

ยินดีต้อนรับ



นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8



นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ

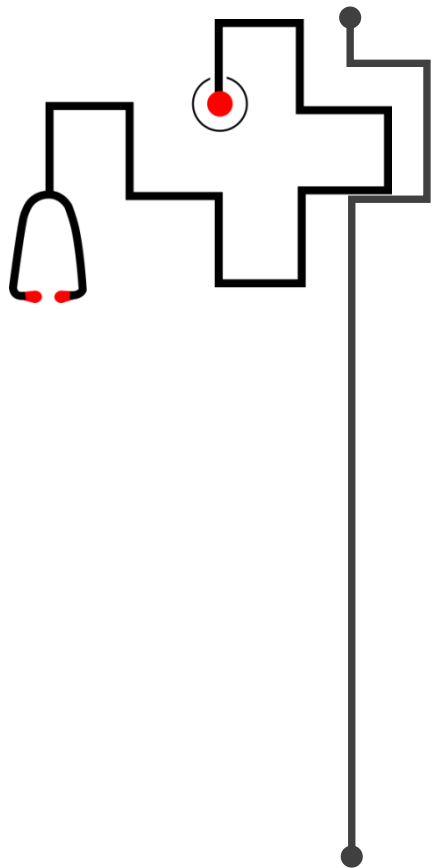
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8

และคณะตรวจราชการ

การตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง

กรณีปกติ จังหวัดบึงกาฬ รอบที่ 2 /2565 ระหว่างวันที่ 4-5 สิงหาคม 2565

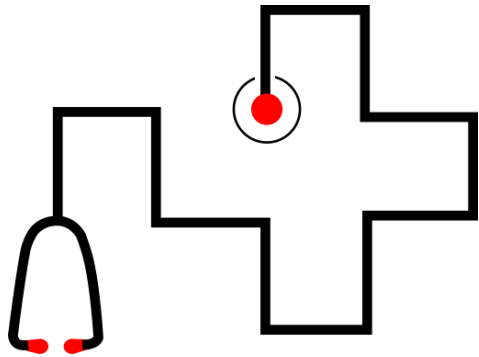




กรอบการนำเสนอ

- 1 ข้อมูลทั่วไป
- 2 การดำเนินงานตามนโยบายเขต
- 3 Agenda Based
- 4 Functional Based
- 5 Area Based
- 6 แผนยุทธศาสตร์ sw.บึงกาฬ 66-70





ข้อมูลทั่วไป





โรงพยาบาลบึงกาฬ เป็น โรงพยาบาลทั่วไป ระดับ 5
เปิดให้บริการ 295 เตียง (IPD 274 เตียง และ ICU 21 เตียง)
ที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองบึงกาฬ มีพื้นที่ 53 ไร่ 3 งาน



ผู้บริหารโรงพยาบาลบึงกาฬ



นพ.กมล แซ่ปึ้ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ



นพ.กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์



พญ.วรรณภา จิระนภากุล
รองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมภูมิ



นางเสาวนีย์ ดิวะลา
รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

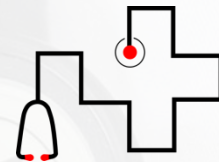


นายวันชัย พลเวียง
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร



พญ.ปรีเปรม ศรีหล่มศักดิ์
รองผู้อำนวยการฝ่าย พส.

เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดบึงกาฬ



S 1 แห่ง
M2 1 แห่ง
F2 5 แห่ง
F3 1 แห่ง

SWท.หนองคาย
(136 กม.)



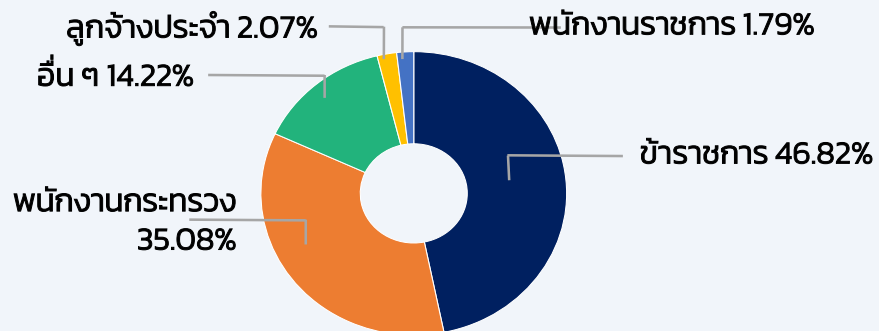
SWศ.อุดรธานี
(189 กม.)



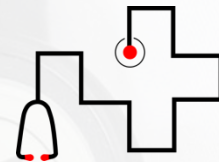
ข้อมูลบุคลากร

จำนวนแพทย์เฉพาะทาง
 ผู้อำนวยการ 1
 อายุรกรรม 5
 อายุรศาสตร์โรคเลือด 1
 ศัลยกรรม 3
 ศัลยกรรมยูโร 1
 สูติรีเวชกรรม 4
 กุมารเวชกรรม 5
 ศัลยกรรมออโรปิดิกส์ 4
 จักษุวิทยา 3
 จิตเวช 1
 โสต สอ นาสิก 2
 รังสีวินิจฉัย 2
 วิสัญญี 3
 ประสาทวิทยา 1
 เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1

แพทย์เฉพาะทาง 37
 แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 13
 กทันตแพทย์ 10 (FTE 12)
 พยาบาล 238 (FTE 260)
 เภสัชกร 17 (FTE 20)
 นักเทคนิคการแพทย์ 14 (FTE 20)
 นักกายภาพบำบัด 6 (FTE 6)
 บุคลากรอื่น ๆ 410
รวม 745

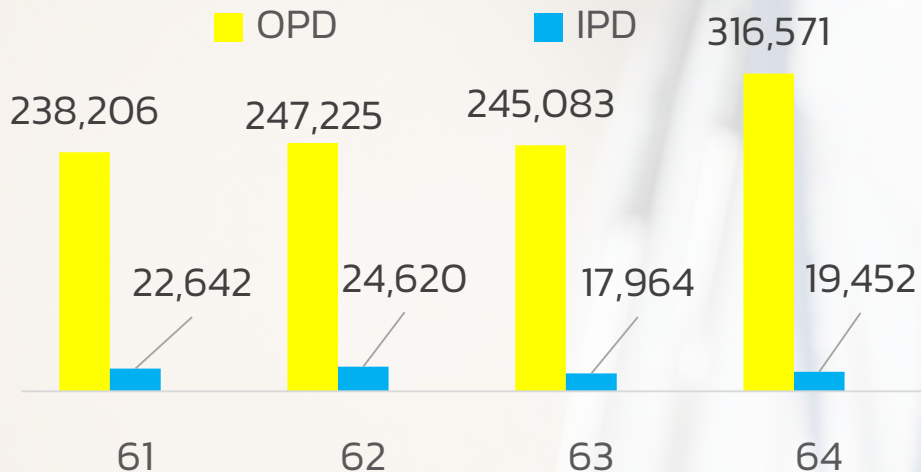


ข้อมูลบริการ

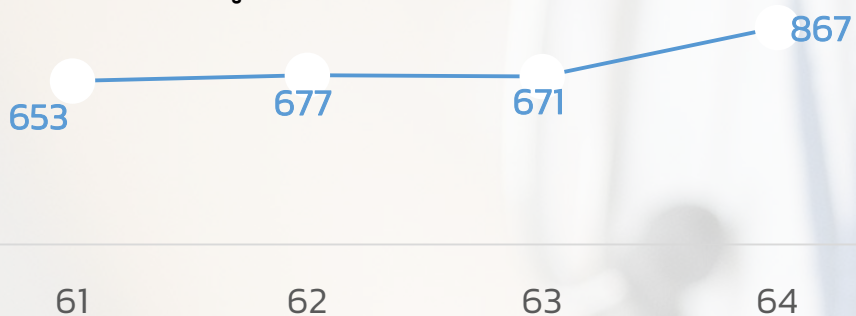


■ OPD

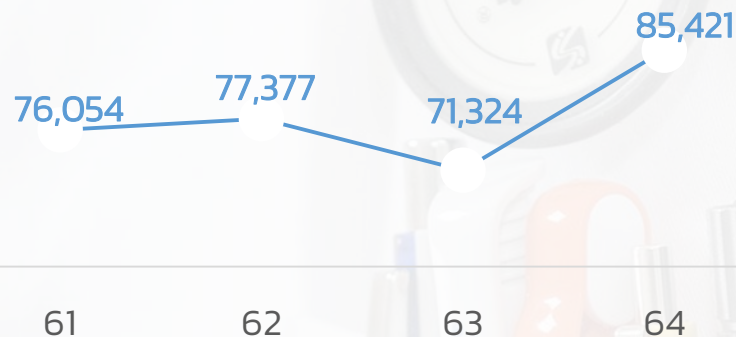
■ IPD



จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน (ราย/วัน)

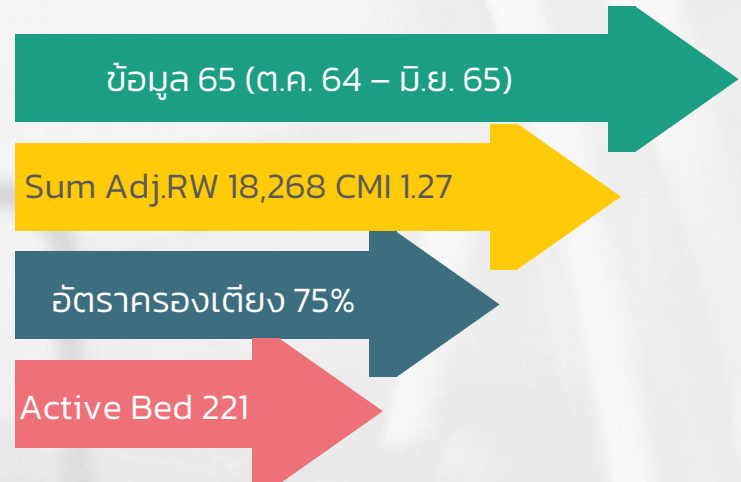
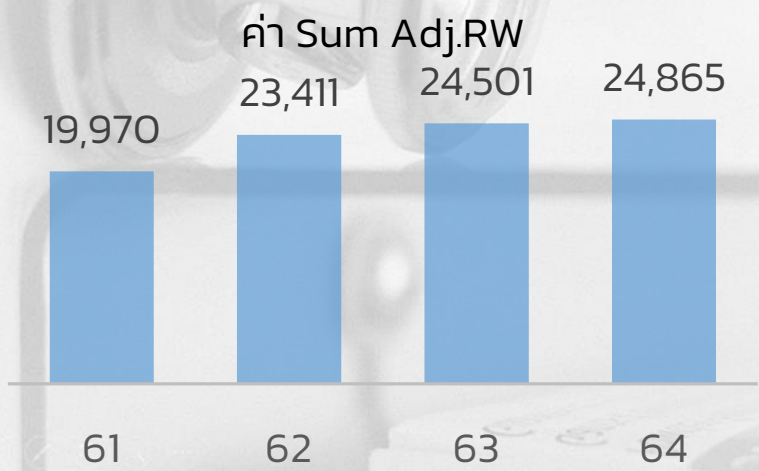
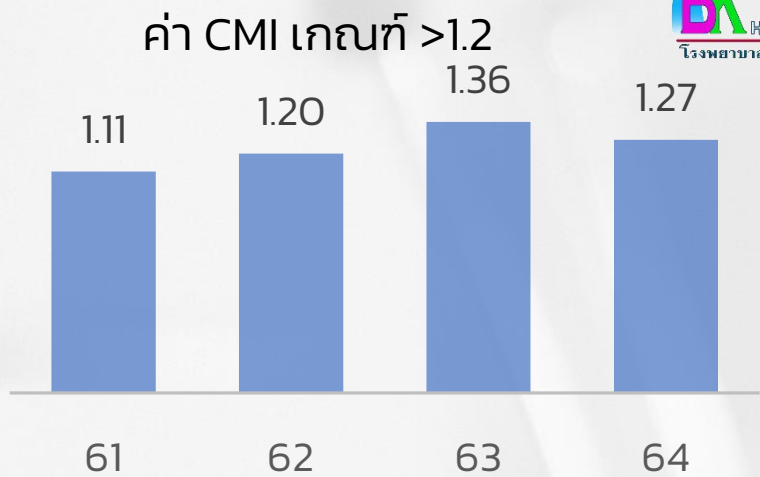
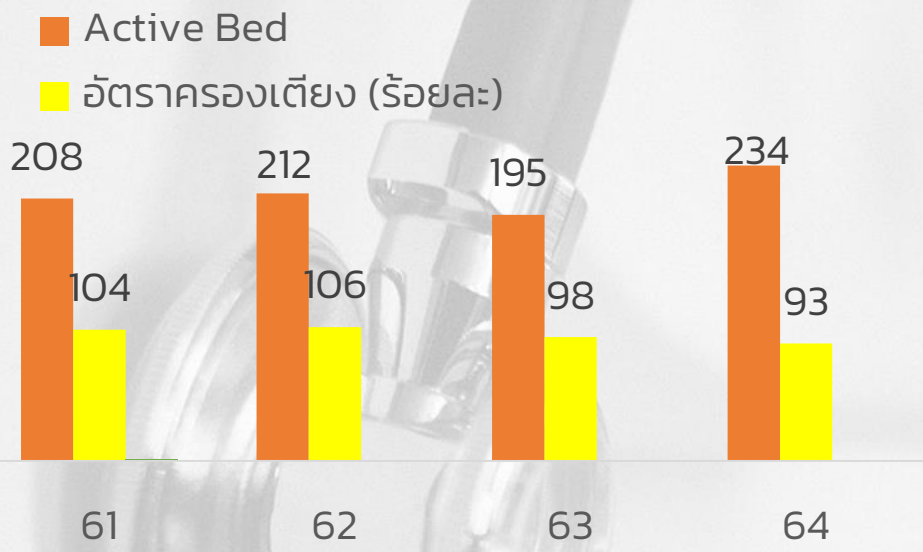


จำนวนวันนอน IPD

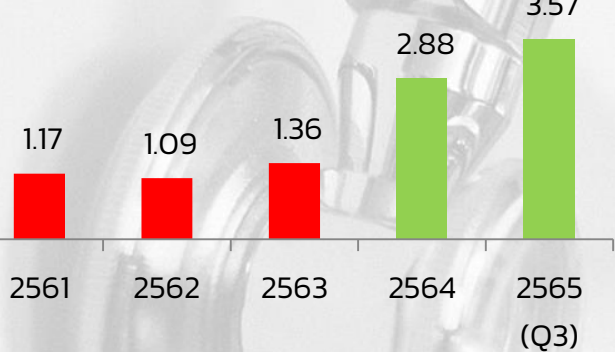


ปี 2565 (ต.ค.64-มิ.ย.65)

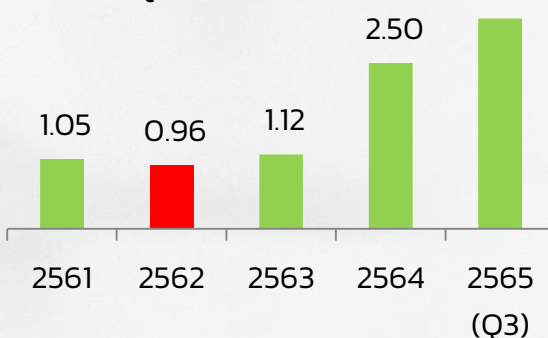
ผู้ป่วยนอก 306,981 ราย เฉลี่ย 1,137 ราย/วัน
ผู้ป่วยใน 18,459 ราย วันนอน 59,694 วัน



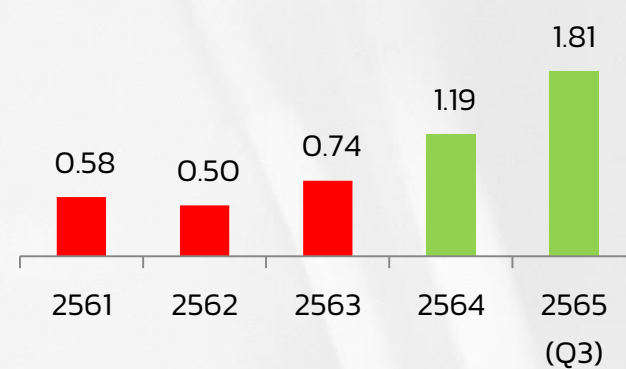
Current Ratio ≥ 1.5



Quick Ratio ≥ 1.0



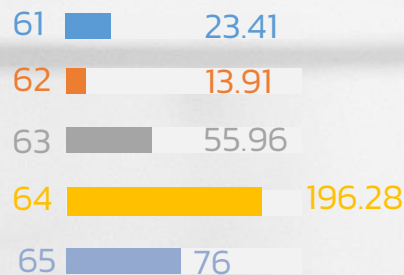
Cash Ratio ≥ 0.8



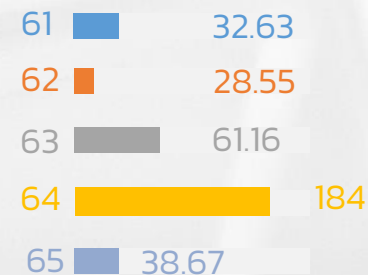
I/E Ratio ≥ 1.0

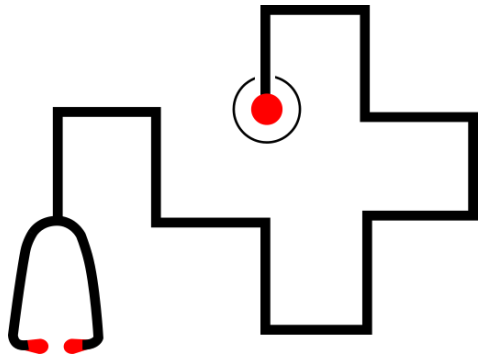


NWC หน่วย : ล้านบาท



EBITDA หน่วย : ล้านบาท





การดำเนินงานตามนโยบาย เขตสุขภาพที่ 8



NCD TELEMEDICINE ON CLOUD (หมอพร้อม STATION)



NCD TELEMEDICINE ON CLOUD



Subdistrict health promotion hospital officer

- Record EMR
- Drug dispensation



HIS on cloud

Real time one stop service



HOSxP PCU

HOSxP PCU

Patient

Doctor

- Doctor**
- Patient visit
 - View EMR
 - Prescription



Telemedicine



Subdistrict health promotion hospital



Bueng Kan Hospital



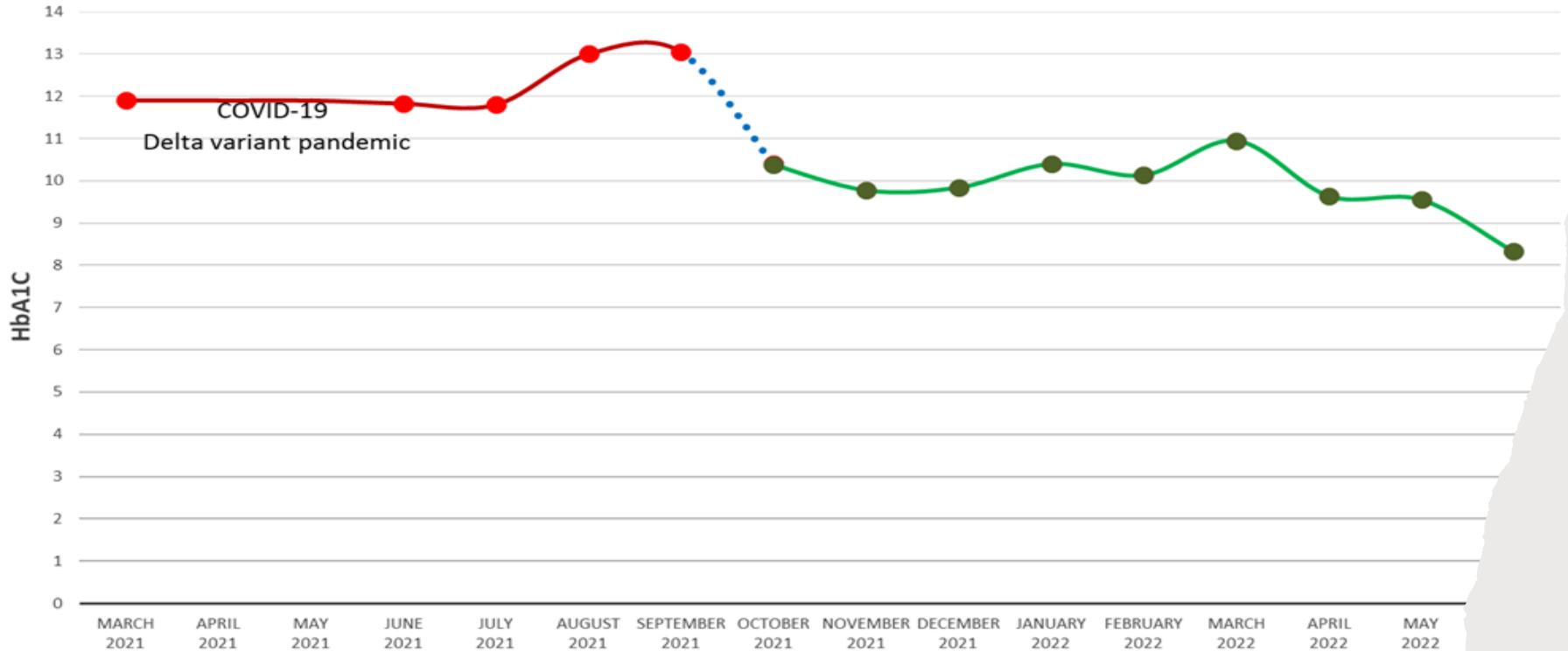
EFFECTIVENESS OF TELEMEDICINE IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS, BUENG KAN HOSPITAL

1. **Effectiveness**
2. **Safety**
3. **Cost**



EFFECTIVENESS

Comparison of the HbA1C before and after telemedicine.





EFFECTIVENESS

Table 2. Segmented regression analysis of the difference in HbA1C before and after telemedicine periods.

Parameter Estimation	Coefficient	Standard Error	95% CI	t	P-value
Constant (Intercept) β_0	12.893	1.306	10.327 to 15.459	9.869	<0.001
Baseline HbA1C trend β_1	0.180	0.288	-0.389 to -0.746	0.625	0.533
HbA1C change after telemedicine β_2	-2.628	1.314	-5.210 to -0.047	-2.000	0.046*
HbA1C trend change after telemedicine β_3	-0.126	0.028	-0.182 to -0.071	-4.477	<0.001

CI = Confident Interval

* $p < 0.05$ is statistically significant.



SAFETY

Table 3. Comparison of the acute complications before and after telemedicine.

Complications	Pre-telemedicine	Telemedicine	p-Value
Hyperglycemic coma	3	2	1.0
No hyperglycemic coma	214	215	
Hypoglycemic coma	0	0	
No hypoglycemic coma	217	217	

Table 4. Comparison of cost of illness before and after telemedicine.**COST**

Cost of illness		Pre-telemedicine		Telemedicine		Z	p-Value
		Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)		
Medical cost	Drugs cost	377.60 (327.75)	297 (256.57)	607.56 (407.55)	514.8 (328.05)	-12.24	<0.001
	Laboratory testing cost	17.55 (32.81)	11.01 (3.67)	191.24 (43.17)	201.75 (53.90)	-12.74	<0.001
	Total medical cost	395.14 (336.04)	313.41 (247.11)	798.80 (414.07)	706.79 (335.86)	-12.70	<0.001
Non-medical cost	Meal cost of patient	115.92 (72.1)	100 (80)	48.59 (92.83)	50 (100)	-9.73	<0.001
	Meal cost of relative	133.69 (81.55)	100 (100)	41.06 (74.12)	0 (65)	-10.68	<0.001
	Travel expense of patient	207.33 (126.72)	200 (200)	47.56 (74.76)	0 (100)	-11.11	<0.001
	Travel expense of relative	212.21 (135.44)	200 (200)	28.25 (45.23)	0 (50)	-11.80	<0.001
	Total non-medical cost	669.15 (296.75)	620 (300)	165.46 (169.82)	150 (195)	-12.32	<0.001
Indirect cost	Work absence cost of patient	250 (177.23)	300 (350)	64.98 (119.49)	0 (25)	-10.28	<0.001
	Work absence cost of relative	275.51 (205.83)	300 (275)	67.28 (129.87)	0 (0)	-10.58	<0.001
	Total indirect cost	522.51 (285.09)	600 (400)	132.26 (200.58)	0 (300)	-11.73	<0.001
The total cost of illness		1586.80 (564.14)	1532.74 (646.62)	1096.52 (510.51)	1009.74 (574.38)	-11.10	<0.001

**SPECIALIST TO
FAMILY DOCTOR
@PCU/NPCU**

หมวดที่ 3+



SPECIALIST

PCU/NPCU Coverage = 88.89%



PCU เมืองบึงกาฬ

นายแพทย์กมล แซ่ปึง (EPIDEM)



PCU วัชชีบุรี

แพทย์หญิงวรรณภา จีระนภากุล (PED)



PCU โนนสมบูรณ์

แพทย์หญิงสุชีวา ราชูโส (OB-GYN)



PCU โคกก่อง

นายแพทย์กฤษฏา ศิริชัยสิทธิ์ (MED)



NPCU นาสวรรค์-คำนาดี

นายแพทย์ทิวศิษฐ์ ชุมพล (ORTHO)



NPCU หนองเล็ง-โคกสะอาด

นายแพทย์จารุวัฒน์ บำรุงกิตติกุล (PM&R)



NPCU ชัยพร-พาสวรรค์

แพทย์หญิงสมกมล ดอนแก้ว (MED)



NPCU โนนสว่าง-ดอนปอ-โป่งเปือย

แพทย์หญิงศศินี แก้วลา

NPCU หอคำ-โคสี

BKH DISABILITY 3 KUD PLUS MODEL



- PHYSICAL
- HEARING
- VISION
- PSYCHIATRY
- DEVELOPMENT AND INTELLECTUAL



BKH SMART HOSPITAL

- SMART OPD
- SMART ER
- SMART IPD
- SMART ICU
- AI X-Ray
- Electronic Medical Documents

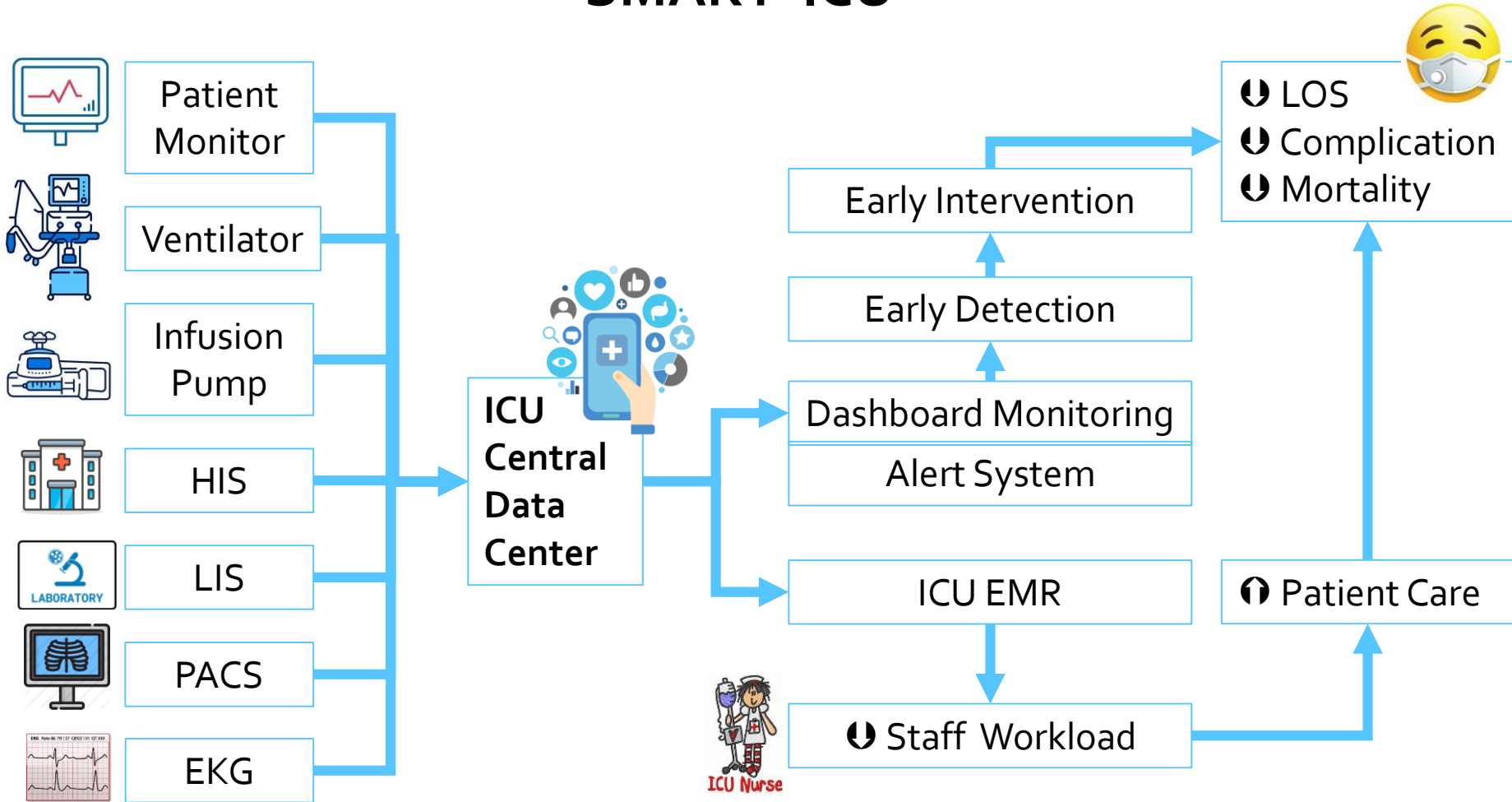


DIGITAL MEDICAL RECORD

- History
- Physical Examination
- Current Medication
- Laboratory Report
- PACS
- EKG (Digital)
- **Bacterial Culture Report (RHEMLIS)**
- **Problem list (Automatic Real-time Digital Evaluation)**
- OPD medication
- IPD medication
- **Time Evaluation**



SMART ICU



Monitoring

- BED 1
- BED 2
- BED 3**
- BED 4
- BED 5
- BED 6
- BED 7
- BED 8
- BED 9
- BED 10
- BED 11
- BED 12

BED 3

นาย ทดสอบ ระบบ [11113]

HR : 82	100 % %MinVol	5 cmH2O PEEP/CPAP	50 % Oxygen	ASV	▼	
RR : 12	13 Ppeak cmH2O	0.0 AutoPEEP cmH2O	482 VTE ml	14 fTotal b/min	9 Rinsp cmH2O/l/s	--- WOBimp J/l
SpO2 : 97	13 Pplateau cmH2O	--- P0.1 cmH2O	6.6 ExpMinVol l/min	0 fSpont b/min	9 Rexp cmH2O/l/s	29 RSB 1/(l*min)
Temp : 36.5	9 Pmean cmH2O	--- PTP cmH2O*s	--- VLeak l/min	2.0 TI s	64 Cstat ml/cmH2O	
BP : 112/70	5 Peep/CPAP cmH2O		45 Insp Flow l/min	2.4 TE s	0.6 RCinsp s	
	5.0 Pminimum cmH2O		73 Exp Flow l/min	1:1.2 TE s	0.6 RCexp s	50 % Oxygen

Electronic Medical Documents

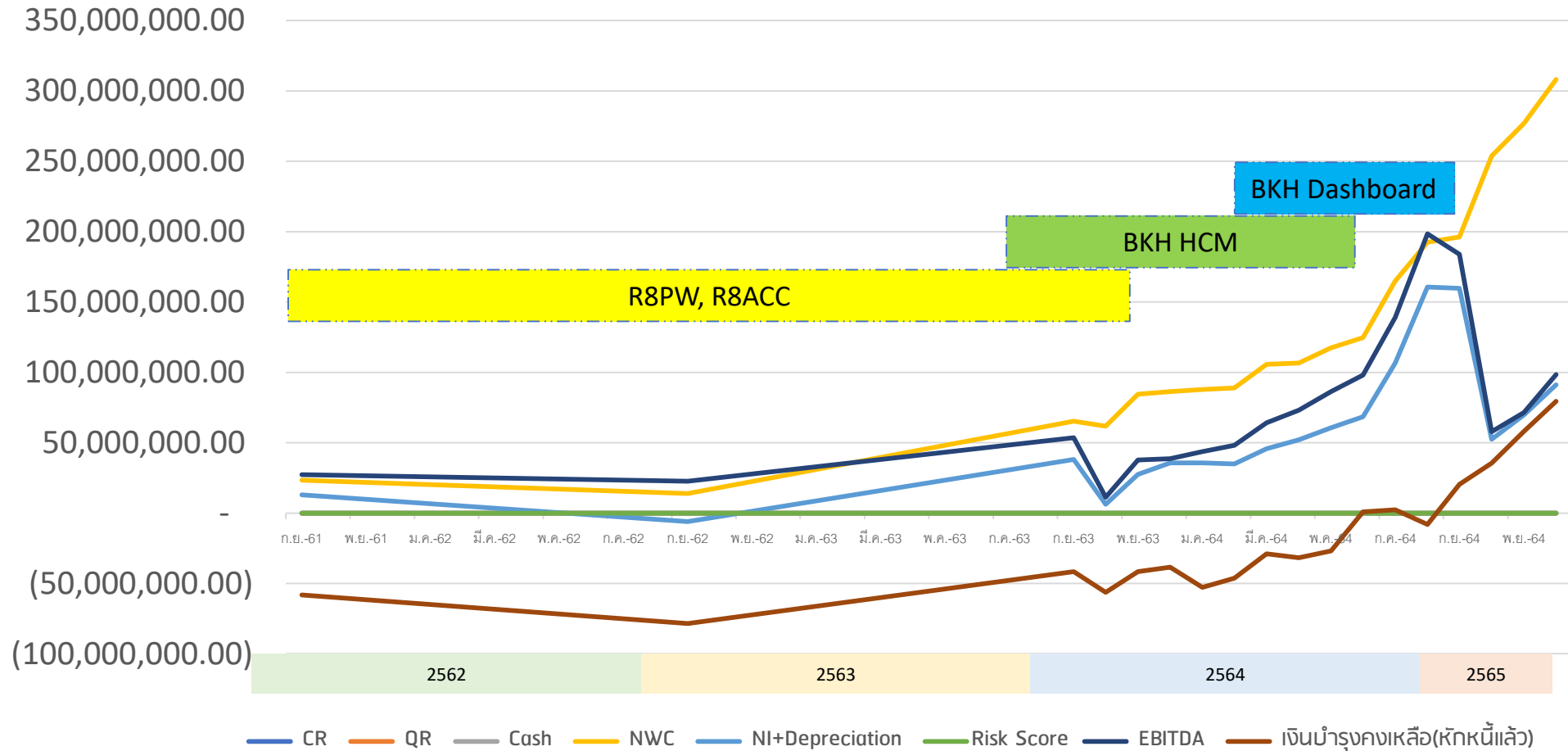
- Admission Note
- Summary Discharge Note
- ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล
- หนังสือรับรองการเสียชีวิต

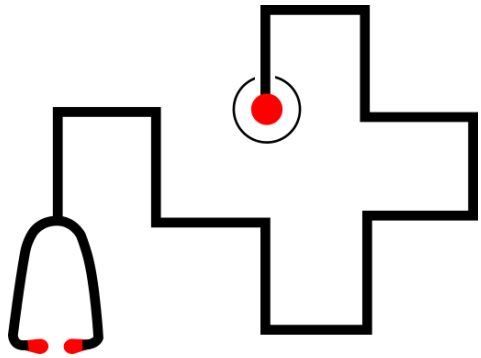




Enterprise Resource Planning & Claim

ตัวชี้วัดทางการเงิน





Agenda Based



โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



ข้อมูลทั่วไป เรือนจำจังหวัดบึงกาฬ
จำนวนผู้ต้องขัง 1,218 คน

1,086 **132**

ขั้นทะเบียณสิทธิ์ UC ร้อยละ 99.18
 เจ้าหน้าที่ทัณฑ์สถาน 74 คน
 เจ้าหน้าที่เรือนพยาบาล
 พยาบาลวิชาชีพ 2 คน อสจร. 90 คน
การให้ภูมิคุ้มกันโรค

- Flu - Vac ร้อยละ 37.77 **(รอรับการจัดสรรวัคซีน)**
- วัคซีน COVID-19

เข็ม 1 = 1,156 คน 94.91%
 เข็ม 2 = 1,035 คน 84.97%
 เข็ม 3 = 748 คน 61.42 %

ระบบTelemedicine 1 ครั้ง/เดือน

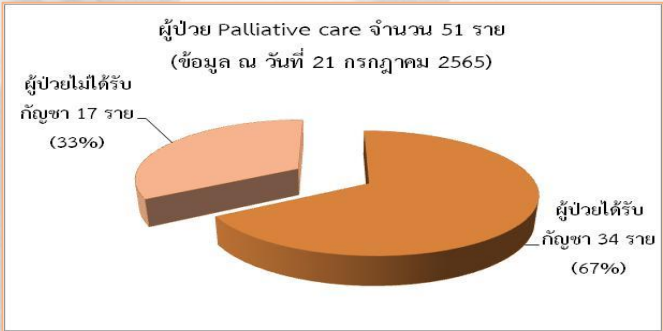


บริการตรวจช่องปาก 100%
 ตรวจคัดกรองวงวันโรค 100 %
 คัดกรองเฮดส์ ชิฟลิส ไวรัสตับซี 100 %

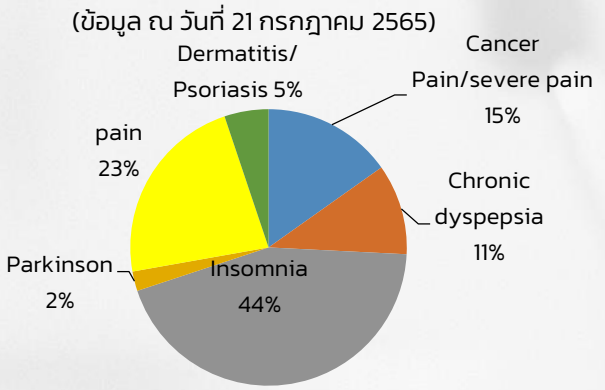
กัญชาทางการแพทย์

คลินิกกัญชาทางการแพทย์เปิดให้บริการตั้งแต่ 25 ก.พ. 2563 ถึงปัจจุบันมีผู้มารับบริการทั้งหมด 359 ราย (515visit) เฉลี่ย 13 รายต่อเดือน

สถานะ	จำนวนผู้ป่วย(ราย)
ผ่านการคัดกรอง	320 ราย (89.13%)
ไม่ผ่านการคัดกรอง	39 ราย (10.86%)
DC-Improve	266 ราย (83.16%)
DC-ADR	18 ราย (5.63%)
Continue	36 ราย (11.25%)



ร้อยละของผู้ป่วยแยกตามอาการที่มารับบริการ



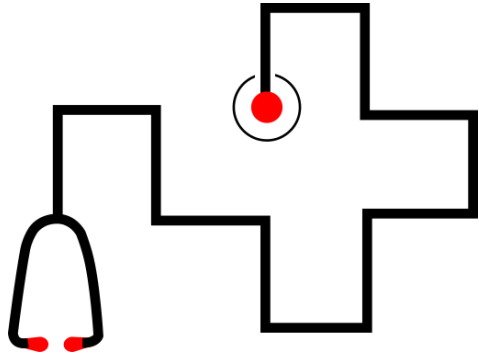
หมายเหตุ: มีผู้ป่วย 18 ราย (5.63%) พบอาการข้างเคียงจากการใช้กัญชาได้แก่ หูแว่ว ประสาทหลอน คลื่นไส้อาเจียน และได้หยุดการรักษา

- ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**
- ❑ ปัญหาการขาดแคลนยา กัญชา ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องในการจ่ายยาให้ผู้ป่วย (แผนปัจจุบัน GPO THC:CBD แผนไทย อโถยสาส์, ทพยาริคุณ)
 - ❑ การประชาสัมพันธ์การให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ยังไม่ทั่วถึง

- แผนการพัฒนาต่อเนื่อง**
- ❑ พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชา เพื่อสามารถให้บริการรักษาผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย
 - ❑ มีการวิจัยร่วมด้านคลินิกกัญชา (นำมันกัญชาขมมันทอง) ปัจจุบัน N=51 ราย (รักษานอนไม่หลับ45% อื่นๆ54.9%)

กิจกรรมออกหน่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์





Functional Based



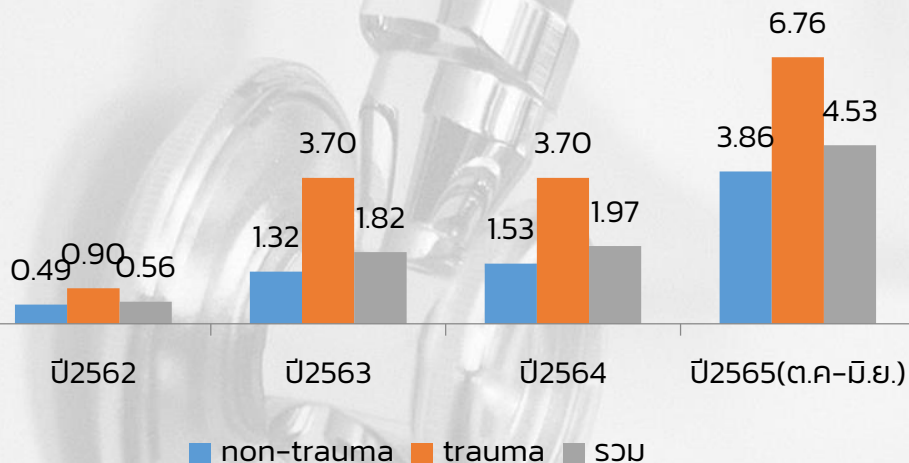
ER
Stroke
STEMI

Cancer
New Born
IMC



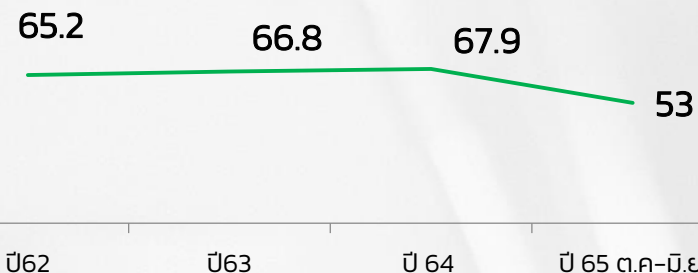
สาขาอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชม. (ทั้งใน ER และ Admit) <12%

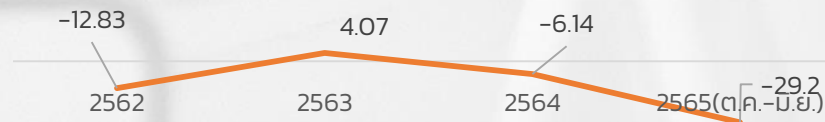


อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งใน ER และ Admit) (เป้าหมาย < 12%)
 ปี 2562=0.56 ปี 2563=1.82 ปี2564=0.84 และปี2565 (ไตรมาส 3)=4.53 พบอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าเป้าหมาย
 - สาเหตุการเสียชีวิต : Traumatic subdural hemorrhage ,
 Septic shock Pneumonia, Respiratory failure

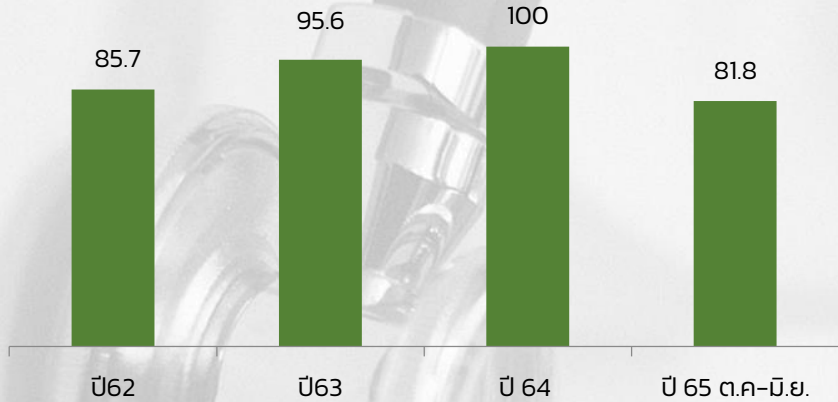
อัตราของผู้ป่วย triage level 1,2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม.



จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4,5 (Non-Trauma/Non Emergency) ลดลงมากกว่า 10%



อัตราผู้ป่วย trauma triage level 1 เข้าห้องผ่าตัดได้ ภายใน 60 นาที $\geq 80\%$



- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า PS score >0.5 ตั้งแต่เดือนมี.ค.65 พบปัญหาการลงข้อมูล IS online ที่ไม่เสถียร
- TEA Unit เกณฑ์ 25 คะแนน ผ่านเกณฑ์ แต่ยังคงพบปัญหาเรื่องการจัดการข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์

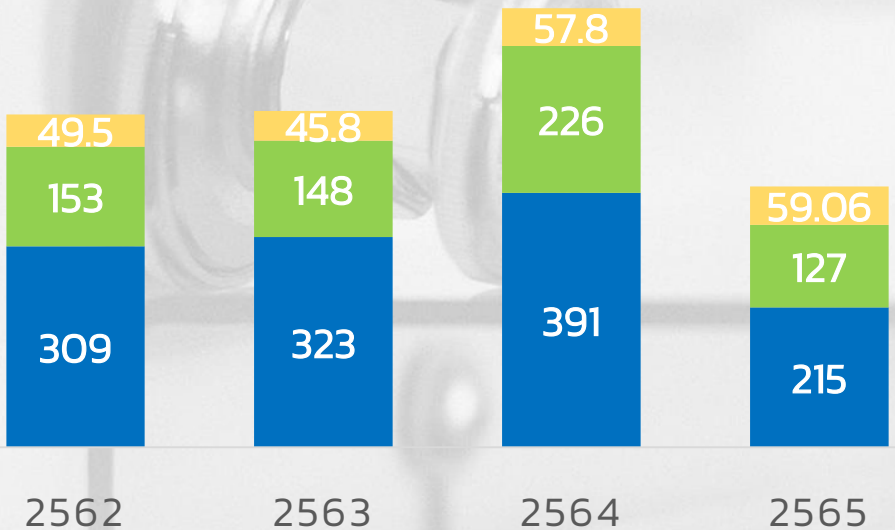
มีคัลยแพทย์ 3 ท่าน มาประเมินผู้ป่วยที่ ER ด้วยตนเอง
ผู้ป่วย trauma level 1 ที่ต้องเข้าห้องผ่าตัด ทำได้ 81.8%



การดำเนินงาน Stroke Fast Track

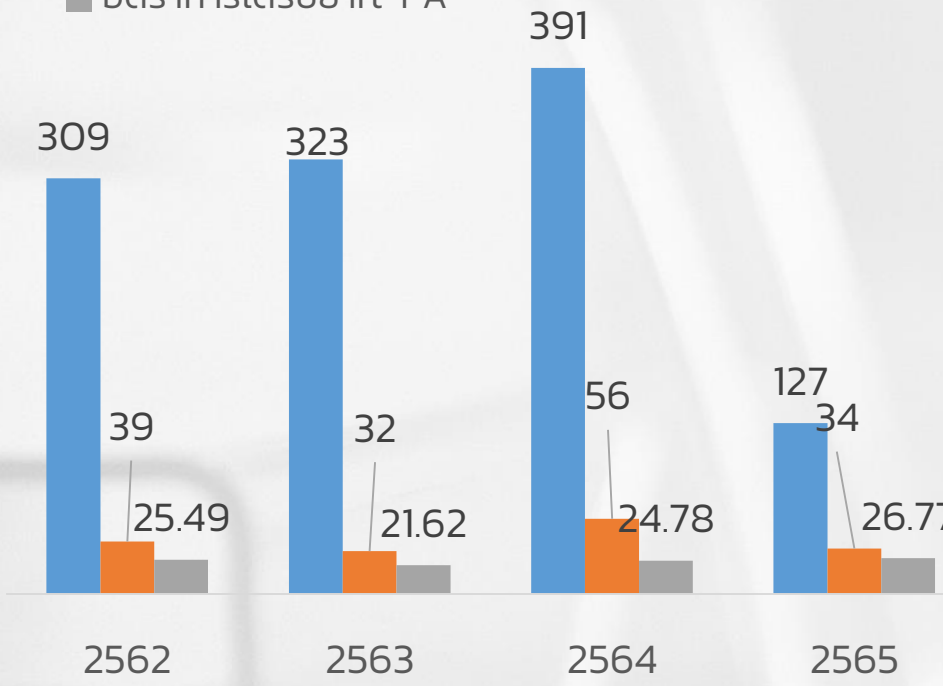
อัตราการเข้าถึง STROKE FAST TRACK

- จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke (ราย) I630-I6399
- จำนวนผู้ป่วยที่เข้าระบบ Stroke Fast track(ราย)
- อัตราการเข้า Stroke FastTrack

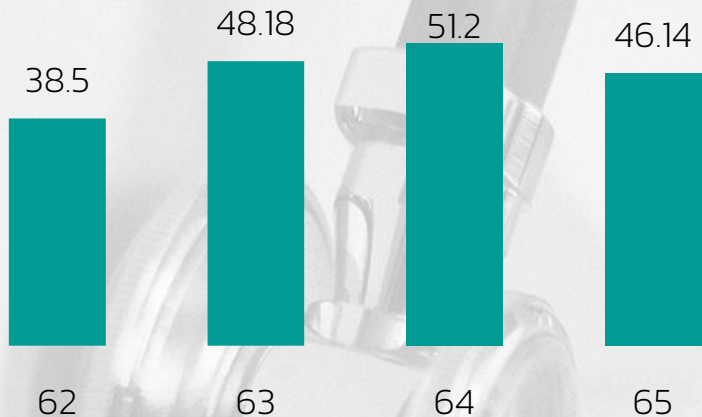


อัตราการเข้าถึงยา rt-PA

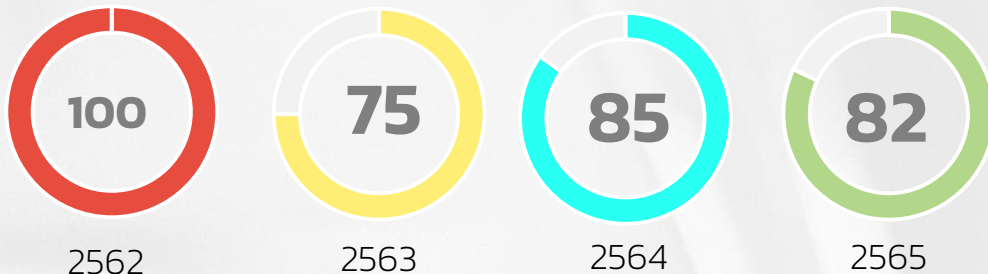
- จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke (ราย) I630-I6399
- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA (ราย)
- อัตราการได้รับยา rt-PA



Door to needle time ไม่เกิน 60 นาที



อัตราการได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาที เป้าหมายมากกว่า 70%



อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Stroke ไม่เกิน 3%

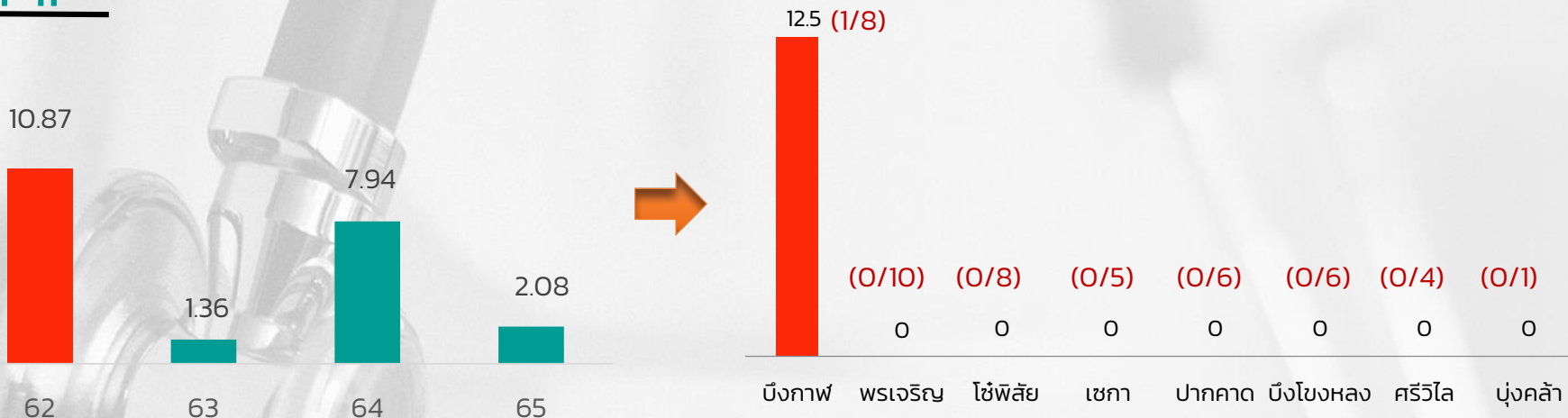
2562	0
2563	0
2564	3
2565	3

จากการวิเคราะห์เวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดมีความรวดเร็ว มีการปรับเปลี่ยนการเข้าการดูแลและการให้ยาที่ ER 100% เพิ่ม Node การให้ rt-PA ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลง และเปอร์เซ็นต์การได้รับยาละลายลิ่มเลือดมากกว่า 70% (ปี 63,65 อัตราลดลงเนื่องจากการรอกยาตีในการตัดสินใจให้ยา)

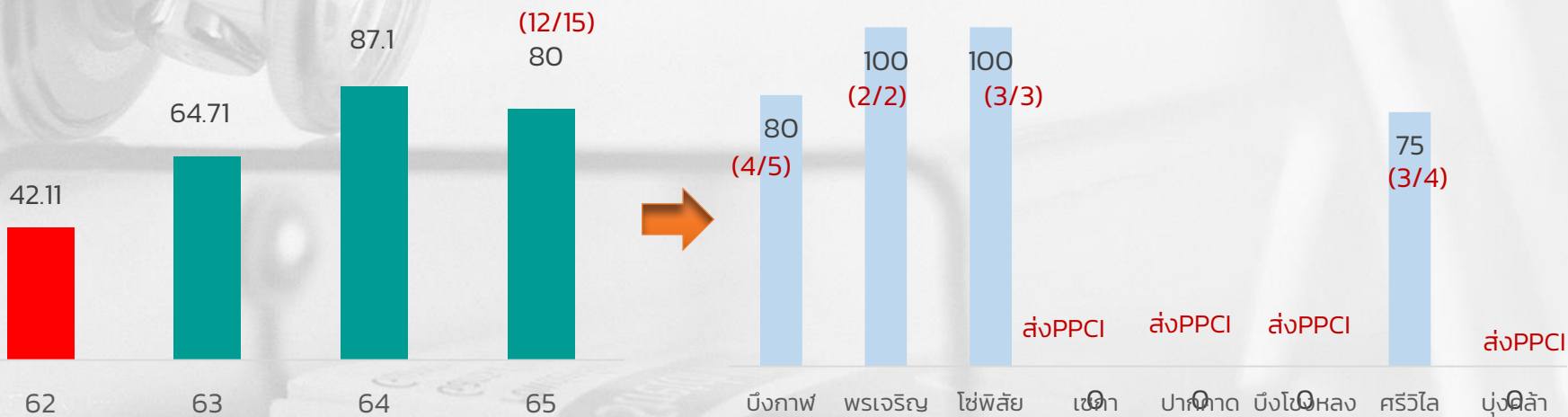
- แผนการพัฒนาย่างต่อเนื่อง
1. จัดตั้ง Stroke Unit (ปี 2567)
 2. ติดตามนิเทศระบบ Stroke Fast track จากแม่ข่าย สู่ swx. ในเครือข่าย

STEMI

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เกณฑ์ : \leq ร้อยละ 8



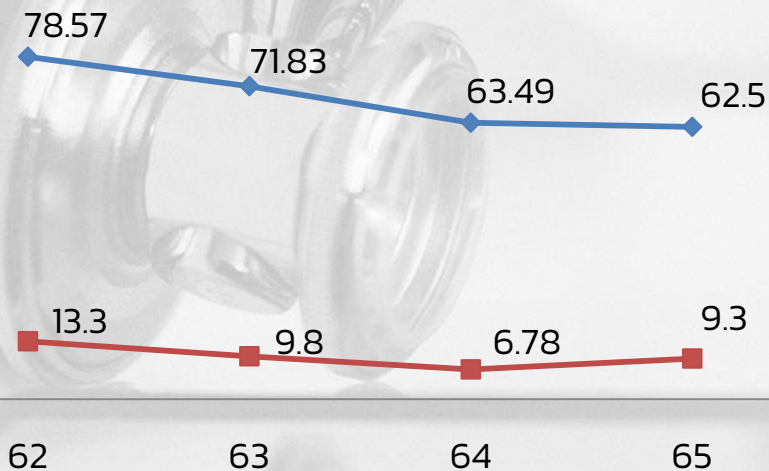
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย เป้าหมาย : \geq ร้อยละ 60



STEMI

ข้อค้นพบ

- ร้อยละผู้ป่วย STEMI มาถึงโรงพยาบาลภายใน 150 นาที >70%
- ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังจำหน่ายsw. ≤ 10 %



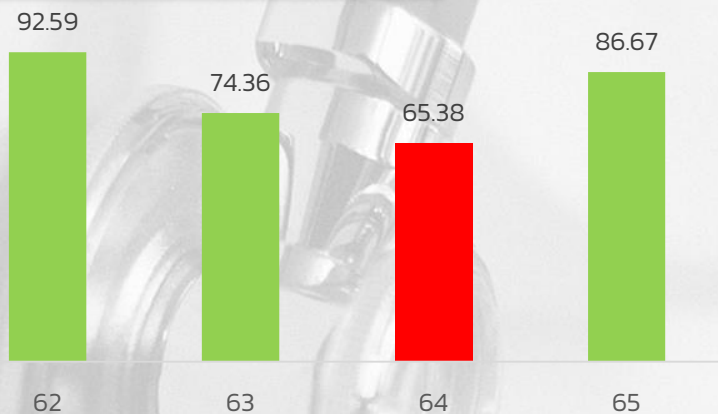
1. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า ทำให้มีอาการรุนแรงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล
2. การ refer เพื่อทำ PPCI บาง sw.ใช้เวลานานเนื่องจาก ระยะทางที่ไกลจาก swศ.อุดรธานี swศ.สกลนคร
3. การลงข้อมูลในโปรแกรม Thai ACS registry ยังไม่เป็นปัจจุบัน มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน

โอกาสพัฒนา/ข้อเสนอแนะ

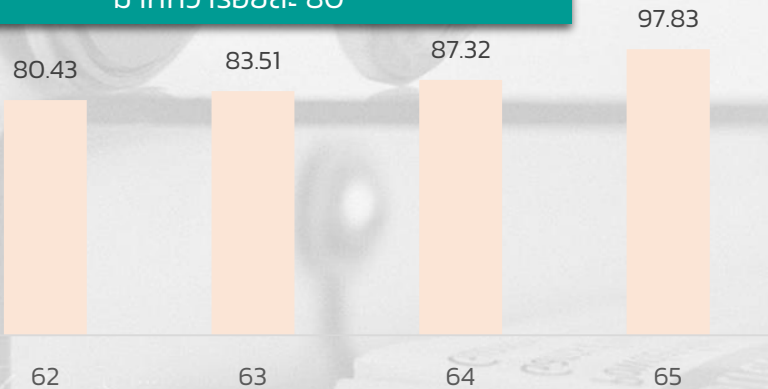
1. ประชาสัมพันธ์ช่องทางการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669
2. พัฒนาระบบปฐมภูมิ เน้นพัฒนาศักยภาพให้ความรู้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน
3. ประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ อาการแสดง สัญญาณเตือนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะ ผู้ป่วยDM ,HTที่มารับบริการ
4. บูรณาการร่วมกับงาน NCD ให้ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการประเมิน CVD Risk

สาขามะเร็ง

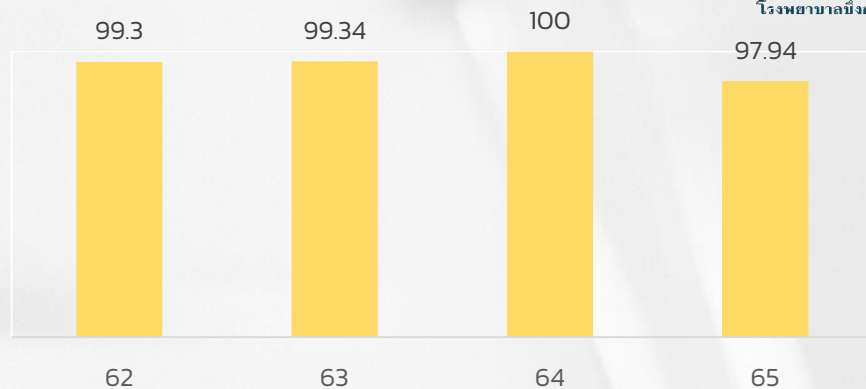
สัดส่วนผู้ป่วย Stage 1 และ 2 ไม่น้อยกว่า 70%



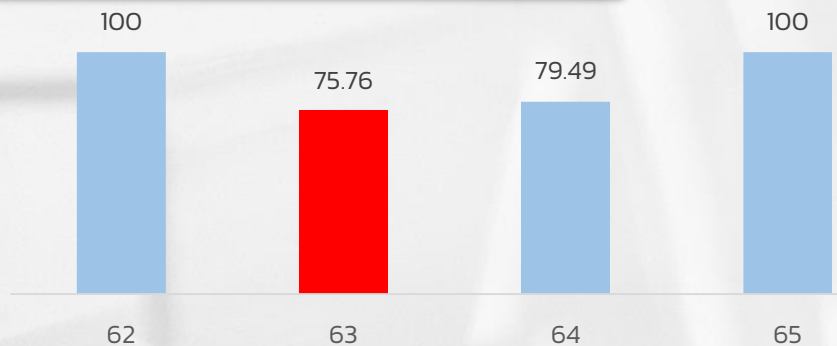
ร้อยละของผู้ป่วย CA Breast ได้รับการผ่าตัด < 4 wks
มากกว่าร้อยละ 80



ร้อยละผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา < 2 wks
มากกว่าร้อยละ 80



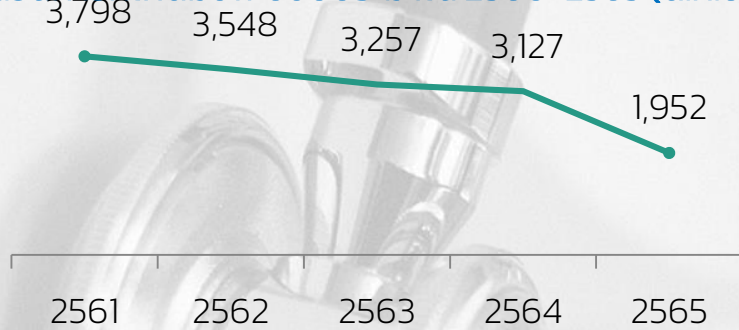
ร้อยละของผู้ป่วย CA Breast ได้รับการรักษาด้วยยาเคมี
< 6 wks มากกว่าร้อยละ 80



สาขาทารกแรกเกิด

อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน
ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม

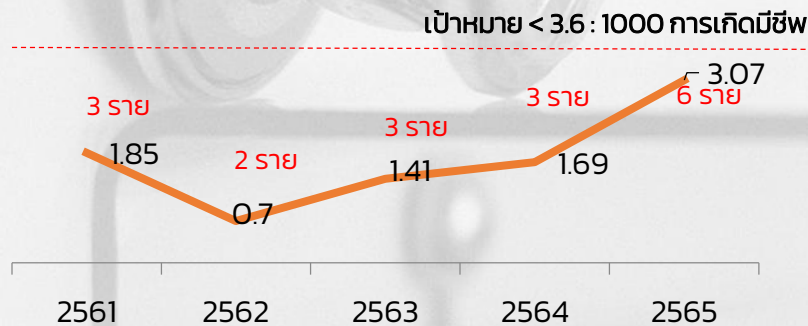
- จำนวนทารกเกิดมีชีพ ปีงบประมาณ 2560-2565 (ต.ค.64-มิ.ย.65)
- อัตราส่วนของเตียง NICU ต่อทารกเกิดมีชีพ จังหวัด



ปีงบประมาณ	จำนวนทารกเกิดมีชีพ	จำนวนเตียง NICU	อัตรา NICU : ทารกแรกเกิด
2563	3,257	6	1 : 542
2564	3,127	8	1 : 414
2565 (ต.ค.64 - มิ.ย.65)	1,952	8	1 : 244

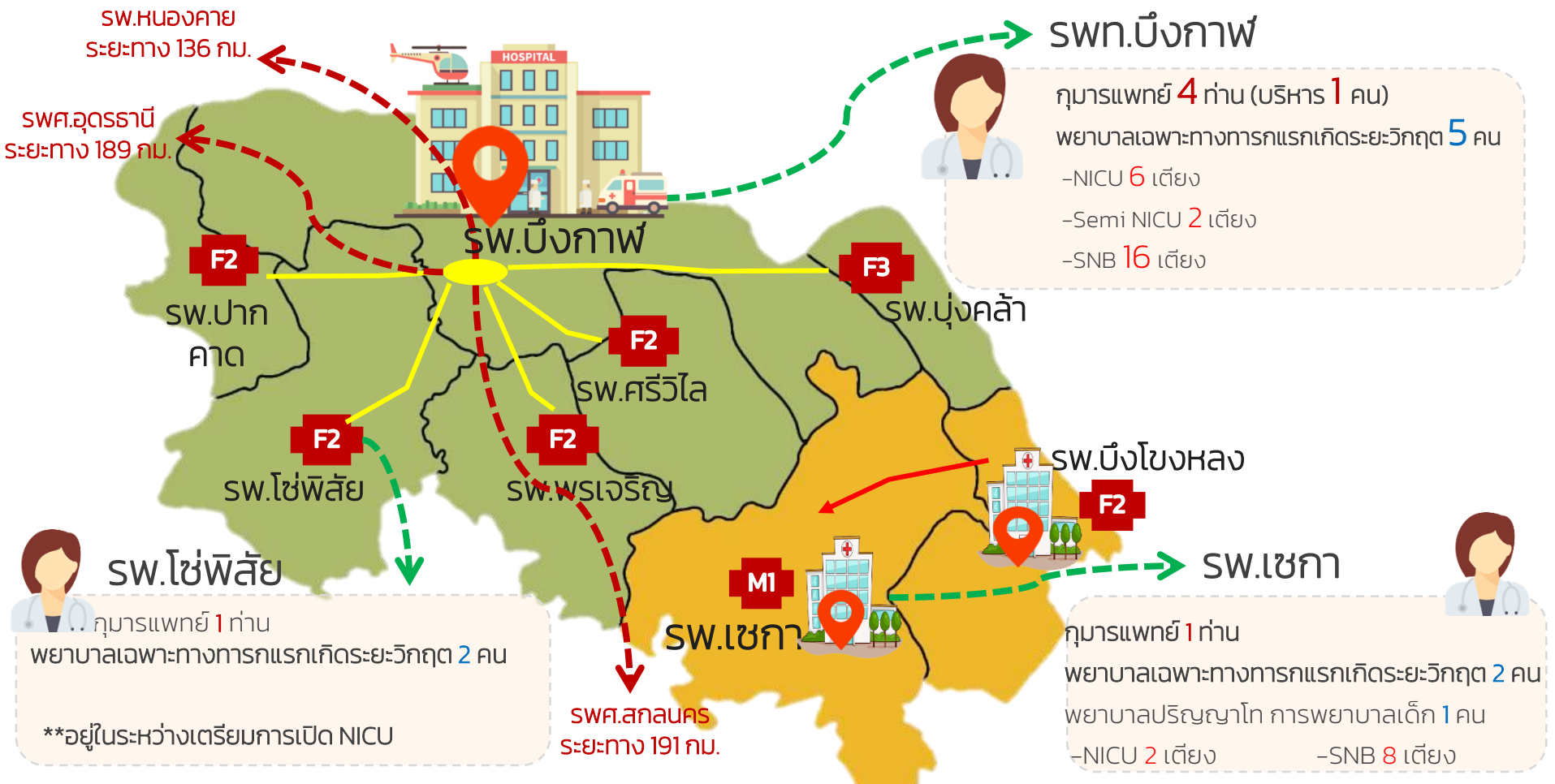
- สาเหตุการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม

- อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม ปีงบประมาณ 2561-2565 (ต.ค.64-มิ.ย.65)



ปี.พ.ศ.	สาเหตุการตาย
2563 = 3 ราย	-Bacterial sepsis of newborn 1 ราย -Congenital pneumonia 1 ราย -Neonatal cardiac failure 1 ราย
2564 = 3 ราย	-Brain hypoxia, ARDS, Birth asphyxia 1 ราย -ARDS, Congenital pneumonia, Trisomy 18 1 ราย -Persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN) 1 ราย
2565 = 6 ราย	-Preterm 1 ราย -Lung hypoplasia c Lt cyst 1 ราย -Hydrops fetalis 1 ราย -TTNB c Hypoglycemia c Septic shock c PPHN 1 ราย -Umbilical cord complication 1 ราย

Node ระบบการส่งต่อทารกแรกเกิด จังหวัดบึงกาฬ ปี 2565



มาตรการการดำเนินงานในพื้นที่

พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ เพื่อลดผู้ป่วย ลดตาย ลดรอคอย

ปัญหาอุปสรรค	โอกาสพัฒนา
โรงพยาบาลชุมชนขาดครุภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์สำคัญจำเป็นต่อการบริการทารกแรกเกิดและระหว่างการส่งต่อ เช่น transport incubator	- ทุกโรงพยาบาลดำเนินการบรรจุในแผนจัดซื้อ ปีงบประมาณ 2565 - 2566
ระบบการส่งต่อมารดาและการกักกักดูเงิน มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ไม่ LEAN	- ทบทวน CPG แนวทางส่งต่อระหว่างแม่ข่ายและลูกข่ายรวมทั้งทบทวน Nod ในการดูแล
ระบบการช่วยเหลือมารดาคลอดวิกฤติ ดูเงินยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม PCT	- พัฒนาระบบ และซ่อมแผนกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินมารดาและการกักกัก ที่มช่วยเหลือกลางควรให้ครอบคลุมแพทย์เชี่ยวชาญใน PCT ต่างๆ เช่น
มาตรฐานทางการพยาบาลกรณีมารดาและการกักสูงยังไม่ครอบคลุมในความเสี่ยงที่สำคัญ	- ทบทวนและพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาและการกักให้สอดคล้องและครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงสำคัญและเฉพาะรายโรค
อัตรากำลังบุคลากรไม่สอดคล้องกับภาระงาน	- ทำแผนอัตรากำลัง ระยะสั้นระยะยาว - วางแผนอัตรากำลังเสริมกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน - พัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

01

ANC ที่มีคุณภาพ

มีการฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อย 5 ครั้ง

02

ระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ ไร้รอยต่อ

- ระบบ Refer มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน ลดการตายของการกัก
- ระบบ Fast track การกักแรกเกิดวิกฤติ การส่งต่อรวดเร็วปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลารอคอย

03

พัฒนาสมรรถนะบุคลากร

การจัดอบรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลทารกแรกเกิดเป็นประจำทุกปี

04

เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน โดย MCH Board – new born

เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานการดูแลทารกแรกเกิดใน swช.ทุกแห่ง ปีละ 1 ครั้ง

เป้าหมาย : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
: เข้าถึงบริการ ลดพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดตาย

“เปลี่ยนการะ เป็นพลังสังคม”

ตัวชี้วัดหลัก : ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริหารพื้นที่สภาพ ะยะกลาง แบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)

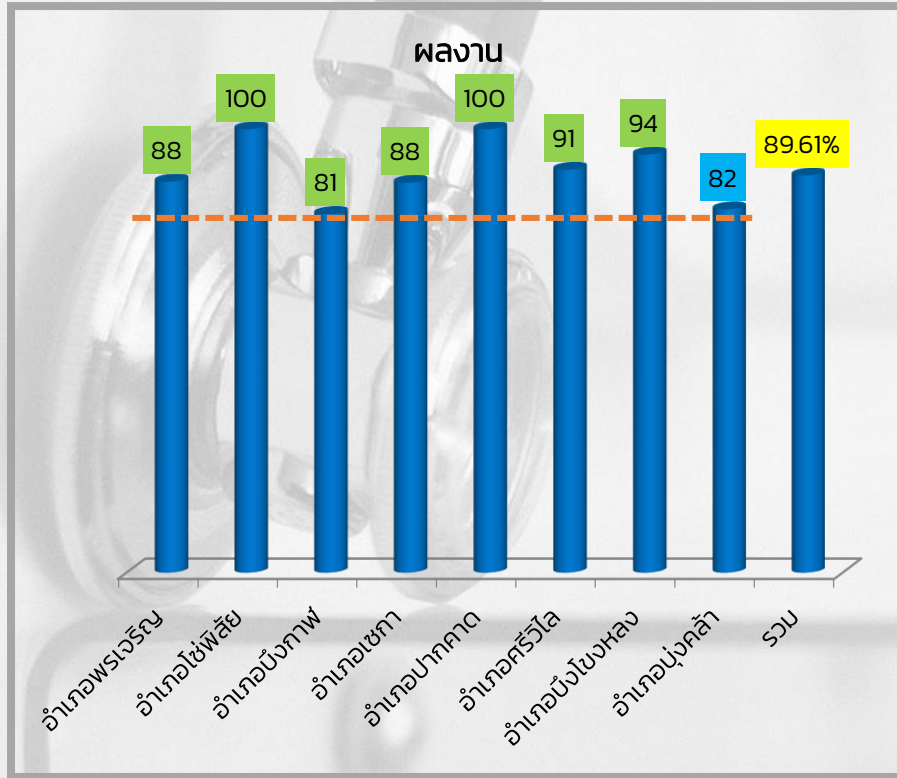
หน่วยงาน	ระดับ (M,F)	รูปแบบบริการ (Intermediate bed/ward)	จำนวนเตียง (Intermediate bed/ward)	IMC ward
SW.เซกา	M1	bed	4	x
sw.โซ่พิสัย	F2	bed	2	x
sw.บึงโขงหลง	F2	bed	2	x
sw.ศรีวิไล	F2	bed	2	x
sw.ปากคาด	F2	bed	2	x
sw.พรเจริญ	F2	bed	2	x
sw.บุ่งคล้า	F3	bed	2	x
รวม	7	bed	16	x
คิดเป็นร้อยละ			100	



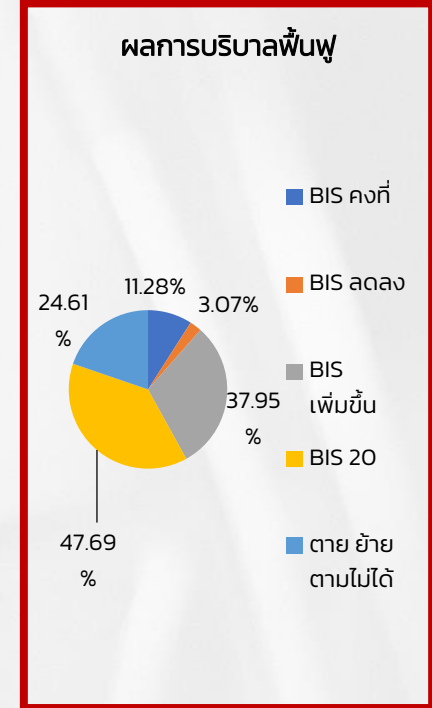
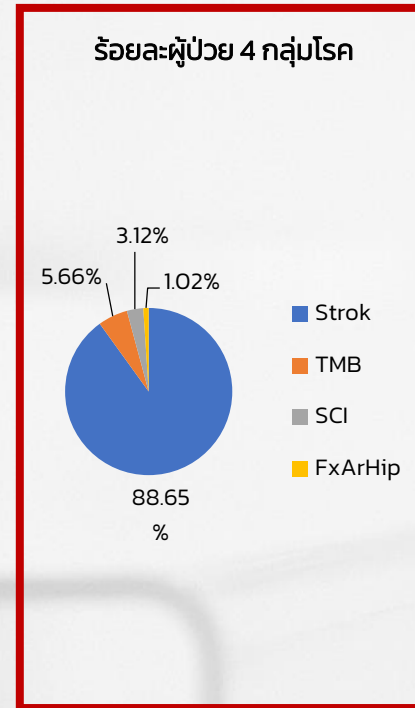
ตัวชี้วัดรอง : ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Stroke, TBI และ SCI ที่รอดชีวิตและมีคะแนน BIS <15 BIS , BIS ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

กลุ่มผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2563 (12 เดือน)		ปีงบประมาณ 2564 (12 เดือน)		ปีงบประมาณ 2565 (9 เดือน)	
	จำนวนผู้ป่วย	ผลงาน	จำนวนผู้ป่วย	ผลงาน	จำนวนผู้ป่วย	ผลงาน
1.Stroke	210	187 (89.05%)	294	262 (89.12%)	187	170 (90.90%)
2.TBI	25	15 (60.00%)	19	12 (63.16 %)	15	13 (86.66%)
3. SCI	11	10 (90.91%)	10	8 (80.00%)	6	6 (100%)
4. FxArHip	4	2 (50.00%)	10	8 (80.00%)	7	6 (85.71%)
รวม/ค่าเฉลี่ย	249	215 (86.35%)	333	290 (82.79%)	215	195 (90.69%)

การให้บริการฟื้นฟู ผู้ป่วย Stroke TBI SCI รายอำเภอ เกณฑ์ร้อยละ 70



ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565
(เดือน ตุลาคม - มิถุนายน 2565)



การพัฒนาระบบ

- ผลงานวิจัย/นวัตกรรม
- การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคที่เข้าระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลบึงกาฬ
- นวัตกรรมสมุดประจำตัวคนไข้ระยะกลางเพื่อการสื่อสาร sw.เซกา (นำมาปรับใช้ระดับจังหวัด)
- นวัตกรรมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เครื่องข่ายอำเภอปากคาด
- นวัตกรรมถุงมือพิเศษช่วยกำแบ sw.โซฟีลีย์
- นวัตกรรมอุปกรณ์แขนแบบพกพา
- กระดาษหัดเดินเพื่อการทรงตัว sw.ศรีวีไล
- ขวดเป่าได้ดูดดี sw.บึงโขงหลง

ปัญหาอุปสรรค

- 1. ไม่สามารถลงเยี่ยมเคสครบถ้วนได้เนื่องจากสถานการณ์

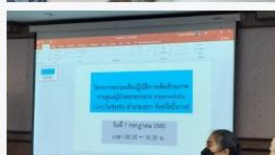
โควิด – 19

- 2. ระบบการจัดเก็บและการบันทึกรายงาน
- 3. บุคลากรเฉพาะสาขาไม่เพียงพอ





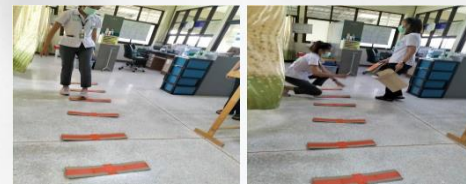
อบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่



อบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับ Care giver IMC



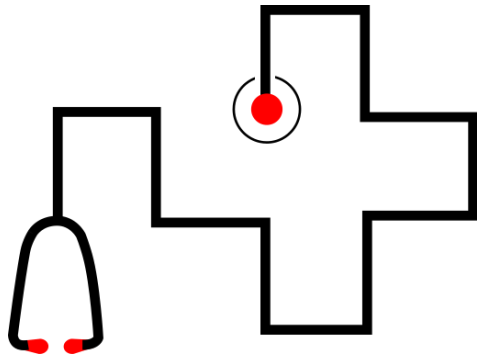
เชื่อมต่าระบบ 3 หมอ



สมุดประจำตัวคนไข้ระยะกลางเพื่อการสื่อสาร SW.เซกา (นำมาปรับใช้ระดับจังหวัด)



เยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ และติดตามการดำเนินงาน



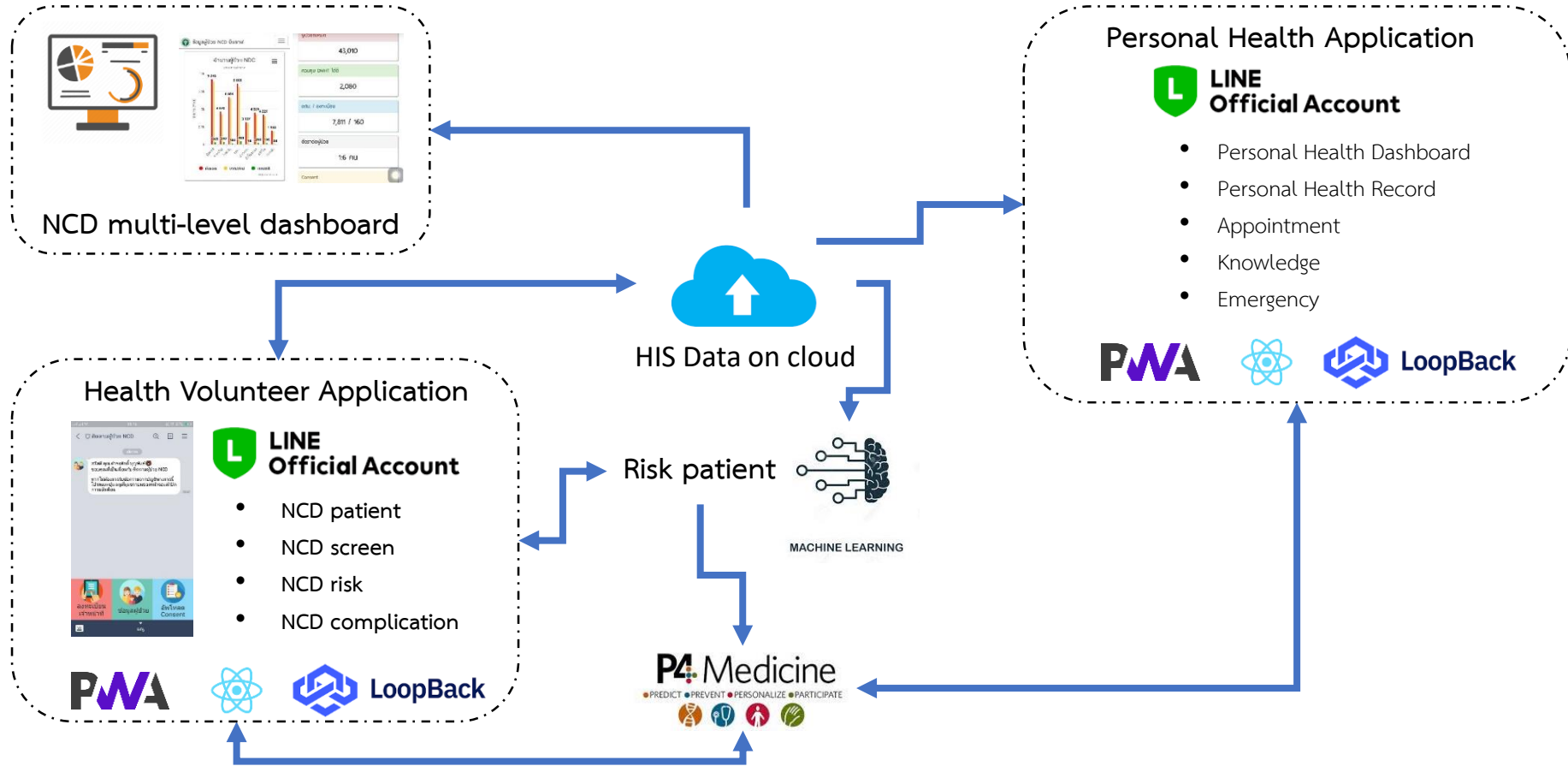
Area Based



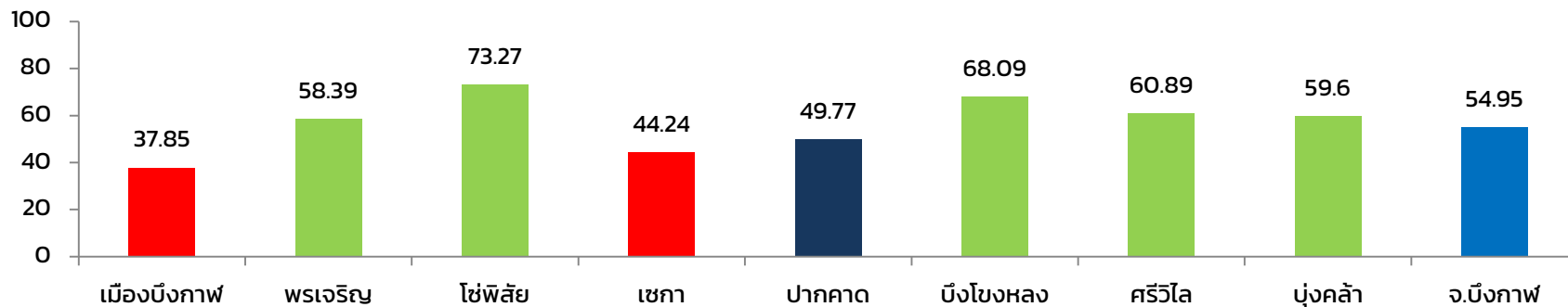
NCD INNOVATIVE HEALTHCARE MODEL



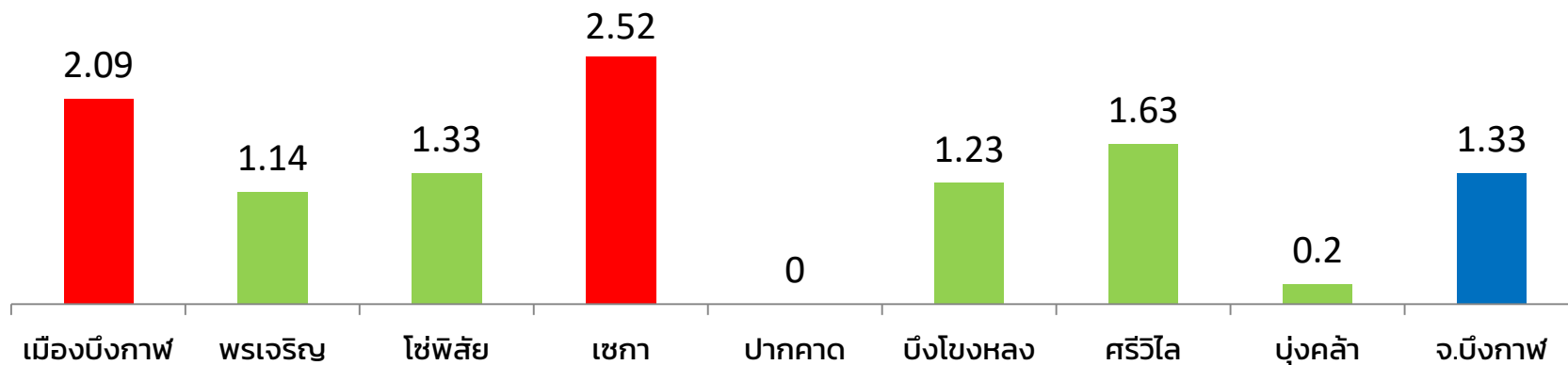
R8-NCD Innovative Healthcare Model



ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการได้รับการเฝ้าระวังดูแลตามโปรแกรม เป้าหมาย \geq ร้อยละ 70



อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการเฝ้าระวัง เป้าหมาย $<$ ร้อยละ 2



กิจกรรมดำเนินการที่ผ่านมา



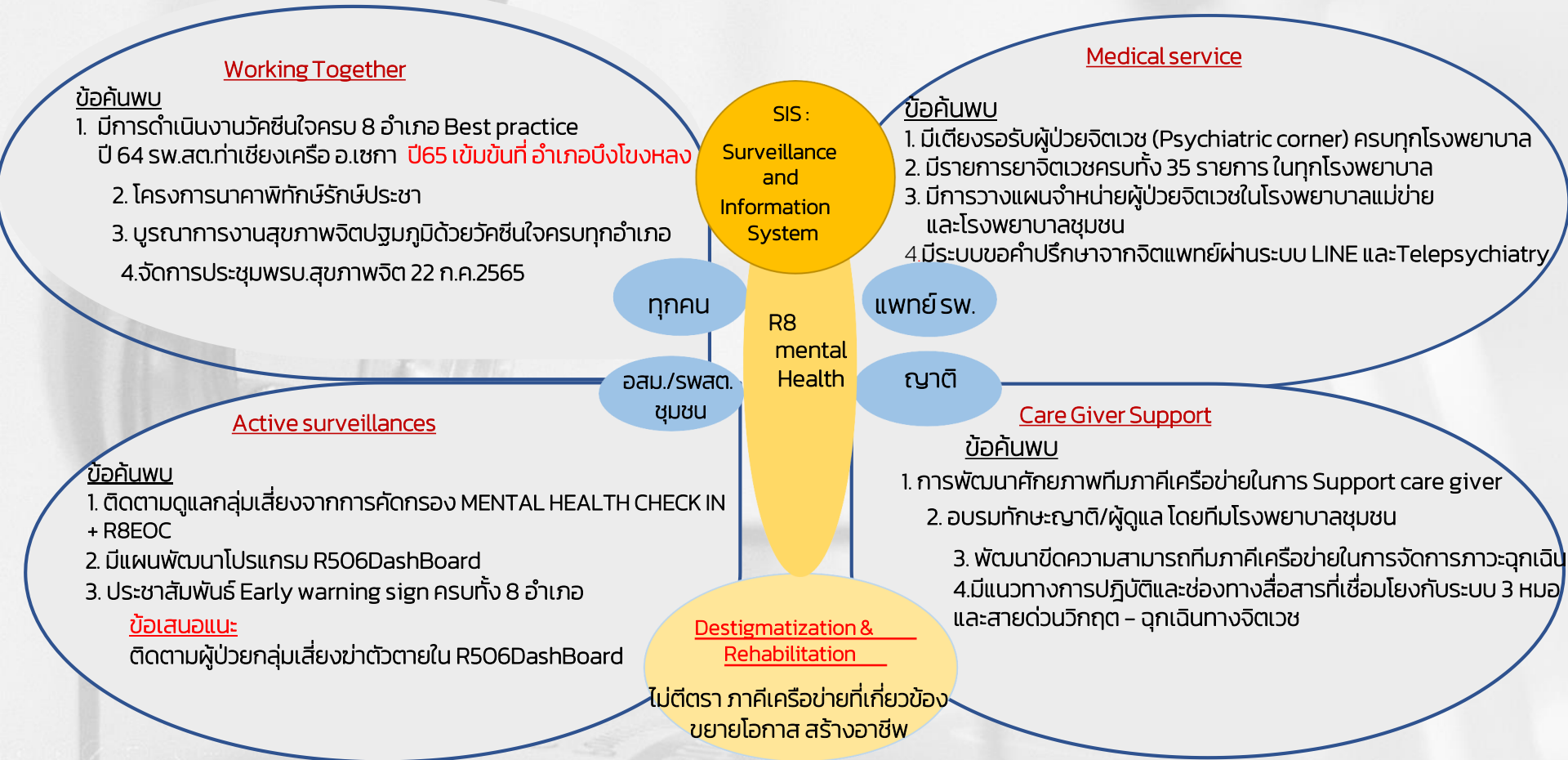
จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน Application Line ติดตาม NCDS จังหวัดบึงกาฬ
กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ โรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุก
แห่ง ณ ห้องประชุมทิวโขงงาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ และ ระบบประชุมทางไกล Zoom

Meeting

ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา

1. **อุปกรณ์ เครื่องมือ** เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก ไม่เพียงพอในการตรวจติดตาม กลุ่มเสี่ยง/สงสัยป่วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีอุปสรรคด้านการเบิกจ่ายงบประมาณ ในการจัดทำโครงการจัดซื้อ ซึ่งต้องมีการสื่อสารสร้างความเข้าใจร่วมกันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างทั่วถึงมากขึ้น
2. อาสาสมัครสาธารณสุขได้มีการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง แต่**ไม่ได้มีการรายงานข้อมูลในระบบ**
3. มี**กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ยินยอมให้รับการติดตาม** ซึ่งจะไม่สามารถดำเนินการต่อได้ ถือเป็นสิทธิส่วนบุคคล
4. อาสาสมัครสาธารณสุขมี**ปัญหาในการเข้าระบบ** และการใช้งานหาหน้า Line ติดตามNCD ไม่พบ
5. การ**เบิกจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครสาธารณสุข**ไม่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกองทุน
6. ปัญหาข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขในระบบหายไปจากการ**เปลี่ยนเครื่องโทรศัพท์** และไม่ได้สมัครเข้าสู่ระบบใหม่ ส่งผลให้ยอดข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในการดูแลลดลง ส่งผลต่อข้อมูลการ Survey ลดลง ด้วยเช่นกัน

R8 MENTAL HEALTH (PROMOTION PREVENTION & PROTECTION)



R8 MENTAL HEALTH (PROMOTION PREVENTION & PROTECTION)

Surveillance

การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง

แนวทางการพัฒนา
Early warning sign

- สร้างระบบเครือข่ายการแจ้งเตือนการพบผู้ที่มีสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย จากครอบครัวสู่ระบบการช่วยเหลือ

Active Surveillance

- Mental Health Check In
- วางแผนประเมินกลุ่มเปราะบาง
- บูรณาการ 3 หมอ

Active Surveillance

- R8EOC ติดตามร้อยละ 95.79
- มีแผนใช้ระบบ R506Dashboard

Investigation Suicide

การพัฒนากการสอบสวน

วางแผนพัฒนาศักยภาพระบบการติดตามรายงาน
Self-directed violence

ติดตามการลงบันทึก R5
O6S 100 %

Case conference
ศึกษาปัจจัยเสี่ยง
สืบสวนปัจจัยการฆ่าตัวตาย

Participatory

การมีส่วนร่วมของชุมชน

ภาคีเครือข่ายและชุมชนร่วมวางแผนป้องกันการฆ่าตัวตาย

สร้างวัคซีนใจในชุมชน
ความเข้มแข็งทางใจ RQ
โดยมีทีม MCATT เป็นแกนหลัก
ครอบคลุมทุกระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล

พัฒนา อสม. ด้วย 3ส. Plus
- อบรมฟื้นฟูองค์ความรู้และ
ติดตามการดำเนินงาน

- สร้างความเข้มแข็งครอบครัว และ ป้องกันความรุนแรงในเด็กและสตรี
Child shield Protection (Adverse Childhood Experiences, PLH)
- MOU กับหน่วยศึกษานิเทศก์/ชุมชน ในการป้องกัน
 - ดำเนินการดูแลจิตใจในเด็กกลุ่มเปราะบางทางจิตใจ
 - จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาทุกแห่ง

Mental Health Literacy

การสื่อสารสร้างความตระหนัก

- การใช้ Early warning sign
- 1.การรับรู้เข้าใจสัญญาณเตือน
 - 2.ความตระหนักของประชาชน
 - 3.พัฒนาเครือข่ายนักสื่อสาร
- ระดับบุคลากร อสม.
 - ระดับประชาชน/ครอบครัว
 - การสื่อสารประชาสัมพันธ์

พื้นที่ต้นแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย เพื่อให้เกิด best practice



แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลบึงกาฬ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570)





วิสัยทัศน์
**“โรงพยาบาลบึงกาฬเป็นเลิศด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีคุณภาพ
ได้มาตรฐาน AHA บริการประทับใจ เครือข่ายเข้มแข็ง”**



ประเด็นยุทธศาสตร์ 3 ด้าน



ยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี
โรงพยาบาลบึงกาฬ
(2566-2570)

ยุทธศาสตร์ที่ 1
"ปรับภาพลักษณ์
โรงพยาบาล
สู่โรงพยาบาล
สมัยใหม่"

ยุทธศาสตร์ที่ 2
"พัฒนาการเงิน
การคลังสุขภาพ
4S 4C"

ยุทธศาสตร์ที่ 3
"พัฒนาให้โรงพยาบาล
เป็น Smart Hospital"

VISSIONS

โรงพยาบาลบึงกาฬเป็นเลิศ
ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์
มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน AHA
บริการประทับใจ
เครือข่ายเข้มแข็ง

กลยุทธ์ (Tactics)



1. บุคลากรเก่ง ดี มีความสุข
2. กระตุ้นการสร้างนวัตกรรม และบูรณาการ นวัตกรรม
3. จัดให้มี CQI ในหน่วยงาน
4. ยกระดับบริการ
5. ขับเคลื่อน Smart Hospital
6. พัฒนาภาคีเครือข่ายในการดูแลรักษา ประชาชน
7. สร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการพัฒนางาน
8. การจัดการเศรษฐกิจศาสตร์สาธารณสุข
9. ผลักดันให้เกิด Excellence Center
10. สร้างระบบสื่อประชาสัมพันธ์ ไขชงนา ทุก ช่องทาง

เป้าหมายขององค์กร

3 ยุทธศาสตร์
10 กลยุทธ์
60 ตัวชี้วัด

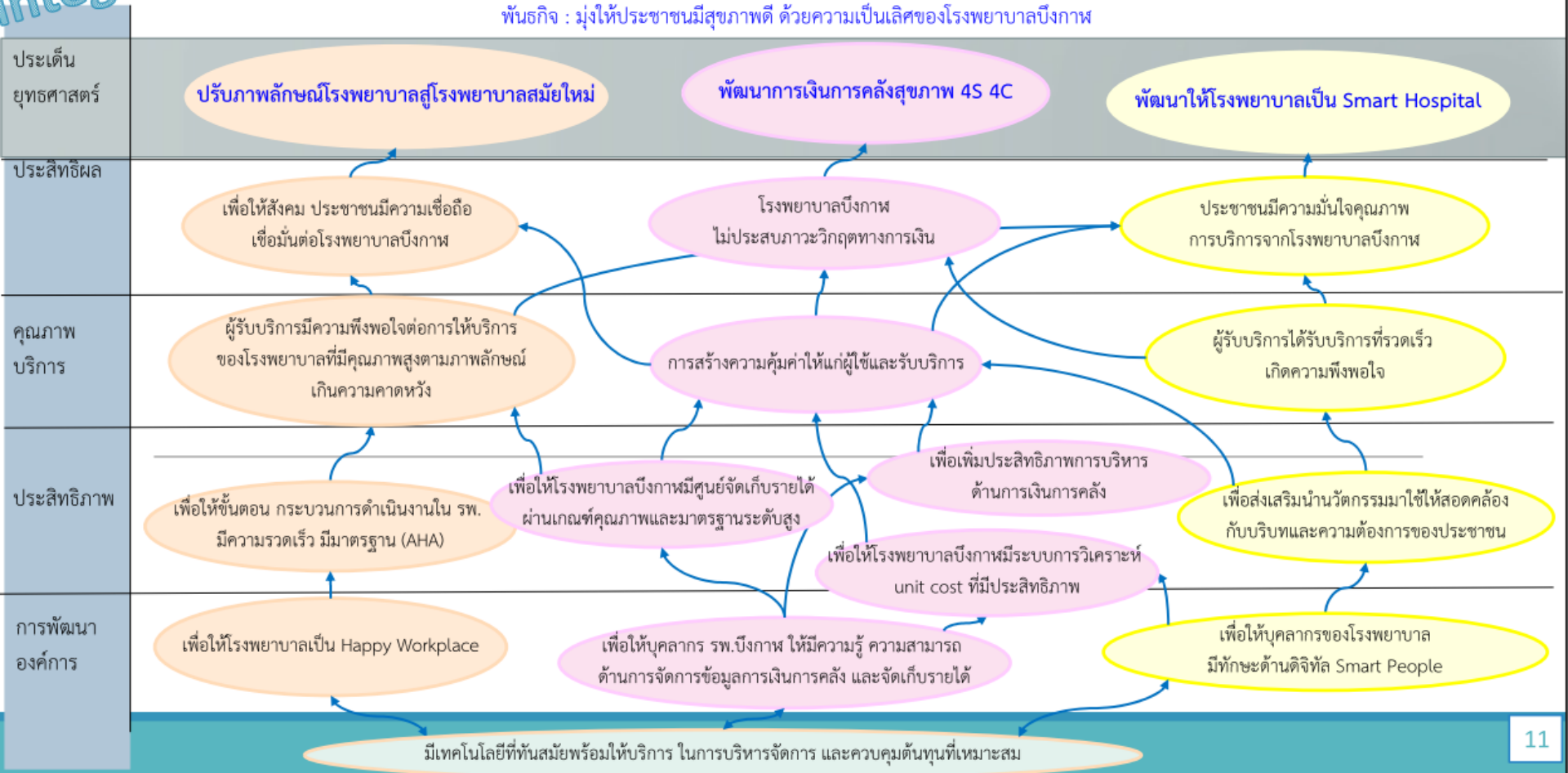


1. เพื่อให้สังคม ประชาชน มีความเชื่อถือ
เชื่อมั่นต่อ sw.บึงกาฬ
2. ไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
3. ประชาชนมีความมั่นใจคุณภาพการ
บริการทางการแพทย์จาก
โรงพยาบาลบึงกาฬ



วิสัยทัศน์ : “โรงพยาบาลบึงกาฬเป็นเลิศด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน AHA บริการประทับใจ เครือข่ายเข้มแข็ง”

พันธกิจ : มุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพดี ด้วยความเป็นเลิศของโรงพยาบาลบึงกาฬ



5 Flagship Project ยุทธศาสตร์ที่ 1 ปรับภาพลักษณ์โรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลสมัยใหม่



5 Flagship Project ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาการบริการคลังสุขภาพ 4S 4C



Flag Ship Project

5 Flagship Project

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาให้โรงพยาบาลเป็น Smart Hospital



Bueng Kan Hospital Strategic Plan

New Strategic Plan 2023–2027

- **Environment Modernization Smart Service**
 - Environment Modernization
 - Smart Service
 - **Service Excellence**
 - Healthcare Service (**PP&P Excellence**)
- **Financial Excellence (Governance Excellence)**
 - ERP
 - Claim
- **Smart Hospital**



ENVIRONMENTAL RENOVATION

ผู้ป่วยนอก
Out Patient Department



INFORMATION

8240

8240

OPD
2

REGISTRAR





INFORMATION

8123
8124
8467
8125

8240

OPD
2

OPD
3

2
OPD 1
OPD



8240

ตรวจโรคทั่วไป

ตรวจโรคทั่วไป



จุดรับยา 3

6122 Cabin 2	8240 Cabin 1
6121 Cabin 2	
9067 Cabin 1	8239 Cabin 2
	8238 Cabin 1

จุดรับยา 2 จุดรับยา 1

OPD
1

8240 Cabin 1	8239 Cabin 2
8238 Cabin 1	

Smart Services

A complex network diagram with nodes and connecting lines. The nodes are represented by circles of varying sizes and colors, including black, dark blue, and light blue. The lines are thin and grey, creating a dense web of connections. The background is a gradient from dark grey on the left to light blue on the right.

SERVICE EXCELLENCE

- One-day Surgery
- Stroke Unit
- Hematologic Malignancy



HEALTHCARE SERVICES

- NCD Innovative Healthcare Model
- NCD Telemedicine on cloud (KUMPHRUM Station)
[Almost Area Coverage]
- Specialist to Family Doctor @PCU/NPCU
- BKH Disability 3 KUM Plus Model
(R8NDS Model + 3 KUM)



thank
you