



โรงพยาบาลเลย
LOEI HOSPITAL

การตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2566

วันที่ 2-3 เดือน มีนาคม พุทธศักราช 2566



คำนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดต่างๆ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาทางสุขภาพในปัจจุบัน เป็นองค์ประกอบสำคัญที่โรงพยาบาลเลยได้นำมาเป็นทิศทางในการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมายการพัฒนางาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริการทางสุขภาพและตอบสนองความต้องการที่มากขึ้นของประชาชน

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบในการนำเสนอข้อมูลการรายงานผลการดำเนินงาน ตามแผนตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566 ระหว่างวันที่ 2-3 มีนาคม 2566 ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลเลย

ส่วนที่ 2 รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

โรงพยาบาลเลย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับคณะกรรมการและนิเทศงาน รวมถึงบุคลากรภายในโรงพยาบาลเลย สำหรับนำไปประกอบการตรวจสอบและพิจารณา เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงาน นำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขต่อไป

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
กุมภาพันธ์ 2566

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ค
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลเลย	1
ประวัติโรงพยาบาลเลย	2
ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566	3
ยุทธศาสตร์กระทรวงเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566	5
ยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัด ปีงบประมาณ 2566	6
ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเลย ปีงบประมาณ 2566	7
ประชากรและเขตการปกครองจังหวัดเลย	8
รายชื่อหน่วยงานในโรงพยาบาลเลย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	12
โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลเลย	13
ข้อมูลจำนวนเตียงผู้ป่วย รพ.เลย ประจำปีงบประมาณ 2566	14
สรุปจำนวนผู้มารับบริการโรงพยาบาลเลยในรอบ 5 ปี 2566– 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	15
สถิติเปรียบเทียบผู้ป่วยนอก แยกตามแผนก ปีงบประมาณ 2562– 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	15
สถิติเปรียบเทียบผู้ป่วยใน แยกตามแผนก ปีงบประมาณ 2562– 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	16
ค่า CMI ของโรงพยาบาลเลย ประจำปีงบประมาณ 2562– 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	16
ค่า CMI แยกตามสิทธิรักษาการพยาบาลของโรงพยาบาลเลย ปีงบประมาณ 2562– 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	17
รายงานค่า RW ผู้ป่วยในรับการรักษาโรงพยาบาลเลย จากต่างอำเภอ ปีงบประมาณ 2562– 2566	17
10 อันดับโรคแรกผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2562– 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	18
10 อันดับโรคแรกผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2562– 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	19
10 อันดับสาเหตุการตายปีงบประมาณ 2562– 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	20
10 อันดับอัตราป่วยตาย ณ โรงพยาบาลเลย ประจำปีงบประมาณ 2565	21
รายงานสถานการณ์ข้อมูล Refer โรงพยาบาลเลย ประจำปีงบประมาณ 2565	22
ข้อมูลอัตราค่าจ้าง	31
ข้อมูลทางการเงิน ประจำปีงบประมาณ 2565	32
ส่วนที่ 2 รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	35
Agenda Based	36
ประเด็นที่ 1 Health For Wealth	37
ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	39
Function Based	45
ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ	46
ประเด็นที่ 4 Digital Health	60
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ	63
ประเด็นที่ 6 องค์กรสมรรถนะสูง	84

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร19

ตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข กรณีปี20ติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565

โรงพยาบาลเลย เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S อยู่ในเขตสุขภาพที่ 8 รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพประชากรจังหวัดเลย จังหวัดข้างเคียง และประเทศเพื่อนบ้าน (สปป.ลาว) มีวิสัยทัศน์ “เป็นเลิศด้านบริการ โรงพยาบาลทันสมัย ใส่ใจสิ่งแวดล้อม ประชากรพร้อมใจ” ค่านิยม/อัตลักษณ์ “ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ บริการด้วยใจ”

เข็มมุ่งปี 2566 1. ปีแห่งความปลอดภัย 2. เปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 3. สถานการณ์การเงินดีขึ้น

โรงพยาบาลเลยเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด มีจำนวนเตียงตามกรอบ จำนวน 450 เตียง ให้บริการจริง 502 เตียง อัตราครองเตียง ปีงบประมาณ 2561-2565 (ต.ค.-มี.ค.2565) คือ 122.44, 123.35, 97.89 99.45 และ104.98

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 รอคคลอด 10 เตียง Stroke unit 8 เตียง หน่วยเคมีบำบัด 14 เตียง ไตเทียม 16 เตียง และ Cohort ward 17 เตียง

ผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก เฉลี่ยวันละ 1,656 visit ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 472 คนต่อวัน เฉลี่ยนอนคนละ 4.02 วัน ผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เฉลี่ยวันละ 119 คน จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการสูงสุดคือ แผนกอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 51.28 จำนวนผู้ป่วยในที่มารับบริการสูงสุดคือ แผนกอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 35.50 สถิติ 5 ลำดับแรกผู้ป่วยนอก ปี 2565 คือ 1).Hypertensive diseases 2).Diseases of oral cavity,salivary glands and jaws 3).Diabetes mellitus (DM) 4).Chronic kidney disease 5).Disorder of lipoprotein metabolism and other lipidaemias สถิติ 5 ลำดับโรคแรกผู้ป่วยใน ปี 2565 คือ 1). โรคปอดบวม 2). ทาลัสซีเมีย 3). โรคมะเร็ง 4).ต่อกระเจกในผู้สูงอายุ 5) โรคหลอดเลือดในสมอง และสถิติ 5 ลำดับสาเหตุการตาย ปี 2565คือ 1). โรคปอดบวม 2). โรคหลอดเลือดในสมอง 3).โรคมะเร็ง 4).โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง 4).โรคมะเร็ง 5).อุบัติเหตุจราจร

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ตุลาคม-ธันวาคม 2565)

ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน
Agenda Based		
ประเด็นที่ 1 Health For Wealth		
หัวข้อ 1. กัญชาทางการแพทย์		
1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์		×
1.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์		×
ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ		
หัวข้อ 2.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ		
2.1 จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562		×
2.2 จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน	✓	
2.3 ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	✓	

ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน
Function Based		
ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ		
หัวข้อ 1 สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มสตรีและเด็กแรกเกิด)		
3.1 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน		×
หัวข้อ 2 สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)		
3.2 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกม่าน้ำหนัก ≥ 500 กรัม (เป้าหมาย $< 3.60 : 1,000$ ทารกเกิดมีชีพ)	✓	
หัวข้อ 3. สุขภาพเด็กปฐมวัย		
3.3 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย		×
3.3.1 ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	✓	
3.3.2 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า	✓	
3.3.3 ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการติดตาม		×
3.3.4 ร้อยละของเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	✓	
3.4 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน		×
หัวข้อ 4. กลุ่มวัยทำงาน		
3.5 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร	✓	
3.6 ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ		×
หัวข้อ 5. สุขภาพผู้สูงอายุ		
3.7 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100)	✓	
3.8 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40)	✓	
3.8.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40)	✓	
3.8.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40)	✓	
3.9 ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) (ร้อยละ 50)		×
3.10 ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ 95)	✓	
3.11 จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (1 ชมรม/ตำบล)	✓	
3.12 จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (ฟันเทียม 36,000 ราย และรากฟันเทียม 3,500 ราย ทั่วประเทศ)	✓	
ประเด็นที่ 4 Digital Health		
หัวข้อ 1 โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ		
ตัวชี้วัด 4.1 การบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด		×

ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ		
หัวข้อ 1. Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ		
5.1 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ $\geq$ ร้อยละ 90	✓	
5.2 ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ 60	✓	
5.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย $\geq$ ร้อยละ 60	✓	
5.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย $\geq$ ร้อยละ 60	✓	
5.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI $<$ ร้อยละ 9		×
5.4 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังจำหน่าย $<$ ร้อยละ 10	✓	
หัวข้อ 2. Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง		
5.5 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) $<$ ร้อยละ 7	✓	
5.6 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic: I60-I62) $<$ ร้อยละ 25	✓	
5.7 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63) $<$ ร้อยละ 5	✓	
5.8 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) $\geq$ ร้อยละ 60		×
5.9 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit $\geq$ ร้อยละ 75		×
5.10 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) $\geq$ ร้อยละ 6		×
หัวข้อ 3. Service Plan สาขานCD		
ตัวชี้วัด 5.11 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์		×
5.12 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์		×
5.13 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน		×
5.14 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง		×
หัวข้อ 4. งานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน		
5.15 อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน ในโรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2 F3 ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสที่ 1 ไม่เกินร้อยละ 6.26		×
หัวข้อ 5. Service Plan สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน		
ตัวชี้วัด 5.16 อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล ระดับ A,S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12		×

ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน
5.16.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาล ระดับ A, S , M1 ไม่เกินร้อยละ 4	✓	
5.16.2 อัตราของผู้ป่วย severe trauma brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ไม่เกินร้อยละ 30	✓	
5.16.3 อัตราของผู้ป่วย trauma level 1 ที่มีข้อบ่งชี้เข้า OR ภายใน 60 นาที goal $\geq 60\%$		×
5.17 ร้อยละของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26		×
5.18 ECS คุณภาพประเมิน 12 องค์ประกอบผ่านเกณฑ์ > ร้อยละ 60	✓	
ประเด็นที่ 6 องค์การสมรรถนะสูง		
หัวข้อ 1. องค์การคุณภาพ		
6.1 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ Re-Accredit	✓	
หัวข้อ 2. การเงินการคลังสุขภาพ		
6.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	✓	
หัวข้อ 3. ตรวจสอบภายใน		
6.3 ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผล ระบบการควบคุมภายใน	✓	

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการให้บริการของ โรงพยาบาลเลย

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 25 เตียง 1 หลัง เพิ่มเป็นขนาด 50 เตียง
- ปี พ.ศ. 2501 เรือนคนไข้ 25 เตียง 1 หลัง เพิ่มเป็นขนาด 75 เตียง
- ปี พ.ศ. 2503 เรือนคนไข้ 25 เตียง 1 หลัง เพิ่มเป็นขนาด 100 เตียง
- ปี พ.ศ. 2503 เรือนคนไข้ 25 เตียง 1 หลัง เพิ่มเป็นขนาด 125 เตียง
- ปี พ.ศ. 2507 ตึกสูติกรรม 25 เตียง 1 หลัง เพิ่มเป็นขนาด 150 เตียง
- ปี พ.ศ. 2521 ตึกคนไข้เด็ก 25 เตียง 1 หลังเพิ่มเป็นขนาด 200 เตียง
- ปี พ.ศ. 2525 ตึกอายุรกรรมและศัลยกรรมชาย 50 เตียง 1 หลังเพิ่มเป็นขนาด 250 เตียง
- ปี พ.ศ. 2526 ตึกศัลยกรรมกระดูกและตึกอายุรกรรมหญิง 40 เตียง 1 หลังเพิ่มเป็นขนาด 290 เตียง
- ปี พ.ศ. 2527 ปรับปรุงตึกอำนวยการเป็นตึก พตท.171820 เตียง 1 หลังเพิ่มเป็นขนาด 310 เตียง
- ปี พ.ศ. 2535 เรือนคนไข้ 25 เตียง 1 หลัง (ตึก OR , ICU, Uro) เพิ่มเป็นขนาด 324 เตียง
- ปี พ.ศ. 2534-2536 ตึกสูติกรรม 1 หลัง (ทดแทนหลังเดิม)
- ปี พ.ศ. 2538 ตึกเวชกรรมฟื้นฟู 1 หลัง
- ปี พ.ศ. 2543 เปิดหน่วยไตเทียมเฉลิมพระเกียรติ
- ปี พ.ศ. 2549-2551 อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ 5 ชั้น (งบประมาณ)
- ปี พ.ศ. 2551-2552 เพิ่มบริการ CT scan และเครื่องฟอกไต โดยใช้ระบบ outsource
- ปี พ.ศ. 2552-2553 ตึกผู้ป่วยในและสงฆ์อาพาธ 6 ชั้น (งบบริจาค) (ตึกสงฆ์บูรพาจารย์)
- ปี พ.ศ. 2554-2557 อาคารผู้ป่วยใน 6ชั้น 144เตียง(ตึก 60 ปี โรงพยาบาลเลย) เปิดให้บริการเดือนเมษายน 2557 และห้องพักเจ้าหน้าที่ 32 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 ward)
- 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	ตย์คานนท์	1 เม.ย.2497 – 30 เม.ย.2499
3. นายแพทย์เจริญ	วัฒนจินดา	1 พ.ค.2499 – 31 มี.ค. 2500
4. นายแพทย์ ม.ร.ว. ไพฑูรย์	สุทัศน์ย์	28 ก.ค.2500 – 24 ม.ค. 2506
5. นายแพทย์บุญยงค์	วงศ์รักมิตร	8 ก.พ.2506 – 27 มี.ย. 2507
6. นายแพทย์ประสิทธิ์	สารระยา	3 ก.ค.2507 – 5 ธ.ค. 2511
7. นายแพทย์ถนอม	เหล่านักพงษ์	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	เชื่อนขันธสถิต	15 มี.ค.2517 – 30 ก.ย. 2529
11. นายแพทย์วิชัย	ธรรมบวร	1 ต.ค.2529 – 30 ก.ย. 2535
12. นายแพทย์สุรัชย์	นิวัตยะกุล	1 ต.ค.2535 – 30 ก.ย. 2553
13. นายแพทย์ปราโมทย์	บุญเจียร	8 ธ.ค.2553 – 30 ก.ย. 2559
14. นายแพทย์วันชัย	ลือกาญจนารัตน์	1 ต.ค.2559 – 2 เม.ย.2560
15. นายแพทย์ชมนุม	วิทยานันท์	3 เม.ย.2560 – 7 ต.ค. 2563
16. นายแพทย์บัญชา	ผลานวงษ์	8 ต.ค.2563 – ปัจจุบัน

ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566

วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

เป้าหมาย (Ultimate Goal)

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

พันธกิจ (Missions)

พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

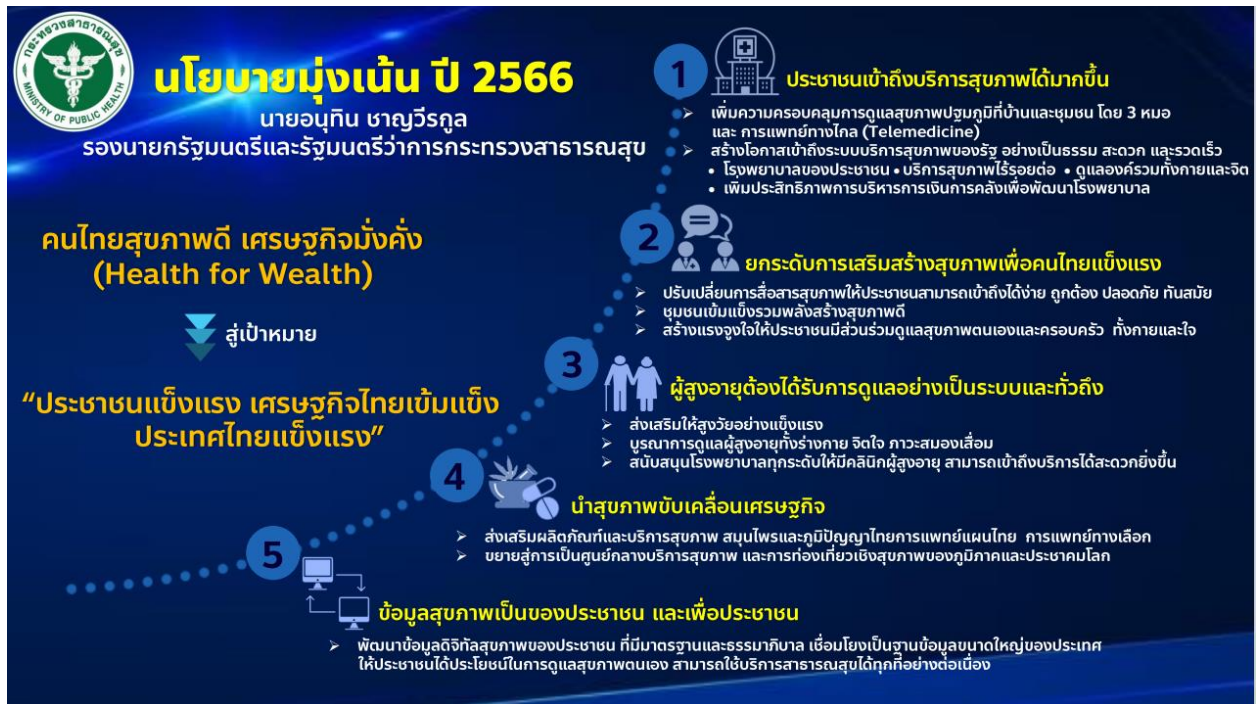
ค่านิยม (Core value)

M=Mastery คือเป็นนายตัวเอง

O = Originality คือสร้างสรรค์นวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ

P= People Centered Approach คือยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

H=Humility คืออ่อนน้อม ถ่อมตน



ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

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



**ยุทธศาสตร์
เน้นหนัก
เขตสุขภาพที่
8
ปีงบประมาณ 2566**

วิสัยทัศน์ (Vision) : “ รวมพลังภาคี เพื่อประชาชนสุขภาพดีและยั่งยืน ”

ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8

- เร่งรัดการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพ เพื่อความเป็นเลิศ (Excellence)
- พัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในพื้นที่ (Strength)
- บริหารจัดการและบูรณาการบริการสุขภาพ เพื่อความยั่งยืน (Support)

Excellence (สร้างจุดแข็งให้เป็น Excellence)	Strength (สร้างจุดอ่อนให้เป็น Strength)	Support (สนับสนุน คน เงิน ของ)
- STEMI 	- MCH - Sepsis - DM Control - CKD - New DM - OV CCA 	- People - IT - Finance 

Medical Hub 

- Medical Service Hub

- ศูนย์บริการและส่งเสริมสุขภาพและฉุกเฉินทางการแพทย์
- ศูนย์บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านสมุนไพร
- เครือข่ายการให้บริการปฐมภูมิ การแพทย์ทางไกล
- การพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพระดับจังหวัดเป็นโรงพยาบาลเฉพาะด้าน Regenerative Medicine/Precision Medicine
- ศูนย์ตรวจคัดกรองโรคทางพันธุกรรมชาติพันธุ์ไทย
- ศูนย์บำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด

- Product Hub

- ศูนย์กลางสมุนไพร
- เมืองสมุนไพร (Herbal City)
- ศูนย์ผลิตยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพมาตรฐานสากล (R8-WHO-GMP) และจำหน่ายผลิตภัณฑ์ T2C Shop by R8way

- Academic Hub

- ศูนย์วิจัยสมุนไพรและสมุนไพรพื้นบ้าน
- วิทยาลัยแพทยศาสตร์ และศูนย์บริการทางแพทยศาสตร์ จุฬาราชมนตรี สถาบันพระบรมราชชนก
- ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก จุฬาราชมนตรี - ม.ขอนแก่น , สบช. , ม.นครพนม
- สกลนคร - ม.เกษตรศาสตร์ , นครพนม - สบช. , ม.นครพนม
- นครราชสีมา - สบช. , เลย - สบช. , นครราชสีมา - สบช.
- วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยพื้นบ้าน สบช. และศูนย์แพทย์แผนไทยศึกษาชั้นคลินิก
- เครือข่ายความร่วมมือผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแพทย์แผนไทย
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

- Wellness Hub

- เมืองผู้สูงอายุ (Ageing City)
- เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ภูมิศาสตร์ใหม่
- Long Stay

ยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดเลย ปีงบประมาณ พ.ศ.2566**วิสัยทัศน์ (Vision)**

สสจ.เลย เป็น 1 ใน 3 ของเขตสุขภาพที่ 8 ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และเป็นองค์กรแห่งความสุข ภายในปี 2570

พันธกิจ (Mission)

- 1.กำหนดนโยบาย/ทิศทางการพัฒนาสุขภาพและพัฒนาระบบบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล
- 2.ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ
- 3.ส่งเสริมสนับสนุนภาคีทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ
- 4.พัฒนาระบบบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล มุ่งเน้นพัฒนาบุคลากร สารสนเทศสุขภาพและนวัตกรรม

ค่านิยม

- L: Life Long Learning เรียนรู้ไม่สิ้นสุด
O : Organizational happiness องค์กรแห่งความสุข
E : Excellence Service ให้บริการที่เป็นเลิศ
I : Innovation and Technology Support สนับสนุนด้วยนวัตกรรม และเทคโนโลยี

อัตลักษณ์

ชื่อสัตย์ รับผิดชอบ มีน้ำใจ

เป้าประสงค์ (Goal)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน เฝ้าระวังภัยสุขภาพและคุ้มครอง ผู้บริโภค

- 1.1 ประชาชนทุกกลุ่มวัยสุขภาพดี
- 1.2 มีระบบการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
- 1.3 การส่งเสริม การจัดการ อนามัยสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี
- 1.4 ระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 สนับสนุนและพัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ

- 2.1 การสนับสนุนและ พัฒนาระบบบริการในโรคติดต่อที่สำคัญ
- 2.2 การสนับสนุนและ พัฒนาระบบบริการในโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ยกระดับสมรรถนะบุคลากรให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและ เป็นองค์กรแห่ง

ความสุข

- 3.1 บุคลากรมีสมรรถนะตอบสนองต่อระบบบริการ สุขภาพและทันต่อการเปลี่ยนแปลง
- 3.2 บุคลากรมีความสุข และความผูกพันในองค์กร

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและโปร่งใส

- 4.1 การบริหารองค์กรที่มีประสิทธิภาพ
- 4.2 การควบคุมภายในและ การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ
- 4.3 เทคโนโลยีที่ทันสมัยสนับสนุนระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเลยปีงบประมาณ 2566

วิสัยทัศน์ : เป็นเลิศด้านบริการ โรงพยาบาลทันสมัย ใส่ใจสิ่งแวดล้อม ประชากรร่วมมือใจ

เข็มมุ่ง : 1. ปีนแห่งความปลอดภัย

2. เปิดหอยุ่ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

3. สถานการณ์การเงินดีขึ้น

อัตลักษณ์โรงพยาบาลเลย : ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ บริการด้วยใจ

ค่านิยม :

ค่านิยม วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture) คือ “LOEI HOSPITAL”

L = Leadership

O = Objective oriented

E = Evidence-based, Empowerment, Ethical, Engagement,

I = individual commitment

H = Health focus (patient, customer, community)

O = Open mind, Atmosphere

S = Staff focus, System perspective

P = Professional standard, Positive thinking

I = Integrity, Integration

T = Teamwork, Talent management

A = Agility, Accountability

L = Learning

คำอธิบาย องค์กรที่มีการขับเคลื่อนด้วยภาวะผู้นำของทีมบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นมืออาชีพ มีจรรยาบรรณ และผูกพันกับองค์กร เรียนรู้ปรับตัวอย่างว่องไว ซื่อสัตย์ รับผิดชอบต่อ คิดบวกและเสริมพลัง มุ่งเน้นเป้าหมายเพื่อสุขภาพของผู้ป่วย ประชาชน ชุมชน ภายใต้บรรยากาศเปิดแห่งการเรียนรู้

พันธกิจที่ 1 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1: พัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลให้มีคุณภาพและศักยภาพการรักษายาบาลให้สูงขึ้น

เป้าประสงค์ที่ 1: ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนในโรคที่เป็นปัญหาที่สำคัญของการรักษายาบาล

เป้าประสงค์ที่ 2: พัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลและศักยภาพการรักษายาบาลให้สูงขึ้น

พันธกิจที่ 2 : พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสถานบริการให้ครอบคลุมระบบบริการที่สำคัญ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาระบบเครือข่ายบริการให้มีศักยภาพและมีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์ที่ 3: มีเครือข่ายสุขภาพที่มีคุณภาพผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและไร้รอยต่อ

เป้าประสงค์ที่ 4: ลดอัตราป่วยอัตราการตายในโรคที่เป็นปัญหาของชุมชน ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการ

เป้าประสงค์ที่ 5: มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

พันธกิจที่ 3 : พัฒนาศักยภาพและส่งเสริมบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 :พัฒนาศักยภาพให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมในการปฏิบัติราชการ

เป้าประสงค์ที่ 6: บุคลากรมีสมรรถนะที่เหมาะสม มีเจตคติที่ดีในด้านบริหาร บริการและวิชาการ

พันธกิจที่ 4: พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4: พัฒนาสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลให้อยู่ในสถานะที่มั่นคงและสมดุล

เป้าประสงค์ที่ 7: ลดภาระหนี้สินของโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลให้มีสถานะการเงินที่สมดุล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5: พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลดิจิทัล เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ที่ 8: มีระบบสารสนเทศที่ทันสมัย มีธรรมาภิบาล

ข้อมูลด้านประชากรและเขตการปกครองจังหวัดเลย

ข้อมูลด้านการปกครอง

จังหวัดเลย แบ่งการปกครองออกเป็น 14 อำเภอ 90 ตำบล 918 หมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 27 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 71 แห่ง ประชากรจำนวนทั้งสิ้น 638,732 คน โดยอำเภอเมืองเลยมีประชากรมากที่สุด จำนวน 123,560 คน รองลงมาคืออำเภอวังสะพุงจำนวน 111,116 คน และอำเภอที่มีประชากรน้อยที่สุดคืออำเภอนาแห้ว จำนวน 11,689 คน ทั้งนี้ จังหวัดเลยมีการกระจายตัวของประชากรต่อพื้นที่เฉลี่ย 55.91 คนต่อตารางกิโลเมตร โดยอำเภอเอราวัณเป็นอำเภอที่มีอัตราความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่มากที่สุดเฉลี่ย 141.68 คนต่อตารางกิโลเมตร และน้อยที่สุดคืออำเภอนาแห้วมีประชากรต่อพื้นที่เฉลี่ย 18.61 คน ต่อตารางกิโลเมตร รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรเขตการปกครอง และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ลำดับ	อำเภอ	ประชากร	หลังคาเรือน	หมู่บ้าน	ชุมชน	ตำบล	อปท.		
							ทม.	ทต.	อบต.
1	เมือง	123,560	47,828	135	50	14	1	5	9
2	นาด้วง	26,432	8,209	41	-	4	-	2	3
3	เชียงคาน	60,828	20,160	82	-	8	-	3	6
4	ปากชม	42,276	14,306	50	-	6	-	3	5
5	ด่านซ้าย	51,693	17,864	99	-	10	-	2	9
6	นาแห้ว	11,689	4,104	34	-	5	-	1	4
7	ภูเรือ	22,587	8,691	47	-	6	-	2	5
8	ท่าลี่	27,932	11,058	41	-	6	-	1	5
9	วังสะพุง	111,116	39,188	144	-	10	1	2	8
10	ภูกระดึง	34,526	9,845	54	-	4	-	1	4
11	ภูหลวง	25,046	6,131	46	-	5	-	-	5
12	ผาขาว	42,055	12,105	64	-	5	-	2	3
13	เอราวัณ	34,004	11,710	47	-	4	-	2	2
14	หนองหิน	24,988	8,156	34	-	3	-	1	3
	รวม	638,732	230,763	918	50	90	2	27	71

ตารางที่ 2 พื้นที่ ความหนาแน่นของประชากรต่อตารางกิโลเมตร และระยะห่างจากจังหวัด

ลำดับ	อำเภอ	พื้นที่ (ตร.กม.)	ประชากร	ความหนาแน่นของ ประชากร : ตร.กม.	ระยะทาง ห่างจากจังหวัด(กม.)
1	เมือง	1,480	123,560	83.49	0.1
2	นาดัว	590	26,432	44.80	37
3	เชียงคาน	867	60,828	70.16	48
4	ปากชม	957	42,276	44.18	92
5	ด่านซ้าย	1,731	51,693	29.86	82
6	นาแห้ว	628	11,689	18.61	117
7	ภูเรือ	880	22,587	25.67	49
8	ท่าลี่	683	27,932	40.90	46
9	วังสะพุง	1,166	111,116	95.30	22
10	ภูกระดึง	842	34,526	41.00	74
11	ภูหลวง	595	25,046	42.09	50
12	ผาขาว	463	42,055	90.83	63
13	เอราวัณ	240	34,004	141.68	42
14	หนองหิน	302	24,988	82.74	47
	รวม	11,424	638,732	55.91	

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ข้อมูลประชากร

จังหวัดเลย ในปี 2565 มีประชากรทั้งหมด 638,732 คน เป็นชาย 319,949 คน ร้อยละ 50.09 และ หญิง 318,783 คน ร้อยละ 49.91 ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 50 - 54 ปี จำนวน 53,334 คน คิดเป็นร้อยละ 8.35 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 45-49 ปี จำนวน 50,334 คน คิดเป็นร้อยละ 7.88 และ 40-44 ปี จำนวน 49,120 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนประชากรจำแนกเพศละกลุ่มอายุ จังหวัดเลย ปี 2565

ลำดับ	กลุ่มอายุ (ปี)	ชาย(คน)	ร้อยละ	หญิง(คน)	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
1	0-5	15,395	2.41	14,461	2.26	29,856	4.67
2	5-9	18,651	2.92	17,388	2.72	36,039	5.64
3	10-14	19,207	3.01	18,505	2.89	37,712	5.90
4	15-19	19,564	3.06	18,604	2.91	38,168	5.98
5	20-24	19,759	3.09	18,944	2.97	38,703	6.06
6	25-29	22,565	3.53	21,855	3.42	44,420	6.95
7	30-34	22,583	3.54	21,323	3.34	43,906	6.87
8	35-39	23,277	3.64	22,483	3.52	45,760	7.16
9	40-44	24,808	3.88	24,312	3.80	49,120	7.69
10	45-49	25,036	3.92	25,298	3.96	50,334	7.88
11	50-54	26,450	4.14	26,884	4.21	53,334	8.35
12	55-59	23,936	3.75	24,759	3.88	48,695	7.62
13	60-64	19,633	3.07	20,716	3.24	40,349	6.32
14	65-69	14,803	2.32	15,514	2.43	30,317	4.75
15	70-74	10,632	1.66	11,348	1.78	21,980	3.44
16	75-79	6,756	1.06	7,524	1.18	14,280	2.24
17	80+	6894	1.08	8,865	1.39	15,759	2.47
	รวม	319,949	50.09	318,783	49.91	638,732	100.00

ที่มา : ทะเบียนประชากรกลางปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย 31 ธันวาคม 2566

ตารางที่ 4 จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำแนกรายอำเภอ จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2566

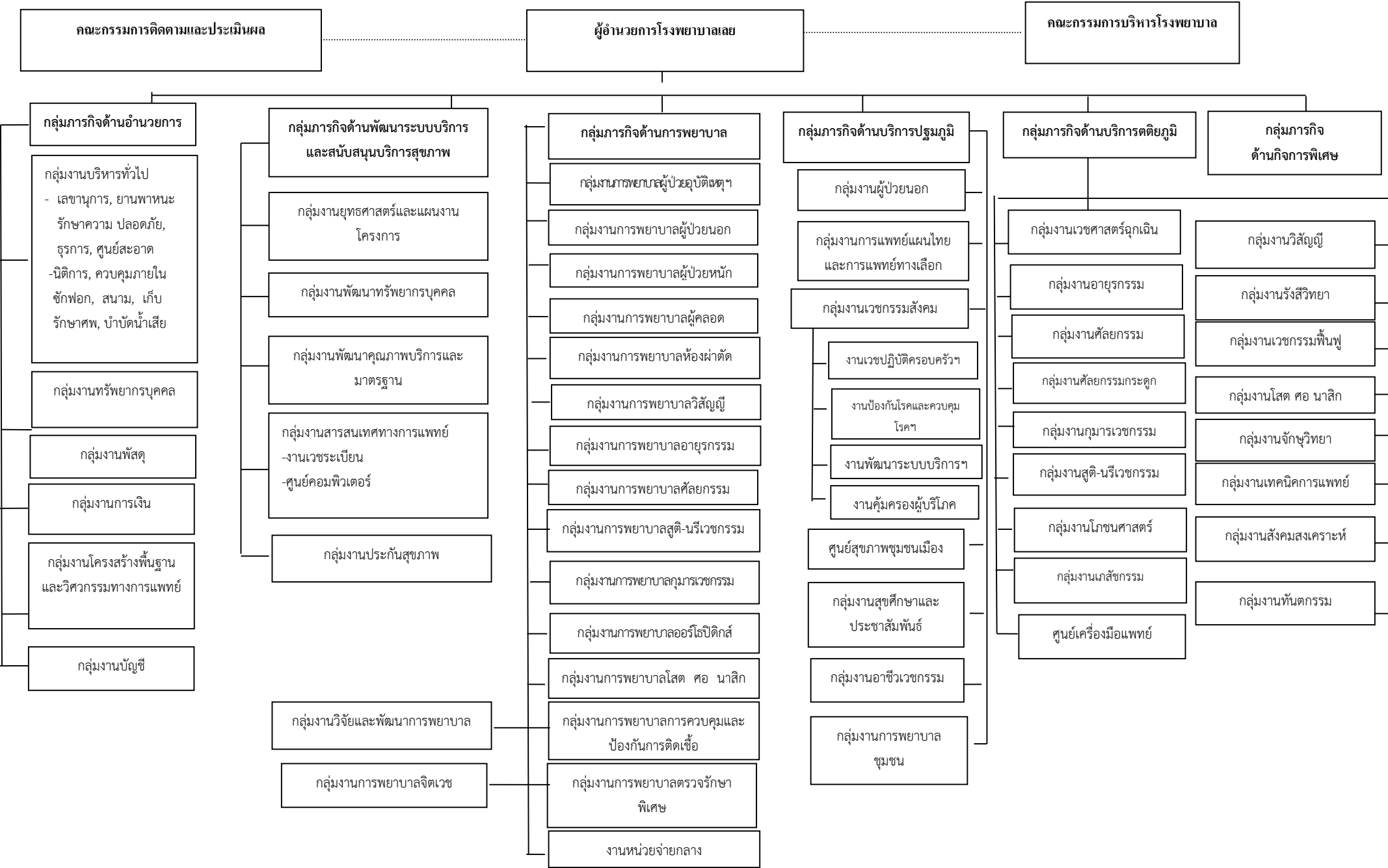
ลำดับ	อำเภอ	รพท./รพช.						รพ.สต. ขนาด ใหญ่ (แห่ง)	รพ.สต. ขนาด กลาง (แห่ง)	รพ.สต. ขนาดเล็ก (แห่ง)
		จำนวน เตียง	ระดับเครือข่ายบริการตาม service							
			S	M2	F1	F2	F3			
1	เมือง	450	/					2	13	4
2	วังสะพุง	90			/			2	13	2
3	ด่านซ้าย	60		/				-	5	8
4	เชียงคาน	60				/		-	7	7
5	นาด้วง	30				/		-	2	3
6	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. 2566

ลำดับ	หน่วยงาน	ลำดับ	หน่วยงาน
กลุ่มภารกิจอำนวยการ		กลุ่มภารกิจยุติ/ตติยกรรม	
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	48	หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมหญิง 1
	12.2 ศูนย์คอมพิวเตอร์	49	หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมหญิง 2
13	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	50	หอผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ
14	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ	51	หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม
15	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล	52	หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์อาหาร
16	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	53	หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหญิง
กลุ่มภารกิจยุติ/ตติยกรรม		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 2566

ลำดับ	หอผู้ป่วย	จำนวนเตียง(ตามกรอบ)			จำนวนเตียง(ตามจริง)		
		สามัญ	พิเศษ	รวม	สามัญ	พิเศษ	รวม
1	แผนกอายุรกรรม						
	1.1 อายุรกรรมชาย 1	30	-	30	45	-	45
	1.2 สงฆ์บุรพาจารย์ ชั้น (อช 2)	30	-	30	33	-	33
	1.3 อายุรกรรมหญิง 1	30	-	30	38	-	38
	1.4 สงฆ์บุรพาจารย์ชั้น 3 (อญ 2)	26	-	26	25	-	25
	1.5 สงฆ์บุรพาจารย์ชั้น 5	-	13	13	-	13	13
	1.6 สงฆ์บุรพาจารย์ชั้น 6 (สงฆ์)	-	12	12	-	12	12
2	แผนกศัลยกรรม						
	2.1 ศัลยกรรมชาย1	25	5	30	37	5	42
	2.2 ศัลยกรรมชาย2	25	5	30	30	5	35
	2.3 ศัลยกรรมหญิง	25	5	30	47	5	52
	2.4 ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	25	5	30	29	3	32
	2.5 ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	30	-	30	42	-	42
	2.6 พิเศษศัลยกรรม (60ปี ขึ้น 5)	-	13	13	-	13	13
	2.7 ตึกพิเศษกุมารเวชกรรม-ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (60ปี ขึ้น 6)	-	13	13	-	13	13
3	แผนกกุมารเวชกรรม						
	3.1 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมติดเชื้อ	30	-	30	16	-	16
	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	18	-	18
	5.2 สงฆ์บุรพาจารย์ชั้น 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	10	10	12	
5	ห้อง x - ray	2	4	4	
6	ห้องคลอด	2	4	4	
7	ห้องรอกคลอด	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

		2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)
ผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก	ครั้ง	463,268	444,458	436,801	473,712	121,224
	เฉลี่ยวันละ	1,620	1,554	1,527	1,656	1,695
ผู้ป่วยในตลอดปี	ราย	43,954	39,931	38,631	42,850	11,112
วันนอนรักษา	วัน	181,000	160,777	161,928	172,423	42,507
เฉลี่ยวันละ	ราย	496	440	444	472	466
นอนคนละ	วัน	4.12	4.03	4.19	4.02	3.83
อัตราการครองเตียง *		123.35	97.89	98.59	104.98	103.52
จำนวนผู้ป่วยในตาย	ราย	931	915	937	1,143	283
อัตราผู้ป่วยในตาย	ราย	2.1181	2.2915	2.4255	2.6674	2.5468
ผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน	ครั้ง	55,887	48,398	43,386	43,310	12,771
	เฉลี่ยวันละ	153	132	119	119	139
อุบัติเหตุ	ครั้ง	14,879	12,685	11,868	11,376	3,075
เฉลี่ยวันละ	ราย	40	35	33	31	33

* หมายเหตุ: อัตราการครองเตียง ปีงบประมาณ 2563 (ขยายเตียงตามกรอบเป็น 450 เตียง)

สถิติเปรียบเทียบผู้ป่วยนอก แยกตามแผนก ปีงบประมาณ 25560- 2566

แผนก		2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)
อายุรกรรม	ราย	186,948	186,629	206,252	242,920	54,905
	%	40.35	41.99	47.22	51.28	45.29
ศัลยกรรม	ราย	104,698	99,285	81,646	89,398	22,364
	%	22.60	22.34	18.69	18.87	18.45
ศัลยกรรมกระดูก	ราย	43,394	39,762	40,353	40,420	10,056
	%	9.37	8.95	9.24	8.53	8.30
สูติกรรม	ราย	16,175	12,517	13,877	12,014	2,905
	%	3.49	2.82	3.18	2.54	2.40
นรีเวชกรรม	ราย	10,996	9,420	8,900	9,422	2,781
	%	2.37	2.12	2.04	1.99	2.29
กุมารเวชกรรม	ราย	29,127	22,560	16,600	10,359	3,764
	%	6.29	5.08	3.80	2.19	3.10
จักษุ	ราย	17,037	18,530	19,302	21,870	5,758
	%	3.68	4.17	4.42	4.62	4.75
หู คอ จมูก	ราย	15,701	13,973	13,073	14,411	4,002
	%	3.39	3.14	2.99	3.04	3.30
ทันตกรรม	ราย	39,192	41,782	36,798	32,898	14,689
	%	8.46	9.40	8.42	6.94	12.12
เฉลี่ยผู้ป่วยนอกรับบริการวันละ		1,620	1,554	1,527	1,656	1,695

สถิติเปรียบเทียบผู้ป่วยใน แยกตามแผนก ปีงบประมาณ 2561- 2566

แผนก	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)
อายุรกรรม %	14,109 32.10	13,706 34.32	13,994 36.22	15,213 35.50	3,653 32.87
ศัลยกรรม %	10,118 23.02	10,503 26.30	9,794 25.35	11,766 27.46	2,960 26.64
ศัลยกรรมกระดูก %	3,701 8.42	2,658 6.66	2,673 6.92	3,115 7.27	891 8.02
กุมารเวชกรรม%	6,225 14.16	5,150 12.90	4,181 10.82	4,220 9.85	1,337 12.03
สูติกรรม %	5,863 13.34	882 8.44	3,273 8.47	3,229 7.54	808 7.27
นรีเวชกรรม %	1,377 3.13	432 4.13	1,735 4.49	1,785 4.17	520 4.68
หุ คอ จมูก %	1,153 2.62	884 2.21	898 2.32	1,020 2.38	285 2.56
จักษุ %	1,408 3.20	1,782 4.46	2,083 5.39	2,502 5.84	658 5.92
เฉลี่ยผู้ป่วยในรับบริการวันละ(ราย)	496	440	444	472	466

ค่า CMI ของโรงพยาบาลเลย ประจำปีงบประมาณ 2560 - 2566

ปีงบประมาณ	ค่า CMI
2559	1.3723
2560	1.4383
2561	1.4172
2562	1.4054
2563	1.4956
2564	1.5332
2565	1.4955
2566(ต.ค.-ธ.ค.2565)	1.4947

ค่า CMI แยกตามสิทธิรักษาการพยาบาลของโรงพยาบาลเลยปีงบประมาณ 2560 – 2566

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	1.1394	1.4713	1.5108	1.7170
2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	1.2706	1.5627	1.4644	1.5406

รายงานค่า RW ผู้ป่วยในรับการรักษาโรงพยาบาลเลย จากต่างอำเภอ ปีงบประมาณ 2560- 2566

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	รวมทั้งหมด	อำเภอเมือง	ต่างอำเภอ	อื่นๆ
Adj.RW < 0.5	7,488	3,178	3,628	682
Adj.RW 0.5 -3.9999	32,990	10,466	20,113	2,411
Adj.RW >=4.0	2,372	523	1,688	161
ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	รวมทั้งหมด	อำเภอเมือง	ต่างอำเภอ	อื่นๆ
Adj.RW < 0.5	2,124	882	1,003	239
Adj.RW 0.5 -3.9999	8,414	2,534	5,111	769
Adj.RW >=4.0	576	145	391	40

10 อันดับโรคแรกผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2564 -2566

ลำดับ	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	
	โรค	จำนวน (ครั้ง)	โรค	จำนวน (ครั้ง)	โรค	จำนวน (ครั้ง)
1	(I10-I159) Hypertensive diseases	36,702	(I10-I159) Hypertensive diseases	35,686	(I10-I159) Hypertensive diseases	9,572
2	(K00-K149) Diseases of oral cavity, salivary glands and jaws	30,695	(E10-E149) Diabetes mellitus (DM)	26,179	(K00-K149) Diseases of oral cavity, salivary glands and jaws	7,180
3	(E10-E149) Diabetes mellitus (DM)	25,905	(K00-K149) Diseases of oral cavity, salivary glands and jaws	20,082	(E10-E149) Diabetes mellitus (DM)	6,407
4	(E780-E789) Disorder of lipoprotein metabolism and other lipidaemias	16,737	(E780-E789) Disorder of lipoprotein metabolism and other lipidaemias	17,720	(N180-N189) Chronic kidney disease	4,976
5	(N180-N189) Chronic kidney disease	9,432	(D60-D649) Aplastic and other Anaemias	11,790	(E780-E789) Disorder of lipoprotein metabolism and other lipidaemias	4,450
6	(R100-R1049) Abdominal and pelvic pain	6,821	(N180-N189) Chronic kidney disease	9,955	(J00-J069) Acute upper respiratory infection	2,778
7	(C00-C97) Malignant neoplasms	6,792	(J00-J069) Acute upper respiratory infection	9,905	(D60-D649) Aplastic and other Anaemias	2,700
8	(B20-B24) Human immunodeficiency virus(HIV) disease	5,709	(C00-C97) Malignant neoplasms	7,074	(C00-C97) Malignant neoplasms	2,293
9	(I20-I259) Ischemic heart disease	5,366	(R100-R1049) Abdominal and pelvic pain , Functional Dyspepsia	6,643	(I60-I699) Cerebrovascular diseases	1,925
10	(B15-B199)Viral hepatitis	5,208	(I60-I699) Cerebrovascular diseases	6,629	(R100-R1049) Abdominal and pelvic pain , Functional Dyspepsia	1,564

10 อันดับโรคแรกผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2564 – 2565

ลำดับ	ปี 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	
	โรค	จำนวน (ราย)	โรค	จำนวน (ราย)	โรค	จำนวน (ราย)
1	โรคมะเร็ง (C00-C99)	1,865	โรคปอดบวมPneumonia (J12 - J18)	2,261	อุบัติเหตุจากรถ (V01- V99)	657
2	อุบัติเหตุจากรถ (V01- V99)	1,810	ทาลัสซีเมีย (Thalassaemia)(D56)	2,010	ทาลัสซีเมีย (Thalassaemia)(D56)	534
3	โรคหลอดเลือดในสมอง (Cerebrovascular disease I60-I69)	1,773	โรคมะเร็ง (C00-C99)	1,981	โรคปอดบวมPneumonia (J12 - J18)	521
4	ทาลัสซีเมีย (Thalassaemia)(D56)	1,946	ต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract) (H25-H26)	1,770	โรคมะเร็ง (C00-C99)	512
5	ต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract) (H25-H26)	1,449	โรคหลอดเลือดในสมอง (Cerebrovascular disease I60-I69)	1,629	ต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract) (H25-H26)	466
6	โรคปอดบวมPneumonia (J12 - J18)	1,489	โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) (B20 -B24)	1,587	โรคหลอดเลือดในสมอง (Cerebrovascular disease I60-I69)	435
7	โรคไส้ติ่ง (Disease of Appendix) (K35 – K38)	1,001	โรคปอดบวมPneumonia (J12 - J18)	1,544	โรคไส้ติ่ง (Disease of Appendix) (K35 – K38)	266
8	ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure (N18 - N19)	887	โรคไส้ติ่ง (Disease of Appendix) (K35 – K38)	1,051	ลำไส้อักเสบและท้องร่วง(Diarrhea and Gastroenteritis) (A04,A05,A084,A09)	228
9	ลำไส้อักเสบและท้องร่วง(Diarrhea andGastroenteritis)(A04,A05,A084,A09)	719	ลำไส้อักเสบและท้องร่วง(Diarrhea and Gastroenteritis)(A04,A05,A084,A09)	886	ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure (N18 - N19)	220
10	โรคหัวใจขาดเลือด (IHD I20 - I25)	469	ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure (N18 - N19)	819	โรคหัวใจขาดเลือด (IHD I20 - I25)	115

10 อันดับสาเหตุการตายปีงบประมาณ 2564 – 2565

ลำดับ	ปี 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	โรคปอดบวมPneumonia (J12 - J18)	210	โรคปอดบวมPneumonia (J12 - J18)	303	โรคปอดบวมPneumonia (J12 - J18)	87
2	โรคหลอดเลือดในสมอง (Cerebrovascular disease I60-I69)	83	โรคหลอดเลือดในสมอง (Cerebrovascular disease I60-I69)	100	โรคหลอดเลือดในสมอง (Cerebrovascular disease I60-I69)	31
3	โรคมะเร็ง (C00-C99)	72	โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) (B20 -B24)	82	โรคมะเร็ง (C00-C99)	14
4	อุบัติเหตุจราจร (V01- V99)	36	โรคมะเร็ง (C00-C99)	68	ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure (N18 - N19)	10
5	โรคหัวใจขาดเลือด (IHD I20 - I25)	27	อุบัติเหตุจราจร (V01- V99)	37	อุบัติเหตุจราจร (V01- V99)	8
6	โรคปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD)(J44)	26	โรคหัวใจขาดเลือด (IHD I20 - I25)	36	ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) (N390)	8
7	เลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ (K922)	25	ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure (N18 - N19)	32	โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) (B20 -B24)	7
8	ลำไส้อักเสบและท้องร่วง(Diarrhea and Gastroenteritis) (A04,A05,A084,A09)	21	โรคปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD)(J44)	29	เลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ (K922)	7
9	ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure (N18 - N19)	20	เลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ (K922)	26	โรคหัวใจขาดเลือด (IHD I20 - I25)	5
10	ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) (N390)	19	ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) (N390)	22	โรคปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD)(J44)	4

10 อันดับอัตราป่วยตาย ณ โรงพยาบาลเลย ประจำปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	โรค	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนตาย	อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)
1	โรคปอดบวมPneumonia (J12 - J18)	1,544	303	19.62
2	โรคหลอดเลือดในสมอง (Cerebrovascular disease I60-I69)	1,629	100	6.14
3	โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) (B20 -B24)	1,587	82	5.17
4	โรคมะเร็ง (C00-C99)	1,981	68	3.43
5	อุบัติเหตุจราจร (V01- V99)	2,261	37	1.64
6	โรคหัวใจขาดเลือด (IHD I20 - I25)	461	36	4.40
7	ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure (N18 - N19)	819	32	3.91
8	โรคปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)(J44)	303	29	9.57
9	เลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ (K922)	356	26	7.30
10	ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) (N390)	299	22	7.36

รายงานสถานการณ์ข้อมูล Refer โรงพยาบาลเลยประจำปีงบประมาณ 2565

รายงานการส่งต่อ	ข้อมูลการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย ประจำปีงบประมาณ 2565					
สถานพยาบาล	Refer In			Refer Out		
	OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
CUP เมือง และ CUP ในจังหวัด	900	86	986	1	3	4
โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด	11,488	13,153	24,641	4,961	1,196	6,157
สถานพยาบาลอื่นๆในจังหวัด	171	203	374	1,766	198	1,964
สถานพยาบาลระดับต่ำกว่านอกจังหวัด	0	2	2	0	0	0
สถานพยาบาลระดับสูงกว่า ในเขต	38	39	77	2,345	736	3,081
สถานพยาบาลระดับสูงกว่า นอกเขต	43	41	84	2,216	721	2,865
รวม	12,640	13,524	26,164	11,289	2,854	1,4071

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
สถานพยาบาลอื่น ๆในจังหวัด	หมายรวมถึง	รพ.เมืองเลยราม, รพ.ค่ายศรีสองรัก, รพ.จิตเวชเลย และสถานพยาบาลอื่น ๆ (นอกเหนือจากที่กล่าวถึง)

ข้อมูลการรับ - ส่งต่อของ CUP เมืองและ CUP ในจังหวัด

รายงานการส่งต่อประจำเดือน	รหัส	ข้อมูลการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ประจำปีงบประมาณ 2565					
		Refer in			Refer back		
		OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
สถานพยาบาล							
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ	4665	106	11	117	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำภู	4666	65	6	71	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาอ้อ	4667	2	3	5	1	0	1
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกกตู	4668	41	4	45	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งป่าต้ว	14352	29	3	32	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่ม่วง	4669	16	0	16	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนป่าแดง	4670	72	4	76	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่ทาม	4671	40	11	51	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาอาน	4672	53	0	53	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น	4673	30	3	33	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา	4674	85	12	97	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผำ	4675	36	0	36	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจริญสุข	4676	53	0	53	0	2	2
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสุข	4678	52	2	54	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้างปลา	4679	48	3	51	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแหม	4680	39	7	46	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากหมาก	4681	27	6	33	0	0	0
รพ.สต.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย กระทิง	4682	106	11	117	0	1	1
รวม		900	86	986	1	3	4

ข้อมูลการรับ - ส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด

รายงานการส่งต่อประจำเดือน	รหัส	ข้อมูลการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ประจำปีงบประมาณ 2565					
		Refer In			Refer Back		
		OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
สถานพยาบาล							
โรงพยาบาลเชียงคาน	11031	1492	2070	3562	742	189	931
โรงพยาบาลท่าลี่	11035	873	970	1843	241	75	316
โรงพยาบาลนาด้วง	11030	718	772	1490	358	76	434
โรงพยาบาลนาแห้ว	11033	326	267	593	110	10	120
โรงพยาบาลปากชม	11032	939	972	1911	327	70	397
โรงพยาบาลผาขาว	11039	1023	1103	2126	412	124	536
โรงพยาบาลภูกระดึง	11037	814	750	1564	282	74	356
โรงพยาบาลภูเรือ	11034	413	558	971	211	55	266
โรงพยาบาลภูหลวง	11038	554	820	1374	264	89	353
โรงพยาบาลวังสะพุง	11036	1601	1792	3393	879	135	1014
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ด่านซ้าย	11447	1066	1004	2070	414	109	523
โรงพยาบาลหนองหิน	28861	625	644	1269	245	61	306
โรงพยาบาลเอราวัณ	14133	1044	1431	2475	476	129	605
รวม		11,488	13,153	24,641	4,961	1,196	6,157

ข้อมูลการรับ - ส่งต่อของสถานพยาบาลอื่น ๆ

รายงานการส่งต่อประจำเดือน	รหัส	ข้อมูลการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ประจำปีงบประมาณ 2565					
		Refer In			Refer Out		
		OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
สถานพยาบาล							
รพ. ค่ายศรีสองรัก	11502	28	31	59	5	2	7
รพ. จิตเวชเลยราชนครินทร์	14644	115	33	148	1,755	195	1,950
รพ. เมืองเลยราม	11955	28	139	167	6	4	7
รวม		171	203	374	1,766	198	1,964

ข้อมูลการรับ - ส่งต่อของสถานพยาบาลระดับต่ำกว่านอกจังหวัด

รายงานการส่งต่อประจำเดือน	รหัส	ข้อมูลการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ประจำปีงบประมาณ 2565					
สถานพยาบาล		Refer In			Refer Out		
		OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
รพช.และรพ.สต.นอกจังหวัด		0	2	2	0	0	0
รวม		0	2	2	0	0	0

ข้อมูลการรับ - ส่งต่อของสถานพยาบาลในเขต

รายงานการส่งต่อประจำเดือน	รหัส	ข้อมูลการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ประจำปีงบประมาณ 2565					
สถานพยาบาล		Refer In			Refer Out		
		OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
โรงพยาบาลนครพนม	10711	0	0	0	3	0	3
โรงพยาบาลมะเร็ิงอุดรธานี	12276	7	0	7	470	43	513
โรงพยาบาลสกลนคร	10710	0	0	0	14	4	18
โรงพยาบาลหนองคาย	10706	0	0	0	0	1	1
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	10704	0	1	1	13	3	16
โรงพยาบาลอุดรธานี	10671	31	38	69	1,845	685	2,530
รวม		38	39	77	2,345	736	3,081

ข้อมูลการรับ - ส่งต่อของสถานพยาบาลนอกเขต

รายงานการส่งต่อประจำเดือน	รหัส	ข้อมูลการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ประจำปีงบประมาณ 2565					
สถานพยาบาล		Refer In			Refer Out		
		OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
รพ.ศูนย์ขอนแก่น	10670	1	1	2	58	3	61
รพ.ศรีนครินทร์	13777	36	22	58	2,368	255	2,575
ศูนย์หัวใจสิริกิติ์	14584	3	2	5	503	46	536
สถานพยาบาลสูงกว่าอื่นๆ (นอกเขต)		42	40	82	2,158	718	2,804
รวม		43	41	84	2,216	721	2,865

รายงานข้อมูลการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย (Refer In)
ประจำปีงบประมาณ 2565

รายงาน 10 ลำดับ Refer In

ลำดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	I64	Stroke, not specified as hemorrhaged or infarction	60
2	K358	Acute appendicitis, other and unspecified	36
3	K922	Gastrointestinal hemorrhaged, unspecified	26
4	S099	Unspecified injury of head	21
5	N200	Calculus of kidney	21
6	J189	Pneumonia, unspecified	20
7	S663	Injury of extensor muscle and tendon of other finger at wrist and hand level	13
8	R1049	Abdominal pain, unspecified	10
9	N63	Unspecified lump in breast	10
10	Z348	Supervision of other normal pregnancy	10

รายงานข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย (Refer out) ประจำปีงบประมาณ 2565

1.1 รายงาน 10 อันดับกลุ่มโรคส่งต่อ ผู้ป่วยนอก (Refer out OPD)

ลำดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	F2000	Paranoid schizophrenia, Continuous	151
2	N185	Chronic kidney disease, stage 5	148
3	F419	Anxiety disorder, unspecified	98
4	I214	Acute subendocardial myocardial infarction	67
5	F3210	Moderate depressive episode, Without somatic symptoms	66
6	F1550	Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine - Caffeine psychotic disorder - Other stimulants including caffeine, Psychotic disorder, Schizophrenia-like	59
7	C509	Breast malignant neoplasm, unspecified	56
8	Z016	Radiological examination, not elsewhere classified	56
9	F410	Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety]	52
10	I259	Chronic ischemic heart disease, unspecified	45

1.2 รายงาน 10 อันดับกลุ่มโรคส่งต่อผู้ป่วยใน (Refer out IPD)

ลำดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	I214	Acute subendocardial myocardial infarction	32
2	N189	Chronic renal failure, unspecified	15
3	I620	Subdural hemorrhage (acute)(nontraumatic)	12
4	D431	Brain neoplasm, infratentorial	9
5	I633	Cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries	7
6	I64	Stroke, not specified as hemorrhage or infarction	7
7	C509	Breast malignant neoplasm, unspecified	7
8	C349	Bronchus or lung malignant neoplasm, unspecified	7
9	H160	Keratitis - Corneal ulcer	7
10	J90	Pleural effusion, not elsewhere classified	6

2. รายงาน 5 อันดับสถานพยาบาลส่งต่อผู้ป่วย (Refer out)

ลำดับ	รหัส	สถานพยาบาล	จำนวน
1	13777	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	2,575
2	10671	โรงพยาบาลอุดรธานี	2,530
3	14644	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	1,950
4	14584	ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ม.ขอนแก่น	536
5	12276	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	513

3. รายงาน 10 อันดับโรคส่งต่อ Refer out แยกตามสถานพยาบาล

Refer out โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อันดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	N185	Chronic kidney disease, stage 5	58
2	B182	Chronic viral hepatitis C	37
3	M329	Systemic lupus erythematosus, unspecified	35
4	Z016	Radiological examination, not elsewhere classified	35
5	B1819	Chronic hepatitis B unspecified delta agent status	27
6	C220	Liver cell carcinoma	24
7	Z760	Issue of repeat prescription	19
8	E059	Thyrotoxicosis, unspecified	18
9	I738	Other specified peripheral vascular diseases	17
10	S065	Intracranial injury - Traumatic subdural hemorrhage	11

Refer out โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

อันดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	F2000	Paranoid schizophrenia, Continuous	152
2	F419	Anxiety disorder, unspecified	98
3	F3210	Moderate depressive episode, Without somatic symptoms	66
4	F1550	Other stimulants including caffeine, Psychotic disorder, Schizophrenia-like	57
5	F410	Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety]	52
6	F3200	Mild depressive episode, Without somatic symptoms	39
7	F412	Mixed anxiety and depressive disorder	39
8	F1525	Other stimulants including caffeine, Dependence syndrome, Continuous use	38
9	F1025	Alcohol, Dependence syndrome, Continuous use	37
10	F341	Dysthymia	30

Refer Out โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

อันดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	I214	Acute subendocardial myocardial infarction	82
2	N185	Chronic kidney disease, stage 5	79
3	I620	Subdural hemorrhage (acute)(nontraumatic)	64
4	C56	Malignant neoplasm of ovary	34
5	I64	Stroke, not specified as hemorrhage or infarction	34
6	I210	Acute transmural myocardial infarction of anterior wall	26
7	S065	Traumatic subdural hemorrhage	26
8	C349	Bronchus or lung malignant neoplasm, unspecified	22
9	S064	Epidural hemorrhage	21
10	I211	Acute transmural myocardial infarction of inferior wall	16
11	I420	Cardiomyopathy - Dilated cardiomyopathy	14

Refer out ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ม.ขอนแก่น

อันดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	I259	Chronic ischemic heart disease, unspecified	31
2	I738	Other specified peripheral vascular diseases	25
3	I489	Atrial fibrillation and atrial flutter, unspecified	18
4	I214	Acute subendocardial myocardial infarction	13
5	I420	Dilated cardiomyopathy	12
6	I255	Ischemic cardiomyopathy	12
7	I471	Supraventricular tachycardia	10
8	I050	Mitral stenosis	10
9	I500	Congestive heart failure	8
10	I350	Aortic (valve) stenosis	7

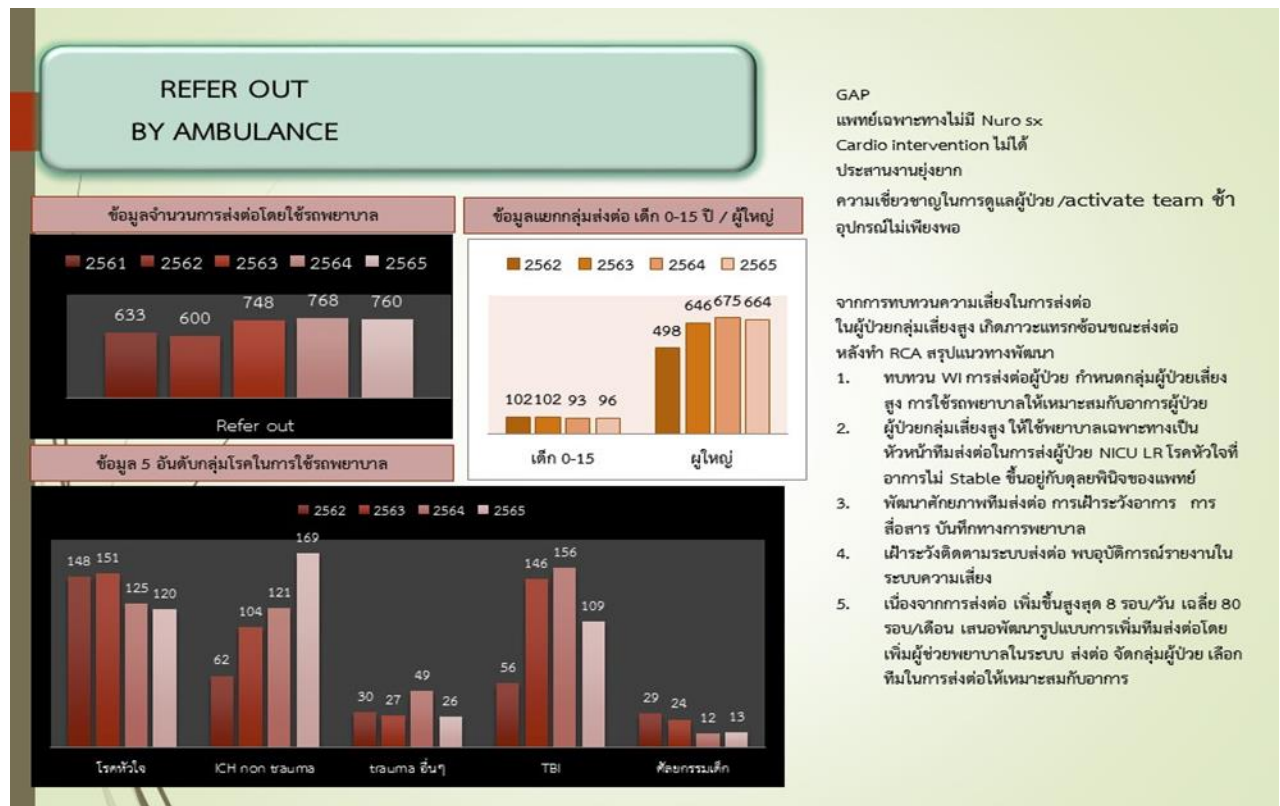
Refer Out โรงพยาบาลศูนย์มะเร็งอุดรธานี

อันดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	C509	Breast malignant neoplasm, unspecified	48
2	C20	Malignant neoplasm of rectum	8
3	Z016	Radiological examination, not elsewhere classified	6
4	Z016	Radiological examination, not elsewhere classified	6
5	C73	Malignant neoplasm of thyroid gland	5
6	C189	Colon malignant neoplasm, unspecified	4
7	C539	Cervix uteri malignant neoplasm, unspecified	4
8	E059	Thyrotoxicosis, unspecified	4
9	C187	Sigmoid colon malignant neoplasm	3
10	C541	Endometrium malignant neoplasm	3

รายงาน 10 อันดับกลุ่มโรคส่งต่อ นอกเขต (Refer out นอกเขต)

ลำดับ	รหัสโรค	ICD Name	จำนวน
1	N185	Chronic kidney disease, stage 5	74
2	B182	Chronic viral hepatitis C	31
3	M329	Systemic lupus erythematosus, unspecified	29
4	B1819	Chronic viral hepatitis - Chronic viral hepatitis B without delta-agent - Chronic hepatitis B unspecified delta agent status	29
5	I738	Other peripheral vascular diseases - Other specified peripheral vascular diseases	31
6	I259	Chronic ischemic heart disease, unspecified	37
7	C220	Liver cell carcinoma	24
8	I489	Atrial fibrillation and atrial flutter, unspecified	19
9	G409	Epilepsy - Epilepsy, unspecified	10
10	E059	Thyrotoxicosis, unspecified	20

ส่งต่อโดยรถพยาบาล ปีงบประมาณ 2565



ข้อมูลอัตรากำลัง (ข้อมูล ณ 17 กุมภาพันธ์ 2566)

ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติจริง				ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติจริง			
	ข้าราชการ	พนักงานราชการ	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานกระทรวงฯ		ข้าราชการ	พนักงานราชการ	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานกระทรวงฯ
1. แพทย์ (ไม่รวม ผอ.)					9. นักกิจกรรมบำบัด	1	-	-	1
- อายุรศาสตร์ทั่วไป	6	-	-	-	10. แพทย์แผนไทย	3	-	-	
-อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร	2	-	-	-	11. นักวิชาการสาธารณสุข	15	-	-	3
-อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	1	-	-	-	12. นักโภชนาการ	2	-	-	
-อายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม	1	-	-	-	13. นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	2	-	-	
-อายุรศาสตร์โรคไต	1	-	-	-	14. นักสังคมสงเคราะห์	2	-	-	1
- ตจวิทยา	1	-	-	-	15. จพ.ทันตสาธารณสุข	3	-	-	
- ศัลยศาสตร์	5	-	-	-	16. เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	20	-	-	1
- ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	2	-	-	-	17. จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์	8	-	-	-
- ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	5	-	-	-	18. จพ.รังสีการแพทย์	3	-	-	-
- สูตินารีเวชศาสตร์	7	-	-	-	19. จพ.เวชสถิติ	4	-	-	-
- กุมารเวชศาสตร์	5	-	-	-	20. จพ.พัสดุ	1	2	-	1
- วิสัญญีวิทยา	2	-	-	-	21. จพ.เวชกิจฉุกเฉิน	6	1	-	10
- ศัลยกรรมตกแต่ง	1	-	-	-	22. จพ.ธุรการ	3	-	-	-
- จักษุวิทยา	4	-	-	-	23. จพ.การเงินและบัญชี	2	3	-	3
-จักษุวิทยาโรคจอตาและวุ้นตา	1	-	-	-	24. จพ.โสตทัศนศึกษา	1	4	-	4
- โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา	3	-	-	-	25. นักวิชาการคอมพิวเตอร์	7		-	1
- เวชศาสตร์ฉุกเฉิน+นิติเวช	6	-	-	-	26. นวก.สถิติ	1	1	-	-
- รังสีวิทยาวินิจฉัย	3	-	-	-	27. นักจัดการทั่วไป	1		-	-
- พยาธิวิทยาคลินิก	1	-	-	-	28.. ช่างกายอุปกรณ์	1		-	-
- เวชศาสตร์ครอบครัว/ทั่วไป	3	-	-	-	29. นักทรัพยากรบุคคล	3	1	-	1
-เวชศาสตร์ฟื้นฟู	2	-	-	-	30. นักวิชาการเงินและบัญชี	1	5	-	1
-แพทย์ทั่วไป	1	-	-	-	31. บรรณารักษ์	-	1	-	-
- แพทย์ใช้ทุน	15	-	-	-	32. นายช่างเทคนิค	-	6	-	-
รวม	78	-	-	-	33. นักวิชาการพัสดุ	-	3	-	-
2. ทันตแพทย์	13	-	-	-	34. นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	-	1	-	-
3. เภสัชกร	27	5	-	-	35. วิศวกรไฟฟ้า/โยธา	-	2	-	-
4. พยาบาลวิชาชีพ	490	-	-	39	36. นิติกร	-	2	-	-
5. พยาบาลเทคนิค	1	-	-		37. โภชนาการ	1		-	-
6. นักเทคนิคการแพทย์	23	2	-	3	38. นักจิตวิทยา	-	1	-	-
7. นักกายภาพบำบัด	7	2	-	1	39. จพ.เครื่องคอมพิวเตอร์	-	1	-	-
8. นักรังสีการแพทย์	5				40. เจ้าหน้าที่อื่นๆ			17	557
รวมข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราว/พนักงานกระทรวงฯ						735	43	17	629
รวมเจ้าหน้าที่ทั้งหมด									

ข้อมูลทางการเงิน

ประเภทงบประมาณ	จำนวนงบประมาณ (บาท)			
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
*งบดำเนินการ (เงินบำรุง)	719,870,852.90	789,741,052.17	731,820,912.50	892,125,113.81
*งบลงทุน	31,317,525.48	46,293,618.12	85,454,605.26	27,154,456.02
*งบบุคลากร (งบประมาณ)	266,001,023.65	285,854,938.05	319,023,080.85	336,588,000.83
*งบรายจ่ายอื่นๆ	12,091,507.92	13,046,884.10	13,872,964.39	14,489,556.85
รวม	1,029,280,909.95	1,134,936,492.44	1,150,171,563.00	1,270,357,126.98

ตัวชี้วัดระดับความสำเร็จในการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลเลียบงบประมาณ 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
2564	1.35	1.22
2565	1.73	1.55

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
2564	731,820,912.50	785,212,256.30
2565	892,125,113.81	863,922,340.10

ตัวชี้วัดระดับความสำเร็จในการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลเลียบประมณ 2563-2565

รายปีงบประมาณ	Current Ratio ทุนหมุนเวียน	Quick Ratio ทุนหมุนเวียนเร็ว	Cash Ratio เงินสด/หนี้สิน	อัตรากำลังจาก การดำเนินงาน	อัตรากำลัง สุทธิ
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
พฤษภาคม 2565	1.64	1.45	0.44	-9.98	3.65
มิถุนายน 2565	1.67	1.48	0.36	-4.98	6.69
กรกฎาคม 2565	1.78	1.60	0.44	-2.32	8.67
สิงหาคม 2565	1.81	1.62	0.42	0.09	7.90
กันยายน 2565	1.73	1.55	0.47	-0.71	6.73
ตุลาคม 2565	1.99	1.77	0.65	20.88	21.94

หมายเหตุ ข้อมูลที่ได้มาจากการนำข้อมูลงบประมาณส่งกระทรวงฯ รายเดือนการประมวลผลจากโปรแกรมของ
กระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มงานประกันสุขภาพ)

สถานการณ์การเงิน รพ.เลย

ประจำปีงบประมาณ 2565	
เงินบำรุงคงเหลือ	151,592,235.17
หักงบลงทุน	9,924,577.54
เงินบำรุงคงเหลือ	141,667,657.63

หนี้สินเงินบำรุงประจำปี

ประจำปีงบประมาณ 2565	
- งบลงทุน	9,924,577.54
- ยา/เวชภัณฑ์มีไข้ยา/วัสดุวิทย์ฯ/วัสดุการแพทย์	181,087,084.46
- การค้า(ทั่วไป + พัสดุ + ครุภัณฑ์)	75,068,727.10
รวมหนี้คงเหลือ	266,080,389.10

มูลค่าคงคลัง ประจำปีงบประมาณ 2565

- ยา	30,596,857.18
- เวชภัณฑ์เภสัชกรรม	-
- วัสดุวิทยาศาสตร์	728,368.00
- วัสดุการแพทย์	15,858,830.81
- วัสดุทั่วไป	3,189,673.70
รวมมูลค่าคงคลัง	50,373,729.69

ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลคงเหลือประจำปีงบประมาณ 2565

- เบิกต้นสังกัด	1,082,428.25
- ค่าส่งตรวจ	3,552,079.05
- ค่าตรวจสุขภาพประจำปี	1,707,536.00
- พรบ.รถ	6,189,873.72
- เบิกคลัง	44,289,143.82
- อปท.	21,732,732.49
-UC	106,950,060.91
รวมรายได้ค้างรับ	185,503,854.24

กระทบยอดเงินรายเดือน ประจำปีงบประมาณ 2565

คงเหลือ ณ 30 กันยายน 2565	151,592,235.17
หักหนี้สินเงินบำรุง	266,080,389.10
บวก ลูกหนี้ค้างรับ (รายได้ค้างรับ)	185,503,854.24
เงินบำรุงคงเหลือสุทธิ	71,015,700.31

ส่วนที่ 2

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

Agenda Based

ประเด็นที่ 1 Health For Wealth

ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 1 Health For Wealth

หัวข้อ 1. กัญชาทางการแพทย์

ตัวชี้วัด: ร้อยละของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และการส่งเสริมงานวิจัยด้านกัญชา

1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา
กัญชาทางการแพทย์

1.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์

1.สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 การดำเนินงาน ปี 2565 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2564 พบว่า

- ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น
เป็นร้อยละ 2.73
- ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 65.42 (397 ราย)

1.2 ผลการวิจัยการใช้ยากัญชาในการรักษาอาการโรคมะเร็งที่รื้อรังโรงพยาบาลเลย พบว่า ยากัญชามีผลทำให้
คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น และคะแนนความรุนแรงของโรคมะเร็งที่รื้อรังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.กระบวนการดำเนินงาน

2.1 จัดบริการให้แพทย์แผนไทยร่วมออกตรวจและสั่งใช้ยากัญชาทางการแพทย์ในคลินิก palliative care

2.2 มีแผนจัดซื้อยากัญชาทางการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ 2566

2.3 เข้าร่วมงานวิจัยการใช้ยากัญชาในข้อบ่งใช้อื่น ๆ ของกรมแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก

3.ผลการดำเนินงาน (เปรียบเทียบกับปี 2564 ตามตัวชี้วัดของเขต 8)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.)
1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทาง การแพทย์	ร้อยละ 5	5	3.81
1.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ 50	232 คน	ลดลง 3.44 (112 คน)

แนวโน้มผลการดำเนินงาน ใน ปี 2566 พบว่า

- ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์แม้ยังไม่ถึง
เป้าหมาย แต่ข้อมูลในไตรมาสแรกของปี 2566 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

- ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทางหลอดเลือดดำในไตรมาสแรกของปี 2566 มีจำนวนมากกว่าปี 2564 (29 คน) เป็นอย่างมาก

4.ปัญหาอุปสรรค

- ความกังวลใจของผู้ป่วยสูงอายุ ต่อสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในระยะแรกที่มีการประกาศให้โรค COVID-19 เป็นเพียงโรคระบาดที่เฝ้าระวัง

5.แผนพัฒนา

2.1 เพิ่มช่องทางสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่พบแพทย์ออนไลน์ ในสถานการณ์ COVID-19

2.2 จัดระบบบริการให้แพทย์แผนไทยที่ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สามารถส่งยาต้านไวรัสในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ยาได้

ผู้รายงาน ญญ.อุโลลักษณ์ เทพวัลย์ เกษตรกรชำนาญการ

พท.วีระพล กรรณลา แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

โทร.097-306-9803

E-mail ulukj17@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 2 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หัวข้อ2. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด: 2.1 จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (จำนวน 3,500 หน่วย)

1.สถานการณ์

แผนการจัดตั้งการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองเลย จำนวน 12 ทีม ปี 2653-2565 มีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จำนวน 7 ทีม โดยขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 4 ทีม และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 3 ทีม ในปี 2566 รอบที่1 ขอขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 2 ทีม รอการประกาศการขึ้นทะเบียนทั้ง 2 ทีม

2.กระบวนการดำเนินงาน

PCU/NPCU ทุกแห่ง คปสอ.เมืองเลย สนับสนุนการจัดตั้งการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ และมีการพัฒนาคุณภาพสม่ำเสมอ โดยก่อนปี 2566 ใช้เกณฑ์คุณภาพรพ.สตติดดาว และในปี2566 ใช้เกณฑ์การพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ซึ่งอยู่ระหว่างการชี้แจงทางแนวทางจากทีมคณะกรรมการจังหวัดในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน นำร่องในการใช้เกณฑ์คุณภาพใน PCU/NPCU 9 ทีม โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในแต่ละหมวด เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินการตามเกณฑ์ นอกจากนี้ มีการจัดกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลังให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 19 แห่ง เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการ โอกาสพัฒนาต่างๆ ซึ่งจะทำให้ตอบสนอง แก้ไขปัญหาต่างๆในระดับพื้นที่ได้ตรงกับบริบทและเหมาะสม การพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยส่งอบรมระยะสั้น เพื่อเป็นแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนคู่กับหน่วยบริการ และเป็นทีมนำในการพัฒนาคุณภาพการบริการได้อย่างมีคุณภาพ และยกระดับศักยภาพของหน่วยบริการ

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.)
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	ร้อยละ100 (12 ทีม)	1 NPCU (สะสม 7 ทีม) ร้อยละ 58.33	2 NPCU (สะสม 9 ทีม) ร้อยละ 75

4.ปัญหาอุปสรรค

การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

5.แผนพัฒนา

จัดทำแผนพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดให้ครอบคลุม ปัจจุบันรอเตรียมการขึ้นทะเบียนอีก 3 ทีม

พัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว 3 หมอ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินได้ตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ถ่ายทอดและนำร่องการประเมินคุณภาพหน่วยบริการ ตามคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566

ผู้รายงาน นางนิตยา มลอยู่พะเนา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร 0986397173
E-mail : kudpong@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 2 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หัวข้อ 2. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด: 2.2 จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน

1.สถานการณ์

ด้วยสถานการณ์ปี 2565 มีการระบาดของโรคโควิด19 การเข้าถึงผู้ป่วย และผู้ป่วย/ญาติ เข้าถึงสถานบริการเป็นไปด้วยความลำบาก เพราะจำเป็นต้องป้องกันการได้รับเชื้อโควิด19 ในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ทำให้มีการนำการสื่อสารออนไลน์เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการบริการดูแลประชาชนต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน มีการติดตามผู้ป่วยผ่านทาง Application ต่างๆ อสม. และแกนนำสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายของประชาชน ลดการพึ่งพาโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและให้พึ่งตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น ตำบลกุดป่อง มีประชากร 20,798 คน พบว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 4,046 คน คิดเป็นร้อยละ 19.51 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งถือเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยมีหมอคนที่ 1 ได้แก่ อสม.จำนวน 234 คน หมอคนที่ 2 จำนวน 26 คน และหมอคนที่ 3 ซึ่งเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนคู่กับประชาชน 2 คน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ร่วมดูแลประชาชนในพื้นที่ จำนวน 3 คน ซึ่งประชาชนในพื้นที่ทั้งหมดมีหมอ 3 คนดูแล กลุ่มผู้ป่วยสำคัญในพื้นที่ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีการจัดระบบบริการที่ชัดเจน และมีแนวทางการปฏิบัติในแต่ละบทบาทหน้าที่ของ 3 หมอ ดูแลแบบไร้รอยต่อทำให้ผู้สูงอายุ ได้รับการพัฒนาสุขภาพและส่งต่อสถานพยาบาล ได้เหมาะสม นอกจากนี้ได้พัฒนาระบบการสื่อสาร การปรึกษา การส่งข้อมูลสุขภาพ ผ่าน Application เช่น ผ่านไลน์ ระหว่าง 3 หมอ และ 3 หมอ กับประชาชน “สมาร์ท อสม.” และ อสม.หมอบริการบ้านมีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Skill) ได้ดีขึ้น เป็นผลให้มีการส่งต่อข้อมูลสุขภาพของประชาชนให้หมอคนที่ 2 หรือปรึกษาหมอคนที่ 3 ได้รวดเร็ว และได้รับการดูแลทันทั่วถึง

2.กระบวนการดำเนินงาน

1. ประชาสัมพันธ์ชื่อ และการติดต่อ 3 หมอ ในแต่ละครอบครัว
2. พัฒนาศักยภาพ 3 หมอ ที่เป็นประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ที่พบบ่อย โดยการจัดประชุม ประธาน อสม.และ Care giver ทุกเดือน และประชุมทบทวนความรู้ และทักษะที่จำเป็นให้หมอคนที่ 1 ปีละ 2 ครั้ง
3. พัฒนาศักยภาพ อสม. โดยใช้ Application สมาร์ท อสม.ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด เพื่อเชื่อมโยงประสานงานในการดูแลสุขภาพระหว่าง 3 หมอ และกับประชาชน โดยการทำงานในกลุ่มผู้สูงอายุ เชื่อมโยงการทำหน้าที่ดังนี้

หมอที่ 1 การคัดกรองสุขภาพพื้นฐาน ผ่าน อสม. Care giver และครอบครัว

หมอที่ 2 คัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติ ความเสี่ยง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ หากต้องการการรักษาระดับสูง จะทำการส่งต่อไป

หมอที่ 3 ได้แก่ คลินิกผู้สูงอายุ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

4. เพิ่มช่องทางการติดต่อ สื่อสาร การให้ความรู้การดูแลสุขภาพต่างๆ ผ่าน สื่อออนไลน์ต่างๆ เช่น เพจคลินิก หมอครอบครัว กลุ่มไลน์คลินิกหมอครอบครัว กลุ่มไลน์แคร์ กิฟเวอร์กุดป่อง กลุ่มไลน์อสม.ตำบลกุดป่อง เป็นต้น

5. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ในการคัดกรองภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพอื่นๆ การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ และการส่งต่อเมื่อพบความผิดปกติ รวมทั้งจัดทำแนวทางปฏิบัติในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะพลัดตกหกล้ม สมองเสื่อม เป็นต้น

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.)
จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน (จำนวนผู้สูงอายุ ในพื้นที่)	4,044	3,774	4,044

4.ปัญหาอุปสรรค

อสม.หมอคนที่ 1 ยังมีข้อจำกัดเรื่องทักษะการใช้เครื่องมือสื่อสาร และ Applicationต่างๆ ในการบันทึกข้อมูลสุขภาพ หรือส่งข้อมูลสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบ

ข้อมูลจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุในโปรแกรม 3 หมอ ไม่เป็นปัจจุบัน และไม่ได้ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล ทำให้ผลลัพธ์การดำเนินงานของพื้นที่ไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากมีจำนวนประชากรมากกว่าประชากรที่อาศัยในพื้นที่จริง ควรเป็นข้อมูลประชากรจาก HDC ในปีปัจจุบัน

5.แผนพัฒนา

แผนพัฒนาศักยภาพการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้สนับสนุนการเข้าถึงการให้บริการการดูแลสุขภาพประชาชนทุกช่องทางผ่านระบบ 3 หมอ อสม.สมาร์ทดิจิทัล ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการลำบากหรือไม่สามารถเข้าถึงหน่วยบริการได้ง่ายใช้วิธี Telemedicine/ Telehealthในการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ

ผู้รายงาน นางนิตยา มลอยู่พะเนา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร 0986397173
E-mail : kudpong@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 2 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หัวข้อ 2. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด: 2.3 ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

1.สถานการณ์

การดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเมืองเลย ประจำปีงบประมาณ 2566 มีการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ วิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ เลือกประเด็นปัญหาสำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และการจัดการขยะในชุมชน ประเด็นการดำเนินงานดูแลกลุ่มเปราะบาง 1 ประเด็น ได้แก่ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการจัดทำแผนและดำเนินงานตามแผนในการแก้ไขปัญหาสำคัญของอำเภอ มีการถ่ายทอดนโยบายจากระดับอำเภอ สู่ตำบล หมู่บ้าน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล หมู่บ้าน ผ่านเวทีการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ และการประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประจำทุกเดือน

2.กระบวนการดำเนินงาน

1. ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561
2. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนานำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย 3 ประเด็น และจัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ โดยกำหนดเป้าประสงค์ กิจกรรมการดำเนินงาน ตัวชี้วัดที่ชัดเจน
3. ประเมินตนเองการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ UCCARE
4. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะอนุกรรมการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอ
5. กำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน
6. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในแต่ละพื้นที่ โดยบูรณาการและมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน
7. คณะกรรมการระดับอำเภอมีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ประเมินผลการดำเนินงานประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต โดยร่วมกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการดำเนินงานของ พชอ.

8. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยนำเสนอเวทีการประชุมหัวหน้าส่วนราชการอำเภอ และรายงานผลการดำเนินงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ผ่านโปรแกรม CL UCCARE ของกระทรวงสาธารณสุข

9. สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.)
ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 85	อำเภอเมืองเลย ผ่านเกณฑ์ทุกด้าน ระดับ4	ไตรมาสที่1 อำเภอเมืองเลย ผ่านเกณฑ์ทุกด้าน ระดับ4 ทั้ง 3 ประเด็นปัญหา

4.ปัญหาอุปสรรค

1. การสนับสนุนงบประมาณในการบริหารในระดับพื้นที่ค่อนข้างน้อย
2. คณะกรรมการยังมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน และมีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการในแต่ละปี

5.แผนพัฒนา

1. มีการทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ พขอ.ทุกปี
2. มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการที่เป็นผู้เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นปัญหาที่คัดเลือกมา
3. จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการพขอ. เพื่อกำกับ ติดตาม และแก้ไขปัญหา ทุกไตรมาส
4. ดำเนินงานเยี่ยมเสริมพลังพื้นที่ตำบล และจัดเวทีชื่นชมการดำเนินงานในแต่ละประเด็นปัญหาในระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

ผู้รายงาน นางสุนิสา คำประสิทธิ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร 0836722280
E-mail : kudpong@gmail.com

Function Based

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 4 Digital Health

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นที่ 6 องค์การสมรรถนะสูง

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ 1. สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มสตรีและเด็กแรกเกิด)

ตัวชี้วัด 3.1 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

1.สถานการณ์

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของจังหวัดเลย ปี 2561- 2565 และผลงานไตรมาส 1 ปี 2566 พบว่าหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ร้อยละ 87.32, 90.66, 90.77, 85.56, 91.17 และ 80.59 ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 73.47, 77.07, 82.11, 76.69, 84.81 และ 68.65 ปี 2562 มีมารดาตาย 1 ราย Suicidal committed ปี 2563 มารดาตาย 1 ราย เป็นมารดาหลังคลอด 29 วันตายจาก Sepsis, Underlying Thyroid Disease and Amphetamine dependence ปี 2564 มีมารดาตาย 3 ราย อัตรามารดาตายเท่ากับ 77.86 ต่อแสนการเกิดมีชีพ (เกิดมีชีพ 3,853 ราย) รายที่ 1 ตายจากการตกเลือดหลังคลอดรุนแรง รายที่ 2 Suicidal committed (Underlying R/O Autoimmune Encephalitis และมีปัญหาหนี้สิน ปัญหาครอบครัว) รายที่ 3 คลอด BBA, Severe PPH c Placenta increta, Prolong Hypovolemic Shock (มีประวัติเสพยาเสพติดทั้งสามีภรรยา และปัญหาครอบครัว) ปี 2565 มีมารดาตาย 3 ราย รายที่ 1 (ประชาชนลาว) ตายจากตกเลือดหลังคลอด รายที่ 2 และ 3 ตายจาก Septic shock ปี 2566 ไตรมาสแรก ไม่มีแม่ตาย

2.กระบวนการดำเนินงาน

MCH Board เขต และจังหวัดเลย ได้ทำการ MM Conference ร่วมกันเพื่อสืบสวนการตายมารดาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการหาแนวทางป้องกันการตายมารดาและพัฒนาระบบการดำเนินงาน หลังจากการทำ MM Conference พบว่ามีปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขและพัฒนา ได้แก่

1. Team: Communication, Handover, การดูแลต่อเนื่อง, Call for help
2. Education: Training, Information, ถ้าวินิจฉัยในการ Dx & Rx Sepsis , ทัศนคติการหยุดเลือด
3. Individual staff: Skill & expertise บุคลากรขาดประสบการณ์ Under Resuscitation; LR, Ambulance, Transfer, Sepsis

4. พัฒนาให้มี Mini blood bank ใน รพช.ที่มีการทำคลอด

MCH Board & Service plan แม่และเด็ก จังหวัดเลย จึงได้ดำเนินงานและกำหนด Action plan ดังนี้

- ปรับแนวทางและชี้แจงการเข้าถึง ICU/ACU
- ทบทวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis และเพิ่มการติดตาม
- ทบทวนการใช้ Warning signs (NEWS Score) ประเมินภาวะ Sepsis, การตัดสินใจในการรักษา
- ทบทวน/พัฒนา Team communication, Competency, การดูแลร่วมกันระหว่างสูติ&Med
- ทบทวนและปรับระบบการ ANC รพช./ระบบการ ANC case very high risk /การพบแพทย์ ANC

ครั้งแรก/การบันทึกสมุดสืบทาย

- ทบทวนระบบการเยี่ยมบ้านขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมาก/การส่งต่อข้อมูล
- จัดให้มี Second call ของสูติแพทย์ในการช่วยดูแลผู้ป่วย
- จัดให้มีการปรึกษาระหว่างสหสาขา Case management ในหญิงตั้งครรภ์/หญิงคลอดที่มีภาวะเสี่ยงสูง

มาก

Action Plan

1. Revise & Update CPG: PIH, PPH, Sepsis
2. ประชุม VDO Conference Update CPG
3. ประชุม RCA case Near missed
4. เพิ่ม Blood bank ใน รพช.
5. MCH Board นำทีมโดยสูติแพทย์ ลงพื้นที่ Coaching & Hands on การตรวจ วินิจฉัย และดูแลรักษา หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ที่ รพช. พร้อมกับประเมินมาตรฐาน MCH
6. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูการฝากครรภ์คุณภาพ (R8Model กำหนดมาตรการ ANCคุณภาพ, การซักประวัติ, การตรวจร่างกาย, การคัดกรองความเสี่ยง, การวางแผนการคลอด ตามเกณฑ์แบ่งความเสี่ยง, แบบ คัดกรองหญิงตั้งครรภ์รายใหม่, Flow การส่งต่อ, การประเมินสุขภาพจิต+ยาเสพติด)เป้าหมาย คือ แพทย์/ พยาบาล รพ./รพ.สต.ทุกแห่ง จำนวน 2 รุ่นๆ ละ 80 คน รุ่นที่ 1 วันที่ 26 มกราคม 2566 รุ่นที่ 2 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 ณ ห้องประชุมภูหลวง ชั้น 5 โรงพยาบาลเลย
7. วางแผนประชุมเครือข่ายแม่และเด็ก จังหวัดเลย เพื่อทบทวนแนวปฏิบัติ และติดตามกระบวนการ บริหารความเสี่ยงในการดูแลแม่และเด็กภายในเครือข่ายจังหวัดเลย เป้าหมาย คือ ทีม PCT(ANC, LR, PP, NB) รพ.ทุกแห่ง
8. วางแผนจัดประชุมเชิงปฏิบัติการซ้อมแผนการดูแลภาวะวิกฤติในห้องคลอด (การคลอดภาวะวิกฤติ, การช่วยคลอดระยะที่ 2, การคลอดไหล่ยาก, การคลอดท่าก้น, การช่วยฟื้นคืนชีพมารดา/ทารกแรกเกิด, การรักษา ภาวะวิกฤติในห้องคลอด) เป้าหมาย คือ แพทย์/พยาบาล รพ.ทุกแห่ง จำนวน 2 รุ่นๆ ละ 80 คน

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.)
3.1 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพ แแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อ แแสนการเกิดมีชีพ	51.35 (2/3,853)	0 (0/1,147)
3.1.1 ร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	ร้อยละ 50	60.69 (2,718/2,997)	82.32 (689/837)
3.1.2 ร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ	ร้อยละ 50	84.52 (2,506/2,965)	71.18 (596/830)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.)
3.1.3 ร้อยละ 70 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ 70	39.07 (4,080/10,441)	33.38 (1,592/4,769)
3.1.4 ร้อยละ 75 หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	85.74 2,514/2,932	51.46 636/1,236
3.1.5 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมไม่เกินร้อยละ 7	ไม่เกินร้อยละ 7	6.30 (146/2,854)	8.80 (63/715)
3.1.6 ร้อยละ 50 ของทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ 50	52.60 (2,114/4,019)	45.86 (1,335/2,911)

4.ปัญหาอุปสรรค

1. การพัฒนาเสริมสร้าง Node โรงพยาบาลวังสะพุง ยังต้องการเพิ่มปัจจัยทั้งในเรื่อง Man (ไม่มีกุมารแพทย์), Money, Material and Management จึงควรมีการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาให้โรงพยาบาลวังสะพุงสามารถเป็น Node ได้อย่างเต็มศักยภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ทันเวลา และลดความแออัดของโรงพยาบาลเลย
2. การพัฒนาเครือข่าย HNA แม่และเด็ก เป็นเรื่องที่ยากและท้าทาย ส่วนกลางและเขต ควรให้การสนับสนุนทั้งวิชาการและงบประมาณในการดำเนินงาน
3. ผลงานบางตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากปัญหาของการบันทึกข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ทันเวลา เช่น การเยี่ยมหลังคลอด การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน
4. ตัวชี้วัดใหม่ของกรมอนามัย ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ Template ใน HDC ยังไม่มีความถูกต้องชัดเจน รายละเอียดใน data exchange กิจกรรมที่เขียน มีข้อ 1- 8 และข้ามข้อ 6 แต่ละข้อไม่ระบุว่าคือกิจกรรมอะไร ทำให้พื้นที่ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่ากิจกรรมอะไรที่ไม่ผ่าน กรมอนามัยควรกำหนด Template และ Script ให้ถูกต้อง ชัดเจน และชี้แจงให้พื้นที่รับทราบ มีความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล

5 แผนพัฒนา

1. ประชุมขับเคลื่อนงาน MCH Board & MCH Manager ระดับจังหวัด
2. ประสาน & พัฒนาระบบบริการ Fast track LR&NICU, Dead Case conference, RCA case ที่มีความเสี่ยงสูง
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรหมูนเวียนพยาบาล รพช. ฝึกปฏิบัติงาน LR & NICU รพ.เลย
4. บูรณาการงาน MCH Board, Service plan สาขาแม่และเด็ก, Newborn และการแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด ตัดยาเสพติด และขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาในวาระจังหวัด

การติดตามและประเมินผล

1. ออกติดตาม และเยี่ยมเสริมพลัง โรงพยาบาลชุมชนร่วมกับ MCH Board
2. หมูนเวียนพยาบาล รพช. ฝึกปฏิบัติงาน LR& NICU รพ.เลย
3. ประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กปีละ 1 ครั้ง

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ 2. สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)

ตัวชี้วัด 3.2 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกม่าน้ำหนัก ≥ 500 กรัม (เป้าหมาย $< 3.60 : 1,000$ ทารกเกิดมีชีวิต)

1.สถานการณ์

ในปี พ.ศ. 2565 สถิติการคลอดในจังหวัดเลยมีจำนวน 4,770 รายซึ่งเป็นการคลอดในโรงพยาบาลจังหวัด 2,648 ราย คิดเป็นร้อยละ 59 ส่วนในช่วงไตรมาสที่ 1 ในปี พ.ศ.2566 สถิติการคลอดในจังหวัดเลยมีจำนวน 1,255 รายซึ่งเป็นการคลอดในโรงพยาบาลจังหวัด 672 ราย คิดเป็นร้อยละ 53 โดยสถานการณ์การคลอดจากมารดาที่ติด COVID-19 เริ่มดีขึ้นตามลำดับ ทำให้การดำเนินงานเรื่องทารกแรกเกิดต่าง ๆ เริ่มกลับมาสู่ภาวะปกติในทางที่ดีขึ้น จำนวนทารกแรกเกิดในช่วงสามเดือนแรกมีจำนวน 2 ราย เป็นทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

2.กระบวนการดำเนินงาน

- 1.มีการพัฒนาการใช้ Non-invasive mechanical weaning protocol ใน NICU ให้มากยิ่งขึ้น
- 2.เตรียมความพร้อมเรื่องของการดูแลทารกแรกเกิดแบบ IPD paperless ในการนำร่องเป็นกลุ่มผู้ป่วยแรกของโรงพยาบาลจังหวัดเลย
- 3.มีการพัฒนาบุคลากรโดยการส่งอบรมเฉพาะทางวิกฤตเด็ก ปัจจุบันมีจำนวน 5 คนคิดเป็นร้อยละ 30 (เป้าหมายร้อยละ 50) ปี 2566 มีจำนวนอีก 1 คน
- 4.มีการจัดอบรมทบทวนการช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดที่ห้องคลอด โดยมีสูติแพทย์และพยาบาลห้องคลอดจำนวน 20 คน ในวันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2565

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)
อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกม่าน้ำหนัก ≥ 500 กรัม	$< 3.60 : 1,000$ ทารกเกิดมีชีวิต	4.22	1.59

4.ปัญหาอุปสรรค

- 1.ปัญหาเรื่อง Aminophylline ขาดตลาดทำให้ขาดยาชั่วคราว ตอนนี้ได้นำเอา caffeine citrate มาใช้ทดแทนชั่วคราว
- 2.กุมารแพทย์ที่โรงพยาบาล Node ลาไปศึกษาต่อ ไม่สามารถพัฒนา Node ต่อไปได้ตามแผน

5.แผนพัฒนา

- 1.การดูแลทารกแรกเกิดแบบ IPD paperless ในหอผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความพร้อมกายและพัฒนาศักยภาพในหอผู้ป่วยโดยนำร่องที่ NICU และ SNB
- 2.วางแผนการทำ Workshop NCPR ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2566 ทั้งจังหวัดจำนวน 2 รุ่น

ผู้รายงาน นายแพทย์دنุพล ม่วงรัก

ตำแหน่ง . นายแพทย์ชำนาญการ

โทร 087-7010169

E-mail danuponped@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ 3. สุขภาพเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด: 3.3 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

3.3.1 ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

3.3.2 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

3.3.3 ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการติดตาม

3.3.4 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

3.4 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน

1.สถานการณ์

การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลกุดป่อง ปีงบประมาณ 2565 – 2566 (ไตรมาสที่1) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 1) ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 81.53 และร้อยละ 93.93 ตามลำดับ 2) การตรวจจับพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ครั้งแรก)ได้มากขึ้น ร้อยละ 26.53 และร้อยละ 32.27 ตามลำดับ และ 3) การติดตามเด็กกลับมาตรวจคัดกรองซ้ำภายใน 30 วัน ติดตามมาตรวจซ้ำได้น้อยกว่าเป้าหมาย ทั้งในปีงบประมาณ 2565 และในไตรมาสที่ 1 นอกจากนี้ในไตรมาสที่1 ของปีงบประมาณ 2566 เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยTEDA4I ได้ครบถ้วนตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น และบรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้ เนื่องจากการกำกับติดตามกลุ่มดังกล่าว หลายช่องทาง รวมทั้งการมีกิจกรรมเชิงรุกในครอบครัว ในเด็กที่ผู้ปกครองและผู้ดูแลเดินทางมาลำบาก ในส่วนของภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัยยังพบว่าเด็กมีภาวะสูงดีสมส่วนต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งต้องพัฒนารูปแบบและสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ปกครองและผู้ดูแลได้ให้ความสำคัญกับการเลือกอาหารที่เหมาะสม และสร้างเจตคติที่ถูกต้องเรื่องภาวะโภชนาการ

2.กระบวนการดำเนินงาน

1. เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงวัยอายุ 9,18,30,42,60 เดือน โดยเครื่องมือ DSPM และ DAIM แบ่งเป็น เด็กที่มารับวัคซีนที่ WWC ทุกอังคารและพุธที่ 1, 2, 3 ของเดือน และเด็กที่ไปฉีดวัคซีนตามคลินิกอื่นโทรศัพท์ติดตามให้มาคัดกรอง กรณีที่ติดต่อทางโทรศัพท์ไม่ได้จะออกบัตรเชิญให้มาตรวจโดยประสานเจ้าหน้าที่ประจำชุมชน(หมอคนที่2) และ อสม.(หมอคนที่1) ที่รับผิดชอบครอบครัว/เด็กเป็นผู้แจ้งบัตรนัดหมายรับการคัดกรอง และกรณีเด็กไม่มาตามนัด มีกระบวนการติดตามโดยการโทรศัพท์ และทางline application

2. เมื่อคัดกรองพบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า สอน แนะนำผู้ปกครองวิธีการฝึกกระตุ้นพัฒนาการที่บ้าน 1 เดือนตามคู่มือการฝึก DSPMและ DAIM นัด 1 เดือนเพื่อมาประเมินพัฒนาการซ้ำ กรณีเด็กที่พัฒนาการซ้ำจะส่งต่อทันที โดยประสานไปยังคลินิกพัฒนาการโรงพยาบาลเลย

3. กรณีที่นัด 1 เดือนมาตรวจพัฒนาการซ้ำด้วยเครื่องมือ DSPM/DAIM เด็กไม่สมวัย จะมีการฝึกเด็กโดยเจ้าหน้าที่พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นด้วยเครื่องมือ TEDA 4 I หลังฝึกครั้งที่1 หากเด็กไม่สมวัย จะฝึกโปรแกรมนี้เดือนละ1 ครั้งจนครบ 3 ครั้ง หากครบ 3 ครั้งไม่สมวัย จะส่งต่อไปยังคลินิกพัฒนาการ รพ.เลย

4. จัดตั้งกลุ่มไลน์อนามัยแม่และเด็ก เพื่อใช้ในการสื่อสาร ให้ความรู้ และเป็นการเตือนหรือตามการมารับบริการตามนัดหมาย

5. จัดกิจกรรมการเล่น ที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการในแต่ละด้านและในแต่ละช่วงวัย ในคลินิกพัฒนาการเด็ก เพื่อเป็นแบบอย่างให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กนำไปประยุกต์ใช้ที่บ้าน

6. จัดกิจกรรมให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็ก ในการประเมินภาวะโภชนาการ การเลือกอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก การอ่านฉลากโภชนาการ และผลกระทบเมื่อเด็กมีภาวะโภชนาการตกเกณฑ์ หรือเกินเกณฑ์ ในวันบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี

7. จัดกิจกรรมเยี่ยมครอบครัว ในเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หรือล่าช้า รวมทั้งเด็กที่ขาดนัดการมาคัดกรองพัฒนาการ สร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ครอบครัว จัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามบริบทของครอบครัว

8. จัดกิจกรรมพัฒนาเครือข่ายครูในสถานพัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ ให้สามารถคัดกรองพัฒนาการเบื้องต้น และส่งต่อหน่วยบริการได้

9. จัดกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลังเครือข่ายในสถานพัฒนาเด็กเล็กทุกแห่งในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อร่วมกันวางแผนการจัดบริการ จัดสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสม

10. พัฒนาศักยภาพหมอคนที่ 2 ในหน่วยบริการอำเภอเมืองเลย ให้สามารถตรวจคัดกรองพัฒนาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กอย่างสม่ำเสมอ และการเลือกอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กปฐมวัย

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)
1.ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	78.52	83.50
1.1 ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	81.53	93.93
1.2 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 20	26.53	32.27
1.3 ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	89.16	75.62
1.4 ร้อยละของเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 70	20	83.33
2.ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 66	46.85	55.47

4.ปัญหาอุปสรรค

1. การคัดกรองพัฒนาการยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก มีความรู้เรื่องพัฒนาการเด็กไม่เพียงพอ ให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ รวมทั้งการส่งเสริมพัฒนาการเด็กน้อย ทำให้ไม่นำเด็กมาคัดกรองพัฒนาการ และส่งเสริมพัฒนาการ ตามนัดหมาย
- 2.ระบบการบันทึกข้อมูลการตรวจพัฒนาการเด็กไม่ตรงช่วงอายุ เนื่องจากเด็กมาล่าช้าเลยนัดหมาย ทำให้ไม่ปรากฏผลการดำเนินงาน

5.แผนพัฒนา

1. พัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์และกำกับติดตามกลุ่มเป้าหมายมารับการคัดกรองตามนัด โดยการให้เครือข่ายสุขภาพในพื้นที่เป็นทีมประชาสัมพันธ์ และติดตามเป็นรายบุคคล รวมทั้งนำApplication line มาร่วมในการเตือนและตามผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมาย
- 2.พัฒนารูปแบบการกำกับติดตามการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ ผ่านการทำTelehealth

ผู้รายงาน นางสาวดาวศิริ มนตรี

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 0967516019

E-mail downsiri230619@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ 4. กลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัด : 3.5 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร

3.6 ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

1.สถานการณ์

การฆ่าตัวตายนับเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อตนเองครอบครัวและสังคมในปัจจุบัน เป้าหมายการดำเนินงานคืออัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยกว่าแปดต่อแสนประชากร จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายยังคงสูงต่อเนื่อง พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์ โรคทางจิตเวช การเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาสุรา ยาเสพติดร่วมด้วย

2.กระบวนการดำเนินงาน

ประชุมชี้แจงคณะทำงานทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลวางแผนการดูแลเฝ้าระวัง ติดตามดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต คัดกรองเชิงรุกด้วย Mental Health Check in ติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงผ่านระบบ 3 หมอ

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)
1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร	10.02	4.1
2. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ 80	89	75.68

4.ปัญหาอุปสรรค

- บุคลากรสุขภาพจิตมีจำกัด ทำให้การดูแลติดตามและการดำเนินการต่างๆ การสื่อสารข้อมูลความรู้ต่างๆยังไม่ทั่วถึง
- องค์ความรู้ด้านงานสุขภาพจิตของเครือข่ายในการดูแลติดตามคัดกรองประเมินเฝ้าระวังปัญหาด้านสุขภาพจิต
- แนวทางปฏิบัติที่ยังคงเป็นปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ ระหว่างหน่วยงานและเครือข่ายยังไม่ครอบคลุมและไม่สมบูรณ์

5.แผนพัฒนา

1. จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอเมืองเลยเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า/ฆ่าตัวตาย/จัดทำโครงการบูรณาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
2. พัฒนาระบบคัดกรองเฝ้าระวังผู้มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในชุมชนและนำเข้าสู่ระบบบริการ
3. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลการติดตามดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่

ผู้รายงาน นางสาว.จิณณภัทร พิริยพงศ์ภากร
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 โทร .063-7407888
 E-mail idinkiti@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ 5. สุขภาพผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด : 3.7 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100)

3.8 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40)

3.8.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40)

3.8.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40)

3.9 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) (ร้อยละ 50)

3.10 ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ 95)

3.11 จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (1 ชมรม/ตำบล)

3.12 จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (ฟันเทียม 36,000 ราย และรากฟันเทียม 3,500 ราย ทั่วประเทศ)

1.สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2566 ผู้สูงอายุพื้นที่ตำบลกุดป่องมีจำนวนทั้งหมด 4,046 ราย (typearea1,3) คิดเป็นร้อยละ 19.51 ของประชากรทั้งหมด ถือเป็นสังคมผู้สูงอายุ จากการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในไตรมาสที่1 การคัดกรองภาวะถดถอย 9 เรื่อง พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพเรื่องเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด ร้อยละ 9.41 (114 ราย) รองลงมาได้แก่ ภาวะหกล้ม ร้อยละ 7.26 (90 ราย) ของจำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรองสุขภาพ ทีมสุขภาพในพื้นที่และโรงพยาบาลแม่ข่ายเห็นความสำคัญการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการปัญหาสุขภาพในระยะเริ่มต้นได้ทันทั่วทั้งที่ หรือชะลอการเสื่อมถอย การเกิดปัญหาสุขภาพ มีการดำเนินกิจกรรมทั้งเชิงรุกในชุมชน เชิงรับในหน่วยบริการ ประสานความร่วมมือกับภาคีสุขภาพต่างๆ โดยในปี 2564 โรงพยาบาลแม่ข่ายได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม มีแนวทางการดูแลและรับส่งต่อจากชุมชนที่ชัดเจน ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบความผิดปกติกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแล และส่งเสริมสุขภาพในชุมชน รวมทั้งส่งต่อพบแพทย์ตามเกณฑ์ มีชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม เป็นแกนนำในการสนับสนุน ส่งเสริมสุขภาพและลดปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาในชุมชน นอกจากนี้ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงจำนวน 201 ราย ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มนี้ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Care plan) ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน และดูแลที่บ้านจากทีมสุขภาพในพื้นที่ โดยมี Care manager 2 คน (เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลเลย 1 คน และเจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองเลย1คน) ร่วมกับ มี Care giver 27 คน รับผิดชอบผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายบุคคล ครอบคลุมร้อยละ 100 การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุตำบลกุดป่องดังกล่าว จึง

เป็นตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนาสุขภาพในกลุ่มวัยดังกล่าว

2.กระบวนการดำเนินงาน

1. จัดเวทีคืบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและโรงเรียนผู้สูงอายุทั้ง 2 แห่ง และเวทีการจัดทำ SRM ของ ตำบลกุดป่อง เพื่อค้นหาแนวทางการดำเนินการให้เหมาะสมกับพื้นที่ รวมทั้งการขอรับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จากชุมชนในการทำกิจกรรม/โครงการ
2. จัดทำโครงการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน 50 ชุมชนให้คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพเบื้องต้น และส่ง ต่อคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเลย ในรายที่พบความผิดปกติโดยได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกัน สุขภาพเทศบาลเมืองเลย
3. จัดทำโครงการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมใน ผู้สูงอายุตำบลกุดป่อง ปีงบประมาณ 2566 โดยได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองเลย
4. บูรณาการจัดกิจกรรมกับงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง สำหรับประชาชนตำบลกุดป่อง ปีงบประมาณ 2566
5. จัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่ม care giver แกนนำผู้สูงอายุในชุมชน และเครือข่ายอื่นๆในและนอก ทิมสาธารณสุข ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ หรือกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อให้สามารถจัดการ สุขภาพของตนเอง ของครอบครัว รวมทั้งการสนับสนุนจากชุมชน
6. จัดกิจกรรมทบทวน พื้นฟูองค์ความรู้และทักษะในการคัดกรอง เฝ้าระวัง และส่งเสริมสุขภาพในกลุ่ม อสม. Care giver เพื่อร่วมกิจกรรมการบริการเชิงรุกในชุมชนแกนนำอสม. ออกคัดกรองเชิงรุกที่บ้าน โดยทำงาน เป็นทีม 3 หมอ
7. บูรณาการในงานบริการเชิงรับของหน่วยบริการ การคัดกรองสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสุขภาพจากผู้มา รับบริการในคลินิกหมอครอบครัว
8. จัดประชุมการแก้ไขปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วยLong term care เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อทบทวน อุปสรรคและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเดือนละ1ครั้ง เพื่อพัฒนาศักยภาพของ Care giver
9. จัดตั้งกลุ่ม “ Line แคร่ กุดป่อง” เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในการรายงาน อาการผู้ป่วยและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่ออกเยี่ยม กรณีมีความเร่งด่วน Care giver สามารถ โทรศัพท์ปรึกษา Care manager ได้โดยตรง

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)
1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 100	100	100
2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 40	91.05	100
2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 40	80	100
2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 40	100	100
3. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ 50	NA	29.24
4. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ 95	98.33	100
5. จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ	1 ชมรม/ตำบล	10	10
6. จำนวนผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (ฟันเทียม 36,000 ราย และรากฟันเทียม 3,500 ราย ทั่วประเทศ)	จังหวัดเลย ฟันเทียม 463 คน/รากฟันเทียม 30 คน	NA	<u>ตำบลกุดป่อง</u> ฟันเทียม 35

4.ปัญหาอุปสรรค

1. การออกคัดกรองสุขภาพเชิงรุกในชุมชน กลุ่มเป้าหมายมารับบริการจุดนัดพบจำนวนน้อย เนื่องจากครอบครัวยังให้ความสำคัญกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุน้อย จึงไม่นำผู้สูงอายุมารับการคัดกรองตามนัดหมาย

2. จำนวน Care manager มีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีการทำแผนเพื่อส่งเจ้าหน้าที่เข้าอบรมCare manager และอบรม Refresh course ของ Care Manager เดิม

3. ระบบการบันทึกข้อมูลสำหรับการคัดกรองผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย และไม่มีความสะดวกสำหรับโปรแกรมที่ใช้บันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น wellness Plan หรือ Blue book ทำให้ผลงานการดำเนินงานล่าช้า

5.แผนพัฒนา

1. มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการออกคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุก่อนดำเนินการทุกปี
2. มีการจัดทำแผนเพื่อส่งเจ้าหน้าที่อบรม Care manager เพิ่ม
3. มีการทำแผนอบรม Refresh Course Care Managerเดิม
4. อบรม Refresh Course Care giverเดิมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
5. พัฒนาศักยภาพ Care giver และ อสม. สำหรับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและการลงบันทึกคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในโปรแกรม Smart อสม.
6. จัดกิจกรรมการให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนเจตคติ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างเหมาะสม สำหรับสมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล
7. ดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุเชิงรุกในครอบครัว ร่วมกับแกนนำสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คำแนะนำครอบครัวได้เหมาะสมกับบริบทและข้อจำกัดต่างๆ ต่อเนื่องจากปี 2565
8. นำรูปแบบการบริการทางแพทย์ทางไกล และสาธารณสุขทางไกล มาร่วมในการคัดกรองสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ทั้งกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ และกลุ่มป่วย

ผู้รายงาน นางสาวชุลีกร ทาทอง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร 0817682786
E-mail : kudpong@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 4 Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)

หัวข้อ 1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ

ตัวชี้วัด: การบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.สถานการณ์

โรงพยาบาลเลย ได้เตรียมการและเริ่มจัดบริการการแพทย์ทางไกลเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566-2568 และเป็นไปตามตัวชี้วัดจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อเพิ่มบริการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ COVID-19 เพิ่มช่องทางการรับบริการสำหรับผู้ที่มิชอบจำกัดด้านการเดินทาง และลดแออัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาล

2.กระบวนการดำเนินงาน

1. ประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องและทำงานเป็นทีม ภายใต้การกำกับและติดตามงานโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเลย
2. จัดทำแนวทางการบริการการแพทย์ทางไกลโรงพยาบาลเลยที่ต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน
3. จัดเตรียมระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนงาน
4. ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการ และบุคลากรภายในคลินิกต่างๆ ของโรงพยาบาล
5. จัดเตรียมกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุน สปสช.

3.ผลการดำเนินงาน

1. ผลการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง 2 ครั้ง เพื่อจัดทำแนวทางการดำเนินการบริการการแพทย์ทางไกลโรงพยาบาลเลย สรุปประเด็นได้ดังนี้

- 1.1 กำหนดแผนการดำเนินงาน เป็น 2 ระยะ คือ
 - ระยะนำร่อง เริ่ม ธันวาคม 2565 ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์เพื่อทดสอบระบบ มีผู้ป่วยยินยอมรับบริการการแพทย์ทางไกลแล้ว 19 ราย
 - ระยะขยายผล เริ่ม กุมภาพันธ์ 2566 ซึ่งมีคลินิกในโรงพยาบาลสนใจเข้าร่วมดำเนินการแล้ว 4 คลินิก ได้แก่ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู คลินิกอายุรศาสตร์โลหิตวิทยา งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โดยแต่ละคลินิกกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่สอดคล้องข้อกำหนดเรื่องการแพทย์ทางไกลของแต่ละวิชาชีพ และมีแผนที่จะประชาสัมพันธ์เพิ่มจำนวนคลินิกที่สามารถให้บริการการแพทย์ทางไกลอีกเพิ่มเติม
- 1.2 ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ Line OA “เลย พบแพทย์ออนไลน์” และ หมอพร้อม station หรือ DMS telemedicine
- 1.3 กระบวนการทำงาน กำหนดให้สอดคล้องกับเกณฑ์ และเชื่อมต่อถึงขั้นตอนจัดส่งยาทางไปรษณีย์
- 1.4 กำหนดให้มีการบันทึกข้อมูลและเชื่อมต่อบริการสารสนเทศตามมาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนด

ผลการดำเนินงานการให้บริการการแพทย์ทางไกล Telemedicine

จังหวัด	จำนวนบริการ การแพทย์ทางไกล (ครั้ง)	ผลการดำเนินงาน
อุดรธานี	7,059	ผ่าน
สกลนคร	350	
นครพนม	15	
เลย	572	
หนองคาย	779	
หนองบัวลำภู	108	
บึงกาฬ	554	
เขตสุขภาพที่ 8	9,437	1

ข้อมูลจากระบบ HDC (ยังไม่รวมบริการของ รพ.สต.) ณ วันที่ 22/2/2566

2. กำหนดการติดตั้งระบบและสอนการใช้งานโปรแกรมในคลินิกอื่นๆ ในระยณนำร่อง ดังนี้

สถานที่	กำหนดการติดตั้งระบบและการอบรมการใช้งาน
กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู	14 กุมภาพันธ์ 2566
คลินิกอายุรศาสตร์โลหิตวิทยา	15 กุมภาพันธ์ 2566
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน	16 กุมภาพันธ์ 2566
งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	20 กุมภาพันธ์ 2566

4. ปัญหาอุปสรรค

4.1 ข้อจำกัดของโปรแกรมที่ใช้ในการดำเนินการการแพทย์ทางไกล ดังนี้

4.1.1 DMS telemedicine: ยังไม่สามารถใช้งานได้ เนื่องจากโรงพยาบาลได้รับการตอบรับให้สามารถติดตั้งระบบได้ในช่วงปลายเดือนมีนาคม 2566

4.1.2 หมอพร้อม station:

- โปรแกรมไม่สามารถสื่อสารแบบ 2 ทาง เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ออนไลน์ได้ จำเป็นต้องใช้ line OA เป็นเครื่องมือเพิ่มเติม ซึ่งเพิ่มขั้นตอนของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ

- ยังไม่เปิดให้ใช้เมนู station meeting ซึ่งจะสามารถดำเนินการเรื่อง Tele-consult ที่เชื่อมระหว่าง รพช. หรือ รพ.สต. ได้

- ไม่สามารถดึงข้อมูลรายงานได้

4.2 ทักษะดิจิทัลของผู้ป่วย

4.2.1 Smart phone: สัญญาณไม่เสถียร หรือไม่มีสัญญาณ

4.2.1 สับสนระหว่าง line หมอพร้อม กับ แอปพลิเคชันหมอพร้อม

5.แผนพัฒนา

- 5.1 ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลรับทราบและสมัครเข้าร่วมดำเนินการ
- 5.2 ประสาน กยผ. ขอเปิดใช้เมนู station meeting เพิ่มเติม เพื่อขยายบริการ
- 5.3 จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรับบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับประชาชน

ผู้รายงาน นายธนาคม โพธิ์จันทร์

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

โทร 089-617-9324

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตายและการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ 1. Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตัวชี้วัด : 5.1 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ $\geq$ ร้อยละ 90

5.2 ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ 60

5.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที หลังได้รับการ วินิจฉัย $\geq$ ร้อยละ 60

5.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการ วินิจฉัย $\geq$ ร้อยละ 60

5.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI $<$ ร้อยละ 9

5.4 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังจำหน่าย $<$ ร้อยละ 10

1.สถานการณ์

จังหวัดเลย ดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI เป็นระบบเครือข่ายทั้งจังหวัด โดยกำหนด วิสัยทัศน์ เป็นเครือข่าย STEMI ที่มีคุณภาพ ไร้รอยต่อ ผู้รับบริการปลอดภัย มีความพึงพอใจ กำหนดขอบเขต การดำเนินงานของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในจังหวัดเลยให้บริการการ ป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน มุ่งเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น การส่งต่อและการ ดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการทุติยภูมิ และหน่วยบริการตติยภูมิ แบบไร้รอยต่อมีการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมาย ที่เป็นแนวทางเดียวกัน และพัฒนาต่อเนื่องสู่การรับรอง คุณภาพเครือข่ายระดับจังหวัด (Healthcare Network System Accreditation : HNA) ในปีงบประมาณ 2567 โดยเครือข่ายร่วมทบทวนผลการพัฒนาระบบ และผลลัพธ์การดำเนินงานเพื่อขอรับการรับรอง Healthcare Network System Accreditation จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

2.กระบวนการดำเนินงาน

จากข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาตามมาตรฐานการรับรองเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด ได้กำหนด แนวทางการพัฒนาดังนี้

กิจกรรม		ระยะเวลา
Pre-hospital	1. ทำสื่อประชาสัมพันธ์โดยร่วมมือกับ EMS จังหวัด 2. ร่วมกับทีม NCD ในการเชื่อมโยงข้อมูล CVD RISK ในระบบ Hosxp มาใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล เลย์ส่วนโรงพยาบาลชุมชนมีระบบ Popup แจ้งเตือนใน Hos XP ใน กลุ่มผู้ป่วย NCD ที่มี High CVD risk (ดำเนินการได้เป็นบางแห่ง) และ คัดข้อมูลให้กับ ทีมชุมชน รพ.สต.ในอำเภอ ในการร่วมกันปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่เหมาะสม และเฝ้าระวังส่งเสริมการสร้างสุขภาพในกลุ่ม ปกติอย่างต่อเนื่อง 3. จัดทำสติ๊กเกอร์อาการเร่งด่วนที่ต้องรีบมา รพ.แจ้งให้ประชาชน	ต.ค.65--ก.ย.66

กิจกรรม		ระยะเวลา
	กลุ่มเสี่ยง/ประชาชนทั่วไป 1. รพ.สต. ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ในชุมชนด้วยหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน/ประชาสัมพันธ์โดย อสม. 2. รพ.สต. ร่วมกับภาคีเครือข่าย อบต.ในการจัดบริการรถกู้ชีพฉุกเฉิน 3. ทีมเครือข่าย STEMI ระดับจังหวัด ประชาสัมพันธ์ ผ่านทางเว็บไซต์ สร้าง web page ความรู้เรื่อง STEMI 4. จัดทำ Mapping ที่อยู่กลุ่มเสี่ยง 5. สร้างเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม “โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง” 6. ร่วมกับทีมงานยาเสพติดในการรณรงค์การเลิกบุหรี่	
In-hospital	-พัฒนาบุคลากร/พัฒนาระบบ โดย 1. ทบทวนระบบ Fast track STEMI/ ระบบ Refer risk/ การใช้เครื่องมือสำคัญในการช่วยชีวิต เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องกระตุกหัวใจ เป็นต้น 2. จัดให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย NSTEMI จังหวัดเลย และให้มีระบบยืมยา Enoxaparine ใช้ที่รพช. กรณีผู้ป่วย NSTEMI low risk ไม่จำเป็นต้องมานอนคืนที่โรงพยาบาลเลย 3. ร่วมกับโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีและโรงพยาบาลชุมชนในการจัดระบบคัดกรอง/แนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI/NSTEMI และเตรียมพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วย STEMI/NSTEMI high risk เพื่อไปทำ PCI ในช่วงระบาดของโควิด-19 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. พัฒนาศูนย์หัวใจล้มเหลว 9. พัฒนาระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนที่ใกล้โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ทำการฉีดและสวนหัวใจให้ส่งต่อไปได้ทันที (วังสะพุง เอราวัณ พื้นที่ รพ.ผาขาว ภูกระดึง รพ.ปากชม รพ.เชียงคาน) 10. กำหนดแผนพัฒนาโรงพยาบาลเลยให้เป็นโรงพยาบาลที่สามารถฉีดและสวนหัวใจได้ ภายในปี 2567	ต.ค.65--ก.ย.66 ทุก 3 เดือน
Post-hospital	1. ร่วมกับทีม COC พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การติดตามข้อมูลผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน และส่งต่อข้อมูลผลลัพธ์การดูแลของคลินิกฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	ต.ค.65--ก.ย.66

กิจกรรม		ระยะเวลา
	2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3. กำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านและตัวชี้วัดเฉพาะโรค STEMI/ NSTEMI 4. พัฒนาการส่งต่อระบบข้อมูล COC ผ่าน App. Line/THAI COC	

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

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)
1. ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ	≥ ร้อยละ 90	95.65	90
2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	62.34	84.61
2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย	≥ ร้อยละ 60	62.34	84.61
2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการ วินิจฉัย	≥ ร้อยละ 60	-	-
3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ 9	<ร้อยละ 9	9.42	10
4.ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังจำหน่าย	< ร้อยละ 10	1.62	3.33

4.ปัญหาอุปสรรค

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

3. บุคลากรขาดสมรรถนะในด้านการดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจ การใช้เครื่องมือสำคัญในการช่วยชีวิต เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น

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

5. การนิเทศติดตามควบคุมกำกับ และวิเคราะห์ผลลัพธ์การดูแลกลุ่มโรค โดยทีมนำคลินิกของแต่ละโรงพยาบาลและกลุ่มการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลขาดความต่อเนื่อง เพื่อทบทวนสมรรถนะของทีมดูแลผู้ป่วย และทบทวนความเสี่ยงที่พบในการดูแลผู้ป่วย

5.แผนพัฒนา

เป้าหมาย	แผนพัฒนา	ความต้องการสิ่งสนับสนุน
ระยะสั้น ปี 2566 ลดอัตราการเสียชีวิต <8%	รถ Ambulance ระดับ Advance ทุกพร. มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้ในการ การช่วยชีวิตฉุกเฉิน ระหว่างการส่งต่อ พยาบาลส่งต่อทุกคนมีสมรรถนะในการ ใช้เครื่องช่วยชีวิตฉุกเฉิน	AED+soft paddle ครบทุกพร. สำหรับรถ Ambulance
ระยะกลาง ปี 2566-2567 อัตราการเสียชีวิต <8%	เพิ่ม Node Cardiac Rehabilitation ที่ รพ.วังสะพุง/รพ.ด่านซ้าย -เปิด CCU 8 เตียง ที่ รพ.เลย -พัฒนาโรงพยาบาลให้สามารถ ฉีดสีและสวนหัวใจ ได้ (เปิด Cardiac Cath Lab center รพ.เลย)	ทีมสหสาขาวิชาชีพ(อายุรแพทย์/ พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ/ เภสัชกร/นักกายภาพบำบัด/ นักโภชนาการ) -อุปกรณ์ เครื่องมอนิเตอร์สัญญาณชีพ -เพิ่มจำนวนบุคลากร ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ2คน, มันชนาการโรคหัวใจ 2 คน , พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ 10 คน, นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก 2 คน, ขอสนับสนุนเครื่องมือวิกฤติ ได้แก่ เครื่องมอนิเตอร์สัญญาณชีพ เครื่องช่วยหายใจ, เครื่องตรวจสอบสวนหัวใจ
ระยะยาว ปี 2567-2570 อัตราการเสียชีวิต <7%	เพิ่ม Node Clinic Heart Failure ที่ รพ.วังสะพุง/รพ.ด่านซ้าย	ทีมสหสาขาวิชาชีพ(อายุรแพทย์/ พยาบาลเฉพาะ ทางโรคหัวใจ/เภสัชกร/นักกายภาพบำบัด/ นักโภชนาการ) อุปกรณ์เครื่องมอนิเตอร์สัญญาณชีพ เพิ่มบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะ ได้แก่อายุรแพทย์โรคหัวใจที่เชี่ยวชาญการ สวนหัวใจ 2 คน/ศัลยแพทย์ทรวงอก 2 คน/ พยาบาลเฉพาะทางที่เชี่ยวชาญการสวนหัวใจ 4 คน ขอสนับสนุนงบประมาณ ในการขยายพื้นที่ ให้บริการ

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 Myocardial Infarction: NSTEMI) โรงพยาบาลเลย ชนะเลิศ Poster presentation การประชุมวิชาการมหกรรมคุณภาพปี 2565 โรงพยาบาลเลย

ผู้รายงาน นางพรวิมล สักกัณห์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
E-mail pornvenus.skt@gmail.com
โทร 0611963953

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ 2. Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัด : 5.5 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) < ร้อยละ 7

5.6 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic: I60-I62) < ร้อยละ 25

5.7 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63) < ร้อยละ 5

5.8 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) $\geq$ ร้อยละ 60

5.9 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit $\geq$ ร้อยละ 75

5.10 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) $\geq$ ร้อยละ 6

1.สถานการณ์

1. สถิติผู้ป่วย stroke ปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 มีจำนวน 2,595 2,570 และ 834 ราย ตามลำดับ(อ้างอิงข้อมูลจาก HDC)

2. มี Stroke unit 1 แห่ง จำนวนเตียงให้บริการ 8 เตียง (รับผู้ป่วยทั้ง 14 อำเภอ) มีระบบ refer back

3. มี Node rtPA 1 แห่ง คือโรงพยาบาลวังสะพุง ยังไม่มี stroke unit ใช้ระบบ drip and shift เข้ามา รักษาที่โรงพยาบาลเลย

4. ไม่มีแพทย์เฉพาะทางระบบประสาท (neuro med /neuro.surgeon) ให้การดูแลโดยอายุรแพทย์และใช้ระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางระบบประสาทโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

2.กระบวนการดำเนินงาน

Purpose

-อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก(Stroke :I60-I62) น้อยกว่าร้อยละ 25

-อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน(Stroke :I63-I69) น้อยกว่าร้อยละ 5

-อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke :I60-I69) น้อยกว่าร้อยละ 7

Process

- Admit ผู้ป่วย stroke ใน stroke unit ตามเกณฑ์ที่กำหนด

-ดูแลผู้ป่วยตาม CPG ที่กำหนด

-จัดอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมตามเกณฑ์ (1:4)

-ส่งเจ้าหน้าที่อบรมเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วย stroke

-จัดอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย stroke

Performance

-อัตราการตายผู้ป่วย Hemorrhagic stroke (I60-I62) ร้อยละ 16.8

-อัตราการตายผู้ป่วย Ischemic stroke (I63-I69) ร้อยละ 2.58

-อัตราการตายผู้ป่วย stroke (I60-I69) ร้อยละ 4.32

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)
1. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< ร้อยละ 7	4.32	5.16
2. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic: I60-I62)	< ร้อยละ 25	16.8	20.29
3. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63)	< ร้อยละ 5	2.58	2.62
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที(door to needle time)	≥ ร้อยละ 60	66.7	26.7
5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 75	63	64
6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	≥ ร้อยละ 6	-	-

4.ปัญหาอุปสรรค

1. stroke unit มีเตียงให้บริการ ไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ ผู้ป่วย stroke กระจายทั่วโรงพยาบาล ทำให้ได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอาการไม่เหมาะสม ส่งผลให้อัตราการเกิด complication ที่ป้องกันได้เกินเกณฑ์ที่กำหนด (Aspiration pneumonia ร้อยละ 9.8 UTI ร้อยละ 4.5)

2. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดแต่ยังค่อนข้างน้อย

3. อัตราการเกิด complication หลังการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (ยา rtPA) ทั้งแบบมีอาการ และไม่มีอาการเกินเกณฑ์ตัวชี้วัด

4. อัตราการเข้าถึงบริการภายในระยะเวลา 270 นาที หลังมีอาการค่อนข้างต่ำ(stroke fast track) มีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล และมีโอกาสได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำลดลง

5. ไม่มีศัลยแพทย์ระบบประสาท เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต้องส่งต่อสถานพยาบาลอื่น ที่อยู่ห่างไกล (โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี/โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดล่าช้า

5.แผนพัฒนา

1. ขยาย stroke unit (24 เตียง)
2. กำหนดเกณฑ์การ Admit stroke unit
3. ปฏิบัติตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย stroke (CPG /care map)
4. จัดอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมตามเกณฑ์ (1:3-4)
5. ส่งเจ้าหน้าที่อบรมเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วย stroke
6. ตั้งกลุ่ม line “stroke รพ.เลย” สำหรับสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย stroke
7. จัดตั้ง Rapid team เพื่อให้บริการผู้ป่วย SFT ดำเนินการโดย stroke nurse รับ case SFT ที่ ER แบบ one stop service พร้อม rtPA box
8. เพิ่มการประชาสัมพันธ์อาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองในช่องทางสื่อโซเชียล
9. มีช่องทางด่วน กรณีส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดและการทำ intervention (รพศ.อุดร/รพ.ศรีนครินทร์) ให้รวดเร็วและปลอดภัย

ผู้รายงาน นางลำพูน บรรพลา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร 042 862123 ต่อ 2225
โทรศัพท์มือถือ 08 1060 3876
E-mail lumpoonbunpala@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ 3. Service Plan สาขา NCD

ตัวชี้วัด 5.11 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์

5.12 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์

5.13 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน

5.14 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.สถานการณ์

NCD Clinic เขต อำเภอเมืองเลย รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10,190 คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 13,497 คน เป็นหลัก

2.กระบวนการดำเนินงาน

มีแพทย์หลากหลายสาขาร่วมออกตรวจ อาทิเช่น เวชศาสตร์ครอบครัว อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมกระดูก เนื่องจากความขาดแคลนแพทย์อายุรกรรมที่เป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยแพทย์อายุรกรรมทำหน้าที่ออกคำแนะนำในการดูแลรักษา และติดตามผลการดำเนินงาน

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)
1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์	≥ ร้อยละ 60	58.4	29.16
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์	≥ ร้อยละ 40	29.8	17.41
3. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	≥ ร้อยละ 70	95.47	36.3
4. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ 93	96.49	44.67

4.ปัญหาอุปสรรค

1. การคัดกรองและการค้นหาไม่ครอบคลุม
2. การติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยและการวินิจฉัยยังไม่ครบ
3. การควบคุมโรคและการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมยังไม่ครอบคลุม
4. การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนพบแพทย์เฉพาะทางยังน้อย

5.แผนพัฒนา

1. ลดอัตราการเกิด รายใหม่
 - Health Promotion Literacy
 - แนะนำการปรับพฤติกรรม 3อ2ส
 - คัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยง DM HT CKD
2. กลุ่มเสี่ยงป่วย ติดตามยืนยันวินิจฉัยขึ้นทะเบียน และรักษาร่วมกับทีมสหสาขา
3. พัฒนาNCD Clinic Plus ,ศักยภาพ CM และผู้รับผิดชอบงาน
4. พัฒนาการบริการคลินิกพิเศษที่เชื่อมโยงร่วมกับสหสาขา PBSC, CQI
5. ส่งต่อคลินิกพิเศษโรคร่วมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนผิดปกติ ตา ไต เท้า หัวใจ

และหลอดเลือด

ผู้รายงาน นพ.สิทธิศักดิ์ สิริพงศ์พันธ์

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

โทร 086-7704532

E-mail saky_th@yahoo.com

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ 4. งานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน

ตัวชี้วัดที่ 5.15 อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน ในโรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2 F3 ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสที่ 1 ไม่เกินร้อยละ 6.26

1. สถานการณ์ และสภาพปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบัน อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน ในโรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2 F3 พบว่าปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสที่ 1 เกินเป้าหมายตัวชี้วัด ผลการดำเนินการที่ผ่านมา ตั้งวัตถุประสงค์เพื่อลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยการลงสอบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุกรณีเสียชีวิต 2 รายต่อครั้ง ซึ่งจะมีทีมสอบสวนระดับจังหวัด เป็น 5 สาหลักงานศูนย์ถนน ได้แก่ ฝ่ายป้องกัน สาธารณภัย แขวงถนนขนส่ง สาธารณสุข และตำรวจ เพื่อวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจาก คน รถ ถนน สิ่งแวดล้อม หากพบปัญหาในส่วนผู้รับผิดชอบด้านนั้น จะนำปัญหาเสนอผู้บริหารแก้ไขไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ จุดนั้นต่อไป และร่วมวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์เพื่อวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตระดับจังหวัด ลดการเสียชีวิตอุบัติเหตุในปีถัดไป และดำเนินการลง Google Map ขึ้นป้ายจุดเสี่ยงผู้เสียชีวิตทุกอำเภอเพื่อนำเสนอข้อมูลจุดเสี่ยงในส่วนศูนย์ปลอดภัยอุบัติเหตุทางถนนระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสที่ 1 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 47 ราย คิดเป็น 7.36 ต่อแสนประชากร เนื่องจากเดือนธันวาคมเป็นช่วงเทศกาลปีใหม่ 2566 จึงมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น และเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งเกณฑ์ต้องมีอัตราต่ำกว่า 6.26 ต่อแสนประชากร ในไตรมาสที่ 1

2.แผนงาน/กิจกรรมสำคัญ

เนื่องด้วยงานการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนได้มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบทุกปี และการสรุปข้อมูล ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จึงมีแผนงานหลักที่จะต้องดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566 ดังนี้

กระบวนงาน/แผนงาน	หน่วยวัด (ครั้ง)	เป้าหมาย %		
		6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
อบรมผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนน	1	100	-	-
ลงสอบสวนอุบัติเหตุที่เข้าเกณฑ์ การลงสอบสวน	100	80	80	80

3. การติดตามและประเมินผล

- ผู้เข้ารับฝึกอบรมงานฯ ส่งสรุปรายงานการสอบสวนมากกว่า 80% และทำสรุปการสอบสวนอุบัติเหตุถูกต้องตามแบบฟอร์มกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

- ระดับอำเภอมีทีมสอบสวนอุบัติเหตุทางถนน

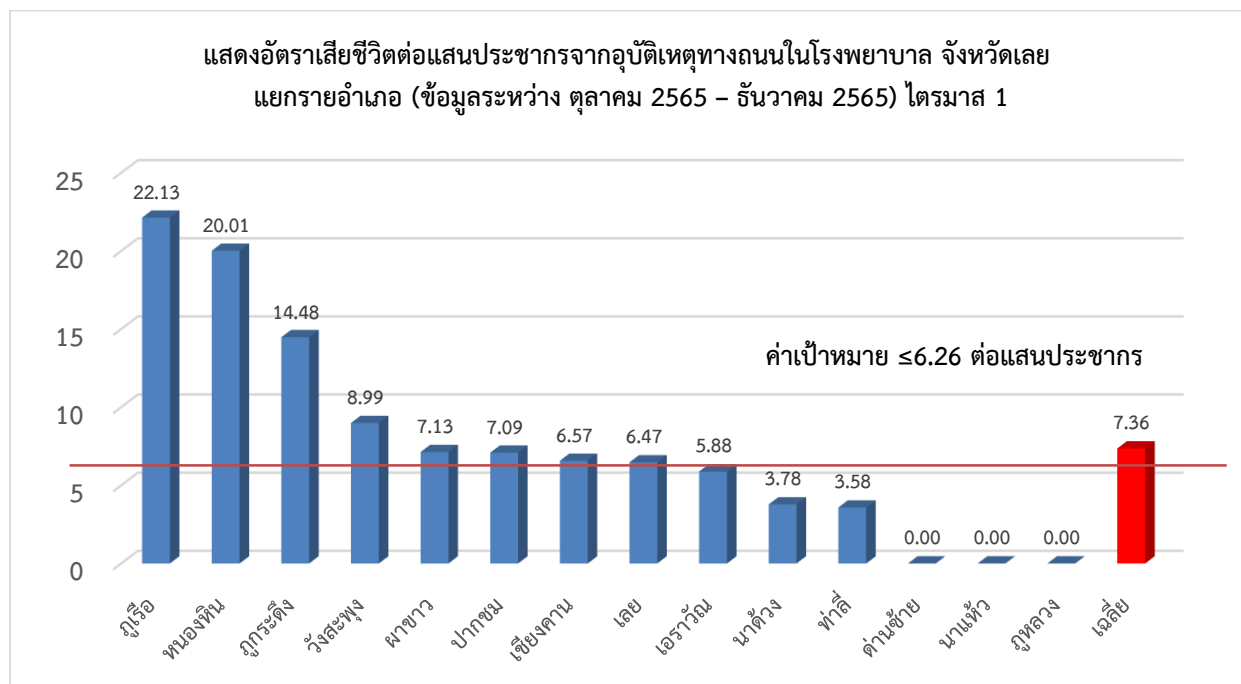
4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภาพรวมจังหวัด

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	อัตราต่อ แสน ประชากร	เกณฑ์ เป้าหมาย
จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 33.42 ต่อแสนประชากร x ปี 2565	638,879	166	25.98	33.42
จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 29.58 ต่อแสนประชากร x ปี 2566	638,732	47	7.36	6.26 (ไตรมาส 1)

ที่มา : Cockpit loei 66 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยข้อมูล ณ วันที่ 27 มกราคม 2566

ตารางที่ 2 อัตราการเสียชีวิตปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสที่ 1 แยกรายอำเภอ



5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปัญหาและอุปสรรคในพื้นที่คือ เครือข่ายระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ยังไม่แข็งแรงเนื่องจากระดับอำเภอมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานฯ ทุกปี จึงทำให้การลงสอบสวนและการทำรายงานสรุปการสอบสวนยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ผลงานเด่น หรือนวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

การลงข้อมูลพิกัดการเกิดอุบัติเหตุในเขตพื้นที่จังหวัดเลย โดยใช้ Google Map ซึ่งนำไปสู่การวางแผนป้องกัน และสร้างนโยบายแก้ไขปัญหาในพื้นที่

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

หัวข้อ 5. Service Plan สาขาศัลยกรรมและฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด 5.16 อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล ระดับ A,S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12

5.16.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 4

5.16.2 อัตราของผู้ป่วย severe trauma brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ไม่เกินร้อยละ 30

5.16.3 อัตราของผู้ป่วย trauma level 1 ที่มีข้อบ่งชี้เข้า OR ภายใน 60 นาที goal $\geq 60\%$

5.17 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26

5.18 ECS คุณภาพประเมิน 12 องค์ประกอบผ่านเกณฑ์ > ร้อยละ 60

1.สถานการณ์และกระบวนการ

ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมง เป้าหมาย <12 % Trauma 12% Non-Trauma 12 %

สถานการณ์ และสภาพปัญหา ร้อยละอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Triage Level 1 ภายใน 24 ชั่วโมง (ผลรวม Trauma and Non Trauma) ใน ปี 2563-2566 คือ 10.42, 10.88 ,16.00,13.41 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมง มีแนวโน้มลดลง

ในผู้ป่วย Trauma เป็นกลุ่มผู้บาดเจ็บหลายระบบรุนแรง มาโดย EMS ร้อยละ 23.07 มาโดยระบบ Refer ร้อยละ 69.92 ญาตินำส่ง ร้อยละ 7.6 พบปัญหาความครอบคลุมเข้าถึงบริการ EMS ในพื้นที่ หลังพัฒนาระบบการส่งการทางการแพทย์พบปัญหาลดลง พบปัญหาผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงระหว่างการ Refer in ผู้บาดเจ็บใช้เวลาในห้องฉุกเฉินนานมากกว่า 2 ชั่วโมง การเข้าห้องผ่าตัดด่วนในผู้บาดเจ็บบางรายยังรอผล CT scan ก่อน ผู้ป่วยผ่าตัดด่วนบางรายรอทีมผ่าตัดเนื่องจากแพทย์ติดผ่าตัดอื่นอยู่ ยังไม่สามารถสร้างทีมการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบ (Trauma team ประกอบด้วยแพทย์หลากหลายสาขา เพื่อดูแลและประเมินร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและตติยใจ ให้การรักษาในผู้บาดเจ็บหลายระบบ) โรงพยาบาลเลยไม่มีศัลยกรรมระบบประสาท แก้ไขโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน (EP) เป็นผู้ดูแลและประสานส่งต่อออกนอกจังหวัดเพื่อรับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาศัลยกรรมระบบประสาท (Definitive Care) ซึ่งใช้เวลาในการประสานค่อนข้างนานพบการปรึกษาบางกลุ่มแพทย์ให้รักษาแบบประคับประคอง ประสานศัลยกรรมแพทย์เพื่อ Admit ศัลยกรรมให้ประสานส่งต่อโรงพยาบาลอื่นเพื่อส่งต่อเนื่องจากเกินศักยภาพ ในเวรตึกห้องฉุกเฉินไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินปฏิบัติงาน ทำให้การดูแลระบบผู้ป่วยแบบองค์รวมไม่สามารถทำได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

ผู้ป่วย Non trauma ยังพบปัญหาผู้ป่วยคงค้างแผนกไม่สามารถขึ้นตึกที่รับผู้ป่วยได้ ห้องฉุกเฉินมีภาวะแออัด ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่เข้ามาอาจทำให้ระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนานและอาจได้รับการดูแลไม่ตรงตาม

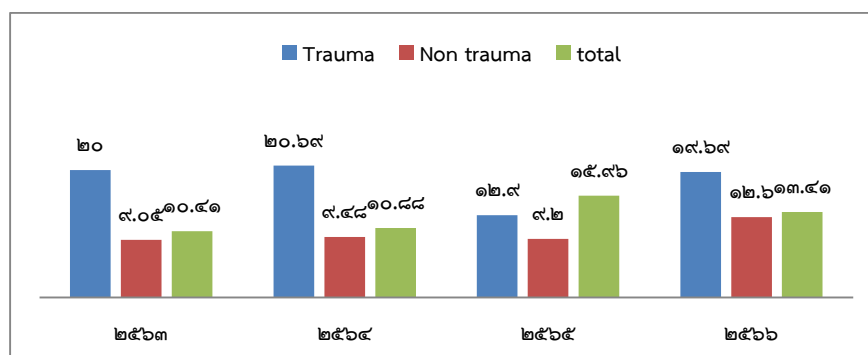
มาตรฐานด้านเวลา ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างรอเตียง การเฝ้าระวังที่ห้องฉุกเฉินไม่เหมาะสม มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อพ้นระยะวิกฤติ โดยจัดตั้งทีมสังเกตอาการภายในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเพื่อประเมินอาการและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

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

ปี	TRIAGE Level1			เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง				
	ผู้ป่วยรวม	Trauma	Non-Trauma	Trauma	ร้อยละ	Non-Trauma	ร้อยละ	รวม %
2563	2,842	355	2,487	71	20	225	9.05	10.41
2564	3,245	406	2,839	84	20.69	269	9.48	10.88
2565	2,311	408	1903	53	12.9	316	9.2	15.96
2566	641	66	575	13	19.69	73	12.6	13.41

ที่มา : ระบบรายงาน Hosxp ข้อมูล ณ ตุลาคม-ธันวาคม 2565

แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Triage Level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง เป้าหมาย <12 % (Trauma 12%, Non- Trauma 12 %) ปี 2563-2566



ที่มา : ระบบรายงาน Hos xp ข้อมูล ณ ตุลาคม-ธันวาคม 2565

ตัวชี้วัดที่ 1.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีค่าโอกาสรอดชีวิต > 0.50 เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่มีอาการหนักให้มีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยมีเกณฑ์ตัวชี้วัด เกณฑ์น้อยกว่า 4 % พบว่าปี 2565-2566 ได้ร้อยละ 0.34 ,032 จากการวิเคราะห์อัตราการตายผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ทบทวน Trauma audit พบสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยกลุ่มโรคบาดเจ็บที่ศีรษะ ในช่วงแรกได้รับสัญญาณชีพ และ GCS อยู่ในเกณฑ์ที่คำนวณค่า Ps คะแนนยังสูง ต่อมาอาการทรุดลงระหว่างทำ CT scan ระหว่างทำหัตถการ ทางแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ทำการประชุมร่วมเพื่อวางแผนแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน มีแนวโน้มผู้เสียชีวิตลดลง สิ่งที่ขาดในการดูแล

ผู้บาดเจ็บแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน คือ ยังไม่สามารถสร้างทีมดูแลผู้บาดเจ็บให้เป็นระบบที่มีแพทย์สหสาขาเข้าร่วม ประเมินที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แก้ปัญหาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินทำหน้าที่ในการประเมินเมื่อแรกรับ ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในแผนก ประสานส่งต่อผู้ป่วย จนกว่าจะเข้าถึง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา (Definitive Care) รวมทั้งส่งเสริมให้ความรู้แก่ทีมแพทย์และพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการทบทวน Trauma audit เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตารางที่ 2 อัตราตายของผู้ป่วย ที่มีค่าโอกาสรอดชีวิต (PS score) > 0.5 เกณฑ์น้อยกว่า 1 %ปี 2564-2565

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	ร้อยละ
2564	11,190	39	0.34
2566	3,106	10	0.32

ที่มา: ระบบรายงานผล IS online ข้อมูล ณ ตุลาคม-ธันวาคม 2565

ตัวชี้วัดที่ 1.2 อัตราของผู้ป่วย severe trauma brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ไม่เกินร้อยละ 30

สถานการณ์ และสภาพปัญหา ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) GCS≤8 ในโรงพยาบาลระดับ S (โรงพยาบาลเลย) ปี 2563-2566 คิดเป็นร้อยละ 32.24, 19.93, 23.07, 16.66 ตามลำดับ เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีศัลยแพทย์ระบบประสาท ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศัลยแพทย์ระบบประสาทภายในเขตสุขภาพที่ 8 ยังไม่มีระบบการรายงานผลย้อนกลับในระบบส่งต่อ แนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับเขตสุขภาพที่ 8 จัดทำแนวทางการรายงานผลการรักษาผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง เพื่อนำมาวิเคราะห์แนวทางการดูแลรักษาต่อไป

ตารางที่ 3 อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury)(GCS≤8)

ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 < 30%

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย TBI	จำนวนผู้เสียชีวิต	ร้อยละ
2563	214	69	32.24
2564	271	54	19.93
2565	195	45	23.07
2566	36	6	16.66

ที่มา : ระบบรายงานผล Hos-xp

1.3 อัตราของผู้ป่วย trauma level 1 ที่มีข้อบ่งชี้เข้า OR ภายใน 60 นาที goal $\geq 60\%$
 ตารางที่ 4 อัตราผู้ป่วย Trauma TRIAGE Level 1 ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที $> 80\%$

ปีงบประมาณ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
จำนวน	39	37	13	7
ผ่านเกณฑ์ 60 นาที	16	12	8	0
ร้อยละ	41.03	32.5	61.53	0

สถานการณ์ และสภาพปัญหา ระยะเวลาผู้ป่วย Trauma TRIAGE Level 1 ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ผ่านเกณฑ์เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการแก้ไขภาวะเร่งด่วน ในกลุ่ม Multiple trauma ต้องปรึกษาแพทย์หลายแผนก รอผล CT Scan รอผลอ่าน การเก็บระยะรอคอยหลังแพทย์ Set OR now สามารถส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดภายใน 30 นาที ร้อยละ 100

2. ร้อยละของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26

ตารางที่ 5 ร้อยละของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปีงบประมาณ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.65)
จำนวนวิกฤตฉุกเฉิน	4851	6120	6719	622
จำนวนวิกฤตฉุกเฉินมาโดย EMS	995	1334	1597	23.76
ร้อยละ	20.51	22.79	23.76	26.37

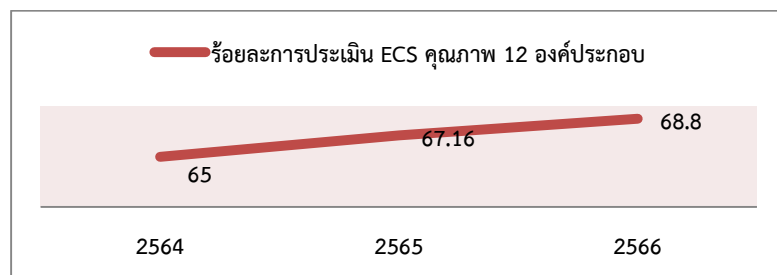
สถานการณ์ และสภาพปัญหา ร้อยละการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วย TRIAGE level 1-2 ในปี 2566 (เดือนตุลาคม 2565 เนื่องจากระบบ Item ไม่สามารถใช้งานได้ในเดือน พฤศจิกายนและเดือนธันวาคม 2565) ค่าเฉลี่ย ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด แต่มีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล และการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปรับรู้ถึงภาวะฉุกเฉินที่ต้องใช้บริการเพิ่มขึ้น แต่หน่วยกู้ชีพมีจำนวนน้อย การเข้าไปถึงตัวผู้ป่วยค่อนข้างช้า แนวทางการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหา นำเสนอข้อมูลการขาดหน่วยกู้ชีพในพื้นที่กับผู้บริหารในระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐานให้ครอบคลุมทุกตำบล โดยใช้ต้นแบบองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งจะเป็นการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน พัฒนาศักยภาพของทีมรับผู้ป่วยทุกระดับและพัฒนาศักยภาพของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ กรณีออกรับผู้ป่วย TRIAGE level 1-2 ต้องพัฒนาการเข้าถึงตัวผู้ป่วยให้ได้ภายใน 8 นาที (กรณีระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตร) ซึ่งหากมีหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานอยู่ใกล้จุดเกิดเหตุ สามารถใช้ระบบ Dual System และเปลี่ยนถ่ายกับหน่วยกู้ชีพระดับสูงได้ ซึ่งจะเป็นการสร้าง ความมั่นใจให้ประชาชนเห็นถึงความรวดเร็วในบริการและการช่วยเหลือ ในส่วนการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน

รับรู้ถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลนั้นต้องใช้สื่อ Social media พัฒนาระบบ Application ในการเรียกใช้บริการและการประชาสัมพันธ์

3. ECS คุณภาพประเมิน 12 องค์ประกอบผ่านเกณฑ์ > ร้อยละ 60

การพัฒนา ECS คุณภาพ โดยการประเมินตนเอง 12 องค์ประกอบ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 68.8 (ข้อมูล เดือนตุลาคม 2565) องค์ประกอบที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 1) ด้าน refer system ไม่ผ่านเกณฑ์ในการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลปลายทาง สามารถบรรลุเป้าหมายได้เมื่อหน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Smart refer 2) ระบบบริหารจัดการ ด้านการพัฒนา การนำข้อมูลมาวางแผนยังวิเคราะห์ไม่ครอบคลุม การปฏิบัติตามแผนไม่ครบ เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ขาดเจ้าหน้าที่ด้านธุรการ 3) การศึกษาและวิจัย ยังไม่ได้ดำเนินการวิจัยครอบคลุมด้านการแพทย์ ด้าน Pre hospital ด้านการบริหารจัดการแผนฉุกเฉินมีเฉพาะด้านการพยาบาล 4) Information system การรายงานข้อมูล มีการจัดการด้านสารสนเทศยังไม่ครบถ้วน

แผนภูมิที่ 2 การประเมิน ECS คุณภาพ 12 องค์ประกอบ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60



2. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)
1. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล ระดับ A,S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	น้อยกว่า ร้อยละ 12	15.96	13.41
1.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1	ไม่เกิน ร้อยละ 4	0.34	0.32
1.2 อัตราของผู้ป่วย severe trauma brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1	ไม่เกิน ร้อยละ 30	23.07	16.66
1.3 อัตราของผู้ป่วย trauma level 1 ที่มีข้อบ่งชี้เข้า OR ภายใน 60 นาที goal $\geq 60\%$	$\geq 60\%$	61.53	0

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)
2. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	23.76	26.37
3. ECS คุณภาพประเมิน 12 องค์ประกอบผ่านเกณฑ์ > ร้อยละ 60	> ร้อยละ 60	67.16	68.8

4. ปัญหาอุปสรรค

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการที่ไม่บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด

1. อัตราครองเตียงของโรงพยาบาล ร้อยละ 104 ห้องฉุกเฉินมีภาวะแออัด เนื่องจากมีปัญหาผู้ป่วยหนักรอเตียงเพื่อ Admission นานเกิน 2 ชั่วโมงร้อยละ 42.94 นานเกิน 4 ชั่วโมงร้อยละ 17.14 เกิดความเสี่ยงจากการเฝ้าระวังอาการไม่เหมาะสม ไม่มีพื้นที่รับผู้ป่วยรายใหม่
2. อัตรากำลังแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินไม่เพียงพอ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในแผนกทั้งระบบ รวมถึงการ Consult ใน/นอกโรงพยาบาล การประสานส่งต่อนอกโรงพยาบาล อัตรากำลังไม่เพียงพอปฏิบัติงานในเวรตึก(อยู่เวร On call)
3. อัตรากำลังพยาบาล วิชาชีพไม่เพียงพอ พยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่หลายอย่างเช่น ออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ การคัดกรองทำแผลฉีดยาผู้ป่วยเก่าในช่วงนอกเวลาราชการ พบข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ อัตราการไม่รอตรวจในผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว สีขาวเพิ่มขึ้น
4. แนวโน้มพบผู้ป่วยศัลยกรรม พบการรอผลอ่าน CT Scan ในห้องฉุกเฉินนานขึ้น
5. ไม่มีศัลยแพทย์ระบบประสาท และ Trauma Team

5. แผนพัฒนา

1. จัดทำแนวทางร่วมกับทุก PCT เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ Admission จาก ER ในกลุ่ม Triage Level 1 ให้อยู่ ER ไม่เกิน 2 ชั่วโมง จัดระบบการเฝ้าระวังอาการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มสังเกตอาการและรอเตียงผู้ป่วย Admission ประชุมร่วมกับ ทุก PCT 3 เดือน/ครั้ง
2. จัดตั้ง Trauma team /Fast track trauma
3. พัฒนาแนวทางร่วมกับแผนกรังสีวิทยาเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์ ประชุมหาติดตาม หาแนวทางแก้ไขทุกเดือน
4. พัฒนาอัตรากำลังด้านบุคลากร พยาบาลเฉพาะทางสาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่งเสริมการเข้าอบรม พยาบาลเฉพาะทางสาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ENP)อย่างน้อย 2 คน/ปี พยาบาล Pre-hos 5 คน/ปี
5. พัฒนาระบบ EMS และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ พัฒนาศักยภาพเครือข่าย วางแผนเพิ่มหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐานโดยพัฒนาร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ครอบคลุมทุกตำบล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

การแพทย์ฉุกเฉิน ประชาสัมพันธ์และจัดอบรมหลักสูตร อาสาสมัครฉุกเฉิน เพื่อเรียนรู้ระบบการเข้าถึงบริการ
การแพทย์ฉุกเฉิน การใช้บริการ 1669 Basic CPR

6. พัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อ จัด Refer conference ทบทวนการส่งต่อทุก 2 เดือน
7. วางแผนสร้างระบบ Fast pass ในผู้ป่วย Refer in เพิ่มประสิทธิภาพระบบ True fast track
8. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว สีขาว ให้รับบริการที่ OPD นอกเวลา เปิดห้องทำแผลฉีดยา ทำ
หัตถการที่แผนก OPD

ผู้รายงาน นางอุไรรัตน์ ภูสูงเนิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.

โทร 089-2777773

E-mail referloei555@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 5 : ลดป่วย ลดตายและการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ 6. Service Plan สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

- มะเร็งปากมดลูก
- มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- มะเร็งช่องปาก

1.สถานการณ์

จากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล(TCB)ของโรงพยาบาลเลย พบว่าโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยในจังหวัดเลย ได้แก่

1. CA Liver 37 ราย
2. CA Colon Rectum 22 ราย โดยแยกเป็น HCC 20 ราย,CHCA 7 ราย
3. CA Cervix 16 ราย
4. CA Breast 14 ราย
5. CA Lung 8 ราย

อัตราป่วยโรคมะเร็ง ในผู้ป่วย CA Breast ,CA Colon Rectum และ CA Cervix ยังพบระยะ 3,4 มากกว่า ระยะ 1,2

2.กระบวนการดำเนินงาน

1. ลดป่วย โดยการสร้าง Health Literacy ร่วมกับ รพสต.จัดกิจกรรมให้ความรู้ ประชาชนและ อสม. เกี่ยวกับโรคมะเร็งและความสำคัญของการคัดกรอง โดย รพสต.มีการกำหนดจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบให้อสม.

2. จัดบริการคัดกรองโรคมะเร็งทั้งเชิงรุกและเชิงรับ
3. มีการตรวจเพิ่มหลังการคัดกรอง

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)
1. ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม5ปี(2563-2567)	≥80%	45.7	46.17
1.1 ร้อยละผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งปากมดลูกได้ Colposcopy	≥70%	36 %	พบผิดปกติ 6 ราย กำลังดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)
2. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	≥50%	13.63%	กำลังดำเนินงาน
2.1 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งลำไส้ได้ Colonoscopy	≥50%	13.63%	กำลังดำเนินงาน
3. ร้อยละของ ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	≥40%	NA	ผลงานทำได้ 25 ราย คิดเป็น 0.14%

4.ปัญหาอุปสรรค

1. การคัดกรองไม่ถึงเกณฑ์
2. สถานการณ์โควิด เจ้าหน้าที่ทำงานหลายหน้าที่ การคัดกรองมาระดมทำช่วงไตรมาสสุดท้าย
3. ประชาชนยังให้ความสำคัญกับการคัดกรองน้อย
4. ข้อมูลที่ส่งรายงานจากพื้นที่กับข้อมูลจากHDC ไม่ตรงกัน

5.แผนพัฒนา

1. พัฒนา เพิ่มประสิทธิภาพความรู้ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งทุกปี
2. ระบบ 3 หมอ เชื่อมโยงการตรวจด้วยตนเองและเจ้าหน้าที่
3. พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ในการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ
4. กำกับติดตามเจ้าหน้าที่ให้ลงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันเมื่อคัดกรองแล้ว

ผู้รายงาน นางสไบแพร์ สีหะวงศ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร 0610618270
E-mail sabaiprae83@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 6 องค์กรสมรรถนะสูง

หัวข้อ 1.องค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ Re-Accredit

1. สถานการณ์

1. ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 Re-Accredit 3 (หมดอายุวันที่ 24 กรกฎาคม 2566)
2. อยู่ระหว่างการขอรับการประเมินการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 Re-Accredit 4

2. กระบวนการดำเนินงาน

1. ส่งเอกสารการขอรับรองคุณภาพ (Hospital profile/SAR 2022/PCT profile/Recommendation/เอกสารอื่นๆที่สรรพ.กำหนด เป็นต้น)
2. จัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้หลักสูตรระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลและอบรมการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (มาตรฐานใหม่ ฉบับที่ 5)
3. จัดกิจกรรมโครงการจัดมหกรรมคุณภาพทุกปี
4. พัฒนาศักยภาพหัวหน้ากลุ่มภารกิจ/หัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้างาน ระบบงานสำคัญ และ PCT เพื่อให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลการพัฒนาอ็อปเทท Service profile ทุก 6 เดือน โดยผ่านระบบ Intranet รพ.
5. กำหนดให้ทุกหน่วยงานใช้เครื่องมือคุณภาพ เช่น 12 กิจกรรมทบทวน 3P/3C PDSA/CQI ฯลฯ ติดตามโดยคณะกรรมการศูนย์คุณภาพและรายงานผู้บริหารรับทราบทุก 3 เดือน
6. เยี่ยมสำรวจภายใน (Internal survey) ปีละ 2 ครั้ง
7. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐานติดตามประเมิน HA scoring ทุกระบบทุกปี

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.)
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ Re-Accredit	ผ่าน	ผ่านการรับรองอัตโนมัติ	อยู่ระหว่างการขอรับรอง Re-ac 4

4. ปัญหาอุปสรรค

1. การส่งข้อมูลไม่เป็นไปตามแผนระยะเวลาที่กำหนด/ล่าช้ากว่ากำหนด
2. ขาดการเล็งเห็นความสำคัญในการส่งข้อมูล
3. ขาดการพัฒนาติดตามความก้าวหน้าไม่ต่อเนื่อง

4. ช่วงปรับเปลี่ยนการใช้เครื่องมือคุณภาพใหม่ เช่น มาตรฐานฉบับที่ 5/ HA Scoring/SAR 2022
5. ทีมคุณภาพสร้างความเข้าใจเครื่องมือและเกณฑ์ใหม่

5. แผนพัฒนา

1. กระตุ้นผ่านคณะกรรมการที่รับผิดชอบแต่ละหน่วยงาน
2. กำกับติดตามและเร่งรัดให้หน่วยงานที่รับผิดชอบจัดส่งเอกสารตามระยะเวลาที่กำหนด
3. อบรมพัฒนาความรู้ความเข้าใจในงานคุณภาพ

ผู้รายงาน นางพรวิมล โสภณทัต
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร 061-196-3953
E-mail pornvenus.skt@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลเลย

ประเด็นที่ 6 องค์การสมรรถนะสูง

หัวข้อ 2. การเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัด 6.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

1.สถานการณ์

ณ 31 มกราคม 2566

วิกฤต ระดับ = 1

Current Ratio = 1.88

Quick Ratio = 1.69

Cash Ratio = 0.76

NWC = 279,801,433.56

NI = 49,053,869.88

เงินสดคงเหลือหลังหักหนี้สินแล้ว = -76,463,766.19

2.กระบวนการดำเนินงาน

1. พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในการเรียกเก็บรายกองทุน
2. โปรแกรมช่วยในการเรียกเก็บ RCM
3. รับบริจาค
4. จัดทำแผนการพัฒนาพัสดุทุกประเภทลดลง 20%
5. ควบคุมระบบการเบิกจ่ายตามแผนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์
6. รายงานผลทุกไตรมาสพร้อมสรุปผลการวิเคราะห์ประจำปี

3.ผลการดำเนินงาน

เพิ่มรายรับและควบคุมรายจ่ายให้ได้ตามแผน เพิ่มลดไม่เกินร้อยละ 5

4.ปัญหาอุปสรรค

1. การเรียกเก็บที่ไม่ครบถ้วน
2. การเพิ่มขึ้นของรายจ่ายนอกแผนที่ตั้งไว้

5.แผนพัฒนา

1. ควบคุมกำกับติดตามรายได้ วิเคราะห์ทุกสิ้นเดือน
2. จัดทำแผนเป้าหมายในการจัดเก็บรายได้
3. จัดทำแผนการใช้วัสดุทุกประเภท รวมถึงเวชภัณฑ์ยา โดยให้มีค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลงร้อยละ 20

ทุกหน่วยเบิก

4. ติดตั้งโปรแกรมระบบบริหารพัสดุ (IAAC) ทุกประเภท
5. จัดทำแผนในระบบทุกหน่วยเบิก
6. วิเคราะห์และรายงานผลทุกไตรมาส

ผู้รายงาน นางสาวกาญจนา ศรีสวัสดิ์

ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ

โทร 042 862 123 ต่อ 2703 ,081 873 8191

E-mail meawkan@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 6 องค์การสมรรถนะสูง

หัวข้อ 3. ตรวจสอบภายใน

ตัวชี้วัด 6.3 ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผล ระบบการควบคุมภายใน

1.สถานการณ์

จากการดำเนินการควบคุมภายใน แต่ละปี หน่วยงานย่อยในโรงพยาบาลเลย ได้ดำเนินการจัดส่งเอกสารการควบคุมภายใน ในรอบสิ้นสุด ณ 30 กันยายน ของปีที่ผ่านมา แต่การจัดส่งเอกสารยังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถที่จะรวบรวมข้อมูลขององค์กรให้ครบถ้วนได้ อีกทั้งการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) จำนวน 5 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านการเงิน มิติด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล มิติด้านงบการเงิน มิติด้านบริหารพัสดุ และมิติด้านระบบการควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง ยังพบว่าการจัดทำเอกสารในบางมิติ บางหัวข้อการตรวจยังไม่สามารถดำเนินการ หรือยังไม่ถูกต้อง สมบูรณ์ 100%

2.กระบวนการดำเนินงาน

1 เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ เลขานุการคณะกรรมการควบคุมภายใน บันทึกแจ้งเวียนส่วนงานย่อยรายละเอียดในการจัดทำ และส่งเอกสารการควบคุมภายใน และเวลาที่กำหนดในการจัดส่ง เมื่อส่วนงานย่อยทำการจัดส่งแล้ว คณะกรรมการควบคุมภายใน ดำเนินการรวบรวมติดตามสรุปรายงานการควบคุมภายในขององค์กร

2 การประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) จำนวน 5 มิติ ซึ่งระบบเปิดตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566 เพื่อให้หน่วยบริการแนบไฟล์เอกสารตามหัวข้อการประเมิน และจะประกาศผลการประเมินในเดือน กรกฎาคม 2566 หากหน่วยบริการใด ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ต้องจัดทำแผนพัฒนาองค์กร ตามมิติที่ไม่ผ่าน ในช่วงวันที่ 1- 31 ตุลาคม 2566

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.)
ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผล ระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ EIA	ร้อยละ 90	ร้อยละ 96.90	ยังไม่มีผลการประเมิน

4.ปัญหาอุปสรรค

4.1 บุคลากรในโรงพยาบาลเลย ยังไม่เข้าใจและเห็นความสำคัญของระบบการควบคุมภายใน ทำให้การจัดทำเอกสาร ระบบควบคุมภายในได้ไม่ครบถ้วนและสมบูรณ์

4.2 การจัดทำเอกสาร เพื่อแนบไฟล์ตามหัวข้อการประเมิน มีบางมิติ บางหัวข้อ ยังไม่สามารถปฏิบัติหรือดำเนินการได้ตามเวลาที่กำหนด

5.แผนพัฒนา

จากการที่บุคลากรในโรงพยาบาลเลย ยังไม่เข้าใจและเห็นความสำคัญของระบบการควบคุมภายใน ทำให้การจัดทำเอกสารระบบควบคุมภายในได้ไม่ครบถ้วนและสมบูรณ์ คณะกรรมการควบคุมภายใน และคณะกรรมการประเมินและติดตามผลการควบคุมภายใน โรงพยาบาลเลย จึงได้จัดทำแผนโครงการประชุมหารือการพัฒนาประสิทธิภาพระบบควบคุมภายใน บริหารความเสี่ยงและทำแบบประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง 5 มิติ (EIA) โรงพยาบาลเลย

ผู้รายงาน ว่าที่ ร.ต.เฉลิมรัตน์ สวัสดิ์
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานพัสดุ ชำนาญงาน
โทร 085-6939295
e-mail sawisai051223@gmail.com



การตรวจราชการและนิเทศงาน

กระทรวงสาธารณสุข

กรณีปกติ รอบที่ 1

ปีงบประมาณ 2566