

บทที่ 4

แผนการจัดบริการสุขภาพ (Service Delivery Blueprint)

วิสัยทัศน์ (Vision) : รวมพลังภาคี เพื่อประชาชนสุขภาพดีและยั่งยืน

4.1 เป้าหมายและตำแหน่ง (Positioning) การจัดบริการของเขตสุขภาพ

เป้าหมาย เพื่อลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอยในเขตสุขภาพที่ 8

สาขา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ตำแหน่ง
1.สาขาโรคสมองและหลอดเลือด (Stroke)	อัตราการตายโรคสมองและหลอดเลือดลดลง	Stroke unit ในรพ.ระดับ A,S	รพ.หนองคาย -4 เตียง ปี 2563 รพ.บึงกาฬ 4 เตียง ปี 2564
2.สาขาโรคหัวใจ (STEMI)	อัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดลดลง	Excellence Center	รพ.อุดรธานี level 1 เป็น level 1+ (ปี 2570) รพ.สกลนคร level 2 เป็น level 1 (ปี 2563-64)
3.สาขาทารกแรกเกิด	อัตราการตายทารกแรกเกิดลดลง	Excellence Center	รพ.อุดรธานี level 1 เป็น level 1+ (ปี 2565) รพ.สกลนคร level 1 เป็น level 1+ (ปี 2567)
		Node NICU รพ.ระดับ A,S,M1,M2	รพ.อุดรธานี 4 เตียง (Semi NICU) (ปี 2562) รพ.กุมภวาปี 2 เตียง (ปี 2562) รพ.บ้านดุง 2 เตียง (ปี 2562) รพ.บ้านผือ 2 เตียง (ปี 2562) รพ.เพ็ญ 2 เตียง (ปี 2563) รพ.สกลนคร 4 เตียง (ปี 2562) รพ.วานร 2 เตียง (ปี 2562) รพ.นครพนม 2 เตียง (ปี 2563) รพ.หนองบัว 4 เตียง (ปี 2563) รพ.บึงกาฬ 4 เตียง (ปี 2564) รพ.เซกา 1 เตียง (ปี 2562)
4.สาขาทา	อัตราการผ่าตัด Blinding cataract ภายใน 30 วัน เพิ่มขึ้น	Retina Center	รพ.อุดรธานี (ปี 2564)
5.สาขาศัลยกรรม (One day Surgery)	1.ลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัด 2.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับ การผ่าตัดแบบ ODS	One Day Surgery M1,M2,F1	รพ.กุมภวาปี ด้านซ้าย บ้านผือ หนองหาน ท่าบ่อ ธาตุพนม บ้านดุง พังโคน บ้านม่วง อากาศอำนวย วังสะพุง โพนพิสัย นากลาง
6.สาขาแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับ บริการการแพทย์แผนไทยฯ	คลินิกการแพทย์แผนไทย (OPD คู่ขนาน)	รพ.ระดับ A,S,M1,M2,F 1,F2,F3
7.สาขาสุขาภจิตและจิตเวช	1.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึง บริการ	1.คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็ก 2.เปิด ward ผู้ป่วยจิตเวช	รพ.ระดับ M2-A รพ. ระดับ A,S
8.สาขาอายุรกรรม และโรคติดเชื้อ	อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community	Node ICU รพ.ระดับ A,S,M1,M2	อุดรธานี 8 (ปี 62) 10 (ปี 63) 4 (ปี 64) กุมภวาปี 8 (ปี 62) บ้านดุง 4 (ปี 64) 4 (ปี 65)

	Acquire Sepsis และ Hospital Acquire Sepsis ลดลง		หนองหาน 4 (ปี 63) 8 (ปี 64) บ้านฝื่อ 4 (ปี 63) เพ็ญ 4 (ปี 62) 2 (ปี 63) สกลนคร 19 (ปี 62) 8 (ปี 63) 8 (ปี 64) สว่าง 2 (ปี 62) 3 (ปี 63) นครพนม 10 (ปี 63) ศรีสงคราม 4 (ปี 62) เลย 14 (ปี 65) วังสะพุง 1 (62) 1 (ปี 63) เซียงคาน 2 (ปี 65) หนองคาย 4 (ปี 65) ศรีบุญเรือง 3 บึงกาฬ 6 (ปี 63) 4 (ปี 64)
9.สาขานามัยแม่และ เด็ก	อัตราการตายลดลง อัตราทารกตายปริกำเนิด ลดลง	Node LR คุณภาพ รพ. ระดับ A,S,M1,M2,F1	A,S อุดรธานี สกลนคร นครพนม หนองคาย หนองบัวลำภู เลย บึงกาฬ M1 กุมภวาปี สว่างฯ วานรฯ M2 ท่าบ่อ บ้านฝื่อ หนองหาน ธาตุพนม ด่านซ้าย F1 บ้านดุง หนองหาน บ้านฝื่อ เพ็ญ ศรีสงคราม วังสะพุง เซียงคาน ศรีบุญเรือง เซกา
10.สาขาโรคมะเร็ง	ร้อยละการเข้าถึงบริการ เพิ่มขึ้น	Excellence Center	รพ.อุดรธานี level 1 เป็น level 1 (ปี 2567) รพ.สกลนคร level 1 เป็น level 1+ (ปี 2567)
11.สาขาอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน	ร้อยละ ECS คุณภาพ รพ. ระดับ F2 ขึ้นไปเพิ่มขึ้น	Excellence Center	รพ.อุดรธานี level 1 เป็น level 1 (ปี 2567) รพ.สกลนคร level 2 เป็น level 1 (ปี 2565)
12.สาขาสุขภาพช่อง ปาก	ร้อยละการเข้าถึงบริการ เพิ่มขึ้น	ศูนย์เชี่ยวชาญมะเร็งช่องปาก	รพ.อุดรธานี (ปี 2564)
13.สาขาโรคไม่ติดต่อ	การมีส่วนร่วม ของ ปชช.ใน การดูแลสุขภาพตนเอง (Selfcare)	รณรงค์การดูแลสุขภาพตนเอง (Selfcare)	อุดรธานี สกลนคร นครพนม หนองคาย หนองบัวลำภู เลย บึงกาฬ
14.สาขา COPD	การเข้าถึงเครื่อง Spirometry	การเข้าถึงเครื่อง Spirometry	รพ. M1,F1-3 อุดรธานี 10 รพ. สกลนคร 14 รพ. นครพนม 8 รพ. เลย 7 รพ. หนองคาย 5 รพ. หนองบัวลำภู 1 รพ. บึงกาฬ 1 รพ.
15.สาขารับบริจาค และปลูกถ่ายอวัยวะ	1.Actual brain death donor > 0.8/100 hospital dead 2.Actual eye donor	Excellence Center	รพ.อุดรธานี level 2 เป็น level 1 (ปี 2567) รพ.สกลนคร level 3 เป็น level 2 (ปี 2567)

	> 1.3/100 hospital dead		
16.สาขาการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (RDU)	ร้อยละ รพ.ใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล	RDU Hospital	A,S,M1,M2,F1,F2,F3
17.สาขา Palliative care	ร้อยละผู้ป่วยเข้าถึงยา Opioids	Node Opioids M1,M2,F1	A,S อุดรธานี สกลนคร นครพนม หนองคาย หนองบัวลำภู เลย บึงกาฬ M1 กุมภวาปี สว่างฯ วานรฯ M2 ท่าบ่อ บ้านผือ หนองหาน ธาตุพนม ด่านซ้าย F1 บ้านดุง หนองหาน บ้านผือ เพ็ญ ศรีสงคราม วังสะพุง เขียงคาน ศรีบุญเรือง เซกา
18.Service support ด้านยา	1.ควบคุมค่าใช้จ่าย 2.ลดความแออัด	ระบบสำรองยา ระบบการส่งมอบยา	อุดรธานี สกลนคร นครพนม หนองคาย หนองบัวลำภู เลย บึงกาฬ รพ.อุดรธานี ธาตุพนม
19.Service support ด้าน LAB	1.ลดความแออัด เพิ่มความสะดวกของผู้ป่วย	ระบบ Central Lab & Logistic	อุดรธานี สกลนคร นครพนม หนองคาย หนองบัวลำภู เลย บึงกาฬ
20. Basic Facilities	1.ลดความแออัด รพ.ระดับ A 2.เพิ่มอัตราครองเตียง /AB รพ.ระดับ M1,M2,F1,F2	1.พัฒนาศักยภาพ รพ. ระดับ M1 รักษาโรคค่า RW=1.2 -1.8 สาขาหลัก 6 สาขา (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์และวิสัญญีแพทย์) 2.พัฒนาศักยภาพ รพ. ระดับ M2 รักษาโรคค่า RW = 0.6 -1.2 สาขาหลัก 6 สาขา (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์และวิสัญญีแพทย์) 3.พัฒนาศักยภาพ รพ. ระดับ F1 สาขาหลัก 6 สาขา (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์และวิสัญญีแพทย์)	กุมภวาปี สว่างแดนดิน วานรนิวาส ท่าบ่อ บ้านผือ หนองหาน ธาตุพนม ด่านซ้าย บ้านดุง หนองหาน บ้านผือ เพ็ญ ศรีสงคราม วังสะพุง เขียงคาน ศรีบุญเรือง เซกา
21.ระบบส่งต่อ	ลดการส่งผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ	1.พัฒนาระบบส่งต่อระดับเขต/จังหวัด 2.พัฒนา รพ.ระดับ S เป็น Excellence center ระดับ 2	อุดรธานี สกลนคร นครพนม หนองคาย หนองบัวลำภู เลย บึงกาฬ

4.3 แผนพัฒนาหน่วยบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ และ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Excellence Center)

4.3.1 แผนการยก/ลดระดับ และแผนขยายเตียง

ตารางที่ 13 แผนยก/ลดระดับ และแผนขยายเตียง สถานบริการ (2562 - 2567)

จังหวัด	ชื่อหน่วยบริการ	ระดับปัจจุบัน	จำนวนเตียง	แผนยก/ลดระดับ (ระบุปีที่จะยก/ลด)			แผนเพิ่ม/ลดเตียง		
				ยกระดับ	ลดระดับ	ปี	เพิ่มเตียง	ลดเตียง	ปี
อุดรธานี	รพ.บ้านดุง	F1	120	M2 M1		62 65	180		65
	รพ.น้ำโสม	F1	60		F2	62	90		65
	รพ.กุ้งแก้ว	F3	10	F2		65	30		65
	รพ.ประจักษ์ศิลปาคม	F3	10	F2		65	30		65
	รพ.กุมภวาปี	M1	180				198 240		62 63
	รพ.บ้านฝ้อ	M2	90				90		62
	รพ.หนองหาน	M2	110				150		65
	รพ.หนองวัวซอ	F2	30				45		62
	รพ.วังสามหมอ	F2	40				60		63
	รพ.กุดจับ	F2	50				60		63
สกลนคร	รพ.วานรนิวาส	M1	120				180		63
	รพ.อากาศอำนวย	F1	90				120		63
นครพนม	รพ.นครพนม	S	345				375 405		62 63
	รพ.ศรีสงคราม	F1	60				75		62
เลย	รพ.เลย	S	402				480 522		62 65
	รพ.วังสะพุง	F1	90	M2		63	112 120		62 65
	เชียงคาน	F2	30	F1		64	50		62
	รพ.หนองหิน	F3	30	F2		62			
หนองบัว	รพ.หนองบัวลำภู	S	303				330 350		63 65
	รพ.สุวรรณคูหา	F2	30				40		62
	รพ.นาหว้า	F2	30				40		63
หนองคาย	รพ.หนองคาย	S	349				429		62
	รพ.ท่าบ่อ	M2	200				250		63
	รพ.เฝ้าไร่	F3	30	F2		62			
บึงกาฬ	รพ.บึงกาฬ	S	200				270 317 338 352		62 63 64 65
	รพ.เซกา	F1	120	M2		62			

4.3.2 แผนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

ตารางที่ 14 แผนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Excellence Center)

ชื่อหน่วยงาน	หัวใจ		มะเร็ง		บาดเจ็บ		ทารกแรกเกิด		เปลี่ยนถ่ายอวัยวะ	
	ปัจจุบัน	แผนปี	ปัจจุบัน	แผนปี	ปัจจุบัน	แผนปี	ปัจจุบัน	แผนปี	ปัจจุบัน	แผนปี
รพ.อุดรธานี (A) Level	1	1+(70)	2	1(67)	2	1(67)	1	1+(65)	2	1(67)
รพ.สกลนคร (A) Level	2	1(64)	1	1(67)	2	1(65)	1	1+(67)	3	2(67)
รพ.มะเร็งอุดรธานี (A) Level			1	1+(63)						

1.สาขาหัวใจ

ทิศทาง นโยบาย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ เขตสุขภาพที่ 8



พัฒนา รพ. ระดับ A รพ.อุดรธานี จาก Level 1 เป็น Level 1+ ภายในปี 2570 รพ.สกลนคร จาก Level 2 เป็น Level 1 ในปี 2564

ประเมินรับรอง PNC ทั้งเขต ปี 2565 โดย รพ. A รพ.อุดรธานี ได้รับการรับรองตั้งแต่ปี 2560 และจะ Re-accreditation ในปี 2563 ,รพ.สกลนคร และ รพ.เลย ขอรับการประเมิน ปี 2562 ส่วนรพ.หนองคาย เลย หนองบัวลำภู และบึงกาฬ วางแผนขอรับการประเมินในปี 2564-2565

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ เขตสุขภาพที่ 8

SD H1	ให้ยาละลายลิ่มเลือด (STEMI) A-F2
SD H2	ผ่าตัดหัวใจ A
SD H3	ขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI) A
SD H4	Warfarin clinic A-F2
SD H5	HF clinic A,S

Open heart surgery เป้าหมาย A 2 แห่ง =100% (ปี 61)
 Warfarin clinic เป้าหมาย A-F2 =100% (ปี 60)
 HF clinic เป้าหมาย A,S = 100% (ปี 64)



STEMI/NSTEMI (ปี 57)
 Open heart surgery (ปี 56)
 Warfarin clinic (ปี 56)
 HF clinic (ปี 58)
 รักษาโรคหัวใจเด็ก (ปี 63)
 EP ปี 65

STEMI/NSTEMI (ปี 62)
 Cath lab (ปี 60)
 Open heart surgery (ปี 61)
 Warfarin clinic (ปี 60)
 HF clinic (ปี 57)
 EP ปี 61

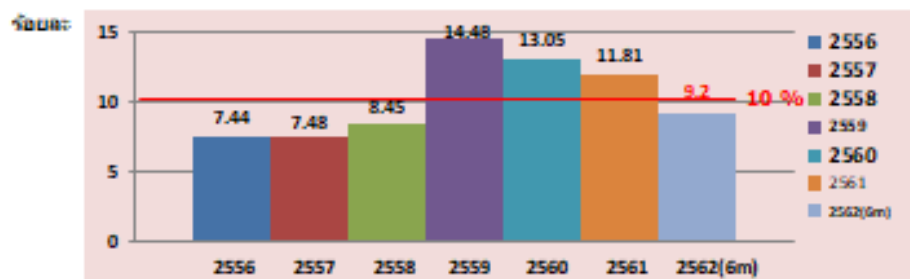
STEMI/NSTEMI	HF clinic
เลย	ปี 59
หนองบัว	ปี 60
นครพนม	ปี 62
หนองคาย	ปี 63
บึงกาฬ	ปี 64

CCU รพ.อุดรธานี 8 เตียง
 รพ.สกลนคร 10 เตียง

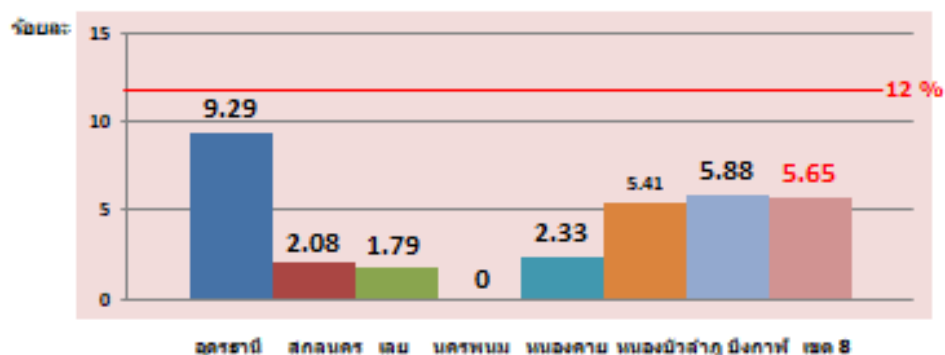
การจัดบริการผ่าตัดหัวใจใน รพ.ระดับ A เป้าหมาย รพ.อุดรธานี, รพ.สกลนคร สามารถเปิดให้บริการครบทั้ง 2 แห่งภายในปี 2561 มีเตียง CCU รพ.อุดรธานี 8 เตียง และรพ.สกลนคร 10 เตียง, Warfarin clinic เป้าหมาย รพ.ระดับ A-F2 =100 % ปี 2560 ,บริการ Heart Failure Clinic เป้าหมาย รพ.ระดับ A,S ให้บริการแล้ว 4 จังหวัด อุดรธานี สกลนคร เลย หนองบัวลำภู วางแผนเปิดบริการ 100% จังหวัดนครพนม ปี 2562 , หนองคายปี 2563 และบึงกาฬ ปี 2564

สถานการณ์

อัตราการตาย STEMI



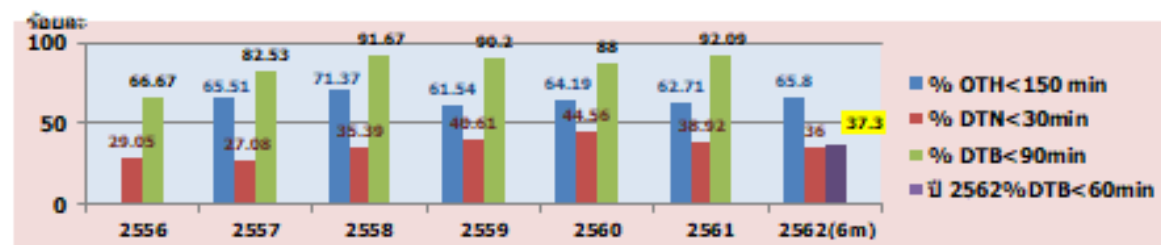
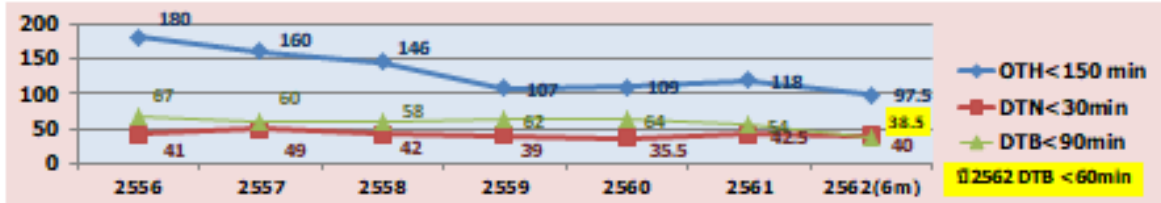
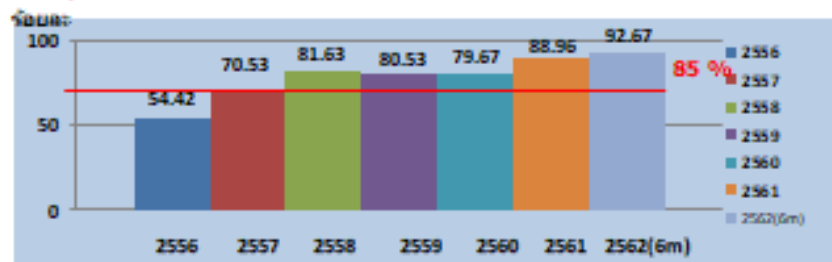
อัตราการตาย STEMI ที่เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังจำหน่าย



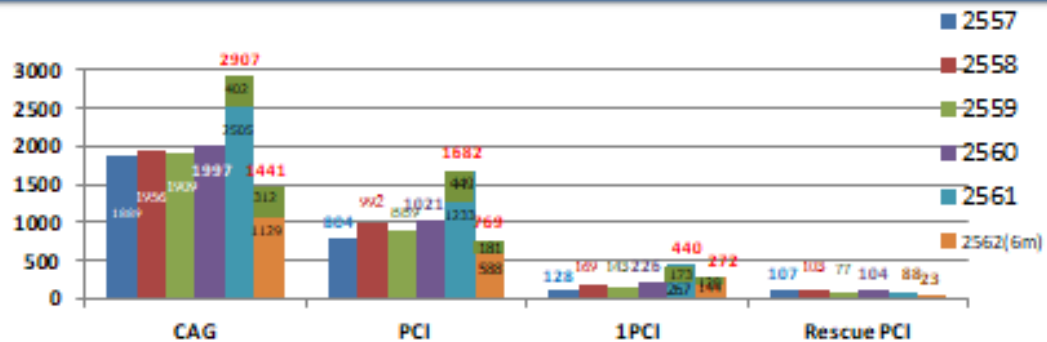
ผลการดำเนินงาน

การเข้าถึง

อัตราการได้รับ Reperfusion therapy



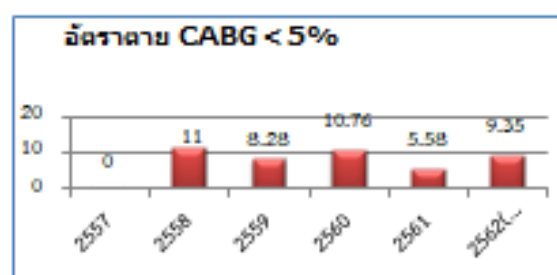
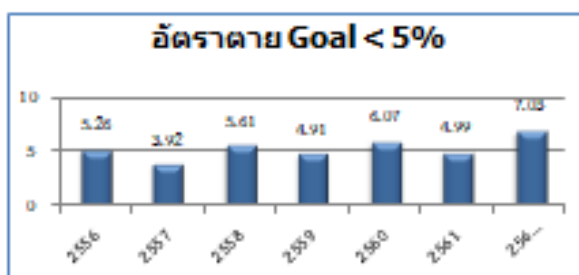
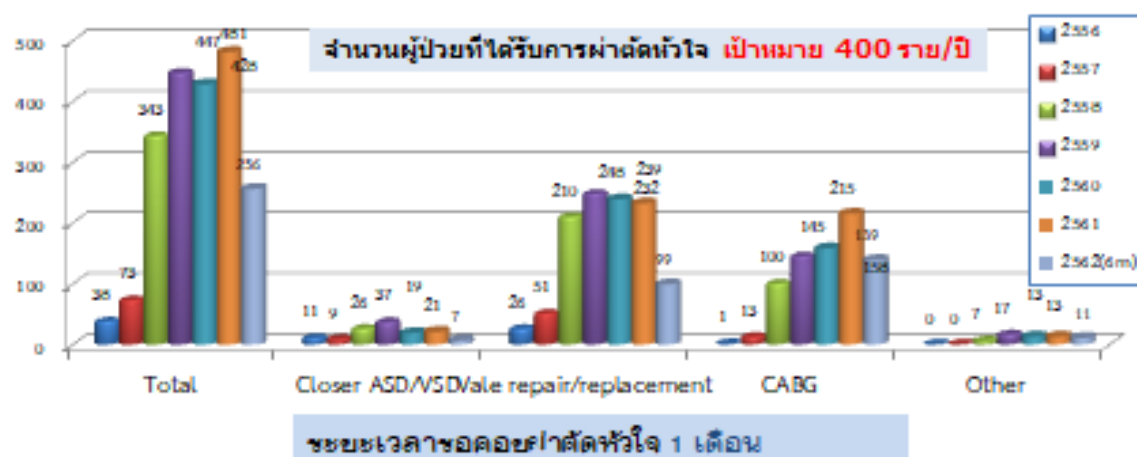
ผลการดำเนินงานการให้บริการจัดส่งหลอดเลือดหัวใจ



หมายเหตุ: ปี 2561 จว. ตามลงเริ่มให้บริการตรวจสวนหัวใจ

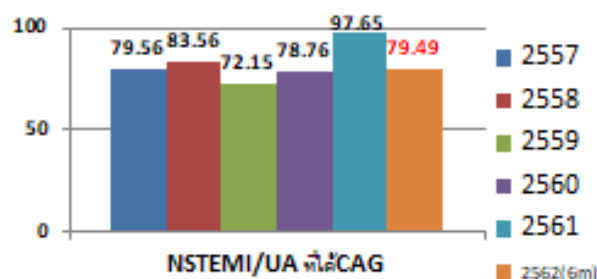
KPI	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562(6m)
Door to balloon time (Median)	90 นาที 80 นาที	80	58	62	65	54	38.5
DTB ≤ 90 min	90 %	82.53	91.67	90.20	92.05	92.09	37.3
DTB ≤ 60 min							37.3
ระยะเวลาจากพบแพทย์	8 wk	4 wk	8 wk	7 m	5 m	1 m	2 wk

Open heart surgery

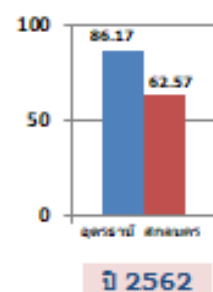


NSTEMI

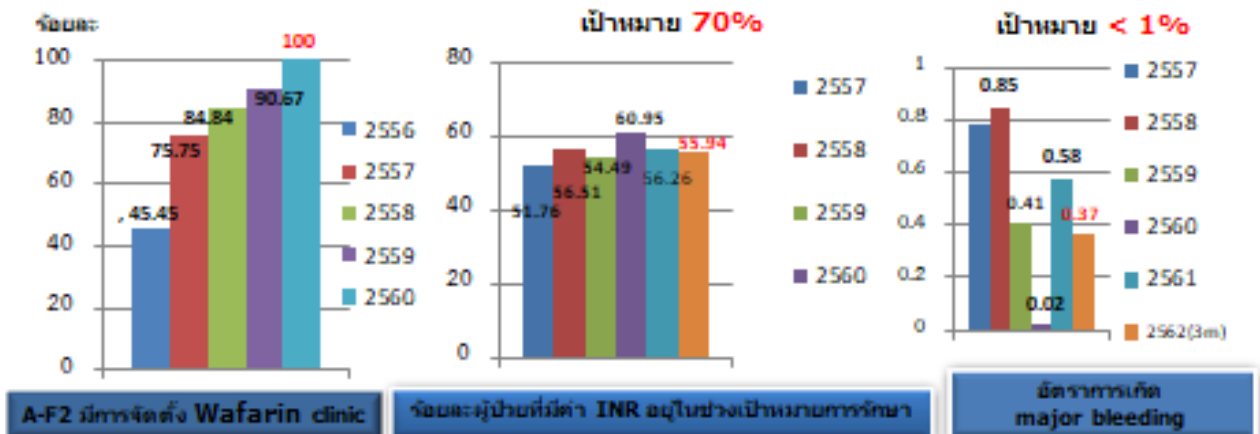
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ร้อยละผู้ป่วย NSTEMI/UA ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยง(GRACE score)	50 %
ร้อยละผู้ป่วย NSTEMI/UA ที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการฉีดลิหัวใจ	80 %



หมายเหตุ : ปี 2562 ข้อมูล จ.อุดรธานี+เอกชน



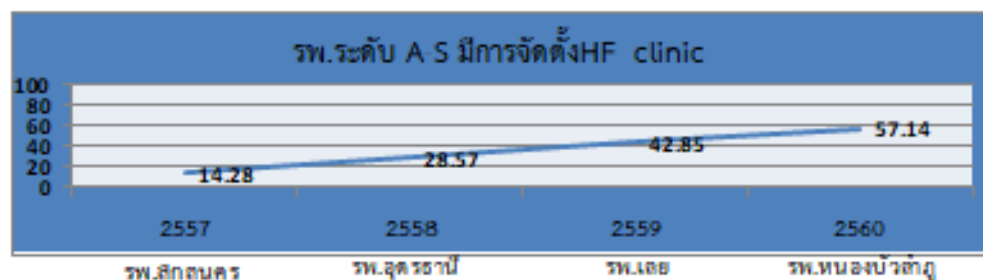
Warfarin clinic



ปัญหา-อุปสรรค

1. การเก็บข้อมูลด้วยฐานข้อมูลเดียวกัน รพ.บางแห่งยังไม่ได้ใช้ WARN Program
2. ระบบการติดตามข้อมูลผู้ป่วยหลังส่งต่อเพื่อรับการรักษา รพ.ใกล้เคียง
3. ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานต่อเนื่อง
4. บุคลากรที่รับผิดชอบงานวาร์ฟารินมีไม่เพียงพอ

Heart failure clinic



- ปี 2561 : โรงพยาบาลหนองคาย(ยังไม่สามารถจัดตั้งได้)
- ปี 2562 : โรงพยาบาลนครพนม
- ปี 2563 : โรงพยาบาลบึงกาฬ



- ปี 2562 : โรงพยาบาลนครพนม
- ปี 2563 : โรงพยาบาลหนองคาย
- ปี 2564 : โรงพยาบาลบึงกาฬ

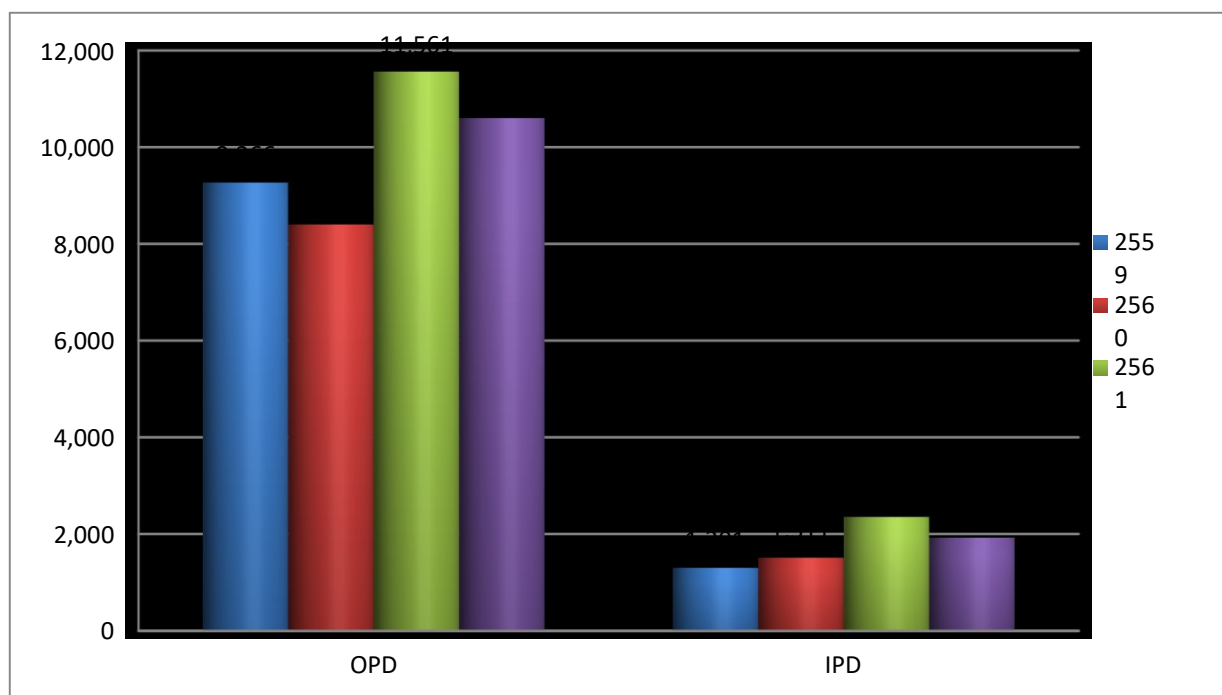
การให้บริการ ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลสกลนคร

- 1.1 เป็นแม่ข่ายรับส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ในเขตจังหวัดสกลนคร นครพนม และบึงกาฬ
- 1.2 การตรวจสวนหัวใจ จำนวน 2 ห้อง รองรับบริการให้บริการผู้ป่วยในเขตจังหวัดสกลนคร นครพนม และบึงกาฬ
- 1.3 การรักษาผู้ป่วยด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจ และการใส่เครื่องกระตุ้น กระตุ้นหัวใจ ให้บริการผู้ป่วย ทั้ง 7 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 8
- 1.4 การผ่าตัดหัวใจ ให้บริการผู้ป่วยในเขต จังหวัดสกลนคร นครพนม และบึงกาฬ
- 1.5 การรักษาผู้ป่วยด้วยยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis)
- 1.6 การตรวจวินิจฉัย(Non Invasive) ด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง และการตรวจสมรรถภาพหัวใจ
- 1.7 การตรวจคัดกรอง และรักษาหัวใจเด็ก
- 1.8 คลินิกเฉพาะทางโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก : โรคหัวใจ (Cardio clinic) คลินิกโรคหัวใจที่ได้รับยา วาร์ฟาริน (warfarin clinic) คลินิกตรวจเครื่องกระตุ้นหัวใจ (Pace maker clinic) คลินิกโรคหัวใจที่ได้รับใส่ขดลวด (PCI clinic) คลินิกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (CVT Clinic) คลินิกโรคหัวใจเด็ก
- 1.9 หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมหัวใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก และตึกพิเศษหัวใจ

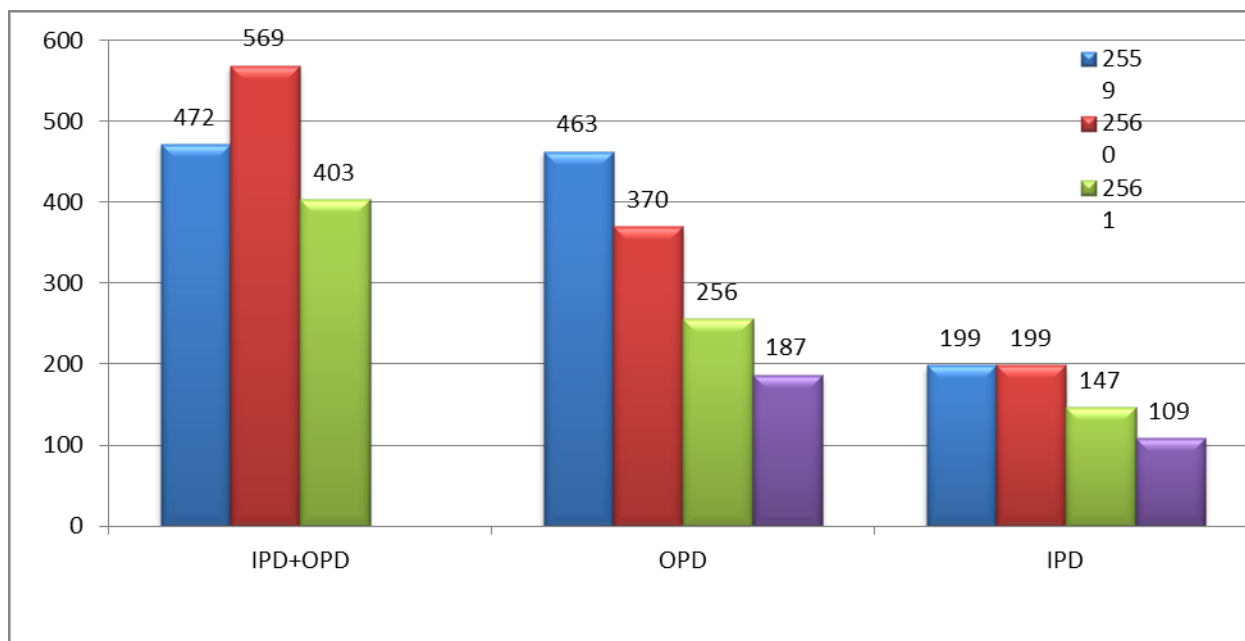
สถานการณ์ 3 ปี ย้อนหลัง

1. ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ

1.1 จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ปี 2559-2562 (ข้อมูล ณ 30 พ.ค. 2562)



1.2 จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า



แหล่งข้อมูล : เวชสถิติโรงพยาบาลสกลนคร ปี 2559-2562

2. สถิติการทำหัตถการโรคหัวใจที่สำคัญ (ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2562)

บริการ	2561	2562
1. ตรวจสวนหัวใจ (CAG+-PCI)	867 ราย	974 ราย
2. ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery)	-	35 ราย
- Valvular surgery	-	33 ราย
- Adult congenital	-	2 ราย
3. ผ่าตัดหัวใจแบบปิด (Closed heart surgery)	-	10 ราย
4. ผ่าตัดปอดและช่องอก (Lung & mediastinum)	-	78 ราย
5. ผ่าตัดวางเส้นเลือด (Vascular : AVF)	-	64 ราย
6. ECMO	-	3 ราย
7. Electro physiology	137 ราย	137 ราย
8. Permanent pacemaker	60 ราย	55 ราย
9. AICD	23 ราย	16 ราย
10. CRTD	-	6 ราย

หมายเหตุ เปิดให้บริการตรวจสวนหัวใจ 1 กุมภาพันธ์ 2561

เปิดบริการผ่าตัดหัวใจ 1 พฤศจิกายน 2561

3. สถิติการให้บริการตรวจพิเศษโรคหัวใจ (Non invasive) (ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2562)

บริการ	2560	2561	2562
1. Adult Echocardiography +TEE	2887	4550	2712
2. Echo เด็ก	912	1008	643
3. Exercise stress test	32	85	55
4. Cardiac Holter	42	85	92

เป้าหมายการพัฒนา

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจเข้าถึงบริการตามมาตรฐานครบวงจร
2. เพื่อเป็นศูนย์บริการการรักษาโรคหัวใจที่ซับซ้อน
3. เป็นสถาบันฝึกอบรม แพทย์ พยาบาลด้านโรคหัวใจ
4. เป็นแหล่งค้นคว้าและวิจัย
5. เป็นศูนย์ปลูกถ่ายหัวใจ

ความจำเป็นที่ต้องพัฒนาสาขานี้

1. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต
2. เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการนอกเขต
3. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการรักษาตามมาตรฐานใกล้บ้าน

แผนพัฒนาภายใน 5 ปี + ส่วนขาด

1. ด้านการผ่าตัดหัวใจและปอด เพิ่มศักยภาพด้านการผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ (Coronary bypass graft: CABG) การผ่าตัดปอดผ่านกล้องวีดีโอ (VDO Assisted Thoracoscopic : VATs.) ผ่าตัดเส้นเลือดเออร์ต้า (Open repair /Endovascular) การทำ ECPR (Echo cardiopulmonary resuscitation) การทำ MIS Cardiac surgery
2. ด้านสวนหัวใจ เพิ่มศักยภาพในการแก้ไขความพิการหัวใจ (structural heart disease : TAVI,LAA occluder)
3. ด้านการจี้ไฟฟ้าหัวใจ เพิ่มศักยภาพด้านการจี้ที่ซับซ้อน เช่น AF
4. ด้านหัวใจเด็ก เพิ่มศักยภาพการผ่าตัดหัวใจ

แผนพัฒนาภายใน 10 ปี

1. การปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplant)

2.สาขาทารกแรกเกิด

สถานการณ์

สถานการณ์การดูแลทารกแรกเกิดของเขตสุขภาพที่ 8 ในปี 2559-2561 มีจำนวนเด็กเกิดมีชีพเฉลี่ย 47,000 – 50,000 ราย โดยปี 2561 เด็กเกิดมีชีพจำนวน 47,457 ราย เป็นจังหวัดอุดรธานี และจังหวัดสกลนครเท่ากับ 13,117 และ 10,685 ราย ตามลำดับ ทั้งเขตบริการมีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดคิดเป็น 3.4 : พันการเกิดมีชีพ (เป้าหมายน้อยกว่า 3.8) เมื่อแยกรายจังหวัดพบว่า จังหวัดอุดรธานีและจังหวัดสกลนครมีอัตราการตายทารกแรกเกิดเท่ากับ 3.7 และ 3.8 พันการเกิดมีชีพ ตามลำดับ สาเหตุเกิดจากทารกน้ำหนักตัวน้อย และทารกที่มีความพิการแต่กำเนิด รวมถึงทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา โดยพบว่าอัตราการเสียชีวิตของทารกน้ำหนักต่ำกว่า 1000 กรัมเท่ากับ 48.90 (เป้าหมายน้อยกว่า 50) จังหวัดที่เกินเกณฑ์ คือ จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดสกลนครร้อยละ 100 และ 63.16 ตามลำดับ (สาขาทารกแรกเกิดเขตสุขภาพที่ 8) สำหรับขีดความสามารถของโรงพยาบาลอุดรธานี สามารถให้บริการผ่าตัด PDA ligation และยิง Laser ทารกที่เป็น ROP ได้ แต่ยังไม่สามารถ Open heart surgery ได้ เนื่องจากขาดศัลยแพทย์ทรวงอก โรงพยาบาลสกลนครสามารถให้บริการผ่าตัด PDA ligation โดยศัลยแพทย์ทรวงอกจากส่วนกลาง และยังไม่สามารถ Open heart surgery ได้ เนื่องจากขาดศัลยแพทย์ทรวงอก สำหรับการยิง Laser ในทารกที่เป็น ROP มีแผนในการจัดซื้อเครื่องมือปี 2563 จึงทำให้ยังมีทารกที่จำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษานอกเขตบริการจำนวน 25 ราย เป็นทารก ROP ที่ต้องยิงเลเซอร์ ทารกที่มีปัญหาในด้านศัลยกรรมและระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ต้องรับการผ่าตัด สาเหตุเนื่องจากขาดบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้านในการดูแล ระบบในการดูแลทารกร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ และขาดเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์

ระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา การให้บริการทารกแรกเกิดเขตสุขภาพที่ 8 บริหารจัดการเครือข่ายแบบเชื่อมโยงกันทุกระดับ เพื่อลดความแตกต่างของมาตรฐานการบริการของสถานบริการ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ ดังนี้คือ ร่วมกับทีม MCH จัดระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง การแบ่งระดับการดูแลรักษาทารกแรกเกิด มีระบบการส่งต่อทารกแรกเกิด (neonatal transport system) เพื่อให้ทารกได้รับการส่งต่ออย่างเหมาะสมรวดเร็ว มีความปลอดภัยสูงสุด มีระบบสื่อสารภายในเครือข่ายทั้งที่เป็นทางการและไม่ทางการ รวมทั้งการให้คำปรึกษาต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด (communication and consultation system) มีการเสริมสร้างความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่เกี่ยวข้องภายในเครือข่าย (perinatal outreach educational program) เช่น การจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด (neonatal resuscitation program) การประชุมวิชาการภายในเขต/นอกเขต การประชุมระหว่างโรงพยาบาล (inter-hospital conference) ระบบตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลในเครือข่าย เพื่อสอบถามปัญหา ความต้องการเพื่อพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานในการดูแลทารกแรกเกิด (site visit) มีการช่วยเหลือ สนับสนุนเครื่องมือและยาที่จำเป็นบางชนิดระหว่างโรงพยาบาล ทำให้สามารถแก้ปัญหาหลักๆ ในการให้บริการทารกแรกเกิดของเครือข่ายได้ดังนี้

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการแก่ผู้ป่วยทารกแรกเกิด ตั้งแต่ในครรภ์มารดา โดยการจัดการระบบการส่งต่อ intrauterine transfersระดับจังหวัด ระดับเขต เพื่อการบริหารเตียง NICU อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ปัญหาเรื่องเตียง NICU ไม่เพียงพอภายในเขตลดลง

2. เพิ่มศักยภาพการดูแลทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลระดับระดับ M1-F3 ทั้งการจัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็น ความรู้และทักษะของบุคลากรในการดูแลทารกป่วย ให้สามารถรับการดูแลรักษาที่สถานบริการใกล้บ้าน ทารกที่มีภาวะ ตัวเหลือง และทารกที่ให้อาบน้ำชีวเนตต่อเนื่อง เป็นต้น

3. ลดปัญหาการส่งต่อ จากการมี fast-track เพื่อลดขั้นตอน ระยะเวลาในการส่งต่อ ลดความขัดแย้งระหว่าง ผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เกิดจากการสื่อสาร และความล่าช้าจากการดูแลรักษา

4. เพิ่มศักยภาพการรักษาทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่า 1,000 กรัม หรือทารก RDS ด้วยการให้ Surfactant หรือการใช้ Cooling รักษาทารกที่มีภาวะ Brith asphyxia รวมถึงทารกที่มีภาวะ PPHN ได้รับการรักษาด้วย Nitric oxide ทำให้ อัตราการตายของทารกแรกเกิดมีแนวโน้มลดลง

เป้าหมายการพัฒนา

1. เพื่อให้ทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลตามคุณภาพมาตรฐานสามารถอยู่ในสถานพยาบาลที่ใกล้ ภูมิลำเนา ซึ่งนำไปสู่การลดอัตราการตาย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย
2. เพื่อให้เกิดการจัดการระบบการดูแลทารกแรกเกิด และระบบส่งต่ออย่างเหมาะสม
3. เพื่อพัฒนาสถานพยาบาลทุกระดับให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามบริบท และขีดความสามารถที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนด

ความจำเป็นที่ต้องพัฒนา

การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของการให้บริการทารกแรกเกิด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิด การจัดการระบบการดูแลทารกแรกเกิด และระบบส่งต่ออย่างเหมาะสมและได้มาตรฐาน ตลอดจนการพัฒนา สถานพยาบาลทุกระดับให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามบริบทและขีดความสามารถที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทารก แรกเกิดที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลตามคุณภาพมาตรฐาน สามารถอยู่ในสถานพยาบาลที่ใกล้ภูมิลำเนามากที่สุด ป้องกันการ เกิดความเสี่ยงในการดูแลภาวะแทรกซ้อนซึ่งสามารถพบได้ตั้งแต่ระยะแรกของการมีชีวิตของการรักษาต่างๆ ซึ่งอาจ ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ รวมถึงเกิดปัญหาการฟ้องร้อง หากผลลัพธ์การดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันสมัย จะ นำไปสู่การลดอัตราการตาย ลดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนสร้างความพึงพอใจแก่ประชาชนที่ได้รับบริการ ทารกเติบโตเป็น ผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ มีพัฒนาการสมวัย เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในอนาคตต่อไป

แผนพัฒนาภายใน 5 ปี + ส่วนขาด

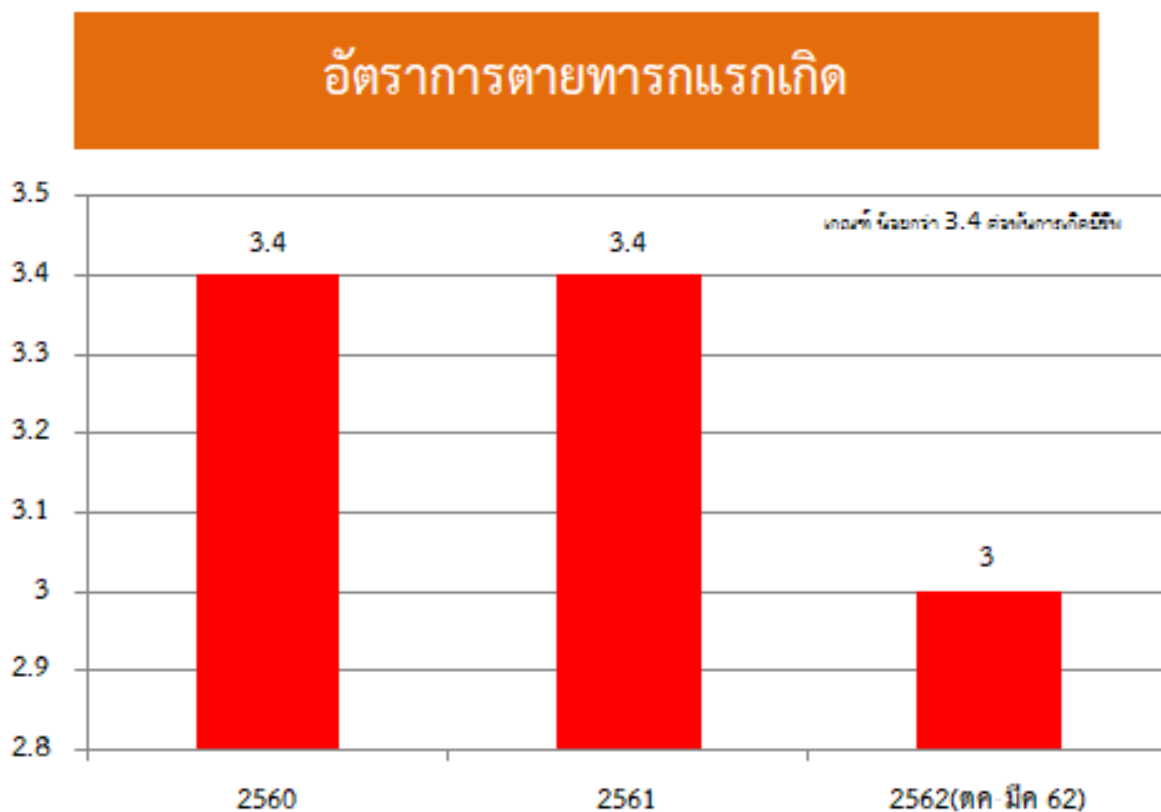
โรงพยาบาล	ส่วนขาด	GAP	แผน	เป้าหมายระดับ บริการ
สกลนคร	-ทำ Laser ROP -ให้การผ่าตัด Open heart surgery	-เครื่องยิง Laser -ศัลยแพทย์ทรวงอกสำหรับ Open heart surgery ในเด็ก -พยาบาลทารกแรกเกิด	ปี 2563 ปี 2567	1+
อุดรธานี	ให้การผ่าตัด Open heart surgery	-กุมารแพทย์โรคหัวใจ และศัลยแพทย์ทรวงอกสำหรับ Open heart surgery ในเด็ก -พยาบาลทารกแรกเกิด	ปี 2565	1+
หนองคาย	การรักษา Birth Asphyxia ด้วย Cooling system และรักษา PPHN ด้วย Nitric oxide	-เครื่อง Cooling system -เครื่อง Nitric oxide -พยาบาลทารกแรกเกิด	ปี 2563- 2564	1
บึงกาฬ	--เพิ่มจำนวนเตียง NICU ให้ เพียงพอ -ผสม TPN ได้มาตรฐาน -Surfactant therapy	-ตู้ lamina -ยา Surfactant -กุมารแพทย์ -พยาบาลทารกแรกเกิด	ปี 2563- 2564	2

หมายเหตุ โรงพยาบาลระดับ 5 อื่นๆ อยู่ระดับ 2

แผนพัฒนาภายใน 10 ปี

พัฒนาโรงพยาบาลสกลนครและโรงพยาบาลอุดรธานีเป็นศูนย์การวิจัยทางทารกแรกเกิด ปี 2570 โดยมีแผนดังนี้
ปี 2563 -2565 โรงพยาบาลสกลนคร/โรงพยาบาลอุดรธานี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ด้านวิจัย ระดับ 3

ปี 2566 -2570 โรงพยาบาลสกลนคร/โรงพยาบาลอุดรธานี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ด้านวิจัย ระดับ 2



ทิศทาง นโยบาย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิดเขตสุขภาพที่ 8



แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหรกแรกเกิดเขตสุขภาพที่ 8

3.สาขา ECS



พัฒนา รพ. A รพ.อุดรธานี ให้เป็น Excellence Center ระดับ 1 ภายในปี 2567
 บริการผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บ ในรพ.ระดับ A,S รพ.อุดรธานี สกลนคร เลย หนองคาย แผนพัฒนา รพ.บึงกาฬ ปี 2562 รพ.หนองบัวลำภู ปี 2565 และรพ.นครพนม ปี 2567
 พัฒนา TEA Unit ใน รพ. A ภายในปี 2567
 บริการ Burn Unit ในรพ.ระดับ A รพ.อุดรธานี ให้บริการ 6 เตียง รพ.สกลนคร 2 เตียง ปี 2563
 GAP : ยังไม่มีแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

ประเมินส่วนขาด Excellence trauma

รพ.อุดรธานี Level 1 ปี 2567

ด้านการวินิจฉัย ขาด intervention radiology

ด้านวิชาการ General surgery ไม่สามารถเปิด Resident Training Program

ด้านสถานที่ยังไม่มี Radio intervention unit

ด้านกำลังคน ยังไม่มี trauma surgeon

ด้านการรักษา ไม่สามารถทำ angiographic embolization

รพ.สกลนคร Level 2 แผนพัฒนา Level 1 ปี 2565 โดยเพิ่ม

1.ICU Trauma

2.Burn Unit

3.Vascular Unit

4.เพิ่ม EP

การประเมินเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สาขาการบาดเจ็บและฉุกเฉิน

ด้านการบาดเจ็บหลายระบบ Multiple injuries

เกณฑ์	ประเมินได้ระดับ	ส่วนที่ปฏิบัติได้
1.ขีดความสามารถ		
การวินิจฉัย	2+	สิ่งที่ยังทำไม่ได้ Intervention radiology (ทั้งในและนอกเวลาราชการ)
การรักษา	1	ผ่าตัดบาดเจ็บที่ซับซ้อนได้ตลอดเวลา
วิชาการ	2+	-มีกิจกรรมวิชาการด้าน General surgery/Trauma อย่างสม่ำเสมอ -มีการทำTrauma audit สม่ำเสมอ(>=1/เดือน) -มีการร่วมมือการทำ Trauma Registry -มีการร่วมมือทำ Injury prevention program
2.สถานที่/เครื่องมือ/เวชภัณฑ์		
-สถานที่	-3+	-Trauma wards -คลังเลือด -Rehabilitation unit
ครุภัณฑ์	2	-เครื่องมือผ่าตัดทั่วไป -Thoracotomy, Laparotomy, Craniotomy, Orthopedics, Vascular surgery พร้อมตลอด -Hemodialysis machine -Endoscopy Laparoscopy -USG, FAST Doppler -Warmer: patients, fluid
กำลังคน	2+ 2 2 3 1	- Nephrologist (1 คน) -ENT (2 คน) -PM&R (2-3 คน) -Emergency physician (5-10 คน) -General surgeon (8-10 คน)

3.2 ด้านศัลยกรรมประสาท (Neuro Surgery)

เกณฑ์	ประเมินได้ระดับ	ส่วนที่ปฏิบัติได้
1.ขีดความสามารถ		
การวินิจฉัย	2	-MRA
การรักษา		-Craniotomy
วิชาการ	2+	-กิจกรรมวิชาการด้าน Neuron trauma อย่างสม่ำเสมอ
2.สถานที่/เครื่องมือ/เวชภัณฑ์		
-สถานที่	-1	- Neuro SICU
ครุภัณฑ์	2	-เครื่องมือผ่าตัดสมองพื้นฐาน
กำลังคน		
แพทย์	1	-Neurosurgeon (4-7 คน) -Scrub Nurse (Neurosurgery specialist) (3 คน)

		-ICU Nurse (Neurosurgery specialist) (8 คน) -Ward Nurse (Neurosurgery specialist) (10 คน) -PM&R (3 คน) Physical therapist (5 คน)
--	--	---

3.3 ด้านศัลยกรรมหลอดเลือด (Vascular Surgery)

เกณฑ์	ประเมินได้ระดับ	ส่วนที่ปฏิบัติได้
1.ขีดความสามารถ		
การวินิจฉัย	1+	- Angiography -CT Angiography -Doppler vascular U/S -MRA
การรักษา		
วิชาการ		
2.สถานที่/เครื่องมือ/เวชภัณฑ์		
-สถานที่	-	
ครุภัณฑ์	-	
กำลังคน		
แพทย์	-	

3.4 ด้านไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (Burn)

เกณฑ์	ประเมินได้ระดับ	ส่วนที่ปฏิบัติได้
1.ขีดความสามารถ		
การวินิจฉัย	1+	-LAB-serum lactate -การวินิจฉัย life threatening condition จาก Burn ได้ทุกกรณี
การรักษา	1+	-ให้การดูแลผู้ป่วย Burn ที่มี 2 degree Burn > 30 %, 3 degree Burn > 10%
2.สถานที่/เครื่องมือ/เวชภัณฑ์		
สถานที่	--	-
ครุภัณฑ์	--	
กำลังคน		
แพทย์	2-	-Psychiatrist (2 คน) -Psychologist (2 คน) -Plastic (1 คน)

3.5 ด้านการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (Pre hospital care - ALS)

การวินิจฉัย	1+	ให้เกณฑ์วินิจฉัย life Threatening Condition ได้ทุกกรณี
การรักษา	1+	All Resuscitation Manage ได้ทุก Condition Activate Fast Track ได้ทุกกลุ่ม
การบริหาร และการ จัดการ	1+	-เป็นผู้ให้บริการ EMS provider อย่างน้อย 1 เขตพื้นที่ -มีระบบการปฏิบัติของ Online Medical Direction -สามารถประเมินและ Activate ระบบการตอบสนอง MCI ได้ -ทีม ALS แยกภาระงานออกจากงานอื่นที่ชัดเจน -เข้าใจและมีแผนการรองรับ Disaster Situation -มีการซ้อมหรือปฏิบัติอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
ด้านวิชาการ	2	มี Case Conference ประจำทุกเดือน
สถานที่ /เครื่องมือ /เวชภัณฑ์		
สถานที่	1+	-มีสถานที่สำหรับทีมกู้ชีพเตรียมพร้อมสำหรับออกปฏิบัติการแยกต่างหาก -มีจุดจอด ALS Ambulance แยกออกมาสะดวกต่อการปฏิบัติการ -มีสถานที่ในการทำศูนย์สื่อสารสำหรับงาน EMS -มี Ambulance bay สำหรับระบบ EMS และ Refer แบบ Emergency -มีสถานที่สำหรับทีมกู้ชีพเตรียมพร้อมออกปฏิบัติการแยกต่างหาก
ครุภัณฑ์	1+	-มีระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพหลากหลายช่องทาง -เครื่องมือแพทย์ครบถ้วนบน ALS และแยกออกจากเครื่องมือแพทย์ใน ER -จัด ALS ตามรูปแบบมาตรฐานงาน EMS และแยกออกจากเครื่องมือแพทย์ใน ER-มีระบบ Online Medical Direction -สามารถควบคุม Ambulance Operation ได้ -มีเครื่องมือชุดสำรองในกรณีเหตุฉุกเฉิน
3.กำลังคน		
	1	-EP ปฏิบัติงานดูแลงาน EMS อย่างน้อย (2 คน) -มี EP เป็น Team Leader บางช่วงเวลาหรือ MD.อื่นเป็นต้น -Pre hospital Nurse -Paramedic -EMT-I -บนรถ ALS มีบุคลากร ≥ 4 คน

3.6 ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล (In hospital care - ALS)

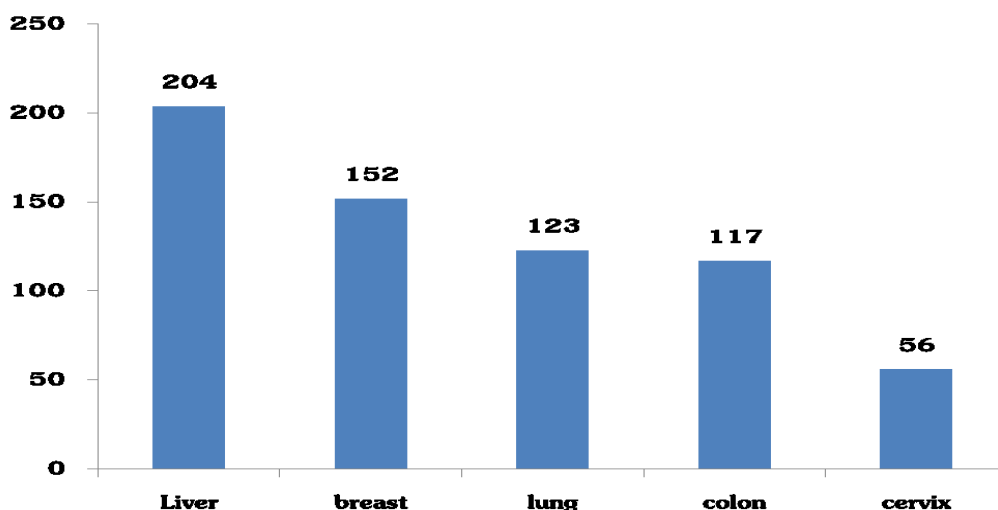
เกณฑ์	ประเมินได้ ระดับ	ส่วนที่ปฏิบัติได้
1.ขีดความสามารถ		
การวินิจฉัย	1	-มีระบบ Triage (Triage Guide Line*) ที่มีการควบคุมคุณภาพตลอดเวลา และมีระบบ IT Support -สามารถตรวจวินิจฉัย ALL Emergency condition ทั้ง Non-Trauma& Trauma -สามารถตรวจวินิจฉัยโรคที่มีความซับซ้อนและต้องการใช้เทคโนโลยีเพิ่มขึ้นในการให้การวินิจฉัย
การรักษา	1	--สามารถให้การดูแลรักษา All Emergency Resuscitation ทุกกรณีDefinite Treatment ในโรคที่มีความซับซ้อน -Activate & Initial Management Fast Track ต่าง ๆ -MCI and Disaster Plan and Practice
การบริหารและการจัดการ	1+	-Seamless with Referral System -ดูแลและจัดการระบบ Fast Tracks -มีกิจกรรมเชิงคุณภาพและสิ่งแวดล้อมเป็นประจำ -มีการจัดการกำลังคนในแต่ละช่วงเวลา เหมาะสมกับการออกแบบระบบบริการ -มีกระบวนการที่สนับสนุนการบริการผู้ป่วยเจ็บ ตามลำดับความเร่งด่วน
	2	-สนับสนุน / แหล่งเพิ่มพูนทักษะ Post grad : Emergency Resident -มีการจัดอบรมวิชาการและการฝึกอบรมบุคลากรฉุกเฉินทุกระดับ
2.สถานที่/เครื่องมือ/เวชภัณฑ์		
สถานที่	1--	--แยกกายภาพสถานที่ชัดเจน Triage / Resuscitation / Ambulatory Care / Observation Unit -สถานที่ต้องให้เห็นความสำคัญของ Ventilation & IC
ครุภัณฑ์	1--	-เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นสำหรับ Emergency Care อย่างเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยเจ็บ -มีเครื่องมือจำเป็นในการให้การรักษฉุกเฉิน เช่น Ultrasonography -มีระบบภายในโรงพยาบาลสนับสนุนเทคโนโลยีในการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างชัดเจน (ใช้ร่วม)
กำลังคน		
แพทย์	3	- EP อย่างน้อย 6 คน -Emergency Nurse อย่างน้อย 2 คน -RN เพียงพอ (คำนวณตาม Work load ไม่เกิน 60%) -Nurse Aid อย่างน้อย 4 คน -และบุคลากรสนับสนุนอื่นๆ อย่างเพียงพอต่อภาระงาน

4.สาขามะเร็ง

สถานการณ์โรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ 8

จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ปี 2562 จากโปรแกรม Thai cancer base (ข้อมูลตั้งแต่ 1มกราคม 2562 – 16 มิถุนายน 2562) จำนวน 1,024 ราย มะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ดังนี้

1.กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 5 อันดับแรก ในปีงบประมาณ 2562



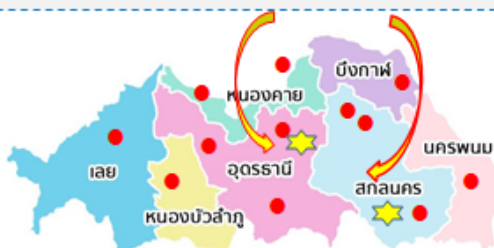
2.ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วย 5 อันดับแรกแยกเพศ ชาย หญิง 5 อันดับแรก ในปีงบประมาณ 2562

อันดับ	เพศชาย	เพศหญิง
1	Liver & bile duct (126)	Breast (152)
2	Lung (78)	Liver & bile duct (78)
3	Colon (66)	Cervix (56)
4	Stomach (20)	Colon (51)
5	Oral cavity (17)	Lung (45)

ที่มา โปรแกรม TCB ณ วันที่ 17 มิ.ย. 62

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ 8

★ SD C2 บริการรังสีรักษา รพ.ระดับ A :รพ.มะเร็งอุดรธานี, รพ.สกลนคร



Excellence Center
รพ.สกลนคร Level 1+
ปี 2567

Isolator รวม 12 เครื่อง
ยกเว้น รพ.กุมภวาปี

Biosafety cabinet รวม 2 เครื่อง
รพ.อุดรธานี และ รพ.สกลนคร

● SD C1 บริการเคมีบำบัด + ผ่าตัด ระดับ A,S,M1
A,S ทุกแห่ง + รพ.มะเร็งอุดรธานี
M1 (สว่างแดนดิน, วานรนิวาส, กุมภวาปี)
M2 (ท่าบ่อ)

พัฒนา รพ.ระดับ A รพ.สกลนครให้เป็น Excellence Center Level 1+ ในปี 2567 รพ.อุดรธานี Level 1 ปี 2567

บริการรังสีรักษา รพ.สกลนคร และจัดบริการร่วมกับรพ.สังกัดกรมการแพทย์ รพ.มะเร็งอุดรธานี
บริการผ่าตัดและเคมีบำบัด ในรพ.ระดับ A รพ.อุดรธานี รพ.สกลนคร และรพ.มะเร็งอุดรธานี
รพ.ระดับ S ที่รพ.นครพนม รพ.เลย รพ.หนองคาย รพ.หนองบัวลำภู และรพ.บึงกาฬ
รพ.ระดับ M1 ที่รพ.สว่างแดนดิน รพ.วานรนิวาส และรพ.กุมภวาปี
รพ.ระดับ M2 ที่รพ.ท่าบ่อ รวม 12 รพ.

ตู้สมยาเคมีบำบัด Isolator รพ.ระดับ A, S, M1, M2 รวม 12 เครื่อง ยกเว้น รพ.กุมภวาปี
Biosafety cabinet รวม 2 เครื่อง ที่รพ.อุดรธานี และ รพ.สกลนคร

GAP: 1.การบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน
2.คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ งานเพิ่ม คน ของ เท่าเดิม มีปัญหาการคัดกรองมา รอคิว Colonoscopy นาน
3.พัฒนา Node Chemo ที่ รพ.กุมภวาปี
4.พัฒนา Nuclear Medicine

รพ.สกลนคร ระดับ 1+ ภายในปี 2567

ด้านพยาธิ	ระดับ 1
ด้านรังสีวินิจฉัย	ระดับ 1+
ด้านการผ่าตัด	ระดับ 1+
ด้านเคมีบำบัด	ระดับ 1
ด้านรังสีร่วม	ไม่มีบริการ
ด้านรังสีรักษา	ระดับ 1
ด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์	ไม่มีบริการ

เป้าหมายการพัฒนา

- 1.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าถึงบริการตามมาตรฐานครบวงจร
- 2.เพื่อเป็นศูนย์บริการการรักษาโรคมะเร็งที่ซับซ้อน
- 3.เป็นสถาบันฝึกอบรม แพทย์ พยาบาลด้านโรคมะเร็ง
- 4.เป็นแหล่งค้นคว้าและวิจัย
- 5.เป็นศูนย์ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

แผนพัฒนาภายใน 5 ปี + ส่วนขาด

- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแบบไร้รอยต่อ
- การเพิ่มสมรรถนะความเชี่ยวชาญ พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- โครงการพัฒนาศูนย์เพื่อเตรียมความพร้อมในการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด
- เตรียมการด้านโครงสร้างเพื่อรองรับพยาธิแพทย์
- ความร่วมมือกับองค์กรภายนอกในการดูแลระดับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
- การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งแบบไร้รอยต่อภายในเขตบริการสุขภาพ
- การเพิ่มจำนวนแพทย์รังสีรักษาอีก 1 คน
- การส่งพยาบาลไปเรียนเฉพาะทางรังสีรักษา เฉพาะทางมะเร็ง ปีละ 2คน
- การเปิดหน่วยผู้ป่วยมะเร็ง
-

แผนพัฒนาภายใน 10 ปี

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด (Bone marrow Transplant

GAP : โปรแกรมการส่งต่อไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ทั้งเขต (เช่น LTC ,Thai COC)

ความต้องการบุคลากร

สายวิชาชีพ	หลักสูตร	เป้าหมาย ทั้งหมด (คน) ปี 60-64	จำนวน(คน) ผ่านการอบรมปี 59-61	ความต้องการบุคลากร เพื่อปิด Gap ในแต่ละปี ตั้งแต่2562-2566				
				62	63	64	65	66
แพทย์	รังสีแพทย์ Diagnostic Radiologist	3	1			1	1	
แพทย์	ศัลยศาสตร์ด้านมะเร็งวิทยา (3 เดือน)	3	0		1	1	1	
แพทย์	Urologist	3	2			1		
นักรังสีการแพทย์	รังสีวินิจฉัย	3	3			1	1	
พยาบาล	พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้ทำรังสีวิทยา	4	0		1	1	1	1
พยาบาล	การพยาบาลผู้ป่วยเคมีบำบัด	10	34		1	1	1	1

รพ.อุดรธานี ระดับ 1

ด้านศัลยกรรม ต้องการแพทย์ General surgeon 1 คน ปี 2563 ,Colorectal surgeon 1 คน ปี 2564, Surgical oncologist 1 คน ปี 2565

ด้านพยาธิวิทยา เพิ่มบริการตรวจ Frozen section แผนครุภัณฑ์ เครื่อง Frozen section และเตรียมสถานที่ ปี 2565

ด้านรังสี เพิ่มบริการตรวจ Angiogram แผนครุภัณฑ์ เครื่อง Subtraction Angiogram ปี 2563

เพิ่มบริการรังสีรักษา ปี 2563 เพิ่มพยาบาลเฉพาะทางด้านรังสีรักษา 2 คน ปี 2563

จัดบริการฉายแสง ร่วม กับรพ.มะเร็งอุดรธานี

รพ.มะเร็งอุดรธานี ระดับ 1+ ภายในปี 2563

ด้านศัลยกรรม ต้องการแพทย์ General surgeon จำนวน 1 คน ในปี 2563 คน และ แพทย์ ENT 1 คน ในปี 64

ด้านรังสีวินิจฉัย แผนครุภัณฑ์ CT Simulator ปี 2563 ,ปัจจุบันมีการใช้เครื่อง Mammogram ร่วมกับ รพ.กุมภวาปี

ด้านรังสีรักษา แพทย์รังสีรักษา 1 คน ปี 2563 และในปี 2564 จำนวน 1 คน แผนครุภัณฑ์ เครื่องใส่แร่รังสี ระยะใกล้แบบ 3 มิติ ปี 2563 ,ระบบภาพนำวิถีพร้อมชุดอุปกรณ์ปรับปรุงประสิทธิภาพเครื่องเร่งอนุภาครังสีสำหรับการฉายรังสีเชิงปริมาณ ปี 2563,เครื่องวางแผนการรักษาแบบแปรความเข้มเชิงปริมาณ ปี 2563,Electronic Portal Imaging Device-EPID ปี 2564,Database network ปี 2564 ,Quality Assurance and Pretreatment Verification ปี 2564 ,เครื่องฉายรังสีเร่งอนุภาคแบบระบบภาพนำวิถี ปี 2565, Treatment Record and verification system ปี 2565, เครื่อง X- ray เคลื่อนที่แบบซีอาร์ม ปี 2567

แผนพัฒนา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

1. มีการพัฒนาเพื่อให้โรงพยาบาล เป็น Excellent ด้านรังสีรักษา ในปีงบประมาณ 2564 และ Excellent ด้านการรักษามะเร็งเต้านม ในเขตสุขภาพที่ 8
2. สนับสนุนการ Screening ใน 3 โรคหลัก คือมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ ตามนโยบายของโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค 7 แห่ง โดยมีสถาบันมะเร็งเป็นแกนนำ (7+1)
3. พัฒนาการให้บริการ Chronic care model โดยการปรับสภาพแวดล้อมของ Ward (Healing environment) ที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยและญาติ
4. ศึกษา วิจัย พัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนบูรณาการ รวมถึงการสนับสนุนการวิจัยกัญชาเพื่อรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
5. พัฒนานวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางโรคมะเร็ง (7+1) เช่น การวิจัยเพื่อผลิต AI ในการวินิจฉัยโรคมะเร็ง เป็นต้น
6. พัฒนาระบบการให้บริการโดยใช้ digital Transformation เข้ามาช่วยในการดำเนินงาน เช่น พัฒนารูปแบบ Cancer Patient care model Hospital@Home, Tele care หุ่นยนต์ดินสอ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ
7. จัดทำฐานข้อมูลด้านโรคมะเร็ง Hospital base ให้ครอบคลุมทั้งเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ในปี 2564, จัดทำโมเดล ในโรคมะเร็ง 5 โรคหลัก, สนับสนุนการดำเนินงานด้านโรคมะเร็งของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ทั้ง 5 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 8 ,สนับสนุนวิชาการด้านโรคมะเร็ง ให้ครอบคลุมทั้งเขตสุขภาพที่ 7 และ 8

ที่มา : ฝ่ายแผนงานโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

5.สาขาโรคและปลูกถ่ายอวัยวะ

สถานการณ์

โรงพยาบาลระดับ A, S และ M1 (รพ.สว่างแดนดิน) เขตสุขภาพที่ 8 มีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ระหว่างปี 2559-2561 จำนวน 6,693, 6,320 และ 6,514 ราย ตามลำดับ บางรายเสียชีวิตจากภาวะสมองตาย และเข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะได้ แต่ขาดการดำเนินการในกระบวนการบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยเสียชีวิตสมองตายอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตสมองตายบริจาคอวัยวะ จำนวน 23, 25 และ 19 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราส่วนผู้ป่วยสมองตายบริจาคอวัยวะต่อผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 0.34, 0.39 และ 0.29 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 0.8 หากคิดอัตราส่วนดังกล่าวรายโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลอุดรธานี มีอัตราส่วนผู้บริจาคอวัยวะสูงสุด ร้อยละ 0.94, 0.78 และ 0.54 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่า นโยบายการสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาลไม่ชัดเจน ทีมสุขภาพมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ ส่งผลให้ทีมสุขภาพไม่เห็นความสำคัญในการดำเนินงานตามกระบวนการบริจาคอวัยวะ ได้แก่ แพทย์ไม่วินิจฉัยสมองตายเมื่อผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ ขาดการแจ้งผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สมองตายแก่ผู้รับผิดชอบ การดูแลผู้ป่วยสมองตายไม่มีประสิทธิภาพ ขาดพยาบาล Transplant coordinator fulltime เพื่อให้ข้อมูลและเจรจาขอบริจาคอวัยวะผู้ป่วยสมองตายกับครอบครัว และบริหารจัดการกระบวนการบริจาคอวัยวะให้มีประสิทธิภาพ ทีมผ่าตัดนำอวัยวะ (ไต) ออกจากผู้บริจาคมีเพียง 1 ทีม ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ Uro 1 คน Scrub nurse 2 คน และ Transplant coordinator nurse 1 คน ให้บริการได้เฉพาะในโรงพยาบาลอุดรธานี ขาดบุคลากรเจรจาขอดวงตาผู้เสียชีวิตกับครอบครัว นอกจากนี้การบริจาคอวัยวะยังมีปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม และทัศนคติของประชาชนมาเกี่ยวข้องด้วย

การปลูกถ่ายอวัยวะที่ให้บริการได้ คือ การปลูกถ่ายไต ให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ลงทะเบียนรอปลูกถ่ายไตกับโรงพยาบาลอุดรธานี ปี 2559-2561 จำนวน 38, 46 และ 52 ราย ตามลำดับ ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยได้ปลูกถ่ายไต จำนวน 5, 5 และ 4 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราส่วนผู้ป่วยได้ปลูกถ่ายไตต่อผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไต ร้อยละ 13.15, 10.86 และ 7.69 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 20 จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่า ทีมสุขภาพในกระบวนการปลูกถ่ายไตมีน้อย ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต 2 คน ศัลยแพทย์ Uro 1 คน ศัลยแพทย์หลอดเลือด 1 คน และ Transplant coordinator nurse 1 คน ไม่มีทีมพยาบาลดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเฉพาะ ใช้ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมดูแลแทน ไม่มี kidney transplant unit เฉพาะใช้ห้องแยก ICU 1 ห้องแทน ไม่มี Infectious doctor ไม่มีพยาธิแพทย์อ่านผล Kidney transplant biopsy ต้องส่งตรวจภายนอกโรงพยาบาล ส่วนการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ คือ กระเจกตาไม่พบปัญหา

เป้าหมายการพัฒนา

1. เพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะ และดวงตามากขึ้น
2. อวัยวะที่ได้รับบริจาคมีคุณภาพ
3. ทีมผ่าตัดนำอวัยวะ (ไต) ออกเพิ่มขึ้น
4. เพิ่มจำนวนผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ปลูกถ่ายกระเจกตามากขึ้น

ความจำเป็นที่ต้องพัฒนา

เนื่องจากโรงพยาบาลระดับ A, S และ M1 เขตสุขภาพที่ 8 มีผู้ป่วยอวัยวะสำคัญล้มเหลวระยะสุดท้ายเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกๆปี โดยเฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) บำบัดทดแทนไตด้วย CAPD มากที่สุด Hemodialysis และการปลูกถ่ายไตน้อยที่สุด ทั้งที่เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าที่สุดในปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการปลูกถ่ายไตได้ยาก มีระยะเวลารอคอยนาน คุณภาพชีวิตไม่ดี และมีอัตราการตายสูง

นอกจากนี้ในเขตสุขภาพที่ 8 มีสถิติผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะตับวายเฉียบพลัน (Acute liver failure) จาก Hepatitis B, Hepatitis C และ Hepatocellular carcinoma จำนวนมาก หากผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการการปลูกถ่ายตับได้ง่าย ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

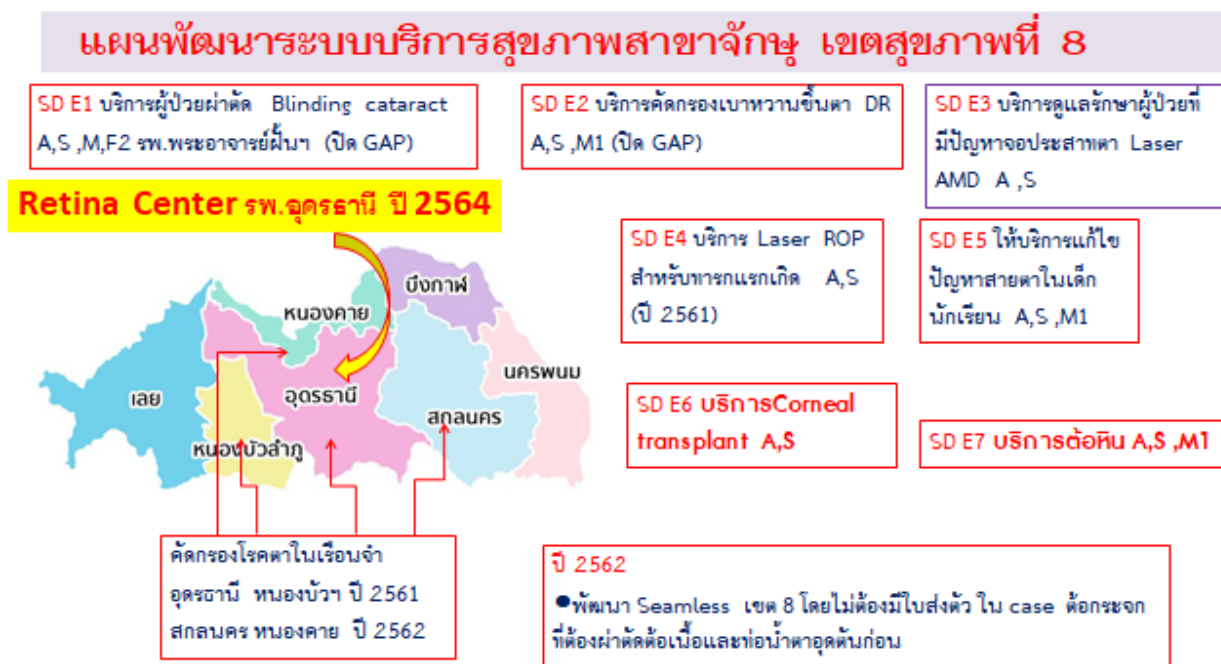
แผนพัฒนาภายใน 5 ปี (Level 1) + ส่วนขาด

1. มี Nurse Transplant Coordinate Fulltime ใน รพ. donor center ทุกแห่ง
2. มี Regional kidney harvesting team เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะศัลยแพทย์ ไม่น้อยกว่า 2 คน
3. มียาและเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยสมองตายใน รพ. donor center ทุกแห่ง ได้แก่ Endtidal CO2 monitor, Hyperthermia blanket และยา DDAVP เป็นต้น
4. มี kidney transplant team เพิ่มขึ้น มีศัลยแพทย์ Uro และ Vascular ไม่น้อยกว่า 2 คน
5. มี Transplant unit เฉพาะ ไม่น้อยกว่า 4 เตียง
6. มีศัลยแพทย์ Hepatobiliary อย่างน้อย 2 คน ถ้าจะเปิด Liver transplant
7. มี Nurse case manager liver transplant Fulltime ไม่น้อยกว่า 2 คน
8. มี Infectious doctor อย่างน้อย 1 คน ใน Transplant center
9. มีแพทย์ปลูกถ่ายกระเจกตา อย่างน้อย 1 คน ของโรงพยาบาลสกลนคร

6.สาขาทา

สถานการณ์

ต้อกระจกมีอัตราสูงมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 มีการดำเนินงานเฝ้าระวังรักษาตาบอดจากต้อกระจกอย่างต่อเนื่องตามนโยบาย ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการการคัดกรองการสายตาและการผ่าตัดต้อกระจก เพิ่มขึ้น จากข้อมูลใน Vision2020 พบว่า ปี 2562 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา ร้อยละ 71.02 ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอดได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน ร้อยละ 94.1 ระยะเวลารอคอยผ่าตัดเฉลี่ย 9 วัน ยังต้องเฝ้าระวังพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่องด้วยประชากรผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี



พัฒนา รพ.ระดับ A รพ.อุตรธานี เป็น Retina Center ภายในปี 2564

ให้บริการ Laser ROP ทารกแรกเกิด รพ.ระดับ A รพ.อุตรธานี ปี 2561

Seamless โดยไม่ต้องมีใบส่งตัว ในเขตสุขภาพ ใน Case ต้อกระจกที่ต้องผ่าตัดต้อเนื้อและต้อน้ำตาอุดตันก่อนผ่าตัด Blinding cataract ใน รพ.ระดับ A,S,M1,M2,F2 (รพ.พระอาจารย์ฝั้นฯ)

7.แผนพัฒนาสาขาสุขาภาพช่องปาก

สถานการณ์

ปี 2561 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 สามารถจัดบริการสุขาภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม.ได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 86.21 จากเป้าหมายที่กำหนดร้อยละ 50 ในส่วนของการเข้าถึงบริการสุขาภาพช่องปากของประชากร ผลงานภาพรวมของจังหวัดในเขต ร้อยละ 39.77 จากเป้าหมายร้อยละ 35 ถือว่าการจัดบริการผ่านเกณฑ์ แต่สภาวะปราศจากฟันผุของเด็ก 3 ปี และเด็ก 12 ปี ในจังหวัดที่สำรวจยังต่ำกว่าร้อยละ 52 แต่ใน HDC มีข้อมูลที่ได้เกินค่าเป้าหมาย (เนื่องจากการบันทึกข้อมูลใน HDC ไม่ถึง ร้อยละ 40 ของประชากรทั้ง 2 กลุ่มอายุ)

แผนพัฒนาระบบบริการสุขาภาพ สาขาสุขาภาพช่องปาก เขตสุขภาพที่ 8



รพ.ระดับ A

- เปิดศูนย์ความเชี่ยวชาญมะเร็งช่องปาก รพ.อุดรธานี ปี 2564

1 การรักษา ระดับเชี่ยวชาญ(ระดับ2)

ข้อมูล	60	61	ตค 61-พค62
รักษา CA st. I ,II	2	3	7
รักษา CA st III, IV	9	3	9
Unclassify	-	-	2
รับผู้ป่วยโรคมะเร็งในเขต	9	6	15

หมายเหตุ : มี 2 รายครบ 2 years tumor free ปี63

2 สถานที่ : อยู่ในแผนขยายพื้นที่ปี 2562-63

3 กำลังคน (ครบ): Maxillo – facial 2 คน+ ENT

4 ระบบบริหาร :

-ปี 2561 อบรมการคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปาก ให้ทันตแพทย์ และทันตบุคลากร จ. อุดรธานี

-ปี 2562 สร้างระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก CUP รพ.อุดรธานี

-ปี 2563 วางแผนสร้างระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ระดับเขตสุขภาพ

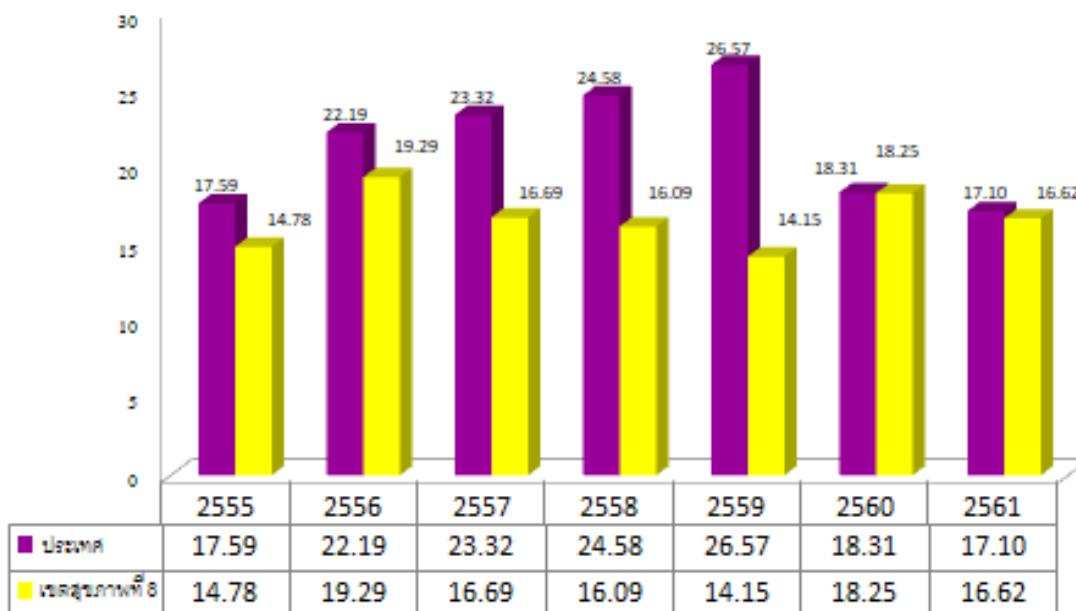
8.สาขา MCH

สถานการณ์

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 8 การฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ในปี 2558-2561 พบร้อยละ 82.86, 81.37, 77.93 และ 85.59 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคือ การเคลื่อนย้ายแรงงานและ ปัจจัยทางสังคม การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยพบการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มมากขึ้นมีผลทำให้ฝากครรภ์ช้า ในปี2558-2561 อัตราการตาย 16.09, 14.15, 18.25 และ 16.97 (เกณฑ์ไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต) ปัจจุบันและอนาคต อัตราการเสียชีวิตของมารดาจากสาเหตุ Direct cause ปี 2558-2561 ร้อยละ 50% และสาเหตุ Indirected cause ร้อยละ 50% ภาวะแทรกซ้อนโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจชนิดรุนแรง, Pulmonary Embolism โรค autoimmune : SLE การเสียชีวิตที่เป็น Directed cause ที่สำคัญ ได้แก่ PPH, Eclampsia, PIH, Amniotic Embolism จะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ถ้าพบร่วมกับโรคทางอายุรกรรม ความสำเร็จในการรักษาโรคทางอายุรกรรม ทำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคร่วม มีโอกาสตั้งครรภ์มากขึ้น และในปี 2562 สาเหตุมารดาตาย Suicidal จำนวน 2 ราย H1N1 จำนวน 1 ราย

- เป้าหมาย :
- 1.ไม่มีมารดาตาย
 - 2.อัตราทารกตายปริกำเนิดลดลง
 - 3.ทุกจังหวัดผ่านการรับรอง PNC MCH ภายใน ปี 2567

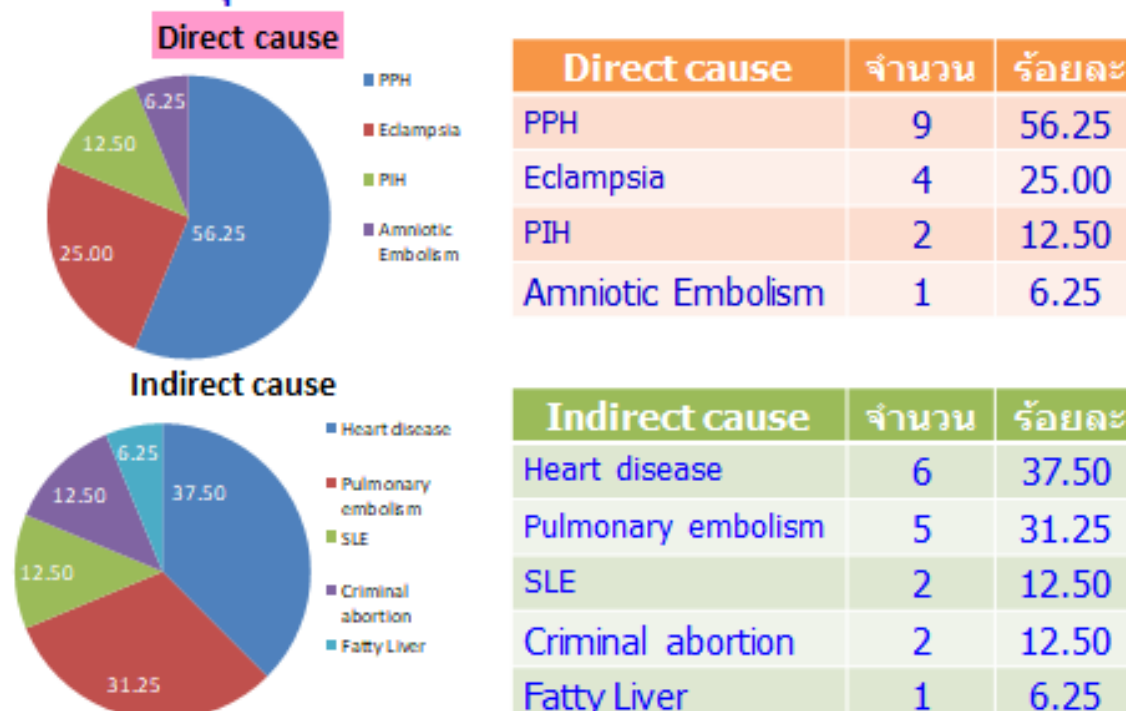
อัตราดาตายมารดา ปี 2555-2561



แหล่งข้อมูล: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



สาเหตุการตายมารดา ปี 2558 - 2561





พัฒนาศักยภาพ รพ.ระดับ A,S,M1,M2 ให้สามารถดูแลเครือข่ายโดยสูติแพทย์ หญิงตั้งครรภ์ได้พบสูติแพทย์ ทุก Case อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน มีระบบปรึกษา Risk group care โดยสูติแพทย์ 24 ชม.

พัฒนาห้องคลอดคุณภาพ คุณภาพ รพ.ระดับ A, S, M, F (พิจารณาครรภ์เสี่ยงสูงควรคลอด ในรพ.ที่มีสูติแพทย์ใช้ระบบส่งต่อรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า)

พัฒนา ANC คุณภาพ , PP คุณภาพ รพ. A, S, M, F,รพสต.

พัฒนาระบบส่งต่อคุณภาพ Fast track รพ. A, S, M, F

GAP : 1. Health Literacy

- วัยรุ่นตั้งครรภ์ ความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์
- หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง โรคประจำตัว อาการผิดปกติ ความรู้ในการดูแลตนเอง
- อาหารโภชนาการ

2. หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยง/โรคประจำตัวทางอายุรกรรม

3. ระบบการส่งต่อและให้คำปรึกษากรณีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน

4. บุคลากรขาดสมรรถนะ ทักษะ ในการดูแลประเมิณ

จัดระบบ Zoning การดูแลในเขตสุขภาพ เป็น 2 โซน ได้แก่

Zone 1 อุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู เลย

Zone 2 สกลนคร นครพนม บึงกาฬ

ความต้องการบุคลากร

ระดับ	รพ.	ปี62	ผู้ติแพทย์ทั่วไป		เฉพาะทาง							
			มี	fill	onco gynecologist	fill	maternal fetal medicine	fill	reproductive medicine	fill	urogynecologis	fill
A	รพ.อุดรธานี	8	6	6	3	-	1	2	1	1	-	1
M1	รพ.กุมภวาปี	8	3	3								
M2	รพ.บ้านผือ		2	1								
M2	รพ.หนองหาน		2	2								
F1	รพ.เพ็ญ	4	2	2								
F1	รพ.บ้านดุง		1	2								
F1	รพ.น้ำโสม	-	-	2								
A	รพ.ศ.สกลนคร	19	6	6	-	3	-	3	-	2	-	1
M1	รพ.ร.สว่างแดนดิน	2	3	3								
M1	รพ.วานรนิวาส	-	1	3								
F1	รพ.พังโคน	-	1	2								
F1	รพ.อากาศอำนวย	-	-	2								
F2	รพ.บ้านม่วง		1	-	(ผอ.)							
S	รพ.นครพนม		4	5								
M2	รพ.ธาตุพนม		1	3								
F1	รพ.ศรีสงคราม	2	1	2								
S	รพ.เลย		6	3								
F1	รพ.วังสะพุง	1	-	2								
M2	รพ.ด่านซ้าย		1	2								
S	หนองคาย		8	2								
M2	ท่าบ่อ		3	3								
F1	โพนพิสัย		-	2								
S	รพ.หนองบัวลำภู		6	3								
F1	รพ.นากลาง		-	2								
F1	รพ.ศรีบุญเรือง		1	2								
S	รพ.บึงกาฬ		2	4								
F1	รพ.เซกา		1	2								
F2	รพ.บึงโขงหลง		1	-	(ผอ.)							

ความต้องการบุคลากร

ระดับ	รพ.	เวชศาสตร์มารดาและทารก	Fill	รังสีแพทย์รักษาด้าน วินิจฉัยและรักษา INTERVENTION	Fill	กุมารแพทย์	Fill	วิสัญญีแพทย์	FILL
A	รพ.อุดรธานี	-	1	-	2	12	-		
M1	รพ.กุมภวาปี					2	1	-	2
M2	รพ.บ้านผือ					-	3	-	2
M2	รพ.หนองหาน					1	2	-	2
F1	รพ.เพ็ญ					1	2	-	2
F1	รพ.บ้านดุง					1	2	-	2
F1	รพ.น้ำโสม							-	2
A	รพศ.สกลนคร	-	1	-	2	4	4		
M1	รพ.สว่างแดนดิน							-	2
M1	รพ.วานรนิวาส							-	2
F1	รพ.พังโคน							-	2
F1	รพ.อากาศอำนวย								
F2	รพ.บ้านม่วง							-	1
S	รพ.นครพนม								
M2	รพ.ธาตุพนม							-	2
F1	รพ.ศรีสงคราม							-	2
S	รพ.เลย								
F1	รพ.วังสะพุง							-	2
M2	รพ.ด่านซ้าย							-	2
S	หนองคาย								
M2	ท่าบ่อ							-	2
F1	โพนพิสัย							-	2
S	รพ.หนองบัวลำภู								
F1	รพ.นากลาง							-	2
F1	รพ.ศรีบุญเรือง							-	2
S	รพ.บึงกาฬ							-	2
F1	รพ.เซกา							-	2
F2	รพ.บึงโขงหลง							-	1

ความต้องการบุคลากร

ระดับ	รพ.	จิตแพทย์	Fill	เวชศาสตร์ครอบครัว	Fill	พยาบาลที่ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรกรรมเสี่ยงสูง
A	รพ.อุดรธานี					6
M1	รพ.กุมภวาปี					3
M2	รพ.บ้านผือ					2
M2	รพ.หนองหาน					2
F1	รพ.เพ็ญ					2
F1	รพ.บ้านดุง					2
F1	รพ.น้ำโสม					2
A	รพ.ศ.สกลนคร					5
M1	รพ.ร.สว่างแดนดิน					3
M1	รพ.วานรนิวาส					3
F1	รพ.พังโคน					2
F1	รพ.อากาศอำนวย					2
F2	รพ.บ้านม่วง					
S	รพ.นครพนม					4
M2	รพ.ธาตุพนม					3
F1	รพ.ศรีสงคราม					2
S	รพ.เลย					4
F1	รพ.วังสะพุง					2
M2	รพ.ด่านซ้าย					2
S	หนองคาย					4
M2	ท่าบ่อ					3
F1	โพนพิสัย					3
S	รพ.หนองบัวลำภู					4
F1	รพ.นากลาง					2
F1	รพ.ศรีบุญเรือง					2
S	รพ.บึงกาฬ					3
F1	รพ.เซกา					2
F2	รพ.บึงโขงหลง					

9.สาขาสุขาพช่องปาก

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขาพช่องปาก เขตสุขภาพที่ 8

SD O1 บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพในรพสต. ศสม.
ผลงาน ดำเนินการได้ใน รพสต. ศสม. (ปิด GAP)

SD O2 บริการดูแลรักษาโรคทันตกรรม
เฉพาะทาง ในรพ.ระดับ A,S,M1,M2,F1
รพ.อุดรธานี รพ.หนองคาย รพ.ท่าบ่อ



SD O3 ศูนย์เชี่ยวชาญมะเร็งช่องปาก รพ.อุดรธานี
(1แห่งต่อเขต) (ปี 2564)
● ศูนย์เชี่ยวชาญผู้สูงอายุ รพ.อุดรธานี

แผนพัฒนาสาขาสุขาพช่องปาก รพ.ระดับ A

- เปิดศูนย์ความเชี่ยวชาญมะเร็งช่องปาก รพ.อุดรธานี ปี 2564

1 การรักษา ระดับเชี่ยวชาญ(ระดับ2)

ข้อมูล	60	61	ตค61-พค62
รักษา CA st. I ,II	2	3	7
รักษา CA st III, IV	9	3	9
Unclassify	-	-	2
รับผู้ป่วยโรคมะเร็งในเขต	9	6	15

หมายเหตุ : มี 2 รายครบ 2 years tumor free ปี63

2 สถานที่ :อยู่ในแผนขยายพื้นที่ปี 2562-63

3 กำลังคน (ครบ): Maxillo – facial 2 คน+ ENT

4 ระบบบริหาร :

- ปี 2561 อบรมการคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปาก ให้ทันตแพทย์ และทันตบุคลากร จ. อุดรธานี
- ปี 2562 สร้างระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก CUP รพ.อุดรธานี
- ปี 2563 วางแผนสร้างระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ระดับเขตสุขภาพ

-เปิดศูนย์ความเชี่ยวชาญผู้สูงอายุ รพ.อุดรธานี ปี 2564

1 ชีตความสามารถ(ระดับ2)

-ให้การวางแผนและรักษาในผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและ PCC

1 กลุ่มปกติอายุมากกว่า 75ปี

- กลุ่มที่มีโรคเรื้อรังช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน
- กลุ่มที่มีโรคเรื้อรังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

2 สถานที่ วางแผนทำโครงการขอปรับปรุงให้ได้ตามมาตรฐาน universal access ปี 2563

3 กำลังคน :มี oral med,super GP,maxilla facial,perio,endo,

ขาดพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม

4 ระบบบริหาร : มี case manager อบรม geriatric dt.

วางแผนระบบสารสนเทศเพื่อทำทะเบียนผู้ป่วย

-บริการทันตกรรมเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (SDC) ในรพ.ระดับ A รพ.อุดรธานี

ปี 2563 S รพ.หนองคาย M2 รพ.ท่าบ่อ

10.สาขา ODS

สถานการณ์ 3 ปี ย้อนหลัง

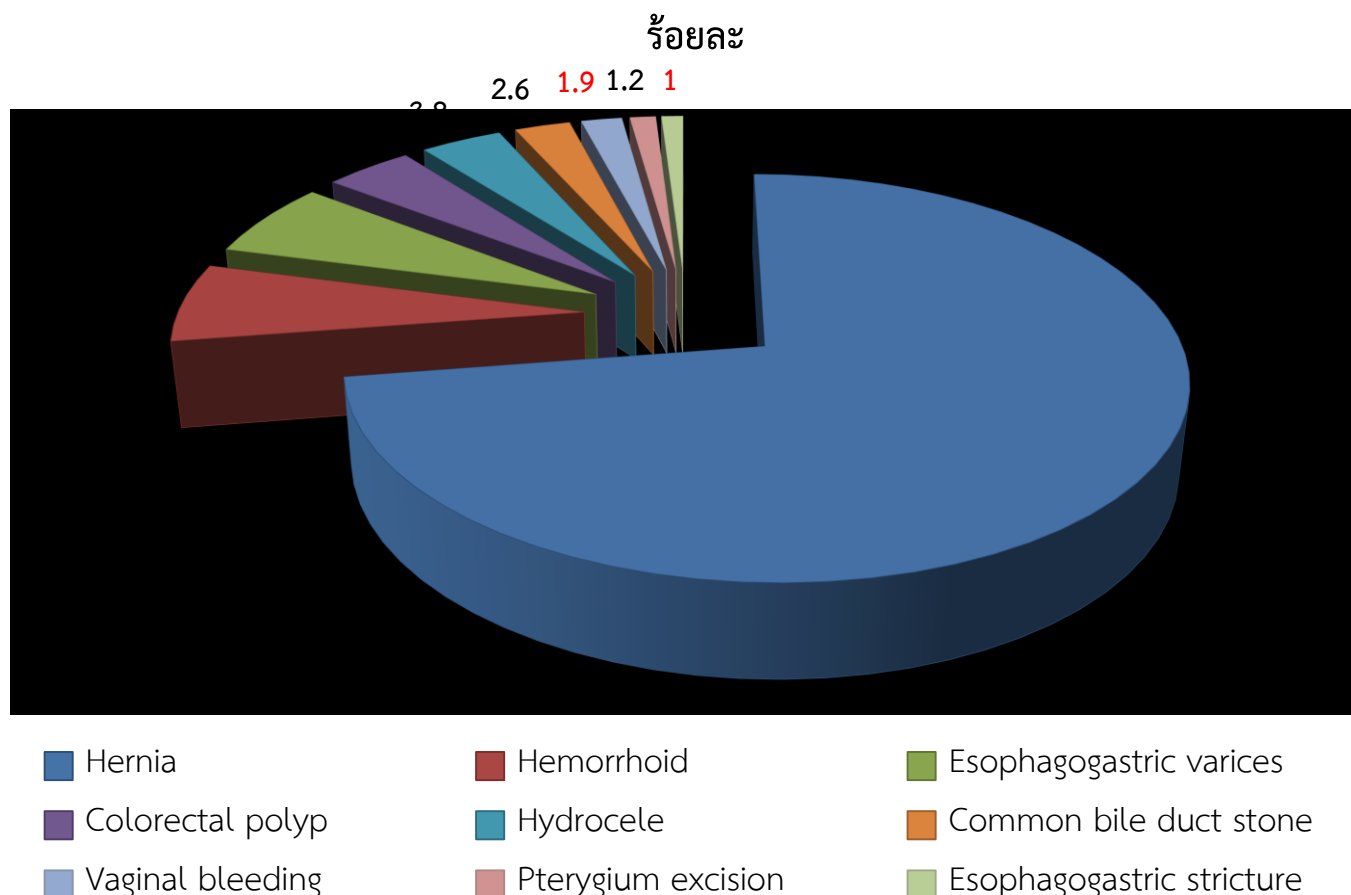
1. จำนวนและร้อยละโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ODS เขตสุขภาพที่ 8 จำแนกตามระดับโรงพยาบาล

จังหวัด	จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ODS				โรงพยาบาล
	A	S	M	F	
อุดรธานี	1	-	-	1	อุดรธานี (2561), เพ็ญ (2561)
สกลนคร	1	-	2	-	สกลนคร (2561), วานรนิวาส (2561), สว่างแดนดิน (2562)
หนองบัวลำภู	-	1	-	1	หนองบัวลำภู (2561), ศรีบุญเรือง (2561)
เลย	-	1	-	-	เลย (2561)
หนองคาย	-	1	-	-	หนองคาย (2561)
บึงกาฬ	-	1	-	1	บึงกาฬ (2561), เซกา (2561)
นครพนม	-	1	-	1	นครพนม(2561), ศรีสงคราม (2561)
รวม	2	5	2	4	13 แห่ง
ร้อยละ	100	100	25	5.5	

2. จำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ODS เขตสุขภาพที่ 8

จังหวัด	จำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ODS เขตสุขภาพที่ 8							
	2559		2560		2561		2562 (ก.ย. 61- มี.ค. 62)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุดรธานี	76	5.26	96	7.54	187	48.45	61	30.81
สกลนคร	-	-	-	-	75	34.4	54	100.00
หนองบัวลำภู	-	-	-	-	51	34.0	48	47.06
เลย	-	-	-	-	49	38.6	27	40.30
หนองคาย	-	-	-	-	27	54	20	80.00
บึงกาฬ	-	-	-	-	15	30	9	16.98
นครพนม	-	-	-	-	3	8.82	0	0
รวม	76	5.26	96	7.54	407	39.59	219	43.88

3. ร้อยละของโรคที่ทำหัตถการในเขตสุขภาพที่ 8



เป้าหมายการพัฒนา

พัฒนาระบบบริการให้ประชาชนในเขตสุขภาพได้รับการบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่ปลอดภัยและมีคุณภาพมาตรฐาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาด้านวิชาการ การพัฒนาเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาเชิงนโยบายด้านการบริการของประเทศในระดับเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนา ได้แก่

1. ประชาชนในเขตสุขภาพเข้าถึงการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงใกล้บ้าน
2. ประชาชนในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน สะดวก และปลอดภัย
3. ลดระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัด
4. ลดความแออัดของการให้บริการผู้ป่วยใน
5. ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ

ความจำเป็นที่ต้องพัฒนา

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เป็นการผ่าตัดที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในทั่วโลกและประเทศไทยโดยพบว่าในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 75.0 ของผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบ One Day Surgery (ODS) และในประเทศไทย อังกฤษพบว่า ร้อยละ 65.0 ของผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบ One Day Surgery (ODS) แต่ในขณะเดียวกันในประเทศไทยยังพบปัญหาอุปสรรคในด้านการบริการทางการแพทย์อยู่ ได้แก่ ระยะเวลาการผ่าตัดนาน ความแออัดในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเนื่องมาจากการรับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ประชาชนที่เจ็บป่วยเข้าถึงการบริการที่จำเป็นได้น้อย กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โดยกำหนดแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 ด้าน

สาธารณสุข และขับเคลื่อนโดยกรมการแพทย์ช่วยผลักดันให้โรงพยาบาลทุกเขตสุขภาพสามารถให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จะเห็นได้ว่า ในเขตสุขภาพที่ 8 ยังมีผู้รับบริการการผ่าตัดจำนวนมากทั้งที่ โรงพยาบาลระดับ M และ โรงพยาบาลระดับ F บางแห่ง มีศัลยแพทย์และทีมผ่าตัดในพื้นที่ แต่จำนวนผู้รับบริการการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S ยังมีเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยการผ่าตัด และความแออัดในโรงพยาบาลระดับ A, S เพิ่มมากขึ้น รวมไปถึงภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของผู้รับบริการที่ต้องเดินทางไกลเพื่อมารับการรักษาและผู้ให้บริการที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการให้บริการเพิ่มขึ้น ดังนั้นเขตสุขภาพที่ 8 จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับให้เพื่อลดปัญหาดังกล่าวข้างต้นรวมถึงการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในระดับ M และ F ที่มีทีมพร้อมในการให้บริการควบคู่ไปพร้อมกัน สอดคล้องกับทิศทางและนโยบายการขับเคลื่อนการจัดระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขล่าสุด (เมษายน 2562) ที่มีนโยบายให้เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลระดับ M ให้สามารถรักษาโรคที่ $RW > 1.8$ มากขึ้น และลดการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S ด้วยการผ่าตัดให้เหมาะสมตามค่า RW รวมถึงนโยบายการบริหารและบริการร่วมตามนโยบาย One Province One Hospital

แผนพัฒนาภายใน 5 ปี

1. จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery และจำนวนหัตถการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี
2. โรงพยาบาลทุกระดับมีความพร้อมและสมัครใจ สามารถดำเนินการ ODS ได้เพิ่มอย่างน้อย 1 แห่ง/ปี
3. โรงพยาบาลให้บริการผ่าตัด ODS เป็นแบบ One Stop Service อย่างน้อย 1 แห่งต่อเขตสุขภาพ
4. พัฒนา Service plan (ศัลยกรรม) ODS & MIS
5. พัฒนาโรงพยาบาลระดับ A เป็นศูนย์ ODS & MIS อย่างน้อย 1 แห่งต่อเขตสุขภาพ

แผนพัฒนาภายใน 10 ปี

1. มี Excellence Center One Day Surgery (ODS) เทียบเท่าระดับสากลอย่างน้อย 1 แห่งต่อเขตสุขภาพ
2. จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery และจำนวนหัตถการรักษาเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี



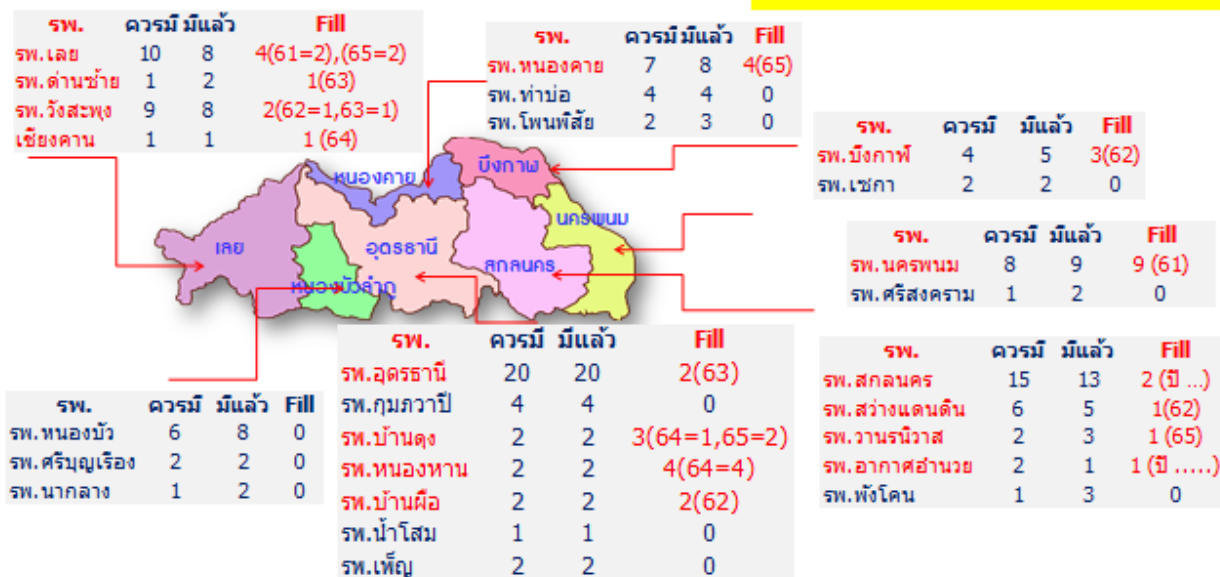
พัฒนาระบบบริการ ODS เพื่อลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัด ลดค่าใช้จ่าย จากการนอน รพ. ใน รพ.ระดับ A,S,M1,M2,F1 มี รพ.เข้าร่วมโครงการ 13 แห่ง ครอบคลุม 24 กลุ่มโรค/หัตถการ เป้าหมาย รพ.ระดับ A,S,M1,M2,F1 ครอบคลุมแห่ง ภายในปี 2565

GAP: ขาดความเข้าใจในระบบ E-Claim สปสช.

พัฒนาการเชื่อมต่อระบบสารสนเทศ ของกระทรวง

ข้อมูลเตียง OR ปี 2561-2565

A,S,M1,M2 = 4,589 เตียง (50 เตียง : OR 1 เตียง
=ควรมี 92 เตียง) มี OR แล้ว 117 เตียง = 142 %
แผน 62-65 เพิ่ม 39 เตียง = 169.56%



มีแผนเพิ่มเติมเตียงผ่าตัด ในรพ. ระดับ A,S, Node M1,M2 ภายในปี 2565 จำนวน 39 เตียง

11.สาขาอายุรกรรมและโรคติดเชื้อ

สถานการณ์

อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community Acquire Sepsis และ Hospital Acquire Sepsis (R65.1-R57.2) เป้าหมาย Community Acquire Sepsis < 30% เขตสุขภาพที่ 8 27.37
Hospital Acquire Sepsis < 40% เขตสุขภาพที่ 8 50.62

ความจำเป็นในการพัฒนา

การเข้าถึงบริการ Intensive Care ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock น้อย (ภาพรวมร้อยละ 21.63) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะ Respiratory failure ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ มีปัญหาการส่งต่อ โดยเฉพาะจังหวัดบึงกาฬที่มีพื้นที่เขต รอยต่อหลายจังหวัด

รพศ.ไม่มี Secondary care รองรับทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนมากทั้งวิกฤต และเรื้อรัง ปะปนกันในหอผู้ป่วย

ศักยภาพ node ยังไม่สามารถดูแลพื้นที่ในเขตตัวเองได้

แผนพัฒนา

ขยาย/เพิ่มจำนวนเตียง Intensive Care Unit ทั้ง รพศ./รพท./รพช.M1M2(node) รองรับผู้ป่วย Fast Track Sepsis

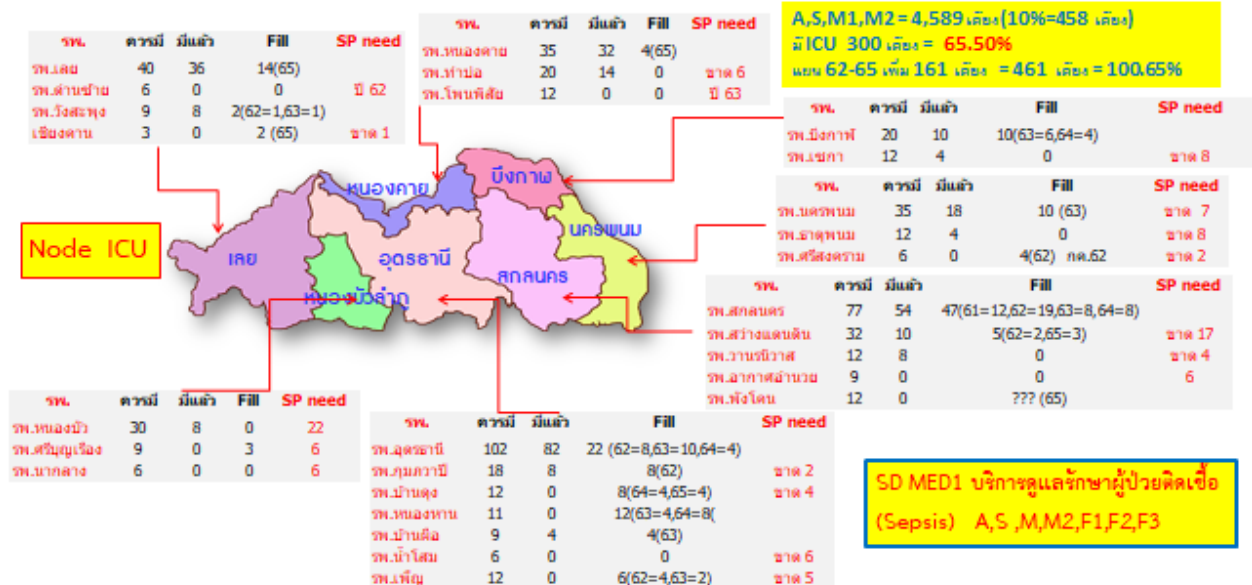
จัดระบบบริการรองรับผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่นอก ICU : Step down ward, Sepsis zone

จัดระบบ Refer (MOU) รพ.ในพื้นที่เขตรอยต่อ

พัฒนาระบบ Consultation ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

จัดระบบบริการในกลุ่มผู้ป่วย Chronic care ,Palliative ,IMC บูรณาการแผนงานร่วมกับสาขา RDU

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคติดเชื้อ เขตสุขภาพที่ 8



พัฒนาระบบ Fast track Sepsis ในรพ.ทุกระดับ

การเข้าถึง ICU พัฒนา Node M1,M2,F1 วางเตียง ICU และพัฒนาสมรรถนะบุคลากร

ให้ความรู้ประชาชน Primary Prevention , Flu Vaccine , Disease control

Health Literacy โรคจากพฤติกรรม กลุ่ม NCDs

ANC คุณภาพ ลด PROM LBW

ด้านบุคลากร

ขาดอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ (ทั้งเขต 8) , แพทย์เวชบำบัดวิกฤต พยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย

Critical care ขาดแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลระดับ M1M2 ทำให้มีการส่งต่อ(Refer in) ผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลระดับ A ทำให้ต้องรับภาระงานมากขึ้น ผู้ป่วยแออัดและการพัฒนางานไม่ได้ตามเป้าหมาย

ความไม่เหมาะสมสัดส่วนอัตรากำลังพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการละเมิด Aseptic technique

Information Technology :ระบบข้อมูล

การสรุปเวชระเบียนตามนิยามการวินิจฉัย Sepsis

การลงข้อมูลในฐานข้อมูลโรงพยาบาล HomeC & HosXP แพ้มรายงาน 43 แพ้ม

ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ต่างๆ

Ventilator ไม่เพียงพอ

การจัดสรรงบประมาณอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลรักษา : การซื้อเครื่องตรวจประเมินวินิจฉัยเบื้องต้นได้แก่ Blood lactate , การ สนับสนุนขวด Hemoculture บางจังหวัดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานซึ่งอาจทำให้ข้อมูลน้อยกว่าความเป็นจริง

การมีส่วนร่วมของประชาชน

Disease control โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ , Primary prevention โรคจากพฤติกรรมสุขภาพ NCDs (Health literacy) ความรู้ในการดูแลตัวเองของประชาชนในโรคที่ป้องกันได้

12.สาขา NCD Stroke COPD&Asthma

12.1 NCDs

สถานการณ์

อัตราตายโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 8 พ.ศ. 2559 - 2560			
อัตราตายโรคเบาหวานลดลง	2559	2560	เพิ่ม/ลด
จังหวัด			
บึงกาฬ	19.1	23.3	เพิ่มร้อยละ 21.99
หนองบัวลำภู	35.1	29.2	ลดร้อยละ 16.81
อุดรธานี	18.9	18.1	ลดร้อยละ 4.23
เลย	28.9	21.7	ลดร้อยละ 24.91
หนองคาย	29.6	21.1	ลดร้อยละ 28.71
สกลนคร	28.2	29.0	เพิ่มร้อยละ 2.83
นครพนม	31.4	24.9	ลดร้อยละ 20.70
รวม	26.1	23.6	ลดร้อยละ 9.60
แหล่งข้อมูล : กองยุทธศาสตร์และแผน กระทรวงสาธารณสุข			

สถานการณ์รายใหม่เบาหวาน

รายใหม่เบาหวานทั้งหมด (ลดลงร้อยละ 5)

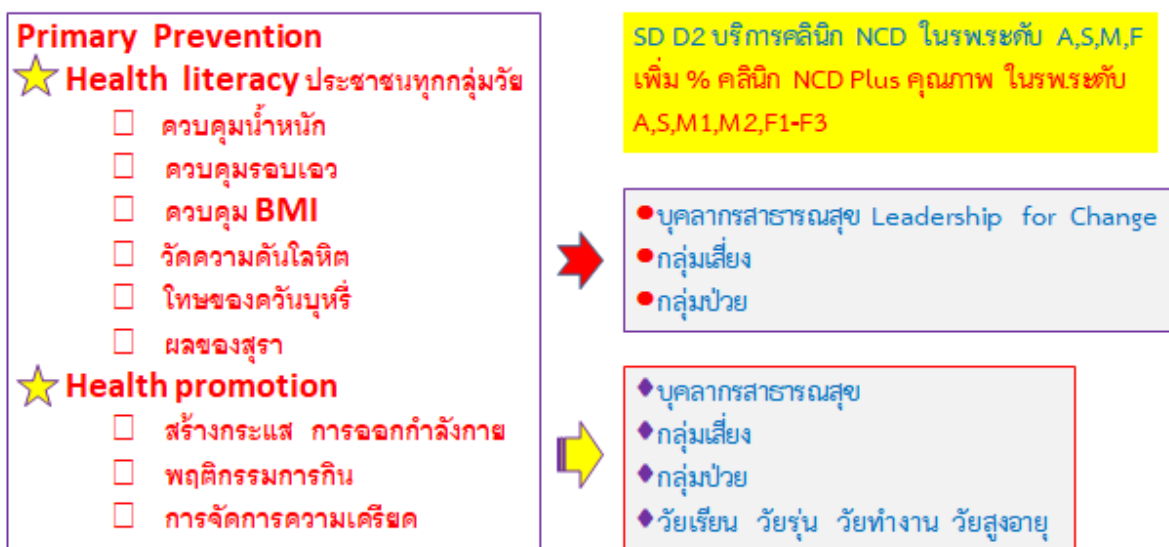
จังหวัด	2560	2561	เพิ่ม/ลด (ร้อยละ)
บึงกาฬ	2,190	2,406	เพิ่มร้อยละ 9.9
หนองบัวลำภู	2,211	2,654	เพิ่มร้อยละ 20.0
อุดรธานี	8,765	7,213	ลดลงร้อยละ 17.7
เลย	4,206	4,321	เพิ่มร้อยละ 2.7
หนองคาย	3,025	2,964	ลดลงร้อยละ 2.0
สกลนคร	6,289	5,310	ลดลงร้อยละ 15.6
นครพนม	3,161	3,181	เพิ่มร้อยละ 0.6
รวม	29,847	28,049	ลดลงร้อยละ 6.0

รายใหม่เบาหวานจากกลุ่มเสี่ยงปีที่ผ่านมา
(≤ ร้อยละ 2.4)

จังหวัด	กลุ่มเสี่ยง	รายใหม่ในปี	ร้อยละ
เลย	21,498	473	2.2
หนองบัวลำภู	15,624	337	2.2
บึงกาฬ	8,944	172	1.9
นครพนม	25,928	433	1.7
หนองคาย	19,122	318	1.7
อุดรธานี	54,526	882	1.6
สกลนคร	51,957	750	1.4
รวม	197,599	3,365	1.70

แหล่งข้อมูล : รายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา NCDs เขตสุขภาพที่ 8



Key success : Primary Prevention โดยการให้ความรู้ประชาชน Health literacy ประชาชนทุกกลุ่มวัย ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้นำด้านการดูแลสุขภาพ และสร้างกระแสการดูแลสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการกิน การจัดการความเครียด ร่วมกับภาคเครือข่าย ภาคประชาชน องค์กรปกครองท้องถิ่น

พัฒนาคลินิก NCD Plus คุณภาพ เพื่อให้บริการในกลุ่มป่วย

12.2 Stroke

สถานการณ์

จากข้อมูลเขตสุขภาพที่ 8 ปี 2559-2562 พบอัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 160-169 ร้อยละ 4.84, 3.96, 3.53, 4.08 ตามลำดับ (เกณฑ์ < ร้อยละ 7)

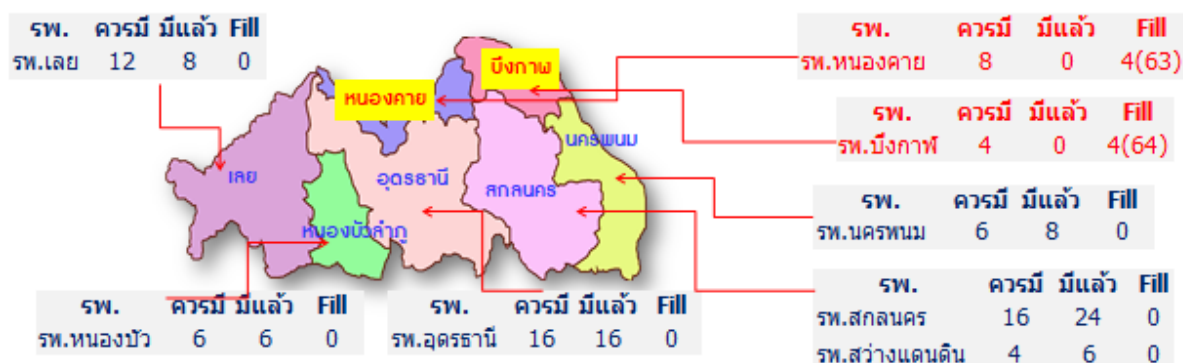
ผู้ป่วยได้รับยา rtPA ร้อยละ 5 (ร้อยละ 95 ไม่ได้ยาเนื่องจากมา รพ.ช้า และรอดูอาการที่บ้าน ไม่เรียกใช้บริการ 1669)

รพ.หนองคาย และ รพ.บึงกาฬไม่สามารถเปิด Stroke unit ได้ ต้องดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยรวม เนื่องจากขาดอัตราค่าจ้างโดยเฉพาะพยาบาล ไม่สามารถแยกทีมพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ได้

แผนพัฒนา เปิดบริการ Stroke unit ให้ ครอบคลุม รพ.ระดับ A,S
รพ.หนองคาย ปี 2563 และ รพ.บึงกาฬ ปี 2564

ข้อมูลเตียง STROKE UNIT ปี 2561-2565

SD D1บริการหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) A,S ควรมี Stroke Unit 72 เตียง มีแล้ว 68 เตียง = 94.44% แผน 63-64 เพิ่ม S หนองคาย 4 (63) , บึงกาฬ 4 (64) = 76 เตียง = 105.55%



SD D4 การจัดหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการรักษา (Post Rehabilitation Unit) M1,M2

12.3 COPD&Asthma

สถานการณ์

ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงระบบบริการคลินิก อัตราการคัดกรอง COPD รายใหม่ต่ำกว่าเป้าหมาย รายที่ผิดปกติไม่ได้ รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัย ระบบนัดผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิก/ผู้ป่วยไม่มาตามนัด รักษาไม่ต่อเนื่อง คลินิก COPD ครอบคลุมและได้มาตรฐานต่ำกว่าเกณฑ์ การวินิจฉัยโรค/การให้รหัสโรคที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยไม่ได้ตรวจ spirometry เพราะไม่มีเครื่องมือตรวจ และขาดเจ้าหน้าที่ตรวจ อัตราการได้รับ Flu vaccine ต่ำกว่าเป้าหมาย ผู้ป่วยสูบบุหรี่เลิกยากหรือสมาชิกใน ครอบครัวสูบบุหรี่

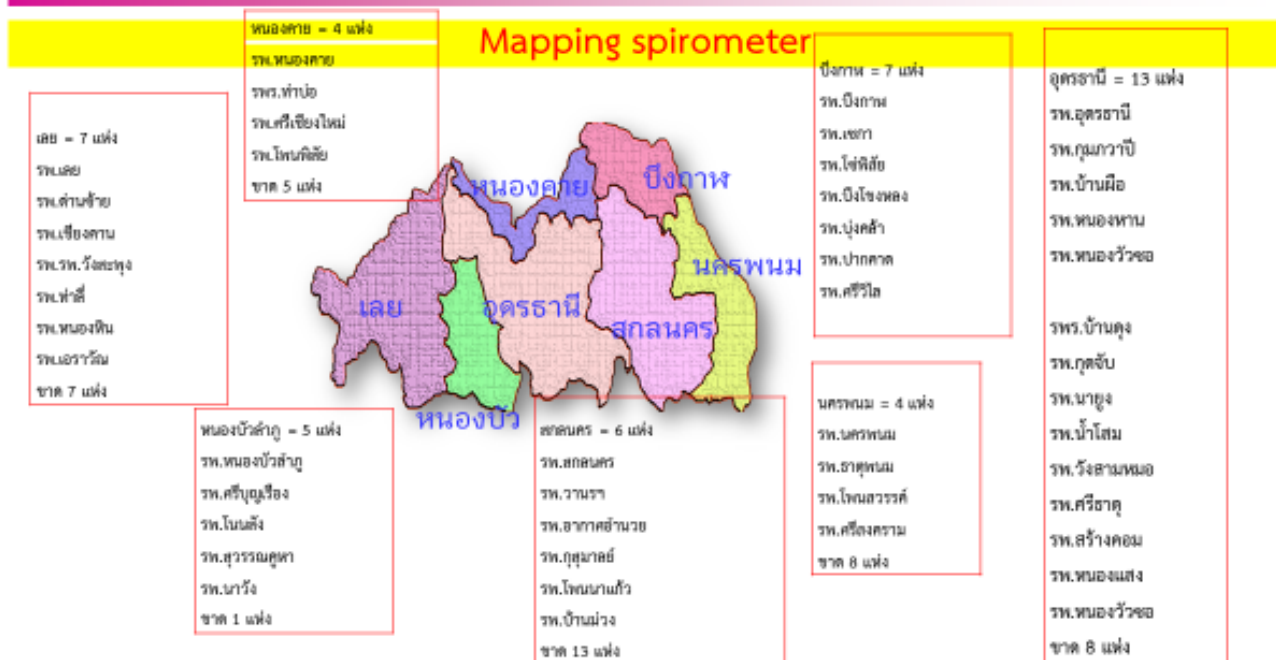
ความจำเป็นที่ต้องพัฒนา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืดเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถป้องกัน และชะลอการ ดำเนินของโรคไม่ให้รุนแรงหรือกำเริบได้ หากไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะต้องทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก ต้อง เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และอาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ค่าใช้จ่ายสูง คุณภาพชีวิตต่ำ

แผนพัฒนาภายใน 5 ปี + ส่วนขาด

ประเด็นปัญหา/ส่วนขาด	เป้าหมาย
เครื่องมือตรวจ spirometer ทั้งเขตมี 46 รพ. ขาดจำนวน 42 รพ.	เพิ่ม Spirometer รพ. F2-F3 จำนวน 42 รพ.
บุคลากรทางการแพทย์ -ขาด chest med (มี chest med รพ.ศ.อุดรฯ 3 คน) -ขาด เจ้าหน้าที่ตรวจ spirometry	เพิ่ม chest med รพ.สกลนคร เพิ่มเจ้าหน้าที่ตรวจ spirometry จำนวน 43 แห่ง
ขาดยาที่จำเป็น - ICS/LABA - LAMA - Flu vaccine	รพ.ระดับ A-F3 รพ.ระดับ A-F3 Flu vaccine ใน COPD Asthma 100%
ขาดงบประมาณสนับสนุนโครงการ	รพ.ระดับ A-F3

สาขา COPD & Asthma

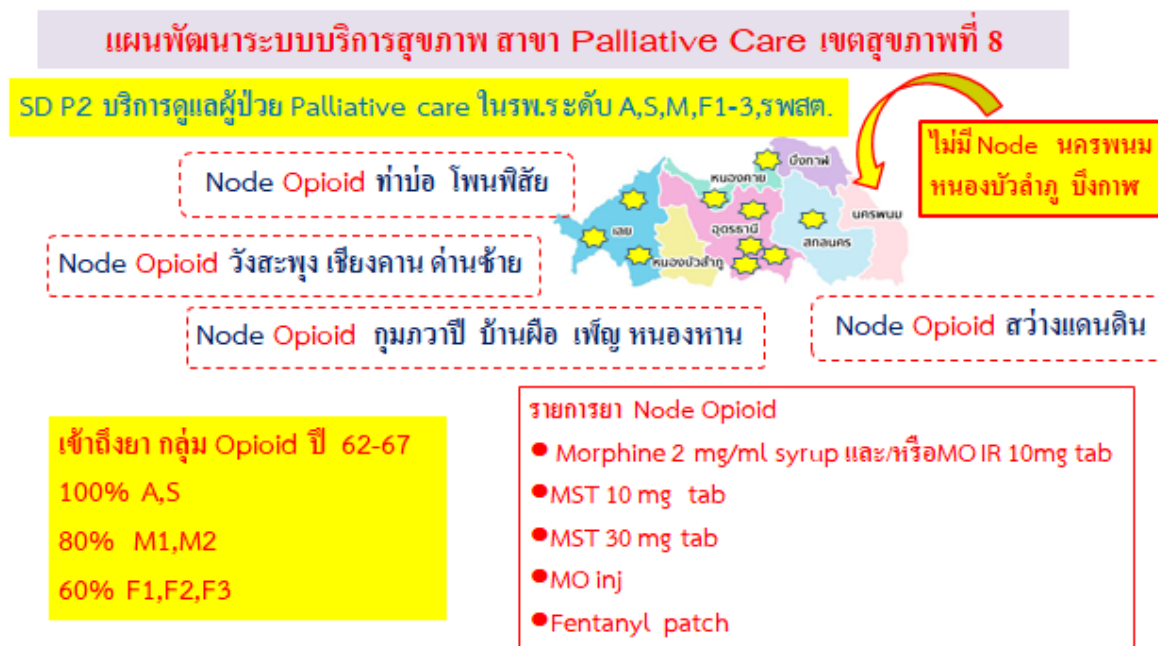


13.สาขา Palliative care

สถานการณ์

ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาอาการปวดด้วย Strong Opioid

อำเภอ	(Z51.5) ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid (B)	ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) (A)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาอาการปวดด้วย Strong Opioid (B/A) X 100
อุดรธานี	1235	2118	71.50
สกลนคร	824	2043	40.33
นครพนม	-	-	-
หนองคาย	312	352	88.6
หนองบัวลำภู	255	424	60.14
เลย	533	926	57.56
บึงกาฬ	204	363	77.94
รวม	3363	6226	54.02



ด้าน

บุคลากร

ขาดแพทย์ที่จะมาทำงาน palliative care มีแพทย์ที่จบ BCCPM 1 คน ควร มีมากกว่า 2-3 คนต่อรพ.

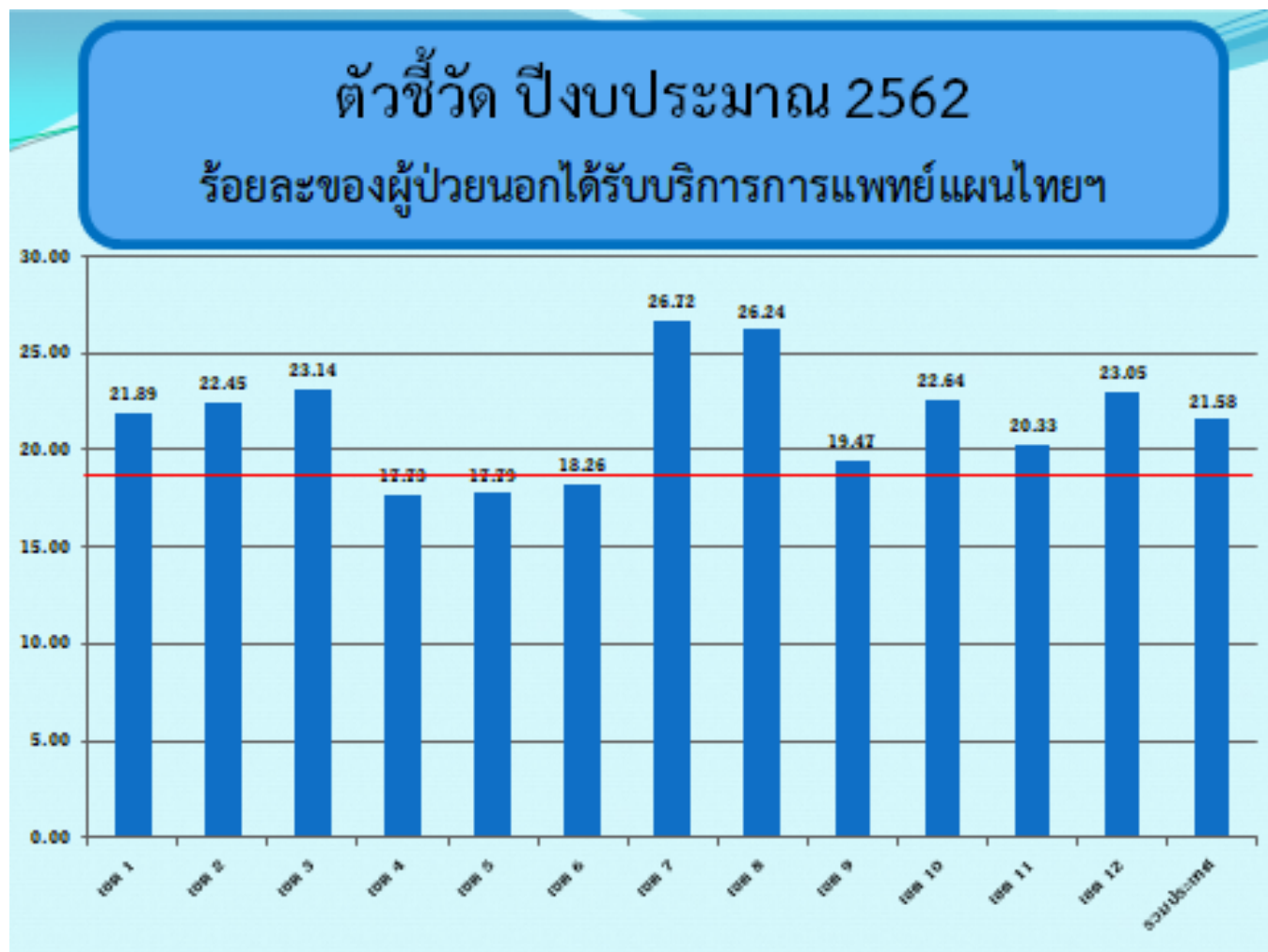
ขาดพยาบาล full time 1 คน ในรพ.ระดับ A,S มีจำนวนผู้ป่วย PC consult 10-15 คน/วัน
ผู้ป่วยรายเก่า 10-20 คน/วัน

เภสัชกรไม่ผ่านการอบรมความรู้เรื่อง Palliative care 2 weeks ทำให้ไม่สามารถนำยา กลุ่ม Opioid ออกนอกรพ.ได้ เภสัชกรร่วมทีม Palliative care อย่างน้อย รพ.ละ 1 คน

ไม่มีระบบการส่งกลับผู้ป่วยระหว่างจังหวัด

ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ ขาด Syringe driver, Oxygen generator, Alpha bed ในรพ.ระดับ A,S,M1,M2,F1-3

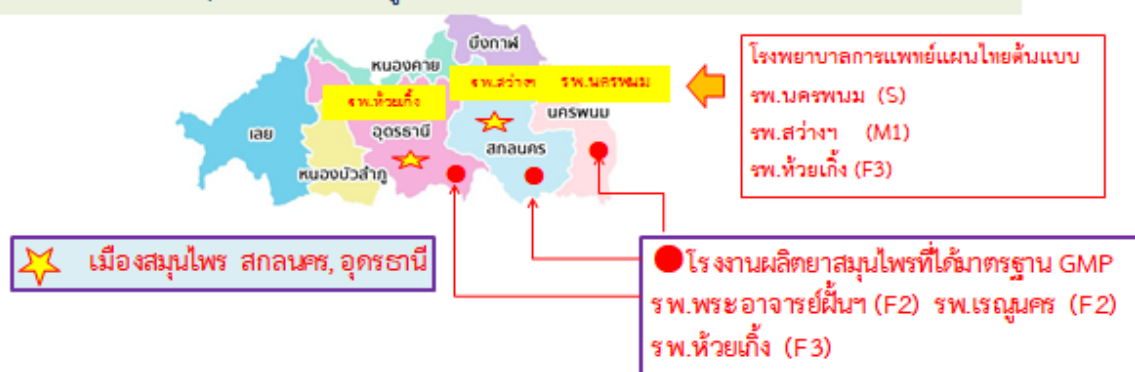
14.สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน สถานการณ์



แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาแพทย์แผนไทย เขตสุขภาพที่ 8

SD A1 บริการคลินิกการแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอกของรพ.ภาครัฐ (OPD คู่ขนาน) รพ.ระดับ A,S,M1,M2,F1,F2,F3

SD A2 บริการคลินิกการแพทย์แผนไทยฯ แบบครบวงจร (การให้บริการรักษาโรคทั่วไป และเฉพาะโรคไม่เกรน ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต และภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น) รพ.ระดับ A,S,M,1



เป้าหมาย

1.เปิดบริการ OPD คู่ขนาน ในรพ.ระดับ A,S,M,F และ/หรือให้บริการแบบครบวงจร 4 โรคเบื้องต้น ในโรคไม่เกรน ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์ - อัมพาต ภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนบน ครบ 100%

2.โรงงานผลิตยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน GMP ภายในเขต 3 แห่ง รพ.พระอาจารย์ฝั้นฯ รพ.เรณูนคร และ รพ.ห้วยเกิ้ง มีการจัดทำแผนสนับสนุนยาภายในเขตและทำแผนการจัดซื้อวัตถุดิบสมุนไพร แบบ contact farming กับกลุ่มเกษตรกร ที่มีมาตรฐานการปลูก GAP/Organic ในการผลิตอย่างน้อย 5 รายการ(อาจเป็นรายการยาสมุนไพรที่เป็น first line drug หรือยาที่กำหนดเป็นยาทดแทนยาแผนปัจจุบัน เน้น 3 โรค ได้แก่ URI,AD และแผลสด) ในปี 2563-2565

3. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย Intermediate Care ด้วยการแพทย์แผนไทย

4. ส่งเสริมการศึกษาวิจัย เช่น การศึกษาต้นทุนการจัดการบริการแผนไทย แนวทางการรักษาผู้ป่วยสะเก็ดเงิน และผลของการใช้ยาพอกเข้า

GAP: 1.บุคลากรขาดความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลในระบบ ทำให้ข้อมูลผลงานน้อยกว่าการปฏิบัติงานจริง และบางคนขาดองค์ความรู้ในการทำงาน เช่น การปรุงยาเฉพาะราย

2.ขาดความก้าวหน้าในตำแหน่ง อัตรากำลังในการทำงานไม่เพียงพอ

3.การใช้ยาสมุนไพรในบางสถานบริการไม่ครบตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการฯ กำหนด (รพ. 30 รายการ รพ.สต. 10 รายการ) ส่งผลให้บางพื้นที่ผลงานการใช้ยาสมุนไพรไม่ผ่านเกณฑ์

4. ขาดการวิเคราะห์ต้นทุนในการดำเนินงานแพทย์แผนไทยที่รอบด้าน เพื่อนำเสนอประกอบการตัดสินใจจ้างงานแพทย์แผนไทยต่อผู้บริหารสถานบริการ รวมถึงการวิเคราะห์ต้นทุนยาสมุนไพรเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบันที่คิดเพียงด้านเดียวคือด้านราคา

5.ขาดการเชื่อมโยงแผนความต้องการใช้ยา การผลิต การปลูก เพื่อให้เกิดรายได้กับประชาชนภายในพื้นที่และลดต้นทุนยาสมุนไพร

ความต้องการด้านบุคลากร

จังหวัด	จำนวนแพทย์แผนไทยทั้งหมด (คน)	ตำแหน่งแพทย์แผนไทย(ข้าราชการ) ตามประเภทหน่วยงาน(คน)										
		ในสังกัด สธ.						นอกสังกัด สธ.		ระดับ		
		สสจ.	สสอ.	รพ.ศ./รพท.	รพช.	รพ.สต./สอ.	อื่นๆ	สังกัดอื่นๆ เช่น กระทรวงต่างๆ	เอกชน	ปฏิบัติการ	ชำนาญการ	ชำนาญการพิเศษ
บึงกาฬ	26	1	0	2	4	0	0	0	0	5	2	0
หนองบัวลำภู	43	0	0	2	4	4	0	0	0	9	0	0
อุดรธานี	99	0	0	2	16	1	0	0	0	19	2	0
เลย	60	0	0	2	5	2	0	0	0	9	0	0
หนองคาย	34	0	0	0	3	1	0	3	0	10	1	0
สกลนคร	221	0	0	6	19	4	0	0	0	21	0	0
นครพนม	45	0	0	1	11	1	0	0	0	13	0	0
รวม	528	1	0	15	64	13	0	3	0	86	5	0

จังหวัด	ตำแหน่งแพทย์แผนไทย(พนักงานราชการ/พนักงาน <u>กระทรวง</u> สาธารณสุข/พนักงานมหาลัย)ตามประเภทหน่วยงาน(คน)								ตำแหน่งแพทย์แผนไทย(ลูกจ้าง)ตามประเภทหน่วยงาน(คน)							
	ในสังกัด สธ.						นอกสังกัด สธ.		ในสังกัด สธ.						นอกสังกัด สธ.	
	สสจ.	สสอ.	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต./สอณ.	อื่นๆ	สังกัดอื่นๆ เช่น กระทรวง ต่างๆ	เอก ชน	สสจ.	สสอ.	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต./สอณ.	อื่นๆ	สังกัดอื่นๆ เช่น กระทรวง ต่างๆ	เอก ชน
บึงกาฬ	1	0	1	4	0	0	0	0	0	0	1	7	4	0	0	0
หนองบัวลำภู	0	0	2	5	12	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
อุดรธานี	0	0	5	20	9	0	0	0	1	0	0	17	25	0	0	0
เลย	0	0	0	10	4	0	0	0	1	0	1	8	18	0	0	0
หนองคาย	0	0	0	2	1	0	2	0	1	0	0	10	3	0	0	0
สกลนคร	0	0	6	23	11	0	0	0	0	0	7	11	141	0	0	0
นครพนม	0	0	2	2	6	0	0	0	1	0	4	8	2	0	2	0
รวม	1	0	16	66	43	0	2	0	4	0	13	61	198	0	2	0

จังหวัด	แพทย์แผนไทยปฏิบัติงานตำแหน่งอื่นๆ(คน)					
	นวก.	จพ.	ผช.พท.	อื่นๆ	รวม	หมายเหตุ
บึงกาฬ	0	1	0	0	1	
หนองบัวลำภู	0	9	0	1	10	
อุดรธานี	0	2	0	0	2	
เลย	0	9	0	1	10	
หนองคาย	0	4	0	1	3	
สกลนคร	0	6	0	2	8	
นครพนม	0	4	0	2	6	
รวม	0	35	0	7	42	

15.สาขาสุภาพจิตและจิตเวช

สถานการณ์

ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8 มีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 58.88 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกจังหวัด ส่วนโรคจิตเภทมีอัตราการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 82.12 ซึ่งพบว่าจังหวัดบึงกาฬมีอัตราการเข้าถึงบริการต่ำกว่าค่าเป้าหมาย สำหรับอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 5.05 ต่อแสนประชากร เกณฑ์ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ 8



บริการผู้ป่วยใน รพ.ระดับ A,S รพ.หนองบัวลำภู 2560 แผนปี 2562 รพ.อุดรธานี 2563 รพ.สกลนคร รพ.จิตเวชราชนครินทร์เลยให้บริการผู้ป่วยในจังหวัดเลย และรพ.จิตเวชราชนครินทร์นครพนมให้บริการผู้ป่วยในจังหวัดนครพนม

16.Service support

ทิศทางการนโยบาย Service support กระทรวง ปี 2562-2567

Goal 1 ด้านเภสัช :

- การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและระบบตรวจสอบภายใน
- การสำรองยาพร้อมและยาสำรอง

เป้าหมาย

ทิศทางการนโยบาย

- Real time cold chain monitoring and alert
- Robot Pharmacy System
- พัฒนาระบบส่งต่อยา ใน รพสต.

เขตสุขภาพ	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	หนองคาย	เลย	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ
-Real time cold chain monitoring and alert ปี 62 = 20% ปี 63-64 = 50% ปี 65-67 = 100%	ปี 65 100% (20 แห่ง)	ปี 63 100% (18 แห่ง)	ปี 63 100% (12 แห่ง)	ปี 65 100% (9 แห่ง)	ปี 63 100% (14 แห่ง)	ปี 65 100% (6 แห่ง)	ปี 65 100% (8 แห่ง)
-Robot Pharmacy System ปี 63-64 รพ.ระดับ A,S ,M1 มีระบบการจัดยาอัตโนมัติ ร้อยละ 30 ปี 65-67 รพ.ระดับ A,S ,M1 มีระบบการจัดยาอัตโนมัติ ร้อยละ 50	ปี 64 รพ.อุดรธานี	ปี 64 รพ.สกลนคร ปี 66 รพ.สว้างแดนสิน	ปี 64 รพ.นครพนม และรพ.ธาตุพนม	ปี 64 รพ.หนองคาย	ศึกษาและพิจารณาความพร้อม	ศึกษาและพิจารณาความพร้อม	ศึกษาและพิจารณาความพร้อม

ทิศทางการนโยบาย Service support กระทรวง ปี 2562-2567

Goal 1 ด้านเภสัช :

- การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและระบบตรวจสอบภายใน
- การสำรองยาพร้อมและยาสำรอง

เป้าหมาย

ทิศทางการนโยบาย

- Real time cold chain monitoring and alert
- Robot Pharmacy System
- พัฒนาระบบส่งต่อยา ใน รพสต.

เขตสุขภาพ	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	หนองคาย	เลย	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ
-พัฒนาระบบยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพปฐมภูมิและระบบส่งต่อด้านยา	มีกรอบบัญชีรายการยาสอดคล้องกับแม่ข่าย	มีกรอบบัญชีรายการยาสอดคล้องกับแม่ข่าย	มีกรอบบัญชีรายการยาสอดคล้องกับแม่ข่าย	มีกรอบบัญชีรายการยาสอดคล้องกับแม่ข่าย	มีกรอบบัญชีรายการยาสอดคล้องกับแม่ข่าย	มีกรอบบัญชีรายการยาสอดคล้องกับแม่ข่าย	มีกรอบบัญชีรายการยาสอดคล้องกับแม่ข่าย
-การจัดการคลังยา ณ หน่วยจ่ายของโรงพยาบาลระดับ A S M1 ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านระบบงาน กำลั้งคน การใช้สารสนเทศ	ปี 63-64 รพ.อุดรธานี และรพ.กุมภวาปี ศึกษารูปแบบการจัดคลังยาใหญ่และคลังยาย่อยเพื่อเป็นต้นแบบในจังหวัด	ปี 65 รพ.สกลนคร ปี 66 รพ.สว้างแดนสิน ปี 67 รพ.วานรนิวาส	ปี 63-64 รพ.นครพนมและรพ.ธาตุพนม	ปี 63-64 ศึกษารูปแบบการจัดการคลังยาใหญ่และคลังยาย่อยเพื่อเป็นต้นแบบในจังหวัด	ศึกษาการจัดการคลังยาใหญ่และคลังยาย่อยของโรงพยาบาล	ปี 62 รพ.หนองบัวลำภู ศึกษาสถานการณ์การจัดการคลังยาใหญ่และคลังยาย่อย (การดำเนินงานในปัจจุบัน รพ.หนองบัวลำภู มีการเชื่อมระบบ dispensing เข้ากับการจัดการ sub stock)	ศึกษาการจัดการคลังยาใหญ่และคลังยาย่อยของโรงพยาบาล

- Real time cold chain monitoring and alert
- Robot Pharmacy System
- พัฒนาระบบส่งต่อยา ใน รพสต.

[illegible]

ทิศทางนโยบาย Service support กระทรวง ปี 2562-2567

- Central LAB and Logistic
- LAB Application

62	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	หนองคาย	เลย	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ
•มีระบบ Central LAB and Logistic พื้นฐาน จังหวัดละ 1 อำเภอ	รพ. อุดรธานี	รพ. สกลนคร	รพ. นครพนม	รพ. หนองคาย	รพ. เลย	รพ. หนองบัวลำภู	รพ. บึงกาฬ
63-64							
•มีระบบ Central LAB and Logistic ทั้งจังหวัด เขตละ 2 จังหวัด	รพ. อุดรธานี	รพ. สกลนคร					
65-67							
•มีระบบ Central LAB and Logistic ทั้งจังหวัดและระดับเขต	รพ. อุดรธานี	รพ. สกลนคร	รพ. นครพนม	รพ. หนองคาย	รพ. เลย	รพ. หนองบัวลำภู	รพ. บึงกาฬ
•มีการพัฒนา LAB Application อย่างต่อเนื่อง และ รพศ./รพพ./รพช. Node ทุกแห่งมีการใช้งาน	รพ. อุดรธานี รพ. ภูมิภาควิ	รพ. สกลนคร รพ. สว่างแดนดิน	รพ. นครพนม				

5. อื่น ๆ ตามบริบทของแต่ละ central lab แต่ละแห่ง

4.4 แผนพัฒนาระบบบริการตามเป้าหมายเฉพาะพื้นที่ หรือตามประเด็นการพัฒนา (เช่น EEC ยุทธศาสตร์ทางทะเล Palliative Care Intermediate Care)

ตารางที่ 15 การพัฒนาระบบบริการตามเป้าหมายเฉพาะพื้นที่หรือตามประเด็นการพัฒนา

ประเด็นการพัฒนา	เป้าหมาย	แนวทางการจัดระบบบริการ	กรอบระยะเวลา	ตัวชี้วัด
Disease control	รพ.ชายแดน	เฝ้าระวัง ร่วมกับศูนย์วิชาการ สคร.8		

4.5 นวัตกรรมการบริหารจัดการระบบบริการ (Initiative Management Model)

จังหวัด	ชื่อหน่วยบริการ	การจัดการระบบบริการ				รายละเอียด	ปีที่ดำเนินการ ระบุ(62-67)
		การบริหารร่วม /การ บริการร่วม	ความร่วมมือ รัฐอื่น, เอกชน	Smart Hospital	อื่นๆ (ระบุ)		
อุดรธานี	รพ.ในจังหวัดอุดรธานี	1 province 1 hospital					

บทที่ 5

แนวทางการขับเคลื่อนแผนการจัดระบบบริการสุขภาพและข้อเสนอแนะ

5.1 กลไกการขับเคลื่อนแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ

1. คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพที่ 8
2. คณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 8
3. คณะกรรมการยุทธศาสตร์และสารสนเทศ (CIO)เขตสุขภาพที่ 8
4. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ CSO เขตสุขภาพที่ 8
5. คณะกรรมการกำลังคน CHRO เขตสุขภาพที่ 8
6. คณะกรรมการการเงินการคลัง CFO เขตสุขภาพที่ 8
7. คณะกรรมการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 8
8. คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
 - 8.1สาขาโรคหัวใจ
 - 8.2สาขาโรคมะเร็ง
 - 8.3สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 8.4สาขาทารกแรกเกิด
 - 8.5สาขาสุภาพจิตและจิตเวช
 - 8.6สาขาแม่และเด็ก
 - 8.7สาขาออร์โธปิดิกส์
 - 8.8สาขาสุภาพช่องปาก
 - 8.9สาขาโรคไต
 - 8.10สาขาตา
 - 8.11สาขาโรคไม่ติดต่อ
 - 8.12สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
 - 8.13สาขารับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ
 - 8.14สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
 - 8.15สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน
 - 8.16สาขาการดูแลแบบประคับประคอง
 - 8.17สาขาศัลยกรรม
 - 8.18สาขายาเสพติด
 - 8.19สาขาอายุรกรรม
 - 8.20สาขาปฐมภูมิ

5.2 แนวทางการขับเคลื่อนและการกำกับติดตามประเมินผล

- 1.วิเคราะห์ปัญหาเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์โดยคณะกรรมการ CSOเขตสุขภาพที่ 8ร่วมกับคณะกรรมการ CIOเขตฯ 8
- 2.กำหนดจังหวัด Focal point ตามบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละจังหวัด และแต่งตั้ง ประธาน / เลขานุการ Service Plan ผ่านคณะกรรมการ Board เขตสุขภาพที่ 8
- 3.คัดเลือกคณะทำงาน Service Plan ระดับเขตสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ /ผู้รับผิดชอบงาน และศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้อง
- 4.จัดทำแผนพัฒนา SP ระดับเขต (6 Building Blocks ;WHO) โดย คณะทำงาน Service plan ระดับเขต+CIO เขต +CHROเขต+ CFO เขต
- 5.จัดทำ KPI/ KPI Template ระดับเขต ของสาขานั้นๆ โดย คณะทำงาน Service plan ระดับเขต
- 6.ประชุมชี้แจงแก่ คณะกรรมการ CSO จังหวัด / ผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัด โดย คณะทำงาน Service plan ระดับเขต
- 7.จังหวัดดำเนินการขับเคลื่อนตามแผนงานของเขตสุขภาพ โดย คณะกรรมการ CSO จังหวัด
- 8.ติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดย คณะทำงาน Service plan ระดับเขต

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการวางแผนการจัดระบบบริการและกำลังคน ในระดับเขตสุขภาพ

.....

.....

.....

.....

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวางแผนการจัดระบบบริการและกำลังคนต่อส่วนกลางและ ข้อเสนอเชิงนโยบาย ต่อผู้บริหาร

.....

.....

.....

.....

บรรณานุกรม (ถ้ามี)

ภาษาไทย

[illegible]

ภาษาอังกฤษ

[illegible]

ภาคผนวก

รพ.สกลนคร ประเมินตนเอง level 1+ ภายในปี 2567

การจัดระดับและเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สาขามะเร็ง

ด้านพยาธิวิทยา level 1

No	เกณฑ์	ระดับ				ปัจจุบัน	แผนการพัฒนา					หมายเหตุ
	ขีดความสามารถ	1+	1	2	3		2561	2562	2563	2564	2565	
1	ด้านบริการ											
1.1	ด้านการวินิจฉัย ทางพยาธิวิทยา			2		2			1	1	1	
2	สถานที่/เครื่องมือ/เวชภัณฑ์											
2.1	สถานที่		1			1	1	1	1	1	1	
2.2	เครื่องมือ/เวชภัณฑ์		1			1	1	1	1	1	1	
3	กำลังคน											
2.1.1	Pathologist			2		2	2		1			
2.2.2	Cytotechnologist			2		2		1	1	1		
2.2.3	Medical technologist (AP, CP)				3	3	3	3	2	2	2	

ด้านรังสีวินิจฉัย level 1+

No	เกณฑ์	ระดับ				ปัจจุบัน	แผนการพัฒนา				
	ขีดความสามารถ	1+	1	2	3		2561	2562	2563	2564	2565
1	ด้านการวินิจฉัยทางรังสีวิทยา		1			1	1	1	1	1+	1+
2	สถานที่/เครื่องมือ/เวชภัณฑ์		1			1	1	1	1	1+	1+
3	กำลังคน		1			1	1	1	1	1+	1+
3.1	รังสีแพทย์ (Diagnostic Radiologist)		1			1	1	1	1	1+	1+
3.2	นักรังสีการแพทย์		1			1	1		1	1+	1+
3.3	พยาบาลวิชาชีพ		1			1	1	1	1	1	1

ด้านการผ่าตัด level 1+

No	เกณฑ์	ระดับ				ปัจจุบัน	แผนการพัฒนา				
		1+	1	2	3		2561	2562	2563	2564	2565
1	ด้านบริการ										
1.1	ด้านการวินิจฉัยส่งตรวจพิเศษ			2		2	2	2	1	1	1
1.2	ด้านการรักษาด้วยการผ่าตัด		1			1	1	1	1+	1+	1+
2	สถานที่/เครื่องมือ/เวชภัณฑ์			2		2	2	2	1	1	1
3	กำลังคน										
3.1	General surgeon บริการ	1+				1+	1+	1+	1+	1+	1+
3.2	Surgical Oncologist					ไม่มี			2	2	1
3.3	Urologist			2		2	2	2	2	1	1
3.4	Neurosurgeon		1			1	1	1	1	1	1+
3.5	Colorectal surgeon					ไม่มี				2	1
3.6	CVT surgeon		1			1	1	1	1	1	1
3.7	Pediatric surgeon					ไม่มี				1	1
3.8	Obstetric gynecologist		1			1	1	1	1	1	1+
3.9	Gynecologic oncologist			2		2	2	2	2	1	1
3.10	Otolaryngologist		1			1	1	1	1	1	1
3.11	Head & Neck surgeon					ไม่มี			1	1	1
3.12	Dentist		1			1	1	1	1	1	1+
3.13	Maxillofacial surgeon		1			1	1	1	1	1	1+
3.14	Anesthesiologist		1			1	1	1	1	1	1+
3.15	Pain specialist		1			1	1	1		1	1+
3.16	พยาบาล		1			1	1	1	1	1	1

ด้านเคมีบำบัด level 1

No	เกณฑ์	ระดับ				ปัจจุบัน	แผนการพัฒนา				
	ขีดความสามารถ	1+	1	2	3		2561	2562	2563	2564	2565
1	ด้านบริการ										
1.1	ด้านการวินิจฉัย ด้วยเคมีบำบัด		1			1				1	1
2	สถานที่/เครื่องมือ/เวชภัณฑ์										
3	กำลังคน										
3.1	Medical oncologist			2		2			1	1	1
3.2	Hematologist or hematooncologist		1			1		1	1	1	1
3.3	Pediatric hematooncologist		1			1		1	1	1	1
3.4	Pharmacist		1			1		1		1	1
3.5	Chemo compounding pharmacist		1			1			1	1	1
3.6	พยาบาล		1+			1+		2	1	1	1

ด้านรังสีร่วมรักษา

ไม่มีบริการ

ด้านรังสีรักษา level 1

No	เกณฑ์	ระดับ				ปัจจุบัน	แผนการพัฒนา				
	ขีดความสามารถ	1+	1	2	3		2561	2562	2563	2564	2565
1	ด้านบริการ										
1.1	ด้านการรักษาด้วยรังสีรักษา		1			1	1	1	1	1	1
2	สถานที่/เครื่องมือ/เวชภัณฑ์										
2.1	Digital Simulator (30 ลบ)					0					
2.2	CT Simulator (35 - 50 ลบ)		1			1	1	1	1	1	1
2.3	LINAC with MLC (photon and electron beam) (80 ลบ)					0					1
2.4	LINAC with MLC (only photon beam) (65 - 180 ลบ)		1			1			1		
2.5	High dose rate Brachytherapy system+ C-Arm (25-30 ลบ)					0					
2.6	ชุดอุปกรณ์เครื่องวัด และควบคุมคุณภาพ รังสี QA verification		1			1			1	1	
2.7	ระบบคอมพิวเตอร์ฐานข้อมูลรังสีรักษา		1			1		1	1	1	
3	กำลังคน										
3.1	แพทย์รังสีรักษา (1.5-2 คน/เครื่องฉายรังสี)			2		2			1	1	
3.2	นักฟิสิกส์รังสีรักษา (1-1.5 คน/เครื่องฉายรังสี)		1			1			1	1	1
3.3	นักรังสีการแพทย์ ทางรังสีรักษา 2 คน/เครื่อง simulator, brachytherapy และเครื่องฉายรังสี เทคนิค 2D, 3DCRT 3 คน/เครื่องฉาย รังสีเทคนิค IMRT, VMAT, SRS/SRT/SBRT		1			1			1	1	1
3.4	พยาบาลรังสีรักษาผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะโรค มะเร็งหรือทางรังสีวิทยา		1			1			1	1	1

ด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์

ไม่มีบริการ

