

เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน

กรณีปกติ รอบที่ ๑

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖



โรงพยาบาลสงขลา
SONGKHLA HOSPITAL



คำนำ

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการตรวจราชการละนิเทศงานระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขกรณีปกติ รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘ มกราคม - ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖ เสนอผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๒

เนื้อหาเอกสารประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลสงขลา และผลการดำเนินงานตาม ประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (โดยใช้ข้อมูลเดือน ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๕) พร้อมปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข โดยแบ่งเนื้อหาตามประเด็นการตรวจ ราชการ ดังนี้

ประเด็นที่ ๑ Health For Wealth

ประเด็นที่ ๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ ๔ Digital Health

ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นที่ ๖ องค์การสมรรถนะสูง

โรงพยาบาลสงขลา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการตรวจราชการ ผู้นิเทศงาน และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน หากมีข้อบกพร่องประการใด ผู้จัดทำยินดีน้อมรับคำแนะนำ เพื่อเป็น แนวทางในการพัฒนางานของโรงพยาบาลสงขลาต่อไป

โรงพยาบาลสงขลา

มกราคม ๒๕๖๖

สารบัญ

คำนำ	หน้า
สารบัญ	
ข้อมูลทั่วไป	๕
ประเด็นการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
ประเด็นที่ ๑ : Health For Wealth	
กัญชาทางการแพทย์	๑๕
ประเด็นที่ ๒ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	๒๒
ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ	๓๑
๓.๑ กลุ่มวัย	
๓.๒ ผู้สูงอายุ	๔๘
ประเด็นที่ ๔ : Digital Health	๕๓
ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ	
๕.๑ ลดป่วย ลดตาย	๕๘
- โรคหลอดเลือดหัวใจ	
- โรคหลอดเลือดสมอง	
- โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	
- โรคมะเร็ง	
๕.๒ ความมั่นคงด้านสุขภาพ	๗๐
ประเด็นที่ ๖ : องค์กรสมรรถนะสูง	๗๔

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

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสงขลา (ฉบับที่3) ปี 2566-2570



วิสัยทัศน์ (Vision)

"โรงพยาบาลแห่งเทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อชาวสงขลา"

พันธกิจ (Mission)

- สร้างเสริมสุขภาพ ให้ประชาชนมีความรอบรู้และตระหนักในการดูแลสุขภาพ
- ป้องกันและควบคุมโรค ทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ รวมถึงโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ กระจายศึกษาโรค โดยอยู่ภายใต้กรอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ทั้งโรคทั่วไปและตามความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา
- ฟื้นฟูสุขภาพ และลดความพิการ จากภาวะเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ
- คุ้มครองผู้บริโภค ตามสิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคให้ได้ได้รับความคุ้มครอง ในการได้รับข้อมูลที่เป็นความจริงและมีสิทธิที่จะยื่นเพื่อให้เกิดการแก้ไข เกี่ยวกับความเสียหาย
- ผลิตและพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับสมรรถนะหลักขององค์กร
- บริหารองค์กรด้วยหลักธรรมาภิบาล (Good Governance)

เป้าประสงค์ (Ultimate Goal)

- ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบทุกกลุ่มวัย มีสุขภาพดี และมีความตระหนักรู้ ในการดูแลสุขภาพ (Health literacy) มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และได้ใช้บริการขั้นพื้นฐาน ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด ภายใต้ศักยภาพและภาระมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย (ยุทธ 1)
- ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐาน ครอบคลุมปัญหาสุขภาพของประชาชน (ยุทธ 2)
- ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม ทั่วถึง ปลอดภัย (ยุทธ 2)
- ประชาชนได้รับบริการส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสม (ยุทธ 2)
- บุคลากรสุขภาพที่มีสมรรถนะ (เก่ง) ดี และมีความสุข (ยุทธ 3)
- ระบบบริหารจัดการในองค์กรมีธรรมาภิบาล และเป็นองค์กรคุณภาพ ที่อยู่รอดและยั่งยืน (ยุทธ 4)

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

ยุทธศาสตร์ที่ 1	ยุทธศาสตร์ที่ 2	ยุทธศาสตร์ที่ 3	ยุทธศาสตร์ที่ 4
ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence)	พัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ ภายใต้การบริหารเชิงนวัตกรรม (Service Excellence via Innovation Based)	บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence and Quality of Worklife)	พัฒนาประสิทธิภาพการบริหาร องค์กรอย่างมีธรรมาภิบาล (Good Governance Excellence)

กลยุทธ์ (Strategy)

- พัฒนาระบบบริการทุกสาขา โดยการใช้เทคโนโลยีและสร้างนวัตกรรม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพ
- การบริการเชิงรุก สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ และลดความแออัดโดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม
- พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการทำงานของบุคลากรเพื่อลดขั้นตอนการทำงานลดภาระ นำเข้าข้อมูล โดยการใช้ Single Data และบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล
- พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการให้ไม่มีอุปสรรคทางกาย ทางการเงิน ภาระการดูแลและนโยบายที่เกี่ยวข้องด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย
- สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภายนอกองค์กร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรทั้งในด้านเทคโนโลยี และทรัพยากร (คน เงิน ของ)
- พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารภายในและนอกองค์กร และการใช้ข้อมูล ในการบริหารจัดการ (Digital Information Management) โดยการใช้เทคโนโลยี เพื่อการสื่อสารอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาสร้างสุขให้บุคลากร สร้างความผูกพันและองค์กรที่ดี



ค่านิยมองค์กร (Core Value)

- S Smart**
- K Knowledge**
- M Mastery**
- O Originality**
- P People Center Approach**
- H Humility**

"SK MOPH"

- ฉลาด ใฝ่รู้
- รอบรู้ องค์ความรู้แห่งการเรียนรู้
- เป็นนายตนเอง ยึดชุมชน ทฤษฎีสมคบคิดที่ดี
- เก่งสร้างสิ่งใหม่ พัฒนานวัตกรรม
- ใส่ใจประชาชน
- ถ่อมตนอ่อนน้อม

จุดเน้นและเข้มแข็ง (Key Focus Area)

- บูรณาการจากดูแล NCD ครอบคลุม
- เฝ้าระวังสุขภาพการดูแลฉุกเฉินผู้ป่วย Acute care
- การครอบคลุมการดูแลฉุกเฉินทางกายและประสาทสัมผัส
- บริหารจัดการด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)

- โรงพยาบาลใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการให้บริการ
- ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐาน ภายใต้การบริหารจัดการที่ธรรมาภิบาลที่มีประสิทธิภาพ
- ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี
- บุคลากรมีสมรรถนะ มีความเชี่ยวชาญ และมีความสุข



อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงขลา

บุคลากร	ปฏิบัติงานจริง
▪ ข้าราชการ	๘๖๕
▪ ลูกจ้างประจำ	๒๖
▪ พนักงานราชการ	๘๒
▪ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	๕๔๑
▪ ลูกจ้างชั่วคราว	๒๗๔
▪ รวม	๑,๗๘๘

ที่มา: กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล รพ.สงขลา (ณ เดือนมกราคม ๒๕๖๖)



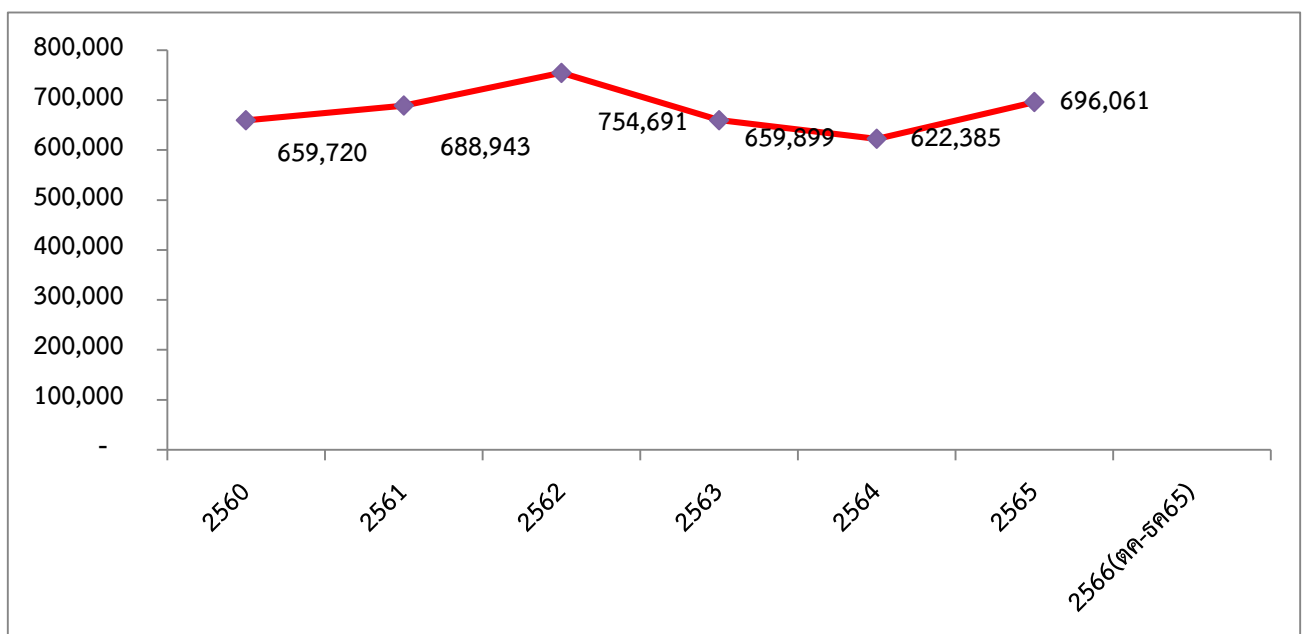
จำนวนเตียงโรงพยาบาลสงขลา

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

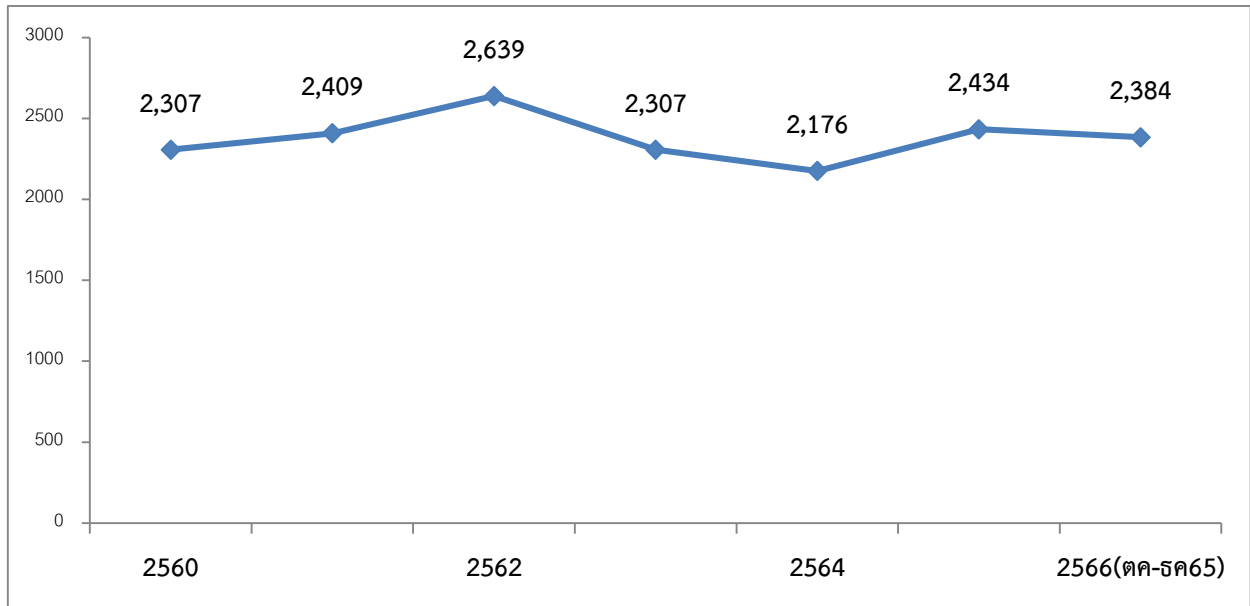
ที่มา: กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๑ : จำนวนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๖ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕)



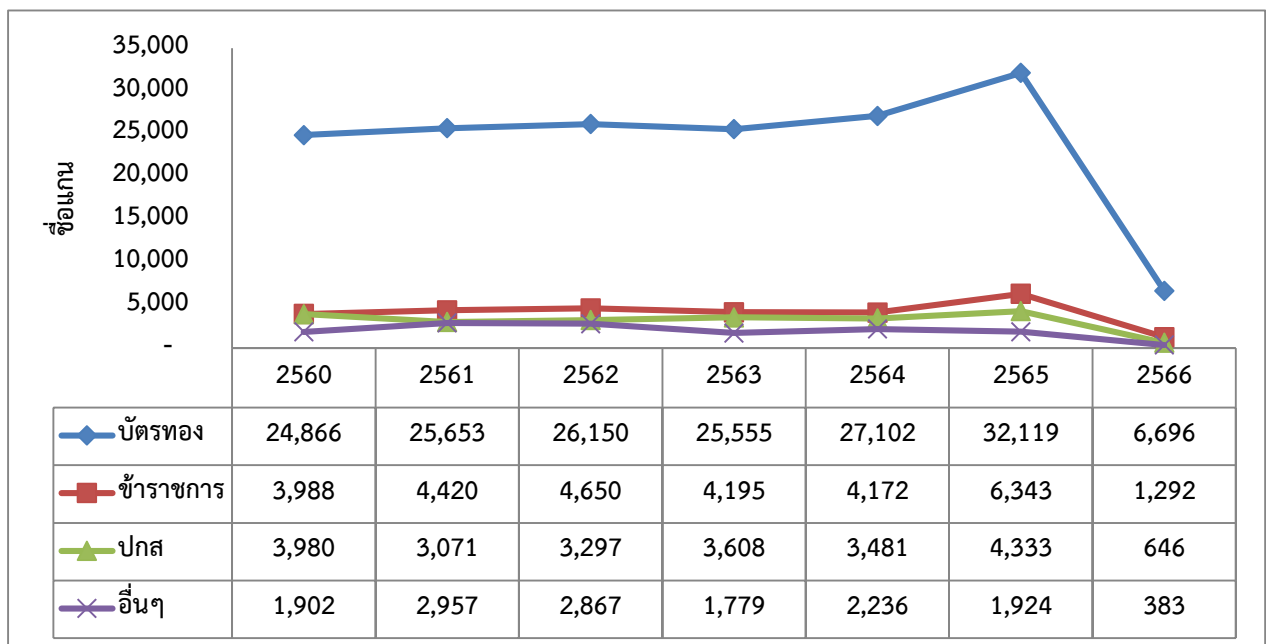
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๒ : จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๖ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕)



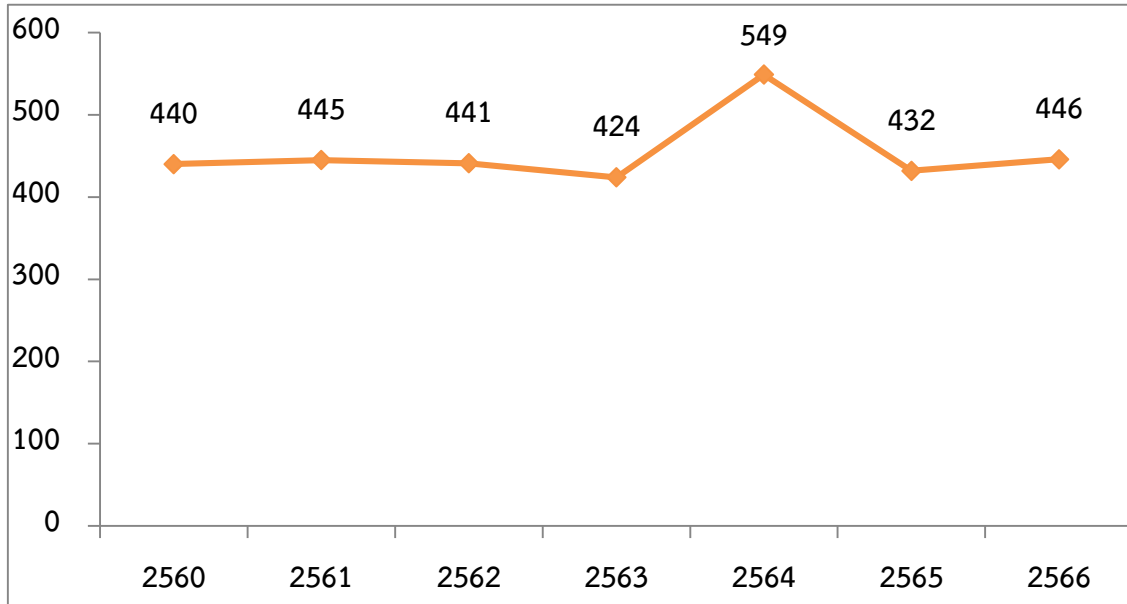
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๓ : จำนวนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงขลา
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๖ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕)



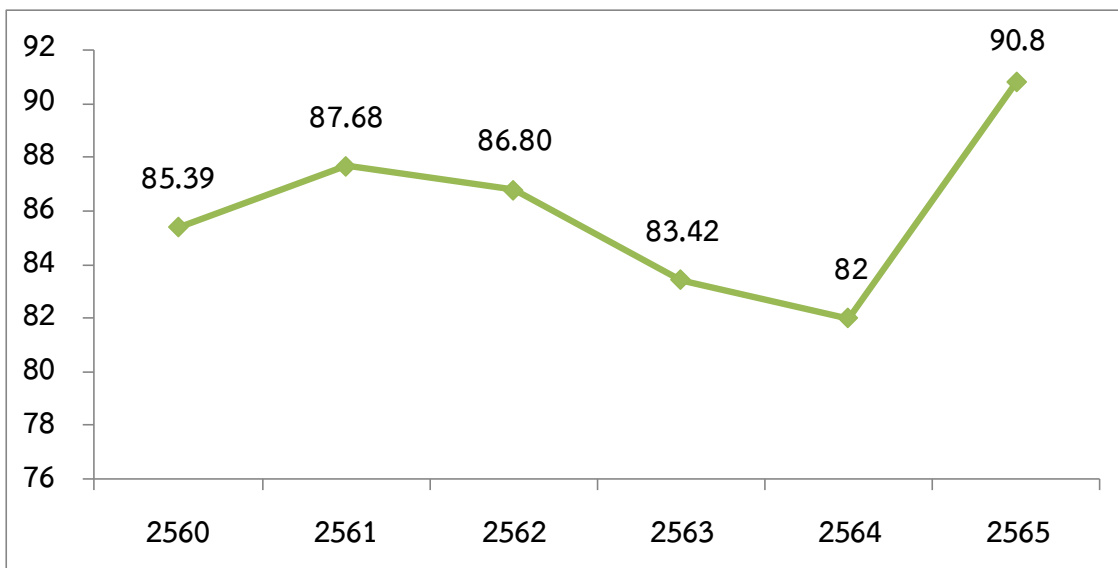
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๔ : จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๖ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕)



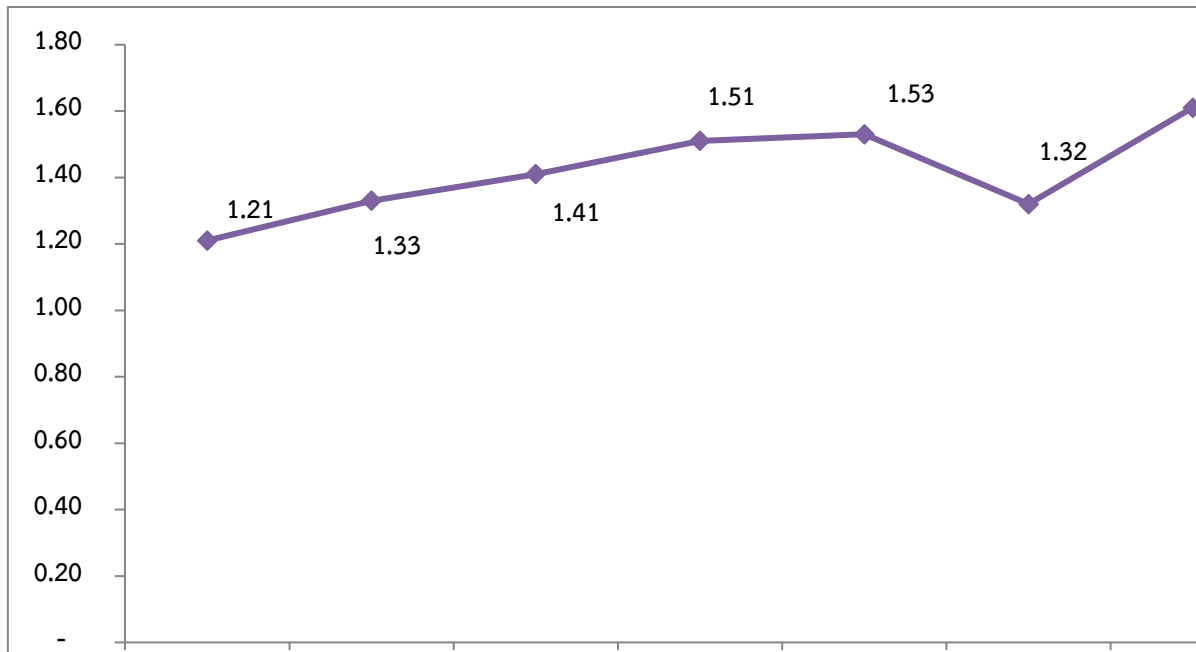
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๕ : อัตราการครองเตียงผู้ป่วยใน (ไม่รวม COVID)
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๖ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕)



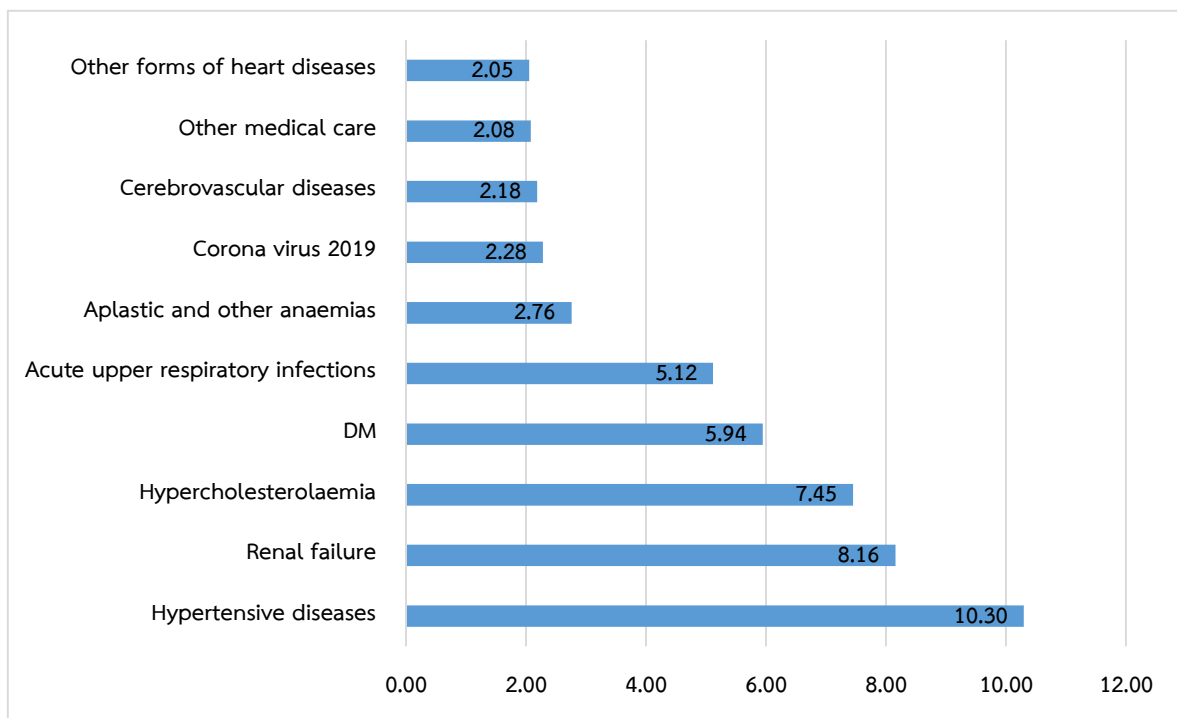
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๖ : ค่า CMI โรงพยาบาลสงขลา
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๖ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕)



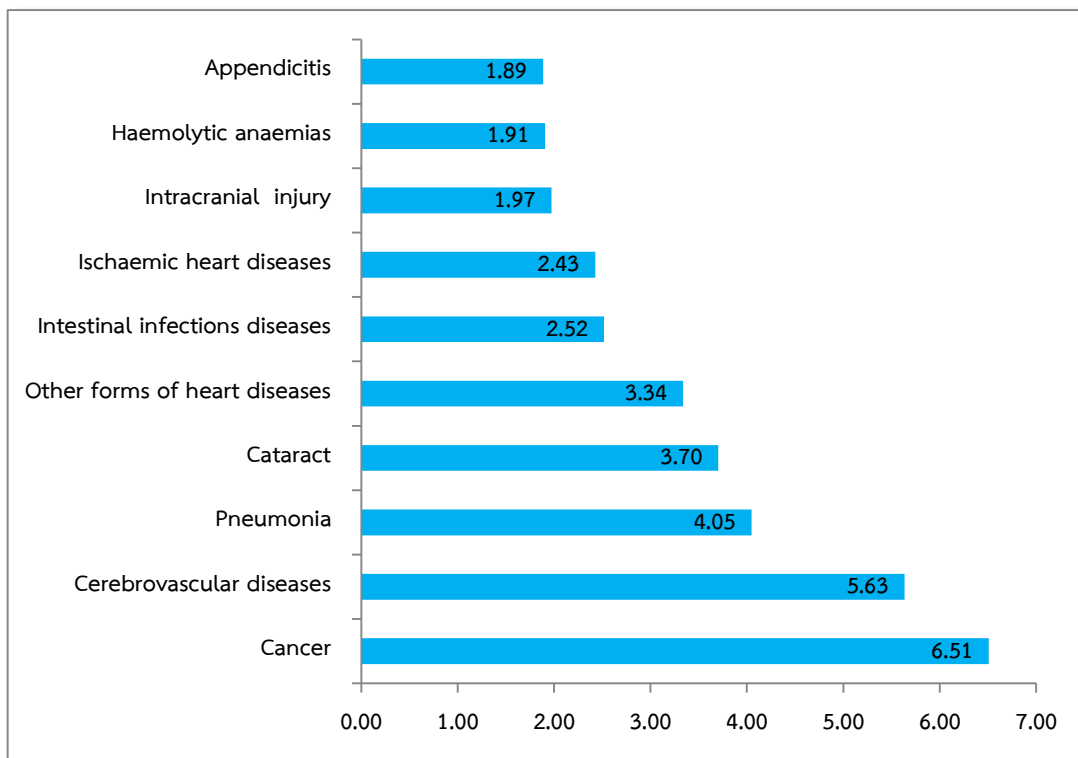
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๗ : แสดง ๑๐ อันดับโรคแรก ผู้ป่วยนอก
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕) (หน่วย:ร้อยละ)



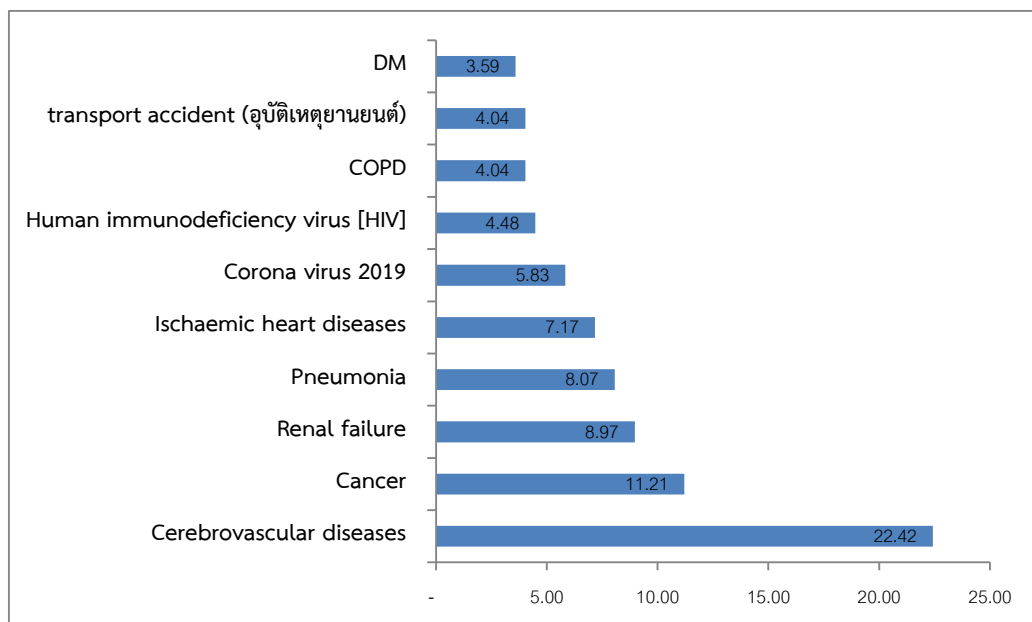
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๘ : แสดง ๑๐ อันดับโรคแรก ผู้ป่วยใน
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕) (หน่วย:ร้อยละ)



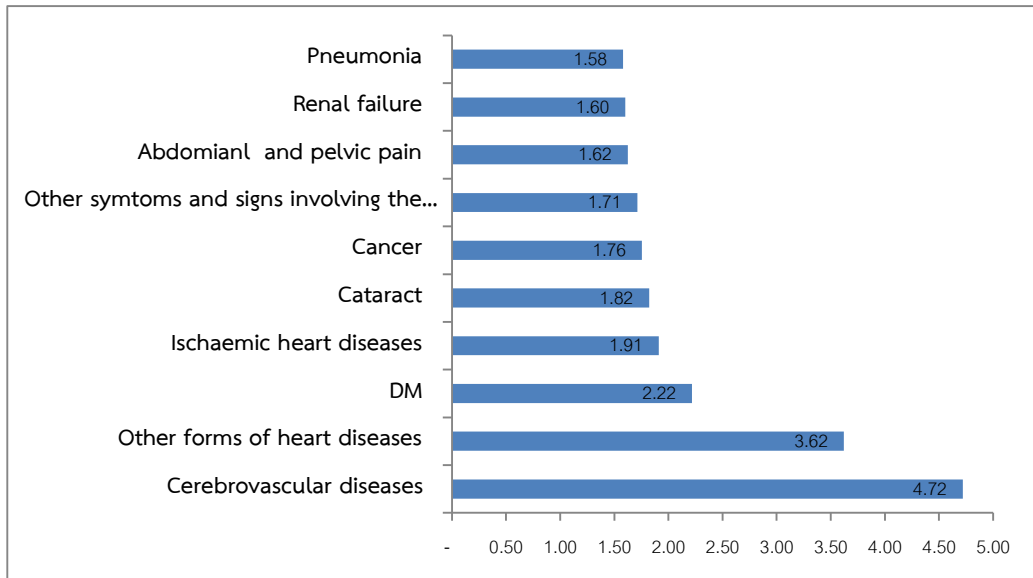
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๙ : แสดง ๑๐ อันดับสาเหตุการตาย
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕) (หน่วย:ร้อยละ)



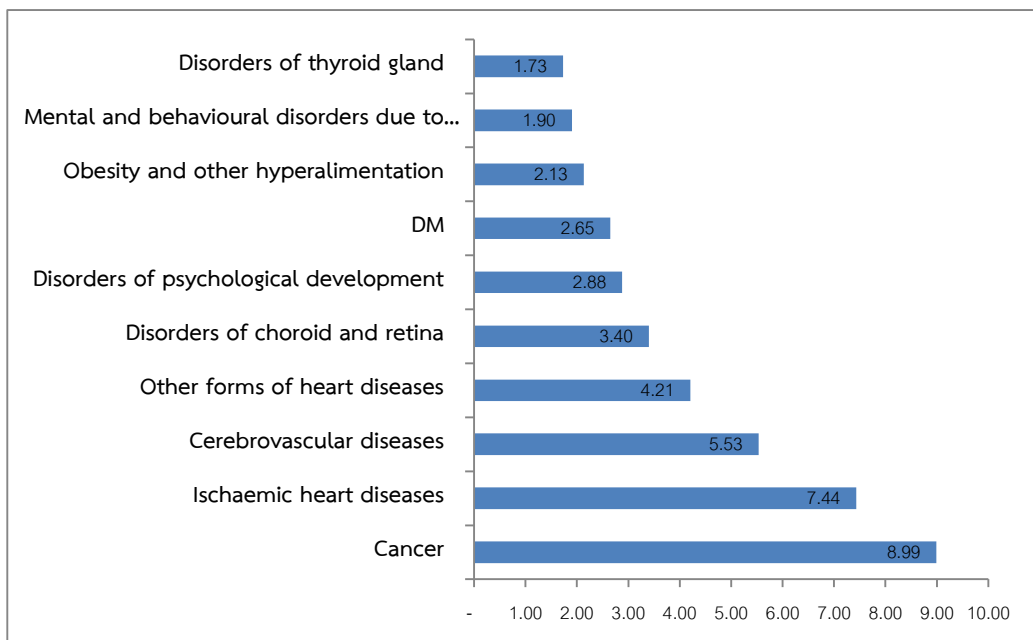
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๑๐ : แสดง ๑๐ อันดับโรคที่รับ Refer
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕) (หน่วย:ร้อยละ)



ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๑๑ : แสดง ๑๐ อันดับโรคที่ส่ง Refer
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕) (หน่วย:ร้อยละ)



ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

ประเด็นการตรวจราชการ

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖



ประเด็นที่ ๑

Health For Wealth



รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๑ : Health for Wealth

ประเด็น: กัญชาทางการแพทย์

ตัวชี้วัด

๑. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕๐
๒. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ ๕

สถานการณ์

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา รูปแบบดำเนินการแบบผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย ทุกวันศุกร์ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น. มีการประชาสัมพันธ์และเพิ่มช่องทางเพื่อสามารถส่งให้ผู้ป่วยเข้ารับการคัดกรองที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้เพิ่มขึ้น เช่น แพทย์แผนกต่าง ๆ จากห้องตรวจผู้ป่วยนอก แพทย์แผนไทย และการประชาสัมพันธ์ในชุมชนโดยผ่านเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคัดกรองที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๘๔ ราย เป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์รับยากัญชาทางการแพทย์ตามข้อบ่งชี้ จำนวน ๓๒ ราย พบว่าจำนวนผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองเข้ารับการคัดกรองและรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยมีผู้ป่วยประคับประคองรับยากัญชาทางการแพทย์จำนวน ๗ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๔.๐๒

เนื่องด้วยสถานการณ์ปลดล็อกกัญชา ไม่เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ แล้วนั้น ทำให้ประชาชนสามารถใช้กัญชาเสรีเพิ่มมากขึ้น พบว่า ผู้ใช้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้กัญชา จนต้องเข้ารับการรักษาที่รพ.สงขลา จำนวน ๔๕ ราย ทำให้ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ คณะทำงานกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลสงขลา จึงได้มีแผนกิจกรรมการสร้างความรู้ และพฤติกรรม การใช้กัญชาในกลุ่มประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่ม อสม.ผู้นำชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและเลือกใช้กัญชาได้อย่างปลอดภัยต่อไป

สูตรตำรับยาที่มีใช้ในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ได้แก่

๑. THC
๒. THC: CBD
๓. ศุขไสยาสน์
๔. ทำลายพระสุเมรุ
๕. สูตรน้ำมัน อ.เดชา

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

๑. แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญา

- มาตรการเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์

กิจกรรมหลัก

๑. มีการคัดกรองและใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคองเพิ่มขึ้น
๒. มีระบบการคัดกรอง และส่งต่อขยายกลุ่มโรคที่น่าจะได้ประโยชน์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น
๓. มีการเปิดให้บริการจ่ายยากัญชาทางการแพทย์โดยแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับยากัญชาทางการแพทย์ทุกวันในเวลาราชการ จันทร์ -ศุกร์ ทั้งโรงพยาบาลเกาะยอ และ โรงพยาบาลเมืองสงขลา

- มาตรการการสร้างความรู้ และพฤติกรรม การใช้กัญชาในกลุ่มประชากรกลุ่มเป้าหมาย

กิจกรรมหลัก

๑. การสร้างความรู้ด้านการใช้กัญชา ให้กับกลุ่ม อสม.และผู้นำชุมชน ฯลฯ
๒. สร้างความรู้เรื่องการใช้กัญชาให้ปลอดภัยกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ

- ระดับความสำเร็จ

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
๑.แผนเพิ่มการคัดกรองส่งต่อผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่น่าจะได้รับประโยชน์	๑.ผู้มารับบริการรักษาด้วยยากัญชาเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ ๒๐	๑.ผู้มารับบริการรักษาด้วยยากัญชาเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ ๓๐	๑.ผู้มารับบริการรักษาด้วยยากัญชาเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ ๕๐
๒.แผนพัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้ให้กับ อสม. และ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มผู้สูงอายุ	๒. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ มากกว่าร้อยละ ๒	๒.ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ มากกว่าร้อยละ ๓	๒.ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ มากกว่าร้อยละ ๕

๒. ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
■ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดทาง การแพทย์เพิ่มขึ้น (เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๖๔)	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๒๕.๐๐
■ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง(Palliative care)ที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดทาง การแพทย์	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑.๑๘

หมายเหตุ: - ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดทาง การแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๘ ราย
- ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง(Z๕๑๕) จำนวน ๑๗๐ 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
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	๘๔	๓๒	Insomnia ๑๑ ราย Palliative care ๗ ราย CVA ๗ ราย Neuropathic pain ๓ ราย โรคลมชัก ๒ ราย Pakinson ๒ ราย
ปี ๒๕๖๖ (ไตรมาสที่ ๑)	๓๓	๑๐	Insomnia ๔ ราย Palliative care ๒ ราย CVA ๒ ราย Pakinson ๒ ราย

การประชาสัมพันธ์คลินิกกัญชาทางการแพทย์ และกิจกรรมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษ กัญชาให้กับ ให้กับ กลุ่มผู้ป่วย, อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชน , และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายปฐมนุญมิ เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้กัญชาได้อย่างปลอดภัย เหมาะสม รวมทั้งผู้ป่วยในชุมชนที่รับบริการที่หน่วยบริการ ปฐมนุญมิเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา

- กิจกรรมการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์



กิจกรรมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษ กัญชาให้กับ ให้กับ กลุ่มผู้ป่วย, อสม. ผู้นำชุมชน ประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายปทุมภูมิ เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้กัญชาได้อย่างปลอดภัย เหมาะสม และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการคลินิกโรคเรื้อรังที่ รพ.สต. (ดำเนินการแล้ว ได้แก่ รพ.สต.ทรายขาว ,รพ.สต.เขารูปช้าง ,PCU ๑ ๒ ๘)





ปัญหา อุปสรรค

จำนวนผู้ป่วยมีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息ทาง การแพทย์ ที่เข้ารับบริการรักษาที่คลินิก ด้วย姑息ทางการแพทย์ น้อยกว่าเป้าหมาย

- ผู้รายงาน นางสาวเสาวลักษณ์ อุไรรัตน์
- ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ
- วัน/เดือน/ปี : ๙ มกราคม ๒๕๖๖
- E-mail : tangon108@yahoo.com
- โทร. ๐๘๑-๓๒๘๒๘๓๑

ประเด็นที่ ๒

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ



รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๒ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็น : ประชาชนคนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน

ตัวชี้วัด จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน

สถานการณ์

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

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการ ๕ วัน/สัปดาห์ จำนวน ๑ แห่ง ที่ NPCU รพ.สต.ชุมพอ

ข้อมูล ๓ หมอ อำเภอเมืองสงขลา ณ วันที่ ๑๒ ม.ค. ๖๕

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	๑๑๙,๑๙๐	๘,๑๔๖	๖.๘๓

แผนการดำเนินงานตามมาตรฐาน Quick win (๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน)

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
- วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ	- ให้บริการจ่ายยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเครือข่ายฯ	- การใช้โปรแกรม SMARTCARE เยี่ยมบ้าน	- ดำเนินการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) อย่างน้อย ๓ โรค
- ให้บริการตรวจรักษา โดย Telemedicine ในผู้ป่วย UC	โดย แพทย์ผ่าน ระบบ Telemedicine	นำร่อง ๒ แห่ง (PCU ๑ ๒ และ PCU พานิชย์สร้างสุข)	
รับยาต่อเนื่องที่ ร.พ.สงขลา	- ดำเนินการดูแลผู้ป่วยในที่ บ้าน (Home ward) นำร่อง ๑ โรค	- พัฒนาหน่วยบริการฯ	
มีอาคารคงที่ นำร่อง PCU พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สงขลา (โดยใช้โปรแกรม HOSxP และ line OA)		สู่หน่วยบริการปฐมภูมิ	
- ทดสอบระบบการตรวจรักษาโดย Telemedicine ระหว่าง รพ.แม่ข่ายกับรพ.สต. โดยใช้โปรแกรม JHCIS และ line OA ที่ รพ.สต.ควนหิน (พะวง)		ต้นแบบ (ปฐมภูมิโซว์รูม) ประเด็นกายภาพ และ สิ่งแวดล้อม ๒ แห่งที่รพ.สต. ชุมพอ และ รพ.สต.ควนหิน	
- เตรียมระบบงานเยี่ยมบ้าน			
คุณภาพ/ smart nurse			
- จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน			
พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สงขลา			

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

๑. แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

- วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่เครือข่ายฯ

๒. ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

- ให้บริการตรวจรักษา โดย Telemedicine ในผู้ป่วย UC รับยาต่อเนื่องที่ ร.พ.สงขลา มีอาคารคงที่ นำร่อง PCU พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สงขลา (โดยใช้โปรแกรม HOSxP และ line OA)
- ทดสอบระบบการตรวจรักษา โดย Telemedicine ระหว่าง ร.พ.แม่ข่าย กับ รพ.สต. โดยใช้โปรแกรม JHCIS และ line OA ที่ รพ.สต.ควนหิน(พะวง)
- เตรียมระบบงานเยี่ยมบ้านคุณภาพ/ smart nurse จัดการทดสอบระบบเครื่องวัดเฝ้าติดตามสัญญาณชีพเชื่อมส่งข้อมูลเข้าระบบ Hospital Information System (JHCIS) PCU ๑ ๒ ๘

ยอดผู้รับบริการ Telemedicine รายหน่วยบริการ ไตรมาสที่ ๑/ ๒๕๖๖

หน่วยบริการ	ผู้รับบริการ(ราย)		
	เดือนตุลาคม	เดือนพฤศจิกายน	เดือนธันวาคม
PCU ชลัททัศน์	} ทดสอบระบบ	๖	๗
PCU สมิหลา		๙	๗
PCU ใจกลางเมือง		๕	๘
PCU พาณิชย์สร้างสุข		๖	๖
PCU กุโบร์รวมใจ		๕	๗
PCU ๑ ๒ ๘		๑	
รวมผู้รับบริการ		๓๒	๓๕

ผู้ป่วยที่รับบริการ Telemedicine รายหน่วยบริการ ไตรมาสที่ ๑/ ๒๕๖๖

ผู้ป่วย	ผู้รับบริการ(ราย)	
	เดือนพฤศจิกายน	เดือนธันวาคม
Diabetes mellitus (DM)	๔	๒
Diabetes mellitus + DLD	๓	
Diabetes mellitus + HT	๒	๒
DLD (Dyslipidemia)	๑	๖
Hypertension(HT)	๙	๓
Hypertension(HT) + DLD	๖	๖
Hypertension(HT) + DLD + Stroke	๓	๓
DM+HT+ CKD	๑	
Subdural hemorrhage	๑	
Thyrotoxicosis	๑	
Spinal stenosis + HT+ DLD		๑
Hypoglycemia		๑
Bronchitis		๑
Liver cell carcinoma + DM+HT		๑
Asthma+HT+ DLD		๑
DM+HT+ DLD		๒
DM+HT+ Stroke		๑
DLD+HT+ CKD		๑
Myalgia		๒
Anxiety		๑
Herpes zoster		๑
รวม	๓๒	๓๕

ผู้ป่วยที่รับบริการ Telemedicine รายหน่วยบริการ ไตรมาสที่ ๑/ ๒๕๖๖

หน่วยบริการ	DM	DM + DLD	DM + HT	DLD	HT	HT + DLD	HT + DLD+Stroke	DM+HT+ CKD	Subdural hemorrhage	Thyrototoxicosis	Spinal stenosis + HT+ DLD	Hypoglycemia	Bronchitis	LCC+ DM+HT	Asthma+HT+ DLD	DM+HT+ DLD	DM+HT+ Stroke	DLD+HT+ CKD	Myalgia	Anxiety	Herpes zoster
PCU ชลาทัศน์		๑		๒	๓	๒	๒			๑	๑	๑									
PCU สมิหลา	๑		๑	๒	๖	๓	๒														
PCU ใจกลางเมือง	๒		๑	๑	๒	๓		๑								๑	๑				๑
PCU พาณิชยสร้างสุข	๒	๑	๑	๑			๑		๑				๑	๑					๒	๑	
PCU กุโบร์รวมใจ	๑	๑	๑	๑	๑	๓	๑								๑	๑		๑			
PCU ๑ ๒ ๘								๑													
รวมผู้รับบริการ	๖	๓	๔	๗	๑๒	๑๑	๖	๒	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๒	๑	๑	๒	๑	๑

ปัญหา อุปสรรค

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

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- การพัฒนาเครื่องมือจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยไข้เลือดออกด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ในพื้นที่ หมู่ ๑ ๒ ๘ ต.พะวง
- การพัฒนาระบบการจัดการบริการสนามฉีดวัคซีนโรงพยาบาลสงขลา

ผู้รายงาน.....นางภัชลา สิทธิคง

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี ๑๐/๐๑/๖๖

โทร ๐๙๙.๔๙๖.๙๒๔๖

E-mail : cupsongkhla.sk@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๒ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็น : การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติ
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ (๓,๕๐๐ หน่วย)

สถานการณ์

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

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการ ๕ วัน/สัปดาห์ จำนวน ๑ แห่ง ที่ NPCU รพ.สต.ชุมพอ

จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒ แห่ง คือ รพ.สต.ทุ่งใหญ่ และ สอ.ต.เขารูปช้าง สาขา ๒ (เขาแก้ว)

รวมจำนวนยอดสะสม การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหน่วยบริการ ปฐมภูมิ จำนวน ๑๐ หน่วย และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๕ หน่วย รวมทั้งสิ้น จำนวน ๑๕ หน่วย

สรุปแผน ๑๐ ปี การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒

พื้นที่ตำบล	๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๖		๒๕๖๗		๒๕๖๘	
	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N
บ่อยาง	๔	-	๑	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
เขารูปช้าง	-	-	-	-	๑	-	-	-	๓	-	๑	๑	-	-
เกาะแต้ว	-	-	-	-	-	๑	-	-	-	-	-	-	-	-
ทุ่งหวัง	-	-	-	-	-	-	-	๑	-	-	-	-	-	-
พะวง	-	-	๑	๒	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
เกาะยอ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**สรุปแผน ๑๐ ปี การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒**

พื้นที่ตำบล	๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๖		๒๕๖๗		๒๕๖๘	
	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N
หัวเขา	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๑	-
สติงหม้อ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๑	-

จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลสงขลา ปี ๒๕๖๖

รายชื่อหน่วยงาน	จำนวน	หลักสูตร				หมายเหตุ
		ว.ว.	อ.ว.	ระยะสั้น	๒ X ๒	
ร.พ.สงขลา	๑๗	๑๓	๒	๑	๑	จบ ก.ค. ๖๖ / ๒ คน

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

๑. แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

๑) ทบทวนแผน ๑๐ ปี การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอเมืองสงขลา

๒. ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒ หน่วย ที่ รพ.สต.ทุ่งใหญ่ และ
สอ.ต.เขารูปช้าง สาขา ๒ (เขาแก้ว)

แผนการดำเนินงานตามมาตรฐาน Quick win (๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน)

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
- ทบทวนแผน ๑๐ ปีการจัดตั้ง	- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ	- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ	
หน่วยบริการปฐมภูมิและ	และเครือข่ายหน่วยบริการ	และเครือข่ายหน่วยบริการ	
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ปฐมภูมิ ๒ หน่วย	ปฐมภูมิ ๑ หน่วย	
อำเภอเมืองสงขลา	- พัฒนาระบบการแพทย์	- มีแผนพัฒนาส่วนขาดตาม	- สรุปผลการพัฒนาระบบการแพทย์
	ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบ	คู่มือคุณภาพมาตรฐาน	ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบสุขภาพ
	สุขภาพระดับอำเภอที่ขึ้น	บริการสุขภาพปฐมภูมิ	ระดับอำเภอ จำนวน ๑๑ หน่วย
	ทะเบียนและคงสภาพประจำ		
	ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๑ หน่วย		
	- ผลการประเมินตนเองตาม		
	คู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน		

แผนการดำเนินงานตามมาตรฐาน Quick win (๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน)...(ต่อ).

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	บริการสุขภาพปฐมภูมิ	- พัฒนาหน่วยบริการฯ	
	พ.ศ.๒๕๖๖	สู่หน่วยบริการปฐมภูมิ	
		ต้นแบบ (ปฐมภูมิไชนัวร์)	
		ประเด็นกายภาพ และ	
		สิ่งแวดล้อม ๒ แห่งที่รพ.สต.	
		ชุมพอ และ รพ.สต.ควนหิน	

ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการแก้ไข / ข้อเสนอแนะ
๑. การขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้น (Short course and Basic course)	- แพทย์สาขาอื่น ปฏิบัติงาน PCU /NPCU ได้ อ้างอิงตามประกาศ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง การกำหนดให้แพทย์อื่น ทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๒ - ผู้บริหารสูงสุดทุกระดับ สร้างแรงจูงใจให้แพทย์ทั่วไปอยากเรียน FM / กำหนดเป็น MOU

ผู้รายงาน.....นางภัชฌดา สิริธิต

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี ๑๐/๐๑/๖๖

โทร ๐๙๙-๔๙๖-๙๒๔๖

E-mail : cupsongkhla.sk@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๒ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็น การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการ พัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (ร้อยละ ๘๕)

สถานการณ์

ประเด็นปัญหา พชอ.ที่ดำเนินการด้วย กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระบบสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๑. การจัดการขยะ
๒. ไข้เลือดออก
๓. การดูแลกลุ่มเปราะบาง

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

๑. แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
 - มีการขออนุมัติแผนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖
๒. ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
 - จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและทำ MOU คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

ปัญหา อุปสรรค

เนื่องจากอำเภอเมืองสงขลาเป็นอำเภอใหญ่ มีข้าราชการและหัวหน้าส่วนราชการโยกย้ายอยู่เป็นประจำ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานและขับเคลื่อนงานให้เกิดผล และต้องสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และการขับเคลื่อนงานให้ต่อเนื่อง

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

รางวัลชุมชนปลอดขยะ โครงการชุมชน ปลอดขยะ (Zero Waste) ชุมชนบ้านอ่างทอง องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งหวัง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้ ศึกษาดูงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน



- ผู้รายงาน นายเอกชัย อาญาพิทักษ์
- ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
- วัน/เดือน/ปี ๑๑ มกราคม ๒๕๖๖
- E-mail : searbz@gmail.com

ประเด็นที่ ๓

สุขภาพกลุ่มวัย

และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ



- กลุ่มวัย
- ผู้สูงอายุ



รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับผู้สูงอายุ

ประเด็น : การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)

สถานการณ์

เดือนตุลาคม ๒๕๖๕ – ธันวาคม ๒๕๖๕ โรงพยาบาลสงขลาไม่มีมารดาเสียชีวิตจากการคลอด โดยมี มารดาคลอด จำนวน ๖๘๓ ราย จำแนกเป็นมารดาที่คลอดทางช่องคลอด จำนวน ๒๙๗ ราย คิดเป็น ๔๓.๔๘% และมารดาที่ผ่าตัดคลอด จำนวน ๓๘๖ ราย คิดเป็น ๕๖.๕๑% มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน ๗ ราย คิดเป็น ๑.๐๒% จำแนกเป็นมารดาที่คลอดทางช่องคลอดจำนวน ๔ ราย คิดเป็น ๐.๕๙% และมารดาที่ผ่าตัด คลอด จำนวน ๓ ราย คิดเป็น ๐.๔๔% มารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดซึ่งต้องได้รับ เลือดทดแทนมี จำนวน ๓ ราย คิดเป็น ๐.๔๔% จำแนกเป็นมารดาคลอดทางช่องคลอดจำนวน ๒ ราย คิดเป็น ๐.๒๙% และมารดาที่ ผ่าตัดคลอด จำนวน ๑ ราย คิดเป็น ๐.๑๕% ทั้งนี้ไม่พบภาวะช็อกเกิดขึ้น และ พบมารดาผ่าตัดคลอดตกเลือด จนต้องตัดมดลูก จำนวน ๑ ราย คิดเป็น ๐.๑๕%

สำหรับสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ มดลูกหดรั้งตัวไม่ดีจำนวน ๕ ราย คิดเป็น ๐.๗๓% ล้วงรก จำนวน ๑ ราย คิดเป็น ๐.๑๕% และช่องทางคลอดฉีกขาด จำนวน ๑ ราย คิดเป็น ๐.๑๕% มารดา กลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่

๑) มารดามีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน ๔๔ ราย คิดเป็น ๖.๔๔% จำแนกประเภทเป็น Chronic hypertension จำนวน ๑๒ราย คิดเป็น ๑.๗๕%, Preeclampsia without Severe features จำนวน ๑๗ ราย คิดเป็น ๒.๔๘%, Preeclampsia with Severe features จำนวน ๑๕ ราย คิดเป็น ๒.๑๙% ทั้งนี้ไม่พบ ภาวะ Eclampsiaและ HELLP Syndrom

๒) มารดามีภาวะเบาหวาน จำนวน ๗๕ ราย คิดเป็น ๑๐.๙๘% จำแนกประเภทเป็นเบาหวาน เนื่องจาก การตั้งครรภ์ จำนวน ๖๖ ราย คิดเป็น ๙.๓๓% เบาหวานก่อนตั้งครรภ์จำนวน ๙ ราย คิดเป็น ๑.๓๑% ทั้งนี้ไม่ พบมารดาเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia

๓) มารดามีภาวะไทรอยด์ จำนวน ๓ ราย คิดเป็น ๐.๔๓% ทั้งนี้ไม่พบมารดาเกิดภาวะแทรกซ้อน จาก โรคไทรอยด์

๔) โรคหัวใจในมารดา จำนวน ๑ ราย คิดเป็น ๐.๑๔% ทั้งนี้ไม่พบมารดาเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก โรคหัวใจ

ผลการดำเนินงานในไตรมาสแรก

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๕ จำนวน(%)	๒๕๖๖ ต.ค.๖๕-ธ.ค.๖๕ จำนวน(%)
๑	จำนวนมารดาคลอด	-	๒,๕๖๘	๖๘๓
๒	จำนวนมารดาเสียชีวิต	๐ ราย	๐	๐
๓	อัตราตกเลือดหลังคลอด(รวม)	๔%	๓๓ (๑.๒๘)	๗ (๑.๐๒)
	-คลอดทางช่องคลอด	๓%	๑๑ (๐.๔๒)	๔ (๐.๕๘)
	-ผ่าตัดคลอด	๑%	๒๒ (๐.๘๕)	๓ (๐.๔๓)
๔	อัตราการเกิดภาวะช็อกในมารดาที่ตกเลือด หลังคลอด(รวม)	๒๕%	๕ (๐.๑๙)	๐
	-คลอดทางช่องคลอด		๑ (๐.๐๓)	๐
	-ผ่าตัดคลอด		๔ (๐.๑๕)	๐
๕	จำนวนมารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษ	-	๖๒ (๒.๔๑)	๑๕ (๒.๑๙)
	-อัตรามารดาช้ำจากภาวะครรภ์เป็นพิษ	๐ ราย	๑ (๐.๐๓)	๐
๖	จำนวนมารดาที่ต้องเข้าไอซียู	๐ ราย	๔ (๐.๑๕)	๑ (๐.๑๔)
๗	จำนวนที่ต้องส่งต่อ	-	๒ (๐.๐๗)	๐
๘	อัตรามารดาเป็นเบาหวาน	-	๓๑๘ (๑๒.๓๘)	๗๕ (๑๐.๙๘)
๙	อัตรามารดาเป็นไทรอยด์เป็นพิษ	-	๑๑ (๐.๔๒)	๓ (๐.๔๓)
๑๐	อัตรามารดาเป็นโรคหัวใจ	-	๒๐ (๐.๗๗)	๑ (๐.๑๔)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๑. เครื่อง EFM ไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ
๒. หญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงไม่มารับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
๓. อัตราการล้มหายาบาลห้องคลอดน้อยกว่า ๙๐% ของ FTE
๔. การคุกคามจากบุคคลภายนอก

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ผู้บริหาร

- ๑ ขอเครื่อง EFM เพิ่มเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการประเมินและรักษาที่รวดเร็ว
- ๒ ส่งต่อข้อมูลในการติดตามเยี่ยมบ้านในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยมี อสม.เป็นผู้ติดตามที่บ้าน ทุกสัปดาห์
- ๓ ขออนุมัติประตุนิรภัยเพื่อความปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ มารดาและทารกที่อยู่ในความดูแล



ผู้รายงาน นางภคินี ขุนเศรษฐ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้างานห้องคลอดรพ.สงขลา
๑๗ มกราคม ๒๕๖๖
โทร. ๐๙๐-๔๔๔๗๑๕๙

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับผู้สูงอายุ

Service plan สาขาทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด

- อัตราตายทารกแรกเกิด เป้าหมาย ๓.๔ : ๑,๐๐๐ LB

สถานการณ์

หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสงขลา เปิดให้บริการเป็น ๒ หน่วย คือ หน่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU) จำนวน ๑๒ เตียง และหน่วยทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางสุขภาพ (SNB) จำนวน ๑๕ เตียง ให้บริการทารกที่เกิดทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งในและนอกเครือข่าย จากสถิติ ปี ๒๕๖๕ โรงพยาบาลสงขลา มีทารกแรกเกิดมีชีวิตทั้งหมด ๒,๕๖๙ ราย สถิติการรับทารกแรกเกิด ปี ๒๕๖๕ จำนวนทารก NICU จำนวน ๒๗๑ ราย ทารก Sick Newborn ๑๕๘๓ ราย ,ทารกเฉลี่ยต่อวัน ของ NICU = ๙.๐๔ ราย และของ Sick Newborn = ๑๒.๘๘ ราย อัตราการครองเตียงเฉลี่ย NICU = ๗๕.๓๒ % , Sick Newborn = ๘๕.๘๕ % และจำนวนทารกที่รับส่งต่อทั้งหมดจำนวน ๕๕ ราย เป็นในเครือข่าย ๕๒ ราย นอกเครือข่ายในจังหวัด ๓ ราย ทารกที่ได้รับการส่งไปรักษาต่อที่ รพ.ตติยภูมิ ๙ ราย ได้แก่ ทารกโรคหัวใจ ๑ ราย โรคทางศัลยกรรม ๕ ราย จักขุ ๑ ราย tracheal stenosis ๑ ราย bacterial sepsis ๑ ราย และส่ง OPD Case ๓ ราย ทำหัตถการ central line ๑ ราย tongtue ๑ ราย ตรวจ ROP ๑ ราย สถิติ อันดับโรคหลักใน NICU ได้แก่ ๑) Preterm ๒) Low Birth Weight ๓) Hyperbilirubinemia ๔) Sepsis และ ๕) Birth Asphyxia ส่วนสถิติ ๕ อันดับโรคแรกใน SNB ได้แก่ ๑) Sepsis ๒) Low Birth Weight ๓) meconium stain ๔) Preterm และ ๕) Hyperbilirubinemia ตามลำดับ จากข้อมูลอัตราการตายของทารกแรกเกิด ในปี ๒๕๖๕ พบว่า เพิ่มขึ้นจาก ๓.๐๙ เป็น ๓.๑๑ LB โดยพบทารกเสียชีวิต ๘ ราย เมื่อวิเคราะห์พบว่า ๑) ทารกที่เสียชีวิตเป็นทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ สัปดาห์ และมีน้ำหนัก ๕๐๐ - ๑,๐๐๐ กรัม ทารกจำนวน ๖ ราย มีภาวะ severe RDS, severe sepsis, birth asphyxia อีกจำนวน ๒ ราย มีภาวะ congenital heart disease และเป็นทารกเกิดจากมารดาใช้สารเสพติด ๒) ทารกที่มีอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ มีน้ำหนัก ๑,๘๓๓ กรัม จำนวน ๑ ราย ซึ่งมีภาวะ severe birth asphyxia และ ๓) ทารกที่มีอายุครรภ์ ๓๙ สัปดาห์ ๖ วัน น้ำหนัก ๑,๙๐๓ กรัม จำนวน ๑ ราย ๒,๐๐๐ กรัม จำนวน ๒ ราย ซึ่งมีภาวะ severe birth asphyxia

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖ (Q๑)
อัตราตาย น้ำหนัก	๓.๔:๑๐๐๐ LB	๓.๑๑(๘/๒๕๖๕)	๐(๐/๖๘๖)
< ๑,๐๐๐ กรัม	<๕๐ %	๕๐(๕/๑๐)	๐(๐/๒)
> ๑,๐๐๐ – ๑,๔๙๙ กรัม	<๑๐%	๐(๐/๒๔)	๐(๐/๘)
> ๑,๕๐๐-๒,๔๙๙ กรัม	< ๒%	๑.๑๕(๓/๒๖๑)	๐(๐/๖๕)
> ๒,๕๐๐ กรัม	< ๒%	๐ (๐/๒๒๗๔)	๐(๐/๖๑๑)

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

๑. Preterm ยังเป็นปัญหาที่ท้าทายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตั้งแต่ งานฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งต้องบูรณาการความร่วมมือกับ service plan สาขาสูติกรรม เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดรวมถึงการพัฒนาศักยภาพการดูแลทารกก่อนกำหนดโดยเฉพาะทารก น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม เช่น การช่วยหายใจด้วย เครื่องช่วยหายใจความถี่สูง (High frequency oscillatory ventilator) เครื่องช่วยหายใจชนิด non invasive (NIPPV, CPAP, Duo PAP, HHHFNC, NIHFV) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยปฏิบัติตามแนวทางบันได ๑๐ ขั้น
สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกที่เจ็บป่วย
การให้สารน้ำและการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (Total Parenteral Nutrition) การป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือ การดูแลผิวหนังทารก การแยกทารกติดเชื้อ การดูแลอุณหภูมิกาย ความชื้นและ สิ่งแวดล้อม รวมถึงการให้คำแนะนำบิดามารดาตั้งแต่แรกเริ่มและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย
เพื่อส่งเสริมสายสัมพันธ์ครอบครัวและการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน

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

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

๓. ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) จัดเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดรองจากการเกิดก่อนกำหนด การขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด มีผลกระทบต่อกระบวนการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในเลือด ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดขาดออกซิเจน และภาวะการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (hypercapnia) จะใช้การรักษาด้วยความเย็น (Therapeutic hypothermia) ซึ่งช่วยให้อุณหภูมิร่างกายของทารกลดลง ๓-๔ องศาเซลเซียส เป็น ๓๓.๕ องศาเซลเซียส ต่อเนื่องเป็นเวลา ๗๒ ชั่วโมง ซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของสมองได้ โดยทารกส่วนใหญ่กลับมามีสุขภาพที่สมบูรณ์ในภายหลัง แม้ว่าจะขาดอากาศหายใจในระดับปานกลางถึงรุนแรง

๔. การดูแลทารกขณะส่งต่อของโรงพยาบาลในเครือข่าย มีระบบ 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 ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักร้อย เป็นสาเหตุการ เสียชีวิตอันดับหนึ่ง - ศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการ	-ฝากครรภ์คุณภาพ, ห้องคลอดคุณภาพผ่าน MCH board -จัดระบบ Intrauterine transfer -โครงการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด -พัฒนาเครือข่ายในการ Refer back โดย พัฒนาศักยภาพการดูแลทารกแรกเกิดให้ สามารถดูแลต่อเนื่องได้เหมาะสม - พัฒนาความชำนาญในการใช้เครื่องมือ พิเศษที่จัดบริการเข้ามาใหม่ เช่น เครื่องช่วย หายใจความถี่สูง, สาร surfactant, cooling with EEG, ไนตริกออกไซด์ เป็นต้น	-สนับสนุนการพัฒนาประสาน ความร่วมมือ Service plan ทางสูติกรรม -สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร แพทย์และพยาบาล



ผู้รายงาน นางสาวละออง นิชรานนท์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔
E-mail Laongnij@gmail.com
โทรศัพท์ ๐๙๗-๓๖๑๑๙๑๒

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับผู้สูงอายุ

หัวข้อ : เด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด

- ๑.ร้อยละ ๘๕ ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย
- ๒.ร้อยละ ๗๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I
- ๓.ร้อยละ ๖๖ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

สถานการณ์

ผลการประเมินภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวนเด็ก ๔,๙๖๗ คน ได้รับการชั่งน้ำหนัก ๔,๕๐๔ คน ร้อยละ ๙๐.๖๘ พบเด็ก มีภาวะโภชนาการ สูง ดี สมส่วน จำนวน ๓,๑๖๒ คน ร้อยละ ๗๐.๒๐ จากข้อมูลดังกล่าว เด็กยังได้รับการชั่งน้ำหนักไม่ครบถ้วน เนื่องจากติดตามเด็กไม่ได้ ย้ายที่อยู่ และจากสถานการณ์ Covid-19

ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองเด็กพัฒนาการเด็ก อายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๔,๒๗๓ คน ได้รับการตรวจคัดกรอง ๓,๗๕๕ คน ร้อยละ ๘๗.๘๘ ผลการตรวจคัดกรองพบเด็กปฐมวัย สงสัยพัฒนาการล่าช้า ๑,๑๐๐ คน ร้อยละ ๒๙.๕๖ เด็กพัฒนาการล่าช้าส่งต่อ เข้ารับการกระตุ้นด้วย TEDA๔I จำนวน ๒๐ คน ได้รับการกระตุ้น จำนวน ๑๓ คน ร้อยละ ๖๕ เด็กมีพัฒนาการสมวัย ๓,๖๕๑ คน ร้อยละ ๘๕.๔๔

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

๑. แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

๑. โครงการป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสงขลาปี ๒๕๖๖ในการการรณรงค์ป้องกันภาวะซีดในเด็กปฐมวัย
๒. โครงการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสงขลา ปี ๒๕๖๖ ในการส่งเสริมพัฒนาการและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
๓. ดำเนินงานพื้นที่ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐วันPlus สู่ ๒,๕๐๐ วันนาร่อง ๓ ตำบลคือตำบลพะวง ตำบลทุ่งหวังและตำบลเขารูปช้าง
๔. เร่งรัดการคัดกรองพัฒนาการ/โภชนาการ/โลหิตจางและการบันทึกข้อมูลให้ทันเวลา
๕. ประสานความร่วมมือเทศบาลในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

๒.ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี ๒๕๖๖ (ต.ค.๖๕-ธ.ค.๖๕)
๑	ร้อยละ ๘๐ ของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง	เป้าหมาย	๔,๙๖๗
		ผลงาน	๔,๕๐๔
		ร้อยละ	๙๐.๖๘
๒	ร้อยละ ๖๖ ของเด็ก ๐-๕ ปี สูงดี สมส่วน	เป้าหมาย	๔,๕๐๔
		ผลงาน	๓,๑๖๒
		อัตรา/ ร้อยละ	๗๐.๒๐
๓	เด็ก ๕ ปี มีส่วนสูงเฉลี่ย แยกตามเพศ ชาย : ๑๑๓ หญิง : ๑๑๒	เป้าหมาย	ชาย : ๑๑๓ หญิง : ๑๑๒
		ผลงาน	ชาย : ๑๐๙.๑๑ หญิง : ๑๐๘.๑๕
๔	เด็กปฐมวัยเตี้ยน้อยกว่าร้อยละ ๑๐	เป้าหมาย	๔,๕๐๔
		ผลงาน	๓๖๘
		ร้อยละ	๘.๓๙
๕	ร้อยละ ๘๕ ของเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	เป้าหมาย	๙๙๘
		ผลงาน	๖๕๐
		อัตรา/ ร้อยละ	๖๕.๑๓
๖	ร้อยละ ๗๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔	เป้าหมาย	๒๐
		ผลงาน	๑๓
		อัตรา/ ร้อยละ	๖๕

ปัญหา อุปสรรค

๑.เจ้าหน้าที่มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานตลอดทำให้การคัดกรองพัฒนาการอาจจะคัดกรองและบันทึกไม่ทันต่อเวลา

๒.อปท.ในบางพื้นที่ยังไม่เข้าใจนโยบายมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน

๓.กรณีการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ผู้ปกครองให้ความร่วมมือน้อยเพราะเข้าใจว่าเด็กไม่ได้ผิดปกติ บางส่วนอาศัยอยู่กับญาติ ซึ่งไม่สะดวกในการพามากระตุ้นพัฒนาการ

- ผู้รายงาน นางรุจิรา สุริยะวงศ์
- ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- วัน/เดือน/ปี ๑๕ มกราคม ๒๕๖๖
- E-mail Nurseต๋อยing@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับผู้สูงอายุ

หัวข้อ : สุขภาพจิต

ตัวชี้วัด

- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

หน่วยงานหลัก:กลุ่มงานจิตเวชและสารเสพติด รพ.สงขลา

หน่วยงานร่วม:กลุ่มการกิจการพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	1. จัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวช/Psychi Unit ภายใน ไตรมาส 1 2. 80% ของผู้ป่วยจิตเวชจากรพ. ได้รับการรักษาผ่านระบบ Telemedicine/tele consult 3. 80% ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต 4. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 8 ต่อแสนประชากร 5. ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยยาเสพติด/แอลกอฮอล์ ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามฟื้นฟูต่อเนื่อง 6. ร้อยละ 60 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรองยาเสพติดจากรพ.สต.เข้าถึงการบำบัดรักษาดมเกณฑ์		
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	- การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชไม่ต่อเนื่อง - ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าถึงบริการบำบัดรักษาแต่ไม่ครบกระบวนการบำบัดรักษาดมเกณฑ์ - การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจาก รพช./รพท. ไปรพจ./รพธ. มีข้อจำกัดที่ยุ่งยากและซับซ้อน - การเข้าถึงบริการโรคมึนเศร้า 60 % และมีอัตราการทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้น		
ยุทธศาสตร์/มาตรการ (Value chain)	ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริม ป้องกัน	ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ	ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ
กิจกรรมหลัก	1. จัดตั้งศูนย์คัดกรองในคลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลสงขลา 2. มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตายในคลินิก NCD ทุก รพ.สต.	1. มีระบบช่องทางด่วน Teleconsult จากรพ.สต./รพช.ในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด 2. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยส่งกลับรับยาต่อเนื่องใน รพ.สต./รพช.ใกล้บ้านตามโครงการ "ยาถูกจิตเวชใกล้บ้านใกล้ใจ"	1. จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านสุขภาพจิตบุคลากรเครือข่าย
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน) 1. มีหอผู้ป่วยจิตเวชพร้อมให้บริการ 2. จัดทำระบบ Telemedicine 3. ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับข่าวสารเกี่ยวกับช่องทางด่วนในการเข้ารับการบำบัดรักษา	ไตรมาส 2 (6 เดือน) 1. เปิดบริการผู้ป่วยจิตเวชแบบ IPD 2. ผู้ป่วยจิตเวชจากรพ. ได้รับการบริการผ่านระบบ Telemedicine 3. ผู้ใช้สารเสพติดเข้ารับบริการบำบัดรักษาดมเกณฑ์(1ปี)	ไตรมาส 3 (9 เดือน) ติดตาม/วิเคราะห์ปัญหาพัฒนาต่อเนื่อง ไตรมาส 4 (12 เดือน) สรุปผลการบริการพร้อมปัญหาและอุปสรรค
งบประมาณ	เงินบำรุงโรงพยาบาลสงขลา		

สถานการณ์

1. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชไม่ต่อเนื่อง

2. การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจาก รพช./รพท. ไปรพจ./รพธ. มีข้อจำกัดที่ยุ่งยากและซับซ้อน

3. ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าถึงบริการบำบัดรักษาแต่ไม่ครบกระบวนการบำบัดรักษาดมเกณฑ์(1ปี)

4. การเข้าถึงบริการโรคมึนเศร่ายังไม่ครอบคลุมและมีอัตราการทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้น



ผลการดำเนินงานของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
		2564	2565	2566 (ต.ค - ธ.ค 65)
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	< 8	1.49(2คน)	0.74 (1คน)	0.74 (1คน)
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำใน 1 ปี	ร้อยละ 90	93.34	86	63.64
ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้า เข้าถึงบริการ	80	56.3	60.10	60.95
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงติดตาม ครบ 1 ปี (Retention Rate)	> 60	75	0	13.34 (2/15 คน)

ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหา

- การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนและในกลุ่ม NCD ไม่ครอบคลุม
- การรักษาที่ไม่ต่อเนื่องและไม่ตระหนักในโรคที่เป็นและติดตามยาก
- ปัญหาการปรับตัวและการจัดการปัญหาที่เหมาะสมในกลุ่มวัยรุ่นยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

แนวทางแก้ไข

- เพิ่มการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) ในคลินิกโรคเรื้อรัง / คลินิกสุขภาพใจ ทั้งใน รพ.สต. และใน รพ.

ทุกครั้งที่มา รับบริการ

- คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เชิงรุกในชุมชน (ดำเนินการแล้วทุก รพ.สต.)
- มีช่องทางด่วนการเข้าถึงการรักษาในรายที่ได้รับการประสานและส่งต่อมาจาก รพ.สต.
- ส่งรับยาจิตเวชใน รพ.สต. ใกล้บ้าน
- ติดตามเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มเสี่ยงทุกราย
- โครงการเฝ้าระวัง คิดตาม การทำร้ายตนเองในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย อ.เมืองสงขลา ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 (ม.ราชภัฏฯ มทร.)



ผู้รายงาน

- นางเกศินี บัวชื่น
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร.๐๘๙-๕๙๙๖๔๘๗

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับผู้สูงอายุ

สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

กลุ่มเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (ร้อยละ ๗๕)

๑. สถานการณ์ (ปัญหา/ สาเหตุ)

จากการสำรวจสถานะช่องปากเด็กอายุ ๓ ปีของอำเภอเมืองสงขลา ประจำปี ๒๕๖๕ พบว่ามีปัญหาโรคฟันผุร้อยละ ๓๖.๔๖ กิจกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่าเด็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ โดยเด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจฟันร้อยละ ๔๓.๙๗ เด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการตรวจฟันและทาฟลูออไรด์วานิช ร้อยละ ๒๐.๐๒ และ ๒๕.๐๙ ตามลำดับ โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยจะลุกลามได้รวดเร็วมาก ทำให้เด็กจำนวนหนึ่งมีฟันผุเกือบทั้งปาก ปัญหาฟันผุส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของเด็กปฐมวัย ทั้งระบบการย่อยอาหาร ภาวะขาดสารอาหาร และฟันผุยังเป็นแหล่งสะสมและแพร่กระจายของเชื้อโรคทำให้เด็กเจ็บป่วยเรื้อรังได้

๒. ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

เป้าหมาย : มุ่งเน้นเด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก

- เด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
- เด็กอายุ ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและ plaque control
- เด็กอายุ ๐-๒ ปี เคลือบ /ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่
- เด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

2.1 แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

จัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากคือ

- หน่วยบริการ: คลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) โดยมีกิจกรรมสำคัญ คือ ตรวจสุขภาพช่องปาก ฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติในผู้ปกครองเด็ก ๐-๒ ปี และเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ และส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ปกครองพาบุตรหลานมาตรวจสุขภาพช่องปากทุกครั้งที่มารับวัคซีนโดยจะริเริ่มใช้คู่มือส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากสำหรับเด็กปฐมวัย นอกจากนี้ยังเพิ่มความครอบคลุมการตรวจและเคลือบฟลูออไรด์ในคลินิกสุขภาพเด็กดีที่ไม่เคยให้บริการได้แก่ รพ.สต.เขารูปช้างสาขา ๒ (เขาแก้ว), รพ.สต.ทุ่งใหญ่
- โครงการหนุนน้อยฟันสวย ยิ้มสดใส ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (กลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ รพ.สงขลา) มีกิจกรรมดังนี้
 - เด็กปฐมวัยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
 - เด็กปฐมวัยที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์
 - เด็กปฐมวัยที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการรักษาทางทันตกรรมอย่างง่าย

เด็กปฐมวัยมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกคน
สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และนักเรียนชั้นอนุบาลในโรงเรียนประถมศึกษา มีสถานที่
แปรงฟันและที่เก็บแปรงสีฟันอย่างเหมาะสม

- ส่งเสริมสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกแห่ง มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้
แนวคิด ปตท. คือ

ป : แปรงฟันถูกวิธีด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์
ต : ตรวจฟันโดยครูผู้ดูแลทุกวัน และ
ท : รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ภายใต้นโยบายการพัฒนา
และยกระดับ
คุณภาพเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (๔D : Development and Play/ Diet/ Dental/
Disease)
ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

2.2 ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงานของ CUPเมืองสงขลา (๑ ต.ค.๖๕ - ๓๑ ธ.ค.๖๕)
เด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๖๐	๑๓.๒๙
เด็กอายุ ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟัน แบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลง มือปฏิบัติและ plaque control	๖๐	๑๖.๑๖
เด็กอายุ ๐-๒ ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	๕๐	๙.๒๗
เด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๔๐	๑๐.๘๑



๓. ปัญหา อุปสรรค

- ๑) ปัญหาเรื่องระบบการรายงานข้อมูล เข้า HDC ไม่ถูกต้อง ไม่ตรงกับข้อมูลใน HosXp ได้ทำการแจ้งผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบ
- ๒) บุคลากรที่รับใหม่คือนวก. ทันตสาธารณสุข อยู่ในช่วงเรียนรู้งานและเริ่มดำเนินงานเพื่อเพิ่มความครอบคลุมในคลินิกสุขภาพเด็กดี
- ๓) ไม่ได้เข้าร่วม สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ๔ D จึงขาดประสบการณ์ในการเรียนรู้
- ๔) กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิก ANC หรือ WCC ไม่มีความต่อเนื่อง
- ๕) ยังไม่มีกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน หรือขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน
- ๖) ยังไม่มีการสร้างความรอบรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยผ่านกระบวนการให้ความรู้ในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ (ผ่านผู้ปกครอง) และE-learning แนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

- ผู้รายงาน ทพญ.นิลุบล อัครพิมาน
- ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
- วัน/เดือน/ปี ๐๘/๐๑/๒๕๖๖
- E-mail dentooy๒๙@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด: จำนวนผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียม/ รากฟันเทียม

(เป้าหมายของรพ.สงขลา ใส่ฟันเทียม ๑๐๐ ราย ใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม ๓๕ ราย)

(เป้าหมายทั่วประเทศ ใส่ฟันเทียม ๓๖,๐๐๐ ราย และรากฟันเทียม ๓,๕๐๐ ราย)

สถานการณ์

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสงขลา ได้ทำการสรุปข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าคิวฟันเทียมชนิดถอดได้ และชนิดติดแน่นของกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ายังมีผู้ป่วยที่อยู่ในคิวฟันเทียมชนิดถอดได้และชนิดติดแน่น จำนวนทั้งสิ้น ๒๔๘ คน โดยระยะเวลาในการรอคอยอยู่ที่ประมาณ ๒-๓ ปี และผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันทั้งปากไปนาน ๆ จะเกิดการละลายตัวของกระดูก ทำให้การยึดของฟันเทียมไม่ดี มีโอกาสหลวมและหลุดได้ง่าย จึงควรได้รับการ ผึงรากเทียมเพื่อยึดฟันเทียมไว้ เพิ่มประสิทธิภาพของการบดเคี้ยว และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

๑. แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

-จัดกิจกรรมเพื่อรณรงค์การทำฟันเทียมทั้งชนิดถอดได้ทั้งปาก ถอดได้บางส่วนและชนิดติดแน่นในผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการที่เร็วขึ้น โดยทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมประดิษฐ์ให้บริการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้และชนิดติดแน่นต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ ถึงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๕ ตั้งแต่วันที่ ๙.๐๐-๑๖.๐๐ น. ตลอดระยะเวลา ๔ เดือน และให้บริการต่อเนื่องในช่วงบ่ายตลอดจนถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๖ เพื่อให้ประชาชนมีฟันเทียมใช้งานทดแทนฟันแท้ที่เสียไป และเข้าถึงการบริการใส่ฟันเทียมได้เร็วขึ้น

-ส่งทันตแพทย์เข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพ และตอบรับเป็นหน่วยบริการมีความพร้อมในการจัดบริการรากฟันเทียม

-สื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างความรอบรู้ที่เกี่ยวกับการรับบริการฟันเทียม รากฟันเทียมให้กับประชาชน ผ่านทางเพจโรงพยาบาลและจัดทำทะเบียนผู้เข้าคิวรับบริการรากเทียม

๒. ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่สำคัญ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานของ CUP เมืองสงขลา (๑ ต.ค.๖๕ - ๓๑ ธ.ค.๖๕)
-ร้อยละการให้บริการใส่ฟันเทียม ถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก	๑๐๐ ราย	๔๑ ราย (ร้อยละ ๔๑)
-ร้อยละการให้บริการรากฟันเทียม รองรับฟันเทียม	๓๕ ราย	อยู่ระหว่างดำเนินการจัดสรรรากเทียมจากรพ. หาดใหญ่ จะเริ่มให้บริการประมาณกลาง เดือนมกราคม

ปัญหา อุปสรรค

๑. โครงการฟันเทียมรองรับรากเทียม อยู่ระหว่างการดำเนินงานและต้องจัดซื้ออุปกรณ์เพิ่มเติมบางรายการนอกแผน จึงมีความล่าช้าและมีเรื่องการเบิกจ่ายที่ต้องทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องอีกครั้ง

๒. การสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องรากเทียมที่ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ที่ต้องการรับบริการมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน

๓. ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมรากเทียมอยู่ระหว่างลาคลอด ทำให้ขาดบุคลากรในช่วงตุลาคม ๖๕-เมษายน ๖๖

- ผู้รายงาน ทพญ.นิลุบล อัครพิมาน
- ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
- วัน/เดือน/ปี ๐๘/๐๑/๒๕๖๖
- E-mail dentooy๒๙@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับผู้สูงอายุ

สุขภาพผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด :

๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

สถานการณ์

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุในไทยพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับจากสถิติประชากร อ.เมืองสงขลาที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นโดยสมบูรณ์ (Aged society: การมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรรวม) ในปี ๒๕๖๓- ๒๕๖๕ มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน ๒๖,๑๑๓, ๒๗,๕๘๔ และ ๒๘,๘๒๖ รายตามลำดับ (ข้อมูลจาก HDC อ.เมืองสงขลา ณ วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๖)

ผลการดำเนินงาน (๑ ต.ค.-๓๑ ธ.ค.๖๕)

คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงขลา มีผู้สูงอายุทั้งในพื้นที่อำเภอเมืองและพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาล สงขลาที่ได้รับการคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อมได้รับการติดตามการรักษามากกว่า ๓ ครั้งต่อปี ส่วนผู้ที่มีปัญหาภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย (MCI) จะได้รับการประเมิน MMSE และนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย ตั้งแต่ระยะต้น ก่อนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมจะช่วยชะลอภาวะสมองเสื่อมให้นานที่สุด

แนวทางการดูแลต่อเนื่อง

- กลุ่มปกติ ได้รับคำแนะนำ Brain Exerciseที่บ้าน
- กลุ่มเสี่ยง นัดนัดเข้ากลุ่ม Brain Exercise/Brain training ตามสมัครใจที่คลินิก วันพฤหัสบดี/ศุกร์ (ป่วย) ตามความสมัครใจ/ความพร้อม
- กลุ่มป่วยที่ส่งมาเข้าโปรแกรม TEAM V (กรมการแพทย์) วันพฤหัสบดี และได้รับการประเมิน MMSE-T-๒๐๐๒ ซ้ำหลัง ๓ เดือน

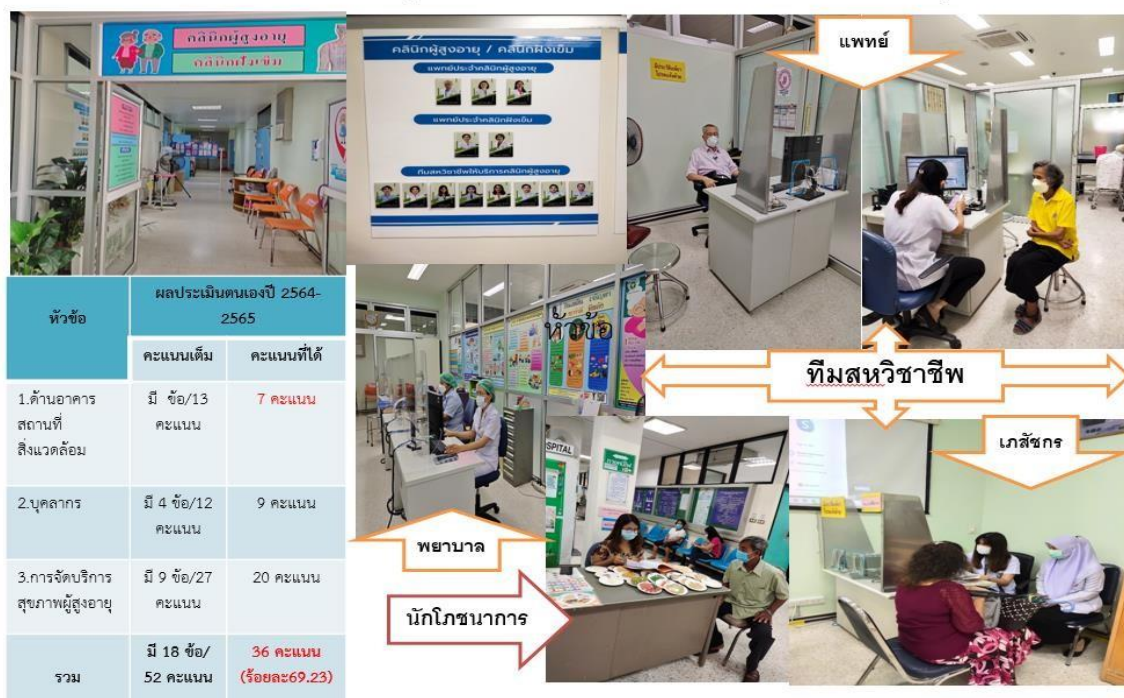
ตารางที่ ๑ ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสงขลาด้วยภาวะ MCI/ Dementia
(ข้อมูล ณ ต.ค. ๖๕- ธ.ค. ๖๕)

ตัวชี้วัดการรับบริการ	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๔ ร้อยละ	ปี ๒๕๖๕ ร้อยละ	ปี ๒๕๖๖ รอบที่ ๑ (ไตรมาส ๑) ร้อยละ
๑. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม	-	๑๗.๘๐ (๒๑/๑๑๘)	๒๗.๐๓ (๔๐/๑๔๘)	๔๑.๘๖ (๑๘/๔๓)
๒. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงและได้รับการรักษา	≥๔๐	๑๐๐ (๒๑/๒๑)	๑๐๐ (๔๐/๔๐)	๑๐๐ (๑๘/๑๘)
๓. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม	-	NA	NA	ร้อยละ ๕๑.๑๖ (๒๒/๔๓)
๔. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มได้รับการรักษา	≥๔๐	NA	NA	๔๕.๔๕ (๑๐/๒๒)

ปัญหาอุปสรรค

ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสงขลาได้เปิดบริการในปี ๒๕๔๓ และในปี ๒๕๖๔ ได้ย้ายมาเปิดทำการเป็นคลินิกสูงอายุ ภายในอาคาร ๙๐ ปีโรงพยาบาลสงขลา ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการมารับบริการของผู้ป่วย ส่งผลให้ยอดผู้มารับบริการน้อยลง และยังอยู่ในช่วงของการปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการ ซึ่งต้องเริ่มคัดกรองจากหน่วยปฐมภูมิก่อนที่จะส่งต่อมาที่โรงพยาบาล

คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา(ในปัจจุบัน)

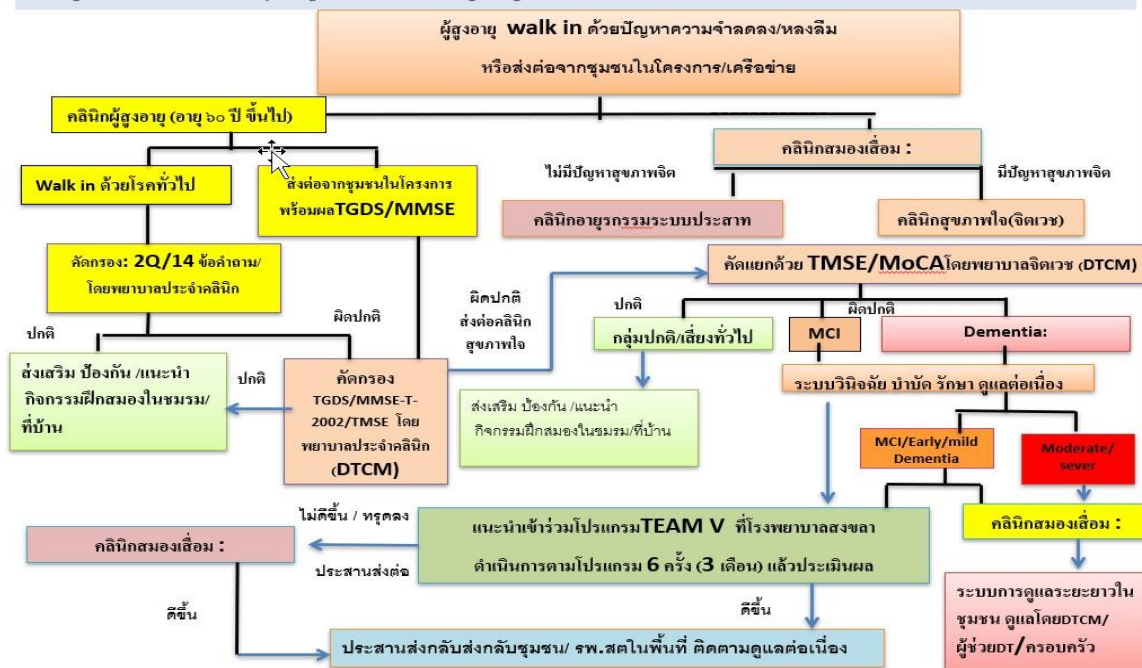


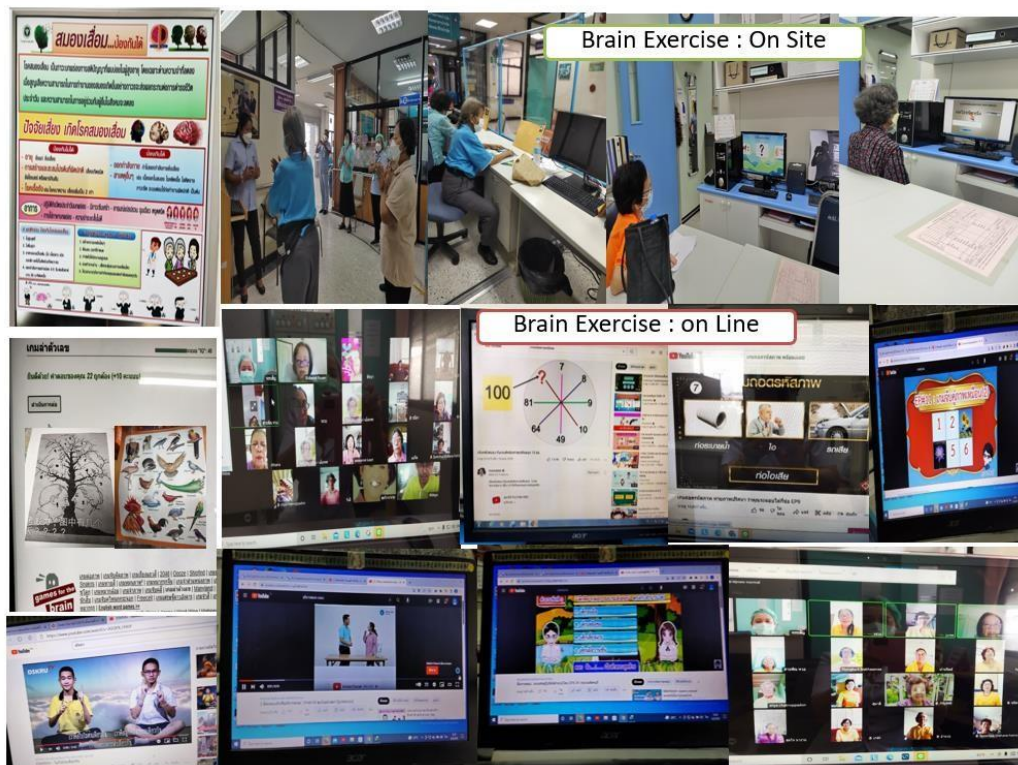
ประชุมพัฒนาศักยภาพเรื่องการคัดกรองภาวะเสื่อมในผู้สูงอายุให้กับสม./CG

ให้3อำเภอของจังหวัดสงขลา(เมือง/หาดใหญ่/นาทวี)

วันที่26-27พ.ค./30-31พ.ค./1-2มิ.ย.2565

การดูแลต่อเนื่องระดับทุติยภูมิ : ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโรงพยาบาลสงขลาปรับปรุงครั้งที่ 2(ปี2564)





- ผู้รายงาน: นางสาวฐิติชญา คงเจริญ
 - ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- โทร. ๐๘๘-๓๙๐๑๔๓๑

ประเด็นที่ ๔

Digital Health



- Telemedicine
- Personal Health Record : PHR

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๔ Digital Health

Digital Health

ตัวชี้วัด

๑. จำนวนการจัดบริการการแพทย์ทางไกล
๒. ร้อยละของประชาชนที่มีดิจิทัลไอดี
๓. ร้อยละและจำนวนของความถูกต้องของ AI X-ray

สถานการณ์

โรงพยาบาลสงขลาเป็นโรงพยาบาลขนาด S จำนวน ๕๐๘ เตียง มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นผู้ป่วยนอก ๖๕๙,๘๙๙ ๖๒๒,๓๘๕ และ ๖๙๖,๐๖๑ ราย ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ๓๕,๑๓๗ ๓๖๙,๙๙๑ และ ๔๖,๓๕๕ ราย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๕ มีบริการเฉพาะทางหลายสาขา เช่น ศัลยกรรมทางเดิน ปัสสาวะ ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมเด็ก อายุรกรรมโรคไต อายุรกรรมโรคหัวใจ อายุรกรรมโรคทรวงอก อายุรกรรมประสาท เป็นต้น

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโควิด -19 ทำให้ต้องมีการจัดบริการในรูปแบบ New normal ทั่วไประยะห่าง ลดการติดเชื้อ ทำให้จำเป็นต้องมีการลดจำนวนผู้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลจึงได้จัดให้มีการดำเนินการเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องการเข้าถึงบริการได้ตามเดิมโดยไม่ลดประสิทธิภาพ โดยเปิดบริการ telemedicine และมีบริการส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์และ

หากผู้ป่วยอยู่ใกล้โรงพยาบาลจะมีบริการส่งยาทาง Rider

ให้กับผู้ป่วยทั้งนี้ทางโรงพยาบาลได้มองถึงประเด็นปัญหาเรื่องประวัติการรักษาจึงได้ดำเนินการเรื่อง ดิจิทัลไอดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีข้อมูลประวัติการรักษา ทำให้การรักษาของผู้ป่วยไร้รอยต่อ หากไปรับบริการที่สถานพยาบาลอื่น

อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลได้เล็งเห็นความต้องการ ในการรักษาของผู้มารับบริการที่เพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งในบางกระบวนการรักษา เช่น การอ่านผล X-ray, การอ่านผลจอประสาทตา ได้มีการพัฒนา Artificial intelligence (AI) เพื่อช่วยในการแปลผลจากการตรวจสอบด้วยเครื่องมือเบื้องต้น ให้การรักษามีความรวดเร็วและแม่นยำเพิ่มขึ้น จึงได้มีการวางแผนดำเนินการใช้ AI ในการรักษาทางการแพทย์โดยเริ่มจาก AI X-ray เรื่องโรคปอดของผู้ป่วย

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

๑ แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไข้ปัญหา

กิจกรรม	ตุลาคม	พฤศจิกายน	ธันวาคม
๑. จัดบริการแพทย์ทางไกล			
๒. ประชาชนมีดิจิทัลไอดี	←	→	→
๓. AI-Xray	←	→	→

ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

๑.) การจัดบริการแพทย์ทางไกล

โรงพยาบาลสงขลาได้เริ่มให้บริการ Telemedicine มาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๓ เป็นต้นมา โดยเริ่มให้บริการในกลุ่มเรือนจำทั้ง ๔ แห่ง เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่เข้าถึงยาก และการที่จะนำคนไข้ออกจากเรือนจำ ก็มีความเสี่ยง และในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ นี้ทางงานปฐมนุรักษ์ได้เริ่มในกลุ่มผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่อง อาการคงที่ และใช้สิทธิบัตรทอง โดยทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจะเป็นผู้นัดผู้ป่วยให้เพื่อทำ Telemedicine กับ โรงพยาบาล ทำให้ลดเวลาที่คนไข้จะมาโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับผู้ป่วยมากขึ้น

ยอดผู้รับบริการ Telemedicine รายหน่วยบริการ ไตรมาสที่ ๑/ ๒๕๖๕

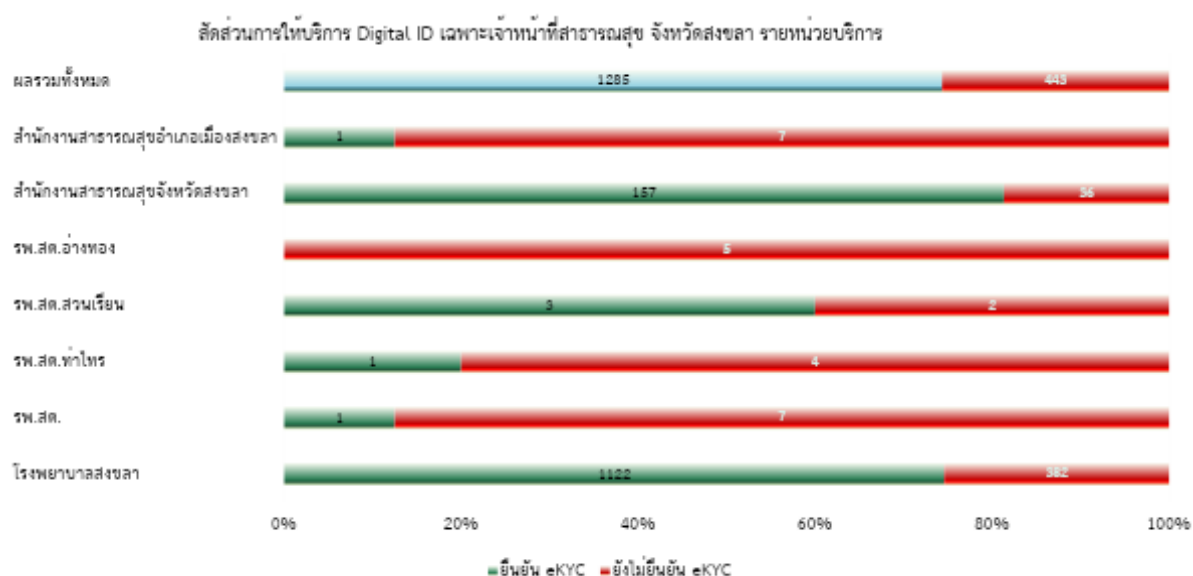
หน่วยบริการ	ผู้รับบริการ(ราย)		
	เดือนตุลาคม	เดือนพฤศจิกายน	เดือนธันวาคม
PCU ชลัททัศน์	} ทดสอบระบบ	๖	๗
PCU สมิหลา		๙	๗
PCU ใจกลางเมือง		๕	๘
PCU พาณิชยสร้างสุข		๖	๖
PCU กุโบร์รวมใจ		๕	๗
PCU ๑ ๒ ๘		๑	
รวมผู้รับบริการ		๓๒	๓๕

ผู้ป่วยที่รับบริการ Telemedicine รายหน่วยบริการ ไตรมาสที่ ๑/ ๒๕๖๖

ผู้ป่วย	ผู้รับบริการ(ราย)	
	เดือนพฤศจิกายน	เดือนธันวาคม
Diabetes mellitus (DM)	๔	๒
Diabetes mellitus + DLD	๓	
Diabetes mellitus + HT	๒	๒
DLD (Dyslipidemia)	๑	๖
Hypertension(HT)	๙	๓

Hypertension(HT) + DLD	๖	๖
Hypertension(HT) + DLD + Stroke	๓	๓
DM+HT+ CKD	๑	
Subdural hemorrhage	๑	
Thyrototoxicosis	๑	
Spinal stenosis + HT+ DLD		๑
Hypoglycemia		๑
Bronchitis		๑
Liver cell carcinoma + DM+HT		๑
Asthma+HT+ DLD		๑
DM+HT+ DLD		๒
DM+HT+ Stroke		๑
DLD+HT+ CKD		๑
Myalgia		๒
Anxiety		๑
Herpes zoster		๑
รวม	๓๒	๓๕

๒.) โรงพยาบาลสงขลา ได้เปิดให้บริการที่ประชาชนจะมีดิจิทัลไอดี เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๕ ช่วงแรกได้เปิดให้บริการสำหรับเจ้าหน้าที่ก่อน และขยายไปยังกลุ่มประชาชนที่มาใช้บริการ โดยได้มีการประชาสัมพันธ์ทั้งออกเสียงตามสาย ติดโปสเตอร์ เชิญชวน ประชาชน รับบริการ ผลการให้บริการ เป็นดังนี้

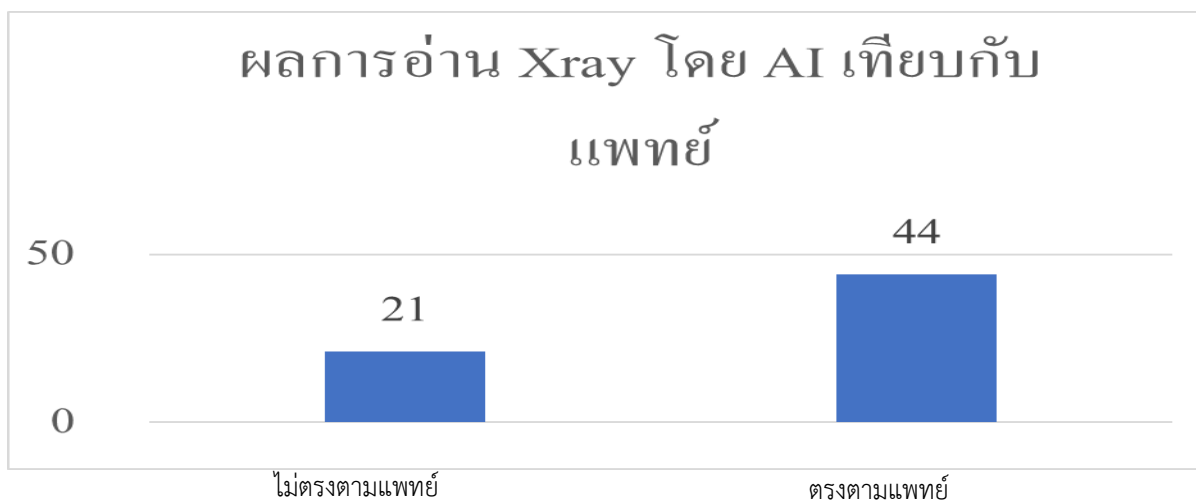


ปัญหาและอุปสรรคคือ ช่วงแรกรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงขลาเข้ามาลงทะเบียน ก่อน ซึ่งก็ลงได้ปริมาณเยอะแล้ว แต่ด้วยนโยบาย ต้องให้เจ้าหน้าที่ลงทุกคน จึงต้องจัดทำข้อมูล เพื่อให้ได้ว่า บุคลากร หน่วยงานไหน ยังไม่ลงทะเบียนอีกบ้าง ขณะเดียวกันก็รณรงค์ ให้ประชาชนที่มาใช้บริการ เข้าลงทะเบียนยืนยันตัวตนมากขึ้น



๓.) จำนวนของความถูกต้องของ AI X-ray

จากการให้ AI อ่านผลเอกซเรย์ เทียบกับอ่านโดยแพทย์ โดยข้อมูลจำนวนคนไข้ เอกซเรย์ chest จำนวน ๖๕ ราย AI อ่านถูกต้อง ๔๔ ราย คิดเป็น ๖๘% ดังข้อมูลด้านล่าง



ปัญหาและอุปสรรค

อนาคตกำลังจัดหาอุปกรณ์ที่รองรับและสามารถใช้งาน AI ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

- ผู้รายงาน นายคิรินทร์ อิงวิยะ
- ตำแหน่ง เกษีชรชำนาญการ
- วัน/เดือน/ปี ๑๖ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๕

ลดป่วย ลดตาย

และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ



- Service Plan STEMI
- Service Plan Stroke
- Service Plan NCD
- Service Plan Cancer

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

โรคหัวใจและหลอดเลือด

สถานการณ์

- ตัวชี้วัด
๑. ผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดเส้นเลือดภายใน ๑๒๐ นาที >๖๐%
 ๒. บริการ PCI ๒๔/๗
 ๓. ลดอัตราการตายของผู้ป่วย STEMI <๙ %

สถานการณ์

โรคกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงและมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) โรงพยาบาลสงขลาและรพช.ในเครือข่ายเมื่อผู้ป่วยมาถึงแผนกฉุกเฉินจะมีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหัวใจตามตารางเวรของแพทย์ Consult STEMI ทำให้มีการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยก่อนส่งต่อเพื่อการรักษาตามแนวทางการรักษาแบบให้ Fibrinolytic หรือ การส่ง PPCI ปี ๒๕๖๕ ผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาแบบได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ ๕๘.๙๕ Pharmacoinvasive (SK+PCI) ร้อยละ ๗๙.๗๕ และส่ง PPCI รพ.มอ รพ.หาดใหญ่และรพ.กรุงเทพหาดใหญ่ ร้อยละ ๔๐.๓๐ พบว่าอัตราการตายคิดเป็นร้อยละ ๑๑.๙๔ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ มากกว่า ๖๕ ปีและได้รับการรักษาโดยการให้ยา SK แล้วมีภาวะ intracerebral hemorrhage สูงถึงร้อยละ ๓๗.๕ อัตราการตายผู้ป่วยที่สูงขึ้นสาเหตุส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับยา Fibrinolytic แม้ว่าคุณภาพการรักษาพยาบาลได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดคือ ได้รับการส่งทำ PPCI ภายใน ๑๒๐ นาที ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา ๓๐ นาที พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกจากการให้ยาทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดหนัก และบางรายมีภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการวินิจฉัยจะได้รับการส่งต่อทำ PPCI เนื่องจากโรงพยาบาลสงขลาไม่สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจได้การส่งต่อผู้ป่วยต้องมีการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ และโรงพยาบาลนอกหน่วยงานรัฐ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัย แต่บางรายต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดแทนเนื่องจากเตียงเต็ม หรือห้องทำหัตถการยังไม่ว่าง

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

๓.๑ แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญา

- ประธานSPสาขาหัวใจจัดประชุมทบทวนปัญหาร่วมกันการทบทวนแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย STEMI
- กำหนดแนวทางส่งต่อผู้ป่วย STEMI ใช้ตารางเวรเขต ๑๒ ของโรงพยาบาลที่มีศักยภาพการเปิดเส้นเลือด PPCI (เอกสารแนบ)

๓.๒ ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

- ผู้ป่วยที่ได้รับยา Fibrinolytic หรือการส่ง PPCI ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางตามตารางเวร Consult ของเขต ๑๒

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ (ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๕)

ตัวชี้วัด	ประเด็นการตรวจราชการ	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖ (Q๑)
ตัวชี้วัดหลัก	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ ๙	๔.๖	๑๑.๙๔	๘.๕๗
ตัวชี้วัดย่อย๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	≥ ร้อยละ ๖๐	๑๘.๕๑	๖๒.๕	๖๐
ตัวชี้วัดย่อย๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการทำ PPCI ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ภายใน ๑๒๐ นาที นับจากได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	≥ ร้อยละ ๖๐	๘๑.๗๒	๙๐	๑๐๐
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับ Pharmacoinvasive (SK+PCI)	≥ ร้อยละ ๖๐	๘๕.๑๘	๗๙.๗๕	๔๔.๔๔

แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลสงขลา ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖

งปปี ๒๕๖๕	ผู้ป่วย STEMI ใน ร.พ. สงขลา (คน)	ระยะเวลา เฉลี่ย มารักษา (นาทึ)	เวลา เฉลี่ย EKG (นาทึ)	ได้รับ SK				ได้รับการส่งต่อ PPCI				เปิดหลอดเลือด ๒ วิธี (SK+ส่งต่อPCI)	
				ได้SK ทั้งหมด ด (คน)	รพช. (คน)	ร.พ. สงขลา (คน)	ร้อยละ	PPCI ทั้งหมด (คน)	รพช. (คน)	ร.พ. สงขลา (คน)	ร้อยละ		
												(คน)	ร้อยละ
ต.ค. ๖๕	๑๒	๘๔.๕๔	๖.๕๗	๑	๑	๐	๘.๓๓	๑๑	๒	๙	๙๑.๖๖	๑	๑๐๐
พ.ย. ๖๕	๑๐	๖๙	๒.๙๐	๑	๐	๑	๑๐	๙	๓	๖	๙๐	๐	๐
ธ.ค. ๖๕	๑๓	๒๑๔.๘๐	๒.๘๘	๗	๓	๔	๕๓.๘๕	๖	๑	๕	๔๖.๑๕	๓	๔๒.๘๖
ไตรมาส ๑	๓๕	๑๒๒.๗๘	๔.๑๑	๙	๔	๕	๒๕.๗๑	๒๖	๖	๒๐	๗๔.๒๘	๔	๔๔.๔๔

ที่มา: เวชระเบียนผู้ป่วย

แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลสงขลา ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖

งปปี ๒๕๖๕	การรักษาได้มาตรฐานที่กำหนด								อัตราการตาย		LOS	Re-admit๒๘ วัน
	SK< ๓๐ นาที				PPCI < ๑๒๐นาที							
	รพช. (คน)	ร้อยละ	รพ. สงขลา (คน)	ร้อยละ	รพช. (คน)	ร้อยละ	รพ.สงขลา (คน)	ร้อยละ	(คน)	ร้อยละ		
ต.ค. ๖๕	NA	NA	๐	๐	NA	NA	๙	๑๐๐	๑	๘.๓๓	๓.๕	๐
พ.ย. ๖๕	๐	๐	๑	๑๐๐	NA	NA	๖	๑๐๐	๐	๐	๓	๑
ธ.ค. ๖๕	NA	NA	๑	๒๕	NA	NA	๕	๑๐๐	๒	๑๕.๓๘	๔.๕	๑
ไตรมาส ๑	NA	NA	๒	๔๐	NA	NA	๒๐	๑๐๐	๓	๘.๕๗	๓.๖	๒

ที่มา: เวชระเบียนผู้ป่วย

ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหาร
เนื่องจากโรงพยาบาลสงขลาไม่สามารถทำหัตถการ PPCI ได้ หลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทาง การส่งต่อผู้ป่วยไปทำ PPCI ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์แต่ละโรงพยาบาลที่ปรึกษา กรณีเตียงเต็มหรือห้องทำหัตถการไม่ว่า ผู้ป่วยจะได้รับยาละลายลิ่มเลือด(Streptokinase) หลังได้รับยา Streptokinase แล้ว ผู้ป่วย NO Reperfusion, Going Chest pain ระบบการส่งตัวผู้ป่วยต่อไปยังรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า ใช้เวลาในการส่งต่อนาน (มากกว่า ๑๒ ชม.) ข้อมูลในภาพรวมของรพช.เครือข่าย ยังขาดความสมบูรณ์ไม่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ไม่สามารถติดตามได้เนื่องจากเมื่อมีการส่งต่อไปรพ.ที่สามารถเปิดหลอดเลือดเพื่อทำหัตถการ PPCI ไม่ได้มีการติดตามข้อมูลต่อทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้	- มีการจัดทำแนวทางการส่งต่อ STEMI (เริ่มใช้ ๑ ม.ค.๖๖) - พิจารณาการใช้ยา Tenecteplase (TNK-TPA) Push iv เปิดหลอดเลือดได้ประมาณ ๘๐% อาการแพ้ยาพบน้อย - การ Refer : Seamless Refer ทุกอย่างทำให้เสร็จกระบวนการ in-out ภายใน ๑ ชม. - มีแผนจัดการประชุมเรื่อง Database STEMI ของจังหวัดสงขลา (โรงพยาบาลหาดใหญ่กำลังดำเนินการ)

- ผู้รายงาน นพ.อิทธิพล ปรีชาเวชยากุล
- ตำแหน่ง แพทย์อายุรกรรมเฉพาะทางหัวใจ
พว.พรทิพย์ แสงสง่า
พว.อรุณี ศรีนวล
- วัน/เดือน/ปี ๑๕ มกราคม ๒๕๖๖
- E-mail: icu๒songkhla@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

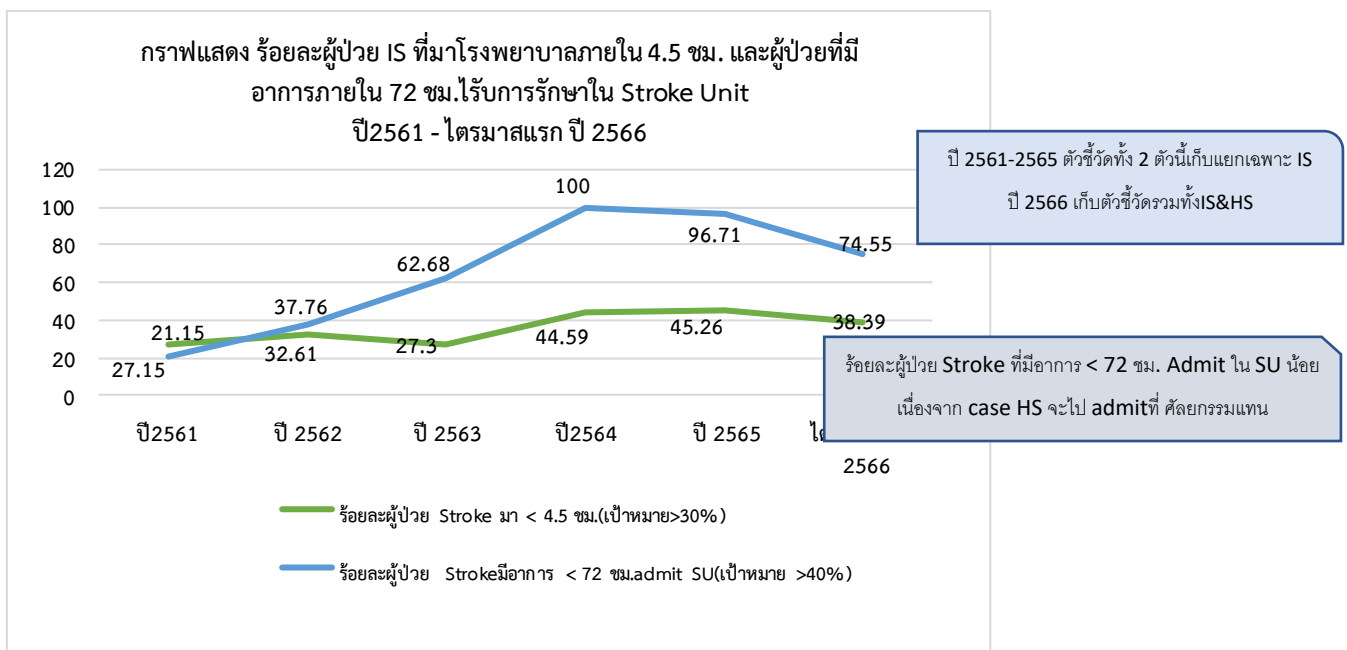
โรคหลอดเลือดสมอง

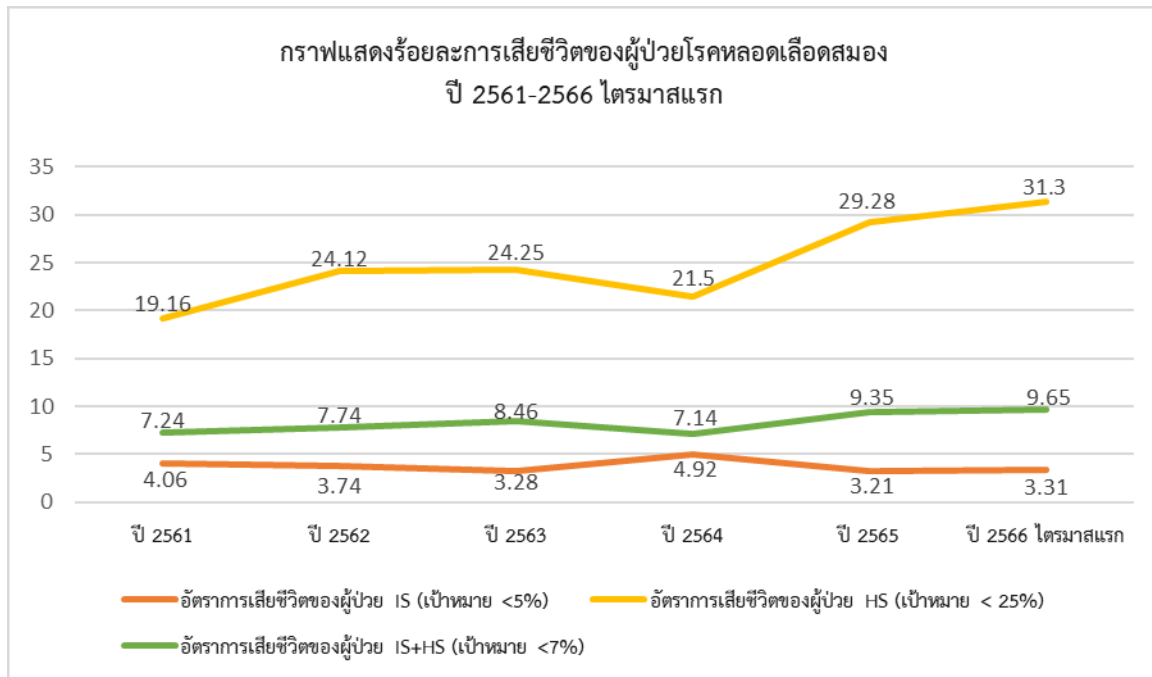
สถานการณ์

จากการที่ทางโรงพยาบาลสงขลาได้เปิดหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและระบบประสาทเมื่อวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วย Acute Ischemic Stroke ที่มีอาการภายใน ๗๒ ชั่วโมง เข้ารับการรักษานอผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ ๔๐ (ปี ๒๕๖๖ ปรับเพิ่มเป็น ๗๐%) จากผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๓ ต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้า Stroke Unit ป่วยเป็น covid-๑๙ จึงต้องไป admit ใน cohort ward และบางคนเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการแพร่เชื้อทางเดินหายใจ (หอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและระบบประสาท ไม่มีห้องแยกโรค) จำเป็นต้องเข้าห้องแยกโรคของแผนกอายุรกรรม แต่ในปี ๒๕๖๖ เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของ covid-๑๙ ลดลง ทำให้ผู้ป่วย Acute Ischemic Stroke ที่มีอาการภายใน ๗๒ ชั่วโมง เข้ารับการรักษานอผู้ป่วยใน Stroke Unit ตามนโยบายที่วางไว้

ส่วนอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อัตราตายของผู้ป่วย Ischemic Stroke ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่อัตราตายของผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตกในตำแหน่งที่มีความเสี่ยงสูงในการผ่าตัดและเกิดความพิการ ประกอบกับผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมหลายโรค อาทิ หัวใจ ไตวาย มะเร็ง ฯลฯ ด้วยเหตุนี้ญาติส่วนใหญ่จึงไม่ยินยอมรับการผ่าตัด ประสงค์ดูแลแบบ Palliative Care จากสาเหตุดังกล่าวจึงส่งผลให้ตัวชี้วัดอัตราการตายรวม สูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด (อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ คิดเป็นร้อยละ ๘.๔๖, ๗.๑๔ และ ๙.๓๕ ตามลำดับ ในไตรมาสแรกของปี ๒๕๖๖ คิดเป็นร้อยละ

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)





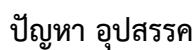
แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญห

- ๑) ทบทวน case Stroke dead ทุกรายเพื่อหาโอกาสพัฒนา
- ๒) จัดประชุมวิชาการให้ความรู้แก่แพทย์ พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ๓) สร้างความตระหนักและความตื่นตัวให้กับประชาชน ในการมาโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดและการทำ Thrombectomy รวมทั้งพัฒนาระบบ Stroke Fast Track (STF) เพื่อลดระยะเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ภายใน ๔๕ นาทีตั้งแต่เข้ามาใน โรงพยาบาล

ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐานเดียวกัน จึงได้พัฒนาระบบ stroke Fast Track ยึดหลัก seamless มีการสร้างระบบปรึกษาทางไกลไร้รอยต่อ และใช้ Standing order แบบเดียวกันในเครือข่ายของโรงพยาบาลสงขลา เพื่อลดระยะเวลาในการได้รับยา rt-PA (Door to Needle Time : DNT) ให้ น้อยกว่า ๔๕ นาที

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	หลังพัฒนา (ปี ๒๕๖๕)
๑.จำนวนผู้ป่วย STF ที่ได้ rt-PA <๖๐ นาที	>๕๐%	๗๖.๓๒
๒.จำนวนผู้ป่วย STF ที่ได้ rt-PA <๔๕ นาที	>๓๐	๕๔.๓๘
๓. DNT เฉลี่ย (รพ.ช.และ รพ.สงขลา)	< ๔๕ นาที	๓๔.๑๘
๓.๑ DNT เฉลี่ย ของรพ.ช.		๒๘.๑๑
๓.๒ DNT เฉลี่ย ของ รพ.สงขลา		๔๐.๒๔
๔.จำนวนผู้ป่วย รพ.ช.ที่ได้รับยา rt-PA	-	๘๐
๕.ผู้ป่วย รพ. สงขลา ที่ได้รับยา rt-PA	-	๓๔



๒. จากการพัฒนาระบบ SFT เพื่อลดระยะเวลา DNT < ๔๕ นาที พบปัญหา/โอกาสพัฒนา ดังนี้

ปัญหา/โอกาสพัฒนา	การพัฒนา
๑.จากการเก็บข้อมูล (กรกฎาคม ๒๕๖๕ - ธันวาคม ๒๕๖๖) พบว่า DNT ของผู้ป่วยที่ waik in มาโรงพยาบาลสงขลา ใช้เวลาเฉลี่ย ๔๐.๒๔ นาที ในขณะที่ case refer จาก รพช.ใช้เวลา ๒๘.๑๑ นาที ๒. Case SFT ที่เกิดขณะ admit ใน รพ.สงขลา DNT เฉลี่ยอยู่ที่ ๕๘.๕๐ นาที ๓. DNT ล่าช้า ร้อยละ ๕๗.๑๔ เป็นการรออนุญาตตัดสินใจ เนื่องจากญาติที่มาไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก/ไม่กล้าตัดสินใจ	๑.พัฒนาระบบ SFT ของโรงพยาบาลสงขลาทั้งในส่วนของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ ER และขณะ admit ๒. แพทย์รพช./ER ควรให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับยา rt-PA และให้ผู้ที่สามารถตัดสินใจได้มากับผู้ป่วย

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑. เครื่องมือช่วยเตือนการประเมินกำลังแขนขา (Motor Power)
๒. การใช้ Application COC Stroke ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่าย

แผนงานปี ๒๕๖๖

สมัครเข้าร่วมการประเมิน SSCC (Standard Stroke Center Certify)

- ผู้รายงาน... นางภัทรพร วงศ์กระพันธุ์
- ตำแหน่ง...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
- วัน/เดือน/ปี: ๙ มกราคม ๒๕๖๖
- E-mail: tum๗๘๑๑@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัด: ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดี

- ๑.๑. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี $\geq$ ร้อยละ ๔๐
- ๑.๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ ๕๐
- ๑.๓. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ≥ ๗๐ %
- ๑.๔. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL $\geq$ ร้อยละ ๖๕ %
- ๑.๕. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl $\geq$ ร้อยละ ๕๕ %
- ๑.๖. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ ๖๐ %
- ๑.๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ≥ ๕๐ %
- ๑.๘. ร้อยละของผู้ที่มีความดันโลหิต $> ๑๘๐/๑๑๐$ มม.ปรอท จากการคัดกรองได้รับการวินิจัย ≥ ๘๐ %
- ๑.๙. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิต $\geq$ ร้อยละ ๘๐ %
- ๑.๑๐. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD risk ≥ ๒๐ % หลังได้รับการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงแล้วมี CVD ลดลง ≥ ๔๐ %

สถานการณ์

จากสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสงขลา มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ ไตรมาสที่ ๑ อ.เมืองสงขลา มีผู้ป่วยเบาหวานจากจำนวน ๑๐,๐๐๖, ๑๐,๑๗๓, ๑๐,๕๕๐ และ ๑๐,๓๗๘ ราย ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ ไตรมาสที่ ๑ จาก ๑๙,๘๗๓, ๒๐,๕๗๙, ๒๑,๑๑๖ และ ๒๐,๖๘๒ ราย

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา ๒๐๑๙ งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD: non-communicable diseases) โรงพยาบาลสงขลา ได้ปรับเปลี่ยนบริการภายใต้มาตรการ COVID free setting เพื่อลดความแออัด ลดการแพร่กระจายเชื้อ โดยให้บริการแบบ DMHTT และเพิ่มบริการ Telemedicine: การบริการทางด้านสาธารณสุขโดยบุคลากรทางแพทยผ่าน vedio conference, เพิ่มบริการส่งยาทางไปรษณีย์, การส่งรับยาสถานบริการใกล้บ้าน

ผลการดำเนินงาน (๑ ต.ค. ๒๕๖๕-๓๑ ธ.ค.๒๕๖๕)

๑. แผนงาน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

๑. เปิดช่องทางให้กับกลุ่มเสี่ยงป่วยได้รับการยืนยันภายใน ๑๘๐ วัน ในคลินิกเบาหวานซับซ้อน
๒. พัฒนา CPG DM /HT ในรพ.สงขลา
๓. มี standing order Lab ประจำปี
๔. เปิดคลินิกเบาหวานซับซ้อนเพิ่มในวันอังคาร พุธ และพฤหัสบดี
๕. เปิดคลินิก DM remission
๖. ทำ SMBG/SMBP ในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้

๗. ส่งพบทีมสหสาขาในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้ หรือมีความซับซ้อน
๘. พัฒนาคุณภาพ NCD clinic plus
๙. เพิ่มการ refer back กลุ่มควบคุมได้
๑๐. ส่งตรวจ lab ประจำปีภายในไตรมาส ๑-๒
๑๑. จัดทำโครงการ “ตรวจเลือดตามสิทธิ์ รักษาคลินิกตามใจ”
๑๒. เพิ่มคลินิกตรวจ lab ประจำปี NCD
๑๓. ส่งตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นโดยเปิดตรวจ DR ในผู้ป่วย DM ในรพ.เมือง, ส่งตรวจตาได้ทุกวันช่วงบ่ายรพ.สงขลาเกาะยอ
๑๔. เพิ่มการตรวจ HbA1C ในรพ.สต./PCU นำร่อง
๑๕. ตรวจสอบและปรับปรุงข้อมูล DM/HT
๑๖. ขึ้นทะเบียน DM/HT รายใหม่/ ผู้ป่วยรับบริการนอกเครือข่าย
๑๗. พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลบริการ
 - โปรแกรมระบบติดตาม DM HT/ Home visit
๑๘. อบรมพัฒนาผู้รับผิดชอบงานข้อมูล NCD

๒. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน

ตารางที่ ๑: แสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดีในเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ และปี ๒๕๖๖ ไตรมาสที่ ๑

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖ (ไตรมาส ๑)
๑.	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	เป้าหมาย	>ร้อยละ ๔๐	>ร้อยละ ๔๐	>ร้อยละ ๔๐	>ร้อยละ ๔๐
		ผลงาน	๑,๗๖๓/ ๑๐,๐๐๖	๑,๕๘๖/ ๑๐,๑๗๓	๑,๗๙๐/ ๑๐,๕๕๐	๕๐๒/ ๑๐,๓๗๘
		อัตรา/ ร้อยละ	๑๗.๖๒	๑๕.๕๘	๑๖.๙๗	๔.๘๔
๒.	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	เป้าหมาย	>ร้อยละ ๕๐	>ร้อยละ ๕๐	>ร้อยละ ๕๐	>ร้อยละ ๕๐
		ผลงาน	๗,๘๐๓/ ๑๙,๘๗๓	๗,๕๙๗/ ๒๐,๕๗๙	๖,๗๐๙/ ๒๑,๑๑๖	๖๒๒/ ๒๐,๖๘๒
		อัตรา/ ร้อยละ	๓๙.๒๖	๓๖.๙๒	๓๑.๗๗	๓.๐๑
๓.	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจนัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	เป้าหมาย	≥๗๐ %	≥๗๐ %	≥๗๐ %	≥๗๐ %
		ผลงาน	NA	NA	๑๘๕/ ๒๗๐	๓๗/ ๒๗๙
		อัตรา/ ร้อยละ	NA	NA	๖๘.๕๒	๑๓.๒๖

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖ (ไตรมาส ๑)
๔.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL	เป้าหมาย	≥ ๖๕ %	≥ ๖๕ %	≥ ๖๕ %	≥ ๖๕ %
		ผลงาน	NA	NA	๕,๖๑๓/ ๑๐,๕๔๖	๔,๘๑๖/ ๑๐,๓๗๕
		อัตรา/ ร้อยละ	NA	NA	๕๓.๒๒	๔๖.๔๒
๕.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl	เป้าหมาย	≥ ๕๕ %	≥ ๕๕ %	≥ ๕๕ %	≥ ๕๕ %
		ผลงาน	NA	NA	๒,๗๒๓/ ๕,๖๑๓	๒,๓๓๑/ ๔,๘๑๖
		อัตรา/ร้อยละ	NA	NA	๔๘.๕๑	๔๘.๔๐
๖.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิต ควบคุมได้ตามเกณฑ์	เป้าหมาย	≥ ๖๐ %	≥ ๖๐ %	≥ ๖๐ %	≥ ๖๐ %
		ผลงาน	๔,๕๔๓/ ๑๐,๐๐๕	๓,๑๘๓/ ๑๐,๑๗๔	๒,๙๔๐/ ๑๐,๕๕๐	๒,๕๒๒/ ๑๐,๓๗๘
		อัตรา/ ร้อยละ	๔๕.๔๑	๓๑.๒๙	๒๗.๘๗	๒๔.๔๓
๗.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	เป้าหมาย	≥ ๕๐%	≥ ๕๐%	≥ ๕๐%	≥ ๕๐%
		ผลงาน	๑,๕๐๔/ ๑๐,๐๐๖	๑,๙๘๓/ ๑๐,๑๗๓	๑,๖๐๔/ ๑๐,๕๕๐	๘๖/ ๑๐,๓๗๘
		อัตรา/ ร้อยละ	๑๕.๐๓	๑๙.๔๙	๑๕.๒๐	๐.๘๓
๘.	ร้อยละของผู้ที่มีความดันโลหิต > ๑๘๐/๑๑๐ มม.ปรอท จากการคัดกรองได้รับการวินิจฉัย	เป้าหมาย	≥ ๘๐ %	≥ ๘๐ %	≥ ๘๐ %	≥ ๘๐ %
		ผลงาน	NA	NA	๗/๒๘	๖/๕๔
		อัตรา/ ร้อยละ	NA	NA	๑๘.๔๒	๑๑.๑๑
๙.	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิต	เป้าหมาย	≥ ๘๐ %	≥ ๘๐ %	≥ ๘๐ %	≥ ๘๐ %
		ผลงาน	NA	NA	๑,๔๗๔/ ๑,๕๑๙	๑,๓๔๓/ ๑,๓๗๐
		อัตรา/ ร้อยละ	NA	NA	๙๗.๐๔	๙๘.๐๓
๑๐.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD risk ≥ ๒๐ % หลังได้รับการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงแล้วมี CVD ลดลง	เป้าหมาย	≥ ๔๐%	≥ ๔๐%	≥ ๔๐%	≥ ๔๐%
		ผลงาน	๖๖/๑๕๗	๕๘/๑๓๗	๓๓/๘๙	๐/๓๙
		อัตรา/ ร้อยละ	๔๒.๐๔	๔๒.๓๔	๓๗.๐๘	๐.๐๐

ที่มา : ข้อมูลจาก (ข้อมูล HDC รวบรวมข้อมูลเมื่อ ๘ มกราคม ๒๕๖๖)

ปัญหาและอุปสรรค

๔.๑. ระบบข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตใน HDC สสจ.สงขลา และในระบบ Hos XP รพ.สงขลา ยังไม่ถูกต้อง - ตรงกัน ข้อมูลผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ตรงกับข้อมูลพื้นที่ (Type area), ข้อมูลผู้ป่วยที่วินิจฉัยผิด หรือ ICD ๑๐ ผิด ยังไม่ถูกลบออกจากฐานข้อมูล Chronic Fu ส่งผลให้ข้อมูลบางส่วนไม่ถูกต้อง

๔.๒. ยังไม่มีเชื่อมต่อข้อมูลตัวชี้วัดผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตที่รับบริการในคลินิก รพ.เอกชน รพ.มหาวิทยาลัย และรพ.ค่ายต่างๆ

๔.๓. สถานการณ์โรคระบาดโควิด ๒๐๑๙ ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่สะดวกเดินทางมาสัมผัสผู้คนในโรงพยาบาล จึงเลือกรับบริการรับยาไปรษณีย์ หรือซื้อยากินเอง และยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่มาตรวจเลือด หรือเลือดตรวจเลือดคลินิก จึงไม่สามารถลงผลความครอบคลุมในโรงพยาบาลได้

๔.๕. บุคลากรรับงานใหม่/บุคลากรมีจำนวนจำกัด โดยมีพยาบาลคลินิกเบาหวาน 2 คนให้บริการผู้ป่วย ๖๐-๘๐ ราย/๔ ชม. ในบทบาทพยาบาลในคลินิกพิเศษตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน,บทบาท NCM: Nurse case manager และปฏิบัติงานในคลินิกผู้ป่วยนอก

ผู้รายงาน

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

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

สาขาโรคมะเร็ง

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

๑. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy
๓. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
๔. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

สถานการณ์

๑. ไม่มี Nurse coordinator หรือ manager ที่จะสามารถดูแลข้อมูลได้แบบ real time เพื่อใช้ในการส่งต่อคนไข้ และ update ข้อมูลได้แบบ real time
๒. การเข้าถึงการคัดกรองยังมีจำนวนน้อย
๓. ขาดการประสานงานกันระหว่าง รพช. และ รพ.แม่ข่าย
๔. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ระยะเวลา ๔ สัปดาห์ > ๗๖%
มะเร็งเต้านม ๗๕% (n=๑๒)
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ๘๐% (n=๕)
๕. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ระยะเวลา ๖ สัปดาห์ > ๗๖%
มะเร็งเต้านม ๑๐๐% (n=๑๔)
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ๖๗% (n=๓)
๖. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ > ๗๖%
มะเร็งเต้านม ๐% (n=๒)
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ๐% (n=๐)

หมายเหตุ : ข้อมูลข้อ ๔- ๖ มีแค่ข้อมูลในส่วนในเดือนตุลาคม ไม่สามารถลงหรือดึงข้อมูลเพิ่มได้ในขณะนี้
เนื่องจากอยู่ในช่วงการเปลี่ยนถ่ายข้อมูลจาก Thai cancer base สู่ canceranywhere.com

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

๑. แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

- ๑) เพิ่มการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยการจัดโครงการส่องกล้อง จากการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจพบผลเลือดแฝงในอุจจาระ ทำให้สามารถรวบรวมผู้ป่วยในแต่ละรพช. โดยผ่านการประสานงานกับผู้ประสานงานในแต่ละรพช. ทำให้ลดจำนวนครั้งของการมารพ.ของผู้รับบริการได้
- ๒) ประสานงานกับรพช. ให้จัดผู้ประสานงานการคัดกรองมะเร็ง ที่รพช. (contact point) ครบทุกรพช. ในเครือข่ายรพ.สงขลา
- ๓) เพิ่มประสานงานกับกลุ่มภารกิจปฐมภูมิ เพื่อเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุม
- ๔) ประสานงานกับรังสีแพทย์ และ สูติรีแพทย์ เรื่องการตรวจ HPV DNA และ Mammogram ควบคู่กัน
- ๕) ตอบรับเข้าร่วมการเป็นหน่วยบริการเก็บตัวอย่าง ให้คำปรึกษาตรวจยีน BRCA๑/BRCA๒
- ๖) พิจารณาเพิ่มตำแหน่ง non medical personnel มาช่วย nurse coordinator ในการจัดการฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็ง

๒. ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

๑. จัดทำโครงการส่องกล้องตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มาตรฐานส่องกล้อง ๙๘ ราย ตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ ๒ ราย
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ไตรมาส ๑ มาตรฐานส่องกล้อง ๑๕๑ ราย
ตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ ๘ ราย
๒. ได้รายชื่อผู้ประสานงาน (contact point) ครอบคลุมทุก รพช. ในเครือข่าย
๓. เริ่มดำเนินการตรวจ HPV DNA ด้วยวิธี self sampling เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๕
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รพ.สงขลา คัดกรอง ๑,๖๘๐ ราย ผลตรวจคัดกรองเป็นบวก ๑๒๕ ราย
ดำเนินการตรวจเพิ่มเติมพบ precancerous lesion ๑๒๕ ราย
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ไตรมาส ๑ มาตรฐาน ๔๔๒ ราย ผลตรวจคัดกรองเป็นบวก ๓ ราย (เฉพาะเดือนตุลาคม)
๔. อยู่ระหว่างจัดสรรอัตรากำลังคน มาช่วยจัดการฐานข้อมูลมะเร็ง

ปัญหา อุปสรรค

- การที่ไม่สามารถจัดการฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งได้อย่าง real time มีผลถึงการส่งต่อคนไข้ และการรายงานผลตัวชี้วัดต่าง ๆ

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- การพัฒนาคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ด้วยการกำหนด guideline เพื่อลดจำนวนครั้งของการมา รพ.ของผู้เข้ารับการรักษา

ผู้รายงาน

- นพ.เอกพจน์ เชี่ยวฉลาดม นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 - นางเพ็ญแข รัตนพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
- โทร.๐๗๔-๓๓๘๑๐๐

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

มะเร็งช่องปาก

ตัวชี้วัด

๑. มีระบบการจัดการ ที่เกี่ยวข้องกับรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง และมะเร็งช่องปากในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด
๒. ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปาก และคัดกรองรอยโรคในช่องปาก
๓. มีรายงานจำนวนผู้มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา

สถานการณ์

จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.๒๕๖๔ ระบุว่า มะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ ๔ ในเพศชาย และ อันดับ ๑๐ ในเพศหญิง มะเร็งช่องปากเป็นโรคที่มีความรุนแรง กระทำคุณภาพชีวิต และมีอัตราการตายสูง เนื่องจากมะเร็งช่องปากส่วนใหญ่เป็นชนิด squamous cell carcinoma ซึ่งมีการพยากรณ์โรคไม่ดี (คู่มือแนวทางการตรวจและจัดการมะเร็งช่องปากสำหรับทันตบุคลากร, ๒๕๕๐) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบทันตแพทย์ในระยะลุกลาม ซึ่งเป็นระยะที่การรักษาซับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูง โอกาสรอดชีวิตต่ำ อย่างไรก็ตาม รอยโรคของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากสามารถรักษาได้หายขาดหากตรวจพบและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ตั้งแต่ในระยะก่อนการเกิดโรค หรือระยะที่เป็นรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากมีความสำคัญและคุ้มค่า

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

๑. แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

- จัดกิจกรรมเพื่อรณรงค์การตรวจรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ
- กำหนดนโยบายให้ทันตแพทย์ในกลุ่มงานตรวจรอยโรคมะเร็งในกลุ่มผู้ป่วยตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป พร้อมทั้งวางแผนการรักษาทั้งปาก กรณีที่มีรอยโรคมะเร็งให้มีการวางแผนการรักษาอย่างละเอียดและเป็นระบบตามแบบฟอร์มใน HosXp ที่ได้จัดทำขึ้น
- มีการแนะนำลด/เลิกปัจจัยเสี่ยง และส่งต่อไปรับบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น คลินิกเลิกบุหรี่-เพิ่มการตรวจรอยโรคมะเร็งในกลุ่มผู้ป่วยคลินิก NCD (กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง)
- มีแผนอบรมทันตภิบาลในเครือข่าย เพื่อให้สามารถตรวจรอยโรคมะเร็งเบื้องต้นได้อย่างมั่นใจ
- มีแผนตรวจสอบระบบรายงานจำนวนผู้มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาว่าถูกต้องสมบูรณ์หรือไม่

๒.ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่สำคัญ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงานของ CUPเมืองสงขลา (๑ ต.ค.๖๕ - ๓๑ ธ.ค.๖๕)
ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มา รับบริการ ได้รับการตรวจช่องปาก และ คัดกรองรอยโรคในช่องปาก	๔๐	๑.๖๗ ข้อมูลใน HDC ได้ ๔๓/๒๕๗๐ ราย เนื่องจากก่อนหน้านี้ไม่ได้ใส่รหัสวินิจฉัย Z๑๒๘ หรือ Z๑๒๘๑ (แต่ข้อมูลใน HosXp ทำได้ ๒๐๒ ราย)



ปัญหา/ อุปสรรค

๑. ระบบการส่งตรวจชิ้นเนื้อ และส่งไปรับบริการในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่ยังคงขาดระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีรอยโรคเสี่ยงที่ต้องการการติดตามเฝ้าระวัง หรือการรับกลับไปดูแลผู้ที่ได้รับการรักษารอยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่องในหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒. ยังไม่ได้จัดอบรมทันตภิบาลในเครือข่าย เพื่อให้สามารถตรวจรอยโรคมะเร็งเบื้องต้น ทำให้ในเครือข่ายยังไม่เริ่มตรวจคัดกรองรอยโรคมะเร็ง

๓. ระบบการลงข้อมูลใน HosXp เรื่องการตรวจคัดกรองรอยโรคมะเร็งและการรายงานจำนวนผู้มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา เพิ่งเริ่มดำเนินการใส่รหัส Z๑๒๘/ Z๑๒๘๑ (Special screening examination for neoplasm of other sites/of oral cavity) ในเดือนมกราคม ๖๖ เพื่อให้ข้อมูลครบถ้วนสามารถดึงข้อมูลเข้าระบบ HDC ได้ ต้องติดตามข้อมูลต่อไป

- ผู้รายงาน ทพญ.นิลุบล อัครพิมาน
- ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
- วัน/เดือน/ปี ๐๘/๐๑/๒๕๖๖
- E-mail dentooy๒๙@gmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ



ประเด็นที่ ๖

องค์กรสมรรถนะสูง



- การเงินการคลังสุขภาพ

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ประเด็นที่ ๖ : องค์การสมรรถนะสูง

การเงินการคลังสุขภาพ Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)

ตัวชี้วัดที่: ๑ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๔ ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๒)

สถานการณ์

โรงพยาบาลสงขลา มีระดับวิกฤตการเงินตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน (Risk Scoring) เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๕ อยู่ในระดับ ๑ (ปกติ) ดัชนีชี้วัดทางการเงินผ่านเกณฑ์ทั้ง ๓ ตัวชี้วัด โดยวิเคราะห์จากอัตราส่วนทางการเงิน ๕ รายการ ได้แก่

๑. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียนหารด้วย หนี้สินหมุนเวียน เท่ากับ ๓.๘๑ เท่า

๒. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน เท่ากับ ๓.๓๕ เท่า

๓. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับเงินฝากประจำ) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน เท่ากับ ๒.๒๔ เท่า

๔. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน จำนวน ๖๗๖,๔๕๙,๕๙๒.๔๐ บาท

๕. รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย NI + Depreciation เท่ากับ -๔๗,๐๖๒,๕๑๖.๑๕ บาท

ดัชนีชี้วัดทางการเงินผ่านเกณฑ์ทั้ง ๓ ตัวชี้วัด ได้แก่

๑. ความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (CR < ๑.๕ QR < ๑.๐ Cash < ๐.๘)

๒. ความมั่นคงทางการเงิน (ฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < ๐ และฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย Net Income NI) NI < ๐

๓. ระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง (NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < ๓ เดือน* หรือ WC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < ๖ เดือน)



การประเมินระบบจัดเก็บ รายได้คุณภาพ (7S 7C 7E)

โรงพยาบาลสงขลา

ผลการประเมินตนเอง

หัวข้อประเมิน	คะแนน	ประเมินตนเอง
การคำนวณคะแนน 7S7C 1 ข้อ 1 คะแนน	64	53
การคำนวณคะแนน Onsite CSMBS (การเคลมกรมบัญชีกลาง) 15 ข้อ	15	15
การคำนวณคะแนน 7E 1 ข้อ 1 คะแนน	33	28
รวม	112	96
Grade A มากกว่า 90 คะแนน		
Grade B 81- 90 คะแนน		
Grade C 71- 80 คะแนน		
Grade D 61- 70 คะแนน		
Grade E 51-60 คะแนน		
Grade F น้อยกว่า 50 คะแนน		

- ผู้รายงาน : นายสุวิทย์ อภิวัฒน์วรวงศ์
- ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
- วัน/เดือน/ปี : มกราคม ๒๕๖๖

ตัวชี้วัดที่: ๒ ร้อยละของการกำกับติดตามการลงทุนด้วยเงินบำรุงตามนโยบายการลงทุน Hospital Investment Performance (HIP) : หน่วยบริการมี แผนเงินบำรุง ๓ ปี แผนลงทุน ๓ ปี

สถานการณ์ (ปัญหา/สาเหตุ)

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

มีการจัดทำแผนเงินบำรุง ๓ ปี และแผนลงทุน ๓ ปี วงเงินรวม ๑๒๔ ล้านบาท (จากวงเงินที่ลงทุนได้ ๑๓๗ ล้านบาท) คิดเป็นร้อยละ ๙๐ โดยมีกระบวนการจัดทำแผนเงินบำรุง ดังนี้

ข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผนเงินบำรุง

พิจารณาข้อมูลด้านรายรับจากกองทุนต่าง ๆ และรายจ่ายที่เกิดขึ้นจริงในปีที่ผ่านมา และนำข้อมูล ๓ ปี ย้อนหลังมาประกอบการพิจารณา โดยคณะกรรมการจัดทำแผนเงินบำรุงของโรงพยาบาล

๑. กระบวนการวิเคราะห์เปรียบเทียบและการพิจารณาแผนเงินบำรุง

ดำเนินงานโดยคณะกรรมการจัดทำแผนเงินบำรุงโรงพยาบาลสงขลา(ตามคำสั่งแต่งตั้ง) ทำหน้าที่พิจารณาและขับเคลื่อนการบริหารจัดการแผนเงินบำรุงของโรงพยาบาล

๒. การขออนุมัติแผนเงินบำรุง

แผนเงินบำรุงโรงพยาบาลสงขลา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

๔. การประกาศแผน

ประกาศแผนเงินบำรุง โดยการทำหนังสือเวียนแจ้งรายการที่ได้รับการอนุมัติผ่านระบบออนไลน์ และทางหน้าเว็บไซต์โรงพยาบาลสงขลา เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้างตามแผนต่อไป ปัญหาอุปสรรคในการกำกับติดตามการลงทุนด้วยเงินบำรุงตามนโยบายการลงทุน Hospital Investment Performance (HIP)

- กระบวนการจัดทำแผนมีความล่าช้ากว่ากำหนด เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนการลงทุนตามนโยบายหลังสถานการณ์ COVID ที่หน่วยบริการมีเงินบำรุงคงเหลือสูง สามารถลงทุนได้มากกว่า ๒๐ % EBIDA (ตามเงื่อนไข)
- มีการขออนุมัตินอกแผน ในช่วงที่รอการจัดทำแผนเงินบำรุง
- ขั้นตอนการขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้างแบบ Manual ทำให้เกิดความล่าช้า
- การควบคุม กำกับ ติดตาม กรณีขออนุมัตินอกแผน ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายจริงได้

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

ปัญหา ระบบบริหารแผนไม่เป็นปัจจุบัน มีการจัดซื้อจัดจ้างนอกแผน กลุ่มงานบัญชีมีการรับรู้หนี้จากกลุ่มงานพัสดุล่าช้า หนี้สินจากการจัดซื้อจัดจ้างไม่เป็นปัจจุบัน ขั้นตอนเอกสารล่าช้า เอกสารสูญหาย

กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

๑. ทีมบุคลากรโรงพยาบาลสงขลา ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ แพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ หัวหน้ากลุ่มงานการเงิน หัวหน้ากลุ่มงานบัญชี หัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์ และหัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล เข้าร่วมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระบบบริหารแผนและงบประมาณ (IPISS) และระบบบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เมื่อ ๑๔-๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๕

๒. จัดตั้งทีม Songkhla IPISS เพื่อร่วมกันนำโปรแกรม IPISS มาปรับใช้กับระบบบริหารแผนและงบประมาณของโรงพยาบาลสงขลา

๓. จัดทำแผนเงินบำรุง แผนลงทุน ๑ ปี และ ๓ ปี

ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

➤ แต่งตั้งคณะกรรมการ Songkhla IPISS มีการประชุมติดตามงาน 1 ครั้ง และกำลังดำเนินการจัดเตรียมฐานข้อมูล รายการวัสดุ ครุภัณฑ์ โครงสร้างหน่วยเบิก งบประมาณ และรายการแผนเงินบำรุงปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ลงในระบบโปรแกรม

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

➤ อยู่ระหว่างการปรับใช้โปรแกรม IPISS ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ นำมาใช้ในการบริหารแผน การเงินการคลัง พัสดุ ยา และบุคลากร



- ผู้รายงาน : นางวาสนา จีงตระกูล
- ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
- วัน/เดือน/ปี : มกราคม ๒๕๖๖
- E-mail: wasanatan@hotmail.com

