



โรงพยาบาลอุดรธานี
Udon Thani Hospital

**รายงานผลการปฏิบัติราชการ
ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
และเขตสุขภาพที่ 8**

โรงพยาบาลอุดรธานี

รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566
ระหว่างวันที่ 6-7 กรกฎาคม 2566

รวบรวมโดย กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
โรงพยาบาลอุดรธานี
โทร 0-4221-5100 ต่อ 3525

คำนำ

การตรวจราชการและนิเทศงานประจำปี 2566 เป็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นไปที่การตรวจราชการและนิเทศงานแบบบูรณาการ เน้นเชิงลึก เปิดโอกาสให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข กำหนดแนวทางการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการของพื้นที่ และตอบสนองต่อนโยบายรัฐบาล นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นโยบายเขตบริการสุขภาพที่ 8 กลไกติดตามกำกับ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขระดับต่าง ๆ โดยใช้การติดตามและประเมินผลงานสาธารณสุข เป็นกลยุทธจัดการวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ ในการปฏิบัติตามนโยบายจากตัวชี้วัด ผลผลิต และผลลัพธ์ของแผนงาน/โครงการ ตลอดจนความคุ้มค่าในการใช้ประโยชน์จากทรัพยากร การจัดการความรู้และนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของประชาชน และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน

เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ได้จัดทำรายงานผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุข รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566 เพื่อประกอบการตรวจเยี่ยมของผู้ตรวจราชการสาธารณสุข เขตตรวจราชการที่ 8 พร้อมคณะ

คณะผู้จัดทำ ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน รวมถึงบุคลากรของโรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี และผู้เกี่ยวข้องเป็นอย่างยิ่ง สำหรับความร่วมมือในการดำเนินงานสาธารณสุขให้บังเกิดผลสัมฤทธิ์ อันปรากฏในเอกสาร เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

โรงพยาบาลอุดรธานี

ผู้จัดทำ

สารบัญ

หัวข้อ		หน้า
ข้อมูลทั่วไป	ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลอุดรธานี	8-27
ประเด็นที่ 1 Health For Wealth		28
	- กัญชาทางการแพทย์	29-43
ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ		44
	- โครงการพระราชดำริ : โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์	45-70
ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ		71
	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กลุ่มผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan - ร้อยละผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) - ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia) - ร้อยละของผู้สูงอายุที่พบว่าสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ - ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม (Fall) - ร้อยละของผู้สูงอายุที่พบภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 	72-75
	<p>พัฒนาการเด็กปฐมวัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90 - ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ร้อยละ 66 - เด็กปฐมวัยที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 100 	76-78
	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กลุ่มวัยเรียน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 57 เด็กวัยเรียนอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน 	79-80
	USDS (UDON SMART DISABILITY SERVICE)	81-82

หัวข้อ		หน้า
	- ระดับความสำเร็จของการมีและใช้ระบบบริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ (Udon Smart Disability Service : USDS)	
ประเด็นที่ 4 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ, Digital Health		83
	Service Plan สาขาโรคมะเร็ง <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก \geq ร้อยละ 60 - ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy \geq ร้อยละ 70 - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง \geq ร้อยละ 50 - ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ 50 	84-90
	Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) : โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนา Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) : โรคหลอดเลือดสมอง 	91-96
	Service Plan สาขา Sepsis <ul style="list-style-type: none"> - อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquire Sepsis 	97-99
	Service Plan สาขาทารกแรกเกิด <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด $<$ 3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ 	100-102
	Service Plan สาขาโรคหัวใจ (STEMI) <ul style="list-style-type: none"> - อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI $<$ ร้อยละ 9 - ร้อยละของการให้การรักษานผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด \geq ร้อยละ 60 	103-106
	Service Plan สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ <ul style="list-style-type: none"> - อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 	107-110

หัวข้อ		หน้า
	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 	
	<p>Service Plan Trauma (การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (triage level 1, 2) เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน > 26 % - อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit) < 12 % - อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) ที่มี motor score M1-M5 ใน GCS น้อยกว่าร้อยละ 25 	111-115
	<p>Service Plan สาขา Palliative care</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ 	116-117
	<p>Service Plan สาขาศัลยกรรม (One Day Surgery: ODS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery - ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนี้ในอุ้งน้ำดีและหรืออุ้งน้ำดีอีกเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) 	118-121
	<p>ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน 	122-124
	<p>การพัฒนาระบบบริการให้มีค่าใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (RDU) และการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล - รพ.สต. ส่งเสริมการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ 	125-134

หัวข้อ	หน้า
<p>ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ 	135-152
<p>Service Plan สาขาสูติกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน 	153-161
<p>Service Plan สาขาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดตั้งทีม Re – fracture Prevention ในโรงพยาบาลทุกระดับที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ทุกโรงพยาบาล - มีการจัดตั้งทีมและดำเนินการจัดระบบ Fast track fracture around the hip ผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 	162-166
ประเด็นที่ 5 องค์กรสมรรถนะสูง	167
<p>หัวข้อ Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA - ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน 	168-171
<p>ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา - ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด 	172-187
<p>การประเมินระบบการจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินระบบการจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) 	188-193
ภาคผนวก	194

ข้อมูลทั่วไป

ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

วิสัยทัศน์ (Vision) : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ (Mission) : พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

ค่านิยม (Core value) : M = Mastery คือ เป็นนายตัวเอง

O = Originality คือ เร่งสร้างสิ่งใหม่

P = People Centered Approach คือ ใส่ใจประชาชน

H = Humility คือ ถ่อมตน อ่อนน้อม

เป้าหมาย (Ultimate Goal) : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

วิสัยทัศน์ (Vision) และ พันธกิจ (Mission) : ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง สร้างความเจริญทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงศูนย์ความเป็นเลิศ มีคุณภาพไร้รอยต่อ

ยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นองค์กรด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนอุดรธานีมีสุขภาพดี

พันธกิจ (Missions)

- 1) จัดบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ มีคุณภาพ และครอบคลุมแบบไร้รอยต่อ
- 2) บริหารจัดการระบบสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล

ค่านิยม (Core value)

U = Unity คือ สามัคคี

D = Diversity คือ มีความหลากหลาย

M = Mastery คือ เป็นนายตนเอง

O = Originality คือ เร่งสร้างสิ่งใหม่

P = People centered approach = ใส่ใจประชาชน

H = Humility คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ 2566

วิสัยทัศน์ (Vision)

“โรงพยาบาลที่พึงแห่งภูมิภาคลุ่มน้ำโขง”

พันธกิจ (Mission) :

1. พัฒนาระบบบริการ และเครือข่ายที่เป็นเลิศ

2. พัฒนาระบบสนับสนุนบริการและเทคโนโลยีที่เป็นเลิศ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริการ
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยยึดหลักธรรมาภิบาลและมุ่งผลสัมฤทธิ์
4. พัฒนาด้านวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรม และความเป็นเลิศของนักศึกษาแพทย์ และบุคลากรด้านสาธารณสุข

ค่านิยม (Core Value) :

UDH : ผู้ป่วยคือคนสำคัญ ทีมงานแข่งขัน มุ่งมั่นพัฒนา

U : Unity ทีมงานแข่งขัน

D : Delight client ผู้ป่วยคือคนสำคัญ

H : High performance มุ่งมั่นพัฒนา

เป้าประสงค์สูงสุดของแผนยุทธศาสตร์ (Ultimate Goal)

1. ประชาชนเข้าถึงการบริการที่เป็นเลิศ เทคโนโลยีทันสมัยและยั่งยืน
2. ประชาชนมีศักยภาพในการพึ่งตนเองทางสุขภาพ ดูแลสุขภาพของครอบครัวและชุมชน
3. โรงพยาบาลมีความมั่นคงทางการเงินการคลัง โครงสร้างพื้นฐานและสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน
4. บุคลากรมีความรักสามัคคี มีความสุขและมีความภาคภูมิใจในองค์กร (Unity)

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
2. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence)
3. บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Good Governance Excellence)
4. บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
5. เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเลิศ (Information Excellence)

เข็มมุ่งโรงพยาบาลอุดรธานี ปี 2566

1. AHA
2. เพิ่มศักยภาพบริการ
 - Transplant Unit
 - Premium Clinic
 - Infertile Clinic
3. HAIT

ประวัติโรงพยาบาลอุดรธานี

โรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี อยู่ห่างจากศาลากลางจังหวัดประมาณ 1.2 กิโลเมตรมีพื้นที่ทั้งหมด 51 ไร่ 22 ตารางวา มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ	จด	ที่ดินเอกชน
ทิศใต้	จด	ที่ดินเอกชน
ทิศตะวันออก	จด	ถนนพะนิยมและหนองประจักษ์
ทิศตะวันตก	จด	วัดโพธิสมภรณ์ และคลองชลประทาน

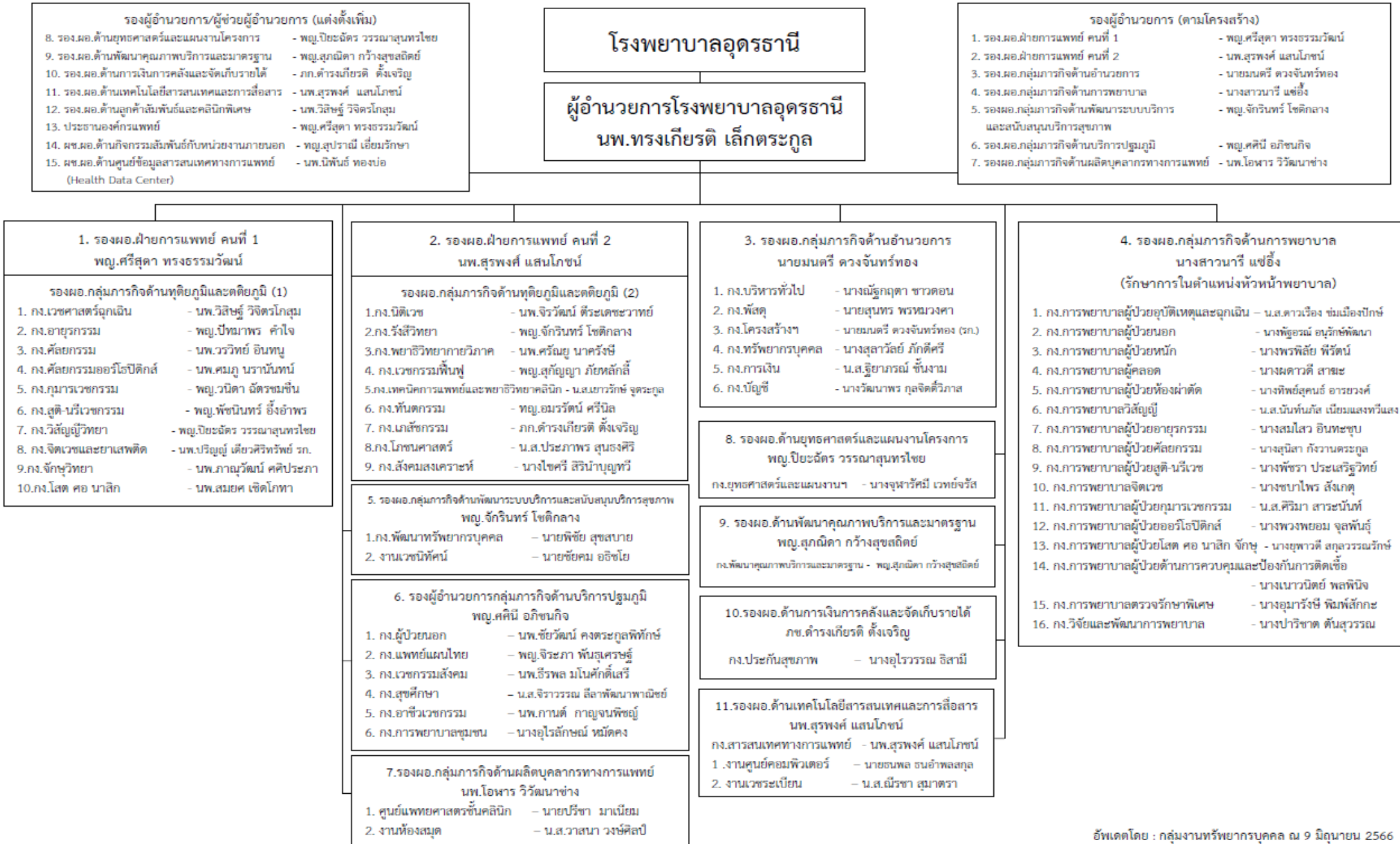
เดิมที่ตั้งของโรงพยาบาลอุดรธานี เป็นที่ของกระทรวงศึกษาธิการ ใช้เป็นบ้านพักของกรรมการมณฑลอุดร ต่อมาทางราชการยุบมณฑลอุดรและบ้านพักกรรมการได้ชำรุดผุพัง ที่ดินจึงว่างเปล่าไม่ได้ใช้ประโยชน์ทางราชการจึงได้จัดตั้งเป็นสถานพยาบาลขึ้นในปี พ.ศ. 2494 โดย พ.ต.อ.ขุนศุภกิจเลขการ ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งข้าหลวงประจำจังหวัดอุดรธานี ได้เห็นความจำเป็นในด้านสุขอนามัย และการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของประชาชนจังหวัดอุดรธานีเป็นสำคัญ จึงได้เสนอของบประมาณสำหรับจัดสร้างโรงพยาบาลแห่งงบประมาณที่ได้รับจัดสรรมาให้มีจำนวนน้อย ทางจังหวัดจึงสนับสนุนจัดหาเงินสมทบจากงานประจำปีทุ่งศรีเมือง ตลอดจนทั้งชักชวนร่วมสมทบบริจาคอีกด้วย และในเวลาต่อมา วันที่ 29 มิถุนายน 2496 ได้มีการประกอบพิธีวางศิลาฤกษ์ก่อสร้างตึกอำนวยการหลังแรกของโรงพยาบาลอุดรธานีขึ้น และวันที่ 24 เมษายน 2497 ขุนบริบาลบรรพตเขตต์ผู้ว่าราชการจังหวัดในขณะนั้น ได้ทำพิธีเปิดตึกอำนวยการเพื่อเปิดรับบริการผู้ป่วยอย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรก ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาโรงพยาบาลอุดรธานี ได้ดำเนินการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพและขยายการให้บริการอย่างสม่ำเสมอมาตามลำดับจนถึงปัจจุบัน ภายใต้การบริหารงานโดยมีวิสัยทัศน์และพันธกิจด้วยความมุ่งมั่นจนได้ผลงานบริการด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากผลการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละและมีความตั้งใจทำงานในหน้าที่ราชการเป็นอย่างดีของผู้อำนวยการ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ทั้งในอดีตและปัจจุบันจนเป็นที่ยอมรับของประชาชนในจังหวัดอุดรธานี และจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งได้สนับสนุนทางด้านกำลังทรัพย์วัสดุอุปกรณ์ ทางกายภาพ ตลอดจนผู้บริหารชั้นผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนด้านเงินงบประมาณ ทำให้โรงพยาบาลอุดรธานี ได้มีการพัฒนาจนเจริญก้าวหน้าดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและจะเจริญก้าวหน้า ทั้งในด้านการบริหาร และการบริการยิ่งขึ้นไปในอนาคต

รายนามผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งแต่เริ่มเปิดดำเนินการจนถึงปัจจุบัน

1. นายแพทย์เกษม	จิตตะยโสธร	พ.ศ. 2494	-	6 ก.ย. 2510
2. นายแพทย์นิยม	เกษมจรัส	7 ก.ย. 2510	-	9 ก.ย. 2518
3. แพทย์หญิงประภา	สวารช	10 ก.ย. 2518	-	30 ก.ย. 2530
4. แพทย์หญิงคุณหญิงอำพันธ์	มีนะกนิษฐ์	1 ต.ค. 2530	-	30 ก.ย. 2538
5. นายแพทย์เจริญ	มีชัย	1 ต.ค. 2538	-	30 ก.ย. 2550
6. นายแพทย์พิชาติ	เฉลิมมยุทนา	21 ธ.ค. 2550	-	28 ก.พ. 2556

7. นายแพทย์มนัส	กนกศิลป์	1 มี.ค. 2556	-	30 ก.ย. 2557
8. นายแพทย์ชุตติเดช	ตาบ-องครักษ์	1 ต.ค. 2557	-	30 ก.ย. 2558
9. นายแพทย์ธรรมบุญ	วิสิฐนวรรธ	1 ต.ค. 2558	-	30 ก.ย. 2561
10. นายแพทย์ณรงค์	ธาดาเดช	1 ต.ค. 2561	-	30 ก.ย. 2563
11. แพทย์หญิงฤทัย	วรรณวินิจ	1 ต.ต. 2563	-	30 ก.ย. 2565
12. นายแพทย์ทรงเกียรติ	เล็กตระกูล	1 ต.ค. 2565	-	ปัจจุบัน

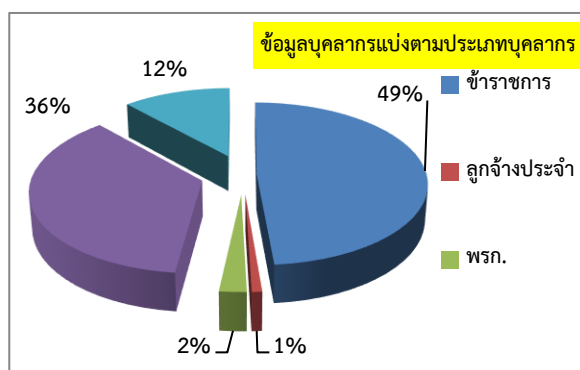
โครงสร้างหน่วยงานราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



อัปเดตโดย : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ณ 9 มิถุนายน 2566

ข้อมูลบุคลากร

ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติ จริง	ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติจริง
บุคลากรทางการแพทย์			
- ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์)	1	- วิสัญญี	13
- แพทย์ทั่วไป (GP)	4	- จิตเวช	5
อภัสสร/ไซคีทรี/พาฝัน/บุญชัย		- รังสีวิทยา	9
- เวชศาสตร์ป้องกัน	3	- พยาธิวิทยากายวิภาค	4
- เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	10	- เวชกรรมฟื้นฟู	3
- อายุรกรรม	43	- เวชศาสตร์ครอบครัว	13
- ศัลยกรรม	31	- แพทย์ที่เลี้ยงปี 2561-2566	35
- ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	14	(GP/แพทย์ใช้ทุน 2566 /แพทย์ที่เลี้ยง 2561-2565)	
- สูติ-นรีเวชกรรม	15	-	-
- กุมารเวชกรรม	20	<u>แพทย์ทั้งหมด</u>	<u>238</u>
- จักษุวิทยา	10		
- โสต ศอ นาสิก	5		
ทันตแพทย์	23	ลูกจ้างประจำ	30
เภสัชกร	70	ลูกจ้างชั่วคราว	412
พยาบาลวิชาชีพ	1,111	พนักงานราชการ	79
พยาบาลเทคนิค	3	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	1,285
นักวิชาการและเจ้าหน้าที่อื่นๆ	268	รวมเจ้าหน้าที่ทั้งหมด	<u>3,519</u>



ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลอุดรธานี ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2566

ข้อมูลแพทย์เฉพาะทาง (ตามวุฒิบัตร) ณ 1 มิถุนายน 2566 ไม่รวมผู้อำนวยการโรงพยาบาล

1. อายุรแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราว	พรก	พกส	Parttime
1	อายุรศาสตร์	9	-	-	-	-	1
2	อายุรศาสตร์โรคเลือด	4	-	-	-	-	-
3	อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา	2	-	-	-	-	-
4	ประสาทวิทยา	3	-	-	-	-	-
5	อายุรศาสตร์รังสีร่วมรักษาระบบประสาท	1	-	-	-	-	-
6	ตจวิทยา	1	-	-	-	-	1
7	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	10	-	-	-	-	-
8	อายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อ และเมตาบอลิซึม	3	-	-	-	-	-
9	อายุรศาสตร์โรคข้อ และรูมาติซึม	1	-	-	-	-	-
10	อายุรศาสตร์โรคทางเดินอาหาร	4	-	-	-	-	-
11	อายุรศาสตร์โรคไต	3	-	-	-	-	-
12	อายุรศาสตร์โรคหัวใจ/หัตถการ	7	-	-	-	-	-
13	อายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤต	3	-	-	-	-	-
14	อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ	1	-	-	-	-	-
15	เวชบำบัดวิกฤต	2	-	-	-	-	-
รวม		54	-	-	-	-	2

2. ศัลยแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ขรก	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราว	พรก	พกส	Parttime
1	ศัลยศาสตร์	13	-	-	-	-	-
2	ประสาทศัลยศาสตร์	3	-	-	-	-	-
3	ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	3	-	-	-	-	-
4	ศัลยศาสตร์ทรวงอก	2	-	-	-	-	-
5	ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	4	-	-	-	-	-
6	กุมารศัลยศาสตร์	3	-	-	-	-	-
7	ศัลยศาสตร์หลอดเลือด	2	-	-	-	-	-
8	ศัลยศาสตร์หลอดเลือดและไขสันหลัง	1	-	-	-	-	-
รวม		31	-	-	-	-	-

3. กุมารแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ขรก	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราว	พรก	พกส	Parttime
1	กุมารเวชศาสตร์/กุมารเวชบำบัดวิกฤต	9	-	-	-	-	-
2	กุมารเวชศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม	1	-	-	-	-	-
3	กุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ	0	-	-	-	-	-
4	กุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา	2	-	-	-	-	-
5	กุมารเวชศาสตร์โรคเลือด	1	-	-	-	-	-
6	กุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด	2	-	-	-	-	-
7	กุมารเวชศาสตร์สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก	1	-	-	-	-	-
8	กุมารเวชศาสตร์สาขาโรคหัวใจ	2	-	-	-	-	-
	กุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้	1	-	-	-	-	-
9	กุมารเวชศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหารและโรคตับ	1	-	-	-	-	-
รวม		20	-	-	-	-	-

4. สตรี-นรีแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ขรก	ลูกจ้าง ประจำ	ลูกจ้าง ชั่วคราว	พรก	พกส	Parttime
1	สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	11	-	-	-	-	-
2	เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์	1	-	-	-	-	-
3	มะเร็งนรีเวชวิทยา	2	-	-	-	-	-
4	เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์	1	-	-	-	-	-
รวม		15	-	-	-	-	-

5. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์แพทย์

ลำดับ	แพทย์	ขรก	ลูกจ้าง ประจำ	ลูกจ้าง ชั่วคราว	พรก	พกส	Parttime
1	ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	14	-	-	-	-	-
รวม		14	-	-	-	-	-

6. จักษุ / โสต คอ นาสสิก แพทย์

ลำดับ	แพทย์	ขรก	ลูกจ้าง ประจำ	ลูกจ้าง ชั่วคราว	พรก	พกส	Parttime
1	จักษุวิทยา	10	-	-	-	-	-
2	โสต คอ นาสสิกวิทยา	5	-	-	-	-	-
รวม		15	-	-	-	-	-

7. จิตเวชแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ขรก	ลูกจ้าง ประจำ	ลูกจ้าง ชั่วคราว	พรก	พกส	Parttime
1	จิตเวชศาสตร์	4	-	-	-	-	-
2	จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น	1	-	-	-	-	-
รวม		5	-	-	-	-	-

8. พยาธิแพทย์ / นิติเวชแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ขรก	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราว	พรก	พกส	Parttime
1	นิติเวชศาสตร์	-	-	-	-	-	-
2	พยาธิวิทยากายวิภาค	4	-	-	-	-	-
3	พยาธิวิทยาคลินิก	-	-	-	-	-	-
รวม		4	-	-	-	-	-

9. รังสีแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ขรก	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราว	พรก	พกส	Parttime
1	รังสีวิทยาทั่วไป	2	-	-	-	-	-
2	รังสีวิทยาวินิจฉัย	6	-	-	-	-	-
3	รังสีร่วมรักษาของลำตัว	1	-	-	-	-	-
รวม		9	-	-	-	-	-

10. วิสัญญีแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ขรก	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราว	พรก	พกส	Parttime
1	วิสัญญีวิทยา	10	-	-	-	-	-
2	วิสัญญีวิทยาระงับปวด	1	-	-	-	-	-
3	วิสัญญีทรวงอกเพื่อการผ่าตัดหัวใจหลอดเลือดใหญ่และทรวงอก	1	-	-	-	-	-
รวม		12	-	-	-	-	-

11. แพทย์เวชปฏิบัติ

ลำดับ	แพทย์	ขรก	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราว	พรก	พกส	Parttime
1	เวชปฏิบัติทั่วไป GP/แพทย์พี่เลี้ยง+ใช้ทุน	39	-	-	-	-	2
3	เวชศาสตร์ครอบครัว	13	-	-	-	-	-
4	เวชศาสตร์ป้องกันแขนงอายุรเวชศาสตร์	3	-	-	-	-	-
5	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	3	-	-	-	-	-
รวม		58	-	-	-	-	2

ข้อมูลการให้บริการ

จังหวัดอุดรธานี มีพื้นที่ 11,730.30 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 7,331,438.75 ไร่ เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากเป็นอันดับ 4 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ห่างจากกรุงเทพมหานครตามทางหลวงแผ่นดิน หมายเลข 2 ระยะทาง 564 กิโลเมตร เป็นจังหวัดที่มีเนื้อที่มากเป็น อันดับที่ 11 ของประเทศไทย มีประชากรทั้งสิ้น 1,563,048 คน เขตปกครอง 20 อำเภอ 156 ตำบล 1,891 หมู่บ้าน 407 ชุมชน มี 1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด, 1 เทศบาลนคร, 3 เทศบาลเมือง, 67 เทศบาลตำบล และ 109 องค์การบริหารส่วนตำบล 538,277 หลังคาเรือน

อำเภอเมืองอุดรธานี

- ▶ เทศบาลนครอุดรธานี รับผิดชอบประชากร 116,870 คน 104 ชุมชน 62,158 หลังคาเรือน
- ▶ อำเภอเมืองอุดรธานีประชากร 185,691 คน 20 ตำบล 251 หมู่บ้าน 86 ชุมชน 74,562 หลังคาเรือน

โรงพยาบาลอุดรธานี รับผิดชอบประชากรในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี 20 ตำบล 2 เทศบาลเมือง และ 1 เทศบาลนครฯ ครอบคลุมเขตรับผิดชอบเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี 32 PCU ประชากร 281,778 คนรับการส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง ครอบคลุมประชากร 1,563,048 คน และรับการส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียง รวมประชากรในเขตความรับผิดชอบตามพวงบริการระดับสถานบริการทั้งสิ้น ประมาณ 5,517,880 คน

1. จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบและจังหวัดใกล้เคียง

จังหวัด	อำเภอ	หลังคาเรือน	จำนวนประชากร
อุดรธานี	20	548,525	1,563,048
หนองคาย	9	184,909	515,795
เลย	14	234,063	637,341
หนองบัวลำภู	6	157,566	508,325
บึงกาฬ	8	143,368	421,684
สกลนคร	18	402,016	1,145,187
นครพนม	12	239,861	716,647
รวม	87	1,910,308	5,508,027

ที่มา :ระบบทางการทะเบียน สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ข้อมูล ปี พ.ศ. 2565

<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>

2. ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของประชากรจังหวัดอุดรธานี

ประเภทสิทธิ	จังหวัดอุดรธานี		อำเภอเมืองอุดรธานี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (UC+WEL)	1,194,547	84.87	258,640	75.10
2. ประกันสังคม (SSS)	98,151	6.97	85,045	24.69
3. ข้าราชการ พนักงานรัฐ และครอบครัว (OFC)	95,837	6.81	-	0.00
4. สิทธิสวัสดิการพนักงานท้องถิ่น (LGO)	15,794	1.12	-	0.00
5. สิทธิอื่นๆ	3,161	0.22	714	0.21
ประชากรทั้งหมดรวม	1,407,490	100.00	344,399	100.00

หมายเหตุ : ข้อมูล DBPOP จังหวัดอุดรธานี ประจำเดือน พฤษภาคม 2566

3. จำนวนเตียง

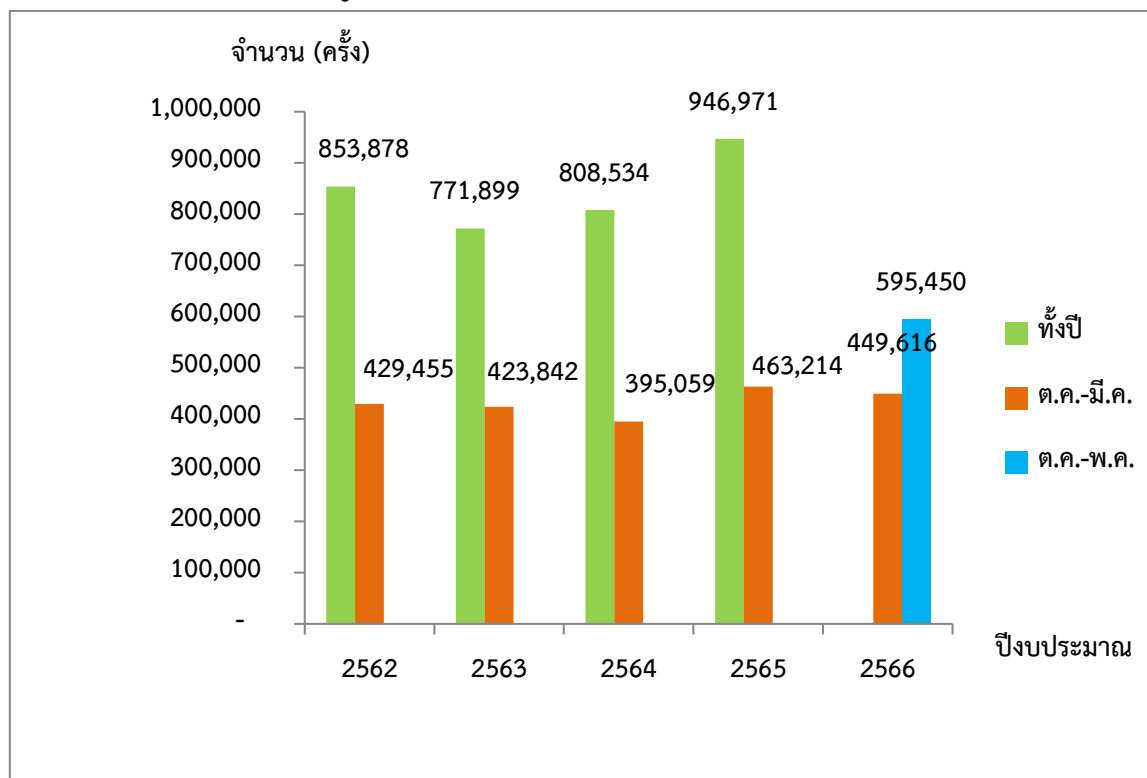
ลำดับ	รายการ	จำนวน
1	เตียงตามกรอบ	1,100
2	จำนวนเตียงให้บริการจริง	1,154
3	เตียงแผนกสูติ-นรีเวช	96
	สามัญ	68
	พิเศษ	28
4	เตียงแผนกศัลยกรรม	260
	สามัญ	224
	พิเศษ	36
5	เตียงอายุรกรรม	277
	สามัญ	242
	พิเศษ	35
6	เตียงกุมารเวชกรรม	96
	สามัญ	88
	พิเศษ	8
7	เตียงศัลยกรรมกระดูก	156
	สามัญ	140

ลำดับ	รายการ	จำนวน
	พิเศษ	16
8	เตียงศัลยกรรมระบบประสาท	30
9	เตียงศัลยกรรมอุบัติเหตุ	30
10	เตียง Burn Unit	7
11	เตียงแผนกหัวใจหลอดเลือด	70
	11.1 อายุรกรรมหัวใจ	32
	11.2 ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก	38
12	เตียง Semi ICU	18
	อายุรกรรม	6
	กุมารเวชกรรม	12
13	เตียงแผนกตา	60
14	แผนกอื่น ๆ	54
	13.1 แผนกเวชกรรมฟื้นฟู	19
	13.2 แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	25
	13.3 แผนกจิตเวช	10
15	รวม ICU ทุกแผนก	96
16	เตียง NICU (ทารกแรกเกิด)	12
17	เตียง CCU	8
18	เตียง ICU แผนกศัลยกรรม	40
19	เตียง ICU แผนกอายุรกรรม	28
20	เตียง ICU แผนกกุมารเวชกรรม	8
21	จำนวนห้องผ่าตัด	22

แหล่งที่มา : <https://phdb.moph.go.th> ข้อมูล ณ มกราคม 2565

4. สถิติการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลอุดรธานี

4.1 สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก



ที่มา : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ข้อมูล ณ 13 มิถุนายน 2566

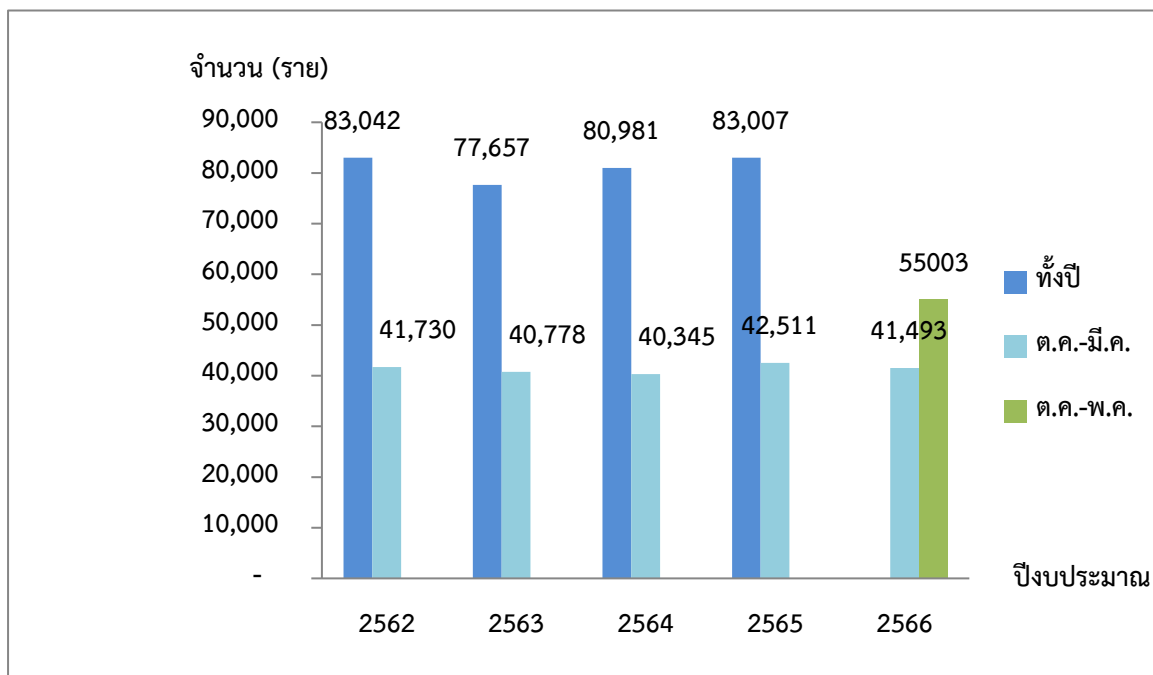
4.2 โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับ

ลำดับ	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566 (8 ด)	
	จำนวนผู้ป่วยนอก 808,534 ครั้ง	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยนอก 946,971 ครั้ง	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยนอก 449,616 ครั้ง	ร้อยละ
1	Hypertension (I10) = 81,253	10.53	Hypertension (I10) = 82,456	8.71	Hypertension (I10) = 63,825	14.20
2	Diabetes mellitus (E11) = 57,787	7.49	Diabetes mellitus (E11) = 55,963	5.91	Diabetes mellitus (E11) = 46,449	10.33
3	Disorder of lipoprotein metabolism (E78) = 48,893	6.33	Disorder of lipoprotein metabolism (E78) = 49,966	3.18	Disorder of lipoprotein metabolism (E78) = 34,911	7.32
4	Chronic renal failure (N18) = 32,261	4.18	Chronic renal failure (N18) = 30,136	2.04	Chronic renal failure (N18) = 32,917	3.37

ลำดับ	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566 (8 ด)	
	จำนวนผู้ป่วยนอก 808,534 ครั้ง	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยนอก 946,971 ครั้ง	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยนอก 449,616 ครั้ง	ร้อยละ
5	Soft tissue disorder (M79) = 21,391	2.77	Soft tissue disorder (M79) = 19,356	1.96	Soft tissue disorder (M79) = 15,142	2.85
6	Unspecified human immunodeficiency virus(HIV) disease (B24) = 18,550	2.40	Unspecified human immunodeficiency virus(HIV) disease (B24) = 18,558	1.19	Unspecified human immunodeficiency virus(HIV) disease (B24) = 12,816	2.62
7	CA breast (C50) = 9,894	1.28	CA breast (C50) = 11,251	1.02	Acute pharyngitis = 11,795	1.67
8	Cardiovascular disease (I25) = 9,865	1.28	Cardiovascular disease (I25) = 9,635	0.85	CA breast (C50) = 7,522	1.51
9	Abdominal pain (R10) = 8,460	1.10	Chronic viral hepatitis (B18) = 8,013	0.72	Dorsalgia (M54) = 6,810	1.43
10	Dorsalgia (M54) = 8,221	0.11	Thyrotoxicosis (E05) = 6,819	8.71	Chronic viral hepatitis (B18) = 6,446	14.20

ที่มา : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ข้อมูล ณ 13 มิถุนายน 2566

4.3 สถิติการให้บริการผู้ป่วยใน



ผลงานบริการผู้ป่วยใน

ข้อมูล	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.65-พ.ค.66)
จำนวนผู้ป่วยในจำหน่าย(ราย) LOS1	83,042	77,657	80,981	83,007	55,003
จำนวนวันนอน (วัน) LOS1	395,134	378,499	467,205	460,920	272,135
วันนอนเฉลี่ย (วัน)	4.76	4.87	5.77	5.55	4.94
จำนวนเตียงให้บริการจริง (เตียง)	1,073	1,148	1,134	1,154	1,154
อัตราครองเตียง (ร้อยละ)	100.89	90.33	112.88	109.43	110.71
Active bed (เตียง)	1,083	1,037	1,280	1,262	1,277

แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 13 มิถุนายน 2566

หมายเหตุ: จำนวนเตียงจริง ไม่นับเตียงคลอด เตียงรอกคลอด เตียงเด็กปกติ เตียงหอผู้ป่วยหนัก

$$\text{สูตรคำนวณ อัตราครองเตียง} = \frac{\text{จำนวนวันนอนรวมผู้ป่วย} \times 100}{\text{จำนวนเตียง} \times \text{จำนวนวันในช่วงที่กำหนด}}$$

$$\text{สูตรคำนวณ Active bed} = \frac{\text{อัตราครองเตียง} \times \text{จำนวนเตียง}}{100}$$

4.4 โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับ

ลำดับ	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566 (8 ต)	
	จำนวน(ครั้ง) N=80,981	ร้อยละ	จำนวน(ครั้ง) N=83,007	ร้อยละ	จำนวน(ครั้ง) N=55,003	ร้อยละ
1	Viral pneumonia (J12) = 2,647	3.27	Senile cataract = 2,398	2.89	Senile cataract = 1,657	3.01
2	Intracranial injury (S06) = 2,067	2.55	Viral pneumonia (J12) = 2,384	2.87	Intracranial injury (S06) = 1,613	2.93
3	Thalassaemia (D56) = 1,982	2.45	URI = 1,279	1.54	Chronic renal failure (N18) = 1,520	2.76
4	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 1,556	1.92	Thalassaemia (D56) = 2,028	2.44	Thalassaemia (D56) = 1,508	2.74
5	CA ovary (C56) = 1,530	1.89	Intracranial injury (S06) = 1,930	2.33	DM (E11) = 1,207	2.19

ลำดับ	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566 (8 ด)	
	จำนวน(ครั้ง) N=80,981	ร้อยละ	จำนวน(ครั้ง) N=83,007	ร้อยละ	จำนวน(ครั้ง) N=55,003	ร้อยละ
6	Chronic renal failure (N18) = 1,502	1.85	Chronic renal failure (N18) = 1,694	2.04	CA ovary (C56) = 1,096	1.99
7	Senile cataract (H25) = 1,463	1.81	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 1,639	1.97	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 999	1.82
8	Cerebral infarction (I63) = 1,334	1.65	CA ovary (C56) = 1,566	1.89	Cerebral infarction (I63) = 964	1.75
9	Acute appendicitis (K35) = 1,124	1.39	Neonatal jaundice = 1,373	1.65	Diarrhea and Gastroenteritis (A09) = 949	1.73
10	Malignant neoplasm of colon (C18) = 1,111	1.37	Cerebral infarction (I63) = 1,356	1.63	Pneumonia (J18) = 779	1.42

แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 13 มิถุนายน 2566

4.5 สถิติผู้ป่วยเสียชีวิต ปีงบประมาณ 2554 – 2566 (8 เดือน)

ปี	จำนวน ผู้ป่วย จำหน่าย	จำนวน เสียชีวิต	ไม่สมัคร ใจอยู่	รวมเสียชีวิต+ ไม่สมัครอยู่	อัตราไม่สมัคร อยู่	อัตรตาย	อัตรา ตาย+ไม่ สมัครอยู่
2554	52,162	1,209	1,649	2,858	3.16	2.32	5.48
2555	69,784	1,807	2,086	3,893	2.99	2.59	5.58
2556	69,628	1,958	1,930	3,888	2.77	2.81	5.58
2557	71,076	2,461	2,009	4,470	2.83	3.46	6.29
2558	75,124	2,245	2,005	4,250	2.67	2.99	5.66
2559	78,978	1,964	1,854	3,818	2.35	2.49	4.83
2560	81,924	2,019	1,655	3,674	2.02	2.46	4.48
2561	84,007	2,191	1,337	3,528	1.59	2.61	4.20

ปี	จำนวนผู้ป่วย จำหน่าย	จำนวน เสียชีวิต	ไม่สมัคร ใจอยู่	รวมเสียชีวิต+ ไม่สมัครอยู่	อัตราไม่สมัคร อยู่	อัตราตาย	อัตรา ตาย+ไม่ สมัครอยู่
2562	83,042	2,057	1,140	3,197	1.37	2.48	3.85
2563	77,657	2,010	909	2,919	1.17	2.59	3.76
2564	80,981	2,164	684	2,848	0.84	2.67	3.52
2565	83,007	2,176	707	2,883	0.85	2.62	3.47
2566 (ต.ค.65- พ.ค.66)	55,003	1,264	417	1,681	0.75	2.29	3.05

แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 13 มิถุนายน 2566

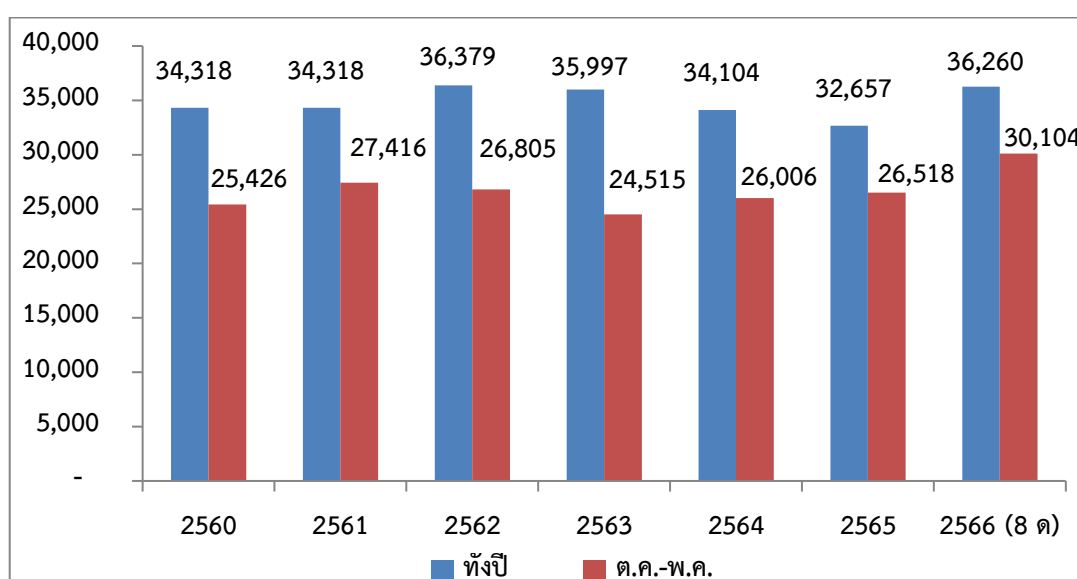
4.6 โรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในโรงพยาบาล 10 อันดับ

ลำดับ	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566 (8 ต)	
	เสียชีวิต 2,164 คน	ร้อยละ	เสียชีวิต 2,176 คน	ร้อยละ	เสียชีวิต 1,264 คน	ร้อยละ
1	Pneumonia (J12,J15,J18) = 364	16.82	Pneumonia (J12,J15,J18) = 458	21.05	Pneumonia (J12,J15,J18) = 189	14.95
2	Intracranial injury (S06) = 163	7.53	Intracranial injury (S06) = 177	8.13	Intracranial injury (S06) = 110	8.70
3	Intracerebral haemorrhage (I61) =132	6.10	Intracerebral haemorrhage (I61) =129	5.93	Intracerebral haemorrhage (I61) =69	5.46
4	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 104	4.81	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 123	5.65	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 61	4.83
5	Chronic renal failure (N18) = 64	2.96	HIV disease resulting (B20) = 68	3.13	Cerebral infarction (I63) = 37	2.93
6	HIV disease resulting (B20) = 53	2.45	Cerebral infarction (I63) = 59	2.71	CA liver (C22) = 35	2.77
7	Cerebral infarction (I63) = 51	2.36	Heart failure (I50) = 53	2.44	Septicaemia (A41) =34	2.69

ลำดับ	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566 (8 ด)	
8	CA liver (C22) = 46	2.13	Septicaemia (A41) =49	2.25	HIV disease resulting (B20) = 30	2.37
9	Heart failure (i50) = 41	1.89	CA liver (C22) = 38	1.75	TB (A15) = 28	2.22
10	Septicaemia (A41) =40	1.85	CA lung (C34) = 36	1.65	COPD (J44) = 28	2.22

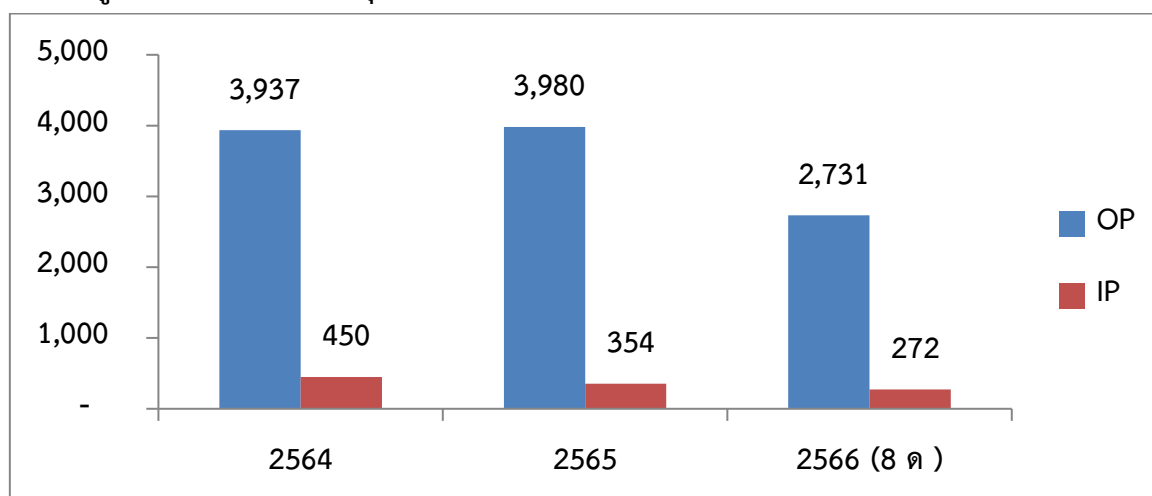
แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 16 มิถุนายน 2566

4.7 สถิติผู้ป่วยผ่าตัดทุกประเภท ปีงบประมาณ 2560-2566(8 ด)



แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 31 พฤษภาคม 2566

4.8 จำนวนผู้ป่วยที่ส่งออกนอกเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2564 – 2566 (8 ด)



4.9 โรคที่เป็นสาเหตุการส่งออกนอกเขตสุขภาพ 10 อันดับ ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65-พ.ค.66)

ชื่อโรค	จำนวนผู้ป่วยปี 2566
1. Malignant neoplasm of thyroid gland (C73)	90
2. Ventricular septal defect (Q210)	41
3. CKD stage 5	39
4. Convergent concomitant strabismus (H500)	34
5. Divergent concomitant strabismus (H501)	30
6. CA Liver (C220)	26
7. Acute and subacute iridocyclitis (H200)	24
8. Tetralogy of Fallot (Q213)	24
9. Microtia (Q172)	19
10. Degeneration of macula and posterior pole	19

แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 31 พฤษภาคม 2566

3.10 จำนวนผู้ป่วยที่ส่งสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ปีงบประมาณ 2564-2566 (8 ต)

สถานพยาบาล	ปี 2564			ปี 2565			ปี 2566 (ต.ค.- พ.ค.)		
	OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม	OPD	IPD	รวม
1. โรงพยาบาลศรีนครินทร์	1,816	151	1,967	1,870	111	1,981	1,284	732	2,016
2. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	1,550	250	1,800	1,504	202	1,706	1,022	151	1,173
3. ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มข.	169	13	182	213	19	232	136	8	144
4. รพ.จิตเวชเลยราชนครินทร์	133	20	153	112	15	127	94	27	121
5. โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล	79	1	80	61	1	62	33	3	36
6. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	61	3	64	71	-	71	51	4	55
7. โรงพยาบาลรามธิบดี	41	2	43	44	4	48	37	1	38
8. คณะทันตแพทย์ มข.	34	-	34	31	-	31	28	-	28
9. โรงพยาบาลขอนแก่น	16	5	21	12	-	12	15	3	18
10. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ	7	2	9	29	-	29	6	1	7
11. โรงพยาบาลราชวิถี	6	1	7	20	-	20	11	-	11
12. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ	6	-	6	1	1	2	3	-	3
13. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	4	1	5	-	-	-	1	1	2
14. สถาบันประสาทวิทยา	5	-	5	4	-	4	2	-	2
รวม	3,927	449	4,376	3,972	353	4,325	2,723	931	3,654

แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 31 พฤษภาคม 2566

ประเด็นที่ 1 Health for Wealth

หัวข้อ “กัญชาทางการแพทย์”

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6-7 กรกฎาคม 2566

1. ประเด็นการตรวจราชการ กัญชาทางการแพทย์

2. สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลนำร่อง เขตสุขภาพที่ 8 ให้เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย (Medical Cannabis Clinic) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ได้รับประโยชน์สูงสุด อย่างเป็นรูปธรรม โดยเปิดให้บริการทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 และ 4 ของเดือน เวลา 08.00 - 12.00 น. ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ เปิดให้บริการครั้งแรกเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2562 มีผลิตภัณฑ์กัญชา 3 รายการ คือ สารสกัดกัญชา THC 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด) และตำรับสมุนไพรมะขามเทศ และยาทำละลายพระสุเมรุ

โรงพยาบาลอุดรธานี มีบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ของกรมการแพทย์ และบุคลากรแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 48 คน, ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม 23 คน, ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม 3 คน, ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ 4 คน, ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย (เวชกรรมไทย) 2 คน รวมทั้งสิ้น 82 คน

ปีงบประมาณ 2564 ไตรมาสที่ 1 มีผลิตภัณฑ์กัญชาให้บริการ 7 รายการ คือ สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด) สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด) สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด) และตำรับสมุนไพรมะขามเทศ ตำรับยาสมุนไพร ตำรับทำละลายพระสุเมรุ ตำรับแก้ลมแก้เส้น ตำรับยาทาริดสีดวงและโรคผิวหนัง

การประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพ ปีงบประมาณ 2564 ไตรมาสที่ 1 มีประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 รายงานสถานการณ์การบริหารจัดการยาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จากปัญหาสารสกัด THC ขาดชั่วคราว และได้ดำเนินการขอสนับสนุนจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้ ยาแผนปัจจุบัน สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด) สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด) ให้ดำเนินการจัดซื้อจากองค์การเภสัชกรรมให้มีเพียงพอต่อการใช้เช่นกัน

ประเด็นที่ 2 การเสนอเข้าบัญชียาโรงพยาบาล น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา) กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งผลิตโดยกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และให้ดำเนินการขอสนับสนุนอย่างเร่งด่วนภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2563

ประเด็นที่ 3 ขยายการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ให้เปิดบริการทุกวันพฤหัสบดี เริ่มดำเนินการ 1 มกราคม 2564 โดยจัดให้บริการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ของทุกเดือน ให้บริการกัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน และแพทย์แผนไทย

สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ของทุกเดือน ให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย

ประเด็นที่ 4 เป็นแหล่งศึกษาดูงานให้ผู้รับผิดชอบงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ในโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดอุดรธานี เข้าศึกษาดูงาน ณ หน่วยบริการ เพื่อพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการดำเนินงาน คณะผู้เข้าศึกษาดูงานประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย และนักคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้มากขึ้น

ปีงบประมาณ 2564 ไตรมาสที่ 3 สถานการณ์ COVID-19 มีการขยายทางไปรษณีย์ และโทรติดตามอาการในผู้ป่วยรายเก่า และให้คำแนะนำการใช้ยาทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้ว จำนวน 11 ครั้ง ในผู้ป่วย 9 ราย นอกจากนี้ มีสถานการณ์การบริหารจัดการยาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จากปัญหาสารสกัด CBD ขาดชั่วคราว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันรายเก่าที่ได้รับการรักษาด้วยสารสกัด CBD ไม่ได้รับยาต่อเนื่อง และได้ดำเนินการขอสนับสนุนจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้มีการเชื่อมโยง 3 หมอ คือ หมอประจำบ้าน หมอสาธารณสุข และหมอครอบครัว ดูแลให้ความรู้กัญชาทางการแพทย์ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ ช่วยส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาสที่ 1 มีผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันให้บริการ 3 รายการ คือ สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด) สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด) สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด) เนื่องจากโรงพยาบาลอภัยภูเบศรไม่สามารถให้การสนับสนุนสารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด) ได้ ดังนั้น การจัดหาจึงเป็นการจัดซื้อจากองค์การเภสัชกรรมเท่านั้น ทั้งนี้ สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด) สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด) ทางโรงพยาบาลอภัยภูเบศรผู้ให้การสนับสนุนเช่นเดิม ดังนั้นการจัดหาจึงมีทั้งการจัดซื้อจากองค์การเภสัชกรรมและขอสนับสนุนโรงพยาบาลอภัยภูเบศร สำหรับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์แผนไทยให้บริการ 7 รายการ คือ ตำรับยาสุขไสยาสน์ ตำรับท่าลายพระสุเมธ ตำรับแก้ลมแก้เส้น ตำรับยาทาดิสดวงและโรคผิวหนัง ตำรับทัพยาธิคุณ น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง และน้ำมันกัญชา (ตำรับหมอลดชา) เนื่องจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ยุติให้การสนับสนุนตำรับกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 ดังนั้นการจัดหาผลิตภัณฑ์จึงเป็นการจัดซื้อทั้งหมด

ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสที่ 1 มีผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันให้บริการ 3 รายการ คือ สารสกัด สูตร THC, สารสกัด สูตร CBD และ สารสกัด THC : CBD ที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ (วันพฤหัสบดี) และบนหอผู้ป่วยในทั้ง Admit, D/C และส่ง F/U ที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ (วันพฤหัสบดี) - ส่งจ่ายโดยแพทย์ประจำคลินิก 4 ท่าน คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย เปิดทุกวันจันทร์-ศุกร์ ในเวลาราชการ โดยมีแพทย์แผนไทยประจำคลินิก 5 ท่าน, และในหน่วยบริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 3 คน มีผลิตภัณฑ์

กัญชาทางการแพทย์แผนไทยให้บริการ 7 รายการ คือ ยาสุขไสยาศน์ ยาทำลายพระสุเมรุ ยาแก้ลมแก้เส้น ยา ทาริตสีดวงและโรคผิวหนัง ยาทัพยาธิคุณ น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง และน้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา) ที่คลินิก กัญชาทางการแพทย์แผนไทย, ห้องตรวจโรคอื่น ๆ และบนหอผู้ป่วยในทั้ง Admit, D/C และส่ง F/U ที่คลินิก กัญชาทางการแพทย์แผนไทย ส่งจ่ายโดยแพทย์แผนไทยได้ทั้ง 7 รายการ ส่วนแพทย์แผนปัจจุบันสามารถสั่ง ใ้ยาได้ 5 รายการ คือ น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา), ยาสุขไสยาศน์, ยาแก้ลมแก้เส้น และยาทำลายพระ สุเมรุ น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง เพิ่มการเข้าถึง โดยการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แพทย์ แผนปัจจุบัน/แพทย์แผนไทย สามารถสั่งได้ มี 3 รายการ คือ น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา), ยาสุขไสยาศน์, ยาแก้ลมแก้เส้น ใน phase 1 และ phase 2 มีแนวโน้มเพิ่มรายการยาให้มากขึ้น

ตั้งแต่ 30 กันยายน 2564 ได้ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของ ผู้ใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพ ที่ 8 ได้รับความสนใจน้ำมันกัญชาขมิ้นทอง 1,100 ขวด โดยโรงพยาบาลอุดรธานีรับผิดชอบวิจัยเชิงรุกในผู้ป่วยโรค สะเก็ดเงิน มีผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรักษาแล้ว 25 ราย มีการจ่ายยา 471 ขวด

สถานการณ์ COVID-19 ยังคงมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีผู้ป่วยรายใหม่ขอรับการรักษาที่ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันลดลง ดังนั้น การให้บริการส่วนใหญ่จึงเป็นการโทรติดตามอาการผู้ป่วย รายเก่า จำนวน 32 ครั้ง ในผู้ป่วย 15 ราย โดยจ่ายยาทางไปรษณีย์ และให้คำแนะนำการใช้ยาทางโทรศัพท์ เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้ว จำนวน 11 ครั้ง ในผู้ป่วย 9 ราย

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลอุดรธานีในแต่ละไตรมาส

ช่วงเวลา	ระดับความสำเร็จ
ไตรมาสที่ 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับทราบข้อมูลการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ >ร้อยละ 60 2. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ไม่พบข้อห้ามใช้ ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา ในทุกไตรมาส 3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา มีคุณภาพชีวิตที่ดี ขึ้น มากกว่าร้อยละ 70 ในทุกไตรมาส 4. จัดหา ยาแผนปัจจุบันกัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยให้มีเพียงพอต่อการใ้ 5. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชา ทางทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 5 6. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5

ช่วงเวลา	ระดับความสำเร็จ
	7. ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาชนิดมึนทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 อย่างต่อเนื่อง
ไตรมาสที่ 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับทราบข้อมูลการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ >ร้อยละ 60 2. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ไม่พบข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา ในทุกไตรมาส 3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 70 ในทุกไตรมาส 4. จัดหา ยาแผนปัจจุบันกัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยให้มีเพียงพอต่อการใช้ 5. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 5 6. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 7. ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาชนิดมึนทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 อย่างต่อเนื่อง
ไตรมาสที่ 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับทราบข้อมูลการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ >ร้อยละ 70 2. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ไม่พบข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา ในทุกไตรมาส 3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 70 ในทุกไตรมาส 4. จัดหา ยาแผนปัจจุบันกัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยให้มีเพียงพอต่อการใช้ 5. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 5 6. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 7. ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาชนิดมึนทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 อย่างต่อเนื่อง
ไตรมาสที่ 4	1. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับทราบข้อมูลการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ >ร้อยละ 80

ช่วงเวลา	ระดับความสำเร็จ
	<ol style="list-style-type: none"> 2. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ไม่พบข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา ในทุกไตรมาส 3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 70 ในทุกไตรมาส 4. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง 5. เมื่อประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขได้รับความรู้ อย่างทั่วถึงแล้ว คาดหวังว่าการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชานอกระบบจะลดลง 6. จัดทำ ยาแผนปัจจุบันกัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยให้มีเพียงพอต่อการใช้ 7. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 5 8. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 9. ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 อย่างต่อเนื่อง

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

1. คลินิกกัญชาทางการแพทย์มีความพร้อมให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัย ในด้านพัฒนาศักยภาพบุคลากร ของสหสาขาวิชาชีพ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และประเด็นตามข้อสั่งการฯ ที่ 1 ดำเนินการจัดทำในข้อสั่งการฯ ที่ยังมีไม่ครบ ได้แก่ เครื่องมือชุดทดสอบสารสกัดจากกัญชาในผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชา
2. การจัดบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ เพื่อประเมินความเหมาะสม ในการใช้กัญชาทางการแพทย์และวางแผนให้ เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ตามข้อสั่งการฯ ดำเนินการจัดทำในข้อสั่งการฯ ที่ยังมีไม่ครบ ได้แก่ การตรวจทดสอบผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชา สาร THC /CBD ทางห้องปฏิบัติการ
3. การจัดทีมบุคลากรประจำหน่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์
4. มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย ในการให้บริการรักษา ส่งจ่ายยา ติดตามผลการรักษา ทุกราย และทุกครั้งที่มาใช้บริการ ด้วยโปรแกรม C-MOPH และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล OPSERVE ผู้ป่วยที่ขอรับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทุกรายต้องได้รับการประเมินตามแบบคัดกรอง C-MOPH 1 ที่มีการประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) และผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์สั่งใช้สารสกัดกัญชา จะไม่มีข้อห้ามใช้และผ่านการประเมินตามแบบคัดกรอง C-MOPH 1 ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการ พร้อมได้รับคำแนะนำการใช้ยา ผลข้างเคียงอาการไม่พึงประสงค์และสอนวิธีการใช้ยาจากเภสัชกร และติดตามเฝ้า

ระวังผลข้างเคียง อาการแสดงทางกาย และจิตที่ไม่พึงประสงค์ และผลการบำบัดรักษาตลอดระยะเวลาการรักษา ด้วยสารสกัดกัญชาทุกราย

5. มีการจัดทำทะเบียนสารสกัดจากกัญชาทั้งในส่วนของระบบยา ซึ่งเป็นโปรแกรมของ องค์การอาหารและยา (อย.) และของโรงพยาบาล ซึ่งมีระบบควบคุมดูแลจากคลัง มี Stock Card ที่ระบุ Serial Number ตั้งแต่รับยาเข้าคลัง เบิกสำรองที่หน่วยให้บริการและจ่ายให้ผู้ป่วย มีการตรวจสอบสำรองทุกเดือน และมีรายงานเข้าระบบยาเสพติดส่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ทุกเดือน

6. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย กรณีเกิดอาการข้างเคียง ผลที่ไม่พึงประสงค์ของยา และมาขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี ผ่านแนวทางการปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สารสกัดกัญชา ของศูนย์แพทย์โรงพยาบาลอุดรธานีทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็ปฏิบัติตามแนวทางเมื่อพบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สารสกัดกัญชา ของศูนย์แพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี และส่งต่อโรงพยาบาลอุดรธานี

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

ปีงบประมาณ 2562

โครงการ อบรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

กิจกรรม จัดอบรมโดยวิทยากรบรรยายในห้องประชุม อภิปราย ตอบข้อซักถาม และมีการทดสอบความรู้หลังการอบรม ผู้เข้าร่วมการอบรมที่ผ่านเกณฑ์ กรรมการแพทย์จะเป็นผู้ออกไปประกาศนียบัตรรับรองผ่านการอบรม และขึ้นทะเบียนขอรับใบอนุญาตเป็นผู้สั่งใช้/ จ่ายสารสกัดจากกัญชาในทางการแพทย์ได้ มีกลุ่มเป้าหมาย แพทย์แผนปัจจุบัน ทันตแพทย์ เกษัชกร ในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 300 คน ทั้งนี้ หากกลุ่มเป้าหมายข้างต้นยังไม่ครบจำนวน แพทย์แผนไทย พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ ทั้งนี้ เมื่อเทียบจำนวน แพทย์แผนปัจจุบัน ทันตแพทย์ เกษัชกร ในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 1,601, 473, 779 คน ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 2,853 คน กลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้คิดเป็นร้อยละ 10.5 ระยะเวลาในการดำเนินการ 26 – 27 สิงหาคม 2562 จำนวน 2 วัน ณ ห้องประชุมชั้น 7 ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลอุดรธานี

งบประมาณ 630,000 บาท

ปีงบประมาณ 2563

โครงการ กัญชาทางการแพทย์ อำเภอเมือง จ.อุดรธานี

กิจกรรม จัดอบรมโดยวิทยากรบรรยายในห้องประชุม อภิปราย ตอบข้อซักถาม และมีการทดสอบความรู้หลังการอบรม มีกลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 160 คน ทั้งนี้ เมื่อเทียบจำนวนบุคลากรทั้งสิ้น 247 คน กลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้คิดเป็นร้อยละ 64.8 ระยะเวลาในการดำเนินการ ช่วงไตรมาสที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี งบประมาณ 34,400 บาท

ปีงบประมาณ 2564

โครงการ อบรมให้ความรู้กัญชาทางการแพทย์สำหรับประชาชน

กิจกรรม จัดอบรมให้ความรู้กัญชาทางการแพทย์ และเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลสู่สาธารณะชน ให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบความรู้กัญชาทางการแพทย์แบบออนไลน์ผ่าน Facebook Fanpage มีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 การจัดอบรม: ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 240 คน ทั้งนี้ เมื่อเทียบจำนวนประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 276,242 คน กลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้คิดเป็นร้อยละ 0.09 กลุ่มที่ 2 การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลสู่สาธารณะชน: ประชาชนทั่วไป ระยะเวลาในการดำเนินการ ช่วงไตรมาสที่ 2 ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีงบประมาณ 39,600 บาท

หมายเหตุ: ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากสถานการณ์ COVID – 19

ปีงบประมาณ 2566

โครงการพัฒนาระบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในรพ.สต. CUP เมืองอุดรธานี ปีงบประมาณ 2566

กิจกรรม จัดประชุมเพื่อพัฒนาระบบให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยให้เป็นทิศทางเดียวกัน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใช้ตำรับยา กัญชาทางการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วย สามารถนำความรู้และประสบการณ์ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยไปใช้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดผลข้างเคียง <ร้อยละ 5 กลุ่มเป้าหมาย แพทย์แผนไทยและเจ้าหน้าที่ เครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 30 คน งบประมาณ 6,450 บาท

โครงการอบรมให้ความรู้การใช้กัญชาอย่างปลอดภัย คปสอ.เมือง จ.อุดรธานี ปีงบประมาณ 2566

กิจกรรม จัดอบรมให้ความรู้กัญชา ให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบความรู้กัญชา มีความตระหนักถึงประโยชน์และโทษของกัญชา กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ นาข่า, โนนสูง, สามพร้าว, หมู่ม่น, เชียงพิณ และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 3 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 1, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง วัดป่าโนนนิเวศน์ แห่งละ 50 รวมเป็น 400 คน ทั้งนี้ เมื่อเทียบจำนวนประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 276,242 คน กลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้คิดเป็นร้อยละ 0.14 ระยะเวลาในการดำเนินการ ช่วงไตรมาสที่ 3 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็น PCU 5 แห่ง และ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี งบประมาณ 66,800 บาท

4. ผลการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตาม Service Plan ปีงบประมาณ 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566)

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line				ไตรมาส 2 ปี 2566 (ต.ค.65 - มิ.ย 66)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 ไตรมาส 2	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ผลงาน (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคองที่ได้รับการ รักษาด้วยยา姑療法ทาง การแพทย์ เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 5							
1.1 จำนวนผู้ป่วย	1.43	0.62	0.49	0.28		3	0.17
- แผนปัจจุบัน	0.14	0.18	0.75	0.70		15	0.95
- แผนไทย							
1.2 จำนวนครั้ง	0.50	0.29	0.58	0.26		5	0.18
- แผนปัจจุบัน	0.14	0.05	0.76	0.52		28	1.24
- แผนไทย							
2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษา ด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5							
2.1 จำนวนผู้ป่วย							
- แผนปัจจุบัน	29.23	34.62	10.81	1.67		1	10.07
- แผนไทย	12.31	45.19	41.62	60.00		36	66.91
2.2 จำนวนครั้ง							
- แผนปัจจุบัน	27.53	28.99	22.18	12.50		16	11.70
- แผนไทย	14.98	28.66	57.86	67.19		86	60.90

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยประคับประคองทั้งหมด ไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 1,331 ราย

ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระดับประคองทั้งหมด ไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 2,441 ครั้ง
ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566)

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2566 (ต.ค. 65 -มิ.ย. 66)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
1. จำนวนผู้มารับบริการ	130	163	224	164
2. จำนวนครั้งของผู้มารับบริการ	287	384	541	350
3. จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับยา				
3.1 สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด)	36	12	5	0
3.2 สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด)	NA	12	6	1
3.3 สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด)	2	10	9	1
3.4 ตำรับยาสุขไสยาสน์	17	28	50	21
3.5 ตำรับทำลายพระสุเมร	1	3	3	1
3.6 ตำรับแก้ลมแก้เส้น	NA	4	9	6
3.7 ตำรับยาทาริดสีดวงและโรคผิวหนัง	NA	6	2	4
3.8 ตำรับยาทัพยาธิคุณ	NA	4	0	0
3.9 น้ำมันกัญชา(ตำรับหอมเตชา)	NA	4	54	65
3.10 น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง	NA	2	20	7
4. จำนวนยาที่จ่าย				
3.1 สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด)	77	32	5	0
3.2 สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด)	NA	77	6	1
3.3 สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด)	2	20	9	1
3.4 ตำรับยาสุขไสยาสน์ (ซอง)	274	67	0	0
3.4 ตำรับยาสุขไสยาสน์ (แคปซูล)	NA	698	3983	1,510
3.5 ตำรับทำลายพระสุเมร (ซอง)	7	30	0	0

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2566 (ต.ค. 65 -มิ.ย. 66)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
3.5 ตำรับทำลายพระสุเมธ (แคปซูล)	NA	150	820	150
3.6 ตำรับแก้ลมแก้เส้น (ซอง)	NA	54	57	0
3.6 ตำรับแก้ลมแก้เส้น (แคปซูล)	NA	NA	930	520
3.7 ตำรับยาทวาริตสีดวงและโรคผิวหนัง (ซอง)	NA	60	20	32
3.8 ตำรับยาทพิยาธิคุณ	NA	33	0	0
3.9 น้ำมันกัญชา(ตำรับหอมเดชา)	NA	NA	230	136
3.10 น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง	NA	NA	446	132
โรคที่ให้การรักษาด้วยสารสกัด THC (ราย)				
1. Palliative care CA end stage / pain/ Anorexia/ N/V/ Insomnia	29	8	2	0
2. CA/Pain/ Anorexia	4	3	0	0
3. DM/ Neuropathic pain	2	1	0	0
4. Brachial plexus injury with neuropathic pain	1	0	0	0
โรคที่ให้การรักษาด้วยสารสกัด CBD (ราย)				
1. Parkinson	NA	11	2	0
2. Spasdicity	NA	1	0	0
3. Insomnia	NA	NA	NA	1
โรคที่ให้การรักษาด้วยสารสกัด THC : CBD (ราย)				
1. Neuropathic pain	NA	3	1	1
2. Spasdicity	1	1	0	0
3. Parkinson	NA	0	0	0
4. Myastinia gravis	NA	1	0	0
5. CA end stage/ Pain/ Anorexia	NA	1	0	0
6. Palliative care CA end stage/ pain/ Anorexia/ N/V	NA	1	1	1
7. Palliative care CA end stage no symptom	NA	3	0	0
โรคที่ให้การรักษาด้วยตำรับยาสุขไสยาสน์ (ราย)				

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2566 (ต.ค. 65 -มิ.ย. 66)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
1. Insomnia	15	37	50	21
2. Anorexia	0	0	0	0
3. CA/Anorexia	1	0	0	0
4. CA colon/Insomnia/Palliative car	1	0	0	1
โรคที่ให้การรักษาด้วยตำรับทำลายพระสุเมร (ราย)				
1. กล้ามเนื้ออ่อนแรง ภาวะแข็งเกร็ง	1	0	3	0
โรคที่ให้การรักษาด้วยตำรับยาพาริตีตวงและโรคผิวหนัง (ราย)				
1. Psoriasis	NA	1	2	2
2. ริดสีดวงทวารหนัก	NA	1	2	1
โรคที่ให้การรักษาด้วยตำรับแก้ลมแก้เส้น (ราย)				
1. ปวดหลัง	NA	1	9	5
โรคที่ให้การรักษาด้วยตำรับยาทพยาธิคุณ (ราย)				
1. อาการอึดท้องแน่นท้อง	NA	3	0	0
2. นอนไม่หลับ	NA	1	0	0
โรคที่ให้การรักษาด้วยน้ำมันกัญชา (หมดเดชา) (ราย)				
1. Insomnia	NA	2	28	28
2. CA BPH/Palliative care CA end stage/ Insomnia	NA	0	0	0
3. CA tongue/ Insomnia	NA	1	0	0
4. CA breast Palliative care CA end stage	NA	1	0	0
5. CA Liver/ Pain/ Palliative care	NA	1	1	3
6. CA Lung/ Palliative care CA end stage/ pain/ Insomnia	NA	0	1	1
7. CA Colon/ Palliative care CA end stage/ pain/ Anorexia	NA	0	1	1
8. CA CHCA Palliative care CA end stage// pain/ Anorexia/ Insomnia	NA	0	1	4

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2566 (ต.ค. 65 - มิ.ย. 66)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
9. Pain	NA	1	10	2
10. CA / Insomnia/ Anorexia	NA	NA	2	0
11. CA Lymphoma / Palliative care CA end stage/ pain/ Insomnia				2
12. Migraine	NA	NA	4	1
13. long covid ผม่ว่ง	NA	NA	7	1
โรคที่ให้การรักษาน้ำมันกัญชาขมิ้นทอง (ราย)				
Psoriasis	NA	2	16	2

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่พบอาการข้างเคียง ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566)

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2566 (ต.ค. 65 - พ.ค. 66)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด) (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Dry mouth	8	6	0	0
Dizziness	6	1	0	0
คอแห้ง	0	3	1	0
คลื่นไส้ อาเจียน	5	0	0	0
Drowsiness	2	2	0	0
Disorientation	2	-	0	0
Hot flush	1	-	0	0
ปวดศีรษะ	0	1	0	0
Numbness whole body	0	-	0	0
หงุดหงิด	0	1	0	0
Nausea	0	1	0	0
นอนนานขึ้น	0	1	0	0
ขมคอ	0	1	0	0
สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด) (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Drowsiness	NA	2	1	0
Dizziness	NA	3	1	0

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2566 (ต.ค. 65 - พ.ค. 66)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
ปากแห้ง	NA	2	1	0
คอแห้ง	NA	3	2	0
N/V	NA	1	0	0
Nausea	NA	1	0	0
headache	NA	0	1	0
สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด) (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Drowsiness	1	0	1	0
Dry mouth	NA	2	0	0
คอแห้ง	NA	1	0	0
ปวดศีรษะ	NA	1	0	0
Dizziness	NA	1	0	0
ตำรับยาสุขไสยาสน์ (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Dizziness	3	0	0	0
คอแห้ง	2	0	0	0
Flatulance	1	0	0	0
Burning stomach	3	0	0	0
ปากแห้ง	2	1	0	0
Drowsiness	1	0	0	0
Restless	1	0	0	0
Salivate	1	0	0	0
Irritable	1	0	0	0
Urticaria	1	0	0	0
ท้องเสีย	0	1	0	0
หัวใจเต้นแรง	0	1	0	0
ตำรับทำลายพระสุเมร (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Burning stomach	1	0	0	0
Dizziness	0	1	0	0
ตำรับแก้ลมแก้เส้น				

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2566 (ต.ค. 65 - พ.ค. 66)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
ฝุ่นแดง	0	1	1	0
ตำรับยาทาริตีดีดองและโรคผิวหนัง				
Irritate	NA	1	0	0

5. ปัญหาอุปสรรค

1. ข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมHDC ไม่แสดงข้อมูลของโรงพยาบาลอุดรธานีเนื่องจากผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลอุดรธานีอุดร ทับซ้อนกับศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองทั้ง 3 แห่ง ข้อมูลโรงพยาบาลอุดรธานีจึงเป็น 0
2. ข้อมูลการให้บริการใน HDC กำหนดตามทะเบียนบ้าน ไม่สะท้อนผลงานหน่วยบริการที่ให้บริการจริง
3. มีข้อจำกัดการให้บริการในผู้ป่วยชาวต่างชาติ

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การประสานและหาแนวทางร่วมกันกับทีมระหว่างคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ และ คณะกรรมการ Palliative Care เพื่อให้มีผู้ป่วยที่มีภาวะวิฉัย Palliative Care ที่ได้รับยา กัญชา เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนด
2. สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องกัญชาทางการแพทย์ให้ประชาชน ผ่านเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

- 7.1 รูปแบบการให้บริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลอุดรธานี โดยมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้
 1. มีทีมบุคลากรทางการแพทย์สหสาขาวิชาชีพที่เข้มแข็งให้บริการ มีการประชุมทีมทุก 1 เดือน และเมื่อมีวาระเร่งด่วน
 2. มีการให้บริการแบบ One Stop Service ผู้ป่วยสามารถรับบริการตั้งแต่การซักประวัติ ตรวจโรค รับยาและคำแนะนำการใช้ยาภายในคลินิกกัญชาทางการแพทย์
 3. มีการให้บริการแบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทยในคลินิกกัญชาทางการแพทย์
 4. มีแนวทางการคัดกรองก่อนสั่งใช้ยาและติดตามการใช้ยาที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากที่สุด
- 7.2 สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 คลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้ให้บริการโดยการโทรติดตามอาการทางโทรศัพท์ ในผู้ป่วยรายเดิม และจ่ายยาทางไปรษณีย์ และโทรติดตามอาการให้คำแนะนำการใช้ยาทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้ว

7.3 การดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขมึ้น
ทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8

7.4 งานวิจัยการศึกษาความปลอดภัยในผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลอุดรธานี
เพื่อศึกษาความปลอดภัยในการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยและเพื่อศึกษาระดับการเปลี่ยนแปลงการ
ทำงานของตับและไตเมื่อได้รับกัญชาทางการแพทย์ โดยการประเมินผลเบื้องต้น ยังไม่พบผู้ป่วยที่มีค่าการ
ทำงานของตับ ไต ผิดปกติหลังการใช้ตำรับยา กัญชาทางการแพทย์แผนไทย (อยู่ในช่วงของการดำเนินงาน รว
รวมข้อมูลและวิเคราะห์ผล เริ่มดำเนินงานวิจัย 1 ตุลาคม 65)

ผู้รายงาน พญ.ศศิณี อภิชนกิจ

ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ

วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2566

โทร 081-8719390 E-Mail Sasinee_a@hotmail.co.th

ผู้รายงาน ญญ.อุดมลักษณ์ รังสิยาภรณ์รัตน์

ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการพิเศษ

วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2566

โทร 081-6618424 E-Mail domluck6212@yahoo.com

ผู้รายงาน ญญ.มลฤดี มณีรัตน์

ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2566

โทร 087-5913401 E-Mail m.molruedee@hotmail.com

ผู้รายงาน พท.อภิชาติ แก้วเก็บคำ

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย

วัน/เดือน/ปี 31 พฤษภาคม 2566

โทร 088-5523329 E-Mail kotwatthat@hotmail.com

ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หัวข้อ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6-7 กรกฎาคม 2566

โครงการตามพระราชดำริ : โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

1. สถานการณ์

ตามที่พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ์ มหิศรภูมิพลราชวรางกูร กิติสิริสมบูรณอดุลยเดช สยามินทราธิเบศรราชวโรดม บรมนาถบพิตร พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อม ให้แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ เพื่อมุ่งเน้นในการส่งเสริมด้านเครื่องมือแพทย์ ด้านบริการทางการแพทย์พยาบาล ให้องค์ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขังและอาสาสมัครด้านสุขภาพในเรือนจำ (อส.รจ.) ภายใต้การลงนามในบันทึกความร่วมมือ (MOU) ของ 3 หน่วยงาน ระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข กรมราชทัณฑ์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2562 เพื่อสนับสนุนและพัฒนาจัดระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ตามบริบทของพื้นที่ และในปีงบประมาณ 2563 สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลอุดรธานี

ดังนั้นเพื่อให้บรรลุตามพระบรมราโชบายในโครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และภาคีเครือข่ายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมขับเคลื่อนในรูปแบบของคณะกรรมการและคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำกลางอุดรธานี โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานีเป็นประธานคณะกรรมการ (คำสั่งจังหวัดที่ 6986/2563 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2563 ปรับปรุงใหม่ คำสั่งที่ 324/2565 ลงวันที่ 21 มกราคม 2565) ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำกลางอุดรธานีอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ เพื่อให้ผู้ต้องขังได้รับบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่ควรได้รับอย่างครอบคลุม ในส่วนของโรงพยาบาลอุดรธานี จัดตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานีเป็นประธาน บูรณาการพัฒนางานสาธารณสุขในเรือนจำให้เป็นไปอย่างราบรื่นและครอบคลุม

2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

2.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

- 2.1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำกลางอุดรธานี
- 2.1.2 แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำกลางอุดรธานี
- 2.1.3 จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำกลางอุดรธานี ปี 2566

2.1.4 จัดบริการสาธารณสุขในเรือนจำ โดยโรงพยาบาลอุดรธานี ร่วมกับสถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2.1.5 ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะทุกเดือน

2.1.6 สรุปผลการดำเนินงาน และส่งรายงาน สธ.101 ทุกเดือน (กองบริหารสาธารณสุข กสธ.)

2.2 ข้อมูลทั่วไปของสถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี

2.2.1. บุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 7 คน

- พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (NP) จำนวน 4 คน
- พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวช จำนวน 1 คน
- พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน และพยาบาลเทคนิค จำนวน 1 คน

2.2.2. สถานพยาบาลหลัก ตั้งอยู่แดนชาย 2 เป็นอาคาร 2 ชั้น ชั้นล่างประกอบด้วยห้องปฐมพยาบาลและฉุกเฉิน ห้องคล้งยา ห้องตรวจโรค (ปรับเป็นห้องเอกซเรย์เมื่อได้อาคารสถานพยาบาลหลังใหม่) ห้องทันตกรรม ห้องเวชระเบียน ห้องข้อมูลข่าวสาร (IT) ชั้นบนเป็นห้องพักรักษาผู้ป่วย 1 ห้อง ห้องแยกโรค 2 ห้อง (วัณโรค หิด) และห้องแยกกักตัว 14 วัน และในแดนหญิงมีห้องรักษาพยาบาล 2 เตียง

ปีงบประมาณ 2564 สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ได้รับงบประมาณการก่อสร้างอาคารสถานพยาบาลจากกรมราชทัณฑ์อีก 1 หลัง จำนวน 3,000,000 บาท (สามล้านบาทถ้วน) ก่อสร้างแล้วเสร็จเมื่อเดือน ธันวาคม 2564 เป็นอาคารพยาบาล 2 ชั้น เปิดใช้งานชั้นล่าง เป็นห้อง Telemedicine 1 ห้อง ห้องเวชระเบียน 1 ห้อง และห้องเก็บเวชภัณฑ์บางส่วน 1 ห้อง ชั้นบนเป็นห้องพักรักษาผู้ป่วย 3 ห้อง

2.2.3. อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อส.รจ.) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อส.รจ.) ปีพุทธศักราช 2566 จำนวน 101 คน เป็นชาย 88 คน หญิง 13 คน

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อส.รจ.) ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ดังนี้

- 1) นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องในพื้นที่
- 2) เป็นผู้สื่อข่าวสารด้านสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังในเรือนจำ
- 3) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและถ่ายทอดความรู้ตลอดจนโน้มน้าวเพื่อนผู้ต้องขังในเรือนจำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

4) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ต้องขังในเรื่องเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงตลอดจนการสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการเจ็บป่วยน้อยที่สุด

5) เป็นจิตอาสาและช่วยเหลือพยาบาลในการให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้นแก่กลุ่มผู้ต้องขัง เช่น การคัดกรองโรคผู้ป่วยเบื้องต้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลเรือนจำ การสังเกตและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และการดูแลติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานพยาบาลภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาลในเรือนจำ

2.2.4. จำนวนประชากรผู้ต้องขังทั้งหมด 3,263 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2566)

ผู้ต้องขังชาย จำนวน 2,945 คน
 ผู้ต้องขังหญิง จำนวน 318 คน
 หมายเหตุ : สัดส่วนพยาบาล : ผู้ต้องขัง เท่ากับ 1 : 554 คน
 : สัดส่วนอส.รจ. : ผู้ต้องขัง เท่ากับ 1 : 30 คน

2.2.5 กระบวนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ ใช้แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ (เล่มเขียว) ของกองบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมการให้บริการ 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการรักษาพยาบาล
2. ด้านบริการพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. ด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพจิต
4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ
5. ด้านการส่งต่อเพื่อการรักษา
6. ด้านการตรวจสอบสิทธิ์

2.3 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณแผนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ งบประมาณเงินบำรุงโรงพยาบาลอุดรธานี

ลำดับ	กิจกรรม	เป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)	ระยะเวลาดำเนินการ
1	การจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขัง ระดับโรงพยาบาล	4 ครั้ง/ปี	4,000	ต.ค. 65 - ก.ย. 66
2	การจัดระบบบริการด้านควบคุมป้องกันโรค (คัดกรองวัณโรค) ผู้ต้องขังรายเก่า ผู้ต้องขังรายใหม่	ร้อยละ 90 ร้อยละ 100	154,530	26-30 มิ.ย. 66
3	การจัดระบบบริการส่งเสริมป้องกันโรคด้านทันตกรรม - คัดกรองสุขภาพช่องปาก - แก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก	4 ครั้ง/ปี ร้อยละ 60 ร้อยละ 30	130,380 (งบ UC PP ทันตกรรม)	23-24 มี.ค. 66 27-28 เม.ย. 66 25-26 พ.ค. 66
4	บริการวัคซีนตามโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในผู้ใหญ่	กลุ่มเสี่ยง 7 โรค และ ผู้สูงอายุ	เงินบำรุงรพ. 12,600 บาท	ต.ค. 65 - ก.ย. 66 (รอดำเนินการแล้ว)
5	การคัดกรอง HIV (Oral Fluid Test) -ค่าบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP	ชุดตรวจจาก กรมควบคุม โรค	8,000	ต.ค. 65 - ก.ย. 66 (ดำเนินการแล้ว)

ลำดับ	กิจกรรม	เป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)	ระยะเวลาดำเนินการ
6	งบ UC ส่งเสริมป้องกัน จัดสรร (โอน)	โอน 2 ครั้ง	143,051.41	ต.ค. 65 – มี.ย. 66 (ดำเนินการแล้ว)
รวมเป็นเงินบำรุงโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 179,130 บาท (หนึ่งล้านสี่แสนสองหมื่นหนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน) เงิน UC จำนวน 273,431.41 บาท (สองแสนเจ็ดหมื่นสามพันสี่ร้อยสามสิบเอ็ดบาทสี่สิบเอ็ดสตางค์) รวมงบประมาณทั้งสิ้น 452,561.41 บาท (สี่แสนห้าหมื่นสองพันห้าร้อยหกสิบเอ็ดบาทสี่สิบเอ็ดสตางค์)				

3. ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ ตามตัวชี้วัดที่สำคัญ

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2566 (ข้อมูล 8 เดือน) (ต.ค.65 – พ.ค. 66)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
การตรวจรักษาพยาบาล แพทย์อาสา โรคเรื้อรัง สัปดาห์ละ 2 วันช่วง บ่าย 6 ชม./สัปดาห์	(คน/ครั้ง) 620/25	(คน/ครั้ง) 140/11	(คน/ครั้ง) 140/11	ผู้ป่วยทุก คน	1,005	100
- DM	97	85	63		62	100
- HT	105	105	86		85	100
Telemedicine	-			ผู้ป่วยทุก คน	-	
- เวชศาสตร์ครอบครัว		19	29			
- จิตเวชเดือนละ 2 ครั้ง	-	-	42	183	80	100
(เฉพาะรายที่มีปัญหา ปรึกษา ต่อเนื่อง ส่วนรายใหม่พบแพทย์ ทุกราย)				ร้อยละ80		
- ปรึกษาต่อเนื่องทุกราย	-	130	183	260	260	100
HIV		84	43	101	104	100
HCV		14	46	48	48	100
HBV		36	156	95	95	100
Syphilis		16	134	69	69	100

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2566 (ข้อมูล 8 เดือน) (ต.ค.65 - พ.ค. 66)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
การส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค						
- การฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่	5,226	2500	3,547	3,263	605	18.54
- การฉีดวัคซีนโรคหัด	4,101	-	-	3,263	2,762	84.65
- การฉีดวัคซีนโควิด-19 (คน/ เข็ม)	-	4,393/ 10,182	3,620/ 9,646	3,263 1,938	3,263/ 7,222	100 100
				(รายใหม่ ข้อมูล ณ 1 มิ.ย.66)		89 67
การตรวจให้บริการทางทันตกรรม	(คน/ครั้ง)	(คน/ครั้ง)				
- คัดกรองสุขภาพช่องปาก ร้อย ละ 60	510/4	189/4	2,250	4 ครั้ง/ปี		
- ให้บริการรักษาทางทันตกรรม แก่ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 30			(62.50%) 310 (13.78% โควิดระบาศ)	3,300 990	2,945 635	89.24 64.14
การควบคุมโรคและ คัดกรองโรคติดต่อที่สำคัญ						
- การคัดกรองวัณโรคผู้ต้องขัง รายใหม่ ร้อยละ 100 (ใช้ เครื่องเอกซเรย์ในเรือนจำ งบ โรงพยาบาลอุดรธานี สนับสนุนปี 2565)	5,090 (100%)	1,045 (21.9%) โควิด-19 ระบาศ	2,397	ผู้ต้องขัง รายใหม่ ร้อยละ 100	1,983	100
- การคัดกรองวัณโรค ผู้ต้องขัง รายเก่า ร้อยละ 90 (แผนการใช้รถ x-ray พระราชทาน 26-30 มิ.ย. 66)		2,072 (46.61%)	3,832 (100%) (เก็บตกใช้ เครื่อง	1,500	1,500	100

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2566 (ข้อมูล 8 เดือน) (ต.ค.65 - พ.ค. 66)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
- การคัดกรอง HIV	2,649 (54.95%)	1,400 (31.50%)	เอ็กซ์เรย์ใน เรือนจำ ต.ต. 65) 3,273 (OFT1,850 เจาะเลือด 3,273)	1,938 (ผู้ต้องขัง รายใหม่ ร้อยละ50)	4,323 (OFTถ้า + ส่งตรวจ เลือดซ้ำที่ รพ.)	100
- การคัดกรอง HCV	756	1,400 (31.50%)	3,273 (100%)	1,938 (ผู้ต้องขัง รายใหม่ ร้อยละ50)	รักษาราย เก่ายังไม่ คัดกรอง ใหม่)	100
- การคัดกรอง HBV			3,273 (100%)			
- การคัดกรอง Syphilis		2,072 (46.61%)	3,273 (100%)			
- การคัดกรอง ป้องกันไวรัสโคโร นา-2019 (Covid-19)						
- ผู้ต้องขังรายใหม่ ร้อยละ 100		4,445 (100%)	2,397 (100%)	2,397	1,938	100
- ผู้ต้องขังรายเก่า มากกว่า ร้อย ละ 20		4,850 (100%)	3,620 (100%)	3,620	3,263	100
- เจ้าหน้าที่ ตรวจทุก 7 วัน		145 (100%)	138 (100%)	138	144	100

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2566 (ข้อมูล 8 เดือน) (ต.ค.65 – พ.ค. 66)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขอนามัยในเรือนจำ						
- การตรวจคุณภาพน้ำดื่ม/น้ำใช้	1	1	4	4 ครั้ง/ปี	2 (สสจ.อด.)	50
- การตรวจสอบสารปนเปื้อนใน อาหาร	1	1	2	2 ครั้ง/ปี	1 (ตรวจโดย เทศบาล นคร)	50
การอบรมอสรจ. อสรจ. : ผู้ต้องขัง 1 : 50 ปรับปรุงหลักสูตร 30 ชม.	284 1 : 17	154 1:34	120 1:30	150 1 : 50	101 1 : 32	
การตรวจสอบสิทธิ/ขึ้นทะเบียน UC		4,961	3,560	3,263	3,256 (ข้อมูล ณ 1 มิ.ย..66)	99.79

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 5.1 ผู้บริหารเห็นความสำคัญเป็นนโยบายเร่งด่วน
- 5.2 ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง
- 5.3 มีการประสานงานและให้บริการอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกมิติการให้บริการด้านสุขภาพ
- 5.4 ความร่วมมือภายในและเครือข่ายภายนอกเรือนจำ

6. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะและการแก้ไขปัญหา

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะและการแก้ไขปัญหา
6.1 สถานการณ์ไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ระบาด ไม่สามารถเข้าให้บริการสาธารณสุขใน เรือนจำได้ ตั้งแต่เดือนมกราคม – ธันวาคม 2564 การระบาดระลอก 2 เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2565	- การจัดระบบโรงพยาบาลสนามเรือนจำ (2564) - การตรวจผู้ต้องขังป่วยด้วยระบบการตรวจทางไกล (Telemedicine) (พัฒนา ปี 2565) -

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะและการแก้ไขปัญหา
- ปัจจุบันยังมีปัญหาผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 20-30 ราย งดให้งานทันตกรรมเข้า ให้บริการในเดือนมิถุนายน 2566	
6.2 ระบบการจัดเก็บข้อมูลในเรือนจำมีระบบฐานข้อมูลการให้บริการแต่ยังไม่ครบถ้วน (กำลังพัฒนา)	- ขอจัดจ้างนักวิชาการสาธารณสุขช่วยการพัฒนา ระบบข้อมูล (จ้างเจ้าหน้าที่ธุรการแทนนักวิชาการสาธารณสุข บันทึกข้อมูลการบริการใน JHCIS)
6.3 ห้องบริการทันตกรรมไม่เหมาะสม และครุภัณฑ์ ให้บริการไม่เพียงพอ	เรือนจำยังไม่ปรับปรุงห้องทันตกรรมให้พร้อม บริการแก้ปัญหาโดยใช้พื้นที่โล่ง และใช้วัสดุครุภัณฑ์ จากโรงพยาบาลแม่ข่าย
6.4 การจัดทำโครงการเงิน UC ทันตกรรม ไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้มีปัญหาช่องปาก	โรงพยาบาลอุดรธานี สนับสนุนเงินบำรุงเพิ่มเติมในการเข้าให้บริการทันตกรรมในเรือนจำเพื่อให้การ ดำเนินเป็นไปอย่างราบรื่น เสนอให้เรือนจำจัดทำ โครงการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ต้องขังผ่าน งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

7. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

7.1 กรมราชทัณฑ์ ควรเปิดกรอบตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เพื่อคัดกรองและรักษา เบื้องต้นด้านทันตกรรมแก่ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง

7.2 ควรมีการจัดงบประมาณให้เพียงพออย่างต่อเนื่อง

7.2 มีแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ต้องขังชัดเจน ทำให้สามารถดำเนินงานการ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังได้อย่างต่อเนื่อง

8. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

- มีการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ (อสรจ.) ให้สามารถ Swab ตรวจคัด กรองโควิด-19 ในเรือนจำได้

- มีการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ (อสรจ.) ให้สามารถ เอ็กซเรย์ปอด ใน เรือนจำได้

- ฝ้ายกยิต Body Hand and Leg restrained ผู้ป่วยจิตเวช (เรือนจำดำเนินการ)

ผู้รายงาน นางสาวศรวิวรรณ มโนสัมฤทธิ์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ประสานงานโครงการ ฯ

วัน/เดือน/ปี 26 มิถุนายน 2566

โทรศัพท์ 095-669-0906. E-mail [...msriwan906@gmail.com](mailto:msriwan906@gmail.com)

ภาพกิจกรรม

การตรวจรักษาโดยแพทย์อาสาเฉพาะทาง



โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



เรียน ผู้บริหาร

เมื่อวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ นายภัทรพงศ์ หมวกสกุล ผู้บัญชาการเรือนจำกลางอุดรธานี มอบหมายให้ สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ร่วมกับ แพทย์อาสา โรงพยาบาลอุดรธานี นพ.ธีรพล มโนศักดิ์เสรี นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ พร้อมด้วย พยาบาลวิชาชีพ ได้มา ให้บริการตรวจรักษาโรค/เฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ ให้กับผู้ต้องขังชายป่วย ที่มีอาการ โรคระบบทางเดินหายใจ ไข้หวัด ไอ ปวดตามกล้ามเนื้อ จำนวน ๒๐ คน และตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ตามเรือนนอน

เรือนจำกลางอุดรธานี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



64 อ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 ☎ 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม 



โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



เรียน ผู้บริหาร

เมื่อวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ นายภัทรพงศ์ หมวกสกุล ผู้บัญชาการเรือนจำกลางอุดรธานี มอบหมายให้ สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ร่วมกับ รพ.อุดรธานี, สสจ.อุดรธานี, สคร.ที่ ๘ อุดรธานี และแพทย์อาสา นพ.ปิยะพงษ์ คำบุชา ร่วมประชุมวางแผนการดำเนินงาน ควบคุม ป้องกันโรคและดูแลผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ในเรือนจำกลางอุดรธานี พร้อมกับสอบสวนโรคไข้หวัดใหญ่ เก็บตัวอย่างส่งตรวจ และตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามเรือนนอน

เรือนจำกลางอุดรธานี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



64 ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 ☎ 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม 



โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



เรียน ผู้บริหาร

เรือนจำกลางอุดรธานี

เมื่อวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ นายภัทรพงศ์ หมวกสกุล ผู้บัญชาการเรือนจำกลางอุดรธานี มอบหมายให้ สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ร่วมกับ แพทย์อาสา โรงพยาบาลอุดรธานี นพ. ชีรพล มโนศักดิ์เสรี นายแพทย์ชำนาญการ พร้อมด้วย พยาบาลวิชาชีพ รวมจำนวน ๕ คน ได้มาให้บริการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ ให้กับผู้ต้องขังชาย แคน๒/แรกรับ , กลุ่มมีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง จำนวน ๒๕๓ คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



๑๔ ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 ☎ 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม





โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



เรียน ผู้บริหาร

เรือนจำกลางอุดรธานี

เมื่อวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ นายภัทรพงศ์ หมวกสกุล ผู้บัญชาการเรือนจำกลางอุดรธานี มอบหมายให้ สถานพยาบาล/อสรจ.เรือนจำกลางอุดรธานี ร่วมกับ โรงพยาบาลอุดรธานี ๑. นส. ศรีวรรณ มโนสัมฤทธิ์ ๒. นส.ประไพ พลประเสริฐ ๒. นางยุพิน แสงแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รวม ๓ คน ได้มาให้บริการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ ให้กับผู้ต้องขังชาย แตน๒/แรกรับ , กลุ่มมีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำนวน ๒๘๐ คน จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



๑๔ ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 ☎ 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม



โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

เรือนจำกลางอุดรธานี

เรียน ผู้บริหาร

ด้วยวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖ สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ร่วมกับ โรงพยาบาลอุดรธานี โดยนายณัฐวัฒน์ คำชาย นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ ให้บริการเอ็กซเรย์ปอด ตรวจคัดกรอง เฝาระวังโรควัณโรค (TB.) ให้กับผู้ต้องขังชาย แคน ๒ แรกรับ/เข้าใหม่ และแดนทั่วไป จำนวน ๑๐๐ คน ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

64 ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 ☎ 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม

การคัดกรองวัณโรค (ผู้ต้องขังรายเก่า) ด้วยรถเอกซเรย์พระราชทาน

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

เรือนจำกลางอุดรธานี

เรียน ผู้บริหาร

ด้วยวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ร่วมกับ โรงพยาบาลอุดรธานี โดยนายณัฐวัฒน์ คำชาย นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ พร้อมคณะ ได้นำรถเอกซเรย์พระราชทาน(X-Ray Digital Mobile) มาให้บริการ เอกซเรย์ปอด ตรวจคัดกรอง เฝาระวังโรควัณโรค (TB.) ให้กับผู้ต้องขังชาย ๔๙๐ คน ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

หลักที่ 1
การขับเคลื่อน
โครงการพระราชทาน

๖4 ถ.ศรีสุขข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 ☎ 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม



โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



หลักที่

1

ROYAL PROJECTS & INITIATIVES

การขับเคลื่อน
โครงการพระราชทาน

เรือนจำกลางอุดรธานี

เรียน ผู้บริหาร

ด้วยวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๖ สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ร่วมกับโรงพยาบาลอุดรธานี แพทย์อาสา นพ. สมยศ เชิดโกทา นายแพทย์เฉพาะทางด้าน หู คอ จมูก พร้อมด้วย พยาบาลวิชาชีพ รวม ๒ คน ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป พร้อมจ่ายยา และให้คำปรึกษาแนะนำ ให้กับ ผู้ต้องขังชายป่วย จำนวน ๑๒ คน

ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



64 ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 ☎ 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม 



โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



เรือนจำกลางอุดรธานี

เรียน ผู้บริหาร

ด้วยวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๖ สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ร่วมกับโรงพยาบาลอุดรธานี แพทย์อาสา นพ. สัญชัย พิพิธพร นายแพทย์เชี่ยวชาญ (เฉพาะทางด้านอายุรกรรม) พร้อมด้วย เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ รวม ๘ คน ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป/เยี่ยมผู้ป่วย พร้อมจ่ายยา และให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้ต้องขังชายป่วย จำนวน ๒๗ คน

ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



หลักที่ 1
การขับเคลื่อน
โครงการพระราชทาน



๖๔ ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 ☎ 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม 



โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



เรือนจำกลางอุดรธานี

เรียน ผู้บริหาร

ด้วยวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖ สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ร่วมกับโรงพยาบาลอุดรธานี แพทย์อาสา นพ. ปิยะพงษ์ คำบุงชา นายแพทย์เฉพาะทาง สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พร้อมด้วยพยาบาลวิชาชีพ รวม ๒ คน ให้บริการ ตรวจรักษาโรคทั่วไป/เยี่ยมผู้ป่วย พร้อมจ่ายยา และให้คำปรึกษา แนะนำ ให้กับผู้ต้องขังชายป่วย จำนวน ๑๘ คน ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

พนักที่ 1
การขับเคลื่อน
โครงการพระราชทาน



64 ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 ☎ 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม





โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



เรือนจำกลางอุดรธานี

เรียน ผู้บริหาร

ด้วยวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖ สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี

ร่วมทำงานทันตกรรม จากโรงพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม ดำเนินการ รณรงค์สร้างเสริมสุขภาพช่องปาก (ทันตกรรม) ครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๖ โดย ตรวจสุขภาพในช่องปาก ขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน เพื่อส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก ให้กับผู้ต้องขังชายในเรือนจำกลางอุดรธานี จำนวน ๑๑๑ คน

ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

หลักที่ 1
การขับเคลื่อน
โครงการพระราชทาน



64 ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 ☎ 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม





โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

เรือนจำกลางอุดรธานี

เรียน ผู้บริหาร

ด้วยวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ร่วมกับทีมงานจักษุโรงพยาบาลอุดรธานี นำโดย นางรัตนา คำชาย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (เวชปฏิบัติทางตา) รวม ๕ คน ได้ออกมาตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และตรวจตาในกลุ่มผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ผู้มีปัญหาเรื่องตา ให้กับผู้ต้องขัง จำนวน ๕๖ คน (ชาย ๓๓ คน หญิง ๒๓ คน) ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

หลักที่ 1



การขับเคลื่อนโครงการพระราชทาน



64 ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 ☎ 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม 



โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



เรือนจำกลางอุดรธานี

เรียน ผู้บริหาร

วันอังคารที่ ๑๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕ นายภัทรพงศ์ หมวกสกุล ผู้บัญชาการเรือนจำกลางอุดรธานี มอบหมายให้พยาบาลเรือนจำฯ จัดบริการตรวจสุขภาพจิต ด้วยระบบ โทรเวชกรรม (Telemedicine) ร่วมกับโรงพยาบาลอุดรธานี โดยมี พ.ญ. มาศมน นกตลลดาภรณ์ จิตแพทย์ให้การตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวช จำนวน ๕ ราย ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



เลขที่ ๖๔ ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี ๔๑๐๐ ๐ ๔๒๒๒ ๑๐๗๒

สถานพยาบาล ฝ่ายควบคุม ส่วนควบคุม เรือนจำกลางอุดรธานี

กระทรวงยุติธรรม





โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



เรือนจำกลางอุดรธานี

เรียน ผู้บริหาร



วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๖ สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ร่วมกับ นพ.ปริญญา เตียวศิริทรัพย์ จิตแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี ให้บริการตรวจรักษา โรคดีเวซ ผู้ต้องหุ้ญจำนวน ๕ คน ผ่านระบบโทรเวชกรรม(Telepsychiatry) ตาม โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



64 ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 โทร. 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม





โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



หลักที่ 1 ROYAL PROJECTS & INITIATIVES

การขับเคลื่อนโครงการพระราชทาน

เรียน ผู้บริหาร

เรือนจำกลางอุดรธานี

ด้วยวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ นายภัทรพงศ์ หมวกสกุล ผู้บัญชาการเรือนจำกลางอุดรธานี มอบหมาย สถานพยาบาล ร่วมกับแผนกจิตเวช โรงพยาบาลอุดรธานี โดยนายแพทย์ วิโรจน์ วงศ์สุริยะเดช จิตแพทย์ ให้บริการตรวจรักษาโรคจิตเวช ผ่านระบบโทรเวชกรรม (Telepsychiatry) มีผู้ต้องขังเข้ารับบริการ จำนวน ๗ คน (ชาย ๖ คน หญิง ๑ คน)

ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



64 ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 ☎ 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม



โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

เรือนจำกลางอุดรธานี

หลักที่ 1
ROYAL PROJECTS & INITIATIVES
การขับเคลื่อน
โครงการพระราชทาน

เรียน ผู้บริหาร

วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๖ สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ร่วมกับ นพ.โอฬาร วิวัฒนาช่าง แพทย์เฉพาะทางโรคตับและทางเดินอาหาร โรงพยาบาลอุดรธานี ตรวจติดตามอาการผู้ป่วยตับอักเสบบี (HBV) เพื่อรับยารักษาต่อเนื่องจำนวน ๗ คน ผ่านระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

64 ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 โทร. 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

เรือนจำกลางอุดรธานี

เรียน ผู้บริหาร

ด้วยวันที่ **๒๑ มีนาคม ๒๕๖๖** สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ (รพ.อุดรธานี) ดำเนินการ ฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสจร.) ประจำปีงบประมาณ 2566 รุ่นที่ 1 กลุ่มเป้าหมาย ผู้ต้องขังเข้ารับการฝึกอบรม จำนวน 101 คน (ชาย 88 คน หญิง 13 คน) กิจกรรมจัดการฝึกอบรม ในเรื่อง 1.การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ในระบบทางเดินหายใจ (โควิด, วัณโรค, ไข้หวัดใหญ่) 2.โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/กามโรค วิทยากรโดย นพ.ปิยะพงษ์ คำบุชา นายแพทย์ชำนาญการ เฉพาะทางด้านอายุรกรรม จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

หลักที่ 1

การขับเคลื่อนโครงการพระราชทาน

๖๔ ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 ☎ 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม



โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



เรือนจำกลางอุดรธานี

เรียน ผู้บริหาร

ด้วยวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๖ สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี

ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ (รพ.อุดรธานี) ดำเนินการ ฝึกอบรมอาสาสมัคร
สาธารณสุขเรือนจำ (อสจร.) ประจำปีงบประมาณ 2566 รุ่นที่ 1 กลุ่มเป้าหมาย
ผู้ต้องขังเข้ารับการฝึกอบรม จำนวน 101 คน (ชาย 88 คน หญิง 13 คน) กิจกรรม
จัดการฝึกอบรม ในเรื่อง 1.การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)
โรคเบาหวาน/ความดัน ,เส้นเลือดในสมองตีบ, โรคถุงลมโป่งพอง , มะเร็ง
วิทยาการโดย นส.ศรวิวรรณ มโนสัมฤทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

หลักที่ 1
ROYAL PROJECTS & INITIATIVES
การขับเคลื่อน
โครงการพระราชทาน



๖4 ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41000 ☎ 042-221-072

กระทรวงยุติธรรม





เรือนจำกลางอุดรธานี

ราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

ดำเนินการ ตรวจสอบคุณภาพอากาศ
ห้องกักโรคแดน ๒ และเรือนนอนชาย

“6 เสาหลักสู่นาคตราชทัณฑ์”
#KEY FOUNDATIONS

การขับเคลื่อนโครงการพระราชทาน

หลักที่ 1
ROYAL PROJECTS & INITIATIVES



เรียน ผู้บริหารฯ

ด้วยวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๖ นายภัทรพงศ์ หมวกสกุล ผู้บัญชาการเรือนจำกลางอุดรธานี มอบหมายให้ ฝ่ายควบคุม /สถานพยาบาล ให้การต้อนรับและร่วมประชุม กับ คณะเจ้าหน้าที่ จำนวน ๔ คน จากสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค ที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี ในการดำเนินการ ตรวจสอบคุณภาพอากาศ ของห้องกักโรค แดน ๒ และเรือนนอนชาย ในเรือนจำกลางอุดรธานี



ฝ่ายควบคุม ส่วนควบคุม เรือนจำกลางอุดรธานี

เลขที่ ๖๔ ถ.ศรีสุข ต.หมากแข้ง อ.เมืองอุดรธานี จ.อุดรธานี ๔๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๔๒๒๒ ๑๐๗๒

3. ประเด็น สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับ บริการผู้สูงอายุ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นหัวข้อ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กลุ่มผู้สูงอายุ

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan
- 1.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
- 1.3 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia)
- 1.4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่พบว่าสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
- 1.5 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม (Fall)
- 1.6 ร้อยละของผู้สูงอายุที่พบภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

2. สถานการณ์

ในปี 2566 CUP โรงพยาบาลอุดรธานี มีประชากรผู้สูงอายุ 50,182 คน มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้กระบวนการ 3C กรมอนามัย การดูแลตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง สปสช. การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของกรมการแพทย์ เข้ามาพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ในปี 2559 - 2565 โดยเน้นการบริหารจัดการและส่งเสริมการดำเนินงานโดยชุมชน เพื่อชุมชน สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วมตามบริบทของพื้นที่ได้อย่างไร้รอยต่อ ดังจะเห็นได้จากภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุโดยรวมและทั้งจากผลงานเชิงประจักษ์และในปี 2559 ถึงปัจจุบัน มีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล LTC โดยใช้หลัก 3 C (Care Manager, Care giver, Care plan) ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล LTC และมีการจัดระบบบริการผู้สูงอายุในสถานบริการ (คลินิกผู้สูงอายุ) ในระดับปฐมภูมิเชื่อมโยงระดับตติยภูมิ และได้มีการพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

ความเสี่ยง คือ CUP โรงพยาบาลอุดรธานีได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.63 เจ็บป่วยด้วยโรค และมีปัญหาด้านสุขภาพ ไม่สามารถดูแลตนเองและปรับตัวไม่ทันกับปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงเนื่องจาก

- 1) กระบวนการคัดกรองภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่อง
- 2) ผู้สูงอายุในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ

การควบคุมป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงกำหนดมาตรการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

มาตรการที่ได้ดำเนินการ

1. พัฒนาระบบการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อบรรลุ Healthy Ageing ประกอบด้วย คัดกรอง ADL, คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes, คัดกรองโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุกลุ่ม Geriatric Syndromes ที่ผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล ตาม Care plan
4. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

- CUP โรงพยาบาลอุดรธานีเข้าร่วมโครงการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข พื้นที่ที่เข้าร่วมได้แก่ ศสม.รพ.อด.1, ศสม.รพ.อด.2, และ ศสม.วัดป่าโนนนิเวศน์ (โครงการ MOU 3 ปี 2561-2565)และดำเนินการไปปฏิบัติงานประจำ และโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี ปี 2566

สรุปผลการดำเนินงาน ปี 2566 (ต.ค.65 – มิ.ย 66)

1. พัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ คัดกรองโรค พัฒนาทักษะกายใจของผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ : จากรายงานผลการดำเนินงานในปี 2566 (จาก HDC จังหวัดอุดรธานี 10 มิถุนายน 2566) พบว่า

1.1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพประจำปีโดยภาพรวมเท่ากับ 48,907 คน คิดเป็นร้อยละ 97.46 (ผู้สูงอายุ 50,182 คน) ซึ่งประเมินครอบคลุม ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) และกลุ่ม Geriatric Syndromes

1.2. ผลการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ BADL (การดำเนินกิจวัตรประจำวัน) มีผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 จำนวน 46,906 คน คิดเป็นร้อยละ 93.47 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 จำนวน 2,401 คน คิดเป็นร้อยละ 4.78 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 0.25 พึ่งพิง 739 คน คิดเป็นร้อยละ 1.47 เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 32 คน คิดเป็นร้อยละ 0.02 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม 809 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงใช้หลักการดูแลผู้สูงอายุ

3C (Care Manager, Caregiver, Care plan) สรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิง CUP โรงพยาบาลอุดรธานี มีตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC 20 ตำบล สรุปการจัดทำ Care plan โปรแกรม LTC กรมอนามัย ณ 10 มิถุนายน 2566

ปี 2563	ปี 2564	ปี2565	ปี 2566
205 ราย	363 ราย	188 ราย	739 ราย

จำนวน CM และ CG โปรแกรม LTC กรมอนามัย 2566

จำนวน CM (คน)	จำนวน CG (คน)
57	495

การปฏิบัติงานของCG

จำนวน CG ที่ปฏิบัติตาม Care planในตำบล LTC (คน)	จำนวน CGที่ได้รับการเหมาจ่ายรายเดือน (คน)
430	430

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2566 (ต.ค.65 – มิ.ย 66)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย(ราย)	ผลงาน(ราย)	ร้อยละ/อัตรา
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 95	ผส.พึ่งพิง 181 CP=173 ร้อยละ 95.58	ผส.พึ่งพิง 405 CP=363 ร้อยละ 89.63	ผส.พึ่งพิง 578 CP=462 ร้อยละ 79.73	739	686	92.83
ร้อยละผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 50	NA	NA	นำร่อง 50 คน ต่อ 1 อำเภอ (รพ.สต หนองใส)	25,091	5,445	21.70
ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ร้อยละ 80	NA	NA	65.38	50,182	44,299	88.27
ร้อยละของผู้สูงอายุที่พบว่าสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 40	NA	NA	48.15	32	19	59.37

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2566 (ต.ค.65 – มิ.ย 66)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย(ราย)	ผลงาน(ราย)	ร้อยละ/อัตรา
ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม (Fall) ร้อยละ 80	NA	NA	67.67	50,182	49,495	98.63
ร้อยละของผู้สูงอายุที่พบเสี่ยงภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 40	NA	NA	31.06	809	517	63.90

5. ปัญหาอุปสรรค

1. ด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อยทำให้งานที่ได้รับมอบหมายไม่ต่อเนื่อง
2. บุคลากรที่มารับงาน ยังขาดทักษะและความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานก็ต้องมาเรียนรู้ใหม่ อาจทำให้การบันทึกข้อมูล ยังไม่เรียบร้อยและล่าช้า
3. การบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุมีหลายโปรแกรมทำให้ต้องบันทึกข้อมูลซ้ำหลายโปรแกรม
4. จำนวน CM และ CG ในพื้นที่ลดน้อยลงเนื่องจากเกษียณอายุราชการ ลาออก ย้ายสถานที่ทำงาน ทำให้พื้นที่บางแห่งไม่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. มีการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานผู้สูงอายุให้ผู้รับผิดชอบงาน
2. ควรพัฒนาโปรแกรมผู้สูงอายุให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับโปรแกรมอื่นๆที่มีอยู่เดิมเพื่อลดการบันทึกข้อมูลที่ซ้ำซ้อน
3. ควรพัฒนาบุคลากรในปี 2566 ทั้ง Care Manager (อบรมหลักสูตร 12 วัน จัดโดยกรมอนามัย) และ Care giver หลักสูตร 70 ชั่วโมง จัดโดยกรมอนามัย) เพื่อรองรับระบบการจัดการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยใช้ชุมชน ชมรมผู้สูงอายุเป็นฐานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เพื่อช่วยลดการนอนโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

ผู้รายงาน นางอมรพรรณ ไชยกิจ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี 10 มิถุนายน 2566
โทรศัพท์ ภายใน 1173

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นหัวข้อ พัฒนาการเด็กปฐมวัย

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ร้อยละ 66
3. เด็กปฐมวัยที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 100

2. สถานการณ์

การพัฒนาทางด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และภายใต้กรอบ การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ประกาศนโยบาย เด็กอู๊ดร กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ IQ ดี โดยมีกลยุทธ์สำคัญ คือ เล่นเปลี่ยนโลก การประกาศให้ทุกตำบลมีการดำเนินการภายใต้กรอบ มหัตศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต จนถึงตำบลมหัตศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน การดำเนินงานของเด็กปฐมวัย มีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ สูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ CUP โรงพยาบาลอุดรธานี มีสถานบริการสาธารณสุข ที่ให้บริการ ทั้งหมด 32 แห่ง โดยมีการแบ่งเป็น รพ.สต. จำนวน 27 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 3 แห่ง ศบส.เทศบาลตำบลหนองบัว และสถานพยาบาลเรือนจำกลาง มีหน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็น PCU/NPCU จำนวน 17 ทีม สามารถให้บริการตามมาตรฐานและผ่านการรับรอง WCC คุณภาพรวม 32 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 จากการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566 ผลการดำเนินงาน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการประเมินพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90 คน ตามช่วงเวลา 1,994 คน คิดเป็นร้อยละ 98.71 ส่วนภาวะโภชนาการ พบว่าเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วนร้อยละ 71.25 โดยมีภาวะอ้วน คิดเป็นร้อยละ 4.72 ผอม คิดเป็นร้อยละ 6.16 อำเภอเมืองอุดรธานีเป็นอำเภอขนาดใหญ่ มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนระดับอนุบาล ที่มีการพัฒนากระบวนการกระตุ้นพัฒนาเด็กเล็กที่ผ่านการรับรองเป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพมาตลอด ใน ปีงบประมาณ 2566 เด็กปฐมวัยที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ในพื้นที่ ปี 2565 - 2566 พบพัฒนาการล่าช้าต้องกระตุ้นด้วย TEDA4I 1 ราย มีการกระตุ้นและส่งต่อโรงพยาบาลอุดรธานี อำเภอเมือง ได้ดำเนินการตามนโยบายตำบล กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ IQ ดี ต่อเนื่อง ด้วยการจัดกิจกรรมการเล่นที่เน้นการส่งเสริมให้เด็กสูงใหญ่ ด้วยการเล่น 7 กิจกรรมตามช่วงวัย ตามท้องถื่นการอนามัยโลกแนะนำ การประเมินภาวะโภชนาการ รวมถึงการส่งเสริมพัฒนา

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

1. ปัจจุบันมีการประกาศนโยบายและกำหนดแนวทางในดำเนินการส่งเสริมสุขภาพมารดาและเด็กปฐมวัยตามแนวทางมหัตศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยเติบโตเต็มศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศในทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันยังมี การระบาดของโควิด 19 การจัดกิจกรรมบางอย่างจึงต้องอยู่ในมาตรการป้องกันควบคุม การระบาดของโรค

2. การพัฒนาระบบการส่งต่อ และการให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการ ล่าช้าโดยมีการกำหนดแบบฟอร์มเพื่อการสื่อสารกับ พยาบาล และ กุมารแพทย์พัฒนาการดังนี้

ใบส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกพัฒนาการ รพ.อุดรธานี สำหรับ ศสม.รพ./รพสต. cup รพ. อุดรธานี

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... อายุ.....

ส่งผู้ป่วยจาก..... เมื่อวันที่.....

ปัญหาที่ต้องการส่งต่อ.....

ประวัติการฝากครรภ์ : ฝากครรภ์ที่..... จำนวน..... ครั้ง

ภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์ : ไม่มี มี ระบุ.....

ประวัติการคลอด NL, C/S due to..... BW..... gm Appar..... คลอดที่.....

มารดา มีประวัติ ติดสุรา/ สูบบุหรี่/ ใช้สารเสพติด ขณะตั้งครรภ์ (ถ้ามีโปรดเลือก)

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด : ไม่มี มี ระบุ.....

โรคประจำตัว : ไม่มี มี ระบุ.....

ประวัติการเจ็บป่วยรุนแรง : ไม่มี มี ระบุ.....

ผู้เลี้ยงดูหลัก..... อาชีพ/ เศรษฐฐานะ (ระบุรายได้ครัวเรือน).....

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูและเด็ก (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

เหมาะสม ตามใจ เข้มงวด ละเลย

ตรวจประเมิน DSPM

ครั้งที่ 1 วันที่.....

พบผลิตภัณฑ์ด้าน PS EL RL FM GM

แนะนำ กะตุ้นให้ความช่วยเหลือ ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

ครั้งที่ 2 วันที่.....

พบผลิตภัณฑ์ด้าน PS EL RL FM GM

แนะนำส่งต่อ เพื่อรับการประเมินเพิ่มเติมที่คลินิกพัฒนาการ รพ.อุดรธานี ในวันที่.....

ผู้ปกครองรับทราบปัญหาและเตรียมเอกสารนี้มารับบริการต่อที่รพ.อุดรธานี

.....

(.....)

ส่งชื่อพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน/รพสต

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

1. โครงการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพมารดาและเด็กตามแนวทางมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน โดยภาคีมีส่วนร่วม ปี 2566
2. แผนป้องกันพัฒนาการล่าช้าในเด็กปฐมวัยโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2566

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	ผลงาน			ปี 2566 (ต.ค.2565 – มิ.ย.66)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90	94.70	90.67	89.62	2,020	1,994	98.71
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 66	71.37	71.21	67.32	9,979	7,710	71.25
3. เด็กปฐมวัยที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 100	100	100	100	1	1	100

5. ปัญหาอุปสรรค

1. ด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบงานมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย จึงทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่อง
2. ค่าน้ำหนักคะแนนของงานพัฒนาการมีค่าน้ำหนักน้อยกว่างานอื่นทั้งที่มีภาระงานหรือมีกิจกรรมค่อนข้างมาก และต้องใช้เวลาในการติดตามเด็กนานกว่า 3 เดือน ทำให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานมีความท้อและให้ความสำคัญกับงานที่มีค่าคะแนนน้ำหนักรงานที่มากกว่า ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานในเชิงนโยบายได้ยากขึ้น

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สื่อสารนโยบาย/แนวทางของการส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการในเด็กอายุ 0 - 5 ปี แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ่อแม่ผู้ปกครอง รวมไปถึงชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กของเด็กปฐมวัย
2. ผลักดันการสนับสนุนงบประมาณและการบูรณาการงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับท้องถิ่น/พื้นที่ ในการดำเนินงานที่เพียงพอ

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวนพมล วัฒนเกตานนท์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี 14 มิถุนายน 2566
โทรศัพท์ ภายใน 1173
E-mail : jomjamjaem29@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นหัวข้อ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กลุ่มวัยเรียน

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละ 57 เด็กวัยเรียนอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน

2. สถานการณ์

สถานการณ์กลุ่มเด็กวัยเรียน เครือข่าย รพ.สต./ศสม. 32 แห่ง ปี 2563 – 2565 และปี 2566 (ต.ค. 65 - มิ.ย. 66) เด็กวัยเรียนอายุ 6 - 14 ปี (จากฐานข้อมูล HDC) เด็กได้รับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง แปรผลตามกราฟโภชนาการ และบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล พบว่า ภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 6 - 14 ปี มีส่วนสูงอยู่ในระดับดีและรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 75.26, 66.90, 71.20 และ 66.08 ตามลำดับ ภาวะค่อนข้างผอมและผอม ร้อยละ 7.58, 6.85, 8.67 และ 10.63 ตามลำดับ ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 7.29, 6.85, 5.93 และ 6.09 ตามลำดับ และภาวะเตี้ยร้อยละ 7.93, 6.75, 7.61 และ 12.88 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า ภาวะโภชนาการโดยรวมยังต้องเฝ้าระวังและติดตามการเจริญเติบโตของเด็กอย่างต่อเนื่อง และเด็กอายุ 6 - 12 ปี ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร้อยละ 63.04, 57.41, 40.15 และ 67.94 ตามลำดับ มีการติดตามการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กและการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ประชุมผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่นระดับ รพ.สต./ศสม. 32 แห่ง
2. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต./ศสม. 32 แห่ง
3. ชี้แจงแนวทางดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพ รพ.สต./ศสม. 32 แห่ง
4. ประสานงานกับจังหวัดสนับสนุนเอกสารวิชาการ แนวทางการดำเนินงาน โปรแกรมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตสุขภาพ และการเฝ้าระวังสุขภาพ
5. จัดทำแผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงานให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน การป้องกันแก้ไขปัญหา ภาวะโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) และการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
6. จัดกิจกรรมรณรงค์ เด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน และแก้ปัญหาภาวะโภชนาการ
 - รณรงค์ตีมนมจืดในวัยเด็กและวันตีมนมโลก
 - ผลักดันให้มีโรงเรียนรอบรู้ด้านกิจกรรมทางกายและโภชนาการ
 - ผลักดันให้มีการคัดกรองส่งต่อเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงจากสถานศึกษาสู่สถานบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุม
 - ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

มาตรการที่สำคัญ

1. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูลสุขภาพเด็กวัยเรียน
2. ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานแบบบูรณาการ
3. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน
4. ติดตาม ควบคุม กับหน่วยงานในพื้นที่ให้มีการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละ 1 ครั้งและบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง
5. ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ ภาวะโภชนาการในระบบ HDC โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน
6. มีการรวบรวม สรุปผลการดำเนินการ การวิเคราะห์ และการแก้ปัญหา

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	ผลงาน			ปี 2566 (ต.ค. 65 – มิ.ย.66)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/อัตรา
- ร้อยละ 57 เด็กวัยเรียน อายุ 6 - 14 ปี สูงดี สมส่วน	75.26	66.90	71.20	12,788	8,450	66.08

5. ปัญหาอุปสรรค

1. ด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานวัยเรียนวัยรุ่นใน รพ.สต./ศสม. มีการโยกย้ายและเปลี่ยนงานในระหว่างปีงบประมาณ
2. ด้านผู้รับบริการนักเรียน การส่งเสริมสุขภาพเด็ก ครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแลการเจริญเติบโตของเด็ก และพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็ก

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เมื่อมีการพัฒนาแนวทางการวัยเรียนวัยรุ่น ควรมีการพัฒนาบุคลากรในทุกระดับให้สามารถเข้าใจแนวทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/Best Practice (ถ้ามี)

ผู้รายงาน นางสาวนพมล วัฒนเกตานนท์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี 14 มิถุนายน 2566
โทรศัพท์ ภายใน 1173
E-mail : jomjamjaem29@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
ประเด็นหัวข้อ USDS (UDON SMART DISABILITY SERVICE)

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1. ระดับความสำเร็จของการมีและใช้ระบบบริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ (Udon Smart Disability Service : USDS)

2. สถานการณ์

ระบบบริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ เป็นระบบบริการที่นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลประชาชน กลุ่มเปราะบาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียวและพัฒนาระบบบริการคุณภาพชีวิตคนพิการ และการจัดเก็บข้อมูลและเชื่อมต่อฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี และสำนักงานส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดอุดรธานี และจังหวัดอุดรธานีได้เริ่มดำเนินการใช้งานระบบ R8:USDS เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ทั้งนี้ CUP โรงพยาบาลอุดรธานี มีสถานบริการสาธารณสุข ที่ให้บริการ ทั้งหมด 32 แห่ง โดยมีการแบ่งเป็น รพ.สต. จำนวน 27 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 3 แห่ง ศบส.เทศบาลตำบลหนองบัว และสถานพยาบาลเรือนจำกลาง ในปีงบประมาณ 2566 อำเภอเมืองอุดรธานีมีการลงทะเบียนผู้ใช้งานระบบ R8:USDS โดยแบ่งเป็น โรงพยาบาล 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 อปท. 25 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และในปี 2566 โรงพยาบาลอุดรธานี ออกใบรับรองความพิการจำนวนทั้งหมด 804 ราย อยู่ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี 372 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.27 มีการบันทึกข้อมูลขึ้นทะเบียนคนพิการรายใหม่ในระบบ R8:USDS จำนวนทั้งหมด 503 ราย อยู่ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี 304 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.44 แบ่งเป็นประเภทดังนี้ ทาง การเคลื่อนไหวและร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 57.57 ทาง การได้ยิน/การสื่อความหมาย คิดเป็นร้อยละ 21.71 ทาง การมองเห็น คิดเป็นร้อยละ 7.75 ทางสติปัญญา คิดเป็นร้อยละ 4.28 ทางจิตใจและพฤติกรรม คิดเป็นร้อยละ 3.95 ออทิสติก คิดเป็นร้อยละ 3.29 และทางการเรียนรู้ คิดเป็นร้อยละ 1.64 (ข้อมูลจากระบบ R8:USDS ณ วันที่ 7 มิถุนายน 2566)

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

1. มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานของระบบ (Udon Smart Disability Service : USDS) แก่เครือข่ายบริการสุขภาพทุกแห่ง

2. จัดทำ Flow การขอรับเอกสารรับรองความพิการและการทำบัตรประจำตัวผู้พิการ

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	ผลงาน			ปี 2566 (ต.ค.65 – มิ.ย.66)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1. ระดับความสำเร็จของการมีและใช้ระบบบริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ (Udon Smart Disability Service : USDS) ระดับ 5	NA	NA	NA	ระดับ 5	ระดับ 4	80

5. ปัญหาอุปสรรค

1. เนื่องจากการเริ่มใช้ระบบใหม่ จึงทำให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องขาดความเข้าใจในระบบ
2. เนื่องจากการบันทึกข้อมูลขึ้นทะเบียนคนพิการรายใหม่ในระบบ USDS ต้องใช้เอกสารที่ครบถ้วนถูกต้อง และครบถ้วนในการบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว แต่คนใช้ที่มาใช้บริการเตรียมเอกสารมาไม่ครบถ้วน จึงไม่สามารถบันทึกในระบบ R8:USDS ได้

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

-

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน น.ส.อังษณา อังฉกรรณ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

วัน/เดือน/ปี 7 มิถุนายน 2566

โทรศัพท์ 042-245100 /1173

E-mail : angsanaangchakan@gmail.com

4. ประเด็น ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 – 7กรกฎาคม 2566

1. ประเด็นการตรวจราชการ: พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง

ประเด็นมุ่งเน้น: การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น

ตัวชี้วัด

- 1.1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก \geq ร้อยละ 60
- 1.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy \geq ร้อยละ 70
- 1.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง \geq ร้อยละ 50
- 1.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ 50

1. สถานการณ์

มะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของประชาชน จังหวัดอุดรธานี จากข้อมูลทะเบียนมะเร็ง รพศ.อุดรธานีปี 2565 ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ในปี 2565 (ต.ค 64 – ก.ย. 65) คือ 1.มะเร็งปอด (442 ราย) 2.มะเร็งตับและท่อน้ำดี (364 ราย) 3.มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (283 ราย) 4.มะเร็งเต้านม (259 ราย) 5.มะเร็งปากมดลูก (189ราย) สำหรับสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 1-2 ของมะเร็งปอด,มะเร็งตับและท่อน้ำดี,มะเร็งลำไส้ใหญ่,มะเร็งท่อน้ำดี,มะเร็งปากมดลูก ในปี 2565 (ต.ค 64 – ก.ย. 65) เท่ากับร้อยละ 2.28, 0, 22.77, 48.09 และ 45.09 และไตรมาส 1-2 ปี 2566 (ต.ค. 65 – พ.ค. 66) ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1.มะเร็งปอด(250 ราย) 2.มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (174 ราย) 3.มะเร็งตับและท่อน้ำดี (167 ราย) 4.มะเร็งเต้านม (163 ราย) 5.มะเร็งปากมดลูก (115 ราย) สำหรับสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 1-2 ของมะเร็งคือมะเร็งเต้านม,มะเร็งปากมดลูก,มะเร็งลำไส้ใหญ่,มะเร็งปอด,มะเร็งตับและท่อน้ำดี ในปี 2566 (ต.ค 65 – พ.ค. 66) เท่ากับร้อยละ 52.84, 38.77, 16.12, 3.05 และ 0 ตามลำดับ

2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

2.1 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Cancer Screening or Cancer Early Detection) เป็นวิธีการตรวจเพื่อค้นหาโรคมะเร็งตั้งแต่ก่อนเป็นโรคนจนถึงระยะเริ่มต้นแม้ว่าผู้ป่วยจะยังไม่มีอาการที่แสดงออกมาส่งผลให้มีอัตราการอยู่รอดจากโรคมะเร็งภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้นหรือสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งได้มากขึ้น ซึ่งมะเร็งที่มีการคัดกรองได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งตับและท่อน้ำดี

2.2 จากการวิเคราะห์ข้อมูลค้นพบผู้ป่วยมะเร็ง จะพบระยะแรกๆได้ต่ำกว่าเกณฑ์ 70% เนื่องจากภาระงานของเครือข่ายบริการสุขภาพและเจ้าหน้าที่เปลี่ยนงานหรือรับงานใหม่ ส่งผลให้การดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งทั้ง 5 โรค ได้ผลงานต่ำลง

2.3 ศักยภาพรพ.สต,รพช.ในการคัดกรอง การรักษาเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ จึงจัดทำแนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test เครื่องช่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ปี 2566

2.4 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบอัตราผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้มีการวางแผนดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคนี้อย่างจริงจัง โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย Fit test และ Colonoscopy ในปีงบประมาณ 2566

3. โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องทำ Colonoscopy จากปี 2565 มีจำนวน 810 ราย จึงวางแผนจัดทำโครงการ Colonoscopy ในกลุ่มที่ Fit test Positive ให้เสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ 2566 กำหนดวันดำเนินโครงการคือวันที่ 16-18 มิถุนายน 2566 เป้าหมาย 550 ราย เพื่อวัตถุประสงค์ คือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการ Screening ส่งมาทำ Colonoscopy ทันเวลาอย่างน้อย 80 %
2. ได้รับการทำ Colonoscopy ภายใน 6 เดือน หลังจากที่ได้ทำ Screening

ผลการดำเนินงานประเด็นการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 256 3-2565(ข้อมูลโรงพยาบาลอุดรธานี)

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี	ปี	ปี
		2563	2564	2565
1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก \geq ร้อยละ 60	เป้าหมาย	56,064	55,130	55,676
	ผลงาน	31,689	38,854	35,999
	ร้อยละ	56.52	70.47	64.66
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy \geq ร้อยละ 70	เป้าหมาย	318	229	200
	ผลงาน	166	216	138
	ร้อยละ	52.20	94.32	69.00
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง \geq ร้อยละ 50	เป้าหมาย	33,698	34,066	35,302
	ผลงาน	22,305	15,087	31,973
	ร้อยละ	66.19	44.29	90.57
4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ 50	เป้าหมาย	NA	567	1,478
	ผลงาน	NA	247	880
	ร้อยละ	NA	43.56	59.54

ที่มา: โปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 มกราคม 2566 /โปรแกรม HPV Cxs2020 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ข้อมูล ณ วันที่ 30 มกราคม 2566 /ข้อมูลมะเร็งและการส่องกล้องหน่วยบริการโรงพยาบาล NODE ณ วันที่ 30 มกราคม 2566

1. ผลการดำเนินงานประเด็นการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2566 (1 ต.ค. 65 – 31 พ.ค. 66)

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี 2566
1	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก \geq ร้อยละ60	เป้าหมาย	53,121
		ผลงาน	33,156
		ร้อยละ	62.42
2	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy \geq ร้อยละ70	เป้าหมาย	769
		ผลงาน	659
		ร้อยละ	85.7
3	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง \geq ร้อยละ50	เป้าหมาย	41,952
		ผลงาน	26,753
		ร้อยละ	63.77
4	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ 50 (รวมผลงานโครงการวันที่ 16-18มิย.66)	เป้าหมาย	447
		ผลงาน	387
		ร้อยละ	86.57

ที่มา: โปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566 /โปรแกรม HPV Cxs2020 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566 /ข้อมูลมะเร็งและการส่องกล้องหน่วยบริการโรงพยาบาลระดับ NODE ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

4.ผลการดำเนินงาน

1. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาส เฉลิมพระเกียรติ 70 พรรษา ปีงบประมาณ 2566 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมาคัดกรองการตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ (CBE) จำนวน 626 ราย

- ประชาชนกลุ่มเป้าหมายคลำพบก้อนที่ทำMMG จำนวน 125 ราย

- BIRADS 1 จำนวน 36 ราย
- BIRADS 2 จำนวน 58 ราย
- BIRADS 3 จำนวน 20 ราย
- BIRADS 4 จำนวน 10 ราย
- BIRADS 5 จำนวน 1 ราย

- ส่งต่อผู้ที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเต้านมทุกราย เข้าสู่ระบบการดูแลรักษา จำนวน 11 ราย

2. ภาพกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่(Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาส เฉลิมพระเกียรติ 70 พรรษา ปีงบประมาณ 2566 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี



2. โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านม (โครงการรณรงค์คัดกรองโรคมะเร็งแบบบูรณาการ) อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2566

2.1 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมาร่วมคัดกรอง จำนวน 232 ราย

- การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป้าหมาย 50 ราย ผลงานการคัดกรองได้ 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 176
- การคัดกรองมะเร็งเต้านม เป้าหมาย 50 ราย ผลงานการคัดกรองได้ 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 174
- การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี เป้าหมาย 50 ราย ผลงานการคัดกรองได้ 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 88 พบผลผิดปกติ 10 ราย แบ่งเป็น PDF 3 รายและผิดปกติอื่นๆ 7 ราย ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 10 รายคิดเป็นร้อยละ 100 และคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยปัสสาวะ(OV RDT) จำนวน 67 ราย พบผลปกติ จำนวน 48 รายคิดเป็นร้อยละ 71.65 ผิดปกติ จำนวน 19 รายคิดเป็นร้อยละ 28.35 ให้บริการจ่ายยา Praziquantel จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 100
- การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป้าหมาย 50 ราย ผลงานการคัดกรองได้ 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 124

2.2 ภาพกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านม (โครงการรณรงค์คัดกรองโรคมะเร็งแบบบูรณาการ) อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2566



3. โครงการจัดอบรมเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยการคัดกรองตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ 2566

3.1 ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงสูงจำนวน 400 ราย จากรพ.สต. 31 แห่ง ๆ ละ 10 - 20 คน อยู่ในระหว่างดำเนินการ



4. โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครื่องช่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี
ปีงบประมาณ 2566 อยู่ในระหว่างดำเนินการ

- ซึ่งผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในกลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี อำเภอเมืองอุดรธานี ปีงบประมาณ 2565 พบผิดปกติ 273 รายและรอส่งต่อเพื่อส่องกล้อง Colonoscopy ที่โรงพยาบาลอุดรธานีและทางโรงพยาบาลอุดรธานีได้เห็นปัญหานี้ จึงได้จัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยวิธีการส่องกล้องโรงพยาบาลอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ 2566 ขึ้น ในวันที่ 16-18 มิถุนายน 2566



หัวข้อ พัฒนา Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) : โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)
จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 – 7 กรกฎาคม 2566

- 1.ประเด็นการตรวจราชการ พัฒนา Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) : โรคหลอดเลือดสมอง
2. สถานการณ์ (ระบุที่มา นโยบาย สถานการณ์ของเขต จังหวัด อำเภอ ปัญหา ความเสี่ยง แนวทางเดิม แนวทางพัฒนา)

จังหวัดอุดรธานีมีการพัฒนาระบบช่องทางด่วนในการให้ยาละลายลิ่มเลือดมาตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปัจจุบัน จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในปี 2563 - 2565 จังหวัดอุดรธานีมีผู้ป่วย stroke (I60 –I69) จำนวน 3265,3515,3608 คน ตามลำดับ อัตราการตายรวม ในโรงพยาบาล 5.6,5.8,4.7 ตามลำดับ ประชาชนส่วนมากไม่ทราบอาการเตือนและมาไม่ทันเวลา 4.5 ชม ในปี 2563 – 2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่มาทันเวลา 4.5 ชม หลังเกิดอาการร้อยละ 41.6 , 47.7, 43.6 ตามลำดับ และสามารถให้ยาได้ร้อยละ 6.5,7.7,7.0

สำหรับโรงพยาบาลอุดรธานี ปี 2563 - 2565 มีผู้ป่วย stroke (I60 –I69) 2136,2267,2263 คน พบว่า ยังมีอัตราการเข้าถึงบริการน้อย ประชาชนส่วนมากไม่ทราบอาการเตือนและมาไม่ทันเวลา 4.5 ชม ในปี 2563 – 2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่มาทันเวลา 4.5 ชม หลังเกิดอาการร้อยละ 40.3,44.9,42.6 ตามลำดับ และสามารถให้ยาได้ร้อยละ 6.9,7.7,7.1 ตามลำดับ ตามนโยบาย service plan ปี 2565 เป้าหมายในการพัฒนาระบบ stroke เพื่อลดอัตราการตาย และความพิการ เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดและ พัฒนา stroke unit ให้ได้มาตรฐาน และผ่านการรับรองคุณภาพ

3.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน / มาตรการที่สำคัญ

6 Building block	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ – ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
1.Service Delivery (structure)	-A. พัฒนา stroke unit ให้ผ่าน SSCC -M1 เปิด SU , M2 เปิด SC ปัจจุบันมี 5 Node คือ อุดร กุมภวาปี บ้านดุง หนองหาน บ้านผือ และเพ็ญ ที่สามารถให้ยา rtPA ได้ -รพ.ที่ให้ยาได้ : ลด door to needle time -พัฒนาการบริหารจัดการใน ER : การประเมินการวินิจฉัย ,การ Consult ปรับแนวทางการส่ง Lab ปรับแนวทางการ การ refer -รพศ เพิ่มการให้บริการ Thrombectomy เริ่มปี 2454 – ปัจจุบัน	-มีเครือข่ายระบบบริการ SFT ทุกตำบล และอำเภอที่สามารถ คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย stroke ได้อย่างรวดเร็ว -stroke awareness and screening ประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุกระจายเสียง ป้ายรณรงค์ แก่ประชาชนทั่วไป -ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (FAST Score) และการจัดการอาการ (stroke awareness)

6 Building block	รพศ. (ระดับตติยภูมิ – ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
	<ul style="list-style-type: none"> - รพช.ที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดไม่ได้พัฒนา ระบบการคัดกรอง การวินิจฉัยผู้ป่วย Stroke และการให้ข้อมูล แนวทางการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดเบื้องต้นก่อนการส่งต่อผู้ป่วย -ปรับระบบการส่งต่อผู้ป่วย Stroke ไปยัง รพ.ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> -อสม.ทุกตำบลสามารถคัดกรองโดยใช้ FAST Score ทบทวนความรู้ ในโรงเรียน อสม.อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
2.Health workforce (staff)	<ul style="list-style-type: none"> -อบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย SFT สำหรับแพทย์ พยาบาลและทีมที่เกี่ยวข้อง -stroke unit มี Stroke Nurse 4 เดือน ที่สถาบันประสาท จำนวน 5 คน - ศัลยกรรมมี Neuro nurse 4 เดือน ที่สถาบันประสาท จำนวน 4 คน - Basic stroke and Advance stroke ที่สถาบันประสาท ครบ 100 % - อบรม stroke case manager 100 % -รพศ มี แพทย์ Neuro med และNeuro surge เฉพาะทางintervention 2 คน 	<ul style="list-style-type: none"> -จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย SFTสำหรับแพทย์ พยาบาลและทีมที่เกี่ยวข้องใน รพศ และ รพช รพสต -เน้นการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ FAST Score อสม.รพ.สต ทุกแห่ง - อบรมเรื่อง stroke ให้แก่ อสม. และ ผู้นำชุมชน
3.Medication and Technology	<ul style="list-style-type: none"> -เพิ่มอุปกรณ์ที่จำเป็นใน Stroke Unit เช่น Volume respirator NIBP Syringe pump Alpha bed hypothermia เป็นต้น -เพิ่มรายการยาที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย stroke เช่น ASA Plavix Warfarin ใน รพช 	<ul style="list-style-type: none"> -เพิ่มรายการยาที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย stroke เช่น ASA Plavix Warfarin Atorvastatin
4.Information IT	<ul style="list-style-type: none"> -พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke database Management system ร่วมกับสถาบันประสาทวิทยา -ส่งเสริมให้ทุก รพช ส่งข้อมูลเพื่อเทียบเคียงกับต่างประเทศในโครงการ WSO angle award ปี 64-65 รพ อุดรได้รางวัล WSO angle award ระดับ Diamond -นำโปรแกรม smart coc มาใช้ในการเก็บข้อมูลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่าย 	<ul style="list-style-type: none"> -พัฒนาระบบการรายงานผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอัมพาต ผ่านโปรแกรม HDC -นำโปรแกรม smart coc มาใช้ในการเก็บข้อมูลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่าย - พัฒนาระบบการตอบกลับข้อมูลผลการเยี่ยมในโปรแกรม smart coc , line group coc , line group stroke

6 Building block	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ – ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
	และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้รวดเร็วมากขึ้น	
5.Governance	คณะกรรมการโรคหลอดเลือดสมอง ระดับจังหวัด ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า ปี 2563-65 จัดตั้งคณะกรรมการ PCT stroke ของจังหวัดอุดร -จัดให้มี CM stroke ใน รพช ทุกแห่ง ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล	คณะกรรมการโรคหลอดเลือดสมอง ระดับจังหวัด และ care manager ในระดับ รพช และ รพสต ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า
6.Network	-ผ่านการรับรองเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน PNC stroke จาก สรพ.ปี 2561 -ร่วมกับ อปท. มูลนิธิต่างๆ หน่วยราชการ ภาคเอกชนในการประชาสัมพันธ์	ผู้นำชุมชน อสม และเครือข่ายประชาชนมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์

3.1 โครงการ/ กิจกรรม/ งบประมาณ

1. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร
2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลตัวชี้วัด การส่งต่อ การตอบกลับผลการเยี่ยมบ้าน โรคหลอดเลือดสมอง
3. พัฒนาโรงพยาบาลชุมชน M1 M2 ให้สามารถเปิด SU / SC ที่ได้มาตรฐาน
4. โครงการให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่าย

การกำกับติดตาม ประเมินผล (Monitor & Evaluation) การติดตามแผนงานโครงการและตั้งชี้วัด

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.มีแนวทางในการคัดกรอง ดูแลรักษาการส่งต่อ และตอบกลับผู้ป่วย Stroke แบบเดียวกัน	โรงพยาบาลแม่ข่าย Node rt-PA กุมภวาปี/บ้านดุง/หนองหาน และบ้านฝ้อ/เพ็ญ สามารถบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วย Stroke ในเครือข่ายได้ ครบวงจร	มีการนิเทศติดตามระบบ การดูแลทั้งเครือข่าย พัฒนาตัวชี้วัดใน hemorrhagic Stroke unit ของ ศัลยกรรม	ร้อยละ 80 ของ รพศ และ รพช มี Good Practice / Best Practice ในการดูแลผู้ป่วย ทั้ง Pre-IN-Post Hos
2.มีระบบฐานข้อมูลในการเก็บตัวชี้วัดและผลสัมฤทธิ์ของงานมีความถูกต้อง ชัดเจน เทียบกับประเทศ	- Node rt-PA กุมภวาปี/บ้านดุง/หนองหาน และบ้านฝ้อ /เพ็ญ มี SC/SU ที่ได้มาตรฐาน -มีระบบติดตามและตอบกลับข้อมูล post stroke care		

4. ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอุดรธานี

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด รพศ.อุดร	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
		2563	2564	2565	2566/8ด (ต.ค 65 – พ.ค 66)
จำนวน Ischemic stroke		1391	1483	1531	1039
จำนวน Hemorrhagic stroke		745	784	732	580
รวม stroke ทั้งหมด		2136	2267	2263	1619
ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	≤ ร้อยละ 7	6.5 (n = 139) <u>139x100</u> 2,136	5.8 (n = 132) <u>132 x100</u> 2,267	6.5 (n = 148) <u>148 x100</u> 2,263	3.8 (n = 62) <u>62 x100</u> 1,619
ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (I63)	≤ ร้อยละ 3	1.8 (n = 26)	1.48 (n = 22)	2.8 (n = 43)	1.2 (n = 13)
ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)	≤ ร้อยละ 20	15.1 (n = 113)	14.15 (n = 111)	14.3 (n = 105)	8.4 (n = 49)
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ได้รับยา rt -PA	≥ ร้อยละ 5	6.9 (n =96)	7.75 (n = 115)	7.1 (n = 110)	7.9 (n = 83)
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ทำ Thrombectomy	NA	NA	2.6 (n = 39)	4.6 (n = 71)	8.7 (n = 91)
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ทำ Thrombectomy ภายใน 120 นาที	≥ ร้อยละ 80	NA	56.4 (<u>22x100</u>) 39	63.3 (<u>45x100</u>) 71	67.0 (<u>61 x100</u>) 91
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ทำ Thrombectomy ภายใน 90 นาที	≥ ร้อยละ 50	NA	35.8 (<u>14x100</u>) 39	46.4 (<u>33x100</u>) 71	47.25 (<u>43 x100</u>) 91
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ที่เข้าถึงบริการ SFT ใน 4.5 ชม	≥ ร้อยละ 50	40.3 (n = 575)	44.9 (n = 681)	42.6 (n =655)	47.6 (n =490)
door to needle time เฉลี่ยในการให้ยาละลายลิ่มเลือด	≤ 60 นาที	51.8 (n = 96)	51.3 (n = 115)	52.2 (n = 110)	48.2 (n = 83)
door to needle time rt -PA	≥ ร้อยละ 70	86.4	87.8	84.5	86.7

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด รพศ.อุดร	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
		2563	2564	2565	2566/8ด (ต.ค 65 - พ.ค 66)
≤ 60 min (Ischemic stroke)		(n = 83)	(n = 101)	(n = 93)	(n = 82)
door to needle time rt-PA ≤ 45 min (Ischemic stroke)	≥ ร้อยละ 50	51.0 (n = 49)	51.4 (n = 58)	51.8 (n = 57)	54.2 (n = 45)
door to needle time for thrombectomy เฉลี่ย	≤ 90 นาที	NA	114.4 (n = 39)	105.2 (n = 71)	98.2 (n = 91)
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (160-169) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษา ใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 70	100 (n=2,136)	100 (n=2,267)	100 (n=2,263)	100 (n=1,619)
door to operation room time ≤ 90 min (hemorrhagic stroke)	≥ ร้อยละ 60	78.4 (n=40)	55.07 (n=38)	68.4 (n=13)	61.5 (n=16)
door to operation room เฉลี่ย	≤ 90 นาที	83.3 (n=51)	89.01 (n=69)	89.5 (n=19)	103.1 (n=16)

5. ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขข้อเสนอแนะ
การเข้าถึงบริการ SFT ไม่ทันเวลาในการให้ ยาละลายลิ่มเลือด	เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในสื่อ ที่ประชาชนเข้าถึงง่าย เช่น TV และทั่วถึง จนท ในชุมชนควรมี การประชาสัมพันธ์ในพื้นที่อย่างทั่วถึง
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ระบบ SFT ใน ER การรายงาน การประเมิน การการ consult ล้าช้า	มีการทบทวนและประชุมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ ER Neuro med ที่รับ consult ทั้งในและนอกเวลาราชการ ควรจะ สามารถติดต่อได้ง่าย ปรับระบบการส่งตรวจ Lab ที่ ER ปรับระบบการส่งและการรับผู้ป่วยระหว่าง รพช และ รพศ เพิ่มศักยภาพการประเมิน การวินิจฉัยให้กับ intern และเจ้าหน้าที่ ทั้งใน ER ward IPD อื่นๆ และ รพช. ปรับแนวทางการรักษา ในเรื่องการให้ยาลดความดันโลหิต
อัตราการตายของ Hemorrhagic stroke ยังสูง อัตราการตายรวมเพิ่มขึ้น	แนวทางแก้ไข ผู้ป่วยมาด้วยอาการหนัก มีโรคร่วมเดิม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและโรคไต ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยการตรวจ สุขภาพมาก่อน ควรมีการส่งเสริมการตรวจสุขภาพเชิงรุก ค้นหา

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขข้อเสนอแนะ
	ผู้ป่วยเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคและดูแลผู้ป่วยโรค NCD ให้มีประสิทธิภาพเป็นต้น เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก โดยเพิ่มจำนวนแพทย์เฉพาะทางที่สามารถผ่าตัดคนไข้หลอดเลือดสมองในพื้นที่ๆการส่งต่อมายังโรงพยาบาลอุดรธานีทำได้ลำบากหรือใช้เวลานาน
การทำ Thrombectomy ไม่สามารถเบิกเงินส่วนเกินได้จาก สปสช	-มีการประชุมคณะกรรมการและแจ้งผู้บริหาร ในการเสนอเรื่องไปที่ สปสช
การตอบกลับข้อมูลผลการเยี่ยมจากชุมชนน้อย	มีการปรับปรุงการส่งและตอบกลับข้อมูล COC โดยนำ program smart COC มาใช้ทั้งจังหวัดอุดรธานี เริ่ม มกราคม 2563 ทำให้สามารถติดตามข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่เจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่เข้าใจการใช้งานใน program smart COC

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ผู้บริหาร / ต่อระเบียบและกฎหมาย

การรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดสมองยังไม่สามารถเบิกเงินได้

นำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อดำเนินการผลักดันให้สามารถเบิกเงินกับ กับ สปสช

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน

-นางยุพาพร วัชรโชติตระกูล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โทร 042 -245555 , 0872222086

email: nooyu2003@yahoo.com

14 มิ.ย 2566

หัวข้อ Service Plan Sepsis

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 – 7 กรกฎาคม 2566

ประเด็นหัวข้อ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquire Sepsis

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย จากข้อมูลพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานี และทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นแม่ข่าย (Focal point) พัฒนาระบบบริการสาขาอายุรกรรมและโรคติดเชื้อ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายทั้งในเขตจังหวัดอุดรธานี และ 7 จังหวัดเขตอีสานตอนบน

2. สถานการณ์

อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ปี 2563-2566 ร้อยละ 49.64, 52.91, 43.88 และ 30.49 ตามลำดับ (ที่มา : HDC ณ วันที่ 13 มิถุนายน 2566) Pneumonia เป็นสาเหตุการเสียชีวิตจาก Sepsis

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

- จัดระบบบริการ Fast Track Sepsis ที่ ER ทั้ง Medical sepsis และ Surgical sepsis ใช้แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อเป็นมาตรฐานการรักษา (CPG Sepsis : 6 Bundles) ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (CNPG Sepsis)
- Primary prevention; พัฒนาโปรแกรมความรู้สำหรับ อสม. โดยใช้สื่อการสอน E-BOOK ในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต
- ขยายหอผู้ป่วยหนัก ICU และจัดตั้ง Semi - ICU รองรับ ผป.Sepsis นอก ICU
- จัดระบบ ICU Management เพื่อการเข้าถึง ICU

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต Rapid Response System: RRS เพื่อช่วยในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงและให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดทำงานในโรงพยาบาล

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี2566 (ต.ค.65 -มี.ค .66)		
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1. อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด community acquire (น้อยกว่าร้อยละ 24)	27.66	26.65	20.57	1,688	334	19.78
2. ร้อยละการได้รับ ATB ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) $\geq 90\%$	96.69	96.18	95.41	1,688	1,615	95.72
3. ร้อยละการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB $\geq 90\%$	97.97	100	100	1,688	1,688	100
4 ร้อยละการได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1,500 ml.ใน 1 ชมหลังการวินิจฉัย(ในกรณีไม่มีข้อห้าม) $\geq 90\%$	97.97	100	100	1,688	1,547	91.71
5. ร้อยละการได้รับการดูแลในไอซียู ของผู้ป่วย severe sepsis/septic shock ภายใน 3 ชม.(sepsis fast track) $\geq 30\%$	14.34	11.71	13.14	506	300	17.78

(ที่มา: ข้อมูลรายงานตัวชี้วัด Sepsis โรงพยาบาลอุดรธานี)

5. ปัญหา-อุปสรรค

- 5.1 ศักยภาพรพ.สต,รพช.ในการคัดกรอง การรักษาเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
- 5.2 ศักยภาพโรงพยาบาล Node ในการดูแลรักษาผู้ป่วย severe Sepsis/Septic shock ทำให้ Refer in มา รพศ.อุดรธานี
- 5.3 การเข้าถึง Intensive Care Unit ในผู้ป่วย severe sepsis/septic shock เนื่องจาก ICU มีจำกัด
- 5.4 การเข้าถึงบริการ 1669 ในผู้ป่วยกลุ่ม 3 S (Stroke STEMI Sepsis)

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 6.1 ขยายบริการ ICU ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ตามมาตรฐานขั้นต่ำ(Minimal requirement)
- 6.2 พัฒนาศักยภาพ Node ทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ สนับสนุนให้ รพ. ระดับ M1, M2 มีศักยภาพใน

การผ่าตัด

6.3 พัฒนาเชื่อมต่อระบบรายงานแล็บพื้นฐาน แล็บเพาะเชื้อ เพื่อช่วยในการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย

6.4 จัดหาเครื่องมือ (Mass spectrometry) เพื่อช่วยลดระยะเวลาการคอยผลตรวจเพาะเชื้อ

6.5 สนับสนุนให้มีคณะกรรมการ Rapid Response System และสนับสนุนการทำงานของ Rapid Response Team ทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

- เชื่อมโยงการดูแลรักษาร่วมกันทั้ง Primary Care Unit,รพช./รพท./รพศ.(Integrated Critical Care,Infectious Doctor,Infection Control,Network)
- จัดระบบ Fast Track Sepsis ใช้แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อเป็นมาตรฐานการรักษาทุกแผนก (CPG Sepsis : 6 Bundles)
- Smart ER UDH Program ในการประเมิน SOS score เพื่อ Alert ATB ภายใน 1 ชม.
- Digital Sepsis Standing order จากโปรแกรม Smart ER และ OP serve ใช้ทั้งองค์กร
- จัดตั้ง Rapid Response System Team ในแผนกอายุรกรรม

ผู้รายงาน นางปาริชาติ ต้นสุวรรณ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 15 มิถุนายน 2566

โทร 061-5974552

e-mail : parichat_ic@hotmail.com

หัวข้อ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 – 7 กรกฎาคม 2566

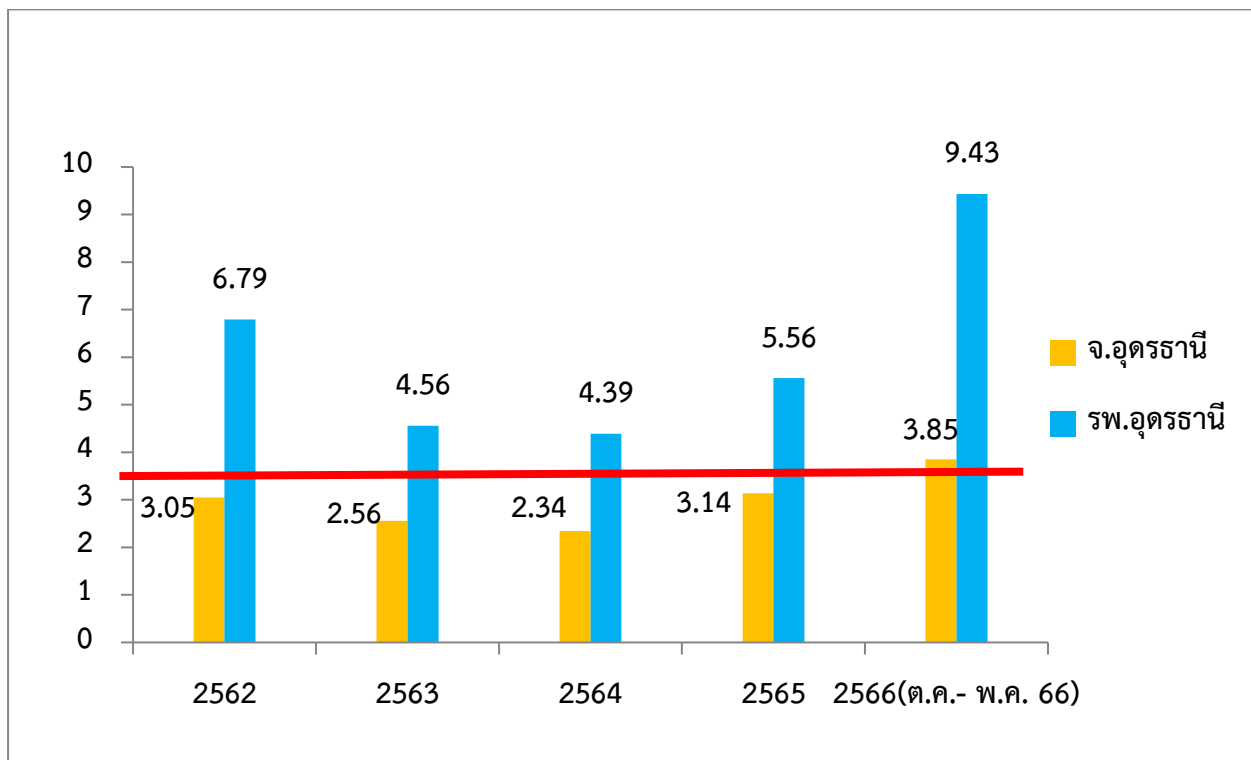
1. ประเด็นการตรวจราชการ อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด < 3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ

2. สถานการณ์และการบริหารความเสี่ยง

อัตราการเสียชีวิตของทารกอายุ 0 - 28 วัน เกณฑ์ < 3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ปีงบประมาณ

2562-2566



โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับตติยภูมิให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติซับซ้อนอีกทั้งยังเป็นศูนย์รองรับผู้ป่วย 6 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 และจากประเทศลาว อัตราการเสียชีวิตของทารกในโรงพยาบาลอุดรธานียังสูงเกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด

สาเหตุการเสียชีวิตของทารกอายุ 0-28 วันปีงบประมาณ 2562-2566

โรคสาเหตุ	2562	2563	2564	2565	2566(ต.ค.-พ.ค.66)
ELBW	12	0	1	1	0
Sepsis	15	5	5	9	10
PPHN	5	5	13	7	6
Anomaly	4	4	2 (Trisomy18)	2	1 (TOF,Hydroencephaly)

โรคสาเหตุ	2562	2563	2564	2565	2566(ต.ค.-พ.ค.66)
CHD	0	2	5	5	1(TGA)
RDS	0	0	1	0	0
Birth Asphyxia	3	2	2	1	1
prolong hypoxia	0	1	0	0	0
Severe HIE with multiple organ failure		1	0	0	0
pulmonary hemorrhage		2	1	0	0
VAP		3	0	1	0
IVHGr3-4 bilateral		2	0	0	0
Respiratory failure		1	0	0	0
NEC		1	0	1	0

จากสถิติปีงบประมาณ 2566 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของทารกสูง คือ Sepsis ทารกที่มีภาวะ Sepsis แบ่งตามน้ำหนักพบใน ELBW 3 ราย และ LBW 3 ราย ซึ่งทารกแรกเกิดก่อนกำหนด เหล่านี้มีระบบภูมิคุ้มกันที่ไม่สมบูรณ์ ผิวหนังและเนื้อเยื่อไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพเม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ในการทำลายเชื้อโรคได้ไม่ดี ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้สูง นอกจากนี้แล้วยังพบว่าทารกกลุ่มนี้ได้รับนมมารดาในปริมาณน้อยไม่สม่ำเสมอ

PPHN พบในทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 24-36 สัปดาห์ ที่มีอวัยวะต่างๆทำงานไม่สมบูรณ์ ประกอบกับมารดามีภาวะติดเชื้อได้แก่ ภาวะ PROM ,VDRL ทำให้ทารกมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	รายการข้อมูล/ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ผลงาน 3 ปีย้อนหลัง			ปีงบประมาณ2566 (ตค.-พค.66)	
			2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน
1	อัตราการตายทารกอายุ 0-28 วัน	< 3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)	4.56	4.39	5.56	< 3.6	9.43
2	จำนวนเตียง NICU	เตียง	12 1:331	12 1:310	12 1:254	12 1:500	12 1:167
3	จำนวน Cooling system	เครื่อง	1	1	1	1	1
4	ลดอัตราการเสียชีวิตจากการส่งต่อ	%	0	0	0	0	0

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

1.Service Delivery	-
2.Health Workforce	- เพิ่ม แพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิดเฉพาะทางด้านผ่าตัดโรคหัวใจและเฉพาะทางด้านรังสีวิทยา เพิ่มพยาบาลเฉพาะทางวิกฤติทารกแรกเกิดและ พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด
3.Medicine and Technology	- เพิ่มเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง(CFM)ที่โรงพยาบาลอุดรธานี (อยู่ในระหว่างดำเนินการจัดซื้อ)
4.Information (ข้อมูล)	ฐานข้อมูล Refer MCH (อนามัยแม่และเด็ก)
5.Financial (ค่าใช้จ่าย)	งบเขต
6.Leadership Governance (การจัดการ)	ควบคุม กำกับและติดตามประเมินผล รพชุมชน

3.2.2 แผนงาน/โครงการ

1. ประชุมพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติการ MM. conference (แม่และเด็ก) ระดับจังหวัด ทุก 3 เดือน
2. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ทบทวนเคส ภายในโรงพยาบาลทุกเดือน

4.ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จาก การตรวจติดตาม

- โรงพยาบาลแม่ข่ายขาดพยาบาลที่สามารถดูแลทารกวิกฤติขณะส่งต่อ

5. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา	โอกาสพัฒนา
1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด	1. บูรณาการร่วมกับMCH: การฝากครรภ์คุณภาพ รับส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
2. การประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มที่อาการไม่เฉพาะเจาะจง ชัดเจน	2. ทบทวน การดูแลผู้ป่วย SEPSIS,PPHN การประเมินผู้ป่วย Warning sign ให้แก่บุคลากร
3. อัตราตาย PPHN สูง	3. เพิ่มศักยภาพพยาบาลผู้ดูแลขณะส่งต่อ

ผู้รายงาน สุชานันท์ โพธิ์สูง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี 12 มิถุนายน 2566
โทรศัพท์ 0815491136
Email nidandsong1970@hotmail.com

ประเด็นหัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan สาขาโรคหัวใจ
จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 – 7 กรกฎาคม 2566

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดหลัก อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ 9

ตัวชี้วัดรอง ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด \geq ร้อยละ 60

2. สถานการณ์

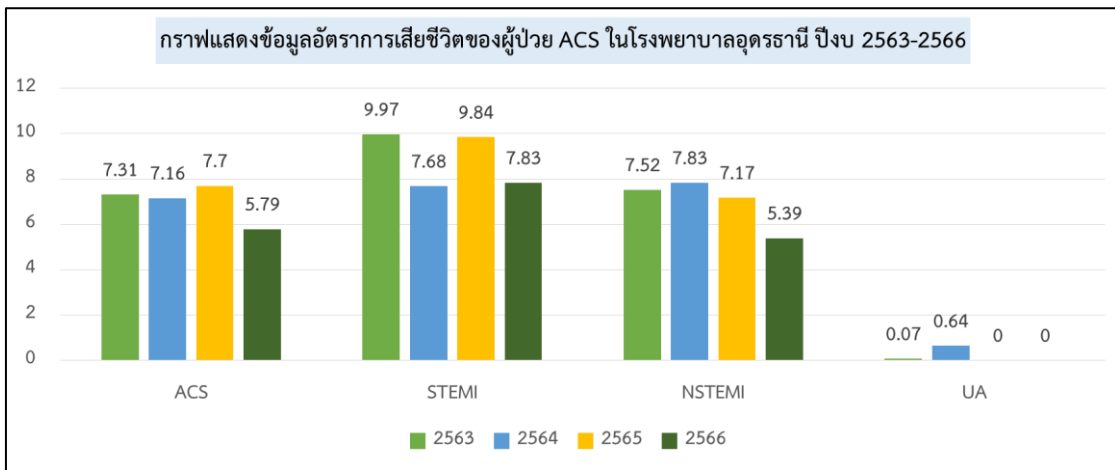
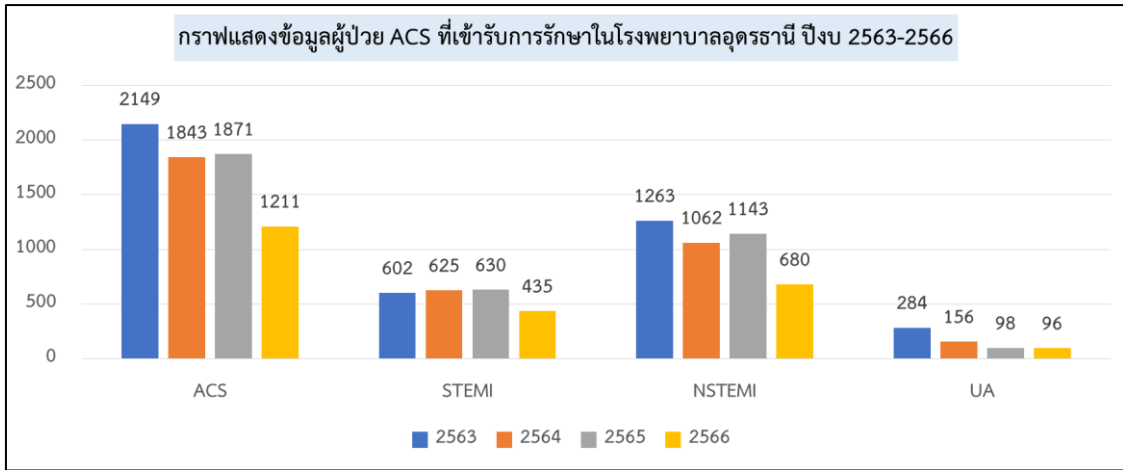
โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ให้บริการตรวจวินิจฉัย รักษา ป้องกันและส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในเขตจังหวัดอุดรธานีและที่ส่งต่อจาก รพ.ในเขตบริการที่ 8 โดยแพทย์ Cardiologist 8 คน ศัลยแพทย์ผ่าตัดหัวใจ 2 คน มีการพัฒนาระบบช่องทางด่วนในการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 เริ่มเปิดบริการผ่าตัดหัวใจตั้งแต่ เมื่อเมษายนปี พ.ศ. 2555 เปิด 24 ชั่วโมง 1 ตุลาคม 2557 เปิดบริการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ สิงหาคม ปี พ.ศ. 2555 และเริ่มเปิดบริการ 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ กรกฎาคม ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา

โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดอุดรธานี (ระดับ A-F3) สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ 100 % (ยกเว้นโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง ที่เป็นโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยอยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลทั่วไป กุมภาพันธ์) ปี 2563 มีการกำหนดโซน Primary PCI ในระยะแรก จำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ เขตอำเภอเมือง อำเภอกุดจับ อำเภอหนองวัวซอ และอำเภอประจักษ์ ต่อมาได้ขยายเพิ่มอีก 4 อำเภอ รวมเป็น 8 อำเภอ ได้แก่ ภูมกวาปี หนองหาน เพ็ญ และหนองแสง

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี ในปีงบประมาณ 2563- 2566 ดังนี้

ACS	ปี 2563			ปี 2564			ปี 2565			ปี 2566(ต.ค.-มิ.ย 66)		
	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ
STEMI	602	60	9.97	625	48	7.68	630	62	9.84	435	34	7.82
NSTE												
MI	1263	95	7.52	1062	95	7.82	1143	82	7.17	680	36	5.29
UA	284	2	0.70	156	2	0.64	98	0	0.00	96	0	0.00
รวม	2149	157	7.31	1843	157	7.16	1871	144	7.7	1211	70	5.78



3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาโรคหัวใจ (STEMI)

1. บูรณาการร่วมกับงาน NCD ในการคัดกรอง และจัดการกลุ่มเสี่ยง และประชาสัมพันธ์การรับรู้ สัญญาณเตือน และการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว
2. พัฒนาระบบ STEMI Fast track อย่างต่อเนื่อง
3. ผู้ป่วย STEMI ในเขต 8 อำเภอ และมีข้อห้ามในการให้ SK ส่งมา primary PCI ทุกราย ผู้ป่วย Non-STEMI very high risk ส่งมา Emergency PCI in 120 min
4. ผู้ป่วย STEMI ที่ รพช. นอกเหนือจากข้อ 2 ให้การรักษาด้วย SK แล้วส่งต่อมาที่ รพ.อุดรธานี เพื่อฉีดสตีหัวใจทุกราย
5. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วย STEMI กลุ่มที่จ่ายเงินเองและชาวต่างชาติ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการ เปิดหลอดเลือดหัวใจตามมาตรฐานได้ทันเวลา
6. การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานทั้งในโรงพยาบาลและรวมกับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
7. นิเทศ กำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง ทุกเดือน

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

โครงการฟื้นฟูวิชาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด(ACS) และผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน
เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566

โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาเครือข่ายโรคหัวใจ จังหวัดอุดรธานี (ระบบ online)

4. ผลการดำเนินงาน (ผู้ป่วยในจังหวัดอุดรธานี)

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line				ไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค.65 – มิ.ย. 66)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตใน รพ.<9%	9.45	7.66	7.70	7.6	171	13	100
2. ร้อยละของการให้การรักษานผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด* >60%	68.10	70.0	71.14	61.40	171	105	100
2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้ Primary PCI ภายใน 120 นาที (Door to Wire time) >60%	61.82	61.67	64.0	54.55	121	66	100
2.1.1 Door to Wire time 4 อำเภอ	94.57	92.3	88.0	76.4	72	55	100
2.1.2. Door to Wire time 8 อำเภอ	88.45	80.17	68.12	65.52	87	57	100
2.2 ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับ SK ใน 30 นาที (Dx.to Needle time) >60% ใ้ใน รพช. จังหวัดอุดรธานี	81.1	83.8	76.9	78.0	50	39	100
3.ร้อยละผู้ป่วย STEMI มาถึง รพ.ภายใน 150 นาที >60%	70.6	64.7	68.0	66.67	125	36	100

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line				ไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค.65 – มิ.ย. 66)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
4..อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย CABG <5%	5.08	5.89	6.39	7.59	145	11	100

5. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

สถานการณ์	โอกาสพัฒนา
1. การเข้าถึงบริการเปิดหลอดเลือดหัวใจล่าช้า จาก การรับรู้อาการ ล่าช้า และการวินิจฉัยล่าช้า	รณรงค์ประชาสัมพันธ์การรับรู้อาการ และการเข้าถึง บริการ การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
2. การรักษาการจี้ไฟฟ้าหัวใจ (Electrophysiological study & Radiofrequency ablation) ไม่มี	การจัดหาเครื่องมือและการพัฒนาบุคลากรในการจี้ ไฟฟ้าหัวใจ
3. การผ่าตัดหัวใจเด็ก Congenital open heart surgery	จัดหาเครื่องมือผ่าตัดหัวใจเด็ก ส่งบุคลากรฝึกอบรมการผ่าตัดหัวใจเด็ก
4. การติดตามผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ การติดตาม Warfarin clinic, Home cardiac rehabilitation program	พัฒนาระบบเครือข่ายการติดตามผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ เครื่องช่วย Warfarin clinic และระบบ Home cardiac rehabilitation program
5. เพื่อตอบสนองการเป็น Medical Hub ความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ	- OR Hybrid + Biplane Cath lab 1 ห้อง, interventionist 1 คน, อาคารรองรับผู้ป่วยนอก ห้อง พิเศษและ ICU ผู้ป่วยโรคหัวใจ

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เครือข่ายจังหวัดอุดรธานี

ผู้รายงาน นางสาวพิมลรัตน์ พิมพ์ดี
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี 2 กรกฎาคม 2566
โทรศัพท์ 093-9469398
E-mail p.phimdee@gmail.com

Service Plan สาขาบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 – 7 กรกฎาคม 2566

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

- จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)

(เป้าหมาย: ≥ 1 ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. 100 ราย) คิดจาก Hospital death ปี 65

ข้อมูล	Hospital death	เป้าหมาย ปี 2566 (actual donor)
ปี 2565	2,176 (ราย)	22 (1: 100 Hospital death)

1.2 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

- จำนวนผู้บริจาคดวงตาจากผู้ป่วยสมองตาย (cornea donor)

(เป้าหมาย: ≥ 1.5 ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. 100 ราย) คิดจาก Hospital death ปี 65

ข้อมูล	Hospital death	เป้าหมาย (corneal donor) ปี 2566
ปี 2565	2,176 (ราย)	33 (1.5 : 100 Hospital death)

2. สถานการณ์ขาดการแจ้งผู้ป่วยเสียชีวิตและ ผู้ป่วย GCS 2T แก่ TC nurse

- มี Regional kidney retrieval 1 team
- มีห้องดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต 1 ห้อง
- อัตรากำลังพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตไม่เพียงพอ (ใช้ทีมพยาบาล POICU1)
- ตารางแสดง Hospital death โรงพยาบาลอุดรธานี ย้อน 3 ปีย้อน (2563 – 2565)

ข้อมูล	2563	2564	2565
Hospital death (ราย)	2,018	2,164	2,176

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

➤ ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

- สร้างไลน์กลุ่ม “DNA project UDH” เพื่อให้ ward,ER
- แจ้งผู้ป่วยเสียชีวิต ทุกสาเหตุ และ GCS 2T in 1 hr.
- จัดเวร TC nurse; manager for organ donation
- TC nurse ประเมินคัดกรอง potential donor
- TC nurse approach family
- วิเคราะห์ข้อมูลและหาโอกาสพัฒนา

➤ ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

1. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย: ≥ 1 ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. 100 ราย) คิดจาก Hospital death ปี 65

2. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย: ≥ 1.5 ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. 100 ราย) คิดจาก Hospital death ปี 65

รพ.อุดรธานี	จำนวนผู้บริจาค อวัยวะจากผู้ป่วย สมองตาย (actual donor) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ เสียชีวิตในรพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปัจจุบันประมาณ 2565 (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ ยินยอมบริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล (A/B)x100	หมายเหตุ
ภาพรวมจังหวัด 1 ต.ค. 65- 30 มิ.ย 66 (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	39	2,176	1.79	
ภาพรวมจังหวัด 1 ต.ค. 65- 30 มิ.ย 66 (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	49	2,176	2.25	

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 3 ปี 2566 (ต.ค.65 – มิ.ย 66)		
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/อัตรา
- จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วย สมองตาย (actual donor)	21	16	13	22	39	1.79
- จำนวนผู้บริจาคดวงตาจากผู้ป่วย สมองตาย (cornea donor)	37	24	16	33	49	2.25

5. ปัญหาอุปสรรค

- ขาดการแจ้งผู้ป่วยเสียชีวิตและ ผู้ป่วย GCS 2T แก่ TC nurse
- มี Regional kidney retrieval 1 team
- มีห้องดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต 1 ห้อง

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

6 Building box	Action plan ปี 2566
Service Delivery	ผู้ป่วยได้รับการปลูกถ่ายไต มากกว่า 10 ราย/ปี ระยะเวลารอคอยการปลูกถ่ายไต (waiting time) น้อยกว่า 3 ปี
Health workforce	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาศักยภาพทีมหอผู้ป่วย (ward), ER, ICU แจ้งผู้ป่วยผู้ป่วยเสียชีวิตทุกสาเหตุ และผู้ป่วย GCS 2T ทางไลน์ DNA project 2. ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทางหลักสูตรการบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะ 4 เดือน อย่างน้อยปีละ 1 คน 3. เพิ่มอัตรากำลังพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตให้มีเพียงพอ อย่างน้อย 3 คนต่อห้องดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต 4. พัฒนาศักยภาพทีมแพทย์ พยาบาล ในการผ่าตัดนำไตออก (Kidney retrieval) ให้เพียงพอ
Equipment	เพิ่มห้องดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่ได้มาตรฐานและมีจำนวนเพียงพอ อย่างน้อย 6 ห้อง
Information	พัฒนาโปรแกรม Alert ผู้ป่วยเสียชีวิตแบบ real time
Financial	งบประมาณพัฒนาศักยภาพทีมแพทย์ พยาบาล ในการรับบริจาคอวัยวะ และปลูกถ่ายอวัยวะ
Governance	นิเทศติดตามความก้าวหน้า Service plan ทุก 3 เดือน โดยคณะกรรมการ Service plan

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

❖ สร้างไลน์กลุ่ม “DNA project UDH”

เพื่อให้ ward,ER แจ้งผู้ป่วยเสียชีวิต ทุกสาเหตุ และ GCS 2T in 1 hr.

รายงาน นางสาวอำนวยการ นามมัน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี 30 มิถุนายน 2566
โทรศัพท์ 0850060700
E-mail myjaja18@gmail.com

ประเด็นหัวข้อ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 – 7 กรกฎาคม 2566

1. ประเด็นการตรวจราชการ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร

ตัวชี้วัดหลัก

- 1) ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (triage level 1, 2) เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน > 26 %
- 2) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit) < 12 %
- 3) อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) ที่มี motor score M1-M5 ใน GCS นอยถาวรร้อยละ 25

2. สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 65 – 31 มีนาคม 66) มีผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรธานี 37,134 ราย เฉลี่ย 204 รายต่อวัน แยกเป็น Trauma ร้อยละ 33.41 และ Non Trauma ร้อยละ 66.59 แยกตามระดับความรุนแรง 5 ระดับ ดังนี้

ED Triage	Triage			% Trauma	% Non-Trauma
	Level	จำนวน	ร้อยละ		
1) Resuscitation/Life threatening	1	7,449	20.06	2.33	17.73
2) Emergency	2	11,785	31.74	4.56	27.18
3) Urgency	3	11,999	32.31	15.27	17.04
4) Semi-urgency	4	5,394	14.53	3.25	11.28
5) Non-urgency	5	507	1.37	0.37	1

การพัฒนา ER คุณภาพ ในโรงพยาบาล เน้นผลลัพธ์เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล คือ ลดอัตราการตายของผู้ป่วย triage level I มีการวัดผลลัพธ์ (Out come) ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล (OHCA : Out of Hospital Cardiac Arrest) ที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพจนผู้ป่วยรู้สึกตัว และมีสัญญาณชีพคืนมา (ROSC : Return of Spontaneous Circulation) และอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม.

ด้านอาคารสถานที่ มี Double door with access control และเป็น One-Way การให้บริการแบ่งเป็นโซนชัดเจน มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room) สำหรับผู้ป่วย Semi-urgency และห้องพักญาติ ผู้ป่วยที่แยกจากห้องฉุกเฉินแต่สามารถสื่อสารสถานะของผู้ป่วยผ่านทางจอ TV และ ทางมือถือ โดย Scan QR code ตรวจสอบสถานะผู้ป่วยได้ จนท. สามารถสื่อสารเชิญญาติผู้ป่วยเข้าในห้องฉุกเฉินผ่านทางลำโพงโดยญาติต้องรับบัตรสีตามโซนด้านประตูทางเข้าที่มี รปภ. เปิด-ปิด ให้ มีห้องแยกโรค (Isolation room) เป็นห้อง

แยกโรคความดันลบ (Negative Pressure Room) ประตู่ 2 ด้าน เข้าด้านในห้องฉุกเฉินและด้านหน้าออกห้องฉุกเฉินโดยผ่านห้องเตรียม (Ante Room) ผู้ป่วยผ่านจุดคัดแยก (Triage area) หน้าห้องฉุกเฉินถ้าสงสัยติดเชื้อทางเดินหายใจจะเข้าห้องแยกประตูด้านนอกโดยไม่ได้ผ่านเข้าห้องฉุกเฉิน และมีห้องพ่นยาเป็นสัดส่วน มีระบบดูดอากาศออกสู่ภายนอกเป็นห้องความดันลบในผู้ป่วยพ่นยาทุกราย

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ ตาม 6 building blocks

ด้าน	การดำเนินการ
Service Delivery	การบริการในห้องฉุกเฉินซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การรับรู้ภาวะฉุกเฉิน การรักษา การส่งต่อ การประสานงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะฉุกเฉิน ER Triage / Resuscitation / Fast track /ระบบ consult / Observe
Health Work Force	- มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ชั้นเวรตลอด 24 ชั่วโมง - มีแพทย์ เฉพาะทาง consult ได้ตลอด 24 ชั่วโมง - มีพยาบาลที่ได้รับการอบรม ACLS , ATLS, ENP ,Pre-hospital, Trauma Nurse Management - มีนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) ออกปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาล
Information & Technology	- Smart ER - IS Online
Drug & Equipment	- มี CPR box - มี CPG ผู้ป่วยกลุ่ม Fast Track
Financing	- งบประมาณจาก โรงพยาบาล บริจาค และส่วนกลาง
Governance & Management	- MM conference - มีตรวจ GP เวลา 16.00- 24.00 น. วันราชการ และ เวลา 8.00- 24.00 น. ในวันหยุด ลดความแออัดใน ER

- การกำหนดER Target Time ระยะเวลาผู้ป่วย Triage level 1 ,2 อยู่ใน ER ไม่เกิน 2 ชั่วโมง มีโปรแกรม Smart ER กำกับระยะเวลาผู้ป่วย Fast Track
- การจัดพื้นที่ในการให้บริการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
 - จัด Zoning ในการตรวจรักษาตามประเภทผู้ป่วย
 - ประตูทางเข้ามีรปภ.คอยดูแลตลอด 24 ชม.
 - มีสถานีตำรวจชุมชนที่หน้าห้องฉุกเฉิน
- มีการสื่อสารกับญาติผู้ป่วย โดยมีจอแสดงสถานะผู้ป่วยที่หน้าห้องฉุกเฉิน และมี QR code ให้ญาติ แสกนติดตามสถานะผู้ป่วยได้
- การพัฒนาระบบสารสนเทศการติดตามข้อมูลผู้ป่วย RTI ของเครือข่ายในจังหวัด

- มีระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางตลอด 24 ชั่วโมง
- มีการทำ Trauma audit และ MM conference ร่วมกับ PCT ที่เกี่ยวข้อง

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

- 1) การนิเทศเครือข่าย emergency care service ทั้งเขตสุขภาพ
- 2) งานพัฒนาแผนสาธารณสุข
 - a. การซ้อมแผนแบบ Table top Exercise ตามแบบ Thai SIM
 - b. Full Scale Exercise
- 3) บริการ Sky Doctor
- 4) การพัฒนา trauma center level 1+
 - a. พัฒนา Fast track trauma
 - b. บริการ Hybrid OR
- 5) พัฒนาระบบ AOC ระดับจังหวัด รพศ. เป็นแม่ข่าย Tele-Consult และ refer
- 6) พัฒนาระบบ SMART ER ต่อให้เชื่อมต่อกับห้องยา ห้องเอ็กซเรย์
- 7) พัฒนาบุคลากร ส่งฝึกอบรมหลักสูตร ENP, BHEMS
- 8) ส่งเสริมงานวิจัย
- 9) งบประมาณด้านครุภัณฑ์ทำงาน ER EMS

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 3 ปี 2565 (ต.ค.64 – ธ.ค. 65)		
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/อัตรา
1) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในรพ. ระดับ A, S, M1	2.37	5.11	3.41	7449	254	3.41
2) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า PS มากกว่า 0.5 ในรพ. ระดับ A, S, M1 < 4%	1.08	2.07	1.45	4694	68	1.45
3) อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มี	22.1	25.76	28.09	267	75	28.09

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 3 ปี 2565 (ต.ค.64 – ธ.ค. 65)		
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/อัตรา
motor score M1-M5 < ร้อยละ 30						
4) อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในรพ. ระดับ A ,S ,M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที > ร้อยละ 80	41.60	46.5	50.49	103	52	50.49
6) อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน 2 ชม. ในรพ. ระดับ A, S, M1 > ร้อยละ 60	45.31	62.4	67.92	19,105	12,976	67.92
7 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน >ร้อยละ 26.5	37.57	41.48	28.03	19,032	5,335	28.03

5. ปัญหาอุปสรรค

- 1) หลักสูตรอบรมเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน(ENP) ไม่ผ่านการประเมินจากสภาพยาบาล ทำให้ไม่สามารถเปิดอบรมในเขตได้
- 2) Trauma & Emergency admit unit (TEA unit) โครงสร้างไม่ชัดเจน จึงไม่สามารถจัดอัตรากำลังพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ได้

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) สนับสนุน/ส่งเสริม ให้ค่าลงทะเบียนฝึกอบรม และขอโควตาเข้าอบรมเป็นกรณีพิเศษจากสถาบันที่เปิดอบรม

- 2) มีคำสั่งจากส่วนกลางให้จัดตั้ง TEA unit และมีโครงสร้างชัดเจน สามารถจัดอัตรากำลังปฏิบัติงานได้จริง

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

ผู้รายงาน	1. นางสาวดาวเรือง ช่มเมืองปักษ์....	2. นางมะลิสสา โรจนหิรัญย์.....	3. นพ.พิทย์ จันทร์สมบูรณ์...
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ..นายแพทย์ชำนาญการ.....
วัน/เดือน/ปี.089-712-5572.....086-222-9872.....084-512-8735.....
โทรศัพท์dktum000@gmail.com.....lisa.hiran@gmail.com.....erudhpit@gmail.com.....
E-mail			

ประเด็นหัวข้อ Service Plan สาขา Palliative care
จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 – 7 กรกฎาคม 2566

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

2. สถานการณ์

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) เป็นกระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษามาชิกครอบครัวหรือปรึกษามุขมนตรีสุขภาพ

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ**

1. กำหนดแบบฟอร์มการทำ Advance Care Planning ของรพ.
2. ชักชวนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยคิดทบทวนถึงสิ่งที่ให้ความสำคัญและมีคุณค่าสำหรับตัวผู้ป่วย สภาวะที่ผู้ป่วยยอมรับได้และรับไม่ได้ ขอบเขตการรักษาที่ผู้ป่วยยอมรับได้และยอมรับไม่ได้ และบริบทใดบ้างที่ผู้ป่วยประสงค์จะให้เกิดขึ้นหรือไม่ต้องการให้เกิดขึ้นเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยมาถึง
3. ให้ผู้ป่วยเลือกผู้ตัดสินใจแทน ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย และตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาในอนาคตที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด
4. แพทย์ผู้ดูแลบันทึกความต้องการของผู้ป่วยลงในเอกสารเพื่อสื่อสารให้ทีมแพทย์ที่ดูแลทราบความต้องการของผู้ป่วย และถ้าเป็นไปได้ควรนำเอกสารนี้เข้าสู่ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วย และผู้ป่วยควรมีอีกฉบับเก็บไว้กับตัว

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ ไม่มี**4. ผลการดำเนินงาน**

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค.65 – ธ.ค. 65)		
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/อัตรา
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care	57.09	76.17	76.57	845	657	76.57

Planning) ในผู้ป่วย ระดับประคองอย่างมี คุณภาพ						
---	--	--	--	--	--	--

5. ปัญหาอุปสรรค

ผู้ป่วยทำ ACP แล้วไม่ถูก pop up ระบบ OP serve ของรพ.

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ระบบการ pop up ในผู้ป่วย palliative care ที่ทำ ACP เป็นลายลักษณ์อักษร

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

- มีระบบการ round palliative care โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 2 วัน/weeks.

ผู้รายงาน พวงพยอม จุลพันธุ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วัน/เดือน/ปี 15 มิถุนายน 2566

โทรศัพท์ 061-6966393

E-mail: yom5500jul@gmail.com

ประเด็นหัวข้อ โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery: ODS
จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 – 7 กรกฎาคม 2566

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

1.2 ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิวในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

2. สถานการณ์

จังหวัดอุดรธานี มีโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,100 เตียง ให้บริการจริง 1,280 เตียง มีห้องผ่าตัด 18 ห้อง สลายนิว 1 ห้อง สูติ 2 ห้อง เป็น Excellence Centre ด้าน Trauma, Newborn, Cancer, Cardio และ Kidney transplant ปัจจุบันมีการจัดตั้ง ONE Day Surgery Unit ที่โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งเริ่มดำเนินการ ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2559 มีผู้มารับบริการประมาณ 2,000 รายต่อปี ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการ กรมการแพทย์ เพื่อขึ้นทะเบียนโครงการผ่าตัดแบบวันเดียว (One Day Surgery : ODS) เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 และผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนโครงการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563 มี Node ผู้ให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเพ็ญ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน F1 ขนาด 120 เตียง ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2561 มีศัลยแพทย์ 1 ท่าน และ โรงพยาบาลกุมภวาปี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน M1 ขนาด 180 เตียง ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวและโครงการการผ่าตัดแผลเล็กเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563 ปัจจุบันยังมีโรงพยาบาลขนาด M1, M2 ที่มีศัลยแพทย์ประจำ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ บ้านดุงและบ้านผือ ที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการ

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

1) ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ปีงบประมาณ 2566 เพื่อพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบ One Day Surgery: ODS และ การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) โรงพยาบาลอุดรธานี

2) ประชุมสรุปผลงาน จัดทำยุทธศาสตร์ร่วมเขตบริการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้งาน เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อทั้งขาขึ้นและขาลงเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

3) ประชุมพัฒนา Service Plan ระดับจังหวัดเพื่อแก้ปัญหาด่วนแอด โรงพยาบาลอุดรธานี และเพื่อพัฒนาศักยภาพ Node มีการวางแผนพัฒนาแพทย์ประจำทุกโรงพยาบาล วางแนวทางพัฒนาศักยภาพเครือข่าย

4) วางแผนลงเยี่ยมเสริมพลังเครือข่าย Node เพื่อพัฒนาศักยภาพ ให้เกิดความมั่นใจในการทำหัตถการ

5) วางระบบช่องทางด่วนในการเข้าถึงบริการ (One Day Surgery)

6) กำหนด ทบทวนมาตรฐาน การเก็บตัวชี้วัดคุณภาพ พร้อมจัดการข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบคุณภาพบริการเพื่อโอกาสพัฒนา

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

3.2.1 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการผ่าตัดหลอดเลือดสำหรับพอกไต ในเขตสุขภาพที่ 8 โรงพยาบาลอุดรธานี ประจำปี 2566 เพื่อลดระยะรอคอยการทำ Vascular access ด้วยความร่วมมือกับราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย สามารถผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมถาวร จำนวน 130 ราย ในช่วงวันที่ 19-21 พฤษภาคม 2566

3.2.2 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยวิธีส่องกล้อง โรงพยาบาลอุดรธานี ประจำปี 2566 เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ หลังจากตรวจพบ FIT Test Positive ด้วยความร่วมมือกับทีมศัลยแพทย์และ GI Medicine สามารถส่องกล้องคัดกรองได้ จำนวน 387 ราย ตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.59 และ Polyp 155 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.16 ในช่วงวันที่ 16-18 มิถุนายน 2566

3.2.3 โครงการอบรมฟื้นฟูวิชาการประจำปีกลุ่มงานศัลยกรรม ประจำปี 2566 เรื่อง “ความก้าวหน้าของการผ่าตัดวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก” เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 เข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพิ่มขึ้น ในวันที่ 17 -18 กรกฎาคม 2566

4. ผลการดำเนินงาน

4.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 1-2-3 ปี 2566 (ต.ค.65 – มี.ค 2566) (เป้าหมาย $\geq 20\%$)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	จำนวน (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ตามกลุ่มโรคเป้าหมาย Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	89.47	91.43	26.66	40	16	40

4.2 ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิวในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 1-2-3 ปี 2566 (ต.ค.65 – มิ.ย 2566) (เป้าหมาย < 5%)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	228	198	238	62	2	3.2
2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก Re-admit ภายใน 1 เดือน (ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI)	0	0	0	-	0	0
3. ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิวในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	0	0	0	< 5%	0	0

5. ปัญหาอุปสรรค

5.1 ระบบ IT ไม่รองรับการประมวลผลข้อมูลประกอบกับจำนวนกลุ่มโรค ODS มีเพิ่มขึ้นถึง 66 โรค ดังนั้นการค้นหาข้อมูลจึงต้องใช้รหัสโรคในการค้นหาหลายครั้งและต้องใช้เป็นวิธี Manual จึงจะได้ข้อมูล ซึ่งต้องใช้เวลา

5.2 ขาดอัตรากำลังและกำลังสนับสนุนในการพัฒนาเป็น One stop service center

8.3 ขาดแรงจูงใจและการประชาสัมพันธ์การนำเคสเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากการสรุปรายได้จากการ Claim เคสไม่ชัดเจน

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ไม่มี

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

ไม่มี

ผู้รายงาน นางกรรณิการ์ ศุภกิจอนันต์คุณ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 29 มิถุนายน 2566

โทรศัพท์ 0866394804

E-mail: jum11092515@gmail.com

ประเด็นหัวข้อ ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 – 7 กรกฎาคม 2566

1. ประเด็นการตรวจราชการ ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด(Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

2. สถานการณ์ การสำรวจระดับชาติ ปี 2556 พบว่าประชากรไทยมีความชุกของภาวะตาบอดร้อยละ 0.60 จากประชากรไทยทั้งหมด โดยเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก(WHO)ระบุใน WHO VISION 2020 ต้องการให้ควบคุมอุบัติการณ์ของภาวะตาบอด น้อยกว่าร้อยละ 0.50 และรณรงค์ไม่ให้มีผู้ที่ตาบอดหลงเหลืออยู่ ทั้งนี้ ร้อยละ 80 ของภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้ สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดอันดับ 1 คือต้อกระจก เป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตาคือการลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.50 เพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน / มาตรการที่สำคัญ

6 Building Blocks	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
Service Delivery (Structure)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจคัดกรองสายตาในระบบปกติในโรงพยาบาลอุดรธานี 2. จัดทีมจักษุแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาออกตรวจยืนยันในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุดรธานี และ รพ.สต. เขตอำเภอเมือง 3. จัดบริการผ่าตัดต้อกระจกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และทันเวลา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. คัดกรองสายตาผู้สูงอายุในรพ.M2, F1, F2, F3, P 2. เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาล NODE M1 โดย <ul style="list-style-type: none"> - จัด zoning ผู้ป่วยต้อกระจกในอำเภอศรีธาตุ โนนสะอาด หนองวัวซอ วังสามหมอ หนองแสง ประจักษ์ศิลปาคม ให้ไปรักษาที่ NODE (M1 รพ.กุมภวาปี) 3. โรงพยาบาล M2 <ul style="list-style-type: none"> - บ้านดุง เปิดดำเนินการเป็น Node ผ่าตัดต้อกระจก 2 เดือน/ครั้ง - บ้านฝื่อ ผ่าตัดต้อกระจก 2 เดือน/ครั้ง - เพ็ญ เปิดเป็น Node ผ่าตัดต้อกระจก 2 เดือน/ครั้ง - หนองหาน ผ่าตัดต้อกระจก ปีละ 1 ครั้ง 4. เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาล F1 , F2 ที่มีความพร้อมได้แก่ ไชยวาน น้ำโสม ศรีธาตุ วังสามหมอ

6 Building Blocks	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
Health Workforce (Staff)	1. พัฒนาพยาบาล อบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 2. พัฒนาศักยภาพพยาบาลห้องผ่าตัดตา โดยส่งอบรมหลักสูตรพยาบาลห้องผ่าตัดเพิ่ม	1. เพิ่มศักยภาพบุคลากรทุกระดับ ในการตรวจคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุ 2. พัฒนาศักยภาพพยาบาลในโรงพยาบาลระดับ M2 โดยส่งอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
Medicine and Technology	1. มีเครื่องมือในการตรวจคัดกรองและเครื่องมือในการผ่าตัดที่จำเป็น ได้แก่ - slit lamp - auto refraction - non contact tonometer - A scan - เครื่องนี้้งเร็ว - set ผ่าตัด	1. จัดหาครุภัณฑ์และอุปกรณ์เครื่องมือในการตรวจคัดกรองที่จำเป็นในโรงพยาบาลแต่ละระดับ ได้แก่ - Snellen Chart - E game - trial frame - occluder - pinhole
Information	1. พัฒนาศักยภาพในการลงข้อมูลในระบบ vision 2020 thailand.org.th	1. พัฒนาศักยภาพในการลงข้อมูลในระบบ vision 2020 thailand.org.th
Financial	1. งบประมาณ งบบำรุง 2. ปรับเปลี่ยนระบบเบิกจ่ายที่จูงใจการผ่าตัด Blinding Cataract	1. งบประมาณ งบบำรุง
Governance	1. คณะกรรมการ Service Plan แต่ละระดับ	1. คณะกรรมการ Service Plan แต่ละระดับ
Participation	1. ร่วมกับ อปท. หน่วยงานราชการ เอกชน รวมทั้งมูลนิธิต่างๆ	1. ผู้นำชุมชน อสม. 2. ร่วมกับ อปท. หน่วยงานราชการ เอกชน รวมทั้งมูลนิธิต่างๆ

3.2 โครงการ / กิจกรรม คัดกรองและผ่าตัดต้อกระจกเชิงรุก

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/ เกณฑ์	Base Line				ไตรมาส 3 ปี 2566 (เม.ย.-พ.ค.66)		
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 ไตรมาส 1	ปี 2566 ไตรมาส 2	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
ร้อยละผู้ป่วยต้อ กระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับ การผ่าตัดภายใน 30 วัน ≥ ร้อยละ 85	84.30	87.02	92.63	97.40	216	211	97.68

5. ปัญหาอุปสรรค

- ขาดแคลนพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาในโรงพยาบาลชุมชน
- ปี 64-65 มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส Covid-19 มีการบริการเชิงรุกและผ่าตัดต้อกระจกน้อยลง

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- พัฒนาศักยภาพพยาบาลในโรงพยาบาลระดับ M2 โดยส่งอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
- ประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ประชาชนเห็นความสำคัญในการคัดกรองสายตา โดยใช้ภาคีเครือข่ายและอสม. ค้นหาและติดตามให้มาตรวจและมีการส่งต่อผู้ป่วยในรายชื่อที่ผิดปกติให้ได้รับการผ่าตัดโดยเร็ว
- กระตุ้นให้มีการนำเข้าสู่ข้อมูล แก๊ซข้อมูลและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม vision 2020 thailand.org.th

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง / Best Practice

- การดำเนินการเชิงรุกให้บริการผ่าตัดต้อกระจก
- เพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย โดยการเปิดให้บริการตรวจรักษาและบริการผ่าตัดนอกเวลา (SMC) และผ่าตัดแบบไม่นอนค้างคืน (UDSC) ในรพศ.อุดรธานี

ผู้รายงาน : นางภาวนา ดาวงค์ศรี
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ห้องตรวจตา โรงพยาบาลอุดรธานี
ข้อมูล ณ วันที่ : 10 มิถุนายน 2566
โทรศัพท์ภายใน 3426, 3427
e-mail : siripada53@gmail.com




หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และ
การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)
จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 – 7กรกฎาคม 2566

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

2. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.2 รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
1. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล			
- RDU ระดับ จังหวัด ใน ปี65 - ระดับรพ.	การสั่งใช้ยาอย่างสม เหตุผล ตามตัวชี้วัด ทั้งหมด 12 ตัวชี้วัด	ตามตัวชี้วัดทั้งหมด 12 ตัวชี้วัด	- มีอย่างน้อย 1 อำเภอ ผ่าน RDU -  ผ่าน 1-5 ข้อ  ผ่าน 6-9 ข้อ  ผ่าน 10-12 ข้อ
2. รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ			
RDU 2 ชั้นที่ 1 และ 2	ลดการใช้ยาปฏิชีวนะ ใน 2 กลุ่มโรค ได้แก่ RI และ AD	ติดตามร้อยละของ รพ.สต. ใน CUP ที่ใช้ยาปฏิชีวนะผ่านเกณฑ์ทั้ง RI และ AD	ข้อ

3. สถานการณ์

สำหรับรพ. อุดรธานี มีการดำเนินงานตามระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดขึ้นในปีงบประมาณ 2564 โดยเน้นการดำเนินงานในตัวชี้วัดที่ยังเป็นปัญหาที่ยังไม่ผ่าน มุ่งในการชี้แจง สถานการณ์และขอความร่วมมือ กระตุ้นเตือนในบุคลากร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

4. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

Small Success เกณฑ์การประเมิน: ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ผ่านตัวชี้วัด > 6 ข้อ		ผ่านตัวชี้วัด > 9 ข้อ
	AMR ชั้น Intermediate ≥ 60 %		AMR ชั้น Intermediate ≥ 70 %

ผลการดำเนินงาน RDU โรงพยาบาลอุดรธานี

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2563 ยอดสะสม ตค.62-กย.63	ปีงบประมาณ 2564 ยอดสะสม ตค.63-มิย.64	ปีงบประมาณ 2565 รายงานจาก HDC	ปีงบประมาณ 2566
1. % การใช้ ATB ใน URI	<30%	26.83%	34.28%	34.84 (703/2,018)	7.90
2. % การใช้ ATB ในอุจจาระ ร่วง	<20%	21.13%	20.24%	22.03 (284/1,289)	15.35
3. % การใช้ ATB ใน แผล สด	<50%	52.47%	48.21%	0 (0/0)	43.51
4. % การใช้ ATB ใน คลอด ปกติ	<15%	16.73%	19.39%	12.66 (10/79) เพิ่ม LABOR 13.22 (16/121) เพิ่ม DIAG_IPD	12.38
5. % การใช้ RAS blockage 2 ชนิด ใน HT	0	0.00%	0.03%	0.08 (5/6,280)	0.06
6. % การใช้ Metformin in DM	>80%	90.70%	90.44	92.02 (4,750/5,162)	94.89
7. % การใช้ NSAIDs ซ้ำซ้อน	<5%	0.05%	0.06%	1.40 (155/11,053)	0.06
8. % ผู้ป่วยโรค ไตระดับ3 ขึ้น ไป ได้รับ NSAIDs	<10%	0.25%	0.14%	0.77 (20/2,605)	0.43
9. % ผู้ป่วยโรค หืดเรื้อรัง ได้ยา ICS	>80%	89.85%	90.64%	62.04 (554/893)	54.47

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2563 ยอดสะสม ตค.62-กย.63	ปีงบประมาณ 2564 ยอดสะสม ตค.63-มีย.64	ปีงบประมาณ 2565 รายงานจาก HDC	ปีงบประมาณ 2566
10. % ผู้ป่วย นอกสูงอายุ ≥ 65 ปี ได้ long act. BZP	<5%	1.26%	1.30%	0.59 (262/44,645)	0.55
11. จำนวนสตรี ตั้งครรภ์ได้ยาที่ ควรหลีกเลี่ยง	0	0	0	2	3 ราย
12. % ผู้ป่วย เด็ก URI ได้ non sedate antihistamine	<20%	16.23%	22.66%	16.26 (53/326)	28.41

สรุปว่า ในปี 2566รพ.อุดรธานี ไม่ผ่านตัวชี้วัด 4 หัวข้อ ได้แก่ การใช้ยา RAS blockage 2 ชนิด ใน HT ผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังควรได้รับยา ICS สตรีตั้งครรภ์ได้ยาที่ควรหลีกเลี่ยง และ การใช้ยานon sedate antihistamine in URI ในผู้ป่วยเด็ก แต่หากวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาต้องห้ามไม่อยู่ในนิยามกำหนด เนื่องจากได้ยาต้องห้ามเมื่อพ้นระยะ first trimester แล้ว และผู้ป่วยโรคหืดที่ต้องได้ยา ICS นับจำนวนครั้ง visit number ทั้งหมด ที่ไม่ได้มาเฉพาะภาวะของโรค

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

เป้าหมาย	มาตรการ ดำเนินการ	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ				
			ปี2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล							
RDU 1 ชั้น ที่ 1 และ 2	ดำเนินกิจกรรม ตามกฎแฉ PLEASE	1.ติดตามกิจกรรม ชั้นที่ 1 - ส่งเสริมการใ้ยา ในบัญชียาหลัก แห่งชาติ - PTC เข้มแข็ง - ฉลากยา มาตรฐาน - ตัดยาที่ไม่ เหมาะสมออก จากบัญชียา โรงพยาบาล - ส่งเสริมจริยธรรม ฯ 2.ติดตามกิจกรรม ชั้นที่ 2	ผ่าน RDU ชั้นที่ 1 ไม่ผ่าน RDU ชั้นที่2 (ในหัวข้อลดการใช้ ยาATBใน4กลุ่มโรค)	ผ่าน RDU ชั้นที่ 1 ไม่ผ่าน RDU ชั้นที่2 (ในหัวข้อลดการใช้ ยาATBใน4กลุ่มโรค)	ผ่าน RDU ชั้นที่ 1 ไม่ผ่าน RDU ชั้นที่ 2 (ในหัวข้อลดการใช้ ยาATBใน4กลุ่มโรค)	ผ่าน RDU ชั้นที่ 1 ไม่ผ่าน RDU ชั้นที่2 (ในหัวข้อลดการใช้ ยาATBใน4กลุ่มโรค)	ปรับตัวชี้วัด เป็น 12 ตัวชี้วัด รพ.อุดร สามารถผ่านเกณฑ์ ได้ 7 ตัว ยังไม่ผ่าน การใช้ยาATB in URI, AD, RASS in HT และการใ้ยา ห้ามในหญิงตั้งครรภ์ (ฐานข้อมูลจาก HDC)

เป้าหมาย	มาตรการ ดำเนินการ	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ				
			ปี2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
		<ul style="list-style-type: none"> - ลดการไ้ช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นใน 4 กลุ่มโรค - ดูแลการไ้ช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต 					
2. รพสต. ส่งเสริมการไ้ช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ			ผ่าน>60%	ผ่าน>80%	ผ่าน>80%	ผ่าน>80%	ผ่าน>80%
RDU 2 ชั้น ที่ 1 และ 2	ลดการไ้ช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค ได้แก่ RI และ AD	ติดตามร้อยละของ รพ.สต. ใน CUP ที่ไ้ช้ยาปฏิชีวนะผ่านเกณฑ์ทั้ง RI และ AD	91.0	84	93.75	80.65	93.55

1. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- การทำงานเป็นทีม ต้องประสาน รวมการดำเนินงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ต้องได้รับความร่วมมือทุกระดับ ทุกกลุ่มงาน.
- การดำเนินงานมีความเกี่ยวข้องกับทุกระบบ หน่วยงาน ต้องใช้ระยะเวลาการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงสามารถประเมินผลได้
- ปริมาณตัวชี้วัดจำนวนมาก ใช้ฐานข้อมูลจำนวนมาก และแต่ละตัวชี้วัดมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน ทำให้การจัดทำสารสนเทศในการดึงข้อมูลตัวชี้วัดทำได้ช้า และมีการแก้ไขบ่อยครั้ง
- การหมุนเวียนของแพทย์ใช้ทุน พบว่าแม้แต่การหมุนเวียนในรพ.เดียวกันแต่คนละแผนก กลุ่มงานส่งผลต่อการส่งैयाในการปฏิบัติงานให้การรักษาผู้ป่วย
- การดำเนินงานต้องมีความต่อเนื่องต้องมีรูปแบบกระตุ้น คืบข้อมูลเป็นระยะเมื่อพบความผิดปกติ แต่ระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่ไม่เอื้ออำนวยการประมวลผล ส่งผลต่อการคืบข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ

2. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับผิดชอบ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
การระบาดของเชื้อโควิด ผลต่อการรักษาและ การเลือกैया	รอการระบาดลดลง และ การเร่งฉีดวัคซีน	

3. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ผู้บริหาร ส่วนกลางควรเอาใจจริงเอาใจต่อการส่งต่อนโยบาย การวัดผลลัพธ์ที่ต้องการ ผู้ปฏิบัติระดับล่างจะได้มีแบคอัพในการดำเนินงาน

4. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน ภญ. วินัดดา ชูตินารา
 ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ
 ภญ.วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์
 ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ
 ผู้ตรวจสอบรายงาน ภก.ดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ
 ตำแหน่ง...เภสัชกรเชี่ยวชาญ
 วัน/เดือน/ปี 12 มิย. 2566 โทร.5104
 e-mail: winadda39@gmail.com

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 – 7 กรกฎาคม 2566

หัวข้อ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

1. ประเด็นตรวจราชการ : ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

2. สถานการณ์

สำหรับรพ. อุดรธานี มีการดำเนินงานจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยมีปรับเปลี่ยนคณะกรรมการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพให้เป็นปัจจุบัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และได้ประชุมคณะกรรมการในการกำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และแผนปฏิบัติงาน ในปีงบประมาณ 2565 โดยผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีงานดำเนินงานได้ตามแผนที่กำหนดไว้ ยังพบปัญหาด้านการประเมินผลของการเชื่อมต่อข้อมูล ปัญหาที่จะนำมาสู่การหาแนวทางจัดการ และขาดระบบการติดตามการดำเนินงานแบบบูรณาการองค์รวม

3. สรุปการดำเนินงานของจังหวัด

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	ผลงาน จำนวน รพ. ผ่านระดับ intermediate	
	เป้าหมาย (จำนวนรพ.ระดับ A,S,M1 ทั้งหมด)	
	เกณฑ์ตัวชี้วัด : ระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	

สรุปคะแนนการดำเนินงาน 5 กิจกรรมสำคัญ	รพ.อุดรธานี	รพ.....	รพ.....
1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	87		
2. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	77		
3. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	78		
4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน ร.พ.	80		
5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	60		
รวม (คะแนนเต็ม 500 คะแนน)	<u>382</u>		
* ข้อบังคับ basic ทุกข้อ > 0 คะแนน	(✓) ใช่ () ไม่ใช่	() ใช่ () ไม่ใช่	() ใช่ () ไม่ใช่
** ข้อบังคับ Intermediate ทุกข้อ > 0 คะแนน	(✓) ใช่ () ไม่ใช่	() ใช่ () ไม่ใช่	() ใช่ () ไม่ใช่

การประเมินการจัดการเชื่อมต่อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบประเมินการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการ AMR ของโรงพยาบาลให้มีความเชื่อมโยงของทั้งระบบเฝ้าระวังเชื่อมต่อยาทางห้องปฏิบัติการ ระบบยา และระบบป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ภายใต้กลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ จึงมีการประเมินเป็น 5 กิจกรรมสำคัญ และแบบประเมินนี้จะใช้ในการประเมินต่อเนื่องทุกปี เพื่อวัดระดับการดำเนินงานทั้งในภาพรวมของโรงพยาบาล และระดับการดำเนินงานของแต่ละกิจกรรมสำคัญ รายละเอียดดังนี้

4. ประเด็นการพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

เป้าหมาย	กิจกรรมดำเนินการ	แนวทางการตรวจ ติดตาม	เป้าหมาย
Integrated AMR Management	1. กลไกการจัดการเชื่อมต่อยาอย่างบูรณาการ	ติดตามการ	มี รพ.ที่ดำเนินการระดับ
	2. การเฝ้าระวังเชื่อมต่อยาทางห้องปฏิบัติการ	ดำเนินการตาม	
	3. การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ	กิจกรรมสำคัญ 5	Intermediate ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรพ.ทั้งหมดใน เขตสุขภาพ
	4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	กิจกรรม	
	5. การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ		

5. การแปลผล

โดยหัวข้อการประเมินมีทั้งสิ้น 5 กิจกรรมสำคัญ และในแต่ละกิจกรรม มีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน รวมเป็น 500 คะแนนเต็ม ในการแปลผล รายละเอียดตามตาราง

การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม 500 คะแนน
มีการดำเนินการระดับ intermediate	- คะแนนรวมใน 5 กลุ่มกิจกรรม >250 คะแนน - คะแนนแต่ละกิจกรรม > 50% (50 คะแนนใน 100 คะแนน) - ต้องผ่านข้อบังคับของระดับ basic ครบทุกข้อ

6. การติดตามผลการดำเนินการ โดยวิธีการประเมินตนเอง (self assessment) และรายงานผ่านระบบรายงาน

สนับสนุนข้อมูลสุขภาพ กองบริหารการสาธารณสุข โปรแกรมรายงานการพัฒนาระบบบริการ RDU-AMR ปีละ 2 ครั้ง
ครั้งที่ 1 ส่งผลการประเมิน ระหว่างวันที่ 15 – 31 ธันวาคม 2564
ครั้งที่ 2 ส่งผลการประเมิน ระหว่างวันที่ 15 – 30 มิถุนายน 2565

7. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

7.1 รายละเอียดผลการดำเนินงาน “โรงพยาบาลที่มีระบบจัดการ AMR อย่างบูรณาการ”

กิจกรรม AMR				ผลการดำเนินงาน																																		
1.	กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR)			คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ																																	
1.1	มีคณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR ที่มีองค์ประกอบอย่างน้อย ได้แก่ แพทย์ระดับบริหาร / แพทย์หัวหน้าทีมรับผิดชอบงาน AMR/ ตัวแทน PCT /เภสัชกร /พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ /นักเทคนิคการแพทย์ งานจุลชีววิทยา /ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา /นักจัดการสารสนเทศ			0	Basic																																	
	○ ไม่มีคณะกรรมการที่รับผิดชอบงานด้าน AMR																																					
	○ มีเฉพาะแกนนำ (core team) รับผิดชอบงาน AMR โดยไม่เป็นรูปแบบคณะกรรมการ หรือมีคณะกรรมการที่รับผิดชอบ AMR แต่องค์ประกอบไม่ครบถ้วน			2																																		
	○ มีคณะกรรมการที่องค์ประกอบครบถ้วน (กรุณาระบุรูปแบบคณะกรรมการ และ Upload file คำสั่ง)			5	5																																	
	() คณะกรรมการ AMR ของโรงพยาบาล เป็นการเฉพาะ หรือ () มอบหมายคณะกรรมการอื่นที่มีอยู่ เช่น PTC หรือ ICC ให้อำนาจรับผิดชอบงาน AMR																																					
1.2	ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คณะกรรมการ AMR ของรพ. (หรือคณะกรรมการชุดที่ได้รับมอบหมายโดยไม่นับรวม core team) มีการประชุม				Basic																																	
	○ ไม่มีการประชุม			0																																		
	○ ประชุม (ที่มีวาระเรื่อง AMR) 1 ครั้ง ต่อปี			5																																		
	○ ประชุม (ที่มีวาระเรื่อง AMR) มากกว่า 1 ครั้ง ต่อปี			7	7																																	
	○ มีการประชุมติดตามความก้าวหน้า AMR อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 เดือน			10																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">เป้าหมาย</th> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย</th> <th colspan="4">Baseline data</th> </tr> <tr> <th>ปี 62</th> <th>ปี 63</th> <th>ปี 64</th> <th>ปี 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เป้าหมายหลัก</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">1.ลดป่วย / ลดตาย</td> <td>- อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด</td> <td>< ... %</td> <td>2.83</td> <td>3.92</td> <td>5.03</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>- อัตราการพบเชื้อดื้อยา/เชื้อดื้อ+ไม่ดื้อยา</td> <td><7.5%</td> <td>40.41</td> <td>43.23</td> <td>49.89</td> <td>NA</td> </tr> </tbody> </table>			เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	Baseline data				ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	เป้าหมายหลัก							1.ลดป่วย / ลดตาย	- อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	< ... %	2.83	3.92	5.03	NA	- อัตราการพบเชื้อดื้อยา/เชื้อดื้อ+ไม่ดื้อยา	<7.5%	40.41	43.23	49.89	NA		Basic		
เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	Baseline data																																			
			ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65																																
เป้าหมายหลัก																																						
1.ลดป่วย / ลดตาย	- อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	< ... %	2.83	3.92	5.03	NA																																
	- อัตราการพบเชื้อดื้อยา/เชื้อดื้อ+ไม่ดื้อยา	<7.5%	40.41	43.23	49.89	NA																																

กิจกรรม AMR								ผลการดำเนินงาน	
	เป้าหมายรอง								
2. Lab surveillance	- CRE (<i>E.coli</i>) - CRE (<i>K.pneumonie</i>) - CoRo (<i>A.buamannii</i>) - CoRo (<i>P.aeruginosa</i>) - CoRO (<i>K.pneumonie</i>) - VRE (<i>E.faecium</i>)			5.85 14.51 0.75 0.00 6.56 15.68	9.07 15.0 6 0.61 2.91 17.5 9 8.06	4.16 17.7 3 0.24 0.71 19.8 6 4.86	NA NA NA NA NA NA		
3. Antimicrobial stewardship	ปริมาณ (DDD) การ ใช้ยาปฏิชีวนะ - Colistin - Meropenem - Vancomycin	ลดลง. %		7.97 12.89 1.4 6	9.02 13.6 7 1.62	9.52 13.7 1 1.51	8.60 11.1 3 1.4		
4. Infection control	- อัตราการเกิด HAI - HAI(เชื้อดื้อยา)	ลดลง%		1.23 0.52	0.5 3 0.5 0	0.4 5 0.3 8	NA NA		
1.3 มีเป้าหมายการจัดการ AMR ของโรงพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีข้อมูล baseline data									
○ ไม่มีเป้าหมายหลัก								0	
○ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองบางด้าน								5	
○ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองทั้ง การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (lab surveillance), การกำกับดูแลการใช้ต้านจุลชีพ (Antimicrobial stewardship) และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC)								10	10

กิจกรรม AMR		ผลการดำเนินงาน	
1.4	มีแผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR สู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด		Basic
	○ ไม่มีแผน	0	
	○ มีแผนขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	10	10
1.5	มีการกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน		
	○ ไม่มี	0	
	○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมา แต่ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	10	10
	○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมา และผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย	15	
	○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าอย่างน้อยติดต่อกัน 3 ปี	20	
1.6	โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา AMR ใน รพ.		Intermediate
	○ ไม่มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร	0	
	○ มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร แต่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน	5	
	○ มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ทรัพยากรของรพ.และจัดลำดับความสำคัญในการให้การสนับสนุนการดำเนินงาน AMR ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับ Lab - การฝึกอบรมบุคลากร - วัสดุอุปกรณ์เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ - ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ - ด้านอาคารสถานที่ 	10	
	○ มีการวิเคราะห์ช่องว่างตามข้างต้นและมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนตามความจำเป็นที่เห็นร่วมกันโดยคณะกรรมการ	20	20
1.7	มีการประสานและให้ความร่วมมือการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับจังหวัด/เขต เพื่อสร้างความยั่งยืน		
	○ ยังไม่มีการดำเนินงานร่วมระดับจังหวัด /ระดับเขต	0	
	○ มีที่มระดับจังหวัดขับเคลื่อนมาตรการและกิจกรรมร่วมของหน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัด (ยังไม่มีที่มระดับเขต /หรือมีที่มระดับเขตแต่ยังไม่มีการกำหนดมาตรการและกิจกรรมร่วมเขต)	10	
	○ มีที่มระดับเขต และที่มระดับจังหวัดในการกำหนดมาตรการและขับเคลื่อนงาน AMR และโรงพยาบาลร่วมทำกิจกรรมเขต/จังหวัดเป็นอย่างดี	25	25

กิจกรรม AMR		ผลการดำเนินงาน	
รวมคะแนน มาตรการที่ 1		100	87

2.	การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
2.1	สามารถตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียที่เรียกได้ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา (กรณีส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลตนเอง (out source) ให้นำรวมว่า สามารถ identify เชื้อได้หากห้องปฏิบัติการที่รับตรวจจะต้องได้รับมาตรฐาน LA หรือ ISO 15189 หรือมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ในด้านของจุลชีววิทยา)		Basic
	○ Identify ไม่ได้ หรือใช้บริการ outsource ที่ยังไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน	0	
	○ ได้บางเชื้อ เช่น อากิวีราส Acinetobacter spp. ได้ แต่ไม่สามารถแยก A. baumannii	5	
	○ ได้ อย่างน้อยครบตามรายการเชื้อแบคทีเรียสำคัญ 8 ชนิด ได้แก่ Acinetobacter spp. (ระดับ A, S ต้องวินิจฉัย Acinetobacter baumannii ได้), Enterococcus spp. (ระดับ A, S ต้อง identify Enterococcus faecium ได้), Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Salmonella spp., Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Streptococcus pneumoniae	10	10
2.2	การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (CLSI, EUCAST) ของเชื้อแบคทีเรียที่กำหนดให้สอดคล้องกับยาที่มีใช้ในโรงพยาบาล		Basic
	○ ไม่ใช่	0	
	○ ใช่	5	5
2.3	มีระบบ Lab Alert ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทันทั่วทั้งที่ เมื่อพบเชื้อดื้อยาสำคัญที่เป็นปัญหาของรพ.		Basic
	○ ไม่มีการวางระบบ Lab Alert	0	
	○ มีการวางระบบงานที่รวดเร็ว เช่น กรณี Hemoculture รายงานผลย้อมแกรม ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเครื่องร้องเตือน และรายงานความไวของเชื้อต่อยาภายใน 72 ชั่วโมง รวมทั้ง รพ.มีการกำหนดรายการเชื้อ/specimen ที่ต้องรายงานด่วน และจัดทำ flowchart การประสานแจ้งเตือนด่วน	5	
	○ ดำเนินการ Lab Alert ตามระบบอย่างมีประสิทธิภาพ มีการปฏิบัติตาม flowchart และมีการ Alert แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วย แพทย์ และ ICN ทราบอย่างรวดเร็ว และทันทั่วทั้งที่	7	7

2.	การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
	<ul style="list-style-type: none"> ○ มี flowchart มีการ Alert และมีการกำหนดแนวปฏิบัติเชื่อมโยงระบบยา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ยาต้านจุลชีพสอดคล้องตามผลความไวของเชื้อต่อยา (escalation หรือ de-escalation) ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรายงานผล Lab 	10	
	<p>2.4 มีระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ระดับประเทศ</p> <p>ได้แก่ (1) VRE (2) VRSA (3) colistin-resistant, P. aeruginosa (4) colistin-resistant, A. baumannii (5) 3rd cephalosporin-resistant, N.gonorrhoeae</p>		Intermediate
	<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีระบบ 	0	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีระบบเฝ้าระวังพิเศษในโรงพยาบาล 	5	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีระบบเฝ้าระวังพิเศษในโรงพยาบาล และเชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาระดับจังหวัด และ นคร.เขต 	10	10
	<p>2.5 จัดทำ Antibioqramตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี Antibioqram ปีล่าสุด 	0	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ มี Antibioqram ปีล่าสุด และเป็นไปตามมาตรฐาน CLSI M39-A4 (หรือฉบับปัจจุบัน) 	5	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ มี Antibioqram ปีล่าสุดได้มาตรฐาน และเผยแพร่ในรูปแบบที่แพทย์/ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงได้ง่าย 	8	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีการจัดทำ Antibioqram ที่มีรายละเอียดเพิ่ม เช่น แยกเป็นแผนก แยกตาม site of infection และนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล 	10	10
	<p>2.6 มีการรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี 	0	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน) 		
	<p>I. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต ในมิติต่าง ๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาเชื้อดื้อยา และนำเสนอต่อคณะกรรมการตามข้อ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ Hemoculture ทั้งหมด - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ผล Hemoculture พบเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิด 	+5	5

2.	การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
	II. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต และใน Specimen ต่าง ๆ และสามารถสะท้อนกลับข้อมูลปัญหา AMR แยกรายแผนก พร้อมทั้งมีการวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาได้	+5	5
	III. มีรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่เชื่อมโยงกับ Service Plan Sepsis เช่น อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด community acquired sepsis และ hospital acquired sepsis	+10	
	2.7 มีระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์		
	○ ไม่มีฐานข้อมูลทางจุลชีววิทยาในโรงพยาบาล หรือไม่ได้รับฐานข้อมูลกลับจาก out source	0	
	○ มีระบบ IT ในการบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา(/) MLab () WHONet () อื่นๆ	5	
	○ สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลจุลชีววิทยาคลินิก กับฐานข้อมูลโปรแกรมบริการของโรงพยาบาล (HIS) และนำข้อมูลมาวิเคราะห์อัตราป่วย/ตายจากเชื้อดื้อยาได้	10	10
	2.8 มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R		
	○ ไม่มี	0	
	○ มีการทำ CQI, R2R ในรอบปีที่ผ่านมา และมีการพัฒนาระบบคัดกรองคุณภาพสิ่งส่งตรวจ ก่อนการตรวจวิเคราะห์ตามมาตรฐาน	10	10
	2.9 มีความเชื่อมโยงกับการเฝ้าระวังระดับประเทศ : รพ. A และ S มีการรายงานผลการทดสอบความไวของเชื้อดื้อยาส่งมายังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข		Intermediate
	○ เป็น รพ.ที่เป็นสมาชิก NARST แต่ไม่ได้ส่งข้อมูล หรือส่งข้อมูลไม่ครบ 12 เดือน	0	
	○ เป็น รพ.ที่เป็นสมาชิก NARST และมีการส่งข้อมูลครบ 12 เดือน อย่างสม่ำเสมอ (หากยังไม่เป็นสมาชิก NARST ให้เลือกตอบข้อนี้)	5	5
	2.10 รพ.มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อสร้างระบบที่มีประสิทธิภาพและที่ยั่งยืน		
	○ ไม่มีการพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการทั้งระดับจังหวัด/เขต	0	
	○ มีการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของ รพ. ในระดับจังหวัด หรือระดับเขต	5	

2.	การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
	○ มีการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทั้งระดับจังหวัด และระดับเขต ร่วมกับศูนย์วิจัยฯ และ สคร. เขต	10	10
	รวมคะแนน มาตรการที่ 2	100	77
3.	การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
	3.1 มีการวางระบบการคัดเลือกยา กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาลของตนเอง และในเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต อย่างเหมาะสมตามปัญหาโรคติดเชื้อและผลความไวของเชื้อ		Basic
	○ ไม่มี	0	
	○ มีวางระบบในโรงพยาบาลตนเอง	3	
	○ มีการวางระบบในโรงพยาบาลตนเองและเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต เพื่อการรักษาและรับส่งต่อที่เหมาะสม	5	5
	3.2 มีการกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในกลุ่มโรคติดเชื้อ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด		Basic
	○ ไม่มี	0	
	○ มี กิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายครบทั้ง 4 กลุ่มโรค	3	3
	○ มี การกำกับติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะ มีกิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน และบรรลุเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่มโรค	5	
	3.3 มีการติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ		Basic
	○ ไม่มี หรือมีไม่ครบทั้ง 3 ข้อ	0	
	○ มีการติดตามทั้งปริมาณและมูลค่ายา ทั้ง 3 ข้อ ดังนี้ 1. มีการวัดปริมาณการใช้ยา โดยการดูค่า DDD และ/หรือ DOT 2. มีการติดตามมูลค่าการซื้อ/หรือการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ 3. มีการเปรียบเทียบปริมาณและมูลค่าการใช้ยาในกลุ่มที่สว่นกับเชื้อดื้อยา ได้แก่ Carbapenem, Colistin, BL/BI , 3 rd และ 4 th Cephalosporin, FQ ในแต่ละช่วงเวลา	5	5
	3.4 มีการกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ Community-acquired pneumonia, Urinary tract infection, Skin and soft tissue infections Surgical prophylaxis, Sepsis		Basic

3.	การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
	○ ไม่มีการจัดทำ clinical practice guideline : CPG	0	
	○ มีการนำ CPG ของสมาคม หรือของ รพ.อื่นมาใช้ โดยยังไม่ได้ปรับให้สอดคล้องกับความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล	5	
	○ มีการจัดทำ CPG ที่สอดคล้องกับผลความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล	10	10
	○ มีการประเมินและกำกับให้มีการปฏิบัติตาม CPG รวมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน และสอดคล้องกับผลความไวต่อยาของโรงพยาบาล (ตั้งนั้น lab ควรทำผลความไวต่อยาแบบจัดกลุ่ม เพื่อให้การกำหนด empirical therapy เหมาะสม เช่น แบ่งตามลักษณะหอผู้ป่วย เช่น ICU กับนอก ICU กลุ่มเฉพาะ เช่น NICU)	15	
	3.5 มีการติดตามและประเมินการใช้อยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือกลุ่มที่สงวนสำหรับเชื้อดื้อยา		Basic
	○ ไม่มีระบบ	0	
	○ มีระบบที่มีประสิทธิภาพ และดำเนินงานได้ครอบคลุมรายการยาที่เป็นปัญหาการใช้ยาของ รพ.ในปัจจุบัน (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 30 คะแนน)		
	I. มีระบบขออนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Preauthorization) ก่อนสั่งใช้ยาที่จำกัดการใช้ และ/หรือมีการติดตามประเมินการสั่งใช้ (Prospective Audit) ในกลุ่มยาที่ควบคุมการใช้	+5	5
	II. มีระบบให้รายงานแบบแผนความไวต่อยาต้านจุลชีพแบบ cascade reporting แทนการรายงานการทดสอบยาต้านจุลชีพทั้งหมด เช่น จะรายงาน ความไวของยา linezolid และ daptomycin ต่อ Enterococcus เมื่อเชื้อดื้อต่อยา ampicillin และ vancomycin เท่านั้น	+5	5
	III. มีระบบทบทวนการสั่งใช้ยาภายใน 72 ชั่วโมงหลังเริ่มใช้ยา พร้อมข้อเสนอแนะกลับ (feedback) และ/หรือ มีการทบทวนการสั่งใช้ยาทุก 7 วัน รวมทั้งมีแนวปฏิบัติการ escalation และ de-escalation กลุ่มยาที่สงวนสำหรับเชื้อดื้อยา เช่น carbapenem และมีการติดตามผลลัพธ์การรักษา	+15	15
	IV. มีระบบหยุดการใช้ยาหากไม่สอดคล้องตามเกณฑ์ (antibiotic time-out)	+5	5
	3.6 มีมาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะทุกชนิดอย่างเหมาะสม ในเรื่องต่อไปนี้		
	○ ไม่มีมาตรการและแนวปฏิบัติ	0	
	○ มีมาตรการและแนวปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 15 คะแนน)		

3.	การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
	I. มีมาตรการปรับขนาดยาตามสภาวะการสภาวะการทำงานของตับ/ไต	+2	2
	II. การประเมินการแพ้ยาอย่างเหมาะสม และมีการติดตาม ADR ที่เกิดจากยา	+2	2
	III. การเฝ้าระวัง Drug Interaction ของยา	+2	2
	IV. การเตือนเมื่อมีการใช้ยาปฏิชีวนะซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น	+2	2
	V. การปรับการใช้ยาให้เหมาะสมตามหลัก PK/PD เพื่อลดค่าใช้จ่ายและลด ADR จากยา	+2	2
	VI. มาตรการให้เลือกใช้ยาต้านจุลชีพชนิดกินอย่างเหมาะสมสำหรับการรักษาเบื้องต้น และการเปลี่ยนจากแบบฉีดมาเป็นแบบกินอย่างเหมาะสม (IV to PO)	+2	0
	VII. มาตรการเพื่อให้ใช้ยาต้านจุลชีพอย่างมีประสิทธิภาพในระยะเวลาสั้นที่สุด (ควรมีคำแนะนำระยะเวลาการรักษาการติดเชื้อแต่ละชนิด)	+3	0
	3.7 มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training ASP)		
	○ ไม่มีการฝึกอบรม/เพิ่มพูนทักษะ ทั้งผู้รับผิดชอบงาน ASP และทีมรักษา	0	0
	○ มีการฝึกอบรม/เพิ่มพูนทักษะ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 10 คะแนน)		
	I. ผู้รับผิดชอบงาน ASP ได้รับการอบรมเพิ่มพูนทักษะอย่างสม่ำเสมอ	+5	
	II. มีการฝึกอบรมในโรงพยาบาล และถ่ายทอดความรู้และทักษะเรื่อง ASP ของทีมรักษา	+5	
	3.8 มีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม (Computerized Clinical Decision Support Systems) โดยเป็นการ integrate ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ตั้งแต่ ข้อมูลผู้ป่วย (health record) ผลความไวของเชื้อต่อยา ผลทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ รวมถึงขนาดยาที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย		
	○ ไม่มี	0	
	○ มีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม	10	10
	3.9 มีการประเมินผลการดำเนินงาน มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับให้ PCT/ AMR/ PTC ทราบ		
	○ ไม่มี	0	
	○ มีการประเมินโดยคำนึงถึงเป้าหมายของมาตรการที่ใช้ เช่น สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้มีการทบทวนการใช้ยาด้านจุลชีพกับข้อมูลทางจุลชีวะวิทยา จำนวนวันที่ได้ยาด้านจุลชีพโดยไม่จำเป็นและไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ รวมทั้ง มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับให้ PCT และคณะกรรมการ AMR ทราบ	5	5
	รวมคะแนน มาตรการ ที่ 3	100	78

4	การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
	1.4 มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN: Infection Control Nurse) ≥ 1 คน : 200 เตียง		Basic
	○ ไม่มี ICN	0	
	○ มี ICN < 1 คน : 200 เตียง	3	
	○ มี ICN ≥ 1 คน : 200 เตียง	5	5
	1.5 มีคณะกรรมการ ICC มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง		Basic
	○ ไม่มีการประชุม	0	
	○ มีการประชุม 1 ครั้งต่อปี	3	
	○ มีการประชุมมากกว่า 1 ครั้งต่อปี	5	5
	1.6 มีโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล ที่พร้อมในการดำเนินงาน ดังนี้ - ห้องแยก/ โชนแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา - ระยะห่างเตียงสามัญไม่น้อยกว่า 1 เมตร - มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (PPE) เพียงพอต่อความจำเป็นใช้ (ตามข้อกำหนดของ ICC ของ รพ.) - มีการแยกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาประจำเตียง เช่น ปรอท หูฟัง เครื่องวัดความดันโลหิต - อุปกรณ์จากหน่วยจ่ายกลางมีเพียงพอ พร้อมใช้ ถูกจัดวางในหอผู้ป่วยอย่างเหมาะสม		Basic
	○ ไม่มีทั้ง 5 ข้อ	0	
	○ มีความพร้อมอย่างน้อย 3 ข้อ	5	5
	○ มีความพร้อมครบทุกข้อ	10	
	1.7 มี IPC guideline เช่น Isolation precautions, Prevent MDR transmission, Disinfection and sterilization และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติ		Basic
	○ ไม่มี IPC guideline	0	
	○ มี IPC guideline	3	
	○ มีการกำกับติดตามการปฏิบัติตาม IPC guideline และพัฒนาปรับปรุง guideline	5	5
	1.8 มีแนวปฏิบัติการรับ-ส่งต่อ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดื้อยา/สงสัยดื้อยา และการให้ข้อมูล ผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน		
	○ ไม่มี	0	

4	การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
	○ มีแนวปฏิบัติ มีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติทราบ และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติในโรงพยาบาล	5	
	○ มีแนวปฏิบัติ มีการกำกับ และมีมาตรการให้ทุกหน่วยบริการในเครือข่ายระดับจังหวัดปฏิบัติตาม	10	10
	1.9 มีระบบการจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak management)		
	○ ไม่มี	0	
	○ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน (Flow chart) และมีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลทราบ	5	
	○ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน มีการสื่อสาร และมีการวางระบบ Outbreak เชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ	10	10
	1.10 แนวปฏิบัติข้อ 4.4 - 4.6 มีการร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเพื่อให้ทันสมัย		
	○ ไม่ใช่	0	0
	○ ใช่	10	
	1.11 มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น <ul style="list-style-type: none"> • กลุ่มที่ 1 : บุคลากรในโรงพยาบาล เช่น การปฐมพยาบาลฉุกเฉิน และบุคลากรประจำของรพ • กลุ่มที่ 2 : บุคคลภายนอก เช่น การล้างมือในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย 		
	○ ไม่มีการฝึกอบรมในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา	0	
	○ มีการสอน/ฝึกอบรมบางกลุ่ม	5	5
	○ มีการสอน/ฝึกอบรมทั้ง 2 กลุ่ม	10	
	1.12 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance)		
	○ ไม่มี	0	
	○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 15 คะแนน)		
	I. มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยหนัก (ICU) และมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เสี่ยงต่อผู้ให้บริการ	+ 5	5
	II. มีการบริหารจัดการข้อมูลและแปลผลภาพรวมการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการทบทวนคุณภาพข้อมูล และมีการจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดเป้าหมายการเฝ้าระวัง HAI ตามบริบท ของรพ.	+ 5	5

4	การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
	III. มีระบบข้อมูลสารสนเทศ IPC เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมบริการของ รพ. (HIS) และมีการสรุปปัญหาการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุหลักของการป่วย การตาย มีการสะท้อนข้อมูลให้ PCT หรือ กลุ่มบริหาร เช่น เขียนรายงาน นำเสนอ มีการประชุม	+ 5	5
	1.13 มีการประสานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูล IPC เพื่อการติดตามสถานการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยา (ทั้ง colonization และ infection)		
	○ ไม่มี	0	
	○ มี	10	10
	1.14 มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC		
	○ ไม่มีการกำกับติดตาม	0	
	○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 10 คะแนน)		
	I. มีการกำกับติดตามเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น การสำรวจการล้างมือ การทำความสะอาด สะอาดหอผู้ป่วย การล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเครื่องมือ ปริมาณการใช้สบู่ และ alcohol hand rub เป็นต้น	+ 5	5
	II. มีสรุปรายงาน (report) นำเสนอคณะกรรมการ ICC/ AMR และมีการ feedback ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ	+ 5	5
	รวมคะแนน มาตรการที่ 4	100	80

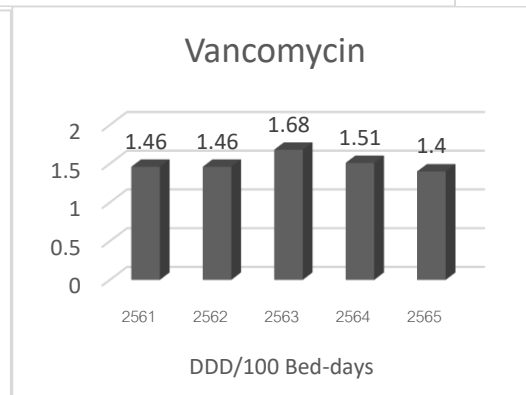
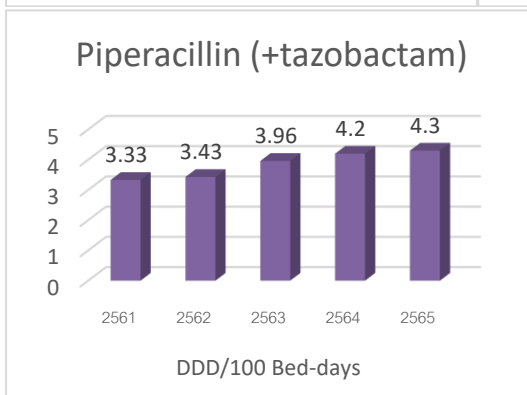
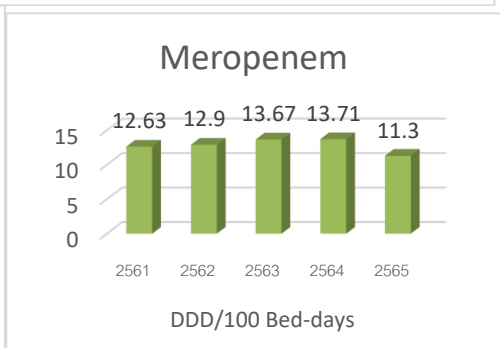
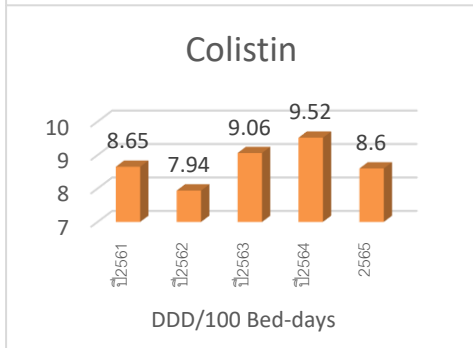
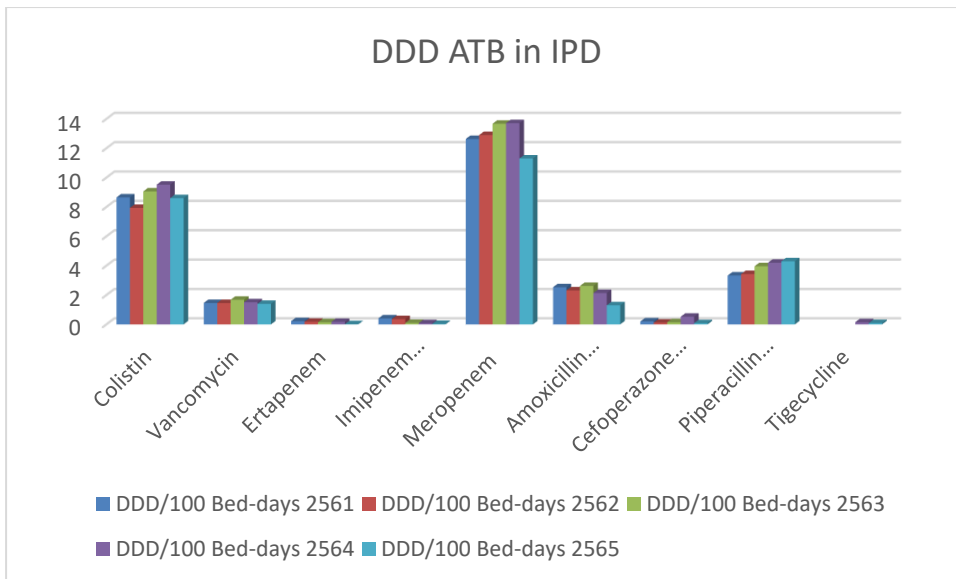
5.	การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
	a. การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล มีการสรุปขนาดของปัญหา AMR ของโรงพยาบาล สถานการณ์ของเชื้อดื้อยาแต่ละชนิด สถานการณ์การติดเชื้อ และตำแหน่งของการติดเชื้อ และสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาล ซึ่งสามารถอธิบายได้ถึง		
	○ ไม่มีการวิเคราะห์	0	
	○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 50 คะแนน)		
	I. แนวโน้มของขนาดปัญหาการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (Healthcare associated infection, HAI) และความสอดคล้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	+10	10

5.	การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
	II. ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวโน้มดังกล่าว	+10	
	III. อัตราป่วย อัตราตายจากเชื้อดื้อยา	+10	10
	IV. ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการติดเชื้อ AMR ทั้งในภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และอาจจะรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว	+10	
	V. แนวโน้มและขนาดปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาในชุมชน (community acquired infection, CAI)	+10	
	b. การติดตามและประเมินระบบการดำเนินงานเกี่ยวกับ AMR ของโรงพยาบาล ทั้งนี้ การประเมินเน้นการรายงานให้ตรงตามความเป็นจริงที่มีหลักฐานสนับสนุนการดำเนินงาน คะแนนจะไม่ขึ้นกับความสมบูรณ์แบบของระบบ แต่ขึ้นกับการวิเคราะห์สถานการณ์ได้อย่างถี่ถ้วน สมบูรณ์ และถูกต้องตามความจริง		
	○ ไม่มีการวิเคราะห์	0	
	○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 40 คะแนน)		
	I. มีการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบ ตั้งแต่การศึกษาระบบเดิม แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาหาความต้องการและสิ่งที่จะต้องปรับปรุงในระบบ และ/หรือวิเคราะห์ระบบงานหลังจากที่พบปัญหาของระบบ และการศึกษาความเป็นไปได้ในการปรับปรุงระบบใหม่	+10	10
	II. มีการประเมินระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา เพื่อให้พบผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (early detection) เช่น ความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลและความทันเวลาในการตอบโต้กรณี Epidemic หรือการระบาด (Out break) และมาตรการในการดำเนินการควบคุม	+10	10
	III. มีการวิเคราะห์ระบบติดตามประเมินผล (M&E) การดำเนินระบบการจัดการ AMR ของโรงพยาบาล ด้วยระบบสารสนเทศที่สนับสนุนงานและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องปฏิบัติการด้านจุลชีววิทยา ข้อมูลเวชระเบียน (คลินิก) ข้อมูลการใช้จ่าย และระบบที่ช่วยส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างเหมาะสม	+10	10
	IV. มีการนำข้อมูลจากข้อ I, II, III มาใช้ในการวางแผนตามแนวทางของ Continuous Quality Improvement (CQI) หรือ PDCA (Plan-Do-Check-Act/Adjust)	+10	
	c. มีการตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยสามารถหาปัจจัยเสี่ยง และมีมาตรการการควบคุมการระบาดได้ (เลือกได้เพียง 1 ข้อ)		
	○ ควบคุมการระบาดได้ น้อยกว่าร้อยละ 50 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี	0	

5.	การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
	○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี	5	
	○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี	10	
	○ ไม่มีการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลในรอบปี	10	10
	คะแนนรวม มาตรการที่ 5	100	60

8. ปริมาณการใช้ยาในรูปแบบ Defined Daily Dose

ชื่อยา	DDD/100 Bed-days					
	2561	2562	2563	2564	2565	2566
Colistin	8.65	7.94	9.06	9.52	8.6	10.98
Vancomycin	1.46	1.46	1.68	1.51	1.4	1.96
Ertapenem	0.22	0.18	0.15	0.17	0.014	0.28
Imipenem (+cilastatin)	0.41	0.36	0.1	0.08	0.03	0.10
Meropenem	12.63	12.9	13.67	13.71	11.3	16.13
Amoxicillin (+Clavulanate)	2.53	2.32	2.62	2.14	1.3	2.10
Cefoperazone (+sulbactam)	0.2	0.12	0.15	0.52	0.08	0.10
Piperacillin (+tazobactam)	3.33	3.43	3.96	4.2	4.3	5.56
Tigecycline				0.15	0.09	0.54
ผลรวม	29.43	28.71	31.39	32	27.11	37.75



d. การสนับสนุนการดำเนินงานระดับเขต

- (✓) มีคณะกรรมการระดับเขต
- (✓) นโยบายและมาตรการระดับเขตสุขภาพ

9. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

บุคลากรที่สำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย คือ แพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ควรสร้างจิตสำนึกพื้นฐานตั้งแต่ระดับการศึกษา จนสู่การทำงาน

10. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1. การดำเนินงานเกี่ยวข้องกับหลากหลายสาขาวิชาชีพ ขาดแกนนำที่สำคัญที่มีอิทธิพลเพียงพอ	
2. การหมุนเวียนตัวจักรสำคัญ ได้แก่ ระดับผู้บริหาร ประธานคณะกรรมการ ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง(แพทย์ใช้ทุน)	
3.ขาดการเชื่อมต่อนโยบายจากระดับผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติและ การควบคุมกำกับติดตาม	
4.ผู้ปฏิบัติขาดความตระหนัก ให้ความร่วมมือ	

11. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

กรุณาให้ข้อมูลการดำเนินงานที่เป็นแบบอย่าง (best practice) ให้หัวข้อกิจกรรมสำคัญ 5 กิจกรรมที่
ผลการประเมินได้คะแนน 70 คะแนนขึ้นไป

ในปี 2564 คณะกรรมการฯ ได้ทบทวน ปรับปรุงแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะชนิดควบคุม
แบบฟอร์มการสั่งใช้ยา การติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่า 14 และ มากกว่า 21 วัน โดยสร้างระบบ
ติดตามโดยเภสัชกรและส่งต่อไปยังแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ

การเข้าร่วมประชุมใน PTC อายุรกรรม และศัลยกรรม เพื่อแจ้งสถานการณ์เชื้อดื้อยา ปริมาณการใช้
ยาในรพ.ที่ผ่านมาและปัจจุบัน และขอความร่วมมือการปฏิบัติตามแนวทางการสั่งใช้ยาฯ ปี 2564

ปรับเพิ่มบทบาทเภสัชกรในการติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างใกล้ชิด โดยอ้างอิงการรายงานผลเพาะ
เชื้อร่วมกับอาการของผู้ป่วยแต่ละราย

ผู้รายงาน นส. วินัดดา ชูตินารา

ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ

นาง ปารีชาติ ต้นสุวรรณ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นาง เนาวนิตย์ พลพินิจ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

นาย อติศักดิ์ แสงจันทร์คุ้ม

ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

ผู้ตรวจสอบรายงาน ภก.ดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ

ตำแหน่งเภสัชกรเชี่ยวชาญ

วัน/เดือน/ปี 12 มิย. 2566 โทร.5104

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 - 7 กรกฎาคม 2566
ประเด็นหัวข้อสูติกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

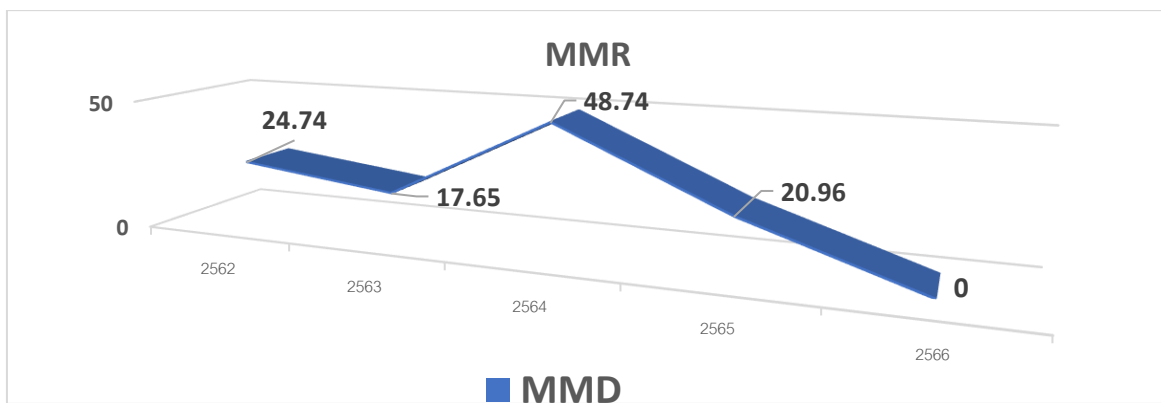
1. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดการตรวจราชการที่ 1: อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

2. สถานการณ์

2.1 สถานการณ์ด้านการเสียชีวิตของมารดา ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสที่ 2 (1 ตุลาคม 2565 - 31 พฤษภาคม 2566)

สถานการณ์จังหวัดอุดรธานีปีงบประมาณ 2565 และ 2566 (1 ตุลาคม 2565 - 31 มีนาคม 2566) ไม่พบมารดาเสียชีวิต



แผนภูมิที่ 1 แสดงอัตราส่วนการตายมารดา จังหวัดอุดรธานี

ปีงบประมาณ 2562 ถึง 2566 (1 ตุลาคม 2565 - 31 พฤษภาคม 2566)

2.2 รายละเอียดการทบทวนการเสียชีวิตมารดาตามหัวข้อ 2.1 ปีงบประมาณ 66 (1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2566) ไม่พบมารดาเสียชีวิต

2.3 แนวทางป้องกันการเกิดซ้ำจากการทบทวนร่วมกันของทีมรักษา และทีมทบทวนจากเขตสุขภาพที่ 8 และ กรมอนามัย

จากการวิเคราะห์ 3-Delay, root-caused analysis, และการวิเคราะห์เชิงระบบ ในมารดาเสียชีวิตของเขต 8 ในช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2565-31 พฤษภาคม 2566 ในเขต 8 พบมารดาเสียชีวิต ทั้งหมด 5 ราย จำนวนทารกเกิดมีชีพในช่วงเวลาดังกล่าว 21,811 คน คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดา ของเขตสุขภาพที่ 8 เท่ากับ 22.92 โดยมีสาเหตุดังนี้ รายที่ 1 เดือนตุลาคม 2565 ที่โรงพยาบาลนครพนม สาเหตุมารดาเสียชีวิตจาก Intracerebral hemorrhage(midbrain) โดยไม่พบภาวะครรภ์เป็นพิษ จึงยังไม่ทราบสาเหตุของภาวะเลือดออกในสมอง รายที่ 2 เดือนพฤศจิกายน 2565 ที่โรงพยาบาลสกลนคร สาเหตุมารดาเสียชีวิตจาก COVID pneumonia with HIV infection with cryptococcal meningitis รายที่ 3 เดือนธันวาคม 2565 ที่โรงพยาบาลสกลนคร สาเหตุมารดาเสียชีวิตจาก postpartum hemorrhage (uterine atony and tear

lower uterine segment) รายที่ 4 เดือนมกราคม 2566 ที่โรงพยาบาลเลย สาเหตุมารดาเสียชีวิตจาก Abruptio placenta with postpartum hemorrhage (uterine atony with DIC with dilated cardiomyopathy รายที่ 5 ที่โรงพยาบาลสกลนคร สาเหตุมารดาเสียชีวิตจาก Atrial fibrillation with rapid ventricular response with cardiogenic shock. นอกจากนี้ พบว่ามีปัจจัยร่วมจาก unplanned pregnancy, health-care workers' competency, ขาดบุคลากร, การตัดสินใจการส่งต่อครรภ์เสี่ยงสูง, การสื่อสารระหว่างสถานบริการ, การดูแลสหสาขาวิชาชีพ, poor ANC (ไม่ยอมมาฝากครรภ์ และการย้ายถิ่นฐาน), การตั้งครรภ์หลายครั้ง (grand multipara), และการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งมีการใช้สารเสพติด แนวทางการป้องกันการเกิดซ้ำ มีดังนี้

สรุปผลการวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ด้วย 3 Delay model

<p>1. Delay in seeking care ความล่าช้าในการตัดสินใจ รับบริการ (Health literacy / Socio-economic/ cultural bBarriers)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นการให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ (pre-conceptual counseling) แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ และครอบครัว ให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิดที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรค SLE, hyperthyroidism, โรคทางจิตเวช, หรือกลุ่มที่ใช้ยาที่มีผลต่อทารก (teratogenic drugs) และ กลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้ - การดำเนินการเชิงรุก, การติดตาม และการจัดการด้านฐานข้อมูล เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง, การ mapping สตรีวัยเจริญพันธุ์ และสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไม่มาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ - เน้นการให้ความรู้เป็นรายบุคคล แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์ และครอบครัวที่มีความเสี่ยง ทั้งในระยะฝากครรภ์ และระยะหลังคลอด เกี่ยวกับwarning signs ต่างๆ ที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การคุมกำเนิด และการดูแลตนเอง - ส่งเสริมการร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน, อสม. และครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ ความรู้ด้านการให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์, ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์, การคุมกำเนิดที่เหมาะสม, การตั้งครรภ์เมื่อพร้อม, การลดพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ เช่น การใช้สารเสพติดทุกชนิด, ความสำคัญของการฝากครรภ์ และ warning signs โดยเฉพาะโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต เช่น อาการของโรคหัวใจ (อาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ อาการใจสั่น แน่นหน้าอก) เป็นต้น - รณรงค์การยับยั้งการใช้สารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์ ในชุมชน รพ.สต., คลินิกฝากครรภ์, ห้องคลอด, ตึกหลังคลอด, การตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด, การช่วยเหลือผ่านระบบ OSCC และ ส่งเสริมให้มีการบำบัด โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดต่อมารดา และทารก ปรับเปลี่ยน แก้วใจความเชื่อที่ผิด
--	---

สรุปผลการวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ด้วย 3 Delay model

	<p>-กรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยและญาติจะต้องทราบแนวทางขอความช่วยเหลือจากชุมชนและใช้ระบบบริการ 1669 หรือปรึกษาบุคลากรสาธารณสุข</p>
<p>2.Delay in reaching care (transportation) ความล่าช้าในการเดินทาง การเข้าถึงบริการ</p>	<p>-ไม่พบความล่าช้าและไม่มีปัญหาในการเดินทางมารับบริการ</p>
<p>3. Delay in receiving adequate health care การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ 3.1 เวชภัณฑ์ ยา คลังเลือด และระบบส่งต่อ 3.2 ศักยภาพบุคลากร</p>	<p>ระยะฝากครรภ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้แนวทางประเมินครรภ์เสี่ยง และการวางแผนการดูแลสตรีครรภ์เสี่ยงตามแนวทาง Udonthani classifying pregnancy 2022 และ Udon Model 7 Step - มีระบบการดูแลสตรีครรภ์เสี่ยงโดยสูติแพทย์ ในโรงพยาบาลที่ขาดสูติแพทย์ - การค้นหาสตรีตั้งครรภ์เชิงรุกในชุมชน ในกลุ่มที่ปกปิด หรือ ย้ายถิ่นฐานเข้ามา - มีระบบติดตาม และให้การฝากครรภ์ แบบ delivery ในกลุ่มที่ปกปิด - การคัดกรองโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย โดยใช้แบบคัดกรอง และการตรวจหัวใจในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย หากผิดปกติให้ตรวจ EKG/CXR, ปรึกษาอายุรแพทย์ และวางแผนการส่งต่อสตรีครรภ์เสี่ยงสูง ให้ได้รับการดูแลระยะฝากครรภ์ตามแนวทาง Udonthani classifying pregnancy 2022 - การดูแล high risk pregnancy แบบ Udon model 7 steps โดยทีมสหสาขา, ระบบ consult, การติดตามเยี่ยมบ้าน, mapping, การส่งคืนข้อมูล, warning signs, และการซ่อมแผนภาวะฉุกเฉินภาวะวิกฤตในทีมดูแลทุกระดับทุกฝ่าย - กำหนด Warning signs เน้นอาการของโรคหัวใจ - มีระบบ fast track สำหรับสตรีครรภ์เสี่ยงสูง - ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคอายุรกรรม ประกอบด้วยแพทย์ 4 ทีม ได้แก่ สูติรีแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และอายุรแพทย์ - พัฒนาระบบการส่งต่อ และคืนข้อมูลในระบบปฐมภูมิ และจากชุมชน (อสม.) - การพิจารณาส่งต่อในกรณีที่เกิดศักยภาพในการรักษา - กำหนดข้อบ่งชี้ของการ termination of pregnancy ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น previous peripartum cardiomyopathy, pulmonary arterial hypertension เป็นต้น - คัดกรองการใช้สารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย, การตรวจ urine amphetamine ในสตรีที่มาฝากครรภ์, และเมื่อตรวจพบ มีแนวทางการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์เข้ารับการดูแลที่เหมาะสม เช่น ระบบ OSCC, คลินิกบำบัดยาเสพติด และการให้ความรู้ที่ถูกต้อง

สรุปผลการวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ด้วย 3 Delay model

<p>เกี่ยวกับผลกระทบต่อมารดาและทารก จากการใช้สารเสพติด เช่น ครรภ์เป็นพิษ ทารกน้ำหนักน้อย และมารดาเสียชีวิต เป็นต้น (ตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัด)</p> <p>ระยะคลอด</p> <ul style="list-style-type: none">- การประเมินครรภ์เสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย ในระยะคลอด- มีระบบรับ consult สูติรีแพทย์ กุมารแพทย์ และ อายุรแพทย์ ได้ 24 ชั่วโมง เพื่อร่วมวางแผนการดูแลรักษาในสตรีครรภ์เสี่ยง- วางแผนให้คลอดในโรงพยาบาลที่มี สูติแพทย์, กุมารแพทย์, วิสัญญีแพทย์ และ อายุรแพทย์ (กรณีที่มีโรคทางอายุรกรรม)- วางแผนให้ admit สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ให้รอคลอดในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม- ในครรภ์เสี่ยงต่ำ วางแผนให้คลอดในโรงพยาบาลที่มีการสำรองเลือดเท่านั้น- กรณีที่สตรีตั้งครรภ์เข้ามาที่ ER ให้มีการปรึกษา สูติรีแพทย์ทุกราย- มีระบบการเตรียม ICU ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในภาวะวิกฤติ และ ICU เด็ก- ลดการล่าช้าจากการตัดสินใจให้การรักษา ภาวะ PPH โดยใช้แนวทาง ROBER 20/30/60- ซ้อมแผนฉุกเฉินสำหรับทีมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ, พยาบาล และแพทย์ประจำบ้าน ได้แก่ emergency in OB/GYN, PPH, double condom balloon tamponade, NCPR, ACLS in pregnancy, และ preeclampsia- การจัดเวรทีมเสริม ในกรณีที่มีผู้ป่วยฉุกเฉิน และความพร้อมของเครื่องมือ- จัดเตรียมอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ ให้พร้อม- ตรวจสอบความพร้อมสารเสพติด ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดทุกราย และมีให้การดูแลที่เหมาะสม ได้แก่ ระบบ OSCC, การส่งต่อคลินิกบำบัดยาเสพติด, และประสานกุมารแพทย์ เพื่อติดตามอาการทารกแรกเกิด (ตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัด) <p>ระยะหลังคลอด</p> <ul style="list-style-type: none">- การใช้แนวทาง Udon Model 7 Step เพื่อดูแล Case High risk และ Very High risk ทุกรายพร้อมทั้งกำหนด Warning signs ติดตามเยี่ยมหญิงหลังคลอดตามเกณฑ์การจำแนกความเสี่ยง หากพบมีอาการผิดปกติ ให้การดูแลรักษา consult หรือส่งต่อ- พัฒนาระบบการส่งต่อ และคืนข้อมูลในระบบปฐมภูมิ โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยย้ายภูมิลำเนา- พัฒนาระบบการติดตามข้อมูลจากชุมชน (อสม.)

สรุปผลการวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ด้วย 3 Delay model

	- ติดตามสารเสพติด และอาการผิดปกติ ในสตรีตั้งครรภ์ในระยะหลังคลอด และในทารกแรกเกิด และให้การดูแลที่เหมาะสม (ตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัด)
--	---

2.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- โรงพยาบาลที่สามารถทำคลอดสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงต่ำได้ จะต้องวางแผนระบบสำรองเลือด และเวชภัณฑ์ที่สำคัญ
- ครรภ์เสี่ยงสูง ให้วางแผนคลอดในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม ได้แก่ สูตินรีแพทย์, กุมารแพทย์, วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ และมี ICU (เด็ก และผู้ใหญ่) พร้อม
- ควรเน้นการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจ ตลอดการตั้งครรภ์ และสามารถปรึกษาอายุรแพทย์ได้ ตลอด 24 ชั่วโมง มีระบบการส่งต่อครรภ์เสี่ยงสูง ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคทางอายุรกรรมแบบ fast track.
- ควรเน้นแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยการประเมินความเสี่ยงตามแนวทาง ACOG ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะเจ็บครรภ์คลอด และระยะหลังคลอด ได้แก่ medium risk และ high risk of PPH ทั้งนี้เพื่อวางแผนการป้องกันการตกเลือดในแต่ละกลุ่มเสี่ยง
- ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ (ตามแนวทาง MCH DASHBOARD ของกรมอนามัย)
- เน้นการประชาสัมพันธ์ การปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์
- การดำเนินงานด้าน Health literacy ร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชน และ แพทย์ปฐมภูมิ

2.4 ข้อมูลและตัวชี้วัดทางสูตินรีเวชที่สำคัญอื่นๆ

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	เป้าหมาย (ราย)	ปีงบประมาณ			
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	1 ต.ค.65 - 31 พ.ค. 66
1. อัตราส่วนการตายมารดา	<20/ แสนการเกิดมีชีพ	53.7 (2คน)	117.2 (4คน)	0	0
2. อัตราตายปริกำเนิด 0-7วัน	<8/ พันการคลอด	9.4	6.4	8.8	25.4
3. อัตราเกิด severe birth asphyxia	<25/ พันการเกิดมีชีพ (ลดลงจากเดิม 50%)	12.1 45/3,721	13.8 46/3,414	10.46 32/3,058	7.9 16/2,014

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	เป้าหมาย (ราย)	ปีงบประมาณ			
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	1 ต.ค.65 - 31 พ.ค. 66
4. อัตราทารกตายปริกำเนิด 0-7 วันจาก Birth asphyxia	ลดลง 20% (ต่อ พันการคลอด)	4.0	0.9	1.6	0.4
5. อัตราส่วน PPH/การ คลอดทางช่องคลอด	<5%	1.9	1.5	1.2	1.1
6. อัตราส่วน Eclampsia/SPIH ทั้งหมด	0	3.0	4.2	3.2	0
7. อัตราส่วนการฝากครรภ์ ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์	>60%ของการ ฝากครรภ์รายใหม่	50.5	52.1	62.5	63.6
8. อัตราฝากครรภ์ 5 ครั้ง	> 60% ของการ คลอด	53.0	48.3	34.3	30.4
9. อัตราการคลอดก่อน กำหนด <37 สัปดาห์ -Induced preterm -Spontaneous preterm	ลดลง 10%	614/3675 (16.7%) 427 (76.8%) 142 (23.0%)	779/3371 (23.1%) 599 (76.9%) 180 (23.1%)	639/3031 (21%) 500 (78.2%) 139 (21.7%)	428/2,007 (21.3%) 396 (92.5%) 32 (7.4%)
10. อัตราส่วนการตั้งครรภ์ วัยรุ่น	ของการคลอด ทั้งหมด	12.0	12.6	11.3	11.9
11. อัตราส่วนวัยรุ่นตั้งครรภ์ ซ้ำ	<10%ของวัยรุ่น ที่มาคลอด	7.7	13.2	11.0	13.3
12. อัตราการใช้ Amphetamine ต่อการ คลอดทั้งหมด		169 (4.5%)	215 (6.4%)	343 (6.4%)	177 (8.8%)

2.5 การดำเนินการทางสูตินรีเวชเพื่อป้องกันการเสียชีวิตของมารดาที่สำคัญอื่น ๆ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

1. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ amphetamine ในสตรีตั้งครรภ์ โดยกลุ่มงานได้ดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัด เพื่อเร่งการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด และให้การดูแลที่เหมาะสม โดยคัดกรองด้วยการตรวจปัสสาวะในสตรีที่มาฝากครรภ์ทุกครั้ง และสตรีที่มาคลอด

ผลการดำเนินการ พบว่า อัตราการใช้ amphetamine ในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้น (เนื่องจากการตรวจมากขึ้น) ในขณะเดียวกัน สตรีกลุ่มดังกล่าวจะได้รับการรักษาที่เหมาะสม โดยส่งปรึกษาทีม OSCC เพื่อร่วมประเมินสภาวะทางสังคม เพื่อให้แนวทางการช่วยเหลือ และสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวได้รับการบำบัดรักษาโดยทีมจิตเวช (คลินิกบำบัดยาเสพติด) รวมถึงระบบ COC นอกจากนี้ มีแผนการดูแลระยะคลอด และระยะหลังคลอดอย่างใกล้ชิด โดยแยกโซนการดูแลเป็นพิเศษ ป้องกันความเสี่ยงจากการหนีออกนอกโรงพยาบาล หรือการฆ่าตัวตาย

ปัญหาและอุปสรรค พบว่า สตรีตั้งครรภ์หลายรายที่ไม่ยินยอมในการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด เนื่องจากกลัวความผิดทางกฎหมาย และอาจตัดสินใจไม่เข้ามารับการฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง แนวทางการแก้ไข จึงตรวจเฉพาะรายที่ยินยอมให้ตรวจเท่านั้น และเน้นการเก็บความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการแก้ไขความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ แก่สตรีตั้งครรภ์ทุกราย

2. การลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาจาก early PPH โดยมีแนวทางการป้องกัน และดูแลรักษาตามมาตรฐาน และ แนวทางปฏิบัติของจังหวัด นอกจากนี้ โรงพยาบาลอุดรธานี, เขตสุขภาพที่ 8 และ ศูนย์อนามัยเขต 8 นำโดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้วางแผนการจัดประชุมวิชาการเรื่อง PIH prevention, Preterm prevention, PPH update, situation awareness in PPH และ maternal death case discussion เพื่อทบทวนความรู้ด้านวิชาการ และหาแนวทางการป้องกันมารดาเสียชีวิต (ในวันที่ 6-7 มิถุนายน 2566)

ผลการดำเนินงาน พบว่าอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดยังอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ต่ำกว่าร้อยละ 5

ปัญหาและอุปสรรค เนื่องจาก โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี และโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ 8 มีแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และแพทย์ประจำบ้าน เข้ารับการฝึกอบรมใหม่ทุกปี โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จึงจัดให้มีการซ้อมแผนฉุกเฉินเป็นประจำทุกปี เช่น ACLS in pregnancy, emergency in OB-GYN, PPH, Preeclampsia และ NCPR. นอกจากนี้ จัดให้มีการกำกับดูแลการทำหัตถการ และการปรึกษาอาจารย์แพทย์ทุกราย

2.6 การดำเนินการตามแผน service plan เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของมารดาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

นโยบายและการวางแผน service plan ในปี พ.ศ.2566 ได้มีการประชุมคณะกรรมการ MCH board ระดับเขต เน้น Birth plan for pregnancy 2023 โดยเน้นการวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

เป็นรายบุคคล, การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด, การชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ, การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางอายุรกรรม ตลอดจนการคัดกรองความผิดปกติของโรคหัวใจ ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำคัญของเขตสาธารณสุขที่ 8 รวมถึงการสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย, Health literacy และ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลในการวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้สอดคล้องตามแนวทาง MCH DASHBOARD ของกรมอนามัย

การดำเนินการ

การฝากครรภ์

- การประเมินความเสี่ยงสตรีตั้งครรภ์ตามแนวทาง Udonthani model classifying pregnancy 2022
- การ mapping สตรีครรภ์เสี่ยงสูง และการติดตามดูแล
- การวางแผนการคลอดในโรงพยาบาลที่พร้อมทั้งทีมสูติแพทย์, กุมารแพทย์, วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์, และ ICU
- สตรีครรภ์เสี่ยงสูงทุกรายได้รับการดูแลโดยสูติแพทย์ โดยการจัดสูติแพทย์หมุนเวียนออกตรวจในโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดสูติแพทย์
- เน้นการวางแผนการฝากครรภ์ และการคลอด เป็นรายบุคคล
- การดูแลครรภ์เสี่ยงแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะโรคทางอายุรกรรม
- มีแนวทางการยุติการตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้
- สตรีครรภ์เสี่ยงต่ำ จะต้องคลอดในโรงพยาบาลที่มีระบบสำรองเลือดเท่านั้น (อย่างน้อย 2 ยูนิต)
- การส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ line refer (เน้นย้ำการปกปิดข้อมูล) และการโทรประสานโดยตรงไปยังสูติแพทย์

การดูแลการคลอดตามความเสี่ยง

- การวางแผนการคลอดตามความเสี่ยงในรูปแบบ R8 model ที่มีการปรับปรุงใหม่ในปี 2021 โดยสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และสูงมาก ต้องได้รับการดูแลโดยสูติแพทย์ และคลอดในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมดังกล่าว และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรกรรมต้องได้รับการดูแลโดยอายุรแพทย์
- ทบทวนการเดินทาง การเข้าถึงบริการแก่สตรีตั้งครรภ์ และครอบครัว เช่น การประสาน 1669 หรือ พขอ. และหากประเมินว่าอาจมีปัญหาด้านการเดินทาง ให้วางแผน admit ก่อนการคลอด
- ทุกโรงพยาบาลมีการทบทวน และซ้อมแผนฉุกเฉินอย่าง 2 ครั้งต่อปี เช่น preeclampsia, PPH, heart disease, NCPR, ACLS in pregnancy และ emergency in OB/GYN(shoulder dystocia and breech assisting)

การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างรวดเร็ว (Rapid Obstetric Emergency Response, ROber)

- เพื่อป้องกันปัญหาการดูแลรักษาล่าช้า (3-delay model) ทุกโรงพยาบาลจะต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด เพื่อ early detection จากนั้นจะต้องรีบตัดสินใจปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอย่างรวดเร็ว (ภายใน 20 นาทีหลัง detect ได้หรือหลังจากต้องการปรึกษา) เมื่อต้องมีการส่งต่อ จะต้องส่งต่ออย่างรวดเร็ว

(ภายใน 30 นาที หลังจากตัดสินใจส่งต่อ) และให้การรักษารวดเร็ว (ภายใน 60 นาทีโดยที่ทีมสูติแพทย์ และกุมารแพทย์) หรือการดำเนินการตามแนวทาง ROber 20/30/60

- แนวทาง ROber 20/30/60 จะมีประสิทธิภาพ ก็ต่อเมื่อแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาหรือพยาบาล จะต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด มี non-technical skill ในเรื่อง situation awareness, decision making , ระบบการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ และ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ดังนั้น ทีมสูตินรีแพทย์ กุมารแพทย์ และทีมอายุรแพทย์แม่ข่าย จะต้องสามารถให้คำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง สามารถเตรียมพร้อม ICU มารดา และทารกแรกเกิด และรับ refer ได้ทุกรายจากโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพไม่พร้อม รวมถึงจะต้องมีการซ้อมแผนฉุกเฉิน และทบทวนแนวทางปฏิบัติให้ได้มาตรฐานอยู่เสมอ

- มีระบบ fast track ตามข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด

ระยะหลังคลอด

- ส่งต่อผ่านระบบ COC เพื่อเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

- Health literacy เฉพาะโรค แก่ผู้ป่วย และครอบครัว และการวางแผนครอบครัว

ชุมชน

- คำนึงสตรีตั้งครรภ์ และครรภ์เสี่ยง เพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลตามมาตรฐาน

- Health literacy แก่ประชาชนทั่วไป และการวางแผนครอบครัว

ระยะก่อนตั้งครรภ์

- คำนึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ ที่มีความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และการวางแผนกำเนิดที่เหมาะสม จนกว่าจะสามารถควบคุมโรคได้ รวมถึงกลุ่ม unplanned pregnancy.

- ประสานทีมสหสาขา โดยเฉพาะกลุ่มโรคทางอายุรกรรม หรือกลุ่มที่เชี่ยวชาญที่ส่งผลต่อทารก เพื่อร่วมวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม

ผู้รายงาน พ.ญ.พัชรินทร์ อึ้งอำพร

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

วัน/เดือน/ปี 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566

โทร 092-2653915, e-mail:

pachanin.paw@gmail.com

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 – 7 กรกฎาคม 2566

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดของปี 2566

1. มีการจัดตั้งทีม Re – fracture Prevention ในโรงพยาบาลทุกระดับที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ทุกโรงพยาบาล

2. มีการจัดตั้งทีมและดำเนินการจัดระบบ Fast track fracture around the hip ผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์

2. สถานการณ์

โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับ A มีจำนวนเตียง 1,022 เตียง มีห้องผ่าตัดจำนวน 18 ห้อง เป็นห้องสำหรับผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ 2 ห้องในวันเวลาราชการ และมีห้องผ่าตัดสำหรับดำเนินการผ่าตัดผู้ป่วย Fast track fracture around the hip 1 ห้องในวันเวลาราชการ มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 14 คน

ในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานีมีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ประจำที่โรงพยาบาลกุมภวาปี (M1) โรงพยาบาลชุมชน (M2)

2 แห่ง คือ โรงพยาบาลหนองหาน และโรงพยาบาลบ้านดุง

ได้มีการจัดตั้งทีม Re – fracture Prevention 2 ทีม คือ โรงพยาบาลอุดรธานีและโรงพยาบาลกุมภวาปี โดยมีโรงพยาบาลอุดรธานีเป็นแม่ข่ายจังหวัดอุดรธานี ดำเนินงานพัฒนาระบบ Fast track fracture around the hip ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 และมีการขยายงานทั้งเครือข่ายเขต 8 และเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานี อย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลอุดรธานี ยังได้เข้าร่วมโครงการของ สรพ. ในเรื่องการดำเนิน โครงการนำร่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีกระดูก สะโพกหัก

โดยมี KPI ปี 2566

-ผ่าตัดภายใน 72 ชม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50

-Re- fracture น้อยกว่าร้อยละ 25

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Re – fracture Prevention

อำเภอ	ไม่มีทีม	มีทีม	ชื่อโรงพยาบาลที่มีทีม	หมายเหตุ
อำเภอเมือง		1	รพ.อุดรธานี	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)		4	รพ.อุดรธานี/ รพ.กุมภวาปี/รพ.หนองหาน รพ.บ้านดุง	

3.2 ร้อยละของผู้ป่วย Re – fracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชม.(3วัน) หลังจากได้รับการรักษาในรพ.(Early Surgery) \geq ร้อยละ 50

ลำดับ	ระยะทาง	รพ.	ระดับ	ปี 2564	ปี 2565	หมายเหตุ
1		อุดรธานี	A	35.29	50.6	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
2	43 km	กุมภวาปี	M1	40.15	43.75	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
3	35 km	หนองหาน	M2	NA	NA	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
4	55km	บ้านฝือ	M2	0	0	
5	84km	บ้านดุง	M2	NA	NA	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
6	43km	เพ็ญ	M2	0	0	
7	24km	กุดจับ	F2	0	0	
8	24km	หนองวัวซอ	F2	0	0	
9	53km	โนนสะอาด	F2	0	0	
10	65km	ทุ่งฝน	F2	0	0	
11	62km	ไชยวาน	F2	0	0	
12	72km	ศรีธาตุ	F2	0	0	
13	96km	วังสามหมอ	F2	0	0	
14	110km	น้ำโสม	F2	0	0	
15	68km	สร้างคอม	F2	0	0	
16	35km	หนองแสง	F2	0	0	
17	129km	นาูง	F2	0	0	
18	63km	พิบูลย์รักษ์	F2	0	0	
19	61km	คูแก้ว	F3	0	0	
20	36km	ประจักษ์ศิลปาคม	F3	0	0	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				40.15	43.75	

ข้อมูล Health Data Center ; HDC. งานศูนย์คอมพิวเตอร์ สสจ.อุดรธานี

ร้อยละของผู้ป่วย Re – fracture Prevention ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)

ภายหลังกระดูกสะโพกหัก < ร้อยละ 30

ลำดับ	ระยะทาง	รพ.	ระดับ	ปี 2564	ปี 2565	หมายเหตุ
1		อุดรธานี	A	0	0	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
2	43 km	กุมภวาปี	M1	0	0	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
3	35Km	หนองหาน	M2	0	0	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
4	55km	บ้านฝ้อ	M2	0	0	
5	84km	บ้านดุง	M2	0	0	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
6	43km	เพ็ญ	M2	0	0	
7	24km	กุดจับ	F2	0	0	
8	24km	หนองวัวซอ	F2	0	0	
9	53km	โนนสะอาด	F2	0	0	
10	65km	ทุ่งฝน	F2	0	0	
11	62km	ไชยวาน	F2	0	0	
12	72km	ศรีธาตุ	F2	0	0	
13	96km	วังสามหมอ	F2	0	0	
14	110km	น้ำโสม	F2	0	0	
15	68km	สร้างคอม	F2	0	0	
16	35km	หนองแสง	F2	0	0	
17	129km	นาูง	F2	0	0	
18	63km	พิบูลย์รักษ์	F2	0	0	
19	61km	กุ้แก้ว	F3	0	0	
20	36km	ประจักษ์ศิลปาคม	F3	0	0	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				0	0	

ข้อมูล Health Data Center ; HDC. งานศูนย์คอมพิวเตอร์ สสจ.อุดรธานี

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค. 64 - มี.ค. 65)		
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
ผ่าตัดภายใน 72 ชม. \geq 50 % Re – fracture \leq 30%	35.29% 0%	50.60% 0%	62.3% 0.80%	ยังไม่ได้สรุปผลงาน		

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ภาพรวมของการจัดตั้งทีม Re – fracture Prevention มีความ ไม่เข้าใจตรงกันถึง ขอบเขต และ ตัวชี้วัดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	มีความชัดเจนและสะดวกในการเก็บตัวชี้ วัดโดยใช้การดึงข้อมูลระบบสารสนเทศ ที่เป็นประโยชน์ได้ร่วมกันทั้งประเทศ เช่น รหัสโรค รหัสการผ่าตัด การเก็บ และลง ข้อมูลเป็นระบบเดียวกันทั้งหมด (ขณะนี้ รพ.อุดรธานีร่วมกับ สสจ.อุดรธานี ได้มีการประชุมหารือทั้งจังหวัด เพื่อพัฒนาการลงข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ)	
- สถานการณ์โควิด – 19 ทำให้ มี ข้อจำกัดในการขึ้นห้องผ่าตัด ประกอบกับโรงพยาบาลอุดรธานี มีการซ่อมห้องผ่าตัดและระบบต่าง ๆ ซึ่งใช้เวลาในการซ่อมค่อนข้างนานทำ ให้เป็นอุปสรรคในการใช้ห้องผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการผ่าตัด ล่าช้าขึ้น	มีนโยบายในการจัดการในสถานการณ์ ระบาดของโรคโควิด – 19 เพื่อควบคุมโรค ให้เร็วที่สุด	

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- นโยบายต้องมีความชัดเจนลงมาสู่การปฏิบัติผ่านฝ่ายบริหารของโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศเพื่อความชัดเจน

ในการจัดตั้งทีมการพัฒนาระบบ และการติดตามตัวชี้วัด

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน นางณัฐมน ภัทรเกริกชัย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 042 24 55555 ต่อ 5419

094-2985692

e-mail.addpinktiger@gmail.com

ประเด็นที่ 5 องค์การสมรรถนะสูง

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6 - 7 กรกฎาคม 2566
หัวข้อ Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

ประเด็นตรวจราชการ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ : ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

สถานการณ์

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ITA ถือเป็นเครื่องมือยกระดับมาตรฐานการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของระบบราชการไทย ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรมและเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ 21 การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ ที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 85 คะแนน โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด ภายใต้หลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมิน ITA คือ การเปิดเผยข้อมูลและเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน			ไตรมาส 3 ปี 2566 (ม.ค.66 – พ.ค. 66)		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 85)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	22 ข้อ (MOIT)	22 ข้อ (MOIT)	ร้อยละ 100

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การประเมิน ITA โดยใช้ข้อคำถามการประเมินใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment) ข้อ MOIT 1 – MOIT 22 ในไตรมาส 2 โรงพยาบาลอุดรธานีผ่านการประเมิน ITA ที่ 2200 คะแนนจาก 2200 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

มาตรการการดำเนินงาน

1. กระทรวงสาธารณสุขโดยศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต (ศปท.) ได้มีการชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในตัวชี้วัดแต่ละตัวในรายละเอียดเพื่อเกิดความรู้เข้าใจในหลักเกณฑ์การดำเนินงาน
2. โรงพยาบาลอุดรธานีได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ประกอบด้วยคณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ MOIT 1 – MOIT 22
3. ได้จัดประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางปฏิบัติ MOIT 1 – MOIT 22 ทบทวนจุดอ่อน หาโอกาสพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขจุดอ่อน และนำสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ MOIT 1 – MOIT 22
5. ในไตรมาส 2 คณะกรรมการ MOIT 1 – MOIT 22 ได้วิเคราะห์ข้อมูล ผลการดำเนินงาน รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ รายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และเขตสุขภาพที่ 8
6. ได้ร่วมเป็นคณะกรรมการตรวจประเมินรายงาน MOIT 1 – MOIT 22 เพื่อตรวจให้คะแนนระดับจังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ ผู้นำกำหนดเป็นนโยบายและเป้าหมายให้บรรลุ และมีทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด

ปัญหาและอุปสรรค เจ้าหน้าที่รับผิดชอบมีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่าย ITA ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

ผู้รับผิดชอบ

คณะกรรมการพัฒนาคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6-7 กรกฎาคม 2566
หัวข้อ Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

ประเด็นตรวจราชการ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ : ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

สถานการณ์

หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความเสี่ยงที่ตรวจพบโดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน เรื่อง การเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง ระบบการควบคุมภายใน และการตรวจสอบภายใน โดยหน่วยบริการบางหน่วยยังประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน การกำกับติดตามไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ และไม่มีเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์

โรงพยาบาลอุดรธานี ได้กำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน และตรวจสอบภายในของหน่วยงานชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ได้ดำเนินการจัดวางระบบควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและดำเนินการตามแนวทางการจัดวางระบบควบคุมภายใน ได้มีการประเมินผลการควบคุมภายใน และมีการรายงานระดับหน่วยรับตรวจแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ ครบถ้วน ถูกต้องตามแนวทางการจัดวางระบบควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการ มีการติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในปีละ 1 ครั้ง และมีการปรับปรุงระบบควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน			ไตรมาส 3 ปี 2566 (ม.ค. - พ.ค. 66)		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานภายใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด ตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ (4 ระดับ)	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 4	ร้อยละ 81.25
		ร้อยละ 88.43	ร้อยละ 90.91	ร้อยละ 84.62			

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การประเมินผลระบบควบคุมภายใน ในไตรมาส 2 เป็นการประเมินผล 4 ระดับ ค่าเป้าหมายอยู่ที่ระดับ 4 โรงพยาบาลอุดรธานีผ่านการประเมินที่ระดับ 4 โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. โรงพยาบาลอุดรธานีได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน คณะกรรมการควบคุมภายใน 5 มิติ คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบควบคุมภายใน และคณะกรรมการตรวจสอบภายใน
2. คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน คณะกรรมการควบคุมภายใน 5 มิติ ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาโครงสร้างการบริหารงาน และ Flowchart ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงาน และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติตามระเบียบ
3. ได้จัดทำรายงาน ปค.4, ปค.5 ในระดับโรงพยาบาล ได้จัดทำแบบประเมินระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ ผลการวิเคราะห์ผลการประเมินระบบควบคุมภายใน และรายงานเปรียบเทียบแผน-ผลการพัฒนาองค์กร 5 มิติ ของปี 2565
4. คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ได้มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ปค.5
5. คณะกรรมการประเมินผลระบบควบคุมภายใน ได้ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566 ได้รายงานผลการประเมินระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ต่อผู้บริหาร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกรม สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
6. คณะกรรมการตรวจสอบภายในได้ดำเนินการตรวจสอบภายในตามนโยบายและประเด็นมุ่งเน้น จากผลการดำเนินงาน ปี 2566 ตั้งแต่เดือนมีนาคม – มิถุนายน 2566 เพื่อรายงานต่อผู้บริหาร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
7. สำนักงานตรวจสอบภายในได้ร่วมตรวจสอบภายในระดับจังหวัดอุดรธานี ในสถานบริการทุกระดับ ตามขอบเขตการตรวจสอบภายในของจังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ ผู้นำกำหนดเป็นนโยบายและเป้าหมายให้บรรลุ และมีทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด

ปัญหาและอุปสรรค เจ้าหน้าที่รับผิดชอบมีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดวางระบบบริหารความเสี่ยง และควบคุมภายใน ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

ผู้รับผิดชอบ

คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน

คณะกรรมการควบคุมภายใน 5 มิติ

คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบควบคุมภายใน

คณะกรรมการตรวจสอบภายใน

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6-7 กรกฎาคม 2566

ประเด็นหัวข้อ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1. บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา
2. บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)
3. นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด

ตัวชี้วัดการตรวจราชการ:

1. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา
2. ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)
3. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด

2. สถานการณ์

การพัฒนาคน ได้รับการให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ถูกกำหนดให้เป็นนโยบาย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ทั้งในระดับโลก และระดับประเทศ ได้แก่ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals 2030 (SDGs) และเป้าหมายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ (Global strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030) ซึ่งกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 และกำหนดเป็นวาระสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศไทย 4.0 ด้วยการยกระดับคุณค่ามนุษย์ (Human Wisdom) พัฒนาคนไทยให้เป็น “มนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21” คือ คนไทยที่มีปัญญาที่เฉียบแหลม (Head) มีทักษะเห็นผล (Hand) ควบคู่ไปกับการเป็น “คนไทย 4.0 ในโลกที่หนึ่ง” พัฒนาให้เป็นข้าราชการ 4.0 และเป็นภาครัฐที่มีขีดสมรรถนะสูง มีความเชี่ยวชาญ ชำนาญ ในหลายหลาก

ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) เป็น 1 ในยุทธศาสตร์หลักของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน การจัดการพัฒนาและการจัดการด้านกำลังคนถือเป็นงานที่ยากที่สุด แต่ก็มีความจำเป็นต้องดำเนินการเพราะเป้าหมายหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรเพื่อนำไปสู่เป้าหมายความสำเร็จด้านสุขภาพ ซึ่งการจะสร้างคนที่มีคุณภาพได้นั้นต้องมามองที่พื้นฐานความต้องการของบุคลากร ทั้งปัจจัยพื้นฐาน ความสุขในการทำงาน เป็นต้น กล่าวได้ว่าต้องให้อาหารใจกับบุคลากรให้อิ่ม ให้มีความสุข ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานเพื่อส่วนรวม ทั้งนี้การสร้างค่านิยม แรงบันดาลใจ และกลยุทธ์การบริหารและพัฒนากำลังคนเพื่อให้บุคลากรกระทรวงสาธารณสุข “เป็นคนดี มีคุณค่า มีความผาสุก” เกิดความสามารถที่จะยกระดับศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านต่างๆ ของบุคลากร จะส่งผลให้ช่วยสร้างคุณค่าขององค์กรขึ้นมาอย่างถูกต้องและผลประโยชน์จะตกไปอยู่กับสุขภาพของประชาชนในที่สุด

โรงพยาบาลอุดรธานี มุ่งเน้นให้บุคลากรของโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติงานภายใต้การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และระบบบริหารจัดการ ภาครัฐแนวใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก้าวทันการเปลี่ยนแปลง สามารถพัฒนางานในหน้าที่อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ นักบริหารทุกระดับ มีศักยภาพในการเป็นผู้นำการบริหารราชการยุคใหม่ เพื่อให้ภาครัฐการมีขีดความสามารถและมาตรฐานการปฏิบัติงานในระดับสูงเทียบ เท่าเกณฑ์สากลมุ่งเน้นให้บุคลากรของโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ / ความรู้ความสามารถ ให้สอดคล้องกับ competency กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ ตระหนักถึงความสำคัญของการทำวิจัย และการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการพัฒนางานด้านบริการได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพได้วางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนและจัดทำแผนความต้องการและโครงการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข ทุกระดับ ครอบคลุมด้านบริหาร บริการ การจัดการ ด้านวิชาชีพเฉพาะทั้งก่อนประจำการ ระหว่างประจำการ กับบุคลากรทุกระดับเพื่อให้ระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล การพัฒนาบุคลากรจะต้องสอดคล้องกับ Service Plan ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีดังนี้

ตารางแสดงการพัฒนาบุคลากรทั้งอบรมภายในและภายนอก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 - 2566

ปี	อบรมภายใน (คน/ครั้ง)	ร้อยละ	อบรมภายนอก (คน/ครั้ง)	ร้อยละ	ภาพรวมทั้งปี ร้อยละ
2556	1,213/8,563	46.4	1,017/3,224	38.9	85.3
2557	900/8,277	32.6	1,610/4,847	58.2	90.8
2558	1,602/8,943	56.2	1,026/3,007	35.9	92.1
2559	1,035/8,264	36.78	1,320/3,483	46.90	83.68
2560	1,481/3,734	49.40	1,018/3,224	33.96	83.36
2561	1,478/2,671	35.54	1,177/2,666	38.81	87.56
2562	1,412/2,823	44.23	1,454/4,379	45.55	89.78
2563	1,094/1,878	33.92	1,667/4,076	51.69	85.61
2564	1,288/2,156	38.30	1,128/2,077	33.53	71.83
2565	1,469/2,709	43.01	1,283/2,854	37.59	80.60
2566 (ต.ค.65-พ.ค.66)	1,039/1,417	30.42	838/998	24.53	54.95

ตารางแสดงประสานเพิ่มพูนความรู้และทักษะของบุคลากร ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 – 2566

กิจกรรม	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.- พ.ค. 66)
ศึกษาต่อหลักสูตร เฉพาะทาง	44	62	28	21	36	24	21	33	15
ศึกษา/อบรม/ประชุม/ สัมมนา/ดูงาน ต่างประเทศ	5	8	21	26	20	5	-	5	-
ศึกษาต่อแพทย์ประจำ บ้าน	14	5	12	6	3	9	5	8	15
ศึกษาต่อหลักสูตร ปริญญาตรี	-	1	-	-	-	-	2	-	-
ศึกษาต่อหลักสูตร ปริญญาโท	-	1	2	2	-	-	-	-	-
อบรมวิสัญญีพยาบาล	3	-	5	5	-	2	2	2	-

ตารางแสดงการอบรมเฉพาะทางของบุคลากร ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 – 2566

ลำดับ	รายชื่อหลักสูตร	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.- พ.ค. 66)
1	อุบัติเหตุฉุกเฉิน	2	-	2	1	1	-	-	2	1
2	การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง	6	9	1	11	-	5	2	1	-
3	หัวใจและหลอดเลือด ทรวงอก	9	7	2	8	2	-	-	-	-

ลำดับ	รายชื่อหลักสูตร	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.- พ.ค. 66)
4	ทารกวิกฤตและทารก แรกเกิด	2	6	4	2	1	2	1	3	1
6	ระบบบริการปฐมภูมิ	1	-	1	-	-	-	-	-	-
7	รังสี	2	-	-	-	-	-	-	-	-
8	วิจัย/เวชสถิติ	1	-	-	-	-	-	-	-	-
9	เภสัช	1	2	3	4	4	1	2	2	-
10	โรคเรื้อรัง	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	เวชปฏิบัติ	1	-	1	4	-	-	-	1	-
12	การพยาบาลวิกฤตผู้ใหญ่	14	14	13	-	17	-	-	2	14
13	เวชปฏิบัติการบำบัด ทดแทนไต(พอกไต)	2	-	1	1	2	1	-	-	1
14	วิทยาศาสตร์การบริการ โลหิต	1	-	-	-	-	-	1	-	-
15	การพยาบาลผู้ป่วยแบบ ประคับประครอง	-	-	1	-	-	-	1	-	-
16	เวชปฏิบัติทางตา	-	-	1	-	1	1	1	1	-
17	การพยาบาลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	-	-	-	1	4	2	1	-	1
18	การพยาบาลการบริจา อวัยวะและปลูกถ่าย อวัยวะ	-	-	-	1	1	-	1	1	-
19	การพยาบาลสุขภาพจิต เวช	-	-	-	1	1	3	1	1	2
20	การพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรคระบบทางเดินหายใจ	-	-	-	1	-	-	-	-	-
21	การพยาบาลผู้ป่วยส่อง กล้องทางเดินอาหาร	-	-	-	1	1	-	-	-	-

ลำดับ	รายชื่อหลักสูตร	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.- พ.ค. 66)
22	การดูแลเครื่องมือแพทย์ สำหรับผู้ป่วยวิกฤต	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	การดูแลผู้ป่วยบาดแผล ostomy	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	ประสาทวิทยาประสาท ศัลยศาสตร์	-	-	-	-	-	1	1	1	-
25	ผดุงครรภ์ในภาวะเสี่ยง สูง	-	-	-	-	-	-	2	1	1
26	การพยาบาลผู้สูงอายุ	-	-	-	-	1	-	-	-	-
27	ต่อมไทรอยด์และเมตะบอ ลิซึม	-	-	-	-	-	1	-	1	-
28	โรคข้อและรูมาติสซั่ม	-	-	-	-	-	1	-	5	1
29	ระบบส่งต่อผู้ป่วยด้านสูติ กรรม	-	-	-	-	-	1	-	-	-
30	โรคติดเชื้อ	-	-	-	-	-	1	1	-	1
31	การพยาบาลโรคหัวใจ และหลอดเลือด	-	-	-	-	-	-	2	5	2
32	ตจวิทยา	-	-	-	-	-	-	1	-	-
33	เทคนิคการแพทย์	-	-	-	-	-	1	2	-	-
34	การพยาบาลออร์โธปี ดิกส์	-	-	-	-	-	-	1	-	-
35	การพยาบาลเวชปฏิบัติ อาชีวอนามัย	-	-	-	-	-	-	-	1	1
36	โภชนบำบัดและการ บริหาร	-	-	-	-	-	-	-	1	1
37	เวชศาสตร์มารดาและ ทารกในครรภ์	-	-	-	-	-	-	-	5	-

ลำดับ	รายชื่อหลักสูตร	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.- พ.ค. 66)
38	การพยาบาลปริ ศัลยกรรม	-	-	-	-	-	-	-	-	1
39	การพยาบาลเฉพาะ ทางการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่	-	-	-	-	-	-	-	-	1
40	การพยาบาลผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลว	-	-	-	-	-	-	-	-	4
41	สาขาวิชาโรครระบบ ทางเดินอาหาร	-	-	-	-	-	-	-	-	1
42	นรีเวชทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยนอก	-	-	-	-	-	-	-	-	1
43	โรครระบบทางเดินอาหาร	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	รวม	45	38	35	41	35	22	21	33	37

ตารางแสดงการพัฒนาในกลุ่มผู้บริหารระดับต่างๆ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 – 2566

กิจกรรม	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี2565	ปี 2566 (ต.ค.- พ.ค. 66)
อบรมหลักสูตร พัฒนารอง ผู้อำนวยการ ฝ่ายการแพทย์ รพศ./รพท. และโรงพยาบาล ในสังกัดกรม ต่างๆของ กระทรวง สาธารณสุข	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1
อบรมหลักสูตร พัฒนารอง ผู้อำนวยการ ฝ่ายอำนวยการ รพศ./รพท.	-	-	-	-	-	3	-	1	-	2	2
อบรมหลักสูตร นักบริหาร การแพทย์และ สาธารณสุข ระดับสูง	1	-	1	-	-	-	1	1	1	-	1
อบรมหลักสูตร ประกาศนียบัตร สาขาการบริหาร โรงพยาบาล (รามมา)	-	1	-	1	-	-	2	-	-	-	2
อบรมหลักสูตร การบริหารงาน	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

กิจกรรม	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี2565	ปี 2566 (ต.ค.- พ.ค. 66)
บริการ สาธารณสุขและ โรงพยาบาล											
อบรมการ บริหาร สารสนเทศทาง การแพทย์	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
อบรมหลักสูตร ประกาศนียบัตร ธรรมภิบาล ทางการแพทย์ สำหรับแพทย์ ผู้บริหาร ระดับสูง	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
อบรมหลักสูตร ประกาศนียบัตร ชั้นสูงทางการ บริหารภาครัฐ และกฎหมาย มหาชน	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
อบรมหลักสูตร สำหรับผู้บริหาร นอกกระทรวง สาธารณสุข	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
อบรมผู้บริหาร การสาธารณสุข ระดับกลาง	1	148	-	-	-	-	-	-	2	-	-

กิจกรรม	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี2565	ปี 2566 (ต.ค.- พ.ค. 66)
อบรมผู้บริหาร สาธารณสุข ระดับต้น	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
อบรมหลักสูตร Smart Leader	-	-	138	-	-	-	-	-	-	-	-
อบรมหลักสูตร นบส.ส	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-

ตารางแสดงผลการดำเนินงานด้านการพัฒนางานวิจัยประจำปีงบประมาณ 2562-2566

ลำดับ ที่	โครงการ/กิจกรรม	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.- พ.ค.66)
1	การประชุมคณะกรรมการวิจัย (ครั้ง)	5	5	2	1	1
2	การสนับสนุนทุนวิจัยแก่บุคลากร (เรื่อง)	36	2	10	1	-
3	การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทางการ วิจัยให้แก่บุคลากร (ครั้ง/คน/(บาท))	5/123 (311,876)	4/124 (322,977)	1/94 (63,840)	1/53 (53,059)	3/300 (257,427)
4	การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำ ผลการวิจัยเผยแพร่(ครั้ง)	2	10	13	4	-
5	การส่งผลงานวิจัยเข้าประกวด ระดับ จังหวัด/เขต/ประเทศ	24	26	3	8	5
6	ผลงานได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอ ระดับจังหวัด/เขต/ประเทศ	9	10	3	1	2

ตารางแสดงการพัฒนาบุคลากรตามกลุ่มงานแยกรายปี (คน/ครั้ง) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 – 2566

ลำดับที่	กลุ่มงาน/ฝ่าย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-พ.ค. 66)
1	ผู้ป่วยนอก	23/64	28/74	36/47	22/35	13/14
2	จักษุวิทยา	10/18	24/51	12/14	5/6	1/1
3	เวชกรรมฟื้นฟู	27/77	34/105	21/48	30/57	15/15
4	สูตินรีเวชกรรม	59/186	78/280	90/119	75/244	27/29
5	ออร์โธปิดิกส์	55/100	69/163	37/38	69/168	44/52
6	แพทยศาสตรศึกษา	24/74	30/142	29/131	24/281	26/26
7	กุมารเวชกรรม	68/109	87/190	47/53	66/175	21/21
8	ศัลยกรรม	167/270	217/482	74/90	180/330	40/40
9	อายุรกรรม	149/378	193/572	142/234	172/387	40/43
10	การพยาบาล	10/48	17/91	7/21	31/50	15/25
11	การเงิน	9/11	15/26	10/11	3/6	3/3
12	IC	65/31	10/69	15/26	7/29	12/12
13	ทรัพยากรบุคคล	10/37	15/64	9/11	10/16	5/5
14	บริหารทั่วไป	54/128	60/165	64/151	64/189	24/24
15	จิตเวช	7/26	16/62	17/62	12/73	12/35
16	ทันตกรรม	23/79	33/129	12/17	19/45	9/112
17	พัสดุ	19/26	22/35	7/9	17/35	14/14
18	พยาธิวิทยาคลินิก	30/47	9/44	27/44	5/6	2/2
19	เวชกรรมสังคม	78/345	111/596	111/166	62/266	37/48
20	แพทย์ใช้ทุน	6/11	17/42	20/33	13/31	12/12
21	อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	41/103	66/188	44/60	11/29	15/15
22	พยาธิวิทยากาย วิภาค	5/8	9/21	4/20	5/5	3/3
23	เภสัชกรรม	58/137	87/255	31/42	26/66	14/14
24	แพทย์แผนไทย	14/33	21/96	20/32	16/43	11/12
25	โภชนาการ	12/58	18/89	11/14	21/32	13/13
26	รังสีวิทยา	18/31	19/52	13/21	9/20	12/12

ลำดับที่	กลุ่มงาน/ฝ่าย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-พ.ค. 66)
27	พัฒนาทรัพยากรบุคคล	19/51	25/107	11/12	11/37	7/23
28	วิสัญญี	37/74	58/132	14/22	33/70	24/35
29	งานแผนและสารสนเทศ	31/87	34/103	32/40	2/9	11/12
30	สังคมสงเคราะห์	12/45	13/69	6/9	5/13	6/12
31	สุขศึกษา	3/5	9/27	3/4	3/7	3/6
32	อาชีพะเวชกรรม	10/27	17/60	14/22	10/43	10/21
33	ห้องผ่าตัด	40/64	65/108	30/36	30/36	29/29
34	โสต ศอ นาสิก	16/25	19/39	10/11	10/11	12/12
35	นภาคคลินิก	31/84	32/119	6/12	6/12	6/12
36	ประกันสุขภาพ	18/25	28/77	3/3	3/3	3/3
37	องค์กรแพทย์	-	-	-/-	-/-	-
38	การพยาบาลผู้ป่วยหนัก	35/59	59/141	24/35	24/35	21/31
39	การบัญชี	5/11	4/11	8/9	8/9	8/13
40	การพยาบาลห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ	-	-	-	2/2	2/2
41	การพยาบาลชุมชน	-	-	-	1/1	8/12
42	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	-	-	-	2/2	3/5
43	เวชระเบียน	-	-	-	2/2	3/6

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

ผู้นำโรงพยาบาลให้ความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนาของบุคลากรในทุกกระดับ โดยสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร คิดเป็น ร้อยละ 3 ของเงินงบประมาณโรงพยาบาลในทุกปี ทุกกลุ่มฝ่ายจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพจัดอบรมตาม Competency ของหน่วยงานและตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลอุดรธานีตามระยะเวลาที่กำหนดและครบถ้วนสมบูรณ์โรงพยาบาลอุดรธานีจึงมุ่งเน้นให้บุคลากรของโรงพยาบาลได้รับการ

พัฒนาสมรรถนะ / ความรู้ความสามารถ ให้สอดคล้องกับ competency กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการทำวิจัยและการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการพัฒนางานด้านบริการได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพ โดยให้ทุกกลุ่มฝ่ายร่วมกันที่จะพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ คู่มือสิทธิผลประโยชน์ในการพัฒนาของบุคลากร สนับสนุนให้เกิดงานวิจัย R2R และงานวิจัยแพทยศาสตรศึกษา กิจกรรมพัฒนาที่สำคัญ เช่น การอบรมผู้บริหารระดับกลาง, การพัฒนาผู้บริหาร SMART LEADER, การอบรมโครงการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ (Organization Development), โครงการพัฒนาบุคลากรหลักสูตรพฤติกรรมบริการเป็นเลิศ(Excellent Service Behavior : ESB), โครงการพัฒนาบุคลากรหลักสูตรพฤติกรรมบริการเป็นเลิศ “คนต้นแบบบัวแคร์ยิ้ม”, การพัฒนางานพัฒนาวิชาการของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก(พัฒนาอาจารย์แพทย์)การวิจัยเพื่อการพัฒนาเพื่อปรับปรุงคุณภาพงานบริการและสนับสนุนให้ผู้ที่มีผลงานประจักษ์นำเสนอ โดยสนับสนุนให้นำเสนอผลงานทั้งในและนอกประเทศตลอดถึงการประสานเพิ่มพูนความรู้และทักษะ การศึกษาดูงาน การฝึกอบรมทั้งในและต่างประเทศ และมีการดำเนินการโรงพยาบาลคุณภาพคู่คุณธรรม มุ่งเน้นให้บุคลากรของโรงพยาบาลอุดรธานี ปฏิบัติตามอัตลักษณ์คือ ซื่อสัตย์ สามัคคี มีจิตบริการ core value คือ ผู้ป่วยคือคนสำคัญ ทีมงานแข่งขัน มุ่งมั่นพัฒนา และเป็นหน่วยงานต้นแบบองค์กรแห่งความสุข ซึ่งได้ดำเนินการภายใต้แผนพัฒนาบุคลากรประจำปีงบประมาณ 2566

3.2.โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

ตารางแสดงแผนพัฒนาบุคลากร ประจำปีงบประมาณ 2566

ลำดับที่	แผนงาน/โครงการ(Action Plan)	วงเงิน
1	แผนพัฒนาบุคลากรภายนอกโรงพยาบาลตามแผน IDP ของแต่ละกลุ่ม/ฝ่าย (ประชุม/อบรม/สัมมนาภายนอกโรงพยาบาล) - 132 หน่วยงาน/53 กลุ่มงาน (3,416 คน)	3,000,000
2	โครงการตามนโยบาย/โครงการฉุกเฉิน/โครงการเฉพาะกิจ - โครงการพัฒนาบุคลากร CVT/พัฒนาศูนย์อุบัติเหตุ/พัฒนาศักยภาพ COPD & Asthma/พัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออก/พัฒนาระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง/ อบรมเฉพาะทางพยาบาล (การดูแลผู้ป่วยวิกฤต ,การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย,การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล,หัวใจและหลอดเลือด,ทารกแรกเกิด,ศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน)/บริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล,ประชุมFAกลาง,Lean,ดูงานพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง ,ประชุม HA National Forum,การพัฒนาศักยภาพผู้ประสานกลาง FA,การประชุม HACC	4,520,625
3	โครงการอบรมเฉพาะทางระยะเวลา ตั้งแต่ 2 อาทิตย์ - 6 เดือน	(กลุ่มการ) 3,000,000 (กลุ่มอื่น)

ลำดับที่	แผนงาน/โครงการ(Action Plan)	วงเงิน
	- อบรมเฉพาะทางหน่วยงานอื่นๆ (กายภาพบำบัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ, เภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง, โภชนบำบัด, การแพทย์แผนไทย, เวชปฏิบัติทั่วไป, เทคนิคการแพทย์, อาชีวอนามัย, เซลล์วิทยาระบบอวัยวะสืบพันธุ์)	1,000,000
4	โครงการพัฒนาบุคลากรภายในกลุ่มฝ่าย - การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล, การปฏิบัติ PCPR/NCPR, การช่วยฟื้นคืนชีพ, การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลผู้ป่วยระยะที่มีภาวะวิกฤติ, การดูแลผู้ป่วย Sepsis, การประชุมวิชาการกลุ่มฝ่าย ฯลฯ	210,000
5	โครงการพัฒนาบุคลากรระหว่างกลุ่มฝ่าย - การประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยใน, การนิเทศทางการพยาบาล, การใช้เครื่องช่วยหายใจ, ปลุกจิตสำนึกอนุรักษ์พลังงาน, เสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลโรคไข้เลือดออก, การควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงทางการบัญชี, การเฝ้าระวังสารเคมีในโรงพยาบาล, การให้คำปรึกษา, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, กระบวนการดูแลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ฯลฯ	614,600
6	โครงการพัฒนางานวิจัย R2R/KM - การประชุมเชิงปฏิบัติการมหกรรม R2R, การพัฒนาศักยภาพครู, การนำเสนอผลงานทางวิชาการ, การจัดงานมหกรรม KM, การให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัย, นำเสนอผลงานระดับกระทรวง, ประชุมวิชาการมหกรรม R2R ระดับภาค/ประเทศ, จัดทำวารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี	1,065,000
7	โครงการพัฒนาวิชาการแพทย์ใช้ทุน - การปฐมนิเทศแพทย์ใช้ทุน, การพัฒนาจริยธรรมและแนวทางการเพิ่มพูนทักษะ, การประชุมวิชาการประจำเดือน, การหาสาเหตุการตายและการชันสูตรพลิกศพ, อัลตราซาวด์ในภาวะฉุกเฉิน และการใช้ CTScan, Trauma Life Support, Advance Cardiac Life Support, การใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤติ, การลงความเห็นผู้ป่วยคดีและการป้องกันการถูกฟ้องร้อง	278,000
8	โครงการอบรม ACLS/BLS สำหรับพยาบาลและบุคลากร	250,000
9	โครงการจริยธรรม - การพัฒนาบุคลากรต้นแบบ, การบริหารความขัดแย้งทางจริยธรรม, ตลาดนัดความดี, การประชาสัมพันธ์อัตลักษณ์รพ. คุณธรรม, การยกระดับจิตใจ, การปฏิบัติธรรมโดยการนั่งสมาธิ	275,600
10	โครงการพัฒนาด้านคุณภาพ (HA)	896,550
11	โครงการพัฒนาบุคลากรด้านการศึกษาดูงาน	448,050

ลำดับที่	แผนงาน/โครงการ(Action Plan)	วงเงิน
	รวม	15,559,925

4. ผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลอุดรธานีทำการสำรวจความพึงพอใจ(บรรยากาศองค์กร)และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี ด้วยแบบสำรวจความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี ประจำปีและการประเมินความสุขผ่านโปรแกรม Happinometer ทำการสำรวจเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี 2556 จำนวน 834 คน, ปี 2557 จำนวน 1,431 คน ปี 2558 จำนวน 2,143 คน ปี 2559 จำนวน 2,129 คน สำหรับ ปี 2560 จำนวน 1,722 ปี 2561 จำนวน 368 ในปี 2562 มีการประเมินความสุขผ่านโปรแกรม Happinometerจำนวน 1,075 คน พบว่า ความพึงพอใจ โดยในปี 2562 มีความพึงพอใจในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 60.88 และ มีความผูกพันต่อองค์กรในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 64.56 สรุปการประเมินการประเมินความสุขรายด้าน ได้ดังนี้ 1.ด้านจิตวิญญาณดี 71.24 2.ด้านน้ำใจดี 68.46 3.ด้านใฝ่รู้ดี 64.24 4.ด้านสังคมดี 61.66 5.ด้านสุขภาพกายดี 61.28 6.ด้านครอบครัวดี 60.77 7.ด้านงานดี 60.72 8.ด้านผ่อนคลายดี 51.20 และ 9.ด้าน สุขภาพเงินดี 48.37 สำหรับในปี 2563 มีการสำรวจผ่านทาง online โดยใช้แบบสำรวจตามแบบ Happinometerโดยมีบุคลากรตอบแบบสำรวจ จำนวน 1,748 คน พบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 71.81 และ มีความผูกพันต่อองค์กรในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 73.13 และในปี 2564 พบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 69.01 และ มีความผูกพันต่อองค์กรในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 70.57 สำหรับปีงบประมาณ 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการประเมินดัชนีความสุขคนทำงาน (Happinometer) ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564 – 28 กุมภาพันธ์ 2565 ซึ่งโรงพยาบาลอุดรธานีได้มีบุคลากรตอบแบบประเมิน **ทั้งสิ้น 3,027 ราย คิดเป็น ร้อยละ 89.01** โดยผลการประเมินความสุขบุคลากรพบว่า สุขภาพกายดี (Happy Body) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 59.95 ผ่อนคลายดี (Happy Relax) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 50.02 น้ำใจดี (Happy Heart) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 67.29 จิตวิญญาณดี (Happy Soul) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 68.98 ครอบครัวดี (Happy Family) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 59.28 สังคมดี (Happy Society) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 59.18 ใฝ่รู้ดี (Happy Brain) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 61.45 สุขภาพเงินดี (Happy Money) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 45.76 การงานดี (Happy Work Life) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 58.13 โดยมี**ค่าเฉลี่ยความสุขภาพรวม เท่ากับ 58.89** และ มี**ค่าเฉลี่ยความผูกพัน(Engagement) เท่ากับ 61.64** ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนของสมดุลชีวิตกับการทำงาน (Work Life Balance) เท่ากับ 57.67

สรุปผลการสำรวจความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี ประจำปี

2556-2565

ความพึงพอใจและความผูกพัน	ปี 2556 (ร้อยละ) (834 คน)	ปี 2557 (ร้อยละ) (1,431 คน)	ปี 2558 (ร้อยละ) (2,143 คน)	ปี 2559 (ร้อยละ) (2,129 คน)	ปี 2560 (ร้อยละ) (1,722 คน)	ปี 2561 (ร้อยละ) (368 คน)	ปี 2562 (ร้อยละ) (1,075คน)	ปี 2563 (ร้อยละ) (1,748คน)	ปี 2564 (ร้อยละ) (823คน)	ปี 2565 (3,027 คน)
ความพึงพอใจต่อการทำงานในโรงพยาบาลอุดรธานี	66.45	69.84	70.64	70.42	76.8	71.78	60.88	71.81	69.01	58.89
ความผูกพันต่อโรงพยาบาลอุดรธานี	74.23	76.75	76.51	77.39	79.4	76.44	64.56	73.13	70.57	61.64

ตารางตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 1 ปี 2566 (1ต.ค.-31พ.ค.66)		
	2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	-	50	100	80	6	60 %
2. บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	54.20	24.47	89.01	70	อยู่ระหว่างดำเนินการ	อยู่ระหว่างดำเนินการ
3. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	15	13	12	10	7	70 %

5. ปัญหา อุปสรรค

เนื่องจากมีสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา- โควิด-19 ทำให้ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้เข้ารับการอบรมการพัฒนางานวิจัย R2R ได้จำนวนน้อย ทำให้มีผลงานวิจัยเกิดขึ้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2566 จึงได้มีการประชาสัมพันธ์และกำหนดเป็นนโยบายในการให้แต่ละกลุ่มงานต้องมีการดำเนินงาน งานวิจัย R2R อย่างน้อย 1 เรื่อง เพื่อพัฒนางานวิจัยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

6. ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มการพัฒนาศักยภาพผลักดันให้แต่ละกลุ่มฝ่ายมีการกำหนดให้มีการจัดทำงานวิจัยอย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง
2. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้(KM) เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
3. การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย R2R และสนับสนุนให้นำเสนองานวิจัยสู่เวทีนานาชาติ
4. การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการพัฒนาบุคลากร เช่น โปรแกรม online

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

โรงพยาบาลอุดรธานีได้นำการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล Individual Development Plan (IDP) ที่เป็นกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานร่วมกับผู้บังคับบัญชากำหนดความจำเป็นในการพัฒนา และฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน เพื่อความสำเร็จของงาน โดยเป็นแผนที่ระบุเป้าหมาย และวิธีการในการพัฒนาตนเองที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งเป็นแผนที่ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของบุคคล ให้มีสมรรถนะเหมาะสมกับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง ตามแนวทางการก้าวหน้าในสายงาน

ผู้รายงาน นายพิชัย สุขสบาย

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

โรงพยาบาลอุดรธานี

วัน/เดือน/ปี 12/06/2566

โทร 042 245 555 ต่อ 3422

E-mail Pichai7334@gmail.com

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 6-7 กรกฎาคม 2566

ประเด็นหัวข้อ 6 : องค์กรสมรรถนะสูง

1.ประเด็นการตรวจราชการ

การเงินการคลังสุขภาพ การประเมินระบบการจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C)

2.สถานการณ์

การติดตามสถานการณ์ทางการเงินการคลังของหน่วยบริการที่จะประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 6 และระดับ 7 ซึ่งต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุที่สำคัญ การจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ มีการเรียกเก็บไม่ครบถ้วน เรียกเก็บลูกหนี้ช้า ตรวจสอบสิทธิที่ไม่ถูกต้อง จึงได้มีนโยบายจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ เพิ่มประสิทธิภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) เพื่อให้การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดเครื่องมือในการบริหารจัดการ การกำกับติดตาม และการประเมินผล

3.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

1. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)
2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)
3. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และ ทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.
4. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)
5. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)
- 6.ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน (Claim & Account)

การดำเนินงานของศูนย์การจัดเก็บรายได้

1. การให้บริการเกิดได้จากการมีส่วนร่วมทุกหน่วยงานตั้งแต่การลงทะเบียนผู้มารับบริการ การตรวจสอบสิทธิที่ถูกต้อง การลงทะเบียนยื่นตัวตน การซักประวัติ การให้การรักษา ในการปฏิบัติงานบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน
2. จัดทำคำสั่งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ คณะทำงานการบริหารจัดการโรค ในการตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อดำเนินการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ให้ครบถ้วน
3. พัฒนาคุณภาพข้อมูลการสรุปและให้รหัสโรค หัตถการ ผู้ป่วยใน และการตรวจสอบ เวชระเบียนตามเงื่อนไขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) และพัฒนาคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียน
4. งานตรวจสอบสิทธิ์ ให้บริการสามารถสรุปข้อมูล จำนวนผู้รับบริการตามสิทธิ์ จำนวนผู้รับบริการตามสิทธิ์ทางการเงิน รวบรวมรายงานใช้จ่ายตามหมวดบริการ ปิดสิทธิ์เมื่อสิ้นสุดการให้บริการ

5. งานเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ (Claim) สามารถสรุปรายงานการบันทึกส่งข้อมูล Eclaim เทียบ กับ HIS จำนวนข้อมูลต่อกลับ REP จำนวนความทันเวลาข้อมูลต่อกลับ REP ตามช่วงเวลา
6. จำนวนความครบถ้วนระหว่าง E-claimกับ REP และจำนวนความครบถ้วนการ นำเข้า invoice รายสิทธิ์
7. รายงานจำนวนการติด C และ Deny และจำนวนรายงานที่ได้รับการอุทธรณ์
8. การคืนข้อมูล ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ มีส่วนร่วมแก้ปัญหาพร้อมกัน
9. การนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น ตู้ Kios Application Barcode software เข้ามาพัฒนางาน จะทำให้ทำงานง่ายขึ้นลด Work load ของผู้ปฏิบัติงาน

ผลการดำเนินงาน

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4S4C)	คะแนน	รพ.อุดรธานี
เกณฑ์การประเมิน		
1. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)		
1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล		
1)ตรวจสอบเวชระเบียนทุกสิทธิการรักษา	2	2
2)เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิการรักษา	2	2
3)ติดตามลูกหนี้ทุกสิทธิการรักษา	2	2
1.2 มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้	2	2
1.3 มี Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บรายได้ทุกสิทธิ		
1)ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	2	2
2)การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	2	2
3)มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim)	2	2
4)ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim)	2	2
5)มีการบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน	2	2
1.4 คณะกรรมการจัดเก็บรายได้ทำการประชุมวิเคราะห์รายได้ค่า รักษาพยาบาลทุกสิทธิ เพื่อเสนอผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบ	2	2
รวม	20	20
2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)		

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4S4C)	คะแนน	รพ.อุดรธานี
เกณฑ์การประเมิน		
2.1 มีการปฏิบัติงานตาม Flow chart	2	2
2.2 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ		
1)ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	2	2
2)การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	2	2
3)มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim)	2	2
4)ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim)	2	2
5)มีการบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน	2	2
2.3 มีการใช้ Software ในการจัดเก็บรายได้	2	2
(Software ที่ใช้		opserve IT พัฒนาเอง
2.4 มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุน		
1) UC ≤ 60 วัน	2	0
2) ขรก ≤ 60 วัน	2	2
3) ปกส. ≤ 120 วัน	2	0
<i>*ผลงาน 7 plus efficiency ไตรมาส3</i>		
รวม	20	16
3. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.		
3.1 มีรายชื่อตาม Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บรายได้ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทุกสิทธิ	2	2
3.2 มีบุคลากรที่รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ ตามFlowchartไม่น้อยกว่า. 5 คน ใน รพช. 10 คน ใน รพท. และ 15 คน ใน รพศ.	2	2
<u>โปรดระบุ จำนวนบุคลากร</u>		30
3.3 บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับค่าตอบแทนตามสิทธิ	2	2

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4S4C)	คะแนน	รพ.อุดรธานี
เกณฑ์การประเมิน		
3.4 บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับการอบรมหรือพัฒนา ศักยภาพ	2	2
รวม	8	8
4. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)	คะแนน	รพ.อุดรธานี
4.1 มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย ในการบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล	2	2
4.2 ผู้ป่วยนอก มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุน ครบถ้วน	2	2
4.3 ผู้ป่วยใน มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุน ครบถ้วน	2	2
4.4 การส่งข้อมูลการรักษาเพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ 10 ของเดือนถัดไป	2	2
รวม	8	8
5. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)		
5.1 มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้รหัสการรักษาพยาบาล	2	2
5.2 มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	2	2
5.3 มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน 30 วัน	2	2
5.4 บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่บันทึกรหัส การรักษาพยาบาลได้รับการอบรมหรือ พัฒนาศักยภาพ อย่างน้อย 1 คน ต่อ 1 ครั้งต่อ 1 ปี	2	2
รวม	8	8
6.ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน	คะแนน	รพ.อุดรธานี
6.1 มีรายชื่อบุคลากรใน Flow chart ของการเบิกจ่าย (Claim) ในทุกกองทุน ย่อย	2	2
6.2 การบริหารจัดการข้อมูลติด C ของกองทุนสปสช.	2	2
6.3 การบริหารจัดการข้อมูลติด Deny ของกองทุนสปสช.	2	2
6.4 ไม่ได้รับการหัก 5 % เนื่องจากส่งเบิกจ่ายล่าช้า	2	2
รวม	8	8

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4S4C)	คะแนน	รพ.อุดรธานี
เกณฑ์การประเมิน		
รวม 4S4C	72	68
ร้อยละ 4S4C	100	100
รวม กรมบัญชีกลาง	28	22
ร้อยละ 4S4C รวมกรมบัญชีกลาง	100	90

ตารางตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2566		
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 ไตรมาส 1	เป้าหมาย ร้อยละ	ผลงาน ร้อยละ	ร้อยละ/ อัตรา
หน่วยบริการจัดเก็บรายได้ คุณภาพ ค่าเป้าหมาย ศูนย์ จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดี และดีมาก ร้อยละ 90 ขึ้นไป	85.53	95.44	88	90	90	

ผลการดำเนินงานการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล

สิทธิ	รายได้ (ล้านบาท)			
	ปีงบ 2563	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566 (ไตรมาส 1)
บัตรทอง	1,000.62	1539.28	1789.7	260.24
ชรก.	564.78	586.36	711.96	179.05
ปกส.	187.52	321.75	413.02	37.04
อปท.	79.31	86.5	90.14	27.31
พรบ.รถ	49.12	52.73	45.98	12.74
ต้นสังกัดอื่นๆ	11.59	11.36	8.66	2.69
ต่างด้าว	1.62	12.34	11.76	4.58
บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	2.89	3.11	3.1	0.71

5. ปัญหาอุปสรรค

1. การเบิกจ่ายแต่ละสิทธิ มีเงื่อนไขรายละเอียดการเบิกจ่ายที่แตกต่างกัน
2. การปรับเปลี่ยนเงื่อนไข ช่องทางการส่งเบิก จาก Eclaim เป็น Moph claim เกิดความสับสนในการปฏิบัติ
3. โปรแกรมเบิกจ่ายแตกต่างกันตามแต่ละสิทธิ มีหลายโปรแกรม การพัฒนาโปรแกรม มีผลต่อการส่งข้อมูลไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายลดลง

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรจัดให้มีศูนย์กลางรวมการจัดส่งข้อมูล ของหน่วยบริการ เป็นศูนย์กลางบริหารข้อมูล แล้วส่งต่อให้กองทุนเป็นผู้รับผิดชอบในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามเงื่อนไขของแต่ละกองทุน

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/Best practice (ถ้ามี) -

ผู้รายงาน นางอุไรวรรณ ธิสามี
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
วัน/เดือน/ปี 22 มิถุนายน 2566
โทรศัพท์ 081 7699984
E-mail urw1964@gmail.com

ภาคผนวก
คณะผู้จัดทำเอกสาร

คณะที่ปรึกษา

- | | | |
|-----------------------|---------------|--|
| 1. นายแพทย์ทรงเกียรติ | เล็กตระกูล | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี |
| 2. แพทย์หญิงศรีสุดา | ทรงธรรมวัฒน์ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ 1 |
| 3. นายแพทย์สุรพงศ์ | แสนโกชน์ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ 2 |
| 4. แพทย์หญิงปิยะฉัตร | วรรณาสุนทรไชย | รองผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ |

คณะผู้จัดทำ

- | | | |
|--|-----------|----------------------------------|
| 1. นางจุฬารัตน์ | เวทย์จรัส | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ |
| 2. นางสาวภิญญาดา | เมืองศรี | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |
| 3. นางสาวเบญจพร | อุดมลาภ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |
| 4. นางวรรณยา | วุฒิสาร | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |
| 5. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานประเด็นตรวจราชการ | | โรงพยาบาลอุดรธานี |

หน่วยงานที่จัดทำ

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลอุดรธานี
เลขที่ 33 ถนนพะนิม ต่าบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000
โทรศัพท์ 0 4221 5100 ต่อ 3525