โรงพยาบาลสงขลา

เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน

กรณีปกติ รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์-๒ มีนาคม ๒๕๖๕

คำนำ

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการตรวจราชการละนิเทศงานระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขกรณีปกติ รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕ เสนอผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๒

เนื้อหาเอกสารประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลสงขลา และผลการดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (โดยใช้ข้อมูลเดือนตุลาคม–ธันวาคม ๒๕๖๔) พร้อมปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข โดยแบ่งเนื้อหาตามประเด็นการตรวจราชการ ดังนี้

ประเด็นที่ ๑ โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์ และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล

โรงพยาบาลสงขลา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการตรวจราชการ ผู้นิเทศงาน และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน หากมีข้อบกพร่องประการใด ผู้จัดทำยินดีน้อมรับคำแนะนำ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานของโรงพยาบาลสงขลาต่อไป

คณะผู้จัดทำ
๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

ข้อมูลทั่วไป ๕

ประเด็นการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๑ : โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

๑.๑ โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ๑๖

ประเด็นที่ ๒ : กัญชาทางการแพทย์

๒.๑ การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ๒๐

ประเด็นที่ ๓ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓.๑ จำนวนประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน ๒๔

๓.๒ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ ฯ ๒๗

๓.๓ อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ.) ๓๐

ประเด็นที่ ๔ : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

๔.๑ สุขภาพเด็ก ๓๓

๔.๒ สุขภาพวัยทำงาน ๓๖

๔.๓ สุขภาพผู้สูงอายุ ๓๘

๔.๔ สุขภาพจิต ๔๑

ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

๕.๑ Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด ๕๓

๕.๒ Service Plan สาขาอุบัติเหตุ ๕๕

๕.๓ Service Plan สาขามะเร็ง ๖๐

๕.๔ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด ๖๖

๕.๕ Intermediate care ๗๑

๕.๖ Stroke ๘๑

๕.๗ Sepsis ๘๔

ประเด็นที่ ๖ : ระบบธรรมาภิบาล

๖.๑ ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล) ๙๔

๖.๒ การเงินการคลังสุขภาพ (ระบบจัดเก็บรายได้) ๑๐๐

ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลสงขลา

โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด ๕๐๘ เตียง พื้นที่ ๘๐ ไร่

สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานที่ตั้ง

ตั้งอยู่ที่ ๖๖๖ หมู่ที่ ๒ ตำบลพะวง อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา รหัสไปรษณีย์ ๙๐๑๐๐
โทรศัพท์ : ๐ ๗๔๓๓ ๘๑๐๐
โทรสาร : ๐ ๗๔๓๓ ๐๒๘๒
เวปไซต์ : www.skhospital.go.th

อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงขลา

บุคลากร	ปฏิบัติงานจริง
■ ข้าราชการ	๘๓๐
■ ลูกจ้างประจำ	๔๑
■ พนักงานราชการ	๘๓
■ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	๕๓๓
■ ลูกจ้างชั่วคราว	๗
■ ลูกจ้างรายวัน	๒๕๘
รวม	๑,๗๕๒

ที่มา: กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล รพ.สงขลา (ณ วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕)

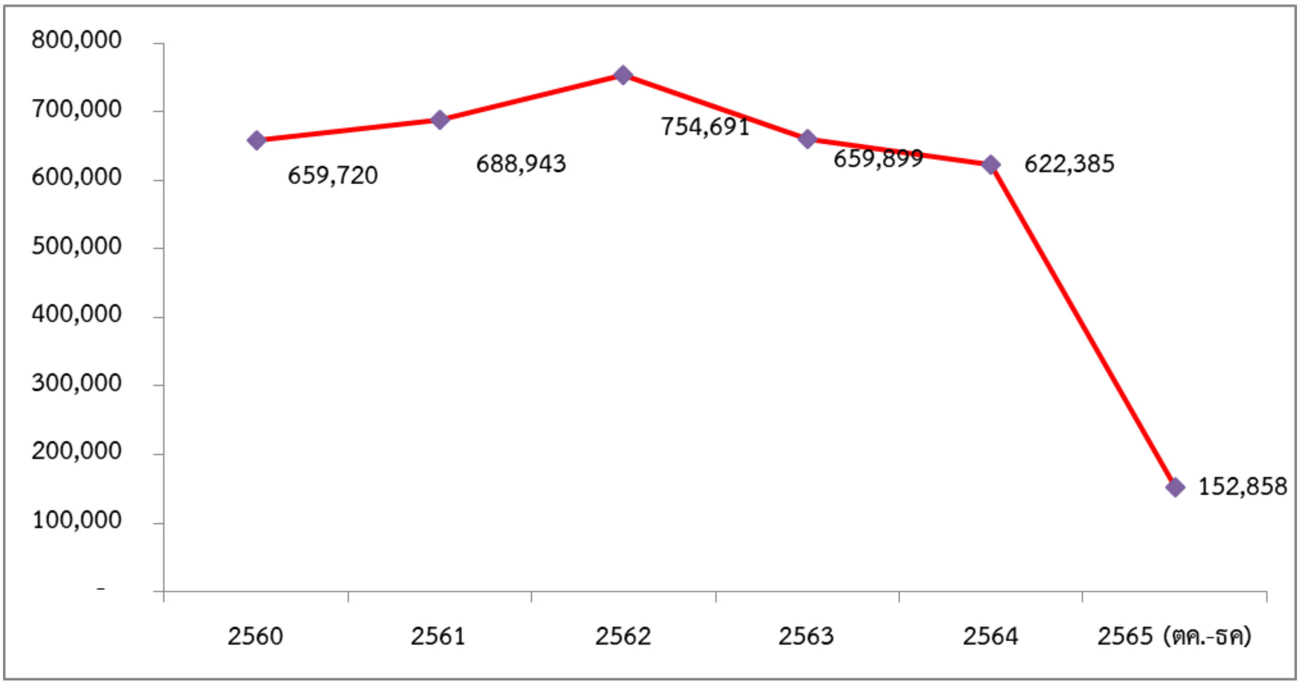
จำนวนเตียงโรงพยาบาลสงขลา

Ward	จำนวนเตียง		
	สามัญ	พิเศษ	รวม
TM+ศัลยกรรมพิเศษ	๒๖	๗	๓๓
ศัลยกรรมหญิง+นรีเวช	๓๑	๗	๓๘
- ศัลยกรรมหญิง	๓๑	๗	๓๘
- นรีเวชกรรม			๐
ศัลยกรรมชาย	๒๖	๗	๓๓
ศัลยกรรมกระดูก	๓๑	๗	๓๘
รวม ศัลยกรรม	**๑๑๔**	**๒๘**	**๑๔๒**
อายุรกรรมชาย ๑	๒๖	๗	๓๓
อายุรกรรมชาย ๒	๒๖	๗	๓๓
อายุรกรรมชาย ๓+นักโทษ	๒๗		๒๗
-อายุรกรรมชาย ๓	๑๗		๑๗
- นักโทษ	๑๐		๑๐
- Med นช.	๑๐		๑๐
- Surg นช.			
อายุรกรรมหญิง ๑	๒๗	๖	๓๓
Stroke Ward+สงฆ์อาพาธ	๒๖		๒๖
-Stroke Ward	๑๘		๑๘
-สงฆ์อาพาธ	๘		๘
- Med สงฆ์อาพาธ	๘		๘
- Surg สงฆ์อาพาธ			
อายุรกรรมหญิง ๒	๒๗	๖	๓๓
รวม อายุรกรรม	**๑๕๙**	**๒๖**	**๑๘๕**
สูติกรรม ๑	๒๔	๙	๓๓
ทารกป่วย			
รวม สูติกรรม	**๒๔**	**๙**	**๓๓**
เด็ก ๑	๓๑	๗	๓๘
เด็ก ๒	๒๒	๗	๒๙
NS	๑๕		๑๕
รวม กุมารเวชกรรม	**๖๘**	**๑๔**	**๘๒**

Ward	จำนวนเตียง		
	สามัญ	พิเศษ	รวม
- EENT	๑๕	๗	๒๒
- เคมีบำบัด	๑๐		๑๐
รวม EENT	**๒๕**	**๗**	**๓๒**
MIMCU	๑๕		๑๕
รวมทั่วไป	**๔๐๕**	**๘๔**	**๔๘๙**
ICU	๑๔		๑๔
NICU	๑๒		๑๒
PICU	๔		๔
SICU	๑๐		๑๐
ICU Surg	๖		๖
ICU Neuro	๔		๔
รวม ICU	**๔๐**	**๐**	**๔๐**
Premium Ward	๐	๗	๗
Total	**๔๔๕**	**๙๑**	**๕๓๖**

ที่มา: กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา

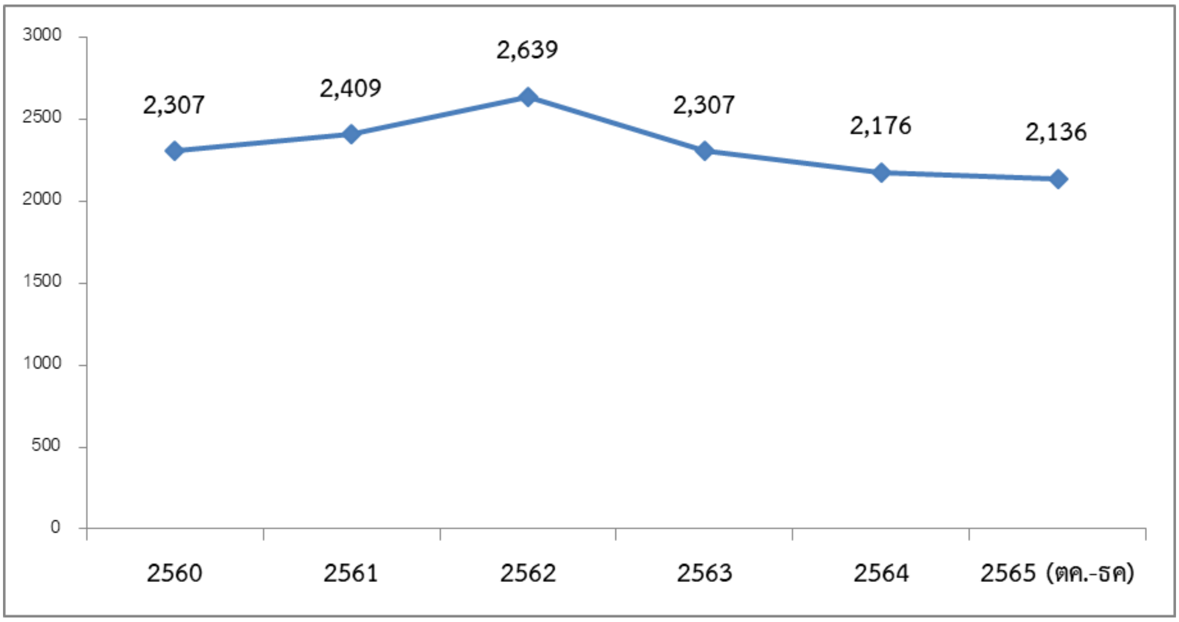
แผนภูมิที่ ๑ : จำนวนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕ (ต.ค.–ธ.ค.๖๔)



ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๒ : จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน

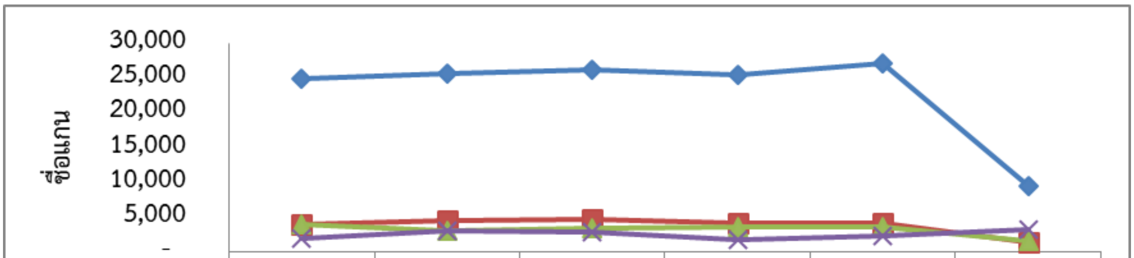
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕ (ต.ค.–ธ.ค.๖๔)



ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๓ : จำนวนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงขลา

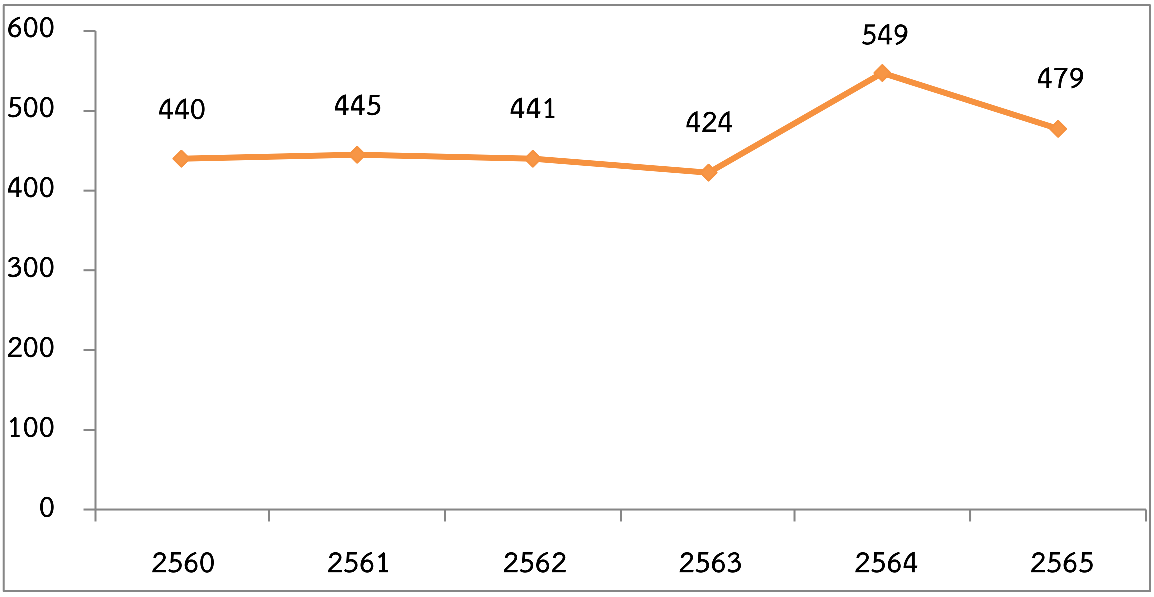
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕ (ต.ค.–ธ.ค.๖๔)



	2560	2561	2562	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.64
บัตรทอง	24,866	25,653	26,150	25,555	27,102	9,494
ข้าราชการ	3,988	4,420	4,650	4,195	4,172	1,373
ปกส	3,980	3,071	3,297	3,608	3,481	1,495
อื่นๆ	1,902	2,957	2,867	1,779	2,236	3,190

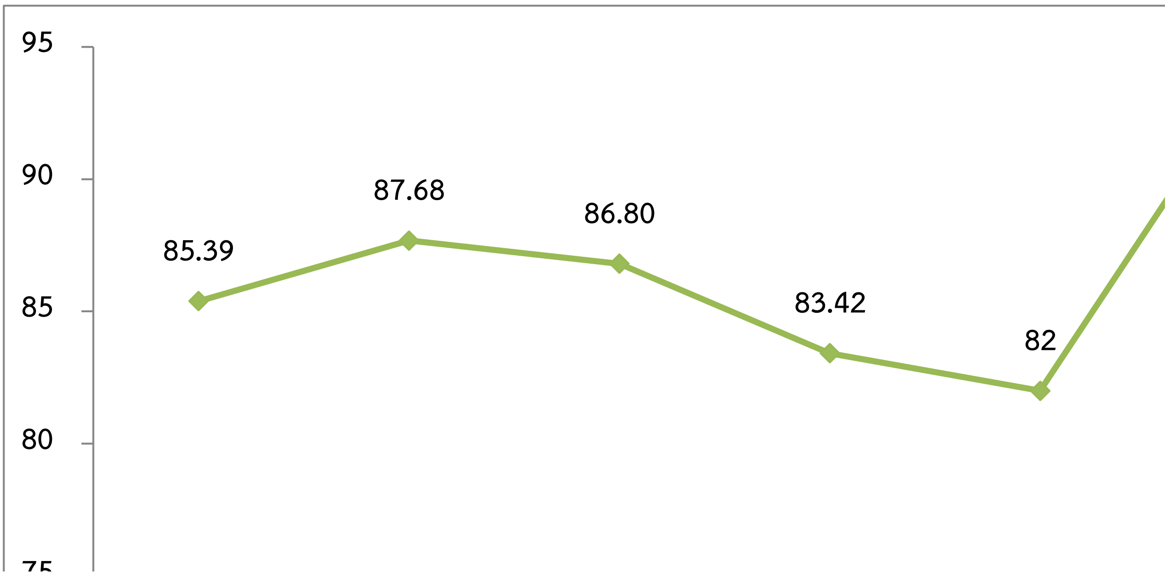
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๔ : จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕ (ต.ค.–ธ.ค.๖๔)



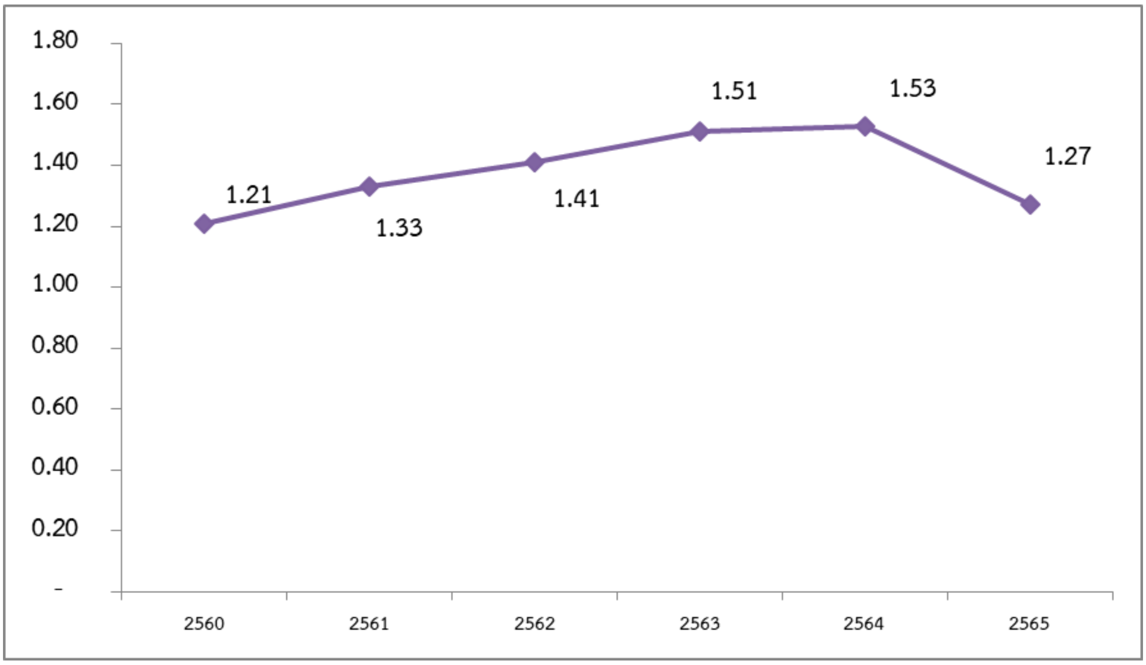
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๕ : อัตราการครองเตียงผู้ป่วยใน (ไม่รวม COVID)
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕ (ต.ค.–ธ.ค.๖๔)



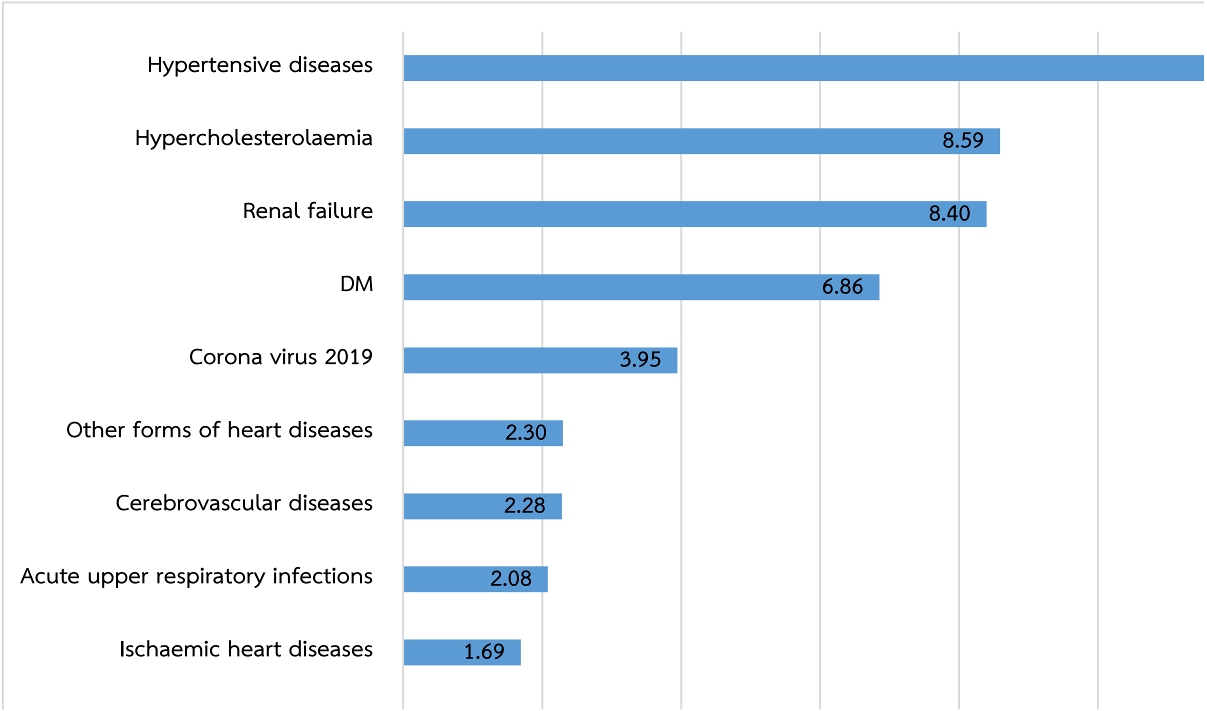
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๖ : ค่า CMI โรงพยาบาลสงขลา ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕ (ต.ค.–ธ.ค.๖๔)



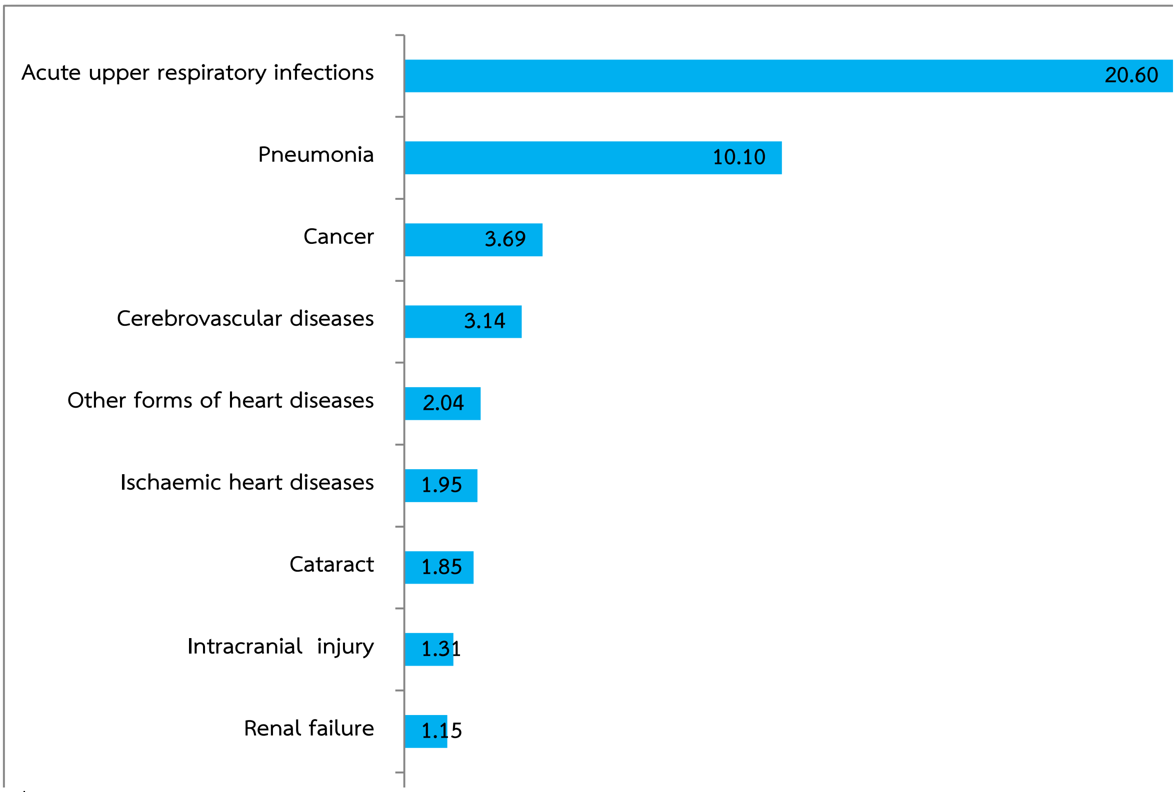
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๗ : แสดง ๑๐ อันดับโรคแรก ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕ (ต.ค.–ธ.ค.๖๔) (หน่วย:ร้อยละ)



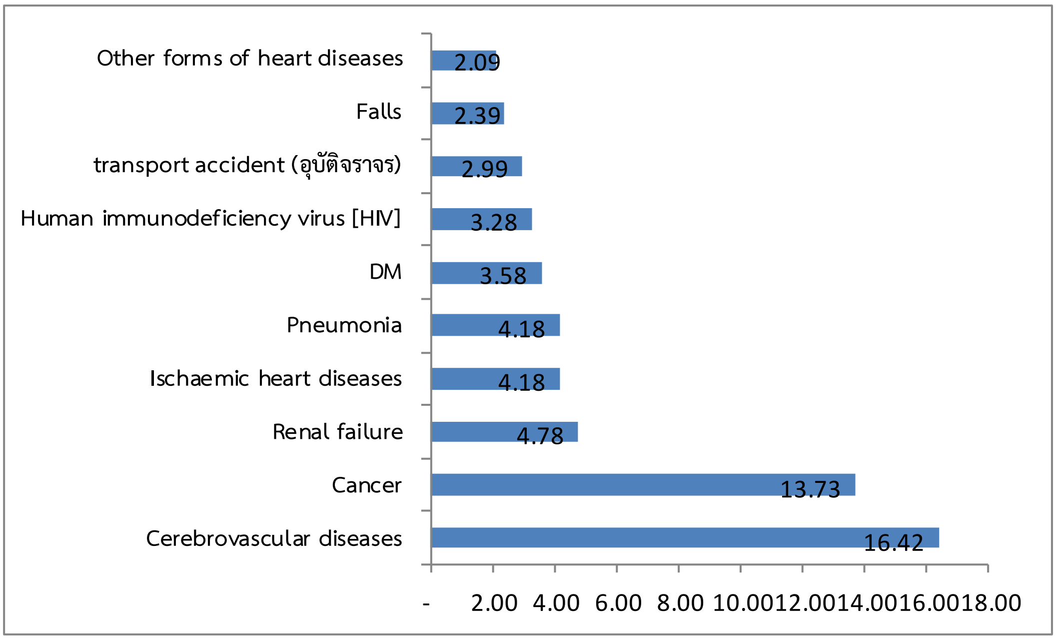
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๘ : แสดง ๑๐ อันดับโรคแรก ผู้ป่วยใน
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.–ธ.ค.๖๔) (หน่วย:ร้อยละ)



ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

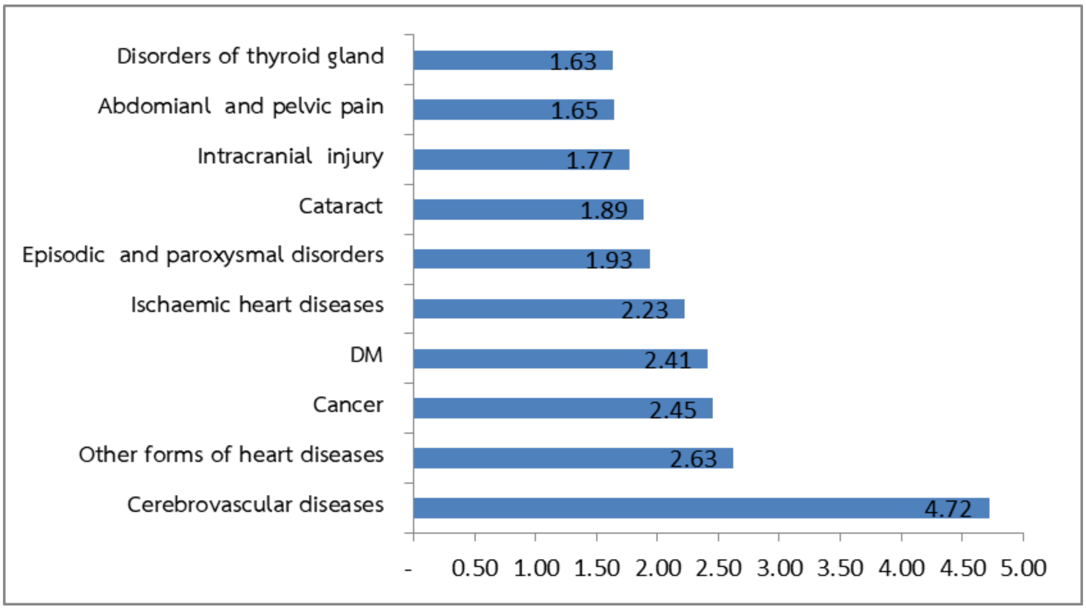
แผนภูมิที่ ๙ : แสดง ๑๐ อันดับสาเหตุการตาย
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.–ธ.ค.๖๔) (หน่วย:ร้อยละ)



ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

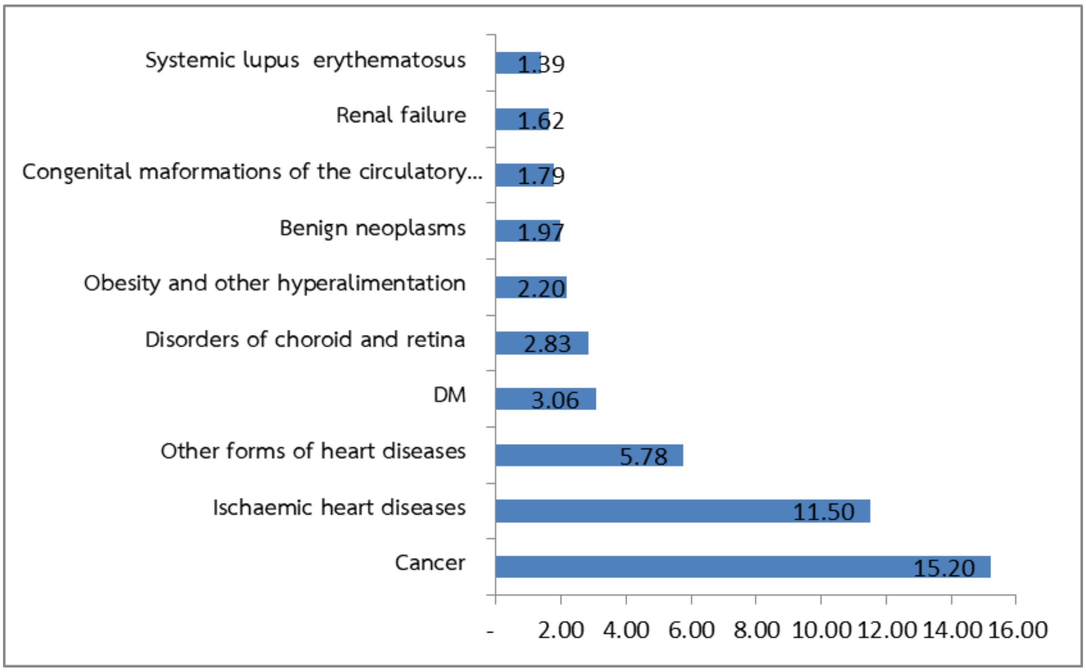
โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๑๐ : แสดง ๑๐ อันดับโรคที่รับ Refer
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.–ธ.ค.๖๔) (หน่วย:ร้อยละ)



ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๑๑ : แสดง ๑๐ อันดับโรคที่ส่ง Refer
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.–ธ.ค.๖๔) (หน่วย:ร้อยละ)



ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

ประเด็นการตรวจราชการ

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๑

โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

- โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

โรงพยาบาลสงขลา

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๑ : โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์
(ข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔)

จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำ/ ทัณฑสถาน จังหวัดสงขลา (ข้อมูล ณ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๔)

เรือนจำ/ ทัณฑสถาน	จำนวนผู้ต้องขัง (คน)
เรือนจำกลางสงขลา	๓,๔๕๒
เรือนจำจังหวัดสงขลา	๒,๐๒๐
ทัณฑสถานหญิงสงขลา	๑,๐๙๔
ทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา	๓,๓๒๓
รวม	๙,๘๘๙

*** มีการขึ้นทะเบียนสิทธิ์ สปสช. ได้ร้อยละ ๙๘

๑. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

๑.๑ การเตรียมการพัฒนา อสรจ. ในเรือนจำ: พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.)

แผนการดำเนินงาน	เรือนจำ/ ทัณฑสถาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
- แผนการจัดอบรม อสรจ. ปีละ ๒ ครั้ง เดือน มกราคม และ เดือน มิถุนายน - สัดส่วน อสรจ. ต่อ ผู้ต้องขัง ไม่น้อยกว่า ๑ ต่อ ๕๐	เรือนจำกลางสงขลา	๑๘๒ คน สัดส่วน ๑:๑๘	จำนวน อสรจ.อาจมีการ ปรับเปลี่ยน เนื่องจากมีการ อภัยโทษ
	เรือนจำจังหวัดสงขลา	๖๗ คน สัดส่วน ๑:๓๐	
	ทัณฑสถานหญิง สงขลา	๖๐ คน สัดส่วน ๑:๑๘	
	ทัณฑสถานบำบัด พิเศษสงขลา	๑๑๐ คน สัดส่วน ๑:๓๐	

๑.๒ โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดบริการตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) ในสถานพยาบาลเรือนจำ ครบตามเกณฑ์

แผนการดำเนินงาน	เรือนจำ/ ทัณฑสถาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
มีแพทย์จากโรงพยาบาล สงขลาตรวจรักษาสัปดาห์ ละ ๑ ครั้ง	เรือนจำกลางสงขลา	๘ ครั้ง/ ๖๗ ราย	เนื่องจากสถานการณ์ โควิด-๑๙ ดำเนินการตรวจ รักษาผ่านระบบ Telemedicine
	เรือนจำจังหวัด สงขลา	๖๐ ครั้ง/ ๑๕๕ ราย (มีแพทย์ รพ.สนามในเรือนจำ)	
	ทัณฑสถานหญิง สงขลา	๖ ครั้ง/ ๓๗ ราย	
	ทัณฑสถานบำบัด พิเศษสงขลา	๐ (เกิดการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ในเรือนจำ)	

๑.๓ มีการรายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบรายงาน สธรจ.๑๐๑ ทุกเดือน โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย

๒. การให้บริการสุขภาพช่องปาก

มีการดำเนินงานตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากในผู้ต้องขังเดือนละ ๑ ครั้ง ๑๐๐%

แผนการดำเนินงาน	เรือนจำ/ทัณฑสถาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
ทีมแพทย์จากโรงพยาบาลสงขลาเข้าดำเนินการเดือนละ ๒ ครั้ง ใน รจก. และ ทสญ. ปีละ ๒ ครั้งใน รจจ. และ ทสบ. เนื่องจากยังไม่มี Unit ทำฟันในเรือนจำ	เรือนจำกลางสงขลา เรือนจำจังหวัดสงขลา ทัณฑสถานหญิงสงขลา ทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา	- ไม่มีการจัดบริการทางทันตกรรมในเรือนจำช่วงสถานการณ์ COVID-๑๙	-เรือนจำจังหวัดสงขลาและทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลายังไม่มีUnitทำฟัน - ไม่มีการจัดบริการทางทันตกรรมในเรือนจำช่วงสถานการณ์ COVID-๑๙

๓. การให้บริการด้านสุขภาพจิต

ผู้ต้องขังรับใหม่มีการคัดกรองสุขภาพจิตด้วยแบบคัดกรอง PMHQ ทุกราย และเข้าสู่กระบวนการตรวจรักษา ๑๐๐%

แผนการดำเนินงาน	เรือนจำ/ทัณฑสถาน	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ปัญหาอุปสรรค
จิตแพทย์เข้าตรวจรักษาเดือนละ ๒ ครั้ง	เรือนจำกลางสงขลา	๗๙	- มีการจัดบริการจัดยาถุงให้ผู้ป่วยทุกเดือน -มีระบบ Tele consult กรณีที่มีปัญหา
	เรือนจำจังหวัดสงขลา	๗๒	
	ทัณฑสถานหญิงสงขลา	๑๗	
	ทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา	๓	

๔. การป้องกันและควบคุมโรค

แผนการดำเนินงาน	เรือนจำ/ทัณฑสถาน	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ปัญหาอุปสรรค
- วัณโรค	- แผนการตรวจคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังแรกรับทุกรายตามแบบ TB-P๑ และมีแผนการเอ็กซเรย์ในผู้ต้องขังแรกรับทุกราย และผู้ต้องขังรายเก่าตรวจปีละ ๑ ครั้ง	- ผู้ต้องขังรายใหม่ได้รับการคัดกรอง TB ๑๐๐% - วางแผน เอ็กซเรย์ปอดเริ่มเดือนมีนาคม ๒๕๖๕	
- เอชไอวี ซิฟิลิซ ไวรัสตับอักเสบซี	- ผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรอง ร้อยละ ๕๐	- ได้รับการคัดกรอง HIV, HCV, ซิฟิลีส ๑๐๐% ในผู้ต้องขังรับใหม่	
- COVID-๑๙	- แผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-๑๙ โดยคัดกรองโรค COVID-๑๙ ในผู้ต้องขังแรกรับ/ผู้ต้องขังพ้นโทษ ทุกราย	- RT-PCR ผู้ต้องขัง ๑๐๐% ผู้ต้องขังรับใหม่ตามแนวทางที่แม่ข่ายและกรมราชทัณฑ์กำหนด คือ ๒ ครั้ง - ATK ผู้ต้องขัง ๑๐๐% ก่อนปล่อยตัวโดยพยาบาลวิชาชีพเรือนจำ	- ข้อจำกัดในพื้นที่ แบ่งผู้ต้องขังรับใหม่/ รพ.สนามหากมีการติดเชื้อ
- การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	ผู้ต้องขังทุกรายได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์สาธารณสุขกำหนด	-ผู้ต้องขังได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ร้อยละ ๙๘	การลงข้อมูลในระบบ Co-Vaccine ไม่สมบูรณ์ ทำให้มีความล่าช้า

ผู้รายงาน นางเพ็ญศิริ อัตถาวงศ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๑-๐๒๗๖๐๕๐๔

ประเด็นที่ ๒

กัญชาทางการแพทย์
และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

- กัญชาทางการแพทย์

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๒ : กัญชาทางการแพทย์ และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

ประเด็น: กัญชาทางการแพทย์

ตัวชี้วัด : ร้อยละหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ
: โรงพยาบาลสงขลาเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบัน และแผนไทย

สถานการณ์

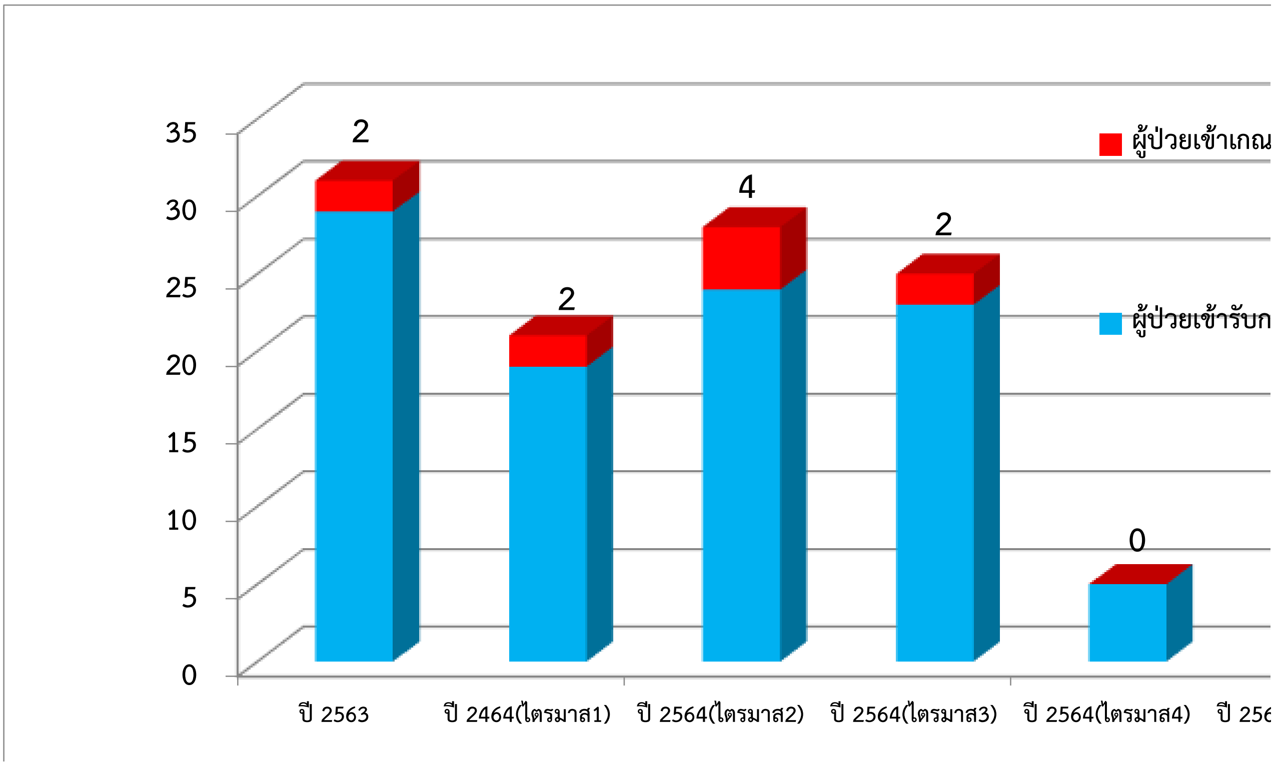
ปี ๒๕๖๔ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลารูปแบบดำเนินการแบบผสมผสาน บูรณาการระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย เปิดบริการ ทุกวันศุกร์

สูตรตำรับยาที่มีใช้ในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ได้แก่ ๑.THC ๒.THC:CBD ๓.ศุขไสยาสน์ ๔. ทำลายพระสุเมรุ ๕.น้ำมัน อ เดชา

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคัดกรองที่คลินิก จำนวน ๗๑ ราย มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์รับยาตามข้องบ่งใช้ จำนวน ๘ ราย (Neuropathic pain ๑ ราย Insomnia ๕ ราย โรคลมชัก ๒ ราย)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕

จำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการคัดกรองและรับยาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์



ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยเข้ารับบริการคัดกรอง (ราย)	ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ได้รับยา (ราย)	ข้อบ่งชี้
ปี ๒๕๖๓	๒๙	๒	Neuropathic pain ๒ ราย
ปี ๒๕๖๔	๗๑	๘	Neuropathic pain ๑ ราย Insomnia ๕ ราย และ โรคลมชัก ๒ ราย
ปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑)	๕	๒	Insomnia ๒ ราย

มาตรการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

➢ **ด้านยา** (อัตราการใช้น้อย ยาเหลือ เสี่ยงต่อการหมดอายุ/ ยาสนับสนุน มีหลายขั้นตอน รอนาน)

๑) วางแผนการสำรองยา

๒) การขอสนับสนุนยา หรือจัดซื้อ

➢ **ด้านผู้รับบริการ** (ห้องตรวจผู้ป่วยนอกคัดกรอง ส่งต่อคลินิกกัญชายังมีน้อย/ การประชาสัมพันธ์ในชุมชนยังไม่ทั่วถึง)

๑) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกทุกแผนก แพทย์แผนไทย คัดกรอง ส่งต่อคลินิกกัญชา กรณีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้

๒) ประชาสัมพันธ์ในชุมชนโดยผ่านเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๓) อบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสงขลา และเครือข่ายปฐมภูมิ แบบ online

ปัญหาอุปสรรค

๑. อัตราการใช้น้อย ยาเหลือ เสี่ยงต่อการหมดอายุ

๒. ยาสนับสนุน มีหลายขั้นตอน รอนาน

๓. ห้องตรวจผู้ป่วยนอกคัดกรอง ส่งต่อคลินิกกัญชายังมีน้อย

๔. การประชาสัมพันธ์ในชุมชนยังไม่ทั่วถึง

ผู้รายงาน ภญ.เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕
โทร. ๐๘๑-๓๒๘๒๘๓๑
E-mail: tangon108@yahoo.com

โรงพยาบาลสงขลา

ประเด็นที่ ๓

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- จำนวนประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน
- การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ.)

โรงพยาบาลสงขลา

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๓ : ระบบบริการปฐมภูมิ

ประเด็น : ประชาชนคนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน

สถานการณ์

การประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง จึงได้บัญญัติให้มีการปฏิรูปประเทศโดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ประชาชนทุกคนมีแพทย์ประจำตัวร่วมให้การดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบตาม Catchment Area ๑ Cluster รับผิดชอบดูแลประชาชนทีมละ ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน การจัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพ

โรงพยาบาลสงขลา ได้ดำเนินงานจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ถึง พ.ศ.๒๕๖๔ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ จำนวน ๑๙ ทีม แบ่งเป็นพื้นที่อำเภอเมือง โรงพยาบาลสงขลาเป็นแม่ข่าย จำนวน ๑๗ ทีม และเขตรอยต่ออำเภอสิงหนคร (รพ.สต.หัวเขา และ รพ.สต.สถิตย์) จำนวน ๒ ทีม ครอบคลุมประชากร จำนวน ๒๒๓,๑๐๖ คน เป้าหมายประชากรที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวดูแล จำนวน ๑๒๕,๖๔๔ คน (ข้อมูล ณ มกราคม ๒๕๖๕) คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๓๒

๙การดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ แผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้ดำเนินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิคุณภาพ ได้แจ้งยืนยันหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ ๕ วันต่อสัปดาห์ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอเมืองสงขลาจำนวน ๕ ทีม และ อำเภอสิงหนคร ๒ ทีม

ข้อมูลแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์การอบรมระยะสั้น ขึ้นทะเบียน PCU/ NPCU จังหวัดสงขลา

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด	แม่ข่าย (PCU/NPCU)	รพ.สต. (ร่วมทีม)
๑.	พญ.กฤตยา รองสวัสดิ์	รพ.สงขลา	ศูนย์ฯเตาหลวง	
๒.	พญ.เสาวภา ศรีใส	รพ.สงขลา	ศสช.พาณิชย์สร้างสุข	
๓.	พญ.พฤกษพร ธรรมโชติ	รพ.สงขลา	ศสช.กุโบร์รวมใจ	
๔	พญ.พัชรี พุทธชาติ	รพ.สงขลา	ศสช.ชลาทัศน์	
๕	นพ.วัชรพงศ์ วีรกุล	รพ.สงขลา	รพ.สต.ควนหิน	รพ.สต.ควนหิน, รพ.สต.นาป๋อง
๖	พญ.หทัยชนก ปานนุกูล	รพ.สงขลา	ศสช.ม.๑ ๒ ๘ (ม.๑, ม.๒)	
๗	พญ.ฐิติรัตน์ พัฒนไทยานนท์	รพ.สงขลา	ศสช.ม.๑ ๒ ๘ สาขา	ศสช. ม. ๑ ๒ ๘ (ม.๘ โคกไร่)
				รพ.สต.บ้านสวนเรียน
				รพ.สต.บ้านท่าไทร
๘	พญ.รัญชนา ตั้งคำ	รพ.สงขลา	ศสช.ใจกลางเมือง	
๙	นพ.สรรเสริญ อุ้ยเอ้ง	รพ.สงขลา	ศสช.สมิหลา	ศสช.สมิหลา, ศูนย์ฯสระเกษ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด	แม่ข่าย (PCU/NPCU)	รพ.สต. (ร่วมทีม)
๑๐	พญ.ชลกานต์ ประทักษิธร	รพ.สงขลา	รพ.สต.สวนตูล	
๑๑	พญ.อิสสริยา เฉลียวศักดิ์	รพ.สงขลา	รพ.สต.เกาะแต้ว	รพ.สต.เกาะแต้ว, รพ.สต.บ่ออิฐ
๑๒	พญ.การะเกด คล่องแคล่ว	รพ.สงขลา	รพ.สต.บ้านทรายขาว	รพ.สต.บ้านทรายขาว
				รพ.สต.อ่างทอง

การกำหนดแพทย์ของ PCU/NPCU ที่ไม่ขึ้นทะเบียนตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ ๒๕๖๒

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	รพ.แม่ข่าย	ชื่อ แม่ข่าย PCU/NPCU	ชื่อ รพ.สต. (ร่วมทีม)
๑.	นพ.ธนชน ศิริโชติ	รพ.สงขลา	บ้านทุ่งใหญ่	
๒.	พญ.ธนธรณ์ ตัณฑเวช	รพ.สงขลา	เขารูปช้าง สาขา ๑	
๓.	พญ.สรัญธร ทองวิเศษ	รพ.สงขลา	เขารูปช้าง สาขา ๒	
๔.	พญ.อัญชิศา ราชศิริส่งศรี	รพ.สงขลา	(พิเศษ) ม.ราชภัฏสงขลา	
๕.	พญ.อนัตติยา บุญคงทอง	รพ.สงขลา	เรือนจำกลางสงขลา	เรือนจำกลางสงขลา
				เรือนจำจังหวัดสงขลา
				ทัณฑสถานหญิงสงขลา
				ทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา
๖.	พญ.ดวงธิดา รัตนพงษ์	รพ.สงขลา	หัวเขา	
๗.	พญ.กิตตกาญจน์ สาราลักษณ์	รพ.สงขลา	สถิตย์	

ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน ไตรมาสที่ ๑ (ตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔ – ๓๑ ธ.ค.๖๔)

Small Success รอบ ๖ เดือน	ผลการดำเนินงาน
➢ มีการกำหนดแพทย์ (MD) ในพื้นที่การจัดทำแผน PCU/ NPCU ที่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนเนื่องจากไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์ที่อบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	- จำนวน ๗ แห่ง

ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการแก้ไข / ข้อเสนอแนะ
➢ การกำหนดแพทย์ (MD) ในพื้นที่การจัดทำแผน PCU/NPCU ยังไม่สามารถขึ้นทะเบียนเนื่องจากไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์ที่อบรมด้าน เวชศาสตร์ครอบครัว	ส่งแพทย์ไปอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์ที่อบรมด้าน เวชศาสตร์ครอบครัว

ผู้รายงาน นางปาณิสรา สิทธิคง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี ๒/๐๒/๖๕

โทร. ๐๘ ๒๗๑๙ ๔๑๕๔

E-mail : cupsongkhla.sk@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๓ : ระบบบริการปฐมภูมิ

ประเด็น : การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

สถานการณ์

การประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง จึงได้บัญญัติให้มีการปฏิรูปประเทศโดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ประชาชนทุกคนมีแพทย์ประจำตัวร่วมให้การดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบตาม Catchment Area ๑ Cluster รับผิดชอบดูแลประชาชนทีมละ ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน การจัดบริการโดยรวมทีมสหวิชาชีพ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ได้เปิดดำเนินการให้บริการประชาชนและผ่านการตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนระดับจังหวัด (สะสม) มีหน่วยบริการที่ประกาศการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๗ หน่วย และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๔ หน่วย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ในรอบการดำเนินงาน ๖ เดือน หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหน่วยบริการปฐมภูมิได้เปิดดำเนินการให้บริการประชาชนและผ่านการตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนระดับจังหวัด และได้มีการประกาศการขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังนี้ คือ หน่วยบริการที่ประกาศการขึ้นทะเบียนเป็น เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๑ หน่วย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการ ๕ วัน/สัปดาห์ จำนวน ๒ หน่วย PCU ม. ๑ ๒ ๘ และ NPCU รพ.สต.ชุมพอ

รวมจำนวนยอดสะสม การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหน่วยบริการ ปฐมภูมิ จำนวน ๗ หน่วย และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๕ หน่วย รวมทั้งสิ้น จำนวน ๑๒ หน่วย

ลำดับ	โรงพยาบาลแม่ข่าย	ทีม PCU/NPCU	ปีที่เปิดดำเนินการ	เกณฑ์ ๓S	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม ศูนย์บริการสาธารณสุขเตาหลวง	๒๕๖๒	/	
๒.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม ศสช.พาณิชย์สร้างสุข	๒๕๖๒	/	
๓.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม ศสช.กุโบร์รวมใจ	๒๕๖๒	/	
๔.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม ศสช.ชลาทัศน์	๒๕๖๒	/	
๕.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม รพ.สต.ควนหิน(พะวง)	๒๕๖๒	/	
๖.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม ศสช.ม ๑ ๒ ๘	๒๕๖๒	/	
๗.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม ศสช.ม ๑ ๒ ๘ (สาขา)	๒๕๖๒	/	

ลำดับที่	โรงพยาบาลแม่ข่าย	ทีม PCU/NPCU	ปีที่เปิดดำเนินการ	เกณฑ์ ๓S	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
๘.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม ศสช.ใจกลางเมือง	๒๕๖๒	/	
๙.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม ศสช.สมิหลา	๒๕๖๒	/	
๑๐.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม รพ.สต.สวนตูล(เขารูปช้าง)	๒๕๖๓	/	
๑๑.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม รพ.สต.ชุมพอ(เกาะแต้ว)	๒๕๖๓	/	
๑๒.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม รพ.สต.บ้านทรายขาว	๒๕๖๔	/	

ข้อมูลแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ผ่านการอบรมระยะสั้น ขึ้นทะเบียน PCU/NPCU จังหวัดสงขลา

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด	ชื่อ PCU/NPCU	ประเภทการศึกษา			
				วว.	อว.	short	basic
๑.	พญ.กฤตยา รองสวัสดิ์	รพ.สงขลา	ศูนย์ฯเตาหลวง	/			
๒.	พญ.เสาวภา ศรีใส	รพ.สงขลา	ศสช.พาณิชย์สร้างสุข	/			
๓.	พญ.พฤกษพร ธรรมโชติ	รพ.สงขลา	ศสช.กุโบร์รวมใจ	/			
๔.	พญ.พัชรี พุทธชาติ	รพ.สงขลา	ศสช.ชลาทัศน์	/			
๕.	นพ.วัชรพงศ์ วีรกุล	รพ.สงขลา	รพ.สต.ควนหิน(พะวง)		/		
๖.	พญ.หทัยชนก ปานนุกูล	รพ.สงขลา	ศสช.ม. ๑ ๒ ๘		/		
๗.	พญ.ฐิติรัตน์ พัฒนไทยานนท์	รพ.สงขลา	ศสช.ม. ๑ ๒ ๘ (สาขา)			/	
๘.	พญ.รัญชนา ตั้งค่า	รพ.สงขลา	ศสช.ใจกลางเมือง	/			
๙.	นพ.สรรเสริญ อุ้ยเอ้ง	รพ.สงขลา	ศสช.สมิหลา			/	
๑๐.	พญ.ชลกานต์ ประทักษิธร	รพ.สงขลา	รพ.สต.สวนตูล (เขารูปช้าง)	/			
๑๑.	พญ.อิสสริยา เฉลียวศักดิ์	รพ.สงขลา	รพ.สต.ชุมพอ (เกาะแต้ว)	/			
๑๒.	พญ.การะเกด คล่องแคล่ว	รพ.สงขลา	รพ.สต.บ้านทรายขาว				/

การดำเนินงาน ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน (๑ ต.ค. ๖๓ - ๓๑ ธ.ค. ๖๔)

Small Success รอบ ๖ เดือน	ผลการดำเนินงาน
๑. การจัดแผนการพัฒนาทีมสหวิชาชีพการดำเนินงานเวชศาสตร์ครอบครัว	- ส่งนักวิชาการอบรมสมรรถนะ นักสาธารณสุข เพื่อปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๑ คน
๒. มีแผนการจัดตั้ง PCU/ NPCU	- มีแผนการจัดตั้ง PCU/ NPCU ระยะ ๑๐ ปี และในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พัฒนาคุณภาพ จำนวน ๒ หน่วย - ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีแพทย์สำเร็จการอบรม จำนวน ๒ คน เปิดดำเนินการ ๒ หน่วย
๓. เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการ ๕ วัน/สัปดาห์ นำร่อง	- ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ เปิดให้บริการที่ PCU ม. ๑ ๒ ๘ และ NPCU รพ.สต.ชุมพอ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

<table>
<tr><td colspan="8">ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่.......</td></tr>
<tr><td colspan="3">ข้อมูลสะสมย้อนหลัง ๓ ปี</td><td rowspan="2">เกณฑ์ %</td><td colspan="4">ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕</td></tr>
<tr><td>๒๕๖๑</td><td>๒๕๖๒</td><td>๒๕๖๓</td><td>อำเภอ</td><td>เป้าหมาย</td><td>ผลงาน</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>๔๗.๓๗</td><td>๔๗.๓๗</td><td>๕๗.๘๙</td><td></td><td>เมืองสงขลา</td><td>๑๙</td><td>๑๒</td><td>๖๓.๑๖</td></tr>
</table>

ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	**แนวทางการแก้ไข / ข้อเสนอแนะ**
๑. การขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้น (Short course and Basic course)	- แพทยอื่น ปฏิบัติงาน PCU /NPCU ไดอางอิงตาม ประกาศ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง การกำหนดใหแพทยอื่นทำหนาที่ดูแลผูรับบริการแทนแพทยเวชศาสตรครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๒
๒. ขาดแนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน PCU/NPCU	- ควรมีระบบรายงานและการประเมินผลที่เป็นระบบที่น่าเชื่อถือและเป็นแนวทางเดียวกัน

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area / Key Risk Factor)

๑) แพทย์ต้องผ่านการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวจึงจะมีคุณสมบัติในการจัดตั้ง PCU/NPCU ตาม พรบ.ฯ แต่เนื่องจากสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ มีการเลื่อนการอบรมแพทย์หลักสูตร Basic Course ไม่มีกำหนด

๒) ข้อมูลมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงการขึ้นทะเบียนประชากรจากฐานข้อมูล Type ๑ และ Type ๓ ใช้ประชากร DBPOP ทำให้ต้องปรับแผนการขึ้นทะเบียนและเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการภายใน แต่ระบบไม่เปิดให้มีการแก้ไขข้อมูล

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย

ควรให้มีระบบการรายงานติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงาน PCU/NPCU

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- โปรแกรมควบคุมโรค Smart DC พร้อมระบบติดตามข้อมูลกลุ่มเสี่ยง โดย PCU ๑ ๒ ๘
- โปรแกรมเยี่ยมบ้าน Smart care พร้อมระบบติดตามข้อมูลกลุ่มเสี่ยง โดย PCU ๑ ๒ ๘
- โปรแกรมสำรวจลูกน้ำ อสม. โดย PCU ๑ ๒ ๘

ผู้รายงาน นางปาณิสรา สิทธิคง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี ๑๒/๐๑/๖๕
โทร ๐๘ ๒๗๑๙ ๔๑๕๔
E-mail : cupsongkhla.sk@gmail.com

โรงพยาบาลสงขลา

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๓ : ระบบบริการปฐมภูมิ

ประเด็น : **อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ.)**
ตัวชี้วัด : ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
(ค่าเป้าหมายร้อยละ ๗๕)

สถานการณ์

อำเภอเมืองสงขลา โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา เริ่มดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีการคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.๒๕๖๐ ดำเนินงานภายใต้กลไก พชอ. คือ ประชุมคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ใช้การขับเคลื่อนคุณภาพชีวิต จำนวน ๒ ประเด็น คือ ๑. การจัดการขยะ ๒. การลด ละ เลิกการใช้โฟม แก่พื้นที่ครอบคลุม ๖ ตำบล กำหนดให้มีคณะทำงานรับผิดชอบประเด็นปัญหาและร่วมติดตามการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ได้ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการฯ และประชุมทบทวนประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการขยะ และการดูแลกลุ่มเปราะบาง

ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

อำเภอเมืองสงขลามีการขับเคลื่อน พชอ.ใน ๒ ประเด็น คือ การจัดการขยะ และการดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยมีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบาง มีการประชุมคณะกรรมการ และอนุกรรมการทั้ง ๒ ประเด็น ทุกตำบลมีการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ (พชต) มีการประชุมชี้แจงนโยบายคืนข้อมูลในการประชุมคณะเจ้าหน้าที่รพ.สต./ หัวหน้าส่วนราชการ/ ที่เวทีประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน มีการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามองคประกอบ UCCARE

Small Success รอบ ๖ เดือน	ผลการดำเนินงาน
๑. ประชุมทบทวนคำสั่ง	๑. อำเภอเมืองมีการทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เนื่องจากคำสั่งมีการระบุชื่อประธาน พชอ. เมื่อมีการโยกย้ายตำแหน่ง นายอำเภอจึงต้องทบทวนคำสั่งใหม่
๒. การคัดเลือกประเด็น ที่สำคัญตามบริบทพื้นที่ อย่างน้อย ๒ ประเด็น	๒. อำเภอเมือง ปรับแก้ประเด็นในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตเป็น ๒ ประเด็น ดังนี้ คือ การจัดการขยะ และ การดูแลกลุ่มเปราะบาง - ดำเนินการหมู่บ้านต้นแบบการจัดการขยะ ๑๒ หมู่บ้านในพื้นที่อำเภอเมือง โดยคัดเลือกจากหมู่บ้านในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง แห่งละ ๑ หมู่บ้าน - อำเภอเมืองได้สำรวจกลุ่มเปราะบาง ๗ กลุ่มหลักรวมจำนวน ๕๑,๙๖๘ คน โดยให้การดูแลภายใต้แนวคิด ดูแลแบ่งปัน CARE AND CARE @ อำเภอเมืองสงขลาบ้านฉาน

Small Success รอบ ๖ เดือน	ผลการดำเนินงาน
๓. อำเภอมีการประเมิน UCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด	๓. อำเภอเมือง ประเมินตนเองตามเกณฑ์ UCCARE ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ทุกเกณฑ์

ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการแก้ไข / ข้อเสนอแนะ
๑. แผนการขับเคลื่อนงานคุณภาพชีวิต ของ พชอ. ไม่ต่อเนื่องจากสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-๑๙	แจ้งนโยบายการเพิ่มการแก้ไขปัญหาโรคโควิด-๑๙ เป็นประเด็นในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และจะมีการประสานการขยายระยะเวลาตามโครงการที่สนับสนุนจาก สสส.
๒. กรอบการดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางไม่ชัดเจนทำให้มีปัญหาในการเบิกจ่ายงบประมาณ	ควรให้มีหลักเกณฑ์การดูแลกลุ่มเปราะบางและการใช้จ่ายงบประมาณชัดเจน
๓. ไม่มีระบบการรายงานผลการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิต	ควรจัดสร้างเครื่องมือประเมินตามประเด็น ควรมีแนวทางการดูแลและการรายงานการดูแลกลุ่มเปราะบาง
๔. การเยี่ยมเสริมพลังระดับจังหวัด ไม่มีการแต่งตั้งคณะทำงานการเยี่ยมเสริมพลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด	ภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) ที่จะมีหนังสือสั่งการให้แต่งตั้งคณะกรรมการ พชจ. ควรมีคณะทำงานเยี่ยมเสริมพลังระดับจังหวัด

ข้อเสนอแนะ

- การดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ควรมีแนวทางและระบบรายงาน รวมทั้งหลักเกณฑ์การใช้จ่ายงบประมาณในการดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ที่เปิดกว้างให้ใช้จ่ายมากกว่าการดูแลสุขภาพด้านเดียว

ผู้รายงาน นางอิงอร พุทธาโร
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี ๑๑๒/๐๑/๖๕
โทร. ๐๘ ๗๓๙๔ ๑๑๒๘
E-mail: bungbew@gmail.com

ประเด็นที่ ๔

สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

- สุขภาพเด็ก
- สุขภาพวัยทำงาน
- สุขภาพผู้สูงอายุ

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

หัวข้อ : สุขภาพเด็ก

สถานการณ์

ผลการประเมินภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวนเด็ก ๕,๒๗๘ คน ได้รับการชั่งน้ำหนัก ๔,๕๘๙ คน ร้อยละ ๘๖.๙๕ พบเด็ก มีภาวะโภชนาการ สูง ดี สมส่วน จำนวน ๓,๗๔๖ คน ร้อยละ ๘๑.๖๓ และส่วนสูงเฉลี่ย ผู้ชาย ๑๐๙.๘๙ และผู้หญิง ๑๐๙.๒๘ สำหรับไตรมาสที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวนเด็ก ๕,๕๔๐ คน ได้รับการชั่งน้ำหนัก ๕,๑๓๖ คน ร้อยละ ๙๒.๗๑ พบเด็ก มีภาวะโภชนาการ สูง ดี สมส่วน จำนวน ๔,๓๑๕ คน ร้อยละ ๘๔.๐๑ และส่วนสูงเฉลี่ย ผู้ชาย ๑๑๐.๐๖ และผู้หญิง ๑๐๙.๓๘ จากข้อมูลดังกล่าว เด็กได้รับการชั่งน้ำหนักไม่ครบถ้วน เนื่องจากติดตามเด็กไม่ได้ ย้ายที่อยู่และจากสถานการณ์Covid๑๙

ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองเด็กพัฒนาการเด็ก อายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๔,๓๐๓ คน ได้รับการตรวจคัดกรอง ๔,๒๑๔ คน ร้อยละ ๙๑.๖๑ ผลการตรวจคัดกรองพบเด็กปฐมวัย สงสัยพัฒนาการล่าช้า ๑,๖๓๖ คน ร้อยละ ๓๕.๔๓ ได้รับการติดตามส่งต่อ ๑,๕๖๔ คน ร้อยละ ๙๗.๐๘ เด็กพัฒนาการล่าช้าส่งต่อเข้ารับการกระตุ้นด้วย TEDA4I จำนวน ๓๕ คน ได้รับการกระตุ้น จำนวน ๑๒ คน ร้อยละ ๓๔.๒๙ เด็กมีพัฒนาการสมวัย ๔,๕๒๘ คน ร้อยละ ๙๔.๑๐

ไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๑,๑๔๕ คน ได้รับการตรวจคัดกรอง ๘๖๘ คน ร้อยละ ๗๕.๘๐ ผลการตรวจคัดกรองพบเด็กปฐมวัย สงสัยพัฒนาการล่าช้า ๓๓๒ คน ร้อยละ ๓๘.๒๔ ได้รับการติดตามส่งต่อ ๒๘๙ คน ร้อยละ ๘๐.๒๘ เด็กพัฒนาการล่าช้าส่งต่อเข้ารับการกระตุ้นด้วยTEDA๔I จำนวน ๒๖ คน ได้รับการกระตุ้น จำนวน ๑๗ คน ร้อยละ ๖๕.๓๘ เด็กมีพัฒนาการสมวัยจำนวน ๘๕๕ คน ร้อยละ ๗๔.๖๗

ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕ (ไตรมาส ๑)
๑	ร้อยละ ๘๐ ของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง	เป้าหมาย	๕,๒๗๘	๑,๑๔๕
		ผลงาน	๔,๕๘๙	๘๖๘
		ร้อยละ	๘๖.๙๕	๗๕.๘๐
๒	ร้อยละ ๖๔ ของเด็ก ๐-๕ ปี สูงดี สมส่วน	เป้าหมาย	๔,๕๘๙	๓,๔๗๙
		ผลงาน	๓,๗๔๖	๒,๘๖๒
		อัตรา/ ร้อยละ	๘๑.๖๓	๘๒.๓๕
๓	เด็ก ๕ ปี มีส่วนสูงเฉลี่ยแยกตามเพศ ชาย : ๑๑๓ หญิง :๑๑๒	เป้าหมาย	ชาย : ๑๑๓ หญิง :๑๑๒	ชาย : ๑๑๓ หญิง :๑๑๒
		ผลงาน	ชาย : ๑๐๙.๘๙ หญิง : ๑๐๙.๓๘	ชาย : ๑๑๐.๕๗ หญิง :๑๐๙.๖๕
๔	เด็กปฐมวัยเตี้ยน้อยกว่าร้อยละ ๑๐	เป้าหมาย	๔,๙๙๙	๓,๘๕๕
		ผลงาน	๒๐๒	๑๑๑
		ร้อยละ	๔.๐๔	๒.๘๘
๕	ร้อยละ ๘๕ ของเด็ก ๐-๕ ปีมีพัฒนาการสมวัย	เป้าหมาย	๔,๓๐๓	๑,๑๔๕
		ผลงาน	๔,๒๑๔	๘๖๘
		อัตรา/ ร้อยละ	๙๑.๖๑	๗๕.๘๐
๖	ร้อยละ ๗๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I	เป้าหมาย	๒๖	๓
		ผลงาน	๑๗	๒
		อัตรา/ ร้อยละ	๖๕.๓๘	๖๖.๖๖

ปัญหา อุปสรรค

๑. การติดตามกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในเขตเมือง ไม่สามารถติดตามได้ ย้ายที่อยู่ และจากสถานการณ์Covid
๒. การบันทึกข้อมูล ไม่ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา
๓. ทักษะของเจ้าหน้าที่ อสม. อุปกรณ์ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
๔. กรณีการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ผู้ปกครองให้ความร่วมมือน้อยเพราะเข้าใจว่าเด็กไม่ได้ผิดปกติ
๕. มีการปิดคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเนื่องจากสถานการณ์โควิด

ข้อเสนอแนะ

๑. การประสานกับภาคีเครือข่าย ในการติดตามค้นหาเด็กกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

๒. มีโปรแกรมประเมินภาวะการเจริญเติบโตที่แปลผลได้ถูกต้อง ชัดเจน ใช้งานได้ง่าย

ผู้รายงาน นางรุจิรา สุริยะวงศ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๕
โทร. ๐๘๑-๐๙๔๓๙๔๕
E-mail: Nurse๓๗ying@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

หัวข้อ : สุขภาพจิต

ตัวชี้วัด

- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

สถานการณ์

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นตามปัจจัยกระตุ้น ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายหรือโรคทางจิตเวช จากสถิติของ รพ.สงขลาปี ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ มีอัตราเพิ่มขึ้น

ปีงบประมาณ	อัตรา (ต่อแสนประชากร)
๒๕๖๒	๓.๒ (๔ คน)
๒๕๖๓	๘.๖ (๑๑ คน)
๒๕๖๔	๑.๔๙ (๒ คน)

ผลการดำเนินงาน กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		๒๕๖๔	๒๕๖๕ (ต.ค. – ธ.ค. ๖๔)
■ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	< ๘ ต่อแสนประชากร	๑.๔๙	๐.๗๕
■ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำใน ๑ ปี	ร้อยละ ๙๐	๙๓.๓๓	๘๐
■ ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้า เข้าถึงบริการ	๗๔	๕๖.๓	๕๗

มาตรการปี ๒๕๖๕

- คัดกรองเชิงรุกในชุมชนร่วมกับ รพ.สต.และ อสม.
- พัฒนาศักยภาพเครือข่าย / อสม. ในเรื่องโรคซึมเศร้า และการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย
- มีระบบการ consult และช่องทางด่วนในการเข้าถึงการรักษา

ปัญหา

- การคัดกรองภาวะซึมเศร้าไม่ครอบคลุม
- การรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไข

- เพิ่มการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) ในคลินิกโรคเรื้อรัง /คลินิกสุขภาพใจ ทั้งใน รพ.สต.และใน รพ. ทุกครั้งที่มารับบริการ
- คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เชิงรุกในชุมชน (นำร่องแล้วที่ รพ.สต.เขาแก้ว และ PCU กุโบว์)
- มีช่องทางด่วนการเข้าถึงการรักษาในรายที่ได้รับการประสานและส่งต่อมาจาก รพ.สต.
- ส่งรับยาจิตเวชใน รพ.สต.ใกล้บ้าน
- ติดตามเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มเสี่ยงทุกราย

ผู้รายงาน

แพทย์หญิงลัดดาพร เทพสวน หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช
นางเกศินี บัวชื่น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๗๔ ๓๓๘๑๐๐ ต่อ คลินิกจิตเวช

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

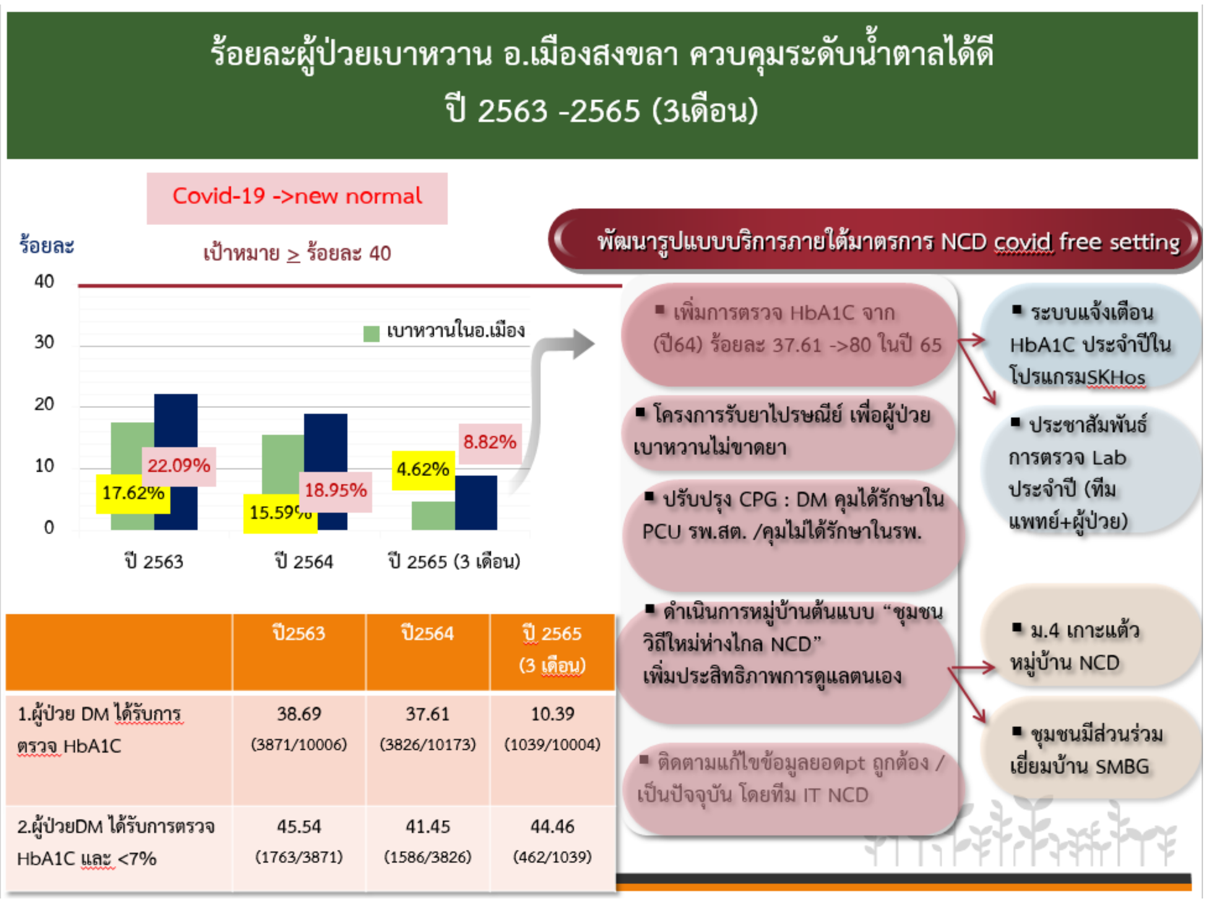
ประเด็น : สุขภาพวัยทำงาน

Service plan สาขา NCD : โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

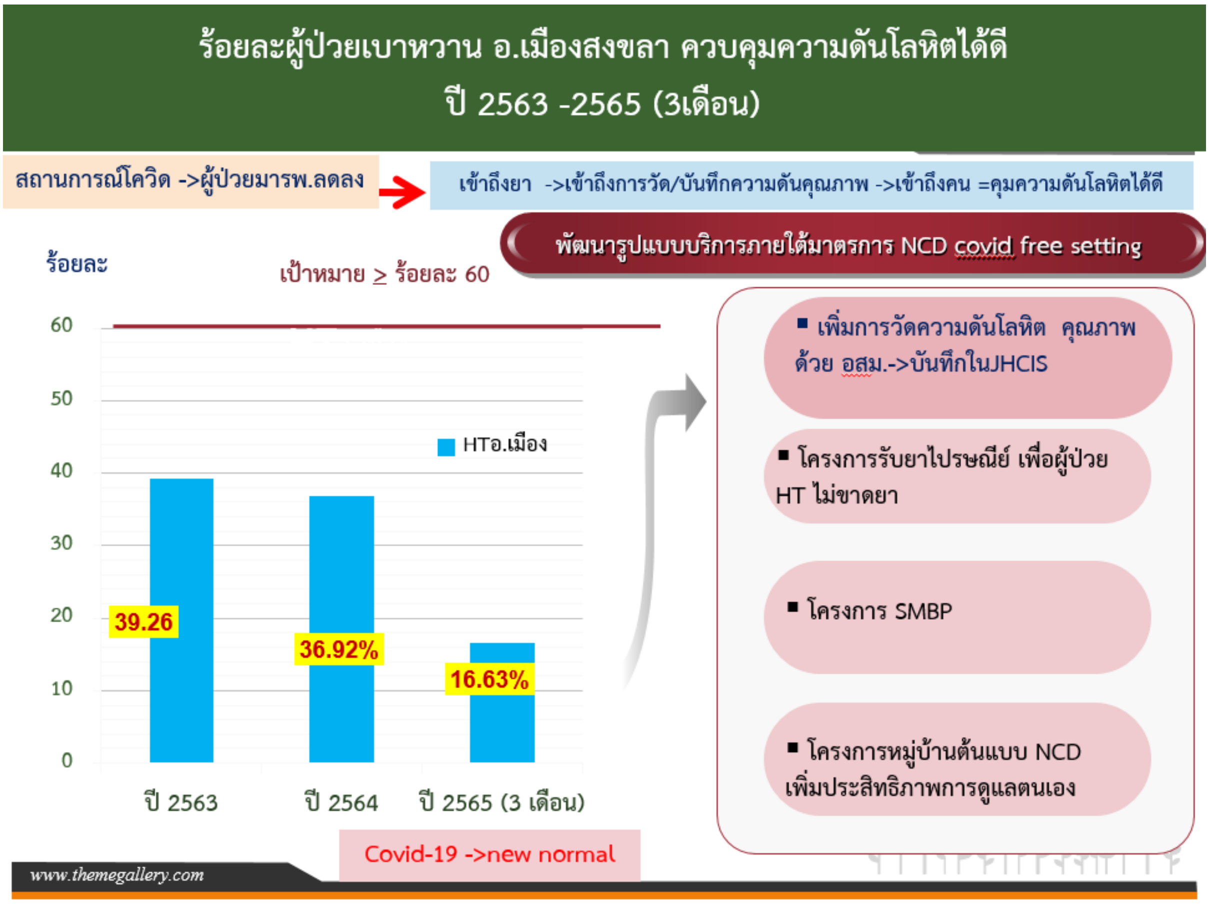
ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

- ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (≥๔๐ %)
- ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย (≥๕๐ %)



	ปี2563	ปี2564	ปี 2565 (3 เดือน)
1.ผู้ป่วย DM ได้รับการตรวจ HbA1C	38.69 (3871/10006)	37.61 (3826/10173)	10.39 (1039/10004)
2.ผู้ป่วยDM ได้รับการตรวจ HbA1C และ <7%	45.54 (1763/3871)	41.45 (1586/3826)	44.46 (462/1039)



ปรับรูปแบบบริการ NCD new normal

เป้าหมาย: ผู้ป่วยไม่ขาดยา/ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

กิจกรรม

- คัดกรองความเสี่ยง covid-๑๙ โดยการซักประวัติเสี่ยงทุกราย
- ผู้รับบริการสวม mask ถูกต้องตลอดเวลาที่รับบริการ
- ผู้ให้บริการปฏิบัติตามมาตรการ COVID free setting
- ลดความแออัด/ลดการแพร่กระจายเชื้อ
- ส่งยาไปรษณีย์
- เลื่อนนัด /กรณีผู้ป่วยยังมียา/กักตัว

แผนการดำเนินงาน NCD ปี ๒๕๖๕ ภายใต้มาตรการ COVID free setting

เป้าหมาย: ผู้ป่วยไม่ขาดยา/ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

- บุคลากรมีจำนวนจำกัด ->ไปรพ.สนาม พยาบาลคลินิกเบาหวานเหลือ ๑ คน
- ผู้รับบริการมีจำนวนมากขึ้น ->รพ.ปิดคลินิกบริการหลายหน่วยบริการ
- NCD โดยเฉพาะผู้ป่วย DM มารับบริการเพียงคลินิกเดียวคือ คลินิกเบาหวาน
- ยอดผู้รับบริการจากเฉลี่ย ๖๐ คนต่อวัน-> ๗๐-๘๐ คนต่อวัน
- ยอดไปรษณีย์วันละ ๒๐-๓๐ คน

แนวทางดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วย NCD ไม่ขาดยา

- ยาไปรษณีย์ ทั้งผู้ป่วยแจ้งขอรับยาเอง และโทรศัพท์ส่งยาไปรษณีย์
- ผู้ป่วยติดเชื้อโควิดที่รับการรักษานอกเครือข่าย เน้นส่งยาไปรษณีย์หรือญาติรับแทน
- เภสัชกรรพ.สนาม จ่ายยา ๑ เดือนกรณีผู้ป่วย DM ติดเชื้อโควิด หลัง d/c ๑ เดือน
- เน้น refer back ทั้งในเครือข่ายและนอกเครือข่าย
- โทรเลื่อนนัด ในกรณีตรวจสอบมีนัดซ้ำ หรือผิดนัด

แนวทางดำเนินงานผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

- เพิ่มการตรวจ HbA๑C ประจำปี
- เริ่มการตรวจประจำปีในเครือข่าย mobile lab ม.ค.๖๕

เริ่มการตรวจตา DR ประจำปี

ผู้รับผิดชอบ - นพ.ประพล เองชวน นายแพทย์ชำนาญการ
- นางสาวจาฤดี กองผล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา
- โทร. ๐๘๖-๕๙๗๐๗๔๕

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

หัวข้อ : สุขภาพผู้สูงอายุ

สถานการณ์

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระดับภาพรวมประเทศ และระดับจังหวัดนั้นจังหวัดสงขลาสัดส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน โดยอำเภอเมืองสงขลา จากข้อมูลสถิติของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา ณ เดือนธันวาคม ๒๕๖๔ พบว่าใน ๓ เดือนแรกของ มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มจาก ๒๖,๑๖๓ คน ในปี พ.ศ.๒๕๖๓ เป็นจำนวน ๒๙,๒๗๓ คน หรือคิดเป็นร้อยละ ๒๐.๘๗ จึงกล่าวได้ว่า อำเภอเมืองสงขลาได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society หมายถึง การมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรรวม) เมื่อพิจารณารายตำบล พบว่ามีแนวโน้มสัดสัดส่วนเพิ่มขึ้นทุกตำบล ส่วนการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุในปี ๒๕๖๔ พบเป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ ๙๒.๖ (มีจำนวน ๒๗,๑๐๗ คน) กลุ่มติดบ้านร้อยละ ๖.๕ (มีจำนวน ๑,๙๐๓ คน) และกลุ่มติดเตียงร้อยละ ๐.๙ (มีจำนวน ๒๖๓ คน) จึงอาจสรุปได้ว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงถึงร้อยละ ๗.๔ หรือมีจำนวน ๒,๑๖๖ คน และในกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนี้ มีผู้ที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Care Plan ในระบบ LTC ของ สปสช.ร้อยละ ๙๘.๑๖ (จำนวน ๓๗๓ คน จากผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ ๓๘๐ คน) โดยกระจายอยู่ใน ๖ ตำบลของอำเภอเมือง ตามตารางที่ ๑

<u>ตารางที่ ๑</u> ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ในรอบปี ๒๕๖๔

<table>
<tr><th rowspan="2">ตำบล</th><th colspan="3">ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan</th><th rowspan="2">รายละเอียด</th></tr>
<tr><th>จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง</th><th>จำนวน Care Plan</th><th>ร้อยละการจัดทำ Care Plan</th></tr>
<tr><td>บ่อยาง*</td><td>๑๑๕</td><td>๑๑๐</td><td>๙๕.๖๕</td><td rowspan="7">*เป็นตำบลที่เข้าร่วมโครงการ สปสช. เขต ๑๒ เต็มรูปแบบมี ๔ ตำบล (เทศบาล)และได้รับเงินจัดสรรตามจำนวน Care Plan
** เป็นตำบลที่อยู่ระหว่างรอดำเนินการเข้าร่วมโครงการ สปสช.เขต ๑๒ มี๒ ตำบล (อบต.) ทีมสาธารณสุขในพื้นที่มีการวางแผนดูแลตาม Care Plan</td></tr>
<tr><td>เขารูปช้าง*</td><td>๑๑๑</td><td>๑๑๑</td><td>๑๐๐</td></tr>
<tr><td>เกาะแต้ว</td><td>๘๖</td><td>๘๖</td><td>๑๐๐</td></tr>
<tr><td>พะวง*</td><td>๓๘</td><td>๓๘</td><td>๑๐๐</td></tr>
<tr><td>ทุ่งหวัง**</td><td>๔</td><td>๔</td><td>๑๐๐</td></tr>
<tr><td>เกาะยอ**</td><td>๒๖</td><td>๒๔</td><td>๙๒.๓๐</td></tr>
<tr><td>ภาพรวม</td><td>๓๘๐</td><td>๓๗๓</td><td>๙๘.๑๖</td></tr>
</table>

จากตารางที่ ๑ พบว่าทั้ง ๖ ตำบลของอำเภอเมืองได้เข้าร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC) ของ สปสช. โดยผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงใน ๔ ตำบลที่เป็นเทศบาลได้รับการดูแลเต็มรูปแบบและได้รับเงินจัดสรรตามจำนวน Care Plan ส่วนอีก ๒ ตำบลอยู่ระหว่างรอดำเนินการเข้าร่วมโครงการ สปสช. เขต ๑๒ มีแต่ทีมสาธารณสุขในพื้นที่มีการวางแผนดูแลตาม Care Plan เช่นกัน สำหรับข้อมูลใน ๓ เดือนแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๕ อำเภอเมืองสงขลามีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ LTC จำนวน ๑๔๒ ราย และได้รับการดูแลตาม Care Plan ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ (ข้อมูลWeb LTC กรมอนามัย ณ เดือน มกราคม ๒๕๖๕)

ส่วนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ในอำเภอเมืองสงขลามีตำบลที่เข้าร่วมโครงการ สปสช. เขต ๑๒ เต็มรูปแบบมี ๔ ตำบล ซึ่งเป็นตำบลที่มีการปกครองแบบเทศบาล ได้แก่ ตำบลบ่อยาง ตำบลเขารูปช้าง ตำบลเกาะแต้ว และตำบลพะวง ซึ่งทั้ง ๔ ตำบลได้รับเงินจัดสรรตามจำนวน Care Plan จากสปสช. เขต ๑๒ ต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๕๙ ส่วนตำบลที่อยู่ระหว่างรอดำเนินการเข้าร่วมโครงการ สปสช. เขต ๑๒ มี ๒ ตำบล ได้แก่ ตำบลทุ่งหวัง และตำบลเกาะยอ ซึ่งมีการปกครองในรูปแบบ อบต. แต่ก็มีทีมสาธารณสุขในพื้นที่วางแผนดูแลตามแบบ Care Plan แต่การดำเนินการบางองค์ประกอบยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ดังตารางที่ ๒

<u>ตารางที่ ๒</u> ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์องค์ประกอบ ๖ ด้าน

ตำบล	**ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์องค์ประกอบ ๖ ด้าน**					
	องค์ ๑ ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผ่าน Blue Book Application	องค์ ๒ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินได้รับการดูแล/วางแผนส่งเสริมสุขภาพตาม CP	องค์ ๓ มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม	องค์ ๔ มีทีมสหสาขาวิชาชีพลงเยี่ยมในชุมชน	องค์ ๕ มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่ม ADL	มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม LTC-๓c
บ่อยาง	? ลงข้อมูลใน HDC	✓	✓	✓	✓	✓
เขารูปช้าง	? ลงข้อมูลใน HDC	✓	✓	✓	✓	✓
เกาะแต้ว	? ลงข้อมูลใน HDC	✓	✓	✓	✓	✓
พะวง	? ลงข้อมูลใน HDC	✓	✓	✓	✓	✓
ทุ่งหวัง	? ลงข้อมูลใน HDC	±	✓	✓	✓	✓
เกาะยอ	? ลงข้อมูลใน HDC	±	✓	✓	✓	±

ในประเด็นผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลในสถานบริการและในชุมชนพบว่า ในรอบปี ๒๕๖๔ มีผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ ๘ ข้อ ตอบข้อมูลในระบบ H4U ร้อยละ ๕๕.๒ ส่วนผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสงขลา และได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า มีผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๒๕.๔๐ ข้อที่ไม่ผ่านการดื่มน้ำ ๘ แก้ว การกินผักและผลไม้ และด้านทันตกรรมและการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามตารางที่ ๓

<u>ตารางที่ ๓</u> ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลในสถานบริการและในชุมชน ในรอบปี ๒๕๖๔

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์<u>ในอำเภอเมือง</u>					**ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์<u>ในคลินิก</u>**			
ผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนผู้ที่ตอบ H4U	คิดเป็นร้อยละ (ผู้สูงอายุรวม)	จำนวนผู้ที่ผ่านเกณฑ์ (๘ ข้อ)	คิดเป็นร้อยละ (ผู้ตอบที่ผ่าน)	ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน CGA	จำนวนผู้ที่ผ่าน	ผู้ที่ผ่านคิดเป็นร้อยละ	รายละเอียด
๒๖,๐๐๗	๒,๔๑๒	๙๒๗	๑,๓๓๑	๕๕๑๘	๑๑๘	๓๐	๒๕.๔๐	ข้อที่ไม่ผ่านคือการดื่มน้ำ ๘ แก้ว/การกินผักและผลไม้ และด้านทันตกรรม

จากตารางที่ ๓ พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์เกือบครึ่งในชุมชน อีกทั้งผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินในคลินิกส่วนใหญ่ก็ไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งข้อที่ไม่ผ่านได้แก่ การดื่มน้ำ ๘ แก้ว/การกินผักและผลไม้ และด้านการดูแลช่องปาก/ ด้านทันตกรรม

สำหรับข้อมูลด้านสัดส่วนผู้สูงอายุในช่วง ๓ เดือนแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๔) พบมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๒.๐๕ ซึ่งจากการประเมิน คัดกรองอาการทางสูงอายุ (Geriatric Syndromes) ในช่วง ๓ เดือน แม้ว่าภาพรวมของการคัดกรองได้เพียง ร้อยละ ๑๐ ของผู้สูงอายุทั้งอำเภอ แต่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่น่าสนใจ ในประเด็นของภาวะเสี่ยงหกล้มเป็นปัญหาที่พบมากถึง ๙๒ คน ร้อยละ ๓.๑ โดยพบมากในพื้นที่ของตำบลเกาะแต้วมีจำนวน ๔๓ คนหรือคิดเป็นร้อยละ ๑๘.๙ รองลงมาคือ ตำบลบ่อยางจำนวน ๑๘ คน (ร้อยละ ๑๑.๒) และตำบลเขารูปช้างจำนวน ๒๘ คน (ร้อยละ ๑.๔) ของจำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรองรายตำบลตามลำดับ ส่วนปัญหาข้อเข่าเสื่อม พบมากในตำบลเกาะแต้ว จำนวน ๔๓ คน (ร้อยละ ๑๙.๓) รองลงมาคือ ตำบลบ่อยางจำนวน ๑๐ คน (ร้อยละ ๖.๓) ของจำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรองรายตำบลตามลำดับ สำหรับปัญหากลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมพบมากในตำบลเกาะแต้ว จำนวน ๑๖ (ร้อยละ ๗.๑) รองลงมาคือ ตำบลทุ่งหวังจำนวน ๒ คน (ร้อยละ ๕) ของจำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรองตามลำดับ แต่จากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-๑๙) ระบาดทำให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพไม่รุนแรง ไม่ได้รับการส่งต่อมารักษาในระดับทุติยภูมิ

ในส่วนภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มจะเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในผู้สูงอายุนั้น โรงพยาบาลสงขลาได้ดำเนินการตามโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยมีการคัดกรองตั้งแต่ในชุมชนทุกตำบลของอำเภอเมืองมาตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ เป็นต้น ซึ่งพบว่าเมื่อใช้แบบคัดกรอง ๑๔ ข้อคำถาม มีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (ในระดับปานกลาง-ค่อนข้างต่ำ-ต่ำ) จำนวน ๒๔๕๘ คน (ตามตารางที่ ๔)

ตารางที่ ๔ ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอเมืองสงขลารายตำบล ในช่วงปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔

ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุ (ทั้งอำเภอ ๒๖,๐๐๗)	จำนวนที่คัดกรองได้		ผลลัพธ์ แบบคัดกรอง ๑๔ ข้อคำถาม (กรณี 2Q ปกติ)			
		จำนวนคน	ร้อยละ	ดีมาก / ร้อยละ	ปานกลาง	ค่อนข้างต่ำ	ต่ำ
บ่อยาง	๙,๕๖๕	๓,๖๔๖	๓๘.๒	๒,๖๐๑/๗๑.๓	๘๘๑/๒๔.๒	๘๓/๒.๓	๑๗/๐.๕
เขารูปช้าง (ต.นำร่อง)	๗,๒๑๕	๔,๑๗๒	๕๗.๘	๓,๖๖๓/๘๗.๘	๓๕๙/๘.๖	๙๖/๒.๓	๔๔/๐.๖
เกาะแต้ว	๑,๘๕๘	๑,๕๗๒	๘๔.๖๑	๑,๔๒๔/๙๐.๕	๙๔/๖	๓๙/๒.๕	๑๕/๑
พะวง	๔,๑๐๑	๑,๔๒๓	๓๔.๗	๙๓๓/๗๒	๒๙๘/๒.๓	๓๗/๒.๙	๒๗/๒.๑
ทุ่งหวัง	๒,๓๓๕	๑,๒๖๕	๕๔.๒	๗๔๖/๕๙	๓๒๗/๒๕.๘	๘๘/๗.๐	๓๓/๒.๖
เกาะยอ	๙๓๑	๕๓๐	๕๖.๙	๕๒๐/๙๖.๓	๒๐/๗.๗	-	-
รวม	๒๖,๐๐๗	๑๒,๖๐๘	๔๘.๔๘	๙,๘๘๗/๗๘.๔	๑,๙๗๙/๑๕.๗	๓๔๓/๒.๗	๑๓๖/๑.๑

จากตารางที่ ๔ พบว่า มีผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง-ค่อนข้างต่ำ-ต่ำกระจายอยู่ทุกตำบล พบมากที่สุดในตำบลบ่อยางมี จำนวน ๙๘๑ คน รองลงมาคือตำบลเขารูปช้างมีจำนวน ๔๙๙ คน และตำบลทุ่งหวังมี จำนวน ๔๔๘ คนตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้บางส่วนยังไม่ได้รับการคัดแยก คัดกลุ่มหรือส่งต่อมาโรงพยาบาลระดับสูงขึ้นจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-๑๙) ทำให้มีเพียงบางส่วนที่มีอาการรุนแรงได้เข้ามารักษาในโรงพยาบาล จากข้อมูลสถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลสงขลาพบว่า มีผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลในจำนวนไม่มากนัก ส่วนใหญ่เข้ามารับการรักษา เป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงและเข้าสู่กระบวนการรักษาโรคสมองเสื่อมในคลินิกอายุรกรรมประสาท หรือคลินิกสมองเสื่อม ตามตารางที่ ๕

<u>ตารางที่ ๕</u> ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลาด้วยภาวะ MCI / Dementia (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม ๒๕๖๔)

โรค	อำเภอเมือง							อำเภอเครือข่าย						
	บ่อยาง	เขารูปช้าง	พะวง	เกาะแต้ว	ทุ่งหวัง	เกาะยอ	รวม	สิงหนคร	สทิงพระ	กระแสสินธุ์	ระโนด	จะนะ	เทพา	รวม๖ อำเภอ
	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง
MCI	๑/๑	๒/๔	๐	๑/๓	๐	๐	๔/๘	๖/๑๓	๑/๒	๒/๘	๒/๗	๐	๑/๓	๑๒/๓๓
Dementia	๑๐๓/๓๔๓	๖๘/๒๖๑	๒๔/๕๙	๘/๓๐	๗/๒๒	๗/๓๑	๒๑๗/๗๔๖	๖๑/๒๐๓	๓๘/๑๒๕	๑๘/๓๗	๔๓/๑๒๑	๒๙/๙๖	๑๘/๕๓	๒๐๗/๖๓๕

แผนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรโรงพยาบาลสงขลาในรอบปี ๒๕๖๕

โรงพยาบาลสงขลาได้จัดทำแนวทางการจัดบริการสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรต่อเนื่อง มาตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ โดยในช่วงปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ เป็นช่วงการพัฒนากำลังคน ประกอบด้วย

๑.การอบรมบุคลากรในพื้นที่นำร่อง ด้านการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม(Dementia Care Manager : DT-CM) จำนวน ๑๕ คน ในตำบลเขารูปช้าง ตำบลบ่อยาง และตำบลทุ่งหวัง

๒.อบรมการพัฒนาศักยภาพสมองหลักสูตรสำหรับทีมสาธารณสุข (Dementia Team :DT) ให้กับผู้ช่วย-DT อำเภอเมืองครอบคลุมทุกตำบล จำนวน ๑๔๕ คน

๓.ประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพสมองให้กับแกนนำผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ/ชุมชนพื้นที่เครือข่ายบริการโรงพยาบาลสงขลา (๗ อำเภอ : อำเภอเมือง อำเภอระโนด อำเภอกระแสสินธ์ อำเภอสทิงพระ อำเภอสิงหนคร อำเภอจะนะ และอำเภอเทพา

ภายหลังพัฒนากำลังคน มีการจัดทำแนวปฏิบัติในระบบบริการดูแล การส่งต่อ แล้วลงคัดกรองในพื้นที่นำร่อง และพื้นที่อื่นที่มีความพร้อม ได้แก่ ตำบลเขารูปช้าง (ทั้งหมด) บางพื้นที่ของตำบลบ่อยาง (สระเกษ) และตำบลทุ่งหวัง (รพ.สต.ทรายขาว) ผลการคัดกรองดังแสดงในตารางที่ ๔

ในช่วงปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ แม้จะมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-๑๙) การดำเนินงานในโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยการวางแนวปฏิบัติ แบ่งเป็น กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย มีการปรับรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) มีการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ/ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโรงพยาบาลสงขลา ได้รับการสนับสนุนจากกรมการแพทย์ ในโปรแกรม TEAM-V มี Care Manager Dementia ๓ คน และมีการดัดแปลง จัดทำเอกสารเพื่อใช้สำหรับผู้มีภาวะศักยภาพสมองบกพร่องในระยะต้น (MCI) แบ่งเป็น ๔ ชุด ได้แก่

-ชุดใช้สำหรับกลุ่มป่วย จำนวน ๓ ชุด คือ ชุด ๑-๓ ใช้สำหรับผู้ป่วย จำแนกตามระดับการศึกษา

-ชุดทั่วไป ใช้สำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สนใจ

รูปแบบการจัดบริการดังนี้

-ในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งโดยมากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม) ได้จัดทำเกมพัฒนาภาวะศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุพื้นที่เมือง ในคอมพิวเตอร์ สำหรับผู้สูงอายุที่มีทักษะด้าน IT ในรูปเกมส์ต่างๆ เพื่อพัฒนาการทำงานของสมอง ด้านความจำ (Memory) ด้านความใส่ใจ (Attention) ด้านมิติสัมพัทธ์ (Visuospatial) เช่น เกมสุภาษิต เกมปริศนาคำทายภาพต่างๆ

สืบเนื่องจากสถานการณ์โควิด -๑๙ พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเพื่อนช่วยเพื่อน โรงพยาบาลสงขลาที่อยู่บ้านเริ่มมีปัญหาด้านความจำบกพร่อง จนต้องมาคลินิกสุขภาพใจและได้รับการวินิจฉัย รักษาภาวะสมองเสื่อมระยะแรก จึงต้องมีการจัดกิจกรรมประชุมผ่าน Line group มาดำเนินการนำร่องในชมรม ตั้งแต่วันที่๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔ จนถึงปัจจุบัน ได้รับการตอบรับอย่างดี มีผู้สูงอายุเข้าร่วมครั้งละ ๑๒-๑๗ คน ผลประเมินความพึงพอใจร้อยละ ๘๕

สำหรับกลุ่มป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive
Impairment) มีภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น จะได้รับการดูแลในคลินิกสุขภาพใจ หรือค้นพบรายใหม่ในคลินิกผู้สูงอายุ โดยมีผู้สูงอายุที่ได้รับคัดกรอง/ ทดสอบภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุจำนวน ๑๑๘ คน พบมีภาวะเสี่ยง ๒๑ คน (คิดเป็น ร้อยละ ๑๗.๗๙) แนวทางการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

- กลุ่มปกติ ได้รับคำแนะนำ Brain Exerciseที่บ้าน

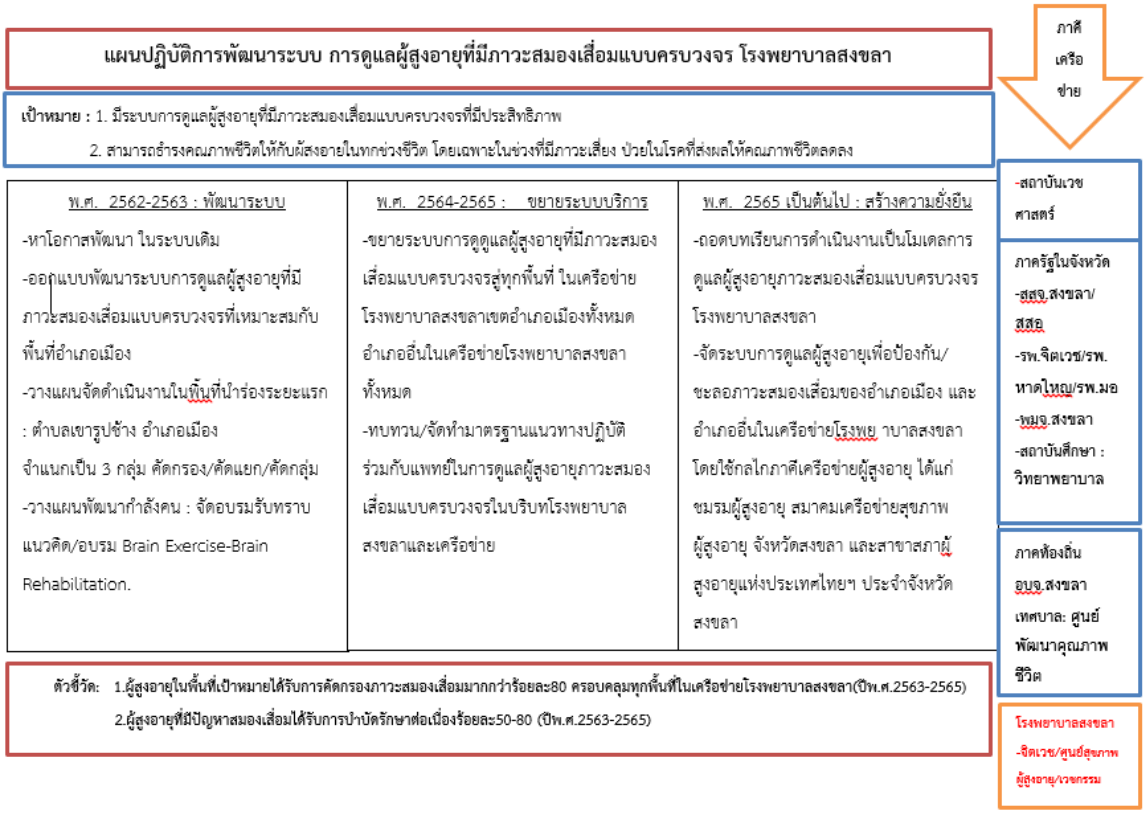
- กลุ่มเสี่ยง นัดนัดเข้ากลุ่ม Brain Exercise/ Brain training ตามสมัครใจที่คลินิก วันพฤหัส/ศุกร์(บ่าย) ตามความสมัครใจ/ ความพร้อม

- กลุ่มป่วยที่ส่งมาเข้าโปรแกรม TEAM V (กรมการแพทย์) วันพฤหัสบดี มีผู้รับบริการต่อเนื่อง แล้ว ๓ ราย ผลประเมิน MMS E-T-๒๐๐๒ซ้ำหลัง ๓ เดือน ดีขึ้น ๒ ราย คงเดิม ๑ ราย

โรงพยาบาลสงขลา

แผนการดำเนินงานต่อเนื่องในปี ๒๕๖๕

มีแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรโรงพยาบาลสงขลา พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๕



นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ จากการคัดกรองในพื้นที่ ปี๒๕๖๔คัดกรอง ได้ร้อยละ๗๕.๔๕ พบกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๑,๓๓๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๔ พบมากในตำบลบ่อยางและเกาะแต้ว และการคัดกรองในพื้นที่ ปี ๒๕๖๕ (๓ เดือน : ตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๔) คัดกรอง ได้ร้อยละ ๑๐ พบว่ากลุ่มเสี่ยงจำนวน ๘๙ คน พบมากในตำบลเกาะแต้วมากที่สุด ส่วนการคัดกรองในคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะหกล้มร้อยละ ๑๕ ของผู้สูงอายุที่มารับบริการ

ปัญหา อุปสรรค

๑.การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่มีจำนวนมาก และการคัดกรอง ค้นหาเพื่อคัดแยก และคัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องใช้เวลาพอสมควร การลงบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลจึงไม่อาจขึ้นในช่วงไตรมาสแรก

๒.แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร โรงพยาบาลสงขลา จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-๑๙) การดำเนินการยังไม่ได้นำสู่การปฏิบัติอย่างในรูปธรรม เพราะจะต้องรอชี้แจงให้ทุกพื้นที่

๓.การดำเนินการด้านบริการในแต่ละพื้นที่เครือข่าย ชลอตัวจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-๑๙)

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑.การสร้างความตระหนักให้กับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร จะต้องเป็นความร่วมมือ จากภาคีเครือข่าย ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ จึงเป็นปัญหาที่จะต้องพัฒนาต่อไปและต้องอาศัยความร่วมมือของทุกพื้นที่และทุกภาคส่วน เพื่อสร้างความยั่งยืนในระบบ

๒. การดำเนินงานของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ควรเป็นนโยบายระดับชาติ เพื่อให้ผู้บริหารระดับแกนนำในพื้นที่เห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

การประยุกต์เครื่องในการฝึกสมองสำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงอายุ และระดับการศึกษา

ผู้รายงาน: น.ส.จรรเพ็ญ ภัทรเดช
ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๗๔-๓๓๘๑๐๐ ต่อ ๑๙๓๒
E-mail: cchanpen๒๕๖๑@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

ประเด็น : มารดาตาย

สถานการณ์

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ และปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑) โรงพยาบาลสงขลาไม่มีมารดาเสียชีวิต มีมารดาคลอดจำนวน ๓,๖๒๙ ราย คลอดทางช่องคลอดจำนวน ๑,๕๖๗ ราย และผ่าตัดคลอด ๑,๙๔๒ ราย มารดาที่คลอดทางช่องคลอดตกเลือดหลังคลอดจำนวน ๑๖ ราย (๑.๐๒%) ตกเลือดจากภาวะรกค้างและล้วงรกในห้องผ่าตัดจำนวน ๒ ราย ส่วนมารดาที่ผ่าตัดคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน ๑๘ ราย (๐.๙๓%) มีมารดาที่เกิดภาวะช็อกต้องตัดมดลูกและย้ายเข้าไอซียูจำนวน ๑ ราย เป็นมารดาติดเชื้อโควิด-๑๙ แต่ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด

มารดากลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวน ๑๗๖ ราย ภาวะครรภ์เป็นพิษระดับปานกลาง จำนวน ๘๘ ราย (๕๐.๐๐%) และระดับรุนแรง จำนวน ๘๘ ราย (๕๐.๐๐%) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีมารดาเกิดภาวะชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวน ๒ ราย (๑.๔๐%) ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ไม่มีมารดาเกิดภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ มารดาเบาหวาน จำนวน ๓๒๑ ราย ไทรอยด์ จำนวน ๑๔๓ ราย ความดันโลหิตสูงจำนวน ๓๖ ราย โรคหัวใจ จำนวน ๑ ราย ผู้ป่วยแท้งมาด้วย septic shock จำนวน ๖ ราย คลินิกนรีเวชกรรม มีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำนวน ๓๓ ราย ได้รับการทำแท้งปลอดภัย จำนวน ๓ ราย ตั้งครรภ์ต่อจำนวน ๑๒ ราย

ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๔ และปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๓ จำนวน (%)	๒๕๖๔ จำนวน (%)	๒๕๖๕ (Q๑) จำนวน (%)
๑	จำนวนมารดาคลอด	-	๓,๑๓๑	๒,๘๙๙	๗๓๐
๒	จำนวนมารดาเสียชีวิต	๐ ราย	๐	๐	๐
๓	อัตราตกเลือดหลังคลอด (รวม)	๔%	๑.๐๒	๑.๐๓	๐.๕๕
	- คลอดทางช่องคลอด	๓%	๑.๒๓	๑.๒๐	๐.๓๒
	- ผ่าตัดคลอด	๑%	๐.๓๐	๐.๙๗	๐.๗๕
๔	อัตราเกิดภาวะช็อกในมารดาที่ตกเลือดหลังคลอด (รวม)	<๒๕%	๙.๓๗	๙.๐๙	๒๕.๐๐
๕	จำนวนมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ	ราย	๑๖๘	๑๔๓	๓๓
	อัตรามารดาชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ	๐ ราย	๐	๒	๐

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๓ จำนวน (%)	๒๕๖๔ จำนวน (%)	๒๕๖๕ (Q๑) จำนวน (%)
๖	จำนวนมารดาที่ต้องเข้าไอซียู	๐ ราย	๐	๑ (PPH)	๐
๗	จำนวนมารดาที่ต้องส่งต่อ	ราย	๐	๐	๐
๘	อัตรามารดาเป็นเบาหวาน	-	๒๔๔	๒๙๔	๒๗
๙	อัตรามารดาไทรอยด์เป็นพิษ	-	๑๖๘	๑๔๓	๐
๑๐	อัตรามารดาโรคหัวใจ	-	๓	๑	๐

แผนพัฒนา

๑. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โดยเพิ่มการนำเครื่องมือ MEOWS (Modified Early Obstetric Warning Signs) มาใช้ในการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตตกเลือดหลังคลอด รวมถึงการปรับปรุงขั้นตอนการดูแลมารดาในระยะ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อให้การดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีประสิทธิภาพในเชิงรุกมากขึ้น

๒. ประชุมทีมคร่อมสายงานสูตินรีเวชกรรม ในการพัฒนาระบบการเข้าถึงการใช้เลือดในสถานการณ์วิกฤติตกเลือดในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

๓. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องคลอดในการดูแลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

๔. พัฒนากระบวนทัศน์ใหม่ของการวางแผนจำหน่ายมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อลดอัตราการ re-admit อัตราการคลอดก่อนกำหนด และลดอัตราการเกิด Birth Asphyxia ในทารกคลอดก่อนกำหนด

โรงพยาบาลสงขลา

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๑. การเคลื่อนย้ายทารกไปยังแผนก NICU จำเป็นต้องใช้ตู้สำหรับ Transfer อย่างเพียงพอ (มีตู้สำหรับ Transfer เพียง ๑ คัน) เพื่อรองรับทารกที่มีปัญหา และทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อโควิด ๑๙

๒. การป้องกันอุบัติการณ์ที่เกิดจากทารกที่มีภาวะวิกฤติรุนแรง จำเป็นต้องประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทั้งในขณะอยู่ในห้องคลอด และระหว่างการเคลื่อนย้ายทารกไปแผนก NICU จำเป็นต้องมีเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจสำหรับทารก (EKG ๓ LEAD) เพื่อการบริหารจัดการและการเตรียมความพร้อมในการป้องกันความเสี่ยง

๓. อัตรากำลังพยาบาลห้องคลอดน้อยกว่า ๙๐% ของ FTE เนื่องจากต้องให้บริการในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด ๑๙ และจำนวนหญิงตั้งครรภ์ในปัจจุบันที่มีความเสี่ยง และโรคซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น

ผู้รายงาน นางภคินี ขุนเศรษฐ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๐-๔๙๔๗๑๕๙
Email: pakineetim@hotmail.com

ประเด็นที่ ๕

ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

- Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด
- Service Plan สาขาอุบัติเหตุ
- Service Plan สาขามะเร็ง
- Service Plan สาขาทารกแรกเกิด
- Intermediate care

โรงพยาบาลสงขลา

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด

ตัวชี้วัด

สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถทำการสวนขยายหลอดเลือดได้

- อัตราส่วนของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจทั้ง PCI และ Fibrinolytics
  ๑. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน ๓๐ นาที หลังได้รับการวินิจฉัย (>ร้อยละ ๖๐)
  ๒. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาที หลังได้รับการวินิจฉัย (>ร้อยละ ๖๐)
- อัตราตายของผู้ป่วย STEMI (<ร้อยละ ๘)

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหัวใจของ รพ.สงขลา ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔

	Y๒๕๖๒			Y๒๕๖๓			Y๒๕๖๔			Total		
	PSU	BDMS	รวม ๖๒	PSU	BDMS	รวม ๖๓	PSU	BDMS	รวม ๖๔	PSU	BDMS	รวม ๓ ปี
Emergency PCI	๒๐	๖๗	๘๗	๓	๙๙	๑๐๒	๘	๑๖๙	๑๘๘	๓๑	๓๓๕	๓๖๖
Elective PCI		๑๐๔			๑๗๐			๑๑๒			๓๘๖	๓๘๖

สรุปผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๕
สาขาหัวใจ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา

ข้อมูล	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ (ต.ค.–ธ.ค.๖๔)
▪ จำนวนผู้ป่วย STEMI	๙๒	๑๑๔	๑๕๓	๕๕
▪ จำนวนผู้ป่วย STEMI ได้ PPCI (ร้อยละ)	๘๗ (๙๔.๖)	๑๐๖ (๙๓.๐)	๙๒ (๖๐.๑)	๐
▪ จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาแบบ Pharmacoinvasive (SK+PCI) (ร้อยละ)	๐	๐	๕๔ (๓๕.๓)	๕๐ (๙๐.๙)

ข้อมูล	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ (ต.ค.–ธ.ค.๖๔)
▪ จำนวนผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต (ร้อยละ)	๖ (๖.๕)	๘ (๗.๐)	๗ (๔.๖)	๕ (๙.๑)
▪ จำนวนผู้ป่วย STEMI diagnosis to wire crossing < ๑๒๐ min (ร้อยละ)	๗๕ N = ๘๗ (๘๖.๒)	๘๙ N = ๑๐๖ (๘๔.๐)	๙๒ N = ๙๒ (๑๐๐)	๐
▪ จำนวนผู้ป่วย STEMI diagnosis to fibrinolytics < ๓๐ min (ร้อยละ)	๐	๐	๕๔ N = ๕๔ (๑๐๐)	๕๐ N = ๕๐ (๑๐๐)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Acute CORONARY

- ร่วมประชุมทีม ASC เขต ๑๒ กับโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI (๑๐ ม.ค.๖๕)
- ทบทวนการทำ MOU
- ประสาน รพ.สงขลานครินทร์ขอส่งผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม เบิกได้ อปท. และจ่ายเงิน เพื่อไปทำหัตถการฉีดสีหัวใจและหลอดเลือด และใส่ขดลวดเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (๗ ม.ค.๖๕)
- Post PCI Care : Data Patient PCI เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- แผนพัฒนาเปิดคลินิก WAFARIN รพช. (ต่อเนื่อง)

ผู้รับผิดชอบ

- พว.พรทิพย์ แสงสง่า
- นพ.อิทธิพล ปรีชาเวทยากุล
- พว.อรุณี ศรีนวล

โทร. ๐๗๔-๓๓๘๑๐๐ ต่อ ๒๔๐๑

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan สาขาอุบัติเหตุ

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติ (Triage level๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย < ๑๒%)

ตัวชี้วัดรอง:

๑. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า PS>๐.๕ ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ <ร้อยละ ๔

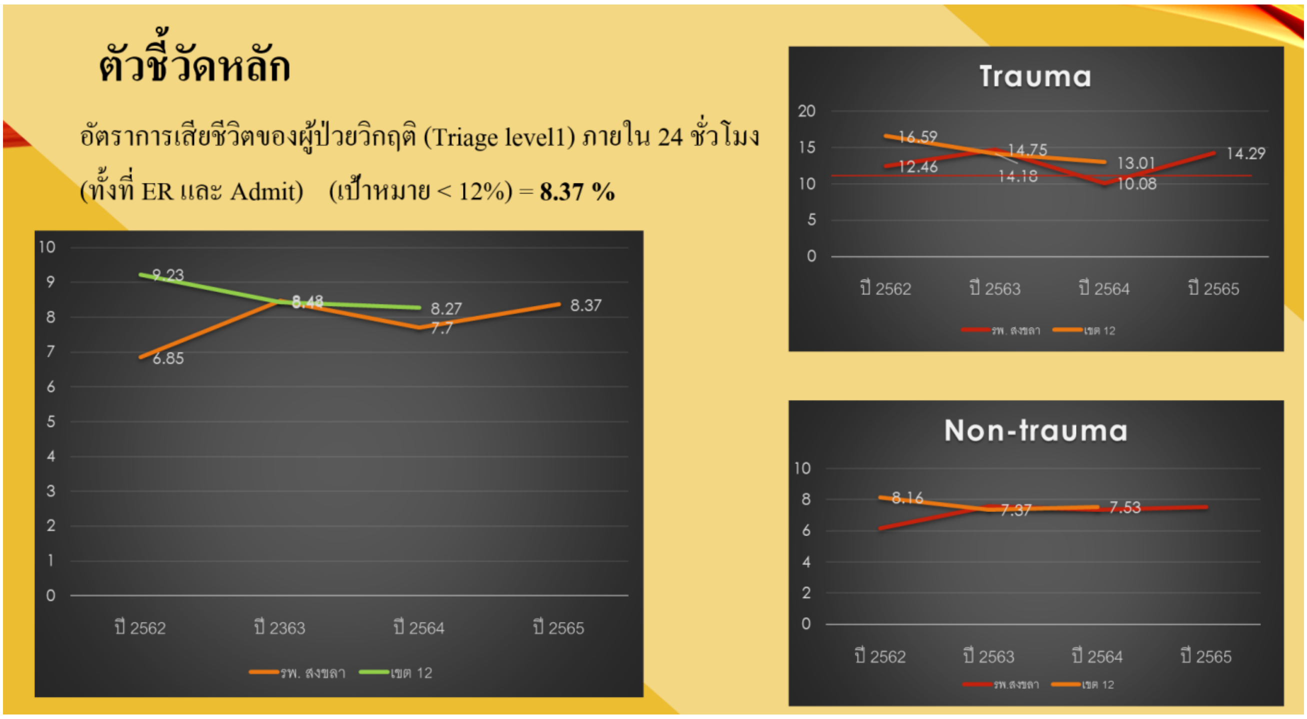
๒. อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS<๘) โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ <ร้อยละ ๓๐

๓. อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า ๒ ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

๔. อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาล A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

๕. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๔

๖. อัตราของTEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า ๒๕ คะแนน)



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรอง ย้อนหลัง ๓ ปี

ตัวชี้วัดรอง	เป้าหมาย	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑) อัตราผู้ป่วย Trauma Level ๑ และมีข้อบ่งชี้เข้าห้องผ่าตัดใน ๖๐ นาที	๗๐%	๑๑.๕๔ (๒๕.๙)	๓๐.๗๗ (๓๖.๕๒)	๔๔.๔๔ (๔๖)	๖๖.๖๗
๒) อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน <๒ ชม.	๗๐%	๖๙.๓๗ (๗๒.๒๖)	๖๘.๖๓ (๗๓.๔๔)	๖๕.๗๓ (๖๙.๗๓)	๗๐.๕๒
๓) อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีค่า PS score > ๐.๕	< ๔ %	-	-	๐.๒๑ (๐.๓๖)	๐.๓๘
๔) อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Severe Traumatic Brain Injury	< ๔๕ %	๔๑.๕๑ (๒๒.๓๙)	๕๒.๓๘ (๒๗.๘)	๓๖.๒๑ (๑๖.๙๓)	๖๖.๖๗
๕) ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	> ๒๖%	๑๘.๙๓ (๑๔.๔๔)	๑๘.๗๙ (๑๓.๖๖)	๑๘.๙๑ (๑๗.๙๙)	๑๗.๐๒
๖) จำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินใช้ห้องฉุกเฉินระดับ ๔ และ ๕ (Non Trauma)	ลดลง ๕ %	-	๒๕.๓๐ (๓๘.๔๔)	๑๗.๒๐ (๒๖.๒๕)	๑๖.๗๙
๗) คะแนนประเมิน ECS คุณภาพ	๕๐%	๕๗.๓๙	๖๙.๕๘	๗๑.๔๘	๗๓.๐๖
๘) อัตรา TEA unit ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (๒๐ คะแนน)	๒๐	-	๒๗	๒๗	๒๗

ผลการดำเนินงาน

๑. ปรับปรุงห้องฉุกเฉินเพื่อรองรับ Covid-๑๙ โดยมีห้อง negative pressure
๒. ส่งพยาบาลอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง ENP วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๓. มีการประชุมพัฒนาระบบ trauma fast track เมื่อ ต.ค. ๒๕๖๔ และทดลองซ้อมแผนเมื่อ ๒๔ พ.ย. ๖๔ เพื่อลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม

มาตรการหลัก/แนวทางการดำเนินเงินงาน/แก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕

๑. พัฒนาระบบ ambulance operation center (AOC) ในโรงพยาบาล
๒. พัฒนาระบบ Trauma Fast Track
๓. พัฒนาการเข้าถึงระบบ EMS ในผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (level ๑, ๒) ในผู้ป่วย Non-Trauma

จุดแข็ง และโอกาสในการพัฒนา

จุดแข็ง

๑. การเข้าถึง ๑๖๖๙ ในผู้ป่วย Trauma

๒. ER คุณภาพ–มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกือบทุกสาขา ยกเว้น ศัลยกรรมตกแต่ง และ Intervention หัวใจ

๓. มีระบบบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกัน

๔. มีการช่วยเหลือกันของแพทย์ใน AAA - C spine รับจาก ปัตตานี, หัวใจเด็ก รับจาก นราธิวาส ศัลยกรรมเด็ก รับจาก พัทลุง

โอกาสในการพัฒนา

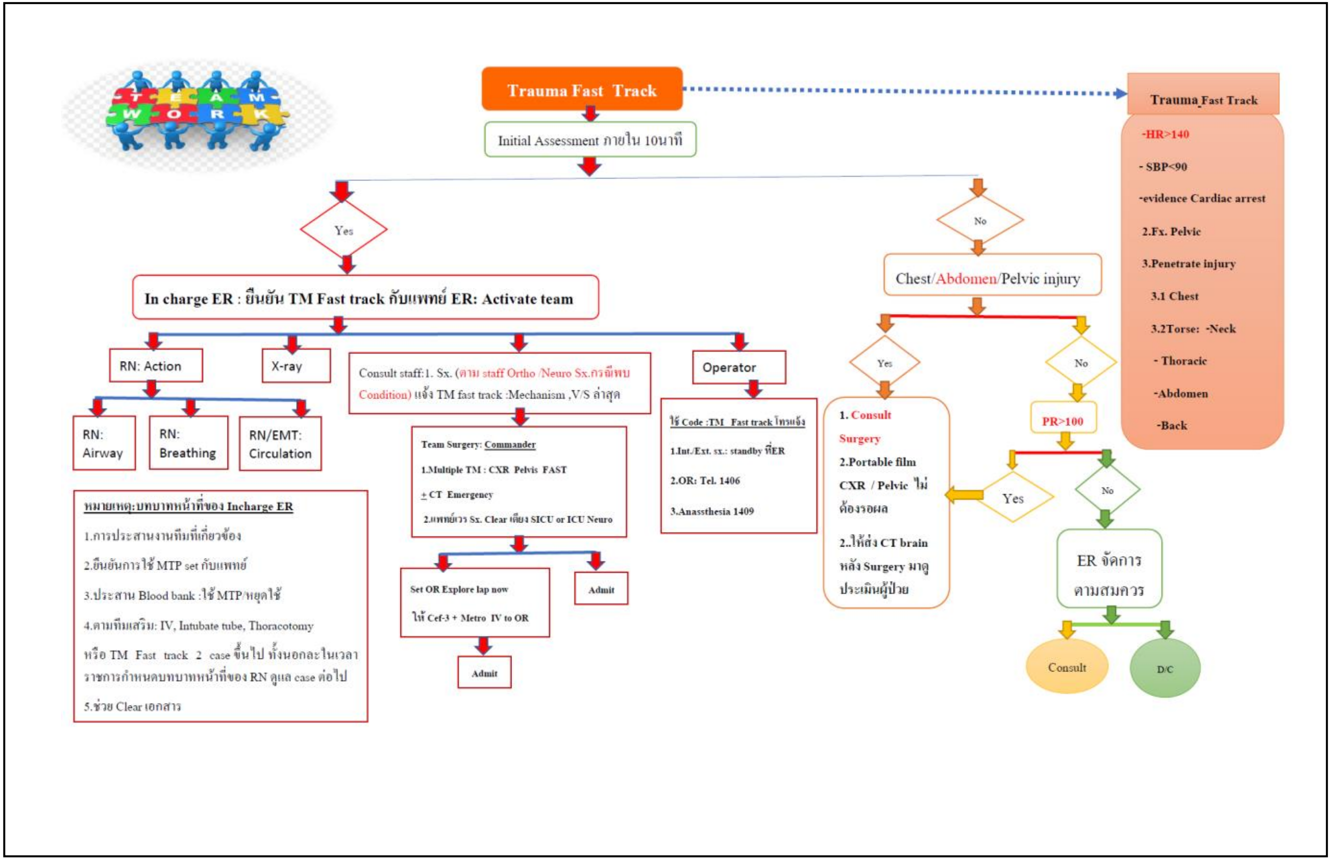
๑. พัฒนาศักยภาพของหน่วย EMS

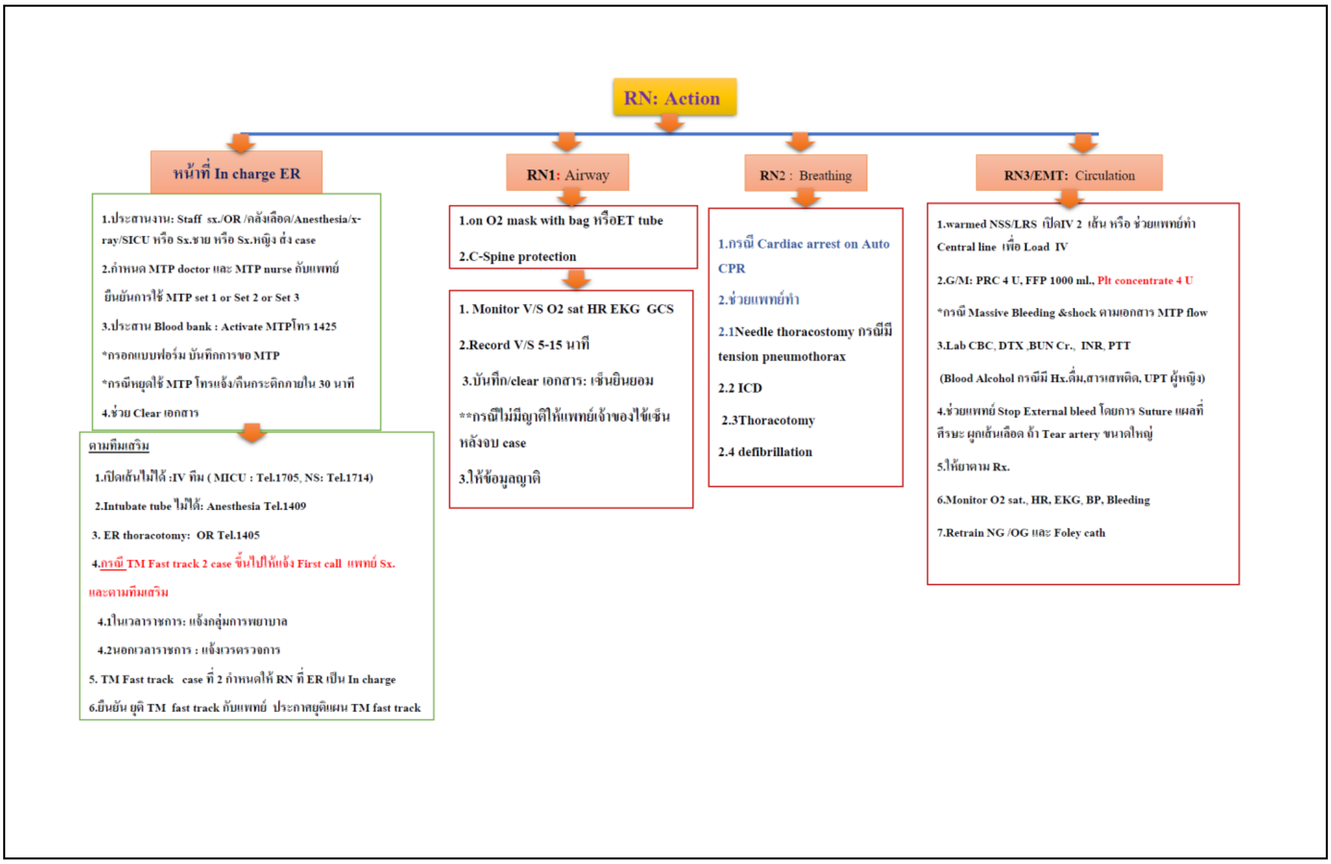
๒. พัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากการสัมผัสความร้อน

๓. ปรับปรุงการบริหารจัดการการใช้รถ ambulance

๔. เสริมสร้างวินัยจราจร และการเข้าถึงระบบ EMS

การประชุม และซ้อมแผนรับผู้ป่วย Trauma fast track


TEAM WORK
Trauma Fast Track
Initial Assessment ภายใน 10นาที
Yes
No
In charge ER : ยืนยัน TM Fast track กับแพทย์ ER: Activate team
RN: Action
X-ray
Consult staff:1. Sx. (ตาม staff Ortho /Neuro Sx.กรณีพบ Condition) แจ้ง TM fast track :Mechanism ,V/S ล่าสุด
Operator
RN: Airway
RN: Breathing
RN/EMT: Circulation
Team Surgery: Commander
1.Multiple TM : CXR Pelvis FAST
+ CT Emergency
2.แพทย์เวร Sx. Clear เตียง SICU or ICU Neuro
ใช้ Code :TM Fast track โทรแจ้ง
1.Int./Ext. sx.: standby ที่ER
2.OR: Tel. 1406
3.Anassthesia 1409
หมายเหตุ:บทบาทหน้าที่ของ Incharge ER
1.การประสานงานทีมที่เกี่ยวข้อง
2.ยืนยันการใช้ MTP set กับแพทย์
3.ประสาน Blood bank :ใช้ MTP/หยุดใช้
4.ตามทีมเสริม: IV, Intubate tube, Thoracotomy
หรือ TM Fast track 2 case ขึ้นไป ทั้งนอกละในเวลาราชการกำหนดบทบาทหน้าที่ของ RN ดูแล case ต่อไป
5.ช่วย Clear เอกสาร
Set OR Explore lap now
ให้ Cef-3 + Metro IV to OR
Admit
Admit
Chest/Abdomen/Pelvic injury
Yes
No
1. Consult Surgery
2.Portable film CXR / Pelvic ไม่ต้องรอผล
2..ให้ส่ง CT brain หลัง Surgery มาดูประเมินผู้ป่วย
PR>100
Yes
No
ER จัดการตามสมควร
Consult
D/C
Trauma Fast Track
-HR>140
- SBP<90
-evidence Cardiac arrest
2.Fx. Pelvic
3.Penetrate injury
3.1 Chest
3.2Torse: -Neck
- Thoracic
-Abdomen
-Back


RN: Action
หน้าที่ In charge ER
1.ประสานงาน: Staff sx./OR /คลังเลือด/Anesthesia/x-ray/SICU หรือ Sx.ชาย หรือ Sx.หญิง ส่ง case
2.กำหนด MTP doctor และ MTP nurse กับแพทย์
ยืนยันการใช้ MTP set 1 or Set 2 or Set 3
3.ประสาน Blood bank : Activate MTPโทร 1425
*กรอกแบบฟอร์ม บันทึกการขอ MTP
*กรณีหยุดใช้ MTP โทรแจ้ง/คืนกระติกภายใน 30 นาที
4.ช่วย Clear เอกสาร
ตามทีมเสริม
1.เปิดเส้นไม่ได้ :IV ทีม (MICU : Tel.1705, NS: Tel.1714)
2.Intubate tube ไม่ได้: Anesthesia Tel.1409
3. ER thoracotomy: OR Tel.1405
4.กรณี TM Fast track 2 case ขึ้นไปให้แจ้ง First call แพทย์ Sx. และตามทีมเสริม
4.1ในเวลาราชการ: แจ้งกลุ่มการพยาบาล
4.2นอกเวลาราชการ : แจ้งเวรตรวจการ
5. TM Fast track case ที่ 2 กำหนดให้ RN ที่ ER เป็น In charge
6.ยืนยัน ยุติ TM fast track กับแพทย์ ประกาศยุติแผน TM fast track
RN1: Airway
1.on O2 mask with bag หรือET tube
2.C-Spine protection
1. Monitor V/S O2 sat HR EKG GCS
2.Record V/S 5-15 นาที
3.บันทึก/clear เอกสาร: เซ็นยินยอม
**กรณีไม่มีญาติให้แพทย์เจ้าของไข้เซ็นหลังจบ case
3.ให้ข้อมูลญาติ
RN2 : Breathing
1.กรณี Cardiac arrest on Auto CPR
2.ช่วยแพทย์ทำ
2.1Needle thoracostomy กรณีมี tension pneumothorax
2.2 ICD
2.3Thoracotomy
2.4 defibrillation
RN3/EMT: Circulation
1.warmed NSS/LRS เปิดIV 2 เส้น หรือ ช่วยแพทย์ทำ Central line เพื่อ Load IV
2.G/M: PRC 4 U, FFP 1000 ml., Plt concentrate 4 U
*กรณี Massive Bleeding &shock ตามเอกสาร MTP flow
3.Lab CBC, DTX ,BUN Cr., INR, PTT
(Blood Alcohol กรณีมี Hx.ดื่ม,สารเสพติด, UPT ผู้หญิง)
4.ช่วยแพทย์ Stop External bleed โดยการ Suture แผลที่ศีรษะ ผูกเส้นเลือด ถ้า Tear artery ขนาดใหญ่
5.ให้ยาตาม Rx.
6.Monitor O2 sat., HR, EKG, BP, Bleeding
7.Retrain NG /OG และ Foley cath

Action plan ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

โครงการพัฒนาสมรรถนะทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน กลุ่มโรค Fast track ปี ๒๕๖๕ "ภายใต้แนวคิดหลักของเขตเรื่อง One province One ER "

ปัญหา

- การเข้าถึงระบบ Fast track และระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างไร้รอยต่อ
- มีการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ทำให้ล่าช้า
- ระบบฐานข้อมูลที่ขาดการเชื่อมโยง

วัตถุประสงค์

- พัฒนาระบบ Fast track ๕ โรค (Stroke, STEMI, Sepsis, Trauma และ New born) เห็นเป็นแนวทางเดียวกันในเครือข่าย

กิจกรรม

- อบรมให้ความรู้แก่บุคลากรใน ER รพ. สงขลา และ ER รพช.ในเครือข่าย

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

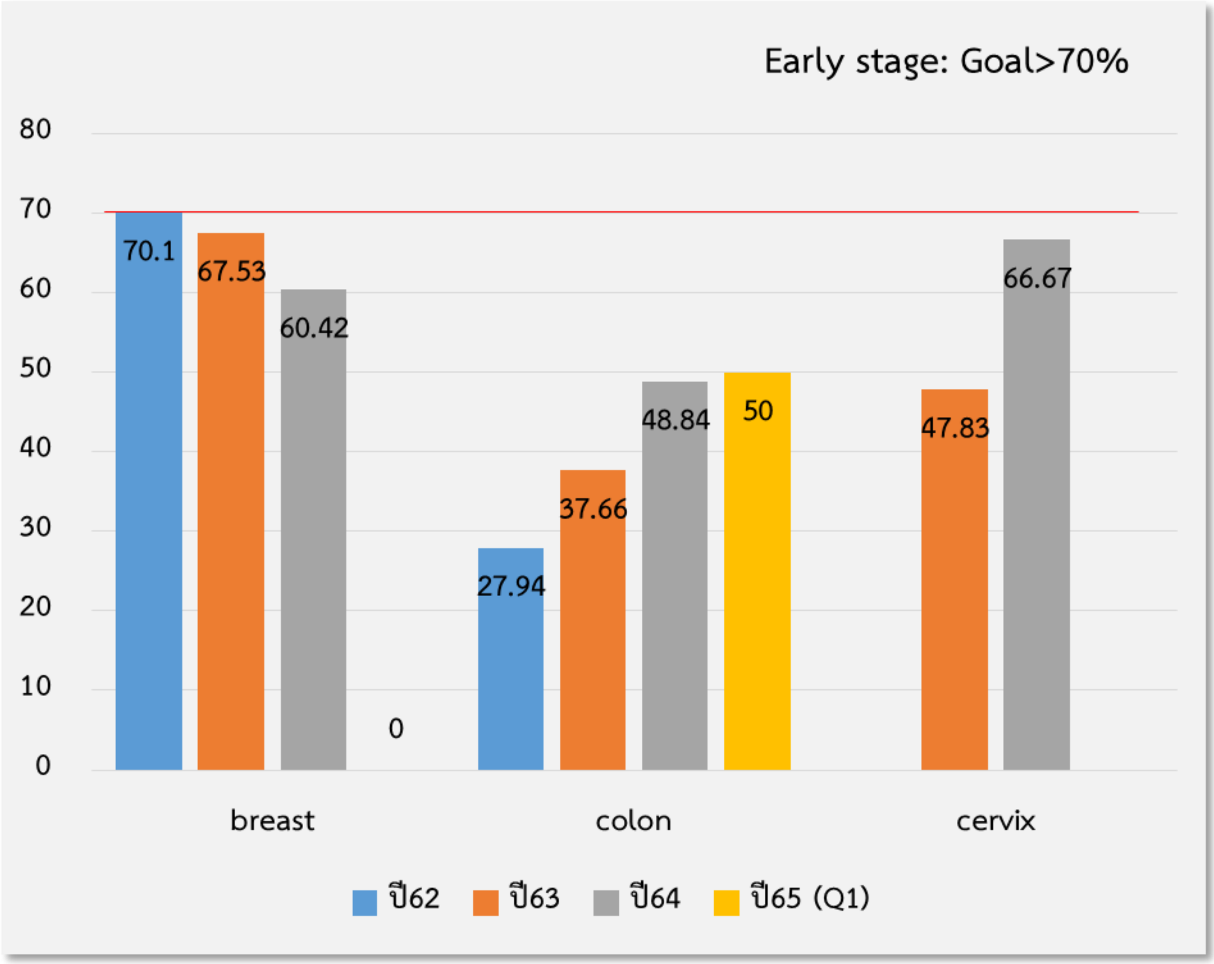
- เพิ่มประสิทธิภาพและเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลรักษา
- พัฒนาศักยภาพด้านการจัดการและการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Fast track
- ลดระยะเวลาการเข้าถึงระบบ Fast track ๕ โรค (Stroke, STEMI, Sepsis, Trauma และ New born)

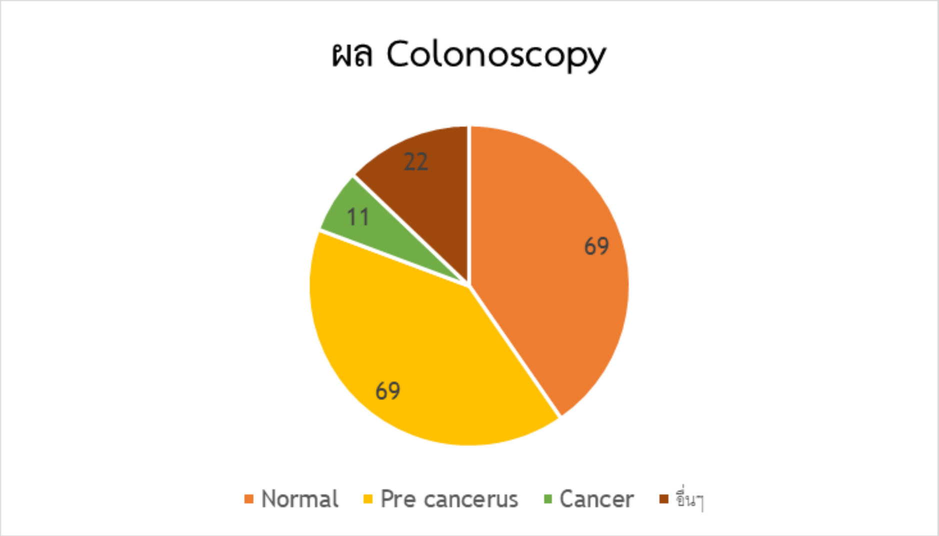
ผู้รายงาน นางนุจรี ยานวิมุต
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔
โทร. ๐๘๙๒๙๗๑๓๙๖
E-mail: nujau@hotmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

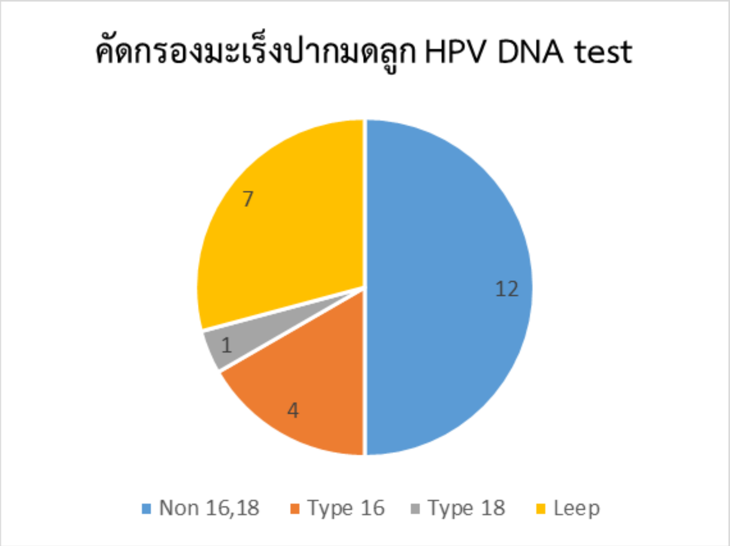
Service plan สาขามะเร็ง

ร้อยละของการคัดกรอง





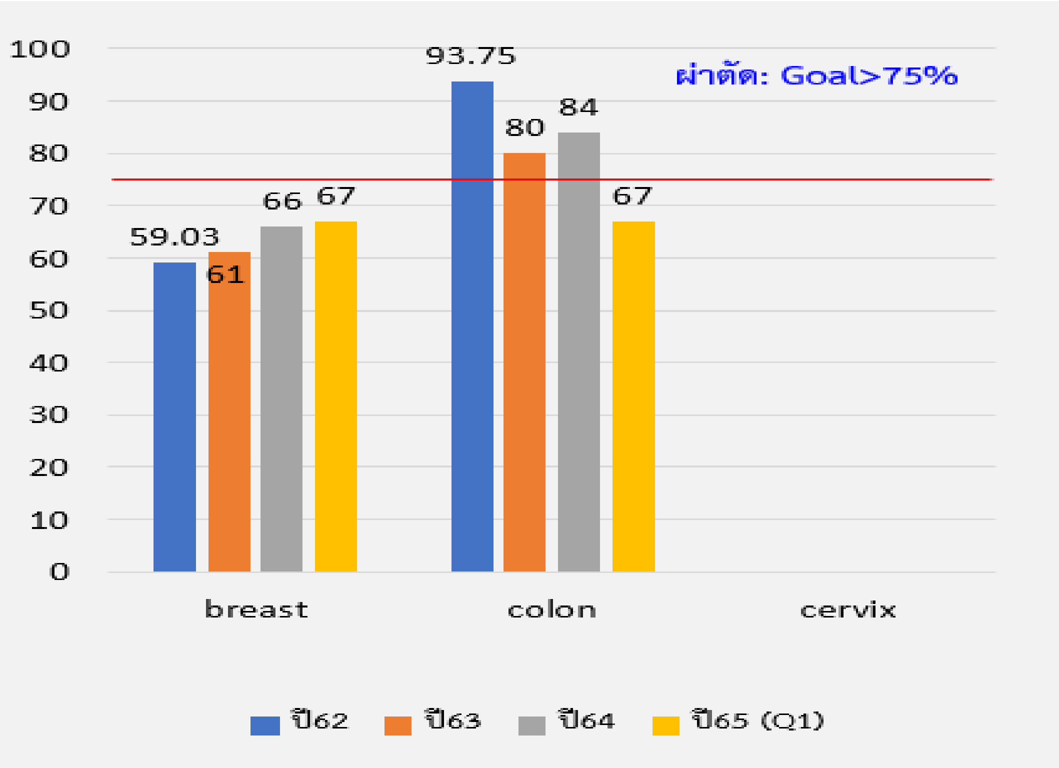
Screening CA colon ตั้งแต่ ต.ค.๖๓ - ก.ย.๖๔
จำนวน ๑๗๑ ราย จากจำนวน Fit test Positive



คัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV DNA test
จำนวน ๒๑๑ ราย (ข้อมูล ส.ค.๖๔-ก.ย. ๖๔)

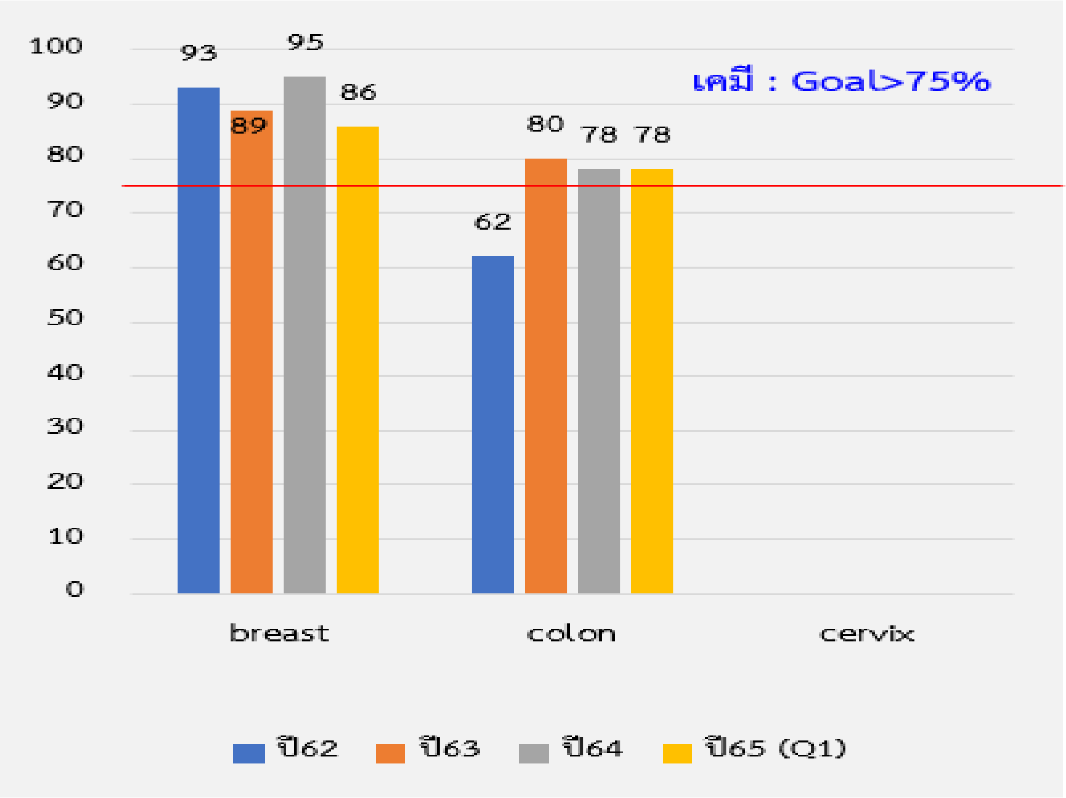
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ภายใน ๔ สัปดาห์ (≥๗๕%)

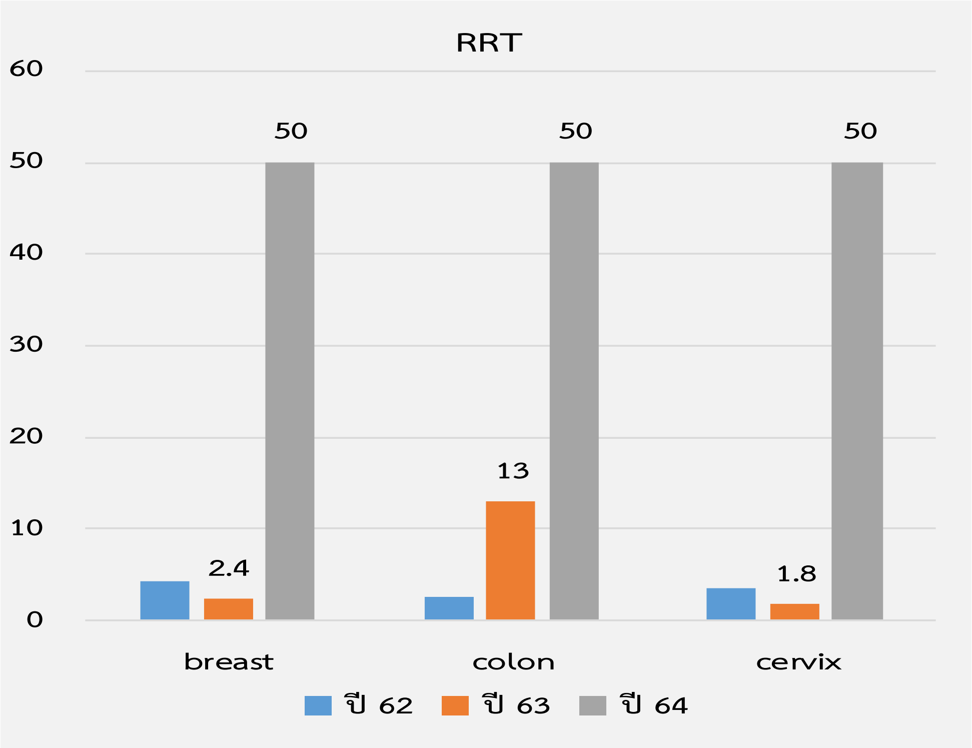


ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ภายใน ๖ สัปดาห์ (≥๗๕%)



ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์



ปัญหาอุปสรรค

- CA breast ผ่าตัดช้า (Bilard ๔, ๕)
- CA colon early stage น้อย

แผนพัฒนา

- ระบบรายงานผลแบบ Real time, ปรับระบบนัด
- เพิ่มห้องผ่าตัดมะเร็ง
- คัดกรองเชิงรุกเพิ่มขึ้น
- เปิด OPD คัดกรองมะเร็งเต้านม

โรงพยาบาลสงขลา

โรงพยาบาลสงขลา

MOPH

ข่าวประชาสัมพันธ์

ปีที่ 3 ฉบับที่ 62 เดือนกุมภาพันธ์ 2564

โรงพยาบาลสงขลา จัดกิจกรรมรณรงค์ วันมะเร็งโลก ปี 2564

เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2564 กลุ่มงานสุขศึกษา ร่วมกับ PCT ศัลยกรรม และเครือข่ายงานชุมชน โรงพยาบาลสงขลา ได้จัดกิจกรรมรณรงค์วันมะเร็งโลก ปี 2564 ให้แก่ ผู้รับบริการ และประชาชนทั่วไป รวมทั้งญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และอื่น ๆ ในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลสงขลา เพื่อรวมพลังกันช่วยชีวิต และปกป้องผู้คนจากโรคมะเร็ง ดังแนวคิด “รู้ทัน ป้องกันได้ รู้ก่อน รักษาก่อน รู้แล้ว รักษาได้” เป็นการบูรณาการงานอย่างสหวิชาชีพ ได้แก่การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งและเคมีบำบัด โดยศัลยแพทย์ และตัวแทนฝ่ายการพยาบาล กิจกรรมออกกำลังกาย ของ อสม. และเครือข่ายงานชุมชน กิจกรรมแสดงดนตรี จาก นศพ. มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ รวมทั้ง การจัดนิทรรศการจาก แพทย์แผนไทย, เภสัชกร, คลินิกเลิกบุหรี่, งานส่งเสริมและป้องกันโรค และธนาคารออมสิน โดยมีนายแพทย์ศักดา อัลภาชน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธานกล่าวเปิด พร้อมด้วย นายแพทย์สรรเสริญ อุ้ยเอ้ง รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ คณะผู้บริหาร บุคลากร เจ้าหน้าที่ และผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

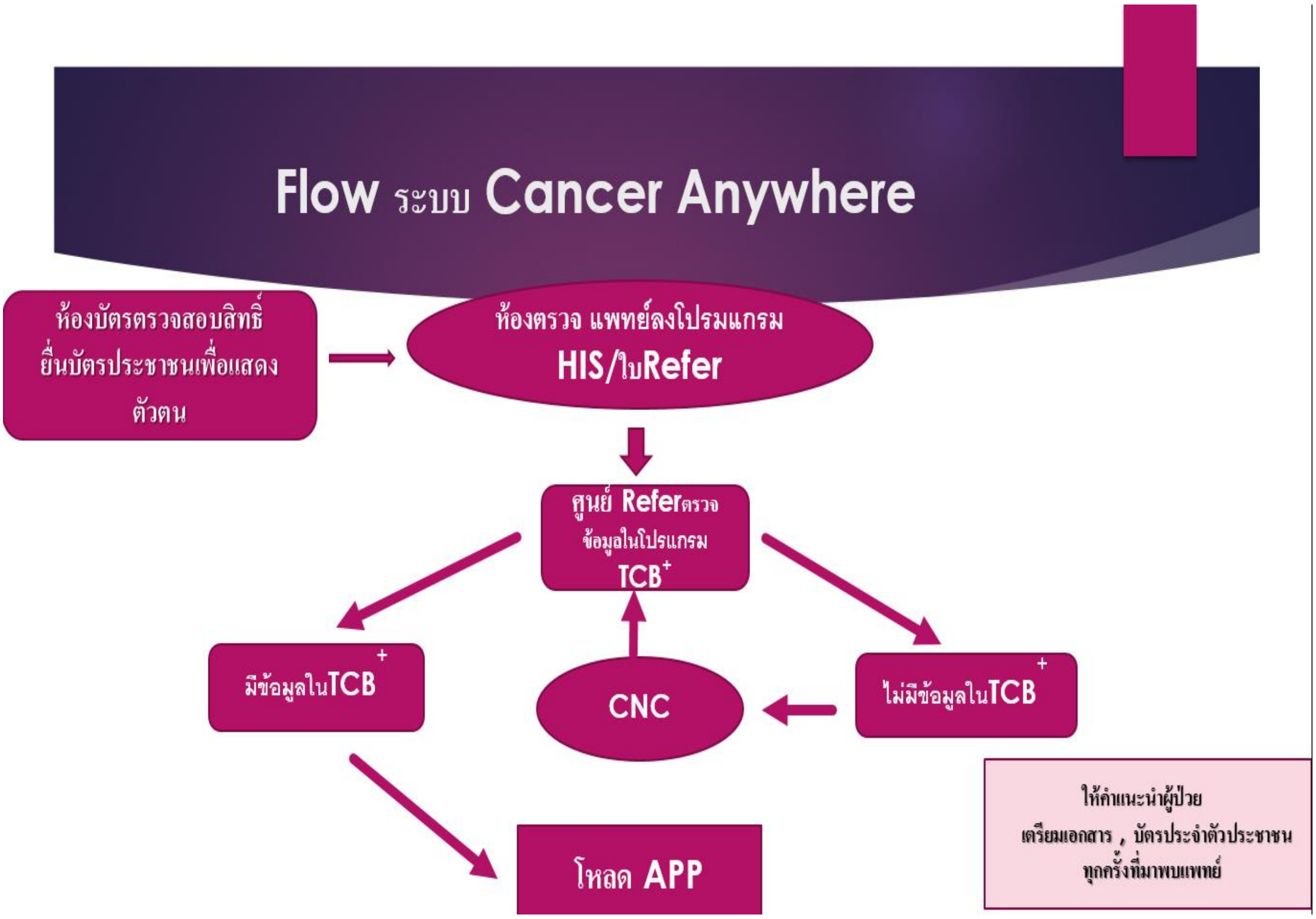
ภาพโดย.. เวชนิทัศน์และโสตฯ รพ.สงขลา

งานประชาสัมพันธ์ รพ.สงขลา 074-338100

666 ม.2 ต.พะวง อ.เมือง จ.สงขลา 90100 -- www.skhospital.go.th

Cancer Anywhere

รักษาได้ทุกที่ที่พร้อม ไม่ต้องมีใบส่งตัว



ผู้รายงาน นางสริตา ฤทธิ์คำรพ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๗๔-๓๓๘๑๐๐
Email sarita๑๒๒๗๐@gmail.com

โรงพยาบาลสงขลา

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan สาขาทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด

- อัตราตายทารกแรกเกิด เป้าหมาย ๓.๖ : ๑,๐๐๐ LB

สถานการณ์

หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสงขลา เปิดให้บริการเป็น ๒ หน่วย คือ หน่ายทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU) จำนวน ๑๒ เตียง และหน่วยทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางสุขภาพ (SNB) จำนวน ๑๕ เตียง ให้บริการทารกที่เกิดทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งในและนอกเครือข่าย จากสถิติ ปี ๒๕๖๔ โรงพยาบาลสงขลามีทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด ๒,๙๐๘ ราย เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทั้งหน่วย NICU และ SNB รวม จำนวน ๑,๙๕๗ ราย และรับ refer ทั้งในและนอกเขต รวม ๕๘ ราย (ในเครือข่าย ๔๙ ราย นอกเครือข่าย ๙ ราย) สถิติ ๕ อันดับโรคแรกทั้ง NICU และ NS ได้แก่ ๑) MSAF ๒) Hyperbilirubinemia ๓) sepsis ๔) Preterm และ ๕) Hypoglycemia เมื่อมาจัดอันดับโรคแยกหน่วย NICU พบว่า อันดับ ๑) sepsis ๒) Preterm ๓) Hyperbilirubinemia ๔) birth asphyxia และ ๕) Hypoglycemia ส่วน NS พบ ๑) MSAF ๒) Hyperbilirubinemia ๓) sepsis ๔) Preterm และ ๕) Hypoglycemia

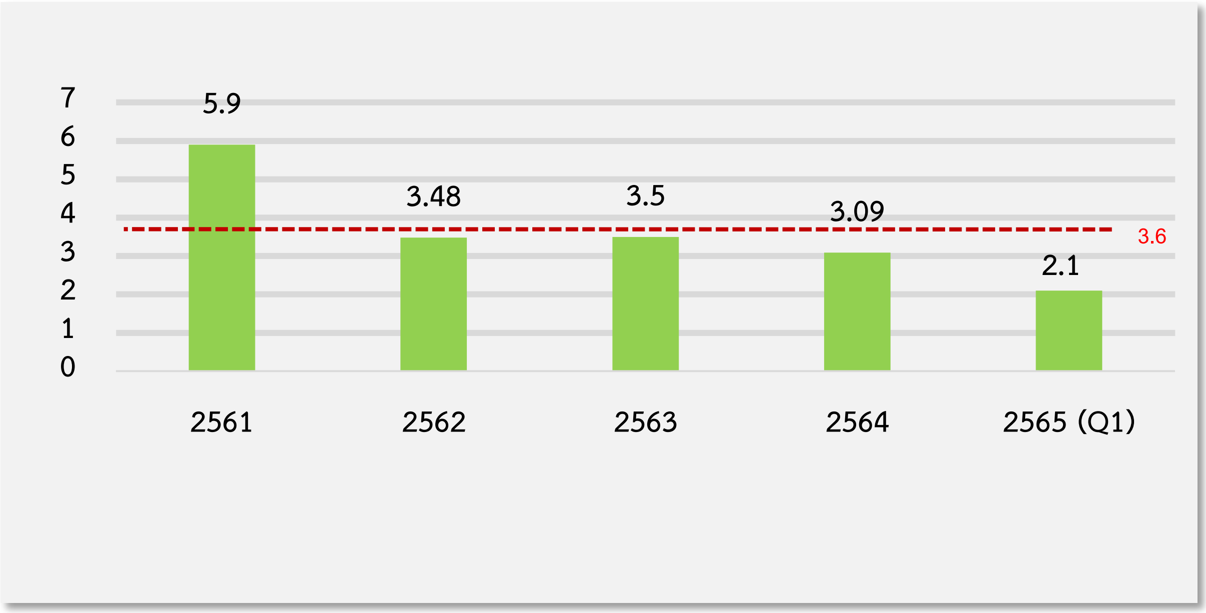
จากข้อมูลอัตราการตายของทารกแรกเกิด ในปี ๒๕๖๔ พบว่า พบทารกเสียชีวิต ๙ ราย (เสียชีวิตทั้งหมด ๑๔ ราย โดยเสียชีวิตอายุมากกว่า ๒๘ วัน ๒ ราย และคลอดจากโรงพยาบาลชุมชน ๒ ราย และน้ำหนักน้อยกว่า ๕๐๐ กรัม ๑ ราย) คิดเป็น ๓.๐๙: ๑,๐๐๐ LB เมื่อวิเคราะห์พบว่า ๑) ทารกที่เสียชีวิตเป็นทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ สัปดาห์ และมีน้ำหนัก ๕๐๐ – ๑,๐๐๐ กรัม จำนวน ๔ ราย และมีน้ำหนัก ๑,๐๐๐–๑,๕๐๐ กรัม จำนวน ๑ ราย ซึ่งทั้งหมดมีภาวะ severe RDS, severe sepsis, และ birth asphyxia และ ๒) ทารกที่เสียชีวิตเป็นทารกที่มีอายุครรภ์มากกว่า ๒๘ สัปดาห์ มีน้ำหนัก มากกว่า ๑,๕๐๐ กรัม จำนวน ๔ ราย

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔
อัตราตาย น้ำหนัก	๓.๖:๑๐๐๐ LB	๕.๙	๓.๔๘	๓.๕	๓.๐๙
< ๑,๐๐๐ กรัม	<๕๐ %	๔๐.๗๑ (๑๑/๒๗)	๒๘.๕ (๒/๗)	๓๐.๗๗ (๔/๑๓)	๔๔.๔๔ (๔/๙)
> ๑,๐๐๐–๑,๔๙๙ กรัม	<๑๐%	๑.๘๘ (๑/๕๓)	๘.๓๒ (๒/๒๔)	๗.๖๙ (๒/๒๖)	๔.๗๖ (๑/๒๑)
> ๑,๕๐๐-๒,๔๙๙ กรัม	< ๒%	๐.๔ (๑/๒๔๖)	๑.๐๒ (๓/๒๙๔)	๑.๔๖ (๔/๒๗๔)	๐.๗๑ (๒/๒๘๐)
> ๒,๕๐๐ กรัม	< ๒%	๐.๔๑ (๗/๓๐๔๔)	๐.๑๔ (๒๘๒๗)	๐.๐๔ (๑/๒๘๒๘)	๐.๐๘ (๒/๒๕๙๘)

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤๒๘ วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥๕๐๐ กรัม

(เป้าหมาย < ๓.๖๐ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ)



สาเหตุการเสียชีวิตทารกแรกเกิด

๑. ELBW

๒. ทารกพิการแต่กำเนิดรุนแรง

๓. PPHN, Severe birth asphyxia

๔. Sepsis

๕. pneumonia

- Special condition care: PPHN care, preterm care, ventilator and cooling breastfeeding ๑๐ steps in sick baby

- ตรวจเยี่ยมเสริมพลัง รพช.ในเขตจังหวัดสงขลา ร่วมกับ PCT สูติกรรม

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

๑. Preterm ยังเป็นปัญหาที่ท้าทายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตั้งแต่งานฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งต้องบูรณาการความร่วมมือกับ service plan สาขาสูติกรรมเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด รวมถึงการพัฒนาศักยภาพการดูแลทารกก่อนกำหนดโดยเฉพาะทารกน้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม เช่น การช่วยหายใจด้วย เครื่องช่วยหายใจความถี่สูง (High frequency oscillatory ventilator) เครื่องช่วยหายใจชนิด non invasive (NIPPV, CPAP, Duo PAP, HHHFNC, NIHFV) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยปฏิบัติตามแนวทางบันได ๑๐ ขั้น สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกที่เจ็บป่วย

การให้สารน้ำและการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (Total Parenteral Nutrition) การป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือ การดูแลผิวหนังทารก การแยกทารกติดเชื้อ การดูแลอุณหภูมิกาย ความชื้นและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการให้คำแนะนำบิดามารดาตั้งแต่แรกรับและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมสายสัมพันธ์ครอบครัวและการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน

๒. Sepsis เป็นปัญหาหลักของทารกที่เข้ารับบริการในหออภิบาลทารกแรกเกิด ยังขาดการทบทวนแยกประเภทว่าเป็น early or late onset neonatal sepsis ซึ่งสาเหตุพยาธิกำเนิดของการติดเชื้อต่างกัน โดยภาวะ early onset sepsis ส่วนใหญ่เป็นการได้รับเชื้อจากมารดา ปัจจัยเสี่ยงคือ ทารกก่อนกำหนด น้ำเดินก่อนคลอดนานกว่า ๑๘ ชั่วโมง มารดามีไข้มากกว่า ๓๘ องศาเซลเซียสระหว่างคลอด มารดามีเยื่อถุงน้ำคร่ำอักเสบ มารดามีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การพบเชื้อ GBS (Group B Streptococcus) ในช่องคลอดของมารดาหรือมารดาเคยมีบุตรคนก่อนติดเชื้อ GBS

ส่วนภาวะ late onset sepsis เป็นการติดเชื้อโดยได้รับเชื้อจากสิ่งแวดล้อม (Healthcare-associated infections) กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงคือทารกก่อนกำหนด ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน การใส่สายสวนหลอดเลือดดำ การใช้ยาลดกรดในกระเพาะอาหารเป็นต้น ยังขาดแนวทางการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โดยมีแนวปฏิบัติคือ๑).การประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อ๒). การดูแลสิ่งแวดล้อมของทารก (NICU environment, immediate care environment, neonate environment) ๓).การทำความสะอาดมือ (Hand hygiene) ๔) อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (personal protective equipment) ๕).การบริหารจัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย NICU ๖). สถานที่ให้การดูแลมารดาและทารก รวมถึงการเฝ้าระวังโรค (surveillance) และการใช้โปรแกรมที่เปลี่ยนแปลงและชี้นำการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาล (antibiotic stewardship program) โดยต้องอาศัยทีมงานในรูปแบบสหวิชาชีพ ได้แก่ กุมารแพทย์ กุมารแพทย์ทารกแรกเกิด พยาบาลทารกแรกเกิด เภสัชกร นักควบคุมการติดเชื้อ นักจุลชีววิทยา และนักสถิติหรือจัดการข้อมูล

๓. การดูแลทารกขณะส่งต่อของโรงพยาบาลในเครือข่าย มี ระบบ Fast tract newborn referral system และการให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลในเครือข่าย แต่ยังไม่มีการนิเทศ ติดตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาร่วมกัน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับผู้ป่วยทารกดูแลต่อเนื่อง (refer back)

โรงพยาบาลสงขลา

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- จำนวน ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง - ศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการ	-ฝากครรภ์คุณภาพ, ห้องคลอดคุณภาพผ่าน MCH board -จัดระบบ Intrauterine transfer -โครงการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด -พัฒนาเครือข่ายในการ Refer back โดยพัฒนาศักยภาพการดูแลทารกแรกเกิดให้สามารถดูแลต่อเนื่องได้เหมาะสม - พัฒนาความชำนาญในการใช้เครื่องมือพิเศษที่จัดบริการเข้ามาใหม่ เช่น เครื่องช่วยหายใจความถี่สูง, สาร surfactant, cooling with EEG, ไนตริกออกไซด์ เป็นต้น	-สนับสนุนการพัฒนาประสานความร่วมมือ Service plan ทางสูติกรรม -สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรแพทย์และพยาบาล

ผู้รายงาน นางสาวละออง นิชรานนท์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
E-mail: Laongnij@gmail.com
โทรศัพท์ ๐๙๗ ๖๑๑๙๑๒

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: สาขาการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (IMC)

ตัวชี้วัด

๑. โรงพยาบาลระดับ M และ F ในเครือข่ายมีการให้บริการฟื้นฟูสภาพในระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ ward)
๒. ผู้ป่วย stroke, TBI และ SCI ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index ≥ ๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐
๓. ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่ refer back ไปรับบริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ ward)

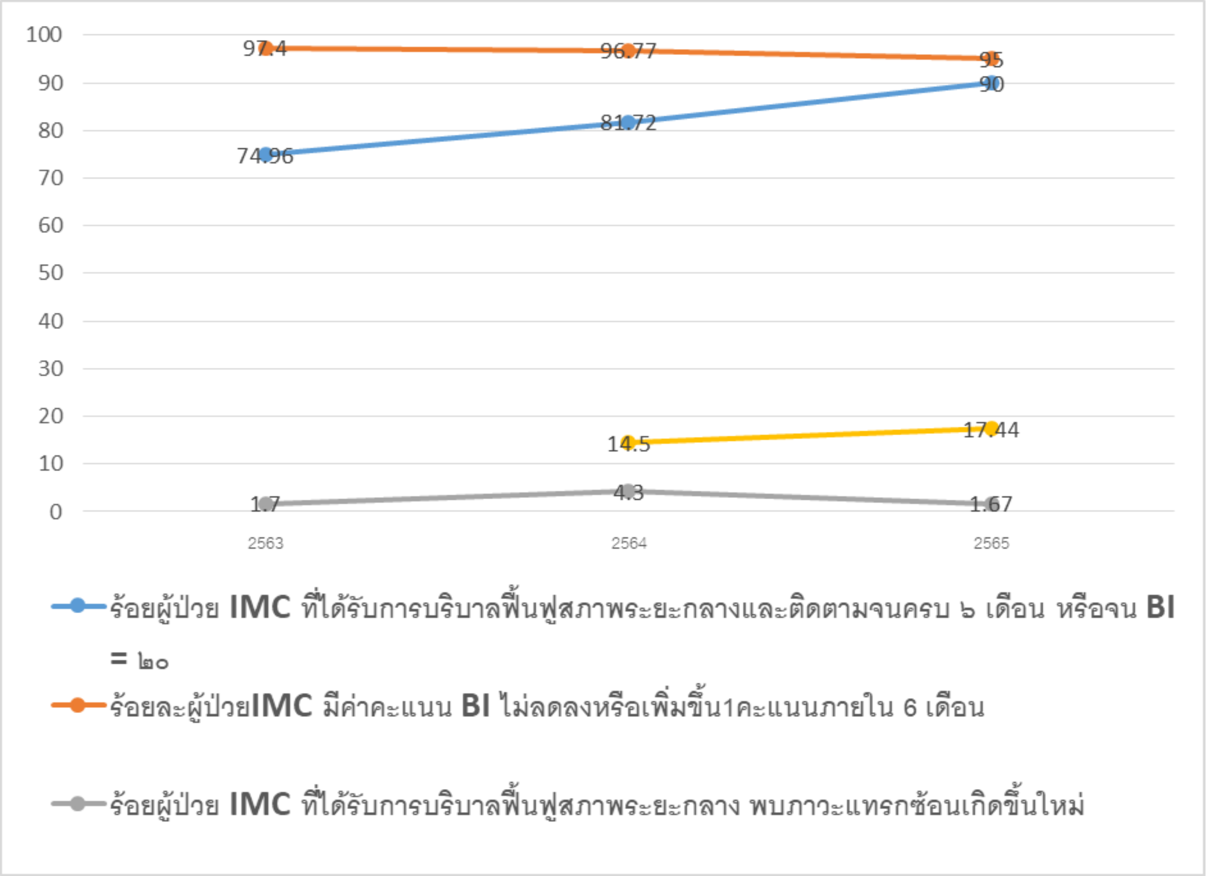
สถานการณ์

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ตั้งแต่ปลายปี ๒๕๖๒ จนถึงปัจจุบันทำให้มีผลต่อการบริการการรักษาผู้ป่วยรวมทั้งบริการด้านการฟื้นฟู แม้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรค stroke ,TBI และ SCI จะมียอดผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยพบว่ายอดผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา ตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ ถึง ๒๕๖๔ มีจำนวนดังนี้ ๑,๘๓๒ , ๑,๘๑๑ และ๑,๗๔๓ รายตามลำดับ ซึ่งปีงบประมาณ๒๕๖๕ ได้มีการเพิ่มกลุ่มโรค Fracture Hip (Fragility fracture) ที่มีอายุตั้งแต่๕๐ ปีขึ้นไปเข้าไปในกลุ่มโรคที่มีความจำเป็นในการต้องติดตามและฟื้นฟูสภาพระยะกลาง

ผลการดำเนินงาน

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๓ (%)	๒๕๖๔ (%)	๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-ธ.ค.๖๔) (%)
๑	ร้อยผู้ป่วย stroke, TBI , SCI และFracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index<๑๕ หรือคะแนน Barthel index ≥ ๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐	๗๐	๗๔.๙๖	๘๑.๗๒ (๑๕๒/๑๘๖)	๙๐.๐๐ (๕๔/๖๐)
๒	ร้อยละผู้ป่วยIMC มีค่าคะแนน Barthel index ไม่ลดลงหรือเพิ่มขึ้น๑คะแนนภายใน ๖ เดือน	๖๐	๙๗.๑	๙๖.๗๗ (๑๘๐/๑๘๖)	๙๕.๐๐ (๕๗/๖๐)

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๓ (%)	๒๕๖๔ (%)	๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-ธ.ค.๖๔) (%)
๓	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (IMC) พบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นใหม่ (Joint stiffness,Pneumonia, UTI,Pressure sore)	๑๕	๑.๗๐	๔.๓๐ (๘/๑๘๖)	๑.๖๗ (๑/๖๐)
๔	ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่ refer back ไปรับบริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed / ward)	๕๐		๑๔.๕๐ (๕๙/๔๓๗)	๑๗.๔๔ (๑๕/๘๖)



ปัญหา และอุปสรรค

- โรงพยาบาลปรับแผนการให้บริการ การปฏิบัติตามมาตรการ new normal และผู้ป่วยมีความกังวลต่อสถานการณ์การระบาด ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนขาดการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
- โรงพยาบาลชุมชนลูกข่ายปรับการให้บริการผู้ป่วยใน บุคลากรต้องร่วมปฏิบัติงานเกี่ยวกับโควิด ตามบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ส่งผลต่อการรับผู้ป่วย refer back ไปบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน

แผนพัฒนา

- มีการพัฒนาระบบ Line Official Account เพื่อเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติในการนัดหมาย หรือปรึกษาปัญหาการดูแลตนเองเบื้องต้น ผ่านนักกายภาพบำบัดโดยตรง

LINE @ OFFICIAL ACCOUNT

Scan QR code

กายภาพบำบัด รพ.สงขลา

Friends 166

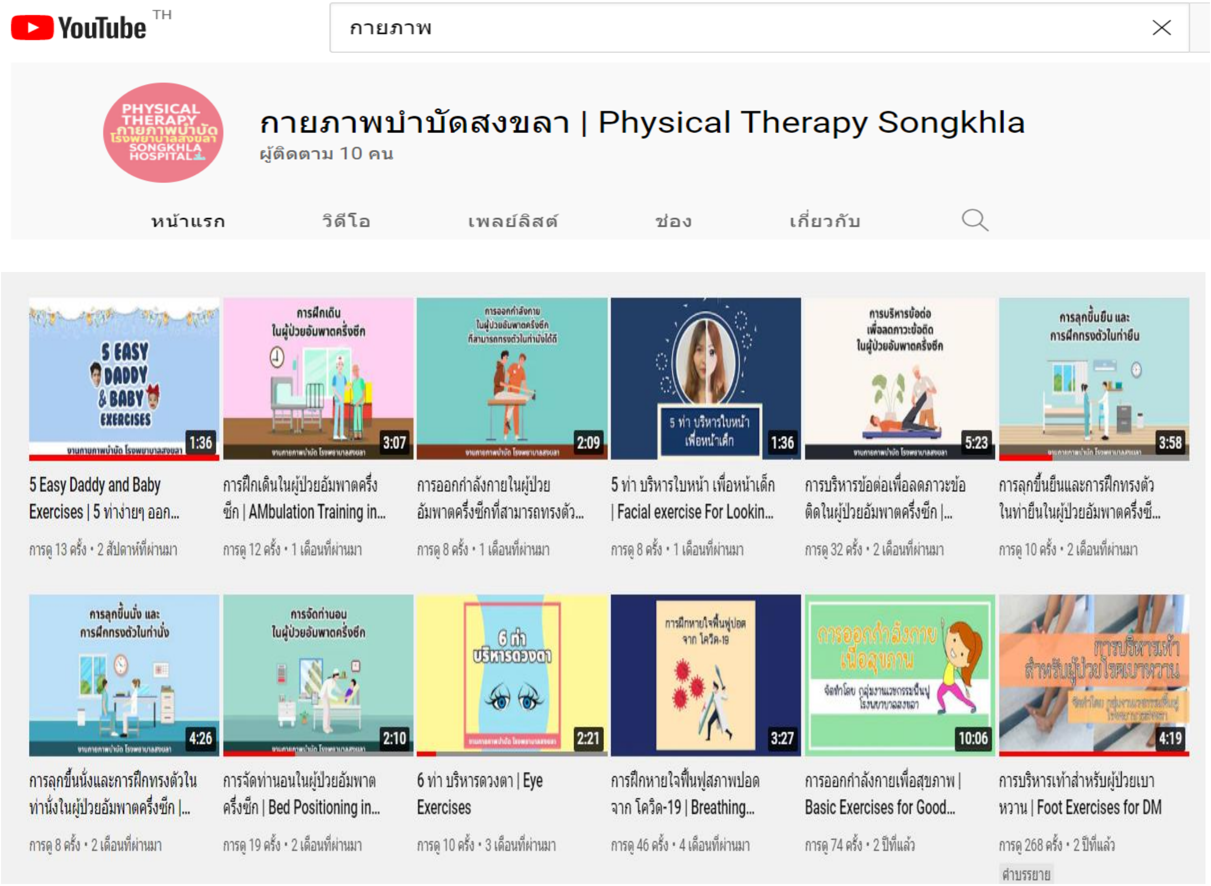
074-338100 ต่อ 1602

- มีการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

➢ พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วยไปสู่โรงพยาบาลชุมชนผ่านโปรแกรม PRM referral

➢ ประสานงานกับ โรงพยาบาลชุมชน โดยจัดประชุมร่วมกันทาง Zoom เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่เขตรับผิดชอบ เช่น ร่วมกันพัฒนาสื่อในการดูแลผู้ป่วย

➢ จัดทำสื่อ เช่น แผ่นพับ และวิดีโอ เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยสามารถฝึกกายภาพบำบัดได้ที่บ้าน



ผู้รายงาน: แพทย์หญิงกชกร พรหมโสภา
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
โทร. ๐๗๔-๓๓๘๑๐๐

โรงพยาบาลสงขลา

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕ ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: Stroke

- การจัดตั้ง Stroke unit วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๕๘
- จำนวนเตียงที่เปิด ๑๖ เตียง (รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระบบประสาททางอายุรกรรม)
- การจัดบริการดูแลผู้ป่วย Stroke ในสถานการณ์ COVID-๑๙

จากสถานการณ์ การระบาดของ COVID-๑๙ ได้มีนโยบายให้ Stroke & Neuro ward รับผู้ป่วยแบ่งเป็น ๔ กลุ่ม ได้แก่ (๑) lock Buffer zone รับผู้ป่วยวิกฤติ (need ICU) รวมทั้งผู้ป่วย Stroke & Neuro ที่อยู่ในช่วงรอผล Swab COVID-๑๙ จำนวน ๕ เตียง (๒) รับผู้ป่วยวิกฤติ need ICU จำนวน ๖ เตียง (๓) รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาททางอายุรกรรมทั้งในส่วนของ Stroke Fast Track และทั่วไป และ (๔) รองรับผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ที่ล้นจากอายุรกรรมหญิงและอายุรกรรมชาย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕ (Q1)
๑. จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke	-	๑,๒๓๐	๑,๓๙๒	๑,๒๒๐	๑,๒๖๗	๓๓๖
๒. อัตราตายของผู้ป่วย Ischemic stroke (จำนวนผู้ป่วย IS ตาย/IS ทั้งหมด)	≤ ๕	๔.๐๖ (๕๐/๑,๒๓๐)	๓.๗๔ (๕๒/๑,๓๙๒)	๓.๒๘ (๔๐/๑๒๒๐)	๒.๗๖ (๓๕/๑,๒๖๗)	๔.๑๗ (๑๔/๓๓๖)
๓. จำนวนผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke	-	๓๔๔	๓๔๐	๔๐๐	๓๘๖	๑๐๙
๔. อัตราตายของผู้ป่วย Hemorrhagic stroke (จำนวนผู้ป่วย HS ตาย/HS ทั้งหมด)	≤ ๒๕	๑๙.๑๖ (๖๔/๓๔๔)	๒๔.๑๒ (๘๒/๓๔๐)	๒๔.๒๕ (๙๗/๔๐๐)	๒๑.๕๐ (๘๓/๓๘๖)	๓๒.๑๑ (๓๕/๑๐๙)
๕. จำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล ภายใน ๔.๕ ชม.	-	๓๓๔	๔๕๔	๔๕๒	๕๖๕	
๖. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ rt-PA ทั้งหมด	-	๖๗	๑๑๒	๘๖	๑๒๑	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕ (Q1)
๗. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๔๕ นาที	-	๓	๘	๑๑	๔๔	
๘. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที	-	๓๒	๓๘	๖๙	๘๒	
๙.เวลาเฉลี่ยในการได้รับยา rt-PA		๘๕	๕๓.๓๓	๕๘.๒๗	๕๕.๗๔	
๑๐.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำThrombectomy	-	๐	๐	๐	๒	
๑๑. อัตราตายหลังได้ rt-PA		๘.๙๖ (๖/๖๗)	๗.๑๔ (๘/๑๑๒)	๖.๙๗ (๖/๘๖)	๗.๔๔ (๙/๑๒๑)	
๑๒. อัตราตายของผู้ป่วย stroke ทั้งหมด (จำนวนผู้ป่วย Stroke ตาย/ Stroke ทั้งหมด)	≤ ๗	๗.๒๔ (๑๑๔/๑,๕๗๔)	๗.๗๔ (๑๓๔/๑,๗๓๒)	๘.๔๖ (๑๓๗/๑,๖๒๐)	๗.๑๔ (๑๑๘/๑,๖๕๓)	

อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วย ยังคงปฏิบัติตามแนวทาง/แผนการดูแลที่ได้กำหนดไว้ มีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาให้การดูแลแบบเชิงรุก เช่น การ consult แผนกกายภาพบำบัด เดิม จะเข็นผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดที่แผนกกายภาพแต่เมื่อมีสถานการณ์นี้เกิดขึ้น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและนักกายภาพบำบัดจะมาดูและ train ผู้ป่วยที่ตึกแทน เป็นต้น

สภาพปัญหา การบริการปัจจุบัน และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย คือ การที่ประชาชนมีความรู้เรื่องโรค มาโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการผิดปกติ (ตามแนวทางการคัดกรอง FAST) ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความพิการ โดยในช่วงปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่มาโรงพยาบาลภายใน ๔.๕ ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ ๔๔.๕๙ ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงระบบ Stroke Fast Track, จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ rt-PA และการส่งไปทำ Thrombectomy (ปี ๒๕๖๔ ส่งผู้ป่วยทำ Thrombectomy เพียง ๒ คน) ด้วยเหตุนี้ จึงเห็นควรพัฒนาใน ๔ ประเด็นดังนี้

๑. พัฒนาการดูแลในช่วง Pre-Hospital และช่องทางในการเข้าถึงระบบ Stroke Fast Track ให้ทันภายใน ๔.๕ ชั่วโมง (ปัจจุบันร้อยละผู้ป่วย IS ที่มาภายใน ๔.๕ ชม คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๕๙)

๒. เพิ่มศักยภาพ โรงพยาบาลเมือง ให้สามารถให้ยา rt-PA ได้

๓. Seamless refer: Stroke Fast Track & Thrombectomy

๔. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยใน Stroke & Neuro Ward เพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วย ให้ผ่านการประเมินตามมาตรฐาน SSCC=Standard Stroke Center Certify และการประเมินเฉพาะโรคหรือระบบ (Disease Specific Certification–DSC)

นวตกรรม

- ใช้ Application ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลัง discharge

ผู้รายงาน : นางภัทรพร วงศ์กระพันธุ์
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๓-๕๘๑๗๔๐๑
E-mail: tum๗๘๑๑@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: Sepsis

ตัวชี้วัด: อัตราตายผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๒๖

สถานการณ์

อัตราการการเสียชีวิตจาก Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired ของโรงพยาบาลสงขลา ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ และไตรมาสแรก ปี ๒๕๖๕ พบว่า ร้อยละ ๖๕.๑๗ และ ร้อยละ ๗๓.๐๘ ตามลำดับ เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เจ็บป่วยเรื้อรังและมีโรคร่วมหลายโรค ติดเตียง มาโรงพยาบาลช้า และการเข้าถึงการดูแลใน ICU ภายใน ๓ ชม.

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี					
		ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.-ธ.ค. ๖๔)
๑.จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/ Septic Shock ชนิด Community-acquired		๔๐๗ คน	๕๑๖ คน	๖๒๐ คน	๗๒๔ คน	๖๖๘ คน	๑๗๒ คน
๒.อัตราตายผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired	<ร้อยละ๒๖	๒๖.๕๔ (๑๐๘ คน)	๓๑.๗๘ (๑๖๔ คน)	๒๖.๗๗ (๑๖๖ คน)	๒๘.๕๙ (๒๐๗ คน)	๓๐.๐๙ (๒๐๑ คน)	๓๐.๒๓ (๕๒ คน)
๓.อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB	≥ร้อยละ๙๐	๙๗.๗๘ (๓๙๘ คน)	๙๙.๘๐ (๕๑๕ คน)	๙๗.๙๐ (๖๐๗ คน)	๙๙.๕๙ (๗๒๑ คน)	๙๙.๗๐ (๖๖๖ คน)	๑๐๐ (๑๗๒ คน)
๔.อัตราการได้รับ ATB ภายใน ๑ ชั่วโมง(นับจากเวลาที่จุดคัดกรอง)	≥ร้อยละ๙๐	๙๗.๗๘ (๓๙๘ คน)	๙๙.๖๑ (๕๑๔ คน)	๙๔.๕๒ (๕๘๖ คน)	๙๘.๓๔ (๗๑๒ คน))	๙๙.๗๐ (๖๖๖ คน)	๙๙.๔๒ (๑๗๑ คน)
๕.อัตราการได้รับ IV Fluid ๓๐ ml/kg.ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	≥ร้อยละ๙๐	๗๘.๘๗ (๓๒๑ คน)	๖๗.๖๓ (๓๔๙ คน)	๗๘.๐๖ (๔๘๔ คน)	๘๖.๗๔ (๖๒๘ คน)	๙๒.๙๖ (๖๒๑ คน)	๙๑.๘๖ (๑๕๘ คน)
๖.อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน ICU ภายใน ๓ ชม.	≥ร้อยละ๓๐	๓๕.๗๘ (๑๔๖ คน)	๓๗.๒๐ (๑๙๒ คน)	๓๐.๑๖ (๑๘๗ คน)	๒๔.๔๕ (๑๗๗ คน)	๓๖.๒๓ (๒๔๒ คน)	๔๒.๔๔ (๗๓ คน)

อัตราตายผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired
เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๔

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เดือน			รวม
		ต.ค.๖๔	พ.ย.๖๔	ธ.ค.๖๔	
๑.จำนวนผู้ป่วยSevere sepsis/ Septic Shock ชนิด Community-acquired		๕๒ คน	๖๓ คน	๕๗ คน	๑๗๒ คน
๒.อัตราตายผู้ป่วยSevere sepsis/ Septic Shock ชนิด Community-acquired	<ร้อยละ ๒๖	๓๘.๔๖ (๒๐ คน)	๒๓.๘๓ (๑๕ คน)	๒๙.๘๒ (๑๗ คน)	๓๐.๒๓ (๕๒ คน)
๓.อัตราการเจาะH/Cก่อนให้ATB	≥ร้อยละ ๙๐	๑๐๐ (๕๒ คน)	๑๐๐ (๖๓ คน)	๑๐๐ (๕๗ คน)	๑๐๐ (๑๗๒ คน)
๔.อัตราการได้รับ ATBภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาที่จุดคัดกรอง)	≥ร้อยละ ๙๐	๑๐๐ (๕๒ คน)	๙๘.๔๑ (๖๒ คน)	๑๐๐ (๕๗ คน)	๙๙.๔๒ (๑๗๑ คน)
๕.อัตราการได้รับ IV Fluid ๓๐ml/kg.ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	≥ร้อยละ ๙๐	๙๒ (๔๘ คน)	๙๒.๐๖ (๕๘ คน)	๙๑.๒๓ (๕๒ คน)	๙๑.๘๖ (๑๕๘ คน)
๖.อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน ICU ภายใน ๓ ชม.	≥ร้อยละ ๓๐	๕๐ (๒๖ คน)	๔๑.๒๗ (๒๖ คน)	๓๖.๘๔ (๒๑ คน)	๔๒.๔๔ (๗๓ คน)

จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/ Septic Shock ชนิด Community-acquired Refer in จากโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชน	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.-ธ.ค.๖๔)	
	Refer in	เสีย ชีวิต	Refer in	เสีย ชีวิต	Refer in	เสีย ชีวิต	Refer in	เสีย ชีวิต
รพช.สทิงพระ	๖๖	๑๓	๖๕	๑๕	๖๐	๑๙	๑๕	๒
รพช.จะนะ	๖๗	๑๓	๘๖	๑๒	๗๐	๑๔	๒๒	๗
รพช.เทพา	๕๓	๑๑	๕๓	๗	๖๑	๗	๑๓	๓
รพช.ระโนด	๖๙	๗	๗๒	๑๗	๗๘	๒๑	๑๖	๖
รพช.กระแสสินธุ์	๑๗	๓	๑๑	๒	๑๗	๕	๓	๑
รพช.สิงหนคร	๕๐	๖	๖๓	๒๐	๖๓	๑๑	๑๓	๓
รวม	**๓๒๒**	**๕๓**	**๓๕๐**	**๗๓**	**๓๔๙**	**๗๗**	**๘๒**	**๒๒**
อัตราตาย		**๑๖.๔๖**		**๒๐.๘๖**		**๒๒.๐๖**		**๒๖.๘๓**

จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/ Septic Shock ชนิด Community-acquired ในโรงพยาบาลเครือข่าย เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ – ธันวาคม ๒๕๖๔

โรงพยาบาลชุมชน	ต.ค.๖๔		พ.ย.๖๔		ธ.ค.๖๔		รวม	
	Refer in	เสีย ชีวิต	Refer in	เสีย ชีวิต	Refer in	เสีย ชีวิต	Refer in	เสีย ชีวิต
สทิงพระ	๕	๑	๔	๐	๖	๑	๑๕	๒
จะนะ	๙	๔	๗	๓	๖	๐	๒๒	๗
เทพา	๔	๒	๖	๐	๓	๑	๑๓	๓
ระโนด	๖	๓	๔	๑	๖	๒	๑๖	๖
กระแสสินธุ์	๑	๐	๒	๑	๐	๐	๓	๑
สิงหนคร	๑	๐	๗	๒	๕	๑	๑๓	๓
รวม	**๒๖**	**๑๐**	**๓๐**	**๗**	**๒๖**	**๕**	**๘๒**	**๒๒**
อัตราตาย		**๓๘.๖๔**		**๒๓.๓๓**		**๒๙.๒๓**		**๒๖.๘๓**

เปรียบเทียบอัตราตายผู้ป่วย Severe sepsis/ Septic Shock ชนิด Community-acquired รพ.สงขลา และ รพช.

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕ (ต.ค. – ธ.ค.๖๔)	
	รพ.สงขลา	รพช.	รพ.สงขลา	รพช.	รพ.สงขลา	รพช.	รพ.สงขลา	รพช.
- จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired	๒๙๘	๓๒๒	๓๗๔	๓๕๐	๓๑๙	๓๔๙	๙๐	๘๒
- อัตราตายผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired	๓๗.๙๒ (๑๑๓ คน)	๑๖.๔๖ (๕๓ คน)	๓๕.๘๓ (๑๓๔ คน)	๒๐.๘๖ (๗๓ คน)	๓๘.๘๗ (๑๒๔ คน)	๒๒.๐๖ (๗๗ คน)	๓๓.๓๓ (๓๐ คน)	๒๖.๘๓ (๒๒ คน)

ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์

-ผู้ป่วยที่เสียชีวิต

จากตารางพบว่า ปี๒๕๖๔ (ต.ค.๖๓ – ก.ย.๖๔) จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/ Septic Shock ๖๖๘ คน เสียชีวิต ๒๐๑ คน (ร้อยละ ๓๐.๐๙)

- เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ช่วงอายุ ๖๐-๑๐๑ ปี จำนวน ๑๓๑ คน (ร้อยละ ๖๕.๑๗) ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีโรคร่วมมากกว่า ๒ โรค เช่น COPD, CKD, CA, DM, HT, Old CVA ติดเตียง ผู้ป่วยช่วงอายุ ๓๑ – ๕๙ ปี จำนวน ๗๐ คน(ร้อยละ ๓๔.๘๓) วินิจฉัยล่าช้าในกลุ่มอาการไม่ชัดเจน และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิต้านทานต่ำ, CKD, CA, Cirrhosis, COPD
- เป็นผู้ป่วย Refer in จาก รพช. ๓๔๙ คน เสียชีวิต ๗๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๐๖ เนื่องจากวินิจฉัย sepsisล่าช้า ในกลุ่มผู้ป่วยที่อาการไม่ชัดเจนทำให้ตัดสินใจส่งต่อล่าช้า

ไตรมาสแรกปี๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔ – ธ.ค.๖๔) พบว่า จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ๑๗๒ คน เสียชีวิต ๕๒ คน (ร้อยละ ๓๐.๒๓)

- เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ช่วงอายุ ๖๐-๙๓ ปี จำนวน ๓๘ คน (ร้อยละ ๗๓.๐๘) ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีโรคร่วมมากกว่า ๒ โรค เช่น Old CVA , DM, HT, COPD, CKD, CA และติดเตียงเตียง คาสายหรือท่อระบายต่างๆ ผู้ป่วยช่วงอายุ ๒๗ – ๕๙ ปี จำนวน ๑๔ คน(ร้อยละ ๒๖.๙๒) เนื่องจากวินิจฉัยล่าช้าในกลุ่มอาการไม่ชัดเจน และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิต้านทานต่ำ, CKD, CA, Cirrhosis
- เป็นผู้ป่วย Refer in จาก รพช. ๘๒ คน เสียชีวิต ๒๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๘๓ เนื่องจากวินิจฉัย sepsis ล่าช้า ในกลุ่มผู้ป่วยที่อาการไม่ชัดเจนทำให้ตัดสินใจส่งต่อล่าช้า

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ

๑. การประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score/SIRS ในการเฝ้าระวังก่อนเข้าสู่ภาวะ Severe sepsis/Septic Shock ในบุคลากรทางการแพทย์/พยาบาล

๒. การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ เนื่องจากขาดความรู้ ขาดทักษะในการประเมินและการตัดสินใจ เกิดความล่าช้าในการดูแลรักษา และการเข้าถึงการดูแลรักษาใน ICU โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้ Intubation

๓. สมรรถนะในการประเมินและวินิจฉัยในผู้ป่วยที่อาการไม่ชัดเจน

๔. ความถูกต้องของการบันทึกใน Discharge Summary และการบันทึก ICD ๑๐ โดยเฉพาะกลุ่ม Palliative Care

๕. ระบบการวางแผนจำหน่ายไม่ระบุปัญหาสำคัญเฉพาะรายโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ/ กลุ่มเปราะบาง/ กลุ่มติดบ้านติดเตียง

๖. ระบบการดูแลเชิงป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (Pre-hospital) ยังไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยง Sepsis เช่น ผู้ป่วยติดเตียง เจาะคอ คาสายหรือท่อระบายต่างๆ กลุ่มบุคคลเปราะบาง ภูมิต้านทานต่ำ

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหาร
Pre-hospital	
- กลุ่มผู้ป่วยที่นอนรพ.นานและเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่า ๒ โรค กลุ่มผู้ป่วยอาการไม่ชัดเจน ภูมิต้านทานต่ำ CKD, CA, Cirrhosis	- พัฒนาระบบการสร้างHealth literacy ในผู้ป่วยและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ sepsis ในชุมชน เช่น ผู้ป่วยติดเตียงเจาะคอ คาสายหรือท่อระบายต่างๆ กลุ่มบุคคลเปราะบาง(สูงอายุ) ภูมิต้านทานต่ำ เป็นต้น - พัฒนาระบบสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักถึงภาวะ Sepsis ที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล (Sepsis Alert) - พัฒนาสมรรถนะในการประเมิน และการวินิจฉัย โดยใช้ SOS/SIRS ในการเฝ้าระวังก่อนเข้าสู่ภาวะ Severe sepsis/Septic Shock ในบุคลากรผู้ดูแลสุขภาพประชาชนในปฐมภูมิ
In-hospital	
- การประเมินภาวะ Sepsis ได้ล่าช้า ทำให้วินิจฉัยล่าช้า ทั้งใน รพช.และรพท.โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจน ผู้ป่วย re-admitted/revisit ด้วย ยังมีไข้ ไข้เป็นๆหายๆอาการไม่ดีขึ้น หรือเหนื่อยเพลียมากขึ้น ซึมลง เป็นต้น - การเข้าถึงการดูแลรักษาในICU (เตียงมีจำกัดและระบบการบริหารจัดการเตียงในICU) - ขาดการตัดสินใจที่ดีในการConsultที่มีประสิทธิภาพกรณีเป็นExtern/Intern - ขาดการตัดสินใจรักษาร่วมและการConsultที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพกรณีผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือมีความซับซ้อนหลายระบบ	- พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ สหสาขาวิชาชีพในการประเมินภาวะ Sepsis ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจน โดย จัดอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้, conference ทบทวนคุณภาพ Tracer การดูแลผู้ป่วย sepsis, sepsis round, sepsis สัญจร,ระบบพี่เลี้ยงและการนิเทศทางคลินิก - พัฒนาระบบการ Consult เพื่อการรักษาร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาล - ปรับแนวทางปฏิบัติการadmit ผู้ป่วย Sepsis ใน ICU โดย การบริหารจัดการเตียงใน ICU ที่มีประสิทธิภาพ และมีแพทย์ Critical care ประจำ ICU - พัฒนาระบบ D/C plan ให้มีประสิทธิภาพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายและการประสานการดูแลต่อเนื่องโดยเฉพาะ Case ที่มีโอกาสกลับมารักษาหรือเป็นซ้ำ
Post-hospital	
- ขาดการติดตามต่อเนื่องสู่ชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่ ติดตามเยี่ยมช้า การตอบกลับเพื่อประเมินคุณภาพช้า ไม่ได้นำปัญหามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทำงานแบบแยกส่วน ทำให้มีการRe-Adm.ก่อนการเยี่ยมใน Case Bed Ridden UTI Pneumonia เจาะคอ คาสายหรือท่อระบายต่างๆ	- พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยพัฒนานวัตกรรม / โปรแกรม/เทคโนโลยีดิจิตอลเพื่อการดูแลแบบไร้รอยต่อ การส่งต่อและตอบกลับร่วมกัน การเยี่ยมบ้านและเฝ้าระวังภาวะsepsisที่มีประสิทธิภาพ - พัฒนาสมรรถนะอสม.และผู้ดูแลในชุมชนโดยจัดอบรมให้ความรู้ sepsis alert และการดูแลเชิงป้องกัน

แผนพัฒนาต่อเนื่อง

๑. พัฒนาระบบการสร้าง Health literacy ในผู้ป่วยและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ sepsisในชุมชน
๒. พัฒนาระบบสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักถึงภาวะ Sepsis ที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล (Sepsis Alert)
๓. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์และสหสาขาวิชาชีพในการประเมินภาวะ Sepsis ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจน (conference, sepsis round, sepsis สัญจร,ระบบพี่เลี้ยงและการนิเทศทางคลินิก)
๔. ปรับ Sepsis protocol และ Standing order เพื่อให้สะดวกในการนำสู่การปฏิบัติ
๕. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยพัฒนานวัตกรรม /โปรแกรม /เทคโนโลยีดิจิตอลเพื่อการดูแลแบบไร้รอยต่อ การส่งต่อและตอบกลับร่วมกัน การเยี่ยมบ้านและเฝ้าระวังภาวะ sepsis ที่มีประสิทธิภาพ

ผู้รายงาน: นางสาวละมุล มุสิกพงศ์
ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ๒
โทร. ๐ ๗๔๓๓ ๘๑๐๐ ต่อ ๑๒๑๕

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: สาขาไต

ตัวชี้วัดหลัก : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m๒/yr

ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตที่มารับบริการปี ๒๕๖๒-๒๕๖๕ ไตรมาสที่ ๑ มีจำนวน ๓,๘๑๒, ๓,๖๗๗, ๓,๖๖๐ และ ๑,๕๘๐ ราย ตามลำดับ โดยในปี ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยโรคไต ระยะ ๓ จำนวน ๗๓๘ ราย ผู้ป่วยโรคไตระยะ ๔ จำนวน ๓๘๕ ราย และเป็นผู้ป่วยโรคไตระยะ ๕ จำนวน ๑๗๕ ราย

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑)
-ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	เป้าหมาย	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐
	ผลงาน	๗,๒๗๕ /๑๗,๔๗๑	๖,๗๐๒ /๑๗,๖๔๗	๖,๑๗๙/ ๑๗,๘๑๙	๑,๖๑๑/ ๑๖๗๗๖
	อัตรา/ ร้อยละ	๔๑.๖๔	๓๗.๙๘	๓๔.๖๔	๙.๖๐
-การชะลอความเสื่อมของไตผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR<๕ ml/min/๑.๗๓m๒/yr	เป้าหมาย	ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๖
	ผลงาน	๗๓๑/๑,๒๙๗	๑,๓๔๔/ ๒,๐๙๔	๑๓๒๒/ ๒๐๒๖	๓๙๗/๖๙๓
	อัตรา/ ร้อยละ	๕๖.๓๖	๖๔.๑๘	๖๕.๒๕	๕๗.๒๙

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ๒๔ มกราคม ๒๕๖๕

มาตรการปี ๒๕๖๕

๑. Primary prevention ในกลุ่มโรค NCD
๒. แนะนำ HMBP/ SMBG ในผู้ป่วย DM HT เพื่อให้เข้าสู่เป้าหมายการรักษา
๓. ทำสื่อ online เช่น scan QR code ให้กับผู้ป่วย CKD เกี่ยวกับข้อมูลโภชนาการต่าง ๆ

ปัญหา/ ความต้องการ

๑. ประชาชนบางส่วนยังขาดความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง
๒. ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้ติดตามกับอายุรแพทย์โรคไต ทำให้อาจได้รับยาซ้ำซ้อน ซึ่งยาบางตัวเมื่อได้ร่วมกันอาจทำให้เกิดไตวายมากขึ้น

แนวทางแก้ไข :

๑. ประกาศคำแนะนำการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดไตวายเรื้อรังให้แพทย์ทั่วไปรับทราบ

๒. ขึ้น pop up alarm ในการสั่งยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดไตวาย เช่น ยา NSAID ในกลุ่มที่ eGFR<๖๐ หรือการใช้ยาที่มีdrug interaction ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดไตวายมากขึ้น เช่น NSAID ใช้ร่วมกับ ACEI or ARB

๓. การใช้ยา ACEI or ARB ในกลุ่มผู้ป่วย CKD ที่ไม่มีข้อห้าม

๔. การเข้าถึงยา SGLT-๒ เพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกลุ่ม CKD ๓a

ผู้รับผิดชอบ

- พญ.อุไรวรรณ ปริญญาศิริ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม
- นพ.นันทวุฒิ นิลวิสุทธิ์ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม
- นางดวงกมล ดุษฎีธรรมโม พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลา

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัด

เรื่อง	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ ไตรมาส ๑
๑	รพ.ระดับ M๒ สามารถลดการส่งต่อผู้ป่วย simple non displace	>๗๐%	๗๐.๒%	๗๒%	๖๘.๒๒%	๖๓%
๒	ร้อยละผู้ป่วย Open fx long bone ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๖ ชม.	>๕๐%	๖๖.๓๙%	๘๐.๐๓%	๕๔.๖๗%	๙๕.๔๓%
๓	➢ ผู้ป่วย Refracture prevention อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐ ปี ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๗๒ ชม. (ปรับอายุ ๖๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕) ➢ Re fracture	>๕๐% < ๒๐%	๖๖.๓๙% ๑.๖๔%	๔๘.๔๘% ๔.๕%	๖๕.๗๗% ๒.๓๗%	๖๙.๑๗ ๐%
๔	โรงพยาบาลระดับ M ๑ ขึ้นไปมีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention อย่างน้อย จังหวัดละ ๑ ทีม		Yes	Yes	Yes	Yes
๕	โรงพยาบาลระดับ A มีหน่วย spine unit	๑๐๐%	-	-	-	-
๖	บริการผ่าตัด complex acetabular ในโรงพยาบาลระดับ A หรืออย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ แห่ง	-	-	-	-	-

สถานการณ์

โดยรวม โรงพยาบาลสงขลา สามารถ ทำได้ตามเป้าของตัวชี้วัด service plan เขต 12 ยกเว้นในส่วนของความสามารถ ในการรักษา simple fracture ของโรงพยาบาลระดับ M2 ลงไป ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ซึ่งยังเป็นจุด ที่ โรงพยาบาลสงขลา เห็นถึงข้อจำกัด ที่ยังต้องพัฒนาและเพิ่มศักยภาพ ให้กับโรงพยาบาลระดับ M2 สาเหตุ หลักสำคัญเรื่องความมั่นใจในการรักษาของแพทย์ เนื่องจากมีการหมุนเวียนแพทย์ ที่มาประจำ

และประสบการณ์ในการรักษาไม่มาก ขาดความมั่นใจในการักษาประกอบกับความคาดหวังของผู้รับบริการ ที่มีความต้องการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลาเนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางโดยตรง

ความก้าวหน้า

ตัวชี้วัดที่ได้ตามเป้าหมาย ทางโรงพยาบาลสงขลา ยังคงให้ความสำคัญในการรักษามาตรฐานอย่างต่อเนื่องและจะมุ่งมั่นพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

แผนพัฒนา

- สร้างความมั่นใจให้กับทีมแพทย์ ประจำ โรงพยาบาลระดับ M2 ในรูปแบบของการรับคำปรึกษาทางไกลหรือจัดอบรมประจำปี ให้กับโรงพยาบาลระดับ M2 เพื่อพัฒนาความรู้ อย่างต่อเนื่อง
- สร้างระบบ Refer backเพื่อการ รักษาต่อที่โรงพยาบาล ระดับM2 และมีระบบการติดตาม และรับคำปรึกษาที่ดี เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ให้กับผู้รับบริการ
- สร้างทีมแพทย์และพยาบาลสัญจร ไปโรงพยาบาล ระดับ M2 เพื่อให้ความรู้ในด้าน การดูแลรักษา
- เปิดบริการคลินิก orthopedic แผนกผู้ป่วยนอก ในอนาคต หากมีโอกาสที่เหมาะสม

ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

สิ่งที่เป็นปัญหาใหญ่น่าจะจากสถานการณ์ระบาดของไวรัส covid 19 ซึ่งทำให้การรัษา เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่วางไว้ ทำได้ยาก กว่าช่วงสถานการณ์ปกติ เช่น การผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วย fracture around hip และ open fractureซึ่งจะต้อง ผ่าตัดภายใน 6ชม.แต่เนื่องจากห้องผ่าตัดลดลงและยังต้องรอผล swab เพื่อยืนยัน ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการดูแลรักษาเช่นกัน

ผู้รายงาน นพ.โพชฌงค์ สิริวิทยาปกรณ์
ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
วันที่ ๒๓/๑๑/๖๔
โทร.๐๘๙ ๗๓๔๓๓๒๕

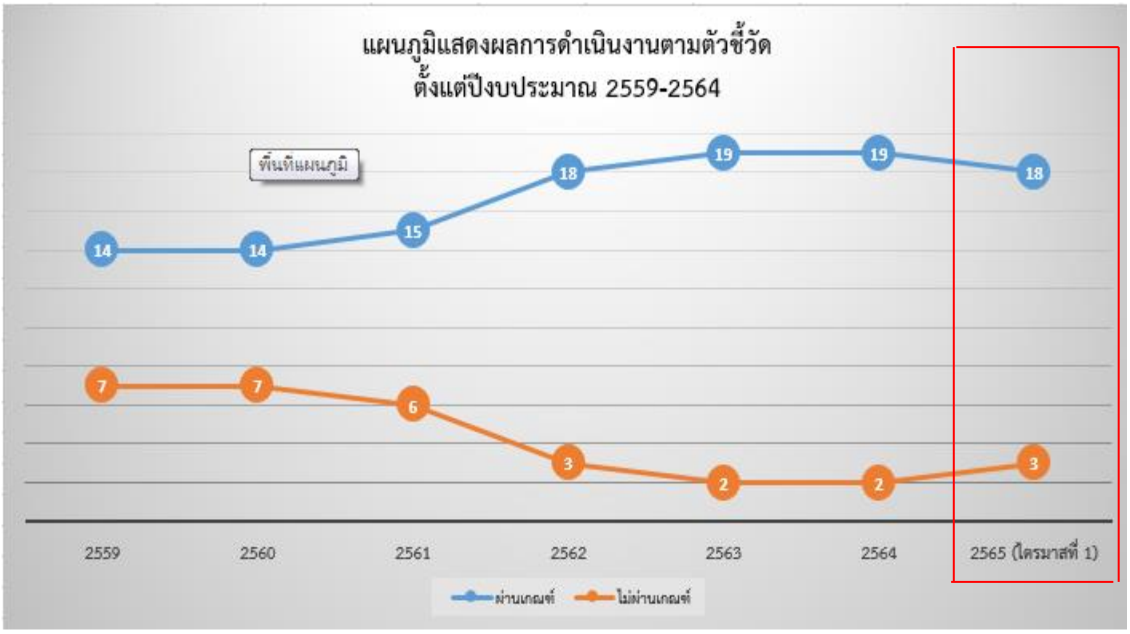
รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: สาขา RDU

๑.๑ ผ่านตัวชี้วัด RDU ขั้นที่ ๒

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปี ๒๕๖๕ ในชื่อว่า การพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ซึ่งมุ่งหวังยกระดับคุณภาพบริการของสถานบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชนและแก้ปัญหาการใช้ยา ในชุมชนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน โดยมีกรมส่วนกลางที่รับผิดขอบ ตัวชี้วัดนี้ร่วมกัน ได้แก่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยในปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑) กำหนดให้มีการใช้ข้อมูลกลางจาก HDC เพื่อลดภาระการกรอกข้อมูลของโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่แทน การใช้โปรแกรม RDU ๒๐๑๖

ในปี ๒๕๖๕ โรงพยาบาลสงขลา ได้มีการประมวลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผ่านการดึงข้อมูลจาก HDC พบว่าผลการดำเนินงาน RDU hospital ปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑) ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดทั้งหมด ๑๘ ตัวชี้วัด และไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด ๓ ตัวชี้วัด คือ ตัวชี้วัดที่ ๗: ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ๒๐%, ตัวชี้วัด ที่ ๘: ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ≤ ๔๐% และตัวชี้วัดที่ ๑๕: ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง ที่ได้รับยา (inhaled corticosteroid) ≥ ๘๐% ดังนี้ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU แสดงดังกราฟ



ผลการดำเนินงาน RDU ระดับเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา พบว่าผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งหมด ในปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑) ดังนี้

๑. จำนวน รพ.สต. และหน่วยปฐมภูมิ มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤๒๐% ผ่านเกณฑ์คิดเป็น ๙๑.๖๗ % (๒๒/๒๔)

๒. จำนวน รพ.สต. และหน่วยปฐมภูมิมีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤๒๐% ผ่านเกณฑ์
คิดเป็น ๘๗.๕๐ % (๒๑/๒๔)

๓. จำนวน รพ.สต./ PCU ผ่านตัวชี้วัดทั้ง ๒ ตัวชี้วัด (URI+DA) ผ่านเกณฑ์คิดเป็น ๘๓.๓๓ (๒๐/๒๔)

หมายเหตุ: PCU ม.ราชภัฏ: ไม่มีข้อมูลในระบบ HDC

๑.๒ AMR: ≥ ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาล มีระบบการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างสมบูรณาการ (สำหรับโรงพยาบาลสงขลา)

จากการวางแผนและดำเนินงาน AMR ในโรงพยาบาลสงขลาในปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑) ที่ผ่านมาได้มีการประสานงานเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างสมบูรณาการใน ๔ วิชาชีพหลัก คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล IC และนักเทคนิคการแพทย์ เพื่อวางระบบให้มีการทำงานร่วมกัน และสามารถเก็บข้อมูล ประมวลผลตามข้อกำหนดการประเมินการดำเนินงาน AMR อย่างบูรณาการ ผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑) พบว่า

- อัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจคิดเป็น ร้อยละ ๒.๙๒
- การใช้ยาต้านจุลชีพกลุ่มควบคุมพิเศษกรณีทราบผลเพาะเชื้อมีความเหมาะสมร้อยละ ๙๔.๒๗
- การประเมินตนเอง การจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ได้คะแนน ๓๓๑ (Intermediate)

สถานการณ์

๑. เนื่องจากมีความหลากหลายในการประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดในระดับโรงพยาบาล ในปี ๒๕๖๕ จึงแจ้งให้มีการประเมินผลตามข้อมูล HDC เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

๒. การวางแผนและดำเนินงาน AMR ในโรงพยาบาลที่ผ่านมาได้มีการประสานงานเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการใน ๔ วิชาชีพหลัก คือแพทย์ เภสัชกร พยาบาล IC และนักเทคนิคการแพทย์ เพื่อวางระบบให้มีการทำงานร่วมกัน และสามารถเก็บข้อมูลประมวลผลตามข้อกำหนดการประเมินการดำเนินงาน AMR อย่างบูรณาการ ผลการดำเนินงานพบว่าในปี ๒๕๖๔ พบว่าอัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจยังไม่บรรลุเป้าหมาย และมีแนวโน้มเชื้อดื้อยาเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นเรื่องที่แต่ละโรงพยาบาลต้องมีมาตรการที่เข้มงวดและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ปัญหา อุปสรรค

แนวทางการดำเนินงานในปี ๒๕๖๕ มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการดึงข้อมูล เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลจะมีการส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ไม่เป็นไปตามที่กำหนด และแนวทางที่ให้เป็นแบบภาพรวมจึงยากในการรวบรวมข้อมูล

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริการ/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ควรให้ความสำคัญกับเรื่องส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อความตระหนักของประชาชน และลดค่าใช้จ่ายด้านยากรณีที่เกิดเชื้อดื้อยา และควรเพิ่มการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชนในกลุ่มโรคอุบัติใหม่ เพื่อเป็นการหาแนวทางร่วมกันในทุกภาคส่วน

ผู้รายงาน นางลักขณา คล้ายแก้ว
ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ
วันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔
โทร.๐๗๔-๓๓๘ ๑๐๐ ต่อ ๔๐๓๙/
E-mail: k.lukkana@gmail.com

ประเด็นที่ ๖

Good Governance

- ตรวจสอบภายใน
- การเงินการคลังสุขภาพ

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๖ : ประเด็นธรรมาภิบาล (Good Governance)

๖.๑ ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุง)

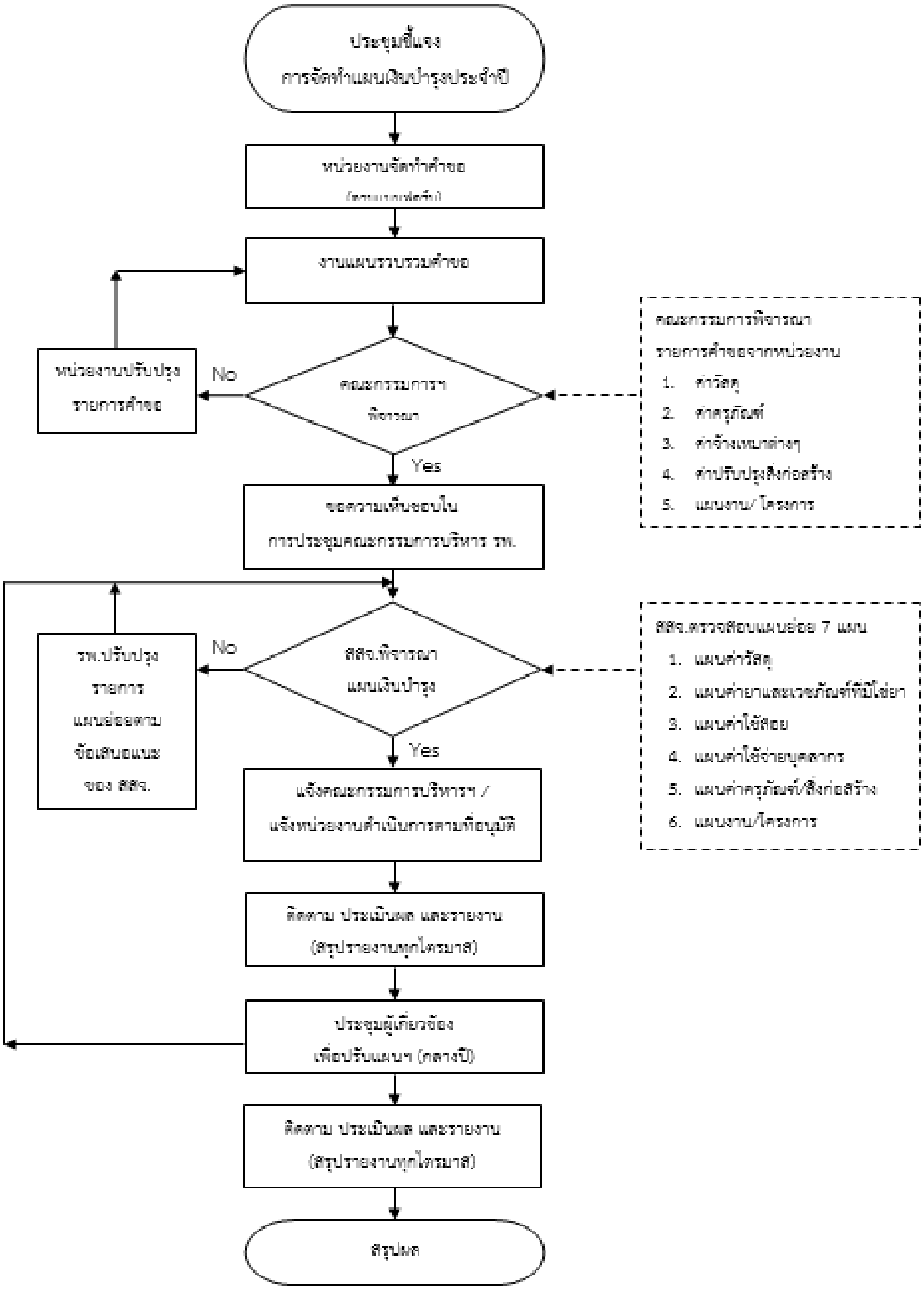
ตัวชี้วัด : การกำกับติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง

โรงพยาบาลสงขลา ได้ดำเนินการจัดทำแผนเงินบำรุงประจำปีทุกปี ในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน และมีการปรับแผนเงินบำรุงกลางปีในเดือนมีนาคม การจัดทำแผนเงินบำรุง รวบรวมและจัดทำโดยกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ ร่วมกับคณะกรรมการจัดทำแผนเงินบำรุง และคณะกรรมการการเงินการคลัง (CFO) ของโรงพยาบาล มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลาเป็นประธาน ดำเนินการผ่านการพิจารณาอนุมัติแผนเงินบำรุงจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา และการควบคุม กำกับ ติดตามการใช้จ่ายให้เป็นไปตามแผนเงินบำรุงผ่านระบบ Plan fin โดยคณะกรรมการการเงินการคลัง และรายงานผลการติดตามในการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสงขลา

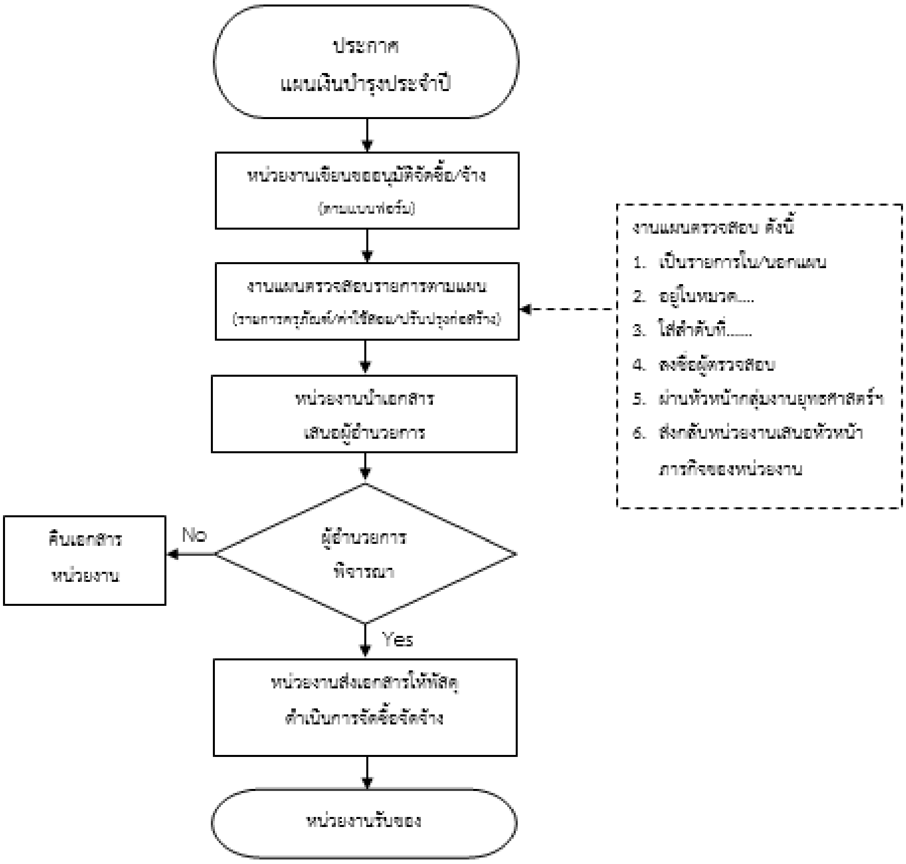
กระบวนการจัดทำแผนเงินบำรุง
๑. ข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผนเงินบำรุง

พิจารณาข้อมูลด้านรายรับจากกองทุนต่าง ๆ และรายจ่ายที่เกิดขึ้นจริงในปีที่ผ่านมา และนำข้อมูล ๓ ปี ย้อนหลังมาประกอบการพิจารณา โดยคณะกรรมการการจัดทำแผนเงินบำรุงของโรงพยาบาล

กระบวนงานจัดทำแผนเงินบำรุง โรงพยาบาลสงขลา



กระบวนขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างตามแผนเงินบำรุง โรงพยาบาลสงขลา



๒. กระบวนการวิเคราะห์เปรียบเทียบและการพิจารณาแผนเงินบำรุง

โรงพยาบาลสงขลามีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนเงินบำรุง โดยคณะกรรมการทำหน้าที่พิจารณาและขับเคลื่อนการบริหารจัดการแผนเงินบำรุงของโรงพยาบาล

สำเนาคู่ฉบับ

คำสั่งโรงพยาบาลสงขลา
ที่ ๗๙๗ / ๒๕๖๔
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนเงินบำรุงโรงพยาบาลสงขลา

....

เพื่อให้การดำเนินการด้านการจัดทำแผนเงินบำรุงของโรงพยาบาลสงขลา เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับภารกิจของโรงพยาบาล อาศัยอำนาจตามความในคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๘๙๗/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้บังคับบัญชา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลาในฐานะหัวหน้าหน่วยบริการ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนเงินบำรุงโรงพยาบาลสงขลา โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

ที่ปรึกษา

(๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา
(๒) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
(๓) รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
(๔) รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร

องค์ประกอบคณะกรรมการ

(๑) หัวหน้าภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ		ประธานกรรมการ
(๒) นายเอกพจน์ เชี่ยวชลาคม	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รองประธานกรรมการ
(๓) นายสรรเสริญ อุ้ยเอ้ง	รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ	กรรมการ
(๔) นางสาวพวงเพชร ศิริเลิศธนานนท์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการจัดเก็บรายได้	กรรมการ
(๕) นายสุมิตร์ ชุมเปีย	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัสดุ/เครื่องมือแพทย์	กรรมการ
(๖) นางสาวกชกร พรหมโสภา	หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	กรรมการ
(๗) นางนิลุบล อัครพิมาน	หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม	กรรมการ
(๘) นางสาวศรีสกุล เหมินทร์	หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก	กรรมการ
(๙) นางสุจิตา กุลถวายพร	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	กรรมการ
(๑๐) นายสุวิทย์ อภิวัฒน์วราวงศ์	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ	กรรมการ
(๑๑) นางสุวิมล ชินะกุล	หัวหน้ากลุ่มงานการเงิน	กรรมการ
(๑๒) นางสาวภิญญาพัชญ์ เพ็ชรนรินทร์	หัวหน้ากลุ่มงานบัญชี	กรรมการ
(๑๓) นางกรพินฐ์ สรรพพันธ์	หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุ	กรรมการ

-๒-/ (๑๔) นายธีระยุทธ

([illegible])
นิติกร

-๒-

(๑๔) นายธีระยุทธ กันทะเสน	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป	กรรมการ
(๑๕) นางเพ็ญศิริ อัตถาวงศ์	หัวหน้างานรักษาพยาบาลชุมชน และบริการสุขภาพชุมชน	กรรมการ
(๑๖) นางสาวรุ่งอรุณ เพ็ญเขียว	หัวหน้างานคลังพัสดุ	กรรมการ
(๑๗) นางพรทิพย์ แสงสง่า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
(๑๘) นายประพล แก้วคง	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
(๑๙) นางปิยะรัตน์ แสงทอง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
(๒๐) นางนพวรรณ ณ สงขลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
(๒๑) นายอรุณ รัตนรุ่งโรจน์	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	กรรมการ
(๒๒) นางสามาวดี นิจพันธ์	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
(๒๓) นางอุไร พงศ์ภมร	นักโภชนากรชำนาญงาน	กรรมการ
(๒๔) นางวาสนา จึงตระกูล	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ	กรรมการและเลขานุการ
(๒๕) นางเยาวลักษณ์ บุญเลิศ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๖) นางสาวอุบล บินสัน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

อำนาจหน้าที่

(๑) กำหนดแนวทางการจัดทำแผนเงินบำรุงของโรงพยาบาลสงขลา เพื่อให้การดำเนินงานเกิดความเชื่อมโยงระหว่างการจัดบริการ และการใช้จ่ายเงินบำรุงให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

(๒) ประสานงาน รวบรวม วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา และข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแผนเงินบำรุงโรงพยาบาลสงขลา

(๓) จัดทำแผนเงินบำรุงโรงพยาบาลสงขลา กำหนดมาตรการกำกับ ติดตาม และประเมินผล

(๔) สื่อสาร ประสานงาน และถ่ายทอดแผนให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่มีความเชื่อมโยงสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

(๕) สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข นำเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสงขลาทราบ

(๖) หน้าที่อื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

คำสั่งอื่นใดที่ขัดแย้งกับคำสั่งนี้ให้ยกเลิก และใช้คำสั่งนี้แทน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายพงษ์พจน์ ธีรานันตชัย)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา

..........ตรวจ
..........ทาน
..........ร่าง
..........พิมพ์

(นายเอกภพ สุทัยแสง)
รักษาการในตำแหน่ง รองผู้อำนวยการฝ่ายก...

(นายอุ่วิทย์ [illegible])
นิติกร

๓. การขออนุมัติแผนเงินบำรุง

แผนเงินบำรุงโรงพยาบาลสงขลา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

โรงพยาบาลสงขลา
เลขรับที่ 17316
รับวันที่ - 3 ธ.ค. 2564
เวลา 14:10

ที่ สข ๐๐๓๒.๐๑๐/

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
๑๖๑/๑ ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง อนุมัติแผนเงินบำรุง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา

อ้างถึง หนังสือโรงพยาบาลสงขลา ที่ สข ๐๐๓๒.๒๐๒.๒/๗๗๓๓ ลงวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนเงินบำรุงประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงพยาบาลสงขลา ได้ส่งแผนเงินบำรุง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพื่อเสนอพิจารณาอนุมัติ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้ตรวจสอบแผนเงินบำรุงฯ เรียบร้อยแล้ว พิจารณาอนุมัติ ดังรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้ขอให้ดำเนินการจัดซื้อ จัดหา ตาม พ.ร.บ.การจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ และ ระเบียบที่เกี่ยวข้อง ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสงกรานต์ ไหมชุม)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

เรียน ผอ.รพ.สงขลา
- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นควรมอบ

- 3 ธ.ค. 2564

(นางพัฒนี แก้วนารี)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา

0 7 ธ.ค. 2564

กลุ่มงานประกันสุขภาพ
โทร. , โทรสาร ๐ ๗๔๓๒ ๒๐๕๑
ผู้ประสาน นางสาวประทุมพร วิฑูรนกร

ผู้รายงาน
นางวาสนา จึงตระกูล
หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๕
โทร ๐ ๗๔๓๓ ๘๑๐๐ ต่อ ๑๐๔๒, ๑๐๔๓

โรงพยาบาลสงขลา

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๖ : ประเด็นธรรมาภิบาล (Good Governance)

๖.๒ การเงินการคลังสุขภาพ (ระบบจัดเก็บรายได้)

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4 S 4 C)	เกณฑ์คะแนน	รพ.A
เกณฑ์การประเมิน		
1. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)		
1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล		
1)ตรวจสอบเวชระเบียนทุกสิทธิการรักษา	2	2
2)เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิการรักษา	2	2
3)ติดตามลูกหนี้ทุกสิทธิการรักษา	2	2
1.2 มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้	2	2
1.3 มี Flow chart ของกระบวนงานเรียกเก็บรายได้ทุกสิทธิ		
1)ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	2	2
2)การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	2	2
3)มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim)	2	2
4)ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim)	2	2
5)มีการบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน	2	2
1.4 คณะกรรมการจัดเก็บรายได้ทำการประชุมวิเคราะห์รายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิ เพื่อเสนอผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบ	2	2
รวม	20	20
2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)		
2.1 มีการปฏิบัติงานตาม Flow chart	2	2
2.2 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ		
1)ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	2	2
2)การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	2	2
3)มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim)	2	2
4)ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim)	2	2
5)มีการบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน	2	2
2.3 มีการใช้ Software ในการจัดเก็บรายได้	2	2
(โปรดระบุชื่อ Software ที่ใช้) (EHOS Accounting)		
2.4 มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุน		
1) UC ≤ 60 วัน	2	2
2) ขรก ≤ 60 วัน	2	2
3) ปกส. ≤ 120 วัน	2	2
*ผลงาน 7 *plus efficiency* ไตรมาสที่ผ่านมา (รอบ 1 Q4/64) (UC=40.05 / ขรก=40.17 / ปกส.=114.16)		
รวม	20	20
3. ระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และ ทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.		

โรงพยาบาลสงขลา

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 6 : ระบบธรรมาภิบาล

หัวข้อ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โรงพยาบาล ...สงขลา....................... จังหวัด ....สงขลา.............................. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4 S 4 C)	เกณฑ์คะแนน	รพ.A
เกณฑ์การประเมิน		
3.2 มีบุคลากรที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ ตามFlowchartไม่น้อยกว่า. 5 คน ใน รพช. 10 คน ใน รพท. และ 15 คน ใน รพศ.	2	2
โปรดระบุ จำนวนบุคลากร (17คน)		
3.3 บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับค่าตอบแทนตามสิทธิ	2	2
3.4 บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ	2	2
รวม	8	8
4. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)		
4.1 มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย ในการบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล	2	2
4.2 ผู้ป่วยนอก มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	2	2
4.3 ผู้ป่วยใน มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	2	2
4.4 การส่งข้อมูลการรักษาเพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ 10 ของเดือนถัดไป	2	2
รวม	8	8

โรงพยาบาลสงขลา

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 6 : ระบบธรรมาภิบาล

หัวข้อ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โรงพยาบาล ...สงขลา....................... จังหวัด ....สงขลา.............................. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4 S 4 C) เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์คะแนน	รพ.A
5. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)		
5.1 มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้รหัสการรักษาพยาบาล	2	2
5.2 มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	2	2
5.3 มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน 30 วัน	2	2
5.4 บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่บันทึกรหัส การรักษาพยาบาลได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อย 1 คน ต่อ 1 ครั้งต่อ 1 ปี	2	2
รวม	8	8
6.ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน		
6.1 มีรายชื่อบุคลากรใน Flow chart ของการเบิกจ่าย (Claim) ในทุกกองทุนย่อย	2	2
6.2 การบริหารจัดการข้อมูลติด C ของกองทุนสปสช.	2	2
6.3 การบริหารจัดการข้อมูลติด Deny ของกองทุนสปสช.	2	2
6.4 ไม่ได้รับการหัก 5 % เนื่องจากส่งเบิกจ่ายล่าช้า	2	2
รวม	8	8
รวม 4S4C	72	72
<u>การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)</u>		
1. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)		
1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล สิทธิเบิกจ่ายตรงข้าราชการ (CSMBS)		
1)มีผลการตรวจสอบความถูกต้องของการให้สิทธิ	2	2
2)มีผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล	2	2
3)มีผลรวมของลูกหนี้สุทธิในทุกเดือน	2	2
รวม	6	6
2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)		
2.1 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ		
1) มีผลการตรวจสอบและการยืนยันการเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาพยาบาล (ปิด Visit) ของผู้ป่วยนอก	2	2
2) มีการบันทึกลูกหนี้ผู้ป่วยนอกในใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยใน ครบถ้วน	2	2
3) มีผลการบันทึกส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	2	2
4) มีผลการบันทึกส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน *ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	2	2
รวม	8	8
3. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)		
3.1 มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย ในการบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล	2	2
3.2 ผู้ป่วยนอก มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	2	2
3.3 ผู้ป่วยใน มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	2	2
3.4 การส่งข้อมูลการรักษาเพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ 10 ของเดือนถัดไป	2	2

โรงพยาบาลสงขลา

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 6 : ระบบธรรมาภิบาล

หัวข้อ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โรงพยาบาล ...สงขลา........................ จังหวัด ....สงขลา.............................. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4 S 4 C)	เกณฑ์คะแนน	รพ.A
เกณฑ์การประเมิน		
รวม	8	8
4. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)		
4.1 มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	2	2
4.2 มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน 30 วัน	2	2
รวม	4	4
5.ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน		
5.1 มีการทบทวนและแก้ไขข้อมูลที่ไม่ผ่านการอนุมัติการเบิกจ่าย ภายใน 5 วันทำการ	2	1
รวม	2	1
รวม สิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)	28	27
รวมคะแนนทั้งสิ้น	100	99
คิดเป็นร้อยละ	100	99

ลงชื่อ ....
(นายพงษ์พจน์ ธีรานันตชัย)
(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผู้จัดทำ

ลงชื่อ ....
( )
ตำแหน่ง นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุข

ผู้ตรวจสอบ

-สำเนา-

คำสั่งโรงพยาบาลสงขลา

ที่ ๖๗๓ /๒๕๖๔

เรื่อง การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล

เพื่อให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลสงขลาเป็นไปด้วยความเรียบร้อย เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑ ของคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๘๙๗/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๙ จึงมีคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ดังนี้

๑. สิทธิข้าราชการ (จ่ายตรง / อปท. / อปท.รูปแบบพิเศษ กกต.,กสทช.,กทม.,เมืองพัทยา)

๑.๑ นางสาวปารณี สุขาพันธุ์	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
๑.๒ นางสายพิณ บุญรอดรักษ์	ตำแหน่งพนักงานการเงินและบัญชี
๑.๓ นางสาวอุบลรัตน์ เหมชะรา	ตำแหน่งพนักงานพิมพ์

๒. สิทธิเบิกต้นสังกัด (รัฐวิสาหกิจ)

๒.๑ น.ส.วิภาดา บุญเลิศ	ตำแหน่งพนักงานการเงินและบัญชี
๒.๒ นางนิตญา เสนาวัลย์	ตำแหน่งพนักงานบริการเอกสารทั่วไป
๒.๓ นายสุทธิศักดิ์ สุวรรณรัศมี	ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี

๓. สิทธิประกันสังคม กองทุนทดแทน และผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

๓.๑ นางสาวปารณี สุขาพันธุ์	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
๓.๒ น.ส.เนตรนิภา นวลเสน	ตำแหน่งพนักงานการเงินและบัญชี
๓.๓ นางทัศนียา รอดแก้ว	ตำแหน่งพนักงานการเงินและบัญชี
๓.๔ น.ส.ทวิตา แสงจันทร์	ตำแหน่งพนักงานธุรการ
๓.๕ น.ส.ภรพิชา ศาสตร์บัญชา	ตำแหน่งพนักงานการเงินและบัญชี

๔. สิทธิหลักประกันสุขภาพ

๔.๑ นายสุวิทย์ อภิวัฒน์วราวงศ์	ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๔.๒ น.ส.วิภาดา บุญเลิศ	ตำแหน่งพนักงานการเงินและบัญชี
๔.๓ นางพรศิริ ชาตรีดำ	ตำแหน่งพนักงานการเงินและบัญชี
๔.๔ น.ส.เนตรนิภา นวลเสน	ตำแหน่งพนักงานการเงินและบัญชี
๔.๕ น.ส.พลอยภคพร คชชี	ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ
๔.๖ นางอรุณ กำเนิดแก้ว	ตำแหน่งพนักงานช่วยเหลือคนไข้
๔.๗ น.ส.กาญจนา จันโสด	ตำแหน่งพนักงานพิมพ์

/๔.๘ น.ส.เพ็ญนภา...

(นายสุวิทย์ วนาสุวรรณวณิช)

นิติกร

โรงพยาบาลสงขลา

๔.๘ น.ส.เพ็ญนภา ทองตั้ง ตำแหน่งพนักงานพิมพ์
๔.๙ นางนันท์นภัส กุลอริยะพัฒน์ ตำแหน่งพนักงานบริการ

๕. สิทธิ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และสิทธิประกันชีวิต

๕.๑ นางนวลนิตย์ อรรถานุรักษ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๕.๒ น.ส.ภูริตา พูลยิ้ม ตำแหน่งพนักงานพิมพ์
๕.๓ น.ส.รัตนา สุวรรณโชติ ตำแหน่งพนักงานพิมพ์

๖. สิทธิประกันสุขภาพต่างด้าว

๖.๑ น.ส.วิภาดา บุญเลิศ ตำแหน่งพนักงานการเงินและบัญชี
๖.๒ น.ส.ภรพิชา ศาสตร์บัญชา ตำแหน่งพนักงานการเงินและบัญชี

๗. สิทธิชำระเงิน

๗.๑ นางสุภาพ ดารารัตน์ ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน
๗.๒ นายสุทธิศักดิ์ สุวรรณรัศมี ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี

คำสั่งอื่นที่ขัดหรือแย้งกับคำสั่งนี้ ให้ยกเลิกและใช้คำสั่งนี้แทน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายศักดา อัลภาชน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา

(นายเอกภพ อุทัยแสง)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม)
หัวหน้าภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

(นายสุริยะ วนาสุวรรณวณิช)
นิติกร

........................ตรวจ
........................ทาน
........................ร่าง
........................พิมพ์
____/____/____

โรงพยาบาลสงขลา