



นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8



นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8

การตรวจราชการและนิเทศงานปกติ
รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2566
โรงพยาบาลสกลนคร
วันที่ 18-19 มกราคม 2566



ประเด็นการนำเสนอ

- 1. ข้อมูลทั่วไป
- 2. อัตราครองเตียง
- 3. ข้อมูลการให้บริการ

* ข้อมูลทั่วไป

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และ
การยกระดับบริการผู้สูงอายุ
ประเด็นที่ 4 Digital Health
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และ
การสร้างคามมั่นคงทางสุขภาพ
ประเด็นที่ 6 องค์กรสมรรถนะสูง

* Functional Based

ประเด็นที่ 1 Health For Wealth

- ภัยสุขภาพทางการแพทย์
- การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
และการแพทย์

ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- พชอ.
- หน่วยบริการปฐมภูมิ
- ประชาชนมีหมอประจำตัว 3 คน

* Agenda Based

พยาธิใบไม้ตับ
และมะเร็งท่อน้ำดี

* Area Based



วิสัยทัศน์

"โรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำและศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน"

พันธกิจ

1. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ
2. บริการสุขภาพแบบผสมผสาน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน
3. พัฒนาและส่งเสริมศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์และการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ
4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีความทันสมัย
5. ร่วมผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน

“TEAMS”



อัตลักษณ์

“รับผิดชอบ มีวินัย ใส่ใจบริการ”

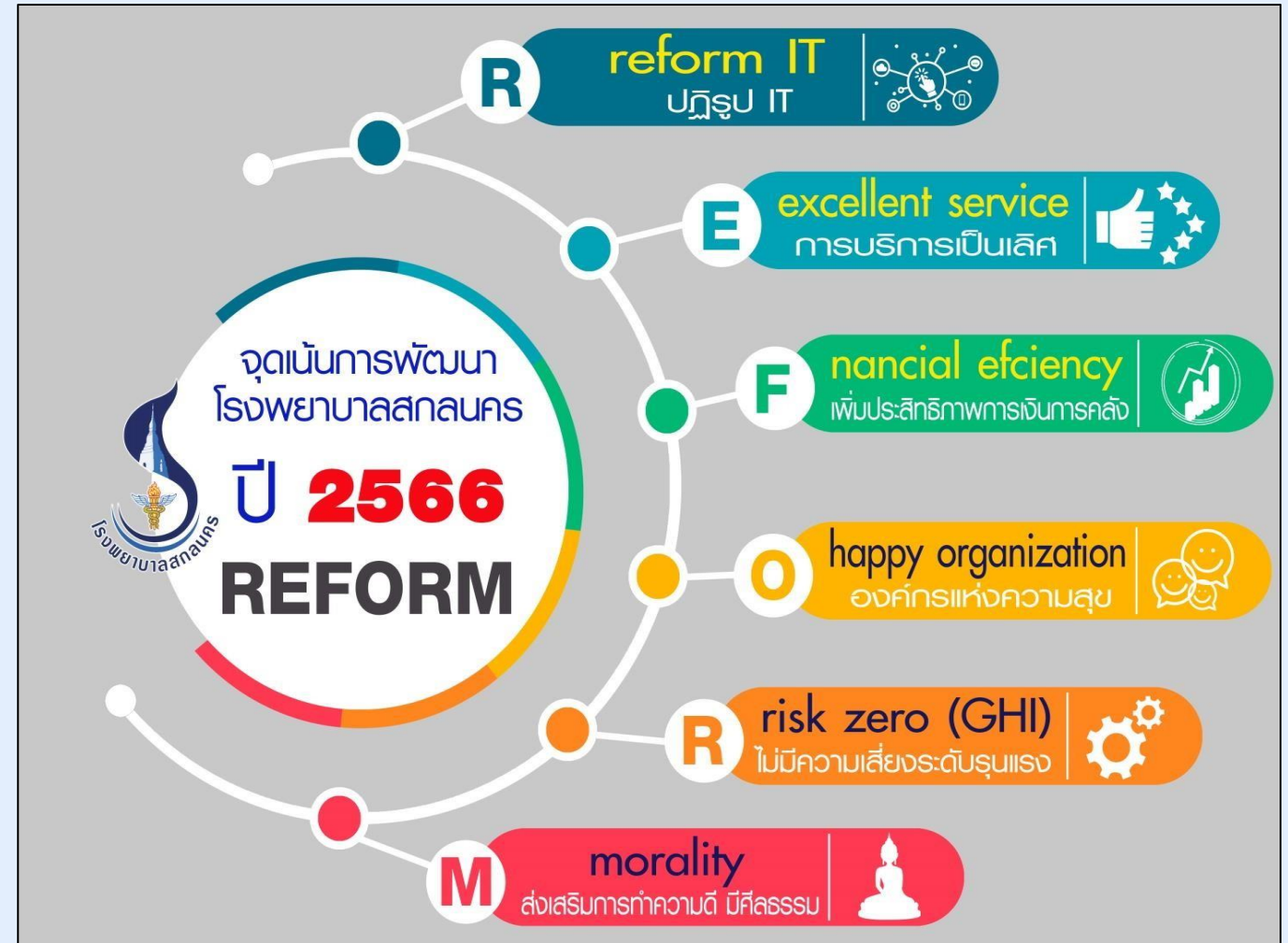


เข้่มมุ่งโรงพยาบาลสกลนคร ปี 2565

- 1 พัฒนาคุณภาพบริการ
- 2 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
- 3 สร้างขวัญกำลังใจ
- 4 เพิ่มประสิทธิภาพการเงิน การคลัง



โรงพยาบาลสกลนคร
SAKON NAKHON REGIONAL HOSPITAL



ข้อมูลบุคลากร ณ วันที่ 9 มกราคม 2566

	กรอบชั้นสูง 100%	กรอบชั้นสูง 80%	มีจริง	ส่วนต่าง
1. สายวิชาชีพ	3027	2433	1475	958
2. สายวิชาชีพเฉพาะ	133	107	60	47
3. สายสนับสนุนหลัก	787	629	572	57
4. Back Office	479	387	253	134
รวมทั้งหมด	4426	3556	2360	1196

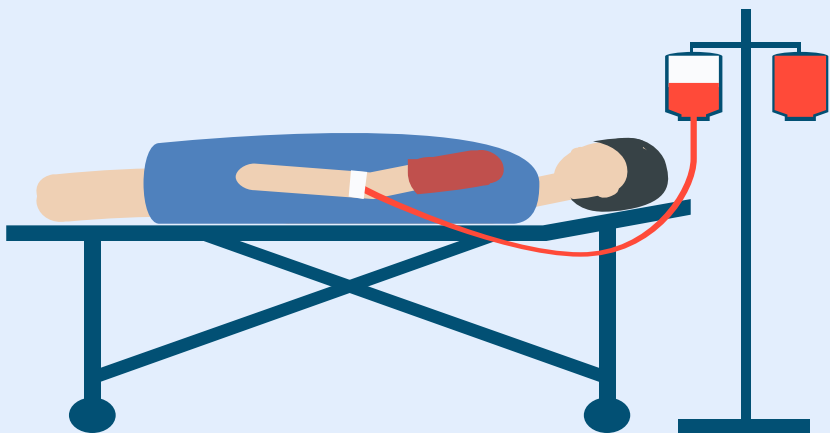
	ปฏิบัติจริง	ตาม จ18
ข้าราชการ	1,174	1,189
พนักงานราชการ	36	36
ลูกจ้างประจำ	23	23
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	925	925
ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน	202	202
รวม	2,360	2,375

*ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน	182	182
รวมทั้งหมด	2,542	2,557

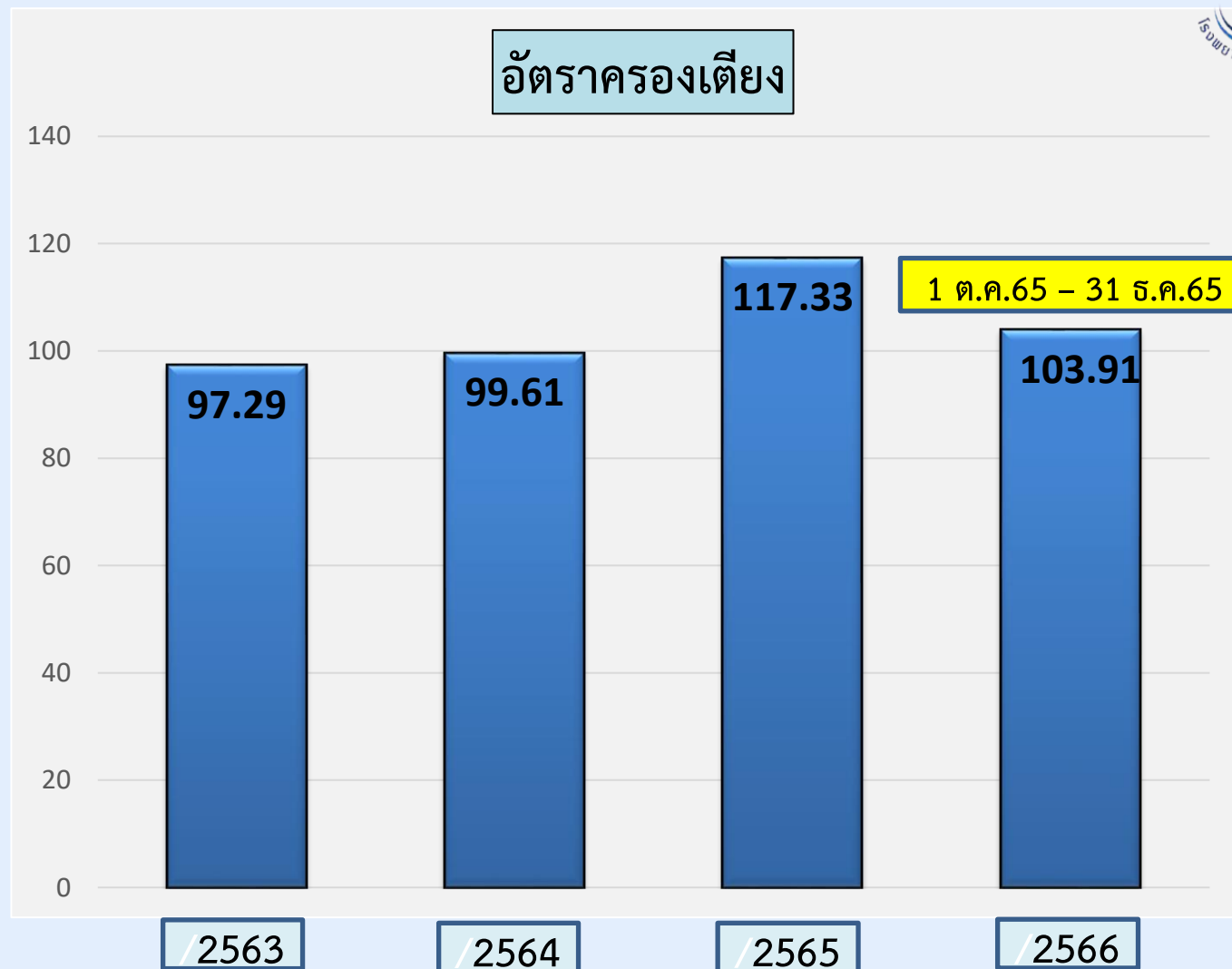
เครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดสกลนคร



ลาศึกษา	19
ไปช่วยราชการ	18
มาช่วยราชการ	9

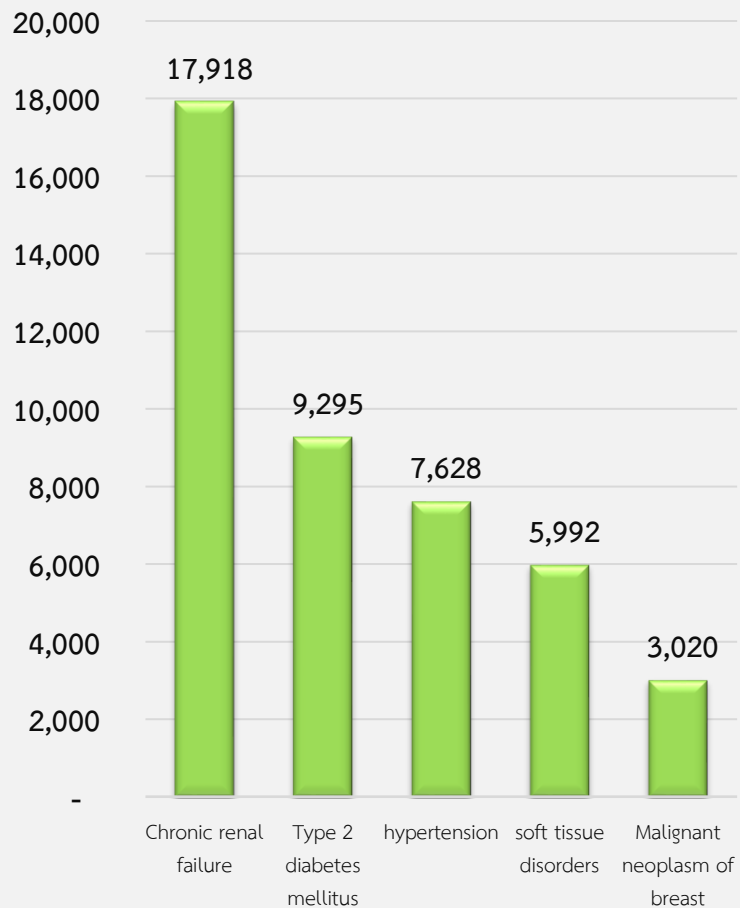


- เตียงตามกรอบ **768** เตียง
- ให้บริการจริง **909** เตียง
- ICU **88** เตียง
- ห้องผ่าตัด **19** ห้อง

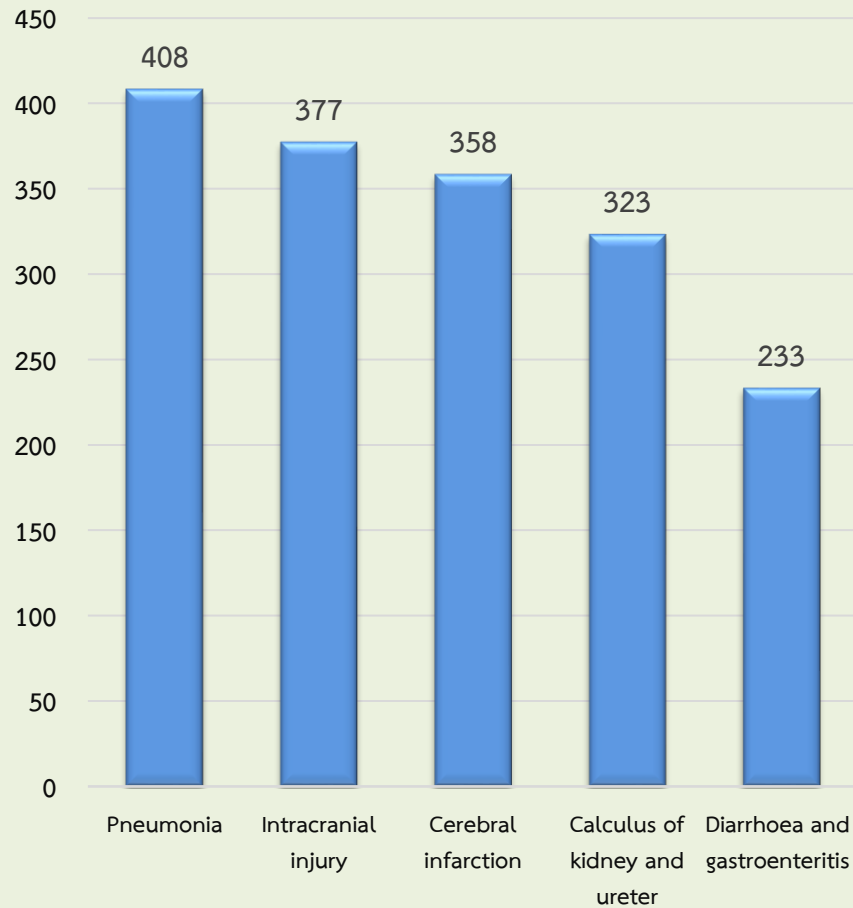


ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์

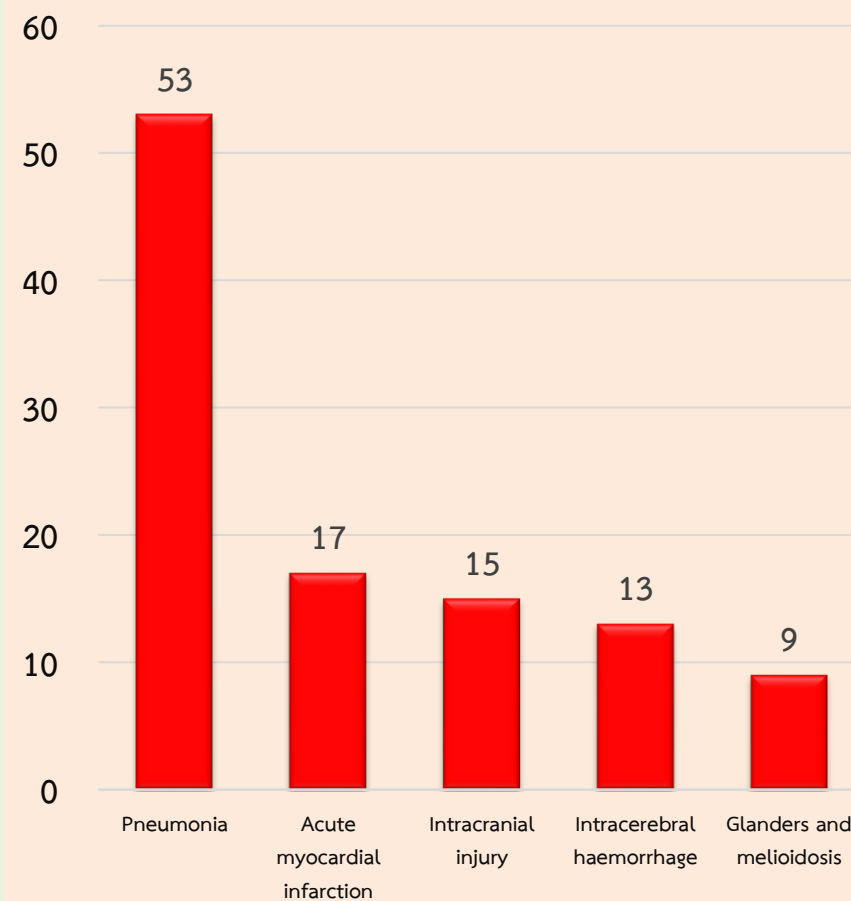
5 อันดับโรคผู้ป่วยนอก ปี 2566 [1ต.ค.65-20ธ.ค.65]



5 อันดับโรคผู้ป่วยใน ปี 2566 [1ต.ค.65-20ธ.ค.65]



5 อันดับสาเหตุการตาย ปี 2566 [1ต.ค.65-20ธ.ค.65]



Agenda based

ประเด็นตรวจราชการที่ 1

Health For Wealth

- กัญชาทางการแพทย์
- การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

คลินิกกัญชาทางการแพทย์เปิดให้บริการทุกวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. ชั้น 2 อาคารวิเคราะห์วิจัยบำบัด และเปิดให้บริการทุกวันและเวลาราชการที่คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน ปี 2566 (3เดือน)		
		ค่าเป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการจัดการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	100	100	100	100
1.2. ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 100 (จากปี 64 = 38 คน)	100	76 (คน)	58	52..63
2.1 จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะระดับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ (จำนวนคน)	10	141	3	2.13
2.2 จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะระดับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ workload (จำนวนคน)	10	322	2	0.62
2.3 จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะระดับประคองของที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ workload (จำนวนครั้ง)	10	474	2	0.44
3. จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (มีงานวิจัยอย่างน้อยเขตละ 2 เรื่อง	2	-	-	-





ปัญหาและอุปสรรค

1. ผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชา สูตร THC , CBD , THC:CBD ต้องชำระเงินเองในสิทธิ UC ทำให้มีผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับยา เนื่องจากไม่สะดวกชำระเงิน
2. ยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของกัญชา ยาที่ได้รับสนับสนุนมาหมดอายุเร็ว
3. จำนวนผู้มารับบริการยังน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

โอกาสพัฒนา

1. เสนอให้นายาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ
2. นำยาที่ใกล้จะหมดอายุ ออกมาใช้ก่อน บริหารในระยะเวลาที่เหลือก่อนยาจะหมดอายุ
3. ประชาสัมพันธ์เพิ่มเติม ในกลุ่มผู้ป่วย Palliative care เพื่อเพิ่มการเข้าถึงคลินิกกัญชาทางการแพทย์
4. เพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาสมุนไพรที่มีกัญชาผสมทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต
5. เพิ่มแนวทางการใช้กัญชาทางแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยใน จัดประชุมชี้แจง และแจ้งช่องทางการส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการ
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย และทีมจิตเวช ทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย แก้ไขปัญหา และทำความเข้าใจ เพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยอย่างปลอดภัย
3. การมีแนวทางในการดำเนินงานคลินิกที่ชัดเจน

SP: Palliative Care

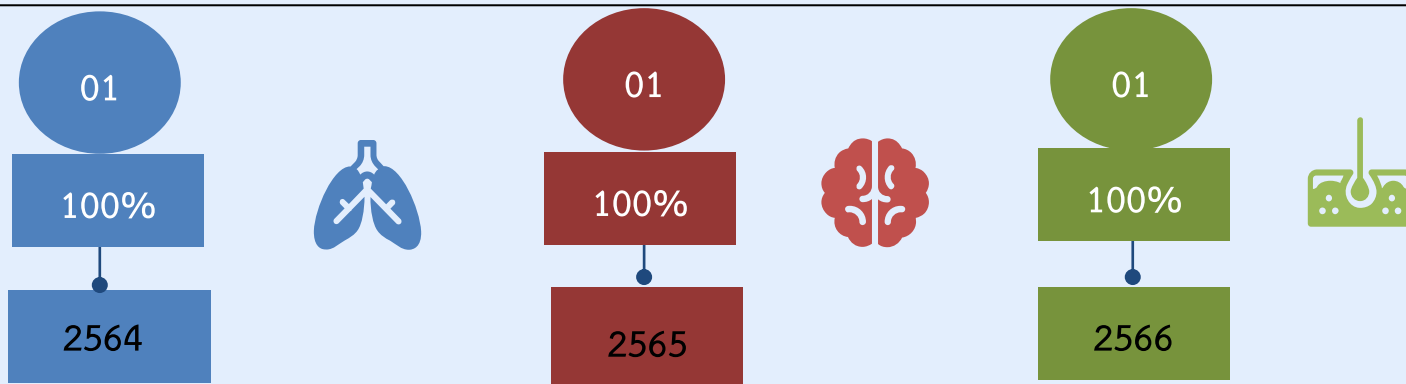
ศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง (คลินิกพุทธรักษา)

เปิดให้บริการทุกวันเวลา 08.00-16.00 น.ชั้น 1
อาคารรังสีรักษา

ตัวชี้วัด		เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2566 (ต.ค. – ธ.ค.)		
			เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
ตัวชี้วัดหลัก	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (HDC)	≥ 50	318	272	85.53 ★
ตัวชี้วัดรอง	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (Workload) (HDC)	≥ 45	297	124	41.75 ★

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง = ร้อยละ 100



(ข้อมูล ณ วันที่ 21 ธันวาคม 2565) จาก HDC

งานดูแลแบบประคับประคอง

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

1. พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง ยังไม่เพียงพอ
2. โปรแกรมการจัดเก็บฐานข้อมูลขาดการเชื่อมโยงภายในเขตบริการเมือง สกลนคร
3. นิยามตัวชี้วัดใน Cockpit ไม่ชัดเจน
4. โปรแกรม LTC on cloud ยังไม่สมบูรณ์

ข้อเสนอแนะนโยบาย

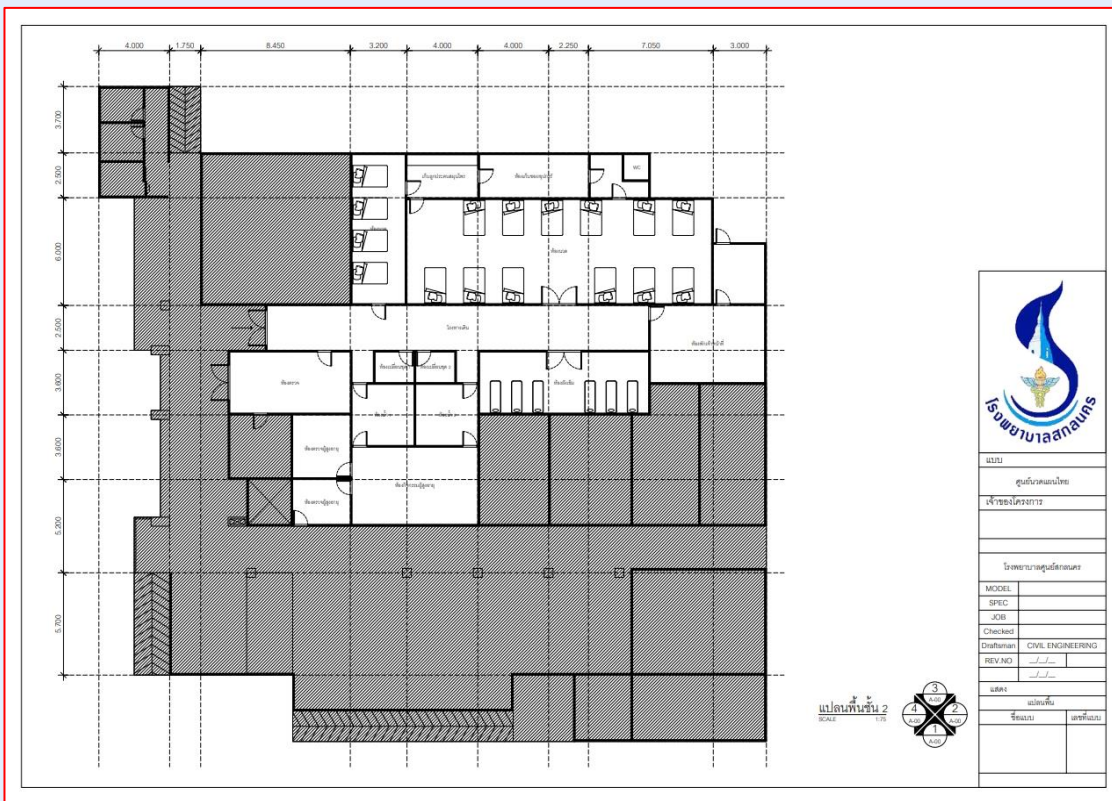
1. บรรจุแนวทางในการดำเนินงานหรือความรู้การดูแลระดับประคองเบื้องต้นให้แก่บุคลากรสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกวิชาชีพ
2. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายประยุกต์ใช้กับโปรแกรม LTC on cloud เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาการส่งต่อทั้งในและนอกจังหวัด
3. มีคลังอุปกรณ์ระดับเขต/จังหวัด สนับสนุนให้ผู้ป่วย สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้
4. พัฒนาคณะความรู้ในเรื่องการใช้ Strong opioid ในการควบคุมและการป้องกัน การรื้อไหล ของการนำยาไปใช้ในทางที่ผิดและระบบติดตามยาในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต และพัฒนาระบบยา Strong Opioid Medication ให้มีใช้และครอบคลุมทุก รพช.
5. สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรและ CG ที่ดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยความสำเร็จ

1. การสนับสนุนจากผู้บริหารในการดำเนินงาน
2. ทักษะของบุคลากรสุขภาพ สหสาขาวิชาชีพ ต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
3. อุปกรณ์ที่จำเป็นและเวชภัณฑ์ยาที่ได้มาตรฐานและมีศักยภาพ
4. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กระบวนการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ การดูแลในรูปแบบ Case management
5. มีระบบการทำงานเป็นเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล (PCN, PCWN, PCCN)

ตัวชี้วัด

ร้อยละศูนย์เวลเนส (Wellness Center / แหล่งทองเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร เพิ่มขึ้นร้อยละ 20



ศูนย์เวลเนส (Wellness Center)	
ประเภทสถานพยาบาล (Wellness Clinic)	
1. ตัวชี้วัด	
1.1 ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	1.1.1 จำนวนศูนย์เวลเนส
1.2 ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	1.2.1 คุณภาพศูนย์เวลเนส
2. ตัวชี้วัด	
2.1 ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	2.1.1 จำนวนศูนย์เวลเนส
2.2 ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	2.2.1 คุณภาพศูนย์เวลเนส
3. ตัวชี้วัด	
3.1 ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	3.1.1 จำนวนศูนย์เวลเนส
3.2 ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	3.2.1 คุณภาพศูนย์เวลเนส

3 เดือน

1. เตรียมสถานที่
วัสดุอุปกรณ์ และ
บุคลากร2.
ทบทวนเกณฑ์
การจัดตั้งศูนย์
เวลเนส ประเภท
สถานพยาบาล

6 เดือน

1. ประเมิน
ตนเองตาม
เกณฑ์ศูนย์เวล
เนส ประเภท
สถานพยาบาล

9 เดือน

1. รับการ
ประเมินเพื่อเป็น
ศูนย์เวลเนส
ประเภท
สถานพยาบาล

12 เดือน

1. ได้รับการ
รับรองเป็นศูนย์
เวลเนส ประเภท
สถานพยาบาล

แปลนอาคารสถานที่ : ชั้น 1 ตึกกรมโพธิ์

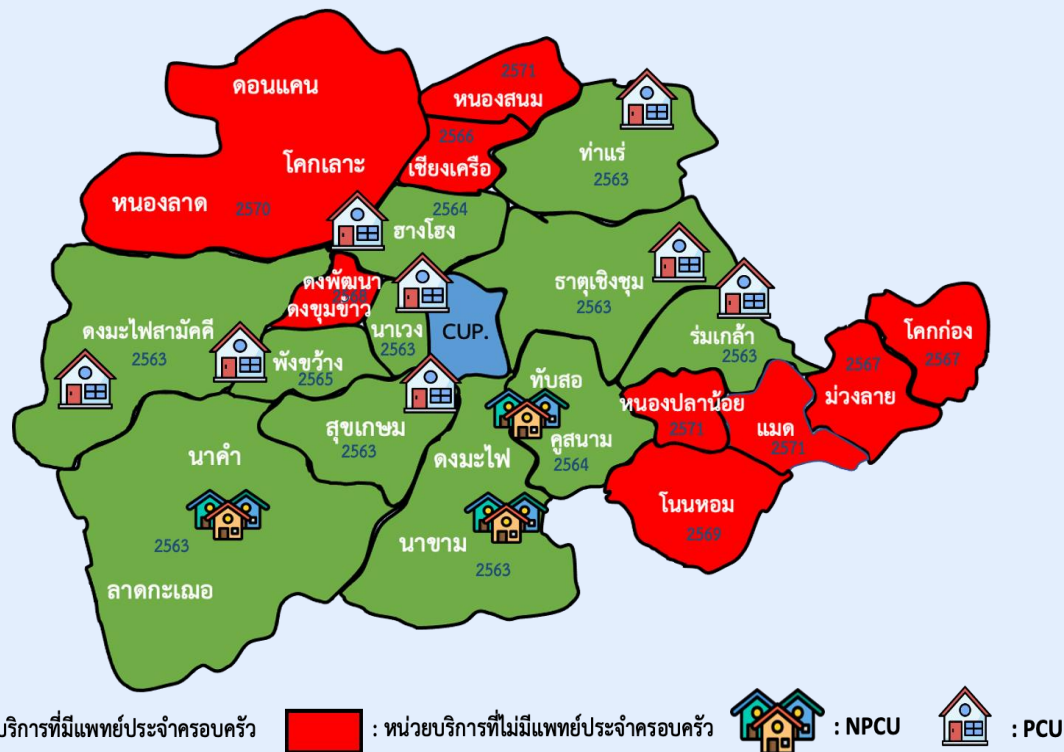
Agenda based

ประเด็นตรวจราชการที่ 2

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- พชอ.
- หน่วยบริการปฐมภูมิ
- ประชาชนมีหมอประจำตัว 3 คน

แผนผังหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในระยะ 10 ปี (2563-2572)



แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ PCU/NPCU
ในเครือข่าย CUP เมืองสกลนคร 11 คน

ลำดับที่	สถานบริการ	จำนวนประชากร	ประเภทหน่วยบริการ
1	รพ.สต.ดงมะไฟสามัคคี	12,877	PCU
2	รพ.สต.ฮางโฮง	8,055	PCU
3	รพ.สต.สร้างแก้วสามมิตร	9,243	PCU
4	รพ.สต.ธาตุเชิงชุม	9,733	PCU
5	รพ.สต.พังขว้างใต้	9,582	PCU
6	ศสม.สุขเกษม	9,716	PCU
7	ศสม.ร่มเกล้า	9,594	PCU
8	ศบส.นาเวียง	7,476	PCU
9	รพ.สต.ท่าบ่อ-รพ.สต.คูนาม	9,599	NPCU
10	รพ.สต.นาคำ-รพ.สต.ลาดกะเมอ	10,586	NPCU
11	รพ.สต.ดงมะไฟ-รพ.สต.นาขาม	10,472	NPCU

ข้อมูล ณ วันที่ 29 ธันวาคม 2565

หมายเหตุ: ปี 2566 ได้ดำเนินการเตรียมขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ PCU เชียงเครือ

จำนวนหมอประจำตัว 3 คน ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ลำดับที่	สถานบริการ	จำนวนประชากร	จำนวนแพทย์ (หมอคนที่ 3)	จำนวนเจ้าหน้าที่ (หมอคนที่ 2)	จำนวน อสม. (หมอคนที่ 1)
1	ศสม.สุขเกษม	12,271	1	36	140
2	ศสม.ร่มเกล้า	8,572	1	25	96
3	รพ.สต.ธาตุเชิงชุม	5,602	1	9	87
4	รพ.สต.ท่าแร่	9,139	1	14	212
5	ศบส.นาเวง	6,893	1	21	100
6	รพ.สต.ดงมะไฟสามัคคี	9,897	1	15	453
7	รพ.สต.ดงมะไฟ-รพ.สต.นาขาม	10,633	1	18	221
8	รพ.สต.นาคำ-รพ.สต.ลาดกะเมอ	8,975	1	15	154
9	รพ.สต.ยางโง้ง	6,691	1	10	177
10	รพ.สต.ทับสอ-รพ.สต.คูสนาม	7,547	1	14	188
11	รพ.สต.พังขว้าง	8,793	1	14	166

ตัวชี้วัดตรวจราชการ	เป้าหมาย	ผลงาน	สรุป
1.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	อยู่ในช่วงดำเนินการ		
2.จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2565 (3,500หน่วย)	> 52 %	 61 %	ผ่าน
3.จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน	> 57 %	 86.83%	ผ่าน

จำนวนประชาชนไทยที่มีหมอประจำตัว 3 คนดูแล 95,013 คน คิดเป็นร้อยละ 86.83 จากจำนวนประชากรทั้งหมดในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสกลนคร

ข้อมูลจำนวนประชากรจาก <https://snk.hdc.moph.go.th> ณ วันที่ 23 ธันวาคม 2565

Functional Based

ประเด็นที่ 3

**สุขภาพกลุ่มวัย
และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ**



ฝากครรภ์คุณภาพคุณภาพครบตามเกณฑ์
เกณฑ์ > 65 ★

75.86

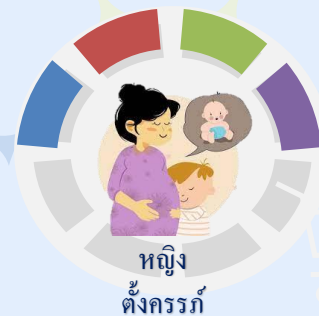
14.29

ลดภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ เกณฑ์ < 18 ★

85.23

46.97

ฝากครรภ์ครั้งแรก < 12 สัปดาห์
เกณฑ์ > 60 ★



ดูแลหลังคลอดคุณภาพ
ตามเกณฑ์ เกณฑ์ > 65 ★

เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ
เกณฑ์ < 75 ★

ไม่ได้ดำเนินการ

94.51

เด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย
เกณฑ์ > 85 ★

เด็กปฐมวัย

52.11



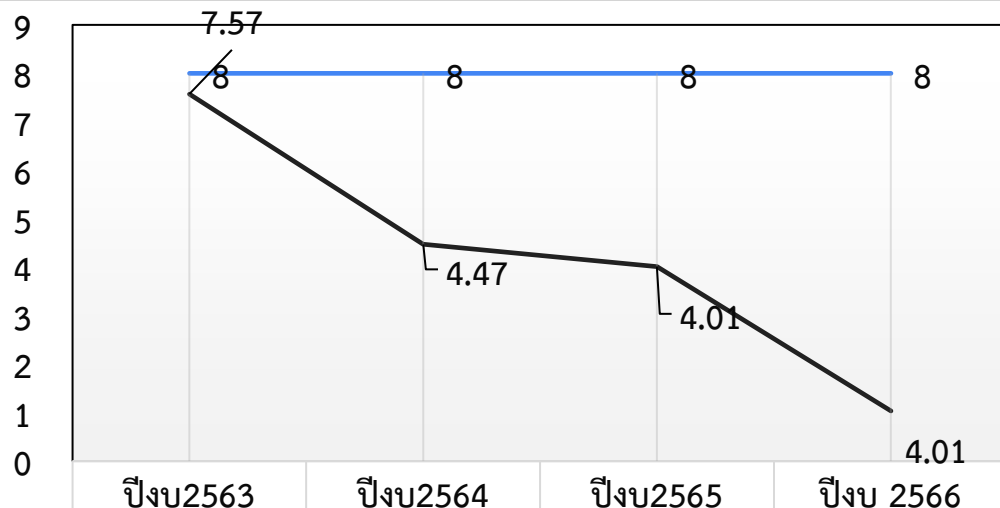
ยังไม่ประมวลผล

เด็ก 0-5 ปี ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ
ด้วย TEDA 4I เกณฑ์ร้อยละ 70 ★

เด็ก 0-5 ปี สูงดี สมส่วน
เกณฑ์ > 57 ★

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 ตุลาคม 2565

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



เป้าหมาย	8	8	8	8
ฆ่าตัวตายสำเร็จ	7.57	4.47	4.01	1.03

— เป้าหมาย — ฆ่าตัวตายสำเร็จ

สถิติฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอเมืองสกลนคร

	ตัวชี้วัด	2563	2564	2565	2566
อัตราของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ 75	112.97 (4869)	120.45	136.98	141.60 ★
ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 80	90.05	87.50	82.35	95.60 ★

***การขาดแคลนบุคลากร ทำให้ การเก็บข้อมูลทำไม่ได้ ไม่สามารถลงติดตามเคสในชุมชนได้ ยอดการติดตามเคส ไม่ผ่านตามเกณฑ์

กระบวนการที่ทำเมื่อมีเคสฆ่าตัวตายสำเร็จ

- ประสาน จนท.สต. ในเขตที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ประชุมทีมโดยการทำ Focus group ระหว่าง อสม ผู้นำชุมชน อบต อบท จนท.รพ.สต. ค้นหาสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิด และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน (แนวคำถาม เพราะอะไร มีอาการหรือเหตุการณ์อะไรนำมาก่อนไหม มีแนวทางร่วมกันอย่างไร)
- ด้านครอบครัว ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ทีม รพ.สต. ลงเยี่ยม เมื่อพร้อมสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามโรค

สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ และอัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือ

	2563	2564	2565	2566
อัตราต่อแสน ปชก.	7.62	4.57	4.12	1.03
จำนวนคน	15	9	8	2



ปัญหาและอุปสรรค

สถานการณ์โรคระบาด โควิด ๑๙ จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มมากขึ้น และจำนวนผู้มารับบริการ ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เกิดจากปัญหา ครอบครัว การเรียน เพื่อน และ หรือ ครู Bully มีการทำร้ายตัวเอง และทำซ้ำบ่อย ต้องใช้เวลาในการให้บริการ และเนื่องจากบุคลากรที่ทำงานที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด มีพยาบาลวิชาชีพ ๒คน ไม่สามารถทำงานได้ในชุมชน ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงาน และได้น้องใหม่ มาช่วยงาน พค ๒๕๖๕ ยังทำงานได้ไม่เต็มที่เพราะต้อง ฝึกอบรม ต่อเนื่อง ในระยะเวลา ๒ เดือน และจำนวนพยาบาลจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการต่อ

สรุปบทเรียนและการพัฒนาต่อเนื่อง

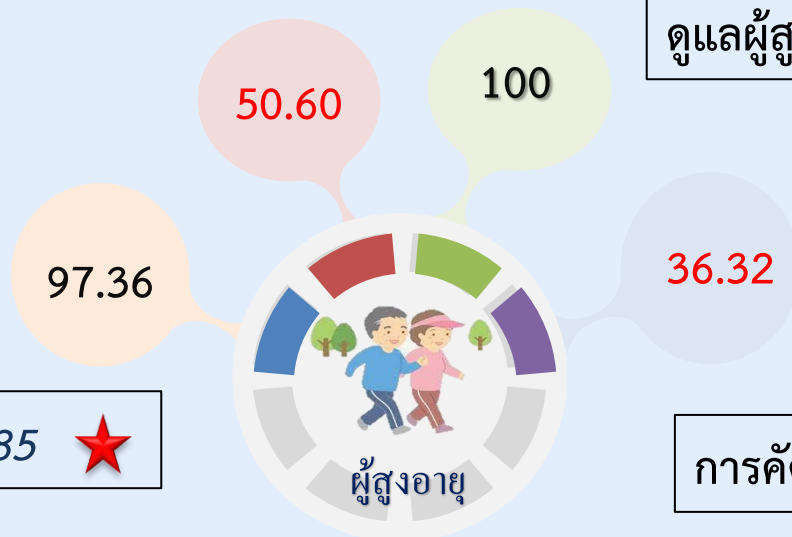
อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๘ ต่อแสนประชากร

- ปี ๒๕๖๒ มีเคส ๑๒ ราย สาเหตุหลักมาจากปัญหาความสัมพันธ์
- ปีพ.ศ.๒๕๖๓มีจำนวน ๑๕รายแนวโน้มเพิ่มขึ้นสาเหตุจากน้อยใจถูกดูด่าพบว่ามีการใช้สารยาเสพติดร่วมด้วย การแก้ไขประสาน จนท.สต. ในเขตที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ประชุมทีมโดยการ ทำ Focus group ระหว่าง อสม. ผู้นำชุมชน อบต อบท จนท.รพ.สต. ค้นหาสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิด และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน (แนวคำถาม เพราะอะไร มีอาการหรือเหตุการณ์อะไรนำมาก่อนไหม มีแนวทางร่วมกันอย่างไร ด้านครอบครัว ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ทีม รพ.สต. ลงเยี่ยม เมื่อพร้อม สัมภาษณ์ โดยการใช้แบบสอบถามโรค
- ปีพ.ศ.๒๕๖๔ มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ๙ ราย ปี
- ๒๕๖๕ มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ๘รายแนวโน้มลดลง สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการผู้ป่วยซึมเศร้าและการเข้าถึงผู้พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น และกลุ่มที่มารับบริการ อายุต่ำกว่า ๑๘ปี ได้มีการลงพื้นที่ ใน โรงเรียนมัธยมในเขตอำเภอเมือง ทำกิจกรรม หาแกนนำนักเรียน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และการสื่อสารเชิงบวกให้กับครู มีผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีภาวะซึมเศร้าได้รับการบำบัดรักษาที่เร็ว การฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง

ผู้สูงอายุ

การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 10 เรื่อง เกณฑ์ > 70 ★

ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เกณฑ์ > 98 ★



Healthy Ageing _เกณฑ์ ≥ 85 ★

การคัดกรองผู้สูงอายุ 8 ด้าน เกณฑ์ > 50 ★

- ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (เกณฑ์ ร้อยละ50) **ยังไม่ดำเนินการ**
- จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ 1 ชมรม/ตำบล (เกณฑ์ ร้อยละ100) **ผลงาน ร้อยละ25**
- ผู้สูงอายุร้อยละ40 ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคัดกรองความถดถอย 9 ด้านของผู้สูงอายุ (เกณฑ์ร้อยละ 40) **ผลงาน ร้อยละ 5.44**

ผู้สูงอายุ

ด้าน บุคลากร

มีบุคลากรที่รับผิดชอบงานในพื้นที่ไม่
ครบตามกลุ่มวัย ทำให้เป็นปัญหาใน
การปฏิบัติงาน

ด้าน เครื่องมือ

ขาดอุปกรณ์ / โมเดลต่าง ๆ
ในการสร้างสุขภาพ

ด้าน เทคโนโลยี

- เครื่องคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอต่อการ
ใช้งาน ต้องเอาเครื่องส่วนตัวมาใช้
- เครื่องพิมพ์ มีปัญหาบ่อย

แนวทางการแก้ไข

1. ส่งเสริม สนับสนุนให้ดูแลสุขภาพเบื้องต้น
2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย / เกิดโรค
3. พัฒนาระบบการส่งต่อ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกันในพื้นที่
4. พัฒนาตำบล Long term care
5. เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

Function based

ประเด็นตรวจราชการที่ 4

Digital Health



DIGITAL HEALTH งานดิจิทัลการแพทย์

- กำหนด วางแผน และพัฒนาระบบฯ
- กำหนดนโยบาย พันธกิจ จัดทำแผน โครงการ จัดการระบบฯ
- จัดทำมาตรฐานการจัดเก็บ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สื่อสาร ข้อมูลข่าวสารสารสนเทศ
- พัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล การแพทย์ทางไกล การจัดระบบส่งยาที่บ้าน และอื่นๆ
- พัฒนาระบบการพิสูจน์ ยืนยันตัวตน
- เชื่อมข้อมูลระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล(HIS) กับระบบ telemedicine อื่นๆ ฯลฯ

การเตรียมการด้านการให้บริการ

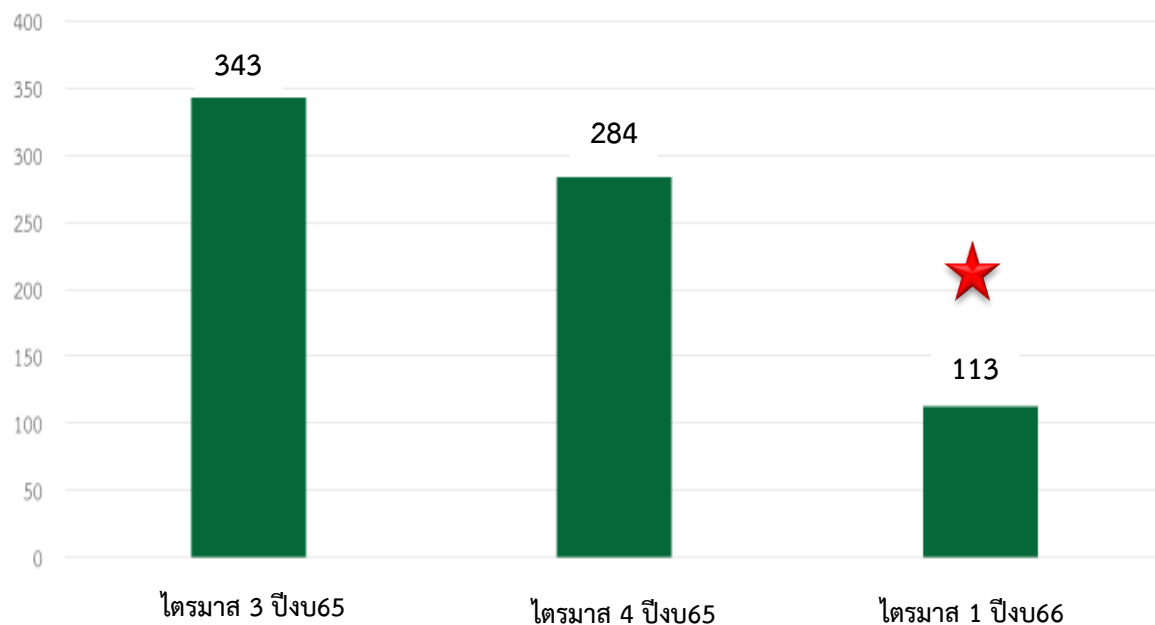
- ออกแบบ flow การให้บริการ
- เพิ่มชื่อแพทย์ผู้ให้บริการที่ประสงค์จะใช้ระบบหมอพร้อมเข้าไปในระบบหมอพร้อม
- ฝึกอบรมการใช้งาน หมอพร้อม Station แก่แพทย์ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
- ติดตั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานที่ห้องตรวจแพทย์
- เตรียมความพร้อมกับหน่วยงานที่เป็น station ปลายทาง



ที่มา : กลุ่มงาน งานดิจิทัลการแพทย์

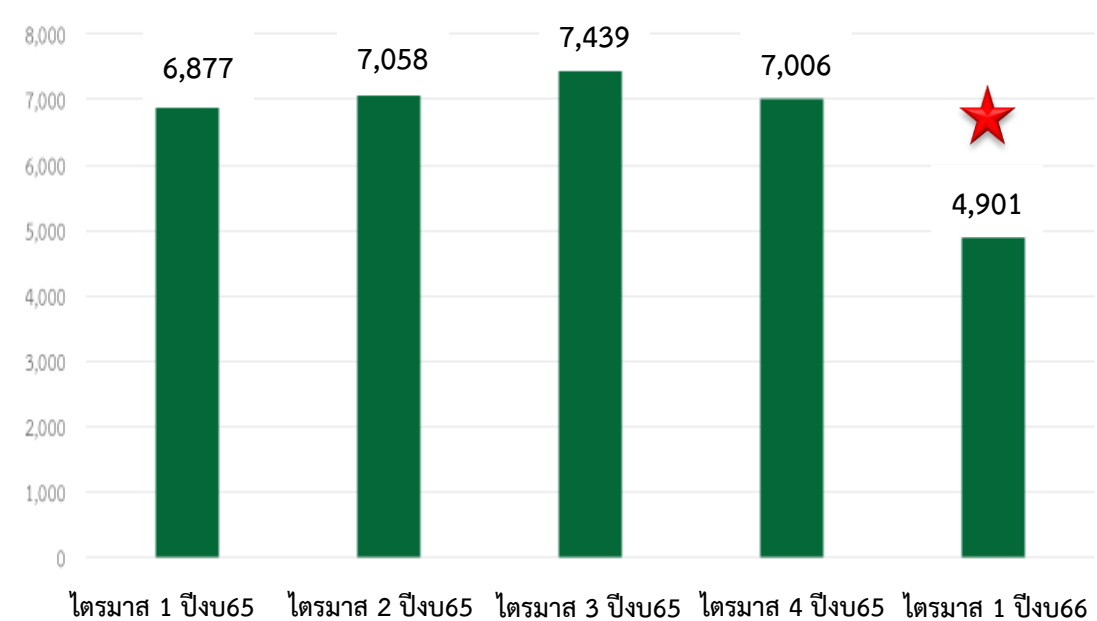
ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

จำนวนผู้ป่วย(ราย) ที่ได้รับการตรวจรักษาแบบ telemedicine ด้วยระบบหมอพร้อม station



ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

จำนวนครั้งการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ในปีบ 65-66



ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(อื่นๆ)

- การบริการฝากครรภ์ทางไกลผ่านระบบ หมอพร้อม Station
- การตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชผ่านระบบ Zoom

ที่มา : กลุ่มงาน งานดิจิทัลการแพทย์

ขยายการให้บริการสำหรับ

- ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง
- ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง

แผนการดำเนินการในอนาคต

พัฒนาระบบสารสนเทศ รพ.

ให้รองรับ telemed มากขึ้น

เชื่อมโยงเข้ากับการดำเนินงาน 3 หมอ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- หนดให้มี station ที่หน่วยบริการปลายทางที่ใกล้กับภูมิลำเนาของผู้ป่วย
- หนดให้มี station ประจำชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่มีสมาร์ทโฟนไม่ต้องเดินทางไปถึงหน่วยบริการ

“ 1หมู่บ้าน 1ห้องตรวจทางไกล ”

ปัญหาที่พบ

ปัญหาทางเทคนิค

- สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร
- คลื่นโทรศัพท์ไปไม่ถึงที่อยู่ของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยไม่มีสมาร์ทโฟน

ปัญหาทางด้านบุคลากร

- ไม่ทราบว่า มีระบบสำหรับ telemedicine โดยเฉพาะ
- ไม่เข้าใจระบบการบริการ ทำให้ไม่บันทึกข้อมูลลงระบบของโรงพยาบาลด้วย ส่งผลให้ข้อมูลขาดหายไป
- ยังใช้งานไม่คล่อง ทำให้กระบวนการบริการล่าช้า รู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระ ทำให้มีแนวโน้มที่จะเลิกใช้งาน

Function based

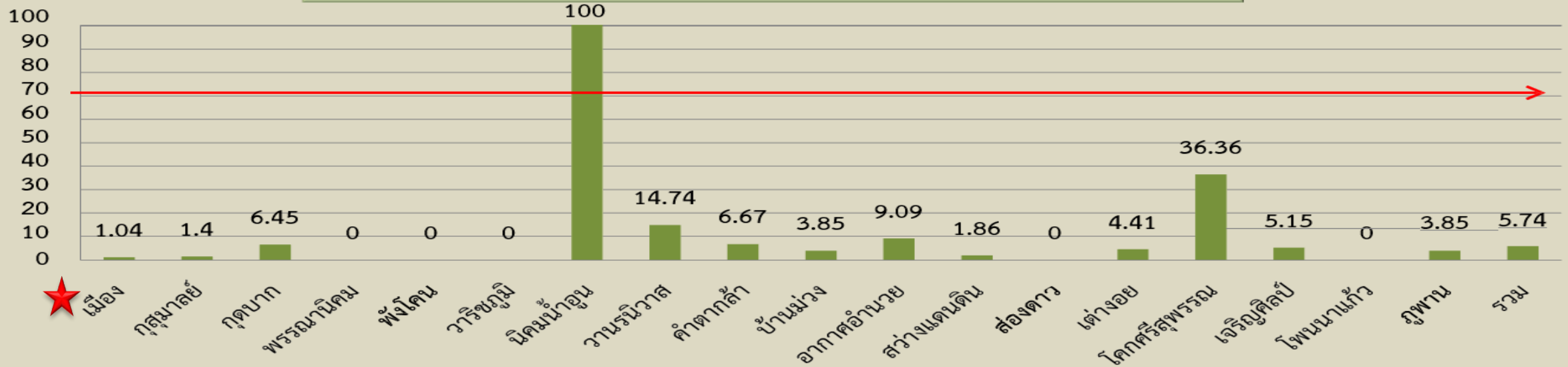
ประเด็นตรวจราชการที่ 5

ลดป่วย ลดตาย

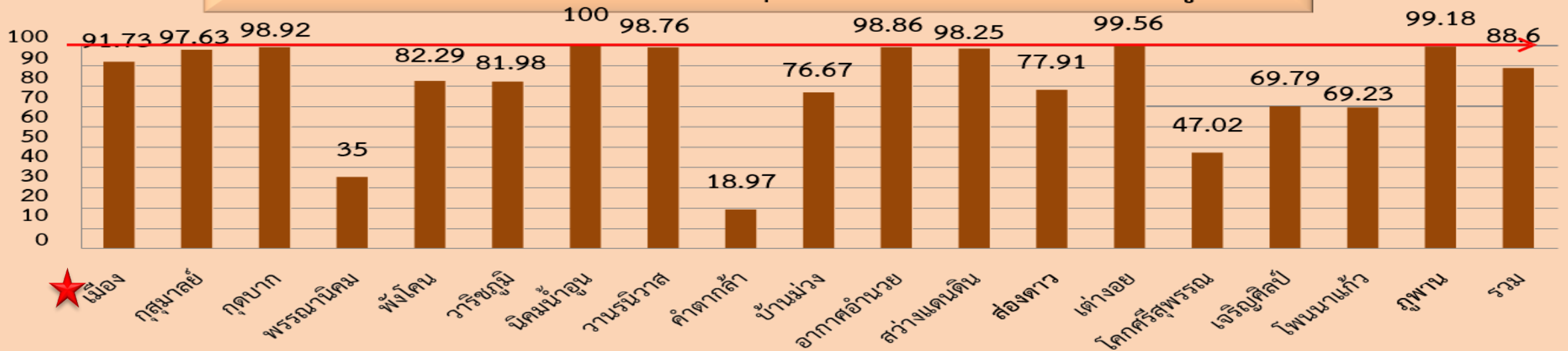
และการสร้างความมั่นคงสุขภาพ



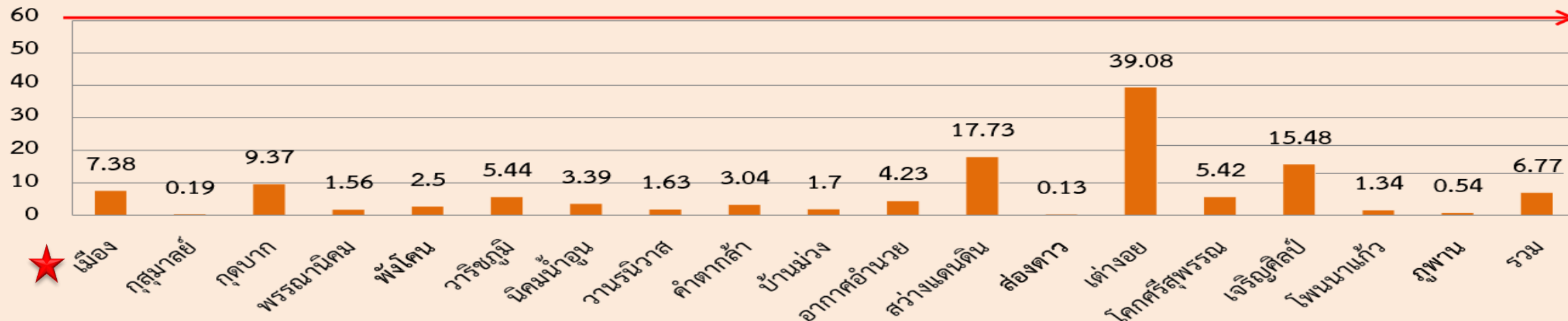
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ≥ 70



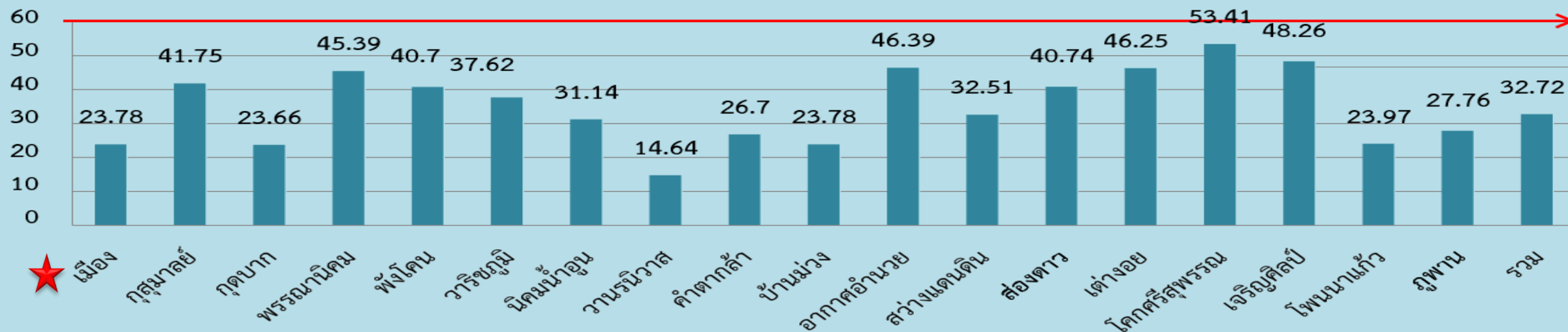
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ 93



ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ≥ 60



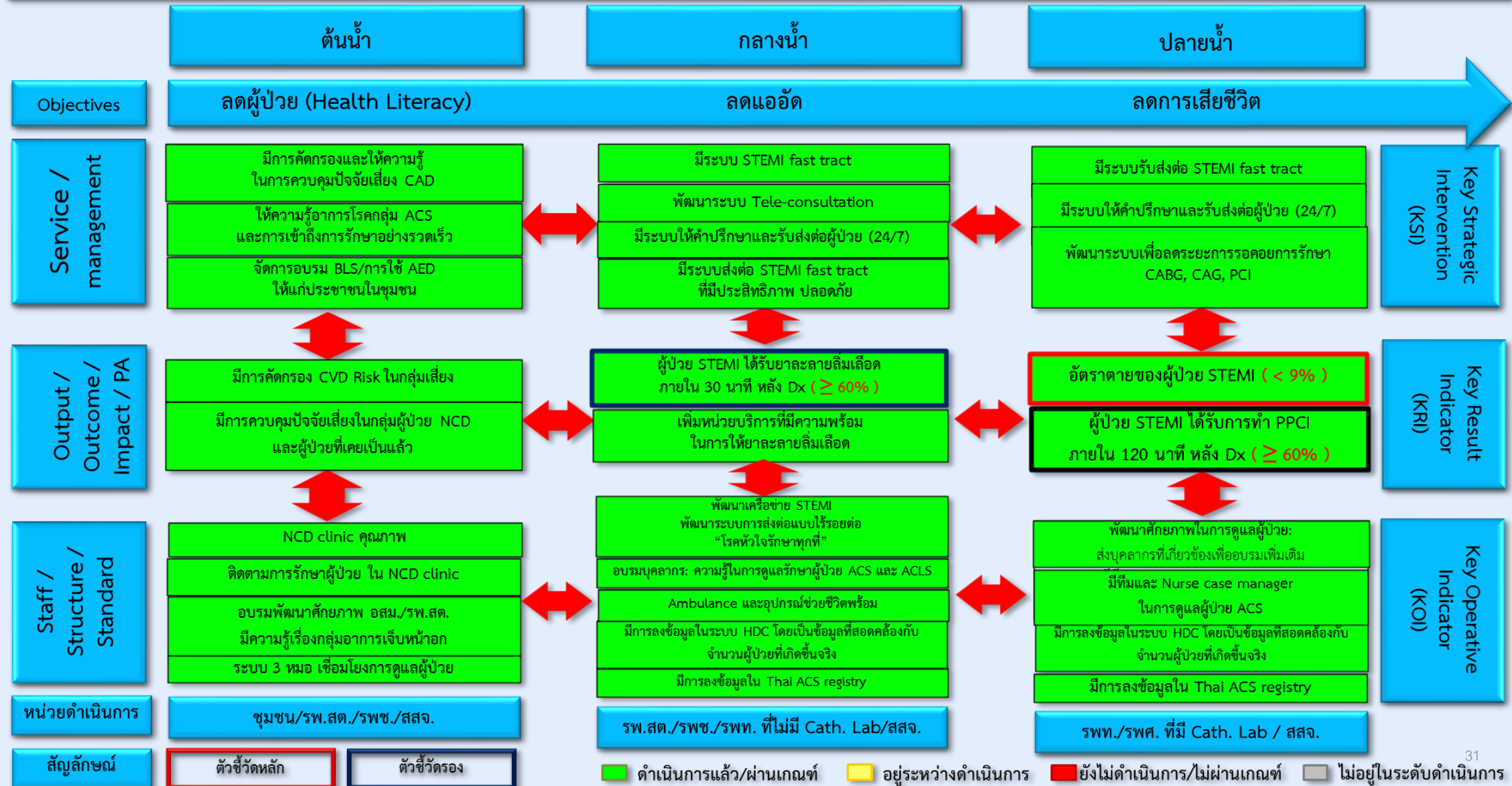
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ≥ 60



ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ)	ในปีงบประมาณ 2566 (3 เดือน)	
		ผลงาน	สรุป
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 9	ร้อยละ 10.64	
2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด			
2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	$\geq$ ร้อยละ 60	ร้อยละ 40	
2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	$\geq$ ร้อยละ 60	ร้อยละ 63.89	

สาขาโรคหัวใจ (STEMI)

Matrix Scoring Inspection : ลดแออัด ลดรอยคอขวด ลดป่วย ลดตาย : สาขาหัวใจ (STEMI) : ปีงบประมาณ 2566



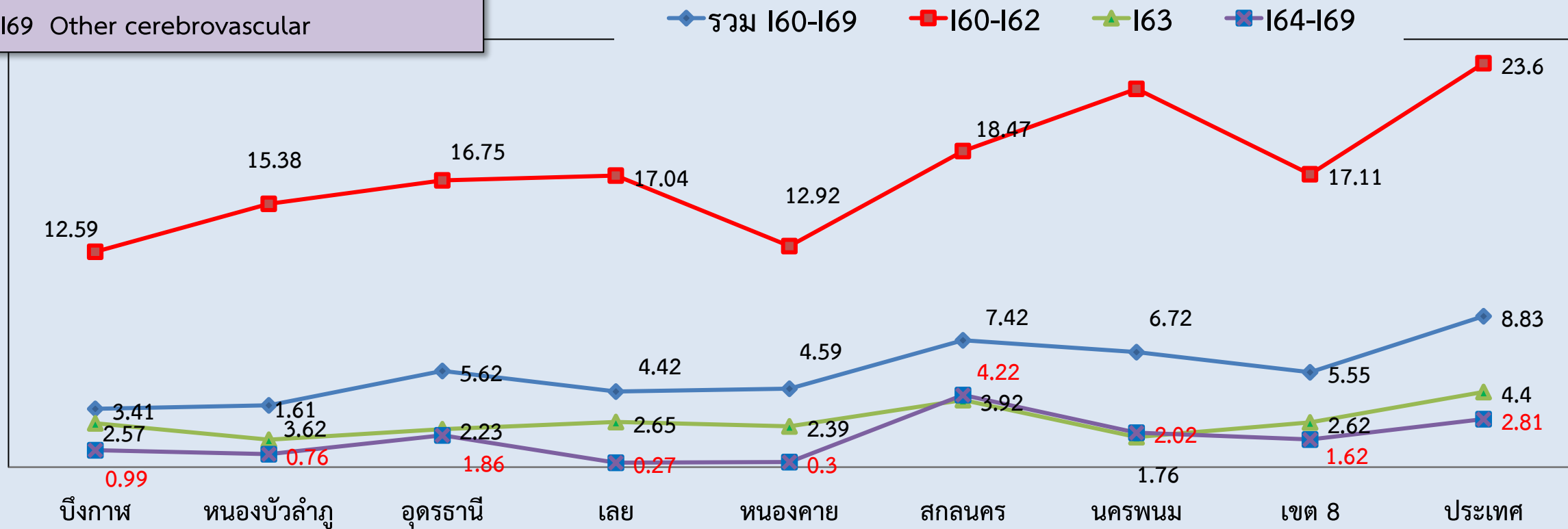
สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

อัตราการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามสาเหตุการเสียชีวิต
จำแนกรายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2565

I60-I62 Hemorrhagic stroke < 25%

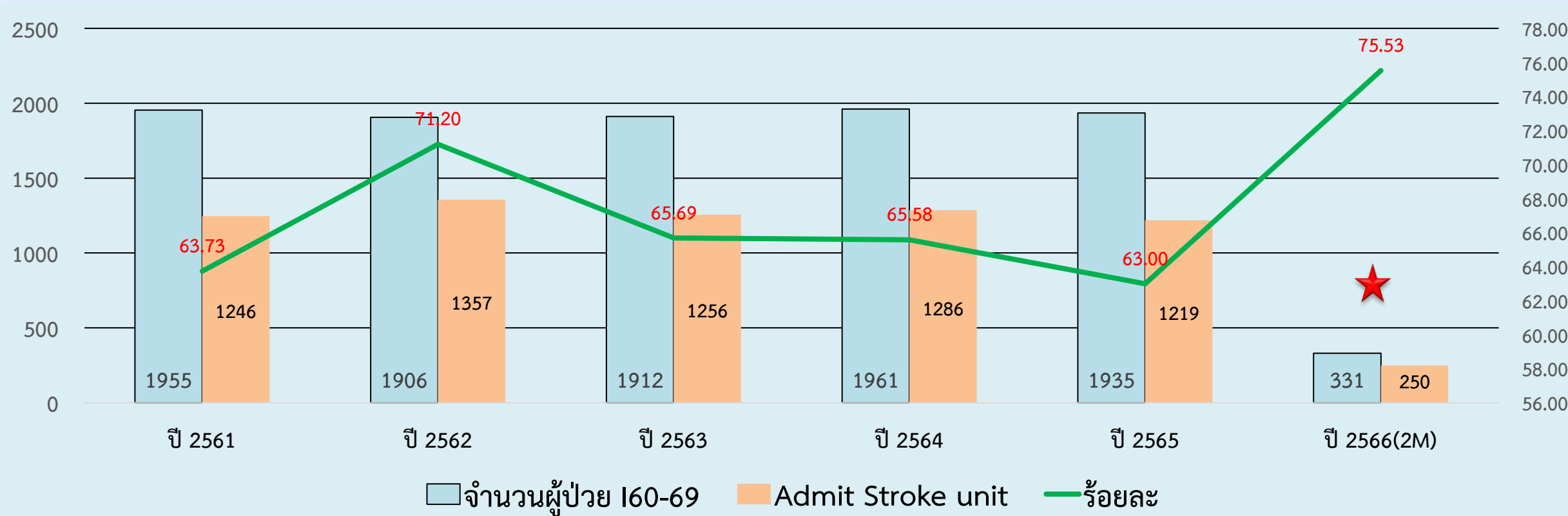
I63 Ischemic stroke < 7%

I64-I69 Other cerebrovascular



ที่มา HDC : กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาอื่นๆ >> อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง
วันที่ 27 ธันวาคม 2565

ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง
ได้รับการรักษาใน Stroke unit รพ.สกลนคร



หมายเหตุ Stroke unit รับAdmit เฉพาะผู้ป่วย Ischemic stroke
Hemorrhagic stroke Admit ที่ ศัลยกรรมระบบประสาท

SD D1บริการหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) A,S ควรมี Stroke Unit 72 เตียง มีแล้ว 76 เตียง = 105.55%
แผน 66-70 เพิ่ม S บึงกาฬ 8 (66) = 84 เตียง = 116.66%

รพ.	ควรมี	มีแล้ว	Fill
รพ.เลย	12	8	0



รพ.	ควรมี	มีแล้ว	Fill
รพ.หนองคาย	8	8	0

รพ.	ควรมี	มีแล้ว	Fill
รพ.บึงกาฬ	4	0	4(66)

รพ.	ควรมี	มีแล้ว	Fill
รพ.นครพนม	6	8	0

รพ.	ควรมี	มีแล้ว	Fill
รพ.สกลนคร	16	24	0
รพ.สว่างแดนดิน	4	6	0

รพ.	ควรมี	มีแล้ว	Fill
รพ.หนองบัวลำภู	6	6	0

รพ.	ควรมี	มีแล้ว	Fill
รพ.อุดรธานี	16	16	0

SD D4 การจัดหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการรักษา (Post Rehabilitation Unit) M1,M2

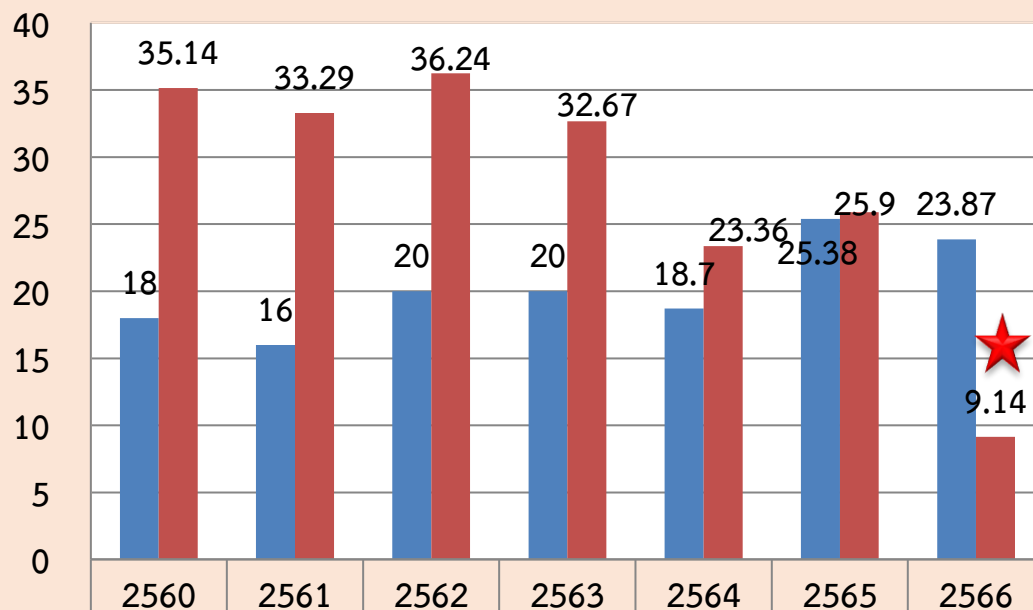
การป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี

ตัวชี้วัดตรวจราชการ	เป้าหมาย	ผลงาน
1.การเสียชีวิตจากการจมน้ำ	< ร้อยละ 23.8	31.22



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
1.มีการดำเนินการทีมผู้ก่อการดี	13 (ร้อยละ 80)	2 (ร้อยละ12.5)	9 (ร้อยละ56.3)	15 (ร้อยละ93.8)	15 (ร้อยละ93.8)	15 (ร้อยละ93.8)
- ระดับทองแดง		2	7	6	14	14
- ระดับเงิน		-	-	1	1	1
- ระดับทอง		-	-	-	-	-
- ระดับเพชร		-	-	-	-	-
2. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ไม่เกิน 4.2 ต่อแสนประชากร)	ไม่เกิน 4.2	3.4	3.5	3.0	18.6	0
3. ร้อยละการจมน้ำของเด็กทุกรายที่มีการสอบสวน	ร้อยละ 100	1 (ร้อยละ100)	1 (ร้อยละ100)	1 (ร้อยละ100)	5 (ร้อยละ100)	-

■ KPI.อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2566 ไม่เกิน 23.87 ต่อแสนประชากร



โอกาสพัฒนา

- สร้างความรู้ความเข้าใจกับผู้นำชุมชน หมู่บ้าน
- ประชาคมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในครัวเรือน/ชุมชน
- สื่อสารในชุมชน
- **ด้านครอบครัว/ด้านชุมชน(หมู่บ้าน)** ครอบคลุม ตลอดปี
- ชุดเคลื่อนที่เร็วปรากฏกายจุดเสี่ยง/ ยุทธการ “ยื่นบนถนน ไม่ให้คนเมาขึ้นมาสร้างปัญหา” ครอบคลุมทุกเทศกาล
- จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง พื้นที่ถนนจุดเสี่ยง รถเสี่ยง
- สำนักรถที่จัดทำประกันภัย ทุกประเภท
- ขยายผล Sensor Sakonnakhon Strategy Model ให้ครอบคลุม ทุกช่วงเทศกาล งานบุญ ประเพณี ท้องถิ่น และตลอดทั้งปี โดยใช้กลวิธีบูรณาการ 5 เสาหลัก ในงานประจำ
- **ขยายผลการจับกุมคนเมาแล้วขับ** มาบันทึกข้อตกลง/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ที่มา : ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอเมือง รพ.สกลนคร

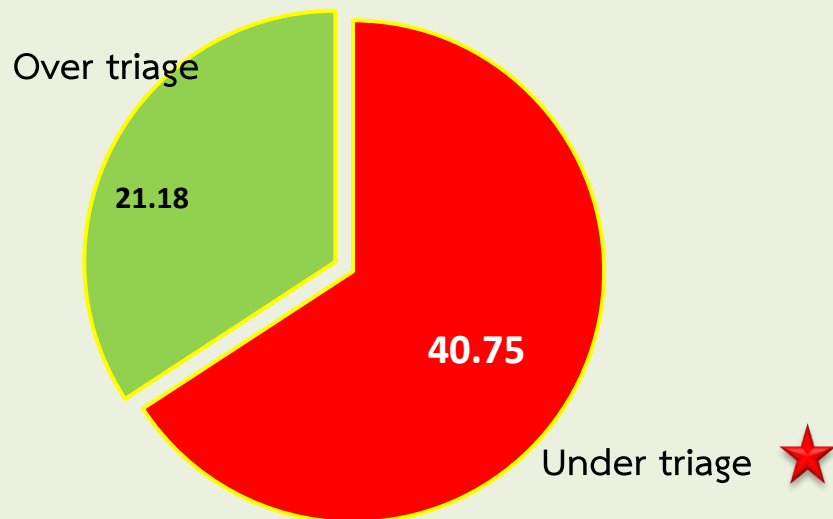
ผลงาน 2566

- อัตราการเสียชีวิตไม่เกินเกณฑ์ (9.14) ★

Trauma

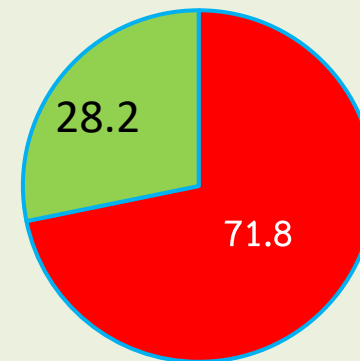
ตัวชี้วัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน EMS คุณภาพ

ร้อยละของการคัดแยกระดับความรุนแรงวิกฤติทางโทรศัพท์ต่ำกว่าที่โรงพยาบาล
Under triage น้อยกว่าร้อยละ 30



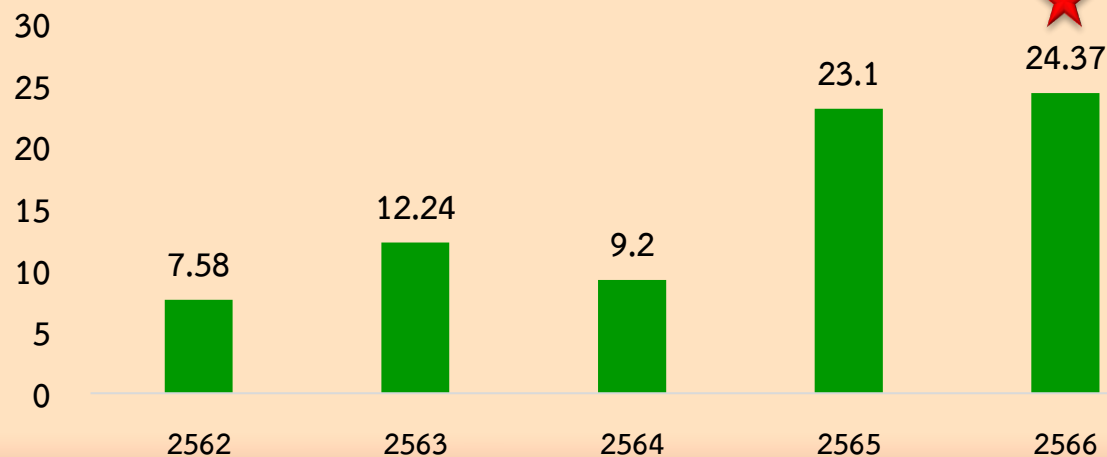
ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉิน (response time) ภายใน 8 นาที มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50

มากกว่า
8 นาที



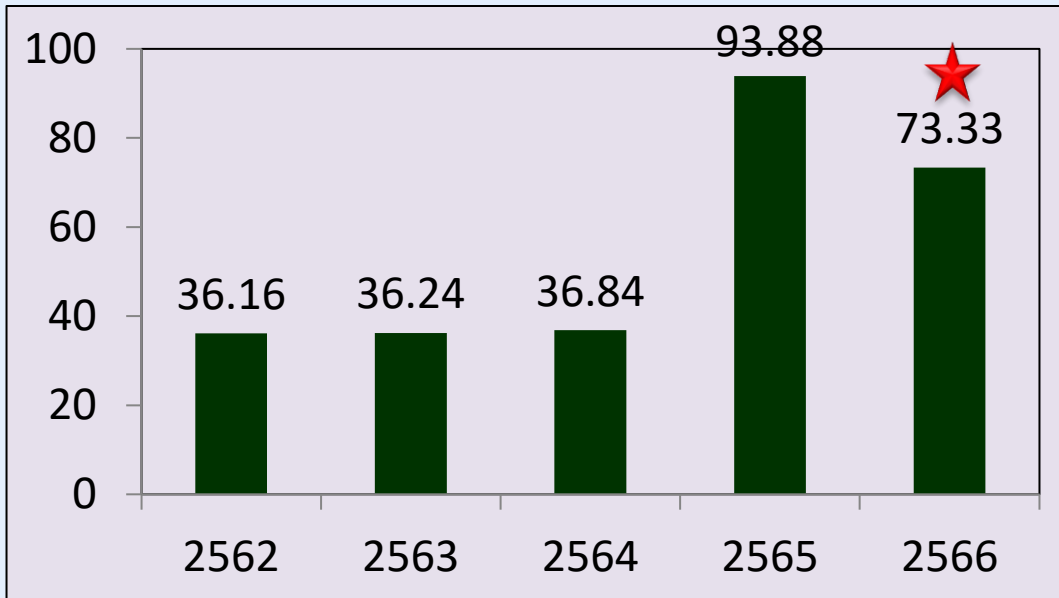
ภายใน
8 นาที

ร้อยละของประชากรเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มากกว่าร้อยละ 28



Trauma

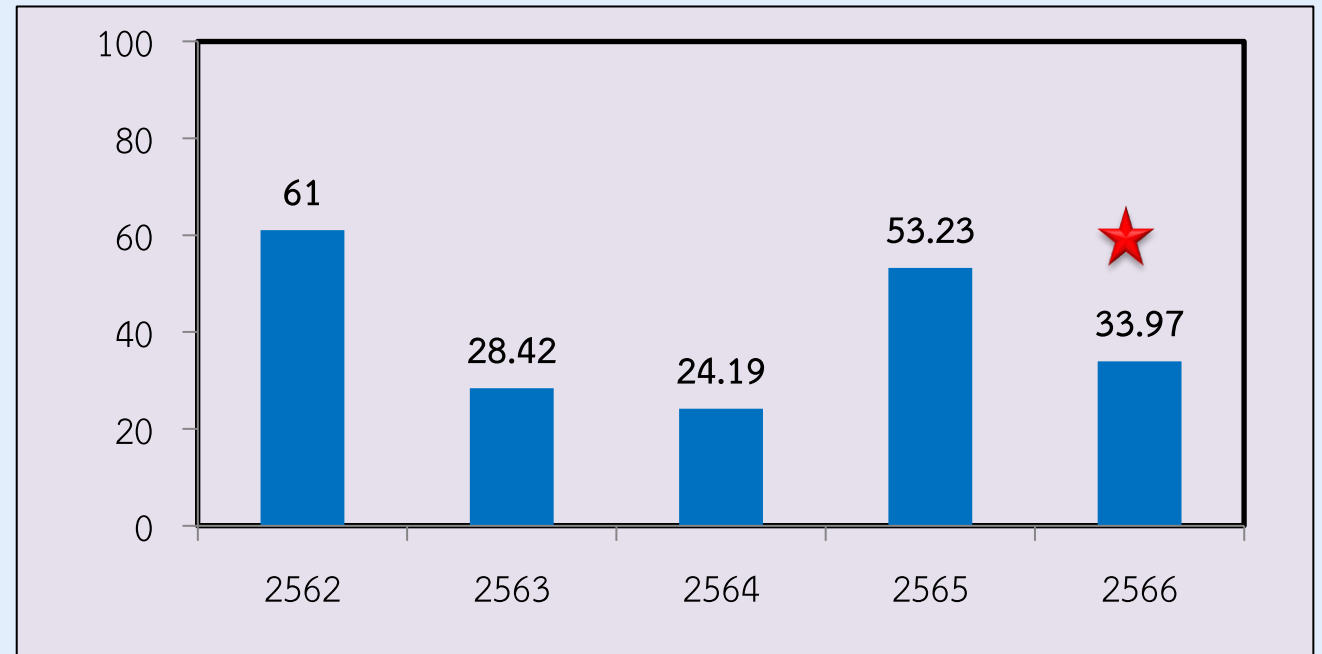
ร้อยละของผู้ป่วย Triage level 1 ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดได้เข้า OR ภายใน 60 นาที > 80 %



การแก้ไข

กำหนดนิยามชัดเจน เข้าใจตรงกัน เพิ่มทีมการผ่าตัด แต่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย

ร้อยละของผู้ป่วย TBI ที่รับไว้ใน รพ. เสียชีวิตไม่เกิน 30%



2566 ข้อมูล ตค.-ธค.65

สาเหตุการเสียชีวิต :
รถมอเตอร์ไซด์ เมา เร็ว ไม่สวมหมวกนิรภัย

Trauma

เป้าหมาย

อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยใน
ที่มี $PS > 0.50$ น้อยกว่า 1 %



วิเคราะห์ประเด็นคุณภาพ

1. สาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต ได้แก่ Multiple Trauma, TBI
2. Pitfall ได้แก่ Miss Dx, Delay Rx, Delay OR , Inappropriate Rx.
3. Trauma Audit, RCA หาแนวทางแก้ปัญหา

ปี งบประมาณ	PS > 0.5 ที่ Admit ทั้งหมด	จำนวน เสียชีวิต	ร้อยละ
2562	2,986	2	<u>0.06</u>
2563	8,297	13	<u>0.15</u>
2564	6,986	23	<u>0.32</u>
2565			<u>0.16</u>
ตค-ธค.65			



แนวทางแก้ไข

1. มีแนวทางปรึกษาตั้งแต่ รพช. เพื่อวางแผนการรักษา
2. เพิ่มการเข้าถึง ICU รวดเร็วขึ้น

Trauma Morbidity & Mortality Conference

สนับสนุนโดย
บริษัท ไทยโอโซน จำกัด

วันอังคารที่ 18 มกราคม 2565 เวลา 14.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมอจาวโร ห้อง3(ชั้น9) ชั้น9 อาคารอจาวโร (ตึกใหม่)

โดย

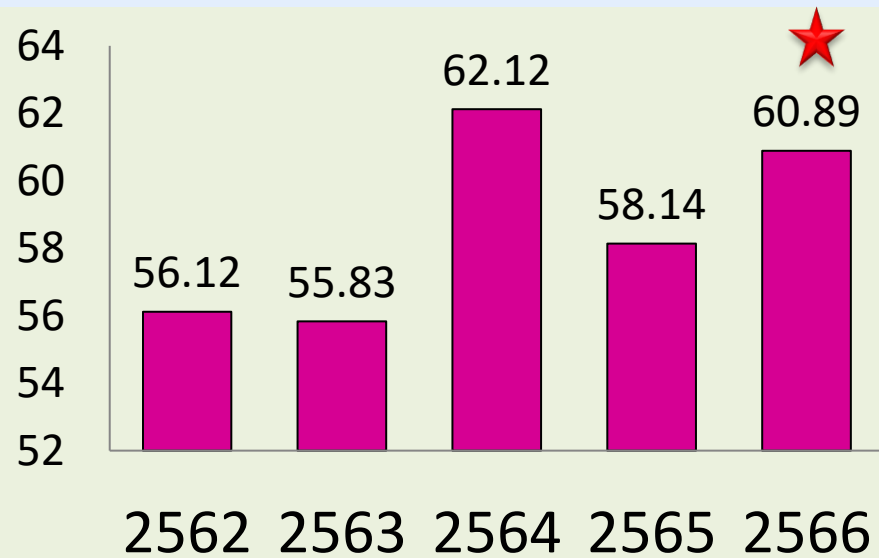
นาย สุทิน	ผู้อำนวยการศูนย์	
นาย สมบัติ	ผู้อำนวยการ	
นาย ชัยวัฒน์	ผู้อำนวยการ	
นาย ชัยวัฒน์	ผู้อำนวยการ	
นาย ชัยวัฒน์	ผู้อำนวยการ	
นาย ชัยวัฒน์	ผู้อำนวยการ	

รายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ
คุณชัชวาล วัฒนา โทร 8135
คุณชัชวาล วัฒนา โทร 8135

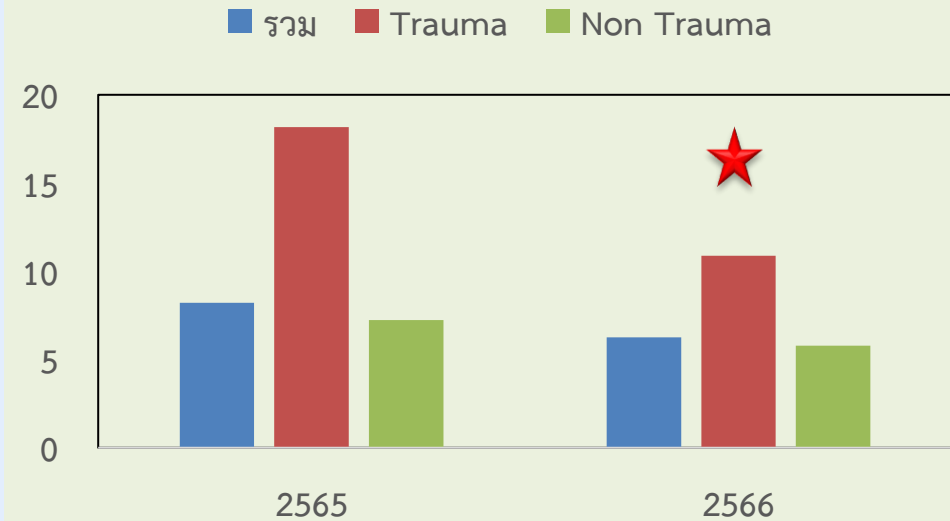


Trauma

อัตราผู้ป่วยTriage level 1,2 ที่มีข้อบ่งชี้ให้นอน รพ.
ได้รับการ Admit ภายใน 2 ชม. > 60 %



อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
ภายใน 24 ชั่วโมง ในรพ.ระดับ A < 12 %



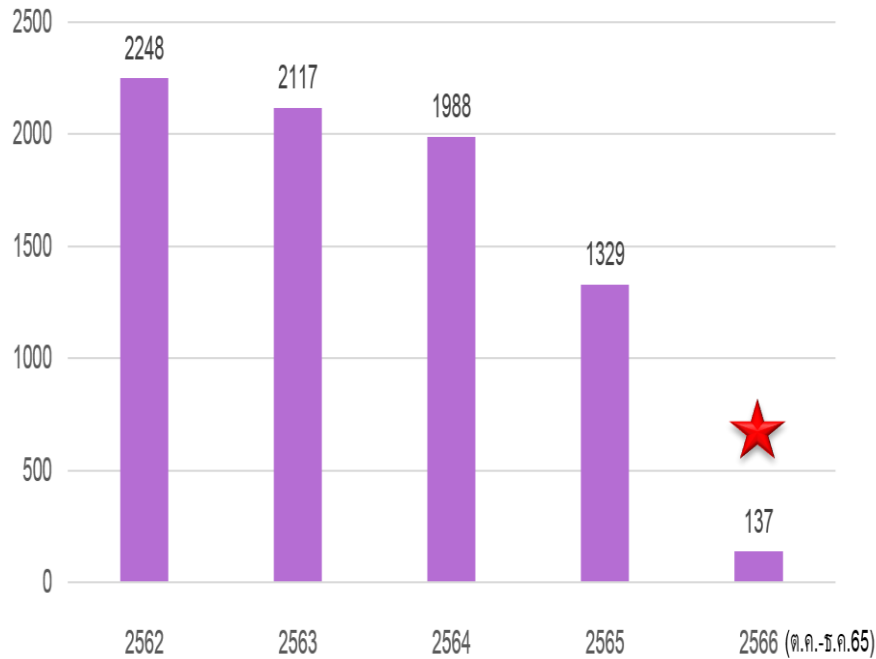
แก้ไข

- พัฒนาทักษะทีมทุกระดับ
- ทุก PCT กำหนดแนวทาง Pass Admit ลดแออัด
- 20% P4P ทีมเวรเปล
- เพิ่มรังสีแพทย์วินิจฉัย อ่านผล CT ภายใน 45 นาที

2566 ข้อมูล ตค.-ธค.65

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอัตราการป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ในพื้นที่เขตสุขภาพ

แนวโน้มสถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็ง เปรียบเทียบ 5 ปี ย้อนหลัง



จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ (ราย)

ที่มา: ข้อมูลจากโปรแกรม TCB วันที่ 17 ธ.ค. 2565

5. NHL

10.61 %

3. Lung

13.64 %

1. CCA/CHCA

18.18%

2. Colon

18.18%

4. Prostate

12.12 %

5. NHL

5.71 %

1. Breast

40.0 %

2. CCA/CHCA

18.18 %

4. Colon

10.0 %

3. Cervix

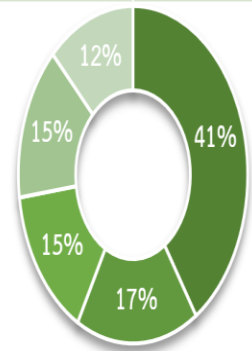
14.29 %

ที่มา: ข้อมูลจากโปรแกรม TCB วันที่ 17 ธ.ค. 2565

ที่มา : ศูนย์ประสานงานมะเร็ง

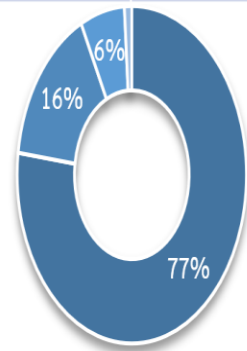
บริการส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบ Cancer Anywhere

โรคที่มีการ Refer out ไปมากที่สุด	
Breast	122
Prostate	50
CCA	43
Lung	43
Cervix	36



■ Breast ■ Prostate

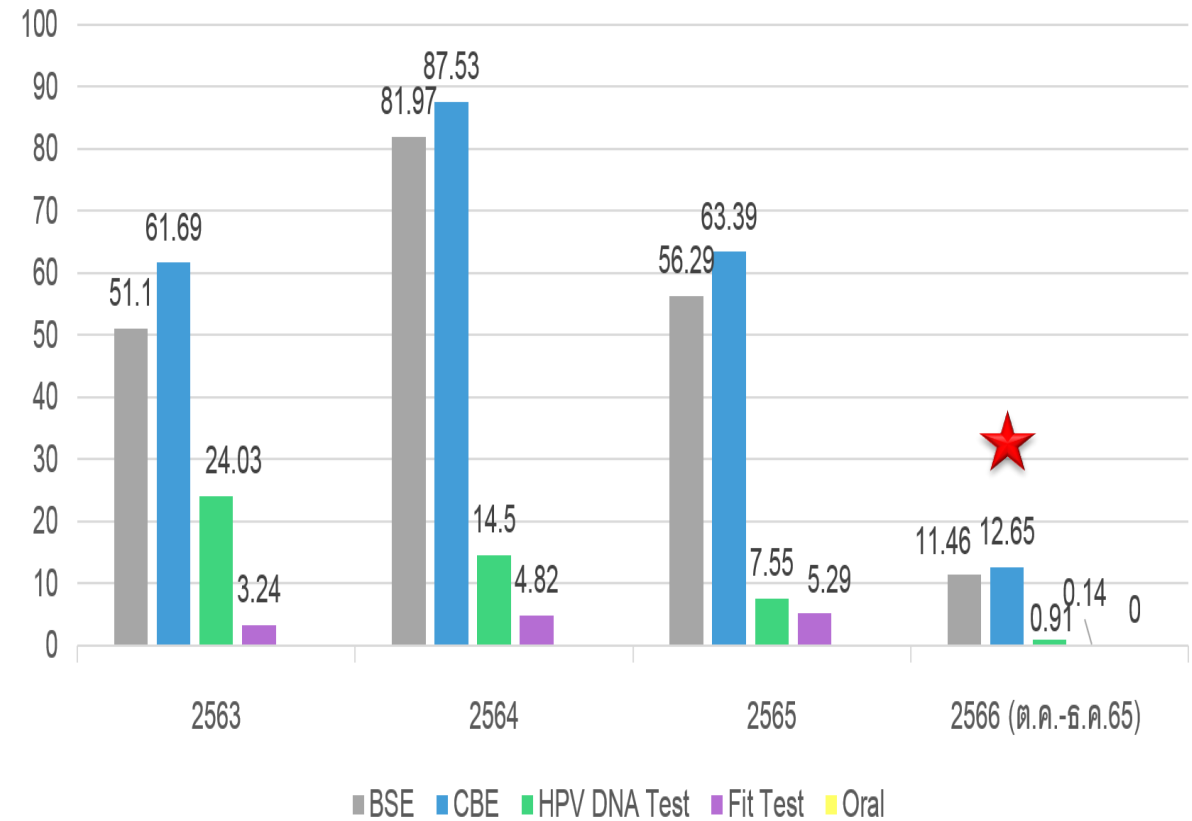
โรงพยาบาลที่มีการ Refer out ไปมากที่สุด	
มะเร็งอุตรธานี	122
ศรีนครินทร์	50
รพ.อุตรธานี	43
จุฬาลงกรณ์	43
อื่นๆ	36



■ มะเร็งอุตรธานี ■ ศรีนครินทร์
■ อุตรธานี ■ จุฬา

Screening and Early Detection

ร้อยละของประชากรที่ได้รับการคัดกรอง



ที่มา: ข้อมูลจากโปรแกรม HDC วันที่ 17 ธ.ค. 2565

ที่มา : ศูนย์ประสานงานมะเร็ง

ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด 19

ตัวชี้วัดตรวจราชการ	เป้าหมาย	ผลงาน
1.ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม 607	> ร้อยละ 90	31.22
2.ร้อยละความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ 15 – 45 ปี	> ร้อยละ 90	38.15

ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด 19						
กลุ่ม	จำนวนในเขตอำเภอเมือง	เข็มที่ 1	เข็มที่ 2	เข็มที่ 3	เข็มที่ 4	เข็มที่ 5
- ประชาชนอายุ 60 ปี ขึ้นไป	39,154	22,420	19,220	8,061	1,034	114
- ประชาชนโรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง (ปอดอุดกั้น, หอบหืด)	18,156	17,407	14,900	9,358	1,410	98
- โรคหัวใจหลอดเลือด	668	527	476	245	46	8
- โรคไตเรื้อรังระยะ 5 (ไตวายเรื้อรัง)	3,697	3,045	2,596	1,045	158	19
- โรคหลอดเลือดสมอง	1,600	1,106	966	432	81	6
- โรคเมรังทุกชนิดที่อยู่ระหว่างรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัด ภูมิคุ้มกันบำบัด	1,297	725	647	299	49	7
- โรคเบาหวาน	2,511	2,238	1,907	898	137	11
- โรคอ้วน	5,415	4,902	4,289	2,300	250	15
- หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-45 ปี	22,024	19,847	18,031	8,402	1,267	72

ที่มา : <https://cvp1.moph.go.th/dashboard>

ข้อมูล ณ วันที่ 18 ธันวาคม 2565

ระบบ Situation Awareness ที่มีประสิทธิภาพ

	2562	2563	2564	2565	2566	
มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ	51	51	51	51	51	★
มีการจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ	-	-	-	-	-	
ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS&EOC 100	-	-	-	-	-	
ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม	7	7	7	7	7	★
มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ที่ระบุภัยสุขภาพ สำคัญอย่างน้อย 3 ภัย และ resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ	3	3	3	3	3	★
มี operational plans สำหรับ 3 ภัย ที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการณที่สอดคล้อง กับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัย	3	3	3	3	3	★
มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan	-	-	1	1	1	★

ภัยสุขภาพ/สาธารณภัย(Health, Disaster) : RTI, DROWNING, DHF, COVID-19, FIRE, FLOOD

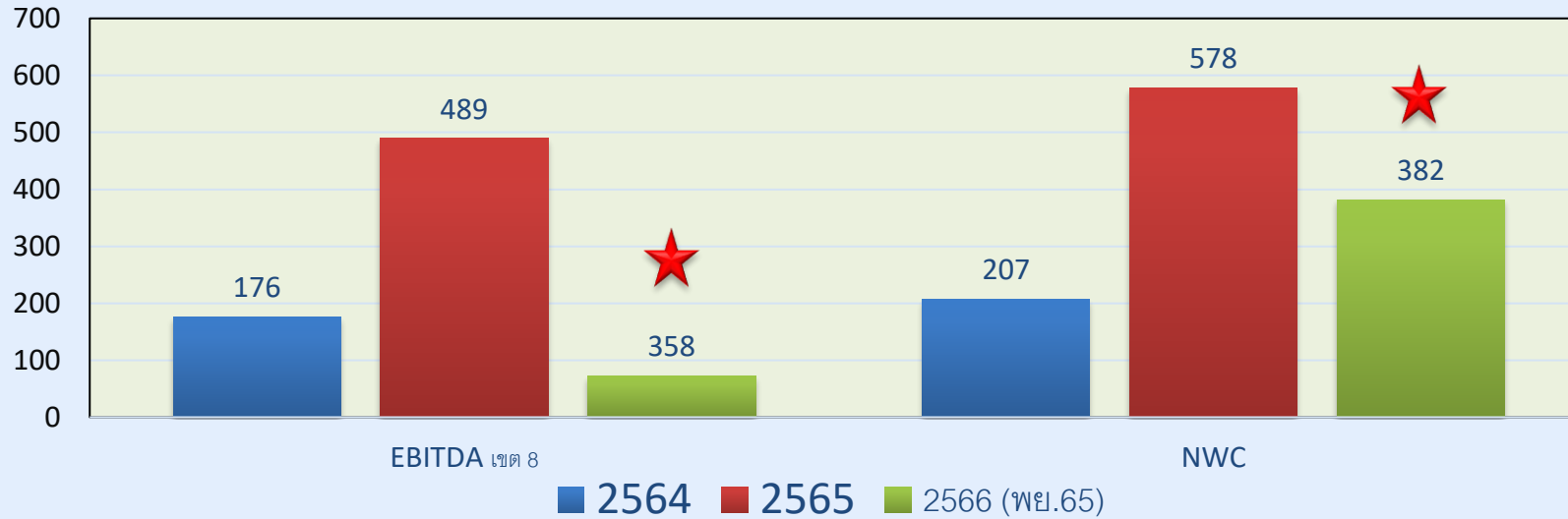
Functional Based

ประเด็นที่ 6

องค์กรสมรรถนะสูง



EBITDA และ NWC รพ.สุกลนคร ปี 2564-2566

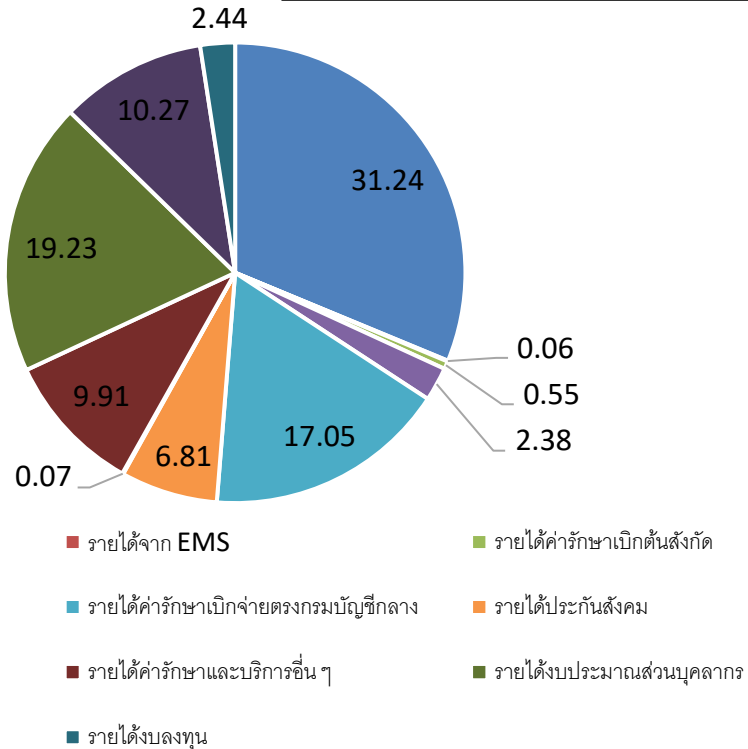


ปีงบประมาณ	ดัชนีสภาพคล่อง			NI+DEP กสธ.	NI+DEP เขต 8	EBITDA เขต 8	NWC	Risk		
	Cr	Qr	Cash					Ni กสธ	NI เขต8	EBITDA เขต8
2564	1.32	1.09	0.47	88,508,193.63	84,748,939.11	176,902,758.60	207,617,142.30	2	2	2
2565	2.46	2.17	0.56	366,605,967.07	372,971,414.98	489,723,903.75	578,546,066.69	1	1	1
2566 (พ.ย.65)	1.67	1.45	0.34	26,241,717.45	42,190,002.65	72,180,517.65	382,120,230.72	1	1	1

แผนการเงินโรงพยาบาลสกลนคร (Planfin) ปีงบประมาณ 2566

แผนรายได้

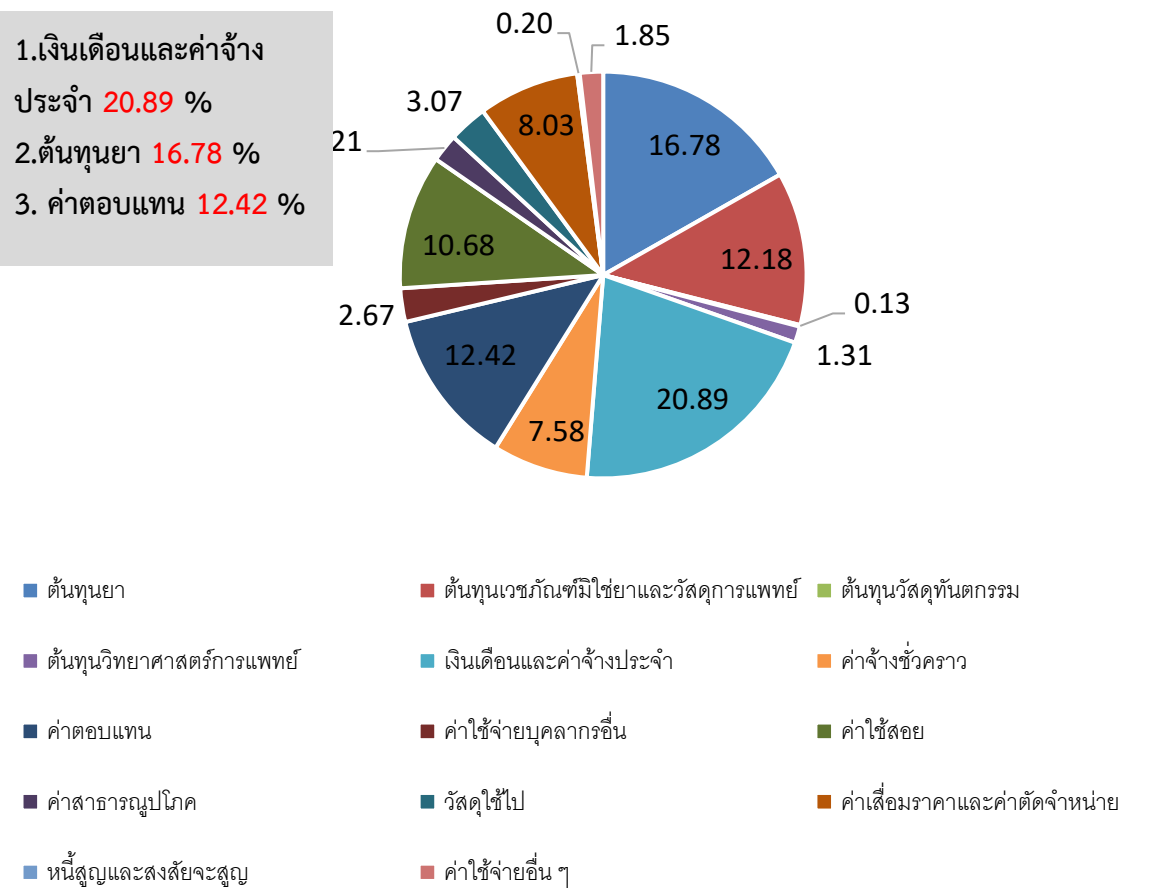
1. UC **31.24 %**
2. งบประมาณ
ส่วนบุคลากร **19.23 %**
3. จากกรมบัญชีกลาง
17.05 %



- รายได้ UC
- รายได้จาก EMS
- รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด
- รายได้ค่ารักษา อปท.
- รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง
- รายได้ประกันสังคม
- รายได้แรงงานต่างด้าว
- รายได้ค่ารักษาและบริการอื่นๆ
- รายได้งบประมาณส่วนบุคลากร
- รายได้งบลงทุน

แผนค่าใช้จ่าย

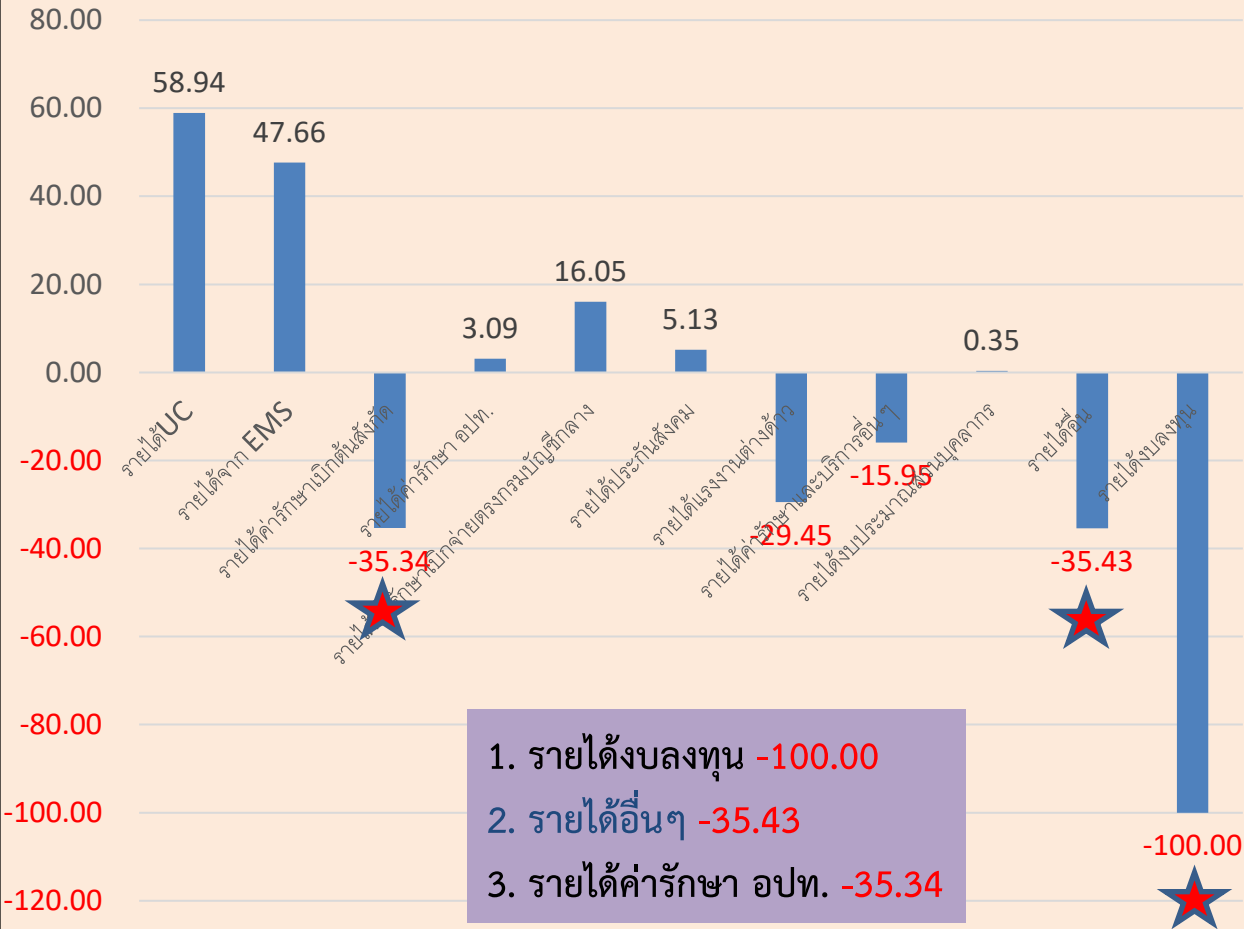
1. เงินเดือนและค่าจ้าง
ประจำ **20.89 %**
2. ต้นทุนยา **16.78 %**
3. ค่าตอบแทน **12.42 %**



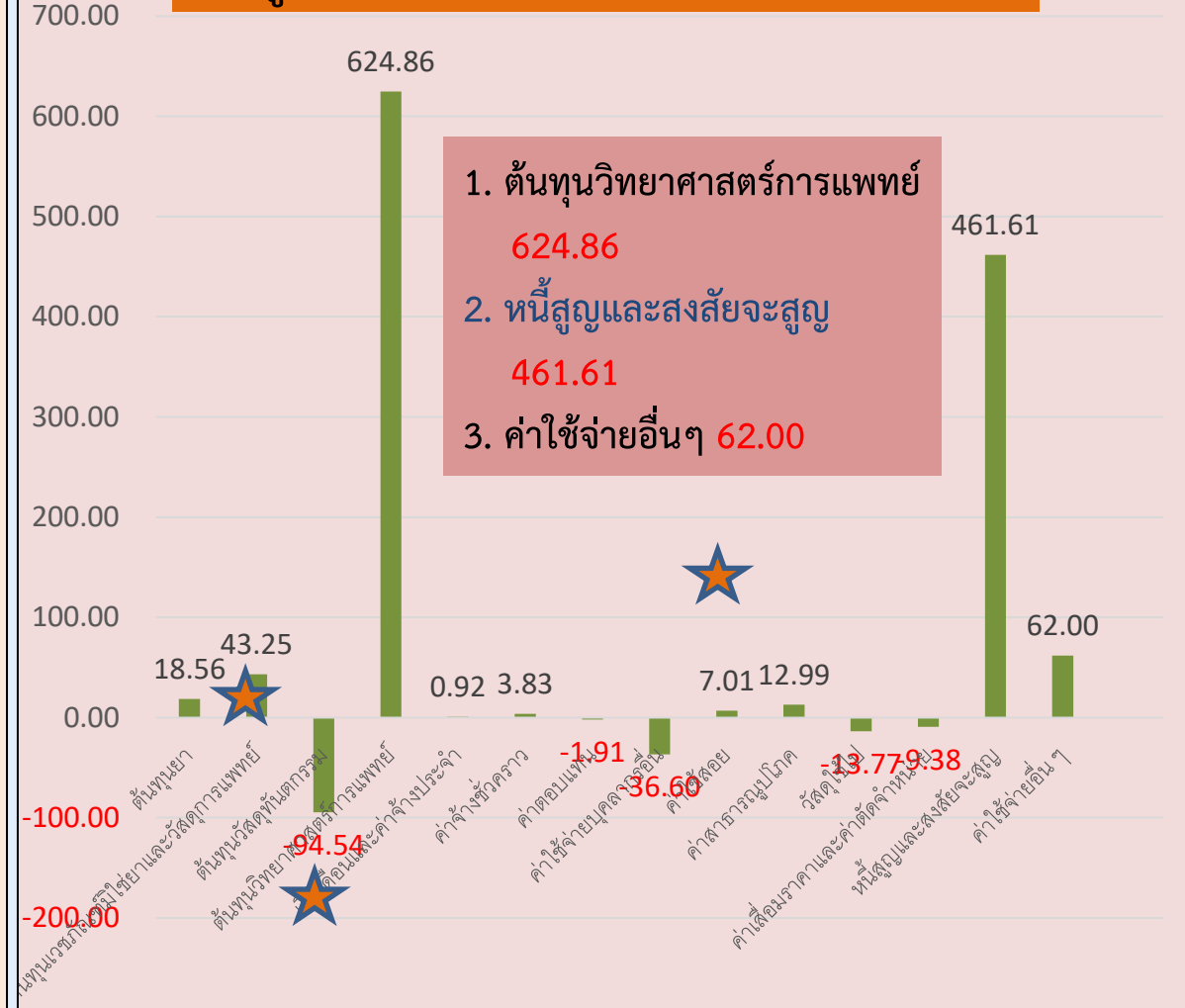
- ต้นทุนยา
- ต้นทุนเวชภัณฑ์มีชีวะและวัสดุการแพทย์
- ต้นทุนวัสดุทันตกรรม
- เงินเดือนและค่าจ้างประจำ
- ค่าจ้างชั่วคราว
- ค่าใช้สอย
- ค่าตอบแทน
- ค่าจ้างบุคลากรอื่น
- ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย
- ค่าสาธารณูปโภค
- วัสดุทั่วไป
- ค่าใช้จ่ายอื่นๆ
- หนี้สูญและสงสัยจะสูญ

การเงินการคลังสุขภาพ

แผนภูมิ % ส่วนต่าง Planfin 66 (หมวดรายได้)



แผนภูมิ % ส่วนต่าง Planfin 66 (หมวดรายจ่าย)

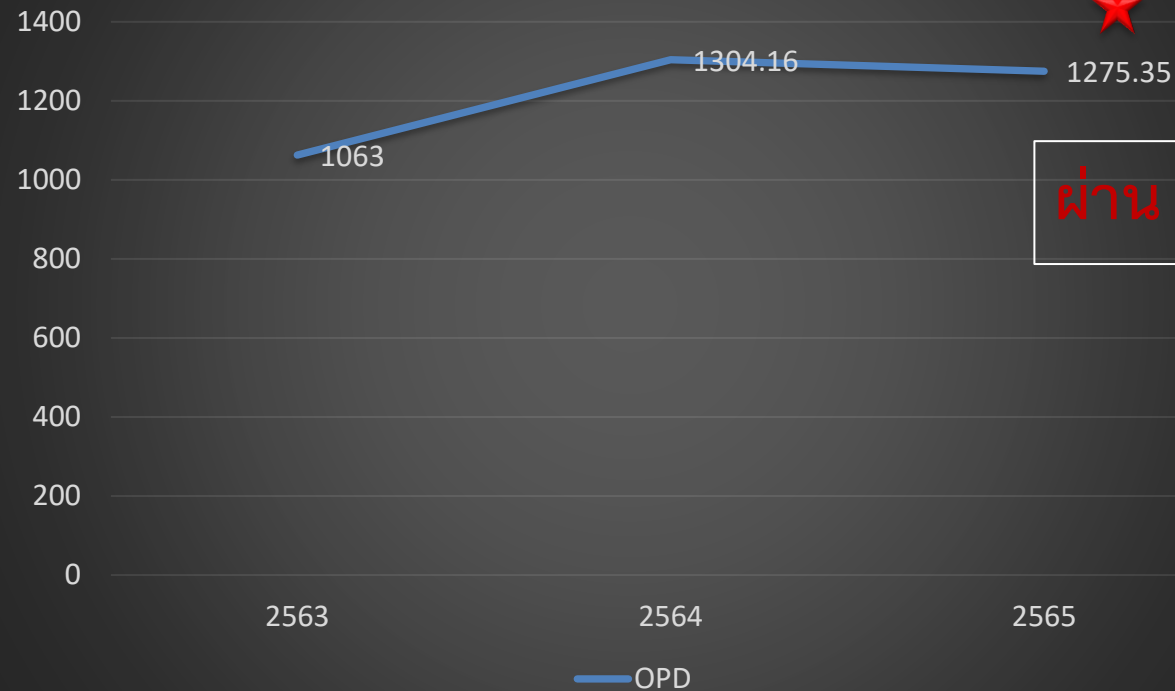


ข้อมูล Unit Cost (Quick Method)

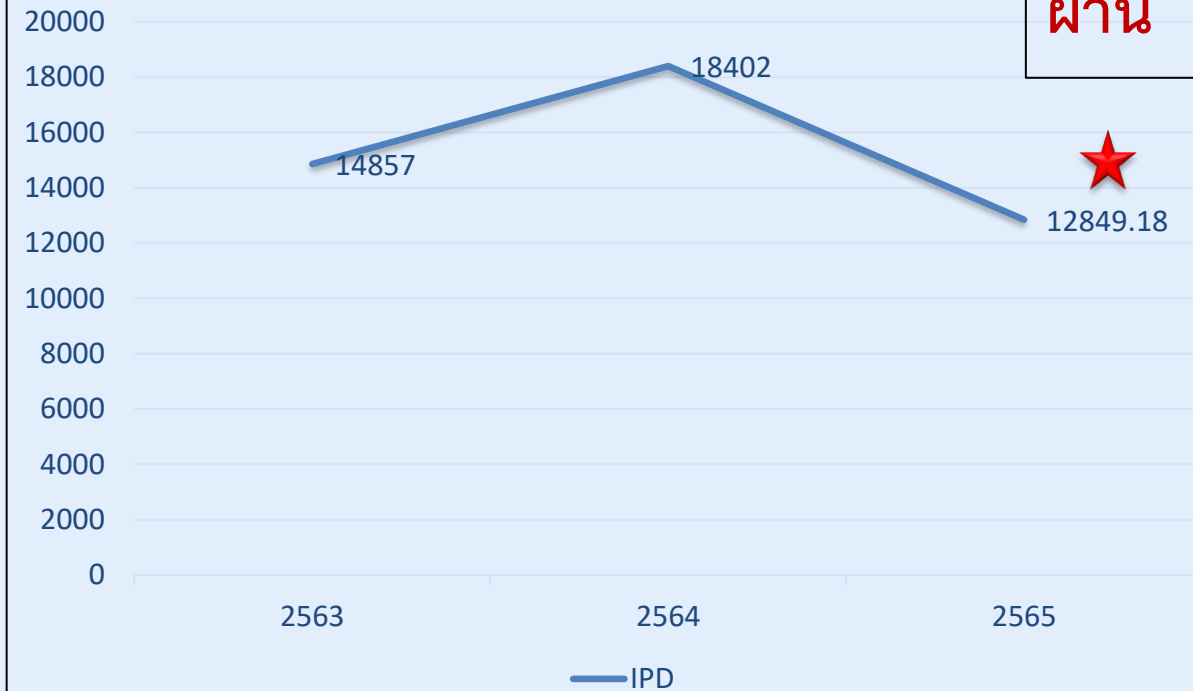
ผลการประเมินต้นทุนบริการ

OP	IP	OP&IP
ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

Unit Cost (Quick Method)-OPD



Unit Cost (Quick Method)-IPD



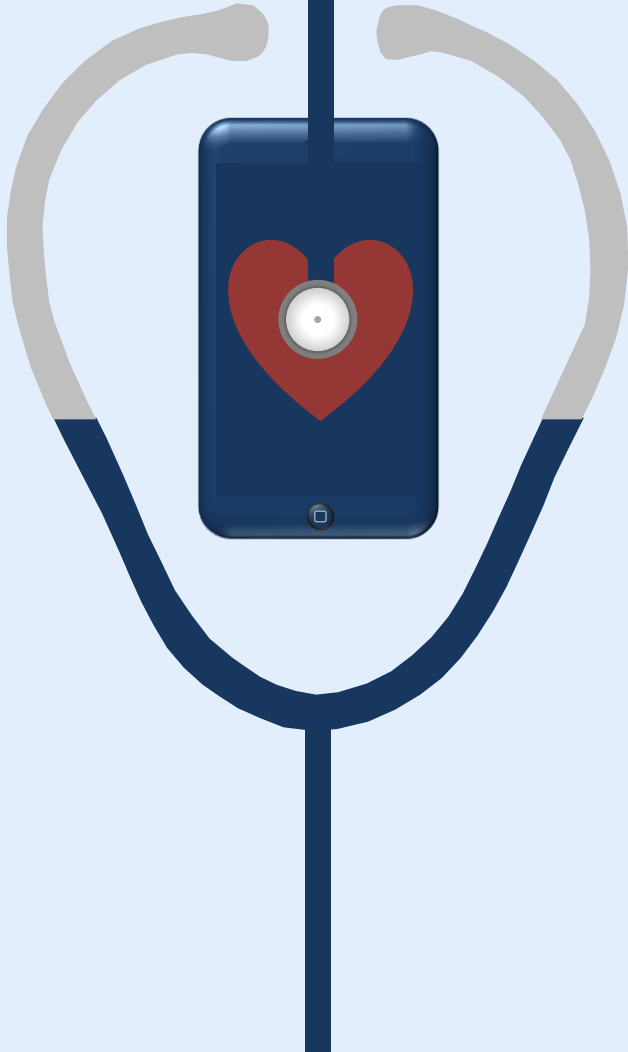
ผลงาน 7 Plus Efficiency Score

ปีงบประมาณ	Operating Margin	Return on Asset	A Payment Period	A Collection Period-UC	A Collection Period -CSMBS	A Collection Period-SSS	Inventory Management	GradePlus	ผลการประเมิน
เกณฑ์	>15.95	>11.77	<180	<=60	<=60	<=120	<=60	> B	
2564	7.91	4.19	176	70	74	146	60	C-	ไม่ผ่าน
2565 (ตค.65)	18.90	16.81	150	93.00	59.00	108.00	56.00	A-	ผ่าน



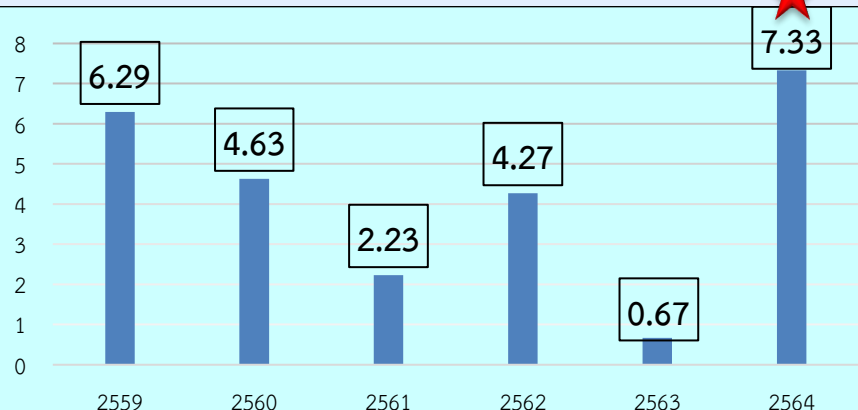
Area basedและ ประเด็นติดตาม ปัญหาของพื้นที่

ประเด็น OV CCA

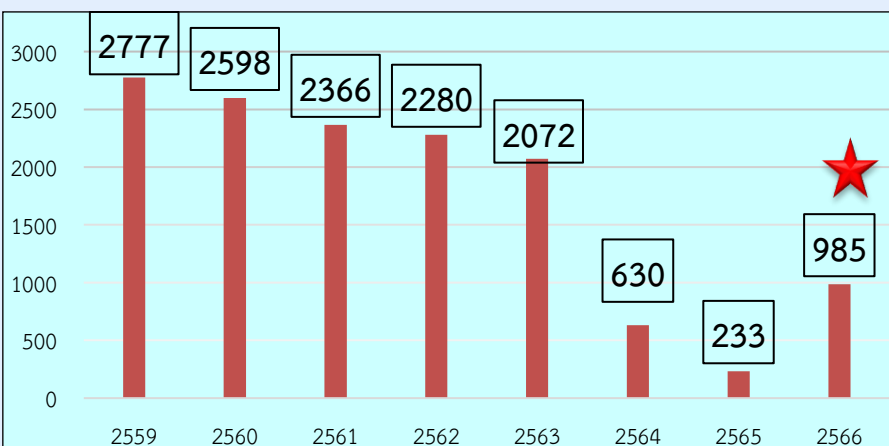


OV CCA

อัตราการติดเชื้อ OV อ.เมืองสกลนคร จ.สกลนคร ปี 59-64 (ร้อยละ)



ผลการอัลตราซาวด์ อ.เมืองสกลนคร จ.สกลนคร ปี 59-66 (ราย)



ตัวชี้วัดตรวจราชการ

เป้าหมาย

ผลงาน

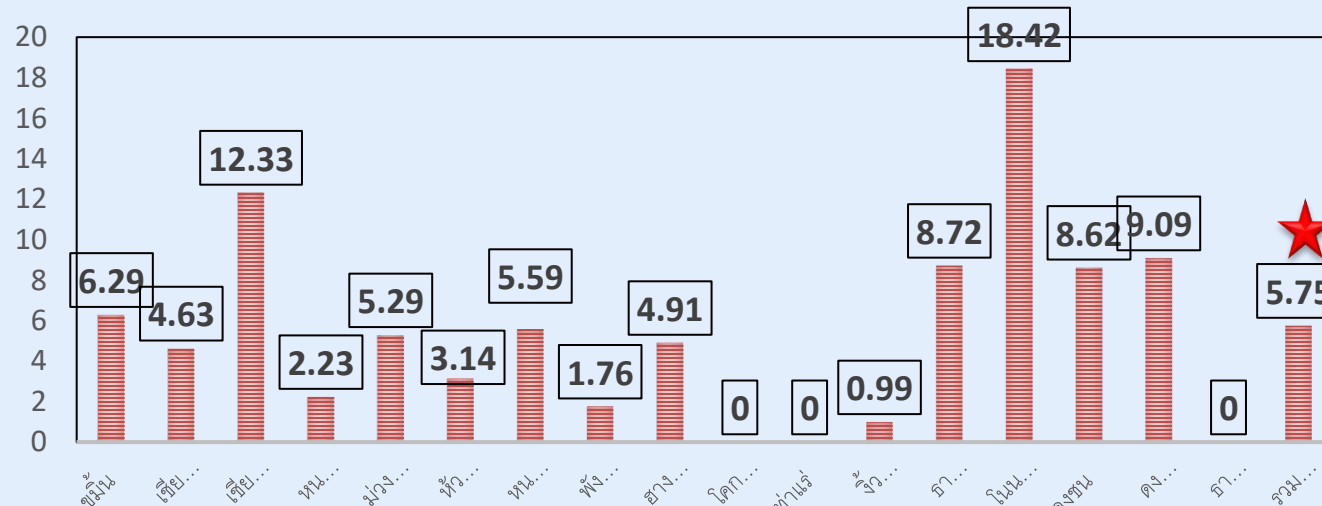
1.อัตราการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน

< ร้อยละ 23.8

9.14



อัตราการติดเชื้อ OV แยกรายตำบล อ.เมืองสกลนคร จ.สกลนคร ปี 59-64 (ร้อยละ) เป้าน้อยกว่าร้อยละ 5



ผลการอัลตราซาวด์ พบ CCA ปี 59-65

- 2559 ผลการคัดกรองพบพบ. CCA 5 ราย ได้รับการผ่าตัด 2 ราย รักษาแบบประคับประคอง 3 ราย
- 2560 ผลการคัดกรองพบพบ. CCA 5 ราย ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง 5 ราย
- 2561 ผลการคัดกรองพบพบ. CCA 18 ราย ได้รับการผ่าตัด 5 ราย
- 2562 ผลการคัดกรองพบพบ. CCA 7 ราย ได้รับการผ่าตัด 2 ราย รักษาแบบประคับประคอง 5 ราย
- 2563 ผลการคัดกรองพบพบ. CCA 3 ราย ได้รับการผ่าตัด 2 ราย รักษาแบบประคับประคอง 1 ราย
- 2564 ผลการคัดกรองพบพบ. CCA 5 ราย ได้รับการผ่าตัด 2 ราย รักษาแบบประคับประคอง 3 ราย
- 2565 ผลการคัดกรองไม่พบพบ.สงสัย CCA
- 2566 ผลการคัดกรองพบพบ.สงสัย CCA 7 ราย อยู่ในขั้นตอนการวินิจฉัย

ข้อค้นพบ

- ปี 2559-64 พบอัตราการติดเชื้อ OV สูงเกินร้อยละ 5
- พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น และไม่ได้รับการคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์
- แผนการออกคัดกรอง OVCCA เป็นการดำเนินงานตามแผนงานฯ-งบประมาณจากส่วนกลาง ถ้ามีงบประมาณจัดสรรมาจึงดำเนินการคัดกรอง แต่มีบางพื้นที่ เช่น ต.เชียงเครือ ที่ผู้นำ และหน่วยงานด้านสาธารณสุขเห็นความสำคัญของปัญหาจัดสรรงบประมาณเพื่อการคัดกรอง OVCCA เอง เช่นปี 2564-65 ตรวจอุจจาระ ปี 2566 ตรวจอัลตราซาวด์ โดยขอรับการสนับสนุนบุคลากรคัดกรอง
- ร่วมในแผนการดำเนินงานเพื่อลดความชุกของ OV เช่น อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัย การสร้าง Health literacy ในโรงเรียน

ลดป่วย

- ✓ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจอุจจาระในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
- ✓ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี(รายใหม่) โดยการตรวจอัลตราซาวด์ ในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป (ตรวจรายใหม่)
- ✓ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- ✓ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูงมะเร็งท่อน้ำดี(รายเก่า) โดยการตรวจอัลตราซาวด์ในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ปีละ 1 ครั้ง
- ✓ การดูแลติดตามต่อเนื่องที่บ้าน

ลดตาย

- ✓ พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (FAST TRACK CCA) ให้สะดวก รวดเร็วขึ้น
- ✓ เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรอง OVCCA ให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยการจัดการวางแผนออกคัดกรองมะเร็งแบบบูรณาการ ในทุกพื้นที่ในเขตอ.เมืองสกลนคร จ.สกลนคร

ข้อเสนอแนะ

- สะท้อนปัญหา OVCCA และคืนข้อมูลการตรวจคัดกรอง OVCCA ทั้งผลตรวจอุจจาระและอัลตราซาวด์ เพื่อให้พื้นที่เสี่ยงเห็นความสำคัญ และร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน
- วิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ติดเชื้อ OV เพื่อหาปัจจัยการแก้ไขปัญหาที่ตรงประเด็น
- สร้างความรู้ (Health literacy) ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมเป้าหมาย
- จัดกิจกรรมการคัดกรอง OVCCA โดยการตรวจอุจจาระ หรือการตรวจอื่นที่ตรวจง่ายและมีความน่าเชื่อถือ เช่น urine การตรวจอัลตราซาวด์เคลื่อนที่ และบูรณาการกับงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการร่วมออกคัดกรอง เช่น NCD หรือ การคัดกรองมะเร็งอื่นๆ



โรงพยาบาลสกลนคร
SAKON NAKHON HOSPITAL

