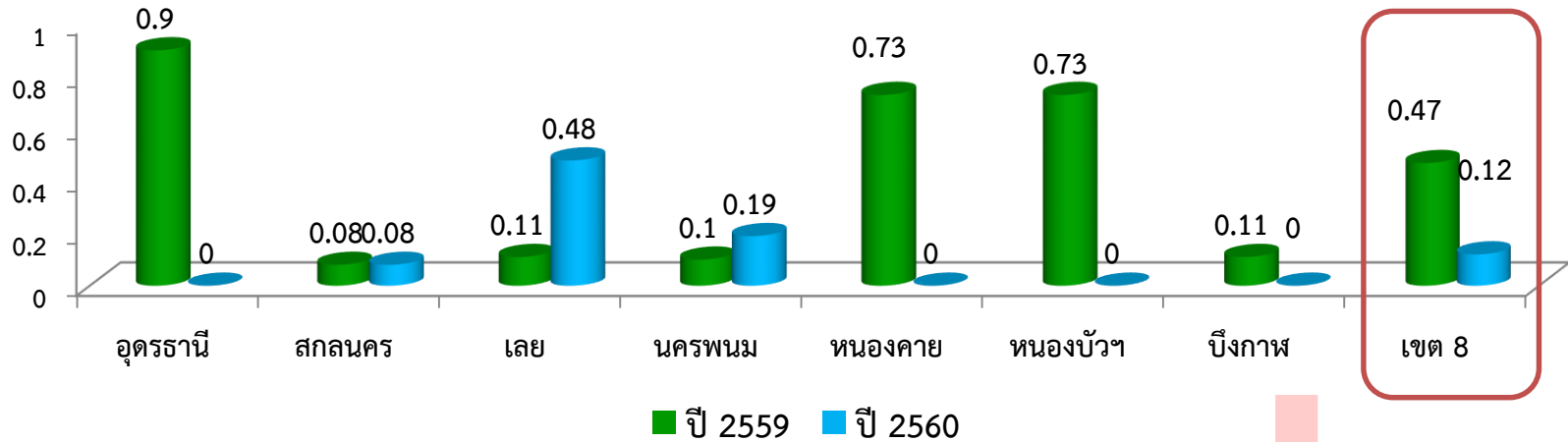


### ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

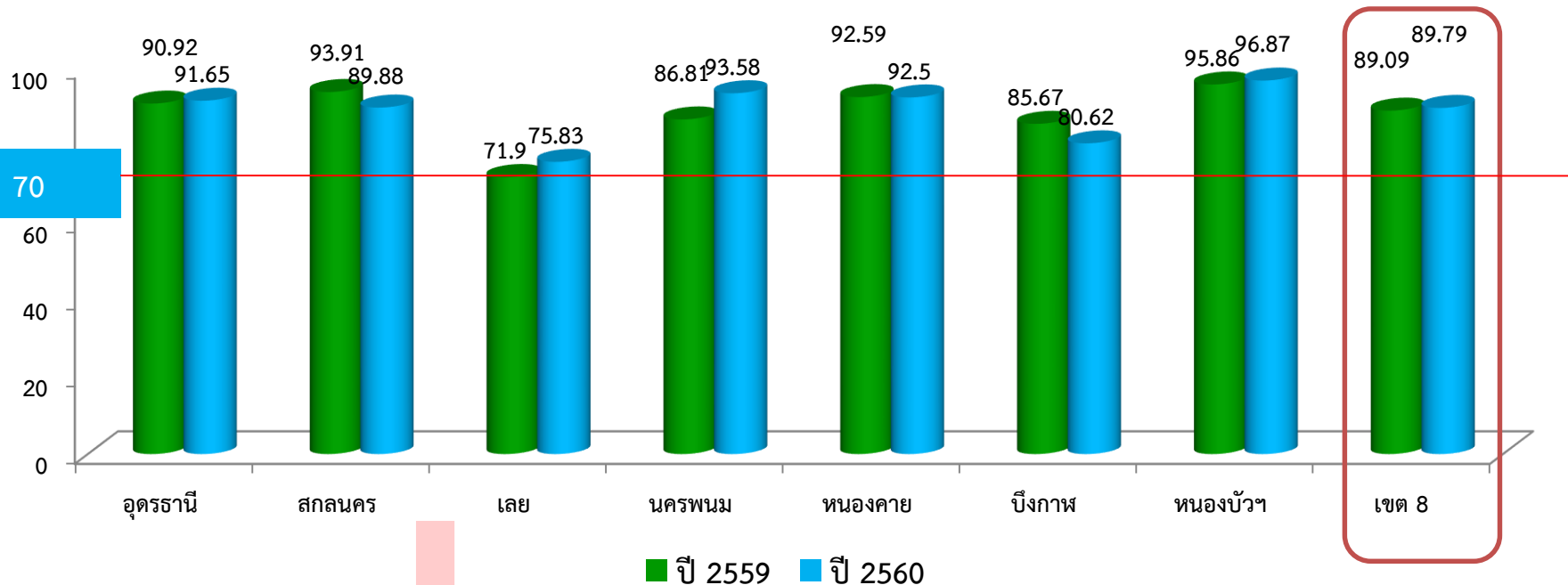
- ◆ ขาดแคลนกุมารแพทย์ในจังหวัดบึงกาฬ
- ◆ ศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลทารกแรกเกิดไม่เพียงพอ



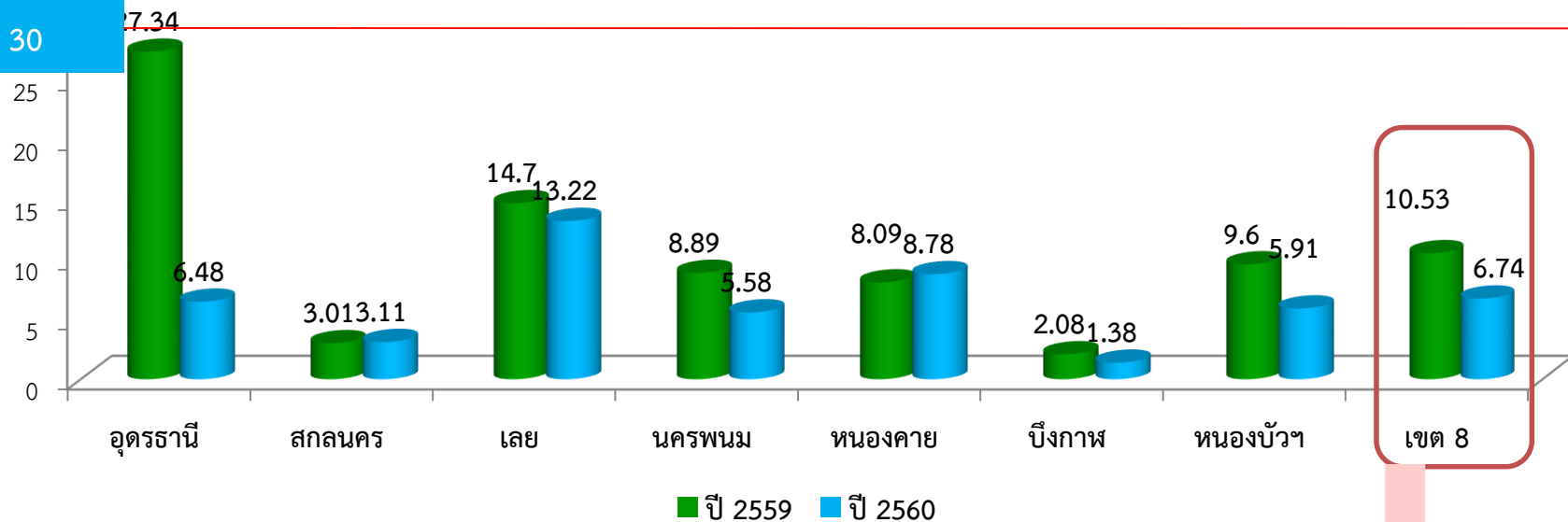
- ◆ จังหวัดบึงกาฬควรมีกรณีพิเศษในการให้ทุนกุมารแพทย์
- ◆ จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นและพัฒนาบุคลากรในการดูแลทารกแรกเกิด



- ◆ ระบบเครือข่าย
- ◆ ข้อมูลไม่น่าเชื่อถือ
- ◆ เพิ่มกุมารแพทย์ใน M2
- ◆ พัฒนา PICU ใน M2 เพื่อลดการrefer/ลดเด็กตายได้



- ◆ ระบบการดูแลและส่งต่อ
- ◆ ข้อมูลไม่น่าเชื่อถือ



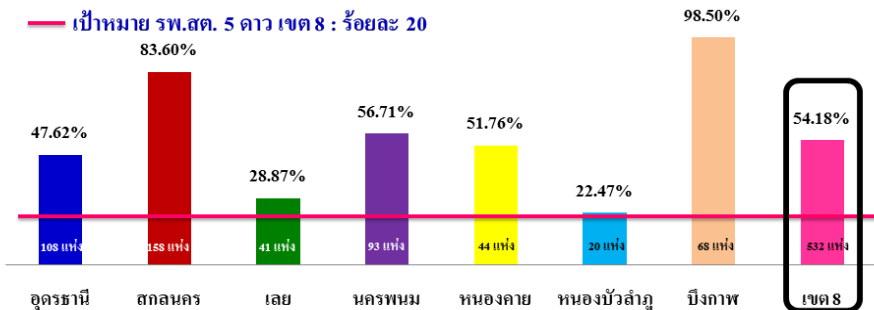
- ◆ ศักยภาพความพร้อม รพ.M2 ด้านบุคลากรแพทย์/อุปกรณ์เครื่องมือ
- ◆ การหมุนเวียนของบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์เพิ่มพูนทักษะ
- ◆ การเข้าถึงบริการ/ICU ไม่เพียงพอ

# ระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ

## การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. (รพ.สต.ติดตาม)

ร้อยละ 10 ของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม

รวมทั้งหมด 532 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 54.18



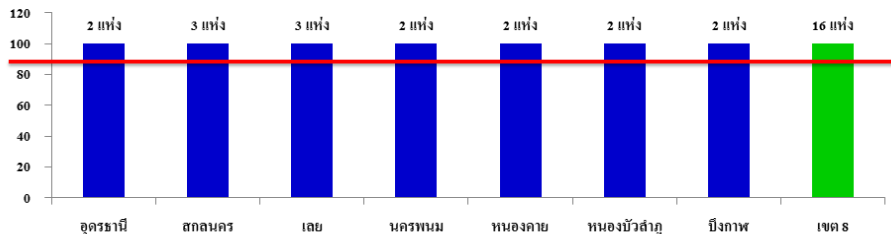
อยู่ระหว่างกระบวนการประเมิน

หมายเหตุ หน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 8 หมายถึง รพ.สต. คสม. และ PCU

## การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

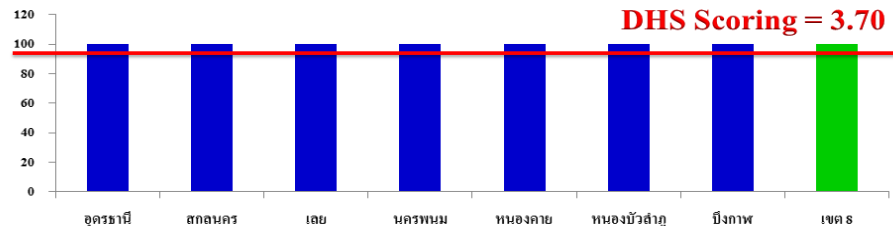
คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) มากกว่า ร้อยละ 90

เป้าหมาย ปี 2560  
- PCC เขตเมือง อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง  
- PCC เขตชนบท อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง



## การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)

ร้อยละ 95 ของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิตั้งชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ



- มีการกำหนด OTOP/ODOP อย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง อย่างชัดเจน มีกระบวนการพัฒนาและแก้ไขปัญหาเชื่อมโยงกับชุมชน
- Road Traffic Injury (RTI) มีการกำหนดจุดเสี่ยงในอำเภอและมีแก้ไขปัญหาลับคิเหตุ เชื่อมโยงกับ สตร. ที่ 8 อุดรธานี
- Long Term Care (LTC) มีโครงสร้างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ/ระดับตำบล/ระดับอำเภอ เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วย palliative care และเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ เชื่อมโยงกับ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี

Quick win ปี 2560  
PCC

รพ.สต.ติดตาม

DHS

| รอบ 3 เดือน  | รอบ 6 เดือน                 |
|--------------|-----------------------------|
| -            | รายงานผล 50%                |
| รอบ 3 เดือน  | รอบ 6 เดือน                 |
| -            | -                           |
| รอบ 3 เดือน  | รอบ 6 เดือน                 |
| ประเมินตนเอง | แผนเชื่อมกับ SP และกลุ่มวัย |

\*\*\*ระดับประเทศไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบ เนื่องจากอยู่ระหว่างกระบวนการประเมิน

## PCC

## Staff

การจัดอัตรากำลังทุกวิชาชีพตรงตาม Criteria PCC แต่ยังมีปริมาณไม่เพียงพอ (มีแผนการพัฒนาเพิ่มเติมแล้ว)

## System

มีการใช้เกณฑ์ รพ.สต.ติดตามเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการ PCC ทุกแห่ง

## Structure

มีการปรับพื้นที่การให้บริการสอดคล้องกับมาตรฐานและจัดสรรครุภัณฑ์การแพทย์พื้นฐานของ PCC ครบตามมาตรฐานเป็นบางแห่ง (รอจัดสรรตามรอบ)

## DHS + รพ.สต.ติดตาม

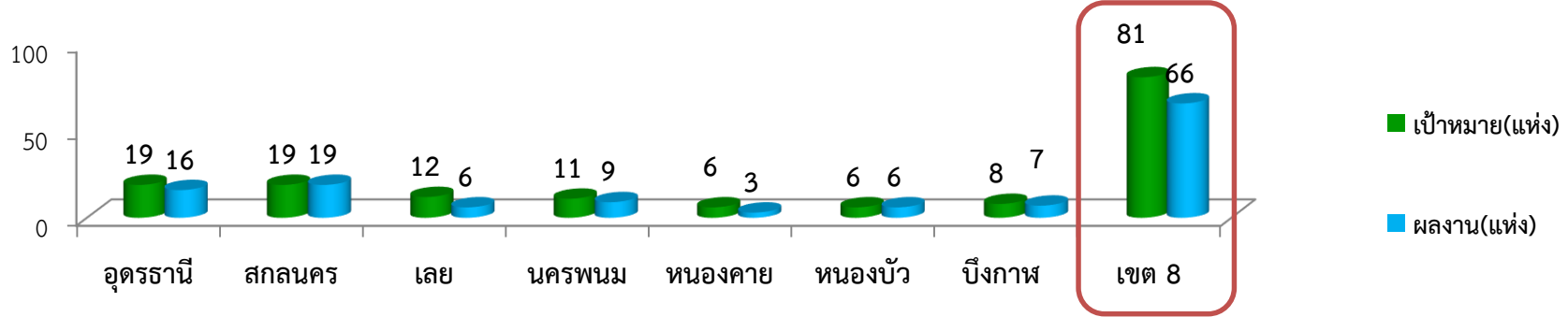
บูรณาการการดำเนินงานของ รพ.สต.ติดตาม กับ DHS เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

- System Approach : สามารถนำกระบวนการ DHS(UCCARE)/ รพ.สต.ติดตาม บูรณาการร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพอื่นๆได้
- Issue Approach : ทุกอำเภอมีการค้นหา ODOP/OTOP และรายงานมายังจังหวัด มีการเชื่อมโยงและทำให้ครบกระบวนการ DHS(UCCARE)/ รพ.สต.ติดตาม ได้

: Service Plan สำคัญของระดับประเทศ 2 เรื่อง สามารถใช้กระบวนการของ DHS(UCCARE)/ รพ.สต.ติดตาม จัดการได้ โดยมีผู้รับผิดชอบที่ 2 จากศูนย์อนามัยที่ 8 ติดตาม LTC สคร.8 ติดตาม RTI และ สปส. 8 ติดตามตำบลจัดการสุขภาพ ได้รวมออกพื้นที่เพื่อเยี่ยมเสริมพลังการติดตามงานในพื้นที่

\*\*\* พื้นที่ที่มีความเข้าใจกระบวนการ PCC- DHS-รพ.สต.ติดตาม และพร้อมจะเข้าสู่กระบวนการพัฒนา

# ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA (ชั้น 3 และ Reaccredit 100%)



## การดำเนินงาน

มีการพัฒนาคุณภาพด้วยกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

- ◆ ระบบเครือข่ายพี่เลี้ยงคุณภาพ (Quality Learning Network)
- ◆ การเยี่ยมสำรวจภายในจังหวัด

## เขตสุขภาพที่ 8

◆ มี รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 81 แห่ง ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ Reaccredit 66 แห่ง (81.48 %)

## ปัญหาและอุปสรรค

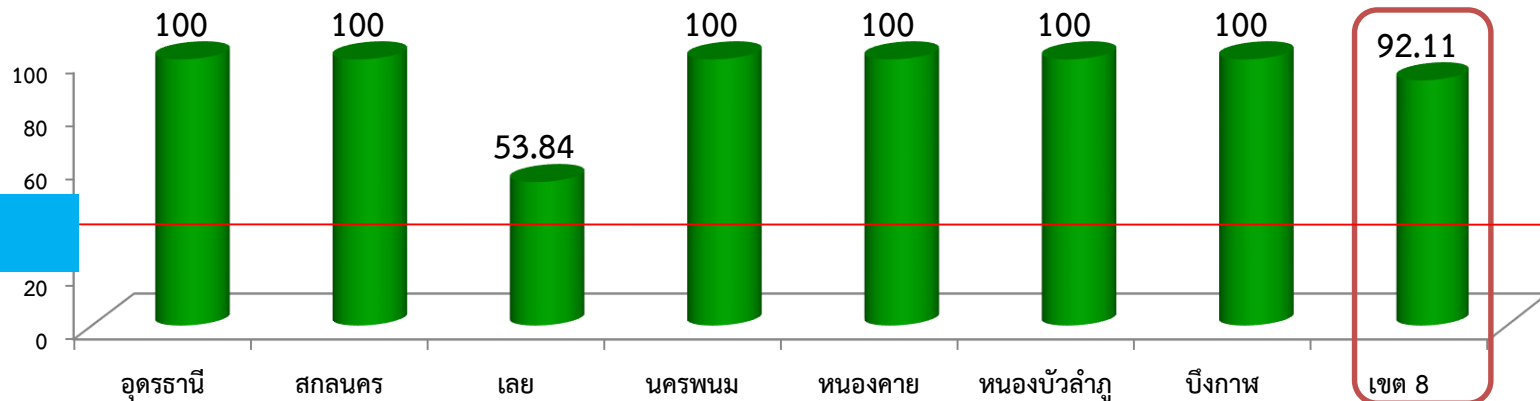
- ◆ การพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานไม่มีความต่อเนื่อง ขาดการทบทวน และติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพให้บรรลุเป้าหมาย

## ข้อเสนอแนะ

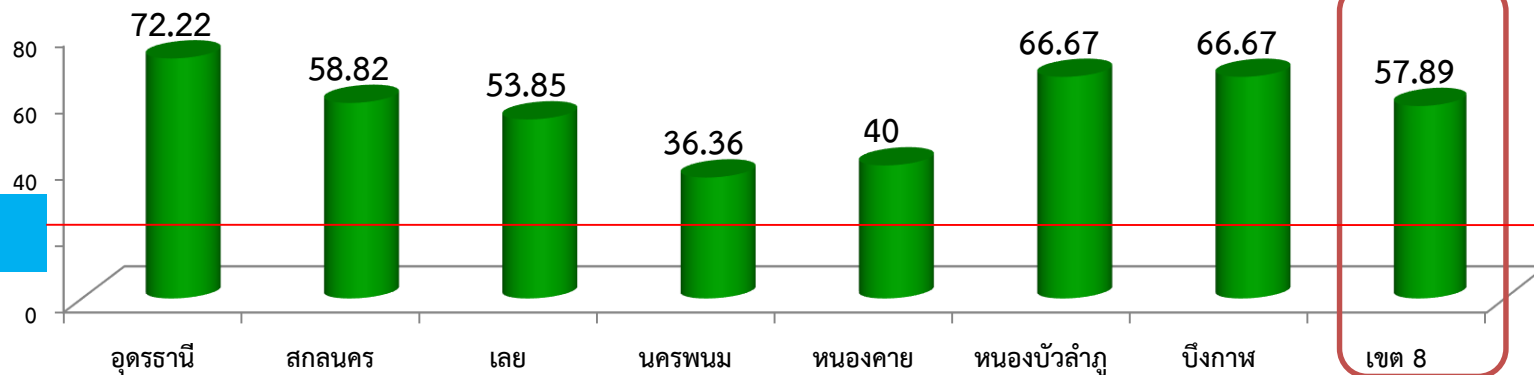
- ◆ ผู้บริหารควรเป็นผู้นำการพัฒนา และติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงานที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย มาทบทวนการพัฒนาคุณภาพให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

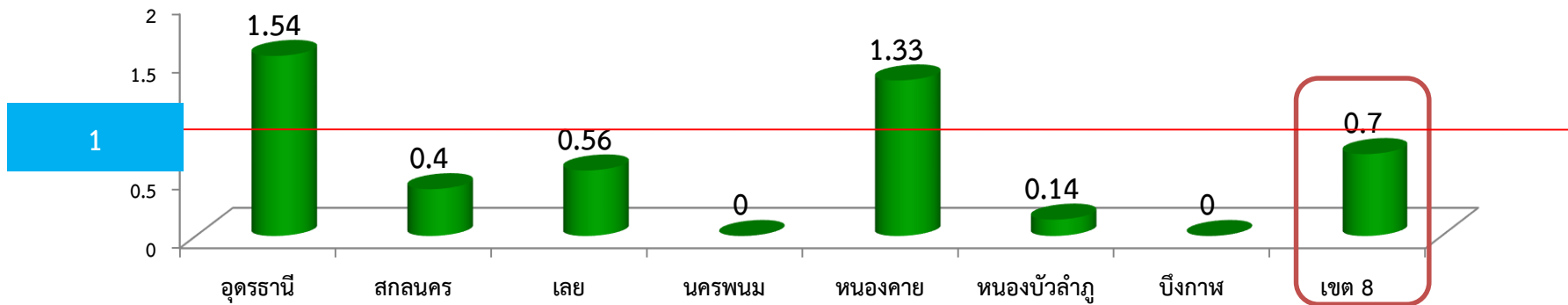
## อุบัติเหตุ

ตัวชี้วัด 1 ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลระดับ F2 ที่มีระบบ ECS คุณภาพ (เป้าหมายร้อยละ 40)



ตัวชี้วัด 2 ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 25)





### ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

- ◆ ระบบการจัดเก็บข้อมูลหลากหลายและเป็นการเพิ่มภาระงาน
- ◆ ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยกรรม ในโรงพยาบาล ระดับ M1,S
- ◆ การส่งต่อที่ไม่เหมาะสม ผลกระทบความแออัด รพศ. / รพท.

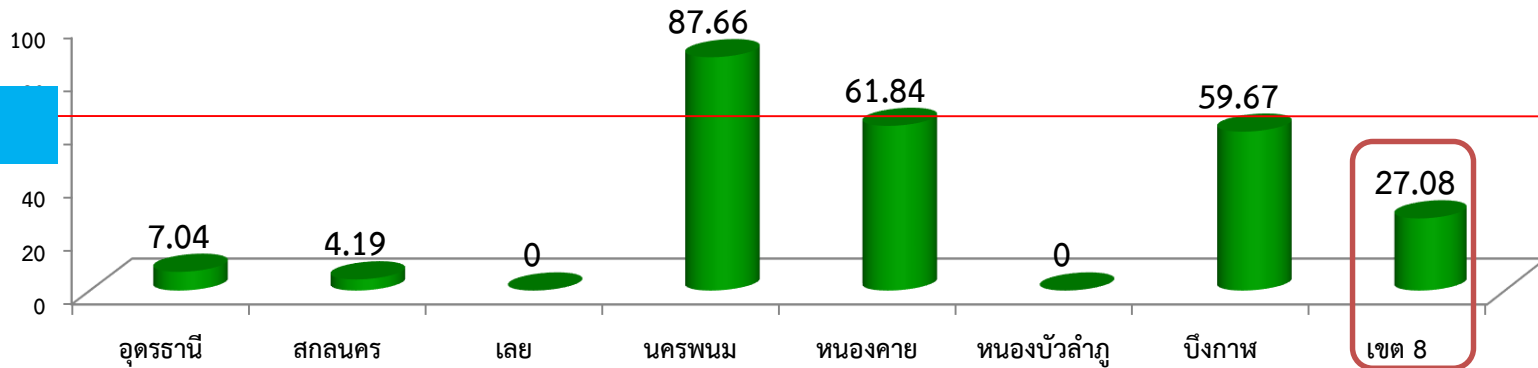


- ◆ รพศ. รพท. รพ. M1 ใช้ระบบ IS
- ◆ ทำแผนพัฒนาบุคลากรและอัตรากำลัง การใช้ทรัพยากรร่วมกันระดับจังหวัด
- ◆ การวิเคราะห์ข้อมูลระบบส่งต่อและการคืนข้อมูลให้กับรพ.ที่ส่งต่อ

## ช่องปาก

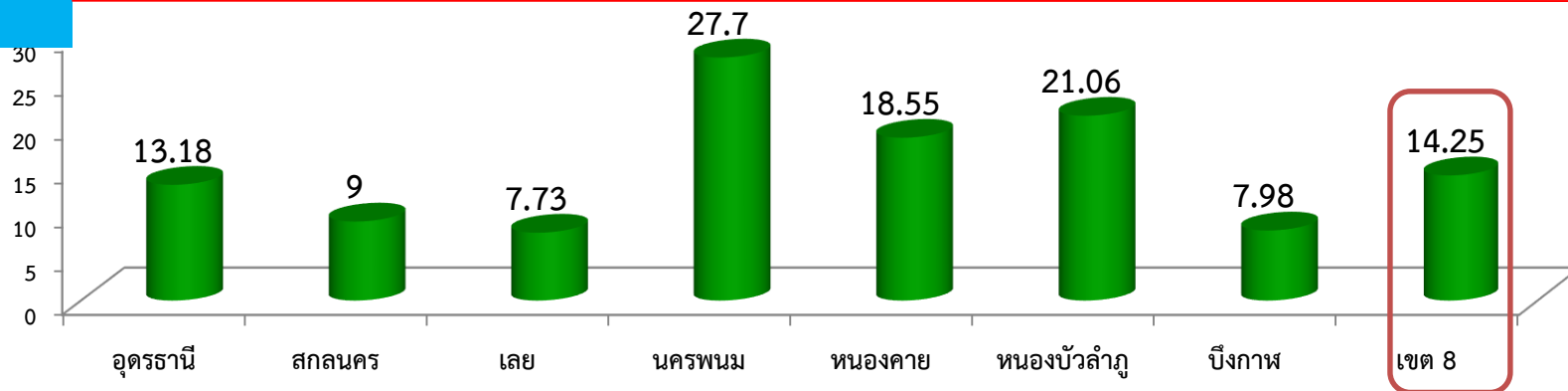
ตัวชี้วัด 1 ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60)

60



ตัวชี้วัด 2 อัตราใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35)

35

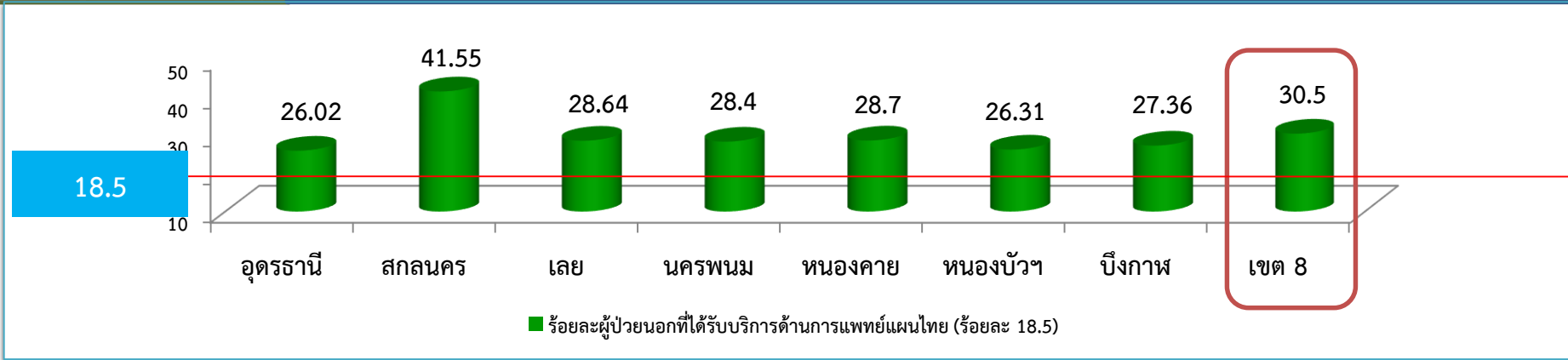


## ปัญหาอุปสรรค

- ◆ จพง.ทันตฯ เปลี่ยนสายงานทำให้ขาดบุคลากรในการปฏิบัติงาน
- ◆ ครุภัณฑ์ เก่า ขำรุด อายุการใช้งานมากกว่า 10 ปี
- ◆ รายงานทันตกรรมจาก HDC ยังไม่สมบูรณ์ ผลงานไม่ตรงกับที่บันทึก

## ข้อเสนอแนะ

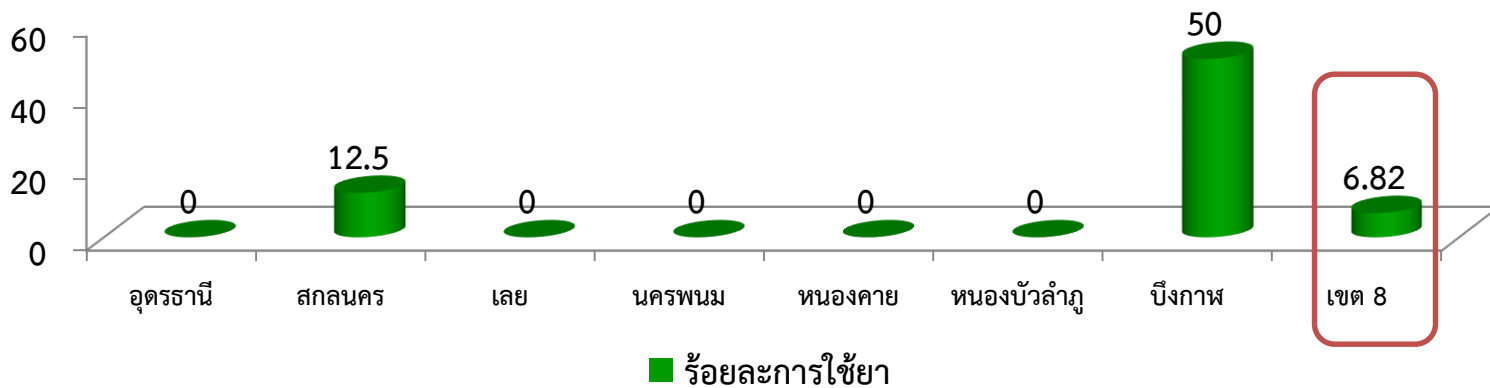
- ◆ การกำหนดกรอบ/ตำแหน่ง ความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานแก่ จพง. ทันตฯ ที่ชัดเจน
- ◆ จัดสรรงบประมาณการจัดซื้อให้ชัดเจน
- ◆ ปรับปรุงระบบรายงาน HDC และวิธีการลงข้อมูลให้มีความถูกต้อง



### ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

- ◆ ความชัดเจนในโครงสร้างหรือบทบาทของกลุ่มงานแพทย์แผนไทย
- ◆ ขาดงบประมาณจ้างแพทย์แผนไทย
- ◆ การศึกษาวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีน้อย
- ◆ การประมวลผลข้อมูลในระบบ Cockpit และโปรแกรม Health Data Center ยังไม่สอดคล้องกัน

- ◆ พิจารณาจัดบุคลากรให้ตรงกับโครงสร้างหน้าที่ และกรอบภาระงาน
- ◆ สนับสนุนงบประมาณ
- ◆ ควรสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาทักษะและองค์ความรู้ในการทำงานวิจัย
- ◆ ประสาน IT ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อแก้ไขปัญหา



| จังหวัด     | เป้าหมาย (แห่ง) | ผ่าน | หมายเหตุ                         |
|-------------|-----------------|------|----------------------------------|
| หนองบัวลำภู | 6               | 0    |                                  |
| หนองคาย     | 9               | 0    |                                  |
| บึงกาฬ      | 8               | 4    | เซกา พรเจริญ โഴ่งพิสัย บึงโขงหลง |
| นครพนม      | 12              | 0    |                                  |
| อุดรธานี    | 21              | 0    |                                  |
| เลย         | 14              | 0    |                                  |
| สกลนคร      | 18              | 2    | นิคมน้ำอูน วาริชภูมิ             |
| ภาพรวมเขต 8 | 88              | 6    |                                  |

# ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

- ◆ ความไม่ชัดเจนของตัวชี้วัดส่งผลให้การดำเนินงานล่าช้า
- ◆ การจัดทำระบบสารสนเทศล่าช้า แก้ไขอยู่บ่อยครั้งและมีหลากหลายโปรแกรม
- ◆ ความร่วมมือของแพทย์ผู้ใส่ยา
- ◆ ตัวชี้วัดมีรายละเอียดค่อนข้างมาก
- ◆ แนวทางที่กำหนดให้จากส่วนกลาง เกิดความขัดแย้งต่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยาในพื้นที่

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง  
/ ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ◆ ควรมีโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ จากส่วนกลาง
- ◆ กระทรวงสาธารณสุขควรประสานกับแพทยสภา หรือราชวิทยาลัยสาขาต่างๆ เพื่อออกแนวทาง หรือกำหนดแนวทางให้เป็นไปตามหลักการและนโยบายที่กระทรวงฯ กำหนด เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดียิ่งขึ้น

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างของ  
เขตสุขภาพที่ 8

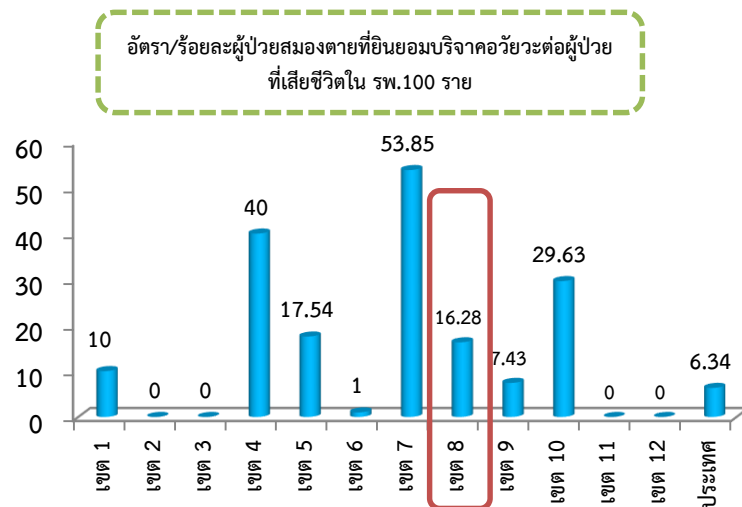
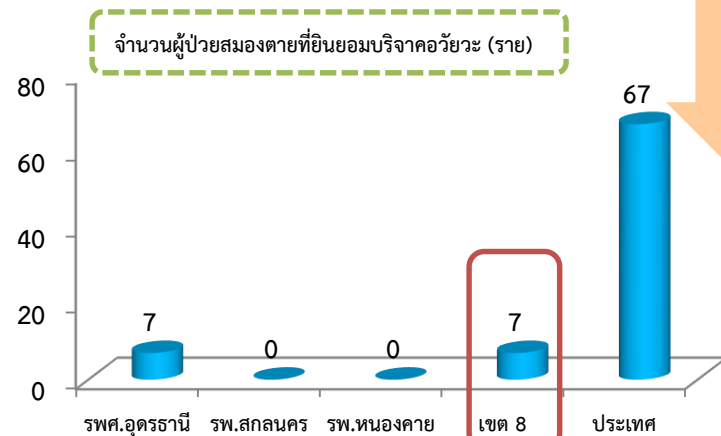
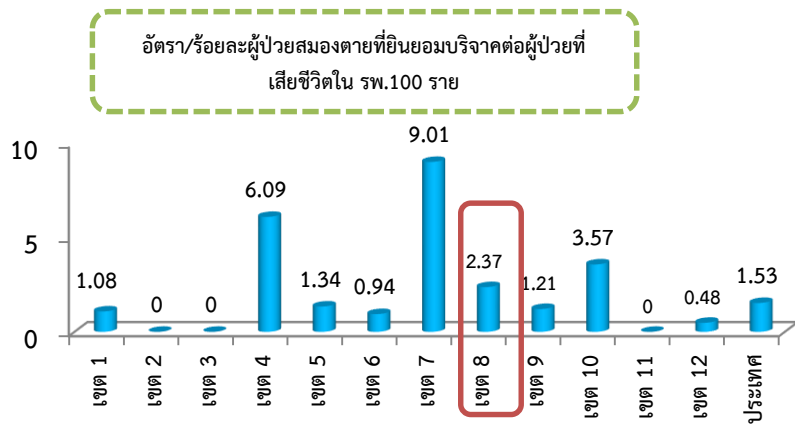
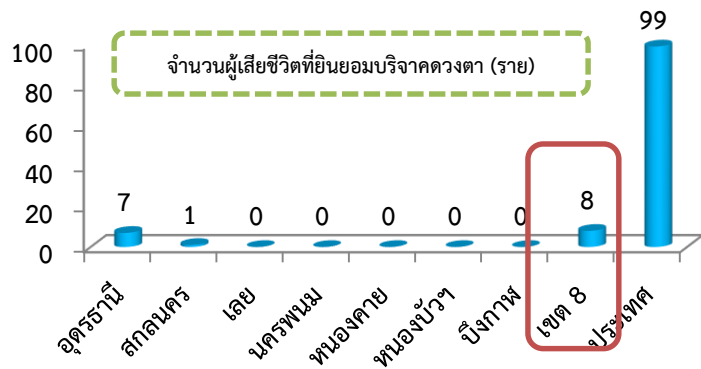
มีโปรแกรม RDU2016 ซึ่งพัฒนาโดย ทีม โรงพยาบาลบ้านม่วง จ.สกลนคร

- 1.ภก.สุเทพ สุวรรณไตร เกสัชกรชำนาญการพิเศษ
- 2.นายวินัย โยลย์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์

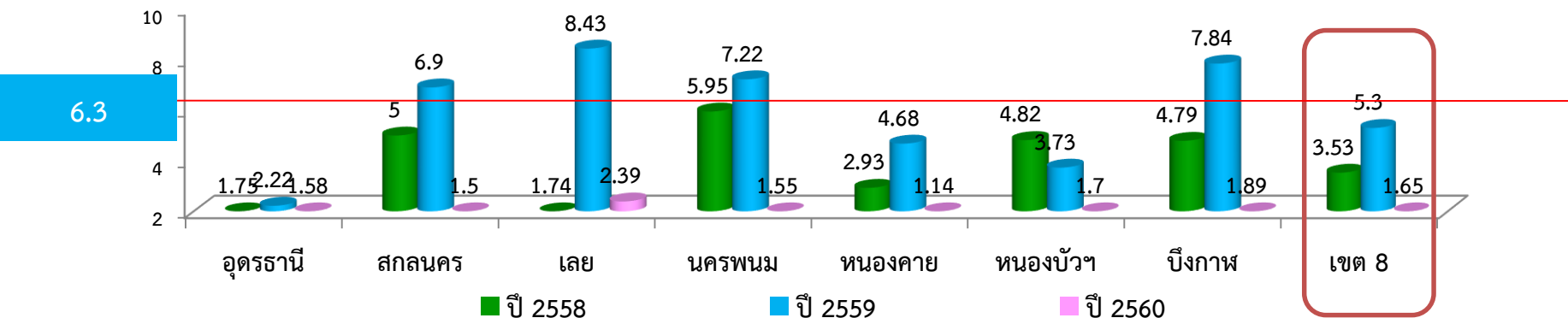
## ปลูกถ่ายอวัยวะ

1 จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ (เป้าหมาย : > 1 ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ.100 ราย ตามยอดปี 59) (ติดตามในรพ.org an doner center เป้าหมาย 38 แห่ง)

2 จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา (เป้าหมาย : > 1 ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ.100 ราย ตามยอดปี 59) (ติดตามใน รพ.A,S และ M1)



| ปัญหาอุปสรรคปัจจัยที่ทำให้งานไม่บรรลุวัตถุประสงค์                     | ข้อเสนอแนะ                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>◆ ความเชื่อ เจตคติของผู้ป่วยและญาติ<br/>ทำให้อัตราการบริจาคต่ำ</p> | <p>◆ บูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายรวมถึง<br/>รณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและทั่วถึงผ่านสื่อ<br/>ต่างๆ</p> <p>◆ บุคลากรสาธารณสุข เป็นโมเดลต้นแบบในการ<br/>บริจาคอวัยวะ</p> <p>◆ ใช้หลักธรรมในการช่วยประชาสัมพันธ์ ในการ<br/>สร้างแรงจูงใจในการบริจาคให้กับประชาชน</p> |
| <p>◆ เจ้าหน้าที่ขาดทักษะและประสบการณ์ในการ<br/>เจรจา</p>              | <p>◆ พัฒนานองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรผู้รับผิดชอบงาน<br/>และผู้ที่เกี่ยวข้อง</p>                                                                                                                                                                                                |



| การเข้าถึงบริการ                                                           | เป้าหมาย          | ปีงบฯ 2559       | ปีงบฯ 2560       |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|------------------|
| ♦ อัตราการฆ่าตัวตาย                                                        | $< 6.3 / 100,000$ | 5.3 (280ราย)     | 1.65 (88ราย)***  |
| ♦ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไป ทำร้ายตนเองซ้ำ ภายใน 1 ปี                    | $\geq 80 \%$      | -                | 100%*            |
| ♦ ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย | $\geq 50 \%$      | 100%<br>(87 รพ.) | 100%<br>(87 รพ.) |
| ♦ ร้อยละการเข้าถึงบริการโรคจิต                                             | $\geq 65 \%$      | 93.13            | 80.67**          |
| ♦ ร้อยละการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า                                        | $\geq 50 \%$      | 50.51            | 55.31            |
| ♦ ร้อยละผู้มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ                                | $\geq 8\%$        |                  | 6.69             |

## ปัญหาอุปสรรค

- ◆ บุคลากรในการดำเนินในระดับ รพสต. มีการเปลี่ยนแปลงขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน
- ◆ การวิเคราะห์ข้อมูล การติดตามเยี่ยม บ้าน และรายงานข้อมูลการฆ่าตัวตายและผู้พยายาม ฆ่าตัวตายของแต่ละพื้นที่ยังไม่ครอบคลุม ยังไม่ ครอบคลุมในระบบรายงาน
- ◆ การค้นหาและติดตามในเด็กกลุ่มที่มี ปัญหาโรคจิตเวชสำคัญ ยังไม่สามารถดำเนินการ ครอบคลุมและการรวบรวมข้อมูลรายงาน

## ข้อเสนอแนะ

- ◆ พัฒนาการบันทึกและรายงานข้อมูลใน ระบบมาตรฐาน อย่างต่อเนื่อง และการจัดการข้อมูลการ ติดตามผู้พยายามทำร้ายตัวเองไม่ให้กลับมาทำร้าย ตนเองซ้ำ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนต่อไป โดย เน้นการบันทึกข้อมูลการติดตามลงในระบบรายงาน รง.506s
- ◆ ติดตามการดำเนินงานตาม พรบ. สุขภาพจิตและ MCATT ในการส่งต่อหรือความเข้าใจ ของเครือข่ายในพื้นที่
- ◆ เน้นการวางแผนการดูแลในกลุ่มที่มี ปัญหาด้านสติปัญญา เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายใน อนาคต

ข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 แยกตามสายงานสำคัญ

| จังหวัด  | แพทย์          | ทันตแพทย์      | เภสัชกร        | พยาบาล        |
|----------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| อุดรธานี | 292<br>1:5,395 | 85<br>1:18,533 | 165<br>1:9,547 | 1990<br>1:792 |
| สกลนคร   | 217<br>1:5,266 | 66<br>1:17,316 | 138<br>1:8,281 | 1626<br>1:703 |
| เลย      | 100<br>1:6,351 | 50<br>1:12,720 | 78<br>1:8,143  | 1140<br>1:557 |
| นครพนม   | 98<br>1:7,235  | 36<br>1:14,181 | 54<br>1:8,647  | 761<br>1:623  |
| หนองคาย  | 123<br>1:4,224 | 41<br>1:12,672 | 63<br>1:8,247  | 792<br>1:656  |
| หนองบัว  | 88<br>1:5,905  | 34<br>1:15,284 | 55<br>1:9,448  | 663<br>1:783  |
| บึงกาฬ   | 44<br>1:9,620  | 23<br>1:18,403 | 43<br>1:9,843  | 448<br>1:448  |



**“One Province – One Hospital”**  
↓  
**“One Region – One Hospital”**  
**with Thailand 4.0**





Thank  
you!