LOEI HOSPITAL

โรงพยาบาลเลย

การตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565

วันที่ 21-22 กรกฎาคม 2565

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดต่างๆ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาทางสุขภาพในปัจจุบัน เป็นองค์ประกอบสำคัญที่โรงพยาบาลเลยได้นำมาเป็นทิศทางในการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมายการพัฒนางาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริการทางสุขภาพและตอบสนองความต้องการที่มากขึ้นของประชาชน

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบในการนำเสนอข้อมูลการรายงานผลการดำเนินงาน ตามแผนตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2565 ระหว่างวันที่ 21-22 กรกฎาคม 2565 ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลเลย
ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการ ประจำปี 2565
ส่วนที่ 3 นโยบายเร่งรัด ประเด็นตรวจราชการ ประจำปี 2565

โรงพยาบาลเลย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับคณะตรวจราชการและนิเทศงาน รวมถึงบุคลากรภายในโรงพยาบาลเลย สำหรับนำไปประกอบการตรวจสอบและพิจารณา เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงาน นำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขต่อไป

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
กรกฎาคม 2565

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลเลย	1
ประวัติโรงพยาบาลเลย	2
ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565	3
ยุทธศาสตร์กระทรวงเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2565	4
ยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัด ปีงบประมาณ 2565	4
ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเลย ปีงบประมาณ 2565	6
ประชากรและเขตการปกครองจังหวัดเลย	8
รายชื่อหน่วยงานในโรงพยาบาลเลย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	12
โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลเลย	13
ข้อมูลจำนวนเตียงผู้ป่วย รพ.เลย ประจำปีงบประมาณ 2565	14
สรุปจำนวนผู้มารับบริการโรงพยาบาลเลยในรอบ 5 ปี 2561– 2565 (ต.ค.-มี.ค.2564)	15
สถิติเปรียบเทียบผู้ป่วยนอก แยกตามแผนก ปีงบประมาณ 2561– 2565 (ต.ค.-มี.ค.2564)	15
สถิติเปรียบเทียบผู้ป่วยใน แยกตามแผนก ปีงบประมาณ 2561– 2565 (ต.ค.-มี.ค.2564)	16
ค่า CMI ของโรงพยาบาลเลย ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2565 (ต.ค.-มี.ค.2564)	16
ค่า CMI แยกตามสิทธิรักษาการพยาบาลของโรงพยาบาลเลย ปีงบประมาณ 2559 – 2565 (ต.ค.-มี.ค.2564)	17
รายงานค่า RW ผู้ป่วยในรับการรักษาโรงพยาบาลเลย จากต่างอำเภอ ปีงบประมาณ 2559 – 2565	17
10 อันดับโรคแรกผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2563 –2565	18
10 อันดับโรคแรกผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2563 –2565	19
10 อันดับสาเหตุการตายปีงบประมาณ 2563 –2565	20
10 อันดับอัตราป่วยตาย ณ โรงพยาบาลเลย ประจำปีงบประมาณ 2565	21
รายงานสถานการณ์ข้อมูล Refer โรงพยาบาลเลย	22
ข้อมูลอัตรากำลัง	31
ข้อมูลทางการเงิน	32
ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการโรงพยาบาลเลย	36
ส่วนที่ 3 นโยบายเร่งรัด ตามประเด็นตรวจราชการ ปี 2565	68
Agenda Based	69
-โครงการพระราชดำริ	70
-กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ	81
-ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	83
Function Based	90
-การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย	91
- Service Plan สาขาโรคหัวใจ STEMI	98
- Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง STROKE	103
- Service Plan สาขา SEPSIS	105
- Service Plan สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน	108

เรื่อง	หน้า
- Service Plan สาขามะเร็ง	116
- Service Plan สาขาการดูแลระยะกลาง (IMC)	120
- Service Plan สาขาออร์โธปิดิกส์	122
- Service Plan สาขาจักษุ	123
- Service Plan สาขาทารกแรกเกิด	124
- Service Plan สาขาโรคไต	126
- Service Plan สาขา One Day Surgery	128
- Service Plan สาขา Palliative care	130
- การเงินการคลังสุขภาพ	133
- ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)	134
- องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	135
Area Based	139
-การพัฒนาสุขภาพจิตและจิตเวช	140
- HAIT	142
นโยบายขับเคลื่อนเขตสุขภาพที่ 8	144
-ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย	145
-ญาติพาผู้สูงอายุไปหาหมอ: คลินิกผู้สูงอายุนอกเวลาราชการ	148
นโยบายมุ่งเน้น กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565	150
EMS : Environment, Modernization and Smart Service	151

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565

โรงพยาบาลเลย เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S อยู่ในเขตสุขภาพที่ 8 รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพประชากรจังหวัดเลย จังหวัดข้างเคียง และประเทศเพื่อนบ้าน (สปป.ลาว) มีวิสัยทัศน์ “เป็นเลิศด้านบริการ โรงพยาบาลทันสมัย ใส่ใจสิ่งแวดล้อม ประชาพร้อมร่วมใจ” ค่านิยม/อัตลักษณ์ “ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ บริการด้วยใจ” เข็มมุ่งปี 2565 1). พัฒนาศูนย์หัวใจ ระดับ 2 2). ผ่านการรับรองคุณภาพ HAIT ขั้นที่ 1 3). เพิ่มประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง โรงพยาบาลเลยเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด มีจำนวนเตียงตามกรอบ จำนวน 450 เตียง ให้บริการจริง 502 เตียง อัตราครองเตียงปีงบประมาณ 2561-2565 (ต.ค.-มี.ค.2565) คือ 122.44, 123.35, 97.89 99.45 และ100.25 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2565 จำนวนเตียงตามกรอบ เตียงสามัญ จำนวน 366 เตียง เตียงพิเศษ จำนวน 84 เตียง รวมเป็น 450 เตียง และมีหอผู้ป่วยหนัก (ผู้ใหญ่และเด็ก) จำนวน 36 เตียง ห้องผ่าตัด 10 ห้อง ห้องคลอด 4 เตียง รอคลอด 10 เตียง Stroke unite 8 เตียง หน่วยเคมีบำบัด 14 เตียง ไตเทียม 16 เตียง และ Cohort ward 17 เตียง ผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก เฉลี่ยวันละ 1,708 visit ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 451 คนต่อวัน เฉลี่ยนอนคนละ 3.99 วัน ผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เฉลี่ยวันละ 122 คน จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการสูงสุดคือ แผนกอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 55.73 จำนวนผู้ป่วยในที่มารับบริการสูงสุดคือ แผนกอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 34.54 สถิติ 5 ลำดับแรกผู้ป่วยนอก ปี 2565(ต.ค.-มี.ค.2565) คือ 1) Need for immunization against COVD-19, unspecified 2) Essential (primary) hypertension 3) Dental examination 4) Special screening examination for other viral diseases 5) U-DM Without complications สถิติ 5 ลำดับแรกผู้ป่วยใน ปี 2565 (ต.ค.-ธ.ค.2565) คือ 1). อุบัติเหตุจราจร 2). ทาลัสซีเมีย 3). โรคมะเร็ง 4).ต้อกระจกในผู้สูงอายุ 5) โรคหลอดเลือดในสมอง และสถิติ 5 ลำดับสาเหตุการตาย ปี 2565(ต.ค.-มี.ค.2564) คือ 1). ปอดบวม 2). โรคหลอดเลือดในสมอง 3). โรคมะเร็ง 4). อุบัติเหตุจราจร 5). ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 65 ตัวชี้วัดตรวจราชการประจำปีงบประมาณ 2565 แบ่งเป็น 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) จำนวน 18 ตัวชี้วัด ผ่าน 12 ตัวชี้วัด ไม่ผ่าน 4 ตัวชี้วัด กำลังดำเนินการ 2 ตัวชี้วัด 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) จำนวน 31 ตัวชี้วัด ผ่าน 17 ตัวชี้วัด ไม่ผ่าน 11 ตัวชี้วัด กำลังดำเนินการ 3 ตัวชี้วัด 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) จำนวน 3 ตัวชี้วัด ผ่าน 2 ตัวชี้วัด ไม่ผ่าน 1 ตัวชี้วัด 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) จำนวน 13 ตัวชี้วัด ผ่าน 7 กำลังดำเนินการ 6 ตัวชี้วัด ส่วนนโยบายเร่งรัด ได้ดำเนินการตามประเด็น Agenda Based 1.โครงการตามพระราชดำริโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์, 2. กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ และ3. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ(คนไทยมีหมอประจำตัว 3 คน,จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย, อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ) Function Based 1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (สุขภาพเด็ก, สุขภาพวัยทำงาน, สุขภาพผู้สูงอายุ,สุขภาพดีวิถีใหม่) 2. ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย (Service Plan สาขา STEMI, Stroke, Sepsis, อุบัติเหตุฉุกเฉิน, มะเร็ง, ทารกแรกเกิด, ODS/ IMC) 3.ระบบธรรมาภิบาล Area Based 1.การพัฒนาสุขภาพจิตและจิตเวช 2.มารดาตาย 3.HAIT นโยบายขับเคลื่อนเขตสุขภาพที่ 8 1. ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย 2. ญาติพาผู้สูงอายุไปหาหมอ: คลินิกผู้สูงอายุนอกเวลาราชการ

ส่วนที่ 1
ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลเลย

โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

ประวัติโรงพยาบาลเลย

โรงพยาบาลเลยเริ่มดำเนินการก่อสร้างเมื่อปี พ.ศ.2494 โดยกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรเงินงบประมาณ จำนวน 500,000 บาทให้จังหวัดเลยจัดซื้อที่ดิน(ทะเบียนพัสดุ 13176 แปลงเลขที่ ลย.15) ขนาดพื้นที่ 26 ไร่ 2 งาน 21 ตารางวา มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ	จด	ถนนร่วมใจ
ทิศใต้	จด	ถนนนกแก้ว
ทิศตะวันออก	จด	ถนนราษฎร์อุทิศ
ทิศตะวันตก	จด	ถนนมลิวรรณ, ศาลากลางจังหวัดเลย, โรงเรียนเมืองเลย

พิธีเปิดอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2496 เป็นโรงพยาบาลขนาด 25 เตียงและได้รับงบประมาณเพื่อขยายการบริการและก่อสร้างอาคารเพิ่มตามลำดับดังนี้

- ปี พ.ศ. 2499 เรือนคนไข้ 25เตียง 1หลัง เพิ่มเป็นขนาด 50เตียง
- ปี พ.ศ. 2501 เรือนคนไข้ 25เตียง 1หลัง เพิ่มเป็นขนาด 75เตียง
- ปี พ.ศ. 2503 เรือนคนไข้ 25เตียง 1หลัง เพิ่มเป็นขนาด 100เตียง
- ปี พ.ศ. 2503 เรือนคนไข้ 25เตียง 1หลัง เพิ่มเป็นขนาด 125เตียง
- ปี พ.ศ. 2507 ตึกสูติกรรม 25เตียง1หลัง เพิ่มเป็นขนาด 150เตียง
- ปี พ.ศ. 2521 ตึกคนไข้เด็ก25เตียง 1หลังเพิ่มเป็นขนาด 200เตียง
- ปี พ.ศ. 2525 ตึกอายุรกรรมและศัลยกรรมชาย 50เตียง 1หลังเพิ่มเป็นขนาด 250เตียง
- ปี พ.ศ. 2526 ตึกศัลยกรรมกระดูกและตึกอายุรกรรมหญิง 40เตียง 1หลังเพิ่มเป็นขนาด 290เตียง
- ปี พ.ศ. 2527 ปรับปรุงตึกอำนวยการเป็นตึก พตท.171820เตียง 1หลังเพิ่มเป็นขนาด 310เตียง
- ปี พ.ศ. 2535 เรือนคนไข้ 25 เตียง 1 หลัง (ตึก OR , ICU, Uro) เพิ่มเป็นขนาด 324เตียง
- ปี พ.ศ. 2534–2536ตึกสูติกรรม 1หลัง(ทดแทนหลังเดิม)
- ปี พ.ศ. 2538 ตึกเวชกรรมฟื้นฟู 1หลัง
- ปี พ.ศ. 2543 เปิดหน่วยไตเทียมเฉลิมพระเกียรติ
- ปี พ.ศ. 2549–2551 อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ 5ชั้น (งบประมาณ)
- ปี พ.ศ. 2551–2552 เพิ่มบริการ CT scan และเครื่องฟอกไต โดยใช้ระบบ outsource
- ปี พ.ศ. 2552–2553 ตึกผู้ป่วยในและสงฆ์อาพาธ 6ชั้น (งบบริจาค) (ตึกสงฆ์บูรพาจารย์)
- ปี พ.ศ. 2554–2557 อาคารผู้ป่วยใน 6ชั้น 144เตียง(ตึก 60 ปี โรงพยาบาลเลย) เปิดให้บริการเดือนเมษายน 2557 และห้องพักเจ้าหน้าที่32 ยูนิต(เมษายน 2556)(งบไทยเข้มแข็ง)
- ปี พ.ศ. 2564 ขยายเตียงตามกรอบจาก 324 เตียง เป็น 402 เตียง
- ปี พ.ศ. 2556 เปิดให้บริการศูนย์อาหาร (ร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลเลย) มกราคม 2556
- ปี พ.ศ. 2558 รื้อถอนอาคารบริการผู้ป่วย ตึกสูติ-นรีเวชกรรม
- ปี พ.ศ. 2560 เปิดให้บริการอาคารพักแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและทันตแพทย์ 8 ชั้น (วันที่ 16 กรกฎาคม 2560)
-ปี พ.ศ.2562 ขยายเตียงตามกรอบ จาก 402 เตียง เป็น 450 เตียง (กรกฎาคม 2562)
-ปี พ.ศ.2562 เปิดให้บริการ ตึกผู้ป่วยใน 6 ชั้น 144 เตียง (ตึกสายธาร) และเพิ่มบริการ MRI (Outsource)
-ปี พ.ศ.2563 เปิด ARI Clinic และหอผู้ป่วยแยกโรค (Cohort word)
-ปี พ.ศ.2564 เปิดให้บริการอาคารจอดรถ 10 ชั้น (2 ธันวาคม 2565)
-ปี พ.ศ.2565 กำลังก่อสร้างอาคารอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน (อาคารหลวงพ่อสายทอง) 10 ชั้น

รายนามผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย ตั้งแต่เริ่มเปิดดำเนินการจนถึงปัจจุบัน

1. นายแพทย์เลื่อน	ลาหะคามิน	24 ก.ค.2495 – 31 ม.ค. 2497
2. นายแพทย์กิติ	ตยัคคานนท์	1 เม.ย.2497 – 30 เม.ย.2499
3. นายแพทย์เจริญ	วัฒนจินดา	1 พ.ค.2499 – 31 มี.ค. 2500
4. นายแพทย์ ม.ร.ว ไพทูรย์	สุทัศนีย์	28 ก.ค.2500 – 24 ม.ค. 2506
5. นายแพทย์บุญยงค์	วงศ์รักมิตร	8 ก.พ.2506 – 27 มิ.ย. 2507
6. นายแพทย์ประสิทธิ์	สาระยา	3 ก.ค.2507 – 5 ธ.ค. 2511
7. นายแพทย์ถนอม	เหล่ารักพงษ์	5 ธ.ค.2511 – 23 ก.ค. 2513
8. นายแพทย์สุชาติ	บุรพัฒน์	23 ก.ค.2513 – 4 ธ.ค. 2515
9. นายแพทย์โอภาส	บุญสิทธิ์	5 ธ.ค.2515 – 15 มี.ค. 2517
10. นายแพทย์เอกชัย	เขื่อนขันธ์สถิต	15 มี.ค.2517 – 30 ก.ย. 2529
11. นายแพทย์วิชัย	ธรรมบวร	1 ต.ค.2529 – 30 ก.ย. 2535
12. นายแพทย์สุรชัย	นิวัตยะกุล	1 ต.ค.2535 – 30 ก.ย. 2553
13. นายแพทย์ปราโมทย์	บุญเจียร	8 ธ.ค.2553 – 30 ก.ย. 2559
14. นายแพทย์วันชัย	ล้อกาญจนรัตน์	1 ต.ค.2559 – 2 เม.ย.2560
15. นายแพทย์ชุมนุม	วิทยานันท์	3 เม.ย.2560 – 7 ต.ค. 2563
16. นายแพทย์บัญชา	ผลานุวงษ์	8 ต.ค.2563 – ปัจจุบัน

ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

เป้าหมาย (Ultimate Goal)

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

พันธกิจ (Missions)

พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

ค่านิยม (Core value)

M=Mastery คือเป็นนายตัวเอง

O = Originality คือสร้างสรรค์นวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ

P= People Centered Approach คือยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

H=Humility คืออ่อนน้อม ถ่อมตน

ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565

วิสัยทัศน์ (Vision)

ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง สร้างความเจริญทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืนบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงศูนย์ความเป็นเลิศ มีคุณภาพไร้รอยต่อ

พันธกิจ (Missions)

1.Health For All จัดระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงบริการศูนย์ความเป็นเลิศที่มีคุณภาพครอบคลุมและระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ

2.All For Health ส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสุขภาพดีแบบบูรณาการ และการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน บนฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ

ค่านิยม (Core value)

M=Mastery คือ เป็นนายตัวเอง

O = Originality คือ สร้างสิ่งใหม่

P= People Centered Approach คือ ใส่ใจประชาชน

H=Humility คือ ถ่อมตน อ่อนน้อม

เป้าหมาย

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

เป้าประสงค์

1.อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า 80 ปี

2.อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 72 ปี

ยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดเลย ปีงบประมาณ พ.ศ.2565

วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นองค์กรแห่งความสุข ที่มีระบบบริการคุณภาพ เพื่อชาวเลยสุขภาพดี”

พันธกิจ (Mission)

1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
2. ให้การรักษา ฟื้นฟูที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการมั่นใจ ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง
3. ส่งเสริมสนับสนุนภาคีทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการตามหลักธรรมมาภิบาล มุ่งเน้นพัฒนาบุคลากร สารสนเทศสุขภาพและนวัตกรรม

เป้าประสงค์รวม

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบบริการคุณภาพมาตรฐาน

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับองค์กร

1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ไม่น้อยกว่า 85 ปี
2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี
3. สถานบริการได้รับรองมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ร้อยละ 100
4. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60
5. ดัชนีความสุขของคน,ทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70
6. หน่วยงานในสังกัดผ่านการประเมิน ITA ร้อยละ 100

ค่านิยม

ค่านิยม : MOPH เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม

M : Mastery เป็นนายตนเอง

O : Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่

P : People Center approach ใส่ใจประชาชน

H : Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม

ประเด็นยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและเฝ้าระวังภัยสุขภาพ

แผนงานที่ 1 : บูรณาการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

แผนงานที่ 2 : บูรณาการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

แผนงานที่ 3 : พัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาและจัดระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ

แผนงานที่ 4 : พัฒนาระบบรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ ให้มีคุณภาพมาตรฐาน

แผนงานที่ 5 : พัฒนาหน่วยบริการให้มีคุณภาพมาตรฐาน

แผนงานที่ 6 : พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขพื้นที่ชายแดน

แผนงานที่ 7 : พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

แผนงานที่ 8 : พัฒนาและส่งเสริมศักยภาพการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : พัฒนาการบริหารจัดการกำลังคน

แผนงานที่ 9 : พัฒนาบุคลากรตามสมรรถนะและส่งเสริมความสุขในองค์กร

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 : พัฒนาระบบบริหารจัดการบริการสุขภาพด้วยหลักธรรมาภิบาล

แผนงานที่ 10 : บริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพตามหลักธรรมมาภิบาล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 : พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์แบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

แผนงานที่ 11 : บริหารยุทธศาสตร์สุขภาพแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

แผนงานที่ 12 : ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ที่มีคุณภาพ

แผนงานที่ 13 : การจัดการความรู้ วิจัยและนวัตกรรม

เป้าประสงค์ (Goal)

1. สร้างเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย มีสุขภาพดี
2. เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
3. ระบบคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิภาพ
4. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ และพึงพอใจ
5. หน่วยบริการมีคุณภาพมาตรฐาน
6. มีการจัดระบบบริการสาธารณสุขพื้นที่ชายแดนผ่านเกณฑ์
7. ระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ
8. ภาคีเครือข่ายและประชาชนมีระบบการจัดการสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง ภายใต้บริบทของพื้นที่
9. บุคลากรมีความสามารถในงานและมีความสุข
10. มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพตามหลักธรรมมาภิบาล
11. มีการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์
12. มีระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ที่มีคุณภาพ
13. มีการจัดการความรู้ วิจัยและนวัตกรรม

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเลยปีงบประมาณ 2565

1.วิสัยทัศน์:

เป็นเลิศด้านบริการ โรงพยาบาลทันสมัย ใส่ใจสิ่งแวดล้อม ประชาพร้อมร่วมใจ

2. พันธกิจ :

1.พัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม

2.พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะเหมาะสมและเพียงพอ

3.พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ

4.สร้างและสนับสนุนภาคีเครือข่าย ชุมชน และประชาชน ในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

3. เป้าประสงค์:

1.ผู้รับบริการ ปลอดภัยและพึงพอใจ

2.เจ้าหน้าที่มีความสุข

3.ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4. อัตลักษณ์โรงพยาบาลเลย

“ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ บริการด้วยใจ”

5.<u>วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture)</u> "LOEI HOSPITAL"

องค์กรที่มีการขับเคลื่อนด้วยภาวะผู้นำของทีมบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นมืออาชีพ มีจรรยาบรรณและผู้พันกับองค์กร เรียนรู้ปรับตัวอย่างว่องไว ซื่อสัตย์รับผิดชอบ คิดบวกและเสริมพลังมุ่งเน้นเป้าหมายเพื่อสุขภาวะของผู้ป่วย ประชาชน ชุมชน ภายใต้บรรยากาศเปิดแห่งการเรียนรู้

L : Leadership

O : Objective oriented

E : Evidence-based, Empowerment, Ethical, Engagement

I : individual commitment

H : Health focus (patient, customer, community)

O : 0pen mind, Atmosphere

S : Staff focus, System perspective

P : Professional standard, Positive thinking

I : Integrity, Integration

T : Teamwork, Talent management

A : Agility, Accountabity

L : Learning

6.<u> เข็มมุ่งปี 2565</u>

1. พัฒนาศูนย์หัวใจ ระดับ 2
2. ผ่านการรับรองคุณภาพ HAIT ขั้นที่ 1
3. เพิ่มประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง

7. <u>ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเลย 2565</u>

1.พัฒนาระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ

2.พัฒนาบุคลากรและบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

3.พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ

4.พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ

5.เพิ่มขีดความสามารถของภาคีเครือข่ายสถานบริการสุขภาพและระบบปฐมภูมิ

ข้อมูลด้านประชากรและเขตการปกครองจังหวัดเลย

ข้อมูลด้านการปกครอง

จังหวัดเลย แบ่งการปกครองออกเป็น 14 อำเภอ 90 ตำบล 918 หมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 27 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 71 แห่ง ประชากรจำนวนทั้งสิ้น 638,736คน โดยอำเภอเมืองเลยมีประชากรมากที่สุด จำนวน 123,184 คน รองลงมาคืออำเภอวังสะพุงจำนวน 111,344 คน และอำเภอที่มีประชากรน้อยที่สุดคืออำเภอนาแห้ว จำนวน 11,675 คน ทั้งนี้ จังหวัดเลยมีการกระจายตัวของประชากรต่อพื้นที่เฉลี่ย 55.71 คนต่อตารางกิโลเมตร โดยอำเภอเอราวัณเป็นอำเภอที่มีอัตราความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่มากที่สุดเฉลี่ย 130.15 คนต่อตารางกิโลเมตร และน้อยที่สุดคืออำเภอนาแห้วมีประชากรต่อพื้นที่เฉลี่ย 18.59คน ต่อตารางกิโลเมตร รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรเขตการปกครอง และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ลำดับ	อำเภอ	ประชากร	หลังคาเรือน	หมู่บ้าน	ชุมชน	ตำบล	อปท.		
							ทม.	ทต.	อบต
1	เมือง	101,839	43,533	135	50	14	1	6	9
2	นาด้วง	20,896	8,385	41	-	4	-	2	3
3	เชียงคาน	50,860	20,546	82	-	8	-	3	6
4	ปากชม	33,804	13,220	50	-	6	-	3	5
5	ด่านซ้าย	43,247	16,678	97	-	10	-	2	9
6	นาแห้ว	9,221	3,704	34	-	5	-	1	4
7	ภูเรือ	19,765	8,035	47	-	6	-	2	5
8	ท่าลี่	20,927	10,036	41	-	6	-	1	5
9	วังสะพุง	95,971	35,585	144	-	10	1	2	8
10	ภูกระดึง	28,971	10,681	54	-	4	-	1	4
11	ภูหลวง	20,818	7,140	46	-	5	-	-	5
12	ผาขาว	35,671	11,355	64	-	5	-	2	3
13	เอราวัณ	30,124	10,998	47	-	4	-	2	2
14	หนองหิน	20,732	7,485	34	-	3	-	1	3
	รวม	532,846	207,381	916	50	90	2	27	71

ตารางที่ 2 พื้นที่ ความหนาแน่นของประชากรต่อตารางกิโลเมตร และระยะห่างจากจังหวัด

ลำดับ	อำเภอ	พื้นที่ (ตร.กม.)	ประชากร	ความหนาแน่นของประชากร : ตร.กม.	ระยะทางห่างจากจังหวัด(กม.)
1	เมือง	1,480	101,839	83.23	0.1
2	นาด้วง	590	20,896	44.86	37
3	เชียงคาน	867	50,860	70.32	48
4	ปากชม	957	33,804	44.05	92
5	ด่านซ้าย	1,772	43,247	29.00	82
6	นาแห้ว	628	9,221	18.59	117
7	ภูเรือ	880	19,765	25.68	49
8	ท่าลี่	683	20,927	41.15	46
9	วังสะพุง	1,145	95,971	97.24	22
10	ภูกระดึง	709	28,971	48.66	74
11	ภูหลวง	463	20,818	54.09	50
12	ผาขาว	595	35,671	70.96	63
13	เอราวัณ	262	30,124	130.15	42
14	หนองหิน	435	20,732	57.46	47
	รวม	11,466	532,846	55.71	

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ข้อมูลด้านประชากร

จากข้อมูลประชากร ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 พบว่า จังหวัดเลยมีประชากรส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 50 - 54 ปี จำนวน 44,855 คน คิดเป็นร้อยละ 8.42 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 55-59 ปี จำนวน 42,963 คน คิดเป็นร้อยละ 8.06 และ 45-49 ปี จำนวน 40,386 คน คิดเป็นร้อยละ 7.58 โดยมีประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 87,695 คน คิดเป็นร้อยละ 16.46 และอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 113,123 คน คิดเป็นร้อยละ 21.23 รายละเอียดดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2565

กลุ่มอายุ	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0 – 4 ปี	12,683	2.38	11,948	2.24	24,631	4.62
5 – 9 ปี	15,197	2.85	14,202	2.67	29,399	5.52
10 – 14 ปี	17,139	3.22	16,526	3.10	33,665	6.32
15 – 19 ปี	18,442	3.46	17,673	3.32	36,115	6.78
20 – 24 ปี	17,563	3.30	16,428	3.08	33,991	6.38
25 – 29 ปี	17,168	3.22	16,625	3.12	33,793	6.34
30 – 34 ปี	15,752	2.96	15,415	2.89	31,167	5.85
35 – 39 ปี	16,671	3.13	15,872	2.98	32,543	6.11
40 – 44 ปี	18,332	3.44	17,883	3.36	36,215	6.80
45 – 49 ปี	19,988	3.75	20,398	3.83	40,386	7.58
50 – 54 ปี	21,953	4.12	22,902	4.30	44,855	8.42
55 – 59 ปี	20,944	3.93	22,019	4.13	42,963	8.06
60 – 64 ปี	17,633	3.31	18,881	3.54	36,514	6.85
65 – 69 ปี	13,751	2.58	14,489	2.72	28,240	5.30
70 – 74 ปี	9,836	1.85	10,524	1.98	20,360	3.82
75 – 79 ปี	6,281	1.18	7,013	1.32	13,294	2.49
80 – 84 ปี	3,534	0.66	4,406	0.83	7,940	1.49
85 – 89 ปี	1,863	0.35	2,445	0.46	4,308	0.81
90 – 94 ปี	753	0.14	1,102	0.21	1,855	0.35
95 – 99 ปี	178	0.03	295	0.06	473	0.09
100 ปีขึ้นไป	66	0.01	73	0.01	139	0.03
รวม	265,727	49.87	267,119	50.13	532,846	100.00

หมายเหตุ : ร้อยละ หมายถึง ร้อยละของประชากรเปรียบเทียบประชากรทั้งหมด

ตารางที่ 4 จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน เมือง จำแนกรายอำเภอ จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2565

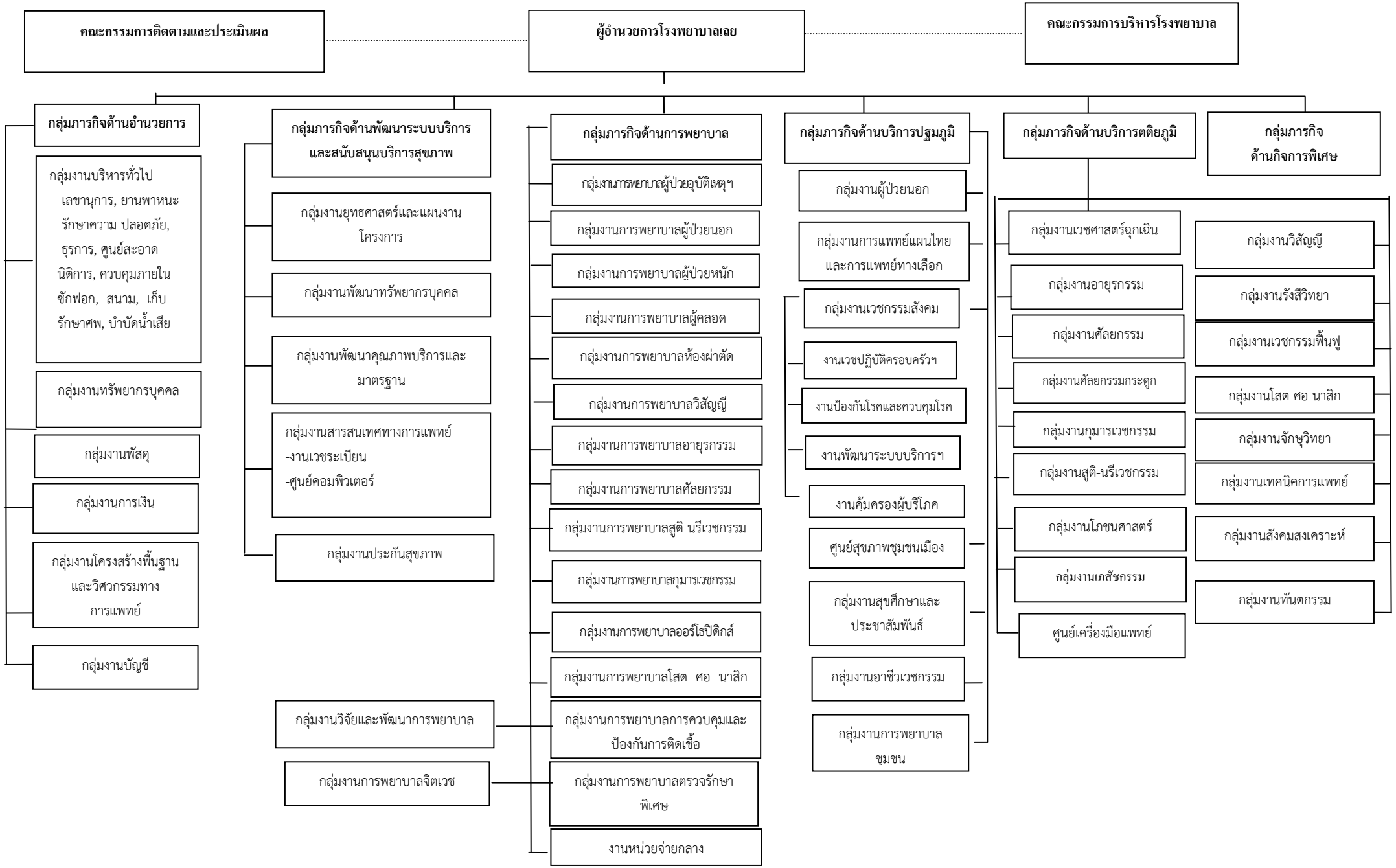
ลำดับ	อำเภอ	รพท./รพช.						รพ.สต. ขนาดใหญ่ (แห่ง)	รพ.สต. ขนาดกลาง (แห่ง)	รพ.สต. ขนาดเล็ก (แห่ง)
		จำนวนเตียง	ระดับเครือข่ายบริการตาม service							
			S	M2	F1	F2	F3			
1	เมือง	450	/					2	13	4
2	วังสะพุง	90			/			2	13	2
3	ด่านซ้าย	60		/				-	5	8
4	เชียงคาน	60				/		-	7	7
5	นาด้วง	30				/		-	2	3
6	ปากชม	30				/		-	5	5
7	ภูเรือ	30				/		-	1	5
8	ท่าลี่	30				/		-	3	6
9	ภูกระดึง	60				/		-	5	-
10	ภูหลวง	30				/		-	3	2
11	ผาขาว	30				/		1	4	1
12	เอราวัณ	30				/		-	5	3
13	นาแห้ว	30					/	-	-	5
14	หนองหิน	30				/		-	4	1
รวม	จำนวน	960	1	1	1	10	1	5	70	52
	ร้อยละ		7.14	7.14	7.14	71.43	7.14	3.94	55.12	40.94

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

รายชื่อหน่วยงานในโรงพยาบาลเลย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ลำดับ	หน่วยงาน	ลำดับ	หน่วยงาน
กลุ่มภารกิจอำนวยการ		**กลุ่มภารกิจทุติย/ตติยภูมิ**	
1	กลุ่มงานบริหารทั่วไป (เลขานุการ, ยานพาหนะ,รักษาความปลอดภัย, ธุรการ, ศูนย์สะอาด, นิติการ,ควบคุมภายใน, สนาม, เก็บรักษาศพ, บำบัดน้ำเสีย,งานซักฟอก)	33	กลุ่มงานโภชนศาสตร์
		34	ศูนย์เครื่องมือแพทย์
		กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	
		35	กลุ่มการพยาบาล
2	กลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา	36	งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER, TEA unit,ศูนย์สื่อสารและสั่งการ,ศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย,ศูนย์เปลนอก)
3	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมการแพทย์		
4	กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	37	งานผู้ป่วยนอก (OPD)
5	กลุ่มงานการเงิน	38	หอผู้ป่วยหนัก (ICU)
6	กลุ่มงานบัญชี	39	หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit)
กลุ่มภารกิจปฐมภูมิ		40	หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม(ACU)
7	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	41	หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU)
8	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	42	ห้องคลอด
9	กลุ่มงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์	43	ห้องผ่าตัด
10	กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม	44	ห้องผ่าตัดเล็ก
11	กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน	45	งานวิสัญญีพยาบาล
กลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ		46	หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมชาย 1
12	กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์	47	หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมชาย 2
	12.1 งานเวชระเบียน 12.2 ศูนย์คอมพิวเตอร์	48	หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมหญิง 1
		49	หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมหญิง 2
13	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	50	หอผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ
14	ลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ	51	หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม
15	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล	52	หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์อาพาธ
16	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	53	หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหญิง
กลุ่มภารกิจทุติย/ตติยภูมิ		54	หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมชาย 1
17	กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	55	หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมชาย 2
18	กลุ่มงานอายุรกรรม	56	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ
19	กลุ่มงานศัลยกรรม	57	หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม
20	กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก	58	หอผู้ป่วยหลังคลอด-นรีเวชกรรม
21	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม	59	หอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวชกรรม
22	กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม	60	งานให้บริการปรึกษา
23	กลุ่มงานวิสัญญี	61	หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมโรคติดเชื้อ
24	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	62	หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมโรคทั่วไป
25	กลุ่มงานจักษุวิทยา	63	หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมกระดูกและข้อ
26	องค์กรแพทย์	64	หอผู้ป่วยพิเศษกุมารเวชกรรม-ศัลยกรรมกระดูกและข้อ
27	กลุ่มงานทันตกรรม	65	หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก
28	กลุ่มงานรังสีวิทยา	66	งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)
29	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	67	การพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (หน่วยไตเทียม,หน่วยเคมีบำบัด,Echocardiogram, OPD ตา,ห้องส่องกล้อง)
30	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู		
31	กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์		
32	กลุ่มงานเภสัชกรรม	68	หน่วยจ่ายกลาง

โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาล



ข้อมูลจำนวนเตียงผู้ป่วย รพ.เลย ประจำปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	หอผู้ป่วย	จำนวนเตียง(ตามกรอบ)			จำนวนเตียง(ตามจริง)		
		สามัญ	พิเศษ	รวม	สามัญ	พิเศษ	รวม
1	แผนกอายุรกรรม						
	1.1 อายุรกรรมชาย 1	30	-	30	50	-	50
	1.2 สงฆ์บูรพาจารย์ ชั้น (อช 2)	30	-	30	33	-	33
	1.3 อายุรกรรมหญิง 1	30	-	30	40	-	40
	1.4 สงฆ์บูรพาจารย์ชั้น 3 (อญ 2)	26	-	26	25	-	25
	1.5 สงฆ์บูรพาจารย์ชั้น 5	-	13	13	-	13	13
	1.6 สงฆ์บูรพาจารย์ชั้น 6 (สงฆ์)	-	12	12	-	12	12
2	แผนกศัลยกรรม						
	2.1 ศัลยกรรมชาย1	25	5	30	25	5	30
	2.2 ศัลยกรรมชาย2	25	5	30	25	5	30
	2.3 ศัลยกรรมหญิง	25	5	30	35	5	40
	2.4 ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	25	5	30	27	3	30
	2.5 ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	30	-	30	40	-	40
	2.6 พิเศษศัลยกรรม (60ปี ชั้น 5)	-	13	13	-	13	13
	2.7 ตึกพิเศษกุมารเวชกรรม-ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (60ปี ชั้น 6)	-	13	13	-	13	13
3	แผนกกุมารเวชกรรม						
	3.1 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมติดเชื้อ	30	-	30	30	-	30
	3.2 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมทั่วไป	30	-	30	30	-	30
4	ตา หู คอ จมูก	30	-	30	30	-	30
5	แผนกสูติ – นรีเวชกรรม						
	5.1 สูติ – นรีเวชกรรม (PP)	30	-	30	30	-	30
	5.2 สงฆ์บูรพาจารย์ชั้น 4	-	13	13	-	13	13
	รวม	**366**	**84**	**450**	**420**	**82**	**502**

	รายละเอียดอื่นๆ	จำนวนห้อง	จำนวนเตียง	จำนวนเตียง(จริง)	หมายเหตุ
1	หอผู้ป่วยหนัก (ICU)	1	12	12	
2	หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (ACU)	1	8	12	
3	หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด(NICU)	1	8	12	
4	ห้องผ่าตัด	8	8	12	
5	ห้อง x – ray	2	4	4	
6	ห้องคลอด	2	4	4	
7	ห้องรอคลอด	1	10	10	
8	Stroke unit	1	8	8	
9	เคมีบำบัด	1	12	12	
10	ไตเทียม	2	16	16	
11	หอผู้ป่วยแยกโรค (Cohort 1)	5	15	15	

สรุปจำนวนผู้มารับบริการโรงพยาบาลเลยในรอบ 5 ปี

		2561	2562	2563	2564	2565 (ต.ค.-มี.ค.2565)
ผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก	ครั้ง	452,399	463,268	444,458	436,801	244,297
เฉลี่ยวันละ	ราย		1,620	1,554	1,527	1,708
ผู้ป่วยในตลอดปี	ราย	44,310	43,954	39,931	38,631	20,646
วันนอนรักษา	วัน	179,564	181,000	160,777	161,928	82,333
เฉลี่ยวันละ	ราย	492	496	440	444	451
นอนคนละ	วัน	4.05	4.12	4.03	4.19	3.99
อัตราการครองเตียง *		122.44	123.35	97.89	98.59	100.25
จำนวนผู้ป่วยในตาย	ราย	951	931	915	937	541
อัตราผู้ป่วยในตาย	ราย	2.1462	2.1181	2.2915	2.4255	2.6204
ผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน	ครั้ง	56,840	55,887	48,398	43,386	22,270
เฉลี่ยวันละ	ราย	155	153	132	119	122
อุบัติเหตุ	ครั้ง	16,182	14,879	12,685	11,868	5,546
เฉลี่ยวันละ	ราย	44	40	35	33	31

* หมายเหตุ:อัตราการครองเตียง ปีงบประมาณ 2563 (ขยายเตียงตามกรอบเป็น 450 เตียง)

สถิติเปรียบเทียบผู้ป่วยนอก แยกตามแผนก ปีงบประมาณ 25560– 2565

แผนก		2561	2562	2563	2564	2565 (ต.ค.-มี.ค.2565)
อายุรกรรม	ราย	182,976	186,948	186,629	206,252	136,136
	%	40.45	40.35	41.99	47.22	55.73
ศัลยกรรม	ราย	103,324	104,698	99,285	81,646	43,591
	%	22.84	22.60	22.34	18.69	17.84
ศัลยกรรมกระดูก	ราย	41,913	43,394	39,762	40,353	20,261
	%	9.26	9.37	8.95	9.24	8.29
สูติกรรม	ราย	16,719	16,175	12,517	13,877	6,346
	%	3.70	3.49	2.82	3.18	2.60
นรีเวชกรรม	ราย	11,652	10,996	9,420	8,900	4,411
	%	2.58	2.37	2.12	2.04	1.81
กุมารเวชกรรม	ราย	29,371	29,127	22,560	16,600	8,386
	%	6.49	6.29	5.08	3.80	3.43
จักษุ	ราย	19,023	17,037	18,530	19,302	10,550
	%	4.20	3.68	4.17	4.42	4.32
หู คอ จมูก	ราย	15,916	15,701	13,973	13,073	7,261
	%	3.52	3.39	3.14	2.99	2.97
ทันตกรรม	ราย	31,505	39,192	41,782	36,798	7,355
	%	6.96	8.46	9.40	8.42	3.01
เฉลี่ยผู้ป่วยนอกรับบริการวันละ		1,582	1,620	1,554	1,527	1,708

สถิติเปรียบเทียบผู้ป่วยใน แยกตามแผนก ปีงบประมาณ 2561– 2565

แผนก	2561	2562	2563	2564	2565 (ต.ค.-มี.ค.2565)
อายุรกรรม %	14,105 31.83	14,109 32.10	13,706 34.32	13,994 36.22	7,132 34.54
ศัลยกรรม %	9,664 21.81	10,118 23.02	10,503 26.30	9,794 25.35	5,844 28.31
ศัลยกรรมกระดูก %	3,833 8.65	3,701 8.42	2,658 6.66	2,673 6.92	1,618 7.84
กุมารเวชกรรม%	6,256 14.12	6,225 14.16	5,150 12.90	4,181 10.82	1,928 9.34
สูติกรรม %	6,612 14.92	5,863 13.34	882 8.44	3,273 8.47	1,598 7.74
นรีเวชกรรม %	1,368 3.09	1,377 3.13	432 4.13	1,735 4.49	878 4.25
หู คอ จมูก %	1,028 2.32	1,153 2.62	884 2.21	898 2.32	449 2.17
จักษุ %	1,444 3.26	1,408 3.20	1,782 4.46	2,083 5.39	1,199 5.81
เฉลี่ยผู้ป่วยในรับบริการวันละ(ราย)	**492**	**496**	**440**	**444**	451

ค่า CMI ของโรงพยาบาลเลย ประจำปีงบประมาณ 2560 – 2565

ปีงบประมาณ	ค่า CMI
2559	1.3723
2560	1.4383
2561	1.4172
2562	1.4054
2563	1.4956
2564	1.5332
2565 (ต.ค.-มี.ค.2565)	1.5208

ค่า CMI แยกตามสิทธิรักษาการพยาบาลของโรงพยาบาลเลยปีงบประมาณ 2560 – 2565

ปีงบประมาณ	ค่า CMI			
	ประกันสังคม	ข้าราชการ	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	อื่นๆ
2559	1.2419	1.4529	1.3265	1.6036
2560	1.2631	1.5142	1.4006	1.6445
2561	1.2988	1.4573	1.3726	1.6729
2562	1.2876	1.4994	1.3539	1.6285
2563	1.3054	1.4489	1.4831	1.6924
2564	1.1621	1.6043	1.5291	1.4556
2565 2565 (ต.ค.-มี.ค.2565)	1.2507	1.5596	1.5138	1.6822

รายงานค่า RW ผู้ป่วยในรับการรักษาโรงพยาบาลเลย จากต่างอำเภอ ปีงบประมาณ 2560- 2565

ปีงบประมาณ 2560	**รวมทั้งหมด**	**อำเภอเมือง**	**ต่างอำเภอ**	**อื่นๆ**
Adj.RW < 0.5	12,680	5,039	6,221	1,420
Adj.RW 0.5 -3.9999	28,954	8,128	18,066	2,760
Adj.RW >=4.0	2,517	529	1,724	264
ปีงบประมาณ 2561	**รวมทั้งหมด**	**อำเภอเมือง**	**ต่างอำเภอ**	**อื่นๆ**
Adj.RW < 0.5	10,744	4,591	4,892	1,261
Adj.RW 0.5 -3.9999	31,115	8,752	19,293	3,070
Adj.RW >=4.0	2,451	519	1,659	273
ปีงบประมาณ 2562	**รวมทั้งหมด**	**อำเภอเมือง**	**ต่างอำเภอ**	**อื่นๆ**
Adj.RW < 0.5	10,430	4,535	4,777	1,118
Adj.RW 0.5 -3.9999	31,231	8,585	19,504	3,142
Adj.RW >=4.0	2,293	458	1,577	258
ปีงบประมาณ 2563	**รวมทั้งหมด**	**อำเภอเมือง**	**ต่างอำเภอ**	**อื่นๆ**
Adj.RW < 0.5	8,170	3,675	3,722	1,118
Adj.RW 0.5 -3.9999	29,382	8,725	18,333	3,142
Adj.RW >=4.0	2,379	484	1,727	258
ปีงบประมาณ 2564	**รวมทั้งหมด**	**อำเภอเมือง**	**ต่างอำเภอ**	**อื่นๆ**
Adj.RW < 0.5	6,468	2,707	3,256	505
Adj.RW 0.5 -3.9999	29,646	8833	19,001	1,812
Adj.RW >=4.0	2,412	574	1,709	129
ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.-มี.ค.2565)	**รวมทั้งหมด**	**อำเภอเมือง**	**ต่างอำเภอ**	**อื่นๆ**
Adj.RW < 0.5	4,501	2,145	1,947	409
Adj.RW 0.5 -3.9999	15,890	4,855	9,996	1,039
Adj.RW >=4.0	1,172	260	838	74

10 อันดับโรคแรกผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2563 –2565

ลำดับ	2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.-มี.ค.2565)	
	โรค	จำนวน (ครั้ง)	โรค	จำนวน (ครั้ง)	โรค	จำนวน (ครั้ง)
1	(I10-I159) Hypertensive diseases	37,735	(I10-I159) Hypertensive diseases	36,702	(I10-I159) Hypertensive diseases	11,185
2	(K00-K149) Diseases of oral cavity, salivary glands and jaws	26,236	(K00-K149) Diseases of oral cavity, salivary glands and jaws	30,695	(E10-E149) Diabetes mellitus (DM)	7,002
3	(E10-E149) Diabetes mellitus (DM)	23,224	(E10-E149) Diabetes mellitus (DM)	25,905	(K00-K149) Diseases of oral cavity,salivary glands and jaws	6,540
4	(E780-E789) Disorder of lipoprotein metabolism and other lipidaemias	19,214	(E780-E789) Disorder of lipoprotein metabolism and other lipidaemias	16,737	(E780-E789) Disorder of lipoprotein metabolism and other lipidaemias	6,144
5	(N180-N189) Chronic kidney disease	10,525	(N180-N189) Chronic kidney disease	9,432	(D60-D649) Aplastic and other Anaemias	1,292
6	(R100-R1049) Abdominal and pelvic pain	9,047	(R100-R1049) Abdominal and pelvic pain	6,821	(N180-N189) Chronic kidney disease	2,542
7	(C00-C97) Malignant neoplasms	8,921	(C00-C97) Malignant neoplasms	6,792	(C00-C97) Malignant neoplasms	1,908
8	(J00-J069) Acute upper respiratory infection	6,364	(B20-B24) Human immunodeficiency virus(HIV) disease	5,709	Atrial fibrillation and atrial flutter (AF)	1,299
9	(B20-B24) Human immunodeficiency virus(HIV) disease	6,033	(I20-I259) Ischaemic heart disease	5,366	(I20-I259) Ischaemic heart disease	1,519
10	(B15-B199)Viral hepatitis	6,007	(B15-B199)Viral hepatitis	5,208	(B20-B24) human immunodeficiency virus(HIV) disease	1,661

10 อันดับโรคแรกผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2563 – 2565

ลำดับ	ปี 2563		ปี 2564		ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.-มี.ค.2565)	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	V01– V99 (อุบัติเหตุการจราจร)	2,265	โรคมะเร็ง (C00-C99)	1,865	อุบัติเหตุจราจร (V01- V99)	1,137
2	D56 (Thalassaemia)	1,995	อุบัติเหตุจราจร (V01- V99)	1,810	ทาลัสซีเมีย (Thalassaemia)(D56)	988
3	I60 – I69 (CVD)	1,898	โรคหลอดเลือดในสมอง(Cerevascular disease I60-I69)	1,773	โรคมะเร็ง (C00-C99)	938
4	C00 – C99 (มะเร็ง)	1,878	ทาลัสซีเมีย (Thalassaemia)(D56)	1,946	ต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract) (H25-H26)	830
5	J12 –J18 (Pneumonia)	1,443	ต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract) (H25-H26)	1,449	โรคหลอดเลือดในสมอง(Cerevascular disease I60-I69)	824
6	K35–K38 (Disease of Appendix)	1,244	โรคปอดบวมPneumonia (J12 - J18)	1,489	โรคปอดบวมPneumonia (J12 - J18)	690
7	A03-A09 (Diarrhea & Gastroenteritis)	1,013	โรคไส้ติ่ง (Disease of Appendix) (K35 – K38)	1,001	โรคไส้ติ่ง (Disease of Appendix) (K35 – K38)	489
8	H25 (Senile cataract)	952	ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure (N18 - N19)	887	ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure (N18 - N19)	401
9	N18 – N19 (CRF)	848	ลำไส้อักเสบและท้องร่วง(Diarrhea and Gastroenteritis)(A04,A05,A084,A09)	719	ลำไส้อักเสบและท้องร่วง(Diarrhea and Gastroenteritis)(A04,A05,A084,A09)	412
10	I20 – I25 (IHD)	489	โรคหัวใจขาดเลือด (IHD I20 - I25)	469	โรคหัวใจขาดเลือด (IHD I20 - I25)	286

10 อันดับสาเหตุการตายปีงบประมาณ 2563 – 2565

ลำดับ	ปี 2563		ปี 2564		ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.-มี.ค.2565)	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	โรคปอดบวม Pneumonia (J12 - J18)	178	โรคปอดบวมPneumonia (J12 - J18)	210	โรคปอดบวมPneumonia (J12 - J18)	126
2	โรคหลอดเลือดในสมอง (Cerevascular disease I60-I69)	108	โรคหลอดเลือดในสมอง(Cerevascular disease I60-I69)	83	โรคหลอดเลือดในสมอง(Cerevascular disease I60-I69)	48
3	โรคมะเร็ง (C00-C99)	67	โรคมะเร็ง (C00-C99)	72	โรคมะเร็ง (C00-C99)	22
4	อุบัติเหตุจราจร (V01- V99)	43	อุบัติเหตุจราจร (V01- V99)	36	อุบัติเหตุจราจร (V01- V99)	21
5	โรคหัวใจขาดเลือด (IHD I20 - I25)	30	โรคหัวใจขาดเลือด (IHD I20 - I25)	27	ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure (N18 - N19)	21
6	ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure (N18 - N19)	26	โรคปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD)(J44)	26	โรคหัวใจขาดเลือด (IHD I20 - I25)	17
7	เลือกออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ (k92)	26	เลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ (K922)	25	ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) (N390)	14
8	K922 (GI Bleed)	26	ลำไส้อักเสบและท้องร่วง(Diarrhea and Gastroenteritis)(A04,A05,A084,A09)	21	ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) (B20-B24)	14
9	A084,A09 (Diarrhea and Gastroenteritis)	20	ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure (N18 - N19)	20	เลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ (K922)	13
10	N390 Urinary tract infection	20	ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) (N390)	19	ลำไส้อักเสบและท้องร่วง(Diarrhea and Gastroenteritis)(A04,A05,A084,A09)	12

10 อันดับอัตราป่วยตาย ณ โรงพยาบาลเลย ประจำปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	โรค	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนตาย	อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)
1	โรคปอดบวมPneumonia (J12 - J18)	690	126	18.26
2	โรคหลอดเลือดในสมอง(Cerevascular disease I60-I69)	824	48	5.83
3	โรคมะเร็ง (C00-C99)	938	22	2.35
4	อุบัติเหตุจราจร (V01- V99)	1,137	21	1.85
5	ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure (N18 - N19)	401	21	5.24
6	โรคหัวใจขาดเลือด (IHD I20 - I25)	286	17	11.89
7	ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) (N390)	143	14	9.79
8	ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) (B20-B24)	68	14	20.59
9	เลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ (K922)	192	13	6.77
10	ลำไส้อักเสบและท้องร่วง(Diarrhea and Gastroenteritis)(A04,A05,A084,A09)	412	12	2.91

รายงานสถานการณ์ข้อมูล Refer โรงพยาบาลเลยประจำปีงบประมาณ 2565

รายงานการส่งต่อ	ข้อมูลการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย ประจำปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม2564-มีนาคม 2565)					
สถานพยาบาล	Refer In			Refer Out		
	OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
CUP เมือง และ CUP ในจังหวัด	122	35	157	214	0	213
โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด	5579	6778	12357	1550	1612	3162
สถานพยาบาลอื่นๆในจังหวัด	65	92	157	1253	95	1348
สถานพยาบาลระดับต่ำกว่านอกจังหวัด	0	1	1	0	0	0
สถานพยาบาลระดับสูงกว่า ในเขต	24	21	45	1250	385	1635
สถานพยาบาลระดับสูงกว่า นอกเขต	42	38	80	3100	551	3651
รวม	5832	6965	12797	7367	2643	10009

หมายเหตุ

CUP เมืองและ CUP ในจังหวัด	หมายรวมถึง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายในเขตเมืองและภายในจังหวัด, ศูนย์สุขภาพชุมชน
สถานพยาบาลระดับต่ำกว่า (นอกจังหวัด)	หมายรวมถึง	โรงพยาบาลชุมชน (นอกจังหวัด) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นอกจังหวัด)
สถานพยาบาลระดับสูงกว่าในเขต	หมายรวมถึง	รพศ.อุดร , ศูนย์มะเร็ง อุดร, รพ.หนองบัวลำภู, รพ.หนองคาย, รพ.นครพนม, รพ.ศูนย์สกลนคร
สถานพยาบาลระดับสูงกว่านอกเขต	หมายรวมถึง	รพศ.ขอนแก่น ,รพ.ศรีนครินทร์, ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ และสถานพยาบาลระดับสูงกว่าอื่นๆ นอกเขต
สถานพยาบาลอื่นๆในจังหวัด	หมายรวมถึง	รพ.เมืองเลยรามรพ.ค่ายศรีสองรักรพ.จิตเวชเลย และสถานพยาบาลอื่นๆ (นอกเหนือจากที่กล่าวถึง)

ข้อมูลการรับ – ส่งต่อของ CUP เมืองและ CUP ในจังหวัด

รายงานการส่งต่อประจำเดือน	รหัส	ข้อมูลการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย ประจำปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม2564-มีนาคม 2565)					
		Refer in			Refer back		
สถานพยาบาล		OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ	4665	10	0	10	8	0	8
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำภู	4666	3	0	3	13	0	13
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาอ้อ	4667	18	8	26	23	0	23
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกกดู่	4668	6	3	9	8	0	8
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งป่าติ้ว	14352	1	1	2	10	0	10
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่ม่วง	4669	4	0	4	6	0	6
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนป่าแดง	4670	4	2	6	11	0	11
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาอาน	4672	8	1	9	17	0	17
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น	4673	12	4	16	10	0	10
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา	4674	2	0	2	15	0	15
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผำ	4675	0	3	3	10	0	10
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจริญสุข	4676	15	6	21	13	0	13
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูบ	4678	11	0	11	17	0	17
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้างปลา	4679	11	1	12	13	0	13
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแขม	4680	3	2	5	23	0	23
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากหมาก	4681	6	3	9	9	0	9
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยกระทิง	4682	8	1	9	7	0	7
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่ทาม	4671	0	0	0	1	0	0
รวม		122	35	157	214	0	213

ข้อมูลการรับ – ส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด

รายงานการส่งต่อประจำเดือน	รหัส	ข้อมูลการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย ประจำปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม2564-มีนาคม 2565)					
		Refer In			Refer Back		
สถานพยาบาล		OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
โรงพยาบาลเชียงคาน	11031	686	1031	1717	215	255	470
โรงพยาบาลท่าลี่	11035	451	468	919	102	85	187
โรงพยาบาลนาด้วง	11030	376	404	780	125	113	238
โรงพยาบาลนาแห้ว	11033	161	144	305	32	34	66
โรงพยาบาลปากชม	11032	489	505	994	114	107	221
โรงพยาบาลผาขาว	11039	478	570	1048	131	138	269
โรงพยาบาลภูกระดึง	11037	369	397	766	69	108	177
โรงพยาบาลภูเรือ	11034	221	328	549	74	70	144
โรงพยาบาลภูหลวง	11038	294	424	718	75	104	179
โรงพยาบาลวังสะพุง	11036	793	983	1776	261	216	477
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย	11447	513	464	977	129	126	255
โรงพยาบาลหนองหิน	28861	284	348	632	70	94	164
โรงพยาบาลเอราวัณ	14133	464	712	1176	153	162	315
รวม		5579	6778	12357	1550	1612	3162

ข้อมูลการรับ – ส่งต่อของสถานพยาบาลอื่นๆ

รายงานการส่งต่อประจำเดือน	รหัส	ข้อมูลการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย ประจำปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม2564-มีนาคม 2565)					
สถานพยาบาล		Refer In			Refer Out		
		OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
รพ. ค่ายศรีสองรัก	11502	12	12	24	4	2	6
รพ. จิตเวชเลยราชนครินทร์	14644	37	13	50	1243	93	1336
รพ. เมืองเลยราม	11955	16	67	83	6	0	6
รวม		65	92	157	1253	95	1348

ข้อมูลการรับ – ส่งต่อของสถานพยาบาลระดับต่ำกว่านอกจังหวัด

รายงานการส่งต่อประจำเดือน / สถานพยาบาล	รหัส	ข้อมูลการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย ประจำปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม2564-มีนาคม 2565)					
		Refer In			Refer Out		
		OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
รพช.และรพ.สต.นอกจังหวัด		0	1	1	0	0	0
รวม		0	1	1	0	0	0

ข้อมูลการรับ – ส่งต่อของสถานพยาบาลในเขต

รายงานการส่งต่อประจำเดือน / สถานพยาบาล	รหัส	ข้อมูลการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย ประจำปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม2564-มีนาคม 2565)					
		Refer In			Refer Out		
		OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
โรงพยาบาลนครพนม	10711	0	0	0	3	0	3
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	12276	5	0	5	277	21	298
โรงพยาบาลสกลนคร	10710	0	0	0	6	1	7
โรงพยาบาลหนองคาย	10706	0	0	0	0	1	1
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	10704	0	1	1	8	2	10
โรงพยาบาลอุดรธานี	10671	19	20	39	956	360	1316
รวม		24	21	45	1250	385	1635

ข้อมูลการรับ – ส่งต่อของสถานพยาบาลนอกเขต

รายงานการส่งต่อประจำเดือน / สถานพยาบาล	รหัส	ข้อมูลการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย ประจำปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม2564-มีนาคม 2565)					
		Refer In			Refer Out		
		OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
รพ.ศูนย์ขอนแก่น	10670	1	1	2	31	1	32
รพ.ศรีนครินทร์	13777	12	16	28	1527	140	1667
ศูนย์หัวใจสิริกิติ์	14584	3	1	4	351	34	385
สถานพยาบาลสูงกว่าอื่นๆ (นอกเขต)		26	20	46	1191	376	1567
รวม		42	38	80	3100	551	3651

รายงานข้อมูลการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย (Refer In)
ประจำปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม2564-มีนาคม 2565)

รายงาน 10 ลำดับ Refer In OPD

ลำดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	F2000	Paranoid schizophrenia, Continuous	120
2	F419	Anxiety disorder, unspecified	78
3	N185	Chronic kidney disease, stage 5	62
4	F3210	Moderate depressive episode, Without somatic symptoms	51
5	F1550	Other stimulants including caffeine, Psychotic disorder, Schizophrenia-like	50
6	I214	Acute subendocardial myocardial infarction	40
7	F410	Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety]	39
8	F1025	Alcohol, Dependence syndrome, Continuous use	31
9	F412	Mixed anxiety and depressive disorder	31
10	F3200	Mild depressive episode, Without somatic symptoms	29

รายงาน 10 ลำดับ Refer In IPD

ลำดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	I214	Acute subendocardial myocardial infarction	20
2	I620	Subdural hemorrhage (acute)(nontraumatic)	8
3	D431	Brain neoplasm, infratentorial	6
4	I633	Cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries	5
5	J90	Pleural effusion, not elsewhere classified	5
6	N189	Chronic renal failure, unspecified	4
7	K750	Abscess of liver	4
8	I64	Stroke, not specified as hemorrhage or infarction	4
9	I639	Cerebral infarction, unspecified	4
10	I634	Cerebral infarction due to embolism of cerebral arteries	3

รายงานข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย (Refer out) ประจำปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม2564-มีนาคม 2565)

1.1 รายงาน 10 อันดับกลุ่มโรคส่งต่อ *ผู้ป่วยนอก* (Refer out OPD)

ลำดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	F2000	Paranoid schizophrenia, Continuous	83
2	F419	Anxiety disorder, unspecified	64
3	C509	Breast malignant neoplasm, unspecified	47
4	N185	Chronic kidney disease, stage 5	44
5	F3210	Moderate depressive episode, Without somatic symptoms	33
6	Z094	Follow-up examination after treatment of fracture	30
7	I214	Acute subendocardial myocardial infarction	30
8	F410	Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety]	30
9	S065	Traumatic subdural haemorrhage	28

ลำดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
10	C220	Liver cell carcinoma	26
11	I259	Chronic ischaemic heart disease, unspecified	26

1.2 รายงาน 10 อันดับกลุ่มโรคส่งต่อ*ผู้ป่วยใน* (Refer out IPD)

ลำดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	I214	Acute subendocardial myocardial infarction	27
2	K803	Calculus of bile duct with cholangitis	8
3	S065	Traumatic subdural hemorrhage	5
4	C220	Liver cell carcinoma	4
5	I213	Acute transmural myocardial infarction of unspecified site	3
6	I710	Dissection of aorta [any part]	3
7	T549	Corrosive substance toxic effect, unspecified	2
8	C349	Bronchus or lung malignant neoplasm, unspecified	2
9	I210	Acute transmural myocardial infarction of anterior wall	2
10	C920	Acute myeloid leukemia	2
11	I48	Atrial fibrillation and flutter	2
12	S064	Epidural hemorrhage	2
13	H451	Endophthalmitis in diseases classified elsewhere	2
14	R509	Fever, unspecified	2
15	S028	Fracture of other skull and facial bones	2

2. รายงาน 5 อันดับสถานพยาบาลส่งต่อผู้ป่วย (Refer out)

ลำดับ	รหัส	สถานพยาบาล	จำนวน
1	13777	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	1667
2	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	1336
3	10671	โรงพยาบาลอุดรธานี	1316
4	14584	ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ม.ขอนแก่น	385
5	12276	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	298

3. รายงาน 10 อันดับโรคส่งต่อ Refer out แยกตามสถานพยาบาล

Refer out โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อันดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	N185	Chronic kidney disease, stage 5	39
2	M329	Systemic lupus erythematosus, unspecified	30
3	B182	Chronic viral hepatitis C	27
4	Z016	Radiological examination, not elsewhere classified	22
5	B1819	Chronic hepatitis B unspecified delta agent status	19
6	C220	Liver cell carcinoma	16
7	I738	Other specified peripheral vascular diseases	13

อันดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
8	I620	Subdural hemorrhage (acute)(nontraumatic)	9
9	E059	Thyrotoxicosis, unspecified	8
10	H500	Convergent concomitant strabismus	8

Refer out โรงพยาบาลจิตเวชเลย

อันดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	F2000	Paranoid schizophrenia, Continuous	119
2	F419	Anxiety disorder, unspecified	78
3	F3210	Moderate depressive episode, Without somatic symptoms	50
4	F1550	Other stimulants including caffeine, Psychotic disorder, Schizophrenia-like	48
5	F410	Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety]	39
6	F412	Mixed anxiety and depressive disorder	31
7	F1025	Alcohol, Dependence syndrome, Continuous use	30
8	3200	Mild depressive episode, Without somatic symptoms	29
9	F1525	Other stimulants including caffeine, Dependence syndrome, Continuous use	26
10	F411	Generalized anxiety disorder	19

Refer Out โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

อันดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	I214	Acute subendocardial myocardial infarction	48
2	C56	Malignant neoplasm of ovary	25
3	N185	Chronic kidney disease, stage 5	23
4	I620	Subdural hemorrhage (acute)(nontraumatic)	19
5	I64	Stroke, not specified as hemorrhage or infarction	16
6	I210	Acute transmural myocardial infarction of anterior wall	14
7	S064	Epidural hemorrhage	14
8	D431	Brain neoplasm, infratentorial	12
9	S065	Traumatic subdural hemorrhage	11
10	C349	Bronchus or lung malignant neoplasm, unspecified	11
11	I211	Acute transmural myocardial infarction of inferior wall	11

Refer out ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ม.ขอนแก่น

อันดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	I738	Other specified peripheral vascular diseases	14
2	I259	Chronic ischemic heart disease, unspecified	14
3	I489	Atrial fibrillation and atrial flutter, unspecified	12
4	I214	Acute subendocardial myocardial infarction	12
5	I420	Dilated cardiomyopathy	9
6	I255	Ischemic cardiomyopathy	7
7	I471	Supraventricular tachycardia	6
8	I050	Mitral stenosis	5
9	E149	U-DM Without complications	5
10	I459	Conduction disorder, unspecified	4
11	Z950	Presence of cardiac pacemaker	4
12	I500	Congestive heart failure	4
13	I350	Aortic (valve) stenosis	4
14	I456	Per-excitation syndrome	4

Refer Out โรงพยาบาลศูนย์มะเร็งอุดรธานี

อันดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	c509	Breast malignant neoplasm, unspecified	24
2	Z016	Radiological examination, not elsewhere classified	6
3	C189	Colon malignant neoplasm, unspecified	4
4	C73	Malignant neoplasm of thyroid gland	3
5	C20	Malignant neoplasm of rectum	3
6	C187	Sigmoid colon malignant neoplasm	3
7	C539	Cervix uteri malignant neoplasm, unspecified	3
8	C541	Endometrium malignant neoplasm	3

รายงาน 10 อันดับกลุ่มโรคส่งต่อ นอกเขต (Refer out นอกเขต)

ลำดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	N185	Chronic kidney disease, stage 5	38
2	B182	Chronic viral hepatitis C	22
3	M329	Systemic lupus erythematosus, unspecified	22
4	I738	Other peripheral vascular diseases - Other specified peripheral vascular diseases	19
5	I259	Chronic ischemic heart disease, unspecified	18
6	C220	Liver cell carcinoma	14
7	I489	Atrial fibrillation and atrial flutter, unspecified	13
8	I620	Subdural hemorrhage (acute)(nontraumatic)	9
9	E059	Thyrotoxicosis, unspecified	8
10	I420	Cardiomyopathy - Dilated cardiomyopathy	8

ข้อมูลอัตรากำลัง (ข้อมูล ณ 30 พ.ค.2565)

ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติจริง				ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติจริง			
	ข้าราชการ	พนักงานราชการ	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานกระทรวงฯ		ข้าราชการ	พนักงานราชการ	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานกระทรวงฯ
1. แพทย์ (ไม่รวม ผอ.)					9. นักกิจกรรมบำบัด	2	-	-	1
- อายุรศาสตร์ทั่วไป	6	-	-	-	10. แพทย์แผนไทย	3	-	-	-
-อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร	1	-	-	-	11. นักวิชาการสาธารณสุข	17	-	-	4
-อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	2	-	-	-	12. นักโภชนาการ	3	-	-	-
-อายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม	1	-	-	-	13. นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	2	-	-	-
-อายุรศาสตร์โรคไต	1	-	-	-	14. นักสังคมสงเคราะห์	2	-	-	1
- ตจวิทยา	1	-	-	-	15.จพ.ทันตสาธารณสุข	6	-	-	-
- ศัลยศาสตร์	5	-	-	-	16.เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	20	-	-	-
- ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	2	-	-	-	17.จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์	8	-	-	-
- ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	5	-	-	-	18. จพ.รังสีการแพทย์	3	-	-	-
- สูตินารีเวชศาสตร์	7	-	-	-	19. จพ.เวชสถิติ	5	2	-	1
- กุมารเวชศาสตร์	4	-	-	-	20. จพ.พัสดุ	1	1	-	8
- วิสัญญีวิทยา	2	-	-	-	21. จพ.เวชกิจฉุกเฉิน	4	-	-	-
- ศัลยกรรมตกแต่ง	1	-	-	-	22. จพ.ธุรการ	3	4	-	3
- จักษุวิทยา	3	-	-	-	23. จพ.การเงินและบัญชี	2	4	-	4
-จักษุวิทยาโรคจอตาและวุ้นตา	1	-	-	-	24. จพ.โสตทัศนศึกษา	1	-	-	1
- โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา	2	-	-	-	25.นักวิชาการคอมพิวเตอร์	7	-	-	-
- เวชศาสตร์ฉุกเฉิน+นิติเวช	5	-	-	-	26. นวก.สถิติ	1	1	-	-
- รังสีวิทยาวินิจฉัย	1	-	-	-	27. นักจัดการทั่วไป	1	-	-	-
- พยาธิวิทยาคลินิก	1	-	-	-	28.. ช่างกายอุปกรณ์	1	-	-	-
- เวชศาสตร์ครอบครัว/ทั่วไป	2	-	-	-	29. นักทรัพยากรบุคคล	2	1	-	1
-เวชศาสตร์ฟื้นฟู	1	-	-	-	30. นักวิชาการเงินและบัญชี	1	5	-	1
-แพทย์ทั่วไป	3	-	-	-	31. บรรณารักษ์	-	1	-	-
- แพทย์ใช้ทุน	13	-	-	-	32.นายช่างเทคนิค	1	6	-	-
รวม	70	-	-	-	33.นักวิชาการพัสดุ	-	3	-	-
2. ทันตแพทย์	12	-	--	-	34.นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	-	1	-	-
3. เภสัชกร	28	-	-	-	35.วิศวกรไฟฟ้า/โยธา	-	2	-	-
4. พยาบาลวิชาชีพ	497	-	-	41	36.นิติกร	-	2	-	-
5. พยาบาลเทคนิค	1	-	-	-	37.โภชนากร	1	-	-	-
6. นักเทคนิคการแพทย์	23	-	-	3	38.นักจิตวิทยา	-	1	-	-
7. นักกายภาพบำบัด	7	2	-	1	39.จพ.เครื่องคอมพิวเตอร์	-	1	-	-
8. นักรังสีการแพทย์	5	-	-	-	40.เจ้าหน้าที่อื่นๆ	-	-	29	553
รวมข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราว/พนักงานกระทรวงฯ						740	37	29	623
รวมเจ้าหน้าที่ทั้งหมด						1,429			

ข้อมูลทางการเงิน

ประเภทงบประมาณ	จำนวนงบประมาณ (บาท)			
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (ต.ค.-มี.ค.2565)
*งบดำเนินการ (เงินบำรุง)	719,870,852.90	789,741,052.17	731,820,912.50	444,884,560.49
*งบลงทุน	31,317,525.48	46,293,618.12	85,454,605.26	18,000,790.54
*งบบุคลากร (งบประมาณ)	266,001,023.65	285,854,938.05	319,023,080.85	166,695,662.36
*งบรายจ่ายอื่นๆ	12,091,507.92	13,046,884.10	13,872,964.39	1,916,804.76
รวม	**1,029,280,909.95**	**1,134,936,492.44**	**1,150,1717563.00**	**631,497,818.15**

ตัวชี้วัดระดับความสำเร็จในการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลเลยปีงบประมาณ 2559 - 2565

รายปีงบประมาณ	Current Ratio ทุนหมุนเวียน	Quick Ratio ทุนหมุนเวียนเร็ว
2559	1.21	1.05
2560	1.27	1.13
2561	1.21	1.12
2562	1.45	1.35
2563	1.31	1.19
ปี 2564	1.35	1.22
ปี 2565 (ต.ค.-มี.ค.2565)	1.58	1.41

รายรับ-รายจ่ายเงินบำรุงปีงบประมาณ 2559– 2565

รายปีงบประมาณ	เงินบำรุง(บาท)	
	รายรับ	รายจ่าย
2559	637,091,081.35	661,598,571.38
2560	629,383,353.47	654,586,249.72
2561	692,961,804.45	667,138,805.88
2562	719,870,852.90	719,264,014.39
2563	789,741,052.17	769,309,570.17
ปี 2564	731,820,912.50	785,212,256.30
ปี 2565 (ต.ค.-มี.ค.2565)	462,885,351.03	414,284,321.40

ตัวชี้วัดระดับความสำเร็จในการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลเลยปีงบประมาณ 2563-2565

รายปีงบประมาณ	Current Ratio ทุนหมุนเวียน	Quick Ratio ทุนหมุนเวียนเร็ว	Cash Ratio เงินสด/หนี้สิน	อัตรากำไรจากการดำเนินงาน	อัตรากำไรสุทธิ
ตุลาคม 2562	1.58	1.48	0.75	9.11	12.86
พฤศจิกายน 2562	1.57	1.46	0.75	6.17	8.85
ธันวาคม 2562	1.61	1.50	0.71	-0.20	2.83
มกราคม 2563	1.44	1.33	0.65	-6.22	-1.78
กุมภาพันธ์ 2563	1.48	1.37	0.63	-3.43	0.49
มีนาคม 2563	1.60	1.49	0.72	-0.52	8.91
เมษายน 2563	1.48	1.34	0.63	-5.49	3.74
พฤษภาคม 2563	1.43	1.29	0.51	-8.92	0.53
มิถุนายน 2563	1.40	1.26	0.50	-9.76	0.36
กรกฎาคม 2563	1.30	1.19	0.41	-8.53	0.94
สิงหาคม 2563	1.34	1.23	0.41	-7.67	4.13
กันยายน 2563	1.31	1.19	0.48	-7.53	4.97
ตุลาคม 2563	1.41	1.31	0.51	-0.81	9.81
พฤศจิกายน 2563	1.53	1.43	0.58	9.57	16.98
ธันวาคม 2563	1.57	1.47	0.46	4.19	11.61
มกราคม 2564	1.36	1.26	0.64	3.41	17.01
กุมภาพันธ์ 2564	1.36	1.25	0.61	0.91	14.68
มีนาคม 2564	1.38	1.26	0.57	0.85	12.96
เมษายน 2564	1.48	1.33	0.57	0.10	12.27
พฤษภาคม 2564	1.41	1.26	0.44	-1.64	10.56
มิถุนายน 2564	1.44	1.28	0.45	-3.91	9.68
กรกฎาคม 2564	1.42	1.27	0.44	-4.93	8.95
สิงหาคม 2564	1.42	1.29	0.43	-5.76	8.39
กันยายน 2564	1.35	1.22	0.38	-7.61	6.87
ตุลาคม 2564	1.62	1.49	0.53	25.16	28.57
พฤศจิกายน 2564	1.66	1.51	0.45	9.08	15.66
ธันวาคม 2564	1.71	1.53	0.48	11.29	17.41
มกราคม 2565	1.82	1.64	0.47	9.49	19.60
กุมภาพันธ์ 2565	1.76	1.54	0.39	2.98	14.95
มีนาคม 2565	1.58	1.41	0.50	-8.08	5.83
เมษายน 2565	1.61	1.44	0.51	-9.48	4.43

หมายเหตุ ข้อมูลที่ได้มาจากการนำข้อมูลงบทดลองส่งกระทรวงฯ รายเดือนการประมวลผลจากโปรแกรมของกระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มงานประกันสุขภาพ)

สถานการณ์การเงิน รพ.เลย

ประจำปีงบประมาณ 2565 (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2565)	
เงินบำรุงคงเหลือ	183,491,015.03
หักงบลงทุน	17,743,880.60
เงินบำรุงคงเหลือ	**165,747,134.43**
ประจำปีงบประมาณ 2565 (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2565)	
เงินบำรุงคงเหลือ	**171,990,391.09**
หักงบลงทุน	**12,844,095.01**
เงินบำรุงคงเหลือ	**159,146,296.08**

หนี้สินเงินบำรุงประจำปี

ประจำปีงบประมาณ 2565 (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2565)	
- งบลงทุน	17,743,880.60
- ยา/เวชภัณฑ์มิใช่ยา/วัสดุวิทย์ฯ/วัสดุการแพทย์	134,201,342.97
- การค้า(ทั่วไป + พัสดุ + ครุภัณฑ์)	76,397,730.38
รวมหนี้คงเหลือ	**228,342,953.95**
ประจำปีงบประมาณ 2565 ((ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2565)	
- งบลงทุน	12,844,095.01
- ยา/เวชภัณฑ์มิใช่ยา/วัสดุวิทย์ฯ/วัสดุการแพทย์	181,703,407.71
- การค้า(ทั่วไป + พัสดุ + ครุภัณฑ์)	73,568,992.02
รวมหนี้คงเหลือ	**268,116,494.74**

มูลค่าคงคลัง ประจำปีงบประมาณ 2565 (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2565)

- ยา	**31,043,025.04**
- เวชภัณฑ์เภสัชกรรม	-
- วัสดุวิทยาศาสตร์	1,144,695.30
- วัสดุการแพทย์	16,307,663.10
- วัสดุทั่วไป	3,200,548.05
รวมมูลค่าคงคลัง	**51,695,931.49**

ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลคงเหลือประจำปีงบประมาณ 2565 (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2565)

- เบิกต้นสังกัด	924,123.00
- ค่าสิ่งส่งตรวจ	2,460,610.00
- ค่าตรวจสุขภาพประจำปี	1,338,986.05
- พรบ.รถ	9,951,769.61
- เบิกคลัง	56,108,275.47
- อปท.	17,828,433.90
-UC	125,079,575.94
รวมรายได้ค้างรับ	**213,691,773.97**

กระทบยอดเงินรายเดือน ประจำปีงบประมาณ 2565 (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2565)

คงเหลือ ณ 31 มีนาคม 2564	171,990,391.09
หักหนี้สินเงินบำรุง	268,116,494.74
บวก ลูกหนี้ค้างรับ (รายได้ค้างรับ)	213,691,773.97
เงินบำรุงคงเหลือสุทธิ	**117,565,670.32**

ส่วนที่ 2

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการ โรงพยาบาลเลย

ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ โรงพยาบาลเลย ปีงบประมาณ พ.ศ.2565

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)								
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด	1	3	1	0	PCTสูติกรรม
			B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน	5,233	2,755	759	1,723	
			(A/B) x 100,000	19.11	108.89	131.75	0	
2	เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย							
2.1	ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ร้อยละ 66	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน	252	84	65	169	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
			B2 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด	453	521	502	340	
			(A1 / B2) × 100	55.63	16.1	12.9	49.71	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
2.2	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	A = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก	253	317	56	169	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
			a = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า และได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้วผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน	65	91	3	24	
			B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด	329	459	93	200	
			(A+a) X 100/B	96.6	88.9	59.2	96.5	
3	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง	NA	NA	NA	NA	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม สสจ.เลย
			B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ	NA	NA	NA	NA	
			(A/B)	NA	105.8	NA	NA	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
4	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 25	A= จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี	412	212	57	131	PCT สูติกรรม
			B= จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ	17,400	2,675	752	1,708	
			(A /B)X 1,000	23.68	7.92	7.57	76.69	
5	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ 85	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	88	149	116	116	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
			B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่เข้าร่วมโครงการ LTC	88	149	116	116	
			(A /B)x 100	100	100	100	100	
6	ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์ได้รับการดูแลในสถานบริการและในชุมชน							
6.1	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์	ร้อยละ 52	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	3,426	3,799	NA	3,539	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
			B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน	3,645	3,504	NA	3,528	
			(A /B)x 100	93.99	92.72	NA	99.68	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
6.2	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 98 (ทั่วประเทศ)	A = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน	12	13	14	14	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
			B = จำนวนตำบลทั้งหมด	14	14	14	14	
			(A /B)x 100	85.71	98.65	100	100	
7	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ							
7.1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ร้อยละ 30	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	NA	NA	4	4	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม -กลุ่มการพยาบาล
			B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม	NA	NA	5	5	
			(A/B) x 100	NA	NA	80	80	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
7.2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ร้อยละ 30	A= จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	NA	NA	1	1	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม -กลุ่มการพยาบาล
			B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม	NA	NA	1	1	
			(A/B) x 100	NA	NA	100	100	
8	จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ	10 ล้านคน	จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ	NA	3,012	3,151	3,151	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
9	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการ พัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 75	อำเภอเมืองเลยผ่านเกณฑ์	อำเภอเมืองเลยผ่านเกณฑ์	อำเภอเมืองเลยผ่านเกณฑ์	อำเภอเมืองเลยผ่านเกณฑ์	อำเภอเมืองเลยผ่านเกณฑ์	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม -สสอ.เมืองเลย -สสจ.เลย
10	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	ร้อยละ 100 77 จังหวัด	ดำเนินการครบ 3 ขั้นตอนจากวิธีการประเมินผล	NA	NA	NA	NA	สาธารณสุขจังหวัดเลย

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
11	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง							
11.1	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ร้อยละ 80	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน)	48	18	0	44	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
			B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	71	19	31	70	
			(A/B) x 100	67.61	94.74	0	62.85	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
11.2	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดัน โลหิตสูง	≥ร้อยละ 80	A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน 90 วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานพยาบาลเดิม (ภายใน 90 วัน) หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง	483	251	12	806	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
			B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง	696	484	68	831	
			(A/B) x 100	69.40	51.1	17.65	96.99	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
12	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ 80	A = จำนวนจังหวัดที่ผ่านการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามแนวทางของกรมควบคุมโรค B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (77 จังหวัด) A/B x 100	รพ.เลย มีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามแนวทางของกรมควบคุมโรค	รพ.เลย มีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามแนวทางของกรมควบคุมโรค	รพ.เลย มีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค	รพ.เลย มีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามแนวทางของกรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ ENV
13	ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน	ร้อยละ 100	A=จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จังหวัดสามารถควบคุมให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน	NA	NA	NA	อำเภอเมืองเลยไม่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 28 วัน	สาธารณสุขจังหวัดเลย
			B=จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด	NA	NA	NA		
			(A/B) X 100	NA	NA	NA		

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
14	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	ระดับดีมาก ร้อยละ 100	จังหวัดที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดครบทั้ง 4 ประเด็น(4 ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมิน และมีคะแนนผลสำเร็จอยู่ในระดับดีมาก	NA	NA	NA	อำเภอเมืองเลยมีการดำเนินการตามตัวชี้วัดครบทั้ง 4 ประเด็น ตามเกณฑ์การประเมิน และมีคะแนนผลสำเร็จอยู่ในระดับดีมาก	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
15	จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการให้สามารถได้รับการอนุญาต	อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์ต่อเขตสุขภาพ	จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการได้รับอนุญาต	NA	NA	1 (ในพื้นที่ตำบลกุดป่อง)	1 (ในพื้นที่ตำบลกุดป่อง)	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
16	จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ							
16.1	ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market) พื้นที่ขยาย	จังหวัดละ 5 แห่ง	ตลาดนัด น่าซื้อ (Healthy Market) จังหวัดละ 5 แห่ง	NA	NA	5 (ในพื้นที่ตำบลกุดป่อง)	5 (ในพื้นที่ตำบลกุดป่อง)	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม -สสอ.เมืองเลย -เทศบาลเมืองเลย
16.2	อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) พื้นที่ขยาย	จังหวัดละ 1 แห่ง	อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง	NA	NA	1 (ในพื้นที่ตำบลกุดป่อง)	1 (ในพื้นที่ตำบลกุดป่อง)	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
16.3	ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus)	จังหวัดละ 5 แห่ง	ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) จังหวัดละ 5 แห่ง	NA	NA	7 (ในพื้นที่ตำบลกุดป่อง)	7 (ในพื้นที่ตำบลกุดป่อง)	
17	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์GREEN&CLEAN Hospital	ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	คณะกรรมการ ENV
18	ร้อยละของจังหวัดจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ 60	มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลง ของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 โรค	มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม	มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม	มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม	มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม	คณะกรรมการ ENV
ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)								
19	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	3,000 หน่วย (ร้อยละ 44)	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ เป้าหมายสะสม	5 หน่วย	6 หน่วย	7 หน่วย	อำเภอเมืองเลย 7 หน่วย	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
			B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เป้าหมาย	12 หน่วย	12 หน่วย	12 หน่วย	12 หน่วย	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
			(A/B) x 100	41.66 (เฉพาะอำเภอเมืองเลย)	50 (เฉพาะอำเภอเมืองเลย)	58.33 (เฉพาะอำเภอเมืองเลย)	58.33 (เฉพาะอำเภอเมืองเลย)	
20	จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	30 ล้านคน	A = จำนวนประชาชนที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	51,616	52,004	59,424	59,424 (เฉพาะอำเภอเมืองเลย)	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม -สาธารณสุขจังหวัดเลย
			B = จำนวนประชากรทั้งหมด	100,984	101,450	101,667	101,667 (เฉพาะอำเภอเมืองเลย)	
			(A/B) x 100	51.11	51.26	58.45	58.45 (เฉพาะอำเภอเมืองเลย)	
21	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ 75	A =จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการสุ่มประเมินมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในระดับระดับดีขึ้นไป (มีค่าคะแนน ≥ ร้อยละ 70)	94	185	153	101	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
			B =จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการสุ่มประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพทั้งหมด	94	185	153	104	
			(A/B) x 100	100	100	100	100	
22	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit							
22.1	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke:I60-I69)	<ร้อยละ 7	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke :I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย	82	54	28	62	PCT อายุรกรรม
			B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke :I60-I69)	1,866	1,834	429	1,114	
			(A/B) x 100	4.4	2.94	6.53	5.56	
22.2	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ร้อยละ 75	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	1,283	1,056	246	1,028	PCT อายุรกรรม

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
			B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน	1,688	1,564	429	1,071	
			(A/B) x 100	76.00	67.5	54.3	56.95	
23	อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด							
23.1	อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 88	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ	11	10	0	9	-PCTอายุรกรรม -คลินิกวัณโรค -กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
			B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	12	11	20	20	
			(A/B) x 100	91.67	90.90	0	49	
23.2	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 88	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564	132	137	29	100	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
			B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน	189	186	185	185	
			(A/B) x 100	69.85	73.65	15.68	54..05	
24	อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทั้งประเทศ	ทั้งประเทศต่ำกว่า ร้อยละ1.55	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0	44	8	43 (อำเภอเมืองเลย)	-องค์กรแพทย์ -กลุ่มการพยาบาล -กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
			B = จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	5	4,661	3,498	3,808 (อำเภอเมืองเลย)	
			(A/B) × 100	0	0.94 (1 เม.ย.-31ธ.ค.64)	0.23 (1ม.ค.-23ก.พ.65)	1.13	
25	ร้อยละจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 50 ของจังหวัดทั้งหมด	มีการขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	รพ.เลยผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ	รพ.เลยผ่านเกณฑ์ 11 ข้อ	รพ.เลยผ่านเกณฑ์ 10 ข้อ	รพ.เลยผ่านเกณฑ์ 10 ข้อ	เภสัชกรรม
26	ร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	อัตราการติดเชื้อไม่	C = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปฏิทิน 64	49.56 (ปีปฏิทิน 61)	49.56 (ปีปฏิทิน 61)	55.20 (ปีปฏิทิน 63)	51.97 (ปีปฏิทิน 64)	เภสัชกรรม

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน				ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
		เพิ่มขึ้นจากปี2564	D = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปัจจุบัน	55.20 (ม.ค.-ธ.ค.63)	44.77 (ม.ค.-มิ.ย.64)	51.97 (ม.ค.-ธ.ค.64)	47.98 (ม.ค.-มิ.ย.65)	
			(D-C) x 100 / C	เพิ่มขึ้น 5.64	ลดลง 4.79	ลดลง 3.23	ลดลง 7.68	
27	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	น้อยกว่า 3.6 /1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน	17	14	4	10	PCT กุมารเวชกรรม
			B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ	5,155	4,731	1,352	2,366	
			(A/B) × 1,000	3.29	2.96	2.96	4.22	
28	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ	476	521	136	455	ศูนย์บริรักษ์
			B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ	512	532	139	465	
			(A/B) x 100	92.0	97.00	97.00	97.84	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
29	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 20.5	A = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการทั้งหมด	209,247	327,681	144,403	344,944	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย
			B = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	19,957	18,092	4,133	12,268	
			(B/A) x 100	6.88	5.52	2.68	3.56	
30	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥ร้อยละ 74	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีประมาณ 2565 ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ	11,671	11,671	1,415	2,363	งานสุขภาพจิต
			B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพจากความชุกที่ได้จากการสำรวจระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต	14,135	14,134	2,803	2,797	
			(A/B) x 100	82.57	82.57	50.45	84.48	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
31	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ							
31.1	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	< 8 /แสนประชากร	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	12	18	5	11	งานสุขภาพจิต
			B = จำนวนประชากรกลางปี 2564	123,830	118,353	118,3535	118,353	
			(A/B) x 100,000	9.69	15.21	4.2	8.44	
31.2	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 90	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ	130	140	74	107	งานสุขภาพจิต
			D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ	137	148	75	120	
			(C/D) x 100	94.89	94.59	98.67	89.16	
32	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	<ร้อยละ 26	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	275	290	94	249	PCT อายุรกรรม
			B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	2	0	1	1	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
			C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	113	98	29	75	
			D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด	867	859	295	710	
			(A+C) / D × 100 (รพ.เลย)	44.75	45.17	41.69	45.63	
33	Refracture Rate น้อยกว่าร้อยละ 20 (ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว 1 ปี)	< ร้อยละ 20	A3 = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Preventionที่มีกระดูกหักซ้ำ	1	1	0	1	PCT ออร์โธปิดิกส์
			B3 = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ในระยะเวลา 1 ปี	49	70	84	159	
			(A3/B3) × 100	2.09	14.28	0	0.62	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
34	**อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด**							
34.1	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI	< ร้อยละ 8	A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด	9	10	4	10	PCT อายุรกรรม
			B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด	126	129	43	99	
			(A/B) x 100	7.14	7.75	9.30	10.10	
34.2	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตาม มาตรฐานเวลาที่กำหนด							
34.2.1	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ร้อยละ 60	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	18	45	13	33	PCT อายุรกรรม
			B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด	66	71	21	52	
			(A/B) x 100	27.27	63.38	61.69	63.46	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
34.2.2	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	A = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	NA	NA	NA	NA	PCT อายุรกรรม
			B= จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด	NA	NA	NA	NA	
			(A/B) x 100	NA	NA	NA	NA	
35	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด							
35.1	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ร้อยละ 75	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา≤4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด	143	175	52	114	PCT ศัลยกรรม
			$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน	167	192	57	120	
			$(A_{(s)}/ B_{(s)})$ X 100	86	91	91	96	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
35.2	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ร้อยละ 75	$A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด	159	166	45	120	PCT ศัลยกรรม
			$B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน	167	171	48	123	
			$(A_{(C)}/ B_{(C)}) X 100$	95	97	94	98	
35.3	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ร้อยละ 60	$A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด	180	124	20	36	PCT ศัลยกรรม
			$B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมด	182	131	20	36	
			$(A_{(R)}/ B_{(R)}) X 100$	99	94.66	100	100	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
36	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m^2/yr	ร้อยละ 66	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณ และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5	1,215	1,376	770	1116	งานไตเทียม
			B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณ	1,929	2,014	1,204	1787	
			(A/B) x 100	61.39	68.32	64.04	62.45	
37	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	≥ ร้อยละ 85	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	635	843	222	629	PCT จักษุ
			B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย	726	939	251	725	
			(A/B) x 100	87.47	89.78	88.45	86.76	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
38	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ปีงบประมาณ 2565	1	2	2	2	PCT ศัลยกรรม
			B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ 2564	931	1,279	1,279	1,279	
			(A/B) x 100	0.1	0.156	0.156	0.156	
39	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ อย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม	58 (Retention Rate ระบบสมัครใจ)	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษาตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย	37	59	8	18	งานยาเสพติด
			B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ หรือเสียชีวิต	41	65	8	23	
			(A/B) x 100	90.24	90.77	100	82.61	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
40	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	≥ ร้อยละ 70	A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 ที่ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20 ตามเกณฑ์การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน	1,818	2,602	NA	1,693	คณะกรรมการ IMC
			B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20	2,028	2,734	NA	1,824	
			(A/B) × 100	89.64	95.17	NA	92.81	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
41	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	≥ ร้อยละ 20	A = จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ให้บริการและได้รับบริการผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด	172	145	160	422	PCT ศัลยกรรม
			B = จำนวนผู้ป่วยในโรคนั้นที่ได้รับบริการผ่าตัดทั้งหมด	173	195	179	487	
			(A/B) x 100	99.42	74.36	89.39	86.65	
42	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	< ร้อยละ 5	A=จำนวนผู้ป่วยที่มีการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	0	0	0	0	PCT ศัลยกรรม
			B= จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด	50	30	17	45	
			(A/B) x 100	0	0	0	0	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
43	จำนวนหน่วยบริการที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบรูณาการ		คลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป	1 รพ.เลย	1 รพ.เลย	1 รพ.เลย	1 รพ.เลย	-กลุ่มงานแพทย์แผนไทย -กลุ่มงานเภสัชกรรม
44	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-Trauma<12%)	≤ร้อยละ 12	A1 = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง	296	353	87	204	กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
			B1 = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด	2,842	3,245	815	2,322	
			(A1/B1) x 100	10.41	10.88	9.54	8.78	
45	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	995	1,334	309	4,049	กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
			B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	4,851	6,120	1,645	18,292	
			(A/B) x 100	20.51	21.79	18.78	21.68	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
46	ร้อยละโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ 100	ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ	64.7 (รพ.เลย)	65 (รพ.เลย)	68.5 (รพ.เลย)	67.16 (รพ.เลย)	กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
47	ร้อยละของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด	ร้อยละ 50	มีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด (11จังหวัด)	NA	NA	NA	NA	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการเฉพาะ กองบริหารการสาธารณสุข
48	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานการท่องเที่ยว	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	(ภูเก็ต ชลบุรี สุราษฎร์ธานี เชียงราย บุรีรัมย์)	NA	NA	NA	NA	กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
49	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในเมืองสมุนไพรและจังหวัดในเขตสุขภาพ เพิ่มขึ้น	ร้อยละ 20	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดเมืองสมุนไพร	NA	NA	NA	NA	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย
บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)								
50	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกิน ร้อยละ 4	A = จำนวนตำแหน่งว่างเป้าหมายทั้งหมด	5	35	45	6	HRM
			B = จำนวนตำแหน่งทั้งหมด	729	831	831	768	
			(A/B) x 100	0.68	4.21	5.41	0.78	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
51	ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	A=จำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ณ วันที่รายงานผล	0	4	NA	8	HRD
			B=จำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา ณ วันที่รายงาน	5	8	8	12	
			(A/B) x 100	0	50	NA	66.6	
52	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ							
52.1	ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	ร้อยละ 70	A1 = จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ทำการประเมินความสุข	1342	908	1,139	1,172	HRD
			B1 = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน	1,414	1,444	1,419	1,419	
			(A1/B1) x 100	94.91	62.88	80.27	82.59	
บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)								
53	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 92	ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT)	ผ่าน (รพ.เลย)	ผ่าน (รพ.เลย)	ผ่าน (รพ.เลย)	ผ่าน (รพ.เลย)	คณะกรรมการ ITA

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
54	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 92	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85	96.15 (รพ.เลย)	100 (รพ.เลย)	5/5 (รพ.เลย)	95.65	คณะกรรมการ ITA
55	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ 80 หรือ 4 คะแนนขึ้นไป	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 4 คะแนนขึ้นไป	73.11	84.56	อยู่ระหว่างการประเมิน	อยู่ระหว่างการประเมิน	งานตรวจสอบภายใน
56	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 95	ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	NA	ผ่านการประเมิน ร้อยละ88.86	ผ่านการประเมิน (ต่อเนื่อง)	ผ่านการประเมิน (ต่อเนื่อง)	สาธารณสุขจังหวัดเลย

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
57	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ 100	โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit +ขั้น 3 ขอประเมินซ้ำเนื่องจากใบรับรองจะหมดอายุและอยู่ในกระบวนการต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำ	ต่ออายุต่อเนื่อง	ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ วันที่ 24ก.ค. 64-25 ก.ค.66	ต่ออายุต่อเนื่อง	ต่ออายุต่อเนื่อง	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน
58	ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว	ร้อยละ 75	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต. ที่ผ่านระดับ 5 ดาวในปีงบประมาณ 2560 และปีงบประมาณ 2561 + รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับ 5ดาว) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2564 E = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด โดยไม่รวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (A/E) x 100	เนื่องจากสถานการณ์ Covid-19 ไม่มีการประเมินติดดาว แต่มีการประเมินตนเอง และพัฒนาในส่วนขาด ต่อเนื่องทุกแห่ง	เนื่องจากสถานการณ์ Covid-19 ไม่มีการประเมินติดดาว แต่มีการประเมินตนเองและพัฒนาในส่วนขาด ต่อเนื่องทุกแห่ง	อยู่ในระหว่างกระบวนการพัฒนาและมีแผนการรับประเมินจากองค์กรภายนอกโดยคณะกรรมการจังหวัดเลย เดือนมีนาคม 2565	ร้อยละ 100	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
59	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ 85	ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ	NA	NA	NA	NA	สาธารณสุขจังหวัดเลย
60	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา โดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)	ผ่านระดับ 3 ≥ ร้อยละ 60	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา โดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)	NA	NA	NA	NA	กลุ่มงานเภสัชกรรม
			B = จำนวนโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา อย่างต่อเนื่อง (มีผู้ป่วยรับบริการ>12 คน/ปีงบประมาณ 2565)	NA	NA	NA	NA	
			(A/B) x 100	NA	NA	NA	NA	
61	ความแตกต่างการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	≤112,800 ครั้ง	X = อัตราการใช้สิทธิ ของแต่ละสิทธิ : CR-CS, CR-SS, CR-UC อัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศ : CR-T	NA	NA	NA	NA	-กระทรวงสาธารณสุข -กลุ่มงานประกันสุขภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
			Y = ความต่างอัตราการใช้สิทธิแต่ละสิทธิเทียบกับอัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศ : CRdif.-CS, CRdif-SS, CRdif-UC (โดยที่ CRdif.-CS = dif ของ CR-CS & CR-T, CRdif-SS = dif ของ CR-SS & CR-T, CRdif-UC = dif ของ CR-UC & CR-T)	NA	NA	NA	NA	
			Z = ค่าเฉลี่ย { CRdif.-CS, CRdif-SS, CRdif-UC }	NA	NA	NA	NA	
			B : ข้อมูลจำนวนครั้งการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน ของสิทธิหลัก 3 สิทธิ	NA	NA	NA	NA	
			Z * B / 100	NA	NA	NA	NA	
62	ระดับความสำเร็จของการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	มีการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของ 3 ระบบ	ขั้นตอนการดำเนินการตามเป้าหมาย	NA	NA	NA	NA	กลุ่มงานประกันสุขภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565	ผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ
			รายละเอียดตัวชี้วัด	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)	
63	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน		ภาวะวิกฤติทางการเงิน	2	2	1	1	กลุ่มงานบัญชี
64	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	≥ 12 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	11	11	0	11	-คณะกรรมการ R2R -กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน
65	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการขยายผลนวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ	ร้อยละ 100	มีการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการพัฒนานวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพ	NA	NA	NA	NA	เขตสุขภาพที่8

ส่วนที่ 3
นโยบายเร่งรัด
ตามประเด็นตรวจราชการ ปี 2565

Agenda Based

1.โครงการพระราชดำริ

(โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์)

2.กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

3.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

3.1 คนไทยมีหมอประจำตัว 3 คน

3.2 จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย

3.3 อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

Agenda Based

ประเด็นที่ 1 โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ หัวข้อ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

ประเด็นการตรวจราชการ : โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

สถานการณ์

เรือนจำจังหวัดเลย มีผู้ต้องขัง จำนวน 1,253 คน โดยสิทธิการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิUC ตรงCUP จำนวน 1,210 คน (ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2565 ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) การบริการด้านสาธารณสุขในเรือนจำ เรือนจำจังหวัดเลย มีสถานพยาบาลเรือนจำจังหวัดเลย ซึ่งขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายหน่วยบริการประจำโรงพยาบาลเลย ให้บริการสุขภาพผู้ต้องขัง โดยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน (พยาบาลเวชปฏิบัติฯ 1 คน) และอสรจ. จำนวน 60 คน (อสรจ.ทั้ง 60 คน ได้รับการอบรมตามหลักสูตรของกรมสบส.) จัดบริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ย 60 คนต่อวัน และหากเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินซับซ้อน มีระบบส่งต่อรับการรักษานอกเรือนจำเฉลี่ย 1 คนต่อวัน การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กแรกเกิด – 3 ปี และการฝากครรภ์ ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ และเด็กติดผู้ต้องขังออกมารับบริการที่โรงพยาบาลเลย สำหรับผู้ต้องขังที่มีนัดหมายในคลินิกพิเศษอื่นๆ เช่น ARV Clinic TB Clinic เป็นต้น พยาบาลเรือนจำนำประวัติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มาพบแพทย์ รับยาแทนผู้ต้องขัง ซึ่งโรงพยาบาลแม่ข่ายได้จัดบริการช่องทางด่วนให้ นอกจากนี้ โรงพยาบาลเลยได้เข้าไปให้บริการในเรือนจำ ตรวจรักษาโรคทั่วไปโดยแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติฯ 1 วัน ต่อสัปดาห์ ให้บริการผู้ต้องขังป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ครั้งต่อเดือน งานบริการทันตกรรมทุก 1 เดือน และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย การป้องกันควบคุมโรคติดต่อและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามนโยบาย ตามกลุ่มเป้าหมาย และจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลเลยและสถานพยาบาลเรือนจำจังหวัดเลย ได้ปรับรูปแบบการบริการสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ได้แก่ การตรวจรักษาโรคทั่วไป และโรคเรื้อรัง โดยวิธี Telenursing Telemedicine และTelepharmacine (การตรวจรักษาผ่านจอภาพ) การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามนโยบาย โดยการจัดบริการแบบเหลื่อมเวลา เป็นต้น

กรณีผู้ต้องขังต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เข้าพักในหอผู้ป่วยตามแผนกต่างๆ โดยจัดไว้ในส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วย และรวมกับผู้ป่วยอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาทางจิตเวช เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ในกรณีมีอาการรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้ และหากผู้ต้องขังที่มีอาการคงที่ มีการจัดบริการรักษาพยาบาลแบบ Telemedicine (การรักษาผ่านจอภาพ) พยาบาลเรือนจำรับยาแทนผู้ต้องขัง นอกจากนี้การมีพื้นที่จำกัดของเรือนจำ ทำให้มีความแออัดมาก พื้นที่เฉลี่ยต่อคนเป็น 0.5 ตารางเมตร ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดต่อได้อย่างง่ายดายและรวดเร็ว โรงพยาบาลเลยจึงได้ร่วมประเมินและแนะนำการปรับปรุงพัฒนาระบบสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ สุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่มสำหรับผู้ต้องขัง เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นได้

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดเลย ปี 2565

5 อันดับโรคการรับบริการผู้ป่วยนอกของผู้ต้องขัง สถานพยาบาลเรือนจำจังหวัดเลย ปี 2565

อันดับ 1 โรคเหงือกอักเสบ/โรคปริทันต์

อันดับ 2 โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ

อันดับ 3 โรคผิวหนัง (กลาก เกลื้อน)

อันดับ 4 ไมเกรน

อันดับ 5 โรคระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และเนื้อเยื่อประสาท

กลุ่มเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพ ผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2565

1. ผู้ป่วย AIDS จำนวน 20 คน
2. ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 86 คน
3. ผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 5 คน
4. ผู้ป่วยโรคNCDs จำนวน 59 คน (DM 20 คน, HT 34 คน, โรคหัวใจ 5 คน)
5. ผู้ป่วยอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 5 คน ผู้ป่วยไทรอยด์ จำนวน 7 คน
6. หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 4 คน
7. ผู้สูงอายุ จำนวน 62 คน
8. ผู้พิการ จำนวน 37 คน

การพัฒนา /กิจกรรมสำคัญ

1. จัดประชุมคณะกรรมการ และคณะทำงานพัฒนาระบบสาธารณสุขเรือนจำ โรงพยาบาลแม่ข่าย และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 ครั้ง
2. จัดประชุมคณะทำงานการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาวะผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย รวมทั้งการจัดทำ Focus Group ในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สำรวจความต้องการพัฒนาสุขภาวะของผู้ต้องขัง โดยวิเคราะห์สถานการณ์ รูปแบบการจัดบริการด้านสาธารณสุขเดิม ปัญหาและความต้องการพัฒนาด้านต่างๆของผู้ต้องขัง และเจ้าหน้าที่เรือนจำ โดยวิเคราะห์ด้าน Structure ได้แก่ การจัดหน่วยบริการแผนกต่างๆ อุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็น Staff ได้แก่ คณะผู้ให้บริการทั้งผู้รับผิดชอบหลัก และทีมสนับสนุน System ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู งานบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกทั้งภายในและภายนอกเรือนจำ ระบบการปรึกษาและส่งต่อ ระบบสารสนเทศ ระบบยา เวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา พัสดุ ระบบการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ ระบบ Central Supply ระบบสนับสนุนการเงินการคลัง ระบบการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ และอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. นำผลการวิเคราะห์ส่วนขาดและส่วนที่ปรับปรุง มาจัดทำแผนบูรณาการความร่วมมือในระดับจังหวัดและในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายเดือน ตามเกณฑ์การจัดระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำตามเกณฑ์มาตรฐาน 6 ด้าน และความต้องการการพัฒนาของผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่เรือนจำ

4. จัดทำโครงการ/ แผนงาน พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขัง และเจ้าหน้าที่ในเรือนจำ ผู้รับผิดชอบงานตามโครงการ/แผนงานมีการสรุปทบทวนแผนงานฯทุกเดือน
5. คณะกรรมการฯระดับจังหวัด นิเทศ กำกับ ติดตาม แก้ไขปัญหา รายไตรมาส และสรุปผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ

แผนงาน/โครงการ ตามกระบวนงานสำคัญ

โรงพยาบาลเลย ร่วมกับ สถานพยาบาลเรือนจำจังหวัดเลย และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเลย เทศบาลเมืองเลย จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อดำเนินการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขัง ปีงบประมาณ 2565 ดังนี้

โครงการ การพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ต้องขัง และเจ้าหน้าที่ในเรือนจำจังหวัดเลย ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ จังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2565งบประมาณเงินบำรุงโรงพยาบาลเลย จำนวน 28,200 บาท ซึ่งอยู่ในระหว่างการดำเนินงาน โดยแบ่งการดำเนินงานในโครงการออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขัง ให้มีสุขภาพแข็งแรง มีความสุข สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

ด้านที่ 2 การป้องกันสุขภาพผู้ต้องขัง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ด้านที่ 3 การรักษาพยาบาลผู้ต้องขัง ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ด้านที่ 4 การฟื้นฟูสุขภาพผู้ต้องขัง ไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ

ด้านที่ 5 การส่งต่อผู้ต้องขังสุขภาพดีสู่สังคม

ด้านที่ 6 การสนับสนุน และตอบสนองการพัฒนาสุขภาพ ผู้ต้องขังให้มีคุณภาพ

ผลการดำเนินงาน (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนพฤษภาคม 2565)

๑.การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ บริการที่จำเป็นพื้นฐานที่ผู้ต้องขังควรได้รับ 6 ด้าน

๑.1 ด้านการรักษาพยาบาล

กิจกรรม	เกณฑ์ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
๑.๑. ให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์)	สถานพยาบาลที่มีผู้ต้องขังระหว่าง ๑,๒๕๐ – ๔,๐๐๐ คน กำหนดความถี่ ๖ ชม./สัปดาห์ (โดย โรงพยาบาลแม่ข่าย)	- สัปดาห์ละ ๑ วัน/วันศุกร์ - แพทย์เข้าตรวจ ภายในฯ 3 ครั้ง - แพทย์ตรวจผ่านจอภาพ (Telemedicine) 8 ครั้ง - เภสัชกร/ให้คำปรึกษาด้านยาภายในฯ 1 ครั้ง - เภสัชกร/ให้คำปรึกษาด้านยาผ่านจอภาพ (Telemedicine) 8 ครั้ง ***เฉลี่ย 6 ชม./สัปดาห์ ได้ตามเกณฑ์ ***
๑.๒. ให้บริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (พยาบาล)	ในเวลาราชการ เรือนจำดำเนินการเอง/ร.พ.แม่ข่าย	- มีบริการตรวจรักษาทุกวัน โดยพยาบาลเรือนจำ - มีบริการตรวจรักษาในวันศุกร์สุดท้ายของเดือน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติโรงพยาบาลแม่ข่าย ในเวลาราชการ ให้บริการเฉลี่ย 60 คน/วัน *** ได้ตามเกณฑ์***
๑.๓. กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินมีพยาบาลเวชปฏิบัติ	ตลอด ๒๔ ชม. เรือนจำดำเนินการเอง	มีพยาบาลเวรของเรือนจำ ดำเนินการเอง ตลอด ๒๔ ชม. ***ได้ตามเกณฑ์***
๑.๔. ให้บริการให้คำปรึกษาและจิตบำบัด (นักจิตวิทยา)	๑ ครั้ง/เดือน โดยรพ.แม่ข่าย	ได้รับบริการจาก รพ.จิตเวชเลยราชนครินทร์ - ให้บริการรายบุคคลจากจิตแพทย์ - กลุ่มจิตบำบัด จากนักจิตวิทยา เฉลี่ย ๒ เดือน/ครั้ง ***ไม่ได้ตามเกณฑ์***
๑.๕ ให้บริการตรวจรักษาและให้คำปรึกษาทาง Video Conferenceทั้งในรายปกติและกรณีฉุกเฉิน	ตลอด ๒๔ ชม. โดยรพ.แม่ข่าย	มีบริการทั้งโรงพยาบาลเลย และ รพ.จิตเวชเลยราชนครินทร์ ตลอด 24 ชั่วโมง ***ได้ตามเกณฑ์***
1.6 ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน	๑ ครั้ง/เดือน โดยรพ.แม่ข่าย	ผู้ต้องขังได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน จำนวน 1,253 ราย ได้รับการถอนฟัน จำนวน 165 ราย

1.2 ด้านบริการพื้นฐานงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กิจกรรม	เกณฑ์ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
๒.๑.กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด **- บริการฝากครรภ์**	ตามเกณฑ์กรมอนามัยกำหนด ๕ ครั้ง โดยดำเนินการเอง/รพ.แม่ข่าย	มีหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการ จำนวน 4 คน ได้ตามเกณฑ์กำหนด โดยส่งตรวจที่ รพ.เลย ตามนัด ***ได้ตามเกณฑ์***
- บริการดูแลและตรวจหลังคลอด	กำหนด ๓ ครั้ง โดยดำเนินการเอง/รพ.แม่ข่าย	เรือนจำดำเนินการเอง ***ได้ตามเกณฑ์***
๒.๒.กลุ่มเด็ก ๐-๓ ปี **- บริการวัคซีนแก่เด็กตามโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ**	ในเวลาราชการ ตามโปรแกรม	มีเด็กติดผู้ต้องขัง อายุ 2 เดือน จำนวน 1 คน ได้ตามเกณฑ์กำหนด โดยมารับวัคซีนที่ รพ.เลย ตามนัด
๒.๓. กลุ่มอายุ ๑๘ -๕๙ ปี **- บริการตรวจคัดกรองและให้การรักษา โรคติดต่อทั่วไป/ไม่ติดต่อ**	๑ ครั้ง/ปี ดำเนินการเอง/รพ.แม่ข่าย	ปีงบประมาณ ๒๕๖5 -จัดแผนการคัดกรองตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป จำนวนกลุ่มเป้าหมาย 660 คน อยู่ในระหว่างดำเนินการคัดกรอง ***เรือนจำดำเนินการเอง*** -จัดแผนการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน จำนวนกลุ่มเป้าหมาย 20 คน อยู่ในระหว่างดำเนินการคัดกรอง ***ดำเนินการโดยร.พ.แม่ข่าย*** - คัดกรองวัณโรคปอด ด้วยการเอกซเรย์ทรวงอกด้วยรถเอกซเรย์ระบบดิจิตอลพระราชทาน 1 ครั้ง จำนวน 592 ราย -ตรวจคัดกรองบริการปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ / การตรวจหาเชื้อเอดส์ ซิฟิลิสต์ ไวรัสตับอักเสบบีและซี ด้วยความสมัครใจ รวมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันโรค เช่น ถุงยางอนามัย จำนวน ๑ ครั้ง มีผู้เข้ารับการตรวจแบบสมัครใจจำนวน 214 คน ผลตรวจ Negative ทั้งหมด

กิจกรรม	เกณฑ์ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
- การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก/เต้านม	๑ ครั้ง/ปี โรงพยาบาลแม่ข่าย	ปีงบประมาณ ๒๕๖5 -จัดแผนการตรวจคัดกรองในสตรีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 93 คน โดยแผนการจัดบริการครั้งที่ 1 อยู่ระหว่างดำเนินการ และครั้งที่๒ สัปดาห์ที่ ๒ ของเดือนสิงหาคม ๒๕๖5 ***ดำเนินการโดยร.พ.แม่ข่าย***
๒.๔กลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป **- บริการวัคซีนตามโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค**	๑ ครั้ง/ปี ดำเนินการเอง/ โรงพยาบาลแม่ข่าย	ปีงบประมาณ ๒๕๖5 -ดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ เข็มที่ 1,2 และ 3 จำนวน 71 คน -แผนการจัดบริการให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ๑ ครั้ง ในวันที่ 10 มิถุนายน 2565 จำนวน 71 ราย ***ดำเนินการโดยร.พ.แม่ข่าย***
- บริการตรวจคัดกรองและให้การรักษา โรคติดต่อทั่วไป/ไม่ติดต่อ	๑ ครั้ง/ปี ดำเนินการเอง/โรงพยาบาลแม่ข่าย	ปีงบประมาณ ๒๕๖5 -แผนการจัดบริการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ๑๐ เรื่อง /คัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ๑ ครั้ง จำนวน 71 คน ชาย 68 คน หญิง 3 คน *** ดำเนินการร่วมกัน***
- บริการปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับ เอชไอวี การตรวจหาเชื้อเอดส์ ด้วยความสมัครใจรวมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันโรค เช่นถุงยางอนามัย	๒ ครั้งต่อปี ดำเนินการเอง/รพ.แม่ข่าย	ปีงบประมาณ ๒๕๖5 -ตรวจคัดกรองฯ ๑ ครั้ง มีผู้เข้ารับการตรวจแบบสมัครใจ จำนวน ๒14 คน และ มีผู้สูงอายุสมัครใจตรวจ Negative ทั้งหมด -จัดแผนการคัดกรองฯรอบที่ ๒ ในสัปดาห์ที่ ๑ เดือนสิงหาคม ๒๕๖5 ***ดำเนินการร่วมกัน***

๑.๓ ด้านงานส่งเสริมสุขภาพจิต

กิจกรรม	เกณฑ์ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
๓.๑. บริการคัดกรองความเสี่ยงจากบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด	๑ ครั้งแรกรับ ดำเนินการเอง	-บริการตรวจคัดกรองสุขภาพแรกรับทุกราย ตามแบบคัดกรอง V.2 เรือนจำดำเนินการเอง ***ได้ตามเกณฑ์***
๓.๒. ตรวจคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้ต้องขัง (PMHQ-Thai)	๑ ครั้ง/ปี ดำเนินการเอง	-บริการประเมินสุขภาพจิต แรกรับ ทุกราย -รายเก่า ๖ เดือน ขึ้นไป ปีละ ๑ ครั้ง เรือนจำดำเนินการเอง ***ได้ตามเกณฑ์***
๓.๓. บริการให้คำปรึกษา และบำบัดรักษาแก่ผู้ต้องขังที่มีภาวะเครียด/ซึมเศร้า รวมถึง การเจ็บป่วยทางจิตเวช(นักจิต/พยาบาล/แพทย์)	๑ ครั้ง/เดือน รพ.แม่ข่าย	ปีงบประมาณ ๒๕๖5 -จิตแพทย์ให้บริการให้คำปรึกษา/ตรวจทางจอภาพ (Telemedicine) 2 ครั้ง จำนวนผู้ต้องขังได้รับบริการ 25 คน -ผู้ต้องขังรายอาการสงบ พยาบาลเรือนจำรับยาแทน (ยาเดิม) ตามนัด จำนวน 33 คน -กลุ่มจิตบำบัด มีแผนการจัดบริการทุก ๑ เดือน ดำเนินการโดยโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์และ นักจิตวิทยา โรงพยาบาลเลย ***ได้ตามเกณฑ์***

๑.๔ ด้านการฟื้นฟูสภาพ

กิจกรรม	เกณฑ์ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
๔.๑. การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ต้องขัง	ตามความเหมาะสม ดำเนินการเอง	ปีงบประมาณ ๒๕๖5 -ไม่มีผู้ต้องขังที่ต้องรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพนอกเรือนจำ กรณีมีผู้ต้องขังในรายที่แพทย์นัดและต้องใช้อุปกรณ์ในการจัดบริการฟื้นฟูสภาพ จัดบริการโดยนำตัวออกไปรับบริการกายภาพบำบัด ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย -มีผู้ต้องขังให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพภายในเรือนจำ โดย อสรจ. ที่ผ่านการอบรมแล้ว และกำกับโดยพยาบาลเรือนจำ จำนวน 1 คน ***ได้ตามเกณฑ์***
๔.๒. ให้บริการให้คำปรึกษาและกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด	๒ ครั้ง/ปี รพ.แม่ข่าย	ปีงบประมาณ ๒๕๖5 -มีแผนจัดบริการให้คำปรึกษา และกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด ในเรือนจำ โดยนักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด ร.พ.เลย โดย ครั้งที่ ๑ สัปดาห์ที่ ๔ ของเดือนมกราคม แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ทำให้งดการเข้าบริการในเรือนจำ แต่ยังให้บริการ ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลเรือนจำในการให้บริการกับผู้ต้องขังในเรือนจำทางจอภาพ ทางไลน์และโทรศัพท์ทุกวันราชการ ครั้งที่ ๒ สัปดาห์ที่ ๓ ของเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๕ ***ได้ตามเกณฑ์***
๔.๓. ให้บริการตรวจรับรองความพิการและประสาน (ตามความเหมาะสม) โดยรพ.แม่ข่าย	ตามความเหมาะสม โดยรพ.แม่ข่าย	-กรณี ยังไม่ขึ้นทะเบียนผู้พิการ หากเป็นผู้พิการที่วินิจฉัยได้โดยมองเห็นได้ โดยประจักษ์ และการตรวจร่างกายไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือตรวจซับซ้อน แพทย์จากร.พ.แม่ข่าย ให้บริการตรวจรับรองความพิการผ่านจอภาพ (Telemedicine) -กรณีต้องตรวจร่างกายเพื่อรับรองความพิการภายในเรือนจำ นำผู้ต้องขังรับการตรวจเพื่อขอรับรองความพิการ ในวันที่แพทย์ให้บริการในเรือนจำทุกวันศุกร์ สัปดาห์สุดท้ายของเดือน -กรณีผู้ต้องขังตรวจรับรองความพิการ ที่ต้องตรวจร่างกายโดยใช้เครื่องมือตรวจพิเศษหรือแบบทดสอบที่มีความเฉพาะด้าน พยาบาลเรือนจำนำผู้ต้องขังออกตรวจรับรองความพิการนอกเรือนจำ ในร.พ.แม่ข่าย ***ได้ตามเกณฑ์***

๑.๕ ด้านการส่งต่อเพื่อการรักษา

กิจกรรม	เกณฑ์ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
๕.๑.มีการส่งต่อทั้งกายและจิต ครอบคลุมถึงการส่งต่อประวัติการรักษา	๑ ครั้ง/สัปดาห์ ดำเนินการเอง/รพ.แม่ข่าย	-จัดบริการทุกวัน โดยพยาบาลเรือนจำประสานกับร.พ.แม่ข่าย กรณีมีผู้ต้องขังเจ็บป่วยรุนแรง และฉุกเฉินจำเป็นเร่งด่วน เช่น ผู้ต้องขังมีประวัติรับยาวัณโรค , ผู้ต้องขังรับยาจิตเวชที่อาการกำเริบ นอกจากนี้ หากผู้ต้องขังต้องส่งต่อ ในร.พ.ต่างจังหวัด กรณีผู้ต้องขังย้ายเรือนจำ พยาบาลเรือนจำ ประสานการส่งต่อ และประวัติการรักษาให้กับเรือนจำในพื้นที่ส่งต่อ และรับย้าย -กรณีผู้ต้องขังพ้นโทษ มีแนวทางปฏิบัติภายในจังหวัด เพื่อส่งข้อมูลการรักษา และดูแลต่อเนื่องในโรคสำคัญ เช่น ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น ***ได้ตามเกณฑ์***
๕.๒. มีระบบบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเตรียมส่งต่อผู้ต้องขังป่วยไปรับการรักษานอกเรือนจำ	ทุกวัน ดำเนินการเอง แจ้ง ๑๖๖๙	-จัดบริการโดยร.พ.แม่ข่าย ให้บริการตลอด ๒๔ ชม. ***ได้ตามเกณฑ์***

๑.๖ ด้านการตรวจสอบสิทธิ์

กิจกรรม	เกณฑ์ในการปฏิบัติ	ผลการดำเนินงาน
๖.๑. มีระบบให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่อง การรักษาพยาบาลของผู้ต้องขัง เพื่อการย้ายสิทธิ์ เปลี่ยนสิทธิ์ การรักษา พยาบาล การเพิกถอนสิทธิ์ หรือแม้แต่ผู้ไม่มีสิทธิ์การักษาใดๆ	ทุกวัน ดำเนินการเอง/รพ.แม่ข่าย	- โรงพยาบาลแม่ข่าย บริการให้คำปรึกษาทุกวัน ***ได้ตามเกณฑ์***
๖.๒. มีระบบการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ์ (ทุกวัน) ดำเนินการเอง/รพ.แม่ข่าย	ทุกวัน ดำเนินการเอง/รพ.แม่ข่าย	-ร.พ.แม่ข่ายสามารถดำเนินการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ์ได้ทุกวัน -เรือนจำบริการย้ายสิทธิ์เดือนละ ๒ ครั้ง โดยรวบรวมเอกสารให้ศูนย์ประกันสุขภาพ รพ.แม่ข่ายดำเนินการ ***ได้ตามเกณฑ์***

ปัญหาอุปสรรค/แนวทางการแก้ไข

1. Structure

เนื่องจากสถานพยาบาลเรือนจำ ปรับปรุงมาจากเรือนนอนผู้ต้องขังหญิงเดิม มีพื้นที่บริการจำกัด ทำให้พื้นที่บริการไม่เป็นไปตามมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งด้านความปลอดภัย ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ด้านการจัดบริการแผนกต่างๆ ด้านการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และนอกจากนี้ยังขาดครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น Unit ทำฟัน หรือ Unit ทำฟันเคลื่อนที่ เป็นต้น ทำให้การจัดบริการ มีความไม่สะดวก ไม่เหมาะสม ไม่เป็นสัดส่วน เสี่ยงต่อการติดเชื้อกับบุคลากร ผู้ต้องขัง และชุมชน และเป็นการเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ต้องขัง

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

: เนื่องจากสถานพยาบาลเรือนจำ มีพื้นที่บริการจำกัด และมีแผนการและงบประมาณในการปรับปรุงโครงสร้างของหน่วยบริการ สถานพยาบาลเรือนจำ โดยโรงพยาบาลเลยซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มอบหมายให้หน่วยงานโครงสร้างของโรงพยาบาลเลย งานENV งานป้องกันควบคุมการติดเชื้อ(IC) และงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ร่วมกับผู้รับผิดชอบงานสถานพยาบาลเรือนจำ เรือนจำจังหวัดเลย จัดทำแบบแปลนและเป็นที่ปรึกษาในการปรับปรุงโครงสร้างให้เหมาะสม ตามมาตรฐานพื้นฐานหน่วยบริการที่ควรมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ และมาตรฐานสุขาภิบาลเรือนจำ เพื่อเพิ่มคุณภาพในการจัดบริการด้านสาธารณสุขในเรือนจำ

: ส่วนกลางได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กรมราชทัณฑ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจัดทำแผนสอบถามความต้องการ และจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เหมาะสมกับการจัดบริการในสถานพยาบาลเรือนจำ

2.Staff

บุคลากรด้านสาธารณสุขประจำในสถานพยาบาลในเรือนจำ ไม่เพียงพอสำหรับการให้บริการ มีผู้ต้องขังเจ็บป่วย ให้บริการในสถานพยาบาลเรือนจำเฉลี่ย 60 คนต่อวัน ผู้ต้องขังที่ต้องนำส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย เฉลี่ย 1 คนต่อวัน โดยมีอัตรากำลัง พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และมีทีมสนับสนุนในเรือนจำ ได้แก่ อสรจ. 60 คน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ในการดูแลรักษาโรคเบื้องต้น จัดการอาการรบกวนต่างๆในผู้ป่วยในเรือนจำ และพบแพทย์แทนผู้ต้องขัง รวมทั้งนำผู้ต้องขังออกพบแพทย์นอกเรือนจำ ส่งผลให้งานสาธารณสุขด้านอื่นๆ ได้แก่ งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม งานสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่ม งานสารสนเทศด้านสาธารณสุข งานป้องกันควบคุมโรคติดต่อและระบาดวิทยา เป็นต้น การจัดกิจกรรมดังกล่าวยังไม่ครบถ้วน และไม่ครอบคลุม และเนื่องจากปริมาณงานการให้บริการผู้ต้องขังป่วยต่อวัน ไม่สมดุลกับจำนวนบุคลากร เป็นผลให้พยาบาลเรือนจำ เข้ารับการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพในการจัดบริการด้านต่างๆลดลง

ข้อเสนอแนะ /แนวทางแก้ไข

: กรมราชทัณฑ์ ควรมีกรอบอัตรากำลัง นักวิชาการสาธารณสุข ในสถานพยาบาลเรือนจำ เพื่อร่วมจัดบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและครบถ้วน เช่น ด้านการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม งานป้องกันควบคุมโรคติดต่อและระบาดวิทยา งานยุทธศาสตร์แผนงานสาธารณสุข งานสารสนเทศด้านสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยต่างๆ เป็นต้น

: หน่วยบริการแม่ข่ายจัดการสอนเพิ่มพูนความรู้ให้กับพยาบาลเรือนจำ ตามความต้องการและความจำเป็น ในช่วงที่แพทย์และสหวิชาชีพ เข้าไปให้บริการในเรือนจำ ประจำสัปดาห์ และเข้าศึกษาดูงาน ฝึกประสบการณ์ตรงจากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล

: ผู้บริหารเรือนจำ ควรได้จัดเจ้าหน้าที่เรือนจำแผนกอื่นๆร่วมให้บริการในสถานพยาบาลเรือนจำ ในงานสนับสนุนต่างๆ เช่น งานพัสดุ งานข้อมูลการบริการ เป็นต้น

: อบรมฟื้นฟูความรู้อสรจ.ในประเด็นสำคัญและยังไม่สามารถดำเนินงานสาธารณสุขได้ครอบคลุม เพื่อช่วยคัดกรอง ประเมิน ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ได้เบื้องต้น ก่อนส่งต่อให้พยาบาลเรือนจำ

3.System

ระบบบริการ :

การบริการด้านสุขภาพจิต ไม่มีแนวทางการดูแลและส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตที่สำคัญ สำหรับพยาบาลในเรือนจำ รวมทั้งแนวทางการส่งต่อเมื่อผู้ต้องขังพ้นโทษ และนอกจากนี้ด้วยข้อจำกัดด้านบุคคลากรนักจิตวิทยาในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ไม่เพียงพอต่อการจัดบริการ ทำให้การบริการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดโดยนักจิตวิทยา ไม่ได้ตามเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ /แนวทางแก้ไข

: จัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับโรคที่พบบ่อยในเรือนจำ โรคที่เป็นภาวะฉุกเฉิน การจัดบริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช เป็นแนวทางเดียวกันกับ รพ.สต. CUP เมืองเลย และจังหวัดเลย

: จัดแผนงานนิเทศ เยี่ยมเสริมพลัง สำหรับการพัฒนางานด้านสาธารณสุข จากทีมผู้เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และเครือข่ายหน่วยบริการต่างๆ

: โรงพยาบาลเลย จัดนักจิตวิทยา เข้าร่วมจัดบริการให้คำปรึกษาและจิตบำบัด

ระบบข้อมูลด้านสาธารณสุข :

การบันทึกและการจัดเก็บข้อมูลด้านสาธารณสุขในสถานพยาบาลเรือนจำ ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน และไม่เป็นหมวดหมู่ ไม่เป็นปัจจุบัน ไม่สามารถนำมาวางแผนการดำเนินงานพัฒนาด้านสาธารณสุขในเรือนจำได้เหมาะสม โรงพยาบาลแม่ข่ายและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเลย ได้นำโปรแกรม HosXp pcu มาใช้ในการบันทึกข้อมูลด้านสาธารณสุข และอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้โปรแกรม สถานพยาบาลเรือนจำจังหวัดเลย ได้ดำเนินการบันทึกข้อมูลประชากรในบัญชี 1 ได้ครอบคลุมร้อยละ ๗๐ ยังไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่องและปรับปรุงข้อมูล รวมทั้งยังไม่มีการบันทึกข้อมูลในบัญชีอื่นๆ และแฟ้มการให้บริการ ใน HosXp pcu เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลเรือนจำ มี 2 คน ซึ่งต้องให้บริการผู้ต้องขังทั้งในสถานพยาบาลเรือนจำ และติดตามผู้ต้องขังที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้ยังไม่สามารถจัดสรรเวลาการบันทึกข้อมูลประชากรและงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในเรือนจำได้ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ /แนวทางแก้ไข:

นำโปรแกรม HosXp pcu มาใช้ในการบริการ การบันทึกและเก็บข้อมูล ของหน่วยบริการสถานพยาบาลในเรือนจำ โดยมีทีมICT สสจ.เลย สสอ.เมืองเลย และร.พ.เลย เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน กำกับและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และผู้บริหารเรือนจำจังหวัดเลย ได้สนับสนุนบุคลากรงานธุรการมาร่วมในการดำเนินงานสารสนเทศทางการแพทย์ต่างๆ

Agenda Based

ประเด็นที่ 2กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจหัวข้อ กัญชา กัญชง ทางการแพทย์

ประเด็นการตรวจราชการ : กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

ตัวชี้วัด : 1) ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ร้อยละ 70

2) ผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในผู้ป่วย Palliative care และผู้ป่วยมะเร็ง คลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้ย้ายสถานที่มาที่ห้อง 105 ชั้น 1 งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 เนื่องจากมีความพร้อมด้านสถานที่ และผู้ป่วย/ญาติในทุกกลุ่มโรคโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย Palliative care ที่มารับบริการในคลินิกเฉพาะโรค สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ทางเลือกในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบันได้

2.กระบวนการดำเนินงาน

2.1 ประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ข้อมูลการแพทย์ทางเลือก ระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับบริการในโรงพยาบาล

2.2 ประสานผ่านองค์กรแพทย์ เพื่อขอแพทย์แผนปัจจุบันเข้าร่วมอบรมการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มเติม

2.3 แจ้งความประสงค์ในใบสำรวจความต้องการขอสนับสนุนน้ำมันกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ของสถานบันกัญชาแห่งชาติ

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-พ.ค.65)		
		2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ						
1.ผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	0	0	429 คน	5 คน	1.17 %
2.ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	100% (34คน)	เกินเป้าหมาย 100% (232คน)	244 คน	256 คน	10%

หมายเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 6 มิถุนายน 2565

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

4.1 การประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจร่วมกันเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

4.2 ประชาสัมพันธ์ช่องทางการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วยและญาติที่รอรับบริการในคลินิกต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

5.ปัญหาและอุปสรรค

1. ระบบการดึงรายงานผ่าน HDC พบว่า

- ยอดผู้ป่วย palliative ที่มารับบริการที่ รพ.เลย แต่ไปปรากฏเป็น workload ของ รพ.สต. ทั้งที่ รพ.สต. ไม่มีบริการน้ำมันกัญชา
- การรายงานผ่าน HDC ไม่ครอบคลุม ผู้ป่วย Palliative หรือผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลแห่งอื่นแล้วมารับบริการน้ำมันกัญชาที่โรงพยาบาล

2. แพทย์แผนปัจจุบันที่ผ่านการอบรมการสั่งใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์มีน้อย

3. ยังไม่มีความชัดเจน เรื่องการสนับสนุนการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

6.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

การวิจัยน้ำมันกัญชาขมิ้นทองในการรักษาผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ

Agenda Based

ประเด็นที่ 3 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หัวข้อ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็นการตรวจราชการ : จำนวนประชาชนมีหมอประจำตัว 3 คน

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย มีสภาพเป็นชุมชนเมือง มีจุดศูนย์กลางอยู่บริเวณราบลุ่มแม่น้ำเลยและแม่น้ำหมานไหลผ่าน ภายในเขตเทศบาลเมืองเลย มีพื้นที่ 12.41 ตารางกิโลเมตร เป็นที่ตั้งหน่วยงานราชการต่างๆ ตลอดจนอาคารพาณิชย์ ห้างสรรพสินค้า บริษัท ห้างร้าน โรงแรม สถานศึกษา ที่อยู่อาศัยของประชาชนที่รวมตัวกัน อย่างหนาแน่น ประชากรย้ายเข้า-ออกบ่อยครั้งและมีประชากรแฝงอยู่จำนวนมาก ทำให้ข้อมูลประชากรไม่นิ่งและปี 2565 เป็นช่วงของการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้การทำงานเชิงรุกค่อนข้างลำบาก และมีการระบาดหลากหลายพื้นที่ เจ้าหน้าที่ต้องให้บริการฉีดวัคซีนในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการร่วมทั้งให้บริการติดตามอาการกลุ่มป่วย ทำให้การปฏิบัติงานในชุมชนดำเนินการอย่างล่าช้า

2.กระบวนการดำเนินงาน

การทำงานต้องอาศัยภาคีเครือข่าย ร่วมดำเนินการ โดยให้อาสาสมัครสาธรณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอคนที่ 1 สำรวจประชากรที่อาศัยในเขตรับผิด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(หมอคนที่ แยกกลุ่มประชากร การประเมิน ADL ในกลุ่ม ผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ ติดเตียง ติดบ้าน และติดสังคม กลุ่มประชาชนทั่วไป ที่มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว และกลุ่มเด็กที่มีโรคประจำตัว โดยผู้ป่วยติดเตียงจะมีกลุ่ม อสค. ดูแลประชาชนในหมู่บ้าน

3.ผลการดำเนินงาน

เขตตำบลกุดป่องดูแลประชาชน กลุ่มติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 100 มี3 หมอ ดูแล ร้อยละ100 และการบันทึกข้อมูลในระบบ 3 หมอรู้จักคุณมีผลงาน ร้อยละ 50.14

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

ซื่อสัตย์ ให้บริการด้วยใจ ดูแลดุจญาติมิตร โดยภาคีมีส่วนร่วม

5.ปัญหาและอุปสรรค

1. ปี 2565 เขตตำบลกุดป่องไม่ได้รับโคต้าการอบรมอสค.เพิ่มเนื่องจาก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไม่นับจำนวนชุมชนเป็นเป้าหมายการอบรม อสค.เพิ่มเติม ผู้รับผิดชอบงานแจ้งรายงานปัญหาแล้ว
2. ปัญหาการนำเข้าฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบันตามฐานข้อมูลใน HDC ของปีปัจจุบัน
3. ปัญหาโรคเชื้อไวรัสโควิด19 ระบาด
4. ปัญหาการบันทึกข้อมูล

6.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1.จัดโครงการอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัวรองรับกิจกรรม

2.ให้ภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการ

Agenda Based

ประเด็นที่ 3 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หัวข้อ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็นการตรวจราชการ : อสม.หมอประจำบ้าน, PCU/NPCU

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่าย

2.1) จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิฯ

2.2) จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูม

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ด้วยสถานการณ์ปัจจุบันมีการระบาดของโรคโควิด19 เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การเข้าถึงผู้ป่วยและผู้ป่วย/ญาติเข้าถึงสถานบริการเป็นไปด้วยความลำบาก เพราะจำเป็นต้องป้องกันการได้รับเชื้อโควิด19 ในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ทำให้ต้องใช้สื่อสารออนไลน์เข้าช่วย มีการติดตามคนไข้ผ่านทางอสค. และหมอประจำบ้าน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายของประชาชน ลดการพึ่งพาโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและให้พึ่งตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น

2.กระบวนการดำเนินงาน

1.สนับสนุนให้มี อสค.ทุกครอบครัว

2.เป็นพี่เลี้ยงให้ อสค.ดูแลสุขภาพทุกครอบครัว

3.เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมไม่ให้เกิดโรคระบาดในพื้นที่

4.ส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ

5.ถ่ายทอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางแพทย์

6.การใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชั่นการคัดกรอง ประเมินสุขภาพร่วมทีมหมอครอบครัว

7.เป็นแกนนำเครือข่ายดูแลสุขภาพและจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัว ชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย

8.เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผน แก้ไขปัญหาและรายงานผล

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-พค.65)		
		2563	2564	เป้าหมาย	**ผลงาน**	**อัตรา**
1. ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการ ดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ 40			153	153	100

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-พค.65)		
		2563	2564	เป้าหมาย	**ผลงาน**	**อัตรา**
2. จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่าย						
2.1) จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิฯ	ร้อยละ 44	6	6	1	1 รวมสะสม 7/12 หน่วย	58.33
2.2) จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ				ร้อยละ50 ของอำเภอเมืองเลย (ประชากรอำเภอเมืองเลยType1/3 จำนวน 101667 คน)	59,424	ร้อยละ 58.45

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีผู้คอยปรึกษาใกล้บ้าน ใกล้ใจ ลดค่าใช้จ่ายของประชาชน ลดการพึ่งพาโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและให้พึ่งตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น

5.ปัญหาและอุปสรรค

1.ศักยภาพของCG แต่ละคนไม่เท่ากัน แก้ไขปัญหาโดยการแบ่งทีมติดตาม ดูแลคนไข้

2.CGบางคนผ่านการอบรมแล้ว แต่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เนื่องจากเป็นภาระงานที่หนัก ค่าตอบแทนไม่คุ้มค่าขอลาออก การแก้ไขปัญหา ทำสัญญาหลังการอบรมเสร็จ

3.ชุมชนมีความคาดหวังว่าจะต้องให้ CG ดูแลตลอดเวลา แก้ปัญหาโดยการให้ข้อมูลว่า ญาติผู้ป่วยจะเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย CG จะเข้าดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวตามเกณฑ์มาตรฐาน มาการประเมิน ADL แยกเป็นเตียง 1, เตียง2 ,เตียง3

6.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

ตั้งกลุ่มแอพพิเคชั่นไลน์ “แคร์กุดป่อง” เพื่อดูแลคนไข้ในชุมชน มีการรายงานผลการดำเนินกิจกรรมเช่น การดูแลแผลผู้ป่วย ความก้าวหน้าในการทำแผล โดย CG ร่วมกับครอบครัว(อสค.)และรายงานอาการผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล

Agenda Based

ประเด็นที่ 3 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ หัวข้อ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็นการตรวจราชการ : รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

ตัวชี้วัด : ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ผ่าน 5 ดาว ร้อยละ 75 (สะสม)

<u>สภาพปัญหา</u>

ในปีงบประมาณ 2560 – 2562 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองเลย และหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลเลย ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว 5 ดาว จากคณะกรรมการระดับจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และในปีงบประมาณ 2563-2564 มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัวโคโรนา 2019 จึงเป็นการประเมินตนเองตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาว ไม่มีการประเมินจากองค์กรภายนอก และยังคงสถานภาพของระดับคุณภาพที่ได้รับเช่นเดิม ปีงบประมาณ 2565 อำเภอเมืองเลยประกอบด้วยสถานบริการระดับปฐมภูมิในเครือข่าย 21 แห่ง เป็นรพ.สต.19 แห่ง ซึ่งเป็นขนาด S 5 แห่ง ขนาด M 12แห่ง ขนาด L 3 แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลเลย 1 แห่ง และสถานพยาบาลเรือนจำ 1 แห่ง ในจำนวนหน่วยบริการทั้งหมดขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพรบ.สุขภาพปฐมภูมิปี2562 จำนวน 6 ทีม โดยในปีงบประมาณ2565หน่วยบริการทั้งหมดจะได้รับการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว 5 ดาว ซึ่งการจัดบริการประชาชนในอำเภอเมืองเลย เป็นแบบองค์รวม ครอบคลุมบริการทั้งด้าน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และ ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้บริการตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ซึ่งอยู่ในโครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ ในแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 20ปี คือแผนยุทธศาสตร์ที่4ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ซึ่งเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ประกอบด้วยมาตรฐานใน 5 ประเด็น ได้แก่ หมวด 1 การบริหารดี หมวด 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม หมวด 3 บุคลากรดี หมวด 4 บริการดี และหมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี

เครือข่ายอำเภอเมืองเลยได้พัฒนางานตามมาตรฐานเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ติดดาวดังนี้

1. แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงประจำหมวดหลัก ทั้ง 5 หมวด ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเลย และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเลย มีหน้าที่ กำหนดแนวทางปฏิบัติ ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางแก้ปัญหา เพื่อให้เกิดการพัฒนางานตามเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว

2. ประชุมวางแผน และกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่าง ทีมพี่เลี้ยง และ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ

3. ทีมพี่เลี้ยงจัดแผนการออกนิเทศ ติดตามงาน ในรพ.สต.เครือข่ายอำเภอเมืองเลย ทั้ง 20 แห่ง แห่งละ 1-2 ครั้ง และออกรับการนิเทศจากทีมจังหวัดเลย และทีม เขต 8 จำนวน 2 ครั้ง

4 ทีมพี่เลี้ยงคืนข้อมูลที่เป็นจุดแข็ง และ จุดอ่อนของหน่วยบริการเพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางพัฒนางาน

5 กำหนดให้มีผู้ประสานงานระดับอำเภอ จาก โรงพยาบาลแม่ข่าย และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเลย รวม 2 คน มีหน้าที่ประสานงานกับทุกภาคส่วน และเชื่อมโยงข้อมูลและ แนวทางพัฒนาคุณภาพของทุกหมวด ให้มีการพัฒนาไปในแนวทางเดียวกัน และการแก้ปัญหามีการสอดคล้องเชื่อมโยงกันทุกหมวด

6 โรงพยาบาลเลยที่เป็นแม่ข่าย มีการสำรวจ ความต้องการพัฒนาตนเอง ของผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายทุกวิชาชีพ มีการจัดทำแผนการอบรมเพื่อพัฒนางาน ตามเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว และตามผลการสำรวจTRAINING NEED

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)		
		2563	2564	เป้าหมาย	**ผลงาน**	**อัตรา**
ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่าน เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ผ่าน 5 ดาว	ร้อยละ 75 (สะสม)	มีการประเมินตนเอง เนื่องจากสถานการณ์โควิด	มีการประเมินตนเอง เนื่องจากสถานการณ์โควิด	20 แห่ง	20แห่ง	100

ปัญหา/อุปสรรค/โอกาสพัฒนา

หมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

- เพิ่มกระบวนการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติเพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์

หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

- ควรมีการวิเคราะห์องค์กรเปรียบเทียบกับเกณฑ์อัตรากำลังตามขนาดของสถานบริการ
- ควรมีการประเมินความรู้ความเข้าใจของบุคลากรภายหลังได้รับการพัฒนา

หมวด 4 การจัดระบบบริการ

- การจัดระบบบริการยังไม่ได้มาตรฐานขั้นพื้นฐานครอบคลุมทุกประเด็น
- พี่เลี้ยงระดับ CUP ควรมีการถ่ายทอดแนวทางการดูแลผู้ป่วยตาม CPG ให้กับผู้ปฏิบัติงานเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้จริง
- สสจ. ควรมีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงเพื่อทำความเข้าใจเกณฑ์และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ตนเอง
- สสจ. ควรได้ทบทวนแนวทางการจัดบริการตามกลุ่มวัยในแต่ละส่วนงานของจังหวัดเพื่อบูรณาการและพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานของแต่ละงานเพื่อวางแผนสนับสนุนในแต่ละCUP

4.1 งาน RDU/คบส.

- การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในระดับจังหวัดยังไม่ชัดเจน ทำให้ไม่เห็นการสนับสนุนหรือการดำเนินงานในระดับจังหวัด ควรมีการจัดตั้งคณะทำงานในระดับจังหวัด

4.2 งาน IC

- จัดแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ทำSupply ในรพ.สต.และมีการควบคุมกำกับคุณภาพ อย่างสม่ำเสมอ

4.3 งาน IT / KPI

- การมีและใช้ Family fold อย่างมีคุณภาพและครบถ้วน

หมวด 5 ผลลัพธ์ (SELF CARE)

- ทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด ควรจัดกิจกรรมการให้คำปรึกษาในเรื่องการเขียนเอกสารทางวิชาการอย่างสม่ำเสมอ และจัดเวทีนำเสนออย่างสม่ำเสมอ

<u>แผนพัฒนา</u>

หมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

จัดให้มีการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติเพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์

หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

- จัดให้มีการวิเคราะห์องค์กรเปรียบเทียบกับเกณฑ์อัตรากำลังตามขนาดของสถานบริการ
- จัดให้มีการประเมินความรู้ความเข้าใจของบุคลากรภายหลังได้รับการพัฒนา

หมวด 4 การจัดระบบบริการ

- จัดให้มีการจัดระบบบริการขั้นพื้นฐานครอบคลุมทุกประเด็น
- จัดให้พี่เลี้ยงระดับ CUP มีการถ่ายทอดแนวทางการดูแลผู้ป่วยตาม CPG ให้กับผู้ปฏิบัติงานเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้
- จัดให้พี่เลี้ยงระดับ CUP ประเมินบริบทของพื้นที่ตนเองเพื่อวางแผนการดำเนินงานและจัดระบบสนับสนุน
- ให้สสจ. มีการพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงเพื่อทำความเข้าใจเกณฑ์และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติได้จริง
- ให้สสจ.ทบทวนแนวทางการจัดบริการตามกลุ่มวัยในแต่ละส่วนงานของจังหวัดเพื่อบูรณาการและพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานของแต่ละงานเพื่อวางแผนสนับสนุนแต่ละCUP

4.1 งาน RDU/คบส.

- จัดให้การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในระดับจังหวัดมีความชัดเจน เพื่อให้เห็นการสนับสนุนหรือการดำเนินงานในระดับจังหวัด ควรมีการจัดตั้งคณะทำงานในระดับจังหวัด

4.2 งาน IC

- เพิ่มความรอบคอบในการตรวจสอบเวชภัณฑ์ก่อนใช้งาน เช่น วันผลิต- วันหมดอายุ การเปลี่ยนสีของ comply test
- จัดให้มีการควบคุมกำกับติดตามให้ปฏิบัติตามแนวทาง

4.3 งานLAB

- จัดทำคำสั่งให้ครอบคลุมทุกคนที่ปฏิบัติงาน
- จัดระบบการจัดการ การประกันคุณภาพการทดสอบที่ไม่เข้าเกณฑ์

4.3 งาน IT / KPI

- จัดให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลทุกกลุ่มวัยและการให้บริการพื้นฐาน 10 เรื่อง
- ทบทวนใช้ Family fold ให้ลงข้อมูลครบถ้วน มีการจัดเก็บเป็นระบบ

หมวด 5 ผลลัพธ์ (SELT CARE)

- ให้องค์ความรู้แก่ อสม. อสค. ให้มีหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติงาน หรือการให้บริการผู้ป่วยและประชาชนที่ถูกต้อง เช่น ค่าBP FBS ในระดับปกติและผิดปกติ
- ส่งเสริมให้มีการเขียนผลงานทางวิชาการ การออกแบบและการดำเนินงานให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ต้องการ
- จัดให้ทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ และ ระดับจังหวัด ให้คำปรึกษาในเรื่องการเขียนเอกสารทางวิชาการ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. ควรมีการทำความเข้าใจและการถ่ายทอดเกณฑ์ทุกระดับ
2. การเตรียมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อเข้าไปพัฒนา รพ.สต.ตามเกณฑ์ เพื่อไปสอบถาม ทบทวน ให้คำแนะนำปรึกษา และค้นหาปัญหา เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ซึ่งเอกสารบางฉบับรพ.สต.อาจยังไม่เข้าใจ และใช้ประโยชน์จากเอกสารได้น้อย
3. ควรมีการทำความเข้าใจ และ การใช้ CPG ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อใช้ CPG เป็นแนวทางปฏิบัติงานและเป็นแนวทางเดียวกันทั้งCUP
4. ควรจัดการให้มี ยาขั้นพื้นฐาน เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่กำหนดไว้ในCPG

นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

มีการจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ไปในแนวทางเดียวกัน มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อให้การบริการผู้ป่วยได้มาตรฐานในทุก รพ.สต.

Function Based

1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย

1.1 สุขภาพเด็ก

1.2 สุขภาพวัยทำงาน

1.3 สุขภาพผู้สูงอายุ

1.4 สุขภาพดีวิถีใหม่

2.ลดแออัด ลดการรอคอย ลดป่วย/ลดตาย

2.1 Service Plan สาขา STEMI

2.2 Service Plan สาขา STROKE

2.3 Service Plan สาขา SEPSIS

2.4 Service Plan สาขาTRAUMA

2.5 Service Plan สาขามะเร็ง

2.6 Service Plan สาขาการดูแลระยะกลาง (IMC)

2.7 Service Plan สาขาออร์โธปิดิกส์

2.8 Service Plan สาขาจักษุ

2.9 Service Plan สาขา Newborn

2.10 Service Plan สาขา CKD

2.11 Service Plan สาขา ODS/MIS

2.12 Service Plan สาขา Palliative Care

3.ระบบธรรมาภิบาล

3.1 การเงินการคลังสุขภาพ

3.2 ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงโรงพยาบาลเลย)

3.3 องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

Function Based

ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต หัวข้อสุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพวัยทำงาน

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดัน โลหิตสูง

2. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ประชากรในเขตเมือง ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่เห็นความสำคัญ และจากสถานการณ์COVID 19 ทำให้การเข้าถึงประชาชนยิ่งยากกว่าเดิม

2.กระบวนการดำเนินงาน

อบรมแกนนำ อสม.เชี่ยวชาญ ในการออกคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงเมื่อได้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยติดตามเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ และนัดมาเพื่อประเมินซ้ำ 3เดือน และ6เดือน ตามเกณฑ์

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-พ.ค.65)		
		2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดัน โลหิตสูง	≥ร้อยละ 80	67.61	51.86	831	806	96.99
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ร้อยละ 80	69.40	94.74	70	44	62.85

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

อบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำให้มีความเชี่ยวชาญในการคัดกรองเบาหวานความดันโลหิตสูงการติดตามกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ Line Application

5.ปัญหาและอุปสรรค

เนื่องจากสถานการณ์COVID 19 ภาระงานของ จนท. และอสม. เพิ่มมากขึ้น ทำให้การทำงานในการออกคัดกรองและติดตามล่าช้า

6.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

จัดกิจกรรมโครงการชุมชนต้นแบบลดพุง ลด NCDs ตำบลกุดป่อง การใช้ Line Application กลุ่ม

Function Based

ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต หัวข้อสุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละ 50 ของประชาชนสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

2. ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

3. ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

4. ร้อยละ 98 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ปีงบประมาณ 2565 ผู้สูงอายุพื้นที่ตำบลกุดป่องมีจำนวนทั้งหมด 3,774ราย(typearea1,3) คิดเป็นร้อยละ 26.92 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งตำบลกุดป่องเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าเป็นผู้สูงอายุติดสังคม(ADLมากกว่า 11-20) จำนวน 3,528 ราย คิดเป็นร้อยละ93.48 ผู้สูงอายุติดบ้าน(ADL5 -11) จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.12 และผู้สูงอายุติดเตียง (ADL0 –4) จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.64 การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 9 เรื่อง พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพเรื่องภาวะโภชนาการเริ่มอ้วน –อ้วน มากที่สุด ร้อยละ 39.07 รองลงมาได้แก่ มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.52 ,มีความเสี่ยงระดับอันตรายต่อการเกิดภาวะCVD ร้อยละ 14.59 , ข้อเข่าผิดปกติ ร้อยละ4.37 , มีความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 2.32 , มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ร้อยละ 0.79 , มีความผิดปกติจากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบคัดกรองAMTร้อยละ 0.75 , คัดกรองภาวะซึมเศร้าพบความผิดปกติร้อยละ 0.33 และมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 0.17 ตามลำดับ จะพบว่าภาวะโภชนาการเกินซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงและความผิดปกติของสุขภาพด้านอื่นๆตามมา ทีมสุขภาพในพื้นที่และโรงพยาบาลแม่ข่ายเห็นความสำคัญการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการปัญหาสุขภาพในระยะเริ่มต้นได้ทัน หรือชลอการเสื่อมถอย การเกิดปัญหาสุขภาพ ทำให้มีการดำเนินกิจกรรมทั้งเชิงรุกในชุมชน เชิงรับในหน่วยบริการ ประสานความร่วมมือกับภาคีสุขภาพต่างๆ โดยในปี2564 โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม มีแนวทางการดูแลและส่งต่อจากชุมชนที่ชัดเจน ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบความผิดปกติกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแล และส่งเสริมสุขภาพในชุมชน มีชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม เป็นแกนนำในการสนับสนุน ส่งเสริมสุขภาพและลดปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาในชุมชนดังกล่าว นอกจากนี้ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงจำนวน 104 ราย ซึ่งผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มนี้ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Care plan) ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลที่บ้านจากทีมสุขภาพในพื้นที่ มีCare manager 2 คน ร่วมกับ มีCare giver 27 คน รับผิดชอบผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายบุคคลครอบคลุม ร้อยละ93.52 และ รอการทำ Care plan ร้อยละ 6.48 การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุตำบลกุดป่องดังกล่าว จึงเป็นตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการ

ส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1.ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์

2. ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

3. มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่- การดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ

- มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล

- การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณูปโภค การจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น

4. มี Care Manager /ทีมสหวิชาชีพ /หมอครอบครัว /Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุในการดูแลเยี่ยมผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

5. มีการประเมินผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) รอบ 9 เดือน และ รอบ 12 เดือน โดยมีผลการประเมินการเปลี่ยนกลุ่มของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก

- กลุ่มติดเตียงมาติดบ้าน
- กลุ่มติดบ้านมาติดสังคม

6. มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

- รายงานการขึ้นทะเบียน CM /CG /CP
- การรายงานผลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่ /พื้นที่ที่ผ่านการประเมินมาแล้ว 3 ปีขึ้นไป เพื่อให้การประเมินและรับรองซ้ำ (RE–Accreditation)

2.กระบวนการดำเนินงาน

1.จัดเวทีคืนข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมและโรงเรียนผู้สูงอายุทั้ง 2 แห่ง และเวทีการจัดทำSRMของตำบลกุดป่อง เพื่อค้นหาแนวทางการดำเนินการให้เหมาะสมกับพื้นที่ รวมทั้งการขอรับการสนับสนุนในด้านต่างๆจากชุมชนในการทำกิจกรรม/โครงการ

2. จัดทำโครงการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน 50 ชุมชน ให้คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพเบื้องต้น และส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเลย ในรายที่พบความผิดปกติ โดยได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองเลย

3.จัดทำโครงการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลกุดป่อง ปีงบประมาณ 2565 โดยได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองเลย

4.บูรณาการจัดกิจกรรมกับงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง สำหรับประชาชนตำบลกุดป่อง ปีงบประมาณ 2565

5. จัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่มcare giver แกนนำผู้สูงอายุในชุมชน และเครือข่ายอื่นๆในและนอกทีมสาธารณสุข ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ หรือกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง ของครอบครัว รวมทั้งการสนับสนุนจากชุมชน

6. จัดกิจกรรมทบทวน ฟื้นฟูองค์ความรู้และทักษะในการคัดกรอง เฝ้าระวัง และส่งเสริมสุขภาพในกลุ่ม อสม. Care giver เพื่อร่วมกิจกรรมการบริการเชิงรุกในชุมชนแกนนำอสม. ออกคัดกรองเชิงรุกที่บ้าน

7.บูรณาการในงานบริการเชิงรับของหน่วยบริการ การคัดกรองสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสุขภาพจากผู้มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว

8.มีกระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตามนโยบาย 3 หมอ ดังนี้

- หมอที่ 1 ช่วยสำรวจข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในชุมชนและเยี่ยมบ้านในชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพ
- หมอที่ 2 คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตาม ADL ติดบ้าน ติดเตียงและติดสังคม รวมทั้งการคัดกรองสุขภาพทั้ง 9 เรื่อง ติดตามเยี่ยมบ้านในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ กรณีมีความซับซ้อนของการดูแล เป็นผู้ประสานข้อมูลสุขภาพให้หมอคนที่ 3
- หมอที่ 3 ตรวจรักษาและลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน ติดเตียง ในชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพและ พิจารณาการส่งต่อเพื่อรักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีความจำเป็น
- ****กรณี** สถานการณ์ โควิด19 มีการติดตามเยี่ยมบ้านและตรวจรักษาผู้ป่วยในชุมชนโดยวิธี Telemedicine

9.ประเมินผลการจัดกิจกรรมต่างในเวทีการรวมกลุ่มของโรงเรียนผู้สูงอายุ และในการประชุมCare giver ประจำเดือน และการประชุม คปสอ.

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-พ.ค.65)		
		2563	2564	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	อัตรา (A/B)
1. ร้อยละของประชาชนสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 50	93.99	92.72	3761	3774	99.68
2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 30	0	0	5	4	91.05
3. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 30	0	0	1	1	100
4. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 98	100 (เฉพาะตำบลกุดป่อง)	100 (เฉพาะตำบลกุดป่อง)	1 (เฉพาะตำบลกุดป่อง)	1 (เฉพาะตำบลกุดป่อง)	100 (เฉพาะตำบลกุดป่อง)

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

1. เป็นนโยบายที่สำคัญตั้งแต่ระดับกระทรวง และเป็นนโยบายของระดับพื้นที่ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองเลย ได้เลือกประเด็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่1 ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และเป็นยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลเลย

2. มีการจัดตั้งศูนย์กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลเมืองเลย) ส่งเสริมการทำงานและอำนวยสะดวกในการเบิกจ่ายงบประมาณ

3. โรงพยาบาลแม่ข่ายมีบุคลากรเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ สามารถพัฒนาการจัดบริการ และพัฒนาองค์ความรู้ แนวปฏิบัติต่างๆให้กับทีมได้สม่ำเสมอ และสร้างความมั่นใจในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้มีCare Manager 2 คน โรงพยาบาลเลย1 คน และเทศบาลเมืองเลย 1 คน มีการวางแผนงาน กำกับติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ

4. Care giver ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะต่างๆเป็นประจำ มีการถอดบทเรียนการทำงานในแต่ละรายที่ดูแล สามารถนำไปประยุกต์ในการทำงานของตนเอง มีความเสียสละ และเป็นการทำงานเชิงรุกค้นหาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ประชาชนกลุ่มดังกล่าวเข้าถึงบริการที่จัดให้ และมีความครอบคลุม

5. มีทีมสุขภาพจากคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลเลยได้ลงเยี่ยมผู้ป่วยโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม และทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

6. มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุติดสังคม ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุทั้ง 2 แห่ง เกิดนวัตกรรมการดูแลเพื่อนช่วยเพื่อน เยี่ยมยามกัน กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่างๆในชุมชน เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุติดสังคมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

5. โอกาสพัฒนา

1.เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีจำนวนเพิ่มขึ้นในเขตเมือง ควรมีการจัดอบรม Care manager เพิ่มขึ้นให้เป็นไปตามเกณฑ์(care manager1คน ดูแลCare giver5-7คน และดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่า30-35ราย)

2.จัดอบรมRefresh Couse Care giver เพื่อเป็นการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้Applicationที่แกนนำในชุมชนสามารถใช้ได้ง่าย ในการคัดกรองสุขภาพเชิงรุกในชุมชน และพัฒนาการบันทึกแผนที่บ้านผู้ป่วยที่สำคัญโดยใช้โปรแกรมการบันทึกที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลในแผนกที่เกี่ยวข้อง เพื่อสะดวกในการเยี่ยมบ้าน และในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินระบบสาธารณสุขจะได้เข้าถึงบ้านผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

4.กรณีที่ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการยากใช้วิธีTelemedicineในการเยี่ยมผู้สูงอายุ

6.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

พัฒนาระบบ Telemedicine มาใช้เยี่ยมบ้านร่วมกับCare giverในชุมชน

Function Based

ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต หัวข้อสุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพดีวิถีใหม่

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละ 50 ของประชาชนสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

สถานการณ์ จากสถิติผู้สูงอายุปี2565จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุพื้นที่ตำบลกุดป่อง จำนวนทั้งหมด 3,774ราย จากการคัดกรองการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุแบ่งประเภทผู้สูงอายุโดยใช้ADL ในการแบ่งประเภทเป็นผู้สูงอายุดังนี้ จำนวนผู้สูงอายุ 3,774ราย พบว่าเป็นผู้สูงอายุติดสังคม(ADLมากกว่า 11-20) จำนวน 3,528ราย คิดเป็นร้อยละ93.48 ผู้สูงอายุติดบ้าน (ADL5-11)จำนวน 42ราย คิดเป็นร้อยละ 1.12 ผู้สูงอายุติดบ้าน (ADL0-4) จำนวน62ราย คิดเป็นร้อยละ1.64 จำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจำนวน 104ราย พบว่าได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพครอบครัวและมีการทำCare plan ร้อยละ 93.52 และผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ93.48 ได้มีการสำรวจและสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยบันทึกในโปรแกรมBlue book พบว่าพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลกุดป่องพบผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ร้อยละ 99.68 ถือว่าผ่านเกณฑ์

2.กระบวนการดำเนินงาน

1. สนับสนุนการจัดกิจกรรมในชมรม และโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่

2. จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้ง

3. กลุ่มผู้สูงอายุในชมรมและในโรงเรียนผู้สูงอายุ ถ่ายทอดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในเวทีการรวมกลุ่มต่างๆ เช่น ในวันพระ ในงานบุญประเพณีต่างๆ เรียนรู้การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง

4.คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามเกณฑ์การคัดกรองสุขภาพ และนำกลุ่มที่ผ่านเกณฑ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์

5. คัดกรองพฤติกรรมสุขภาพซ้ำ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังเป็นปัญหา จัดคู่ซี้สุขภาพ เพื่อดูแลกันในกลุ่ม/ชมรม

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-พ.ค..65)		
		2563	2564	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	อัตรา (A/B)
1. ร้อยละของประชาชนสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 50	93.99	92.72	3,539	3,528	99.68

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

1.จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลกุดป่องพบผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ร้อยละ 99.68 ซึ่งผ่านเกณฑ์ ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือผู้สูงอายุมีความรอบรู้และสามารถดูแลตนเองในการดูแลสุขภาพ และมีโรงเรียนผู้สูงอายุในตำบลกุดป่องจำนวน2โรงเรียนซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

2. มีงบประมาณจากกองทุนเทศบาลในการทำโครงการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

5.ปัญหาและอุปสรรค

1. การประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลกุดป่อง พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุยังลงโปรแกรม Blue book เองไม่ได้ต้องมีการสัมภาษณ์และเจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึกโปรแกรม Bluebook ให้

2. จากการออกหน่วยตรวจสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลกุดป่องผู้สูงอายุมารับบริการน้อย คิดเป็นร้อยละ10 บางส่วนไม่มารับการตรวจสุขภาพเนื่องจากไปทำงานแต่เช้าและกลับมาค่ำ และจัดกิจกรรมลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในการติดตามผลการตรวจ ซึ่งตำบลกุดป่องมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากทำให้การติดตามตรวจสุขภาพ ไม่ครอบคลุม

โอกาสพัฒนา

1. จัดอบรมผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในการลงโปรแกรม Bluebookเอง

2.ติดตามเยี่ยมบ้านและนัดหมายผู้สูงอายุและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพในรายที่ยังเข้าไม่ถึงระบบการจัดบริการสุขภาพดังกล่าว

6.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

คู่ซี้ บัดดี้สุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จัดคู่กับผู้สูงอายุที่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม หรือยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จะมีความเข้าใจในบริบทของเพื่อนและหาทางออกร่วมกันเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

Function Based

ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดการรอคอย ลดป่วย/ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด

ตัวชี้วัด 1.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI

2.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

3.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดเลย ดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI เป็นระบบเครือข่ายทั้งจังหวัด โดยกำหนด **วิสัยทัศน์ เป็นเครือข่ายSTEMI ที่มีคุณภาพ ไร้รอยต่อ ผู้รับบริการปลอดภัย มีความพึงพอใจ** กำหนดขอบเขตการดำเนินงานของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในจังหวัดเลยให้บริการการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน มุ่งเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการทุติยภูมิ และหน่วยบริการตติยภูมิแบบไร้รอยต่อมีการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมาย ที่เป็นแนวทางเดียวกัน และได้ผ่านการเยี่ยม Pre-survey จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเมื่อ ปี 2560 และพัฒนาต่อเนื่องสู่การรับรองคุณภาพเครือข่ายระดับจังหวัด (Provincial Network Certified) ในปีงบประมาณ 2566 โดยเครือข่ายร่วมทบทวนผลการพัฒนาระบบและผลลัพธ์การดำเนินงานเพื่อขอรับการรับรองProvincial Network Certified จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)

2.กระบวนการดำเนินงาน

จากข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางานตามมาตรฐานการรับรองครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาดังนี้

กิจกรรม		ระยะเวลา
Pre-hospital	1.ทำสื่อประชาสัมพันธ์โดยร่วมมือกับ EMS จังหวัด 2.ร่วมกับทีม NCD ในการเชื่อมโยงข้อมูล CVD RISK ในระบบ Hosxp มาใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลยส่วนโรงพยาบาลชุมชนมีระบบ Popup แจ้งเตือนใน Hos XP ในกลุ่มผู้ป่วย NCD ที่มีHigh CVD risk (ดำเนินการได้เป็นบางแห่ง) และคืนข้อมูลให้กับ ทีมชุมชน รพ.สต.ในอำเภอ ในการร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และเฝ้าระวังส่งเสริมการสร้างสุขภาพในกลุ่มปกติอย่างต่อเนื่อง 3.จัดทำสติ๊กเกอร์อาการเร่งด่วนที่ต้องรีบมา รพ.แจกให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง/ประชาชนทั่วไป 4.รพ.สต. ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ในชุมชนด้วยหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน/ประชาสัมพันธ์โดย อสม. 5.รพ.สต. ร่วมกับภาคีเครือข่าย อบต.ในการจัดบริการรถกู้ชีพฉุกเฉิน 6.ทีมเครือข่าย STEMI ระดับจังหวัด ประชาสัมพันธ์ ผ่านทางเว็บไซต์ สร้าง web page ความรู้เรื่อง STEMI	ต.ค.64--ก.ย.65

กิจกรรม		ระยะเวลา
	7. ทีมสร้างเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ โครงการ 99 วันฉันทำได้ 8. ร่วมกับทีมงานยาเสพติดในการรณรงค์การเลิกบุหรี่	
In-hospital	-พัฒนาบุคลากร/พัฒนาระบบ โดย 1. ทบทวนระบบ Fast track STEMI/ ระบบ Refer risk/ การใช้เครื่องมือสำคัญในการช่วยชีวิต เช่น เครื่องกระตุกหัวใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น 2. จัดให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย NSTEMI จังหวัดเลย และให้มีระบบยืมยา Enoxaparine ใช้ที่รพช. กรณีผู้ป่วย NSTEMI low risk ไม่จำเป็นต้องมานอนฉีดยาที่โรงพยาบาลเลย 3.ร่วมกับโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีและโรงพยาบาลชุมชนในการจัดระบบคัดกรอง/แนวทางการดูแลผู้ป่วย STEM/NSTEMI และเตรียมพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วย STEMI/NSTEMI high risk เพื่อไปทำ PCI ในช่วงระบาดของโคโรน่าไวรัส 2019 โดยการคัดกรองก่อนส่งทุกราย 4. นิเทศโรงพยาบาลชุมชน, PCU/NPCU ในพื้นที่เป้าหมายการรับรอง 3 อำเภอ (วังสะพุง นาด้วง เอราวัณ) 5.ประชุมเครือข่าย / case conference ทำ RCA ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายทั้งจังหวัด ผ่านระบบ VDO conference 6.ทบทวนความรู้ จัดประชุมวิชาการประจำปีร่วมกันในทีม 3S 7.พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศผ่าน Google Drive 8.พัฒนาคลินิกหัวใจล้มเหลว 9.พัฒนาระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนที่ใกล้โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ทำการฉีดสีและสวนหัวใจให้ส่งต่อไปได้ทันที (วังสะพุง เอราวัณ พื้นที่ รพ.ผาขาว ภูกระดึง รพ.ปากชม รพ.เชียงคาน) 10กำหนดแผนพัฒนาโรงพยาบาลเลยให้เป็นโรงพยาบาลที่สามารถฉีดสีและสวนหัวใจได้ ภายในปี 2567	ต.ค.64--ก.ย.65 ทุก 3 เดือน
Post-hospital	1. ร่วมกับทีม COC พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การติดตามข้อมูลผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน และส่งต่อข้อมูลผลลัพธ์การดูแลของคลินิกฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3. กำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านและตัวชี้วัดเฉพาะโรค STEMI/ NSTEMI 4. พัฒนาการส่งต่อระบบข้อมูล COC ผ่าน App. Line/THAI COC	ต.ค.64--ก.ย.65

การติดตามและประเมินผล

1.จากการรายงานและวิเคราะห์ Process Indicator รายไตรมาส จากรพช.ทุกแห่งมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย

2.จากข้อมูลรายงาน HDC และ COCKPIT จังหวัดเลย

3.จากการเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัด และการทบทวนความเสี่ยง (ระดับ G H I) ร่วมกับเครือข่ายทุก 3 เดือน โดยผ่านระบบ Zoom meeting

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-พ.ค.65)		
		2563	2564	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	อัตรา (A/B)
1.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI	< ร้อยละ 8	7.14	7.75	< ร้อยละ 8	10.10	10/99
2.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ร้อยละ 60	27.27	63.38	≥ร้อยละ 60	63.46	33/52
3.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	NA	NA	≥ ร้อยละ 60	NA	NA

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

การได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานที่ดีจากผู้บริหารระดับสูง และมีทีมนำที่เข้มแข็งประกอบอายุรแพทย์โรคหัวใจ นพ.พลากร จันทรนิมิ, นพ. สิปปนนท์ แก้วทาสี และอายุรแพทย์ พญ.รัศมีแข จงธรรม์ จากโรงพยาบาลเลย เป็นทีมนำในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมการรักษาพยาบาลในเครือข่าย และได้รับความร่วมมือจาก ทีมนำคลินิก และทีมการพยาบาลในรพช.ทุกแห่ง ในการร่วมกันพัฒนา ทบทวนความเสี่ยง และปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง

5.ปัญหาและอุปสรรค

1. ยังมีผู้ป่วยบางส่วนมาถึงโรงพยาบาลล่าช้า เนื่องจากไม่รู้และไม่ตระหนักถึงความสำคัญและความรุนแรงของโรค รวมทั้งในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโคโรน่าไวรัส 2019 ผู้ป่วย STEMI/NSTEMI บางรายมาโรงพยาบาลช้าเพราะกลัวติดโควิด

2. การนำข้อมูลที่ได้จากการคัดกรอง CVD RISK มาวิเคราะห์และนำมาใช้ประโยชน์ (การเชื่อมโยงข้อมูลกลุ่มเสี่ยงระหว่าง NCD clinic กับทีม ER IPD ทีมชุมชน)

๓. บุคลากรขาดสมรรถนะในด้านการดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจ การใช้เครื่องมือสำคัญในการช่วยชีวิต เช่น เครื่องกระตุกหัวใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น

4. อุปกรณ์/ยา บางอย่างไม่เพียงพอในการใช้งาน เช่น ยา Norepinephrine, paddle แปะ External pace maker ในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง

5. การนิเทศติดตามควบคุมกำกับ และวิเคราะห์ผลลัพธ์การดูแลกลุ่มโรค โดยทีมนำคลินิกของแต่ละโรงพยาบาลและกลุ่มการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลขาดความต่อเนื่อง เพื่อทบทวนสมรรถนะของทีมดูแลผู้ป่วย และทบทวนความเสี่ยงที่พบในการดูแลผู้ป่วย

6. ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโคโรน่าไวรัส 2019 ผู้ป่วย STEMI/NSTEMI บางรายได้รับการส่งต่อไปฉีดสีล่าช้ากว่าที่กำหนดเนื่องจากต้องรอผลตรวจ ATK /รพ.แม่ข่ายมีข้อจำกัดเนื่องจากบุคลากรประสบปัญหาการติดเชื้อโควิด

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

เครือข่าย STEMI จังหวัดเลย ทบทวนประเด็นปัญหาและความเสี่ยงสำคัญจากการดำเนินงานในระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง (2562-2564) เห็นควรให้มีสิ่งสนับสนุนดังต่อไปนี้ในอนาคต

เป้าหมาย	แผนพัฒนา	ความต้องการสิ่งสนับสนุน
ระยะสั้น ปี 2565 ลดอัตราการเสียชีวิต <8%	รถ Ambulance ระดับ Advance ทุกรพ. มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้ในการช่วยชีวิตฉุกเฉินระหว่างการส่งต่อ พยาบาลส่งต่อทุกคนมีสมรรถนะในการใช้เครื่องช่วยชีวิตฉุกเฉิน	AED+soft paddle ครบทุกรพ. สำหรับรถ Ambulance
ระยะกลาง ปี 2565-2566 อัตราการเสียชีวิต <8%	เพิ่ม Node Cardiac Rehabilitation ที่ รพ.วังสะพุง/รพร.ด่านซ้าย	ทีมสหสาขาวิชาชีพ(อายุรแพทย์/พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ/เภสัชกร/นักกายภาพบำบัด/นักโภชนากร) -อุปกรณ์ เครื่องมอนิเตอร์สัญญาณชีพ
ระยะยาว ปี 2567-2569 อัตราการเสียชีวิต <7%	-เปิด CCU 8 เตียง ที่ รพ.เลย พัฒนาโรงพยาบาลให้สามารถฉีดสีและสวนหัวใจได้โดย การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน/จัดตั้งเอง	เพิ่มจำนวนบุคลากร ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ 2คน, มัณฑนากรโรคหัวใจ 2คน , พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ 10 คน,นักเทคโนโลยีหัใจและทรวงอก 2 คน, ขอสนับสนุนเครื่องมือวิกฤติ ได้แก่ เครื่องมอนิเตอร์สัญญาณชีพ เครื่องช่วยหายใจ,เครื่องตรวจสวนหัวใจ
	-เพิ่ม Node Clinic Heart Failure ที่ รพ.วังสะพุง/รพร.ด่านซ้าย เปิด Cardiac Cath Lab center (รพ.เลย)	ทีมสหสาขาวิชาชีพ(อายุรแพทย์/พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ/เภสัชกร/นักกายภาพบำบัด/นักโภชนากร) **อุปกรณ์**เครื่องมอนิเตอร์สัญญาณชีพ เพิ่มบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะได้แก่อายุรแพทย์โรคหัวใจที่เชี่ยวชาญการสวนหัวใจ 2 คน/ศัลยแพทย์ทรวงอก 2 คน/พยาบาลเฉพาะทางที่เชี่ยวชาญการสวนหัวใจ 4 คน ขอสนับสนุนงบประมาณในการขยายพื้นที่ให้บริการ

ผลงานเด่น หรือนวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1. การพัฒนาเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI)จังหวัดเลย นำเสนอผลงาน Best practice Service Plan การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service PlanSharing) ครั้งที่ 5/2561

2. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลเลย นำเสนอผลงาน Best practice Service Plan การประชุม QA เขต 8 2562

3. การตามรอยการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI) จังหวัดเลย ชนะเลิศ oral presentation การประชุมวิชาการ CNF 2019

4. ผลการพัฒนาเครือข่ายหัวใจ (STEMI) ไร้รอยต่อจังหวัดเลย เขตสุขภาพที่ 8 นำเสนอ Poster Contest การประชุมวิชาการ CNF 2020

5. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น เอส ที ไม่ยกสูง (Non- ST Elevation Acute Myocardail Infarction: NSTEMI) โรงพยาบาลเลย ชนะเลิศ Poster presentation การประชุมวิชาการมหกรรมคุณภาพปี 2565 โรงพยาบาลเลย

Function Based

ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดการรอคอย ลดป่วย/ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ Service Plan สาขา TROKE

ตัวชี้วัด **1.** ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke:I60-I69)

2.ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ผู้ป่วย stroke มากขึ้นทุกปี อัตราตายเพิ่มจากปี 2564 สาเหตุจาก

1.การเข้าถึง stroke fast track น้อย เนื่องจากระยะทางระหว่าง รพช . และโรงพยาบาลจังหวัดห่างไกลกัน ส่งผลให้ได้รับการรักษาในเวลาเหมาะสมน้อย

2.Node stroke ยังไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วยเครือข่ายระดับจังหวัด

3.Stroke unit มีเตียงไม่เพียงพอต่อการองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น

2.กระบวนการดำเนินงาน

1. อบรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วย stroke และติดตามเยี่ยมเครือข่ายระดับจังหวัด

2. สนับสนุนให้เครือข่าย (รพช.) ให้ความรู้แก่ รพ.สต. และจัดระบบบริการ stroke fast track ในพื้นที่

3. ขอเปิด node stroke ที่โรงพยาบาลวังสะพุง เพื่อรองรับผู้ป่วยในเขตอำเภอวังสะพุงที่มีจำนวนมากเป็นอันดับ 2 รองจากอำเภอเมืองเลย

4. ส่งเสริมการใช้เกณฑ์ในการเข้าและออกจาก stroke unit เพื่อหมุนเวียนเตียงสำหรับผู้ป่วย stroke รายใหม่ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

5.เพิ่มเตียง Stroke unit จาก 8 เตียง เป็น 16 เตียงตามปริมาณคนไข้ที่เพิ่มมากขึ้น

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-พ.ค.65)		
		2563	2564	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	อัตรา (A/B)
1. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	<ร้อยละ 7	4.4	2.94	1,114	62	5.56
2.ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	≥ร้อยละ 75	76.00	54.76	1,071	1,028	56.95

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

1. การอบรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วย stroke และติดตามเยี่ยมเครือข่ายระดับจังหวัด (ปี 2565 อบรมออนไล์)

2.จัดอบรม หลักสูตร basic stroke nurse (5 วัน ออนไลน์) แก่พยาบาลหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมและศัลยกรรม

3. จัดอบรมหลักสูตร advance stoke nurse (5 วัน ออนไลน์) แก่พยาบาล stroke unit และ ICU

4. ส่งพยาบาล stroke unit อบรม หลักสูตร stroke nurse (เฉพาะทาง 4 เดือน online และ on site) ปีละ 1 คน

5. ให้ความรู้แก่แพทย์ใช้ทุน

6. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย stroke ระดับจังหวัด ก่อนนำส่ง โรงพยาบาลแม่ข่าย และแนวทางการดูแลใน stroke unit ทั้งในระยะ acute และต่อเนื่อง

7. มีการสะท้อนผลงานและติดตามการเข้าถึง stroke fast track ผ่านทางไลน์กลุ่ม เครือข่าย stroke ระดับจังหวัด

8. มี stroke unit ที่ให้การดูแลในระยะ acute และต่อเนื่อง

9. มีการใช้ CVD risk score ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเลย เพื่อระบุผู้ป่วยที่เสี่ยงและเฝ้าระวัง

10. ใน stroke unit มี auto consult นักกายภาพบำบัด

11. มีเครือข่ายนักกายภาพบำบัดระดับจังหวัด เพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูใน รพช. และชุมชน

5.ปัญหาและอุปสรรค

1.การเข้าถึง stroke fast track ไม่เพิ่มขึ้น เนื่องจากประชาชนและบุคลากรยังมีความรู้เรื่อง stroke alert ไม่ทั่วถึง ระยะทางระหว่าง รพช. และโรงพยาบาลแม่ข่ายห่างไกลกัน

2.เตียง stroke unit ไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

3.เครือข่ายยังไม่สามารถดูแลผู้ป่วย post stroke ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1. หมอนช่วยพลิกตัว เพื่อช่วยลดภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

2. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย stroke เพื่อป้องกันปอดอักเสบจากากรสำลัก

3. ตรายางระบุ CVD risk score

Function Based

ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดการรอคอย ลดป่วย/ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ Service Plan สาขา SEPSIS

ตัวชี้วัด อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

ตัวชี้วัดที่ 32 : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis ให้ได้น้อยกว่าร้อยละ 26

ตัวชี้วัดย่อย

1.อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชม.แรก ≥ ร้อยละ 100 (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)

2.อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) ≥ ร้อยละ100

3.อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ ร้อยละ 100

4.อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับการดูแล 2-3) ภายใน 3 ชม.หลังได้รับการวินิจฉัย ≥ ร้อยละ 30

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง

เป็นภาวะวิกฤต ยังเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดเลย อัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตยังสูง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ผู้ป่วยผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ตั้งแต่ปี 2563 ร้อยละ 47.12 ปี 2564 ร้อยละ 45.17 ในปีงบประมาณ 2565 ข้อมูลตั้งแต่ 1 ต.ค.- 30 มิ.ย. 65 (6 เดือน) คิดเป็นร้อยละ 45.63 โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดสูงสุดระดับจังหวัดยังเป็นโรคเดิม ได้แก่ Pneumonia, Urinary Tract Infection, Intra-abdominal infection, NF/Cellulitis ,Sepsis unknown source

2.กระบวนการดำเนินงาน

ตารางที่ การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานเครือข่ายพัฒนาระบบบริการสาขาอายุรกรรมและโรคติดเชื้อ (Sepsis) จังหวัดเลย ปีงบประมาณ 25645

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แผน/กิจกรรมแก้ไขปัญหา	ความก้าว/ผลการดำเนินงาน
1.การเข้าถึงบริการช้าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคร่วม	1.การสร้างความตะหนักในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ดูแล	ระดับโรงพยาบาลมีการสื่อสารข้อมูลความเสี่ยงแก่ทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อวางระบบ/จัดบริการเชิงระบบ เช่น คลินิก DM HT COPD ARV

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แผน/กิจกรรมแก้ไขปัญหา	ความก้าว/ผลการดำเนินงาน
2. การเข้าถึงบริการ Intensive Care	2. จัดตั้ง Sepsis corner (sepsis Zone) ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลเลย	มีการจัดตั้ง Sepsis Zone ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลเลย (ตึกอายุรกรรมหญิง2และตึกอายุร-กรรมชาย 2 จำนวน 16 เตียง
3. ในโรงพยาบาลระดับ M1, M2 -ขาดแพทย์เฉพาะทาง -ขาดความพร้อมในการใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ต้องส่งต่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลจังหวัดที่แออัดด้วยจำนวนเตียงไม่เพียงพอ	3.แผนพัฒนาศักยภาพของแพทย์และพยาบาลหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต -เสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้เหมาะสมกับการกล้าพัฒนาการใช้อุปกรณ์ให้เหมาะสมกับยุคสมัย	พยาบาลหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ปี2565 -โรงพยาบาลเลย 1คน (อยู่อายุรกรรมชาย2)
4.ระบบการดูแลผู้ป่วย Pneumonia ที่มีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงระบาด COVID-19	- เน้นระบบการ Zoning - กำหนดเกณฑ์การ Admit ผู้ป่วยหอแยกโรค - เน้นการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (IC) อย่างเคร่งครัด	โรงพยาบาลเลย กำหนดเกณฑ์การ Admit ,ย้ายออกผู้ป่วย จากหอแยกโรค1,4 (ผู้ป่วยรายที่นอนนานถ้าผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจครบ20วัน ย้ายอายุรกรรมสามัญชาย ,หญิง2)
5.ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนขาดความต่อเนื่อง	- สร้างเครือข่าย รพ.สต อสม - ปรับรูปแบบการเยี่ยมติดตามในสถานการณ์ COVID – 19 เช่น กลุ่มเสี่ยงสูงอายุมีโรคร่วม โทรติดตามเยี่ยม	

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-มิ.ย.65)		
		2563	2564	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	อัตรา (A/B)
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	<ร้อยละ 26	47.12	45.17	710	325	45.63

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

1.การพัฒนาโดยอาศัยการสร้างเครือข่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอายุกรรมระดับจังหวัด และมีช่องทางการให้คำปรึกษาทีมสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งต่อหรือรับไว้รักษาในโรงพยาบาลชุมชน โดย แพทย์หญิงรัตนากร กีรติไพบูลย์ประธานเครือข่ายฯ โรงพยาบาลเลย

2.มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง การสนับสนุนจากแม่ข่ายโรงพยาบาลเลย ทั้งด้านความรู้วิชาการ

5.ปัญหาและอุปสรรค

1.การสนับสนุนด้านบุคลากรทางการแพทย์/แพทย์เฉพาะทางยังขาดแคลน

2.สนับสนุนให้มีหลักหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและงบประมาณสนับสนุน

3.การบันทึกข้อมูลในส่วนของ Process Indicator ยังไม่มีโปรแกรมที่สนับสนุนการปฏิบัติและในกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลแบบ palliative (รหัส Z 51.5) ยังลงรหัส ICD 10 ไม่ครอบคลุมทุก Case

4.ขาดความต่อเนื่องในการนิเทศ ติดตามผลการพัฒนา และเยี่ยมเสริมพลัง ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19

6.นวัตกรรม/แนวทางการพัฒนา

1.โรงพยาบาลเลย โดยเฉพาะ ER มีการพัฒนาระบบบริการ Fast Tact Sepsis

2.มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยครอบคลุม PCT ศัลยกรรม ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยและ Admit ผู้ป่วยผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมได้เร็วขึ้น

3.มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ครอบคลุมกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาของจังหวัด เช่น NF Peritonitis

Function Based

ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดการรอคอย ลดป่วย/ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ Service Plan สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดหลัก: อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมาย<12%/Non-Trauma<12%)

ตัวชี้วัดรอง

1. อัตราผู้ป่วย Level 1-2 อยู่ใน ER น้อยกว่า 2 ชั่วโมง
2. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1
3. อัตราผู้ป่วย Trauma ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที > 80%
4. อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury)(GCS≤8) ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1
5. อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ(ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน)
6. ECS คุณภาพประเมินตนเอง 12 องค์ประกอบผ่านเกณฑ์ >60 %

ตัวชี้วัดหลัก

อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมง เป้าหมาย <12 % Trauma 12% Non-Trauma 12 %

สถานการณ์ และสภาพปัญหา พบว่าร้อยละอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Triage Level 1 ภายใน 24 ชั่วโมง (ผลรวม Trauma and Non Trauma) ใน ปี 2562-2565 คือ 10.46, 10.41, 10.88 ,8.78

อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมง มีแนวโน้มลดลง

ในผู้ป่วย Trauma เป็นกลุ่มผู้บาดเจ็บหลายระบบรุนแรง มาโดย EMS ร้อยละ 50 มาโดยระบบ Refer ร้อยละ 50 พบปัญหาความครอบคลุมเข้าถึงบริการ EMS ในพื้นที่ หน่วยบริการลดลง ระบบการสั่งการทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสม ปัญหาผู้บาดเจ็บใช้เวลาในห้องฉุกเฉินนานมากกว่า 2 ชั่วโมง การเข้าห้องผ่าตัดด่วนในผู้บาดเจ็บบางรายยังรอผล CT scan ก่อน ผู้ป่วยผ่าตัดด่วนบางรายรอทีมผ่าตัดเนื่องจากแพทย์ติดผ่าตัดอื่นอยู่ ยังไม่สามารถสร้างทีมการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบ (Trauma team ประกอบด้วยแพทย์หลากหลายสาขา เพื่อดูแลและประเมินร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและตัดสินใจ ให้การรักษาในผู้บาดเจ็บหลายระบบ) โรงพยาบาลเลยไม่มีศัลยแพทย์ระบบประสาท แก้ไขโดยแพทย์ผู้เชียวชาญด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน (EP) เป็นผู้ดูแลและประสานส่งต่อออกนอกจังหวัดเพื่อรับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาศัลยกรรมระบบประสาท (Definitive Care) ซึ่งใช้เวลาในการประสานค่อนข้างนานพบการปรึกษาบางกลุ่มแพทย์ให้รักษาแบบประคับประครอง ประสานศัลยแพทย์เพื่อ Admit ศัลยแพทย์ให้ประสานส่งต่อโรงพยาบาลอื่นเพื่อส่งต่อเนื่องจากเกินศักยภาพ ในเวรดึกห้องฉุกเฉินไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินปฏิบัติงาน ทำให้การดูแลระบบผู้ป่วยแบบองค์รวมไม่สามารถทำได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

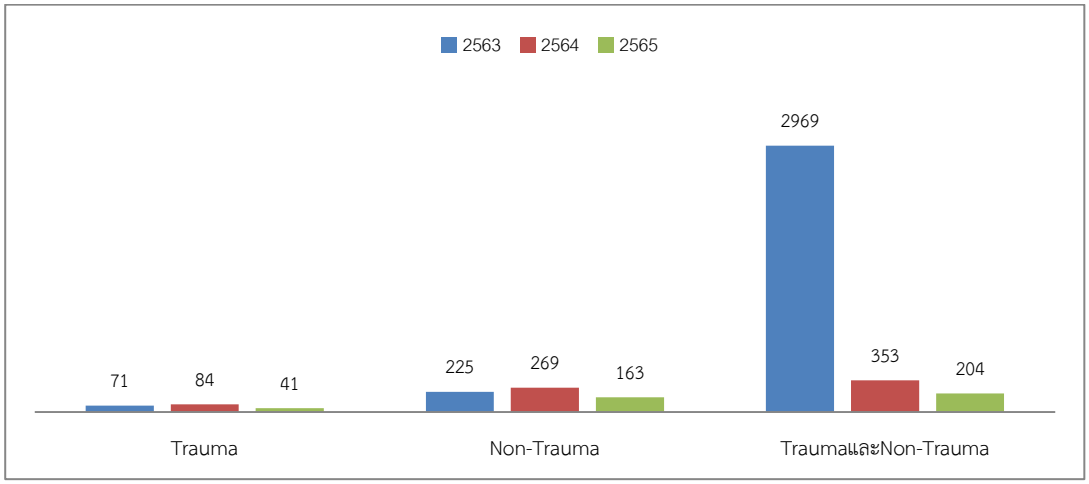
ผู้ป่วย Non trauma ยังพบปัญหาผู้ป่วยคงค้างที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่สามารถขึ้นตึกที่รับผู้ป่วยได้ ห้องฉุกเฉินมีภาวะแออัด ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่เข้ามาอาจทำให้ระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนานขึ้น และอาจได้รับการดูแลไม่ตรงตามมาตรฐานด้านเวลา มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อพ้นระยะวิกฤติ โดยจัดตั้งทีมสังเกตอาการภายในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเพื่อประเมินอาการและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต(Triage Level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง เป้าหมาย <12 %
(Trauma 12%, Non- Trauma 12 %)

ปี	ESI Level1			เสียชีวิตตาย 24 ชั่วโมง					
	trauma	Non-Trauma	รวม	Trauma	ร้อยละ	Non-Trauma	ร้อยละ	รวม ผป.เสียชีวิต	ร้อยละ
2563	355	2,487	2,842	71	20.00	225	9.05	296	10.42
2564	406	2,839	3,245	84	20.69	269	9.48	353	10.88
2565	268	2,054	2,322	41	15.29	163	7.94	204	8.78

ที่มา : ระบบรายงาน Hosxp ข้อมูล ณ ตุลาคม 2564 –พฤษภาคม 2565

แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Triage Level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง เป้าหมาย <12 % (Trauma 12%, Non- Trauma 12 %) ปี 2562-2565



ที่มา : ระบบรายงาน Hos xpข้อมูล ณ ตุลาคม 2564 –พฤษภาคม 2565

ตัวชี้วัดรอง

1. อัตราผู้ป่วย Level 1-2 อยู่ใน ER น้อยกว่า 2 ชั่วโมง

สถานการณ์ และสภาพปัญหา พบว่า อัตราผู้ป่วย Triage Level 1-2 อยู่ใน ER ภายใน 2 ชั่วโมงใน ปีพ.ศ. 2562-2565 มีแนวโน้มคงที่ คิดเป็นร้อยละ 53.21, 54.77, 45.04 , 54.46 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นผู้ป่วยหนักที่มีความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ และผู้เชียวชาญเฉพาะทางทั้งแพทย์ พยาบาลดูแลอย่างต่อเนื่องปัญหาที่เกิดขึ้น ประมาณร้อยละ 50 ที่ไม่สามารถเข้า Admitted Definitive Care ภายใน 2 ชั่วโมง ทางแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ร่วมวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับ PCT ต่างๆ ทุก PCT ร่วมกระจายงาน ย้ายผู้ป่วยในแผนกที่มีจำนวนน้อย เพื่อให้มีพื้นที่ว่างในแผนกที่รับผู้ป่วยหนักได้ และทางแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เฝ้าระวังอาการผู้ป่วยที่ไม่สามารถขึ้นตึกได้ โดยการทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยห้องสังเกตอาการเพื่อรองรับผู้ป่วยที่แผนก และผู้ป่วยที่คงค้างไม่สามารถขึ้นตึกได้ ทั้งนี้การพัฒนาต้องอาศัยพื้นที่ และอัตรากำลังคนซึ่งเป็นแผนในการพัฒนาต่อไป

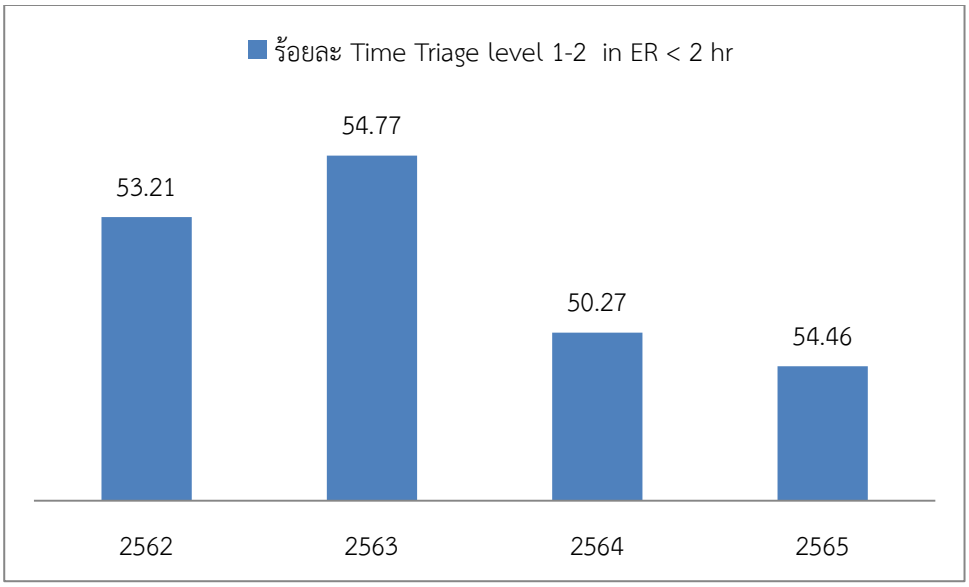
ตารางที่ 2. ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1-2) ในแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลระดับ S ปี พ.ศ. 2562-2565 (โรงพยาบาลเลย)

ปี งบประมาณ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
จำนวนTriage Level 1/2	9,258	9,585	10920	7387
Time in ER 1 hr	33.61	36.52	30.33	36.83
Time in ER > 1-2 hrs	19.6	18.25	19.95	17.62
Time in ER > 2 - 4 hrs	25.83	26.69	29.85	26.62
Time in ER > 4 hrs	20.96	18.54	20.86	18.91

ตารางที่ 3. ร้อยละผู้ป่วย Triage level 1-2 อยู่ใน ER น้อยกว่า 2 ชั่วโมงปี พ.ศ. 2562-2565

ปี งบประมาณ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
จำนวน Triage Level 1/2	9,258	9,585	10920	7387
Time Triage level 1-2 in ER < 2 hr	53.21	54.77	50.27	54.46

แผนภูมิที่ 2 แสดงร้อยละผู้ป่วย Triage Level 1-2 อยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลระดับ S (โรงพยาบาลเลย)น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ปี 2562-2565



ที่มา: ระบบรายงาน Hos-xp โรงพยาบาลเลย

2. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1

สถานการณ์ และสภาพปัญหาเดิมพบว่า ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วย ที่มีค่าโอกาสรอดชีวิต (PS score) > 0.75 ในปี 2562-2563 คิดเป็น 0.03, 0.21, 0.35 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์อัตราการตายผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานพบสาเหตุเกิดจาก การดูผู้บาดเจ็บ ในช่วง Primary Survey ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน อาการไม่คงที่ ค้นหาภาวะ Life Threatening ไม่พบ ส่งทำ Secondary Survey แผนก X-Ray อาการทรุดลงระหว่างทำ CT scan ทางแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ทำการประชุมร่วมเพื่อวางแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน มีแนวโน้มผู้เสียชีวิตลดลง สิ่งที่ขาดในการดูแลผู้บาดเจ็บแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน คือ ยังไม่สามารถสร้างทีมดูแลผู้บาดเจ็บให้เป็นระบบที่มีแพทย์สหสาขาเข้าร่วมประเมินที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แก้ปัญหาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินทำหน้าที่ในการประเมินเมื่อแรกรับ ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในแผนก ประสานส่งต่อผู้ป่วย จนกว่าจะเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา (Definitive Care) รวมทั้งส่งเสริมให้ความรู้แก่ทีมแพทย์และพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการทบทวน Trauma audit เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

และในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 มีการเปลี่ยนตัวชี้วัดการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีค่าโอกาสรอดชีวิต > 0.50 เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้บาดเจ็บ ที่มีอาการหนักให้มีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยมีเกณฑ์ตัวชีวัด เกณฑ์น้อยกว่า 4 % พบว่าปี 2565 (ต.ค.-ธ.ค. 2564) ได้ 0.29 % อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

ตารางที่ 4 อัตราตายของผู้ป่วย ที่มีค่าโอกาสรอดชีวิต (PS score)> 0.75 เกณฑ์น้อยกว่า 1 %ปี 2562-2564

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	ร้อยละ
2562	13,862	4	0.03
2563	12,988	27	0.21
2564	11,190	39	0.35

ตารางที่ 5 อัตราตายของผู้ป่วย ที่มีค่าโอกาสรอดชีวิต (PS score)> 0.5 เกณฑ์น้อยกว่า 4 % ปี 2565

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	ร้อยละ
2565	7,348	8	0.38

ที่มา: ระบบรายงานผล IS online ข้อมูล ณ ตุลาคม 2564 -พฤษภาคม 2565

3. **อัตราผู้ป่วย Trauma TRIAGE Level 1 ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที** ผ่านเกณฑ์ >80 %

สถานการณ์ และสภาพปัญหา ร้อยละอัตราผู้ป่วย Trauma TRIAGE Level 1 ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที >80 % ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด เนื่องจากรอผล Investigation ด้วยระบบ CT Scan ก่อนพิจารณา Set ผ่าตัด ซึ่งการส่ง CT scan ต้องรอผล Serum Cr ผู้บาดเจ็บใช้ระยะเวลาในห้องฉุกเฉินนานขึ้น การรอผล Ct scan ทำให้การตัดสินใจในรักษาแม่นยำมากขึ้น

ตารางที่ 6 อัตราผู้ป่วยTrauma TRIAGE Level 1ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที >80 %

ปีงบประมาณ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
จำนวน	42	39	37	17
ผ่านเกณฑ์ 60 นาที	15	16	12	14
ร้อยละ	35.71	41.03	32.5	82.35

4. **อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) GCS≤8 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 < 30%**

สถานการณ์ และสภาพปัญหา ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) GCS≤8 ในโรงพยาบาลระดับ S (โรงพยาบาลเลย) ปี 2562-2565 คิดเป็นร้อยละ 25.81, 32.24, 19.93, 20.27 ตามลำดับ (ข้อมูลชุดนี้ยังขาดการติดตามในรายที่ส่งต่อภายในเขตและนอกเขตบริการสุขภาพที่ 8) เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีศัลยแพทย์ระบบประสาท ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศัลยแพทย์ระบบประสาทภายในเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งยังไม่มีระบบการรายงานผลย้อนกลับในระบบส่งต่อ แนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกับเขตสุขภาพที่ 8 จัดทำแนวทางการรายงานผลการรักษาผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง เพื่อนำมาวิเคราะห์แนวทางการดูแลรักษาต่อไป

ตารางที่ 7 อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury)(GCS≤8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 < 30%

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย TBI	จำนวนผู้เสียชีวิต	ร้อยละ
2562	186	48	25.81
2563	214	69	32.24
2564	271	54	19.93
2565	143	29	20.27

ที่มา : ระบบรายงานผล Hos-xp

5. อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน)

สถานการณ์ และสภาพปัญหาเกณฑ์อัตรา TEA Unit โรงพยาบาลระดับ S ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน)ปัจจุบัน TEA unit โรงพยาบาลระดับ S (โรงพยาบาลเลย) ขาดอัตรากำลังคนด้าน TEA Nurse manager ทำให้ขาดการบริหารจัดการกิจกรรมคุณภาพโดยการใช้ข้อมูลผู้ป่วยทั้ง Trauma Non Trauma โดยการประเมินตนเอง ปี 2562-2565 ได้ 14, 20, 25, 25 ตามลำดับ การแก้ปัญหาโดยจัดให้มี Manager ให้ครบตามตัวชี้วัด ทั้ง Trauma, Non Trauma ทำให้ได้กิจกรรมที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานในปีงบประมาณ 2565 นี้ แนวทางแก้ปัญหา จัดให้มี TEA Nurse manager ที่รวบรวม วิเคราะห์ และนำข้อมูลมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งผู้ป่วย Trauma, Non Trauma กำหนดให้มีกิจกรรมคุณภาพร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานรวมกันกับแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จัดให้มี TEA Nurse manager ประจำทุกแผนกเพื่อประสานงานพัฒนาการรับผู้ป่วยจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ตารางที่ 8 เกณฑ์การประเมิน TEA Unit คุณภาพ

เกณฑ์การประเมิน	**ปี 2562**	**ปี 2563**	**ปี 2564**	**ปี 2565**
ผู้อำนวยการ TEA Unit	2	2	2	2
TEA Unit Nurse	1	3	3	3
เจ้าหน้าที่สนับสนุน	1	2	4	4
สถานที่	4	4	4	4
Software	2	2	3	3
กิจกรรมคุณภาพ(จำนวน)	1	3	3	3
กิจกรรมคุณภาพ(มิติ)	2	2	3	3
Value-Added TEA Unit	1	2	3	3
ผลรวม	**14**	**20**	**25**	**25**

ระดับคะแนน 5-6 ต้องพัฒนา 17-19 กำลังพัฒนา 20-24 มาตรฐาน 25-31 สูงกว่ามาตรฐาน 32-40 ดีเยี่ยม

ที่มา: เกณฑ์ประเมิน TEA unit กรมการแพทย์

6. ECS คุณภาพประเมินตนเอง 12 องค์ประกอบผ่านเกณฑ์ >60 %

การพัฒนา ECS คุณภาพ โดยการประเมินตนเอง 12 องค์ประกอบ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 67.17 (ข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ 2565) องค์ประกอบที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 1) ด้าน refer system ไม่ผ่านเกณฑ์ในการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลปลายทาง สามารถบรรลุเป้าหมายได้เมื่อหน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่าน

โปรแกรม Smart refer 2) ระบบบริหารจัดการ ด้านการพัฒนา การนำข้อมูลมาวางแผนยังวิเคราะห์ไม่ครอบคลุม การปฏิบัติตามแผนไม่ครบ เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ขาดเจ้าหน้าที่ด้านธุรการ 3) การศึกษาและวิจัย ยังไม่ได้ดำเนินการวิจัยครอบคลุมด้านการแพทย์ ด้าน Pre hospital ด้านการบริหารจัดการแผนกฉุกเฉินมีเฉพาะด้านการพยาบาล 4) Information system การรายงานข้อมูล มีการจัดการด้านสารสนเทศยังไม่ครบถ้วน

ตารางที่ 9 แสดง การประเมิน ECS คุณภาพ 12 องค์ประกอบ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60

โรงพยาบาล	ร้อยละการประเมิน 2564	ร้อยละการประเมิน 2565
โรงพยาบาลเลย	65	67.16

ที่มา: กรมการแพทย์ แบบประเมิน ECS คุณภาพ พัฒนาปี 2560

ตัวชี้วัดหลัก: ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผ่านเกณฑ์มากกว่า ร้อยละ 28

สถานการณ์ และสภาพปัญหา ร้อยละการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วย TRIAGE level 1-2 ในปี 2565 ค่าเฉลี่ย ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด เนื่องจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล และการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปรับรู้ถึงภาวะฉุกเฉินที่ต้องใช้บริการยังไม่ชัดเจน หน่วยกู้ชีพมีจำนวนน้อย การเข้าไปถึงตัวผู้ป่วยค่อนข้างช้า ทำให้ประชาชนในจังหวัดเลยยังไม่มั่นใจที่จะรอ และขอความช่วยเหลือกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล แนวทางการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหา นำเสนอข้อมูลการขาดหน่วยกู้ชีพในพื้นที่กับผู้บริหารในระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐานให้ครอบคลุมทุกตำบล โดยใช้ต้นแบบองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งจะเป็นการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน พัฒนาศักยภาพของทีมรับผู้ป่วยทุกระดับและพัฒนาศักยภาพของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ กรณีออกรับผู้ป่วย TRIAGE level 1-2 ต้องพัฒนาการเข้าถึงตัวผู้ป่วยให้ได้ภายใน 8 นาที (กรณีระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตร) ซึ่งหากมีหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานอยู่ใกล้จุดเกิดเหตุ สามารถใช้ระบบ Dual System และเปลี่ยนถ่ายกับหน่วยกู้ชีพระดับสูงได้ ซึ่งจะเป็นการสร้างความมั่นใจให้ประชาชนเห็นถึงความรวดเร็วในบริการและการช่วยเหลือ ในส่วนการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้ถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลนั้นต้องใช้สื่อ Social media พัฒนาระบบ Application ในการเรียกใช้บริการและการประชาสัมพันธ์

ตารางที่ 10 แสดง ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปีงบประมาณ 2565 แยกรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมาโดย EMS	ร้อยละ
เลย	18,292	4,049	21.68

ที่มา : รายงานข้อมูลระบบ ITEM ข้อมูล ณ วันที่ ตุลาคม 2564 – มิถุนายน 2565

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการที่ไม่บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด

1. อัตราครองเตียงของโรงพยาบาล ร้อยละ 98.59 ห้องฉุกเฉินมีภาวะแออัด เนื่องจากมีปัญหาผู้ป่วยหนักรอเตียงเพื่อ Admission นานเกิน 2 ชั่วโมง

2. ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับ S แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินดูแลผู้ป่วยในแผนกทั้งระบบ รวมถึงการ Consult นอกโรงพยาบาล การประสานส่งต่อนอกโรงพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ไม่สามารถจัดเวรดึกได้ พยาบาล ENP 3 คน ไม่สามารถขึ้นเวรได้ครบทุกเวร แพทย์ในโรงพยาบาลระดับ F ไม่สามารถจัดเวรอยู่ประจำที่แผนก ER ได้ ตลอด 24 ชั่วโมง

3. ไม่มีศัลยแพทย์ระบบประสาท และ Trauma Team

4. โรงพยาบาลระดับ S ยังไม่ได้ใช้ข้อมูลค่าโอกาสรอดชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุ (PS Score>0.5 เสียชีวิต) ที่ได้มาจากโปรแกรมอุบัติเหตุ(IS On line) มาวิเคราะห์ เพื่อหาโอกาสพัฒนา

5. ระบบส่งต่อ ขาดข้อมูลสะท้อนกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายสุขภาพที่ 8 ในเรื่องอัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง ที่ได้รับการส่งต่อ กำลังดำเนินการโปรแกรม Online ตอบกลับข้อมูล

ข้อเสนอแนะ/แนวทางพัฒนา

1. จัดทำแนวทางร่วมกับทุก PCT เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ Admission จาก ER ในกลุ่ม Triage Level 1 ให้อยู่ ER ไม่เกิน 2 ชั่วโมง

2. สร้างทีมสังเกตอาการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มสังเกตอาการและรอเตียงผู้ป่วย Admission

3. พัฒนาอัตรากำลังด้านบุคลากร แพทย์ผู้เชียวชาญด้าน Trauma และพยาบาลเฉพาะทางสาขา Trauma เพื่อสร้าง Trauma Team ส่งเสริมการเข้าอบรม พยาบาลเฉพาะทางสาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน อย่างน้อย 1 คน/โรงพยาบาล/ปี
พัฒนาอัตรากำลังด้านบุคลากร ศัลยแพทย์ระบบประสาท และจัดทำแนวทางการรายงานผลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อการรักษาในเขตสุขภาพที่ 8

4. กำหนดแนวทางการผ่าตัดฉุกเฉิน (OR Now) ร่วมกับทีม PCT Trauma เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย Trauma TRIAGE Level 1 สามารถเข้าถึงห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที

5. เพิ่มหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐานโดยพัฒนาร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้ครอบคลุมทุกตำบล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

6. ประชาสัมพันธ์และจัดอบรมหลักสูตร อาสาสมัครฉุกเฉิน เพื่อเรียนรู้ระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การใช้บริการ 1669 Basic CPR

7. พัฒนาการลงข้อมูล IS Online ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดเลย ส่งเสริมให้มีการวิเคราะห์ ค่าโอกาสรอดชีวิต (PS Score > 0.5 เสียชีวิต) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย Trauma

8. จัดอัตรากำลังด้านบุคลากร TEA Unit Nurse พร้อมเข้ารับการอบรมเฉพาะทางด้านประสานงานและการบริหารจัดการผู้ป่วย Trauma

Function Based

ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดการรอคอย ลดป่วย/ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ Service Plan สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ระยะเวลา 4 สัปดาห์

2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ระยะเวลา 6 สัปดาห์

3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ระยะเวลา 6 สัปดาห์

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จากการมีโรคระบาดพบว่า Case CA Colorectal stage 3-4 มากขึ้นในปี 63,64 การคัดกรองลดลง และพบว่าCase CA Liver and CCA พบได้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเข้าถึงบริการ(การวินิจฉัยด้วย CT scan) เพิ่มขึ้น พบระยะ 3,4 เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการถึงมาโรงพยาบาล และพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ และการดื่มสุรา

2.กระบวนการดำเนินงาน

1.จัดประชุมคณะทำงาน/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ภาคีเครือข่าย/รพสต.อำเภอเพื่อวางแผนการดำเนินงาน

2.พัฒนาระบบคัดกรอง กระตุ้นให้มีการคัดกรองมากขึ้น

3.จัดทำแผนการอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายให้บริการในพื้นที่

4.ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้และรณรงค์ให้มีการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

5.รณรงค์การ ลด ละ เลิก การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ และการดื่มสุรา

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-พ.ค. 2565)		
		2563	2564	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	อัตรา (A/B)
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด						
1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ร้อยละ 75	86	91	120	115	96
2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ร้อยละ 75	95	97	123	120	98
3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ร้อยละ 60	99	100	36	36	100

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

1.ทีมงาน ระดับ สสจ. และโรงพยาบาลทุกระดับ มีความมุ่งมั่น ตั้งใจทำงาน สามัคคีร่วมกัน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการประชุม นิเทศติดตามในระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง

2. มีการทำงานแบบเครือข่าย/พี่สอนน้อง/ระบบService Plan ทั้งระดับเขตและจังหวัดมีความเข้มแข็งต่อเนื่อง

5.ปัญหาและอุปสรรค

จากสถานการณ์โควิดทำให้การคัดกรองลดลง

Function Based

ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดการรอคอย ลดป่วย/ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ Service Plan สาขา Intermediate care

ตัวชี้วัดที่ : ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ร้อยละ 65

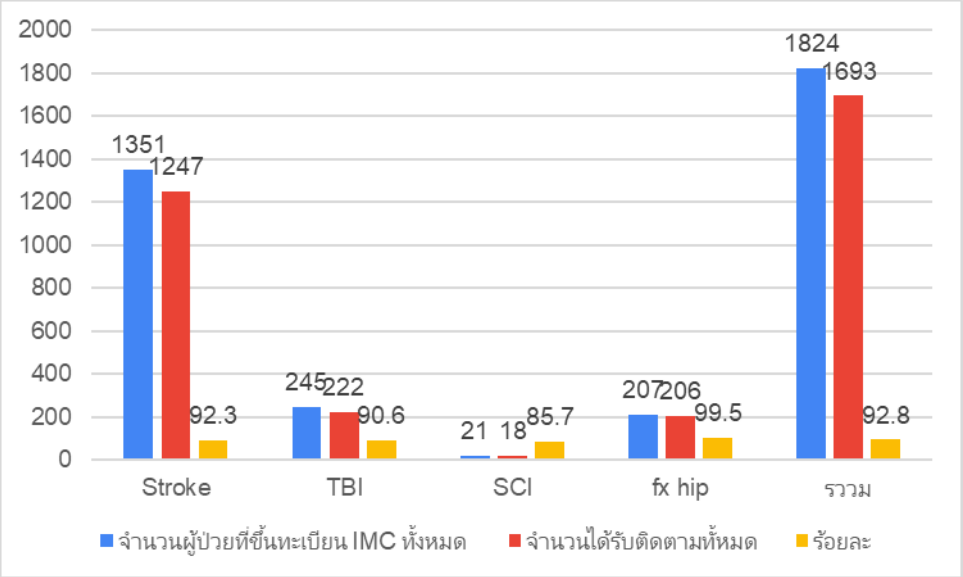
ตัวชี้วัดย่อย

เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

สถานการณ์ และสภาพปัญหา

จังหวัดเลยได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง โดยกำหนดทีมในการดูแลผู้ป่วยเป็นเครือข่ายจังหวัด ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิคส์ ทีมพยาบาลศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์ ทีมพยาบาลดูแลต่อเนื่อง ทีมเครือข่ายกายภาพบำบัด และทีมแพทย์แผนไทยจากโรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ดำเนินการร่วมกันกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบแบบบูรณาการร่วมกันเมื่อปีงบประมาณ 2563 มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยในการดูแลแบบ Intermediate Care ประกอบด้วย ผู้ป่วย stroke , Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury และในปีงบประมาณ 2564 มีการกำหนดดูแลกลุ่มผู้ป่วย Fractur around the hip เพิ่มเติม ให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดเลย มีเตียงเพื่อรองรับและให้บริการผู้ป่วยแบบ Intermediate bed ครบทุกแห่ง แห่งละ 2 เตียง โดยผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในปีงบประมาณ 2563 สามารถให้บริการ IMC Bed ได้จำนวน 13 แห่ง (ร้อยละ 100) โดยวางระบบเพื่อให้ทีมกายภาพบำบัด และทีม COC สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งส่งพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง แห่งละ 1 คน และจากโรงพยาบาลเลย จำนวน 5 คน เข้ารับการอบรมหลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจากเขต 8 ระยะเวลา 3 วัน เพื่อให้สามารถประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมกายภาพบำบัดได้อย่างมีคุณภาพ

แผนภูมิแสดงผลการดำเนินงาน IMC จังหวัดเลย ระหว่าง 1 ตุลาคม 2563-31 มีนาคม 2564



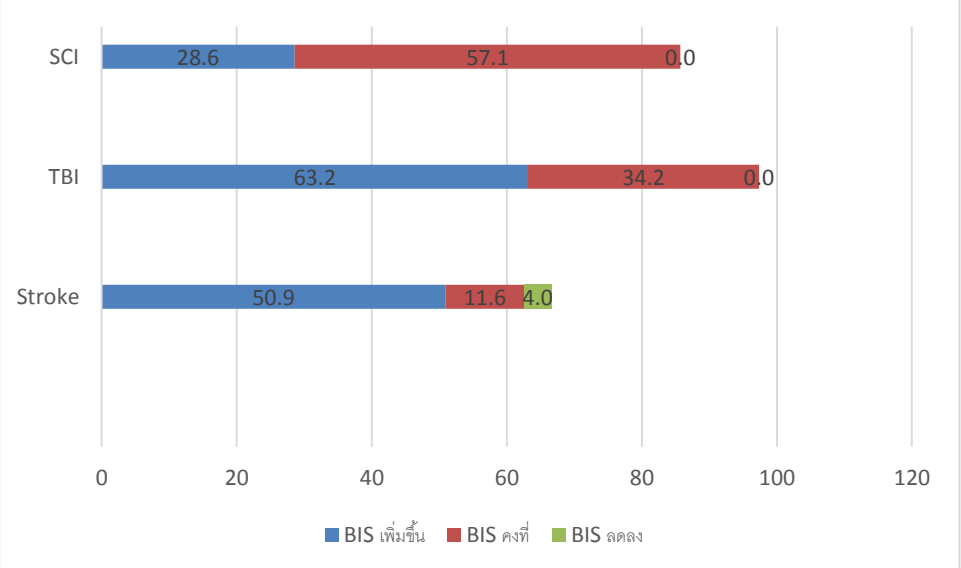
ที่มา : รายงานข้อมูลผลการดำเนินงาน IMC เครือข่ายจังหวัดเลย กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

รวมผู้ป่วย IMC ทั้งหมด 1,824 ราย ได้รับการกาบภาพบำบัด 1,693 คิดเป็นร้อยละ 92.81

:KPI ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (KPI ร้อยละ60)

แผนภูมิแสดงผลการติดตามเยี่ยมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย IMC จังหวัดเลย

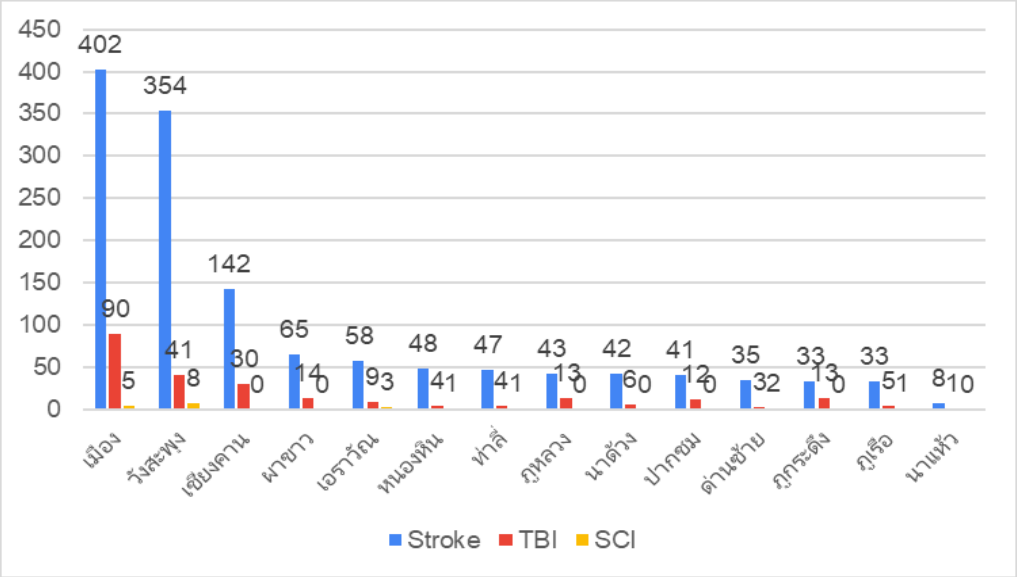
ระหว่าง 1 ตุลาคม 2563-31 มีนาคม 2564



ที่มา : รายงานข้อมูลผลการดำเนินงาน IMC เครือข่ายจังหวัดเลย กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

แผนภูมิแสดงข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการให้บริการ IMC Bed ของโรงพยาบาลชุมชน จ.เลย

ระหว่าง 1 ตุลาคม 2563-31 มีนาคม 2564



ที่มา : รายงานข้อมูลผลการดำเนินงาน IMC เครือข่ายจังหวัดเลย กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

จากแผนภูมิ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเลยที่ให้บริการ IMC Bed จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 โรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้รับบริการสูงสุดได้แก่ โรงพยาบาลวังสะพุง โรงพยาบาลเชียงคาน และโรงพยาบาลผาขาว ตามลำดับ

กระบวนงาน/แผนงาน/กิจกรรมสำคัญ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

1. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน IMC ระดับจังหวัด เพิ่มทีมแพทย์แผนไทย เข้าเป็นทีมพัฒนาระบบงาน
2. ประชุมเครือข่ายเพื่อทบทวนทิศทางและผลลัพธ์การดำเนินงานทุก 3 เดือน
3. สนับสนุนการพัฒนาระบบในโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถให้บริการ IMC Bed ได้ครบทุกแห่ง และพัฒนาสมรรถนะทีมเครือข่ายโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “บูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายจังหวัดเลย” โดยดำเนินการในวันที่ 4 มีนาคม 2563
4. ทบทวนฐานข้อมูลความต้องการบุคลากรนักกายภาพบำบัด ความต้องการเครื่องมือและอุปกรณ์ในการให้บริการ
5. พัฒนาระบบฐานข้อมูล และระบบการวัดวิเคราะห์คุณภาพการดูแลในกลุ่มผู้ป่วย IMC ด้วย google drive ในทีมเครือข่ายกายภาพบำบัด

6. ส่งเสริมการใช้โปรแกรม Thai COC ในการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ระหว่างหน่วยงาน และระหว่างทีมสหวิชาชีพ และการนำมาประมวลผลเพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วย IMC รวมทั้งประสานความร่วมมือกับทีม COC ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

7.สนับสนุนทางด้านวิชาการ และการพัฒนาสมรรถนะทีมในเครือข่ายโดยวางแผนการจัดประชุมวิชาการเรื่อง “fracture around the hip” และประชาสัมพันธ์กิจกรรมวิชาการที่จัดโดยหน่วยงานอื่นๆ

เป้าหมายดำเนินงานตามกระบวนงานสำคัญการติดตามและประเมินผล

แนวทางการติดตามและประเมินผล

1. จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงาน IMC ตามตัวชี้วัดเครือข่ายจังหวัด

2. จากการเยี่ยมเรียนรู้ในโรงพยาบาลชุมชน ร่วมกับ เครือข่าย 3S (Stroke STEMI Sepsis)จังหวัดเลย

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภาพรวมจังหวัด

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			ปีงบประมาณ 2564 (1 ต.ค.63 - 31 มี.ค.64)		
		2561	2562	2563	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/
1.ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยในร้อยละ 50 และมี IMC ward อย่างน้อย 1 แห่งที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	NA	9 แห่ง ร้อยละ 64.29	13 แห่ง ร้อยละ 100	13	13	100
2. ผู้ป่วย stroke , Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel Index ‹ 15 with multiple imparement ได้รับการประเมินและวางแผนการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง ร้อยละ 60	ร้อยละ	NA	Stroke 1,810ราย SCI 37 ราย TBI 40 ราย ร้อยละ100	Stroke 1,873ราย SCI 102 ราย TBI 43 ราย ร้อยละ 100	Stroke 1,351 ราย SCI 21 ราย TBI 245 ราย Fx hip 207 ราย	Stroke 1,247 ราย SCI 18 ราย TBI 222 ราย Fx hip 206 ราย	92.81
3. ผู้ป่วย stroke , Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel Index ‹ 15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel Index = 20 ร้อยละ 20	ร้อยละ	NA	100	100	Stroke 825ราย SCI 11 ราย TBI 184 ราย	Stroke 825ราย SCI 11 ราย TBI 184 ราย	100

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นทีมนำในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบร่วมกับเครือข่ายกายภาพบำบัด ทีมการพยาบาล และทีมนำคลินิก ของโรงพยาบาลทุกแห่งโดยเชื่อมโยงระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านในชุมชน

2. มีระบบในการประสานความร่วมมือ ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีม PCT อายุรกรรม ศัลยกรรม และออร์โธปิดิกส์ กับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. โรงพยาบาลชุมชนควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ของทีมสหวิชาชีพ ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลแบบ Intermediate bed (กำลังคน สมรรถนะ เครื่องมือ ในการดูแลผู้ป่วย)

2. ควรทบทวนระบบการติดตามกำกับผลลัพธ์การดำเนินงาน การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด การจัดเก็บข้อมูล รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศในภาพรวมเขต ที่เป็นแนวทางเดียวกัน

3. ควรทบทวนกรอบการบรรจุนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน

Function Based

ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดการรอคอย ลดป่วย/ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ Service Plan สาขาออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัด Refracture Rate น้อยกว่าร้อยละ 20 (ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว 1 ปี)

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

เนื่องจากสถานการณ์ Covid-19 อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ลดลง ต้องส่งไปช่วยหอผู้ป่วย Covid-19 ห้องผ่าตัดมีจำกัดทำให้การผ่าตัดลดลง

2.กระบวนการดำเนินงาน

จัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสม ป้องกันการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-มี.ค.65)		
		2563	2564	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	อัตรา (A/B)
Refracture Rate น้อยกว่าร้อยละ 20	< ร้อยละ 20	2.09	14.28	159	1	0.63

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

ความร่วมมือของบุคลากรในโรงพยาบาล และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน ความรู้ความเข้าใจของบุคลากร

5.ปัญหาและอุปสรรค

เจ้าหน้าที่ติดเชื้อ Covid-19 ขาดบุคลากรห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ รอเครื่องมือ

3S for ออร์โธปิดิกส์

Structure	Staff	System
จัดเพิ่มหอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์ หญิง พร้อมกับเตียงฟื้นฟู 6-8 เตียงในโรงพยาบาลเลย	**อัตรากำลัง** 1.เพิ่มแพทย์ออร์โธปิดิกส์อนุสาขา Hip & knee 1 คน 2.เพิ่มแพทย์เฉพาะทาง ออร์โธปิดิกส์ 2 คน3.เพิ่มพยาบาลออร์โธปิดิกส์ 2 คน พยาบาลฟื้นฟู 1 คน **วิชาการ** 1.เพิ่มความรู้เรื่องการป้องกันพลัดตกหกล้มในชุมชน จัดอบรม	1.จัดการฐานข้อมูลในระบบ HosXP ให้เป็นปัจจุบัน 2.ระบบ consult ทางLine official 3.เว็บไซต์ ออร์โธปิดิกส์เลย 4.เชื่อมกับเครือข่ายผู้สูงอายุ

6.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

การคัดกรองATK ผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลชุมชน OPDกระดูก หอผู้ป่วย การจัด Zoning และ ห้องแยก AIIR

Function Based

ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดการรอคอย ลดป่วย/ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ Service Plan สาขาจักษุ

ตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน)

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรคต้อกระจกมีผู้ป่วยในตารางผ่าตัดจำนวน 300 ราย มีทั้งต้อกระจกชนิดบอดและผู้ป่วยที่ต้องการผ่าตัดด้วยต้องการใช้สายตาในการทำงานทั้งที่ยังเป็นไม่มาก ตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ในช่วงที่มีภาวะโควิดทำให้ผู้ป่วยแจ้งขอเลื่อนการผ่าตัดบางส่วน ขาดนัดไปเลยและติดต่อไม่ได้ รวมทั้งยกเลิกนัดผ่าตัดไปหรือมาหลังนัดเพื่อให้นัดใหม่ทำให้เกิดการนัดที่ระยะเวลารอคอยนานมากขึ้น

2.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-พ.ค.65)		
		2563	2564	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	อัตรา (A/B)
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	≥ ร้อยละ 85	87.47	89.78	725	629	86.76

3.ปัญหาและอุปสรรค

1.จักษุแพทย์ที่ทำการนัดผ่าตัดต้อกระจกเป็นแพทย์เฉพาะด้านต้อหิน 1 คน เป็นแพทย์จอประสาทตา 1 คน มีจำนวน Case ในโรคที่ต้องผ่าตัดเช่นต้อหิน จอตาหลุดลอก ในห้องผ่าตัดตา 1 ห้อง ทำให้การผ่าตัดไม่เต็มที่ แต่นารายที่มีความจำเป็นในรายต้อกระจกสุกจะทำในโครงการผ่าตัดต้อกระจกนอกเวลาราชการ

2. การผ่าตัดต้องมีคนดูแล หลังผ่าตัดถ้าญาติไม่ยินยอมหรือไม่มีคนดูแลจะไม่ได้รับการผ่าตัด

3. ผู้ป่วยและญาติกลัวโควิด ไม่มาตามนัดผ่าตัด ติดต่อโทรศัพท์ไม่มีการตอบรับ

4.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1.การเข้าถึงชุมชนผู้สูงอายุโดยการคัดกรองระดับ อสม. รพ.สต. ส่งรพ.ชุมชนคัดกรองก่อนส่งมาตรวจที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ยังเป็นสิ่งที่ต้องเน้นย้ำทำต่อไป เพื่อลดการแออัดของโรงพยาบาลและการเข้าถึงผู้ป่วยได้มากขึ้นในรายที่ไม่มีคนค้นพบ

2.การช่วยเหลือประสานงานกับหน่วยงานในท้องถิ่นที่ให้การช่วยเหลือในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถมาตรวจรักษาได้เนื่องจากลูกหลานไม่อยู่หรืออยู่เพียงลำพัง

3.การให้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต้อกระจก แนวทางรักษา การดูแลก่อนและหลังผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน แก่พยาบาลผู้เยี่ยมและติดตามอาการในชุมชน

Function Based

ประเด็นที่5 ลดแออัดลดการรอคอยลดป่วย/ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ Service plan สาขาทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ28 วัน

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทำให้การดำเนินการของService plan ของทารกแรกเกิดในจังหวัดเลยต้องเลื่อนบริบทการดำเนินการบางส่วนคือการงดการสอนNCPR และการส่งต่อผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ดำเนินการทุกปีเพื่อลดการรวมกลุ่มของเจ้าหน้าที่แต่สิ่งที่ได้จัดทำคือการเตรียมแผนพร้อมที่จะรับมือกับทารกที่เกิดจากมารดาที่มาด้วยPatient Under Investigation (PUI) หรือมารดาที่ติดเชื้อ COVID-19

ช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณพ.ศ.2565 มีการคลอดทั้งหมดในจังหวัดเลย 2,366 รายคลอดในโรงพยาบาลจังหวัด 1,297 รายคลอดในโรงพยาบาลชุมชน 1, 069 รายมีทารกแรกเกิดเสียชีวิตทั้งหมด10 รายซึ่งได้ทบทวนและได้นำเสนอปัญหาในผลการดำเนินการต่อไป

2. กระบวนการดำเนินงาน

ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากไตรมาสก่อนๆ

3. ผลการดำเนินงาน: อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565
อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	น้อยกว่า 3.6/1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	3.29	2.96	4.22

Review of death cases

Case			Apgar	Birth weight(g)	Problems list	Length of stay(days)
611507				1,405	Preterm, VLBW Severe RDS - MAP 14) Neonatal sepsis	
615446	G2P0010 GA 39+5 มารดาrefer จากรพช. Failed V/E 2 รอบ	C/S due to failed V/E	1,5T,5T	3,625	Term, AGA Severe birth asphyxia Cardiogenic shock PPHN	1
615473	G1P0 GA 37+4 Maternal GDMA2	C/S due to failed V/E C/S รพช	5,6,7T	3,065	Term, AGA Severe birth asphyxia Cardiogenic shock	1

Case			Apgar	Birth weight(g)	Problems list	Length of stay(days)
					Subgaleal hemorhage Symptomatic epilepsy	
616206	G2P0010 GA 35+3 Maternal - PPROM,IUGR	NL PROM 21 hours	7,8,9	2,250	Late preterm, LBW Congenital pneumonia with septic shock Symptomatic epilepsy Acute kidney injury	3
617380	G2P0010 GA 40	BA รพช	5,6,6T	3,010	Term AGA Congenital diaphragmatic hernia Moderate birth asphyxia	1

4. ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

คนพร้อมของพร้อมเครื่องมือพร้อม

5. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

1. ปัญหาเรื่องการเปิด Node ช่วยโรงพยาบาลจังหวัดและจำนวนกุมารแพทย์ที่ทำงานภายในจังหวัดเป็นปัญหาเรื่องของการจัดสรรทรัพยากรบุคคลของจังหวัดโรงพยาบาลวังสะพุงที่ควรจะมีกุมารแพทย์แต่เคยมีแล้วย้ายไปทำให้ภาระมาตกกับแพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลทั้งๆที่มีสูติแพทย์อยู่ 2 ท่านโรงพยาบาลเชียงคานมีกุมารแพทย์หนึ่งท่านกลับมาทำงานหนึ่งปีแล้วลาออกไปเรียนต่อทำให้เกิดปัญหาต่อการพัฒนา Node

2. การขาดแคลนยาเครื่องมือบางช่วงทำให้มีอุปสรรคต่อการรักษาผู้ป่วย

Function Based

ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดการรอคอย ลดป่วย/ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ Service Plan สาขาโรคไต

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m^2/yr

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายมีการคัดกรองน้อยลง เนื่องจากไม่ได้ลงข้อมูลหรืออาจมีการนัดผู้ป่วยระยะเวลาค่อนข้างนานจากสถานการณ์ covid 19 ร่วมกับมีการส่งยาไปที่บ้านโดยไม่ได้ส่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการข้อมูลจึงขาดหายไป

2.กระบวนการดำเนินงาน

กระตุ้นให้แต่ละสถานพยาบาลในเครือข่ายลงข้อมูลให้ครบถ้วน ประสานกลุ่มงาน NCD เรื่องเน้นการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-พ.ค..65)		
		2563	2564	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	อัตรา (A/B)
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m^2/yr	ร้อยละ 66	61.39	68.32	7,469	4,859	65.06

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

อาศัยความร่วมมือในการลงข้อมูลสถานพยาบาลในเครือข่ายให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จัดโครงการออกให้ความรู้และเสริมสร้างความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับเปิดให้ปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้สื่อออนไลน์ เช่น application line group โรคไต

5.ปัญหาและอุปสรรค

1.มีการเปลี่ยนแปลงบุคคลกรที่ทำงานด้านโรคไตเรื้อรังบ่อย เช่น แพทย์ พยาบาลประจำ CKD clinic ทำให้ขาดประสบการณ์ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เช่น การส่งตรวจ urine protein ส่งเพียงร้อยละ 54.94 (เกณฑ์ร้อยละ 80) มีการให้ยา ACEI/ARB เพียงร้อยละ 38.74 (เกณฑ์ร้อยละ 60)

2.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกระจายอยู่ในคลินิกต่างๆเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยไม่ได้ถูกคัดเลือกเข้าคลินิกไตเสื่อม ทำให้ไม่ได้รับการดูแลอื่นนอกจากการใช้ยา เช่น การเรียนรู้แบบกลุ่ม การให้สุขศึกษาแบบเข้มข้นรายตัว

6.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

พัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในรูปแบบเวปไซด์หรือ application “Clinical Dicission Supoort “ ซึ่งจะช่วยในการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยการดูแลจะอ้างอิงตามแนวปฏิบัติของสมาคมโรคไตและแนวปฏิบัติมาตรฐานของต่างประเทศ เช่น KDOKI 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and

Management in Chronic kidney disease โดยจะเป็นโปรแกรมที่ช่วย staging และวางแผนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น รวมถึงแนะนำการให้ยาที่มีข้อบ่งชี้ เช่น ACEI/ARB, ยา statin เป็นต้น ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการวางแผนพัฒนาและหาทุน

Function Based

ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดการรอคอย ลดป่วย/ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ Service Plan สาขา One Day Surgery

ตัวชี้วัด 1.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery

2.ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ กำลังปรับปรุง สมรรถนะพยาบาลจบใหม่ในห้องผ่าตัด สถานการณ์โรคระบาด COVID-19 ผู้ป่วยติดเชื้อ เจ้าหน้าที่ติดเชื้อ จำเป็นต้องลดผู้ป่วย ผู้ป่วยถูกเลื่อนออกไป มีการปรับระบบงานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่เพื่อความปลอดภัย

2.กระบวนการดำเนินงาน

1.กำหนดแผนการพัฒนาระบบบริการ การจัดเก็บข้อมูลและการประเมินผล one day surgery

2.ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการ ODS & MIS ร่วมกับทีมสหสาขา เพิ่มโรคและหัตถการที่เหมาะสม กับบริบทของโรงพยาบาลเลย ครอบคลุมทุกแผนก เพิ่มโรคMIS การผ่าตัดเส้นเอ็นเข่าขาไขว้หน้าฉีกขาด ACL ได้รับการประเมินผ่านจากทีมคณะกรรมการจากกรมการแพทย์ วันที่ 30 มีนาคม 2565

3.AAR ทบทวนระบบงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกครั้ง ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ที่ทันสมัยกับทีมกรมการแพทย์ และการเบิกจ่ายเงินกับคณะกรรมการ สปสช. เพื่อให้ได้รายได้เพิ่มมากขึ้นกับโรคและหัตถการที่ได้ให้บริการจริง

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.- ก.ค.65)		
		2563	2564	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	อัตรา (A/B)
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	≥ ร้อยละ 20	99.42	74.36	487	422	86.65
ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	< ร้อยละ 5	0	0	0	0	0

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

1.ผู้บริหารสนับสนุน มีการกำหนดนโยบายทิศทางนำที่ชัดเจน

2.ทีมงานเรียนรู้พัฒนางานระบบบริการการผ่าตัด แบบองค์รวม ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยมุ่งเน้นเป้าหมายความปลอดภัย 2 P Safety

3.มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เป็น CQI : Acute postoperative pain management มีการนำระบบ ERAS มาพัฒนาต่อยอด เกิดนวตกรรมการดูแล

4.ทีมเรียนรู้ กระบวนการ PDSA (Plan-Do-Study-Action)
กระบวนการถอดบทเรียน AAR (After Action Review)

5.ปัญหาและอุปสรรค

1.เนื่องจากห้องผ่าตัดจำกัด และอยู่ระหว่างการปรับปรุงขยายพื้นที่ให้บริการ

2.สมรรถนะพยาบาลจบใหม่ในห้องผ่าตัด

3.สถานการณ์โรคระบาดCOVID-19 ผู้ป่วยติดเชื้อ เจ้าหน้าที่ติดเชื้อ จำเป็นต้องลดผู้ป่วย ผู้ป่วยถูกเลื่อนออกไป มีการปรับระบบงานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่เพื่อความปลอดภัย

6.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1.CQI : Acute postoperative pain management มีการนำระบบ ERAS มาพัฒนาต่อยอด เกิดนวัตกรรมการดูเกิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับศัลยแพทย์ Doctor Order Sheet IPD pain ในระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวด ผู้ป่วยที่มีอาการปวดได้รับการจัดการความปวดทุเลา และผู้ป่วยที่มีอาการปวดได้รับการจัดการความปวดเกิดความพึงพอใจต่อการให้บริการผ่าตัด

2.การพัฒนารูปแบบการบริการตรวจรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย โดยพญ.อุศณี เอมอิ่มอนันต์

3.พัฒนางานวิจัยการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบฉีดยาชาเฉพาะที่เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ให้บริการการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบดมยาสลบ เพื่อเป็นทางเลือกของผู้ป่วย ODS รพ.เลย

Function Based

ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดการรอคอย ลดป่วย/ลดตาย

ประเด็นตรวจราชการ Service Plan สาขา Palliative Care

ตัวชี้วัด ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลเลย เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 441 เตียง มีอัตราการครองเตียงเฉลี่ย 110.5 % ปัจจุบันได้เพิ่มขีดความสามารถในการรักษา ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เป็นสถานบริการแม่ข่ายให้กับสถานพยาบาลในเขตเมือง และในเขต จังหวัดเลย ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้ายมักประสบความทุกข์ทรมาน มีคุณภาพชีวิตและคุณภาพการตายไม่ดี สภาพปัจจุบันของโรงพยาบาลเลยแออัด โดยเฉพาะตึกกึ่งวิกฤติและตึกอายุรกรรม ผู้ป่วยมารับบริการที่ได้นอนโรงพยาบาลต้องรอเตียงนาน ที่ ER เฉลี่ย 2-12 ชั่วโมง ER สูญเสียความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ จากข้อมูลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลเลย พบว่า เป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 50 ต่างอำเภอ ร้อยละ 50 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 1-5 วัน ร้อยละ 57.14 ร้อยละ 60.71 ไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 21.42 ได้รับการจัดการอาการปวดและหอบเหนื่อย ร้อยละ 53.57 และ 31.25 ตามลำดับ มีค่าใช้จ่าย มากกว่า 30,000 บาท ได้เครื่องพยุงชีพ ร้อยละ 67.85 จึงได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายอย่างเหมาะสม สื่อสารกับผู้ป่วยครอบครัว ช่วยมีการตัดสินในการวางแผนเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้ายอีกทั้งพัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน สามารถลดการรับเข้าโรงพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตและตายดีที่บ้านสามารถเป็นไปได้ ดังนั้นคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลจึงได้จัดให้มีงานการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ปี ปี 2557 และในขณะเดียวกันได้พัฒนา เครือข่าย 13 โรงพยาบาล ในปี 2558 เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

Workflow การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลและคำปรึกษาผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว

ผู้รับผิดชอบ	การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลและคำปรึกษาผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
PC Team	การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้านการให้ข้อมูล/คำปรึกษา		
PC Team	การเตรียม * ทบทวนประวัติ/โรค/การเจ็บป่วย * วางแผนว่าจะให้ข้อมูลอะไร * ข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรรู้	•ผู้ป่วย •ครอบครัว •PCWN •Primary Doctor	•แฟ้มประวัติ •ผลการตรวจต่างๆ •Progress note •Nurse note •Doctor order
PC Team	ประเมิน * ความรู้ความเข้าใจการดำเนินโรค/การพยากรณ์ แลแนวทางการรักษาผู้ป่วย/ครอบครัว	•ผู้ป่วย•ครอบครัว •PCWN	•Progress note •Nurse note •Doctor order
PC Team	ให้ข้อมูล/คำปรึกษา * ให้ข้อมูลโรค การพยากรณ์ แนวทางการรักษา * ทางเลือกในการรักษาต่างๆ * ให้ข้อมูลทีละน้อย ใช้ภาษาเข้าใจง่าย * เปิดโอกาสให้ซักถาม * ประเมินความเข้าใจ หลังให้ข้อมูล	•ผู้ป่วย •ครอบครัว •PCWN •Primary Doctor	•Progress note •Nurse note •Doctor order •สมุดประจำตัว •แบบตอบรับคำปรึกษา
PC Team	การตอบสนองต่อความรู้สึกด้วย * วิเคราะห์/หาสาเหตุถึงอารมณ์ที่เกิดขึ้น * ตอบสนองต่ออารมณ์อย่างเหมาะสม		
PC Team	วางแผนเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้ป่วย/ * สรุปจากการประเมินและพูดคุย * กำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน * แผนการดูแลล่วงหน้า : สถานที่ดูแล/	•ผู้ป่วย •ครอบครัว •PCWN •Primary Doctor	•Progress note •แบบบันทึกทีม team Conference •แบบบันทึกการประชุมครอบครัว
	ทบทวนเป้าหมายการดูแลกับผู้ป่วย/ครอบครัวเป็นระยะ * ติดตามให้การดูแล * ปรับเปลี่ยนเป้าหมายการดูแลตาม		

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-พ.ค.65)		
		2563	2564	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	อัตรา (A/B)
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	92.0	97.00	80.00	455	461

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

Early consult ของสหสาขาวิชาชีพ การสร้างความตระหนักในการดูแลแบบประคับประคองในภาคประชาชน

5.ปัญหาและอุปสรรค

ในบริบทของสังคมไทย การบอกความจริง เพื่อสื่อสารเรื่องการพยากรณ์โรค พูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวยังมีอุปสรรค ครอบครัวมักจะปกปิดความจริง การตัดสินใจมักจะเป็นครอบครัว จึงนำไปสู่การรักษาแบบรุกรานและไม่ก่อประโยชน์

ยังมีบุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่ง ที่เข้าใจ การดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลช่วงใกล้เสียชีวิตเท่านั้น แม้ว่า Advance Care Planning จะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง แต่บ่อยครั้งที่ได้รับการ Consult ในเวลาที่เร่งรีบ หรือช่วงผู้ป่วย Dying ดังนั้นจะไม่มีช่วงเวลาที่ได้วางแผนที่ดี และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

6.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1.สมุดเบาใจ , แบบฟอร์มการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย

2.ชุดฝึกญาติ

3.ขวดคู่ใจ

Function Based

ประเด็นที่ 6 Good Governance

ประเด็นตรวจราชการ การเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

สภาพปัญหาของ โรงพยาลเลย เรื่องการจัดเก็บรายได้ที่ไม่ทันเวลา ทำให้เงินบำรุงไม่เพียงพอต่อการชำระหนี้

2.กระบวนการดำเนินงาน

ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานด้านจัดเก็บรายได้ โดยใช้ 4S4C เป็นตัวชี้วัดเรื่องการจัดเก็บรายได้ที่มีคุณภาพ ได้จัดประชุมชี้แจงเพื่อสร้างความเข้าใจภายในหน่วยงานโดยทีมส่งเสริมความมั่นคงด้านการเงินการคลัง เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565 (ต.ค.-พ.ค.65)
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	ไม่มีวิกฤตทางการเงิน	วิกฤตทางการเงินระดับ 2	วิกฤตทางการเงินระดับ 2	วิกฤตทางการเงินระดับ 1

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

บุคลากรมีความพร้อมในการพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ที่มีคุณภาพ โดยเจ้าหน้าที่หน้างาน OPD และ IPD ได้เข้าใจปัญหาในเรื่องการบันทึกข้อมูลที่จะมีผลต่อการจัดเก็บรายได้

5.ปัญหาและอุปสรรค

จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอในส่วนของการบันทึกข้อมูลจาก OPD และ IPD ทำให้งานล่าช้าในการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล เพราะระยะเวลาในการสรุปและการส่งเบิกกลุ่มงานเรียกเก็บรายได้ต้องบันทึกและตรวจสอบ ทำให้การส่งเบิกไม่ทันตามกำหนดเวลา

6.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

การบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลจากหน้างาน OPD และ IPD โดยสร้างความเข้าใจถึงความสำคัญของข้อมูลเพื่อการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลเป็นหลักส่งผลต่อรายได้ของโรงพยาบาล

Function Based

ประเด็นที่ 6 Good Governance

ประเด็นตรวจราชการ ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)

ตัวชี้วัด การกำกับติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง ร้อยละ 100

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

การกำกับติดตามแผนเงินบำรุง ในไตรมาส 2 ของปีงบประมาณ พ.ศ.2565 รายรับและรายจ่ายเกิน 50%

2.กระบวนการดำเนินงาน

ทบทวนแผนเงินบำรุงทั้งปี2565 เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยของรายรับและรายจ่าย เพื่อขอปรับปรุงแผนเงินบำรุงในรอบครึ่งปีหลังของปีงบประมาณ พ.ศ.2565

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		
		2563	2564	ปี 2565 (ต.ค.-มี.ค.65)
การกำกับติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง	ร้อยละ 100	NA	รายรับ 103.61% รายจ่าย 107.44% *ขาดทุน 26 ล้าน	รายรับ 61.72 % รายจ่าย 55.39 % กำไร 48 ล้าน

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

การประชุมชี้แจงให้คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังและคณะกรรมการขับเคลื่อนโรงพยาบาลเลยทราบถึงปัญหาและเหตุในการรับและการจ่ายเงินบำรุงเทียบกับแผนรายรับรายจ่ายเงินบำรุง เพื่อพิจารณาปรับแผนเงินบำรุงในรอบครึ่งปีหลังของปีงบประมาณ พ.ศ.2565

5.ปัญหาและอุปสรรค

รายรับและรายจ่ายไม่ตรงตามแผนเงินบำรุงที่ตั้งไว้ การเรียกเก็บยังไม่ทันเวลา ค่าใช้จ่ายปีเก่ายังไม่ได้ชำระ เงินสด/เงินฝากธนาคาร ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย

6.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

การตรวจสอบความมีอยู่จริงของลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลเทียบกับการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล การตรวจสอบรายงานการจัดทำแผนการซื้อ/จ้าง ของหน่วยจัดซื้อ/จ้าง ว่าตรงตามแผนและมีอยู่จริงหรือไม่

Function Based

ประเด็นที่ 6 Good Governace

ประเด็นตรวจราชการ องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัด ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลเลย เป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการสุขภาพระดับตติยภูมิในเขตจังหวัดเลยและจังหวัดใกล้เคียง แบบผสมผสานทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยคำนึงให้การรักษาแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญประการหนึ่งคือ “บุคลากร” ควรได้รับการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถและทัศนคติที่ดีแก่บุคลากรทั้งด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ การจัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน บรรยากาศที่เอื้อต่อบุคลากรให้มีสุขภาพดีและมีความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และเสริมสร้างความผูกพันของบุคลากร

จากการประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเลย (Happinometer) พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเลย มีความพึงพอใจร้อยละ 58.26, 59.72 และ 58.25 (ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565) ในปี 2560, 2562 และ 2565 ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ คือ มิติด้านการเงิน (Happy Money) ร้อยละ 47.9, 50.56 และ 46.10 ในปี 2560, 2562 และ 2565 ตามลำดับ และมิติด้านการผ่อนคลาย (Happy Relax) ร้อยละ 50.9, 50.03 และ 50.57 ในปี 2560, 2562 และ 2565 ตามลำดับ จึงได้ดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคลากรในมิติด้านการเงิน และมิติผ่อนคลายดี (Happy Relax) ได้แก่ กีฬาสีภายใน (Sport Day/Sort Night) กิจกรรมตามเทศกาล (ปีใหม่ สงกรานต์) การทำบุญ และสนับสนุนการศึกษาดูงานนอกสถานที่ ตลอดจนเพิ่มค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (P4P) แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19) ทำให้บางกิจกรรมต้องเลื่อนหรืองดตามมาตรการของประเทศและจังหวัด ซึ่งเป็นปัจจัยในการสนับสนุนต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ลดลง เนื่องจากไม่สามารถดำเนินการใช้ชีวิตประจำวันหรือการทำงานได้ในสภาวะที่ปกติ เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจในสภาวะดังกล่าว คณะผู้บริหารได้ลงเยี่ยมเจ้าหน้าที่ทุกกลุ่มงานเพื่อให้กำลังใจและรับฟังปัญหาอุปสรรค ความต้องการภายใต้การปฏิบัติงานในสถานการณ์ข้างต้น เพื่อความปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการเป็นสำคัญ

2. กระบวนการดำเนินงาน

การประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเลย ดังนี้

2.1 ขั้นเตรียมการ

1. ตรวจสอบจำนวนเจ้าหน้าที่ (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว)
2. วางแผน กำหนดรูปแบบ และกิจกรรมเพื่อเสนอขออนุมัติและจัดกิจกรรม

2.2 ขั้นดำเนินการ

1. ประสานหน่วยงาน/สถานที่/ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน
2. ประชุมชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานผ่านหัวหน้าภารกิจ หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน/ฝ่าย/ตึกทุกตึก ในเวทีประชุมคณะกรรมการติดตามและประเมินผล (กตป.)
3. ดำเนินงานตามแผนงาน

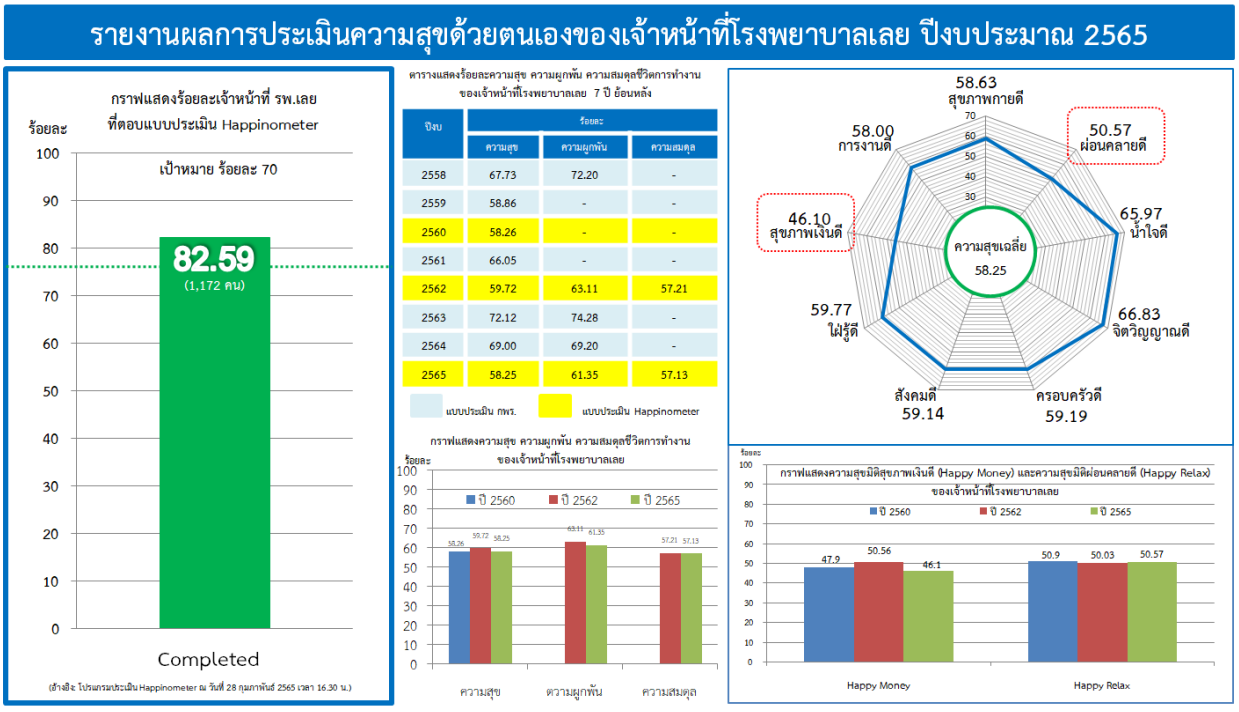
2.3 ขั้นสรุปผลการดำเนินงาน

1. กำกับ ติดตามการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหาร
2. วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานปีต่อไป

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.-พ.ค.64)		
		2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	ร้อยละ 70	94.91 (กพร.)	62.88 (กพร.)	ร้อยละ 70	บุคลากรในหน่วยงานทั้งสิ้น 1,419 คน ดำเนินการประเมิน Happinometer ทั้งสิ้น 1,172 คน	ร้อยละ82.59 (ผ่านเกณฑ์)

หมายเหตุ: โปรแกรมประเมินความสุขด้วยตนเอง (Happinometer) ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565



จากการดำเนินงาน พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเลย จำนวน 1,419 คน ดำเนินการประเมินความสุขด้วยตนเอง (Happinometer) จำนวน 1,172 คน คิดเป็นร้อยละ 82.59 ความสุขเฉลี่ยภาพรวมองค์กร ร้อยละ 58.25 ความผูกพันองค์ ร้อยละ 61.35 และความสมดุลชีวิตการทำงาน ร้อยละ 57.13

ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ 2 อันดับ ได้แก่

1) มิติด้านการเงิน (Happy Money) คิดเป็นร้อยละ 46.10

2) มิติด้านผ่อนคลาย (Happy Relax) คิดเป็นร้อยละ 50.57

ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงานอยู่ในระดับสูง 2 อันดับ ได้แก่

1) มิติด้านจิตวิญญาณดี (Happy Soul) คิดเป็นร้อยละ 66.83

2) มิติด้านน้ำใจดี (Happy Heart) คิดเป็นร้อยละ 65.97

4. ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

1. การประสาน กำกับ ติดตาม กระตุ้น จากผู้บริหารผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน/งาน/ฝ่าย/ตึก

2. การตรวจสอบ การรายงาน และประชาสัมพันธ์ ในกลุ่มไลน์โรงพยาบาลเลย เป็นประจำทุกวัน

3. การสนับสนุน และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงแบบประเมินฯ (กรณีเจ้าหน้าที่ไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามออนไลน์) ณ ห้องกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีเจ้าหน้าที่คอยให้การช่วยเหลือ

4. การกำกับ ติดตาม รายหน่วยงานของผู้รับผิดชอบและการลงเยี่ยมหน้างานเพื่อสร้างความเข้าใจและวิธีการประเมินฯ (เชิงรุก)

5. การสุ่มแจกของรางวัล เพื่อกระตุ้นและสร้างความตื่นตัว

5. ปัญหาและอุปสรรค

1. ขั้นตอนซับซ้อน ระบบประเมินฯ ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

2. ข้อคำถามเยอะ ใช้เวลาประเมินค่อยข้างนาน ระบบล่าช้า เครือข่ายล่ม

3. การขอรายงานผลการประเมินฯ มีความซับซ้อน ค้นหาหรือตรวจสอบยาก (ไม่สามารถแยกรายแผนกได้ เพื่อเอื้อต่อการดำเนินงานการกำกับ ติดตาม ของผู้รับผิดชอบงาน)

4. ความสามารในการเข้าถึงระบบประเมินของเจ้าหน้าที่แต่ละระดับ

6. นวัตกรรมที่เป็นแบบบอย่าง

ควรใช้ฐานข้อมูลจากระบบ HROPH มาประยุกต์ใช้ข้อมูลที่มีอยู่เพื่อลดขั้นตอนและเวลาในการลงทะเบียนหรืออำนวยการความสะดวกให้กับเจ้าหน้าที่

Function Based

ประเด็นที่ 6 Good Governace

ประเด็นตรวจราชการ องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัด ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลเลย เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S (กรอบ 450 เตียง) เปิดให้บริการจริง 541 เตียง ประกอบด้วย 5 กลุ่มภารกิจ ได้แก่ 1)กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ 2)กลุ่มภารกิจด้านปฐมภูมิ 3)กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ 4)กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ 5)กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และแบ่งเป็น 68 กลุ่มงาน มีบุคลากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานจริง 1,419 (ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2564) ตามโครงสร้างมีหัวหน้ากลุ่มภารกิจและหัวหน้ากลุ่มงานที่ชัดเจน

2.กระบวนการดำเนินงาน

1. สำรวจข้อมูลตำแหน่งว่างจากการเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณ 2565 โดยไม่รวม ตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก และตำแหน่งว่างจากสาเหตุการโอนไปส่วนราชการอื่น ฯลฯ ในกลุ่มข้าราชที่ทำหน้าที่หรือได้รับมอบหมายหน้าที่ทางการบริหาร ดังนี้

    1) รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล จำนวน 1 คน

    2) หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย จำนวน 3 คน

    3) หัวหน้าตึก จำนวน 2 คน

2. ประชาสัมพันธ์/ประกาศรับสมัครผู้สนใจ

3. คัดเลือกโดยใช้วิธีการสอบสัมภาษณ์

4. ส่งผู้ได้รับการคัดเลือกเข้าพัฒนาและอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด

3.ผลการดำเนินงาน

มีจำนวนตำแหน่งที่สูงขึ้น ที่จะเป็นตำแหน่งว่างและสมควรได้รับการพัฒนา 3 ตำแหน่ง ดังนั้นจึงได้จัดทำแผนพัฒนา (HRD) มีจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา ทั้งหมด 12 คน รายละเอียดตามตาราง

ตำแหน่ง	จำนวนตำแหน่งว่าง ณ 1 ต.ค. 65	จำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผน	จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร
1.รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล	1	2	2	/
2.หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย	3	6	3	/
3.หัวหน้าตึก	2	4	3	/
รวม	6	12	8	

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

1. มีแผนพัฒนาบุคลากรด้านผู้นำอย่างชัดเจน

2. ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรเพื่อก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น

5.ปัญหาและอุปสรรค

หลักสูตรบางหลักสูตรไม่สามารถทำการเปิดอบรมได้ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid -19)

Area Based

1.การพัฒนาสุขภาพจิตและจิตเวช

2.HAIT

Area Based

ประเด็นการตรวจราชการ : การพัฒนาสุขภาพจิตและจิตเวช

ตัวชี้วัด : 1.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

2.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

3.ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้น ในปี 2562-2564 คิดเป็นร้อยละ 11.3,9.69 และ 15.20 ตามลำดับ จากการทบทวนข้อมูลการสอบสวนโรคพบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญคือการใช้สุรา ยาเสพติดในครอบครัว

2.กระบวนการดำเนินงาน

1. ประชุมชี้แจงคณะทำงาน และผู้เกี่ยวข้อง จัดทำ GAP Analysis พบว่า

1.1 การส่งต่อระหว่างหน่วยงานถึงห้องให้คำปรึกษาไม่ครบถ้วน

1.2 การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงของคลินิกบริการต่างๆไม่ครอบคลุม เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องภาระงาน เวลา และสถานที่ไม่เป็นสัดส่วน

1.3 การติดตามเยี่ยมในชุมชนไม่ครบตามเกณฑ์

2. นำเสนอสถานการณ์ และปัญหาอุปสรรคแก่ผู้บริหาร ทีมสุขภาพ และเครือข่ายชุมชน รพ.สต.ในพื้นที่

3. กำหนดเป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงานคัดกรอง เฝ้าระวัง การส่งต่อข้อมูล และการติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยบูรณาการร่วมกับการเยี่ยมบ้าน

4. จัดทำแผน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการและเครือข่าย อสม.ในพื้นที่

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.- พ.ค.65)		
		2563	2564	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	อัตรา (A/B)
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥ร้อยละ 74	82.57	83.54	2,797	2,363	84.48
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	< 8 /แสนประชากร	9.69	15.20	118,353	11	8.44
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 90	94.89	94.59	120	107	89.16

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน
2. การเฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งต่อในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัวซึ่งเป็นผู้อยู่ใกล้ชิด

5.ปัญหาและอุปสรรค

1. ภาระงานเนื่องสถานการณ์โควิด19 ทำให้การติดตาม ประเมินคัดกรองในชุมชน ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

2. ทีมเครือข่ายชุมชน/อสม.ขาดความมั่นใจในการให้คำปรึกษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้มีภาวะซึมเศร้าและการนำเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

Area Based

ประเด็นการตรวจราชการ : พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) เป็นศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน

ตัวชี้วัด : ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

1.1 มีความต้องการใช้ข้อมูลสุขภาพรายบุคคลเพื่อการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งจากเจ้าของข้อมูลและหน่วยบริการสุขภาพ

1.2 ความต้องการเชื่อมข้อมูลสุขภาพรายบุคคล เพื่อบริหารจัดการในสถานการณ์โควิด-19

1.3 การปฏิบัติตามกฎหมาย พ.ร.บ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

2.กระบวนการดำเนินงาน

2.1 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลโดยใช้มาตรฐาน HAIT

2.2 ติดตั้ง HIS Gateway และผลการเชื่อมต่อสำเร็จ

2.3 เข้าร่วมและสนับสนุนการใช้แอฟพลิเคชั่นต่างๆ ตามแนวทางการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ (R8-CDO) เขตสุขภาพที่ 8

2.4 ดำเนินการตามแนวนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล กระทรวงสาธารณสุข 2565

3.ผลการดำเนินงาน

ได้รับการตอบรับจากผู้ทรงคุณวุฒิของสมาคมเวชสารสนเทศไทย (TMI) จะเข้าตรวจประเมินมาตรฐานระบบสารสนเทศ (HAIT) โรงพยาบาลเลย ในวันพฤหัสบดีที่ 25 สิงหาคม 2565

3.1 ผลการดำเนินงานการพัฒนาตามมาตรฐาน HAIT ทั้ง 7 หมวด ดังนี้

3.1.1 แผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ

จัดทำแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นลายลักษณ์อักษรสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลคลอบคลุมทั้ง 5 ด้าน และมีแผนโครงการที่เกี่ยวข้อง ตอนนี้อยู่ระหว่างการประเมินผลความสำเร็จของโครงการ

3.1.2 การจัดการความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

- จัดทำ Risk Matrix ของงานสารสนเทศเรียบร้อยแล้ว กำลังอยู่ระหว่างการสื่อสารความเสี่ยงให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง

- ทบทวนและได้ดำเนินการซ้อมแผนเผชิญเหตุ กรณีระบบ HIS ล่ม ประจำปี 2565 เรียบร้อยแล้ว

3.1.3 การจัดการความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

1. จัดทำประกาศและประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับ PDPA ดังนี้

- นโยบาย การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รพ.เลย 2565
- นโยบาย การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับการใช้กล้อง CCTV รพ.เลย 2565
- หนังสือแจ้งการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2 ดำเนินการเรื่องการลงมือชื่อให้ความยินยอมใน consent form เริ่มในผู้ป่วยรายใหม่ กำลังขยายการดำเนินการในผู้ป่วยนัดรายเดิม

3 กำลังดำเนินการประเมินผลการรับรู้ของบุคลากรและการปฏิบัติตามนโยบาย ความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ รพ.เลย

3.1.4 การจัดระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ

ผลการปฏิบัติตาม ข้อตกลงระดับการบริการ (Service Level Agreement-SLA) พบสามารถปฏิบัติตามข้อตกลงได้ ร้อยละ 99.99

3.1.5 การควบคุมคุณภาพข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยและคุณภาพรหัส ICD

1. ผลคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอกพบคะแนนคุณภาพเวชระเบียนเฉลี่ยโดยรวม ไตรมาส 2 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 46.57 ในปี 2564 เป็น ร้อยละ 60.74 ในเดือนมีนาคม 2565

2. ผลคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในพบคะแนนคุณภาพเวชระเบียนเฉลี่ยโดยรวม ไตรมาส 2 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 58.40 ในปี 2564 เป็น ร้อยละ 61.56 ในเดือนมีนาคม 2565

3. คุณภาพการกำหนดรหัส

- คุณภาพการกำหนดรหัสผู้ป่วยนอก มีความถูกต้องเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 53.14 ในปี 2564 เป็น ร้อยละ 61.63 ในเดือนมีนาคม 2565
- คุณภาพการกำหนดรหัสผู้ป่วยใน มีความถูกต้องเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 99.54 ในปี 2564 เป็น ร้อยละ 99.89 ในเดือนมีนาคม 2565

3.1.6 การควบคุมการพัฒนาโปรแกรม

มีการวิเคราะห์และพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการบริหารจัดการให้มีคุณภาพอย่างเป็นระบบ เช่น โปรแกรมลงทะเบียน walk in จองเพื่อรับวัคซีน Covid-19

3.1.7 การจัดการศักยภาพของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

จัดทำทะเบียนทรัพยากรในระบบ IT และอยู่ระหว่างการจัดทำแผนการพัฒนาสมรรถนะรายบุคคลสำหรับบุคลากรในฝ่าย IT

3.2 โรงพยาบาลเลยติดตั้ง HIS Gateway และเชื่อมต่อสำเร็จแล้วในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565

3.3 มีการเชื่อมต่อและดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ (R8-CDO) เขตสุขภาพที่ 8 เรียบร้อยแล้วทุกโปรแกรม

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

4.1 ผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุน

4.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศประชุมติดตามงานอย่างต่อเนื่อง

4.3 ใช้มาตรฐาน HAIT และแนวทางการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ (R8-CDO) เขตสุขภาพที่ 8 เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

นโยบายขับเคลื่อนเขตสุขภาพที่ 8

1. ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย
2. ญาติพาผู้สูงอายุไปหาหมอ: คลินิกผู้สูงอายุนอกเวลาราชการ

ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

1.สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดเลยเป็นจังหวัดชายแดนเป็นจังหวัดท่องเที่ยว เป็นจังหวัดที่มีการค้าล็อตเตอรี่จำนวนมาก และเป็นจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ มีระยะทางที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่สามารถทำการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจโดยการสวนหัวใจ (จังหวัดเลยถึงจังหวัดอุดรธานี เท่ากับ 127 กิโลเมตร) ต้องใช้เวลาในการนำส่งผู้ป่วยประมาณ 120 นาที อีกทั้งขณะนี้ได้มีการเปิดให้มีนักท่องเที่ยวเดินทางมาเยือนจังหวัดเลยเพิ่มขึ้น ในรูปแบบ Sandbox, AHQ โรงพยาบาลเลยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มศักยภาพในการรักษาพยาบาลด้านต่างๆ ควบคู่กันไป โดยเสริมสร้างความพร้อมของระบบบริการทางการแพทย์ ศักยภาพทางการบริหารรวมถึงโครงสร้างพื้นฐานที่มีมาตรฐาน และการพัฒนาบุคลากรในการร่วมหนุนเสริมการเติบโตของจังหวัดเลยและเชื่อมโยงบริการสุขภาพกับเขตเศรษฐกิจพิเศษและเมืองชายแดนเพื่อสร้างความความเชื่อมั่นให้กับทั้งประชาชนในพื้นที่เอง พื้นที่ใกล้เคียงและนักท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศ

โรงพยาบาลเลย เป็นหนึ่งในสถานบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่ายบริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทียกสูง (ST segment Elevation Myocardial Infarction: STEMI) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 นับถึงปัจจุบันมีการพัฒนาระบบทางด่วนโรค STEMI ระดับจังหวัด และมีการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับบริการมากขึ้น ส่งผลให้อัตราตายของผู้ป่วยมากขึ้น สะท้อนจากอัตราตายของผู้ป่วย STEMI ในปี 2561- 2564 เท่ากับ ร้อยละ 6.5,5.4, 7.8 และ 7.7 ตามลำดับ แต่ตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยดังกล่าวต้องได้รับการเปิดหลอดเลือด และเปิดสำเร็จโดยการตรวจสวนหัวใจและหรือทำหัตถการใส่บอลลูน หรือขดเลือดเพื่อป้องกันการอุดตันซ้ำ ซึ่งเกินศักยภาพของโรงพยาบาลเลย จึงต้องมีการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีภายในเวลา 120 นาที และเนื่องจากระยะทางที่ห่างไกล (จังหวัดเลยถึงจังหวัดอุดรธานี เท่ากับ 127 กิโลเมตร) ต้องใช้เวลาในการนำส่งผู้ป่วยประมาณ 120 นาที ทำให้เกินเวลามาตรฐานในการเปิดหลอดเลือดเพื่อให้ได้รับผลที่ดี และส่งผลสุดท้ายต่อระยะเวลาในการมีชีวิตของผู้ป่วยยืนยาวขึ้น

ดังนั้นเข็มมุ่งของจังหวัดเลยในปี 2565 จึงมุ่งเน้นดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI และ NSTEMI เป็นระบบเครือข่ายทั้งจังหวัด โดยกำหนด **วิสัยทัศน์ เป็นเครือข่ายโรคหัวใจ ที่มีคุณภาพ ไร้รอยต่อ ผู้รับบริการปลอดภัย มีความพึงพอใจ** กำหนดขอบเขตการดำเนินงานของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในจังหวัดเลยให้บริการการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน มุ่งเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการทุติยภูมิ และหน่วยบริการตติยภูมิแบบไร้รอยต่อมีการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมาย ที่เป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งพัฒนาการเปิดศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย ภายในปี 2567

2.กระบวนการดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน

พื้นที่ดำเนินโครงการ อยู่ในระหว่างเตรียมการกำหนดพื้นที่ดำเนินการ แล้วอยู่ในระหว่างจัดเตรียมพื้นที่

รายการ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ด้านครุภัณฑ์ทางการแพทย์ (งบเหลือจ่ายปลายปี 2565 กบรส.)	-เครื่องเฝ้าระวังและติดตามการทำงานของหัวใจ และสัญญาณชีพ (Central Monitor) รองรับ 8 เตียง พร้อม Monitor 8 จุด จำนวน 1 เครื่อง ราคา 3,600,000 บาท -เตียงผู้ป่วยปรับด้วยไฟฟ้าชนิด 4 มอเตอร์พร้อมเบาะกันแผลกดทับ เสาน้ำเกลือโต๊ะคล่อมเตียงและตู้ข้างเตียง จำนวน 8 เครื่อง ราคา 1,040,000 บาท -เครื่องช่วยหายใจควบคุมด้วยปริมาตรและแรงดัน ขนาดกลาง จำนวน 4 เครื่อง ราคา 6,400,000 บาท **รวม 9,840,000 บาท**	-เครื่องตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความเสี่ยงสูง ชนิดคมชัดสูง พร้อมชุด Work station (Echocardiography with TEE) จำนวน จำนวน 1 เครื่อง ราคา 6,000,000 บาท -เครื่องช่วยพยุงหัวใจโดยใช้บอลลูนในเส้นเลือดแดงใหญ่ (Intra-aortic balloon pump (IABP)) จำนวน 1 เครื่อง ราคา 2,000,000 บาท -เครื่องตรวจสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise Stress Test)) จำนวน 1 เครื่อง ราคา 1,300,000 บาท -เครื่องควบคุมอุณภูมิร่างกายชนิดภายนอก (Hypo-Hyperthermia) จำนวน 1 เครื่อง ราคา 1,600,000 บาท **รวม 10,900,000 บาท**	เครื่องตรวจสวนหัวใจ จำนวน 1 เครื่อง ราคา 21,000,000 บาท **รวม 21,000,000 บาท**
โครงสร้าง(งบเขต 8)		ปรับปรุงหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ (CCU) ขนาด 8 เตียงจำนวน 5,000,000 บาท **รวม 5,000,000 บาท**	ปรับปรุงห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ จำนวน 5,000,000 บาท รวม 5,000,000 บาท
ด้านบุคลากร		-ส่งพยาบาลอบรมการทำหัตถการหัวใจ จำนวน 1 คน จำนวน 60,000 บาท จำนวน 2 คน รวมเป็นเงิน 120,000 บาท -ค่าจ้างนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก จำนวน 1 คน จำนวน 200,000บาท รวมเป็นเงิน 200,000 บาท **รวม 320,000 บาท**	-ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 2 คน จำนวน 60,000 บาท รวมเป็นเงิน 120,000 บาท -ค่าจ้างนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก จำนวน 1 คน จำนวน 200,000บาท รวมเป็นเงิน 200,000 บาท **รวม 320,000 บาท**

3.ผลการดำเนินงาน

สถานที่ CCU/cath Lab :อยู่ระหว่างการปรับปรุงแปลน

งบบริจาค

- จัดซื้ออุปกรณ์ ครุภัณฑ์ สำหรับการจัดตั้งCCU

งบเขต

- ปรับปรุงอาคารสำหรับCCUและCath lab
- จัดซื้ออุปกรณ์เครื่องมือสวนหัวใจ

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

เขตสุขภาพที่ 8 ช่วยผลักดันด้านงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ในการเปิดศูนย์ Cath Lab ได้แก่ เครื่องตรวจสวนหัวใจ การได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานที่ดีจากผู้บริหารระดับสูง และมีทีมนำในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างดี

5.ปัญหาและอุปสรรค

1.ด้านบุคลากร

ยังขาดแคลนบุคลากร เช่น นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก, แพทย์ Cardio ยังไม่เพียงพอ

2.ด้านงบประมาณ

ยังขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่าง เช่น เครื่อง Echo ชนิดมีหัวตรวจ TTE, เครื่อง IABP เป็นต้น

3.ด้านอาคารสถานที่

สถานที่เตรียมเปิดศูนย์ Cath Lab/เปิด CCU ในระยะที่ 2 จำนวน 8 เตียง ยังไม่ได้เปิดพร้อมใช้ (ตึกหลวงพ่อสายทอง ยังสร้างไม่แล้วเสร็จ)

คลินิกผู้สูงอายุในวันหยุดราชการ

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดเลยมีประชากรผู้สูงอายุปี 2564 จำนวน 118,046 คนเพิ่มขึ้นจาก ปี 2563 ร้อยละ 18.48 อำเภอเมืองเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.18 ในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดของอำเภอเมืองเลย มีผู้สูงอายุที่มีภาวะติดสังคมร้อยละ 98.10 ติดบ้านร้อยละ 1.38 และติดเตียงร้อยละ 0.53 จากตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นในทุก ๆ ปี โดยเฉพาะผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาในการเข้าถึงการบริการ เช่น ข้อจำกัดด้านสภาพร่างกาย การเคลื่อนไหว สายตา หรือความจำ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ในเวลาราชการเนื่องจากต้องอาศัยญาติพามาโรงพยาบาล ซึ่งญาติมักเป็นวัยทำงานที่ไม่สะดวกพามาโรงพยาบาลในวันและเวลาราชการ การจัดบริการให้ผู้สูงอายุเพื่อเข้ารับบริการได้สะดวกทั้งในและนอกเวลาราชการจึงมีความสำคัญเพื่อให้ญาติสามารถพาผู้ป่วยสูงอายุมาโรงพยาบาลได้ และเป็นบุคคลสำคัญที่จะร่วมตัดสินใจ วางแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันการนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนหรือความสูญเสียที่อาจตามมาได้ในอนาคต

2.กระบวนการดำเนินงาน

คลินิกผู้สูงอายุในวันหยุดราชการ เปิดทำการร่วมกับคลินิกตรวจโรคทั่วไปนอกเวลาราชการทุกวันเสาร์ 9.00 น. – 12.00 น. ให้บริการตรวจโรคทั่วไปในผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่ต้องการมาปรึกษาหรือรับยากรณีที่ไม่สะดวกมารับยาที่โรงพยาบาลในเวลาราชการ ให้บริการคล้ายกับในเวลาราชการ คือมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพเบื้องต้น ตรวจรักษา ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ และนัดหมายกรณีต้องติดตามเพิ่มเติม

3.ผลการดำเนินงาน

ในช่วงเดือนต.ค. พ.ศ. 2564- ม.ค. พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุเข้ามารับบริการคลินิกผู้สูงอายุในวันหยุดราชการ จำนวนเฉลี่ยเดือนละประมาณ 47 คน โดยกลุ่มอายุที่เข้ารับบริการมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.60 โดยสัดส่วนเพศชายและหญิงไม่แตกต่างกัน ปัญหาสุขภาพที่เข้ารับบริการมีความหลากหลายในแต่ละเดือน ปัญหาที่พบบ่อยคือ โรคทางเดินอาหาร โรคทางกระดูกและกล้ามเนื้อ ภาวะวิงเวียนศีรษะ อุบัติเหตุ โรคติดเชื้อ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุหรือญาติร้อยละ 21.47 ที่มารับบริการเพื่อขอรับยาโรคประจำตัวเดิม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง ในเบื้องต้นแพทย์และพยาบาลได้คัดกรองปัญหาผู้สูงอายุ ให้ความรู้และคำปรึกษาเบื้องต้น และทำการนัดหมายผู้ป่วยหากมีความจำเป็นต้องได้รับการติดตามต่อเนื่องในเวลาราชการ

จำนวนผู้มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุในวันหยุดราชการ ปีงบประมาณ 2565

ตุลาคม	พฤศจิกายน	ธันวาคม	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม	เมษายน	พฤษภาคม
57 คน	44 คน	36 คน	54 คน	48 คน	48 คน	59 คน	47 คน

4.ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

4.1 มีตารางการตรวจที่ชัดเจนผนวกกับการให้บริการผู้ป่วยโรคทั่วไปนอกเวลาราชการ

4.2 สถานที่ตรวจเป็นสถานที่เดียวกับการตรวจในเวลาราชการ คือ เป็นห้องตรวจที่อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น 1 ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับบริการได้สะดวก เดินทางมาถึงได้ง่าย โครงสร้างมีพื้นลาด ห้องน้ำ และสามารถเข็นรถเข็นเข้าห้องตรวจได้

4.3 การให้บริการนอกเวลาราชการสามารถส่งตรวจเพิ่มเติม นัดหมาย และรับยาได้ใกล้เคียงกับการให้บริการในเวลาราชการ

5.ปัญหาและอุปสรรค

5.1 สถานที่ให้บริการเป็นห้องตรวจผู้ป่วยนอก ให้บริการผู้ป่วยทุกช่วงอายุ ไม่ได้แยกเป็นสัดส่วนของคลินิกผู้สูงอายุที่แยกออกจากผู้ป่วยกลุ่มวัยอื่นๆ อย่างชัดเจน

5.2 แพทย์ที่ออกตรวจเป็นแพทย์จากหลากหลายสาขา อาจมีการประเมินในมิติที่แตกต่างกัน

5.3 ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกในวันเสาร์ เวลา 9.00 -12.00 น. มีปริมาณพอสมควร (เฉลี่ย 30-60 ราย ต่อวัน) ทำให้การประเมินหรือคัดกรองปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้อย่างครอบคลุม เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านเวลา

5.4 การตรวจจะมีเพียงบางสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร มีการผลัดเปลี่ยนบุคลากรในแต่ละวันที่ให้บริการ จึงอาจประเมินได้ไม่ครอบคลุมและมีความแตกต่างกันไปตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

5.5 ปัญหาบางอย่าง เช่น สมองเสื่อม การเคลื่อนไหว ต้องได้นัดมาตรวจภายหลัง เนื่องจากเป็นการประเมินที่ต้องใช้สหวิชาชีพอื่นและต้องใช้เวลาในการประเมิน

6.นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น เพื่อการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่รวดเร็วในเวลาจำกัด

นโยบายมุ่งเน้น กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565

ประเด็นที่ 6 พัฒนาระบบบริการก้าวหน้า โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งรักษาได้ทุกที่พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย รองรับผู้ป่วยโควิด 19 และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจพัฒนาโรงพยาบาลทุกระดับให้มีสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความทันสมัย และบริการที่ดี ตามนโยบาย (EMS : Environment, Modernization and Smart Service)

เกณฑ์การประเมินการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS ในระดับขั้นพื้นฐาน (The must) โรงพยาบาลเลย ไตรมาสที่ 2/2565

แนวทางการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน			หมายเหตุ	รายละเอียด
		2	1	0		
1. ด้านสิ่งแวดล้อมดี (Environment)						
E1: ภูมิทัศน์ (Land scape)	1. ภูมิทัศน์ภายนอกสวยงาม มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทั่วไป สวยงาม สะอาด และปลอดภัย โดยมีพื้นที่สีเขียว	√			2 = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 1 = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50-69 0 = ต่ำกว่าร้อยละ 50	โดยพิจารณาจาก 1. เกณฑ์การประเมินที่กำหนด (เอกสารแนบ 1)
E2: พื้นที่รอคอย (Waiting area)	1. พื้นที่ภายในสวยงาม สะอาด และปลอดภัย ผู้รับบริการมีที่นั่งรอรับบริการเพียงพอ		√		2 = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 1 = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50-69 0 = ต่ำกว่าร้อยละ 50	โดยพิจารณาจาก 1. เกณฑ์การประเมินที่กำหนด (เอกสารแนบ 2)
E3: ห้องน้ำ (Rest room)	1. ห้องน้ำ/ส้วมมาตรฐาน สะอาด เพียงพอ และปลอดภัย	√			2 = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 1 = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50-69 0 = ต่ำกว่าร้อยละ 50	โดยพิจารณาจาก 1. เกณฑ์การประเมินที่กำหนด (เอกสารแนบ 3)
E4: คุณภาพอากาศ (Air quality)	1. มีการคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ของคนไข้และญาติ	√			2 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 2 ข้อ 1 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 1 ข้อ 0 = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก 1. มีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 2. สถานบริการ มีนโยบายและแนวปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
E5: แสง สี เสียง กลิ่น พลังงาน (Light, color, Sound, Smell, Energy)	1. แสง สี เสียงและกลิ่นไม่ส่งผลกระทบต่อ ผู้รับบริการ และ เจ้าหน้าที่	√			2 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 1 ข้อ 0 = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก 1. มีการควบคุมกำกับแสง สี เสียงและกลิ่นอย่างเหมาะสมกับการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย
	2. การใช้พลังงานอย่างประหยัด	√			2 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 1 ข้อ 0 = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก 1. มีการติดตาม และควบคุมกำกับการใช้พลังงานอย่างเหมาะสม
รวม 11 คะแนน						

แนวทางการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน			หมายเหตุ	รายละเอียด
		2	1	0		
2. ด้านความทันสมัย (Modernization)						
M1: ระบบ (system)	1.ระบบบริหารจัดการลดระยะเวลารอคอยในทุกจุดของบริการ		√		2 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 4 ข้อ 1 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 2 - 3 ข้อ 0 = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมินหรือเป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 1 ข้อ	โดยพิจารณาจาก 1. มีระบบบริหารจัดการการนัดหมายผู้ป่วย เช่น การนัดหมายเหลื่อมเวลา 2. จัดระบบคิวการรอตรวจและมีการกำหนดช่วงเวลาที่จะได้รับการตรวจ 3. ระบบบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยในที่ไม่เกิดความแออัด 4. จัดบริการส่งต่อ – ส่งกลับ และนัดหมายอย่างเป็นรูปธรรม
M2: การขนส่ง (logistic)	1. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในสถานบริการอย่างถูกต้องและปลอดภัย ตามหลัก 2 P Safety		√		2 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 2 ข้อ 1 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 1 ข้อ 0 = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก 1. มี CPG/ผังการปฏิบัติงาน 2. รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ระดับ G,H,I = 0
	2. ระบบการขนส่ง วัสดุ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์และสิ่งส่งตรวจภายในสถานบริการที่เป็นมาตรฐาน	√			2 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 1 ข้อ 0 = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก 1. มีช่องทางการขนส่งที่สามารถส่งได้ทุกสภาพอากาศ เช่น มีหลังคาคลุมทุกทางเชื่อมระหว่างตึก
M3 : เทคโนโลยี (technology)	1. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในด้านข้อมูล	√			2 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 2 ข้อ 1 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 1 ข้อ 0 = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก 1. มีระบบป้องกัน DATA security 2. มีการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานบริการภายในจังหวัดโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
รวม 6 คะแนน						

แนวทางการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน			หมายเหตุ	รายละเอียด
		2	1	0		
3. ด้านบริการด้วยหัวใจ (Smart Service)						
S1: ภาพลักษณ์บุคลากร (Personal image)	1. แต่งกายถูกต้องตามระเบียบตามแนวทางของสถานบริการ		√		2 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 3 ข้อ 1 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 2 ข้อ 0 = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	- สัญลักษณ์สามารถบ่งบอกความเป็นบุคลากรของสถานบริการได้ชัดเจน โดยพิจารณาจาก 1. คู่มือการปฏิบัติงาน 2. นโยบาย/หนังสือสั่งการของสถานบริการ 3. บุคลากรแต่งกายถูกต้องตามระเบียบแนวทางของสถานบริการที่สามารถเห็นอย่างเชิงประจักษ์
S2: พฤติกรรมบริการ (Service mind , service behaviour)	1. พฤติกรรมการสื่อสาร ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ เป็นไปตามแนวทางของสถานบริการ		√		2 = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 1 = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60-79 0 = ต่ำกว่าร้อยละ 60	.
S3: คุณภาพบริการ (Service Quality)	1. ผ่านการประเมินมาตรฐานคุณภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	√			2 = ผ่านการประเมิน HA ขั้น3 1 = อยู่ระหว่างขอรับการประเมิน HA ขั้น3 0 = ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน HA ขั้น3	โดยพิจารณาจาก 1. ผ่านมาตรฐาน HA ขั้น3
S4 ความเป็นเฉพาะทาง (Specialty, staff)	1. กำหนดจุดเด่นเฉพาะด้านของสถานบริการ	√			2 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 1 ข้อ 0 = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก 1. การกำหนดความเฉพาะด้านในนโยบายสถานบริการ
	2. บุคลากรมีศักยภาพสอดคล้องกับจุดเด่นเฉพาะด้านที่สถานบริการกำหนด	√			2 = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน 1 ข้อ 0 = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก 1. มีการพัฒนาสู่ความเฉพาะด้าน ทั้งด้านบุคลากร การบริหารจัดการ งบประมาณ และพัสดุ
รวม 8 คะแนน						

เอกสารแนบ 1 : รายละเอียดการประเมิน E1: ภูมิทัศน์ (Land scape)

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน		ผลรวม
		1 (มี)	0 (ไม่มี)	
1	มีป้ายแสดงชื่อโรงพยาบาลเป็นตัวอักษรภาษาไทย หากมีภาษาต่างประเทศต้องเล็กกว่าภาษาไทยโดยแสดงไว้ในบริเวณโรงพยาบาล หรือตัวอาคารที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกในระยะ 100 เมตร	√		1
2	สถานบริการมีระบบแสงสว่างส่องในเวลากลางคืน	√		1
3	การติดตั้งป้ายบอกทางไปพื้นที่สำคัญ เช่น พื้นที่ให้บริการผู้ป่วย ทางสัญจรระหว่างอาคารหรือทางเดินเชื่อมห้องน้ำ ทางหนีไฟชัดเจนไม่เล็กเกินไป	√		1
4	ความกว้างของช่องทางเข้า- ออกหลักเหมาะกับการสัญจร	√		1
5	ติดตั้งแผนผังของโรงพยาบาลอยู่ในที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน	√		1
6	ทางสัญจรระหว่างระหว่างอาคาร หรือทางเชื่อม (COVERED WAY) มีหลังคาคลุม	√		1
7	ลักษณะพื้นที่ทางลาดผิวไม่ลื่น และมีการติดตั้งราวจับเพื่อช่วยพยุงตัว	√		1
8	มีการจัดการขยะมูลฝอย และขยะติดเชื้อ ตามเกณฑ์มาตรฐาน พร้อมทั้งมีเส้นทางการเคลื่อนย้ายของสกปรก (ขยะ ผ้าเปื้อนและเครื่องมือใช้แล้ว) ไปสู่สถานที่รวบรวมที่เหมาะสมตามมาตรฐาน IC	√		1
9	มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคารให้มี ความสะดวกในการให้บริการ สะอาดเป็นระเบียบปราศจากขยะเรี่ยราด ไม่มีหยากไย่ตามฝ้าเพดาน ขอบหน้าต่าง ไม่มีฝุ่นละออง ระบายอากาศได้ดี แสงสว่างเพียงพอ เป็นระเบียบเรียบร้อยปลอดภัย และไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง	√		1
10	มีการจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด (ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)	√		1
11	ทางหนีไฟสามารถใช้งานได้ทันทีเมื่อเกิดอัคคีภัย	√		1
12	มีนโยบายและแผนเมื่อเกิดภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย แผ่นดินไหว อุทกภัย วาตภัย สารเคมีรั่วไหล	√		1
13	มีระบบดับเพลิง เช่น มีตู้ดับเพลิง และสายดับเพลิงพร้อมหัวฉีดน้ำดับเพลิงและอุปกรณ์ติดตั้งในตำแหน่งที่มองเห็นได้เด่นชัด และสามารถหยิบฉวยเพื่อนำไปใช้ได้สะดวก	√		1
14	มีระบบเตือนภัยที่สามารถใช้การได้ตลอดเวลา และระบบแสงสว่างฉุกเฉินติดตั้งในตำแหน่งที่จำเป็นพร้อมทำงานทันทีระบบหลักขัดข้อง	√		1
15	ลิฟต์มีการตรวจสอบและซ่อมบำรุงสม่ำเสมอจากบริษัทผู้ตรวจสอบที่มีความชำนาญการเฉพาะ	√		1
รวม 15 คะแนน				

* หมายเหตุ : 1. อ้างอิงตามแบบการตรวจฐานด้านอาคาร (การตรวจมาตรฐานคุณภาพบริการในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)

: 2. อ้างอิงตามแนวทางการดำเนินงาน (Green&Clean Hospital)

: 3. อ้างอิงจากแนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

เอกสารแนบ 2 : รายละเอียดการประเมิน E2: พื้นที่รอคอย (Waiting area)

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน		ผลรวม
		1 (มี)	0 (ไม่มี)	
1	ผิวพื้นอาคารเรียบและมีความสะอาดเป็นระเบียบปราศจาก ขยะเรี่ยราด ไม่มีหยากไย่ตามฝ้าเพดานขอบหน้าต่างไม่มีฝุ่นละออง	√		1
2	มีความกว้างช่องทางสัญจรรวมส่วนที่ให้บริการผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 2 เมตร	√		1
3	มีระบบแสงสว่าง	√		1
4	ติดตั้งป้ายบอกทางชัดเจน	√		1
5	มีระบบระบายอากาศที่ดี เพียงพอ เหมาะสมและไม่อึดอัด		√	0
6	จัดที่นั่งพักคอยในจำนวนที่เพียงพอไม่กีดขวางทางสัญจร		√	0
7	สถานที่รอคอยแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน ไม่แออัด		√	0
8	ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย	√		1
รวม 5 คะแนน				

* หมายเหตุ : 1. อ้างอิงตามแบบการตรวจฐานด้านอาคาร (การตรวจมาตรฐานคุณภาพบริการในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)

: 2. อ้างอิงจากแนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

เอกสารแนบ 3 : รายละเอียดการประเมิน E3: ห้องน้ำ (Rest room)

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน		ผลรวม
		1 (มี)	0 (ไม่มี)	
ความสะอาด (Health:H)				
1	พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่กดโถส้วม โถปัสสาวะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีใช้งานได้	√		1
2	ใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีลูกน้ำยุง ภาชนะเก็บกักน้ำขันตักน้ำ สะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้	√		1
3	กระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาดอยู่ในสภาพดี ใช้งานได้	√		1
4	อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีและใช้งานได้	√		1
5	สบู่ล้างมือ พร้อมให้ใช้ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ	√		1
6	ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือหรือบริเวณใกล้เคียง	√		1
7	มีการระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่นเหม็น	√		1
8	สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่ว แตก หรือชำรุด	√		1
9	จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตราเป็นประจำ	√		1
รวม 9 คะแนน				

ความเพียงพอ (Accessibility: A)				
10	จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที่	√		1
11	ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ	√		1
รวม 2 คะแนน				
ความปลอดภัย (Safety: S)				
12	บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ลับตา/เปลี่ยว	√		1
13	กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน	√		1
14	ประตูที่จับเปิด – ปิด และที่ล็อคด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้	√		1
15	พื้นห้องส้วมแห้ง	√		1
16	แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ		√	0
รวม 4 คะแนน				

แบบรายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไตรมาส 3/2565
ในระดับขั้นพื้นฐาน (The must) โรงพยาบาลเลย

			1. ด้านสิ่งแวดล้อมดี (Environment)						2. ด้านความทันสมัย (Modernization)				3. ด้านบริการด้วยหัวใจ (Smart Service)					คะแนน			
จังหวัด	รพ.	ระดับ	E1: ภูมิทัศน์ (Landscape)	E2: พื้นที่รอคอย (Waiting area)	E3: ห้องน้ำ (Rest room)	E4: คุณภาพอากาศ (Air quality)	E5: แสง สี เสียง 1. แสง สี เสียงและกลิ่นไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่	E5: แสง สี เสียง 2. การใช้พลังงานอย่างประหยัด	1.ระบบบริหารจัดการลดระยะเวลารอคอยในทุกจุดของบริการ	M2: การขนส่ง (logistic) 1. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในสถานบริการอย่างถูกต้องและปลอดภัย	M2: การขนส่ง (logistic) 2. ระบบการขนส่งวัสดุอุปกรณ์ยาเวชภัณฑ์และสิ่งส่งตรวจภายในสถานบริการที่เป็นมาตรฐาน	M3 : เทคโนโลยี (technology)	S1: ภาพลักษณ์บุคลากร (Personal image)	S2: พฤติกรรมบริการ (Service mind, service behaviour)	S3: คุณภาพบริการ (Service Quality)	S4 ความเป็นเฉพาะทาง 1. กำหนดจุดเด่นเฉพาะด้านของสถานบริการ	S4 ความเป็นเฉพาะทาง 2. บุคลากรมีศักยภาพสอดคล้องกับจุดเด่นเฉพาะด้านที่สถานบริการกำหนด	1. ด้านสิ่งแวดล้อมดี	2. ด้านความทันสมัย	3. ด้านบริการด้วยหัวใจ	รวม
คะแนนเต็ม			**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**12**	**8**	**10**	**30**
เลย	รพ.เลย	S	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	8	6	9	23

สรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไตรมาส 3/2565ในระดับขั้นพื้นฐาน (The must) โรงพยาบาลเลย ทั้งหมด 30 คะแนน ผ่าน 23 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 76.66