



รายงานผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ พ.ศ.2561

เขตสุขภาพที่ 4



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน เขตสุขภาพที่ 4	4
1.1 ข้อมูลทั่วไป	5
1.2 ข้อมูลประชากร	5
1.3 ข้อมูลหน่วยบริการ	7
1.4 ข้อมูลสถานะสุขภาพ	11
1.5 ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ	15
1.6 งบประมาณที่รับการจัดสรร	16
1.7 ระบบบริการสุขภาพ	17
ส่วนที่ 2 นโยบายเขตสุขภาพที่ 4	26
2.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม	26
2.2 การขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับเขต	27
2.2.1 เข็มมุ่ง	27
2.2.2 กลไกการบริหารจัดการระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต	27
2.3 นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์)	28
2.3.1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CHIEF SERVICE OFFICER : CSO)	28
2.3.2 การบริหารจัดการเงินการคลัง (CHIEF FINANCIAL OFFICER : CFO)	35
2.3.3 การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (CHIEF HUMAN RESOURCE OFFICER : CHRO)	36
ส่วนที่ 3 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4	37
3.1 สาขาโรคหัวใจ	37
3.2 สาขามะเร็ง	40
3.3 สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	42
3.4 สาขาทารกแรกเกิด	47
3.5 สาขาสุขภาพช่องปาก	49
3.6 สาขาตา	56
3.7 สาขาไต	60
3.8 สาขาPalliative Care	62
3.9 สาขากุมารเวชกรรม	69
3.10 สาขาโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease : NCD)	70
3.11 สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital : RDU)	72
3.12 สาขาแพทย์แผนไทยผสมผสาน	74
3.13 สาขาบริจาคอวัยวะ	79

สารบัญ(ต่อ)

เรื่อง	หน้า
ส่วนที่ 3 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตที่ 4 (ต่อ)	
3.14 สาขายาเสพติด	81
3.15 สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	87
3.16 สาขาสูติกรรม	89
3.17 สาขาออร์โธปิดิกส์	90
3.18 สาขาอายุรกรรม	96
3.19 สาขาศัลยกรรม	99
ส่วนที่ 4 ผลงานสำคัญเขตสุขภาพที่ 4	
4.1 ระบบคิว โรงพยาบาลปทุมธานี (Pathumthani Queue System) จังหวัดปทุมธานี	100
4.2 การลดใช้กระดาษ (Paperless) โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดปทุมธานี	102
4.3 ระบบคิวอาร์โค้ด (QR Code) บนซองยา โรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี	103
4.4 คลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster : PCC) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ศรีเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี	104
4.5 การดูแลภาวะฉุกเฉิน (Emergency care) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	106
4.6 ผลงานเด่นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Best Practice Service Plan)	108

ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 4



นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4



นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 4



นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4



นางจรัส ประสิว
รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4



นางสาวอังคณา จรรยากุลวงศ์
รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด



นายแพทย์วัฒนา โรจนวิจิตรกุล
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี



นายแพทย์สุรินทร์ สืบซึ้ง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี



นายแพทย์นพพร พงศ์ปลื้มปิติชัย
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี



นายแพทย์พิทยา ไพบูลย์ศิริ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา



นายแพทย์ไฟโรจน์ สุรัตน์วานิช
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี



นายแพทย์วิวัฒน์ คำเพ็ญ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี



นายแพทย์วรรงค์ รุ่งเรือง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง



นายแพทย์สุรพล อริยปิธิพันธ์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



นายแพทย์ธำนิษฐา สิวราภรณ์สกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา



นายแพทย์อนันต์ กมลเนตร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี



นายแพทย์ประสิทธิ์ มานะเจริญ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



นายแพทย์พงษ์นรินทร์ ชาดิรังสรรค์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง



นายแพทย์วัชรินทร์ จันทระสม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครนายก



แพทย์หญิงวนิดา สาดตระกูลวัฒนา
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี



นายแพทย์นิพัทธ์ กิตติมานนท์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา



นายแพทย์อนุกุล ไทยถนอม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี



นายแพทย์ทศพร ศิริโสภิตกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพุทธบาท



แพทย์หญิงอัจฉรา ละอองนวลพานิช
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี



นายแพทย์นิติ เทตานุรักษ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา



นายแพทย์สมศักดิ์ สุทธิพงศ์เกียรติ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน เขตสุขภาพที่ 4

1.1 ข้อมูลทั่วไป



ภาพที่ 1 แผนที่ 8 จังหวัดในเขตรับผิดชอบ เขตสุขภาพที่ 4

เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบไปด้วย 8 จังหวัด ซึ่งอยู่ในภาคกลางตอนบน ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดนครนายก จังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง มีพื้นที่รวมกันประมาณ 18,393.89 ตารางกิโลเมตรและ มีประชากร 5,275,641 คน การปกครอง มีอำเภอทั้งสิ้น 70 อำเภอ 713 ตำบล 5,662 หมู่บ้าน และ 2,394,153 หลังคาเรือน อาณาเขต เขตสุขภาพที่ 4 มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

- ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ และอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์
- ทิศใต้ ติดต่อกับเขตบางพลัด เขตตลิ่งชัน และเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร
- ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา
- ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอศรีประจันต์ อำเภอเมืองสุพรรณบุรี และอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

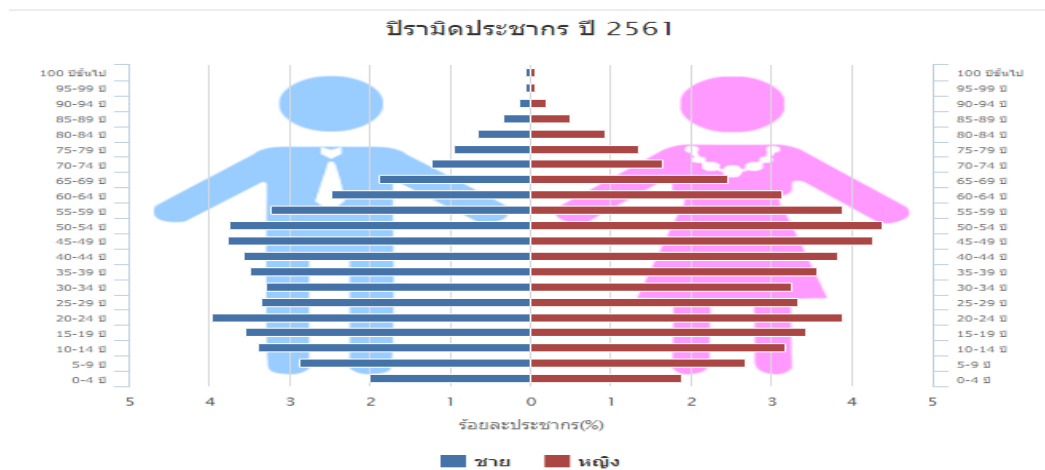
สภาพภูมิประเทศ สภาพโดยทั่วไปในพื้นที่ 8 จังหวัด อยู่ในโซนภาคกลางส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบลุ่ม และมีภูเขาสูงครอบคลุมอยู่ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี และจังหวัดนครนายก มีลำคลองอยู่เป็นจำนวนมาก และแม่น้ำไหลผ่านอยู่หลายสาย ได้แก่ แม่น้ำเจ้าพระยา แม่น้ำป่าสัก แม่น้ำน้อย และแม่น้ำนครนายก ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและมีโรงงานอุตสาหกรรมกระจายอยู่เกือบทุกจังหวัด

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 4

จังหวัด	ประชากร	พื้นที่ (km ²)	ความหนาแน่น (ตร.กม)	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	เทศบาล	อบต.
นนทบุรี	1,229,735	622.303	1,976.10	6	52	329	17	28
ปทุมธานี	1,129,115	1,525.86	739.98	7	60	494	28	36
สระบุรี	642,040	3,576.49	179.51	13	111	973	38	70
พระนครศรีอยุธยา	813,852	2,556.64	318.32	16	209	1,452	36	121
ลพบุรี	757,273	6,199.75	122.14	11	124	1,129	23	102
สิงห์บุรี	210,088	822.48	255.43	6	43	364	8	33
อ่างทอง	281,187	968.37	290.37	7	73	513	21	43
นครนายก	259,342	2,122	122.21	4	41	408	6	39
เขต 4	5,322,632	18,393.89	289.36	70	713	5,662	177	472

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 4 ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 2561

1.2 ข้อมูลประชากร

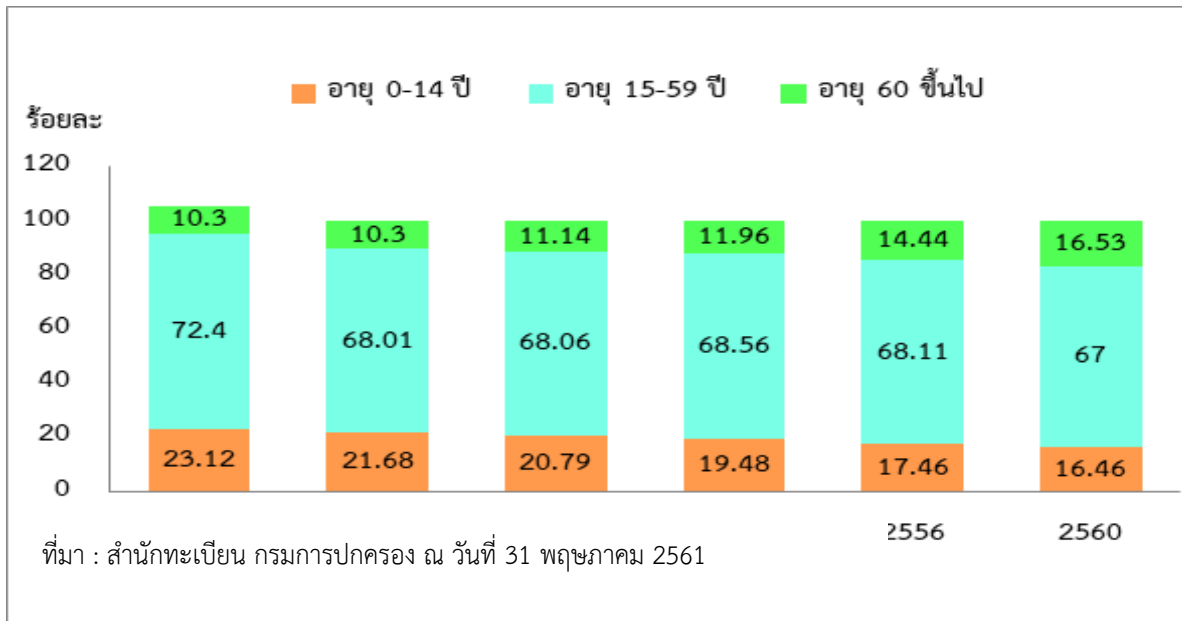


ภาพที่ 2 ปิรามิดประชากร เขตสุขภาพที่ 4

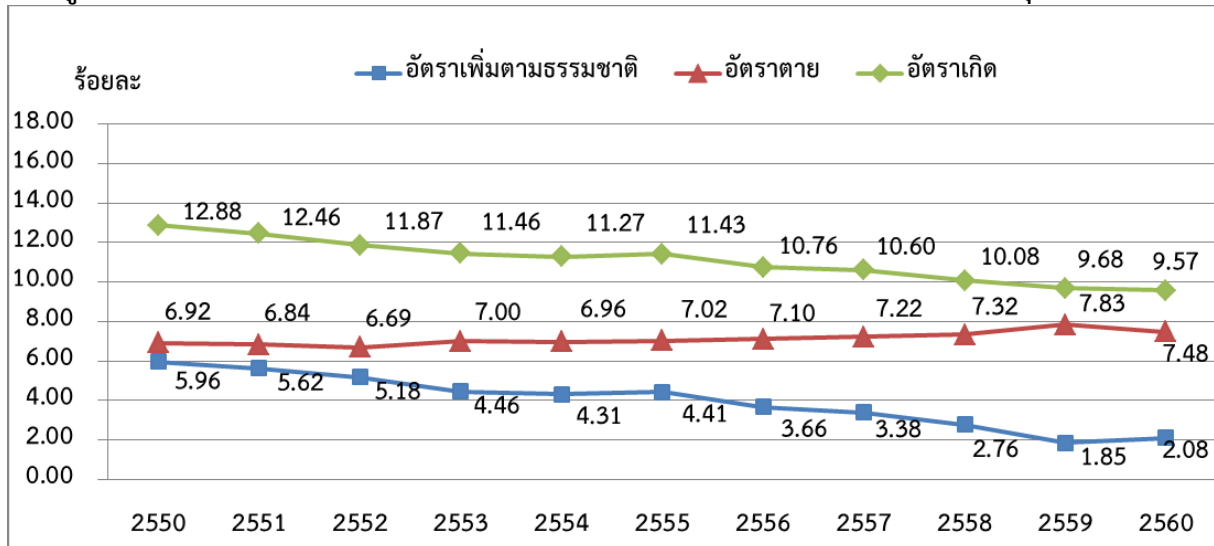
ที่มา : สำนักทะเบียน กรมการปกครอง ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2561

ประชากรในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2561 มีทั้งหมด 5,322,632 คน จำแนกเป็นชาย จำนวน 2,561,921 คน คิดเป็นร้อยละ 48.13 และเป็นหญิง จำนวน 2,760,711 คน คิดเป็นร้อยละ 51.87 ดังภาพที่ 2 หากดูที่สัดส่วนประชากร เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2536 – 2560 จะมีสัดส่วนลดลง จากร้อยละ 23.12 เหลือร้อยละ 16.46 ส่วนประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) นั้น มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย จากร้อยละ 72.4 ลดลงเหลือร้อยละ 67 สำหรับประชากรกลุ่มสุดท้าย คือ กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) คนกลุ่มนี้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2536 มีประชากรผู้สูงอายุอยู่ร้อยละ 10.3 เมื่อถึงปี พ.ศ.2560 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 16.53 ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ข้อมูลสัดส่วนประชากรจำแนก 3 กลุ่มวัย ปี พ.ศ. 2536 - 2560 เขตสุขภาพที่ 4



แผนภูมิที่ 2 แสดงอัตราเกิด อัตราตายและอัตราเพิ่มตามธรรมชาติ (ปี 2550-2560) เขตสุขภาพที่ 4



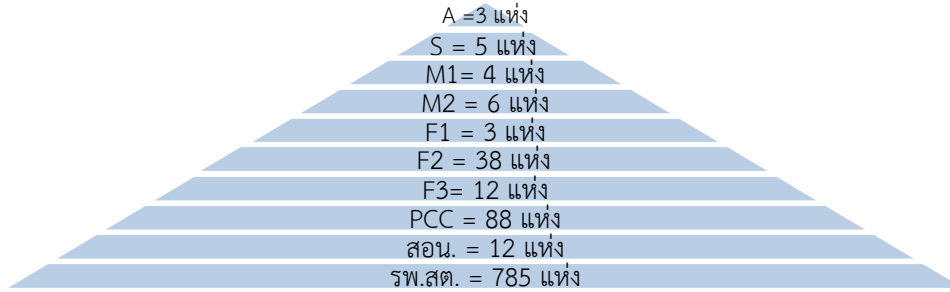
ที่มา : สำนักทะเบียน กรมการปกครอง ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2561

จากแผนภูมิข้างต้น พบว่า อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ และอัตราเกิดของเขตสุขภาพที่ 4 มีการเพิ่มอัตราที่คงที่ และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มประชากรวัยเจริญพันธุ์ลดลงเรื่อยๆ แต่ในทางกลับกัน พบว่า อัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเริ่มมีอัตราตายลดลงในปี 2560 ดังแผนภูมิที่ 2

1.3 ข้อมูลหน่วยบริการ

1.3.1 หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4

หน่วยบริการมีทั้งหมด 868 แห่ง ได้แก่ ระดับ A = 3 แห่ง ระดับ S = 5 แห่ง ระดับ M1 = 4 แห่ง, ระดับ M2 = 6 แห่ง ระดับ F1 = 3 แห่ง ระดับ F2 = 38 แห่ง ระดับ F3 = 12 แห่ง PCC = 88 แห่ง สอน. 12 แห่ง และ ระดับ P = 785 แห่ง ดังภาพที่ 3 และตารางที่ 2 ตามลำดับ



ภาพที่ 3 จำนวนหน่วยบริการแยกตามระดับ เขตสุขภาพที่ 4

ตารางที่ 2 ระดับและจำนวนสถานบริการสุขภาพ จำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 4

จังหวัด	A	S	M1	M2	F1	F2	F3	PCC	ศสม.	สอน.	รพ.สต.
นนทบุรี	1			2	2	1	1	29	4	1	75
ปทุมธานี		1		1		5	1	13	2	3	75
สระบุรี	1		1			8	2	8	5	1	125
พระนครศรีอยุธยา	1		1	1		10	3	14	6	1	204
ลพบุรี		1	1	2		5	2	11	5	1	132
สิงห์บุรี		1	1			3	1	5	1	2	45
อ่างทอง		1			1	4	1	2	1	1	75
นครนายก		1				2	1	6	1	2	54
เขตสุขภาพที่ 4	3	5	4	6	3	38	12	88	23	12	785

ที่มา : ข้อมูลพื้นฐานกองบริหารการสาธารณสุข ณ วันที่ 15 มกราคม 2561

1.3.2 จำนวนบุคลากร

1.3.2.1 จำนวนและประเภทบุคลากร

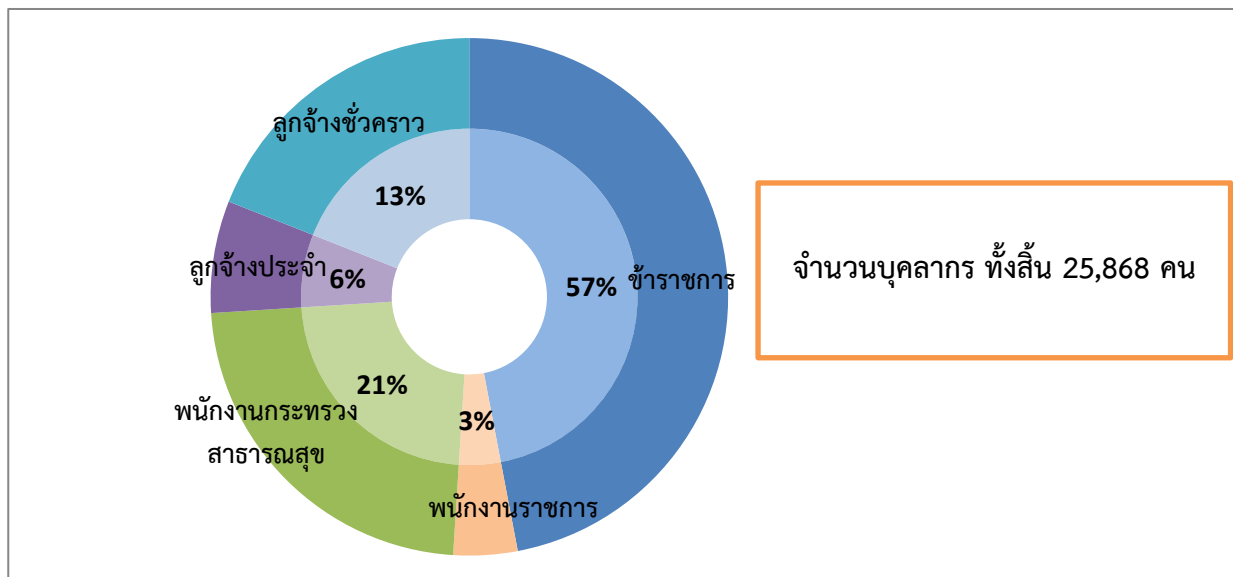
ตารางที่ 3 จำนวนและประเภทเจ้าหน้าที่ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 4

จังหวัด	ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	พนักงานราชการ	ลูกจ้างชั่วคราว	รวมทั้งหมด
นนทบุรี	1,894	130	771	69	390	3,254
ปทุมธานี	1,545	123	566	64	589	2,887
สระบุรี	2,698	361	1,163	175	553	4,950
พระนครศรีอยุธยา	2,696	269	990	114	714	4,783
ลพบุรี	2,275	273	875	116	534	4,073
สิงห์บุรี	1,299	134	273	110	246	2,062
อ่างทอง	1,304	143	415	65	308	2,235
นครนายก	1,060	161	230	71	102	1,624
เขตสุขภาพที่ 4	14,771	1,594	5,283	784	3,436	25,868

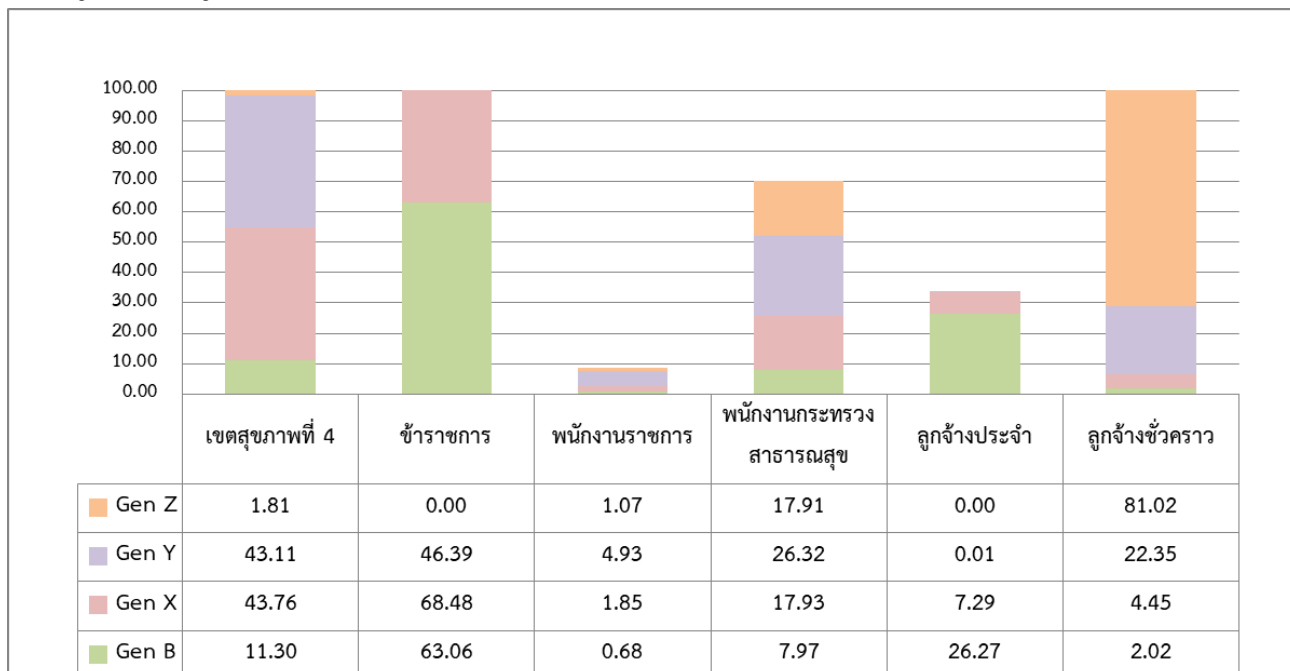
ที่มา : จำนวนบุคลากร จากโปรแกรม HROPS ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2561

เขตสุขภาพที่ 4 มีบุคลากรจำนวน 25,868 คน แบ่งเป็น ข้าราชการ จำนวน 14,771 คน คิดเป็นร้อยละ 57.10 รองลงมา คือ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5,283 คน คิดเป็นร้อยละ 21.42 ลูกจ้างชั่วคราว 3,483 คน คิดเป็นร้อยละ 13.46 ลูกจ้างประจำ 1,594 คน คิดเป็นร้อยละ 6.16 และน้อยที่สุดคือ พนักงานราชการ จำนวน 784 คน คิดเป็นร้อยละ 3.03 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 และแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 ข้อมูลแสดงร้อยละของประเภทเจ้าหน้าที่ เขตสุขภาพที่ 4



แผนภูมิที่ 4 ข้อมูลแสดงสัดส่วนจำนวนบุคลากร จำแนกตาม Generation เขตสุขภาพที่ 4



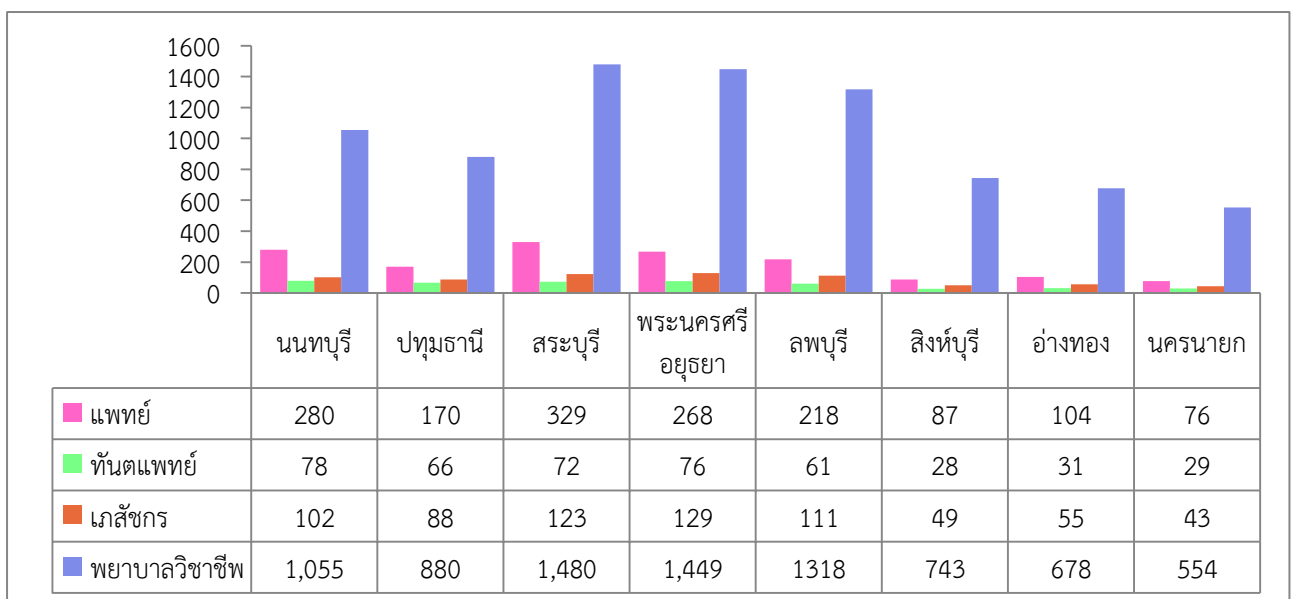
ที่มา : จำนวนบุคลากร จากโปรแกรม HROPS ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2561

บุคลากร เขตสุขภาพที่ 4 มีประชากรต่างวัย อายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 25,868 คน โดยกลุ่ม Generation X (เกิดระหว่าง พ.ศ. 2506 – 2520 มีอายุระหว่าง 41 -55 ปี) มีสัดส่วนใกล้เคียงกลุ่ม Generation Y (เกิดระหว่าง พ.ศ. 2521 – 2538 อายุระหว่าง 23-40 ปี) คิดเป็นร้อยละ 43.76 และร้อยละ

43.11 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มที่มีจำนวนน้อย คือ กลุ่ม Generation B (เกิดตั้งแต่ พ.ศ. 2487 – 2505 อายุ 56 - 74 ปี) คิดเป็นร้อยละ 11.30 และ Generation Z (เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 1.81 และเมื่อจำแนกประเภทบุคลากร พบว่า กลุ่ม Generation X ทำงานในตำแหน่งข้าราชการมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่ม Generation B และกลุ่ม Generation Y คิดเป็นร้อยละ 68.48 ร้อยละ 63.06 และร้อยละ 46.39 ตามลำดับ

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า บุคลากรเขตสุขภาพที่ 4 เป็นประชากรที่เข้าสู่กลุ่ม Generation Y ซึ่งเป็นแรงงานที่มีความสำคัญในปัจจุบันและในอนาคต เป็นกลุ่มที่ให้คุณค่าด้านการทำงานที่แตกต่างจาก Generation อื่นๆ (คุณภาพชีวิตต่างวัยของผู้มีงานทำ, 2559, น.11) ดังนั้น การบริหารจัดการและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรที่มีบุคลากรต่างวัยต่างเจนเนอเรชันจึงมีความสำคัญ ดังแผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 5 จำนวนและสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เฉพาะสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 4



ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับเขต และระดับประเทศ

ตำแหน่ง	ภาพรวมบุคลากร (คน)	สัดส่วนต่อประชากร (เขต)	สัดส่วนต่อประชากร (ประเทศ)
แพทย์	1,532	1 : 3,474	1 : 3,275
ทันตแพทย์	441	1 : 12,069	1 : 11,620
โภชนาการ	700	1 : 7,604	1 : 7,419
พยาบาลวิชาชีพ	8,157	1 : 653	1 : 623

ที่มา : โปรแกรม HROPS ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2561

จำนวนประชากรกลางปี เขตสุขภาพที่ 4 (5,322,632 คน) จากสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 1 มกราคม 2561

ตารางที่ 5 จำนวนและสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทุกสังกัด เขตสุขภาพที่ 4

ตำแหน่ง	นนทบุรี	ปทุมธานี	สระบุรี	พระนครศรีอยุธยา	ลพบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก	จำนวนบุคลากร (คน)	สัดส่วนต่อประชากร (เขต)	สัดส่วนต่อประชากร (ประเทศ)
แพทย์	748	782	386	278	320	99	105	324	3,042	1 : 1734	1 : 1843
ทันตแพทย์	199	174	95	93	94	41	40	60	796	1 : 6628	1 : 6681
เภสัชกร	827	200	138	140	141	52	66	72	1,636	1 : 3225	1 : 4750
พยาบาลวิชาชีพ	2,795	2,082	1,716	1,604	1,599	746	703	989	12,234	1 : 431	1 : 405

ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ปีงบประมาณ 2560

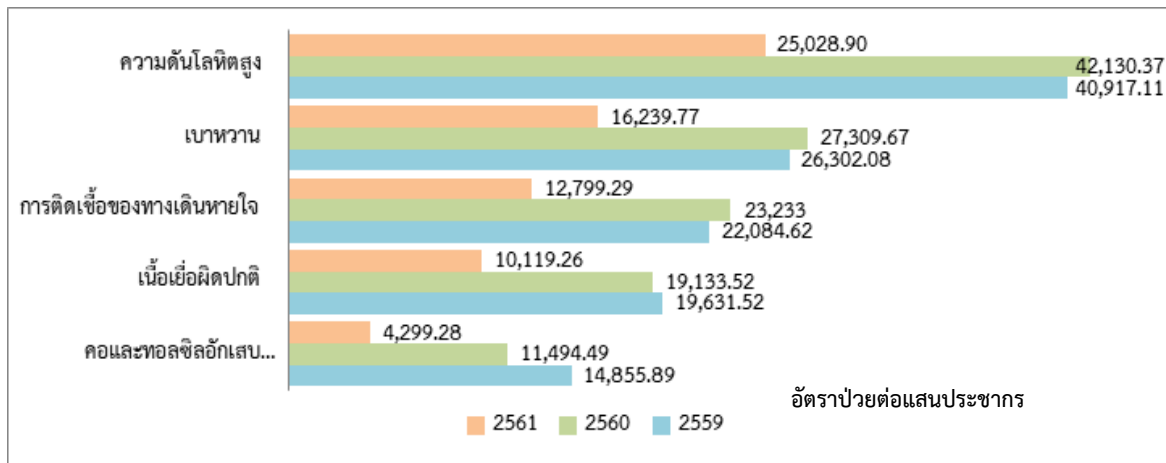
ประชากรกลางปี 2560 เขตสุขภาพที่ 4 (5,275,641) สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

ปริมาณกำลังคนด้านสุขภาพ เฉพาะสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า แพทย์มีจำนวน 1,532 คน สัดส่วนการดูแลประชาชนอยู่ที่ 1 ต่อ 3,474 คน ทันตแพทย์ จำนวน 441 คน สัดส่วน 1 ต่อ 12,069 คน เภสัชกร จำนวน 700 คน สัดส่วน 1 ต่อ 7,604 และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8,157 คน สัดส่วน 1 ต่อ 653 ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงระดับประเทศ หากเมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่า การกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในจังหวัดที่มีประชากรมาก ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดสระบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดลพบุรี ยกเว้นจังหวัดปทุมธานี แม้เป็นจังหวัดที่มีประชากรดูแลจำนวนมาก แต่พบว่ามีจำนวนบุคลากรน้อยกว่าจังหวัดอื่นๆที่กล่าวถึง ดังแผนภูมิที่ 5 และตารางที่ 4

อย่างไรก็ดี เมื่อดูข้อมูลจำนวน และสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในทุกสังกัด ของเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า มีปริมาณบุคลากรที่ดูแลประชากรจำนวนมากกว่าปริมาณบุคลากรในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเกือบ 2 เท่า (ทุกสังกัด 17,708 คน สป. 10,830 คน) โดยเฉพาะจังหวัดปทุมธานี มีจำนวนแพทย์จากสังกัดอื่น รวมภาคเอกชน ปริมาณมากกว่าถึง 4 เท่า (ทุกสังกัด 782 คน สป. 170 คน) ดังตารางที่ 5

1.4 ข้อมูลสถานะสุขภาพ

แผนภูมิที่ 6 ผู้ป่วยนอก (OPD) 5 อันดับโรค 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2559-2561) เขตสุขภาพที่ 4



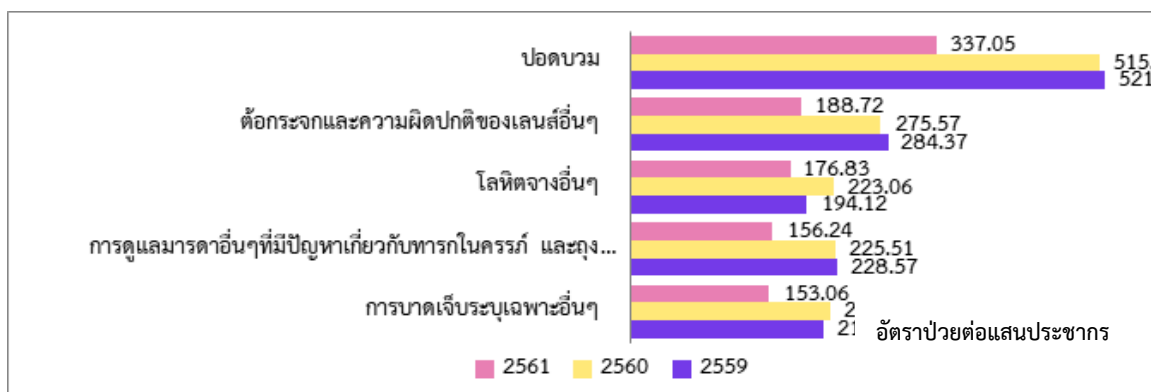
ที่มา : Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2561

ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2559 - 2561) เขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่ป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases : NCDs) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน และกลุ่มโรคทางเดินหายใจ ได้แก่ คอและทอลซิลอักเสบ เนื้อเยื่อผิดปกติ การติดเชื้อของทางเดินหายใจ ดังแผนภูมิที่ 6 และตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผู้ป่วยนอก (OPD) 5 อันดับโรค จำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 4

ลำดับ	นนทบุรี	ปทุมธานี	สระบุรี	พระนครศรีอยุธยา	ลพบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก
1	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง
2	เบาหวาน	เบาหวาน	เนื้อเยื่อผิดปกติ	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน
3	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	เบาหวาน	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	ความผิดปกติอื่นๆของฟันและโครงสร้าง	เนื้อเยื่อผิดปกติ	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน
4	เนื้อเยื่อผิดปกติ	เนื้อเยื่อผิดปกติ	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	เนื้อเยื่อผิดปกติ	เนื้อเยื่อผิดปกติ	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	ความผิดปกติอื่นๆของฟันและโครงสร้าง
5	ความผิดปกติอื่นๆของฟันและโครงสร้าง	ความผิดปกติอื่นๆของฟันและโครงสร้าง	ความผิดปกติอื่นๆของฟันและโครงสร้าง	ความผิดปกติอื่นๆของฟันและโครงสร้าง	ความผิดปกติอื่นๆของฟันและโครงสร้าง	เนื้อเยื่อผิดปกติ	ความผิดปกติอื่นๆของฟันและโครงสร้าง	เนื้อเยื่อผิดปกติ

แผนภูมิที่ 7 ผู้ป่วยใน 5 อันดับโรค 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2559-2561) เขตสุขภาพที่ 4



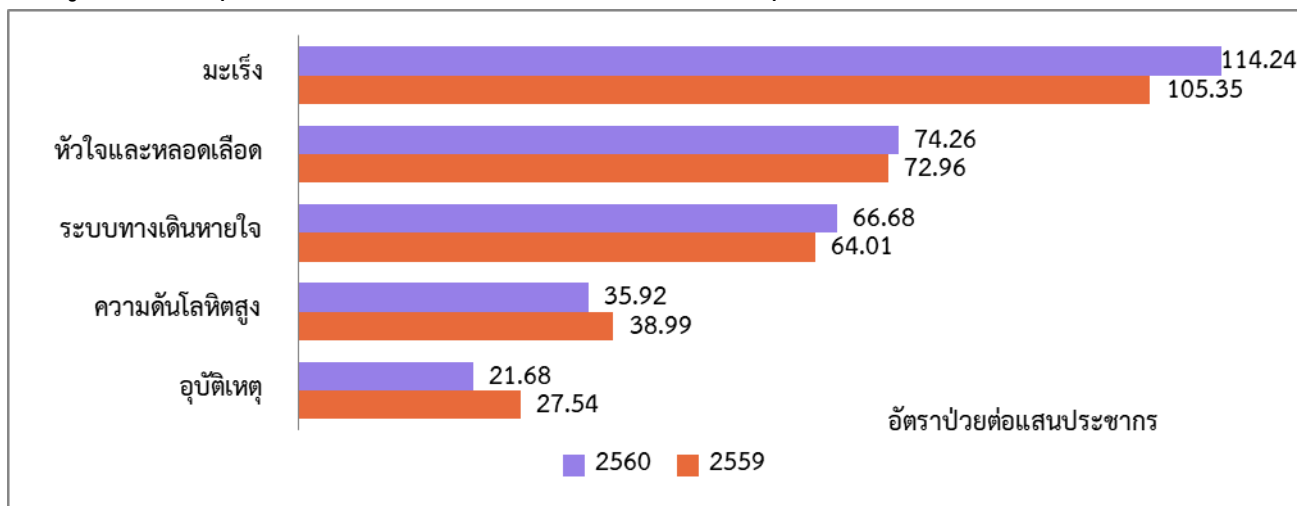
ที่มา : Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2561

สำหรับกลุ่มโรคที่พบในผู้ป่วยในมากที่สุด 5 อันดับแรก 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2559 - 2561) คือ โรคหลอดเลือดสมอง ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์ โรคตาอื่นๆ การดูแลมารดาอื่นๆที่มีปัญหาเกี่ยวกับทารกในครรภ์ และการบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่นๆ ดังแผนภูมิที่ 7 และตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผู้ป่วยใน (IPD) 5 อันดับโรค จำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 4

ลำดับ	นนทบุรี	ปทุมธานี	สระบุรี	พระนครศรีอยุธยา	ลพบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก
1	หลอดเลือดสมอง	หลอดเลือดสมอง	หลอดเลือดสมอง	หลอดเลือดสมอง	หลอดเลือดสมอง	หลอดเลือดสมอง	หลอดเลือดสมอง	หลอดเลือดสมอง
2	ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์	โรคตาอื่นๆ	ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์	โรคตาอื่นๆ	ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์	การบาดเจ็บอื่นๆ	โรคตาอื่นๆ	ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์
3	จิตเภท	ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์	การดูแลมารดาและปัญหาเกี่ยวกับทารก	ภาวะอื่นๆ ในระยะปริกำเนิด	การบาดเจ็บอื่นๆ	ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์	การบาดเจ็บอื่นๆ	ภาวะอื่นๆ ในระยะปริกำเนิด
4	โรคตาอื่นๆ	หัวใจล้มเหลว	การบาดเจ็บอื่นๆ	การดูแลมารดาและปัญหาเกี่ยวกับทารก	โรคถุงลมโป่งพอง	หัวใจล้มเหลว	หลอดเลือดอักเสบเฉียบพลัน	การดูแลมารดาและปัญหาเกี่ยวกับทารก
5	การดูแลมารดาและปัญหาเกี่ยวกับทารก	การดูแลมารดาและปัญหาเกี่ยวกับทารก	ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอด	การบาดเจ็บอื่นๆ	หลอดเลือดอักเสบเฉียบพลัน	หลอดเลือดอักเสบเฉียบพลัน	โรคถุงลมโป่งพอง	การบาดเจ็บอื่นๆ

แผนภูมิที่ 8 สาเหตุการตาย 5 อันดับโรค ปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 4



ที่มา : Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2561

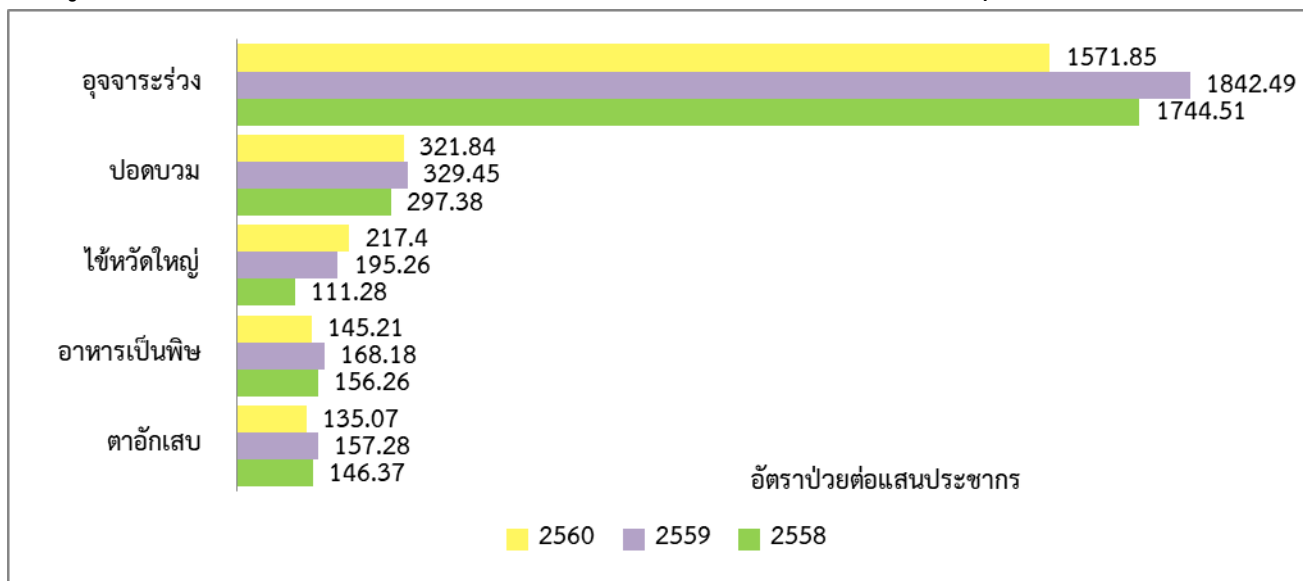
สาเหตุหลักของการเสียชีวิตระดับต้นๆในเขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และความดันโลหิตสูง รวมถึงระบบทางเดินหายใจ ดังแผนภูมิที่ 8 และตารางที่ 8

ตารางที่ 8 สาเหตุการตาย 5 อันดับโรค จำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2560 เขตสุขภาพที่ 4

ลำดับ	นนทบุรี	ปทุมธานี	สระบุรี	พระนครศรีอยุธยา	ลพบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก
1	โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง	โรคหัวใจและหลอดเลือด	โรคหัวใจ	โรคมะเร็ง	โรคหัวใจและหลอดเลือด	โรคหัวใจและหลอดเลือด	โรคมะเร็ง
2	โรคความดันโลหิตสูง	โรคติดเชื้อ	โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง	โรคหัวใจและหลอดเลือด	โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง	โรคระบบหายใจ
3	โรคไต	โรคหัวใจและหลอดเลือด	อุบัติเหตุจราจร	อาการแสดงต่างๆ	โลหิตเป็นพิษ	โรคระบบไหลเวียนเลือด	โรคติดเชื้อ	โรคหัวใจและหลอดเลือด
4	โรคตับ	โรคระบบหายใจ	โรคปอดอักเสบ	โรคปอดบวม	โรคปอดบวม	โรคความดันโลหิตสูง	โลหิตเป็นพิษ	อุบัติเหตุ
5	โรคเบาหวาน	โรคระบบสืบพันธุ์	โรคระบบหายใจ	อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุ	โรคระบบต่อมไร้ท่อ	โรคระบบหายใจ	โรคปอดบวม

ที่มา : มรณะบัตร ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2561

แผนภูมิที่ 9 อัตราป่วยด้วยโรคระบาด 5 อันดับ 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2558 – 2560) เขตสุขภาพที่ 4



ที่มา : สำนักระบาด ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2561

สถานการณ์โรคที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5 อันดับแรก 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2558 - 2560) เขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ โรคอูจาระร่วง โรคปอดบวม โรคไข้หวัดใหญ่ โรคอาหารเป็นพิษ และโรคตาอักเสบ ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 9 และตารางที่ 9

ตารางที่ 9 สาเหตุการป่วยด้วยโรคระบาด 5 อันดับโรค จำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2561
เขตสุขภาพที่ 4

ลำดับ	นนทบุรี	ปทุมธานี	สระบุรี	พระนครศรีอยุธยา	ลพบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก
1	อูจาระร่วง	อูจาระร่วง	อูจาระร่วง	อูจาระร่วง	อูจาระร่วง	อูจาระร่วง	อูจาระร่วง	อูจาระร่วง
2	อาหารเป็นพิษ	ปอดบวม	ปอดบวม	ปอดบวม	ปอดบวม	ปอดบวม	ปอดบวม	อาหารเป็นพิษ
3	ไข้หวัดใหญ่	ไข้หวัดใหญ่	ตาอักเสบ	ไข้หวัดใหญ่	ไข้หวัดใหญ่	ไข้หวัดใหญ่	ไข้หวัดใหญ่	ปอดบวม
4	ปอดบวม	อาหารเป็นพิษ	อาหารเป็นพิษ	อาหารเป็นพิษ	ตาอักเสบ	ตาอักเสบ	ตาอักเสบ	ตาอักเสบ
5	ตาอักเสบ	ตาอักเสบ	ไข้หวัดใหญ่	ตาอักเสบ	อาหารเป็นพิษ	อาหารเป็นพิษ	ไข้เลือดออก	ไข้หวัดใหญ่

ที่มา : สำนักระบาด ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2561

1.5 ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ

ปัญหาสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน มีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ สุขภาพจิต ได้แก่

1.5.1 ปัญหาขยะมูลฝอย

พบปริมาณขยะสะสมตักข้างของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ประมาณ 680,000 ตัน/ปี ซึ่งเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคและส่งกลิ่นรบกวน แหล่งที่มา สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 6 และภาค 7 สระบุรี

แนวทางการแก้ไขปัญหา

- 1) ส่งเสริมให้ประชาชนคัดแยกขยะก่อนทิ้ง
- 2) บังคับใช้กฎหมายควบคุมสถานที่สะสมขยะ หรือสถานที่รับกำจัดขยะให้ตั้งอยู่ห่างจากบ้านเรือนของประชาชนในระยะที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ



1.5.2 ฝุ่นละออง

เนื่องจากบริเวณหน้าพระลานมีโรงงานอุตสาหกรรมผลิตปูนซีเมนต์ และมีการขนส่งวัสดุดิบ และสินค้าเป็นประจำ จึงส่งผลให้เกิดฝุ่นละอองที่อาจส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ และสุขภาพประชาชน

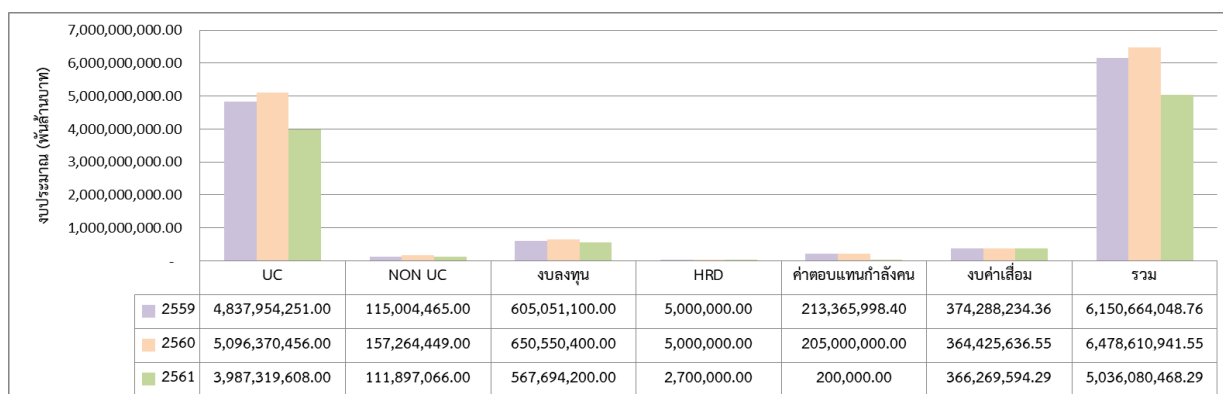


แนวทางการแก้ไขปัญหา

- 1) ต้นเหตุ ใช้กฎหมายและมาตรการควบคุมโรงงานอุตสาหกรรมให้มีการปล่อยฝุ่นละอองไม่เกินค่าที่กำหนด
- 2) ปลายเหตุ ผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่ มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำ และแนะนำวิธีป้องกันตนเองจากฝุ่นละออง แหล่งที่มา สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 7 สระบุรี

1.6 งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

แผนภูมิที่ 10 งบประมาณที่ได้รับจัดสรร 3 ปีซ้อนหลัง (ปี 2559- 2561) เขตสุขภาพที่ 4



หมายเหตุ งบลงทุน เป็นจำนวนงบประมาณไม่รวมงบผูกพันเดิม

ที่มา : ข้อมูลจากกลุ่มงานบริหารจัดการงบลงทุนภูมิภาค สำนักบริหารการสาธารณสุข ณ วันที่ 7 สิงหาคม 61

งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรทุกหมวด 3 ปีซ้อนหลัง (ปี 2559-2561) พบมีแนวโน้มลดลงทุกปี จากปี 2559 ได้รับจัดสรรจำนวน 6,150 พันล้านบาท ลดลงเหลือ 5,036 พันล้านบาท ในปี 2561 คิดเป็นร้อยละ 18 ดังแผนภูมิที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนงบลงทุน ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง รวมผูกพันเดิม ที่ได้รับการจัดสรร 3 ปีซ้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2559-2561) เขตสุขภาพที่ 4

ประเภทงบ	2559		2560		2561			
	งบปกติ		งบปกติ		งบปกติ		งบบูรณาการภาคกลาง	
	หน่วย	เงิน	หน่วย	เงิน	หน่วย	เงิน	หน่วย	เงิน
ครุภัณฑ์	133	175,282,000	222	228,740,000	371	107,308,300	1,321	174,914,000
ก่อสร้างปีเดียว	68	287,001,200	58	277,848,000	22	67,629,400	19	2,035,100
ก่อสร้างผูกพันใหม่	9	142,767,600	12	143,962,400	4	195,769,300	0	0
ก่อสร้างผูกพันเดิม	5	89,172,600	10	127,984,900	18	657,678,000	0	0
รวม	215	694,223,700	302	778,535,300	415	1,028,385,000	1,340	176,949,100

ที่มา : ข้อมูลจากกลุ่มงานบริหารจัดการงบลงทุนภูมิภาค สำนักบริหารการสาธารณสุข ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2561.

1.7 ระบบบริการสุขภาพ

1.7.1 จำนวนเตียงต่อประชากร ปี 2561 เขตสุขภาพที่ 4

ตารางที่ 11 จำนวนเตียง สัดส่วนเตียงต่อประชากร ปี 2561 เขตสุขภาพที่ 4

จังหวัด	จำนวนประชากร	จำนวนเตียง	จำนวนเตียงต่อประชากร (สังกัด สป.) 2 : 1,000 คน	*จำนวนเตียงต่อประชากร (ภาครัฐ ภาคเอกชน) 2.4 : 1,000 คน
นนทบุรี	1,229,735	755	0.06	จำนวนเตียงทั้งหมด 157,072 เตียง คิดเป็น 2.4 ต่อ 1,000 คน
ปทุมธานี	1,129,115	643	0.57	
สระบุรี	642,040	1,408	2.19	
พระนครศรีอยุธยา	813,852	1,147	1.41	
ลพบุรี	757,273	1,096	1.45	
สิงห์บุรี	210,088	595	2.83	
อ่างทอง	281,187	707	2.51	
นครนายก	259,342	427	1.65	
เขตสุขภาพที่ 4	5,322,632	6,778	1.27	

ที่มา : ข้อมูลพื้นฐานกองบริหารการสาธารณสุข ณ วันที่ 5 กรกฎาคม 2561

*<https://www.hfocus.org/content/2017/04/13730> วันที่ 6 เมษายน 2560

สัดส่วนจำนวนเตียงในสถานพยาบาลภาครัฐ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4 มีทั้งหมด 6,778 เตียง คิดเป็นสัดส่วนเตียง 1.27 : 1000 ประชากร เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับประเทศพบว่า เขตสุขภาพที่ 4 มีสัดส่วนจำนวนเตียงต่ำกว่าระดับประเทศซึ่งมีสัดส่วน 2 : 1000 ประชากร หากเมื่อดูข้อมูลจำแนกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี เป็นจังหวัดที่ดูแลประชากรมากกว่า 1 ล้านคน แต่มีจำนวนเตียงสำหรับบริการประชาชนรองรับผู้ป่วยไม่เหมาะสม ซึ่งเบื้องต้นอาจต้องเพิ่มเตียงผู้ป่วยเพื่อรองรับผู้ป่วยใน 2 จังหวัดดังกล่าวให้มีจำนวนเพียงพอ ดังตารางที่ 11

1.7.2 ข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยเขตสุขภาพที่ 4

ตารางที่ 12 โรคที่มีการส่งต่อออกนอกเขตมากที่สุด 10 อันดับ ปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 4

ลำดับ	โรค	จำนวน	ร้อยละ
1	Malignant neoplasm of ovary	549	22.56
2	Atherosclerotic heart disease	428	17.59
3	Malignant neoplasm of rectum	299	12.29
4	Liver cell carcinoma	229	9.41
5	Malignant neoplasm of endometrium	217	8.92
6	Senile nuclear cataract	197	8.10
7	Acute lymphoblastic leukaemia	142	5.84
8	Malignant neoplasm of colon, sigmoid colon	130	5.34
9	Intrahepatic bile duct carcinoma	126	5.18
10	Malignant neoplasm of bronchus or lung, unspecified	116	4.76

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี ณ 30 พฤศจิกายน 2561.

โรคที่มีการส่งต่อออกนอกเขตมากที่สุด คือ เนื้องอกมะเร็งรังไข่ (Malignant neoplasm of ovary) คิดเป็นร้อยละ 22.56 รองลงมาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Atherosclerotic heart disease) คิดเป็น

ร้อยละ 17.59 และเนื้องอกมะเร็งของทวารหนัก (Malignant neoplasm of rectum) คิดเป็นร้อยละ 12.29 ตามลำดับ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 13 ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยใน นอกเขต 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2559-2561) เขตสุขภาพที่ 4

จังหวัด	ปีงบประมาณ 2559		ปีงบประมาณ 2560		ปีงบประมาณ 2561	
	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนเงิน	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนเงิน	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนเงิน
นนทบุรี	1,537	30,777,322.56	1,613	34,606,400.64	817	14,942,316.48
ปทุมธานี	10,759	212,784,819.84	10,316	197,722,168.32	6,059	109,778,130.24
สระบุรี	9,252	161,350,288.32	8,542	152,059,181.76	5,165	84,850,289.28
พระนครศรีอยุธยา	5,433	113,950,071.36	4,926	103,314,985.92	2,853	54,401,492.16
ลพบุรี	4,355	86,802,634.56	4,043	77,770,369.92	2,143	38,986,077.12
สิงห์บุรี	3,824	60,983,431.68	3,752	61,201,506.24	1,999	30,853,147.20
อ่างทอง	1,225	28,005,543.36	1,184	26,875,032.96	696	15,162,390.72
นครนายก	1,926	40,620,618.24	1,632	34,829,259.84	853	16,066,833.60
เขต 4	38,311	735,274,730	36,008	688,378,906	20,585	365,040,677

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี ณ 31 สิงหาคม 2561

ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 3 ปีย้อนหลัง (ปี2559-2561) เขตสุขภาพที่ 4 จำแนกรายปีที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด คือ ปี 2559 จำนวน 735,274,730 บาท รองลงมา ปี 2560 จำนวน 688,378,906 บาท และ ปี 2561 จำนวน 365,040,677 บาท ตามลำดับ ดังตารางที่ 13 และตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยนอก นอกเขต ปี 2560-2561 เขตสุขภาพที่ 4

จังหวัด	ปีงบประมาณ 2560		ปีงบประมาณ 2561	
	จำนวนครั้ง	จำนวนเงิน	จำนวนครั้ง	จำนวนเงิน
นนทบุรี	7,330.00	8,232,791.50	1,214.00	1,562,623.25
ปทุมธานี	40,342.00	46,480,207.86	6,912.00	9,270,016.25
สระบุรี	38,812.00	50,298,327.84	6,768.00	9,714,378.25
พระนครศรีอยุธยา	28,915.00	43,363,752.15	4,863.00	8,338,253.95
ลพบุรี	12,709.00	22,148,332.40	2,428.00	4,692,739.20
สิงห์บุรี	7,418.00	11,595,532.24	1,237.00	1,946,767.25
อ่างทอง	6,406.00	11,224,717.75	1,198.00	1,986,935.25
นครนายก	8,525.00	9,417,610.30	1,380.00	1,841,989.00
เขตสุขภาพที่ 4	150,457.00	202,761,272.04	26,000.00	39,353,702.40

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี ณ 31 สิงหาคม 2561

ตารางที่ 15 ข้อมูลสถานบริการสุขภาพ ปี 2561 เขตสุขภาพที่ 4

ชื่อหน่วยงาน	ระดับ	เตียงตาม กรอบ	Active Bed 2560	อัตราครองเตียง 2560 (%)	CMI_2561	IP_2561	วันนอน ผู้ป่วยใน 2561	Total AdjRw_ 2561	OP Visit_ 2561	Risk Scoring ไตรมาส 4/61
จังหวัดนนทบุรี										
รพ.พระนั่งเกล้า	A	515	584.09	113	1.5453	34,524	213,193	33,615.42	787,428	2
รพ.บางใหญ่	M2	63	47.92	76	0.8233	4,786	17,492	2,535.82	196,834	0
รพ.บางบัวทอง	M2	30	35.88	120	0.91	3,324	13,096	3,453.92	240,504	1
รพ.บางกรวย	F1	20	25.44	127	0.7756	2,616	9,286	2,497.78	183,375	0
รพ.ปากเกร็ด	F1	35	47.62	136	0.8657	4,578	17,381	3,656.74	201,404	0
รพ.ไทรน้อย	F2	54	42.36	78	0.66	4,594	15,460	2,657.88	216,279	3
รพ.บางบัวทอง 2	F3	30	5.02	17	0.67	597	1,831	363.80	48,563	1
จังหวัดปทุมธานี										
รพ.ปทุมธานี	S	380	433.01	114	1.4153	32,917	158,047	47,723.74	566,456	0
รพ.ธัญบุรี	M2	66	42.17	64	0.7057	3,538	15,391	2,179.48	173,361	1
รพ.คลองหลวง	F2	34	29.28	86	0.6326	3,190	10,689	1,949.16	137,487	1
รพ.ประชาธิปไตย	F2	30	22.92	76	0.6969	1,897	8,365	1,643.86	163,387	1
รพ.ลาดหลุมแก้ว	F2	31	18.07	58	0.6238	1,928	6,596	1,490.68	96,058	0
รพ.ลำลูกกา	F2	36	25.57	71	0.5951	3,123	9,332	1,310.8307	144,490	1
รพ.หนองเสือ	F2	36	13.04	32	0.8113	1,436	4,758	2,123.96	94,113	3
รพ.สามโคก	F3	30	18.86	63	0.7673	1,299	6,884	903.66	57,602	2
จังหวัดสระบุรี										
รพ.สระบุรี	A	700	701.75	100	1.867	46,100	256,137	86,265.94	795,555	2
รพ.พระพุทธบาท	M1	315	284.11	90	1.29	17,592	103,700	21,612.06	349,995	6
รพ.เสาไห้	F2	55	29.04	53	0.6076	2,095	10,599	1,165.82	111,623	7
รพ.มวกเหล็ก	F2	35	22.82	65	0.6109	2,737	8,331	1,378.96	120,089	3

ชื่อหน่วยงาน	ระดับ	เตียงตาม กรอบ	Active Bed 2560	อัตราครองเตียง 2560 (%)	CMI_2561	IP_2561	วันนอน ผู้ป่วยใน 2561	Total AdjRw_ 2561	OP Visit_ 2561	Risk Scoring ไตรมาส 4/61
รพ.หนองแขง	F2	24	7.34	31	0.5293	931	2,679	530.36	49,761	3
รพ.หนองแค	F2	69	25.95	38	0.5296	3,232	9,471	1,765.36	125,918	3
รพ.วังม่วง	F2	39	16.14	41	0.5041	2,404	5,891	1,070.22	95,264	6
รพ.แก่งคอย	F2	80	49.55	62	0.6124	5,998	18,085	3,994.04	210,816	1
รพ.บ้านหมอ	F2	34	19.88	58	0.5554	2,389	7,255	1,141.30	118,530	6
รพ.วิหารแดง	F2	49	30.88	63	0.5192	3,456	11,272	1,874.20	115,140	0
รพ.ดอนพุด	F3	15	7.42	49	0.5225	789	2,707	405.14	34,518	4
รพ.หนองโดน	F3	20	8.81	44	0.4958	1,246	3,217	513.78	63,055	2
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา										
รพ.พระนครศรีอยุธยา	A	524	512.51	98	1.6649	33,197	187,065	56,609.36	865,301	0
รพ.เสนา	M1	180	161.21	90	1.3467	11,224	58,842	13,334.50	293,154	3
รพ.บางปะอิน	M2	60	41.14	69	0.6135	4,665	15,015	3,143.00	178,800	2
รพ.บางไทร	F2	30	20.53	68	0.68186	2,359	7,492	1,481.56	74,022	1
รพ.บางบาล	F2	30	10.33	34	0.66	1,076	3,769	696.86	63,792	6
รพ.บางปะหัน	F2	30	23.65	79	0.6052	2,450	8,633	1,288.18	100,522	7
รพ.ผักไห่	F2	30	20.63	69	0.7151	2,102	7,531	1,520.32	88,432	3
รพ.ภาชี	F2	46	29.41	64	0.6693	2,585	10,733	2,086.78	102,769	2
รพ.ลาดบัวหลวง	F2	30	16.27	54	0.6001	1,826	5,939	1,150.96	89,708	3
รพ.วังน้อย	F2	46	33.61	73	0.6159	2,849	12,267	2,655.62	124,905	1
รพ.สมเด็จพระสังฆราช (นครหลวง)	F2	45	20.84	46	0.6885	2,104	7,608	1,212.00	83,377	2
รพ.อุทัย	F2	30	19.81	66	0.68186	2,076	7,230	1,497.54	136,923	2
รพ.ท่าเรือ	F2	30	23.60	79	0.6525	2,659	8,615	1,607.28	140,924	3

ชื่อหน่วยงาน	ระดับ	เตียงตาม กรอบ	Active Bed 2560	อัตราครองเตียง 2560 (%)	CMI_2561	IP_2561	วันนอน ผู้ป่วยใน 2561	Total AdjRw_ 2561	OP Visit_ 2561	Risk Scoring ไตรมาส 4/61
รพ.บางซ้าย	F3	10	5.55	55	0.65	682	2,025	348.94	43,224	6
รพ.บ้านแพรง	F3	10	11.57	116	0.749	1,019	4,224	669.66	47,675	4
รพ.มหาสารคาม	F3	10	10.59	106	0.8195	969	3,864	871.22	50,418	7
จังหวัดลพบุรี										
รพ.พระนารายณ์มหาสารคาม	S	536	445.18	83	1.469	30,268	162,491	36,827.36	633,575	2
รพ.บ้านหมี่	M1	258	180.03	70	1.2607	12,771	65,712	12,395.42	216,490	2
รพ.โคกสำโรง	M2	123	84.13	68	0.9947	6,571	30,709	5,664.70	170,080	7
รพ.ชัยบาดาล	M2	154	115.12	75	0.8388	10,836	42,018	8,534.04	240,447	6
รพ.หนองม่วง	F2	35	20.17	58	0.6238	2,738	7,361	1,406.46	104,109	0
รพ.ท่าม่วง	F2	53	29.35	55	0.6468	3,319	10,712	1,803.74	108,424	7
รพ.ท่าหลวง	F2	31	18.52	60	0.5725	2,774	6,761	1,526.94	82,793	2
รพ.พัฒนานิคม	F2	66	38.94	59	0.626	4,824	14,212	3,020.36	191,631	4
รพ.ลำสนธิ	F2	30	18.57	62	0.7465	1,877	6,778	888.94	73,915	6
รพ.โคกเจริญ	F3	30	20.54	68	0.6993	2,360	7,497	1,531.96	67,352	1
รพ.สระโบสถ์	F3	30	11.82	39	0.8397	1,323	4,315	958.90	64,069	7
จังหวัดสิงห์บุรี										
รพ.สิงห์บุรี	S	280	246.04	88	1.14	18,889	89,805	20,263.24	335,193	1
รพ.อินทร์บุรี	M1	218	94.08	43	1.1404	6,680	34,341	8,626.32	189,641	7
รพ.บางระจัน	F2	30	21.04	70	0.60	2,197	7,681	1,624.38	78,508	0
รพ.ค่ายบางระจัน	F2	30	20.26	68	0.65	2,056	7,395	1,390.98	65,700	1
รพ.ท่าช้าง	F2	32	16.43	51	0.5861	1,908	5,996	821.30	61,286	3
รพ.พรหมบุรี	F3	28	9.37	33	0.57	1,118	3,421	591.76	50,481	4
จังหวัดอ่างทอง										

ชื่อหน่วยงาน	ระดับ	เตียงตาม กรอบ	Active Bed 2560	อัตราครองเตียง 2560 (%)	CMI_2561	IP_2561	วันนอน ผู้ป่วยใน 2561	Total AdjRw_ 2561	OP Visit_ 2561	Risk Scoring ไตรมาส 4/61
รพ.อ่างทอง	S	324	274.85	85	1.39	19,013	100,322	21,827.28	326,931	3
รพ.วิเศษชัยชาญ	F1	106	74.30	70	0.6205	8,098	27,121	4,606.28	208,584	6
รพ.แสวงหา	F2	36	19.43	54	0.5800	1,992	7,092	1,257.02	119,019	3
รพ.โพธิ์ทอง	F2	56	37.79	67	0.5435	3,856	13,792	2,346.26	139,172	1
รพ.ไชโย	F2	90	48.81	54	0.6100	5,838	17,817	1,196.10	149,977	5
รพ.ป่าโมก	F2	48	26.56	55	0.6007	2,451	9,695	1,622.42	103,967	6
รพ.สามโก้	F3	36	20.60	57	0.6633	2,514	7,518	1,329.78	73,675	2
จังหวัดนครนายก										
รพ.นครนายก	S	314	270.46	86	1.19	20,607	98,718	22,575.40	334,373	4
รพ.บ้านนา	F2	70	34.82	50	0.6816	4,527	12,708	1,854.26	168,722	3
รพ.องครักษ์	F2	33	24.58	74	0.5262	3,021	8,971	1,427.72	112,889	6
รพ.ปากพลี	F3	10	8.97	90	0.6215	1,154	3,274	636.60	100,851	0

ที่มา : กองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

ตารางที่ 16 จำนวนเตียง เขตสุขภาพที่ 4

ชื่อหน่วยงาน	ระดับ	จำนวน					
		เตียง ICU	เตียง NICU	เตียง CCU	เตียง ICU แผนกอื่น	รวมเตียง ICU	ห้องผ่าตัด
จังหวัดนนทบุรี							
รพ.พระนั่งเกล้า	A	44	10	4	8	66	104
รพ.บางบัวทอง	M2	0	0	0	0	0	0
รพ.บางใหญ่	M2	23	0	0	0	23	23
รพ.บางกรวย	F1	0	0	0	0	0	0
รพ.ปากเกร็ด	F1	0	0	0	0	0	0
รพ.ไทรน้อย	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.บางบัวทอง2	F3	0	0	0	0	0	0
จังหวัดปทุมธานี							
รพ.ปทุมธานี	S	14	12	0	23	49	8
รพ.ธัญบุรี	M2	0	0	0	0	0	1
รพ.คลองหลวง	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ประชาธิปัตย์	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ลาดหลุมแก้ว	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ลำลูกกา	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.หนองเสือ	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.สามโคก	F3	0	0	0	0	0	0
จังหวัดสระบุรี							
รพ.สระบุรี	A	32	12	4	0	48	12
รพ.พระพุทธบาท	M1	16	4	0	0	20	7
รพ.เสาไห้	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.มวกเหล็ก	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.หนองแซง	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.หนองแค	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.วังม่วง	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.แก่งคอย	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.บ้านหมอ	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.วิหารแดง	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ดอนพุด	F3	0	0	0	0	0	0
รพ.หนองโดน	F3	0	0	0	0	0	0
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา							
รพ.พระนครศรีอยุธยา	A	24	10	0	0	34	10
รพ.เสนา	M1	8	5	0	0	13	4
รพ.บางปะอิน	M2	0	0	0	0	0	1

ชื่อหน่วยงาน	ระดับ	จำนวน					
		เตียง ICU	เตียง NICU	เตียง CCU	เตียง ICU แผนกอื่น	รวมเตียง ICU	ห้องผ่าตัด
รพ.บางไทร	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.บางบาล	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.บางปะหัน	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ผักไห่	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ภาชี	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ลาดบัวหลวง	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.วังน้อย	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.สมเด็จพระสังฆราช (นครหลวง)	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.อุทัย	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ท่าเรือ	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.บางซ้าย	F3	0	0	0	0	0	1
รพ.บ้านแพรก	F3	0	0	0	0	0	1
รพ.มหาราช	F3	0	0	0	0	0	1
จังหวัดลพบุรี							
รพ.พระนารายณ์มหาราช	S	26	10	0	0	36	10
รพ.บ้านหมี่	M1	8	0	0	0	8	6
รพ.โคกสำโรง	M2	6	0	0	0	6	2
รพ.ชัยบาดาล	M2	8	4	0	0	12	4
รพ.หนองม่วง	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.ท่าม่วง	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ท่าหลวง	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.พัฒนานิคม	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ลำสนธิ	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.โคกเจริญ	F3	0	0	0	0	0	0
รพ.สระโบสถ์	F3	0	0	0	0	0	0
จังหวัดสิงห์บุรี							
รพ.สิงห์บุรี	S	17	6	0	0	23	8
รพ.อินทร์บุรี	M1	8	4	0	0	12	5
รพ.บางระจัน	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ค่ายบางระจัน	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ท่าช้าง	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.พรหมบุรี	F3	0	0	0	0	0	1
รพ.อ่างทอง	S	20	6	0	0	26	10
รพ.วิเศษชัยชาญ	F1	0	0	0	0	0	1
รพ.แสวงหา	F2	0	0	0	0	0	1

ชื่อหน่วยงาน	ระดับ	จำนวน					
		เตียง ICU	เตียง NICU	เตียง CCU	เตียง ICU แผนกอื่น	รวมเตียง ICU	ห้องผ่าตัด
รพ.โพธิ์ทอง	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.ไชโย	F2	0	0	0	0	0	2
รพ.ป่าโมก	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.สามโก้	F3	0	0	0	0	0	1
จังหวัดนครนายก							
รพ.นครนายก	S	12	6	0	0	18	6
รพ.บ้านนา	F2	0	0	0	0	0	1
รพ.องครักษ์	F2	0	0	0	0	0	0
รพ.ปากพลี	F3	0	0	0	0	0	0
รวมทั้งหมด		266	89	8	31	394	260

ที่มา : กองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560

2. นโยบาย เขตสุขภาพที่ 4

2.1 ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561

วิสัยทัศน์ (Vision) : เป็นเขตสุขภาพชั้นนำ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งสู่สุขภาวะที่ดีของประชาชนที่ยั่งยืน

พันธกิจ (Mission) : พัฒนาระบบสุขภาพด้วยกระบวนการประชารัฐ

ค่านิยม (Core value) : MOPH + CENTRAL

MOPH

M : Mastery นายตนเอง

O : Originality สร้างสรรค์นวัตกรรม ที่เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ

P : People centered approach ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

H : Humility อ่อนน้อมถ่อมตน



CENTRAL

C : creative คิดสร้างสรรค์ พัฒนานวัตกรรม

E : Ethics คุณธรรม จริยธรรม

N : Non Profit desired performance ไม่หวังสิ่งตอบแทน

T : Team ทำงานเป็นทีม

R : Remember Merit of social แทนคุณแผ่นดิน

A : Accountability ความรับผิดชอบ

L : Learning การเรียนรู้



เป้าหมาย : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายมีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ยุทธศาสตร์

- 1) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนด้วยกระบวนการประชารัฐ
- 2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง
- 3) พัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะบุคลากรในเขตสุขภาพเพื่อมุ่งมั่นสู่เขตสุขภาพชั้นนำ
- 4) พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่ออภิบาลระบบสุขภาพนำประชาชนสู่สุขภาวะที่ดี

2.2 กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับเขต สุขภาพเขตที่ 4

2.2.1 เข็มมุ่ง



2.2.2 ขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ดังนี้

ระดับเขต

1. คณะกรรมการเขตสุขภาพ
2. คณะกรรมการ Chief Officer ได้แก่ (CIO,CSO,CFO,CHRO,CPPO,CKO,CHAO,CPO)
3. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตสุขภาพที่ 4
4. ประชุมคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (5 x 5)
5. คณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4
6. คณะกรรมการคุ้มครองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข (PA : Performance Agreement)
7. คณะทำงานโครงการส่งเสริมการดูแลตนเอง เฝ้าระวังและป้องกันของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD : ACS, Stroke) และภาวะเสื่อมของไต (CKD)
8. คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 4
9. คณะกรรมการประเมินผลงาน ให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษ และเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งระดับชำนาญการ เขตสุขภาพที่ ๔
10. คณะกรรมการคัดเลือกหน่วยงานที่มีผลงานดีเด่น คัดเลือกหรือสรรหาบุคคลดีเด่น

ระดับจังหวัด

1. คณะกรรมการระดับจังหวัด (กวป)
2. คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชอ.)

ระดับอำเภอ

- คณะกรรมการอำเภอ (คปสอ.)



2.3 นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์)

2.3.1 เรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan ปี 60- 64 : (CSO)

หลักคิดการทำ Action Plan ของ Service Plan เริ่มคิดโดยแบ่ง Service Plan เป็น 4 ระดับ

1) บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) เป็นเรื่องการให้บริการปฐมภูมิสำหรับคนไข้ที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล สามารถเข้าถึงบริการได้ เน้นจัดบุคลากรให้เพียงพอกับงาน โดยมี Primary Care Cluster (PCC) แบ่งเป็น 2 ส่วน 1. Service การบริการปฐมภูมิ 2. PP&P เพื่อลดการแออัด และป้องกันโรค

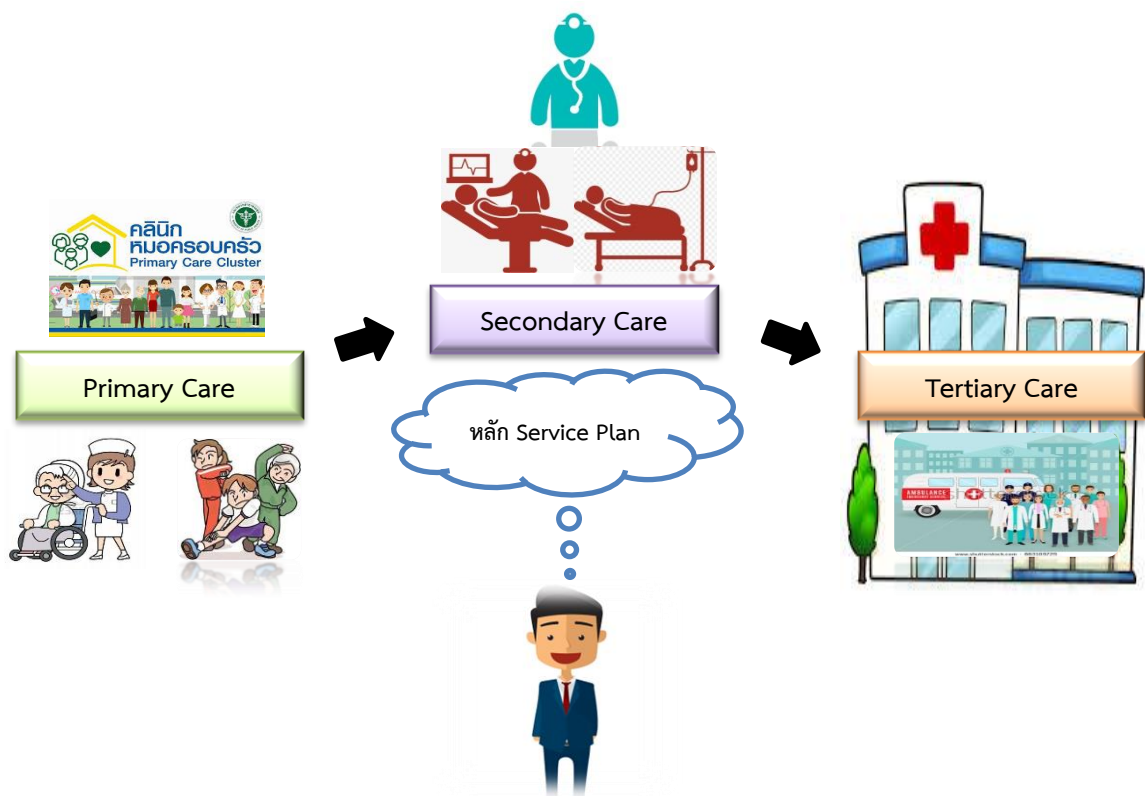
2) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care) การให้บริการคนไข้เฉพาะแพทย์ทั่วไป จัดจำนวนเตียงให้เพียงพอ โดย Secondary ต้นทุนจะต่ำกว่า Tertiary

3) บริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) เป็นระดับที่โรงพยาบาลต้องมีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก และอนุสาขาที่จำเป็นต้องมีในโรงพยาบาลระดับ M1 S และ A ให้บริการคนไข้ high course, high technology

4) ระดับเฉพาะทาง excellence ต้องปรับโครงการและปรับบริการที่เหมาะสม และการให้บริการที่เฉพาะเจาะจง ควรมีข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการพัฒนาระบบบริการ Service delivery ตัว output ที่เกิดขึ้น จำนวนคนไข้ในระดับ รพ.สต. รพช. รพศ./รพท. และจำนวนการส่งต่อ และจำนวนการให้บริการคนไข้ ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ และสูงกว่าตติยภูมิ เพื่อการจัดแนวทางการบริหารทรัพยากร ทั้ง คน เงิน ของ จัดทำ Action plan

หลัก Simulate refer เน้น 3 โชนเป็นหลัก

เน้นลดการปฏิเสธการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลภายในเขตสุขภาพ เพื่อการลดภาระค่าใช้จ่ายของคนไข้ และสถานบริการ นำไปสู่การลดภาระค่าใช้จ่ายที่ประเทศชาติต้องสูญเสีย ให้มีการวางแผนภายในเขต โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นเจ้าภาพหลัก

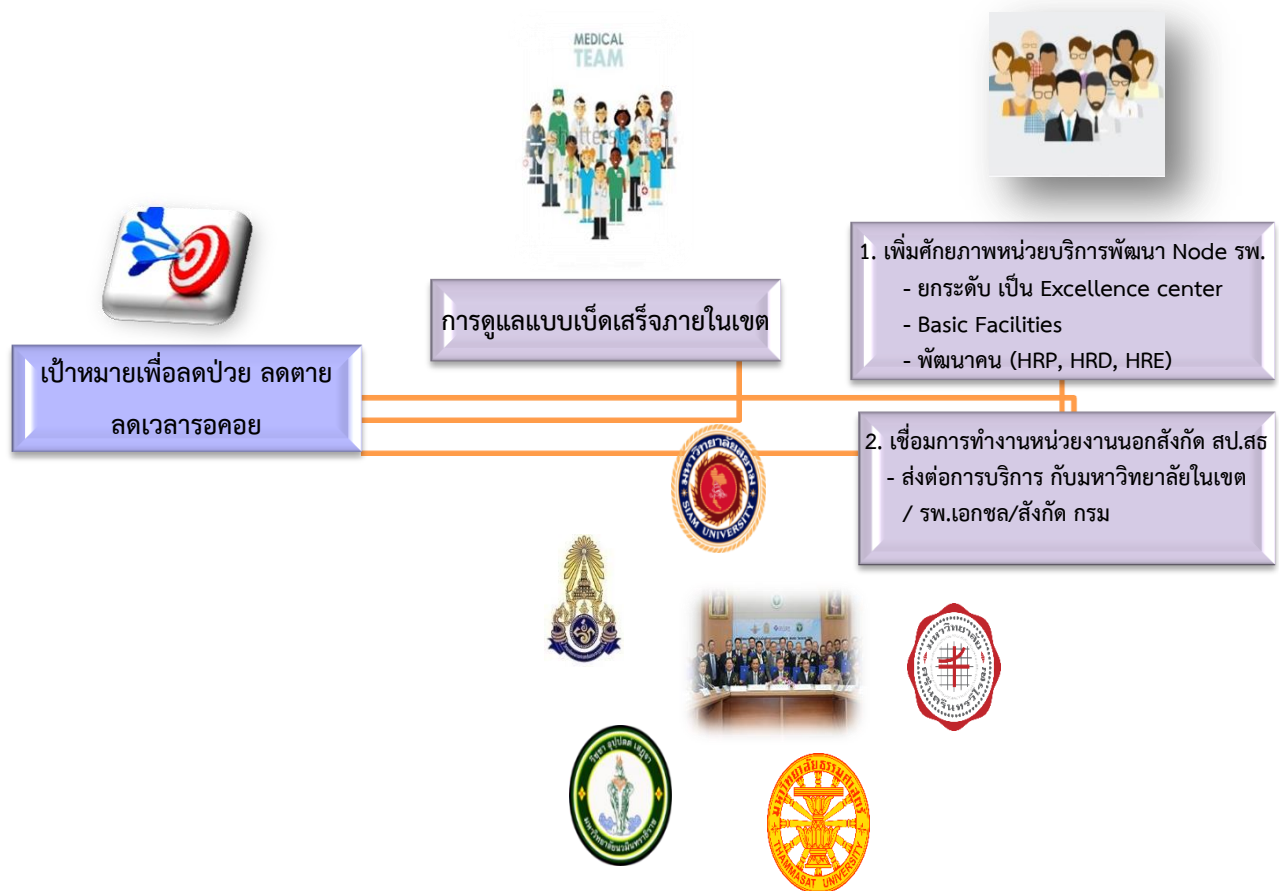


คณะกรรมการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO) กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) ระบบปฐมภูมิ (CPPO)
- 2) กำลังคน (CHRO)
- 3) ระบบบริการสุขภาพ (CSO) มีการบริหารจัดการประกอบด้วย CPO, PA, เข็มมุ่ง, HA และ Service Plan 21 สาขา
- 4) การบริหารการเงินการคลัง (CFO)

2.3.1.1 การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ 4

1) การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ Service Plan



ที่มา : มติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ วันที่ 8 ธันวาคม 2560

เป้าหมาย Service Plan ที่เป็นปัญหาสำคัญของเขต 6 ประเด็น

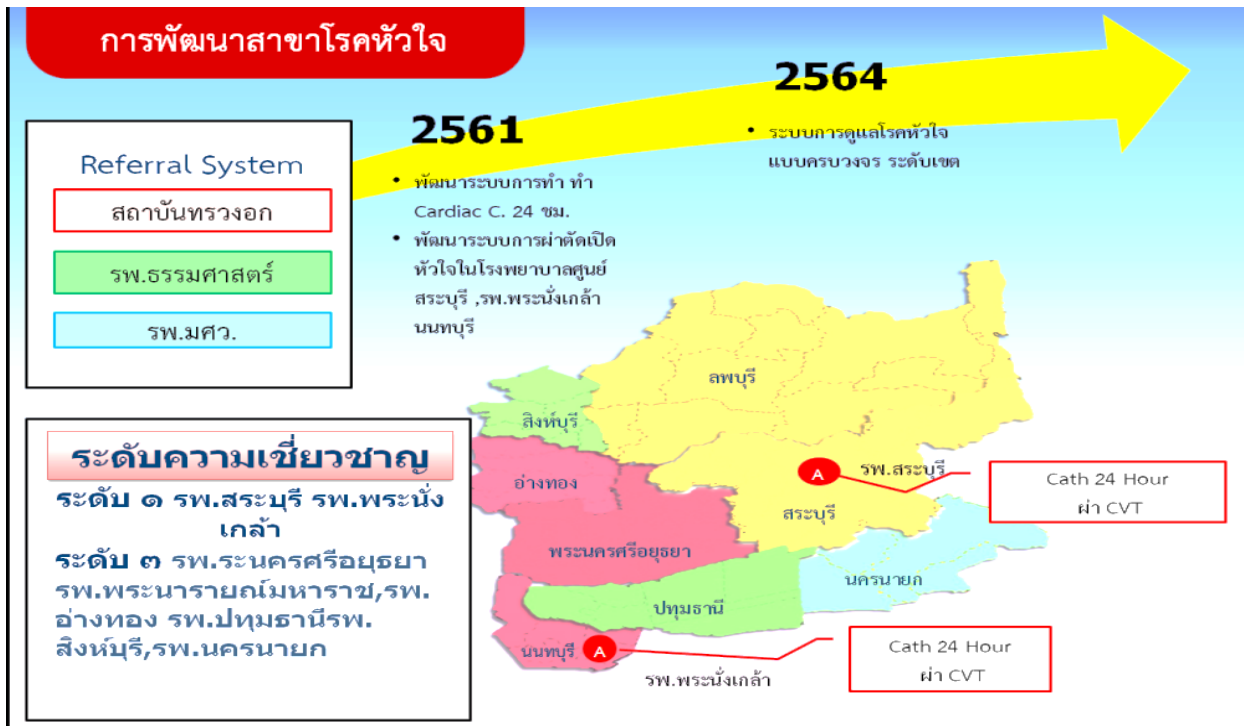


ที่มา : มติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ วันที่ 8 ธันวาคม 2560

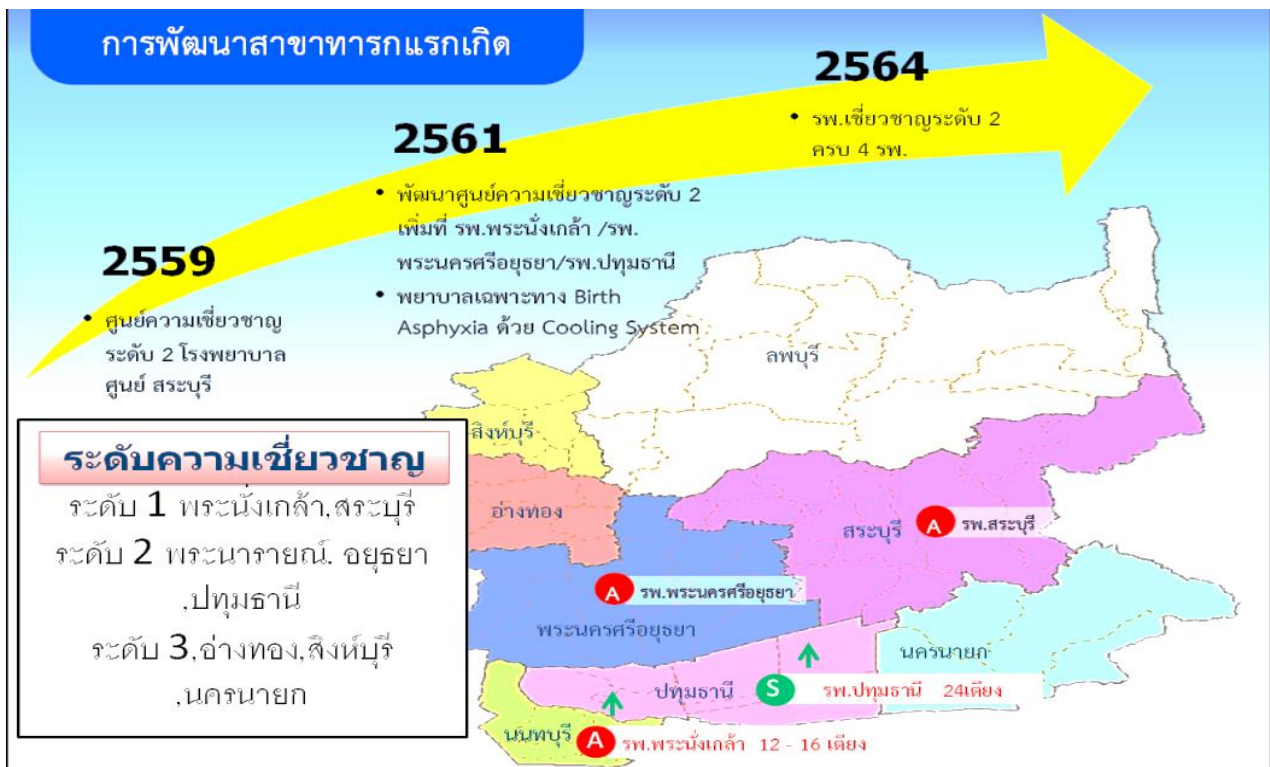
2) แผนที่การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4



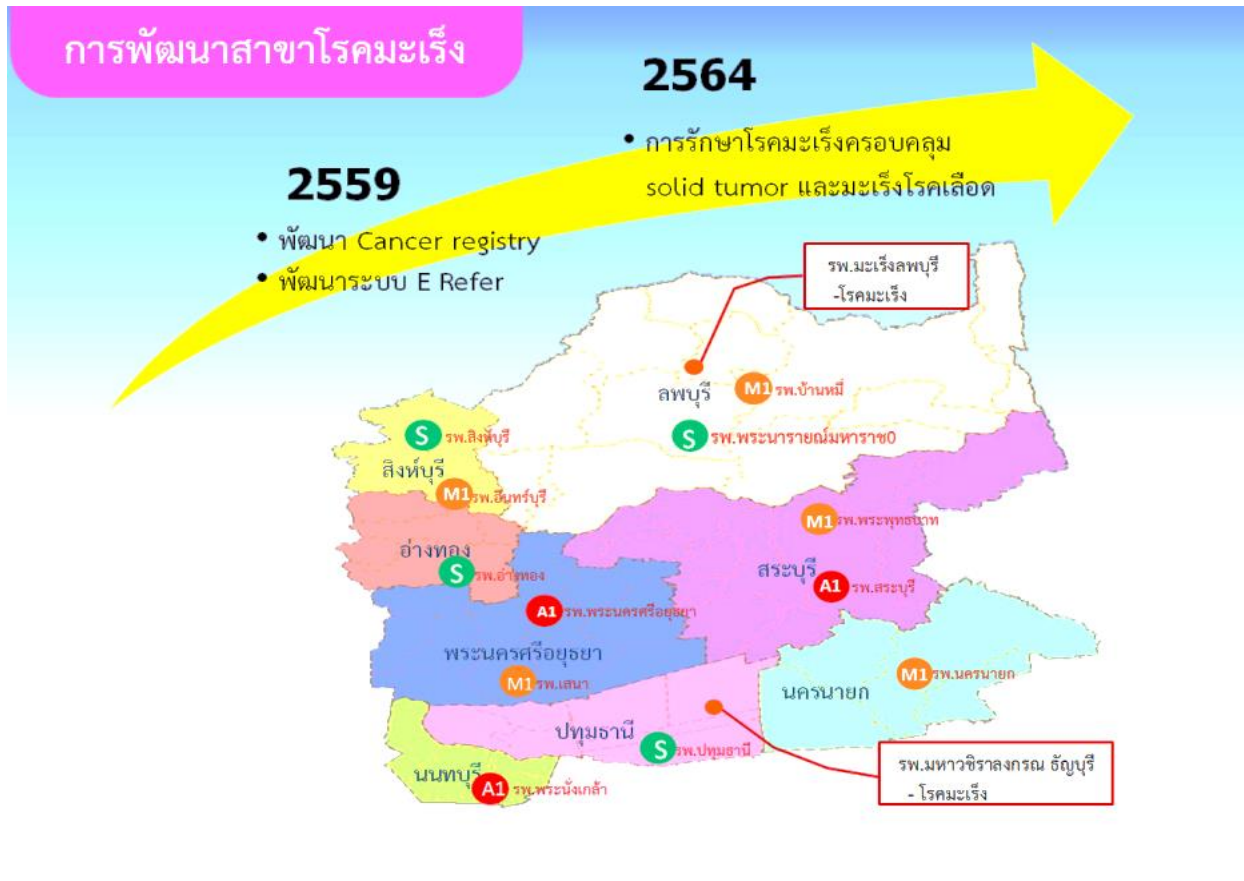
- 3) แผนการพัฒนาศูนย์เชี่ยวชาญ
- การพัฒนาสาขาโรคหัวใจ



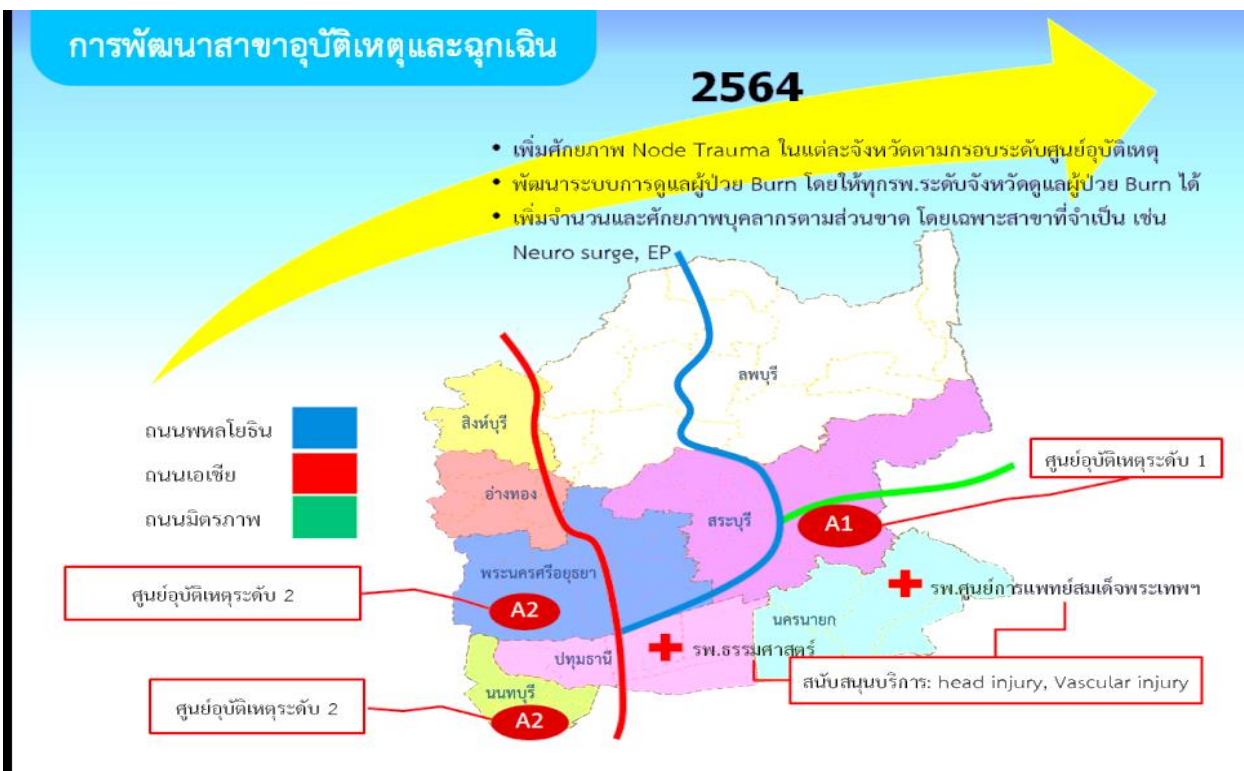
- การพัฒนาสาขาทารกแรกเกิด



- การพัฒนาสาขาโรคมะเร็ง



- การพัฒนาสาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



4) การบูรณาการ Service Plan กับศูนย์วิชาการ

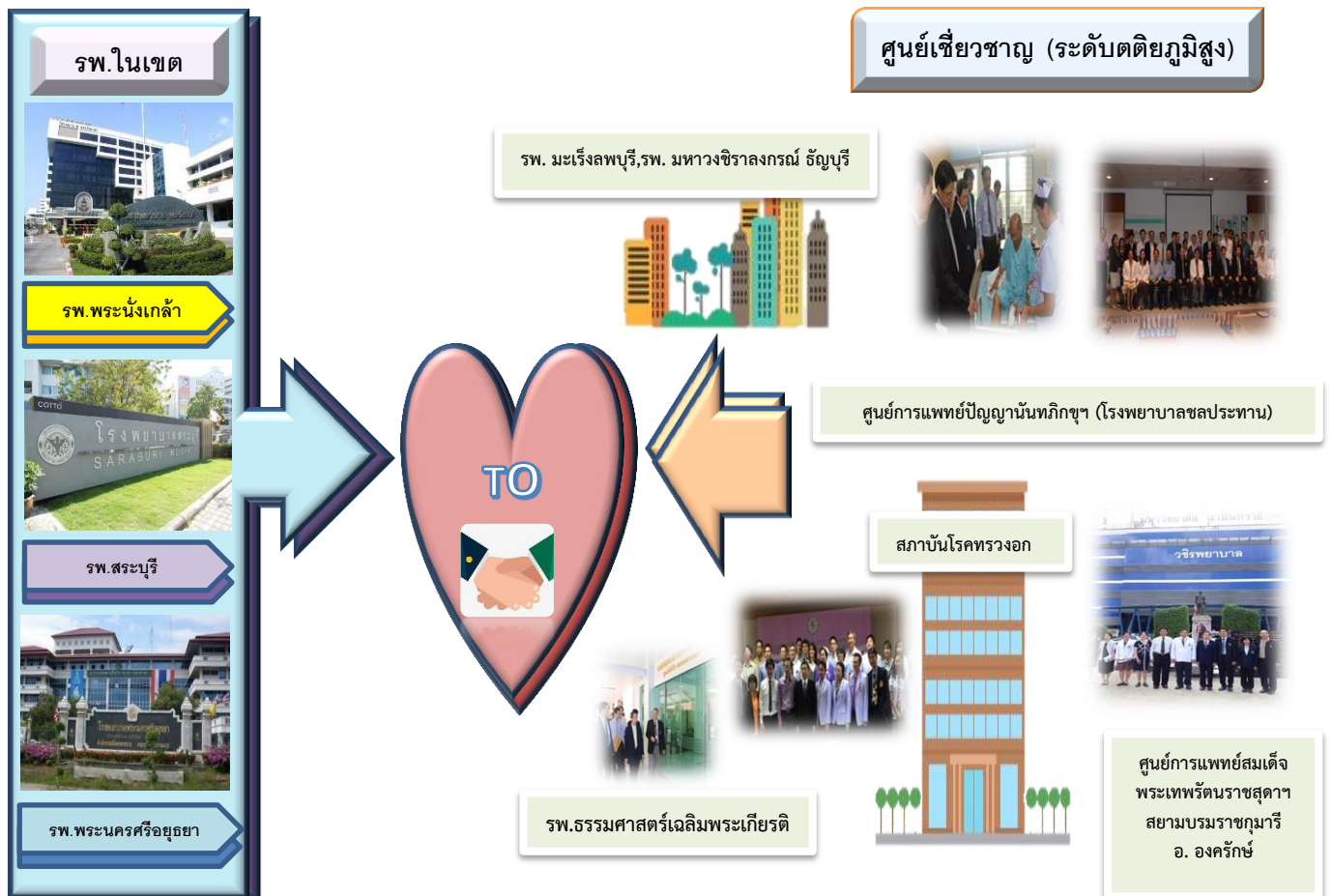
การดำเนินงานของระบบการพัฒนาสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ 4 มีการร่วมมือกับศูนย์วิชาการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน Service Plan แต่ละสาขา เช่น

เขตสุขภาพที่ 4 มีการพัฒนาระบบการส่งต่อโรคหัวใจโดยมีเครือข่ายความร่วมมือกับโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมหาลัยที่ร่วมทำ MOU ภายในเขต โดยมีการส่งต่อโรคหัวใจที่มีความซับซ้อนและเกินศักยภาพ เช่น โรงพยาบาลอานันทมหิดล สถาบันโรคทรวงอก ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีการพัฒนาเป็นศูนย์โรคหัวใจโดยรับ Refer จากโรงพยาบาลในเขต การส่งต่อโรคมะเร็ง มีการทำ Hematologic malignancy และ Solid tumor ส่งเพื่อรักษาด้วย RT หน่วยรับส่งต่อ โรงพยาบาลสระบุรี, โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ALL, lymphoma) โรงพยาบาลสระบุรี มีการพัฒนาเพื่อจัดตั้งศูนย์ Intervention สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ เขตสุขภาพที่ 4 มีการพัฒนาศักยภาพเขตเขตเพื่อลดการส่งออกนอกเขตเพื่อ การดูแลแบบเบ็ดเสร็จภายในเขต (Self-contain) เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการ พัฒนา Node โรงพยาบาล ยกระดับเป็น Excellence center, Basic Facilities ,พัฒนาคณ (HRP, HRD, HRE) เชื่อมการทำงานหน่วยงานนอกสังกัด สป.สธ. ส่งต่อบริการ กับมหาวิทยาลัยในเขต /โรงพยาบาลเอกชน/สังกัด กรมการแพทย์ เป้าหมายเพื่อลดป่วย ลดตาย ลดเวลารอคอย และลดการส่งออก เพื่อประชาชนได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ



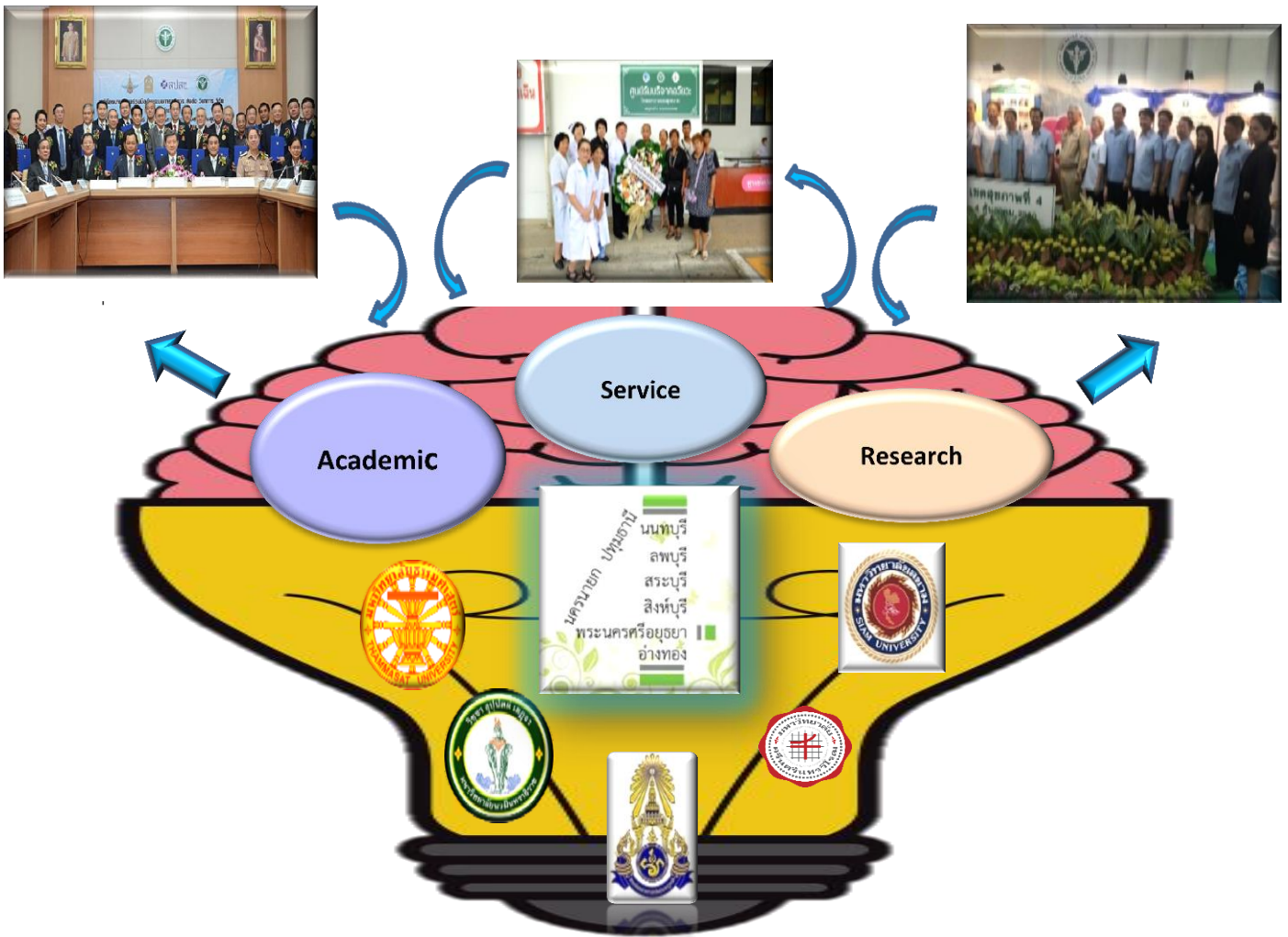
ที่มา : มติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ วันที่ 8 ธันวาคม 2560

5) การบูรณาการ Service Plan กับศูนย์โรงพยาบาลด้านการส่งต่อ



ที่มา : มติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ วันที่ 8 ธันวาคม 2560

6) การบูรณาการ Service Plan กับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์



ที่มา : มติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ วันที่ 8 ธันวาคม 2560

2.3.2 เรื่อง การบริหารการเงินการคลัง : (CFO)

- 1) การจัดทำแผนการเงิน (Planfin) ให้ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงมากที่สุด เพื่อวิเคราะห์ ตรวจสอบ และแก้ไขปัญหา ได้ถูกต้องตามความเป็นจริง
- 2) การพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี โดยจัดการอบรม 2 กลุ่มคือ
 - 2.1 ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี เพื่อเพิ่มพูนทักษะข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการ ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา สามารถนำใช้เพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารทุกระดับ
 - 2.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหาร เพื่อให้เข้าใจการนำข้อมูลจากงบการเงินมาใช้ในการบริหารการเงินการคลัง วิเคราะห์ ฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาทางการเงินของหน่วยบริการโดยนำเข้าที่ประชุม ทุกเดือน
- 3) การช่วยเหลือกันภายในเขต เช่น การปรับเกลี่ยเงินช่วยให้กับหน่วยบริการที่ขาดสภาพคล่องทางการเงิน และการช่วยเหลือกันภายในจังหวัด รพ.ที่ช่วยน้อง เช่น การจัดการลดหนี้ระหว่างกันภายในจังหวัด
- 4) การลงตรวจเยี่ยม ร่วมกับทีมนิเทศงาน และกรณีพิเศษในพื้นที่
- 5) การช่วยกันลดค่าใช้จ่ายด้านค่าสาธารณูปโภค

2.3.3 เรื่อง การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ : (CHRO)

- 1) พัฒนารฐานข้อมูลบุคลากรในโปรแกรม HROPS ให้เป็นปัจจุบัน และนำมาใช้ในการวิเคราะห์อัตรากำลัง และวางแผนกำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) พัฒนาระบบการจัดการอัตรากำลังให้สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยบริการ
- 3) สร้างเครือข่ายนักบริหารทรัพยากรบุคคลให้เป็น Unity เพื่อวางแนวทางในการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการกำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) กำหนดแนวทางการพัฒนาทักษะและองค์ความรู้ของบุคลากรในเขตสุขภาพให้มีศักยภาพในการจัดบริการและสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของเขตสุขภาพ
- 5) สร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรในหน่วยงานให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข และเชิดชูบุคลากรในองค์กร
- 6) สนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติงานภายใต้ค่านิยม MOPH และมีคุณธรรม จริยธรรมในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 3 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตที่ 4

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ซึ่งได้มีการดำเนินการ 19 สาขา ดังนี้

3.1 สาขาโรคหัวใจ

พัฒนาระบบการทำ Cardiac Cath และการผ่าตัดเปิดหัวใจในโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี เพื่อลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและเป็นศูนย์รับ Refer โรงพยาบาลในเขต เพื่อลดการส่งต่อออกนอกเขต



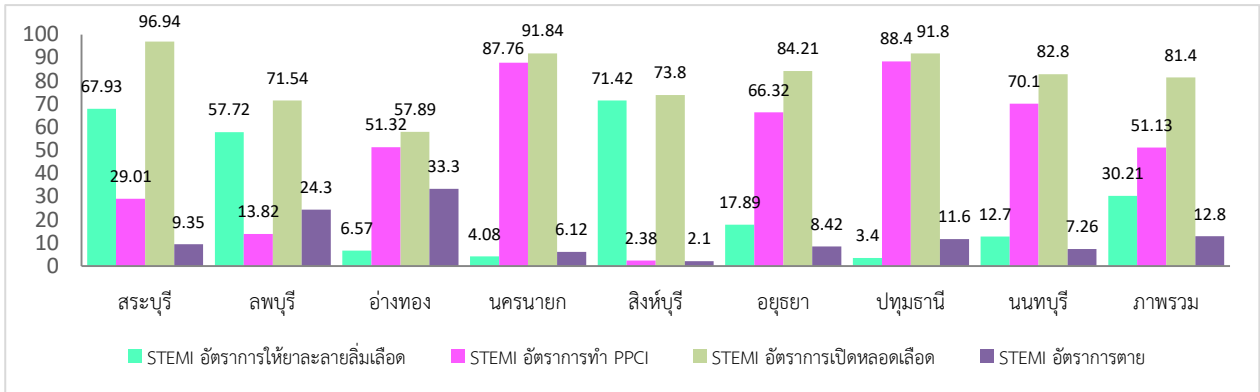
ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

สาขา หัวใจ เขตบริการสุขภาพที่ 4

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นปัญหาสำคัญของเขตบริการสุขภาพที่ 4 และยังมีแนวโน้มมากขึ้น เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มมากขึ้น อัตราการป่วยโรคเรื้อรัง DM HT ยังคงมีระดับสูง แม้จะมีการพัฒนาดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI จนได้รับการเปิดหลอดเลือดตามเกณฑ์แล้วก็ตาม อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ซึ่งมีจำนวนมากว่า ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของเขตบริการสุขภาพที่ 4
2. ผลการดำเนินงาน ระยะเวลา ตุลาคม 2560 - มิถุนายน 2561

สรุปผลดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ ปีงบประมาณ 2561 (ต.ค.60-มิ.ย.61)					
จังหวัด	STEMI				NSTEMI
	อัตราการให้ยาละลายลิ่มเลือด	อัตราการทำ PPCI	อัตราการเปิดหลอดเลือด	อัตราการตาย	อัตราการตาย
สระบุรี	67.93	29.01	96.94	9.35	4.4
ลพบุรี	57.72	13.82	71.54	24.3	7.75
อ่างทอง	6.57	51.32	57.89	33.3	15.55
นครนายก	4.08	87.76	91.84	6.12	8.12
สิงห์บุรี	71.42	2.38	73.8	2.1	14.8
อยุธยา	17.89	66.32	84.21	8.42	6.4
ปทุมธานี	3.4	88.4	91.8	11.6	6.8
นนทบุรี	12.7	70.1	82.8	7.26	7.6
ภาพรวม	30.21	51.13	81.4	12.8	8.9

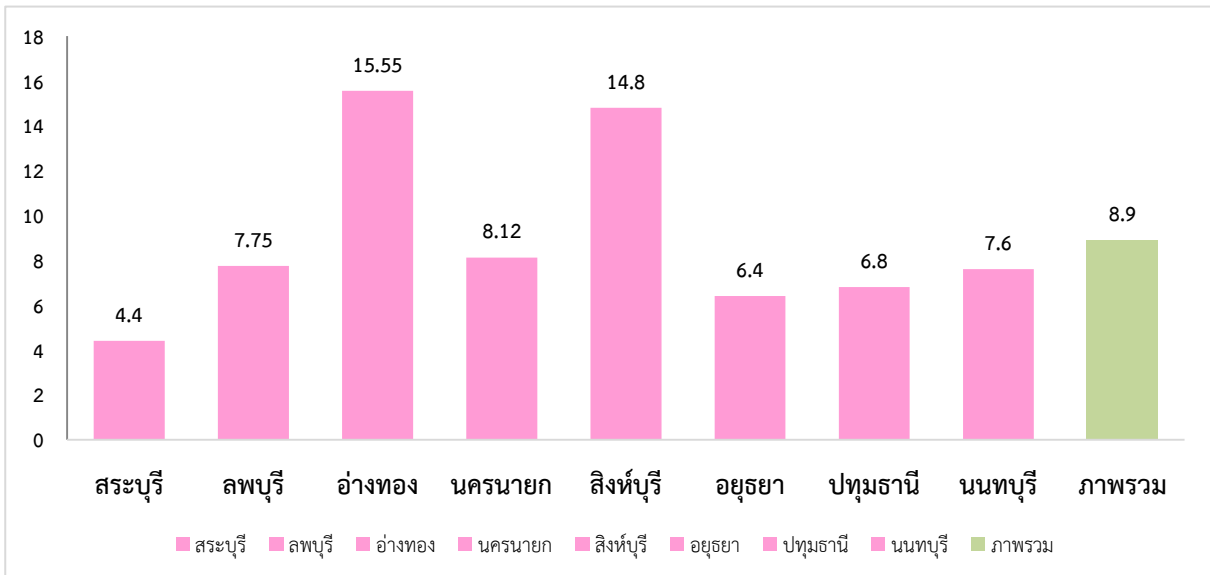
STEMI



ที่มา : ข้อมูล ผู้รายงาน นาง วรีพร แสงผล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (รพ.พระนั่งเกล้า) ณ วันที่ 5 กันยายน 2561

NSTEMI

อัตราการตาย



ที่มา : ข้อมูล ผู้รายงาน นาง วรีพร แสงผล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (รพ.พระนั่งเกล้า) ณ วันที่ 5 กันยายน 2561

3. ผลงานเด่น

- 3.1 การดูแลผู้ป่วย HF Clinic ด้วยสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลปทุมธานี ได้รับรางวัลชนะเลิศการประกวด Best Practice ระดับเขต เน้นการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- 3.2 การบริหารจัดการข้อมูล ACS Register ระดับโรงพยาบาล อันดับ 3 โรงพยาบาล สระบุรี มีการติดตามทบทวนการลงข้อมูลของผู้ป่วยต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนา
- 3.3 การบริหารจัดการข้อมูล ACS Register เขตบริการสุขภาพที่ 4 ได้รับรางวัลชนะเลิศ โดยมีการจัดอบรมทบทวนทุกจังหวัด และในระดับเขต

4. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน

มีค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เพื่อไปทำ PPCI ที่ รพ.เอกชน หรือ รพ.นอกเขต เนื่องจาก รพ.รัฐบาล ในเขตไม่สามารถรองรับได้ 24 ชั่วโมง แนวทางแก้ไข

- การให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนส่ง PPCI
- การพัฒนาศักยภาพ รพ.สระบุรี และรพ.พระนั่งเกล้า ให้สวนหัวใจนอกเวลาราชการได้

5. แผนการดำเนินงาน ปี 2562

- เน้น Health Literacy การป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - เน้น Country Alert เป็นเร็ว มาเร็ว ทันเวลา
- ข้อมูล ผู้รายงาน นางวีพร แสงผล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (รพ.พระนั่งเกล้า)

3.2 สาขาโรคมะเร็ง

ความลดแออัด และลดระยะเวลารอคอย พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย (E-Refer System) และในปี 2560 จัดให้มีการรักษาโรคมะเร็งครอบคลุม solid tumor และมะเร็งโรคเลือด สามารถให้บริการทำผ่าตัดมะเร็งนรีเวช ที่โรงพยาบาลสระบุรีได้ในปี 2561 และที่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ในปี 2562 การพัฒนาบุคลากรทาง การแพทย์ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดเพื่อเป็นแม่ข่ายในการรับ Refer จากโรงพยาบาลในเครือข่าย มีการทำ MOU ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ธรรมศาสตร์ มศว.องครักษ์ วชิระพยาบาล รับส่งต่อ Radiation พยาบาล โรงพยาบาลระดับ A, S,M มีการอบรมเฉพาะทางโรคมะเร็ง การให้ยาเคมีบำบัด Palliative care เกสซ์กร อบรมการเตรียมยาเคมีบำบัด (ระดับ A ,S)

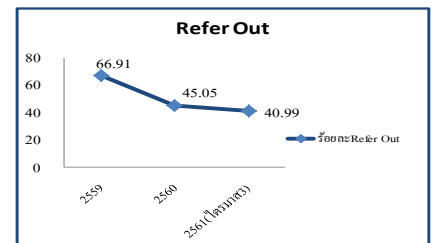
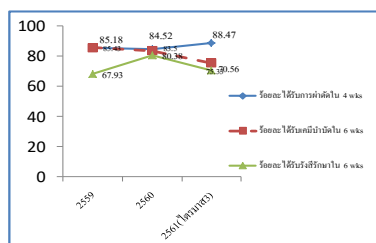
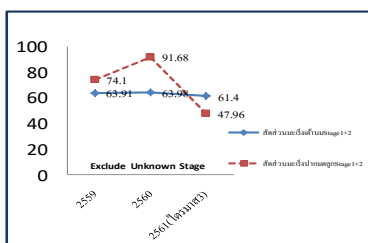


ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)สาขาโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561

1. สถานการณ์ปัจจุบัน

สถานการณ์ ผู้ป่วยมะเร็งเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม จำนวน 894 ราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักจำนวน 655 ราย มะเร็งปอด จำนวน 460 ราย มะเร็ง ตับจำนวน 390 ราย และมะเร็งปากมดลูก จำนวน 97 ราย ตามลำดับ (แหล่งข้อมูล TCB ปี60) และอัตราการเสียชีวิต Mortality Rate จากโรคมะเร็ง 6 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ 9.30 ต่อแสนประชากร มะเร็ง ปอด 7.46 ต่อแสนประชากร มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4.88 ต่อแสนประชากร มะเร็งศีรษะและลำคอ 4.25 ต่อแสนประชากร มะเร็งเต้านม 2.4 ต่อแสนประชากร และมะเร็งปากมดลูก 0.78 ต่อแสนประชากร (แหล่งข้อมูล : รายงานการตายตาม 298 กลุ่มโรค hospital base จาก hdcservice.moph.go.th ณ 8 กุมภาพันธ์ 2560)

2. ผลการดำเนินงาน ปี 2561 (ข้อมูล ณ.ไตรมาส ที่ 3 : ตุลาคม 60 – มิถุนายน 61)



ตารางสรุปผลการดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เขตสุขภาพที่ ๔

เป้าเขต	ผลการคัดกรองFit (คน)	ผลตรวจ Fit ปกติ	ผลตรวจ Fit บวก	Colono	ผล Colono ผิดปกติ	ผลตรวจ Colono เป็น CA
96,800	44,901	42,827	2,074	317	28	13

3. ผลงานเด่น

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแพร่กระจายในโรงพยาบาลสระบุรี ,นวัตกรรมรู้ทัน รู้ใจ ไกลมะเร็ง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เขตสุขภาพที่ 4 และการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ Fecal Immunochemical Test เครือข่ายบริการจังหวัดลพบุรี

4. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

เครือข่ายการประสาน ที่เชื่อมโยงส่งต่อด้วยการใช้โปรแกรม Referral Online และ Thai Cancer Base โดยมี Nurse Coordinator จัดเก็บรวบรวมและส่งต่อข้อมูลที่เป็น Real time ตลอดจนมีการติดตามร่วมกันแก้ไขปัญหาของคณะกรรมการเขต อย่างต่อเนื่อง ทำให้การพัฒนาระบบสาขามะเร็งเป็นไปด้วยดี แต่นโยบายที่หลากหลายขั้นตอน ตั้งแต่ การรณรงค์ ค้นหาคัดกรอง และการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง ต้องเกี่ยวข้องกับบุคลากรทุกระดับทุกหน่วยงาน ดังนั้นผู้บริหารแต่ละแห่ง ต้องให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน จึงจะช่วยให้ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

5. แผนการดำเนินงาน ปี 2562

- 1) การดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- 2) อบรมพัฒนาศักยภาพ นักโภชนาบำบัด ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 3) ขยายเครือข่าย Teleconference ให้ครอบคลุมเครือข่ายเขตสุขภาพ
- 4) พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 4

ที่มา : ข้อมูลผู้รายงาน นางอรุณรัตน์ หินอ่อน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสระบุรี

ผู้ตรวจสอบรายงาน นพ.นิติ เหตานุรักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา

3.3 สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ลดอัตราการตายอุบัติเหตุ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Burn โดยให้ทุกโรงพยาบาลระดับจังหวัดดูแลผู้ป่วย Burn ได้ เพิ่มจำนวนและศักยภาพบุคลากรตามส่วนขาด โดยเฉพาะสาขาที่จำเป็น เช่น Neurological Surgery , Emergency Physician เพิ่มศักยภาพ Node Trauma ในโรงพยาบาลวงน้อย และโรงพยาบาลแก่งคอย เพิ่มศักยภาพ โรงพยาบาลปทุมธานี และโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช สามารถให้บริการ Multiple injury and Head injury ได้ ในปี 2562 และเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลสระบุรีให้เป็นศูนย์ Intervention สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและเป็น Training Center Emergency Physician ในปี 2561 การพัฒนาบุคลากรสาขาอุบัติเหตุศัลยแพทย์ทั่วไป โรงพยาบาลระดับ A/S/M1 M2 ปีละ 10-12 ทู่น มีการอบรมเวชปฏิบัติฉุกเฉิน เฉพาะทางอุบัติเหตุ โรงพยาบาลระดับ A/S แห่งละ 1-2 คน/ปี



ผลการดำเนินการ คณะกรรมการ Service Plan สาขา Emergency care and Trauma สถานการณ์ปัจจุบัน

คณะกรรมการ Service Plan สาขา Emergency care and Trauma เขตบริการสุขภาพที่ 4 ได้มีการประชุมเพื่อติดตามความคืบหน้าและจัดกิจกรรม/โครงการในการพัฒนาระบบบริการ เป็นประจำต่อเนื่อง โดยมีโครงการ “ระดับเขต” ที่ดำเนินการแล้วเสร็จและอยู่ระหว่างดำเนินการ ดังนี้

- โครงการพัฒนาการสื่อสารในช่วงเวลาวิกฤต ของบุคลากรห้องฉุกเฉิน รุ่นทดลองหลักสูตร (40 คน จากทั้ง 8 จังหวัด) โครงการนี้ดำเนินการเป็นที่แล้วเสร็จ
- โครงการฝึกอบรม ตันซ์บรรณพยาบาล เขตบริการสุขภาพที่ 4 ทั้งสิ้น 2 รุ่น (เฉพาะปี 2561) ประมาณ 100 คน โครงการนี้ดำเนินการเป็นที่แล้วเสร็จ
- โครงการจัดทำสรุปบทเรียนที่ได้จากการฝึกซ้อม การเผชิญสาธารณภัยด้านการแพทย์ ในตลอดระยะเวลา 4 ปี ติดต่อกัน (2557-2560) เพื่อเป็นการรวบรวมองค์ความรู้และจัดทำเป็นเอกสารในลักษณะ สรุปบทเรียนพร้อมข้อเสนอเพื่อพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุขในสถานการณ์ภัยพิบัติต่อไป โครงการนี้อยู่ระหว่างรวบรวมของกองบรรณาธิการ
- การประเมินคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Hospital Based ECSC คุณภาพ) ของโรงพยาบาลทุกระดับในเขตบริการสุขภาพที่ 4 โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 กลุ่ม
 - กลุ่มโรงพยาบาลประจำอำเภอ ในจังหวัดทั้ง 8 จังหวัด ดำเนินการโดย คณะกรรมการ Service Plan ของจังหวัดนั้นๆ เป็นการภายในจังหวัด

- กลุ่มโรงพยาบาลประจำจังหวัดซึ่งมีทั้งระดับ A และระดับ S ดำเนินการโดยคณะกรรมการ Service Plan ระดับเขตและกำหนดให้เป็นการประเมินแบบไขว้ โดยการจับคู่โรงพยาบาลให้เหมาะสม
 1. โรงพยาบาลสระบุรี ประเมินโดยคณะกรรมการประเมิน ECS จังหวัดพระนครศรีอยุธยา แล้วเสร็จ
 2. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ประเมินโดยคณะกรรมการประเมิน ECS จังหวัดสระบุรี แล้วเสร็จ
 3. โรงพยาบาลปทุมธานี ประเมินโดยคณะกรรมการประเมิน ECS จังหวัดนนทบุรี แล้วเสร็จ
 4. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ประเมินโดยคณะกรรมการประเมิน ECS จังหวัดปทุมธานี แล้วเสร็จ
 5. โรงพยาบาลอ่างทอง ประเมินโดยคณะกรรมการประเมิน ECS จังหวัดนครนายก ระบุนวัน
 6. โรงพยาบาลนครนายก ประเมินโดยคณะกรรมการประเมิน ECS จังหวัดอ่างทอง แล้วเสร็จ
 7. โรงพยาบาลสิงห์บุรี ประเมินโดยคณะกรรมการประเมิน ECS จังหวัดลพบุรี ระบุนวัน
 8. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ประเมินโดยคณะกรรมการประเมิน ECS จังหวัดสิงห์บุรี ระบุนวัน

โครงการนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการในบางจังหวัด โดยระบุนวันนัดและได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลเป็นอย่างดี

- โครงการอบรมหลักสูตรพยาบาลกู้ชีพใหม่ ครอบคลุมทั้ง 8 จังหวัด เฉพาะในรุ่นปี 2561 จำนวน 2 รุ่น (จำนวน 80 คน) โครงการนี้ดำเนินการแล้วเสร็จ
- โครงการอบรมเพื่อฟื้นฟูพยาบาลกู้ชีพเก่า โดยมีกลุ่มเป้าหมายมาจากทั้ง 8 จังหวัด ในรุ่นปี 2561 จำนวน 2 รุ่น (จำนวนทั้งสิ้น 80 คน) โครงการนี้ดำเนินการแล้วเสร็จ
- การพัฒนาระบบข้อมูลและชุดข้อมูล (Emergency Care Data Set) เพื่อให้เป็นการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและสะดวกให้กับบุคลากร ในการเก็บและรายงานข้อมูลโดยสะดวก ซึ่งการพัฒนาระบบข้อมูลนี้ดำเนินการโดยปราศจากโครงการ แต่ใช้กลไกของคณะกรรมการ Service Plan สาขา Emergency care and Trauma ในการดำเนินการ ดังตัวอย่างที่แสดงในรูป

รูปที่ 1 รูปตัวอย่าง Microsoft Online ตารางรวบรวมข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งทำให้โรงพยาบาลทั้ง 71 แห่งในเขตบริการสุขภาพที่ 4 มีแนวทางในการรวบรวมข้อมูลที่เหมือนกันและนำส่งข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้นๆ ก่อนรวบรวมส่งคณะกรรมการเขตบริการที่ 4 ต่อไป

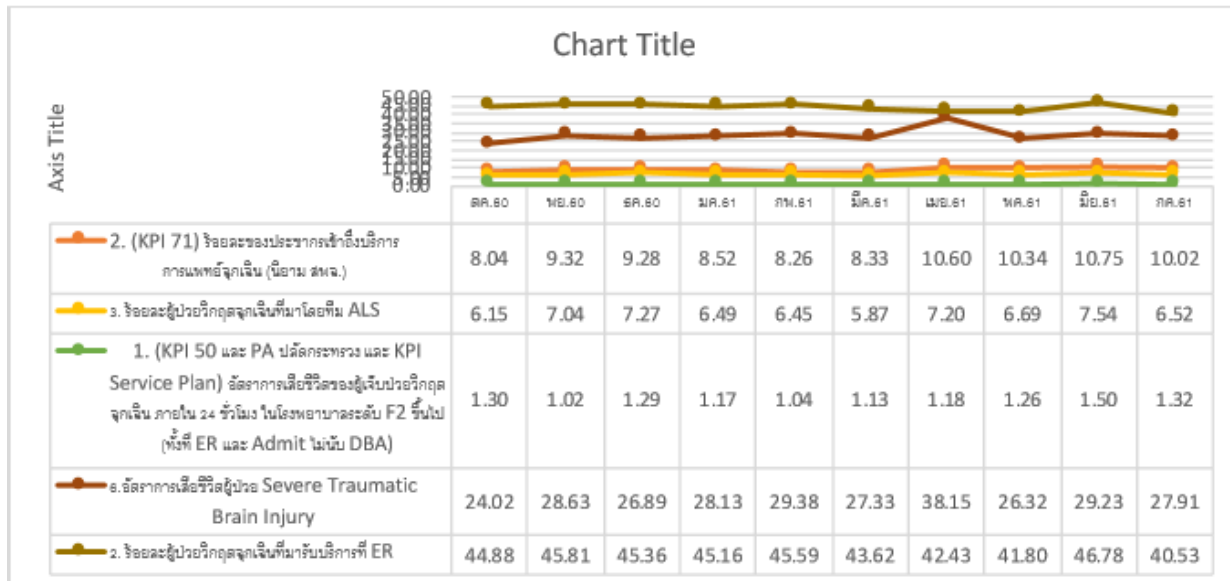
รูปที่ 2 ตัวอย่าง Microsoft Online แสดงตารางคำนวณค่าตัวชี้วัดตาม KPI ต่างๆ ตามนโยบายประจำปี 2561 และรวบรวม KPI ที่เป็นประเด็นสำคัญที่น่าสนใจ ถึงแม้จะไม่มีในข้อสั่งการตามนโยบายก็ตาม ทั้งนี้ที่มีการรายงานข้อมูลดิบ ตาราง KPI จำคำนวณค่า KPI อัตโนมัติ ซึ่งโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง สามารถที่จะเข้าไปดูข้อมูลของตนเอง และดึงรายงานออกมาได้ทันทีที่ดั่งใจ

นอกจากผลการดำเนินงานร่วมกันระดับเขตแล้ว ในแต่ละจังหวัดก็ได้มีการดำเนินการเพื่อการพัฒนา ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละจังหวัดเอง เช่น โครงการกู้ชีพทางน้ำ การจัดฝึกซ้อมสาธารณสุขภัยในระดับจังหวัด การฝึกซ้อมบัญชาการณีสถานการณ์ระดับจังหวัด (Medical ICS & Public Health EOC.) ซึ่งเป็น การเกิดเหตุในหลายอำเภอพร้อมๆกัน การจัดกิจกรรมการแข่งขัน EMS rally เป็นต้น

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ยังมีด้านปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานอยู่ด้วย สามารถสรุปเป็นหัวข้อ ต่างๆ ได้ดังนี้

- ความร่วมมือกันระหว่างงาน Emergency Care และงาน Trauma Care ยังมีช่องว่างในการ ประสานหรือถ่ายทอดนโยบาย เพื่อให้ทั้ง 2 งานนั้นมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการพัฒนา เหมือนกัน
- การมีจำนวนไม่เพียงพอของบุคลากรที่เป็นฟันเฟืองสำคัญในการวิเคราะห์/ระบุปัญหา/วางและ ประสานแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ในการจัดระบบ Emergency Care และ Trauma Care เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ศัลยแพทย์ รวมทั้งพยาบาลที่เป็นบุคลากรสำคัญใน หลายๆกลไก

ผลการดำเนินงาน (ตุลาคม 2560-มิถุนายน 2561)



ผลงานเด่น ในช่วงปี 2561

- ผลงานที่สำคัญและมีผลต่อการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 จังหวัด คือ การจัดการข้อมูล โดยเป็นข้อมูลที่เกิดจากการหารือของทีมงานทั้ง 8 จังหวัด จนได้ชุดข้อมูลที่เรียกว่า Emergency Care Data Set ซึ่งครอบคลุมทั้งนโยบาย ข้อสั่งการ ประเด็นสำคัญในการตรวจราชการและยังครอบคลุมถึงคุณภาพของงานในเชิงวิชาการตามแต่ละโรงพยาบาลต้องการอีกด้วย ตัวอย่าง ตาราง Emergency Care Data Set

ปัจจัยเกื้อหนุน ที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนางาน

การทำงานเป็นทีมและเชื่อมั่นซึ่งกันและกันของทีมคณะกรรมการ Service plan ทั้ง 8 จังหวัดซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนจากทั้ง 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและผู้แทนจากโรงพยาบาลในทุกระดับ A S M F และทีมแพทย์เวชศาสตร์ ซึ่งทำให้เกิดการทำงานและการพัฒนาแบบ “ไม่มีกำแพง” ระหว่างคนทำงานในระบบกาแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบกับการทำงานอย่างมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ซึ่งอาจมีข้อแตกต่างจากกระแสภายนอก แต่ข้อดี 2 ประเด็นทำให้งานการแพทย์ฉุกเฉินของเขตบริการสุขภาพที่ 4 ได้มีการพัฒนาอย่างช้าๆแต่มีความมั่นคงตามไม่น้อย ดังจะเห็นได้จากตัวอย่าง เช่น

- เขตบริการสุขภาพที่ 4 เป็นเขตแรกที่โรงพยาบาลทุกระดับ A S M F ทั้ง 71 แห่ง มีและใช้เกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงเดียวกันมาตั้งแต่ปี 2558 ก่อนที่จะมีการประกาศเกณฑ์การคัดแยกคนไข้ตามระดับความรุนแรงของกระทรวงสาธารณสุข MOPH.ED.Triage ในปี 2561

- เขตบริการสุขภาพที่ 4 ให้ความสำคัญกับการเตรียมการด้านการแพทย์ เพื่อรองรับสถานการณ์ภัยพิบัติและคณะกรรมการชุดนี้ สร้างการฝึกซ้อมเสมือนจริงให้กับทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ต่างประเภทต่างๆ (MERT, miniMERT, MCATT, SRRT) และร่วมการฝึกซ้อมเสมือนจริงนี้ สภากาชาด กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยฝ่ายพลเรือน ทหาร และมูลนิธิอาสาสมัคร เป็นประจำทุกปี ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2557-2560 ก่อนจะหยุดพักในปี 2561

ปัญหาและอุปสรรค

ความชัดเจนในนโยบายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ก่อให้เกิดความไม่เป็น Unity ในการปฏิบัติงานอีกทั้งเมื่อหน่วยงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขาดความชัดเจนทั้งด้านเป้าหมายและสายบังคับบัญชาที่มีผลอย่างรุนแรงทำให้ผู้บังคับบัญชาในระดับภูมิภาคไม่มีความชัดเจนในเป้าหมายการจัดบริการไปด้วย

แผนการดำเนินงานในปี 2562

- การพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยหลักสูตรต่างๆ จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพการให้บริการในภาวะวิกฤตซึ่งต้องการการตัดสินใจและทักษะที่เฉียบคม ประกอบด้วย
 1. ACLS
 2. PHTLS
 3. Prehospital nurse course
 4. M.A.L.S
 5. Ambulance Driving Skill
 6. การสื่อสารในภาวะฉุกเฉิน
- การฝึกซ้อมเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ในสถานการณ์สาธารณภัยซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายหลักแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ
 1. กลุ่มผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์สาธารณภัย
 2. กลุ่มผู้บัญชาการเหตุการณ์ ทั้งระดับเขตและระดับจังหวัด (อาจขยายวัตถุประสงค์ถึงระดับอำเภอได้ถ้าต้องการ) ในการใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์
- พัฒนาระบบข้อมูลและฐานข้อมูลให้เกิดความยั่งยืนและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

3.4 สาขาทารกแรกเกิด

พัฒนาโรงพยาบาลสระบุรีให้มีจำนวนเตียง NICU เพิ่มขึ้นอีก 4 เตียง และบริการ Cooling system เพื่อดูแลทารกแรกเกิดอย่างครบวงจร พร้อมทั้งพัฒนา โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าให้มีบริการ Cooling system และเพิ่มจำนวนเตียง NICU ในโรงพยาบาลบ้านหมี่ โรงพยาบาลพระนารายณ์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และ โรงพยาบาลเสนา การพัฒนาบุคลากรสาขาทารกแรกเกิด อบรมพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด ปีละ 10-12 คน MOU ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ธรรมศาสตร์ มศว.องครักษ์ วชิระพยาบาล รับส่งต่อทารกแรกเกิด



ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาทารกแรกเกิด เขตบริการสุขภาพที่ 4

1. สถานการณ์

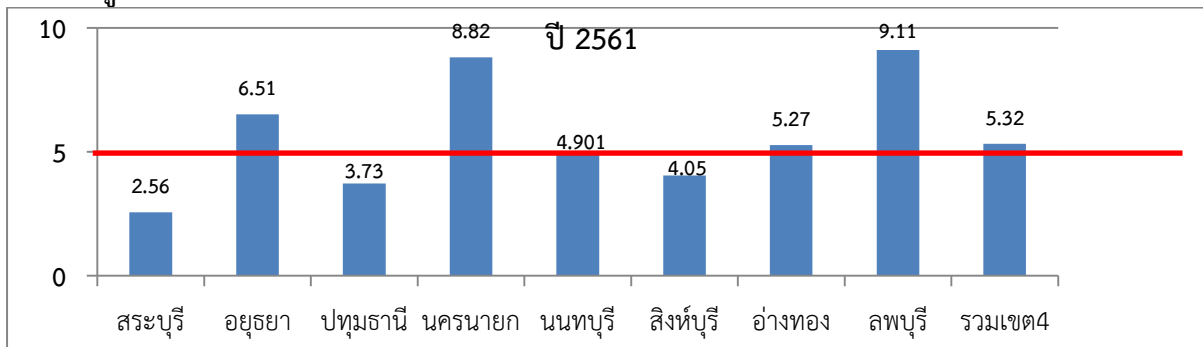
เขตบริการสุขภาพที่ 4 มีเตียง NICU 88 เตียง SNBU 180 เตียง บริการรักษาทารกวิกฤติ ทารกอายุรกรรมและศัลยกรรมทารกแรกเกิด ทารกที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย พบปัญหาในการให้บริการ จำนวนเตียง NICU ไม่พอตามเกณฑ์ ไม่มีหอผู้ป่วย SNBU ที่ได้มาตรฐาน ไม่สามารถย้ายทารกจาก NICU เพื่อดูแลต่อเนื่อง และ อัตราตายทารกแรกเกิด (Neonatal Mortality Rate : NMR) ปี สูง 5.32 ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ได้แก่

- 1). ทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย มีภาวะหายใจลำบากจากการคลอดก่อนกำหนดและมีการติดเชื้อ (Extremely low birth weight /Respiratory Distress Syndrome /Sepsis) 55.4 %
- 2). ทารกสำลักน้ำคร่ำ (Meconium aspiration syndrome) มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง (Persistant Pulmonary Hypertension of Newborn : PPHN) 19.3%
- 3). ทารกมีความพิการแต่กำเนิด (Congenital anomalies) 14.5%

2. ผลการดำเนินงาน

- 1) พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาทารกขาดออกซิเจนแรกเกิด (birth asphyxia) เพื่อทำ Therapeutic hypothermia โรงพยาบาลสระบุรี
- 2) มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกที่เกิด ในโรงพยาบาลทุกระดับของเขตสุขภาพที่ 4
- 3) พัฒนาการใส่สายสวน PICC ในทารกน้ำหนักน้อย (รพ.สระบุรี, รพ.ปทุมธานี , รพ.อยุธยา, รพ.อ่างทอง)
- 4) พัฒนาความรู้ ทักษะ ของแพทย์ พยาบาล ในการกู้ชีพทารกแรกเกิด

อัตราการตายของทารกอายุ ≤ 28 วัน (น้ำหนักแรกเกิด ≥ 500 กรัม)เป้าหมาย $\leq 3.4 : 1,000$ ทารกเกิดมีชีวิต (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2561)



3. ผลงานเด่น

1. งานวิจัย เรื่อง Mortality and short term outcomes of extremely low birth weight infant in Saraburi hospital นำเสนอ งานประชุมวิชาการเขตสุขภาพ (วันที่ 2-3 สิงหาคม 2561)
2. พัฒนาการส่งต่อทารกที่มีภาวะ Perinatal asphyxia เพื่อทำ therapeutic hypothermia (Cooling Fast Track) โรงพยาบาลสระบุรี รางวัลดีเด่น ประชุมวิชาการเขตสุขภาพ (วันที่ 2-3 สิงหาคม 2561)
3. Fast for safety : Newborn fast track Nakhonnayok network รางวัลดีเด่น ประชุม service plan sharing (วันที่ 16-17 สิงหาคม 2561)

4. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน

1. เขตขาดศักยภาพในการรักษาทารกแรกเกิดที่มีปัญหาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. โรงพยาบาลชุมชนขาดศักยภาพและความพร้อม รองรับ Refer back ทารกแรกเกิด
3. การเพิ่มเตียง NICU แต่ไม่ได้เพิ่มบุคลากรที่ให้การบริบาลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกลดลง การพัฒนาไม่ยั่งยืนและขาดแพทย์ พยาบาล เฉพาะทางทารกแรกเกิด
4. การเก็บตัวชี้วัดไม่เป็นปัจจุบัน ไม่มีระบบสารสนเทศรองรับ ฐานข้อมูล HDC การลงข้อมูล HDC ขาดการตรวจสอบ ข้อมูลซ้ำ ไม่ถูกต้อง เป็นปัญหาต่อการวิเคราะห์และวางแผนการจัดการ

5. แผนการดำเนินงาน ปี 2562

1. นิเทศงานการดูแลทารกสัญญาณ เพื่อค้นหาปัญหาการดูแล และพัฒนาการดูแลรักษาทารกวิกฤต
 2. ทบทวน dead case conference
 3. ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี จัดอบรมพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทารกแรกเกิด
- ที่มา : ข้อมูลผู้รายงาน ณ วันที่ 5 กันยายน 2561
1. พญ.โสภา พิชัยณรงค์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลเสนา ประธานคณะกรรมการ
 2. นางดวงพร โสภิตลาภธนา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี เลขานุการคณะกรรมการ

3.5 สาขาสุขภาพช่องปาก

สรุปผลการดำเนินงาน ประจำปี 2561 Service สาขาสุขภาพช่องปาก เขตสุขภาพที่ 4

1. ผลงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2561

จังหวัด	คณะที่ 1		คณะที่ 2		
	ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (เกณฑ์ ร้อยละ54)	อำเภอที่มีรพสต./ ศสม.ที่จัดบริการ สุขภาพช่องปากที่มี คุณภาพทั้งร้อยละ20 และ14กิจกรรม (เกณฑ์ร้อยละ60)	อัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมประชาชนทุกสิทธิ์ ในเขตรับผิดชอบ (เกณฑ์ร้อยละ35)		
			ผู้ป่วยนอกที่รับบริการ ทางทันตกรรม รวมทุกสิทธิ์ (คนต่อสถานบริการ)	DB pop 1+3 จาก HDC	ร้อยละ
นนทบุรี	78.03	7.41	168,865	1,070,845	15.77
ปทุมธานี	84.60	82.50	249,119	691,641	36.02
พระนครศรีอยุธยา	74.34	28.30	133,821	679,118	19.71
อ่างทอง	85.66	55.26	57,271	241,418	23.72
ลพบุรี	73.89	20.74	89,151	511,357	17.43
สิงห์บุรี	86.96	65.96	51,166	177,510	28.82
สระบุรี	83.81	52.67	123,840	608,465	20.35
นครนายก	74.79	41.07	35,268	190,308	18.53
รวม	79.82	39.73	908,501	4,170,662	21.78

ที่มา : สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ข้อมูล ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2561

2. กิจกรรมดำเนินงาน

2.1 จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 4 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ณ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี วันที่ 10 พฤศจิกายน 2560

ครั้งที่ 2 ณ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จ.พระนครศรีอยุธยา วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2561

ครั้งที่ 3 ณ โรงแรมเดอะคาวาริคาส์รีสอร์ท จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วันที่ 25 พฤษภาคม 2561

ครั้งที่ 4 ณ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี วันที่ 10 พฤศจิกายน 2560 วันที่ 5 กรกฎาคม 2561

2.2 จัดประชุมคณะทำงานจัดหาวัสดุทันตกรรมร่วมเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ณ โรงพยาบาลสระบุรี จ.สระบุรี วันที่ 17 กรกฎาคม 2561

ครั้งที่ 2 ณ โรงพยาบาลสระบุรี จ.สระบุรี วันที่ 30 สิงหาคม 2561

สรุปผลการพิจารณาและจัดหาเวชภัณฑ์ทันตกรรม รวมจำนวน 20 รายการ เขต 4 ปีงบประมาณ 2562

ที่	รายการ	บริษัทที่ได้	ชื่อ	ขนาดบรรจุ	ราคา/หน่วย	ยอดรวม	
					รวมVAT	(กลาง)	ยอดรวมประมาณ(บาท)
1	อมัลทิม Capsule 1 Spills	Accord SDS kerr DDI	Original D	400mg/cap,500 caps / กล่อง	8,800.00	277	2437600.00
			Tylin FC	400mg/cap,500 caps / กล่อง	9,000.00		
			World work	400mg/cap,500 caps / กล่อง	10,200.00		
2	Composite resin hybrid	Kerr Unity Dentsply Accord	Harmonize	4g.	700.00	4038	2826600.00
			Estelite sigma quick	3.8g.	685.00		
			Ceram	3g.	915.92		
			G-aenial	2.7ml.	850.00		
			Solare sculpt	1.9g/1ml.	380.00		
3	Bonding	SDS kerr DKSH(3M ESPE)	Optibond solo	5ml.	660.00	1670	1102200.00
			Single bond 2	5.58 ml.	1498.00		
4	GI สำหรับ base/lining	DKSH(3M ESPE)	Vitrebond	9g. Powder/ 6.5 mL liq	2033.00	479	973807.00
			เสนอแนะให้เพิ่มทางเลือกอีก	ไนกรีนที่สั่ง DKSH ไม่ได้			
5	Etching	Dentmate Udom medical Darphie	Spident	5ml x 3syringes	375.00	1314	492750.00
			MD clus	5ml.	200.00		
			Dentfil etch	5syringes x 5ml.	1250.00		
6	Flowable composite	Unity Kerr	Estelite sigma quick	1.8g.	410.00	289	118490.00
			Premise	1.7g	400.00		
7	RMGI	Accord เพิ่มเติม DKSH(3M ESPE)	Gold label 2 LC	15g. Powder/8ml. Liq(แอม conditioner)	2700.00	406	1096200.00
			Fuji II LC Capsule	50 capsules/ซีล 3 แอม conditioner	3900.00		
			Dentin conditioner	3ml.	300.00		
				25ml.	900.00		
			Vitremer Trial	5g. Powder/2.5ml. Liq	2354.00		

2.3 จัดประชุมวิชาการ Service Plan สาขาสุขภาพช่องปากแก่ทันตบุคลากร เขตสุขภาพที่ 4 เรื่อง ดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุและผู้พิการกันอย่างไร ในยุค 4.0 วันที่ 25 เมษายน 2561 ณ ห้องประชุมรัตนตูลง โรงพยาบาลปทุมธานี

ผลการดำเนินงาน :

ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ของ 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 145 คน

ผลที่ได้รับ :

1. ผู้เข้าร่วมประชุมได้ทบทวนและเพิ่มพูนความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยเนื้อหาที่มีความทันสมัย นำไปปรับใช้ได้ตามบริบทของแต่ละจังหวัด
2. มีการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อนำไปใช้ในการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง
3. เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมงานที่แต่ละจังหวัดได้มีการดำเนินงาน ในช่วงการฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมที่ดำเนินการ :

1) บรรยายวิชาการในหัวข้อเรื่องสถานการณ์ของผู้สูงอายุและสุขภาพช่องปากในเขตบริการสุขภาพที่ 4 โดย ทพญ.วังจันทร์ กิตติภาดากุล ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก เขตบริการสุขภาพที่ 4

2) บรรยายวิชาการ เรื่อง การเปลี่ยนแปลงที่ปกติ และผิดปกติของอวัยวะภายในช่องปากที่เกิดขึ้นกับ ผู้สูงอายุ โรคทางระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โรคและความผิดปกติในช่องปากของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย และการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้าน-ติดเตียง โดย อ.ทพญ.ดร. มัทนา เกษตรระทัต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

3) แบ่งกลุ่มรายจังหวัดเพื่อฝึกปฏิบัติการหาจุด K-point เพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่ยอมอ้าปาก สามารถอ้าปากได้ โดย ทีมอาจารย์คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



2.4 จัดประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประกวดทันตสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 1 ครั้ง วันที่ 23 – 24 กรกฎาคม 2561 ณ ห้องประชุม โรงแรมจันทรา รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

นวัตกรรม รพ.สต.

ที่	ชื่อนวัตกรรม	ผู้ส่ง	หน่วยงาน	จังหวัด
1	การพัฒนานวัตกรรมเตียงสนามตรวจฟันเด็กเพื่อป้องกันการปวดหลังของทันตบุคลากร	ปรียานุช สุวานิช	รพ.สต.ไผ่ดำพัฒนา	จ.อ่างทอง
2	ไม้ช่วยอ้าปาก	นส.ปาริชาติ เหมือนสิทธิ์	รพ.สต.ม่วงหวาน อ.หนองแซง	จ.สระบุรี
3	นัดหมอฟันง่ายๆ แค่ใช้คิวอาร์โค้ด	นส.รุ่งนภา สมสวัสดิ์	รพ.สต.ไผ่ดำ อ.หนองแค	จ.สระบุรี
4	การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	นส.สุภาวดี คงพุด	รพ.สต.หนองคนที อ.พระพุทธบาท	จ.สระบุรี

นวัตกรรม โรงพยาบาล

ที่	ชื่อนวัตกรรม	ผู้ส่ง	หน่วยงาน	จังหวัด
1	การรักษาเนื้องอกอะดีโนมาตอยด์ในกระดูขากรรไกรล่าง : กรณีศึกษาและนวัตกรรมการรักษาเพิ่มเติม	ทพญ.ชลธิดา คล้ายพันธ์	รพ.พระนครศรีอยุธยา	จ.พระนครศรีอยุธยา
2	การรักษาผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ระยะเย็บริมฝีปาก	ทพญ.เกศศิณี นาครรัตน์	รพ.พระนครศรีอยุธยา	จ.พระนครศรีอยุธยา
3	หน้ากากส่องแสง	นส.ภัทรวดี คำโตนด / นส.ถิรนนท์ เพชรแอ / นส.หทัยชนก เข้มทอง	รพ.อ่างทอง	จ.อ่างทอง
4	นิทานฟันดี เรื่อง ซารีนาลิเล็กขวดนม	ทพญ.ดุลยรัตน์ โถวประเสริฐ ทภ.นริสา พูลเชตนคร	รพ.บางกรวย	จ.นนทบุรี
5	แผนภาพเตือนใจ ปลอดภัยทุกวัน	ทพญ.ดารกา เศรษฐวานิช	รพ.บางบัวทอง	จ.นนทบุรี
6	รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม	ทพญ.วรพรรณ ถมยา	รพ.หนองแค	จ.สระบุรี
7	หนูน้อยวัยใส ใส่ใจฟันสวย	นส.กุลภัทรา เหล็กเพชร และคณะ	รพ.โคกเจริญ	จ.สระบุรี

ผลงานวิชาการ

ที่	ชื่อผลงาน	ผู้นำเสนอ	หน่วยงาน
1	การรักษาคลองรากฟันกรามโดยการสอดผ่านเครื่องมือที่หักอยู่ภายในคลองรากฟัน	ทพ.กนกสิทธิ์ จันทวีชากร	รพ.บ้านนา จ.นครนายก
2	รายงานผู้ป่วยเรื่องการรักษากระดูกขากรรไกรล่างส่วนมุมหักด้วยแผ่นโลหะตามกระดูกขนาดเล็ก	ทพ.รุจนพล อมรลักษณะนันท์	รพ.สามโคก จ.ปทุมธานี
3	รายงานผู้ป่วย กรณีฟันฟุสภาพช่องปากจากฟันสึก	ทพญ.นวลพรรณ สุวรรณสัมฤทธิ์	รพ.วังน้อย จ.พระนครศรีอยุธยา
4	การแก้ไขการสบคร่อมฟันหน้าล่างคร่อมฟันหน้าบนซี่เดียวด้วยเซรามิกวีเนียร์	ทพญ.วิษวดี หุ่นวิจิตร	รพ.บ้านนา จ.นครนายก
5	รายงานผู้ป่วยเรื่องการรักษาคลองรากฟันในฟันกรามล่างแท้ซี่ที่หนึ่งที่มีรากด้า่นลินไกลกลาง	ทพญ.ศรินทรา บุญคำภา	รพ.สามโคก จ.พระนครศรีอยุธยา
6	การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อป้องกัน	ทพญ.อักษรภักดิ์ ภูวนวิโรจน์	รพ.บ้านนา จ. นครนายก
7	กรณีศึกษา เรื่อง การสร้างฟันเทียมทั้งปากบนและฟันเทียมบางส่วนล่างในผู้ป่วยที่มีปัญหาเนื้อเยื่อยึดเกาะสูงบริเวณสันเหงือกโดยไม่ผ่าตัดศัลยกรรม	ทพญ.ศรีประภา ภูริธนสาร	รพ.ปทุมธานี จ.ปทุมธานี
8	การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยเด็กด้วยวิธีจัดการพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา	ทพญ.พรทิพย์ ชัยเกียรติ	รพ.หนองเสือ จ.ปทุมธานี

3. ปัญหาอุปสรรค

การจัดบริการสุขภาพ (Health Service Delivery) (สุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม.)

ปัญหา/อุปสรรค อำเภอที่มีรพสต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากได้คุณภาพครบตามเกณฑ์ 14 กิจกรรม 6 กลุ่มเป้าหมายและครอบคลุม 200คน/1,000ประชากร ที่รับผิดชอบร้อยละ 39.73 จากเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 60 ส่วนผลงานข้อมูลการเข้าถึงบริการทันตกรรมในภาพรวมเขตได้ร้อยละ 21.78 จากเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 35 ภาพรวมเขตที่ไม่บรรลุเป้าหมายเนื่องจาก

1). มีปัญหาเรื่องการบันทึกข้อมูลในระบบ 43 แฟ้ม ที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ทำให้ไม่สามารถดึงข้อมูลจากระบบ HDC ได้

2). บริการใน รพสต. เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยมีกลุ่มเป้าหมายสำคัญคือเด็กนักเรียน ช่วงไตรมาสแรก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนเพิ่งเปิดเทอมการจัดบริการยังไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่

3). บางจังหวัดมีประชากรในพื้นที่มาก และสัดส่วนของทันตภิบาลต่อประชากรน้อยทำให้ความครอบคลุมบริการไม่ได้ตามเกณฑ์ (พื้นที่แก้ปัญหาโดยฝึกรวมพัฒนาขยายบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สามารถดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคช่องปากพื้นฐานได้)

4). ปัญหาจากตัวชี้วัดซึ่งเป็นภาพรวมของประเทศไม่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของพื้นที่เช่นกำหนดให้รพสต.จัดบริการใน 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรมในพื้นที่ที่เป็นสังคมเมือง การคมนาคมสะดวก เช่น อำเภอเมืองนนทบุรี หลีกเลี่ยงไม่ได้ไปฝากครรภ์ที่รพสต. ทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่สอง นอกจากนี้บริบทด้านภูมิศาสตร์ ขนาดพื้นที่ไม่กว้างใหญ่ การเดินทางสะดวก ประชาชน สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาล และทันตบุคลากรในโรงพยาบาลสามารถดูแลพื้นที่ได้ดี ทำให้พบว่าบางอำเภอแม้ไม่บรรลุตัวชี้วัดแต่มีสถานะสุขภาพช่องปากเด็กดีกว่าอำเภอที่บรรลุตัวชี้วัดนี้

3.1. ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing) ในระบบ 43 เพิ่ม

1. **ปัญหา/อุปสรรค** ปัญหาของโรงพยาบาลระดับ A-F คือมีทันตแพทย์ในพื้นที่ที่เข้าในระบบข้อมูลน้อยเจ้าหน้าที่ดูแลระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลต้องดูแลข้อมูลทุกแผน งานทันตกรรมไม่ได้ถูกจัดลำดับความสำคัญรวมทั้งมีความไม่เข้าใจรายละเอียดของงานทันตกรรม ไม่ทราบจะแก้ไขปัญหาอย่างไร ส่วนใน รพสต. ทันตภิบาลไม่เข้าใจลงข้อมูลได้ไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุม

3.2. กำลังคนทันตบุคลากร (Health workforce)

1. **ปัญหา/อุปสรรค** ประเด็นจำนวนบุคลากรและความพอเพียง ในภาพรวมเขตยังต้องการทันตบุคลากร ทั้งทันตแพทย์ ทันตภิบาล และผู้ช่วยงานทันตกรรมเพิ่มขึ้น แต่ในรายจังหวัดจะเห็นการกระจายของบุคลากรที่ไม่สมดุล จังหวัดเล็ก ประชากรน้อยเช่นนครนายกมีทันตแพทย์เกิน จังหวัดอ่างทอง สิงห์บุรีมีทันตภิบาลเกิน จังหวัดที่มีประชากรมาก เช่น ปทุมธานีขาดบุคลากรทั้งทันตแพทย์ ทันตภิบาล แต่การเพิ่มทันตแพทย์ ไม่สามารถทำได้เนื่องจากพื้นที่ในโรงพยาบาลคับแคบ ไม่สามารถตั้งศูนย์ทันตกรรมได้ และไม่สามารถขยายพื้นที่เพิ่มเติมได้ ส่วนผู้ช่วยงานทันตกรรมขาดแคลนอย่างมาก ในรพสต.ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ช่วยงานทันตกรรม ด้านความจำเป็นในการพัฒนา การผลักดันระบบ oral health CUP Manager เพื่อพัฒนาบริการฯ ระดับปฐมภูมิทันตแพทย์ยังขาดทักษะในการทำงานเชิงรุก ยังต้องการการพัฒนาทักษะ หลักการ แนวคิด ด้านทันตสาธารณสุข และระบาดวิทยาเพิ่มขึ้น การพัฒนาบริการระดับตติยภูมิ แต่ละจังหวัดมีแผนการศึกษาต่อเฉพาะทางแล้ว ส่วนทันตภิบาล มีทันตภิบาลจบใหม่จำนวนมากซึ่งมีประสบการณ์การทำงานน้อย ต้องการการฝึกฝนพัฒนาเพิ่มเติม รวมทั้งทันตภิบาลรุ่นพี่ที่ต้องการพัฒนาให้ได้เรียนรู้องค์ความรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ช่วยงานทันตกรรมส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างที่สถานบริการจัดฝึกกันเองซึ่งควรมีโอกาสได้รับการพัฒนาด้วย

3.3. การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing) ความเพียงพอของงบประมาณ

1. **ปัญหา/อุปสรรค** มีปัญหาเรื่องความล่าช้า ไม่ชัดเจนของงบประมาณที่ได้รับ ทำให้แผนงานโครงการ มีความไม่แน่นอน รวมทั้งงบประมาณได้ค่อนข้างน้อยเนื่องจากไม่ถูกจัดลำดับความสำคัญซึ่งโรงพยาบาล ในเขตส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเงินการคลัง และขาดการจัดการในระดับพื้นที่

3.4. เทคโนโลยี/มาตรการจัดบริการและแก้ปัญหา

1. **ปัญหา/อุปสรรค** การแก้ไขปัญหาเด็กฟันผุสามารถแก้ไขปัญหาได้ระดับหนึ่ง ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีฟันผุลดลงต่อเนื่องมาหลายปี แต่ในภาพรวมทั้งเด็กปฐมวัย และวัยเรียนยังมีปัญหาฟันผุมากกว่าค่าเฉลี่ยและค่าเป้าหมายของประเทศ และยังมีความเสี่ยงที่เด็กอาจมีฟันผุเพิ่มขึ้นได้ การแก้ปัญหามีความยากเนื่องจากบริบทของพื้นที่ที่เป็นสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีโรงงานอุตสาหกรรม และมีประชากรจากต่างถิ่นมาอยู่มาก แบบแผนความเป็นอยู่ การเลี้ยงดูเด็กเปลี่ยนไป การแก้ปัญหาต้องใช้องค์ความรู้ด้านสังคม/พฤติกรรมศาสตร์การบริหารจัดการมากขึ้น ส่วนเทคโนโลยีทางทันตกรรม บางพื้นที่มีการใช้ Silver Diamine Fluoride และการอุดฟัน SMART technique เพื่อควบคุมการลุกลามของโรคฟันผุ และบูรณะให้ฟันใช้งานได้ ด้านการรักษาฟันผุ ทุกจังหวัดมีการนำหลักการเรื่องคลินิกทันตกรรมคุณภาพ (Safety Goal) มาประเมินคุณภาพการให้บริการ แต่ยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง ส่วนการพัฒนาบริการตติยภูมิ การพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศด้านการรักษาฟันผุ มีแผนพัฒนาเป็นศูนย์การรักษาเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ แต่มีทรัพยากร (บุคลากรและเครื่องมือ) กระจายอยู่ในโรงพยาบาลระดับ A ทั้ง สามแห่ง นอกจากนี้ในพื้นที่ยังมีปัญหาจาก โรค NCD ทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม น้ำตาลได้ ยังอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ10-30) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีโปรแกรมดูแลสุขภาพช่องปากร่วมด้วย แต่การดำเนินการมีเพียงข้อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติทางวิชาการไม่ได้กำหนดให้เป็นกิจกรรมที่ชัดเจนและไม่มีการติดตามผลจึงทำให้การดำเนินงานยังไม่มีระบบที่ชัดเจน

3.5 การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance)

1). **ปัญหา/อุปสรรค** ในระดับเขตมีคณะกรรมการ Service Plan เขตซึ่งทำงานอย่างเข้มแข็ง มีแผนดำเนินงานของเขตซึ่งพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในระดับจังหวัดเกือบทุกจังหวัดมีทันตแพทย์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ประสานการบริหารจัดการแผน/ข้อมูลในจังหวัด หลายจังหวัดมีระบบข้อมูลที่ดี แต่ยังคงขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อพัฒนาการทำงาน จังหวัดลพบุรี ไม่มีทันตแพทย์ประจำในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และมีปัญหาด้านการประสานแผนการจัดการข้อมูลมากกว่าพื้นที่อื่น ส่วนในระดับ CUP ทุกจังหวัดยังต้องการการพัฒนา/สนับสนุนให้ทันตแพทย์สามารถทำงานในบทบาทของ oral health CUP Manager ได้มากขึ้น รวมทั้งต้องมีการสร้างแรงจูงใจให้มีทันตแพทย์มาทำงานบริหารจัดการทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขมากขึ้น

4. ผลงานเด่น :

ด้านนวัตกรรม (Innovation) และผลงานวิชาการ (Academic)

ระดับประเทศ (ชนะเลิศในการประกวด Oral Presentation ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ Service Plan Sharing ครั้งที่ 5/2561) :

“ การประยุกต์ใช้เกณฑ์ประเมินคลินิกทันตกรรมคุณภาพสู่มาตรฐานบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดปทุมธานี ” โดย นางสาวจิตติพร บุณนาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

ด้านการพัฒนาและจัดตั้งศูนย์เชี่ยวชาญ (Excellence Center)

1). ศูนย์เชี่ยวชาญปากแหว่งเพดานโหว่(Cleft lip Clift palate) : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี

2). ศูนย์เชี่ยวชาญทันตกรรมผู้สูงอายุที่มีความยุ่งยากซับซ้อน(Geriatric Dentistry) : โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา

3). ศูนย์เชี่ยวชาญทันตกรรมสำหรับเด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน (Pediatric Dentistry) : โรงพยาบาลสระบุรี จ.สระบุรี

(ศูนย์ความเชี่ยวชาญทั้ง 3 สาขา ยังไม่ได้ทำ MOU กับมหาวิทยาลัย แต่มีการประสานความร่วมมืออย่างไม่เป็นทางการกับมหาวิทยาลัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง)

ด้านการพัฒนาศูนย์ฝึกอบรมทันตแพทย์ประจำบ้าน

1). สาขา Pedodontic : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี อยู่ระหว่างการทำ MOU กับคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1). ตัวชี้วัดที่กำหนดเป้าหมายแบบเดียวกันทั้งประเทศในระดับเขตควรสามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ในขณะที่เดียวกันเขตควรกำหนดตัวชี้วัดในระดับเขต ที่เห็นว่าสำคัญเพิ่มเติมด้วย

2). งบประมาณสนับสนุน Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก นอกจากได้น้อยแล้ว ยังล่าช้าไม่ชัดเจน เขตฯควรแก้ปัญหา เพื่อให้ Service Plan แต่ละสาขา สามารถกำหนดแผนการทำงาน และดำเนินการได้ตามแผน

6. แนวการดำเนินงานในปี 2562

1) เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม โดยการจัดให้มีทันตบุคลากรประจำและหมุนเวียนใน รพ.สต. และ ศสม. ให้ครบทุกแห่งภายในปี 2565 เน้นการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน และรักษาทันตกรรมเบื้องต้น เพื่อให้สามารถบรรลุตัวชี้วัดการจัดการบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการครอบคลุมประชากรในพื้นที่ตามเกณฑ์ (200 ครั้งต่อ 1,000 ประชากร/ปี) และมีผู้ช่วยเหลืองานทันตกรรมที่เพียงพอเหมาะสม

2) ลดระยะเวลาในการรอรับบริการฟันเทียมในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการเตรียมสภาพช่องปากพร้อมที่จะทำฟันเทียมสามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่มีคิว

3) จัดระบบส่งต่อภายในเครือข่าย โดยพัฒนาโรงพยาบาลระดับ A เป็นศูนย์รับบริการส่งต่อภายในเครือข่าย และพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนที่มีทันตแพทย์เฉพาะทางให้จัดบริการทันตกรรมเฉพาะสาขาโดยไม่ต้องส่งต่อมารับบริการที่โรงพยาบาลระดับ S และ A เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชน

4) พัฒนาการจัดบริการ Excellent Center ด้านทันตกรรม ได้แก่

- โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี : Cleft Lip & Palate
- โรงพยาบาลสระบุรี จ.สระบุรี : Pediatric Dentistry
- โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา : Geriatric Dentistry

5) พัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน โดยสนับสนุนให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยทุกสิทธิเข้าถึงบริการทันตกรรม เน้นกลุ่มเด็กปฐมวัย และเด็กประถมศึกษา โดยได้จัดทำโครงการขับเคลื่อนระดับเขต ได้แก่ โครงการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในเด็กปฐมวัย และ เด็กประถมศึกษา

6) พัฒนาและขยายเครือข่ายบริการสุขภาพช่องปาก โดยการบริหารจัดการและประสานความร่วมมือทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนเพิ่มมากขึ้น

7) พัฒนาระบบบริหารจัดการในเขต โดยมีการพัฒนาระบบกำกับติดตาม ประเมินผลงานทันตสาธารณสุข การสนับสนุนด้านวิชาการ การจัดสรรทรัพยากรทันตสาธารณสุข และการจัดซื้อเวชภัณฑ์ทันตกรรมร่วมของเขตอย่างต่อเนื่อง

ที่มา : ข้อมูลจาก ทพญ.สุวรรณา สมถวิล ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สสจ.สระบุรี ณ วันที่ 7 กันยายน 2561

3.6 สาขาทา

สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)

สาขาจักษุ เขตสุขภาพที่ 4 ประจำปี 2561

1. สถานการณ์ปัจจุบัน

1.1 โรคต้อกระจกชนิดตาบอด (Blinding Cataract) มีผู้ป่วยตาบอดในชุมชน ๆ ทั้งที่อยู่ในเขตเมือง (urban area) รวมไปถึงเขตชนบท (rural area) ทั้งที่มีการรณรงค์ผ่าตัดกระจกมาโดยตลอด ซึ่งยังคงเป็นปัญหาเรื่องของการเข้าถึงบริการและการบริหารจัดการระบบการคัดกรองโรคต้อกระจกชนิดตาบอดในพื้นที่ ปฐมภูมิให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

1.2 โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) การคัดกรอง diabetic retinopathy ยังไม่สามารถดำเนินการครอบคลุมกลุ่ม ประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ตามเกณฑ์ KPIs ที่กำหนดไว้คือร้อยละ 60 ของประชากรที่ป่วยเป็นเบาหวานต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

1.3 ปัญหาสายตาเด็ก การดำเนินงานโครงการเด็กไทยสายตาดี เพื่อเพิ่มโอกาสการเรียนรู้ในเด็ก ประถมศึกษาปีที่ 1 ผลการดำเนินงานตรวจรักษาเด็กผิดปกติ ที่ต้องได้รับแว่นตา ยังมีปัญหาเนื่องจาก โครงการฯที่ทางรพ.เด็กดำเนินงานสิ้นสุดลงในเดือนมิถุนายน 2561

1.4 โรคกระจกตาพิการ เป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้เกิดภาวะสายตาเลือนรางหรือตาบอด ปัจจุบันมี ผู้ป่วยกระจกตาพิการรายใหม่เพิ่มมากขึ้นทุกปี ส่งผลให้มีผู้ป่วยของเขตสุขภาพที่ 4 ขึ้นทะเบียนรอรับดวงตา บริจาคที่ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยมากถึง 1,328 ราย โดยผู้ป่วยแต่ละรายมีระยะเวลารอคอยดวงตาบริจาค นาน บางรายรอคอยนานถึง 20 ปี จึงมีการจัดตั้งศูนย์ปลูกถ่ายกระจกตาเขตสุขภาพที่ 4 ณ โรงพยาบาลพระ นังเกล้า เพื่อเป็นศูนย์กลาง ประสานงานระหว่างโรงพยาบาลในเขตสุขภาพกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย และ มีการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างเขตสุขภาพที่ 4, ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย และมหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ เพื่อดำเนิน โครงการ “พาผู้ป่วยกลับบ้าน” ตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2564 เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขต สุขภาพที่ 4 ที่ขึ้นทะเบียนรอรับบริจาคดวงตาได้กลับมารับการผ่าตัดปลูกถ่าย กระจกตา ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการให้รวดเร็ว ยิ่งขึ้น

2. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ปีงบประมาณ 2561 (ตุลาคม 2560 – สิงหาคม 2561)								
		นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	ลพบุรี	สิงห์บุรี	สระบุรี	นครนายก	ภาพรวม
ร้อยละของการคัดกรองผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพื่อค้นหา Blinding Cataract	75%	45.73%	90.12%	82.89%	88.69%	83.03%	88.61%	81.71%	79.48%	75.15%
ผู้ป่วยBlinding Cataractได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	80%	93.42%	82.99%	97.38%	97.55%	81.02%	94.92%	81.75%	81.25%	78.63%
ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอคอย ผ่าตัดของผู้ป่วยBlinding Cataract	30 วัน	22.93	28.25	7.72	16.23	23.62	13.57	22.05	22.46	16.80
ผู้ป่วย Low vision Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 วัน	80%	96.36%	91.43%	95.48%	100%	93.74%	100%	97.58%	99.34%	84.32%
ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอคอย ผ่าตัดของผู้ป่วยLow vision Cataract	90 วัน	58.53	47.11	24.55	13.15	33.04	13.19	28.02	29.74	27.20

ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ปีงบประมาณ 2561 (ตุลาคม 2560 – สิงหาคม 2561)								
		นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	ลพบุรี	สิงห์บุรี	สระบุรี	นครนายก	ภาพรวม
ร้อยละของการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอประสาทตา	60%	31.68%	57.49%	35.24%	59.99%	39.44%	55.99%	29.86%	29.15%	42.36%
อัตราการคัดกรองสายตาคในเด็กประถม 1	100%	35.45%	51.88%	90.30%	67.67	98.92%	95.47%	64.94%	81.31%	83.42%

3. ผลงานเด่น มีการจัดดำเนินการโครงการพาผู้ป่วยกลับบ้าน เขตสุขภาพที่ 4

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยกระจกตาพิการได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายกระจกตาอย่างรวดเร็ว และสะดวกใกล้บ้าน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เป็นหลักประกันว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มีการพัฒนาศักยภาพการบริการปลูกถ่ายกระจกตาเขตสุขภาพที่ 4 โดยจัดตั้งศูนย์ปลูกถ่ายกระจกตาเขตสุขภาพที่ 4 ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี มีการประสานความร่วมมือกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยและมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ร่วมในโครงการ “พาผู้ป่วยกลับบ้าน” เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภูมิลาเนาในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ขึ้นทะเบียนรอรับบริจาคดวงตากับสภากาชาดไทย ได้กลับมารับการผ่าตัดปลูกถ่ายกระจกตา ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการให้รวดเร็วยิ่งขึ้น ลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยและลดการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ นอกจากนี้ โครงการพาผู้ป่วยกลับบ้าน เขตสุขภาพที่ 4 ยังได้รับคัดเลือกจากคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตาให้นำเสนอประเภท Oral Presentation ในการประชุม Service plan Sharing ครั้งที่ 5 เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2561 ณ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์กรุงเทพฯ

ผลการดำเนินงานโครงการพาผู้ป่วยกลับบ้าน เขตสุขภาพที่ 4

ลำดับ	หัวข้อ	ภาพรวมเขต	ร้อยละ	หมายเหตุ
1.	รายชื่อผู้ป่วยจากศูนย์ดวงตาทั้งเขต	1328		
2.	ผู้ป่วยสิทธิที่ต้องรับผิดชอบ	1024	100	
3.	ผู้ป่วยที่ดำเนินการติดตามแล้ว	511	49.90	
4.	ผู้ป่วยที่ติดตามได้สำเร็จ	390	38.08	ของผู้ป่วยสิทธิ
			76.32	ของผู้ป่วยที่ดำเนินการติดตามแล้ว
4.1	ผู้ป่วยที่ขอยกเลิกการจองดวงตา	125	32.05	
4.2	ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ	97	24.87	
4.3	ผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ	172	44.10	ที่ติดตามสำเร็จ
			63.94	ที่ติดตามสำเร็จ - ยกเลิกจองตา
5.	ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองจากจักษุแพทย์	140	81.40	ของผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วม โครงการ
5.1	ผู้ป่วยที่การมองเห็นยังดีอยู่	56	40.00	
5.2	ผู้ป่วยที่จักษุแพทย์เห็นสมควรผ่าตัดทั้งหมด	60	47.14	
5.3	ผู้ป่วยที่จักษุแพทย์เห็นสมควรผ่าตัดในเขต	56	40.00	ที่คัดกรอง
			14.36	ที่ติดตามสำเร็จ
6.	ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแล้ว	31	55.38	

สรุปผลการดำเนินงาน

- 1) ระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดเฉลี่ย 2 ปี 4 เดือน
- 2) ระดับสายตา (Visual Acuity , VA) หลังผ่าตัดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ดีขึ้นอย่างน้อย 3 แถว จำนวน 13 ราย จาก 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.47 และในผู้ป่วยกลุ่มนี้มี VA 20/20 จำนวน 2 ราย

3) พบ graft failure จำนวน 3 ราย

ความภาคภูมิใจ เมื่อดำเนินการได้ 1 ปี 3 เดือน (ระยะเวลาโครงการ 4 ปี)

1) ดำเนินการได้ผ่านเกณฑ์ประเมินผลตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ทั้ง 3 ข้อ

2) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 4 ได้รับการผ่าตัดในเวลาที่รวดเร็วขึ้นกว่าคิวปกติ และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่หมดหวังแล้วที่จะรับการผ่าตัด เพราะไม่สะดวกเดินทาง ได้รับการผ่าตัดและกลับมามองเห็นอีกครั้ง

3) สามารถสร้างเครือข่ายบุคลากรเพื่อช่วยพัฒนางานทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์ดวงตาสุภาพภาคใต้, ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน และศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี) เป็นเครือข่ายตั้งแต่ระดับมหาวิทยาลัยไปจนถึง รพ.สต.

4) ช่วยส่งเสริมความสำเร็จของโครงการดวงตาสดใสเทิดไท้ 84 พรรชามหาราชินี เพื่อเทิดพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถในรัชกาลที่ 9

3. ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางแก้ไข

หัวข้อ	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
Service	มีปัญหาเรื่องของการเข้าถึงบริการ - ผู้ป่วยปฏิเสธ ผ่าตัด/ไม่มาตรวจตามนัด(กลัวผ่าตัด ไม่มีญาติดูแล มีปัญหาเศรษฐกิจ)	1. รมรงค์เรื่องการคัดกรองการวัดสายตาเชิงรุกผู้สูงอายุในชุมชน เน้นการสร้างความตระหนักในการเข้ารับการผ่าตัดเพื่อป้องกันตาบอด 2. การจัดการคัดกรองเชิงรุกในผู้ป่วยเบาหวานทุกคน โดยพัฒนาศักยภาพสถานบริการในระดับ M2,F1,F2,F3 ให้สามารถคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตาด้วย Fundus camera
Health workforce	1. บุคลากรที่มจกฯไม่เพียงพอ 2. จนท.รพ.สต.มีภาระงานมาก 3. ขาดทักษะในการวัดสายตา/ไม่มั่นใจในเรื่องการถ่ายภาพและการอ่านภาพจอประสาทตา 4. ขาดความรู้ ทักษะการใช้โปรแกรมvision2020 5.ขาดพยาบาลวัดแว่น	1. มีการเพิ่มศักยภาพของ อสม.และจนท.รพ.สต.โดยการอบรมเรื่องการวัดสายตาง่ายและการใช้โปรแกรมvision2020ให้แก่รพ.สต. 2. แต่ละจังหวัดพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการถ่ายภาพและอ่านภาพถ่ายจอประสาทตาโดยจักษุแพทย์ของแต่ละจังหวัดเป็นผู้สอน 3. พัฒนาศักยภาพพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยส่งอบรมShort Course training, Subspecialty
Information	1. มีโปรแกรมที่หลากหลายในการบันทึกข้อมูล ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนเพิ่มภาระงาน 2. โปรแกรมvision 2020 ไม่มีผู้รับผิดชอบกลางในการนำเข้าข้อมูล 3. HDC : ข้อมูลส่งออกไม่ได้ทั้งหมด 4. บุคลากรไม่ยอมรับ ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้โปรแกรม vision2020	- เชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างโปรแกรมต่างๆ - อบรมฟื้นฟูการใช้โปรแกรมvision2020และทบทวนวิธีการบันทึกข้อมูลใน 43 แฟ้ม
Financing	งบประมาณจำกัด /ขาดงบประมาณสนับสนุนด้านเครื่องมือ/งบบัณฑิตกรอง/พัฒนาบุคลากร/ขาดงบประมาณเรื่องแว่นตาเด็ก	- ส่วนกลางสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้น - พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลให้เป็นศูนย์ปลูกถ่ายกระจกตาโดยแบ่งเป็น 3 โซน และมีงบสนับสนุนการจัดตั้งRetinal Center ที่ชัดเจน - ขอสนับสนุนงบประมาณแว่นตาเด็กจากสป.สช.

3. แผนการดำเนินงานปี 2562

- E1 พัฒนาระบบบริการผ่าตัดผู้ป่วย Blinding Cataract
- E2 พัฒนาระบบบริการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา (DR)
- E3 พัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจอประสาทตาและ Laser AMD
- E4 พัฒนาระบบบริการ Laser ROP สำหรับเด็กแรกเกิดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ ROP
- E5 พัฒนาระบบบริการแก้ไขปัญหาสายตาในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1
- E6 พัฒนาระบบบริการ Corneal Transplant
- E7 พัฒนาระบบบริการโรคต้อหิน

ที่มา : ข้อมูลจากผู้รายงาน นางสาวนุชรีย์ ฤกษ์ดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาล
บ้านหมี่ จ.ลพบุรี ณ วันที่ 6 กันยายน 2561

3.7 สาขาไต

ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาไต เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561

1. สถานการณ์ปัจจุบัน

แนวโน้มของการบำบัดทดแทนไต เพิ่มปีละ 15-20 % สาเหตุส่วนใหญ่จาก DM ,HT ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเอง ซึ่งทำให้เข้าสู่ RRT มากขึ้น ซึ่งในประเทศไทยตอนนี้มีมากกว่า 1 แสนคน ใช้งบประมาณมากกว่า 2 หมื่นล้านบาทต่อปี และเพิ่มขึ้นทุกปี

2. ผลการดำเนินงาน ปี 2561 (ข้อมูล ณ ไตรมาสที่ 3 : ตุลาคม 60 – มิถุนายน 61)



3. ผลงานเด่น

3.1 การพัฒนาคุณภาพการดูแลแผลช่องทางออกของสายล้างไตทางช่องท้อง (Exit Site) โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการ ล้างไตทางช่องท้องที่ประสบความสำเร็จ โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

4. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

4.1 ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ คือการมีส่วนร่วมของชุมชน/ปฐมภูมิ

4.2 มีการจัดการระบบเครือข่ายที่ดี โดยการร่วมมือของทีม CKD Clinic และทีม Palliative Care

4.3 ปัญหา อุปสรรค ขาดกำลังบุคลากรสนับสนุนในหลายๆ ด้าน

5. แผนการดำเนินงาน ปี 2562

5.1 การพัฒนาเรื่อง Palliative Care ใน ESRD

5.2 การพัฒนาประเด็น CKD Clinic คุณภาพ

5.3 จัดประชุมโลกระดับเขต

5.4 จัดประชุมโภชนาการอาหารแก่บุคลากรในเขต 4 (อาหารโรคไต)

ที่มา : ข้อมูลจากผู้รายงาน นางสุรีย์วรรณ รัตนกิจสุนทร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานไตเทียม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ณ วันที่ 5 กันยายน 2561

3.8 สาขา Palliative Care

แบบสรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ประจำปี 2561 ของเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 4

1. สถานการณ์ปัจจุบัน

สถานการณ์ด้านสุขภาพของประเทศไทยมีการพัฒนาไปอย่างก้าวไกล การเปลี่ยนแปลงของโรคที่เป็นปัญหาและเป็นสาเหตุการตายในทศวรรษนี้ แตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับในหลายทศวรรษก่อน ปัจจุบันสาเหตุการป่วยร้อยละ 71 มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อ (Global Health Observatory, WHO) สาเหตุการตายเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น การตายอันดับต้นของประเทศไทยคือ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ ประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วทางการแพทย์ มีการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ในการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วย โรคต่างๆ ในอดีตซึ่งไม่สามารถรักษาได้หรือผลการรักษาไม่ได้ผลดี ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตยืนยาวขึ้น ซึ่งหมายถึงการรักษาที่ยาวนานยืดเยื้อ และเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ รวมถึงได้รับการรักษาที่มุ่งยืดชีวิตแม้อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมถึงการตัดสินใจเลือกทางเลือกของการรักษาต่างๆ ที่มักกระทำโดยครอบครัว โดยผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วม ซึ่งบางครั้งการรักษาดังกล่าวอาจไม่ใช่แนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ ดังนั้น ระบบบริการแบบ Palliative Care เป็นทางเลือกที่สำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้าย โดยมีจุดมุ่งหมาย คือ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และคาดว่าชีวิตที่เหลืออยู่น้อยกว่า 1 ปี อย่างระมัดระวัง หลักการของ Palliative Care คือ การยอมรับในเวลาที่เหลืออยู่โดยไม่ไปยึดหรือเร่งเวลาที่เหลือ แต่ดูแลให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะและคุณภาพชีวิต ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่ โดยมีการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพ การดูแลประคับประคองด้านจิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งในบางครั้งอาจมีความสำคัญมากกว่าด้านร่างกาย นอกจากนี้ ส่วนสำคัญในการดูแลแบบ Palliative Care คือ การช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ตรงจริง รวมถึงทางเลือกต่างๆ ในการตัดสินใจ และช่วยกันวางแผนการรักษาล่วงหน้าที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด การดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลด้านจิตวิญญาณและการเยียวยาความโศกเศร้า จากการสูญเสีย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเป็นการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจที่เป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

สำหรับการจัดระบบบริการสุขภาพแบบ Palliative Care ในเขตสุขภาพที่ 4 มีการพัฒนาระบบบริการดังกล่าวอย่างเป็นทางการเป็นเครือข่ายระดับเขตที่มีความชัดเจนมากขึ้นตั้งแต่ปี 2560 โดยสอดคล้อง/สนองตอบกับตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากเขตสุขภาพที่ 4 ในปี 2560 จำนวน 127,800 บาท และปี 2561 จำนวน 45,000 บาท โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา Palliative Care เขตสุขภาพที่ 4 ได้ดำเนินการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทาง House Model

HOUSE MODEL : PALLIATIVE CARE เขตสุขภาพที่ 4



2. ผลการดำเนินงาน

2.1 ผลการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการตามแผนงาน/โครงการ

- 1) จัดประชุมคณะกรรมการฯ จำนวน 4 ครั้ง เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ระบบรายงาน การพัฒนาบุคลากร และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต
- 2) ประสานการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลด้าน Palliative Care ระยะเวลาหลักสูตร 10 วัน จำนวน 2 รุ่น รุ่นละ 30 คน ณ รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี โดยจัดสรรโควตาให้กับทุกโรงพยาบาลตามส่วนขาด
 - รุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 29 มกราคม - 9 กุมภาพันธ์ 2561
 - รุ่นที่ 2 ระหว่างวันที่ 5 - 16 มีนาคม 2561
- 3) กำหนดระบบการรายงานข้อมูล ให้ทุกจังหวัดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานทุกไตรมาส ภายในวันที่ 5 หลังสิ้นสุดไตรมาส ไปที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
- 4) การนิเทศ กำกับ ติดตามการดำเนินงานระดับเขต ออกติดตามเยี่ยมเสริมพลัง 2 จังหวัด ตามลำดับดังนี้
 - 4.1) จังหวัดนครนายก มุ่งเน้นประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบมีอาชีพ (ณ โรงพยาบาลนครนายก วันที่ 18 มิถุนายน 2561) โดยโรงพยาบาลนครนายก มี ward ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เรียกว่า “ศูนย์ชีวะรักษ์” ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ตอบสนองความประสงค์ของผู้ป่วยได้อย่าง
 - 4.2) มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และจากไปอย่างสงบ ญาติมีความพึงพอใจจังหวัดสิงห์บุรี มุ่งเน้นประเด็นการดูแลผู้ป่วยประคับประคองอย่างองค์รวม (ณ โรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี วันที่ 27 สิงหาคม 2561) มีจุดเด่นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ มีการเชื่อมโยงเครือข่ายภายในอำเภอด้วยระบบข้อมูลบนฐานเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว
- 5) จัดประชุมสัมมนาวิชาการ 2 ครั้ง

5.1) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบมีอาชีพ (เรื่องการค้าเงินงานหอผู้ป่วยชีวรักษ์) วันที่ 18 มิถุนายน 2561 ณ โรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก

5.2) จัดประชุมสัมมนาวิชาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการใช้สิทธิตามพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมอุทอง ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

6) ส่งผลงานเด่นประเภทโปสเตอร์เข้าร่วมประชุมวิชาการเขต 2 เรื่อง ได้แก่ ศูนย์ชีวรักษ์ จังหวัดนครนายกและชุดอิมมูญ จังหวัดปทุมธานี

2. สถานการณ์กำลังคนด้าน Palliative Care

จังหวัด	จำนวนบุคลากรที่ผ่านการอบรม						รวม
	แพทย์	พยาบาล					
		1 วันขึ้นไป	<5 วัน	5 วัน	10 วัน	>10 วัน	
1. นนทบุรี	2	5	0	11	0	1	19
2. ปทุมธานี	2 (เฉพาะทาง)	65	2	24	1	2	96
3. พระนครศรีอยุธยา	3 (2 เดือน)	62	0	16	1	4	86
4. อ่างทอง	0*	7	3	14	0	1	25
5. สิงห์บุรี	0*	17	6	7	0	1	31
6. ลพบุรี	7 (<5,5 วัน)	38	146	19	8	6	224
7. สระบุรี	3 (<5 วัน)	250		22		1	276
8. นครนายก	7 (<5,5 วัน)	71	0	11	1	2	92
รวม	24	515	157	124	11	18	849

จากตาราง บุคลากรที่ผ่านการอบรมด้าน Palliative Care มากที่สุดคือพยาบาล แต่ผ่านการอบรมระยะสั้นๆ ซึ่งคณะกรรมการ Service Plan สาขา Palliative Care ได้ประสานการอบรมพยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลทุกระดับให้เข้าอบรมระยะ 10 วัน ณ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ซึ่งปัจจุบันครอบคลุม รพ. ทุกแห่งในเขต ซึ่งแผนต่อไปจะขยายการอบรมไปสู่พยาบาลประจำ ward ใน รพ.ระดับ A, S, M และเน้นการอบรมพยาบาลเฉพาะทางมากขึ้น สำหรับแพทย์ มีจำนวนน้อยมากที่จะเข้ามาร่วมเป็นแกนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะจังหวัดสิงห์บุรี และอ่างทอง มีแพทย์รับผิดชอบ Palliative Care แต่ยังไม่ผ่านการอบรม ซึ่งแพทย์ที่ผ่านการอบรมส่วนใหญ่จะเป็นการอบรมระยะสั้นๆ

3. ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

3.1 ผลการดำเนิน ๕ ขั้นตอน

จังหวัด	จำนวน รพ. ทั้งหมด	จำนวน รพ.ที่ผ่าน 5 ขั้นตอน (ร้อยละ)					ประเด็นที่ไม่ผ่าน
		ขั้น 1	ขั้น 2	ขั้น 3	ขั้น 4	ขั้น 5	
1.นนทบุรี	7	100	100	100	100	100*	
2.ปทุมธานี	8/1	100	100	100	100	100	ผลงานวิชาการ
3.พระนครศรีอยุธยา	16	100	100	100	100	100*	
4.อ่างทอง	7	100	33.33*	100	100	100*	การส่งต่อ ACP,Pain Clinic
5.สิงห์บุรี	6	100	66.67*	100	100	100*	มีแพทย์แต่ยังไม่ผ่านการ อบรม
6.ลพบุรี	11/1	100	100*	100	100	100*	ACP,ผลงานวิชาการ
7.สระบุรี	12	100	100	100	100	100*	
8.นครนายก	4	100	100	100	100	100*	
รวม	71/2	100	87.5	100	100	100*	

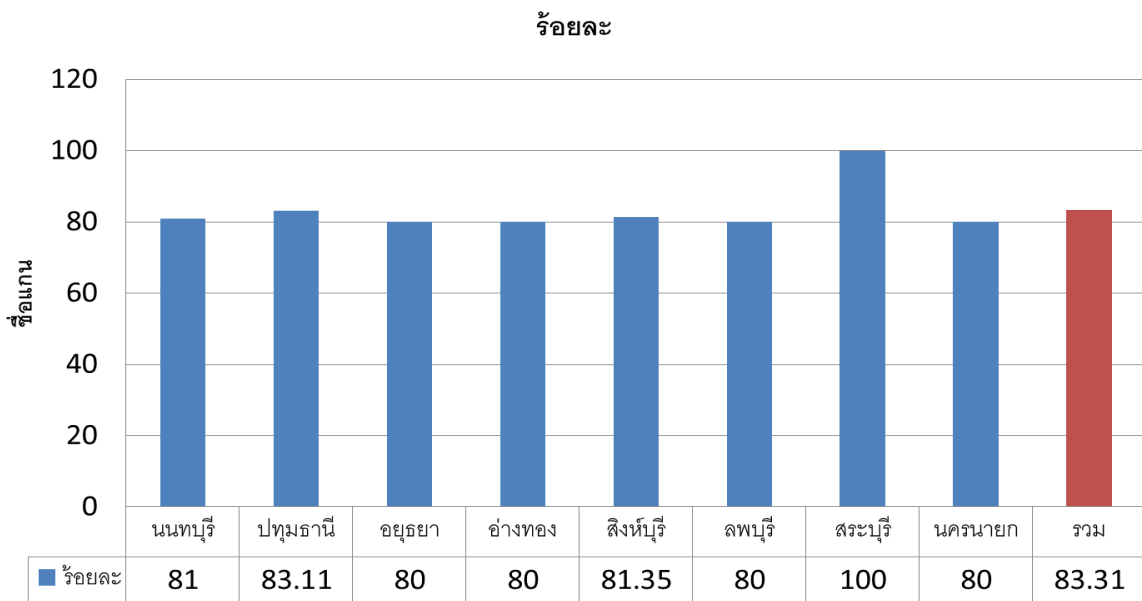
จากตารางพบว่า การดำเนินงานตามตัวชี้วัด ๕ ขั้นตอน โรงพยาบาลทุกระดับจะผ่านทุกขั้นตอนนี้ ยกเว้น จังหวัดอ่างทอง รพ.ระดับ S ยังไม่มี Pain Clinic และการดำเนินงานด้าน ACP ไม่ชัดเจนไม่ผ่านตามเกณฑ์ (เกณฑ์ คือ ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน) ได้รับการ ให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) \geq ร้อยละ 50 ของ ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน และจังหวัดสิงห์บุรี รพ.ระดับ S แพทย์ที่รับผิดชอบยังไม่ผ่านการอบรม ด้าน Palliative Care

3.2 ผลการพัฒนาศักยภาพพยาบาลหลักสูตร 10 วัน

จังหวัด	จำนวนผู้ผ่านการอบรม ปี 2560	จำนวนผู้ผ่านการอบรม ปี 2561	รวม
1. นนทบุรี	11	5	16
2. ปทุมธานี	5	11	16
3. พระนครศรีอยุธยา	11	5	16
4. อ่างทอง	10	7	17
5. สิงห์บุรี	4	5	9
6. ลพบุรี	10	10	20
7. สระบุรี	12	9	21
8. นครนายก	4	8	12
รวม	69	61	127

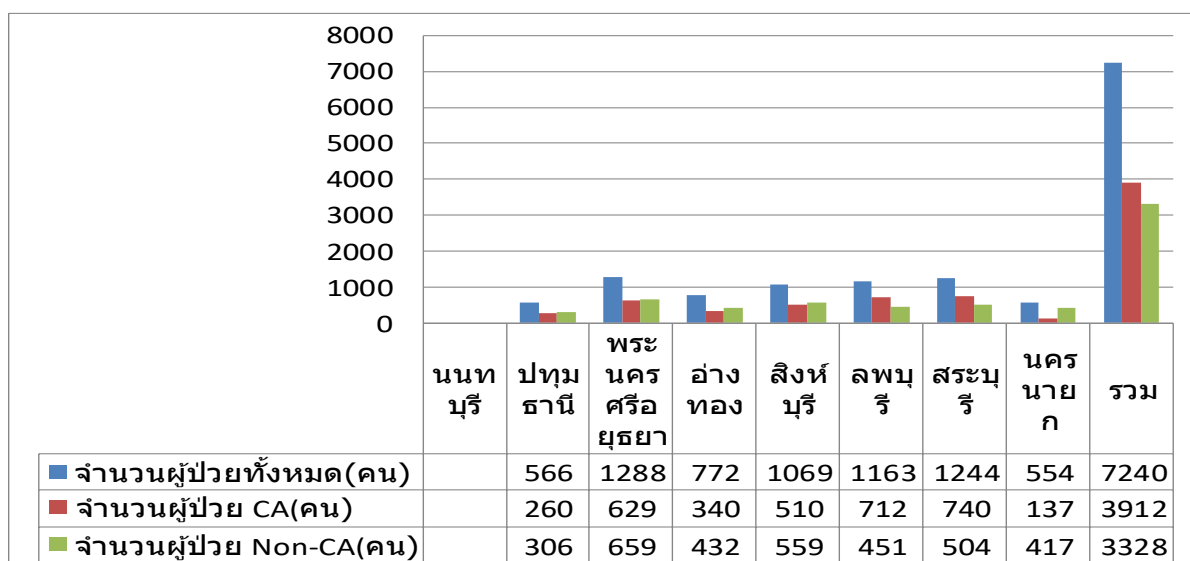
จากตารางพบว่า พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน Palliative Care ผ่านการอบรม 10 วันครอบคลุม รพ.ทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งคณะกรรมการ Service Plan สาขา Palliative Care ได้ประสานการอบรมพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลทุกระดับให้เข้าอบรมระยะ 10 วัน ณ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ซึ่ง ปัจจุบันครอบคลุม รพ.ทุกแห่งในเขต ซึ่งแผนต่อไปจะขยายการอบรมไปสู่พยาบาลประจำ ward ใน รพ.ระดับ A, S, M นอกจากนี้ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการอบรมพยาบาลผู้ประสานงาน (PCNC) ในระดับ เขตและจังหวัด ละละ 1 คน ระยะเวลาหลักสูตร 10 วัน และได้เสร็จสิ้นแล้ว เขตสุขภาพที่ 4 เข้ารับการอบรม ครอบคลุมทุกจังหวัด นอกจากนี้ กรมการแพทย์ยังสนับสนุนการอบรมพยาบาลเฉพาะทางให้กับจังหวัดต่าง ๆ โดย ในเขตสุขภาพที่ 4 เข้ารับโควตา 3 คน คือ จังหวัดลพบุรี 2 คน จังหวัดอ่างทอง 1 คน

3.3 จำนวนผู้ป่วย Palliative Care ไตรมาส 1 – 3



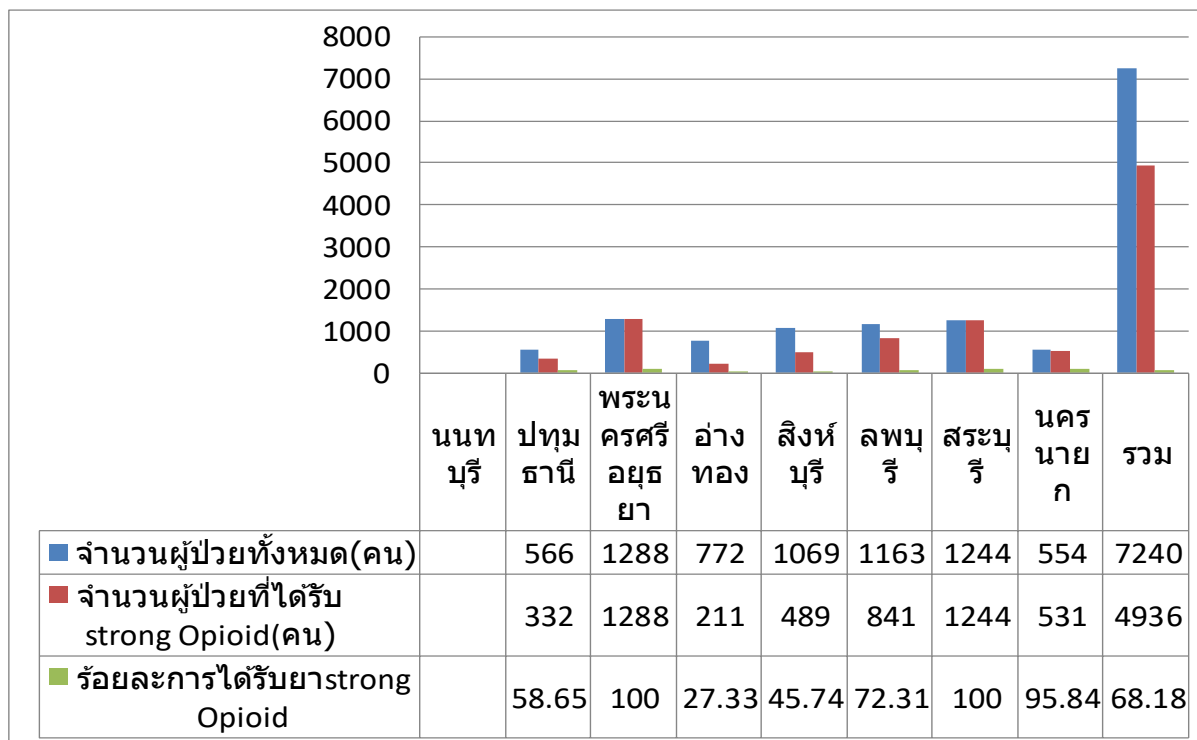
จากตารางพบว่า ผู้ป่วย Palliative มีทั้งผู้ป่วย CA มากกว่า Non-CA จำนวนไม่มากนัก ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต้องเน้นการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยทั้ง CA และ Non-CA ให้มากขึ้น มีการค้นหาและคัดกรองให้ครอบคลุมทั้งใน รพ.และในชุมชน

3.4 กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับการคัดกรองเข้าสู่การดูแลแบบ Palliative Care ไตรมาส 1 – 3



จากตารางพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับการคัดกรองเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองภาพรวมเขตมากกว่าเกณฑ์ คือ ร้อยละ 83.31 (เกณฑ์ร้อยละ 80) โดยผ่านเกณฑ์ครอบคลุมทุกจังหวัด

3.5 ผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการ Palliative Care ได้รับยา Strong Opioid ไตรมาส 1 – 3



จากตารางพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการ Palliative Care ได้รับยา Strong Opioid ภาพรวมเขตผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 68.18 (เกณฑ์ร้อยละ 30) จังหวัดส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ยกเว้นอ่างทอง ร้อยละ 27.33 ซึ่งต้องอาศัยนโยบายในการผลักดันให้มียา Strong Opioid ใน รพ.ทุกระดับ

4. ปัญหาอุปสรรค

1) บุคลากรแพทย์ และเภสัชกรมีจำนวนน้อยมากที่จะมารับผิดชอบด้าน Palliative Care และเป็นแกนนำในการดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วย Opioids ได้น้อย โดยเฉพาะในชุมชน

2) แพทย์และพยาบาลผู้รับผิดชอบไม่สามารถปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง Palliative care ได้เต็มเวลา ยังมีขีดจำกัดเรื่องอัตรากำลังในโรงพยาบาลชุมชน

เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยสามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้ยังมีไม่เพียงพอกับความต้องการ และมีปัญหาเรื่องระบบการซ่อมบำรุง

3) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีการทำงานแบบเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพน้อย

4) การทำ Advance Care Planning (ACP), Family meeting ยังมีน้อย ด้วยบุคลากรขาดองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ทำให้ไม่มั่นใจในการดำเนินงาน

5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.1) ควรมีการกำหนดนโยบายเชิงบริหารเรื่องยา Strong Opioid ให้มีใน รพ.ทุกระดับ

5.2) ควรมีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5.3) ควรกำหนดแนวทาง Advance Care Plan ให้เห็นเป็นรูปธรรม ชัดเจน

5.4) ควรมีการสนับสนุนระบบการบริหารจัดการคลังอุปกรณ์ให้สามารถแชร์กันได้ทั้งในระดับจังหวัด เขต ภาค และประเทศ ตลอดจนหาแนวทางแก้ไขเรื่องการดูแลรักษา/ซ่อมบำรุงอุปกรณ์เครื่องมืออย่างเป็นระบบ

5.5) ควรสนับสนุนการทำงานในรูปแบบเครือข่ายทั้งระดับจังหวัด เขต ภาค และประเทศ

5.6) ควรสนับสนุน career path (ความก้าวหน้าในสายอาชีพบุคลากรด้านดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง : เพิ่มกรอบอัตรากำลังพยาบาลที่จะปฏิบัติงาน Palliative Care ได้เต็มเวลา)

6. แผนการดำเนินงานปี 2562

มีการพัฒนาบริการด้าน Palliative Care อย่างต่อเนื่องจากปี 2561 ดังนี้

- 6.1) ประชุมคณะกรรมการและผู้รับผิดชอบงาน Palliative Care ระดับเขต เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานระดับเขต การกำกับติดตาม การรายงาน และการประเมินผลการดำเนินงาน (4 ครั้ง)
- 6.2) ประสาน/สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพให้เชี่ยวชาญ/ชำนาญเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 6.3) พัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดทำ Advance Care Planning (ACP)
- 6.4) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (บุคลากรทั้งใน รพ. และรพ.สต.)
- 6.5) พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อ-ส่งกลับผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องและทันเวลาโดยใช้โปรแกรม COC
- 6.6) ประชุมสังเคราะห์เสริมพลังในพื้นที่แต่ละจังหวัด
- 6.7) สนับสนุนการนำเสนอผลงานเด่นด้าน Palliative Care สู่เวทีระดับเขต ภาค และประเทศ
- 6.8) จัดประชุมวิชาการนำเสนอผลงานการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ Palliative Care เขตสุขภาพที่ 4
- 6.9) สนับสนุนการสรรหาอุปกรณ์เครื่องมือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านเพื่อจัดทำธนาคารเครื่องมือในแต่ละจังหวัด
- 6.10) พัฒนาคำรู้จิตอาสา/อสม.ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน
- 6.11) สื่อสารความรู้/ความเข้าใจ มาตรา 12 สู่ประชาชน

3.9 สาขากุมารเวชกรรม

ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)

สาขาแม่และเด็ก (กุมารเวชกรรม เขตสุขภาพที่ 4)

ปีงบประมาณ ปี2561

1. สถานการณ์ปัจจุบัน

สถิติผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า โรคปอดอักเสบเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยปี 2561 ถึงไตรมาส 3 มีผู้ป่วยจำนวน 8195 ราย มีผู้เสียชีวิต 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.13 สูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็ก 0-5 ปี

2. ผลการดำเนินงาน ปี2561

เป้าหมาย : อัตราป่วยตายโรคปอดอักเสบในเด็ก อายุ 1 เดือน – 5 ปี < 1 %

ไตรมาส 1 ปี2561 (ต.ค.2560-ธ.ค.2560)			ไตรมาส 2 (ม.ค.2561-มี.ค.2561)			ไตรมาส 3 (ม.ค.2561-มี.ค.2561			รวม		
B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ
3,078	4	0.24	2,819	5	0.13	2298	2	0.09	8195	11	0.13

B หมายถึง จำนวนเด็กไทยอายุ 1 เดือนถึง 5 ปีบริบูรณ์ ป่วยด้วยโรคปอดบวม

A หมายถึง จำนวนเด็กไทยอายุ 1 เดือนถึง 5 ปีบริบูรณ์ ป่วยด้วยโรคปอดบวม จำหน่ายตาย

ผลการดำเนินการ ปี2561 อัตราป่วยตายโรคปอดอักเสบในเด็ก อายุ 1 เดือน – 5 ปี ร้อยละ 0.13 เทียบกับปี 2560 อัตราป่วยตายร้อยละ 0.45 ส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด

3. ผลงานเด่น

โรงพยาบาลสระบุรี ได้พัฒนาการประเมินระบบทางเดินหายใจ Respiratory Failure Score มีให้สามารถประเมินระดับความรุนแรงการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวโดยแพทย์ใช้สำหรับผู้ป่วยเด็กทั้งใน ห้องฉุกเฉิน หน่วยผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมทั้งโรงพยาบาลในเครือข่าย ทำให้ประเมินอาการ /ระดับความรุนแรงความเสี่ยงการเกิดหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยเด็กสอดคล้องอาการผู้ป่วย มีการสื่อสาร อาการ / ระดับความรุนแรง ระหว่างทีมสุขภาพ ทำให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ลดการเสียชีวิตผู้ป่วยได้

4. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค

- 1) การเข้าถึงการรักษาตั้งแต่ แรกเริ่ม
- 2) ศักยภาพบุคลากรในการดูแล ผู้ป่วยในสถานพยาบาล ทุกระดับ
- 3) ความรู้ / ความเข้าใจ การดูแล ตนเอง ของผู้ป่วย

ปัญหา อุปสรรค

- 1) บุคลากร ขาดความรู้ ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ
- 2) ขาดอุปกรณ์ เช่น oxygen saturation

5. แผนการดำเนินการปี 2562

สนับสนุนแพทย์อบรมการดูแลรักษาเฉพาะทาง/ หลักสูตรระยะสั้น ส่งพยาบาลอบรมพยาบาลเฉพาะทาง ในหลักสูตร สาขาที่เกี่ยวข้อง

ที่มา : ผู้รายงาน นางสาวบรียง มีนรินทร์ โรงพยาบาลสระบุรี

3.10 สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD : Non-communicable Disease)

ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

สาขาโรคไม่ติดต่อเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561

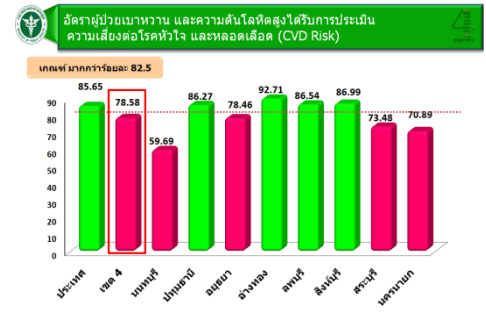
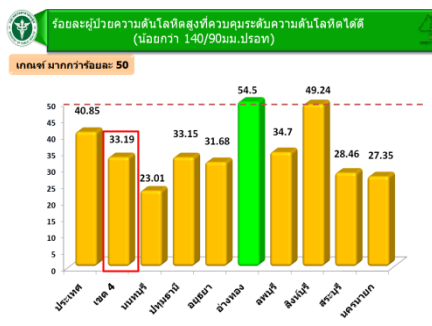
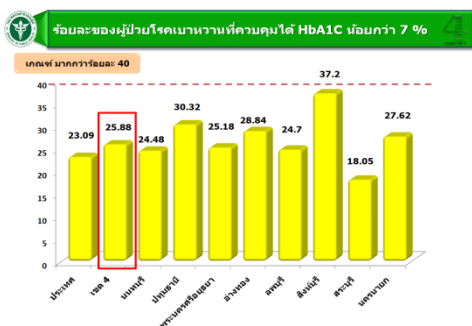
1. สถานการณ์ปัจจุบัน

เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ภาคกลางตอนบน ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี และนครนายก ในปีงบประมาณ 2561 มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 41,911 คน ,34,494 คน ,44,361 คน ,19,387 คน ,37,701 คน ,15,145 คน ,34,884 คน และ14,085 คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 86,130 คน ,69,377 คน ,100,394 คน ,41,078 คน ,83,970 คน ,36,174 คน ,78,142 คน และ31,317 คน ตามลำดับ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อ ได้พัฒนาระบบการบริการเพื่อเชื่อมโยงและขับเคลื่อนนโยบายยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งในด้านการบริหารจัดการและนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในระดับเขตบริการสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับชุมชน นำไปสู่การพัฒนารูปแบบและแนวทางการบริหารจัดการและระบบบริการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งเขตบริการสุขภาพ

2. ผลการดำเนินงาน ปี 2561

- 2.1) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน
- 2.2) ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่
- 2.3) ร้อยละผู้ป่วย DM/HT

ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ควบคุมระดับความดันโลหิตในเลือดได้ดี ได้รับการประเมิน CVD Risk



3.ผลงานเด่น

- 3.1) ธนาคารเครื่องวัดความดันโลหิต ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
- 3.2) โครงการสะอาดเคราะห์ต่อชะตากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

4.ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 4.1) พัฒนาระบบติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกระบวนการ Health literacy ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม
- 4.2) พัฒนาคู่มือหลักสูตร Mini Case Manager /System Manager/ Case Manager แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน/ผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 4.3) การใช้โปรแกรม Chronic Link มาใช้สนับสนุนการดำเนินงาน NCD ในพื้นที่

5. แผนการดำเนินงาน ปี 2562

การพัฒนากระบวนการสุขภาพ สามารถไม่ติดต่อ (NCD) เขตสุขภาพที่ 4 ปี 2562						
เป้าหมาย : 1. DM/HT Control 40/50% 2. Screening CVD ≥ 85% 3. พัฒนา NCD คลินิก (NCD clinic plus) ส่วนกลางระดับตึกโรงพยาบาล ระดับต้น จังหวัดละ 1 แห่ง 4. health literacy มี. DM HT (ขยายเพิ่มขึ้นอีก 2 อำเภอหรือจังหวัด)						
P: Partner - สร้างและสนับสนุนการ ทำงานร่วมกับภาคี ภาครัฐและเอกชน ดำเนินงานโรดโชว์ติดต่อ เชิญ ผลลัพธ์		I: Invest - การบริหารจัดการส่งเสริม มีองค์ (PIU) และงบ งบลงทุนใช้จัดสร้างให้เกิด ประสิทธิภาพของห้อง และแนวทางในเชิง งบประมาณจาก งบฯ. เงินสนับสนุนการ ดำเนินงาน		R: Regulate and Legislate - สนับสนุนให้เกิดการบังคับ ใช้นโยบายหรือมติของ สถาบันประชาชน ใน ภาวการณ์งาน ตลอด ระยะเวลา	A: Advocate - รณรงค์การดูแลสุขภาพ ของตนเอง 3A, 2S, และการส่งเสริม Health literacy ให้กับประชาชน กลุ่มเสี่ยง	B: Build Capacity - พัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม 3A, 2S, 2C ด้วยโรดโชว์ติดต่อ เชิญ
3 เดือน - สร้างพื้นที่ต้นแบบ CBI อย่าง น้อยจังหวัดละ 1 ตำบล/ชุมชน - มี. DM HT ได้มีการ ประเมิน CVD Risk 50% - สร้างภาคีเครือข่าย IT และ พัฒนาระบบข้อมูลต้นแบบ - พัฒนาศักยภาพบุคลากร CM/SM/mini CM - ประเมิน NCD คลินิก (NCD clinic plus) ระดับจังหวัดละ 1 (6 อำเภอหรือกลุ่ม) - ดำเนินการตามเป้าหมายเพื่อ ท้า health literacy		6 เดือน - มี. DM HT ได้มีการประเมิน CVD Risk 85 % - มี. DM HT ควบคุมน้ำตาล/ ความดันโลหิต ระดับ 20/30 - ประเมินการดำเนินงาน health literacy จังหวัด 1		9 เดือน - มี. DM HT ควบคุมน้ำตาล/ความ ดันโลหิต ระดับ 30/40 - มี.กลุ่มเสี่ยงสูง (CVD Risk >30%) ได้มีการประเมินผู้มีความเสี่ยงอย่าง เจนซัน จำนวน 80 - มี.ประเมิน NCD คลินิก (NCD clinic plus) ระดับเขตและการเชื่อมโยง 3A - ประเมินการดำเนินงาน health literacy จังหวัด 2 - ประเมิน NCD คลินิก (NCD clinic plus) ระดับจังหวัดละ 2 (15 อำเภอ)	12 เดือน - มี. DM HT ควบคุมน้ำตาล/ความดัน โลหิต ระดับ 40/50 - มี.กลุ่มเสี่ยงสูง (CVD Risk >30%) ได้มีการประเมินผู้มีความเสี่ยงอย่าง เจนซัน จำนวน 100 - ดำเนินการตามเป้าหมายการ health literacy ได้ครบ	

ที่มา : ข้อมูลจากผู้รายงาน นายก่อศักดิ์ จันทร์วิจิตร ตำแหน่ง นวก.สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.สิงห์บุรี

3.11 สาขาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU : Rational Drug Use Hospital)

ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ 4 ไตรมาส 3 ปี 2561

1. สถานการณ์ปัจจุบัน

เขตสุขภาพที่ 4 มีจำนวน รพ.ทั้งสิ้น 71 รพ. โดยดำเนินการจัด RDU สัญจร ครั้งที่ 2 ในวันที่ 11 พฤษภาคม 2561 ที่ รพ.ท่าเรือ จ.อยุธยา และวันที่ 9 กรกฎาคม 2561 จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงาน RDU-AMR ไตรมาส 2 ณ รพ.พระพรเทพบาท จ.สระบุรี ผลการดำเนินงานพบว่า

1.1) **รพ.ผ่าน RDU ขั้นที่ 1** : รพ. ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 จำนวน 62 แห่ง (ร้อยละ 87.32)

อันดับ 1 ของประเทศ

1.2) **รพ.ผ่าน RDU ขั้นที่ 2** : รพ. ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 5.63)

ได้แก่ 1. รพ.สระโบสถ์ จ.ลพบุรี 2. รพ.สามโก้ จ.อ่างทอง 3. รพ.โพธิ์ทอง จ.อ่างทอง

1.3) **รพ. A, S, M1 (12แห่ง)** : รพ. ผ่านเกณฑ์ AMR ทุกโรงพยาบาล (ร้อยละ 100)

2. ผลการดำเนินงาน ปี 2561 (ข้อมูล ณ ไตรมาสที่ 3 : ตุลาคม 60 – มิถุนายน 61)

ที่	จังหวัด	จำนวน รพ. ทั้งหมด (แห่ง)	จำนวน รพ.ผ่าน RDU ขั้นที่ 1(แห่ง/ ร้อยละ)	จำนวน รพ. ผ่าน RDU ขั้นที่ 2 (แห่ง/ร้อยละ)	จำนวน รพ.ระดับ A, S, M1 ผ่าน เกณฑ์ AMR * (แห่ง/ร้อยละ)	รายชื่อ รพ. ที่ยังไม่ผ่าน RDU ขั้นที่1	รายชื่อ รพ.ที่ ผ่าน RDU ขั้นที่ 2
1	นครนายก	4	4 / 100.00	-	1 / 100.00		
2	อ่างทอง	7	6 / 85.71	1 / 14.29	1 / 100.00		1. รพ. โพธิ์ทอง
3	สิงห์บุรี	6	6 / 100.00	-	2 / 100.00		
4	ปทุมธานี	8	7 / 87.50	1 / 12.5	1 / 100.00	1. รพ. ประชาธิปัตย์	1.รพ.ลำลูกกา
5	อยุธยา	16	13 / 81.25	1 / 6.25	2 / 100.00	1. รพ. พระนครศรีอยุธยา 2. รพ.อุทัย	1. รพ. บางปะหัน
6	นนทบุรี	7	6 / 85.71	-	1 / 100.00	1. รพ.ปากเกร็ด	
7	สระบุรี	12	11 / 91.67	-	2 / 100.00	1. หนองโดน	
8	ลพบุรี	11	9 / 81.82	1 / 9.09	2 / 100.00	1. รพ.ชัยบาดาล	1. รพ. สระโบสถ์
รวม		71	62 / 87.32	4 / 5.63	12 / 100.00		

3. ผลงานเด่น

ผลงานที่ได้รับคัดเลือกไปนำเสนอในงานประชุมมหกรรมวิชาการ นครจตุบุรีศรีปทุมทอง เขตสุขภาพที่ 4

3.1) RDU CKD Alert KHONYOK HOSPITAL รพ.นครนายก จ.นครนายก

จัดให้มีระบบ RDU CKD Alert โดยโรงพยาบาลนครนายกเป็นต้นแบบ และบูรณาการไป รพ.ชุมชน ทั้งจังหวัด โดยระบบนี้พัฒนาขึ้นโดยสหสาขาวิชาชีพ คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และสารสนเทศของโรงพยาบาล โดยผ่านโปรแกรม HOSxP โดยระบบนี้สามารถตรวจสอบค่า eGFR ล่าสุดของผู้ป่วยและช่วยเตือนแพทย์พิจารณาการสั่งยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่ eGFR ต่ำกว่า 60 mL/min/1.73m² นอกจากนี้ยังช่วยเตือนค่าการทำงานของไตกับยาที่ห้ามใช้หรือต้องปรับขนาดยาได้

3.2) 10 ปี Antibiotic Smart Use ไม่ให้ ไม่ทิ้ง ติดตาม โดย รพสต.หลังเขา อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี

เป็น รพสต.ต้นแบบที่ไม่จ่ายยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อ และอธิบายผู้ป่วยอย่างจริงจัง โดยสามารถไปเป็นวิทยากรต้นแบบกับ รพสต.อื่นๆ ได้เป็นอย่างดี และส่งเสริมการใช้การรักษาแบบแพทย์แผนไทย ลดการใช้ ATB ในชุมชนลงได้

3.12 สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เขตสุขภาพที่ 4

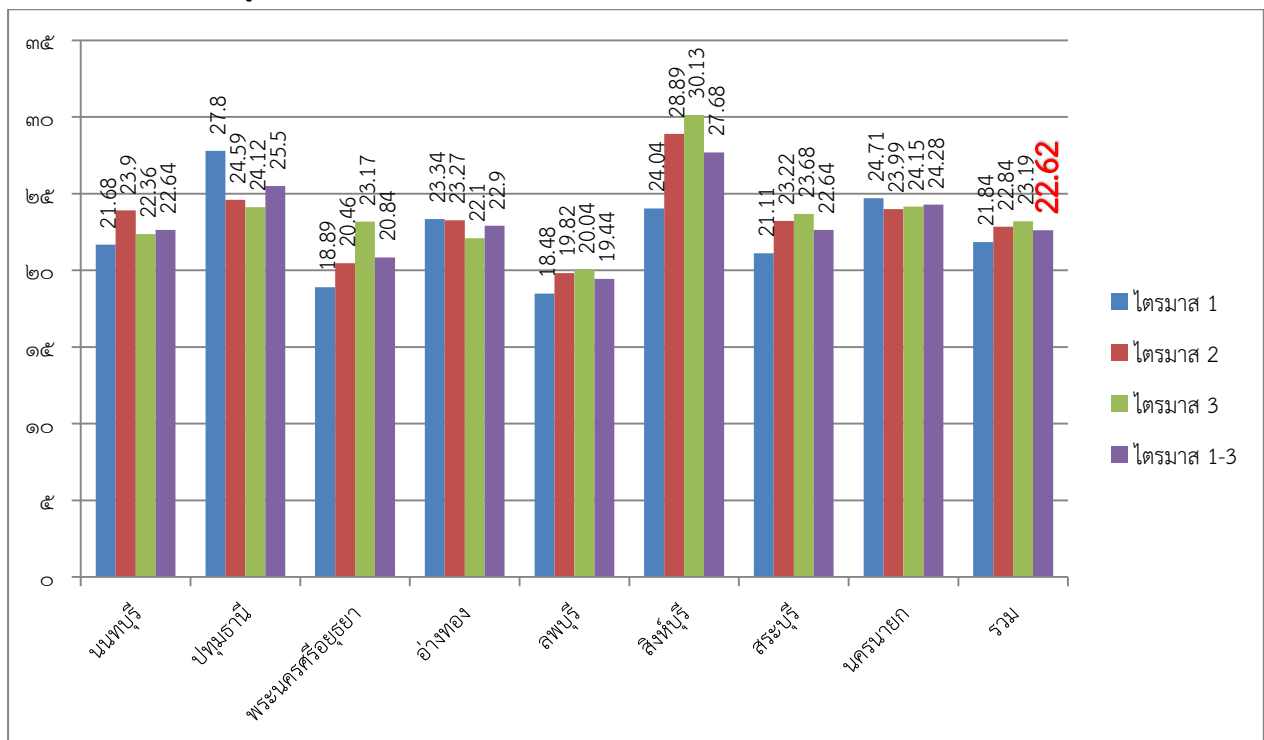
ปีงบประมาณ 2561

1.สถานการณ์ปัจจุบัน

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เขตสุขภาพที่ 4 ส่งเสริมการเข้าถึงการรับบริการและการใช้ยาสมุนไพรตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ โดยมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน ระบบบริการ การนิเทศติดตามงานครอบคลุมเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตามแผนกลยุทธ์ที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งตัวชี้วัดในหน่วยบริการระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ยังไม่ผ่านเกณฑ์ผลการดำเนินงาน เนื่องจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น โรงพยาบาลที่มีตรวจรักษาเฉพาะทาง อัตราผู้เข้ารับบริการแผนปัจจุบันสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับผู้รับบริการแพทย์แผนไทย ซึ่งถ้าดูในภาพรวม ตัวชี้วัดต้องผ่าน ร้อยละ 20 ในปี 2561 (ไตรมาสที่ 1 - 3) เขตสุขภาพที่ 4 มีผลการดำเนินงานร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 22.62 ซึ่งผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด (เปรียบเทียบกับระดับประเทศ อยู่ประมาณลำดับที่ 10 ค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ ร้อยละ 24.69)

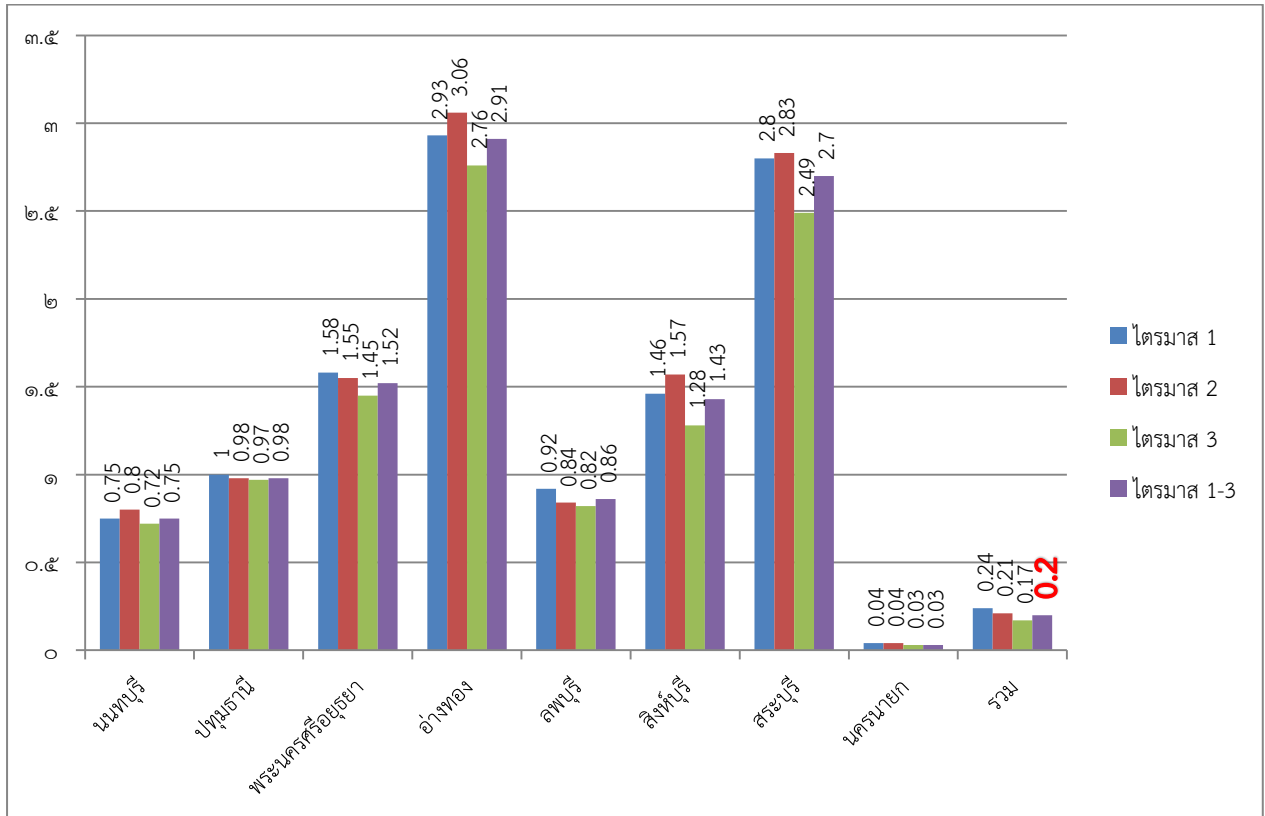
2.ผลการดำเนินงาน ปี 2561 (ข้อมูล ณ ไตรมาสที่ 3 : ตุลาคม 60 – มิถุนายน 2561

ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 20)



หมายเหตุ : ข้อมูลจากโปรแกรม HDC ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2561


มูลค่าการจ่ายยาสมุนไพร



หมายเหตุ : ข้อมูลจากโปรแกรม HDC ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2561

3. ผลงานเด่น

- ผลงานวิชาการ (งานวิจัย) เป็นตัวแทนเข้าร่วมประกวดและนำเสนอผลงานระดับประเทศ
 - ❖ ชื่องานวิจัย : ศึกษาผลของการใช้ยาพอกเข้ารักษาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยเข่าเสื่อม
 - ❖ ผู้วิจัย : คณะกรรมการ Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยฯ จังหวัดสระบุรี
- ผลงานนวัตกรรม เข้าร่วมนำเสนอผลงานระดับเขตสุขภาพ
 - ❖ ชื่องานวิจัย : พัฒนารูปแบบผลิตภัณฑ์พอกเข่า เพื่อดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มโรคเข่าเสื่อมด้วยฟางข้าวและสมุนไพรในชุมชนของโรงพยาบาลลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
 - ❖ ผู้วิจัย : มารุต พานทอง รพ.ลาดบัวหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา



การศึกษาผลของการใช้ยาพอกรักษาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยเข่าเสื่อม คณะ Service plan แพทย์แผนไทย จังหวัดสระบุรี

ที่มาและความสำคัญ


เนื่องจากประชาชนในจังหวัดสระบุรีส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมและเกษตรกรรมเป็นหลัก การเกิดปัญหาข้อเข่าเสื่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและรายได้ในครัวเรือน ทางคณะ Service plan สาขาการแพทย์แผนไทยจังหวัดสระบุรี ได้เล็งเห็นความสำคัญจึงได้ร่วมกันคิดสูตรยาพอกเป็นตำรับค้ำของจังหวัดสระบุรี เพื่อนำมาใช้ในการบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้ยาพอกเข่าลดอาการปวดเข่าในผู้ป่วยเข่าเสื่อมที่มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจจากการใช้ยาพอกเข่าลดอาการปวดเข่าในผู้ป่วยเข่าเสื่อมที่มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี

วิธีการดำเนินการ

คิดค้นสูตรยาพอกเข่าของจังหวัด



พริกไทยดำ หัวหอมแดง แป้งข้าวเหนียว แป้งข้าวเจ้า น้ำมันถั่วลิสงอ่อน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่าง 120 คน จาก 12 รพ. ในสระบุรี รพ.ละ 10 คน

โดยใช้แบบสอบถามคัดกรองข้อเข่าเสื่อมในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างต้องมีอาการอย่างน้อย 2 ใน 5 ข้อ

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่
1.	ข้อเข่ามีอาการบวมหรืออักเสบ (swelling)			
2.	เดินขึ้นบันไดหรือลงบันไดลำบาก (crepitus)			
3.	กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า			
4.	ข้อเข่ามีเสียงดัง (crepitus)			
5.	มีอาการปวดบวมหรือร้อนที่เข่าขณะเดิน			

เริ่มทำการทดลอง

- ❖ พอกเข่าครั้งที่มีการสับตาห่อ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 8 วัน
- ❖ ประเมินระดับความเจ็บปวดก่อนหรือหลังการทดลองโดยใช้ pain score

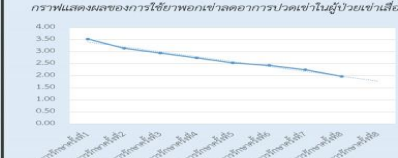
ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ผลของการใช้ยาพอกเข่าลดอาการปวดเข่าในผู้ป่วยเข่าเสื่อม

ครั้งที่	ผลการรักษา		ผลการศึกษา		t-value	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การรักษาคั้งที่ 1	3.53	0.89	2.89	1.08	11.18	0.00
การรักษาคั้งที่ 2	3.14	0.93	2.58	0.99	11.06	0.00
การรักษาคั้งที่ 3	2.94	0.81	2.33	0.99	10.60	0.00
การรักษาคั้งที่ 4	2.74	0.80	2.10	0.83	12.19	0.00
การรักษาคั้งที่ 5	2.53	0.79	2.03	0.84	9.37	0.00
การรักษาคั้งที่ 6	2.43	0.69	1.83	0.71	12.73	0.00
การรักษาคั้งที่ 7	2.25	0.71	1.63	0.70	12.22	0.00
การรักษาคั้งที่ 8	1.98	0.74	1.33	0.56	12.19	0.00

ผลการทดสอบความแปรปรวนแบบวิเศษ F = 39.76, 0.00

กราฟแสดงผลของการใช้ยาพอกเข่าลดอาการปวดเข่าในผู้ป่วยเข่าเสื่อม



ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนการทดลอง: 3.53

ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังการทดลองครั้งที่ 8: 1.98

จากกราฟแสดงผลการวิเคราะห์ของกราฟการใช้ยาพอกเข่าลดอาการปวดเข่าของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวิเศษพบว่าค่าเฉลี่ยของอาการปวดเข่าในผู้ป่วยเข่าเสื่อมลดลงอย่างต่อเนื่องโดยก่อนการทดลองครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยการปวดเข่าเท่ากับ 3.53 และค่าเฉลี่ยหลังการทดลองครั้งที่ 8 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.33 ซึ่งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=39.76,P=0.00) อีกทั้งเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างไม่อิสระกันก็พบว่า ทุกครั้งในการทดลองค่าเฉลี่ยหลังการทดลองมีอาการปวดเข่าในผู้ป่วยเข่าเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจจากการใช้ยาพอกเข่า

ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับ
ระดับความพึงพอใจจากการใช้ยาพอกเข่า	4.00	0.64	ความพึงพอใจมาก
ความพึงพอใจต่อเนื้อหาของยาพอก	3.93	0.77	ความพึงพอใจมาก
ความพึงพอใจต่อความสะดวกในการใช้ยาพอก	4.09	0.67	ความพึงพอใจมาก
ความพึงพอใจต่อระยะเวลา	3.91	0.80	ความพึงพอใจมาก
ความพึงพอใจต่อความสะดวกในการใช้ยา	3.73	1.07	ความพึงพอใจมาก
ความพึงพอใจต่อการมีประโยชน์	4.33	0.66	ความพึงพอใจมากที่สุด

จากตารางวิเคราะห์ความพึงพอใจจากการใช้ยาพอกเข่าของกลุ่มตัวอย่างพบว่าในภาพรวม ระดับความพึงพอใจจากการใช้ยาพอกเข่าดี (M=4.00,SD=0.64) เมื่อพิจารณาเรียงตามพบว่า ด้านความพึงพอใจต่อการมีประโยชน์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (M=4.33,SD=0.66) รองลงมาคือ ความพึงพอใจต่อความสะดวกต่อยาพอก (M=4.09,SD=0.67) และความพึงพอใจต่อระยะเวลา (M=3.91,SD=0.80) และความพึงพอใจต่อความสะดวกในการใช้ยาพอกมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (M=3.73,SD=1.07)

อภิปรายผลการทดลอง

การใช้ยาพอกเข่าสามารถช่วยลดอาการปวดเข่าในผู้ป่วยเข่าเสื่อมได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อยาพอกเข่าอยู่ในระดับ “มาก”

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เพื่อนำมาใช้แทนการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs และแทนการบำบัดที่ใช้เวลาและจำนวนบุคลากรที่มากกว่า รวมทั้งนำไปใช้ในชุมชน สนับสนุนให้ชาวบ้านสามารถทำเองได้ที่บ้าน

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

- ควรมีการศึกษาวิจัยในขยายผลไปยังกลุ่มการรักษาโรคข้อต่ออื่นๆ หรือกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆที่ไม่สามารถรับประทานยาในกลุ่ม NSAIDs หรือทำการไม่ได้
- ควรมีการพัฒนาสูตรและรูปแบบการใช้ยาพอกให้ง่ายต่อการใช้งานให้มากขึ้น

76



การพัฒนารูปแบบผลิตภัณฑ์พอกเข้า

เพื่อดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยฟางข้าวและสมุนไพร
ในชุมชนของโรงพยาบาลลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

มาจรุต พานทอง
รพ. ลาดบัวหลวง อ. ลาดบัวหลวง จ. พระนครศรีอยุธยา

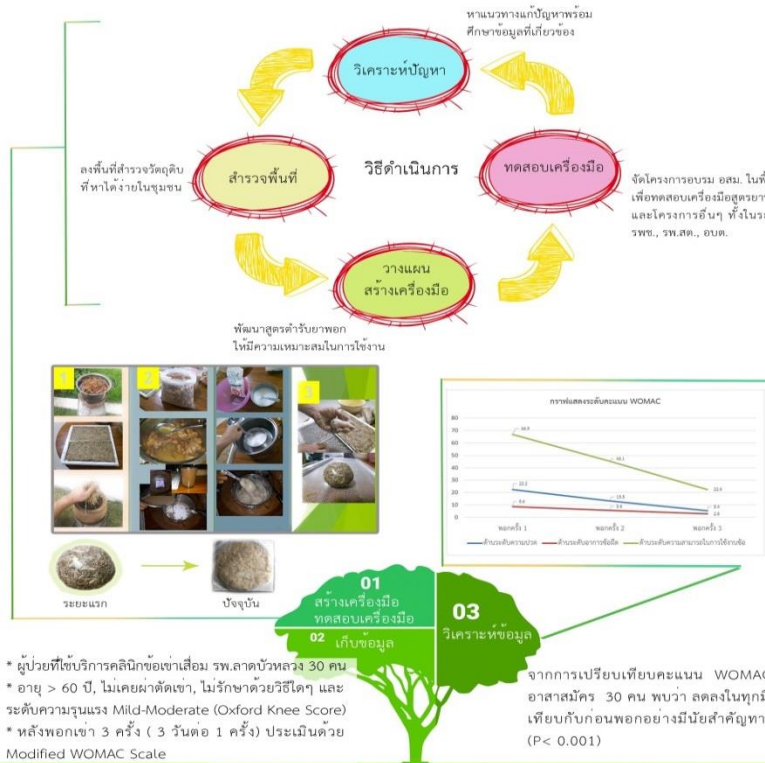


หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยโรคข้อเข่าเสื่อมถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและพบเป็นจำนวนมาก ในทางแพทย์แผนไทยตำรับยาพอกข้อเข่าถูกหยิบยกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยในแต่ละสูตรตำรับมีน้ำมันสมุนไพรบางชนิดที่ไม่สามารถหาได้ในท้องถิ่นมาใช้ประกอบสูตร ทำให้ประชาชนกลุ่มผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมยากขึ้น ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงเป็นการพัฒนาารูปแบบผลิตภัณฑ์พอกเข้าเพื่อดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยฟางข้าวและสมุนไพรในชุมชนของโรงพยาบาลลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาารูปแบบผลิตภัณฑ์พอกเข้าดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยฟางข้าวและสมุนไพรในชุมชน และศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบผลิตภัณฑ์พอกเข้าในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม



4. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ	ปัญหาและอุปสรรค
1. คณะกรรมการ service plan มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	1. บุคลากรไม่เพียงพอต่อหน่วยบริการ เนื่องจากไม่สามารถเพิ่มอัตรากำลังคนลงใน รพ.สต. ที่มีขนาดต่ำกว่าขนาด L
2. ความร่วมมือเครือข่ายแพทย์แผนไทยมีความพร้อมสร้างความเชื่อมั่นและเกิดการยอมรับในทุกสาขาชีพ	2. ยังขาดแคลนผลงานวิจัยเพื่อรองรับความมั่นใจในการส่งเสริมการใช้สมุนไพร
	3. นโยบายและงบประมาณที่ยังขาดความต่อเนื่องและขาดความชัดเจน ทำให้การดำเนินการวางแผนการปฏิบัติงานไม่มีความครอบคลุมและขาดประสิทธิภาพ

5. แผนการดำเนินงาน ปี 2562

- 1). ระบบบริหารจัดการระบบยาสมุนไพร เขตสุขภาพที่ 4
- 2). ส่งเสริม พัฒนา และผลักดันการใช้อยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน
- 3). ส่งเสริม และสนับสนุนงานวิจัยด้านกาแพทย์แผนไทยฯ

3.13 สาขาบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561

1. สถานการณ์ปัจจุบัน

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้พัฒนาระบบงานรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ เนื่องจากเป็นหนึ่งในงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเพิ่มการปลูกถ่ายอวัยวะ ลดการตาย ได้คิวเร็ว แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรค ในการบริจาคอวัยวะซึ่งเป็นเรื่องใหม่ที่ประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญเพราะคิดว่าเป็นเรื่องไกลตัว อีกทั้งยังมีทัศนคติและความเชื่อที่ผิด กลัวว่าเกิดชาติหน้า อวัยวะจะไม่ครบ ตายไปศพไม่สวย ทำให้ไม่กล้าบริจาคอวัยวะ การปลูกถ่ายอวัยวะเป็นทางรอดเดียวของผู้ป่วย หัวใจ ตับ ปอด ไตวายระยะสุดท้าย เขตสุขภาพที่ 4 ได้จัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะครบ 12 โรงพยาบาล ใน 8 จังหวัด ในโรงพยาบาลระดับ A – S -M1 และได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการ ระบบการประชาสัมพันธ์ ระบบการจัดเก็บข้อมูล การพัฒนาบุคลากรเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเจรจาขอบริจาคอวัยวะรวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆเพื่อให้กระบวนการบริจาคอวัยวะมีประสิทธิภาพ

2. ผลการดำเนินงาน

2.1.ตารางแสดงข้อมูลการบริจาคอวัยวะ ดวงตา และเนื้อเยื่อ ปี 2561 (ข้อมูลถึง 31 ส.ค.61)

ลำดับ	โรงพยาบาล	อวัยวะ (ราย)	ดวงตา (ราย)	เนื้อเยื่อ (ราย)	ราย
1	สระบุรี	3	5	2	8
2	พระนครศรีอยุธยา	3	5	1	6
3	พระนั่งเกล้า	4	5	0	7
4	พระนารายณ์มหาราช	0	1	0	1
5	ปทุมธานี	0	2	0	2
6	นครนายก	2	3	3	3
7	อ่างทอง	0	0	0	0
8	สิงห์บุรี	0	0	0	0
9	พระพุทธบาท	1	0	0	1
10	อินทร์บุรี	1	1	0	1
11	บ้านหมี่	1	1	0	2
12	เสนา	0	1	0	1
	รวม	15	24	6	32

๒.๒ ตารางแสดงข้อมูลตามตัวชี้วัดบริจาคอวัยวะและดวงตา ต.ค.2560 –ส.ค. 2561

ข้อมูล	KPI	Hospital Death	เป้าหมาย (ราย)	Donor (ราย)	ค่าที่ทำได้
1.บริจาคอวัยวะ	0.7 : 100	7,348	51	15	0.20 : 100
2.บริจาคดวงตา	1.2 : 100	7,348	88	24	0.32 : 100

3. ผลงานเด่น

3.1) ในปีงบประมาณ 2561 โรงพยาบาลระดับ M1 ของเขตสุขภาพที่ 4 สามารถดำเนินการรับบริจาคอวัยวะได้ประสบผลสำเร็จเป็นครั้งแรก 2 โรงพยาบาล คือโรงพยาบาลอินทร์บุรี ได้รับบริจาคไตและดวงตา เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2561 และ โรงพยาบาลบ้านหมี่ ได้รับบริจาคไต เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2561 และ ร.พ. บางบัวทอง จ.นนทบุรี ได้รับบริจาคดวงตา 1 ราย ครั้งแรก

3.2) โรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 4 ร่วมกันจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์บริจาคอวัยวะและดวงตาอย่างต่อเนื่องในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันไตโลก วันแห่งความรัก วันประชุมวิชาการโรงพยาบาล วันพยาบาลสากล

3.3) เขตสุขภาพที่ 4 จัดกิจกรรมเยี่ยมเยียนพลัง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำงานเพื่อให้เกิดความมั่นใจ โดยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลเสนา 2 ครั้งในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2561 และ 2 พฤษภาคม 2561

3.4) เขตสุขภาพที่ 4 ส่งพยาบาลเรียนหลักสูตรพยาบาลสาขาบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะเพื่อมาช่วยพัฒนางาน 3 ร.พ. ได้แก่ สระบุรี อ่างทอง และพระนั่งเกล้า

4. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงาน

4.1) จำนวน Potential donor ที่ไม่สามารถเป็น Deceased donor เนื่องจากญาติยังมีความเชื่อเรื่องการบริจาคอวัยวะที่ไม่ถูกต้อง รวมถึง ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ จากการจัดประชุมวิชาการเขตล่าสุด วางแผนเพื่อจัดทำแนวทางปฏิบัติให้มีความชัดเจนเพิ่มขึ้น

4.2) รณณรงค์ประชาสัมพันธ์เรื่องการรับบริจาคอวัยวะอย่างต่อเนื่อง ตามกิจกรรมงานต่างๆ รวมถึงการร่วมพิธีกรรมทางศาสนาผู้บริจาคอวัยวะและดวงตา โดยมีพยาบาลผู้ประสานงานร่วมกล่าวเชิดชูเกียรติในงานพิธีด้วย เพื่อประชาสัมพันธ์งาน ให้เห็นคุณค่าการบริจาคอวัยวะและดวงตา

5. แผนการดำเนินงานปี 2562

5.1) จัดตั้งศูนย์ปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสระบุรี

5.2) จัดทำแนวทางปฏิบัติการค้นหา Potential donor

5.3) ส่งบุคลากรเข้าอบรม หลักสูตร พยาบาลผู้ประสานงานบริจาคอวัยวะและดวงตา หลักสูตร 3 วัน และ 4 เดือน

ที่มา : ข้อมูลจากผู้รายงาน นางสุชี วัชรศักดิ์ชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี

3.14 สาขาเยาเสพติด

ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

สาขาเยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 4

ปีงบประมาณ 2561

1. สถานการณ์ปัจจุบัน

การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติดในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4 ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 มิถุนายน 2561 (ข้อมูลจากระบบ บสต. ณ วันที่ 3 กันยายน 2561) พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด 4,216 ราย เพศชาย 3,730 ราย (ร้อยละ 88.47) เพศหญิง 486 ราย (ร้อยละ 11.53) จำแนกผู้เข้าบำบัด พบว่าเป็นผู้เสพ ร้อยละ 65.06 ผู้ติด ร้อยละ 29.12 และ ผู้ใช้ ร้อยละ 3.08 จำแนกตามกลุ่มอายุ 3 อันดับแรก พบว่า กลุ่มอายุ 18-24 ปี มากสุด ร้อยละ 28.39 รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุมากกว่า 39 ปี ร้อยละ 17.39 และกลุ่มอายุ 25 – 29 ปี ร้อยละ 16.63 จำแนกตามอาชีพพบว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงาน พบมากที่สุด ร้อยละ 29.30 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25.88 และกลุ่มว่างงาน ร้อยละ 12.83 ยาเสพติดหลักที่ผู้เข้ารับการบำบัดใช้พบมากที่สุด คือยาบ้า ร้อยละ 82.57 รองลงมาคือ กัญชา ร้อยละ 9.87 และยาไอซ์ ร้อยละ 3.91

2. ผลการดำเนินงาน ปี 2561 (ข้อมูล ณ ไตรมาสที่ 3 : ตุลาคม 2560 – มิถุนายน 2561)

2.1) ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย จากการบำบัดรักษา ตามเกณฑ์กำหนด (3 month remission rate) ผลการดำเนินงานร้อยละ 93.13 รายละเอียดดังตาราง

จังหวัด	นครนายก	นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	รวม
ทั้งหมด	36	75	89	332	320	155	100	111	1218
ผลงาน	36	74	87	323	306	152	97	108	1183
ร้อยละ	100	98.67	97.75	97.29	95.63	98.06	97.00	97.30	97.13

ข้อมูลจาก ระบบ บสต. ณ วันที่ 3 กันยายน 2561 เฉพาะข้อมูลในระบบสมัครใจสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2) สถานบริการระดับโรงพยาบาลส่วนตำบลขึ้นไปสามารถ ให้บริการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดได้ตามที่กำหนด เป้าหมายร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานร้อยละ 100 รายละเอียดดังตาราง

จังหวัด/ ผลงาน	นครนายก	นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	รวม
ทั้งหมด	60	82	86	221	143	138	53	83	866
ผลงาน	60	82	86	221	143	138	53	83	866
ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100

2.3) หน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุข มีการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)

จังหวัด / ผลงาน	นครนายก	นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	รวม
ทั้งหมด	4	6	8	16	11	12	6	7	70
ผลงาน	4	6	8	16	11	12	6	7	70
ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100

2.4) การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA ยาเสพติด) เขตสุขภาพที่ 4
ผลการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด (HA) ในโรงพยาบาล

จังหวัด	นครนายก	นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	รวม
ทั้งหมด	4	6	8	16	11	12	6	7	70
ผลงาน	4	6	8	16	3	12	5	6	60
ร้อยละ	100	100	100	100	27.27	100	83.33	85.71	85.71

ที่มา : ข้อมูลจาก สบยช. ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2561

3. ผลงานเด่น

3.1) การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด (HA) ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 จากจำนวนทั้งหมด 70 แห่ง ได้รับการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด (HA) จำนวน 60 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.71 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2560 จำนวน 27 แห่ง (ปีงบประมาณ 2560 ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพฯ 33 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.14) ทั้งนี้เกิดจากการประสานความร่วมมือของสถานพยาบาลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 จังหวัด โดยการสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขา ยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 4 อย่างต่อเนื่อง

3.2) ผลงานวิชาการซึ่งนำเสนอในการประชุมวิชาการ Best practice Service Plan จำนวน 2 เรื่อง ดังนี้

3.2.1 การบูรณาการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด แบบ case manager อ.เสนา จ. พระนครศรีอยุธยา

โดย นางสาวนงลักษณ์ ทรงลำเจียก ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสนา อ.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา

1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ยาเสพติดในอำเภอเสนามีแนวโน้มที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยเสพยาเสพติดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและกระจายอยู่ในทุกตำบลของพื้นที่ จากนโยบายการปิดล้อมตรวจค้นระดับอำเภอปี 2560 จำนวน 100 คนพบว่า มีทั้งผู้เสพรายใหม่ ผู้เสพรายเก่าที่ผ่านกระบวนการบำบัดและมีการใช้สารเสพติดซ้ำ รวมถึงผู้ที่เสพยาอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ และมีแนวโน้มว่าจะมีความรุนแรงในการใช้สารมากขึ้น ซึ่งจะเป็นภัยคุกคามต่อครอบครัว สังคมต่อไปอีก จำนวนผู้ป่วยที่นำเข้าสู่การบำบัดพบว่า มีผู้ป่วยที่เสพซ้ำเมื่อเวลาผ่านไปเกิน 1 ปีจำนวน 15 คน (คิดเป็น 15%) ผู้ที่เสพยามานานยังไม่ได้รับการบำบัดรักษาและมีอาการทางจิตร่วมด้วยจำนวน 3 ราย ศป.ปส.อำเภอเสนา จึงเล็งเห็น

ความสำคัญในปัญหานี้จึงร่วมกันวางแผนพัฒนาการดำเนินการแก้ไขปัญหา เพื่อลดความรุนแรงโดยบูรณาการภาคีเครือข่ายให้มีแนวทางการช่วยเหลือผู้เสพสารเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ

2) วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ที่ใช้สารเสพติดได้รับการช่วยเหลือก่อนที่จะเสพติดรุนแรงมากขึ้น และในรายที่ผ่านการรักษาไม่กลับไปเสพซ้ำ ได้รับส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี กลับมาใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติต่อไป

3) วิธีดำเนินการ

พัฒนาองค์ประกอบในการดูแลช่วยเหลือให้มีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบการดำเนินงาน

3.1) ชั้นเตรียมการ (Plan)

1) ประชุมวางแผนร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายในทีม / ฝ่ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข ศึกษา พัฒนาชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน การนำเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษารวมทั้งวางแผนก่อนจำหน่ายรวมทั้งการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินคุณภาพชีวิต สำนวจความช่วยเหลือ และการรับไปดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ พร้อมทั้งจัดทำทะเบียนเครือข่ายเพื่อการติดตามประสานการช่วยเหลือ

2) วางแนวทางการช่วยเหลือด้วยหลักเมตตาธรรม ดูแลแบบใจแลกใจ พร้อมมอบหมายภารกิจการเยี่ยมรายบุคคลเพื่อค้นหาปัญหาวางแนวทางร่วมกับเครือข่าย

3) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ที่มีคุณสมบัติคือ เป็นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดต่อเนื่องมาเกิน 3 ปี ผ่านการบำบัดมากกว่า 1 ครั้ง และยังเสพยาซ้ำอยู่ มีอาการทางจิตร่วมด้วย รวมทั้งผู้ป่วยรายใหม่ที่มีพฤติกรรมเสพยามาอย่างต่อเนื่องและยังไม่ได้รับการรักษามาก่อนเลย

4) จัดเตรียมเอกสารการบันทึก สื่อความรู้ต่างๆ เช่น โรคสมองตื้อยา ตัวกระตุ้นและการจัดการ โทษพิษภัยยาเสพติด รูปแบบการช่วยเหลือ

3.2) ชั้นดำเนินการ (Do)

1) การประเมินผู้ป่วย ประวัติการใช้ยา การเรียน การงาน สังคม เศรษฐกิจ ประเมินการยอมรับการบำบัด และเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดพร้อมครอบครัวด้วยเทคนิค MI

2) คัดกรองความรุนแรงการใช้สารเสพติด โรคซึมเศร้า ประเมินโรคทางกายและทางจิต

3) พัฒนารูปแบบให้ผู้ป่วยได้พบกับจิตแพทย์ทุกราย ในครั้งแรก และติดตามการรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งให้การบำบัดด้วย Modified Matrix Program เป็นเวลา 4 เดือน

4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจขั้นตอนการดูแล และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของครอบครัวที่มีต่อสังคมโดยให้มาติดตามการรักษาพร้อมผู้ป่วยทุกครั้ง

5) นัดให้ผู้ป่วยไปรายงานตัวที่ ศป.ปส.อำเภอเสนาเป็นคู่ขนานกับการบำบัดทุกสัปดาห์

6) วางแนวทางการติดตามหาแหล่งช่วยเหลือส่งผู้ป่วยกลับชุมชนก่อนจบกระบวนการบำบัด

3.3) ชั้นติดตาม (Check)

1) ประชุมทีมภาคีเครือข่ายให้การช่วยเหลือทุกเดือนเพื่อหาโอกาสพัฒนาและปรับปรุง

2) สำนวจความคาดหวังความต้องการของผู้รับบริการ ครอบครัว เครือข่าย เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาที่ดีที่สุด

3.4) ขั้นตอนการให้เหมาะสม

มีการปรับแก้รูปแบบการดำเนินเพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น

1) การจัดประชุมปรับเจตคติของเครือข่ายการดูแล ผูกคิดและสื่อสารทางบวก รู้จักให้กำลังใจ จริงใจพร้อมรับฟังปัญหาช่วยเหลือให้ผู้ป่วยผ่านพ้นอุปสรรคชีวิตได้ตามศักยภาพ

2) กรณีผู้ป่วยไปทำงานไม่สามารถมาตามนัดให้ผู้ปกครองมาแทน เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลที่ต้อง

4) ผลการดำเนินงาน

ผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัดช่วยเหลือตามแนวทางดังกล่าวจำนวน 9 คน

1). ไม่พบผู้ที่กลับไปเสพซ้ำหลังจบโปรแกรม 100% (ติดตามได้ 6 เดือน)

2). ผู้ใช้สารเสพติดได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพอยู่ในกระบวนการบำบัดครบตามเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น คิดเป็น 100 %

3). ผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมด้วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพอาการดีขึ้น ไม่ท้อความรุนแรง

4). ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ กลับไปทำงานเดิมได้ จำนวน 6 คน คิดเป็น 67 % ผู้ป่วย จำนวน 2 คน ยังมีอาการทางจิตแต่ใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวได้ไม่มีเรื่องวิวาทกัน ผู้ป่วย 1 คนสมัครเป็นทหารเกณฑ์

5) อภิปรายผล

1) การบูรณาการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบ case manager นับได้ว่าเป็นการเข้าถึงการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่จริงของผู้ป่วย เป็นการศึกษารายการณ์โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล การแก้ปัญหาได้ตรงกับสาเหตุ จะทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติ ปรับพฤติกรรมในการใช้ชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถปฏิเสธยาเสพติดได้

2) การดูแลผู้ป่วยแบบ case manager สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อนในสถานบริการทุกระดับ

6) ความภูมิใจ

การบูรณาการให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีเจตคติที่ดีเห็นความสำคัญของปัญหายาเสพติดและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดได้ถือว่าเป็นความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นที่สุด

3.2.2 ประสิทธิภาพของ “ชะไวโมเดล” ต่อการบำบัดยาเสพติด ชุมชนมุสลิมตำบลชะไว อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง

โดย นางศิรินทร์ทิพย์ วัชรไพโรจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลไชโยจังหวัดอ่างทอง

(1) วัตถุประสงค์ทั่วไป : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ “ชะไวโมเดล” ต่อการบำบัดยาเสพติดใน ชุมชนมุสลิมตำบลชะไว อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง

(2) วัตถุประสงค์เฉพาะ :

1) เพื่อศึกษาผลของการคงการบำบัดรักษา (retention rate) ของผู้รับบำบัดยาเสพติด ภายหลังใช้รูปแบบ “ชะไวโมเดล”

2) เพื่อศึกษาผลของการหยุดเสพ (remission rate) ของผู้รับบำบัดยาเสพติดภายหลังใช้รูปแบบ “ชะไวโมเดล”

(3) การดำเนินการวิจัย :

1) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยให้ชุมชนและทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการบำบัด “ชะโงมเดล”

2) ชี้แจงรายละเอียด และมอบหมายบทบาทหน้าที่กับผู้เกี่ยวข้องตลอดระยะเวลาการบำบัด 3 เดือน โดยนัดหมายทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ โดยมีขั้นตอนดังนี้ทุกสัปดาห์ (1 – 12 สัปดาห์)

ขั้นตอนที่ 1 ดำรวจและอาสาป้องกันภัย ทำหน้าที่ และตรวจปัสสาวะก่อนการบำบัด โดยมีผู้นำชุมชนทำหน้าที่ติดตามให้เข้ารับการบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 เจ้าหน้าที่จากรพ.สต.ชะโง และอสม. ชักประวัติและชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต

ขั้นตอนที่ 3 ดำรวจหรือทหาร ทำหน้าที่ ออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 4 พยายามให้การบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติแบบ Matrix Program ทั้งรายเดี่ยว/กลุ่ม

ขั้นตอนที่ 5 ผู้นำศาสนา (อิหม่าม) ให้การบำบัดโดยใช้หลักศาสนาเข้ามามีส่วนร่วม นำเข้าทำละหมาด สัปดาห์ที่ 4 และ 7 การบำบัดพร้อมครอบครัว เพื่อปรับทัศนคติและเสริมทักษะครอบครัวในการดูแลผู้รับบำบัด

สัปดาห์ที่ 5 และ 8 กิจกรรมจิตอาสาเพื่อชุมชน

3) ผู้นำชุมชนร่วมกับการปกครองส่วนท้องถิ่นจัดหาอุปกรณ์ และเครื่องออกกำลังกายในชุมชน จัดกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

4) ติดตามผลการบำบัด วิเคราะห์และสรุปผล

(4) การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) เพื่อเป็นแนวทางที่ชุมชนจะนำไปสร้างเป็นแนวทาง หรือมาตรการของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่อย่างยั่งยืนต่อไป

2) สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ช่วยกลุ่มอื่น โดยกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เพื่อการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมร่วมกัน

“การเข้าใจ การเข้าถึง การพัฒนา” บันได 3 ขั้นนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาในทุกปัญหาอย่างเข้าใจโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำคัญ เรียนรู้ร่วมไปกับชุมชนอย่างเข้าใจ และการกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่ต่างบทบาท ต่างหน้าที่ แต่มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน

4. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

4.1) ปัจจัยความสำเร็จ

- การบูรณาการกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่มีการส่งต่อข้อมูลในด้าน สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน ระหว่างหน่วยงานมีความชัดเจนและปรับรูปแบบการเชื่อมโยงให้สนองตอบต่อบริบทของแต่ละพื้นที่มากขึ้น

- การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบบริการคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด (HA) ในโรงพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

- การพัฒนาระบบข้อมูล บสต. และการบันทึกและส่งออกข้อมูลการให้บริการลดอันตราย (Harm Reduction) ในระบบ HDC มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเขตสุขภาพที่ 4

- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขายาเสพติด เขตสุขภาพที่ 4 มีการดำเนินงานขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) อย่างต่อเนื่อง

4.2) ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) ระบบรายงาน บสต.ใหม่ยังขาดความเสถียรของระบบ และความสมบูรณ์ในเรื่องออกรายงานที่ยังตอบสนองต่อการนำข้อมูลมาใช้

2) การจัดเก็บข้อมูลเพื่อเป็นระบบฐานข้อมูล มีปัญหาทั้งในส่วนของสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่ต้องส่งต่อข้อมูลกันขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากหลายหน่วยงานมีปัญหาทั้งในเรื่อง Hardware Software และPeopleware และโดยเฉพาะในเรื่องของการจัดเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการขาดความสมบูรณ์

3) บุคลากรในทุกหน่วยงานที่ต้องใช้ระบบ บสต.บางหน่วยงานยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานและมีการเปลี่ยนตัวผู้ปฏิบัติงานบ่อยทำให้เกิดปัญหาในเรื่องของการบันทึกข้อมูล

4) ผู้รับบริการบางส่วนที่เข้ารับการบำบัดและติดตาม ไม่เข้ารับบริการได้ครบตามเกณฑ์ ทั้งนี้ในการเข้าบำบัดในระบบสมัครใจ ด้วยคำสั่งของกฎหมาย(คสช.108) เป็นลักษณะกึ่งบังคับบำบัด ทำให้เข้ารับการบำบัดโดยไม่เต็มใจและเข้ารับการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์กำหนด

5) บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดมีจำนวนน้อยไม่สอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากเป้าหมายในการบำบัดเพิ่มจำนวนมากขึ้น

5. แผนการดำเนินงาน ปี 2562

1) พัฒนาระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด และการติดตามเพื่อไม่ให้กลับไปเสพซ้ำ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการคัดกรอง บำบัดรักษาและติดตามผู้เสพ ติดยาเสพติด

2) พัฒนาศูนย์ผู้ป่วยนอกยาเสพติดคุณภาพตามมาตรฐาน HA ยาเสพติดในโรงพยาบาลทุกแห่ง

3) พัฒนาระบบบริการการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) สถานพยาบาลทุกแห่ง

4) พัฒนาระบบและดำเนินการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment: CBTx) ผ่านกลไกประชารัฐ และ พชอ.

5) ส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง แก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา สถานประกอบการ และชุมชน

6) สนับสนุนการพัฒนาเสนอผลงานทางวิชาการ และKMงานยาเสพติด เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนา เชิดชูเกียรติคนทำงานยาเสพติด

ที่มา : ข้อมูลจากผู้รายงาน นายทวีโชค โรจนอาร์มภ์ ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

3.15 สาขาสุภาพจิตและจิตเวช

ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

สาขาสุภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561

1. สถานการณ์ปัจจุบัน

สถานการณ์การฆ่าตัวตายเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561 ช่วงไตรมาส 1-3 เขตสุขภาพที่ 4 พบว่าจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดนครนายก มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 8.06 , 6.89 และ 6.59 ตามลำดับ

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ปี 2561 พบว่า จังหวัดที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี และ จังหวัดสระบุรี

2. ผลการดำเนินงาน ปี 2561 (ข้อมูล ณ ไตรมาสที่ 3 : ตุลาคม – มิถุนายน 2561)

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	สระบุรี	ลพบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	นครนายก	ภาพรวมเขต 4
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55)	เป้าหมาย	24,130	21,565	15,972	12,377	14, 896	4,240	5,658	5,124	103,962
	ผลงาน	11,979	13,563	12,497	6,384	8,301	3,556	5,641	4,042	66,059
	ร้อยละ	53.2	66.99	78.08	50.12	55.52	82.04	99.79	82.05	64.98
	ข้อมูล HDC	50.39	39.62	38.71	31.03	27.83	64.6	91.99	38.33	43.07
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน	ประชากรกลางปี 59	1,195,218	1,096,050	807,606	632,798	756,980	210,748	282,448	257,757	5,239,605
	ฆ่าตัวตายสำเร็จ(คน)	12	10	19	34	52	17	9	17	170
	อัตราต่อแสนประชากร	1	0.91	2.37	5.31	7.02	8.06	3.2	6.58	3.09

3. ผลงานเด่น

3.1 นวัตกรรม: รูปแบบการดูแลเด็กที่มีความพร้อมทางพัฒนาการแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขน (โซคติ โมเดล) อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

3.2 ผลงานวิชาการ: การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Smart Aging & Inter long life) โรงพยาบาลปากพลี อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

3.3 บางระจันโมเดล “การดูแลผู้ป่วยโรคจิต” จังหวัดสิงห์บุรี

4. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

4.1 ระบบฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวช เข้าสู่ระบบฐานข้อมูล HDCของจังหวัดครบถ้วนและถูกต้อง

4.2 อัตรากำลังบุคลากรสุขภาพจิตและจิตเวช ไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากรในพื้นที่ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากร

อย่างรวดเร็ว และมีประชากรแฝงจำนวนมาก ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้

4.3 การสร้างความตระหนักรู้การป้องกันการฆ่าตัวตายในประชาชน/ชุมชนที่ครอบคลุม

4.4 การทำข้อตกลงเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชระหว่างโรงพยาบาลจิตเวช/โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป
โรงพยาบาลชุมชน

4.5 ขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าในหน้าที่การงานของผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช

5. แผนการดำเนินงาน ปี 2562

5.1 สนับสนุนให้มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นครบทุกจังหวัด(ขาด รพ.สิงห์บุรี รพ.พระพุทธบาท)

5.2 ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช,การวินิจฉัยแก่แพทย์จบใหม่ ช่วงปฐมนิเทศ

5.3 อบรมการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ให้แก่ พยาบาล จนท.สธ.ในระดับ รพ.สต.

5.4 ขอบประมาณการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกจิตเวชใน รพช./รพท./รพศ.(ด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ
ตรวจสุขภาพจิตสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก)

ที่มา : ข้อมูลจากผู้รายงาน นางนภา พวงรอด ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

3.16 สาขาสูติกรรม

ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) สาขาสูติกรรม เขตสุขภาพที่ 4 ปี 61

สถานการณ์มารดาตาย เขตสุขภาพที่ ๔ ในระหว่างปี 58-60 มีแนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็นอัตรา 12.4, 17.3, 30.4 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (เป้าหมายไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ มีการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 -2558 ที่มา พบว่าร้อยละ 8.6, 8.4 และ 8.6 ตามลำดับประมาณร้อยละ 50 เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด อัตราผ่าตัดคลอดในประเทศไทยในปี 2557-2559 เท่ากับ ร้อยละ 29.1, 30.6, 31 ตามลำดับ ในขณะที่อัตรา birth asphyxia และอัตราตายของมารดา ไม่ได้ลดลงตามอัตราผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้น WHO เสนอการใช้ Robson ten group classification (10 กลุ่ม) ในการวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดเพื่อที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา อัตราผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้นต่อไป คณะกรรมการ MCH board และศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ดำเนินการเชิญผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์สาเหตุการตาย (Root cause) ด้วยการประชุม Dead case conference รวบรวมเป็นยุทธศาสตร์ Set Zero MMR เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 3 มาตรการสำคัญ โดยสรุป ดังนี้

1. การขับเคลื่อน MCH board อย่างเป็นทางการประกาศ Zero MMR (PPH/PIH) กำหนดเป้าหมายนโยบายจังหวัด พัฒนา provincial network 2. การพัฒนาคนให้มีความรู้และแนวคิดคุณภาพ 3. การพัฒนาระบบการส่งต่อ fast track เครือข่าย RSA 4. มีผู้นำ การสร้างความร่วมมือที่เข้มแข็ง 5. มีมาตรฐานงานอนามัย แม่และเด็ก, CPG, Guideline, standing order 6. การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง 7. มีบรรยากาศการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2561 (ต.ค.60 – มิ.ย. 61) ในเขต 4 ยังมีมารดาเสียชีวิต จำนวน 7 ราย จำแนกเป็นสาเหตุโดยตรง (Direct Cause) จำนวน 4 ราย และสาเหตุโดยอ้อม (Indirect Cause) จำนวน 3 สาเหตุจาก PPH จำนวน 2 ราย (จ.พระนครศรีอยุธยาและ นครนายก) คิดเป็นอัตราส่วนมารดาตายจาก ตกเลือดหลังคลอด **ลดลง ร้อยละ 33.33** ซึ่งยังคงต้องพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป **ประเด็นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด** มีการพัฒนา ดังนี้

- 1). ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น
- 2). ตรวจอัลตราซาวด์ โดยวัด cervical length เพิ่มขึ้นในช่วงอายุครรภ์ 20-24 สัปดาห์
- 3). ยาในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในราย short cervix
- 4). มีระบบบริหาร กระจายยาไปรพ.ชุมชน
- 5). สนับสนุนการบริหารจัดการยาฝังคุมกำเนิดในรพ.ชุมชน

ผลการดำเนินงาน ยังพบปัญหาเรื่องการเข้าถึงยาฮอร์โมน Progesterone เนื่องจากเป็นยานอกบัญชีหลัก การตรวจอัลตราซาวด์ โดยวัด cervical length ยังไม่สามารถดำเนินการได้ทุกแห่ง และยังไม่มีการจัดเก็บข้อมูลการคลอดก่อนกำหนด

การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลโดยใช้ Robson ten group classification) ยังพบปัญหา เรื่องความเข้าใจในการวิเคราะห์ Robson ten group classification

ผลงานเด่น จังหวัดปทุมธานีพัฒนาระบบการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดทั้งจังหวัด โดยทีมพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลจังหวัดเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือฉันทิพิน้อง ส่งผลให้ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด ในปี 2559-2561

ปัจจัยความสำเร็จ 1) กรรมการ MCH Board และ ผู้บริหารทุกแห่ง ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา 2) หัวหน้าห้องคลอด ทุกแห่งมีส่วนร่วมในการคิดและพัฒนางาน 3) สูติแพทย์/พยาบาลห้องคลอด ช่วย

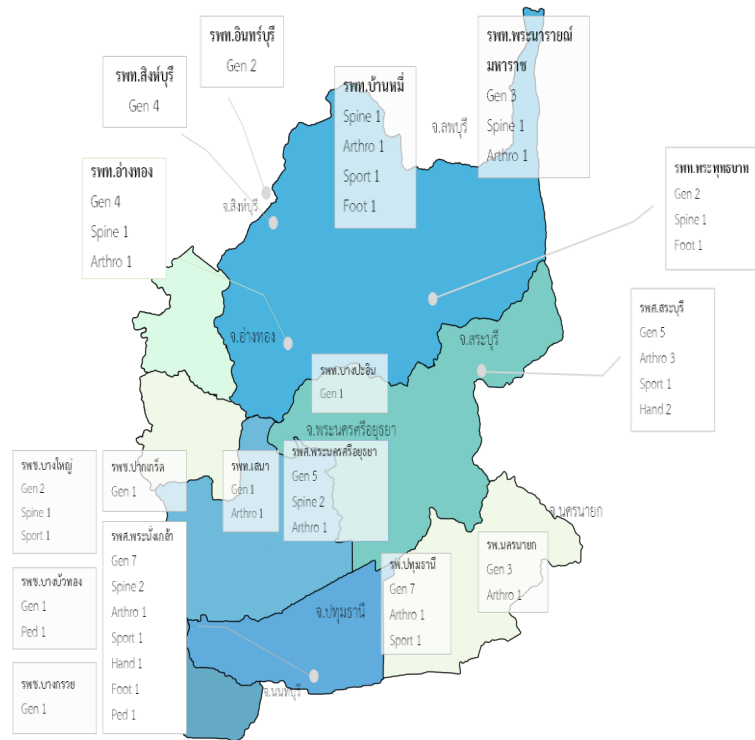
3.17 สาขาออร์โธปิดิกส์

ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)

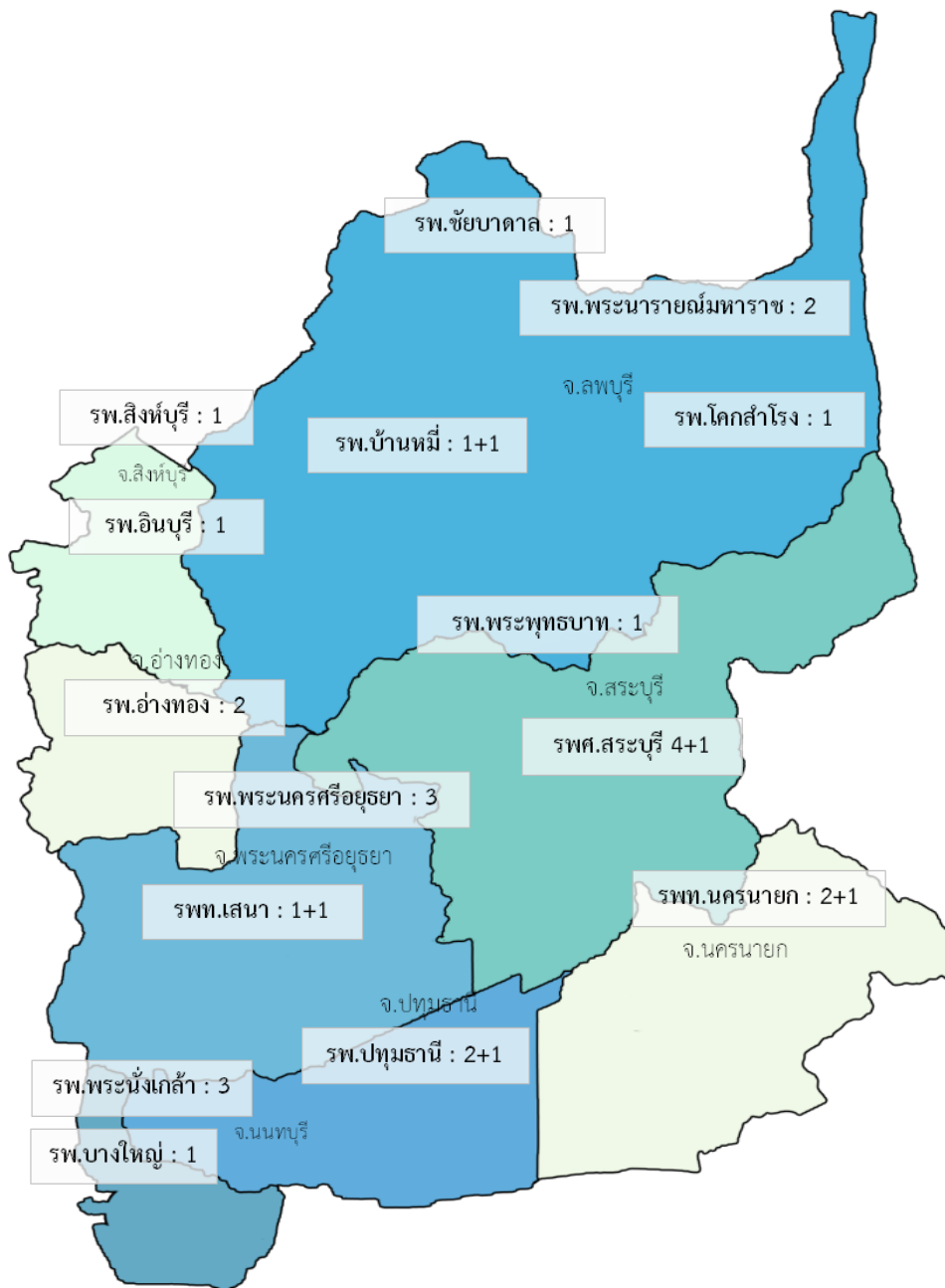
สาขา ออร์โธปิดิกส์ เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561

1. สถานการณ์ปัจจุบัน

1.1 แพทย์ออร์โธปิดิกส์/แพทย์ Sub board เขตสุขภาพที่ 4



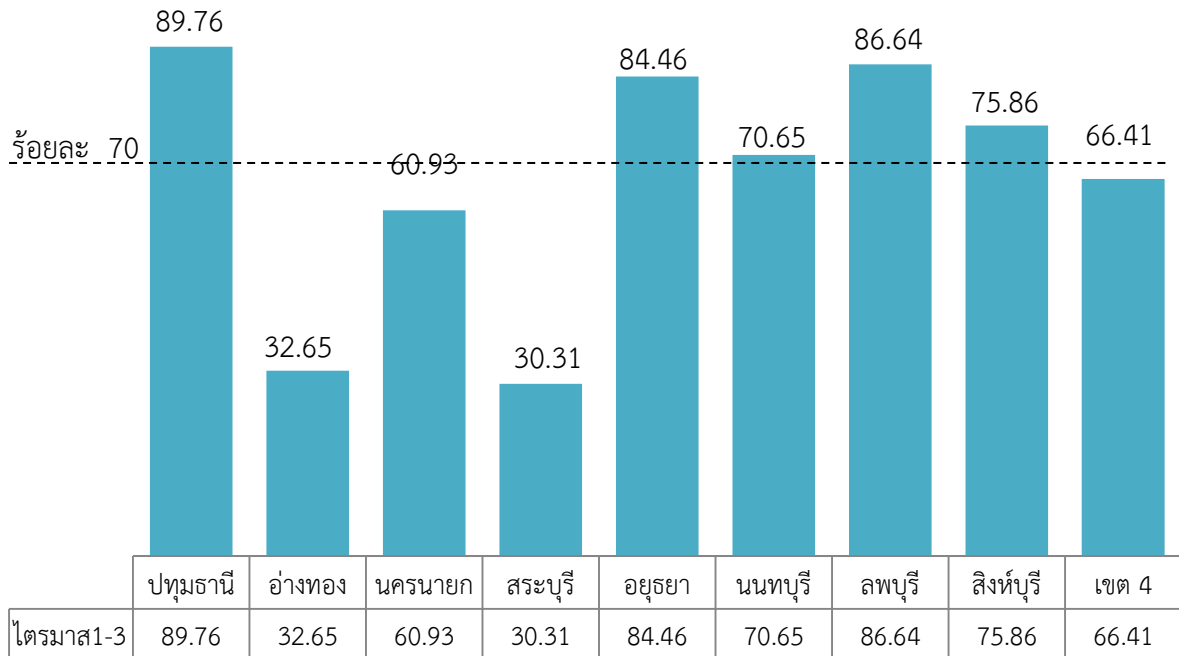
1.2 เครื่องมือแพทย์ (C-arm)



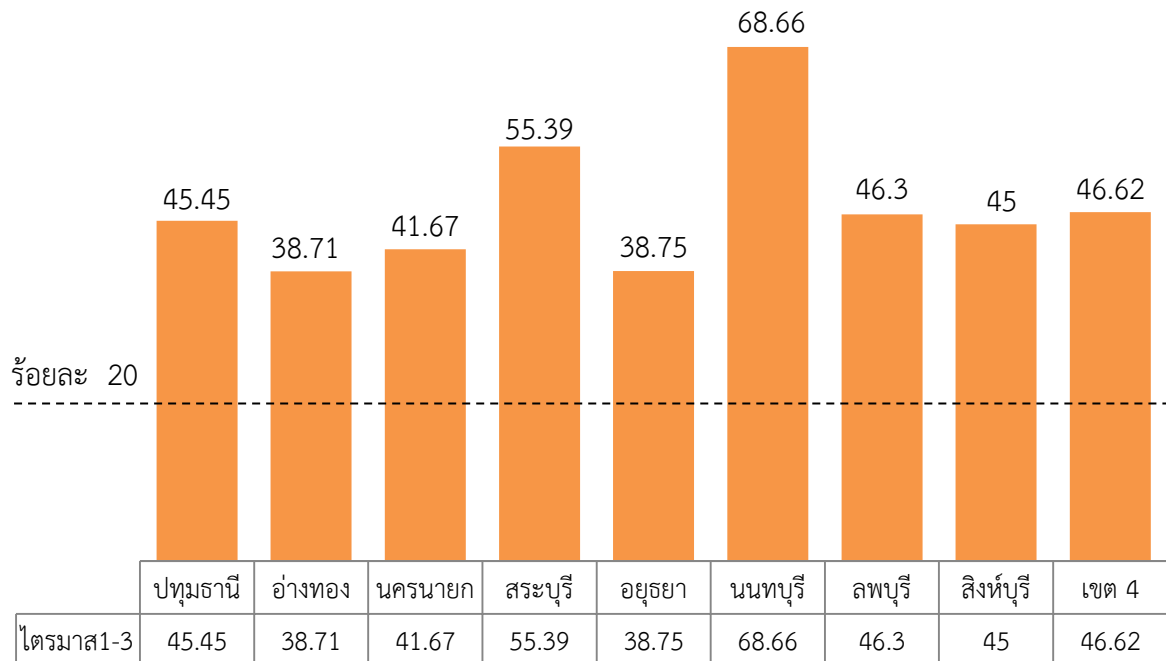
2. ผลการดำเนินงาน ปี 2561 (ตุลาคม 60 – มิถุนายน 61)

จังหวัด	ร้อยละของการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน ร.พ.M2 >ร้อยละ70	Open fx longbone ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชม. >ร้อยละ20	Hip fx ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชม.>ร้อยละ 50	ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มี Re fx <ร้อยละ30
สระบุรี	30.31	55.39	43.8	0
พระนครศรีอยุธยา	84.46	31.75	30.19	0
นนทบุรี	70.65	68.66	38.25	0
ปทุมธานี	89.76	45.45	39.34	0
นครนายก	60.93	41.67	45.65	0
ลพบุรี	86.64	46.3	23.8	0
สิงห์บุรี	75.86	45	81.4	0
อ่างทอง	32.65	38.71	47.27	0
เขต 4	66.41	46.62	43.71	0

ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราการดูแลรักษากระดูกหักไม่ซับซ้อนในรพ. M2 ลงไป



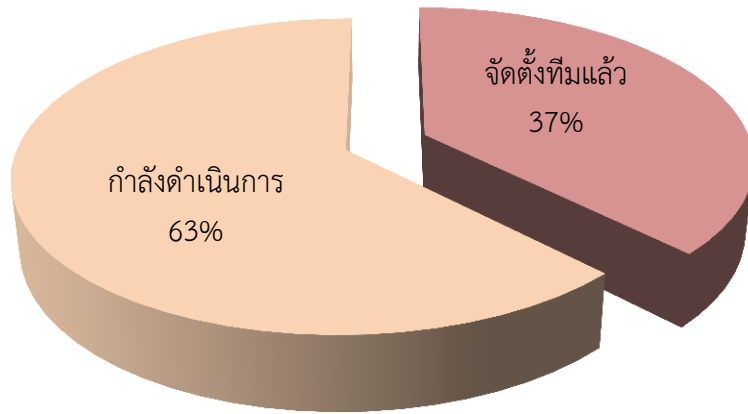
ตัวชี้วัดที่ 2 Fast track Surgery for open long bone fracture ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมง > ร้อยละ 20



ตัวชี้วัดที่ 3 การจัดตั้งทีม Capture the fracture ประชุมวิชาการเรื่อง Capture the fracture รพ.สระบุรี 20 ก.พ. 61



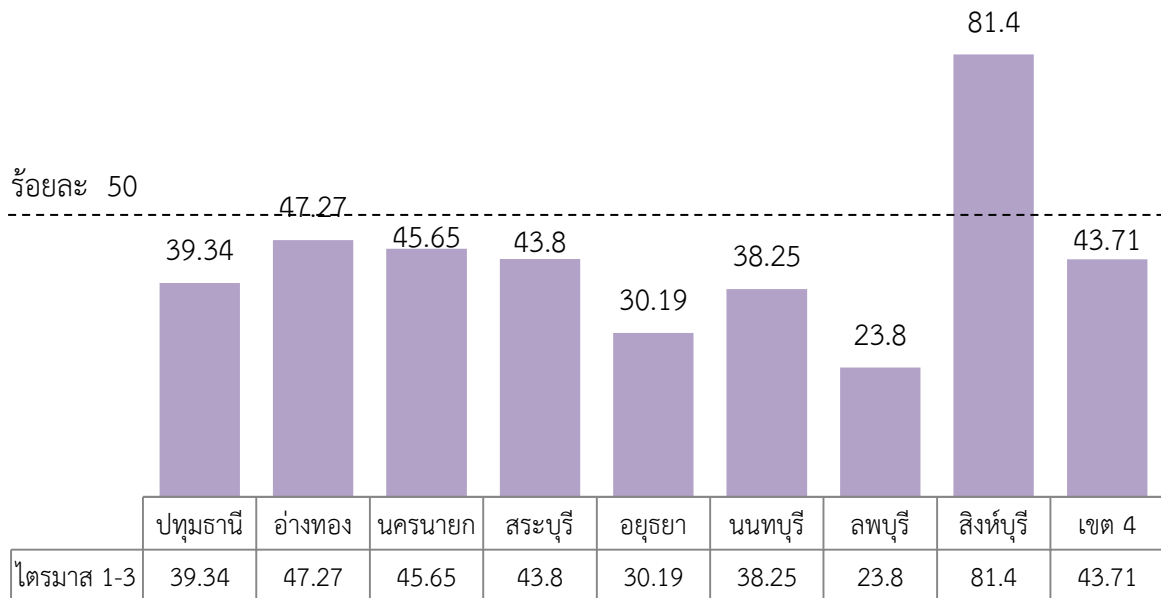
ทีม capture the fracture



จังหวัดที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture

1. สระบุรี
2. ปทุมธานี
3. สิงห์บุรี

ตัวชี้วัดที่ 3.3 Fast track surgery for fracture around the hip ในผู้ป่วยที่มีอายุ มากกว่า 60 ปี ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง



3. ผลงานเด่น R2R เรื่อง “Hip Capsular Repairing Affect to Joint Laxity in Total Hip Arthroplasty (THA)” โดย นพ.นที เรืองทอง รพ.บ้านหมี่ จ.ลพบุรี
4. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน ปัญหาด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การจัดเก็บข้อมูลล่าช้า
5. แผนการดำเนินงาน ปี 2562 กำลังจัดทำแผนการดำเนินงาน (ประชุมคณะกรรมการฯ ในวันที่ 12 กันยายน 2561
ที่มา : ข้อมูลจากผู้รายงาน นางจิราภรณ์ พลแก้ว เลขานุการ Service Plan สาขาออร์โธปิดิกส์ เขตสุขภาพที่ 4 โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

3.18 สาขาอายุรกรรม

ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

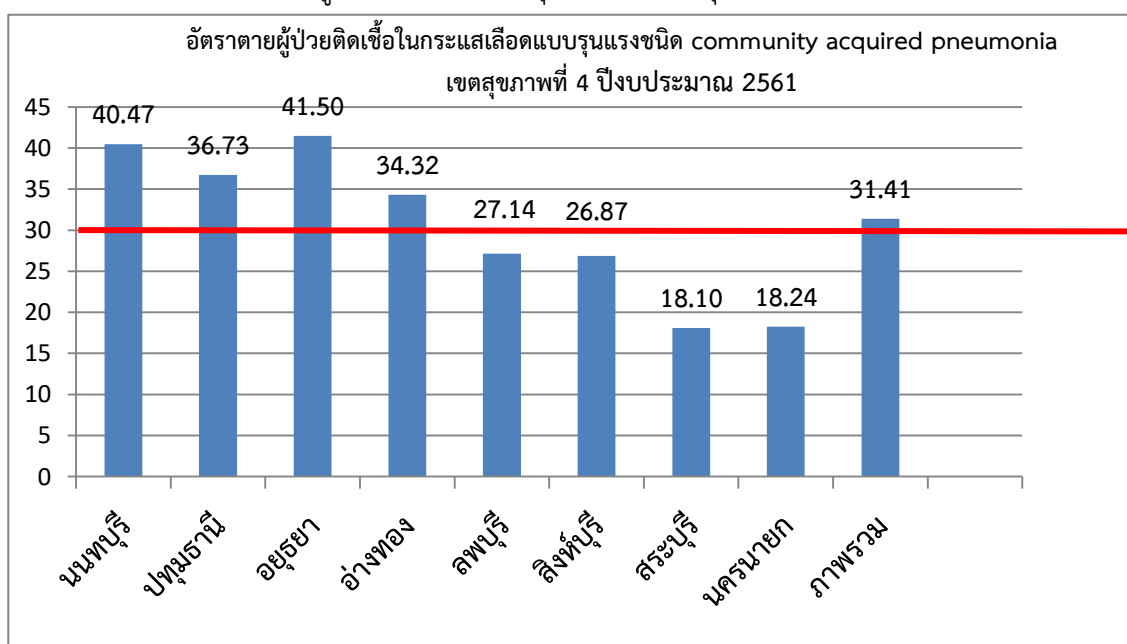
สาขา อายุรกรรม เขตสุขภาพที่ 4

ปีงบประมาณ พ.ศ.2561

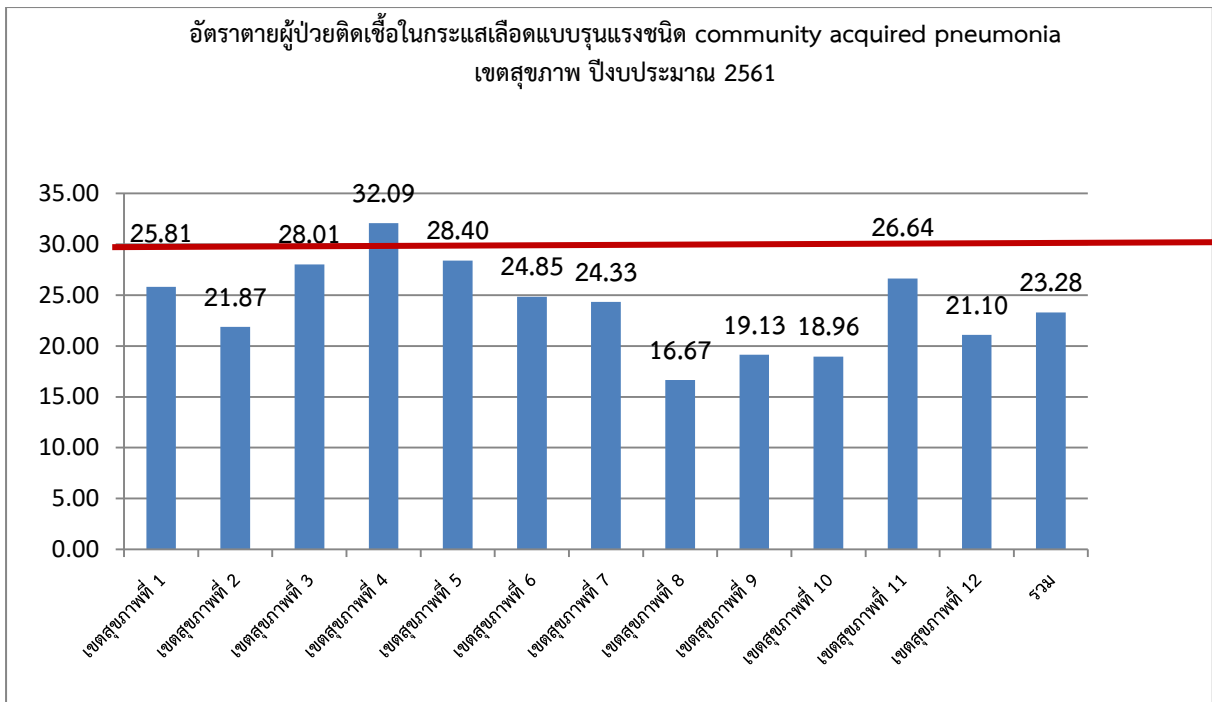
1. สถานการณ์

- 1.1 อัตราตายสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ
- 1.2 มีแนวทางปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด
- 1.3 แนวทางการรักษา ส่งต่อยังไม่ชัดเจน
- 1.4 ระบบการเก็บ บันทึก เชื่อมโยงข้อมูลยังไม่ชัดเจน
- 1.5 ยาและอุปกรณ์อื่นๆไม่เพียงพอ เช่น antibiotics, Levophed, ขวด H/C เป็นต้น

2. ผลการดำเนินงาน ปี 2561 (ข้อมูล ณ ไตรมาสที่ 3 ตุลาคม 60 – มิถุนายน 61)



ที่มา : แหล่งข้อมูล HDC ณ วันที่ 5 กันยายน 2561



ที่มา : แหล่งข้อมูล HDC ณ วันที่ 5 กันยายน 2561

3. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

3.1 ด้านข้อมูล พบปัญหา

- 1). การลง code ICD10
- 2). วิธีการเก็บข้อมูล manual/ electronic ข้อมูลจากการเก็บด้วยวิธี manual และข้อมูลจาก HDC ไม่ตรงกัน
- 3). ข้อมูลไม่น่าเชื่อถือ ทำให้การพัฒนางานไม่ตรงจุด

ข้อเสนอแนะ

- 1). ช่วยออกแบบระบบ IT ในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล
- 2). ประสานงานกับ Health data center

3.2 ด้านบุคลากร

- 1). การพัฒนา coder ในการลงข้อมูล
- 2). เพิ่มสัดส่วนบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยแบบวิกฤต

3.3 ด้านงบประมาณ

- 1). มีงบกลางจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ Lab H/C ในระดับเขต/จังหวัด
- 2). มีข้อวัสดูอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระดับ 2-3 ให้เพียงพอ

3.4 อื่นๆ

- 1). จัดทำแนวทางการการส่งต่อที่ชัดเจนเพื่อทำให้เกิดการสื่อสารและดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 2). สร้างช่องทางด่วนช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงได้รับการดูแลอย่าง

ทันท่วงทีและสามารถเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักไอซียูได้อย่างรวดเร็ว (Sepsis Fast Track) ในกรณีที่เตียงในไอซียูว่างและสามารถรับผู้ป่วยได้

4. แผนการดำเนินงาน ปี 2562

พัฒนาการลงข้อมูลผู้ป่วย sepsis โดยใช้โปรแกรม SepNet เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลครบถ้วนและครอบคลุม คำนวณ KPIs ง่าย เห็นภาพรวม ผลการดำเนินงานระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัดและระดับเขต
ที่มา : ข้อมูลจากผู้รายงาน นางสาวกฤษฎา เขียววี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานที่ปฏิบัติงาน
โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

3.19 สาขาศัลยกรรม

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ร้อยละ
อัตราการเกิด Rupture Appendicitis	< 10 %	14.15 (510 / 3,605)
อัตราการเสียชีวิต Appendicitis	0%	0.05 (2 / 3,605)
อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Acute Abdomen 5 โรค	< 4 %	4.11 (108 / 2,626)
อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Acute limb ischemia	< 20 %	18.25 (23 / 126)
อัตราการตัดเนื้อข้อเท้าในผู้ป่วย Acute limb ischemia	< 20 %	12.00 (15 / 125)

การดำเนินงานในระหว่างปีงบประมาณ

1. การประชุมคณะกรรมการ ประจำปีงบประมาณ
2. การทำศัลยกรรมสำจร ในรพ.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา
3. การจัดประชุมวิชาการเรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอุดตัน
4. การประชุมสรุปผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาศัลยกรรมและการบรรยายเรื่องภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมตกแต่งที่ควรรู้

แผนการพัฒนา ในปี 2562

1. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Acute abdomen 5 โรค ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตในแต่ละโรคสูง
2. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบต่อเนื่อง เนื่องจากพบมีอัตราการเสียชีวิตอยู่
3. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Necrotizing fasciitis
4. การพัฒนาเครือข่ายส่งต่อ ในเรื่อง Acute Limb Ischemia

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ปัญหาการขาดแคลนศัลยแพทย์เฉพาะทางVascular และท่อทางเดินน้ำดี และตับ
2. ขาดอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ ไม่ได้งบประมาณสนับสนุน
3. ขาดการประสานงานส่งต่อที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องเตียง การเบิกจ่าย

ส่วนที่ 4 ผลงานสำคัญเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2561

4.1 ระบบคิว โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี (Pathumthani Queue System)

- 1) เป้าหมาย
 - เพื่อลดความแออัดและระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาล
- 2) สถานการณ์ปัจจุบัน
 - ผู้ป่วย walk in และผู้ป่วยนัด ต้องยืนเข้าคิวเพื่อรอประตูอาคารเปิดตั้งแต่เวลา 05.00 น. โดย
 - ประตูอาคารจะเปิดในเวลา 05.45 น.
 - ผู้ป่วย walk in ต้องยืนเข้าแถวรอคิวพบพยาบาลคัดกรอง เพื่อแยกแผนก และได้บัตรคิวแผนกจากพยาบาลคัดกรองเพื่อไปเข้าแถวยื่นบัตรที่หน้าห้องบัตร และทำบัตรตรวจ จากนั้นถึงไปรอหน้าห้องตรวจ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที
 - ผู้ป่วยนัด ต้องรีบมาโรงพยาบาลเพื่อจับคิวผู้ป่วยนัดหน้าห้องตรวจ และพยาบาลหน้าห้องตรวจใช้คิวตามที่ผู้ป่วยจับบัตรคิวด้วยตนเอง ถ้าผู้ป่วยนัดมาจับคิวช้าจะได้ตรวจช้าไปถึง 2-4 ชั่วโมง
 - ผู้ป่วย walk in และผู้ป่วยนัด ไม่สามารถรู้ลำดับคิวและเวลารอคอยได้ ต้องนั่งรอหรือยืนเข้าแถวในทุกจุดบริการ สถานที่แออัด
- 3) ปัญหา
 - ผู้ป่วยและญาติเสียเวลาในการรอคอย ตั้งแต่รอประตูอาคารเปิด พบพยาบาลคัดกรอง พบห้องบัตร เจาะเลือด X-ray พบแพทย์ รอรับยา โดยที่ผู้ป่วยต้องนั่งเฝ้าตลอดเวลาในทุกจุดบริการ
- 4) มาตรการ
 - ผู้ป่วย walk in สามารถรู้ลำดับคิวของตนเองทั้งลำดับคิวในการทำบัตร และรอตรวจ โดยที่ไม่ต้องเข้าแถว และสามารถรับรู้สิทธิของตนเองในเบื้องต้น ลดเวลารอคอยจาก 60 นาที เป็น 30 นาที
 - ผู้ป่วยนัด ปรับเปลี่ยนระบบนัดให้เป็นระบบนัดเหลื่อมเวลา คือผู้ป่วยต้องได้เลขคิวตั้งแต่วันนัด และไม่ต้องจับบัตรคิวที่ห้องตรวจ สามารถนั่งรอคิวที่หน้าห้องตรวจตามเลขคิวที่ได้ในวันนัดได้เลย ปรับทัศนคติผู้ป่วยให้มาตรวจตามเวลานัด
 - เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เวลาในโรงพยาบาลน้อยที่สุด ลดอัตราการติดเชื้อมาในโรงพยาบาล
 - ผู้ป่วยและญาติลดความเครียดในการรอพบแพทย์นาน
 - ลดการตรวจสอบสิทธิ์หลายระบบจากหน้าจอห้องบัตร โดยตรวจสอบผ่าน Web service ของ สปสช และ ประกันสังคม แบบอัตโนมัติ
- 5) การดำเนินงาน
 - ออกแบบโปรแกรมระบบตู้Kiosk เพื่อให้ผู้ป่วย walk in ได้เลขคิวรอพบห้องบัตร และเลขคิวห้องตรวจตั้งแต่พยาบาลคัดกรอง โดยคิวที่ได้ต้องสลับกับคิวผู้ป่วยนัด พร้อมตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยอัตโนมัติจาก Web service ของ สปสช และ ประกันสังคม โดยให้พยาบาลคัดกรองเป็นผู้ดำเนินการ

- มีระบบจองคิวนัด Online โดยพัฒนาร่วมกับกองยุทธศาสตร์และแผนงาน จัดทำ MOPH Connect เพื่อให้ผู้ป่วย walk in สามารถจองคิวนัดล่วงหน้าในการมาโรงพยาบาลได้
- ออกแบบโปรแกรมระบบจองคิวนัดล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยทราบเลขคิว และช่วงเวลาที่ต้องมารอบพบแพทย์ ตั้งแต่วันที่นัดผู้ป่วย

6) แผนที่จะดำเนินงานต่อไป

- จัดเตรียมระบบเรียกคิวหน้าห้องตรวจเพื่อพบพยาบาลซักประวัติและรอเข้าพบแพทย์
- จัดเตรียมระบบเรียกคิวของห้องจ่ายยาหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์แล้ว

ที่มา : ข้อมูลจากนางสาวผกายวรรณ กรอบสนธิ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลปทุมธานี ณ วันที่ 11

กค 61

4.2 การลดใช้กระดาษ (Paperless) โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดปทุมธานี

ที่ผ่านมาโรงพยาบาลบ้านนามีปัญหาเรื่อง

- 1) เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีการสูญหาย
- 2) สถานที่จัดเก็บเวชระเบียนไม่เพียงพอ
- 3) โรงพยาบาลมีนโยบายประหยัด เพื่อลดค่าใช้จ่ายเรื่องกระดาษ / สิ่งพิมพ์
- 4) มีการพัฒนาระบบ HOSxP ในโรงพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง
- 5) ปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลที่ต้องการ รวดเร็ว การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น Electronic file

เพื่อ Collect เป็น Big data มีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่ง

โรงพยาบาลจึงพัฒนาระบบ Paperless โดยมีหลักการ คือ ใช้กระดาษให้น้อยที่สุด และทดแทนด้วย IT ให้มากที่สุด ปัจจุบันใช้ใบคัดกรองใบเดียว สามารถรับบริการได้ทุกจุด (ใบเดียวรักษาทุกจุด) ผู้รับบริการ มีแค่ใบคัดกรองใบเดียวโดยไม่ต้องใช้เวชระเบียน นาไปยื่นตามจุดให้บริการ เจ้าหน้าที่สามารถค้นประวัติ ลง ข้อมูลทุกประเภทใน Computer โดยใช้ Program HOSxP ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้โรงพยาบาลได้พัฒนา Program ที่สามารถหาข้อมูลในระบบ HOSxP มาประมวลผล และใช้งานได้แบบ Online , Realtime เป็น Web application ผ่านระบบ Internet ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ ดูข้อมูลการรักษาได้ทุกที่ ทุกเวลา ที่มีเครือข่าย Internet ผ่าน Smart Phone , Tablet , Notebook PC และขณะนี้ข้อมูลบางประเภท ที่เป็นรูปภาพ เช่น EKG , Film X-Ray ยังสามารถ Upload เข้า Program ทั้ง HOSxP และ Web application ได้ ทำให้สะดวกมากยิ่งขึ้นในการที่ไม่ต้องเก็บกระดาษ EKG และ Film X-Ray อีกด้วย

ที่มา : ข้อมูลจาก นพ.สุวรรณ เพ็ชรรุ่ง ผอ.รพ.บ้านนา. อ.บ้านนา จ.นครนายก ณ วันที่ 11 กค 61

4.3 คิวอาร์โค้ด (QR Code) บนซองยา โรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี



การพัฒนาฉลากยา QR code โรงพยาบาลสิงห์บุรี



1 ความเป็นมา

- นโยบายไทยแลนด์ 4.0 และนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)
- โรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกให้นำร่อง นำ QR code ฉลากยามาใช้ในจังหวัดสิงห์บุรี

2 วัตถุประสงค์

- เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูล ยาสำหรับประชาชน ที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี

3 ประโยชน์

- ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลอย่างเหมาะสม เพียงพอ เพื่อประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการใช้ยา
- ทราบข้อมูลที่ทันสมัย เชื่อถือได้ และทันต่อความต้องการ เกี่ยวกับการรักษา และการใช้ยาในปัจจุบัน
- สามารถบันทึกข้อมูลเพื่อการอ้างอิงและประวัติการได้รับยา จากสถานพยาบาลต่างๆ ได้ และเชื่อมโยงประวัติการได้รับยาจากสถานพยาบาลต่างๆ เข้าด้วยกัน

4 วิธีดำเนินการ

- ศูนย์คอมพิวเตอร์ Upgrade Program HosXP ให้เป็น Version ใหม่ เพื่อรองรับระบบพิมพ์ฉลากยาที่มี QR code และปรับขนาดการพิมพ์ฉลากยาใหม่ เพื่อให้รองรับการพิมพ์ QR code
- มีขงเภสัชกรรวม ปรับระบบ Code ยา ของโรงพยาบาลให้ตรงกับ Code ยามาตรฐานของส่วนกลาง (RDU)
- จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ ที่หน้าห้องจ่ายยา และป้ายติดประกาศของ รพ. เพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับทราบ และลง App “RDU รู้เรื่องยา” เพื่อจะได้ Scan QR code ฉลากยา

5 ผลลัพธ์

- ผู้รับบริการ มีช่องทางที่เพิ่มในการเข้าถึงข้อมูลยา ของผู้รับบริการได้ มากกว่า 700 รายการ และสามารถบันทึกข้อมูลการใช้ยาของตนเองได้

ปัจจุบันได้ขยายการทำฉลากยา QR code ไป รพ.ชุมชนทุกแห่งในจังหวัดสิงห์บุรี เพื่อเพิ่มความปลอดภัยการใช้ยาแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง

สอบถามข้อมูล เรื่อง QR code ที่สนใจ
ติดต่อ ภญ.พัชรา ทรัพย์ชู โทร. 036 - 511060 ต่อ 1125 , 089 - 6148210

4.4 คลินิกหมอครอบครัว(Primary Care Cluster : PCC)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ศรีเมือง อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยทีมหมอครอบครัว รพ.สต. บางไผ่ จังหวัดนนทบุรี
<p>1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา</p> <ul style="list-style-type: none">- การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวาย ฯลฯ มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในทุกๆกลุ่ม- จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยกำลังเข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงวัย” (Population ageing) เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังได้มากขึ้น- การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทั้งภาวะของโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วยตลอดจนการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ- ปัจจุบันเน้นการแก้ปัญหาผ่านกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เพื่อลดสาเหตุความเจ็บป่วย โดยใช้วิธีการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)- ขาดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่
<p>2. คำถาม</p> <ul style="list-style-type: none">- รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยทีมหมอครอบครัว รพ.สต.บางไผ่ สามารถแก้ไขปัญหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างไร- รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยทีมหมอครอบครัว รพ.สต.บางไผ่ เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างไร
<p>3. วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none">- เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยทีมหมอครอบครัว รพ.สต.บางไผ่
<p>4. กรอบแนวคิด</p> <ol style="list-style-type: none">1). Data analysis วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย วิเคราะห์ชุมชน2). First contact เน้นตรวจผู้ป่วยทุกคน ทุกที่ ทุกเวลา ทุกอย่าง ด้วยเทคโนโลยี3). Continuous เน้นความต่อเนื่องของการวิเคราะห์ข้อมูล และความต่อเนื่องของการติดตาม4). Family & Community เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และสร้างเครือข่าย5). Comprehensive เน้นการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับการรักษา6). Patient center เน้นDisease & illness7). Health Prevention&Promotion เน้นโรคที่ป้องกันได้ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยหลังผ่าตัด และผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต8). Health literacy เน้นภาวะฉุกเฉิน ACS, Stroke, Asthma, CA. breast, TB

5. วิธีการดำเนินการ

- จัดตั้งคณะดำเนินการคลินิกหมีครอบครัว ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล
- ประชุมทีมหมีครอบครัว ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บางไผ่
- จัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยทีมหมีครอบครัว
- สร้าง อสค. และเครือข่ายการดูแลสุขภาพ
- เกิด Health literacy
- วางแผนการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหาเป็นระยะๆ
- ติดตามประเมินผล

6. ผลการดำเนินงาน

- มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยทีมหมีครอบครัว รพ.สต.บางไผ่ อย่างยั่งยืน
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- มีระดับHbA1C <7, B.P.<140/90 mmHg, FBS <180 mg% และ LDL<100
- ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่งกลับมาพักฟื้นที่บ้านภายใน 6 เดือน ได้รับการฟื้นฟูร่างกายจนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บ้าง จนถึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี โดยประเมินจาก ADL
- สร้าง อสค.ร้อยละ 80
- ผู้ป่วยและญาติ เกิด Health literacy ในการดูแลตนเองและสามารถถ่ายทอดให้ชุมชนใกล้เคียงได้

7. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

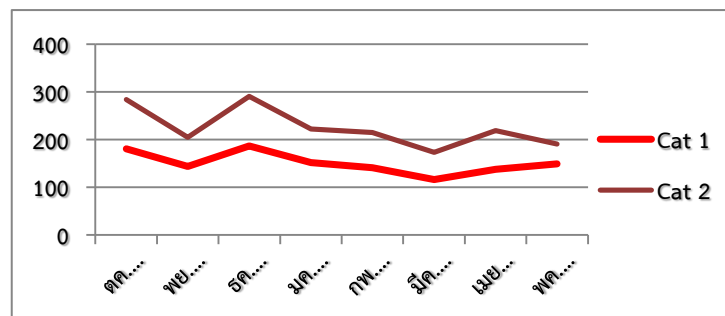
- บุคลากรทีมหมีครอบครัวไผ่ศรีเมือง และรพ.สต.บางไผ่, โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า, อสม., อสค., วัด, องค์กรท้องถิ่น,องค์กรภาครัฐ และเอกชน

4.5 การดูแลภาวะฉุกเฉิน (Emergency care) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

4.5.1 การส่งต่อคนไข้ระหว่างสถานพยาบาล



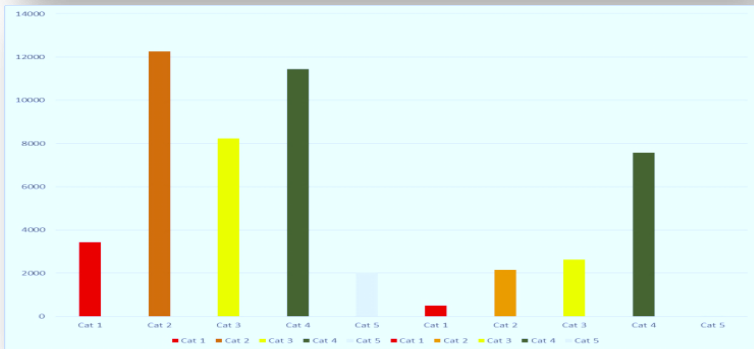
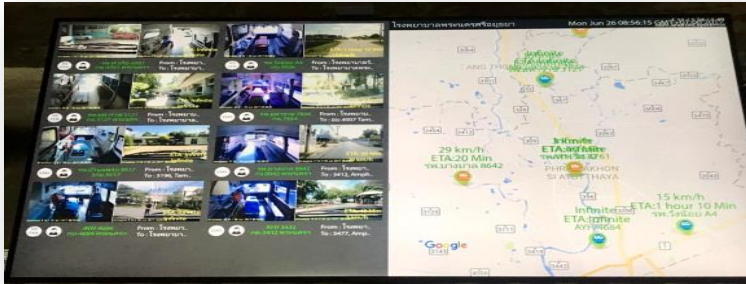
- 1) ใช้หลักการของการคัดแยกคนไข้ตามระดับความรุนแรง
- 2) Non-trauma & Trauma ความรุนแรงระดับ 1 และระดับ 2 กลุ่ม fast track ทุกราย ต้องมีการติดตามอาการและสัญญาณชีพตลอดการเดินทาง
- 3) ต้องสามารถทำ online medical direction ได้ตั้งแต่ในขั้นตอนการเตรียมการก่อนการเคลื่อนย้าย (Patient preparation) เช่นที่ ward หรือ ER ของโรงพยาบาลต้นทาง
- 4) ดำเนินการเคลื่อนย้าย โดยทีมเคลื่อนย้ายที่มีความสามารถเหมาะสม



- ➔ 16 Emergency room
- ➔ 43 ambulances
- ➔ 24 tele-monitoring devices

การปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

- ติดตามสถานการณ์ปฏิบัติการด้านการแพทย์ แบบปัจจุบัน
- สามารถทำ online medical direction ได้ทันที ที่ดำเนินการคนไข้
- ติดตามตำแหน่งรถปฏิบัติการได้ทันที ทราบที่หมายและความเร็ว
- สนับสนุนเรื่องความปลอดภัย 2P safety



ให้ห้องฉุกเฉิน จัดระบบโดยมุ่งเน้นตามนโยบาย 2P-safety เป็นแนวทางสำคัญ ดังนี้

- Physical violence safety
- Mental violence safety
- Infectious control safety
- Quality of care in all condition เช่น fast track protocol, resuscitation
- Ambulance safety

EP ในฐานะแพทย์, ผู้ดูแลระบบและเป้าหมายการให้บริการ

- ดูแลการตรวจรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน
- จัดตารางงาน AOC สำหรับรับผิดชอบ online medical direction
- จัดตาราง supervisor สำหรับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน

4.6 ผลงานเด่นการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Best Practice Service Plan)

ผลประกาศรางวัล best practice ระดับประเทศจากการประชุม Service plan sharing เมื่อวันที่ 16-17 สิงหาคม 2561 ณ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ ศูนย์ราชการฯ เขตสุขภาพที่ 4 ที่รับรางวัลได้แก่ สาขาทารกแรกเกิด newborn network โรงพยาบาลนครนายก และสาขาสุขภาพช่องปาก เกณฑ์คุณภาพประเมินทันตกรรมฯ จังหวัดปทุมธานี ดังรายละเอียดผลงานดังนี้

4.6.1 Best practice Service plan Newborn

ชื่อผลงาน Fast for safety : Newborn Fast tract Nakhon-nayok network.
ชื่อผู้ส่งผลงาน พญ. ดรัลพร เปี่ยมทองและเครือข่ายทารกแรกเกิด จังหวัดนครนายก เขตสุขภาพที่ 4
โทร 037-311151 ต่อ191 มือถือ 080 – 9222311 โทรสาร 037 -311152
E-mail : gunny1969@gmail.com
ปีที่ดำเนินการ 2557-2561
สถานที่ดำเนินการ เครือข่ายทารกแรกเกิดจังหวัดนครนายก

Fast for safety : Newborn Fast tract Nakhon-nayok network.

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลนครนายกเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดแห่งเดียวในจังหวัดและมีโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย 4 โรงพยาบาล ที่ต้องรับส่งต่อ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี คือ NICU จำนวน 6 เตียง ผู้ป่วยเฉลี่ย 6, 7, 8, 8 ราย/วัน ในปี 2557-2561 ตามลำดับ ในความจำกัดทำให้มีปัญหาการรับส่งต่อ มีอัตราการปฏิเสธการส่งต่อสูงในปี 2557 ร้อยละ 22.6 และ อัตราการตายทารกแรกเกิด 4.47 : 1000 Live birth จากการวิเคราะห์ข้อมูลและระบบ พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของการรักษา คือในการนำทารกที่รับการส่งต่อจาก รพช. และBBA ย้ายเข้า NICU มีเวลาเฉลี่ย 2 ชม. 42 นาที จากการต้องรอประเมินอาการที่ ER ก่อน เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (cold stress) มีความล่าช้าในการย้ายเด็กจากสูติกรรมเข้า NICU เฉลี่ย 3 ชั่วโมง 20 นาที จากต้องรอแพทย์ประเมิน เกิด PPHN (Pulmonary Hypertension of Newborn) จาก Delayed intubation และยังพบอุบัติการณ์ ทารกตัวเหลืองรอ admit ล่าช้ากว่า 4 ชม.จาก OPD ส่วนหนึ่งจากการรอผลlab รอแพทย์ประเมินและadmit ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า ต้องทำการถ่ายเปลี่ยนเลือด เพิ่มความเสี่ยงและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ซึ่งในช่วงปี 2557-2559 มีกุมารแพทย์เพียง 1 คน สาเหตุการเสียชีวิตของทารกส่วนใหญ่เกิดจากการมีภาวะ แทรกซ้อนรุนแรงในแต่ละกลุ่มโรคที่พบเป็นอันดับต้นๆได้แก่ Preterm with RDS, MAS or Pneumonia with PPHN, sepsis with shock ซึ่งตรงกับปัญหาการเสียชีวิตของทารกในเขตสุขภาพที่ 4 สาเหตุสำคัญ ปี 2559-2561 คือ PPHN ส่วนหนึ่งเกิดจากความล่าช้าในระบบการย้าย NICU และระบบการส่งต่อ

การแก้ปัญหาความล่าช้าในระบบการรับทารกป่วยเข้า NICU จึงได้มีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาระบบ ลดขั้นตอนในการเข้าถึงบริการ ทั้งระบบส่งต่อภายในโรงพยาบาลและจากภายนอกโรงพยาบาล “ Fast for safety : Newborn Fast tract Nakhon-nayok network”

วัตถุประสงค์

1. ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาล่าช้า
2. ลดระยะเวลาการส่งต่อ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
3. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด

วิธีดำเนินการ

1. ประชุมPCT เด็ก – สูติกรรม และ เครือข่ายจังหวัด วิเคราะห์อุบัติการณ์ Gap analysis
2. ปรับระบบ ลดขั้นตอนการรับผู้ป่วยทารก ดังนี้

System		Normal tract	Average time	Fast tract	Guarantee Time
In Born Referral	Respiratory Distress (RD)	-พยาบาล LR ประเมินและรายงานแพทย์ -รอแพทย์ประเมินและสั่งย้ายเข้าNICU (ผ่านขั้นตอน รายงาน Intern - Internประเมินแล้ว รายงาน staff)	3 ชม. 30 นาที	Fast tract to NICU โดยไม่ต้องรายงานแพทย์ถ้ามีอาการดังนี้ - Preterm <35wks with RD - MAS with RD - Term with RD score ≥ 3	< 1 ชม. (นับจากเวลาคลอด)
	Hypo-glycemia			-กลุ่มเสี่ยง DTX ที่ 1 ชม. $\leq 50\text{mg}\%$ (LBW,Preterm,LGA,maternal GDM)	< 1 ชม.30นาที (นับจากเวลาคลอด)
	LBW			LBW BW.< 2,000 gms	< 1 ชม. (นับจากเวลาคลอด)
	Risk sepsis			PPROM >18 hr. ย้ายทันทีที่แรกคลอด	
	Neonatal Jaundice			-เจาะตรวจตัวเหลืองจากประเมิน Dermal Zone ไม่มี Routine time -MCB $\geq 15 \text{ mg}\%$ ย้ายทันทีที่ทราบผล MCB $\geq 18 \text{ mg}\%$ Labโทรแจ้งผลทันที	< 1 ชม. (นับจากเวลารายงาน lab) < 30 นาที
Out Born Referral	NB Referral	-พยาบาลERประเมิน	2 ชม.	- ศูนย์ referทำเรื่องadmit	<10 นาที (นับจากเวลาส่ง refer)
	BBA	-รอแพทย์ERประเมิน -รอทำเรื่องAdmit NICU	42 นาที	- ทารกถูกรถrefer /EMS นำส่งNICU ทันที	
OPD Fast tract	Neonatal Jaundice	- ผู้ป่วยยื่นบัตรไปรับ Code เจาะเลือดที่ห้องLab -ส่งเจาะเลือดที่NICU (ห่างกัน 2 ตึก) -นำเลือดกลับไปส่งที่ห้องLab แล้วไปรอแพทย์ที่ OPD -รอพยาบาลOPD ทำadmit	2 ชม. 56 นาที	-ไม่ต้องยื่นบัตรคิว นำใบนัดเจาะเลือดที่ NICU ทันที -ญาตินำเลือดส่งห้องLab ทารกรอตรวจได้เลยไม่ต้องรอผลเลือด -MCB $\geq 18\text{mg}\%$ Labโทรแจ้งห้องตรวจนำทารกขึ้น ward ทันที ไม่ต้องรอแพทย์และเรื่องadmit	< 1 ชม. 30นาที (นับจากเวลามาถึงโรงพยาบาล)

3. กำหนดแนวทางการปรึกษากุมารแพทย์เพื่อรับทารกกลุ่มเสี่ยง และมีการประสาน NICUในการสำรองเครื่องมือ และกำหนดคลอดในรายที่มีความเสี่ยงสูง

4. กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังทารก 2 ชม.ในห้องคลอด ร่วมกับ PCT สูติกรรม มีใบประเมินและบันทึกชัดเจน
5. ให้ความรู้พัฒนาศักยภาพการประเมินของ แพทย์และพยาบาล ทั้งเครือข่าย ติดตามตรวจเยี่ยมหน้างาน
6. ใช้ หลักการ STABLE program ในการเคลื่อนย้าย-ส่งต่อผู้ป่วย
7. ติดตามประเมินผล ปัญหา อุปสรรคแนวทางแก้ไข นำเสนอในเวที การส่งต่อจังหวัดนครนายก ทุก 3 เดือน

ผลการดำเนินการ

System	KPI Service outcome	ผลการดำเนินงาน				
		2557	2558	2559	2560	2561
Time to NICU	In born < 1 ชม.(นับจากเวลาคลอด)	3.20	1.36	0.54	0.44	0.48
	Out born <10 นาที (นับจากเวลาส่งรพ)	2.42	8.6	6.4	6.8	5.4
	Neonatal Jaundice: OPD admit <1ชม.30นาที (นับจากเวลามาถึงรพ)	>3	1.58	1.33	1.35	1.33
System	KPI Quality outcome	ผลการดำเนินงาน				
		2557	2558	2559	2560	2561
อัตราการตาย	อัตราการตายรวม < 4 :1000 LB	4.47	1.89	5.32	2.01	3.33
	จำนวนทารกตายจาก PPHN (ราย)	2	0	0	0	1*
ภาวะแทรกซ้อน	PPHN due to delayed intubation (ราย)	7	6	4	2	2
	Respiratory failure due to delayed CPAP (ราย)	3	1	1	0	0
	Blood Exchange due to delayed photo (ราย)	1	0	0	0	0

* PPHN with CHD

อภิปรายผล

การ Lean ระบบ ลดระยะทาง ลดขั้นตอน มีการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและประเมินทารกคลอดในแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้เกิดการรักษาที่รวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตจาก delayed intubation , delayed CPAP , delayed photo ได้อย่างชัดเจน การป้องกันการเกิด หรือลดความรุนแรง ย่อมส่งผลดีกว่าการรักษา ที่ต้องใช้ต้นทุนที่สูงขึ้น ในจำนวนเตียงและทรัพยากรบุคคลที่จำกัด

ทั้งนี้ความสำเร็จในการพัฒนาระบบต้องเกิดจากความร่วมมืออันดีของทีม สูติกรรมและกุมารเวชกรรม ตลอดจนทีมสนับสนุนต่างๆ และเครือข่าย เพิ่มประสิทธิภาพความปลอดภัยกับทารกป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความเสี่ยง การสูญเสีย และการร้องเรียน

ความภาคภูมิใจ

รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 3 มหกรรมคุณภาพเครือข่ายทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 4 ณ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ปี 2554 เรื่อง การพัฒนาความปลอดภัยการรับ - ส่งต่อทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนครนายก “Fast for safety newborn referrals” มีการพัฒนาต่อเนื่อง เป็น “ Fast for safety : Newborn Fast tract Nakhon-nayok network ”

4.6.2 Best Practice Service Plan (สาขา สุขภาพช่องปาก)
การนำเสนอผลงาน Best Practice Service Plan
การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan Sharing)
ครั้งที่ 5/2561

ส่วนที่ 1

ชื่อผลงาน Best Practice Service Plan (สาขา สุขภาพช่องปาก)

การประยุกต์ใช้เกณฑ์ประเมินคลินิกทันตกรรมคุณภาพสู่มาตรฐานบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี

กำหนดรูปแบบนำเสนอ

- ผลงานทางวิชาการ
- ผลงานนวัตกรรมและสิ่งประดิษฐ์

ชื่อผู้ส่งผลงาน

ชื่อ-สกุล นางสาวฐิติพร บุณนาค

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

จังหวัด ปทุมธานี เขตสุขภาพที่ 4

โทรศัพท์ 02 - 5846454 มือถือ 08-4645-4246 โทรสาร 02-5817569

E-mail : dentalpathum@gmail.com

ปีที่ดำเนินการ ปี 2558 – ปัจจุบัน

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการจัดบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากการประชุมหัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมประจำปีของจังหวัดปทุมธานี ได้มีการพูดคุยถึงปัญหาการจัดบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ได้มาตรฐาน และได้ร่วมกันระดมสมองศึกษารายละเอียดของปัญหาโดยเทียบกับแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขสำหรับทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน ในส่วนของคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์แนวทางการจัดคลินิกบริการทันตกรรมให้ได้มาตรฐาน 9 ข้อ ซึ่งจังหวัดปทุมธานีพบปัญหา 8 ข้อ ดังนี้ 1. การจัดสถานที่ให้บริการ 2. การจัดเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ 3. การบันทึกผลสรุปของการตรวจและวินิจฉัยโรค 4. การให้ความเห็นและคำชี้แนะของทันตบุคลากรเกี่ยวกับทางเลือกการรักษาและบริการส่งต่อ 5. ทันตภิบาลขาดการทบทวนและติดตามความรู้ใหม่ๆ 6. ด้านมาตรฐานงานควบคุมการติดเชื้อในงานบริการทันตกรรมทำให้คลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่น่ารับบริการมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ มีมาตรฐาน

งานควบคุมการติดเชื้อไม่ทันสมัย ๗.มีการนิเทศติดตามงานทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ครอบคลุมต่อเนื่องทุกพื้นที่อันเนื่องมาจากกำลังคนของแต่ละพื้นที่ไม่เพียงพอ ๘.ทันตภิบาลขาดความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงทางทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วัตถุประสงค์

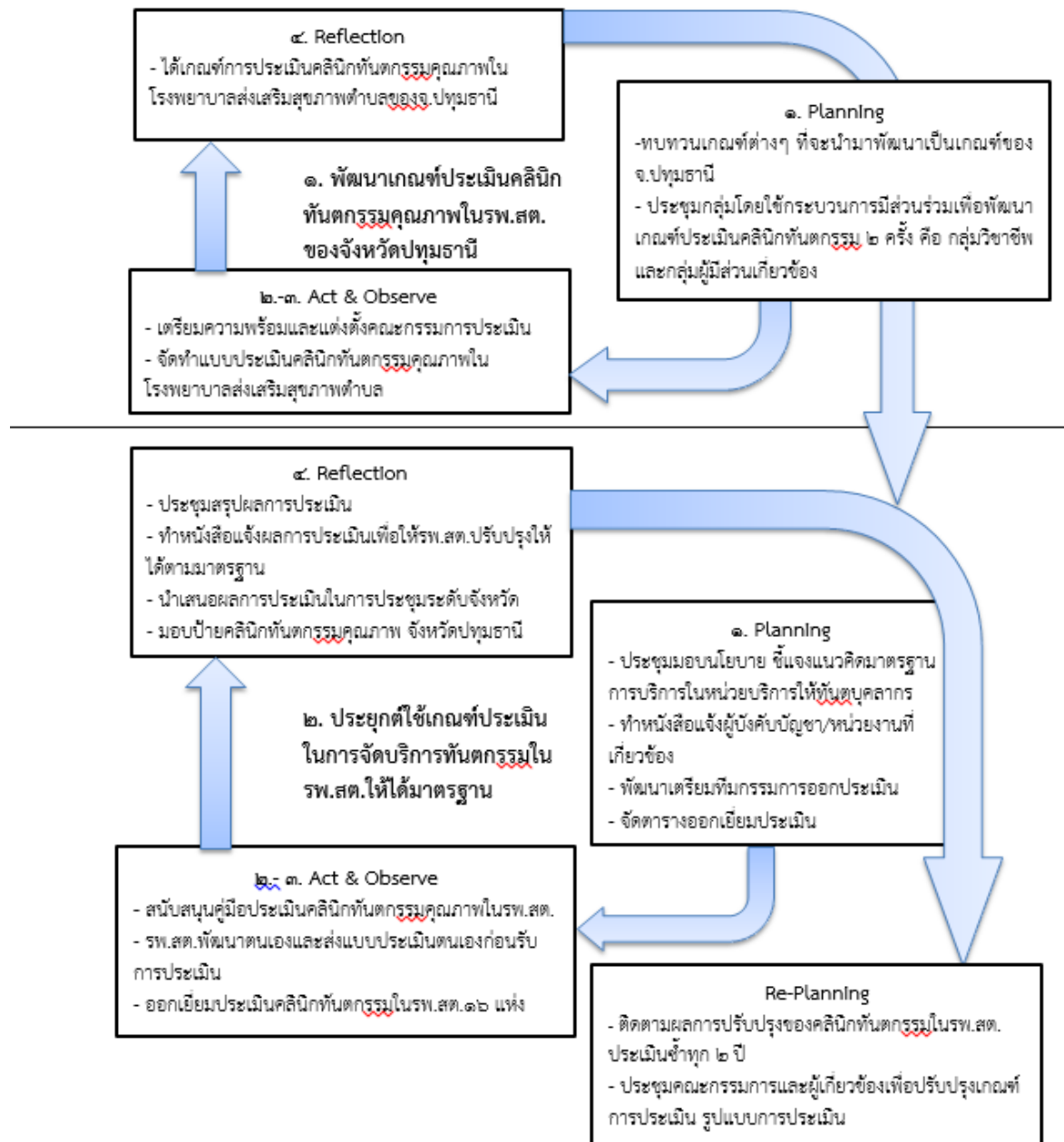
1. เพื่อพัฒนาเกณฑ์ประเมินคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานี โดยใช้แนวคิดของเคมมิส และแมคทาตากาท คือ การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (acting) การสังเกต (observing) และการสะท้อนการปฏิบัติการ (reflecting) ในการประยุกต์เกณฑ์ของทันตแพทยสภาและเกณฑ์ของระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพช่องปาก (Service plan) มาพัฒนางานในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี

2. เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้เกณฑ์ประเมินในการจัดบริการทันตกรรมในให้ได้มาตรฐาน

วิธีดำเนินการ

เป็นการใช้วงจรการปฏิบัติการ (The action research spiral) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมคทาตากาท คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflecting) มาพัฒนาเกณฑ์ประเมินคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานี และศึกษาผลของการใช้เกณฑ์ประเมินในการจัดบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ได้มาตรฐาน โดยในปีแรกของการดำเนินงานได้คัดเลือกคลินิกทันตกรรมที่มีทันตบุคลากรปฏิบัติงานประจำจังหวัดปทุมธานี จาก 7 อำเภอ 8 เครือข่ายหน่วยบริการ จำนวน 16 แห่งมีระยะเวลาการดำเนินงานตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2557 ถึงเดือนกันยายน 2558 โดยพัฒนาแบบประเมินเป็น “แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมสำหรับคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี”

แผนผังแสดงขั้นตอนการดำเนินงาน



ผลการดำเนินงาน

การดำเนินงานนี้ใช้วิธีการแบบมีส่วนร่วม มาพัฒนาแบบประเมินเกณฑ์คลินิกทันตกรรมคุณภาพ 2015 ของทันตแพทยสภากับเกณฑ์ของระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพช่องปาก โดยครอบคลุมทั้งงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันพู่มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด ปทุมธานีให้ได้มาตรฐาน และผลจากการนำเกณฑ์นี้ไปประเมิน พบว่า หมวดที่ผ่านน้อยที่สุด คือ หมวดที่ 3 การ ควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม ไม่ผ่านถึง 11 ช้อย่อยจาก 32 ช้อย่อยลงมาคือ หมวดให้การรักษาอย่างปลอดภัย ไม่ผ่าน 3 ช้อย่อยจาก 17 ช้อย่อย

ที่ผ่านทั้งหมดคือ หมวด 1 สื่อสารเพื่อการรับรู้และความเข้าใจ และส่วนที่ 2 หมวด 6 เกณฑ์ตัวชี้วัดในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ 14 กิจกรรมของกระทรวงสาธารณสุข

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ได้พบปัญหาการจัดการจัดบริการทันตกรรมที่ไม่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง การประชุม การระดมความคิด การออกนิเทศงาน การเยี่ยมประเมิน ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้จึงประกอบด้วยการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียววนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป โดยใช้แนวคิดของแคมมิต และแมคทาเกาท์ ที่มีกิจกรรมวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1. การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) 2. ลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) 3. สังเกตการณ์ (Observation) 4. สะท้อนกลับกระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Reflection) และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re-planning) ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความคล้ายกับการดำเนินงานของทันตแพทยสภา (ชุมพล ชมะโชติ, 2543) ที่มีการใช้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วงล้อแห่งการพัฒนา คือ PDCA หรือ Deming's cycle มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรม ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มของการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพที่เป็นระบบ (สาวนารถ, 2559) มีการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่มีความตั้งใจและจุดมุ่งหมายเดียวกัน ที่จะทำคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานี มีมาตรฐานและคงไว้ซึ่งมาตรฐาน โดยมองประชาชนผู้มารับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นวงจรที่มีความยืดหยุ่นปรับแผนได้โดยทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีหน้าที่หลักในการติดตามประเมินผลอยู่แล้ว ต้องสนใจ ใส่ใจ คอยสังเกตการณ์และสะท้อนกลับสิ่งที่เกิดขึ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ จึงเอื้อให้การดำเนินงานนี้สำเร็จได้ และจังหวัดมีการมอบป้ายคลินิกทันตกรรมคุณภาพของจังหวัดปทุมธานีแก่หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งพ้องกับการศึกษาของ กุลยาและคณะ (2544) ที่ถือว่าการมอบใบประกาศแก่สถานบริการที่มีกระบวนการที่ดี เป็นการสร้างแรงจูงใจให้สถานบริการต้องการพัฒนาให้ดีขึ้นและเป็นการให้ข้อมูลและทางเลือกแก่ประชาชนอีกด้วย และเมื่อนำเกณฑ์นี้ไปประเมิน พบว่า เป็นเกณฑ์ที่สามารถแก้ปัญหาการจัดการจัดบริการทันตกรรมที่ไม่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดปทุมธานีได้ทุกข้อ และทำให้ทราบประเด็นที่เป็นปัญหาที่ควรจัดให้มีการสนับสนุนทั้งจากระดับจังหวัด โรงพยาบาลแม่ข่าย สาธารณสุขอำเภอในการพัฒนาคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ผ่านเกณฑ์อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ได้มาตรฐานเกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการต่อไป

ความภาคภูมิใจ

เป็นการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือร่วมใจของทันตแพทย์ในจังหวัดปทุมธานีทุกคนที่เห็นความสำคัญของการจัดบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยากให้เกิดคุณภาพ มีมาตรฐานเกิดความปลอดภัยแก่คนไข้ ผู้ปฏิบัติงานคือน้องทันตภิบาลทำงานอย่างสบายใจ และยังเป็นงานหนึ่งที่มีส่วนช่วยผลักดันงานมาตรฐานอื่นในรพ.สต. อาทิ งานควบคุมการติดเชื้อ อีกด้วย

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี
ที่อยู่ 56 ถนนเทศบาล 3 ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี
โทรศัพท์ 0 3623 0929 โทรสาร 0 3623 0930
อีเมลล์ rhsoffice4@gmail.com

