รอบที่ 2/2565

ระหว่างวันที่ 17 - 19 สิงหาคม 2565

เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน
กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ 7 โรงพยาบาลมหาสารคาม

THE POINT ประเด็น

ประเด็น Function based (ระบบงานของหน่วยบริการ)
ลดแออัด ลอรอคอย ลดป่วย ลดตาย
- Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด
- Service plan สาขาอุบัติเหตุ
- Service plan สาขามะเร็ง
- Service plan สาขาทารกแรกเกิด
- Service plan สาขา Intermediate Care

ประเด็น Area based
- Cancer Anywhere
- New normal Medical Service

งานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลมหาสารคาม 043 711 750 ต่อ 9224

คำนำ

เอกสารประกอบการบรรยายสรุปการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม ในระหว่างวันที่ ๑๗ สิงหาคม – ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ ซึ่งคณะทำงานได้จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน ตามนโยบายรัฐบาล และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เป็นการสรุปผลการดำเนินงาน ในรอบ ๙ เดือนที่ผ่านมา (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕) ในประเด็น ดังนี้

๑. Functional based (ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย)

๒. Area based (Cancer Anywhere, New normal Medical Service)

หวังว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการตรวจราชการและการติดตามผลการดำเนินงาน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผลงาน สำหรับผู้บริหารได้อีกทางหนึ่ง หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด ขอได้โปรดแจ้งกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ ทราบด้วยจะเป็นพระคุณยิ่ง คณะทำงานพร้อมรับฟังข้อคิดเห็น เพื่อการปรับปรุงได้ดียิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป	
ประวัติโรงพยาบาล	๑
แผนกลยุทธ์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๒
ข้อมูลบุคลากร	๓
ข้อมูลทางการเงิน	๕
ข้อมูลการให้บริการ	๘
ส่วนที่ ๒ ผลการดำเนินงาน	
ประเด็นการตรวจราชการ Functional based	
ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย	
สาขาหัวใจและหลอดเลือด	๑๐
สาขาอุบัติเหตุ	๑๖
สาขามะเร็ง	๒๓
สาขาทารกแรกเกิด	๓๒
สาขา Intermediate care (Stroke, TBI, SCI)	๓๘
ประเด็นการตรวจราชการ Area Based	
Cancer Anywhere	๔๗
New normal Medical Service	๕๑
ภาคผนวก	
คณะผู้จัดทำ	ค

ส่วนที่ ๑

๑. ประวัติโรงพยาบาลมหาสารคาม

๒. แผนกลยุทธ์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

๓. ข้อมูลบุคลากร

๔. ข้อมูลการให้บริการ

๑. ประวัติโรงพยาบาลมหาสารคาม

ปี พ.ศ. ๒๔๙๐ โรงพยาบาลมหาสารคามเริ่มการก่อสร้างบนเนื้อที่ ๑๒ ไร่เศษ ตั้งอยู่เลขที่ ๑๖๘ ถนนผดุงวิถี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยได้รับโอนที่ดินจากสถานีสุขศาลา เทศบาลเมืองมหาสารคาม

พ.ศ. ๒๕๓๒ เป็นต้นมาโรงพยาบาลมหาสารคามมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลอีกหลายท่าน ที่ทุ่มเททั้งแรงกายแรงใจเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลขนาด ๕๘๐ เตียง ในเนื้อที่ ๓๔ ไร่เศษ ตั้งอยู่เลขที่ ๑๖๘ ถ. ผดุงวิถี ต. ตลาด อ. เมือง จ. มหาสารคาม โทร. ๐๔๓-๗๑๑๗๕๐-๔ และได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ ๑ ในวันที่ ๑๐ เดือนพฤศจิกายน ๒๕๔๘ ได้รับการรับรองคุณภาพในวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ ถึงวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ และได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก มีระยะการรับรอง ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๔๘ – ๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๐ โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้รับการรอบรองกระบวนการคุณภาพ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ – ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ ผ่านการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพครั้งที่ ๑ วันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๗ – ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ผ่านการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ – ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ผ่านการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพครั้งที่ ๓ วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ – ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

รายนามผู้อำนวยการตั้งแต่เริ่มเปิดดำเนินการจนถึงปัจจุบัน

นายแพทย์บรรลุ	ศิริพานิช	พ.ศ. ๒๔๙๔ - ๒๔๙๖
นายแพทย์วุฒิ	โพธิสุนทร	พ.ศ. ๒๔๙๖ - ๒๔๙๘
นายแพทย์วิสิษฐ์	สุวรรณิก	พ.ศ. ๒๔๙๘ - ๒๕๐๐
นายแพทย์สุพัฒก์	ตระกูลดิษฐ์	พ.ศ. ๒๕๐๐ - ๒๕๑๘
แพทย์หญิงชูศรี	โพธิสุนทร	พ.ศ. ๒๕๑๘ - ๒๕๓๒
นายแพทย์สมศักดิ์	ธันวารชร	พ.ศ. ๒๕๓๒ - ๒๕๓๖
นายแพทย์มงคล	เชฏฐากุล	พ.ศ. ๒๕๓๖ - ๒๕๓๗
นายแพทย์สุวัฒน์	เลิศสุขประเสริฐ	พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๔๒
นายแพทย์ชาย	ธีระสุต	พ.ศ. ๒๕๔๒ - ๒๕๔๕
นายแพทย์วิชิต	ว่องสัธนพงษ์	พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๗
นายแพทย์วีระพันธ์	สุพรรณไชยมาตย์	พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๐
แพทย์หญิงเสาวลักษณ์	นาคะพงษ์	พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๒
นายแพทย์สุนทร	ยนต์ตระกูล	พ.ศ. ๒๕๕๒ – ๒๕๕๘
นายแพทย์วีระศักดิ์	อนุตรอังกูร	พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐
นายแพทย์สุนทร	ยนต์ตระกูล	พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๓
นายแพทย์ภาคภูมิ	มโนสิทธิศักดิ์	พ.ศ. ๒๕๖๓ – ปัจจุบัน

๒. แผนกลยุทธ์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

วิสัยทัศน์

“เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการเป็นเลิศในระดับสากล เครือข่ายเข็มแข็ง และมีการพัฒนาอย่างยั่งยืน”

พันธกิจ (Mission)

๑. ให้บริการทางด้านสุขภาพในมาตรฐานระดับสากล
๒. ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรคและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง
๓. จัดระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ
๔. ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ พัฒนา บุคลากรและผลิตนวัตกรรมในทางการแพทย์

ค่านิยม (Core Value)

"M-S-K-H-A"

M = Morality เชี่ยวชาญมีจริยธรรม
S = Safety service systems มุ่งบริการปลอดภัย มีมุมมองเชิงระบบ
K = Knowledge ใฝ่เรียนรู้ : มีความรู้ สร้างความรู้ใหม่ เผยแพร่ความรู้
H = Humanized มีหัวใจความเป็นมนุษย์
A = Agility & Scrum พร้อมสำหรับการปรับเปลี่ยนอย่างว่องไวและช่วยกันทำงานเป็นทีม

สมรรถนะหลัก

๑. มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาทุกสาขา และเชื่อมโยงเครือข่าย
๒. มีวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้

ปรัชญา

“เชี่ยวชาญวิชาการ คุณภาพมาตรฐาน บริการดุจญาติมิตร”

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์

๑. พัฒนาระบบการให้บริการทางด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุมและมีมาตรฐานระดับสากล
๒. พัฒนาระบบการส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรคและพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง
๓. พัฒนาระบบบริหารจัดการภายในบริการ ให้มีประสิทธิภาพ
๔. พัฒนาและส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ พัฒนา บุคลากรและผลิตนวัตกรรม ในทางการแพทย์

๓. ข้อมูลบุคลากร

ตาราง ๑ อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามบัญชีถือจ่ายเงินเดือน ระดับปฏิบัติการ – เชี่ยวชาญ (ตามเงินเดือนถือจ่าย จ.๑๘) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ประเภท	ปีงบประมาณ			
	๒๕๖๒	**๒๕๖๓**	**๒๕๖๔**	**๒๕๖๕**
ข้าราชการ	๗๙๕	๘๐๓	๙๔๕	๙๔๙
พนักงานราชการ	๕๕	๕๕	๔๑	๕๓
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	๕๑๕	๕๖๕	๔๙๖	๕๐๐
ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)	๗๒	๑๐๐	๖๕	๖๘
ลูกจ้างชั่วคราว (รายวัน)	๒๒๓	๑๙๖	๒๐๔	๓๑๙

ที่มา : ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

ตาราง ๒ จำแนกแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ลำดับ	สาขา	จำนวน(คน)
๑		๘
๒	ศัลยกรรมประสาท	๑
๓	ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	๑
๔	ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	๒
๕	ศัลยศาสตร์หลอดเลือด	๑
๖	ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ	๑
๗	ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	๑๑
๘	อายุรศาสตร์	๑๑
๙	ตจวิทยา	๑
๑๐	อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร	๑
๑๑	อายุรกรรมประสาท	๒
๑๒	อายุรศาสตร์โรคเลือด	๑
๑๓	อายุรศาสตร์โรคไต	๓
๑๔	อายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ทอและเมตาบิลิซึม	๑
๑๕	อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	๒
๑๖	อายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติซึ่ม	๑
๑๗	อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ	๑
๑๘	อายุรศาสตร์โรคระบบหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ	๑
๑๙	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๖
๒๐	อาชีวเวชศาสตร์	๑

ลำดับ	สาขา	จำนวน(คน)
๒๑	รังสีวิทยาวินิจฉัย	๕
๒๒	โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา	๖
๒๓	จิตเวชศาสตร์	๑
๒๔	จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น	๑
๒๕	จักษุวิทยา	๔
๒๖	กุมารเวชศาสตร์	๖
๒๗	กุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม	๑
๒๘	เวชศาสตร์ครอบครัว	๘
๒๙	วิสัญญีวิทยา	๘
๓๐	พยาธิกายวิภาค	๒
๓๑	สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา	๘
๓๒	เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์	๑
๓๓	เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์	๒
๓๔	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	๓
๓๕	เวชปฏิบัติทั่วไป	๒
๓๖	เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงระบาดวิทยา)	๑
๓๗	เวชศาสตร์ป้องกัน(แขนงสาธารณสุขศาสตร์)	๑
๓๘	นิติเวชศาสตร์	๑
รวม		**๑๑๘**

ที่มา : ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

๔. ข้อมูลทางการเงิน

ตาราง ๓ ประมาณการรายได้และรายได้จริง ไตรมาสที่ ๓ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ที่	รายการ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)		
		แผน	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
๑	เงินงบประมาณ	๗๒๑,๖๔๐,๗๒๐.๐๐	๕๓๗,๙๔๙,๔๓๑.๐๒	๗๔.๕๕
๒	เงิน UC	๑,๐๗๓,๕๐๐,๐๐๐.๐๐	๖๕๘,๐๗๒,๒๔๘.๗๘	๖๑.๓๐
๓	เงินอื่นๆ	๖๒๐,๖๙๗,๐๖๐.๐๐	๗๒๙,๗๗๗,๖๗๑.๒๓	๑๑๗.๕๗
	รวมประมาณการรายรับ	**๒,๔๑๕,๘๓๗,๗๘๐.๐๐**	**๑,๙๒๕,๗๙๙,๓๕๑.๐๓**	**๗๙.๗๒**

ที่มา : http://dhes.moph.go.th งานการเงินและบัญชี ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

ตาราง ๔ รายละเอียดงบประมาณรายรับ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

รหัส	รายการ	ประมาณการปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)		
		ประมาณการ	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
P๐๔	รายได้ UC	๑,๐๗๑,๕๐๐,๐๐๐.๐๐	๖๕๕,๙๕๖,๗๕๖.๗๘	๖๑.๒๒
P๐๕	รายได้จาก EMS	๒,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๒,๑๑๕,๔๙๒.๐๐	๑๐๕.๗๗
P๐๖	รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	๕,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๕,๔๖๘,๘๐๐.๔๖	๑๐๙.๓๘
P๖๑	รายได้ค่ารักษา อปท.	๓๖,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๓๕,๓๖๓,๑๑๙.๕๙	๙๘.๒๓
P๐๗	รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	๒๒๙,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๑๗๑,๓๖๐,๗๓๒.๒๖	๗๔.๘๓
P๐๘	รายได้ประกันสังคม	๑๑๒,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๘๖,๓๓๑,๒๖๙.๘๘	๗๗.๐๘
P๐๙	รายได้แรงงานต่างด้าว	๒,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๑,๒๔๕,๘๕๐.๖๗	๖๒.๒๙
P๑๐	รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น ๆ	๓๕๗,๔๓๑,๐๐๐.๐๐	๕๔๗,๔๐๖,๑๐๗.๓๗	๑๕๓.๑๕
P๑๑	รายได้งบประมาณส่วนบุคลากร	๔๕๑,๖๔๐,๗๒๐.๐๐	๓๒๕,๗๕๖,๗๗๘.๗๑	๗๒.๑๓
P๑๒	รายได้อื่น	๑๔๙,๒๖๖,๐๖๐.๐๐	๙๔,๗๙๔,๔๔๓.๓๑	๖๓.๕๑
P๑๒๑	รายได้อื่น (ระบบบัญชีบันทึกอัตโนมัติ)	๕๐๐,๐๐๐.๐๐	๓๐๒,๙๓๐.๐๐	๖๐.๕๙
P๑๓S	**รวมรายได้**	**๒,๔๑๕,๘๓๗,๗๘๐.๐๐**	**๑,๙๒๕,๗๙๙,๓๕๑.๐๓**	**๗๙.๗๒**

ที่มา : http://dhes.moph.go.th งานการเงินและบัญชี ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

ตาราง ๕ สรุปรายจ่าย จำแนกรายหมวด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ที่	รายการ	ประมาณการปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)		
		แผน	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
๑	งบบุคลากร	๙๔๒,๒๗๖,๑๐๐.๐๐	๖๙๑,๖๔๒,๐๒๕.๗๒	๗๓.๔๐
๒	งบดำเนินงาน	๑,๓๓๓,๐๐๒,๐๑๐.๐๐	๗๖๓,๒๘๐,๒๑๙.๗๖	๕๗.๒๖
	รวมประมาณการค่าใช้จ่าย	**๒,๒๗๕,๒๗๘,๑๑๐.๐๐**	**๑,๔๕๔,๙๒๒,๒๔๕.๔๘**	**๖๓.๙๔**

ที่มา : http://dhes.moph.go.th งานการเงินและบัญชี ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

ตาราง ๖ แผนประมาณการรายจ่ายและรายจ่ายจริง ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ หมวดงบบุคลากร

รหัส	รายการ	ประมาณการปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)		
		แผน	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
P๑๗	เงินเดือนและค่าจ้างประจำ	๔๓๕,๖๘๑,๗๐๐.๐๐	๓๒๕,๙๙๔,๔๘๒.๙๐	๗๔.๘๒
P๑๘	ค่าจ้างชั่วคราว/พกส./ค่าจ้างเหมาบุคลากรอื่น	๑๓๙,๙๗๑,๐๐๐.๐๐	๘๗,๒๕๘,๘๔๙.๐๗	๖๒.๓๔
P๑๙	ค่าตอบแทน	๓๐๑,๑๕๔,๐๐๐.๐๐	๒๔๑,๐๘๕,๕๓๓.๖๓	๘๐.๐๕
P๒๐	ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	๖๕,๔๖๙,๔๐๐.๐๐	๓๗,๓๐๓,๑๖๐.๑๒	๕๖.๙๘
	รวมหมวดงบบุคลากร	**๙๔๒,๒๗๖,๑๐๐.๐๐**	**๖๙๑,๖๔๒,๐๒๕.๗๒**	**๗๓.๔๐**

ที่มา : http://dhes.moph.go.th งานการเงินและบัญชี ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

ตาราง ๗ แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ หมวดงบดำเนินการ

รหัส	รายการ	ประมาณการปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)		
		แผน	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
P๑๔	ต้นทุนยา	๖๑๓,๕๖๖,๐๖๐.๐๐	๒๕๘,๔๐๐,๘๑๖.๕๔	๔๒.๑๑
P๑๕	ต้นทุนเวชภัณฑ์มิใช่ยาและวัสดุการแพทย์	๑๘๘,๒๐๐,๐๐๐.๐๐	๑๒๓,๒๓๔,๖๒๑.๗๘	๖๕.๔๘
P๑๕๑	ต้นทุนวัสดุทันตกรรม	๓,๐๗๐,๐๐๐.๐๐	๑,๖๔๘,๑๒๗.๘๑	๕๓.๖๘
P๑๖	ต้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	๙๘,๕๗๐,๐๐๐.๐๐	๑๑๖,๒๓๙,๐๓๗.๑๙	๑๑๗.๙๓
P๒๑	ค่าใช้สอย	๒๑๒,๒๙๕,๖๐๐.๐๐	๑๓๘,๗๐๙,๓๔๗.๔๒	๖๕.๓๔
P๒๒	ค่าสาธารณูปโภค	๔๔,๘๐๐,๐๐๐.๐๐	๓๑,๙๘๕,๙๖๑.๕๒	๗๑.๔๐
P๒๓	วัสดุใช้ไป	๖๖,๗๘๒,๙๐๐.๐๐	๕๖,๖๕๑,๖๕๗.๖๒	๘๔.๘๓
P๒๔๑	หนี้สูญและสงสัยจะสูญ	๒๐,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๓,๕๗๐,๘๒๔.๒๗	๑๗.๘๕
P๒๕	ค่าใช้จ่ายอื่น	๘๕,๗๑๗,๔๕๐.๐๐	๓๒,๘๓๙,๘๒๕.๖๑	๓๘.๓๑
	รวมหมวดงบดำเนินการ	**๑,๓๓๓,๐๐๒,๐๑๐.๐๐**	**๗๖๓,๒๘๐,๒๑๙.๗๖**	**๕๗.๒๖**

ที่มา : http://dhes.moph.go.th งานการเงินและบัญชี ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

ตาราง ๘ แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ หมวดงบลงทุน

รหัส	รายการ	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)		
		แผน	เบิกจ่าย	ร้อยละ
๑	จัดซื้อ จัดหาด้วยเงินบำรุง	๒๗,๘๙๙,๘๐๐	๓,๒๓๔,๘๓๒	๑๑.๕๙
๒	จัดซื้อ จัดหาด้วยค่างบค่าเสื่อมจากการบริการ(รวมสมทบเงินบำรุง)	๒๒,๙๑๓,๒๔๐	๑๗,๓๕๔,๘๘๐	๗๕.๗๔
๓	จัดซื้อ จัดหาด้วยเงินงบประมาณ	๒๖,๗๓๐,๓๐๐	๒๖,๖๖๒,๒๕๐	๙๙.๗๕
รวม		**๗๗,๕๔๓,๓๔๐**	**๔๗,๒๕๑,๙๖๒**	**๖๐.๙๔**

รหัส	รายการ	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มิถุนายน ๒๕๖๕)		
		แผน	เบิกจ่าย	ร้อยละ
๑	ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	๖,๙๐๔,๓๔๐	๓,๒๓๒,๒๙๐	๔๖.๘๒
๒	ครุภัณฑ์การแพทย์	๖๓,๐๒๑,๐๐๐	๔๐,๖๘๕,๓๐๐	๖๔.๕๖
๓	ครุภัณฑ์ไม่ใช่การแพทย์	๔,๓๑๙,๐๐๐	๒,๔๑๕,๐๗๒	๕๕.๙๒
๔	ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	๓,๒๙๙,๐๐๐	๙๑๙,๓๐๐	๒๗.๘๗
รวม		**๗๗,๕๔๓,๓๔๐**	**๔๗,๒๕๑,๙๖๒**	**๖๐.๙๔**

ที่มา : ฝ่ายพัสดุ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

๕. ข้อมูลการให้บริการ

ตาราง ๙ การให้บริการของโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕

การให้บริการ		ปีงบประมาณ			
		๒๕๖๒	**๒๕๖๓**	**๒๕๖๔**	**๒๕๖๕** ๑ตค.๖๔-๓๐มิย.๖๕
๑	จำนวนเตียง (เตียง)	๕๘๐	๕๘๐	๕๘๐	๕๘๐
๒	จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง)	๕๙๗,๕๘๐	๕๔๗,๒๘๒	๖๑๔,๑๐๘	๖๗๙,๗๒๐
๓	จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง/วัน)*	๑,๖๓๗	๑,๔๙๙	๑,๖๘๒	๒,๔๙๐
๔	จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (ครั้ง)	๔๙,๑๒๕	๔๗,๔๑๐	๔๕,๔๖๘	๓๗,๓๘๓
๕	จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง/วัน)**	๕๑๓	๕๐๑	๕๓๓	๕๙๔
๖	จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน (วัน)	๑๘๗,๑๗๕	๑๘๒,๙๑๒	๑๙๔,๖๖๔	๑๖๒,๒๕๖
๗	อัตราครองเตียง (ร้อยละ)***	๘๘.๔๒	๘๖.๔๐	๙๑.๙๕	๑๐๒.๔๗
๘	จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (วัน/คน)	๓.๘๑	๓.๘๖	๔.๒๘	๔.๓๔
๙	จำนวนผู้ป่วยในเสียชีวิต	๑,๐๐๑	๑,๐๗๐	๑,๑๐๔	๙๒๖
๑๐	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ร้อยละ)	๒.๐๔	๒.๒๖	๒.๔๒	๒.๔๘
๑๑	จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาต่อ (ครั้ง)	๑๐๗,๗๗๓	๑๐๔,๖๑๒	๙๐,๒๒๗	๗๗,๐๓๑

การให้บริการ		ปีงบประ มาณ			
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ ๑ตค.๖๔-๓๐มิย.๖๕
๑๒	จำนวนผู้ป่วยที่ส่งไปรักษาต่อ (ครั้ง)	๑๐,๒๒๓	๑๓,๐๘๙	๑๑,๔๕๑	๙,๒๖๓
๑๓	สัดส่วนการรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ/การส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	๑๐.๕๔	๗.๙๙	๗.๘๘	๘.๓๒

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

หมายเหตุ : ๑. จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง/วัน)* ปี ๒๕๖๕ = จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง) / จำนวนวัน

๒. จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง/วัน)** = จำนวนวันนอน / จำนวนวัน

๓. อัตราครองเตียง (ร้อยละ)*** = (จำนวนวันนอน x ๑๐๐) / (จำนวนเตียง x จำนวนวัน)

ตาราง ๑๐ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม ๕ อันดับแรก
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔ (เรียงลำดับตามร้อยละการเกิดโรค ปี ๒๕๖๕)

ลำดับที่	โรค	ปีงบประมาณ							
		๒๕๖๒		๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕ ๑ตค.๖๔-๓๐มิย.๖๕	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑	เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินสุลิน	๒๒,๗๓๙	๓.๘๑	๒๐,๓๗๓	๓.๗๒	๑๘,๙๓๖	๓.๐๘	๑๓,๕๓๕	๑.๙๙
๒	ความดันโลหิตสูง	๑๔,๐๘๑	๒.๓๖	๑๓,๗๑๐	๒.๕๑	๑๔,๕๒๕	๒.๓๗	๑๒,๑๓๔	๑.๗๙
๓	ไตวายเรื้อรัง	๑๑,๖๖๗	๑.๙๕	๑๑,๔๔๔	๒.๐๙	๑๒,๐๘๓	๑.๙๗	๙,๓๓	๑.๓๗
๔	เบาหวานที่ไม่ระบุรายละเอียด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	๒,๘๘๙	๐.๔๘	๓,๘๗๒	๐.๗๑	๕,๕๓๕	๐.๙	๕,๓๓๖	๐.๗๙
๕	ลมปลายปัตฆาต สัญญาณ ๔ หลัง/คอ	๖,๘๗๖	๑.๑๕	๕,๖๑๔	๑.๐๓	๕,๔๒๔	๐.๘๘	๔,๖๗๙	๐.๖๙

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

หมายเหตุ : จัดเป็นกลุ่มโรค ๓ หลัก ร้อยละ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด

ตาราง ๑๑ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม ๕ อันดับแรก ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕
(เรียงลำดับตามร้อยละการเกิดโรค ปี ๒๕๖๕)

ลำดับที่	โรค	ปีงบประมาณ							
		๒๕๖๒		๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕ ๑ตค.๖๔-๓๐มิย.๖๕	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑	ปอดบวม	๑๘	๐.๐๔	๓๒	๐.๐๗	๑,๐๒๒	๒.๒๕	๑,๔๓๕	๓.๘๔
๒	ไตวาย	๑,๒๗๔	๒.๕๙	๑,๓๗๕	๒.๙๐	๑,๔๙๔	๓.๒๙	๑,๑๒๖	๓.๐๑
๓	การบาดเจ็บต่อสมอง	๑,๖๒๗	๓.๓๑	๑,๔๙๐	๓.๑๔	๑,๓๒๐	๒.๙๐	๑,๐๘๕	๒.๙๐
๔	เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด	๑,๓๑๔	๒.๖๗	๑,๔๐๓	๒.๙๖	๑,๓๖๖	๓.๐๐	๑,๐๑๗	๒.๗๒
๕	แผลติดเชื้อหลังการบาดเจ็บ	๘๐๕	๑.๖๔	๗๖๓	๑.๖๑	๗๔๕	๑.๖๔	๗๑๖	๑.๙๒

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕
หมายเหตุ : จัดเป็นกลุ่มโรค ๓ หลัก ร้อยละ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด

ส่วนที่ ๒

Functional Based

ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๑) สาขาหัวใจและหลอดเลือด

๒) อุบัติเหตุฉุกเฉิน

๓) สาขามะเร็ง

๔) สาขาทารกแรกเกิด

๕) สาขา IMC (Stroke, TBI, SCI)

Area Based

๑) Cancer Anywhere

๒) New normal Medical Service

สรุปผลการดำเนินงานรับตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๕

ประเด็นการตรวจราชการ Functional based
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบการรักษา
หัวข้อ Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด
ผู้รับผิดชอบ

พญ.กิติยา ติยาภักดิ์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๘๑๕๔๔๙๙๗๗ E-mail kitiyatiyapuk@gmail.com
นางพุทธกัญญา นารถศิลป์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๘๙๗๑๒๐๒๘๐ E-mail N.nok2511@hotmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

จังหวัดมหาสารคามมีประชากร 962,665 คน โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลระดับ S มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 จำนวน 3 รพ F1 จำนวน 1 รพ. F2 จำนวน 6 รพ. และ F3 จำนวน 2 รพ. โรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์ประจำคือ รพ.บรบือ รพ.วาปีปทุม และรพ.โกสุมพิสัย โรงพยาบาลมหาสารคามสามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยมีหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจจำนวน 10 เตียง มีแพทย์ Cardiologist 2 คน ไม่มี Interventionist ไม่มี CVT มีพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ 7 คน พยาบาลเฉพาะทางวิกฤติ 5 คน พยาบาลเฉพาะทางสมองและหลอดเลือด 2 คน หัตถการที่ทำได้คือ Intra Aortic Balloon Pump, Temporary Pace Maker, Echocardiogram, Exercise Stress Test, มี Heart Failure Clinic, มี Warfarrin Clinic, โรงพยาบาลระดับ S – F3ที่ให้การดูแลผู้ป่วย STEMI สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทุกโรงพยาบาล 100% และสามารถส่งต่อผู้ป่วยโดยระบบ Refer Bypass ได้ทั้งจังหวัด, มี Warfarrin Clinic 11 รพ. ระดับ S - F2 สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และหลังผ่าตัด valve ที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้ มีระบบส่งต่อและรับปรึกษาในเครือข่าย, อัตราตายผู้ป่วยใน STEMI ปี 2562, 2563 และ 2564 เท่ากับ 0.61% ,1.80 และ 3.70 ตามลำดับ

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์จังหวัดเปรียบเทียบรายปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่องอัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ ๘ ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕

เรื่อง/ตัวชี้วัด/ กิจกรรมดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		พ.ศ.๒๕๖๓		พ.ศ.๒๕๖๔		๒๕๖๕ (ตค.-มิ.ย.๖๕)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ ๙	๔	๑.๘๐	๗	๓.๗๐	๐	๐

ตารางที่ ๑. ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด (ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคามปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ ๘

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ผ่านเกณฑ์ ในปี ๒๕๖๔ มีผู้ป่วยเสียชีวิต ๗ รายจากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วย ๖ รายมีโรคเรื้อรัง มาด้วยอาการหมดสติ หลังช่วยฟื้นคืนชีพ ญาติปฏิเสธการรักษายินยอมให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ อีก ๑ รายเสียชีวิตหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ขณะรอส่งต่อ ในภาพรวมจังหวัดผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด เนื่องจากผู้บริหารระดับจังหวัดให้ความสำคัญ มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนในระดับจังหวัดและเครือข่าย มีคณะกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมกันอย่างเป็นระบบ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ACS ทั้งจังหวัด มี CPG, CNPG มีระบบ Fast track STEMI ระบบ Consult Line : Refer MKH STEMI ระบบส่งต่อ Refer Bypass มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ P๓-A ด้านการคัดกรองเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น Monitor EKG, Defibbrillator, External Pacemaker จากผลการดำเนินงานโรงพยาบาลในเครือข่ายสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ๑๐๐% ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ≥ ร้อยละ ๖๐ มีอัตราที่เพิ่มขึ้น และ Refer Bypass ได้ ๑๐๐% จึงส่งผลให้อัตราตายผู้ป่วย STEMI (I๒๑.๐-๒๑.๓) ในรพ. ต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัด

ตารางที่ ๒ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ≥ ร้อยละ ๖๐

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		พ.ศ.๒๕๖๓		พ.ศ.๒๕๖๔		๒๕๖๕ (ตค.-มิ.ย.๖๕)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ ๖๐	๒๒	๒๐.๑๘	๘๖	๑๐๓	๔๑	๖๖.๑๒

ตารางที่ ๒.ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด (ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคามปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)

๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ≥ ร้อยละ ๖๐

ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด(Door to Needle ≤ ๓๐ นาที ≥ ร้อยละ ๖๐ ผ่านเกณฑ์ในภาพรวมของจังหวัดจากการทบทวนพบว่ากระบวนการในการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่วางไว้เป็นระบบเอื้อต่อผู้ปฏิบัติในการทำงาน ซึ่งกระบวนการในการให้ยาละลายลิ่มเลือดประกอบด้วย ๑) การคัดกรองและทำ EKG ภายใน เวลา๑๐นาที ๒) การตรวจและวินิจฉัยภายใน ๑๕ นาที ๓) การเตรียมให้ยาและให้ยา ภายใน ๕ นาที ในทั้ง ๓ กระบวนการพบว่า ในการตรวจและวินิจฉัย ซึ่งเป็น Competency ของแพทย์ในโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย ในการวินิจฉัย EKG แพทย์ปฏิบัติตามแนวทาง CPG ที่จังหวัดวางไว้ ผ่านกระบวนการ Consult Staff ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดในกรณีไม่แน่ใจ ทำให้ขั้นตอนนี้เกิดการรักษาที่รวดเร็วและชัดเจนมากขึ้นประกอบกับในปี ๒๕๖๔ มีการปรับตัวชี้วัดใหม่เป็นมาตรฐานเวลาที่กำหนดนับจาก Door Diag(EKG) to Needdle สนับสนุนให้ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ในภาพรวมของจังหวัด และสุดท้ายส่งผลให้อัตราตายลดลง

๑.๒ ข้อมูลสถานการณ์แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕

ตารางที่ ๓ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ ๘

ที่	อำเภอ	ปี ๒๕๖๓			ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕(ตค-มิ.ย.๖๕)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	เมือง	๘	๓	๓.๒๙	๘	๖	๖.๓๘	๒	๐	๐
๒	แกดำ	๑	๐	๐	๑	๐	๐	๐	๐	๐
๓	โกสุมพิสัย	๓	๑	๒.๖๓	๓	๑	๓.๑๒	๒	๐	๐
๔	กันทรวิชัย	๑	๐	๐	๑	๐	๐	๑	๐	๐
๕	เชียงยืน	๑	๐	๐	๑	๐	๐	๑	๐	๐
๖	บรบือ	๑	๐	๐	๑	๐	๐	๑	๐	๐
๗	นาเชือก	๑	๐	๐	๑	๐	๐	๑	๐	๐
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๑	๐	๐	๑	๐	๐	๑	๐	๐
๙	วาปีปทุม	๒	๐	๐	๑	๐	๐	๑	๐	๐
๑๐	นาดูน	๑	๐	๐	๑	๐	๐	๑	๐	๐
๑๑	ยางสีสุราช	๑	๐	๐	๑	๐	๐	๑	๐	๐
๑๒	กุดรัง	๑	๐	๐	๑	๐	๐	๑	๐	๐
๑๓	ชื่นชม	๑	๐	๐	๑	๐	๐	๑	๐	๐
	รวม	๒๓	๔	๑.๘๐	๒๓	๗	๓.๗๐	๗	๐	๐

ตารางที่ ๔.ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ≥ ร้อยละ ๖๐

ที่	อำเภอ	ปี ๒๕๖๓			ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕(ตค.-มิ.ย.๖๕)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	เมือง	๑๗	๓	๑๗.๖๔	๒๑	๑๖	๗๖.๑๙	๑๖	๔	๒๕
๒	แกดำ	๕	๐	๐	๒	๒	๑๐๐	๔	๔	๑๐๐
๓	โกสุมพิสัย	๑๓	๑	๗.๖๙	๑๔	๑๐	๗๑.๔๒	๖	๐	๐
๔	กันทรวิชัย	๑๒	๑	๘.๓๓	๘	๘	๑๐๐	๔	๓	๗๕
๕	เชียงยืน	๔	๐	๐	๓	๓	๑๐๐	๔	๔	๑๐๐
๖	บรบือ	๙	๒	๒.๒๒	๑๒	๑๒	๑๐๐	๔	๔	๑๐๐
๗	นาเชือก	๑๔	๔	๒๘.๖	๗	๗	๑๐๐	๕	๕	๑๐๐
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๖	๐	๐	๖	๖	๑๐๐	๙	๙	๑๐๐
๙	วาปีปทุม	๒๐	๘	๔๐	๑๓	๑๑	๘๔.๖๑	๔	๔	๑๐๐
๑๐	นาดูน	๒	๐	๐	๗	๖	๘๕.๗	๓	๓	๑๐๐
๑๑	ยางสีสุราช	๓	๒	๖๖.๗	๓	๐	๐	๐	๐	๐
๑๒	กุดรัง	๒	๑	๕๐	๖	๖	๑๐๐	๓	๓	๑๐๐
๑๓	ชื่นชม	๒	๐	๐	๑	๐	๐	๐	๐	๐
	รวม	๑๐๙	๒๒	๒๐.๑๘	๑๐๓	๘๖	๘๓.๔๙	๖๒	๔๑	๖๖.๑๒

ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ≥ ร้อยละ ๖๐ (Door to Needle time ≤ ๓๐ นาที ≥ ร้อยละ ๖๐) เปรียบเทียบข้อมูลในปี ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ พบว่า ในภาพรวมจังหวัด ผลงาน ๒๐.๑๘% และ ๘๓.๔๙ % ตามลำดับซึ่ง ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ แยกข้อมูลราย รพ.ในปี ๒๕๖๔ พบว่า มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์จำนวน ๑๑ โรงพยาบาลจาก ๑๓ โรง ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน ๒ โรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เป็นปัญหาเรื่องของ Delayed Fist Diag ของโรงพยาบาลแม่ข่าย สาเหตุจากทำ EKG แล้วรอ Consult หลายที่ รอญาติตัดสินใจให้ยา รอ Confirm diag จาก Staff เวร คัดกรองล่าช้า และโรงพยาบาลลูกข่าย ๖ ราย รอ Consult เพื่อ Confirm diagnosis ผู้ป่วย Post arrest ต้องช่วยชีวิตก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดทำให้ระยะเวลาการให้ยาล่าช้า ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาปรับปรุงเรื่องของสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ และพัฒนาระบบ Pre-hosp ร่วมกับ ๓ หมอ การสื่อสารข้อมูลเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การให้ความรู้ประชาชน การสังเกตอาการเบื้องต้นและการเรียกใช้บริการ ๑๖๖๙ เพื่อให้ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ในลำดับต่อไป

๒. การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อกำหนดการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๕

หัวข้อ	การดำเนินงานในปี ๒๕๖๕
๑. การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	-ปชส.๑๖๖๙ ร่วมกับSP ระบบส่งต่อและปฐมภูมิ ๓ หมอ -Prevention ร่วมกับปฐมภูมิ คัดกรอง CVD Risk, Mapping -พัฒนาเครือข่าย STEMI Fast track จาก P๓-S
๒. บุคลกรสาธารณสุข (Health Workforce)	-เพิ่มอายุรแพทย์ใน รพ.เครือข่าย -พัฒนา Competency แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ -พัฒนาระบบConsultผ่าน Line: Refer MKH STEMI
๓.ข้อมูลข่าวสาร (Information)	-พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูล ACS registryโดยใช้โปรแกรม Thai ACS Registry -เชื่อมโยงข้อมูล CVD Risk กับ NCD และปฐมภูมิ -จัดทำสติกเกอร์การดูแลโรคหัวใจ อาการเบื้องต้น แจกทุก รพ.สต -เพิ่มช่องทางการให้ความรู้เรื่องโรคในโรงเรียน และหอกระจายข่าวหมู่บ้าน
๔. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	-เพิ่ม บช.ยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจให้พร้อมใช้ใน รพ.เครือข่าย ๔ตัวหลัก SK, Clopidogrel, Warfarin,Bisoprolol)และCordarone, NTG, Adenosine) -กำกับการลงข้อมูลทุก รพ.ในโปรแกรม Thai ACS Registry
๕. การเงิน (Financing)	-งบประมาณกระทรวง สปสช. งบประมาณจากท้องถิ่น
๖. การนำและการอภิบาลระบบ (Leading / Governance)	-มีคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด -การประชาสัมพันธ์ ปชช.ทุกคนสามารถเข้าถึงระบบช่องทางด่วน STEMI Fast track โดยใช้รถฉุกเฉิน ๑๖๖๙
๗. ชุมชน ภาคีและการมีส่วนร่วม (Participation)	-พัฒนาระบบ Refer Bypass ร่วมกับ รพ.มหาวิทยาลัย และรพ.เอกชน

ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงาน

๑. ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบ
๒. มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยมีคณะกรรมการระดับจังหวัด
๓. มีระบบการดูแล การให้คำปรึกษา การรักษา การส่งต่อที่ชัดเจนในเครือข่ายบริการ
๔. บุคลากรให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง
๕. มีการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ
๖. มีการทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์และดำเนินงานเพื่อปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

๓. การแก้ไขปัญหาอุปสรรคจากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๕

ตารางที่ ๕ การแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ของจังหวัดมหาสารคาม ตามที่ส่วนกลางได้ให้ข้อเสนอแนะของตัวชี้วัด/เรื่อง ประชาชนไม่เห็นความสำคัญของรถ EMS ใช้รถส่วนตัวมากกว่า ปี ๒๕๖๕ จากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๑/๒๕๖๕

ข้อเสนอแนะจากทีมตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๕	การดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ของจังหวัดมหาสารคาม
๑.เพิ่ม Health literacy/ early warning sign ประชาสัมพันธ์ EMS ๑๖๖๙	คณะกรรมการระดับจังหวัดได้ทบทวนข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานในโรงพยาบาลที่ตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์ พบปัญหาจากระบบ Pre-hospital ให้คณะกรรมการระดับ รพช. ทบทวนและแก้ไขร่วมกันทุกเคสที่ตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์ และบูรณาการการดูแลผู้ป่วยร่วมกับปฐมภูมิและ NCD Clinic ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและควบคุมโรคใน NCD clinic ควบคุมกำกับติดตามโดยคณะกรรมการระดับจังหวัดในเวที Refer Audit และการประชุมคณะกรรมการ Service Plan
๒.ในผู้ป่วยหลังใส่ Stent/CABG เพิ่ม Health literacy ในการควบคุม NCD ให้ดี	
๓.Prevention นโยบายเชิงรุก คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ควบคุมโรคใน NCD clinic	
๔.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้ยา SK ภายใน ๓๐ นาที	

๔. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑.การเข้าถึงบริการ ๑.๑.การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ CVD Risk ยังไม่ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ ๑.๒.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชากรกลุ่มเสี่ยงทำได้บางพื้นที่ไม่ครอบคลุม ๑.๓.ประชาชนขาดความตระหนักจากภาวะคุกคามของโรคหัวใจ	-การดำเนินงานด้านปฐมภูมิเชิงรุกให้ครอบคลุม -การดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง -การให้ความรู้ การประเมินความรู้เรื่องโรคอาการแจ้งเตือนของโรคหัวใจเพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้ของประชาชน	-การดำเนินงานในการคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน -เชื่อมโยงระบบ DHS ตั้งแต่ตติยภูมิจนถึง รพสต. โดยเน้นการ Prevention / การเข้าถึงบริการในระดับ รพสต.

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑.๔.ขาดแนวทางการคัดกรอง ดูแลและนำส่งผู้ป่วยเบื้องต้นของ	-การโฆษณาประชาสัมพันธ์ ๑๖๖๙ -จัดทำแนวทางการคัดกรอง การดูแลและส่งต่อเบื้องต้นจาก รพ.สต.ถึง รพช./รพ.มค.	
๒.การรักษา	-บุคลากรขาดความมั่นใจสมรรถนะการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-ส่งเสริมสมรรถนะ
๓.การดูแลต่อเนื่อง	มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องในชุมชน	-การส่งเสริมให้มีระบบการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระบบ

๕. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑. ระบบRefer Bypass ทั้งจังหวัด
๒. เก็บข้อมูลใน Google from
๓. Set Box Arrhythmias

๖. ภาพกิจกรรมดำเนินการ

จัดทำคู่มือ และสติกเกอร์แจกให้กับ รพ สต ทุกแห่ง

สรุปผลการดำเนินงานรับตรวจราชการรอบที่ ๒/๒๕๖๕

ประเด็นการตรวจราชการ Function Based
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
คณะ ๒ การพัฒนาระบบการรักษา
หัวข้อ Service Plan การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ(Trauma)
ตัวชี้หลัก

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย<ร้อยละ๑๒) (Traumaและnon –trauma <ร้อยละ๑๒)

ผู้รับผิดชอบ

นายอนันตเดช วงศรียา ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
เบอร์โทร๐๘๑-๗๑๗๓๙๐๕ E-mail : advisory149@yahoo.com
นางจุลินทร ศรีโพนทัน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
เบอร์โทร ๐๘๔-๙๕๗๑๗๑๑ E-mail : Julintron_sri@hotmail.com
นางปรมาภรณ์ คลังพระศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
เบอร์โทร ๐๘๘-๕๕๒๙๘๕๘ E-mail : paramaporn2016@gmail.com
นางวิไลพร แก้วอรุณ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์โทร.๐๙๐-๙๖๘๔๓๖๓ E-mail : wiripron91@gmail.com
นางวิไลกูล ครองยุทธ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์โทร.๐๘๕-๐๐๒๓๓๘๑ E-mail : tikkypadthai@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หมายถึงระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การดูแลผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉินในโรงพยาบาล การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral system) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข

การมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการบริหารจัดการเรื่อง ER Crowding ได้นำเอาระบบ MOPH ED Triage เพื่อประสิทธิภาพในการคัดกรอง การจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินและกลุ่มโรคสำคัญในระบบช่องทางด่วน (Fast track) การจัดพัฒนาการบริการตามแนวทาง ER service delivery ให้มีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญครบทุกสาขา และแพทย์ห้องฉุกเฉินสามารถ admit ผู้ป่วยได้โดยตรงตามข้อตกลงร่วมกัน ตาม ER target time ๒ hrs. เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย จากข้อมูลการตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M๑ น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ ซึ่งในจังหวัดมหาสารคาม จะเก็บข้อมูลเฉพาะโรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูลที่นำเสนอเป็นข้อมูลที่รวบรวมจากระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลมหาสารคาม อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาลมหาสารคาม (ระดับS) ทั้งที่ ER และ Admit น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ จากการทบทวนพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ตายใน ๒๔ ชม. ในปี ๒๕๖๔ ทั้งหมดจำนวน ๕,๕๑๔ ราย จากผู้ป่วย Level ๑ จำนวน ๔๒๗ ราย คิดเป็น ๗.๗๔% ซึ่งต่ำกว่าปี ๒๕๖๕ (ณ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๕) ผู้ป่วยที่ตายใน ๒๔ ชม. จำนวน ๔,๘๐๓ ราย จากผู้ป่วย Level ๑ จำนวน ๓๒๓ ราย คิดเป็น ๖.๗๒% อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับกลไกและความรุนแรงของการบาดเจ็บ กรณีที่ผู้บาดเจ็บมีสาเหตุการบาดเจ็บด้วย

กลไกที่รุนแรงอาจเสียชีวิตในระยะแรกตั้งแต่จุดเกิดเหตุและบางส่วนถ้าได้รับการดูแลรักษาทันท่วงทีตั้งแต่จุดเกิดเหตุและนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมมีโอกาสรอดชีวิตและมีจำนวนหนึ่งที่เสียชีวิตขณะนำส่งหรือขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

จังหวัดมหาสารคามมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ Service plan สาขาอุบัติเหตุ และคณะกรรมการบริหารงานด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งมีหน้าที่ในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ การจัดการข้อมูลการติดตามผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ได้มีการจัดระบบ Fast track Head Injury มี CPG และคู่มือ สำหรับการดูแลผู้ป่วย มีการประชุม Trauma Audit ,Refer Audit ทุก ๒ เดือน ทั้งในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน มีการจัดTrauma Registry โดยใช้โปรแกรม IS Win ในโรงพยาบาลจังหวัดและมีแผนการดำเนินการในระดับอำเภอ มีการนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน มีการจัดบริการแบบวิถีใหม่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, ER, ระบบส่งต่อ และLiving with Covid-๑๙

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉินภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕ (๙ เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	< ๑๒%	๕๔๔/ ๗,๒๓๕	๗.๕๒	๔๒๗/ ๕,๕๑๔	๗.๗๔	๓๒๓/ ๔,๘๐๓	๖.๗๒
- Trauma		๑๑๑/ ๕๗๒	๑๙.๔๑	๘๖/ ๔๐๐	๒๑.๕	๕๗/ ๒๙๘	๑๙.๑๓
- Non Trauma		๔๓๓/ ๖,๖๖๓	๖.๕	๓๓๗/ ๕,๑๒๒	๖.๕๘	๒๖๘/ ๔,๕๐๕	๕.๙๕

๑.๒ ข้อมูลสถานการณ์แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๕

ตารางที่ ๒ เป้าหมายและผลการดำเนินงานตัวชี้วัดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่า ร้อยละ ๑๒ แยกรายอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕

(๑ ตุลาคม ๒๕๖๔-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕)

ที่	อำเภอ	เป้าหมาย	๒๕๖๓		๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕ (๙ เดือน)	
			ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
๑	เมือง	< ๑๒%	๔๔๙/๕,๔๔๓	๘.๒๕	๔๒๗/๕,๕๑๔	๗.๗๔	๓๒๓/๔๘๐๓	๖.๗๒
	-Trauma		๘๗/๔๐๑	๒๑.๗	๘๖/๔๐๐	๒๑.๕	๕๗/๒๙๘	๑๙.๑๓
	-Non Trauma		๓๖๒/๕,๐๔๒	๗.๑๘	๓๓๗/๕,๑๒๒	๖.๕๘	๒๖๘/๔๕๐๕	๕.๙๕

จากตารางที่ ๒ พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ผ่านตัวชี้วัด อัตราร้อยละ ๖.๗๒ ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยTrauma ยังมีอัตราการเสียชีวิตสูง ร้อยละ ๑๙.๑๓ จากการวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิต ๓ อันดับแรก คือ Blunt chest, Severe Head Injury และBlunt Abdomen ซึ่งส่วนใหญ่พบ Mechanism of injury รุนแรงจากจุดเกิดเหตุ ไม่สวมหมวกนิรภัย ดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนผู้ป่วย Non-Trauma สาเหตุการเสียชีวิต ๓ อันดับแรก คือ Pneumonia with sepsis with Respiratory Failure ,Sepsis with shock และUGIB with shock

จากสาเหตุการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วย Trauma ได้มีการทบทวน โดยการทำ Trauma Audit MM conference ผลลัพธ์ได้พัฒนา Trauma Fast Track โดยการเพิ่มรายละเอียด CPG การดูแลผู้ป่วย การ Consult แพทย์เฉพาะทาง โอกาสพัฒนา เพิ่ม Alert trauma Team ส่วนผู้ป่วย Non-trauma เพิ่มการดูแลผู้ป่วยรายโรค เพิ่มสมรรถนะบุคลากรในการคัดกรองเพื่อเพิ่มการเข้าถึง

๑.๓ ข้อมูลผลการดำเนินงานแยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ๒๕๖๕รอบ ๙ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔- ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕)

ตารางที่ ๓ เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด/เรื่องอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน (level ๑)ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในรพ.A,S,M๑.ปี ๒๕๖๕ รอบ ๙ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔-๓๐ มิถุนายน๒๕๖๕) ของจังหวัดมหาสารคาม แยกรายอำเภอ

ที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงานรอบ ๗ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓—๓๐เมษายน ๒๕๖๔) ของจังหวัดมหาสารคาม แยกรายอำเภอ													
			เมือง	โกสุม	พยัคฆ์	บรบือ	วาปี	เชียงยืน	กันทร	นาเชือก	นาดูน	แกดำ	ยางสี	กุดรัง	ชื่นชม	รวม/เฉลี่ย
๑	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน (level ๑)ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในรพ. A,S,M๑	< ๑๒%	๖.๗๒													๖.๗๒

๒. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จของตัวชี้วัด อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน(level ๑)ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในรพ.A,S,M๑ ปี ๒๕๖๕

จากการวิเคราะห์เชิงระบบ พบว่าอัตราตายผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage Level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง Trauma เป้าหมาย ≤๑๒% ผลงาน ๑๙.๑๓ ไม่ผ่านเกณฑ์ สาเหตุการเสียชีวิตกลุ่มผู้ป่วยTrauma

๑. Pre –hospital การสั่งการล่าช้า

๒. รพช. Resuscitation ภาวะshock ที่ ไม่เหมาะสม ,Miss diagnosis ในกลุ่ม Blunt chest

๓. In-hospital : การ monitor ,การ Resuscitation นาน , Deleyed Treatment

๔. Mechanism of injury รุนแรงจากจุดเกิดเหตุ ไม่สวมหมวกนิรภัย ดื่มแอลกอฮอล์

จึงได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ทบทวนคุณภาพการบริการ ทบทวนการใช้ Protocal การสั่งการพัฒนาร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยเน้นงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนผ่านเครือข่ายศูนย์ความปลอดภัยทางถนนระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด, พัฒนาข้อมูล ๓ ฐาน, ขยาย มาตรการองค์กร หน่วยงานภาครัฐ เอกชน สถานประกอบการ สถานศึกษา ท้องถิ่น และชุมชน, พัฒนาความเข้มแข็งของ DHS-RTI ทุกอำเภอ, การสอบสวนข้อมูลเชิงลึกในอุบัติเหตุทางถนนและวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยง ขับเคลื่อนงานโดยผู้ว่าราชการจังหวัดมีการประชุมติดตามงานทุกเดือน

๓. การแก้ไขปัญหาอุปสรรคจากการตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๕

ตารางที่ ๔ การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของจังหวัดมหาสารคาม ตามที่ส่วนกลางได้ให้ข้อเสนอแนะของตัวชี้วัดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน (level ๑)ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในรพ.A,S,M๑ ปี ๒๕๖๕ จากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๑/๒๕๖๕

ข้อเสนอแนะจากทีมตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๕	การดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ของจังหวัดมหาสารคาม
ER Crowding Pt. level ๑-๒ อยู่ใน ER นานเท่าไหร่ และนำไปใช้ในการพัฒนาอย่างไร	ผู้ป่วยLevel ๑,๒ อยู่ในER เกิน ๒ ชั่วโมง ร้อยละ๔๑.๖๘ จากการวิเคราะห์พบว่าเกิดจากการ Resuscitation นานในกลุ่มผู้ป่วยShock , สถานการณ์COVID-๑๙ ที่ต้องใช้เวลานานในการประสานงานจัดหาเตียง การแก้ไขปัญหา ๑.แนวทางการ Resuscitation Shock ตั้งแต่ Pre-hospital ,Refer, In-hospital ๒.แผนรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินหมู่,อุบัติเหตุหมู่
สาเหตุของการเข้าถึง ๑๖๖๙ น้อย เพราะอะไร	จากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าสาเหตุที่ประชาชนไม่รียกใช้ระบบ ๑๖๖๙ คือ สถานการณ์COVID-๑๙ ที่ต้องใช้เวลานานในการซักประวัติคัดกรองความเสี่ยง ประกอบกับความวิตกกังวลจึงทำให้ผู้รับบริการรีบเร่งตัดสินใจมาเองและบ้านใกล้ร้อยละ ๒มีรถส่วนตัวร้อยละ ๓๐ การแก้ไขปัญหา -ลงพื้นที่รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจถึงผลดีของการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉพาะในกลุ่มโรคสำคัญร่วมกับงานปฐมภูมิเชิงรุก โครงการ ๓ หมอ

๔. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑. ขาดแคลนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง - EP - EN/ENP	- วางแผนอัตรากำลังเพิ่ม EP, EN/ENP	- จัดสรรอัตรากำลัง - พัฒนาแหล่งฝึกภายในเขต
๒. ER มีความแออัด จากการใช้บริการของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก	- ผลักดันผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินใช้บริการคลินิกนอกเวลาและลดระยะเวลาผู้ป่วยในห้อง ER ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง	- จัดทำแผนระดับเขต
๓. การ Refer Back ผู้ป่วยกลับ รพ. ที่เป็น Node	- ส่งเสริมการ Refer Back อย่างมีระบบกลับ รพ.ที่เป็น Node สำหรับ IMC เพื่อดูแลฟื้นฟูหลังพ้นระยะวิกฤติ	- กำหนด รพ. ที่เป็น Node เพื่อ refer back และ IMC ระดับเขต
๔. ระบบสนับสนุน ECS คุณภาพ	- ส่งเสริมการวิจัย -จัดทำแผนและซ้อมแผนระดับจังหวัด/เขต	- จัดทำแผนระดับเขต
๕ TEA Unit ที่ได้มาตรฐาน	- พัฒนา TEA Unit ใน รพ. ระดับ A ,S ,M๑ ให้ได้มาตรฐาน - การพัฒนา TEA Unit ด้านบุคลากร	- จัดสรรอัตรากำลังเช่น พยาบาล : ผู้บริหารจากส่วนกลาง และสำนักการพยาบาล ควรมีแนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ และความก้าวหน้า

๕. Best practice หรือนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑. รางวัลผลการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ D-RTI ระดับดีเด่น (ดีเยี่ยม ๔ ปีซ้อน)

๒. โล่และประกาศเกียรติบัตรการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากจราจรทางถนนระดับอำเภอ D-RTI และระดับท้องถิ่น City RTI

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. มีคณะกรรมการ กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน

๒. การบูรณาการร่วมการดูแลผู้ป่วยในแบบสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

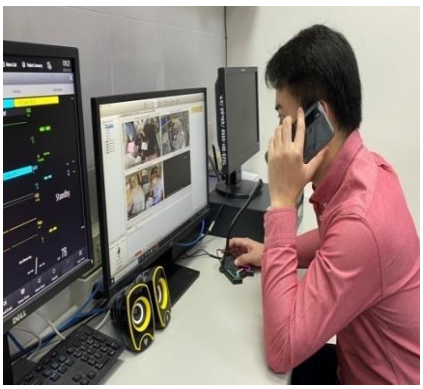
๖. ภาพกิจกรรม

วยการความปลอดภัยทางถนน
จังหวัดมหาสารคาม

โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้รับใบประกาศเกียรติคุณ
สนับสนุนและเข้าร่วมการฝึกซ้อมแผนอุบัติเหตุใหญ่
การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ประจำปี 2565
โดย ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม ณ วันที่ 12 พฤษภาคม 2565

กระทรวงสาธารณสุข
D-RTI

51
97
22
103/88



สรุปผลการดำเนินงานรับตรวจราชการรอบที่ ๒/๒๕๖๕

ประเด็นการตรวจราชการ Function Based
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
คณะ ๒ การพัฒนาระบบการรักษา
หัวข้อ Service Plan สาขามะเร็ง
ผู้รับผิดชอบ

นายเฉลิมพล บุญพรหมธีรกุล	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
เบอร์โทร ๐๘๘๓๑๑๔๘๕๒	E-mail Drsun38@hotmail.com
นางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์โทร ๐๘๘๕๖๒๙๑๔๑	E-mail k_su@windowslive.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-มิ.ย.๖๕) มีจำนวน ๓,๔๔๐ ,๒,๘๓๕ และ ๑,๖๕๗ ราย ตามลำดับ และ ๕ โรคมะเร็งที่พบบ่อย มีจำนวนดังนี้ ๑) มะเร็งท่อทางเดินน้ำดีและตับ ๗๕๗, ๖๕๕, ๓๔๕ ราย ๒) มะเร็งลำไส้และทวาร ๕๑๕, ๔๖๒, ๒๙๐ ราย ๓) มะเร็งเต้านม ๔๒๙, ๓๒๖, ๑๘๔ ราย ๔) มะเร็งปอด ๑๖๔, ๑๐๒, ๙๘ ราย และ ๕) มะเร็งปากมดลูก ๙๗, ๙๑, ๕๓ ราย ตามลำดับ

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ๑,๒๓๖, ๑,๒๖๔ และ ๘๔๘ ราย ตามลำดับ แยกอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ๕ อันดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ๑) มะเร็งท่อน้ำดีและตับ จำนวน ๓๑๐, ๔๗๕ และ ๕๐๔ ราย ๒) มะเร็งปอด จำนวน ๑๕๓, ๑๗๘ และ ๑๑๐ ราย ๓) มะเร็งลำไส้และทวาร จำนวน ๙๒,๖๗ และ ๓๓ ราย ๔) มะเร็งเต้านม จำนวน ๓๕, ๕๗ และ ๓๔ ราย และ ๕) มะเร็งปากมดลูก ๒๙, ๒๓ และ ๑๖ ราย ตามลำดับ

สถิติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งทุกสิทธิ์ ในเขตบริการ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ มีจำนวน ๒,๓๔๗, ๑,๓๑๗ และ ๑,๗๕๘ ราย โรงพยาบาลที่ส่งต่อมากที่สุด คือ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (๖๓๗, ๖๕๔ และ ๔๘๖ ราย) รองลงมาคือ โรงพยาลขอนแก่น (๓๗๙, ๔๕๘ และ ๒๘๙ ราย) และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (๑๐๐, ๑๔๒ และ ๘๘ ราย) สาเหตุของการส่งต่อปี ๒๕๖๔ เนื่องจากเพื่อรักษาต่อเนื่อง ๗๑๘ ราย เกินศักยภาพด้านการรักษาเพื่อการวินิจฉัย ชันสูตร จำนวน ๓๙๕ ราย เกินศักยภาพของหน่วยบริการด้านเครื่องมือและบุคลากร จำนวน ๑๑๐ ราย ฉายแสง จำนวน ๖๙ ราย เคมีบำบัดรักษา จำนวน ๒๐ ราย กลืนแร่ จำนวน ๕ ราย และรักษาใกล้บ้าน ๓ ราย และ สถิติส่งต่อนอกเขตบริการมีแนวโน้มลดลง มีจำนวน ๓๓, ๙ และ ๗ ราย ตามลำดับ

อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี จังหวัดมหาสารคามเป้าหมาย ≥๘๐% ทำผลงานผ่านเกณฑ์เป้าหมายทุกปี ผลการดำเนินงานคิดเป็นร้อยละ ๙๕.๐๖, ๙๔.๐๑ และ ๘๗.๗๓ ตามลำดับ

อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี เป้าหมาย ≥๘๐% ผลงานสะสม ๕ ปี (ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒) คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๖๔ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๗ ยอดสะสม ๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๗๔ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก ๑) ติดสถานการณ์โรคโควิดแพร่กระจาย ทำให้การดำเนินงานล่าช้าออกไป ๒) บุคลากรขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ๓) กลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการตามนัด อายไม่ยอมตรวจ แนวทางแก้ไขปัญหา ได้แก่ การออกตรวจและคัดกรองเชิงรุกร่วมกับอสม./ผู้นำชุมชนในการ

ติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มาตรวจ และนำวิธีการตรวจแบบใหม่มาใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์โควิดและตรวจง่ายขึ้นโดยการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (self collection)

การลดระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดผู้ป่วยโรคมะเร็งปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ภายใน ๔ สัปดาห์เป้าหมาย ≥๗๕ % ผลการดำเนินงานผ่านเป้าหมายทุกปี คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๕๕, ๘๙.๔๒, ๙๐.๒๐ รักษาด้วยยาเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ เป้าหมาย ≥๗๕% ผลการดำเนินงานผ่านเป้าหมายทุกปี คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๕๘, ๙๐.๙๑, ๙๒.๓๖ และการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ เป้าหมาย ≥๖๐% ผลการดำเนินงานผ่านทุกปี คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๖๔, ๙๖.๑๕ และ ๙๑.๓๘ ตามลำดับ

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในเวลา ๔ สัปดาห์, การรักษาด้วยเคมีบำบัด ๖ สัปดาห์และรังสีรักษา ๖ สัปดาห์ ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕ (๙ เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	≥๗๕%	๑๙๐/๒๑๗	๘๗.๕๕	๑๗๘/๑๙๙	๘๙.๔๕	๑๒๙/๑๔๓	๙๐.๒๐
ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥๗๕%	๒๒๗/๒๔๐	๙๔.๕๘	๒๑๐/๒๓๑	๙๐.๙๑	๑๒๑/๑๓๑	๙๒.๓๖
ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥๖๐%	๗๓/๗๔	๙๘.๖๔	๕๐/๕๒	๙๖.๑๕	๕๓/๕๘	๙๑.๓๘

อธิบายตารางที่ ๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ และร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกตัว

๑.๒ ข้อมูลสถานการณ์แยกรายอำเภอปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๕

ตารางที่ ๒ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ของจังหวัดมหาสารคาม แยกรายอำเภอ

ที่	อำเภอ	ปี ๒๕๖๓			ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕ (๙ เดือน)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	เมือง	๓๑	๓๐	๙๖.๗๗	๒๙	๒๖	๘๙.๖๕	๓๑	๒๙	๙๓.๕๔
๒	แกดำ	๘	๗	๘๗.๕๐	๖	๔	๖๖.๖๖	๑๑	๑๐	๙๐.๙๐
๓	โกสุมพิสัย	๑๘	๑๗	๙๔.๔๔	๒๐	๑๗	๘๕	๒๕	๒๓	๙๒.๐๐

ที่	อำเภอ	ปี ๒๕๖๓			ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕ (๙ เดือน)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๔	กันทรวิชัย	๒๑	๑๗	๘๐.๙๕	๑๖	๑๕	๙๓.๗๕	๑๑	๑๑	๑๐๐
๕	เชียงยืน	๑๘	๑๕	๘๓.๓๓	๑๐	๙	๙๐	๗	๖	๘๕.๗๑
๖	บรบือ	๒๓	๒๑	๙๑.๓๐	๒๗	๒๔	๘๘.๘๘	๑๒	๑๑	๙๑.๖๖
๗	นาเชือก	๒๒	๒๐	๙๐.๙๑	๑๕	๑๔	๙๓.๓๓	๖	๕	๘๓.๓๓
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๑๔	๑๐	๗๑.๔๓	๖	๕	๘๓.๓๓	๘	๘	๑๐๐
๙	วาปีปทุม	๓๒	๒๙	๙๐.๖๓	๔๑	๓๗	๙๐.๒๔	๑๐	๗	๗๐.๐๐
๑๐	นาดูน	๑๕	๑๔	๙๓.๓๓	๗	๗	๑๐๐	๕	๔	๘๐.๐๐
๑๑	ยางสีสุราช	๖	๔	๖๖.๖๗	๓	๓	๑๐๐	๓	๓	๑๐๐
๑๒	กุดรัง	๓	๑	๓๓.๓๓	๑๑	๑๑	๑๐๐	๕	๓	๖๐.๐๐
๑๓	ชื่นชม	๑	๑	๑๐๐	๔	๓	๗๕	๖	๖	๑๐๐
๑๔	ต่างจังหวัด	๕	๔	๘๐	๔	๓	๗๕	๓	๓	๑๐๐
	รวม	**๒๑๗**	**๑๙๐**	**๘๗.๕๕**	**๑๙๙**	**๑๗๘**	**๘๙.๔๕**	**๑๔๓**	**๑๒๙**	**๙๐/๒๐**

อธิบายตารางที่ ๒ ผลงานของปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕ อำเภอที่มีผลงานผ่านเกณฑ์ทั้ง ๓ ปี ได้แก่ อ.เมือง, โกสุมพิสัย, กันทรวิชัย, นาเชือก,บรบือ, นาดูน, เชียงยืน และชื่นชม ส่วนอำเภอที่มีผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๓ ปี ได้แก่ อ.แกดำ, พยัคฆภูมิพิสัย, ยางสีสุราช,วาปีปทุม และกุดรัง

ตารางที่ ๓ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ของจังหวัดมหาสารคาม แยกรายอำเภอ

ที่	อำเภอ	ปี ๒๕๖๓			ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕ (๙ เดือน)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	เมือง	๓๕	๓๒	๙๑.๔๓	๒๘	๒๖	๙๒.๘๕	๒๕	๒๑	๘๔.๐๐
๒	แกดำ	๖	๖	๑๐๐	๘	๗	๘๗.๕๐	๑๐	๗	๗๐.๐๐
๓	โกสุมพิสัย	๑๙	๑๘	๙๔.๗๔	๒๘	๒๕	๘๙.๒๘	๒๓	๒๓	๑๐๐
๔	กันทรวิชัย	๒๑	๒๐	๙๕.๒๔	๒๓	๒๒	๙๕.๖๕	๑๑	๑๑	๑๐๐
๕	เชียงยืน	๒๐	๑๘	๙๐	๑๐	๑๐	๑๐๐	๗	๗	๑๐๐
๖	บรบือ	๒๖	๒๕	๙๖.๑๕	๓๔	๓๐	๘๘.๒๓	๑๓	๑๑	๘๔.๖๑
๗	นาเชือก	๒๓	๒๓	๑๐๐	๑๔	๑๑	๗๘.๕๗	๔	๔	๑๐๐
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๒๒	๒๑	๙๕.๔๕	๑๐	๘	๘๐	๑๑	๑๐	๙๐.๙๐
๙	วาปีปทุม	๓๔	๓๓	๙๗.๐๖	๔๖	๔๓	๙๓.๔๗	๑๐	๙	๙๐.๐๐
๑๐	นาดูน	๑๗	๑๖	๙๔.๑๒	๖	๖	๑๐๐	๔	๔	๑๐๐
๑๑	ยางสีสุราช	๗	๖	๘๕.๗๑	๔	๓	๗๕	๒	๒	๑๐๐
๑๒	กุดรัง	๒	๑	๕๐	๑๔	๑๓	๙๒.๘๕	๒	๑	๕๐
๑๓	ชื่นชม	๒	๒	๑๐๐	๔	๔	๑๐๐	๖	๖	๑๐๐
๑๔	ต่างจังหวัด	๖	๖	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐	๓	๓	๑๐๐
	รวม	**๒๔๐**	**๒๒๗**	**๙๔.๕๘**	**๒๓๑**	**๒๑๐**	**๙๐.๙๑**	**๑๓๑**	**๑๒๑**	**๙๒.๓๖**

อธิบายตารางที่ ๓ ผลงานของปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕ อำเภอที่มีผลงานผ่านเกณฑ์ทั้ง ๓ ปี ได้แก่ อ.เมือง, โกสุมพิสัย, กันทรวิชัย, บรบือ, วาปีปทุม, นาดูน, เชียงยืน, นาเชือก, พยัคฆภูมิพิสัย, ยางสีสุราช และชื่นชม ส่วนอำเภอที่มีผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๓ ปี ได้แก่ อ.กุดรัง และแกดำ

ตารางที่ ๔ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ของจังหวัดมหาสารคาม แยกรายอำเภอ

ที่	อำเภอ	ปี ๒๕๖๓			ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕ (๙ เดือน)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	เมือง	๑๔	๑๔	๑๐๐	๗	๗	๑๐๐	๑๒	๙	๗๕
๒	แกดำ	๓	๓	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐	๓	๓	๑๐๐
๓	โกสุมพิสัย	๖	๕	๘๓.๓๓	๗	๗	๑๐๐	๘	๘	๑๐๐
๔	กันทรวิชัย	๑๐	๑๐	๑๐๐	๘	๗	๘๗.๕	๓	๒	๖๖.๖๗
๕	เชียงยืน	๔	๔	๑๐๐	๓	๓	๑๐๐	๔	๔	๑๐๐
๖	บรบือ	๑๐	๑๐	๑๐๐	๗	๗	๑๐๐	๗	๗	๑๐๐
๗	นาเชือก	๘	๘	๑๐๐	๐	๐	๑๐๐	๔	๔	๑๐๐
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๔	๔	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐	๑	๒	๕๐
๙	วาปีปทุม	๕	๕	๑๐๐	๑๐	๙	๙๐	๘	๘	๑๐๐
๑๐	นาดูน	๓	๓	๑๐๐	๑	๑	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐
๑๑	ยางสีสุราช	๓	๓	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐	๐	๐	๐
๑๒	กุดรัง	๒	๒	๑๐๐	๓	๓	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐
๑๓	ชื่นชม	๑	๑	๑๐๐	๐	๐	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐
๑๔	ต่างจังหวัด	๑	๑	๑๐๐	๐	๐	๑๐๐	๑	๑	๑๐๐
	รวม	**๗๔**	**๗๓**	**๙๘.๖๔**	**๕๒**	**๕๐**	**๙๖.๑๕**	**๕๘**	**๕๓**	**๙๑.๓๘**

อธิบายตารางที่ ๔ ผลงานของปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐ มีโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ รพ.พยัคฆภูมิพิสัย

๑.๓ ข้อมูลผลการดำเนินงานแยกรายอำเภอปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบ ๙ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕)

ตารางที่ ๕ เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ปี ๒๕๖๕ รอบ ๙ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕) ของจังหวัดมหาสารคาม แยกรายอำเภอ

ที่	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	เมือง	๓๑	๒๙	๙๓.๕๔
๒	แกดำ	๑๑	๑๐	๙๐.๙๐
๓	โกสุมพิสัย	๒๕	๒๓	๙๒.๐๐
๔	กันทรวิชัย	๑๑	๑๑	๑๐๐
๕	เชียงยืน	๗	๖	๘๕.๗๑

ที่	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๖	บรบือ	๑๒	๑๑	๙๑.๖๖
๗	นาเชือก	๖	๕	๘๓.๓๓
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๘	๘	๑๐๐
๙	วาปีปทุม	๑๐	๗	๗๐.๐๐
๑๐	นาดูน	๕	๔	๘๐.๐๐
๑๑	ยางสีสุราช	๓	๓	๑๐๐
๑๒	กุดรัง	๕	๓	๖๐.๐๐
๑๓	ชื่นชม	๖	๖	๑๐๐
๑๔	ต่างจังหวัด	๓	๓	๑๐๐
	รวม	**๑๔๓**	**๑๒๙**	**๙๐/๒๐**

อธิบายตารางที่ ๕ ผลงานของปี ๒๕๖๕ ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕ อำเภอที่มีผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อ.วาปีปทุม และกุดรัง แนวทางแก้ไขได้แก่ ๑) คืนข้อมูลผลการดำเนินงานให้โรงพยาบาลชุมชน ๒) ทบทวนตัวชี้วัดและเกณฑ์ที่กำหนด ๓) กระตุ้นทีมผู้รักษาให้ข้อมูลผู้ป่วย และส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งให้มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเร็วขึ้นไม่เกิน ๔ สัปดาห์หลังทราบผลตรวจชิ้นเนื้อ

ตารางที่ ๖ เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ปี ๒๕๖๕ รอบ ๙ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕) ของจังหวัดมหาสารคาม แยกรายอำเภอ

ที่	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	เมือง	๒๕	๒๑	๘๔.๐๐
๒	แกดำ	๑๐	๗	๗๐.๐๐
๓	โกสุมพิสัย	๒๓	๒๓	๑๐๐
๔	กันทรวิชัย	๑๑	๑๑	๑๐๐
๕	เชียงยืน	๗	๗	๑๐๐
๖	บรบือ	๑๓	๑๑	๘๔.๖๑
๗	นาเชือก	๔	๔	๑๐๐
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๑๑	๑๐	๙๐.๙๐
๙	วาปีปทุม	๑๐	๙	๙๐.๐๐
๑๐	นาดูน	๔	๔	๑๐๐
๑๑	ยางสีสุราช	๒	๒	๑๐๐
๑๒	กุดรัง	๒	๑	๕๐
๑๓	ชื่นชม	๖	๖	๑๐๐
๑๔	ต่างจังหวัด	๓	๓	๑๐๐
	รวม	**๑๓๑**	**๑๒๑**	**๙๒.๓๖**

อธิบายตารางที่ ๖ ผลงานของปี ๒๕๖๕ ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕ อำเภอที่มีผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อ.แกดำ และกุดรัง แนวทางแก้ไขได้แก่ ๑) คืนข้อมูลผลการดำเนินงานให้โรงพยาบาลชุมชน ๒) ทบทวนตัวชี้วัดและเกณฑ์ที่กำหนด ๓) กระตุ้นทีมผู้รักษาให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งให้มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเร็วขึ้นไม่เกิน ๖ สัปดาห์หลังผ่าตัด

ตารางที่ ๗ เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา.
ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ปี ๒๕๖๕ รอบ ๙ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕)
ของจังหวัดมหาสารคาม แยกรายอำเภอ

ที่	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	เมือง	๑๒	๙	๗๕
๒	แกดำ	๓	๓	๑๐๐
๓	โกสุมพิสัย	๘	๘	๑๐๐
๔	กันทรวิชัย	๓	๒	๖๖.๖๗
๕	เชียงยืน	๔	๔	๑๐๐
๖	บรบือ	๗	๗	๑๐๐
๗	นาเชือก	๔	๔	๑๐๐
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๑	๒	๕๐
๙	วาปีปทุม	๘	๘	๑๐๐
๑๐	นาดูน	๒	๒	๑๐๐
๑๑	ยางสีสุราช	๐	๐	๐
๑๒	กุดรัง	๒	๒	๑๐๐
๑๓	ชื่นชม	๒	๒	๑๐๐
๑๔	ต่างจังหวัด	๑	๑	๑๐๐
	รวม	**๕๘**	**๕๓**	**๙๑.๓๘**

อธิบายตารางที่ ๗ ผลงานของปี ๒๕๖๕ ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕ อำเภอที่มีผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อ.พยัคฆภูมิพิสัย แนวทางแก้ไขได้แก่ ๑) คืนข้อมูลผลการดำเนินงานให้โรงพยาบาลชุมชน ๒) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและแนวทางการรักษาของโรคให้ผู้ป่วยรับทราบเพื่อตระหนักและเห็นความสำคัญ

๒. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จของตัวชี้วัดเรื่อง การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

๑) สถานการณ์โควิด ทำให้เจ้าหน้าที่มีภาระงานเพิ่มขึ้น เช่น การให้บริการฉีดวัคซีนโควิดแก่ประชาชน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโควิด การเข้าเวรโรงพยาบาลสนาม เป็นต้น ทำให้การคัดกรองไม่ต่อเนื่องและผู้ป่วยไม่มารับบริการตามนัด

๒) การจัดซื้อจัดจ้างชุดตรวจมะเร็งปากมดลูกของรพ.สุทธาเวชไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนด ทำให้การดำเนินงานคัดกรองของพื้นที่ทำได้ไม่เต็มที่

<u>แนวทางแก้ไข</u>

- เร่งดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างชุดตรวจให้ทันตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อที่จะได้แจกชุดตรวจให้พื้นที่ดำเนินการคัดกรองให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

๓. การแก้ไขปัญหาอุปสรรคจากการตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๕

ตารางที่ ๘ การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของจังหวัดมหาสารคามตามที่ส่วนกลางได้ให้ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๑/๒๕๖๕

ข้อเสนอแนะจากทีมตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๕	การดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ของจังหวัดมหาสารคาม
๑. เพิ่มการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเสี่ยง	- สสจ.มค ออกนิเทศนิเทศและติดตามผลการดำเนินงานรายอำเภอบูรณาการร่วมกับงาน NCD (วันที่ ๒๔ มิ.ย.-๑๙ ส.ค.๖๕) เพื่อค้นหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข - รณรงค์ให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกแก่กลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยงให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของโรคมะเร็ง - คัดกรองเชิงรุกร่วมกับอสม./ผู้นำชุมชนในการติดตามและกระตุ้นกลุ่มเสี่ยงให้ตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (self collection) และทำการสำรวจตรวจสอบรายชื่อกลุ่มเสี่ยงในแต่ละพื้นที่ให้มาตรวจตามนัดทุกราย - รณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมกับโครงการพอสว.ของจังหวัด (Kick off ๒๕ พ.ค.๖๕ ที่ อ.เขวา จ.มหาสารคาม)
๒. เพิ่มการคัดกรองการส่องกล้องมะเร็งลำไส้ เนื่องจากยังทำได้น้อยสร้างความเข้มแข็งการคัดกรองของรพช.ให้มากขึ้น	- ขับเคลื่อนการทำงานโดยสสจ.มค - จัดแบ่งโซนในการทำ colonoscope ได้แก่ ๑) รพ.มหาสารคาม รับผิดชอบ อ.เมือง , แกดำ , กันทรวิชัย , เชียงยืน , ชื่นชม ๒) รพ.วาปีปทุม รับผิดชอบ อ.วาปีปทุม ๓) รพ.บรบือ รับผิดชอบ อ.บรบือ , กุดรัง , นาเชือก , โกสุมพิสัย ๔) รพ.พยัคฆภูมิพิสัย รับผิดชอบ อ.นาดูน , ยางสีสุราช , พยัคฆภูมิพิสัย ๕) รพ.สุทธาเวช รับผิดชอบเขตอ.เมืองที่ขึ้นทะเบียนรักษากับรพ.สุทธาเวช - กระตุ้นนิเทศกำกับผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ
๓. พัฒนาศูนย์ประสานงานและหน่วยทะเบียนมะเร็งประจำโรงพยาบาล	๑) Cancer nurse coordinator เป็นผู้ประสานงาน

ข้อเสนอแนะจากทีมตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๕	การดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ของจังหวัดมหาสารคาม
	๒) จัดทำแผนเสนอผู้บริหารพิจารณา
๔. ขยายหน่วยเคมีบำบัดแบบ one day chemo ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม	๑) เปิดให้บริการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแบบผู้ป่วยนอก เมื่อวันที่ ๑ มี.ค.๖๕ มีผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งสิ้น ๒๔๖ คน ๒) จัดทำแผนขยายงาน เพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ และจำนวนผู้ป่วยให้มากขึ้น

๔. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

๑. สนับสนุนแพทย์เฉพาะทางสาขาโรคมะเร็ง/อายุรแพทย์มะเร็งวิทยา (Medical oncologist) ประจำจังหวัด เพื่อยกระดับความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง(Excellence center)

๒. สนับสนุนให้ รพช. M๑ (บรบือ พยัคฆภูมิพิสัย โกสุมพิสัย วาปีปทุม) ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. เพื่อเพิ่มศักยภาพการรักษามะเร็งด้านเคมีบำบัดแบบฮอร์โมน

๓. สนับสนุนงบประมาณในการอบรมพัฒนาความรู้โรคมะเร็ง/ยาเคมีบำบัดแก่แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร

๔. สนับสนุนเครื่องส่องกล้อง (colonoscope) ให้เพียงพอสำหรับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสามารถทำการส่องกล้องได้

๕.ภาพกิจกรรมดำเนินการ

รณรงค์คัดกรองมะเร็งเต้านมและปากมดลูกร่วมกับโครงการพอสว.

คัดกรองมะเร็งเต้านมร่วมกับมูลนิธิกาญจนบารมี

เปิดศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารที่ รพ.มหาสารคาม

เปิด one day chemo ที่ รพ.มหาสารคาม

นำเสนอผลงานเด่นด้านโรคมะเร็งแก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และงานประชุมวิชาการโรคมะเร็งเขต ๗ ระหว่างวันที่ ๒-๔ ก.พ.๖๕ ที่ จ.ร้อยเอ็ด

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับตรวจราชการรอบที่ ๒/๒๕๖๕

ประเด็นการตรวจราชการ Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)

ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบการรักษา

หัวข้อ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด

ผู้รับผิดชอบ

นายเก่งกาจ อุ่นฤทธิ์ ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
เบอร์โทร ๐๘๔-๗๙๘๓๓๐๓ E-mail kengkajmd@gmail.com
นางนิศานาถ ถิระชัย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์โทร ๐๘๑-๗๙๙๗๔๙๘ E-mail thamkaew@gmail.com
นางอังคนา จันคามิ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์โทร ๐๘๒๔๙๕๔๙๗๘ E-mail Angkananicu2561@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลขนาด ๕๘๐ เตียง มีโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย จำนวน ๑๒ แห่ง มีทารกเกิดมีชีพประมาณ ๖,๐๐๐ ราย/ปี คลอดที่โรงพยาบาลชุมชนประมาณ ๓,๐๐๐ ราย/ปี มีกุมารแพทย์จำนวน ๑๘ คน (รพ.มหาสารคาม ๙ คน รพ.บรบือ ๒ คน รพ.วาปีปทุม ๓ คน รพ.โกสุมพิสัย ๒ คน และ รพ.พยัคฆภูมิพิสัย ๒ คน) ปัจจุบัน มีเตียง NICU จำนวน ๘ เตียง (๑:๗๐๐) ต่ำกว่ากรอบที่วางไว้คือ ๑๒ เตียง (๑:๕๐๐) แต่บริหารจัดการได้ เนื่องจากมี Semi NICU ๑๐ เตียง (รพ.มค. ๖ เตียง) รพ.บรบือ ๔ เตียง และมีการดูแลโดยใช้ Non-invasive respirator ทำให้ลดการใส่ท่อหายใจในทารก ลดระยะวันนอนใน NICU มีเตียง Sick newborn ๒๔ เตียง เตียงที่ รพ.มหาสารคาม อัตราครองเตียงเฉลี่ย ๗๕-๘๐% ปัจจุบัน รพ.ชุมชน โดยเฉพาะ node สามารถดูแลทารกแรกเกิดได้ตามศักยภาพ ในปี ๒๕๖๓ ทำให้ลด refer in และสามารถรับ refer back ได้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ ๓๐ แต่ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ ที่ผ่านมาจากสถานการณ์โควิดพบว่า อัตราการ refer in พอๆเดิม แต่ refer back ลดลง ส่วน refer out พอๆเดิมประมาณ ๑๐-๑๕ รายต่อปี ซึ่งเกินศักยภาพ มีการคัดกรองความเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ROP IVH Hearing screening CCHD screeningผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ทารกเกิดก่อนกำหนดจะได้รับการติดตามพัฒนาการจนถึงอายุ ๒ ปี

อัตราการเสียชีวิต ในปี ๒๕๖๓, ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ เป็น ๓.๖, ๓.๒ และ ๕.๑๗ ต่อ ๑๐๐๐ ทารกคลอดมีชีพ ตามลำดับ ในปี ๒๕๖๕ ที่มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นเพราะ ๑. เป็นกลุ่ม ที่ non preventable ไม่ได้เลย ถึง ๓๕% (๗ ราย) ได้แก่ เป็นทารกน้ำหนักตัวน้อยมาก (ELBW) ๑๕% (๓ ราย) ๒.เป็นทารก มีความผิดปกติตั้งแต่เกิด ๑๕% (๓ ราย) ๓. สัมพันธ์กับ covid-๑๙ ๕% (๑ ราย) ๒. อาการทารกรุนแรง

สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ๕๐% ทารกคลอดก่อนกำหนด เสียชีวิตจาก ๑. Severe RDS ๒. Septic shock ๓. PPHN อีก ๕๐% ครบกำหนด ส่วนใหญ่เสียชีวิตจาก PPHN และยังพบว่า ทารกที่เสียชีวิตจะเป็นทารกที่เกิดใน รพ.ช. ๕๐%

จากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย พบปัญหาที่ preventable ได้แก่ ๑. บาง รพ.ช. มีปัญหาประเมินแรกรับและประเมินซ้ำด้วย RDS score ในผู้ป่วย RD distress ๒. ขาดกระบวนการ เฝ้าระวังการเกิด PPHN ในบาง รพ.ช. ๓. บาง รพ.ช. ดูแลผู้ป่วย RD distress ในขณะส่งต่อยังมีปัญหา หละหลวม ๔. เคสที่เกิด

จาก Maternal covid ในการประเมินทำได้ยาก การส่งต่อล่าช้า ๕. ยังไม่มีแนวทางส่งต่อ เพื่อทำ head cooling ๖. การเข้าถึงบริการช้า

สรุปประเด็นที่ต้องพัฒนา ๑) พัฒนาในเรื่องการดูแลและลดการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด โดยสาเหตุการเสียชีวิตของทารกพบประเด็นหลัก ได้แก่ ๑. persistent pulmonary Hypertension of the newborn: PPHN ๒. Neonatal sepsis ๓. Birth asphyxia และ ๔. RDS ตั้งแต่กระบวนดูแล ใน รพ.ช. จนถึง รพ.มค. ๒) ลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อโดยเฉพาะเรื่อง ET Tube เลื่อนหลุด และติดตาม mornitoring ๓) เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน (M๒) ในการดูแลผู้ป่วยทารกกึ่งวิกฤต

จุดมุ่งเน้นในการพัฒนา เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน (M๒) ในการดูแลผู้ป่วยทารกกึ่งวิกฤตในโรงพยาบาลชุมชนอื่น เน้นการส่งต่อทารกวิกฤตให้รวดเร็ว ปลอดภัยและสามารถส่งทารกกลับไปดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนเมื่อมีอาการคงที่ ลดอัตราการเสียชีวิตจาก PPHN เน้นพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน (M๒) เพื่อดูแลทารกป่วยที่มีอาการคงที่ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลจังหวัด

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕ (ตค.-มิย.๖๕)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑. อัตราตายทารกแรกเกิด	<๓.๖:๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ	๒๐/ ๕๔๖๖	๓.๖	๑๗/ ๕๒๔๓	๓.๒	๒๐/ ๓๘๖๕	๕.๑๗
๒.จำนวนเตียง NICU	๑๒	๘		๘		๘	

ทารกเสียชีวิตทั้งหมด ๒๐ ราย เป็นทารกแรกคลอดครบกำหนด ๑๐ ราย คลอดก่อนกำหนด ๑๐ ราย คลอดในโรงพยาบาลมหาสารคาม ๑๐ ราย คลอดจากโรงพยาบาลชุมชน ๑๐ ราย โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ๓ ราย เชียงยืน ๓ ราย กันทรวิชัย ๒ ราย ยางสีสุราช ๑ ราย และโกสุมพิสัย ๑ ราย

๑.๒ ข้อมูลสถานการณ์แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๕

ตารางที่ ๒ ผลดำเนินงานตัวชี้วัดอัตราตายทารกแรกเกิดแยกรายอำเภอ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕

ที่	อำเภอ	๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕(๙ เดือน)	
		เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
๑	เมือง	๓๐๘๕	๒๐	๑๘๔๙	๙	๑๘๓๘	๑๐
๒	แกดำ	๒๔	๐	๒๒	๐	๒๑	๐
๓	โกสุมพิสัย	๗๑๖	๐	๕๒๒	๐	๕๘๔	๑
๔	กันทรวิชัย	๑๐๐	๐	๘๘	๐	๕๙	๒
๕	เชียงยืน	๒๐๕	๐	๑๗๖	๑	๑๐๖	๓
๖	บรบือ	๕๕๓	๐	๕๕๙	๒	๓๓๗	๐
๗	นาเชือก	๑๕๖	๐	๑๔๕	๐	๗๙	๐
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๗๙๙	๐	๘๓๓	๒	๕๙๐	๓
๙	วาปีปทุม	๒๔๗	๐	๒๗๔	๑	๒๑๓	๐
๑๐	นาดูน	๔๖	๐	๓๒	๐	๑๕	๐

ที่	อำเภอ	๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕(๙ เดือน)	
		เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
๑๑	ยางสีสุราช	๕๔	๐	๔๘	๐	๒๒	๑
๑๒	กุดรัง	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๑๓	ชื่นชม	๐	๐	๐	๐	๐	๐
	รวมจังหวัด	**๕๙๖๑**	**๒๐**	**๔๕๒๖**	**๑๕**	**๓๘๖๔**	**๒๐**

จากตารางทารกที่คลอดในโรงพยาบาลมหาสารคามเสียชีวิต ๑๐ ราย ส่วนใหญ่เป็น preterm ๙๐% (๙) ราย เป็น term ๑ ราย preterm สาเหตุจาก ๑.multiple anomaly RDS ๓.PPHN ๔. BA ส่วน term สาเหตุจาก ๑. PPHN ๒. Myocarditis

ทารกที่คลอดในโรงพยาบาลชุมชน การเสียชีวิตอีก ๑๐ รายเป็น Preterm ๒ ราย term ๘ ราย term เสียชีวิตจาก ๑. PPHN ๒. Severe Birth asphyxia ๓. Septic Shock preterm เสียชีวิตจาก ๑. BA ๒. PPHN

๑.๓ ข้อมูลผลการดำเนินงานแยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ตารางที่ ๓ เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด/เรื่องลดแออัด ลดรอคอย ลดตาย ปี ๒๕๖๕ รอบ ๙ เดือน แยกรายอำเภอ

ที่	อำเภอ	๒๕๖๕(๙ เดือน)		อัตราการเสียชีวิต
		เป้าหมาย	ผลงาน	/๑๐๐๐ทารกคลอดมีชีพ
๑	เมือง	๑๘๓๘	๑๐	๕.๔๔
๒	แกดำ	๒๑	๐	๐
๓	โกสุมพิสัย	๕๘๔	๑	๑.๗๑
๔	กันทรวิชัย	๕๙	๒	๓๓.๘๙
๕	เชียงยืน	๑๐๖	๓	๘.๙๐
๖	บรบือ	๓๓๗	๐	๐
๗	นาเชือก	๗๙	๐	๐
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๕๙๐	๓	๕.๐๘
๙	วาปีปทุม	๒๑๓	๐	๐
๑๐	นาดูน	๑๕	๐	๐
๑๑	ยางสีสุราช	๒๒	๑	๔๕.๔๕
๑๒	กุดรัง	๐	๐	๐
๑๓	ชื่นชม	๐	๐	๐
	รวมจังหวัด	**๓๘๖๔**	**๒๐**	**๕.๑๗**

ตารางที่ ๔ ข้อมูลบุคลากรในการดูแลทารกแรกเกิดของเครือข่าย

ที่	อำเภอ	สูติแพทย์	กุมารแพทย์	พยาบาลอบรมเฉพาะทาง	
				๑ เดือน	๔ เดือน
๑	เมือง	๙	๙	๒	๑๒
๒	แกดำ	-	-	-	-

ที่	อำเภอ	สูติแพทย์	กุมารแพทย์	พยาบาลอบรมเฉพาะทาง	
				๑ เดือน	๔ เดือน
๓	โกสุมพิสัย	๐	๒	๑	-
๔	กันทรวิชัย	-	-	-	-
๕	เชียงยืน	-	-	-	-
๖	บรบือ	๒	๒	๖	-
๗	นาเชือก	-	-	-	-
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๓	๒	๑	-
๙	วาปีปทุม	๑	๓	๓	-
๑๐	นาดูน	-	-	-	-
๑๑	ยางสีสุราช	-	-	-	-
๑๒	กุดรัง	-	-	-	-
๑๓	ชื่นชม	-	-	-	-
	รวม	**๑๕**	**๑๘**	**๑๔**	**๑๒**

จากตาราง จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลเครือข่ายที่เป็นโรงพยาบาล Node มีกุมารแพทย์ และพยาบาลจบเฉพาะทางหลักสูตรการดูแลทารกแรกเกิด ๑ เดือน ยังขาดในโรงพยาบาลอื่น

๒. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จของตัวชี้วัด/เรื่องลดแออัด ลดรอคอย ลดตาย

๑. ออกนิเทศ เฉพาะโรงพยาบาลที่มีอัตราการเสียชีวิตที่สูง เพื่อทบทวนการกระบวนการแลผู้ป่วยตั้งแต่การเข้าถึง ประเมินแรกรับ รักษา ประเมินซ้ำ ติดตาม ต่อเนื่อง ในประเด็นที่เป็นปัญหา ซึ่งได้แก่ การใช้เครื่องมือ RDS score การ monitoring PPHN การเฝ้าระวัง การดูแลผู้ป่วยขณะ ก่อนส่งต่อและขณะการส่งต่อ ในผู้ป่วย RS distress

๒. เพิ่ม สมรรถนะผู้ดูแลทารก อบรมพยาบาล ๑ เดือน โดยมีแผน MOU กับ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม อยู่ในช่วง การประเมินหลักสูตรของสภาการพยาบาล

๓. การแก้ไขปัญหาอุปสรรคจากการตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๕

ตารางที่ ๕ การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของจังหวัดมหาสารคาม ตามที่ส่วนกลางได้ให้ข้อเสนอแนะของตัวชี้วัด/เรื่องลดแออัด ลดรอคอย ลดตาย ปี ๒๕๖๕ จากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๑/๒๕๖๕

ข้อเสนอแนะจากทีมตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๕	การดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของจังหวัดมหาสารคาม
๑.ทบทวน fast tract ประเด็นสำคัญ	๑.๑ การอบรมที่ผ่านมาได้มีการทบทวน fast tract RDS NB ๑.๒อบรมรมเชิงปฏิบัติการการดูแลทารกแรกเกิด และออกนิเทศติดตาม

ข้อเสนอแนะจากทีมตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๕	การดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของจังหวัดมหาสารคาม
๒.resource sharing ในเขต	๒.๑ โรงพยาบาล สารคาม มีจักษุแพทย์ที่จบเฉพาะทาง retina ซึ่งสามารถรับเคสจาก ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์มาดูแลได้ ๒.๒ มี head cooling ที่ รพ. ศูนย์ขอนแก่น ซึ่งแม่ข่ายจะได้มา อบรมเชิงวิชาการ เรื่อง แนวทางการส่งต่อ กรณี severe BA และจะมาพัฒนาสมรรถนะการดูแล PPHN
๓.เชื่อโยงสูติกรรมเรื่อง ANC คุณภาพ	๓.๑ ANC คุณภาพใน รพ.สต./รพ.ช. ๓.๒ อสม.ค้นหา case for early ANC ๓.๓ ให้สุขศึกษาเรื่อง preterm labor & sticker preterm ติดสมุด ANC ๓.๔ คัดกรองกลุ่มเสี่ยง preterm จากประวัติ PV ,UA, ultrasound และการวัด cervical length by TVS ๓.๕ อบรม รพช. การวัด cervical length ๓.๖ รักษาหญิงตั้งครรภ์ UTI, Abnormal leucorrhea ๓.๗ การให้ยา progesterone & cervical cerclage
๔.refer คุณภาพ	๔. จะมีการทบทวน เรื่อง STABLE ในวันที่ ๑๐-๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ นี้
๕. แผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรต่อเนื่อง	๕. MOU กับ วศ.ม. อบรม พยาบาล ๑ เดือน จะเริ่มดำเนินการตามแผนได้ ๒๕๖๖

๔. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลทารกในเครือข่าย ส่งอบรมเฉพาะทาง ๑ เดือน ให้ครบทุกโรงพยาบาล ๔ เดือนใน รพ. Node

๒. จัดให้มี semi ICU ใน รพ. พยัคฆภูมิพิสัย วาปี โกสุม

๓. แนวทางการส่งต่อเพื่อทำ ECMO และการทำ Head cooling

๔. เพิ่ม Pediatrics endocrinologist / Pediatrics cardiologist

๕. Best practice หรือนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑. การใช้ Noninvasive high flow, NCPAP

๒. Fast track newborn

๓. เครื่องมือในการประเมินทารกแรกเกิดที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ (RD score) และ NEWS score ใช้เป็นแนวทางการดูแลทารกในเครือข่ายทุกโรงพยาบาล

๔. Logan blow นวัตกรรม ลด ET tube เลื่อนหลุด

๖. ภาพกิจกรรม

สรุปผลการดำเนินรับตรวจราชการรอบที่ ๒/๒๕๖๕

ประเด็นการตรวจราชการ Function Based

ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

คณะ ๒ การพัฒนาระบบการรักษา

หัวข้อ Service plan สาขา Intermediate care

ผู้รับผิดชอบ

นางสาวกนกพร โชคคติวัฒน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ ประธานกรรมการ

เบอร์โทร. ๐๖๖ ๑๕๖๔๔๖๙ E-mail: Kanokporn.mskh@gmail.com

นางสุทธิรัตน์ บุษดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เลขานุการ

เบอร์โทร. ๐๘๘ ๕๖๔๙๒๑๑ E-mail: Su_ti_rut๒@hotmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

การดำเนินงาน Service plan สาขา Intermediate care จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕ ในโรงพยาบาลระดับ M และ F ปัจจุบันมีเตียง IMC เพิ่มขึ้น ๒ เตียง รวมทั้งหมด ๔๐ เตียง อัตราการครองเตียง เฉลี่ย ๑๖.๐๑ ปริมาณคนไข้ IMC มีมากขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา อัตราการ Admit เป็น IMC Bed เพิ่มมากขึ้นเป็น ร้อยละ ๗๑.๐๙ และเพิ่มเกณฑ์คัดเข้าเป็นผู้ป่วย fracture hip ได้เริ่มดำเนินการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวบ้างแล้วในแต่ละโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิตที่ผ่านมามีเพิ่มมากขึ้นทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและจำนวนวันนอนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นเป็น ๕.๖ วันต่อคน และมีนโยบายพัฒนา Intermediate ward ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน ๔ เตียง และเป็นช่วงการระบาดของโรคโควิด-๑๙ จึงได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานตามบริบทของแต่ละพื้นที่ จากข้อมูลทั้งจังหวัดมหาสารคาม ต.ค.๖๔ – มิ.ย.๖๕ ภาพรวมดังตารางที่ ๑ ดังนี้

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	๑ ต.ค. ๖๔ – ๓๐ มิ.ย. ๖๕	
		จำนวน(คน)	ร้อยละ
๑	ผู้ป่วยที่เข้า IMC ทั้งหมด	๕๐๕	๑๐๐
๒	ผู้ป่วย Admit IMC BED	๓๕๙	๗๑.๐๙
๓	ผู้ป่วย Admit IMC OPD/COM	๑๕๑	๒๙.๙๐
๔	ผู้ป่วย Stroke	๔๔๘	๘๘.๗๑
๕	ผู้ป่วย Spinal Cord Injury	๗	๑.๓๙
๖	ผู้ป่วย Traumatic Brain Injury	๓๒	๖.๓๔
๗	ผู้ป่วย Fracture Hip	๑๘	๓.๕๖
๘	ผู้ป่วย Admit IMC BED ส่งออกไปแล้วไม่ได้ Admit	๙	๒.๕๑
๙	ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด	๖๒	๑๒.๒๘
๑๐	จำนวนวันนอน IMC BED ทั้งหมด	๒,๐๑๓ วัน	เฉลี่ย ๕.๖ วัน/คน
๑๑	ผู้ป่วยที่เข้า IMC **ดูแลครบ ๖ เดือน และมีชีวิตอยู่**	๓๓๖	๑๐๐
๑๒	ผู้ป่วย Stroke	๒๙๙	๘๘.๙๙

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	๑ ต.ค. ๖๔ – ๓๐ มิ.ย. ๖๕	
		จำนวน(คน)	ร้อยละ
๑๓	ผู้ป่วย Spinal Cord Injury	๖	๑.๗๙
๑๔	ผู้ป่วย Traumatic Brain Injury	๒๖	๗.๗๔
๑๕	ผู้ป่วย Fracture Hip	๓	๐.๘๙
๑๖	ผู้ป่วย หาย BI=๒๐	๘๗	๒๕.๘๙
๑๗	BI= ดีขึ้น	๑๕๘	๔๗.๐๒
๑๘	BI= คงที่	๑๖	๔.๗๖
๑๙	BI= ลดลง	๒๐	๕.๙๕
๒๐	เสียชีวิต	๖๔	๑๙.๐๕

ตารางที่ ๒ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดหลักเรื่องร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕

ลำดับ	รพช.	ระดับโรงพยาบาล						รูปแบบผู้ป่วยใน		ผลการดำเนินงาน					
		S	M ๑	M ๒	F๑	F๒	F๓	Bed	Ward	๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕	
										จำนวนเตียง	อัตราครองเตียง	จำนวนเตียง	อัตราครองเตียง	จำนวนเตียง	อัตราครองเตียง
๑	เมือง	√						√		๒	-	๔	-	๔	-
๒	แกดำ					√		√		**๒**	**๒๐.๕๕**	**๒**	**๒๓.๒๘**	**๒**	**๒๑.๗๙**
๓	โกสุมพิสัย			√				√		**๕**	**๓๗.๗๐**	**๕**	**๓๗.๕๓**	**๕**	**๔๓.๗๗**
๔	กันทรวิชัย					√			√	๔	๗.๙๒	๔	๒๒.๑๓	๔	๑๙.๔๗
๕	เชียงยืน					√		√		**๔**	**๒๗.๔๖**	**๔**	**๒๒.๔๐**	**๔**	**๑๖.๐๒**
๖	บรบือ			√				√		**๗**	**๑๐.๖๙**	**๗**	**๑๖.๑๒**	**๗**	**๑๗.๙๑**
๗	นาเชือก					√		√		**๒**	**๒๒.๘๑**	**๒**	**๒๓.๖๓**	**๒**	**๑๖.๙๙**
๘	พยัคฆภูมิพิสัย			√				√		**๔**	**๑๔**	**๔**	**๒๑.๑**	**๔**	**๑๒.๓๓**
๙	วาปีปทุม			√				√		**๔**	**๑๑.๓๓**	**๔**	**๒๕.๕๔**	**๔**	**๒๘.๕๘**
๑๐	นาดูน					√		√		**๒**	**๕.๐๒**	**๒**	**๗.๒๔**	**๒**	**๙.๓๐**
๑๑	ยางสีสุราช					√		√		**๒**	**๐.๘๒**	**๒**	**๒.๘๗**	**๒**	**๔.๙๓**
๑๒	กุดรัง						√	√		**๐**	**๐**	**๐**	**๐**	**๑**	**๑.๐๙**
๑๓	ชื่นชม						√	√		**๐**	**๐**	**๑**	**๐**	**๑**	**๐**
	รวม	**๑**		**๔**		**๖**	**๒**	**๑๐๐%**		**๓๘**	**๑๕.๘๓**	**๓๘**	**๒๐.๑๘**	**๔๐**	**๑๖.๐๑**

จากตารางที่ ๒ ผลการดำเนินงานมีการให้บริการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน IMC Bed ทั้งหมด ๑๑ แห่ง คือโรงพยาบาลระดับ M๒ (รพ.บรบือ, พยัคฆภูมิพิสัยม วาปีปทุม และโกสุมพิสัย) และ F๒ (รพ.นาดูน, นาเชือก, ยางสีสุราช, เชียงยืน และแกดำ) และ เพิ่มเติมอีก ๒ แห่ง เป็น รพ.ระดับ F๓ คือ รพช. กุดรัง และ รพช.ชื่นชม และดำเนินการรูปแบบผู้ป่วยใน IMC ward ในปีนี้อีก ๑ แห่งคือ F๒ รพ.กันทรวิชัย ครอบคลุมทั้งหมด ๑๒ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐)

ตารางที่ ๓ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดเรื่องร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury Spinal Cord Injury และ Fracture Hip ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel Index <๑๕ หรือ คะแนน Barthel Index >๑๕ with multiple impairments ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือนหรือจนBarthel Index = ๒๐ (ร้อยละ ๗๐)

กิจกรรมดำเนินการ	ผลการดำเนินงาน			
	ปี๒๕๖๓ (ราย)	**ปี ๒๕๖๔ (ราย)**	**ปี ๒๕๖๕ เยี่ยมครบ ๖ เดือน ต.ค. ๖๔ -ธ.ค. ๖๔**	**ปี ๒๕๖๔ ยังไม่ครบ ๖ เดือน ม.ค. ๖๕ –มิ.ย. ๖๕**
จำนวนผู้ป่วยที่เข้า IMCทั้งหมด	๔๙๘	๔๙๙	๒๑๕	๒๖๗
ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury Spinal Cord Injury **และ** Fracture Hip ที่รอดชีวิตและมีคะแนนBarthel Index <๑๕ หรือคะแนนBarthel Index >๑๕ with multiple impairments	๔๒๗	๔๓๔	๑๘๑	๒๕๒
ผู้ป่วยได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือนหรือจนBarthel Index = ๒๐	๓๕๙ ราย (๘๔.๐๗%)	๓๙๗ (๙๑.๔๗%)	๑๖๘ (๙๒.๘๒%)	๙๕
เสียชีวิตก่อนครบ ๖ เดือน	๗๑	๖๕	๓๔	๑๕
ผู้ป่วย มีค่าBarthel index เพิ่มขึ้นหรือผู้ป่วยดีขึ้น	๓๓๙ (๗๙.๓๙%)	๓๐๐ (๖๙.๑๒%)	๑๕๒ (๘๓.๙๘%)	๙๑

จากตารางที่ ๓ ปี ๒๕๖๕ เยี่ยมครบ ๖ เดือน ต.ค.๖๔-ธ.ค.๖๔ ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury Spinal Cord Injury และ Fracture Hip ที่เข้าเกณฑ์ IMCทั้งหมด๒๑๕ ราย รอดชีวิต ๑๘๑ ราย เสียชีวิต ๓๔ ราย และผู้ป่วยได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือนหรือจน Barthel Index = ๒๐ จำนวน๑๖๘ ราย (๙๒.๘๒%) และ ผู้ป่วย มีค่า Barthel index เพิ่มขึ้นหรือผู้ป่วยดีขึ้น จำนวน ๑๕๒ ราย

๑.๒ ข้อมูลผลการดำเนินงานแยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๓

ตารางที่ ๔ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน > ร้อยละ ๘๐ ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ แยกรายอำเภอ

ที่	อำเภอ	ปี ๒๕๖๓			ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕		
		เป้าหมาย Bed/Ward	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย Bed/Ward	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย Bed/Ward	ผลงาน	ร้อยละ
๑	เมือง	-	-	-	-	-	-			๑๐๐/๐
๒	แกดำ	Bed/Ward	Bed	๑๐๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐
๓	โกสุมพิสัย	Bed/Ward	Bed	๑๐๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐
๔	กันทรวิชัย	Bed/Ward	Bed	๑๐๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐	Bed/Ward	Ward	๑๐๐/๑๐๐
๕	เชียงยืน	Bed/Ward	Bed	๑๐๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐
๖	บรบือ	Bed/Ward	Bed	๑๐๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐
๗	นาเชือก	Bed/Ward	Bed	๑๐๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	Bed/Ward	Bed	๑๐๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐
๙	วาปีปทุม	Bed/Ward	Bed	๑๐๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐
๑๐	นาดูน	Bed/Ward	Bed	๑๐๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐
๑๑	ยางสีสุราช	Bed/Ward	Bed	๑๐๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐
๑๒	กุดรัง	Bed/Ward	-		Bed/Ward	-	๑๐๐/๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐
๑๓	ชื่นชม	Bed/Ward	-		Bed/Ward	-	๑๐๐/๐	Bed/Ward	Bed	๑๐๐/๐
	รวม						๑๐๐/๐			๑๐๐/๐

จากตารางที่ ๔ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดหลักเรื่องร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ แยกรายอำเภอพบว่า ทุกแห่งจำนวน ๑๑ แห่ง มีการจัดบริการ Intermediate bed และ Intermediate ward รพ.กันทรวิชัย

ตารางที่ ๕ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดเรื่อง เป้าหมายผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury/ Fracture Hip ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < ๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index > ๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือนหรือจน Barthel index = ๒๐ ร้อยละ ๗๐ ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคามแยกรายอำเภอ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕

ลำดับ	อำเภอ	ปี ๒๕๖๓				ปี ๒๕๖๔				ปี ๒๕๖๕			
		เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ราย)		ร้อยละ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ราย)		ร้อยละ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ราย)		ร้อยละ
			ทั้งหมด	ตามตัวชี้วัด			ทั้งหมด	ตามตัวชี้วัด			ทั้งหมด	ตามตัวชี้วัด	
๑	เมือง	๖๕	๔๒	๔๒	๑๐๐	๖๕	๘๓	๗๗	๙๒.๗๗	๗๐	๒๑	๒๑	๑๐๐
๒	แกดำ	๖๕	๒๔	๒๔	๑๐๐	๖๕	๑๗	๑๗	๑๐๐	๗๐	๒	๒	๑๐๐

ลำดับ	อำเภอ	ปี ๒๕๖๓				ปี ๒๕๖๔				ปี ๒๕๖๕			
		เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ราย)		ร้อยละ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ราย)		ร้อยละ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ราย)		ร้อยละ
			ทั้งหมด	ตามตัวชี้วัด			ทั้งหมด	ตามตัวชี้วัด			ทั้งหมด	ตามตัวชี้วัด	
๓	โกสุมพิสัย	๑๑	๒๑	๒๑	๑๐๐	๖๕	๒๓	๒๑	๙๑.๓๐	๗๐	๙	๙	๑๐๐
๔	กันทรวิชัย	๖๕	๔๗	๓๘	๘๐.๘๕	๖๕	๕๗	๔๐	๗๐.๑๗	๗๐	๔	๒	๕๐
๕	เชียงยืน	๖๕	๔๗	๕๔	๑๐๐	๖๕	๔๓	๓๕	๘๑.๓๙	๗๐	๑๘	๑๖	๘๘.๘๙
๖	บรบือ	๖๕	๖๒	๔๔	๗๐.๙๖	๖๕	๖๙	๕๙	๘๕.๕๐	๗๐	๓๒	๓๐	๙๓.๗๕
๗	นาเชือก	๖๕	๔๐	๓๘	๙๕.๐๐	๓๙	๓๙	๓๘	๙๗.๔๓	๗๐	๕	๕	๑๐๐
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๖๕	๗๓	๗๓	๑๐๐	๖๕	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๗๐	๓๐	๓๐	๑๐๐
๙	วาปีปทุม	๖๕	๔๒	๓๗	๘๘.๑๐๐	๖๕	๔๕	๓๘	๘๔.๔๔	๗๐	๑๕	๑๔	๙๓.๓๓
๑๐	นาดูน	๖๕	๑๐	๙	๙๐	๖๕	๑๒	๑๑	๙๑.๖๖	๗๐	๔	๓	๗๕
๑๑	ยางสีสุราช	๖๕	๒	๒	๑๐๐	๖๕	๑๒	๑๒	๑๐๐	๗๐	๔	๔	๑๐๐
๑๒	กุดรัง	๖๕	๖	๖	๑๐๐	๖๕	๑๓	๑๓	๑๐๐	๗๐	๔	๔	๑๐๐
๑๓	ชื่นชม	๖๕	๕	๕	๑๐๐	๖๕	๓	๓	๑๐๐	๗๐	๑	๑	๑๐๐
	รวม	๖๕	๔๒๗	๓๕๙	๘๔.๐๗	๖๕	๔๓๔	๓๙๗	๙๑.๔๗	๗๐	๑๘๑	๑๖๘	๙๒.๘๒

จากตารางที่ ๕ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดเรื่อง เป้าหมายผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury /Spinal Cord Injury และ Fracture Hip ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < ๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index > ๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือนหรือจน Barthel index = ๒๐ ร้อยละ ๗๐ ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคามปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่า รพ.กันทรวิชัยไม่ผ่านเกณฑ์

๒. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

๒.๑ มีการ refer IMC bed แต่ไม่ได้มีการ admit และเมื่อ admit แล้ว ยังมีอัตราการการครองเตียงต่ำ ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ และติดตามแล้ว โดยให้ระบุว่ามีสาเหตุมาจาก

๑. ความเข้าใจผิดทางการสื่อสารของผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล

๒. ผู้ป่วย และญาติไม่ประสงค์ที่จะนอนรพ.ต่อ

๓. จำนวนเตียงที่จำกัด ทำให้รับผู้ป่วยไม่ได้ และไม่สามารถ admit ได้หลายวัน

๔. ความเข้าใจของบุคลากรในการดูแลฟื้นฟูยังไม่เพียงพอ

๒.๒ มีการเยี่ยมติดตามที่ต่ำกว่าเป้า ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ และติดตามแล้ว โดยให้ระบุว่ามีสาเหตุมาจาก

๑. เนื่องจากสถานการณ์โควิด-๑๙ ทำให้ขาดแคลนบุคลากร และไม่สามารถไปเยี่ยมได้ตามเป้า

๒.๓ การส่งต่อข้อมูล และเก็บรวมรวม ไม่ครบถ้วน และยังมีความผิดพลาด ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ และติดตามแล้ว โดยให้ระบุว่ามีสาเหตุมาจาก

๑. ความเข้าใจไม่ตรงกัน ช่องทางการเก็บข้อมูลไม่อำนวยต่อผู้ใช้งาน

๒.๔ ยังไม่พร้อมจัดตั้ง IMC ward ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ และติดตามแล้ว โดยให้ระบุว่ามีสาเหตุมาจาก

๑. ขาดทรัพยากรบุคคล เช่น พยาบาลที่ผ่านการอบรมฟื้นฟูแบบ ๔ เดือน, นักกิจกรรมบำบัด และ นักกายภาพบำบัด

๒. ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็น และได้มาตรฐาน ต่อการฟื้นฟู

๓. การแก้ไขปัญหาอุปสรรคจากการตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๕

ข้อเสนอแนะจากทีมตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๕	การดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของจังหวัดมหาสารคาม
๑.การพัฒนาข้อมูลเพื่อการส่งต่อเบิกจ่าย	อยู่ในขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการส่งต่อข้อมูลการเบิกจ่าย ได้จัดตั้งคณะกรรมการ และจัดทำระบบให้ครอบคลุมและทำความเข้าใจหลักการเบิกจ่ายให้ถูกต้อง และครบถ้วน
๒.พัฒนาระบบเชื่อมกับ Service plan -fracture hip -Trauma	เชื่อมโยงกับ service plan capture the fracture โดยชี้แจงแนวทางการดูแลและส่งต่อให้ครบถ้วน และ พัฒนาระบบ กับ trauma ซึ่งทำอยู่แล้ว อย่างต่อเนื่อง
๓. พัฒนา IMC Ward	มีแผนจัดทำ IMC ward ที่ รพ.กันทรวิชัย ซึ่งตอนนี้ อยู่ในแผนการปรับปรุงสถานที่ และพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ เพิ่มบุคลากรที่จำเป็นให้ครบถ้วน และเพียงพอ
๔. พัฒนาระบบ tele-rehab	พัฒนาควบคู่ไปกับระบบ tele-medicine ของรพ.มหาสารคาม

๔. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

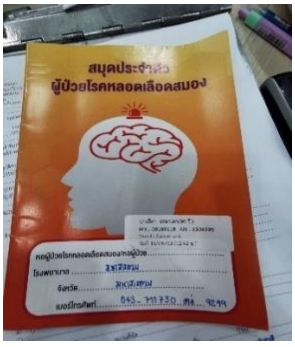
๑. ระบบการส่งต่อข้อมูลที่เป็นหนึ่งเดียวกันทั้งประเทศ และสามารเชื่อมโยงถึงการเบิกจ่ายได้ โดยไม่ต้องกรอกข้อมูลซ้ำซ้อนหลายโปรแกรม

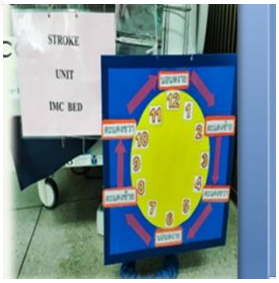
๒. สนับสนุนงบประมาณ เพื่อพัฒนาบุคลากร ในด้านความเชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟู และโครงสร้างของสายงาน เพื่อความก้าวหน้าในวิชาชีพ

๓. สนับสนุนงบประมาณการบริการในด้านการฟื้นฟู และวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ เนื่องจากต้องใช้สหวิชาชีพ และต้องใช้เวลาในการฝึกนาน

๕. Best practice และภาพกิจกรรม

สถานบริการ	Best practice หรือนวัตกรรม		ผู้รับผิดชอบ
<u>รพ.มหาสารคาม</u> ๑.การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ๒.นำเสนอ Best practice เรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)			พญ.กนกพร โชคคติวัฒน์ นางสุทธิรัตน์ บุษดี นางปารณีย์ มากดี นางบังอร ศรีป้อง
<u>รพ.นาดูน</u> เยี่ยมบ้านด้วยทีมสหวิชาชีพ			นางสาวอมรา วงละคร นางสาวศิริพร ปินะถา
<u>รพ.เชียงยืน</u> อบรม อสม.เรื่องการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและผู้ป่วย IMC			นายฐาปนันท์ ดีอันกอง <u>นส.นีรนาท ดีอันกอง</u>
<u>รพ.ยางสีสุราช</u> รางวัลชนะเลิศงานวิจัยประเภท โปสเตอร์	วิจัย เรื่อง แนวทางการสนับสนุนครอบครัว (Family Support) ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ Sub acute ก่อนจำหน่ายจาก รพ.จนถึงที่บ้าน		นพ.อรรถวุฒิ พรมรัตน์ นางกาญจนา จันทะนุย นางนงเยาว์ พละชัย
<u>รพ.พยัคฆ์ภูมิพิสัย</u> เยี่ยมผู้ป่วยแบบ New normal	วิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย		พญ.พัฒน์สรณ์ บุราณรักษ์ น.ส.ปานจันทร์ จีระออน

สถานบริการ	Best practice หรือนวัตกรรม		ผู้รับผิดชอบ
<u>รพช.บรบือ</u> นวัตกรรม ๑. paralle Bar ๒.ถุงออกกำลังกาย ๓.mouth care ด้วย. น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น ๔.ถุงมือวิเศษ ๕.นวดกระตุ้นการกลืน โดยแพทย์แผนไทย	 	 	 ๑.นพ.ฐากูร สีหาบุญมาก ๒.นางเกศินี หัตถพนม ๓.น.ส.เกษณีย์ โพธิ์ขาว ๔.นางเกษศรินทร์ ประทุม
<u>รพ.นาเชือก</u> *๑.ดูแลติดตามอาการผู้ป่วย เยี่ยมบ้าน (Care Manager)* *๒.สร้างความรู้ความเข้าใจให้กับชุมชน และอาสาสมัครชุมชน* ๓.จัดส่งยาและเวชภัณฑ์ ช่วง covid *๔.ถุงมือจากขวดน้ำเกลือ๕.นวัตกรรมช้างบีบ ราวจับพยุงใจ* *๖. สมุดประจำตัวผู้ป่วย IMC*	 	  	 *๑.นส.ขวัญใจ สืบสุนทร* *๒.นส.มัลลิกา ภิรมย์บุญ* *๓.นส.กนกวรรณ วิเศษดี*
<u>รพ.ชื่นชม</u> ๑. นวัตกรรมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้าน Parallel Bar ๒.ลอกบริการหัวไหล่ ๓. ขวด ถุงทราย			๑.นพ.บัณฑิต พิทักษ์ ๒.นางสาวสุชัญญา ชัยทัพ ๓.นางรุ่งทิวา ขันธนู

สถานบริการ	Best practice หรือนวัตกรรม	ผู้รับผิดชอบ
<u>รพ.กุดรัง</u> ๑.นวตกรรมสายล็อคข้อมือขณะใช้รอก ๒.ทันตแพทย์ร่วมออกเยี่ยมผู้ป่วย IMCกับทีมสหวิชาชีพ		นางประภาพร ปะเพโส นางสาวนาตยา เหง่าศรี
<u>รพ.วาปีปทุม</u> ๑.นวตกรรมหุ่นฝึกสารพัดประโยชน์ ๒.นวตกรรมถังปั่นหรรษา		พ.ญ.บงกชกร ญาณประสงค์ นางปัทมาพร ชนะมาร นายรณชัย ศรีคราม นางองุ่น บุตรบ้าน
<u>รพ.กันทรวิชัย</u> ๑.แพทย์ร่วมออกให้ความรู้ ๒.ออกติดตามเยี่ยมบ้าน		พญ.แพรเพชรว์ เปาอินทร์ นส.เบญจวรรณ ลิงลม นางกาญจนา ทะไกรเนตร
<u>รพ.แกดำ</u> <u>นวัตกรรม</u> <u>๑.นาฬิกาพลิกตะแคงตัวป้องกัน แผลกดทับ</u> <u>๒.สื่อใบพัด Health Literency stroke</u>		แพทย์หญิงพรกนก สุโพธิ์ น.ส.ธนัทปุริทาสังข์ นางปิยะดา มุทาวัน
<u>รพ.โกสุมพิสัย</u> นำเสนอ Best practice การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ณ เวที_นำเสนอผลงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การส่งเสริมการจัดการสุขภาพในผู้ป่วย IMC ณ.โรงพยาบาลมหาสารคาม วันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๕		๑.นายอาคม รัฐวงษา ๒.นางอลิสา รัฐวงษา ๓.น.ส.จรีพร รัตนวงษา

สรุปผลการดำเนินงานรับตรวจราชการรอบที่ ๒/๒๕๖๕

ประเด็นการตรวจราชการ Area based

หัวข้อ ระบบบริการก้าวหน้า

เรื่อง มะเร็งรักษาทุกที่ (Cancer Anywhere)

ผู้รับผิดชอบ

นายเฉลิมพล บุญพรหมธีรกุล ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
เบอร์โทร ๐๘๘๓๑๑๔๘๕๒ E-mail Drsun38@hotmail.com
นางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์โทร ๐๘๘๕๖๒๙๑๔๑ E-mail k_su@windowslive.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

จากสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการส่งต่อไปรับการรักษาที่หน่วยบริการอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่าในเขตบริการสุขภาพที่ ๗ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ มีจำนวน ๒,๓๔๗, ๑,๓๑๗ และ ๑,๗๕๘ ราย และนอกเขตบริการ จำนวน ๓๓, ๙ และ ๗ ราย ตามลำดับ สาเหตุของการส่งต่อส่วนใหญ่ เนื่องจากเกินศักยภาพและขีดความสามารถด้านการรักษาโรคมะเร็งเพื่อรักษาต่อเนื่องติดตามอาการ และวินิจฉัยชันสูตรปัญหาของการส่งต่อที่พบ ได้แก่ ๑) ผู้ป่วยมะเร็งผู้ป่วยต้องกลับไปหน่วยบริการประจำเพื่อขอใบส่งตัวไปรับบริการหน่วยบริการอื่น ทำให้เกิดความล่าช้าไม่ได้รับการรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด ๒) ใบส่งตัวมีการกำหนดระยะเวลาสิ้นสุดทำให้ผู้ป่วยมะเร็งต้องกลับไปขอใบส่งตัวที่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหลายครั้ง ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายจากการเดินทางไปขอใบส่งตัว ๓) มีการส่งต่อหน่วยบริการอื่นที่มีศักยภาพด้านการรักษามะเร็งสูงกว่าต่อไปอีก ทำให้การเข้าถึงเข้ารับบริการการรักษาโรคมะเร็งล่าช้า ส่งผลต่อการกระจายลุกลามของโรคได้

จากนโยบายมะเร็งรักษาได้ทุกที่โดยไม่ใช้ใบส่งตัว (Cancer anywhere) จังหวัดมหาสารคามเข้าร่วมโครงการเมื่อเดือนมกราคม ๒๕๖๔ ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๔ มีจำนวนผู้ป่วยที่ส่งตัวจากโรงพยาบาลมหาสารคามในระบบ Cancer anywhere ทั้งสิ้น ๓๓๖ ราย แยกเป็นในเขต ๓๓๓ ราย สาเหตุของการส่งต่อ ๑) เกินศักยภาพและขีดความสามารถ ๑๑๐ ราย ๒) วินิจฉัยรักษา ๗๘ ราย ๓) รักษาด้วยยาเคมีบำบัด ๑๘ ราย ๔) รังสีรักษา ๖๖ ราย ๕) กลืนแร่ ๕ ราย ๖) รักษาต่อเนื่อง ๕๖ ราย ๗) รักษาใกล้บ้าย ๓ ราย และนอกเขต ๓ ราย ส่งต่อเพื่อวินิจฉัยรักษา ๑ ราย และรักษาใกล้บ้าน ๒ ราย

ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-มิ.ย.๖๕) มีจำนวนผู้ป่วยที่ส่งตัวในระบบ Cancer anywhere ทั้งสิ้น ๔๒๓ ราย แยกเป็นในเขต ๔๒๑ ราย สาเหตุของการส่งต่อ ๑) เกินศักยภาพและขีดความสามารถ ๒๓๒ ราย ๒) วินิจฉัยรักษา ๒๕ ราย ๓) รักษาด้วยยาเคมีบำบัด ๖ ราย ๔) รังสีรักษา ๘๔ ราย ๕) กลืนแร่ ๒ ราย ๖) รักษาต่อเนื่อง ๗๒ ราย และนอกเขต ๒ ราย เป็นการส่งต่อเพื่อรักษาต่อเนื่อง ๑ ราย และรักษาใกล้บ้าน ๑ ราย และในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ มีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการบันทึกข้อมูลในระบบ Thai Cancer Base Plus (TCB Plus) จำนวนทั้งสิ้น ๑,๒๗๒ และ ๕๗๙ ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

สถิติผู้ป่วยมะเร็งที่ส่งต่อผ่านระบบ cancer anywhere ของโรงพยาบาลชุมชนโดยไม่ใช้ใบส่งตัวในเขตของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ มีจำนวน ๗๒๗ และ ๘๐๓ ราย แยกเป็นโรงพยาบาลได้ดังนี้ ๑) โรงพยาบาลวาปีปทุม มีจำนวนทั้งสิ้น ๓๐๙ ,๒๙๕ ราย ๒) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ๑๗๒ , ๘๒ ราย ๓) โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ๒๐๖ , ๒๙๕ ราย ๔) โรงพยาบาลบรบือ ๒๘ , ๔๒ ราย ๕) โรงพยาบาลยางสีสุราช ๑๒ , ๗๑ ราย ๖) โรงพยาบาลเชียงยืน ปี ๖๕ มีจำนวน ๑๘ ราย และส่งนอกเขต ๔ และ ๒ ราย ตามลำดับ

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB plus และร้อยละของจำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี cancer coordinatorปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม๒๕๖๔- ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน			
		๒๕๖๔		๒๕๖๕ (๙ เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB plus	≥๖๐%	๑,๒๗๒/๑,๒๗๒	๑๐๐	๕๗๙/๕๗๙	๑๐๐
ร้อยละของจำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี cancer coordinator	๑๐๐%	๒/๒	๑๐๐	๒/๒	๑๐๐

อธิบายตารางที่ ๑

๑. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB plus เกณฑ์ ≥๖๐% ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ผ่านเกณฑ์

๒. ร้อยละของจำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี cancer Coordinator เกณฑ์ ๑๐๐% ผลการดำเนินงานคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ผ่านเกณฑ์ มีพยาบาลผู้ประสานงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล จำนวน ๒ คน ผ่านการอบรมระบบ cancer anywhere ตามที่กำหนด

๒. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จของการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งในระบบ cancer anywhere

๑. ระบบการตรวจสอบสิทธิ์ของผู้ป่วยยังไม่ละเอียด เนื่องจากผู้ป่วยที่ส่งตัวมาจาก รพช. ที่บันทึกข้อมูลในโปรแกรม TCB plus แล้ว แต่โรงพยาบาลปลายทางยังให้ผู้ป่วยกลับไปขอใบส่งตัวเหมือนเดิม

๒. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม TCB plus ยังไม่ถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์

๓. โปรแกรมTCB plus ประมวลผลข้อมูลผู้ป่วยไม่ได้

๔. ไม่มีศูนย์ประสานงานโรคมะเร็งประจำโรงพยาบาลจังหวัด

๓. การแก้ไขปัญหาอุปสรรคจากการตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๕

ตารางที่ ๒ การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของจังหวัดมหาสารคามตามที่ส่วนกลางได้ให้ข้อเสนอแนะ เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งในระบบ cancer anywhere ปี ๒๕๖๕ จากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๑/๒๕๖๕

ข้อเสนอแนะจากทีมตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๕	การดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ของจังหวัดมหาสารคาม
๑. เร่งรัดการลงข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในโปรแกรม TCB Plus ให้ได้มากขึ้น	- ดำเนินการลงข้อมูลแบบ real time ผลการดำเนินงาน ๙ เดือนคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
๒. พัฒนาศักยภาพรพช. M๒ (บรบือ พยัคฆภูมิ	- รอการอนุมัติพิจารณาจากผู้บริหาร

ข้อเสนอแนะจากทีมตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๕	การดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ของจังหวัดมหาสารคาม
พิสัย วาปีปทุม โกสุมพิสัย) ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. เพื่อเพิ่มศักยภาพการรักษามะเร็งด้านเคมีบำบัดแบบฮอร์โมน	- รพ.พยัคฆภูมิพิสัยขอยื่นแล้วแต่ไม่ผ่านการอนุมัติจากสปสช.
๓. พัฒนา คน เงิน ของ โดยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร อบรมด้านเคมีบำบัด	- จัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายด้านบุคลากรจังหวัดมหาสารคาม ในปี ๒๕๖๖
๔. ส่งเสริมให้เป็นศูนย์มะเร็ง (Excellence center) โดยใช้แพทย์เฉพาะทางร่วมกับรพ.สุทธาเวช	- จัดทำแผนเตรียมความพร้อมและเสนอทีมผู้บริหารเพื่อพิจารณา

๔. Best practice หรือนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑. การจัดระบบให้บริการผู้ป่วยมะเร็งแบบมะเร็งรักษาทุกที่ (Cancer anywhere) แบบ one stop service โดยพยาบาลหน้างานทำหน้าที่เป็น cancer nurse coordinator

๒. การลงบันทึกข้อมูลในระบบ TCB Plus แบบ real time

๕. ภาพกิจกรรมดำเนินการ

การประชุม Canceranywhere เขต ๗ ที่ จ.ร้อยเอ็ด

ประชุมคณะกรรมการมะเร็งรพ.มหาสารคามเพื่อวางแผนระบบบริการผู้ป่วยมะเร็งรักษาทุกที่

ประชุมเครือข่ายมะเร็งจังหวัดมหาสารคามระบบซูม เพื่อชี้แจงระบบการส่งต่อแบบมะเร็งรักษาทุกที่ (Canceranywhere)

ชี้แจงระบบการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งในระบบ Canceranywhere และการบันทึกข้อมูลในระบบ TCB plus แก่ผู้ปฏิบัติ

ประชุมวิชาการโรคมะเร็งและผู้ประสานงานโรคมะเร็ง ที่ จ.ร้อยเอ็ด วันที่ ๒-๔ ก.พ.๖๕

ผลการดำเนินงานรับตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๕

ประเด็นการตรวจราชการ Area based
หัวข้อ ระบบบริการก้าวหน้า
เรื่อง New normal Medical Service
ตัวชี้วัด

๑. รพ.ระดับ A และ S ให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ในสาขาที่เลือกครบถ้วน ตาม Key Step Assessment

๒. รพ.ระดับ A และ S มีการจัดทำแผนและซ้อมแผน BCP for EID

ผู้รับผิดชอบ

นายประเสริฐ ศรีสารคาม ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ดร.พชรวรรณ คูสกุลรัตน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

โดยสถานการณ์โรค COVID-๑๙ ตั้งแต่วันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕ จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) รวม ๓๙,๕๖๑ ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน ๑๖๘ ราย โดยแบ่งตามระลอกการระบาด เป็น ๔ ระลอกดังนี้

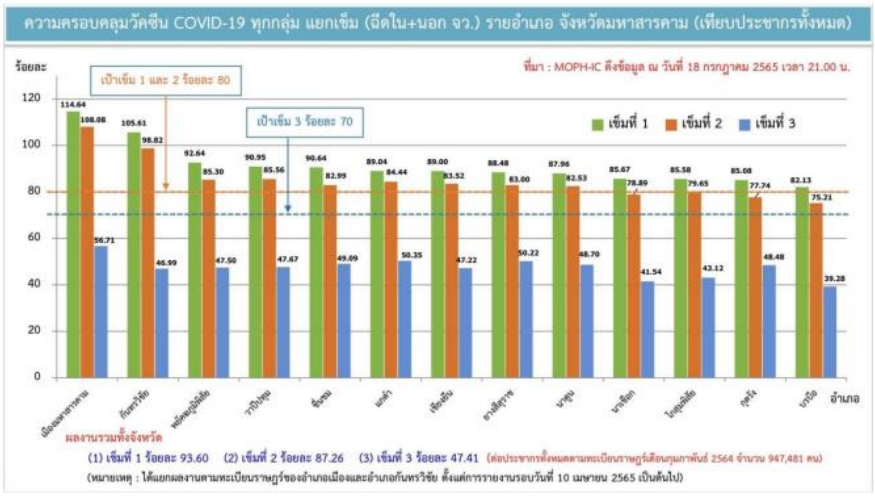
ระลอกการระบาด	จำนวน	อัตราป่วย (ต่อ ปชก ๑แสน คน)	เสียชีวิต	% ป่วยตาย
พ.ศ.๒๕๖๓	๑	๐.๑	๑	๑๐๐
ธันวาคม ๒๕๖๓ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔	๒๑	๒.๑๘	๑	๔.๗๖
เมษายน ๒๕๖๔	๑๑,๖๔๘	๑,๒๐๙.๙๗	๔๕	๐.๓๙
มกราคม ๒๕๖๕	๒๗,๘๙๑	๒,๘๙๑.๘๗	๑๒๑	๐.๔๓
ภาพรวม	๓๙,๕๖๑	๔,๑๐๔.๑๓	๑๖๘	๐.๔๒

อย่างไรก็ตาม จังหวัดมหาสารคามมีมาตรการสำคัญเพื่อรับมือและอยู่ร่วมกับโรค COVID-๑๙ คือ กำกับมาตรการ VUCA โดยเน้นย้ำ DMHTTA ในประชาชน และ Covid Free Setting ในหน่วยงาน องค์กรและการจัดกิจกรรมรวมกลุ่มต่างๆ เร่งรัดการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในประชาชนทุกกลุ่มอายุครอบคลุม ทุกกลุ่มเป้าหมาย และเร่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) แก่ประชาชน โดยได้ดำเนินการ ถอดบทเรียนจากการระบาดของโรค COVID-๑๙ นำมาสู่การจัดทำแผนยกระดับการบริหารจัดการสถานการณ์ COVID-๑๙ สู่โรคประจำถิ่น ของจังหวัดมหาสารคาม โดยมีเป้าหมาย คนมหาสารคามสุขภาพดี สู่เมืองเปี่ยมสุขโดยการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

โดยโรงพยาบาลมหาสารคามมีแผนการเตรียมเปิดให้บริการในวิถีแบบใหม่ (New Normal) และมีการจัดทำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤตจากโรคอุบัติใหม่ (BUSINESS CONTINUITY PLAN FOR EMERGENCY INFECTIONS DISEASE INGEALTGCARE FACILITIES

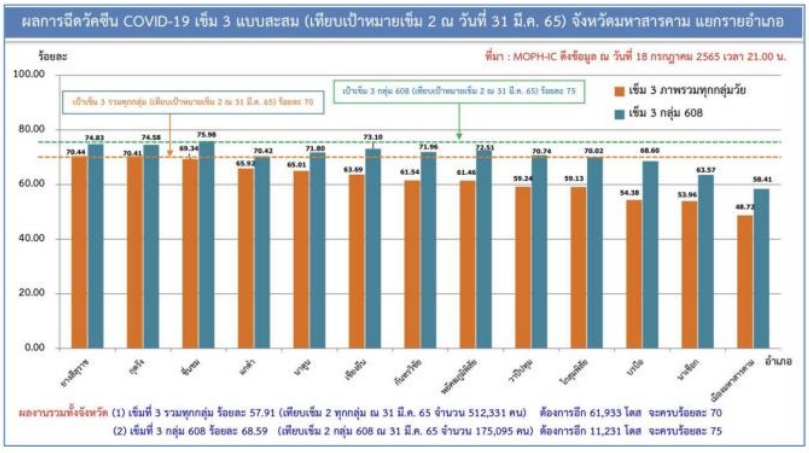
: BCP) เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนที่จะสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพด้วยความเสมอภาค ปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

ผลการดำเนินงานการเร่งรัดการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในประชาชนทุกกลุ่มอายุครอบคลุมจังหวัดมหาสารคาม มีการกำกับการดำเนินงานโดยคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โดยมีความครอบคลุมการฉีดวัคซีนทุกกลุ่มประชากรของจังหวัดมหาสารคาม เข็มที่ ๑ ร้อยละ ๙๓.๖๐ เข็มที่ ๒ ร้อยละ ๘๗.๒๖ เข็มที่ ๓ ร้อยละ ๔๗.๗๑ ผลการดำเนินงานภาพจังหวัด



ที่มา : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ผลการดำเนินงานฉีดวัคซีนเข็ม ๓ เทียบกับเป้าหมายเข็ม ๒ ของจังหวัดมหาสารคามในภาพรวมของจังหวัด ในทุกกลุ่มร้อยละ ๕๗.๙๑ และในกลุ่ม ๖๐๘ ร้อยละ ๖๘.๕๙ โดยในกลุ่ม ๖๐๘ มีอำเภอที่สามารถดำเนินการ ได้มากกว่าร้อยละ ๗๐ มากถึง ๑๐ อำเภอ ซึ่งเข้าใกล้เป้าหมายร้อยละ ๗๕ จากการกำกับติดตามที่ดีประกอบกับการร่วมแรงร่วมใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จังหวัดมหาสารคามน่าจะสามารถดำเนินการบรรลุเป้าหมายได้โดยเร็ว



ที่มา : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สรุปผลจำนวนบุคลากรบุคลากรแพทย์และสาธารณสุข รพ.มหาสารคาม

จำนวน ทั้งหมด ๒,๐๑๒ คน (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕)

๑. จำนวนบุคลากรที่ได้รับการฉีดวัคซีน COVID-๑๙ มีภูมิในระดับหนึ่ง (เข็ม ๑) จำนวน ๒,๐๐๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๘๐

๒. จำนวนบุคลากรที่ได้รับการฉีดวัคซีน COVID-๑๙ มีภูมิในระดับหนึ่ง (เข็ม ๒) จำนวน ๒,๐๐๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๗

๓. จำนวนบุคลากรที่ได้รับวัคซีนกระตุ้น (Booster Dose) เข็ม ๓ จำนวน ๑,๘๕๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๓๔

๔. จำนวนบุคลากรที่ได้รับวัคซีนกระตุ้น (Booster Dose) เข็ม ๔ จำนวน ๑,๔๑๕ คน คิดเป็น ๗๐.๓๒ %

๕. จำนวนบุคลากรที่ได้รับวัคซีนกระตุ้น (Booster Dose) เข็ม ๕ จำนวน ๑๘๐ คน คิดเป็น ๘.๙๔ %

๖. จำนวนบุคลากรที่ได้รับวัคซีนกระตุ้น (Booster Dose) เข็ม ๖ จำนวน ๑ คน คิดเป็น ๐.๐๔ %

สรุปผลจำนวนบุคลากรบุคลากรแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม

ลำดับที่	โรงพยาบาล	รวม	วัคซีนเข็ม ๑	วัคซีนเข็ม ๒	วัคซีนเข็ม ๓	วัคซีนเข็ม ๔	วัคซีนเข็ม ๕
๑	โรงพยาบาลมหาสารคาม	๒,๐๑๒	๒,๐๐๘	๒,๐๐๖	๑,๘๕๘	๑,๔๑๕	๑๘๐
๒	โรงพยาบาลแกดำ	๑๙๔	๑๙๔	๑๙๔	๑๙๐	๑๗๓	๒
๓	โรงพยาบาลโกสุมพิสัย	๖๗๘	๖๗๔	๖๗๒	๖๕๑	๔๙๕	๖
๔	โรงพยาบาลกันทรวิชัย	๓๘๙	๓๘๖	๓๘๖	๓๖๓	๒๘๖	๓
๕	โรงพยาบาลเชียงยืน	๓๐๔	๓๐๒	๓๐๑	๒๘๘	๒๑๙	๐
๖	โรงพยาบาลบรบือ	๖๓๑	๖๒๓	๖๒๒	๕๖๐	๔๑๘	๒
๗	โรงพยาบาลนาเชือก	๓๐๐	๒๙๔	๒๙๓	๒๕๑	๑๙๓	๑
๘	โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย	๕๘๙	๕๘๘	๕๘๖	๕๕๘	๔๒๒	๓
๙	โรงพยาบาลวาปีปทุม	๕๕๒	๕๕๒	๕๕๒	๕๒๓	๔๒๕	๓
๑๐	โรงพยาบาลนาดูน	๒๑๖	๒๑๖	๒๑๕	๒๐๔	๑๖๑	๒
๑๑	โรงพยาบาลยางสีสุราช	๒๑๕	๒๑๕	๒๑๕	๒๑๑	๑๗๔	๒
๑๒	โรงพยาบาลสุทธาเวช	๖๐๗	๖๐๖	๖๐๓	๔๘๕	๓๕๘	๕
๑๓	โรงพยาบาลมหาสารคาม อินเตอร์เนชั่นแนล	๗๗	๗๖	๗๖	๖๙	๔๔	๐
๑๔	โรงพยาบาลกุดรัง	๑๖๙	๑๖๘	๑๖๗	๑๔๙	๑๓๑	๒
๑๕	โรงพยาบาลชื่นชม	๑๗๑	๑๗๑	๑๗๑	๑๖๔	๑๒๕	๑
	รวม	**๗,๑๐๔**	**๗,๐๗๓**	**๗,๐๕๙**	**๖,๕๒๔**	**๕,๐๓๙**	**๒๑๒**

จังหวัดมหาสารคาม มี โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลระดับ S ได้มีการจัดทำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่สำหรับสถานพยาบาล (Business Continuity Plan for Emerging Infectious Disease in Healthcare facilities: BCP for EID in Healthcare facilities)

มาตรการที่สำคัญ

๑. กำกับมาตรการ VUCA โดยเน้นย้ำ DMHTTA ในประชาชน และ Covid Free Setting ในหน่วยงาน องค์กรและการจัดกิจกรรมรวมกลุ่มต่างๆ

๒. เร่งรัดการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในประชาชนทุกกลุ่มอายุครอบคลุมมากกว่า ร้อยละ ๖๐

๓. ลดอัตราป่วยตายไม่เกิน ร้อยละ ๐.๑ ติดต่อกันอย่างน้อย ๒ สัปดาห์

๔. สร้างความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวแก่ประชาชน ในช่วงเปลี่ยนผ่านสถานการณ์สู่โรคประจำถิ่น

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕ ตค.๖๔-มิย.๖๕	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
รพ.ระดับ A และ S ทุกแห่งให้บริการตามแนวปฏิบัติแพทย์วิถีใหม่ในสาขาที่เลือกครบถ้วนตาม Key Step Assessments	มีการจัดบริการ	๐	๐	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐
รพ.ระดับ A และ S ทุกแห่ง มีการจัดทำแผนและซ้อม แผน BCP for EID	มีแผน BCP	๐	๐	๐	๐	๑	๑๐๐

๓. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๔
๑.Structure	-มีคำสั่งคณะกรรมการ -มีนโยบายเกี่ยวกับมาตรการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 -มีคณะทำงานที่รับผิดชอบในการจัดทำแผน BCP
๒.Information	-มีกลุ่มสื่อออนไลน์ สำหรับการประสานในการดำเนินการและสั่งการ -มีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้และแก้ไขปัญหาในการดำเนินการ -การให้ความรู้ และการใช้ PPE ในโรงพยาบาลกับบุคลากรทุกระดับ
๓.Intervention/Innovation	-พัฒนาแนวทางและ Key Step Assessment ทั้ง ๑๓ New normal Medical Service Practices มาตรการระหว่างการแพร่ระบาด และมาตรการการพัฒนาที่ต่อเนื่อง
๔.Integration	-ประสานการดำเนินการ New normal หน่วยงานภายในโรงพยาบาล ตามแนวทางของกรมการแพทย์ -มีระบบสารสนเทศเพื่อรองรับ New normal medical Service
๕.Monitoring / Evaluation	-มีการประเมิน New normal checklist รายหน่วยบริการ -มีการติดตามผลการดำเนินงาน

ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

๑. เวชภัณฑ์ ยา วัคซีน ครุภัณฑ์ ไม่เพียงพอ

๒. การจัดซื้อจัดจ้าง การเงินการคลัง ต้องทำตามระเบียบอย่างเคร่งครัด
๓. อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ไม่เพียง ความเครียดสะสมของเจ้าหน้าที่

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

๔.๑ การกำกับติดตาม แก้ปัญหา EOC ทุกสัปดาห์
๔.๒ มีการประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาอย่างต่อเนื่อง
๔.๓ ความเชี่ยวชาญ ความสามัคคี ของบุคลากร
๔.๔ งานคุณภาพ HA
๔.๕ การมีส่วนร่วม สนับสนุน จากภาครัฐและเอกชน

๕. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ตู้ KIOSK ที่บริเวณ OPD

Total Automation
การส่ง LAB ผ่านท่อลม

การให้บริการ
One Stop Service ที่คลินิก ARI

ใบรับรองแพทย์
ผู้ป่วย Covid-๑๙ แบบออนไลน์

ภาคผนวก

คณะผู้จัดทำ

⌑ เจ้าของ

โรงพยาบาลมหาสารคาม

⌑ ที่ปรึกษา

นายแพทย์ภาคภูมิ	มโนสิทธิศักดิ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมาหาสารคาม
นายแพทย์ประเสริฐ	ศรีสารคาม	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นายแพทย์สถาพร	ณ ราชสีมา	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

⌑ กองบรรณาธิการ

นายสุรสิทธ์	ศรีวิรัตน์	หัวหน้างานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

⌑ รวบรวมและเรียบเรียงข้อมูล

นางสาวนรินทร์พร	สงศรี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางสาวทุติยาภรณ์	วันชูเสริม	นักวิชาการสาธารณสุข
นางสาวฐานะมาศ	มะโนราช	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางสาวรัตติกาล	ภูพันใบ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นายธวัชชัย	สุขศรีงาม	เจ้าพนักงานธุรการ

⌑ ออกแบบปก

นางสาวมาริสา	ปัตตังเว	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา

⌑ ปีที่พิมพ์

เดือน สิงหาคม ๒๕๖๕

เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน

กรณีปกติ

กระทรวงสาธารณสุขและการตรวจราชการแบบบูรณาการ

โรงพยาบาลมหาสารคาม เขตสุขภาพที่ 7

รอบที่ 2/2565 ระหว่างวันที่ 17-19 สิงหาคม 2565