



รายงาน ผลการปฏิบัติราชการ โรงพยาบาล หนองบัวลำภู

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และเขตสุขภาพที่ 8

การตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ
รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566
วันที่ 10 - 11 สิงหาคม 2566

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
E-mail : misnbh1408@gmail.com
โทร. 042 006 006 ต่อ 1408, 1409
โทรสาร 042 311 992

คำนำ

การตรวจราชการและนิเทศงานประจำปี 2566 เป็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นไปที่การตรวจราชการและนิเทศงานแบบบูรณาการ เน้นเชิงลึก เปิดโอกาสให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข กำหนดแนวทางการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการของพื้นที่ และตอบสนองต่อนโยบายรัฐบาล นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นโยบายเขตบริการสุขภาพที่ 8 กลไกติดตามกำกับ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขระดับต่างๆ โดยใช้การติดตามและประเมินผลงานสาธารณสุขเป็นกลยุทธ์ในการวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ ในการปฏิบัติตามนโยบายจากตัวชี้วัด ผลผลิต และผลลัพธ์ของแผนงาน/โครงการ ตลอดจนความคุ้มค่าในการใช้ประโยชน์จากทรัพยากร การจัดการความรู้และนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของประชาชน และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู, โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู ได้จัดทำรายงานผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุข รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2565 - มิถุนายน 2566) เพื่อประกอบการตรวจเยี่ยมของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 พร้อมคณะ

คณะผู้จัดทำ ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน รวมถึงบุคลากรของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู และผู้เกี่ยวข้องเป็นอย่างยิ่ง สำหรับความร่วมมือในการดำเนินงานสาธารณสุขให้บังเกิดผลสัมฤทธิ์ อันปรากฏในเอกสาร เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

คณะผู้จัดทำ

สิงหาคม 2566

สารบัญ

เรื่อง	หน้า	
คำนำ	ก	
สารบัญ	ข - ง	
บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)	จ - ฉ	
ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลหนองบัวลำภู	1 - 23	
Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูงยุทธศาสตร์ชาติ)		
ประเด็นที่ 1 Health For Wealth		
1.1 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ		
1	ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ - ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ - จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัด สป.สธ.	26 - 28
1.2 การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์		
2	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	29
3	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	30
ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ		
4	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	31 - 32
5	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิฯ	33 -34
6	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	35 - 36
7	จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน	37
8	โครงการพระราชดำริ : โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์	38 - 40
Functional Based (ระบบงานของหน่วยบริการ)		
ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ		
	มารดาและทารก	
9	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	42 - 43
10	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	44 - 45
	เด็กปฐมวัยและวัยรุ่น	
11	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	46 - 48
12	ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน	46 - 48
13	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น	49
14	ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	50 - 51
15	ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน	52
16	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	53 - 55

เรื่อง		หน้า
	วัยทำงาน	
17	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน	56 - 57
18	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	56 - 57
19	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง	58
	ผู้สูงอายุ	
20	ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	59 - 60
21	ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	61 - 62
22	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	63 - 65
ประเด็นที่ 4 Digital Health		
23	จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	66
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ		
24	ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ	67 - 69
25	ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง	70 - 72
26	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	73 - 74
27	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	75
28	ร้อยละของผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิตสูงได้ดี	76 - 77
29	- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) - ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน - อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury mortality) - อัตราการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน	78 - 80
30	ร้อยละการเฝ้าระวังดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	81 - 84
31	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	85
32	ร้อยละของการลงทะเบียนใน MIS Registration ใน 1 เดือน โครงการ MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	86
33	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	87
34	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	88 - 91
35	- อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ - อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	92 - 93
36	ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน	94 - 95
37	- ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture - ร้อยละของผู้ป่วย capture the Fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ - ร้อยละของผู้ป่วย capture the Fracture ได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง	96 - 97
38	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m ² /yr	98 - 99
39	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	100 - 101

เรื่อง		หน้า
40	- ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) - ร้อยละของผลงานบำบัดผู้ป่วยระบบสมัครใจแบบผู้ป่วยนอกโปรแกรมกาย จิต สังคมบำบัด	102 - 103
41	- ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) - อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	104 - 112
42	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	113
43	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	114
44	อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	115 - 117
ประเด็นที่ 6 องค์กรสมรรถนะสูง		
การเงินการคลังสุขภาพ		
45	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	118 - 127
46	หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีและดีมาก	128 - 129
องค์กรคุณภาพ		
47	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ Re-Accredit	130 - 131
48	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	132
49	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายใน	133
องค์กรแห่งความสุข		
50	หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ/กรม)	134 - 135
GREEN & CLEAN Hospital		
51	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	136 - 138
ภาคผนวก		
กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2/2566 จังหวัดหนองบัวลำภู		140 - 141
คณะผู้เข้าร่วมประชุมและติดตามตรวจเยี่ยมพื้นที่		142
คณะผู้จัดทำ		143

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผ่าน/ ไม่ผ่าน
Agenda based			
ประเด็นที่ 1 Health For Wealth			
1.1 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ			
1. ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 1) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ 5	ร้อยละ 9.00	✓
2) ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ 50	ลดลงร้อยละ 3.4	✗
3) จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัด สป.สธ.	เขตละ 2 เรื่อง	รพ.หนองบัวลำภู ศึกษาคุณภาพการนอนหลับในหญิงวัยทองที่ใช้น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา) โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	✓
1.2 การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์			
1. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	ร้อยละ 50	อยู่ระหว่างดำเนินการ	-
2. ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	ร้อยละ 30	ร้อยละ 86.66	✓
ประเด็นที่ 3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ			
1. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	ร้อยละ 75	ต.หนองบัว ร้อยละ 100 อ.เมือง ร้อยละ 5.09	✓
2. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิฯ	13 ทีม	8 ทีม ร้อยละ 61.54	✗
3. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100	✓
4. จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอมประจำตัว 3 คน	ครอบคลุม ประชากรร้อยละ 57	ร้อยละ 92.69	✓
5. โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์	มีการจัดบริการสาธารณสุขในเรือนจำ ป้องกัน ควบคุมโรค ให้บริการตรวจคัดกรอง ตรวจรักษา และให้วัคซีนเสริมภูมิคุ้มกัน		✓
Functional based			
ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ			
สุขภาพแม่และเด็ก			
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	< 17 : 100,000LB	0 : 100,000LB	✓
2. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	2.27 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	✓
เด็กปฐมวัยและวัยรุ่น			

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผ่าน/ไม่ผ่าน
1. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 86	ร้อยละ 52.49	✗
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 66	ร้อยละ 56.41	✗
3. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น	ร้อยละ 35	ร้อยละ 100	✓
4. ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ 75	ร้อยละ 87.89	✓
5. ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปีสูงดีสมส่วน	ร้อยละ 66	ร้อยละ 52.25	✗
6. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	< 23 : หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	15.05 : หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	✓
วัยทำงาน			
1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 8.0 ต่อ ปชก. แสนคน	2.19 ต่อ ปชก. แสนคน	✓
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥ ร้อยละ 80	ร้อยละ 82.8	✓
3. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง			
3.1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ ร้อยละ 70	ร้อยละ 21.79	✗
3.2) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ 93	ร้อยละ 93.34	✓
ผู้สูงอายุคุณภาพ			
1. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ 95	ร้อยละ 98.27	✓
2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 78.67	✓
3. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่า			
3.1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ร้อยละ 30	100%	✓
3.2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ร้อยละ 30	100%	✓
ประเด็นที่ 4 Digital Health			
1. จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	1,100 ครั้ง	346 ครั้ง (ร้อยละ 31.46)	✗
ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย			
1. ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ			
1.1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 9	ร้อยละ 8.47	✓
1.2) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	ร้อยละ 67	✓
1.3) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	ร้อยละ 79	✓

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผ่าน/ ไม่ผ่าน
2. ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง			
2.1) อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง	237.1	134.36	✓
	ต่อแสน ปชก.	ต่อแสน ปชก.	
2.2) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	< ร้อยละ 7	ร้อยละ 5.27	✓
2.3) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	< ร้อยละ 25	ร้อยละ 16.10	✓
2.4) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	< ร้อยละ 5	ร้อยละ 2.24	✓
2.5) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 40	ร้อยละ 78.18	✓
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง			
3.1) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ ร้อยละ 80	ร้อยละ 0.65	✗
3.2) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	≥ ร้อยละ 70	ร้อยละ 45.91	✗
3.3) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥ ร้อยละ 50	ร้อยละ 11.78	✗
3.4) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง	≥ ร้อยละ 50	ร้อยละ 80.63	✓
3.5) ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	> ร้อยละ 40	ร้อยละ 15.56	✗
3.6) ผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งในช่องปากที่เข้าเกณฑ์ ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 0	✗
4.1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์	≥ ร้อยละ 40	ร้อยละ 19.61	✗
4.2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์	≥ ร้อยละ 40	ร้อยละ 20.71	✗
5.1) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	< ร้อยละ 12	ร้อยละ 9.28	✓
5.2) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	≥ ร้อยละ 26.5	ร้อยละ 14.16	✗
5.3) อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury mortality)	< ร้อยละ 25	ร้อยละ 14.28	✓
5.4) อัตราการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน	< ร้อยละ 18.17	ร้อยละ 10.97	✓
6. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ	≥ ร้อยละ 55	ร้อยละ 43.99	✗
7. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	≥ ร้อยละ 25	ร้อยละ 37.32	✓
8. ร้อยละของการลงทะเบียนใน MIS Registration ใน 1เดือน โครงการ MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	≥ ร้อยละ 85	ร้อยละ 92.56	✓
9. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	< ร้อยละ 26	ร้อยละ 44.12	✗
10. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	≥ ร้อยละ 70	ร้อยละ 78.10	✓

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผ่าน/ ไม่ผ่าน
11.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัยโรคปอดรายใหม่	≥ ร้อยละ 88	ร้อยละ 96.42	✓
11.2 อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัยโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 80.10	✗
12. ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100 (อ.เมือง) ร้อยละ 89.44 (ทั้งจังหวัด)	✓
13.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	✓
13.2 ร้อยละของผู้ป่วย capture the Fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ	< ร้อยละ 20	ร้อยละ 1.3	✓
13.3 ร้อยละของผู้ป่วย capture the Fracture ได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง	≥ ร้อยละ 50	ร้อยละ 67.5	✓
14. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m ² /yr	≥ ร้อยละ 66	ร้อยละ 57.63 (อ.เมือง) ร้อยละ 61.57 (ทั้งจังหวัด)	✗
15.1 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	> ร้อยละ 60	ร้อยละ 97.44	✓
15.2 ร้อยละของผลงานบำบัดผู้ป่วยระบบสมรรถนะแบบผู้ป่วยนอก โปรแกรมกาย จิต สังคมบำบัด	> ร้อยละ 80	ร้อยละ 81.14	✓
16.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ อย่างบูรณาการ (AMR)	มีการดำเนินการระดับ Intermediate ลดลงจากปีก่อน	คะแนนการประเมินตนเอง 355 คะแนน อยู่ในระดับ 3 Intermediate	✓
16.2 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด		ปี 65 = 42.74 ปี 65 = 40.90	✓
17. ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	> ร้อยละ 35	ร้อยละ 16.85	✗
18. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	> ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	✗
19. อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	< ร้อยละ 5	ร้อยละ 0.51	✓
ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล			
การเงินการคลังสุขภาพ			
1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	ระดับ 7 < ร้อยละ 2 ระดับ 6 < ร้อยละ 4	ระดับ 0	✓
2. หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีและดีมาก	> ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	✓
องค์กรคุณภาพ			
3. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ Re-Accredit	ผ่าน	ผ่าน Re-Accredit ครั้งที่ 3	✓
4. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (85 คะแนนขึ้นไป)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 98.45	✗
5. ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายใน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	✓

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผ่าน/ ไม่ผ่าน
องค์กรแห่งความสุข			
5. หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ/กรม)		อยู่ระหว่างดำเนินงาน	-
GREEN & CLEAN Hospital			
6. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	ร้อยละ 30	อยู่ระหว่าง รอผลการประเมิน	-

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) : “รวมพลังภาคี เพื่อประชาชนสุขภาพดีและยั่งยืน”

- เร่งรัดการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพ เพื่อความเป็นเลิศ (Excellence)
- พัฒนาและแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพ เพื่อความเข้มแข็งในพื้นที่ (Strength)
- บริหารจัดการและบูรณาการจัดการสุขภาพ เพื่อความยั่งยืน (Support)

ยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

วิสัยทัศน์ (Vision) : จังหวัดชั้นนำ ด้านการจัดการระบบสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 8 ด้วยการบริหารที่ดี ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ (Mission) : จัดการระบบสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ค่านิยมองค์กร (Core value) :

M : Mastery เป็นนายตนเอง

O : Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่

P : People Centered ใส่ใจประชาชน

H : Humility ถ่อมตน อ่อนน้อม

N : Network พร้อมสร้างเครือข่าย

B : Be above criticize หมายความว่าเหนือ

P : Participation คำนึงถึงส่วนรวม

เป้าหมาย (Goals) : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

วิสัยทัศน์ (Vision) : เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ สมรรถนะสูง ผู้รับและผู้ให้บริการมีความสุข

พันธกิจ (Mission) :

1. ให้บริการสุขภาพในระดับทุติ-ตติยภูมิให้ครอบคลุมโรคตาม Service Plan และโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ และระดับปฐมภูมิในเขตรับผิดชอบ
2. พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลในเครือข่ายทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
3. พัฒนาภาคีสุขภาพ ให้จัดการ และลดปัญหาสุขภาพของชุมชน
4. พัฒนาระบบบริหารสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ มีธรรมาภิบาล และผู้ปฏิบัติงานมีความสุข

ค่านิยม (Core value) : MOPH

M = Mastery หมั่นฝึกฝนตนเองให้ทำในสิ่งที่ดี มีศักยภาพ ยึดมั่นในความถูกต้อง มีวินัย ปฏิบัติตามกฎระเบียบ บนพื้นฐานของการมีสำนึก รับผิดชอบ คุณธรรมและจริยธรรม

O = Originality สร้างสรรค์ นวัตกรรม/คิดค้นสิ่งใหม่ ที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ

P = People Centered approach ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในการทำงาน โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชน โดยใช้หลัก “เข้าใจ เข้าถึง ฟังได้”

H = Humility มีสัมมาคารวะ มีน้ำใจ ให้อภัย รับฟังความคิดเห็น ยึดประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน

อัตลักษณ์ : ซื่อสัตย์ รับผิดชอบต่อ มีน้ำใจ

เข็มมุ่ง : EMS

E (Environment) = Healthy Environment : 5ส ปรับภูมิทัศน์

M (Modernization) = Digital Hospital

S (Smart Service) = Service Plan : ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม, รักษาต่อหิน,

ศัลยกรรมประสาทและสมอง, ECS, BPSC Service Behavior : Mindfulness and Service mind

จุดประสงค์ (Objective) :

1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง แบบไร้รอยต่อ
2. Healthy Environment : 5ส ปรับภูมิทัศน์
3. พัฒนาคุณภาพบริการ Service Plan (3P Safety): เน้นหนัก Pneumonia, ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม, รักษาต่อหิน, ศัลยกรรมประสาทและสมอง, การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง, การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test, พัฒนาระบบการดูแลฉุกเฉิน, BPSC ใน NCDs (DM/HT) และพัฒนาระบบบำบัด ผู้ติดสารเสพติดและจิตเวช
4. พฤติกรรมบริการเป็นเลิศ MIO and ESB (Mindfulness In Organization and Excellence Service Behavior)
5. เป็นองค์กรธรรมาภิบาล และมีความมั่นคงทางด้านการเงินการคลัง
6. Digital Hospital

เป้าหมายสูงสุด

“ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

1 | PP&P Excellence

Objective: 1.ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็งแบบไร้รอยต่อ

Key Result : 1. ประชาชนเข้าถึงบริการสะดวก รวดเร็ว โดยมีบริการ Telemedicine

KPI : มีและใช้ระบบ Telemedicine ใน รพ.สต./สอ. อย่างน้อย 5 แห่ง

Key Result : 2. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

KPI : ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ต.หนองบัว น้อยกว่าร้อยละ 2

Key Result : 3. มีศูนย์ข้อมูล (Data Center) ของเครือข่าย

KPI : มีข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลสนับสนุนทรัพยากรการให้บริการ ของ รพ.สต./สอ.ในเครือข่าย

Objective: 2. Healthy Environment (5ส ปรับภูมิทัศน์)

Key Result : 4. ภูมิทัศน์ ห้องน้ำ/ห้องส้วม อากาศและพลังงาน เชื้อต่อการเจ็บป่วย สบายงาม สะอาด ปลอดภัย และเพียงพอ

KPI : ผ่านการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม ระดับ The Best (≥ 8/10 คะแนน)

(นายไพฑูรย์ ไบประเสริฐ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

2 | Service Excellence

Objective : บริการตาม Service Plan โดยเน้นหนัก Pneumonia, ฆ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม, รักษาต่อหิน, ศัลยกรรมประสาทและสมอง, การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง, การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test, พัฒนาระบบการดูแลฉุกเฉิน, BPSC ใน NCDs (DM/HT) และ พัฒนาระบบบำบัดผู้ติดเชื้อเสฟติด และผู้ป่วยจิตเวช

Key Result : 1.เพิ่มศักยภาพในการเข้าถึงบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

KPI : CMI ≥ 1.5 และ SumAdj.RW ≥ 37,000

Key Result : 2. ลดอัตราตาย

KPI : อัตราตายผู้ป่วยในรวม ลดลงจากเดิม 5%

1) อัตราตายผู้ป่วย Sepsis < 30%

2) อัตราตาย Pneumonia < 5%

Key Result : 3. ไม่เกิดอุบัติการณ์ Sentinel Event

KPI : อุบัติการณ์ Sentinel Event = 0

Key Result : 4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันได้

KPI : ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันที่ควบคุมได้

1) ผู้ป่วย DM พบ HbA1c ครั้งสุดท้าย <7% มากกว่า ร้อยละ 50

2) ผู้ป่วย HT พบ ความดัน <140/90 mmHg มากกว่า ร้อยละ 60

Key Result : 5.มีระบบการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อเสฟติดและจิตเวช ครบวงจร

KPI : มีระบบการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อเสฟติดและจิตเวช 1 ระบบ



เชื่อมโยง : Environment Modernization Smart Service

3 | People Excellence

Objective: พฤติกรรมบริการเป็นเลิศ โดย MIO and ESB (Mindfulness In Organization and Excellence Service Behavior)

Key Result : 1. บุคลากรมีพฤติกรรมบริการเป็นเลิศ

KPI : ข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ ลดลงจากเดิม ร้อยละ 20

Key Result : 2. บุคลากรมีความสุขและความผูกพันกับองค์กร

KPI : คะแนนความสุขและความผูกพันกับองค์กร สูงขึ้นจากเดิม ร้อยละ 10

Key Result : 3. บุคลากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการแต่งตั้ง/เลื่อนระดับสูงขึ้น และมีผลงานวิจัย หรือนวัตกรรม

KPI : บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ร้อยละ 100 และมีผลงานวิจัย หรือนวัตกรรมทุกกลุ่มภารกิจ

4 | Governance Excellence

Objective: 1. เป็นองค์กรธรรมาภิบาลและมีความมั่นคงทางด้านการเงินการคลัง

Key Result : 1. พัฒนาระบบการจัดซื้อจัดจ้าง

KPI : ผลการประเมิน EIA ITA ได้ 100 คะแนน

Key Result : 2. พัฒนาระบบจัดเก็บรายได้

KPI : Total Performance Score (TPS) ระดับ A

Objective: 2. Digital Hospital

Key Result : 3. SMART OPD IPD, SMART MIS

KPI : 1) OPD IPD Paperless ร้อยละ 100

2) มีระบบ Telemedicine มากกว่า 20 จุดบริการ

3) มีระบบรายงาน MIS อย่างน้อย 1 เรื่อง

(นายไพฑูรย์ ไบประเสริฐ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

Active
Go to 5

ข้อมูลบุคลากร (ตาม จ.18)

ตำแหน่ง	FTE ชั้นสูง	FTE ชั้นต่ำ	2563	2564	2565	มิ.ย. 2566
แพทย์	78	62	62	64	64	72
ทันตแพทย์	13	10	11	12	12	15
เภสัชกร	27	22	22	23	24	23
พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค	347	278	287	287	292	306
นักกายภาพบำบัด/เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู	10	8	6	6	6	10
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	21	16	12	12	14	14
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ (พยาธิ)	3	2	1	1	1	2
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ (เซลล์)	3	2	1	1	1	1
นักวิชาการสถิติ/ เจ้าพนักงานเวชสถิติ	10	6	4	4	4	4
นักเทคนิคการแพทย์/ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/ เจ้าพนักงานนักวิทยาศาสตร์การแพทย์	28	22	17	19	23	23
นักวิชาการสาธารณสุข	24	20	11	12	15	17
ช่างภาพการแพทย์/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	5	4	2	3	3	2
นักรังสีการแพทย์/เจ้าพนักงานรังสี การแพทย์	6	5	5	4	4	3
นักสังคมสงเคราะห์	5	4	4	4	4	3
วิชาชีพอื่นๆ	104	32	30	25	25	26
Back office สายสนับสนุน Back office และสายสนับสนุนวิชาชีพ	393	371	351	348	358	386
รวม		869	826	825	850	907

ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ณ กรกฎาคม 2566

จำนวนบุคลากร (ตาม จ.18) แยกตามประเภท ปีงบประมาณ 2563 - 2566

ประเภท	2563	2564	2565	2566 (มิ.ย.)
ข้าราชการ	406	465	475	479
ลูกจ้างประจำ	27	24	23	22
พนักงานราชการ	28	29	29	30
พนักงานกระทรวง ลูกจ้างรายเดือนและราย คาบ	365	307	323	376
รวม	826	825	850	907

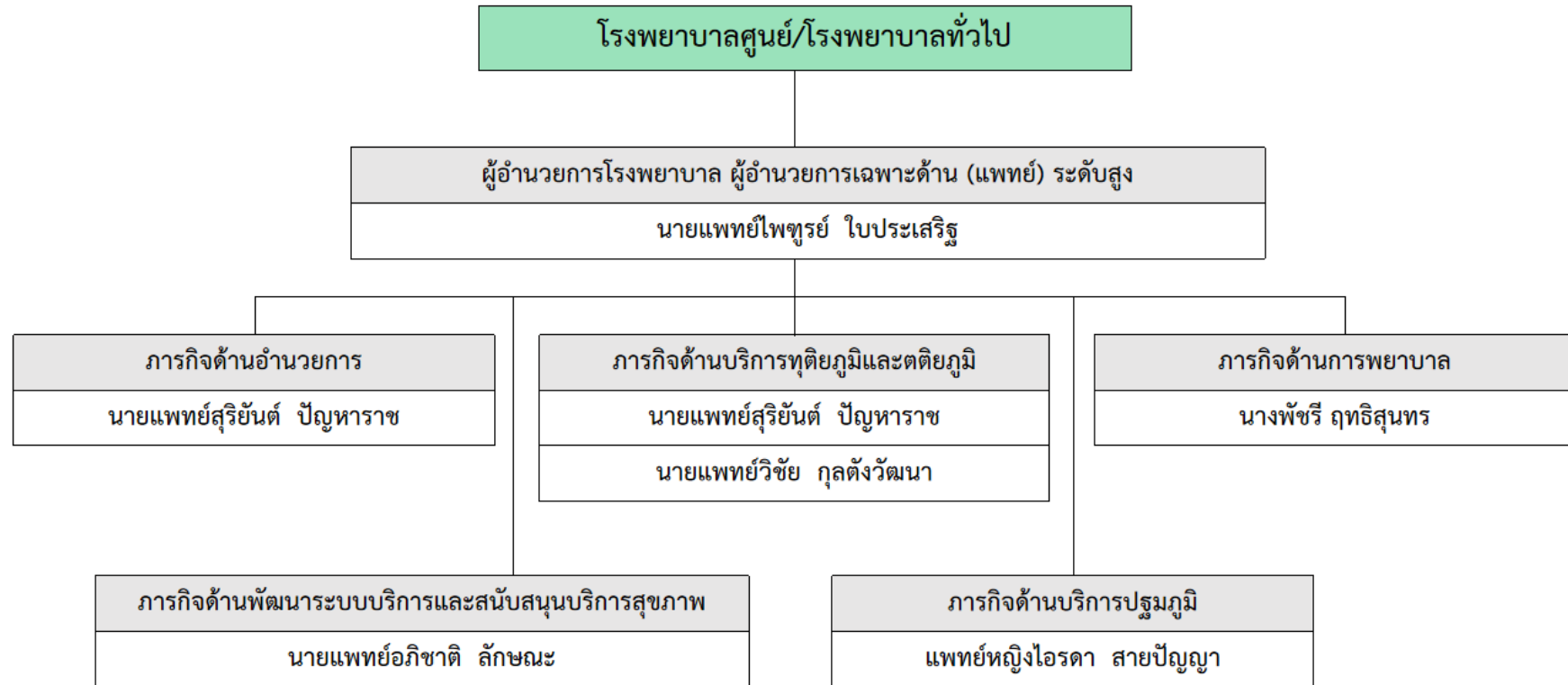
ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ณ กรกฎาคม 2566

จำนวนแพทย์เฉพาะทาง ปีงบประมาณ 2566

สาขา	จำนวน (ตามปฏิบัติงานจริง)	จำนวนศึกษาต่อ (ปีที่จบ)
1. สาขาอายุรศาสตร์	9	
1.1 อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	2	
1.2 อายุรศาสตร์โรคไต	2	
1.3 อายุรศาสตร์ทั่วไป	5	
1.4 ตจวิทยา		1 (จบ70)
2. สาขาศัลยศาสตร์	7	
2.1 ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	1	1(จบ69)
2.2 ศัลยศาสตร์ทั่วไป	4	1 (จบปี67) 1 (จบปี70ทุนเขต)
2.3 ประสาทศัลยศาสตร์	2	
2.4 ศัลยศาสตร์ตกแต่ง		1 (จบ71)
3. สาขาออร์โธปิดิกส์	4	1 (จบ67) 2 (จบ69)
3.1 สาขาออร์โธปิดิกส์ข้อสะโพกและข้อเข่า(ต่อยอด)	1	
4. สาขากุมารเวชศาสตร์	5	2 (จบ67)
4.1 กุมารเวชศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจ(ต่อยอด)	1	
5. สาขาสูติ - นรีเวชศาสตร์	6	
6. สาขาวิสัญญีวิทยา	3	
7. สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	3	
8. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว	3	
9. สาขารังสีวิทยา	3	
10. สาขาจิตเวชศาสตร์	2	
10.1 จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น		1 (จบ69)
11. สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	2	
12. สาขาจักษุวิทยา	4	
13. สาขาโสต คอ นาลิวิทยา	3	
14. สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	2	1 (จบ67)
15. แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	17	
รวม	73	12

ที่มา : องค์กรแพทย์ ณ 10 กรกฎาคม 2566

โครงสร้างองค์กร



โครงสร้างโรงพยาบาลหนองบัวลำภู สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
นายแพทย์ไพฑูรย์ ใบประเสริฐ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

นายแพทย์สุรียันต์ ปัญหาราช รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	นายแพทย์วิชัย กุลตั้งวัฒนา รองผู้อำนวยการด้านบริการ ทุติยภูมิและตติยภูมิ	นายแพทย์อภิชาติ ลักษณะ รองผู้อำนวยการด้านพัฒนา ระบบบริการและสนับสนุน บริการสุขภาพ	แพทย์หญิงไอรดา สายปัญญา รองผู้อำนวยการ ด้านบริการปฐมภูมิ	นางพัชรี ฤทธิสุนทร รองผู้อำนวยการ ด้านการพยาบาล	นายแพทย์สุรียันต์ ปัญหาราช รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน - นพ.ธนวัฒน์ คำภูแก้ว 2. กลุ่มงานอายุรกรรม - นพ.สุทธิ ถาวรยุคการต์ 3. กลุ่มงานศัลยกรรม - นพ.วิชัย กุลตั้งวัฒนา 4. กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ - นพ.อภิชาติ ลักษณะ 5. กลุ่มงานกุมารเวชกรรม - พญ.สุกัญญา ถาวรยุคการต์ 6. กลุ่มงานนิติเวช - 7. กลุ่มงานจักษุวิทยา - นพ.สรารุช สารีย์ 8. กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก - นพ.วรวิช พลเวียงธรรม 9. กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม - นพ.วิพล รัชตะพงศ์ธร 10. กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา - พญ.อรพรรณ แสงมณี 11. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด - พญ.กมลวรรณ รัชชันงาน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มงานโขนศาสตร์ - นางภาวนา จันนา 2. กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค - นายถนัด บัวแบบดี 3. กลุ่มงานทันตกรรม - ทพ.ฉลองรัฐ เตชา 4. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และ พยาธิวิทยาคลินิก - นางสาวยุพาพรรณ จารัตน์ 5. กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ - นางสาวอาทิตย์ยา เจริญวรรณ 6. กลุ่มงานเภสัชกรรม - นางสาววาทีณี บุญรัตน์ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มงานสารสนเทศทาง การแพทย์ - นพ.วรวิช พลเวียงธรรม 2. กลุ่มงานประกันสุขภาพ - พญ.อรพรรณ นิมิตรวงศ์สกุล 3. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และ แผนงานโครงการ - นางอมรรัตน์ ทองอุทัยศิริ 4. กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากร บุคคล - นางอมรรัตน์ ทองอุทัยศิริ 5. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ บริการและมาตรฐาน - พญ.วรพรรณ ศรีภักดี 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มงานผู้ป่วยนอก - พญ.วรพรรณ ศรีภักดี 2. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก - พญ.ไอรดา สายปัญญา 3. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม - พญ.ไอรดา สายปัญญา 4. กลุ่มงานสุขศึกษา - นางอารยา จากุมปา 5. กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม - พญ.เสาวนีย์ แก้วบุญเรือง 6. กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน - นางขวัญจิต คงพุดิคุณ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน - นางธนิยา เฟ็งสา 2. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก - น.ส.วันดี เล่าพิเศษพิพัฒน์กุล 3. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก - นางสาวมะลิวรรณ บุญแสน 4. กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด - นางอุบล ศรีนากรุง 5. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด - นางวิลาสินี ราชจำปี 6. กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี - นางเกษร พัวเหล็ก 7. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม - นางสาวสุพิมล บุตรรัตน์ 8. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม - น.ส.สุรีย์พร บุญเรือง 9. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ- นรีเวช - นางชลิตา ดอนเสนา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มงานบริหารทั่วไป - นายสุระพันธ์ ใจกล้า 2. กลุ่มงานพัสดุ - นางสาวเปมิกา พันธุศิริ 3. กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน และวิศวกรรมทางการแพทย์ - นายธนากร ทีปานนท์ 4. กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล - นางรุ่งนภา ถาบุญเรือง 5. กลุ่มงานการเงิน - นางโสภา แสงนิล 6. กลุ่มงานบัญชี - นางโสภา แสงนิล (ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงาน บัญชี)

นายแพทย์สุรียันต์ ปัญหาราช รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	นายแพทย์วิชัย กุลตังวัฒนา รองผู้อำนวยการด้านบริการ ทุติยภูมิและตติยภูมิ	นายแพทย์อภิชาติ ลักษณะ รองผู้อำนวยการด้านพัฒนา ระบบบริการและสนับสนุน บริการสุขภาพ	แพทย์หญิงไอรดา สายปัญญา รองผู้อำนวยการ ด้านบริการปฐมภูมิ	นางพัชรี ฤทธิสุนทร รองผู้อำนวยการ ด้านการพยาบาล	นายแพทย์สุรียันต์ ปัญหาราช รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
<p>12. กลุ่มงานรังสีวิทยา - พญ.ภัทรศิริรินทร์ คำมี</p> <p>13. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู - นพ.สุรียันต์ ปัญหาราช</p>				<p>10. กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช - น.ส.กัลฐิพร ชัยประทานพงษ์</p> <p>11. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย กุมารเวชกรรม - นางวิไลวัลย์ พนาสิกุล</p> <p>12. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์ - นางศิริฉัตร ชัยทุมมา</p> <p>13. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ - นางอภิญา กัญญาแสงศรี</p> <p>14. กลุ่มงานการพยาบาลด้านการ ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ - นางสุวัชรา ท้าวพา</p> <p>15. กลุ่มงานการพยาบาลตรวจ รักษาพิเศษ - นางสุภาพร ไชยวัฒนตระกูล</p> <p>16. กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการ พยาบาล - นางสาวเรืองศิริ ภาณุเวช</p>	

ข้อมูลบริการ

1. จำนวนประชากรจังหวัดหนองบัวลำภู จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	ประชากร ปี 2566 (คน)			ร้อยละ	ความหนาแน่น พชก.ตร.กม.	จำนวนหลังคา เรือน
	ชาย	หญิง	รวม			
เมือง	67,815	68,827	136,642	26.88	151	47,210
นากลาง	46,089	46,193	92,282	18.15	162	27,303
ศรีบุญเรือง	54,865	54,452	109,317	21.51	132	32,071
โนนสัง	32,250	32,735	64,985	12.78	112	17,386
สุวรรณคูหา	33,798	34,104	67,902	13.36	105	20,012
นาหว้า	18,525	18,672	37,197	7.32	114	11,183
รวม	253,342	254,983	508,325	100	132	155,165

ที่มา : ประชากรทะเบียนราษฎร HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ กรกฎาคม 2566

2. จำนวนประชากรอำเภอเมืองหนองบัวลำภู จำแนกรายตำบล

รหัส	ตำบล	ประชากร		รวม	ร้อยละ
		ชาย	หญิง		
390101	หนองบัว	7,154	7,505	14,659	10.73
390102	หนองภัยศุนย์	3,566	3,618	7,184	5.26
390103	โพธิ์ชัย	3,283	3,397	6,680	4.89
390104	หนองสวรรค์	3,438	3,546	6,984	5.11
390105	ห้วยนา	4,949	4,925	9,874	7.23
390106	บ้านขาม	4,792	4,874	9,666	7.07
390107	นามะเฟือง	4,700	4,988	9,688	7.09
390108	บ้านพร้าว	4,864	4,881	9,745	7.13
390109	โนนขมิ้น	4,125	3,979	8,104	5.93
390110	ลำภู	4,531	4,967	9,498	6.95
390111	กุดจิก	6,371	6,083	12,454	9.11
390112	โนนทัน	3,766	3,840	7,606	5.57
390113	นาคำไฮ	5,539	5,581	11,120	8.14
390114	ป่าไม้งาม	4,207	4,221	8,428	6.17
390115	หนองหว่า	2,530	2,422	4,952	3.62
	รวม	67,815	68,827	136,642	100.00

ที่มา : ประชากรทะเบียนราษฎร HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ กรกฎาคม 2566

3. ศักยภาพการให้บริการ

3.1 จำนวนเตียงผู้ป่วยใน

หอผู้ป่วย	จำนวนเตียง				
	2562	2563	2564	2565	2566 (มิ.ย.)
อายุรกรรมชาย	30	30	30	30	30
อายุรกรรมหญิง	30	30	30	30	30
ศัลยกรรมชาย	30	30	30	30	30
ศัลยกรรมหญิง	30	30	30	30	30
ศัลยกรรมกระดูก	30	30	30	30	30
สูติ-นรีเวชกรรม	30	30	30	30	30
กุมารเวชกรรม	30	30	30	30	30
จักษุ โสต ศอ นาสิก	30	30	30	30	30
NICU	15	15	6	6	6
พิเศษ	60	60	72	72	72
จิตเวช	20	20	20	20	20
หออภิบาลสงฆ์	12	18	12	12	12
รวม	347	353	350	350	350
ห้อง ICU	8	20	20	20	20
ห้องคลอด	6	6	4	4	4
ห้องผ่าตัด	5.2 + 1 (ESWL)	5.2 + 1 (ESWL)	5.2 + 1 (ESWL)	5.2 + 1 (ESWL)	5.2 + 1 (ESWL)

3.2 จำนวนผู้ป่วยใน

หอผู้ป่วย	ปี 2563			ปี 2564			ปี 2565			ปี 2566 (มิ.ย.)		
	จำนวนผู้ป่วย	วันนอน	อัตราครองเตียง	จำนวนผู้ป่วย	วันนอน	อัตราครองเตียง	จำนวนผู้ป่วย	วันนอน	อัตราครองเตียง	จำนวนผู้ป่วย	วันนอน	อัตราครองเตียง
อายุรกรรมชาย	2,090	10,281	93.89	2,082	11,995	109.54	2,143	12,196	111.38	1,509	8,874	108.35
อายุรกรรมหญิง	2,230	8,076	73.75	2,096	8,906	81.33	2,130	9,251	84.48	1,846	8,192	100.02
ศัลยกรรมชาย	2,508	10,376	94.75	2,528	10,090	92.15	2,947	12,452	113.72	2,238	9,686	118.27
ศัลยกรรมหญิง	2,228	8,235	75.20	2,373	8,609	78.62	2,594	9,191	83.94	2,163	7,345	89.68
ศัลยกรรมกระดูก	1,894	7,950	72.60	1,476	6,396	58.41	1,646	7,090	64.75	1,149	5,353	65.36
สูติ-นารีเวช	2,054	5,496	50.19	1,556	4,182	38.19	1,402	3,782	34.54	1,067	2,912	35.56
กุมารเวช	2,608	5,718	52.29	1,346	3,534	32.27	2,696	9,279	84.74	1,929	4,166	50.87
EENT	2,037	4,090	37.35	1,606	5,256	48.00	2,515	9,135	83.42	1,586	3,968	48.45
พิเศษ	6,444	21,274	97.14	6,863	24,612	93.65	5,788	20,856	79.36	5,498	19,212	97.74
NICU SICK NB	585	4,384	80.07	507	4,142	75.65	434	3,522	48.25	372	3,121	76.21
จิตเวช	414	7,523	103.05	513	7,509	102.86	448	5,745	78.70	322	4,431	81.15
อภิบาลสงฆ์	131	444	10.13	92	516	11.78	82	523	11.94	68	273	8.33
รวม	27,632	102,251	86.7	23,395	98,898	90.32	26,193	115,087	105.10	20,035	79,973	96.68

4. สถิติการให้บริการรักษาพยาบาล

รายการ	หน่วยนับ	ปี 2563	2564	ปี 2565	ปี 2566 (ถ.ย.)
1. จำนวนผู้ป่วยนอก	ราย	289,477	338,413	374,009	241,806
2. เฉลี่ยต่อวัน	ราย	1,012	1,183	1,308	1,127
3. รับ Refer In	ราย	9,040	4,365	2,323	1,867
4. เฉลี่ยรับ Refer ต่อวัน	ราย	25	12	6	7
5. ส่ง Refer Out	ราย	5,073	3,810	3,771	3,950
6. เฉลี่ยส่ง Refer Out ต่อวัน	ราย	14	10	13	14
7. จำนวนเตียง (ขออนุญาต)	ราย	350	350	350	350
8. จำนวนเตียง (จริง)	323	353	353	353	353
9. จำนวนผู้ป่วยรับใหม่	คน	25,286	24,276	26,955	20,017
10. เฉลี่ยผู้ป่วยรับใหม่	คน	69	67	74	73
11. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	วัน	98,704	106,185	120,720	79,973
12. เฉลี่ยผู้ป่วยนอนในอนโรงพยาบาลต่อวัน	คน	261	271	283	290
13. เฉลี่ยวันนอน ต่อคน	วัน	3.90	4.39	4.48	3.99
14. อัตราการครองเตียง	ร้อยละ	81.75	89.42	94.23	96.68
15. จำนวนผู้ป่วยในถึงแก่กรรมทั้งหมด	คน	377	447	541	389
16. เฉลี่ยผู้ป่วยถึงแก่กรรมต่อวัน	คน	1.0	1.2	1.5	1.4
17. จำนวนผู้ป่วยใน (จำหน่าย)	ราย	25,308	24,170	26,984	20,035
18. เฉลี่ยผู้ป่วยในจำหน่ายต่อวัน	ราย	69.1	66.2	73.9	73
19. จำนวนผู้มารับบริการคลอด	ราย	2,796	2,445	2,225	1,437
20. จำนวนผู้ป่วยคลอดต่อวัน	ราย	7.6	6.7	6.1	5.3
21. จำนวนผ่าตัดใหญ่	ราย	7,520	7,428	7,916	6,541
22. เฉลี่ยผ่าตัดต่อวัน	ราย	20.5	20.3	21.7	23.9
23. Active Bed		261	271	283	290
24. CMI รวมทุกสิทธิ์		1.2963	1.4229	1.3546	1.4532
25. Sum Adj.RW		32,316.3922	34,294.7470	36,409.9043	28,817.4529

5. 10 อันดับโรค

5.1) 10 อันดับโรคและอัตราผู้ป่วยนอก ปี 2564 - 2566

อันดับ	ปี 2564 จำนวนผู้ป่วย 338,413 ราย (ร้อยละ)		ปี 2565 จำนวนผู้ป่วย 374,009 ราย (ร้อยละ)		ปี 2566 (มิ.ย.) จำนวนผู้ป่วย 241,806 ราย (ร้อยละ)	
	1	Diabetes mellitus	5.9	Diabetes mellitus	5.3	Diabetes mellitus
2	CRF	4.4	CRF	3.9	CRF	4.6
3	Hypertension	2.9	Hypertension	2.7	Hypertension	3.7
4	Myalgia	2.3	Myalgia	2.3	Myalgia	3.2
5	Abdominal and pelvic pain	1.4	Shoulder lesions	1.3	Shoulder lesions	2.0
6	Shoulder lesions	1.3	Abdominal and pelvic pain	1.2	Gingivitis and periodontal diseases	1.5
7	HIV	1.1	HIV	1.1	Diarrhoea and AGE	1.3
8	Diseases of pulp and periapical tissues	1.1	Gingivitis and periodontal diseases	1.0	Abdominal and pelvic pain	1.3
9	Calculus of kidney and ureter	1.0	Diseases of pulp and periapical tissues	0.8	HIV	1.2
10	Other disorders of muscle	0.8	Senile cataract	0.8	Diseases of pulp and periapical tissues	1.1

5.2) 10 อันดับโรคและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2564 - 2566

อันดับ	ปี 2564 จำนวนผู้ป่วย 23,395 ราย (ร้อยละ)		ปี 2565 จำนวนผู้ป่วย 26,984 ราย (ร้อยละ)		ปี 2566 (มิ.ย.) จำนวนผู้ป่วย 20,035 ราย (ร้อยละ)	
	1	Pneumonia	5.7	Pneumonia	5.5	Senile cataract
2	Senile cataract	4.5	Acute upper respiratory infections	4.5	Pneumonia	4.4
3	Intracranial injury	2.6	Senile cataract	4.3	Diarrhoea and AGE	3.6
4	Acute appendicitis	2.6	Acute pharyngitis	2.7	Thalassaemia	2.8
5	Cerebral infarction	2.3	Intracranial injury	2.5	Acute appendicitis	2.4
6	Diarrhoea and AGE	2.0	Thalassaemia	2.4	Intracranial injury	2.2
7	Thalassaemia	1.8	Acute appendicitis	2.4	Acute bronchitis	2.2
8	Infection wound	1.5	Cerebral infarction	1.9	Cerebral infarction	2.0
9	Fracture of forearm	1.3	Infection wound	1.7	Infection wound	1.7
10	Neonatal jaundice	1.3	Diarrhoea and AGE	1.7	Gastritis and duodenitis	1.5

6. อัตราตาย แยกโรค 10 อันดับ

6.1) อัตราตายผู้ป่วยใน แยกโรค 10 อันดับ ปี 2564 - 2566

อันดับ	ปี 2564 จำนวนตาย 447 ราย (ร้อยละ)		ปี 2565 จำนวนตาย 541 ราย (ร้อยละ)		ปี 2566 (มิ.ย.) จำนวนตาย 389 ราย (ร้อยละ)	
	1	Pneumonia	16.1	Pneumonia	22.6	Pneumonia
2	Intracerebral haemorrhage	5.9	UGIB	4.1	Intracerebral haemorrhage	2.9
3	Intracranial injury	5.2	Acute MI	3.9	Intracranial injury	1.5
4	Cardiac arrest	3.9	Intracerebral haemorrhage	3.9	Acute MI	1.3
5	HIV	3.4	Intracranial injury	3.7	Plantar fascial fibromatosis	1.3
6	Cerebral infarction	3.4	Cardiac arrest	3.3	Leptospirosis	1.0
7	COPD	3.1	Plantar fascial fibromatosis	3.1	Septicaemia	1.0
8	Other disorders of urinary system	2.6	Septicaemia	2.4	UGIB	1.0
9	UGIB	2.3	Heart failure	2.2	CA liver and intranhepatic bile ducts	0.8
10	CRF	2.3	Pneumonitis due to solids and liquids	2.2	COPD	0.8

7. 10 อันดับ Refer

7.1) 10 อันดับโรคและอัตราผู้ป่วยที่ Refer IN โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปี 2564 - 2566

อันดับ	ปี 2564 จำนวนผู้ป่วย 4,365 ราย (ร้อยละ)		ปี 2565 จำนวนผู้ป่วย 2,323 ราย (ร้อยละ)		ปี 2566 (มิ.ย.) จำนวนผู้ป่วย 1,867 ราย (ร้อยละ)	
	1	Calculus of kidney and ureter	8.0	Calculus of kidney and ureter	8.3	Senile cataract
2	Senile cataract	7.9	Senile cataract	8.1	Calculus of kidney and ureter	8.2
3	Diabetes mellitus	4.0	Supervision of normal pregnancy	5.7	Supervision of normal pregnancy	6.3
4	Hyperplasia of prostate	3.5	Stroke	2.5	Other disorders of conjunctiva	3.1
5	Stroke	2.7	Supervision of high-risk pregnancy	2.4	Hyperplasia of prostate	2.9
6	Glaucoma	2.2	Hyperplasia of prostate	2.2	Other and unspecified injuries of head	2.4
7	Other disorders of conjunctiva	2.1	Other disorders of conjunctiva	2.2	Diabetes mellitus	2.3
8	Supervision of normal pregnancy	1.9	Other and unspecified injuries of head	1.8	Unspecified haematuria	1.9
9	Acute appendicitis	1.8	Acute appendicitis	1.6	Stroke	1.7
10	Presence of other functional implants	1.6	Glaucoma	1.5	Specific developmental disorders of speech and language	1.7

7.2) 10 อันดับโรคและอัตราผู้ป่วยที่ Refer Out โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปี 2564 – 2566

อันดับ	ปี 2564 จำนวนผู้ป่วย 3,810 ราย (ร้อยละ)		ปี 2565 จำนวนผู้ป่วย 3,771 ราย (ร้อยละ)		ปี 2566 (มิ.ย.) จำนวนผู้ป่วย 3,950 ราย (ร้อยละ)	
	โรค	อัตรา	โรค	อัตรา	โรค	อัตรา
1	Acute MI	3.4	CRF	4.1	CRF	5.6
2	CA liver and intrahepatic bile ducts	2.6	CA breast	3.6	Unspecified lump in breast	3.1
3	CA breast	2.5	Supervision of high-risk pregnancy	3.2	CA breast	2.6
4	Supervision of high-risk pregnancy	2.4	CA liver and intrahepatic bile ducts	2.8	Acute MI	2.5
5	CRF	2.3	Unspecified lump in breast	2.5	CA liver and intrahepatic bile ducts	2.1
6	CA thyroid gland	2.0	CA thyroid gland	2.5	Supervision of high-risk pregnancy	2.0
7	Unspecified lump in breast	1.4	Acute MI	2.5	CA thyroid gland	1.7
8	Carcinoma in situ of middle ear and respiratory system	1.3	Chronic viral hepatitis	1.6	Thyrotoxicosis	1.6
9	Chronic viral hepatitis	1.3	Other retinal disorders	1.4	SLE	1.5
10	Chronic ischaemic heart disease	1.2	Other strabismus	1.2	Other strabismus	1.3

สถานการณ์การเงิน

1. หมวดรายได้

1.1 รายรับ ปีงบประมาณ 2563 – 2566

ประสิทธิผลการจัดการด้าน การเงิน	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (มิ.ย.)
รายได้ UC (EMS, แรงแงานต่างด้าว)	226,412,098.36	277,654,553.60	193,384,940.16	219,514,143.17
	33.89	29.45	17.78	33.71
รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร	180,647,677.96	201,699,581.50	212,571,816.27	167,811,054.47
	27.04	21.39	19.54	25.77
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	74,808,325.40	83,838,467.05	105,836,900.54	77,552,666.08
	11.20	8.89	9.73	11.91
รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น ๆ (รายได้อื่น, พรบ.)	69,263,473.71	216,723,426.05	437,391,271.75	80,162,310.96
	10.37	22.99	40.20	12.31
รายได้ชำระเงินเอง	48,902,557.93	45,987,707.29	47,442,936.33	36,764,607.33
	7.32	4.88	4.36	5.65
รายได้ประกันสังคม	36,441,532.96	69,598,781.13	48,856,092.29	18,861,000.29
	5.45	7.38	4.49	2.90
รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด+อปท.	16,359,896.65	20,756,628.88	18,758,050.43	15,495,743.65
	2.45	2.20	1.72	2.38
รายได้อื่น (ระบบอัตโนมัติ)	10,663.59	2,016,230.48	3,424,299.00	3,209,779.00
	0.00	0.21	0.31	0.49
รายได้งบลงทุน	15,283,340.62	24,601,064.56	20,257,503.78	31,770,613.49
	2.29	2.61	1.86	4.88
รายรับรวม (บาท)	668,129,567.18	942,876,440.54	1,087,923,810.55	651,141,918.44
	100.00	100.00	100.00	100.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	55,677,463.93	78,573,036.71	90,660,317.55	72,349,102.05

1.2 สถานะทางการเงิน หมวดรายได้ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566)

รายการ	แผนปี 2565	แผนปี 2566	ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566			ร้อยละ
			แผนรายรับ	รายรับจริง	ผลต่าง	
รายได้ UC	192,270,229.94	272,581,668.10	204,436,251.08	218,754,598.46	14,318,347.39	7.00
รายได้จาก EMS	958,300.00	469,200.00	351,900.00	169,200.00	-182,700.00	-51.92
รายได้ค่ารักษาเบิก ต้นสังกัด	2,909,563.50	1,592,019.30	1,194,014.48	1,527,546.25	333,531.78	27.93
รายได้ค่ารักษา อปท.	15,848,486.93	19,389,642.40	14,542,231.80	13,968,197.40	-574,034.40	-3.95
รายได้ค่ารักษา เบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	105,836,900.54	87,227,707.90	65,420,780.93	77,552,666.08	12,131,885.16	18.54
รายได้ประกันสังคม	48,856,092.29	50,010,627.00	37,507,970.25	18,861,000.29	-18,646,969.96	-49.71
รายได้แรงงานต่าง ด้าว	156,410.22	431,395.50	323,546.63	590,344.71	266,798.09	82.46
รายได้ค่ารักษาและ บริการอื่น ๆ	399,937,490.54	122,607,605.60	91,955,704.20	71,318,434.08	-20,637,270.12	-22.44
รายได้งบประมาณ ส่วนบุคลากร	212,571,816.27	222,932,454.60	167,199,340.95	167,811,054.47	611,713.52	0.37
รายได้อื่น	84,896,717.54	66,499,571.40	49,874,678.55	45,608,484.21	-4,266,194.34	-8.55
รายได้อื่น (ระบบอัตโนมัติ)	3,424,299.00	3,052,797.00	2,289,597.75	3209779.00	920,181.25	40.19
รายได้งบลงทุน	20,257,503.78	66,944,603.70	50,208,452.78	31,770,613.49	-18,437,839.29	-36.72
รวมรายได้	1,087,923,810.55	913,739,292.50	685,304,469.38	651,141,918.44	-34,162,550.94	-4.99

2. หมวดรายจ่าย

2.1 รายจ่าย ปีงบประมาณ 2563 – 2566

หมวดรายจ่าย	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ม.ย.)
ยาและเวชภัณฑ์มีไข้ยา,ทันตกรรม ,วิทยาศาสตร์	176,975,944.84	201,284,199.29	296,676,134.26	163,283,549.60
	25.68	25.99	33.24768531	26.60
ค่าจ้างและค่าตอบแทน (งบร.)	153,397,756.24	158,004,586.89	212,616,002.09	133,421,042.80
	22.26	20.40	23.83	21.73
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ (งปม.)	180,703,868.22	201,596,552.54	169,079,081.43	167,890,366.85
	26.22	26.03	18.95	27.35
ค่าเสื่อมราคาและตัดจำหน่าย/หนี้ สงสัยจะสูญ	60,029,601.84	60,965,433.07	63,204,381.34	48,384,381.51
	8.71	7.87	7.08	7.88
ค่าใช้สอย	60,505,515.56	55,152,365.95	90,611,810.43	47,477,746.67
	8.78	7.12	10.15	7.73
ค่าสาธารณูปโภค	20,799,016.60	20,614,495.80	18,331,376.02	22,954,603.04
	3.02	2.66	2.05	3.74
ค่าวัสดุทั่วไป	24,063,032.85	22,921,947.95	31,479,514.10	21,056,521.82
	3.49	2.96	3.53	3.43
ค่าใช้จ่ายอื่น	9,091,613.24	49,970,574.78	7,618,290.35	6,166,555.10
	1.32	6.45	0.85	1.00
ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบบอัตโนมัติ)	3,604,229.36	3,855,934.31	2,704,579.17	3,276,988.33
	0.52	0.50	0.30	0.53
รายจ่ายรวม (บาท)	689,170,578.75	774,366,090.58	892,321,169.19	613,911,755.72
	100.00	100.00	100.00	100.00
รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน	57,430,881.56	64,530,507.55	74,360,097.43	68,212,417.30

2.2 สถานะทางการเงิน หมาดรายจ่าย ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566)

รายการ	ปี2565	แผนปี 2566	ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566			ร้อยละ
			แผนรายจ่าย	รายจ่ายจริง	ผลต่าง	
ต้นทุนยา	150,465,185.48	109,838,522.70	82,378,892.03	82,199,022.61	-179,869.41	-0.22
ต้นทุนเวชภัณฑ์มีใช้ ยาและวัสดุ การแพทย์	90,121,979.57	70,580,000.00	52,935,000.00	57,560,846.19	4,625,846.19	8.74
ต้นทุนวัสดุ ทันตกรรม	916,629.60	1,300,000.00	975,000.00	679,154.16	-295,845.84	-30.34
ต้นทุนวัสดุ วิทยาศาสตร์ การแพทย์	55,172,339.61	30,599,000.00	22,949,250.00	22,844,526.64	-104,723.36	-0.46
เงินเดือนและค่าจ้าง ประจำ	212,616,002.09	222,932,454.60	167,199,340.95	167,890,366.85	691,025.90	0.41
ค่าจ้างชั่วคราว	42,823,130.00	51,434,225.90	38,575,669.43	38,060,422.00	-515,247.42	-1.34
ค่าตอบแทน	126,255,951.43	127,159,970.20	95,369,977.65	95,360,620.80	-9,356.85	-0.01
ค่าใช้จ่ายบุคลากร อื่น	34,578,538.08	15,142,115.20	11,356,586.40	11,054,500.07	-302,086.33	-2.66
ค่าใช้สอย	56,033,272.35	85,641,004.00	64,230,753.00	36,423,246.60	-27,807,506.40	-43.29
ค่าสาธารณูปโภค	18,331,376.02	24,612,449.80	18,459,337.35	22,954,603.04	4,495,265.69	24.35
วัสดุทั่วไป	31,479,514.10	26,138,000.00	19,603,500.00	21,056,521.82	1,453,021.82	7.41
ค่าเสื่อมราคาและค่า ตัดจำหน่าย	62,076,900.01	63,000,000.00	47,250,000.00	46,945,637.24	-304,362.76	-0.64
หนี้สูญและสงสัยจะ สูญ	1,127,481.33	2,384,898.70	1,788,674.03	1,438,744.27	-349,929.76	-19.56
ค่าใช้จ่ายอื่น	7,618,290.35	10,000,000.00	7,500,000.00	6,166,555.10	-1,333,444.90	-17.78
ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบบอัตโนมัติ)	2,704,579.17	3,000,000.00	2,250,000.00	3,276,988.33	1,026,988.33	45.64
รวมค่าใช้จ่าย	892,321,169.19	843,762,641.10	632,821,980.83	613,911,755.72	-18,910,225.11	-2.99

3. ค่าดัชนีชี้วัดทางการเงิน ปีงบประมาณ 2563 - 2566 (ณ มิถุนายน 2566)

ประสิทธิภาพการจัดการด้านการเงิน	เกณฑ์	ปีงบประมาณ				
		2563	2564	2565	2566 (มิ.ย.)	
1. อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ(Cash ratio)	> 0.8	0.67	1.1	2.24	2.31	
2. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว(Quick ratio)	> 1	1.11	2.28	4.34	3.86	
3. อัตราส่วนทุนหมุนเวียน(Current ratio)	> 1.5	1.33	2.47	4.59	4.08	
4. รายได้รวม/ค่าใช้จ่ายรวม(I/E ratio)	> 1	0.94	1.22	1.22	1.06	
5. ทุนสำรองสุทธิ (Net working capital) (ล้านบาท)		56.32	235.66	422.49	439.19	
6. อัตรากำไรสุทธิไม่รวมค่าเสื่อมราคาและตัดจำหน่าย	>0.0	-1.29	24.27	23.69	1.17	
7. Risk score	0	3	0	0	0	
8. ต้นทุนดำเนินการทั้งหมดต่อ RW (บาท)		21,436.93	14,674.85	12,877.92	15,183.94	13,234.24
9. ต้นทุนดำเนินการทั้งหมดต่อ OPD Visit (บาท)		1,106.21	967.1	922.61	980.23	1,015.28

4. การดำเนินงานวิกฤติทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring Plus) ปีงบประมาณ 2566

เดือน	เกณฑ์กระทรวง (NI)									เกณฑ์เขตสุขภาพที่ 8 (NI)								
	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depreciation MOPH	Liquid Index	Status Index	Survival Index	Risk Scoring (กระทรวง NI)	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depreciation R8WAY	Liquid Index	Status Index	Survival Index	Risk Scoring เขตสุขภาพที่ 8 (NI)
ต.ค.-65	4.84	4.58	2.50	448,471,106.78	27,390,594.46	0	0	0	0	3.40	3.22	1.75	398,922,029.38	37,127,767.44	0	0	0	0
พ.ย.-65	5.32	4.97	2.39	454,631,923.61	32,404,829.74	0	0	0	0	3.62	3.38	1.63	405,082,846.21	40,128,353.25	0	0	0	0
ธ.ค.-65	6.05	5.69	3.32	479,801,942.80	57,172,626.30	0	0	0	0	4.16	3.91	2.28	436,641,555.22	43,334,061.32	0	0	0	0
ม.ค.-66	5.34	5.09	3.10	494,013,384.81	84,864,767.50	0	0	0	0	3.99	3.80	2.31	455,648,595.85	55,718,233.13	0	0	0	0
ก.พ.-66	5.59	5.32	3.15	499,040,795.50	86,192,639.97	0	0	0	0	4.27	4.07	2.40	465,471,605.16	62,416,034.47	0	0	0	0
มี.ค.-66	4.51	4.29	2.61	470,286,271.42	68,525,723.52	0	0	0	0	3.71	3.53	2.14	441,512,679.70	49,117,774.88	0	0	0	0
เม.ย.-66	4.45	4.19	2.54	470,570,622.59	70,153,030.39	0	0	0	0	3.78	3.56	2.16	446,592,629.49	55,540,680.37	0	0	0	0
พ.ค.-66	4.03	3.77	2.33	450,853,636.06	45,194,687.93	0	0	0	0	3.57	3.33	2.06	431,671,241.58	35,753,627.29	0	0	0	0
มิ.ย.-66	4.08	3.86	2.31	439,187,792.47	37,230,162.72	0	0	0	0	3.59	3.39	2.03	420,005,397.99	27,708,189.08	0	0	0	0

ตาราง คะแนนคุณภาพการส่งงบการเงิน ของแม่ข่ายและลูกข่าย

ชื่อหน่วยงาน	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ						ผลการประเมิน
	คะแนนเต็ม	2562	2563	2564	2565	2566 (มิ.ย.)	
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู (แม่ข่าย)	100	100	100	100	100	100	ผ่าน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่ง (ลูกข่าย)	50	50	50	50	-	-	ผ่าน

ผลการประเมินต้นทุนหน่วยบริการแบบ Quick Method

ไตรมาส	ต้นทุนผู้ป่วยนอก		ผลการประเมิน	ต้นทุนผู้ป่วยใน		ผลการประเมิน
	ต้นทุน	Mean+1SD		ต้นทุน	Mean+1SD	
ไตรมาส 4/2562	895.64	981.62	ผ่าน	13,422.40	17,984.21	ผ่าน
ไตรมาส 4/2563	967.10	1,104.59	ผ่าน	14,674.85	18,115.34	ผ่าน
ไตรมาส 4/2564	922.61	1,113.07	ผ่าน	12,877.92	20,677.21	ผ่าน
ไตรมาส 4/2565	980.23	1,106.21	ผ่าน	15,183.94	21,436.93	ผ่าน
ไตรมาส 2/2566	1,000.48	1,258.46	ผ่าน	12,554.28	19,746.41	ผ่าน

6. ผลการบริหาร งบประมาณ-ค่าเสื่อม และ งบประมาณลงทุน

UC	ได้รับจัดสรร	เบิกจ่าย	คงเหลือ	นำเข้าเงินบำรุง	หมายเหตุ
ปี 2561	15,182,885.00	14,576,900.00	-	605,985.00	ดอกเบี้ยย/ค่าปรับ
ปี 2562	15,984,776.02	12,005,858.55	416,869.73	-	ดอกเบี้ยย/ค่าปรับรอนำเข้าเงินบำรุง
ปี 2563	15,230,238.86	12,039,828.00	3,190,410.86	2,966,807.69	โอนให้ รพ.สต.หมากเลือด 267,966.00 บาท
ปี 2564	12,972,716.56	12,117,475.52	817,161.04	356,941.04	ค่าปรับ 38,080.00 บาท
ปี 2565	15,262,978.78	645,620.00	14,617,358.78	-	โอนให้ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา 498,300.00 บาท
ปี 2565	15,262,978.78	15,098,728.78	164,250.00	264,446.31	ดอกเบี้ยย 33,470.34 บาท

งบประมาณ	ประเภท	ได้รับจัดสรร	เบิกจ่าย	คงเหลือ	หมายเหตุ
ปี 2563	ครุภัณฑ์	8,526,000.00	8,526,000.00	-	
ปี 2564	ครุภัณฑ์/อาคาร	20,416,400.00	19,999,400.00	417,000.00	ส่งคืนงบ
	เงินกู้-COVID	16,300,500.00	15,446,121.51	854,378.49	ส่งคืนงบ
ปี 2565	ครุภัณฑ์/สิ่งก่อสร้าง	40,543,400.00	10,890,291.59	29,653,108.41	ส่งคืนงบ 3,909,965.24
	เงินกัน อาคาร ER	25,743,143.17	18,380,243.17	7,362,900.00	รอการเบิกจ่าย
ปี 2566	ครุภัณฑ์	14,693,000.00	10,104,000.00	4,589,000.00	รอการเบิกจ่าย

ตารางที่ 7 รายรับเงินบำรุง

รายการ	ไตรมาส 1/2566	ไตรมาส 2/2566	ไตรมาส 3/2566	รวมรายได้
รายได้ UC	86,303,874.65	83,561,152.52	62,608,449.85	232,473,477.02
รายได้จาก EMS	191,000.00	526,150.00	-	717,150.00
รายได้ค่ารักษาพยาบาลเบิกต้นสังกัด	133,466.00	467,781.61	354,965.75	956,213.36
รายได้ค่ารักษาพยาบาล อปท.	2,404,792.79	2,892,135.81	3,313,042.89	8,609,971.49
รายได้ค่ารักษาพยาบาลเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	22,738,799.61	25,626,659.24	23,274,357.58	71,639,816.43
รายได้ประกันสังคม	18,779,571.91	18,409,364.12	14,813,921.69	52,002,857.72
รายได้แรงงานต่างด้าว	25,400.00	190,477.17	66,148.75	282,025.92
รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น	51,267,518.71	21,390,269.14	15,414,884.38	88,072,672.23
รายได้อื่น	4,772,538.40	4,270,933.89	3,315,816.92	12,359,289.21
รายได้งบลงทุน	9,444,603.73	-	-	9,444,603.73
รวมรายได้	196,061,565.80	157,334,923.50	123,161,587.81	476,558,077.11

ตารางที่ 8 รายจ่ายเงินบำรุง

รายการ	ไตรมาส 1/2566	ไตรมาส 2/2566	ไตรมาส 3/2566	รวมรายได้
รวมต้นทุนยา	26,339,224.91	23,302,486.40	22,250,368.89	71,892,080.20
รวมต้นทุนเวชภัณฑ์มีใบยาและวัสดุการแพทย์	20,713,793.00	18,099,183.11	25,222,079.28	64,035,055.39
รวมต้นทุนวิทยาศาสตร์การแพทย์	8,677,189.80	7,772,672.50	7,541,881.46	23,991,743.76
รวมต้นทุนวัสดุทันตกรรม	222,289.19	157,154.32	173,416.86	552,860.37
รวมค่าจ้างชั่วคราว	12,371,446.00	12,855,992.29	13,082,597.00	38,310,035.29
รวมค่าตอบแทน	23,881,176.90	29,160,687.50	30,857,553.66	83,899,418.06
รวมค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	711,624.48	1,602,798.39	1,572,400.90	3,886,823.77
รวมค่าใช้จ่ายค่าใช้สอย	13,404,107.47	8,234,769.68	15,662,391.74	37,301,268.89
รวมค่าใช้จ่ายสาธารณูปโภค	6,834,272.59	4,332,650.45	9,447,387.04	20,614,310.08
รวมค่าใช้จ่ายวัสดุ	10,116,069.65	6,102,751.91	8,754,000.25	24,972,821.81
รวมค่าใช้จ่ายอื่น	6,463,141.80	5,830,852.50	4,619,319.22	16,913,313.52
รวมค่าใช้จ่ายครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง	3,588,328.36	6,688,638.88	3,215,667.29	13,492,634.53
รวมค่าใช้จ่าย	133,322,664.15	124,140,637.93	142,399,063.59	399,862,365.67

ตาราง รายงานเงินคงเหลือ ณ 30 มิถุนายน 2566

รายการ	ยอดคงเหลือ	เงินที่ใช้ได้จริง
เงินบำรุง (กรุงเทพฯ)	17,249,014.54	288,234,099.03
เงินบำรุง (ธกส.)	131,239,035.90	
งบ UC	139,746,048.59	
งบ UC (มีวัตถุประสงค์)	992,390.00	47,021,971.75
ปกส.บริหารจัดการ	1,985,940.90	
เงินอุดหนุนสถานะและสิทธิ	60,218.05	
งบลงทุน	9,035,991.28	
ปกส.กองทุนใหญ่	28,773,145.68	
เงินอุดหนุนพัฒนาศักยภาพบุคลากร	39,998.83	
ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	267,652.80	
โครงการคลินิกโรคจากการทำงาน	180,818.85	
เงินบริจาค รพ.หนองบัวลำภู	5,685,815.36	
รวมเงินคงเหลือทั้งสิ้น	335,256,070.78	

**ผลการดำเนินงาน
ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
และเขตสุขภาพที่ 8**

Agenda Based

(นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)

ประเด็นที่ 1 Health for Wealth

ประเด็นการตรวจราชการ : กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

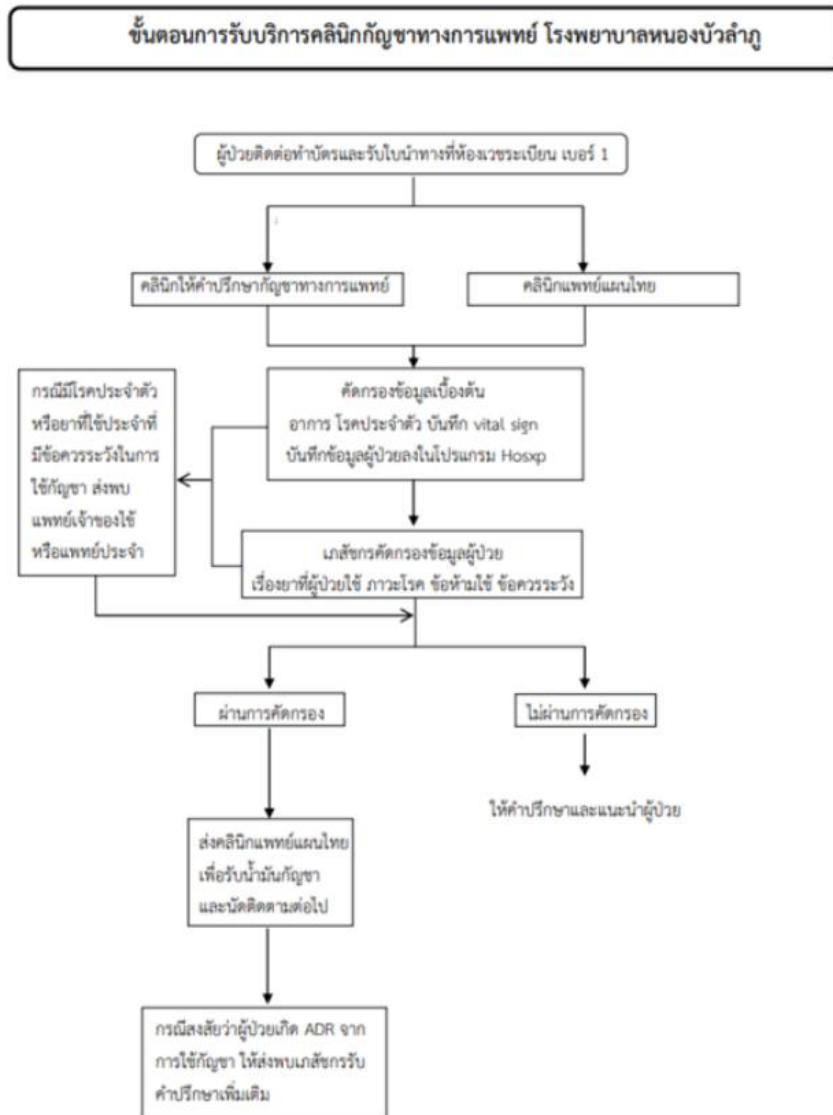
ตัวชี้วัด : 1) ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

- 1.1) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์
- 1.2) ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์
- 1.3) จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัด สป.สธ.

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2562 โดยมีคลินิกให้คำปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์เปิดบริการในวันอังคาร และ คลินิกกัญชาแพทย์แผนไทย เปิดบริการในวันจันทร์ ถึง ศุกร์ เวลา 08.30- 16.00 น. ยกเว้น วันหยุดนักขัตฤกษ์ โดยโรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีตำรับที่มีกัญชาปรุงผสม ณ ปัจจุบัน ได้แก่ น้ำมันกัญชาตำรับหมอดเชา, ยาสุขไสยาสน์, ยาทำลายพระสุเมรุและยาแก้ลมแก้เส้น

2. กระบวนการดำเนินงาน



3. ผลการดำเนินงาน

ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

3.1) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ (เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 5)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2565	2566
ผู้ป่วย palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ 5	10.24	9.00*

* ผู้ป่วย palliative 200 ราย ได้รับการรักษาทางการแพทย์ 18 ราย (ข้อมูลจาก <https://hdcservice.moph.go.th/>)

3.2) ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ (เกณฑ์เป้าหมาย เพิ่มขึ้นร้อยละ 50)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2565	2566
ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ 50	-29.9 (103 ราย)	-3.4** (142 ราย)

**ปี 2564 147 ราย ปี 2566 142 ราย (ข้อมูลจาก <https://hdcservice.moph.go.th/>)

3.3) จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ทางด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัด สป.สธ. (เขตละ 2 เรื่อง) รพ.หนองบัวลำภู ศึกษาคุณภาพการนอนหลับในหญิงวัยทองที่ใช้สมุนไพร กัญชา (ตำรับหมอเดชา) โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

3.4) ผลการคัดกรองผู้มารับบริการที่คลินิกกัญชาโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

ปี	จำนวนผู้รับการคัดกรอง (ร้อยละ)	
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
2563	165 (90.2)	18 (9.8)
2564	155 (96.8)	5** (3.2)
2565	175 (100)	0
2566	105 (100)	0

** ไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจาก ผู้ป่วยใช้ยาละลายลิ่มเลือด warfarin ร่วมด้วย, MI, psychi

หมายเหตุ ปี 2563 พบอาการข้างเคียง 1 ราย คือ คลื่นไส้อาเจียน, ปี 2564 ยังไม่พบรายงาน,

ปี 2565 พบอาการข้างเคียง 3 ราย คือ วิงเวียนศีรษะ

3.5) จำนวนผู้ป่วยและจำนวนครั้งของผู้มารับบริการทั้งหมด

ปี	จำนวนผู้ป่วย(ราย)	จำนวนที่มารับบริการ (ครั้ง)
2563	138	272
2564	155	204
2565	175	227
2566	105	167

3.6) จำนวนผู้มารับบริการแยกตามแผนกที่ส่งให้คำปรึกษา

ประเภท	จำนวนเคส (ร้อยละ)	
	2565	2566
การประเมินการสั่งใช้โดยแพทย์แผนไทย	145(83)	112 (67)
ส่งปรึกษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน	30(17)	55 (33)

3.7) จำนวนผู้มารับบริการแยกตามอาการที่มารับบริการ

กลุ่มอาการ	ปี (ครั้ง)			
	2563	2564	2565	2566
มะเร็ง	41	43	38	20
ปวด	0	41	121	50
นอนไม่หลับ	109	84	56	59
เบื่ออาหาร	0	6	3	8
อื่นๆ	0	10	9	11

3.8) ผลติดตามการรักษาการใช้ตำรับกัญชาทางการแพทย์

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต	ร้อยละ	
	2565	2566
ดีขึ้น	94.7	66
ไม่เปลี่ยนแปลง	2.12	34
แย่ลง	3.18	-

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

- การให้ความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร แพทย์แผนไทย
- การให้การสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- การประชาสัมพันธ์ในเรื่องความรู้ความเข้าใจในการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์อย่างทั่วถึง

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค ในผู้ป่วย palliative ส่วนใหญ่ สามารถควบคุมอาการรบกวนได้ด้วยยากกลุ่ม opioids เป็นหลัก และในการให้ยาตำรับที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบอาจมีข้อจำกัดในผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะผู้ป่วย palliative ที่มีปัญหาการทำงานของตับและไตบกพร่อง

ข้อเสนอแนะ - ไม่มี

8. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- ไม่มี

ผู้รายงาน ภญ.วรรณพร เวชพาณิชย์

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 30 มิถุนายน 2566

โทร 084-8186094 e-mail wathaphorn@gmail.com

ประเด็นที่ 1 Health for Wealth

ประเด็นการตรวจราชการ : การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

ตัวชี้วัด : ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต

1. สถานการณ์ / สภาพปัญหาของพื้นที่

หลังพ่วงผ่านพ้นช่วงวิกฤตโควิด-19 ที่แพร่ระบาดไปทั่วโลก การแพร่ระบาดโควิด-19 ทำให้มีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการระบาดที่มีจำหน่ายตามท้องตลาดออกมามากมายและได้กระจายสินค้าไปทั้งในประเทศและนอกประเทศนารายได้เข้าสู่ประเทศมหาศาล ประเทศไทยได้ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ หลังจากเปิดรับนักท่องเที่ยวจากประเทศต่างๆ เข้าไทย การพัฒนาสินค้าที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานเป็นอีกหนึ่งกลยุทธ์ที่นำเงินเข้าสู่ประเทศจากนักท่องเที่ยวที่หลั่งไหลเข้ามาท่องเที่ยว

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ กระทรวงสาธารณสุขโดยคณะกรรมการอาหารและยา ได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนามาตรฐานสินค้าเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ได้รับอนุญาตตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ส่งผลให้ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมทั้งสามารถช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้ และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการราย ซึ่งสอดคล้องกับการประกาศเปิดรับนักท่องเที่ยวจากประเทศต่างๆ เข้ามาจับจ่ายใช้สอยซื้อสินค้าและบริการในประเทศที่จะมากขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต จำเป็นต้องมีการควบคุมมาตรฐานสถานที่ผลิตและคุณภาพของผลิตภัณฑ์ให้เกิดความเชื่อมั่นแก่ผู้บริโภค โดยจังหวัดหนองบัวลำภูมีสินค้าและผลิตภัณฑ์ที่มีศักยภาพในการต่อยอดให้ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดอยู่หลายชนิด ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ GMP420 และพัฒนาให้ได้รับการอนุญาตในที่สุด

2. กระบวนการดำเนินงาน

ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูร่วมกับเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคอำเภอเมืองหนองบัวลำภู มีแผนการสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีศักยภาพในการต่อยอดให้ได้รับอนุญาต ในไตรมาสที่ 2 และ 3 โดยจะดำเนินการแนะนำการพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐานในรายที่ผู้ประกอบการมีศักยภาพเพียงพอ จากนั้นออกประเมินมาตรฐานตามเกณฑ์ GMP420 หากผู้ประกอบการผ่านเกณฑ์การประเมิน จะผลักดันให้ส่งเอกสารการขออนุญาตเพื่อดำเนินการให้ได้รับการอนุญาตตามกฎหมาย กำหนด ให้แล้วเสร็จในไตรมาสที่ 4 โดยจะมุ่งเน้นไปที่ วิสาหกิจชุมชน วิสาหกิจรายย่อย และสถานที่ผลิตไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พรบ.โรงงาน พ.ศ. 2562 ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง หนองบัวลำภู

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	50	-	-	-	50	(อยู่ระหว่างดำเนินการ)	

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

4.1 ผู้ประกอบการมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ในการปรับปรุงสถานที่ผลิต ให้เป็นไปตามเกณฑ์ GMP420 และมีค่าตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ ส่งผลต่อการสมัครใจของผู้ประกอบการ

4.2 ระยะเวลาที่กระชั้นชิดเกินไป ตั้งแต่ผู้ประกอบการเตรียมตัวจนถึงการขออนุญาตตามกฎหมาย อาจไม่สามารถดำเนินการให้เสร็จได้ทันในระยะเวลา 1 ปี

5. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นมากของผู้ประกอบการ เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์ GMP420 ไม่จูงใจให้ผู้ประกอบการสมัครใจในการต่อยอดพัฒนาผลิตภัณฑ์จนได้รับการอนุญาต

5.2 ช่วงเวลานัดหมายของเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการไม่ตรงกัน ทำให้การดำเนินการอาจไม่ต่อเนื่อง

ผู้รายงาน นายสุรศักดิ์ สุวรรณแสง

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

น.ส.ชนิษฐา มาตงามเมือง

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วัน/เดือน/ปี : 18 กรกฎาคม 2566

โทร 084-8267352 E-mail :suwannasang@gmail.com

ประเด็นที่ 1 Health for Wealth

ประเด็นการตรวจราชการ : การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

ตัวชี้วัด : ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด

1. สถานการณ์ / สภาพปัญหาของพื้นที่

คุณภาพและความไม่ปลอดภัยด้านอาหารเป็นปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในกลุ่มผัก ผลไม้ อาหารสดและอาหารแปรรูปพวกแป้งและเนื้อสัตว์ จะต้องไม่มีการตกค้างของยาฆ่าแมลงที่ใช้ในการเกษตร ไม่มีการปนเปื้อนของสารเคมีและจุลินทรีย์ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงการเฝ้าระวังความสะอาดในน้ำบริโภคและน้ำแข็ง ส่วนกลุ่มอาหารปรุงสำเร็จและแปรรูปที่ผลิตจัดจำหน่ายโดยร้านอาหารในชุมชนและสถานที่ผลิตอาหารทั้งที่เข้าข่ายโรงงานและไม่เข้าข่ายโรงงาน จะต้องมีการควบคุมกระบวนการผลิตที่เหมาะสม ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และจากสถานการณ์อาหารเป็นพิษที่ยังมีแนวโน้มสูง โดยเฉพาะช่วงหน้าร้อนและหน้าฝน จำเป็นต้องพัฒนาสถานประกอบการด้านอาหารให้มีความสะอาดตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 โดยลงให้คำแนะนำและตรวจประเมินให้ผู้ประกอบการพัฒนาสถานที่ร้านอาหารให้ได้มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus โดยต้องผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้าเพิ่มไปจากระดับเดิม และผลักดันให้ผู้ประกอบการร้านอาหารที่ร่วมพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานผ่านการอบรมหลักสูตรผู้สัมผัสอาหารและผู้ประกอบกิจการอาหารในที่สุด

2. กระบวนการดำเนินงาน

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู กำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัย โดยมีโครงการและแผนงานในการดำเนินการ ปี 2565 ดังนี้

1. ประสานงานกรมอนามัยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อวางแผนอบรมพัฒนาศักยภาพร้านอาหารที่ร่วมพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด ให้ผู้ประกอบการร้านอาหารผ่านการอบรมหลักสูตรผู้สัมผัสอาหารและผู้ประกอบกิจการอาหาร
2. เก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปทั้งหมด 2 รอบ ทั้งในตลาดสด ห้างสรรพสินค้า ร้านอาหาร โรงพยาบาล ในเขตอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ส่งตรวจวิเคราะห์หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 8
3. พัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานประกอบการเป้าหมายให้เป็นไปตามมาตรฐานตามกฎหมายกำหนด และออกให้คำแนะนำความรู้ผู้ประกอบการ รวมถึงตรวจประเมินร้านอาหาร ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	ร้อยละ 30	ไม่มีข้อมูลดำเนินงาน เพราะเป็นตัวชี้วัดกำกับใหม่			20	26	86.66

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

1. ความไม่พร้อมของผู้ประกอบการร้านค้าจำหน่ายอาหาร ที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานประกอบการให้เป็นไปตามมาตรฐานตามกฎหมายกำหนด
2. การให้ความร่วมมือของภาคเอกชน ภาครัฐและภาคีเครือข่ายในหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานขึ้นและมีความต่อเนื่อง ยั่งยืน

5. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ไม่มีงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐในการส่งเสริมให้ผู้ประกอบการร้านอาหารได้รับการอบรมหลักสูตรผู้สัมผัสอาหารและผู้ประกอบกิจการอาหาร ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการเข้าอบรม
2. ผู้ประกอบการและผู้บริโภคเองไม่เห็นความสำคัญเพื่อพัฒนาให้เป็นไปตามมาตรฐานตามกฎหมายกำหนด

ผู้รายงาน นายสุรศักดิ์ สุวรรณแสง

ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการ

น.ส.ชนิษฐา มาศงามเมือง

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วัน/เดือน/ปี : 18 กรกฎาคม 2566

โทร 084-8267352 E-mail :suwannasang@gmail.com

ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของชุมชนที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561 - 2580) ไว้ว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (Excellence) และได้วางเป้าประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ ด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา, 2563) ซึ่งในปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งเป้าหมายให้ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนร้อยละ 75 ซึ่งเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ได้ส่งเสริมการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใน 15 ตำบล ทั้งสิ้นจำนวน 157 หมู่บ้าน (ไม่รวมชุมชนในเขตเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู จำนวน 33 ชุมชน) ตามนโยบายของกองสุศึกษา พบผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในปี พ.ศ. 2563 – 2565 ในระดับพัฒนาขึ้นไปร้อยละ 12.57 ร้อยละ 12.57 และร้อยละ 10.78 ตามลำดับ (ระบบประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ, 2565) โดยในปี พ.ศ. 2563 ดำเนินงานในรูปแบบของการทำงานประจำด้วยการประชุมชี้แจงการดำเนินงานผ่านแอปพลิเคชันในปี พ.ศ. 2564 ดำเนินโครงการพัฒนาต้นแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู และในปี 2565 ดำเนินโครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านบริการสุขภาพบุคลากร CUP เมืองในกิจกรรมพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานสุศึกษา CUP เมือง ได้แก่ การเยี่ยมเสริมพลัง การคืนข้อมูลการดำเนินงานที่ผ่านมา และขอความร่วมมือในการดำเนินงานสุศึกษาในชุมชนอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่าได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานน้อย เนื่องจากรพ.สต. เตรียมถ่ายโอนไปยังองค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู และขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเกณฑ์ประเมินการดำเนินงานของชุมชนซึ่งจหน.สาธารณสุขต้องใช้ความรู้ความสามารถและทักษะในการส่งเสริม ให้เกิดกระบวนการดำเนินงานโดยชุมชนอย่างแท้จริง

2. กระบวนการดำเนินงาน

จัดทำโครงการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ ต.หนองบัว อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู ปี 2566 เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพให้มีความสามารถในการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และให้ชุมชนมีการดำเนิน การจัดการสุขภาพประชาชนอย่างเหมาะสม ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจากเดิม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

1. ดำเนินการจัดประชุมและตั้งคณะกรรมการดำเนินงานชุมชนจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย ประธานอสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ประสานชุมชน จาก 18 ชุมชนและหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบศูนย์แพทย์ชุมชน ตำบลหนองบัว จหน.สาธารณสุข จหน.เทศบาลเมือง จหน.อบต.หนองบัว และจหน.อบจ.หนองบัวลำภู เพื่อรับทราบนโยบาย สนับสนุนการดำเนินงาน และร่วมดำเนินการพัฒนาชุมชนและหมู่บ้านสู่การเป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับพัฒนา ให้ทุกชุมชนและหมู่บ้านมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบประเมินของกองสุศึกษา และจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินการเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2566

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดการสุขภาพประชาชนด้วยการดูแลพฤติกรรมและจิตสังคม(BPSC) ให้แก่แกนนำสุขภาพ ในชุมชนและหมู่บ้าน ต.หนองบัว จำนวน 18 แห่ง เพื่อให้แกนนำสุขภาพในชุมชน นำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนในชุมชน ผ่านการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านสู่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อันจะช่วยป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และทำให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ดำเนินการระหว่างวันที่ 12 -13 กรกฎาคม 2566

3. จัดประกวดหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับตำบล (รอดำเนินการ ก.ย. 66)

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน (ระดับพัฒนาขึ้นไป) อ.เมืองหนองบัวลำภู	ร้อยละ75 (157หมู่บ้าน)	13.38 % (21 หมู่บ้าน)	13.38 % (21 หมู่บ้าน)	11.47 % (18 หมู่บ้าน)	ร้อยละ 75 (118 หมู่บ้าน)	8 หมู่บ้าน	5.09 %
ร้อยละชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน (ระดับพัฒนาขึ้นไป) ต.หนองบัว	ร้อยละ75 (6 หมู่บ้าน)	-	-	25 % (2 หมู่บ้าน)	ร้อยละ 75 (6 หมู่บ้าน)	8 หมู่บ้าน	100 %

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

-

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีของแกนนำสุขภาพของหมู่บ้าน ในการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในโปรแกรม Health Gate

2. ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีของประชาชนในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามแบบออนไลน์ (google form) และการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีให้แก่เครือข่ายที่ใช้ในการสำรวจ

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- มีการส่งเสริมชุมชนในเขตเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู จำนวน 10 ชุมชน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชน ตำบลหนองบัว ให้ร่วมดำเนินการพัฒนาชุมชนสู่การเป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย เพื่อหาแนวทางการทำงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตเมืองร่วมกับแกนนำสุขภาพในชุมชน ต่อไป

ผู้รายงาน นางอารยา จาจุมปา
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
วัน/เดือน/ปี 21/7/66
โทร. 08 0318 2744 e-mail : 2519araya@gmail.com

ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด : จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยจำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ในพื้นที่รับผิดชอบเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู มีเป้าหมายการขึ้นทะเบียนในปี 2566 ร้อยละ 100 เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม และเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ

2. กระบวนการดำเนินงาน

ส่งรายชื่อแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 และ 2 เพื่อเข้ารับการอบรมหลักสูตร Basic Course of Family Medicine ปี 2565 Module 1 วันที่ 1 - 2 มิ.ย.65 และ Module 2 วันที่ 29 - 30 มิ.ย. 65 ณ จ.หนองบัวลำภู เพื่อขึ้นทะเบียน PCU / NPCU

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65 - มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	3,500 ทีม (ร้อยละ 52)	6 ทีม	6 ทีม	8 ทีม	13 ทีม	8 ทีม	61.54

อำเภอเมืองหนองบัวลำภู (ขึ้นทะเบียนแล้ว 8 ทีม)

ทีมที่	ปีขึ้นทะเบียน	แม่ข่ายทีม	หน่วยบริการในทีม	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
1	2560	ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง รพท.นภ.	- ศูนย์แพทย์ชุมชน	พญ.เสาวนีย์ แก้วบุญเรือง (อว.)
2	2560	รพ.สต.หนองบัวเหนือ	- รพ.สต.หนองบัวเหนือ	นพ.เทพพิทักษ์ รินรุต (วว.)
3	2561	รพ.สต.หมากเลื่อม - ห้วยลึก	- รพ.สต.บ้านหมากเลื่อม - รพ.สต.บ้านห้วยลึก	พญ.ไอรดา สายปัญญา (วว.)
4	2563	รพ.สต.หัวนา	- รพ.สต.หัวนา	พญ.ชฎาภรณ์ กันณรักษ์ (Basic course)
5	2565	สอน.ทุ่งโปร่งฯ	- สอน.ทุ่งโปร่งฯ - รพ.สต.ยางหลวงเหนือ	พญ.ปิยะพร บ่อคำเกิด (วว.)
6	2565	รพ.สต.ดอนยานาง	- รพ.สต.ดอนยานาง	นพ.สุกิจ กิตติศิริวัฒนกุล (Basic course)
7	2562	รพ.สต.นาคำไฮ	- รพ.สต.นาคำไฮ - รพ.สต.โนนสมบูรณ์	นพ.สุรียนต์ ปัญหาราช (อว.)
8	2562	รพ.สต.นามะเฟือง	- รพ.สต.นามะเฟือง	พญ.ชลธิชา สังขชาย (Basic Course)

* ข้อมูล ณ วันที่ 6 ก.ค. 2566

อำเภอเมืองหนองบัวลำภู (รอขึ้นทะเบียน 5 ทีม)

ทีมที่	ปีที่ขึ้นทะเบียน	แม่ข่ายทีม	หน่วยบริการในทีม	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
1	-	รพ.สต.หนองบัวโสม	- รพ.สต.หนองบัวโสม - รพ.สต.ห้วยโจด	-
2	-	รพ.สต.หนองหว้า	- รพ.สต.หนองหว้า - รพ.สต.นาเลิง	-
3	-	รพ.สต.บ้านบก	- รพ.สต.บ้านบก - รพ.สต.บ้านพร้าว	-
4	-	รพ.สต.โนนคูณ	- รพ.สต.โนนคูณ - รพ.สต.ช่องโป้	-
5	-	รพ.สต.ป่าไม้งาม	- รพ.สต.ป่าไม้งาม - รพ.สต.โคกกลาง	-

* ข้อมูล ณ วันที่ 6 ก.ค. 2566

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ประสาน และส่งรายชื่อแพทย์ เพื่อเข้ารับการอบรมหลักสูตร Basic Course of Family Medicine โดยทุกพื้นที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Basic Course of Family Medicine ๗ ปี 2565 ลาออก 1 ราย จึงต้องส่งรายชื่อแพทย์ เพื่อเข้ารับการอบรมใหม่ จึงจะขึ้นทะเบียน PCU / NPCU ได้ตามลำดับ

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ผู้รายงาน 1. พญ.ไอรดา สายปัญญา ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ โทร 085-0399545

2. นายภราดา บุราณสาร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ
โทร 096-9845895 , E-mail : prada131213@gmail.com

3. นายจักรพันธ์ จะเรียมพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทร 092-5931610 ,
E-mail : same5775za@gmail.com

ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 85

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ ปี 2560 ในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ และได้ปรับเปลี่ยนเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในปี 2566 ได้กำหนดประเด็นปัญหาในการแก้ไขและการพัฒนาคุณภาพชีวิตไว้ 3 ประเด็น ซึ่งเป็นประเด็นที่มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ดังนี้

- 1) ปัญหาสุขภาพจิต และยาเสพติด
- 2) ปัญหาโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- 3) ปัญหาขยะและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ทิศทางการขับเคลื่อนงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา ดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ในรูปแบบ “หมู่บ้านต้นแบบด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต” โดยมีเป้าหมาย 5 ปี (2561-2565) ทุกหมู่บ้านต้องผ่านการยกระดับเป็นหมู่บ้านต้นแบบด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งหมู่บ้านต้นแบบต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาคูณภาพชีวิตครอบคลุมทุกประเด็นตามนโยบายของคณะกรรมการระดับอำเภอกำหนด และในปีงบประมาณ 2565 ได้กำหนดการประเมินหมู่บ้านต้นแบบด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตและจัดกิจกรรมมอบรางวัล ภายในเดือน กันยายน 2565

2. กระบวนการดำเนินงาน

ในปีงบประมาณ 2566 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีการเปลี่ยนแปลง เมื่อการกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ให้ไปอยู่กับ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในปีงบประมาณ 2566 ซึ่งอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ได้ถ่ายโอนทั้งสิ้นจำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และในส่วนของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ร้อยละ 100 ได้มีการประชุมปรึกษาหารือถึงประเด็นปัญหาให้หน่วยบริการสาธารณสุขของ อบจ. ให้ทราบและดำเนินการของงบประมาณจากเงินบำรุง หรือจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยกำหนดให้ผ่านคณะกรรมการ พชต. และสามารถลงสู่หมู่บ้านในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามเป้าหมาย และกรอบแนวทางการดำเนินงาน โดยมีกิจกรรมและผลลัพธ์ที่สำคัญ ดังนี้

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65 - มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 85	20 แห่ง	ร้อยละ 100

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

4.1 ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

- 1) มีคำสั่งมอบหมายในการดำเนินการชัดเจนเป็นปัจจุบัน
- 2) มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
- 3) มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่
- 4) มีการติดตาม และวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน และมีการติดตามดูแล โดยการเยี่ยมเสริมพลังของคณะกรรมการ พชต. และภาคีเครือข่าย
- 5) เกิดการขับเคลื่อนนโยบาย และบูรณาการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล /ชุมชนและหมู่บ้าน โดยเน้นกระบวนการแก้ไขปัญหาของชุมชน
- 6) มีการดำเนินการร่วมกันของหน่วยงานของในระดับอำเภอ และ องค์การบริหารส่วนจังหวัดในการดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- 7) กลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินในระดับตำบล (พชต.)

4.2 ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- 1) กลุ่มเป้าหมายตระหนักรู้ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ
- 2) การบริหารจัดการ บุคลากรทรัพยากรด้านงบประมาณติดขัดต่อระเบียบในการดำเนินงาน ส่งผลให้การขับเคลื่อนประเด็นไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนด

5. ปัญหา/อุปสรรค/และข้อเสนอแนะ

5.1 ในการดำเนิน พชอ. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 นั้น ในการดำเนินงานตามโครงการฯ ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ติดขัดในเรื่องงบประมาณตามระเบียบพัสดุฯ เนื่องจากโครงการได้จัดทำรายละเอียดงบประมาณ เพื่อดำเนินการของงบประมาณฯ นั้น ในการจัดทำโครงการฯ ติดที่ระเบียบของทางราชการที่ไม่สามารถดำเนินการได้ซึ่งไม่สอดคล้องกับการใช้งบประมาณ เป็นต้น

5.2 ในภารกิจการถ่ายโอนภารกิจ อาจจะยังทำให้หน่วยงานที่ถ่ายโอนขาดความเข้าใจในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ผู้รายงาน นายสาโรจน์ ดวงสา
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี 19 กรกฎาคม 2566
โทร 08 1048 5444 e-mail etak_2008@hotmail.co.th

ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด : จำนวนประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว 3 คน

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ประชาชนทุกรายที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู มีหมอประจำตัว 3 คน หมายถึง ระบบบริการที่คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง 3 คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ จะได้รับคำปรึกษาจากหมอทั้ง 3 คน ตามลำดับความต้องการ

2. กระบวนการดำเนินงาน

หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่บันทึกข้อมูลผ่านระบบขึ้นทะเบียน 3 หมอ

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
จำนวนประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว 3 คน	35 ล้านคน (ครอบคลุมประชากรร้อยละ 57) (ประชากร ไม่รวม กทม. จำนวน 61.8328 ล้านคน ข้อมูลจาก สปสช. ณ เดือน ก.ย. 65)	0 ราย	0 ราย	103,995 ราย	109,884 ราย	101,851 ราย	92.69%

* ข้อมูล ณ วันที่ 5 ก.ค. 2566

อำเภอ	ประชากรทั้งหมด	ข้อมูล 3 หมอ			ข้อมูลครอบครัว (ปี 64)	ประชากรที่มีหมอ 3 คน
		หมอประจำบ้าน	หมอสาธารณสุข	หมอครอบครัว		
เมืองหนองบัวลำภู	109,884	2,392	110	14	22,481	101,851
นากลาง	84,520	1,772	69	6	13,010	84,520
โนนสัง	47,100	1,211	62	1	12,743	44,440
ศรีบุญเรือง	87,178	2,213	93	12	19,446	68,761
สุวรรณคูหา	46,296	1,326	64	4	2,847	44,653
นาหว้า	25,434	937	32	4	4,799	24,575
รวม	400,412	9,851	430	41	75,326	368,800

- ผู้รายงาน
1. พญ.ไอรดา สายปัญญา ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ โทร 085-0399545
 2. นายภราตา บุราณสาร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ โทร 096-9845895 , E-mail : prada131213@gmail.com
 3. นายจักรพันธ์ จะเรียมพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทร 092-5931610 , E-mail : same5775za@gmail.com

ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็นการตรวจราชการ : โครงการพระราชดำริ : โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ตามที่ พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อม ให้แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการ ราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์เพื่อบ่งเน้นในการส่งเสริมด้านเครื่องมือแพทย์ ด้านการบริการทางการแพทย์ พยาบาล ให้อีกความรู้ ด้านสุขภาพอนามัยที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขัง และอาสาสมัครด้านสุขภาพในเรือนจำ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข กรมราชทัณฑ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ลงนามในบันทึกความร่วมมือระหว่าง 3 หน่วยงาน เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2562 เพื่อสนับสนุนและพัฒนาจัดระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยได้กำหนดให้มีคณะกรรมการระดับพื้นที่ ที่เป็นเครือข่ายในระดับเขตหรือระดับจังหวัดร่วมกัน เพื่อพัฒนาและสนับสนุนการจัดระบบบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ต้องขังให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ตามบริบทของพื้นที่ ดังนั้น เพื่อในบรรลุตามพระบรมราชโองบาย ของพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว และเพื่อให้การดำเนินงาน ด้านสาธารณสุขในเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู จึงได้จัดทำโครงการนี้ขึ้น ร่วมกับเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู และภาคีเครือข่ายร่วมด้วย

2. กระบวนการดำเนินงาน

- 2.1 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู
- 2.2 แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู
- 2.3 จัดทำโครงการ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปี 2566
- 2.4 จัดบริการสาธารณสุขในเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู โดยโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ร่วมกับสถานพยาบาลในเรือนจำ
- 2.5 ติดตาม และประเมินผลโครงการเป็นระยะรายไตรมาส
- 2.6 สรุปผลโครงการ



3. ผลการดำเนินงาน

เรื่อง	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
1.การตรวจคัดกรอง				
- TB	2,701 ราย (พบ TB 5 ราย)	2,483 ราย ตรวจ 2,480 ราย (99.88%) (ผิดปกติ 104 ราย , AFB +2 ราย)	1,893 ราย ตรวจ 1,884 ราย (99.53%) ผิดปกติ 69 , พบ TB 5 ราย (เสมหะพบเชื้อ 3 ราย)	2,356 ราย ตรวจ 2,354 ราย (99.92%) ผิดปกติ 95 ราย, พบ TB 12 ราย (เสมหะพบเชื้อ 4 ราย)
- HIV & AIDS	5 ราย	ตรวจ 180 ราย (บวก 1 ราย)	ตรวจ 704 ราย (บวก 14 ราย)	ตรวจ 442 ราย (บวก 7 ราย รอยืนยัน)
- DM & HT	DM 14 ราย HT 22 ราย	DM 11 ราย HT 13 ราย	DM 9 ราย HT 18 ราย	DM 12 ราย HT 28 ราย
2. การตรวจรักษา				
- ตรวจโรคทั่วไป	4 ครั้ง	1 ครั้ง/เดือน	1 ครั้ง/เดือน	1 ครั้ง/เดือน
- ตรวจรักษาโรคทางตา	2 ครั้ง	2 เดือน/ครั้ง	4 เดือน/ครั้ง	4 เดือน/ครั้ง
- ตรวจทันตกรรม	5 ครั้ง	1 ครั้ง/เดือน	1 ครั้ง/เดือน	1 ครั้ง/เดือน
- ตรวจรักษาทางจิตเวช	3 ครั้ง	2 เดือน/ครั้ง (รับยา 40 ราย)	2 เดือน/ครั้ง (รับยา 41 ราย)	2 เดือน/ครั้ง (รับยา 62 ราย)
3. การให้ภูมิคุ้มกันโรค ฉีด Flu – Vac				
- ผู้ต้องขัง	1,512 dose	830dose	829 dose	180 dose
- জন.เรือนจำ	64 ราย	64 ราย	88 ราย	76 ราย
- ฉีด MR	1,720 ราย	890 ราย	590 ราย	840 ราย
4. อบรม อส.รจ.	60 ราย	60 ราย	60 ราย	155 ราย
5. ตรวจการติดเชื้อ Covid -19	76 ราย	534 ราย (รายใหม่ตรวจ 100%)	80 ราย (รายใหม่ตรวจ 100%)	รายใหม่ตรวจ 100%
- เจ้าหน้าที่เรือนจำ		- জন. 82 ราย ตรวจ 82 ราย (100%)	- জন. 88 ราย ตรวจ 88 ราย (100%)	- জন. 94 ราย ตรวจ 94 ราย (100%)
- ผู้ต้องขัง		- ผู้ต้องขัง 2,251 ตรวจ 687 (30.52 %)	ผู้ต้องขัง 1,893 ราย ตรวจ 1,893 ราย (100%)	ผู้ต้องขัง 2,096 ราย ตรวจ 2,096 ราย (100%)
6. มีระบบ Tele med		2 ครั้ง	2 ครั้ง	2 ครั้ง/เดือน

4. แผนงาน/โครงการที่รองรับ

แผนงาน/โครงการ	งบประมาณ	กิจกรรม	เป้าหมาย	หน่วยนับ	ระยะเวลา
1.โครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปี 2563	102,960 บาท	1.แต่งตั้งคณะกรรมการฯ 2.จัดประชุมชี้แจงคณะกรรมการ 3.ออกหน่วยบริการในเรือนจำ 4.ติดตามและประเมินผล	2 2 9 3	ชุด ครั้ง ครั้ง/ปี ครั้ง/ปี	ธ.ค. 62 ต.ค.-ก.ย.63 ม.ค.-ก.ย.63 มี.ค.,มิ.ย.,ก.ย.63
2.โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ปี 2566	163,400 บาท	1.จัดบริการสาธารณสุขในเรือนจำ	9	ครั้ง/ปี	ม.ค. - ก.ย. 66

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 5.1 ผู้บริหารให้ความสำคัญและถือเป็นนโยบายเร่งด่วน
- 5.2 ภาครัฐเครือข่ายเข้มแข็ง มีการประสานความร่วมมือในการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู
- 5.3 โรงพยาบาลหนองบัวลำภู สนับสนุนยา และเวชภัณฑ์ ตามกรอบบัญชีของ รพ.สต.
- 5.4 โรงพยาบาลหนองบัวลำภู สนับสนุนงบประมาณดำเนินโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ปี 2566 ตามประเด็นยุทธศาสตร์ (P&P Excellence) จำนวน 163,400 บาท เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู

6. ปัญหาอุปสรรค

- 6.1 อัตรากำลังของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเรือนจำมีจำนวนจำกัด
- 6.2 สภาพรถเอ็กซเรย์เคลื่อนที่แบบดิจิทัล (Mobile X-ray) พระราชทาน มีสภาพค่อนข้างเก่า เกิดปัญหาเวลาใช้งานจริง จึงทำให้วันแรกของการดำเนินกิจกรรมคัดกรองฯค่อนข้างล่าช้า

7. ข้อเสนอแนะ

- 7.1 ขอรับการสนับสนุนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเรือนจำ (นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล)
- 7.2 พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล JHCIS ในเรือนจำ

8. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง - ไม่มี

- ผู้รายงาน 1. พญ.ไอรดา สายปัญญา ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ โทร 085-0399545
2. นายภราดา บุราณสาร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ โทร 096-9845895 , [E-mail : prada131213@gmail.com](mailto:prada131213@gmail.com)
3. นายจักรพันธ์ จะเรียมพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทร 092-5931610 , [E-mail : same5775za@gmail.com](mailto:same5775za@gmail.com)

Functional Based

(ระบบงานของหน่วยบริการ)

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพแม่และเด็ก

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

รอบปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 – มิ.ย. 66) บริการสูติกรรม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ให้บริการงานฝากครรภ์ทั้งหมด จำนวน 4,125 ราย หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ จำนวน 521 คน หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนสำคัญ คือ ตั้งครรภ์ร่วมกับ เบาหวาน จำนวน 63 คน (ร้อยละ12.09) Elderly จำนวน 39 คน (ร้อยละ7.48) Previous C/S จำนวน 33 คน (ร้อยละ 6.33) Placenta Adherence จำนวน 9 คน (ร้อยละ 1.73) PIH จำนวน 9 คน (ร้อยละ1.73) รับส่งต่อจาก รพช.เครือข่ายด้วยสาเหตุ ตั้งครรภ์ร่วมกับเบาหวาน จำนวน 39 คน (ร้อยละ7.48) Previous C/S จำนวน 33 คน (ร้อยละ6.33) High Risk Trisomy 21 จำนวน 32 คน (ร้อยละ6.14) Near Post term จำนวน 17 คน (ร้อยละ 3.26) มีการส่งต่อทั้งหมด 62 คน ด้วยสาเหตุ High Risk Trisomy 21 จำนวน 48 คน (ร้อยละ6.14) Placenta Adherence จำนวน 9 คน (ร้อยละ 1.73) Hydrocephalus จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.38) Fetal anomaly จำนวน 2 คน (ร้อยละ0.92) ITP จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.19) บริการงานห้องคลอดทั้งหมด 1,681 คน คลอดทั้งหมด 1,437 คน คลอดปกติ 434 คน คลอดผิดปกติ 1,003 คน (C/S 994 คน คิดเป็น ร้อยละ 69.17) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมด 1,017 คน (ร้อยละ 60.49) ที่พบมากคือ CPD จำนวน 402 คน (ร้อยละ 23.91) Previous C/S จำนวน 369 คน(ร้อยละ 21.95) Membrane rupture จำนวน 134 คน (ร้อยละ 7.97) Elderly จำนวน 219 คน (ร้อยละ 13.02) Adolescence จำนวน 170 คน (ร้อยละ 10.11) Preterm จำนวน 135 คน (ร้อยละ8.03) PIH จำนวน 102 คน (ร้อยละ 6.07) GDM จำนวน 94 คน (ร้อยละ5.59) หญิงตั้งครรภ์ใช้สารเสพติด 15 คน (ร้อยละ 0.89) รับส่งต่อจาก รพช.เครือข่าย ด้วยทั้งหมด 209 คน สาเหตุหลัก คือ Preterm จำนวน 32 คน (ร้อยละ 15.31) Previous C/S จำนวน 30 คน (ร้อยละ 14.35) PIH จำนวน 23 คน (ร้อยละ 11.01) Near Post term จำนวน 21 คน (ร้อยละ10.01) PROM จำนวน 21 คน (ร้อยละ10.01) มีการส่งต่อ ทั้งหมด 7 คน ส่งไปยัง รพศ.อุดรธานี จำนวน 6 คน ด้วยสาเหตุ HELLP syndrome จำนวน 3 คน Placenta accreta , ITP, Severe IUGR อย่างละ 1 คน และส่งไปยัง รพ.ศรีนครินทร์ จำนวน 1 คน ด้วยสาเหตุ Twin with PPROM

สภาพปัญหาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ มีการย้ายที่อยู่ไปทำงานต่างจังหวัด ฝากครรภ์ที่อื่นทั้งหน่วยงานรัฐและเอกชน เมื่อใกล้คลอด จะกลับมาคลอดที่ภูมิลำเนา พบมีภาวะเสี่ยง/แทรกซ้อนทางอายุกรรมมากขึ้น เช่น ซีด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน เป็นต้น มีภาวะเสี่ยง/แทรกซ้อนทางสูติกรรมมากขึ้น เช่น เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด Previous C/S

2. กระบวนการดำเนินงาน

คณะกรรมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กทำงานเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกัน ให้บริการมีคุณภาพ ไร้รอยต่อ ตั้งแต่ชุมชนถึงระดับจังหวัด มีค่านิยมร่วม คือ NB TEAM (N=Network ทำงานเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกัน, B=Best practice พัฒนานวัตกรรมในการบริการ, T=Transfer ส่งต่อเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม, E=Excellent service บริการที่เป็นเลิศ, A=Aim มีเป้าหมายร่วมกัน, M=Management by fact บริหารจัดการด้วยข้อมูลจริง) สโลแกนการทำงานคือ เพื่อนบ้านบอกต่อ อสม.ประสาน รพ.สต.บริการ โรงพยาบาลดูแล แม่ - ลูกปลอดภัย เป้าหมายคือ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

การบริการในระยะก่อนคลอด ใช้เครื่องมือ Nongbualamphu model ในการคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้การดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ให้เข้าถึงบริการที่ถูกต้องเหมาะสม พัฒนารูปแบบการให้วิตามินเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์ซีด ใช้ Emergency fast tract ในการRefer หญิงตั้งครรภ์ โดยใช้ระบบ Consult ทางไลน์ระหว่างแม่ข่ายกับลูกข่าย ตลอด 24 ชั่วโมง ทีมสูติกรรมร่วมกับทีมกุมารเวชกรรม ออกเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 5 อำเภอ มีการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงานฝากครรภ์ (ภูมิกำพันธ์ 2566) และงานบริการคลอด (พฤษภาคม 2566) ประชุมทบทวนอุบัติการณ์มารดา ทารกร่วมกันทุกปี

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ครั้งแรก < 12 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 75	550 (67.40)	507 (70.32)	630 (80.36)	≥ ร้อยละ 75	465	89.25
2. ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์	≤ ร้อยละ 10	112 (13.73)	95 (13.18)	140 (17.85)	≤ ร้อยละ 15	23	7.39
3. หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5-8 ครั้ง คุณภาพ	≥ ร้อยละ 75	1,888 (77.16)	1,454 (77.16)	1,404 (71.45)	≥ ร้อยละ 75	1,237	86.08
4. มารดาคลอดทั้งหมด		2,446	2,150	1,965		1,437	
1) คลอดปกติ	≥ ร้อยละ	845 (34.55)	737 (42.28)	691 (35.17)	≥ ร้อยละ	434	30.21
2) คลอดผิดปกติ	≤ ร้อยละ	1601 (65.45)	1,413 (65.72)	1,274 (64.83)	≤ ร้อยละ	1,003	69.79
5. มารดาตกเลือดหลังคลอด	≤ ร้อยละ 1	27 (1.10)	22 (1.02)	22 (1.10)	≤ ร้อยละ 1	10	0.69
6. มารดาเสียชีวิต	< 17:แสน LB	0	0	0	< 17:แสน LB	0	0
7. เด็กเกิดทั้งหมด		2,473	2,173	1,973		1,447	
1) เกิดมีชีพ		2,463	2,168	1,967		1,440	
2) Birth asphyxia	< 25 :พัน LB	36 (14.61)	35 (16.14)	31 (15.76)	< 25 :พัน LB	35	24.31
3) Low birth weight (< 2,500 gms)	< ร้อยละ 7	241 (9.78)	192 (8.85)	158 (8.03)	< ร้อยละ 7	142	9.86
4) Perinatal death (ทารก 0 – 7วันตาย)	< 7:พันเด็กเกิดทั้งหมด	18 (7.27)	18 (8.28)	5 (2.53)	< 5:พันเด็กเกิดทั้งหมด	9	6.22

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

4.1 ปัญหาซีด ได้รับการแก้ไขเนื่องจากได้งบประมาณสนับสนุนการจัดหายาวิตามินเพิ่ม รวมทั้งมีการให้ยาเสริมธาตุเหล็กตามระดับความเข้มข้นเลือดของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะซีด

4.2 การทำงานในรูปแบบเครือข่ายตั้งแต่ ชุมชน รพ.สต. รพช. ถึงระดับจังหวัด

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

หญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนและภาวะเสี่ยงทางอายุรกรรมมากขึ้น ปัญหาสภาพแวดล้อมทางสังคม ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ประชากรมีการเคลื่อนย้ายที่อยู่อาศัย ปัญหาสังคม การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็กบ่อย คณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กทุกคน ควรมีการทบทวนการทำงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อหาแนวทางแก้ไข ปรับปรุง พัฒนาคุณภาพการบริการให้มีคุณภาพ

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

การประมาณน้ำหนักทารกในครรภ์ จากความสูงยอดมดลูก (CM) X ความยาวรอบท้องผ่านสะดือ (CM)

ผู้รายงาน นางอุบล ศรีนากรุง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นส.ชัชชญา อาจศัตรู ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ 18 ก.ค. 2566 โทร. 042-006-006 ต่อ 6106, 1211

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพแม่และเด็ก

ตัวชี้วัด : อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (< 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ในรอบปีงบประมาณที่ผ่านมา อัตราเท่ากับ 1.9 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ในปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสที่ 3 อัตราการตายเท่ากับ 2.27 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต พบว่า ทารกเสียชีวิตจากภาวะความดันเลือดในปอดสูง (PPHN) ร่วมกับภาวะปอดมีขนาดเล็ก (Pulmonary hypoplasia) น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 1,000 กรัม ซึ่งไม่มีกุมารแพทย์ปรึกษากำเนิด ทารกกลุ่มน้ำหนัก 1,000 – 1,499 กรัม ที่เสียชีวิตเกินเกณฑ์ เป็นทารกที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงในครรภ์ร่วมกับมีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงแรกคลอด 1 ราย มีภาวะผิดปกติทางพันธุกรรม Down' syndrome 1 ราย และมีภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอดร่วมกับมีปอดแตกและเข้าสู่ภาวะแรงดันเลือดในปอดสูง

2. กระบวนการดำเนินงาน

คณะกรรมการที่มิทางคลินิกกุมารเวชกรรม ได้ประชุมทบทวนเคส ระบบการส่งต่อทารกกลุ่มเสี่ยงสูง กระบวนการดูแลทารกกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะ PPHN ได้แนวทางการดูแลเป็นระบบที่ชัดเจน ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม การดูแลกุมารแพทย์พิจารณาส่งต่อ โรงพยาบาลแม่ข่ายตามความเหมาะสม โดยทีมกุมารแพทย์ได้ปรึกษากุมารแพทย์ปรึกษากำเนิด โรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อขอคำแนะนำการดูแลสุขภาพทารก หากเกินศักยภาพแม่ข่ายพิจารณารับส่งต่อทันที

3. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ Service plan สาขาทารกแรกเกิด ดังนี้

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย 2566	ผลลัพธ์การดำเนินงาน			
			2563	2564	2565	2566 (มิ.ย.)
1. อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนัก \geq 500 กรัม ภายใน 28 วัน		< 3.6:1000LB	<3.7:1000LB	<3.6:1000LB	<3.6:1000LB	<3.6:1000LB
		ผลงาน	14/3,655	12/3,415	6/3,174	5/2,205
		คิดเป็น	4.10	3.51	1.89	2.27
2. อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม	ร้อยละ	50	50	50	50	50
		ผลงาน	1/3	4/6	1/2	1/2
		คิดเป็น	33.33	66.66	50	50
3. อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,000 – 1,499 กรัม	ร้อยละ	10	10	10	10	10
		ผลงาน	5/20	0/9	0/12	3/5
		คิดเป็น	25	0	0	60
4. อัตราการตายทารกน้ำหนัก 1,500-2,499 กรัม	ร้อยละ	2	2	2	2	2
		ผลงาน	3/280	4/252	1/235	1/193
		คิดเป็น	1.06	1.59	0	0.52
5. อัตราการตายทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม	ร้อยละ	2	2	2	2	2
		ผลงาน	5/3,363	4/3,148	4/2,925	0/2,005
		คิดเป็น	0.15	0.13	0.12	0

อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ \leq 28 วัน ที่รอดออกมามีน้ำหนัก \geq 500 กรัม (เป้าหมาย < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต) ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566 เท่ากับ 2.27 : 1,000 LB ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ/ไม่ประสบผลสำเร็จ

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- 1) ทักษะการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ และทักษะการดูแลขณะส่งต่อทารกกลุ่มเสี่ยงสูง ยังต้องพัฒนา และประเมินผลต่อเนื่อง
- 2) ทักษะการดูแลทารกในโรงพยาบาลชุมชน ยังต้องพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติม ทักษะการดูแลขณะส่งต่อบนรถรีเฟอร์

5. ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนา

- 1) อยากให้แม่ข่ายมีระบบที่จะช่วย Support ในกรณีแม่ข่ายเตียงเต็ม
- 2) ขาดอุปกรณ์บนรถรีเฟอร์ เช่น เครื่องวัดสัญญาณชีพที่สามารถวัดความดันทารกแรกเกิดบนรถรีเฟอร์ได้ (EKG+NIBP+ O2Sat)
- 3) เครื่องช่วยหายใจที่ใช้ส่งต่อทารกแรกเกิดบนรถรีเฟอร์

ผู้รายงาน นางภัทธรณ์ หอมสมบัติ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี 10 กรกฎาคม 2566
โทร. 084-2987979
e-mail : sanitnicu@gmail.com

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 86

2. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงติสมส่วน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 66

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

5 ปีแรกของชีวิตถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญสำหรับการพัฒนาชีวิตของเด็ก สมองของเด็กจะพัฒนาอย่างรวดเร็วในช่วงห้าปีแรกของชีวิต เป็นช่วงเวลาที่เด็กมีการพัฒนาทางการรับรู้ ภาษา สังคม อารมณ์และกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็ว การพัฒนาสมองของเด็กขึ้นอยู่กับกรอบการเรียนรู้ การกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพของการเลี้ยงดู และระดับการปฏิสัมพันธ์ที่เด็กได้รับ เด็กทารกที่ได้รับการกอด หอมก้อ้อ อาหารและกระตุ้นทางการมองเห็นจะได้เปรียบเด็กที่ไม่ได้รับหลายเท่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด มีโอกาสที่จะพัฒนาทักษะทางการรับรู้ ภาษา อารมณ์และสังคมอย่างเต็มที่ มีโอกาสที่จะเติบโตขึ้นอย่างสมบูรณ์แข็งแรงและมีความเชื่อมั่นและรู้จักคุณค่าของตนเองมากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการเอาใจใส่ การพัฒนาในแต่ละด้านนี้ล้วนแต่มีความสำคัญต่อชีวิตในการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ

ผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี พ.ศ. 2565 พบว่า ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 82.13 (เป้าหมายร้อยละ 90) เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 79.78 (เป้าหมายร้อยละ 85) ค้นพบเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าและล่าช้า ร้อยละ 25.94 (เป้าหมายร้อยละ 20) เด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้น ร้อยละ 89.17 (เป้าหมายร้อยละ 90) สูงติสมส่วน ร้อยละ 75.21 (เป้าหมายร้อยละ 62) จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนระบบการบริการสุขภาพของงานเด็กปฐมวัย ได้แก่ การดำเนินงานพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี การดำเนินงานเด็กอายุ 0-5 ปี สูงติสมส่วน การดำเนินงานมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กแห่งชาติ และการดำเนินงานคลินิกเด็กดี WCC คุณภาพ เพื่อให้เด็ก 0-5 ปี นองบัวลำภู มีคุณภาพดีต่อไป

2. กระบวนการดำเนินงาน

2.1 แผนปฏิบัติงาน

แผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์ (Action Plan) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ชื่อหน่วยงาน...กลุ่มงานเวชกรรมสังคม)	
ความสอดคล้อง	ชื่อโครงการ... โครงการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพเด็กปฐมวัย ปี ๒๕๖๖
ยุทธศาสตร์	(✓) PP&P Excellence () Service Excellence () People Excellence () Governance Excellence
Objective	พัฒนาบริการการดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มวัยเด็กปฐมวัย
KPI	๑. เด็กมีพัฒนาการสมวัย มากกว่าร้อยละ ๘๕ ๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงติสมส่วน มากกว่าร้อยละ ๖๖
หัวหน้าโครงการ	ดร.สุภาภรณ์ ปิณฑาราช
ผู้ประสานงานโครงการ	นางสาวหนูพวง สมพะวง
งบประมาณรวมทั้งสิ้น	๓๗,๕๐๐ บาท (สามหมื่นเจ็ดพันห้าร้อยบาทถ้วน)

จงกรม	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส)	รายละเอียดงบประมาณ	งบประมาณรวม(บาท)	ผู้รับผิดชอบ	
การพัฒนาบริการสุขภาพเด็กวัย ๐-๕ ปี	กิจกรรมที่ ๑ ประชุมการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก	พัฒนาการดำเนินงานระบบการจัดการข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย	ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย และผู้เกี่ยวข้อง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง ๕๐ คน	๑.เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าร้อยละ	ไตรมาส ๒,๓ มีค-กค	๑. ค่าอาหารกลางวัน ๖๐ บาท x ๕๐ คน = ๓,๐๐๐ บาท ๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓๐ บาท x ๕๐ คน x ๒ มื้อ = ๓,๐๐๐ บาท ๓. ค่าไว้นิลโฟมบอร์ด ๑,๐๐๐ บาท = ๑๐๐๐ บาท รวมค่าใช้จ่ายกิจกรรม ๑ = ๗,๐๐๐ บาท	๗,๐๐๐	สุภาภรณ์ หนูพวง	
	กิจกรรมที่ ๒ ประชุมการดำเนินงานเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงติสมส่วน	พัฒนาการดำเนินงานเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงติสมส่วน	ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย และผู้เกี่ยวข้อง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง ๕๐ คน	๘๕ ๒.เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงติสมส่วนมากกว่าร้อยละ ๖๖	ไตรมาส ๒,๓ มีค-กค	๑. ค่าอาหารกลางวัน ๖๐ บาท x ๕๐ คน = ๓,๐๐๐ บาท ๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓๐ บาท x ๕๐ คน x ๒ มื้อ = ๓,๐๐๐ บาท ๓. ค่าไว้นิลโฟมบอร์ด ๑,๐๐๐ บาท = ๑๐๐๐ บาท รวมค่าใช้จ่ายกิจกรรม ๒ = ๗,๐๐๐ บาท	๗,๐๐๐	สุภาภรณ์ หนูพวง	
	กิจกรรมที่ ๓ ประชุมการดำเนินงานมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กแห่งชาติ	วางระบบและแนวทางการดำเนินงานมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กแห่งชาติ	ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย และผู้เกี่ยวข้อง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง ๕๐ คน	ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย และผู้เกี่ยวข้อง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง ๕๐ คน	๖๖	ไตรมาส ๒,๓ มีค-กค	๑. ค่าอาหารกลางวัน ๖๐ บาท x ๕๐ คน = ๓,๐๐๐ บาท ๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓๐ บาท x ๕๐ คน x ๒ มื้อ = ๓,๐๐๐ บาท ๓. ค่าไว้นิลโฟมบอร์ด ๑,๐๐๐ บาท = ๑๐๐๐ บาท รวมค่าใช้จ่ายกิจกรรม ๓ = ๗,๐๐๐ บาท	๗,๐๐๐	สุภาภรณ์ หนูพวง
	กิจกรรมที่ ๔ ประชุมการดำเนินงานคลินิกเด็กดี WCC คุณภาพ	วางระบบและแนวทางการดำเนินงานคลินิกเด็กดี WCC คุณภาพ	ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย และผู้เกี่ยวข้อง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง ๕๐ คน	ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย และผู้เกี่ยวข้อง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง ๕๐ คน	๖๖	ไตรมาส ๒,๓ มีค-กค	๑. ค่าอาหารกลางวัน ๖๐ บาท x ๕๐ คน = ๓,๐๐๐ บาท ๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓๐ บาท x ๕๐ คน x ๒ มื้อ = ๓,๐๐๐ บาท ๓. ค่าไว้นิลโฟมบอร์ด ๑,๐๐๐ บาท = ๑๐๐๐ บาท รวมค่าใช้จ่ายกิจกรรม ๔ = ๗,๐๐๐ บาท	๗,๐๐๐	สุภาภรณ์ หนูพวง

2.2 กิจกรรมตามแผน



จัดประชุมภายใต้โครงการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพเด็กปฐมวัย ปี 2566 ในวันที่ 24 พฤษภาคม 2566 ณ ห้องประชุมศูนย์แพทย์ชุมชน ในกรณี นพ.ไพฑูริย์ ไบประเสริฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้มอบหมายให้ พญ.ไอรดา สายปัญญา รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ เป็นประธานในการประชุม ทั้งนี้ พญ.จิรัชยา ถาวะโร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ได้ให้ความรู้เข้าร่วมประชุม เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการและดูแลสุขภาพเด็ก และทันตแพทย์หญิง พิมพ์ภรณ์ กุลตั้งวัฒนา ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฟันของหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ในการประชุมครั้งนี้ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู เข้าร่วมประชุม เพื่อประสานความร่วมมือบูรณาการ ภายใต้เป้าหมายเดียวกัน “เด็ก 0-5 ปี มีคุณภาพ”

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			2566 (ต.ค.-มิ.ย)
		2563	2564	2565	ผลงาน
1. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสมวัย	86	95.32	88.03	86.44	52.49
2. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงตีสัดส่วน	66	69.72	63.77	75.88	56.41
- ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กชาย	113 ซม	111.46	108.18	110.64	111.65
- ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กหญิง	112 ซม.	111.15	108.48	109.94	111.67

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

- ความร่วมมือกันระหว่างภาคส่วน ภาคีต่างๆที่เป็นรูปธรรม
- ความตระหนักของผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่ และประชาชนเกี่ยวข้อง

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- ระบบข้อมูล
- การถ่ายโอน รพ.สต. สู้ท้องถิ่น

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลัก และจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี

ผู้รายงาน : ดร.สุภาภรณ์ ปัญหาราช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้ประสานงาน : นางสาวหนูพวง สมพะวัง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี 14 กรกฎาคม 2566 โทร 080 182 1047
E-mail: puppee2001@hotmail.com

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

- เศรษฐฐานะและผู้เลี้ยงดูที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษากระตุ้นพัฒนาการ เช่น มารดาวัยรุ่น ผู้เลี้ยงดูสูงอายุ ฐานะยากจน และอื่นๆ
- ผู้ดูแลขาดความตระหนักและขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง
- คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเป็นคลินิกระดับตติยภูมิ ส่วนใหญ่จะฝึกกระตุ้นเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรมที่ซับซ้อนมากกว่าระดับปฐมภูมิ เคสที่ได้ฝึกกระตุ้นด้วย TEDA4I ส่วนใหญ่จะเป็นเด็กกลุ่มเสี่ยงที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต และหอผู้ป่วยหลังคลอดต้องนัดติดตามพัฒนาการตั้งแต่อายุ แรกเกิด-1ปี 6 เดือน

2. กระบวนการดำเนินงาน

ในปีงบประมาณ 2566 มีเด็กที่คัดกรองพัฒนาการ 5 ช่วงวัย ในเด็กกลุ่มเสี่ยงคลินิกกระตุ้นพัฒนาการมี จำนวน 27 ราย อำเภอเมือง 14 ราย มี อ.ศรีบุญเรือง 5 ราย อ.นาแก 2 ราย อ.โนนสัง 5 ราย อ.สุวรรณคูหา 1 ราย ต้องติดตามฝึกกระตุ้นต่อ จำนวน 1 ราย นัดติดตามกระตุ้นครบ 3 ครั้งใน 3 เดือน แต่ไม่ครบในช่วง timeline 61 - 90 วัน จำนวน 3 ราย ปีงบประมาณ 2566 มีพัฒนาการสมวัย 5 ราย สงสัยล่าช้า 8 ราย กระตุ้นต่อยังไม่ครบคอร์สตามโปรแกรม TEDA4I 1 ราย คิดเป็น 78.57% แต่ได้นัดคนไข้มาฝึกกระตุ้นจริง คิดเป็น 100%

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพบว่าล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น	35%	41.30	21.95	66.66	35%	14/14	100

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

1. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ไม่ได้ตรวจสอบข้อมูลใน Data Exchange ทุก 15 วัน
2. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคลินิกกระตุ้น มี จำนวน 1 คน ไม่เพียงพอกับภาระงาน
3. ข้อมูลที่บันทึกไม่ตรงกับHDC

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ควรมีเจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กเพิ่ม อีก 1 คน
2. บูรณาการร่วมกับงานกิจกรรมบำบัดและกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

ผู้รายงาน นางสาวสายใจ เลิศสงคราม
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี 21 กรกฎาคม 2566

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ในปัจจุบันปัญหาทันตสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยหลายๆ อย่าง ทั้งโครงสร้างของอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้มีผลต่อการดูแลรักษาฟัน ทั้งรูปแบบของการเลี้ยงดูเด็กในด้านต่างๆ ที่ปรับเปลี่ยนและมีการพัฒนา ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากเด็ก วัยอนุบาลเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสมองในอนาคต ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคฟันผุ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสมที่สุดทางหนึ่ง

เด็กวัยประถมศึกษาเป็นวัยที่เริ่มเข้าสู่ mixed dentition หรือเป็นช่วงที่ฟันแท้เริ่มขึ้น ทำให้มักถูกละเลยจากตัวเด็กและผู้ปกครอง อีกทั้งยังเป็นช่วงของการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ เด็กจะต้องใช้ชีวิตอยู่ในโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ มีการเลือกบริโภคอาหารด้วยตัวเอง รวมถึงสื่อโฆษณาประเภทขนมหวานเริ่มเข้ามามีอิทธิพลในชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ฟันแท้มีการผุเกิดขึ้น โดยเฉพาะฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่ง ซึ่งมีผุก่อนที่จะมาพบทันตบุคลากร ซึ่งในบางครั้งอาจทำให้ไม่สามารถเก็บรักษาฟันซี่นั้นเอาไว้ได้

2. กระบวนการดำเนินงาน

- 1) สำรวจสถานะทันตสุขภาพ
- 2) ให้ทันตสุขศึกษา และให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ปกครอง
- 3) ให้การรักษาทางทันตกรรม ได้แก่ เคลือบฟลูออไรด์ ในเด็กปฐมวัย หากจำเป็นต้องได้รับการรักษาจำเป็นต้องนัดหมายเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภูและ/หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองที่มีทันตบุคลากร
- 4) คืนข้อมูลสถานะทันตสุขภาพให้โรงเรียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของเด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ	75	81.25	-	46.25	75	196	87.89

ข้อมูลจาก HDC สสจ.หนองบัวลำภู วันที่ 17 กรกฎาคม 2566

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

การออกหน่วยให้บริการทางทันตกรรมใน รพ.สต. ที่ไม่มีทันตบุคลากร มีการแนะนำให้ รพ.สต. มีการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ รพ.สต. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและแนะนำทางทันตสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ เด็ก 0 - 3 ปี และกลุ่มอายุอื่นๆ และแนะนำทักษะการแปรงฟันเด็กให้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เป็นการสร้างระบบการเรียนรู้และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทุกภาคี เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชน

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค

- การบริหารเวลานัดหมายแต่ละ ศพต.มาเคลือบฟลูออไรด์ที่ รพ.สต.ไม่สามารถควบคุมเวลาได้ เนื่องจาก จำนวนเด็กในแต่ละศูนย์มีจำนวนมากน้อยต่างกัน รวมทั้งระยะทางห่างไกลจาก รพ.สต
- ข้อมูลการตรวจฟันเด็ก ยังไม่มีการส่งต่อข้อมูลผลตรวจฟันแก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก
- การดำเนินงานโครงการต่างๆ มีกิจกรรมหลายอย่างและมีช่วงเวลาที่ต้องทำกิจกรรมน้อย เนื่องจากโครงการ มีการทำกิจกรรมกับเด็กนักเรียน ซึ่งเด็กมีช่วง เปิด-ปิดเทอมทำให้ต้องเร่งรีบในการทำกิจกรรมโดยอาจไม่ทันเวลาที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ

- เดิมออกให้บริการที่ รพ.สต. เปลี่ยนออกให้บริการเชิงรุกเคลื่อนฟลูออไรด์ที่ ศพด.
- เด็กที่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาทางทันตกรรม ควรมีใบบันทึกผลการรักษาเป็นรายบุคคลส่งต่อไปกับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก
- กิจกรรมบางอย่างที่ทำกับเด็กนักเรียนควรไปทำในช่วงภาคเรียนที่ 2 ในเรื่องการรักษาทางทันตกรรม
- เพิ่มประสิทธิภาพและความครอบคลุมการแปรงฟันทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพ และเพิ่มกิจกรรมรณรงค์กระตุ้นให้ผู้ปกครองดูแลการบริโภคขนมของเด็กและแปรงฟันที่บ้านให้เด็กทุกวัน
-

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง - ไม่มี

ผู้รายงาน ทพ.ฉลองรัฐ เดชา ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี 17 กรกฎาคม 2566
โทร 091-18673165

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 6 – 14 ปี สูงดีสมส่วน

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย ปี 2564 โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สรุปผลการสำรวจในครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของนักเรียนไทย เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2551-2564 ซึ่งเด็กนักเรียนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนและยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง และยังพบอีกว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว มีความวิตกกังวลจนทำให้อนอนหลับบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ และผลการสำรวจยังชี้ให้เห็นถึง ปัจจัยสนับสนุน รวมทั้งการเอาใจใส่ของผู้ปกครองและครอบครัวที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนั่นไม่เพียงพอที่จะป้องกันนักเรียนจากความเสี่ยงด้านสุขภาพต่างๆ ภายและจิตได้

ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยเรียนของอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2565 พบว่า เด็กอายุ 6- 14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 62.33 ซึ่งนักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร คือ ชอบดื่มน้ำหวาน และน้ำอัดลม รับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดและอาหารประเภททอดเป็นประจำ การบริโภคผักและผลไม้ค่อนข้างน้อย มีพฤติกรรมทางกายลดลง ขาดการออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมที่ต้องขยับร่างกายน้อยลง มีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากทุกวันนี้เด็กนักเรียนส่วนใหญ่มีโทรศัพท์มือถือ ทำให้จดจ่ออยู่กับโซเชียลมีเดียมากกว่าการขยับร่างกายหรือการทำกิจกรรมกับเพื่อนๆ จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนอายุ 6 - 14 ปี ต่อไป

2. กระบวนการดำเนินงาน

- 1) ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมสุขภาพเด็กได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมถึงการมีสุขภาพดี
- 2) ประชุมชี้แจงแนวทางการลงทะเบียน ประเมินตนเองโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านระบบออนไลน์
- 3) จัดกิจกรรมเชิงรุกประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งเป็นการสร้างกระแสและความตระหนักให้โรงเรียนและชุมชนเพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลส่งเสริมสุขภาพนักเรียน
- 4) ประเมินผลและจัดกิจกรรมเชิดชูเกียรติแก่โรงเรียนที่ผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)	
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน
ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	66	63.72	66.54	62.33	>57	52.25

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

- มีการบูรณาการ ร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- ควรมีการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับผู้ปกครอง
- ควรมีการให้ความช่วยเหลือ และแนวทางให้คำปรึกษา

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- มี MOU ระหว่างโรงเรียน รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และสพป.หนองบัวลำภู เขต 1 ในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้รายงาน นางสาวนิตา สาครเจริญ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
วัน/เดือน/ปี 26 ธันวาคม 2565
โทร : 088-5104515
e-mail : forever_19912010@hotmail.com

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน < 23 : 1,000

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ด้วยการเจริญเติบโตทางเพศที่ยังไม่สมบูรณ์ประกอบกับวุฒิภาวะของวัยรุ่นที่ยังไม่สมบูรณ์เป็นผู้ใหญ่พอ ผลที่ตามมาของการเป็นมารดาวัยรุ่น คือการหย่าร้างและหาคู่ใหม่ และการตั้งครรรค์อีกครั้งกับสามีคนใหม่ ส่วนวัยรุ่นที่ได้แต่งงานไปก็มีการตั้งครรรค์ครั้งที่ 2 ทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรรค์ซ้ำในวัยรุ่น แต่มารดาวัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) ยังมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ เยื่อโพรงมดลูกอักเสบหลังคลอด และการติดเชื้อในระบบมากกว่าสตรีอายุ 20-24 ปี และทารกของมารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงต่อน้ำหนักแรกเกิดต่ำ คลอดก่อนกำหนด และภาวะทารกแรกเกิดเจ็บป่วยรุนแรง ปัญหาที่พบตามมาคือ ต้องหยุดหรือออกจากการศึกษา ส่งผลกระทบให้ประเทศขาดบุคลากรที่มีคุณภาพ เกิดปัญหาบุตรที่ไม่ต้องการ และนำไปสู่การลักลอบทำแท้งมากขึ้น เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี เป็นภาระทางเศรษฐกิจ เรื่องค่ารักษาพยาบาลขณะตั้งครรรค์ การคลอดบุตร และการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากไม่มีงานทำ เป้าหมายปี 2566 กำหนดให้อัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 23:1,000, อัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ไม่เกิน 1:1,000 ประชากรวัยรุ่นหญิงอายุ 10-14 ปี, การคลอดในมารดาวัยรุ่นตั้งครรรค์ซ้ำไม่เกินร้อยละ 13.5 ผลการดำเนินงานปี 2565 ที่ผ่านมา พบว่าอัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี 31.05 :1,000, อัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี 0.33:1,000, อัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นตั้งครรรค์ซ้ำร้อยละ 20.20 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น

2. กระบวนการดำเนินงาน

โครงการ	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส)	รายละเอียดงบประมาณ	งบประมาณรวม(บาท)	ผู้รับผิดชอบ
โครงการป้องกันการตั้งครรรค์ และตั้งครรรค์ซ้ำ ด้วยคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น	กิจกรรมที่ ๑ ประชุมชี้แจงการดำเนินงานคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น	เพื่อป้องกันการตั้งครรรค์ และตั้งครรรค์ซ้ำด้วยคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น	กลุ่มเป้าหมายเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงาน และกรรมการดำเนินงาน ๕๐ คน	๑. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี ไม่เกิน ๑๐.๐ / ต่อพันประชากรหญิง อายุ ๑๐-๑๔ ปี	ไตรมาส ๒,๓ มีค-ศค	กิจกรรมที่ ๑ ๑. ค่าอาหารกลางวัน ๒๐ บาท x ๕๐ คน = ๓,๐๐๐ บาท ๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓๐ บาท x ๕๐ คน x ๒ มื้อ = ๓,๐๐๐บาท ๓.ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการจัดอบรม ๕๐ คน x ๕๐ บาท = ๒,๕๐๐ บาท ๔.ค่าตอบแทนวิทยากรบรรยาย ๑ คน x ๖๐๐ บาท x ๒ ชม. = ๓,๖๐๐ บาท รวมค่าใช้จ่ายกิจกรรม ๑ = ๑๒,๑๐๐ บาท	๑๒,๑๐๐	สุภาภรณ์ หนูพวง
	กิจกรรมที่ ๒ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เจริญลงในชุมชน เพื่อป้องกันการตั้งครรรค์ซ้ำในวัยรุ่น	เพื่อป้องกันการตั้งครรรค์ซ้ำในวัยรุ่น	มารดาวัยรุ่นในอำเภอเมืองหนองบัวลำภู	๒. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิน ๒๓ / ต่อพันประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ๓. ร้อยละการตั้งครรรค์ซ้ำไม่เกิน ๑๓.๕	ไตรมาส ๒,๓,๔ มีค-กย	กิจกรรมที่ ๒ ๑.ค่าตอบแทนพยาบาลวิชาชีพ ๘๐ บาท x ๒ คน x ๔ ชม. x ๑๐ ครั้ง = ๖,๔๐๐ บาท ๒.ค่าตอบแทนนักวิชาการสาธารณสุข ๘๐ บาท x ๔ ชม. X ๑๐ ครั้ง = ๓,๒๐๐ บาท รวมงบประมาณกิจกรรมที่ ๒ = ๙,๖๐๐ บาท	๙,๖๐๐	สุภาภรณ์ หนูพวง
งบประมาณรวมทั้งสิ้น							๒๑,๗๐๐	

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.65 – มิ.ย 66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	< 23 : หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	30.30	24.58	31.05	3,720	16	15.05

ข้อมูลจาก HOSxP โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

ข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่น อำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 65-มิถุนายน 66)										
ที่	รพ.สต	มารดาอายุ 10-14 ปี			มารดาอายุ 15-19 ปี			มารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ		
		มารดาอายุ 10-14 ปี	ประชากรหญิง 10-14 ปี	ผลงานปี 66 ≤ 0.8:1000	มารดาอายุ 15-19 ปี	ประชากรหญิง 15-19 ปี	ผลงานปี 66 ≤ 23:1000	มารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี	มารดาอายุต่ำกว่า 20 ปีตั้งครรภ์ซ้ำ	ร้อยละ (< 13.5%)
1	ดอนยานาง	1	139	7.19	6	180	33.33	7	1	0.00
2	ห้วยลึก	0	182	0.00	2	163	12.27	2	1	0.00
3	หนองบัวโสม	0	190	0.00	2	182	10.99	2	0	0.00
4	หัวนา	0	259	0.00	2	329	6.08	2	1	50.00
5	โนนคูณ	0	212	0.00	2	216	9.26	2	1	50.00
6	ช่องโป้	0	60	0.00	1	68	14.71	1	0	0.00
7	นามะเฟื่อง	0	287	0.00	3	339	8.85	3	0	0.00
8	บ้านพร้าว	0	85	0.00	0	101	0.00	0	0	0.00
9	บ้านบก	0	173	0.00	8	204	39.22	8	0	0.00
10	นาเลิง	0	148	0.00	1	142	7.04	1	1	0.00
11	ห้วยโจด	0	98	0.00	1	102	9.80	1	0	0.00
12	หมากเลื่อม	0	109	0.00	8	148	54.05	8	2	25.00
13	ทุ่งโปรง	1	198	5.05	4	247	16.19	5	1	20.00
14	ยางหลวง	0	119	0.00	0	110	0.00	0	0	0.00
15	หนองบัวเหนือ	0	246	0.00	5	230	21.74	5	2	40.00
16	นาคำไฮ	0	148	0.00	0	137	0.00	0	0	0.00
17	ป่าไม้งาม	0	113	0.00	3	143	20.98	3	0	0.00
18	โคกกลาง	0	135	0.00	3	136	22.06	3	1	0.00
19	หนองหัวน้อย	0	116	0.00	2	148	13.51	2	1	0.00
20	โนนสมบูรณ์	0	173	0.00	1	161	6.21	1	0	0.00
21	ศูนย์แพทย์ชุมชน	0	264	0.00	2	234	8.55	2	1	0.00
รวม		2	3454	0.58	56	3720	15.05	58	13	22.41

หมายเหตุ : * ที่มา : ประชากรจาก HDC ปี 2566

: ข้อมูลมารดาวัยรุ่นจาก Hos XP งานข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

- เป้าหมาย 1. อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี < 0.8:1000 ประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี
 2. อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี < 13.5%
 3. อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี < 23:1000 ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี

โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยองค์การบริหารส่วนตำบลกุดจิกร่วมกับโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
วันที่ 2 ธันวาคม 2565



ผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมและให้ความสนใจในการเรียนรู้ เมื่อประเมินผลการอบรมพบว่าผู้เข้าร่วมอบรมสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องได้ ร้อยละ 90

โครงการติดตามเยี่ยมมารดาวัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ปี 2566



ผลการดำเนินงานหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเยี่ยม 16 คน ใช้วิธีคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ 15 คนคิดเป็นร้อยละ 87.50 ไม่คุมกำเนิด 2 คน เนื่องจากสามีไปทำงานต่างประเทศ คิดเป็นร้อยละ 12.50

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

ความร่วมมือกันระหว่างภาคส่วน ภาคีต่างๆที่เป็นรูปธรรมและร่วมเป็นเจ้าของในส่วนที่เกี่ยวข้อง

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- สื่อด้านลบที่ควบคุมไม่ได้, มุมมองที่แตกต่างของผู้ใหญ่
- ควรมีการควบคุมสื่อด้านลบและสนับสนุนสื่อด้านบวกทางเพศอย่างจริงจัง
- การถ่ายโอน รพ.สต. สู้อท้องถิ่น ทำให้เกิดปัญหาด้านการประสานงาน ติดตามงานตามตัวชี้วัด

6. นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

- การติดตามเยี่ยมมารดาวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

ผู้รายงาน : ดร. สุภาภรณ์ ปัญหาราช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้ประสานงาน : นางสาวหนูพวง สมพะวัง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี 14 กรกฎาคม 2566
โทร 080 182 1047 e-mail: puuppee2001@hotmail.com

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพวัยทำงาน

ตัวชี้วัด : 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อ ประชากรแสนคน

2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต \geq ร้อยละ 80

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรคซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความรุนแรง ก่อให้เกิดเป็นภาวะวิกฤติทางสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมส่วนรวม ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก นอกจากนี้โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) สูงสุดในกลุ่มโรคจิตเวชทั้งหมด เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขสุโขทัยปี 2566 กำหนดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ \leq 8.0 ต่อ ประชากรแสนคน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ \geq ร้อยละ 80 ข้อมูลการฆ่าตัวตายเป็นจังหวัดหนองบัวลำภู เท่ากับ 6.86 ต่อประชากรแสนคน อำเภอเมืองหนองบัวลำภูมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นจังหวัดเท่ากับ 2.19 ต่อ ประชากรแสนคน ส่วนอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศร้อยละ 94.13 ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 อัตราการเข้าถึงบริการอยู่ที่ 91.39 จังหวัดหนองบัวลำภูมีอัตราการเข้าถึงบริการร้อยละ 87.32 และอำเภอเมืองหนองบัวลำภูมีการเข้าถึงบริการร้อยละ 82.8 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566 : ศูนย์ข้อมูลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี/ศูนย์ข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข)

2. กระบวนการดำเนินงาน

1. พัฒนาระบบบริการเฝ้าระวัง คัดกรอง/ ดูแลช่วยเหลือและติดตามดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ประสบปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นได้คุณภาพตามมาตรฐานในทุกหน่วยบริการโดยใช้โปรแกรม 3ส Plus และพัฒนาแนวปฏิบัติ ในการเฝ้าระวังคัดกรอง/ดูแลช่วยเหลือและระบบติดตามดูแลต่อเนื่อง

2. เพิ่มการเข้าถึงโรคจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า ติดสารเสพติด สุรา และสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย

3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และเป็นโรงพยาบาลที่เลี้ยงแก่ รพช., รพ.สต.

4. พัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวัง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายเป็นจังหวัดสูง

5. พัฒนาระบบบริการคัดกรองค้นหา เฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง

6. นำแนวปฏิบัติการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเป็นจังหวัด (พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต) สู่การปฏิบัติ

จริง

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.-65 มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
อัตราการฆ่าตัวตายเป็นจังหวัด	ไม่เกิน 8.0 ต่อ ประชากรแสนคน	11.95	8.95	7.58	12	3	2.19
ร้อยละของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าเข้าถึงบริการ สุขภาพจิต	\geq ร้อยละ 80	89.9	82.8	82.8	3,091	2,559	82.8

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

1. มีบุคลากรด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาและทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพจิตผู้บริหารให้ความสำคัญเป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วน
2. มีระบบการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยจิตเวช ใน รพท.) การจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดใน รพช.ทุกแห่ง มีระบบยาจิตเวช 35 รายการ
3. มีแนวทางการดูแล เฝ้าระวังช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวล แนวทางการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด และแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรควิตกกังวลด้วยยาต้านเศร้า พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต
4. การดูแลทางสังคม จิตใจ ในปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องยุ่งยากซับซ้อน ยังขาดแนวทางที่ชัดเจนเฉพาะเจาะจงในการดูแลช่วยเหลือ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ระบบบริการการคัดกรองค้นหา เฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุม ยังต้องพัฒนาต่อเนื่อง ตลอดจนพัฒนาระบบฐานข้อมูลการคัดกรองให้เป็นระบบ ส่งต่อข้อมูลได้สะดวก
2. ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องซับซ้อน และปัจจัยกระตุ้นเกิดขึ้นง่ายต่อการควบคุม เช่น โรควิตกกังวล สุรา/สารเสพติด การดูคำ ตำหนิ ปัญหาจากภาวะเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลง
3. ควรมีการพัฒนาศักยภาพทีมในการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน และครอบครัวเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจสู่ประชาชนทุกกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย และสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ Psychosocial clinic ให้เป็นที่พึ่งทางใจแก่ประชาชนในพื้นที่อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- ไม่มี

ผู้รายงาน นางสุทัศน์ จ้อยภูเขียว
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี 30 มิถุนายน 2566
โทร 081 7088739
e-mail : tas1179@hotmail.com

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพวัยทำงาน

ตัวชี้วัด : 1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง

1.1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน \geq ร้อยละ 70

1.2) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ 93

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในกลุ่มผู้มีอายุ ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องมาจากพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันที่ขาดสมดุล จากการรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ความเครียดและขาดการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคที่สำคัญ อำเภอเมืองหนองบัวลำภู จากข้อมูล ปี 2565 มีความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 5.86 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 8.17 แต่ยังเป็นอัตราที่ต่ำกว่าของประเทศไทย คือ ร้อยละ 8.9 และ 24.7 การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษามีความสำคัญยิ่ง การคัดกรอง และการติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นกระบวนการที่สำคัญยิ่งในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา

2. กระบวนการดำเนินงาน

เริ่มจากการค้นหากลุ่มที่ต้องเข้ารับการคัดกรองทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยสำรวจประชากรในชุมชน และคัดกรองโดยในกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน คือ ระดับ DTX หลังอดอาหาร มีค่าตั้งแต่ 126 mg/dl ซึ่งต้องส่ง FBS ภายใน 1 - 180 วัน ส่วนโรคความดันโลหิตสูง จะต้องได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจวัดความดันโลหิต ภายใน 90 วัน

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	\geq ร้อยละ 70	74.43	71.72	48.36	179	39	21.79
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	\geq ร้อยละ 93	NA	NA	93.18	796	743	93.34

ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 21 กรกฎาคม 2566

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

4.1 การคัดกรอง และการติดตามกลุ่มเป้าหมายของ เจ้าหน้าที่ในพื้นที่

4.2 กระบวนการการติดตาม การยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีความแตกต่างในความยากง่ายที่ต่างกัน การดำเนินการติดตามโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสามารถดำเนินการเองได้ ส่วนการดำเนินการติดตามวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานต้องส่งเข้ามายืนยันที่โรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่สามารถดำเนินการเองได้โดย ต้องส่งเข้ามาที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องส่งมายืนยันวินิจฉัยที่โรงพยาบาล ประชาชนไม่สะดวกในการเข้ารับบริการตรวจยืนยัน FBS ที่โรงพยาบาลทำให้ยอดการติดตามมีจำนวนน้อย ประกอบการคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพียง ร้อยละ 18.85 เท่านั้นซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 90 จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า หลังจากมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อัตราการคัดกรองก็ลดลง การส่งกลุ่มสงสัยป่วยเข้ามาที่โรงพยาบาลเพื่อตรวจยืนยันด้วย FBS ลดลงเช่นกัน

ผู้รายงาน นางสาวนพารณ์ เสนา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 21/7/2566

โทร 042-006006 ต่อ 1309

e-mail nanapaporn.1@gmail.com

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 95

1. สถานการณ์ /สภาพปัญหาของพื้นที่

ประชากรผู้สูงอายุเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู รวมทั้ง 15 ตำบล (20รพสต. 1CMU) รวมทั้งสิ้น 22,114 คน ได้รับการคัด 19,967 คิดเป็นร้อยละ 90.29 พบมีผู้มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน+ติดเตียง) ค่าคะแนน < ADL11/20 จำนวน 685 คน คิดเป็นร้อยละ 3.09 (<http://nbdatacenter.moph.go.th/hdc/reports/>)

เพื่อตอบรับยุทธศาสตร์เขตตรวจราชการสุขภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง ได้ดำเนินการจัดทำ Care plan ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพึ่งพิง โดยรับการสนับสนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) ร่วมกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

2. กระบวนการดำเนินงาน

การดำเนินงานดูแลกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิง ภายใต้คณะกรรมการที่มีดำเนินงานตามภาวะสุขภาพดี ป่วย (ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียงและระยะประคับประคอง) โดยผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับเครือข่ายอำเภอเมือง และระดับพื้นที่ เริ่มจากการสำรวจภาวะสุขภาพ และส่งกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดูแลตามองค์ประกอบ 3C C:CM (Care Manager) C:CG (Care Giver) C:Care plan และในปี 2565 เพิ่ม C:CC (Care Community)

3. ผลการดำเนินงาน

ตาราง แสดงจำนวนร้อยละผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และการจัดทำดูแลผู้สูงอายุตาม care plan แยกรายสถานบริการ สาธารณสุข อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู 1 ตุลาคม 2565 – 17 กรกฎาคม 2566

รหัสสถานบริการ/รพ.สต	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน Care Plan	ร้อยละการจัดทำ Care plan
[04169] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง	71	70	98.59 %
[04170] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยลึก ตำบลโพธิ์ชัย	97	91	93.81 %
[04171] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโขม ตำบลหนองสวรรค์	94	70	74.47 %
[04172] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนา ตำบลหัวนา	307	304	99.02 %
[04173] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนคูณ ตำบลบ้านขาม	83	83	100.00 %
[04174] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องโป้ ตำบลบ้านขาม	63	63	100.00 %
[04175] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนามะเฟือง ตำบลนามะเฟือง	127	127	100.00 %
[04176] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว ตำบลบ้านพร้าว	118	118	100.00 %
[04177] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบก ตำบลบ้านพร้าว	201	201	100.00 %
[04178] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเลิง ตำบลโนนขมิ้น	21	21	100.00 %
[04179] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยโจด ตำบลโนนขมิ้น	16	16	100.00 %
[04180] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหมากเลื่อม ตำบลลำภู	170	163	95.88 %
[04181] สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี	183	182	99.45 %
[04182] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางหลวงเหนือ ตำบลกุดจิก	186	186	100.00 %
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวเหนือ ตำบลโนนทัน	60	60	100.00 %
[04185] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาคำไฮ	149	149	100.00 %
[04186] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไผ่งาม	78	78	100.00 %
[04187] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกกลาง ตำบลป่าไผ่งาม	85	85	100.00 %
[04188] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวน้อย	20	20	100.00 %
[23921] ศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลหนองบัว	128	128	100.00 %
13892] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์ ตำบลนาคำไฮ	109	109	100.00 %
รวม	2,366	2,325	98.27 %

ข้อมูลจากโปรแกรมhttp://ltc.anamai.moph.go.th/repzone_hosp ณ วันที่ 17 กรกฎาคม 2566

จากข้อมูลในตาราง พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งหมด จำนวน 2,366 คน ได้รับการจัดทำ care plan ในการดูแล จำนวน 2,325 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.27 ครอบคลุมทุกรพ.สต

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม care plan	95%	966	766	1,260	2,366	2,325	98.27

4. แผนงาน/โครงการระดับ CUP ที่รองรับการพัฒนาต่อ ปี 2566

แผนงานโครงการ	ระยะเวลาดำเนินการ
พัฒนาบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) โดยทีมสุขภาพครอบครัว (Family Care Team) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปี งบประมาณ พ.ศ. 2566	1 ตุลาคม 65 - 30 กันยายน 66

5. โอกาสพัฒนา/ปัจจัยความสำเร็จ

5.1 ผู้มีความเกี่ยวข้องมีความเข้าใจให้ตรงกัน ของการบูรณาการ

1) การเชื่อมโยงและมุ่งไปในทิศทางเดียวกับ นโยบายหมอครอบครัว, 3 หมอ

2) มีงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน สปสช.ในระดับ พื้นที่การทำงานในพื้นที่ ร่วมกับอปท.และเครือข่ายนอกหน่วยงาน

3) การดูแลสุขภาพในอำเภอ ด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

4) ในปี 2564 มีเพิ่มนักบริบาลท้องถิ่น (CC: care community) โดยอปท.ทุกแห่งดำเนินเปิดรับสมัคร สอบและส่งอบรม และส่งกลับให้ทำงานภายใต้การดูแลของ CM ในพื้นที่

5.2 พบว่าการดำเนินการคัดกรองแยกกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโอกาสพัฒนาของการดำเนินงานระดับพื้นที่ การรวบรวมแหล่งข้อมูลหลายแหล่งข้อมูล เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน แต่เมื่อมารวมในตารางวิเคราะห์ข้อมูลต้องมีการอธิบายเพิ่มเติมผลการวิเคราะห์

5.3 โอกาสพัฒนาการทำงานร่วมกันในบริบทการถ่ายโอน รพ.สต. 100% ในจังหวัดหนองบัวลำภู

5.4 การมีส่วนร่วมในการประชุมและพิจารณา care plan กองทุนสุขภาพรายตำบล ไม่ถึง 50%

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

เพื่อเป็นการวางแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงใช้งบประมาณที่ได้รับโอนการทำงานระดับ CUP ในการฟื้นฟูทักษะให้กับ CG ที่มีอยู่เดิม ***** หน่วยบริการบางแห่ง (CMU) มีความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณ เนื่องจาก

6.1. การสื่อสาร ระหว่างหน่วยงาน อปท. (เทศบาล) ทำให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ในการแก้ไขรายละเอียดในตัวโครงการ จึงเกิดความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณ

6.2. งบ LTC ในส่วนของ CMU ระเบียบพัสดุ ชี้แจงว่าวัสดุบางอย่างไม่สามารถจัดซื้อได้ เนื่องจากเป็นวัสดุสิ้นเปลือง (ได้สอบถามหน่วยงานที่รับผิดชอบแล้วว่าสามารถซื้อได้) ทำให้ไม่สามารถเบิกจ่ายงบส่วนนี้สำหรับ ปีนี้ได้

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง / ความภูมิใจ

1. การเข้าถึงการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และระยะประคับประคอง โดยทีมสหวิชาชีพ / หมอครอบครัวโดยกิจกรรมศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่อง โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายการดูแลครอบคลุมกาย จิต และสังคมตามขั้นตอนการดูแลคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง วางแผนจำหน่าย ส่งต่อ และติดตามเยี่ยมเชิงรุกที่บ้าน และรวมทั้งการเปิดรับบริการบริการในรพ.รูปแบบคลินิกสุขภาพ และเปิดให้คำปรึกษา ใน-นอกเวลาราชการ

2. วิจัยประสิทธิผลการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู (The Effectiveness of Competency Development among Caregiver Taking Care the Elderly with Dependency, Muang District, Nong Bua Lamphu Province) นำเสนอ 27 ธันวาคม 2564 และ สิงหาคม 2565

ที่มาข้อมูล 1. HDC report สสจ.หนองบัวลำภู ณ วันที่ 17 กรกฎาคม 2566

2. การจัดทำ care plan จากโปรแกรม http://ltc.anamai.moph.go.th/repzone_hosp ณ วันที่ 17 กรกฎาคม 2566

ผู้ประสานงานหลัก :

นายชายแดน แสงจันทร์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสอ.เมืองหนองบัวลำภู

ผู้ประสานงานร่วมเขียนรายงาน :

นางเยาวภา สีดอกบวบ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน
วัน/เดือน/ปี...17 กรกฎาคม 2566.....

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด : ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

อำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 22,208 คน คิดเป็นร้อยละ 16.23 ของ ปชก.ทั้งหมด จากข้อมูลย้อนหลังบริการคัดกรองสุขภาพประจำปี (ปี 2563 - ปี 2565) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม (คะแนน ADL \geq 12) คิดเป็นร้อยละ 96.58, ร้อยละ 97.38 และ ร้อยละ 96.26 ตามลำดับ รองลงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน (คะแนน ADL 5-11) คิดเป็นร้อยละ 3.13, ร้อยละ 2.17 และ ร้อยละ 3.44 ตามลำดับ และพบน้อยสุดคือเป็นกลุ่มติดเตียง (คะแนน ADL 0-4) คิดเป็นร้อยละ 0.29, ร้อยละ 0.45 และ ร้อยละ 0.30 ตามลำดับ

ในปีงบประมาณ 2566 นี้ได้มีการกระจายอำนาจถ่ายโอนหน่วยบริการไปยังองค์การปกครองท้องถิ่น มีการปรับรูปแบบการประสานงานและการดำเนินงานด้านสุขภาพโดยรวม ผ่านระบบรายงาน HDC หนองบัวลำภูพบว่า ผลการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีมีความครอบคลุมอยู่ที่ร้อยละ 28.9 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2566) โดยส่วนใหญ่เป็นการนำเข้าข้อมูลจาก ศูนย์แพทย์ชุมชน รพ.หนองบัวลำภู (92.62) และ รพ.สต.เครือข่าย 10 แห่งอยู่ในระหว่างนำเข้าข้อมูล โดยอีก 10 แห่งไม่มีการขยับของข้อมูลในระบบรายงาน ซึ่งการจัดบริการคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหาความเสี่ยง เป็นกระบวนการสำคัญลำดับแรกของบริการด้านสุขภาพเพื่อจะนำไปสู่การวางแผนจัดการส่งเสริมสุขภาพ และประเมินผลลัพธ์สุขภาพรายบุคคล ให้ครบวงจรในปีงบประมาณนั้น ๆ โดยกรมอนามัยมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ผ่านรูปแบบออนไลน์บนแพลตฟอร์ม Wellness Plan อย่างน้อยร้อยละ 50 ตามเป้าหมายกำหนด และในรายที่พบปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลส่งต่อ คือความผิดปกติ/สงสัยภาวะสมองเสื่อม และเสี่ยงภาวะหกล้ม ได้รับการส่งต่อเข้ารับดูแลรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุ (R269) อย่างถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลาต่อไป

2. กระบวนการดำเนินงาน

เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมและฟื้นฟู กลุ่มวัยผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพดี เข้าถึงระบบบริการ และมีชีวิตยืนยาว ด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีกิจกรรมสำคัญ ในประเด็นมุ่งเน้นดังนี้

1. สนับสนุน (ต้นฉบับ) แบบฟอร์มคัดกรองที่ถูกต้อง ครอบคลุม ทันสมัย และใบส่งต่อ (ในรายที่พบความเสี่ยง/ผิดปกติ) เพื่อให้ส่งต่อการนำไปใช้ในพื้นที่ ผ่านไลน์กลุ่มประสานงานส่งเสริมอำเภอ

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2566) ผ่านระบบ Zoom Meeting และ เพจ FB เวชกรรมสังคม รพ.หนองบัวลำภู เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ และภาคีเครือข่ายสุขภาพเขต อ.เมืองหนองบัวลำภู เพื่อเสริมองค์ความรู้ ทบทวนแนวทางมาตรฐาน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหลักสูตร “กันล้ม-กันลื่น” และสนับสนุนสื่อง่าย ๆ ในการกระตุ้นส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มแกนนำ สู่การต่อยอดในชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุระดับพื้นที่

3. วางแผน พัฒนาระบบการประสานการจัดทำ แผนสุขภาพดีด้วย Wellness Plan ร่วมกับ สสอ.เมืองหนองบัวลำภู และ สนับสนุน กระตุ้น ติดตามการเข้าใช้แพลตฟอร์ม ของเขตพื้นที่ ต.หนองบัว (CMU รพ.หนองบัวลำภู) เพื่อ บรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 50 ของ กลุ่มติดสังคม (800 ฉบับ)

4. สนับสนุนการสร้างเครือข่าย กลุ่มเตรียมการ (ครู ข) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดทำแผนสุขภาพดี ด้วย Wellness Plan ผู้สูงอายุรายบุคคล อ.เมืองหนองบัวลำภู (เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2566) งบประมาณจากเขตสุขภาพที่ 8

5. ติดตาม กำกับ ประสานงาน สื่อสารนโยบาย และสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ ตามความพร้อมของพื้นที่ สรุปรายงาน ผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหารแต่ละระดับทราบ เพื่อพิจารณาต่อไป

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)	
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน
1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง						
1.1 ADL	ร้อยละ 95	91.21%	96.45%	96.26%	95.00% (21,085 คน)	28.9 % (CMU 1,607 คน , รพ.สต.4,817 คน)
1.2 พบภาวะเสี่ยง Dementia	monitor	0.48% (82 คน) *มีแนวทางCDCs	0.94% (176 คน)	0.49% (98 คน) จัดอบรมหมอที่1	ได้รับการส่งต่อ ร้อยละ 30 (R26.9)	เสี่ยง 15 ราย * ทะเบียนบริการ คลินิกผู้สูงอายุ
1.3 พบภาวะเสี่ยง Fall	monitor	2.01% (346คน) *มีแนวทาง Fall	2.81% (529 คน)	3.71% (738 คน) จัดประชุมหาหรือ เครือข่าย อปท.	ได้รับการส่งต่อร้อยละ 30 (R26.9)	เสี่ยง 123 ราย * ทะเบียนบริการ คลินิกผู้สูงอายุ
2. ร้อยละของผู้สูงอายุมี แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ 50 (จาก ปชก ทั้งหมด 22,208 คน)	ปีแรก			50 % (กลุ่มติดสังคม CMU มี 1,589 คน) เป้าหมายน้อย 795 ฉบับ	78.67 % (WP ของ CMU ทำได้ 1,250 ราย)

แหล่งข้อมูล : HDC กระทรวง และทะเบียนรายงาน WP ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2566

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

- 4.1 อยู่ช่วงปีแรกของการโอนถ่ายอำนาจการบริหารหน่วยบริการ ส่งผลกระทบต่อประสานงาน แนวทางการจัดระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพตามมาตรฐาน ไปในทิศทางเดียวกันโดยภาพรวม แม้ว่าผู้ปฏิบัติในพื้นที่จะคงเดิม แต่รูปแบบและทิศทางการทำงานขึ้นอยู่กับ อปท. กำหนด/เห็นชอบ
- 4.2 มีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ “กันล้ม-กันลื่น” เป็นรูปธรรม ชัดเจน และได้เริ่มมีการลงนำไปปรับใช้ได้จริงในระดับชุมชน โรงเรียนผู้สูงอายุมาแล้ว ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี จึงต้องอาศัยการสื่อสาร จูงใจให้ อปท.เห็นประโยชน์และรับรู้ ว่า แนวทางจัดวางรูปแบบนั้นง่ายต่อการนำไปใช้ได้จริง มีประโยชน์ ผู้สูงอายุพึงพอใจ
- 4.3 นโยบายการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เป็นแพลตฟอร์มใหม่ ดังนั้นในระยะนำร่อง(ปีแรก) ควรตั้งเป้าหมาย 5 - 10% ก่อน เพื่อประเมินผลลัพธ์ แล้วจึงค่อยพัฒนา ขยาย ให้ครอบคลุม ต่อเนื่อง ยั่งยืนต่อไป

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- 5.1 ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDCs) โมเดล A ในพื้นที่ อ.เมืองหนองบัวลำภู
- 5.2 สื่อวีดีโอคลิป การบริหาร SSM Program กันล้ม-กันลื่น
- 5.3 หลักสูตรอบรมแกนนำ/จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูเรื่อง สูงวัย ใส่ใจ กันล้ม-กันลื่น
- 5.4 สื่อประกอบการจัดกิจกรรมในพื้นที่เรื่อง Note Book ส่งเสริมสูงวัย ใส่ใจสุขภาพ

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง - ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวกุสุมา สุริยา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (รพท.นภ.)

โทร 095-6452645 e-mail Poongto0088@gmail.com

ผู้ประสานงาน นายชายแดน แสงสว่าง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (สสอ.เมือง)

วัน/เดือน/ปี 1 พฤษภาคม 2566

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะหกล้ม

ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

1.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่ามีความเสี่ยงสูงและ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิก

ผู้สูงอายุ

1.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่ามีความเสี่ยงสูงและได้รับการดูแลรักษาในคลินิก

ผู้สูงอายุ

1. สถานการณ์ /สภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดหนองบัวลำภูมีประชากรผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากปี 2564 – 2566 เป็นร้อยละ 16.56 (68,586 คน), 16.99 (72,988 คน) 16.59 (84,426) ตามลำดับ (ข้อมูล : จากกลุ่มงานยุทธศาสตร์ สสจ.หนองบัวลำภู) การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2566 พบกลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้ม 1.22% เสี่ยงสมองเสื่อม 0.33% ได้รับการดูแลส่งต่อ 99.58% (ข้อมูล HDC 30 มิถุนายน 2566)

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีคลินิกผู้สูงอายุ ดูแลภาวะสุขภาพเตรียมตัวก่อนเข้าสู่ภาวะสูงวัย และวัยสูงอายุอย่างครบทุกมิติ เปิดดำเนินการคลินิกทุกวันจันทร์ถึงวันเสาร์ เวลา 08.00 - 16.00 น. โดยมีจำนวนผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุ ทั้งในเขตอำเภอเมืองและ อำเภอรอบนอกเข้ารับบริการเป็นจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ผลการดำเนินการสามารถให้บริการกับผู้สูงอายุได้เฉลี่ยวันละ 25 ราย และสามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี กลุ่มเปราะบางและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ของผู้สูงอายุ ได้เป็นอย่างดี และได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จากการตรวจประเมินที่ผ่านมา ตามนโยบายขับเคลื่อนเขตสุขภาพที่ 8 โดยผู้ว่าราชการจังหวัดหนองบัวลำภู มีนโยบายเพื่อให้คลินิกผู้สูงอายุ สามารถให้บริการกับผู้สูงอายุได้มากขึ้น จึงกำหนดให้มีการจัดให้บริการนอกเวลาราชการ ภายใต้โครงการ “ญาติพาผู้สูงอายุไปหาหมอ คลินิกผู้สูงอายุ วันหยุดราชการ” เพื่อให้ (1) บริการคลินิกผู้สูงอายุนอกเวลาราชการ (2) ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการและได้รับการประเมินภาวะสูงอายุ (3) ผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยง ได้รับการจัดการปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงการบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ดี มีความสุข ผู้รับบริการได้รับการประเมิน ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและรับคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้ดูแล เป็นต้น

และในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดำเนินการตามมาตรการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และลดการติดเชื้อของโรงพยาบาล การลดความแออัดในการให้บริการ ประกอบกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความวิตกกังวลกลัวการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการ ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการไม่ต่อเนื่อง ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงมีการจัดประชุมระดมความคิดเห็น ทบทวน กำหนดทิศทาง กระบวนการบริการคลินิกผู้สูงอายุ สามารถให้บริการผู้สูงอายุรายบุคคลในการคัดกรองภาวะสุขภาพ บริการส่งต่อให้รับคำปรึกษาและรักษาต่อร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแล เมื่อเดือนธันวาคม ปี 2565 ได้มีการประยุกต์การรักษาในรูปแบบ Tele-Medicine ผู้สูงอายุรายที่ไม่สะดวกในการเข้ามาใช้บริการที่คลินิกโดยตรง การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ถูกนำมาใช้ การดูแลจึงมีการประยุกต์ใช้ ระบบ Tele-Nursing ตามแนวคิดของสภาการพยาบาล ซึ่งทาง รพ.หนองบัวลำภู ได้ใช้โปรแกรม Doxy.me ซึ่งเป็นการให้บริการรูปแบบ VDO Call ซึ่งสามารถให้คำแนะนำ และจัดกิจกรรมร่วมกับผู้ดูแล และประเมินความต่อเนื่องของการดูแลในผู้สูงอายุได้ ปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนและร่วมใช้งานระบบ Doxy.me อยู่ที่จำนวน 254 คน อีกทั้งยังมีการให้บริการเชิงรุก Mobile Geriatric Teams เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเข้าถึงระบบบริการมากขึ้นอีกด้วย

2. กระบวนการดำเนินงาน

การจัดบริการคลินิกเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ได้แก่ การตรวจประเมินกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) โดยใช้แบบประเมินตามคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข สรุปลักษณะปัญหาสุขภาพ ส่งต่อข้อมูล (ทีมหมออนามัย และออกติดตามเยี่ยมบ้าน) ให้คำปรึกษาภาวะสุขภาพรายบุคคล รายกลุ่มโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการดำเนินงานตลอด 3 ปีที่ผ่านมาคลินิกผู้สูงอายุ มีจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น ทั้งแบบ walk-in และแบบส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่าย ให้บริการ คัดกรองกลุ่มเสี่ยง/สงสัย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คลินิกผู้สูงอายุได้มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนการดำเนินการชะลอความเสื่อมที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยเทคโนโลยี การใช้ความเป็นจริงเสมือน VR

(Virtual Reality) เพื่อกระตุ้นการคิดรู้ และการระลึกถึง (recall memory) และการฝึกความตั้งใจ (Attention) โดยใช้เทคโนโลยี Augmented Reality หรือ AR ในการประยุกต์และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุอีกด้วย

3. ผลการดำเนินงาน



ให้บริการ (Offered Services)

วันจันทร์	-ประเมิน/ให้คำปรึกษาการนอนหลับในผู้สูงอายุ -ประเมิน/ให้คำปรึกษาภาวะข้อเข่าเสื่อม บริการพอกเข่า และประคบเข่า	พยาบาลวิชาชีพ/ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางสีก
วันอังคาร	-คลินิกความจำ (Memory Clinic)/ -Mobile geriatric Teams	พยาบาลวิชาชีพ/ นักกิจกรรมบำบัด/นักจิตวิทยา สหสาขาวิชาชีพ
วันพุธ	-การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ (Dentist Clinic) -การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ	ทันตแพทย์/ นักโภชนาการ
วันพฤหัสบดี	ประเมิน/ให้คำปรึกษาภาวะกระดูกพรุน คลินิกป้องกันการหกล้ม (Falls Prevention Clinic)	พยาบาลวิชาชีพ/ นักกายภาพบำบัด
วันศุกร์	ประเมินภาวะสุขภาพ/ให้คำปรึกษา ความเสี่ยงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome)	แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ
วันเสาร์	โครงการญาติหาผู้สูงอายุมาหาหมอคลินิกผู้สูงอายุ วันหยุดราชการ	

คลินิกผู้สูงอายุ รพท.นภ.
Geriatric Clinic
Nong Bua Lam Phu Hospital

ทุกปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ เราคือคำตอบ ให้เราดูแลท่านคะ

- ตรวจสุขภาพทั่วไปและโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ
- ให้คำปรึกษา/รักษา โดยแพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ

(กรณีพบความผิดปกติเฉพาะโรค ประสานส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทาง
ผ่านช่องทางกรณีนัดหมาย ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู)

- บริการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูชะลอความเสี่ยง



สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่...คลินิกผู้สูงอายุ
โทร 042-006006 ต่อ 1119, 096-5129300
เปิดบริการวันจันทร์-วันเสาร์ (เวลา 08.00 น. - 16.00 น.)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (พ.ค.-ก.ค.66)		
		2564	2565	2566	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ระดับคุณภาพ	≥ 35%	85.37%	81.40%	81.40%	100%	-	1
ระดับพื้นฐาน	≥ 100%	100%	100%	100%	100%	-	1

ผลการประเมินคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน มีการจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกที่ครอบคลุม ดังนี้ มีระบบการคัดกรอง หรือรับส่งต่อ ประเมิน วินิจฉัย ดูแลรักษา กลุ่มอาการ อาทิ ด้านความคิดความจำ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านการขาดสารอาหาร ด้านการมองเห็น การได้ยิน ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านการกลืนปัสสาวะ การทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน และช่องปาก เป็นต้น

ผลการประเมินคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ โดยผ่านเกณฑ์การประเมิน ของกรมการแพทย์ การให้คะแนน แบ่งเป็น 1.อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม 2.บุคลากร 3.การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เต็ม 52 คะแนน รายละเอียดดังนี้ ปี 2564 ปี 2565 ปี 2566 ได้คะแนน 47, 49 และ 49 คะแนนตามลำดับ

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ความท้าทายของการเปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุคือ ผู้ป่วยสูงวัยมีอายุตั้งแต่ 80-100 ปี มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนปัญหาทางด้านสังคมและการดูแล จึงต้องเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพให้ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการน้อยที่สุดและครบทุกด้าน โดยการใช้ KM ในการบริหารจัดการงานผู้สูงอายุ นั้น ทำให้รู้ว่าจุดไหนที่ควรพัฒนา หรือปรับปรุง ถอดบทเรียนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนางาน ได้เรียนรู้การพัฒนางานกันเป็นทีม การติดตาม การส่งต่อ Fast track และการประเมินผลการดำเนินงาน เสนอที่ประชุม ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะการดูแลหรือการให้บริการผู้ป่วย บุคลากรทุกคนต้องพร้อมอยู่เสมอ ไม่ใช่เพียงหัวหน้า แต่ทุกคนในทีมจะต้องรู้เหมือนกัน จึงจะไม่เกิดปัญหา และเมื่อมีการเรียนรู้ร่วมกัน ทุกคนในทีมช่วยกันคิดช่วยกันทำ จะเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหาอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
1	มีการปรับเปลี่ยนบุคลากร และไม่มีแพทย์เฉพาะทาง (ประจำคลินิกผู้สูงอายุ)	- ทบทวน Lean system เพื่อลดระยะเวลาการคอยตรวจ บริหารจัดการภายใต้รูปแบบ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ(ทีมสหสาขาวิชาชีพ) - แพทย์ Fam med หมุนเวียนออกตรวจ - ส่งห้องตรวจโรคทั่วไปเพื่อพิจารณาประสาน/ปรึกษาระหว่างแผนกเป็นรายๆไป
2	ใช้เวลานานในการประเมิน/ จัดบริการต่อราย	ทบทวนแนวทางการคัดกรอง การเลือกใช้เครื่องมือ สถานที่ที่เหมาะสม ลดขั้นตอน เพื่อคุณภาพ นำประเด็นคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ บูรณาการเข้าในงานประจำแต่ละหอผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน ให้ตระหนักถึงความสำคัญ ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จัดการปัญหาเฉพาะราย โดยเน้นปัญหาสำคัญเป็นหลัก ส่งคืนข้อมูลพื้นที่/ หน่วยเชิงรุก (ทีมหมอครอบครัว) และส่งต่อระดับทุติ - ตติยภูมิเฉพาะราย
3	ไม่สามารถคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุที่มารับ บริการได้ทุกราย	- คัดเลือกผู้ที่มีความเปราะบาง เข้ารับบริการรายบุคคลก่อน ระบบติดตามเคสหาย ค้นหาช่องทาง Fast Track แม้จะทำใบส่งต่อเฉพาะทางและโทรประสานก่อนแล้ว ซึ่ง ทีมจะทำการทบทวนระบบควบคู่กับพัฒนา IT ใน Hos-Xp ดักจับข้อมูล - พัฒนา IT ช่วย ร่วมขยายเครือข่ายตระหนักผู้

การเผชิญกับสถานการณ์โรคระบาดที่ผ่านมา ทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ ยกระดับการดูแลให้สามารถเข้าถึงผู้รับบริการ กลุ่มเปราะบางได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งร่วมทีมลงเยี่ยมเพื่อคัดกรอง-ประเมินได้ครอบคลุมมากขึ้น ประยุกต์เทคโนโลยี ลดข้อจำกัดในการให้การดูแล และจัดทรวัดกรรม เพื่อให้การดูแลที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีคุณภาพในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

6.1 ปี 2562 ได้รับตีพิมพ์วารสารสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ผลของโปรแกรมพัฒนาสมองยุค Thailand 4.0 ในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น (Effect of Thailand 4.0 Cognitive Stimulation Program with Mild Cognitive Impairment)

6.2 ปี 2562 นำเสนองานนวัตกรรมประเภท Oral presentation ICoSI 2019 in Yogyakarta, Indonesia. (An application of Virtual Reality in Cognitive Stimulation Program on the cognitive function of the Elderly with mild cognitive impairment)

6.3 ปี2562 นำร่อง Development of intermediate careร่วม model for the elderly with falls and hip replacement surgery ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ปฏิบัติตามแนวทาง Care Map โดยติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

6.4 ปี 2566 Institute of Geriatric Medicine, DMS is inviting you to a scheduled Zoom meeting. การประชุมแลกเปลี่ยนวิชาการการจัดการความรู้และระบบการบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร นวัตกรรมเรื่องสมองเสื่อม ระดับประเทศ/นานาชาติ (Knowledge management)

Time: Feb 16, 2023

ผู้รายงาน นางภารดี สิทธิปกรณ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี 19 กรกฎาคม 2566
โทร 096-5129300 e-mail: paratee.kwan@gmail.com

ประเด็นที่ 4 Digital Health

ตัวชี้วัด : จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานแพ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine” โดยค่าเป้าหมาย คือ เขตสุขภาพละอย่างน้อย 3 จังหวัด จังหวัดละ อย่างน้อย 3 รพ. มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง โดยในอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ต้องมีผลงานการบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ไม่น้อยกว่า 1,100 ครั้ง

2. กระบวนการดำเนินงาน

2.1 การจัดการความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

- 1) จัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยในระบบ IT
- 2) มีระเบียบปฏิบัติที่อนุญาตให้เฉพาะผู้ที่รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยในช่วงเวลาปัจจุบันเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยรายนั้นได้
- 3) มีระเบียบปฏิบัติที่ป้องกันความลับผู้ป่วยมิให้รั่วไหล
- 4) มีการประชาสัมพันธ์นโยบายและระเบียบปฏิบัติให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ

2.2 การจัดการห้อง Data Center

- 1) จัดการ Data Center ของสถานพยาบาลให้มีความมั่นคงปลอดภัย
- 2) ห้อง สถานที่ และสิ่งแวดล้อมต้องจัดให้มีความปลอดภัยจากบุคคลภายนอก
- 3) มีระบบป้องกันอัคคีภัย ได้แก่ ระบบตรวจจับควัน ระบบเตือนภัย เครื่องดับเพลิงและระบบดับเพลิงอัตโนมัติ
- 4) มีระบบป้องกันความเสียหายของข้อมูลและระบบ ซึ่งรวมถึง ระบบไฟฟ้าสำรอง

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย. 66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	เขตสุขภาพละอย่างน้อย 3 จังหวัด จังหวัดละ อย่างน้อย 3 รพ. มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	108 ครั้ง	1,100 ครั้ง	346 ครั้ง	31.46%

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ เช่น สปสช. เพื่อเป็นค่าชดเชยการให้บริการ โดยผ่านระบบ E-claim และมีการ Authen code คนไข้ทุกราย

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ทางพื้นที่ยังไม่พร้อมในด้านของอุปกรณ์ เช่น จำนวนเครื่องคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอ ระบบปฏิบัติการของเครื่องคอมพิวเตอร์ชำรุดเนื่องจากอายุการใช้งาน ความเสื่อมของฮาร์ดแวร์ต่างๆ บางพื้นที่สัญญาณอินเทอร์เน็ตช้า และไม่เสถียร จึงทำให้มีปัญหาตอนให้บริการ และบางพื้นที่ยังไม่มั่นใจในระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รวมถึงการเคลมค่าชดเชยการให้บริการ ทำให้ผลงานยังไม่เพิ่มขึ้นเท่าที่ควร

ผู้รายงาน 1. พญ.ไอรดา สายปัญญา ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ โทร 085-0399545

2. นายภราดา บุราณสาร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร 096-9845895 , E-mail : prada131213@gmail.com

3. นายจักรพันธ์ จะรัมย์พันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทร 092-5931610 , E-mail : same5775za@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (น้อยกว่าร้อยละ 8)

2. ร้อยละของการให้การรักษามือผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ร้อยละ 60)

2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ร้อยละ 60)

1. สถานการณ์ การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลง (ด้านหัวใจ)

- มี Cardiologist จำนวน 2 ท่าน
- ลดระยะเวลาการรอคอย การตรวจ echocardiogram ลง จากเดิม ระยะเวลานัดเดือน มีนาคม 2567
- ลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ ไปรักษาต่อ รพ. อุดรธานี และ รพ. ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ จ. ขอนแก่น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องรักษาและทำหัตถการกับ cardiologist และมีการรับผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายในส่วนของเครื่องขยายหัวใจและหลอดเลือดได้

ศักยภาพ/บุคลากร/ความเชี่ยวชาญ/เครื่องมือ	เป็นแม่ข่ายโรคหลอดเลือดหัวใจ มีบริการ Fast Track มีอายุรแพทย์ 9 คน มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ 2 ท่าน มีเครื่อง Echocardiography 2 เครื่อง (อีก 1 เครื่องใช้เคลื่อนที่ไปทำ echocardiogram สำหรับคนไข้ admit), เครื่อง EST 1 เครื่อง Holter 2 เครื่อง, มียา Streptokinase พร้อมให้บริการฉุกเฉิน
--	---

2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่ใช้เป็นการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ลำดับ	รายการข้อมูล		ปีงบประมาณ				
			ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ม.ย.)
1	ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือด (PPCI+SK)	เป้าหมาย	>75 %	>85 %	>90 %	>90 %	>90 %
		ผลงาน	78/82	85/94	89/96	37/38	55/59
		ร้อยละ	95.12	90.42	92.70	97	93.22
2	มีการจัดตั้ง Wafarin clinic ครบทุกแห่งในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M2 โดยสหวิชาชีพ	เป้าหมาย	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
		ผลงาน	6/6	6/6	6/6	6/6	6/6
		ร้อยละ	100	100	100	100	100
3	มีศูนย์โรคหัวใจ (ระดับ 1) เขตละ 1 แห่ง	มี	มีที่อุดร	มีที่อุดร	มีที่อุดร	มีที่อุดร	มีที่อุดร
		ไม่มี	-	-	-	-	-
4	มีการให้บริการตรวจรักษาโรคหัวใจใน รพท. อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง (ศูนย์โรคหัวใจระดับ 3)	เป้าหมาย	100	100	100	100	100
		ผลงาน	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
		ร้อยละ	100	100	100	100	100
5	รพช.ระดับ F2 ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด(SK)ได้	ค่าที่พึงประสงค์	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		ผลงาน	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
		ร้อยละ	100	100	100	100	100
6	มีการจัดตั้ง Wafarin clinic ครบทุกแห่งในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M2 โดยสหวิชาชีพ	ค่าที่พึงประสงค์	80	80	80	80	80
		ผลงาน	6/6	6/6	6/6	6/6	6/6
		ร้อยละ	100	100	100	100	100

ลำดับ	รายการข้อมูล		ปีงบประมาณ				
			ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ม.ย.)
7	ลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าร้อยละ 8 (เปรียบเทียบข้อมูลกับปี 61) (รหัส ICD-10=I20-I25)	ค่าที่พึงประสงค์	< 10 %	< 10 %	< 9 %	< 8 %	< 10 %
		ผลงาน	5/82	9/94	2/26	4/71	5/82
		ร้อยละ	6.09	9.57	7.69	5.63	6.09
8	มีการจัดตั้ง heart failure clinic ในโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป	ค่าที่พึงประสงค์	1	1	1	1	1
		ผลงาน	1 (มีจำนวนคนไข้ 45 ราย)	1 (มีจำนวนคนไข้ 69 ราย)	1 (มีจำนวนคนไข้ 99 ราย)	1 (มีจำนวนคนไข้ 104 ราย)	1 (มีจำนวนคนไข้ 115 ราย)
		ร้อยละ	100	100	100	100	100
9	อัตราการเสียชีวิต STEMI ในโรงพยาบาล	ค่าที่พึงประสงค์	< 10 %	< 10 %	< 9 %	< 8 %	< 9 %
		ผลงาน	5/82	9/94	7/26	3/32	5-59
		ร้อยละ	6.09	9.57	7.69	9.37	8.47
10	ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ค่าที่พึงประสงค์	50 %	50 %	60 %	60 %	60 %
		ผลงาน	11/43	30/51	30/49	12/18	18/27
		ร้อยละ	25.58	59	61	67	67
	10.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (120 นาที)	ค่าที่พึงประสงค์	60 %	60 %	60 %	60 %	60 %
		ผลงาน	NA	NA	NA	9/11	22/28
		ร้อยละ	(รพ.ที่มี cath lab)	(รพ.ที่มี cath lab)	(รพ.ที่มี cath lab)	81.81	79

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

1. อัตราตาย ยังสูง

- ได้มีการศึกษาทบทวน ในรายที่เสียชีวิต เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษา และมีการวางแผนการรักษาให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

2. การเข้าถึงบริการล่าช้า

- มีการจัดการสื่อสารเตือนภัย โดยจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ รวมทั้งใช้ช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ช่องทางโซเชียลต่างๆ ในโทรศัพท์มือถือ จัดทำเพจให้ความรู้ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต (Youtube)

- จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ ผู้นำชุมชน, อสม., อบท. และภาคีเครือข่าย ในเรื่องการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

- ขอความร่วมมือกับเครือข่าย ER, EMS ในการออกให้ความรู้แก่ทีมกู้ชีพในเครือข่ายจังหวัดหนองบัวลำภู

- ให้ความรู้แก่ รวมถึงแจกแผ่นพับให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล เช่น คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในทุกสัปดาห์

3. การเข้าถึงยาล่าช้า เช่นระบบการให้คำปรึกษา รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยทั้งใน รพท. และรพช. ความเข้าใจในการให้ยา SK

4. ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง (coc) เพื่อส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่ได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และให้พื้นที่ได้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในสถานบริการในรายที่มีปัญหาหรือมีภาวะฉุกเฉิน

5. ปัญหา อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ และข้อเสนอแนะ

1. การเข้าถึงการรับบริการของผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด ที่เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน เช่น STEMI ยังล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการและได้รับยาละลายลิ่มเลือด หรือได้รับการเปิดหลอดเลือดซ้ำ และไม่ใกล้เคียงกับมาตรฐานการรักษา
2. ในปีที่ผ่านมา รวมถึงปัจจุบัน การระบาดของไวรัส COVID-19 เป็นปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้โครงการพัฒนางานด้านต่างๆ เกิดหยุดชะงักตาม ทำให้การพัฒนาระบบและเครือข่ายเป็นไปได้ยากและไม่ต่อเนื่อง
3. ยังขาดการเชื่อมต่อและการสื่อสาร รวมถึงการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบปฐมภูมิ และระบบภาคีเครือข่ายได้แก่ ผู้นำชุมชน, อสม., อปท. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการและมาโรงพยาบาล (OTH) เร็วขึ้น รวมถึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้น (เนื่องจากสถานการณ์ โควิด-19)

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1.งบประมาณไม่เพียงพอในด้านครุภัณฑ์ทางการแพทย์	- ควรจัดสรรให้พอเพียงในการบริหารจัดการโดยการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ เช่น เครื่อง Defibrillation ในห้อง EST และใช้ ใน HF clinic	ควรจัดสรรให้พอเพียงในการบริหารจัดการ
2.บุคลากรที่ทำงานของทางเครือข่ายไม่เพียงพอ	ควรมี case manager หรือพยาบาล เฉพาะทางฯ เพิ่ม อย่างน้อย 1 ท่าน (เนื่องจากปัจจุบัน มี cardiologist 2 ท่าน)	ควรจัดสรรให้พอเพียงในการบริหารจัดการ

ผู้รายงาน นางสาววีรียา เห่งพรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 วัน/เดือน/ปี 21 กรกฎาคม 2566
 โทร.....098-1431979..... e-mail.joanai2829@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

- ตัวชี้วัด : 1. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง 237.1 ต่อแสนประชากร
2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit
 - 2.1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) < ร้อยละ 7
 - 2.2) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit \geq ร้อยละ 80
 3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I63) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 60 นาที \geq ร้อยละ 65
 4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl \geq ร้อยละ 15
 5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ร้อยละ 30

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่และกระบวนการดำเนินงาน

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่รับการส่งต่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งภายในจังหวัด (รวมทั้งอำเภอใกล้เคียง อ.หนองนาคำ ขอนแก่นและ อ.ผาขาว จ.เลย) ที่มีอาการเฉียบพลันอยู่ในระยะเวลาดำเนินการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำให้ทันเวลา ในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่มีระบบการ Consult NeuroSx ทันทีเพื่อประเมินและทำการผ่าตัด กรณีที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น (thrombectomy) จะได้รับการส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี (แม่ข่าย) โรงพยาบาลหนองบัวลำภูมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปี 2562 -2566 จำนวน 622, 575, 702, 638 และ 154 ราย ตามลำดับ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดให้ทันเวลา เพื่อให้เส้นเลือดที่อุดตันนั้นกลับมามีการไหลเวียนของเลือดได้ตามปกติ ช่วยรักษาเซลล์สมองที่ขาดเลือดให้ฟื้นกลับมาทำงานได้ตามปกติ จากสถิติการได้รับยาละลายลิ่มเลือดตั้งแต่เริ่มโครงการปี 2562 - 2566 จำนวน 42, 42, 33, 51 และ 35 รายตามลำดับ

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาทำให้ทราบว่าประชาชนเองส่วนใหญ่ขาดความตระหนักถึงอาการแสดงที่สำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ช่องทางการนำส่ง และขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนาต่อยอดเน้นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์โรคหลอดเลือดสมองให้ทั่วถึง อาการ ระยะเวลาดำเนินการที่รีบมาโรงพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำให้มากขึ้น เพื่อลดความพิการของผู้ป่วยอีกทั้งยังต้องพัฒนาระบบบริการภายในให้รวดเร็ว ทันเวลาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ระหว่างดูแลต้องมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องความรู้ ทักษะต่างๆให้พร้อมก่อนที่จะส่งออกชุมชน พร้อมกับมีการประสานส่งออก และติดตามเยี่ยมต่อไป

2. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< 7 %	3.68	4.71	4.42	< 7 %	36	5.27
2. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)	< 25%	11.45%	15.5	14.20	< 25%	24	16.10
3. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63)	< 5%	1.91%	2.84	1.41(9)	< 5%	12	2.24
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	\geq 60%	69.04% (29/42)	75.8 (25/33)	70.6 (36/51)	\geq 60%	21/35	60

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit	≥ 40%	รพท. 82.73%	รพท. 77.27% SU =687 Sx =187	78.38 SU=638 Sx= 176	≥75%	SU=534 Sx=149	78.18
6. ร้อยละการเข้าถึง SFT ภายใน 4.5 ชั่วโมง		39%	36.9 (259/702)	40.75 (260/638)		233/534	43.63
7. ร้อยละของผู้ป่วย Ischemic stroke ที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด	≥ 6%	7.30%	4.7 (33/702)	8 (51/638)	≥ 6%	35/534	6.55
8. ระยะเวลาเฉลี่ยการได้รับยา Door to Needle Time (min.)	60 นาที	54 นาที	56	55	≤ 60นาที	65	
9. Onset to Hospital		138 นาที	142	157		140	
10. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง	237.1 ต่อแสนประชากร					683×100,000 /508,325 = 134.36	
11. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl	≥ ร้อยละ 15	NA	NA	NA	NA	NA	
12. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่หรือสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ	ร้อยละ 30	NA	NA	NA	NA	NA	
13. จำนวนผู้ป่วย Stroke (I60-I69)		733	706	889	814	683	
14. จำนวนผู้ป่วย Ischemic stroke		622	575	702	638	534	
15. จำนวนผู้ป่วย Hemorrhagic stroke		111	131	187	176	149	

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

1. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (CVD risk) และการจัดการกับกลุ่มเสี่ยงที่ทำให้จำนวนคนไข้เพิ่มขึ้น โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยปฐมภูมิ และเครือข่าย
2. การประชาสัมพันธ์ รณรงค์ Stroke alert / Stroke awareness ไม่ทั่วถึง

6 building blocks	ปัญหาที่พบ
1. ระบบบริการ (Service Delivery)	<p>1. Pre hospital care</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึง Stroke Fast Track < 4.5 hr. ยังต่ำ 43.51% - การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย = 50.54% <p>แม้จะมีการประชาสัมพันธ์เรื่อง Stroke awareness and stroke alert แต่ยังไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่</p> <p>2. Acute care</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกินเป้าหมาย - ผู้ป่วย Ischemic , Hemorrhagic Stroke อัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้น <p>3. Intermediate care</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดระบบ intermediate care และ การอบรมระยะฟื้นฟู - การพัฒนาด้านเครื่องมือและบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยใน รพท.ต่อ <p>4. Continuous care</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่าน LTC ดีขึ้นแต่ยังขาดข้อมูลย้อนกลับ - การฟื้นฟูสภาพระยะยาว ในชุมชน - การประสานงาน เชื่อมโยงการใช้ทรัพยากรชุมชน

6 building blocks	ปัญหาที่พบ
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	1. อัตรากำลังพยาบาล ต้องแบ่งในการดูแลผู้ป่วย Covid 19 2. พยาบาลที่ผ่านหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบ advance (หลักสูตร 4 เดือน) ยังน้อย 3. เครือข่ายในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
3. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing)	1. งบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรม การจัดสื่อประชาสัมพันธ์ณรงค์ให้เข้าถึงในชุมชน เช่น วิทยุชุมชน เสี่ยงตามสาย 2. งบประมาณในการพัฒนาบุคลากร
4. สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to Essential Medicine)	-
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)	1. ระบบการส่งต่อข้อมูลตอกลับไม่เป็นมาตรฐานยังขาดการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นเฉพาะของโรคหลอดเลือดสมองที่เชื่อมโยงทั้งจังหวัด 2. ขาดการติดตามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Government)	1. การประสานงานยังไม่เข้าไปถึงในระดับผู้นำชุมชนซึ่งจะมีศักยภาพในการพัฒนาภาพรวมมากกว่า อสม. เช่น ผู้นำหมู่บ้าน อบต.อปท. เป็นต้น (มีแผนพัฒนาพผู้นำชุมชนปี 2566 ยังไม่ได้ดำเนินการติดโรคระบาด)

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
1. การเข้าถึง SFT ยังน้อยยังต้องพัฒนาให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ	1. ทบทวน external process เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดระยะเวลาการเข้าถึง Fast track - ร่วมกับ OPD DM,HT ใน รพ.และรพสต.ในการให้ความรู้และแจกสติ๊กเกอร์โรคหลอดเลือดสมอง - ร่วมกับงานศึกษาประชาสัมพันธ์ในการให้ความรู้โรคและการใช้บริการ 1669 ผ่านทางเพจFB ของโรงพยาบาล 2. ทบทวน Internal process ขั้นตอน investigation CT scan เพื่อลดระยะเวลาการได้รับ rTPA 3.ทบทวนปัญหา อุปสรรค เครือข่ายทุก 3 เดือน
2.การเชื่อมประสานการดูแลอย่างเป็นระบบ	1. จัดหลักสูตรระยะสั้น เพื่อเพิ่มสมรรถนะทางคลินิกของทีมดูแล อย่างเป็นระบบครบวงจร 2. พัฒนาระบบ Discharge plan to IMC process และ Palliative Care ร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ/ทีมที่เกี่ยวข้อง
3.การป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง NCD ในชุมชน	1. ร่วมรณรงค์กับผู้นำในแต่ละชุมชน เพื่อพัฒนาระบบ primary prevention ให้มากขึ้น 2. ประชาสัมพันธ์ประสานงานร่วมกับผู้นำในแต่ละชุมชน แจกสื่อประชาสัมพันธ์ ป้องกันโรค NCD ให้ทั่วถึง เช่น วิทยุชุมชน เสี่ยงตามสาย 3. สร้างเครือข่ายเข้าถึงผู้นำชุมชน โดยผ่านเครือข่ายด้านการปกครอง

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวสุพิมล บุตรรัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี 19 กรกฎาคม 2566
โทร...097- 9914995
E-mail : Supimol8833@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

- 1.1) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 1.2) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy
- 1.3) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- 1.4) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ปัจจุบันโรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและอัตราการเกิดโรคมะเร็งยังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยิ่งอายุมากขึ้น ยิ่งมีโอกาสเกิดมะเร็ง รวมถึงพฤติกรรมการใช้ชีวิตและ สภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดมะเร็งมากขึ้น จากข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็งประเทศไทย โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประจำปี 2565 รายงานว่า แต่ละปีจะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง รายใหม่ประมาณ 140,000 คน หรือคิดเป็นประมาณ 400 คนต่อวัน โดยโรคมะเร็ง ที่พบมาก 5 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี, มะเร็งปอด, มะเร็งเต้านม, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็ง มีทั้งปัจจัยภายในร่างกาย เช่น พันธุกรรมมีส่วนเพียงร้อยละ 5 - 10 และปัจจัยภายนอกในร่างกาย ประมาณ ร้อยละ 90 - 95 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสารก่อมะเร็ง รวมไปถึงการได้รับสารก่อมะเร็ง จากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตโดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงจะทำให้ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งได้ ซึ่งอาจลดลงได้ถึง ร้อยละ 40 ทั้งนี้ มะเร็งบางชนิด สามารถตรวจคัดกรองได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก รวมทั้งมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ในปีงบประมาณ 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู มีการดำเนินงาน ด้าน Service plan สาขามะเร็ง ดังนี้ สตรีอายุ 30 - 70 ปี ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 62.33 (เกณฑ์ \geq 80%) สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 28.01 (เกณฑ์ \geq 80%) ประชากรอายุ 50 - 70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้และทวารหนัก ร้อยละ 0.17 (เกณฑ์ \geq 80%) ระยะเวลาารอคอยผ่าตัด(หลังผ่าตัดขึ้นเนื้อ) ร้อยละ 98.33 (เกณฑ์ \geq 80%) และระยะเวลาารอคอยรับยาเคมีบำบัด (หลังผ่าตัด) ร้อยละ 94.73 (เกณฑ์ \geq 80%) โดยมีปัญหาการจัดทำทะเบียนมะเร็งและการส่งต่อข้อมูลยังไม่เป็นระบบ Real time ยังไม่ครอบคลุมทุกมะเร็ง มีเพียงมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ ที่ทำรักษาผ่าตัดและเข้ายาเคมีบำบัด ส่วนโรคมะเร็งอื่นๆ มีการส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี / โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านบุคลากร แต่มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับ วินิจฉัยจาก ultra sound และ/หรือ CT scan ได้ผลส่งต่อ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี โดยในปี 2565 โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมกลุ่มเคมีบำบัด

2. กระบวนการดำเนินงาน

2.1 แนวทางการพัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี 2566

1) ดำเนินการทบทวน คำสั่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ที่ 15/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ กำหนดเป้าหมายและจัดทำแผนปฏิบัติการในการขับเคลื่อนมาตรการและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการพร้อมทั้ง ติดตามและควบคุมกำกับ การดำเนินงาน

2) สนับสนุน แบบคัดกรองมะเร็งเต้านม / Model เต้านมทุกอำเภอ / สื่อประชาสัมพันธ์ให้กับผู้รับผิดชอบในระดับอำเภอ

3) สนับสนุนและประชาสัมพันธ์ การบันทึกการตรวจเต้านมผ่าน Application BSE รวมทั้งการใช้

Application BSE monitor ในการเชื่อมโยงข้อมูลจาก Application BSE

4) ในปีงบประมาณ 2566 สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 8 อุดรธานี ได้สนับสนุน งบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ แก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ (P&P Area Base Service) เพื่อใช้ดำเนินงาน โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566 เพื่อตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในระยะแรก ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย 30-70 ปี เพื่อค้นหาผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

5) ในเดือน พฤศจิกายน 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู / องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู ร่วมกับมูลนิธิกาญจนบารมี ร่วมกิจกรรมโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและต่อโอกาส เณลินพระเกียรติ 70 พรรษามีผู้รับบริการจำนวนทั้งสิ้น 1,172 ราย พบมีความผิดปกติ 261 ราย ซึ่งจะได้ติดตามผู้ที่พบความผิดปกติเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป

2.2 แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี 2566

1) Service Plan สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ 8 มีมติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรอง ตรวจพบและรักษาผู้ที่เป็ Early Per Cancer ของมะเร็งปากมดลูก (CA Cervix) ในระยะเริ่มแรก

2) กลุ่มเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 20 ของหญิงไทยกลุ่มอายุ 30-59 ปี จังหวัดหนองบัวลำภู มีกลุ่มเป้าหมายรวมทั้งสิ้น 98,275 ราย สะสมปี 65-69 ปีละ 20% ด้วยวิธี HPV ปีละ 19,655 ราย

3) หน่วยงานอ่าน Lab คือ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เริ่มดำเนินการในเดือน กรกฎาคม 2566 ซึ่งผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี 2566 ห้อง Lab ได้จัดส่งชุดตรวจ HPV DNA Test ให้กับพื้นที่ เพื่อนำไปทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย

2.3 แนวทางการการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test

สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 8 อุดรธานี จัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ทุกแห่ง โดยรวมในงบ PP ในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี Fit test ซึ่งในปีงบประมาณ 2565 สถานการณ์ โควิด-19 ระบาด ทำให้ไม่สามารถคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี Fit test และส่องกล้องได้ ส่วนในปีงบประมาณ 2566 อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1.สตรีอายุ30-60 ปี (118,410 ราย) ได้รับการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ปี65-69) ≥80 % สะสมปี65-69 ปีละ 20% ด้วยวิธี HPV DNA test	≥ร้อยละ 80	ตรวจด้วยวิธี Pap Smear (72.89)	ตรวจด้วยวิธี Pap Smear (86.63)	19,655 /5,506 (28.01)	19,655	136	0.65
2.ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	≥ร้อยละ 70	ปี 2563-2565 ส่งผู้ที่พบความผิดปกติ ไป Colposcopy ที่ รพศ.อุดรธานี			98	45	45.91
3.ประชากรอายุ 50-70 ปี (จำนวน 121,059) ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้และทวารหนัก (10%กลุ่มอายุ)	≥ร้อยละ 50	1.65	2.09	0.17	60,530	7,135	11.78
4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ร้อยละ 50	80.51	69.53	0.80	253	204	80.63

ที่มา HDC – Report สสจ. หนองบัวลำภู 30 มิถุนายน 2566

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

4.1 กระบวนการคัดกรอง ในปีงบประมาณ 2566 จังหวัดหนองบัวลำภู ได้มีการถ่ายโอน สอน/รพ.สต. ไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100) ซึ่งบทบาทของ สอน/รพ.สต. มีหน้าที่ในการคัดกรองประชาชนในเขตบริการตามประเด็นของตัวชี้วัดและภารกิจที่กำหนด ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลแม่ข่าย มีหน้าที่ในการติดตามประสานงานผ่านองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู ในการให้ สอน/รพ.สต. ดำเนินการคัดกรอง จึงเป็นประเด็นท้าทายในการที่ต้องติดตามให้งานคัดกรองบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดได้

4.2 เนื่องจากงานคัดกรองเข้าสู่งานประจำ ทำให้ขาดการเสริมพลัง

4.3 การจัดทำทะเบียนมะเร็งในโรงพยาบาลยังไม่สามารถลงได้ครบทุกโรคจากหลายปัจจัย ได้ขยายไปทำที่ OPD ศัลยกรรม OPD สูตินรีเวชกรรม ส่วนโรคอื่นๆ หน่วยเคมีบำบัด ติดตามลงทะเบียนให้ เช่น มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เล็งเห็นภัยใกล้ตัวในเรื่องของโรคมะเร็งเท่าที่ควร

5.2 ขาดงบประมาณในการส่งเสริมกิจกรรมการคัดกรอง การประชาสัมพันธ์ ในพื้นที่ปฏิบัติงาน

5.3 บุคลากรที่รับผิดชอบงาน มีภาระงานมาก ทำให้การบันทึกข้อมูลช้า

5.4 โปรแกรมที่ใช้บันทึกข้อมูลมีมากกว่า 1 ทำให้ต้องทำงานซ้ำซ้อน

ผู้รายงาน น.ส.สุวรรณี นาคี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันเดือนปี 20 กรกฎาคม 2566

โทร 085-7457181E-mail ; suwanneedee2518 @hotmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

- ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก
2. ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

มะเร็งช่องปากพบมากเป็นอันดับ 6 ของมะเร็งที่พบในประเทศไทย สามารถรักษาได้หากขาดหากตรวจพบและได้รับการรักษาอย่างทันตงทงทีในระยะก่อนการเกิดโรคที่เรียกว่า potentially malignant disorders (PMD) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 มักมาพบแพทย์ในระยะลุกลามดังนั้นจึงได้จัดให้มีโปรแกรมการคัดกรองรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งช่องปากขึ้นในประเทศไทยสำหรับประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป

2. กระบวนการดำเนินงาน

คนไข้ที่มาใช้บริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูที่มีอายุ40ปีขึ้นไป ได้รับตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคมะเร็งและก่อนมะเร็งในช่องปาก เมื่อพบคนไข้ที่เข้าข่ายมีรอยโรคดังกล่าวจะส่งต่อไปให้ทันตแพทย์เฉพาะทางเพื่อพิจารณา Biopsy หรือรักษาตามความเหมาะสม

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ประชาชนอายุ40ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	> ร้อยละ 40	N/A	N/A	N/A	> ร้อยละ 40	157	15.56
ผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งในช่องปากที่เข้าเกณฑ์ ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy)	ร้อยละ 100	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 100	0	0

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

- 4.1 เริ่มดำเนินโครงการประมาณเดือนกุมภาพันธ์ 2566 แต่โครงการเริ่มนับตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ทำให้จำนวนอัตราส่วนของ ผู้ที่มาใช้บริการสูงกว่าจำนวนที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งช่องปากไปมาก
- 4.2 คนไข้มาใช้บริการทางทันตกรรมอื่นๆด้วยนอกเหนือจากการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากทำให้อาจจะลืมนัดตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากได้

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- จัดทำติดป้ายเพื่อเตือนให้ไม่ลืมนัดตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากที่คอมพิวเตอร์ที่ใช้คีย์หัตถการ

ผู้รายงาน ทพ.ณัฐพงศ์ ยางกลาง ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
วันเดือนปี 26 กรกฎาคม 2566

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิตสูงได้ดี

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาของพื้นที่ อำเภอเมืองหนองบัวลำภู จากข้อมูล ปี 2565 มีความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 5.86 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 8.71 การให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรกรับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู กลุ่มที่สองรับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลหนองบัวลำภู และกลุ่มที่สามกระจายตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง รูปแบบการให้บริการแตกต่างกันไปตามบริบทแต่ละแห่ง

2. กระบวนการดำเนินงาน

กลุ่มที่รับการรักษาในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูมีแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพดูแล จัดบริการที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู หน่วยที่ให้บริการหลักที่ แผนกอายุรกรรม งานผู้ป่วยนอก

กลุ่มที่สองรับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีแพทย์ และทีมในศูนย์แพทย์ชุมชนให้บริการ ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ป่วยตำบลหนองบัวซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบ นอกจากนั้นยังให้บริการตำบลอื่นๆที่ผู้ป่วยมารับบริการ

ส่วนกลุ่มที่สามรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่แพทย์จากโรงพยาบาลและแพทย์จากศูนย์แพทย์ชุมชนส่งตัวออกไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ดูแลหลักคือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำหน้าที่ เต็มยอให้ผู้ป่วยและกำกับติดตามอาการของผู้ป่วย เมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ต้องส่งมาพบแพทย์จะส่งมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลและศูนย์แพทย์ชุมชน แต่ผู้ป่วยบางคนแม้มีข้อบ่งชี้ที่ต้องมาพบแพทย์และได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ให้มาพบแพทย์แล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงปฏิเสธการเข้ามารับการรักษาจากแพทย์

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65 - มิ.ย. 66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์	≥ ร้อยละ 40	23.60	20.04	39.12	8,282	1,624	19.61
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์	≥ ร้อยละ 60	49.51	39.60	52.18	12,388	2,565	20.71

ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 21 กรกฎาคม 2566

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ความตระหนักและเข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ลดโซเดียม ซึ่งขัดกับวิถีชีวิตกับคนในพื้นที่ที่นิยมบริโภคอาหาร หวาน มันและเค็ม ประุงรสด้วยผงชูรสและผงปรุงรส และที่สำคัญโรคทั้ง 2 อย่าง มักไม่แสดงอาการ หรือ ผู้ป่วยบางส่วนแม้แสดงอาการเช่น ภาวะน้ำตาลสูง มีอาการปัสสาวะบ่อย และเคยชินกับระดับน้ำตาลสูง จึงไม่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตนเท่าที่ควร ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ กลุ่มวัยแรงงานจะบริโภคอาหารรสหวาน เพื่อความสดชื่น กระปรี้กระเปร่า เพื่อให้รู้สึกว่ามีเรี่ยวแรงในการทำงานจึงควบคุมการบริโภคอาหารรสหวานได้ยาก ส่วนวัยสูงอายุมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- 1) ผู้ป่วยขาดความตระหนัก
- 2) ผู้ป่วยไม่ได้มีเพียงปัญหาด้านเดียว ยังมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ บางครั้งต้องรับประทานอาหารหวานเพื่อความสดชื่น กระปรี้กระเปร่า เพราะต้องการเร็วแรงในการทำงานเพื่อรายได้ของครอบครัว ถึงแม้จะรู้ว่าทำให้ระดับน้ำตาลสูงไม่เหมาะกับโรคที่เป็น
- 3) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ บางคนไม่มีเงินซื้ออาหารที่มีคุณค่าด้านโภชนาการมารับประทาน
- 4) ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล บางพื้นที่ไม่มีรถประจำทาง การเดินทางเข้ามาที่โรงพยาบาลเป็นเรื่องลำบาก (ประกอบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ) บางคนถึงแม้จะแนะนำให้มาพบแพทย์ก็ไม่ยอมมา ระบบบริการการแพทย์ทางไกลสามารถช่วยแก้ไขปัญหานี้บ้าง
- 5) บางส่วนยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง
- 6) ผู้ป่วยส่วนมากสูงอายุ มีปัญหาสุขภาพอย่างอื่นร่วมด้วย การปรับพฤติกรรมจึงยาก

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวนพภรณ์ เสนา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี 21/7/2566
โทร 042 006006 ต่อ 1309 e-mail.nanapaporn.1@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

- ตัวชี้วัด : 1) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12
- 2) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5
- 3) อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury mortality) น้อยกว่าร้อยละ 25
- 4) อัตราการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน น้อยกว่าร้อยละ 18.17
- 5) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์สาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management) ร้อยละ 65

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุที่มีอาการความรุนแรงซับซ้อน ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจ ในปี 2563, 2564, 2565 และ 2566 (9 เดือน) มีผู้มารับบริการปีละ 25,341, 23,080, 27,944 และ 20,191 ราย ตามลำดับ ห้องฉุกเฉินและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินต่างๆให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน จากข้อมูลปี 2563,2564,2565 และ 2566 (9 เดือน) พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีอัตราร้อยละ 7.06, 8.04 ,13.08 และ 9.28 ในห้องฉุกเฉินทำการคัดกรอง Triage คัดแยกระดับความรุนแรงในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินสีแดงมีเพิ่มขึ้นใน ปี2565 มารับบริการร้อยละ 6.3 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 7.67 ต่อวัน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการช่วยเหลือแก้ไขภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย อากาการคงที่ ก่อนการย้ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน

ในปี 2566 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมรักษาพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมสนับสนุนบริการ เพื่อรองรับผู้ป่วยใหม่ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดป่วย ลดตายและการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

2. กระบวนการดำเนินงาน

- จัดระบบ Fast track ให้มีความรวดเร็ว เชื่อมโยง สื่อสาร ทั้งโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายกู้ชีพ ส่งต่อข้อมูลให้ห้องฉุกเฉินเตรียมความพร้อมรับ
- ทบทวนความรู้และฝึกซ้อมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง
- มีการประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 และให้ความรู้เรื่องภาวะฉุกเฉิน ใน รพ.สต. สื่อสาร กลุ่มจิตอาสาทุกตำบล อสม. นักเรียน

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65 - มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1	น้อยกว่า ร้อยละ 12	7.06 (91/1288)	8.4 (128/1511)	13.08 (134/1024)	น้อยกว่า ร้อยละ 12	81/ 872	9.28
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma)	น้อยกว่า ร้อยละ 12	17.34 (17/98)	9.8 (18/183)	16.92 (22/130)	น้อยกว่า ร้อยละ 12	11/ 106	10.37
- ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Non-Trauma)	น้อยกว่า ร้อยละ 12	6.17 (74/1188)	8.2 (110/1328)	12.52 (112/894)	น้อยกว่า ร้อยละ 12	70/ 766	9.13
2) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ ร้อยละ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1,2) มาด้วย EMS	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	69.35 (894/1289)	60.68 (917/1511)	21.96 (1030/4690)	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5	599/ 4,229	14.16

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65 - มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
3) อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury mortality)	ไม่เกิน ร้อยละ 30	20.14 (27/134)	30 (21/70)	21 (21/100)	ไม่เกิน ร้อยละ 25	6/42	14.28
4) อัตราการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน (จำนวนประชากร อ.เมือง 136,639 คน)	น้อยกว่า ร้อยละ 18.17 (ต่อแสนประชากร)	33.66 (46ราย)	30 (41ราย)	30 (41ราย)	น้อยกว่า ร้อยละ 18.17 (ต่อแสนประชากร)	15 ราย	10.97
5) อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1	ไม่เกิน ร้อยละ 4	0.22 (1/438)	0.18 (1/553)	0.29 (1/346)	ไม่เกิน ร้อยละ 4	1/270	0.37
6) อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน)	21 คะแนน	21 / 40 ผ่าน	25/40 ผ่าน	26 คะแนน ผ่าน	25คะแนน	26/40 ผ่าน	65
7) จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5 (Non-trauma & Non-emergency) A=จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5 (Non-trauma) ปีงบประมาณก่อน 1 ปี B=จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5 (Non-trauma) ปีงบประมาณปัจจุบัน	ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 สูตร $\frac{A-B}{A} \times 100$	18.83	75.05	(1,470-3,900) x 100 / 1,470 = -165.3	ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5	(3,735-526) x 100 / 3,735 = 85	85
8) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ 80	1/1 (100)	1/1 (100)	1/1 (100)	ร้อยละ 80	1/1	100

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

1. แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน นำทีมให้ความรู้ พัฒนาการ การอบรมและฟื้นฟูให้เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉิน EMR EMT-B ผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายจังหวัดหนองบัวลำภู
2. บุคลากรทั้งโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนร่วมกันพัฒนาระบบส่งต่อ การดูแลผู้ป่วย Fast track การปรึกษา การส่งข้อมูล การทบทวน ร่วมกัน

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่ประสบความสำเร็จ

1. แพทย์ ER ไม่สามารถ admit ได้ต้องให้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางแผนกต่างๆก่อน
2. บางตำบลไม่มีงบประมาณในการจัดตั้งทีมกู้ชีพ
3. ในผู้ป่วยบางแผนกยังไม่สามารถส่งนอนโรงพยาบาลได้ต้องรอผลเลือด รอผล CT ก่อน

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

1. แพทย์ ER ไม่สามารถ admit ได้ต้องให้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางแผนกต่างๆก่อน ข้อเสนอแนะ ให้แพทย์ EP สามารถ
2. มีการรอผล CT scan โดยเฉพาะ Abdomen ,CTA ทำให้ ระยะเวลาผู้ป่วยอยู่ใน ER นาน (ER Time)
3. เมื่อมีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ต้องรอแพทย์ Intern ที่ราวน์ ward มาดู case ก่อนแล้วปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ทำให้รอที่ ER นาน บาง case เกิน 8 ชั่วโมง
4. บางตำบลไม่มีงบประมาณในการจัดตั้งทีมกู้ชีพ
5. ในผู้ป่วยบางแผนกยังไม่สามารถส่งนอนโรงพยาบาลได้ต้องรอผลเลือด รอผล CT ก่อน

ผู้รายงาน นางธนิยา เพ็งสา

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วัน/เดือน/ปี 30 มิถุนายน 2566

โทร.091-795-9141 e-mail thaniya229@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคอง
อย่างมีคุณภาพ \geq ร้อยละ 55

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู มีพื้นที่ในความรับผิดชอบ จำนวน 15 ตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่ง (ถ่ายโอนสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด) ศูนย์แพทย์ชุมชน 1 แห่ง สถานพยาบาลเรือนจำ 1 แห่ง โรงพยาบาลหนองบัวลำภูเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S จัดให้บริการดูแลผู้ป่วยระดับประคองทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ในเขตอำเภอเมืองหนองบัวลำภู และประสานกับศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชนระดับ F 1 ได้แก่ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง โรงพยาบาลนากลาง โรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ได้แก่ โรงพยาบาลโนนสัง โรงพยาบาลสุวรรณคูหา โรงพยาบาลนาหวัง เฉลิมพระเกียรติ ในการติดตามดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบุคลากรได้รับการอบรมหลักสูตร Palliative care เบื้องต้นเพื่อเป็นเครือข่ายส่งต่อดูแลตั้งแต่ในโรงพยาบาล จนถึงพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ใน รพ.สต. โดยมีการบูรณาการร่วมกับงานแพทย์แผนไทย เช่น การใช้น้ำมันกัญชา การนวด การพอกสมุนไพร เป็นต้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ซึ่งโรคมะเร็งไม่ใช่ มะเร็งยังเข้าถึงบริการน้อย ผู้ป่วย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง ไตวาย Stroke sepsis และ COPD ตามลำดับ

2. กระบวนการดำเนินงาน

โรงพยาบาลหนองบัวลำภูให้ความสำคัญการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคอง โดยได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติงาน พร้อมทั้งขับเคลื่อนงานในรูปแบบคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลผู้ระยะท้ายแบบประคองระดับอำเภอ เพื่อพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคองให้เป็นอย่างดีต่อเนื่อง ตามแผนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคองสามารถเข้าถึงบริการดูแลแบบประคองอย่างมีคุณภาพ และมีสิทธิ เลือกวิธีการรักษาที่ตนเองต้องการเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นสิทธิตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ระดับอำเภอมิติดำเนินการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคอง ที่ดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ประสานงานให้เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ รพ.สต. อีกทั้งมีการค้นหาผู้ป่วยในชุมชนเพื่อเข้ารับบริการดูแลแบบประคอง ศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลประสานรับดูแลต่อจาก รพ.อื่นนอกจังหวัด เปิดคลินิกสุขชีวาให้บริการทุกวันอังคาร เวลา 13.00 - 16.00 น. ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ มีแพทย์ประจำคลินิก 3 คน และพยาบาลวิชาชีพ 3 คน มีช่องทางให้คำปรึกษา ทางโทรศัพท์ 24 ชม. ให้บริการเยี่ยมบ้านติดตามอาการทางโทรศัพท์ โดยมี แพทย์ พยาบาล เภสัช และทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการ ปรึกษาเฉพาะทาง

3. ผลการดำเนินงาน

	ทำ	ไม่ทำ
การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคอง อย่างมีคุณภาพ คือ ทีม ผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting ให้แก่ผู้ป่วย ระยะ ประคอง/ระยะท้าย (ICD-10 Z51.5) ตามมาตรฐาน การวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทยและ บันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวช ระเบียบ ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่ สามารถจัดการ บริการได้ โรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้ 1. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting ตาม มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย รวมทั้ง บันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนว ทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้าน สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือ แสดงเจตนาไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550)และบันทึกในระบบ E-claim บันทึก รหัส ICD-10 Z71.8 และส่งข้อมูล เข้า HDC รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ ผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการ ดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่ สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า	√	

				ทำ	ไม่ทำ														
<p>ตารางที่ 1 รายงานการดำเนินงานดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) แยกตามประเภทหน่วยบริการ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 20 กรกฎาคม 2566</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">ขอบเขตพื้นที่การให้บริการ</th> <th style="width: 15%;">Z51.5 (คน)</th> <th style="width: 15%;">Z71.8 (คน)</th> <th style="width: 15%;">คิดเป็นร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OPD/ IPD (ในเขตอำเภอเมืองนง.)</td> <td style="text-align: center;">287</td> <td style="text-align: center;">140</td> <td style="text-align: center;">48.78</td> </tr> <tr> <td>OPD/ IPD(นอกเขต)</td> <td style="text-align: center;">379</td> <td style="text-align: center;">153</td> <td style="text-align: center;">40.37</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">ที่มา: รายงานรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน (Hosxp) รพท.หนองบัวลำภู</p>						ขอบเขตพื้นที่การให้บริการ	Z51.5 (คน)	Z71.8 (คน)	คิดเป็นร้อยละ	OPD/ IPD (ในเขตอำเภอเมืองนง.)	287	140	48.78	OPD/ IPD(นอกเขต)	379	153	40.37		
ขอบเขตพื้นที่การให้บริการ	Z51.5 (คน)	Z71.8 (คน)	คิดเป็นร้อยละ																
OPD/ IPD (ในเขตอำเภอเมืองนง.)	287	140	48.78																
OPD/ IPD(นอกเขต)	379	153	40.37																
<p>2. มีบุคลากรในทีมการดูแลระดับประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) และให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ ดังนี้</p> <p>2.1. โรงพยาบาลระดับ A/S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 3-4คน โรงพยาบาลระดับ M/F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน fulltime (M1)/part time(M2,F) อย่างน้อย 1คน</p> <p>2.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 3-4คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน fulltime/part time อย่างน้อย 1คน</p> <p>2.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1คน และมี ทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลตามบริบท</p>				√															
<p>2.4. โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบ คณะกรรมการ ศูนย์งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว</p>				√															
<p>3. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่ องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะ ท้าย กรมการแพทย์ดังนี้</p> <p>3.1 กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10รหัส C00-C96 หรือ D37-D48</p> <p>3.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03</p> <p>3.3 โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10รหัส N18.5</p> <p>3.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10รหัส J44</p> <p>3.5 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10รหัส I50</p> <p>3.6 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)</p> <p>3.7 ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1</p> <p>3.8 ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 3.1-3.7 หรือภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง</p> <p>3.9 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย</p>				√															
<p>4. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก/กระทรวงสาธารณสุขในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยา จาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะ ประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการ ปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย</p>				√															
<p>5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อที่บ้านหรือชุมชน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และ บันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 35) * เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับค่าชดเชยการบริการแบบ ประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช กำหนด</p>				√															

	ทำ	ไม่ทำ
6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลระดับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีน และร่วมกับ หน่วยงานราชการ หรือ ภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	✓	
7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลระดับประคอง โดยมีการ บันทึกหัตถการการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778- 779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดยกรมการแพทย์ แผนไทย)	✓	

ตารางที่ 2 รอยละการเฝ้าระวังการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ ไตรมาสที่ 3 (ตุลาคม 2565 - กรกฎาคม 2566)

ตัวชี้วัด	ค่า เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค65.-ก.ค.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
รอยละการเฝ้าระวังการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ระดับประคอง อย่างมีคุณภาพ	≥ ร้อยละ 50	NA	NA	52.31%	≥ ร้อยละ 55 (666 ราย)	293 ราย	43.99

ที่มา: รายงานรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน (Hosxp) รพท.หนองบัวลำภู

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

- มีคณะกรรมการดำเนินงาน
- เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคองระยะท้าย
- มียาและเวชภัณฑ์สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเพียงพอ
- มีศูนย์สำรองอุปกรณ์ทางการแพทย์ผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เกจ้ออกซิเจน ถังออกซิเจน เครื่องให้ยาชนิดเม็ดอัตโนมัติ
- มีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยแบบประคองระยะท้ายในชุมชน
- มีช่องทางเข้าถึงบริการได้สะดวก เช่น โทรศัพท์ line group E-mail

ปัจจัยที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จ

- การดำเนินงานการดูแลแบบประคองระยะท้ายยังต้องมีการพัฒนาทั้งระบบอย่างต่อเนื่อง
- การวินิจฉัยการดูแลแบบประคองยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค
- บุคลากรที่รับผิดชอบมีการปรับเปลี่ยนงานประจำ ทำให้ผู้ที่รับผิดชอบที่ปฏิบัติงานใหม่อาจยังไม่ทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วย Palliative care

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- ผู้ป่วยดูแลแบบประคองเข้าถึงระบบล่าช้า ควรประสานแพทย์ทุกสาขามีส่วนร่วมในการวินิจฉัยผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายเข้าสู่ระบบ
- สถานที่ในการให้บริการคลินิกสุขชีวิยยังคับแคบ เสียงดัง อากาศไม่ปลอดโปร่ง ไม่เหมาะสมในการให้บริการ ควรเป็นสถานที่ที่สงบ เหมาะแก่การทำ family meeting หรือ ทำ ACP
- แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อให้ความสำคัญขับเคลื่อนพัฒนาการดูแลประคองผู้ป่วยระยะท้ายอย่างจริงจัง
- ทีมพยาบาลวิชาชีพยังขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง จึงพัฒนาทักษะความรู้พยาบาลวิชาชีพในการคัดกรองดูแล ประเมินผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคองเป็นประจำ ทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชน
- ระบบการเบิก E-Claim ยังได้ปริมาณไม่มาก ควรจัดระบบและกำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อประกอบการเบิกจ่ายเงิน โดยมีการวินิจฉัย บันทึกและส่งข้อมูลทางเวชระเบียนให้ทันเวลา
- ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคองไม่เพียงพอ
- เพิ่มเจ้าหน้าที่การดูแลผู้ป่วยแบบประคอง มาเป็นทีม Palliative เพิ่ม
- ปรับแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง ได้ง่ายขึ้น
- ระบบการขึ้นทะเบียน การให้รหัสวินิจฉัยในระบบ Hosxp เพื่อสามารถดึงรายงาน ผู้ป่วย Palliative

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- มีกิจกรรมทำบุญอุทิศส่วนกุศลประจำปี ให้ผู้ป่วย Palliative care
- มีแผนงาน ปี 2566 สร้างทีมจิตอาสา Palliative care ในชุมชน
- มีการทำการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย Palliative โดยชุมชนมีส่วนร่วม

ผู้รายงาน นายแพทย์สุรียา คุณาชน
ตำแหน่งประธานคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพด้านดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
ผู้ประสานรวบรวมข้อมูล
ทีมเลขานุการฯ
วัน/เดือน/ปี 24 กรกฎาคม 2566

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ 25)

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดหนองบัวลำภูมีโรงพยาบาลทั้งหมด 6 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เป็นโรงพยาบาลระดับ (S) 1 แห่ง มีแพทย์เฉพาะทางครอบคลุมทุกสาขากเว้นด้านสุขภาพจิตชุมชน มีห้องผ่าตัดจำนวน 8 ห้อง โรงพยาบาลชุมชน ที่มีแพทย์เฉพาะทาง 2 แห่ง คือ 1) โรงพยาบาลศรีบุญเรือง ระดับ (F1) มีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม 1 คน สูติกรรม-นรีเวช 1 คน กุมารเวชกรรม 1 คน เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน และอายุรกรรม 3 คน มีห้องผ่าตัด 2 ห้อง โรงพยาบาลนาแก ระดับ (F1) มีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม 1 คน สูติกรรม-นรีเวชกรรม 1 คน กุมารเวชกรรม 1 คน อายุรแพทย์ 1 คน และเวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน มีห้องผ่าตัดจำนวน 2 ห้อง โรงพยาบาลชุมชนอีก 3 แห่งไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

2. กระบวนการดำเนินงาน

ผู้ป่วย พบศัลยแพทย์ คัดกรอง เตรียมตรวจทางห้องปฏิบัติการ x ray ตรวจคลื่นหัวใจ ส่งพบวิสัญญีหรือหากมีโรคประจำตัวอื่นๆ ผลตรวจผิดปกติมีการแก้ไขหรือมีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางนั้น ก่อนนัดทำหัตถการ หากมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำจะมีใบนัดส่งต่อรพช.ที่ผู้ป่วยอยู่ ตรวจให้ก่อนนัดผ่าตัด 1 วัน(ถ้าผู้ป่วยในเขตเมืองนัดตรวจที่รพ.นภ.)เน้นมีญาติมาด้วยและพร้อมรับกลับหลังผ่าตัดเมื่อมีอาการคงที่ ระยะเวลารวมไม่เกิน 24 ชั่วโมง มีเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อสอบถามอาการได้ก่อนและหลังจำหน่าย

3. ผลการดำเนินงาน

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : \geq 25% อย่างน้อย 3 หัตถการ)

3.1.1 โรงพยาบาลหนองบัวลำภู (S) ดำเนินงาน 11 โรคหัตถการ

ตัวชี้วัด	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2565 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
	เป้าหมาย \geq 60%	เป้าหมาย \geq 20%	เป้าหมาย \geq 20%	เป้าหมาย 9ต. \geq 25%	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	124/229 (51.15%)	214/303 (70.63%)	67/186 (36.02%)	209	78	37.32%

ผลการประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ อยู่ในระดับ ดีถึงดีมาก ปี 2563 ร้อยละ 93.14 , ปี 2564 ร้อยละ 94.8 ปี 2565 ร้อยละ 96.6 และปี 2566 ร้อยละ 96.8

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ทีมมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ป้องกันได้ และจากการบอกต่อของผู้ป่วยและญาติในความมั่นใจต่อการมารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลหนองบัวลำภู (S) ดำเนินการ 11 โรค/หัตถการ คือ Femoral Inguinal Hernia, Hemorrhoid, Colonoscopy Polypectomy, Colonoscopyในกลุ่มเสี่ยง, Ureteric stone, Circumcision, Tongue tie, Pterygium excision, Vaginal Bleeding, Bartholin cyst และ Vascular access for hemodialysis ยังไม่สามารถเพิ่มจำนวนการผ่าตัดได้ครบทั้ง 42 โรค ในปี 2566 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มโรคในสาขาศัลยกรรมอื่นๆ เป็น 66 โรค โรงพยาบาลหนองบัวลำภูวางแผนจะพัฒนาการทำ ODS เพิ่มในสาขาอื่นๆ ต่อเนื่อง

2. การปรับการคำนวณตัวชี้วัดใหม่ เฉพาะโรคที่ได้รับการผ่าตัด ODS สูงที่สุด 3 หัตถการ เป็นโอกาสการพัฒนาต่อ

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวสุรีย์พร บุญเรือง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี 21/7/2566

โทร : 081-9548547 e-mail : sureepornboon@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของการลงทะเบียนใน MIS Registration ใน 1 เดือน โครงการ MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) \geq ร้อยละ 85

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เข้าร่วมโครงการการผ่าตัดแผลเล็ก Minimally Invasive Surgery โรคที่ทำหัตถการได้คือ นิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบ โดยมีแพทย์ศัลยกรรมทั่วไปจำนวน 4 คน แพทย์บางคนนิยมทำ ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography) ก่อนทำ LC (Laparoscopic Cholecystectomy) โดยอาจทำต่อเนื่อง หรือเว้นระยะห่าง 2-3 วัน หรือนัดมาทำภายใน 6-8 สัปดาห์ ซึ่งบางครั้งแพทย์อาจเลือกทำ LC พร้อมกับการทำ ERCP แล้วแต่ประสบการณ์ของแพทย์ เพราะมีความยุ่งยากซับซ้อนกว่า แต่ข้อดีคือคนไข้ไม่เสียเวลาไม่ต้องถนัดมาทำ LC อีกครั้ง Complication จากการทำ LC พบน้อยมาก อาจมีการอักเสบของแผลที่สะดือ ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจที่งานผู้ป่วยนอก ทำแผลและได้ Antibiotic รับประทานที่บ้าน

2. กระบวนการ

ผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบ พบศัลยแพทย์ คัดกรองก่อน นัด Admit

1) ถ้าไม่ผ่าตัด/ให้ยา/แนะนำการปฏิบัติตัว นัด F/U ถ้าไม่ดีขึ้น นัดผ่าตัด

2) ถ้าผ่าตัด LC หรือ OC การดูแลรักษาก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด วางแผนจำหน่าย ให้ใบนัด F/U 2 สัปดาห์ให้แผนพบการปฏิบัติตัว จำหน่ายพร้อมทบทวนการปฏิบัติตัวที่บ้าน

3. ผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ดำเนินงาน 1 หัตถการ (Laparoscopic Cholecystectomy)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)	
					ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของการลงทะเบียนใน MIS Registration ใน 1 เดือน ที่ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก	\geq ร้อยละ 85	NA	NA	144/146 98.6%	112/121 92.56%	
LC. Convert to OC.		5/101 4.95 %	11/139 7.9%	11/144 7.6%	5/112 4.46%	
OC		28	27	59	33	

ผลการประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการผ่าตัดแผลเล็ก อยู่ในระดับ ดีถึงดีมาก ปี 2564 ร้อยละ 97.18, ปี 2565 ร้อยละ 96.37 และ ปี 2566 ร้อยละ 95.29 การส่งต่อข้อมูลลงพื้นที่ชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้ดำเนินการแต่ยังพบ LC. Convert to OC เนื่องจาก Difficult anatomy due to adhesions, CBD injury การคัดเลือก case ที่ Advance มากขึ้น ASA class3 (American association of anesthesiologist) เช่น COPD, DM, HT, DLP, CKD, Asthma, Old CVA, Lung Atelectasis ซึ่งมีการขอคำปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญข้ามแผนกนอกจากนี้ยังพบว่าเรื่องประสิทธิภาพของเครื่องมือ และประสบการณ์ของแพทย์ผู้ผ่าตัด/ผู้ช่วยผ่าตัด

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

- การระบาดของ COVID 19 ทำให้มีมาตรการตรวจคัดกรองผู้ป่วยและญาติก่อน Admit มีผลกับการตัดสินใจเลือกทำการผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

- Readmit ภายใน 1 เดือน ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ Surgical site infection < ร้อยละ 5 พบ 2 ราย Dyspepsia และ Pleural effusion คิดเป็นร้อยละ 1.8

- การให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจนเพียงพอเมื่อมีหัตถการต่อเนื่องอาจช่วยสร้างความเข้าใจได้ดีขึ้น

ผู้รายงาน..นางสาวสุรีย์พร บุญเรือง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี 18/07/2566

โทร : 081-9548547 e-mail : sureepornboon@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 26

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired จากข้อมูล พบว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือมีโรคร่วม เช่น โรคเรื้อรังต่างๆ จึงได้มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย sepsis อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดหนองบัวลำภู แต่อัตราตายด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ยังคงสูงกว่าค่าเป้าหมาย อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปี 2563 คิดเป็น 38.60% ปี 2564 38.24% ปี 2565 43.38 % และปี 2566 44.12% ตามลำดับ

2. กระบวนการดำเนินงาน

พัฒนาการเข้าถึงบริการ กระบวนการดูแลรักษาเน้น primary prevention มีการใช้ SIRS criteria ในการประเมินคัดกรองเบื้องต้นและการสื่อสารความรู้ sepsis ภาคประชาชนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

พัฒนากระบวนการ intensive care การขยายเตียง ICU อายุรกรรม การใช้SOS score ประเมินความรุนแรงผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิด (แบบวิกฤต) ในหอผู้ป่วยสามัญ

พัฒนาระบบสารสนเทศ มีการเก็บและรายงานข้อมูลผู้ป่วยตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD -10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

การจัดตั้งระบบRRS มีการจัดตั้งคณะกรรมการ Rapid response system เพื่อดำเนินการพัฒนาคัดทีมในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65 – มิ.ย. 66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	น้อยกว่า ร้อยละ 26	38.60	38.24	43.38	น้อยกว่า ร้อยละ 26	120	44.12

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

1) โรงพยาบาลเครือข่าย ทั้งหมดในจังหวัด ยังไม่มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต เช่น ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเนื่องจากไม่มีหอผู้ป่วยหนัก ดังนั้นผู้ป่วย sepsis ที่อยู่ในระยะวิกฤตเกือบทุกรายจึงต้องส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

2) ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลชุมชนยังมีข้อจำกัดในการตรวจสิ่งส่งตรวจและยังขาดเครื่องตรวจ blood lactate ที่จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยผู้ป่วย sepsis

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1) เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักรู้และเฝ้าระวังถึงอาการของการติดเชื้อในกระแสเลือด

2) การติดตามการดูแลผู้ป่วยตาม Sepsis bundle ให้ครอบคลุม

3) เพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ M2 ให้มีหอผู้ป่วยหนัก เพื่อลดการส่งต่อ มีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (พยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน)

4) เพิ่มศักยภาพของห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถตรวจสิ่งส่งตรวจที่จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยผู้ป่วย sepsis ได้

5) พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

ผู้รายงาน น.ส.มะลิวรรณ บุญแสน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 19 กรกฎาคม 2566

โทร 091-8614721 e-mail andfield17@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน

หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (เป้าหมาย ≥ 75)

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดหนองบัวลำภูได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) การบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury) การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord injury) และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (Fracture around the hip) ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนหนึ่งจะยังมีความบกพร่อง (Impairment) หลงเหลืออยู่ ส่งผลต่อผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวโดยตรง จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องภายใน 6 เดือน (Golden period) โดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) โดยมีการให้บริการ 3 รูปแบบ ทั้ง IPO OPD และการเยี่ยมบ้านในชุมชน โดยมีผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลทุกระดับ โรงพยาบาลหนองบัวลำภูเป็นโรงพยาบาลระดับ 5 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย และมีโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดหนองบัวลำภูถูกช่วย และให้บริการแบบ Intermediate Bed โดยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย 4 กลุ่มโรคให้ครอบคลุม ในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ไปยังโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อรับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง แบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และบริการเยี่ยมติดตามในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ ในปีงบประมาณ 2566 (1 ต.ค. 2565 - 30 มิ.ย. 2566) มีจำนวนผู้ป่วยโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury, Fracture around the hip มีจำนวนผู้ป่วย Stroke 319 ราย, มีจำนวนผู้ป่วย Traumatic Brain Injury 31 ราย จำนวนผู้ป่วย Spinal Cord Injury 21 ราย, จำนวนผู้ป่วย Fracture around the hip 41 ราย รวมทั้งหมด 412 ราย ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู และโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดหนองบัวลำภู จึงมีบทบาทสำคัญในดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเพิ่มอัตราครองเตียงในโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนขยายผลให้เกิดระบบการส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง โดยเน้นผลลัพธ์เชิงคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้เต็มศักยภาพ ลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์จากภาวะแทรกซ้อน และช่วยลดปริมาณผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบระยะยาว (Long term care) ในอนาคตลดความพิการส่งเสริมคุณภาพชีวิต จนผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองและกลับมาทำงานได้ โดยไม่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือพึ่งพิงน้อยที่สุด โดยเน้นให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

2. กระบวนการดำเนินงาน

2.1 มีระบบเก็บและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายในจังหวัดโดยใช้ SMART IMC เป็นฐานข้อมูลเดียวกันภายในเขตสุขภาพที่ 8 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ควบคู่กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยบันทึกผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Disability portal program) เพื่อการดูแลผู้ป่วย Intermediate Care ได้อย่างต่อเนื่องครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

2.2 เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในชุมชน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน โดยการมีส่วนร่วมของคลินิกกายภาพบำบัดอบอุ่นในเขต อ.เมืองหนองบัวลำภู

2.3 มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาล เพื่อประชุมชี้แจงแนวทางให้สอดคล้องทั้งจังหวัด รวมถึงปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในจังหวัดหนองบัวลำภู

2.4 มีการวางแผนจัดตั้งโรงพยาบาล Node IMC ได้แก่ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภูเป็น node เพื่อส่งต่อผู้ป่วย Intermediate Care ในปี 2566

2.5 วางแผนจัดตั้งหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟูดูแลผู้ป่วย Intermediate Care ที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ในปี 2568

2.6 มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับโรงพยาบาลและระดับจังหวัด เพื่อประชุมชี้แจงแนวทางให้สอดคล้องกันทั้งจังหวัด รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในจังหวัดหนองบัวลำภู

2.7 วางแผนพัฒนาบุคลากร พยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร 4 เดือน และหลักสูตรกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางหลักสูตร 4 เดือน และพยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร 5 วัน ในโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Intermediate Care

2.8 มีการวางแผนจัดซื้อวัสดุ - ครุภัณฑ์ รวมถึงเวชภัณฑ์ต่างๆที่ส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วย Intermediate Care

3. ผลการดำเนินงาน (ข้อมูล 1 ต.ค.2565-30 มิ.ย.2566)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละผู้ป่วย Intermediate Care ได้รับการรับบาลฟื้นฟูสภาพ และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนครบ Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	≥ ร้อยละ 70	75	84.53	96.83	≥ ร้อยละ 75	107	78.10

กลุ่มผู้ป่วย	Starting phase (เริ่ม Case) (1 เม.ย 62 – 31 มี.ค 63)				Ending phase (ครบ 6 เดือน หลังจากเกิดโรค หรือ BIS เต็ม 20) (1 เม.ย 62 – 30 ก.ย 62) + (1 ต.ค 62 – 31 มี.ค 63 ที่ BIS = 20)																											
	A		B		C = (A + B)		D = (B - F)		E		F		G = (E+F)		H = (I+J+K+L)		I		J		K		L		M		N		O			
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด		จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด		จำนวนผู้ป่วยที่คัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียน IMC ทั้งหมด		จำนวนผู้ป่วยระยะติดตามทั้งหมด		จำนวนผู้ป่วยตามทะเบียนที่ต้องสิ้นสุดระยะติดตามทั้งหมด		จำนวนผู้ป่วยตามทะเบียนที่ต้องสิ้นสุดระยะติดตามทั้งหมด		รวมจำนวนผู้ป่วยตามทะเบียนที่ต้องสิ้นสุดระยะติดตามทั้งหมด		จำนวนผู้ป่วยที่ติดตามจนสิ้นสุดระยะติดตามได้จริงทั้งหมด		ร้อยละผู้ป่วยที่ติดตามจนสิ้นสุดระยะติดตามได้จริงทั้งหมด		BIS คงที่		BIS ลดลง		BIS เพิ่มขึ้น		BIS = 20		เสียชีวิต		ย้ายที่อยู่		ติดตามไม่ได้	
	วันที่	ปี	วันที่	ปี	วันที่	ปี	วันที่	ปี	วันที่	ปี	วันที่	ปี	วันที่	ปี	วันที่	ปี	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
Stroke	245	2566	74	2565	319	2566	68	2566	101	2565	6	2566	107	2566	84	2566	78.50	4	3.74	9	11	43	55.14	28	33.34	16	17	1	1	0	0	
TBI	24	2566	7	2565	31	2566	7	2566	8	2565	0	2566	8	2566	6	2566	75	0	0	1	11	3	66.67	2	33.34	1	1	0	0	0	0	
SCI	18	2566	3	2565	21	2566	3	2566	8	2565	0	2566	8	2566	5	2566	62.5	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ExArtHip	23	2566	18	2565	41	2566	17	2566	13	2565	1	2566	14	2566	12	2566	85.71	0	0	1	11	8	66.67	3	25	0	0	0	0	0	0	0
รวม	310	2566	102	2565	412	2566	95	2566	130	2565	7	2566	137	2566	107	2566	78.23	4	3.74	11	11	59	55.14	33	30.84	17	17	1	1	0	0	

อำเภอ	ผลการดำเนินงานปี 2566			
	เป้าหมาย	ผลงาน	เสียชีวิต	ร้อยละ
อ.เมือง	148	105	10	70.94
อ.ศรีบุญเรือง	91	63	3	71.59
อ.นาแก	58	53	2	94.64
อ.นาหว้า	33	29	1	90.62
อ.โนนสัง	41	25	0	60.97
อ.สุวรรณคูหา	41	34	1	85.00
รวม	412	309	17	78.22

4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ด้าน Service Delivery

- 1.1 การเข้าถึงบริการฟื้นฟูแบบ Intermediate Care bed ในโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนน้อย
- 1.2 ไม่มีโรงพยาบาลฟื้นฟูที่รับผิดชอบดูแลเฉพาะทางด้าน Intermediate Care ในโรงพยาบาลชุมชน
- 1.3 การติดตามให้บริการผู้ป่วย Intermediate Care ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ

ตามเกณฑ์ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้จำนวน 20 ครั้ง ภายใน 6 เดือน

แนวทางการพัฒนา

- ทำแผนติดตาม ออกเยี่ยมและฟื้นฟูสภาพในชุมชน
- ส่งเสริมการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการฟื้นฟูในทุกโรงพยาบาล ส่งเสริมการเข้ารับบริการจากคลินิกกายภาพบำบัดอบอุ่น

2. ด้าน Health Work Force

- 2.1 บุคลากรวิชาชีพยังขาดความรู้และทักษะด้าน Intermediate Care
- 2.2 จำนวนพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร 4 เดือน และหลักสูตรกายภาพบำบัด 4 เดือนยังไม่เพียงพอ
- 2.3 มีการเปลี่ยนสายงาน/ย้าย/ลาออก ของพยาบาลหลักสูตร Intermediate Care 3 วันและ 5 วัน ที่รับผิดชอบ Intermediate Care ในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากขึ้น

แนวทางการพัฒนา

- มีแผนอบรมและแผนพัฒนาบุคลากร
- สำรวจและส่งเสริมให้หน่วยงาน/โรงพยาบาล ที่ขาดแคลนพยาบาลฟื้นฟูเข้ารับการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟู Intermediate Care หลักสูตร 3 - 5 วัน ร่วมกับสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
- ควรมีการขยายกรอบอัตรากำลัง มีตำแหน่งการจ้างงานหรือมีค่าตอบแทนพิเศษที่เป็นแรงจูงใจ
- ในการทำงานด้าน Intermediate Care

3. ด้าน Health system financing

- 3.1 ขาดงบประมาณสนับสนุน

แนวทางการพัฒนา

- ควรจัดสรรงบประมาณจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 และกรมการแพทย์ ในด้านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูและหลักสูตรกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางหลักสูตร 4 เดือนหรือหลักสูตร 5 วัน
- ควรจัดสรรงบประมาณเพื่อเพิ่มแรงจูงใจและสนับสนุนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้าน Intermediate Care
- ควรจัดสรรให้สหวิชาชีพอื่นๆ เช่น พยาบาล แพทย์แผนไทย สามารถบันทึกการให้บริการผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์ คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Disability portal program) เพื่อการดูแลผู้ป่วย Intermediate Care ได้อย่างต่อเนื่องครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

4. ด้าน Health Information system

- 4.1 โปรแกรม Smart IMC ยังไม่สามารถดึงข้อมูลรายงานแบบเป็นตัวชี้วัดได้

แนวทางการพัฒนา

- ส่งเสริมการส่งต่อข้อมูลจาก รพ.แม่ข่ายจังหวัดอื่นทั้งในเขตและนอกเขต ในโปรแกรม Smart IMC และ Disability Portal (สปสช)
- พัฒนาให้โปรแกรม Smart IMC ให้สามารถดึงรายงานตัวชี้วัดได้

5. ด้าน Leadership & Governance

- 5.1 ยังไม่มีการนิเทศงานติดตามตัวชี้วัดและเยี่ยมเสริมพลังในจังหวัด

แนวทางการพัฒนา

- วางแนวทางการออกนิเทศงานและเยี่ยมเสริมพลังทุกโรงพยาบาลในปี 2567

5. นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1. ชื่อผลงาน โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน Intermediate Care ชื่อผู้ส่งผลงาน นางสาวชื่นจิต โนวฤทธิ์ ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู
2. ชื่อผลงาน การออกเอกสารความพิการแบบเบ็ดเสร็จ นาวังโมเดล ชื่อผู้ส่งผลงาน นางสาวมารีสา สีแสง ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลนาวังเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดหนองบัวลำภู

ผู้รายงาน นางสาวราภรณ์ ดาวเรือง
ตำแหน่งนักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
วัน/เดือน/ปี 10 กรกฎาคม 2566
โทรศัพท์ 093-0958318
e-mail : kwangzaxxx@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : 1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ \geq ร้อยละ 88

2. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ \geq ร้อยละ 90

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดหนองบัวลำภู มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดในปี พ.ศ. 2563 – 2565 จำนวน 495, 424 และ 528 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 94.68, 81.10 และ 102.97 ต่อแสนประชากร มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสมหะพบเชื้อและไม่พบเชื้อ 372, 309 และ 489 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 71.16, 59.10 และ 95.36 ต่อแสนประชากร มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ 274, 248 และ 309 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 52.41, 47.44 และ 60.26 ต่อแสนประชากร อัตราความสำเร็จของการรักษา (Success Rate) วัณโรคทุกประเภทคิดเป็นร้อยละ 73.64, 45.51 และ 47.46 อัตราการรักษาล้มเหลวโรควัณโรคทุกประเภท คิดเป็นร้อยละ 1.83, 0.07 และ 0.64 อัตราการตายด้วยโรควัณโรคทุกประเภทคิดเป็นร้อยละ 4.48, 4.00 และ 3.60 อัตราการขาดยาวัณโรคทุกประเภทคิดเป็นร้อยละ 0.84, 0.00 และ 0.85 ตามลำดับ มีอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 62.82 และมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR) จำนวน 12 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู 2565)

อำเภอเมืองหนองบัวลำภูปีงบประมาณ 2565 พบผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทขึ้นทะเบียนรักษา 259 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 212 ราย ในจำนวนนี้เป็นวัณโรคปอดชนิดแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ 106 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 กลุ่มนี้โดยส่วนใหญ่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 31.27 รองลงมาอายุระหว่าง 45-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.30 และกลุ่มอายุ 35-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.90 ปี ตามลำดับ ซึ่งกลุ่ม 65 ปี ขึ้นไป ที่ป่วยวัณโรคพบว่าส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังและมีหลายโรคร่วมด้วย เนื่องจากมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำเมื่อป่วยเป็นวัณโรค จึงมีโอกาสเสียชีวิตสูงหากค้นพบล่าช้า ปัจจุบันปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยมีวัณโรคทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษา 171 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 146 ราย (คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ณ 27 กรกฎาคม 2566)

2. กระบวนการดำเนินงาน

มาตรการ ในการเร่งรัดอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ภายใต้ยุทธศาสตร์ด้านการบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ประเด็นที่ 2 โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ (วัณโรค) ภายใต้กิจกรรมหลักต่อไปนี้จะจัดประชุมเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคของโรงพยาบาล และภาคีเครือข่ายวัณโรค

1. จัดประชุมเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคของโรงพยาบาล และภาคีเครือข่ายวัณโรค
2. ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เชิงรุกในพื้นที่ 21 รพ.สต.
 - ก. ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่
 - ข. คัดกรอง/ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคจากกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเป้าหมายต่างๆโดยวิธี X-ray ทรวงอก
 - ค. ขึ้นทะเบียนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรค เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา
3. จัดกิจกรรมรณรงค์ในสัปดาห์วัณโรคสากลในวันที่ 24 เดือน มีนาคม ของทุกปี
 - ก. ติดป้ายประชาสัมพันธ์ความรู้ในหมู่บ้านของพื้นที่ รพ.สต. 20 แห่งรับผิดชอบ
 - ข. เสียสละตามสายรณรงค์ป้องกันวัณโรคทุกๆหมู่บ้านในเขตอำเภอเมือง
 - ค. จัดกิจกรรมสุขศึกษาผ่านวิทยุชุมชนในพื้นที่ที่มีวิทยุชุมชน
4. ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค และออกติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนการรักษา (ระยะแพร่เชื้อ/เข็มเข็ม หรือ 2 เดือนแรก) ในรายที่จำเป็น
5. พัฒนาคุณภาพคลินิกวัณโรคให้ได้มาตรฐาน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค QTB”
6. โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ (Mobile Xray พระราชทาน)

3. ผลการดำเนินงาน

3.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ≥ 88

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65 – 27 ก.ค.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 88	94.12	95.00	94.52	96.42 (อยู่ในขั้นตอนของการดำเนินงาน)		



Cohort ปี 65	ระยะเวลาที่ขึ้นทะเบียน	ขึ้นทะเบียนทุกประเภท	นำมาประเมิน	รักษาอยู่	ตาย	ขาดยา	ล้มเหลว	ขยายการรักษา	ผลสำเร็จ
1	1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 65	43	28	24	-	-	-	1	27
2	1ม.ค. - 31 มี.ค. 66	48	31	อยู่ในขั้นตอนของการดำเนินงาน					
3	1เม.ย. - 30 มิ.ย. 66	59	40	อยู่ในขั้นตอนของการดำเนินงาน					
4	1ก.ค. - 30 ก.ย. 66	อยู่ในขั้นตอนของการดำเนินงาน							
รวม Cohort									

หมายเหตุ PA 24 ราย (ยังไม่ครบ Cohort) ขึ้นทะเบียน Cohort 1 จะสามารถประเมินผลทั้งหมดได้เมื่อครบระยะเวลาการรักษาประมาณ 6 เดือนขึ้นไป (ข้อมูลเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2566)

█ = ผู้ป่วยวัณโรคตาม PA การตรวจราชการ

3.2 อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ≥ 90

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตราความครอบคลุม
อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 90 (196 ราย)	157 ราย	ร้อยละ 80.10

ข้อมูล ณ วันที่ 27 กรกฎาคม 2566

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทำให้เกิดความยากในการดำเนินงานในพื้นที่ เพราะผู้ป่วยวัณโรคเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีภูมิคุ้มกันน้อยที่เสี่ยงต่อการติด COVID-19 จึงต้องดำเนินงานวัณโรคในพื้นที่ด้วยความระมัดระวังต่อผู้มารับบริการ

ผู้รับผิดชอบงานในแต่ละระดับและภาคส่วนแต่ละหน่วยงานมีความเข้าใจการดำเนินงานวัณโรคที่มีความแตกต่างกันทำให้จุดมุ่งหมายหรือแนวทาง/ทิศทางของการดำเนินงานไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน รวมถึงการกำหนดนโยบายหรือแนวทางจากส่วนกลางไม่มีความชัดเจนในการร่วมปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในการดำเนินงาน และมีปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากร เช่น งบประมาณ ไม่มีความเพียงพอทำให้การขับเคลื่อนดำเนินงานตามนโยบายเป็นไปได้ยาก

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
1. การถ่ายโอนของหน่วยงานระดับพื้นที่ (รพ.สต.) ไปสังกัดหน่วยงานปกครองระดับท้องถิ่น ทำให้การเชื่อมประสานการทำงานยังไม่มี ความชัดเจนว่าจะเชื่อมประสานกันอย่างไร	- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรลงนามมีบทบาทในการร่วมพัฒนาบริการด้านการตรวจดูแลรักษาด้านวัณโรคของหน่วยบริการให้เป็นมาตรฐานและเชื่อมต่อการทำงานอย่างไร้รอยต่อเพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการ - กำหนด หรือเสนอแนะแนวทางต่อผู้บริหารของหน่วยงานต้นสังกัด ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดบริการที่เป็นมาตรฐานของการให้บริการตรวจรักษาวัณโรค ให้สามารถดำเนินงานผ่านโรงพยาบาลแม่ข่ายถึงหน่วยงาน รพ.สต. ได้เลย โดยไม่ต้องทำเรื่องผ่านต้นสังกัดท้องถิ่นเพราะจะเข้าต่อการจัดบริการให้ผู้ป่วย	
2. สถานการณ์แพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้การดำเนินงานด้านวัณโรคเป็นไปด้วยความยากลำบาก รวมถึงต้องมีการปรับรูปแบบของการดำเนินงานด้านวัณโรคเพื่อให้ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการน้อยที่สุด		

ผู้รายงาน นายภัทรพล ไชวงค์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี... 27 กรกฎาคม 2566

โทร 042 311 998-9 ต่อ 1309 E-mail: Benz.mylove@hotmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน

1. สภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดหนองบัวลำภู พัฒนาระบบบริการด้านจักษุ โดยมีจุดเน้นสำคัญคือ การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วย Blinding cataract เข้ารับการผ่าตัดภายใน 30 วัน เพื่อลดอาการตาบอดจากต้อกระจก โดยในปี 2565 การเข้าถึงการตรวจคัดกรองสายตา ประชากรผู้สูงอายุ ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอดได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน ร้อยละ 100 ระยะเวลารอคอย ผ่าตัดเฉลี่ย 2 วัน (ที่มา: vision Thailand 2020) มี Node ผ่าตัด 1 แห่ง ที่ รพ.นาวังเฉลิมพระเกียรติ ยังต้องเฝ้าระวังพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่องด้วยประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกปี

2. ผลการดำเนินงาน

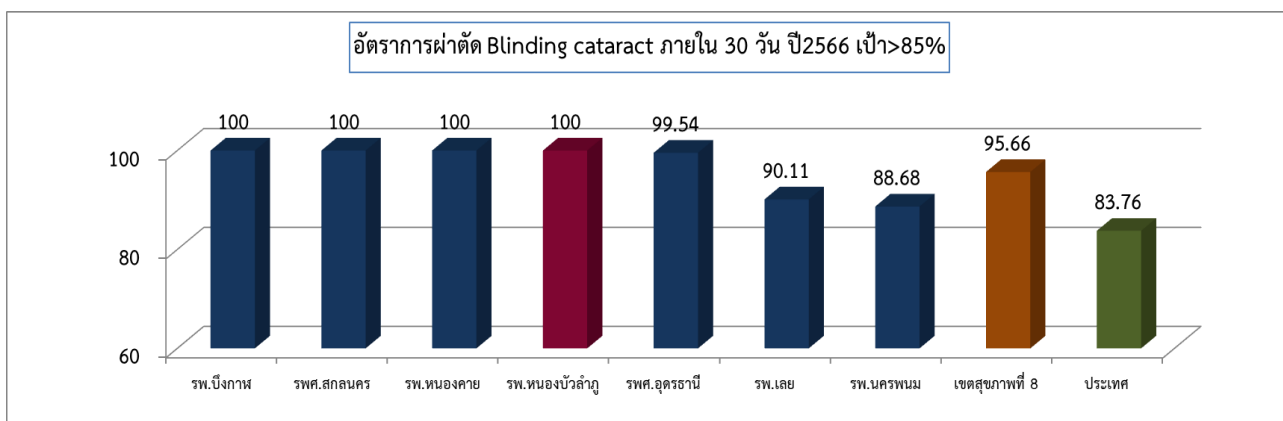
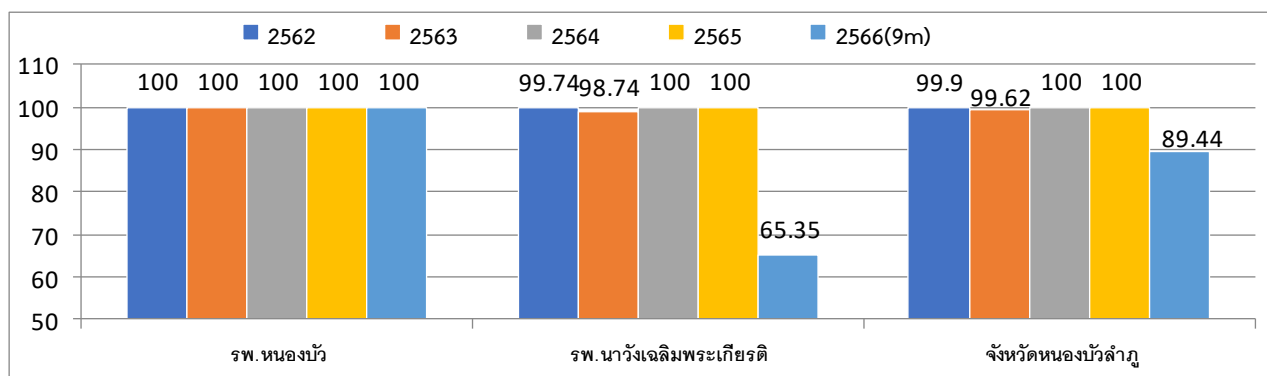
ข้อมูลเชิงปริมาณ ตารางที่ 1 ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน

ตัวชี้วัด	หน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลลัพธ์การดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)			
			2563	2564	2565	2566 (มิ.ย.)
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน (จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดใน 30 วัน/จำนวนผู้ป่วย Blinding cataract ทั้งหมด)	รพ.หนองบัวลำภู	85%	100 (545/545)	100 (509/509)	100 (622/622)	100 (520/520)
	Node นาวัง	85%	98.74 (235/238)	100 (63/63)	100 (27/27)	100 (149/228)
	จ.หนองบัวลำภู	85%	99.62 (780/783)	100 (572/572)	100 (649/649)	89.44 (669/748)

ตารางที่ 2 ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา (ที่มา: Vision Thailand 2020 11-07-2023)

อำเภอ	60 ปีขึ้นไป (คน)	คัดกรองสายตา (คน)	ร้อยละการคัดกรอง	อัตราตาบอด/อัตราตาบอดจากต้อกระจก		
				Severe Low Vision (ตา)	Blinding (ตา)	Blinding Cataract (ตา)
เมืองหนองบัวลำภู	8	7	87.5	2	2	1
นากลาง	42	41	97.62	9	23	18
โนนสัง	10	10	100	1	7	7
ศรีบุญเรือง	20	19	95.0	1	14	11
สุวรรณคูหา	9	9	100	1	7	6
นาวัง	103	102	99.03	18	64	54
รวม	192	188	97.92	32	117	97

ที่มา: Vision Thailand 2020 11-07-2023



ที่มา: Vision Thailand 2020 11-07-2023

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเข้าถึงการผ่าตัดต่อกระจกชนิดบอด จังหวัดหนองบัวลำภู ไตรมาสที่ 3 รพท.หนองบัวลำภู มีอัตราการผ่าตัด Blinding cataract ใน 30 วัน คิดเป็น 100% ระยะเวลารอคิวผ่าตัดเฉลี่ย 1 วัน สูงกว่าค่าเป้าหมายและสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับเขต และระดับประเทศ Node รพ.นาวิ่งเฉลิมพระเกียรติ อัตราการเข้าถึงการผ่าตัด Blinding cataract ใน 30 วัน คิดเป็น 65.35% ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ส่วนการคัดกรองสายตาสายตาผู้สูงอายุ การนำเข้าสู่ข้อมูลในโปรแกรม Vision 2020 ยังไม่ครอบคลุมและไม่เป็นปัจจุบัน

3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. การลงข้อมูลคัดกรองใน Vision 2020 ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ข้อมูลผู้สูงอายุไม่เป็นปัจจุบัน
2. ขาดการสนับสนุนการจัดการข้อมูลในเครือข่าย
3. การประสานเครือข่ายรพสต.ในพื้นที่ยังไม่ชัดเจน หลังการโอนถ่ายรพสต.ไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ การติดตามกำกับระดับจังหวัด ในการลงข้อมูล Vision 2020 ทำให้ข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และบางแห่งข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน โอกาสพัฒนา ให้ความรู้ประชาชนเรื่องต่อกระจกและสามารถคัดกรองสายตาดูเองได้ (Self screening) และคัดกรองสายตาแบบบูรณาการร่วมกับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้านผู้สูงอายุ

ผู้รายงาน นางอภิญญา กัญยาแสงศรี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

11 กรกฎาคม 2566

โทร 083-1416009 e-mail : ooyapinya@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture ร้อยละ 100

2. ร้อยละของผู้ป่วย capture the Fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ < ร้อยละ 20

3. ร้อยละของผู้ป่วย capture the Fracture ได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง \geq ร้อยละ 50

1. สถานการณ์

ปัจจุบันจังหวัดหนองบัวลำภู มีประชากรเพิ่มขึ้นและก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาด้วยกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้น กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ได้พัฒนาระบบงานการดูแลผู้สูงอายุ กระดูกสะโพกหักให้ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน (Fast track hip surgery) ภายใน 24 - 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลลัพธ์ในการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้ ทางทีมฯ ได้ดำเนินการต่อเนื่อง

2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ผลงาน ปีงบประมาณ				
			2563	2564	2565	2566	
						ไตรมาส 1	ไตรมาส 2
1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	100	100	100	100	100	100
2	ร้อยละของผู้ป่วย capture the Fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ	< ร้อยละ 20	0.96	0	1.2	6.25 (1/16)	1.3 (1/72)
3	ร้อยละของผู้ป่วย capture the Fracture ได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง	\geq ร้อยละ 50	70.1	75	63.2	75	67.5

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

1. ฟื้นฟูความรู้บุคลากรทีมสุขภาพเข้าร่วมอบรมความรู้เรื่อง Capture the fracture
2. ทบทวนการจัดตั้งคณะกรรมการ
3. ทบทวน CPG Capture the fracture
4. เก็บข้อมูลต่อเนื่อง นำข้อมูลมาใช้ในการติดตามผลลัพธ์ของการดูแลรักษา
5. ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย Capture the Fracture
6. ประชุมติดตามแผนงานทบทวนหาแนวทางแก้ไขปัญหา

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

3.1 จากการตรวจติดตามการพัฒนาระบบงาน Fast track hip surgery ในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ส่วนใหญ่จะเน้นที่ระบบการตั้งรับในโรงพยาบาล การทำงานเชิงป้องกันเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและการป้องกันกระดูกหักซ้ำ (Refracture) ยังมีน้อย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุบางรายมีการพลัดตกหกล้มซ้ำ ในปี 2566 มีจำนวน 1 ราย ทำให้ต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้สูงอายุบางรายมีภาวะกระดูกพรุนร่วมด้วย แต่ไม่ได้รับการตรวจและการรักษาติดตามอย่างต่อเนื่อง การให้ยา แคลเซียม และ Vit D มีแนวโน้มสูงขึ้น การเข้าถึงยา bisphosphonate เข้าถึงเฉพาะสิทธิข้าราชการ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจากโรคประจำตัว เช่น ความจำเสื่อม หลงลืม ต้อกระจก ตาฝ้า ไม่มียาติดคอยดูแลใกล้ชิด ทำให้เกิดหกล้มและกระดูกหักได้บ่อย ในปี 2566 นำผู้ป่วย กลุ่ม Fracture hip in elderly เข้าสู่ระบบ intermediate care ในกลุ่มที่ BI 5-15 คະแนมเพื่อให้ร่างกายบำบัดเข้าเยี่ยมและฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง

3.2 การผ่าตัดแบบเร่งด่วน (Fast track hip surgery) ภายใน 24 - 72 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา ยังมีอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ การรอคิวผ่าตัด บางครั้งไม่มีห้องผ่าตัด ผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคประจำตัวควบคุมไม่ได้ไม่พร้อมผ่าตัด ภาวะโรคระบาดโควิด ต้องรอตรวจผลโควิดก่อนจึงจะผ่าตัดได้ รอการปรึกษาจากสหสาขาวิชาชีพอายุรกรรมในกรณีผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงทำให้ล่าช้า

4. ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
-การติดตามเยี่ยมสภาพแวดล้อมผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชน ยังขาดบุคลากรนักรายภาพบำบัด ติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง -การสะท้อนกลับข้อมูลยังต่ำ -การเข้าถึงยารักษาโรคกระดูกพรุนยังต่ำ	-	-

5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางศิริฉัตร ชัยทุมมา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี 21 กรกฎาคม 2566
โทร.0641922399 E-mail Baisrinoi@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m²/yr มากกว่าร้อยละ 66

1. สถานการณ์ /สภาพปัญหาของพื้นที่

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า 1 ใน 10 ลำดับแรกคือ กลุ่มปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคไต โรคเบาหวาน ปัจจุบันมีความรุนแรงและมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพมากขึ้น และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จากการดำเนินการป้องกัน ฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า มีอัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคไตวาย (N19) ต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 – 2562 เท่ากับ 27.30, 22.04 และ 26.02 ตามลำดับ ในปี 2565 พบอัตราป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) 931.64 ต่อแสนประชากร โดยผู้ป่วยร้อยละ 44.57 อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 14.22 อยู่ในระยะที่ 4 และร้อยละ 6.06 อยู่ในระยะที่ 5 การดำเนินงานเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตระยะที่ 3 - 4 โดยการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านโภชนาการ ด้านยา และได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในปี 2563 - 2565 พบว่าผู้ป่วย CKD ในระยะที่ 3 - 4 มีค่า eGFR<5ml/min/1.73 m²/yr ร้อยละ 62.20, 61.95 และ 65.79 ตามลำดับ

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่หายขาดจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายสูงมากโดยเฉพาะเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทั้งนี้มีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปก่อให้เกิดโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น หากผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน และสุดท้ายผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease : ESRD) ต้องรับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด ล้างไตทางช่องท้อง หรือการปลูกถ่ายไต ซึ่งเป็นภาระทั้งผู้ป่วยและรัฐ

2. แนวทางการดำเนินงาน

การบริหารจัดการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. มีการกำหนดนโยบาย แผนปฏิบัติการโครงการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตเรื้อรัง เชื่อมโยงทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล
2. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ NCD Board ระดับจังหวัด/อำเภอ ซึ่งคณะกรรมการประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พัฒนาระบบบริการให้เชื่อมโยงทุกระดับ
3. มีการบริหารจัดการเชิงระบบโดย Case & Care Manager ระดับอำเภอ โดยมีการประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้า วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินการร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

ด้านข้อมูล

จัดเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งการสนับสนุน/ คืบข้อมูลสำหรับ ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประโยชน์ ในการทบทวน วางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหาในพื้นที่ต่อไป

การติดตาม กำกับการดำเนินงาน

- 1) การประชุมคณะกรรมการฯ การติดตามและประเมินผลทุกไตรมาส
- 2) ฐานข้อมูล Health data center ทุก 1 เดือน
- 3) การออกนิเทศ/ประเมินผลการดำเนินงาน 2 ครั้ง/ปี

3. มาตรการที่สำคัญในการดำเนินการ

1. การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
2. การตรวจ Creatinine ในผู้ป่วย CKD stage 3-4 อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ และยาโดยทีมสหวิชาชีพ
4. การให้คำแนะนำรายบุคคลในกรณีผู้ป่วยมีค่า Creatinine ไม่คงที่ และในกลุ่มที่มีค่า eGFR<5ml/min/1.73 m²/yr

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
-	-	-	ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m ² /yr ร้อยละ 66

4. ผลการดำเนินงาน

ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m²/yr

อำเภอ	เกณฑ์ 2566	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค. 65 - มิ.ย. 66)		
				เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
เมือง	ร้อยละ 66	62.27	64.03	1,678	967	57.63
นากลาง	ร้อยละ 66	63.01	67.97	899	558	62.07
โนนสัง	ร้อยละ 66	47.90	60.55	661	435	65.81
ศรีบุญเรือง	ร้อยละ 66	66.09	59.88	1,117	778	69.65
สุวรรณคูหา	ร้อยละ 66	62.55	67.97	793	518	65.32
นาวัง	ร้อยละ 66	64.21	84.57	454	193	42.51
จ.หนองบัวลำภู	ร้อยละ 66	61.95	65.79	5,602	3,449	61.57

ที่มา : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองบัวลำภู / 30 มิถุนายน 2566

5. ปัญหาอุปสรรค

1. การขยายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ครอบคลุม
2. ผู้ป่วย CKD Stage 4 ในต่างอำเภอไม่ได้รับการให้คำแนะนำ RRT จาก Nephrologist อย่างครอบคลุม เนื่องจากไม่ต้องการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

6. แนวทางการพัฒนา

1. ส่งเสริมใช้คู่มือ Concept self-management จาก CKD Net เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย
2. สนับสนุนการให้คำแนะนำด้านโภชนาบำบัดให้กับผู้ป่วย CKD
3. พัฒนาการดำเนินงาน CKD Clinic โดยบูรณาการร่วมกับ NCD Clinic

ผู้รายงาน นางสาวจิราภรณ์ ระวัง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
วัน/เดือน/ปี 7/กรกฎาคม/2566
โทร..087.635.2556..E-Mail.ncd_np@hotmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

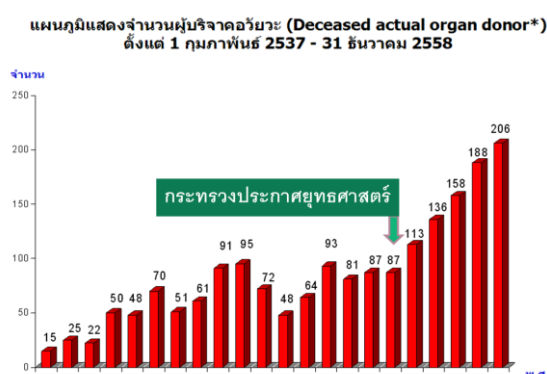
ตัวชี้วัด : อัตราส่วนของจำนวนผู้นิยมนบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)

1. สถานการณ์ปัญหาาระดับประเทศ

- ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายอวัยวะประมาณ 5,000 ราย รอปลูกถ่ายกระจกตา 11,000 ราย
- มีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างรออวัยวะ 100 - 200 รายต่อปี

การปลูกถ่ายอวัยวะเป็นทางรอดเดียวของผู้ป่วย หัวใจ ตับ ปอด ไต ระยะสุดท้าย แก้ไขความพิการเช่น ตาบอดจากกระจกตาเสีย สำหรับ CKD ระยะสุดท้าย ช่วยลดอัตราป่วย/ตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและ ลดค่าใช้จ่ายในการทำ dialysis ให้กับผู้ป่วยและรัฐ (คุ้มค่ากว่าการทำ dialysis)

- การขาดแคลนอวัยวะบริจาคยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุด



เป้าประสงค์

- เพิ่มจำนวนการบริจาคอวัยวะในประเทศ
- เพิ่มคุณภาพพอวัยวะบริจาคในประเทศ
- เพิ่มการเข้าถึงบริการการปลูกถ่ายไต และ กระจกตาของประเทศ
- สนับสนุนโครงการดวงตาสดใส เทิดไท้ 84 พรรษา มหาราชินี

2. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานหรือการบรรลุเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้า หมาย ปี 66	ผลลัพธ์การดำเนินงานของรพ.หนองบัวลำภู		
			ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค. 65 - มิ.ย. 66)
ตัวชี้วัดเป้าหมายระบบบริการ ที่สิ้นปีงบประมาณ 2566					รพ.หนองบัวลำภู เปิด ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ 23 ธันวาคม 2559
<ul style="list-style-type: none"> • มีศูนย์รับบริจาคอวัยวะและดวงตาในรพ. ทั้ง 33 แห่ง • มีศูนย์ปลูกถ่ายไตใน รพ. ระดับ A ในเขต 8 					
ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ที่สิ้นปีงบประมาณ 2566	ราย				
<ul style="list-style-type: none"> • มีจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายในแต่ละ รพ. Donor เป้าหมาย 38 แห่ง >0.9 ราย : 100 hospital death • มีจำนวนผู้บริจาคดวงตาจากผู้เสียชีวิตในแต่ละ รพ. A และ S >1.3 ราย : 100 hospital death 		1	1	0	1
		5	1	0	1
Donor Gard		100 / เดือน			
-มีจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ			188	145	112
-มีจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคดวงตา			199	157	113

3. ผลการดำเนินงาน ตามแผนงาน/โครงการหรือกิจกรรมหลัก

1. จัดประชุมชี้แจงนโยบายและให้ความรู้เรื่องความเข้าใจการบริจาคอวัยวะให้แก่บุคลากรด้านสาธารณสุขได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2559 เวลา 13.00 น. – 16.30 น. ณ ห้องประชุมสัตตบงกช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดย นพ.วิศิษฐ์ ฐิติวัฒน์ ผู้อำนวยการศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทยและคณะมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 140 คน

2. กิจกรรมรับบริจาคอวัยวะ พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สมองตาย 3 ราย เจริญเพื่อขออวัยวะ 3 ราย มีติดเชื้อ และไม่ยินยอมบริจาค 2 ราย ยินยอมบริจาค 1 ราย

4. ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนา

บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจและไม่ได้ให้ความสำคัญในการเข้าร่วมประชุมเพื่อรับทราบนโยบายและการดำเนินกิจกรรมรณรงค์การรับบริจาคอวัยวะฯ

5. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่ภาคภูมิใจ

1. จัดทำช่องทางติดต่อ ทาง line และ Face book สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง
2. จัดตั้งทีมประชาสัมพันธ์ภายนอกโรงพยาบาล

6. ข้อเสนอแนะ /ความต้องการรับการสนับสนุนจากส่วนกลาง

1. นโยบายเป็นรูปธรรมและชัดเจนมากขึ้น จะสามารถทำงานในส่วนที่ดำเนินไปได้ดีกว่าเดิม
2. การกำหนดทางวิชาชีพ และรายได้ จะช่วยส่งเสริมให้มีผู้ร่วมงานมากขึ้น เช่น ตำแหน่งผู้ประสานงาน

ผู้รายงาน...นางพัชรี ฤทธิสุนทร.....

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....

วัน/เดือน/ปี.....3 สิงหาคม 2566....

โทร...087-7945666... .e-mail icuicu69@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง

จนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 60

2. ร้อยละของผลงานบำบัดผู้ป่วยระบบสมัครใจแบบผู้ป่วยนอกโปรแกรมกาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program)

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดของจังหวัดหนองบัวลำภู อยู่ในระดับเบาบางถึงปานกลาง มีการค้าและแพร่ระบาดในกลุ่มรายย่อยและรายกลาง แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สถิติการจับกุมข้อหาขายยาเสพติดอยู่ลำดับที่ 12 ของภาค 4 โรงพยาบาลหนองบัวลำภูในฐานะศูนย์คัดกรองยาเสพติดและหน่วยบำบัดรักษายาเสพติด ได้ทำการคัดกรองผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดทั้งในระบบสมัครใจตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ปี 2564 ม.113 ม.114 และรับตัวจากศาลาส่งตาม ม.56 โดยบำบัดในรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบสั้น BA (Brief advice), BI (Brief Intervention) ชุมชนบำบัด CBTx และจิตสังคมบำบัด (Matrix program) โดยยึดหลักว่าผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดถือว่าเป็นผู้ป่วย ต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟู จากสถิติการบำบัดแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix program) ปี 2563 - 2565 ผู้เสพ/ผู้ติด ดังนี้ 165 คน 144 คน และ 130 คน ตามลำดับ แสดงถึงการแพร่ระบาดที่ยังคงมีอย่างต่อเนื่อง และปัจจุบันยังพบว่ามีกรลักลอบค้ายาเสพติดเป็นระยะๆ แม้ว่าจังหวัดหนองบัวลำภูจะถูกจัดว่ามีปัญหายาเสพติดในระดับเบาบาง แต่เพื่อให้ระดับปัญหาลดลง จึงยังต้องค้นหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่อยู่ในชุมชนให้เข้ามารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้กลับคืนสู่สังคมต่อไป

2. กระบวนการดำเนินงาน

คัดกรองผู้ป่วย จำแนกเป็น ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ตามแบบคัดกรอง V2 และประเมินกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงด้วยแบบประเมิน OAS และแบบ บสต. 3 นำเข้าระบบบำบัดฟื้นฟูและติดตามเยี่ยมหลังการบำบัด อย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี

3. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย %	ปี 2566 (ต.ค.65 - 27 มี.ค. 66)			
		เป้าหมาย (คน)	ผลงาน		อัตรา
			ข้อมูลที่ 1(A)	ข้อมูลที่ 2(B)	
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	60	130	38	39	97.44
ร้อยละของผลงานบำบัดผู้ป่วยระบบสมัครใจแบบผู้ป่วยนอกโปรแกรมกาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program)	80	122	99		81.14

ผลงานย้อนหลัง KPI ปีงบประมาณ 2565

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย %	ปี 2565 (1 ต.ค.64- 30 ก.ย.65)			
		เป้าหมาย (คน)	ผลงาน		อัตรา
			ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	58	144	80	125	64.0

(ดึงข้อมูลจากระบบ บสต. ณ วันที่ 18 กรกฎาคม 2566)

นิยามตัวชี้วัด : ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษา ; การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูอย่างรอบด้าน ทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู จนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐานหลังการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี

สูตรคำนวณรายงานตัวชี้วัด : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้น ถูกจับหรือเสียชีวิต

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

มีเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดที่เข้มแข็ง ประสานงานได้รวดเร็วทุกกระทรวงทั้งมหาดไทย ฝ่ายปกครอง ตำรวจ สำนักงานคุมประพฤติ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน และสาธารณสุข มีการปรับกฎหมายยาเสพติดใหม่ ทำให้ศาลส่งมาบำบัดแบบสมัครใจมากขึ้น มีผลงานตามเป้าหมาย และที่สำคัญอย่างยิ่งจังหวัดหนองบัวลำภู ถูกเลือกเป็นจังหวัดนำร่อง จังหวัดสีขาว ทำให้ภาคีต่างๆ ร่วมทำงานอย่างเป็นระบบมากขึ้น

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. การศึข้อมูลของศูนย์คัดกรองระดับตำบล หลายแห่งมีปัญหาเข้าถึงฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรไม่ได้ / ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ถูกบล็อก ไม่สามารถเข้าใช้ระบบบสต.ได้ ขณะนี้มี user เดียวที่เข้าใช้งานได้จึงทำให้การลงข้อมูลในระบบ บสต.ล่าช้า ทำให้มีงานล่าช้า และข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน

วิธีแก้ไข

ศึ บสต. ส่ง ให้รพ.สต. /รวบรวมปัญหาส่ง ให้ แอดมินจังหวัด ส่ง สลบ.

2. ผู้ป่วยตามม.113 ม.114 ไม่เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูตามนัดหมาย เนื่องจากนโยบายจังหวัดไม่จับ ให้นำเข้าบำบัดรักษาติดตามแล้ว ไม่มา

วิธีแก้ไข

ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจและปกครองและทีม 5 เสือตำบล ให้ตามไปบำบัดแบบชุมชนบำบัด CBTx หรือนำตัวมารับการบำบัดฟื้นฟูที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภูต่อไป

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

-

ผู้รายงาน.....นางสาวจุลนิทย์...จันทร์ชมภู.....

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

วัน/เดือน/ปี 20 กรกฎาคม 2566

โทร..0898616901..e-mail...jun.janchomphoo@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้ออย่างบูรณาการ (AMR)

1. สถานการณ์

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

ประเด็นการพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

เป้าหมาย	กิจกรรมดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม	เป้าหมาย
Integrated AMR Management	1. กลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ	ติดตามการดำเนินการตามกิจกรรมสำคัญ 5 กิจกรรม	มี รพ. ที่ดำเนินการระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรพ. ทั้งหมดในเขตสุขภาพ
	2. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ		
	3. การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ		
	4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล		
	5. การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ		

2. การแปลผล

โดยหัวข้อการประเมินมีทั้งสิ้น 5 กิจกรรมสำคัญ และในแต่ละกิจกรรม มีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน รวมเป็น 500 คะแนนเต็ม ใน การแปลผลจะแบ่งเป็น 4 ระดับ รายละเอียดตามตาราง

ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม 500 คะแนน
ระดับ 1	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	0 - 149 คะแนน
ระดับ 2	มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)	150-249 คะแนน และข้อบังคับ Basic > 0 คะแนน
ระดับ 3	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	250-349 คะแนน และข้อบังคับ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน
ระดับ 4	มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)	350 - 500 คะแนน และข้อ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน

3. การติดตามผลการดำเนินการ โดยวิธีการประเมินตนเอง (self-assessment) และจัดส่งผ่านระบบรายงานสนับสนุนข้อมูลสุขภาพ กองบริหารการสาธารณสุข โปรแกรม RDU & AMR ปีละ 2 ครั้ง

4. ผลการดำเนินงาน “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		Basic																																																												
	○ ไม่มีคณะกรรมการที่รับผิดชอบงานด้าน AMR	0																																																													
	○ มีเฉพาะแกนนำ(core team) รับผิดชอบงาน AMR โดยไม่เป็นรูปแบบคณะกรรมการ หรือมีคณะกรรมการที่รับผิดชอบ AMR แต่องค์ประกอบไม่ครบถ้วน	2																																																													
	มีคณะกรรมการที่องค์ประกอบครบถ้วน(กรรมการระบุรูปแบบคณะกรรมการ และUpload file คำสั่ง)	5	5																																																												
	() คณะกรรมการ AMR ของโรงพยาบาล เป็นการเฉพาะ หรือ																																																														
	() มอบหมายคณะกรรมการอื่นที่มีอยู่ เช่น PTC หรือ KC ให้รับผิดชอบงาน AMR																																																														
1.2	ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คณะกรรมการ AMR ของรพ. (หรือคณะกรรมการชุดที่ได้รับมอบหมาย โดยไม่นับรวม 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																																																													
1.3	มีเป้าหมายการจัดการ AMR ของโรงพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีข้อมูล baseline data		Basic																																																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">เป้าหมายหลัก</th> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย</th> <th colspan="6">Baseline data</th> </tr> <tr> <th>ปี 61</th> <th>ปี 62</th> <th>ปี 63</th> <th>ปี 64</th> <th>ปี 65</th> <th>ปี 66</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ลดป่วย/ ลดตาย</td> <td>อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (ปีปฏิทิน)</td> <td>ลดลง จากปีก่อน</td> <td>41.87</td> <td>38.28</td> <td>40.64</td> <td>46.15</td> <td>42.74</td> <td>40.90</td> </tr> <tr> <td colspan="9">เป้าหมายรอง</td> </tr> <tr> <td>2. Lab surveillance</td> <td>มีการรายงานผล อัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด</td> <td>รายงานทุกปี</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>3. Antimicrobial stewardship</td> <td>ปริมาณ Defined Daily Dose ; DDD (เฉพาะยาปฏิชีวนะที่มีมาตรการควบคุมการใช้ 4 รายการ)</td> <td>ลดลง ร้อยละ 10</td> <td>10.56</td> <td>12.11</td> <td>17.96</td> <td>19.47</td> <td>19.01</td> <td>21.25</td> </tr> <tr> <td>4. Infection control</td> <td>อัตราการเกิด Healthcare associated infection (HAI)</td> <td>≤2ครั้ง/1000 วันนอน</td> <td>0.75</td> <td>0.65</td> <td>0.92</td> <td>1.25</td> <td>1.19</td> <td>1.39</td> </tr> </tbody> </table>	เป้าหมายหลัก	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	Baseline data						ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	1. ลดป่วย/ ลดตาย	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (ปีปฏิทิน)	ลดลง จากปีก่อน	41.87	38.28	40.64	46.15	42.74	40.90	เป้าหมายรอง									2. Lab surveillance	มีการรายงานผล อัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด	รายงานทุกปี	/	/	/	/	/	/	3. Antimicrobial stewardship	ปริมาณ Defined Daily Dose ; DDD (เฉพาะยาปฏิชีวนะที่มีมาตรการควบคุมการใช้ 4 รายการ)	ลดลง ร้อยละ 10	10.56	12.11	17.96	19.47	19.01	21.25	4. Infection control	อัตราการเกิด Healthcare associated infection (HAI)	≤2ครั้ง/1000 วันนอน	0.75	0.65	0.92	1.25	1.19	1.39		
เป้าหมายหลัก	ตัวชี้วัด				เกณฑ์เป้าหมาย	Baseline data																																																									
		ปี 61	ปี 62	ปี 63		ปี 64	ปี 65	ปี 66																																																							
1. ลดป่วย/ ลดตาย	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (ปีปฏิทิน)	ลดลง จากปีก่อน	41.87	38.28	40.64	46.15	42.74	40.90																																																							
เป้าหมายรอง																																																															
2. Lab surveillance	มีการรายงานผล อัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด	รายงานทุกปี	/	/	/	/	/	/																																																							
3. Antimicrobial stewardship	ปริมาณ Defined Daily Dose ; DDD (เฉพาะยาปฏิชีวนะที่มีมาตรการควบคุมการใช้ 4 รายการ)	ลดลง ร้อยละ 10	10.56	12.11	17.96	19.47	19.01	21.25																																																							
4. Infection control	อัตราการเกิด Healthcare associated infection (HAI)	≤2ครั้ง/1000 วันนอน	0.75	0.65	0.92	1.25	1.19	1.39																																																							
1.3	เป้าหมายการจัดการ AMR ของโรงพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีข้อมูล baseline data																																																														
	○ ไม่มีเป้าหมายหลัก	0																																																													
	○ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองบางด้าน	5																																																													
	มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองทั้ง การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (lab surveillance), การกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ(Antimicrobial stewardship)และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC)	10	10																																																												
1.4	มีแผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR สู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด		Basic																																																												
	○ ไม่มีแผน	0																																																													
	มีแผนขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	10	10																																																												
1.5	มีการกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน																																																														
	○ ไม่มี	0																																																													

กิจกรรม AMR	ผลการดำเนินงาน	
○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมา แต่ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	10	10
มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมา และผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย	15	
○ มีรายงานสรุปความก้าวหน้าอย่างน้อยติดต่อกัน 3 ปี	20	
1.6 โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา AMR ใน รพ.		Intermediate
○ ไม่มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร	0	
○ มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร แต่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน	5	5
มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ทรัพยากรของรพ.และจัดลำดับความสำคัญในการให้การสนับสนุนการดำเนินงาน AMR ได้แก่	10	
- วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับ Lab		
- การฝึกอบรมบุคลากร		
- วัสดุอุปกรณ์เพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		
- ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ		
- ด้านอาคารสถานที่		
มีการวิเคราะห์ช่องว่างตามข้างต้นและมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนตามความจำเป็นที่เห็นร่วมกัน โดยคณะกรรมการ	20	
1.7 มีการประสานและให้ความร่วมมือการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับจังหวัด/เขต เพื่อสร้างความยั่งยืน		
○ ยังไม่มีการดำเนินงานร่วมระดับจังหวัด /ระดับเขต	0	
○ มีที่มระดับจังหวัดขับเคลื่อนมาตรการและกิจกรรมร่วมของหน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัด (ยังไม่มีที่มระดับเขต /หรือมีที่มระดับเขตแต่ยังไม่มีการกำหนดมาตรการและกิจกรรมร่วมเขต)	10	
มีที่มระดับเขต และมีระดับจังหวัดในการกำหนดมาตรการและขับเคลื่อนงาน AMR และโรงพยาบาลร่วมทำกิจกรรมเขต/จังหวัดเป็นอย่างดี	25	25
รวมคะแนน มาตรการที่ 1	100	72

2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
2.1 สามารถตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียได้ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา (กรณีส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลตนเอง (out source) ให้นำบรวมาว่าสามารถ identify เชื้อได้หากห้องปฏิบัติการที่รับตรวจจะต้องได้รับมาตรฐาน LA หรือ ISO 15189 หรือมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ในด้านของจุลชีววิทยา)		Basic
○ Identify ไม่ได้ หรือใช้บริการ outsource ที่ยังไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน	0	
○ ได้บางเชื้อ เช่น อาซิโนแบคทีเรีย <i>Acinetobacter</i> spp. ได้ แต่ไม่สามารถแยก <i>A. baumannii</i>	5	
○ ได้อย่างน้อยครบตามรายการเชื้อแบคทีเรียสำคัญ 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter</i> spp. (ระดับ A, S ต้องวินิจฉัย <i>Acinetobacter baumannii</i> ได้), <i>Enterococcus</i> spp. (ระดับ A, S ต้อง identify <i>Enterococcus faecium</i> ได้), <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Salmonella</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i>	10	10
2.2 การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (CLSI, EUCAST) ของเชื้อแบคทีเรียที่กำหนดให้สอดคล้องกับยาที่มีใช้ในโรงพยาบาล		Basic
○ ไม่ใช่	0	
○ ใช่	5	5
2.3 มีระบบ Lab Alert ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทันท่วงที เมื่อพบเชื้อดื้อยาสำคัญที่เป็นปัญหาของรพ.		Basic
○ ไม่มีการวางระบบ Lab Alert	0	
○ มีการวางระบบแต่ยังไม่ได้ดำเนินการเป็นรูปธรรม เช่น มีการกำหนดรายการเชื้อที่ต้องรายงานด่วน มีการจัดทำ flowchart ระบบรายงานด่วน	5	

2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีการดำเนินการตาม flowchart และมีกร Alert แจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและแพทย์ รวมถึง ICN ทราบ เป็นระบบที่ชัดเจน 	7	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มี flowchart มีการ Alert และมีการกำหนดแนวปฏิบัติเชื่อมโยงระบบยา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนยาตามจุดชีพจรตลอดตามผลความไวของเชื้อต่อยา (escalation หรือ de-escalation) ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรายงานผล Lab 	10	10
<p>2.4 มีระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ ได้แก่ CRE, VRE, VRSA, VISA, <i>N.gonorrhoeae</i> ต่อดื้อ 3rd cephalosporin</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 สคร.เขต 	10	10
<p>2.5 จัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี Antibiogram ปีล่าสุด 	0	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มี Antibiogram ปีล่าสุด และเป็นไปตามมาตรฐาน CLSI M39-A4 (หรือฉบับปัจจุบัน) 	5	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มี Antibiogram ปีล่าสุดได้มาตรฐาน และเผยแพร่ในรูปแบบที่แพทย์/ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงได้ง่าย 	8	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีการจัดทำ Antibiogram 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) 		
<ul style="list-style-type: none"> I. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต ในมิติต่าง ๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาเชื้อดื้อยา และนำเสนอต่อคณะกรรมการตามข้อ 1 <ul style="list-style-type: none"> - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ Hemoculture ทั้งหมด - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ผล Hemoculture พบเชื้อแบคทีเรีย - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อไม่ดื้อยา 	+5	5
<ul style="list-style-type: none"> II. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต และใน Specimen ต่าง ๆ และสามารถสะท้อนกลับข้อมูลปัญหา AMR แยกรายแผนก พร้อมทั้งมีการวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาได้ 	+5	5
<ul style="list-style-type: none"> III. มีรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่เชื่อมโยงกับ Service Plan Sepsis เช่น อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด community acquired sepsis และ hospital acquired sepsis 	+10	
<p>2.7 มีระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีฐานข้อมูลทางจุลชีววิทยาในโรงพยาบาล หรือไม่ได้รับฐานข้อมูลกลับจาก out source 	0	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีระบบ IT ในการบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา () MLab () WHONet () อื่นๆ 	5	5
<ul style="list-style-type: none"> ○ สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลจุลชีววิทยาคลินิก กับฐานข้อมูลโปรแกรมบริการของโรงพยาบาล (HIS) และนำข้อมูลมาวิเคราะห์อัตราป่วย/ตายจากเชื้อดื้อยาได้ 	10	
<p>2.8 มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี 	0	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีการทำ CQI, R2R ในรอบปีที่ผ่านมา และมีการพัฒนาระบบคัดกรองคุณภาพส่งตรวจ ก่อนการตรวจวิเคราะห์ตามมาตรฐาน 	10	10
<p>2.9 มีความเชื่อมโยงกับการเฝ้าระวังระดับประเทศ : รพ. A และ S มีการรายงานผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาส่งมายังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข</p>		Intermediate
<ul style="list-style-type: none"> ○ เป็น รพ.ที่เป็นสมาชิก NARST แต่ไม่ได้ส่งข้อมูล หรือส่งข้อมูลไม่ครบ 12 เดือนอย่างสม่ำเสมอ 	0	5
<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่เป็นสมาชิก NARST 	5	

2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
2.10 รพ. มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับศูนย์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อสร้างระบบที่มีประสิทธิภาพและที่ยั่งยืน		
○ ไม่มีการพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการทั้งระดับจังหวัด/เขต	0	
มีการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของ รพ. ในจังหวัด หรือระดับเขต	5	
มีการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของ รพ. ทั้งระดับจังหวัด และระดับเขต ร่วมกับ ศูนย์วิจัยฯ และ สคร.เขต	10	10
รวมคะแนน มาตรการที่ 2	100	85

3. การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
3.1 มีการวางระบบการคัดเลือกยา กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาลของตนเองและในเครือข่ายตั้งแต่ ระดับอำเภอ จังหวัด เขต อย่างเหมาะสมตามปัญหาโรคติดเชื้อและผลความไวของเชื้อ		basic
○ ไม่มี	0	
○ มีวางระบบในโรงพยาบาลตนเอง	3	3
มีการวางระบบในโรงพยาบาลตนเองและเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต เพื่อการรักษาและ รับส่งต่อที่เหมาะสม	5	
3.2 มีการกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในกลุ่มโรคติดเชื้อ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL ให้บรรลุ ตามเป้าหมายที่กำหนด		Basic
○ ไม่มี	0	
มี กิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายครบทั้ง 4 กลุ่มโรค	3	3
○ มี การกำกับติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะ มีกิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน และบรรลุเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่มโรค	5	
3.3 มีการติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาด้านจุลชีพ		Basic
○ ไม่มี หรือมีไม่ครบทั้ง 3 ข้อ	0	
○ มีการติดตามทั้งปริมาณและมูลค่ายา ทั้ง 3 ข้อ ดังนี้	5	5
1. มีการวัดปริมาณการใช้ยา โดยการดูค่า DDD และ/หรือ DOT		
2. มีการติดตามมูลค่าการซื้อ/หรือการส่งใช้ยาด้านจุลชีพ		
3. มีการเปรียบเทียบปริมาณและมูลค่าการใช้ยาในกลุ่มที่สกรวนกับเชื้อดื้อยา ได้แก่ Carbapenem, Colistin, BL/BI , 3 rd และ 4 th Cephalosporin, FQ ในแต่ละช่วงเวลา		
3.4 มีการกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย เช่น Community- acquired pneumonia, Urinary tract infection, Skin and soft tissue infections, Surgical prophylaxis, Sepsis		Basic
○ ไม่มีการจัดทำ clinical practice guideline : CPG	0	
○ มีการนำ CPG ของสมาคม หรือของ รพ. อื่นมาใช้ โดยยังไม่ได้ปรับให้สอดคล้องกับความไวของเชื้อ ต่อยาของโรงพยาบาล	5	
○ มีการจัดทำ CPG ที่สอดคล้องกับผลความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล	10	10
○ มีการประเมินและกำกับให้มีการปฏิบัติตาม CPG รวมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน และ สอดคล้องกับผลความไวต่อยาของโรงพยาบาล (ดังนั้น lab ควรทำผลความไวต่อยาแบบจัดกลุ่ม เพื่อให้การกำหนด empirical therapy เหมาะสม เช่น แบ่งตามลักษณะหอผู้ป่วย เช่น ICU กับนอก ICU กลุ่มเฉพาะ เช่น NICU)	15	
3.5 มีการติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือกลุ่มที่สกรวนสำหรับเชื้อดื้อยา		Basic
○ ไม่มีระบบ	0	
มีระบบที่มีประสิทธิภาพ และดำเนินงานได้ครอบคลุมรายการยาที่เป็นปัญหาการใช้ยาของ รพ.ใน ปัจจุบัน (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
I. มีระบบขออนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Preauthorization) ก่อนสั่งใช้ยาที่จำกัดการใช้ และ/หรือมี การติดตามประเมินการสั่งใช้ (Prospective Audit) ในกลุ่มยาที่ควบคุมการใช้	+5	

3. การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
II. มีระบบให้รายงานแบบแผนความไวต่อยาต้านจุลชีพแบบ cascade reporting แทนการรายงานการทดสอบยาต้านจุลชีพทั้งหมด เช่น จะรายงาน ความไวของยา linezolid และ daptomycin ต่อ Enterococcus เมื่อเชื้อดื้อยา ampicillin และ vancomycin เท่านั้น	+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	
3.6 มีมาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะทุกชนิดอย่างเหมาะสม ในเรื่องต่อไปนี้		
○ ไม่มีมาตรการและแนวปฏิบัติ	0	
○ มีมาตรการและแนวปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 15 คะแนน)		
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. มาตรการให้เลือกใช้ยาต้านจุลชีพชนิดกินอย่างเหมาะสมสำหรับรักษาเบื้องต้น และการเปลี่ยนจากแบบฉีดมาเป็นแบบกินอย่างเหมาะสม (IV to PO)	+2	2
VII. มาตรการเพื่อให้ใช้ยาต้านจุลชีพอย่างมีประสิทธิภาพในระยะเวลาสั้นที่สุด (ควรมีคำแนะนำระยะเวลาการรักษาการติดเชื้อแต่ละชนิด)	+3	
3.7 มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training ASP)		
○ ไม่มีการฝึกอบรม/เพิ่มพูนทักษะ ทั้งผู้รับผิดชอบงาน ASP และทีมรักษา	0	
○ มีการฝึกอบรม/เพิ่มพูนทักษะ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 10 คะแนน)		
I. ผู้รับผิดชอบงาน ASP ได้รับการอบรมเพิ่มพูนทักษะอย่างสม่ำเสมอ	+5	5
II. มีการฝึกอบรมในโรงพยาบาล และถ่ายทอดความรู้และทักษะเรื่อง ASP ของทีมรักษา	+5	
3.8 มีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม (Computerized Clinical Decision Support Systems) โดยเป็นการ integrate ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ตั้งแต่ ข้อมูลผู้ป่วย (health record) ผลความไวของเชื้อดื้อยา ผลทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ รวมถึงขนาดยาที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย		
ไม่มี	0	0
○ มีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม	10	
3.9 มีการประเมินผลการดำเนินงาน มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับให้ PCT/ AMR/ PTC ทราบ		
○ ไม่มี	0	
○ มีการประเมินโดยคำนึงถึงเป้าหมายของมาตรการที่ใช้ เช่น สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้มีการทบทวนการใช้ยาต้านจุลชีพกับข้อมูลทางจุลชีววิทยา จำนวนวันที่ได้ยาต้านจุลชีพโดยไม่จำเป็นและไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ รวมทั้ง มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับให้ PCT และคณะกรรมการ AMR ทราบ	5	5
รวมคะแนน มาตรการ ที่ 3	100	58

4 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
1.1 มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN: Infection Control Nurse) ≥ 1 คน : 200 เตียง ○ ไม่มี ICN	0	Basic
มี ICN < 1 คน : 200 เตียง	3	
○ มี ICN ≥ 1 คน : 200 เตียง	5	5
1.2 มีคณะกรรมการ ICC มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง ○ ไม่มีการประชุม	0	Basic
○ มีการประชุม 1 ครั้งต่อปี	3	
มีการประชุมมากกว่า 1 ครั้งต่อปี	5	5
1.3 มีโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล ที่พร้อมในการดำเนินงาน ดังนี้ - ห้องแยก/ โชนแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา - ระยะห่างเตียงสามัญไม่น้อยกว่า 1 เมตร - มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (PPE) เพียงพอต่อความจำเป็นใช้ (ตามข้อกำหนดของ ICC ของรพ.) - มีการแยกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาประจำเตียง เช่น ปรอท หูฟัง เครื่องวัดความดันโลหิต - อุปกรณ์จากหน่วยจ่ายกลางมีเพียงพอ พร้อมใช้ ถูกจัดวางในหอผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ○ ไม่มีทั้ง 5 ข้อ	0	Basic
มีความพร้อมอย่างน้อย 3 ข้อ	5	
○ มีความพร้อมครบทุกข้อ	10	10
1.4 มี IPC guideline เช่น Isolation precautions, Prevent MDR transmission, Disinfection and sterilization และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติ ○ ไม่มี IPC guideline	0	Basic
○ มี IPC guideline	3	
มีการกำกับติดตามการปฏิบัติตาม IPC guideline และพัฒนาปรับปรุง guideline	5	5
1.5 มีแนวปฏิบัติการรับ-ส่งต่อ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดื้อยา/สงสัยดื้อยา และการให้ข้อมูลผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ○ ไม่มี	0	
○ มีแนวปฏิบัติ มีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติทราบ และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติในโรงพยาบาล	5	5
มีแนวปฏิบัติ มีการกำกับ และมีมาตรการให้ทุกหน่วยบริการในเครือข่ายระดับจังหวัดปฏิบัติตาม	10	
1.6 มีระบบการจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak management) ○ ไม่มี	0	
มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน (Flow chart) และมีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลทราบ	5	5
○ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน มีการสื่อสาร และมีการวางระบบ Outbreak เชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาในระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ	10	
1.7 แนวปฏิบัติข้อ 4.4 - 4.6 มีการร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเพื่อให้ทันสมัย ○ ไม่ใช่	0	
ใช่	10	10
1.8 มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น • กลุ่มที่ 1 : บุคลากรในโรงพยาบาล เช่น การปฐมพยาบาลฉุกเฉิน และบุคลากรประจำของ รพ • กลุ่มที่ 2 : บุคคลภายนอก เช่น การล้างมือในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ○ ไม่มีการฝึกอบรมในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา	0	
○ มีการสอนฝึกอบรมบางกลุ่ม	5	
มีการสอนฝึกอบรมทั้ง 2 กลุ่ม	10	10

4	การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
1.9	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 ตามบริบทของรพ.	+ 5	5
	III. มีระบบข้อมูลสารสนเทศ IPC เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมบริการของ รพ. (HIS) และมีการสรุปปัญหาการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุหลักของการป่วย การตาย มีการสะท้อนข้อมูลให้ PCT หรือกลุ่มบริหาร เช่น เขียนรายงาน นำเสนอ มีการประชุม	+ 5	5
1.10	มีการประสานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูล IPC เพื่อการติดตามสถานการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยา (ทั้ง colonization และ infection)		
	○ ไม่มี	0	
	○ มี	10	10
1.11	มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC		
	○ ไม่มีการกำกับติดตาม	0	
	○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 10 คะแนน)		
	I. มีการกำกับติดตามเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น การสำรวจการล้างมือ การทำความสะอาดหอผู้ป่วย การล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเครื่องมือ ปริมาณการใช้สบู่และ alcohol hand rub เป็นต้น	+ 5	5
	II. มีสรุปรายงาน (report) นำเสนอคณะกรรมการ ICC/ AMR และมีการ feedback ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ	+ 5	5
รวมคะแนน มาตรการที่ 4		100	90

5.	การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
5.1	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
	II. ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวโน้มดังกล่าว	+10	10
	III. อัตราป่วย อัตราตายจากเชื้อดื้อยา	+10	
	IV. ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการติดเชื้อ AMR ทั้งในภาวะค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และอาจจะรวมถึงภาวะค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว	+10	10
	V. แนวโน้มและขนาดปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาในชุมชน (community acquired infection, CAI)	+10	
5.2	มีการวิเคราะห์และประเมินระบบการดำเนินงานเกี่ยวกับ AMR ของโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาระบบปรับปรุงระบบต่าง ๆ		
	○ ไม่มีการวิเคราะห์	0	
	○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
	I. มีการวิเคราะห์เพื่อการพัฒนา ระบบ ตั้งแต่การศึกษาระบบเดิม แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา	+10	

5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
มาหาความต้องการและสิ่งที่จะต้องปรับปรุงในระบบ และ/หรือ วิเคราะห์ระบบงานหลังจากที่พบปัญหาของระบบ และการศึกษาความเป็นไปได้ในการปรับปรุงระบบใหม่		
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 และระบบที่ช่วยส่งเสริมการใช้อย่างเหมาะสม	+10	
IV. มีการนำข้อมูลจากข้อ I, II, III มาใช้ในการวางแผนตามแนวทางของ Continuous Quality Improvement (CQI) หรือ PDCA (Plan-Do-Check-Act/Adjust)	+10	
5.2 มีการตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยสามารถหาปัจจัยเสี่ยง และมีมาตรการการควบคุมการระบาดได้ (เลือกได้เพียง 1 ข้อ)		
○ ควบคุมการระบาดได้ น้อยกว่าร้อยละ 50 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมด ในรอบปี	0	
○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี	5	
○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี	10	10
○ ไม่มีการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลในรอบปี	10	
คะแนนรวม มาตรการที่ 5	100	50

3.2 การสนับสนุนการดำเนินงานระดับเขต

- (/) มีคณะกรรมการระดับเขต
- (/) นโยบายและมาตรการระดับเขตสุขภาพ

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

- การไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ
- การไม่เชื่อมต่อของข้อมูลจุลชีววิทยากับฐานข้อมูลโรงพยาบาล ซึ่งทำให้การเข้าถึงข้อมูลไม่ทั่วถึง อาจส่งผลเกิดความล่าช้าในการพิจารณาข้อมูล ซึ่งระบบอยู่ในระหว่างการดำเนินงาน
- การติดตามสรุปผลและการคืนข้อมูล ไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- การไม่ปฏิบัติตามแนวทาง ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาโดยเคร่งครัด

5. ข้อเสนอแนะ

- เร่งพัฒนาการโปรแกรมการวิเคราะห์เชื้อดื้อยา ใน sputum urine เพื่อการวิเคราะห์ที่ครอบคลุม
- กำหนดมาตรฐานในการเชื่อมต่อข้อมูลจุลชีววิทยากับฐานข้อมูลโรงพยาบาล ให้เป็นมาตรฐานทุกโรงพยาบาล

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

...ไม่มี.....

ผู้รายงาน..1.ภญ.สิริทิพย์..เจริญทอง.....ตำแหน่ง..เภสัชกรชำนาญการ
เบอร์โทร.....095-3525966... Email..siritip.c2020@gmail.com...
2.นางนิตยา...ดอนลาดพันธ์..ตำแหน่ง..นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ...
โทร...089-8419572...Email..nit_taya99@hotmail.com
3.นางสุวิธรา...ท้าวพา....ตำแหน่ง..พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ...
โทร...081-2633492... Email..puijung20082009@gmail.com
วันที่.. 21 กรกฎาคม..2566.....

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ร้อยละ 35

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ให้บริการด้วย วิธีการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกซึ่งมีลักษณะงานเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสุขภาพและอนามัยของประชาชน ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงการศึกษาวิเคราะห์ วิจัย วางแผน พัฒนา วิชาการและเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

2. กระบวนการดำเนินงาน

1. ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัด ส่งเสริม ฟื้นฟู การรักษาผู้ป่วยด้านการแพทย์แผนไทย ดังนี้

- 1.1 การบำบัดด้วยนวดไทย
- 1.2 การประคบสมุนไพร
- 1.3 การพอกสมุนไพร
- 1.4 การรมยาสมุนไพร
- 1.5 การเผาสมุนไพร
- 1.6 การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการทักหม้อเกลือ
- 1.7 การบริหารร่างกายและการรับประทานอาหารตามอาการของโรค ตามธาตุ
- 1.8 การรักษาด้วยยาสมุนไพร

2. ให้บริการออกหน่วยในชุมชน คือ

- 2.1 ออกหน่วยดูแลมารดาหลังคลอดในชุมชน
- 2.2 ออกหน่วยตรวจจุดใน ร.ร.ผู้สูงอายุ และออกหน่วยพอกสมุนไพรที่เข้า

3. ให้บริการการเยี่ยมบ้าน

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค65.-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 35	11.35	12.26	14.31	6,023	1,012	16.85

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

1. เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด 2019 ทำให้ผู้ป่วยรับบริการแพทย์แผนไทยน้อยลง
2. เนื่องจากมีโครงการส่งยากลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการแพทย์แผนไทยลดลง
3. เนื่องจากหน่วยบริการศูนย์แพทย์ชุมชน ให้บริการประชาชนทั้งในเขตตำบลหนองบัว และนอกเขต จึงมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- ขาดอัตรากำลังด้านการแพทย์แผนไทย

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง - ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาววารภรณ์ วิเศษแสง

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 11/07/2566

โทร 096-3579197 e-mail moddyeddy.me@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community Base) ร้อยละ 3

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

การฟื้นฟูสภาพระยะกลาง Intermediate Care ที่มีอาการผ่านพ้นวิกฤติ และมีอาการคงที่แต่ก็ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แผนไทย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลในชุมชน

2. กระบวนการดำเนินงาน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีการตรวจวินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ซึ่งได้แก่ การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยการนัดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ การฝังเข็ม การรักษาด้วยยาสมุนไพรตามข้อบ่งชี้ของบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยพิจารณาตามกลุ่มอาการหลังได้รับการวินิจฉัยหลักโดยแพทย์แผนปัจจุบัน รหัสหลักขึ้นต้นด้วย 160-169 ใดๆใดอย่างหนึ่ง

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community Base) ร้อยละ 3	จำนวนทั้งหมด	428	530	391	1,168
	ผลงาน	3	54	154	35
	อัตรา	0.70	10.18	39.38	3

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

- ผู้บริหาร แพทย์ และทีมสหวิชาชีพให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care)

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- การดูแลผู้ป่วย Intermediate Care ยังไม่ครอบคลุม และต่อเนื่อง
- ปัญหาด้านการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ถูกต้องทำให้ยอดผู้ป่วยไม่ขึ้นในระบบ HDC (ได้รับการแก้ไขปัญหาแล้ว)

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง - ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวกัลยา พิมพ์พรมมา

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญ

วัน/เดือน/ปี 14 กรกฎาคม 2566

โทร 087-2423703 e-mail : Kanlayams@gmail.com

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด : อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ไม่เกินร้อยละ 5

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามปีงบประมาณ

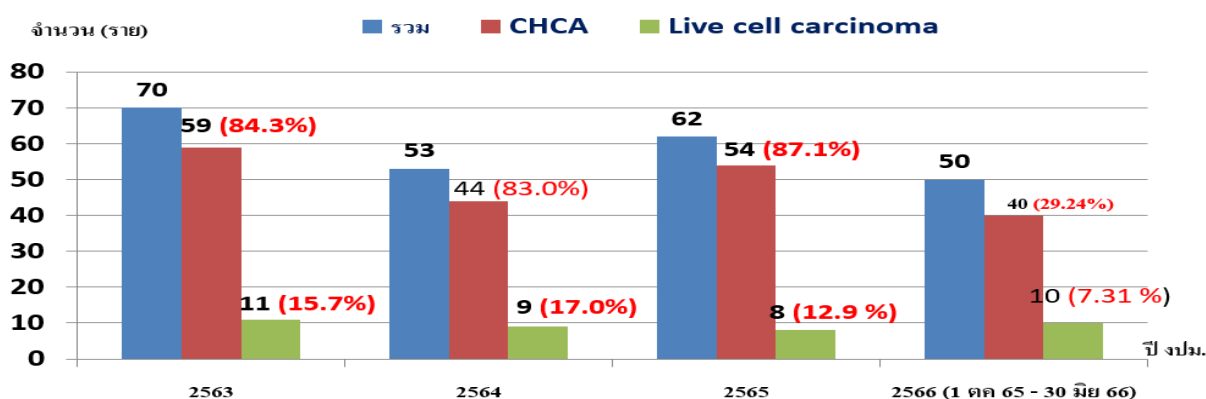
อำเภอ \ ปี พ.ศ.	2563	2564	2565	2566
เมือง	4.66	0.07	1.04	0.51
นากลาง	4.62	0.24	1.73	0.17
โนนสัง	5.46	1.21	2.40	0.58
ศรีบุญเรือง	7.02	0.73	1.32	0.82
สุวรรณคูหา	3.79	0.09	1.80	0.17
นาวัง	3.34	1.09	1.80	-
รวม	4.91	0.45	1.54	0.45

ที่มา : รายงานผลการดำเนินงาน โครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศล

สถานการณ์การดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2563 - 2566 อัตราการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ 4.91, 0.45, 1.54 และ 0.45 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับไม่เกินร้อยละ 5 จังหวัดหนองบัวลำภู ได้ดำเนินงานคัดกรอง OV/CCA ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 - 2566 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมทั้งสิ้นจำนวน 89 แห่ง (ร้อยละ 100) ในปีงบประมาณ 2566 มีพื้นที่ดำเนินงานจำนวน 10 รพ.สต. ซึ่งได้ดำเนินการตามมาตรการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่องเพื่อเป้าหมายการควบคุมโรคภายในปี 2568 การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในคนและปลาจะต้องไม่เกินร้อยละ 1 ตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

สถานการณ์การโรคมะเร็งท่อน้ำดีและโรคมะเร็งตับ อำเภอเมืองหนองบัวลำภู ที่มารับการรักษาโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2563 - 2566 พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี เท่ากับ 84.3 , 83.00 , 87.19 , และ 29.24 ต่อแสน/ปชก.

อัตราอุบัติการณ์ มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับ ต่อแสน/ปชก. อำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปี 2563-2566 ผู้ป่วยที่มารับการรักษา โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566



ที่มา : ศูนย์ระบาดอำเภอเมืองหนองบัวลำภู

ตามลำดับ ส่วนมะเร็งตับ เท่ากับ 15.79 , 17.09, 12.90 , และ 7.31 ต่อแสน/ปชก. ตามลำดับ ซึ่งทั้งสองโรคนี้นี้มีแนวโน้มที่ลดลง

2. กระบวนการดำเนินงาน

1. อำเภอเมืองหนองบัวลำภู ได้มีการรณรงค์คนเมืองหนองบัวลำภูไม่กินปลาดิบ พร้อมกันทั้งอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ผ่านกิจกรรมงานประเพณีในท้องถิ่น รวมทั้งติดป้ายประชาสัมพันธ์ ที่ โรงพยาบาลและทุก รพ.สต.

2. รพ.สต.มีการดำเนินการคัดกรองด้วย Ultrasound ในประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป จำนวน 400 คน และเก็บอุจจาระในกลุ่มเสี่ยงเพื่อตรวจหาไข่พยาธิ จะทำการคัดกรองในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และเก็บอุจจาระตามช่วงอายุที่กำหนดจำนวน 1,200 ราย ในปี 2566 ดำเนินการ 2 ตำบล 2 รพ.สต (บ้านพร้าว, ศูนย์แพทย์ชุมชน)

3. โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อใช้ในเครือข่ายและส่งต่อไปยังสถานพยาบาลสูงขึ้น และได้มีการพัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังและมะเร็งท่อน้ำดี และระบบส่งต่อผ่านระบบ Refer Link กับศูนย์มะเร็งอุดรธานี รพศ. อุดรธานี รพ.ศรีนครินทร์ และ รพ.พระยุพราชท่าบ่อ ในการส่งต่อผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการประสานข้อมูลพื้นที่ ในการติดตามผู้ป่วยกับศูนย์ COC ในกรณี Palliative care ด้วย

4. ตำบลต้นแบบเฉลิมพระเกียรติฯ ปี 2566 ดำเนินการใน 2 ตำบล คือ ตำบลบ้านพร้าว และ ตำบลหนองบัว 2 รพ.สต (บ้านพร้าว และ ศูนย์แพทย์ชุมชน) มีการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับซ้ำในผู้ที่ติดพยาธิใบไม้ตับปี 2565 (ต.หนองสวรรค์ ต.ลำภู ต.กุดจิก และ ต.โนนขมิ้น) และสุ่มตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระซ้ำ กลุ่มอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในตำบลเป้าหมายปี 2560 (ต.หัวนา) ปี 2565 ดำเนินการใน ต.หนองสวรรค์ ต.กุดจิก ต.โนนขมิ้น และ ต.ลำภู ปี 2564 ต.โพธิ์ชัย ต.บ้านขาม ต.หนองหว้า ต.ป่าไม้งาม ต.หนองภัยศูนย์ และ ต.นาคำไฮ ปี 2563 ต.โนนขมิ้น และ ต.นาคำไฮ ปี 2562 ต.บ้านพร้าว และ ต.บ้านขาม ปี 2561 ต.นาคำไฮ ปี 2560 ตำบลหัวนา และ ตำบลโนนทัน ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2559

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย. 66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1.ร้อยละของตำบลมีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ	80 %	1,715/2,316 (85.30 %) OV 108 ราย (4.66%)	2,750/2,750 (100 %) OV 2 ราย (0.07%)	2,500/2,500 (100 %) OV 26 ราย (1.04%)	1,200	1,180 (OV 6 ราย) (0.51%)	98.33
2.ประชาชน 40 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรองด้วย Ultrasound	400	-	-	500/500 (100 %)	400	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ	
3. อำเภอมีตำบลต้นแบบเฉลิมพระเกียรติฯป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	2 ตำบล 2 รพ.สต	ต.โนนขมิ้น (รพ.สต.นาเลิง) ต.นาคำไฮ (รพ.สต.โนน สมบูรณ์) ต.นามะเฟือง (รพ.สต.นา มะเฟือง)	ต.โพธิ์ชัย (รพ.สต.ห้วยลึก) ต.บ้านขาม (รพ.สต.ช่องโป้) ต.หนองหว้า (รพ.สต.หนอง หว้า) ต.ป่าไม้งาม (รพ.สต.โคก กลาง) ต.หนองภัยศูนย์ (รพ.สต.ดอนยา นาง)	ต.หนองสวรรค์ (รพ.สต.หนองบัว โขม) ต.กุดจิก (สอน.ทุ่งโปร่งฯ , รพ.สต.ยางหลวง เหนือ) ต.โนนขมิ้น (รพ.สต.ห้วยโจด) ต.ลำภู (รพ.สต.หมาก เลื่อม)	ต.บ้าน พร้าว - รพ.สต บ้านพร้าว	ต.หนอง บัว - ศูนย์ แพทย์ ชุมชน	

ผลการตรวจอุจจาระซ้ำ ปี 2563 – 2566 แยกรายอำเภอ (กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในปีที่ผ่านมา)

อำเภอ	ตรวจซ้ำในปี 63			ตรวจซ้ำในปี 64			ตรวจซ้ำในปี 65			ตรวจซ้ำในปี 66		
	ส่งตรวจ	OV+	ร้อยละ	ส่งตรวจ	OV+	ร้อยละ	ส่งตรวจ	OV+	ร้อยละ	ส่งตรวจ	OV+	ร้อยละ
เมือง	21	2	9.52	99	2	2.02	2	1	50.00	-	-	-
นากลาง	0	0	0.00	48	1	2.08	4	0	0.00	27	0	0
โนนสัง	0	0	0.00	67	2	2.99	20	0	0.00	-	-	-
ศรีบุญเรือง	21	0	0.00	79	7	8.86	16	3	0.00	33	0	0
สุวรรณคูหา	21	0	0.00	46	0	0	2	0	0.00	-	-	-
นาหว้า	13	0	0.00	21	0	0	6	1	16.67	18	1	5.55
รวม	76	2	2.63	360	12	3.33	50	5	10.00	77	1	1.29

ที่มา : รายงานผลการดำเนินงาน โครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ

- การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับซ้ำในผู้ที่ติดพยาธิใบไม้ตับปี 2565 ต.หนองสวรรค์ ต.ลำภู ต.กุดจิก และ ต.โนนขมิ้น อ.เมือง ไม่มีการส่งตรวจซ้ำ

ผลการดำเนินงานสุ่มตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับตำบลต้นแบบ ปี 2560

ลำดับ	หน่วยบริการ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ผลการตรวจ			
					พบพยาธิ	O.v.	T. spp.	S.s.
1	รพ.สต.บ้านหัวนา	100	90	90.00	2	0	1	1
2	รพ.สต.บ้านห้วยหว้า	100	100	100.00	5	1	2	2
3	รพ.สต.บ้านร่องน้ำใส	100	97	97.00	4	0	3	1
4	รพ.สต.บ้านโนนภูทอง	100	83	83.00	3	1	2	0
5	PCU สุวรรณคูหา	100	97	97.00	1	0	1	0
	รวม	500	467	93.40	15	2	9	4
	ร้อยละ					0.43	1.93	0.86

ข้อมูล ณ วันที่ 20 มิ.ย. 66

ที่มา : รายงานผลการดำเนินงาน โครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ ผลการสุ่มตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระซ้ำ กลุ่มอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในตำบลเป้าหมายปี 2560 ตำบลหัวนา พบว่าผลตรวจ ไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ (OV.)

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ/นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

1. การติดตาม ประเมินผล และคืนข้อมูลแก่พื้นที่อย่างสม่ำเสมอ
2. มีการประสานงานที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

5. ปัญหาอุปสรรค

1. ขาดการผลักดันนโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการสิ่งปฏิกูล/ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในระดับอำเภอ/จังหวัด
2. เนื่องจากสถานการณ์โควิด - 19 ส่งผลทำให้ขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

6. แนวทางการพัฒนา

1. สร้างความรู้ ความเข้าใจ และผลักดันบทบาทในการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการสิ่งปฏิกูล/ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. สนับสนุน พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน/บุคลากรในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
3. สนับสนุนและขยายการตรวจคัดกรอง OV ด้วยปัสสาวะในพื้นที่อื่นๆ ในปีต่อไป

ผู้รายงาน นายพงศ์ปณต ทาหนองคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

วัน/เดือน/ปี 21 กรกฎาคม 2566

โทร 083 619 799 4 e-mail ppn0828549619@gmail.com

ประเด็นที่ 6 องค์กรสมรรถนะสูง

ประเด็นการตรวจราชการ : การเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

1.1 รายรับ Planfin ปีงบประมาณ 2563 – 2566

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ รายได้ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2563 -2566 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งในแต่ละปีได้รับจัดสรรงบประมาณเฉลี่ยเท่าๆ กัน ดังนั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อการจัดสรรเงิน แต่อย่างไรในแต่ละปีพบว่ามียอดเฉลี่ยประมาณร้อยละ 33.71 มาจากรายได้ UC, รายได้ค่ารักษาและบริการอื่นๆ ร้อยละ 12.31 และรายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง ร้อยละ 11.91 รายละเอียดแนบดังตารางที่ 1 ทั้งนี้โรงพยาบาลหนองบัวลำภูยังคงมีความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง จึงต้องมีการติดตามและเฝ้าระวังระบบการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินในอนาคต กรณี OP-Refer, CT, Lab ของโรงพยาบาลชุมชน ได้มีการกันเงินภายในจังหวัด เพื่อให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการจ่ายให้กับทุกโรงพยาบาลภายในจังหวัด การจ่ายเงินจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการใช้จ่ายเงินสำหรับผู้รับบริการเป็นสำคัญ รวมถึงการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือการเบิกวัสดุอุปกรณ์ จาก รพ.สต. เนื่องจากการถ่ายโอนสังกัดกระทรวงไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด (องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น) ซึ่ง ณ ขณะนี้ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และโรงพยาบาลยังคงต้องมีการพัฒนาองค์กรและบุคลากรควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่อง จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรและผู้รับบริการ

ตารางที่ 1 รายได้ Planfin ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภูแยกรายหมวด ปีงบประมาณ 2563-2566

ประสิทธิผลการจัดการด้านการเงิน	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)
รายได้ UC (EMS, แร้งงานต่างตัว)	226,412,098.36	277,654,553.60	193,384,940.16	219,514,143.17
	33.89	29.45	17.78	33.71
รายได้งบประมาณส่วนบุคลากร	180,647,677.96	201,699,581.50	212,571,816.27	167,811,054.47
	27.04	21.39	19.54	25.77
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	74,808,325.40	83,838,467.05	105,836,900.54	77,552,666.08
	11.20	8.89	9.73	11.91
รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น ๆ (รายได้อื่น,พรบ.)	69,263,473.71	216,723,426.05	437,391,271.75	80,162,310.96
	10.37	22.99	40.20	12.31
รายได้ชำระเงินเอง	48,902,557.93	45,987,707.29	47,442,936.33	36,764,607.33
	7.32	4.88	4.36	5.65
รายได้ประกันสังคม	36,441,532.96	69,598,781.13	48,856,092.29	18,861,000.29
	5.45	7.38	4.49	2.90
รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด+อปท.	16,359,896.65	20,756,628.88	18,758,050.43	15,495,743.65
	2.45	2.20	1.72	2.38
รายได้อื่น(ระบบอัตโนมัติ)	10,663.59	2,016,230.48	3,424,299.00	3,209,779.00
	0.00	0.21	0.31	0.49
รายได้งบลงทุน	15,283,340.62	24,601,064.56	20,257,503.78	31,770,613.49
	2.29	2.61	1.86	4.88
รายรับรวม (บาท)	668,129,567.18	942,876,440.54	1,087,923,810.55	651,141,918.44
	100.00	100.00	100.00	100.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	55,677,463.93	78,573,036.71	90,660,317.55	72,349,102.05

1.2 สถานะทางการเงินหมวดรายได้ Planfin ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566)

ประสิทธิภาพการจัดการด้านการเงิน	ปี 2565	แผนปี 2566	ตุลาคม 2565 - มิถุนายน 2566			ร้อยละ	เกณฑ์
			แผนรายรับ	รายรับจริง	ผลต่าง		
รายได้							
รายได้ UC	192,270,229.94	272,581,668.10	204,436,251.08	218,754,598.46	14,318,347.39	7.00	OK
รายได้จาก EMS	958,300.00	469,200.00	351,900.00	169,200.00	-182,700.00	-51.92	Not OK
รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	2,909,563.50	1,592,019.30	1,194,014.48	1,527,546.25	333,531.78	27.93	OK
รายได้ค่ารักษา อปท.	15,848,486.93	19,389,642.40	14,542,231.80	13,968,197.40	-574,034.40	-3.95	Not OK
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	105,836,900.54	87,227,707.90	65,420,780.93	77,552,666.08	12,131,885.16	18.54	OK
รายได้ประกันสังคม	48,856,092.29	50,010,627.00	37,507,970.25	18,861,000.29	-18,646,969.96	-49.71	Not OK
รายได้แรงงานต่างด้าว	156,410.22	431,395.50	323,546.63	590,344.71	266,798.09	82.46	OK
รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น ๆ	399,937,490.54	122,607,605.60	91,955,704.20	71,318,434.08	-20,637,270.12	-22.44	Not OK
รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร	212,571,816.27	222,932,454.60	167,199,340.95	167,811,054.47	611,713.52	0.37	OK
รายได้อื่น	84,896,717.54	66,499,571.40	49,874,678.55	45,608,484.21	-4,266,194.34	-8.55	Not OK
รายได้อื่น(ระบอบอัตโนมัติ)	3,424,299.00	3,052,797.00	2,289,597.75	3,209,779.00	920,181.25	40.19	OK
รายได้ลงทุน	20,257,503.78	66,944,603.70	50,208,452.78	31,770,613.49	-18,437,839.29	-36.72	Not OK
รวมรายได้	1,087,923,810.55	913,739,292.50	685,304,469.38	651,141,918.44	-34,162,550.94	-4.99	Not OK

2. หมวดรายจ่าย Planfin ปีงบประมาณ 2563 – 2566

2.1 รายจ่าย Planfin ปีงบประมาณ 2563 – 2566

ภาพรวมรายจ่ายของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2563-2566 มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกๆ ปีเช่นกัน จะเห็นได้ว่ารายจ่ายหมวด ยา,เวชภัณฑ์มีใช้ยา,ทันตกรรม และวิทยาศาสตร์ ร้อยละ 26.60 มียอดเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการขยายบริการเปิดคลินิกนอกเวลา SMC, OPD ประกอบด้วย ทันตกรรม, จักษุ, ศัลยกรรมประสาท, OR ประกอบด้วย ศัลยกรรมกระดูก, ศัลยกรรมหูดอกจุมุ, ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ และค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ ร้อยละ 21.73 จึงมีความจำเป็นต้องควบคุมค่าใช้จ่ายมากยิ่งขึ้นเพื่อให้โรงพยาบาลประสพภาวะวิกฤติทางการเงินในอนาคต

ตารางที่ 2 รายจ่าย Planfin ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภูแยกรายหมวด ปีงบประมาณ 2563-2566

หมวดรายจ่าย	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)
ยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา,ทันตกรรม,วิทยาศาสตร์	176,975,944.84	201,284,199.29	296,676,134.26	163,283,549.60
	25.68	25.99	33.25	26.60
ค่าจ้างและค่าตอบแทน (งปร.)	153,397,756.24	158,004,586.89	212,616,002.09	133,421,042.80
	22.26	20.40	23.83	21.73
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ(งปม.)	180,703,868.22	201,596,552.54	169,079,081.43	167,890,366.85
	26.22	26.03	18.95	27.35
ค่าเสื่อมราคาและตัดจำหน่าย/หนี้สงสัยจะสูญ	60,029,601.84	60,965,433.07	63,204,381.34	48,384,381.51
	8.71	7.87	7.08	7.88
ค่าใช้สอย	60,505,515.56	55,152,365.95	90,611,810.43	47,477,746.67
	8.78	7.12	10.15	7.73
ค่าสาธารณูปโภค	20,799,016.60	20,614,495.80	18,331,376.02	22,954,603.04
	3.02	2.66	2.05	3.74
ค่าวัสดุทั่วไป	24,063,032.85	22,921,947.95	31,479,514.10	21,056,521.82
	3.49	2.96	3.53	3.43
ค่าใช้จ่ายอื่น	9,091,613.24	49,970,574.78	7,618,290.35	6,166,555.10
	1.32	6.45	0.85	1.00
ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบบอัตโนมัติ)	3,604,229.36	3,855,934.31	2,704,579.17	3,276,988.33
	0.52	0.50	0.30	0.53
รายจ่ายรวม (บาท)	689,170,578.75	774,366,090.58	892,321,169.19	613,911,755.72
	100.00	100.00	100.00	100.00
รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน	57,430,881.56	64,530,507.55	74,360,097.43	68,212,417.30

2.2 สถานะทางการเงิน หมวดรายจ่าย Planfin ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566)

รายการ	ปี 2565	แผนปี 2566	ตุลาคม 2565 - มิถุนายน 2566			ร้อยละ	เกณฑ์
			แผนรายจ่าย	รายจ่ายจริง	ผลต่าง		
ค่าใช้จ่าย							
ต้นทุนยา	150,465,185.48	109,838,522.70	82,378,892.03	82,199,022.61	-179,869.41	-0.22	OK
ต้นทุนเวชภัณฑ์มีชีวะและวัสดุการแพทย์	90,121,979.57	70,580,000.00	52,935,000.00	57,560,846.19	4,625,846.19	8.74	Not OK
ต้นทุนวัสดุทันตกรรม	916,629.60	1,300,000.00	975,000.00	679,154.16	-295,845.84	-30.34	OK
ต้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	55,172,339.61	30,599,000.00	22,949,250.00	22,844,526.64	-104,723.36	-0.46	OK
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ	212,616,002.09	222,932,454.60	167,199,340.95	167,890,366.85	691,025.90	0.41	Not OK
ค่าจ้างชั่วคราว	42,823,130.00	51,434,225.90	38,575,669.43	38,060,422.00	-515,247.42	-1.34	OK
ค่าตอบแทน	126,255,951.43	127,159,970.20	95,369,977.65	95,360,620.80	-9,356.85	-0.01	OK
ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	34,578,538.08	15,142,115.20	11,356,586.40	11,054,500.07	-302,086.33	-2.66	OK
ค่าใช้สอย	56,033,272.35	85,641,004.00	64,230,753.00	36,423,246.60	-27,807,506.40	-43.29	OK
ค่าสาธารณูปโภค	18,331,376.02	24,612,449.80	18,459,337.35	22,954,603.04	4,495,265.69	24.35	Not OK
วัสดุใช้ไป	31,479,514.10	26,138,000.00	19,603,500.00	21,056,521.82	1,453,021.82	7.41	Not OK
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	62,076,900.01	63,000,000.00	47,250,000.00	46,945,637.24	-304,362.76	-0.64	OK
หนี้สูญและสงสัยจะสูญ	1,127,481.33	2,384,898.70	1,788,674.03	1,438,744.27	-349,929.76	-19.56	OK
ค่าใช้จ่ายอื่น	7,618,290.35	10,000,000.00	7,500,000.00	6,166,555.10	-1,333,444.90	-17.78	OK
ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบบอัตโนมัติ)	2,704,579.17	3,000,000.00	2,250,000.00	3,276,988.33	1,026,988.33	45.64	Not OK
รวมค่าใช้จ่าย	892,321,169.19	843,762,641.10	632,821,980.83	613,911,755.72	-18,910,225.11	-2.99	OK

3. ค่าดัชนีชี้วัดทางการเงิน ปีงบประมาณ 2563 - 2566 (ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566)

ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง จากปีงบประมาณ 2563-2566 ดัชนีชี้วัดทางการเงิน ปี 2564 - 2566 อยู่ในระดับ 0 ในปีงบประมาณ 2564 สถานการณ์ด้านการเงินการคลังเริ่มกลับมาเป็นปกติได้อย่างรวดเร็ว มีวิกฤติทางการเงินอยู่ที่ระดับ 0 เนื่องจาก ปี 2564 ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากรัฐบาลของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีวิธีการบันทึกบัญชีเรื่องการรับเงินบริจาคและทรัพย์สินที่ได้รับบริจาค ตั้งแต่ปีต้นปีงบประมาณ 2565 ให้รับรู้เป็นรายได้รับบริจาค อีกทั้งมีการวางแผนบริหารจัดการหนี้สินได้เป็นอย่างดี ยอดค้างชำระเจ้าหนี้เป็นเวลานานลดน้อยลง ส่งผลให้สถานการณ์ด้านการเงินการคลังฟื้นตัวขึ้นได้อย่างรวดเร็วในระยะเวลาเพียง 2 ปี ใน ปี 2566 ได้เพิ่มการให้บริการเปิดคลินิกนอกเวลาราชการ SMC ส่งผลให้มีรายได้เพิ่มมากขึ้น รายละเอียดแนบดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าดัชนีชี้วัดทางการเงิน ปีงบประมาณ 2563-2566 (ณ มิถุนายน 2566)

ประสิทธิภาพการจัดการด้านการเงิน	เกณฑ์	ปีงบประมาณ			
		2563	2564	2565	2566 (มิ.ย.66)
1. อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ(Cash ratio)	> 0.8	0.67	1.10	2.24	2.31
2. อัตราส่วนหมุนเวียนเร็ว(Quick ratio)	> 1	1.11	2.28	4.34	3.86
3. อัตราส่วนหมุนเวียน(Current ratio)	> 1.5	1.33	2.47	4.59	4.08
4. รายได้รวม/ค่าใช้จ่ายรวม(I/E ratio)	> 1	0.94	1.22	1.22	1.06
5. ทุนสำรองสุทธิ (Net working capital) (ล้านบาท)		56.32	235.66	422.49	439.19
6. อัตรากำไรสุทธิไม่รวมค่าเสื่อมราคาและตัดจำหน่าย	>0.0	-1.29	24.27	23.69	1.17
7. Risk score		3	0	0	0
8. ทุนดำเนินการทั้งหมดต่อ RW (บาท)	16,627.26	14,674.85	12,877.92	15,183.94	13,234.24
9. ทุนดำเนินการทั้งหมดต่อOPD Visit (บาท)	1,002.80	967.1	922.61	980.23	1,015.28

4. ผลการประเมินระดับความสำเร็จการตรวจสอบงบทดลอง Electronic หน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566

ภาพรวมสำหรับการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง โดยใช้เครื่องมือ การตรวจสอบงบทดลอง Electronic หน่วยบริการเขตบริการสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566 พบว่าโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้คะแนนระดับ A เป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ของงบการเงินโรงพยาบาล ประจำเดือนก่อนส่งออกข้อมูลเข้าสู่ส่วนกลาง รายละเอียดแนบดังตาราง

เดือน	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7	เรื่องที่ 8	เรื่องที่ 9	เรื่องที่ 10	ผลคะแนนรวม	เกรด	
	ตรวจสอบเรื่อง กระทบยอด บัญชี	ลูกหนี้ค่า รักษาพยาบาล	การตั้งค่าเผื่อ หนี้สงสัยจะสูญ และค่าเผื่อหนี้ สงสัยจะสูญกับ หนี้สงสัยจะสูญ	จับคู่ความล้ม ลูกหนี้-รายได้ ระหว่างเดือน	ความสัมพันธ์ ของสินทรัพย์ ถาวรกับค่า เสื่อมราคา	จับคู่บัญชีค่า เสื่อมราคา และค่า เสื่อมราคา ระหว่างเดือน	บัญชีหัก ต้อง ไม่มียอดคงค้าง (ตามเกณฑ์ ประเมินด้าน บัญชีของ กรมบัญชีกลาง)	เจ้าหนี้ระหว่าง เดือน	ความ ครอบคลุมการ ตรวจ อิเล็กทรอนิกส์ กระทรวง	วิเคราะห์ รายงานทาง การเงิน สป.สธ.			
	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม			คะแนนเต็ม
	19.25	7.36	7.00	24.70	10.34	9.68	0.57	10.00	7.60	3.50	100.00		
ค.ค.-65	0.92	0.50	0.95	0.22	0.22	0.57	1.00	0.80	0.25	100.00	100.00	A	
พ.ย.-65	0.92	0.50	0.95	0.22	0.22	0.57	1.00	0.80	0.25	100.00	100.00	A	
ธ.ค.-65	0.92	0.50	0.95	0.22	0.22	0.57	1.00	0.80	0.25	100.00	100.00	A	
ม.ค.-66	0.92	0.50	0.95	0.22	0.22	0.57	1.00	0.80	0.25	100.00	100.00	A	
ก.พ.-66	0.92	0.50	0.95	0.22	0.22	0.57	1.00	0.80	0.25	100.00	100.00	A	
มี.ค.-66	0.92	0.50	0.95	0.22	0.22	0.57	1.00	0.80	0.25	100.00	100.00	A	
เม.ย.-66	0.92	0.50	0.95	0.22	0.22	0.57	1.00	0.80	0.25	100.00	100.00	A	
พ.ค.-66	0.92	0.50	0.95	0.22	0.22	0.57	1.00	0.80	0.25	100.00	100.00	A	
มิ.ย.-66	0.92	0.50	0.95	0.22	0.22	0.57	1.00	0.80	0.25	100.00	100.00	A	

5. การดำเนินงานวิฤติทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring Plus) ปี 2566

เดือน	CR	QR	Cash	NWC	NI	Risk Scoring	EBITDA	เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว)	ค่าเฉลี่ยของ Operating Margin % (Q2Y66)		ค่าเฉลี่ยของ Return on Asset % (Q2Y66)		A Payment Period		A Collection Period-UC(60 วัน)	A Collection Period -CSMBS(60 วัน)	A Collection Period-SSS(90 วัน)	Inventory Management(60 วัน)	คะแนนรวม	เกรด	ผลการดำเนินงาน
									ค่ากลาง	ผลงาน	ค่ากลาง	ผลงาน	(IF Cash > 0.8 = 90 วัน, IF Cash <= 0.8 = 180 วัน)								
ค.ค.-65	4.84	4.58	2.50	448,471,106.78	27,390,594.46	0	31,637,754.43	175,085,478.19	23.09	42.41	15.07	3.59	255	78	121	65	140	2	C-	ไม่ผ่าน	
พ.ย.-65	5.32	4.97	2.39	454,631,923.61	32,404,829.74	0	39,686,419.81	146,099,296.88	17.90	28.02	13.47	4.29	122	106	128	53	76	2	C-	ไม่ผ่าน	
ธ.ค.-65	6.05	5.70	3.33	479,801,942.80	57,172,626.30	0	64,398,172.14	220,796,217.38	17.90	29.48	13.47	7.41	121	95	124	50	65	2	C-	ไม่ผ่าน	
ม.ค.-66	5.35	5.10	3.10	494,013,384.81	84,864,767.50	0	93,107,196.86	243,240,322.79	17.90	31.10	13.47	10.48	117	93	123	65	49	3	C	ไม่ผ่าน	
ก.พ.-66	5.59	5.33	3.15	499,040,795.50	86,192,639.97	0	97,529,227.55	236,257,737.32	17.90	27.80	13.47	10.69	107	93	130	80	48	3	C	ไม่ผ่าน	
มี.ค.-66	4.51	4.29	2.61	470,286,271.42	68,525,723.52	0	82,691,670.45	225,563,574.85	19.98	19.91	3.35	8.43	108	94	124	47	47	3	C	ไม่ผ่าน	
เม.ย.-66	4.45	4.19	2.54	470,570,622.59	70,153,030.39	0	79,265,483.88	212,108,234.14	11.25	16.93	2.23	8.60	112	93	127	58	52	4	B-	ไม่ผ่าน	
พ.ค.-66	4.03	3.77	2.33	450,853,636.06	45,194,687.93	0	57,836,490.82	201,165,300.95	11.25	11.32	2.23	5.59	109	89	129	73	53	4	B-	ไม่ผ่าน	
มิ.ย.-66	4.08	3.86	2.31	439,187,792.47	37,230,162.72	0	52,472,395.80	194,857,005.86	11.25	9.20	2.23	4.68	103	89	131	87	46	4	B-	ไม่ผ่าน	

จะเห็นได้ว่าการ ประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานวิฤติทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring Plus) ปีงบประมาณ 2566 โรงพยาบาลหนองบัวลำภูอยู่ระดับที่ ไม่ผ่านเกณฑ์ ดังนั้นจึงต้องเร่งหาแนวทางการปรับปรุงแก้ไขอย่างเร่งด่วนโดย ได้มีการหารือร่วม ร่างแผนการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566 ซึ่งได้รับมติจากที่ประชุม คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง ร่างแผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566 จากคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง ดังนี้

1. เพิ่มประสิทธิภาพการเรื่องระบบคลังพัสดุ
2. เพิ่มประสิทธิภาพแผนบริการจัดการหนี้
3. เพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บ
4. สร้างโอกาสในการเพิ่มรายได้

ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง โดยใช้เกณฑ์ประเมินของเขตสุขภาพที่ 8 ณ มิถุนายน 2566 พบว่าสถานการณ์ทางการเงินการคลัง ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู วิกฤติทางการเงินอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เดือน	เกณฑ์กระทรวง (NI)									เกณฑ์เขตสุขภาพที่ 8 (NI)								
	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depletion MOPH	Liquid Index	Status Index	Survival Index	Risk Scoring (กระทรวง NI)	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depletion R8WAY	Liquid Index	Status Index	Survival Index	Risk Scoring เขตสุขภาพที่ 8 (NI)
ต.ค.-65	4.84	4.58	2.50	448,471,106.78	27,390,594.46	0	0	0	0	3.40	3.22	1.75	398,922,029.38	37,127,767.44	0	0	0	0
พ.ย.-65	5.32	4.97	2.39	454,631,923.61	32,404,829.74	0	0	0	0	3.62	3.38	1.63	405,082,846.21	40,128,353.25	0	0	0	0
ธ.ค.-65	6.05	5.69	3.32	479,801,942.80	57,172,626.30	0	0	0	0	4.16	3.91	2.28	436,641,555.22	43,334,061.32	0	0	0	0
ม.ค.-66	5.34	5.09	3.10	494,013,384.81	84,864,767.50	0	0	0	0	3.99	3.80	2.31	455,648,595.85	55,718,233.13	0	0	0	0
ก.พ.-66	5.59	5.32	3.15	499,040,795.50	86,192,639.97	0	0	0	0	4.27	4.07	2.40	465,471,605.16	62,416,034.47	0	0	0	0
มี.ค.-66	4.51	4.29	2.61	470,286,271.42	68,525,723.52	0	0	0	0	3.71	3.53	2.14	441,512,679.70	49,117,774.88	0	0	0	0
เม.ย.-66	4.45	4.19	2.54	470,570,622.59	70,153,030.39	0	0	0	0	3.78	3.56	2.16	446,592,629.49	55,540,680.37	0	0	0	0
พ.ค.-66	4.03	3.77	2.33	450,853,636.06	45,194,687.93	0	0	0	0	3.57	3.33	2.06	431,671,241.58	35,753,627.29	0	0	0	0
มิ.ย.-66	4.08	3.86	2.31	439,187,792.47	37,230,162.72	0	0	0	0	3.59	3.39	2.03	420,005,397.99	27,708,189.08	0	0	0	0

ผลการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score ปี 2565 - 2566 พบว่าปี 2565 โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระดับ B และ ปี 2566 ระดับ B โดยตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ประกอบไปด้วย

- 1.1 การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบไม่เกิน 5%

- 1.1.1 มิติรายได้ ไม่เป็นไปตามแผน Planfin

- 1.2 การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน

- 1.2.1 ระยะเวลาชำระหนี้การค้า & เวชภัณฑ์มีค่าใช้จ่าย ≤ 90 วัน หรือ ≤ 180 วัน (Cash <0.8 & Pay >180 Cash ≥ 0.8 & Pay >90) (103 วัน)

- 1.2.2 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิน UC ≤ 60 วัน (89 วัน)

- 1.2.3 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สินชำระ ≤ 60 วัน (131 วัน)

- 1.3 การบริหารจัดการ

- 1.3.3.1 อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน ≥ 80 %

รายละเอียดแนบดังตาราง

ตาราง ผลการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score

TPS.Score	Q1/2565	Q2/2565	Q3/2565	Q4/2565	Q1/2566	Q2/2566	Q3/2566
ผลคะแนน	11	11	12	11	10	11	11
ระดับการประเมิน	B	B	A	B	C	B	B

ส่วนผลการประเมินต้นทุนหน่วยบริการแบบ Quick Method ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์เฉลี่ยของกลุ่มบริการ พบว่าต้นทุนหน่วยบริการ ผ่านเกณฑ์ทั้ง OPD และ IPD รายละเอียดแนบดังตาราง

ไตรมาส	ต้นทุนผู้ป่วยนอก		ผลการประเมิน	ต้นทุนผู้ป่วยใน		ผลการประเมิน
	ต้นทุน	Mean+1SD		ต้นทุน	Mean+1SD	
ไตรมาส 4/2562	895.64	981.62	ผ่าน	13,422.40	17,984.21	ผ่าน
ไตรมาส 4/2563	967.10	1,104.59	ผ่าน	14,674.85	18,115.34	ผ่าน
ไตรมาส 4/2564	922.61	1,113.07	ผ่าน	12,877.92	20,677.21	ผ่าน
ไตรมาส 4/2565	980.23	1,106.21	ผ่าน	15,183.94	21,436.93	ผ่าน
ไตรมาส 2/2566	1,000.48	1,258.46	ผ่าน	12,554.28	19,746.41	ผ่าน

6. ผลการบริหาร งบประมาณ-ค่าเสื่อม และ งบประมาณลงทุน

งบประมาณ	ประเภท	ได้รับจัดสรร	เบิกจ่าย	คงเหลือ	หมายเหตุ
ปี 2563	ครุภัณฑ์	8,526,000.00	8,526,000.00	-	
ปี 2564	ครุภัณฑ์/อาคาร	20,416,400.00	19,999,400.00	417,000.00	ส่งคืนงบ
	เงินกู้ - COVID	16,300,500.00	15,446,121.51	854,378.49	ส่งคืนงบ
ปี 2565	ครุภัณฑ์/สิ่งก่อสร้าง	40,543,400.00	10,890,291.59	29,653,108.41	ส่งคืนงบ 3,909,965.24
	เงินกัน อาคาร ER	25,743,143.17	18,380,243.17	7,362,900.00	รอการเบิกจ่าย
ปี 2566	ครุภัณฑ์	14,693,000.00	10,104,000.00	4,589,000.00	รอการเบิกจ่าย

UC	ได้รับจัดสรร	เบิกจ่าย	คงเหลือ	นำเข้าเงินบำรุง	หมายเหตุ
ปี 2561	15,182,885.00	14,576,900.00	-	605,985.00	ดอกเบี้ย/ค่าปรับ
ปี 2562	15,984,776.02	12,005,858.55	416,869.73	-	ดอกเบี้ย/ค่าปรับรอนำเข้าเงินบำรุง
ปี 2563	15,230,238.86	12,039,828.00	3,190,410.86	2,966,807.69	โอนให้ รพ.สต.หมากเลื่อม 267,966.00 บาท
ปี 2564	12,972,716.56	12,117,475.52	817,161.04	356,941.04	ค่าปรับ 38,080.00 บาท
					โอนให้ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา 498,300.00 บาท
ปี 2565	15,262,978.78	15,098,728.78	164,250.00	264,446.31	ดอกเบี้ย 33,470.34 บาท
					ค่าปรับ 66,725.97 บาท
ปี 2566	10,022,625.00	414,625.00	9,608,000.00		รอการเบิกจ่าย

ตารางที่ 7 รายรับเงินบำรุง

รายการ	ไตรมาส 1/2566	ไตรมาส 2/2566	ไตรมาส 3/2566	รวมรายได้
รายได้ UC	86,303,874.65	83,561,152.52	62,608,449.85	232,473,477.02
รายได้จาก EMS	191,000.00	526,150.00	-	717,150.00
รายได้ค่ารักษาพยาบาลเบิกต้นสังกัด	133,466.00	467,781.61	354,965.75	956,213.36
รายได้ค่ารักษาพยาบาล อปท.	2,404,792.79	2,892,135.81	3,313,042.89	8,609,971.49
รายได้ค่ารักษาพยาบาลเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	22,738,799.61	25,626,659.24	23,274,357.58	71,639,816.43
รายได้ประกันสังคม	18,779,571.91	18,409,364.12	14,813,921.69	52,002,857.72
รายได้แรงงานต่างด้าว	25,400.00	190,477.17	66,148.75	282,025.92
รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น	51,267,518.71	21,390,269.14	15,414,884.38	88,072,672.23
รายได้อื่น	4,772,538.40	4,270,933.89	3,315,816.92	12,359,289.21
รายได้งบลงทุน	9,444,603.73	-	-	9,444,603.73
รวมรายได้	196,061,565.80	157,334,923.50	123,161,587.81	476,558,077.11

ตารางที่ 8 รายจ่ายเงินบำรุง

รายการ	ไตรมาส 1/2566	ไตรมาส 2/2566	ไตรมาส 3/2566	รวมรายได้
รวมต้นทุนยา	26,339,224.91	23,302,486.40	22,250,368.89	71,892,080.20
รวมต้นทุนเวชภัณฑ์มีไข้ยาและวัสดุการแพทย์	20,713,793.00	18,099,183.11	25,222,079.28	64,035,055.39
รวมต้นทุนวิทยาศาสตร์การแพทย์	8,677,189.80	7,772,672.50	7,541,881.46	23,991,743.76
รวมต้นทุนวัสดุทันตกรรม	222,289.19	157,154.32	173,416.86	552,860.37
รวมค่าจ้างชั่วคราว	12,371,446.00	12,855,992.29	13,082,597.00	38,310,035.29
รวมค่าตอบแทน	23,881,176.90	29,160,687.50	30,857,553.66	83,899,418.06
รวมค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	711,624.48	1,602,798.39	1,572,400.90	3,886,823.77
รวมค่าใช้จ่ายค่าใช้สอย	13,404,107.47	8,234,769.68	15,662,391.74	37,301,268.89
รวมค่าใช้จ่ายสาธารณูปโภค	6,834,272.59	4,332,650.45	9,447,387.04	20,614,310.08
รวมค่าใช้จ่ายวัสดุ	10,116,069.65	6,102,751.91	8,754,000.25	24,972,821.81
รวมค่าใช้จ่ายอื่น	6,463,141.80	5,830,852.50	4,619,319.22	16,913,313.52
รวมค่าใช้จ่ายครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง	3,588,328.36	6,688,638.88	3,215,667.29	13,492,634.53
รวมค่าใช้จ่าย	133,322,664.15	124,140,637.93	142,399,063.59	399,862,365.67

ตาราง รายงานเงินคงเหลือ ณ 30 มิถุนายน 2566

รายการ	ยอดคงเหลือ	เงินที่ใช้ได้จริง
เงินบำรุง (กรุงไทย)	17,249,014.54	288,234,099.03
เงินบำรุง (ธกส.)	131,239,035.90	
งบ UC	139,746,048.59	
งบ UC (มีวัตถุประสงค์)	992,390.00	47,021,971.75
ปกส.บริหารจัดการ	1,985,940.90	
เงินอุดหนุนสถานะและสิทธิ	60,218.05	
งบลงทุน	9,035,991.28	
ปกส.กองทุนใหญ่	28,773,145.68	
เงินอุดหนุนพัฒนาศักยภาพบุคลากร	39,998.83	
ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	267,652.80	
โครงการคลินิกโรคจากการทำงาน	180,818.85	
เงินบริจาค รพ.หนองบัวลำภู	5,685,815.36	
รวมเงินคงเหลือทั้งสิ้น	335,256,070.78	

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- ผู้บริหารเห็นความสำคัญ ควบคุม กำกับ ติดตาม ช่วยแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง
- คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ทำหน้าที่ติดตามสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลการวิเคราะห์ปัญหาพร้อมเสนอแนวทางแก้ไขต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน
- มีทีมตรวจสอบเวชระเบียนที่เข้มแข็ง ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวชสถิติ ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายแยกเป็นรายชื่อแพทย์ รายตึกและสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อความถูกต้อง ครบถ้วน ของข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการพยาบาลทุกกองทุน
- การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุด ระบบ Hos XP ส่งออกไประบบ E-Claim และระบบลูกหนี้ ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา
- การพัฒนาการจัดทำ Plan fin จากสหสาขาวิชาชีพ และร่วมปรับแผนรายได้และแผนค่าใช้จ่าย เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามความต้องการจริง
- มีกระบวนการเพิ่มรายได้ จากการตรวจสอบสุขภาพในกลุ่มข้าราชการ และผู้ประกันตน เพื่อหวังผลในการสร้างความเชื่อมั่นในบริการของโรงพยาบาลและเพิ่มอัตราการกลับเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยจัดทีมออกเชิงรุกในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพมีแพทย์ออกร่วมด้วย และมีการเปิดให้บริการในคลินิกโรคจากการทำงานประกอบอาชีพ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม มีกระบวนการเพิ่มรายได้จากบริการห้องพิเศษ มีการควบคุม กำกับ ติดตาม การก่อกวนนี้ผูกพันเท่าที่จำเป็น เพื่อควบคุมรายจ่ายของโรงพยาบาล และมีการขยายบริการคลินิกนอกเวลาราชการ SMC
- การจัดทำรายงานวัสดุคลังย่อยตามหน่วยเบิกจ่ายเพื่อให้ทราบถึงการนำไปที่ถูกต้องตรงกับที่ใช้จ่ายจริง
- โปรแกรมการบันทึกข้อมูลเจ้าหน้าที่ใช้งาน โปรแกรมสำเร็จรูปที่พัฒนาขึ้นเอง สามารถแยกเจ้าหน้าที่ รายวัน รายเดือน รายปีได้

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย (กรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมาย) และข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

- การจัดส่งรายงานบททดลองเกณฑ์คงค้างให้ส่วนกลางและการลงบันทึกบัญชี ระบบ GFMS มีกำหนดเวลาไม่เกินวันที่ 10 ของเดือนถัดไป เป็นช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้รับผิดชอบด้านบัญชีเกิดความเร่งรีบในการจัดทำบัญชี ส่งผลให้เกิดความเครียดเป็นผลเสียต่อสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ในการทำงานมากขึ้น อาจส่งผลเสียต่อการทำงานได้ในอนาคต
- การตรวจสอบคุณภาพบัญชีของปีงบประมาณ 2566 โดยการตรวจสอบของทีมตรวจสอบภายในกระทรวง ผู้จัดทำบัญชีต้องเตรียมเอกสารการตรวจสอบมีปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารงานระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาลหนองบัวลำภูและลดความเสี่ยงในการดำเนินงานที่อาจเกิดขึ้น จึงเห็นสมควรพิจารณากรอบอัตรากำลังข้าราชการเพิ่ม ซึ่งปัจจุบันไม่มีข้าราชการปฏิบัติงานที่กลุ่มงานบัญชี มีแต่พนักงานราชการและพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และหัวหน้างานบัญชี โดยให้หัวหน้ากลุ่มงานการเงินปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้ากลุ่มงานบัญชี ทำให้เกิดความเสี่ยงทางการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

2. การขยายการตามจ่ายหนี้ ค่ารักษาพยาบาล 30 บาทรักษาทุกที่ฟรี (ในโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดหนองบัวลำภู และทุกจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8 อัตรการเรียกเก็บจาก สปสช.เมื่อได้รับเงินตามที่เรียกเก็บจะก่อให้เกิดเสถียรภาพทางการเงินของโรงพยาบาลที่รับรักษาจริง

กลุ่มงานบัญชี
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

ผู้รายงาน นางโสภา แสงนิล
ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ
วันที่ 20 กรกฎาคม 2566
โทร 042-006-006 ต่อ 1314

ประเด็นที่ 6 องค์กรสมรรถนะสูง

ประเด็นการตรวจราชการ : การเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัด : หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีและดีมาก ร้อยละ 90 ขึ้นไป

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

การติดตามสถานการณ์ทางการเงินการคลังของหน่วยบริการที่จะประสพภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 6 และระดับ 7 ซึ่งต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุที่สำคัญในการจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ มีการเรียกเก็บไม่ครบถ้วน เรียกเก็บลูกหนี้เข้าตรวจสอบสิทธิที่ไม่ถูกต้อง จึงได้มีนโยบายจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ เพิ่มประสิทธิภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) เพื่อให้การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. กระบวนการดำเนินงาน

โดยใช้เครื่องมือการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ดังนี้

1. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)
2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)
3. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ มีจำนวนและทักษะความสามารถของบุคลากร เหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. (Staff & Skill)
4. การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษาครบถ้วน (Care)
5. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)
6. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีและดีมาก ร้อยละ 90 ขึ้นไป	90	90	90	92	90	92	-

การประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4 S 4 C) จ.หนองบัวลำภู ไตรมาสที่ 3/2566		
แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4 S 4 C)	คะแนนเต็ม	ผลการประเมิน
		รพ.หนองบัวลำภู
1. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)	20	20
2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)	20	14
3. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.	8	8
4. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)	8	8
5. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)	8	8
6. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน	8	8
รวม 4S4C	72	66
การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)		
1. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)	6	6
2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)	8	8
3. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)	8	8
4. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)	4	4
5. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน	2	0
รวม สิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)	28	26
รวมคะแนนทั้งสิ้น	100	92
เกรด		A
ระดับ		ดีมาก

จากตาราง พบว่า ด้านที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมากที่สุดโดยมีคะแนนเต็ม ได้แก่ ด้านที่ 1 มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure) ได้คะแนนเต็ม 20 คะแนน, ด้านที่ 3 มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ มีจำนวนและทักษะความสามารถของบุคลากร เหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. (Staff & Skill) ได้คะแนนเต็ม 8 คะแนน, ด้านที่ 4 การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษาครบถ้วน (Care) ได้คะแนนเต็ม 8 คะแนน, ด้านที่ 5 มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code) ได้คะแนนเต็ม 8 คะแนน และ ด้านที่ 6 ระบบเบิกจ่าย ของแต่ละกองทุน (Claim) ได้คะแนนเต็ม 8 คะแนน และด้านที่มีคุณภาพน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านที่ 2 ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System) ได้คะแนน 14 คะแนน (คะแนนเต็ม 20)

ส่วนการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (On Site Survey) ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง พบว่า ด้านที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด โดยมีความคะแนนเต็ม ได้แก่ ด้านที่ 1 มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure) ได้คะแนนเต็ม 6 คะแนน, ด้านที่ 2 ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System) ได้คะแนนเต็ม 8 คะแนน, ด้านที่ 3 มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care) ได้คะแนนเต็ม 8 คะแนน และด้านที่ 4 มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code) ได้คะแนนเต็ม 4 คะแนน และด้านที่มีคุณภาพน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านที่ 5 ระบบเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน (Claim) ได้คะแนน 0 คะแนน (คะแนนเต็ม 2)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในไตรมาสที่ 3/2566 พบว่า ผลการประเมินหน่วยบริการใน รพ.หนองบัวลำภู มีคะแนนระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพสูงสุดในเรื่องของ Structure, Staff & Skill, Care, Code ส่วนการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On site survey) คะแนนน้อยที่สุดในเรื่องของ Claim

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ผู้บริหารให้ความสำคัญการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง และมีการใช้โปรแกรมต่างๆ เช่น RCM, KTN ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

การเบิกจ่ายแต่ละสิทธิ มีเงื่อนไขรายละเอียดการเบิกจ่ายที่แตกต่างกัน และปรับเปลี่ยนเงื่อนไขช่องทางการเบิก ทำให้เกิดความสับสน มีหลายโปรแกรม มีผลต่อการส่งข้อมูลไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายลดลง ข้อเสนอแนะ มีการพัฒนา ทบทวนและแก้ไขข้อมูลระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุนที่ไม่ผ่านการอนุมัติการเบิกจ่าย ภายใน 5 วันทำการ

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

-

ผู้รายงาน..น.ส. รัชนีวรรณ แก้วโพนเพ็ท
ตำแหน่ง..นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี..20 กรกฎาคม 2566
โทร.081-7397984 e-mai n.rachanee@hotmail.com

ประเด็นที่ 6 องค์กรสมรรถนะสูง

ประเด็นการตรวจราชการ : องค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ Re-Accredit

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เป็นโรงพยาบาลทั่วไป / ระดับ 5 (ตติยภูมิ) ที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. โดยเริ่มได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลครั้งแรก เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2556 หลังจากนั้นก็ได้มีการพัฒนาระบบงานต่างๆ ทั้งงานด้านบริการ งานบริหาร งานด้านวิชาการ ตลอดจนงานสนับสนุนบริการ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิผล ประสานสอดคล้องกันทั้งระบบ และมีความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และประชาชนผู้ที่มาเยือน (3P Safety) โรงพยาบาลหนองบัวลำภูเป็นสถานพยาบาลที่ได้ผ่านการรับรองคุณภาพ Re-accreditation 3 เน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการบริหารองค์กร โดยกระบวนการประเมินแบบ Adjust Survey เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 มีระยะเวลาการรับรองตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน 2564 - 9 พฤศจิกายน 2567 นอกจากโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจะผ่านการรับรองตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

2. กระบวนการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2566 การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ ตามเข็มมุ่ง โดยผู้บริหารได้เห็นนโยบาย 3P Safety เป็นเข็มมุ่งสำคัญของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน มีความปลอดภัย โดยโรงพยาบาลหนองบัวลำภูร่วมเป็นโรงพยาบาล 2P safety hospital ในปี 2564 และดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง มีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและมีการประเมินผล Safety Culture Survey (HSCS) และ Patient experience Program (PEP) กับ สรพ. ในปี 2565 ใช้ระบบสารสนเทศในการบริหารจัดการความเสี่ยง Healthcare Risk Management System on Cloud (HRMS on Cloud) รายงานผล incidents ที่สอดคล้องกับ 2P Safety เข้าสู่ระบบ National Reporting and Learning System ตอบข้อเสนอแนะของ สรพ. หลังผ่านการประเมินและจัดทำแผนพัฒนาการดำเนินงานคุณภาพตามเข็มมุ่ง 3P safety ปี 2566 จัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้มาตรฐาน HA ฉบับใหม่ (ฉบับที่5) การใช้งานระบบ HRMS on Cloud, Smart PCT การทำ RCA, Clinical tracer, การทำ Risk register, การนำเสนอผลการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยต่อกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน คัดข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการตามกำหนดเวลา และจัดทำแผน Internal Survey โดยทีมเยี่ยมสำรวจภายในและพี่เลี้ยงระดับจังหวัด (QLN) เพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภู และเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพระหว่างโรงพยาบาล จัดอบรมทั้งแบบปกติและอบรมออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom โดยดำเนินกิจกรรม ดังนี้

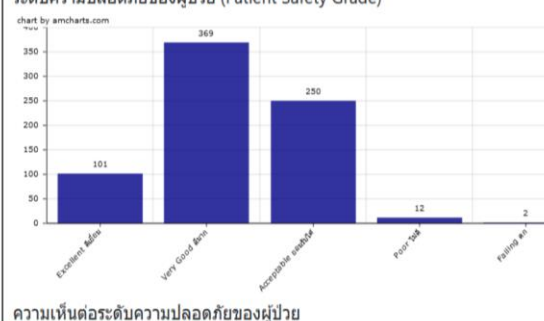
- 1) วันที่ 1 มีนาคม – 15 พฤษภาคม 2566 สำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร
- 2) วันที่ 8 พฤษภาคม – 2 มิถุนายน 2566 จัดกิจกรรมลงเยี่ยมสำรวจภายในรายแผนก (Internal Survey)
- 3) วันที่ 30 มิถุนายน 2566 รับการเยี่ยมเพื่อเฝ้าระวัง (surveillance Survey) จาก สรพ. ผลการเยี่ยมมีแนวทางการพัฒนาการเรียนรู้ที่จะเป็นตัวของตัวเอง เข้าสู่งานประจำที่มีทั้ง Safety และ Quality ซึ่งสอดคล้องกับค่านิยม MOPH ขององค์กร และต้องมีแผนพัฒนา (QI plan) ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ผลสำรวจHSCS ปีงบประมาณ 2566

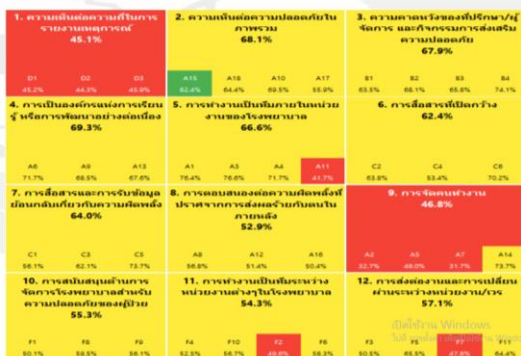
****พบว่าบุคลากรภาระงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ**

****การรายงานอุบัติการณ์น้อย ด้วยภาระงานที่มาก → เป้าหมายสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย**

ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)



ความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย



3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
		2563	2564	2565	2566
ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ Re-Accredit	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน (Re-Accredit ครั้งที่ 3) 10 พ.ย. 64 - 9 พ.ย. 67

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

การขับเคลื่อนงานคุณภาพทุกระดับ โดย ผู้บริหารและทีมนำร่วมกันขึ้นนำการพัฒนาโรงพยาบาลให้มีศักยภาพการให้บริการที่สูงขึ้น และทีมนำทางคลินิกมีการทบทวนและพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ พัฒนาระบบเพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติ ตลอดจนการจัดการด้านความรู้ และสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ ตลอดจนการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านต่างๆให้สอดคล้องกับการให้บริการ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพความปลอดภัยให้เกิดในองค์กรยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน
- กิจกรรมการทบทวน การวิเคราะห์รากเหง้าปัญหา (Root cause analysis) ยังไม่บรรลุตามแนวทางที่กำหนด

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- การพัฒนาคุณภาพบริการด้วยเครื่องมือสต็อกเกอร์ (MIO)

ผู้รายงาน 1. พญ.วราภรณ์ ศรีภักดิ์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
2. นางอภิญญา กันยาแสงศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
3. น.ส.กัลลฐิพร ชัยประทานพงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร 042-006006 ต่อ 1403 e-mail qicnbh@gmail.com

ประเด็นที่ 6 องค์กรสมรรถนะสูง

ประเด็นการตรวจราชการ : องค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (85 คะแนนขึ้นไป)

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

1. การดำเนินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสยังไม่สอดคล้องขั้นตอนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการอย่างเป็นรูปธรรม

2. หน่วยบริการยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญและไม่ได้เข้าใจประโยชน์ของการประเมิน ITA ทำให้ยังไม่มีการดำเนินการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง

2. กระบวนการดำเนินงาน

1) จัดประชุมมอบหมายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบรายหัวข้อ และกำหนดช่องทาง วิธีการส่งข้อมูลกำหนดกรอบระยะเวลา เพื่อนำเอกสารขึ้นแสดงบนระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

2) คัดลอก URL เอกสารงาน ITA จากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลหนองบัวลำภู นำส่งระบบ MITAS

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
การประเมิน ITA	100	92.31	91.67	95.65	100	95.45	95.45

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

- ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ คือ

- 1) ทำงานร่วมกันทั้งหน่วยบริการ
- 2) ต้องมีการกำกับติดตามจากผู้บริหารอย่างใกล้ชิดทุกระยะ
- 3) ต้องมีการเสริมแรงเชิงบวก

- ปัจจัยที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จ คือ

- 1) ผู้บังคับบัญชามอบหมายงานให้ผู้รับผิดชอบไม่ตรงกับลักษณะงานของผู้รับมอบหมาย
- 2) ผู้ปฏิบัติงานยังคงยึดปฏิบัติงานตามรูปแบบเดิมจึงไม่มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับงาน ITA
- 3) ผู้ที่ได้อบรมหมายงานขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานให้ทันตามกรอบเวลาที่กำหนด

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ

-ควรมีการกำกับติดตามเตรียมเอกสารอย่างใกล้ชิดทุกระยะทั้งในระดับย่อย และระดับหน่วยงาน

-ควรมีการประชุมหารือระดับหน่วยบริการเพื่อพัฒนาโครงสร้างให้ปฏิบัติงานเกิดความสอดคล้องกับการประเมิน ITA

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

นวัตกรรมแบบอย่าง คือ HOSxP หน่วยบริการควรมีการจัดรูปแบบการปฏิบัติงานโดยใช้โปรแกรมช่วยในการทำงานคล้ายระบบ HOSxP ในการรวบรวมข้อมูล การจัดเก็บเอกสาร เก็บไว้ในฐานข้อมูลกลางสามารถเรียกดู/ตรวจสอบ/ดำเนินการได้อย่างรวดเร็วต่อเนื่อง และป้องกันการสูญหายของเอกสารได้

ผู้รายงาน.....นายเชษฐพงษ์ พรหมนิवास.....
ตำแหน่ง.....นิติกร.....
วัน/เดือน/ปี.....17 กรกฎาคม 2566.....
โทร...09 3515 3660.... e-mail... chattapp51d@gmail.com.....

ประเด็นที่ 6 องค์กรสมรรถนะสูง

ประเด็นการตรวจราชการ : องค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จากการดำเนินการควบคุมภายใน เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ในแต่ละปี หน่วยงานย่อยในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้ดำเนินการจัดส่งเอกสารการควบคุมภายใน ในรอบ 30 กันยายน ของปีที่ผ่านมา แต่การจัดส่งเอกสารยังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถที่จะรวบรวมข้อมูลขององค์กรให้ครบถ้วนได้

2. กระบวนการดำเนินงาน

เมื่อสิ้นปีงบประมาณ เลขานุการคณะกรรมการควบคุมภายใน บันทึกแจ้งเวียนส่วนงานย่อย รายละเอียดในการจัดทำ และส่งเอกสารการควบคุมภายใน และเวลาที่กำหนดในการจัดส่ง เมื่อส่วนงานย่อยทำการจัดส่งแล้ว คณะกรรมการควบคุมภายใน ดำเนินการรวบรวมติดตามสรุปรายงานการควบคุมภายในขององค์กร

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)		
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ผ่านระบบตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มิติด้านระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง	90	10.34	94.44	82.65	90	90.63	100

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

บุคลากรในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ยังไม่เข้าใจและเห็นความสำคัญของระบบการควบคุมภายใน ทำให้การจัดทำเอกสารระบบควบคุมภายในได้ไม่ครบถ้วนและสมบูรณ์

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

จากการที่บุคลากรในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ยังไม่เข้าใจและเห็นความสำคัญของระบบการควบคุมภายใน ทำให้การจัดทำเอกสารระบบควบคุมภายในได้ไม่ครบถ้วนและสมบูรณ์ คกก. ควบคุมภายใน จึงได้จัดทำแผนโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาประสิทธิภาพระบบควบคุมภายใน บริหารความเสี่ยงและทำแบบประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง 5 มิติ (EIA) โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง - ไม่มี

ผู้รายงาน นายอนุวัตร มีจันทร์
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ
วัน/เดือน/ปี 14 กรกฎาคม 2566
โทร 0817084647

ประเด็นที่ 6 องค์การสมรรถนะสูง

ประเด็นการตรวจราชการ : องค์การแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัด : หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ/กรม)

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

1. ประชาสัมพันธ์ กระตุ้นให้บุคลากรตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน
2. ลงเชิงรุกหน้างานเพื่อสร้างความเข้าใจในการตอบแบบสอบถาม
3. ผู้บริหารมอบนโยบายให้กับหัวหน้างานในการในการตอบแบบสำรวจ

2. กระบวนการดำเนินงาน

ขั้นที่ 1 แบบประเมินค่าดัชนีชี้วัดความสุข (Happinometer)

ขั้นที่ 2 องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ 1 แห่ง (อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน)

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการวิเคราะห์ ความสุขความผูกพันและความพึงพอใจบุคลากร รพ.หนองบัวลภู ประจำปี 2565

วิเคราะห์ภาพรวมองค์กร : บุคลากรทั้งหมด 839 คน เข้าทำแบบประเมิน Happinometer แล้ว 674 คน คิดเป็นร้อยละ 80 (ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565)

วิเคราะห์ภาพองค์กร :

1. ความสุขภาพรวม บุคลากรมีความสุข คิดเป็นร้อยละ 61.52
2. ด้านความผูกพัน บุคลากรมีความผูกพัน คิดเป็นร้อยละ 65.98

มิติที่คะแนนต่ำสุดคือ สุขภาพเงินดี (Happy Money) คิดเป็นร้อยละ 49.1 รองลงมาคือ ผ่อนคลายดี (Happy Relax) คิดเป็นร้อยละ 54.2

มิติที่มีคะแนนสูงสุดคือ จิตวิญญาณดี (Happy Soul) คิดเป็นร้อยละ 69.4 รองลงมาคือ น้ำใจดี (Happy Heart) คิดเป็นร้อยละ 68.8

ปีงบประมาณ 2566

หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด 2 แห่ง อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ปัจจัยความสำเร็จ

1. มีระบบสำรองในการเข้าตอบแบบประเมิน
2. ผู้บริหารมอบนโยบายให้กับหัวหน้างาน เพื่อเป็นการกระตุ้นบุคลากรในหน่วยงาน
3. การทำงานเชิงรุกของผู้รับผิดชอบ เพื่อสร้างความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการตอบแบบประเมิน
4. เพิ่มช่องทางในการเข้าถึงแบบสำรวจให้กับหน่วยงานที่ไม่มีคอมพิวเตอร์และไม่สะดวกในการเข้าตอบแบบสำรวจออนไลน์

ปัจจัยไม่ประสบความสำเร็จ

1. ระบบไม่เอื้ออำนวยต่อการเข้าตอบแบบประเมิน
2. รูปแบบการกระตุ้นเพื่อให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการตอบแบบสำรวจ
3. กิจกรรมที่หลากหลาย และเป็นรูปแบบใหม่ที่ทำให้บุคลากรมีความสนใจ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ความสามารถในการตอบแบบสำรวจของบุคลากรในแต่ละระดับแตกต่างกัน
2. การเข้าถึงแบบสำรวจมีความซับซ้อน ทำให้บุคลากรไม่เข้าตอบแบบสำรวจ
3. บุคลากรไม่เห็นความสำคัญในการตอบแบบสำรวจ
4. ระบบไม่เอื้ออำนวยต่อการตอบแบบประเมิน

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

พัฒนา OPL ขั้นตอนการตอบแบบประเมินค่าดัชนีชี้วัดความสุข และดัชนีมวลกายของบุคลากรสาธารณสุข

ผู้รายงาน น.ส.ณัฐชาพรรณ แก้วกะชูติ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
วัน/เดือน/ปี 21/07/2566
โทร.0 42 006 006 ต่อ 1406
e-mail.donutchaphan@gmail.com

ประเด็นที่ 6 องค์กรสมรรถนะสูง

ประเด็นการตรวจราชการ : GREEN & CLEAN Hospital

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)

1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ให้บริการประชาชนทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพ จากการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยใช้หลักการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Sustainable and Ecological Sanitation) คือ กลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN จะสามารถบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรอบ รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้มาใช้บริการในการรณรงค์และขยายผลสู่สังคมต่อไป

ผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภูในปีงบประมาณ 2566 (ไตรมาสที่ 1- 3) ที่ผ่านมามีผลการดำเนินงานดังนี้ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge และยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู และเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ที่ผ่านมา โรงพยาบาลมีการรับตรวจประเมินรับรองมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ประจำปี พ.ศ. 2566 จากศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี อยู่ระหว่างรอผลการประเมิน

2. กระบวนการดำเนินงาน

หมวดที่ 1 CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา

1.1 กำหนดนโยบายฯ และมีการประกาศนโยบาย ลงนามโดยท่านผู้อำนวยการ มีการประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทราบ และนโยบายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

1.2 แต่งตั้งคณะกรรมการคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital Challenge

หมวด 2 G: Garbage การจัดการมูลฝอยทุกประเภท

2.1 มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2.2 มีการแยกขยะมูลฝอยตั้งแต่ต้นทางโดยแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

2.2.1 ขยะทั่วไป เจ้าหน้าที่เทศบาลมารับไปกำจัดทุกวัน

2.2.2 ขยะติดเชื้อ บริษัทขนส่งขยะติดเชื้อเอกชนมารับไปส่งกำจัดอย่างน้อย 2 วัน/สัปดาห์

2.2.3 ขยะรีไซเคิล รวบรวมโดยกองทุนขยะโรงพยาบาลหนองบัวลำภูนำไปจำหน่าย

2.2.4 ขยะอันตราย รวบรวมแล้วนำส่ง องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู

2.2.5 ขยะเปียก รวบรวมโดยกลุ่มงานโภชนศาสตร์ทำการต้มและส่งต่อบุคคลภายนอกเพื่อทำเป็นอาหารสัตว์

2.3 อบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการจัดการมูลฝอย

หมวด 3 R: RESTROOM การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล

3.1 สำรองห้องน้ำ ทุก 3 เดือน เพื่อแก้ไขปรับปรุงเพื่อพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐาน HAS

3.2 มีการจัดทำ QR Code เพื่อประเมินความพึงพอใจ

หมวด 4 E: ENERGY การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร

4.1 กำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและ เป็นรูปธรรม เกิดประสิทธิภาพในการลดการใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร

4.2 โรงพยาบาลมีระบบการผลิตพลังงานแสงอาทิตย์ (Solar Rooftop) ขนาด 200 กิโลวัตต์ และมีแผนติดตั้งเพิ่มเติมอีกขนาด 800 กิโลวัตต์

หมวด 5 E: ENVIRONMENT การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

- 5.1 จัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือผู้ทุพพลภาพและคนชรา
- 5.2 จัดทำมาตรการในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย
- 5.3 ตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างภายในโรงพยาบาล
- 5.4 จัดทำแผนและซ้อมแผนอัคคีภัย
- 5.5 จัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด
- 5.6 มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity)
- 5.7 ตรวจสอบสภาพเจ้าหน้าที่และมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ

หมวด 6 N: NUTRITION การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล

- 6.1 ตรวจสอบสภาพเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสอาหาร 1 ครั้ง/ปี โดยตรวจ X-ray ปอด, ตรวจอุจจาระ/Rectal Swab และตรวจเลือดเพื่อหาไวรัสตับอักเสบบี ชนิดเอ
- 6.2 ตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบ ที่นำมาปรุงประกอบอาหารและอาหารแปรรูปเดือนละ 1 ครั้งและขอรับการสนับสนุนจากหน่วยเคลื่อนที่ เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit)
- 6.3 เฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร ด้วยชุด อ.13 ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง และตรวจคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุด อ.11 ในอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) ทุก 3 เดือน
- 6.4 เก็บตัวอย่างน้ำประปา (ต้นท่อ) เพื่อเฝ้าระวังคุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ 1 ครั้ง/ปี และตรวจวัดปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ ในน้ำประปาปลายท่อ ทุกวันศุกร์

หมวด 7 Innovation : การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN

- 7.1 ออกแบบและจัดทำ รถเข็นผู้ป่วยเปลนอนที่ชาร์จ มาปรับปรุงเป็นรถเข็นเปลนอนไฟฟ้า เพื่อแก้ไขปัญหาเจ้าหน้าที่ศูนย์เปล เจ็บปวดร่างกายจากการใช้แรงเข็นเปล

หมวด 8 Network: การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN

- 8.1 ทำกิจกรรม Big Cleaning ในชุมชน และ วัด

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)	
		2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน
รพท.ที่พัฒนานามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์GREEN and CLEAN hospital ระดับดีมาก plus	ระดับ ดีมาก plus	ระดับ ดีมาก	ระดับ ดีมาก plus	ชำระไว้ซึ่งระดับดีมาก plus	NA	NA
รพท.ที่พัฒนานามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์GREEN and CLEAN hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)					Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	อยู่ในช่วงรอผลการประเมิน

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน เป็นอย่างดี

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลผ่านการใช้งานมาเป็นระยะเวลานานจึงทำให้มีการชำรุดและซ่อมแซม เครื่องเติมอากาศอยู่บ่อยครั้ง ส่งผลให้ค่า DO ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
2. ยังไม่มีการบริหารจัดการขยะอันตรายภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ออกแบบและจัดทำ รถเข็นผู้ป่วยเปลนอนที่ชำรุด มาปรับปรุงเป็นรถเข็นเปลนอนไฟฟ้า เพื่อแก้ไขปัญหาเจ้าหน้าที่ศูนย์เปล เจ็บปวดร่างกายจากการใช้แรงเข็นเปล

ผู้รายงาน นางสาวเสาวนีย์ แก้วบุญเรือง
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชกรรม
และ นางสาวอรยา ดาดวง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
รายงาน ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2566
โทร 042-006006 ต่อ 1216

ภาคผนวก

กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2/2566
เขตสุขภาพที่ 8 ณ จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างวันที่ 10 – 11 สิงหาคม 2566

วันพฤหัสบดี ที่ 10 สิงหาคม 2566

- 08.00 - 10.00 น. - ทีม 1 นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 และคณะ ออกตรวจเยี่ยมพื้นที่ PCU ศูนย์แพทย์ชุมชน และ คปสอ.เมืองหนองบัวลำภู นำเสนอ ณ ห้องประชุมเอราวัณ สสจ.หนองบัวลำภู
- 08.00 - 10.00 น. (รถออกจาก สสจ. 07.00 น.) - ทีม 2 นพ.จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8 และคณะ ออกตรวจเยี่ยมพื้นที่ คปสอ.โนนสัง (ระยะทางจาก สสจ.นภ. ถึง รพ.โนนสัง 52 กม.) ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลโนนสัง สสอ.โนนสัง และ รพ.โนนสัง นำเสนอ ณ ห้องประชุม รพ.โนนสัง
- ทีม 1 ผู้ตรวจราชการ และคณะตรวจราชการฯ ที่ไม่ได้ลงพื้นที่ ที่ รพท.หนองบัวลำภู
ทีม 2 สาธารณสุขนิเทศก์ และคณะ ที่ โนนสัง
- 10.30 – 12.00 น. - นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 พร้อมด้วย นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8 และคณะ ตรวจราชการฯ รับฟังการนำเสนอผลการดำเนินงานภาพจังหวัด รอบที่ 2/2566 ณ ห้องประชุมสัตตบงกช ชั้น 4 รพท.หนองบัวลำภู (จำกัดผู้เข้าประชุม) / Zoom meeting (สสจ.นภ. 30 นาที, รพท.หนองบัวลำภู 20 นาที)
- ประกอบด้วย
1. นพ.สสจ./รองนพ.สสจ./หัวหน้ากลุ่มงาน สสจ./
 2. ผอ.รพท./คณะกรรมการบริหาร รพท./ ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการ
 3. กรมวิชาการ เขตสุขภาพที่ 8 (เฉพาะผู้อำนวยการ, รองผู้อำนวยการ และผู้รับผิดชอบหลักประเด็นการตรวจราชการ บุคคลเกี่ยวข้องอื่นๆ รับฟังผ่าน Zoom meeting) (บุคลากรระดับอำเภอไม่ต้องเข้าร่วมประชุม)
- 12.00 –13.00 น. - พักรับประทานอาหารกลางวัน ณ รพท.หนองบัวลำภู
- 13.00 – 18.00 น. - นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8 เป็นประธานการประชุม เพื่อเตรียมสรุปตรวจราชการ ผ่านระบบประชุมทางไกล (Zoom meeting) /ประชุมในห้องประชุม (จำกัดผู้เข้าร่วมประชุม) ณ ห้องประชุมบัวหลวง ชั้น 3 รพท.หนองบัวลำภู
- 18.00 น. - รับประทานอาหารเย็น

วันศุกร์ ที่ 11 สิงหาคม 2566

- 09.00 - 12.00 น. - นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 พร้อมด้วย นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8 และคณะกรรมการฯ เข้าร่วมรับฟังสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ 2/2566 ณ ห้องประชุม สัตตบงกช ชั้น 4 รพท.หนองบัวลำภู / ประชุมผ่านระบบประชุมทางไกล (Zoom meeting), ห้องประชุม สสจ. และห้องประชุมแต่ละอำเภอ
- ประกอบด้วย
1. นพ.สสจ./รองนพ.สสจ./หัวหน้ากลุ่มงาน สสจ.
 2. ผอ.รพท./คณะกรรมการบริหาร รพท./ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการ
 3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชน และ สาธารณสุขอำเภอ (ขอให้เป็นตัวจริง)
 4. กรมวิชาการ เขตสุขภาพที่ 8 (เฉพาะผู้อำนวยการ, รองผู้อำนวยการ และผู้รับผิดชอบหลักประเด็นการตรวจราชการ บุคคลเกี่ยวข้องอื่นๆ รับฟังผ่าน Zoom meeting)
- 12.00 น. - ปิดประชุม -

หมายเหตุ : - ห้องประชุม ดำเนินการตามมาตรการ Social Distancing อย่างเคร่งครัด

- การจัดที่นั่งเว้นระยะห่าง ผู้เข้าร่วมประชุม/ลงพื้นที่ สวม mask 100%

- ผู้นิเทศงานสามารถลงวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับผิดชอบก่อนกำหนดการนิเทศงานได้ ทั้งนี้ ให้ประสานงานเกี่ยวกับข้อมูลการเดินทาง ที่พัก กับผู้รับผิดชอบงานของเขต ดังนี้

1. ผู้ประสานงานส่วนกลาง	: นางสาวสุภาพร เอยทิม	081 819 5279
	: นางสาวสุวรรณา โมราทอง	082 340 1727
2. ผู้ประสานงานส่วนภูมิภาค (เขต)	: นางรัชณี คอมแพงจันทร์	081 574 4599
	: นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์	084 590 2819
	: นาสิริพงษ์ ชำนาญไพร	088 039 1748
	: นางสาวมณฑพัท อรรถวิภาค	061 695 1624
	: นางสาวปานดาว แก้วมณี	086 855 0770
4. ผู้ประสานงาน สสจ.หนองบัวลำภู	: นางสาวอมร ทองรักษ์	084 047 5575
	: นายวิเชียร เจริญจิตต์	091 054 0340
	: นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต	097 264 1563
5. ผู้ประสานงาน รพ.หนองบัวลำภู	: นางอมรรัตน์ ทองอุทัยศิริ	081 262 3703

คณะผู้เข้าร่วมประชุมและติดตามตรวจเยี่ยมพื้นที่

ทีมที่ 1 ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 8 และคณะ

(คปสอ.เมืองหนองบัวลำภู/PCU ศูนย์แพทย์ชุมชน รพ.หนองบัวลำภู)

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
3. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ด้านส่งเสริม และพัฒนาสาธารณสุข)
4. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ด้านนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข)
5. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ด้านโครงการพิเศษ)
6. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ฝ่ายการพยาบาล
7. หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
8. หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
9. หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
10. หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
11. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการ
12. หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
13. หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ
14. นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต (ผู้ประสานทีมที่ 1 มือถือ 097 264 1563)

ทีมที่ 2 สาธารณสุขนิเทศก์ และคณะ (คปสอ.โนนสัง/ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลโนนสัง)

1. นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
2. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ฝ่ายการแพทย์
3. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ด้านวิชาการ วิจัย และภาคประชาชน)
4. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ด้านบริหาร และกิจการพิเศษ)
5. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ฝ่ายบริหาร
6. หัวหน้ากลุ่มงานโรคติดต่อ
7. หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
8. หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
9. หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
10. หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย
11. รองหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
12. นายวิเชียร เจริญจิตต์ (ผู้ประสานทีมที่ 2 มือถือ 091 054 0340)

คณะผู้จัดทำ

คณะที่ปรึกษา

1. นายแพทย์ไพฑูรย์ ไบประเสริฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
2. นายแพทย์สุริยันต์ ปัญหาราช รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
3. นายแพทย์อภิชาติ ลักษณะ รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

คณะผู้จัดทำเอกสาร

1. นางอมรรัตน์ ทองอุทัยศิริ หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์แผนงานและโครงการ
2. นางสาวอุไรพร ศรีเทพอุบล นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
3. นางสาวธนาภรณ์ ชินทะวัน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
4. นางสาวมัลลิกา แสงภา นักวิชาการสาธารณสุข

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
ชั้น 4 อาคารอำนวยการ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
โทรศัพท์ 042-006006 ต่อ 1409, 1408, 1411 โทรสาร 042-311992
E-mail : misnbh1408@gmail.com