



เอกสารประกอบ

การตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข
กรณีปกติ รอบที่ 2/2566

โรงพยาบาลบึงกาฬ วันที่ 13-14 กรกฎาคม 2566



คำนำ

โรงพยาบาลบึงกาฬ เป็นสถานบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีภารกิจหลักคือ ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิถึงระดับตติยภูมิ ครอบคลุม 4 มิติ แก่ประชาชนในและนอกเครือข่ายให้สามารถเข้าถึงบริการได้ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน ได้ทันเวลา โดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ ภายใต้การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และธรรมาภิบาล รวมทั้งสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการ และการใช้เทคโนโลยี ด้านสุขภาพแก่ภาคี เครือข่าย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ตลอดจนมีการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาศิที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันจะนำไปสู่สังคมที่มีสุขภาวะอย่างยั่งยืนอย่างแท้จริง

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการตรวจราชการ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566 เนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป สถานะสุขภาพของประชาชน ข้อมูลงานบริหาร งานวิชาการและผลการพัฒนาคุณภาพ งานนโยบายและยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลบึงกาฬ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เขตสุขภาพที่ 8 และกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการจัดทำรายงานฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้ จะเป็นกรอบแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน และเป็นคู่มือประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อส่งผลให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
มิถุนายน 2566

สารบัญ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	3
ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลบึงกาฬ.....	3
ข้อมูลด้านสุขภาพ	6
ส่วนที่ 2 แผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570).....	11
แผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี โรงพยาบาลบึงกาฬ.....	11
แผนงานโครงการ	13
ตัวชี้วัดการปฏิบัติงานตามประเด็นการตรวจราชการรอบที่ 2/2566	33
Agenda Based.....	33
Digital Health.....	37
Functional.....	49

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1. ผู้บริหารโรงพยาบาลบึงกาฬ



นายแพทย์กมล แซ่ปึง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ



แพทย์หญิงปริเปรม ศรีหล่มศักดิ์
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ
(กลุ่มภารกิจด้านการแพทย์)



นายทองดี แสนพรม
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ
(กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ)



นางสาวนีย์ ทิวะลา
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ
(กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล)



แพทย์หญิงสุชีวา ราชูโส
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ
(กลุ่มภารกิจบริการปฐมภูมิ)



นายแพทย์วรุตม์ ชมภูจันทร์
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ
(กลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการ และสนับสนุน
บริการสุขภาพ)

1.2 ข้อมูลโรงพยาบาลบึงกาฬ

โรงพยาบาลบึงกาฬ เป็น โรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S เปิดให้บริการ 260 เตียง (IPD 240 เตียง และ ICU 20 เตียง)ที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองบึงกาฬ มีพื้นที่ 53 ไร่ 3 งาน เปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไป และคลินิกเฉพาะทาง ได้แก่ 1) อายุรกรรม 2) ศัลยกรรมทั่วไป 3) ศัลยกรรมกระดูก 4) จักษุ 5) โสต ศอ นาสิก 6) กุมารเวชกรรม 7) สูติ-นรีเวชกรรม 8) สุขภาพจิต และยาเสพติด ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย

1.3 อัตรากำลัง โรงพยาบาลบึงกาฬมีบุคลากรรวม 765 คน ดังนี้

อายุรศาสตร์ 4 คน	แพทย์เฉพาะทาง 31 คน
อายุรศาสตร์โรคเลือด 1 คน	แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 14 คน
ศัลยศาสตร์ 3 คน	ทันตแพทย์ 10 คน (FTE 12)
ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา 1 คน	พยาบาล 239 คน (FTE 260)
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา 3 คน	เภสัชกร 19 (FTE 18)
กุมารเวชศาสตร์ 4 คน	นักเทคนิคการแพทย์ 15 คน
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ 3 คน	นักกายภาพบำบัด 6 คน
จักษุวิทยา 3 คน	บุคลากรอื่นๆ 408 คน
วิสัญญีวิทยา 2 คน	- ข้าราชการ 46.82 %
ประสาทวิทยา 1 คน	- พนักงานกระทรวงฯ 35.08%
เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2	- ลูกจ้างประจำ 2.07%
รังสีวิทยาวินิจฉัย 1	- พนักงานราชการ 1.79%
โสต ศอ นาสิก วิทยา 1	- อื่นๆ 14.22%
เวชปฏิบัติทั่วไป 1	
ผู้อำนวยการ 1	

1.4 ข้อมูลด้านสุขภาพ

ข้อมูลประชากร จังหวัดบึงกาฬ มีเนื้อที่ 4,305.746 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย 8 อำเภอ 53 ตำบล 617 หมู่บ้าน ประชากร 421,684 คน แบ่งเขตการปกครองดังนี้

- เทศบาลเมือง	จำนวน 1 แห่ง
- เทศบาลตำบล	จำนวน 17 แห่ง
- องค์การบริหารส่วนตำบล	จำนวน 39 แห่ง
- โรงพยาบาลทั่วไป (รพ.บึงกาฬ)	จำนวน 1 แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน	จำนวน 7 แห่ง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน 61 แห่ง

โรงพยาบาลบึงกาฬ ตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลบึงกาฬ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ อำเภอเมืองบึงกาฬ มีพื้นที่ 673.385 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย 12 ตำบล 131 หมู่บ้าน 35,577 หลังคาเรือน ประชากร 97,426 คน แบ่งเขตการปกครองดังนี้

- เทศบาลเมือง จำนวน 1 แห่ง
- เทศบาลตำบล จำนวน 5 แห่ง
- องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 5 แห่ง
- โรงพยาบาลทั่วไป (รพ.บึงกาฬ) จำนวน 1 แห่ง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 14 แห่ง

ตาราง 1 ข้อมูลเขตการปกครองและประชากรจากทะเบียนราษฎร์ จำแนกรายตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

ตำบล	หมู่บ้าน	เทศบาลเมือง	เทศบาลตำบล	อบต.	รพ.สต.	ประชากร ปี 2566		
						ชาย	หญิง	รวม
บึงกาฬ	11	1	-	-	1	3,950	4,066	8,016
โนนสมบูรณ์	13	-	-	1	1	5,352	5,456	10,808
โนนสว่าง	11	-	1	-	2	3,670	3,685	73,55
หอค้า	14	-	1	-	2	4,073	4,092	8,165
หนองเล็ง	13	-	1	-	1	4,932	5,139	10,071
โคกก่อง	9	-	1	-	1	3,889	3,942	7,831
นาสวรรค์	9	-	-	1	1	4,116	4,069	8,185
โคสี	10	-	1	-	1	2,805	2,892	5,697
ชัยพร	13	-	-	1	2	4,735	4,579	9,314
วิศิษฐ์	13	-	-	-	1	5,248	5,496	10,744
ค่านาดี	8	-	-	1	1	2,916	2,853	5,769
โป่งเปือย	7	-	-	1	1	2,722	2,749	5,471
รวม	131	1	5	5	14	48,408	49,018	97,426

หมายเหตุ : เทศบาลเมืองบึงกาฬ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลบึงกาฬ และตำบลวิศิษฐ์

ตาราง 2 ข้อมูลประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ และสถานบริการ ในเขตอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ปี 2566

กลุ่มอายุ	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0-4 ปี	1,969	4.07	1,916	3.91	3,885	3.98
5-9 ปี	2,969	6.13	2,732	5.57	5,701	5.85
10-14 ปี	3,427	7.08	3,209	6.55	6,636	6.81
15-19 ปี	3,582	7.40	3,425	6.99	7,007	7.19
20-24 ปี	3,709	7.66	3,531	7.20	7,240	7.43
25-29 ปี	3,464	7.16	3,649	7.44	7,113	7.30
30-34 ปี	3,227	6.67	3,385	6.91	6,612	6.79
35-39 ปี	3,547	7.33	3,675	7.50	7,222	7.41
40-44 ปี	4,382	9.05	4,512	9.20	8,894	9.13
45-49 ปี	4,364	9.02	4,317	8.81	8,681	8.91
50-54 ปี	3,764	7.78	3,808	7.77	7,572	7.77
55-59 ปี	3,105	6.41	3,075	6.27	6,180	6.34
60-64 ปี	2,264	4.68	2,460	5.02	4,724	4.85
65-69 ปี	1,764	3.64	1,881	3.84	3,645	3.74
70-74 ปี	1,298	2.68	1,451	2.96	2,749	2.82
75-79 ปี	768	1.59	860	1.75	1,628	1.67
80-84 ปี	445	0.92	630	1.29	1,075	1.10
85-89 ปี	220	0.45	328	0.67	548	0.56
90-94 ปี	103	0.21	128	0.26	231	0.24
95 ปีขึ้นไป	37	0.08	46	0.09	83	0.09
รวม	48,408	100	49,018	100	97,426	100

1.5 ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ

โรงพยาบาลบึงกาฬ ได้กำหนดตามกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลที่มีทั้งกลุ่มผู้ป่วยนอกที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพโรคที่ป้องกันได้ในส่วนปฐมภูมิ เช่น โรคเรื้อรัง DM, Hypertension โรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง กลุ่มผู้ป่วย ที่ต้องการการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทาง กลุ่มผู้ป่วยในที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ กลุ่มอาการและโรคเนื่องจากการทำงาน โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ (COVID-19) กลุ่มโรคระบาดตามฤดูกาลในท้องถิ่น เช่น ไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ โรคมือเท้าปาก เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนตามภารกิจตติยภูมิขั้นสูงที่ต้องดูแลโดยศูนย์ความเป็นเลิศด้านต่างๆ เช่น อุบัติเหตุ มะเร็ง เด็กแรกคลอด โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุมีอาการบาดเจ็บหลายระบบ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง ผู้ต้องขัง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ป่วยเด็กและสตรีที่ถูกกระทำ เป็นต้น กลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการชำระเงิน ผู้ป่วยในคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ผู้ป่วยห้องพิเศษ เป็นต้น

กลุ่มผู้ป่วยในพื้นที่ รพ.ได้กำหนดกลุ่มโรคตามสาขาเฉพาะทางที่เปิดให้บริการ ดังนี้

- 1) กลุ่มโรคทางอายุรกรรม ได้แก่ Stroke, STEMI, Sepsis, ESRD, COPD, DM, HT, CKD, TB, Covid
 - 2) กลุ่มโรคทางสูติ นรีเวชกรรม ได้แก่ Birth asphyxia, APH, PPH, PIH, Preterm labour, Ectopic pregnancy, abortion, Twin Preg, GDM, CPD และ Teenage Pregnancy
 - 3) กลุ่มโรคทางศัลยกรรม ได้แก่ Acute Appendicitis, Head Injury, Necrotizing Fasciitis, UGIH, Blunt Abdomen Trauma, CA Breast, Acute peritonitis (PU perforation, appendicitis, cholecystitis, cholangitis)
 - 4) กลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม ได้แก่ Neonatal sepsis, DHF, Pnuemonia, LBW
 - 5) กลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ ได้แก่ Fracture around the hip in elderly, Close fracture of femur, Open long bone fracture, Osteoarthritis, Dislocation of the hip, Fracture of mandible
 - 6) กลุ่มโรคทาง Eye ได้แก่ Eye Injury, Cataract, Glaucoma, Diabetic Retinopathy
 - 7) กลุ่มโรคทาง ENT ได้แก่ Ludwig's angina, Chronic tonsillitis, Non-toxic thyroid goiter, Presbycusis, Epistaxis
 - 8) กลุ่มโรคทางศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ นิ่ว ต่อมลูกหมาก Urologic Sepsis
 - 9) กลุ่มโรคทางจิตเวช ได้แก่ Suicide, Schizophrenia, Depression, Amphetamine Withdrawal, Alcohol withdrawal
 - 10) กลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- โดยอันดับโรคที่ประชาชนเจ็บป่วยสูงสุด ในปี 2565- มกราคม 2566 ดังนี้

ตาราง 3 แสดงสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 5 อันดับแรก

ลำดับ	กลุ่มโรค
1.	โรคเบาหวาน
2	โรคความดันโลหิตสูง
3.	โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
4.	โรกระบบทางเดินอาหาร
5.	โรคผิวหนัง

ตาราง 4 แสดงสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 5 อันดับแรก ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปี

ลำดับ	กลุ่มโรค
1.	โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
2	ความผิดปกติของฟัน เช่น ฟันผุ
3.	โรคปอดบวม
4.	โรกระบบทางเดินอาหาร
5.	โรคผิวหนัง

ตาราง 5 แสดงสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในตามกลุ่มโรค 5 อันดับแรก

ลำดับ	กลุ่มโรค
1.	ต่อกระจากในผู้สูงอายุ
2	โรคปอดบวม
3.	โรคทางกระดูกและข้อ
4.	ภาวะหัวใจล้มเหลว
5.	โรกระบบทางเดินอาหาร

ตาราง 6 แสดงสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในตามกลุ่มโรค 5 อันดับแรก ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปี

ลำดับ	กลุ่มโรค
1.	การให้เลือดในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย
2	โรคปอดบวม
3.	โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
4.	โรกระบบทางเดินอาหาร
5.	โรคหืด

ตาราง 7 แสดงรายงานการเสียชีวิตตาม 298 กลุ่มโรค 5 อันดับแรก

ลำดับ	กลุ่มโรค
1.	โรคปอดบวม
2	เลือดออกในสมอง
3.	การบาดเจ็บที่ศีรษะ จากอุบัติเหตุ
4.	ติดเชื้อในกระแสเลือด
5.	ไตวาย

ตาราง 8 แสดงโรค Refer Out IPD และ OPD 5 อันดับแรก

ลำดับ	Refer Out IPD	Refer Out OPD
1.	Cerebral infarction	NIDM with ophthalmic
2	Chronic heart failure	End stage renal disease
3.	STEMI	CA Breast
4.	Pneumonia	thyrotoxicosis
5.	CKD Stage 5	Lumbar and other intervertebral disc disorders with radiculopathy

2. แผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570)

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลบึงกาฬ อาศัยการมีส่วนร่วมในหลายรูปแบบ ทั้งการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ การระดมความคิดเห็นออนไลน์ เป็นต้น ผลของการมีส่วนร่วมและใช้เทคนิควิธีเชิงยุทธศาสตร์เพื่อจัดทำสาระสำคัญของแผนฯ ได้แก่ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ ค่านิยมร่วม ที่สะท้อนอัตลักษณ์ ตามบริบทของโรงพยาบาลบึงกาฬ สามารถจัดการความท้าทายได้ทั้งเชิงบวกและลบ ทั้งภายนอกและภายในแวดวงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลบึงกาฬ ตลอดจนสามารถเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ผ่านแผนแม่บทและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นร่างแผนฯ ได้ ดังนี้

วิสัยทัศน์ (Vision statement)

“โรงพยาบาลบึงกาฬเป็นเลิศด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีคุณภาพ
ได้มาตรฐาน AHA บริการประทับใจ เครือข่ายเข้มแข็ง”

พันธกิจ (Mission statement)

“To make people healthy with BKH’s excellence
(มุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพดี ด้วยความเป็นเลิศของโรงพยาบาลบึงกาฬ)”

โดยมีภารกิจหลัก ดังต่อไปนี้

ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิถึงระดับตติยภูมิ ครอบคลุม 4 มิติ แก่ประชาชนในและนอกเครือข่าย ให้สามารถเข้าถึงบริการได้ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน ได้ทันเวลา โดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ ภายใต้การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และธรรมาภิบาล รวมทั้งสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพแก่ภาคีเครือข่ายเพื่อให้ปณานชนมีสุขภาพที่ดี

ค่านิยมหลัก

- 1) People Center ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
- 2) Humility ความอ่อนน้อมถ่อมตน
- 3) Teamwork สามัคคีคือพลัง
- 4) Focus on Result เป้าหมายชัดวัดผลได้
- 5) Management by fact ใช้ข้อมูล
- 6) Focus on value ให้คุณค่า
- 7) Agility อย่ายึดติด (มีความยืดหยุ่น)
- 8) รอบรู้ครอบคลุม 3 มิติ รู้ลึก รู้กว้าง รู้ไกล

กลยุทธ์

- 1.) บุคลากรเก่ง ดี มีสุขบุคลากรเก่ง ดี มีสุข
- 2.) กระตุ้นการสร้างนวัตกรรม และมีการบูรณาการนวัตกรรม
- 3.) จัดให้มี CQI (Continuous Quality Improvement) ในหน่วยงาน
- 4.) ยกระดับการบริการ
- 5.) การขับเคลื่อน Smart Hospital
- 6.) พัฒนาระบบภาคีเครือข่าย ในการรักษา
- 7.) สร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการพัฒนางาน
- 8.) การจัดการเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics)
- 9.) ผลักดันให้เกิด excellence center
- 10.) สร้างระบบประชาสัมพันธ์โดยผ่านสื่อออนไลน์ทุกช่องทาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ปรับภาพลักษณ์โรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลสมัยใหม่

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์	โครงการสำคัญปี 66	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ (บาท)
				2566	2567	2568	2569	2570				
ประสิทธิผล	เพื่อให้สังคม ประชาชน มีความเชื่อถือ เชื่อมั่น ต่อโรงพยาบาลปึงกาฬ	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกจังหวัดลดลง	ร้อยละ	30	35	40	45	50	9. ผลักดันให้เกิด excellence center	โครงการศูนย์ ODS & MIS (minimal invasive surgery)	กลุ่มงาน ศัลยกรรม	10,000,000
		ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS & MIS (minimal invasive surgery)	ร้อยละ	20	30	40	50	60		โครงการพัฒนาประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรภาพสร้างภาพลักษณ์องค์กรสู่ความสำเร็จ	HRD	6,000,000
		ร้อยละผลงาน Getting Zero Error	ร้อยละ	80	85	90	95	100		โครงการพัฒนาศักยภาพด้านทันตกรรมเพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วย	ทันตกรรม	2,000,000

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์	โครงการสำคัญ ปี 66	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ (บาท)
				2566	2567	2568	2569	2570				
		จำนวนรางวัลที่โรงพยาบาลได้รับในระดับจังหวัด เขตสุขภาพ ภาค ประเทศ	จำนวน	10	15	20	25	30	4. ยกระดับการบริการ	โครงการประชาสัมพันธ์สร้างภาพลักษณ์เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับโรงพยาบาล	CRM/ประชาสัมพันธ์	1,000,000
										โครงการเผยแพร่ศักยภาพในการรักษาและการให้บริการของโรงพยาบาล	CRM	1,000,000
คุณภาพบริการ	ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลที่มีคุณภาพสูงตามภาพลักษณ์เกินความคาดหวัง	ร้อยละของผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลปีภาพ	ร้อยละ	86	87	88	89	90	10. สร้างระบบประชาสัมพันธ์โดยผ่านสื่อออนไลน์ทุกช่องทาง	โครงการพัฒนาระบบแอปพลิเคชันในการประเมินความพึงพอใจรายบุคคล/หน่วยงาน	HRD	1,000,000

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์	โครงการสำคัญ ปี 66	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ (บาท)
				2566	2567	2568	2569	2570				
										โครงการพัฒนาระบบการประเมินความพึงพอใจ ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย	HRD	500,000
ประสิทธิภาพ	เพื่อให้ขั้นตอนกระบวนการดำเนินงานใน รพ. มีความรวดเร็ว มีมาตรฐาน (AHA)	ผ่านการรับรอง AHA ภายในปี 2570	ระดับ	3	4	5	5	5	3. จัดให้มี CQI (Continuous Quality Improvement) ในหน่วยงาน	โครงการพัฒนาระบบบริการคุณภาพ และมาตรฐาน	ศูนย์คุณภาพ	2,000,000
										โครงการประกวดนวัตกรรม BKH innovation award	ศูนย์คุณภาพ	500,000
		จำนวนของหน่วยบริการที่สามารถลดระยะเวลารอคอยได้ตามเป้าหมาย	ร้อยละ	40	50	60	70	80	5. การขับเคลื่อน Smart Hospital	โครงการศึกษาวิธีลดระยะเวลารอคอย (Lean ระบบ OPD)	ศูนย์คุณภาพ	500,000
										โครงการ one stop service OPD	หน่วยให้บริการ	200,000

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์	โครงการสำคัญปี 66	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ (บาท)
				2566	2567	2568	2569	2570				
การพัฒนาองค์กร	เพื่อให้โรงพยาบาลเป็น Happy Workplace	ร้อยละผลการประเมินความสุขของเจ้าหน้าที่ผ่านระบบ Happynometer	ร้อยละ	60	65	70	70	70	7. สร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการพัฒนางาน	โครงการปรับภูมิทัศน์โรงพยาบาล	ENV	10,000,000
									1. บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพโรงพยาบาลปึงกาฬ	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล	5,000,000
										โครงการจัดสวัสดิการเจ้าหน้าที่	กลุ่มงานบริหารทั่วไป	5,000,000
										โครงการ คนดีศรีปึงกาฬ (BKH IDOL)	HRD	100,000
	มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยพร้อมให้บริการ	ร้อยละของหน่วยงานที่นำ	ร้อยละ	86	87	88	89	90	5. การขับเคลื่อน Smart Hospital	โครงการ Health Tech Startup in	ศูนย์คุณภาพ	250,000

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์	โครงการสำคัญ ปี 66	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ (บาท)
				2566	2567	2568	2569	2570				
		เทคโนโลยีมาให้บริการ								Smart Hospital		
										โครงการ smart service	กลุ่มงาน OPD	100,000

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ 4S 4C

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์	โครงการสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ (บาท)
				2566	2567	2568	2569	2570				
ประสิทธิภาพ	โรงพยาบาลบึงกาฬไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	ระดับค่าวิกฤตทางการเงิน	ร้อยละ	ไม่วิกฤต (0-1)	ไม่วิกฤต (0-1)	ไม่วิกฤต (0-1)	ไม่วิกฤต (0-1)	ไม่วิกฤต (0-1)	8. การจัดการเศรษฐกิจสาธารณสุข (Health Economics)	โครงการพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ	คณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้	5,000,000
คุณภาพบริการ	การสร้างความคุ้มค่าให้แก่ผู้ใช้และรับบริการ	ร้อยละผู้ใช้บริการที่พึงพอใจต่อความคุ้มค่าของการบริการ Special Medical Clinic (SMC)	ร้อยละ	80	85	90	95	100	6. พัฒนาระบบภาคีเครือข่ายในการรักษา	โครงการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ	คณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้	500,000
		รายได้จากการจัดบริการ Special Medical Clinic (SMC)	ล้านบาท	1	2	3	4	5	4. ยกระดับการบริการ	โครงการจัดบริการ Special Medical Clinic (SMC) และการให้บริการต่อเนื่อง	คณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้	5,000,000

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์	โครงการสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ (บาท)
				2566	2567	2568	2569	2570				
ประสิทธิภาพ	เพื่อให้โรงพยาบาลปึงกาฬมีศูนย์จัดเก็บรายได้ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานระดับสูง	ร้อยละความครอบคลุมของการเรียกเก็บรายได้แต่ละกองทุน และกลุ่ม Fee for service	ร้อยละ	80	85	90	95	100	8. การจัดการ เศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข (Health Economics)	โครงการ พัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ	คณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้	5,000,000
	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง	ระดับ 7 Plus Efficiency Score	เกรด	C	B-	B	A-	A	8. การจัดการ เศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข (Health Economics)	โครงการ พัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ	คณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้	5,000,000

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์	โครงการสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ (บาท)
				2566	2567	2568	2569	2570				
	เพื่อให้โรงพยาบาลปึงกาฬมีระบบการวิเคราะห์ unit cost ที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการวิเคราะห์ unit cost ของการบริการหลักของหน่วยงาน	ร้อยละ	80	85	90	95	100	8. การจัดการ เศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข (Health Economics)	โครงการ ศึกษาและวิจัย ต้นทุนการ ให้บริการด้าน การแพทย์ และ สาธารณสุข โรงพยาบาล ปึงกาฬ	คณะกรรมการ ศูนย์จัดเก็บรายได้	1,000,000
การพัฒนาองค์การ	เพื่อให้บุคลากร รพ.ปึงกาฬ ให้ความรู้ ความสามารถ ด้านการจัดการข้อมูลการเงิน การคลัง และจัดเก็บรายได้	ร้อยละของ บุคลากร รพ.ปึงกาฬ ที่ได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ด้านการจัดการ ข้อมูลการเงิน การคลัง และจัดเก็บรายได้	ร้อยละ	100	100	100	100	100	1. บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	โครงการ Proud to be BKH ด้าน ประสิทธิภาพ การเงิน	คณะกรรมการ ศูนย์จัดเก็บรายได้ + HRD	1,000,000

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์	โครงการสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ (บาท)
				2566	2567	2568	2569	2570				
	เพื่อให้มีระบบและเทคโนโลยีในการบริหารจัดการและควบคุมต้นทุนที่เหมาะสม	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาเทคโนโลยีควบคุมต้นทุน	ระดับ	3	4	5	5	5	5. การขับเคลื่อน Smart Hospital	โครงการพัฒนาโปรแกรม Smart claim BKH	คณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้ + IT	1,000,000

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาให้โรงพยาบาลเป็น Smart Hospital

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์	โครงการสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ (บาท)
				2566	2567	2568	2569	2570				
ประสิทธิผล	ประชาชนมีความมั่นใจคุณภาพการบริการจากโรงพยาบาลบึงกาฬ	ร้อยละความเชื่อมั่นในคุณภาพการบริการจากโรงพยาบาลบึงกาฬของผู้รับบริการ	ร้อยละ	85	87	89	91	95	5. การขับเคลื่อน Smart Hospital	โครงการพัฒนาระบบบริการให้เป็น Smart Hospital ด้วยการใช้นวัตกรรมโรงพยาบาลบึงกาฬ	คณะกรรมการ HLT + IT	10,000,000
										โครงการส่งเสริมการรักษาด้วย SMART Hospital with Telemedicine	คณะกรรมการ HLT	2,000,000
คุณภาพบริการ	ผู้รับบริการได้รับบริการที่รวดเร็ว เกิดความพึงพอใจ	ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงจาก baseline	นาที %	180 40	160 45	120 50	100 55	80 60	4. ยกระดับการบริการ	โครงการพัฒนาระบบการเข้าถึงศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง รพ.บึงกาฬ/พัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับเป็นศูนย์	ศูนย์คุณภาพ	10,000,000

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์	โครงการสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ (บาท)
				2566	2567	2568	2569	2570				
										การแพทย์เฉพาะทาง		
ประสิทธิภาพ	เพื่อส่งเสริมนำนวัตกรรมมาใช้ให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประชาชน	ร้อยละของระบบงานที่มีการนำนวัตกรรมมาใช้ในการให้บริการ	ร้อยละ	25	30	35	40	50	2. กระตุ้นการสร้างนวัตกรรมและมีการบูรณาการนวัตกรรม	โครงการบูรณาการข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยผ่าน Application/Line Official	คณะกรรมการ HLT	1,000,000
										โครงการสร้างจุด one stop service ในทุกส่วนบริการ ลดการเดินประสานงานเอกสารของคนไข้	คณะกรรมการ HLT	20,000,000
	เพื่อให้ รพ. มีระบบการดำเนินงานที่กระชับ รวดเร็วและมีมาตรฐานวิชาชีพ	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลปึงกาฬที่มีผลการดำเนินงาน smart tool	ร้อยละ	70	75	80	85	90	2. กระตุ้นการสร้างนวัตกรรมและมีการบูรณาการนวัตกรรม	โครงการพัฒนาระบบการจองคิวออนไลน์ในชุมชน (Smart Service)/Telemedicine/Tele pharmacy	คณะกรรมการ HLT	1,000,000

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์	โครงการสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ (บาท)
				2566	2567	2568	2569	2570				
		และ smart service								โครงการนำ Smart Queue มาใช้ / สร้างระบบการเจาะเลือด/ซักประวัติล่วงหน้าก่อนเข้าตรวจตามนัด	คณะกรรมการ HLT	1,000,000
										โครงการพัฒนาระบบ Smart Q primary To Q secondary ส่งต่อรักษาเฉพาะทางเท่านั้น	คณะกรรมการ HLT	1,000,000
										โครงการเตรียมความพร้อมเพื่อเชื่อมต่อการรักษาด้วยเทคโนโลยี	คณะกรรมการ HLT	1,000,000
การพัฒนาองค์การ	เพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลมีทักษะด้านดิจิทัล Smart People	ร้อยละของบุคลากรผ่านการประเมิน Smart People	ร้อยละ	80	85	90	95	100	1. บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	โครงการจัดอบรมบุคลากรเรื่องการนำระบบการติดตามทาง Application	งานสารสนเทศ+ HRD	500,000

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย					กลยุทธ์	โครงการสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ (บาท)
				2566	2567	2568	2569	2570				
										โครงการประชุมร่วมออกแบบระบบ โดยการมีส่วนร่วม/ ประชุมการใช้งาน / ติดตามประเมินผล	งานสารสนเทศ+H RD	500,000
	เพื่อให้โรงพยาบาลมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัยและพร้อมใช้	ร้อยละของหน่วยงานที่นำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการ	ร้อยละ	80	85	90	95	100	5. การขับเคลื่อน Smart Hospital	โครงการปรับวัฒนธรรมองค์การ มุ่งสร้าง Digital Literacy ให้กับบุคลากรของ รพ.	งานสารสนเทศ+H RD	1,500,000

2.1 แผนปฏิบัติการแผนงานโครงการ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ปรับภาพลักษณ์โรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลสมัยใหม่

2,300,340 บาท

เป้าประสงค์ : โรงพยาบาลบึงกาฬบริการประทับใจ มีคุณภาพได้มาตรฐาน AHA

ลำดับ	รหัสแผน	โครงการ/กิจกรรม	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	งบประมาณ		หน่วยงาน
					เงินบำรุง	อื่นๆ (ระบุ)	
1.	PC 66231-003	โครงการเตรียมความพร้อม Re- accreditation ครั้งที่ 3 โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ประจำปีงบประมาณ 2566	จัดให้มี CQI (Continuous Quality Improvement) ในหน่วยงาน	โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน AHA ในปี 2570	326,280.00		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ และมาตรฐาน (ศูนย์คุณภาพ)
2.	PC 66231-005	โครงการ Morning talk & walk with executive	สร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการพัฒนางาน	1. ดัชนีความสุขของ คนทำงาน 2. ร้อยละความผูกพันต่อองค์กร	80,000.00		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ และมาตรฐาน (ศูนย์คุณภาพ)
3.	PC 66231-006	โครงการขอรับรองมาตรฐาน 5 ส. จากหน่วยงานภายนอก	สร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการพัฒนางาน	ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านการประเมินมาตรฐาน 5 ส. (100%)	298,400.00		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ และมาตรฐาน (ศูนย์คุณภาพ)

ลำดับ	รหัสแผน	โครงการ/กิจกรรม	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	งบประมาณ		หน่วยงาน
					เงินบำรุง	อื่นๆ (ระบุ)	
4.	PC 66231-009	โครงการพัฒนาระบบแอปพลิเคชันในการประเมินความพึงพอใจรายบุคคล/หน่วยงาน	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	ร้อยละความพึงพอใจต่อการให้บริการ รพ.บึงกาฬ	40,000.00		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ และมาตรฐาน (ศูนย์คุณภาพ)
5.	PC 66232-001	โครงการพัฒนาระบบบริการคุณภาพ และมาตรฐาน	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	ร้อยละความพึงพอใจต่อการให้บริการ รพ.บึงกาฬ		245,600.00 (PPB)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ และมาตรฐาน (ศูนย์คุณภาพ)
6.	PC 66232-002	โครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	สร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการพัฒนางาน	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานคุ้มครองผู้บริโภค		95,000.00 (PPB)	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
7.	PC 66232-003	โครงการออกตรวจคัดกรองสุขภาพเชิงรุก	ยกระดับการบริการ		29,700.00		กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม
8.		โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ค่างานเพื่อกำหนดกรอบตำแหน่งที่สูงขึ้นสำหรับวิชาชีพพยาบาล	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	1. ดัชนีความสุขของ คนทำงาน	89,800.00		กลุ่มการพยาบาล

ลำดับ	รหัสแผน	โครงการ/กิจกรรม	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	งบประมาณ		หน่วยงาน
					เงินบำรุง	อื่นๆ (ระบุ)	
				2. ร้อยละความผูกพันต่อองค์กร			
9.		โครงการประกวดนวัตกรรม BKH innovation award	กระตุ้นการสร้างนวัตกรรม และมีการบูรณาการนวัตกรรม	จำนวนนวัตกรรม	78,600.00		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ และมาตรฐาน (ศูนย์คุณภาพ)
10.		โครงการอบรมปฐมนิเทศข้าราชการบรรจุใหม่	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	ร้อยละความพึงพอใจต่อการใช้บริการ รพ.บึงกาฬ	70,000.00		กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
11.		โครงการพัฒนาระบบการประเมินความพึงพอใจ ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	ร้อยละความพึงพอใจต่อการใช้บริการ รพ.บึงกาฬ		85,600.00 (PPB)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ และมาตรฐาน (ศูนย์คุณภาพ)
12.		โครงการพัฒนามาตรฐานสุขศึกษา โรงพยาบาล บึงกาฬ	จัดให้มี CQI (Continuous Quality Improvement) ในหน่วยงาน	ร้อยละของบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม		80,000.00 (PPB)	งานสุขศึกษา
13.		โครงการพัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	ร้อยละความพึงพอใจต่อการใช้บริการ รพ.บึงกาฬ		70,000.00	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ลำดับ	รหัสแผน	โครงการ/กิจกรรม	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	งบประมาณ		หน่วยงาน
					เงินบำรุง	อื่นๆ (ระบุ)	
						(PPB)	
14.		โครงการซ่อมแผนกอุบัติเหตุและอุบัติเหตุหมู่	สร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการพัฒนางาน	ร้อยละของบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม		30,000.00 (PPB)	กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม
15.		โครงการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามกระบวนการ QLN เพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่มาตรฐาน AHA	สร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการพัฒนางาน	ร้อยละของกิจกรรมคุณภาพตามแผนที่ดำเนินการ		23,000.00 (PPB) 301,360.00 (ปกส.)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ และมาตรฐาน (ศูนย์คุณภาพ)
16.		โครงการจัดงานวันกายภาพบำบัดประจำปี 2566	พัฒนาระบบภาคีเครือข่ายในการรักษา	ร้อยละของบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม		20,000.00 (PPB)	กลุ่มงานกายภาพบำบัด
17.	PC 66231-004	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย รพ.บึงกาฬ ประจำปีงบประมาณ 2566	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	จำนวนผลงานวิชาการ	187,000.00	150,000.00 (PPB)	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาการเงินการคลังสุขภาพ 4S 4C

1,290,320 บาท

เป้าประสงค์ : โรงพยาบาลบึงกาฬผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง ระดับ A

ลำดับ	รหัสแผน	โครงการ/กิจกรรม	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	งบประมาณ		หน่วยงาน
					เงินบำรุง	อื่นๆ (ระบุ)	
1.	PC 66231-002	โครงการ Audit เวชระเบียนก่อนส่งเคลม	การจัดการเศรษฐกิจสาธารณสุข (Health Economics)	- คะแนนการประเมินเวชระเบียน - รายได้จากการให้บริการ	990,000.00		กลุ่มงานประกันสุขภาพ
2.	PC 66231-008	โครงการพัฒนาโปรแกรม Smart claim	การขับเคลื่อน Smart Hospital	- รายได้จากการให้บริการ	77,860.00		กลุ่มงานประกันสุขภาพ
3.		โครงการศึกษาและวิจัยต้นทุนการให้บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขโรงพยาบาลบึงกาฬ	การจัดการเศรษฐกิจสาธารณสุข (Health Economics)	ต้นทุนต่อหน่วยบริการ	154,600.00		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ และมาตรฐาน (ศูนย์คุณภาพ)
4.		โครงการ Proud to Be BKH ด้านประสิทธิภาพการเงิน	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม	67,860.00		กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานประกันสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาให้โรงพยาบาลเป็น Smart Hospital

1,304,140 บาท

เป้าประสงค์ : โรงพยาบาลบึงกาฬเป็นเลิศด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ เครือข่ายเข้มแข็ง

ลำดับ	รหัสแผน	โครงการ/กิจกรรม	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	งบประมาณ		หน่วยงาน
					เงินบำรุง	อื่นๆ (ระบุ)	
1.	PC 66231-001	โครงการพัฒนาระบบบริการให้เป็น Smart Hospital ด้วยการใช้นวัตกรรมโรงพยาบาลบึงกาฬ	การขับเคลื่อน Smart Hospital	จำนวนหน่วยงานที่นำนวัตกรรมไปใช้งาน	856,000.00		กลุ่มงานสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ และมาตรฐาน (ศูนย์คุณภาพ)
2.		โครงการบูรณาการข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยผ่าน Application/Line Official	การขับเคลื่อน Smart Hospital	จำนวนหน่วยงานที่นำนวัตกรรมไปใช้งาน	29,140.00		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ และมาตรฐาน (ศูนย์คุณภาพ)
3.		โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกระดับคุณภาพระบบการจัดการด้านยา รพ.บึงกาฬ ประจำปีงบประมาณ 2566	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม		50,000.00 (องค์การเภสัช)	กลุ่มงานเภสัชกรรม
4.		โครงการประชุมวิชาการ โรงพยาบาลบึงกาฬ	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม	78,600.00		กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ลำดับ	รหัสแผน	โครงการ/กิจกรรม	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	งบประมาณ		หน่วยงาน
					เงินบำรุง	อื่นๆ (ระบุ)	
5.		โครงการนำเสนอผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม		60,000.00 (PPB)	กลุ่มการพยาบาล
6.		โครงการพัฒนาสมรรถนะทางการแพทย์	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม		40,000.00 (PPB)	กลุ่มการพยาบาล
7.		โครงการอบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพ	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม		40,000.00 (PPB)	กลุ่มการพยาบาล
8.		โครงการ อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม		40,400.00 (PPB)	กลุ่มการพยาบาล
9.		โครงการอบรมฟื้นฟูวิชาการเรื่องการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ICWN ของโรงพยาบาลบึงกาฬ	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม		100,000.00 (PPB)	กลุ่มการพยาบาล
10.		โครงการอบรมฟื้นฟูวิชาการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ	บุคลากรเก่ง ดี มีสุข	ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม		10,000 (PPB)	กลุ่มการพยาบาล

Agenda Based

ประเด็นตรวจราชการ Agenda based

ประเด็นที่ 1 : Health for Wealth

หัวข้อ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

1. ตัวชี้วัด : ร้อยละของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และการส่งเสริมงานวิจัยด้านกัญชา

1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา
กัญชาทางการแพทย์

1.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์

1.3 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข

2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ / โรงพยาบาลบึงกาฬ

3. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

จังหวัดบึงกาฬ ได้มีการกำหนดนโยบายระดับจังหวัดในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดย
ให้โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานและ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปสามารถ
เข้าถึงการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ภายใต้การกำกับดูแลจากเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม
และส่งเสริมให้มีการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care)

4. แผนการดำเนินงาน

มาตรการ/แนวทาง : พัฒนาระบบการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน พัฒนา
บุคลากรและสนับสนุนวิชาการด้านกัญชาทางการแพทย์ พัฒนาการบริหารจัดการยากัญชาทางการแพทย์
และพัฒนาระบบข้อมูลด้านกัญชาทางการแพทย์

นโยบายการดำเนินงาน

1. ให้โรงพยาบาลบึงกาฬ เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ทุกวันทำการ
2. ให้มีการส่งเสริมการใช้ยากัญชาในผู้ป่วยที่สนใจและควรได้รับยากัญชาทางการแพทย์อย่าง
เหมาะสมทั้งในด้านข้อบ่งชี้และขนาดการรักษา ภายใต้การกำกับดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
3. ให้มีการส่งเสริมการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง
(Palliative care) โดยเน้นการค้นหาแบบเชิงรุกไปด้วย

4. ให้มีการส่งเสริมการผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา และสามารถจัดจำหน่ายผ่านช่องทาง T2C shopทุกหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดบึงกาฬ

5. เพิ่มการวินิจฉัยและลงบันทึกการเบิกจ่ายคืนจาก สปสช. ในรายการยาและข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายคืนได้

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
มีการค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5 2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50	1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 7.5 2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 75	1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 10 2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 100

5. ผลการดำเนินงาน

5.1 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์

เมื่อพิจารณาผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 15 ปี เป้าหมายคือ ร้อยละ 10 โดยในปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 4 กรกฎาคม 2566) พบว่า โรงพยาบาลบึงกาฬ ทำได้ ร้อยละ 17.39 (ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z515) 23 ราย ได้รับกัญชาทางการแพทย์ 4 ราย) สูงกว่าเป้าหมายและสูงกว่าทั้งปีงบประมาณ 2565 ที่ทำได้ ร้อยละ 16.67

5.2 ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์

เมื่อพิจารณาข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาگیฎาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 4 กรกฎาคม 2566) พบว่า ปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับยาگیฎาทั้งสิ้น 611 คน มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาگیฎาปีงบประมาณ 2565 ทั้งปีงบประมาณ ที่มีทั้งสิ้น 454 คน

5.3 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาگیฎาทางการแพทย์

พบว่ายอดรวมร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาگیฎาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 4 กรกฎาคม 2566) โรงพยาบาลบึงกาฬมีร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาگیฎาทางการแพทย์ เท่ากับ 5.36 โดยคิดจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็ง (C00-C97) 56 รายได้รับยาگیฎาทางการแพทย์ 3 ราย

5.4 ข้อมูลการเรียกเก็บและชดเชยรายการการที่มีส่วนผสมกัญชาในข้อบ่งชี้ที่กำหนดให้เบิกชดเชยได้จาก สปสช. มีแนวโน้มการชดเชยที่ได้กลับมามากขึ้นจากปีงบประมาณ 2565 ขณะที่ปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566) ได้รับชดเชย 77,727 บาท

6. ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

-

ผู้รายงาน

ชื่อ นาย ทวิช โมะระพัฒน์

ตำแหน่ง เกษตรกรปฏิบัติการ

กลุ่มงาน เกษตรกรรม

เบอร์ติดต่อ 0956636898

Digital Health

ตัวชี้วัด ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทยมีดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

1. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหา

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสุขภาพ เพื่อให้คนไทยมีดิจิทัลไอดี สำหรับการทำธุรกรรมในระบบสุขภาพดิจิทัลที่ดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงระบบบริการ แบบไร้รอยต่อ เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลการรักษาจากหน่วยบริการสาธารณสุข และแสดงเป็นข้อมูลระบบทะเบียน สุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์บนหมอพร้อมแอปพลิเคชันช่วยลดขั้นตอน และความซับซ้อนในการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล อำนวยความสะดวกและประหยัดเวลาในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ และเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการปลอมแปลงตัวตนเพื่อเข้ารับบริการรักษาแทนบุคคลอื่น เพิ่มความโปร่งใสตรวจสอบได้ และเพื่อประสิทธิภาพการบริการสาธารณสุข เนื่องจากเป็นนโยบายการดำเนินงานใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และระบบการพิสูจน์ตัวตนผ่านโปรแกรม MOHPrompt eKYC ก็เป็นระบบใหม่ที่จะต้องทำความเข้าใจ เรียนรู้การใช้งาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์โดยงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ได้มีจัดอบรมการใช้โปรแกรมระบบการพิสูจน์ตัวตนผ่านโปรแกรม MOHPrompt eKYC ผ่านระบบประชุมทางไกล Video Conference ซึ่งปัจจุบันทำให้โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดบึงกาฬ ได้ดำเนินการจัดเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และบุคลากรมีการขึ้นทะเบียนเจ้าหน้าที่พิสูจน์ตัวตนประจำหน่วยงานบริการขณะนี้อยู่เริ่มระหว่างดำเนินการดำเนินงานพิสูจน์ตัวตนให้แก่บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป

2. เป้าหมาย และผลลัพธ์ที่ต้องการ

2.1 บุคลากรสาธารณสุข(ไม่รวมบุคลากรที่ถ่ายโอนไป อบจ.) มีดิจิทัลไอดี ด้วยการพิสูจน์ตัวตนผ่านแอปพลิเคชัน หมอพร้อม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

2.2 ประชาชนมีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10

3. แผนงาน/มาตรการที่รองรับ

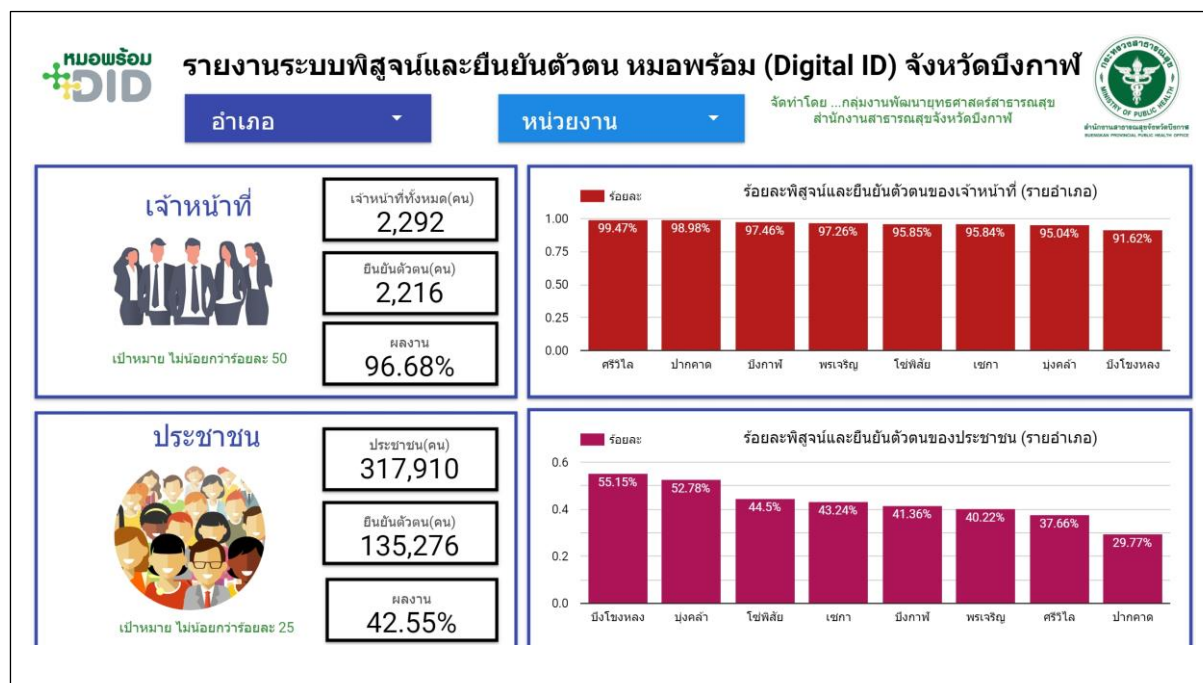
3.1 ประสานงาน ชี้แจงแนวทางในการดำเนินงาน การเตรียมความพร้อมของระบบการขึ้นทะเบียนเจ้าหน้าที่พิสูจน์ตัวตน

3.2 ประชาสัมพันธ์ เชิญชวนบุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป ในการพิสูจน์ยืนยันตัวตนผ่าน แอปพลิเคชันหมอพร้อมเพื่อทำการยินยอมในการเข้าถึงบริการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์ในการเข้ารับบริการสุขภาพในหน่วยบริการต่างๆ ได้อย่างแบบไร้รอยต่อ

3.3 กำหนดให้หน่วยบริการทุกแห่งตั้งจุดบริการพิสูจน์ตัวตน

3.4 พัฒนาระบบรายงาน Dashboard Report ระบบพิสูจน์และยืนยันตัวตน หมอพร้อม (Digital ID)

ตาม link <https://lookerstudio.google.com/embed/reporting/8006d453-cb39-427a-83d7-0fb1d0a43ecc/page/woJID>



4. ผลการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานพิสูจน์ตัวตนผ่านโปรแกรม MOHPromt eKYC จังหวัดบึงกาฬ

อำเภอ	จำนวน ปชช. ในเขตรับผิดชอบ	จำนวน ปชช. ยืนยัน	ร้อยละ ปชช. ยืนยัน	จำนวน จนท.สธ.	จำนวน จนท.สธ. ยืนยัน	ร้อยละ จนท.สธ.
เมืองบึงกาฬ	78,131	32,318	41.36	749	730	97.46
พรเจริญ	30,231	12,160	40.22	219	213	97.26
โซ่พิสัย	53,593	23,849	44.50	265	254	95.85
เซกา	62,216	26,904	43.24	361	346	95.84
ปากคาด	23,891	7,113	29.77	196	194	98.98
บึงโขงหลง	29,121	16,059	55.15	191	175	91.62
ศรีวิไล	30,565	11,510	37.66	190	189	99.47
บุ่งคล้า	10,162	5,363	52.78	121	115	95.04
รวม	317,910	135,276	42.55	2,292	2,216	96.68

ที่มา : <https://phr1.moph.go.th/idpadmin> ณ วันที่ 19 มิถุนายน 2566

5. ปัญหา อุปสรรค

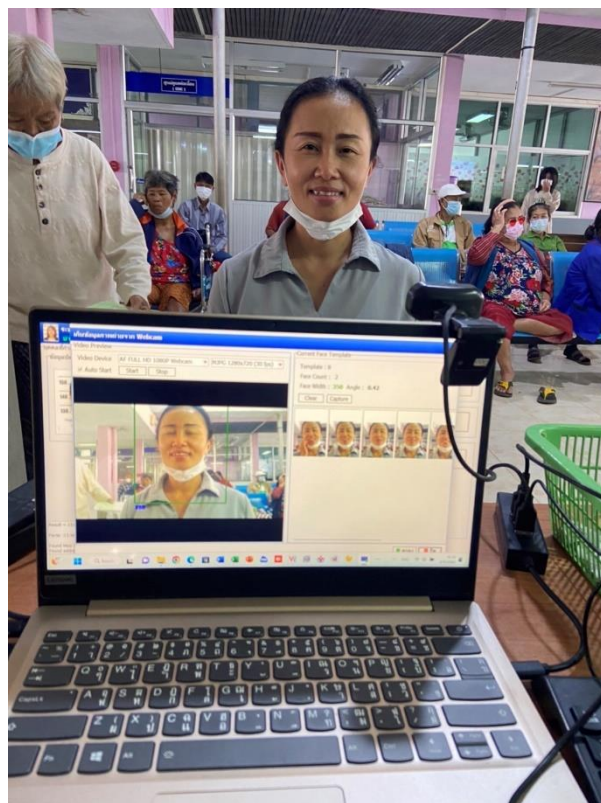
5.1 หน่วยบริการจำเป็นต้องมีจุดบริการสำหรับการพิสูจน์ตัวตนของประชาชนที่มาใช้บริการ ซึ่งเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยบริการจะต้องมีการจัดระบบบริการที่เหมาะสมในหน่วยบริการหรืออาจจะต้องเพิ่มบริการเชิงรุกในพื้นที่

5.2 ความไม่พร้อมของประชาชนที่ไม่มีสมาร์ทโฟน หรือมีแต่ไม่สามารถลงแอปพลิเคชันหมอพร้อมได้ จะไม่สามารถพิสูจน์ตัวตน เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน

5.3 ประชาชนยังไม่เห็นประโยชน์ของการพิสูจน์ตัวตน และยังไม่เห็นความสำคัญของการติดตั้งแอปพลิเคชันหมอพร้อม จึงควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเกิดความเข้าใจเพื่อความร่วมมือในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น

การดำเนินงานการพิสูจน์ยืนยันตัวตนในระบบหมอพร้อม





ประเด็นตรวจราชการ Functional based

ประเด็น : ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Digital Health)

หัวข้อ Digital Health (การบริการการแพทย์ทางไกล)

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดที่ 55 จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด จังหวัดละ อย่างน้อย 3 รพ. มีการให้บริการ การแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง

2. สถานการณ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์มุ่งเน้นการพัฒนาการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้เน้นพัฒนาการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้บูรณาการบริการเชื่อมโยงปฐมภูมิและ 3 หมอ เพื่อสอดคล้องกับนโยบายและทิศทางการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีประเด็นมุ่งเน้นผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัลให้หน่วยบริการสาธารณสุขจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มการเข้าถึงบริการลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน ปรับปรุงให้หน่วยบริการสาธารณสุข ทุกแห่ง มีการขับเคลื่อนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม



เป้าหมายการพัฒนา "เน้นการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) บูรณาการบริการเชื่อมโยงปฐมภูมิและ 3 หมอ" ขยายพื้นที่การดำเนินงานให้ครอบคลุมโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบคลุมทุกแห่ง และเพิ่มเติมการจัดบริการการบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ดูแลและครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง จิตเวชผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยแบบประคับประคอง

3.1 การดำเนินงานการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

กิจกรรมที่ 1 แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

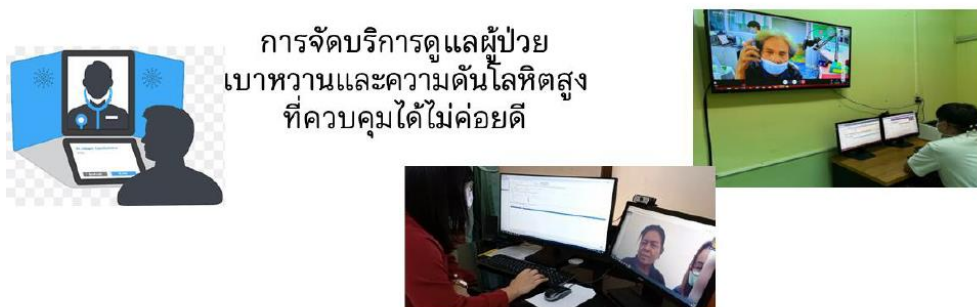
1.1 กำหนดรูปแบบการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง จิตเวช ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยแบบประคับประคอง และผู้ป่วยฟื้นฟูดูแลระยะกลาง

1.2 นำเสนอรูปแบบการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง จิตเวช ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยแบบประคับประคอง และผู้ป่วยฟื้นฟูดูแลระยะกลาง ให้แก่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำไปปรับปรุงใช้ในการจัดบริการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ได้กำหนดรูปแบบการจัดบริการ ได้ 4 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลบึงกาฬ กับ โรงพยาบาลชุมชน



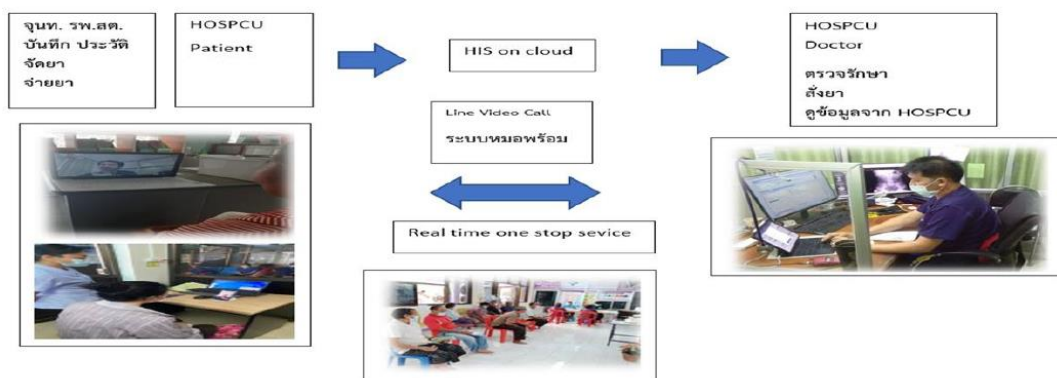
รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลชุมชน กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



รูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหรือผู้ป่วยที่บ้าน



รูปแบบที่ 4 การจัดบริการการแพทย์ทางไกลในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP Telemedicine)



1.3 พิจารณาและสนับสนุนการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แก่โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.4 กำกับ ติดตาม การดำเนินงานการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิจกรรมที่ 2 การประชุมชี้แจงนโยบายและการดำเนินงาน

2.1 ประชุมหารือการดำเนินงานการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของจังหวัด บึงกาฬ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

2.2 ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้บูรณาการ บริการเชื่อมโยงปฐมภูมิและ 3 หมอ

2.3 ประชุมกำกับ ติดตาม และประเมินผลการพัฒนาการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รายไตรมาส)

2.4 ประชุมสรุปผลและถอดบทเรียนการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ 3 การจัดบริการร่วมกันระหว่าง รพ. รพ.สต. และที่บ้าน

3.1 รพ. และ รพ.สต.จัดบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง จิตเวช ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) ผู้ป่วยดูแลระดับประครองและบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ตามรูปแบบที่คณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน นำเสนอ

3.2 ขยายพื้นที่หน่วยงานให้ ครอบคลุม รพ.สต. และบ้าน

3.3 รพ. และ รพ.สต.จัดบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง จิตเวช ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) ผู้ป่วยดูแลระดับประครองและบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

3.4 รพ. และ รพ.สต.จัดบริการอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 4 การกำกับติดตามประเมินผล

4.1 เวทีการประชุมและรายงานผู้บริหาร (ประจำทุก ๆ เดือน)

4.2 จัดทำและติดตามการดำเนินงานผ่าน Smart Dashboard (Realtime ผ่าน LINE)

4.3 รายงานการจัดบริการของหน่วยงาน ผ่าน Google Form (รายไตรมาส)

4.4 ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์ทางไกล

(Notify)

4. ผลการดำเนินงาน

อำเภอ	กลุ่มเป้าหมาย		เป้าหมายบริการ		ผลการดำเนินงาน	
	รพ.	รพ.สต.	รพ.	รพ.สต.	รพ.	รพ.สต.
บึงกาฬ	3,844	17,328	141	636	107	2,966
พรเจริญ	2,334	7,063	86	259	248	121
โซ่พิสัย	3,423	10,694	126	393	69	2,040
เซกา	5,158	14,824	189	544	431	622
ปากคาด	1,960	4,806	72	177	469	989
บึงโขงหลง	2,313	8,636	85	317	50	192
ศรีวิไล	2,606	6,283	96	231	636	345
บุ่งคล้า	710	3,311	26	122	254	427
รวม	22,348	72,955	821	2,679	2,264	7,702
	95,303		3,500		9,966	

ที่มา : ฐานข้อมูล HosXP แฟ้มมาตรฐาน (14) / 20 มิถุนายน 2566

5. ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา

1. ความไม่เสถียรของระบบ หมอพร้อม station ต้องใช้ Application LINE VDO call เพิ่มเติมควบคู่กันสองระบบ แต่อาจมีความยุ่งยากที่ต้องบันทึกหน้าจอเพื่อยืนยันการให้บริการและเป็นหลักฐานการ Claim เรียกเก็บค่าบริการ
2. ประชาสัมพันธ์ประชาชนและผู้รับบริการ เพื่อสร้างความเข้าใจ รับรู้ เพื่อรับบริการหรือตัดสินใจเลือกรับบริการ
3. เตรียมความพร้อมของระบบ เช่น ระบบสื่อสารเชื่อมโยง ความพร้อมข้อมูล ก่อนเปิดระบบบริการ เพื่อลดความยุ่งยากและขั้นตอนบริการ สะดวกต่อผู้ให้บริการ เพื่อให้ไม่รู้สึกเหมือนว่าเป็นการเพิ่มภาระหรือเพิ่มขั้นตอนการให้บริการ
4. พัฒนารูปแบบการจัดบริการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ พัฒนารูปแบบที่กำหนดให้มีคุณภาพการจัดบริการ

Functional Based

ประเด็นตรวจราชการ Functional based

ประเด็น : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัด อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< ร้อยละ 7
2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)	< ร้อยละ 25
3. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63)	< ร้อยละ 5
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	≥ ร้อยละ 70
5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 75

1. สถานการณ์

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ แม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะไม่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่อาจทำให้เกิดความพิการในระยะยาว ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต ปัจจัยเสี่ยงคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารไม่เหมาะสม สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งโรคดังกล่าว เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดและเนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำหน้าที่จนเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ปี พ.ศ. 2563 ในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ, อุบัติเหตุ และมะเร็ง พบมากในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มสูงขึ้น จังหวัดบึงกาฬ สำหรับข้อมูลปี 2562-2565 พบว่าร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-69) เท่ากับร้อยละ 3.86, 2.94, 3.53 และ 3.47 ตามลำดับ ส่วนอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-162) เท่ากับร้อยละ 14.39, 11.45, 12.93 และ 12.32 ตามลำดับ สำหรับอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) เท่ากับร้อยละ 1.83, 1.5, 2.18 และ 2.74ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (ข้อมูลจาก Health Data Center : HDCกระทรวง)

จังหวัดบึงกาฬ มีโรงพยาบาลที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ได้ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลบึงกาฬและ โรงพยาบาลเซกา ซึ่งโรงพยาบาลเซกา เปิด node เริ่มให้ t-PA ในปีงบประมาณ 2564 และส่งผู้ป่วยมา Admit เพื่อรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่รวดเร็ว มีคุณภาพได้มาตรฐาน โรงพยาบาลบึงกาฬมีการเปิดให้บริการ STROKE UNIT Corner ขนาด 4 เตียง โดยเปิดให้บริการที่ตึกอายุรกรรมชาย 2 เตียง ตึกอายุรกรรมหญิง 2 เตียง และมีแผนจะเปิดให้บริการ STROKE UNIT ในปี 2567

2. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน			
		2563	2564	2565	2566 (พ.ค.66)
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	≤ร้อยละ 7	2.94	3.53	3.47	5.70
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แตก (Hemorrhagic : I60-I62)	≤ร้อยละ 25	11.45	12.93	12.32	15.31
ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63)	≤ร้อยละ 5	1.5	2.18	2.74	3.83

3. แผนการดำเนินงาน

1. มีการประชุมเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน และพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
2. นิเทศติดตามเยี่ยมเสริมพลัง โรงพยาบาลเซกา เพื่อติดตามหลังเปิด Node of rt-PA
3. มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ในคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล
4. ประชาสัมพันธ์ช่องทางการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ในผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

4. ผลการดำเนินงาน

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) เป้าหมาย <ร้อยละ 7 ผลงาน 5.7
2. ร้อยละอัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62) เป้าหมาย <ร้อยละ 25 ผลงาน 15.31
3. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน (Ischemic : I63) เป้าหมาย <ร้อยละ 5 ผลงาน 3.83
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) เป้าหมาย ≥ร้อยละ 70 ผลงาน 84.61

ผู้รายงาน นางวงธิพา ศรีทุมมา

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ / กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

ประเด็นตรวจราชการ Functional based

ประเด็น : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ

- ตัวชี้วัด 1. อัตราตายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เป้าหมาย $\leq$ ร้อยละ 8
2. ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดเป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 60
3. ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย

1. สถานการณ์

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในขณะนี้ สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจที่เพิ่มขึ้นจังหวัดบึงกาฬ จากข้อมูลปี 2562-2566 พบว่า พบมีอัตราตายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.87, 1.39, 7.94, 1.56 และ 0 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าจำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังจำหน่าย คิดเป็น ร้อยละ 18.18 (2/11) ในปี 2566 และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย เท่ากับร้อยละ 42.11, 64.71, 87.1, 76.47 และ 100 ตามลำดับ โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดบึงกาฬสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด Fibrinolytic drug ในผู้ป่วย STEMI ได้ทั้ง 8 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100 พร้อมทั้งมีการจัดระบบบริการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างรวดเร็ว และมีการเชื่อมโยงระบบส่งต่อการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI) กับสถานบริการภายในเขตสุขภาพ แต่ก็ยังมีปัญหาระยะเวลาที่ผู้ป่วย STEMI มาถึงโรงพยาบาลมากกว่า 150 นาที (onset to hospital) ซึ่งต้องพัฒนาเชิงรุกในระดับปฐมภูมิเพิ่มการประชาสัมพันธ์อาการเตือน STEMI และส่งเสริมการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ในกรณีฉุกเฉิน เพิ่มประสิทธิภาพระบบการคัดกรอง CVD Risk ในกลุ่มเสี่ยง และการจัดการกลุ่มเสี่ยงต่อโรครวมถึงการติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

2. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน			
		2563	2564	2565	2566
อัตราการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล	≤ร้อยละ 8	1.39	7.94	1.56	0.0
ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด - ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	≥ร้อยละ 60	64.71	87.1	76.47	100

3. แผนการดำเนินงาน

1. มีการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เพื่อเน้นการป้องกันโรค และเพิ่มการเข้าถึงบริการ STEMI fast track โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI)
2. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการ 1669 ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
3. ตรวจประเมิน CVD Risk ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อจัดกลุ่มเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงสูง เสี่ยงสูงมาก เสี่ยงสูงอันตราย และจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามความเสี่ยง
4. ให้ความรู้ อสม. ผู้นำชุมชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและดูแลผู้ป่วย STEMI เบื้องต้น
5. พัฒนาระบบ STEMI fast track โดยการนิเทศติดตามเยี่ยมเสริมพลังในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อชี้แจง flow/CPG ของระบบการดูแลรักษา ระบบการส่งต่อและการดูแลขณะนำส่ง การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
6. จัดหาและเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิต เช่น Defibrillator ,Monitor mobile ,ยาที่มีความเสี่ยงสูง(High alert drug)
7. มีการพัฒนาสมรรถนะและทักษะบุคลากร ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI มีความรู้และทักษะในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น Defibrillator ,Ventilator Transport, mobile Monitor,Infusion pump เป็นต้น

4. ผลการดำเนินงาน

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 8 ผลงานพบมีอัตราตายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล ปี 2562 - 2566 คิดเป็นร้อยละ 10.87, 1.39 , 7.94, 1.56 และ 0 ตามลำดับ

2. ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 60 ผลงานในปี 2562 – 2566 เท่ากับร้อยละ 42.11, 64.71 , 87.1 , 76.47 และ 100 ตามลำดับ

3. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังจำหน่าย เป้าหมาย $\leq$ ร้อยละ 10 ผลงาน คิดเป็น ร้อยละ 18.18 (2/11) ในปี 2566 อธิบายได้ว่า จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต 2 รายเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษาที่รพศ.สกลนคร

5. ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า (patient delay) และมาเมื่ออาการรุนแรง
2. ขาดแคลนอัตราเตียงพยาบาล รวมทั้งแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ
3. การ refer ทำ PPCI ที่ รพศ.อุดรธานี และ รพศ.สกลนคร ระยะทางไกลทำให้ล่าช้าต่อการรักษา
4. การลงข้อมูลในโปรแกรม Thai ACS registry ยังไม่เป็นปัจจุบัน

6. โอกาสพัฒนาและข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มการประชาสัมพันธ์อาการเตือน และการใช้ระบบ EMS 1669 ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของ อปท. อบต. อสม
2. ส่งเสริมการบูรณาการการทำงานร่วมกับ NCD, Primary care เพื่อควบคุมความเสี่ยงการเกิดโรค และการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น สร้าง Health literacy ให้กับประชาชนเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI
3. พัฒนาระบบ STEMI fast track ให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

นางอัญชลี มารศรี

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

ประเด็นตรวจราชการ Functional based

ประเด็น : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ ลดป่วย ลดตาย จาก Cancer

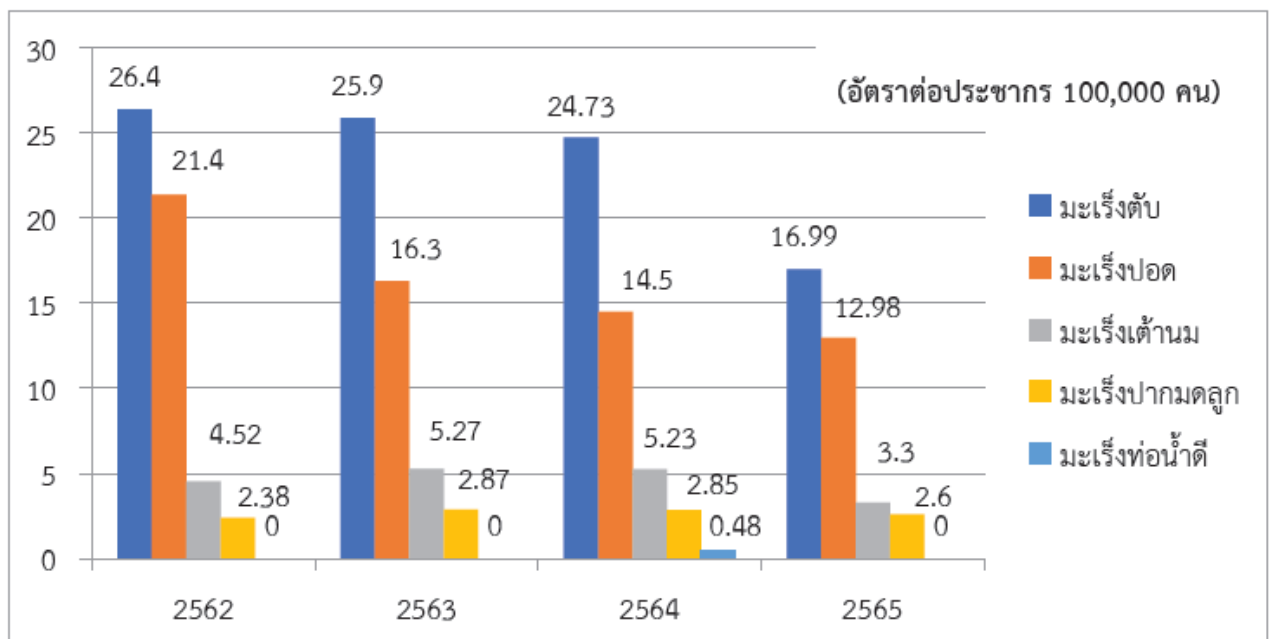
ตัวชี้วัด ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 80
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 80
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 60

1. สถานการณ์

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทย จังหวัดบึงกาฬในปี 2565 อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งต่อประชากรแสนคนคิดเป็น 70.1 โรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรก มะเร็งตับมากที่สุด 16.99 รองลงมาคือมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก คิดเป็น 12.98, 3.3 และ 2.6 ตามลำดับ ดังแผนภูมิ

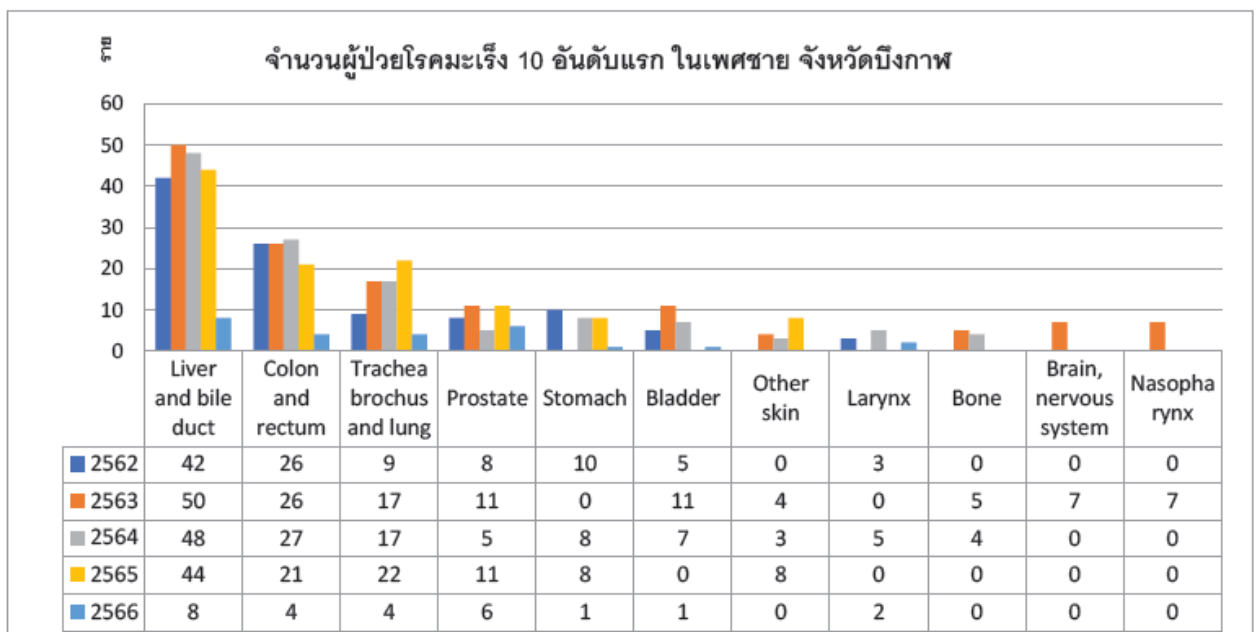
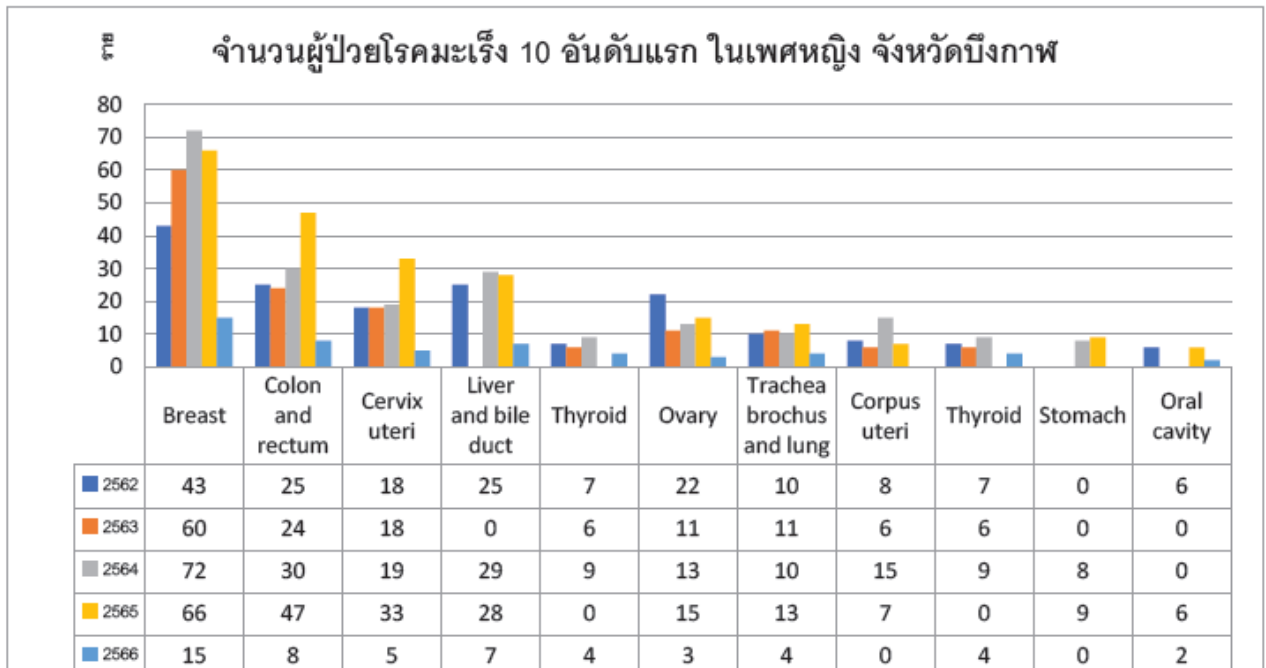
แผนภูมิ แสดงอัตราการตายด้วยสาเหตุจากโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก ระหว่างปี 2562 - 2565



ที่มา : คลังข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ V2 ข้อมูล ณ วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566

จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบป่วย 10 อันดับแรก ระหว่างปี 2562 - 2566 ในเพศหญิง มะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ใหญ่/ลำไส้ตรง ในเพศชาย มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ใหญ่/ลำไส้ตรง ดังแผนภูมิ

แผนภูมิ แสดงจำนวนโรคมะเร็ง 5 อันดับแรกในเพศหญิง ในจังหวัดบึงกาฬ ระหว่างปี 2562 – 2566



ที่มา : ข้อมูลสถิติโรคมะเร็งจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ณ วันที่ 31 มกราคม 2566

หมายเหตุ : ปี 2566 ข้อมูลระหว่าง 1 ต.ค. 65 – 31 ม.ค. 66

จังหวัดบึงกาฬ เริ่มให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้านศัลยกรรม ตั้งแต่ ปี 2560 โดยมีหอผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นหน่วยหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และให้ยาเคมีบำบัด และมีการพัฒนาศักยภาพให้โรงพยาบาลบึงกาฬมีขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้น คือ การรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้านอายุรกรรม โดย Hematologist (เริ่มให้บริการปีงบประมาณ 2566) และกำหนดแผนการจัดตั้งหน่วยเคมีบำบัด ณ ตึกจิตตธัมโมเมตตา (เมตตาจากหลวงปู่ทูล) ในปีงบประมาณ 2567 มีการจัดทำทะเบียนมะเร็งผ่านโปรแกรม.Thai.cancer.base ส่งต่อข้อมูล

มะเร็งผ่านระบบ. TCB plus เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม 2564 และได้ปรับปรุงพัฒนาตามปัญหาที่พบในระหว่างดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจัดตั้งหน่วยประสานงานผู้ป่วยมะเร็ง ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบึงกาฬ บริเวณโต๊ะซักประวัติ 33 (เริ่มให้บริการ.1.ตุลาคม 2565) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่ต้องมีหนังสือรับรองสิทธิจากโรงพยาบาลต้นสังกัด ตามนโยบายให้ผู้ป่วยมะเร็งรักษาได้ทุกที่ (Cancer Anywhere : มะเร็งรักษาได้ทุกที่) รวม 1 12 ราย โดยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี 81 ราย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 20 ราย โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี, โรงพยาบาลหนองคาย,โรงพยาบาลสกลนคร แห่งละ 2 ราย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา แห่งละ 1 ราย

2. แผนการดำเนินงาน

1) กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัดในการประเมินผลงาน CUP มีการกำกับติดตามการดำเนินงาน/KPI ผ่านไลน์ กลุ่มไลน์, เวทีประชุมทบทวน. เดือนละ 1 ครั้ง การประเมิน CUP ปีละ 2 ครั้ง และการนิเทศติดตามในพื้นที่รายอำเภอปีละ 2 ครั้ง

2) จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านการประชุมไตรมาสละ 1 ครั้ง

3) จัดทำโครงการคัดกรองโรคมะเร็งเชิงรุกเพื่อค้นหาผู้ที่มีความผิดปกติ

4) จัดทำหนังสือราชการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัด บึงกาฬครอบคลุมทั้งจังหวัด และประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

5) สร้างเครือข่ายแกนนำให้ความรู้พัฒนาศักยภาพทุกระดับ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำนักศึกษา

6) รมรณรงค์/ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ สร้างความตระหนัก และสร้างแรงจูงใจให้เข้าถึงบริการ การคัดกรอง

7) จัดทำยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงาน และจัดกิจกรรมตามแผน

4. ผลการดำเนินงาน

1. ระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด (หลังผ่าตัดขึ้นเนื้อ) (>ร้อยละ 80) ผลงาน ผ่านเกณฑ์ เนื่องจาก แพทย์ผู้ผ่าตัด จะมีการจัดลำดับความสำคัญให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งได้รับการผ่าตัดเป็นลำดับต้นๆ

2. ระยะเวลาการรอคอยรับยาเคมีบำบัด (หลังผ่าตัด) (>ร้อยละ 80) ผลงาน ผ่านเกณฑ์ เนื่องจาก ปัจจุบัน PCT ศัลยกรรม รพ.บึงกาฬ สามารถเริ่มยาเคมีบำบัดได้เองแล้ว เป็นสูตรมาตรฐานเบื้องต้น ได้แก่ CMF, AC, AC-T ไม่ต้องนัดคิวเพื่อส่งไปให้ยาเคมีบำบัดที่รพ.มะเร็งอุดร ร่วมกับ นวัตกรรมพันผ้ายืดที่แผลผ่าตัดมะเร็งเต้านม ทำให้ภาวะแทรกซ้อน Wound complications เช่น Seroma และ skin necrosis น้อยลง ไม่ทำให้เกิด delay ในการให้ยาเคมีบำบัด

ชื่อ.....นางสุพรรณิ รันนันท....

ตำแหน่ง...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ...

กลุ่มงาน...การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม....

หัวข้อ ลดป่วย ลดตาย จาก NCD

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยสามารถควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์

ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 40

ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 60

1. สถานการณ์

สถานการณ์ความชุกโรคเบาหวานจังหวัดบึงกาฬปี 2565 มีอัตรา 5498.16 ต่อแสนประชากร และความชุกโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดบึงกาฬปี 2565 มีอัตรา 8623.79 ต่อแสนประชากร พบว่าระหว่างปี 2563- 2565 อัตราตายต่อแสนประชากรเป็น 35.13, 36.48 และ 47.39 ตามลำดับ อยู่ในอันดับที่ 5 ของสาเหตุการตายจังหวัดบึงกาฬ ปี 2565 จากการดำเนินการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อจังหวัด บึงกาฬ ปี 2563-2565 ที่ผ่านมา พบอัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากร เท่ากับ 614.26, 544.26 และ 621.34 ตามลำดับ อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อแสนประชากร เท่ากับ, 1,163.43, 1,161.74 และ 1098.59 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน ร้อยละ 2.40, 2.16, 2.22 ตามลำดับ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 5.19, 4.34, 3.11 ตามลำดับ จากการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปี 2563-2565 ที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 18.84, 19.92, 20.96 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 50.86, 65.26, 58.73

2. แผนการดำเนินงาน

1. Service Delivery

1.1 มีการกำหนดตัวชี้วัดของร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา (PreDM/ขับเคลื่อนการคัดกรองสุขภาพรวมไปถึงการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงผ่าน ยุทธศาสตร์ Bungkan 5Gในส่วนของการงาน Good nutrition

1.2 ขับเคลื่อนการด้านคุณภาพบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการ NCD Clinic Plus ผ่านด้วยยุทธศาสตร์ Bungkan 555 ในส่วนของระบบบริการสุขภาพเป้าหมายการลดป่วยลดตาย

1.3 พัฒนารูปแบบบริการป้องกันควบคุม DM HT CKD บูรณาการใช้ระบบ Telemedicine ในการดูแลผู้ป่วยใน NCD/CKD clinic

1.4 พัฒนาให้มีงานวิจัย R2R/CQI/ Innovation การพัฒนาการโรค DM HT CKD

1.5 พัฒนาระบบงาน NCD Clinic Plus ให้ผ่านเกณฑ์

1.6 มีการดำเนินงานนร้งการใช้ smart อสม. ในการคัดกรองคัดกรองสุขภาพประชาชน ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเต็ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยุ่งคล้า

1.7 ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อปีที่ 1 ส่งเสริมความ

ร่วมมือในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหลักในการเพิ่มระดับความดันโลหิต ที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในจังหวัดบึงกาฬ

1.8 ค้นหากลุ่มสงสัยป่วย HT ที่มารับบริการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย (Nationwide Hospital BP) นำร่องการดำเนินงานที่โรงพยาบาลศรีวิไล

2. Workforce

2.1 พัฒนาศักยภาพพยาบาล Care manager DM พัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ในการดูแล พัฒนาศักยภาพ บุคลากรและ อสม. ให้ความรู้และให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรค DM HT CKD

2.2 ดำเนินงานโครงการศูนย์จัดการความรู้การดูแลพฤติกรรม และจิตสังคมในระบบสาธารณสุข : Knowledge Management Center for Behavioral and Psychosocial Care in Public Health System (BPSC) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำร่องการดำเนินงานที่โรงพยาบาลบึงกาฬ

2.3 พัฒนาศักยภาพคณะผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อด้วยการเข้าร่วมอบรม system manager รุ่นที่ 5 จำนวน 5 คน เพื่อให้มีความสามารถ บริหารจัดการ ระบบจัดการโรคไม่ติดต่อในระดับจังหวัด ให้ความสามารถในการจัดการและการใช้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนงานและประเมินผล และสามารถออกแบบหลักสูตรและพัฒนาศักยภาพ system management team ระดับอำเภอ

3. Supply

3.1 มีระบบฐานข้อมูล HDC ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ใช้ระบบ HDC ได้รับการพัฒนาเพื่อให้เกิดคุณภาพการส่งออก 43 แฟ้ม และการดึง data exchange เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนแก้ปัญหาต่อไป

4. Finance

4.1 งบกองทุนหลักประกันสุขภาพ จากการยืนยันตัวตนในการรับบริการ และระบบการเบิกจ่าย e claim

4.2 งบเงินบำรุงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ/โรงพยาบาล

4.3 งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนการตรวจ HbA1c อย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง

5. Governance

5.1 ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ NCD Board ระดับจังหวัด/อำเภอ เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พัฒนาระบบบริการให้เชื่อมโยงทุกระดับ ปีละ 4 ครั้ง ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว 2 ครั้ง

5.2 รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อใช้ประโยชน์ ในการทบทวน วางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหาในพื้นที่ และรายงานผลให้ผู้บริหารรับทราบทุกเดือน ในการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลจังหวัดบึงกาฬ

5.3 ออกนิเทศ/ประเมินผลการดำเนินงาน CUP 2 ครั้ง/ปี

6. Participation

6.1 Care Give/อปท./แกนนำ/ชุมชน/อสม./ผู้แทน/ผู้ป่วย/ญาติ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในพื้นที่

6.2 การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารณะโดยมีการสร้างกระแส/ รมรณรงค์เรื่อง 3อ. 2ส., รมรณรงค์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ รมรณรงค์การดื่มสุรานิงานบุญประเพณีที่สำคัญต่าง ๆ การใช้มาตรการทางกฎหมาย/ มาตรการทางสังคมเพื่อลดการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์

6.3 มีคณะกรรมการและคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือ และโซเดียมระดับจังหวัดบึงกาฬ ปี 2566-2567 ประกอบด้วย ศึกษาธิการจังหวัด, นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด,นายกเทศมนตรีเมือง, แรงงานจังหวัด, ท้องถิ่นจังหวัด, ผู้อำนวยการสำนักพระพุทธศาสนาจังหวัด, ประชาสัมพันธ์

4. ผลการดำเนินงาน

ร้อยละของผู้ป่วยสามารถควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์

ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ40

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี อำเภอเมืองบึงกาฬ

ตัวชี้วัด	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566		
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	17.94	19.8	4,894	1,273	26.01

ผลการดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอเมืองบึงกาฬ ปีงบประมาณ 2566 พบว่าประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ตามทะเบียน Type area 1,3 จำนวน 39,668 คน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน จำนวน 37,173 คน คิดเป็นร้อยละ 93.71 ผลการคัดกรองพบกลุ่มปกติคิดเป็นร้อยละ 99.45 กลุ่มเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 0.31 และกลุ่มสงสัยป่วยคิดเป็นร้อยละ 0.24 ส่วนผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานตามทะเบียน Type area 1,3 จำนวน 4,894 คน ได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี จำนวน 3,581 คน คิดเป็นร้อยละ 73.17 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ปีงบประมาณ 2564-2566 ร้อยละ 17.94, 19.8 และ 26.01 ตามลำดับ

ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 60

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี อำเภอเมืองบึงกาฬ

ตัวชี้วัด	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566		
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	66.56	52.93	7,614	3,046	40.01

ผลการดำเนินงานคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอเมืองบึงกาฬ ปีงบประมาณ 2566 พบว่าประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ตามทะเบียน Type area 1,3 จำนวน 39,668 คน ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 35,965 คน คิดเป็นร้อยละ 94.02 ผลการคัดกรองพบกลุ่มปกติคิดเป็นร้อยละ 94.06 กลุ่มเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 3.27 และกลุ่มสงสัยป่วยคิดเป็นร้อยละ 2.67 ส่วนผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานตามทะเบียน Type area 1,3 จำนวน 7,614 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 140/90 mmhg ปีงบประมาณ 2564-2566 ร้อยละ 66.56, 52.93 และ 40.01 ตามลำดับ

5. ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค

1. การติดตามการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ตามเกณฑ์เนื่องจาก ผู้ป่วยขาดความตระหนัก ไม่มาตรวจยืนยันการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลเนื่องจากเสียเวลา และโรคไม่มีความรุนแรงผู้ป่วยยังสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติได้จึงยังไม่เห็นความสำคัญในการรักษา

2. การควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตยังได้ไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

1. จัดระบบการติดตามการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านทาง Telemedicine เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รับบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการ และลดความแออัดในโรงพยาบาล

2. พัฒนาศักยภาพทีมทีมให้คำปรึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ “สุขภาพดีวิถีไทย ระดับจังหวัด” เพื่อให้บุคลากรในคลินิกเบาหวาน และคลินิก DPAC Quality มีความรู้ และเพิ่มทักษะ ในการให้คำปรึกษาแนะนำ ประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายด้วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวาย

3. มีเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อกลับไปรักษา ต่อเนื่องที่ รพ.สต. หรือ รพช. ใกล้บ้านในรายที่ควบคุมได้ดี และส่งกลับมารักษาต่อเนื่องที่ รพ.บึงกาฬ เพื่อได้รับการรักษาปรับยาจากอายุรแพทย์ ในรายที่ควบคุมไม่ได้

4. ส่งเสริมให้บุคลากรพัฒนาทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้ อบรมหลักสูตรระยะสั้น E-learning ต่างๆ

5. มีการส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงดูแลแบบ Home Health Care/Home ward เชื่อมโยงกับงาน COC โรงพยาบาลบึงกาฬและ PCU/nPCU ในรายที่มีภาวะ Resistance hypertension ทำให้ควบคุมระดับความดันไม่ได้

นางเจนจิรา ประไพวงศ์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

กลุ่มงาน คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ

เบอร์ติดต่อ 0982356491

ประเด็นตรวจราชการ Functional based

ประเด็น : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

อนามัยแม่และเด็ก

1. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็กอำเภอเมืองบึงกาฬ ปีงบประมาณ 2563 - 2566 พบอัตราการตายมารดาไทยต่อแสนการเกิดมีชีพ เท่ากับ 61,0 ,61 และ 0 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2563 พบมารดาเสียชีวิต 1 ราย โดยสาเหตุการเสียชีวิต คือ Amniotic embolism และในปีงบประมาณ 2564 ไม่พบมารดาเสียชีวิต แต่พบ Near missed Case จำนวน 4 ราย โดยมีสาเหตุจาก DF c shock จำนวน 1 ราย C/S due to Previous C/S c TR c Uterine atony c PPH c Subtotal hysterectomy จำนวน 1 ราย Thalassemia with Pneumonia with Respiratory failure จำนวน 1 ราย และ Eclampsia จำนวน 1 ราย ส่วนในปี 2565 มารดา เสียชีวิต 1 ราย จากภาวะ Postpartum hemorrhage และยังพบ Near missed Case จำนวน 9 ราย จากสาเหตุ Eclampsia 5 ราย, PPH 1 ราย, และจาก C/S due to previous C/S massive bleeding from ovarian artery tear c on going bleed from uterus ปี 2566 พบ Near missed Case จำนวน 2 ราย Eclampsia 1 ราย, APH with Shock with Cesarean hysterectomy with Preterm with Previous C/S with Amphetamine positive 1 ราย สถานการณ์ดังกล่าว มีผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก รายละเอียดดังตาราง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			2563	2564	2565	2566 (พ.ค. 66)
1	อัตราการตายมารดาไทย	ไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ	61(1ราย)	0	61(1ราย)	0
2	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ 75	92.5	85.28	81.59	79.68
3	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ครั้งที่ 1	ไม่เกินร้อยละ 16	31.81	20.19	29.40	25.17
4	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ครั้งที่ 2	ไม่เกินร้อยละ 16	8.51	12.93	14.65	22.34
5	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ	ร้อยละ 75	92.94	59.80	69.81	74.00

6	ร้อยละมารดาคลอดก่อนกำหนด แหล่งข้อมูล : รายงาน ก2	ไม่เกินร้อยละ 7	5.97	7.3	6.42	8.62
7	ร้อยละมารดาตกเลือดหลังคลอด แหล่งข้อมูล : รายงาน ก2	ไม่เกินร้อยละ 5	1.5	1.3	1.34	0.47
8	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อยกว่า 2500 กรัม แหล่งข้อมูล : รายงาน ก2	ไม่เกินร้อยละ 7	7.72	9.13	8.33	9.12
9	อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน แหล่งข้อมูล : รายงานก2	ไม่เกิน 25 : 1000LB	22.03	28.5	29.8	25.83
10	ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการ ดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ แหล่งข้อมูล : HDC	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	78	68.12	44.82	51.78

2. มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

จากสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กอำเภอบึงกาฬตั้งข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าเมืองบึงกาฬมีโอกาสพัฒนา
ในประเด็นคุณภาพการบริการฝากครรภ์ คุณภาพในการคลอด และการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยเจริญ
พันธุ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อส่งเสริมการตั้งครรภ์ การเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ โดยใน
ปีงบประมาณ2566 ได้กำหนดมาตรการในการดำเนินงานในพื้นที่ ดังนี้

1. ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในการค้นหา คัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้านหญิง
ตั้งครรภ์เสี่ยงโดยเครือข่าย 3 หมอ และเครือข่ายชุมชน และพัฒนาระบบเยี่ยมบ้านติดตามพฤติกรรม
บริโภค การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน และโฟลิก เป็นต้น

2. ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ Buengkan 5G Plus ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์
ผู้ดูแลและชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ทั้งด้านการส่งเสริม
ทางเลือกที่ดีการดูแลสุขภาพฟันตามเกณฑ์ การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การเฝ้าระวังประเมิน Vallop curve
ต่อเนื่อง การส่งเสริมสุขภาพการและจิตใจหญิงตั้งครรภ์ตามความเหมาะสม รวมถึงจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ
สุขภาพหญิงตั้งครรภ์ทั้ง

3. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมการจัดบริการคุณภาพอนามัยแม่และเด็ก ผ่านกลไกการบูรณาการ
คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) จังหวัดบึงกาฬ และระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
ทุกสาขาที่เกี่ยวข้อง

4. ขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ 1000 วันของชีวิตสู่ 2500 วัน

5. ร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลศิริราช กระทรวงมหาดไทยในการดำเนินการโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

6. พัฒนามาตรฐานระบบบริการฝากครรภ์คุณภาพทั้งใน รพ.สต.ทุกแห่ง

7. ขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กโดยคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และมีการทบทวนสถานการณ์ และเหตุการณ์สำคัญอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

8. เยี่ยมเสริมพลังเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กโรงพยาบาลชุมชนและรพ.สต.

9. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่องทุกปี

10. ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) โดยมีระบบการให้คำปรึกษา จัดบริการคุมกำเนิดให้กับหญิงวัยรุ่น หลังคลอด/ยุติการตั้งครรภ์ ทุกรายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีระบบการให้คำปรึกษา/ส่งต่อยุติการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

11. ทบทวนและพัฒนาระบบการส่งมารดาและทารกแบบไร้รอยต่อ

3. ผลลัพธ์ในการดำเนินงาน

ในปีงบประมาณ ปี 2566 ความสำเร็จด้านมารดา พบว่ายังไม่มีมารดาเสียชีวิต แต่มี Near missed Case 2 ราย จากสาเหตุ ราย Eclampsia 1 ราย, APH with Shock with Cesarean hysterectomy with Preterm with Previous C/S with Amphetamine positive 1 ราย ร้อยละมารดาตก เลือดหลังคลอดมีแนวโน้มลดลง และอยู่ในเกณฑ์ เป้าหมาย อยู่ที่ร้อยละ 0.47 (ไม่เกินร้อยละ 5) ร้อยละการคลอดก่อนร้อยละ 5.28 อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย และพบว่าอัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อยู่ที่ร้อยละ 79.68 สิ่งที่ต้องพัฒนาคือการเฝ้าระวังภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางครั้งที่ 1 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 16) พบร้อยละ 25.17 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางครั้งที่ 2 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 16) พบร้อยละ 22.34 ร้อยละ

พบอัตราที่ยังสูง โอกาสพัฒนา คือ และเร่งรัดการติดตามการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กให้ต่อเนื่อง รวมถึงการวิเคราะห์สาเหตุภาวะซีด และการกระตุ้นการฝากครรภ์ให้ได้ 8 ครั้ง ตามเกณฑ์

ผลลัพธ์ด้านทารกพบว่า คุณภาพห้องคลอดในการดูแลทารกพบว่าพบทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม พบร้อยละ 9.12 สูงกว่าเกณฑ์ อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia) อยู่ในเกณฑ์ พบอัตรา 25.83 (ไม่เกิน 25 : 1000LB) อัตราการขาดออกซิเจนรุนแรงที่ 1 นาที ในทารกแรกเกิด พบว่าสูงกว่าเกณฑ์ อัตรา 6 (ไม่เกิน 4 : พันการเกิดมีชีพ) สิ่งที่ต้องกำหนดมาตรการเฝ้าระวังพิเศษคือการลดอัตราการตายปริกำเนิดซึ่งอยู่ในอัตราที่สูง พบ 10.45 : 1000LB (เกณฑ์ไม่เกิน 9 : พันการเกิดทั้งหมด) โดยการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้เข้าสู่บริการเร็ว สร้างเสริมความรู้หญิงตั้งครรภ์ให้เฝ้าระวังความเสี่ยง และอาการสำคัญที่ต้องมาพบแพทย์ เพื่อลดอัตราการสูญเสียดังกล่าว

4. ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ปี 2566 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ช้า และพบว่าใช้สารเสพติด(Amphetamine)เพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และพบทารกตายปริกำเนิด 1 ราย

น.ส.นภาพรณ จันทัด

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

งานอนามัยแม่และเด็ก

ประเด็นตรวจราชการ Functional based

ประเด็น : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

หัวข้อ กลุ่มวัย มารดาและทารก

ตัวชี้วัด

อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนัก >500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน <3.4 : 1000 การเกิดมีชีพ

1. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

สถิติข้อมูลระบบบริการทารกแรกเกิดจังหวัดบึงกาฬ ในปี 2562 – 2566(ต.ค.65 – พ.ค.66) มีแนวโน้มจำนวนทารกเกิดมีชีพลดลงทุกปี โดยมีทารกแรกเกิดมีชีพในปี 2562 - 2566 จำนวน 3,548, 3,257, 3,127, 3,051 และ 1,887 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้มีทารกแรกเกิดเสียชีวิตภายใน 28 วัน คิดเป็น 0.70 (2 ราย), 0.92 (3 ราย), 0.95 (3 ราย), 1.94 (6 ราย) และ 2.1 (4 ราย) ต่อ1,000การเกิดมีชีพ (เกณฑ์ไม่เกิน 3.4 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ) พบว่าการให้บริการเตียง NICU (จำนวน 8 เตียง) คิดเป็นอัตรา 372 (เกณฑ์ < 1:500 ทารกเกิดมีชีพ)ระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิดจังหวัดบึงกาฬ มีโรงพยาบาลบึงกาฬ เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับจังหวัด (ระดับ S) มีโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย จำนวน 1 แห่ง ระดับ M1 มีโรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย จำนวน 6 แห่งมีกุมารแพทย์จำนวน 5 คน (รพ.บึงกาฬ 4 คน, รพ.โซพิสัย 1 คน) ไม่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิด (Neonatologist มีพยาบาลเฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิดระยะวิกฤตจำนวน 10 คน (รพ.บึงกาฬ 5 คน, รพ.เซกา 2 คน รพ.โซพิสัย 3 คน) พยาบาลปริญาโท การพยาบาลเด็ก จำนวน 1 คน (รพ.เซกา) สำหรับข้อมูลการให้บริการเตียง NICU พบว่า จังหวัดบึงกาฬเปิดให้บริการ NICU จำนวน 6 เตียง (รพ.บึงกาฬ 6 เตียง) Semi NICU จำนวน 2 เตียง (รพ.บึงกาฬ) SNB จำนวน 16 เตียง (รพ.บึงกาฬ 16 เตียง) สำหรับโรงพยาบาลโซพิสัยอยู่ในช่วงกำลังพัฒนาและเตรียมระบบการให้บริการ

2. มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

2.1 ขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด ผ่านคณะกรรมการ MCH Board จังหวัดบึงกาฬ ตลอดจนทบทวน Case Newborn เพื่อค้นหาสาเหตุการตายของทารก และออกมาตรการป้องกันนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันทารกเสียชีวิตต่อไป

2.2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ เพื่อลดป่วย ลดตาย ลดรอคอย ดังนี้

1.) ANC คุณภาพ ค้นหาเชิงรุกโดยทีม 3 หมอ Early ANC โดยเฉพาะหมอมคนที่ 1 เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน เน้นการฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อย 5 ครั้งและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

2.) มีระบบ Refer ในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน ตาม criteria Buengkan model 2023 เพื่อลดการตายของทารก

3.) มีระบบ Fast track ทารกแรกเกิดวิกฤต การส่งต่อรวดเร็ว ปลอดภัยและไร้รอยต่อ ตามหลัก STABLE programเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลารอคอย

4.) จัดระบบการให้คำปรึกษาสำหรับทารกแรกเกิด 24 ชั่วโมง

5.) มีการจัดอบรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลทารกแรกเกิดเป็นประจำทุกปี (Training NCPR)

6.) มีระบบการคัดกรองการได้ยินในเด็กทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงทุกราย โดยปัจจุบันจังหวัดบึงกาฬกำลังพัฒนา Node ในการให้บริการ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโซพิสัย ส่วน Node โรงพยาบาลเซกาได้ปิดบริการชั่วคราวเนื่องจากกุมารแพทย์ย้ายไปจังหวัดสกลนคร

7.) Early Warning sing ในทารกแรกเกิด เพื่อเป็นแนวทางการประเมินทารกแรกเกิด (Early Detection) ในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น RDS ,PPHN(การวัดความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด ไม่ต้องวัดออกซิเจน sat ทั้ง 4 รยางค์ วัดแค่ 2 รยางค์ pre duce / post duce)

3. แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ 2566

1. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ทุกระดับในการดูแลทารกแรกเกิด โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการกู้ชีพทารก (NCPR)/Neonatal resuscitation 2020

2. จัดประชุมมหกรรมวิชาการระดับจังหวัดการส่งต่อทารกแรกเกิด STABLE program (VDO การสอนเพื่อให้ชุมชนนำกลับไปทบทวนที่โรงพยาบาล/หน่วยงาน / จัดทำ CQI การส่งต่อ Refer เหมือนมีหมอ (Doctor)ไปด้วย เพื่อความปลอดภัยสูงสุดแก่ทารกแรกเกิด การสื่อสารระหว่างทีมอย่างมีคุณภาพ)

3. ออกประเมินเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด โรงพยาบาลชุมชน โดยคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด

4. จัดโครงการติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงในชุมชน

5. ขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ 1000 วันของชีวิตสู่ 2500 วัน ครอบคลุมทุกอำเภอละ 3 ตำบล

6. ร่วมกับเครือข่ายมหาดไทยจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะการณ้คลอดก่อนกำหนด/นักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลกลุ่มทารกที่มีปัญหาในการดูแล

4. ผลลัพธ์ในการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค. 65 – พ.ค. 66) จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพจำนวน 1,887 ราย พบทารกแรกเกิดเสียชีวิตภายใน 28 วัน จำนวน 4 ราย คิดเป็น 2.52 : 1,000 การเกิดมีชีพ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่เป็นมารดาที่อาศัยที่อำเภอเมือง ร้อยละ 50 อำเภอโซพิสัย ร้อยละ 50 และเป็นมารดาครรภ์ที่สองขึ้นไป ร้อยละ 100 มารดาอายุระหว่าง 20 - 34 ปี ร้อยละ 25, อายุ <20 ปี ร้อยละ 25 , อายุ > 35 ปี ร้อยละ 50 การศึกษาจบมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50 ANC ครั้งแรก อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ , ร้อยละ 25 พบความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ เป็นเบาหวาน 1 ราย, อายุ <20 ปี 1 ราย (ร้อยละ 25) ,อายุมากกว่า 35 ปี 2 ราย การคลอดพบคลอดปกติและการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 50 ไม่แตกต่างกัน ,ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดพบ MAS 1 ราย ทารกมีปอดที่มีพยาธิสภาพ ทำให้หายใจลำบาก 1 ราย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 1 ราย) ทารกแรกเกิดที่เสียชีวิต 4 รายสาเหตุที่เสียชีวิตเกิดจาก ทารกมีภาวะพิการตั้งแต่กำเนิด 2 ราย คือ Heroprosencephaly 1 ราย,Trisomy 13 อีก 1 ราย 1รายเป็นมารดาครรภ์ที่ 4 ผ่าครรภ์ซ้ำ ผ่าครรภ์ครั้ง

แรกมากกว่า 20 สัปดาห์และเป็นชาวต่างชาติ(กัมพูชา)และคลอดก่อนกำหนดทั้ง 2 ราย ,
อีก 2 รายเป็นทารกแรกเกิดที่คลอดครบกำหนดแต่มีภาวะ PPHN (MAS APGAR 7-8-8) และ Cardiogenic
shock (Overt DM poor control)

5. ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

1. มารดาที่ฝากครรภ์ช้าและไม่ใช้คนประจำถิ่นซึ่งอพยพทำงานไปเรื่อยๆทำให้ยากในการเข้ารับ
บริการแหล่งสาธารณสุขต่างๆและการให้ประชาชนเล็งเห็นความสำคัญในการฝากครรภ์โดยเฉพาะในมารดา
ครรภ์หลังส่งผลให้ทารกมีความผิดปกติและมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้ทารกมีความผิดปกติและ
ภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา

2. ทารกกลุ่มที่มีความผิดปกติตั้งแต่ตั้งครรภ์เช่น anomaly ต่างๆ ที่อายุครรภ์มากๆและมาคลอด
ส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกกลุ่มนี้เป็นจำนวนมากกว่าที่ทารกจะเสียชีวิต ควรมีระบบบริหารจัดการที่
ดีในกลุ่มนี้เมื่อเจอความผิดปกติของทารกในครรภ์

ผู้รายงาน

ชื่อนางแจ่มนภา อารีรักษ์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม

เบอร์ติดต่อ042491161-3ต่อ 301

ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ วัยทำงาน

ตัวชี้วัด : 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป้าหมาย ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร ผ่านเกณฑ์

2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ เป้าหมาย ร้อยละ 74 ผ่านเกณฑ์

1. สถานการณ์

สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดบึงกาฬมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ตั้งแต่ปี 2563-2566 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 9.82 9.99 8.53 ต่อแสนประชากร ตามลำดับและในปี 2566 (ต.ค.-มิ.ย.) 3.31 การวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2566 พบว่าเป็นเพศชาย 12 คน เพศหญิง 2 คน ช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 31-40 ปี อายุน้อยที่สุดที่มีการฆ่าตัวตาย คือ 16 ปี อายุมากที่สุดที่ฆ่าตัวตายสำเร็จคือ 74 ปี สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นสำคัญให้ลงมือฆ่าตัวตาย คือ สุรา/ยาเสพติดมีแนวโน้มทำร้ายตนเอง 78.57% ความสัมพันธ์ น้อยใจ / ถูกดูต่ำ ความรัก 92.85% เศรษฐกิจ หนี้สินนอกระบบ 57.14 % มีประวัติเคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 21.42 มีประวัติเคยทำร้ายผู้อื่นร่วมด้วย 7.14 มีการส่งสัญญาณบ่งบอกว่า จะทำร้ายตนเองร้อยละ 28.57 วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้มากที่สุดคือ ผูกคอตาย จำนวน 12 คน ใช้ปืน 1 คน รถม้วน 1 คน

2. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
		2563	2564	2565	2566
1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤8 ต่อแสนประชากร	9.82	9.99	8.53	3.31
2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 90	100	100	99.14	100
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ 74	50.96	83.16	84.36	87.35

3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

1. ด้านพัฒนาระบบเฝ้าระวัง

มาตรการป้องกันและลดอัตราการฆ่าตัวตาย

- กำหนดจัดประชุมคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ระดับจังหวัด ในวันพุธ ที่ 15 มีนาคม 2566 เวลา 08.30 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมนาคาบุรินทร์ ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตผ่านกลไกคณะอนุกรรมการฯ สร้างเสริมสุขภาพจิต ป้องกันและควบคุมภัยคุกคามสุขภาพจิตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง รวมทั้งบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ค้ำครองสิทธิผู้ป่วยและสังคม และขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย

- ทุกโรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่รับผิดชอบ
- หน่วยบริการมีการกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังและส่งต่อดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างครบ วงจร (Psychosocial Clinic) และระบบการคัดกรองเชิงรุกทางสุขภาพจิตเชิงรุก
- สร้างระบบการแจ้งเตือนการพบผู้ที่มีสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย จากครอบครัว สู่ระบบการช่วยเหลือ Line official
- สนับสนุนสื่อและสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายให้กับโรงพยาบาลทุกแห่ง
- ทุกหน่วยบริการจัดสรรบุคลากรลงพื้นที่เพื่อสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย จัดอบรมให้ความรู้กับผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนทั่วไป ติดป้ายประชาสัมพันธ์ขนาดใหญ่ทุกอำเภอ
- หน่วยงานมีแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตามสภาพปัญหา ดังนี้
 1. ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน เพื่อป้องกันกลุ่มเสี่ยง และผู้ที่มีอาการทางจิตเวชเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 2. โครงการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตและสร้างความเข้มแข็งทางใจให้ผู้ป่วยจิตเวช
 3. ประชุมเชิงปฏิบัติการการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
 4. ปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตดี
 5. ดำเนินโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายและเยี่ยมเสริมพลัง โดยทีมนำและเครือข่ายสุขภาพจิตดี ในพื้นที่เป้าหมายอำเภอ ปากคาด

2.ด้านการพัฒนาการสอบสวน

- หน่วยบริการมีบุคลากรผู้รับผิดชอบและมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการดูแลและเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย รง.506s ทั้งในรูปแบบผ่านทาง website www.suicide.dmh.go.th และมีเอกสารรายงาน
- หน่วยบริการและภาคีเครือข่าย มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงสืบสวนปัจจัยการฆ่าตัวตายและนำเสนอเอกสารรายงาน
- ส่งบุคลากรเข้าอบรมพัฒนาศักยภาพประชุมเชิงปฏิบัติการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย
- ส่งบุคลากรเข้าอบรมพัฒนาศักยภาพประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อค้นหา คัดกรอง เชิงรุก ในการจัดการปัญหาโรคซึมเศร้า

3.ด้านการพัฒนาระบบบริการแบบ Psychosocial Clinic ทุกระดับหน่วยบริการทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ

- พัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช จัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ทุกโรงพยาบาล และเปิดให้บริการหออผู้ป่วยรักษารักษา ณ โรงพยาบาลบึงกาฬ วันที่ 1 ต.ค. 2565 มี ยอดผู้มารับบริการ(Admit)ดังนี้

เดือน/กลุ่มโรค	F10-15	F20-29	F30-32	อื่นๆ	รวม (คน)	R/F OUT
ตุลาคม	0	19	6	2	27	3
พฤศจิกายน	1	15	2	1	19	2
ธันวาคม	2	11	4	0	17	2
มกราคม	0	17	5	3	25	2
กุมภาพันธ์	1	10	18	0	29	4
มีนาคม	0	10	4	4	18	2
เมษายน	1	18	4	5	28	0
พฤษภาคม	0	11	2	4	17	2
รวม	6	122	45	19	192	17

หมายเหตุ = อื่นๆ (Dementia)/Delirium

4 ด้านพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

- พัฒนาระบบเครือข่ายการดำเนินงานชุมชนสร้างสุข และสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ (วัดชื่นใจ)
- ติดตามสนับสนุนระบบงานสุขภาพจิตในชุมชน ใช้ Mental Health Check In
- การสร้างวัดชื่นใจในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้ครอบคลุม โดยใช้แนวทางการพัฒนาศักยภาพครู ก โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายคือเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ตัวแทนผู้นำชุมชน อสม. ครอบคลุมทั้ง 8 อำเภอ
- มีอำเภอเข้มข้นในการสร้างวัดชื่นใจเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี2566 อำเภอปากคาด
- การดำเนินงานร่วมกับโครงการนาคาพิทักษ์รักประชา มีการจัดเก็บข้อมูลสถานภาพจำนวนผู้ป่วยจิตเวช สำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการก่อเหตุ สามารถระงับเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัย และประชาสัมพันธ์ให้แกนนำเยาวชน TO NUMBER ONE ทราบช่องทางการแจ้งเหตุ ทำให้ปัจจุบันมีคนใช้จิตเวชที่ร่วมดูแล 1345 คน กลุ่มสีแดง 147 คน (คนใช้กลุ่มสีแดงได้รับการติดตามดูแลกักกันยาจนพฤติกรรมดีขึ้น เปลี่ยนมาเป็นกลุ่มสีเหลือง จำนวน 4 คน) กลุ่มสีเหลือง 418 คน กลุ่มสีเขียว 780 คน

5. ผลการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป้าหมายไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	ประชากรกลางปี 2565	รวม	คิดเป็น ต่อ แสน ปชก
เมืองบึงกาฬ	92,920	2	2.15
พรเจริญ	44,288	0	0
โซ่พิสัย	71,601	6	8.37
เซกา	86,874	3	3.45
ปากคาด	34,828	0	0
บึงโขงหลง	37,692	1	2.65
ศรีวิไล	39,738	1	2.51
บุ่งคล้า	14,054	1	7.11
รวม	421,995	14	3.31

ที่มา : ข้อมูลจาก รง.5065

จากตารางจะเห็นว่าในปีงบประมาณ 2566 (1 ต.ค.65- มิ.ย.66) ภาพรวมทั้งจังหวัด มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีจำนวน 14 ราย คิดเป็น 3.31 ต่อแสนประชากร อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด คือ อำเภอโซ่พิสัย จำนวน 6 ราย คิดเป็น 8.37 ต่อแสนประชากร และอำเภอที่ไม่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ อำเภอพรเจริญ และอำเภอปากคาด จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าพบว่าเป็นเพศชาย 12 คน เพศหญิง 2 คน ช่วงอายุที่สุดมีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 31-40 ปีอายุน้อยที่สุดมีการฆ่าตัวตาย คือ 16 ปี อายุมากที่สุดที่ฆ่าตัวตายสำเร็จคือ 74 ปี สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นสำคัญให้ลงมือฆ่าตัวตาย คือ สุรา/ยาเสพติดมีนเมาขณะทำร้ายตนเอง 78.57% ความสัมพันธ์ น้อยใจ /ถูกดูต่ำ ความรัก 92.85% เศรษฐกิจ หนี้สินนอกระบบ 57.14 % มีประวัติเคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 21.42 มีประวัติเคยทำร้ายผู้อื่นร่วมด้วย 7.14 มีการส่งสัญญาณบ่งบอกว่า จะทำร้ายตนเองร้อยละ 28.57 วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้มากที่สุดคือ ผูกคอตาย จำนวน 12 คน ใช้ปืน 1 คน รถม้วน 1 คน

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี เป้าหมาย ร้อยละ90

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65- มิ.ย.66)		
	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี	ร้อยละ
เมืองบึงกาฬ	11	11	100
พรเจริญ	20	20	100
โซ่พิสัย	3	3	100
เซกา	29	29	100
ปากคาด	0	0	100
บึงโขงหลง	3	3	100
ศรีวิไล	0	0	100
บุ่งคล้า	3	3	100
รวม	69	69	100

ที่มา : ข้อมูลจากรง.506s

จากข้อมูลในตารางจะเห็นว่า ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิต มีจำนวนทั้งหมด 69 ราย อำเภอพรเจริญ 1 รายทำร้ายตัวเองซ้ำ เพศชายร้อยละ 21.73 เพศหญิงร้อยละ 78.26 อายุที่ต่ำที่สุดคือ 11 ปี อายุสูงที่สุดคือ 74 ปี เป็นนักเรียนนักศึกษาร้อยละ 47 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร 27.53 ใช้วิธีกินยาเกินขนาดร้อยละ 50.72 ใช้ของมีคม 27.53 ผูกคอร้อยละ 8.69 เป็นโรคจิตเวชและซึมเศร้าร้อยละ 26.08 มีประวัติเคยทำร้ายตัวเอง ร้อยละ 56.52 มีสัญญาณเตือน ร้อยละ 27.53 สาเหตุปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิดร้อยละ 40.57 น้อยใจ/ถูกดูต่ำ ร้อยละ 27.53 ปัญหาผิดหวังความรัก/หึงหวงร้อยละ 17.39 ปัญหาการใช้สุราและสารเสพติด ร้อยละ 4.34 ได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ จังหวัดบึงกาฬ ยอดสะสม เป้าหมาย ร้อยละ 74

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 – มิ.ย.66)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองบึงกาฬ	2,120	2,073	97.78
พรเจริญ	847	779	91.97
โซ่พิสัย	1,578	1,154	73.13
เซกา	2,012	1,282	63.72
ปากคาด	700	414	60.14
บึงโขงหลง	843	1,121	132.98
ศรีวิไล	882	641	72.68
บุงคล้า	310	239	77.1
รวม	9,292	7,986	87.35

ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข

ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1.ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ ไม่มีสัญญาณเตือน และมีพฤติกรรมมีเมาสู่ราขณะทำร้ายตนเองและมีเมาสารเสพติดขณะทำร้ายตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมได้ยาก
- 2.ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนวัยรุ่นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่บูรณาการในการดูแลค่อนข้างยาก
- 3.ขาดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย

ประเด็นตรวจราชการ Functional based

ประเด็น : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ ลดป่วย ลดตาย จาก Trauma

Service Plan สาขาศุบัติเหตุ

- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล

ระดับ A,S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12

- ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26

1. สถานการณ์

ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบว่าจำนวนผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 25,712 ครั้ง 37,692 ครั้ง และ 41,578 ครั้ง ตามลำดับ เป็นผู้ป่วย Trauma ร้อยละ 15.34 ,ร้อยละ 29.07 และ ร้อยละ 27.49 ผู้ป่วย Non - trauma ร้อยละ 84.65 ,ร้อยละ 70.9 และร้อยละ 72.60 ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ฉุกเฉิน และไม่เร่งด่วน (Triage Level 4 , 5) มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี 2563 - 2565 ร้อยละ 4.07 ร้อยละ -6.14 และ ร้อยละ -52.65 ผู้ป่วย Triage Level 1 , 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชั่วโมง ร้อยละ 66.84 ร้อยละ 67.89 และ ร้อยละ 44.74 ทำให้เกิดการแออัดในห้องฉุกเฉิน ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1 ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit ในโรงพยาบาลทุกระดับ 3 ปี ย้อนหลัง ร้อยละ 1.82 , ร้อยละ 1.97 และ ร้อยละ 3.99 จำนวนผู้เสียชีวิตในห้องฉุกเฉินส่วนมากเป็นผู้ป่วย Non - Trauma ผู้ป่วย วิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) มาด้วย EMS ร้อยละ 23.96, ร้อยละ 30.84 และ ร้อยละ 25.07 จะพบว่าผู้ป่วย วิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) มาด้วย EMS โดยส่วนมากจะเป็นผู้ป่วย Trauma

การเข้าถึงเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) ลดลง
2. ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) มาด้วย EMS เพิ่มขึ้น
3. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (เป้าหมาย < ร้อยละ 4)
4. อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M 1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน) (เป้าหมาย > ร้อยละ 80)

2. แนวทางการดำเนินงานในพื้นที่

1. พัฒนาระบบบริการ

1.1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

- ประชุมราชการชี้แจงและติดตาม การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อผ่านระบบออนไลน์

- ประชุมเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินกู้ชีพ กู้ภัย อบต. มูลนิธิ/สมาคม (EMS DAY). ให้บ่อยมากขึ้น

- ประชาสัมพันธ์ 1669 กลุ่มโรค 3S STROKE STEMI SEPSIS ให้ไปถึงระดับตำบล หมู่บ้าน

-จัดส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุม อบรม สัมมนาเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับเขต และระดับประเทศ

1.2. พัฒนาระบบ Fast Track ระบบ EMS ป้องกัน STROKE STEMI สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬปีงบประมาณ 2566 พร้อมทั้ง ทบทวนระบบบริการตามแนวทาง ER Service Delivery มีระบบ Fast track อย่างน้อย 4 กลุ่มโรค คือ STROKE, STEMI, SEPSIS TRAUMA

2.3. มีระบบบริการ STROKE, STEMI, SEPSIS TRAUMA FAST TRACK ในโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง

2.4. มีการทบทวน Case Dead ภายใน 24 ชม.

2. พัฒนาด้านทรัพยากร

2.1 บุคลากร

2.1.1 มีการส่งบุคลากรเข้า อบรม และเรียนต่อในหลักเฉพาะทางด้านสูตรต่างๆ ที่ยังขาดแคลนบุคลากร

2.1.2 อบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน pre-hospital ATLS sky doctor ปีละ 1 – 2 คน

2.1.3 ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการฝึกซ้อมแผนสาธารณสุข

2.1.4 พัฒนาศักยภาพให้ได้ตามมาตรฐานการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการทั้งระดับ BLS ALS และเตรียมสู่ระดับเฉพาะทาง และ sky doctor ตามมาตรฐานสพฉ.

2.1.5 ทบทวนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่บุคลากร 100 % มีการซักซ้อมความพร้อมสม่ำเสมอ

2.2 เครื่องมือ/อุปกรณ์/สถานที่

2.2.1 จัดเตรียมอุปกรณ์ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่รองรับผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่นเครื่อง ABG ที่ห้องฉุกเฉิน Auto CPR โดยเฉพาะเมื่อออกรับผู้ป่วย

2.2.2 จัดทำแผนซื้อรถ EMS เพื่อทดแทนที่ชำรุด และวางแผนเตรียมระบบ CCTV ที่ส่งต่อข้อมูลในรถพยาบาลมาที่ห้องฉุกเฉิน

2.2.3 ระบบ smart ER ที่จะรองรับการดำเนินงานให้สะดวก ง่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการจัดเก็บวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ

2.2.4 ปรับปรุงห้องฉุกเฉินตามนโยบาย EMS ของรพ. โดยทีมช่างจะเข้ามาในช่วงเดือนกันยายน

3. ผลการดำเนินงาน

สรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกแห่ง จังหวัดบึงกาฬ

1. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลจำแนกตามประเภทผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประเภท Non – Trauma จำนวน 12297 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.67 และเป็นผู้ป่วย Trauma จำนวน 5351 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.32

โดย อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A.S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12 (Trauma < 12% , Non-trauma < 12%) ปี 2566 (1 ต.ค. 2565 - 31 พ.ค. 2566)แต่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 3.38

2. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non-Trauma& Non- emergency) ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ต.ค. 2565 - 31 พ.ค. 2566)พบว่า มีผู้มารับบริการ ในโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 2908 ราย เมื่อแยกตามระดับความรุนแรง

4. ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

1. รพ.บึงกาฬไม่มีแพทย์เฉพาะทาง Neurosurgical ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บทางสมองได้รับการผ่าตัดที่ล่าช้าเพราะต้องส่งต่อไปผ่าตัดในรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า

2.ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน มารับบริการนอกเวลาราชการจำนวนมาก กระทบต่อการให้บริการผู้ป่วยวิกฤต

3. TEA unit ผ่านเกณฑ์ แต่ยังไม่พร้อมเปิดเนื่องจาก ขาดแคลนบุคลากรรับผิดชอบโดยตรง

4. การประชาสัมพันธ์เชิงรุก ในเรื่องการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและการดูแลผู้ป่วยระบบ Fast track ยังไม่ครอบคลุม

5. บุคลากรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินขาดการอบรมฟื้นฟูพัฒนาความรู้ทักษะโดยข้อจำกัดด้านงบประมาณ และด้านศูนย์ฝึกอบรม

ชื่อ.....สุภัทรา ศิริเมือง

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงาน.....อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เบอร์ติดต่อ.....081-0701071



โรงพยาบาลบึงกาฬ

255 ม.1 ต.บึงกาฬ อ.เมืองบึงกาฬ จ.บึงกาฬ 38000

โทรศัพท์ : 042 491 161



<http://bkh.moph.go.th/>



: โรงพยาบาลบึงกาฬ