



โรงพยาบาลสงขลา

เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน

กรณีปกติ รอบที่ ๒

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

วันที่ ๒๙ มิถุนายน-๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕



คำนำ

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขกรณีปกติ รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ เสนอผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๒

เนื้อหาเอกสารประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลสงขลา และผลการดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (โดยใช้ข้อมูลเดือน ตุลาคม ๒๕๖๔-มีนาคม ๒๕๖๕) 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

โรงพยาบาลสงขลา
มิถุนายน ๒๕๖๕

สารบัญ

คำนำ	หน้า
สารบัญ	
ข้อมูลทั่วไป	๕
ประเด็นการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕	
ประเด็นที่ ๑ : โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์	
๑.๑ โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์	๑๖
ประเด็นที่ ๒ : กัญชาทางการแพทย์	
๒.๑ การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	๒๒
ประเด็นที่ ๓ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	
๓.๑ จำนวนประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน	๒๗
๓.๒ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ ฯ	๓๐
๓.๓ อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พขอ.)	๓๔
ประเด็นที่ ๔ : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต	
๔.๑ สุขภาพเด็ก	๔๑
๔.๒ สุขภาพวัยทำงาน	๔๓
๔.๓ สุขภาพจิต	๔๖
๔.๔ สุขภาพผู้สูงอายุ	๔๘
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย	
๕.๑ Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด	๖๖
๕.๒ Service Plan สาขาอุบัติเหตุ	๗๐
๕.๓ Service Plan สาขามะเร็ง	๗๔
๕.๔ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด	๘๐
๕.๕ Intermediate care	๘๔
๕.๖ Stroke	๘๘
๕.๗ Sepsis	๙๑
ประเด็นที่ ๖ : ระบบธรรมาภิบาล	
๖.๑ ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล)	๑๒๔
๖.๒ การเงินการคลังสุขภาพ (ระบบจัดเก็บรายได้)	๑๓๑

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

เว็บไซต์ : www.skhospital.go.th



อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงขลา

บุคลากร	ปฏิบัติงานจริง
■ ข้าราชการ	๘๖๕
■ ลูกจ้างประจำ	๔๑
■ พนักงานราชการ	๘๔
■ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	๕๖๗
■ ลูกจ้างชั่วคราว	๑
■ ลูกจ้างรายวัน	๒๑๐
รวม	๑,๗๖๘

ที่มา: กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล รพ.สงขลา (ณ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๕)

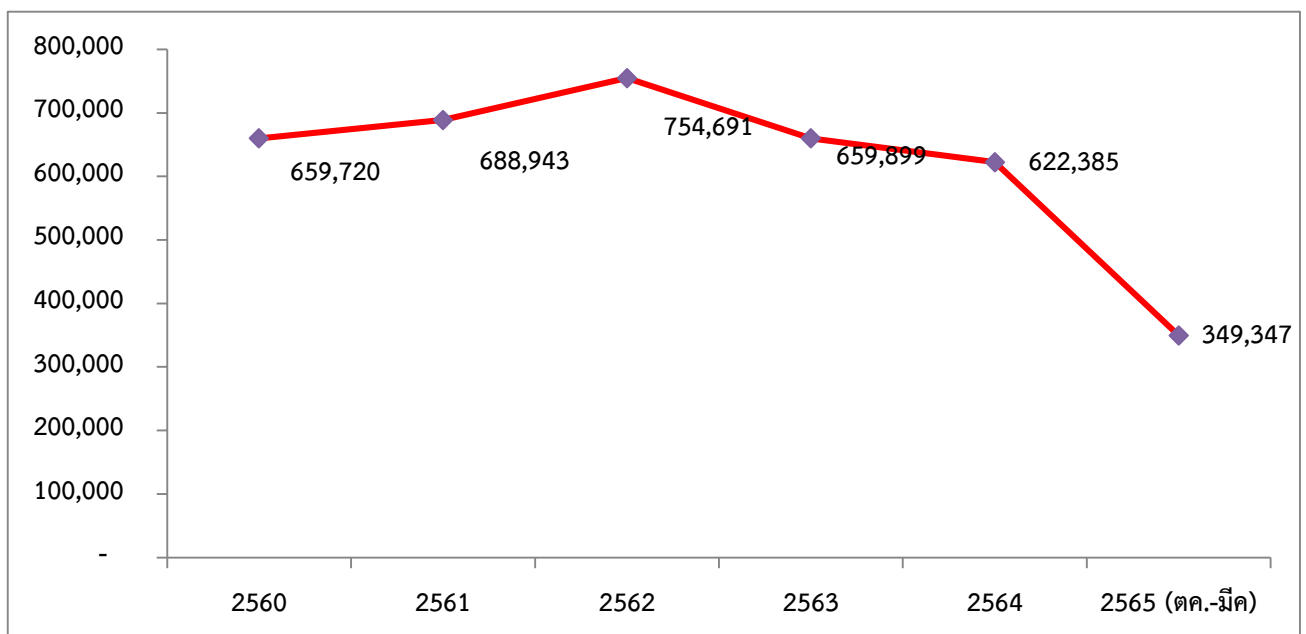
จำนวนเตียงโรงพยาบาลสงขลา

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

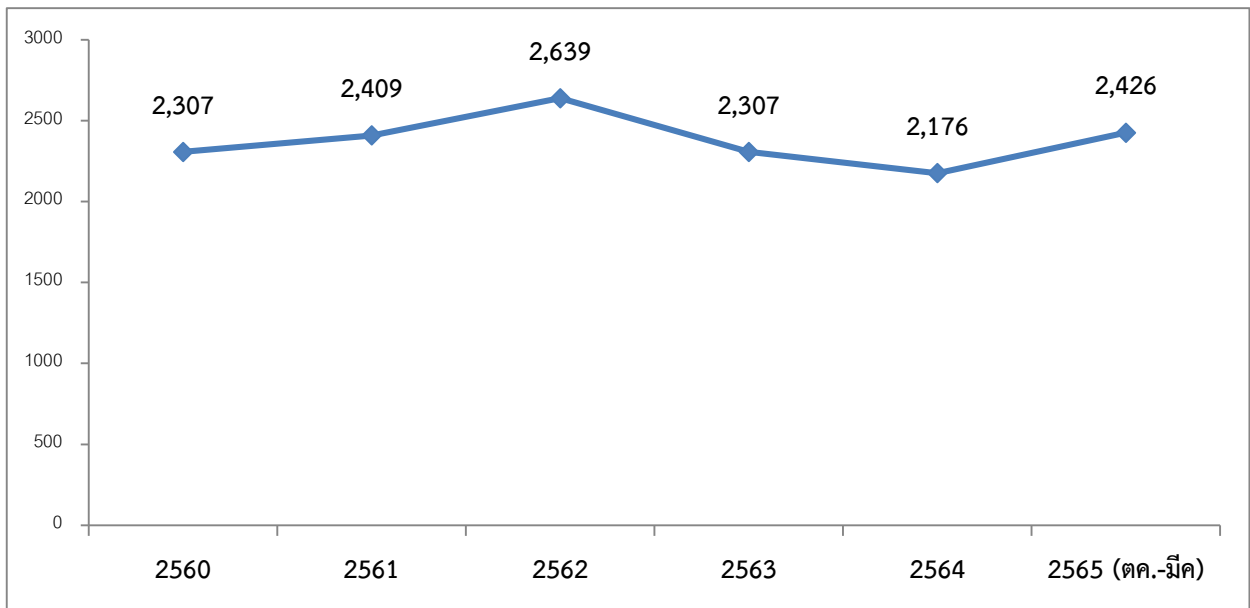
ที่มา: กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๑ : จำนวนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕ (ต.ค.-มี.ค.๖๕)



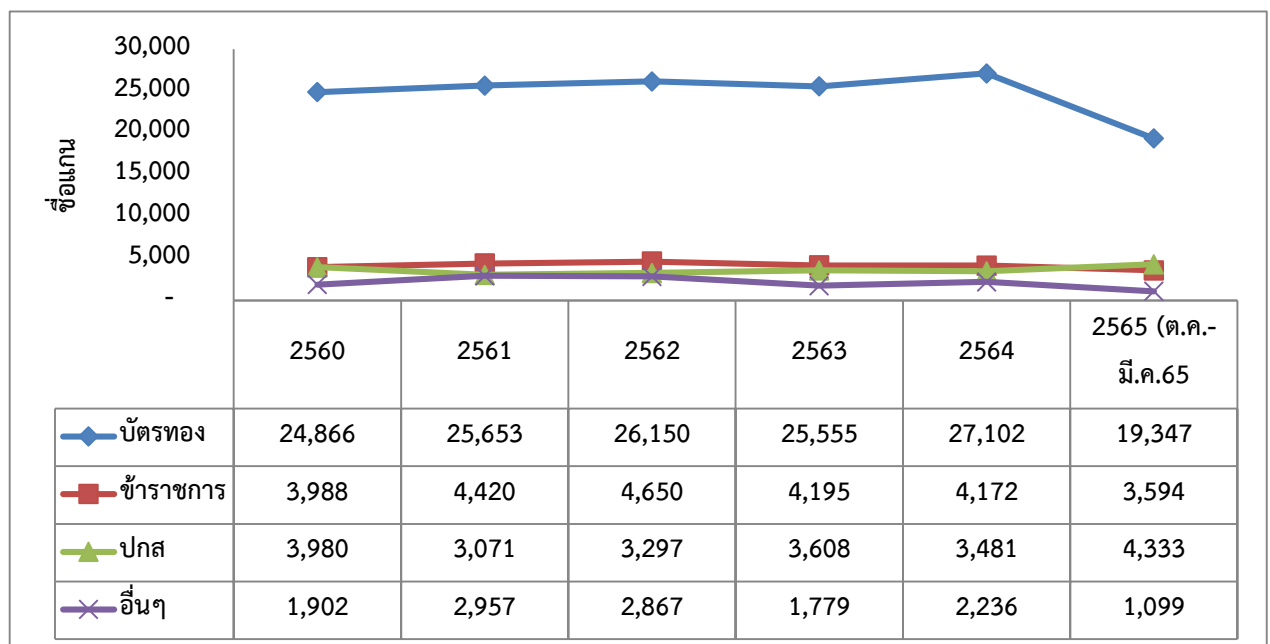
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๒ : จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕ (ต.ค.-มี.ค.๖๕)



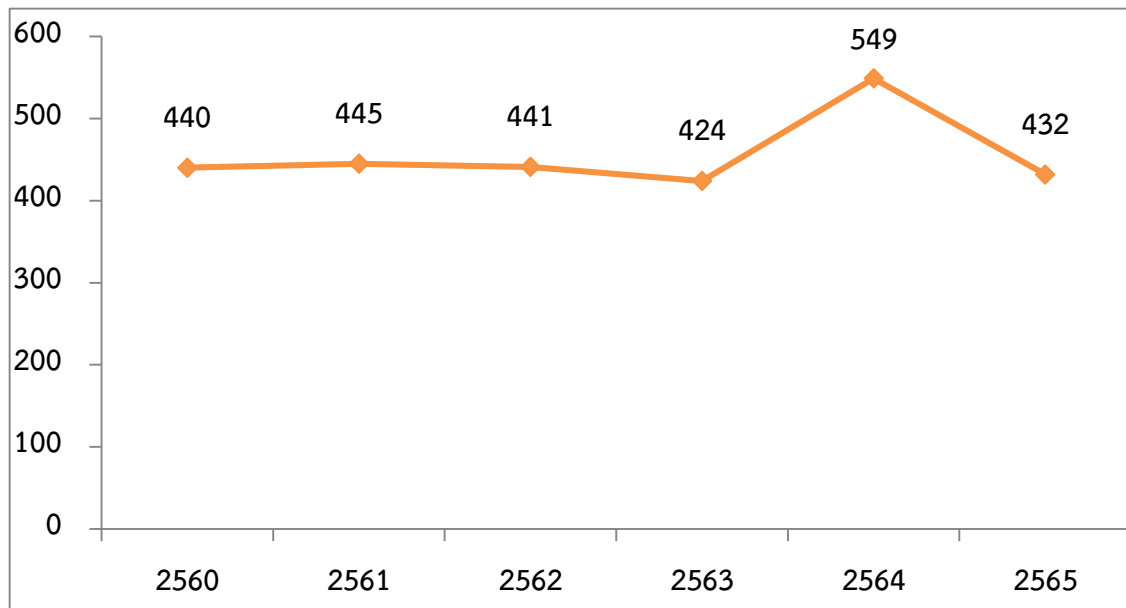
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๓ : จำนวนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงขลา
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕ (ต.ค.-มี.ค.๖๕)



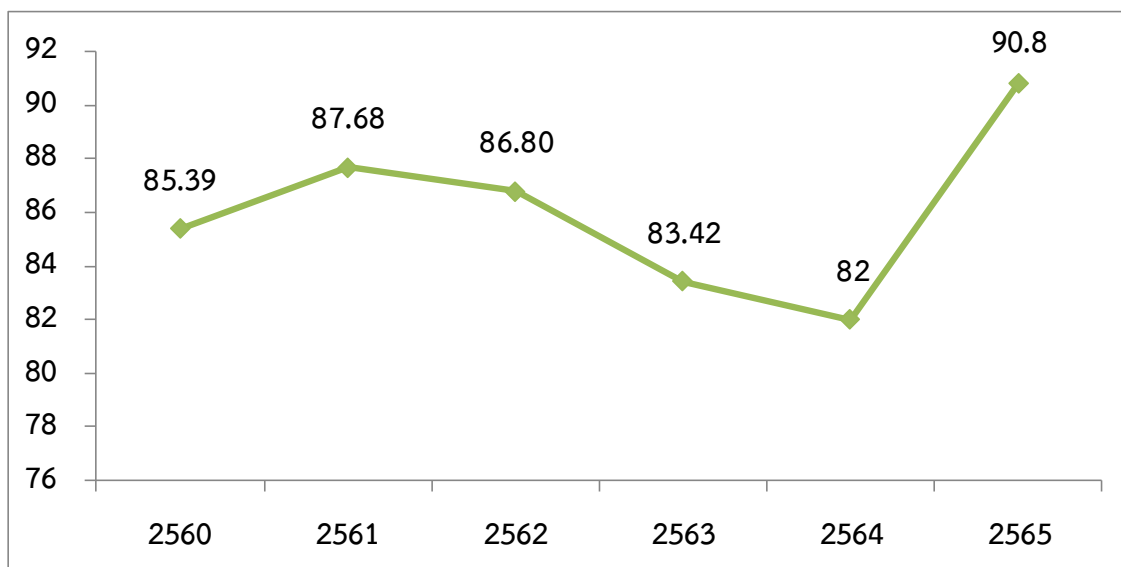
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๔ : จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕ (ต.ค.-มี.ค.๖๕)



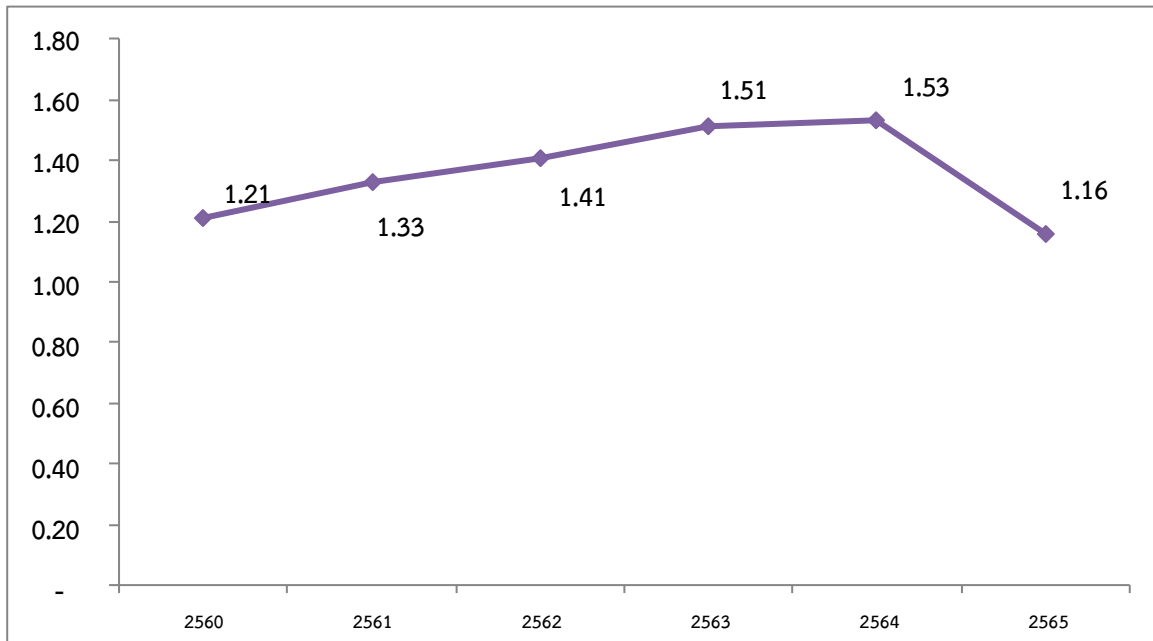
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๕ : อัตราการครองเตียงผู้ป่วยใน (ไม่รวม COVID)
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕ (ต.ค.-มี.ค.๖๕)



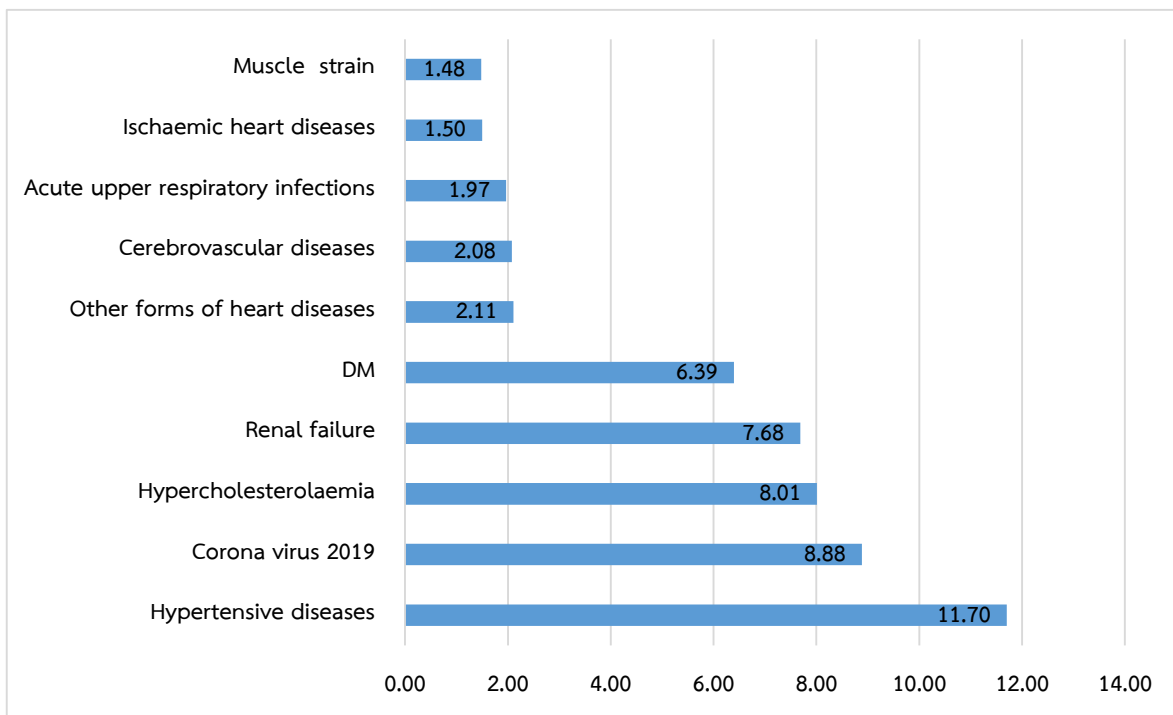
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๖ : ค่า CMI โรงพยาบาลสงขลา
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕ (ต.ค.-มี.ค.๖๕)



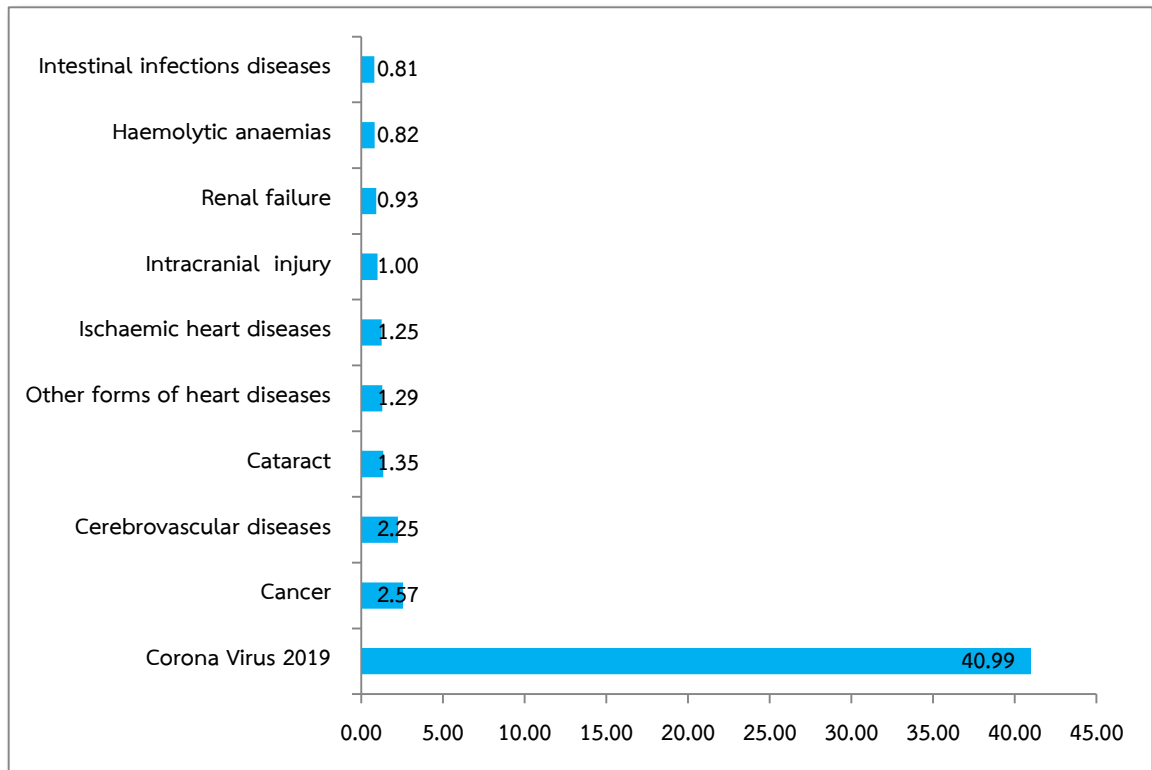
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๗ : แสดง ๑๐ อันดับโรคแรก ผู้ป่วยนอก
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕ (ต.ค.-มี.ค.๖๕) (หน่วย:ร้อยละ)



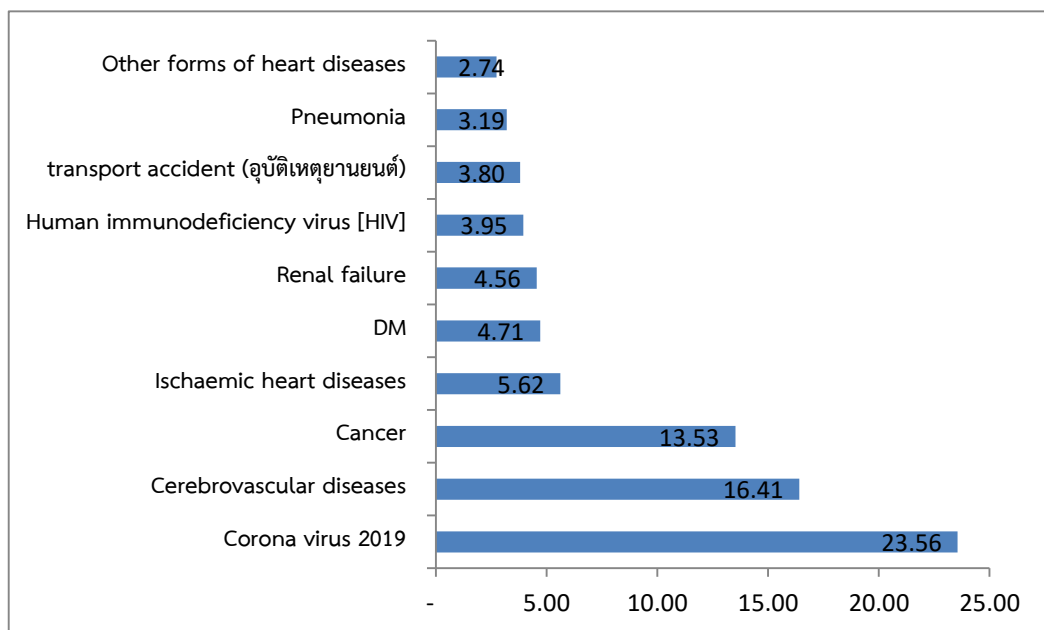
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๘ : แสดง ๑๐ อันดับโรคแรก ผู้ป่วยใน
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.-มี.ค.๖๕) (หน่วย:ร้อยละ)



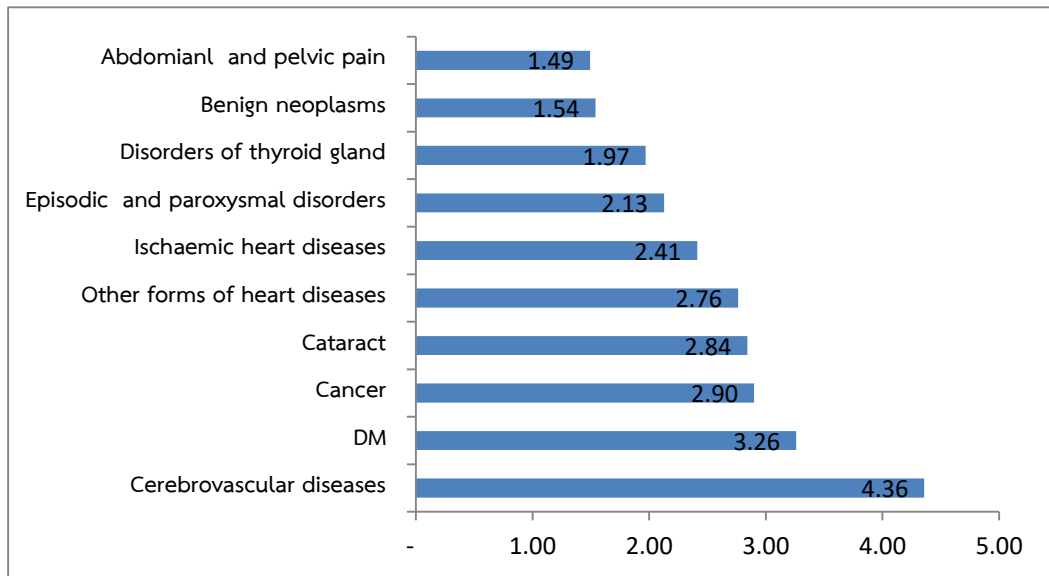
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๙ : แสดง ๑๐ อันดับสาเหตุการตาย
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.-มี.ค.๖๕) (หน่วย:ร้อยละ)



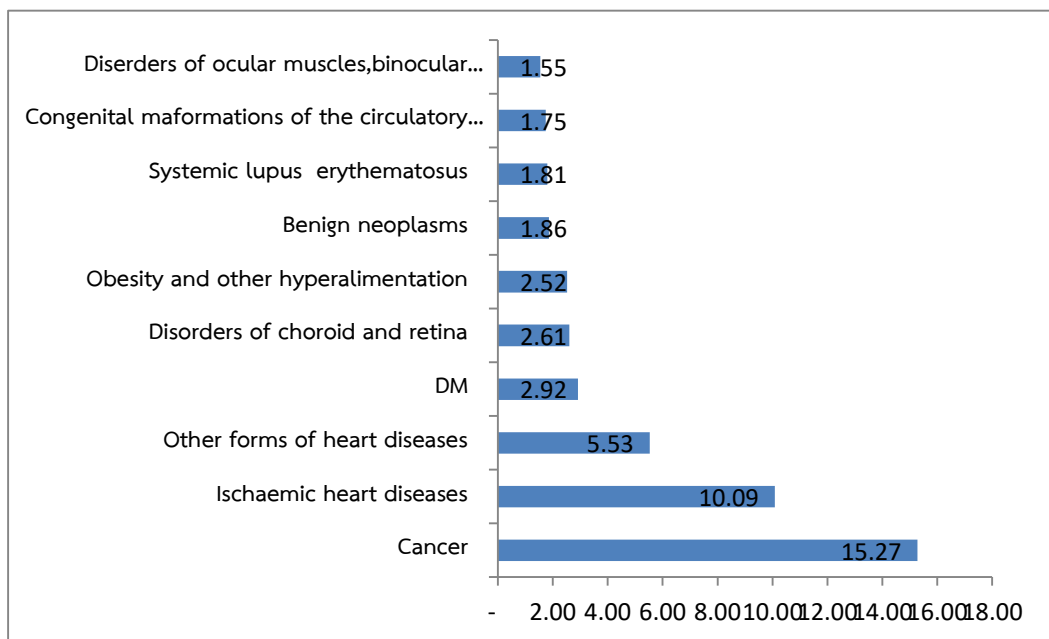
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๑๐ : แสดง ๑๐ อันดับโรคที่รับ Refer
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.-มี.ค.๖๕) (หน่วย:ร้อยละ)



ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๑๑ : แสดง ๑๐ อันดับโรคที่ส่ง Refer
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.-มี.ค.๖๕) (หน่วย:ร้อยละ)



ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

ประเด็นการตรวจราชการ

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ประเด็นที่ ๑

โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์



- โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
 ประเด็นที่ ๑ : โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์
 (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำ/ทัณฑสถาน จังหวัดสงขลา (ข้อมูล ณ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

เรือนจำ/ทัณฑสถาน	จำนวนผู้ต้องขัง (คน)	ขึ้นทะเบียนสิทธิ UC
เรือนจำกลางสงขลา	๓,๓๗๗	๓,๓๓๗
เรือนจำจังหวัดสงขลา	๑,๕๒๒	๑,๔๔๕
ทัณฑสถานหญิงสงขลา	๗๘๖	๗๖๓
ทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา	๒,๘๐๘	๒,๘๐๘
รวม	๘,๔๙๓	๘,๓๕๓

** มีการขึ้นทะเบียนสิทธิ สปสช. ได้ร้อยละ ๙๘.๓๕

การดำเนินงานในแต่ละประเด็น ตามแนวทางการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข
 (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

๑. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

๑.๑ การเตรียมการพัฒนา อสรจ. ในเรือนจำ: พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.)

- มีข้อมูลสัดส่วนอสรจ. (เกณฑ์สัดส่วนอสรจ.ต่อผู้ต้องขัง ไม่น้อยกว่า ๑:๕๐)
- มีการฝึกอบรม และ/หรือ อบรมฟื้นฟู อสรจ. ๒ ครั้ง/ปี
- อสรจ.มีส่วนร่วมจัดบริการสุขภาพตามบริบทแต่ละเรือนจำ

แผนการดำเนินงาน	เรือนจำ/ทัณฑสถาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
- แผนการจัดอบรม อสรจ. ปีละ ๒ ครั้ง เดือน มกราคม และ เดือน มิถุนายน - สัดส่วน อสรจ. ต่อ ผู้ต้องขัง ไม่น้อยกว่า ๑ ต่อ ๕๐	เรือนจำกลางสงขลา	๑๘๐ คน สัดส่วน ๑:๑๘	จำนวน อสรจ.อาจมีการ ปรับเปลี่ยน เนื่องจากมีการ รับใหม่,รับย้าย และอภัย โทษ
	เรือนจำจังหวัดสงขลา	๖๐ คน สัดส่วน ๑:๒๕	
	ทัณฑสถานหญิง สงขลา	๖๐ คน สัดส่วน ๑:๑๓	
	ทัณฑสถานบำบัด พิเศษสงขลา	๑๑๐ คน สัดส่วน ๑:๒๕	
	รวม	๑:๒๐	

๑.๒ โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดบริการตรวจรักษา ตามเวชปฏิบัติ (แพทย์) ในสถานพยาบาลเรือนจำ ครอบคลุมเกณฑ์

- มีคำสั่ง/หนังสือ และแผนการปฏิบัติงาน มอบหมายแพทย์เวชปฏิบัติให้บริการตรวจรักษาผู้ต้องขัง ตามเกณฑ์
- คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

(นับรวมการให้บริการ Telemedicine)

- มีการรายงาน สรรจ.๑๐๑ ทุกเดือน
- มีการเชื่อมโยงข้อมูลของสถานพยาบาลเรือนจำ กับโรงพยาบาลแม่ข่าย

แผนการดำเนินงาน	เรือนจำ/ทัณฑสถาน	ผลการดำเนินงาน (ครั้ง)	ผลการดำเนินงาน (คน)	ปัญหาอุปสรรค
๔/๔(หวล.) ครั้ง/ สัปดาห์	เรือนจำกลางสงขลา	๒๐	๔๕๘	อยู่ระหว่างการปรับ ฐานข้อมูลระหว่างเรือนจำ และโรงพยาบาลแม่ข่าย
๔ ครั้ง/สัปดาห์	เรือนจำจังหวัด สงขลา	๒๔	๓๔๑	
๔ ครั้ง/สัปดาห์	ทัณฑสถานหญิง สงขลา	๕	๕๒๙	
๔/๔(หวล.) ครั้ง/ สัปดาห์	ทัณฑสถานบำบัด พิเศษสงขลา	๑๖	๑๑๗๗	
**หวล.=แพทย์ห้วง เวลา	รวม	๖๕	๒๘๔๖	

๑.๓ มีการรายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบรายงาน สรรจ.๑๐๑ ทุกเดือน โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย

๒. การให้บริการสุขภาพช่องปาก

มีการดำเนินงานตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากในผู้ต้องขังเดือนละ ๑ ครั้ง ๑๐๐%

- ผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก อย่างน้อยร้อยละ ๖๐
- ผู้ต้องขังได้รับการรักษาทางทันตกรรมอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี/คน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก
- มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเรือนจำ

แผนการดำเนินงาน	เรือนจำ/ทัณฑสถาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาอุปสรรค
ทีมแพทย์จากโรงพยาบาล สงขลาเข้าดำเนินการเดือน ละ ๔ ครั้ง ใน รจก.,ทสญ. และ ทสบ.ปีละ ๔ ครั้งใน รจก. ในรูปแบบ Mobile unit ทำฟันในเรือนจำ	เรือนจำกลางสงขลา	-บริการคัดกรองสุขภาพช่องปาก	-เรือนจำจังหวัดสงขลา เป็น Mobile unit อยู่ระหว่างการ จัดทำแผนงบประมาณจาก กรมราชทัณฑ์
	เรือนจำจังหวัดสงขลา	๕,๘๐๘ คน (ร้อยละ๖๖.๕๕)	
	ทัณฑสถานหญิง สงขลา	-ผู้ต้องขังที่พบมีสุขภาพช่อง ปาก ๘๕๙ คน(ร้อยละ๑๔.๗๘)	
	ทัณฑสถานบำบัด พิเศษสงขลา	-ให้บริการการรักษาสุขภาพช่อง ปาก ๑๙๗ คน (ร้อยละ๒๒.๙๓)	

๓. การให้บริการด้านสุขภาพจิต

ผู้ต้องขังรับใหม่มีการคัดกรองสุขภาพจิตด้วยแบบคัดกรอง PM/HQ ทุกราย และเข้าสู่กระบวนการตรวจรักษา ๑๐๐%

- ประเมินคัดกรองสุขภาพจิตและให้บริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ต้องขัง
- ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา ๑๐๐%

แผนการดำเนินงาน	เรือนจำ/ทัณฑสถาน	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ปัญหาอุปสรรค
จิตแพทย์เข้าตรวจรักษา เดือนละ ๒ ครั้ง	เรือนจำกลางสงขลา	๖๘	- มีการจัดบริการจิตยาสูง ให้ผู้ป่วยทุกเดือน - มีระบบ Tele consult กรณีที่มีปัญหา
	เรือนจำจังหวัดสงขลา	๖๓	
	ทัณฑสถานหญิงสงขลา	๔๗	
	ทัณฑสถานบำบัดพิเศษ สงขลา	๑๘	
	รวม	๑๙๖	

มีการส่งต่อผู้ต้องขังพันโทฯโดยประสานผ่านทาง สสจ. และ สสอ. ในแต่ละพื้นที่ให้ดำเนินการ



กิจกรรมการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิสและไวรัสตับอักเสบบี แก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ ปี ๒๕๖๕

(ผลงานระหว่างวันที่ ๑ มกราคม – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕) ดังตาราง

เรือนจำ	รับใหม่	เอชไอวี		ซิฟิลิส		ไวรัสตับอักเสบบี	
		คัดกรอง	ผิดปกติ	คัดกรอง	ผิดปกติ	คัดกรอง	ผิดปกติ
ทสพ. สงขลา	๓๘๖	๓๘๖/๑๐๐%	๓/๑.๘%	๒๐๐/๕๑.๘	รอฟผล	๒๐๐/๕๑.๘	รอฟผล
ทสญ. สงขลา	๑๑๐	๑๑๐/๑๐๐%	๐	๑๑๐/๑๐๐%	๐	๑๑๐/๑๐๐%	๐
รจก. สงขลา	๕๘๔	๔๗๐/๘๐.๔%	รอฟผล	๔๗๐/๘๐.๔%	๐	๔๗๐/๘๐.๔%	๐
รจจ. สงขลา	๗๑๒	๖๕๕/๙๒%	๑๑/๑.๘%	๖๕๕/๙๒%	๒๖/๓.๙%	๖๕๕/๙๒%	๑๒/๑.๘%
รวม	๑๗๙๒	๑๖๒๑/๙๐.๔%	๑๘/๑.๖%	๑๔๓๕/๘๐%	๑.๘%	๑๔๓๕/๘๐%	๑.๘%



เรือนจำสีขาวปลอดเชื้อ (โรคอุบัติใหม่)

ข้อที่	กิจกรรม	มี	ไม่มี
๑	ระบบการจัดห้องกักกันโรคที่มีมาตรฐาน	/	
๒	ตรวจ RT-PCR ผู้ต้องขังแรกเริ่ม ๓ ครั้ง (day ๐, day ๕-๗, day ๑๙-๒๑ หรืออย่างน้อย ๒ ครั้ง ดังนี้ day ๐, day ๑๙-๒๑)	/	
๓	สุ่มตรวจผู้ต้องขังแรกเริ่มที่ส่งตัวกลับเข้าแดน	/	
๔	ใน ๑ เดือน มีเจ้าหน้าที่ที่มีเป็นหวัดแล้วไม่ได้ตรวจ RT-PCR หรือไม่/ถ้าไม่มีผู้มีอาการหวัด=ผ่านเกณฑ์	/	
๕	ใน ๑ เดือนมีการสุ่มตรวจ RT-PCR เจ้าหน้าที่, อสรจ. ร้อยละ ๕-๑๐	/	
๖	พบทวนทะเบียนการรักษา (ตรวจสอบทะเบียนการส่งตรวจ)	/	
๗	กรณีที่พบผู้ต้องขังในห้องกักโรคผล RT-PCR เป็นผลบวก ดำเนินการอย่างไร	/	
๘	มีการฉีดวัคซีนผู้ต้องขังหรือไม่	/	
๙	เจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังกลุ่มเปราะบางได้รับวัคซีน	/	
๑๐	ถ้ามีการระบาด มีการส่งตรวจ RT-PCR ก่อนปล่อย/ถ้าไม่มีการระบาดไม่ต้องตรวจ	/	

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

PCU	เป้าหมาย	วัคซีนป้องกันโควิด-๑๙					วัคซีนไขหวัดใหญ่ (เจ้าหน้าที่/ ผู้ต้องขัง)
		เข็ม ๑,๒	เข็ม ๓	เข็ม ๔	เข็ม ๓ (จนท.)	เข็ม ๔ (จนท.)	
เรือนจำกลาง สงขลา	๓๔๓๐	๑๐๐%	๒๙๖๓	๒๘๙	๑๒๐	๗๓	๑๐๐%
เรือนจำจังหวัด สงขลา	๑๘๐๗	๑๐๐%	๑๗๔๙	๑๔๐	๘๖	๔๐	๑๐๐%
ทัณฑสถาน หญิงสงขลา	๗๒๖	๑๐๐%	๖๘๖	๑๒๗	๗๒	๕๗	๑๐๐%
ทัณฑสถาน บำบัดพิเศษ สงขลา	๒๕๗๓	๑๐๐%	๒๕๗๓	๘๕๗	๑๒๖	๘๐	๑๐๐%
รวม	๘๕๓๖	๑๐๐%	๗๙๗๑	๑๔๑๓	๔๐๔	๒๕๐	๑๐๐%
ร้อยละ		๑๐๐%	๙๓.๓๘	๑๖.๕๕	๑๐๐	๖๑.๘๘	๑๐๐%



นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

➤ โรงเรียนผู้สูงอายุในเรือนจำกลาง

ผู้รายงาน

- นางเพ็ญศิริ อัดถาวงค์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๑-๐๒๗๖๐๕๐๔

ประเด็นที่ ๒

กัญชาทางการแพทย์ และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ



- กัญชาทางการแพทย์

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๒ : กัญชาทางการแพทย์ และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

ประเด็น: การจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๕
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ ๕

สถานการณ์

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา รูปแบบดำเนินการแบบผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย ทุกวันศุกร์ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น. มีการประชาสัมพันธ์และเพิ่มช่องทางเพื่อสามารถส่งให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการคัดกรองที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้เพิ่มขึ้น เช่น แพทย์แผนกต่างๆ จากห้องตรวจผู้ป่วยนอก แพทย์แผนไทย และการประชาสัมพันธ์ในชุมชนโดยผ่านเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

- สูตรตำรับยาที่มีใช้ในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ได้แก่ ๑. THC ๒. THC:CBD ๓. สุขไสยาสน์ ๔. ทำลายพระสุเมรุ ๕. สูตรน้ำมัน อ.เดชา
- จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคัดกรองที่คลินิกปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๗๑ ราย มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์รับยาตามข้อบ่งใช้ จำนวน ๘ ราย (Neuropathic pain ๑ ราย Insomnia ๕ ราย และ โรคลมชัก ๒ ราย)

ความก้าวหน้า / ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
■ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๒๕
■ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง(Palliative care)ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑.๔๕

หมายเหตุ ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองจำนวน ๒๐๗ ราย

- จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคัดกรองที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยเข้ารับบริการ คัดกรอง (ราย)	ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ ได้รับยา (ราย)	ข้อบ่งชี้
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๒๙	๒	Neuropathic pain ๒ ราย
ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	๗๑	๘	Neuropathic pain ๑ ราย Insomnia ๕ ราย โรคลมชัก ๒ ราย
ปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑)	๖	๓	Neuropathic pain ๑ ราย Insomnia ๑ ราย โรคลมชัก ๑ ราย
ปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๒)	๑๖	๗	Insomnia ๑ ราย Parkinson ๑ ราย CVA ๒ ราย Palliative care ๓ ราย
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (Q๑+Q๒)	๒๒	๑๐	Neuropathic pain ๑ ราย โรคลมชัก ๑ ราย Insomnia ๒ ราย Parkinson ๑ ราย CVA ๒ ราย Palliative care ๓ ราย

รายการยาที่มีการใช้ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

ปีงบประมาณ	สูตร :THC (ขวด)	สูตร:THC:CBD (ขวด)	ศุขไสยาสน์ (ซอง)	ทำลายพระ สุเมรุ (ซอง)	น้ำมัน อ.เดชา (ขวด)
ปี ๒๕๖๓	๐	๕	๐	๐	๐
ปี ๒๕๖๔	๐	๓	๑๒	๐	๑๐
ปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑)	๐	๑	๑๐	๓๐	๑
ปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๒)	๐	๔	๔	๐	๑
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (Q๑ + Q๒)	๐	๕	๑๔	๓๐	๒

- การประชาสัมพันธ์คลินิกกัญชาทางการแพทย์ และการให้ความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์ แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประชาชน และผู้ป่วยในชุมชนที่รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา
- โรงพยาบาลสงขลาจัดอบรมเรื่องสารความรู้เกี่ยวกับกัญชาสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลา ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ระบบออนไลน์)

กิจกรรมการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์



การอบรมเรื่องผลิตภัณฑ์กัญชาให้กับ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. กลุ่ม อ.ส.ม./ ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลสงขลา และ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการคลินิกโรคเรื้อรังที่ รพ.สต.



การอบรมความรู้เรื่อง สารสนเทศเกี่ยวกับกัญชา กัญชง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา (ระบบออนไลน์)



แผนพัฒนา

- ส่งเสริมให้ รพ.สต.หรือ PCU ที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

ปัญหาอุปสรรค

- อัตราการใช้ยาน้อย ยามีอายุสั้น เสี่ยงต่อการหมดอายุ



ผู้รายงาน

- ญ.เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์
ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๓๒๘๒๘๓๑
E-mail: tangon108@yahoo.com

ประเด็นที่ ๓

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ



- จำนวนประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน
- การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ.)
- รพ.สต.ติดดาว

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๓ : ระบบบริการปฐมภูมิ

ประเด็น : ประชาชนคนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน

สถานการณ์

ตามที่ กระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายคนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน เพื่อให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน เน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ให้บริการครอบคลุม ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสภาพ และส่งต่อรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัด และ ลดระยะเวลารอคอยของ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยกำหนดหมอ ๓ คน ๓ ระดับ ดังนี้ หมอคนที่ ๑ คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน หมอคนที่ ๒ คือ หมอ สาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และหมอคนที่ ๓ คือ หมอเวชปฏิบัติครอบครัว หมายถึง บุคลากรในวิชาชีพแพทย์ ที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัว (Fam Med) ประสานการทำงาน ร่วมให้การดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบตาม Catchment Area ด้วยระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ตามหลักการ “เข้าถึง ครอบคลุม ต่อเนื่อง”

โรงพยาบาลสงขลา ได้ดำเนินงานจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ถึง พ.ศ.๒๕๖๕ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ จำนวน ๑๙ ทีม แบ่งเป็นพื้นที่อำเภอเมือง โรงพยาบาลสงขลาเป็นแม่ข่าย จำนวน ๑๗ ทีม และเขตรอยต่ออำเภอสิงหนคร (รพ.สต.หัวเขา และ รพ.สต.สภิตย์) จำนวน ๒ ทีม ครอบคลุมประชากร จำนวน ๒๑๖,๔๑๒ คน เป้าหมายประชากรที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแล จำนวน ๑๕๖,๑๕๗ คน (ข้อมูล ณ มิถุนายน ๒๕๖๕) คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๑๖

การดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ แผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้ดำเนินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิคุณภาพได้แจ้งยืนยันหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ ๕ วันต่อสัปดาห์ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอเมืองสงขลาจำนวน ๕ ทีม และ อำเภอสิงหนคร ๒ ทีม

ข้อมูลแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์การอบรมระยะสั้น ขึ้นทะเบียน PCU/NPCU จังหวัดสงขลา

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด	ชื่อ แม่ข่าย PCU/NPCU	ชื่อ รพ.สต. (ร่วมทีม)
๑.	พญ.กฤตยา รองสวัสดิ์	รพ.สงขลา	ศูนย์ฯเตาหลวง	
๒.	พญ.เสาวภา ศรีใส	รพ.สงขลา	ศสช.พาณิชย์สร้างสุข	
๓.	พญ.พุกษพร ธรรมโชติ	รพ.สงขลา	ศสช.กูโบร์รวมใจ	
๔.	พญ.พัชรี พุทธชาติ	รพ.สงขลา	ศสช.ชลาลัย	
๕.	นพ.วัชรพงศ์ วีรกุล	รพ.สงขลา	รพ.สต.ควนหิน	รพ.สต.ควนหิน, รพ.สต.นาบ้อง

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด	ชื่อ แม่ข่าย PCU/NPCU	ชื่อ รพ.สต. (ร่วมทีม)
๖.	พญ.หทัยชนก ปานนุกูล	รพ.สงขลา	ศสช.ม.๑ ๒ ๘ (ม.๑,ม.๒)	
๗.	พญ.กานต์รวี วงศ์ภักดี	รพ.สงขลา	ศสช.ม.๑ ๒ ๘ สาขา	ศสช. ม. ๑ ๒ ๘ (ม.๘ โคกไร่)
				รพ.สต.บ้านสวนเรียน
				รพ.สต.บ้านท่าไทร
๘.	พญ.รัฐชนา ตั้งคำ	รพ.สงขลา	ศสช.ใจกลางเมือง	
๙.	นพ.สรเสรีญ อัยเอ็ง	รพ.สงขลา	ศสช.สมิหลา	ศสช.สมิหลา, ศูนย์ฯสระเกษ
๑๐.	พญ.ชลกานต์ ประทักษิธร	รพ.สงขลา	รพ.สต.สวนตุล	
๑๑.	พญ.อิสริยา เฉลียวศักดิ์	รพ.สงขลา	รพ.สต.เกาะแต้ว	รพ.สต.เกาะแต้ว, รพ.สต.ป่ออิฐ
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.ธนธรรณ ดันทเวช	รพ.สงขลา	เขารูปช้าง สาขา ๑	
๓.	พญ.สรัญธร ทองวิเศษ	รพ.สงขลา	เขารูปช้าง สาขา ๒	
๔.	พญ.อัญชิสา ราชศิริสงศรี	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.กิตติกาญจน์ สาราลักษณ์	รพ.สงขลา	สภิตย	

ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบ ๖ เดือน

Small Success รอบ ๖ เดือน	ผลการดำเนินงาน
๑. มีช่องทาง/สื่อที่สามารถเข้าถึง/มีช่องทางการสื่อสาร/ติดต่อได้ อาทิ call center ปฐมภูมิ ๐๘ ๔๑๓๘ ๑๙๘๔ ขอคำปรึกษา ในสถานการณ์โควิด - ๑๙ ๒๔ ชม. , สายด่วน ๑๖๖๙ กรณีมีอาการขณะกักตัวที่บ้าน ๒. พัฒนาศักยภาพ อสม. “หลักสูตรอบรม อสม.สู่ SMART อสม. และ อสม.หมอบริการบ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพการเป็นผู้นำ เป็นจุดสกัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของภาคประชาชนในพื้นที่ คู่ขนานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อันส่งผลให้ประชาชนพึ่งพาตนเองมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเดินทาง และลดแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (๑๗ ก.พ.๖๕)	๑. มีการกำหนดเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวง และผู้บริหารทุกระดับ และถ่ายทอดสู่เวทีการประชุม คปสอ.เมืองสงขลา (๑๘ ธ.ค.๖๓) ๒. ทุกครัวเรือน (๔๑,๕๙๖ ครัวเรือน) มีหมอบริการตัว ๓ คน ๓. ในสถานการณ์โควิด ๑๙ ใช้กลไก ๓ หมอ ในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น การสำรวจ ติดตามการฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-๑๙ อำนวยความสะดวกให้ประชาชนในพื้นที่กลุ่ม ๖๐๘ และกลุ่มเด็กอายุ ๕-๑๑ ปี, การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโควิด ๑๙ , การดูแลผู้ป่วยโควิดที่กักตัวที่บ้าน (OP-SI และ HI)

ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการแก้ไข / ข้อเสนอแนะ
การกำหนดแพทย์ (MD) ในพื้นที่การจัดทำแผน PCU/NPCU ยังไม่สามารถขึ้นทะเบียนเนื่องจากไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์ที่อบรมด้าน เวชศาสตร์ครอบครัว	- วางแผนขึ้นทะเบียน PCU/ NPCU รอบที่ ๓ - ปรับแผน PCU/NPCU ๑๐ ปี

ผู้รายงาน นางรัชลดา สิริธิตัง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี ๑๕/๐๖/๖๕

โทร. ๐๙ ๙๔๙๖ ๙๒๔๖

E-mail : cupsongkhla.sk@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๓ : ระบบบริการปฐมภูมิ

ประเด็น : การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

สถานการณ์

ตามที่ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขจากรัฐ และรัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพทั่วถึง จึงได้บัญญัติให้มีการปฏิรูปประเทศโดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม อำเภอเมืองสงขลา ได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) ตามนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๙ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ จะต้องผ่านเกณฑ์ ๓ S ประกอบด้วย STRUCTURE / STAFF / SYSTEM โดยประชาชนทุกคนมีแพทย์ประจำตัว ร่วมให้การดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบตาม Catchment Area ๑ Cluster ดูแลประชาชนทีละ ๘,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ คน จัดรูปแบบบริการสุขภาพโดยรวมทีมสหวิชาชีพ

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 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้บริการ 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 ที่	โรงพยาบาลแม่ข่าย	ทีม PCU/NPCU	ปีที่เปิด ดำเนินการ	เกณฑ์ ๓S	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม ศูนย์บริการสาธารณสุขเตาหลวง	๒๕๖๒	/	
๒.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม ศสช.พาณิชย์สร้างสุข	๒๕๖๒	/	
๓.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม ศสช.กูโบร์รวมใจ	๒๕๖๒	/	
๔.	โรงพยาบาลสงขลา	ทีม ศสช.ขลาทัศน์	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	/	

ลำดับ ที่	โรงพยาบาลแม่ข่าย	ทีม PCU/NPCU	ปีที่เปิด ดำเนินการ	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			
				ว.	อ.	short	basic
๑.	พญ.กฤตยา ร่องสวัสดิ์	รพ.สงขลา	ศูนย์ฯเตาหลวง	/			
๒.	พญ.เสาวภา ศรีใส	รพ.สงขลา	ศสช.พาณิชย์สร้างสุข	/			
๓.	พญ.พฤกษ์พร ธรรมโชติ	รพ.สงขลา	ศสช.กุ่มบ่อรวมใจ	/			
๔.	พญ.พัชรี พุทธชาติ	รพ.สงขลา	ศสช.ชลทัศน์	/			
๕.	นพ.วัชรพงศ์ วีรกุล	รพ.สงขลา	รพ.สต.ควนหิน(พะวง)		/		
๖.	พญ.หทัยชนก ปานนุกูล	รพ.สงขลา	ศสช.ม. ๑ ๒ ๘		/		
๗.	พญ.ฐิติรัตน์ พัฒนไธยานนท์	รพ.สงขลา	ศสช.ม. ๑ ๒ ๘ (สาขา)			/	
๘.	พญ.รัฐชนา ตั้งคำ	รพ.สงขลา	ศสช.ใจกลางเมือง	/			
๙.	นพ.สรรเสริญ อึ้งอึ้ง	รพ.สงขลา	ศสช.สมิหลา			/	
๑๐.	พญ.ชลกานต์ ประทักษิธร	รพ.สงขลา	รพ.สต.สวนตูล(เขารูปช้าง)	/			
๑๑.	พญ.อิสริยา เฉลียวศักดิ์	รพ.สงขลา	รพ.สต.ชุมพอ(เกาะแต้ว)	/			
๑๒.	พญ.การะเกด คล่องแคล่ว	รพ.สงขลา	รพ.สต.บ้านทรายขาว				/
๑๓.	พญ.กานต์รวี วงศ์ภักดี	รพ.สงขลา	รพ.สต.สวนเรียน	/			
			รพ.สต.ท่าไทร				
			ศสช.ม. ๑ ๒ ๘ (สาขา)				
๑๔.	น.พ.ธนชน ศิริโชติ	รพ.สงขลา	รพ.สต.ทุ่งใหญ่	/			

๓. การดำเนินงาน ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบ ๖ เดือน

Small Success รอบ ๖ เดือน	ผลการดำเนินงาน
๑. มีแผนการจัดตั้ง PCU/NPCU	- มีแผนการจัดตั้ง PCU/NPCU ระยะ ๑๐ ปี และในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ โรงพยาบาลสำเร็จการอบรม สามารถขึ้นทะเบียน PCU ได้ ๓ หน่วย - ช่วงสถานการณ์โควิด ๑๙ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ รพ.สงขลา, ได้รับความรู้จากหน่วยบริการปฐมภูมิ, ประเมินการกักตัว ในชุมชน(CI) / ที่บ้าน(HI) เยี่ยมบ้าน และส่งต่อ รพ.แม่ข่ายตามความเหมาะสม

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด : ...ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่.....							
ข้อมูลสะสมย้อนหลัง ๓ ปี			เกณฑ์ %	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			
๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๔๗.๓๗	๕๗.๘๙	๖๓.๑๖		เมืองสงขลา	๑๙	๑๒	๖๓.๑๖

ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการแก้ไข / ข้อเสนอแนะ
๑. การขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้น (Short course and Basic course)	- แพทย์สาขาอื่น ปฏิบัติงาน PCU /NPCU ได้ อาจอิงตามประกาศ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง การกำหนดให้แพทย์อื่นทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๒ - ผู้บริหารสูงสุดทุกระดับ สร้างแรงจูงใจให้แพทย์ทั่วไปอยากเรียน FM / กำหนดเป็น MOU
๒. ขาดแนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน PCU/NPCU	- ควรมีระบบรายงานและการประเมินผลที่เป็นระบบที่น่าเชื่อถือและเป็นแนวทางเดียวกัน

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบ

ความสำเร็จ (Key Risk Area / Key Risk Factor)

๑. ข้อมูลมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงการขึ้นทะเบียนประชากรจากฐานข้อมูล Type ๑ และ Type ๓ ใช้ประชากร DBPOP ทำให้ต้องปรับแผนการขึ้นทะเบียนและเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการภายใน แต่ระบบไม่เปิดให้มีการแก้ไขข้อมูล
๒. สนับสนุนให้แพทย์สมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อปฏิบัติงาน และทดแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
๓. คัดเลือกพื้นที่ด้านการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายฯ เต็มพื้นที่ต้นแบบ ๑ อำเภอ

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการแก้ไข / ข้อเสนอแนะ
แผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ขึ้นกับปัจจัย แพทย์ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตร เวชศาสตร์ ครอบครัว	- ผู้บริหารสูงสุดทุกระดับ สร้างแรงจูงใจต่อความต้องการเรียน Fammed ให้แก่แพทย์ทั่วไป - พัฒนาทีมให้มีคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับการเปิดให้บริการ PCU/NPCU

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- การพัฒนาเครื่องมือจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยใช้เลือดออกด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ในพื้นที่ หมู่ ๑ ๒ ๘ ต.พะวง
- รวมพลังจัดระบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-๑๙ ในพื้นที่ตลาดทรัพย์สิน ต.บ่อหย่าง อ.เมืองสงขลา จ.สงขลา

ผู้รายงาน นางรัชลดา สิริธิด

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี ๑๕/๐๖/๖๕

โทร. ๐๙ ๙๔๙๖ ๙๒๔๖

E-mail : cupsongkhla.sk@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๓ : ระบบบริการปฐมภูมิ

ประเด็น : อำเภอฟานเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พขอ.)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของอำเภอฟานเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

(ค่าเป้าหมายร้อยละ ๗๕)

สถานการณ์

อำเภอมืองสงขลา โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมืองสงขลา เริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีการคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.๒๕๖๐ ดำเนินงานภายใต้กลไก พขอ. คือ ประชุมคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ใช้การขับเคลื่อนคุณภาพชีวิต จำนวน ๒ ประเด็น คือ ๑. การจัดการขยะ ๒. การลด ละ เลิกการใช้โฟม แก้วพื้นที่ครอบคลุม ๖ ตำบล กำหนดให้มีคณะทำงานรับผิดชอบประเด็นปัญหาและร่วมติดตามการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ได้ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการฯ และประชุมทบทวนประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินการจัดการขยะ และการดูแลกลุ่มเปราะบาง

๓. ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

อำเภอมืองสงขลา มีการขับเคลื่อน พขอ. ใน ๓ ประเด็น คือ การจัดการขยะ , การดูแลกลุ่มเปราะบาง และการควบคุมป้องกันโรคโควิด-๑๙ โดยขยายเป้าหมายกลุ่มเปราะบาง ในกลุ่มเด็ก, กลุ่มผู้พิการ และผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด-๑๙ มีการทบทวนคณะกรรมการ และอนุกรรมการทั้ง ๓ ประเด็น ทุกตำบลมีการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ (พขอ.) มีการประชุมชี้แจงนโยบายคืบข้อมูลในการประชุมคณะเจ้าหน้าที่รพ.สต./หัวหน้าส่วนราชการ/ที่เวทีประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน มีการประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE

Small Success รอบ ๖ เดือน	ผลการดำเนินงาน
๑. ประชุมทบทวนคำสั่ง	- อำเภอมืองมีการทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เนื่องจากคำสั่งมีการระบุชื่อประธาน พขอ. เมื่อมีการโยกย้ายตำแหน่ง นายอำเภอจึงต้องทบทวนคำสั่งใหม่
๒. การคัดเลือกประเด็น ที่สำคัญตามบริบทพื้นที่ อย่างน้อย ๒ ประเด็น และกำหนดประเด็น COVID-๑๙	- ทุกตำบลมีประเด็นในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิต คือ การจัดการขยะ, การดูแลกลุ่มเปราะบาง และการแก้ไขปัญหาโรค COVID -19 เป็นประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๓. อำเภอมีการประเมิน UCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด	- อำเภอเมือง ประเมินตนเองตามเกณฑ์ UCCARE ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ทุกเกณฑ์
---	--

๔. ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการแก้ไข / ข้อเสนอแนะ
๑. แผนการขับเคลื่อนงานคุณภาพชีวิต ของ พชอ. ไม่ต่อเนื่องจากสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-๑๙	แจ้งนโยบายการเพิ่มการแก้ไขปัญหาโรคโควิด-๑๙ เป็นประเด็นในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอและจะมีการประสานการขยายระยะเวลา ตามโครงการที่สนับสนุนจาก สสส.
๒. กรอบการดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางไม่ชัดเจน ทำให้มีปัญหาในการเบิกจ่ายงบประมาณ	ควรมีหลักเกณฑ์การดูแลกลุ่มเปราะบางและการ ใช้จ่ายงบประมาณชัดเจน
๓. ไม่มีระบบการรายงานผลการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิต	ควรจัดสร้างเครื่องมือประเมินตามประเด็น ควรมีแนวทางการดูแลและการรายงานการดูแล กลุ่มเปราะบาง
๔. การเยี่ยมเสริมพลังระดับจังหวัด ไม่มีการแต่งตั้ง คณะทำงานการเยี่ยมเสริมพลังการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับจังหวัด	ภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ จังหวัด (พชจ.) ที่จะมีหนังสือสั่งการให้แต่งตั้ง คณะกรรมการ พชจ. ควรมีคณะทำงานเยี่ยมเสริม พลังระดับจังหวัด

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย

- การดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ควรมีแนวทาง และระบบรายงาน รวมทั้งหลักเกณฑ์การใช้จ่าย

งบประมาณในการดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ที่เปิดกว้างให้ใช้ง่ายมากกว่าการดูแลสุขภาพด้านเดียว

- การผลักดันให้มีการบูรณาการ การใช้งบประมาณร่วมกัน เช่น กองทุนสุขภาพตำบล ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่



ผู้รายงาน นายเอกชัย อาญาพิทักษ์
 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 วัน/เดือน/ปี ๑๕/๐๖/๖๕ โทร. ๐๘๕๕๘๒๑๒๑๘

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๓ : ระบบบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด

ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ร้อยละ ๗๕ (สะสม)

สถานการณ์

ตามที่ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว นั้น โรงพยาบาลสงขลา เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย อำเภอเมืองสงขลา รับผิดชอบดูแล รพ.สต. ๑๐ แห่ง, สอ.ต. ๒ แห่ง, ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ๒ แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนของรพ.สงขลา ๗ แห่ง และสถานพยาบาลเรือนจำ ๔ แห่ง รวม ๒๕ แห่ง โดยในปี ๒๕๖๐ มีรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ๕ ดาว จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๔๘ ปี ๒๕๖๑ มี รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ๕ ดาว ๕ แห่ง ปี ๒๕๖๒ มี รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ๕ ดาว ๓ แห่ง รวมสะสมตั้งแต่ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ เป็นจำนวน ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ในปี ๒๕๖๔ ด้วยสถานการณ์โควิด-๑๙ มี รพ.สต.ที่ต้องประเมินตามเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ที่หมดอายุการรับรองต้องประเมินซ้ำ (Re-accredit) จำนวน ๑๒ แห่ง ซึ่งทุกแห่งมีการประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในระบบ <http://gishealth.moph.go.th/pcu> คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ปี ๒๕๖๕ กำหนดเป้าหมายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ต้องดำเนินการประเมินซ้ำ (Re-accredit) จำนวน ๓ แห่ง คือ รพ.สต.ทุ่งใหญ่, รพ.สต.สวนเรียน และ ศูนย์บริการสาธารณสุขสระเกษ

ข้อมูลผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ และ

แผนปี ๒๕๖๕ เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

ลำดับ	ตำบล	จำนวน หน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมด(แห่ง)	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ (ผลงานสะสม ๖๐-๖๒)
๑	บ่อয়ง	๗	๑๐๐
๒	เขารูปช้าง	๘	๑๐๐
๓	เกาะแต้ว	๓	๑๐๐
๔	ทุ่งหวัง	๒	๑๐๐
๕	พะวง	๓	๑๐๐
๖	เกาะยอ	๒	๑๐๐

ผลการประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ระดับอำเภอ
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ข้อมูล ณ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๕)

ลำดับ	หน่วยบริการ	คะแนนที่ได้(%)	สรุปผลการประเมิน
๑	สอ.ต.เขารูปช้าง สาขา ๑ (เคหะ)	๘๖.๐๙	๕ ดาว
๒	สอ.ต.เขารูปช้าง สาขา ๒ (เขาแก้ว)	๘๕.๖๙	๕ ดาว
๓	รพ.สต.สวนตุล	๘๓.๑๕	๕ ดาว
๔	รพ.สต.ทุ่งใหญ่	๙๖.๓๘	๕ ดาว
๕	รพ.สต.บ่ออิฐ	๙๒.๐๙	๕ ดาว
๖	รพ.สต.ชุมพอ	๘๘.๓	๕ ดาว
๗	รพ.สต.อ่างทอง	๘๘.๒๒	๕ ดาว
๘	รพ.สต.ทรายขาว	๘๔.๙๒	๕ ดาว
๙	รพ.สต.นาบ้อง	๘๓.๙๙	๕ ดาว
๑๐	รพ.สต.ควนหิน	๘๒.๗๙	๕ ดาว
๑๑	รพ.สต.สวนเรียน	๘๔.๒๕	๕ ดาว
๑๒	รพ.สต.ท่าไทร	๘๙.๘๘	๕ ดาว
๑๓	ศสม.๑	๘๘.๒๔	๕ ดาว
๑๔	PCUพาณิชย์สร้างสุข	๘๓.๖๘	๔ ดาว
๑๕	PCUกุโบร์รวมใจ	๘๓.๔๗	๔ ดาว
๑๖	PCU(พิเศษ)ม.ราชภัฏ	๘๕.๒๗	๔ ดาว
๑๗	PCU ๑ ๒ ๘	๘๒.๗๘	๔ ดาว
๑๘	ศูนย์ฯสระเกษ	๘๙.๐๑	๕ ดาว
๑๙	ศูนย์ฯเตาหลวง	๘๔.๖๗	๕ ดาว
๒๐	เรือนจำกลางสงขลา	๘๑.๘๙	๕ ดาว
๒๑	เรือนจำจังหวัดสงขลา	๙๔.๐๓	๕ ดาว
๒๒	ทัณฑสถานหญิงสงขลา	๙๗.๔๙	๕ ดาว
๒๓	ทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา	๙๑.๘๘	๔ ดาว

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

การทบทวนการปรับแผนงานโครงการ และรูปแบบการประชุม/การประชุม/การลงเยี่ยมเสริมพลังในช่วงสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ เพื่อให้พื้นที่มีความรู้สึกผ่อนคลาย และมีความสุขในการทำงาน บูรณาการในภาพ CUP อำเภอ

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหาร
ความร่วมมือของทีมพี่เลี้ยงในการเยี่ยมเสริมพลัง และร่วมพัฒนาในส่วนขาด	ชี้แจงและทำความเข้าใจในเกณฑ์แต่ละหมวดให้กับผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งถ่ายทอดนโยบายให้ผู้บริหารในระดับพื้นที่

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- การพัฒนาเครื่องมือจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยไข้เลือดออกด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ในพื้นที่ หมู่ ๑ ๒ ๘ ต.พะวง
- รวมพลังจัดระบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-๑๙ ในพื้นที่ตลาดทรัพย์สิน ต.บ่อทราย อ.เมืองสงขลา จ.สงขลา

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

ควรมีการปรับเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตามใน ศสม.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเรือนจำ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการ

ผู้รายงาน นางรัชดา สิริคัง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี ๑๕/๐๖/๖๕

โทร ๐๙ ๙๔๙๖ ๙๒๔๖

E-mail : cupsongkhla.sk@gmail.com

ประเด็นที่ ๔

สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต



- สุขภาพเด็ก
- สุขภาพวัยทำงาน
- สุขภาพผู้สูงอายุ



รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

หัวข้อ : เด็กปฐมวัย

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 ๑๐๙.๓๘ จากข้อมูลดังกล่าว เด็กยังได้รับการชั่งน้ำหนักไม่ครบถ้วน เนื่องจากติดตามเด็กไม่ได้ ย้ายที่อยู่และจากสถานการณ์ COVID-๑๙

ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองเด็กพัฒนาการเด็ก อายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๔,๓๐๓ คน ได้รับการตรวจคัดกรอง ๔,๒๑๔ คน ร้อยละ ๙๗.๖๑ ผลการตรวจคัดกรองพบเด็กปฐมวัย สงสัยพัฒนาการล่าช้า ๑,๖๓๖ คน ร้อยละ ๓๕.๔๓ ได้รับการติดตามส่งต่อ ๑,๕๖๔ คน ร้อยละ ๙๕.๐๘ เด็กพัฒนาการล่าช้าส่งต่อเข้ารับการกระตุ้นด้วย TEDA๔๑ จำนวน ๓๕ คน ได้รับการกระตุ้น จำนวน ๑๒ คน ร้อยละ ๓๔.๒๙ เด็กมีพัฒนาการสมวัย ๔,๕๒๘ คน ร้อยละ ๙๔.๑๐

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-พ.ค.๖๕) เด็ก อายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน จำนวน ๑,๒๑๒ คน มีพัฒนาการสมวัยจำนวน ๙๒๖ คน ร้อยละ ๗๕.๘๐ ผลการตรวจคัดกรองพบเด็กปฐมวัย สงสัยพัฒนาการล่าช้า ๓๔๕ คน ร้อยละ ๓๔.๖๗ เด็กที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการส่งต่อเข้ารับการกระตุ้นด้วย TEDA๔๑ จำนวน ๑๖ คน ได้รับการกระตุ้น จำนวน ๑๓ คน ร้อยละ ๘๑.๒๕

๓. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-พ.ค.๖๕)
๑	ร้อยละ ๘๐ ของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง	เป้าหมาย	๕,๒๗๘	๒,๑๘๐
		ผลงาน	๔,๕๘๙	๑,๙๕๖
		ร้อยละ	๘๖.๙๕	๘๙.๗๒
๒	ร้อยละ ๖๔ ของเด็ก ๐-๕ ปี สูงดี สมส่วน	เป้าหมาย	๔,๕๘๙	๑,๙๕๖
		ผลงาน	๓,๗๔๖	๑,๗๑๑
		อัตรา/ ร้อยละ	๘๑.๖๓	๘๗.๔๗
๓	เด็ก ๕ ปี มีส่วนสูงเฉลี่ย แยกตามเพศ ชาย : ๑๑๓	เป้าหมาย	ชาย : ๑๑๓ หญิง : ๑๑๒	ชาย : ๑๑๓ หญิง : ๑๑๒
		ผลงาน	ชาย : ๑๐๙.๘๙	ชาย : ๑๑๐.๕๗

๔. ปัญหา อุปสรรค

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

- ผู้รายงาน

- นางรุจิรา สุริยะวงศ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี ๖ มิถุนายน ๒๕๖๕
โทร. ๐๘๑-๐๙๔๓๙๔๕
E-mail: Nurse๓๗ying@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

ประเด็น : สุขภาพวัยทำงาน

Service plan สาขา NCD: โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

- ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ($\geq 40\%$)
- ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย ($\geq 50\%$)

สถานการณ์

จากสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในเครือข่ายรพ.สงขลา มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานในปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ ไตรมาสที่ ๒ จาก ๙,๖๑๘, ๑๐,๐๐๖, ๑๐,๑๗๓ และ ๑๐,๓๑๑ ราย ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ ไตรมาสที่ ๒ มีจำนวน ๑๙,๐๐๖, ๑๙,๘๗๓ , ๑๙,๘๘๑ และ ๒๐,๗๑๓ ราย (ข้อมูล HDC รวบรวมข้อมูลเมื่อ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๕)

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา ๒๐๑๙ (covid-๑๙) งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD: non-communicable diseases) โรงพยาบาลสงขลา ได้ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ ได้ปรับเปลี่ยนบริการด้วยการส่งยาทางไปรษณีย์ ส่งรับยาสถานบริการใกล้บ้านเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตยังมีแนวโน้มควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๒๖.๕๐ เป็น ๒๙.๐๗ ในปี ๒๕๖๒ และ ๒๕๖๓ ส่วน ปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๒๒.๐๓ และในปี ๒๕๖๕ ไตรมาสที่ ๒ ร้อยละ ๒๒.๔๑ (ข้อมูลจากสารสนเทศ รพ.สงขลา)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตารางที่ ๑ : แสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
อำเภอเมือง สงขลา ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ ไตรมาสที่ ๒

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ (ไตรมาส ๒)
๑.	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	เป้าหมาย	>ร้อยละ ๔๐	>ร้อยละ ๔๐	>ร้อยละ ๕๐	>ร้อยละ ๕๐
		ผลงาน	๑๕๘๐/ ๙,๖๑๘	๑๗๖๓/ ๑๐,๐๐๖	๑,๕๘๖/ ๑๐,๑๗๓	๑,๐๙๒/ ๑๐,๓๑๑
		อัตรา/ ร้อยละ	๑๖.๔๓	๑๗.๖๒	๑๕.๕๙	๑๐.๕๙
๒.	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	เป้าหมาย	>ร้อยละ ๕๐	>ร้อยละ ๕๐	>ร้อยละ ๕๐	>ร้อยละ ๕๐
		ผลงาน	๔๙๓๓/ ๑๙,๐๐๖	๗,๘๐๓/ ๑๙,๘๗๓	๒,๑๐๓/ ๑๙,๘๘๑	๔,๓๖๒/ ๒๐,๗๑๓
		อัตรา/ ร้อยละ	๒๕.๙๕	๓๙.๒๖	๑๐.๕๘	๒๑.๐๖

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๕

ตารางที่ ๒ : แสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่รับบริการในโรงพยาบาลสงขลา ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ ไตรมาสที่ ๒ ข้อมูลจากโปรแกรมรพ.สงขลา

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ (ไตรมาส ๒)
๑.	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	เป้าหมาย	>ร้อยละ ๔๐	>ร้อยละ ๔๐	>ร้อยละ ๕๐	>ร้อยละ ๕๐
		ผลงาน	๑,๕๑๒/ ๕,๗๓๙	๑,๗๓๙/ ๕,๙๗๖	๑,๔๔๗/ ๖,๕๖๙	๒,๕๓๔/ ๑๐,๔๑๔
		อัตรา/ ร้อยละ	๒๖.๕๐	๒๙.๐๗	๒๒.๐๓	๒๒.๔๑

ปรับปรุงแบบบริการ 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
- ผู้ป่วยติดเชื้อโควิดที่ได้รับการรักษาออกเครือข่าย เน้นส่งยาไปรษณีย์หรือญาติรับแทน
- เกสเซอร์รพ.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

ผู้รายงาน

- นพ.ประพล เองชวน นายแพทย์ชำนาญการ
- นางสาวจาฤติ กองผล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา
 โทร. ๐๘๖-๕๕๗๐๗๔๕

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

หัวข้อ : สุขภาพจิต

ตัวชี้วัด

- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

สถานการณ์

จากสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จในปัจจุบัน พบว่าสาเหตุมาจากปัจจัยกระตุ้น ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย และโรคทางจิตเวช ตามสถิติของรพ.สงขลาปี ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔

ปีงบประมาณ	อัตรา (ต่อแสนประชากร)
๒๕๖๒	๓.๒๔ (๔ คน)
๒๕๖๓	๘.๖๐ (๑๑ คน)
๒๕๖๔	๑.๔๙ (๒ คน)

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		๒๕๖๔	๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-มี.ค. ๖๕)
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	< ๘ ต่อแสนประชากร	๑.๔๙ (๒ คน)	๐.๗๔ (๑ คน)
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ	๙๐	๙๔.๓๔	๙๒.๓๑
ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	๗๔	๕๖.๓๐	๕๘.๑๐

ปัญหา อุปสรรค

๑. การเข้าถึงรักที่ไม่ต่อเนื่องและการไม่ตระหนักในโรคที่เป็นและติดตามยาก
๒. การคัดกรองเชิงรุกในชุมชนและในกลุ่ม NCD ยังไม่ครอบคลุม
๓. ปัญหาการปรับตัวและการจัดการปัญหาที่เหมาะสมในกลุ่มวัยรุ่นยังไม่ได้มีการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะ

๑. คัดกรองเชิงรุกในชุมชนร่วมกับ รพ.สต. และคลินิก NCD
๒. มีระบบการ consult และช่องทางด่วนในการเข้าถึงการรักษา
๓. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย



โรงพยาบาลสงขลา
M O P H **ข่าวประชาสัมพันธ์**
 ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑๙ เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๕

โรงพยาบาลสงขลา ออกให้บริการตรวจรักษา ประเมินสุขภาพจิต ผู้ป่วยในเรือนจำจังหวัดสงขลา

เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2565 เวลา 09.00-12.00 น. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด รพ.สงขลา ออกให้บริการตรวจรักษา ประเมินสุขภาพจิต ผู้ป่วยในเรือนจำจังหวัดสงขลา ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำดีด้วย พญ.ลัดดาพร เทพสวน หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช พร้อมด้วย พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

โรงพยาบาลสงขลา 074-338100 -- www.skhospital.go.th

ผู้รายงาน

- นางเกศินี บัวชื่น
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 โทร.๐๘๙-๕๙๙๖๔๘๗

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
 ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

หัวข้อ : สุขภาพผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด (ภายใต้ประเด็น/หัวข้อ)ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ มี 3 ตัวชี้วัด ตัวที่ 5,6,7

ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan

ตัวชี้วัดที่ 6 ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลในสถานบริการและในชุมชน

6.1 ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

6.2 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

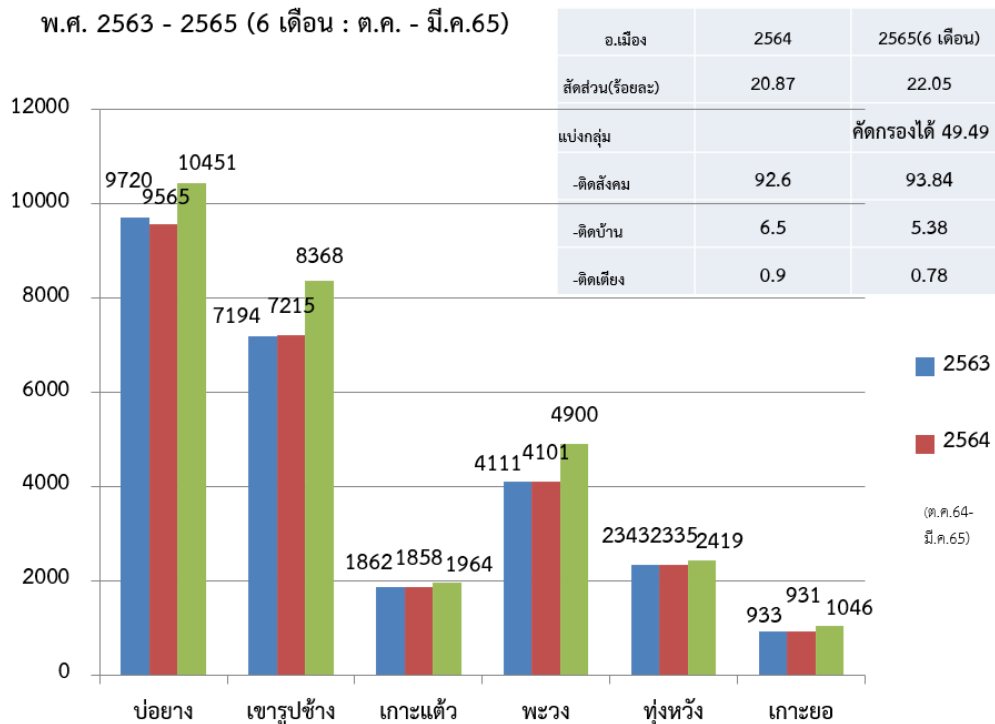
ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

7.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

7.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

กราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุอำเภอเมือง 3 ปี

พ.ศ. 2563 - 2565 (6 เดือน : ต.ค. - มี.ค.65)



ตารางเป้าหมายผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปี 2565 รอบที่ 1-2 (อ.เมือง จ.สงขลา)

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน	
			รอบเดือน ต.ค.-ธ.ค.	รอบเดือน ต.ค.-มี.ค.
5	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ90	ร้อยละ98.16	ร้อยละ93.72
6	ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลในสถานบริการและในชุมชน			
	6.1 ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ50	ในชุมชนร้อยละ 55.18 ในคลินิกผู้สูงอายุ 25.4	ในชุมชนร้อยละ 30.0 ในคลินิกผู้สูงอายุ 18.7
	6.2 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ100	4/6 ตำบล :ร้อยละ 67	6/6 : ร้อยละ 100
7	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ30		
	7.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ30	ในคลินิก ร้อยละ17.99	ในคลินิก ร้อยละ27.59 คัดกรองในชุมชนร้อยละ 31 ผิดปกติ. 0.69
	7.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ30	ในคลินิก ร้อยละ 20.22	ในคลินิก ร้อยละ 34.48 คัดกรองในชุมชนร้อยละ48.7 ผิดปกติ. 2.32.

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 5 : เป้าหมาย ร้อยละ 90

ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan

ตำบล	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan					
	รอบเดือน ต.ค.-ธ.ค. 64			รอบเดือน ต.ค. 64.-มี.ค.65		
	จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน Care Plan	ร้อยละการจัดทำ Care Plan	จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน Care Plan	ร้อยละการจัดทำ Care Plan
บ่อยาย	380	373	98.16	701	657	93.72
เขารูปช้าง						
เกาะแต้ว						
พะวง						
ทุ่งหวัง						
เกาะยอ						

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 6 :
เป้าหมาย ร้อยละ 50
ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลในสถานบริการและในชุมชน
6.1 ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในชุมชน อำเภอเมือง	ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในคลินิกผู้สูงอายุ
ในชุมชนร้อยละ 30.3	ในคลินิกผู้สูงอายุ 18.7
การประเมินในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ไม่ผ่าน 2 ด้าน ได้แก่ -การดื่มน้ำ 8 แก้ว -การกินผักและผลไม้ ร่วมกับปัญหาการมีพื้นที่ใช้งานได้น้อย	*การประเมินในคลินิก พบว่าส่วนใหญ่ไม่ผ่าน 2 ด้าน ได้แก่ -การดื่มน้ำ 8 แก้ว -การกินผักและผลไม้ **ผู้ใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพบกพร่อง อาจมีข้อจำกัดในการปฏิบัติตามเกณฑ์สุขภาพที่พึงประสงค์ ***ผู้สูงอายุทุกรายได้รับข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 6 :
เป้าหมาย ร้อยละ 100
ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลในสถานบริการและในชุมชน
6.2 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
ผลการดำเนินการตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาว (LTC) ในชุมชนอำเภอเมืองผ่านเกณฑ์ 6/6 ตำบล ร้อยละ 100

ตำบล	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาว (LTC) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์องค์ประกอบ 6 ด้าน					
	องค์ ๑ ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผ่าน Blue Book Application	องค์ ๒ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการประเมินได้รับการดูแล/วางแผนส่งเสริมสุขภาพตาม CP	องค์ ๓ มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม	องค์ ๔ มีทีมสหสาขาวิชาชีพลงเยี่ยมในชุมชน	องค์ ๕ มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่ม ADL	มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม LTC-3c
บ่อยาย	? ลงข้อมูลใน HDC	✓	✓	✓	✓	✓
เขารูปช้าง	? ลงข้อมูลใน HDC	✓	✓	✓	✓	✓
เกาะแก้ว	? ลงข้อมูลใน HDC	✓	✓	✓	✓	✓
พะวง	? ลงข้อมูลใน HDC	✓	✓	✓	✓	✓
ทุ่งหวัง	? ลงข้อมูลใน HDC	✓	✓	✓	✓	✓
เกาะขอม	? ลงข้อมูลใน HDC	✓	✓	✓	✓	✓

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ ๗ :

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม
 และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ **เป้าหมาย ร้อยละ ๓๐**

7.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษา
 ในคลินิกผู้สูงอายุ (ผลลัพธ์ : ปี 2563-2564 = ร้อยละ 17.79) /ปี2565..รอบ 6เดือน=ร้อยละ20.31

ระยะเวลา พฤศจิกายน63-ธค64

- มีผู้สูงอายุที่ได้รับคัดกรอง/ทดสอบภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุจำนวน 118 คน พบมีภาวะเสี่ยง 21 คน(คิดเป็นร้อยละ17.79)
- แนวทางการดูแลต่อเนื่อง
 - กลุ่มปกติ ได้รับคำแนะนำ Brain Exerciseที่บ้าน
 - กลุ่มเสี่ยง นัดนัดเข้ากลุ่ม Brain Exercise/Brain training ตามสมัครใจที่คลินิก วันพฤหัสบดี/ศุกร์(บ่าย) ตามความสมัครใจ/ความพร้อม
 - กลุ่มป่วยที่ส่งมาเข้าโปรแกรม TEAM V (กรมการแพทย์) วันพฤหัสบดีมีผู้รับบริการต่อเนื่อง แล้ว 3 ราย ผลประเมินMMSE-T-2002ซ้ำหลัง 3 เดือน ดีขึ้น 2 ราย คงเดิม 1 ราย

ระยะเวลา มกราคม-มีนาคม65

มีผู้สูงอายุที่ได้รับคัดกรอง/ทดสอบภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุจำนวน 58 คน พบมีภาวะเสี่ยง 16คน(คิดเป็นร้อยละ27.59)แนวทางการดูแลต่อเนื่อง

- กลุ่มปกติ ได้รับคำแนะนำ Brain Exerciseที่บ้าน
- กลุ่มเสี่ยง นัดเข้ากลุ่ม Brain Exercise/Brain training ตามสมัครใจที่คลินิก วันพฤหัสบดี/ศุกร์(บ่าย) ตามความสมัครใจ/ความพร้อม
- กลุ่มป่วยที่ส่งมาเข้าโปรแกรม TEAM V วันพฤหัสบดี มีผู้รับบริการต่อเนื่อง แล้ว 2 ราย (รายเดิมต่อเนื่อง 1 ราย รายใหม่ 1 ราย)

มีcase ส่งมาฝึกจากคลินิกสุขภาพใจ 3 ราย : ฝึก/แนะนำตามรอบนัดต่อเนื่องคลินิกสุขภาพใจ(ผู้ป่วยในเครือข่าย:เทพา/จะนะ)

ผลการดำเนินงาน ของCM/CG ในการลงพื้นที่คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

อำเภอเมืองสงขลา รายตำบล ใน 6 เดือนแรกปี 2565

ข้อมูล ณ วันที่ 26 มี.ค. 65

ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุ (ทั้งอำเภอ26,007)	จำนวนที่คัดกรองได้		ผลลัพธ์ 14 ข้อคำถาม (กรณี 2Q ปกติ)		
		จำนวนคน	ร้อยละ	คะแนน ตีมาก-ปานกลาง (คะแนน 14-29)	ค่อนข้างต่ำ-ต่ำ (คะแนน 30-56)	
บ่อหยาง	10,451	1,485	14.21	1,481	4 คน	
เขารูปช้าง	8,368	2,941	35.15	2,938	3 คน	
เกาะเตี๋ย	1,964	1,423	72.45	1,377	46 คน	
พะวง	4,900	1,115	22.76	1,114	1 คน	
ทุ่งหวัง	2,419	747	30.88	746	1 คน	
เกาะยอ	1,046	743	71.03	741	2 คน	
รวม	29,148	8,454	29.00	8,397	57 คน/ร้อยละ 0.67	
				ร้อยละ 99.33		

หมายเหตุ ข้อมูลยังอยู่ระหว่างดำเนินการคัดกรอง

สัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 22.05

สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมของโรงพยาบาลสงขลา

ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสงขลาด้วยภาวะ MCI / Dementia ช่วง 6 เดือนแรกปี 2565 (ข้อมูล ต.ค.64- มี.ค 65

โรค	อำเภอเมือง							อำเภอเครือข่าย							ภาพรวม ทั้ง ๗ อำเภอ
	บ่อียง	เขารูป	พะวง	เกาะ	ทุ่ง	เกาะ	รวม	สิง	สทิง	กระแ	ระโนด	จะนะ	เทพา	รวม	
	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	คน/ครั้ง
MCI	6/11	14/33	2/2	0	2/2	3/8	27/56	7/16	4/6	3/6	3/5	1/2	3/3	21/38	48/94
Dementia	89/179	66/149	17/37	0	5/12	7/19	184/396	52/124	32/57	14/24	31/54	23/52	12/18	164/329	348/725

ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสงขลาด้วยภาวะ MCI / Dementia ช่วง 6 เดือนแรกปี 2565 (ข้อมูล ต.ค.64- มี.ค 65

(จำแนกเฉพาะ 60 ปี ขึ้นไป)

MCI	5/9	12/18	2/2	0	2/2	3/8	24/39	6/15	3/4	3/4	3/5	1/2	2/2	18/32	42/71
Dementia	82/163	57/129	14/32	0	4/7	7/19	160/350	48/144	32/57	13/22	28/49	21/47	11/17	153/336	313/686

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 7 :

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะ
 หกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป้าหมาย ร้อยละ ๓๐

7.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษา
 ในคลินิกผู้สูงอายุ

- การคัดกรองในพื้นที่ ปี2565(6เดือนแรก :
 คัดกรอง ได้ร้อยละ 45.91พบกลุ่มเสี่ยง
 จำนวน 326 คน คิดเป็นร้อยละ 2.62
 พบมากในตำบลเกาะแก้ว(จำนวน171คน)และ
 ตำบลบ่อียง (จำนวน 74 คน)

- การคัดกรองในคลินิกผู้สูงอายุ ปี2565
 -3 เดือนแรก : คัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงต่อ
 การเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาใน
 คลินิกผู้สูงอายุร้อยละ 20.22
 - 6 เดือน : คัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงต่อการ
 เกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิก
 ผู้สูงอายุร้อยละ 25.77
- ในรายที่มีอาการรุนแรงได้รับการส่งต่อคลินิก
 เวชกรรมฟื้นฟูและคลินิกกระดูกและข้อ

การขับเคลื่อนงานบริการผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงขลา

คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา(ในปัจจุบัน)



หัวข้อ	ผลประเมินตนเองปี 2564-2565	
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1.ด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม	มี ข้อ/13 คะแนน	7 คะแนน
2.บุคลากร	มี 4 ข้อ/12 คะแนน	9 คะแนน
3.การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	มี 9 ข้อ/27 คะแนน	20 คะแนน
รวม	มี 18 ข้อ/52 คะแนน	36 คะแนน (ร้อยละ69.23)

ทีมสหวิชาชีพ

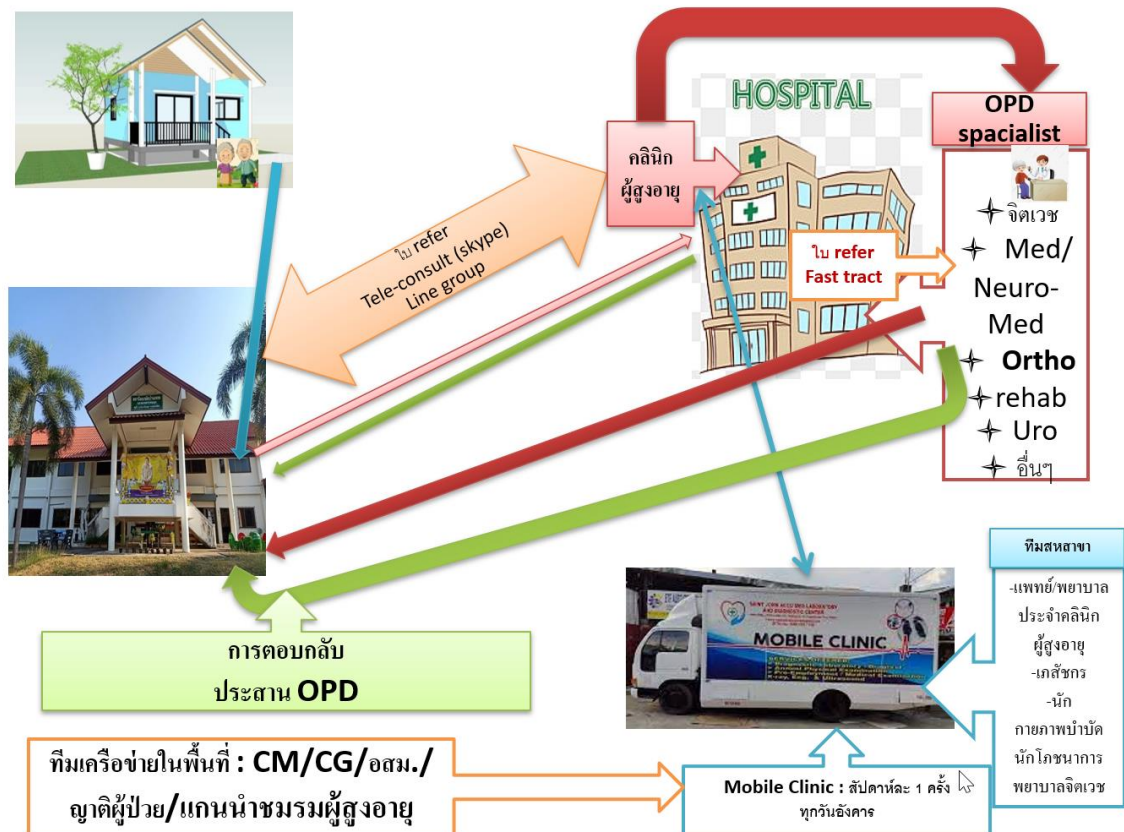
แพทย์

เภสัชกร

พยาบาล

นักโภชนาการ

ระบบบริการผู้สูงอายุ/Mobile Aging Clinic โรงพยาบาลสงขลา





ตารางปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่(Aging Mobile Clinic)

ประจำเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน 2565(Plan : เดือนละ 3 ครั้งหรือความพร้อม)

เดือน/ สัปดาห์	พื้นที่ เริ่ม	สหวิชาชีพ					กิจกรรม
		แพทย์	ทันต แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	อื่นๆ (โภชนาการ/ นักกายภาพ)	
สป-4:อังคาร 31 พ.ค.65 9-12.00)	โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลนคร สงขลา ค.บ่อยาง	/	*	/	*	*/	1.ประเมิน/คัดกรอง-คัดแยกกลุ่มอาการ เป้าหมายทางสูงอายุเพื่อส่งต่อการรักษา ต่อเนื่องสมองเสื่อม/หกล้ม/เข้าเสื่อม 2.ให้ความรู้/คำแนะนำที่ทีมสาธารณสุขในพื้นที่ 3.จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมอง ผู้สูงอายุป้องกันภาวะสมองเสื่อม/กาย บริหารป้องกันการหกล้ม 4.ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก 5.ประเมินภาวะโภชนาการ * ตามความพร้อมของสหวิชาชีพและ/ หรือปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่
สป-2 สุกร์ 10 มิ.ย.65	กูโบร์/พาณิชย (สวนตุล)ค.เขา รูปช้าง	/	*		*	*/	
สป-4 อังคาร 21 มิ.ย.65	สอ.ด.เขารูป ช้าง(เขาแก้ว)	/	*		*	*/	
เดือนละ 3 ครั้ง หมุนเวียน ใน3 พื้นที่ คือ กูโบร์/เขาแก้ว/สวนตุล(รพ.สต. เขารูปช้าง) หรืออาจเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมตามเหมาะสม							

คลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ ณ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลนครสงขลา
วันที่ 31 พ.ค.2565 นำทีมโดย พญ.พัชร พุทธชาติและสหวิชาชีพ

ทีมสหวิชาชีพ: แพทย์พยาบาลเภสัชกร/นักกายภาพบำบัด/นักโภชนาการ



ขั้นตอน 1: ประเมินเบื้องต้น



ขั้นตอน 2: พบพยาบาลประเมิน GS



ขั้นตอนที่ 3
พบสหวิชาชีพ
ตามปัญหา

พบนักโภชนาการ



พบเภสัชกร



พบนักกายภาพบำบัด



ขั้นตอนที่ 4 พบแพทย์



มีผู้มารับบริการคัดกรองทั้งหมด 64คน

- ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม 43 คน (พบกลุ่มปกติ-21 คนกลุ่มเสี่ยง 22 คน)
- ส่งต่อเข้าคลินิก 5 คน
- ยังไม่ได้คัดกรองหรือเอาเอกสารกลับ 21 คน

คลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขพาศิณชัยสร้างสุข ต.บ่ออย่าง อ.เมือง จ.สงขลา วันที่ 10 มิ.ย.2565 นำทีมโดย พญ.จิรวรรณ ชูทิพย์และสหวิชาชีพ



พบพยาบาล/
นักกายภาพบำบัด



พบ
แพทย์

พบพยาบาล แนะนำ
Brain Exercise



มีผู้มารับบริการคัดกรองทั้งหมด 20 คน

- ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม 20 คน (พบกลุ่มปกติ-8 คนกลุ่มเสี่ยง 12 คน) ส่งต่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุ 4 คน
- ได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม(TUGT>12 วินาที) มี 4คน
- มีปัญหาปวดเข่า 10 คน ส่งต่อคลินิกเวชกรรมฟื้นฟู 2 คน

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: “สงขลาโมเดล : โรงพยาบาลสงขลา”

การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในรอบปี 2563

ระโนด
กระแสดินธุ์
สติงพระ
สิงหนคร
เมืองสงขลา
จะนะ
เทพา

การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในรอบปี 2564-2565

การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในรอบปี 2564-2565

จุดให้บริการผู้ป่วย 3 จุด

จุดรับไว้ ให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบ

Brain Exercise: on site

Brain Exercise: on Line

ร่วมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
โมเดลจังหวัดสงขลา เพื่อผู้สูงอายุ/ครอบครัว/ชุมชนชาวจังหวัดสงขลา
ผู้สังคมที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ประเทศไทย)

การประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการทำและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
ในพื้นที่นำร่อง CDC system
ในวันที่ 6 - 7 มิถุนายน 2565 ณ ห้องประชุม พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ชั้น 2 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

พื้นที่นำเสนองาน CDC system (อ.เมืองสงขลา รพ.สงขลา)

นำเสนองานโดย พว.จรรยาพร ภัทรเดช
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ / รพ. สงขลา

ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำและแนวทางการดำเนินงานระบบ CDC System ณ รพ.สงขลา

พ.ญ.สิริพร อันศิริกาญจน์
รศ.ผ่องพรรณ อุ่นแสง
รศ.ดร.วรรณภา ศรีอินทร์

พื้นที่แสดงความคิดเห็น งาน CDC system (อ.เมืองสงขลา - รพ สด เซารูปช้าง สาขา 2 - เขานก)

อสม. ศูนย์สุขภาพชุมชนเซารูปช้าง เขานก

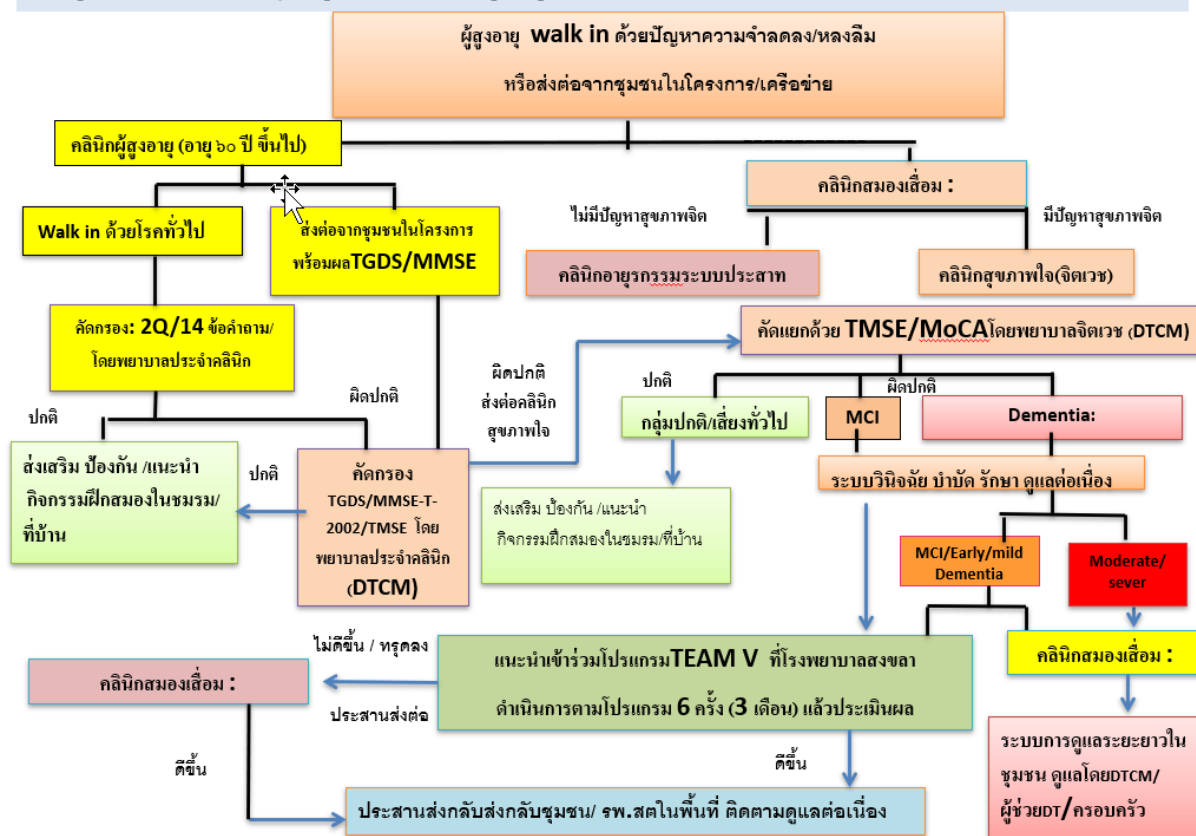
พื้นที่แสดงความคิดเห็น งาน CDC system (อ.เมืองสงขลา - รพ สด เซารูปช้าง-สวนตุลา)

อสม. รพ สด เซารูปช้าง เขานก

นำเสนอ การทำไทม์กลุ่ม 7 มิ.ย. 65 อ.เมืองสงขลา - รพ สด เซารูปช้าง (สวนตุลา/บ้านทุ่งใหญ่/เคหะ/เขานก)

นำเสนอด้วย พว. โย โย จารี รัตน์ กวีราช
ศูนย์สุขภาพชุมชนเซารูปช้าง สาขา 2 (เขานก)

การดูแลต่อเนื่องระดับทุติยภูมิ : ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโรงพยาบาลสงขลาปรับปรุงครั้งที่ 2(ปี2564)



กิจกรรมดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบครบวงจร โรงพยาบาลสงขลา ปี 2565

ที่	กิจกรรม	รายละเอียด/ผลลัพธ์
1.พัฒนา กำลังคนทีม สาธารณสุขใน ทุกพื้นที่/พื้นที่ นำร่อง	ร่วมเป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะ สมองเสื่อมให้กับ 1.เจ้าหน้าที่(CM) /ผู้รับผิดชอบใน16 อำเภอ จังหวัดสงขลาและพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินการคลินิก ผู้สูงอายุ 2.เครือข่าย/เน้นอำเภอเมืองสงขลา/หาดใหญ่/นาทวี -CG/อสมในพื้นที่อำเภอเมือง -CG/อสมในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ -CG/อสมในพื้นที่อำเภอนาทวี	เป็นโครงการที่จัดโดย 1.CM/ผู้รับผิดชอบทั้งจังหวัดสงขลา (50 คน) : จัด โดยสสจ.สงขลา เมื่อวันที่ 11-12 พ.ค.2565และ วันที่ 24 พ.ค.2565 2.CG/อสม (120 คน) : ในจังหวัดสงขลา วันที่ 19-20 พ.ค.2565/วันที่26-27พ.ค.2565 วันที่ 30-31 พ.ค.2565 วันที่ 1-2 มิ.ย.2565
2.คัดกรองตาม แนวปฏิบัติ	-ดำเนินการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา -เริ่มดำเนินการ Mobile Aging Clinic	-วันอังคาร/ศุกร์ให้บริการประเมิน-ตรวจรักษา(ช่วง เช้า) Brain Exercise ทุกบ่าย -วันพฤหัสบดี Brain Exercise /Brain Training -เริ่ม Mobile Aging Clinic เริ่ม 31พ.ค.65
3.สร้าง เครือข่ายใน ระบบ CDC	-ประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานระบบ CDC ต่อเนื่องในพื้นที่ที่มีความพร้อม เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ (เทศบาลนครสงขลา) วิทยาลัยพยาบาลฯ สงขลา	  รร.ผู้สูงอายุ วิทยาลัย พยาบาล

ประชุมเชิงปฏิบัติการการคัดกรอง การจัดทำแผนการดูแลสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ
 ที่มีปัญหาสมองเสื่อม ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจสำหรับบุคลากรรับผิดชอบงานผู้สูงอายุ
 ในสถานบริการจังหวัดสงขลา

วันที่ 11-12 พ.ค.2565 ณ ห้องประชุม จิรัชมิตร สสจ.สงขลา



โครงการอบรมฟื้นฟูผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) :
 การคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ /กลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มป่วย สมองเสื่อม
 วันที่ ๑๙-๒๐ พ.ค.๖๕ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เทศบาลนครสงขลา
 (โรงเรียนผู้สูงอายุ)



ประชุมพัฒนาศักยภาพเรื่อง การคัดกรองภาวะเสื่อมในผู้สูงอายุ
 ให้กับ อสม./CG ให้ ๓ อำเภอของจังหวัดสงขลา(เมือง/หาดใหญ่/นาทวี)
 วันที่ ๒๖-๒๗พ.ค./๓๐-๓๑พ.ค./๑-๒มิ.ย.๒๕๖๕



นวัตกรรมในระบบCDC system โรงพยาบาลสงขลา

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โรงพยาบาลสงขลา(CDC system) จากต้นน้ำ-ปลายน้ำ :

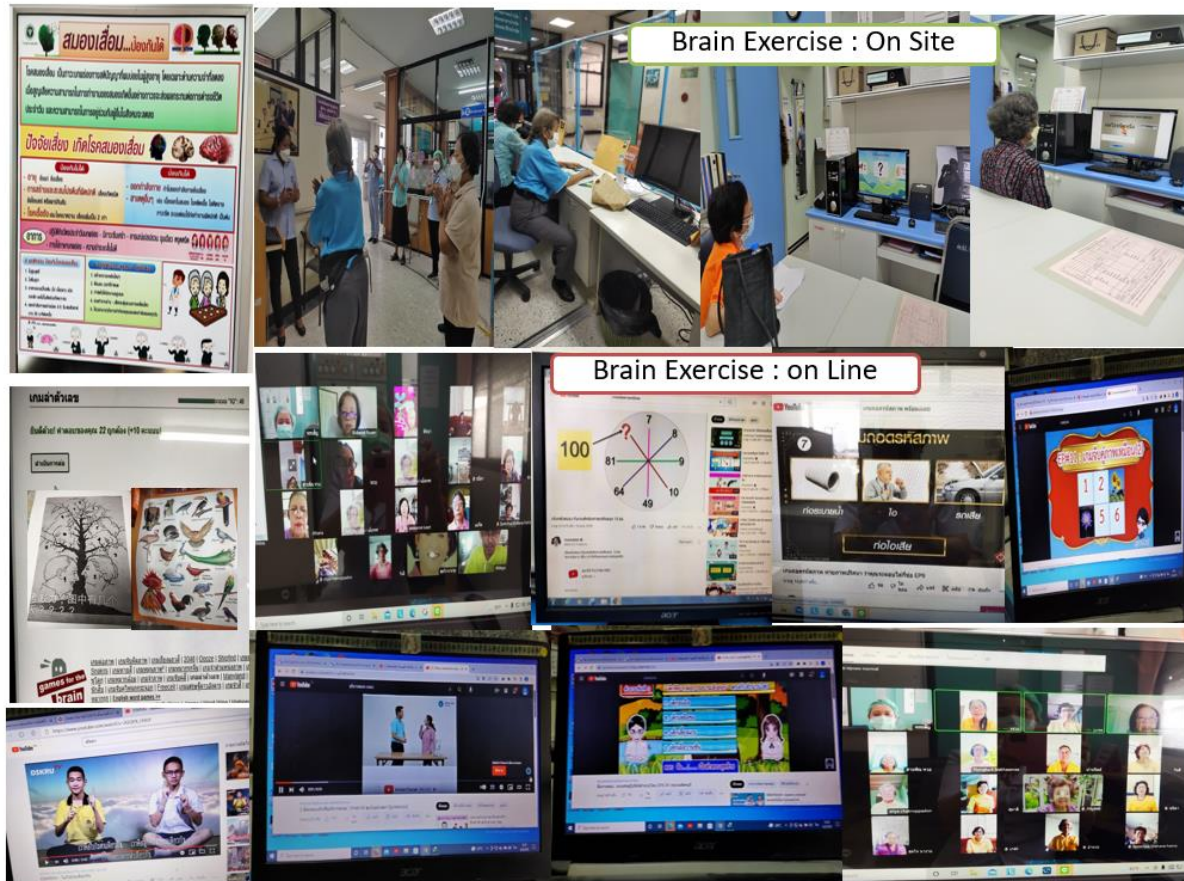
- ขั้นตอนที่ ๑ มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร (Seamless Care) โดยการคัดกรองในระดับปฐมภูมิ ผ่านอสม./CG ส่งต่อมาคัดแยกในรพ.สต./คลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ในพื้นที่นำร่อง ๔ แห่ง)ด้วยแบบคัดกรอง ๒Q/๑๔ ข้อคำถามหรือMini cog เพื่อแยกกลุ่มปกติ-เสี่ยง-ป่วย ให้การดูแลตามภาวะสุขภาพ หรือส่งต่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุหรือเข้าช่องทางคลินิกสุขภาพใจในโรงพยาบาลสงขลา เพื่อการดูแลต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติ(Guide Line)

- ขั้นตอนที่ ๒ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา ประเมินคัดกรองซ้ำ เพื่อคัดแยกกลุ่มปกติ-เสี่ยง-ป่วย ด้วยแบบคัดกรอง๒QหรือTGDS/๑๔ ข้อคำถาม/MMSE-T-๒๐๐๒/TMSEและให้การดูแลต่อเนื่องในรูปแบบ

-Brain Exercise ในกลุ่มปกติ

-Brain Training ในกลุ่มเสี่ยง หรือMCI/Early Dementia

- ขั้นตอนที่ ๓ คลินิกเฉพาะทาง ได้แก่ คลินิกอายุรกรรมประสาท คลินิกสุขภาพใจ คลินิกสมองเสื่อม ประเมิน ซ้ำด้วย TMSE/MoCA เพื่อคัดกลุ่มและให้การดูแลต่อเนื่อง ในรูป Brain Training –TEAM Vในคลินิกผู้สูงอายุ หรือ Brain Care ในคลินิกและประสานเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน



แนวทางการขับเคลื่อน/นโยบาย/แผนพัฒนา

ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลสงขลา ปี๒๕๖๔-๒๕๖๕

๑. จะพยายามปรับเข้าสู่งานประจำ ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ โดยปรับแนวปฏิบัติ ในเข้ากับบริบท/สถานการณ์ปัจจุบันในท้องถิ่น

ในปฐมภูมิ : คัดกรองในคลินิก NCD

ในโรงพยาบาล : ในคลินิกผู้สูงอายุ ดำเนินการสาธิต

Brain Exercise/ Brain training

ในหอผู้ป่วย : คัดกรองภาวะในผู้ป่วยสูงอายุ

๒. ดำเนินการโปรแกรม TEAM V ในระบบนัดระหว่างคลินิกที่เกี่ยวข้อง(ปรับตามบริบทและความต้องการผู้ป่วยที่เป็นไปได้)

๓. หารูปแบบชัดเจน จะขยายไปสู่สถานบริการสุขภาพในเครือข่าย





โรงพยาบาลสงขลา

ข่าวประชาสัมพันธ์ MOPH

ปี ที่ 4 ฉบับที่ 157 เดือนมิถุนายน 2565

โรงพยาบาลสงขลา



โรงพยาบาลสงขลา จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่อง CDC System






วันที่ 6-7 มิถุนายน 2565 คณะผู้เยี่ยมชม จากกรมการแพทย์ นำโดย พศ.พญ.สิรินทร จันสิริกาญจน์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์ และผู้ทรงคุณวุฒิ รศ.ดร.วรรณ ศรัทธาธิ์ และ รศ.พงษ์พรรณ อรุณแสง ติดตามและประเมินผลการดำเนินการในการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่อง CDC System ณ ห้องประชุมพลเอกเปรมติณสูลานนท์ โรงพยาบาลสงขลา เพื่อเยี่ยมชมผลสัมฤทธิ์ และสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดสงขลา (พัฒนาด้วยอด/ต่อเนื่อง เกือบเคียงระดับสากล) มี พญ.จิรพรรณ ชูทิพย์ และ พญ. พัชรีย์ เพ็ญชาติ แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ รพ.สงขลา และเป็น System Manager นำทีมให้การต้อนรับ และคณะทำงานเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลาเข้าร่วมประชุม โดยมีคลินิกผู้สูงอายุ รพ.สงขลา เป็นศูนย์กลางการขับเคลื่อน CDC System ของเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา





ภาพโดย ... งานเวชภัณฑ์และโลโก้ รพ.สงขลา



โทรศัพท์ : 074-338100 , 074-858050 เว็บไซต์ : www.skhsphospital.go.th

ผู้รายงาน: น.ส.จรรยาเพ็ญ ภัทรเดช

ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร. ๐๗๔-๓๓๘๑๐๐ ต่อ ๑๙๓๒

E-mail: cchanpen๒๕๖๑@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต

ประเด็น : การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

สถานการณ์

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ช่วงไตรมาสที่ ๒ (ระหว่างเดือนมกราคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๕) โรงพยาบาลสงขลาไม่มีมารดาเสียชีวิต มีมารดาคลอดจำนวน ๖๐๗ ราย คลอดทางช่องคลอดจำนวน ๒๖๐ ราย และผ่าตัดคลอด ๓๔๗ ราย มารดาที่คลอดทางช่องคลอดตกลูกหลังคลอดจำนวน ๓ ราย (๑.๑๕%) ตกลูกจากภาวะรกค้างและล้งรกในท้องผ่าตัดจำนวน ๑ ราย ส่วนมารดาที่ผ่าตัดคลอดมีภาวะตกลูกหลังคลอดจำนวน ๖ ราย (๑.๗๓%) มีมารดาที่ผ่าตัดคลอดเกิดภาวะช็อกต้องตัดมดลูกและย้ายเข้าไอซียูจำนวน ๑ ราย

มารดากลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษจำนวน ๒๕ ราย ภาวะครรภ์เป็นพิษระดับปานกลางจำนวน ๑๓ ราย (๕๒.๐๐%) และระดับรุนแรงจำนวน ๑๒ ราย (๔๘.๐๐%) ไม่มีมารดาเกิดภาวะชกจากครรภ์เป็นพิษมารดาที่มีภาวะเบาหวานจำนวน ๖๐ ราย ไทรอยด์จำนวน ๔ ราย ความดันโลหิตสูงจำนวน ๙ ราย โรคหัวใจจำนวน ๙ ราย ไม่มีผู้ป่วย admit ด้วย septic shock จากการทำแท้ง คลินิกนรีเวชกรรม มีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมจำนวน ๑๓ ราย ได้รับการทำแท้งปลอดภัยจำนวน ๘ ราย ตั้งครรภ์ต่อจำนวน ๔ ราย

ความก้าวหน้า / ผลการดำเนินงาน

ไตรมาสที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๓ จำนวน (%)	๒๕๖๔ จำนวน (%)	๒๕๖๕ (Q๒) จำนวน (%)
๑	จำนวนมารดาคลอด	-	๓,๑๓๑	๒,๘๙๙	๖๐๗
๒	จำนวนมารดาเสียชีวิต	๐ ราย	๐	๐	๐
๓	อัตราตกลูกหลังคลอด (รวม)	๔%	๓๒ (๑.๐๒)	๓๔ (๑.๑๗)	๙ (๑.๔๘)
	- คลอดทางช่องคลอด	๓%	๒๒ (๑.๒๓)	๑๖ (๑.๐๒)	๓ (๑.๑๕)
	- ผ่าตัดคลอด	๑%	๑๐ (๐.๘๑)	๑๘ (๐.๙๓)	๖ (๑.๗๓)
๔	อัตราการเกิดภาวะช็อกในมารดาที่ตกลูกหลังคลอด (รวม)	<๒๕%	๓ (๙.๓๗)	๑ (๒.๙๔)	๑ (๑๑.๑๑)
๕	จำนวนมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ	ราย	๑๖๘ (๕.๓๗)	๑๔๓ (๔.๙๓)	๒๕ (๒.๖๒)
	อัตรามารดาชกจากภาวะครรภ์เป็นพิษ	๐ ราย	๐	๒ (๑.๔๐)	๐
๖	จำนวนมารดาที่ต้องเข้าไอซียู	๐ ราย	๐	๑ (PPH) (๐.๐๓)	๑ (PPH) (๐.๑๖)
๗	จำนวนมารดาที่ต้องส่งต่อ	ราย	๐	๐	๐

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๓ จำนวน (%)	๒๕๖๔ จำนวน (%)	๒๕๖๕ (Q๒) จำนวน (%)
๘	อัตราการดาเป็นเบาหวาน	ราย	๒๔๔ (๗.๗๙)	๒๙๔ (๘.๑๐)	๖๐ (๙.๘๘)
๙	อัตราการดาไทรอยด์เป็นพิษ	ราย	๘ (๐.๒๖)	๑๔๓ (๓.๙๔)	๔ (๐.๖๖)
๑๐	อัตราการดาโรคหัวใจ	ราย	๓ (๐.๐๙)	๑ (๐.๐๓)	๙ (๑.๔๘)

แผนพัฒนา

- พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โดยเพิ่มการนำเครื่องมือ MEOWS (Modified Early Obstetric Warning Signs) มาใช้ในการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตตกเลือดหลังคลอด รวมถึงการปรับปรุงขั้นตอนการดูแลมารดาในระยะ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อให้การดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีประสิทธิภาพในเชิงรุกมากขึ้น
- ประชุมทีมคร่อมสายงานสูติรีเวชกรรม ในการพัฒนาระบบการเข้าถึงการใช้เลือดในสถานการณ์วิกฤตตกเลือดในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด
- พัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องคลอดในการดูแลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง และการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (ระยะ ๒ ชั่วโมงแรกหลังคลอด) ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด
- พัฒนากระบวนการทบทวนใหม่ของการวางแผนจำหน่ายมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อลดอัตราการ re-admit อัตราการคลอดก่อนกำหนด และลดอัตราการเกิด Birth Asphyxia ในทารกคลอดก่อนกำหนด
- พัฒนาแนวทางปฏิบัติโดยใช้หลัก I-T-R-A-N-F-E-R ในการประเมินทารกแรกเกิดก่อนจำหน่ายออกจากห้องคลอด เพื่อคุณภาพของการพยาบาลทารกแรกเกิด





ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๑. การเคลื่อนย้ายทารกไปยังแผนก NICU จำเป็นต้องใช้ Transport Incubator สำหรับ Transfer ซึ่งควรมีตู้ (Transport Incubator) สำหรับหมุนเวียนการใช้งานอย่างเพียงพอ (ในปัจจุบันมีตู้สำหรับ Transfer เพียง ๑ คัน) ทั้งนี้เพื่อรองรับทารกที่มีปัญหา และทารกที่หลุดจากการติดตามเชื้อโควิด ๑๙

๒. กระบวนการในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ควรมีเครื่องประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจทารก (EKG ชนิด ๓ LEAD) ซึ่งจะช่วยประเมินลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการทำงานของหัวใจทารกในระหว่างการช่วยฟื้นคืนชีพ และเครื่องดังกล่าวสามารถติดตั้งใน Transport Incubator ได้ด้วย ทั้งนี้เพื่อการติดตามและประเมินอาการทารกอย่างใกล้ชิดในระหว่างการ Transfer ซึ่งจะช่วยให้การช่วยชีวิตทารกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และทันท่วงที รวมถึงช่วยในการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมสำหรับช่วยชีวิตทารกในแผนก NICU

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

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด

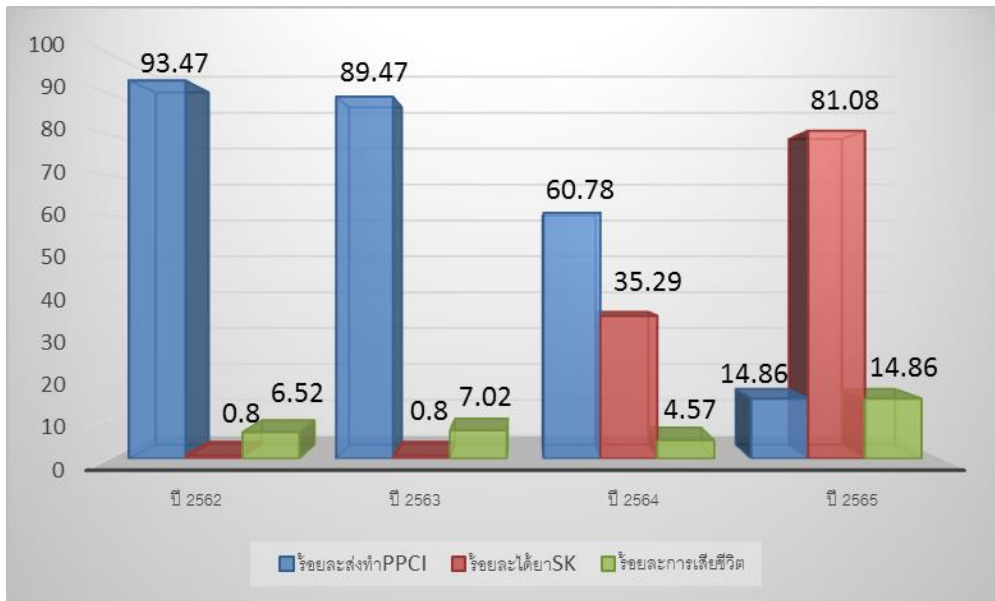
สถานการณ์

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเฉียบพลันชนิด STEMI เมื่อผู้ป่วยมาถึงแผนกฉุกเฉินจะมีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหัวใจและหลอดเลือดตามตารางเวรของแพทย์ Consult STEMI จังหวัดสงขลาซึ่งเป็นความร่วมมือของแพทย์เฉพาะทาง ๓ แห่งเพื่อให้การวินิจฉัยรักษาอย่างรวดเร็วถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้การเปิดหลอดเลือด PPCI ได้ตามมาตรฐาน ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพ-หาดใหญ่ ปัจจุบันจากสถานการณ์ Covid๑๙ และนโยบายของจังหวัดสงขลาเขต ๑๒ การบริหารจัดการบริการดูแลผู้ป่วย STEMI ของโรงพยาบาลสงขลาจากเดิมมีการส่งผู้ป่วย STEMI ทำ Primary PCI เป็นส่วนใหญ่ ได้มีการรักษาแบบ Pharmacoinvasive ให้ยา Fibrinolytic ตามดุลพินิจของแพทย์แล้วส่งต่อเพื่อทำ PCI พบว่า ในปี พ.ศ.๒๕๖๒- ๒๕๖๕ ได้มีการส่งผู้ป่วย STEMI ทำ Primary PCI ลดลงคิดเป็นร้อยละ ๙๔.๕๖, ๘๙.๔๗, ๖๐.๗๘ และ ๑๔.๘๖ ตามลำดับ และมีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๕ คิดเป็นร้อยละ ๖.๕๒, ๗.๐๒, ๔.๕๗ และ ๑๔.๘๖ ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่ผู้ป่วยอาการทรุดหนักมีภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล แม้ว่าคุณภาพการรักษาพยาบาลในผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด คือ ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา ๓๐ นาที หลังได้รับการวินิจฉัย ($\geq$ ร้อยละ ๖๐) และได้รับการส่งทำ PPCI ภายใน ๑๒๐ นาที หลังได้รับการวินิจฉัย ($\geq$ ร้อยละ ๖๐)

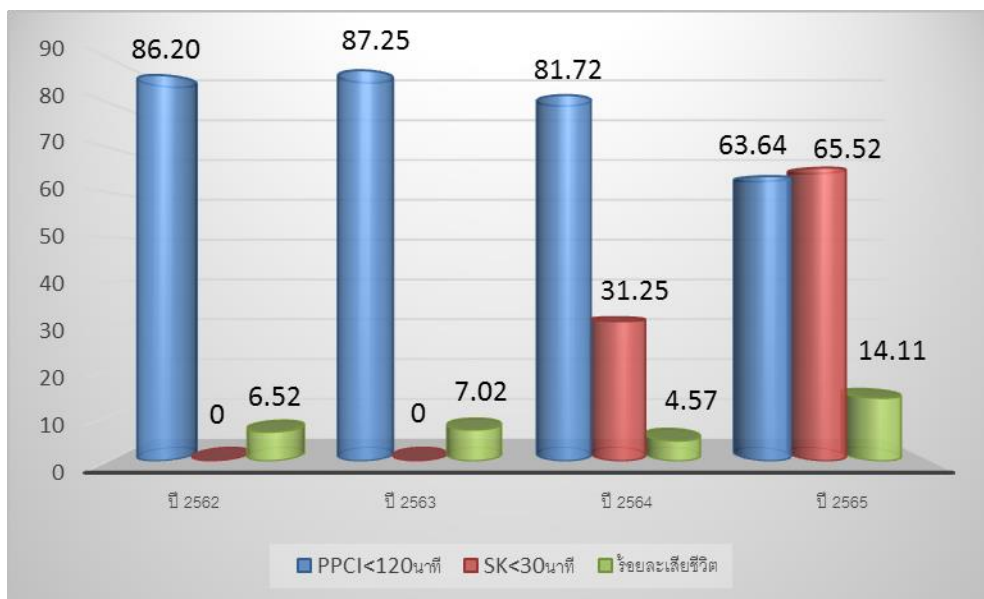
ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖)

ตัวชี้วัด

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ($<$ ร้อยละ ๘)
๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
 - ๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที หลังได้รับการวินิจฉัย ($\geq$ ร้อยละ ๖๐)
 - ๒.๒ ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการส่งทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาที หลังได้รับการวินิจฉัย ($\geq$ ร้อยละ ๖๐)



ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและได้รับการส่งทำPPCI หลังได้รับการวินิจฉัย



ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

ปัญหาอุปสรรค

๑. ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า
๒. ผู้ป่วยบางรายได้รับยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า และส่งทำ PPCI ล่าช้า
๓. ผู้ป่วยหลังทำ PCI ขาดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา การติดตามภาวะสุขภาพหลังการจำหน่าย

ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย

๑. ให้ความรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่คลินิก OPD เกี่ยวกับ early warning sign อาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่ม NCD เน้นการรับรู้อาการ มารับการรักษาเร็ว (STEMI time to door < ๓ hr. > ๘๐%) โดยการ พร้อมช่องทางการเข้าถึงการบริการด้วยหมายเลข ๑๖๖๙
๒. Update CPG ระบบ Fast Track ในการรักษาผู้ป่วย STEMI (Fibrinolytic/PPCI)
๓. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย STEMI และการบริหารยาละลายลิ่มเลือด (SK)
๔. ความพร้อมในระบบการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน ๒๔ ชั่วโมง ให้ความพร้อมด้านบุคลากรรพพยาบาล และมีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต
๕. ใช้ระบบ Telemedicine ส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาอันรวดเร็วและเหมาะสม สามารถทำ ACLS ได้
๖. ควรมีการปรึกษาแพทย์ผู้ทำหัตถการกรณี Case Re-admit หลังทำหัตถการ ๒๘ วัน ที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก
๗. จัดให้มีคลินิก Post PCI เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางติดตามอาการ พัฒนาระบบคลินิก Warfarin และ CHF

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

AOC ระบบสั่งการบริหารแพทย์ฉุกเฉิน

นำร่องทดลองใช้ระบบ Ambulance Operation Center (AOC) ในการรับผู้ป่วย STEMI จาก รพช. โดยมีเจ้าหน้าที่บนรถสามารถปรึกษาอาการโดยตรงกับนายแพทย์อิทธิพล ปรีชาเวชยากุล แพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจโรงพยาบาลสงขลา ผ่านระบบการสื่อสารด้วยภาพและเสียงแบบต่อเนื่อง (real time) ทำให้สามารถทำการรักษาระหว่างนำส่งได้ ร่วมกับโรงพยาบาลผู้รับต่อผู้ป่วยสามารถเตรียมการรักษาพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องตรงกับสภาพอาการของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้ทำการรักษาโดยการให้ยา SK แล้วนำส่งผู้ป่วยขึ้นรถ Refer โดยไม่ต้องรอให้ยาหมด ระหว่างการนำส่งมีแพทย์ของโรงพยาบาลสงขลาคอยให้คำปรึกษา จนกระทั่งถึงห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลา ได้ทำการรักษาต่อประเมินอาการ ทำ EKG แล้วส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการปลอดภัยมีแผนการรักษาต่อโดยส่งผู้ป่วยทำ CAG ที่โรงพยาบาลสงขลาครินทร์



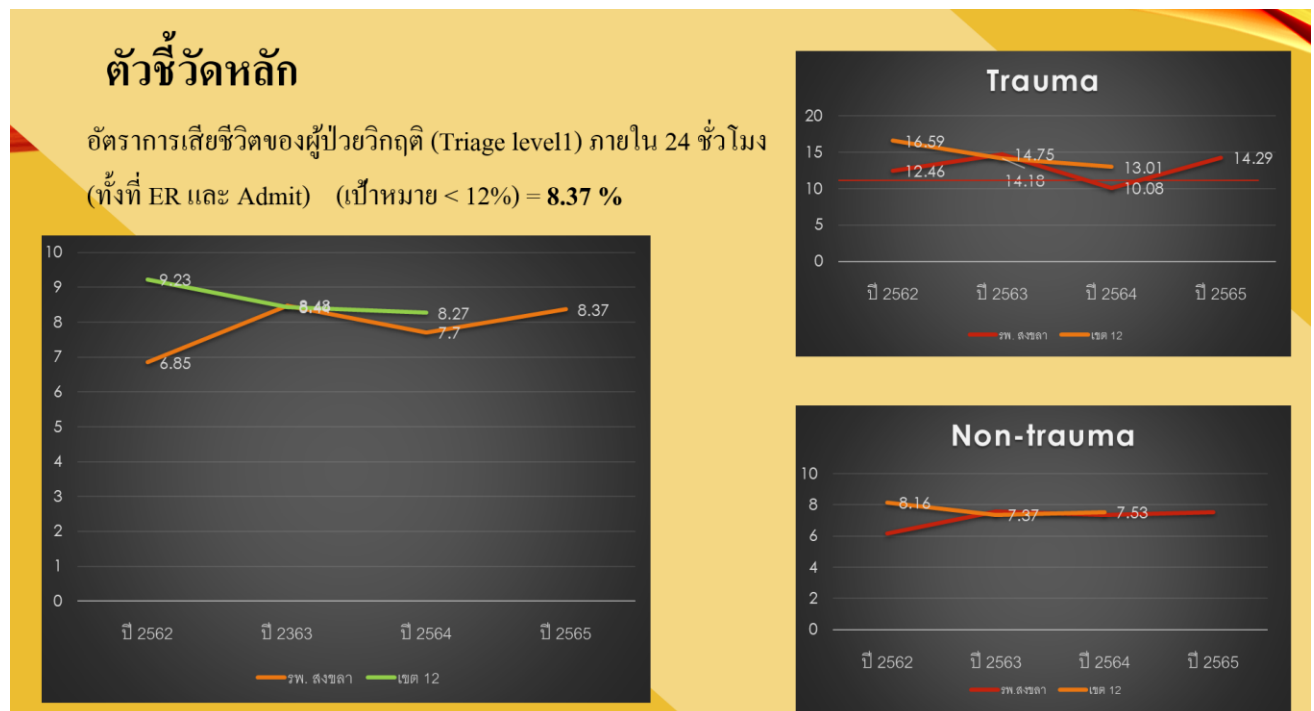
ผู้รายงาน

- นพ.อิทธิพล ปรีชาเวชยากุล
 - พว.พรทิพย์ แสงสง่า
 - พว.อรุณี ศรีนวล
- โทร. ๐๗๔-๓๓๘๑๐๐ ต่อ ๒๔๐๑

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
 ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

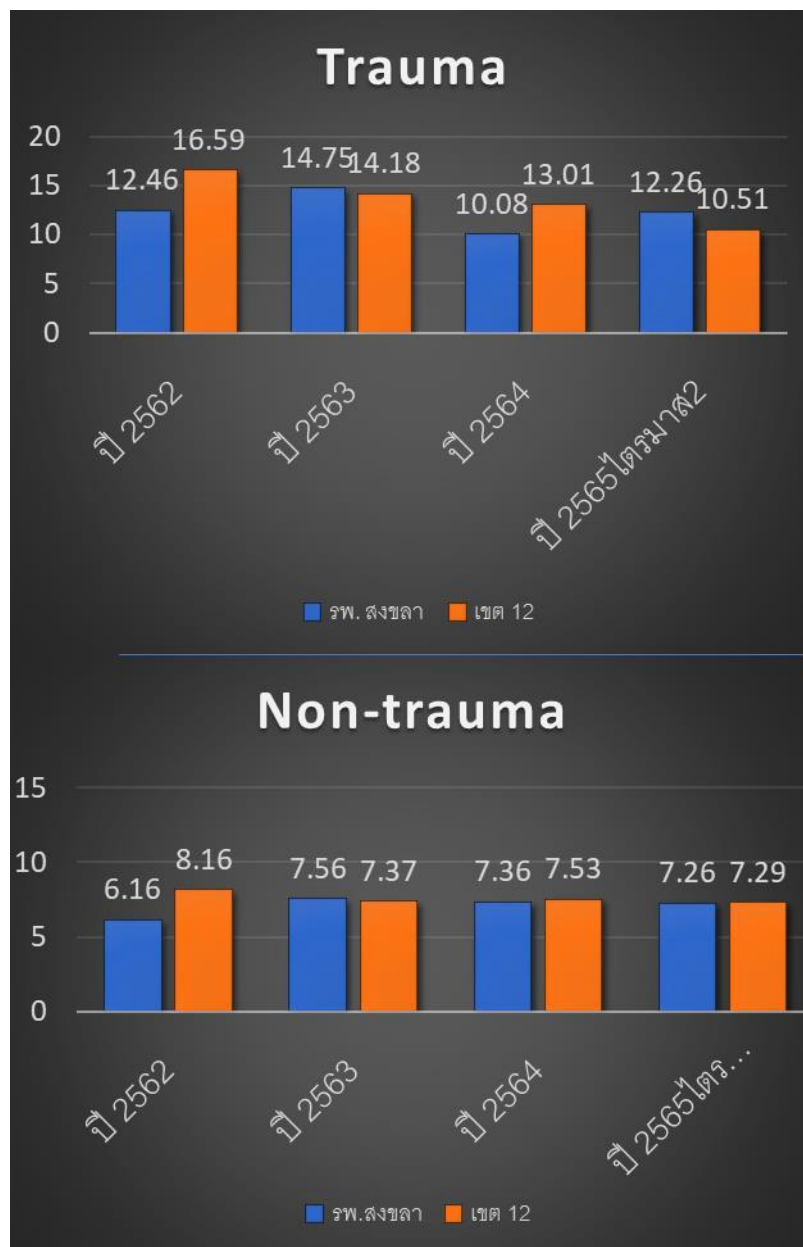
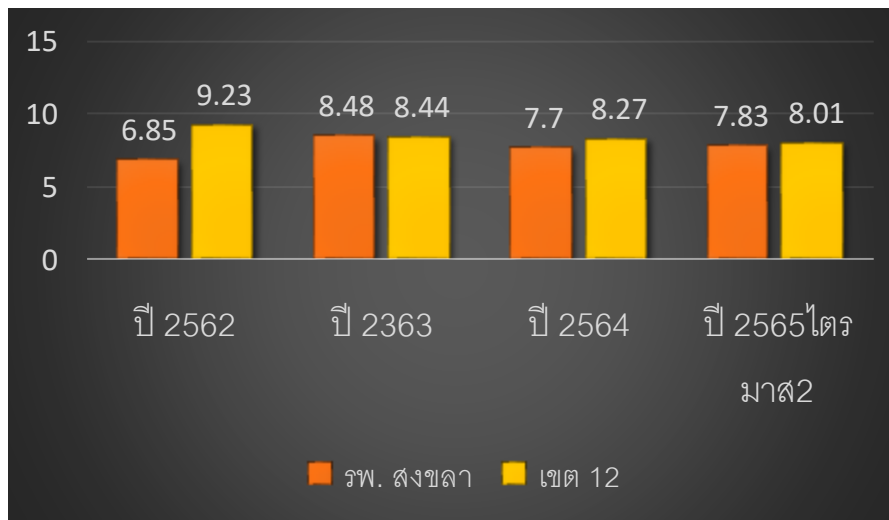
Service plan สาขาศูติเหตุ

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



ลดอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level) ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาลสงขลา ไม่เกิน
 ร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-trauma<๑๒%)=๗.๘๓% (Trauma<๑๒.๒๖%, Non-
 trauma<๗.๒๖%)

ข้อมูล ๓ ปีย้อนหลัง มีแนวโน้มดังนี้



ตัวชี้วัดรอง

๑. อัตราผู้ป่วย Trauma Level ๑ และมีข้อบ่งชี้เข้าห้องผ่าตัดใน ๖๐ นาทีเป้าหมาย > ๗๐% = ๖๐%
๒. อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชม. เป้าหมาย > ๗๐% = ๖๖.๑๗%
๓. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีค่า PS score > ๐.๕ เป้าหมาย < ๔ % = ๐.๒๗%
๔. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe Traumatic Brain Injury เป้าหมาย < ๓๐ % = ๕๘.๓๓%
๕. ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป้าหมาย > ๒๖.๕% = ๑๒.๙๔%
๖. จำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินใช้ห้องฉุกเฉินระดับ ๔ และ ๕ (Non Trauma) เป้าหมายลดลง ๕ % = ๘.๗๒%
๗. คะแนนประเมิน ECS คุณภาพเป้าหมาย ๕๐% = ๗๓.๐๖%
๘. อัตรา TEA unit ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (๒๐ คะแนน) เป้าหมาย ๒๐ = ๒๗ คะแนน

ความก้าวหน้า ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔-๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

๑. ส่งพยาบาลอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง ENP วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง และ มอ
๒. มีการประชุมพัฒนาระบบ trauma fast track เมื่อ ตุลาคม ๒๕๖๔ และทดลองซ้อมแผนเมื่อ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ เพื่อลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม.
๓. ซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อมรับมืออุบัติเหตุหมู่และสาธารณภัย ๑๕ และ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
๔. จัดโครงการพัฒนาสมรรถนะทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินกลุ่มโรค Fast track ๓๐-๓๑ มีนาคม ๖๕

ปัญหาและอุปสรรค

จุดแข็ง

๑. การเข้าถึง ๑๖๖๙ ในผู้ป่วย Trauma ของเขตอำเภอเมืองสงขลา
๒. ER คุณภาพ - มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกือบทุกสาขา ยกเว้น ศัลยกรรมตกแต่ง และ Intervention หัวใจ
๓. มีระบบบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกัน (สปถ)
๔. มีการช่วยเหลือกันของแพทย์ใน AAA - C spine รับจาก ปัตตานี, หัวใจเด็ก รับจาก นราธิวาส ศัลยกรรมเด็ก รับจาก พัทลุง

โอกาสในการพัฒนา

๑. พัฒนาศักยภาพของหน่วย EMS ในผู้ป่วย non trauma
๒. พัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากการสัมผัสความร้อน Burn ปัจจุบันไม่มีแพทย์ และ Burn Unit
๓. ปรับปรุงการบริหารจัดการการใช้รถ ambulance
๔. เสริมสร้างวินัยจราจร และการเข้าถึงระบบ EMS ให้มากขึ้น

มาตรการหลัก/แนวทางการดำเนินงาน/แก้ไขปัญห

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



ผู้รายงาน

น.ส.อัมภกร บัวจันทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๕

โทร. ๐๘๑-๖๗๙๙๗๑๑

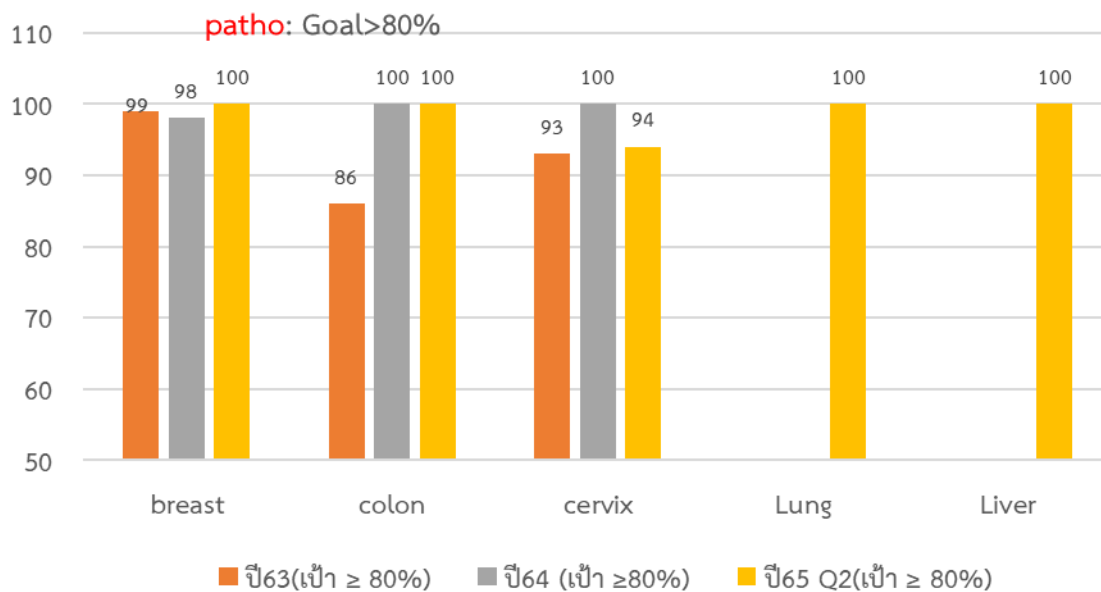
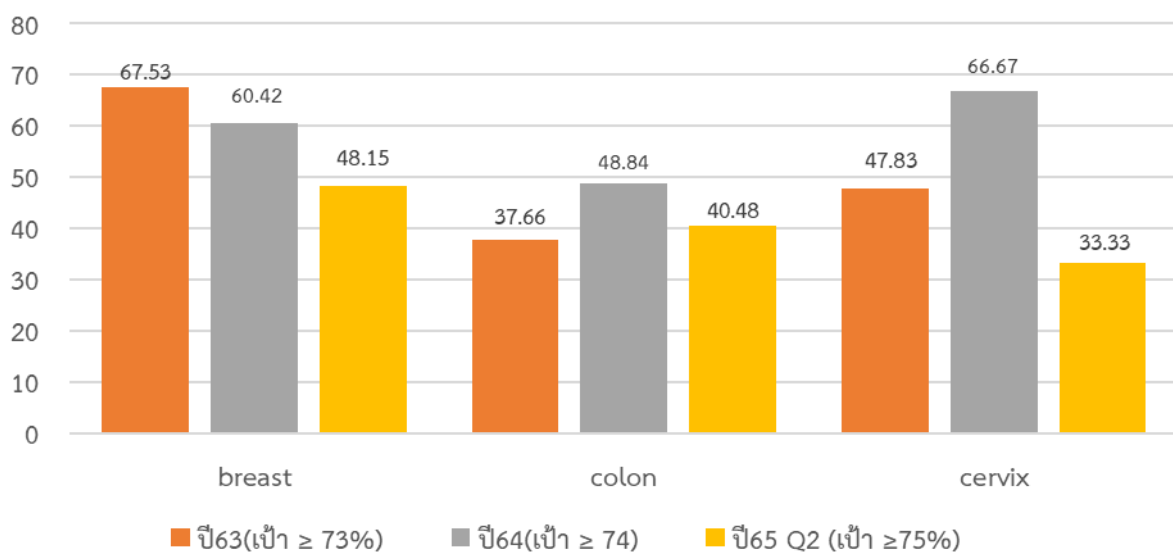
E-mail: Assadaporn๐๘@gmail.com

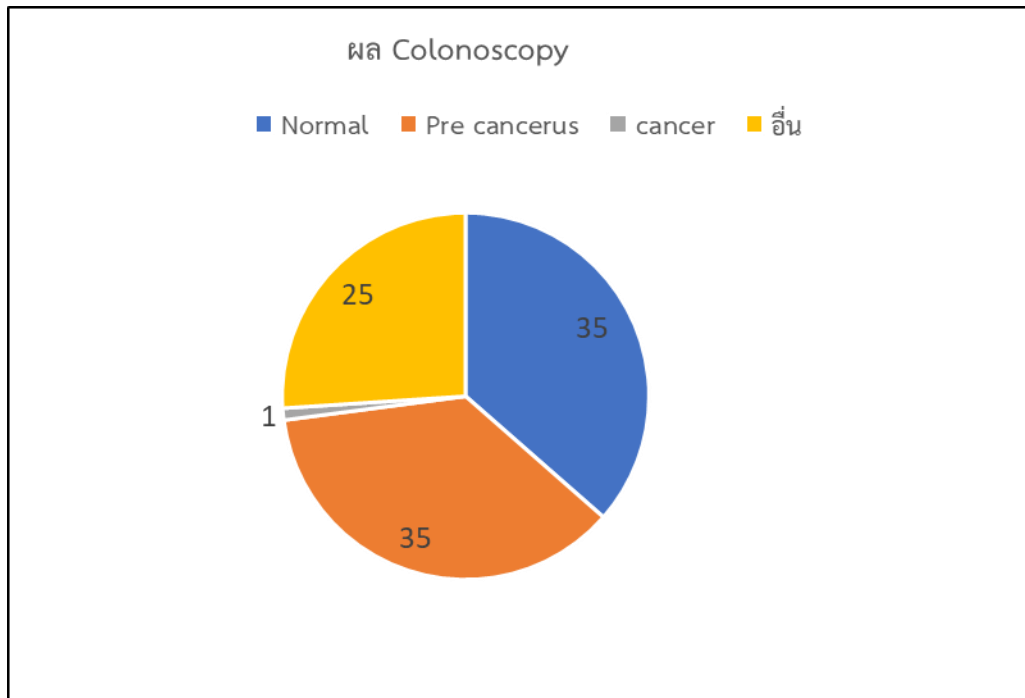
รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
 ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan สาขามะเร็ง

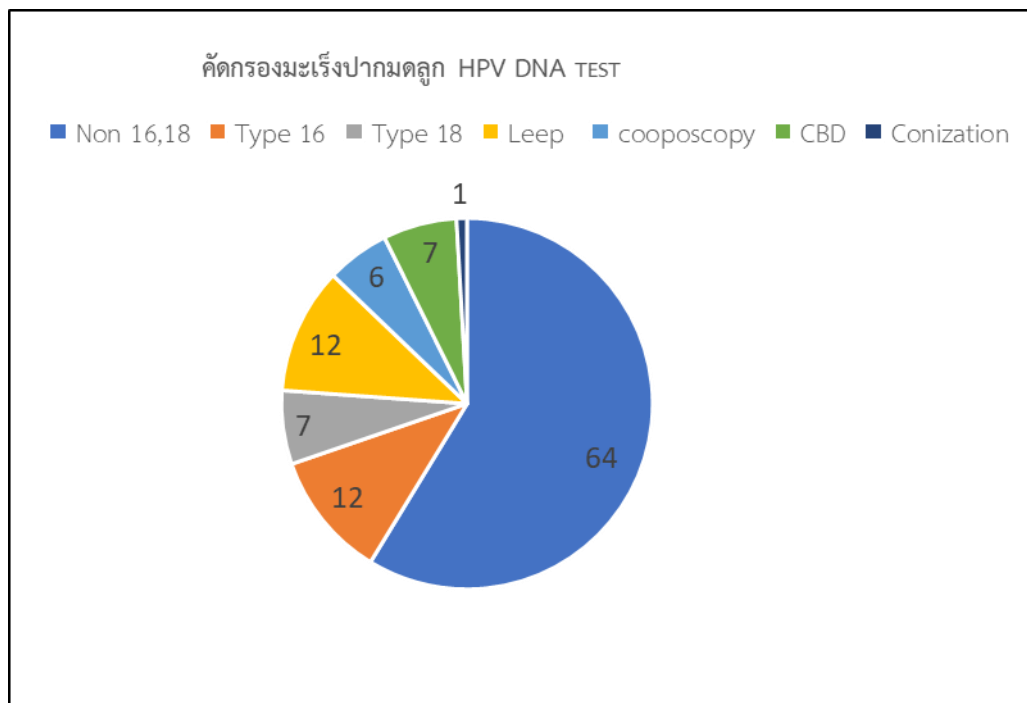
ร้อยละของการคัดกรอง

Early stage :: Goal >75%



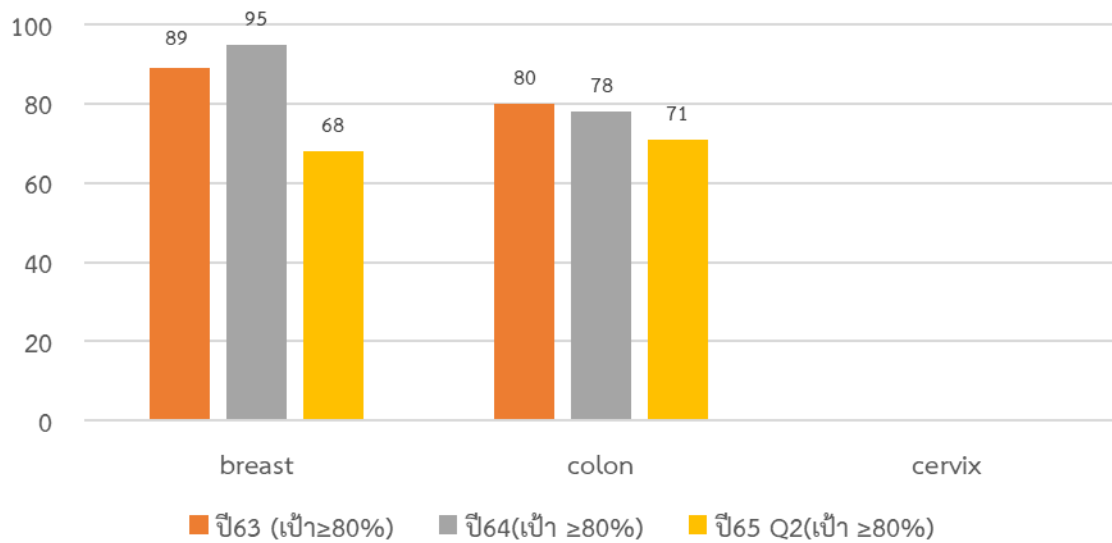


Screening CA colon ตั้งแต่ ต.ค.๖๔ – มี.ค.๖๕
 จำนวน ๑๔๑ ราย จากจำนวน Fit test Positive

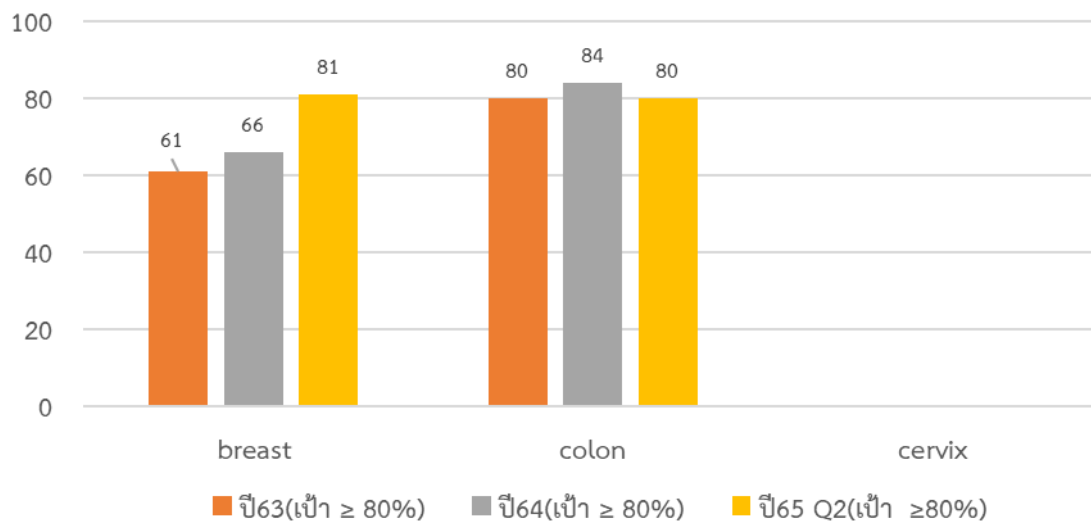


คัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV DNA test ตั้งแต่ ต.ค.๖๔-มี.ค.๖๕

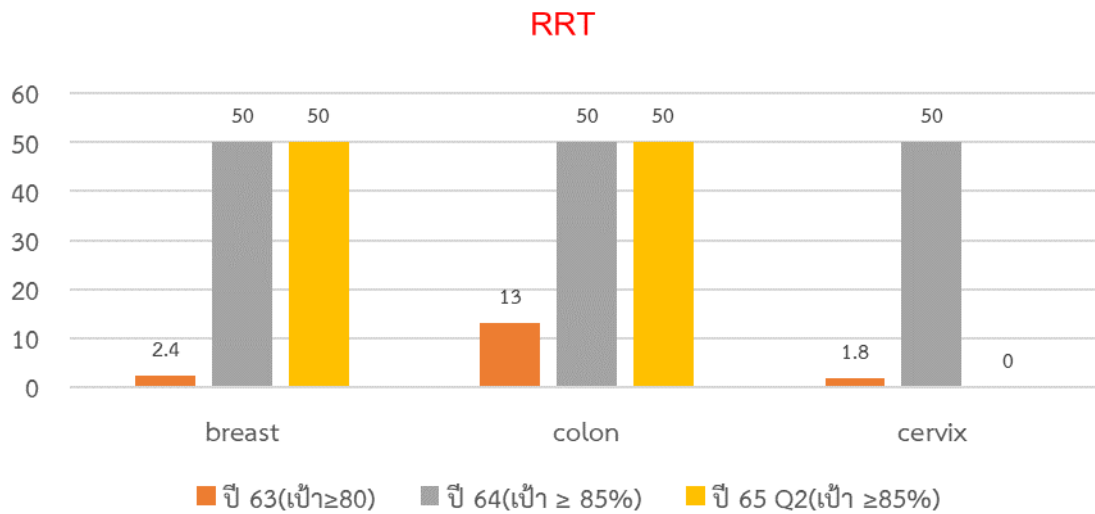
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
ภายใน ๔ สัปดาห์ (≥๘๐%)



ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (≥๘๐%)



ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษากายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ($\geq 60\%$)

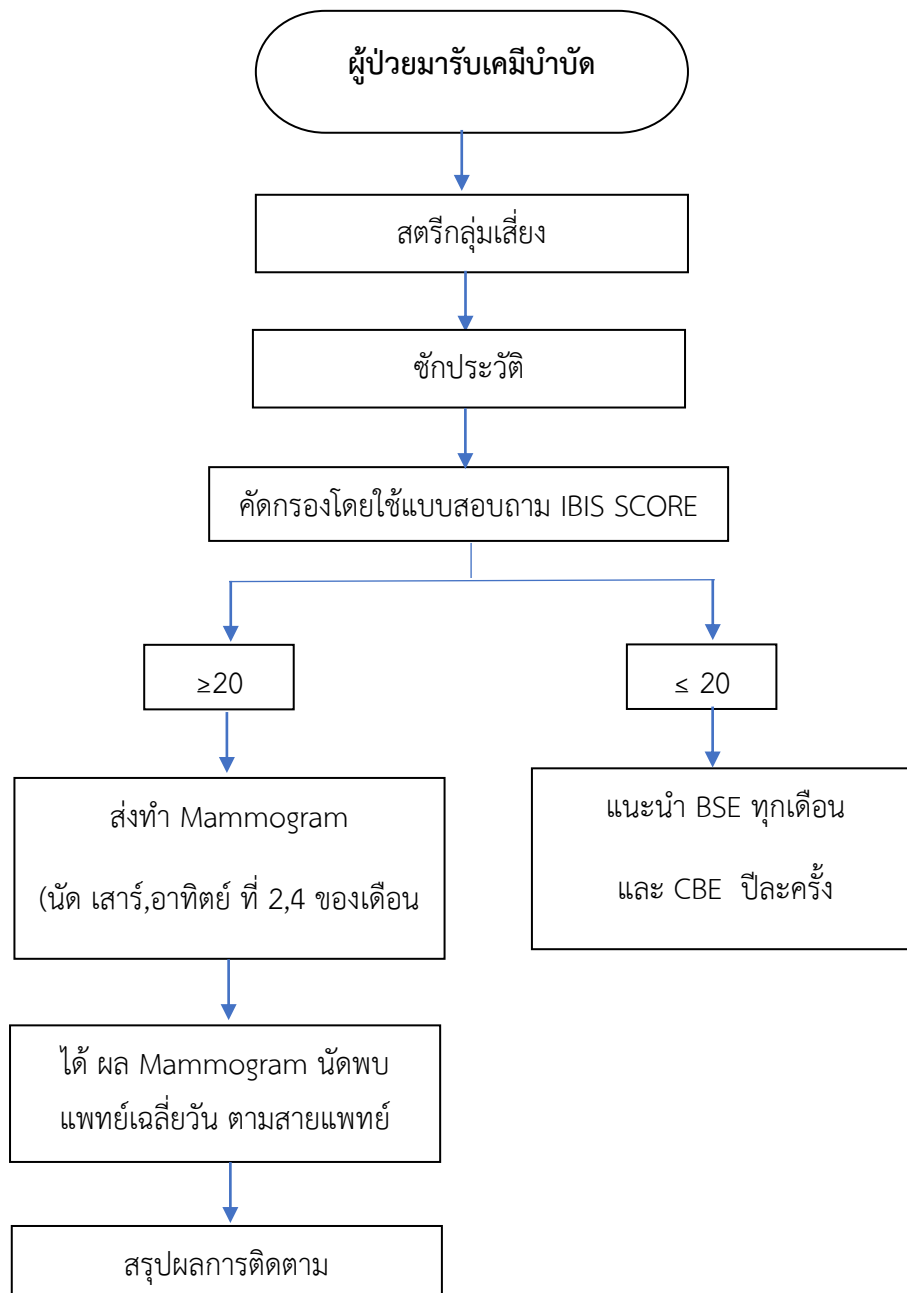


ปัญหาอุปสรรค

- ไม่มี Nurse coordinator
- CA breast ส่วนใหญ่ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด เป็น case post covid
- CA colon early stage น้อย
- การเข้าถึงการคัดกรองน้อย

แผนพัฒนา

๑. จัดหา Nurse coordinator point cancer center
๒. ระบบรายงานผลแบบ Real time, ปรับระบบนัด เพิ่มห้องผ่าตัดมะเร็ง
๓. คัดกรองเชิงรุกเพิ่มขึ้น
๔. เปิด OPD คัดกรองมะเร็งเต้านม
๕. โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยใช้ IBIS score



รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม 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 หน่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU) จำนวน ๑๒ เตียง และหน่วยทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางสุขภาพ (SNB) จำนวน ๑๕ เตียง ให้บริการทารกที่เกิดทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งในและนอกเครือข่าย จากสถิติ ปี ๒๕๖๔ โรงพยาบาลสงขลา มีทารกแรกเกิดมีชีวิตทั้งหมด ๒๙๐๘ ราย เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทั้งหน่วย NICU และ SNB รวม จำนวน ๑๙๕๗ 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 SNB พบ ๑) MSAF ๒) Hyperbilirubinemia ๓) Sepsis ๔) Preterm และ ๕) Hypoglycemia

จากข้อมูลอัตราการตายของทารกแรกเกิด ในปี ๒๕๖๔ พบทารกเสียชีวิต ๙ ราย (จากทารกเสียชีวิตทั้งหมด 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 มีน้ำหนักมากกว่า ๑,๕๐๐ กรัม จำนวน ๔ ราย ส่วนในไตรมาสที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบทารกเสียชีวิตภายใน ๒๘ วัน ๒ รายเป็นทารกน้ำหนัก ๘๔๐ กรัม ๑ รายมีภาวะ anomaly และทารกน้ำหนัก ๒๒๙๐ กรัม ๑ รายด้วย Severe Birth asphyxia

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๖๑	ปี ๖๒	ปี ๖๓	ปี ๖๔	ปี ๖๕ ไตรมาส ๒
อัตราตาย น้ำหนัก < ๑,๐๐๐ กรัม	๓.๔:๑๐๐๐ LB <๕๐ %	๕.๙	๓.๔๘	๓.๕	๓.๐๙	๑.๕๐
> ๑,๐๐๐ – ๑,๔๙๙ กรัม	<๑๐%	๔๐.๗๑(๑๑/๒๗)	๒๘.๕(๒/๗)	๓๐.๗๗(๔/๑๓)	๔๔.๔๔(๔/๙)	๒๕% (๑/๔)
> ๑,๕๐๐-๒,๔๙๙ กรัม	< ๒%	๑.๘๘(๑/๕๓)	๘.๓๒(๒/๒๔)	๗.๖๙(๒/๒๖)	๔.๗๖(๑/๒๑)	๐ (๐/๑๓)
> ๒,๕๐๐ กรัม	< ๒%	๐.๔(๑/๒๔๖)	๑.๐๒(๓/๒๙๔)	๑.๔๖(๔/๒๗๔)	๐.๗๑(๒/๒๘๐)	๐.๗๖%(๑/๑๓๓)
		๐.๔๑(๗/๓๐๔๔)	๐.๑๔(๒๘๒๗)	๐.๐๔(๑/๒๘๒๘)	๐.๐๘(๒/๒๕๙๘)	๐ (๐/๑๑๙๑)

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

๑. Preterm ยังเป็นปัญหาที่ทำนายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตั้งแต่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ห้องคลอด และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งต้องบูรณาการความร่วมมือกับ service plan สาขาสูติกรรม เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดรวมถึงการพัฒนาศักยภาพการดูแลทารกก่อนกำหนดโดยเฉพาะทารก น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม เช่น การช่วยหายใจด้วย เครื่องช่วยหายใจความถี่สูง (High frequency oscillatory ventilator) เครื่องช่วยหายใจชนิด non invasive (NIPPV, CPAP, DuoPAP, HHHFNC, NIHFV) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยปฏิบัติตามแนวทางบันได ๑๐ ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่สำหรับทารกที่เจ็บป่วย การให้สารน้ำและการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (Total Parenteral Nutrition) การป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือ การดูแลผิวหนังทารก การแยกทารกติดเชื้อ การดูแล อุณหภูมิร่างกาย ความชื้นและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการให้คำแนะนำบิดามารดาตั้งแต่แรกเริ่มและเตรียมความพร้อม ก่อนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมสายสัมพันธ์ครอบครัวและการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกขณะอยู่โรงพยาบาลและ กลับบ้าน

๒. Sepsis เป็นปัญหาหลักของทารกที่เข้ารับบริการในหออภิบาลทารกแรกเกิด ยังขาดการ ทบทวน แยกประเภทว่าเป็น early or late onset neonatal sepsis ซึ่งสาเหตุพยาธิกำเนิดของการติดเชื้อ ต่างกัน โดยภาวะ early onset sepsis ส่วนใหญ่เป็นการได้รับเชื้อจากมารดา ปัจจัยเสี่ยงคือ ทารกก่อน กำหนดน้ำเดินก่อนคลอดนานกว่า ๑๘ ชั่วโมง มารดามีไข้มากกว่า ๓๘ องศาเซลเซียสระหว่างคลอด มารดามี เชื้อในน้ำคร่ำอักเสบ มารดามีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การพบเชื้อ GBS (Group B Streptococcus) ในช่องคลอดของมารดาหรือมารดาเคยมีบุตรคนก่อนติดเชื้อ GBS ส่วนภาวะ late onset sepsis

เป็นการติดเชื้อที่ได้รับเชื้อจากสิ่งแวดล้อม (Healthcare-associated infections) กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงคือ ทารกเกิดก่อนกำหนด ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน การใส่สายสวนหลอดเลือดดำ การใช้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร เป็นต้น ยังขาดแนวทางการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โดยมีแนวปฏิบัติคือ ๑).การประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อ ๒).การดูแลสิ่งแวดล้อมของทารก (NICU environment, immediate care environment, neonate environment) ๓).การทำ ความสะอาดมือ (Hand hygiene) ๔) อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (personal protective equipment) ๕).การบริหารจัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย NICU ๖).สถานที่ให้การดูแลมารดาและทารก รวมถึงการเฝ้าระวังโรค (surveillance) และการใช้โปรแกรมที่เปลี่ยนแปลงและขึ้นนำการใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรงพยาบาล (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)



ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการ ต่อ
- จำนวน ทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักร่น้อย เป็นสาเหตุการ เสียชีวิตอันดับหนึ่ง - ศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการ	- ฝากครรภ์คุณภาพ, ห้องคลอดคุณภาพผ่าน MCH board - จัดระบบ Intrauterine transfer - โครงการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด - พัฒนาเครือข่ายในการ Refer back โดย พัฒนาศักยภาพการดูแลทารกแรกเกิดให้ สามารถดูแลต่อเนื่องได้เหมาะสม - พัฒนาความชำนาญในการใช้เครื่องมือพิเศษที่ จัดบริการเข้ามาใหม่ เช่น เครื่องช่วยหายใจ ความถี่สูง, สาร surfactant, cooling with EEG, ไนตริกออกไซด์ เป็นต้น	- สนับสนุนการพัฒนาประสาน ความร่วมมือ Service plan ทางสูติกรรม - สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร แพทย์และพยาบาล

ผู้รายงาน นางสาวละออง นิชรานนท์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

E-mail Laongnij@gmail.com

โทรศัพท์ ๐๙๗๖๑๑๙๑๒

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม 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 $\geq$ ๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐
๓. ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่ refer back ไปรับบริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ ward)

ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละผู้ป่วย stroke, TBI , SCI และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < ๑๕ หรือคะแนน Barthel index $\geq$ ๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐
๒. ร้อยละผู้ป่วย Intermediate care มีค่าคะแนน Barthel index ไม่ลดลงหรือเพิ่มขึ้น ๑ คะแนน ภายใน ๖ เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (IMC) พบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นใหม่ (Joint stiffness, Pneumonia, UTI, Pressure sore) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๕
๔. ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่ refer back ไปรับบริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ ward) ใน รพช. มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐

สถานการณ์

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ตั้งแต่ปลายปี ๒๕๖๒ จนถึงปัจจุบันทำให้มีผลต่อการบริการรักษาผู้ป่วยรวมทั้งบริการด้านการฟื้นฟู แม้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรค stroke ,TBI และ SCI จะมียอดผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยพบว่ายอดผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา ตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ ถึง ๒๕๖๔ มีจำนวนดังนี้ ๑,๘๓๒ , ๑,๘๑๑ และ ๑,๗๔๓ รายตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ๖๗.๖% , ๖๘.๒% และ ๗๗.๒๒% ตามลำดับ นอกจากนี้ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ได้มีการเพิ่มกลุ่มโรค Fracture Hip (Fragility fracture) ที่มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไปเข้าไปในกลุ่มโรคที่มีความจำเป็นในการต้องติดตามและฟื้นฟูสภาพระยะกลางเข้าไปด้วย ซึ่งผู้ป่วยทั้ง ๔ กลุ่มบางรายที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่

ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพในระยะกลางและการดูแลต่อเนื่องไปจนถึงชุมชน เพื่อลดภาวะความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ๒๕๖๕ (ตั้งแต่ ๑ ต.ค.๖๔- ๓๑ มี.ค. ๖๕)

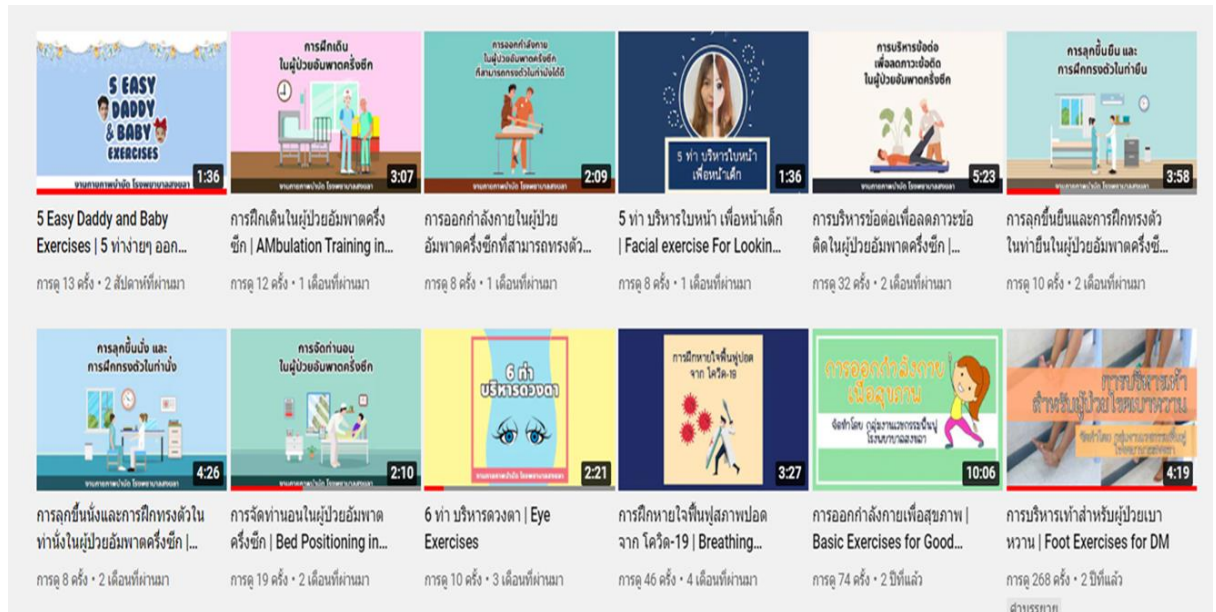
ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔- มี.ค.๖๕)
๑	ร้อยละผู้ป่วย stroke, TBI , SCI และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่ รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <๑๕ หรือคะแนน Barthel index ≥ ๑๕ with multiple impairment ได้รับการ บริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตาม จนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐	๗๐	๗๔.๙๖%	๘๑.๗๒%	๘๔.๔๓%(๑๐๓/ ๑๒๒)
๒	ร้อยละผู้ป่วยIMC มีค่าคะแนนBarthel index ไม่ลดลงหรือเพิ่มขึ้น๑คะแนน ภายใน๖เดือน	๖๐	๙๗.๑%	๙๖.๗๗%	๙๖.๗๒%(๑๑๘/ ๑๒๒)
๓	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารฟื้นฟู สภาพระยะกลาง(IMC) พบ ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นใหม่ (Joint stiffness,Pneumonia, UTI,Pressure sore)	๑๕	๑.๗๐%	๔.๓๐%	๔.๑๐%(๕/๑๒๒)
๔	ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่ refer back ไปรับ บริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed / ward)	๕๐		๑๔.๕๐%	๑๓.๐๗%(๒๖/ ๑๙๙)

ผลงานเด่น

- มีการพัฒนาระบบ Line Official Account เพื่อเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติใน การนัดหมาย หรือปรึกษาปัญหาการดูแลตนเองเบื้องต้น ผ่านนักรกายภาพบำบัดโดยตรง
- มีการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

กิจกรรม

➤ สื่อที่จัดทำเผยแพร่ทางช่องทางออนไลน์



➤ การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)



การพัฒนาศักยภาพ รพช.เครือข่าย

- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วยไปสู่โรงพยาบาลชุมชนผ่านโปรแกรม PRM referral
- ประสานงานกับ โรงพยาบาลชุมชน โดยจัดประชุมร่วมกันทาง Zoom เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่เขตรับผิดชอบ เช่น ร่วมกันพัฒนาสื่อในการดูแลผู้ป่วย



ปัญหา อุปสรรค

เนื่องจากสถานการณ์โควิด-๑๙ ในปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านมามีผลให้

- โรงพยาบาลปรับแผนการให้บริการ การปฏิบัติตามมาตรการ new normal และผู้ป่วยมีความกังวลต่อสถานการณ์การระบาด ส่งผลให้ผู้ป่วย IMC บางส่วนขาดการติดตามและไม่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพ
- โรงพยาบาลชุมชนลูกข่ายปรับการให้บริการผู้ป่วยใน บุคลากรต้องร่วมปฏิบัติงานเกี่ยวกับโควิด -๑๙ ตามบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ส่งผลต่อการรับผู้ป่วย refer back ไปรับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน

Key success

- การให้ความสำคัญในการดำเนินงานจากผู้บริหารในส่วนของงาน IMC ภายในเครือข่ายหน่วยบริการ รพ.สงขลา และการเป็นแม่ข่ายของ รพช.
- การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด กายอุปกรณ์และเครือข่ายในชุมชน

ผู้รายงาน

- พญ.กชกร พรหมไสภา
 นายแพทย์ชำนาญการ
 โทร. ๐๗๔-๓๓๘๑๐๐

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: Stroke

- จัดตั้ง Stroke unit เมื่อวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๕๘
- จำนวนเตียงที่เปิด ๑๖ เตียง (รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระบบประสาททางอายุรกรรม)
- การจัดบริการดูแลผู้ป่วย Stroke

ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามแนวทาง/แผนการดูแลที่ได้กำหนดไว้ มีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรวมทั้งส่งข้อมูลให้ผู้รับผิชอบในพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับใช้ Application ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลัง discharge

ตัวชี้วัดสำคัญ	เป้า หมาย	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ Q๒
๑.ร้อยละของผู้ป่วย Ischemic stroke ที่มา รพ. ภายใน ๔.๕ ชม.	>๔๐%	๒๗.๑๕ (๓๓๔/๑๒๓๐)	๓๒.๖๑ (๔๕๔/๑๓๙๒)	๒๗.๓๐ (๔๕๒/๑๖๒๐)	๔๔.๕๙ (๕๖๕/๑๒๖๗)	๔๐.๗๑ (๒๕๒/๖๑๙)
๒.ผู้ป่วย Ischemic stroke ที่มีอาการ<๗๒ชม.ได้รับการ admit ใน Stroke Unit	>๔๐%	๒๑.๑๕	๓๗.๖๗	๖๒.๖๘	๑๐๐	๙๐.๔๘ (๒๔๗/๒๗๓)
๓.อัตราผู้ป่วย Ischemic stroke ที่ได้รับ Thrombolytic agent ภายใน ๖๐ นาที เมื่อมาถึง รพ.*	>๗๐%	๖๒.๓๖	๗๑.๔๒	๗๐.๙๒	๖๗.๗๗ (รอดตดสินใจ& control BP)	๖๐.๓๘ (๓๒/๕๓)
๔. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๔๕ นาที	>๔๐%	๔.๔๘ (๓/๖๗)	๗.๑๔ (๘/๑๑๒)	๑๒.๗๙ (๑๑/๘๖)	๓๖.๓๖ (๔๔/๑๒๑)	๓๕.๘๕ (๑๙/๕๓)
๕. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Thrombectomy	-	๐	๐	๐	๒	๒

ตัวชี้วัดสำคัญ	เป้าหมาย	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ Q๒
๖.ระยะวันนอนผู้ป่วย Ischemic stroke	< ๕ วัน	๔.๕	๕.๐๙	๔.๗๖	๔.๔๘	๔.๕๖
เวลาเฉลี่ยในการได้รับยา rt-PA	< ๖๐ นาที	๘๕	๕๓.๓๓	๕๘.๒๗	๕๕.๗๔	๕๖.๓๒
๗.ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังวิกฤติ มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นหลังได้รับการฟื้นฟู	>๘๐%	๗๙.๔๐	๘๙.๖๐	๙๘.๔๑	๙๙.๘๔	๙๙.๒๕
๘.ร้อยละของผู้ป่วยหลังระยะวิกฤติ Re-Admitted ในโรงพยาบาลภายใน ๒๘ วัน จากมาตรฐานการดูแล	<๑๐%	๘.๔๒	๖.๙๐	๑.๔๒	๑.๘๙	๐.๙๗
๙.ร้อยละผู้ป่วย Stroke ที่มีประวัติการสูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ (ภายใน ๖ ค.)	>๔๐%	๔๑.๙๐	๔๗.๒๔	๔๖.๗๒	๕๕.๙๘	๕๓.๒๕

สภาพปัญหา การบริการปัจจุบัน และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย คือ

๑) ประชาชนมีความรู้เรื่องโรค มาโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการผิดปกติ (ตามแนวทางการคัดกรอง FAST) ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความพิการ เน้นผู้ป่วย Ischemic Stroke ให้มาโรงพยาบาลภายใน ๔.๕ ชั่วโมงมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงระบบ Stroke Fast Track, จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ rt-PA และการส่งไปทำ Thrombectomy

๒) มุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่เข้าระบบ Stroke Fast Track โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดเวลา Door to Needle Time ให้ได้ภายใน ๔๕ นาที มากกว่าร้อยละ ๔๐

๓) พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Ischemic Stroke เพื่อเตรียมรับรองมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Healthcare Network Accreditation: HNA) ด้วยเหตุนี้ จึงเห็นควรพัฒนาใน ๖ ประเด็นดังนี้

๑. พัฒนาการดูแลในช่วง Pre-Hospital และช่องทางในการเข้าถึงระบบ Stroke Fast Track ให้ทันภายใน ๔.๕ ชั่วโมง

๒. เพิ่มศักยภาพ โรงพยาบาลเมือง ให้สามารถให้ยา rt-PA ได้

๓. Seamless refer: Stroke Fast Track & Thrombectomy

๔. พัฒนาระบบ Stroke Fast Track ร่วมกับเครือข่ายผ่านทาง Line application รวมทั้งปรับสถานที่ให้ยา rt-PA จากเดิมให้ที่ ER เปลี่ยนมาให้ที่ Stroke ward

๕. พัฒนาแบบประเมิน NIHSS, Standing order และแบบสรุปผลการรักษา ที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่โรงพยาบาลในเครือข่ายเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลสงขลา ส่งผลให้มีการประเมินผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

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

ผู้รายงาน : นางภัทรพร วงศ์กระพันธุ์

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร. ๐๙๓-๕๘๑๗๔๐๑

E-mail: tum๗๘๑๑@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
 ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: Sepsis

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

สถานการณ์

๑. ประเด็นตรวจราชการ อัตราตายผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๒๖
๒. สถานการณ์ อัตราการการเสียชีวิตจาก Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired ของโรงพยาบาลสงขลา ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ,ไตรมาสแรกและไตรมาสที่ ๒ ปี ๒๕๖๕ พบว่า ร้อยละ ๖๕.๑๗ และ ร้อยละ ๗๒.๗๓ ตามลำดับ เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เจ็บป่วยเรื้อรังและมีโรคร่วมหลายโรค ติดเตียง มาโรงพยาบาลช้า และการเข้าถึงการดูแลใน ICU ภายใน ๓ ชม.

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี					
		ปี๒๕๖๐	ปี๒๕๖๑	ปี๒๕๖๒	ปี๒๕๖๓	ปี๒๕๖๔	ปี๒๕๖๕ (ต.ค.-มี.ค.๖๕)
๑.จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired		๔๐๗ คน	๕๑๖ คน	๖๒๐ คน	๗๒๔ คน	๖๖๘ คน	๓๓๔ คน
๒.อัตราตายผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired	<ร้อยละ ๒๖	๒๖.๕๔ (๑๐๘ คน)	๓๑.๗๘ (๑๖๔ คน)	๒๖.๗๗ (๑๖๖ คน)	๒๘.๕๙ (๒๐๗ คน)	๓๐.๐๙ (๒๐๑คน)	๒๙.๖๔ (๙๙ คน)
๓.อัตราการเจาะH/C ก่อนให้ATB	≥ร้อยละ ๙๐	๙๗.๗๘ (๓๙๘ คน)	๙๙.๘๐ (๕๑๕ คน)	๙๗.๙๐ (๖๐๗ คน)	๙๙.๕๙ (๗๒๑ คน)	๙๙.๗๐ (๖๖๖ คน)	๑๐๐ (๓๓๔ คน)
๔.อัตราการได้รับ ATB ภายใน ๑ ชั่วโมง(นับจากเวลาที่จุดคัดกรอง)	≥ร้อยละ ๙๐	๙๗.๗๘ (๓๙๘ คน)	๙๙.๖๑ (๕๑๔ คน)	๙๔.๕๒ (๕๘๖ คน)	๙๘.๓๔ (๗๑๒ คน)	๙๙.๗๐ (๖๖๖ คน)	๙๙.๔๐ (๓๓๒ คน)

๕.อัตราการได้รับ IV Fluid ๓๐ml/kg.ใน ๑ ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	≥ร้อยละ ๙๐	๗๘.๘๗ (๓๒๑ คน)	๖๗.๖๓ (๓๔๙ คน)	๗๘.๐๖ (๔๘๔ คน)	๘๖.๗๔ (๖๒๘ คน)	๙๒.๙๖ (๖๒๑ คน)	๙๑.๙๒ (๓๐๗ คน)
๖.อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน ICU ภายใน ๓ ชม.	≥ร้อยละ ๓๐	๓๕.๗๘ (๑๔๖ คน)	๓๗.๒๐ (๑๙๒ คน)	๓๐.๑๖ (๑๘๗ คน)	๒๔.๔๕ (๑๗๗ คน)	๓๖.๒๓ (๒๔๒ คน)	๓๗.๗๒ (๑๒๖ คน)

อัตราการตายผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired

เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ – มีนาคม ๒๕๖๕

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เดือน						รวม
		ต.ค.๖๔	พ.ย.๖๔	ธ.ค.๖๔	ม.ค.๖๕	ก.พ.๖๕	มี.ค.๖๕	
๑.จำนวนผู้ป่วยSevere sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired		๕๒ คน	๖๓ คน	๕๗ คน	๖๖ คน	๕๐ คน	๔๖ คน	๓๓๔ คน
๒.อัตราการตายผู้ป่วยSevere sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired	<ร้อยละ๒๖	๓๘.๔๖ (๒๐ คน)	๒๓.๘๓ (๑๕ คน)	๒๙.๘๒ (๑๗ คน)	๒๘.๗๙ (๑๙ คน)	๓๘.๐๐ (๑๙ คน)	๑๙.๕๗ (๙ คน)	๒๙.๖๔ (๙๙ คน)
๓.อัตราการเจาะH/Cก่อนให้ATB	≥ร้อยละ๙๐	๑๐๐ (๕๒ คน)	๑๐๐ (๖๓ คน)	๑๐๐ (๕๗ คน)	๑๐๐ (๖๖ คน)	๑๐๐ (๕๐ คน)	๑๐๐ (๔๖ คน)	๑๐๐ (๓๓๔ คน)
๔.อัตราการได้รับ ATBภายใน ๑ ชั่วโมง(นับจากเวลาที่จุดคัดกรอง)	≥ร้อยละ๙๐	๑๐๐ (๕๒ คน)	๙๘.๔๑ (๖๒ คน)	๑๐๐ (๕๗ คน)	๙๘.๔๘ (๖๖ คน)	๑๐๐ (๕๐ คน)	๑๐๐ (๔๖ คน)	๙๙.๔๐ (๓๓๒ คน)
๕.อัตราการได้รับ IV Fluid ๓๐ml/kg.ใน ๑ ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	≥ร้อยละ๙๐	๙๒.๓๑ (๔๘ คน)	๙๒.๐๖ (๕๘ คน)	๙๓.๒๓ (๕๒ คน)	๙๓.๙๔ (๖๒ คน)	๙๒.๐๐ (๔๖ คน)	๘๙.๑๓ (๔๑ คน)	๙๑.๙๒ (๓๐๗ คน)
๖.อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน ICU ภายใน ๓ ชม.	≥ร้อยละ๓๐	๕๐ (๒๖ คน)	๔๑.๒๗ (๒๖ คน)	๓๖.๘๔ (๒๑ คน)	๓๑.๘๒ (๒๑ คน)	๔๒.๐๐ (๒๑ คน)	๒๓.๙๑ (๑๑ คน)	๓๗.๗๒ (๑๒๖ คน)

อัตราการเสียชีวิต

เดือน	รายการข้อมูล				
	(A)	(B)	(C)	(D)	(A+C)/Dx๑๐๐(%)
ต.ค.๖๔	๑๙	๐	๑	๕๒	๓๘.๔๖
พ.ย.๖๔	๑๔	๐	๑	๖๓	๒๓.๘๓
ธ.ค.๖๔	๑๖	๐	๑	๕๗	๒๘.๘๒
ม.ค.๖๕	๑๖	๐	๓	๖๖	๒๘.๗๙
ก.พ.๖๕	๑๖	๐	๓	๕๐	๓๘
มี.ค.๖๕	๖	๐	๓	๔๖	๑๙.๕๗
รวม	๘๗	๐	๑๒	๓๓๔	๒๙.๖๔

A คือจำนวนผู้เสียชีวิตจากภาวะ Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired รหัส R๖๕.๑ และ R๕๗.๒

B คือจำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้านจากภาวะ Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired รหัส R๖๕.๑ และ R๕๗.๒ โดยมีสถานภาพการจำหน่าย ปฏิเสธการรักษา วิธีการจำหน่าย ดีขึ้น

C คือจำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้านจากภาวะ Severe sepsis/ Septic Shock ชนิด Community-acquired รหัส R๖๕.๑ และ R๕๗.๒ โดยมีสถานภาพการจำหน่าย ปฏิเสธการรักษา วิธีการจำหน่าย ไม่ดีขึ้น

D คือจำนวนผู้ป่วยจากภาวะ Severe sepsis/ Septic Shock ชนิด Community-acquired รหัส R๖๕.๑ และ R๕๗.๒

A,B,C,D ไม่นับรวมที่ลงใน Post admission comorbidity (Complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative

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

	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.-มี.ค.๖๕)	
โรงพยาบาล ชุมชน	Refer in	เสียชีวิต	Refer in	เสียชีวิต	Refer in	เสียชีวิต	Refer in	เสียชีวิต
รพช.สติงพระ	๖๖	๑๓	๖๕	๑๕	๖๐	๑๙	๓๐	๕
รพช.จะนะ	๖๗	๑๓	๘๖	๑๒	๗๐	๑๔	๓๗	๘
รพช.เทพา	๕๓	๑๑	๕๓	๗	๖๑	๗	๒๘	๔
รพช.ระโนด	๖๙	๗	๗๒	๑๗	๗๘	๒๑	๒๕	๑๐
รพช.กระแส สินธุ์	๑๗	๓	๑๑	๒	๑๗	๕	๖	๓
รพช.สิงหนคร	๕๐	๖	๖๓	๒๐	๖๓	๑๑	๒๓	๔
รวม	๓๒๒	๕๓	๓๕๐	๗๓	๓๔๙	๗๗	๑๔๙	๓๔
อัตราการตาย		๑๖.๔๖		๒๐.๘๖		๒๒.๐๖		๒๒.๘๒

จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired ในโรงพยาบาลเครือข่าย
 เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ – มีนาคม ๒๕๖๕

โรงพยาบาล ชุมชน	ต.ค.๖๔		พ.ย.๖๔		ธ.ค.๖๔		ม.ค.๖๕		ก.พ.๖๕		มี.ค.๖๕		รวม	อัตราการตาย	
	Refer in	เสียชีวิต	Refer in	เสียชีวิต	Refer in	เสียชีวิต	Refer in	เสียชีวิต	Refer in	เสียชีวิต	Refer in	เสียชีวิต	Refer in	เสียชีวิต	
สติงพระ	๕	๑	๔	๐	๖	๑	๕	๐	๖	๒	๔	๑	๓๐	๕	๑๖.๖๗
จะนะ	๙	๔	๗	๓	๖	๐	๖	๐	๕	๑	๔	๐	๓๗	๘	๒๑.๖๒
เทพา	๔	๒	๖	๐	๓	๑	๔	๐	๗	๑	๔	๐	๒๘	๔	๑๔.๒๙
ระโนด	๖	๓	๔	๑	๖	๒	๓	๑	๔	๒	๒	๑	๒๕	๑๐	๔๐.๐๐
กระแสสินธุ์	๑	๐	๒	๑	๐	๐	๑	๑	๒	๑	๐	๐	๖	๓	๕๐.๐๐
สิงหนคร	๑	๐	๗	๒	๕	๑	๓	๐	๔	๐	๓	๑	๒๓	๔	๑๗.๓๙
รวม	๒๖	๑๐	๓๐	๗	๒๖	๕	๒๒	๒	๒๘	๗	๑๗	๓	๑๔๙	๓๔	๒๒.๘๒

เปรียบเทียบอัตราการตายผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired รพ.สงขลา
และรพช.

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕ (ต.ค. - มี.ค.๖๕)	
	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	๑๘๕	๑๔๙
- 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)	๓๕.๑๓ (๖๕ คน)	๒๒.๘๒ (๓๔ คน)

ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์

-ผู้ป่วยที่เสียชีวิต

จากตารางพบว่าปี๒๕๖๔ (ต.ค.๖๓ – กย.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 และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ, CKD, CA, Cirrhosis, COPD

- เป็นผู้ป่วย Refer in จากรพช. ๓๔๙ คน เสียชีวิต ๗๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๐๖ เนื่องจากวินิจฉัย sepsisล่าช้า ในกลุ่มผู้ป่วยที่อาการไม่ชัดเจนทำให้ตัดสินใจส่งต่อล่าช้า

ช่วงไตรมาสปี๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔ – มี.ค.๖๕) พบว่า จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ๓๓๔ คน เสียชีวิต ๙๙ คน (ร้อยละ ๒๙.๖๔)

- เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ช่วงอายุ ๖๐-๑๐๐ ปี จำนวน ๗๒ คน (ร้อยละ ๗๒.๗๓) ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีโรคร่วมมากกว่า ๒ โรค เช่น Old CVA, DM, HT, COPD, CKD, CA และติดเตียง คาสายหรือท่อระบายต่างๆ ผู้ป่วยช่วงอายุ ๒๗ – ๕๙ ปี จำนวน ๒๗ คน (ร้อยละ ๒๗.๒๗) เนื่องจากวินิจฉัยล่าช้าในกลุ่มอาการไม่ชัดเจน และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ, CKD, CA, Cirrhosis

- เป็นผู้ป่วย Refer in จากรพช. ๑๔๙ คน เสียชีวิต ๓๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๘๒ 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 ภูมิคุ้มกันต่ำ

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การทำงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหาร
Pre-hospital กลุ่มผู้ป่วยที่นอนรพ. นานและเสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่า ๒ โรค กลุ่มผู้ป่วยอาการไม่ชัดเจน ภูมิคุ้มกันต่ำ CKD, CA, Cirrhosis	- พัฒนาระบบการสร้าง Health literacy ในผู้ป่วยและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ sepsis ในชุมชน เช่น ผู้ป่วยติดเตียง เจาะคอ คาสายหรือท่อระบายต่างๆ กลุ่มบุคคลเปราะบาง (สูงอายุ) ภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นต้น - พัฒนาระบบสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักถึงภาวะ Sepsis ที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล (Sepsis Alert) - พัฒนาสมรรถนะในการประเมิน และการวินิจฉัย โดยใช้ SOS/SIRS ในการเฝ้าระวังก่อนเข้าสู่ภาวะ Severe sepsis/Septic Shock ในบุคลากรผู้ดูแลสุขภาพประชาชนในปฐมภูมิ

In-hospital - การประเมินภาวะ Sepsis ได้ล่าช้า ทำให้วินิจฉัยล่าช้า ทั้งในรพ.และรพท.โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจน ผู้ป่วย re-admitted/revisit ด้วย ยังมีไข้ ไข้ เป็นๆหายๆอาการไม่ดีขึ้น หรือเหนื่อยเพลียมากขึ้น ซึมลง เป็นต้น - การเข้าถึงการดูแลรักษาในICU (เตียงมีจำกัด และระบบการบริหารจัดการเตียงในICU) - ขาดการตัดสินใจที่ดีในการConsultที่มีประสิทธิภาพ กรณีเป็นExtern/Intern - ขาดการตัดสินใจปรึกษาหารือและการConsultที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพกรณีผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือมีความซับซ้อนหลายระบบ	- พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ สหสาขาวิชาชีพในการประเมินภาวะ Sepsis ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจน โดย จัดอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้, conference ทบทวนคุณภาพ Tracer การดูแลผู้ป่วย sepsis, sepsis round, sepsis สัญจร,ระบบพี่เลี้ยง และการนิเทศทางคลินิก - พัฒนาระบบการ Consult เพื่อการรักษาร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาล - ปรับแนวทางปฏิบัติการadmit ผู้ป่วย Sepsis ใน ICU โดย การบริหารจัดการเตียงใน ICU ที่มีประสิทธิภาพ และมีแพทย์ Critical care ประจำ ICU - พัฒนาระบบ D/C plan ให้มีประสิทธิภาพตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งจำหน่ายและการประสานการดูแลต่อเนื่องโดยเฉพาะ Case ที่มีโอกาสกลับมารักษาหรือเป็นซ้ำ
Post-hospital - ขาดการติดตามต่อเนื่องสู่ชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่ ติดตามเยี่ยมซ้ำ การตอบกลับเพื่อประเมินคุณภาพซ้ำ ไม่ได้นำปัญหามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทำงานแบบแยกส่วน ทำให้มีการ Re-Adm. ก่อนการเยี่ยม ใน Case Bed Ridden UTI Pneumonia เจาะคอ คาสายหรือท่อระบายต่างๆ	- พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยพัฒนานวัตกรรม / โปรแกรม/เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลแบบไร้รอยต่อ การส่งต่อและตอบกลับร่วมกัน การเยี่ยมบ้าน และเฝ้าระวังภาวะsepsisที่มีประสิทธิภาพ - พัฒนาสมรรถนะอสม.และผู้ดูแลในชุมชนโดยจัดอบรมให้ความรู้ sepsis alert และการดูแลเชิงป้องกัน

แผนพัฒนาต่อเนื่อง

๑. พัฒนาระบบการสร้าง Health literacy ในผู้ป่วยและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ sepsis ในชุมชน
๒. พัฒนาระบบสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักถึงภาวะ Sepsis ที่ต้องรับมาโรงพยาบาล (Sepsis Alert)
๓. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์และสหสาขาวิชาชีพในการประเมินภาวะ Sepsis ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจน (conference, sepsis round, sepsis สัญจร,ระบบพี่เลี้ยงและการนิเทศทางคลินิก)

๔. ปรับ Sepsis protocol และ Standing order เพื่อให้สะดวกในการนำสู่การปฏิบัติ
๕. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยพัฒนานวัตกรรม /โปรแกรม/เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลแบบไร้รอยต่อ การส่งต่อและตอบกลับร่วมกัน การเยี่ยมบ้านและเฝ้าระวังภาวะ sepsis ที่มีประสิทธิภาพ
๖. พัฒนาระบบ RRT Sepsis (Rapid Response Team) เพื่อให้ระบบ consult มีประสิทธิภาพ



ผู้รายงาน:

- นพ.จินภา ประเสริฐบุญชัย
 นายแพทย์ชำนาญการ
 - นางสาวละมุล มุสิกพงศ์
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- โทร. ๐ ๗๔๓๓ ๘๑๐๐ ต่อ ๑๒๑๕

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: สาขาไต

ตัวชี้วัดหลัก : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr

ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตที่มารับบริการปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ ไตรมาสที่ ๒ มีจำนวน ๓,๖๗๗ , ๓,๖๖๐ และ ๒,๘๑๗ ราย ตามลำดับ โดยในปี ๒๕๖๕ ไตรมาสที่ ๒ มีผู้ป่วยโรคไต ระยะ ๓ จำนวน ๑,๓๔๒ ราย ผู้ป่วยโรคไตระยะ ๔ จำนวน ๕๘๗ ราย และเป็นผู้ป่วยโรคไตระยะ ๕ จำนวน ๓๐๐ ราย

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๑)	๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๒)
-ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	เป้าหมาย	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐
	ผลงาน	๑,๖๑๑/ ๑๖๗๗	๔,๒๖๗/๑๗,๔๐๔
	อัตรา/ ร้อยละ	๙.๖๐	๒๔.๕๒
- การชะลอความเสื่อมของไตผู้ป่วยที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <๕ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	เป้าหมาย	ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๖
	ผลงาน	๓๙๗/๖๙๓	๘๙๒/๑,๔๖๑
	อัตรา/ ร้อยละ	๕๗.๒๙	๖๑.๐๕

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ๒๗/๕/ ๖๕

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 หรือการใช้ยาที่มี drug interaction ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดไตวายมากขึ้น เช่น NSAID ใช้ร่วมกับ ACEI or ARB
๓. การใช้ยา ACEI or ARB ในกลุ่มผู้ป่วย CKD ที่ไม่มีข้อห้าม
๔. การเข้าถึงยา SGLT-๒ เพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกลุ่ม CKD ๓a

ผู้รายงาน

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

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
 ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัด

	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ ไตรมาส ๑	๒๕๖๕ ไตรมาส ๒
๑	รพ.ระดับ M๒ สามารถลดการส่งต่อผู้ป่วย simple non displace	>๗๐%	๗๐.๒%	๗๒%	๖๘.๒๒%	๖๓%	๗๘%
๒	ร้อยละผู้ป่วย Open fx long bone ได้รับการผ่าตัดภายใน ๖ ชม.	>๕๐%	๖๖.๓๙%	๘๐.๐๓%	๕๔.๖๗%	๙๕.๔๓%	๑๐๐%
๓	ผู้ป่วย Refracture prevention อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐ ปี ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๗๒ ชม. (ปรับอายุ ๖๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕)	>๕๐%	๖๖.๓๙%	๔๘.๔๘%	๖๕.๗๗%	๖๙.๑๗	๕๖.๓๘
	Re fracture	<๒๐%	๑.๖๔%	๔.๕%	๒.๓๗%	๐%	๐%
๔	โรงพยาบาลระดับ M ๑ ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention อย่างน้อย จังหวัดละ ๑ ทีม		Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
๕	โรงพยาบาลระดับ A มีหน่วย spine unit	๑๐๐%	-	-	-	-	-
๖	บริการผ่าตัด complex acetabular ในโรงพยาบาลระดับ A หรืออย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ แห่ง	-	-	-	-	-	-

สถานการณ์

โรงพยาบาลสงขลา สามารถปฏิบัติตามเป้าของตัวชี้วัด service plan กำหนด จากเดิมที่มีปัญหาเรื่องของการรักษาในโรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป ทางโรงพยาบาลสงขลาได้จัดแนวทางการให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับทางโรงพยาบาล M๒ ก่อนเพื่อประเมินเรื่องของความรุนแรงของคนไข้และความสามารถในการรักษาได้ตลอดตามช่องทางที่ได้จัดไว้ให้ เช่น ไลน์หรือโทรปรึกษาโดยตรง

ความก้าวหน้า

ตัวชี้วัดที่ได้ตามเป้าหมาย ทางโรงพยาบาลสงขลา ยังคงให้ความสำคัญในการรักษามาตรฐานอย่างต่อเนื่องและจะมุ่งมั่นพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

แผนพัฒนา

๑. รับเป็นโรงพยาบาลพี่เลี้ยงของโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบและสร้างความมั่นใจในการดูแลคนไข้ร่วมกัน และช่วยเพิ่มประสบการณ์ในการดูแลคนไข้มากขึ้นของโรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป
๒. การส่งผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นต่อเนื่องที่โรงพยาบาลต้นทาง ตามระบบ Refer back เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล
๓. เปิดบริการตรวจคนไข้แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล ระดับ M๒ เพื่อลดการเดินทางของคนไข้มาตรวจโรงพยาบาลสงขลาตามโอกาสที่เหมาะสมในอนาคต

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ทรัพยากรในการดูแลคนไข้ที่มีการบาดเจ็บทางกระดูกจำกัดมากยิ่งขึ้น เช่น จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ จำนวนเตียงรองรับผู้ป่วย จำนวนห้องผ่าตัดที่เปิดให้บริการผู้ป่วยทั้งแบบ elective และ emergency

ผู้รายงาน

- นพ.ทรงชนะ แก้วมโน
 นายแพทย์ชำนาญการ
 วันที่ ๘/๕/๖๕
 โทร. ๐๙๔-๓๓๘๑๐๐

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
 ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: ODS

ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย ≥ 25)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

กลุ่มโรค	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ (๑ ต.ค. ๖๔ - ๓๑ มี.ค. ๖๕)
■ Inguinal hernia	๓๕	๒๕	๑๓
■ Hemorrhoid	๖	๕	๑
■ Vaginal bleeding	๖	-	-
■ Colonoscopy เฉพาะ Fit test positive	-	-	๕๐
■ Colorectal polyp	๔๘	๔๓	๕๓
■ Fistulectomy	๕	๑	-
■ Pterygium Excision	๘๓	๕๘	๓๘
■ Female sterilization	๓	๒	-
■ Tonguetie release	๒๘	๕๘	๒๓
■ Simple mastectomy	๑	-	-
■ Wide excision breast	๑๑	๑๓	๑๕

ODS unit/ Pre anesthesia clinic



ปัญหา อุปสรรค

- Call Visit ซึ่งไม่สามารถทำได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากข้อจำกัดของเวลา Nurse Manager ที่ติดภาระงานในการอยู่เวรนอกเวลาราชการ ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย
- เจ้าหน้าที่ประจำหน่วย ODS ไม่เพียงพอ

Key Success

การให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) พบว่า โรคและหัตถการที่ให้บริการหลัก คือ Colorectal polyp, Colonoscopy เฉพาะ Fit test positive, Inguinal hernia, Pterygium Excision, Tongue tie release ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ มีความสะดวกและได้รับบริการที่ดี หลังผ่าตัดได้กลับไปพักฟื้นที่บ้านทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและการเดินทาง

ผู้รายงาน

- นายแพทย์เมธี อริญารณ
 นายแพทย์ชำนาญการ
 กลุ่มงานศัลยกรรม
 โทร. ๐ ๗๔๓๓ ๘๑๐๐

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: กุมารเวชกรรม

ตัวชี้วัด : อัตราผู้ป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน-๕ ปีบริบูรณ์ ลดลงร้อยละ ๑๐

สถานการณ์

โรคปอดบวมเป็นโรคที่มีอัตราการตายเป็นอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๕ ปี โดยพบว่าเด็กที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ เป็นเด็กกลุ่มเสี่ยง มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ Down syndrome เป็นต้น สถิติผู้ป่วยปอดบวมเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสงขลา ปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๕ มีแนวโน้มลดลง จากสถานการณ์โรคโควิดระบาด ลดกิจกรรมออกนอกบ้าน โรงเรียนปิด นักเรียนเรียนทาง on line และปฏิบัติตามหลัก DMHTT ไม่พบอุบัติการณ์เสียชีวิตในปี ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ แต่ปี ๒๕๖๕ มีอุบัติการณ์เสียชีวิต ๑ ราย ซึ่งมีโรคประจำตัว

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ (Q๑)	๒๕๖๕ (Q๒)
๑	อัตราตายผู้ป่วยตายโรคปอดบวมในเด็กอายุ ๑ เดือนถึง ๕ ปี บริบูรณ์ ลดลงร้อยละ ๑๐	จำนวนเด็กอายุ ๑ เดือนถึง ๕ ปี ป่วยด้วยโรคปอดบวม	๔๘๘	๒๗๔	๓๐๗	๘๔	๒๖
		จำนวนเด็กอายุ ๑ เดือนถึง ๕ ปี ตายด้วยโรคปอดบวม	๕	๐	๐	๑	๐
		อัตรา/ ร้อยละ	๑.๐๒	๐	๐	๑.๑๙	๐

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การดำเนินงานไม่ประสบ

- ประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มเสี่ยง/โรคร่วม

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับผิดชอบ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
-ประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มเสี่ยง/โรคร่วม - เด็กป่วยกลุ่มเสี่ยงยังเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคปอดบวมน้อยเนื่องจากค่าวัคซีนแพง	- กำหนดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง / ผู้ป่วยมีโรคร่วม วางแผนจำหน่ายและส่งต่อดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชนทุกราย - ฉีดวัคซีนโรคปอดบวมให้ครอบคลุม โดยเฉพาะเด็กกลุ่มเสี่ยง	-ฉีดวัคซีนปอดบวมฟรีในเด็กกลุ่มเสี่ยง

- นางพนิดา จันทรรัตน์
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 โรงพยาบาลสงขลา
 โทร. ๐ ๗๔๓๓ ๘๑๐๐

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: สาขาทา

สถานการณ์

สถิติคนไทยมีภาวะตาบอด ๐.๕๙% สายตาเลือนราง ๑.๕๗% สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอด คือ ต้อกระจก(๕๑%) ต้อหิน(๙.๘%) ภาวะตาบอดในเด็ก(๕.๗%) เบาหวานเข้าจอตา (๒.๕%) กระจกตาขุ่น (๒.๐%) ร้อยละ ๘๐ ของภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตั้งเป้าหมายการลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า ๐.๕๐% ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทา คือ การลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า ๐.๕๐% โดยเพิ่มคุณภาพการเข้าถึงบริการใน ๕ โรคหลัก คือ ต้อกระจก จอตา (เนื้องาเบหวาน และ ROP) ตาบอดในเด็ก ต้อหิน กระจกตาขุ่น ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต

โรงพยาบาลสงขลาผู้รับบริการทางจักษุ ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๕ มีสถิติ ๕ อันดับผู้ป่วยนอก คือ ต้อกระจก, ต้อหิน, DR, ต้อเนื้อ, เยื่อบุตาอักเสบ และ ๕ อันดับผู้ป่วยในคือ ต้อกระจก, Hyphema, ต้อหิน, Eye Injury, Corneal ulcer

หัตถการสำคัญ คือ ผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม, Laser, ลอกต้อเนื้อ, เย็บซ่อมท่อน้ำตา เป้าหมายผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลสงขลาปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๑,๐๐๐ ดวงตา ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกจำนวน ๘๐๔ ดวงตา โดยใช้สิทธิบัตรทอง ๗๘๕ คน และเป้าหมายการทำผ่าตัดต้อกระจกในปี ๒๕๖๕ เน้นสิทธิบัตรทองจำนวน ๑,๐๐๐ ดวงตา

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

๑. การบริการตรวจรักษา OPD โดยเปิดให้บริการคลินิกต้อหิน และ oculoplastic รวมทั้งการทำผ่าตัดผู้ป่วยต้อหิน และผ่าตัดทาง Oculoplastic โดยการผ่าตัดทุกสิทธิมี ดังนี้ต้อกระจก ๔๙๓ ราย ผ่าตัดต้อหิน ๔ ราย ผ่าตัด Oculoplastic ๒๑ ราย

๑. เพิ่มคุณภาพการเข้าถึงบริการเชิงรุก โดยจัดทำโครงการคัดกรองต้อกระจกและต้อหิน เบาหวานขึ้นตาลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา และจัดทำโครงการราชทัณฑ์ปันสุขในเรือนจำจังหวัดสงขลา

ผลการดำเนินงาน โครงการราชทัณฑ์ปันสุข มีการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทางผู้บริหารของเรือนจำขอเลื่อนการจัดกิจกรรมทั้งหมดออกไปจนกว่าจะไม่มีมีการแพร่ระบาดโรคโควิด ๑๙ เนื่องจากในเรือนจำมีการแพร่ระบาดโรคโควิด ๑๙ อย่างต่อเนื่อง

๔. ตรวจคัดกรองเบาหวานเข้าจอตา ร่วมกับสาขาอายุรกรรม และปฐมภูมิ
 ให้บริการตรวจตาผู้ป่วยเบาหวานจาก OPD อายุรกรรมทุกวันราชการ

๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่ายโดยให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาทางโทรศัพท์ ทาง Line กลุ่ม Consult อ่านผล DR ให้คำแนะนำการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่แพทย์ใน รพช.ก่อน refer

๕. การคัดกรอง ROP ทารกคลอดก่อนกำหนดทุกรายร่วมกับกุมารแพทย์ที่หอผู้ป่วย NICU ในปี ๒๕๖๕ มีทารกคลอดคลอดก่อนกำหนดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑๕๐๐ กรัมจำนวน ๘ ราย ได้รับการตรวจตาโดยจักษุแพทย์ ๑๐๐% และไม่พบภาวะ ROP ในทารกคลอดก่อนกำหนด

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๑. การคัดกรองต่อกระจก ต้อหิน และเบาหวานขึ้นตาไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากสถานการณ์โรค COVID-19 แพร่ระบาดในชุมชน

๒. การเข้าถึงบริการตรวจรักษาต่อกระจกในช่วงไตรมาส ๑-๒ ยังมีน้อยทั้งเครือข่ายเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด ๑๙ และมีข้อจำกัดในการทำผ่าตัด

๓. โรค/หัตถการที่ต้อง Refer ไปรักษาต่อ Retina และ Corneal ulcer

ข้อเสนอแนะ

■ โครงการเด็กไทยสายตาสี ไม่มีการคัดกรองเนื่องจากโรงเรียนไม่ได้เปิดการสอนและไม่สามารถจัดหาร้านแว่นราคาถูกได้

■ สนับสนุนให้มีเครื่องมือตรวจทางตาที่จำเป็นอย่างเพียงพอเช่น Fundus Camera ใน รพช.ทุกแห่ง และการส่งเสริมให้มีพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาในรพช.เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางตาใน รพช.





โรงพยาบาลสงขลา

M

O

P

H

ข่าวประชาสัมพันธ์

ปีที่ ๔ ฉบับที่ 139 เดือนพฤษภาคม 2565



โรงพยาบาลสงขลา ออกหน่วยเชิงรุก

คัดกรองต้อกระจก ต้อหิน และเบาหวานขึ้นตา




เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2565 กลุ่มงานจักษุ รพ.สงขลา นำทีมโดย นพ.สกรรณัฐ จิรนพศักดิ์วงษ์ พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ออกหน่วยเชิงรุกคัดกรองต้อกระจก ต้อหิน และเบาหวานขึ้นตา เพื่อตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาเพื่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และตรวจความดันลูกตา โดยมีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ณ โรงพยาบาลสตึกพระ จ.สงขลา







โรงพยาบาลสงขลา
 ☎ 074-338100
— www.skhospital.go.th

ผู้รายงาน

- พญ.ปฐิมา อภิวัฒน์การุญ
หัวหน้ากลุ่มงานจักษุ
- นางกิงกาญจน์ ชุ่มจำรัส
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๑-๘๘๗๒๖๙๐
Email: kingkranchumjamras@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
 ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: สุขภาพช่องปาก

ตัวชี้วัด

๑. อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก (รายกลุ่มวัย)
๒. อัตราผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
๓. จำนวนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สาขาสุขภาพช่องปาก
๔. อัตราจำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด

ตัวชี้วัดที่ ๑: อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก (รายกลุ่มวัย)

ตัวชี้วัด ใช้แบบความครอบคลุม	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ต.ค.๖๔-มี.ค.๖๕)	กระบวนการสำคัญเพื่อพัฒนา
๑. อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาด	๓๐	๙.๔๑	- ให้บริการที่คลินิก ANC ทั้งช่วงเช้าและบ่าย - เน้นการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในหญิงตั้งครรภ์ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ - ลงข้อมูลให้ครบถ้วน
๒. อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๕๐	๒๘.๙๕	- เน้นประสานเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ - เพิ่มการบริการที่ WCC ในรพ.สต.ให้ครอบคลุม
๓. อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบปฏีบัติและ plaque control	๕๐	๒๒.๕๒	- เน้นประสานเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ - เพิ่มการบริการที่ WCC ในรพ.สต.ให้ครอบคลุม

๔. อัตราเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	๕๐	๓.๕๓	• ประสานเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิลงศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล • จัดทำกลุ่ม line ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองเพื่อสื่อสารให้ความรู้และช่องทางการมารับบริการ
๕. อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรมแท็บ	๓๐	๐	• ช่วงเดือนมิ.ย.๖๕ ออกตรวจฟันในโรงเรียน • มีแผนการออกให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน
๖. อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับการบริการทันตกรรม	๒๕	๒.๐๑	• เพิ่มการตรวจวางแผนรักษา • ลงข้อมูลให้ครบถ้วน
๗. อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๔๐	๒.๐๙	• เชิงรุกในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ ๒: อัตราผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

ตัวชี้วัด ใช้แบบความครอบคลุม	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ต.ค.๖๔-มี.ค.๖๕)	กระบวนการสำคัญเพื่อพัฒนา
ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๔๐	๓.๒๘	ให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายที่เปราะบางและเน้นเชิงรุก ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย



ตัวชี้วัดที่ ๓: จำนวนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สาขาสุขภาพช่องปาก
 เขตละ ๑ แห่ง (เขต ๑๒ คือรพ.หาดใหญ่)

ตัวชี้วัด ใช้แบบความ ครอบคลุม	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ต.ค.๖๔-มี.ค.๖๕)	กระบวนการสำคัญ เพื่อพัฒนา
๑. การรักษา โรคมะเร็งในช่องปาก	จัดประชุมเรื่องการตรวจคัด กรองรอยโรคก่อนมะเร็ง และการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งการส่งต่อเคส ศัลยกรรม ทั้ง onsite และ online โรงพยาบาลชุมชนที่ เข้าร่วม online ได้แก่ รพ. สิงหนคร ,รพ.ระโนด ,รพ. สทิงพระ, รพ.กระแสดินรุ้ง , รพ.จะนะ, รพ.เทพาเตรียม ช่องปากคนไข้มะเร็ง ๕ เคส ผ่าตัด tumour ขนาดใหญ่ เกิน ๖ cm. ๒ เคส	การคัดกรองมะเร็งช่องปาก ในกลุ่มเสี่ยง เพิ่มศักยภาพการผ่าตัด มะเร็งช่องปาก 	๑. การรักษาโรคมะเร็ง ในช่องปาก
๒. การรักษาผู้ป่วย ปากแหว่งเพดานโหว่	ทำเพดานเทียม ๖ เคส ทำ Alveolar bone graft ในเคส cleft ๒ เคส มีคิวผ่าตัดเย็บ lip /palate กับ maxillofacial ๕ เคส ผู้ป่วยได้รับการจัดฟัน ๗ เคส	ทีมผ่าตัด CLCP ร่วมกับ plastic surgery ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแล ผู้ป่วย	๒. การรักษาผู้ป่วย ปากแหว่งเพดานโหว่
๓. การรักษาทันต กรรมในเด็กที่ยู้งยาก ซับซ้อน	ให้การรักษาทันตกรรมในเด็กที่ โรคผนังกะโหลกศีรษะ ๑ เคส และให้การรักษาดังพิเศษ ๔ เคส ภายใต้ Conventional Tx	ลดการรอคอยของ Case FM rehabilitation under GA	๓. การรักษาทันต กรรมในเด็กที่ยู้งยาก ซับซ้อน

ตัวชี้วัด ใช้แบบความ ครอบคลุม	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ต.ค.๖๔-มี.ค.๖๕)	กระบวนการสำคัญ เพื่อพัฒนา
๔. การรักษาทันตกรรมในผู้สูงอายุที่ย่างยากซับซ้อน	งานฟันปลอมถอดได้ฐานโลหะฟันบน ใส่ฟัน ๑๑ ซี่ ในกรณีสัน ridge เป็นลักษณะ Pneumatization ๑ เคส งานฟันปลอมทั้งปาก ในผู้สูงอายุ ๘๖ ปี ที่มีความพิการหูหนวก ๑๐๐% และพิการเดินไม่ได้ ๑ เคส งานครอบฟันและฟันปลอมถอดได้ กรณี Full mouth rehabilitation ฟันสึกทั้งปากและสบ deep bite ๑ เคส งาน overdenture บนรากเทียม	งาน overdenture บนรากเทียม	๔. การรักษาทันตกรรมในผู้สูงอายุที่ย่างยากซับซ้อน



ตัวชี้วัดที่ ๔ : อัตราจำนวนรายการบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน ปี ๖๔	ผลงาน (ต.ค.๖๔-มี.ค.๖๕)	กระบวนการสำคัญเพื่อพัฒนา
โรงพยาบาลระดับ S มีผลงานให้บริการ ทันตกรรมเฉพาะทาง	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๕ เทียบกับปี ๖๔	๘.๕	๑๗.๙๕ เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๑๑	- ลดอัตราการรอคอยในงานเฉพาะทาง - ลดการส่งต่อไปยังหน่วยงานนอก สธ.

ผู้รายงาน

- ทพญ.นิลุบล อัครพิมาน
หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม
โทร. ๐ ๗๔๓๓ ๘๑๐๐

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
 ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: สาขา Palliative care

ตัวชี้วัด

๑. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting ร้อยละ ๘๐ (กระทรวงกำหนดร้อยละ ๖๐)
๒. การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคอง ร้อยละ ๔๐
๓. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ ๕๐
๔. รพ.ระดับ S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน fulltime อย่างน้อย ๑ คน มีพยาบาลปฏิบัติงาน fulltime อย่างน้อย ๒ คน และมีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย ๑ คน

สถานการณ์

ผู้ป่วยที่เข้าสู่บริการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ ต.ค. ๖๔ – ๓๑ มี.ค. ๖๕) มีผู้ป่วยที่ส่งปรึกษา ๔๕๕ ราย และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นโดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและกลุ่ม Non-cancer ๓ กลุ่มโรค ได้แก่ stroke, CKD, CHF และจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติขอยุติการฟุ้งชีพลอดถอนท่อช่วยหายใจเพิ่มมากขึ้นซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าด้วยตนเอง

ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ ต.ค. ๖๔ – ๓๑ มี.ค. ๖๕)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒
จำนวนผู้ป่วยรายใหม่		๒๓๑	๒๒๔
๑. ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid	>๔๐%	๗๒.๕	๘๗.๕
- ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองที่มีอาการปวดและ / หรือหอบเหนื่อยได้รับการจัดการด้วย Opioid	>๖๐%	๗๖.๒๖	๘๗.๕
๒. ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting	>๘๐%	๙๘.๒๖	๙๗.๗๖
- ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร ด้วยตนเอง (advance direct)	>๖๐%	๓๐.๗๓	๓๒.๕๘

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒
๓. ร้อยละของผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลระยะท้ายต่อเนืองที่บ้าน			
- ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีม PC รพ. และเครือข่าย (เขตเมือง)	>๘๐%	๖๐	๖๐
- ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดย PCN	๑๐๐%	๑๐๐	๑๐๐
๔. ร้อยละผู้ป่วยที่เสียชีวิตไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้	<๑๐%	๓.๐๓	๑.๓๓

แผนพัฒนา

- พัฒนาศักยภาพ PCWN ในแต่ละหอผู้ป่วยและเพิ่มการตรวจกรองผู้ป่วยระยะท้ายเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง
- อบรมการทำ advance care plan ให้กับบุคลากรและส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะท้ายทำการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยตนเอง
- พัฒนาระบบการดำเนินงานด้านการดูแล Palliative care ในผู้ป่วย covid -๑๙
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายกลุ่มโรค non-cancer ๓ กลุ่มโรคได้แก่ stroke, CKD, CHF ในภาวะฉุกเฉินที่ห้องฉุกเฉิน
- พัฒนาและสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ยุติการพยุงชีพโดยการถอดถอนท่อช่วยหายใจ
- ประเมินศูนย์ Palliative care ตาม Quality Standard ปีละ ๑ ครั้ง เพื่อนำเรื่องที่ต้องการพัฒนามาเข้าแผนยุทธศาสตร์ในปีงบประมาณถัดไป
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ร่วมกับการประชุมภูมิ

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการส่งปรึกษาเพื่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองไม่ครอบคลุม	- อบรม PCWN ในแต่ละหอผู้ป่วยและเพิ่มการตรวจกรองผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อส่งปรึกษาเร็วขึ้น - เพิ่มการส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคองตามข้อบ่งชี้โดยแพทย์มากขึ้น - จัดหาเอกสาร ข้อบ่งชี้ผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องส่งปรึกษาทีม PC ให้กับหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง
ผู้ป่วยระยะท้ายเสียชีวิตไม่เป็นไปตามแผนการดูแลล่วงหน้าที่วางไว้	- มีการสื่อสารถึงระบบการแจ้งเตือนข้อมูลการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษรของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อให้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยได้รับทราบถึงเจตนาของผู้ป่วย - การจัดการอาการผู้ป่วยระยะท้ายในภาวะฉุกเฉินให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ห้องฉุกเฉินให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยและโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลสงขลา เพื่อลดการ Fe-admit / intubation
ข้อจำกัดในการสื่อสารกับผู้ป่วย covid-๑๙ ที่มีการส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง	- ในรายที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี ทีมแพทย์ที่ดูแลรักษาหลักควรมีการพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรงเพื่อวางแผนในการจัดการอาการรบกวนและการวางแผนดูแลล่วงหน้า - กรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ แพทย์ที่ดูแลรักษาหลักร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลศูนย์การดูแลแบบประคับประคองทำ Family Meeting กับครอบครัวเพื่อให้ข้อมูลการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และอภิปรายการวางแผนดูแลล่วงหน้า
บุคลากรขาดความตระหนักและใส่ใจในกระบวนการยุติการพุงซีพีในผู้ป่วยระยะท้ายที่ขอถอนท่อช่วยหายใจ	- ให้ข้อมูลถึงผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย / ครอบครัว และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในขั้นตอนการยุติการพุงซีพีโดยการถอนท่อช่วยหายใจ

ผู้รายงาน

- พญ.พฤกษพร ธรรมโชติ
 นายแพทย์ชำนาญการ
 โทร. ๐ ๗๔๓๓ ๘๑๐๐

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan: สาขา RDU

๑.๑ ผ่านตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ ๒

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุผล ปี ๒๕๖๕ ในชื่อว่า การพัฒนาสู่จังหวัดใช้อย่างสมเหตุผล (RDU province) ซึ่งมุ่งหวังยกระดับคุณภาพบริการของสถานบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชนและแก้ปัญหาการใช้ยา ในชุมชนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีการใช้ข้อมูลกลางจาก HDC เพื่อลดภาระการกรอกข้อมูลของโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่แทนการใช้โปรแกรม RDU ๒๐๑๖ จนถึงปัจจุบัน

โรงพยาบาลสงขลา ในปี ๒๕๖๕ เกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานตาม Service Plan การส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ได้แบ่งการประเมินเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

๑. RDU Hospital : การประมวลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด พบว่าผลการดำเนินงาน RDU hospital ได้มีการปรับตัวชี้วัดให้เหมาะสมในการดำเนินงานมากขึ้น โดยมีตัวชี้วัดจำนวน ๑๒ ตัวชี้วัดดังนี้

- ๑.๑ ร้อยละการใชยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (เป้าหมาย $\leq ๓๐\%$)

- ๑.๒ ร้อยละการใชยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) (เป้าหมาย $\leq ๒๐\%$)

- ๑.๓ ร้อยละการใชยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (เป้าหมาย $\leq ๕๐\%$)

- ร้อยละการใชยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ
- ร้อยละการใชยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (ไม่รวมแผลสัตว์กัด/ไฟไหม้)

- ๑.๔ ร้อยละการใชยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติ (เป้าหมาย $\leq ๑๕\%$)

- ร้อยละการใชยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (Labor)
- Diag IPD

- ๑.๕ ร้อยละในผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่มีการใช้ RAS blockade(ACEI/ARB/ Renin inhibitor) ๒ ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูงทั่วไป (เป้าหมาย ๐%)

- ๑.๖ ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs (เป้าหมาย $\leq ๑๐\%$)

- ๑.๗ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใชยา Metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่มีข้อห้าม (เป้าหมาย $\leq ๘๐\%$)

- ๑.๘ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใชยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน (เป้าหมาย $\leq ๕\%$)

- ๑.๙ ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid (เป้าหมาย $\leq ๘๐\%$)

- ๑.๑๐ ร้อยละของผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใชยาในกลุ่ม long-acting benzodiazepine (เป้าหมาย $\leq ๕\%$)

- ๑.๑๑ ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และได้รับการใชยาฮิสตามีนชนิด non-sedating (เป้าหมาย $\leq ๒๐\%$)

๑.๑๒ จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots (ยกเว้น กรณีใส่ mechanical heart valve) และให้เป็นไปตามการบริหารจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Warfarin management clinic) ในคู่มือตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ (เป้าหมาย ๐ คน)

ผลการดำเนินงาน: ชีวัดการดำเนินงาน และมีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด ๒ ตัวชี้วัด คือ

๑. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

- ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ
- ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (ไม่รวมแผลสัตว์กัด/ไฟไหม้)

๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid

๒. RDU PCU :

ผลการดำเนินงาน RDU ระดับเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา พบว่าผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งหมด ในปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๒) ดังนี้

๑. จำนวน รพ.สต. และหน่วยปฐมภูมิ มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq 20\%$ ผ่านเกณฑ์คิดเป็น ๑๐๐ % (๒๔/๒๔)

๒. จำนวน รพ.สต. และหน่วยปฐมภูมิมีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq 20\%$ ผ่านเกณฑ์คิดเป็น ๙๕.๘๓% (๒๓/๒๔)

๓. จำนวน รพ.สต./PCU ผ่านตัวชี้วัดทั้ง ๒ ตัวชี้วัด (URI+DA) ผ่านเกณฑ์คิดเป็น ๙๕.๘๓% (๒๓/๒๔)

หมายเหตุ: PCU ม.ราชภัฏ: ไม่มีข้อมูลในระบบ HDC

๓. AMR : $\geq$ ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาล มีระบบการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างสมบูรณ์การ (สำหรับโรงพยาบาลสงขลา)

จากการวางแผนและดำเนินงาน AMR ในโรงพยาบาลสงขลาในปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๕ ที่ผ่านมามีการประสานงานเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างสมบูรณ์การใน ๔ วิชาชีพหลัก คือแพทย์ เภสัชกรพยาบาล IC และนักเทคนิคการแพทย์ เพื่อวางระบบให้การทำงานร่วมกัน และสามารถเก็บข้อมูลประมวลผลตามข้อกำหนดการประเมินการดำเนินงาน AMR อย่างบูรณาการ ผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๕ (ไตรมาสที่ ๒) พบว่า

- อัตราการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจคิดเป็น ร้อยละ ๓.๐๔
- การใช้ยาด้านจุลชีพกลุ่มควบคุมพิเศษกรณีทราบผลเพาะเชื้อมีความเหมาะสม ร้อยละ ๙๓.๖๗
- 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

การดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

แบบรายงานตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลสงขลา ปี 2565 (ไตรมาสที่ 2)

ที่	ตัวชี้วัด RDU ระดับ รพ.	เกณฑ์	HDC		HDC		HDC		HDC	
			ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาส 1		ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาส 2		ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาส 3		ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาส 4	
			เกณฑ์	ผล	เกณฑ์	ผล	เกณฑ์	ผล	เกณฑ์	ผล
1.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจของระบบและหลอดเลือดดำส่วนปลาย พ่นในผู้ป่วยนอก ***ชั้นที่ 3 ≤ 20%	≤ 30%	ตัวตั้ง ตัวหาร	346 1,763 14.31	ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	1,079 6,178 17.47	ผ่าน		
2.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ชั้นที่ 3 ≤ 20%	≤ 20%	ตัวตั้ง ตัวหาร	195 959 20.33	ไม่ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	490 2,545 19.25	ผ่าน		
3.	3.1 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ *RDU ชั้นที่ 3 ปรับใช้เกณฑ์ ≤ 40% 3.2 บาดแผลสดอุบัติเหตุ (ไม่รวมแผลสัตว์กัด/ไฟไหม้)	≤ 50%	ตัวตั้ง ตัวหาร	903 1,490 60.60	ไม่ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	2,600 4,402 59.06	ไม่ผ่าน		
			ตัวตั้ง ตัวหาร	348 648 53.70	ไม่ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	801 1,651 48.52	ผ่าน		
4.	4.1 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (labor) *ชั้นที่ 3 ≤ 10% 4.2 Discharge IPD	≤ 15%	ตัวตั้ง ตัวหาร	12 156 7.69	ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	66 496 13.31	ผ่าน		
			ตัวตั้ง ตัวหาร	10 141 7.09	ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	22 322 6.83	ผ่าน		
5.	ร้อยละในผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน ในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	0%	ตัวตั้ง ตัวหาร	0 6,038 0	ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	0 10,587 0	ผ่าน		

ที่	ตัวชี้วัด RDU ระดับ รพ.	เกณฑ์	HDC		HDC		HDC		HDC	
			ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาส 1		ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาส 2		ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาส 3		ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาส 4	
			เกณฑ์	ผล	เกณฑ์	ผล	เกณฑ์	ผล	เกณฑ์	ผล
6.	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	≤10%	ตัวตั้ง ตัวหาร	7 1,479 0.47	ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	18 2,501 0.72	ผ่าน		
7.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา Metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่ใช้อินซูลิน	> 80%	ตัวตั้ง ตัวหาร	3,324 3,533 94.08	ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	5,555 5,839 95.14	ผ่าน		
8.	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากดภูมิ NSAID เข้าซ้อน	≤5%	ตัวตั้ง ตัวหาร	8 10,765 0.07	ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	8 8,009 0.10	ผ่าน		
9.	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการได้รับยา Inhaled Corticosteroid	> 80%	ตัวตั้ง ตัวหาร	461 656 70.27	ไม่ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	619 836 74.04	ไม่ผ่าน		
10.	ร้อยละผู้ป่วยนอกกลุ่มยา Long-acting benzodiazepine	≤5%	ตัวตั้ง ตัวหาร	388 31,781 1.22	ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	957 85,127 1.12	ผ่าน		
11.	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และได้รับการรักษาด้วยยาชนิด non-sedating	≤20%	ตัวตั้ง ตัวหาร	17 265 6.42	ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	41 478 8.58	ผ่าน		
12.	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา Warfarin, Statin, ergots (ยกเว้น กรณีใส่ mechanical heart valve) และให้เป็นไปตามการบริหารจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Warfarin management clinic) ในคู่มือตามแผนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพโรคหัวใจ	0 คน	ตัวตั้ง ตัวหาร	0 783 0	ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	0 1,712 0	ผ่าน		

ที่	ตัวชี้วัด RDU ระดับ รพ.	เกณฑ์	HDC		HDC		HDC		HDC	
			ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาส 1		ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาส 2		ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาส 3		ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาส 4	
			เกณฑ์	ผล	เกณฑ์	ผล	เกณฑ์	ผล	เกณฑ์	ผล
1.	หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเทียบเท่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	20	ตัวตั้ง ตัวหาร	20 24 91.67	ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	24 24 100	ผ่าน		
2.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	20	ตัวตั้ง ตัวหาร	21 24 87.50	ผ่าน	ตัวตั้ง ตัวหาร	23 24 95.83	ผ่าน		

ปัญหา อุปสรรค

๑. อัตราการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในโรค FTW สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากแพทย์รุ่นใหม่มีแนวทางในการรักษาที่เห็นควรใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

๒. ความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ในการสั่งจ่ายตามเกณฑ์ RDU มีการเปลี่ยนแปลง-โยกย้ายบุคลากรทางการแพทย์ บรรจุใหม่ ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงาน

แนวทางการดำเนินงานในปี ๒๕๖๕ มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการดึงข้อมูล เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลจะมีการส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ไม่เป็นไปตามที่กำหนด และแนวทางที่ให้แบบภาพรวมจึงยากในการรวบรวมข้อมูล

ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

ควรให้ความสำคัญกับเรื่องส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อความตระหนักของประชาชน และลดค่าใช้จ่ายด้านยากรณีที่เกิดเชื้อดื้อยา และควรเพิ่มการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชนในกลุ่มโรคอุบัติใหม่ เพื่อเป็นการหาแนวทางร่วมกันในทุกภาคส่วน

ผู้รายงาน

- นางลักขณา คล้ายแก้ว

เภสัชกรชำนาญการ

โทร. ๐๗๔-๓๓๘ ๑๐๐ ต่อ ๔๐๓๙

E-mail: k.lukkana@gmail.com

ประเด็นที่ ๖

Good Governance



- ตรวจสอบภายใน
- การเงินการคลังสุขภาพ

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๖ : ประเด็นธรรมาภิบาล (Good Governance)

๖.๑ ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุง)

ตัวชี้วัด : การกำกับติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง

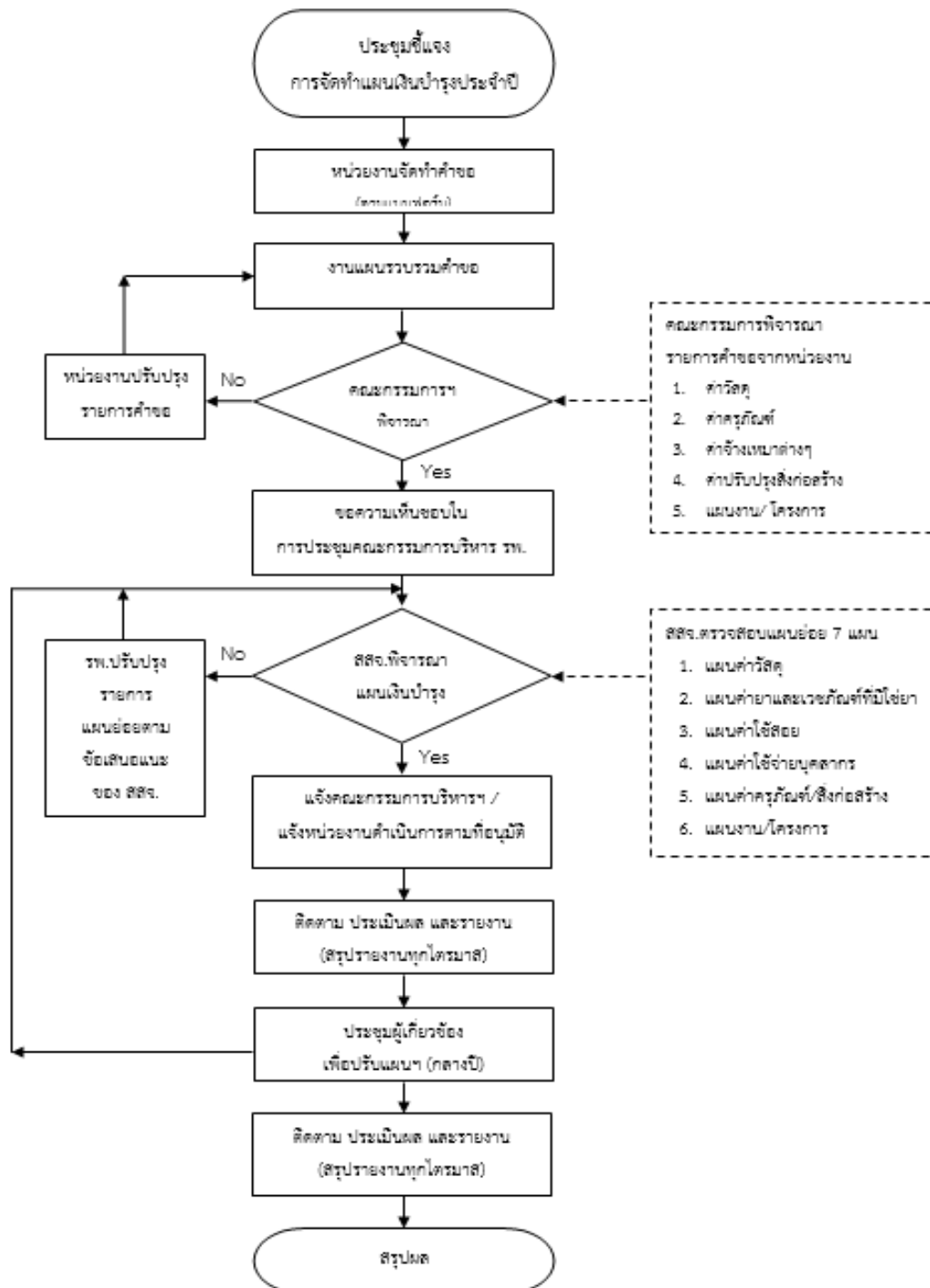
โรงพยาบาลสงขลา ได้ดำเนินการจัดทำแผนเงินบำรุงประจำปีทุกปี ในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน และมีการปรับแผนเงินบำรุงกลางปีในเดือนมีนาคม การจัดทำแผนเงินบำรุง รวบรวมและจัดทำโดยกลุ่มงาน ยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ ร่วมกับคณะกรรมการจัดทำแผนเงินบำรุง และคณะกรรมการการเงินการคลัง (CFO) ของโรงพยาบาล มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลาเป็นประธาน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

กระบวนการจัดทำแผนเงินบำรุง

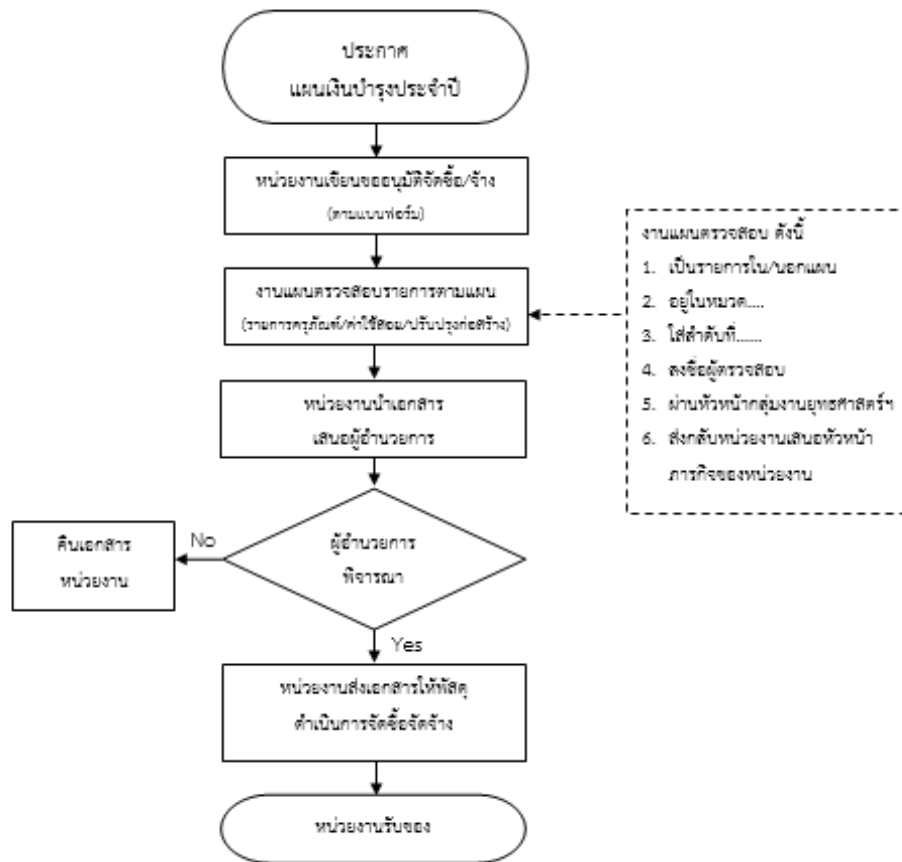
๑. ข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผนเงินบำรุง

พิจารณาข้อมูลด้านรายรับจากกองทุนต่าง ๆ และรายจ่ายที่เกิดขึ้นจริงในปีที่ผ่านมา และนำข้อมูล ๓ ปี ย้อนหลังมาประกอบการพิจารณา โดยคณะกรรมการการจัดทำแผนเงินบำรุงของโรงพยาบาล

กระบวนการจัดทำแผนเงินบำรุง โรงพยาบาลสงขลา



กระบวนการขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างตามแผนเงินบำรุง โรงพยาบาลสงขลา



๒. กระบวนการวิเคราะห์เปรียบเทียบและการพิจารณาแผนเงินบำรุง

โรงพยาบาลสงขลามีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนเงินบำรุง โดยคณะกรรมการทำหน้าที่พิจารณาและขับเคลื่อนการบริหารจัดการแผนเงินบำรุงของโรงพยาบาล

สำเนาฉบับ

คำสั่งโรงพยาบาลสงขลา

ที่ จส/๗ / ๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนเงินบำรุงโรงพยาบาลสงขลา

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

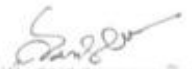
ที่ปรึกษา

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

องค์ประกอบคณะกรรมการ

- | | |
|---|------------------|
| (๑) หัวหน้าภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ | ประธานกรรมการ |
| (๒) นายเอกพจน์ เขียวลาคม | รองประธานกรรมการ |
| (๓) นายสรเสริญ อุ้ยเอ็ง | กรรมการ |
| (๔) นางสาวพวงเพชร ศิริเลิศอนันท์ | กรรมการ |
| (๕) นายสุมิตร ชุมเปีย | กรรมการ |
| (๖) นางสาวกชกร พรหมโสภา | กรรมการ |
| (๗) นางนิลุบล อัครพิมาน | กรรมการ |
| (๘) นางสาวศรีสกุล เหมินทร์ | กรรมการ |
| (๙) นางสุจิตา กุลถวายน | กรรมการ |
| (๑๐) นายสุวิทย์ อภิวัฒน์วรวงศ์ | กรรมการ |
| (๑๑) นางสาววิมล ชินะกุล | กรรมการ |
| (๑๒) นางสาววิญญาพัชญ์ เพ็ชรนรินทร์ | กรรมการ |
| (๑๓) นางกรพินธุ์ สรรพพันธ์ | กรรมการ |

-๒- / (๑๔) นายธีระยุทธ


 (นายบุญเปี่ยม งามสุวรรณ์)
 นิติกร

-๒-

(๑๔) นายธีระยุทธ กันทะเสน	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป	กรรมการ
(๑๕) นางเพ็ญศิริ อัดถาวงค์	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) นางสาวมาลี นิธิพันธ์	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
(๒๓) นางอุไร พงศ์ภมร	นักโภชนาการชำนาญงาน	กรรมการ
(๒๔) นางวาสนา จิงตระกูล	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ	กรรมการและเลขานุการ
(๒๕) นางเยาวลักษณ์ บุญเลิศ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๖) นางสาวอุบล บินสัน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

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 ๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายพงษ์พันธ์ อีรณันตชัย)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา

.....ตรวจ
.....ทาน

.....ร่าง

.....พิมพ์

(นายเอกภพ อู๋โยธยแสง)

รักษาการในตำแหน่ง รองผู้อำนวยการฝ่าย (นายอัครวิทย์ อัครวิทย์)

นิติกร

๓. การขออนุมัติแผนเงินบำรุง

แผนเงินบำรุงโรงพยาบาลสงขลา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

8๖.๑.๖๔/๓.๐๐

ที่ สข ๐๐๓๒.๐๑๐/๕๕๐๗

โรงพยาบาลสงขลา
 เลขที่.....
 วันที่..... 3 ธ.ค. 2564
 เวลา 14:10

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
 ๑๖๑/๑ ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง
 อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติแผนเงินบำรุง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา

อ้างถึง หนังสือโรงพยาบาลสงขลา ที่ สข ๐๐๓๒.๒๐๒.๒/๕๕๓๓ ลงวันที่ ๓๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนเงินบำรุงประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๐.๔/๗๗๑-๖๖๖) 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

อธิบดีฯ ผอ.รพ.สงขลา
 - เพื่อโปรดทราบ
 - เพื่อพิจารณา น. พญ.ศ.ร.๕๕

(นายสงกรานต์ โหมขุน)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

- ๓ ธ.ค. 2564

- พญ.ร.๕๕ พญ.ร.๕๕
 - พญ.ร.๕๕ พญ.ร.๕๕

(นางพัฒน์ แก้วนาคี)
 นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา

07 ธ.ค. 2564

กลุ่มงานประกันสุขภาพ
 โทร. , โทรสาร ๐ ๗๔๓๒ ๖๐๕๑
 ผู้ประสาน นางสาวประทุมพร วิฑูรณกร

๔. การขออนุมัติปรับแผนเงินบำรุง (กลางปี)

แผนเงินบำรุงโรงพยาบาลสงขลา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ได้รับอนุมัติปรับแผน (กลางปี) จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕

กลุ่มภารกิจ
 ด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
 เลขที่รับที่ ๕๔๑
 รับวันที่ ๙ มิ.ย. ๖๕
 ที่ สข ๐๐๓๓.๐๑๐/๒๕๖๕



โรงพยาบาลสงขลา
 เลขที่รับ ๗๘๙๗
 รับวันที่ ๒ มิ.ย. ๒๕๖๕
 ๒๕ มิ.ย. ๒๕๖๕
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
 ๑๖๑/๑ ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง
 อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติปรับแผนเงินบำรุง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (รอบครึ่งปีหลัง)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา

อ้างถึง หนังสือโรงพยาบาลสงขลา ที่ สข ๐๐๓๓.๒๐๒.๒/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย ปรับแผนเงินบำรุงประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (เฉพาะครึ่งปีหลัง) จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงพยาบาลสงขลา ได้ส่งแผนเงินบำรุง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบครึ่งปีหลัง เพื่อเสนอพิจารณาอนุมัติ นั้น

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

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

เรียน ผอ.รพ.สงขลา
 - เพื่อโปรดทราบ
 - เห็นชอบมอบ..... น. ยศพรพงศ์
 ๒ มิ.ย. ๒๕๖๕

(นายสงกรานต์ ไหมชุม)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

(นางพัฒน์ แก้วนาวิ)
 นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา
 ๐๒ มิ.ย. ๒๕๖๕

ผู้รายงาน

- นางวาสนา จิงตระกูล
 หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
 โทร. ๐ ๗๔๓๓ ๘๑๐๐ ต่อ ๑๐๑๙

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๒๙ มิถุนายน – ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
 ประเด็นที่ ๖ : ประเด็นธรรมาภิบาล (Good Governance)

๖.๒ การเงินการคลังสุขภาพ (ระบบจัดเก็บรายได้)

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 6 : ระบบธรรมาภิบาล

หัวข้อ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โรงพยาบาล ...สงขลา..... จังหวัดสงขลา..... สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4 5 4 C)	เกณฑ์คะแนน	รพ. A
เกณฑ์การประเมิน		
รวม	20	16
3. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และ ทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.		
3.1 มีรายชื่อตาม Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บรายได้ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทุกสิทธิ	2	2
3.2 มีบุคลากรที่รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ ตามFlowchartไม่น้อยกว่า 5 คน ใน รพช. 10 คน ใน รพท. และ 15 คน ใน รพศ.	2	2
<u>โปรดระบุ จำนวนบุคลากร (17คน)</u>		
3.3 บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับค่าตอบแทนตามสิทธิ	2	2
3.4 บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ	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

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 6 : ระบบธรรมาภิบาล

หัวข้อ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โรงพยาบาล ...สงขลา..... จังหวัดสงขลา..... สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4 5 4 C)	เกณฑ์คะแนน	รพ. A
เกณฑ์การประเมิน		
5. มีการบันทึกผล การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)		
5.1 มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้รหัสการรักษาพยาบาล	2	2
5.2 มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	2	2
5.3 มีการบันทึกผล การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน 30 วัน	2	2
5.4 บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่บันทึกผล 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 454C	72	68
การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรณีพิเศษ (On Site Service)		
1. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)		
1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล สิทธิเบิกจ่ายตรงข้าราชการ (CSMBS)		
1) มีผลการตรวจสอบความถูกต้องของการให้สิทธิ	2	2
2) มีผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล	2	2
3) มีผลรวมของถูกหนี้สุทธิตามเดือน	2	2
รวม	6	6
2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)		
2.1 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ		
1) มีผลการตรวจสอบและการยืนยันการเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาพยาบาล (ปิด Visit) ของผู้ป่วยนอก	2	2
2) มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกในใบเสร็จค่าใช้จ่ายของบริการของผู้ป่วยใน 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

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 6 : ระบบธรรมาภิบาล

หัวข้อ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โรงพยาบาล ...สงขลา..... จังหวัดสงขลา..... สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4 S 4 C)	เกณฑ์คะแนน	รพ. A
เกณฑ์การประเมิน		
3.2 ผู้ป่วยนอก มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	2	2
3.3 ผู้ป่วยใน มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	2	2
3.4 การส่งข้อมูลการรักษาเพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ 10 ของเดือนถัดไป	2	2
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 สัทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)	28	27
รวมคะแนนทั้งสิ้น	100	95
คิดเป็นร้อยละ	100	95

ผู้รายงาน

■ นายสุวิทย์ อภิวัฒน์วรารงค์

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ

โทร. ๐ ๗๔๓๓ ๘๑๐๐ ต่อ ๑๙๙๕



โรงพยาบาลสงขลา