



**NONGBUALAMPHU HOSPITAL**

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

# รายงาน ผลการปฏิบัติราชการ

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และเขตสุขภาพที่ 8

รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2565  
ระหว่างวันที่ 1-2 มิถุนายน 2565

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ  
โทร. 042 006 006 ต่อ 1408,1409,1411

E-MAIL : MISNBH1408@GMAIL.COM  
โทรสาร 042 311 992

## คำนำ

การตรวจราชการและนิเทศงานประจำปี 2565 เป็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นไปที่การตรวจราชการและนิเทศงานแบบบูรณาการ เน้นเชิงลึก เปิดโอกาสให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข กำหนดแนวทางการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการของพื้นที่ และตอบสนองต่อนโยบายรัฐบาล นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นโยบายเขตบริการสุขภาพที่ 8 กลไกติดตามกำกับ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขระดับต่างๆ โดยใช้การติดตามและประเมินผลงานสาธารณสุขเป็นกลยุทธ์ในการวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ ในการปฏิบัติตามนโยบายจากตัวชี้วัด ผลผลิต และผลลัพธ์ของแผนงาน/โครงการ ตลอดจนความคุ้มค่าในการใช้ประโยชน์จากทรัพยากร การจัดการความรู้และนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของประชาชน และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู, โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู ได้จัดทำรายงานผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุข รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาสที่ 2 (ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565) เพื่อประกอบการตรวจเยี่ยมของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 พร้อมคณะ

คณะผู้จัดทำ ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน รวมถึงบุคลากรของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู และผู้เกี่ยวข้องเป็นอย่างยิ่ง สำหรับความร่วมมือในการดำเนินงานสาธารณสุขให้บังเกิดผลสัมฤทธิ์ อันปรากฏในเอกสาร เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

คณะผู้จัดทำ

พฤษภาคม 2565

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า	
คำนำ	ก	
สารบัญ	ข - ง	
บทสรุปผู้บริหาร	จ - ฉ	
ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลหนองบัวลำภู	1 -- 25	
<b>Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูงยุทธศาสตร์ชาติ)</b>		
<b>ประเด็นที่ 1 โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์</b>		
1	โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์	28 - 30
<b>ประเด็นที่ 2 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ</b>		
2	2.1 ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการ 2.2 ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	31 - 33
<b>ประเด็นที่ 3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ</b>		
3	ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	34 - 36
4	การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย	34 - 36
5	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	37 - 39
6	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	40 - 41
<b>Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)</b>		
<b>ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต</b>		
	<b>สุขภาพแม่และเด็ก</b>	
7	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	43 - 44
	<b>สุขภาพเด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น</b>	
8	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	45 - 46
9	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	45 - 46
10	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	47 - 48
11	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	49 - 50
	<b>สุขภาพวัยทำงาน</b>	
12	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง	51 - 52
13	ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCD”	53
14	จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ	54

เรื่อง		หน้า
	<b>ผู้สูงอายุคุณภาพ</b>	
15	ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	55 - 57
16	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและชุมชน	58 - 59
17	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care ) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	60 - 62
	<b>สุขภาพจิต (ฆ่าตัวตาย)</b>	
18	1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน 2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	63 - 64
<b>ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย</b>		
19	<b>พัฒนาระบบบริการสุขภาพ</b>	
20	Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด	65 - 67
21	Service Plan สาขาอุบัติเหตุ	68 - 70
22	Service Plan สาขามะเร็ง	71 - 72
23	Service Plan สาขาทารกแรกเกิด	73 - 74
24	Service Plan สาขา Intermediate Care	75 - 77
25	Service Plan สาขา Stroke	78 - 81
26	Service Plan สาขา วัณโรค	82 - 85
27	Service Plan สาขา จักขุ	86 - 87
28	Service Plan สาขา Sepsis	88 - 89
29	Service Plan สาขา Orthopedics	90 - 91
30	Service Plan สาขา ไต	92 - 93
31	Service Plan สาขา การรับบริจาคอวัยวะและปลูกถ่ายอวัยวะ	94 - 97
32	Service Plan สาขา ศัลยกรรม (ODS & MIS)	98 - 101
33	Service Plan สาขา Palliative Care	102 - 103
34	Service Plan สาขา ยาเสพติด	104 - 105
35	Service Plan สาขา RDU	106 - 109
36	Service Plan สาขา AMR	110 - 120
37	Service Plan สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	121 - 123
<b>ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล</b>		
	<b>ตรวจสอบภายใน - แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล</b>	
	แผนเงินบำรุงของหน่วยบริการมีประสิทธิภาพผ่านเกณฑ์	124 - 125

เรื่อง		หน้า
	การเงินการคลังสุขภาพ - ศูนย์จัดเก็บรายได้	
40	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ	126
41	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	127 137
	องค์กรแห่งความสุข	
42	การดำเนินการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (การบริหารตำแหน่งว่าง)	138 - 140
43	ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	141 - 142
44	ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	143 - 144
	Good Governance	
45	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA	145
46	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ Re-Accredit	146 - 147
<b>Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่)</b>		
<b>ประเด็นที่ 8 ปัญหาสำคัญของพื้นที่</b>		
47	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	149 150
48	ไข้เลือดออก	151 - 152
49	โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OV CCA)	153 - 155
50	GREEN & CLEAN Hospital	156 157
51	การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม	158 159
52	การดำเนินงานอาหารปลอดภัย	160 - 161
53	ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	162 163
<b>ภาคผนวก</b>		
	กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2/2565 จังหวัดหนองบัวลำภู	164 - 167
	คณะผู้จัดทำ	168

## บทสรุปผู้บริหาร

### ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผ่าน/ไม่ผ่าน
<b>Agenda based</b>			
<b>ประเด็นที่ 1 โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์</b>			
โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์	มีการจัดบริการสาธารณสุขในเรือนจำ ป้องกัน ควบคุมโรค ให้บริการตรวจคัดกรอง ตรวจรักษา และให้วัคซีนเสริมภูมิคุ้มกัน		✓
<b>ประเด็นที่ 2 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ</b>			
1) ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	ร้อยละ 70	มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทาง การแพทย์แบบบูรณาการ	✓
2) ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทาง การแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	ร้อยละ 8.33	✓
<b>ประเด็นที่ 3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ</b>			
1) ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอ ประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ 40	ร้อยละ 95.82	✓
2) การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย	ร้อยละ 60	ร้อยละ 53.85%	✗
3) ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตที่มีคุณภาพ (พขอ.)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	✓
4) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	ร้อยละ 100	รอกการประเมินระดับจังหวัด วันที่ 13 มิ.ย.65	-
<b>Functional based</b>			
<b>ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต</b>			
<b>สุขภาพแม่และเด็ก</b>			
อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	< 17 : 100,000LB	0 : 100,000LB	✓
<b>สุขภาพเด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น</b>			
1) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมี พัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	ร้อยละ 83.08	✗
2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 62	ร้อยละ 71.33	✓
3) ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 66	ร้อยละ 62.33	✗
4) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	< 25 : หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	16.94 : หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	✓
<b>สุขภาพวัยทำงาน</b>			
1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ ร้อยละ 80	ร้อยละ 12.69	✗
2) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ 80	ร้อยละ 93.09	✓

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผ่าน/ไม่ผ่าน
3) ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCD”		อยู่ระหว่างดำเนินงาน ที่ชุมชน ต.กุดจิก โดย สอน.ทุ่งโปรง	-
4) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ	ร้อยละ 1 ของ ปชก.วัยทำงาน	ร้อยละ 73.37	✓
<b>ผู้สูงอายุคุณภาพ</b>			
1) ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ 85	ร้อยละ 98.60	✓
2) ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและชุมชน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 87.07	✓
3) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 98	ร้อยละ 100	✓
<b>สุขภาพจิต (ฆ่าตัวตาย)</b>			
1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน	5.51 ต่อประชากรแสนคน	✓
2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥ ร้อยละ 74	ร้อยละ 82.8	✓
<b>ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย</b>			
<b>พัฒนาระบบบริการสุขภาพ</b>			
<b>Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด</b>			
1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 8	ร้อยละ 9.37	✗
2) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	ร้อยละ 67	✓
3) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	ร้อยละ 81.81	✓
<b>Service Plan สาขาอุบัติเหตุ</b>			
1) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	< ร้อยละ 12	ร้อยละ 7.76	✓
2) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) มาด้วย EMS	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5	ร้อยละ 19.69	✗
3) ร้อยละของ โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	✓
<b>Service Plan สาขามะเร็ง</b>			
1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 75	ร้อยละ 98.33	✓
2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 75	ร้อยละ 94.73	✓
3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 60	-	-

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผ่าน/ไม่ผ่าน
<b>Service Plan สาขาทารกแรกเกิด</b> 1) อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ $\leq 28$ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก $\geq 500$ กรัม	$< 3.6$ ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	0.12 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	✓
<b>Service Plan สาขา Intermediate Care</b> 1) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	$\geq$ ร้อยละ 70	ร้อยละ 88.61	✓
<b>Service Plan สาขา Stroke</b> 1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) door to needle time 3) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit 4) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time) 5) ระยะเวลาเฉลี่ยการได้รับยา Door to Needle Time	$<$ ร้อยละ 7 $\geq$ ร้อยละ 60 $\geq$ ร้อยละ 80 $\geq$ ร้อยละ 60 $\leq 60$ นาที	ร้อยละ 5.62 ร้อยละ 74 ร้อยละ 77.01 ร้อยละ 20 48 นาที	✓ ✗ ✗ ✗ ✓
<b>Service Plan สาขา วัณโรค</b> 1) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 2) อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็น	$\geq$ ร้อยละ 88 $\geq$ ร้อยละ 88	อยู่ระหว่างดำเนินงาน ร้อยละ 75.86	- ✗
<b>Service Plan สาขา จักษุ</b> 1) ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกขุ่นบอด (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100	✓
<b>Service Plan สาขา Sepsis</b> 1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	$<$ ร้อยละ 26	ร้อยละ 39.52	✗
<b>Service Plan สาขา Orthopedics</b> 1) Refracture Rate	$<$ ร้อยละ 20	ร้อยละ 1.75	✓
<b>Service Plan สาขา ไต</b> 1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR $< 5$ ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr	$>$ ร้อยละ 66	ร้อยละ 65.67	✗
<b>Service Plan สาขา ศัลยกรรม</b> 1) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery 2) Readmit ภายใน 1 เดือน (ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ Surgical site infection )	$\geq$ ร้อยละ 20 $<$ ร้อยละ 5	ร้อยละ 34.1 0	✓ ✓

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผ่าน/ไม่ผ่าน
<b>Service Plan สาขา Palliative Care</b> ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	≥ ร้อยละ 50	ร้อยละ 56.38	✓
<b>Service Plan สาขา ยาเสพติด</b> 1) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ 58	ร้อยละ 94.36	✓
<b>Service Plan สาขา RDU</b> 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital ≥ 10KPIs	ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital ≥ 7 KPIs	✗
<b>Service Plan สาขา AMR</b> 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ อย่างบูรณาการ (AMR)	มี รพ.ที่ดำเนินการ ระดับ Intermediate	มีคะแนนประเมินตนเอง 353 คะแนน อยู่ในระดับ 3 Intermediate	✓
<b>Service Plan สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</b> 1) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 18.07	✗
<b>ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล</b>			
<b>ตรวจสอบภายใน - แผนเงินบำรุงในโรงพยาบาล</b>			
1) แผนเงินบำรุงของหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 80	รายรับ ร้อยละ 75.6 รายรับ ร้อยละ 38.8	✗
<b>การเงินการคลังสุขภาพ - ศูนย์จัดเก็บรายได้</b>			
1) ร้อยละของหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 93	✗
2) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	ระดับ 7 < ร้อยละ 2 ระดับ 6 < ร้อยละ 4	ระดับ 0	✓
<b>องค์กรแห่งความสุข</b>			
1) การดำเนินการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (การบริหารตำแหน่งว่าง)	ตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 3	ตำแหน่งว่าง ร้อยละ 7.3	✗
2) ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	✓
3) ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	✓
<b>Good Governance</b>			
1) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA	ร้อยละ 100	ร้อยละ 95.65	✗
2) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ Re-Accredit	ผ่าน	ผ่าน Re-Accredit ครั้งที่ 3	✓

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผ่าน/ไม่ผ่าน
Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่)			
ประเด็นที่ 7 ปัญหาสำคัญของพื้นที่			
<b>โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)</b> 1) อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่ 3) ทุกอำเภอสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21-28 วัน	< ร้อยละ 1.55	0.48 ต่อแสนประชากร ระดับดี  เกิด Cluster และมีการระบาดในพื้นที่ (อ.เมืองพบผู้ป่วย 4,591 ราย)	✓ ✓ ✗
<b>ไข้เลือดออก</b> 1) อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงร้อยละ 25 ของค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง	ลดลงร้อยละ 25	อยู่ระหว่างดำเนินการ	-
<b>โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OV CCA)</b>		อยู่ระหว่างดำเนินการ	
<b>GREEN &amp; CLEAN Hospital</b>		ระดับดีมาก plus	✓
<b>การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม</b>		มีการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม	✓
<b>การดำเนินงานอาหารปลอดภัย</b> 1) จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ	ระดับความสำเร็จ ขั้นที่ 5	อยู่ระหว่างดำเนินงาน ระดับ 4 และ 5	-
<b>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b> 1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	✓

# ข้อมูลทั่วไป

## ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

วิสัยทัศน์ (Vision) : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ (Mission) : พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

ค่านิยม (Core value) : M = Mastery คือ เป็นนายตัวเอง

O = Originality คือ เร่งสร้างสิ่งใหม่

P = People Centered Approach คือ ใส่ใจประชาชน

H = Humility คือ ถ่อมตน อ่อนน้อม

เป้าหมาย (Ultimate Goal) : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

## ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

วิสัยทัศน์ (Vision) และ พันธกิจ (Mission) : ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง สร้างความเจริญทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงศูนย์ความเป็นเลิศ มีคุณภาพไร้รอยต่อ

## ยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

วิสัยทัศน์ (Vision) : จังหวัดชั้นนำ ด้านการจัดการระบบสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 8 ด้วยการบริหารที่ดี ภาครัฐเครือข่ายมีส่วนร่วม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ (Mission) : จัดการระบบสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

เป้าหมาย (Goals) : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

## ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

วิสัยทัศน์ (Vision) : เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ สมรรถนะสูง ผู้รับและผู้ให้บริการมีความสุข

พันธกิจ (Mission) :

1. ให้บริการสุขภาพในระดับทุติ-ตติยภูมิให้ครอบคลุมโรคตาม Service Plan และโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ และระดับปฐมภูมิในเขตรับผิดชอบ
2. พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลในเครือข่ายทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
3. พัฒนาภาคีสุขภาพ ให้จัดการ และลดปัญหาสุขภาพของชุมชน
4. พัฒนาระบบบริหารสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ มีธรรมาภิบาล และผู้ปฏิบัติงานมีความสุข

## ค่านิยม (Core value) : MOPH

M = Mastery หมั่นฝึกฝนตนเองให้ทำในสิ่งที่ดี มีศรัทธา ยึดมั่นในความถูกต้อง มีวินัย ปฏิบัติตามกฎระเบียบ บนพื้นฐานของการมีสำนึก รับผิดชอบ คุณธรรมและจริยธรรม

O = Originality สร้างสรรค์ นวัตกรรม/คิดค้นสิ่งใหม่ ที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ

P = People Centered approach ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในการทำงาน โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชน โดยใช้หลัก “เข้าใจ เข้าถึง ฟังได้”

H = Humility มีสัมมาคารวะ มีน้ำใจ ให้อภัย รับฟังความคิดเห็น ยึดประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน

**อัตลักษณ์ :** ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ มีน้ำใจ

**เข็มมุ่ง :** 1. 2P Safety for COVID-19

2. ESB (Excellence Service Behavior)

3. Healthy Environment

## จุดประสงค์ (Objective) :

1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

2. Healthy Environment

3. พัฒนาคุณภาพบริการ โดยใช้กระบวนการคุณภาพและสถิติ (2P Safety for COVID-19)

4. พัฒนาสุขภาพจิต สุขภาพกาย ของบุคลากร โดยใช้กระบวนการ สร้างสติในองค์กร

5. พัฒนาความรู้ ทักษะการวิจัยและนวัตกรรม

6. ส่งเสริมการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น

7. เป็นองค์กรธรรมาภิบาล

8. มีความมั่นคงทางด้านการเงินการคลัง

## เป้าหมายสูงสุด


“ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

## แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปี 2565

เข็มมุ่ง	Ultimate Goal	MISSION	ยุทธศาสตร์
<p><b>1. 2P Safety for COVID-19</b></p> <p><b>2. ESB (Excellence Service Behavior)</b></p> <p><b>3. Healthy Environment</b></p>	<p>ประชาชน สุขภาพดี</p>	<p>1. ให้บริการสุขภาพ ในระดับ ทุติ-ตติยภูมิ ให้ครอบคลุมโรคตาม SP และโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ และ ระดับปฐมภูมิในเขตรับผิดชอบ</p>	<p><b>PP&amp;P Excellence</b></p> <p>รองฯ ปฐมภูมิ รองฯ บริหาร</p>
<p><b>วิสัยทัศน์</b></p> <p>เป็นโรงพยาบาล <i>คุณภาพ</i> <i>สมรรถนะ</i> สูง ผู้รับและผู้ให้บริการ<i>มีความสุข</i></p>	<p>เจ้าหน้าที่ มีความสุข</p>	<p>2. พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาล ในเครือข่ายบริการ ทั้งระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ</p>	<p><b>Service Excellence</b></p> <p>รองฯ ทุติ-ตติ, รองฯ พยาบาล, ประธาน ออกพ., ผช.คุณภาพ</p>
<p style="text-align: center;"><b>คำนิยาม</b></p> <p style="text-align: center;">Mastery (นายตนเอง)</p> <p>M = หมั่นฝึกฝนตนเองให้ทำในสิ่งที่ดี มีศักยภาพยึดมั่นในความถูกต้อง มีวินัย ปฏิบัติตาม กฎระเบียบ บนพื้นฐานของการมีสำนึก รับผิดชอบ คุณธรรม และจริยธรรม</p> <p style="text-align: center;">Originality (เร่งสร้างสิ่งใหม่)</p> <p>O = สร้างสรรค์ นวัตกรรม/คิดค้นสิ่งใหม่ ที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ นำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ</p> <p style="text-align: center;">People centered (ใส่ใจประชาชน)</p> <p>P = ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในการทำงาน โดยคำนึงถึงประโยชน์ ที่จะเกิดกับประชาชน โดยใช้หลัก “เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง”</p> <p style="text-align: center;">Humility (ถ่อมตนอ่อนน้อม)</p> <p>H = มีสัมมาคารวะ มีน้ำใจ ให้อภัย รับฟังความคิดเห็น ยึดประโยชน์ส่วนรวม มากกว่าส่วนตน</p>	<p>ระบบสุขภาพ ยั่งยืน</p>	<p>3. พัฒนาภาคีเครือข่าย ให้จัดการและลด ปัญหาสุขภาพของชุมชน</p>	<p><b>People Excellence</b></p> <p>รองฯ พยาบาล, รองฯ บริหาร, ผช.คุณภาพ</p>
	 (นายไพฑูรย์ โปประเสริฐ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู	<p>4. พัฒนาระบบบริหาร สู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ มีธรรมาภิบาล และผู้ปฏิบัติงานมีความสุข</p>	<p><b>Governance Excellence</b></p> <p>รองฯ บริหาร, รองฯ พรส., ผช.จัดเก็บรายได้, ผช.สารสนเทศ ประธานองค์กรแพทย์</p>

## แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปี 2565

ยุทธศาสตร์	Objective	Key Result	ตัวชี้วัด
<b>PP&amp;P Excellence</b> ร่องา ปฐมภูมิ, ร่องา บริหาร	1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง  2. Healthy Environment	1.1 เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพอันดับ 1 ในจังหวัดหนองบัวลำภู 1.2 บุคลากรมีความรู้และทักษะในการให้บริการ 1.3 มีศูนย์ข้อมูล (Data Center) ของเครือข่าย 2. สิ่งแวดล้อม สวยงามและปลอดภัย	1.1 เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับ A+ (คะแนน > 95) 1.2 บุคลากรผ่านการอบรมฟื้นฟูและฝึกทักษะ อย่างน้อย 1 เรื่อง 1.3 มีศูนย์ข้อมูลระดับเครือข่าย 1 แห่ง 2. คงสภาพ GREEN & CLEAN Hospital ระดับ ดีมาก Plus
<b>Service Excellence</b> ร่องา ทุติ-ตติ, ร่องา พยาบาล, ประธานองค์กรแพทย์, ผช.คุณภาพ	3. พัฒนาคุณภาพบริการ โดยใช้กระบวนการคุณภาพและสถิติ (2P Safety for COVID-19)	3.1 ไม่มีการติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาล 3.2 อัตราตายจากการติดเชื้อลดลง 3.3 พัฒนาศักยภาพทุติ-ตติยกรรม (พัฒนาการเด็ก, CA, Ortho, ODS-MIS, Stroke, STEMI, Neuro, ต้อหิน) 3.4 พัฒนาระบบบริการ BPSC ในกลุ่ม IPD OPD รพ.สต.นำร่อง	3.1 การติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาล = 0 3.2 อัตราตายจาก Pneumonia, Sepsis ลดลงร้อยละ 10 3.3 CMI = 1.5 SumAdj.RW = 35,000 3.4 ผลสำเร็จการดำเนินงาน BPSC ผ่านเกณฑ์ประเมิน ระดับ 3 ขึ้นไป
<b>People Excellence</b> ร่องา พยาบาล, ร่องา บริหาร, ผช.คุณภาพ	4. พัฒนาสุขภาพจิต สุขภาพกาย ของบุคลากร โดยใช้กระบวนการ สร้างสติในองค์กร 5. พัฒนาความรู้ ทักษะการวิจัยและนวัตกรรม 6. ส่งเสริมการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น	4.1 บุคลากรมีสติและสุขภาพดี 4.2 บุคลากรมีความผูกพันและผูกพันกับองค์กร 5. มีผลงานด้านวิจัยและนวัตกรรม 6. บุคลากรได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น	4.1.1 ข้อร้องเรียนจากการให้บริการ ลดลงร้อยละ 20 4.1.2 บุคลากรได้รับการดูแลสุขภาพเพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคจากการทำงาน ร้อยละ 100 4.2 คะแนน Happinometer $\geq$ ร้อยละ 80 5. มีผลงานวิจัยหรือนวัตกรรม ปีละ 3 เรื่องขึ้นไป 6. บุคลากรกลุ่มเป้าหมายได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น $\geq$ ร้อยละ 90
<b>Governance Excellence</b> ร่องา บริหาร, ร่องา พรส., ผช.จัดเก็บรายได้, ผช.สารสนเทศ ประธานองค์กรแพทย์	7. เป็นองค์กรธรรมาภิบาล 8. มีความมั่นคงทางด้านการเงินการคลัง 9. SMART CUP	7. ผ่านการรับรองมาตรฐาน 8.1 การเรียกเก็บมีประสิทธิภาพ 8.2 มีการศึกษาต้นทุน โดยวิธี Standard Costing Method 9. มีการเชื่อมโยงข้อมูลบริการทั้งเครือข่าย	7. HA EIA ITA PMQA รพ.สต.ติดดาว 8.1 7-plus ระดับ A 8.2 รายงานผลการศึกษา Unit cost 9.1 มีระบบเชื่อมโยงข้อมูล 1 ระบบ 9.2 มีระบบ OPD และ IPD Paperless
ความผูกพัน : การรับรู้ว่าตนเอง ได้ทำในสิ่งที่ตนเองต้องการและทำได้สำเร็จ มีความภาคภูมิใจในการกระทำของตนเอง ความผูกพัน : ทัศนคติ/ความรู้สึกรักของผู้นปฏิบัติงาน ที่มีความจงรักภักดี ยอมรับวัฒนธรรม ค่านิยมขององค์กร ทุ่มเทการทำงานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับองค์กร			

  
 (นายไพฑูรย์ ใบประเสริฐ)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

## ข้อมูลบุคลากร

ตำแหน่ง	FTE ขั้นต่ำ	2560	2561	2562	2563	2564	2565
แพทย์	62	59	53	57	62	64	64
ทันตแพทย์	10	12	12	11	11	12	12
เภสัชกร	22	19	21	21	22	23	24
พยาบาลวิชาชีพ	278	277	277	281	287	287	292
นักกายภาพบำบัด	8	6	6	6	6	6	6
จพ.เภสัชกรรม	16	11	13	12	12	12	14
จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์ (พยาธิ)	2	1	1	1	1	1	1
นวก.สถิติ/ จพ.เวชสถิติ	6	4	4	4	4	4	4
จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์ (เซลล์)	2	1	1	1	1	1	1
นักเทคนิคการแพทย์/ นักวิทย์	22	18	15	16	17	19	23
นักวิชาการสาธารณสุข	20	9	16	14	11	12	15
ช่างภาพการแพทย์/จพ.โสตทัศนศึกษา	4	2	3	3	2	3	3
นักรังสีการแพทย์/จพ.รังสีการแพทย์	5	4	4	5	5	4	4
นักสังคมสงเคราะห์	4	4	4	4	4	4	4
วิชาชีพอื่นๆ	32	29	31	31	30	25	25
Back office	376	396	368	372	351	348	358
<b>รวม</b>	<b>869</b>	<b>852</b>	<b>825</b>	<b>839</b>	<b>826</b>	<b>825</b>	<b>850</b>

ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ณ พฤษภาคม 2565

## จำนวนบุคลากรแยกตามประเภท ปีงบประมาณ 2561 – 2565

ประเภท	2561	2562	2563	2564	2565
ข้าราชการ	390	394	406	465	475
ลูกจ้างประจำ	29	28	27	24	23
พนักงานราชการ	30	31	28	29	29
พนักงานกระทรวง ลูกจ้างรายเดือนและรายคาบ	376	386	365	307	323
<b>รวม</b>	<b>825</b>	<b>839</b>	<b>826</b>	<b>825</b>	<b>850</b>

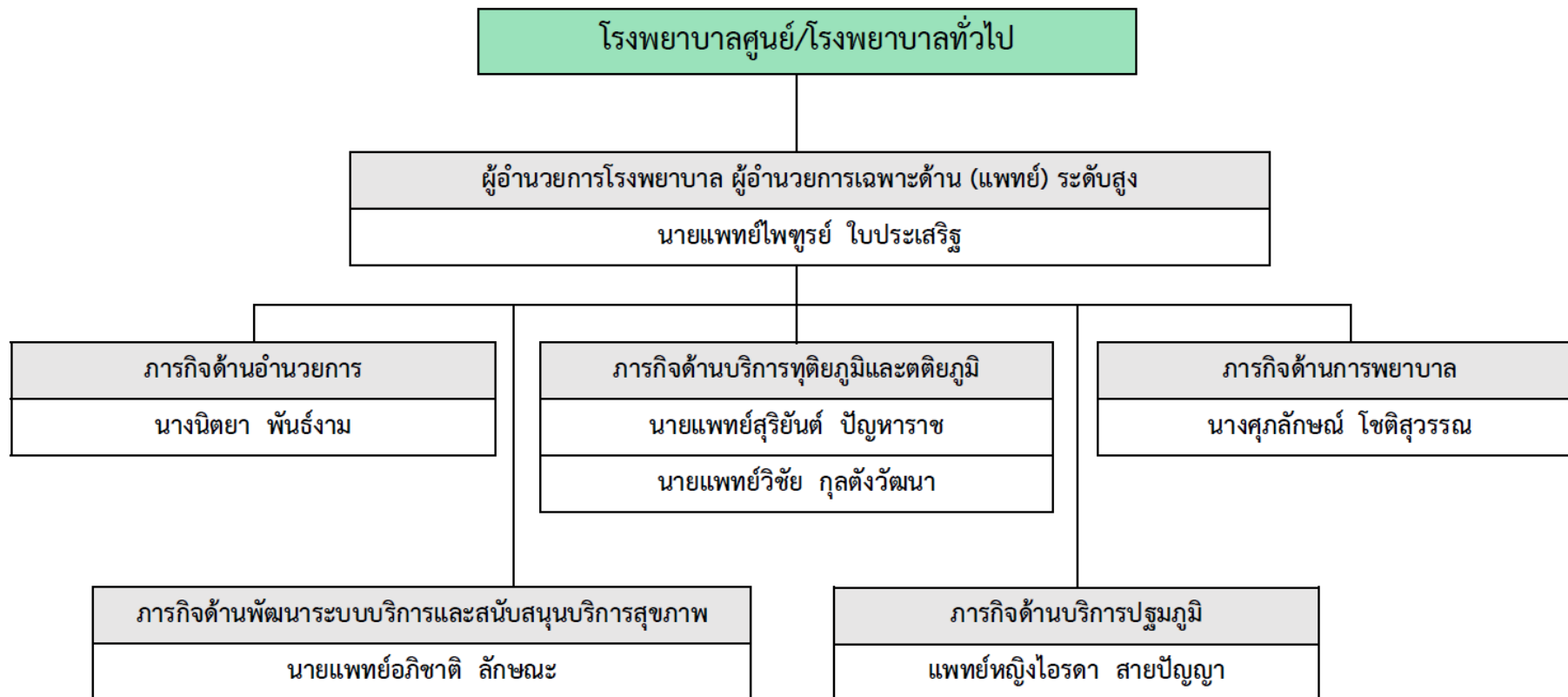
ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ณ พฤษภาคม 2565

จำนวนแพทย์เฉพาะทาง ปีงบประมาณ 2565

สาขา	จำนวน	ศึกษาต่อ
1. สาขาอายุรศาสตร์	5	
1.1 อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	1	1 (จบ 66)
1.2 อายุรศาสตร์โรคไต	1	
1.3 อายุรศาสตร์โรคทางเดินอาหาร	1	
1.4 อายุรศาสตร์ทั่วไป	2	3 (จบ 65)
2. สาขาศัลยศาสตร์	5	
2.1 ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	1	
2.2 ศัลยศาสตร์ทั่วไป	3	2 (จบ 65, 67)
2.3 ประสาทศัลยศาสตร์	1	1 (จบ 65)
3. สาขาออร์โธปิดิกส์	4	1 (จบ 67)
3.1 สาขาออร์โธปิดิกส์ข้อสะโพกและข้อเข่า(ต่อยอด)	1	
4. สาขากุมารเวชศาสตร์	5	2 (จบ 67)
4.1 กุมารเวชศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจ (ต่อยอด)	1	
5. สาขาสูติ - นรีเวชศาสตร์	6	
6. สาขาวิสัญญีวิทยา	3	
7. สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	2	
8. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว	3	
9. สาขารังสีวิทยา	2	
10. สาขาจิตเวชศาสตร์	2	
11. สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	1	1 (จบ 66)
12. สาขาจักษุวิทยา	4	
13. สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา	3	1 (จบ 66)
14. สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	1	1 (จบ 65) 1 (จบ 67)
15. แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	18	
รวม	64	14

ที่มา : องค์กรแพทย์ ณ พฤษภาคม 2565

## โครงสร้างองค์กร



โครงสร้างโรงพยาบาลหนองบัวลำภู สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

นายแพทย์ไพฑูริย์ ใบประเสริฐ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

นายแพทย์สุรียันต์ ปัญหาราช รักษาการในตำแหน่ง รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	นายแพทย์วิชัย กุลตั้งวัฒนา รองผู้อำนวยการด้านบริการ ทุติยภูมิและตติยภูมิ	นายแพทย์อภิชาติ ลักษณะ รองผู้อำนวยการด้านพัฒนา ระบบบริการและสนับสนุน บริการสุขภาพ	แพทย์หญิงไอรดา สายปัญญา รองผู้อำนวยการ ด้านบริการปฐมภูมิ	นางศุภลักษณ์ โชติสุวรรณ รองผู้อำนวยการ ด้านการพยาบาล	นางนิตยา พันธุ์งาม รองผู้อำนวยการ ฝ่ายบริหาร
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน - นพ.วิชัย กุลตั้งวัฒนา</li> <li>2. กลุ่มงานอายุรกรรม - นพ.สุทธิ ถาวรยุติการต์</li> <li>3. กลุ่มงานศัลยกรรม - นพ.วิชัย กุลตั้งวัฒนา</li> <li>4. กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ - นพ.อภิชาติ ลักษณะ</li> <li>5. กลุ่มงานกุมารเวชกรรม - พญ.สุกัญญา ถาวรยุติการต์</li> <li>6. กลุ่มงานนิติเวช -</li> <li>7. กลุ่มงานจักษุวิทยา - นพ.สรารัฐ สารีย์</li> <li>8. กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก - นพ.วรวิช พลเวียงธรรม</li> <li>9. กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม - นพ.วิพล รัชตะพงศ์ธร</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มงานโภชนศาสตร์ - นางสาวภาณีชา การกิจโอฬาร</li> <li>2. กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค - นายถนัด เบ้าแบบดี</li> <li>3. กลุ่มงานทันตกรรม - ทพ.ฉลองรัฐ เดชา</li> <li>4. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และ พยาธิวิทยาคลินิก - นางสาวยุพาพรรณ จารัตน์</li> <li>5. กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ - นางสาวอาทิตย์ยา เจริญวรรณ</li> <li>6. กลุ่มงานเภสัชกรรม - นางสาววาทีณี บุญญรัตน์</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มงานสารสนเทศทาง การแพทย์ - นพ.วรวิช พลเวียงธรรม</li> <li>2. กลุ่มงานประกันสุขภาพ - น.ส.สุธีรา จันทร์ชมภู</li> <li>3. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และ แผนงานโครงการ - นางอมรรัตน์ ทองอุทัยศิริ</li> <li>4. กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากร บุคคล - นางอมรรัตน์ ทองอุทัยศิริ</li> <li>5. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ บริการและมาตรฐาน - พญ.วารารณ ศรีภักดี</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มงานผู้ป่วยนอก - พญ.วารารณ ศรีภักดี</li> <li>2. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก - พญ.อรวรรณ แสงมณี</li> <li>3. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม - พญ.ไอรดา สายปัญญา</li> <li>4. กลุ่มงานสุขศึกษา - นางอารยา จาจุมปา</li> <li>5. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม - พญ.เสาวนีย์ แก้วบุญเรือง</li> <li>6. กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน - นางขวัญจิต คงพุดิคุณ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน - นางธนิยา เฟ็งสา</li> <li>2. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก - น.ส.วันดี เล่าวิเศษพิพัฒนกุล</li> <li>3. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก - นางพัชรี ฤทธิสุนทร</li> <li>4. กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด - นางอุบล ศรีนากรุง</li> <li>5. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด - นางวิลาสินี ราชจำปี</li> <li>6. กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี - นางเกษร พัวเหล็ก</li> <li>7. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม - นางสาวสุพิมล บุตรรัตน์ะ</li> <li>8. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม - น.ส.สุรีย์พร บุญเรือง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มงานบริหารทั่วไป - นายสุระพันธ์ ใจกล้า</li> <li>2. กลุ่มงานพัสดุ - นางสาวเปมิกา พันธุ์ศิริ</li> <li>3. กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน และวิศวกรรมทางการแพทย์ - นายธนากร อีปานนท์</li> <li>4. กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล - นางรุ่งนภา ถาบุญเรือง</li> <li>5. กลุ่มงานการเงิน - นางโสภา แสงนิล</li> <li>6. กลุ่มงานบัญชี - น.ส.กุสุมา จันทร์พิมพ์</li> </ol>

<p>10. กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา - พญ.อรุณวรรณ แสงมณี</p> <p>11. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด - พญ.กมลวรรณ รัชชันาน</p> <p>12. กลุ่มงานรังสีวิทยา - พญ.ภัทรศิริรินทร์ คำมี</p> <p>13. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู - นพ.สุรียนต์ ปัญหาราช</p>				<p>9. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช - นางชลิตา ดอนเสนา</p> <p>10. กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช - น.ส.กัลฐิพร ชัยประทานพงษ์</p> <p>11. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม - นางวิไลวัลย์ พนาสิกุล</p> <p>12. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ - นางศิริฉัตร ชัยทุมมา</p> <p>13. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคไต ศอ นาสิก จักษุ - นางอภิญา กันยาแสงศรี</p> <p>14. กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ - นางสุวัชรา ท้าวพา</p> <p>15. กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ - นางสุภาพร ไชยวัฒนตระกูล</p> <p>16. กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล - นางสาวเรืองศิริ ภาณุเวช</p>	
--	--	--	--	--	--

คำสั่งโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ที่ 489/2564 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2564 เรื่อง แต่งตั้งรองผู้อำนวยการและมอบอำนาจให้ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

## ข้อมูลบริการ

### 1. จำนวนประชากรจังหวัดหนองบัวลำภู จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	ประชากร ปี 2564 (คน)			ร้อยละ	ความหนาแน่น พชก.ตร.กม.	จำนวนหลังคา เรือน
	ชาย	หญิง	รวม			
เมือง	68,017	68,711	136,728	26.84	151	45,123
นากลาง	46,364	46,379	92,743	18.20	163	26,398
โนนสัง	32,420	32,842	65,262	12.81	113	16,861
ศรีบุญเรือง	55,040	54,492	109,532	21.50	132	31,204
สุวรรณคูหา	33,766	34,036	67,802	13.31	105	19,389
นาวัง	18,624	18,779	37,403	7.34	115	10,916
<b>รวม</b>	<b>254,231</b>	<b>255,239</b>	<b>509,470</b>	<b>100.00</b>	<b>132</b>	<b>149,891</b>

ที่มา : ประชากรทะเบียนราษฎร HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ กรกฎาคม 2564

### 2. จำนวนประชากรอำเภอเมืองหนองบัวลำภู จำแนกรายตำบล

รหัส	ตำบล	ประชากร		รวม	ร้อยละ
		ชาย	หญิง		
390101	หนองบัว	7,112	7,410	14,522	10.62
390102	หนองภัยศุนย์	3,564	3,580	7,144	5.22
390103	โพธิ์ชัย	3,236	3,306	6,542	4.78
390104	หนองสวรรค์	3,467	3,545	7,012	5.13
390105	หัวนา	5,014	4,943	9,957	7.28
390106	บ้านขาม	4,871	4,888	9,759	7.14
390107	นามะเฟือง	4,683	4,996	9,679	7.08
390108	บ้านพร้าว	4,894	4,900	9,794	7.16
390109	โนนขมิ้น	4,129	3,960	8,089	5.92
390110	ลำภู	4,561	5,034	9,595	7.02
390111	กุดจิก	6,390	6,080	12,470	9.12
390112	โนนทัน	3,789	3,839	7,628	5.58
390113	นาคำไฮ	5,546	5,564	11,110	8.13
390114	ป่าไม้งาม	4,229	4,244	8,473	6.20
390115	หนองหัว	2,532	2,422	4,954	3.62
<b>รวม</b>		<b>68,017</b>	<b>68,711</b>	<b>136,728</b>	<b>100</b>

ที่มา : ประชากรทะเบียนราษฎร HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ กรกฎาคม 2564

### 3. ศักยภาพการให้บริการ

#### 3.1 จำนวนเตียงผู้ป่วยใน

หอผู้ป่วย	จำนวนเตียง				
	2561	2562	2563	2564	2565 (มี.ค.)
อายุรกรรมชาย	30	30	30	30	30
อายุรกรรมหญิง	30	30	30	30	30
ศัลยกรรมชาย	30	30	30	30	30
ศัลยกรรมหญิง	30	30	30	30	30
ศัลยกรรมกระดูก	30	30	30	30	30
สูติ-นรีเวชกรรม	30	30	30	30	30
กุมารเวชกรรม	30	30	30	30	30
จักษุ โสต คอ นาสสิก	30	30	30	30	30
NICU	15	15	15	6	6
พิเศษ	60	60	60	72	72
จิตเวช	20	20	20	20	20
หออภิบาลสงฆ์	12	12	18	12	12
<b>รวม</b>	<b>335</b>	<b>347</b>	<b>353</b>	<b>350</b>	<b>350</b>
ห้อง ICU	8	8	20	20	20
ห้องคลอด	6	6	6	4	4
ห้องผ่าตัด	5.2 + 1 (ESWL)	5.2 + 1 (ESWL)	5.2 + 1 (ESWL)		

ที่มา : งานข้อมูลข่าวสาร รพ.นภ. ณ มีนาคม 2565

### 3.2 จำนวนผู้ป่วยใน

หอผู้ป่วย	ปี 2562			ปี 2563			ปี 2564			ปี 2565 (มี.ค.)		
	จำนวนผู้ป่วย	วันนอน	อัตราครองเตียง	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	วันนอน	อัตราครองเตียง	จำนวนผู้ป่วย	วันนอน	อัตราครองเตียง
อายุรกรรมชาย	2,090	10,281	93.89	2,090	10,281	93.89	2,082	11,995	109.54	1,098	5,943	108.85
อายุรกรรมหญิง	2,230	8,076	73.75	2,230	8,076	73.75	2,096	8,906	81.33	1,118	4,786	87.66
ศัลยกรรมชาย	2,508	10,376	94.75	2,508	10,376	94.75	2,528	10,090	92.15	1,388	5,877	107.64
ศัลยกรรมหญิง	2,228	8,235	75.20	2,228	8,235	75.20	2,373	8,609	78.62	1,207	4,201	76.94
ศัลยกรรมกระดูก	1,894	7,950	72.60	1,894	7,950	72.60	1,476	6,396	58.41	855	3,515	64.38
สูติ-นารีเวช	2,054	5,496	50.19	2,054	5,496	50.19	1,556	4,182	38.19	672	1,826	33.44
กุมารเวช	2,608	5,718	52.29	2,608	5,718	52.29	1,346	3,534	32.27	1,264	5,059	92.66
EENT	2,037	4,090	37.35	2,037	4,090	37.35	1,606	5,256	48.00	1,405	5,351	98.00
พิเศษ	6,444	21,274	97.14	6,444	21,274	97.14	6,863	24,612	93.65	3,041	11,075	84.52
NICU SICK NB	585	4,384	80.07	585	4,384	80.07	507	4,142	75.65	202	1,850	169.41
จิตเวช	414	7,523	103.05	414	7,523	103.05	513	7,509	102.86	246	2,948	80.99
อภิบาลสงฆ์	131	444	10.13	131	444	10.13	92	516	11.78	49	360	16.48
<b>รวม</b>	<b>27,632</b>	<b>102,251</b>	<b>86.7</b>	<b>27,632</b>	<b>102,251</b>	<b>86.7</b>	<b>23,395</b>	<b>98,898</b>	<b>90.32</b>	<b>12,701</b>	<b>53,961</b>	<b>98.83</b>

### 4. สถิติการให้บริการรักษาพยาบาล

รายการ	หน่วยนับ	ปี 2562	ปี 2563	2564	ปี 2565 (มี.ค.)
1. จำนวนผู้ป่วยนอก	ราย	327,683	289,477	338,413	187,066
2. เฉลี่ยต่อวัน	ราย	1,145	1,012	1,183	1,308
3. รับ Refer In	ราย	11,767	9,040	4,365	1,480
4. เฉลี่ยรับ Refer ต่อวัน	ราย	32	25	12	8
5. ส่ง Refer Out	ราย	5,528	5,073	3,810	1,885
6. เฉลี่ยส่ง Refer Out ต่อวัน	ราย	15	14	10	10
7. จำนวนเตียง (กรอบ)	ราย	300	300	300	300
8. จำนวนเตียง (จริง)	ราย	323	347	353	353
9. จำนวนผู้ป่วยรับใหม่	คน	27,664	25,286	24,276	13,743
10. เฉลี่ยผู้ป่วยรับใหม่	คน	76	69	67	76
11. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	วัน	102,251	98,704	106,185	62,043
12. เฉลี่ยผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลต่อวัน	คน	260	261	271	296
13. เฉลี่ยวันนอน ต่อคน	วัน	3.70	3.90	4.39	4.53
14. อัตราการครองเตียง	ร้อยละ	86.73	81.75	89.42	97.85
15. จำนวนผู้ป่วยในถึงแก่กรรมทั้งหมด	คน	428	377	447	246
16. เฉลี่ยผู้ป่วยถึงแก่กรรมต่อวัน	คน	1.2	1.0	1.2	1.4

รายการ	หน่วยนับ	ปี 2562	ปี 2563	2564	ปี 2565 (มี.ค.)
17. จำนวนผู้ป่วยใน (จำหน่าย)	ราย	27,632	25,308	24,170	13,687
18. เฉลี่ยผู้ป่วยในจำหน่ายต่อวัน	ราย	75.7	69.1	66.2	75.2
19. จำนวนผู้มารับบริการตลอด	ราย	2,739	2,796	2,445	991
20. จำนวนผู้ป่วยตลอดต่อวัน	ราย	7.5	7.6	6.7	5.4
21. จำนวนผ่าตัดใหญ่	ราย	8,741	7,520	7,428	3,740
22. เฉลี่ยผ่าตัดต่อวัน	ราย	23.9	20.5	20.3	20.5
23. Active Bed		260	261	271	296
24. CMI รวมทุกสิทธิ์		1.2180	1.2963	1.4229	1.3441
25. Sum Adj.RW		33,330.1427	32,316.3922	34,294.7470	18,298.7371

## 5. 10 อันดับโรค

### 5.1) 10 อันดับโรคและอัตราผู้ป่วยนอก ปี 2563-2565

อันดับ	ปี 2563 จำนวนผู้ป่วย 289,477 ราย (ร้อยละ)		ปี 2564 จำนวนผู้ป่วย 338,413 ราย (ร้อยละ)		ปี 2565 (มี.ค.) จำนวนผู้ป่วย 187,038 ราย (ร้อยละ)	
	1	Diabetes mellitus	7.2	Diabetes mellitus	5.9	Diabetes mellitus
2	CRF	4.4	CRF	4.4	CRF	3.9
3	Hypertension	3.3	Hypertension	2.9	Hypertension	2.8
4	Myalgia	3.0	Myalgia	2.3	Myalgia	2.1
5	Abdominal and pelvic pain	1.8	Abdominal and pelvic pain	1.4	Shoulder lesions	1.2
6	Diseases of pulp and periapical tissues	1.7	Shoulder lesions	1.3	Abdominal and pelvic pain	1.2
7	Shoulder lesions	1.5	HIV	1.1	HIV	1.1
8	Diarrhoea and AGE	1.2	Diseases of pulp and periapical tissues	1.1	Gingivitis and periodontal diseases	1.0
9	HIV	1.2	Calculus of kidney and ureter	1.0	Diseases of pulp and periapical tissues	0.8
10	Fever of unknown origin	1.1	Other disorders of muscle	0.8	Senile cataract	0.8

5.2) 10 อันดับโรคและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2563 - 2565

อันดับ	ปี 2563 จำนวนผู้ป่วย 25,308 ราย (ร้อยละ)		ปี 2564 จำนวนผู้ป่วย 24,170 ราย (ร้อยละ)		ปี 2565 (มี.ค.) จำนวนผู้ป่วย 12,701 ราย (ร้อยละ)	
	1	Senile cataract	4.6	Pneumonia	5.7	Pneumonia
2	Pneumonia	4.3	Senile cataract	4.5	Acute pharyngitis	4.5
3	Diarrhoea and AGE	3.8	Intracranial injury	2.6	Senile cataract	4.0
4	Acute appendicitis	3.0	Acute appendicitis	2.6	Acute upper respiratory infections of multiple or unspecified sites	3.9
5	Intracranial injury	2.1	Cerebral infarction	2.3	Intracranial injury	3.0
6	Cerebral infarction	1.6	Diarrhoea and AGE	2.0	Thalassaemia	2.2
7	Infection wound	1.5	Thalassaemia	1.8	Acute appendicitis	2.0
8	Dengue fever	1.5	Infection wound	1.5	Cerebral infarction	1.9
9	Fracture of forearm	1.4	Fracture of forearm	1.3	Diarrhoea and AGE	1.5
10	Cholelithiasis	1.2	Neonatal jaundice	1.3	Infection wound	1.5

6. อัตราตาย แยกรายโรค 10 อันดับ

6.1) อัตราตายผู้ป่วยใน แยกรายโรค 10 อันดับ ปี 2563-2565

อันดับ	ปี 2563 จำนวนตาย 377 ราย (ร้อยละ)		ปี 2564 จำนวนตาย 447 ราย (ร้อยละ)		ปี 2565 (มี.ค.) จำนวนตาย 246 ราย (ร้อยละ)	
	1	Pneumonia	15.4	Pneumonia	16.1	Pneumonia
2	Cardiac arrest	4.5	Intracerebral haemorrhage	5.9	Intracerebral haemorrhage	4.9
3	Heart failure	4.5	Intracranial injury	5.2	Intracranial injury	4.9
4	UGIB	3.5	Cardiac arrest	3.9	UGIB	4.1
5	Intracranial injury	3.5	HIV	3.4	Acute MI	3.3
6	Septicaemia	3.2	Cerebral infarction	3.4	Heart failure	2.9
7	Cerebral infarction	3.2	COPD	3.1	Pneumonitis due to solids and liquids	2.9
8	HIV	2.7	Other disorders of urinary system	2.6	Other disorders of fluid, electrolyte and acid-base balance	2.4
9	Acute MI	2.7	UGIB	2.3	Cardiac arrest	2.4
10	Intracerebral haemorrhage	2.7	CRF	2.3	Septicaemia	2.0

## 7. 10 อันดับ Refer

### 7.1) 10 อันดับโรคและอัตราผู้ป่วยที่ Refer IN โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปี 2563 - 2565

อันดับ	ปี 2563 จำนวนผู้ป่วย 9,040 ราย (ร้อยละ)		ปี 2564 จำนวนผู้ป่วย 4,365 ราย (ร้อยละ)		ปี 2565 (มี.ค.) จำนวนผู้ป่วย 1,480 ราย (ร้อยละ)	
	1	Calculus of kidney and ureter	6.0	Calculus of kidney and ureter	1	Senile cataract
2	Senile cataract	5.9	Senile cataract	2	Calculus of kidney and ureter	5.6
3	Acute appendicitis	2.7	Diabetes mellitus	3	Supervision of normal pregnancy	3.4
4	Glaucoma	2.5	Hyperplasia of prostate	4	Other disorders of conjunctiva	3.0
5	Hyperplasia of prostate	2.5	Stroke	5	Stroke	2.8
6	Stroke	2.4	Glaucoma	6	Acute appendicitis	2.2
7	Other disorders of conjunctiva	2.3	Other disorders of conjunctiva	7	Glaucoma	2.1
8	Presence of other functional implants	2.1	Supervision of normal pregnancy	8	Supervision of high-risk pregnancy	2.0
9	Diabetes mellitus	1.9	Acute appendicitis	9	Keratitis	2.0
10	Pneumonia	1.8	Presence of other functional implants	10	Other and unspecified injuries of head	1.8

### 7.2) 10 อันดับโรคและอัตราผู้ป่วยที่ Refer Out โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปี 2563 - 2565

อันดับ	ปี 2563 จำนวนผู้ป่วย 5,073 ราย (ร้อยละ)		ปี 2564 จำนวนผู้ป่วย 3,810 ราย (ร้อยละ)		ปี 2565 (มี.ค.) จำนวนผู้ป่วย 1,885 ราย (ร้อยละ)	
	1	Acute MI	3.0	Acute MI	3.4	CRF
2	Intracranial injury	2.7	CA liver and intrahepatic bile ducts	2.6	CA breast	4.0
3	CA breast	2.5	CA breast	2.5	Supervision of high-risk pregnancy	3.0
4	CA liver and intrahepatic bile ducts	2.5	Supervision of high-risk pregnancy	2.4	Acute MI	2.8

อันดับ	ปี 2563 จำนวนผู้ป่วย 5,073 ราย (ร้อยละ)		ปี 2564 จำนวนผู้ป่วย 3,810 ราย (ร้อยละ)		ปี 2565 (มี.ค.) จำนวนผู้ป่วย 1,885 ราย (ร้อยละ)	
5	CRF	2.3	CRF	2.3	Malignant neoplasm of thyroid gland	2.7
6	Carcinoma in situ of middle ear and respiratory system	1.8	Malignant neoplasm of thyroid gland	2.0	CA liver and intrahepatic bile ducts	2.6
7	Intracerebral haemorrhage	1.7	Unspecified lump in breast	1.4	Unspecified lump in breast	1.6
8	Malignant neoplasm of thyroid gland	1.5	Carcinoma in situ of middle ear and respiratory system	1.3	Special screening examination for other diseases and disorders	1.2
9	CA cervix	1.4	Chronic viral hepatitis	1.3	Chronic ischaemic heart disease	1.1
10	CA lung	1.2	Chronic ischaemic heart disease	1.2	Other congenital malformations of the heart	1.1

## สถานการณ์การเงิน

### 1. หมวดรายได้

#### 1.1 รายรับ ปีงบประมาณ 2562 – 2565

ประสิทธิภาพการจัดการด้าน การเงิน	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)
รายได้ UC (EMS, แรงแรงงานต่างด้าว)	254,724,358.84	226,412,098.36	277,654,553.60	120,596,694.45
	36.95	33.89	29.45	20.10
รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร	167,969,438.29	180,647,677.96	201,699,581.50	104,569,221.69
	24.37	27.04	21.39	17.43
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	83,646,515.61	74,808,325.40	83,838,467.05	49,655,738.65
	12.13	11.20	8.89	8.28
รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น ๆ (รายได้อื่น, พรบ.)	69,883,330.46	69,263,473.71	216,723,426.05	251,690,703.47
	10.14	10.37	22.99	41.95
รายได้ชำระเงินเอง	48,749,905.60	48,902,557.93	45,987,707.29	24,729,724.43
	7.07	7.32	4.88	4.12
รายได้ประกันสังคม	30,293,151.72	36,441,532.96	69,598,781.13	22,633,008.38
	4.39	5.45	7.38	3.77
รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด+อปท.	15,469,712.48	16,359,896.65	20,756,628.88	9,497,969.79
	2.24	2.45	2.20	1.58
รายได้อื่น (ระบบอัตโนมัติ)		10,663.59	2,016,230.48	330,567.00
		0.00	0.21	0.06
รายได้งบลงทุน	18,575,378.41	15,283,340.62	24,601,064.56	16,257,603.78
	2.69	2.29	2.61	2.71
รายรับรวม (บาท)	689,311,791.41	668,129,567.18	942,876,440.54	599,961,231.64
	100.00	100.00	100.00	100.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	57,442,649.28	55,677,463.93	78,573,036.71	85,708,747.38

1.2 สถานะทางการเงิน หมวดรายได้ ปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม 2564 – เมษายน 2565)

รายการ	ปี2564	แผนปี 2565	ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565			ร้อยละ
			แผนรายรับ	รายรับจริง	ผลต่าง	
รายได้ UC	276,486,325.73	275,000,000.00	137,500,000.00	120,015,798.66	-17,484,201.34	-12.72
รายได้จาก EMS	966,100.00	900,000.00	450,000.00	500,450.00	50,450.00	11.21
รายได้ค่ารักษา เบิกต้นสังกัด	3,982,123.50	4,000,000.00	2,000,000.00	1,641,060.50	-358,939.50	-17.95
รายได้ค่ารักษา อปท.	16,774,505.38	15,000,000.00	7,500,000.00	7,856,909.29	356,909.29	4.76
รายได้ค่ารักษา เบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	83,838,467.05	84,000,000.00	42,000,000.00	49,655,738.65	7,655,738.65	18.23
รายได้ ประกันสังคม	69,598,781.13	40,000,000.00	20,000,000.00	22,633,008.38	2,633,008.38	13.17
รายได้แรงงาน ต่างด้าว	202,127.87	200,000.00	100,000.00	80,445.79	-19,554.21	-19.55
รายได้ค่ารักษา และบริการอื่น ๆ	159,157,632.99	100,000,000.00	50,000,000.00	224,543,113.72	174,543,113.72	349.09
รายได้ งบประมาณ ส่วนบุคคลากร	201,699,581.50	220,000,000.00	110,000,000.00	104,569,221.69	-5,430,778.31	-4.94
รายได้อื่น	103,553,500.35	50,000,000.00	25,000,000.00	51,877,314.18	26,877,314.18	107.51
รายได้อื่น (ระบบอัตโนมัติ)	2,016,230.48	2,000,000.00	1,000,000.00	330,567.00	-669,433.00	-66.94
รายได้งบลงทุน	24,601,064.56	49,377,597.00	24,688,798.50	16,257,603.78	-8,431,194.72	-34.15
<b>รวมรายได้</b>	<b>942,876,440.54</b>	<b>840,477,597.00</b>	<b>420,238,798.50</b>	<b>599,961,231.64</b>	<b>179,722,433.14</b>	<b>42.77</b>

## 2. หมวดรายจ่าย

### 2.1 รายจ่าย ปีงบประมาณ 2562 – 2565

หมวดรายจ่าย	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)
ยาและเวชภัณฑ์มีใบยา,ทันตกรรม ,วิทยาศาสตร์	189,506,128.14	176,975,944.84	201,284,199.29	126,649,445.73
	26.54	25.68	25.99	31.44
ค่าจ้างและค่าตอบแทน (งปร.)	174,523,081.78	153,397,756.24	158,004,586.89	80,542,762.07
	24.44	22.26	20.40	20.00
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ(งปม.)	168,025,585.45	180,703,868.22	201,596,552.54	104,586,040.13
	23.53	26.22	26.03	25.97
ค่าเสื่อมราคาและตัดจำหน่าย/หนี้ สงสัยจะสูญ	61,423,126.60	60,029,601.84	60,965,433.07	32,022,658.84
	8.60	8.71	7.87	7.95
ค่าใช้สอย	53,977,031.05	60,505,515.56	55,152,365.95	35,725,263.58
	7.56	8.78	7.12	8.87
ค่าสาธารณูปโภค	22,459,482.60	20,799,016.60	20,614,495.80	6,208,802.30
	3.15	3.02	2.66	1.54
ค่าวัสดุทั่วไป	26,553,609.59	24,063,032.85	22,921,947.95	12,280,731.30
	3.72	3.49	2.96	3.05
ค่าใช้จ่ายอื่น	17,655,944.01	9,091,613.24	49,970,574.78	3,086,431.00
	2.47	1.32	6.45	0.77
ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบบอัตโนมัติ)	0	3,604,229.36	3,855,934.31	1,677,637.17
	0	0.52	0.50	0.42
รายจ่ายรวม (บาท)	714,123,989.22	689,170,578.75	774,366,090.58	402,779,772.12
	100.00	100.00	100.00	100.00
รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน	59,510,332.44	57,430,881.56	64,530,507.55	57,539,967.45

2.2 สถานะทางการเงิน หมวดรายจ่าย ปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม 2564 - เมษายน 2565)

รายการ	ปี2564	แผนปี 2565	ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565			ร้อยละ
			แผนรายจ่าย	รายจ่ายจริง	ผลต่าง	
ต้นทุนยา	96,388,091.18	99,000,000.00	49,500,000.00	58,183,064.37	8,683,064.37	17.54
ต้นทุนเวชภัณฑ์ มิใช่ยาและวัสดุ การแพทย์	57,961,425.42	65,000,000.00	32,500,000.00	36,448,854.35	3,948,854.35	12.15
ต้นทุนวัสดุ ทันตกรรม	895,647.44	1,200,000.00	600,000.00	261,940.70	-338,059.30	-56.34
ต้นทุนวัสดุ วิทยาศาสตร์ การแพทย์	46,039,035.25	26,000,000.00	13,000,000.00	31,755,586.31	18,755,586.31	144.27
เงินเดือนและ ค่าจ้างประจำ	201,596,552.54	220,000,000.00	110,000,000.00	104,586,040.13	-5,413,959.87	-4.92
ค่าจ้างชั่วคราว	37,375,522.00	38,000,000.00	19,000,000.00	20,283,848.00	1,283,848.00	6.76
ค่าตอบแทน	120,629,064.89	109,000,000.00	54,500,000.00	60,258,914.07	5,758,914.07	10.57
ค่าใช้จ่ายบุคลากร อื่น	17,107,606.94	13,000,000.00	6,500,000.00	22,664,604.01	16,164,604.01	248.69
ค่าใช้สอย	38,044,759.01	56,000,000.00	28,000,000.00	13,060,659.57	-14,939,340.43	-53.35
ค่าสาธารณูปโภค	20,614,495.80	20,320,000.00	10,160,000.00	6,208,802.30	-3,951,197.70	-38.89
วัสดุใช้ไป	22,921,947.95	25,000,000.00	12,500,000.00	12,280,731.30	-219,268.70	-1.75
ค่าเสื่อมราคาและ ค่าตัดจำหน่าย	60,327,193.57	76,000,000.00	38,000,000.00	31,072,252.78	-6,927,747.22	-18.23
หนี้สูญและสงสัย จะสูญ	638,239.50	2,000,000.00	1,000,000.00	950,406.06	-49,593.94	-4.96
ค่าใช้จ่ายอื่น	49,970,574.78	30,000,000.00	15,000,000.00	3,086,431.00	-11,913,569.00	-79.42
ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบบอัตโนมัติ)	3,855,934.31	4,000,000.00	2,000,000.00	1,677,637.17	-322,362.83	-16.12
<b>รวมค่าใช้จ่าย</b>	<b>774,366,090.58</b>	<b>784,520,000.00</b>	<b>392,260,000.00</b>	<b>402,779,772.12</b>	<b>10,519,772.12</b>	<b>2.68</b>

### 3. ค่าดัชนีชี้วัดทางการเงิน ปีงบประมาณ 2561 - 2565 (ตุลาคม - เมษายน 2565)

ประสิทธิภาพการจัดการด้านการเงิน	เกณฑ์	ปีงบประมาณ				
		2562	2563	2564	2565 (มี.ค.65)	
1. อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ(Cash ratio)	> 0.8	0.5	0.67	1.1	2.05	
2. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว(Quick ratio)	> 1	1.08	1.11	2.28	3.5	
3. อัตราส่วนทุนหมุนเวียน(Current ratio)	> 1.5	1.29	1.33	2.47	3.72	
4. รายได้รวม/ค่าใช้จ่ายรวม(I/E ratio)	> 1	0.97	0.94	1.22	1.49	
5. ทุนสำรองสุทธิ (Net working capital) ( ล้านบาท)		55.59	56.32	235.66	393.49	
6. อัตรากำไรสุทธิไม่รวมค่าเสื่อมราคาและตัดจำหน่าย	>0.0	7.39	-1.29	24.27	38.04	
7. Risk score	0	3	3	0	0	
8. ต้นทุนดำเนินการทั้งหมดต่อ RW ( บาท)		21,653.98	13,422.40	14,674.85	12,877.92	15,800.91
9. ต้นทุนดำเนินการทั้งหมดต่อ OPD Visit ( บาท)		905.27	895.64	967.1	922.61	853.30

### 4. ผลการประเมินระดับความสำเร็จการตรวจสอบขบทดลอง Electronic หน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ 8 รายเดือน ปี 2565

เดือน	ตรวจสอบ	ลูกหนี้ค่า	การตั้งค่าเผื่อหนี้	จับคู่ความล้ม	ความสัมพันธ์	จับคู่บัญชีค่า	บัญชีพัก ต้องไม่มี	จับคู่วัสดุ-	ความ	ผลคะแนน	เกรด
	เรื่องกระทบ	รักษาพยาบาล	สงสัยจะสูญเสีย และ	ลูกหนี้-รายได้	ของสินทรัพย์	เชื่อมราคาสะสม	ยอดคงค้าง (ตาม	เจ้าหนี้	ครอบคลุม		
	ยอดบัญชี		ค่าเผื่อหนี้สงสัย	ระหว่างเดือน	ถาวรกับค่า	และค่าเสื่อม	เกณฑ์ประเมินด้าน	ระหว่างเดือน	การตรวจ		
	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	
	19.25	7.36	7.00	24.70	10.34	9.68	0.57	13.50	7.60	100.00	
ต.ค.-64	19.25	7.36	7.00	24.70	10.34	9.68	0.57	13.50	5.20	97.60	A
พ.ย.-64	16.50	7.36	7.00	24.70	10.34	9.68	0.57	12.15	5.20	93.50	A
ธ.ค.-64	13.75	7.36	7.00	24.70	10.34	9.68	0.57	13.50	6.80	93.70	A
ม.ค.-65	19.25	7.36	7.00	24.70	10.34	9.68	0.57	13.50	6.80	99.20	A
ก.พ.-65	19.25	7.36	7.00	24.70	10.34	9.68	0.57	10.80	6.80	96.50	A
มี.ค.-65	19.25	7.36	7.00	24.70	10.34	9.68	0.57	13.50	7.60	100.00	A

5. การดำเนินงานวิกฤติทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring Plus) 2565

เดือน	CR	QR	Cash	NWC	NI	Risk Scoring	EBITDA	เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว)	Operating Margin 29.39%(Q2Y65)	Return on Asset 14.69%(Q2Y65)	A Payment Period(90 วัน)	A Collection Period-UC(60 วัน)	A Collection Period -CSMBS(60 วัน)	A Collection Period-SSS(90 วัน)	Inventory Management(60 วัน)	คะแนนรวม	เกรด	ผลการดำเนินงาน
ต.ค.-64	2.80	2.64	1.37	319,582,100.69	90,420,445.59	0	96,320,070.45	242,846,932.68	71.35	12.72	329	47	96	22	55	4	B-	ไม่ผ่าน
พ.ย.-64	3.02	2.82	1.39	322,515,364.22	110,463,175.37	0	112,783,905.94	222,579,432.58	56.89	15.45	224	69	106	31	57	3	C	ไม่ผ่าน
ธ.ค.-64	3.33	3.10	1.81	337,397,694.90	120,740,035.84	0	123,678,568.90	261,062,912.95	46.92	17.07	161	119	90	31	52	3	C	ไม่ผ่าน
ม.ค.-65	3.30	3.10	1.99	369,761,591.50	161,359,440.23	0	169,731,633.47	319,709,760.24	45.38	21.49	140	131	100	29	42	4	B-	ไม่ผ่าน
ก.พ.-65	3.27	3.09	1.92	364,030,029.95	167,381,123.26	0	180,306,155.68	153,994,416.22	39.86	22.37	124	130	106	24	42	4	B-	ไม่ผ่าน
มี.ค.-65	3.72	3.50	2.05	393,486,725.95	197,181,459.52	0	213,343,178.69	151,795,771.16	40.14	25.87	121	137	99	37	42	4	B-	ไม่ผ่าน

เดือน	เกณฑ์กระทรวง (NI)									เกณฑ์เขตสุขภาพที่ 8 (NI)								
	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depreciation MOPH	Liquid Index	Status Index	Survival Index	Risk Scoring (กระทรวง NI)	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depreciation R8WAY	Liquid Index	Status Index	Survival Index	Risk Scoring เขตสุขภาพที่ 8 (NI)
ต.ค.-64	2.80	2.64	1.37	319,582,100.69	90,420,445.59	0	0	0	0	2.23	2.10	1.09	274,443,653.84	69,990,917.02	0	0	0	0
พ.ย.-64	3.02	2.82	1.39	322,515,364.22	110,463,175.37	0	0	0	0	2.40	2.24	1.11	281,480,412.54	93,649,271.22	0	0	0	0
ธ.ค.-64	3.33	3.10	1.81	337,397,694.90	120,740,035.84	0	0	0	0	2.66	2.47	1.44	300,466,238.39	107,885,200.36	0	0	0	0
ม.ค.-65	3.30	3.10	1.99	369,761,591.50	161,359,440.23	0	0	0	0	3.14	2.94	1.89	361,173,475.24	129,301,082.51	0	0	0	0
ก.พ.-65	3.27	3.08	1.92	364,030,029.95	167,381,123.26	0	0	0	0	2.76	2.60	1.61	333,971,623.04	139,616,823.67	0	0	0	0
มี.ค.-65	3.72	3.50	2.05	393,486,725.95	197,181,459.52	0	0	0	0	3.16	2.97	1.74	367,722,377.17	173,711,568.06	0	0	0	0

ตาราง คะแนนคุณภาพการส่งงบการเงิน ของแม่ข่ายและลูกข่าย

ชื่อหน่วยงาน	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ					ผลการประเมิน
	คะแนนเต็ม	2562	2563	2564	2565 (ต.ค.-มี.ค.65)	
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู (แม่ข่าย)	100	100	100	100	100	ผ่าน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่ง (ลูกข่าย)	50	50	50	50	50	ผ่าน

ตาราง Quick Method

	ต้นทุนผู้ป่วยนอก		ผลการประเมิน	ต้นทุนผู้ป่วยใน		ผลการประเมิน
	ต้นทุน	Mend+1SD		ต้นทุน	Mend+1SD	
ไตรมาส 4/2562	895.64	981.62	ผ่าน	13,422.40	17,984.21	ผ่าน
ไตรมาส 4/2563	967.10	1,104.59	ผ่าน	14,674.85	18,115.34	ผ่าน
ไตรมาส 4/2564	922.61	1,113.07	ผ่าน	12,877.92	20,677.21	ผ่าน
ไตรมาส 1/2565	872.84	835.75	ไม่ผ่าน	15,376.41	23,348.13	ผ่าน
ไตรมาส 2/2565	853.30	905.27	ผ่าน	15,800.91	21,653.98	ผ่าน

6. ผลการบริหาร งบประมาณ-ค่าเสื่อม และ งบประมาณลงทุน

UC	ได้รับจัดสรร	เบิกจ่าย	คงเหลือ	นำเข้าเงินบำรุง	หมายเหตุ
ปี 2562	15,984,776.02	12,005,858.55	-	416,869.73	ดอกเบี้ย/ค่าปรับรอนำเข้าเงินบำรุง
ปี 2563	15,230,238.86	12,039,828.00	3,190,410.86	2,966,807.69	โอนให้ รพ.สต.หมากเลือด 267,966 บาท
ปี 2564	12,972,716.56	12,117,475.52	817,161.04		38,080.00 บาท ค่าปรับ
ปี 2565	15,262,978.78	645,620.00	14,617,358.78	-	รอเบิกจ่าย

งบประมาณ	ประเภท	ได้รับจัดสรร	เบิกจ่าย	คงเหลือ	หมายเหตุ
ปี 2562	ครุภัณฑ์	11,425,000.00	11,386,000.00	39,000.00	ส่งคืนรายได้แผ่นดิน
ปี 2563	ครุภัณฑ์	8,526,000.00	8,526,000.00	-	
ปี 2564	ครุภัณฑ์/อาคาร	20,416,400.00	19,999,400.00	417,000.00	ส่งคืนงบ
ปี 2564	เงินกู้-COVID	16,300,500.00	15,446,121.51	854,378.49	ส่งคืนงบ
ปี 2565	ครุภัณฑ์/อาคาร	36,953,400.00	2,373,425.00	34,579,975.00	ส่งคืนงบ

ตารางที่ 7 รายรับเกณฑ์เงินสด

เงินรายรับ	ตค.64	พย.64	ธค.64	มค.65	กพ.65	มีค.65	รวมรับทั้งปี
รายได้ UC	72,142,033.90	24,406,362.04	29,416,838.14	45,453,701.43	15,324,236.17	10,372,296.94	197,115,468.62
รายได้ EMS	38,900.00	77,450.00	119,100.00	114,900.00	-	211,600.00	561,950.00
รายได้ค่ารักษาพยาบาลเบิกจ่าย ตรงกรมบัญชีกลาง	3,275,295.00	7,442,372.55	17,428,783.49	2,398,979.35	4,205,413.50	11,587,047.82	46,337,891.71
รายได้ อปท.	-	2,785,606.41	2,061,389.87	-	-	-	4,846,996.28
รายได้ค่ารักษา ต้นสังกัด	174,758.75	267,559.50	215,024.50	290,773.00	132,996.50	356,520.50	1,437,632.75
รายได้ประกันสังคม+เงินกองทุน ประกันสังคม	8,200,147.23	15,190,502.93	6,916,950.00	17,097,165.77	13,916,465.69	6,807,312.28	68,128,543.90
รายได้ชำระเงินเอง	3,157,542.00	3,523,861.50	3,669,970.75	3,467,777.75	2,946,458.60	4,378,811.10	21,144,421.70
รายได้ค่าบริการสาธารณสุข Covid-19	836,440.00	1,864,920.00	30,424,469.06	31,546,611.83	1,166,667.21	176,600.00	66,015,708.10
รายได้ค่ารักษาพยาบาล พรบ.	522,621.25	1,358,431.00	1,395,201.00	688,115.00	1,045,917.75	923,199.50	5,933,485.50
ค่าธรรมเนียมบัตรทอง	40,620.00	44,970.00	42,840.00	45,390.00	37,800.00	44,910.00	256,530.00
ค่าตอบแทนเสี่ยงภัย COVID-19	3,680,500.00	-	7,471,250.00	-	-	-	11,151,750.00
เงินประกันสัญญา	-	11,375.00	68,521.00	-	24,900.00	-	104,796.00
เงินบริจาค	9,312.00	38,334.73	508,453.71	7,070.64	29,368.00	47,317.00	639,856.08
รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น	1,063,072.31	768,679.66	694,419.35	419,353.87	477,253.45	1,067,951.04	4,490,729.68
เงินกองทุนต่างๆ (บริหารจัดการ สถานะสิทธิบุคลากร)	83,557.04	124,850.90	94,076.58	80,460.00	90,208.14	32,000.00	505,152.66
<b>รวม</b>	<b>93,224,799.48</b>	<b>57,905,276.22</b>	<b>100,527,287.45</b>	<b>101,610,298.64</b>	<b>39,397,685.01</b>	<b>36,005,566.18</b>	<b>428,670,912.98</b>

ตารางที่ 8 รายจ่ายเกณฑ์เงินสด

เงินรายจ่าย	ตค.64	พย.64	ธค.64	มค.65	กพ.65	มีค.65	รวม
ค่าจ้างชั่วคราว	3,346,017.00	3,310,246.00	3,376,048.00	3,363,069.00	3,399,078.00	3,495,602.00	20,290,060.00
ค่าตอบแทน	9,069,447.50	17,543,887.50	16,450,593.00	6,711,910.00	9,528,989.00	7,888,602.00	67,193,429.00
ค่าใช้สอย	1,246,363.24	3,077,604.99	3,086,207.72	2,326,405.66	1,547,902.75	6,280,248.52	17,564,732.88
ค่าวัสดุเจ้าหน้าที่การค้า	4,572,377.01	29,173,772.32	29,818,489.68	19,920,295.44	28,581,339.22	25,596,982.11	137,663,255.78
ค่าครุภัณฑ์	288,566.73	3,564,994.87	1,733,264.86	945,525.78	1,479,191.59	1,419,642.44	9,431,186.27
ค่าสาธารณูปโภค	114,803.38	1,359,734.22	3,670,348.05	994,038.69	1,887,103.47	50,314.34	8,076,342.15
จ่ายเบี้ย	87,500.00	75,130.00	283,902.00	177,980.00	127,250.00	15,750.00	767,512.00
งบลงทุน	964,903.81	8,755.09	1,709,631.40	241,007.10	2,121.50	-	2,926,418.90
ค่าใช้จ่ายอื่น	270,807.00	91,821.16	88,623.00	213,854.00	187,858.50	168,851.50	1,021,815.16
จัดสรรให้ สอ.	2,322,469.00	899,076.50	132,737.50	3,898,547.27	2,267,834.69	900,000.00	10,420,664.96
คืนเงินประกันสัญญา	-	11,375.00	68,521.00	-	24,900.00	-	104,796.00
กองทุนประกันสังคม	4,413,089.83	3,777,440.25	4,158,926.41	4,805,231.50	3,820,258.50	820,307.50	21,795,253.99
<b>รวม</b>	<b>26,696,344.50</b>	<b>62,893,837.90</b>	<b>64,577,292.62</b>	<b>43,597,864.44</b>	<b>52,853,827.22</b>	<b>46,636,300.41</b>	<b>297,255,467.09</b>

รายงานเงินคงเหลือ ณ 31 มีนาคม 2565

รายการ	ยอดคงเหลือ	เงินที่ใช้ได้จริง
เงินบำรุง (กรุงเทพฯ)	73,776,902.05	259,289,935.05
เงินบำรุง (ธกส.)	89,760,491.92	
งบ UC	95,752,541.08	
รายการ	ยอดคงเหลือ	มีวัตถุประสงค์เฉพาะ
งบ UC (มีวัตถุประสงค์)	22,312,785.76	55,835,772.19
ปกส.บริหารจัดการ	4,048,834.17	
เงินอุดหนุนสถานะและสิทธิ	6,232.08	
งบลงทุน	18,817,284.43	
ปกส.กองทุนใหญ่	7,629,467.31	
เงินอุดหนุนพัฒนาศักยภาพบุคลากร	133,544.13	
ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	179,556.72	
โครงการคลินิกโรคจากการทำงาน	184,184.06	
เงินบริจาค รพ.หนองบัวลำภู	2,523,883.53	
<b>รวมเงินคงเหลือทั้งสิ้น</b>	<b>315,125,707.24</b>	

**ผลการดำเนินงาน  
ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข  
และเขตสุขภาพที่ 8**

# Agenda Based

(นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)

# ประเด็นที่ 1 โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์

หัวข้อ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

ประเด็นการตรวจราชการ : โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อ ชาติ ศาสน์ กษัตริย์

## 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ตามที่ พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อม ให้แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการ ราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อ ชาติ ศาสน์ กษัตริย์ เพื่อบูรณาการส่งเสริมด้านเครื่องมือแพทย์ ด้านการบริการทางการแพทย์ พยาบาล ให้องค์ความรู้ ด้านสุขภาพอนามัยที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขัง และอาสาสมัครด้านสุขภาพในเรือนจำ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข กรมราชทัณฑ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ลงนามในบันทึกความร่วมมือระหว่าง 3 หน่วยงาน เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2562 เพื่อสนับสนุนและพัฒนาจัดระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยได้กำหนดให้มีคณะกรรมการระดับพื้นที่ ที่เป็นเครือข่ายในระดับเขตหรือระดับจังหวัดร่วมกัน เพื่อพัฒนาและสนับสนุนการจัดระบบบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ต้องขังให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ตามบริบทของพื้นที่ ดังนั้นเพื่อในบรรลุตามพระบรมราโชบาย ของพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว และเพื่อให้การดำเนินงาน ด้านสาธารณสุขในเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู จึงได้จัดทำโครงการนี้ขึ้น ร่วมกับเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู และภาคีเครือข่ายร่วมด้วย

## 2. กระบวนการดำเนินงาน

2.1 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู

2.2 แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู

2.3 จัดทำโครงการ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปี 2565

2.4 จัดบริการสาธารณสุขในเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู โดยโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ร่วมกับสถานพยาบาลในเรือนจำ

2.5 ติดตาม และประเมินผลโครงการเป็นระยะรายไตรมาส

2.6 สรุปผลโครงการ

### 3. ผลการดำเนินงาน

เรื่อง	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
<b>1. การตรวจคัดกรอง</b>				
- TB	2,240 ราย (พบ TB 15 ราย)	2,701 ราย (พบ TB 5 ราย)	2,483 ราย ตรวจ 2,480 ราย (99.88%) (ผิดปกติ 104 ราย, AFB +2 ราย)	1,893 ราย ตรวจ 1,884 ราย (99.53%) อยู่ระหว่างรอผลตรวจ
- HIV & AIDS	500 ราย	5 ราย	180 ราย / บวก 1 ราย	532 ราย อยู่ระหว่างรอผลตรวจ
- DM & HT	-	DM 14 ราย HT 22 ราย	รับยา DM = 11 ราย HT = 13 ราย	DM 9 ราย HT 18 ราย
<b>2. การตรวจรักษา</b>				
- ตรวจโรคทั่วไป	4 ครั้ง	4 ครั้ง	1 ครั้ง/เดือน	1 ครั้ง / เดือน
- ตรวจรักษาโรคทางตา	1 ครั้ง	2 ครั้ง	2 เดือน/ครั้ง	2 ครั้ง / เดือน
- ตรวจทันตกรรม	4 ครั้ง/60 ราย	5 ครั้ง	1 ครั้ง/เดือน	1 ครั้ง / เดือน
- ตรวจรักษาทางจิตเวช	4 ครั้ง/67 ราย	3 ครั้ง	2 เดือน/ครั้ง (รับยา 40 ราย)	2 ครั้ง / เดือน
<b>3. การให้ภูมิคุ้มกันโรค - ฉีด Flu – Vac</b>				
1) ผู้ต้องขัง	500 ราย	1,512 dose	830 dose	671 dose (จาก สปสช.)
2) জনท.เรือนจำ	62 ราย	64 ราย	64 ราย	ยังไม่ได้ฉีด รอวัคซีน
3) ฉีด MR	-	1,720 ราย	890 ราย	ยังไม่ได้ฉีด รอวัคซีน
<b>4. อบรม อส.รจ.</b>	-	1 รุ่น 60 คน	60 คน	60 ราย (26 พ.ค. 65)
<b>5. ตรวจการติดเชื้อ Covid -19</b>	-	76 คน	534 ราย (รายใหม่ตรวจ 100%)	80 ราย (รายใหม่ตรวจ 100%)
- เจ้าหน้าที่เรือนจำ 88 ราย			จนท. 82 ราย ตรวจ 82 ราย (100%)	จนท. 88 ราย ตรวจ 88 ราย (100%)
- ผู้ต้องขัง 1,893 ราย			ผู้ต้องขัง 2,251 ตรวจ 687 ราย (30.52%)	ผตข. 1,893 ราย ตรวจ 1,893 ราย (100%)
<b>6. มีระบบ Tele med</b>			2 ครั้ง	2 ครั้ง

#### 4. แผนงาน/โครงการที่รองรับ

แผนงาน/โครงการ	งบประมาณ	กิจกรรม	เป้าหมาย	หน่วยนับ	ระยะเวลา
1. โครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู เครื่องขยายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปี 2563	102,960 บาท	1.แต่งตั้งคณะกรรมการฯ 2.จัดประชุมชี้แจงคณะกรรมการ 3.ออกหน่วยบริการในเรือนจำ 4.ติดตามและประเมินผล	2 2 9 3	ชุด ครั้ง ครั้ง/ปี ครั้ง/ปี	ธ.ค. 62 ต.ค.-ก.ย.63 ม.ค.-ก.ย.63 มี.ค.,มิ.ย.,ก.ย.63
2.โครงการราชทัณฑ์ ปันสุขทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ปี 2565	120,000 บาท	1.จัดบริการสาธารณสุขในเรือนจำ	9	ครั้ง/ปี	ม.ค.- ก.ย. 65

#### 5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

5.1 ผู้บริหารให้ความสำคัญและถือเป็นนโยบายเร่งด่วน

5.2 ภาควิชาเครื่องขยายเข้มแข็ง มีการประสานความร่วมมือในการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู

5.3 CUP สนับสนุนยา และเวชภัณฑ์ ตามกรอบบัญชีของ รพ.สต.

5.4 CUP สนับสนุนงบ PP ตามหัวประชากร ให้แก่ สถานบริการในเรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 120,000 บาท

#### 6. ปัญหาอุปสรรค

6.1 ระบบการจัดเก็บข้อมูลในเรือนจำยังไม่มีระบบฐานข้อมูลการให้บริการ

6.2 อัตรากำลังของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเรือนจำมีจำนวนจำกัด

#### 7. ข้อเสนอแนะ

7.1 ขอรับการสนับสนุนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเรือนจำ (นวก.สาธารณสุข/จนท.บันทึกข้อมูล)

7.2 พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล JHCIS ในเรือนจำ

#### 8. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

-

ผู้รายงาน 1.พญ.ไอรดา สายปัญญา ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ  
โทร 085-0399545

2. นายภราดา บุราณสาร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
โทร 096-9845895 [E-mail prada131213@gmail.com](mailto:prada131213@gmail.com)

## ประเด็นที่ 2 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

### หัวข้อ กัญชา กัญชง ทางการแพทย์

ประเด็นการตรวจราชการ : กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

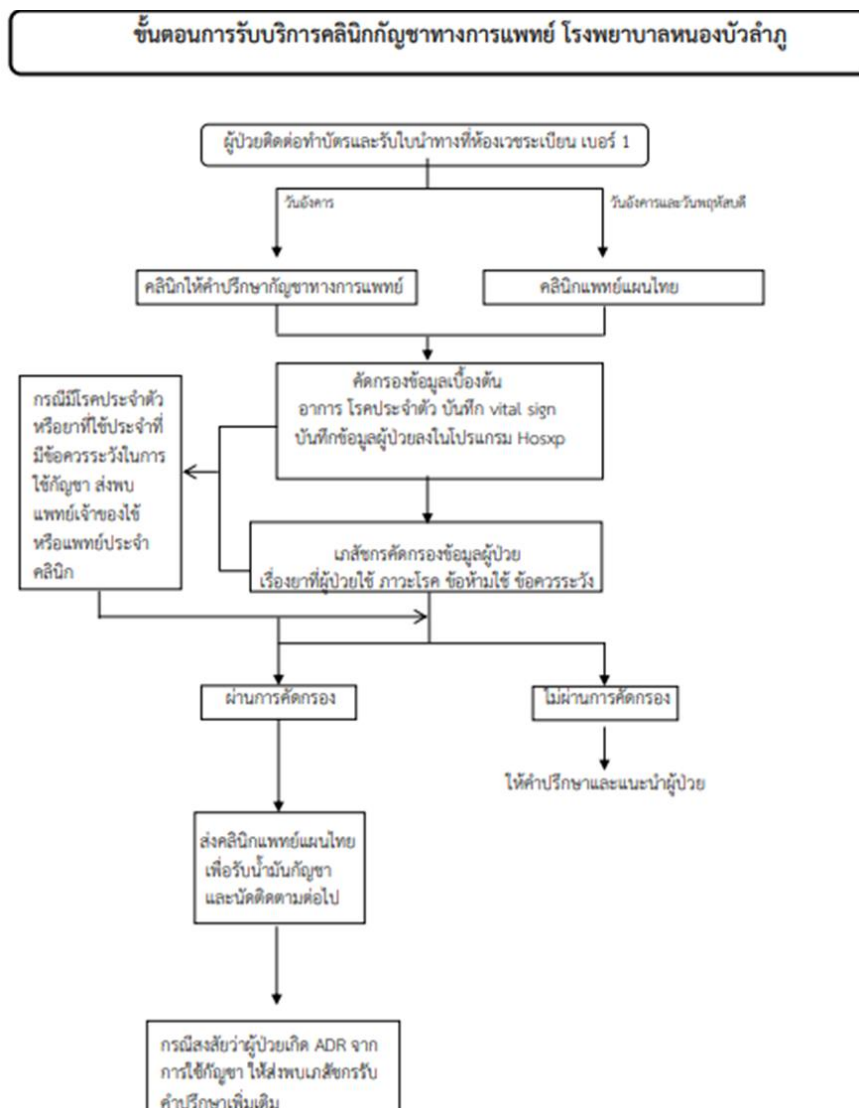
ตัวชี้วัด : 1) ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ร้อยละ 70

2) ผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2562 โดยมีคลินิกให้คำปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์เปิดบริการในวันอังคาร และ คลินิกกัญชาแพทย์แผนไทย เปิดบริการในวันจันทร์ ถึง ศุกร์ เวลา 08.30- 16.00 น. ยกเว้น วันหยุดนักขัตฤกษ์ โดยโรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีตำรับที่มีกัญชาปรุงผสม ได้แก่ น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชา, น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง, ยาสุขไสยาสน์, ยาทำลายพระสุเมรุ, ยาแก้ลมแก้เส้น, ยาทัพยาธิคุณ, ยาทาริตสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง, ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูงและยาแก้นอนไม่หลับ/ยาแก้ไข้ผอมเหลือง

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน



### 3. ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลถึง 18 พฤษภาคม 2565)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2565
ผู้ป่วย palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	8.33* (baseline)

\* ผู้ป่วย palliative 96 ราย ได้รับกัญชาทางการแพทย์ 9 ราย (ข้อมูลจาก <https://hdcservice.moph.go.th/>)

#### 3.1 ผลการคัดกรองผู้มารับบริการที่คลินิกกัญชา โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้รับการคัดกรอง (ร้อยละ)	
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
2563	165 ราย (90.2%)	18 ราย (9.8%)
2564	155 ราย (96.8%)	5 ราย** (3.2%)
2565	161 ราย (100%)	0

\*\* ไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจาก ผู้ป่วยใช้ยาละลายลิ่มเลือด warfarin ร่วมด้วย, MI, psychi

หมายเหตุ ปี 2563 พบอาการข้างเคียง 1 ราย คือ คลื่นไส้อาเจียน, ปี 2564 ยังไม่พบรายงาน, ปี 2565 พบอาการข้างเคียง 3 ราย คือ วิงเวียนศีรษะ

#### 3.2 ผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาแพทย์แผนไทย ปี 2565

##### 1) จำนวนผู้ป่วยรายใหม่และจำนวนครั้งของผู้มารับบริการทั้งหมด (ข้อมูลถึง 18 พฤษภาคม 2565)

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย(ราย)	จำนวนที่มารับบริการ (ครั้ง)
2563	138	272
2564	155	204
2565	161	213

##### 2) จำนวนผู้ป่วยแยกตามอาการที่มารับบริการ (ข้อมูลถึง 18 พฤษภาคม 2565)

กลุ่มอาการ	ปีงบประมาณ (ราย)		
	2563	2564	2565
มะเร็ิง	41	43	30
ปวด	0	41	120
นอนไม่หลับ	109	84	51
เบื่ออาหาร	0	6	3
อื่นๆ	0	10	9

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

##### ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

- การให้ความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร แพทย์แผนไทย
- การให้การสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล

##### ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- การประชาสัมพันธ์ในเรื่องความรู้ความเข้าใจในการใช้สารสกัดจากัญชาทางการแพทย์อย่างทั่วถึง

#### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

##### ปัญหา อุปสรรค

- ระบบการเก็บข้อมูลของกระทรวง และอย. มีรายละเอียดค่อนข้างมาก

##### ข้อเสนอแนะ

- เสนอให้ลดการคีย์รายงานในส่วนที่เป็นรายละเอียดปลีกย่อยลง เช่น การคีย์ Lot. , serial number

#### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

ผู้รายงาน ภญ.วรรณพร เวชพาณิชย์

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 10 พฤษภาคม 2565

โทร 084-8186094 e-mail [watthaphorn@gmail.com](mailto:watthaphorn@gmail.com)

## ประเด็นที่ 3 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

### หัวข้อ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็นการตรวจราชการ : อสม.หมอบริการบ้าน, PCU/NPCU

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี

- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่าย
  - จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิฯ
  - จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

สถานการณ์ : อำเภอเมืองหนองบัวลำภู มีประชากรทั้งสิ้น 136,728 คน แบ่งเป็น 15 ตำบล 183 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการปฐมภูมิ 22 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่ง, PCU 1 แห่ง และเรือนจำ 1 แห่ง มี อสม.จำนวน 2,384 คน

#### สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ 1/2565 : เขตสุขภาพที่ 8

1. บทบาทของ 3 หมอ มีความชัดเจน ให้บริการอย่างใกล้ชิดกับประชาชน โดยเฉพาะหมอบริการบ้าน (อสม. เป็นที่พึ่งของชุมชนได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในสถานการณ์โควิดเช่นนี้มีหมอบริการบ้าน 2 (จนท.ของ รพ.สต.) ร่วมดำเนินงานอย่างใกล้ชิด ทำให้ได้รับความน่าเชื่อถือมากขึ้น และการดำเนินงานฉีดวัคซีนแบบลงถึงบ้านในปัจจุบัน การจ่ายยาที่บ้าน และจ่ายยาโควิด ซึ่งมี อสม. เป็นกำลังสำคัญ สำหรับหมอบริการบ้าน 3 สามารถติดต่อรับคำปรึกษา ได้ทุกช่องทางทุกที่ตลอดเวลา จึงกลายเป็นทีมงานที่ดูแลคนในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพและทั้ง 3 หมอมั่นใจและมีความสุขในการทำงาน

2. มี PCU 3 แห่งและ NPCU 1 แห่ง มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดี มีแพทย์ออกตรวจทุกวันในหน่วยบริการที่เป็น Node ซึ่งเครือข่ายสามารถส่งผู้ป่วยเข้ามารับบริการได้อย่างสะดวก

3. กำลังดำเนินการจัดตั้ง PCU 1 แห่งและ NPCU 2 แห่ง มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดี มีแพทย์ออกตรวจทุกวันในหน่วยบริการที่เป็น Node ซึ่งเครือข่ายสามารถส่งผู้ป่วยเข้ามารับบริการได้อย่างสะดวก

4. มีปัญหาเรื่องมีจำนวนผู้ป่วยโควิด 19 ในพื้นที่เพิ่มจำนวนมาก ภารกิจส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่การบริหารจัดการโควิด-19 ตอนนี้อยู่ดีขึ้น ผู้ติดเชื้อจำนวนลดลง

5. ปัญหาในการเปิด PCU/NPCU ที่ไม่สามารถเพิ่มตามเป้าหมาย เนื่องจากขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

6. การรับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติม ยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วย ด้วยยังติดเงื่อนไขด้านแพทย์ผู้ให้บริการมีจำกัด

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

2.1 ปี 2560 เปิด 3 แห่ง ดังนี้

1) เปิด PCU 2 แห่ง ได้แก่ ศูนย์แพทย์ชุมชน (พญ.เสาวนีย์ แก้วบุญเรือง) และ รพ.สต.หนองบัวเหนือ (นพ.เทพพิทักษ์ รินรุค)

2) เปิด NPCU 1 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.หมากเลื่อม + รพ.สต.ห้วยลึก (พญ.ไอรดา สายปัญญา)

2.2 ปี 2564 เปิด PCU เพิ่ม 1 แห่ง คือ รพ.สต.หัวนา (พญ.ชฎาภรณ์ กันณารักษ์)

2.3 ปี 2565 เปิด 3 แห่ง ดังนี้

- 1) เปิด PCU 1 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.ดอนยานาง (นพ.สุกิจ กิตติศิริวัฒนกุล)
- 2) เปิด NPCU 2 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติทุ่งโปรง + รพ.สต.ยางหลวงเหนือ (พญ.ปิยะพร บ่อคำเกิด) และ รพ.สต.นาคำไฮ + รพ.สต.โนนสมบูรณ์ (นพ.สุรียนต์ ปัญหาราช)
- 3) เปิด NPCU 2 แห่ง สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติทุ่งโปรง + รพ.สต.ยางหลวงฯ และเปิด PCU เพิ่ม 1 แห่งในปี 2565 (อยู่ระหว่างดำเนินการ) และเปิด PCU 1 แห่ง

2.4 สรุปแผนการเปิด PCU และ NPCU ในเขต อ.เมือง จัดไว้ 13 แห่ง เปิดแล้ว 7 แห่ง คงเหลือ 6 แห่ง

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		ปี 2565 (ต.ค.-มี.ค.65)		
		2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ40	-	29.42%	75%	873/911	95.82
2.1 จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิฯ	ร้อยละ60	23.07%	30.76%	44%	7/13	53.85%
2.2 จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	ร้อยละ60		100%	60%	154,474 / 154,474	100%

ผลการดำเนินงาน PCC ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดรอคอย ลดค่าใช้จ่าย

**ลดป่วย** ไม่บรรลุนอกจากมีโรคระบาด

**ลดตาย** อัตราตายอยู่ในเพิ่มขึ้น เทียบ 3 เดือน จาก 82 เป็น 89 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.32

**ลดแออัด** จำนวนผู้ป่วย OPD PCC ปี 2564 ช่วง ตค.63-เมย 64 รวม 16,496 คน  
จำนวนผู้ป่วย OPD PCC ปี 2565 ช่วง ตค.64-เมย 65 รวม 17,519 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.2  
โดยรวมผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น หมู่บ้านที่ไกลสุด (ห้วยทราย) ใช้เวลาเดินทาง 15-20 นาที  
ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้รับบริการที่บ้าน ร้อยละ 100

**ลดรอคอย** ระยะเวลาารอคอย OPD PCC ปี 2564 คิดเป็น 87.2 นาที/คน  
ระยะเวลาารอคอย OPD PCC ปี 2565 คิดเป็น 58.8 นาที/คน ลดลง ร้อยละ 26.19

**ลดค่าใช้จ่าย** ค่าใช้จ่ายรายหัว สำหรับผู้ป่วย OPD PCC ปี 2564 คิดเป็น 423.74 บาท/ครั้ง  
ค่าใช้จ่ายรายหัว สำหรับผู้ป่วย OPD PCC ปี 2565 คิดเป็น 387.18 บาท/ครั้ง  
ลดลง ร้อยละ 8.63 ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้รับบริการที่บ้าน ทุกราย ลดภาระ ลดค่าใช้จ่าย  
ลดความเสี่ยงวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ลดการอบนึ่ง ลดค่าซักล้าง ลดค่าน้ำ/ค่าไฟ  
ลดคนให้บริการ

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

##### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1) อสม. ในพื้นที่ เป็นคนในชุมชนที่มีศักยภาพ มีความรู้ได้รับการฝึก มีความเป็นผู้นำที่เสียสละ และเป็นการดูแลแบบพึ่งพาโดยระบบพี่น้องเครือข่าย อย่างเอื้ออาทร มีความคุ้นเคยสามารถเข้าถึงและให้วามกันได้ง่าย จึงมีความแน่นแฟ้น และคงทนอัตราการลาออกน้อย

2) อสม. เป็นคนในพื้นที่ รู้และมีข้อมูลของประชาชนที่ตนรับผิดชอบ จึงง่ายต่อการดูแลติดตามกรณีมีผู้ป่วย มีปัญหาอื่นใดที่ต้องการความช่วยเหลือ

3) เจ้าหน้าที่และ อสม. มีการประสานงาน ประสานความร่วมมือและร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการประชุมสม่ำเสมอ เป็นความเข้มแข็งร่วมแรงจากภาคีเครือข่ายภาคประชาชน

4) ด้วยสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ต้องให้บริการแบบ New Normal อสม. ในพื้นที่เป็นกำลังสำคัญของทุกหน่วยบริการ การส่งยาผู้ป่วยที่บ้านทำได้ง่ายขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเพิ่มผลงาน 3 หมอ สร้างความเชื่อมั่นแก่ชุมชนและทีมสุขภาพ

5) ทีม 3 หมอ มีความเข้มข้นใน มีการสอนและสาธิตการตรวจ ATK แก่ อสม. เพื่อการเฝ้าระวังเชิงรุก การคัดกรองเมื่อมีกิจกรรมต่างๆในชุมชน การติดตามประชาชนมาฉีดวัคซีนโควิด 19 ตลอดจนวัคซีนไขหวัดใหญ่ รวมทั้งการติดตามผู้ป่วยเรื้อรัง และเข้มข้นเรื่องการควบคุมโรคโควิด-19 ในพื้นที่

##### ปัจจัยที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จ

1) การดำเนินการเรื่องการฉีดวัคซีนโควิด ไม่ได้ตามเป้า เนื่องจาก วัคซีนไม่เพียงพอในระยะเริ่มต้น แต่ปัจจุบันมีวัคซีนแต่ยังมีคนไม่ประสงค์ฉีด โดยเฉพาะกลุ่ม 608

2) การให้บริการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่มีบุคคลนอกกลุ่มประสงค์ฉีดจำนวนมาก แต่วัคซีนไม่เพียงพอแม้ในกลุ่มเป้าหมาย และมีผู้ปกครองนำเด็กมาฉีดมากขึ้นซึ่งต้องมีการจัดการวัคซีน จึงขอเสนอให้ โรงพยาบาลเป็นหน่วยงานหลักเพื่อรวมเด็กฉีด

3) ในพื้นที่เขตเมืองมีบ้านเช่า หอพัก มีโรงเรียนเอกชนที่รับนักเรียนจากทั่วประเทศเข้าเรียน จึงยากต่อการควบคุมโรคระบาดเช่น โควิด 19 เมื่อมีการระบาดต้องระดมเจ้าหน้าที่เฝ้าตรวจ ควบคุม กำกับ ต้องวางงานอื่น

#### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1) จำนวนครัวเรือนเพิ่ม แต่จำนวน อสม. คงเดิม ไม่มีการรับ อสม. เพิ่ม แต่หมู่บ้าน/ชุมชนมีครัวเรือนขยายมากขึ้น โดยเฉพาะเขตเมือง ที่มีบ้านจัดสรร หอพัก สัดส่วน อสม. ต่อครอบครัว ในบางหมู่บ้านจึงไม่ใช่ 10-15 ครัวเรือน/คน (30-70 ครัวเรือน/คน ที่บ้านเอื้ออาทร)

2) จำนวนแพทย์ที่จะไปเรียนเวชศาสตร์ครอบครัวยังมีน้อย ต้องค้นหาแพทย์เข้าอบรมระยะสั้นหรือเรียนเพิ่มขึ้น

3) เครือข่าย รพ.สต. มีแนวโน้มจะย้ายไปสังกัด อบจ. ทิศทางบริการอาจเปลี่ยนไป

4) มีระบบการเก็บข้อมูลรายงานเพิ่มขึ้นหลายเรื่อง เช่น โปรแกรมวัคซีน โปรแกรมมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกที่ต้องใช้ระบบใหม่/ตรวจ HPV DNA จนถึงบัดนี้ยังไม่พร้อมใช้และทางพื้นที่ยังไม่ลงมือตรวจเลย

#### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1) อ่างล้างมือผลิตเองในโรงเรียนและสถานบริการที่หน่วยงานผลิตเพิ่มให้เพียงพอกับการใช้งาน

2) การปรับเวลา เหลือเวลาการให้บริการฉีดวัคซีนคลินิกเด็กและบริการวัคซีนโควิด-19

ผู้รายงาน นางประหยัด รุระแพง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โทร...089-8430618.. e-mail : [prayadanc@gmail.com](mailto:prayadanc@gmail.com)

### ประเด็นที่ 3 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

#### หัวข้อ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็นการตรวจราชการ : อำเภอฟานเกษตรการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พขอ.)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของอำเภอฟานเกษตรการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 100

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

อำเภอมืองหนองบัวลำภูได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตตั้งแต่ ปี 2560 ในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ และได้ปรับเปลี่ยนเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ในปี 2564 และ ในปี 2565 ได้กำหนดประเด็นปัญหาในการแก้ไขและการพัฒนาคุณภาพชีวิตไว้ 4 ประเด็น ได้แก่

1. ปัญหาสารเคมีตกค้างในภาคการเกษตรทั้งในสิ่งแวดล้อมและในตัวเกษตรกร
2. ปัญหาโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
3. ปัญหาอุบัติเหตุการจราจรทางถนน ยาเสพติด ทูป็นัมเบอร์วัน
4. ปัญหาขยะและมลพิษเขตเมือง

ทิศทางการขับเคลื่อนงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา ดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.)และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) ในรูปแบบ “หมู่บ้านต้นแบบด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต” โดยมีเป้าหมาย 5 ปี (2561-2565) ทุกหมู่บ้านต้องผ่านการยกระดับเป็นหมู่บ้านต้นแบบด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งหมู่บ้านต้นแบบต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตครอบคลุมทุกประเด็นตามนโยบายของคณะกรรมการระดับอำเภอกำหนด และในปีงบประมาณ 2565 ได้กำหนดการประเมินหมู่บ้านต้นแบบด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตและจัดกิจกรรมมอบรางวัล ภายในเดือน กันยายน 2565

#### 4 ผลการดำเนินงาน

ในปีงบประมาณ 2564 ทุก รพ.สต. ในอำเภอมืองหนองบัวลำภูได้ดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอมือง ร้อยละ 100 โดยผ่านคณะกรรมการ พขต. ลงสู่หมู่บ้านต้นแบบด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามเป้าหมายและกรอบแนวทางการดำเนินงาน และจะประเมินหมู่บ้านต้นแบบด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต และจัดกิจกรรมมอบรางวัล ภายในเดือน กันยายน 2565 โดยมีกิจกรรมและผลลัพธ์งานที่สำคัญ ดังนี้

##### 1) การลดปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในอาหารและสิ่งแวดล้อม (อาหารปลอดภัย)

กลยุทธ์	เป้าหมาย	กิจกรรม
ปัญหาสารเคมีตกค้างในภาคการเกษตรทั้งในสิ่งแวดล้อมและในตัวเกษตรกรเพื่อให้เกิดการบริโภคอาหารปลอดภัย	1. รพ./รร./ศพด.ประกอบอาหารจากผักปลอดภัยสารเคมี ร้อยละ100 2. แหล่งผลิตน้ำดื่ม/ร้านอาหารได้มาตรฐาน ร้อยละ100	1. การสุ่มตรวจสอบสารเคมีตกค้างในอาหารและในเลือดของเกษตรกร 2. การส่งเสริมแหล่งผลิต/ร้านจำหน่ายอาหารให้ได้มาตรฐาน 3. การส่งเสริมกลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ เพิ่มพื้นที่ตลาดเขียว 4. การสร้างกระแสการบริโภคอาหารปลอดภัย (Food Safety)

## 2) การดำเนินงาน TO Be Number One และลดอุบัติเหตุจราจรทางถนน

กลยุทธ์	เป้าหมาย	กิจกรรม
มีการดำเนินงาน To Be Number one	มีการจัดตั้งชมรม To Be Number one อย่างต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการจัดตั้งชมรม To Be Number one ในระดับตำบล อย่างน้อย 1 แห่ง</li> <li>2. หมู่บ้านต้นแบบมีประชาชนอายุ 6 - 24 ปีเป็นสมาชิก ชมรม TO Be NO.1 ร้อยละ 90</li> <li>3. ชมรม To Be Number one ในชุมชนมีการดำเนินตาม กิจกรรม 3ก 3ย</li> <li>4. มีการส่งชมรมเข้าร่วมประกวดทั้งระดับจังหวัด ระดับภาค และระดับประเทศ</li> </ol>
การป้องกันอุบัติเหตุ ในคน	จำนวนการเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุทางถนนลดลง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มแมงขึ้นาก)</li> <li>2. การจัดทำโครงสร้างการดูแลกลุ่มเสี่ยง</li> <li>3. การปลูกฝังวินัยจราจร</li> <li>4. การสร้างองค์กรต้นแบบความปลอดภัยทางถนน</li> </ol>

## 3) ปัญหาขยะและมลพิษเขตเมือง

กลยุทธ์	เป้าหมาย	กิจกรรม
การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ในครัวเรือน	หมู่บ้านมีสิ่งแวดล้อมสะอาด สวยงาม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน</li> <li>2. การส่งเสริมฝึกสวนครัวรั้วกินได้</li> <li>3. การส่งเสริมเกษตรอินทรีย์</li> </ol>
การจัดการขยะ ในชุมชน	มีกองทุนขยะในทุกตำบล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำรวจข้อมูลการจัดการขยะ</li> <li>2. การคัดแยกขยะต้นทาง</li> <li>3. การจัดตั้งกองทุนขยะในชุมชน</li> <li>4. การจัดตั้งองค์กรต้นแบบการจัดการขยะ</li> </ol>

## 4) การลดลดโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)

กลยุทธ์	เป้าหมาย	กิจกรรม
การดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงไม่เกินร้อยละ 2.4</li> <li>2. อัตราป่วยความดันรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงไม่เกินร้อยละ 8</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตรวจคัดกรองเบาหวาน/ความดัน</li> <li>2. ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มดี เสี่ยง ป่วย</li> <li>3. ส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน</li> <li>4. ส่งเสริมกิจกรรมลดหวานมันเค็ม เติบโตผักผลไม้ในชุมชน/ วัด/โรงเรียน/ส่วนราชการ</li> <li>5. การค้นหาบุคคลต้นแบบ</li> </ol>

### 3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล /ชุมชนและหมู่บ้าน
2. มีแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล /ชุมชนและหมู่บ้านที่ต่อเนื่อง

### 4. ปัญหาและอุปสรรค

1. การดำเนินงานยังไม่ต่อเนื่องและความยั่งยืนของชุมชน เช่น ความสะอาดของชุมชน ฯ
2. การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้การจัดกิจกรรมรวมกลุ่มไม่ได้ตามวัตถุประสงค์เท่าที่ควร
3. การบูรณาการดำเนินงานงบประมาณ ยังมีความล่าช้า

### 5. ข้อเสนอแนะการพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาทีมเลขา พชอ./พชต. เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและตำบล
2. มีการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างภาครัฐ เอกชน และประชาชน
3. มีการสนับสนุนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล /ชุมชนและหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อให้สามารถบูรณาการการทำงานร่วมกันทั้งในส่วนของภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้รายงาน นายสังวาลย์ หมอกโคกสูง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองบัวลำภู  
19 พฤษภาคม 2565  
โทร. 081-7394562

## ประเด็นที่ 3 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

### หัวข้อ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็นการตรวจราชการ : รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

ตัวชี้วัด : ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ 100

ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ยกระดับ รพ.สต. ติดดาว จ.หนองบัวลำภู ร้อยละ 80

#### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ / สภาพปัญหาของพื้นที่

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดีที่สุดในที่สุด โดยมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้คือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (PP&P Excellence) 2. ระบบบริการ (Service Excellence) 3. การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ได้พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) โดยมีผลงานสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2563 จากจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมดในจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 89 แห่ง ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับคุณภาพ 5 ดาว จำนวน 89 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ที่ผลงานสะสมร้อยละ 75 และในปี 2563-2564 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขแจ้งเลื่อนการประเมินและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประกวด รพ.สต.ติดดาวไปก่อน จนกว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดปกติ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ได้แจ้งให้ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ผ่านสื่อการสอนออนไลน์ กระทรวงสาธารณสุข และประเมินตนเองพร้อมบันทึกข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านระบบโปรแกรมฐานข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ในปี 2565

#### 2. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563 - 2564	ปี 2565 (พ.ค.)	
				เป้าหมาย	ผลงาน
ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ผ่าน 5 ดาว	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	เลื่อนประเมินจากสถานการณ์โควิด-19	21 รพ.สต.	ผ่านการประเมินตนเอง และอำเภอรับรองผลการประเมินครบทุกแห่ง คงเหลือรับการประเมินรับรองระดับจังหวัด ในวันที่ 13 มิถุนายน 2565 โดยมีการจะมีรพ.สต.ที่เป็นตัวแทนในการรับการประเมินจำนวน 2 แห่งคือ รพ.สต.บ้านบก และรพ.สต.บ้านซ่งโป้

### 3. ปัญหาอุปสรรค

3.1 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้บุคลากรของ รพ.สต. ต้องเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รวมทั้งการคัดกรองค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

3.2 ภาระงานและการประเมินที่หลากหลายของแต่ละงานที่ลงไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัญหาสำคัญตามบริบทของแต่ละพื้นที่ที่มีความหลากหลายและมีความซับซ้อนในหลายมิติ

### 4. นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

อยู่ในระหว่างการพัฒนา

ผู้รายงาน นายสังวาลย์ หมอกโคกสูง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองบัวลำภู  
19 พฤษภาคม 2565  
โทร. 081-7394562

# Functional Based

(ระบบงานของหน่วยบริการ)

## ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต

### หัวข้อ สุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพแม่และเด็ก

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

#### 1. สถานการณ์

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู รอบปีงบประมาณ 2565 มีสูติแพทย์ 6 คน กุมารแพทย์ 5 คน รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง มีเครื่อง อัลตราซาวด์ 4 เครื่อง (แผนกฝากครรภ์ 2 เครื่อง ห้องคลอด 1 เครื่อง ตึกสูตินรีเวช 1 เครื่อง) เครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูกและฟังเสียงทารกในครรภ์ 4 เครื่อง (แผนกฝากครรภ์ 2 เครื่อง ห้องคลอด 2 เครื่อง) บริการฝากครรภ์ จำนวน 2,486 ราย ตั้งครรภ์รายใหม่ 466 คน ผู้รับบริการคลอดทั้งหมด 991 คน คลอดปกติ จำนวน 368 คน คลอดผิดปกติ จำนวน 623 คน ทารกคลอดทั้งหมด 997 คน ทารกเกิดมีชีพ จำนวน 994 คน ทารกเกิดไร้ชีพ จำนวน 3 ราย

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

- 1) ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ เพื่อวางแผนการดูแลในคลินิกฝากครรภ์ตามการจำแนกความเสี่ยง เป็น Low risk, High risk, Super high risk
- 2) มีระบบส่งต่อ Fast tract ทางสูติกรรม คือ GDM, Severe PIH, PPH, Preterm labour, Birth asphyxia
- 3) ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้เหมาะสมตามความเสี่ยง คือ หญิงตั้งครรภ์ทั่วไป หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์ร่วมกับเบาหวาน หญิงตั้งครรภ์ร่วมกับความดันโลหิตสูง
- 4) ปรับปรุงแนวทางการให้ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันแก้ไขภาวะซีดแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยแบ่งตามค่าความเข้มข้นเลือด (Hct) เป็น 3 ระดับ คือ  $\leq 33\%$  (Obimin AZ 1x1, Feruss 1x2, Folic 1x1), 34-36% (Obimin AZ 1x1, Folic 1x1),  $\geq 37\%$  (Obimin AZ 1x1)
- 5) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนไข้วัดใหญ่และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนคลอด
- 6) ทบทวนแนวทางการให้บริการหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ทั้งในระยะฝากครรภ์และระยะคลอด
- 7) เพิ่มยาบีบรัดตัวมดลูกจากปกติ 20 ยูนิต เป็น 30 ยูนิตในหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อตกเลือดหลังคลอดสูง คือ Anemia, Multipara, Induction of labour
- 8) เตรียมยา Cytotec ไปห้องผ่าตัดในหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอด C/S เสี่ยงต่อตกเลือดหลังคลอด
- 9) การเตรียม ผ่าตัดคลอดมารดา Fail induction of labour จะต้องแจ้ง เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดทราบสาเหตุผ่าตัดคลอด พยาบาลห้องคลอดต้องจับ Uterine contraction & FHS ก่อนส่ง OR , พยาบาลประจำห้องคลอด ที่มีหน้าที่รับทารกต้องไปพร้อมมารดา
- 10) ส่งต่อข้อมูลมารดาที่มีภาวะเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน Premature labour, GDM, PIH, PPH เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง

## 2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1.หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก < 12 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 70	556 (65.26)	550 (67.40)	507 (70.32)	≥ ร้อยละ 75	305 (401)	76.06
2.ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์	≤ ร้อยละ 10	95 (11.15)	112 (13.73)	95 (13.18)	≤ ร้อยละ 10	70 (401)	17.45
3.หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ	≥ ร้อยละ 70	1,885 (68.82)	1,888 (77.16)	1,454 (77.16)	≥ ร้อยละ 75	699 (991)	70.53
4.มารดาคลอดทั้งหมด		2,739	2446	2,150		991	-
4.1 คลอดปกติ		984 (35.93)	845 (34.55)	737 (42.28)		368	37.13
4.2 คลอดผิดปกติ		1,755 (64.07)	1601 (65.45)	1,413 (65.72)		623	62.87
5.มารดาตกเลือดหลังคลอด	≤ ร้อยละ 1	19 (0.69)	27 (1.10)	22 (1.02)	≤ ร้อยละ 1	9	0.91
6.มารดาเสียชีวิต	< 17:แสน LB	1 (36.43)	0	0	0	0	0
7.เด็กเกิดทั้งหมด		2,762	2,473	2,173	571	997	
8.เกิดมีชีพ		2,745	2,463	2,168	569	994	99.69
9.Birth asphyxia	< 25 :พัน เกิดมีชีพ	41 (14.94)	36 (14.61)	35 (16.14)	< 25 : พัน เกิดมีชีพ	16	16.09
10.Low birth weight (< 2,500 gms)	< ร้อยละ 7	261 (9.50)	241 (9.78)	192 (8.85)	< ร้อยละ 7	86	8.65
11.Perinatal death	< 9:พันเด็กเกิดทั้งหมด	31 (11.29)	18 (7.27)	18 (8.28)	< 7:พันเด็กเกิดทั้งหมด	3	3.01

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ ผู้บริหารให้ความสำคัญงานอนามัยแม่และเด็ก การมีเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กที่เข้มแข็ง และการทบทวนผลการดำเนินงาน วัตถุประสงค์สำคัญเป็นประจำ เพื่อวางแผนปรับปรุงพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กร่วมกันในเครือข่ายส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ทำให้จัดประชุม On site ไม่ได้ มีข้อจำกัด สถานที่ให้บริการ เจ้าหน้าที่ ผู้มารับบริการติดเชื้อโควิด 19

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง การประมาณน้ำหนักทารกในครรภ์ จากความสูงยอดมดลูก (CM) X ความยาวรอบท้องผ่านสะดือ (CM)

ผู้รายงาน นางอุบล ศรีนากรุง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 นส.ชัชชญา อาจศัตรู ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 วันที่ 11 พ.ค. 2565 โทร. 042-006-006 ต่อ 1211,6106

## ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต

### หัวข้อ สุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพเด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85

2. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 62

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

5 ขวบปีแรกของชีวิต ถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาชีวิตของเด็ก สมอของเด็กรจะพัฒนาอย่างรวดเร็วในช่วงห้าปีแรกของชีวิต เป็นช่วงเวลาที่เด็กมีการพัฒนาทางการรับรู้ ภาษา สังคม อารมณ์และกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็ว การพัฒนาทางสมองของเด็กขึ้นอยู่กับภาระกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพของการเลี้ยงดูและระดับการปฏิสัมพันธ์ที่เด็กได้รับ เด็กทารกที่ได้รับการกอด หยอดล้อ อาหารและกระตุ้นทางการมองเห็นจะได้เปรียบเด็กที่ไม่ได้รับหลายเท่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดมีโอกาสที่จะพัฒนาทักษะทาง ด้านการรับรู้ ภาษา อารมณ์และสังคมอย่างเต็มที่ มีโอกาสที่จะเติบโตขึ้นอย่างสมบูรณ์แข็งแรงและมีความเชื่อมั่นและรู้จักคุณค่าของตนเองมากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการเอาใจใส่ การพัฒนาในแต่ละด้านนี้ล้วนแต่มีความสำคัญต่อชีวิตในการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เพราะประสบการณ์ในวัยเด็กเป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงต่อความเป็นตัวตนของ สังคมไทยจะโปรดได้หรือไม่ในอนาคตนั้นขึ้นอยู่กับเด็กๆ การพัฒนาศักยภาพของผู้ปกครองให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง รวมถึงการพัฒนาระบบการติดตามและบันทึกข้อมูลการดำเนินงานก็มีความสำคัญ

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

นอกจากการดำเนินงานที่ส่งเสริมการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ดูแลเด็กแล้ว ปี 2565 มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการติดตามและบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพร่วมด้วย

แผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์ (Action Plan) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ชื่อหน่วยงาน...กลุ่มงานเวชกรรมสังคม)

ความสอดคล้อง	ชื่อโครงการ... โครงการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อเด็กไทยเติบโตสมวัย
ประเด็นยุทธศาสตร์	(✓) PP&P Excellence ( ) Service Excellence ( ) People Excellence ( ) Governance Excellence
เป้าหมาย(Goal)ตามยุทธฯ สสจ.	ประเด็นที่ ๓ พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชีวิตกลุ่มวัยเด็กปฐมวัย
KPI	๓. เด็กมีพัฒนาการสมวัย มากกว่าร้อยละ ๘๕ ๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน มากกว่าร้อยละ ๖๒
แผน	แผนพัฒนาบริการดูแลเด็กปฐมวัยและวัยเรียน
หัวหน้าโครงการ	ดร.สุภาภรณ์ ปัญหาราช
ผู้ประสานงานโครงการ	นางสาวหนูพวง สมพะวัง
งบประมาณรวมทั้งสิ้น	๔๑,๒๐๐บาท (สี่หมื่นหนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)

โครงการ	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส)	รายละเอียดงบประมาณ (ไตรมาส)	งบประมาณรวม(บาท)	ผู้รับผิดชอบ
โครงการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อเด็กไทยเติบโตสมวัย	๑. การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการจัดการระบบและข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัยอำเภอเมือง ๒. การกำกับติดตามและพัฒนางานเด็กปฐมวัยและผู้เกี่ยวข้องอำเภอเมือง	๑. พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัยอำเภอเมือง ๒. กำกับติดตามและพัฒนางานเด็กปฐมวัยและผู้เกี่ยวข้องอำเภอเมืองสูงดีสมส่วน	๑. เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าร้อยละ ๘๕ ๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน มากกว่าร้อยละ ๖๒	ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย และผู้เกี่ยวข้องเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภูและคณะกรรมการดำเนินงาน ๓๐ คน	ไตรมาส ๑,๒,๓	๑. ค่าอาหารกลางวัน ๕๐ บาท x ๓๐ คน x ๓ วัน x ๔ ครั้ง = ๖,๐๐๐ บาท	๔๑,๒๐๐	สุภาภรณ์ หนูพวง
						๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓๕ บาท x ๓๐ คน x ๒ มื้อ x ๓ วัน x ๔ ครั้ง = ๘,๔๐๐ บาท		
						๓. ค่าวิทยากรหลัก ๓ คน x ๒๐๐ บาท x ๓ ชม x ๓ วัน x ๔ ครั้ง = ๑๖,๘๐๐ บาท		
						๔. ค่าวัสดุอุปกรณ์การจัดอบรม ๕๐ บาท x ๓๐ คน x ๓ วัน x ๔ ครั้ง = ๖,๐๐๐ บาท		
						๕. ค่าไวโอลินบอร์ด ๑,๐๐๐ บาท x ๔ ครั้ง = ๔,๐๐๐ บาท		
รวมงบประมาณ						๔๑,๒๐๐		

มีแผนจะดำเนินการใน เดือนกรกฎาคม 2565

### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค. 64- มี.ค. 65)	
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน
1. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	85	98.65	95.32	88.03	85	83.08 %
2. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน	62	63.44	69.72	63.77	62	71.33 %
- ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กชาย	113 ซม.	109.39	111.46	108.18	113 ซม.	110.67
- ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กหญิง	112 ซม.	110.13	111.15	108.48	112 ซม.	109.51

ที่มา ... HDC on Cloud สสจ. หนองบัวลำภู

### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

- ความร่วมมือกันระหว่างภาคส่วน ภาคีต่างๆที่เป็นรูปธรรม
- ความตระหนักของความตระหนักของผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่ และประชาชนเกี่ยวข้อง

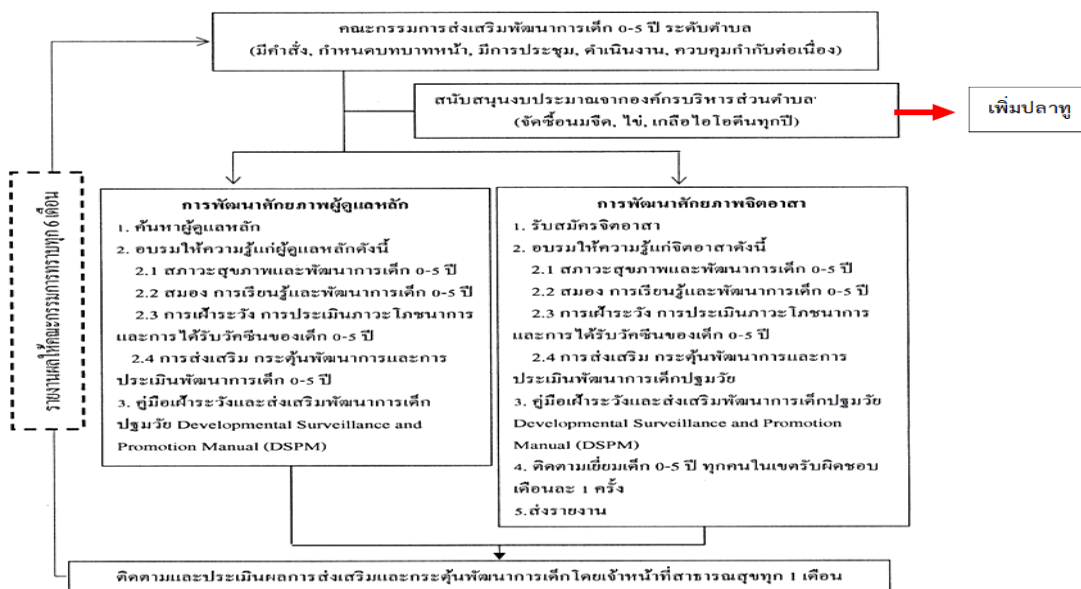
### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- ระบบข้อมูล

### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลัก และจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

#### แนวทางการดำเนินงาน



ผู้รายงาน : ดร.สุภาภรณ์ ปัญหาราช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ประสานงาน : นางสาวหนูพวง สมพะวัง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 17 พฤษภาคม 2565 โทร 080 182 1047

E-mail: puupeee2001@hotmail.com

## ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต

### หัวข้อ สุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพเด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 66

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

การพัฒนาเด็กวัยเรียนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ให้มีพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ปัจจุบันเด็กวัยเรียนต้องเผชิญกับปัญหาโรคอ้วนและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคต ซึ่งมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ส่งผลกระทบต่อตัวเด็กวัยเรียนโดยตรง เพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญสูงอย่างโรคเบาหวาน และโรคที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวาน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอื่นๆ เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ การสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ต้องการการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยเริ่มต้นตั้งแต่ในโรงเรียน ซึ่งผู้บริหาร ครู นักเรียน ผู้ปกครอง และผู้เกี่ยวข้อง ที่มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และเห็นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน จะสามารถส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนได้ตลอดจนนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสมและยั่งยืน ส่งผลให้เด็กวัยเรียนมีสุขภาพดี มีความพร้อมในการเรียนรู้ และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิต และเป็นกำลังสำคัญของประเทศต่อไป

เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว หากเด็กได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะทำให้การเจริญเติบโตไม่ดีและผอม หากขาดอาหารเป็นเวลานานเรื้อรัง จะทำให้เด็กเตี้ย ส่งผลต่อการพัฒนาสมอง ระดับสติปัญญาจะต่ำกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ อีกทั้งเด็กที่มีภาวะเตี้ยจะมีความเสี่ยงสูงที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อรังเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในปี 2564 ที่ผ่านมาพบว่า เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วนร้อยละ 66.54 จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วนต่อไป เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต และเสริมสร้างภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ในการส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพ

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

- 1) ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมสุขภาพเด็กได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมถึงการมีสุขภาพดี
- 2) จัดกิจกรรมเชิงรุกประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งเป็นการสร้างกระแสและความตระหนักให้โรงเรียนและชุมชนเพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพนักเรียน
- 3) ประเมินผลและจัดกิจกรรมเชิดชูเกียรติแก่โรงเรียนที่ผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี

#### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (มี.ค.)	
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน
ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	66	64.85	63.72	66.54	66	62.33

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

- มีการบูรณาการ ร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ

#### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- ควรมีการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับผู้ปกครอง
- ควรมีการให้ความช่วยเหลือ และแนวทางให้คำปรึกษา

#### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- มี MOU ระหว่างโรงเรียน รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และ สพป.หนองบัวลำภู เขต 1 ในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้รายงาน นางสาวนิตา สาครเจริญ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โทร 042 006006 ต่อ 1152

วัน/เดือน/ปี 10 พฤษภาคม 2565

## ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต

### หัวข้อ สุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพเด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น

ตัวชี้วัด อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี < 25 : หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ปัจจุบันจากการรณรงค์ให้ความรู้ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้แนวโน้มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลงตามลำดับ แม้ว่าผู้ใหญ่จะพยายามแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ที่มีเพศสัมพันธ์กันและตั้งครรภ์โดยให้วัยรุ่นแต่งงานกับคู่รัก แต่ด้วยการเจริญเติบโตทางเพศที่ยังไม่สมบูรณ์ประกอบกับบุคลิกภาพของวัยรุ่นที่ยังไม่สมบูรณ์เป็นผู้ใหญ่พอ ผลที่ตามมาคือการหย่าร้างและหาคู่อื่น และการตั้งครรภ์อีกครั้งกับสามีคนใหม่ รวมถึงการเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

แผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์ (Action Plan) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ชื่อหน่วยงาน...กลุ่มงานเวชกรรมสังคม.....)

ความสอดคล้อง	ชื่อโครงการ...สถาบันป้องกันการค้าปลีก และตั้งครรภ์ซ้ำด้วยคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นใน รพ.สต.
ประเด็นยุทธศาสตร์	(✓) PP&P Excellence ( ) Service Excellence ( ) People Excellence ( ) Governance Excellence
เป้าหมาย(Goal)ตามยุทธฯ สสจ.	ประเด็นที่ ๑ พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชีวิตกลุ่มวัยรุ่น
KPI	๑. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี ไม่เกิน ๑ / ต่อพันประชากรหญิง อายุ ๑๐-๑๔ ปี ๒. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิน ๒๕ / ต่อพันประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี, ๓. ร้อยละการคลอดซ้ำมารดาวัยรุ่นไม่เกิน ๑๓.๕
แผนงาน	แผนการบูรณาการยุทธศาสตร์ TO BE NUMBER ONE เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยรุ่นและเยาวชนในจังหวัดหนองบัวลำภู
หัวหน้าโครงการ	ดร.สุภาภรณ์ ปัญหาราช
ผู้ประสานงานโครงการ	นส.ทนพวง สมนะวี
งบประมาณรวมทั้งสิ้น	๕๖,๑๐๐ บาท (ห้าหมื่นหกพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)

โครงการ	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส)	รายละเอียดงบประมาณ	งบประมาณรวม(บาท)	ผู้รับผิดชอบ
สถานพลังป้องกันการค้าปลีก และตั้งครรภ์ซ้ำด้วยคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นใน รพ.สต.	พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เครือข่ายในเครือข่าย	เพื่อสถานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันการค้าปลีกและตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น	๑. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี ไม่เกิน ๑ / ต่อพันประชากรหญิง อายุ ๑๐-๑๔ ปี ๒. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิน ๒๕ / ต่อพันประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ๓. ร้อยละการคลอดซ้ำมารดาวัยรุ่นไม่เกิน ๑๓.๕	กลุ่มเป้าหมาย ๑. มารดาวัยรุ่น ๑๕๐ คน ๒. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานและกรรมการดำเนินงาน ๓๐ คน	ไตรมาส ๓,๒,๓	กิจกรรม ๑ ติดตามเยี่ยมมารดาวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ๑. ค่าตอบแทนออกติดตามเยี่ยมมารดาวัยรุ่นในชุมชน ๑๒๐ คน x ๓๕๕ บาท x ๒ ครั้ง = ๑๘,๐๐๐ บาท รวมงบประมาณกิจกรรมที่ ๑ = ๑๘,๐๐๐ บาท กิจกรรมที่ ๒ อบรมเชิงปฏิบัติการให้คำปรึกษาและจัดตั้งคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นใน รพ.สต. ๑. ค่าอาหารกลางวัน ๕๐ บาท x ๓๐ คน x ๒ วัน = ๓,๐๐๐ บาท ๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓๕ บาท x ๓๐ คน x ๒ มื้อ x ๒ วัน = ๔,๒๐๐ บาท ๓. ค่าวิทยากรหลัก ๑ คน x ๖๐๐ บาท x ๒ วัน = ๑,๒๐๐ บาท ๔. ค่าวัสดุอุปกรณ์การจัดอบรม ๕๐ บาท x ๓๐ คน = ๑,๕๐๐ บาท ๕. ค่าตอบแทนเสริมแรงจูงใจในการจัดตั้งคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ๒๓ แห่ง x ๑,๐๐๐ บาท = ๒๓,๐๐๐ บาท รวมงบประมาณกิจกรรมที่ ๒ = ๓๘,๑๐๐ บาท	๑๘,๐๐๐ ๓๘,๑๐๐	สุภาภรณ์ หนูพวง
งบประมาณรวมทั้งสิ้น							๕๖,๑๐๐	Act

มีแผนดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 2565

#### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค 65)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	< 25 : หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	31.57	30.30	24.58	3,188	55	16.94

ข้อมูลจาก HOSXP โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

ผลการดำเนินงานราย รพ.สต.

ข้อมูลมารดาวัยรุ่น อำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)

ที่	รพ.สต	มารดาอายุ 10-14 ปี			มารดาอายุ 15-19 ปี			มารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ		
		มารดา วัยรุ่น 10-14 ปี	ประชากร หญิง 10- 14ปี	ผลงาน ปี 65 ≤ 1:1000	มารดา อายุ 15-19 ปี	ประชากร หญิง 15-19ปี	ผลงาน ปี 65 ≤ 25:1000	มารดา อายุต่ำ กว่า 20 ปี	มารดาอายุ ต่ำกว่า 20 ปีตั้งครรภ์ ซ้ำ	ร้อยละ ( 13.5%)
1	ดอนยานาง	0	162	0.00	2	178	11.24	2	1	50.00
2	ห้วยลึก	0	163	0.00	0	185	0.00	0	0	0.00
3	หนองบัวโซม	0	182	0.00	6	183	32.79	6	2	33.33
4	ห้วยนา	0	291	0.00	3	323	9.29	3	0	0.00
5	โนนคูณ	0	188	0.00	2	209	9.57	2	0	0.00
6	ช่องโป้	0	65	0.00	1	73	13.70	1	0	0.00
7	นามะเฟือง	0	288	0.00	2	353	5.67	2	0	0.00
8	บ้านพร้าว	0	106	0.00	1	87	11.49	1	0	0.00
9	บ้านบก	0	174	0.00	2	213	9.39	2	0	0.00
10	นาเลิง	0	142	0.00	2	135	14.81	2	0	0.00
11	ห้วยโจด	0	104	0.00	0	87	0.00	0	0	0.00
12	หมากเลื่อม	0	118	0.00	6	148	40.54	6	2	33.33
13	ทุ่งโปรง	0	212	0.00	5	236	21.19	5	1	20.00
14	ยางหลวง	0	114	0.00	1	108	9.26	1	1	100.00
15	หนองบัวเหนือ	0	240	0.00	6	237	25.32	6	1	16.67
16	นาคำไฮ	0	137	0.00	1	144	6.94	1	0	0.00
17	ป่าไม้งาม	0	123	0.00	1	155	6.45	1	0	0.00
18	โคกกลาง	0	138	0.00	0	145	0.00	0	0	0.00
19	หนองหัวน้อย	1	140	7.14	0	151	0.00	1	0	0.00
20	โนนสมบูรณ์	0	173	0.00	5	143	34.97	5	0	0.00
21	ศูนย์แพทย์ชุมชน	0	257	0.00	8	241	33.20	8	3	37.50
รวม		1	3,010	0.33	54	3,188	16.94	55	11	20.00

4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ ความร่วมมือกันระหว่างภาคส่วน ภาคีต่างๆที่เป็นรูปธรรมและร่วมเป็นเจ้าของในส่วนที่เกี่ยวข้อง

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ สื่อด้านลบที่ควบคุมไม่ได้ มุมมองที่แตกต่างของผู้ใหญ่ควรมีการควบคุมสื่อด้านลบและสนับสนุนสื่อด้านบวกทางเพศอย่างจริงจัง

ผู้รายงาน : ดร.สุภาภรณ์ ปัญหาราช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ประสานงาน : นางสาวหนูพวง สมพะวัง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 17 พฤษภาคม 2565 โทร 080 182 1047

## ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต

### หัวข้อ สุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพวัยทำงาน

- ตัวชี้วัด : 1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน  $\geq$  ร้อยละ 80  
2) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง  $\geq$  ร้อยละ 80

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

อำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู มีอัตราชุกของเบาหวาน ร้อยละ 5.93 อุบัติการณ์รายใหม่ ปีงบประมาณ 2564 เป็น 532.49 ต่อแสนประชากร เป็นกลุ่มป่วยที่มาจากกลุ่มเสี่ยง 54 ราย (ร้อยละ 8.64 ของกลุ่มป่วยทั้งหมด) กลุ่มป่วยที่มาจากกลุ่มปกติ 517 ราย (ร้อยละ 91.36 ของกลุ่มป่วยทั้งหมด) ผู้ป่วยรายใหม่ ส่วนมากมาจากกลุ่มปกติ และส่วนน้อยมาจากกลุ่มเสี่ยง ส่วนโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราชุกร้อยละ 8.83 อุบัติการณ์รายใหม่ ปีงบประมาณ 2564 เป็น 956.20 ต่อแสนประชากร

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

แนวทางการคัดกรองและบันทึกข้อมูลความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. สํารวจข้อมูลและขึ้นทะเบียนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบภายในเดือนกันยายน 2564
2. กำหนดค่าเป้าหมายประชากร โดยทำการคัดเลือกเป้าหมายเฉพาะประชากรที่อาศัยอยู่จริง
3. ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง อายุ 35 ปีขึ้นไป โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้ว (Fasting Capillary Glucose ; FCG) และวัดระดับความดันโลหิตด้วยเครื่องมาตรฐาน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม J HIS และ HOSXP-PCU ในเมนู NCDSCREEN ให้แล้วเสร็จภายในเดือน ธันวาคม 2564

#### 4. เมื่อตรวจพบกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

4.1 กรณีสงสัยป่วยเบาหวาน ในรายที่พบระดับ Fasting Capillary Glucose มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl กรณีที่งดน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และพบระดับ Fasting Capillary Glucose มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl กรณีที่ไม่ได้งดน้ำและอาหาร จะวัดซ้ำอีกครั้ง ใน 1 วันถัดไปและวัดแบบให้งดน้ำงดอาหาร หากยังผิดปกติ จะส่งเข้ารับการตรวจ Fasting Plasma Glucose ต่อไป (ภายใน 90 วัน) ซึ่งในปีนี้ โดยแนะนำให้ผู้ป่วยมารับการตรวจยืนยันที่โรงพยาบาล

4.2 กรณีสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในกรณีที่ความดันโลหิต Systolic อยู่ในช่วง 140 – 179 mmHg และ/หรือ ความดันโลหิต Diastolic อยู่ในช่วง 90 – 109 mmHg จะได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านและบันทึกข้อมูลผ่าน HDC ให้แล้วเสร็จ

## 2. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2565		
		เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา (ร้อยละ)
1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ร้อยละ 80	260	33	12.69
2) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ร้อยละ 80	564	525	93.09

หมายเหตุ: ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564

## 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถติดตามกลุ่มเป้าหมายได้ เนื่องจากการดำเนินการติดตามยืนยันวินิจฉัยเป็นการติดตามในพื้นที่ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้เอง ประชาชนไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลทำให้อัตราการติดตามยืนยันมีอัตราที่สูงและผ่านเป้าหมายการดำเนินงาน ส่วนการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน การแนะนำให้ประชาชนมาตรวจเลือดเพื่อค้นหาเบาหวานที่โรงพยาบาลนั้น ประชาชนยังมารับบริการน้อย เพราะไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ประกอบกับขาดความตระหนักในโรคที่เป็น เนื่องจากโรคยังไม่แสดงอาการที่ชัดเจนประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจึงไม่เข้ารับบริการตรวจยืนยันผลที่โรงพยาบาล

## 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. การระบาดของโควิด-19 ยังเป็นปัญหาในการดำเนินการ ทั้งการจัดสรรกำลังคนที่ทำงาน ไปช่วยการทำงานที่เกี่ยวข้องกับโควิด กระทั่งต่อการทำงานประจำ
2. ประชาชนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานยังขาดการตระหนักเพราะยังไม่มีอาการเจ็บป่วย
3. การจัดบริการที่ไม่สามารถให้บริการเชิงรุกได้ ซึ่งหากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ลดลง การจัดบริการเชิงรุกออกตรวจยืนยันผลการวินิจฉัยโดยโรงพยาบาลร่วมกับ รพ.สต. ให้บริการใกล้บ้านใกล้ใจอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการมากขึ้น

จากปัญหาดังกล่าว การให้บริการเชิงรุกโดยการออกตรวจ ยืนยันผลการวินิจฉัยที่ รพ.สต. แนวโน้มอัตราการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานน่าจะมีอัตราที่เพิ่มขึ้น

- ผู้รายงาน 1. นางวรุณพรรณ โพธิ์เสนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
2. นางสาวนพภรณ์ เสนา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
3. นางลินดา จำนงศาสตร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วัน/เดือน/ปี 15/5/2565 โทร 042-006006 ต่อ 1309 e-mail [nanapaporn.1@gmail.com](mailto:nanapaporn.1@gmail.com)

## ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต

### หัวข้อ สุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพวัยทำงาน

ตัวชี้วัด : ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCD”

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ตำบลกุดจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู มีโรคที่เป็นปัญหาของชุมชนคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง มีอัตราชุกของเบาหวานร้อยละ 5.19 อุบัติการณ์รายใหม่ ปีงบประมาณ 2564 เป็น 441.06 ต่อแสนประชากร ส่วนโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราชุกร้อยละ 7.53 อุบัติการณ์รายใหม่ ปีงบประมาณ 2564 เป็น 729.75 ต่อแสนประชากร ถึงแม้ว่าพื้นที่ตำบลกุดจิกจะมีอัตราชุกของเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่ำกว่าพื้นที่อื่น แต่พื้นที่มีความพร้อมในการดำเนินงาน ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จึงเลือกดำเนินการในพื้นที่นี้

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

1. มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรคปัญหาและปัจจัยเสี่ยง เพื่อวางแผนกำหนดมาตรการจัดการปัญหา โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตามกลุ่มวัย
2. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCD
3. มีการจัดทำแผนงานงาน/โครงการแบบมีส่วนร่วม และขับเคลื่อนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
4. ผู้ประกอบการร้านอาหาร/ แผงลอย เข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพการปรุงอาหารลดหวาน มัน เค็ม และพัฒนาเมนูสุขภาพ
5. มีการอบรมเพิ่มศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญ ในพื้นที่เพื่อใช้เครื่องมือในการติดตามร้านอาหาร หวาน มัน เค็ม
6. มีร้านอาหารลดเสี่ยง ลดโรค ที่ได้รับการรับรองจากจังหวัด 1 ร้าน
7. มีร้านอาหารที่มีเมนูสุขภาพ ที่ได้รับการรับรองจากจังหวัด 1 ร้าน

#### 3. ผลการดำเนินงาน

ตำบลกุดจิก โดยสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ท่งโปรง ได้แต่งตั้งคณะกรรมการชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCD และกำลังดำเนินการคืนข้อมูลและร่วมวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่โดยประสานผ่านองค์การบริหารตำบลกุดจิก ผู้นำชุมชน แกนนออสม. ได้จัดตั้งคณะกรรมการโดยซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. ครู และประชาชนในพื้นที่ มีแผนงานโครงการและร่วมกับโครงการ health literacy organization ดำเนินการในชุมชน ร้านอาหาร ร้านของชำ โรงเรียน ตลาดนัด

ผู้รายงาน 1. นางสาวนพารัตน์ เสนา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

2. นางวรรณพรรณ โพธิ์เสนา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 15/5/2565 โทร 042006006 ต่อ 1309

e-mail [nanapaporn.1@gmail.com](mailto:nanapaporn.1@gmail.com)

## ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต

### หัวข้อ สุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพวัยทำงาน

ตัวชี้วัด : จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ (ทั้งเขต 8 เป้ารวม 833,974 ราย)

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร จนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ รูปแบบ Digital Health Literacy ติดตามประเมินการเข้าถึงจนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล โดย Application H4U Plus ตั้งเป้าว่าจะมีผู้ลงทะเบียนเข้าใช้ทั่วประเทศ 10,000,000 คน โดยในปี 2565 นี้ สสจ.หนองบัวลำภู จัดสรรให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภูรณรงค์ให้ลงทะเบียนเข้าใช้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของประชาชนวัยทำงานทั้งหมด (72,068 คน) ผลลัพธ์ที่คาดหวังว่า เมื่อบุคคลมีความรอบรู้สุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ เตรียมพร้อมก้าวสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิต ที่ดี ลดเสี่ยงโรคกลุ่ม NCDs

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

2.1 ชี้แจงความสำคัญ และการอำนวยความสะดวกในการรณรงค์ให้ประชาชนลงทะเบียน เพื่อเตรียมพร้อมในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพและร่วมกิจกรรมสุขภาพผ่าน App H4U Plus

2.2 วางแผนจัดสรรการรณรงค์ในพื้นที่ตามสัดส่วนประชากรวัยทำงาน แยกเป็นรายหน่วยบริการ 21 แห่ง และให้คำแนะนำการรณรงค์ผ่านช่องทางไลน์กลุ่มอย่างต่อเนื่อง

2.3 ติดตาม กระตุ้น กำกับ และสรุปผลการดำเนินงานระดับพื้นที่ประจำเดือน

#### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2565 (ต.ค. 64 - มี.ค. 65)	
		ผลงาน	อัตรา
จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ	ร้อยละ 1 ของ ปชก.วัยทำงาน (721 คน)	529 คน	73.37%

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูล H4U Plus ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี ณ วันที่ 30 มีนาคม 2565

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

4.1 Application ที่ผู้ปฏิบัติมีทักษะและคุ้นเคยแล้ว ช่วยให้ง่ายต่อการสื่อสารและใช้งานในพื้นที่

4.2 เป็น Platform ที่ใช้งาน สะดวก มีความเชื่อมโยงกับข้อมูลวิถีสุขภาพรอบด้าน ช่วยให้ชีวิตง่ายขึ้น อาทิ ผลตรวจสุขภาพ ระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ ประวัติวัคซีน/จองวัคซีนได้ ซ้อมปั่งสุขภาพได้ เป็นต้น

#### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 App อยู่ในระหว่างพัฒนา ส่วนใหญ่ยังใช้เฉพาะในกลุ่มบุคลากรสุขภาพเพื่อส่งรายงาน

5.2 ควรเปิดให้ Admin ระดับพื้นที่เข้าถึงระบบดูรายงานสถานะสุขภาพได้ด้วย เพื่อเอื้อในการดำเนินงานระดับพื้นที่

5.3 สถานการณ์โควิด-19 ผู้ใช้จะต้องได้รับคำแนะนำสื่อสาร Face to Face เพิ่มเติม ซึ่งอาจต้องชะลอเชิงรุก

5.4 ผู้ใช้จะต้องมีอุปกรณ์สื่อสาร และมีอินเทอร์เน็ตพร้อมใช้

ผู้รายงาน นางสาวกุสุมา สุริยา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 17 พฤษภาคม 2565

## ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต

### หัวข้อ สุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ : ผู้สูงอายุคุณภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 85

#### 1. สถานการณ์ /สภาพปัญหาของพื้นที่

ประชากรผู้สูงอายุเขตพื้นที่ อำเภอมือง จังหวัดหนองบัวลำภู รวมทั้ง 15 ตำบล (20รพ.สต. 1CMU) รวมทั้งสิ้น 21,326 คนได้รับการคัดกรอง 2,135 คิดเป็นร้อยละ 10.01 พบมีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน+ติดเตียง) ค่าคะแนน < ADL11/20 จำนวน 1,281 คน คิดเป็นร้อยละ 6 (<http://nbdatacenter.moph.go.th/hdc/reports/>)

เพื่อตอบรับยุทธศาสตร์เขตตรวจราชการสุขภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอมือง ได้ดำเนินการจัดทำ Care plan ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพึ่งพิง โดยรับการสนับสนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) ร่วมกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

การดำเนินงานดูแลกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิง ภายใต้คณะกรรมการที่มีดำเนินงานตามภาวะสุขภาพดี ป่วย (ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียงและระยะประคับประคอง) โดยผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับเครือข่ายอำเภอมือง และระดับพื้นที่ เริ่มจากการสำรวจภาวะสุขภาพ และส่งกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดูแลตามองค์ประกอบ 3C C:CM (Care Manager) C:CG (Care Giver) C:Care plan และในปี 2564 เพิ่ม C:CC (Care Community)

#### 3. ผลการดำเนินงาน

ตาราง แสดงจำนวนร้อยละผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และการจัดทำดูแลผู้สูงอายุตาม care plan แยกรายสถานบริการสาธารณสุข อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู 1 ตุลาคม 2564 – 12 พฤษภาคม 2565

เขตพื้นที่	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน Care Plan	ร้อยละ
[04169] รพ.สต.บ้านดอนยานาง	22	22	100.00 %
[04170] รพ.สต.บ้านห้วยลึก ตำบลโพธิ์ชัย	48	48	100.00 %
[04171] รพ.สต.บ้านหนองบัวโสม ตำบลหนองสวรรค์	18	15	83.33 %
[04172] รพ.สต.บ้านห้วยนา ตำบลห้วยนา	213	207	97.18 %
[04173] รพ.สต.บ้านโนนคูณ ตำบลบ้านขาม	30	30	100.00 %
[04174] รพ.สต.บ้านซ่งไป ตำบลบ้านขาม	43	43	100.00 %
[04175] รพ.สต.บ้านนามะเฟือง ตำบลนามะเฟือง	99	98	98.99 %
[04176] รพ.สต.บ้านพร้าว ตำบลบ้านพร้าว	43	43	100.00 %
[04177] รพ.สต.บ้านบก ตำบลบ้านพร้าว	114	114	100.00 %
[04178] รพ.สต.บ้านนาเลิง ตำบลโนนขมิ้น	21	21	100.00 %
[04179] รพ.สต.บ้านห้วยโจด ตำบลโนนขมิ้น	7	7	100.00 %
[04180] รพ.สต.บ้านหมากเลื่อม ตำบลลำภู	32	32	100.00 %
[04181] สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษาฯ	186	185	99.46 %

เขตพื้นที่	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน Care Plan	ร้อยละ
[04182] รพ.สต.บ้านยางหลวงเหนือ ตำบลกุดจิก	75	68	90.67 %
[04184] รพ.สต.บ้านหนองบัวเหนือ ตำบลโนนทัน	20	20	100.00 %
[04185] รพ.สต.บ้านนาคำไฮ	126	126	100.00 %
[04186] รพ.สต.บ้านป่าไม้งาม	43	43	100.00 %
[04187] รพ.สต.บ้านโคกกลาง ตำบลป่าไม้งาม	53	53	100.00 %
[04188] รพ.สต.บ้านหนองหว้าน้อย	7	7	100.00 %
[13892] รพ.สต.บ้านโนนสมบูรณ์ ตำบลนาคำไฮ	43	43	100.00 %
[23921] ศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลหนองบัว	38	38	100.00 %
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>1281</b>	<b>1263</b>	<b>98.60 %</b>

ข้อมูลจากโปรแกรม [http://ltc.anamai.moph.go.th/repzone\\_hosp](http://ltc.anamai.moph.go.th/repzone_hosp) ณ วันที่ 12 พฤษภาคม 2564

จากข้อมูลในตาราง พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งหมด จำนวน 2,181 คน ได้รับการจัดทำ Care Plan ในการดูแล จำนวน 1,263 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.60 มี ครบทุกแห่ง

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	85%	966 (99.59%)	690 (100%)

#### 4. แผนงาน/โครงการระดับ CUP ที่รองรับการพัฒนาต่อ ปี 2565

แผนงานโครงการ	ระยะเวลาดำเนินการ
พัฒนาบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) โดยทีมสุขภาพครอบครัว (Family Care Team) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปี งบประมาณ พ.ศ. 2565	1 ตุลาคม 64 - 30 กันยายน 65

#### 5. โอกาสพัฒนา/ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้มีความเกี่ยวข้องมีความเข้าใจให้ตรงกัน ของการบูรณาการ
  - 1.1 การเชื่อมโยงและมุ่งไปในทิศทางเดียวกันนโยบายหมอครอบครัว, 3 หมอ
  - 1.2 มีงบประมาณสนับสนุน จากกองทุน สปสช. ในระดับCUP และ พื้นที่การทำงานในพื้นที่ ร่วมกับอปท.และเครือข่ายนอกหน่วยงาน
  - 1.3 การดูแลสุขภาพในอำเภอ ด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
  - 1.4 ในปี 2564 มีเพิ่มนักบริบาลท้องถิ่น (CC: care community) โดยอปท.ทุกแห่งดำเนินเปิดรับสมัครสอบและส่งอบรม และส่งกลับให้ทำงานภายใต้การดูแลของ CM ในพื้นที่
- มี CM ยังไม่ครบทุกแห่ง คือมี 18 แห่งคิดเป็น ร้อยละ 85.71 โดยมีการใช้รหัส CM กลาง หรือในตำบลเดียวกันบันทึกข้อมูลในระบบ โปรแกรม 3C กรมอนามัย ได้รับโควตาอบรม CM 1 แห่ง แลเหลืออีก 2 แห่ง ติดตามความชัดเจนแนวทางแผนพัฒนาการอบรมCM รายใหม่งบประมาณระดับเขตสุขภาพ
- พบว่า การดำเนินการคัดกรองแยกกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ ร้อยละ 91.60 ซึ่งเป็นโอกาสพัฒนาของการดำเนินงานระดับพื้นที่ การรวบรวมแหล่งข้อมูลหลายแหล่งข้อมูล เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน แต่เมื่อมารวมในตาราง วิเคราะห์ข้อมูลต้องมีการอธิบายเพิ่มเติมผลการวิเคราะห์

## 6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

เพื่อเป็นการวางแผนทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงใช้งบประมาณที่ได้รับโอนการทำงานระดับ CUP ในการฟื้นฟูทักษะให้กับ CG ที่มีอยู่เดิม

## 7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง / ความภูมิใจ

1. การเข้าถึงการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และระยะประคับประคอง โดยทีมสหวิชาชีพ / หมอครอบครัวโดยกิจกรรม ศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่อง โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายการดูแลครอบคลุมกาย จิต และสังคมตามขั้นตอนการดูแลคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง วางแผนจำหน่าย ส่งต่อ และติดตามเยี่ยมเชิงรุกที่บ้าน และรวมทั้งการเปิดรับบริการในรพ.รูปแบบคลินิกสูชชีวะ และเปิดให้คำปรึกษา ในนอกเวลาราชการ

2. วิจัยประสิทธิผลการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู (The Effectiveness of Competency Development among Caregiver Taking Care the Elderly with Dependency, Muang District, Nong Bua Lamphu Province) นำเสนอ 27 ธันวาคม 2564

ที่มาข้อมูล 1. HDC report สสจ.หนองบัวลำภู ณ วันที่ 17 พฤษภาคม 2565

2. การจัดทำcare planจากโปรแกรม[http://ltc.anamai.moph.go.th/repzone\\_hosp](http://ltc.anamai.moph.go.th/repzone_hosp) ณ วันที่ 17 พฤษภาคม 2565

ผู้ประสานรวบรวมรายงานหลัก :

นายชายแดน แสงจันทร์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสอ.เมืองหนองบัวลำภู

ผู้ประสานงานร่วมเขียนรายงาน :

นางเยาวภา สีตอกบวบ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน

วัน/เดือน/ปี... 17 พฤษภาคม 2565.....

## ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต

### หัวข้อ สุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ : ผู้สูงอายุคุณภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมการสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการ และชุมชน ร้อยละ 50

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

อำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 21,319 คน คิดเป็นร้อยละ 18.43 ของ ปชก. ทั้งหมด จากข้อมูลย้อนหลังบริการคัดกรองสุขภาพประจำปี (ปี 2563- ปี 2565) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม (คะแนน ADL $\geq$ 12) คิดเป็นร้อยละ 96.58, ร้อยละ 97.38 และร้อยละ 96.02 ตามลำดับ รองลงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน (คะแนน ADL 5-11) คิดเป็นร้อยละ 3.13, ร้อยละ 2.17 และร้อยละ 3.66 ตามลำดับ และพบน้อยสุดคือเป็นกลุ่มติดเตียง (คะแนน ADL 0-4) คิดเป็นร้อยละ 0.29, ร้อยละ 0.45 และร้อยละ 0.32 ตามลำดับ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง มีการพัฒนาระบบรูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูกลุ่มวัยผู้สูงอายุ เน้นหนัก 2 ประเด็น คือ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDCs) และระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (Fall) โดยเน้นชุมชนเป็นฐาน เข้าถึงบริการโดยสะดวก ภาคีมีส่วนร่วม ในรายที่มีปัญหาซับซ้อน อาการเรื้อรังหรือจำเป็นต้องส่งต่อพบแพทย์ที่ OPD PCC หรือจิตแพทย์โดยตรงเพื่อรับบริการวินิจฉัยรักษาที่เหมาะสมต่อไป

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความต่อเนื่องและเหมาะสมสอดคล้องกับวิถีใหม่ และสถานการณ์แพร่กระจายเชื้อโควิด จึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565 ภายใต้โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายตระหนักรู้ วิถีใหม่ ส่งเสริมสูงวัย “กันล้ม-กันลืม” มีกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ
1. ทบทวนระบบการจัดการ Fall และ Dementia อย่างมีส่วนร่วม พร้อมสนับสนุนคู่มือ เอกสาร ตัวอย่างแผนงาน ขอสนับสนุนงบจาก อปท.	ต.ค. 64 30-31 มี.ค. 65	<ul style="list-style-type: none"><li>ผ่านไลน์กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ</li><li>บูรณาการประชุมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมเสริมพลังฯ (งบสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์)</li></ul>
2. พัฒนาศักยภาพระบบคัดกรองและการจัดกิจกรรมส่งเสริมกันล้ม-กันลืม แก่ แก่นนำ อสม. และ นศค.	17 ก.พ. 65 27 เม.ย.65	<ul style="list-style-type: none"><li>บูรณาการอบรมออนไลน์ (งบ3หมอ)</li><li>บูรณาการประชุมเชิงปฏิบัติการและระบบออนไลน์ (งบ สสจ.นภ.)</li></ul>
3. ผลิตสื่อวีดิโอบริหารกันล้ม-กันลืม โดย SSM Program เพื่อส่งเสริม Health Literacy สูงวัยกันล้ม-กันลืม ง่ายๆที่บ้าน	14 ก.พ.65	<ul style="list-style-type: none"><li>ได้รับอนุเคราะห์ทีม SSM เทรนเนอร์ จาก รพ.สต.โนนคูณ</li><li>ผลิตโดย กลุ่มงานสุขศึกษา รพ.นภ.</li><li>เผยแพร่ผ่านกลุ่มไลน์ผู้สูงอายุเครือข่ายอ.เมืองและ อบจ.นภ.</li></ul>
4. ติดตามกำกับ ประสานงาน สื่อสาร นโยบาย และสนับสนุนการดำเนินงาน นำเสนอผู้บริหารทราบ	ต.ค. 64 – ก.ย.65	<ul style="list-style-type: none"><li>ผ่านไลน์ CUP, ไลน์กลุ่มส่งเสริม</li><li>กิจกรรมติดตามความพร้อมของพื้นที่</li></ul>

### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)	
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน
1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง						
1.1 ADL	ร้อยละ 95	80.75%	91.21%	96.45%	95.00 %	86.31 %
1.2 BMI	ร้อยละ 50	ติดตามปีแรก			50.00%	37.24%
1.3 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 10			11.25%	10% (2,133 คน)	10.01 % (2,135 คน)
2. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแล ทั้งในสถานบริการและชุมชน	ร้อยละ 50 (1,066 คน)			59.33%	50.00% ของเป้าหมาย (374 คน)	87.07 % (1,859 คน)
* ในประเด็นมุ่งเน้น - พบภาวะเสี่ยง Fall	monitor	2.57% (370 คน)	2.01% (346 คน)	2.81% ( 529 คน)	มีช่องทาง/กิจกรรม	มีแนวทาง Fall และจัดประชุมอบรม
- พบภาวะเสี่ยง Dementia	monitor	1.51% (217 คน)	0.48% (82 คน)	0.94% ( 176 คน)	มีช่องทาง/กิจกรรม	มีแนวทาง CDCs และจัดประชุมฯ

แหล่งข้อมูล : HDC กระทรวง และ Application Blue Book ณ วันที่ 10 พฤษภาคม 2565

### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

4.1 บุคลากรระดับพื้นที่ส่วนใหญ่ เป็นผู้รับผิดชอบงานเดิม มีประสบการณ์ในการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความรู้ความเข้าใจแนวทางดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน ช่วยให้ง่ายต่อการสื่อสารและดำเนินงานโดยภาพรวม

4.2 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ยังคงได้รับการสนับสนุนขับเคลื่อนจากภาคีสุขภาพต่อเนื่องเช่นเดิม แต่ด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส ทำให้ไม่สามารถดำเนินการขยายวงกว้างได้ และใช้ช่องทางออนไลน์เพิ่มขึ้น

### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 ด้วยสถานการณ์การป้องกันการแพร่ระบาด COVID-19 ภายใต้ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังบุคลากร ส่งผลต่อการดำเนินงานคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ ขาดความต่อเนื่องและล่าช้า

5.2 การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพรูปแบบที่ต้องใช้กระบวนการกลุ่มของชมรม/โรงเรียน สื่อสารผ่านออนไลน์เพิ่มขึ้น แต่ยังคงขาดการประเมินประสิทธิภาพ/วัดผลลัพธ์ควบคู่ด้วย

### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

6.1 เป็นพื้นที่ (โมเดล A) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDCs) 1 ใน 12 แห่งของประเทศ

6.2 สื่อประกอบการจัดกิจกรรมในพื้นที่เรื่อง Note Book ส่งเสริมสูงวัย ใส่ใจสุขภาพ

6.3 หลักสูตรอบรมแกนนำ ร่วมกับเครือข่ายผู้สูงอายุ อบจ.หนองบัวลำภู เรื่อง สูงวัย กันล้ม-กันลื่น ด้วย SSM Program

ผู้รายงาน นางสาวกฤษมา สุริยา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (รพท.นภ.)

ผู้ประสานงาน นายชายแดน แสงสว่าง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (สสอ.เมือง)

วัน/เดือน/ปี 17 พฤษภาคม 2565

## ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต

### หัวข้อ สุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นการตรวจราชการ : ผู้สูงอายุคุณภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 98

#### 1. สถานการณ์ /สภาพปัญหาของพื้นที่

อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู มีประชากรผู้สูงอายุรวมทั้ง 15 ตำบล (1CMU 20 รพ.สต.) มีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี 2565 อยู่ในระหว่างบันทึกข้อมูลใน Data Center (HDC report) สสจ.หนองบัวลำภู เมื่อทบทวนข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีพบว่า กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าคะแนน ADL ในช่วง 0- 11 คะแนน) พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงไม่เกินร้อยละ 5

โดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาการจัดระบบบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้งบประมาณสนับสนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพ(ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) ที่ สป.สช. ร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นตั้งแต่ปี 2559 และเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุเสมือนแบบครบวงจร ของกรมการแพทย์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ และการดูแลช่วยเหลือระยะยาวอย่างบูรณาการเพิ่มมากขึ้น หากพิจารณาตามองค์ประกอบขับเคลื่อนระบบ Long Term Care 6 ข้อ รายละเอียด ดังนี้

#### 2. ผลการดำเนินงาน

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตำบลที่มีระบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์ จำแนกเป็นรายองค์ประกอบ

องค์ที่	รายการตัวชี้วัดจำเพาะ	ผลงาน	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (1 ตค.64-10 พค. 65)
1	ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ -ประเมิน ผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรวัน (ADL )รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน	เป้าหมาย	20,066	20,066	21,070
		ผลงาน	-มีแผนขับเคลื่อนและมีแนวทางการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุด้วยADL -มีการประชุมชี้แจงการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	19,098 (95.18%)	2,135 (10.01%)
2	ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาสุขภาพได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (care plan)	เป้าหมาย		690	1,263 (98.60%)
		ผลงาน	-มีการจัดทำcare plan รายบุคคล -มีแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพทุกพื้นที่ทุกระดับ	( 690/100%)	15 (21/100%)
3	มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ/เฝ้าระวัง	เป้าหมาย		15(21)	15(21 แห่ง)

องค์ที่	รายการตัวชี้วัดจำเพาะ	ผลงาน	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (1 ต.ค.64-10 พ.ค. 65)
	ภาวะหกล้ม/เฝ้าระวังแก้ไขด้าน สิ่งแวดล้อมและแผนป้องกันดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในตำบล ได้แก่ การดูแลแลทันต สุขภาพในผู้สูงอายุการป้องกันผู้สูงอายุ การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม	ผลงาน		15(21/100%)	15(21 /100%)
4	มี care manager /ทีมสหวิชาชีพ/ หมอครอบครัว/care giver	เป้าหมาย		15(21)	15(21 แห่ง)
		ผลงาน		15(21/100%)	15(21/100%)
5	มีการประเมิน ผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะ พึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตาม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรวัน (ADL) รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน โดยมีผลการประเมินการเปลี่ยนกลุ่มของ ผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิง จาก - กลุ่มติดเตียงมาติดเตียง - กลุ่มติดบ้านติดสังคม	เป้าหมาย	-มีแผนขับเคลื่อนและมี แนวทางการคัดกรองและ ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยADL -มีการประชุมชี้แจงการ ประสานงานหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง -มีการจัดทำcare plan รายบุคคล	15(21)	15(21 /100%)
		ผลงาน		15(21 /100%)	15(21 /100%)
6.	มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3c) - รายงานการขึ้นทะเบียน CM/CG/CP	เป้าหมาย	-มีแผนขับเคลื่อนการ ดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพทุกพื้นที่ทุกระดับ	15(21)	
		ผลงาน		15(21 /100%)	15(21 /100%)

ที่มา : รายงานHDC สสจ.หนองบัวลำภู, การประเมินตนเองโปรแกรมLTC กรมอนามัย(3C)ที่คงสภาพ 3 ปี  
แล ผลการติดตามงาน สสอ.เมืองหนองบัวลำภู

### 3. ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการหรือกิจกรรมหลัก

แผนงานที่บูรณาการ	ระยะเวลาดำเนินการ
พัฒนาบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน(Home Health Care) โดยทีมสุขภาพครอบครัว (Family Care Team)	1 ต.ค. 64 -30 ก.ย. 65

### 4. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- 4.1 ผู้บริหารให้ความสำคัญ และยังมีนโยบายติดตาม มีการสนับสนุน ส่งเสริม สนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร
- 4.2 บูรณาการระบบบริการครบวงจรอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน และได้มาตรฐาน ด้วยบรรยากาศของการดูแลช่วยเหลือกัน

### 5. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 5.1 ภายใต้อำนาจจำกัดของบุคลากร ทั้งในส่วนพื้นที่และทีมสหสาขาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพึ่งพิงเชิงรุก ยังไม่ครอบคลุม ทัวถึง

5.2 เมื่อลงพื้นที่จริง ผู้สูงอายุบางรายเสียชีวิตก่อน ผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่อยู่ในพื้นที่ หรือมีรายใหม่ที่คัดกรองสงสัยต้องการรับบริการเยี่ยมเพิ่มเติม ทีมก็จะมีการปรับบริการตามสถานการณ์จริง ในรายที่เกินขีดความสามารถได้มีการเขียนใบส่งตัวและประสานการดูแลที่เหมาะสมให้ต่อไปทุกราย

5.3 การประสานงานหลักและการเชื่อมประสานงานตัวชีวิตควรเป็นผู้รับผิดชอบระดับอำเภอผ่านผู้รับผิดชอบสสอ.ในพื้นที่รพ.สต

5.4 พบปัญหาการออกรายงานข้อมูลจากระบบโปรแกรมฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกรมอนามัย, สปสช, และจากพื้นที่

5.5 เกิดช่องว่างการเชื่อมต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุ ช่วงภาวะการระบาดการติดเชื้อ Covid-19

#### ผู้ประสานงานผู้สูงอายุ CUP เมืองหนองบัวลำภู

ผู้รวบรวมรายงาน : นางเยาวภา สีตอกบวบ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ประสานงานหลัก : นายชายแดน แสงจันทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้ประสานงานร่วม : 1. นางสาวกุสุมา สุริยา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

2. นางภารดี สิทธิปกรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

## ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต

### หัวข้อ สุขภาพจิต

ประเด็นการตรวจราชการ : สุขภาพจิต (ฆ่าตัวตาย)

ตัวชี้วัด : 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อ ประชากรแสนคน

2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต  $\geq$  ร้อยละ 74

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรคซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความรุนแรง ก่อให้เกิดเป็นภาระวิกฤติทางสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมส่วนรวม ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก นอกจากนี้โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) สูงสุดในกลุ่มโรคจิตเวชทั้งหมด เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขสุโขทัย 2565 กำหนดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ  $\leq$  8.0 ต่อ ประชากรแสนคน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ  $\geq$  ร้อยละ 74 ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดหนองบัวลำภู เท่ากับ 5.94 ต่อ ประชากรแสนคน อำเภอเมืองหนองบัวลำภูมีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 5.51 ต่อประชากรแสนคน ส่วนอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศร้อยละ 85.19 ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 อัตราการเข้าถึงบริการอยู่ที่ 85.00 จังหวัดหนองบัวลำภูมีอัตราการเข้าถึงบริการร้อยละ 82.01 และอำเภอเมืองหนองบัวลำภูมีการเข้าถึงบริการร้อยละ 82.8 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565 : ศูนย์ข้อมูลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี/ ศูนย์ข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข)

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

1. พัฒนาระบบบริการเฝ้าระวัง คัดกรอง/ ดูแลช่วยเหลือและติดตามดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ประสบปัญหาการฆ่าตัวตายที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานในทุกหน่วยบริการโดยใช้โปรแกรม 3ส Plus และพัฒนาแนวปฏิบัติ ในการเฝ้าระวังคัดกรอง/ดูแลช่วยเหลือ และระบบติดตามดูแลต่อเนื่อง CUP เมือง

2. เพิ่มการเข้าถึงโรคจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า ติดสารเสพติด สุรา และสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย

3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และเป็นโรงพยาบาลพี่เลี้ยงแก่ รพช., รพ.สต.

4. พัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวัง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง

5. พัฒนาระบบบริการคัดกรองค้นหา เฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง

6. นำแนวปฏิบัติการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด (พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต) สู่การปฏิบัติจริง

#### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 8.0 ต่อ ปชก.แสนคน	5.52	11.95	8.95	12	8	5.51
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิต	$\geq$ ร้อยละ 74	69.70	89.90	82.80	3,091	2,559	82.8

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

1. มีบุคลากรด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพจิต
2. มีระบบการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยจิตเวช)
3. มีแนวทางการดูแล เฝ้าระวังช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แนวทางการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด และแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้า พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต
4. การดูแลทางสังคม จิตใจ ในปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องยุ่งยากซับซ้อน ยังขาดแนวทางที่ชัดเจน เฉพาะเจาะจงในการดูแลช่วยเหลือ

#### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ระบบบริการการคัดกรองค้นหา เฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุม ยังต้องพัฒนาต่อเนื่อง ตลอดจนพัฒนาระบบฐานข้อมูลการคัดกรองให้เป็นระบบ ส่งต่อข้อมูลได้สะดวก
2. ปัญหาการฆ่าตัวตายมีความซับซ้อน และปัจจัยกระตุ้นเกิดขึ้นง่ายยากต่อการควบคุม เช่น โรคระบาด สุรา/สารเสพติด การดูค่า ตำหนิ ปัญหาจากภาวะเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลง
3. ควรมีการพัฒนาศักยภาพทีมในการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน และครอบครัวเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจสู่ประชาชนทุกกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย และสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ Psychosocial clinic ให้เป็นที่พึ่งทางใจแก่ประชาชนในพื้นที่อย่างครอบคลุม และต่อเนื่อง

#### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

-

ผู้รายงาน นางสุทัศน์ จ้อยภูเขียว  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
วัน/เดือน/ปี 18 พฤษภาคม 2565  
โทร 081 7088739  
e-mail : tas1179@hotmail.com

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

**ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด**

- ตัวชี้วัด :**
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 8)
  2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ 60)
  3. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ 60)

#### 1. สถานการณ์ การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพลดลง (ด้านหัวใจ)

ลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ ไปรักษาต่อ รพ. อุดรธานี และ รพ. ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ จ. ขอนแก่น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องรักษาและทำหัตถการกับ cardiologist และมีการรับผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้ลดภาระค่าใช้จ่าย ในส่วนของเครือข่ายหัวใจและหลอดเลือดได้ ประมาณ 1,000,000 บาท/ปี

ศักยภาพ/บุคลากร/ ความเชี่ยวชาญ/ เครื่องมือ	เป็นแม่ข่ายโรคหลอดเลือดหัวใจ มีบริการ Fast Track มีอายุรแพทย์ 5 คน มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ 1 ท่าน มีเครื่อง Echocardiography 1 เครื่อง (อีก 1 เครื่องชำรุด รอซื้อเครื่องทดแทน), เครื่อง EST 1 เครื่อง Holter 2 เครื่อง, มียา Streptokinase พร้อมให้บริการฉุกเฉิน
--	---

#### 2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	รายการข้อมูล		ปีงบประมาณ				
			ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565 (ตค.64-เม.ย.65)
1	ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือด (PPCI+SK)	เป้าหมาย	>75 %	>75 %	>85 %	>90 %	>90 %
		ผลงาน	74/90	78/82	85/94	89/96	18/18
		ร้อยละ	82.22	95.12	90.42	92.70	100
2	มีการจัดตั้ง Wafarin clinic ครอบคลุมแห่งในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M2 โดยสหวิชาชีพ	เป้าหมาย	80 %	80 %	80 %	80 %	80%
		ผลงาน	6/6	6/6	6/6	6/6	6/6
		ร้อยละ	100	100	100	100	100
3	มีศูนย์โรคหัวใจ (ระดับ 1) เขตละ 1 แห่ง	มี	มีที่อุดร	มีที่อุดร	มีที่อุดร	มีที่อุดร	มีที่อุดร
		ไม่มี	-	-	-	-	-
4	มีการให้บริการตรวจรักษาโรคหัวใจใน รพท. อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง (ศูนย์โรคหัวใจระดับ 3)	เป้าหมาย	100	100	100	100	100
		ผลงาน	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
		ร้อยละ	100	100	100	100	100
5	รพช.ระดับ F2 ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด(SK)ได้	เป้าหมาย	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		ผลงาน	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
		100	100	100	100	100	
6	มีการจัดตั้ง Wafarin clinic ครอบคลุมแห่งในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M2 โดยสหวิชาชีพ	80	80	80	80	80	
		5/5	6/6	6/6	6/6	6/6	
		100	100	100	100	100	

ลำดับ	รายการข้อมูล		ปีงบประมาณ				
			ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565 (ตค.64-เม.ย.65)
7	ลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าร้อยละ 10 (เปรียบเทียบข้อมูลกับปี 58) (รหัส ICD-10=I20-I25)	< 10%	< 10 %	< 10 %	< 10 %	< 9 %	< 8 %
		15/193	9/90	5/82	9/94	2/26	3/32
		7.7	10	6.09	9.57	7.69	9.37
8	มีการจัดตั้ง heart failure clinic ในโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป	ค่าที่พึงประสงค์	1	1	1	1	1
		ผลงาน	1 (มีคนไข้ 23ราย)	1 (มีคนไข้ 45ราย)	1 (มีคนไข้ 69 ราย)	1 (มีคนไข้ 99ราย)	1 (มีคนไข้ 104 ราย)
		ร้อยละ	100	100	100	100	100
9	อัตราการเสียชีวิต STEMI ในโรงพยาบาล	<10 %	<10 %	<10 %	<10 %	<9 %	< 8 %
		ผลงาน	9/90	5/82	9/94	7/96	3/32
		ร้อยละ	10	6.09	9.57	7.29	9.37
10	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ค่าที่พึงประสงค์	50 %	50 %	50 %	60 %	60%
		ผลงาน	19/40	11/43	30/51	30/49	12/18
		ร้อยละ	47.50	25.58	59	61	67
	10.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (120 นาที)	ค่าที่พึงประสงค์	60 %	60 %	60 %	60 %	60 %
		ผลงาน	NA	NA	NA	NA	9/11
		ร้อยละ	(รพ.ที่มี cath lab)	(รพ.ที่มี cath lab)	(รพ.ที่มี cath lab)	(รพ.ที่มี cath lab)	81.81

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

#### 3.1 การเข้าถึงบริการล่าช้า

- มีการจัดการสื่อสารเตือนภัย โดยจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ รวมทั้งใช้ช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ช่องทางโซเชียลต่างๆ ในโทรศัพท์มือถือ จัดทำเพจให้ความรู้ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต (Youtube)
- จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ ผู้นำชุมชน, อสม., อปท. และภาคีเครือข่ายในเรื่องการเฝ้าระวังการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ขอความร่วมมือกับเครือข่าย ER, EMS ในการออกให้ความรู้แก่ทีมกู้ชีพในเครือข่ายจังหวัดหนองบัวลำภู

- ให้ความรู้แก่ รวมถึงแจกแผ่นพับให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล เช่น คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในทุกสัปดาห์

3.2 การเข้าถึงยาล่าช้า เช่น ระบบการให้คำปรึกษารวมทั้งการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยทั้งใน รพท. และ รพช. ความเข้าใจในการให้ยา SK

- ได้มีการศึกษาทบทวน ในรายที่เสียชีวิต เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษา และมีการวางแผนการรักษาให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

3.3 ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง (coc) เพื่อส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่ได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และให้พื้นที่ได้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในสถานบริการในรายที่มีปัญหาหรือมีภาวะฉุกเฉิน

#### 4. ปัญหา อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ และข้อเสนอแนะ

- การเข้าถึงการรับบริการของผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด ที่เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน เช่น STEMI ยิ่งล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการและได้รับยาละลายลิ่มเลือด หรือได้รับการเปิดหลอดเลือดซ้ำ และไม่ใกล้เคียงกับมาตรฐานการรักษา
- ในปีที่ผ่านมา รวมถึงปัจจุบัน การระบาดของไวรัส COVID19 เป็นปัญหา ทำให้โครงการพัฒนางานด้านต่างๆ เกิดหยุดชะงักตาม ทำให้การพัฒนาระบบเป็นไปได้ยากและไม่ต่อเนื่อง
- ยังขาดการเชื่อมต่อและการสื่อสาร รวมถึงการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบปฐมภูมิ และระบบภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้นำชุมชน , อสม. , อบท. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการและมาโรงพยาบาล(OTH) เร็วขึ้น รวมถึงส่งผลต่อเนื่องให้ผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้น (เนื่องจากสถานการณ์ โควิด-19)

#### 5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ ที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับ ไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. งบประมาณไม่เพียงพอในด้าน ครุภัณฑ์ทางการแพทย์	-ควรจัดสรรให้พอเพียงในการ บริหารจัดการโดยการจัดหา เครื่องมืออุปกรณ์เช่นเครื่อง Defibrillation , ในห้อง EST และใช้ ใน HF clinic	-ควรจัดสรรให้พอเพียงในการ บริหารจัดการ
2.บุคลากรที่ทำงานของทาง เครือข่ายไม่เพียงพอ	- ควรมี case manager หรือ พยาบาลเฉพาะทางฯ เพิ่ม อย่าง น้อย 1 ท่าน	-ควรจัดสรรให้พอเพียงในการ บริหารจัดการ

ผู้รายงาน นางสุวีรยา เหงาพรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 5 พฤษภาคม 2565

โทร.....0981431979..... [e-mail:joanai2829@gmail.com](mailto:joanai2829@gmail.com)

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขาอุบัติเหตุ

ตัวชี้วัด : 1. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง

ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ 12

1.1) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 4

1.2) อัตราของผู้ป่วย severe trauma brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 30

1.3) อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

2. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5 (Non – trauma & Non - Emergency)

ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 5

3. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5

4. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 80

### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ให้บริการผู้เจ็บป่วย ฉุกเฉิน อุบัติเหตุ มีอาการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงซับซ้อน ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจ ปี 2563 2564 และ 2565 มีผู้มารับบริการปีละ 25,341 23,080 และ 16,100 ราย (7 เดือน) ตามลำดับ ห้องฉุกเฉินและระบบการแพทย์ฉุกเฉินเตรียมความพร้อมในการดูแลรักษาพยาบาล พัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ อีกทั้งอุปกรณ์ต่างๆ ให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน จากข้อมูลปี 2563 2564 และ 2565 พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล อัตรา 7.06 8.04 และ 7.67 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉิน วินิจฉัยโรคหลายระบบ ทำ CT scan ตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และให้ยาที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย อาการคงที่ ก่อนการย้ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน

ในปี 2565 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมรักษาพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมสนับสนุนบริการ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยอย่างต่อเนื่อง

### 2. กระบวนการดำเนินงาน

1. จัดระบบ Fast track ให้มีความรวดเร็ว เชื่อมโยง สื่อสาร ทั้งโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายกู้ชีพ ส่งต่อข้อมูลให้ห้องฉุกเฉินเตรียมความพร้อมรับ

2. ทบทวนความรู้และฝึกซ้อมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. มีการประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 และให้ความรู้ ใน รพสต. สื่อสาร กลุ่มจิตอาสาทุกตำบล อสม.

นักเรียน เรื่องการแจ้งเหตุ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การ CPR การใช้เครื่อง AED

### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64-เม.ย.65)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน (จังหวัด)	ผลงาน (อ.เมือง)
1.) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1	น้อยกว่า ร้อยละ 12	7.44 105/1,412	7.06 91/1288	8.4 128/1511	น้อยกว่า ร้อยละ 12	7.60 (176 /2,315)	7.67 (72/ 825)
-ผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma)	น้อยกว่า ร้อยละ 12	18.98 30/158	17.34 17/98	9.8 18/183	น้อยกว่า ร้อยละ 12	18.22 (43 /236)	13.04 (15 /115)
-ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Non-Trauma)	น้อยกว่า ร้อยละ 12	5.98 75/1,254	6.17 74/1188	8.2 110/1328	น้อยกว่า ร้อยละ 12	6.39 (133 /2,079)	8.03 (57 /710)
1.1) อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1	ไม่เกิน ร้อยละ 4	0 0/535	0.22 1/438	0.18 1/553	ไม่เกิน ร้อยละ 4	-	0.40 (1/249)
1.2 อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (severe trauma brain injury)	ไม่เกิน ร้อยละ 30	12.62 26/206	20.14 27/134	30 21/70	ไม่เกิน ร้อยละ 30	-	26.08 (18/69)
1.3 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน)	21 คะแนน	18 /40 ไม่ผ่าน	21 / 40 ผ่าน	25/40 ผ่าน	25 คะแนน		26 คะแนน ผ่าน
2.) จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5(Non-trauma& Non-Emergency) A=จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5(Non-trauma) ปีงบประมาณก่อน1ปี	ลดลงไม่ น้อยกว่า ร้อยละ 5 สูตร $\frac{A-B}{A} \times 100$	NA	18.83	75.05	ลดลงไม่ น้อยกว่า ร้อยละ 5	(7,180- 1,354) $\times 100$ /7,180 = 81.75	(508- 3,256) $\times 100$ /508 =-540.94

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64-เม.ย.65)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน (จังหวัด)	ผลงาน (อ.เมือง)
B=จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5(Non-trauma)ปีงบประมาณปัจจุบัน							
3.) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) มาด้วย EMS	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	27.98	69.35 (894/1,289)	60.68 (917/1,511)	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5	14.12 (1,228/ 8,697)	19.69 (606/ 3,077)
4.) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ 80	6/6 (100)	6/6 (100)	6/6 (100)	ร้อยละ 80	1/1	100

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

##### ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

1. ผู้บริหาร ผู้มีจิตศรัทธา สนับสนุน จัดทำและบริจาคมห้องแรงดันลบ (Negative room) เพื่อแยกและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ
2. แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน นำทีมให้ความรู้ พัฒนาการ การอบรมและฟื้นฟูให้เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉิน EMR EMT-B ผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายจังหวัดหนองบัวลำภู เน้นการรับและดูแลผู้สัมผัสเชื้อโควิด-19
3. ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์จากจังหวัด ผู้บริหารเครือข่ายกู้ชีพ เอกชนผู้มีจิตศรัทธา
4. บุคลากรทั้งโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนร่วมกันพัฒนาระบบส่งต่อ การปรึกษา การส่งข้อมูล การทบทวน ร่วมกัน

##### ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่ประสบความสำเร็จ

1. แพทย์ ER ไม่สามารถ admit ได้ต้องให้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางแผนกต่างๆ ก่อน
2. บางตำบลไม่มีงบประมาณในการจัดตั้งทีมกู้ชีพ
3. ในผู้ป่วยบางแผนกยังไม่สามารถส่งนอนโรงพยาบาลได้ต้องรอผลเลือด รอผล CT ก่อน
4. ผู้ป่วยโควิด-19 ที่จะ admit ต้องมีผล Gene ex-pert หรือ RT-PCR ก่อน

#### 5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

1. แพทย์ ER ไม่สามารถ admit ได้ต้องให้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางแผนกต่างๆก่อน
2. บางตำบลไม่มีงบประมาณในการจัดตั้งทีมกู้ชีพ
3. ในผู้ป่วยบางแผนกยังไม่สามารถส่งนอนโรงพยาบาลได้ต้องรอผลเลือด รอผล CT ก่อน
4. ผู้ป่วยโควิด-19 ที่จะ admit ต้องมีผล Gene ex-pert หรือ RT-PCR ก่อน

ผู้รายงาน นางธนิยา เพ็งสา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โทร. 091-795-9141 e-mail : thaniya229@gmail.com

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์  $\geq 75\%$
- (2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 75\%$
- (3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 60\%$

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีศัลยแพทย์ 4 คน (1 คน มาจากโรงพยาบาลกลางออกตรวจสัปดาห์ละ 1 วัน) แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ 1 คน แพทย์เฉพาะทางสาขาสูติ-นรีเวชกรรม 6 คน เกสัชผสมยาเคมีบำบัด 2 คน พยาบาลเฉพาะทาง 2 คน พยาบาลผ่านการอบรม เคมีบำบัด 10 วัน 7 คน หน่วยให้บริการผู้ป่วยมะเร็ง มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบ 1 คน ให้การพยาบาลเข้ายาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ สูตρυาเคมีบำบัด CMF, CAF ในมะเร็งเต้านม ส่วนมะเร็งลำไส้ ให้สูตρυ Mayo ส่วนมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งอื่นๆ ส่งต่อการรักษาไปที่ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

มีการจัดทำทะเบียนมะเร็งในโรงพยาบาลผ่านโปรแกรม Thai cancer base (TCB) ส่งต่อข้อมูลมะเร็งผ่านระบบ TCB plus, cancer Anywhere, The 1 ตามนโยบายมะเร็งรักษาที่ไหนก็ได้ เริ่มตั้งแต่ เดือนมกราคม 2564

#### 2. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.-ธ.ค.64)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. สตรีอายุ 30 - 70 ปี ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม	$\geq 80\%$	83,193/ 112,735 (75.71%)	82,644/ 113,381 (72.89%)	102,789/ 118,647 (86.63)	$\geq 80\%$	70,324/ 11,429	59.38
2. สตรีอายุ 30-60 ปี ประชากรได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ปี 53-68) ปี 60 $\geq 80\%$ สะสมปี 63-68 ปีละ 20%	$\geq 80\%$	70,760/ 91,699 (77.17%)	39,524/ 91,275 (เริ่มปีที่1) (43.3%)	49,587/ 95,587 (48.69)	$\geq 80\%$	52,845/ 94,477	55.93
3. ประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้และทวารหนัก (10%กลุ่มอายุ)	-	7,602/ 10,793 (70.7%)	1,825/ 10,350 (1.65%)	2,432/ 116,258 (2.09)	-	198/ 119,1577	0.17
4. ระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด(หลังผ่าตัดชิ้นเนื้อ) * ( $\geq 75\%$ )	$\leq 4$ สัปดาห์	44/71 (61.97%)	58/64 (90.62%)	48/52 (92.30%)	$\leq 4$ สัปดาห์	60/59	98.33
5. ระยะเวลาการรอคอยรับยาเคมีบำบัด (หลังผ่าตัด)* ( $\geq 75\%$ )	$\leq 6$ สัปดาห์	60/71 (84.51%)	55/58 (94.84%)	38/42 (90.47)	$\leq 6$ สัปดาห์	38/36	94.73
6. ระยะเวลาการรอคอยรังสีรักษา (หลังให้เคมีบำบัดครั้งสุดท้าย) *	$\leq 6$ สัปดาห์	รพ.มะเร็งอุดร			$\leq 6$ สัปดาห์	ส่งรพ.มะเร็งอุดร 14 ราย	

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

1. การดำเนินงานคัดกรองอยู่ในช่วงโควิด ได้มีการชะลอตัว และอยู่ระหว่างการจัดทำโครงการ ปี 2565
2. ยังขาด แพทย์อบรม Chemo plan ปี 2565
3. เนื่องจากการคัดกรองเข้าสู่งานประจำ ทำให้ขาดการเสริมพลัง
4. การจัดทำทะเบียนมะเร็งในโรงพยาบาลยังไม่สามารถลงได้ครบทุกโรคจากหลายปัจจัย ได้ขยายไปทำที่ OPD คลยกรรม OPD สูตินรีเวชกรรม ส่วนโรคอื่นๆ หน่วยเคมีบำบัด ติดตามลงทะเบียนให้ เช่น มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ
5. การจัดทำ TCB plus, Cancer Anywhere ,The1 ตามนโยบายมะเร็งรักษาที่ไหนก็ได้ เริ่ม มกราคม 2564

#### 6. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- โรคโควิดระบาด	- เว้นระยะห่างทางสังคม การคัดกรอง ปัญหาการจัดซื้อ และลงพื้นที่	-ทำตามมาตรฐาน ป้องกันการระบาด
- การใช้โปรแกรม Cancer anywhere	- โปรแกรมยังไม่เสถียร การส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมยังไม่เป็นแบบ Real time	-จัดอบรม ประสานงานผู้เกี่ยวข้อง ลงข้อมูลให้ถูกต้องชัดเจน
- มีการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและลำไส้ ไปให้ยาเคมีบำบัดสูตรที่ซับซ้อน	- ขาดอัตรากำลัง	-มะเร็งเต้านมและลำไส้ ได้รับยาสูตรที่ซับซ้อน ลดการส่งต่อ -คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test

#### ปัญหา

การจัดทำทะเบียนมะเร็งและการส่งต่อข้อมูลยังไม่เป็นระบบ Real time ยังไม่ครอบคลุมทุกมะเร็ง มีเพียงมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ ที่ทำรักษาผ่าตัดและเข้ายาเคมีบำบัด ส่วนโรคมะเร็งอื่น ๆ มีการส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลอื่นหมด เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้าน บุคลากร แต่มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับ วินิจฉัยจาก ultra sound และ/หรือ CT scan ได้ผลส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

#### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม กลุ่มเคมีบำบัด

ผู้รายงาน น.ส.สุวรรณี นาคี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันเดือนปี 10 พฤษภาคม 2565

โทร 085-7457181E-mail ; suwanneedee2518 @hotmail.com

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอยคย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

**ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขาทารกแรกเกิด**

**ตัวชี้วัด :** อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม

(เป้าหมาย  $< 3.6$  ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

สถานการณ์ในรอบ 6 เดือน อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม ภายใน 28 วัน เท่ากับ 0.12 ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ แต่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่งต่อทารกแรกเกิดเป็นอันตราย และรุนแรง คือ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ส่งผลให้ทารกเสียชีวิต จำนวน 1 ราย และพบภาวะตัวเย็นเพิ่มมากขึ้น สาเหตุเกิดจากประสิทธิภาพเครื่องมือลดลง และทักษะของบุคลากร

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

คณะกรรมการดำเนินงานแม่และเด็กระดับจังหวัด ได้ประชุมทบทวน แผนการดำเนินงาน ทบทวนกระบวนการดูแลมารดากลุ่มเสี่ยงสูง (HR pregnancy) ทารกกลุ่มเสี่ยงสูง (HR NB) ทบทวนระบบการส่งต่อทารกกลุ่มเสี่ยงสูง(HR NB : Intrauterine transfer) ค้นหา สาเหตุและปัญหาาร่วมกัน จากการทบทวนพบว่า อุปกรณ์ transport incubator มีอายุการใช้งานนาน แบตเตอรี่เสื่อมสภาพ ให้เร่งรัดการซ่อมแซม บุคลากรขาดทักษะในการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และการดูแลทารกส่งต่อทารก เทคนิคการดูแลท่อช่วยหายใจขณะส่งต่อยังไม่ดีเพียงพอ ทีมจึงได้จัดประชุมเพิ่มพูนทักษะการใช้เครื่องมืออุปกรณ์แก่บุคลากรทั้งจังหวัด เน้น STABLE Program ในการส่งต่อ เมื่อวันที่ 17, 19 พฤษภาคม 2565 ปรับเทคนิคในการยึดตำแหน่งท่อช่วยหายใจแบบใหม่ และรอประเมินประสิทธิผลการส่งต่อรอบถัดไป

#### 3. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ Service plan สาขาทารกแรกเกิด ดังนี้

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	เป้าหมาย 2565	ผลลัพธ์การดำเนินงานปีงบประมาณ			
			2562	2563	2564	2565(มีค.)
1. อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนัก $\geq 500$ กรัม ภายใน 28 วัน		$<3.6:1000LB$	$<3.8:1000LB$	$<3.7:1000LB$	$<3.6:1000LB$	$<3.6:1000LB$
	ผลงาน		12/3849	14/3655	12/3415	2/1611
	คิดเป็น		3.12	4.10	3.51	0.12
2. อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม	ร้อยละ	50	50	50	50	50
		ผลงาน	5/9	1/3	4/6	1/2
		คิดเป็น	55.55	33.33	66.66	50
3. อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,000 – 1,499 กรัม	ร้อยละ	10	10	10	10	10
		ผลงาน	3/13	5/20	0/9	0/5
		คิดเป็น	7.69	25	0	0
4. อัตราการตายทารกน้ำหนัก 1,500-2,499 กรัม	ร้อยละ	2	2	2	2	2
		ผลงาน	4/306	3/280	4/252	0/126
		คิดเป็น	1.31	1.06	1.59	0

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	เป้าหมาย 2565	ผลลัพธ์การดำเนินงานปีงบประมาณ			
			2562	2563	2564	2565(มีค.)
5. อัตราการตายทารกน้ำหนัก มากกว่า 2,500 กรัม	ร้อยละ	2	2	2	2	2
		ผลงาน	2/3520	5/3363	4/3148	1/1,478
		คิดเป็น	0.06	0.15	0.13	0.07

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่รอดออกมามีน้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม (เป้าหมาย  $< 3.6$  ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต) ผลการดำเนินงานปี 2565 : 0.12 : 1,000 LB ผ่านเกณฑ์ชี้วัด

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ/ไม่ประสบผลสำเร็จ

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- 1) อุปกรณ์การแพทย์ไม่พร้อมใช้งาน คือ Battery Transport incubator เสื่อมสภาพ
- 2) บุคลากร คือ เจ้าหน้าที่ใหม่ ขาดทักษะการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ และทักษะการดูแลขณะส่งต่อทารกกลุ่มเสี่ยงสูง
- 3) เทคนิคการดูแลช่วยเหลือหายใจ ไม่ดีเพียงพอ

#### 5. ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนา -

ผู้รายงาน นางภัทธรันท์ หอมสมบัติ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
วัน/เดือน/ปี 19 พฤษภาคม 2565  
โทร. 084-2987979  
e-mail : sanitnicu@gmail.com

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอยรอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขา Intermediate Care

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care \* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน

หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565 จังหวัดหนองบัวลำภูมีผู้ป่วยกลุ่ม Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะพิการจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องใน 6 เดือนแรกหลังเจ็บป่วย จำนวน 197 คน มีรายละเอียดดังนี้

อำเภอ	Stroke	Traumatic Injury	Spinal Cord Injury
เมือง	30 (5)	15 (2)	9 (1)
ศรีบุญเรือง	9 (2)	13 (3)	1
โนนสัง	26 (9)	8 (1)	2
นากลาง	31 (2)	10 (1)	2
สุวรรณคูหา	8 (1)	3	3
นาวัง	14 (2)	3	0
ต่างจังหวัด	6	1	3
รวม	124 (21)	53 (7)	20 (1)

\* ( ) เสียชีวิต

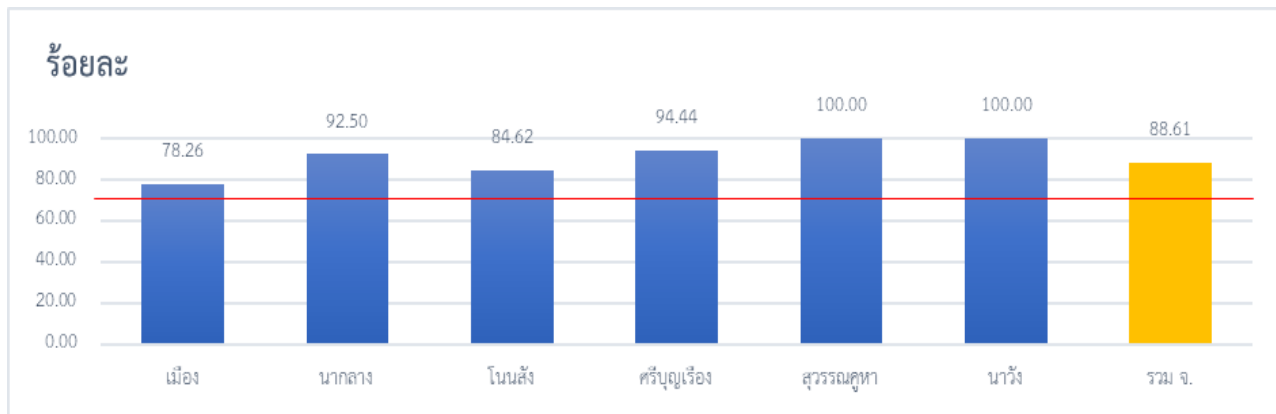
#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

2.1 ปรับแนวทางการติดตามผู้ป่วยทั้งแบบ on site และ online ในสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19

2.2 มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย และเก็บข้อมูลใน google sheet ภายในจังหวัด และวางแผนพัฒนาการใช้โปรแกรมต้นแบบจาก จ.สกลนคร เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 8 ในปี 2566

#### 3. ผลการดำเนินงาน

อำเภอ	STROKE	TBI	SCI	รวม
เมือง	22/25 (88.00)	9/13 (69.23)	5/8 (62.50)	36/46 (78.26)
ศรีบุญเรือง	7/7 (100.00)	9/10 (90.00)	1/1 (100.00)	17/18 (94.44)
โนนสัง	14/17 (82.35)	7/7 (100.00)	1/2 (50.00)	22/26 (84.62)
นากลาง	27/29 (93.10)	8/9 (88.89)	2/2 (100.00)	37/40 (92.50)
สุวรรณคูหา	7/7 (100.00)	3/3 (100.00)	3/3 (100.00)	13/13 (100.00)
นาวัง	12/12 (100.00)	3/3 (100.00)	0/0 (0.00)	15/15 (100.00)
ต่างจังหวัด	89/97 (91.75)	39/45 (86.67)	12/16 (75.00)	140/158 (88.61)
รวม	22/25 (88.00)	9/13 (69.23)	5/8 (62.50)	36/46 (78.26)



ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)			
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	≥ร้อยละ 65	68	75	84.4	≥ร้อยละ 70	158 คน	140 คน	88.61

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. มีการทำงานเป็นทีมในระดับโรงพยาบาลและจังหวัด
2. มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน
3. มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้ง On site และ Online

#### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลหนองบัวลำภูแล้วผู้ป่วยประสงค์กลับไปรักษาที่บ้านไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลใกล้เคียงทำให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ต่อเนื่อง
2. ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทำให้มีการจำกัดในการดูแลและให้คำแนะนำญาติผู้ป่วยในขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพได้ไม่ถูกวิธี

#### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1. ผลงานวิจัยเรื่อง Passive movement with scapular protraction and upward rotation for shoulder pain prevention among stroke patient ปี 2565 โดยนางสาวชื่นจิต โนวฤทธิ์ นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ
2. ได้รับสนับสนุนนวัตกรรม “ฝึกฝน” ฟื้นฟูผู้ป่วยทางสมอง จาก ผศ.ดร.เชง เลิศมโนรัตน์ ภาควิชาวิศวกรรมไฟฟ้าร่วมกับคณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล (อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล)
3. ระบบ Video Call เพื่อใช้ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยออนไลน์

## 7. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1. เพิ่มการดูแลเชื่อมโยงผ่านเครือข่ายสู่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น โครงการ service plan สัญจร และการส่งต่อข้อมูล
2. เพิ่มการเก็บข้อมูลในผู้ป่วย fracture hip
3. เพิ่มการเข้าถึงบริการแพทย์แผนจีน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เริ่มประชาสัมพันธ์ พ.ค. 2565)
4. วางแผนพัฒนาการใช้โปรแกรมต้นแบบจาก จ.สกลนคร เพื่อเชื่อมต่อข้อมูล IMC ในเขตสุขภาพที่ 8 ในปี 2566

ผู้รายงาน นางรุจิราภรณ์ ศิริเกษ อุมพรโคตร

ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 19 พฤษภาคม 2565

โทร 083-6520666 e-mail: Rollick\_aum@hotmail.com

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

#### ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขา Stroke

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) < ร้อยละ 7

2. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic: I60-I62) < ร้อยละ 25

3. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63) < ร้อยละ 5

4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)  $\geq$  ร้อยละ 60

5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit  $\geq$  ร้อยละ 40

6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)  $\geq$  ร้อยละ 60

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่และกระบวนการดำเนินงาน

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่รับการส่งต่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งภายในจังหวัด(รวมทั้งอำเภอใกล้เคียง อ.หนองนาคำ ขอนแก่นและ อ.ผาขาว จ.เลย) ที่มีอาการเฉียบพลันอยู่ในระยะเวลาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำให้ทันเวลา ในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีระบบการ Consult Neuro Sx ทันทีเพื่อประเมินและทำการผ่าตัด กรณีที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้นจะได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี (แม่ข่าย) โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปี 2558 - 2565 (มี.ค.) จำนวน 492, 593, 621, 571, 622, 575, 702, 315 ราย ตามลำดับ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดให้ทันเวลา เพื่อให้เส้นเลือดที่อุดตันนั้นกลับมามีการไหลเวียนของเลือดได้ตามปกติ ช่วยรักษาเซลล์สมองที่ขาดเลือดให้ฟื้นกลับมาทำงานได้ตามปกติ จากสถิติการได้รับยาละลายลิ่มเลือดตั้งแต่เริ่มโครงการปี 2558 - 2565 (มี.ค.) จำนวน 51, 32, 33, 40, 42, 42, 33 และ 23 ราย ตามลำดับ

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาทำให้ทราบว่าประชาชนส่วนใหญ่ขาดความตระหนักถึงอาการแสดงที่สำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ช่องทางการนำส่ง และขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนาต่อยอดเน้นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์โรคหลอดเลือดสมองให้ทั่วถึง อาการระยะเวลาที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำให้มากขึ้น เพื่อลดความพิการของผู้ป่วยอีกทั้งยังต้องพัฒนาระบบบริการภายในให้รวดเร็ว ทันเวลา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ระหว่างดูแลต้องมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องความรู้ ทักษะต่างๆให้พร้อมก่อนที่จะส่งออกชุมชน พร้อมกับมีการประสานส่งออก และติดตามเยี่ยมต่อไป

## 2. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค.65)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1.1 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< 7 %	4.41	3.68%	4.71	<7 %	23/409	5.62%
1.2 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)	< 25%	21.62	11.45%	15.5	<25%	11/94	11.70%
1.3 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63)	< 5%	1.92	1.91%	2.84	<5%	12/315	3.80%
1.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	≥ 60%	66.66 (28/42)	69.04% (29/42)	75.8	≥60%	17/23	74%
1.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit	≥ 80%	76.22	82.73% (รพท 100%) (ศบร 0%)	(25/33)	≥80%	SU=315 Sx=94 (409)	77.01%
1.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time)		NA	NA	รพท	≥60%	2/10	20
1.7 ร้อยละการเข้าถึง SFT ภายใน 4.5 ชั่วโมง		34.88 (217/622)	39%	77.27%		117/315	37.14%
1.8 ร้อยละของผู้ป่วย Ischemic stroke ที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด	≥ 6%	6.75 (42/622)	7.30%	SU=687	≥ 6%	23/315	7.30%
1.9. ระยะเวลาเฉลี่ยการได้รับยา Door to Needle Time (min.)	60 นาที	52 นาที	54 นาที	Sx=187	≤ 60นาที	48 นาที	
1.10. Onset to Hospital		131	138 นาที			150 นาที	

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค.65)
	2562	2563	25624	ผลงาน
1.11 จำนวนผู้ป่วย Stroke(I60-I69)	733	706	889	409
1.12 จำนวนผู้ป่วย Ischemic stroke	622	575	702	315
1.13 จำนวนผู้ป่วย Hemorrhagic stroke	111	131	187	94

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

1. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (CVD risk) และการจัดการกับกลุ่มเสี่ยงที่ทำให้จำนวนคนไข้เพิ่มขึ้น โดยประสานความร่วมมือกับ หน่วยปฐมภูมิ และเครือข่าย

2. การประชาสัมพันธ์ ระวัง Stroke alert / Stroke awareness ไม่ทั่วถึง

6 building blocks	ปัญหาที่พบ
1. ระบบบริการ (Service Delivery)	<b>1. Pre hospital care</b> - การเข้าถึง Stroke Fast Track < 4.5 hr. ยังต่ำ - การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย = 50.54% แม้จะมีการประชาสัมพันธ์เรื่อง Stroke awareness and stroke alert แต่ยังไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่
	<b>2. Acute care</b> - อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกินเป้าหมาย - ผู้ป่วย Ischemic , Hemorrhagic Stroke อัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้น
	<b>3. Intermediate care</b> - การจัดระบบ intermediate care และ การอบรมระยะฟื้นฟู - การพัฒนาด้านเครื่องมือและบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยใน รพช.ต่อ
	<b>4. Continuous care</b> - ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่าน LTC ดีขึ้นแต่ยังขาดข้อมูลย้อนกลับ - การฟื้นฟูสภาพระยะยาว ในชุมชน - การประสานงาน เชื่อมโยงการใช้ทรัพยากรชุมชน
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	1. อัตรากำลังพยาบาล ต้องแบ่งในการดูแลผู้ป่วย Covid 19 2. พยาบาลที่ผ่านหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบ advance (หลักสูตร 4 เดือน) ยังน้อย 3. เครือข่ายในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
3. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing)	1. งบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรม การจัดสื่อประชาสัมพันธ์ ระวัง Stroke alert ให้เข้าถึงในชุมชน เช่น วิทยุชุมชน เสียงตามสาย 2. งบประมาณในการพัฒนาบุคลากร
4. สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to Essential Medicine)	-
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)	1. ระบบการส่งต่อข้อมูลตกลับไม่เป็นมาตรฐานยังขาดการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นเฉพาะของโรคหลอดเลือดสมองที่เชื่อมโยงทั้งจังหวัด 2. ขาดการติดตามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Government)	1. การประสานงานยังไม่เข้าไปถึงในระดับผู้นำชุมชนซึ่งจะมีศักยภาพในการพัฒนาภาพรวมมากกว่า อสม. เช่น ผู้นำหมู่บ้าน อบต.อปท. เป็นต้น (มีแผนพัฒนาพบผู้นำชุมชนปี 2565 ยังไม่ได้ดำเนินการติดโรคระบาด)

## 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
1. การเข้าถึง SFT ยังน้อยยังต้องพัฒนาให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ	1. ทบทวน external process เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดระยะเวลาการเข้าถึง Fast track - ร่วมกับ OPD DM,HT ใน รพ.และรพสต.ในการให้ความรู้และแจกสติ๊กเกอร์โรคหลอดเลือดสมอง - ร่วมกับงานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ในการให้ความรู้โรคและการใช้บริการ 1669 ผ่านทางเพจFB ของโรงพยาบาล 2.ทบทวน Internal process ขั้นตอน investigation CT scan เพื่อลดระยะเวลาการได้รับ rTPA 3.ทบทวนปัญหา อุปสรรค เครือข่ายทุก 3 เดือน
2.การเชื่อมประสานการดูแลอย่างเป็นระบบ	1.จัดหลักสูตรระยะสั้น เพื่อเพิ่มสมรรถนะทางคลินิกของทีมดูแล อย่างเป็นระบบ ครบวงจร 2.พัฒนาระบบ Discharge plan to IMC process และ Palliative Care ร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ/ทีมที่เกี่ยวข้อง
3.การป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง NCD ในชุมชน	1. ร่วมรณรงค์กับผู้นำในแต่ละชุมชน เพื่อพัฒนาระบบ primary prevention ให้มากขึ้น 2. ประชาสัมพันธ์ประสานงานร่วมกับผู้นำในแต่ละชุมชน แจกสื่อประชาสัมพันธ์ป้องกันโรค NCD ให้ทั่วถึง เช่น วิทยุชุมชน เสียงตามสาย 3. สร้างเครือข่ายเข้าถึงผู้นำชุมชน โดยผ่านเครือข่ายด้านการปกครอง

## 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวสุพิมล บุตรรัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วัน/เดือน/ปี 10 พฤษภาคม 2565

โทร...097- 9914995

E-mail : Supimol8833@gmail.com

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอยคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขา วัณโรค

ตัวชี้วัด : 1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่  $\geq$  ร้อยละ 88

2. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ  $\geq$  ร้อยละ 88

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดหนองบัวลำภู มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดในปี พ.ศ. 2562 – 2564 จำนวน 482, 495 และ 424 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 92.20, 94.68 และ 81.10 ต่อแสนประชากร มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสมหะพบเชื้อและไม่พบเชื้อ 396, 372 และ 309 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 75.74, 71.16 และ 59.10 ต่อแสนประชากร มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ 242, 274 และ 248 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 46.29, 52.41 และ 47.44 ต่อแสนประชากร อัตราความสำเร็จของการรักษา (Success Rate) วัณโรคทุกประเภทคิดเป็นร้อยละ 66.89, 73.64 และ 45.51 อัตราการรักษาล้มเหลวโรควัณโรคทุกประเภทคิดเป็นร้อยละ 0.42, 1.83 และ 0.07 อัตราการตายด้วยโรควัณโรคทุกประเภทคิดเป็นร้อยละ 5.50, 4.48 และ 4.00 อัตราการขาดยาวัณโรคทุกประเภทคิดเป็นร้อยละ 0.42, 0.84 และ 0.00 ตามลำดับ และมีอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 49.42 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. 2565)

อำเภอเมืองหนองบัวลำภูปีงบประมาณ 2564 พบผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทขึ้นทะเบียนรักษา 157 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 138 ราย ในจำนวนนี้เป็นวัณโรคปอดชนิดแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ 81 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.70 กลุ่มนี้โดยส่วนใหญ่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 35.03 รองลงมาอายุระหว่าง 30-44 ปีคิดเป็นร้อยละ 27.38 และกลุ่มอายุ 45-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.75 ปีตามลำดับ ซึ่งกลุ่ม 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยวัณโรคพบว่าส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังและมีหลายโรคร่วมด้วยเนื่องจากมีภาวะภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำ เมื่อป่วยเป็นวัณโรคจึงมีโอกาสเสียชีวิตสูงหากค้นพบล่าช้า ปัจจุบันปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยมีวัณโรคทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษา 164 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 132 ราย (คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ณ 30 เมษายน 2565)

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

มาตรการ ในการเร่งรัดอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ภายใต้อุทธศาสตร์การบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence) การพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองสุขภาพ ประเด็นยุทธศาสตร์ 1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นเลิศ (วัณโรค) ภายใต้อุทธศาสตร์หลักต่อไปนี้

1. จัดประชุมเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคของโรงพยาบาล และภาคีเครือข่ายวัณโรค
2. ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เชิงรุกในพื้นที่ 21 รพ.สต.
  - ก. ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่
  - ข. คัดกรอง/ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคจากกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเป้าหมายต่างๆโดยวิธี X-ray ทรวงอก
  - ค. ขึ้นทะเบียนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรค เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา

3. จัดกิจกรรมรณรงค์ในสัปดาห์วันโรคสากลในวันที่ 24 เดือน มีนาคม ของทุกปี
  - ก. ติดป้ายประชาสัมพันธ์ความรู้ในหมู่บ้านของพื้นที่ รพ.สต. 20 แห่งรับผิดชอบ
  - ข. เสียงตามสายรณรงค์ป้องกันโรคต่างๆหมู่บ้านในเขตอำเภอเมือง
  - ค. จัดกิจกรรมสุขศึกษาผ่านวิทยุชุมชนในพื้นที่ที่มีวิทยุชุมชน
4. ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค และออกติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนการรักษา (ระยะแพร่เชื้อ/ ซ้ำซ้ำ หรือ 2 เดือนแรก) ในรายที่จำเป็น
5. พัฒนาคุณภาพคลินิกวัณโรคให้ได้มาตรฐาน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค QTB”
6. โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ (Mobile Xray พระราชทาน)

### 3. ผลการดำเนินงาน

#### 3.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ $\geq 88$

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64 – 30เม.ย.65)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 90	94.60	94.12	95.00	(อยู่ในขั้นตอนของการดำเนินงาน)		



Cohort ปี 61	ระยะเวลาที่ขึ้นทะเบียน	ขึ้นทะเบียนทุกประเภท	นำมาประเมิน	รักษาอยู่	ตาย	ขาดยา	ล้มเหลว	ขยายการรักษา	ผลสำเร็จ
1	1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 64	82	37	16	-	-	-	-	21
2	1 ม.ค. - 31 มี.ค. 65	57	31	31	-	-	-	-	-
3	1 เม.ย. - 30 มิ.ย. 65	อยู่ในขั้นตอนของการดำเนินงาน							
4	1 ก.ค. - 30 ก.ย. 65	อยู่ในขั้นตอนของการดำเนินงาน							
รวม Cohort									

หมายเหตุ PA 20 ราย (ยังไม่ครบ Cohort) ขึ้นทะเบียน Cohort 1 จะสามารถประเมินผลทั้งหมดได้เมื่อครบระยะการรักษาประมาณ 6 เดือนขึ้นไป (ข้อมูลเมื่อวันที่ 30 เมษายน 2565)

= ผู้ป่วยวัณโรคตาม PA การตรวจราชการ

#### 3.2 อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ $\geq 88$

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตราความครอบคลุม
อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 88 (174 ราย)	132 ราย	ร้อยละ 75.86

ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2565 (2 ไตรมาส)

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทำให้เกิดความยากในการดำเนินงานในพื้นที่ เพราะผู้ป่วยโรคเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีภูมิคุ้มกันน้อยที่เสี่ยงต่อการติด COVID-19 จึงต้องดำเนินงานโรคในพื้นที่ด้วยความระมัดระวังต่อผู้มารับบริการ

กระบวนการของแผนงานโครงการประจำปีงบประมาณที่ผ่านมา มีขั้นตอนที่ต้องดำเนินงานหลายขั้นตอน และการอนุมัติโครงการพัฒนางานเป็นไปด้วยความล่าช้า ทำให้การจัดกิจกรรมบางกิจกรรมต้องชะลอการดำเนินกิจกรรมออกไป ทำให้ขาดความต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมาย

ผู้รับผิดชอบงานในแต่ละระดับมีความเข้าใจการดำเนินงานโรคที่มีความแตกต่างกันทำให้จุดมุ่งหมายหรือแนวทาง/ทิศทางของการดำเนินงานไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน รวมถึงการกำหนดนโยบายหรือแนวทางจากส่วนกลางไม่มีความชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในการดำเนินงาน และมีปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากร เช่น งบประมาณ ไม่มีความเพียงพอทำให้การขับเคลื่อนดำเนินงานตามนโยบายเป็นไปได้ยาก

#### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. สถานที่ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรค <b>ไม่มีความเหมาะสม</b> เนื่องจากถูกย้ายคลินิกผู้ป่วยโรคไปไว้ที่โรงจอดรถทำให้การจัดบริการเป็นไปด้วยความยากลำบากและไม่เป็นไปตามมาตรฐานและข้อกำหนดของการจัดบริการ (อาคารตรวจรักษาเดิมถูกใช้ตรวจให้บริการคัดกรองโควิด-19 และไข้หวัด)	- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรลงนามมีบทบาทในการร่วมพัฒนาบริการด้านการตรวจดูแลรักษาด้านโรคของหน่วยบริการให้เป็นมาตรฐาน - กำหนด หรือเสนอแนะแนวทางต่อผู้บริหารของหน่วยงานรับประเมินให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดบริการที่เป็นมาตรฐานของการให้บริการตรวจรักษาด้านโรคและจัดหาสถานที่ให้บริการให้มีความเหมาะสมและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยโรค	
2. ผู้รับผิดชอบตัวชีวิตด้านโรคมีบทบาทหน้าที่ และภาระงานที่ค่อนข้างมากมีทั้งงานบริการที่เป็นงานให้บริการคลินิกการรักษา และงานเชิงรุก นอกจากโรคแล้วยังได้รับงานโรคอื่นๆ ตามนโยบายด้วย เช่น โควิด-19 เอดส์ ไวรัสตับอักเสบ เอชไอ เป็นต้นและแต่ละงานหน่วยงานบังคับบัญชาจะผลิตโปรแกรมบันทึกข้อมูลมาก่อนข้างมากทำให้เวลาส่วนใหญ่จะอยู่หน้าโปรแกรมเพื่อบันทึกให้ตรงตามเวลาที่กำหนดทำให้ดำเนินงานบริการส่วนอื่นๆได้น้อย	ลดโปรแกรมสำเร็จรูปที่มีลักษณะเดียวกันหรือคล้ายคลึงกันให้มีการบูรณาการใช้โปรแกรมหรือข้อมูลร่วมกันเพื่อลดภาระหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้สามารถทำงานด้านอื่นได้ทั้งงานบริการ และงานพัฒนาคุณภาพ วิจัย ในงานที่ได้รับมอบหมาย รวมถึงการเพิ่มอัตรากำลังของผู้ปฏิบัติงานให้มีความเหมาะสมกับภาระงานที่ได้รับ เพราะปัจจุบันเกิดสภาวะงานล้นมือของผู้ปฏิบัติ เพราะนโยบายและภาระงานเพิ่มมากขึ้น แต่บุคคลทำงานมีเท่าเดิม	
3. สถานการณ์แพร่ระบาดระบอบของ COVID-19 ทำให้การดำเนินงานด้านโรคเป็นไปด้วยความยากลำบาก รวมถึงต้องมีการปรับรูปแบบของการดำเนินงานด้านโรคเพื่อให้ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการน้อยที่สุด		

## 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- ผลงานการวิจัย(วิทยานิพนธ์)เรื่อง ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และแรงจูงใจที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดหนองบัวลำภู
- ผลงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานวัณโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

ผู้รายงาน.....นายภัทรพล โขวงค์ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วัน/เดือน/ปี... 30 เมษายน 2565

โทร 042 006 006 ต่อ 1309

E-mail : Benz.mylove@hotmail.com

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขา จักษุ

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด(Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน

#### 1. สภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดหนองบัวลำภู พัฒนาระบบบริการด้านจักษุ โดยมีจุดเน้นสำคัญคือ การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วย Blinding cataract เข้ารับการผ่าตัดภายใน 30 วัน เพื่อลดอาการตาบอดจากต้อกระจก โดยในปี 2564 การเข้าถึงการตรวจคัดกรองสายตาประชากรผู้สูงอายุ ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน ร้อยละ 100 ระยะเวลารอคอยผ่าตัดเฉลี่ย 2 วัน (ที่มา: vision Thailand 2020) มี Node ผ่าตัด 1 แห่ง ที่ รพ.นาวังเฉลิมพระเกียรติ ยังต้องเฝ้าระวังพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่องด้วยประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกปี

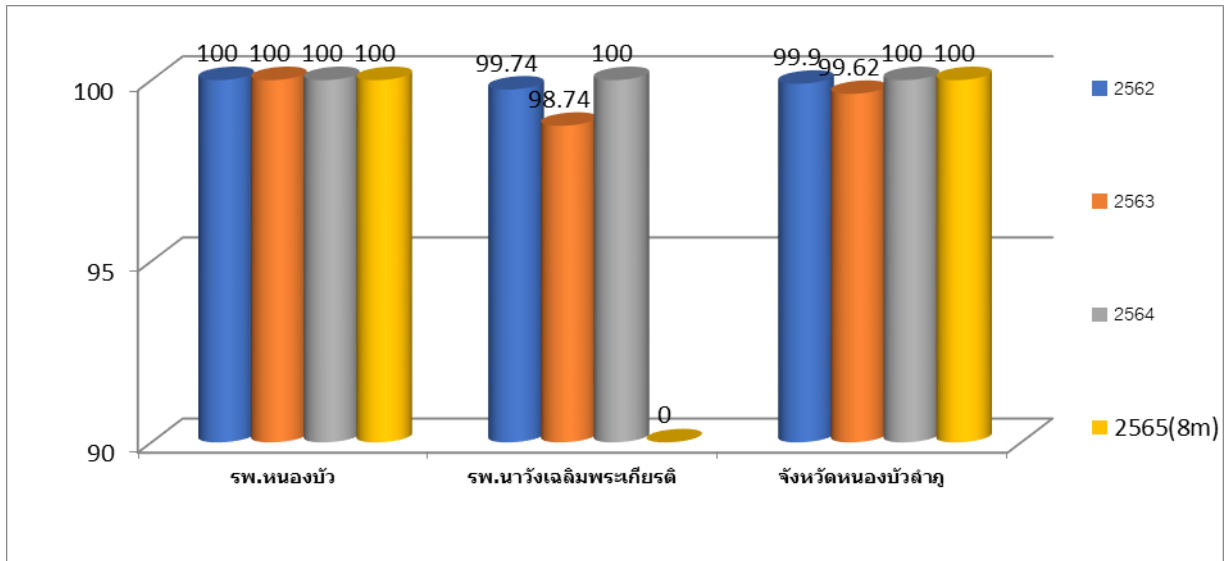
#### 2. ผลการดำเนินงาน

ข้อมูลเชิงปริมาณ ตารางที่ 1 ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน

ตัวชี้วัด	หน่วยงาน	หน่วยนับ	เป้าหมายปี 65	ผลลัพธ์การดำเนินงาน(ปีงบประมาณ)			
				2562	2563	2564	2565 ตค64-เมย.65
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน (จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดใน 30 วัน/จำนวนผู้ป่วย Blinding cataract ทั้งหมด)	รพ.หนองบัวลำภู	%	85	100 (622/622)	100 (545/545)	100 (509/509)	100 (287/287)
	Node นาวัง	%	85	99.74 (381/382)	98.74 (235/238)	100 (63/63)	0
	จ.หนองบัวลำภู	%	85	99.90 (1003/1004)	99.62 (780/783)	100 (572/572)	100 (287/287)

ตารางที่ 2 ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา (ที่มา:Vision Thailand2020 23-05-2022)

อำเภอ	60 ปีขึ้นไป (คน)	คัดกรองสายตา (คน)	ร้อยละการคัดกรอง	อัตราตาบอด/อัตราตาบอดจากต้อกระจก		
				Severe Low Vision(ตา)	Blinding (ตา)	Blinding Cataract(ตา)
เมืองหนองบัวลำภู	4,006	1,888	47.13	0	4	3
นากลาง	2	1	50	0	0	0
โนนสัง	1	1	100	0	1	1
ศรีบุญเรือง	7	7	100	0	6	5
สุวรรณคูหา	1	1	100	0	0	0
นาวัง	2	2	100	0	1	1
<b>รวม</b>	<b>4,019</b>	<b>1,900</b>	<b>47.28</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>10</b>



### ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเข้าถึงการผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอดจังหวัดหนองบัวลำภู ยังทำได้ดี สูงกว่าค่าเป้าหมาย และสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับเขต และระดับประเทศ โดยรพ.หนองบัวลำภู มีอัตราการผ่าตัด Blinding cataract ใน 30 วัน 100 % ระยะเวลารอคิวผ่าตัดเฉลี่ย 1 วัน การนำเข้าสู่ข้อมูลในโปรแกรม Vision 2020 ในส่วนการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ ยังไม่ครอบคลุมและไม่เป็นปัจจุบัน จากสถานการณ์โรคโควิด-19 ระบาดทำให้การคัดกรองและผ่าตัดเชิงรุก ที่Node ยังไม่ได้ทำ และที่รพ.หนองบัวลำภู ลดการผ่าตัด Case Elective ลงจนถึงปัจจุบัน และลดห้องผ่าตัด ปรับหอผู้ป่วยเป็น Cohort ward ทำให้ผ่าตัดได้น้อยลง แต่ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด ยังเข้าถึงการผ่าตัดได้ทันเวลา

### 3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. การลงข้อมูลคัดกรองใน Vision 2020 ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ข้อมูลผู้สูงอายุไม่เป็นปัจจุบัน
2. ขาดการสนับสนุนการจัดการข้อมูลในเครือข่าย
3. สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้การคัดกรองได้ลดลง
4. มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ การติดตามกำกับระดับจังหวัด ในการลงข้อมูล Vision 2020 ทำให้ข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และบางแห่งข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน

ผู้รายงาน นางอภิญญา กัญยาแสงศรี  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

23 พฤษภาคม 2565

โทร 083-1416009 e-mail : [ooyapinya@gmail.com](mailto:ooyapinya@gmail.com)

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขา Sepsis

ตัวชี้วัด : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 26

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย โดยเฉพาะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired จากการสำรวจข้อมูล พบว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัดหนองบัวลำภูโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือมีโรคร่วม เช่น โรคเรื้อรังต่างๆ โรงพยาบาลหนองบัวลำภูเป็นแม่ข่ายเครือข่าย Sepsis ภายในจังหวัด พบว่าอัตราตายด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ยังคงสูงอยู่ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ปี 2562 คิดเป็น 40.07% ปี 2563 38.60% ปี 2564 38.24% และปี 2565 39.25% ตามลำดับ

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

##### พัฒนาการเข้าถึงบริการ

กระบวนการดูแลรักษาเน้น primary prevention มีการใช้ SIRS criteria ในการประเมินคัดกรองเบื้องต้น และการสื่อสารความรู้ sepsis ภาคประชาชนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

##### พัฒนากระบวนการ intensive care

จัดระบบการดูแลผู้ป่วย acute/chronic มีการขยายเตียง ICU อายุรกรรม การใช้SOS score ประเมินความรุนแรงผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิด (แบบวิกฤต)ในหอผู้ป่วยสามัญ

##### พัฒนาระบบสารสนเทศ

มีการเก็บและรายงานข้อมูลผู้ป่วยตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD -10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

#### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค. 64- มี.ค.65)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	น้อยกว่า ร้อยละ 26	40.07	38.60	38.24	น้อยกว่า ร้อยละ 26	49	39.52

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

1) ICU ไม่เพียงพอ ในช่วงสถานการณ์โควิดระบาด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีการปรับ ICU อายุรกรรม เป็น Cohort ICU เพื่อรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด และ หอผู้ป่วยหนักรวมที่รับผู้ป่วยวิกฤตทุกสาขาอาจไม่สามารถรองรับผู้ป่วย sepsis ที่อาการวิกฤตได้ทั้งหมด

2) โรงพยาบาลเครือข่าย ทั้งหมดในจังหวัด ยังไม่มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต เช่น ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเนื่องจากไม่มีหอผู้ป่วยหนัก ดังนั้นผู้ป่วย sepsis ที่อยู่ในระยะวิกฤตเกือบทุกรายจึงต้องส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

3) ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลชุมชนยังมีข้อจำกัดในการตรวจสิ่งส่งตรวจและยังขาดเครื่องตรวจ blood lactate ที่จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยผู้ป่วย sepsis

#### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- 1) เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักรู้และเฝ้าระวังถึงอาการของการติดเชื้อในกระแสเลือด
- 2) การติดตามการดูแลผู้ป่วยตาม Sepsis bundle ให้ครอบคลุม
- 3) เพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับM2 ให้มีหอผู้ป่วยหนัก เพื่อลดการส่งต่อ มีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ( พยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน )
- 4) เพิ่มศักยภาพของห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถตรวจสิ่งส่งตรวจที่จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยผู้ป่วย sepsis ได้
- 5) พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

#### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ไม่มี

ผู้รายงาน น.ส.มะลิวรรณ บุญแสน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 19 พฤษภาคม 2565

โทร 091-8614721 e-mail andfield17@gmail.com

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขา Orthopedics

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture ร้อยละ 100

2. ร้อยละของผู้ป่วย capture the Fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ < ร้อยละ 30

3. ร้อยละของผู้ป่วย capture the Fracture ได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง  $\geq$  ร้อยละ 50

#### 1. สถานการณ์

ปัจจุบันจังหวัดหนองบัวลำภู มีประชากรเพิ่มขึ้นและก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว การพลัดตกหกล้ม เป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาด้วยกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้น กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ได้พัฒนาระบบงานการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ให้ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน (Fast track hip surgery) ภายใน 24 - 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลลัพธ์ในการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้ ทางทีมฯ ได้ดำเนินการต่อเนื่อง

#### 2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ผลงาน 2564	ผลงาน 2565			
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	100	100	100	100	-	-
2	ร้อยละของผู้ป่วย capture the Fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ	<ร้อยละ30	0	0	1.75	-	-
3	ร้อยละของผู้ป่วย capture the Fracture ได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง	$\geq$ ร้อยละ50	75	57.5	61.4	-	-

#### มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

1. ฟื้นฟูความรู้บุคลากรทีมสุขภาพเข้าร่วมอบรมความรู้เรื่อง Capture the fracture
2. ทบทวนการจัดตั้งคณะกรรมการประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วย
3. ทบทวน CPG Capture the fracture
4. เก็บข้อมูลต่อเนื่อง นำข้อมูลมาใช้ในการติดตามผลลัพธ์ของการดูแลรักษา
5. ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย Capture the Fracture
6. ประชุมติดตามแผนงานทบทวนหาแนวทางแก้ไขปัญหา

#### 3. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่

ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์

3.1 จากการตรวจติดตามการพัฒนาระบบงาน Fast track hip surgery ในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ส่วนใหญ่จะเน้นที่ระบบการตั้งรับในโรงพยาบาล การทำงานเชิงป้องกันเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและการ

ป้องกันกระดูกหักซ้ำ (Refracture) ยังมีน้อย ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุบางรายมีการพลัดตกหกล้มซ้ำ ในปี 2565 มีจำนวน 1 ราย ทำให้ต้องกลับเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาล ซึ่งผู้สูงอายุบางรายมีภาวะกระดูกพรุนร่วมด้วย แต่ไม่ได้รับการตรวจและการรักษาติดตามอย่างต่อเนื่อง การให้ยา แคลเซียม และ Vit D ยังต่ำ การเข้าถึงยา bisphosphonate เข้าถึงเฉพาะสิทธิข้าราชการ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจากโรคประจำตัว เช่นความจำเสื่อม หลงลืม ต้อกระจก ตามัว ไม่มีญาติคอยดูแลใกล้ชิด ทำให้เกิดหกล้มและกระดูกหักได้บ่อย ในปี 2565 นำผู้ป่วย กลุ่ม Fracture hip in elderly เข้าสู่ระบบ intermediate care ในกลุ่มที่ BI 5-15 ค่ะ แนนเพื่อให้นักกายภาพบำบัดเข้าเยี่ยมและฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง

3.2 การผ่าตัดแบบเร่งด่วน (Fast track hip surgery) ภายใน 24 - 72 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา ยังมีอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ การรอคิวผ่าตัด บางครั้งไม่มีห้องผ่าตัด ภาวะโรคระบาดโควิด ต้องรอตรวจผลโควิดก่อน จึงจะผ่าตัดได้ รอการปรึกษาจากสหสาขาวิชาชีพอายุรกรรมในกรณีผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงทำให้ล่าช้า

#### 4. ปัญหาอุปสรรค

4.1 การติดตามเยี่ยมสภาพแวดล้อมผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชนยังขาดบุคลากรนักกายภาพบำบัดติดตามเยี่ยม

4.2 การสะท้อนกลับข้อมูลยังต่ำ

4.3 การเข้าถึงยารักษาโรคกระดูกพรุนยังต่ำ

#### 5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

#### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- การทำแผลด้วยระบบสุญญากาศร่วมกับน้ำผึ้ง

ผู้รายงาน นางศิริฉัตร ชัยทุมมา

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วัน/เดือน/ปี 19 พฤษภาคม 2565

โทร.0641922399 E-mail Baisrinoi@gmail.com

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขาไต

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr มากกว่าร้อยละ 66

#### 1. สถานการณ์ /สภาพปัญหาของพื้นที่

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า 1 ใน 10 ลำดับแรก คือ กลุ่มปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคไต โรคเบาหวาน ปัจจุบันมีความรุนแรงและมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพมากขึ้น และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นจากการดำเนินการป้องกัน ฝักระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า

มีอัตราผู้ป่วยตายด้วย โรคไตวาย (N19) ต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 – 2562 เท่ากับ 27.30, 22.04 และ 26.02 ตามลำดับ โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่หายขาดจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายสูงมากโดยเฉพาะเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทั้งนี้มีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปก่อให้เกิดโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น หากผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน และสุดท้ายผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease : ESRD) ต้องรับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด ล้างไตทางช่องท้อง หรือการปลูกถ่ายไต ซึ่งเป็นภาระทั้งผู้ป่วยและรัฐ

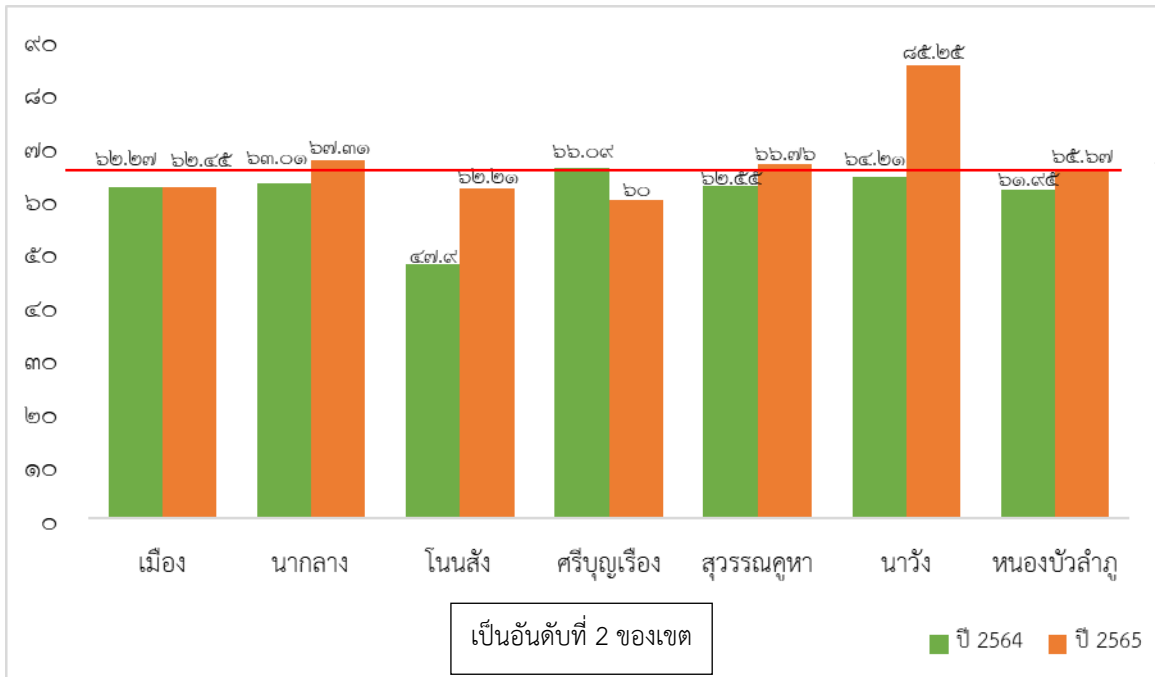
#### 2. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565		
				เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 มล./นาที่/1.73 ตรม./ปี	ร้อยละ 66	61.91	61.95	4,902	3,219	65.67

ตารางร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 มล./นาที่/1.73 ตรม./ปี จังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2564 - 2565

อำเภอ	ปี 2564			ปี 2565		
	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)
เมืองหนองบัวลำภู	1,593	992	1,593	992	1,593	992
นากลาง	1,003	632	1,003	632	1,003	632
โนนสัง	643	308	643	308	643	308
ศรีบุญเรือง	1,380	912	1,380	912	1,380	912
สุวรรณคูหา	916	573	916	573	916	573
นาวัง	542	348	542	348	542	348
รวม	6,077	3,765	6,077	3,765	6,077	3,765

ที่มา : HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู, เมษายน 2565



ร้อยละ 66

จากการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2565 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่า eGFR  $\geq 2$  ค่า จำนวน 4,902 คน และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง  $<5$  มล./นาที/1.73 ตรม./ปี จำนวน 3,219 คน คิดเป็นร้อยละ 65.76

### 3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

หน่วยบริการสุขภาพมีการปรับแนวทางการดำเนินงานในช่วงสถานการณ์ COVID-19 เพื่อนัดผู้ป่วย CKD เข้ามารับบริการติดตามอาการประจำปี ทำให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์และได้รับคำแนะนำให้การดูแลตนเองตามความเหมาะสม

### 4. ปัญหา อุปสรรค

เนื่องด้วยปัญหาด้านอัตราของกำลังของพื้นที่ในช่วงสถานการณ์ COVID-19 ทำให้ไม่สามารถจัดบริการทีมสหวิชาชีพสัปดาห์เพื่อให้คำแนะนำด้านการชะลอความเสื่อมของไตและบำบัดไตแก่ผู้ป่วย CKD stage 3 - 5 ได้

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขา การรับบริจาคอวัยวะและปลูกถ่ายอวัยวะ

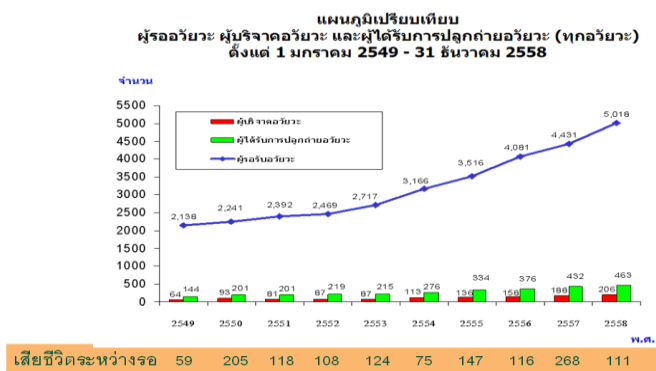
ตัวชี้วัด : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)

#### 1. สถานการณ์ปัญหาในระดับประเทศ

- ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายอวัยวะประมาณ 5,000 ราย รอปลูกถ่ายกระจกตา 11,000 ราย
- มีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างรออวัยวะ 100-200 รายต่อปี

การปลูกถ่ายอวัยวะเป็นทางรอดเดียวของผู้ป่วย หัวใจ ตับ ปอด ไต ระยะสุดท้าย แก้ไขความพิการ เช่น ตาบอดจากกระจกตาเสีย สำหรับ CKD ระยะสุดท้าย ช่วยลดอัตราป่วย/ตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดค่าใช้จ่ายในการทำ dialysis ให้กับผู้ป่วยและรัฐ (คุ้มค่ากว่าการทำ dialysis)

- การขาดแคลนอวัยวะบริจาคยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุด



แผนภูมิแสดงจำนวนผู้บริจาคอวัยวะ (Deceased actual organ donor\*)  
ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2537 - 31 ธันวาคม 2558



#### เป้าประสงค์

- เพิ่มจำนวนการบริจาคอวัยวะในประเทศ
- เพิ่มคุณภาพอวัยวะบริจาคในประเทศ
- เพิ่มการเข้าถึงบริการการปลูกถ่ายไต และ กระจกตาของประเทศ

## 2. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	เป้า หมาย ปี 65	ผลลัพธ์การดำเนินงานของรพ.หนองบัวลำภู		
			ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (ต.ค.64-เม.ย. 65)
<b>ตัวชี้วัดเป้าหมายระบบบริการ ที่สิ้นปีงบประมาณ 2563</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีศูนย์รับบริจาคอวัยวะและดวงตาในรพศ. ทั้ง 33 แห่ง</li> <li>มีศูนย์ปลูกถ่ายไตใน รพ. ระดับ A</li> </ul>					รพ.หนองบัวลำภู เปิดศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ 23 ธันวาคม 2559
<b>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ที่สิ้นปีงบประมาณ 2562</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายในแต่ละ รพ. Donor เป้าหมาย <math>\geq 0.9</math> ราย : 100 hospital death</li> <li>มีจำนวนผู้บริจาคดวงตาจากผู้เสียชีวิตในแต่ละรพ. A และ S <math>\geq 1.3</math> ราย : 100 hospital death</li> </ul>	ราย	5  10			1  1
<b>Donor Gard</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-มีจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ</li> <li>-มีจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคดวงตา</li> </ul>		100 / เดือน	282 281	228 257	223 233

## 3. กระบวนการดำเนินงาน

### 1. กำหนดโครงสร้างรองรับและผู้รับผิดชอบหลักแต่ละระดับ (Structure –Function)

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร และคณะทำงาน สาขาการบริจาคอวัยวะ จังหวัดหนองบัวลำภู โดยมี นายแพทย์ไพฑูรย์ ไบประเสริฐเป็นประธานคณะทำงานและ นางพัชรี ฤทธิสุนทร และ นางสาวประนอม พาอ่อน เป็นเลขานุการและคณะทำงาน จัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะรพ.หนองบัวลำภู อยู่ที่หอผู้ป่วยหนักไอซียู ชั้น 3

### 2. กำหนดกรอบในการวางแผนเพื่อดำเนินการ (Framework)

- เพิ่มจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะและดวงตา (ที่ยังมีชีวิตอยู่)
- มุ่งเน้นการค้นหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์บริจาคในรพ.

### 3. กำหนดเป้าหมายระยะสั้น Task Lists

### 4. กำหนดกิจกรรม/โครงการที่ดำเนินการ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-พัฒนาแนวทางการค้นหา และรายงานผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์บริจาค	Goal:ออกประชาสัมพันธ์ภายนอกรพ. โดยร่วมกับหน่วยรับบริจาคโลหิตและร่วมกับเหล่ากาชาดจังหวัดหนองบัวลำภู อย่างต่อเนื่องทุกเดือน	Goal:ติดตามผลการใช้แนวทางการค้นหาผู้ป่วยใหม่ (suspected brain death pt. and non sepsis death ทุกรายต้องมีการรายงานทีมผู้ประสานงาน) -สัปดาห์รณรงค์การรับบริจาคอวัยวะ	Goal: actual donor 1-5 ราย

5. การดำเนินงานควบคุมกำกับ (M&E Process) โดยคณะกรรมการ Service Plan สาขาการรับบริจาค อวัยวะ ของ รพ.หนองบัวลำภู คอยกำกับดูแลความถูกต้องในด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้บริจาค เงิน ค่าตอบแทน และการจัดประชุมติดตามความก้าวหน้าของโครงการ

ผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2565

**เป้าหมาย** - อัตราส่วนของผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้เสียชีวิตใน รพ.

(เป้าหมาย>0.9:100)

**เป้าหมาย** - อัตราส่วนของผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้เสียชีวิตในรพ.(เป้าหมาย>1.3:100)

ประเภทผู้ป่วยเสียชีวิต (ราย)	ผู้ป่วยเสียชีวิต (ราย)		ผู้บริจาคอวัยวะ (ราย)		อวัยวะ+เนื้อเยื่อ ที่นำไปปลูกถ่าย
	Hospital death	Brain death	Brain death donor	Cornea donor	
ต.ค. 60 - ธ.ค. 61	676	28			
ต.ค. 61 - เม.ย. 62	223	30	1		เดือน ธ.ค. 61 Brain death donor 1 ราย ได้บริจาคอวัยวะ ตับ ไต 2 ข้าง กระเจกตา 2 ข้าง
พ.ค. 62 - พ.ย. 62		13	1		เดือน ก.ค. 62 ได้มี เคสผู้ป่วยส่งต่อ รพศ.อุดรธานี ได้บริจาค กระเจกตา 2 ข้าง
ต.ค. 63 - ม.ค. 64	179	13	1	1	เดือน พ.ย.63 61 Brain death donor หญิง 1 ราย ได้บริจาค อวัยวะตับ ไต 2 ข้าง กระเจกตา 2 ข้าง ลิ้นหัวใจ โดย เคสผู้ป่วยส่งต่อ รพศ.อุดรธานี
ก.พ. 64 - ก.ย. 64	367	11	0	0	
ต.ค.64 - ธ.ค.64	162	6	0	0	
ม.ค.65 - เม.ย.65	243	19	0	0	

หมายเหตุ

-พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สมองตาย 5 ราย

-เจรจาเพื่อขออวัยวะ 2 ราย (ผู้ป่วยรายอื่นๆ อาการหนักและติดเชื้อ ไม่พร้อมวินิจฉัยสมองตาย)

-ไม่ยินยอมบริจาค 2 ราย

**ผลการดำเนินงาน ในช่วง 6 เดือน**

- จัดตั้งทีมประชาสัมพันธ์ภายนอกโรงพยาบาล ร่วมกับหน่วยรับบริจาคโลหิต (วางแผนเริ่มปี 65 และต่อเนื่องทุกเดือน)

- พัฒนาแนวทางใหม่ในการค้นหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์บริจาคในโรงพยาบาล

#### 4. ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนา

ทัศนคติในเรื่องการบริจาคยังเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุด ซึ่งแสดงออกมาในด้านการขอความร่วมมือจากแต่ละหน่วยงานในรพ. (เช่นการค้นหาและรายงานผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์บริจาค หรือการที่จะเข้าไปเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะ เป็นต้น) ซึ่งบางหน่วยงานใน รพ. เองมองว่าเป็นภาระที่นอกเหนือจากงานประจำไม่ใช่สิ่งที่จะต้องกระทำ

5. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่ภาคภูมิใจ จัดทำช่องทางติดต่อ ทาง line และ Facebook และสามารถติดต่อได้ตลอดเวลา แนะนำการร่วมบริจาคอวัยวะออนไลน์ ผ่านทาง แอปพลิเคชัน “บริจาคอวัยวะ”

[www.organdonate.th](http://www.organdonate.th)

#### 6. ข้อเสนอแนะ /ความต้องการรับการสนับสนุนจากส่วนกลาง

นอกเหนือจากความร่วมมือ นโยบายเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมากขึ้น จะสามารถทำให้งานในส่วนที่ดำเนินไปได้ดีกว่านี้ รวมถึงการก้าวหน้าทางวิชาชีพ และรายได้ จะช่วยส่งเสริมให้มีผู้ร่วมงานมากขึ้น เช่น ตำแหน่งผู้ประสานงานการรับบริจาค กำหนดอัตราจำนวนในแต่ละ รพ. ระบุขอบเขตงาน และผลตอบแทนในตำแหน่ง เป็นต้น

ผู้รายงาน....นางสาว ประนอม พาอ่อน.....

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ..

วัน/เดือน/ปี.....21 พฤษภาคม 2565....

โทร...087-7945666...e-mail [icuicu69@gmail.com](mailto:icuicu69@gmail.com)

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอย คอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขา ศัลยกรรม (ODS)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ 20)

#### 1. สถานการณ์

จังหวัดหนองบัวลำภู มีโรงพยาบาลทั้งหมด 6 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เป็นโรงพยาบาลระดับ (S) 1 แห่ง มีแพทย์เฉพาะทางครอบคลุมทุกสาขา ยกเว้นด้านสุขภาพจิตชุมชน มีห้องผ่าตัดจำนวน 8 ห้อง โรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์เฉพาะทาง 2 แห่ง คือ 1) โรงพยาบาลศรีบุญเรือง ระดับ (F1) มีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม 1 คน ด้านสูติกรรม-นรีเวชกรรม 1 คน และด้านอายุรกรรม 2 คน มีห้องผ่าตัดจำนวน 2 ห้อง 2) โรงพยาบาลนากลาง ระดับ (F1) มีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม 1 คน ด้านอายุรกรรม 1 คน ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน มีห้องผ่าตัดจำนวน 2 ห้อง ส่วนโรงพยาบาลชุมชนอีก 3 แห่งไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ One Day Surgery 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และโรงพยาบาลศรีบุญเรือง เข้าร่วมโครงการฯ และผ่านการประเมินตามเกณฑ์โครงการ One Day Surgery ที่ โรงพยาบาลเลย ในวันที่ 2 เมษายน 2561 มีกระบวนการ ดังนี้

ผู้ป่วย พบศัลยแพทย์ คัดกรอง เตรียมตรวจทางห้องปฏิบัติการ x-ray ตรวจคลื่นหัวใจ ส่งประวัติสัญญาณหรือหากมีโรคประจำตัวอื่นๆ ผลตรวจผิดปกติมีการแก้ไขหรือมีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางนั้น แพทย์ก่อนนัด Admit เพื่อทำหัตถการ หากมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำหรือตรวจหาเชื้อโควิดจะมีใบนัดส่งต่อรพ.ที่ผู้ป่วยอยู่ตรวจให้ก่อนนัดผ่าตัด 1 วัน (ถ้าผู้ป่วยในเขตเมืองนัดตรวจที่รพ.น.ก.) เน้นมีญาติมาด้วยและพร้อมรับกลับหลังผ่าตัดเมื่อมีอาการคงที่ ระยะเวลารวมไม่เกิน 24 ชั่วโมง มีเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อสอบถามอาการได้ก่อนและหลังจำหน่าย

#### 3. ผลการดำเนินงาน

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ปี 2564 (เป้าหมาย:  $\geq 20\%$ )

##### 3.1.1 โรงพยาบาลหนองบัวลำภู (S) ดำเนินงาน 2 โรคหัตถการ

ตัวชี้วัด	ปี 2562 เป้าหมาย $\geq 20\%$	ปี 2563 เป้าหมาย $\geq 60\%$	ปี 2564 เป้าหมาย $\geq 20\%$	ปี 2565 (ต.ค.64-เม.ย.65)		
				เป้าหมาย $\geq 20\%$	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	67/170 (38.41%)	124/229 (51.15%)	214/303 (70.63%)	88	30	34.1%

##### 3.1.2 โรงพยาบาลศรีบุญเรือง (F1) ดำเนินการ 2 โรคหัตถการ

ตัวชี้วัด	ปี 2562 เป้าหมาย $\geq 20\%$	ปี 2563 เป้าหมาย $\geq 60\%$	ปี 2564 เป้าหมาย $\geq 20\%$	ปี 2565 (ต.ค.64-เม.ย.65)		
				เป้าหมาย $\geq 20\%$	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	47/51 (92.16%)	45/55 (81.82%)	43/45 (95.56%)	25	25	100%

### 3.1.3 ภาพรวมจังหวัด

ตัวชี้วัด	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (ต.ค.64-เม.ย.65)		
	เป้าหมาย≥20%	เป้าหมาย≥ 60%	เป้าหมาย≥ 20%	เป้าหมาย ≥20%	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	114/221 51.58 %	169/284 59.51 %	257/348 73.85 %	113	55	48.67%

ผลการประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ อยู่ในระดับ ดีถึงดีมาก ปี 2562 ร้อยละ 97.83, ปี 2563 ร้อยละ 93.14 ปี 2564 ร้อยละ 94.8 และปี 2565 ร้อยละ 96.6 ผู้ป่วยมั่นใจที่จะกลับมาใช้บริการในโรงพยาบาลต่อเนื่อง และแนะนำบอกต่อแก่ผู้ป่วยรายอื่นให้มาใช้บริการ

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

1. ทีมมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่มีอุบัติเหตุการณ์ความเสี่ยงที่ป้องกันได้ และจากการบอกต่อของผู้ป่วยและญาติในความมั่นใจต่อการมารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
2. การระบาดของ COVID-19 ทำให้มีมาตรการตรวจคัดกรองผู้ป่วยและญาติก่อนAdmit มีผลกับการตัดสินใจเลือกทำการผ่าตัด

#### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลศรีบุญเรือง (F1) ดำเนินการ 2 โรค จาก 31 โรค คือ Femoral Inguinal Hernia และ Hemorrhoid
2. โรงพยาบาลหนองบัวลำภู (S) ดำเนินการ 2 โรค คือ Femoral Inguinal Hernia และ Tongue tie ยังไม่สามารถเพิ่มจำนวนการผ่าตัดได้ครบทั้ง 31 โรค ในปี 2565 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มโรคในสาขาศัลยกรรมอื่นๆ เป็น 42 โรค รพ.นภ. วางแผนจะพัฒนาการทำ ODS เพิ่ม ได้แก่ สาขาศัลยกรรมทั่วไป Wide Excision Breast Mass, Granulation Wound
3. การปรับการคำนวณตัวชี้วัดใหม่ เฉพาะโรคที่ได้รับการผ่าตัดODSสูงสุด อาจจะเป็นการพัฒนาต่อในหัตถการอื่นๆ ต่อไป

#### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวสุรีย์พร บุญเรือง  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
วัน/เดือน/ปี 17/5/2565  
โทร : 081-9548547 e-mail : sureepornboon@gmail.com

## ประเด็นที่ 5 ลดแอ๊ด ลดรอย คอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขา ศัลยกรรม (MIS)

ตัวชี้วัด : Readmit ภายใน 1 เดือน (ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ Surgical site infection ) < ร้อยละ 5

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เข้าร่วมโครงการการผ่าตัดแผลเล็ก และผ่านการประเมินตามเกณฑ์โครงการ Minimally Invasive Surgery วันที่ 28 มกราคม 2563 โรคที่ทำหัตถการได้ คือนิวในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบ โดยมีแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 4 คน แพทย์บางคนนิยมทำ ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography) ก่อนทำ LC (Laparoscopic Cholecystectomy) โดยอาจทำต่อเนื่อง หรือเว้นระยะห่าง 2-3 วัน หรือนัดมาทำภายใน 6-8 สัปดาห์ ซึ่งบางครั้งแพทย์อาจเลือกทำ LC พร้อมกับการทำ ERCP แล้วแต่ประสบการณ์ของแพทย์ เพราะมีความยุ่งยากซับซ้อนกว่า แต่ข้อดีคือ ผู้ป่วยไม่เสียเวลา ไม่ต้องถูกนัดมาทำ LC อีกครั้ง Complication จากการทำ LC พบน้อยมาก อาจมีการอักเสบของแผลที่สะดือ ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจที่งานผู้ป่วยนอก ทำแผลและได้ Antibiotic รับประทานต่อที่บ้าน

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

1. ผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบ พบศัลยแพทย์ คัดกรองก่อน นัด Admit
2. ถ้าไม่ผ่าตัด/ให้ยา/แนะนำการปฏิบัติตัว นัดF/U ถ้าไม่ดีขึ้น นัดผ่าตัด
3. ถ้าผ่าตัด LC หรือ OC การดูแลรักษาก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด วางแผนจำหน่าย ให้ใบนัด F/U 2 สัปดาห์ ให้แผนพบการปฏิบัติตัว จำหน่ายพร้อมทบทวนการปฏิบัติตัวที่บ้าน

#### 3. ผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู (S) ดำเนินงาน 1 หัตถการ (Laparoscopic Cholecystectomy)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (ต.ค.64-เม.ย.65)	
				ผลงาน	ร้อยละ
- Readmit ภายใน 1 เดือน ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ Surgical site infection	< ร้อยละ 5	1/101 (0.99%) SSI	2/139 (1.44%) CBD injury, SSI	0/57	0
- LC. Convert to OC.		5/101 4.95 %	11/139 7.9%	5/57	8.8%
- OC		28	27	19	

ผลการประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการผ่าตัดแผลเล็ก อยู่ในระดับ ดี ถึง ดีมาก ปี 2563 ร้อยละ 95.68 ปี 2564 ร้อยละ 97.18 และ ปี 2565 ร้อยละ 96.37 การส่งต่อข้อมูลลงพื้นที่ชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้ดำเนินการแต่ยังพบ LC. Convert to OC เนื่องจาก Difficult anatomy due to adhesions ,CBD injury ,การคัดเลือก case : แต่ก่อนทำเฉพาะ Simple Stone ต่อมา เริ่มทำ case ที่ Advance มากขึ้น ASA class3 (American association of anesthesiologist) เช่น Liver cirrhosis, DVT Lt. leg, DM, HT, DLP, CKD, Asthma, SLE ประสิทธิภาพของเครื่องมือ และ ประสบการณ์ของแพทย์ผู้ผ่าตัด/ผู้ช่วยผ่าตัด

#### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การระบาดของ COVID-19 ทำให้มีมาตรการตรวจคัดกรองผู้ป่วยและญาติก่อน Admit มีผลกับการตัดสินใจเลือกทำการผ่าตัดและความพึงพอใจ

#### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน..นางสาวสุรีย์พร บุญเรือง  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
วัน/เดือน/ปี 17/5/2565  
โทร : 081-9548547  
e-mail : surepornboon@gmail.com

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขา Palliative Care

ตัวชี้วัด : ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคอง  
อย่างมีคุณภาพ  $\geq$  ร้อยละ 50

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

อำเภอเมืองหนองบัวลำภู มีเขตรับผิดชอบ 15 ตำบล 20 รพ.สต. 1 CMU และ 1 สถานพยาบาล เรือนจำ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S จัดให้บริการดูแลผู้ป่วยระดับประคองทั้งในโรงพยาบาล และ ชุมชน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับเครือข่ายร่วมพัฒนาระบบและติดตามดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน palliative care จำนวน 94 รายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ซึ่งโรคลกลุ่มไม่ใช้มะเร็งยังเข้าถึงบริการน้อย ผู้ป่วย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง ไตวายระยะสุดท้าย COPD Stroke และ Sepsis ตามลำดับ เป็นข้อมูลที่ส่งจากโรงพยาบาลทั้ง IPD และ OPD จำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.57 ข้อมูลค้นพบในชุมชนและส่งจากต่างจังหวัด จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.55 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสงค์ขอเสียชีวิตที่บ้าน ประสงค์เสียชีวิตในโรงพยาบาล 1 ราย และเป็นไปตาม Advance care plan ทุกราย

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มีการวินิจฉัย ดูแลรักษา ส่งต่อ จากในรพ. และค้นหาผู้ป่วยในชุมชนเพื่อเข้าระบบ รวมทั้งประสานรับดูแลต่อจาก รพ.อื่น นอกจังหวัด เปิดคลินิกสุขชีวาให้บริการทุกวันอังคารเวลา 13.00-16.00น. ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ มีแพทย์ ประจำคลินิก 3 คน และพยาบาลวิชาชีพ 2 คน มีช่องทางให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 24 ชม. ออกให้บริการเยี่ยม บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับชุมชนทุกสัปดาห์ และกรณีมีความจำเป็นเร่งด่วนในการดูแลเฉพาะราย โดยมี แพทย์ พยาบาล เกสัชกร ที่ทำการอบรม ให้บริการ ซึ่งบุคลากรได้รับการอบรมหลักสูตรเบื้องต้นเพื่อเป็น เครือข่ายส่งต่อดูแลตั้งแต่ในโรงพยาบาล จนถึงพยาบาลอยู่ใน รพ.สต. มีการบูรณาการร่วมกับงานแพทย์แผนไทย เช่น การใช้น้ำมันกัญชา การนวด การพอกสมุนไพร เป็นต้น

#### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ	$\geq$ ร้อยละ 50	NA	NA	NA	94	53	56.38

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

##### ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

- 1) พยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย Palliative Care ในโรงพยาบาลและรพ.สต.
- 2) ได้รับความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัช พยาบาล แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ
- 3) มีการสนับสนุน ยา และเวชภัณฑ์ ที่เพียงพอและสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย
- 4) การสนับสนุนไพรแพทย์ทางเลือก มาร่วมดูแลจัดการอาการรบกวนต่างๆ

##### ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- 1) ระบบกำกับติดตามการดำเนินงานยังไม่ต่อเนื่อง
- 2) อัตรากำลังไม่เพียงพอ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มขึ้น

#### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- 1) ไม่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยเข้าเกณฑ์วินิจฉัย Palliative care ที่เป็นระบบชัดเจน
- 2) การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลระดับประคองล่าช้าทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดกระบวนการ Advance care plan และการจัดการอาการรบกวนตั้งแต่ระยะเริ่มมีอาการ
- 3) ในช่วงสถานการณ์โควิดระบาด เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน มีภาระงานดูแลผู้ป่วยใน Home isolation ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย

#### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

.....ไม่มี.....

ผู้รายงาน นางสาวพะเยา พรหมดี

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

คณะกรรมการ service plan สาขา Palliative care

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน

วัน/เดือน/ปี 15 พฤษภาคม 2565

โทร 0 42-006006 ต่อ 1311 e-mail : nbcoc2556@gmail.com

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขา ยาเสพติด

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง

จนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 58

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ในฐานะศูนย์คัดกรองยาเสพติดและหน่วยบำบัดรักษายาเสพติด ได้ทำการคัดกรองผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ทั้งในระบบสมัครใจรูปแบบ 1.ให้คำปรึกษาแบบสั้น BA (Brief advice), BI (Brief Intervention) 2.ค่ายศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (โดยกรมการปกครอง) และจิตสังคมบำบัด (Matrix program) นอกจากนี้ยังรับถ่ายโอนภารกิจจากสำนักงานคุมประพฤติบำบัดในระบบบังคับบำบัดด้วย โดยยึดหลักว่าผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดถือว่าเป็นผู้ป่วย ต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟู จากสถิติการบำบัดแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix program) ปี 2562 - 2564 แนวโน้มผู้เสพ/ผู้ติดเพิ่มขึ้น ดังนี้ 136 คน 165 คน และ 140 คน ตามลำดับ แสดงถึงการแพร่ระบาดที่ยังคงมีอย่างต่อเนื่อง และปัจจุบันยังพบว่ามีการลักลอบค้ายาเสพติดเป็นระยะๆ แม้ว่าจังหวัดหนองบัวลำภูจะถูกจัดว่ามีปัญหายาเสพติดในระดับเบาบาง แต่เพื่อให้ระดับปัญหาลดลง จึงยังต้องค้นหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่อยู่ในชุมชนให้เข้ามารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้กลับคืนสู่สังคมต่อไป

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

คัดกรองผู้ป่วย จำแนกเป็น ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ตามแบบคัดกรอง V2 และประเมินกลุ่มเสี่ยง ก่อความรุนแรงด้วยแบบประเมิน OAS และแบบ บสต. 3 นำเข้าระบบบำบัดฟื้นฟู และติดตามเยี่ยมหลังการบำบัดอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี

#### 3. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย %	ปี 2565 (ต.ค.64-30เม.ย 65)			
		เป้าหมาย (คน)	ผลงาน		อัตรา
			ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	58	136	53	50	94.36

#### ผลงานย้อนหลัง KPI ปีงบประมาณ 2564

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย %	ปี 2564 (ต.ค.63-ก.ย.64)			
		เป้าหมาย (คน)	ผลงาน		อัตรา
			ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	55	149	75	77	97.4

## ผลงานย้อนหลัง KPI ปีงบประมาณ 2563

ตัวชี้วัด	ข้อมูลที่ 1 (คน)	ข้อมูลที่ 2 (คน)	ผลลัพธ์การดำเนินงาน (%)
ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	38	50	76.00
ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการ ประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง (SMIV)	10	10	100.00

### ปี 2563

**ข้อมูลที่ 1** คือ จำนวนผู้บำบัดรักษา สถานะผู้ใช้ ผู้เสพ และ ผู้ติด ที่ผ่านการบำบัดและได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี หลังจากสรุปผลการบำบัดรักษา

**ข้อมูลที่ 2** คือ จำนวนผู้บำบัดรักษา สถานะผู้ใช้ ผู้เสพ และ ผู้ติด ที่มีการประเมินผลการบำบัดรักษาทั้งแบบครบโปรแกรม/ไม่ครบ โปรแกรม (ไม่รวมจำหน่ายผลเสียชีวิต ถูกจับ หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT( เนื่องจาก เป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)

โดยวันที่สรุปผลการบำบัดรักษาถึงวันปัจจุบัน ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี (ดึงข้อมูลจากระบบ บสต. ณ วันที่ 25 พฤษภาคม 2564)

### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

มีเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดที่เข้มแข็ง ประสานงานได้รวดเร็วทุกกระทรวงทั้งมหาดไทย ฝ่ายปกครอง ตำรวจ สำนักงานคุมประพฤติ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน และสาธารณสุข มีประกาศ คสช.ฉบับ ที่ 108 ช่วยให้มีผู้ป่วยระบบสมัครใจมากขึ้น และมีการปรับกฎหมายยาเสพติดใหม่ ทำให้ศาลส่งมา บำบัดแบบสมัครใจมากขึ้น มีผลงานตามเป้าหมาย

### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ผู้รับผิดชอบงานมีคนเดียว การลงข้อมูลในระบบ บสต.จึงล่าช้า

วิธีแก้ไข คีย์ข้อมูลนอกเวลา และใช้งบประมาณที่เบิกจากการโครงการบำบัดฯมาจ้างเหมาเจ้าหน้าที่ ธุรการของกลุ่มงานช่วยคีย์นอกเวลา

2. ผู้ต้องหาตามประกาศ คสช.108 และผู้ป่วยระบบบังคับบำบัด ไม่มารายงานตัวเข้ารับการรักษา บำบัด ไม่ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากไม่เกรงกลัวกฎหมายและมีปัญหาโรคโควิด-19 ผู้ฟื้นฟูฯ และเนื่องจากผู้ป่วยบางคน ติดแบบฮาร์ดคอถูกวินิจฉัยให้มาบำบัดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวดแทนเนื่องเตียงแบบเข้มงวดไม่มี

วิธีแก้ไข กรณีโควิด บำบัดผ่าน Zoom สร้างแรงจูงใจโดย สนับสนุนเป็นค่าพาหนะ

### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

งานวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบ เคลื่อนไหวต่อการป้องกันการกลับไปเสพยา 3 เดือนแรกหลังการบำบัดยาเสพติด

ผู้รายงาน นางสาวจุลนิทย์...จันทร์ชมภู ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร.089-8616901 E-mail...jun.janchomphoo@gmail.com

วัน/เดือน/ปี 19 พฤษภาคม 2565

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขา RDU

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)

#### 1. สถานการณ์

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) ซึ่งในปี 2565 จังหวัดหนองบัวลำภู มีกรอบการดำเนินงานหลักตามแผนงานครอบคลุมในระดับโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการด้านสุขภาพในภาคเอกชน และระดับชุมชน โดยให้สอดคล้องกับแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64 – 11 ม.ค. 65) พบว่า โรงพยาบาลมีผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ RDU Hospital จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ รพ.นากลาง และ รพ.ศรีบุญเรือง โดยประเด็นที่ยังเป็นปัญหาร่วมระดับโรงพยาบาล คือ 1) การส่งैयाปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มโรค upper respiratory infection (5/6 แห่ง ไม่ผ่านตามตัวชี้วัด) 2) การส่งैयाปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มโรค acute diarrhea (5/6 แห่ง ไม่ผ่านตามตัวชี้วัด) ในส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า มี 3 อำเภอ ผ่านตามเกณฑ์ RDU PCU ได้แก่ อ.นากลาง อ.ศรีบุญเรือง และ อ.สุวรรณคูหา

สำหรับการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลผลในส่วนของ private sector และในชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู มีการจัดทำแผนการดำเนินงานโดยให้เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้มีการคัดเลือกอำเภอเป้าหมายในการพัฒนาให้เป็นอำเภอใช้อย่างสมเหตุผล จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ อ.เมืองหนองบัวลำภู อ.นาหว้า อ.ศรีบุญเรือง และ อ.สุวรรณคูหา ทั้งนี้ ยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ

#### 2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

##### 2.1 ผลการดำเนินงานโครงการตามตัวชี้วัดในภาพรวม

RDU Province	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
RDU Hospital	- รพ.รัฐ ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital $\geq$ 10 KPIs - รพ.เอกชน ผ่านการประเมินตนเอง ระดับ 2	- รพ.รัฐ ผ่าน 2/6 แห่ง (33.3%) - รพ.เอกชน อยู่ระหว่างดำเนินการ
RDU PCU	รพ.สต. $\geq$ 80% ผ่านเกณฑ์ RI, AD	เครือข่ายบริการที่ รพ.สต. ในพื้นที่ผ่าน RI, AD จำนวน 3/6 อำเภอ (50%)
RDU Community (Good private sector)	มี “ร้านชำ RDU” $\geq$ 1 แห่ง/อำเภอ ร้านยา ผ่าน GPP หมวด 5 $\geq$ 80% คลินิก ผ่านการประเมินตนเอง ระดับ 2	ร้านชำ/ คลินิก: อยู่ระหว่างดำเนินการ ร้านยา: ผ่านการประเมิน GPP หมวด 5 จำนวน 36/47 แห่ง (76.6%)

\*ข้อมูล ณ วันที่ 28 พฤษภาคม 2564 จาก <https://nbp.hdc.moph.go.th/>

## 2.2 ผลการดำเนินงาน RDU Hospital และ RDU PCU จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	ร้อยละการใช้จ่ายยารักษา				5) ผู้ป่วยความดันสูงที่ใช้ RAS blockade 2 ชนิดร่วมกัน	6) ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ metformin	7) ผู้ป่วยใช้ NSAIDs ซ้ำซ้อน	8) การใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยไตระดับ 3	9) ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับ ICS	10) ผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ยากกลุ่ม long-acting benzodiazepine	11) จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้ยา Warfarin, Statin, Ergots	12) ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ non-sedating antihistamine	จำนวน KPIs ที่ผ่าน	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่าน RI และ AD	สรุปผลการประเมิน	
	1) RI	2) AD	3) FTW	4) APL											รพ.รัฐ	รพ.สต.
หนองบัวลำภู	26.36	26.85	45.98	18.06	0	89.74	0.1	0.71	86.48	0.68	0	24.6	7	85.71	X	/
นากลาง	4.76	14.27	34.18	0.7	0	90.7	0.03	0.13	81.54	0.09	0	0	12	92.31	/	/
โนนสัง	7.32	27.51	36.8	0	0.07	90.5	0.04	1.12	79.75	0.92	0	3.61	9	93.33	X	/
ศรีบุญเรือง	15.22	20.58	43.43	3.73	0	91.04	0.07	0.74	86.99	0.92	0	0	10	84.21	/	/
สุวรรณคูหา	19.28	23.97	41.66	11.83	0	92.55	0.14	0.39	87.31	0.76	0	3.09	9	100	X	/
นาหว้า	24.44	31.66	46.82	0	0	92.61	0.08	1.26	88.07	0.67	0	20.26	8	75	X	X
ค่าเป้าหมาย	≤20	≤20	≤40	≤10	0	≥80	≤5	≤10	≥80	≤5	0	≤20	≥10	≥ 80		

\*ข้อมูล ณ วันที่ 19 พฤษภาคม 2565 จาก <https://hdc.moph.go.th/>

\*\*หมายเหตุ ข้อมูล ร้อยละของโรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีงบประมาณ 2565 จาก HDC Service (HDC ข้อ 13) ผ่าน 4/6 แห่ง

### 3. แผนการดำเนินงานจังหวัดหนองบัวลำภู ในปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	กิจกรรม	การดำเนินงาน
<b>ไตรมาส 1</b>		
1	ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งของจังหวัด โดยเพิ่มองค์ประกอบจากหน่วยงานอื่น เช่น ผู้แทนจากรพ.รัฐสังกัดอื่น รพ.เอกชน ชมรมเภสัชกรร้านยา ชมรมคลินิกเอกชน เพื่อวางแผนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ดำเนินการแล้ว
2	จัดทำแผนพัฒนาระบบสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระยะ 3 ปี โดยการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุก setting	ดำเนินการแล้ว
3	กำหนดอำเภอที่จะเป็นเป้าหมายในการพัฒนาให้เป็นอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล ใน ปี 2565 – 2569	อำเภอเป้าหมายในปี 2565 ได้แก่ นาหวัง เมือง ศรีบุญเรือง และสุวรรณคูหา
4	จัดทำแผนประเด็นเร่งรัด (quick win) การแก้ปัญหาภายในร้านชำ และ/หรือประเด็นที่เป็นปัญหาของพื้นที่	ดำเนินการแล้ว
5	กำหนดแพทย์ที่เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนจังหวัด RDU (Mr. RDU) เภสัชกรที่เป็น RDU coordinator ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล: กำหนดแพทย์ และเภสัชกรที่เป็น RDU coordinator	ดำเนินการแล้ว
<b>ไตรมาส 2</b>		
6	ผ่านการดำเนินการตามตัวชี้วัดการสั่งใช้ยา รพ./ รพสต.	โรงพยาบาล ผ่าน 2/6 แห่ง รพ.สต. ผ่าน 3/6 อำเภอ
7	ประเด็น quick win ร้านชำ 1. สำรวจร้านชำในทุกตำบลของอำเภอเป้าหมาย 2. แนวทางแก้ปัญหาหลังจากมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชนในอำเภอเป้าหมาย 3. กำหนดร้านชำ ที่จะพัฒนาเป็นร้านชำปลอดยาอันตราย 1 แห่ง/ 1 อำเภอ และหมู่บ้านที่เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนาให้เป็นหมู่บ้านตัวอย่าง ปลอดยาอันตราย	อยู่ระหว่างดำเนินการ
<b>ไตรมาส 3</b>		
8	ผ่านการดำเนินการตามตัวชี้วัดการสั่งใช้ยา รพ./ รพสต.	มิถุนายน 2565 เป้าหมาย โรงพยาบาล 5/6 แห่ง รพ.สต. 6 อำเภอ
9	ประเด็น quick win ร้านชำ ผลการดำเนินการตามแนวทางแก้ปัญหา จากอำเภอ/ชุมชน ได้วางแผนไว้ในระยะ 6 เดือน	มิถุนายน - สิงหาคม 2565 (ตามแผนการดำเนินงานของอำเภอ)
<b>ไตรมาส 4</b>		
10	ผ่านการดำเนินการตามตัวชี้วัดการสั่งใช้ยา รพ./รพสต.	กันยายน 2565 เป้าหมาย โรงพยาบาล 6/6 แห่ง รพ.สต. 6 อำเภอ
11	ประเด็น quick win ร้านชำ มีร้านชำปลอดยาอันตรายอย่างน้อย 1 แห่ง /1 อำเภอ	กันยายน 2565
12	มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานระดับจังหวัด ระยะ 1 ปี	กันยายน 2565

## 7. ปัญหา/ อุปสรรค

- การระบาดของโรค COVID-19 ทำให้การจัดกิจกรรมในชุมชน เช่น การคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน ถูกเลื่อนและต้องปรับรูปแบบให้เหมาะสม
- จากภาระงานของผู้รับผิดชอบงาน RDU ทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ ทำให้การติดตามข้อมูลอาจไม่ได้ดำเนินการตามแผน ทั้งนี้ มีแผนเร่งรัดการดำเนินงานให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ภายในเดือนมิถุนายน 2565

## 8. ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ข้อมูลสรุป “ร้อยละของโรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีงบประมาณ 2565” บนเว็บไซต์ HDC Service มีการประมวลผลไม่สอดคล้องกับ KPI Template

ผู้รายงาน: นางสาวณัฐวดี ธารเสนา

ตำแหน่ง: เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สสจ.หนองบัวลำภู

โทร:081-2619217E-mail: ntarasena@gmail.com

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขา AMR

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

#### 1. สถานการณ์

การประเมินการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการ AMR ของโรงพยาบาลให้มีความเชื่อมโยงของทั้งระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ ระบบยา และระบบป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ภายใต้กลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ จึงมีการประเมินเป็น 5 กิจกรรมสำคัญ และแบบประเมินนี้จะใช้ในการประเมินต่อเนื่องทุกปี เพื่อวัดระดับการดำเนินงานทั้งในภาพรวมของโรงพยาบาล และระดับการดำเนินงานของแต่ละกิจกรรมสำคัญ รายละเอียด ดังนี้

#### 1. ประเด็นการพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

เป้าหมาย	กิจกรรมดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม	เป้าหมาย
Integrated AMR Management	1. กลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ	ติดตามการดำเนินการตามกิจกรรมสำคัญ 5 กิจกรรม	มี รพ. ที่ดำเนินการระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรพ. ทั้งหมดในเขตสุขภาพ
	2. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ		
	3. การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ		
	4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล		
	5. การวิเคราะห์/ส่งเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ		

#### 2. การแปลผล

โดยหัวข้อการประเมินมีทั้งสิ้น 5 กิจกรรมสำคัญ และในแต่ละกิจกรรม มีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน รวมเป็น 500 คะแนนเต็ม ในการแปลผลจะแบ่งเป็น 4 ระดับ รายละเอียดตามตาราง

ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม 500 คะแนน
ระดับ 1	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	0 - 149 คะแนน
ระดับ 2	มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)	150-249 คะแนน และข้อบังคับ Basic > 0 คะแนน
ระดับ 3	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	250-349 คะแนน และข้อบังคับ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน
ระดับ 4	มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)	350 - 500 คะแนน และข้อ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน

#### 3. การติดตามผลการดำเนินการ โดยวิธีการประเมินตนเอง (self-assessment) และจัดส่งผ่านระบบรายงานสนับสนุนข้อมูลสุขภาพ กองบริหารการสาธารณสุข โปรแกรม RDU & AMR ปีละ 2 ครั้ง

## 2. ผลการดำเนินงาน “โรงพยาบาลที่มีระบบจัดการ AMR อย่างบูรณาการ”

กิจกรรม AMR		ผลการดำเนินงาน																																																						
1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR)		คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ																																																					
1.1 มีคณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR ที่มีองค์ประกอบอย่างน้อย ได้แก่ แพทย์ระดับบริหาร / แพทย์หัวหน้าทีมรับผิดชอบงาน AMR/ ตัวแทน PCT /เภสัชกร /พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ /นักเทคนิคการแพทย์ งานจุลชีววิทยา /ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา /นักจัดการสารสนเทศ			Basic																																																					
○ ไม่มีคณะกรรมการที่รับผิดชอบงานด้าน AMR		0																																																						
○ มีเฉพาะแกนนำ(core team) รับผิดชอบงาน AMR โดยไม่เป็นรูปแบบคณะกรรมการ หรือมีคณะกรรมการที่รับผิดชอบ AMR แต่ต้องประกอบไม่ครบถ้วน		2																																																						
มีคณะกรรมการที่องค์ประกอบครบถ้วน(กรุณาระบุรูปแบบคณะกรรมการ และUpload file คำสั่ง)		5	5																																																					
() คณะกรรมการ AMR ของโรงพยาบาล เป็นการเฉพาะ หรือ																																																								
() มอบหมายคณะกรรมการอื่นที่มีอยู่ เช่น PTC หรือ ICC ให้รับผิดชอบงาน AMR																																																								
1.2 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คณะกรรมการ AMR ของรพ. (หรือคณะกรรมการชุดที่ได้รับมอบหมาย โดยไม่นับรวม core team) มีการประชุม			Basic																																																					
○ ไม่มีการประชุม		0																																																						
○ ประชุม (ที่มีวาระเรื่อง AMR) 1 ครั้ง ต่อปี		5	5																																																					
○ ประชุม (ที่มีวาระเรื่อง AMR) มากกว่า 1 ครั้ง ต่อปี		7																																																						
○ มีการประชุมติดตามความก้าวหน้า AMR อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 เดือน		10																																																						
1.2 มีเป้าหมายการจัดการ AMR ของโรงพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีข้อมูล baseline data			Basic																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">เป้าหมายหลัก</th> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย</th> <th colspan="5">Baseline data</th> </tr> <tr> <th>ปี 61</th> <th>ปี 62</th> <th>ปี 63</th> <th>ปี 64</th> <th>ปี 65 (ม.ค.-พ.ค. 65)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ลดป่วย/ลดตาย</td> <td>อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (ปีปฏิทิน)</td> <td>ลดลง จากปี 2563</td> <td>41.87</td> <td>38.28</td> <td>40.64</td> <td>46.15</td> <td>44.54</td> </tr> <tr> <td colspan="8">เป้าหมายรอง</td> </tr> <tr> <td>2. Lab surveillance</td> <td>มีการรายงานผล อัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด</td> <td>รายงานทุกปี</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>3. Antimicrobial stewardship</td> <td>ปริมาณ Defined Daily Dose ; DDD (เฉพาะยาปฏิชีวนะที่มีมาตรฐานการควบคุมการใช้ 4 รายการ)</td> <td>ลดลง ร้อยละ 10</td> <td>10.06</td> <td>11.69</td> <td>16.40</td> <td>18.68</td> <td>17.13</td> </tr> <tr> <td>4. Infection control</td> <td>อัตราการเกิด Healthcare associated infection (HAI)</td> <td>≤6ครั้ง/1000วันนอน</td> <td>0.38</td> <td>0.34</td> <td>0.70</td> <td>0.92</td> <td>0.55 (ต.ค.64-มี.ค. 65)</td> </tr> </tbody> </table>		เป้าหมายหลัก	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	Baseline data					ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65 (ม.ค.-พ.ค. 65)	1. ลดป่วย/ลดตาย	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (ปีปฏิทิน)	ลดลง จากปี 2563	41.87	38.28	40.64	46.15	44.54	เป้าหมายรอง								2. Lab surveillance	มีการรายงานผล อัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด	รายงานทุกปี	/	/	/	/	/	3. Antimicrobial stewardship	ปริมาณ Defined Daily Dose ; DDD (เฉพาะยาปฏิชีวนะที่มีมาตรฐานการควบคุมการใช้ 4 รายการ)	ลดลง ร้อยละ 10	10.06	11.69	16.40	18.68	17.13	4. Infection control	อัตราการเกิด Healthcare associated infection (HAI)	≤6ครั้ง/1000วันนอน	0.38	0.34	0.70	0.92	0.55 (ต.ค.64-มี.ค. 65)		
เป้าหมายหลัก	ตัวชี้วัด				เกณฑ์เป้าหมาย	Baseline data																																																		
		ปี 61	ปี 62	ปี 63		ปี 64	ปี 65 (ม.ค.-พ.ค. 65)																																																	
1. ลดป่วย/ลดตาย	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (ปีปฏิทิน)	ลดลง จากปี 2563	41.87	38.28	40.64	46.15	44.54																																																	
เป้าหมายรอง																																																								
2. Lab surveillance	มีการรายงานผล อัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด	รายงานทุกปี	/	/	/	/	/																																																	
3. Antimicrobial stewardship	ปริมาณ Defined Daily Dose ; DDD (เฉพาะยาปฏิชีวนะที่มีมาตรฐานการควบคุมการใช้ 4 รายการ)	ลดลง ร้อยละ 10	10.06	11.69	16.40	18.68	17.13																																																	
4. Infection control	อัตราการเกิด Healthcare associated infection (HAI)	≤6ครั้ง/1000วันนอน	0.38	0.34	0.70	0.92	0.55 (ต.ค.64-มี.ค. 65)																																																	

กิจกรรม AMR	ผลการดำเนินงาน	
1.3 เป้าหมายการจัดการ AMR ของโรงพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีข้อมูล baseline data		
○ ไม่มีเป้าหมายหลัก	0	
○ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองบางด้าน	5	
มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองทั้ง การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (lab surveillance), การกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ(Antimicrobial stewardship)และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC)	10	10
1.4 มีแผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR สู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด		Basic
○ ไม่มีแผน	0	
มีแผนขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	10	10
1.5 มีการกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน		
○ ไม่มี	0	
○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมา แต่ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	10	10
มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมา และผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย	15	
○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าอย่างน้อยติดต่อกัน 3 ปี	20	
1.6 โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา AMR ใน รพ.		Intermediate
○ ไม่มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร	0	
○ มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร แต่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน	5	5
มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ทรัพยากรของรพ.และจัดลำดับความสำคัญในการให้การสนับสนุนการดำเนินงาน AMR ได้แก่	10	
- วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับ Lab		
- การฝึกอบรมบุคลากร		
- วัสดุอุปกรณ์เพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		
- ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ		
- ด้านอาคารสถานที่		
มีการวิเคราะห์ช่องว่างตามข้างต้นและมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนตามความจำเป็นที่เห็นร่วมกัน โดยคณะกรรมการ	20	
1.7 มีการประสานและให้ความร่วมมือการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับจังหวัด/เขต เพื่อสร้างความยั่งยืน		
○ ยังไม่มีการดำเนินงานร่วมระดับจังหวัด /ระดับเขต	0	
○ มีที่มระดับจังหวัดขับเคลื่อนมาตรการและกิจกรรมร่วมของหน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัด (ยังไม่มีที่มระดับเขต /หรือมีที่มระดับเขตแต่ยังไม่มีการกำหนดมาตรการและกิจกรรมร่วมเขต)	10	
มีที่มระดับเขต และที่มระดับจังหวัดในการกำหนดมาตรการและขับเคลื่อนงาน AMR และโรงพยาบาลร่วมทำกิจกรรมเขต/จังหวัดเป็นอย่างดี	25	25
<b>รวมคะแนน มาตรการที่ 1</b>	<b>100</b>	<b>70</b>

2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
<p>2.1 สามารถตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียได้ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา (กรณีส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลตนเอง (out source) ให้นำรวมว่าสามารถ identify เชื้อได้หากห้องปฏิบัติการที่รับตรวจจะต้องได้รับมาตรฐาน LA หรือ ISO 15189 หรือมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ในด้านของจุลชีววิทยา)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identify ไม่ได้ หรือใช้บริการ outsource ที่ยังไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน</li> <li>○ ได้บางเชื้อ เช่น อากิวโครราห์ <i>Acinetobacter</i> spp. ได้ แต่ไม่สามารถแยก <i>A. baumannii</i></li> <li>○ ได้อย่างน้อยครบตามรายการเชื้อแบคทีเรียสำคัญ 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter</i> spp. (ระดับ A, S ต้องวินิจฉัย <i>Acinetobacter baumannii</i> ได้), <i>Enterococcus</i> spp. (ระดับ A, S ต้อง identify <i>Enterococcus faecium</i> ได้), <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Salmonella</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i></li> </ul>	<p>0</p> <hr/> <p>5</p> <hr/> <p>10</p>	<p>Basic</p> <hr/> <p></p> <hr/> <p>10</p>
<p>2.2 การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (CLSI, EUCAST) ของเชื้อแบคทีเรียที่กำหนดให้สอดคล้องกับยาที่มีใช้ในโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่ใช่</li> <li>○ ใช่</li> </ul>	<p>0</p> <hr/> <p>5</p>	<p>Basic</p> <hr/> <p>5</p>
<p>2.3 มีระบบ Lab Alert ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทันท่วงที เมื่อพบเชื้อดื้อยาสำคัญที่เป็นปัญหาของรพ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มีการวางระบบ Lab Alert</li> <li>○ มีการวางระบบแต่ยังไม่ได้ดำเนินการเป็นรูปธรรม เช่น มีการกำหนดรายการเชื้อที่ต้องรายงานด่วน มีการจัดทำ flowchart ระบบรายงานด่วน</li> <li>○ มีการดำเนินการตาม flowchart และมีการ Alert แจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและแพทย์ รวมถึง ICN ทราบ เป็นระบบที่ชัดเจน</li> <li>○ มี flowchart มีการ Alert และมีการกำหนดแนวปฏิบัติเชื่อมโยงระบบยา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนยาต้านจุลชีพสอดคล้องตามผลความไวของเชื้อต่อยา (escalation หรือ de-escalation) ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรายงานผล Lab</li> </ul>	<p>0</p> <hr/> <p>5</p> <hr/> <p>7</p> <hr/> <p>10</p>	<p>Basic</p> <hr/> <p></p> <hr/> <p></p> <hr/> <p>10</p>
<p>2.4 มีระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในระดับประเทศ ได้แก่ CRE, VRE, VRSA, VISA, <i>N.gonorrhoeae</i> ต่อดื้อ 3<sup>rd</sup> cephalosporin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มีระบบ</li> <li>○ มีระบบเฝ้าระวังพิเศษในโรงพยาบาล</li> <li>○ มีระบบเฝ้าระวังพิเศษในโรงพยาบาล และเชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาในระดับจังหวัด และ สคร.เขต</li> </ul>	<p>0</p> <hr/> <p>5</p> <hr/> <p>10</p>	<p>Intermediate</p> <hr/> <p></p> <hr/> <p>10</p>
<p>2.5 จัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มี Antibiogram ปีล่าสุด</li> <li>○ มี Antibiogram ปีล่าสุด และเป็นไปตามมาตรฐาน CLSI M39-A4 (หรือฉบับปัจจุบัน)</li> <li>○ มี Antibiogram ปีล่าสุดได้มาตรฐาน และเผยแพร่ในรูปแบบที่แพทย์/ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงได้ง่าย</li> <li>○ มีการจัดทำ Antibiogram ที่มีรายละเอียดเพิ่ม เช่น แยกเป็นแผนก แยกตาม site of infection และนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล</li> </ul>	<p>0</p> <hr/> <p>5</p> <hr/> <p>8</p> <hr/> <p>10</p>	<p></p> <hr/> <p></p> <hr/> <p></p> <hr/> <p>10</p>

2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
2.6 มีการรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อคือยาทางห้องปฏิบัติการ ○ ไม่มี	0	
○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน)		
I. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อคือยาในกระแสโลหิต ในมิติต่าง ๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาเชื้อคือยา และนำเสนอต่อคณะกรรมการตามข้อ 1 - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อคือยา ต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ Hemoculture ทั้งหมด - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อคือยา ต่อผู้ป่วยที่ผล Hemoculture พบเชื้อแบคทีเรีย - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อคือยา ต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อไม่คือยา	+5	5
II. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อคือยาในกระแสโลหิต และใน Specimen ต่าง ๆ และสามารถสะท้อนกลับข้อมูลปัญหา AMR แยกรายแผนก พร้อมทั้งมีการวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาได้	+5	5
III. มีรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อคือยาที่เชื่อมโยงกับ Service Plan Sepsis เช่น อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด community acquired sepsis และ hospital acquired sepsis	+10	
2.7 มีระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์		
○ ไม่มีฐานข้อมูลทางจุลชีววิทยาในโรงพยาบาล หรือไม่ได้รับฐานข้อมูลกลับจาก out source	0	
มีระบบ IT ในการบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา ( ) MLab ( ) WHONet ( ) อื่นๆ .....	5	5
○ สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลจุลชีววิทยาคลินิก กับฐานข้อมูลโปรแกรมบริการของโรงพยาบาล (HIS) และนำข้อมูลมาวิเคราะห์อัตราป่วย/ตายจากเชื้อคือยาได้	10	
2.8 มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R		
○ ไม่มี	0	
มีการทำ CQI, R2R ในรอบปีที่ผ่านมา และมีการพัฒนาระบบคัดกรองคุณภาพสิ่งส่งตรวจ ก่อนการตรวจวิเคราะห์ตามมาตรฐาน	10	10
2.9 มีความเชื่อมโยงกับการเฝ้าระวังระดับประเทศ : รพ. A และ S มีการรายงานผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาส่งมายังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข		Intermediate
○ เป็น รพ.ที่เป็นสมาชิก NARST แต่ไม่ได้ส่งข้อมูล หรือส่งข้อมูลไม่ครบ 12 เดือนอย่างสม่ำเสมอ	0	5
○ ไม่เป็นสมาชิก NARST	5	
2.10 รพ. มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อสร้างระบบที่มีประสิทธิภาพและที่ยั่งยืน		
○ ไม่มีการพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการทั้งระดับจังหวัด/เขต	0	
มีการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของ รพ. ในจังหวัด หรือระดับเขต	5	
มีการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของ รพ. ทั้งระดับจังหวัด และระดับเขต ร่วมกับศูนย์วิจัยฯ และ สคร.เขต	10	10
<b>รวมคะแนน มาตรการที่ 2</b>	<b>100</b>	<b>85</b>

3. การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
3.1 มีการวางระบบการคัดเลือกยา กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาลของตนเองและในเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต อย่างเหมาะสมตามปัญหาโรคติดเชื้อและผลความไวของเชื้อ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มี</li> </ul>	0	basic
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีวางระบบในโรงพยาบาลตนเอง</li> </ul>	3	3
มีการวางระบบในโรงพยาบาลตนเองและเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต เพื่อการรักษาและรับส่งต่อที่เหมาะสม	5	
3.2 มีการกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในกลุ่มโรคติดเชื้อ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มี</li> </ul>	0	Basic
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีกิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายครบทั้ง 4 กลุ่มโรค</li> </ul>	3	3
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มี การกำกับติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะ มีกิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน และบรรลุเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่มโรค</li> </ul>	5	
3.3 มีการติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาด้านจุลชีพ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มี หรือมีไม่ครบทั้ง 3 ข้อ</li> </ul>	0	Basic
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีการติดตามทั้งปริมาณและมูลค่ายา ทั้ง 3 ข้อ ดังนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการวัดปริมาณการใช้ยา โดยการดูค่า DDD และ/หรือ DOT</li> <li>2. มีการติดตามมูลค่าการซื้อ/หรือการส่งยาด้านจุลชีพ</li> <li>3. มีการเปรียบเทียบปริมาณและมูลค่าการใช้ยาในกลุ่มที่สว่นกับเชื้อดื้อยา ได้แก่ Carbapenem, Colistin, BL/BI , 3<sup>rd</sup> และ 4<sup>th</sup> Cephalosporin, FQ ในแต่ละช่วงเวลา</li> </ol> </li> </ul>	5	5
3.4 มีการกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย เช่น Community-acquired pneumonia, Urinary tract infection, Skin and soft tissue infections, Surgical prophylaxis, Sepsis <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มีการจัดทำ clinical practice guideline : CPG</li> </ul>	0	Basic
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีการนำ CPG ของสมาคม หรือของ รพ. อื่นมาใช้ โดยยังไม่ได้ปรับให้สอดคล้องกับผลความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล</li> </ul>	5	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีการจัดทำ CPG ที่สอดคล้องกับผลความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล</li> </ul>	10	10
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีการประเมินและกำกับให้มีการปฏิบัติตาม CPG รวมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน และสอดคล้องกับผลความไวต่อยาของโรงพยาบาล (ดังนั้น lab ควรทำผลความไวต่อยาแบบจัดกลุ่ม เพื่อให้การกำหนด empirical therapy เหมาะสม เช่น แบ่งตามลักษณะหอผู้ป่วย เช่น ICU กับนอก ICU กลุ่มเฉพาะ เช่น NICU)</li> </ul>	15	
3.5 มีการติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือกลุ่มที่สงวนสำหรับเชื้อดื้อยา <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มีระบบ</li> </ul>	0	Basic
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีระบบที่มีประสิทธิภาพ และดำเนินงานได้ครอบคลุมรายการยาที่เป็นปัญหาการใช้ยาของ รพ. ในปัจจุบัน (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>I. มีระบบขออนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Preauthorization) ก่อนสั่งยาที่จำกัดการใช้ และ/หรือมีการติดตามประเมินการสั่งใช้ (Prospective Audit) ในกลุ่มยาที่ควบคุมการใช้</li> </ul>	+5	
<ul style="list-style-type: none"> <li>II. มีระบบให้รายงานแบบแผนความไวต่อยาด้านจุลชีพแบบ cascade reporting แทนการรายงานการทดสอบยาด้านจุลชีพทั้งหมด เช่น จะรายงาน ความไวของยา linezolid และ daptomycin ต่อ Enterococcus เมื่อเชื้อดื้อต่อยา ampicillin และ vancomycin เท่านั้น</li> </ul>	+5	

3. การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
III. มีระบบทบทวนการสั่งใช้ยาภายใน 72 ชั่วโมงหลังเริ่มใช้ยา พร้อมข้อเสนอแนะกลับ (feedback) และ/หรือ มีการทบทวนการสั่งใช้ยาทุก 7 วัน รวมทั้งมีแนวปฏิบัติการ escalation และ de-escalation กลุ่มยาที่สงวนสำหรับเชื้อดื้อยา เช่น carbapenem และมีการติดตามผลลัพธ์การรักษา	+15	15
IV. มีระบบหยุดการใช้ยาหากไม่สอดคล้องตามเกณฑ์ (antibiotic time-out)	+5	
3.6 มีมาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะทุกชนิดอย่างเหมาะสม ในเรื่องต่อไปนี้		
○ ไม่มีมาตรการและแนวปฏิบัติ	0	
○ มีมาตรการและแนวปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 15 คะแนน)		
I. มีมาตรการปรับขนาดยาตามสภาวะการสภาวะการทำงานของตับ/ไต	+2	2
II. การประเมินการแพ้ยาอย่างเหมาะสม และมีการติดตาม ADR ที่เกิดจากยา	+2	2
III. การเฝ้าระวัง Drug Interaction ของยา	+2	2
IV. การเตือนเมื่อมีการใช้ยาปฏิชีวนะซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น	+2	2
V. การปรับการใช้ยาให้เหมาะสมตามหลัก PK/PD เพื่อลดค่าใช้จ่ายและลด ADR จากยา	+2	2
VI. มาตรการให้เลือกใช้ยาด้านจุลชีพชนิดกินอย่างเหมาะสมสำหรับการรักษาเบื้องต้น และการเปลี่ยนจากแบบฉีดมาเป็นแบบกินอย่างเหมาะสม (IV to PO)	+2	2
VII. มาตรการเพื่อให้ใช้ยาด้านจุลชีพอย่างมีประสิทธิภาพในระยะเวลาสั้นที่สุด (ควรมีคำแนะนำระยะเวลาการรักษาการติดเชื้อแต่ละชนิด)	+3	
3.7 มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training ASP)		
○ ไม่มีการฝึกอบรม/เพิ่มพูนทักษะ ทั้งผู้รับผิดชอบงาน ASP และทีมรักษา	0	
มีการฝึกอบรม/เพิ่มพูนทักษะ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 10 คะแนน)		
I. ผู้รับผิดชอบงาน ASP ได้รับการอบรมเพิ่มพูนทักษะอย่างสม่ำเสมอ	+5	5
II. มีการฝึกอบรมในโรงพยาบาล และถ่ายทอดความรู้และทักษะเรื่อง ASP ของทีมรักษา	+5	
3.8 มีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม (Computerized Clinical Decision Support Systems) โดยเป็นการ integrate ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ตั้งแต่ ข้อมูลผู้ป่วย (health record) ผลความไวของเชื้อต่อยา ผลทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ รวมถึงขนาดยาที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย		
ไม่มี	0	0
○ มีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม	10	
3.9 มีการประเมินผลการดำเนินงาน มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับให้ PCT/ AMR/ PTC ทราบ		
○ ไม่มี	0	
มีการประเมินโดยคำนึงถึงเป้าหมายของมาตรการที่ใช้ เช่น สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้มีการทบทวนการใช้ยาด้านจุลชีพกับข้อมูลทางจุลชีววิทยา จำนวนวันที่ได้ยาด้านจุลชีพโดยไม่จำเป็นและไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ รวมทั้ง มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับให้ PCT และคณะกรรมการ AMR ทราบ	5	5
<b>รวมคะแนน มาตรการ ที่ 3</b>	<b>100</b>	<b>58</b>

4 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
1.1 มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN: Infection Control Nurse) $\geq 1$ คน : 200 เตียง <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มี ICN</li> <li>○ มี ICN &lt; 1 คน : 200 เตียง</li> <li>○ มี ICN <math>\geq 1</math> คน : 200 เตียง</li> </ul>	0 3 5	Basic  5
1.2 มีคณะกรรมการ ICC มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มีการประชุม</li> <li>○ มีการประชุม 1 ครั้งต่อปี</li> <li>○ มีการประชุมมากกว่า 1 ครั้งต่อปี</li> </ul>	0 3 5	Basic  5
1.3 มีโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล ที่พร้อมในการดำเนินงาน ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้องแยก/ โชนแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา - ระยะห่างเตียงสามัญไม่น้อยกว่า 1 เมตร</li> <li>- มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (PPE) เพียงพอต่อความจำเป็นใช้ (ตามข้อกำหนดของ ICC ของรพ.)</li> <li>- มีการแยกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาประจำเตียง เช่น ปรอท หูฟัง เครื่องวัดความดันโลหิต</li> <li>- อุปกรณ์จากหน่วยจ่ายกลางมีเพียงพอ พร้อมใช้ ถูกจัดวางในหอผู้ป่วยอย่างเหมาะสม</li> <li>○ ไม่มีทั้ง 5 ข้อ</li> <li>○ มีความพร้อมอย่างน้อย 3 ข้อ</li> <li>○ มีความพร้อมครบทุกข้อ</li> </ul>	0 5 10	Basic  10
1.4 มี IPC guideline เช่น Isolation precautions, Prevent MDR transmission, Disinfection and sterilization และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มี IPC guideline</li> <li>○ มี IPC guideline</li> <li>○ มีการกำกับติดตามการปฏิบัติตาม IPC guideline และพัฒนาปรับปรุง guideline</li> </ul>	0 3 5	Basic  5
1.5 มีแนวปฏิบัติการรับ-ส่งต่อ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดื้อยา/สงสัยดื้อยา และการให้ข้อมูลผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มี</li> <li>○ มีแนวปฏิบัติ มีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติทราบ และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติในโรงพยาบาล</li> <li>○ มีแนวปฏิบัติ มีการกำกับ และมีมาตรการให้ทุกหน่วยบริการในเครือข่ายระดับจังหวัดปฏิบัติตาม</li> </ul>	0 5 10	5 10
1.6 มีระบบการจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak management) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มี</li> <li>○ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน (Flow chart) และมีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลทราบ</li> <li>○ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน มีการสื่อสาร และมีการวางระบบ Outbreak เชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ</li> </ul>	0 5 10	5 10
1.7 แนวปฏิบัติข้อ 4.4 - 4.6 มีการร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเพื่อให้ทันสมัย <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่ใช่</li> <li>○ ใช่</li> </ul>	0 10	10
1.8 มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น		

4 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• กลุ่มที่ 1 : บุคลากรในโรงพยาบาล เช่น การปฐมพยาบาลฉุกเฉิน และบุคลากรประจำของ รพ</li> <li>• กลุ่มที่ 2 : บุคคลภายนอก เช่น การล้างมือในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มีการฝึกอบรมในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา</li> </ul> </li> </ul>	0	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีการสอน/ฝึกอบรมบางกลุ่ม</li> </ul>	5	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีการสอน/ฝึกอบรมทั้ง 2 กลุ่ม</li> </ul>	10	10
1.9 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มี</li> </ul>	0	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 15 คะแนน)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>I. มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยหนัก (ICU) และมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เสี่ยงต่อผู้ให้บริการ</li> </ul>	+ 5	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>II. มีการบริหารจัดการข้อมูลและแปลผลภาพรวมการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการทบทวนคุณภาพข้อมูล และมีการจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดเป้าหมายการเฝ้าระวัง HAI ตามบริบทของรพ.</li> </ul>	+ 5	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>III. มีระบบข้อมูลสารสนเทศ IPC เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมบริการของ รพ. (HIS) และมีการสรุปปัญหาการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุหลักของการป่วย การตาย มีการสะท้อนข้อมูลให้ PCT หรือกลุ่มบริหาร เช่น เขียนรายงาน นำเสนอ มีการประชุม</li> </ul>	+ 5	5
1.10 มีการประสานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูล IPC เพื่อการติดตามสถานการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยา (ทั้ง colonization และ infection)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มี</li> </ul>	0	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มี</li> </ul>	10	10
1.11 มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC		
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มีการกำกับติดตาม</li> </ul>	0	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 10 คะแนน)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>I. มีการกำกับติดตามเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น การสำรวจการล้างมือ การทำความสะอาดหอผู้ป่วย การล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเครื่องมือ ปริมาณการใช้สบู่และ alcohol hand rub เป็นต้น</li> </ul>	+ 5	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>II. มีสรุปรายงาน (report) นำเสนอคณะกรรมการ ICC/ AMR และมีการ feedback ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ</li> </ul>	+ 5	5
<b>รวมคะแนน มาตรการที่ 4</b>	<b>100</b>	<b>90</b>

5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
<p>5.1 การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล</p> <p>มีการสรุปขนาดของปัญหา AMR ของโรงพยาบาล สถานการณ์ของเชื้อดื้อยาแต่ละชนิด สถานการณ์การติดเชื้อ และตำแหน่งของการติดเชื้อ และสถานการณ์การใช้จ่ายปฏิชีวนะของโรงพยาบาล ซึ่งสามารถอธิบายได้ถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มีการวิเคราะห์</li> <li>○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 50 คะแนน) <ul style="list-style-type: none"> <li>I. แนวโน้มของขนาดปัญหาการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (Healthcare associated infection, HAI) และความสอดคล้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</li> <li>II. ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวโน้มดังกล่าว</li> <li>III. อัตราป่วย อัตราตายจากเชื้อดื้อยา</li> <li>IV. ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการติดเชื้อ AMR ทั้งในภาวะค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และอาจจะรวมถึง ภาวะค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>V. แนวโน้มและขนาดปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาในชุมชน (community acquired infection, CAI)</li> </ul> </li> </ul>	0	
<p>5.2 มีการวิเคราะห์และประเมินระบบการดำเนินงานเกี่ยวกับ AMR ของโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาระบบปรับปรุงระบบต่าง ๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่มีการวิเคราะห์</li> <li>○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <ul style="list-style-type: none"> <li>I. มีการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบ ตั้งแต่การศึกษาระบบเดิม แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาหาความต้องการและสิ่งที่ต้องปรับปรุงในระบบ และ/หรือ วิเคราะห์ระบบงานหลังจากที่พบปัญหาของระบบและการศึกษาความเป็นไปได้ในการปรับปรุงระบบใหม่</li> <li>II. มีการประเมินระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา เพื่อให้พบผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (early detection) เช่น ความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลและความทันเวลาในการตอบโต้กรณี Epidemic หรือการระบาด (Out break) และมาตรการในการดำเนินการควบคุม</li> <li>III. มีการวิเคราะห์ระบบติดตามประเมินผล (M&amp;E) การดำเนินระบบการจัดการ AMR ของโรงพยาบาล ด้วยระบบสารสนเทศที่สนับสนุนงานและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องปฏิบัติการด้านจุลชีววิทยา ข้อมูลเวชระเบียน (คลินิก) ข้อมูลการใช้จ่าย และระบบที่ช่วยส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม</li> <li>IV. มีการนำข้อมูลจากข้อ I, II, III มาใช้ในการวางแผนตามแนวทางของ Continuous Quality Improvement (CQI) หรือ PDCA (Plan-Do-Check-Act/Adjust)</li> </ul> </li> </ul>	0	
<p>5.2 มีการตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยสามารถหาปัจจัยเสี่ยง และมีมาตรการการควบคุมการระบาดได้ (เลือกได้เพียง 1 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ควบคุมการระบาดได้ น้อยกว่าร้อยละ 50 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมด ในรอบปี</li> <li>○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี</li> <li>○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี</li> <li>○ ไม่มีการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลในรอบปี</li> </ul>	0	10
<p><b>คะแนนรวม มาตรการที่ 5</b></p>	100	50

#### 4.2 การสนับสนุนการดำเนินงานระดับเขต

( / ) มีคณะกรรมการระดับเขต

( / ) นโยบายและมาตรการระดับเขตสุขภาพ

#### 4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

- การระบาดของโควิด-19 ทำให้ภาระงานของบุคลากรเพิ่มขึ้น ซึ่งต้องใช้กำลังบุคลากรในการบริการและการจัดการสถานการณ์ ทำให้การติดตาม การคืนข้อมูล ไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ผู้รายงาน...1.ภญ.สิริทิพย์..เจริญทอง.....ตำแหน่ง..เภสัชกรชำนาญการ

เบอร์โทร.....095-3525966... Email..siritip.c2020@gmail.com...

2.นางนิตยา...ดอนลาดพันธ์..ตำแหน่ง..นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ...

โทร...089-8419572....Email..nit\_taya99@hotmail.com

3.นางสุวัชรา...ท้าวพา....ตำแหน่ง..พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ...

โทร...081-2633492... Email..puijung20082009@gmail.com

วันที่..10..พฤษภาคม..2565.....

## ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : Service Plan สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 20.5

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้พัฒนาการบริการสุขภาพ รวมถึงสถานที่ที่ได้มาตรฐาน พร้อมทั้งมีการร่วมผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันทั้ง OPD และ IPD ในให้บริการตรวจรักษาป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูผู้ป่วย โดยมีแพทย์แผนไทยผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรมไทย แพทย์แผนไทย ประยุกต์ ให้บริการตรวจรักษา จ่ายยาสมุนไพร ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยหลักสูตรนวดไทย 372 ชั่วโมง ให้บริการนวดแผนไทย ประคบสมุนไพร อบสมุนไพร ดูแลมารดาหลังคลอด และหัตถการอื่นๆด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย รวมทั้งนักวิชาการสาธารณสุข(แพทย์แผนจีน) ให้บริการคลินิกแพทย์แผนจีน ตรวจรักษา ผังเข็ม กระตุ้นไฟฟ้า ครอบแก้ว รมยา เป็นแหล่งฝึกงานนักศึกษา โดยกลุ่มโรคที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อัมพาตหน้า ภูมิแพ้ ภาวะมีบุตรยาก ตามลำดับ อีกทั้งยังมีงานบริการออกหน่วยชุมชนและออกหน่วยเคลื่อนที่ เช่น หน่วยแพทย์ พอ.สว. ทีม COC และหน่วยอื่นๆ

เนื่องในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้สนับสนุนบุคลากรวิชาชีพแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนจีน เพื่อร่วมมีบทบาทหน้าที่คัดกรอง บันทึกข้อมูล งานวัคซีน COVID-19 และงานด้านผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งเสริมแนะนำการปฏิบัติตน การใช้ฟ้าทะลายโจรที่ถูกต้อง รวมทั้งแนะนำสมุนไพรในสภาวะที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้กับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

ให้บริการตรวจวินิจฉัยด้วยการแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนจีน โดยการรักษาด้วยยาสมุนไพร การนวดแผนไทย ประคบสมุนไพร อบไอน้ำสมุนไพร พอกยาสมุนไพร ให้บริการดูแลมารดาหลังคลอด ด้วยการแพทย์แผนไทย โดยการทบทมือเกลือ ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ให้บริการผู้ป่วย IMC ให้บริการมารดาหลังคลอดใน Ward ให้คำแนะนำ และหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน ในวันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 8.00น. - 20.00 น. เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ บริการทุกสิทธิ และให้บริการในวันเสาร์ - วันอาทิตย์ เวลา 8.00น. - 16.00 น.

#### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ผลงาน	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (ต.ค.-มี.ค.65)
ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป้าหมาย 20.5	เป้าหมาย	230,117	213,273	64,622
	ผลงาน	19,345	17,816	11,676
	ร้อยละ	8.38	8.35	18.07

รายงานข้อมูลการให้บริการด้านการแพทย์แผนจีน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

จำนวนการวินิจฉัยและรักษา ด้านการแพทย์แผนจีน	ปีงบประมาณ	ทุกสิทธิ		สิทธิข้าราชการ	
		ราย	ครั้ง	ราย	ครั้ง
	2564	530	1,759	226	275
2565	177	488	68	199	

หน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

หน่วยบริการ	ปีงบประมาณ								
	2563			2564			2565 (ต.ค.-มี.ค.65)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
รพสต.บ้านดอนย่านาง	9,522	3,118	32.75	5,499	1,642	29.86	1,298	787	60.63
บ้านห้วยลึก	7,736	3,699	47.82	5,892	2,419	41.06	2,710	433	19.98
รพสต.บ้านหนองบัวโสม	7,713	2,765	35.85	6,574	2,132	32.43	4,306	1,669	38.76
รพสต.บ้านหัวนา	17,117	6,440	37.62	14,619	5,261	35.99	10,543	2,543	24.12
รพสต.บ้านโนนคูณ	10,909	4,420	40.52	8,063	2,422	30.04	3,832	646	16.86
รพสต.บ้านซ้องไ้	8,197	2,488	30.35	4,486	1,119	24.94	678	162	23.89
รพสต.บ้านنامهเพื่อง	7,619	2,174	28.53	5,662	1,318	23.28	2,732	500	18.30
รพสต.บ้านพร้าว	4,268	2,048	47.99	3,097	1,288	41.59	3,133	1,867	59.59
รพสต.บ้านบก	6,664	2,050	30.76	6,941	2,048	29.51	6,293	2,388	37.95
รพสต.บ้านนาเลิง	4,845	1,701	35.09	3,184	957	30.06	2,183	1,396	63.95
รพสต.บ้านห้วยโจด	6,004	1,861	31	4,340	1,247	28.73	2,605	1,203	46.18
รพสต.บ้านหมากเลื่อม	6,030	3,887	64.46	4,832	2,350	48.63	2,269	899	39.62
สถานีอนามัยเฉลิมพระ เกียรติ ๖๐ พรรษา	8,165	2,445	29.94	6,312	2,123	33.63	4,033	2,409	59.73
รพสต.บ้านยางหลวงเหนือ	5,957	2,326	39.05	4,504	1,604	35.61	3,163	1,362	43.06
รพสต.บ้านหนองบัวเหนือ	11,316	3,503	30.96	9,676	2,375	24.55	6,073	1,722	28.36
รพสต.บ้านนาคำไฮ	4,831	1,429	29.58	3,940	996	25.28	3,184	1,931	60.65
รพสต.บ้านป่าไม้งาม	4,557	962	21.11	4,315	1,215	28.16	3,134	1,442	46.01
รพสต.บ้านโคกกลาง	7,115	1,979	27.81	6,431	1,602	24.91	4,677	2,045	43.72
รพสต.บ้านหนองหัวน้ำน้อย	3,247	901	27.75	2,490	612	24.58	1,882	1,377	73.17
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	230,117	19,345	8.38	213,273	17,816	8.35	64,622	11,676	18.07
รพสต.บ้านโนนสมบูรณ์	7,273	3,596	49.44	6,140	2,103	34.25	3,164	1,193	37.35
ศูนย์แพทย์ชุมชน	6,006	407	6.78	9,003	1,022	11.35	4,104	488	11.89
<b>รวมบริการทั้งหมด</b>	<b>379,798</b>	<b>73,137</b>	<b>19.26</b>	<b>330,270</b>	<b>54,649</b>	<b>16.55</b>	<b>140,648</b>	<b>40,138</b>	<b>28.54</b>

ที่มา ระบบรายงานผล HDC TTM Service กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประมวลผล 11 พฤษภาคม 2565

#### 4. ปัญหาและข้อเสนอแนะ

##### ปัญหาข้อเสนอแนะ

- สนับสนุนบุคลากรช่วยงานวัคซีน COVID-19 และงานด้านผู้ป่วย COVID-19 ทำให้ขาดอัตรากำลังในการทำงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- ข้อมูลรายงานชื่อโรคและหัตถการด้านแพทย์แผนจีนที่ให้บริการ ไม่แสดงผลในระบบHDC

- ควรเพิ่มงบประมาณสนับสนุนด้านยาสมุนไพร

##### โอกาสพัฒนา

- เสนอจัดทำบันทึกข้อความเพื่อขอจัดซื้อยาสมุนไพรจีน

#### 5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ยาสมุนไพรบางรายการต้องลงข้อมูลหลายโปรแกรมทำให้เกิดความซ้ำซ้อนควรมีการออกแบบโปรแกรมที่ไม่ซ้ำซ้อนในการลงข้อมูล

- ควรมีการรายงานข้อมูลกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในระบบ HDC

#### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- นวัตกรรม Green & Clean จากสมุนไพร ได้แก่ ลูกหอมสมุนไพร ลูกประคบตบเป็นปุย ก้านตาลนวดเท้า

ผู้รายงาน น.ส.กัลยา พิมพ์พรมา

ตำแหน่ง หัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

วันที่ 11 พฤษภาคม 2565

โทร.087-242-3703

e-mail kanlayams@gmail.com

## ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล

### หัวข้อ ตรวจสอบภายใน

ประเด็นการตรวจราชการ : แผนเงินบำรุงโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด : แผนเงินบำรุงของหน่วยบริการมีประสิทธิภาพผ่านเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จากข้อมูลสถิติรายรับเงินบำรุง รพ.หนองบัวลำภู ปี 2562 - 2565 รายละเอียดดังนี้

ปีงบประมาณ	ยอดยกมา	รายรับ	รายจ่าย	ยอดคงเหลือ
2562	109,238,239.48	709,270,083.6	711,501,964.0	107,006,359.1
2563	107,006,359.07	810,227,422.6	782,108,877.0	135,124,904.6
2564	135,124,904.63	740,685,211.1	689,793,079.9	186,017,035.8
2565 (มี.ค.)	186,017,035.81	487,087,676.8	355,551,255.9	317,553,456.7

จะเห็นว่าข้อมูล ปีงบประมาณ 2562-2564 ทั้งรายรับ และรายจ่าย มีจำนวนสูงมาก เนื่องจากได้นำข้อมูลจากการทำแผน PlanFin มาตั้งเป็นแผนเงินบำรุง ดังนั้นในปี 2565 จึงได้นำข้อมูลที่เป็นเงินบำรุงจริง มาตั้งเป็นแผน โดยหมวดรายรับ = 598,170,925.3 บาท, รายจ่าย = 544,721,827.3 บาท แบ่งเป็น 1) งบรายจ่ายปกติ 523,005,187.3 บาท, 2) รายจ่ายตามแผนงานโครงการ 5,749,808.0 บาท และ 3) รายจ่ายการลงทุนด้วยเงินบำรุง 15,916,832.0 บาท) และ แผนการจัดหาพัสดุด้วยเงินบำรุง = 360,803,367.0 บาท

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

2.1 มีคำสั่งคณะกรรมการจัดทำแผนรับ - จ่าย เงินบำรุง

2.2 มีการประชุมพิจารณาและกลั่นกรองแผนเงินบำรุง เสนอคณะกรรมการที่มนำองค์กร (HLT) และ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

2.3 มีรายงานการประชุมของคณะกรรมการ ในการจัดทำแผนเงินบำรุง

2.4 มีขั้นตอนกระบวนการจัดทำแผนเงินบำรุง (Flow Chart) และปรับแผนครึ่งปี (มี.ค. 65)

#### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2564			ปี งบประมาณ 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	(+/-) %	เป้าหมาย	รายรับ-รายจ่าย ไตรมาส 2	%
1.ประมาณการรายรับ	587,800,000	466,094,496.43	-13.9	470,050,000	355,440,924.80	75.6
2.ประมาณการรายจ่าย	461,500,000	455,169,187.29	-1.4	466,366,000	181,089,824.97	38.8
2.1 งบรายจ่ายปกติ	438,500,000	444,590,417.55	+1.4	449,820,000	180,453,775.97	40.1
2.2 งบรายจ่ายแผนงานโครงการ	13,000,000	621,701.48	-4.8	7,546,000	247,779.00	3.3
2.3 งบรายจ่ายลงทุนด้วยเงินบำรุง	10,000,000	9,957,068.26	-0.4	9,000,000	388,270.00	4.3

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	(+/-) %	เป้าหมาย	รายรับ-รายจ่าย ไตรมาส 2	%
<b>3.แผนการจัดหาพัสดุด้วยเงิน บำรุง</b>	<b>461,500,000</b>	<b>455,169,187.29</b>	<b>+1.4</b>	<b>289,820,000</b>	<b>181,089,824.97</b>	<b>62.5</b>
3.1 ยา	87,000,000	86,940,177.23	-0.1	87,000,000	40,879,722.35	47.0
3.2 เวช., วัสดุการแพทย์	60,000,000	59,137,579.87	-1.4	65,000,000	27,106,091.18	41.7
3.3 วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	26,000,000	45,731,434.69	+75.9	26,000,000	9,226,694.60	35.5
3.4 วัสดุทันตกรรม	1,500,000	1,054,469.96	-29.7	1,500,000	198,678.70	13.2
3.5 ค่าจ้างชั่วคราว/พอส./ ค่าจ้างเหมาบุคลากรอื่น	38,000,000	37,386,420.00	-1.6	38,000,000	20,290,060.00	53.4
3.6 ค่าตอบแทน	110,000,000	101,601,686.67	-7.6	109,000,000	56,071,696.00	51.4
3.7 ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	13,000,000	4,502,413.00	-65.4	13,000,000	3,298,367.80	25.4
3.8 ค่าใช้สอย	60,000,000	65,787,291.10	+9.6	56,000,000	5,952,159.19	10.6
3.9 ค่าสาธารณูปโภค	18,000,000	21,897,125.58	+21.7	20,320,000	8,429,515.13	41.5
3.10 วัสดุใช้ไป	25,000,000	20,551,819.45	-17.8	25,000,000	8,061,211.20	32.2
3.11 ค่าใช้จ่ายอื่น	13,000,000	621,701.48	-95.2	-	1,187,358.82	
3.8 ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง	10,000,000	9,957,068.26	-0.4	9,000,000	388,270.00	4.3

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ในปีงบประมาณ 2564 แผนการจัดหาพัสดุด้วยเงินบำรุง ไม่เป็นไปตามแผน ซึ่งมีการใช้จ่ายสูงกว่าแผน เนื่องจากมีสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 จะต้องจัดซื้ออุปกรณ์ในการป้องกันโรค น้ำยาตรวจหาเชื้อ และยา พร้อมทั้งการเตรียมสถานที่ให้พร้อมต่อการบริการ จึงทำให้ค่าใช้จ่ายสูงกว่าแผนที่ตั้งไว้ ส่วนในปีงบประมาณ 2565 ได้รับการจัดสรรเงินค้ำจ่าย จากปีก่อนหน้า และค่าบริการผู้ป่วย COVID-19 จึงทำให้รายได้สูงกว่าแผนที่ตั้งไว้

#### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

แผนที่จัดทำไว้ไม่สามารถจัดหาได้ตรงตามเวลาที่กำหนด เนื่องจากมีการระบาดของโรค COVID-19

#### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

มีการสำรวจความต้องการพัสดุ-ครุภัณฑ์ ของหน่วยงานภายใน รพ. โดยใช้แบบสำรวจผ่าน google form เพื่อรวบรวมข้อมูล

ผู้รายงาน 1. นางอมรรัตน์ ทองอุทัยศิริ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

2. น.ส.อุไรพร ศรีเทพอุบล ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

วัน/เดือน/ปี 19 พฤษภาคม 2565

โทร 042-006006 ต่อ 1409 e-mail : misnbh1408@gmail.com

## ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล

### หัวข้อ การเงินการคลังสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ศูนย์จัดเก็บรายได้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ

#### 1. สถานการณ์ แนวโน้ม/สภาพปัญหาของพื้นที่

กลุ่มงานประกันสุขภาพ ปฏิบัติหน้าที่เป็นศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล 7 สิทธิ ได้แก่ สิทธิข้าราชการ, สิทธิเบิกต้นสังกัด, สิทธิประกันสังคม, สิทธิ UC, สิทธิ พ.ร.บ. รถ, สิทธิแรงงานต่างด้าว และสิทธิจ่ายเงินเอง

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

ปฏิบัติงานตาม Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิ และมีการประชุมวิเคราะห์การจัดเก็บรายได้ เสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

#### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64-มี.ค.64)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ประเมินจาก 4S4C	ร้อยละ 100	93	93	93	ร้อยละ100	93	93

#### 4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ร้อยละของหน่วยบริการมีศูนย์เรียกเก็บรายได้ที่ประเมินในภาพรวม คือร้อยละ 93 ถึงแม้จะผ่านเกณฑ์ แต่หน่วยบริการยังมีปัญหาการเรื่องระยะเวลาในการเรียกเก็บ ใน 3 สิทธิหลัก ได้แก่ ข้าราชการกรมบัญชีกลาง และสิทธิบัตรทอง โดยเฉพาะสิทธิข้าราชการ OPD ซึ่งต้องร่วมกันแก้ไขปัญหาในทุกหน่วยบริการ ตั้งแต่การให้สิทธิ การคีย์ค่าบริการ การลงข้อมูลให้สมบูรณ์

ผู้รายงาน นางสาวสุธีรา จันทร์ชมภู  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
วัน/เดือน/ปี 10 พฤษภาคม 2565

## ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล

### หัวข้อ การเงินการคลังสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : วิกฤตทางการเงิน

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

#### 1. สถานการณ์

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ รายได้ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2562 -2565 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกๆปี ซึ่งในแต่ละปี ได้รับจัดสรรงบประมาณเฉลี่ย เท่า ๆ กัน ดังนั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อการจัดสรรเงินแต่อย่างใด ในแต่ละปีพบว่ามียาได้เฉลี่ยประมาณร้อยละ 50 – 60 ล้านบาท มาจาก รายได้ UC รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลางและ รายได้อื่น,พรบ. รายละเอียดแนบ ดังตารางที่ 1 ทั้งนี้โรงพยาบาลหนองบัวลำภูยังคงมีความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง จึงต้องมีการติดตามและเฝ้าระวังระบบการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจมีปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินในอนาคต กรณี OP-Refer, CT, Lab ของโรงพยาบาลชุมชน ได้มีการกั้นเงินภายในจังหวัด เพื่อให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการจ่ายให้กับทุกโรงพยาบาลภายในจังหวัด และการจ่ายเงินจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการใช้จ่ายเงินสำหรับผู้รับบริการเป็นสำคัญ และโรงพยาบาลยังคงต้องมีการพัฒนาองค์กรและบุคลากรควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่อง จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรและผู้รับบริการ

ตาราง 1 รายได้ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภูแยกรายหมวด ปีงบประมาณ 2562-2565

ประสิทธิภาพการจัดการด้านการเงิน	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)
รายได้ UC (EMS, แร้งงานต่างด้าว)	254,724,358.84	226,412,098.36	277,654,553.60	120,596,694.45
	36.95	33.89	29.45	20.10
รายได้งบประมาณส่วนบุคลากร	167,969,438.29	180,647,677.96	201,699,581.50	104,569,221.69
	24.37	27.04	21.39	17.43
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	83,646,515.61	74,808,325.40	83,838,467.05	49,655,738.65
	12.13	11.20	8.89	8.28
รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น ๆ (รายได้อื่น,พรบ.)	69,883,330.46	69,263,473.71	216,723,426.05	251,690,703.47
	10.14	10.37	22.99	41.95
รายได้ชำระเงินเอง	48,749,905.60	48,902,557.93	45,987,707.29	24,729,724.43
	7.07	7.32	4.88	4.12
รายได้ประกันสังคม	30,293,151.72	36,441,532.96	69,598,781.13	22,633,008.38
	4.39	5.45	7.38	3.77
รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด+อปท.	15,469,712.48	16,359,896.65	20,756,628.88	9,497,969.79
	2.24	2.45	2.20	1.58
รายได้อื่น (ระบบอัตโนมัติ)		10,663.59	2,016,230.48	330,567.00
		0.00	0.21	0.06

ประสิทธิภาพการจัดการด้าน การเงิน	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)
รายได้ลงทุน	18,575,378.41	15,283,340.62	24,601,064.56	16,257,603.78
	2.69	2.29	2.61	2.71
รายรับรวม (บาท)	689,311,791.41	668,129,567.18	942,876,440.54	599,961,231.64
	100.00	100.00	100.00	100.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	57,442,649.28	55,677,463.93	78,573,036.71	85,708,747.38

## 1.2 สถานะทางการเงิน หมวดรายได้ ปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม - มีนาคม 2565)

รายการ	ปี2564	แผนปี 2565	ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565			ร้อยละ
			แผนรายรับ	รายรับจริง	ผลต่าง	
รายได้ UC	276,486,325.73	275,000,000.00	137,500,000.00	120,015,798.66	-17,484,201.34	-12.72
รายได้จาก EMS	966,100.00	900,000.00	450,000.00	500,450.00	50,450.00	11.21
รายได้ค่ารักษา เบิกต้นสังกัด	3,982,123.50	4,000,000.00	2,000,000.00	1,641,060.50	-358,939.50	-17.95
รายได้ค่ารักษา อปท.	16,774,505.38	15,000,000.00	7,500,000.00	7,856,909.29	356,909.29	4.76
รายได้ค่ารักษา เบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	83,838,467.05	84,000,000.00	42,000,000.00	49,655,738.65	7,655,738.65	18.23
รายได้ ประกันสังคม	69,598,781.13	40,000,000.00	20,000,000.00	22,633,008.38	2,633,008.38	13.17
รายได้แรงงาน ต่างด้าว	202,127.87	200,000.00	100,000.00	80,445.79	-19,554.21	-19.55
รายได้ค่ารักษา และบริการอื่น ๆ	159,157,632.99	100,000,000.00	50,000,000.00	224,543,113.72	174,543,113.72	349.09
รายได้ งบประมาณ ส่วนบุคลากร	201,699,581.50	220,000,000.00	110,000,000.00	104,569,221.69	-5,430,778.31	-4.94
รายได้อื่น	103,553,500.35	50,000,000.00	25,000,000.00	51,877,314.18	26,877,314.18	107.51
รายได้อื่น (ระบบอัตโนมัติ)	2,016,230.48	2,000,000.00	1,000,000.00	330,567.00	-669,433.00	-66.94
รายได้ลงทุน	24,601,064.56	49,377,597.00	24,688,798.50	16,257,603.78	-8,431,194.72	-34.15
รวมรายได้	942,876,440.54	840,477,597.00	420,238,798.50	599,961,231.64	179,722,433.14	42.77

## 2. หมวดรายจ่าย

### 2.1 รายจ่าย ปีงบประมาณ 2562 – 2565

ภาพรวมรายจ่ายของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2562-2565 มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกๆปี เช่นกัน จะเห็นได้ว่า รายจ่ายหมวด ยา,เวชภัณฑ์มีไข้ยา,ทันตกรรม,และวิทยาศาสตร์ มียอดเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค Covid-19 จึงจำเป็นต้องใช้วัสดุประเภทดังกล่าวเป็นจำนวนมาก เฉลี่ยร้อยละ 25-30 ต่อปี ส่วนทั่วไปและค่าใช้สอยมีค่าใช้จ่ายลดลง ประมาณร้อยละ 8 เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค Covid-19 จึงมีความจำเป็นต้องควบคุมค่าใช้จ่ายมากยิ่งขึ้นเพื่อไม่ให้โรงพยาบาลประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ในอนาคต

#### ตารางที่ 2 รายจ่ายของโรงพยาบาลหนองบัวลำภูแยกรายหมวด ปีงบประมาณ 2562-2565

หมวดรายจ่าย	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)
ยาและเวชภัณฑ์มีไข้ยา,ทันตกรรม,วิทยาศาสตร์	189,506,128.14	176,975,944.84	201,284,199.29	126,649,445.73
	26.54	25.68	25.99	31.44
ค่าจ้างและค่าตอบแทน (งปร.)	174,523,081.78	153,397,756.24	158,004,586.89	80,542,762.07
	24.44	22.26	20.40	20.00
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ(งปม.)	168,025,585.45	180,703,868.22	201,596,552.54	104,586,040.13
	23.53	26.22	26.03	25.97
ค่าเสื่อมราคาและตัดจำหน่าย/หนี้สงสัยจะสูญ	61,423,126.60	60,029,601.84	60,965,433.07	32,022,658.84
	8.60	8.71	7.87	7.95
ค่าใช้สอย	53,977,031.05	60,505,515.56	55,152,365.95	35,725,263.58
	7.56	8.78	7.12	8.87
ค่าสาธารณูปโภค	22,459,482.60	20,799,016.60	20,614,495.80	6,208,802.30
	3.15	3.02	2.66	1.54
ค่าวัสดุทั่วไป	26,553,609.59	24,063,032.85	22,921,947.95	12,280,731.30
	3.72	3.49	2.96	3.05
ค่าใช้จ่ายอื่น	17,655,944.01	9,091,613.24	49,970,574.78	3,086,431.00
	2.47	1.32	6.45	0.77
ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบบอัตโนมัติ)	0	3,604,229.36	3,855,934.31	1,677,637.17
	0	0.52	0.50	0.42
รายจ่ายรวม (บาท)	714,123,989.22	689,170,578.75	774,366,090.58	402,779,772.12
	100.00	100.00	100.00	100.00
รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน	59,510,332.44	57,430,881.56	64,530,507.55	57,539,967.45

## 2.2 สถานะทางการเงิน หมวดย่อย ปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565)

รายการ	ปี2564	แผนปี 2565	ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565			ร้อยละ
			แผนรายจ่าย	รายจ่ายจริง	ผลต่าง	
ต้นทุนยา	96,388,091.18	99,000,000.00	49,500,000.00	58,183,064.37	8,683,064.37	17.54
ต้นทุนเวชภัณฑ์ มิใช่ยาและวัสดุ การแพทย์	57,961,425.42	65,000,000.00	32,500,000.00	36,448,854.35	3,948,854.35	12.15
ต้นทุนวัสดุ ทันตกรรม	895,647.44	1,200,000.00	600,000.00	261,940.70	-338,059.30	-56.34
ต้นทุนวัสดุ วิทยาศาสตร์ การแพทย์	46,039,035.25	26,000,000.00	13,000,000.00	31,755,586.31	18,755,586.31	144.27
เงินเดือนและ ค่าจ้างประจำ	201,596,552.54	220,000,000.00	110,000,000.00	104,586,040.13	-5,413,959.87	-4.92
ค่าจ้างชั่วคราว	37,375,522.00	38,000,000.00	19,000,000.00	20,283,848.00	1,283,848.00	6.76
ค่าตอบแทน	120,629,064.89	109,000,000.00	54,500,000.00	60,258,914.07	5,758,914.07	10.57
ค่าใช้จ่ายบุคลากร อื่น	17,107,606.94	13,000,000.00	6,500,000.00	22,664,604.01	16,164,604.01	248.69
ค่าใช้สอย	38,044,759.01	56,000,000.00	28,000,000.00	13,060,659.57	-14,939,340.43	-53.35
ค่าสาธารณูปโภค	20,614,495.80	20,320,000.00	10,160,000.00	6,208,802.30	-3,951,197.70	-38.89
วัสดุใช้ไป	22,921,947.95	25,000,000.00	12,500,000.00	12,280,731.30	-219,268.70	-1.75
ค่าเสื่อมราคาและ ค่าตัดจำหน่าย	60,327,193.57	76,000,000.00	38,000,000.00	31,072,252.78	-6,927,747.22	-18.23
หนี้สูญและสงสัย จะสูญ	638,239.50	2,000,000.00	1,000,000.00	950,406.06	-49,593.94	-4.96
ค่าใช้จ่ายอื่น	49,970,574.78	30,000,000.00	15,000,000.00	3,086,431.00	-11,913,569.00	-79.42
ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบบอัตโนมัติ)	3,855,934.31	4,000,000.00	2,000,000.00	1,677,637.17	-322,362.83	-16.12
<b>รวมค่าใช้จ่าย</b>	<b>774,366,090.58</b>	<b>784,520,000.00</b>	<b>392,260,000.00</b>	<b>402,779,772.12</b>	<b>10,519,772.12</b>	<b>2.68</b>

## 3. ค่าดัชนีชี้วัดทางการเงิน ปีงบประมาณ 2561 - 2565 (ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565)

ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง จากปีงบประมาณ 2562-2565 ซึ่งวัดจากดัชนีชี้วัดทางการเงิน ปี 2562 และ 2563 อยู่ในระดับ 3 ต้องเฝ้าระวังสถานการณ์ทางการเงินอย่างต่อเนื่อง หาแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพในการหารายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายทุกด้านเพื่อให้สถานการณ์ดีขึ้นและความอยู่รอด ในปีงบประมาณ 2564 สถานการณ์ด้านการเงินการคลังเริ่มกลับมาเป็นปกติได้อย่างรวดเร็ว มีวิกฤติทางการเงินอยู่ที่ระดับ 0 เนื่องจาก ปี 2564 ได้รับจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวล่วงหน้า OP/PP แล้ว 12 เดือน และมีวิธีการบันทึกบัญชีเรื่องการรับเงิน

บริจาคและทรัพย์สินที่ได้รับบริจาค ตั้งแต่ปีต้นปีงบประมาณ 2564 ให้รับรู้เป็นรายได้รับบริจาค ส่งผลให้สถานการณ์ด้านการเงินการคลังฟื้นตัวขึ้นได้อย่างรวดเร็วในระยะเวลาเพียง 1 ปี รายละเอียดแนบดังตารางที่ 3 ตารางที่ 3 ค่าดัชนีชี้วัดทางการเงิน ปีงบประมาณ 2562-2565 (ไตรมาส 2)

ประสิทธิภาพการจัดการด้านการเงิน	เกณฑ์	ปีงบประมาณ			
		2562	2563	2564	2565 (มี.ค.65)
1. อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ(Cash ratio)	> 0.8	0.5	0.67	1.1	2.05
2. อัตราส่วนหมุนเวียนเร็ว(Quick ratio)	> 1	1.08	1.11	2.28	3.5
3. อัตราส่วนหมุนเวียน(Current ratio)	> 1.5	1.29	1.33	2.47	3.72
4. รายได้รวม/ค่าใช้จ่ายรวม(I/E ratio)	> 1	0.97	0.94	1.22	1.49
5. ทุนสำรองสุทธิ (Net working capital) ( ล้านบาท)		55.59	56.32	235.66	393.49
6. อัตรากำไรสุทธิไม่รวมค่าเสื่อมราคาและตัดจำหน่าย	>0.0	7.39	-1.29	24.27	38.04
7. Risk score	0	3	3	0	0
8. ต้นทุนดำเนินการทั้งหมดต่อ RW (บาท)	21,653.98	13,422.40	14,674.85	12,877.92	15,800.91
9. ต้นทุนดำเนินการทั้งหมดต่อOPD Visit (บาท)	905.27	895.64	967.1	922.61	853.30

#### 4. ผลการประเมินระดับความสำเร็จการตรวจสอบขบทดลอง Electronic หน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2565

ภาพรวมสำหรับการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง โดยใช้เครื่องมือ การตรวจสอบขบทดลอง Electronic หน่วยบริการเขตบริการสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2565 พบว่าโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้คะแนน ระดับ A เป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ของงบการเงินโรงพยาบาล ประจำเดือน ก่อนส่งออกข้อมูลเข้าส่วนกลาง รายละเอียดแนบดังตาราง

เดือน	ตรวจสอบเรื่องกรทบยอดบัญชี	ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	การตั้งค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ และค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญกับหนี้สงสัยจะสูญ	จับคู่ความสัมพันธ์ของสินทรัพย์ถาวรกับค่าเสื่อมราคา	ความสัมพันธ์ของสินทรัพย์ถาวรกับค่าเสื่อมราคา	จับคู่บัญชีค่าเสื่อมราคาสะสมและค่าเสื่อมราคา ระหว่างเดือน	บัญชีหัก ต้องไม่มียอดคงค้าง (ตามเกณฑ์ประเมินด้านบัญชีของกรมบัญชีกลาง)	จับคู่วัสดุ-เจ้าหน้าที่ระหว่างเดือน	ความครอบคลุมการตรวจอิเล็กทรอนิกส์กระทรวง	ผลคะแนน	เกรด
										รวม	
										คะแนนเต็ม	
										100.00	
ต.ค.-64	19.25	7.36	7.00	24.70	10.34	9.68	0.57	13.50	5.20	97.60	A
พ.ย.-64	16.50	7.36	7.00	24.70	10.34	9.68	0.57	12.15	5.20	93.50	A
ธ.ค.-64	13.75	7.36	7.00	24.70	10.34	9.68	0.57	13.50	6.80	93.70	A
ม.ค.-65	19.25	7.36	7.00	24.70	10.34	9.68	0.57	13.50	6.80	99.20	A
ก.พ.-65	19.25	7.36	7.00	24.70	10.34	9.68	0.57	10.80	6.80	96.50	A
มี.ค.-65	19.25	7.36	7.00	24.70	10.34	9.68	0.57	13.50	7.60	100.00	A

## 5. การดำเนินงานวิกฤติทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring Plus) ปี 2565

จะเห็นได้ว่าการ ประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานวิกฤติทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring Plus) ปีงบประมาณ 2565 โรงพยาบาลหนองบัวลำภูอยู่ระดับที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ดังนั้นจึงต้องเร่งหาแนวทางการปรับปรุงแก้ไขอย่างเร่งด่วนโดย ได้มีการหารือร่วมร่างแผนการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565 ซึ่งได้รับมติจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง ร่างแผนการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565 จากคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง ดังนี้

1. เพิ่มประสิทธิภาพการเรื่องระบบคลัง
2. เพิ่มประสิทธิภาพแผนบริการจัดการหนี้
3. เพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บ
4. สร้างโอกาสในการเพิ่มรายได้

เดือน	CR	QR	Cash	NWC	NI	Risk Scoring	EBITDA	เงินบำรุงคงเหลือ (ที่พันแล้ว)	Operating Margin 29.39%(Q2Y65)	Return on Asset 14.69%(Q2Y65)	A Payment Period(90 วัน)	A Collection Period-UC(60 วัน)	A Collection Period -CSMBS(60 วัน)	A Collection Period-SSS(90 วัน)	Inventory Management(60 วัน)	คะแนนรวม	เกรด	ผลการดำเนินงาน
ต.ค.-64	2.80	2.64	1.37	319,582,100.69	90,420,445.59	0	96,320,070.45	242,846,932.68	71.35	12.72	329	47	96	22	55	4	B-	ไม่ผ่าน
พ.ย.-64	3.02	2.82	1.39	322,515,364.22	110,463,175.37	0	112,783,905.94	222,579,432.58	56.89	15.45	224	69	106	31	57	3	C	ไม่ผ่าน
ธ.ค.-64	3.33	3.10	1.81	337,397,694.90	120,740,035.84	0	123,678,568.90	261,062,912.95	46.92	17.07	161	119	90	31	52	3	C	ไม่ผ่าน
ม.ค.-65	3.30	3.10	1.99	369,761,591.50	161,359,440.23	0	169,731,633.47	319,709,760.24	45.38	21.49	140	131	100	29	42	4	B-	ไม่ผ่าน
ก.พ.-65	3.27	3.09	1.92	364,030,029.95	167,381,123.26	0	180,306,155.68	153,994,416.22	39.86	22.37	124	130	106	24	42	4	B-	ไม่ผ่าน
มี.ค.-65	3.72	3.50	2.05	393,486,725.95	197,181,459.52	0	213,343,178.69	151,795,771.16	40.14	25.87	121	137	99	37	42	4	B-	ไม่ผ่าน

ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง โดยใช้เกณฑ์ประเมินของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ณ มีนาคม 2565 พบว่าสถานการณ์ทางการเงินการคลัง ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู วิกฤติทางการเงินอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เดือน	เกณฑ์กระทรวง (NI)									เกณฑ์เขตสุขภาพที่ 8 (NI)								
	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depletion MOPH	Liquid Index	Status Index	Survival Index	Risk Scoring (กระทรวง NI)	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depletion R8WAY	Liquid Index	Status Index	Survival Index	Risk Scoring เขตสุขภาพที่ 8 (NI)
ต.ค.-64	2.80	2.64	1.37	319,582,100.69	90,420,445.59	0	0	0	0	2.23	2.10	1.09	274,443,653.84	69,990,917.02	0	0	0	0
พ.ย.-64	3.02	2.82	1.39	322,515,364.22	110,463,175.37	0	0	0	0	2.40	2.24	1.11	281,480,412.54	93,649,271.22	0	0	0	0
ธ.ค.-64	3.33	3.10	1.81	337,397,694.90	120,740,035.84	0	0	0	0	2.66	2.47	1.44	300,466,238.39	107,885,200.36	0	0	0	0
ม.ค.-65	3.30	3.10	1.99	369,761,591.50	161,359,440.23	0	0	0	0	3.14	2.94	1.89	361,173,475.24	129,301,082.51	0	0	0	0
ก.พ.-65	3.27	3.08	1.92	364,030,029.95	167,381,123.26	0	0	0	0	2.76	2.60	1.61	333,971,623.04	139,616,823.67	0	0	0	0
มี.ค.-65	3.72	3.50	2.05	393,486,725.95	197,181,459.52	0	0	0	0	3.16	2.97	1.74	367,722,377.17	173,711,568.06	0	0	0	0

คะแนนคุณภาพการส่งงบการเงิน ของแม่ข่ายและลูกข่าย โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ครบถ้วน ทันเวลา ถูกต้องตามหลักบัญชีและมีการปรับปรุงตามนโยบายบัญชี ทำให้อยู่ในระดับที่ ผ่านเกณฑ์ ได้คะแนนเต็ม 100 คะแนน และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 20 แห่ง ที่เป็นลูกข่าย อย่างต่อเนื่อง รายละเอียดดังตารางแนบ

#### ตาราง คะแนนคุณภาพการส่งงบการเงิน ของแม่ข่ายและลูกข่าย โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

ชื่อหน่วยงาน	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ					ผลการประเมิน
	คะแนนเต็ม	2562	2563	2564	2565 (ต.ค.-มี.ค.65)	
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู (แม่ข่าย)	100	100	100	100	100	ผ่าน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่ง (ลูกข่าย)	50	50	50	50	50	ผ่าน

ส่วนผลการประเมินต้นทุนหน่วยบริการแบบ Quick Method ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์เฉลี่ยของกลุ่มบริการ พบว่าต้นทุนหน่วยบริการ ผ่านเกณฑ์ทั้ง OPD และ IPD รายละเอียดตามตาราง

	ต้นทุนผู้ป่วยนอก		ผลการประเมิน	ต้นทุนผู้ป่วยใน		ผลการประเมิน
	ต้นทุน	Mend+1SD		ต้นทุน	Mend+1SD	
ไตรมาส 4/2562	895.64	981.62	ผ่าน	13,422.40	17,984.21	ผ่าน
ไตรมาส 4/2563	967.10	1,104.59	ผ่าน	14,674.85	18,115.34	ผ่าน
ไตรมาส 4/2564	922.61	1,113.07	ผ่าน	12,877.92	20,677.21	ผ่าน
ไตรมาส 1/2565	872.84	835.75	ไม่ผ่าน	15,376.41	23,348.13	ผ่าน
ไตรมาส 2/2565	853.30	905.27	ผ่าน	15,800.91	21,653.98	ผ่าน

6. ผลการบริหาร งบประมาณ-ค่าเสื่อม และ งบประมาณลงทุน

UC	ได้รับจัดสรร	เบิกจ่าย	คงเหลือ	นำเข้าเงินบำรุง	หมายเหตุ
ปี 2562	15,984,776.02	12,005,858.55	-	416,869.73	ดอกเบีย/ค่าปรับรอนำเข้าเงินบำรุง
ปี 2563	15,230,238.86	12,039,828.00	3,190,410.86	2,966,807.69	โอนให้ รพ.สต.หมากเเลื่อม 267,966 บาท
ปี 2564	12,972,716.56	12,117,475.52	817,161.04		38,080.00 บาท ค่าปรับ
ปี 2565	15,262,978.78	645,620.00	14,617,358.78	-	รอเบิกจ่าย

งบประมาณ	ประเภท	ได้รับจัดสรร	เบิกจ่าย	คงเหลือ	หมายเหตุ
ปี 2562	ครุภัณฑ์	11,425,000.00	11,386,000.00	39,000.00	ส่งคืนรายได้แผ่นดิน
ปี 2563	ครุภัณฑ์	8,526,000.00	8,526,000.00	-	-
ปี 2564	ครุภัณฑ์/อาคาร	20,416,400.00	19,999,400.00	417,000.00	ส่งคืนงบ
ปี 2564	เงินกู้-COVID	16,300,500.00	15,446,121.51	854,378.49	ส่งคืนงบ
ปี 2565	ครุภัณฑ์/อาคาร	36,953,400.00	2,373,425.00	34,579,975.00	รอเบิกจ่าย

ตารางที่ 7 รายรับเกณฑ์เงินสด

เงินรายรับ	ตค.64	พย.64	ธค.64	มค.65	กพ.65	มีค.65	รวมรับทั้งปี
รายได้ UC	72,142,033.90	24,406,362.04	29,416,838.14	45,453,701.43	15,324,236.17	10,372,296.94	197,115,468.62
รายได้ EMS	38,900.00	77,450.00	119,100.00	114,900.00	-	211,600.00	561,950.00
รายได้ค่ารักษาพยาบาลเบิกจ่าย ตรงกรมบัญชีกลาง	3,275,295.00	7,442,372.55	17,428,783.49	2,398,979.35	4,205,413.50	11,587,047.82	46,337,891.71
รายได้ อปท.	-	2,785,606.41	2,061,389.87	-	-	-	4,846,996.28
รายได้ค่ารักษา ต้นสังกัด	174,758.75	267,559.50	215,024.50	290,773.00	132,996.50	356,520.50	1,437,632.75
รายได้ประกันสังคม+เงินกองทุน ประกันสังคม	8,200,147.23	15,190,502.93	6,916,950.00	17,097,165.77	13,916,465.69	6,807,312.28	68,128,543.90
รายได้ชำระเงินเอง	3,157,542.00	3,523,861.50	3,669,970.75	3,467,777.75	2,946,458.60	4,378,811.10	21,144,421.70
รายได้ค่าบริการสาธารณสุข Covid-19	836,440.00	1,864,920.00	30,424,469.06	31,546,611.83	1,166,667.21	176,600.00	66,015,708.10
รายได้ค่ารักษาพยาบาล พรบ.	522,621.25	1,358,431.00	1,395,201.00	688,115.00	1,045,917.75	923,199.50	5,933,485.50
ค่าธรรมเนียมบัตรทอง	40,620.00	44,970.00	42,840.00	45,390.00	37,800.00	44,910.00	256,530.00
ค่าตอบแทนเสี่ยงภัย COVID-19	3,680,500.00	-	7,471,250.00	-	-	-	11,151,750.00
เงินประกันสัญญา	-	11,375.00	68,521.00	-	24,900.00	-	104,796.00
เงินบริจาค	9,312.00	38,334.73	508,453.71	7,070.64	29,368.00	47,317.00	639,856.08
รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น	1,063,072.31	768,679.66	694,419.35	419,353.87	477,253.45	1,067,951.04	4,490,729.68
เงินกองทุนต่างๆ (บริหารจัดการ สถานะสิทธิ, บุคลากร)	83,557.04	124,850.90	94,076.58	80,460.00	90,208.14	32,000.00	505,152.66
<b>รวม</b>	<b>93,224,799.48</b>	<b>57,905,276.22</b>	<b>100,527,287.45</b>	<b>101,610,298.64</b>	<b>39,397,685.01</b>	<b>36,005,566.18</b>	<b>428,670,912.98</b>

ตารางที่ 8 รายจ่ายเกณฑ์เงินสด

เงินรายจ่าย	ตค.64	พย.64	ธค.64	มค.65	กพ.65	มีค.65	รวม
ค่าจ้างชั่วคราว	3,346,017.00	3,310,246.00	3,376,048.00	3,363,069.00	3,399,078.00	3,495,602.00	20,290,060.00
ค่าตอบแทน	9,069,447.50	17,543,887.50	16,450,593.00	6,711,910.00	9,528,989.00	7,888,602.00	67,193,429.00
ค่าใช้สอย	1,246,363.24	3,077,604.99	3,086,207.72	2,326,405.66	1,547,902.75	6,280,248.52	17,564,732.88
ค่าวัสดุเจ้าหนี้การค้า	4,572,377.01	29,173,772.32	29,818,489.68	19,920,295.44	28,581,339.22	25,596,982.11	137,663,255.78
ค่าครุภัณฑ์	288,566.73	3,564,994.87	1,733,264.86	945,525.78	1,479,191.59	1,419,642.44	9,431,186.27
ค่าสาธารณูปโภค	114,803.38	1,359,734.22	3,670,348.05	994,038.69	1,887,103.47	50,314.34	8,076,342.15
จ่ายใบยืม	87,500.00	75,130.00	283,902.00	177,980.00	127,250.00	15,750.00	767,512.00
งบลงทุน	964,903.81	8,755.09	1,709,631.40	241,007.10	2,121.50	-	2,926,418.90
ค่าใช้จ่ายอื่น	270,807.00	91,821.16	88,623.00	213,854.00	187,858.50	168,851.50	1,021,815.16
จัดสรรให้ สอ.	2,322,469.00	899,076.50	132,737.50	3,898,547.27	2,267,834.69	900,000.00	10,420,664.96
คืนเงินประกันสัญญา	-	11,375.00	68,521.00	-	24,900.00	-	104,796.00
กองทุนประกันสังคม	4,413,089.83	3,777,440.25	4,158,926.41	4,805,231.50	3,820,258.50	820,307.50	21,795,253.99
<b>รวม</b>	<b>26,696,344.50</b>	<b>62,893,837.90</b>	<b>64,577,292.62</b>	<b>43,597,864.44</b>	<b>52,853,827.22</b>	<b>46,636,300.41</b>	<b>297,255,467.09</b>

รายงานเงินคงเหลือ ณ 31 มีนาคม 2565

รายการ	ยอดคงเหลือ	เงินที่ใช้ได้จริง
เงินบำรุง (กรุงเทพ)	73,776,902.05	} 259,289,935.05
เงินบำรุง (ธกส.)	89,760,491.92	
งบ UC	95,752,541.08	
รายการ	ยอดคงเหลือ	มีวัตถุประสงค์เฉพาะ
งบ UC (มีวัตถุประสงค์)	22,312,785.76	} 55,835,772.19
ปกส.บริหารจัดการ	4,048,834.17	
เงินอุดหนุนสถานะและสิทธิ	6,232.08	
งบลงทุน	18,817,284.43	
ปกส.กองทุนใหญ่	7,629,467.31	
เงินอุดหนุนพัฒนาศักยภาพบุคลากร	133,544.13	
ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	179,556.72	
โครงการคลินิกโรคจากการทำงาน	184,184.06	
เงินบริจาค รพ.หนองบัวลำภู	2,523,883.53	
<b>รวมเงินคงเหลือทั้งสิ้น</b>	<b>315,125,707.24</b>	

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

1. ผู้บริหารเห็นความสำคัญ ควบคุม กำกับ ติดตาม ช่วยแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง
2. คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ทำหน้าที่ติดตามสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาล การวิเคราะห์ปัญหาพร้อมเสนอแนวทางแก้ไขต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน
3. มีทีมตรวจสอบเวชระเบียนที่เข้มแข็ง ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวชสถิติ ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายแยกเป็นรายชื่อแพทย์ รายตึกและสะท้อนข้อมูลกลับ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อความถูกต้อง ครบถ้วน ของข้อมูลการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกกองทุน
4. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุด ระบบ Hos XP ส่งออกไประบบ E-Claim และระบบ ลูกหนี้ ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา
5. การพัฒนาการจัดทำ Plan fin จากสหสาขาวิชาชีพ และร่วมปรับแผนรายได้และแผนค่าใช้จ่าย เพื่อให้ได้ ข้อมูลตรงตามความต้องการจริง
6. มีกระบวนการเพิ่มรายได้ จากการตรวจสอบสุขภาพในกลุ่มข้าราชการ และผู้ประกันตน เพื่อหวังผลในการสร้างความเชื่อมั่นในบริการของโรงพยาบาลและเพิ่มอัตราการกลับเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยจัดทีม ออกเชิงรุกในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพมีแพทย์ออกร่วมด้วย และมีการเปิดให้บริการในคลินิกโรคจากการทำงาน อาชีพ กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม มีกระบวนการเพิ่มรายได้จากบริการห้องพิเศษ มีการควบคุม กำกับ ติดตาม การก่อกั้น ผูกพันเท่าที่จำเป็น เพื่อควบคุมรายจ่ายของโรงพยาบาล
7. การจัดทำรายงานวัสดุคลังย่อยตามหน่วยเบิกจ่ายเพื่อให้ทราบถึงการนำไปที่ถูกต้องตรงกับที่ใช้จ่ายจริง
8. โปรแกรมการบันทึกข้อมูลเจ้าหน้าที่ใช้งาน โปรแกรมสำเร็จรูปที่พัฒนาขึ้นเอง สามารถแยกเจ้าหน้าที่ รายวัน รายเดือน รายปีได้

## ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายและข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

1. การจัดส่งรายงานบทลงโทษค่างให้ส่วนกลางและการลงบันทึกบัญชี ระบบ GFMS มีกำหนดเวลาไม่เกินวันที่ 10 ของเดือนถัดไป เป็นช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้รับผิดชอบด้านบัญชีเกิดความเร่งรีบในการจัดทำบัญชี ส่งผลให้เกิดความเครียดเป็นผลเสียต่อสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ ในการทำงานมากขึ้น อาจส่งผลเสียต่อการทำงานได้ในอนาคต

2. การตรวจสอบคุณภาพบัญชีของปีงบประมาณ 2565 โดยการตรวจสอบของทีมตรวจสอบภายในกระทรวงผู้จัดทำบัญชีต้องเตรียมเอกสารประกอบการตรวจสอบมีปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารงานระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาลหนองบัวลำภูและลดความเสี่ยงในการดำเนินงานที่อาจจะเกิดขึ้น จึงเห็นสมควรพิจารณากรอบอัตรากำลังข้าราชการเพิ่ม ซึ่งปัจจุบันไม่มีข้าราชการปฏิบัติงานที่กลุ่มงานบัญชี มีแต่พนักงานราชการและพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และหัวหน้างานบัญชีก็ไม่ใช่ข้าราชการเป็นเพียงพนักงานราชการเท่านั้น ทำให้งบประมาณอาจถูกมองว่าไม่น่าเชื่อถือ

2. การขยายการตามจ่ายหนี้ ค่ารักษาพยาบาล 30 บาทรักษาทุกที่ฟรี (ในโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดหนองบัวลำภูและทุกจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8) อัตราการเรียกเก็บจาก สปสช.เมื่อได้รับเงินตามที่เรียกเก็บจะก่อให้เกิดเสถียรภาพทางการเงินของโรงพยาบาลที่รับรักษาจริง

กลุ่มงานบัญชี  
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

## ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล

ประเด็นการตรวจราชการ : องค์กรแห่งความสุข เพื่อพัฒนาสู่องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ งานได้ผล  
คนเป็นสุข ปลอดภัย สร้างผู้นำรุ่นใหม่

ตัวชี้วัด : ตำแหน่งว่างในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู คงเหลือไม่เกิน ร้อยละ 3

### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S เปิดให้บริการจริง 353 เตียง (กรอบ 300 เตียง)

#### ข้อมูลบุคลากร

ลำดับ	ประเภทบุคลากร	ตาม จ.18		ตามปฏิบัติงานจริง	
		จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1	ข้าราชการ	459	55.64	475	55.88
2	พนักงานราชการ	28	3.39	29	3.41
3	ลูกจ้างประจำ	23	2.79	23	2.70
4	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	312	37.82	312	36.70
5	ลูกจ้างชั่วคราว	3	0.36	11	1.29
รวมทั้งสิ้น		825	100.00	850	100.00

### 2. ผลการดำเนินงาน

ประเภทบุคลากร	จำนวน ตำแหน่ง	จำนวน ตำแหน่ง ว่าง	ร้อยละ ตำแหน่ง ว่าง	จำนวนตำแหน่งว่าง						ร้อยละ ตำแหน่ง ว่างที่ จัดการได้
				การบริหารจัดการ			กลุ่มที่จัดการได้			
				จัดการ ไม่ได้	จัดการ ได้	รวม	ยังไม่ได้ ดำเนินการ	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ	รวม	
ขรก.	482	23	4.77	3	20	23	6	14	20	4.15
พรก.	30	2	6.67	0	2	2	0	2	2	6.67
รวม ขรก. พรก.	512	25	4.88	3	22	25	6	16	22	4.30
ลูกจ้างประจำ	23	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00
พกส.	344	32	9.30	0	32	32	14	18	32	9.30
ลูกจ้างชั่วคราว	11	8	72.73	0	8	8	6	2	8	72.73
รวม	890	65	93.47	3	62	65	26	36	62	92.85

### 3. กระบวนการดำเนินงาน

1. ตรวจสอบตำแหน่งว่างของโรงพยาบาลหนองบัวลำภูทุกวันสิ้นเดือน ของทุกเดือน  
นำเสนอข้อมูลตำแหน่งว่าง เพื่อขออนุมัติใช้ตำแหน่งว่างในการประชุมคณะกรรมการบริหารจัดการและ  
พัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Management and Development : HRMD) ทุกเดือน
2. จัดทำหนังสือขอใช้ตำแหน่งว่างเพื่อให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 พิจารณานุมัติ
3. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 พิจารณาและจัดทำหนังสือขอใช้ตำแหน่งว่างเพื่อให้กระทรวงสาธารณสุข พิจารณานุมัติ ต่อไป
4. โรงพยาบาลหนองบัวลำภูดำเนินการตามเงื่อนไขที่ได้รับอนุมัติจากกระทรวงสาธารณสุข
5. ดำเนินการอนุมัติคำสั่งในระบบ HROPS
6. ดำเนินการส่งสำเนาคำสั่งแต่งตั้ง ฯ ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อจบกระบวนการ

### 4. รายละเอียดเงื่อนไขตำแหน่งที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

ประเภทเงื่อนไขการขอใช้ตำแหน่งว่างข้าราชการ	จำนวนตำแหน่งว่าง
เลื่อน	1
รับย้าย	3
รับโอน	2
บรรจุกลับ	1
บรรจุกลับจากทหาร	1
บรรจุผู้ได้รับการคัดเลือก	5
ยุบกำหนดตำแหน่ง	1
รวมจำนวนที่อยู่ระหว่างดำเนินการ	14

#### ข้อมูลตำแหน่งว่าง ข้าราชการ ที่ยังไม่ได้ดำเนินการ

ตำแหน่งที่ว่าง	จำนวนตำแหน่ง ที่ว่าง	ปีที่ว่าง				
		2561	2562	2563	2564	2565
ทันตแพทย์	2		2			
นายแพทย์	3			1	1	1
พยาบาลวิชาชีพ	1				1	
รวม	6					

#### ตำแหน่งที่อยู่ในแผนบริหารตำแหน่งว่าง ประเภทพนักงานราชการ

ตำแหน่ง	จำนวนตำแหน่งว่าง	เลขที่ตำแหน่ง	หมายเหตุ
นักวิชาการสาธารณสุข	1	3233	กำหนดสอบสัมภาษณ์ 27 พ.ค. 2565
นักทรัพยากรบุคคล	1	12232	กำหนดสอบข้อเขียน 24 พ.ค. 2565

## 5. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

### ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

1. ผู้นำมีวิสัยทัศน์และให้ความสำคัญการการบริหารจัดการและพัฒนางานทรัพยากรบุคคล
2. กลุ่มงานทรัพยากรบุคคลมีโครงสร้าง ผู้รับผิดชอบและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน
3. มีการควบคุม กำกับ ติดตามและเสนอแนะจากผู้บริหารโรงพยาบาลและเขต ฯ อย่างต่อเนื่องทุกเดือน

### ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

1. ติดเงื่อนไขหลักเกณฑ์และวิธีการจากส่วนกลาง
2. ผู้รับบริการขาดความเข้าใจในขั้นตอนบริการ
3. ผู้ให้บริการขาดความรู้ เช่น ระเบียบปฏิบัติเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ให้บริการมีความรู้ไม่ทันการณ์
4. ผู้ให้บริการขาดทักษะ การสื่อสาร

## 6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องทุกปี
2. สร้างเครือข่ายในการทำงาน HRMD
3. พัฒนาระบบการสื่อสาร เพื่อให้บุคลากรทราบขั้นตอนปฏิบัติในการเข้าถึงตำแหน่ง
4. ควรมีการวางแผนปฏิบัติงาน เช่นแผนการสรรหาบุคลากรรายปี ทดแทนตำแหน่งเกษียณ

## 7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

-

ผู้รายงาน นางรุ่งนภา ฤาบุญเรือง

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

วัน/เดือน/ปี 19 พฤษภาคม 2565

โทร 086-2361392 e-mail rung12pha@hotmail.com

## ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล

ประเด็นการตรวจราชการ : องค์กรแห่งความสุข เพื่อพัฒนาสู่องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ งานได้ผล คนเป็นสุข ปลอดภัย สร้างผู้นำรุ่นใหม่

ตัวชี้วัด : ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ 5 เปิดให้บริการจริง 353 เตียง (กรอบ 300 เตียง) โครงสร้างองค์กรตาม ว. 1707 ประกอบด้วย 5 กลุ่มภารกิจ ได้แก่ 1) กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ 2) กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ 3) กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ 4) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ 5) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และแบ่งเป็น 55 กลุ่มงาน มีบุคลากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานจริง 825 คน (ข้อมูลตาม จ.18) ตามโครงสร้างมีหัวหน้ากลุ่มภารกิจและหัวหน้ากลุ่มงานที่ชัดเจน

ในอดีตพบว่าระบบการพัฒนาบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ในบางกลุ่มงานยังต้องพัฒนาปรับปรุงอย่างเป็นระบบ เพื่อให้พัฒนาสู่องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ งานได้ผล คนเป็นสุข ปลอดภัย สร้างผู้นำรุ่นใหม่

รายงานสถานการณ์ตำแหน่งว่างซึ่งเป็นตำแหน่งทางการบริหาร			
หน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
รพท.หนองบัวลำภู	4	1	1

### 2. กระบวนการดำเนินงาน แผนงาน/โครงการที่รองรับ

แผนงาน/ โครงการ	มาตรการดำเนินงาน ที่สำคัญ/ กิจกรรม	เป้าหมาย	จำนวน	งบประมาณ	ระยะเวลา
1.โครงการฝึกอบรม หลักสูตรการ สมรรถนะผู้บริหาร (รองฯกลุ่มงาน/ผช. สสอ./ผอ.รพ.สต)	1.เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ ของบุคลากรในด้านการบริหารและ สามารถบูรณาการความรู้นำมา ประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมี ประสิทธิภาพ 2.เพื่อเพิ่มขีดความสามารถเชิงการ บริหารสำหรับการเตรียมความพร้อม ของบุคลากรเพื่อเป็นผู้บริหารที่ดี 3. สร้างเครือข่ายในการทำงาน 1.เพื่อสื่อสารการพัฒนาจิตเป็นคุณค่า สำคัญของทุกคนองค์กร 2.เพื่อสนับสนุนให้MIOเกิดขึ้นจริงและ ยั่งยืนต่อเนื่องทุกหน่วยงานมีส่วนร่วม อย่างจริงจัง 3.บุคลากรทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมทาง Zoom	1.รองหัวหน้า กลุ่มงาน	จำนวน 30 คน	20,400 บาท	ก.ค.-ก.ย.65

แผนงาน/ โครงการ	มาตรการดำเนินงาน ที่สำคัญ/ กิจกรรม	เป้าหมาย	จำนวน	งบประมาณ	ระยะเวลา
3.สร้างสุขด้วยสติใน องค์กรอย่างยั่งยืน (Mindfulness in Organization : MIO)ทำ MOU และ สื่อสารให้ทุกหน่วย ในองค์กรทราบ ร่วมมือให้ MIO เกิดขึ้นจริงและ ยั่งยืนต่อเนื่อง (1 วัน) ภาคปฏิบัติ		1.ผู้บริหาร หน่วยงานย่อย ทุกหน่วยร่วมทำ MOU 2.บุคลากรทุก คนรับทราบและ มีส่วนร่วม จำนวน 850 คน	บุคลากร รพ.นภ 850 คน (แบ่งเป็น 4 รุ่น)	255,000บาท	กุมภาพันธ์ 65

### 3. ผลการดำเนินงาน ปี 2565

1. ผู้บริหารหน่วยงานย่อยทุกหน่วยร่วมทำMOU และเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 55 หน่วยงาน ในเดือนกุมภาพันธ์ 2565
2. ส่งบุคลากรเข้ารับการพัฒนาศมรรณะผู้บริหาร หลักสูตร ผบก. จำนวน 1 คน หลักสูตร พบส. จำนวน 1 คน และหลักสูตรผู้บริหารทางการแพทย์ จำนวน 2 คน
3. อยู่ระหว่างเสนอแผนงานโครงการพัฒนาบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งระดับสูง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู คาดว่าจะดำเนินการได้ในเดือนกรกฎาคม 2565

### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

#### ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

1. วิสัยทัศน์องค์กรชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญกับบุคลากรเพื่อก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น
2. มีแผนสรรหาบุคลากรเพื่อความก้าวหน้า 5 ปี ที่ชัดเจน

#### ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

1. การเข้าถึงข้อมูลความก้าวหน้าของบุคลากรรายบุคคล

### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ความพร้อมของบุคลากร เช่น คุณสมบัตินี้ไม่ครบ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง -

ผู้รายงาน นางรุ่งนภา ธิาบุญเรือง  
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
วัน/เดือน/ปี 19 พฤษภาคม 2565

โทร 086-2361392 e-mail rung12pha@hotmail.com

## ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล

### ประเด็นการตรวจราชการ : องค์กรแห่งความสุข

ตัวชี้วัด : ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

1. ประชาสัมพันธ์ กระตุ้นให้บุคลากรตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน
2. ลงเชิงรุกหน้างานเพื่อสร้างความเข้าใจในการตอบแบบสอบถาม
3. ผู้บริหารมอบนโยบายให้กับหัวหน้างานในการในการตอบแบบสำรวจ

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

ขั้นที่ 1 แบบประเมินค่าดัชนีชี้วัดความสุข (Happinometer)

ขั้นที่ 2 องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ 1 แห่ง (อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน)

#### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน(Happinometer)	ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข(Happinometer)	ร้อยละ 70	บุคลากรทั้งหมด 839 คน เข้าทำแบบประเมินแล้ว 674 คน	ร้อยละ 80
ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	ระดับจังหวัด 1 แห่ง	1 แห่ง	อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน	-

#### ผลการวิเคราะห์ความสุขความผูกพันและความพึงพอใจบุคลากร รพ.หนองบัวลภู รอบที่ 2 ประจำปี 2565

วิเคราะห์ภาพรวมองค์กร บุคลากรทั้งหมด 839 คน เข้าทำแบบประเมิน Happinometer แล้ว 674 คน คิดเป็นร้อยละ 80 (ข้อมูล ณ มีนาคม 2565)

#### วิเคราะห์ภาพองค์กร

1. ความสุขภาพรวม บุคลากรมีความสุขคิดเป็นร้อยละ 61.52

2. ด้านความผูกพัน บุคลากรมีความผูกพันคิดเป็นร้อยละ 65.98

มิติที่คะแนนต่ำสุดคือ สุขภาพเงินดี (Happy Money) คิดเป็นร้อยละ 49.1 รองลงมาคือ ผ่อนคลายดี (Happy Relax) คิดเป็นร้อยละ 54.2

มิติที่มีคะแนนสูงสุดคือ จิตวิญญาณดี (Happy Soul) คิดเป็นร้อยละ 69.4 รองลงมาคือ น้ำใจดี (Happy Heart) คิดเป็นร้อยละ 68.8

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

##### ปัจจัยความสำเร็จ

1. มีระบบสำรองในการเข้าตอบแบบประเมิน
2. ผู้บริหารมอบนโยบายให้กับหัวหน้างาน เพื่อเป็นการกระตุ้นบุคลากรในหน่วยงาน

3. การทำงานเชิงรุกของผู้รับผิดชอบ เพื่อสร้างความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการตอบแบบประเมิน
4. เพิ่มช่องทางในการเข้าถึงแบบสำรวจให้กับหน่วยงานที่ไม่มีคอมพิวเตอร์และไม่สะดวกในการเข้าตอบแบบสำรวจออนไลน์

#### **ปัจจัยไม่ประสบความสำเร็จ**

1. ระบบไม่เอื้ออำนวยต่อการเข้าตอบแบบประเมิน
2. รูปแบบการกระตุ้นเพื่อให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการตอบแบบสำรวจ
3. กิจกรรมที่หลากหลาย และเป็นรูปแบบใหม่ที่ทำให้บุคลากรมีความสนใจ

#### **5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

1. ความสามารถในการตอบแบบสำรวจของบุคลากรในแต่ละระดับแตกต่างกัน
2. การเข้าถึงแบบสำรวจมีความซับซ้อน ทำให้บุคลากรไม่ยากเข้าตอบแบบสำรวจ
3. บุคลากรไม่เห็นความสำคัญในการตอบแบบสำรวจ
4. ระบบไม่เอื้ออำนวยต่อการตอบแบบประเมิน

#### **6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง**

1. พัฒนา OPL ขั้นตอนการตอบแบบประเมินคำดัชนีชี้วัดความสุข และดัชนีมวลกายของบุคลากรสาธารณสุข

ผู้รายงาน น.ส.ณัฐชาพรรณ แก้วกะชุติ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วัน/เดือน/ปี 24/ 05/2565

โทร.0 42 006 006 ต่อ 1406

[e-mail.donutchaphan@gmail.com](mailto:donutchaphan@gmail.com)

## ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล

ประเด็นการตรวจราชการ : ITA

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA

### 1. สถานการณ์

- 1) มีการเปลี่ยนแปลงประธานงาน ITA โรงพยาบาลทำให้หน่วยงานต่างๆ ให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้นในระดับหนึ่ง
- 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่เข้าใจบริบทของตนว่าเกี่ยวข้องกับ ITA อย่างไร ยังพบว่ามีการหลีกภาระงานออกจากหน่วยงานของตน
- 3) โรงพยาบาลยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการประเมิน ITA จึงไม่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการ

### 2. กระบวนการดำเนินงาน

- 1) มอบหมายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบรายหัวข้อ และกำหนดช่องทาง วิธีการส่งข้อมูล กำหนดกรอบระยะเวลา เพื่อนำเอกสารขึ้นแสดงบนระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
- 2) คัดลอก URL เอกสารงาน ITA จากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลหนองบัวลำภู นำส่งระบบ MITAS กระทรวงสาธารณสุข

### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 100	100	92.31	91.67	100	95.65	95.65

### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

- 1) ทำงานร่วมกันทั้งหน่วยบริการ
- 2) ต้องมีการกำกับติดตามจากผู้บริหารอย่างใกล้ชิดทุกระยะ และต้องมีการเสริมแรงเชิงบวก

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- 1) ผู้บังคับบัญชามอบหมายงานให้ผู้รับผิดชอบไม่ตรงกับลักษณะงานของผู้รับมอบหมาย
- 2) ผู้ปฏิบัติงานยังคงยึดปฏิบัติงานตามรูปแบบเดิมจึงไม่มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับงาน ITA
- 3) ผู้ที่ได้มอบหมายงานขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานให้ทันตามกรอบเวลาที่กำหนด

### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- 1) ไม่มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ เพราะมีการมอบหมายงานให้ผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ดำเนินการโดยตรง ทำให้ไม่เกิดการขับเคลื่อนหน่วยบริการ

ข้อเสนอแนะ ควรมีผู้บริหาร หรือหัวหน้างาน เป็นแกนหลักในการวางแผนการปฏิบัติงาน จากนั้นจึงกระจายงานลงหน่วยย่อย พร้อมติดตามการส่งเอกสารของหน่วยงานย่อยอย่างใกล้ชิด เพื่อสร้างให้เกิดเป็นระบบ และยั่งยืน

- 2) ไม่มีการสร้างให้เกิดระบบงานใหม่ที่เป็นต่อการพัฒนาหน่วยบริการ

ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารควรเล็งเห็นความสำคัญของการสร้างระบบที่มีความเข้มแข็งและให้เกิดการปฏิบัติงานเป็นปกติวิสัย เพื่อสร้างเกราะป้องกันมิให้เกิดการทุจริตเกิดขึ้นในหน่วยบริการ

ผู้รายงาน นายเชษฐพงษ์ พรหมนิवास ตำแหน่ง นิติกร

วัน/เดือน/ปี 19 พฤษภาคม 2565

โทร. 093-515-3660 e-mail chattapp51d@gmail.com

## ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล

ประเด็นการตรวจราชการ : มาตรฐานสถานบริการ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ Re-Accredit

### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เป็นโรงพยาบาลทั่วไป / ระดับ S (ตติยภูมิ) ที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดยเริ่มได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลครั้งแรก เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2556 หลังจากนั้นก็ได้มีการพัฒนาระบบงานต่างๆ ทั้งงานด้านบริการ งานบริหาร งานด้านวิชาการ ตลอดจนงานสนับสนุนบริการ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิผล ประสานสอดคล้องกันทั้งระบบ และมีความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน ปัจจุบันโรงพยาบาลหนองบัวลำภูเป็นสถานพยาบาลที่ได้ผ่านการรับรองคุณภาพ Re-accreditation 2 เน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการบริหารองค์กร เมื่อวันที่ 30-31 ตุลาคม 2561 โดยมีระยะเวลาการรับรองตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน 2561 - 9 พฤศจิกายน 2564 นอกจากโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจะผ่านการรับรองตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) แล้ว หน่วยงานบริการสำคัญต่างๆก็ผ่านการรับรองตามมาตรฐานวิชาชีพด้วยเช่นกัน คือ

1. ผ่านการประเมินการบริการตามมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ระดับดีมาก โดยสภากายภาพบำบัด
2. ได้รับการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555 สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โดยสภาเทคนิคการแพทย์
3. ได้รับการรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (รับประเมิน 6 ม.ค.65)
4. ผ่านการตรวจประเมินรับรองคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลระดับ 2
5. ผ่านมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก Plus

### 2. กระบวนการดำเนินงาน

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ขับเคลื่อนด้วย 2P Safety โดยผู้บริหารได้ให้นโยบาย 2P Safety เป็นเข็มมุ่งสำคัญของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากร มีความปลอดภัย สมักร่วมเป็นโรงพยาบาล 2P safety hospital ในปี 2564 มีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและมีการประเมินผล Safety Culture Survey (HSCS) และ Patient experience Program (PEP) กับสรพ.ในปี 2565 ใช้ระบบสารสนเทศในการบริหารจัดการความเสี่ยง Healthcare Risk Management System on Cloud (HRMS on Cloud) รายงานผล incidents ที่สอดคล้องกับ 2P Safety เข้าสู่ระบบ National Reporting and Learning System พัฒนาการดำเนินงานคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง จัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ มาตรฐาน HA ฉบับใหม่ การใช้งานระบบ HRMS on Cloud, Smart PCT การทำ RCA , Clinical tracer , การทำ Risk register , การนำเสนอผลการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยต่อกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน คั้นข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการตามกำหนดเวลา ตอบแบบประเมินตนเอง (SAR 2020) และจัดการ Internal Survey โดยทีมเยี่ยมสำรวจภายในและที่เสี่ยงระดับจังหวัด (QLN) เพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภู และ

เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพระหว่างโรงพยาบาล จัดอบรมทั้งแบบปกติและอบรมออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)ได้เยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 แบบ Adjusted Survey และได้แจ้งผลการรับรองการ Re-Accredit ครั้งที่ 3 โดยรับรองตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน 2564 –9 พฤศจิกายน 2567

### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.- มี.ค.64)		
		2562	2563	2563	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ Re-Accredit	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	(Re-Accredit ครั้งที่ 3)

### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ผู้บริหารและทีมงานร่วมกันชี้แจงการพัฒนาโรงพยาบาลให้มีศักยภาพการให้บริการที่สูงขึ้น และทีมงานทางคลินิกมีการทบทวนและพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ พัฒนาระบบเพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติ ตลอดจนการจัดการด้านความรู้ และสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ

### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- ยังไม่มีเจ้าหน้าที่ที่อยู่ประจำ (อยู่ในระหว่างการดำเนินการสรรหา นักวิชาการสาธารณสุข)
- ยังไม่สามารถสร้างวัฒนธรรมคุณภาพให้เกิดในองค์กรได้อย่างครอบคลุม
- ยังไม่สามารถกระตุ้นให้หน่วยงานภายใน ใช้หลัก 3P ในการทำงาน ทำแบบประเมินตนเองและ Service Profile ได้ครบทุกหน่วยงาน

### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- โปรแกรมรายงานความเสี่ยงออนไลน์ HRMS on cloud
- กำลังดำเนินการพัฒนาผลงานวิจัยในแต่ละหน่วยงาน เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น

- ผู้รายงาน 1. พญ.วราภรณ์ ศรีภักดี ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
 2. นางอภิญา กัญญาแสงศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
 3. น.ส.กัลลฐิพร ชัยประทานพงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
 โทร 042-006006 ต่อ 1403 e-mail qicnbh@gmail.com

# Area Based

(ปัญหาสำคัญของพื้นที่)

## ประเด็นที่ 8 ปัญหาสำคัญของพื้นที่

### หัวข้อ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ประเด็นการตรวจราชการ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ตัวชี้วัด : 1. อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2. ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่
3. ทุกอำเภอสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอเมืองหนองบัวลำภู ระลอกมกราคม 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสม ทั้งหมด 4,591 ราย เสียชีวิต สะสม 22 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ม.ค. - 17 พ.ค. 65)

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

##### 2.1 มาตรการอำเภอเมืองหนองบัวลำภู

2.1.1 มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

###### มาตรการเข้ม

1. หมู่บ้าน/ชุมชน ร่วมปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T-A
2. หมู่บ้าน/ชุมชนร่วมปฏิบัติตามมาตรการของ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดหนองบัวลำภูกำหนด
3. รณรงค์การฉีดวัคซีน

2.1.2 มาตรการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

###### แยกผู้ป่วยรักษา

1. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทุกราย ทั้งในโรงพยาบาล, HI, OPSI
2. ส่งกลับ สร้างการรับรู้ให้ชุมชน

2.1.3 มาตรการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

###### สร้างความยั่งยืนในหมู่บ้าน/ชุมชน

1. หมู่บ้าน/ชุมชนเข้าใจและอยู่กับโรคโควิด-19 อย่างปลอดภัย
2. ช่วยเหลือบุคคลที่ได้รับผลกระทบ อาชีพ รายได้ ความเป็นอยู่

##### 2.2 มาตรการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

2.2.1 มาตรการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

- มีการจัดตั้ง ARI Clinic
- มีการคัดกรอง (วัดไข้) ผู้ป่วย/ประชาชน ที่มารับบริการก่อนเข้าภายในอาคาร รพ.หนองบัวลำภู
- เปิด EOC
- เฝ้าระวังกลุ่มพิเศษผู้ต้องขังรายใหม่ และกลุ่มแรงงานต่างด้าว

## 2.2.2 มาตรการและการป้องกันสำหรับประชาชนทั่วไป

ใช้มาตรการ DMHT

D = Social Distancing เว้นระยะห่าง

M = Mask สวมหน้ากากอนามัย

H = Hand ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่

T = Testing การตรวจเร็ว รักษาเร็ว ควบคุมโรคได้เร็ว

## 2.2.3 โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ตรวจสอบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เอง

วันที่ 14 ธันวาคม 2563 จนถึง ปัจจุบัน

### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ปี 2565 (1 ม.ค. 65 - 17 พ.ค. 65)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	-	22 ราย	อัตราป่วย 0.48 ต่อแสนประชากร
2. ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่	-	ระดับดี	-
3. ทุกอำเภอสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21-28 วัน	ควบคุมได้ภายใน 21-28 วัน	เกิด Cluster และมีการระบาดในพื้นที่ (อ.เมือง พบผู้ป่วย 4,591 ราย)	อัตราป่วย 3,357.76 ต่อแสนประชากร

### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

1. ทีม CDCU อำเภอเมืองหนองบัวลำภู ปฏิบัติงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยความเข้มแข็ง
2. เข้มงวดมาตรการด้านชุมชน การกักตัว การสอบสวนโรค การส่งตรวจหาเชื้อ
3. มีการสำรวจผู้เดินทางจากพื้นที่ระบาดเชิงรุก ให้คำแนะนำข้อปฏิบัติ ก่อนเข้าพื้นที่
4. มีมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน อสม. ร่วมกับผู้นำท้องที่ ท้องถิ่น ในการคัดกรอง/กักกัน บุคคลกลุ่มเสี่ยงที่มาจากพื้นที่การแพร่ระบาด

### 5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยยังปกปิดประวัติการเดินทางไปพื้นที่เสี่ยง แก้ไขโดยการให้การซักถามโดยเชิงเป็นมิตร เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง และเราป้องกันตัวโดยปฏิบัติตามหลัก DMHTT
2. ความพอเพียงของชุดอุปกรณ์ป้องกันและทักษะการใส่ชุดยังขาดความชำนาญ แก้ไขโดยจัดหาอุปกรณ์ที่พอเพียงแล้ว ทักษะ ต้องได้รับการทบทวนและการฝึกฝน

ผู้รายงาน นางสาวศรัณยา เนื่องมัจฉา

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วัน/เดือน/ปี 18 พฤษภาคม 2565

เบอร์โทร 062-1656184 e-mail new.sarunya23@gmail.com

## ประเด็นที่ 8 ปัญหาสำคัญของพื้นที่

### หัวข้อ โรคไข้เลือดออก

ประเด็นการตรวจราชการ : โรคไข้เลือดออก

ตัวชี้วัด : 1. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงร้อยละ 25 ของค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง

2. หมู่บ้าน/ชุมชนมีการควบคุมโรคไข้เลือดออกให้สงบภายใน 14 วัน  $\geq$  ร้อยละ 85

3. อำเภอมีตำบลปลอดไข้เลือดออก  $\geq$  ร้อยละ 20

4. ร้อยละ 80 ของชุมชน/หมู่บ้านมีดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย ไม่เกิน 10

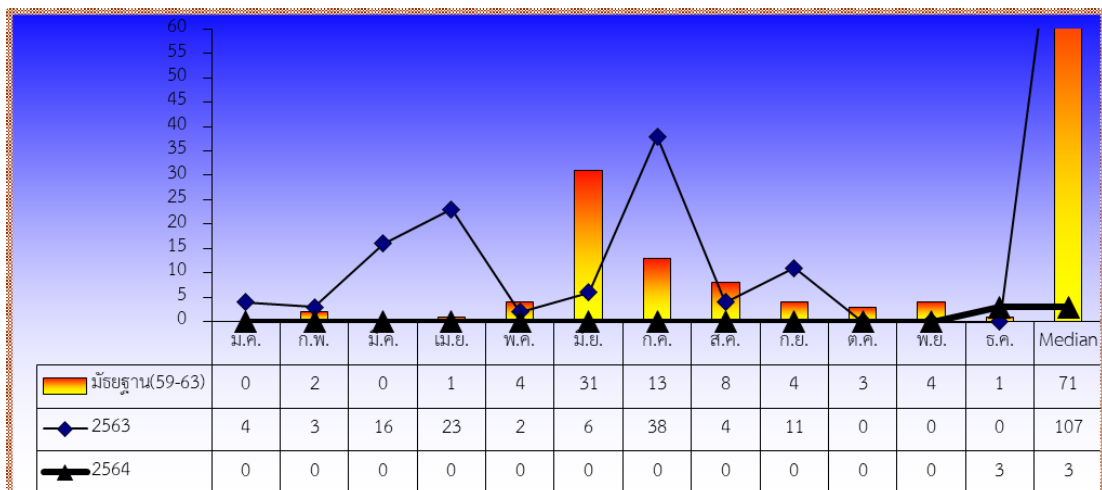
5. ร้อยละ 100 ของ สถานบริการสาธารณสุข, สถานศึกษา, ศาสนสถาน, ศูนย์เด็กฯ

มีดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย เท่ากับ 0

### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก อ.เมืองหนองบัวลำภู เปรียบเทียบปี 2563-2564 และ Median ปี (59-63)

ข้อมูล ณ. วันที่ 9 ธันวาคม 2564



สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ในปี 2564 อำเภอเมืองหนองบัวลำภู มีอัตราป่วย 2.19 ต่อแสนประชากร โดยมีผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน 3 ราย (อำเภอเมืองหนองบัวลำภู มี 15 ตำบล 186 หมู่บ้าน 33 ชุมชน)

### 2. กระบวนการดำเนินงาน

1. การป้องกัน มีระบบเฝ้าระวังโรคและผลักดันให้เกิดความร่วมมือของเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอไปจนถึงท้องถิ่นให้จัดการสิ่งแวดล้อมไม่ให้แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยเน้นกระบวนการจัดการพาหะแบบผสมผสาน (Integrated Vectors Management-IVM) อาศัยกลไกอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.) (Disease Control in District Health System)

2. การควบคุมโรค เน้นประสิทธิภาพในการควบคุมโรคของทีม SRRT และท้องถิ่น ป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดเกิน 2 Generation โดยใช้กลไกมาตรฐานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC-ICS)

3. ป้องกันการเสียชีวิต โดยร่วมมือกับ แพทย์ รพ.หนองบัวลำภู ให้มีการสนับสนุนคู่มือมาตรฐานการรักษา และจัดระบบแพทย์ที่ปรึกษา

4. สื่อสารประชาสัมพันธ์ ผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อให้ประชาชนรู้จักวิธีการป้องกันตนเองและร่วมมือในการควบคุมโรค

### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64 – มี.ค.65)	
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน
1. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง เมื่อเทียบค่ามัธยฐานอัตราป่วย 5 ปีย้อนหลัง	>20%	213.21	139.59	0	25%	อยู่ระหว่างดำเนินการ
2. อำเภอมีตำบลปลอดไข้เลือดออก	≥20%	-	-	0	>20%	
3. ชุมชน/หมู่บ้าน มีค่า HI ไม่เกิน 10	>80%	58.30	97.02	100	>80%	
4. สถานบริการสาธารณสุข/สถานศึกษา/ศาสนสถาน/ศูนย์เด็กเล็ก มีค่า CI = 0	100%	97.44	99.50	100	100%	
5. หมู่บ้าน/ชุมชนมีการควบคุมโรคไข้เลือดออกให้สงบภายใน 14 วัน	≥85%	-	-	-	≥85%	

### 4. ปัญหา อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ และข้อเสนอแนะ

1. ประชาชนในชุมชนขาดความตระหนักในเรื่องการดูแลและทำลายลูกน้ำและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในหลังคาเรือนตัวเอง
2. ความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน ในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกยังมีน้อย
3. ประชาชนให้ความสำคัญกับการใช้สารเคมี มากกว่าการควบคุมทางกายภาพ ซึ่งได้ผลดีและต้นทุนการดำเนินงานต่ำ
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในหมู่บ้านมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับพื้นที่ที่เกิดโรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน ตลอดจนการเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรค
5. สภาพของเครื่องมือพ่นเคมีภัณฑ์ที่ชำรุด ทำให้เกิดอุปสรรคกับการวางแผนการควบคุมการระบาด
6. องค์กรท้องถิ่นในชุมชน ยังมองว่าการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก เป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น
7. มีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

ผู้รายงาน นายอนพ เขียวสี ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

วัน/เดือน/ปี : 25 พฤษภาคม 2565

โทร 086-2255252 E-mail : Anop\_m150@hotmail.com

## ประเด็นที่ 8 ปัญหาสำคัญของพื้นที่

### หัวข้อ โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี

ประเด็นการตรวจราชการ : โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี

ตัวชี้วัด : ร้อยละ 80 ของตำบลมีการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน ที่พบได้บ่อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเท่ากับ 3:1:1 เท่า และที่สำคัญมักพบในคนที่มีญาติพี่น้องเป็นมะเร็งตับ จากการสำรวจความชุกของ สคร.6 ในเขตบริการที่ 8 ในปี 2555 พบว่า จังหวัดหนองบัวลำภูมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ 22.14 % พบสูงสุดในอำเภอนาวัง 29.6 % อำเภอโนนสัง 27.4 % อำเภอเมือง 25.2% อำเภอนากลาง 20.6% อำเภอสุวรรณคูหา 16.3 % และอำเภอศรีบุญเรือง 15.5 % ซึ่งอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ในปี 2556 มีอัตราความชุก 9.39 % ปี 2557 มีอัตราความชุก 5.77 % และ ปี 2558 มีอัตราความชุก 10.56 % (Median = 5.77 %) จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2565 ได้ดำเนินงานลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ด้วยมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดหนองบัวลำภู มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในปี 2560 ถึง 2564 ดังนี้ 71.36 ,62.07 ,61.41 , 53.24 และ 0 ต่อแสนประชากร สำหรับผู้ป่วยสงสัย CHCA ที่ขึ้นทะเบียนรักษาและส่งต่อที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ในปี 2562 จำนวน 47 ราย ปี 2563 จำนวน 99 ราย ปี 2564 จำนวน 95 ราย สำหรับปี 2565 (ต.ค. 64 – เม.ย. 65) จำนวน 61 ราย

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

1. อำเภอเมืองหนองบัวลำภู ได้มีการรณรงค์คนเมืองหนองบัวลำภูไม่กินปลาดิบ พร้อมกันทั้งอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ผ่านกิจกรรมงานประเพณีในท้องถิ่น รวมทั้งติดป้ายประชาสัมพันธ์ ที่ โรงพยาบาลและทุก รพ.สต.

2. รพ.สต.มีการดำเนินการคัดกรองด้วย Ultrasound ในประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป จำนวน 500 คน และเก็บอุจจาระในกลุ่มเสี่ยงเพื่อตรวจหาไข่พยาธิ จะทำการคัดกรองในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และเก็บอุจจาระตามช่วงอายุที่กำหนด จำนวน 2,500 ราย ( ปี 2565 รพ.สต.หนองบัวบัวโสม รพ.สต.ยาหลวงเหนือ ,รพ.สต.ห้วยโจด , รพ.สต.หมากเลือด , สอน.ทุ่งโปรง)

3. โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อใช้ในเครือข่ายและส่งต่อไปยังสถานพยาบาลสูงขึ้น และได้มีการพัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี และระบบส่งต่อผ่านระบบ Refer Link กับศูนย์มะเร็งอุดรธานี รพศ. อุดรธานี รพ.ศรีนครินทร์ และ รพ.พระยุพราชท่าบ่อ ในการส่งต่อผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการประสานข้อมูลพื้นที่ ในการติดตามผู้ป่วยกับศูนย์ COC ในกรณี Palliative care ด้วย

4 ตำบลต้นแบบเฉลิมพระเกียรติฯ ดำเนินการใน 4 ตำบล 5 รพ.สต. คือ ปี 2565 ดำเนินการใน ต.หนองสวรรค์ ต.กุดจิก ต.โนนขมิ้น และ ต.ลำภู ปี 2564 ต.โพธิ์ชัย ต.บ้านขาม ต.หนองหว้า ต.ป่าไม้งาม ต.หนองภัยศูนย์ และ นาคำไฮ ปี 2563 ต.โนนขมิ้น และ ต.นาคำไฮ ปี 2562 ต.บ้านพร้าว และ ต.บ้านขาม ปี 2561 ต.นาคำไฮ ปี 2560 ตำบลหัวนา และ ตำบลโนนทัน ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2559

ตารางแสดง การดำเนินงานกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2565

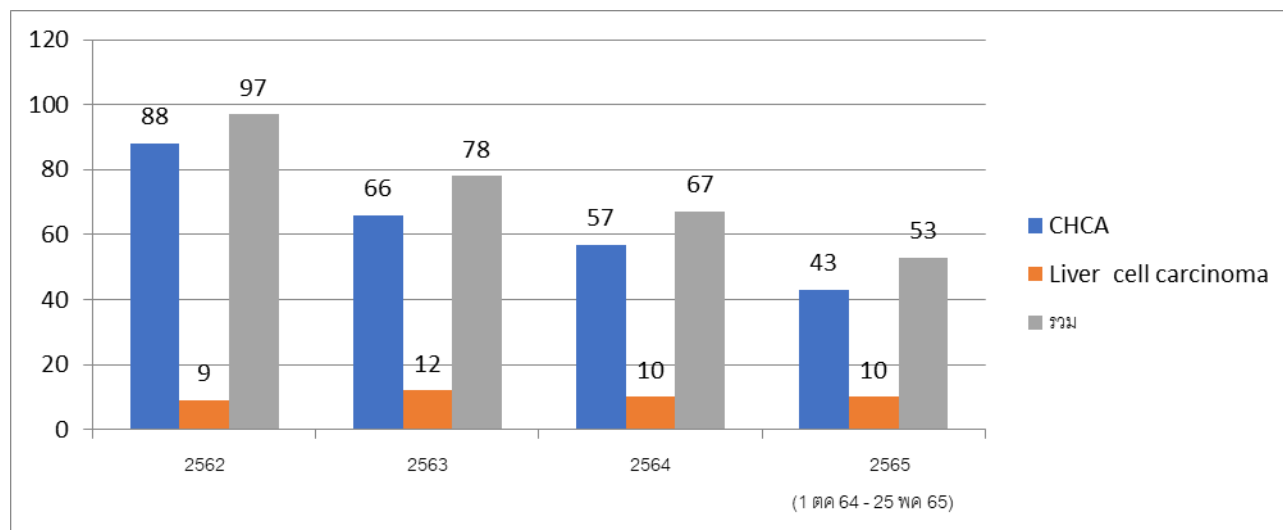


3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1.ร้อยละของตำบลมีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ	80 %	1,810/1,810 (100 %) OV 37 ราย (2.04%)	1,715/2,316 ( 85.30 %) OV 108 ราย (4.66%)	2,750/2,750 (100 %) OV 2 ราย (0.07%)	2,500	อยู่ระหว่างดำเนินการ	
2.ประชาชน 40 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองด้วย Ultrasound	500	-	-	-	500	อยู่ระหว่างดำเนินการ	
3. อำเภอมีตำบลต้นแบบเฉลิมพระเกียรติฯป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	4 ตำบล 5 รพ.สต.	ต.บ้านพร้าว รพสต.บ้านบก ต.บ้านขาม (รพสต.โนนคูณ)	ต.โนนขมิ้น (รพ.สต.นาเลิง) ต.นาคำไฮ (รพ.สต.โนนสมบูรณ์) ต.นามะเฟือง (รพ.สต.นามะเฟือง)	ต.โพธิ์ชัย (รพ.สต.ห้วยลึก) ต.บ้านขาม (รพ.สต.ช่องโป้) ต.หนองหัว (รพ.สต.หนองหัว) ต.ป่าไม้งาม (รพ.สต.โคกกลาง) ต.หนองภัยศูนย์ (รพ.สต.ดอนยานาง)	ต.หนองสวรรค์ (รพ.สต.หนองบัวโขม) ต.กุดจิก (สอน.ทุ่งโปร่งฯ , รพ.สต.ยางหลวงเหนือ) ต.โนนขมิ้น (รพ.สต.ห้วยโจด) ต.ลำภู (รพ.สต.หมากเลื่อม)		

จำนวนผู้มารับบริการ โรค CHCA และ Liver cell carcinoma ปีงบประมาณ 2562 – 2565 (พ.ศ. 65)

โรค	2562	2563	2564	2565 (1 ตค 64 - 25 พค 65)
CHCA	88	66	57	43
Liver cell carcinoma	9	12	10	10
รวม	97	78	67	53



4.ปัญหา อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ และข้อเสนอแนะ

มีการระบาดของโรคโควิด -19 อย่างต่อเนื่อง

ผู้รายงาน นายพงศ์ปณต ทาหนองค้ำ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

วัน/เดือน/ปี 19 พฤษภาคม 2565

โทร 083 619 799 4 e-mail ppn0828549619@gmail.com

## ประเด็นที่ 8 ปัญหาสำคัญของพื้นที่

### หัวข้อ GREEN & CLEAN Hospital

ประเด็นการตรวจราชการ : GREEN & CLEAN Hospital

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN hospital

#### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จัดเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (standard hospital) อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ให้บริการประชาชนทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพ ในแต่ละวันจึงมีกิจกรรมจากผู้มาใช้บริการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจำนวนมาก ก่อให้เกิดของเสีย อาทิ เศษอาหารจากโรงอาหาร สิ่งปฏิกูลที่เกิดจากการขับถ่าย น้ำเสีย ตลอดจนมูลฝอยติดเชื้อ การใช้พลังงาน และการใช้สารเคมี ในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลและชุมชนโดยรอบ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการปฏิบัติภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P excellence) กำหนดให้มีการดำเนินงานเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล ภายใต้โครงการ GREEN and CLEAN hospital เพื่อให้เกิดการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ดังนั้น ทางโรงพยาบาลจึงได้เล็งเห็นความสำคัญและนำแนวทางการดำเนินงาน GREEN and CLEAN hospital ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขนี้ มายึดถือปฏิบัติและดำเนินการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยใช้กลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN ซึ่งสามารถบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรอบ

ผลการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เริ่มต้นพัฒนาดำเนินงานตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน สำหรับช่วงปี 2564-2565 มีผลการดำเนินงาน “อยู่ในระดับดีมาก plus” ทางกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมจึงได้จัดทำดำเนินงานโครงการเพื่ออ้าวงไว้ซึ่งระดับดีมาก plus อย่างต่อเนื่อง

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

เพื่อการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลหนองบัวลำภูให้เป็นไปตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ซึ่งอันจะส่งผลให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ของผู้มารับบริการ ทั้งผู้ป่วยและญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวลำภูมีการดำเนินการดังนี้

1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมในองค์กร

2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวง ว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545

3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือมูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ

4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐาน (HAS) สะอาด เพียงพอและปลอดภัยที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)

5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร

6. มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยและผู้มารับบริการ

7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย
9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย (CFGT)
10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภท ถูกสุขลักษณะ (เพิ่มมูลฝอยอันตราย)
12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐาน (HAS) สะอาด เพียงพอและปลอดภัยที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ

เครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน

14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามนโยบายอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่
16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับเริ่มต้นพัฒนา
17. จัดทำโครงการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN hospital เพื่ออัตรางไว้ซึ่งระดับดีมาก plus ประจำปีงบประมาณ 2565 มีกิจกรรมการดำเนินงานดังนี้
  - 17.1 จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเพื่อผลักดันให้หน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล ดำเนินการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นมาตรฐานเดียวกัน
  - 17.2 เดินสำรวจตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงานภายในโรงพยาบาล เพื่อตรวจวัดคุณภาพสิ่งแวดล้อมโดยใช้เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ อันก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพดี เป็นต้นแบบให้หน่วยงานอื่น และชุมชนโดยรอบต่อไป

### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565	
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน
รพ. ที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN hospital	1 แห่ง	ระดับดีมาก	ระดับดีมาก	ระดับดีมาก plus	อัตรางไว้ซึ่งระดับดีมาก plus	อยู่ในระหว่างดำเนินงาน

### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

ผู้รายงาน นางสาวเสาวนีย์ แก้วบุญเรือง ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ  
นางสาวอรยา ดาดวง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข  
รายงาน ณ วันที่ 18 พฤษภาคม 2565  
โทร 042-006006 ต่อ 7216

# ประเด็นที่ 8 ปัญหาสำคัญของพื้นที่

## หัวข้อ GREEN & CLEAN Hospital

ประเด็นการตรวจราชการ : การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัด : ร้อยละ 60 ของจังหวัดจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อ การ ลดลง ของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและ มลพิษสิ่งแวดล้อม

### 1. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ในปัจจุบันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่หลายฝ่ายให้ความสนใจเป็นอย่างมาก โดยมลพิษสิ่งแวดล้อมมักเกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการผลิตสิ่งอำนวยความสะดวกของมนุษย์เช่น การคมนาคมขนส่งการผลิตสินค้าทั้งในภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม การใช้เชื้อเพลิงจากซากฟอสซิลฯลฯ ซึ่งสามารถทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์เป็นอย่างมาก ในปัจจุบันพบว่าปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์ปัญหาหมอกควันที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกปี ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างมาก

ปัญหามลพิษทางอากาศนับเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ อันดับต้นๆของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ร้ายแรงที่สุด เป็นสาเหตุของโรคหัวใจและ หลอดเลือดและโรกระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยง คือ เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัวใน ระบบอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

### 2. กระบวนการดำเนินงาน

การจัดบริการทางเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เป็นแนวคิดหนึ่งที่ใช้ในการบริหารจัดการด้านการเฝ้าระวังและ ดูแลสุขภาพประชาชนจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวัง การวินิจฉัย รักษา การบริหารจัดการและการสนับสนุน ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่ประสบปัญหาหมอกควัน สามารถนำ หลักการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพประชาชนจากปัญหาหมอกควันต่อไป โดยการ จัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมมีกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

#### 1. การประเมินความเสี่ยง

1.1 การประเมินความเสี่ยงทาง สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพโดยนำข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังด้าน สิ่งแวดล้อมมาวิเคราะห์เพื่อแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ

1.2 การบริหารจัดการความเสี่ยง ด้านสุขภาพโดยการ เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการด้าน สิ่งแวดล้อมให้ได้ตาม มาตรฐาน และสอบสวนโรคอย่างทันที่

1.3 การสื่อสารความเสี่ยงให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน

1) วิเคราะห์ข้อมูลที่จะใช้ในการสื่อสาร ให้มีความถูกต้องและเหมาะสมกับ ลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ระดับการศึกษา วัฒนธรรม ศาสนา ฯลฯ

2) ออกแบบรูปแบบและช่องทางการสื่อสารให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การใช้วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว จดหมาย ฯลฯ

3) สื่อสารหรือรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานะทางสิ่งแวดล้อม และ โรคที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ด้วยภาษาที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายให้กับ ประชาชน ผู้นำชุมชน หน่วยงานในพื้นที่และส่วนกลาง ฯลฯ

4) ให้สุศึกษาหรือจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มองค์ความรู้ในการป้องกันโรค จากสิ่งแวดล้อมกับกลุ่มเสี่ยง เช่น

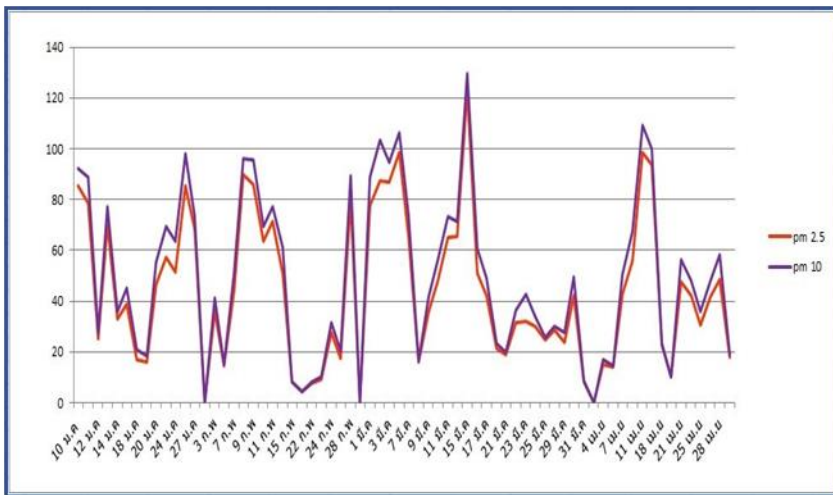
เด็กนักเรียน ผู้สูงอายุผู้ป่วยเรื้อรัง ฯลฯ

5) ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและขอคำปรึกษาในการป้องกัน ผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมเช่น เว็บไซต์ เจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล ฯลฯ

6) กรณีที่มลพิษเกินค่าเฝ้าระวังควรมีมาตรการการแจ้งเหตุหรือเตือนภัยแก่ ประชาชนภายในพื้นที่ประสบปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดความ ตระหนักในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพ

### 3. ผลการดำเนินงาน

กราฟแสดงปริมาณฝุ่น PM 2.5 และ PM 10 เดือน มกราคม-เมษายน พ.ศ.2565



### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

การเกิดฝุ่น PM 2.5 และ PM 10 ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพขึ้นอยู่กับสภาพอากาศในช่วงนั้นๆเช่นเช่น อุณหภูมิความชื้น ความกดอากาศ ทิศทางลม และที่สำคัญขึ้นอยู่กับกรดำเนินชีวิตประจำวันหรือการผลิตสิ่งอำนวยความสะดวกของมนุษย์ เช่น การคมนาคมขนส่งการทำภาคเกษตรกรรมการเผาขยะในครัวเรือน การรับรู้และการตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ขาดความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชนในการประชาสัมพันธ์ให้เกิดการรับรู้และการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาฝุ่น PM ให้กับประชาชน
2. ประชาชนขาดการตระหนักถึงผลกระทบต่อการเผาเพื่อการเกษตรและการสร้างและเผาขยะมูลฝอย

### 6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

การปลูกต้นไม้ฟอกอากาศในบริเวณบ้าน นอกจากจะเป็นการช่วยเพิ่มพื้นที่สีเขียวภายในบ้าน หรือภายในห้องแล้ว ยังช่วยดักจับฝุ่นละอองต่าง ๆ และช่วยฟอกอากาศด้วย

ผู้รายงาน นางสาวเสาวนีย์ แก้วบุญเรือง ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

นางสาวอรยา ดาดวง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

รายงาน ณ วันที่ 18 พฤษภาคม 2565

โทร 042-006006 ต่อ 7216

## ประเด็นที่ 8 ปัญหาสำคัญของพื้นที่

### หัวข้อ การดำเนินงานอาหารปลอดภัย

ประเด็นการตรวจราชการ : อาหารปลอดภัย

ตัวชี้วัด : จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ

#### 1. สถานการณ์ / สภาพปัญหาของพื้นที่

คุณภาพและความไม่ปลอดภัยด้านอาหารเป็นปัญหาหนึ่ง ที่ส่งผลกระทบต่อปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชน อาหารประเภทผัก ผลไม้ อาหารสดและอาหารแปรรูปพวกแป้งและเนื้อสัตว์ ก่อนนำมาบริโภคต้องไม่มีการตกค้างของยาฆ่าแมลง และไม่มีการปนเปื้อนของสารเคมีและจุลินทรีย์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาว ส่วนอาหารประเภทน้ำและน้ำแข็งในภาชนะปิดสนิท อาหารปรุงสำเร็จและแปรรูปที่ผลิตจัดจำหน่ายโดยร้านอาหารในชุมชนและสถานที่ผลิตอาหารทั้งที่เข้าข่ายโรงงานและไม่เข้าข่ายโรงงาน จะต้องมีการควบคุมกระบวนการผลิตที่เหมาะสม ได้มาตรฐาน ปลอดภัย ไม่พบสารปนเปื้อนทางเคมีและจุลินทรีย์ที่ก่อให้เกิดโรคทางระบบทางเดินอาหาร และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค covid-19 ยังจำเป็นต้องพัฒนาสถานประกอบการด้านอาหารให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค covid-19 ดังนั้น เพื่อเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภค จึงได้มีการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาโดยลงให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการในด้านการพัฒนาสถานที่ร้านอาหารให้ได้มาตรฐาน Clean Food Good Taste และผ่านมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันโรค covid-19 และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารสดและแปรรูปเพื่อตรวจหาสารปนเปื้อนจากพื้นที่เทศบาลเมืองห้างสรรพสินค้า ตลาดสดและเขตพื้นที่ รพ.สต. ทั้ง 20 แห่ง ศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลหนองบัว 1 แห่ง โรงครัวและร้านอาหารในโรงพยาบาล ตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบ (Test kit) และตรวจวิเคราะห์ โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขต 8

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู กำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยโดยมีโครงการพัฒนาระบบอาหารปลอดภัยในชุมชน ปี 2565 ดังนี้

1. อบรมพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายอาหารปลอดภัยในชุมชน ในการใช้ชุดทดสอบด้านอาหาร ให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต. นักวิทย์ชุมชน ผู้ประกอบอาหารในโรงเรียน ผู้ประกอบการร้านอาหารในพื้นที่ และหน่วยงานในท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง

2. เก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ทั้งในตลาดสด ห้างสรรพสินค้า ร้านอาหาร โรงพยาบาล ในเขตอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ส่งตรวจวิเคราะห์หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขต 8 ส่วนของโรงครัวโรงพยาบาลที่ประกอบอาหารให้ผู้ป่วย จะตรวจคุณภาพอาหารทุกเดือน

3. พัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานประกอบการเป้าหมายให้เป็นไปตามมาตรฐาน ตรวจประเมินร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในพื้นที่ต้นแบบตามเกณฑ์มาตรฐาน CFGT และมาตรฐาน covid free setting

### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.-มี.ค.65)	
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน
จังหวัดมีการขับเคลื่อน การดำเนินงานอาหาร ปลอดภัยที่มี ประสิทธิภาพ	ระดับ ความสำเร็จ ขั้นที่ 5	-	-	ระดับ ความสำเร็จ ขั้นที่ 3	ระดับ 4 ต่อระดับ 5	อยู่ระหว่างดำเนินงาน ระดับ 4 และ 5

ปี 2562 – 2563 ไม่อยู่ในตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

1. ผู้ประกอบการร้านค้าจำหน่ายอาหาร แผงลอย ยังไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรการสุขาภิบาลอาหาร เพื่อคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภค ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการอบรมและหน่วยงานที่จัดอบรมต้องได้รับการรับรองจากกรมอนามัย
2. การโยกย้ายของบุคลากรระหว่างหน่วยงาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน และบุคลากรใหม่ขาดความเข้าใจในการดำเนินงาน

### 5. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรค covid-๑๙ อย่างต่อเนื่องและรุนแรง อาจทำให้การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการไม่สามารถทำได้ และต้องหารูปแบบการจัดประชุมอบรมวิธีใหม่แทน ทำให้ผู้ฝึกปฏิบัติขาดทักษะในทางปฏิบัติจริง
2. งบประมาณมีจำนวนจำกัดจึงไม่สามารถทำได้ครอบคลุมทุกพื้นที่

ผู้รายงาน นายสุรศักดิ์ สุวรรณแสง ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ  
น.ส.ชนิษฐา วงศ์มาตร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
วัน/เดือน/ปี : 19 พฤษภาคม 2565  
โทร 084-8267352 E-mail : suwannasang@gmail.com

## ประเด็นที่ 8 ปัญหาสำคัญของพื้นที่

### หัวข้อ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ :

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

#### 1. สถานการณ์ / สภาพปัญหาของพื้นที่

ในปีงบประมาณ 2565 ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงตามประกาศสำนักงานอาหารและยา มีการเปลี่ยนแปลงประเภทเป้าหมายให้เท่าทันสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของโรค covid-19 ทำให้มีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการระบาดที่มีจำหน่ายตามท้องตลาดออกมามากมาย จำเป็นต้องมีการควบคุมมาตรฐานสถานที่ผลิตและคุณภาพของผลิตภัณฑ์อย่างเร่งด่วน ซึ่งผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ covid-19 ที่ต้องตรวจสอบประกอบด้วย 4 ประเภท คือ เครื่องมือแพทย์ ได้แก่ หน้ากากอนามัยและหน้ากาก N95 เครื่องสำอาง ได้แก่ แอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสำหรับมือ วัตถุอันตราย ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ได้แก่ ฟันทาสลายโจร อย่างไรก็ตาม ในเขตอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ไม่มีสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงดังกล่าว จึงได้เพียงแต่ตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงที่วางจำหน่ายในท้องตลาดเท่านั้น โดยดำเนินการตรวจสอบการแสดงผลของผลิตภัณฑ์ การตรวจสอบความถูกต้องของการโฆษณาของผลิตภัณฑ์ให้เป็นไปตามที่ขออนุญาต และการสุ่มตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

#### 2. กระบวนการดำเนินงาน

ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูร่วมกับเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคอำเภอเมืองหนองบัวลำภู มีแผนการสำรวจตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของโรค covid-19 ปีละ 2 ครั้ง โดยจะดำเนินการตรวจผลทดสอบผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ได้แก่ หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสำหรับมือ ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ และฟันทาสลายโจร ในประเด็นสถานที่ผลิตและนำเข้า มาตรฐานที่ได้รับการรับรองข้อบกพร่องของการแสดงผล โดยทำการลงสำรวจผลิตภัณฑ์ประเภทต่างๆ ตามร้านขายยา ห้างค้าปลีก และร้านค้าร้านชำ ในเขตเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู

#### 3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	80	-	-	93	80	94	100

#### 4. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จ

1. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-19 มีต้นทุนการผลิตและกระจายสินค้าจากหลายแห่งนอกจังหวัดหนองบัวลำภู ทำให้ไม่สามารถสืบย้อนกลับไปให้ผู้ผลิตต้นทางได้
2. การออกตรวจร่วมกับทีมปกครองของอำเภอ ทำให้ผู้ประกอบการที่เคยทำผิดหรือฝ่าฝืน เกิดความเกรงกลัวที่จะไม่นำผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายมาจำหน่าย
3. การเผยแพร่ข่าวสารร่วมกับสื่อมวลชนท้องถิ่น ทำให้ผู้ประกอบการตื่นตัวในการคัดเลือกผลิตภัณฑ์ที่ถูกกฎหมายเข้ามาจำหน่าย

#### 5. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ผลกระทบจากสถานการณ์ covid-19 ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนนโยบายมาดำเนินงานด้านการฉีดวัคซีนให้ครอบคลุม และการสำรวจการแพร่ระบาด ทำให้การตรวจสอบเฝ้าระวังไม่ครอบคลุม
2. ผู้ประกอบการบางแห่งไม่ให้ความร่วมมือในการเก็บผลิตภัณฑ์ที่ฉลากไม่ถูกต้องตามกฎหมายออกจากชั้นขาย เพราะการตรวจหลายครั้งไม่มีเจ้าหน้าที่ปกครองอำเภอลงตรวจสอบร่วมด้วย

ผู้รายงาน นายสุรศักดิ์ สุวรรณแสง ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ  
น.ส.ชนิษฐา วงศ์มาตร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
วัน/เดือน/ปี : 19 พฤษภาคม 2565  
โทร 084-8267352 E-mail :suwannasang@gmail.com

## ภาคผนวก

กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2/2565  
เขตสุขภาพที่ 8 ณ จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างวันที่ 1 – 2 มิถุนายน 2565

วันพุธ ที่ 1 มิถุนายน 2565

- 08.00 น. รถออกจาก สสจ.หนองบัวลำภู
- 09.00 - 11.30 น. - ทีม 1 นพ.ประเมษฐ์ กิ่งไก่อ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 และคณะ  
ออกตรวจเยี่ยมพื้นที่ รพ.สต.ท่าอุทัย (ระยะทางจาก สสจ.นภ. ถึง รพ.สต.ท่าอุทัย 37 กม.)  
และ คปสอ.นากลาง ณ ห้องประชุม สสอ.นากลาง  
(ระยะทางจาก รพ.สต.ท่าอุทัย ถึง สสอ.นากลาง 10 กม.)
- ทีม 2 นพ.จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ และคณะ ออกตรวจเยี่ยมพื้นที่  
รพ.สต.โนนสงวน (ระยะทางจาก สสจ.นภ. ถึง รพ.สต.โนนสงวน 60 กม.)/รพช.ศรีบุญเรือง  
และ สสอ.ศรีบุญเรือง (ระยะทางจาก รพ.สต.โนนสงวน -รพ.ศรีบุญเรือง 23 กม.)
- คณะตรวจราชการฯ ที่ไม่ได้ลงพื้นที่ ประชุมหารือเพื่อจัดทำข้อมูลสรุปตรวจราชการผ่าน  
ระบบประชุมทางไกล (Zoom meeting) ณ ห้องประชุมสัตตบงกช รพท.หนองบัวลำภู
- 11.30 -12.30 น. - พักรับประทานอาหารกลางวัน  
(ทีม 1 ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ที่ สสอ.นากลาง /  
ทีม 2 สาธารณสุขนิเทศก์ ที่ สสอ.ศรีบุญเรือง /  
คณะตรวจราชการฯ ที่ไม่ได้ลงพื้นที่ ที่ รพท.หนองบัวลำภู )
- 12.30 – 16.00 น. - นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8  
พร้อมด้วย นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8 และคณะ  
ตรวจราชการฯ รับฟังการนำเสนอผลการดำเนินงานภาพจังหวัด รอบที่ 2/2565  
ณ ห้องประชุมสัตตบงกช ชั้น 4 รพท.หนองบัวลำภู (จำกัดผู้เข้าประชุม) /  
Zoom meeting (สสจ.นภ. 30 นาที, รพท.หนองบัวลำภู 20 นาที)  
ประกอบด้วย
1. นพ.สสจ./รองนพ.สสจ./หัวหน้ากลุ่มงาน สสจ./ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการ
  2. ผอ.รพท./คณะกรรมการบริหาร รพท./ ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการ
  3. กรมวิชาการ เขตสุขภาพที่ 8
- (บุคลากรระดับอำเภอไม่ต้องเข้าร่วมประชุม)
- ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการฯ สสจ.นภ. ระบบ Zoom ณ ห้องประชุมจันทร์กระจ่างฟ้า
- 16.00 – 18.00 น. - นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8 เป็นประธานการประชุม  
เพื่อเตรียมสรุปตรวจราชการ ผ่านระบบประชุมทางไกล (Zoom meeting) /ประชุมในห้อง  
ประชุม (จำกัดผู้เข้าร่วมประชุม) ณ ห้องประชุมบัวหลวง ชั้น 3 รพท.หนองบัวลำภู
- 18.00 น. - รับประทานอาหารเย็น

## วันพฤหัสบดี ที่ 2 มิถุนายน 2565

- 09.00 - 12.00 น. - นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 พร้อมด้วย นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8 และคณะกรรมการฯ เข้าร่วมรับฟังสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ 2 ประจำปี 2565 ณ ห้องประชุมสัตตบงกช ชั้น 4 รพท.หนองบัวลำภู / ประชุมผ่านระบบประชุมทางไกล (Zoom meeting), ห้องประชุม สสจ. และห้องประชุมแต่ละอำเภอ
- ประกอบด้วย
1. นพ.สสจ./รองนพ.สสจ./หัวหน้ากลุ่มงาน สสจ./ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการ
  2. ผอ.รพท./คณะกรรมการบริหาร รพท./ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการ
  3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชน และ สาธารณสุขอำเภอ (ขอให้เป็นตัวจริง)
  4. กรมวิชาการ เขตสุขภาพที่ 8 (เฉพาะผู้อำนวยการ, รองผู้อำนวยการ และผู้รับผิดชอบหลักประเด็นตรวจราชการ สสจ.นภ ระบบ Zoom ณ ห้องประชุมเอราวัณ)
- 12.00 น. - ปิดประชุม -

**หมายเหตุ :** - ห้องประชุม ดำเนินการตามมาตรการ Social Distancing อย่างเคร่งครัด ผู้เข้าร่วมประชุม ต้องได้รับวัคซีนครบ (sinovac ครบ 2 เข็ม ไม่น้อยกว่า 14 วัน, astrazeneca 1 เข็ม ไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์)

- การจัดที่นั่งเว้นระยะห่าง ผู้เข้าร่วมประชุม/ลงพื้นที่ สวม mask 100%
- ผู้นิเทศงานสามารถลงวิเคราะห์ข้อมูลที่ผิดปกติบ่งชี้ก่อนกำหนดการนิเทศงานได้ ทั้งนี้ ให้ประสานงานเกี่ยวกับข้อมูลการเดินทาง ที่พัก กับผู้รับผิดชอบงานของเขต ดังนี้

1. ผู้ประสานงานส่วนกลาง	: นส.สุภาพร เฉยทิม	081 819 5279
	: นายวิรุฬห์ เพ็สี	088 913 4287
	: นส.นาถฤดี ศิรินาม	093 445 2283
2. ผู้ประสานงานส่วนภูมิภาค(เขต)	: นางรัชณี คอมแพงจันทร์	081 574 4599
	: นางนันทวัล ไชแสงจันทร์	081 974 6741
	: นางสาวณพัทธ์ อรรถวิภาค	061 695 1624
	: นางสาวสุดารัตน์ วัฒนธรรม	083 406 0987
4. ผู้ประสานงาน สสจ.หนองบัวลำภู	: นางสาวอมร ทองรักษ์	084 047 5575
	: นายวิเชียร เจริญจิตต์	091 054 0340
5. ผู้ประสานงาน รพ.หนองบัวลำภู	: นางอมรรัตน์ ทองอุทัยศิริ	081 262 3703

## คณะผู้เข้าร่วมประชุมและติดตามตรวจเยี่ยมพื้นที่

### ทีมที่ 1 ผู้อำนวยการเขตสุขภาพที่ 8 และคณะ (รพ.สต.ท่าอุทัย/คปสอ.นากลาง)

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
3. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ด้านวิชาการ วิจัย และภาคประชาชน)
4. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ด้านนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข)
5. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ด้านโครงการพิเศษ)
6. รอง ผอ.ฝ่ายการพยาบาล (โรงพยาบาลหนองบัวลำภู)
7. หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
8. หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
9. หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
10. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการ
11. หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
12. หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ
13. นายวิเชียร เจริญจิตต์ (ผู้ประสานทีมที่ 1 มือถือ 091 054 0340)

### ทีมที่ 2 สาธารณสุขนิเทศก์ และคณะ (รพ.สต.โนนสงวน/คปสอ.ศรีบุญเรือง)

1. นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
2. รอง ผอ.ฝ่ายการแพทย์ (โรงพยาบาลหนองบัวลำภู)
3. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ด้านส่งเสริม และพัฒนาสาธารณสุข)
4. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ด้านบริหาร และกิจการพิเศษ)
5. รอง ผอ. ฝ่ายบริหาร (โรงพยาบาลหนองบัวลำภู)
6. หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
7. หัวหน้ากลุ่มงานโรคติดต่อ
8. หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
9. หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
10. หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
11. หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย
12. รองหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
13. นายพุทธชัย แก้วโสดา (ผู้ประสานทีมที่ 2 มือถือ 083 415 0713 )

## คณะผู้จัดทำ

### คณะที่ปรึกษา

1. นายแพทย์ไพฑูรย์ ไบประเสริฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
2. นายแพทย์สุริยันต์ ปัญหาราช รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
3. นายแพทย์อภิชาติ ลักษณะ รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

### คณะผู้จัดทำเอกสาร

1. นางอมรรัตน์ ทองอุทัยศิริ หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์แผนงานและโครงการ
2. นายสุทธิพงศ์ พลบูรณ์ เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
3. นางสาวอุไรพร ศรีเทพอุบล นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
4. นางสาวธนาภรณ์ ชินทะวัน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ  
ชั้น 4 อาคารอำนวยการ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู  
โทรศัพท์ 042-006006 ต่อ 1409, 1408, 1411 โทรสาร 042-311992  
E-mail : misnbh1408@gmail.com