

ยินดีต้อนรับ

นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์

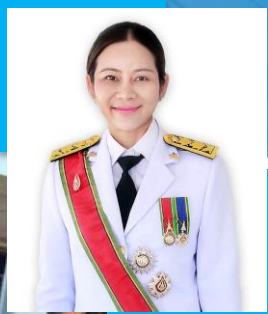
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7



นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7

คณะตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7

ประจำปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1



แพทย์หญิงสาธิตา เรืองสิริภาคกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางสีสุราช



นายสนธยา บัวมัย
สาธารณสุขอำเภอยางสีสุราช

วันที่ 30 มีนาคม 2566

ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลยางสีสุราช



นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออย่างสีสุราช



แพทย์หญิงสาธิตา เรืองสิริภคกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอย่างสีสุราช



นายสนธยา บัวผาย
สาธารณสุขอำเภออย่างสีสุราช



โรงพยาบาลอย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
Maha Sarakham Yangsisurat Hospital



กรอบการนำเสนอประเด็นการรับตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2566

ข้อมูลทั่วไป

Agenda Based

Functional Base

Area Based

การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

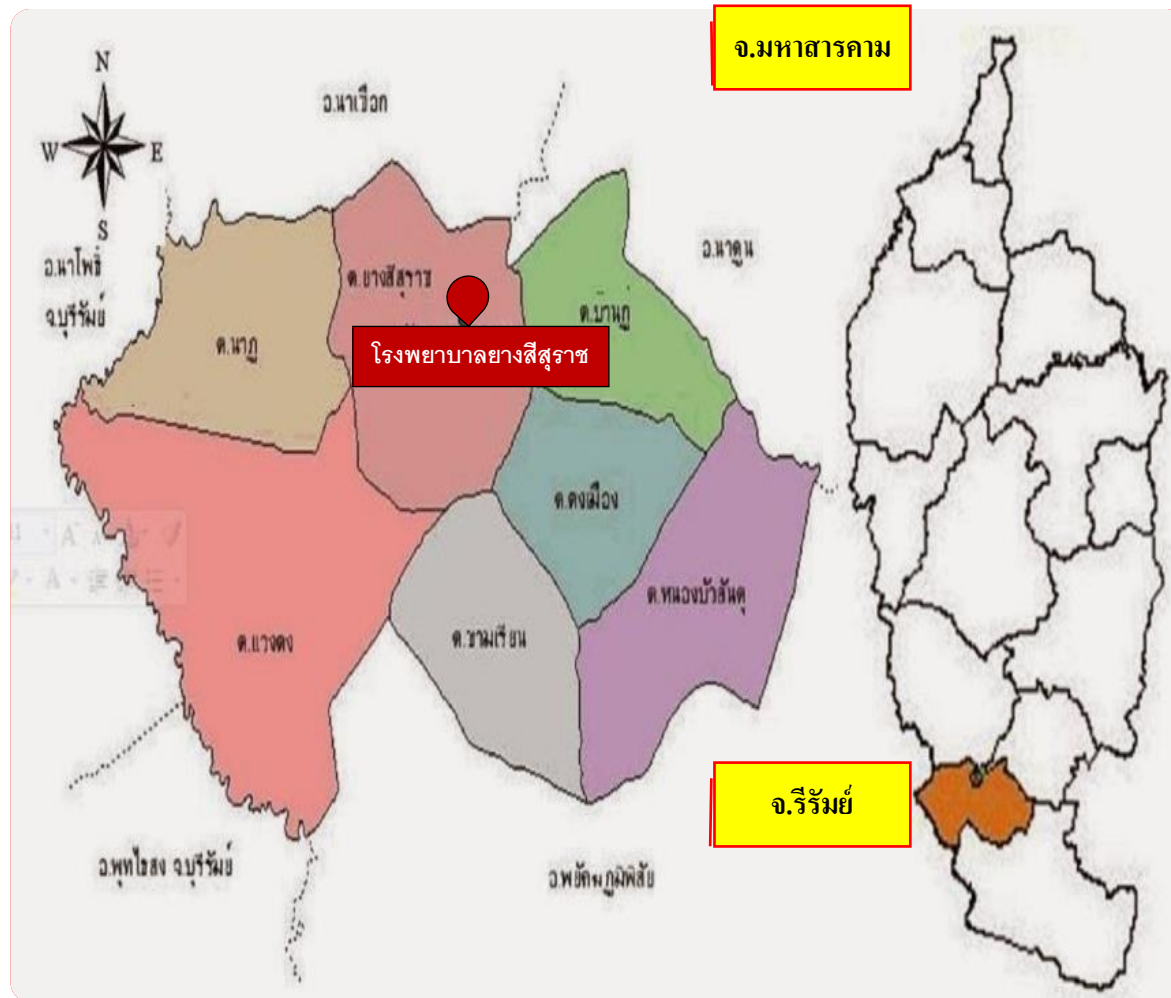
นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7



ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป

แผนที่อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม



คำขวัญ : เจียรไนพลอยหลากสี
หลากหลายผ้าไหมเนื้อดี มากมีต้นยางใหญ่

อ.ยางสีสุราชตั้งอยู่ทางทิศใต้
ห่างจาก จ.มหาสารคาม 78 กม.
ข้อมูลการปกครอง : 7 ตำบล 91 หมู่บ้าน
จำนวนประชากร 35,048 คน

การคมนาคมภายในอำเภอ : ถนนลาดยางและถนนลูกรัง

อาชีพหลัก : ทำนา
อาชีพเสริม : เจียรไนพลอย/ทำสวน/ทำไร่
ช่วงว่างเว้นจากการทำนา : ทำงานรับจ้างต่างถิ่น



วัด

50 แห่ง



ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

10 แห่ง



ประถมศึกษา

23 แห่ง



มัธยมศึกษา

2 แห่ง



โรงเรียนระดับเพชร 2 แห่ง



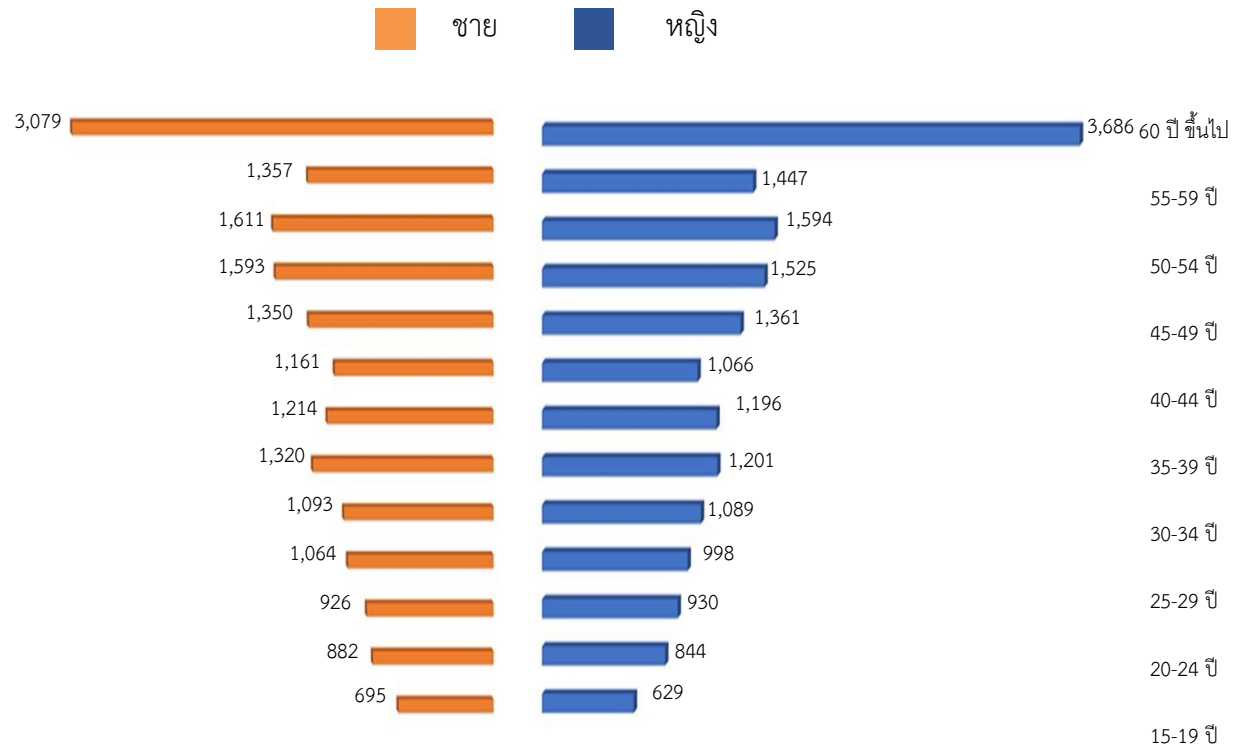
โรงเรียนระดับทอง 23 แห่ง

โรงพยาบาล F2 1 แห่ง

รพ.สต. 10 แห่ง

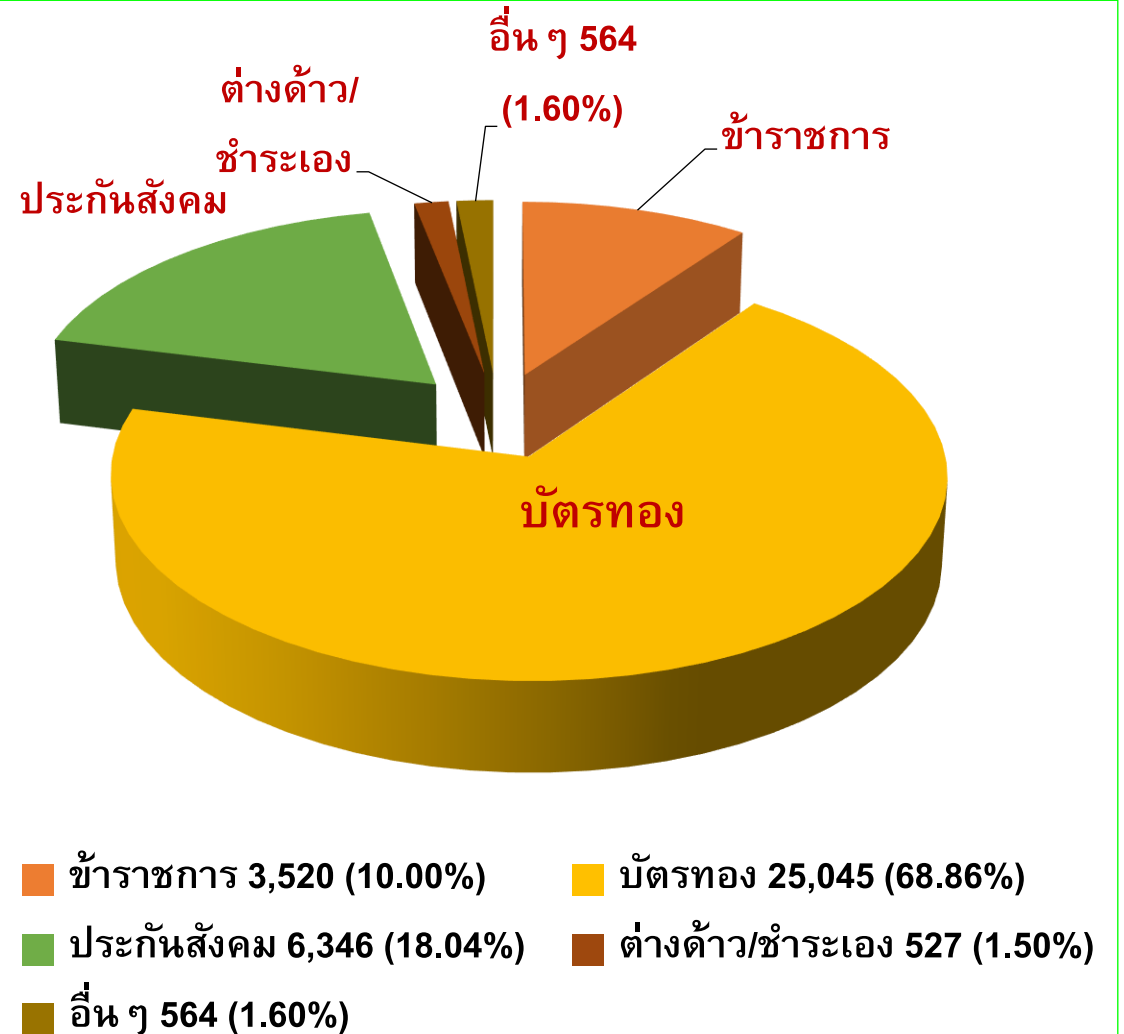
ข้อมูลประชากร

ข้อมูลประชากรแยกตามกลุ่มอายุ



อายุ 60 ปี ขึ้นไป มากที่สุด (15.38%)
รองลงมาคือ อายุ 50-54 ปี (6.05)
อายุ 45-49 ปี (5.66%)

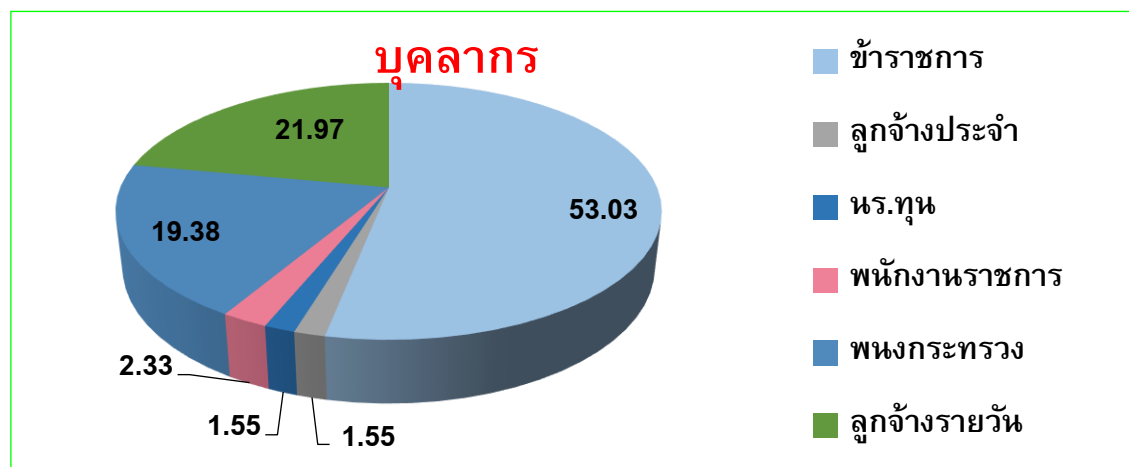
ข้อมูลประชากร ตามการลงทะเบียนสิทธิ



ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข อ.ยางสีสุราช

ข้อมูลบุคลากร รพ.แยกตามประเภทการบรรจุ

| ประเภท | จำนวน |
|---------------------------|------------|
| ข้าราชการ | 74 |
| ลูกจ้างประจำ | 1 |
| ลูกจ้างชั่วคราว(รายเดือน) | |
| - นักเรียนทุน | 3 |
| - พนักงานราชการ | 5 |
| - พนักงานกระทรวงสาธารณสุข | 28 |
| ลูกจ้างชั่วคราว(รายวัน) | 29 |
| จ้างเหมาบริการ | 2 |
| รวม | 142 |



ข้อมูลบุคลากร รพ.แยกตามประเภทวิชาชีพ

| ประเภทวิชาชีพ | จำนวน |
|--|------------|
| แพทย์ | 4 |
| ทันตแพทย์ | 3 |
| เภสัชกร | 4 |
| พยาบาลวิชาชีพ | 40 |
| นักเทคนิคการแพทย์ | 3 |
| นักกายภาพบำบัด | 2 |
| นักวิชาการสาธารณสุข | 7 |
| แพทย์แผนไทย | 2 |
| เจ้าพนักงานเวชสถิติ | 2 |
| เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน | 3 |
| เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข/นวก.ทันตสาธารณสุข | 4 |
| เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ | 1 |
| นักรังสีการแพทย์ | 1 |
| เจ้าพนักงานเภสัชกรรม | 4 |
| อื่น ๆ | 62 |
| รวม | 142 |

ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข อ.ยางสีสุราช (ต่อ)

ข้อมูลบุคลากรสสอ.
แยกตามประเภทการบรรจุ

| ประเภท | จำนวน |
|---------------------------------------|----------|
| ข้าราชการ | 6 |
| ลูกจ้างประจำ | - |
| ลูกจ้างชั่วคราว(รายเดือน) และ พกส. | 2 |
| รวม | 8 |

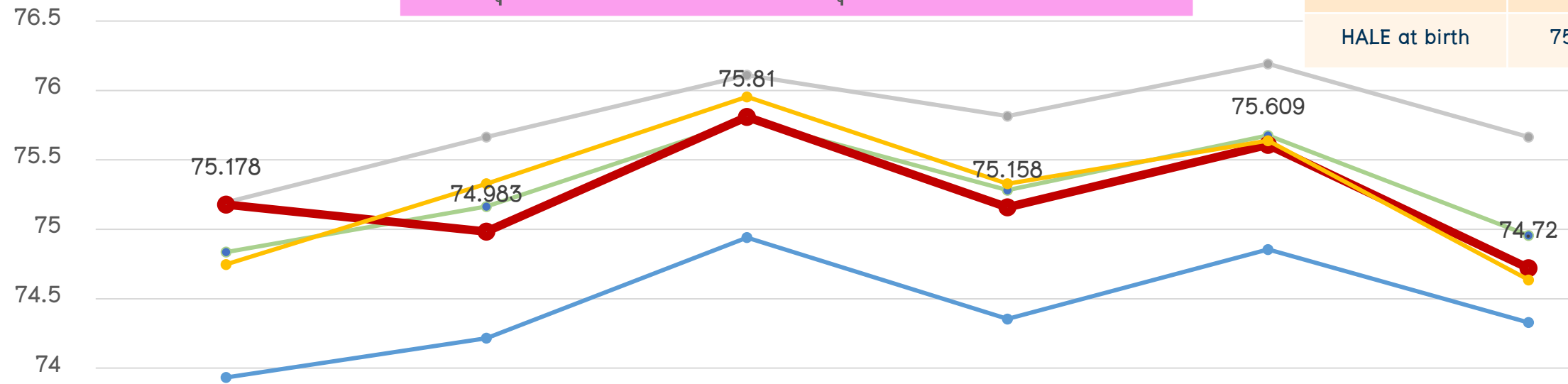
ข้อมูลบุคลากรสสอ.
แยกตามประเภทวิชาชีพ

| ประเภท | จำนวน |
|----------------------|----------|
| สาธารณสุขอำเภอ | 1 |
| พยาบาลวิชาชีพ | 1 |
| นักวิชาการสาธารณสุข | 2 |
| เจ้าพนักงานสาธารณสุข | 2 |
| พสอ. | 1 |
| เจ้าหน้าที่ธุรการ | 1 |
| รวม | 8 |

ข้อมูลสถานะสุขภาพ

| ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2580) | |
|-----------------------------|-------|
| LE at birth | 85 ปี |
| HALE at birth | 75 ปี |

LE-อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด เขตสุขภาพที่7 จำแนกรายจังหวัด



| | 2559 | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| เขตสุขภาพที่7 | 74.836 | 75.164 | 75.788 | 75.282 | 75.676 | 74.956 |
| ขอนแก่น | 75.194 | 75.664 | 76.11 | 75.815 | 76.191 | 75.664 |
| มหาสารคาม | 75.178 | 74.983 | 75.81 | 75.158 | 75.609 | 74.72 |
| ร้อยเอ็ด | 74.747 | 75.328 | 75.954 | 75.328 | 75.638 | 74.636 |
| กาฬสินธุ์ | 73.933 | 74.216 | 74.941 | 74.354 | 74.855 | 74.329 |

เขตสุขภาพที่7 ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์

LE-อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด จังหวัดมหาสารคาม จำแนกรายอำเภอ ปี 2559-2564

LE at birth

85 ปี



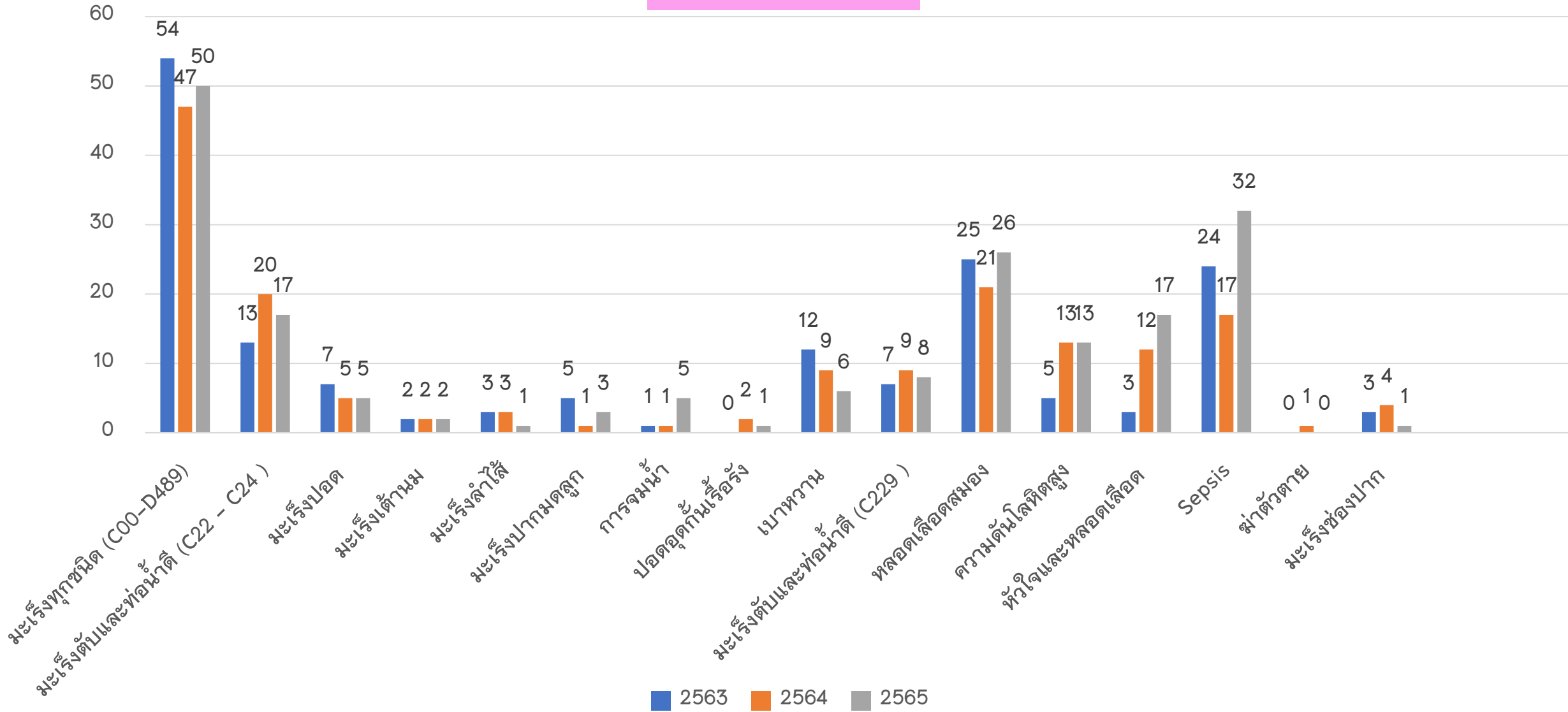
ข้อมูลสถานะสุขภาพ

YLL : ปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Rear Life Loss) จังหวัดมหาสารคาม



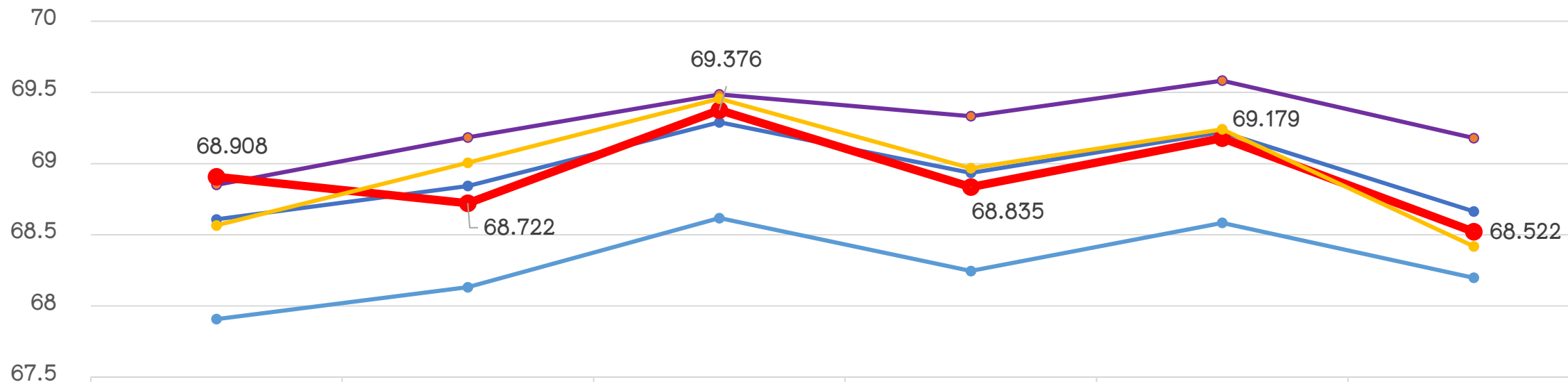
ข้อมูลสถานะสุขภาพ : สาเหตุการตายอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

สาเหตุการตาย(จำนวน)



HALE-อายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด แยกรายจังหวัดเขตสุขภาพที่ 7

HALE at birth 75 ปี



| | 2559 | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| เขตสุขภาพที่ 7 | 68.608 | 68.843 | 69.29 | 68.935 | 69.222 | 68.664 |
| ขอนแก่น | 68.851 | 69.184 | 69.486 | 69.333 | 69.583 | 69.179 |
| มหาสารคาม | 68.908 | 68.722 | 69.376 | 68.835 | 69.179 | 68.522 |
| ร้อยเอ็ด | 68.566 | 69.006 | 69.456 | 68.968 | 69.241 | 68.419 |
| กาฬสินธุ์ | 67.908 | 68.132 | 68.617 | 68.246 | 68.584 | 68.198 |

เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์

ข้อมูลสถานะสุขภาพ : อัตราตายต่อแสนประชากรอำเภอทางสี่สุราษฎร์ จังหวัดมหาสารคาม

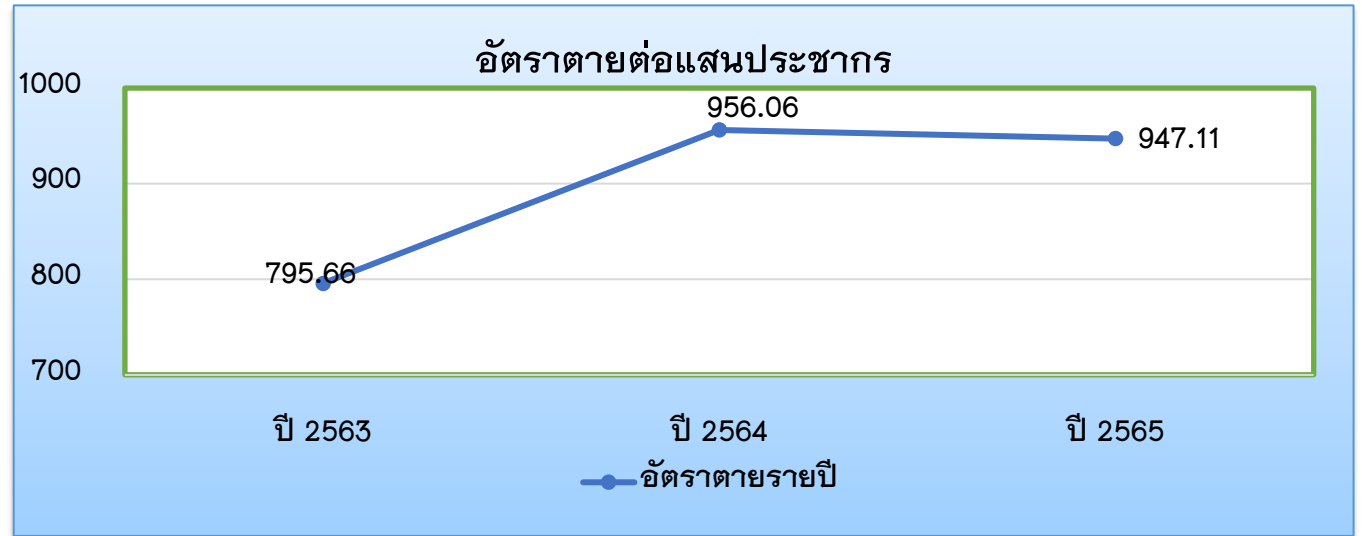
อัตราตายต่อแสนประชากรแต่ละกลุ่มโรค

| โรค | ปี 2563 | ปี 2564 | ปี 2565 |
|----------------|---------|---------|---------|
| มะเร็งทุกชนิด | 153.45 | 133.74 | 48.50 |
| Stroke | 71.04 | 59.76 | 74.17 |
| Sepsis | 68.20 | 48.37 | 91.29 |
| หลอดเลือดหัวใจ | 8.52 | 34.15 | 28.53 |
| DM | 34.10 | 25.61 | 17.12 |
| COPD | 0 | 5.69 | 2.85 |
| ฆ่าตัวตาย | 0 | 2.85 | 0 |

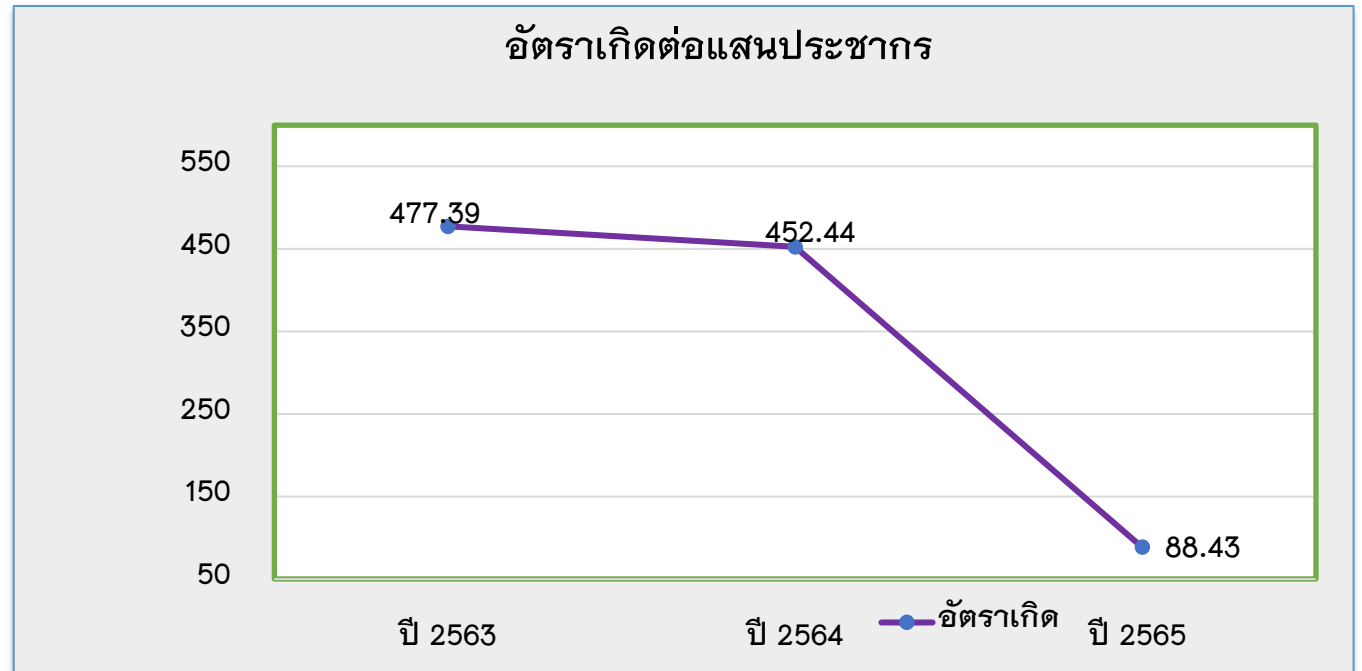
อัตราตายต่อแสนประชากรโรคมะเร็งต่างๆ

| โรคมะเร็งชนิดต่างๆ | ปี 2563 | ปี 2564 | ปี 2565 |
|---------------------------------|---------|---------|---------|
| มะเร็งทุกชนิด | 153.45 | 133.74 | 48.50 |
| มะเร็งปอด | 19.89 | 14.23 | 14.96 |
| มะเร็งเต้านม | - | 5.69 | 5.74 |
| มะเร็งลำไส้ | 8.52 | 8.54 | 2.85 |
| มะเร็งปากมดลูก | 14.21 | 2.85 | 8.56 |
| มะเร็งตับท่อน้ำดี (ไม่ระบุชนิด) | 19.89 | 25.61 | 22.82 |
| มะเร็งท่อน้ำดีในตับ | 0 | 8.54 | 0 |
| มะเร็งช่องปาก | 8.52 | 11.38 | 2.39 |

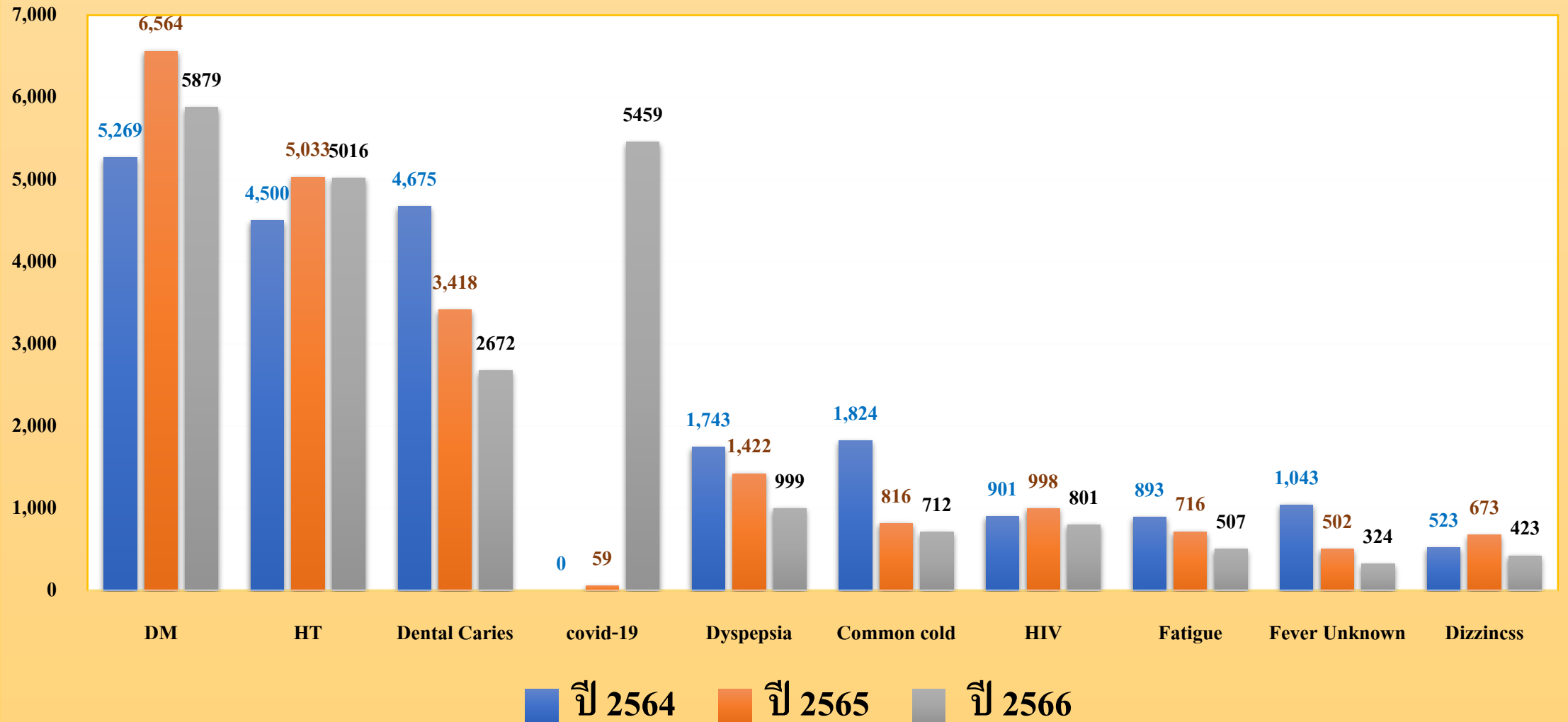
อัตราตายต่อแสนประชากร



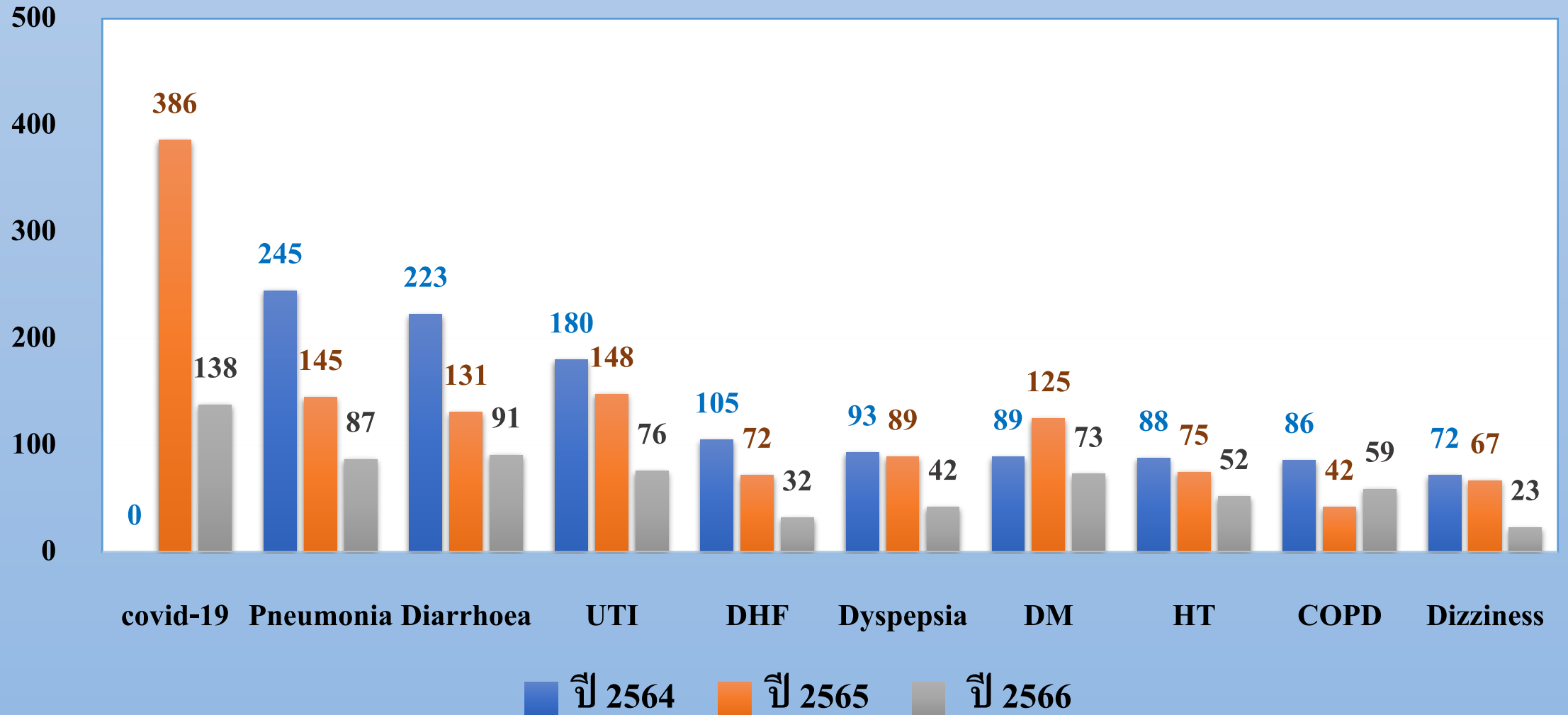
อัตราเกิดต่อแสนประชากร



10 อันดับโรคผู้ป่วยนอก ปี 2564-2566



10 อันดับโรคผู้ป่วยใน ปี 2564-2566



ข้อมูลการบริการ ปี2562-2565

| รายการ | ผลงาน | | |
|---|-----------|-----------|---------|
| | 2563 | 2564 | 2565 |
| จำนวนวันนอน รวมทั้งหมด(วัน) | 6,302 | 9,924 | 682 |
| จำนวนผู้ป่วยใน รวมทั้งหมด(ครั้ง) | 2,796 | 2,645 | 294 |
| จำนวนวันในผู้ป่วยประมาธ | 365 | 365 | 61 |
| จำนวนเตียง รวมทั้งหมด(เตียง) | 30 | 30 | 30 |
| อัตราการครองเตียง รวมทั้งหมด(ร้อยละ) | 57.55 | 90.63 | 37.268 |
| จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน ทั้งหมดเฉลี่ย(วัน) | 2.25 | 3.752 | 2.320 |
| Adj.rw | 1,554.212 | 1,394.694 | 168.963 |
| CMI | 0.555 | 0.527 | 0.575 |

การพัฒนาคุณภาพรพ.

รอบประเมิน พค.2566

HA

Reaccredit ครั้งแรก
ปี 2562

Reaccredit 2
(รับรอง เมย.59-เมย.62)

Reaccredit 3
(รับรอง 14 มค.63-13 มค.66)

G&C

ปี 2565 ผ่านประเมิน GREEN &
CLEAN Hospital ระดับดีมาก PLUS

ปี 2565 ผ่านการประเมินมาตรฐาน
การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวช
กรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้น
พัฒนา

ในปี พ.ศ.2566 ขอรับประเมิน ประเมิน GREEN &
CLEAN HOSPITAL Challenge : พัฒนาประเด็นท้าทาย
ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม
สิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป)

การดำเนินงานตามมาตรฐาน EMS

ดำเนินงานตามกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหา
มาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมทุกมิติ

ประเมินตนเองตามเกณฑ์ The must (รพช.) The Best

จัดทำแผนพัฒนาที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์การประเมินตนเองตามนโยบายระบบบริการก้าวหน้า EMS

การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพอย่างเหนือความคาดหมาย
ของผู้รับบริการ และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ



การพัฒนาที่สำคัญ

ด้านการเข้าถึงบริการ

: ปรับปรุงทางเข้า-ออกโรงพยาบาล, ลานจอดรถหน้าตึก, ป้ายตีกอุบัติเหตุฯ

ก่อน



ทางเข้า-ออกโรงพยาบาล

ก่อน



ลานจอดรถด้านหน้าตึก

ก่อน



ทางขึ้น/ป้ายตีกอุบัติเหตุฯ



หลัง



หลัง



หลัง

การพัฒนาที่สำคัญ (ต่อ)

พัฒนา ER คุณภาพ

: ปรับปรุงห้องทำแผล, ห้องความดันลบ (Negative Pressure Room)

ก่อน

หลัง



ห้องทำแผล, ห้องความดันลบ

พัฒนา Smart OPD

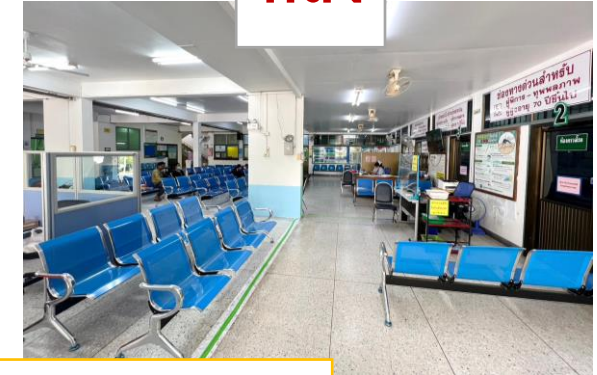
: ลาน OPD เก่า, ห้องบัตร และจุดประชาสัมพันธ์



ก่อน



หลัง



บริเวณลาน OPD

การพัฒนาที่สำคัญ (ต่อ)

เพิ่มพื้นที่สีเขียว



ระบบน้ำ RO



ยกระดับบริการ : High Flow, การให้เลือด , คลินิก Thalasemia

- ## High Flow Oxygen Canular
- ❖ เริ่มดำเนินการ ตุลาคม 2565
 - ❖ กลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มโรคทางเดินหายใจ
 - ❖ ปัจจุบัน มีเครื่อง HFNC : 5 เครื่อง
 - ❖ ผลการดำเนินงาน
 - ผู้ป่วยที่ได้รับ HFNC 33 ราย
 - ลดการ Refer out
 - ลดการใส่ ET Tube
 - ไม่พบอุบัติการณ์ ทรุดลง ส่งต่อ
 - ผลลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
 - ลดการใช้ ออกซิเจน



- ## การให้เลือด
- พื้นที่ห่างไกล ประชาชนรายได้น้อย
การเดินทางไปรับเลือดที่จังหวัดต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย
เพิ่มการเข้าถึงบริการ
- ❖ เริ่มดำเนินการ พฤศจิกายน 2565
 - ❖ กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ใหญ่ Chronic Anemia,CKD-4 RF
เด็ก : Thalasemia ที่ต้องได้รับ Regular Transfusion
 - ❖ ผลการดำเนินงาน
 - ผู้ป่วยที่ได้รับเลือด 41 ราย IDA 14 ราย
Thalasemia 11 ราย Hb typing เพื่อวินิจฉัย 26 ราย
 - ลดการ Refer out
 - ไม่มีรายงานการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด



- ## คลินิก Thalasemia
- การจัดบริการ : ให้บริการในคลินิกทุกวันจันทร์
สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน
- กลุ่มผู้รับบริการ : ผู้ป่วย Anemia, Iron
deficiency anemia,Thalasemia
- ❖ รับยาและนัดเพื่อเข้ารับบริการให้เลือด
Anemia/Thalasemia โดยประสานเบิกเลือดจาก
รพ.มหาสารคามเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงการ
บริการ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
- ผลการดำเนินงาน ผู้ป่วย 64 ราย

| รายการ | จำนวน (ราย) |
|-------------------------|----------------|
| Anemia | 39 |
| Iron deficiency anemia | 14 |
| โรคเลือดจาง Thalassemia | 11 |

Node แม่ข่าย



รพ.พญัคฆภูมิพิสัย

รับส่งต่อ

สาขาคลังกรรมทั่วไป

สาขาคลังกรรมกระดูกและข้อ

สาขากุมารเวชกรรม

สาขาสูติ-นรีเวชกรรม

สาขาอายุรกรรม/เวชศาสตร์ครอบครัว

ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ร่วมกับรพ.พญัคฆภูมิพิสัย



ร่วมรับนิเทศกับรพ.แม่ข่าย



ร่วมกันจัดทำแนวทางเกณฑ์การส่งต่อกับรพ.แม่ข่าย

ประเด็นการรับตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2566

Agenda Based

Functional Base

Area Based

การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7

Agenda based

(นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)



ประเด็นที่ 1 Health for Wealth



ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ



ประเด็นที่ 1 Health For Wealth : กัญชาทางการแพทย์



Purpose

- ❖ เพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
- ❖ ส่งเสริมงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์

สถานการณ์ : เปิดคลินิกบริการทุกวันพุธ วันเวลาราชการ

ตำรับยา : 3 รายการ ได้แก่ ยาสุขไสยาศน์ , น้ำมันกัญชา (หมอเดชา) , สันตฆาตกร่อนแห้ง D.Herb

ทีมวิชาชีพผ่านการอบรมกัญชาทางการแพทย์ : แพทย์อยู่ระหว่างรอการอบรม (คนเดิมย้าย)

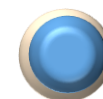
Process



ค้นหาผู้ป่วยที่วินิจฉัย
ระยะระดับประคอง
เพื่อเข้ารับการรักษา



ประชาสัมพันธ์
ทุกช่องทางเพื่อเพิ่ม
การเข้าถึงบริการ
ผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ



พัฒนางานวิจัย R2R เพื่อเพิ่ม
การเข้าถึงบริการและการ
จัดบริการที่เหมาะสมกับ
บริบท

Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|---|---------------------|--------------------|-------|------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ | ร้อยละ 5 | 1.01 | 12.12 | 5.45 |
| ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ | เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 | - | 0.28 | 1.45 |
| จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัด สป.สธ. | 2 เรื่อง | - | - | - |



Purpose

- ❖ เพิ่มจำนวนสถานประกอบการตามมาตรฐาน
- ❖ ยกกระดับ Wellness Center แหล่งท่องเที่ยวด้านสุขภาพเพิ่มมูลค่าสมุนไพร
- ❖ ส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้รับอนุญาต

สถานการณ์ สถานประกอบการตามมาตรฐาน แห่ง

ผลิตภัณฑ์สมุนไพร 7 รายการ : รพ.4 รายการ ยาหม่องโพลี ลูกประคบสมุนไพร ยาต้มโบราณ ยาพอกเข่า รพ.สต.3 รายการ น้ำยาบ้วนปากใบักสีดา สบู่รังไหมบ้านหนองบัวแปะ สเปร์ปรับอากาศผิวมะกรูด

Process



จัดทำเส้นทางท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์ เกษตรแหล่งสมุนไพร



ประชาสัมพันธ์ทุกช่องทางเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการใช้สมุนไพร



เพิ่มการสั่งใช้ยาสมุนไพรทั้งในรพ.สต.,รพ.

Performance

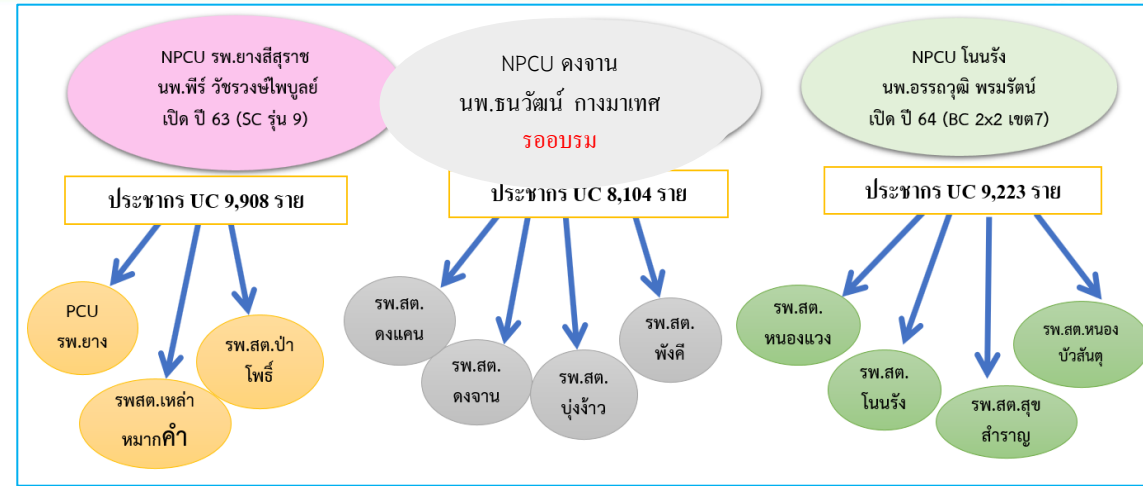
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|---|--------------------------|--------------------|------|------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด | ร้อยละ 10 | 1 | 2 | 2 |
| ร้อยละของ Wellness Center / แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น | ร้อยละ 20 จากปีที่ผ่านมา | 1 | 1 | 6 |
| ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต | ร้อยละ 50 | 0 | 0 | 0 |



สถานการณ์

- การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 3 แห่ง ร้อยละ 100
 1. NPCU รพ.ยางสีสุราช , 2. NPCU รพ.สต.ดงจาน 3. NPCU โนนร้อง
- รพ.สต.เครือข่าย 10 แห่ง ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดตาม ร้อยละ 100
- อำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 98
- ประชาชนมีหมอประจำบ้าน 3 คน ครอบคลุม ร้อยละ 100
 - หมอคคนที่ 1 (อสม.) 998 คน
 - หมอคคนที่ 2 (จนท.สาธารณสุข) 37 คน
 - หมอคคนที่ 3 (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) 3 คน (รอบบรม 1 คน)

Process



- พ่อพระ/แม่ฮักตักศิลา - ไม่ทำพุงกาย/โภชนาการผู้สูงอายุ - การจัดการขยะเปียก ต้นไม้แห่งแผ่นดิน หมอกันนี้อุด

Purpose

Performance

พัฒนาอสม.หมอประจำบ้าน : Application Smart อสม.

คัดกรอง 9 ด้าน ในผู้สูงอายุ, พัฒนาระบบ Consult โดยกลไก 3 หมอ และ telemedicine/telehealth

จัดทำสต็อกเกอร์ หมอประจำครอบครัว เบอร์โทรติดต่อ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง



| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|---|--------------------------|--------------------|------|------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ | ร้อยละ 85 | 98 | 95 | - |
| จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 | ร้อยละ 20 จากปีที่ผ่านมา | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว 3 คน | ร้อยละ 50 | 100 | 100 | 100 |

Functional based

(ระบบงานของหน่วยบริการ)



ประเด็นที่ 1 สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการสูงอายุ



ประเด็นที่ 2 Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยี)



ประเด็นที่ 3 ลดป่วย ลดตายและการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ



ประเด็นที่ 4 องค์การสมรรถนะสูง



ประเด็นที่ 1 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ : กลุ่มวัย มารดาและทารก

Purpose

ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

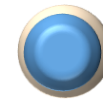
Process



โครงการตั้งครรภ์
คุณภาพ ลูกเกิดรอด
แม่ปลอดภัย
เด็กเจริญเติบโต
พัฒนาการสมวัย



พัฒนาบุคลากร :
การดูแลหญิงตั้งครรภ์
การเฝ้าระวังภาวะ PPH
การช่วยฟื้นคืนชีพ



ปรับปรุง CPG CNPG คู่มือ
แนวทางการดำเนินงานที่
เหมาะสมกับบริบท

Performance

สถานการณ์

- ❖ **ฝากครรภ์ล่าช้า** : ทำงานต่างถิ่น ย้ายที่อยู่อาศัย
ฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชนไม่ได้ตามบันทึกข้อมูล
- ❖ **ฝากครรภ์คุณภาพ** : แนวโน้มเพิ่มขึ้นเข้าถึงบริการง่าย
ฝากครรภ์ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์
- การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน : เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น
จากสถานการณ์โควิดที่ผ่อนคลาย
- ❖ **ภาวะตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น** :
ปี 2566 พบ PPH 3 ราย(คลอด 8 ราย)
refer node พัยคฆภูมิพิสัยทั้งหมด ให้เลือด 2 ราย
ไม่มีมารดาเสียชีวิต

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|---|---------------------------------|--------------------|-------|-------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 wks | ร้อยละ 50 | 89.63 | 97.37 | 93.54 |
| ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการบริการฝาก ครรภ์คุณภาพ | ร้อยละ 30 | 89.83 | 94.74 | 100 |
| ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก/ขัดทำความสะอาดฟัน | ร้อยละ 30 | 41.67 | 57.14 | 90.32 |
| ทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม | ไม่เกินร้อยละ 7 | 10.64 | 9.09 | 0 |
| ร้อยละภาวะตกเลือดหลังคลอด | ลดลงร้อยละ 30 | 0 | 3.125 | 37.5 |
| อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน | ไม่เกิน 17 | 0 | 0 | 0 |
| อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน | < 3.60 : 1,000 ทารกเกิดมีชีพ | 0 | 0 | 0 |
| ร้อยละทารกแรกเกิด จนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่ อย่างเดียว | ร้อยละ 30 | 57.14 | 88.89 | 100 |

ประเด็นที่ 1 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ : กลุ่มวัย เด็กปฐมวัย

Purpose

เด็กปฐมวัยมีสุขภาพดี

สถานการณ์

- ❖ เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจในการบันทึกและห้วงเวลาในการบันทึกข้อมูล ส่งผลให้ข้อมูลการติดตามเด็กที่สงสัยล่าช้าได้น้อย
- ❖ เด็กติดโทรศัพท์มือถือมีพัฒนาการทางภาษาล่าช้า ทั้งการใช้ภาษาและการเข้าใจภาษา
- ❖ ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเรื่องการกิน ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ สุขภาพฟันเด็ก

Process



พัฒนาบุคลากร :
DSPM TEDA4I

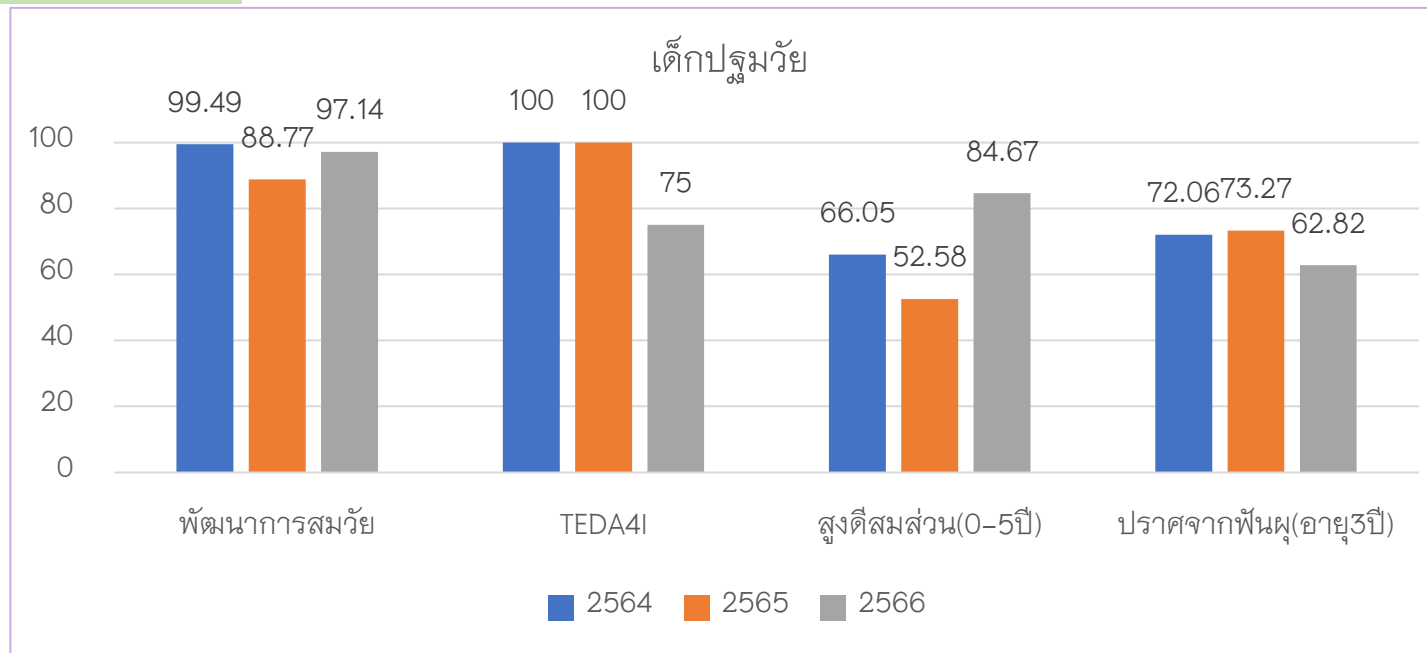


สนับสนุนการกินกอดเล่นเล่า
เฝ้าดูฟัน : ลดการเล่นโทรศัพท์
สนับสนุนชุดความรู้ผ่านไลน์กลุ่ม
ผู้ปกครอง



แนะนำ
ความสำคัญ
ยาเสริมธาตุเหล็ก

Performance



ประเด็นที่ 1 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ : กลุ่มวัย วัยทำงาน

Purpose

ลดอัตรา
ฆ่าตัวตายสำเร็จ

สถานการณ์

- ❖ ปีงบประมาณ 2564 -2565 มีอัตราฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอัตรา 0, 2.85, 2.85 ต่อแสนประชากร แต่ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด
- ❖ ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง : ร้อยละ 86.09, 87.95, 73.18

Performance

Process

- ❖ อบรม การพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชผู้ใหญ่
- ❖ รณรงค์คัดกรองภาวะซึมเศร้าในทุกกลุ่ม
- ❖ พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซึมเศร้า
- ❖ ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ผู้นำชุมชน อสม. ญาติเครือข่ายชุมชน ในการสอดส่องดูแล

| ตัวชี้วัด | ปี 2564 | | | ปี 2565 | | | ปี 2566 (1 ตค 65- 28 กพ.66) | | |
|---|----------|-------|--------|----------|-------|--------|--------------------------------|-------|--------|
| | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
| อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร | 35,297 | 0 | 0.00 | 35,143 | 1 | 2.85 | 35,054 | 1 | 2.85 |
| ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ร้อยละ 75) | 949 | 817 | 86.09 | 946 | 832 | 87.95 | 1,018 | 745 | 73.18 |



ประเด็นที่ 1 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ : กลุ่มวัย ผู้สูงอายุ

Purpose

ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่พึงประสงค์ และอายุยืนยาว

Process



พัฒนาศักยภาพ การดูแล ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะ สมองเสื่อม

- อบรม CM CG ใหม่
- อบรมฟื้นฟู CM CG

คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยง สมองเสื่อมและการพลัดตก หกล้ม

นำโปรแกรม Sufficient Care for Dementia : SCD(12สัปดาห์) มาใช้ในการดูแล

พัฒนาระบบ การดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน

สถานการณ์

ผู้สูงอายุ 6,380 คน (27.60%) ติดสังคม 5,125 คน ติดบ้าน 1,060 คน ติดเตียง 195 คน

ภาวะพึ่งพิง 1,255 คน 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1-4 จำนวน 791,269,185,10 คน

รพ.มีคลินิกผู้สูงอายุ 1 แห่ง ดูแลผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม/เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

โรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 7 แห่ง (7 ตำบล)

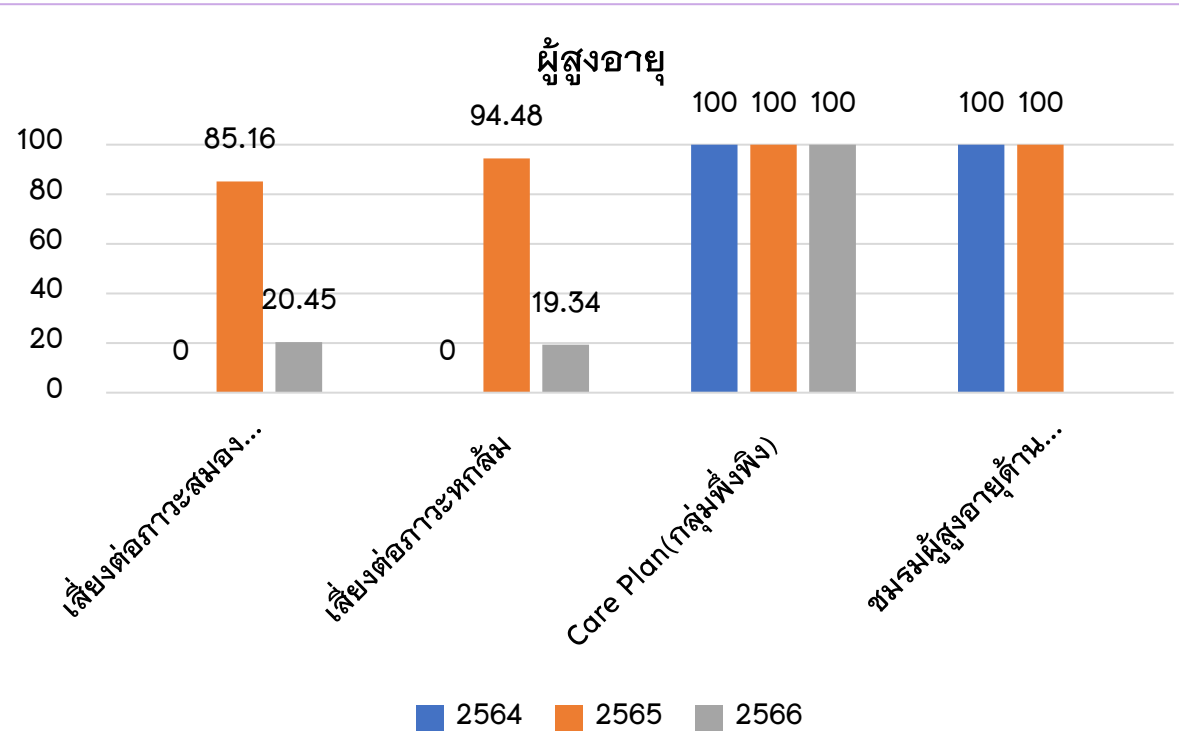
ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 7 แห่ง (7 ตำบล) ตำบล Long Term Care 7

CG 80 คน ดูแลกลุ่มพึ่งพิง 1,255คน (อัตราส่วน CG 1 คน ต่อ ผู้พึ่งพิง 15-16คน)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) 10 คน (กำลังจะอบรมCM1ใหม่ 1 คน)

ปี 2564-2565 ผู้สูงอายุใส่ฟันเทียม ร้อยละ 122.86, 108,84 ไม่มีผู้สูงอายุใส่รากฟันเทียม

Performance



ประเด็นที่ 2 : Digital Health ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

Purpose

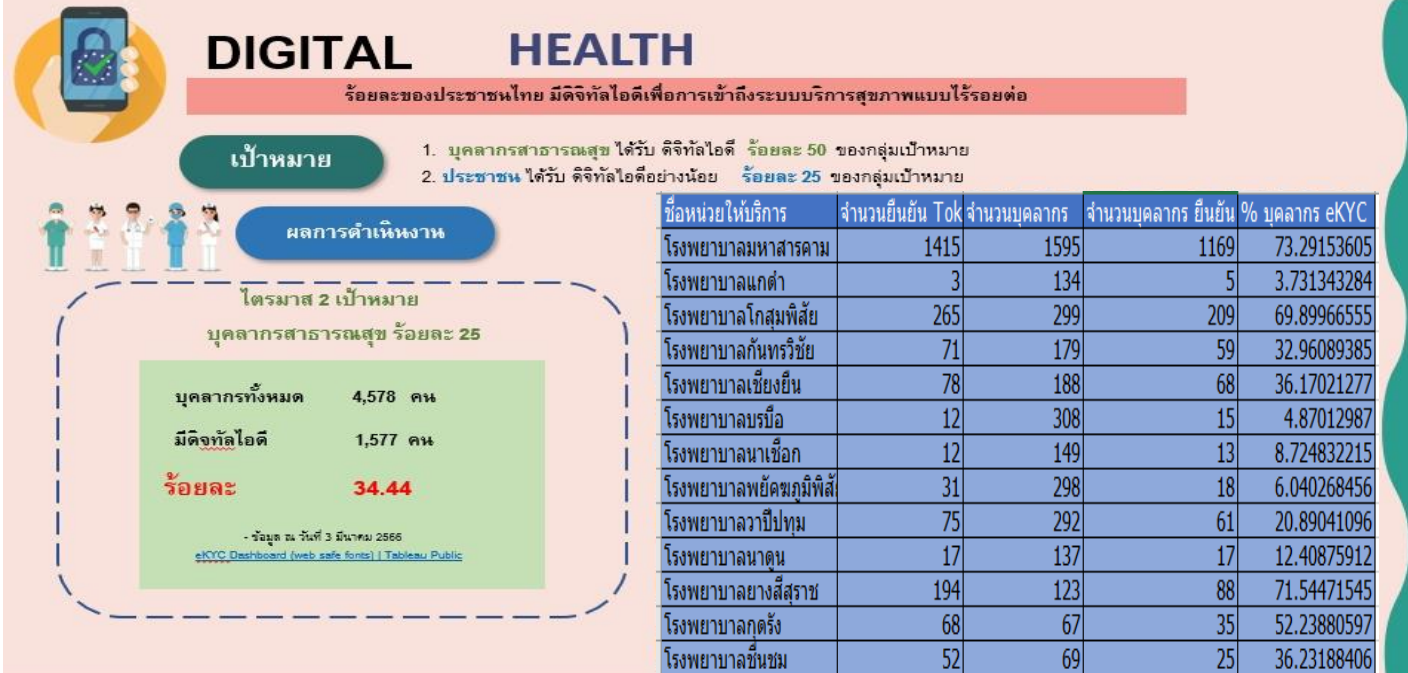
Process

- บุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี ผลงาน ร้อยละ 80
- ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี ผลงาน ร้อยละ 25
- บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 71.5
- ประชาชน 34911 คน ร้อยละ 0.15

สถานการณ์

- ประชุมหน่วยบริการตั้งจุดลงทะเบียนยืนยันตัวตน DID ณ หน่วยบริการ และลงทะเบียนยื่นเชิงรุก
- ดำเนินการแต่งตั้งกรรมการดิจิทัลทางการแพทย์
- ประชุมที่วางแผนการดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ทางไกล
- อยู่ระหว่างดำเนินการระบบให้บริการแพทย์ทางไกล

Performance



ปัญหาอุปสรรค // แนวทางแก้ไข

หมอฟร้อม Digital ID

- 1. ทักษะในการใช้งานโปรแกรม ทำด้วยตนเองเองไม่ได้
- 2. ผู้รับบริการไม่มี Smart Phone ไม่พร้อมใช้
- 3. เบอร์โทรฯ ติดต่อไม่ตรงกับเบอร์ที่เคยลงทะเบียนไว้

บริการแพทย์ทางไกล

- 1. อุปกรณ์ที่จะใช้งานให้บริการ
- 2. มาตรฐานเทคโนโลยีในการอนุญาตให้บริการ

Purpose

ลดป่วย ลดตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

สถานการณ์

- ❖ ปี 2560 เริ่มให้ยา Streptokinase ส่งต่อผู้ป่วย ไป py'ศุภย์หัวใจสิริกิติ์ มีระบบ consult ทาง line “ Refer MHK STEMI”
- ❖ ปี 2565 STEMI 4 ราย ได้ให้ SK 1 ราย มีโรคประจำตัว 2 ราย
- ❖ ปี 2566 มีผู้ป่วย Miss Diagnosis 1 ราย รักษา Pneumonia with Respiratory failure
- ❖ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยผ่านระบบบริการ 1669 ยังต่ำกว่าเกณฑ์

Process

พัฒนาบุคลากร

- Warning sign
- การใช้แบบประเมิน เจ็บหน้าอก, BLS, ACLS

เครือข่าย

- ประเมินอาการแรกเริ่ม การประสานส่งต่อ
- การปฐมพยาบาล BLS

การประชาสัมพันธ์

- 1669
- อาการเตือน
- การเข้ารับบริการ

การนิเทศ กำกับ

- การปฏิบัติงานนอก/ใน เวลาราชการ
- เครือข่ายกู้ชีพ

Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|---|------------|--------------------|-------|-------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ | | 100 | 100 | 0 |
| อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI | <ร้อยละ 9 | 0 | 50 | 0 |
| ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หรือ ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด | ≥ร้อยละ 60 | 66.67 | 50 | 0 |
| การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน | ≥ร้อยละ 70 | 57.14 | 37.38 | 38.46 |
| ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี | ≥ร้อยละ 40 | 27.25 | 26.17 | 17.47 |
| ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ | ร้อยละ 30 | NA | NA | 0 |
| ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจไขมัน DLD และมีค่า DLD < 100 mg/dl | ≥ร้อยละ 50 | 0 | 0 | 0 |



ประเด็นที่ 3 ลดป่วย ลดตาย : โรคหลอดเลือดสมอง

Purpose

ลดป่วย ลดตายจากโรคหลอดเลือดสมอง

Process



สถานการณ์

- ❖ ผู้ป่วย stroke ทั้งหมด 33 ราย รายใหม่ 27 ราย recurrent stroke 7 ราย

- ❖ ผู้ป่วย stroke ที่มีโรคประจำตัว DM,HT,DLD 17 ราย

- ❖ ผู้ป่วย stroke ที่มาด้วยระบบบริการ 1669 11 ราย (33.33%) มาเอง 22 ราย (66.67%)

- ❖ การเข้าถึงระบบบริการ 1669 มากขึ้น โดยกลุ่มที่มาด้วยระบบบริการ 1669 : ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว กลุ่มผู้ป่วยที่มาเองมีรถยนต์ส่วนตัว สะดวกและมาถึงได้รวดเร็ว

- ❖ ผู้ป่วยจำนวนเพิ่มมากขึ้น : โรคประจำตัวขาดยา รักษาไม่สม่ำเสมอ

- ❖ กลุ่มไม่มีโรคประจำตัวมีปัจจัยเสี่ยง : สูบบุหรี่ ขาดการคัดกรองสุขภาพประจำปี ไม่รับรู้อาการเตือน





ประเด็นที่ 3 ลดป่วย ลดตาย : โรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|---|-----------------------|--------------------|--------|--------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง (41.1ต่อประชากรแสนคน) | (41.1ต่อประชากรแสนคน) | 16 ราย | 19 ราย | 27 ราย |
| อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke:I60-I69) | <ร้อยละ 7 | 0 | 0 | 0 |
| ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I63)ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที | ได้รับยาภายใน 60นาที | 6 | 2 | 1 |
| ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I60-I69)ที่มีอาการไม่เกิน72 ชม.ได้รับการรักษาใน Stroke Unit | ≥ร้อยละ80 | 39 | 41 | 32 |
| การตรวจติดตามยืนยันและวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง | ≥ร้อยละ93 | 84.72 | 98.12 | 96.58 |
| ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย(SBP)≥180 มม.ปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย(DBP)≥110 มม.ปรอท จากการวัดความดันโลหิตซ้ำในโรงพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (ภายใน 7 วัน) | ≥ร้อยละ25 | NA | 0 | 88.89 |
| ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี | ≥ร้อยละ60 | 77.32 | 61.02 | 38.57 |
| ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปัจจุบันสูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ | ร้อยละ 30 | 100 | 100 | 100 |
| ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) ที่ได้รับการตรวจไขมันDLD และมีค่า DLD <100mg/dl | ≥ร้อยละ15 | 6 | 2 | 1 |

Purpose

ลดป่วย ลดตายจากโรคมะเร็ง

สถานการณ์

- ❖ บุคลากรรับผิดชอบหลักแต่ละกลุ่มโรคที่ชัดเจน
- ❖ การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้มีผู้มาตรวจคัดกรองน้อยลง การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้

Process

พัฒนาบุคลากร

- พัฒนาบุคลากร : คัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม การตรวจอุจจาระ

ระบบบริการ

- พัฒนาระบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV

การประชาสัมพันธ์

- ประชาสัมพันธ์ค้นหากลุ่มเป้าหมายมารับการคัดกรองฯ

ระบบข้อมูล

- ปรับปรุงฐานข้อมูล Type 1,3 และคนตายให้เป็นปัจจุบัน

Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|--|-------------|--------------------|-------|----------------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ≥ ร้อยละ 80 | 34.31 | 43.13 | 43.99 |
| ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการทำ Colposcopy | | NA | 0 | 0 |
| ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | ร้อยละ 80 | 98.87 | 89.38 | 96.52 |
| ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy | ร้อยละ 80 | 100 | 83.33 | กำลังดำเนินการ |
| ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปาก และคัดกรองรอยโรคในช่องปาก | 40 | 0 | 0 | 33.54 |
| ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม | - | 0 | 0 | 0 |



ประเด็นที่ 3 : ลดป่วย ลดตาย และสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ

Purpose

ประชาชนความมั่นคงด้านสุขภาพ

Process

- ❖ เป้าหมายยังไม่ถึงเกณฑ์เนื่องจากประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิดซึ่งต้องได้รับเข็มกระตุ้นเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังได้รับสื่อ/ข่าวสารทางลบเรื่องวัคซีนโควิด รวมไปถึงประชาชนส่วนใหญ่เคยติดเชื้อโควิดแล้วไม่มีอาการ
- ❖ จัดตั้งทีม CDCU ระดับอำเภอ 3 ทีม พร้อมออกหน่วยปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) หากมีสถานการณ์ระบาดในพื้นที่ มีการซ้อมแผน EOC เพื่อพร้อมรับสถานการณ์
- ❖ ปัจจุบันบุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตร CDCU โดย สคร.7 ขอนแก่น 18 คน
- ❖ ต้องการอบรมหลักสูตร CDCU ใหม่ ปีงบประมาณ 2566 18 คน
- ❖ คลินิกวัคซีนโควิด 19 เปิดให้บริการทุกวันพุธ เวลา 8.00 – 12.00
- ❖ มีการให้บริการฉีดให้แก่หญิงตั้งครรภ์ ในคลินิกฝากครรภ์ ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 8.00 – 12.00
- ❖ จัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ๓ เรื่อง ได้แก่ อุบัติเหตุหมี ,โรคอุบัติใหม่,อัคคีภัย

สถานการณ์

- ❖ สถานการณ์การติดเชื้อโควิด 19 ในพื้นที่อำเภอยางสีสุราช ยอดการติดเชื้อลดลงอย่างมาก ไม่มีการตายจากการติดเชื้อโควิด และมีการเข้าถึงการรับวัคซีนได้ง่ายขึ้น
- ❖ คลินิกวัคซีนโควิด 19 ที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และมีการออกฉีดวัคซีนโควิด 19 ในชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลยางสีสุราช ในช่วงรณรงค์ เพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น เข็ม 3 ใน กลุ่ม 607



Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ยอดสะสมปี 64 -66) |
|---|------------------|--------------------------|
| 1. ความครอบคลุมการ ได้รับวัคซีนโควิด 19 ใน กลุ่ม 607 (ไม่รวมกลุ่ม หญิงวัยเจริญพันธุ์) | ≥ ร้อยละ 90 | 74.37 |
| 2. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิดในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 – 45 ปี | ≥ ร้อยละ 90 | 55.71 |
| 3. มีระบบ Situation Awareness ที่มีประสิทธิภาพ | | |
| 4. มีทีมCDCU ที่ผ่านการอบรมไม่น้อยกว่า ๓ ทีม | ไม่น้อยกว่า ๓ทีม | 100 |
| 5. การชะลอความเสี่ยงของไตเฉพาะเบาหวานร่วม ได้รับการตรวจ HbA1c ตั้งแต่ 6.5 ถึง 7.5 ที่มารับบริการรพ. | > 40 | 12.73 |



ประเด็นที่ 4 องค์การสมรรถนะสูง : การเงินการคลังสุขภาพ

Purpose

หน่วยงานไม่พบปัญหาวิกฤติทางการเงิน

สถานการณ์

- ❖ จัดทำ Planfin แบบ ไม่มีความเสี่ยงทางการเงินและลงทุนไม่เกินไม่ละ 20 ของค่า EBITDA
- ❖ จัดทำแผนประมาณการ รายรับ-รายจ่ายเงินบำรุงประจำปี
- ❖ ผลการดำเนินงานสถานการณ์ทางการเงินไม่ติดวิกฤติทางการเงินระดับ 5-7 ในปีงบประมาณ 2566 ผลประเมินประสิทธิภาพ TPS ไตรมาส 1 Risk score อยู่ระดับ 0

Process

- ❖ จัดทำแผนทางการเงิน Planfin ปี 2565
- ❖ ประเมินผลการดำเนินงานแผน Planfin ควบคุมรายได้ค่าใช้จ่ายตามแผนงาน Planfin
- ❖ จัดทำแผนเพิ่มรายได้ลดรายจ่าย
- ❖ ติดตามประเมินผลเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังทุกเดือน
- ❖ ควบคุมการจัดซื้อ/จ้าง วัสดุและครุภัณฑ์ต่างๆ

Performance

| รายการ | ค่ามาตรฐาน | เปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลัง | | |
|---|------------|--------------------------|---------------|-----------------|
| | | 2563 | 2564 | 2565 (ไตรมาส 3) |
| อัตราส่วนทุนหมุนเวียน Current Ratio (เท่า) | ≥ 1.50 | 2.49 | 3.86 | 4.82 |
| อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว Quick Ratio (เท่า) | ≥ 1.00 | 2.10 | 3.59 | 4.52 |
| อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่า Cash Ratio (เท่า) | ≥ 0.80 | 0.80 | 1.40 | 3.92 |
| ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital:NWC) | | 20,551,391.43 | 35,293,839.16 | 52,918,495.44 |
| รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income:NI) | 1% | 12.77 | 10.71 | 29.94 |



ประเด็นที่ 4 องค์การสมรรถนะสูง : การจัดเก็บรายได้

Purpose

ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดี และดีมาก

สถานการณ์

- ❖ ศูนย์จัดเก็บรายได้ที่คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษา ทุกกองทุน
- ❖ บุคลากรมีจำนวนเพียงพอ และทักษะความสามารถ ความรู้ความสามารถ ผ่านการอบรมเหมาะสมกับตำแหน่ง จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 2 คน จพ.เวชสถิติ 2 คน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1 คน
- ❖ ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4 S 4 C) 34 คะแนน (คะแนนเต็ม 36)

Process

- ❖ มี Flowchart ของกระบวนการเรียกเก็บทุกสิทธิ และมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
- ❖ มีการใช้ Software โปรแกรมสำเร็จรูป (RCM, Data Audit, E-Claim) ในการดำเนินงานจัดเก็บรายได้
- ❖ มีการรายงานผลการดำเนินการจัดเก็บรายได้ ต่อคณะกรรมการบริหารทุกเดือน/ทุกไตรมาส
- ❖ โครงการพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ ปีงบประมาณ 2566
- ❖ ศึกษาดูงานระบบจัดเก็บรายได้ รพ.เชียงใหม่ และ รพ.กันทรวิชัย
- ❖ ขออนุมัติจัดซื้อโปรแกรมสำเร็จรูปที่มีลิขสิทธิ์
- ❖ โครงการอบรมพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน
- ❖ เปิดให้บริการคลินิกธาลัสซีเมีย และให้เลือดแก่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล
- ❖ เปิดให้บริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

Performance

| หัวข้อ | ปี 2564 | ปี 2565 | ปี 2566 |
|----------------------------|------------|------------|----------|
| 1. จำนวนผู้ป่วยนอน รพ.(คน) | 2,193 | 1,701 | 697 |
| 2. Adjust RW | 1,147.2423 | 1,007.6222 | 404.2663 |
| 3. CMI | 0.53 | 0.60 | 0.59 |

งานวิจัย/นวัตกรรม/Best practice

- งานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยางสีสุราช”
- CQI เรื่อง “ทบทวนอีกนิต เพื่อพิชิตความสมบูรณ์”

Area Based

(นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)



ประเด็นที่ 1 TB



ประเด็นที่ 2 มะเร็งท่อน้ำดี

ประเด็นที่ 3 Diabetic retinopathy : DR

ประเด็นที่ 4 Innovative Healthcare ระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 7:EMS

Purpose

ลดอัตราป่วย ลดอัตราตายในผู้ป่วยวัณโรค

Process

❖ พัฒนา Nurse manager และบุคลากรทีมสหวิชาชีพ

❖ เร่งรัดค้นหาคัดกรอง 7 กลุ่มโรค

❖ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ อากาที่เข้าข่ายสงสัย TB

❖ และการรักษา ผ่านหลากหลายช่องทาง

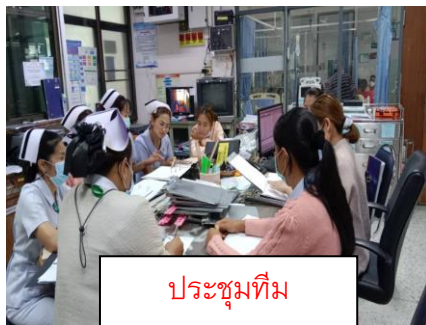
❖ เน้นการให้ความรู้ผู้ป่วยรายใหม่

❖ พัฒนาระบบเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาระหว่างการรักษา

❖ พัฒนาระบบให้คำปรึกษาผ่านกลไก 3 หมอ



เยี่ยมบ้านกลุ่มสีแดง



ประชุมทีม

สถานการณ์

- ❖ ผู้ป่วยวัณโรค (ปี 2563-2565) 47,32,33 ราย อัตราป่วย 134.42,91.42 และ94.28 /แสนประชากร
- ❖ ปี 2565 ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา(ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ร้อยละ 55.50 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมาย \geq 90%) วิเคราะห์สาเหตุพบว่า ผู้ป่วยไม่เข้าสู่ระบบการรักษา เช่น รับการรักษาที่คลินิกเอกชน เข้าถึงการรักษาล่าช้า ผู้ป่วยวัยแรงงาน มีการอพยพย้ายถิ่นฐานบ่อยครั้ง,ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล,เข้าถึงการรักษาล่าช้า
- ❖ อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 66.60 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมาย \geq 88%) \rightarrow อัตราตายสูง, การรักษาล้มเหลว วิเคราะห์สาเหตุ \rightarrow ขาดความตระหนักต่อการรักษาต่อเนื่อง,ขาดญาติผู้ดูแล,ภาวะแทรกซ้อนจากยา การปรับสูตรยา,ขยายระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานขึ้น นำสู่การหยุดยาของทั้งผู้ป่วยและญาติ

Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|---|--------------|--------------------|-------|-------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ | \geq 88% | 33.33 | 66.60 | 0(18) |
| อัตราเสียชีวิต (Dead rate) | $<$ ร้อยละ 8 | 6.90 | 17.24 | 11.11 |
| ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment coverage) | \geq 90% | 53.13 | 55.50 | 0 |
| ร้อยละของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (อยู่ระหว่างดำเนินการ) | \geq 100% | 117.5 | 80.87 | 12.37 |
| 5.ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรคตามเกณฑ์มาตรฐาน | \geq 90% | 96 | 93 | NA |

ประเด็นที่ 2 การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

Purpose

ลดอัตราการตายโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

Process

คัดกรองตาม กลุ่มเป้าหมายตามการจัดสรร

ฝึกทักษะบุคลากรในการตรวจอุจจาระ

พัฒนาระบบติดตามตรวจอัลตราซาวด์ให้มีความต่อเนื่องครอบคลุม

สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านทุกช่องทางและใช้กลไก 3 หมอ

Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|---|----------|--------------------|-------|-------------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| ร้อยละการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี | 80 | 100 | 94.00 | รอดำเนินการ |

สถานการณ์

ข้อมูลพื้นที่นำร่อง

ปี 2559 ตำบลเวียงตอง ตำบลขามเรียง

ปี 2560 – 2561 คัดกรองเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องทุกตำบล

ปี 2562 ตำบลสุขสำราญ

ปี 2563 ตำบลหนองบัวสันตุน และตำบลนาฏ

ปี 2564 ตำบลโนนรัง ตำบลยางสีสุราช

ปี 2565 ตำบลเวียงตอง ตำบลขามเรียง ตรวจปัสสาวะ OV-Rapid Diagnosis Test(OV-RDT)CASCAP และได้จัดโครงการคัดกรองเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องทุกตำบลในพื้นที่





ประเด็นที่ 3 ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic retinopathy : DR)

Purpose

คัดกรองเร็ว รักษาทันเวลา

สถานการณ์

- ❖ ประชากร 34,911 เป็นเบาหวาน 2,393 (ร้อยละ 6.85)
- ❖ เบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ระดับ mild NPDR ขึ้นไป ร้อยละ 5.90
- ❖ การควบคุมระดับน้ำตาล และ BP ยังไม่ผ่านเกณฑ์ มีภาวะไขมันสูง
- ❖ เครื่องตรวจตา 2 เครื่อง

Process

แผนออกตรวจตา เดือนเมษายน

ออกตรวจตาทุกรพ.สต. จันทร-ศุกร์

คัดกรอง เจอ ส่งต่อ รพ.มค



ให้ความรู้เรื่องจอประสาทตา ควบคุมระดับน้ำตาล ไขมัน

Performance

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|----------|-------|--------|
| ปี 2563 | 2,170 | 1,548 | 71.34 |
| ปี 2564 | 2,349 | 1,191 | 50.70 |
| ปี 2565 | 2,447 | 1,184 | 58.07 |
| ปี 2566 | 2,407 | 11 | 0.46 |

ประเด็นที่ 4 Innovative Healthcare ระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 7 : EMS

Purpose

ลดอัตราการตายในผู้ป่วยฉุกเฉิน

Process

- ❖ การประชาสัมพันธ์ 1669 เช่น ทำป้าย เสียงตามสาย หมู่บ้าน วิฑูรย์ชุมชน นามบัตร
- ❖ โครงการฟื้นฟูความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติงาน
- ❖ สนับสนุนอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ สำหรับทีม EMR
- ❖ จัดซื้อรถพยาบาลขั้นสูง.
- ❖ จัดแบ่งโซนรับผิดชอบของหน่วยที่ออกปฏิบัติงาน เพื่อให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

สถานการณ์

- ❖ หน่วย ALS 1 หน่วย
- ❖ เจ้าหน้าที่ที่ออกปฏิบัติงานใช้ร่วมกับทีม ER
- ❖ ไม่มีศูนย์เฉพาะของชุดปฏิบัติการ
- ❖ หน่วย EMR 4 หน่วย ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่
- ❖ หน่วย EMR บางหน่วย ยานพาหนะยังไม่ตรงตามมาตรฐาน

Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|--|----------|--------------------|-------|-------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| อัตราการเข้าถึงของทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงตั้งแต่การแจ้งเหตุ (response time) ในผู้ป่วยสีแดง ภายใน 10 นาที | > 70 % | 38.86 | 32.54 | 49.39 |
| อัตราการกลับมาฟื้นคืนชีพและมีชีพจร (ROSC) ของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นที่ทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงได้ทำ CPR | > 30 % | 41.67 | 50 | 0 |
| อัตราความสำเร็จของการออกให้บริการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินภายใน 2 นาที | > 70 % | 83.96 | 87.89 | 98.78 |



การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี



ประเด็นที่ 1 การพัฒนาช่วงวัยเรียนวัยรุ่น



ประเด็นที่ 2 โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดพิษสุนัขบ้า



ประเด็น 1 การพัฒนาช่วงวัยเรียน /วัยรุ่น

Purpose

เด็กมีสุขภาพสมวัย

Process

สถานการณ์

- ❖ โรงเรียนในสังกัด สพฐ ทั้งสิ้น 25 แห่ง และโรงเรียน เอกชน 1 แห่ง รวม 26 แห่ง ซึ่งเป็นโรงเรียน ระดับมัธยม 2 แห่ง ขยายโอกาส 7 แห่ง และ ระดับประถมศึกษา 17 แห่ง
- ❖ ออกให้บริการอนามัยโรงเรียน เทอมละ 1 ครั้ง และให้บริการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์
- ❖ ข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง ของนักเรียนมีความคลาดเคลื่อน จากวิธีการชั่งวัด หรือเครื่องมือที่ไม่ได้ตามมาตรฐาน และเด็ก มีปัญหาภาวะโภชนาการไม่สูงดีสมส่วนจริง
- ❖ ติดต่อประสานงานกับโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบในการเข้าร่วมโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS)
- ❖ จัดทำโครงการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเด็กวัยเรียน เก่ง ดี มีสุข สูงดีสมส่วน

❖ โครงการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเด็กวัยเรียน เก่ง ดี มี สุข สูงดีสมส่วน ตำบลยางสีสุราช

❖ อบรมฟื้นฟูทักษะดูแลสุขภาพเด็กอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

❖ ดูแล ติดตามการรวบรวมน้ำหนัก ส่วนสูง ของนักเรียน

❖ สสำรวจข้อมูล จัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพนักเรียน ใหม่ทุกปีการศึกษา อย่างเป็นปัจจุบัน สม่ำเสมอ

Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|---------------------------------------|---------------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน | ร้อยละ 72 | 52.98 | 55.79 | 49.29 |
| ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 19 ปี | ชาย 171 หญิง 161 | - | ชาย 166.10 หญิง 157.71 | ชาย 167.33 หญิง 156.71 |
| นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ | ร้อยละ 60 | - | 100 | รอ ดำเนินการ |
| นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ | ร้อยละ 50 | - | 100 | รอ ดำเนินการ |
| โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS) | ร้อยละ 15 | - | 11.54 | 26.92 |

ประเด็น 1 การพัฒนาช่วงวัยเรียน วัยรุ่น (ต่อ)

Purpose

ลดอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่น

สถานการณ์

- ❖ บริการให้คำปรึกษาทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดย คลินิกฟ้าสีรุ้ง
- ❖ เชิงรุก : HE ทุกช่องทาง
- ❖ บริการแจกถุงยางอนามัยฟรี แนะนำการคุมกำเนิดในกลุ่มเสี่ยง
- ❖ เชิงรับ : ผ่านช่อง facebook, Line
- ❖ มีทีม อสม.น้อยในชุมชน บริการแจกถุงยางอนามัย เพื่อนช่วยเพื่อนเข้ามารับบริการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Process

เครือข่าย

- โครงการป้องกันแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ ก่อয়วัยอันควร แบบบูรณาการ เครือข่าย

บุคลากร

- พัฒนาศักยภาพการ ให้คำปรึกษาอย่าง ต่อเนื่องและระบบการ บันทึกรายชื่อ

HE

- เชิงรับในคลินิกบริการ
- เชิงรุก ในรร. ชุมชน
- เพื่อนช่วยเพื่อน
- สื่อออนไลน์

เวชภัณฑ์ยา

- นำยาคุมฉุกเฉินเข้า แผนรายการยาของ โรงพยาบาล

Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|---|--------------------|--------------------|-------------|-------------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ 10-14 ปี ต่อพันคน | ไม่เกิน 0.8 /พันคน | 0 | 1/789(1.27) | 0 |
| อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ 15-19 ปี ต่อพันคน | ไม่เกิน 23 /พันคน | 5/877(5.70) | 3/789(3.80) | 2/812(2.46) |
| ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20ปี | ไม่เกินร้อยละ 13.5 | 0 | 0 | 0 |



ประเด็นที่ 2 สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า

Purpose

สถานการณ์

สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย
จากโรคพิษสุนัขบ้า

Process

- ❖ พัฒนาจัดทำแผนป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า
- ❖ สร้างความรอบรู้ให้แก่ อสม. อสป. และประชาชน เพื่อสร้างความตระหนักต่อโรคพิษสุนัขบ้า
- ❖ จัดทำทะเบียนผู้สัมผัสโรค มารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าในสถานบริการ และกำกับติดตามโดยอสม. ให้มารับบริการครบโดส

- ❖ สุนัขและแมวขึ้นทะเบียน 5,277 ตัว มีเจ้าของ ร้อยละ 93.5 และไม่มีเจ้าของ ร้อยละ 6.5 ซึ่งได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 86.5
- ❖ จัดทำทะเบียนสุนัข และแมว ที่ถูกนำมาปล่อยในโรงพยาบาล ดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทุกตัว ร้อยละ 100 และจะดำเนินการควบคุมประชากรสุนัข แมว โดยการทำหมัน
- ❖ จัดให้มีบริการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสถานบริการสาธารณสุขอย่างเพียงพอ
- ❖ ส่งเสริมการนำกฎหมายที่เกี่ยวข้องมาบังคับใช้ รวมทั้งปรับปรุงกฎระเบียบ

Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|---|---------------------------------------|--------------------|------|-----------------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| ร้อยละของผู้สัมผัสโรคได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางเวชปฏิบัติ (ต้องคำนวณจากการสอบสวนรายงานสัตว์ตรวจให้ผลบวก ครบทุกเหตุการณ์) | ร้อยละ 100 | 100 | 100 | 100 |
| อำเภอปลอดโรค (*อำเภอใหม่ หมายถึง อำเภอที่ประกาศในปีงบประมาณ 2566) | 1 เขต 1 อำเภอใหม่ | N/A | N/A | รอ ดำเนินการ |
| ร้อยละของอำเภอประเมินผ่านเกณฑ์การประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าด้านสาธารณสุข | ร้อยละ 30 ของจำนวน อำเภอทั้งหมด | N/A | N/A | รอ ดำเนินการ |
| ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การดำเนินงานตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า | ร้อยละ 30 ของจำนวน อำเภอทั้งหมด | N/A | N/A | รอ ดำเนินการ |
| ร้อยละของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ที่ได้รับวัคซีนตามแนวทางเวชปฏิบัติ | ร้อยละ 100 | 100 | 100 | 100 |



นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7



ประเด็นที่ 1 Chief Knowledge Officer



ประเด็นที่ 2 Service Plan ทุกสาขา

Purpose

ผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่นำไปใช้ประโยชน์



- ❖ ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดย FA
- ❖ ส่งเสริมวัฒนธรรม KM (ศูนย์วิชาการ/จัดการความรู้)

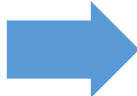
นโยบาย

- ❖ กำหนด KPI ทุกหน่วยงาน/สสจ./รพ.สต. มีงานวิจัย R2R อย่างน้อย 1 เรื่อง
- ❖ เผยแพร่ผลงานทุกเวที



กลยุทธ์

- ❖ สร้างเครือข่ายด้านวิชาการ
- ❖ ยกย่องเชิดชูผลงาน เชิดชูเกียรติ
- ❖ สร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมขวัญกำลังใจ



โครงการ/กิจกรรม



สถานการณ์



- เขตสุขภาพที่ 7 :
จัดมหกรรมวิชาการ
และมีนโยบายการ
พัฒนางานวิชาการ



- สสจ.มหาสารคาม กำหนดเป็น KPIs
ตั้งแต่ปี 2556 เวทีมหกรรมวิชาการ
ระดับจังหวัดที่ต่อเนื่อง
- อบรมพัฒนา FA /พัฒนาผลงานที่
ผ่านคัดเลือกเวทีต่างๆ



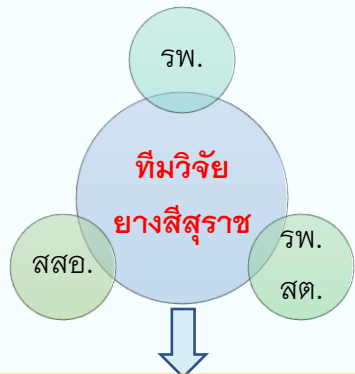
- ผู้บริหาร CUP มีนโยบาย
การขับเคลื่อนที่ชัดเจน
สนับสนุนงบประมาณ
- แต่งตั้ง FA/คณะกรรมการ
ด้านวิชาการ/EC

ที่ผ่านมา : **กลไกความสำเร็จ** คือ การขับเคลื่อนระดับนโยบาย เขต+จังหวัด → CUP = CKO

- ❖ พัฒนาบุคลากรด้านการวิจัย
- ❖ สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนำเสนอและเผยแพร่ผลงาน
- ❖ อบรมพัฒนาบุคลากรด้านการวิจัย ปีละครั้ง (2วัน)
- ❖ FAจัดกระบวนการKMร่วมกับAIขับเคลื่อนงานวิจัยด้วยทีม
- ❖ สนับสนุนงบประมาณในการนำเสนอเวทีต่างๆ

การทำ R2R “ได้” หลายอย่าง “ได้” แรก ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีขึ้น “ได้” ที่สอง คือ หน่วยงาน ได้ลดภาระงาน สำคัญที่สุด คือ “การได้แบ่งปันประสบการณ์”

กระบวนการพัฒนางานวิจัย CUP ยางสีสุราช ปี 2557- ปัจจุบัน

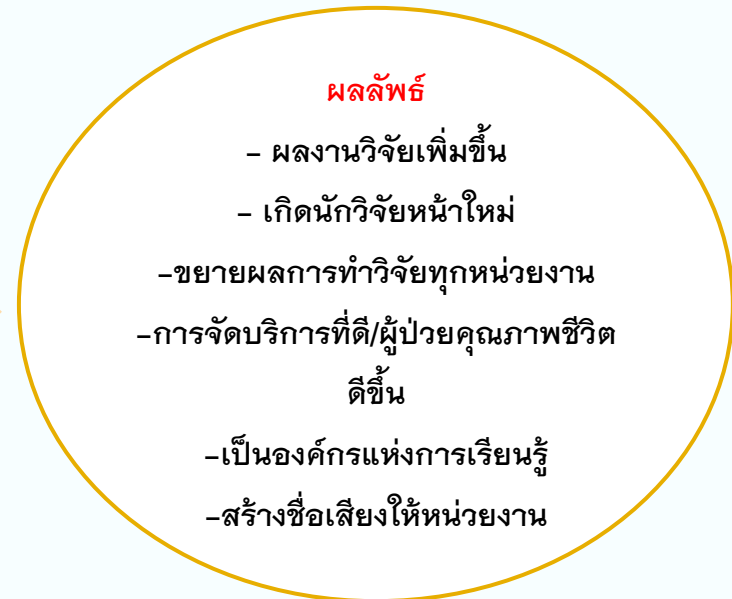
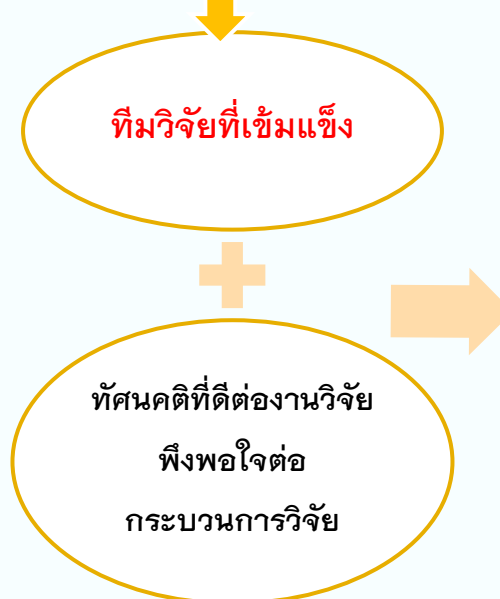
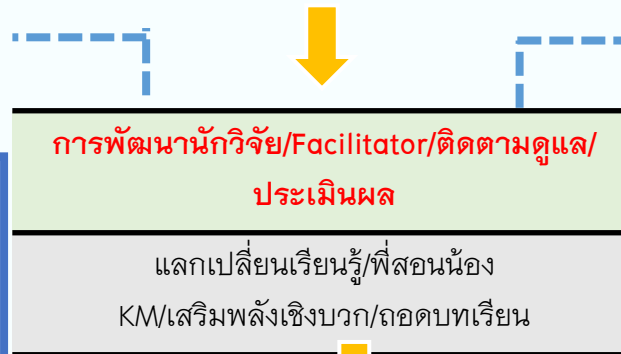


| การสนับสนุนงานวิจัย | | |
|--|------------------------------------|---|
| งบประมาณ | Facilitator | นโยบาย |
| -พัฒนาองค์ความรู้ - การเผยแพร่ผลงาน | จัดกระบวนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ | ขับเคลื่อนทุกหน่วยงาน เผยแพร่ทุกเวที |



FA จัดกระบวนการ KM ร่วมกับ AI ขับเคลื่อนงานวิจัยด้วยทีม

| | |
|------------------------|--|
| ขั้นพัฒนา proposal | -สร้างแรงบันดาลใจ -ค้นหาเรื่องราวดี ๆ หน่วยงานสู่งานวิจัย -จับคู่บัดดี้ พี่สอนน้อง -สร้างกลุ่มไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ -พัฒนาองค์ความรู้ หลักสูตร 2 วัน |
| ขั้นก่อนนำเสนอ เวทีแรก | -จัด KM ออกแบบวิจัย/การเก็บข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล -เตรียม/ซ้อมนำเสนอร่วมกัน ก่อนนำเสนอ 1wk |
| ช่วงนำเสนอเวทีแรก | -ดูแลกันเป็นทีมแบบเคียงป่าเคียงไหล่ -จัดสรรแบ่งปันบทบาทหน้าที่ในทีม -ร่วมให้กำลังใจกันเป็นทีม -KM สะท้อนสิ่งที่ดี/สิ่งที่ต้องพัฒนา/ปรับปรุง ผลงานร่วมกัน |
| ขั้นสิ้นสุดงานวิจัย | -ประชาสัมพันธ์นักวิจัย - หาแหล่งตีพิมพ์ |





Chief Knowledge Officer : CKO การขับเคลื่อนการจัดการความรู้และการพัฒนางานวิชาการ

Process

พัฒนางานสู่
ความก้าวหน้า
วิชาชีพ

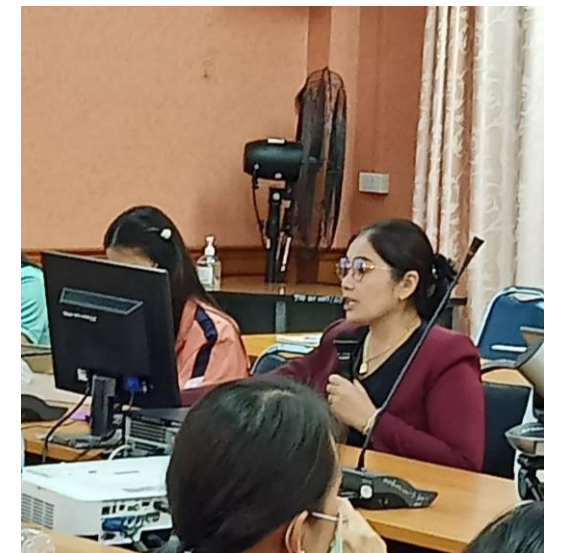
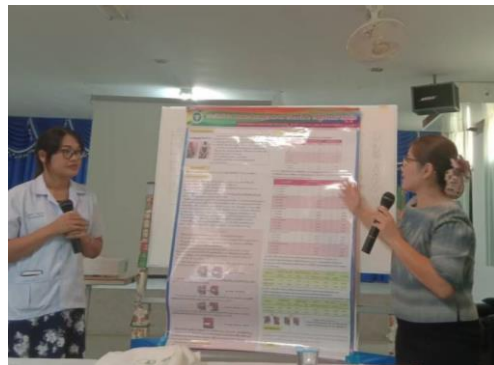


พัฒนา CQI สู่ R2R

การทำ R2R “ได้” หลายอย่าง “ได้”แรก ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีขึ้น “ได้”ที่สอง คือ หน่วยงาน ได้ลดภาระงาน สำคัญที่สุด คือ “การได้แบ่งปันประสบการณ์”

ผลงานวิจัยที่นำไปใช้ประโยชน์ ในมิติเชิงวิชาการ

❖ นำผลงานวิจัยไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการเป็นวิทยากรด้านการพัฒนางานวิจัยและความก้าวหน้าทางวิชาชีพ
เวทีระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพที่ 7



ผลงานวิจัยที่นำไปใช้ประโยชน์ ในมิติเชิงวิชาการ : ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานและมีนักวิจัยดาวโหลดเพื่อใช้ในการทบทวนวรรณกรรม

ISSN 2287-0075



วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค. 2563 • Vol.8 No.1 January - March 2020

นิตยสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน
Community Health Development Quarterly
Khon Kaen University

นิตยสารต้นฉบับ

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วม
ของทีมสหวิชาชีพพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย
อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

กาญจนา จันทร์นุ้ย, ภาคภูมิ อินทร์ม่วง, คำตัน ปิยะโต, ศุภชัย แพงคำไหล

บทคัดย่อ
การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง
ผู้ป่วยระยะท้าย อ.ยางสีสุราช กลุ่มตัวอย่าง 296 คน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชน
ภาคีเครือข่ายชุมชน ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ระยะเวลาวิจัยเดือนตุลาคม 2559 - มีนาคม
2562 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม แบบประเมิน แบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูล
เชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณโดยจำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ
ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสห
วิชาชีพ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของพยาบาลชุมชนและภาคี

วารสารวิชาการสาธารณสุข Journal of Health Science
ปีที่ 28 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน - ธันวาคม 2562 Vol. 28 No. 6, November - December 2019

นิตยสารต้นฉบับ Original article

กระบวนการพัฒนางานวิจัยเครือข่ายบริการสุขภาพ
ยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

กาญจนา จันทร์นุ้ย พย.ม.*
ชญาณีตา ปิยะตา ส.ม.*
ภาคภูมิ อินทร์ม่วง พ.บ.*
คำพร ดานา พย.ม.**
ผดุงศิษฐ์ ธานีอุบลวิรัช ป.ร.ด.***

* โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนวัง จังหวัดมหาสารคาม
*** วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

| | |
|------------|---------------|
| รับรับ: | 14 เม.ย. 2561 |
| รับแก้ไข: | 13 มี.ค. 2562 |
| รับตอบรับ: | 29 มี.ค. 2562 |

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหากระบวนการพัฒนางานวิจัยและประเมินผลกระบวนการพัฒนางานวิจัย
เครือข่ายบริการสุขภาพยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาศึกษา ปี 2557-2560 ดำเนินการโดยคัดเลือกผู้
มีส่วนร่วมในการวิจัยแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้บริหาร นักวิจัย หัวหน้างาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล เพื่อนำมาสนทนากลุ่ม รวม 85 คน เครื่องมือในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถาม แบบประเมิน

Home / Archives / Vol. 12 No. 2 (2022) May-August 2022 / Original Article

Development of Health Care Services System for Treatment of Patients Infected with Coronavirus 2019 in the Context of Community Hospital

Pakpoom Inmuong
Yangsisurach Hospital, Yangsisurach District, Mahasarakham Province

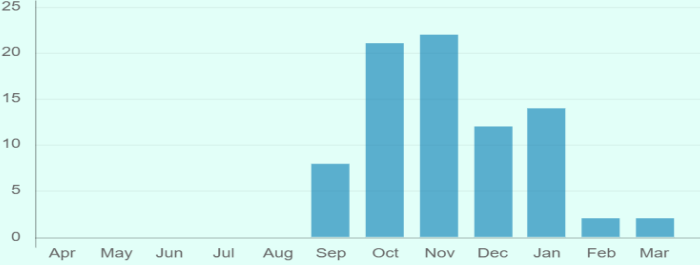
Kanjana Chanthanuy
Yangsisurach Hospital, Yangsisurach District, Mahasarakham Province

Keywords: health care service, patient with corona virus 2019, community hospital

Abstract
This action research aimed to develop and evaluate health care services system for treatment of patients infected with coronavirus 2019 in Yangsisurat hospital, Mahasarakham Province. The adopted health care



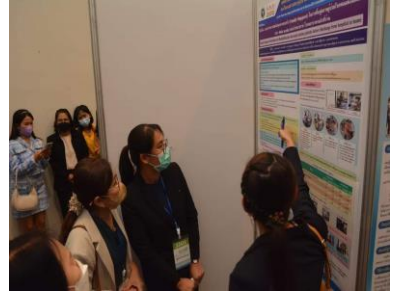
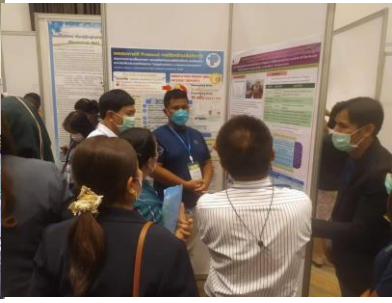
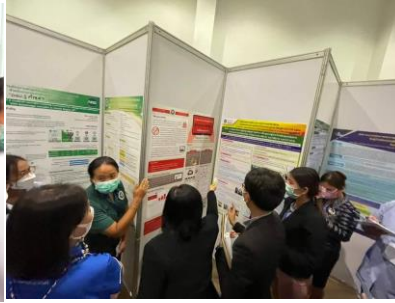
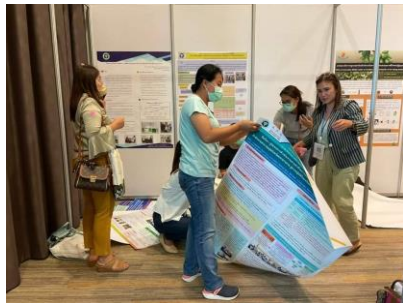
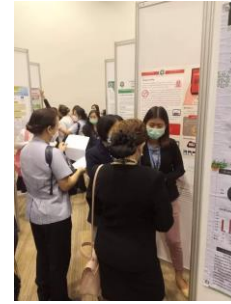
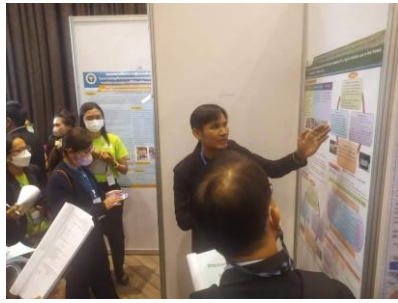
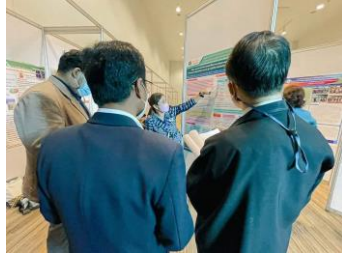
Downloads



| Month | Downloads |
|-------|-----------|
| Apr | 0 |
| May | 0 |
| Jun | 0 |
| Jul | 0 |
| Aug | 0 |
| Sep | 8 |
| Oct | 21 |
| Nov | 22 |
| Dec | 12 |
| Jan | 14 |
| Feb | 2 |
| Mar | 2 |

References
ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19. สถานการณ์โควิด-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ในการแถลงข่าวของ ศบค. วันที่ 9 เมษายน 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.youtube.com/watch?v=KTYsmceJhgY>

ผลงานวิจัยที่นำไปใช้ประโยชน์ ในมิติเชิงวิชาการ : นำเสนอเผยแพร่ผลงานในเวทีระดับต่างๆ



ผลการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์ มิติเชิงสังคมและนโยบาย

ประเด็นผู้สูงอายุ

ผลักดันสู่ประเด็นพหุ.

พื้นที่ต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7

นวัตกรรม Individual Wellness care plan

เผยแพร่และนำไปประยุกต์ใช้ในเขตสุขภาพที่ 7



ประเด็นยาปลอดภัยในชุมชน

ร่วมกับเครือข่ายในอำเภอ ขับเคลื่อนโครงการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
การนำเสนอผลงาน ในโครงการพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาหระบบยา (นพย.)
และเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อถอดบทเรียนสู่การ.....

ร่วมจัดทำคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนและผลักดันสู่พหุ.





Service Plan สาขา Sepsis

Purpose

ลดอัตราป่วย ลดอัตราตายในผู้ป่วย Sepsis

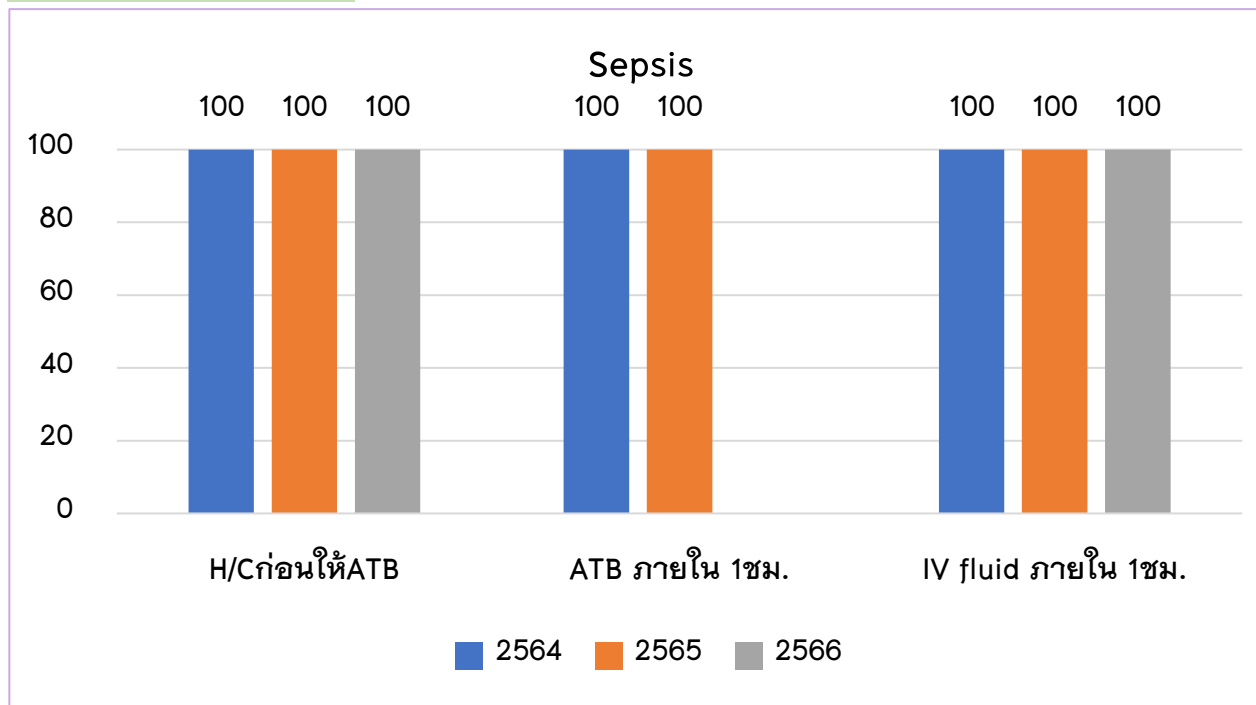
สถานการณ์

- ❖ แพทย์ 4 คนไม่มีอายุรแพทย์ ไม่มีพยาบาลเฉพาะทางวิกฤต มีเครื่อง High Flow 5 เครื่อง
- ❖ ปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วย 9 ราย เข้าระบบ Fast tract 100% มาด้วยระบบ EMS 5 ราย (55.55%) H/C ทุกราย ให้สารน้ำ 30cc/kg 100%) ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

Process

- ❖ Early detection : Sirs criteria,qSOFA, score,SOS score,Early warning sign
- ❖ Early resuscitation : Checklist ให้ครบมาตรฐาน 6 Bundle of care for sepsis
- ❖ จัดทำแนวปฏิบัติในการนอนรักษาในโรงพยาบาลและเกณฑ์การส่งต่อที่ชัดเจน
- ❖ ทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเหตุการณ์สำคัญ นำสู่การพัฒนา
- ❖ พัฒนาระบบ Lab alert เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนยาตามผลเพาะเชื้อ
- ❖ พัฒนาบุคลากรใช้แบบประเมิน SIRS,qSOFA และการประเมินซ้ำ

Performance



- ❖ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired เท่ากับ 0

Purpose

ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน

สถานการณ์

- ❖ การดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับอำเภอและในระดับตำบลโดยดำเนินการผ่านศพด.
- ❖ มีการพัฒนาบุคลากร ฟื้นฟูความรู้ทุกปี
- ❖ ซ่อมแผนอุบัติเหตุทุกปี

Process

- ❖ วิเคราะห์ข้อมูลการบาดเจ็บในระดับพื้นที่ร่วมกับศพด. เพื่อวางแผนพัฒนา
- ❖ ซ่อมแผนอุบัติเหตุหมู่ / แผนป้องกันความรุนแรงในหน่วยงาน ร่วมกับ ภาควิชาเครือข่าย
- ❖ พัฒนาการดูแลผู้ป่วย วิกฤตฉุกเฉิน, Trauma/Nontrauma
- ❖ โรค Fast track , การส่งต่อ, การใช้เครื่องมือ
- ❖ โครงการฟื้นฟูความรู้ และทักษะ ACLS, BLS
- ❖ จัดกิจกรรมลดและ ป้องกันอุบัติเหตุร่วมกับภาควิชาเครือข่าย

Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|--|--------------------|--------------------|------|------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชม. | ≤ ร้อยละ 10 | 3.15 | 5.10 | 8.3 |
| อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุบนท้องถนน | < 12 ราย / แสนปชก. | 2 | 3 | 0 |





Service Plan สาขา NCD (DM HT)



Purpose

ลดการป่วยรายใหม่ลดภาวะแทรกซ้อน

สถานการณ์

- ❖ ประชากร 34,911 เป็นเบาหวาน 2,393 (ร้อยละ 6.85) ความดันโลหิต 3,591 ราย ร้อยละ (10.29) อาชีพส่วนใหญ่ ทำนา เพศชาย 17,345 ราย เพศหญิง 17,566 ราย
- ❖ เบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ระดับ mild NPDR ขึ้นไป ร้อยละ 5.90 มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระดับ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 15.32 มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 7.11
- ❖ การควบคุมระดับน้ำตาล และ BP ยังไม่ผ่านเกณฑ์

Process

- ❖ คัดกรองและส่งเสริมสุขภาพประชาชนในกลุ่มอายุ 35ปีขึ้นไป
- ❖ คัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน
- ❖ จัดระบบ consult แพทย์ให้แก่ รพ.สต.เพื่อปรับแผนการรักษา ให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วย
- ❖ กำกับติดตามดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนยา ร่วมกันโดยแพทย์และเภสัชกร
- ❖ พัฒนาระบบ Telemedicine เชื่อมโยงกับรพ.สต.
- ❖ พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องที่บ้านเชื่อมโยงกับกลไก 3 หมอ

Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|--|-------------------|--------------------|-------|-------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| 1.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM | 70 | 73.49 | 37.91 | 16.67 |
| 2.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย HT | 70 | 84.72 | 98.12 | 96.58 |
| 3.ร้อยละผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง DM | 1.75 | 4.12 | 2.34 | 1.08 |
| 4.ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี | 40 | 27.25 | 26.17 | 17.47 |
| 5.ร้อยละผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับ BP ได้ดี | 60 | 77.2 | 63.21 | 30.21 |
| 6.ร้อยละคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ในระดับดีมากขึ้นไป | 70 | 71.25 | 70.02 | รอผล |
| 7.ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/1.73 m/ dl | 66 | 69.29 | 54.10 | 59.36 |
| 8.ร้อยละคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล | 70 | 69.31 | 69.56 | รอผล |

Purpose

สถานการณ์

ชะลอไตเสื่อม

- ❖ จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งจากภาวะแทรกซ้อนจาก DM HT และโรคไตสาเหตุอื่นๆ
- ❖ การรักษาส่วนใหญ่ รักษาแบบประคับประคอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตส่วนมากสูงอายุและในบางรายไม่มีผู้ดูแลอีกทั้งเศรษฐกิจ ฐานะการเงินน้อย จึงเลือกรักษาแบบประคับประคอง



Performance

Process

- ❖ อบรมพัฒนาบุคลากร “การจัดการชุมชนลดเค็ม”
- ❖ HE รายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ❖ ตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อน ในผู้ที่มีeGFR น้อยกว่า 60
- ❖ ชุมชนรักษ์ไต ต.ยางสีสุราช และ ต.สร้างแข่ง
- ❖ ระบบ consult แพทย์เฉพาะทางระดับจังหวัด ผ่าน gr.line
- ❖ พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องที่บ้านเชื่อมโยงกับกลไก 3 หมอ

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|---|----------|--------------------|-------|-------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| 1. ร้อยละผู้ป่วยCKDที่มีอัตราการลดลงของeGFR <4ml/min/1.73m ² /yr | 66 % | 69.29 | 53.98 | 59.15 |
| 2. ร้อยละของผู้ป่วยDM/HTที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง | 80 | 72.97 | 76.94 | 62.64 |
| 3. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาล ได้รับยา ACEI /ARB | > 60 | 66.05 | 66.88 | 60.29 |
| 4. การชะลอความเสื่อมของไตผู้ป่วยที่มารับบริการBP < 140/90 mmhg ที่มารับบริการโรงพยาบาล | >80 | 80.63 | 59.14 | 57.89 |
| 5. การชะลอความเสื่อมของไตเฉพาะเบาหวานร่วม ได้รับการตรวจ HbA1c ตั้งแต่ 6.5 ถึง 7.5 ที่มารับบริการรพ. | > 40 | 12.73 | 11.33 | 16.41 |

Purpose

ประชาชนมีสุขภาพปากและฟัน

สถานการณ์

- ❖ ประชาชนขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพปากและฟัน
- ❖ เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคขนมหวาน (เลี้ยงดูโดยปู่ย่า ตายาย)
- ❖ ทักษะการแปรงฟันยังไม่ถูกวิธี

Performance

Process

- ❖ โครงการฟันดีชีวิที่มีสุข สายใยรักฟันดี แม่สู่ลูก
- ❖ ระบบกลุ่มไลน์ในการติดต่อระหว่างทันตบุคลากรและอสม./care giver
- ❖ ส่งเสริมทักษะการแปรงฟันถูกวิธีในศพด. รร. ชุมชน
- ❖ สร้างการมีส่วนร่วมกับรร.ในการจดจำหน้าย ขนมหวาน น้ำหวาน

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|--|-----------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ | ร้อยละ 75 | (ตรวจ/ผลงาน) 25.95/72.06 | (ตรวจ/ผลงาน) 41.39/73.27 | (ตรวจ/ผลงาน) 38.24/62.82 |
| ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปาก และคัดกรองรอยโรคในช่องปาก | ร้อยละ 70 | 0 | 0 | 33.54 |
| ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสี้ยวมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่เข้าเกณฑ์ ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม | - | 0 | 0 | 0 |
| เด็กอายุ 12 ปีปราศจากฟันผุ (Caries free) | ร้อยละ 72 | (ตรวจ/ผลงาน) 74.50/ 61.06 | (ตรวจ/ผลงาน) 84.57/64.21 | (ตรวจ/ผลงาน) 8.14/48 |
| จำนวนผู้สูงอายุใส่ฟันเทียม | 25 ราย | 43 ราย (ร้อยละ 122.86) | 27 ราย (ร้อยละ 108) | 21 ราย (ร้อยละ 84) |
| จำนวนผู้สูงอายุใส่รากฟันเทียม | 3 ราย | NA | NA | 0 |



Purpose

ลดการเสพยาเสพติดซ้ำ



สถานการณ์

Process

- ❖ การให้ความรู้และให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพจิตตนเอง ผ่านทางสื่อออนไลน์ และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
- ❖ ให้ความรู้ รณรงค์ร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชและในชุมชน คืบข้อมูลเฝ้าระวังดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย และทำร้ายผู้อื่น
- ❖ ใช้หลัก 4 ทหารเสือเพื่อรับผู้ป่วยหลังบำบัดกลับคืนสู่ชุมชน
- ❖ โครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแบบบูรณาการ โดยใช้รูปแบบนาคาพิทักษ์
- ❖ โครงการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้ CBTx บูรณาการรูปแบบชุมชนเข้มแข็ง
- ❖ โครงการตำบลต้นแบบในการป้องกันปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต
- ❖ จากการใช้สารเสพติด นำร่องตำบลเวียงดง

| รายละเอียด | | ปี | | |
|---------------------|-------------------------|------|------|------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| รูปแบบการบำบัดรักษา | สมัครใจผู้ป่วยนอก (OPD) | 75 | 65 | 30 |
| | บังคับบำบัด | 55 | 4 | - |
| | ชุมชนบำบัด (CBTx) | 3 | 7 | - |
| | รวมทุกประเภท | 133 | 76 | 30 |
| เพศ | ชาย | 126 | 75 | 29 |
| | หญิง | 7 | 1 | 1 |
| ประเภทสารเสพติด | ยาบ้า | 129 | 71 | 30 |
| | ยาไอซ์ | 3 | 0 | 0 |
| | กัญชา | 1 | 5 | 0 |
| | กระท่อม | 0 | 0 | 0 |

Performance

| รายละเอียด | | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | | |
|---|---|--------------------|------|-------|------|
| | | 2563 | 2564 | 2565 | 2566 |
| - ร้อยละการบำบัดครบเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 ปี) เกณฑ์ > ร้อยละ 70 | ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดและได้รับการติดตามทั้งหมด | 56 | 42 | 73 | 37 |
| | จำนวนผู้ที่ได้รับการติดตามครบตามเกณฑ์ | 48 | 42 | 67 | 37 |
| | คิดเป็นร้อยละ | 85.75 | 100 | 91.78 | 100 |

Purpose

ลดความพิการ ลดอัตราการตาย

Process

สถานการณ์

- ❖ เริ่มดำเนินการจัดการบริหาร IMC ในปี 2562 โดย เปิดดำเนินการที่ IPD 2 เตียง
- ❖ พยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ระยะสั้น 3-5 วัน 2 คน (กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ ; COC และรพ.สต.เหล่าหมากคำ)
- ❖ นักกายภาพบำบัด ผ่านการอบรมหลักสูตรการฟื้นฟูสภาพระดับพื้นฐาน 1 คน

Performance

IMC ทั้งหมด 19 ราย เสียชีวิตก่อนครบ 6 เดือน 7 ราย ติดตามครบ 6 เดือน 2 ราย BI=20 2 ราย ยังไม่ครบ 6 เดือน BI=20 2 ราย ติดตามยังไม่ครบครบ 6 เดือน 10 ราย

- ❖ พัฒนาบุคลากรด้านการฟื้นฟูหลักสูตรระยะสั้น
- ❖ พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผ่านกลไก 3 หมอ
- ❖ จัดทำคู่มือนวัตกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับบริบท
- ❖ ประสานส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพและชุมชน
- ❖ พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านและศักยภาพทีมผ่านกลไก 3 หมอ

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|--|-------------------|--------------------|------|--------------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate ได้รับการบริหารฟื้นฟูระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือมี Barthel index =20 ก่อนครบ 6 เดือน | ≥ ร้อยละ 75 | 100 | 100 | 100 (4/4) |



Purpose

ผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลตาม ACP

สถานการณ์

- ❖ แพทย์ ผ่านการอบรม Palliative จากรพ.ศรีนครินทร์ 1 คน พยาบาลอบรม Palliative 1 เดือน 1 คน Palliative เบื้องต้น 15 คน (รวมพยาบาลรพ.สต.) เภสัชกร ผ่านการอบรม 2 wks 1 คนและ 2 วัน 1 คน
- ❖ เครื่องผลิตออกซิเจนรพ.สต.10 แห่งๆละ 2 เครื่อง ใช้งานได้จริง 15 เครื่อง มีถังออกซิเจน ใช้งาน ระยะเวลาใช้งาน 6 ถัง เครื่อง Suction จำนวน 5 เครื่อง ที่นอนลม 7 เครื่อง Syringe Driver 2 เครื่อง

Process

- ❖ การสร้างทีม เครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน โดยให้ความรู้ CG และอสม. (โครงการ 7 Day 7 Death)
- ❖ กลุ่มไลน์ “ทีมปันบุญ” ในการส่งต่อ ติดตามอาการและ ติดตามเยี่ยมบ้าน
- ❖ พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผ่านกลไก 3 หมอ
- ❖ กำหนดช่องทางการเยี่ยมอุปกรณ์ที่ชัดเจน
- ❖ ฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของเขตสุขภาพที่ 7
- ❖ จัดซื้อ Syringe Driver เพิ่มเติม

Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|---|-------------------|--------------------|-------|--------------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 |
| ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ทำACP | 55% | 94.28 | 95.35 | 92.45(49/53) |
| ร้อยละผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน | ≥ 90% | 94.28 | 95.35 | 94.33(50/53) |
| ร้อยละของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลแบบPalliative Care | ≥ 90% | 96.33 | 96.62 | 94.33 |
| ร้อยละผู้ป่วยได้รับการรักษา บรรเทาอาการปวดด้วย MO | 40% | 100 | 100 | 100 |



Purpose

อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district)

สถานการณ์

- ❖ มีการดำเนินการ Proactive hospital based surveillance
- ❖ มีการดำเนินการ Active community based surveillance
- ❖ การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (Community participation)
- ❖ การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector)
- ❖ การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU literacy)

Process

- ❖ กำหนดมาตรการด้านยา
- ❖ ประกาศเรื่องนโยบายด้านยา
- ❖ อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- ❖ พัฒนาศักยภาพ/สร้างความเข้มแข็ง อสม/ ภาคประชาชน
- ❖ โครงการกำกับดูแลมาตรฐานสถานประกอบการด้านสุขภาพ
- ❖ โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- ❖ โครงการบูรณาการภาคีเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในชุมชน

Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|---|----------|--------------------|-------|---------------------------------------|
| | | 2564 | 2565 | 2566 (ต.ค. 65-ก.พ.66) |
| RDU hospital | | | | |
| 1. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก | ≤20% | 18.73 | 22.54 | 20.34 |
| 2. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน | ≤20% | 8.39 | 11.36 | 14.45 |
| 3. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ | ≤50% | 34.89 | 38.34 | ทั้งหมด=38.90 ไม่รวมสัตว์กัด=35.81 |
| 4. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด (APL) | ≤15% | 0 | 0 | 0 |
| 5. ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูงทั่วไปที่มีการใช้ยา RAS blockage(ACEIs/ARBs/Renin inhibitor) ๒๕2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดี่ยวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (eGFR < 30 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร) | ≥ 80% | 91.83 | 91.48 | 91.39 |
| 7. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน | ≤ 5% | 0 | 0 | 0 |
| 8. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs | ≤ 10% | 0.89 | 0.31 | 1.81 |
| 9. ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid | ≥ 80% | 87.24 | 89.44 | 90.58 |
| 10. ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (≥65 ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ diazepam | ≤ 5% | 0.71 | 0.53 | 0.82 |
| 11. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ยา Warfarin*, Statins, Ergots เมื่อรู้ว่าเป็นตั้งครรภ์แล้ว (*ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) | 0 คน | 0 คน | 0 คน | 0 คน |
| 12. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating | ≤ 20% | 11.11 | 9.66 | 14.85 |

ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) เพื่อสรุปผลการดำเนินงานและวางแผนในการพัฒนางาน RDU district



กิจกรรมการดำเนินงาน RDU Community



Performance

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน (ปีงบประมาณ) | | |
|--|----------------------------------|--------------------|------|--|
| | | 2564 | 2565 | 2566 (ต.ค. 65-ก.พ.66) |
| RDU PCU | | | | |
| 1. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายมีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 20 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายมีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 20 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| RDU Community | | | | |
| 1. มีการดำเนินการ Proactive hospital based surveillance | | | | |
| 1.1 โรงพยาบาลและ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการกำหนดประเด็นในการติดตาม การประเมินผู้ป่วย การสรุปและจัดทำรายงานการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยาอย่างน้อย 2 ประเด็น | 2 ประเด็น | 1 | 2 | อยู่ระหว่างดำเนินการ |
| 2. มีการดำเนินการ Active community based surveillance | | | | |
| 2.1 มีกิจกรรมเชิงรุกในการค้นหาปัญหาด้านยาในชุมชน สรุปรายงานปัญหาเป็นลายลักษณ์อักษร | 1 ตำบล | 1 | 1 | อยู่ระหว่างดำเนินการ อยู่ระหว่างดำเนินการ |
| 2.2 มีการรายงานผลการตรวจสเต็มรอยดัดปลอมปนในยาชุด ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เก็บตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 20 ตัวอย่าง (ภาพรวมอำเภอ) | 20 ตัวอย่าง | 20 | 20 | |
| 3. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (Community participation) | แผนงานโครงการ พชอ. ที่เกี่ยวข้อง | มี | มี | อยู่ระหว่างดำเนินการ |
| 4.. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector) | | | | |
| 4.1 กิจกรรมพัฒนาต่อยอดร้านชำ RDU และมีร้านชำRDU เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 | 3 แห่ง | 1 | 3 | อยู่ระหว่างดำเนินการ |
| 4.2 มีผลการประเมินร้านยา ขย.1 ตามเกณฑ์ GPP ผ่านเกณฑ์คะแนนในหมวดวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน | 3 แห่ง | 1 | 3 | อยู่ระหว่างดำเนินการ |
| 4.3 มีผลการประเมิน RDU ของคลินิกเวชกรรมตามเกณฑ์ประเมินของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | 1 แห่ง | 1 | 1 | อยู่ระหว่างดำเนินการ |
| 5. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU literacy) | | | | |
| 5.1 มีการประเมินความรอบรู้และรายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนต่อผู้เกี่ยวข้อง | 1 ชุมชน | 1 | 1 | อยู่ระหว่างดำเนินการ |
| 5.2 มีการรายงานการเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจเข้าข่ายผิดกฎหมายหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ | 10รพ.สต. | 10 | 10 | อยู่ระหว่างดำเนินการ |

Purpose

1. ไม่พบการติดเชื้อดื้อยา ทั้ง 9 ชนิด
2. การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ SCP คิดเป็นร้อยละ 90

สถานการณ์

- ❖ แนวโน้มการใช้ยาต้านจุลชีพเพิ่มมากขึ้น
- ❖ อัตราการดื้อยาต้านจุลชีพเพิ่มมากขึ้น
- ❖ จำนวนผู้ป่วยติดเตียงและระยะเวลาอนโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น
- ❖ จำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อกลับมารับการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลใกล้บ้านเพิ่มมากขึ้น

Process

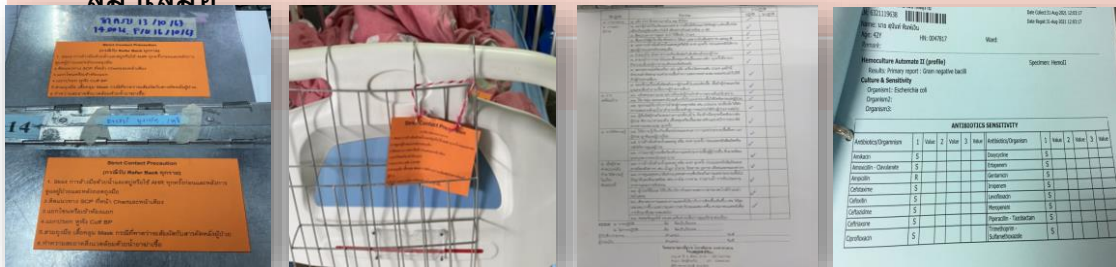
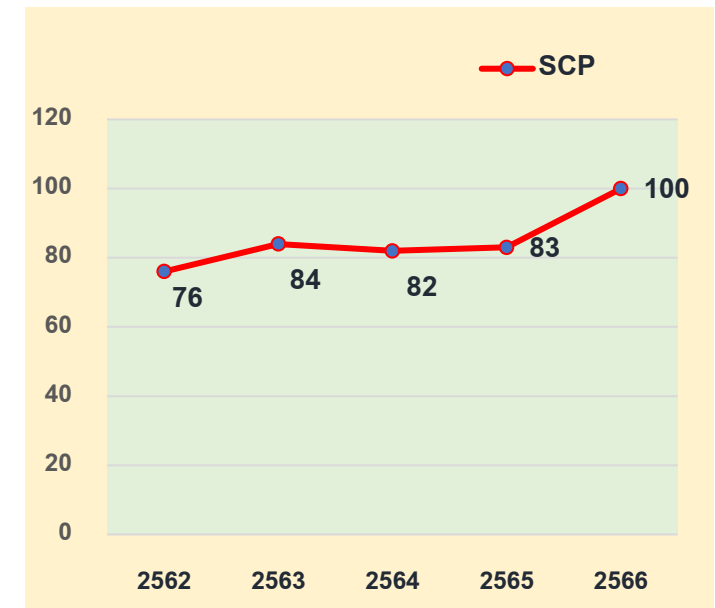
- ❖ คณะทำงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา
- ❖ กำหนดแนวทาง Case Refer Back ทุกรายต้องเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา
- ❖ กำหนดแนวทางปฏิบัติการป้องกันและเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา
- ❖ ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา
- ❖ กำกับติดตาม การปฏิบัติตามแนวทาง Strick Contact Precaution (SCP) อย่างสม่ำเสมอ
- ❖ กำกับติดตามผลการตรวจ Anti biogam เชื้อดื้อยาทั้ง 9 ชนิดอย่างสม่ำเสมอ

Performance

1. ไม่พบการติดเชื้อดื้อยา ทั้ง 9 ชนิด

| เชื้อดื้อยา | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | 2566 |
|----------------|------|------|------|------|------|
| 1. A.baum | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| 2.P.aeruginosa | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 3.K.pneumoniae | 0 | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 4.E.Coli | 0 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 5.N.gonorrhea | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6.VRE | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 7.MRSA | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| 8.CRE | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 9.ESBL | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |

2. การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ SCP คิดเป็นร้อยละ 90



ผลงานดีเด่น ปี 2566

อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น ระดับจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๖

“สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน”



นายวิเชียร สิงบุดดี

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ม.12 บ้านเวงใหม่
ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

ขอบคุณค่ะ



Yanasrisurat Hospital