



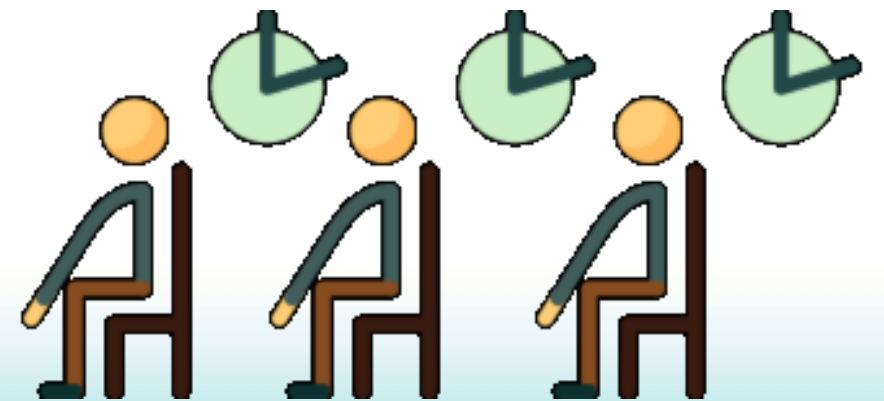
# ตรวจราชการกรณีปกติ รอบ 1/2563

## Function Base

(ระบบงานหน่วยบริการ)

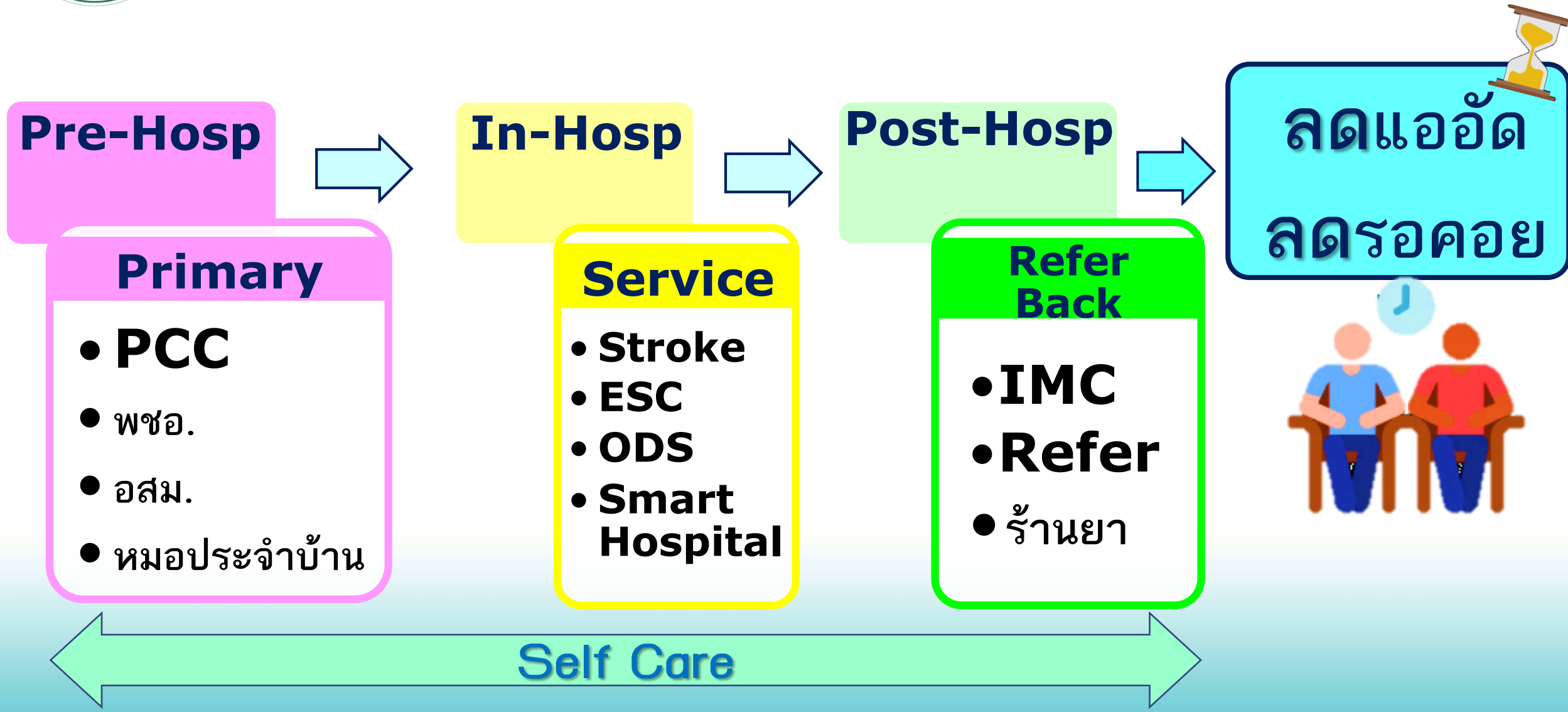


### 3. ลดแออัด ลดรอคอย





# ลดแออัด ลดรอคอย





# Pre-Hosp

## ต้นน้ำ



# ลดแออัด ลดรอคอย:

ระบบพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Primary Care



# พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พชอ.

## ประเด็นการพัฒนา (ODOP) เพื่อลดปัจจัยเจ็บป่วย

- สิ่งแวดล้อม (ขยะ) 9 อำเภอ
- ผู้สูงอายุ 9 อำเภอ
- เกษตรปลอดสาร /อาหารปลอดภัย 9 อำเภอ
- อุบัติเหตุ 7 อำเภอ
- NCD 7 อำเภอ

## สิ่งที่จะดำเนินการต่อ

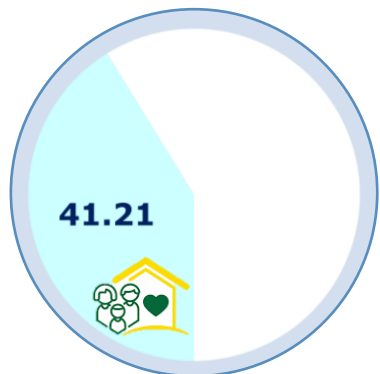
- จังหวัดติดตามเยี่ยมเสริมพลัง (AI) คกก.พชอ. รายอำเภอ
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานระดับจังหวัดปลายปี

## กระบวนการดำเนินงาน

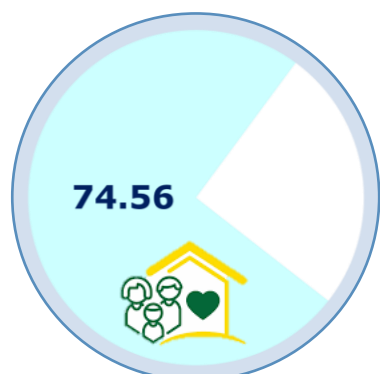
- มีคำสั่ง คกก.พชอ.ทุกอำเภอ และ คอก.ราย ประเด็นชุดย่อย บางอำเภอมี คกก. พชต.
- ทุกอำเภอมีการประชุม คกก.อย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อสรุปผลงาน และจัดทำแผนพัฒนาราย ประเด็นต่อเนื่อง
- จังหวัดนิเทศติดตามผลงาน 1 ครั้ง



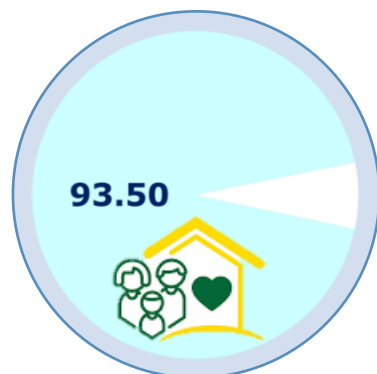
# การเปิดหน่วยบริการปฐมภูมิ PCC โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลประชาชน 40 %



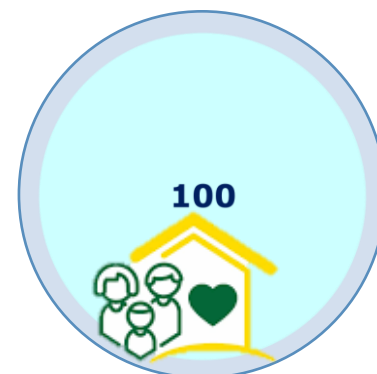
ปี 60-63  
เปิด 21 แห่ง  
ร้อยละ 41.21



ปี 66  
เปิดเพิ่ม 18 แห่ง  
ร้อยละ 74.56



ปี 69  
เปิดเพิ่ม 10 แห่ง  
ร้อยละ 93.5



ปี 72  
เปิดเพิ่ม 2 แห่ง  
ร้อยละ 100

## ประเด็นปัญหา

- ขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- พยาบาลวิชาชีพ

Health Literacy / Self care



## การพัฒนา อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน

### อสม.จำนวน 13,354 คน

- ปี 55-59 - อสม.เชี่ยวชาญ จำนวน 8,155 คน อสม.
  - อสม.นักจัดการตามกลุ่มวัย จำนวน 5,195 คน
  - อสม.ปปช จำนวน 2,156 คน
- ปี 61-62 - อสม.นักจัดการสุขภาพ จำนวน 890 และ 1,200 คน
- ปี 63 - อสม.หมอประจำบ้าน 948 คน (มบ./ชุมชน 889 แห่ง)

### กระบวนการ

- ชี้แจงแผนการพัฒนา อสม.ให้ทุกพื้นที่ได้ทราบเป้าหมาย
- กำหนดแผนอบรม ตามจำนวนที่ได้รับจัดสรร และอบรมแล้วเสร็จครบทุกอำเภอ เดือนมกราคม 63 จำนวน 948 คน ร้อยละ 100

### สิ่งที่จะดำเนินการต่อ

- ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย  
กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแล  
จาก อสม.หมอประจำบ้าน  
มีคุณภาพชีวิตที่ดี





# In-Hosp กลางน้ำ



# การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)



## สถานการณ์



อัตราป่วยสะสมมีแนวโน้มสูงขึ้น ขณะที่อัตราป่วยรายใหม่ลดลง

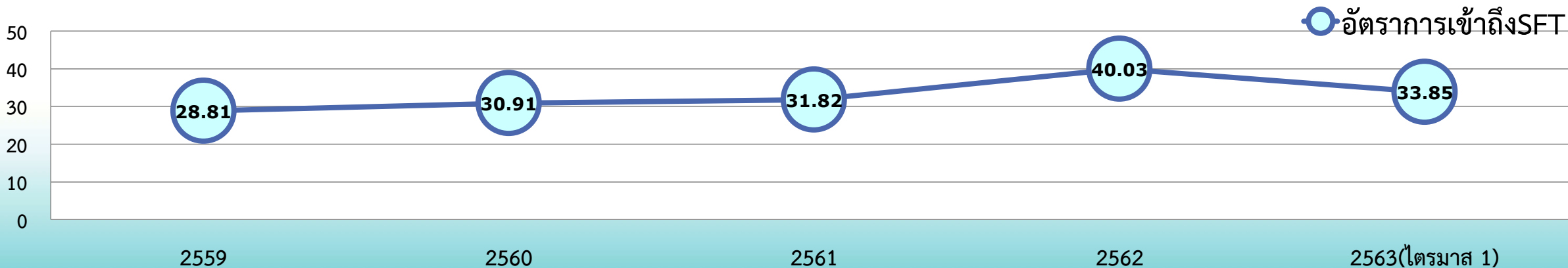
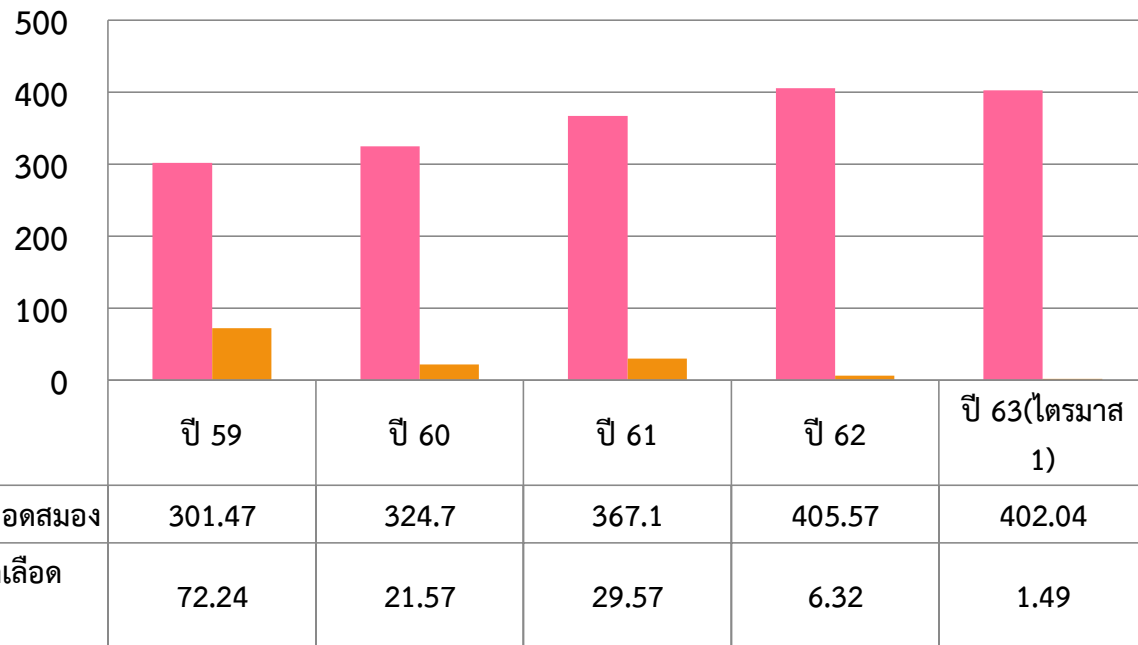
➤ พบ Ischemic : Hemorrhagic (70:30)

➤ โดยมีU/D HT (63%)

➤ DLP (41%)

➤ DM (26%)

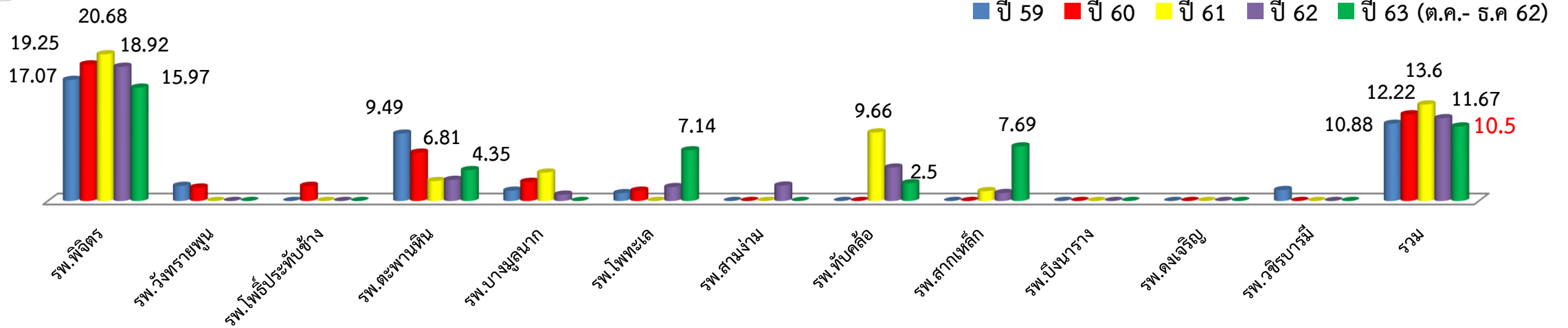
➤ อัตราการเข้าSFT แนวโน้มสูงขึ้น



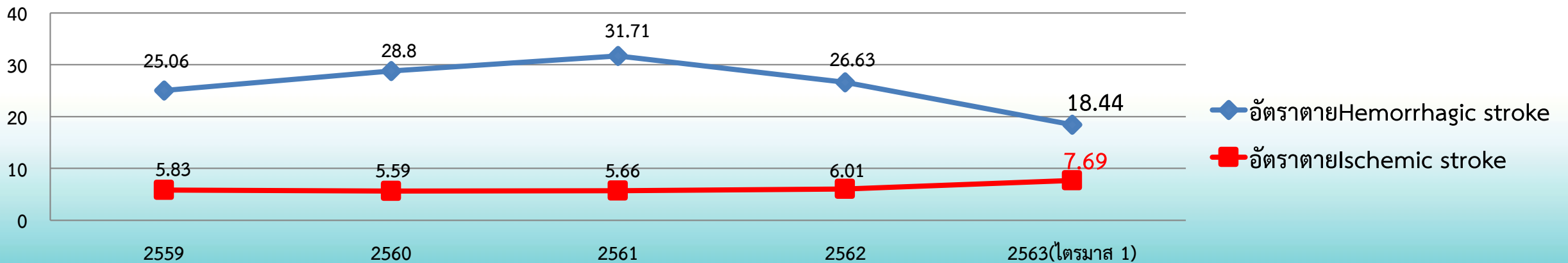


# ผลการดำเนินงาน (Performance)

## อัตราการตาย ผู้ป่วยใน Stroke (< ร้อยละ 7)



## อัตราการตาย Hemorrhagic Stroke (< ร้อยละ 25) อัตราการตาย Ischemic Stroke (< ร้อยละ 5)

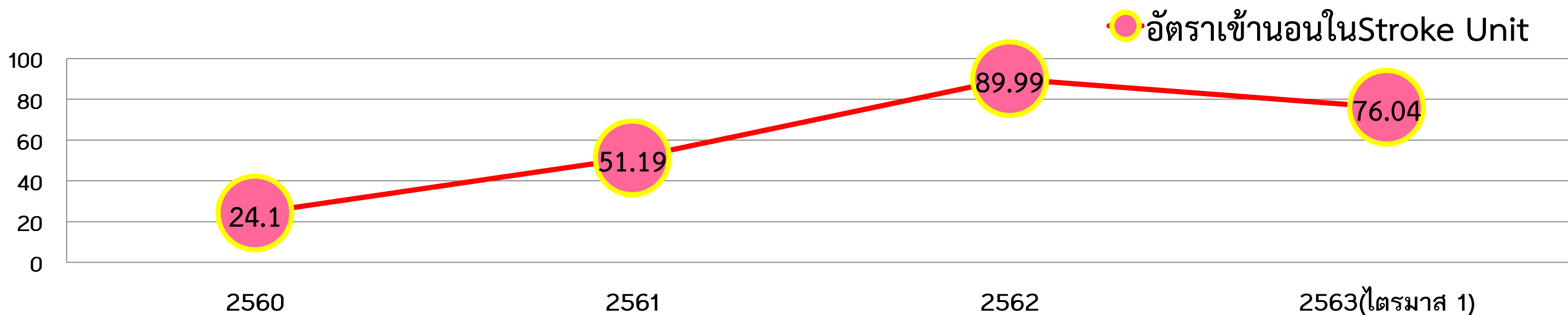
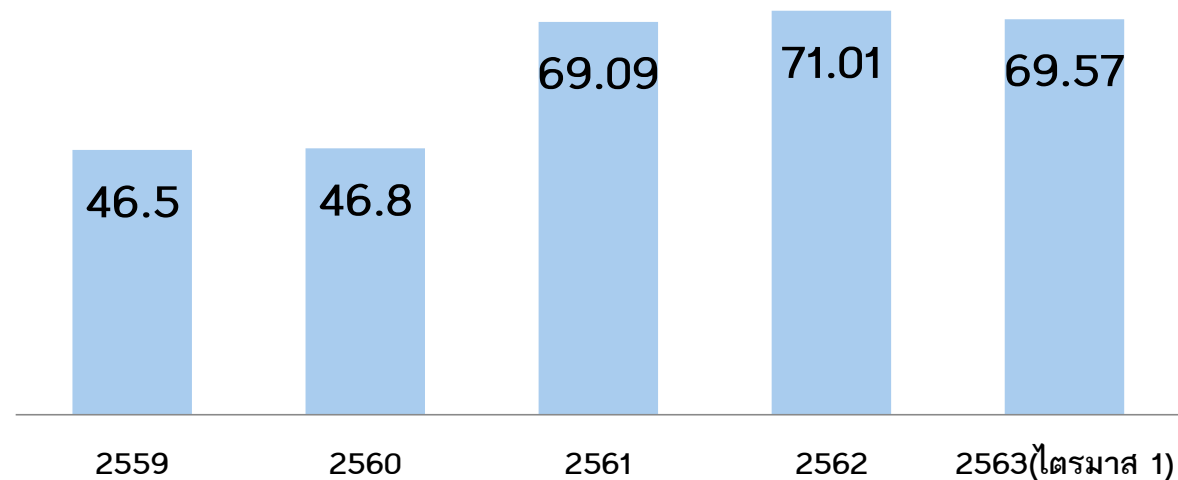




## ผลการดำเนินงาน (Performance)

➤ ร้อยละผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที ( $\geq$  ร้อยละ 60)

➤ อัตราการเข้านอนใน Stroke Unit ( $\geq$  ร้อยละ 50)





# แผนยุทธศาสตร์/แผนงาน/มาตรการ/กระบวนการดำเนินงาน (Process)

## Pre-hos

- ให้ความรู้ Stroke Alert, Awareness กลุ่มเสี่ยง
- อบรม จนท.ทุกระดับ เรื่องระบบบริการ SFT

เน้นลดผู้ป่วยรายใหม่

## Post-hos

- HHC ผ่านระบบ CoC
- ศูนย์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง รพ.สามง่าม /IMC ทุกรพ. ระดับ M2, F2

เน้นการดูแลต่อเนื่อง

## In-hos

- Lean ระบบRefer, การให้ข้อมูล, ระบบconsult
- รังสีแพทย์ออก official report ภายใน 30 นาที
- พัฒนาศักยภาพ ดูแล Acute care เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงยา rt-PA
- การทำ AE และ แนวทางแก้ไข ร่วมกันภาพ PCT และ SP เช่น Bleeding S/P rt-PA

เน้นป้องกัน complication



# ผลการดำเนินงาน Service Plan ECS

## จังหวัดพิจิตร ปี 2563

### รับตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 1/2563



## อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ( Triage Level 1 ) ภายใน 24 ชม. (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ 12



### แนวทางการพัฒนา ปี2563

- 1.พัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์ ER Service Delivery
- 2.เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึง Definite care

### การดำเนินงาน/กิจกรรม

- 1.พัฒนาระบบ Triage ESI , Triage Personel
- 2.พัฒนา Fast track : Trauma : Sepsis  
ร่วมกับ PCT ตามรอย Tracer case Severe TBI , Sepsis
- 3.Audit case dead in ER และ Dead in 24 ชม.

### ผลการดำเนินงาน ปี 2563 ( 3 เดือน )

ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24ชม.ทั้ง ER และ Admit  
รวม 33 ราย ร้อยละ 4.38 ดังนี้

Non-Trauma = 669 ราย เสียชีวิต 32 ราย ร้อยละ 4.78

Trauma = 81 ราย เสียชีวิต 1 ราย ร้อยละ 1.23

### โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตใน24ชม.ตามลำดับ

- 1.Pneumonia
- 2.Sepsis
3. AMI,NSTEMI
- 4.UGIB



# อัตราผู้ป่วย trauma triage level 1 ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดและสามารถเข้าผ่าตัดได้ใน 60 นาที  
ปี 2562- 2563



ผลการดำเนินงาน ปี 2563 ( 3 เดือน )

Door to OR ใน 60 นาที = 0

ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด แบ่งตามแผนกดังนี้

1. Ortho ( Open book ) 1 ราย 2. Neuro ( TBI ) 4 ราย



วิเคราะห์ สาเหตุที่เข้า OR เกิน 60 นาที

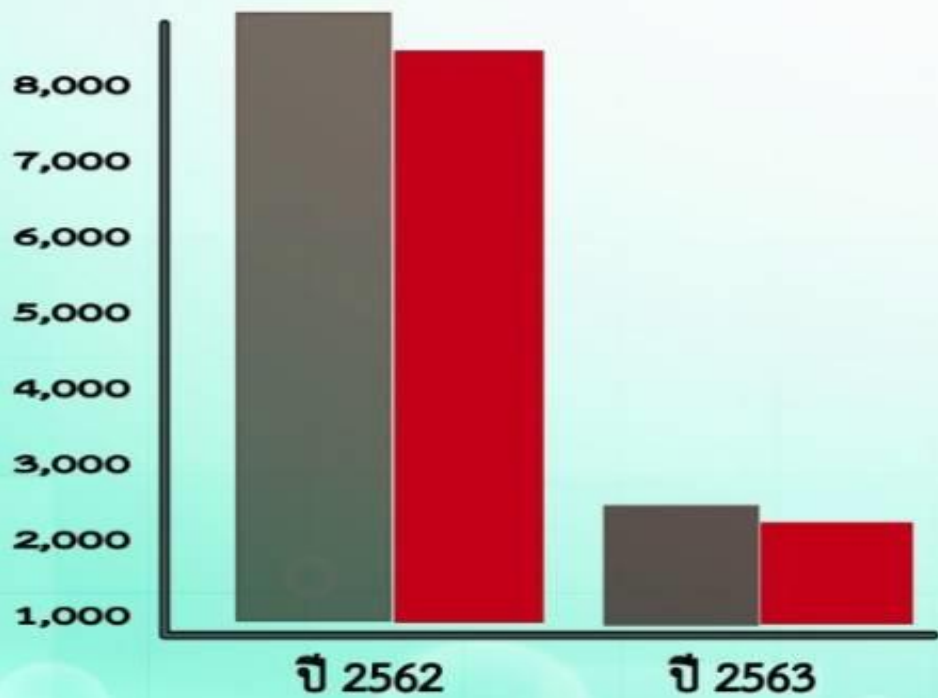
1. Resuscitate 2. ส่ง Investigate , CT

กิจกรรมการพัฒนา ปี 2563

ทบทวน Door to OR ร่วมกับ PCT



# อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60



## ผลการดำเนินงาน

	จำนวนผู้ป่วย	< 2 ชม.	ร้อยละ
ปี 2562	8,747	8,542	97.65
ปี 2563	2,136	2,042	95.59

**วิเคราะห์** ผู้ป่วย Triage Level 1,2 อยู่ใน ER >2 ชม.

พบโรคที่อยู่ ER นาน ตามลำดับคือ

1. Septic shock
2. Multiple Injury, Traumatic Brain Injury
3. ICH
4. Pneumonia

**สาเหตุ**

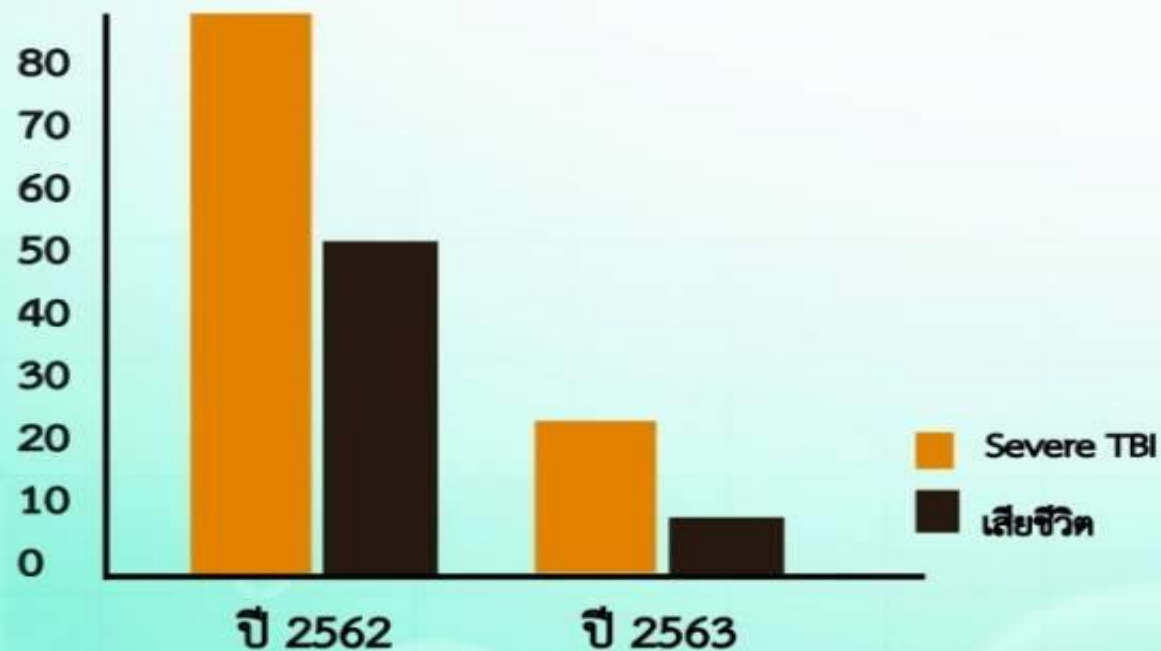
Resuscitate ,รอ Investigate เช่น lab คำนวณ ,ส่ง CT ward เตรียมความพร้อมรับผู้ป่วย



**แนวทางการพัฒนา ปี 2563**

1. คำนึงข้อมูลผู้เกี่ยวข้อง
2. พัฒนาร่วมกับระบบสนับสนุน เช่น Lab คำนวณ ,CT ,x-ray
3. พัฒนาระบบ Fast track และ ระบบ Admit

# อัตราผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (severe traumatic brain injury) ไม่เกินร้อยละ 45



	Severe TBI	Dead	ร้อยละ
ปี2562	87 ราย	51	58.62
ปี2563	22 ราย	9	40.90

## ผลการดำเนินงาน

1.ร่วมกับ PCT Surg

พัฒนา Guidline การดูแลผู้ป่วย TBI

2.Quality ward round 3.Trauma Audit



## แนวทางพัฒนา ปี 2563

1.พัฒนาร่วมกับ PCT Surg : Quality ward round

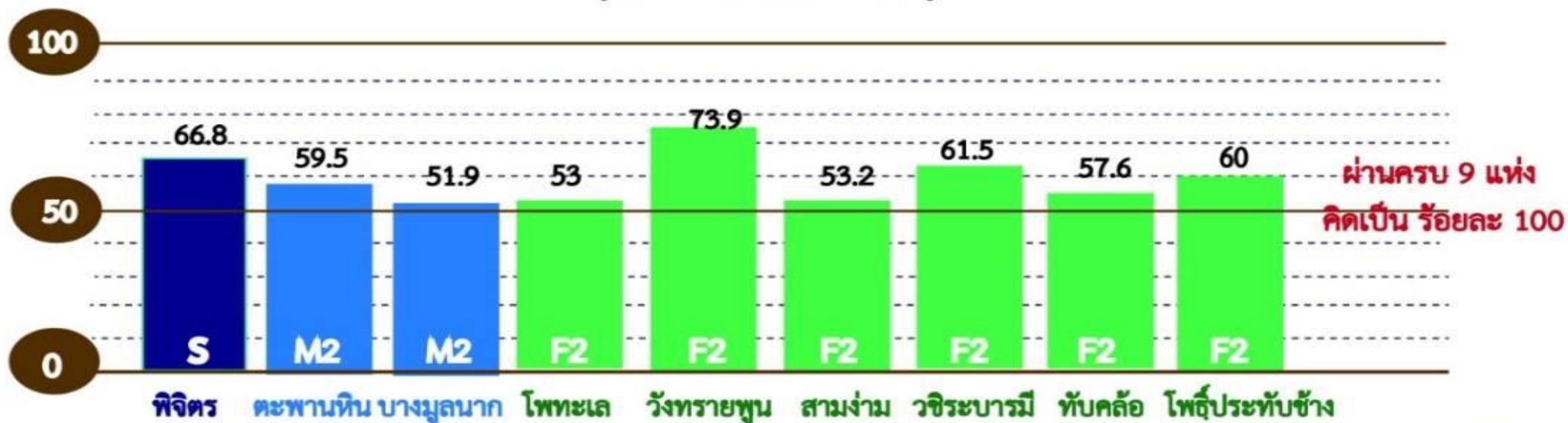
: อบรมทักษะการดูแล Severe TBI

2.ลดระยะเวลา Door to OR



# อัตราของรพ.ระดับF2ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ประเมิน ECSคุณภาพ ร้อยละ 50

( ไม่ต่ำกว่าร้อยละ80 )



## กิจกรรม

ประชุมคณะกรรมการเครือข่ายกำหนดกิจกรรมพัฒนาในปี 2563 ดังนี้

- 1.บุคลากร : ส่งอบรม ENP
- 2.การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน : Fast Track Trauma > เกณฑ์การดูแลส่งต่อ
- 3.MCI & Disaster : ประเมินจุดเสี่ยงอุบัติเหตุจังหวัด > ทบหวนทีม Mini MERT , MERT
- 4.EMS : อบรม EMR ,ฟื้นฟูศักยภาพ FR เครือข่าย



การดำเนินงาน ประเมิน ECS คุณภาพ และนำส่วนขาดมาพัฒนาทั้งเครือข่าย







# อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ



( ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 )



จังหวัดพิจิตรมีรพ.ระดับ S ที่จัดตั้ง TEA Unit 1 แห่ง  
ปี 2563 ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพร้อยละ 100

1.ผู้อำนวยการ ผู้บริหารTEA Unit	2.TEA Nurse Manager	3.เจ้าหน้าที่ สนับสนุน	4.สถานที่	5.Software	6.กิจกรรมคุณภาพ ( จำนวน )	7.กิจกรรมคุณภาพ ( มิติ )	8.Value-Added TEA Unit
<p>ร่วมกิจกรรม คุณภาพที่ บริหารจัดการ โดยTEA Unit 1ครั้ง/เดือน</p> 	<p>บริหารกิจกรรม คุณภาพโดยข้อมูล สารสนเทศจาก TEA Unit 1ครั้ง/เดือน</p> 	<p>บริหารจัดการ ข้อมูลTEA Unit ด้วยโปรแกรม หรือฐานข้อมูล</p> 	<p>ใช้พื้นที่ร่วมใน ศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการ</p> <p>ขาดสำนักงาน TEA Unit</p> 	<p>มี Software นำเข้าข้อมูล เชื่อมโยง HDC ของโรงพยาบาล</p> 	<p>มีกิจกรรมคุณภาพ Non-Trauma &amp; Trauma ที่บริหาร จัดการผ่าน TEA Unit 1 ครั้ง/เดือน</p> <p>1.Dead in 24 ชม 2.CPR Audit</p>	<p>บริหารจัดการ กิจกรรมคุณภาพ 2 มิติใน2 ไตรมาส</p> <p>1.Pre hos EMS Audit 2.In Hos : ER Triage Audit</p>	<p>ใช้ข้อมูลจาก TEA Unit ขับเคลื่อน ECS คุณภาพจนผ่าน เกณฑ์ตัวชี้วัดหลัก ,รอง &gt; 2 ตัวชี้วัด</p> 

ผลการ  
ดำเนินงาน  
ปี 2563

- 1.จัดทำแผนพัฒนาส่วนขาดตามเกณฑ์
- 2.จัดกิจกรรมคุณภาพผ่าน TEA Unit ร่วมกับ  
สนง.คุณภาพและ PCT ที่เกี่ยวข้อง

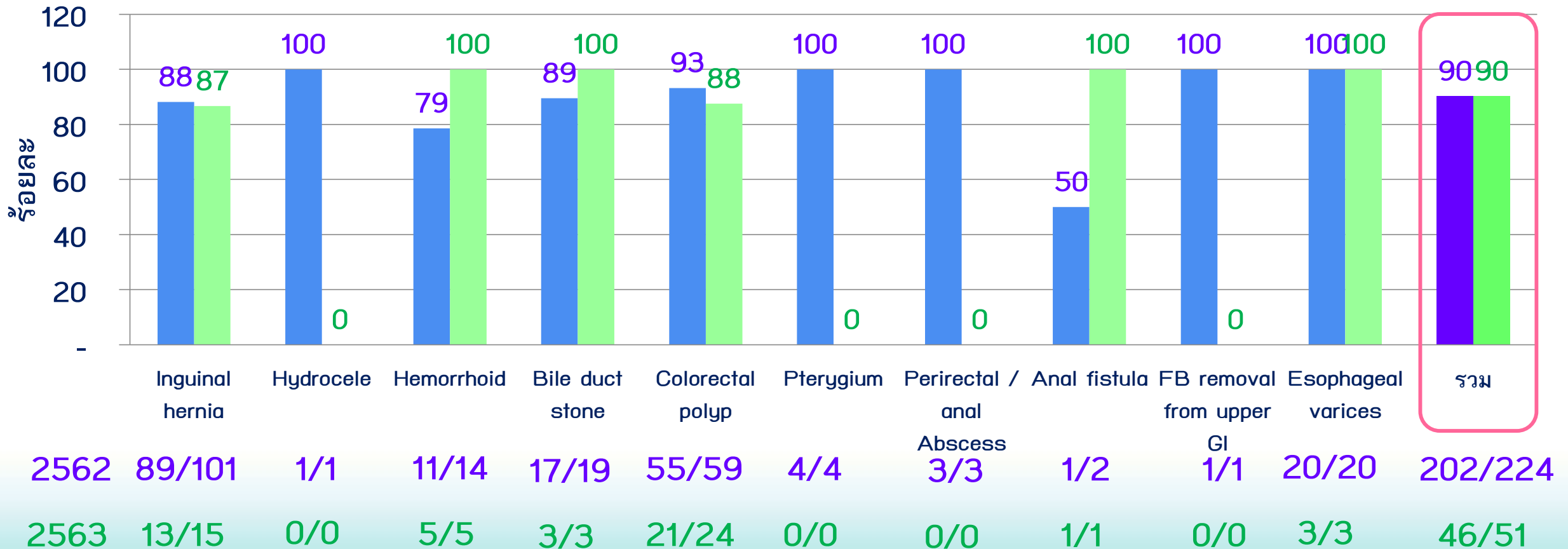
ผลประเมิน TEA Unit  
อยู่ใน **เกณฑ์มาตรฐาน**  
( 21 คะแนน )

- โอกาสพัฒนา**
- 1.พัฒนาฐานข้อมูล Software
  - 2.ส่งออกข้อมูลเพิ่ม Accident
  - 3.พัฒนา TEA Unit เครือข่าย



# ผลการดำเนินงาน ODS ปี 2562 และ 2563 ไตรมาส 1 (ตค.62-ธค.62)

■ 2562 ■ 2563 (ไตรมาส 1)



ODS ครอบกลุ่ม 10 โรค

2562 89/101 1/1 11/14 17/19 55/59 4/4 3/3 1/2 1/1 20/20 202/224

2563 13/15 0/0 5/5 3/3 21/24 0/0 0/0 1/1 0/0 3/3 46/51



# สิ่งที่ต้องทำต่อไป

จังหวัดกำหนดแผนพัฒนาให้เกิด

Unit ODS ภายในปี 2565





# Smart Hospital



## Smart Tools

**Que Online**

แสดงผลบน **Mobile**

เชื่อมโยง, แลกเปลี่ยนข้อมูล  
**HIS Gateway**



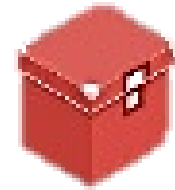
## Smart Service

**Less Paper**

**Paperless**

**EMR**

**Lean**



## Smart Outcome

**ERP** Enterprise Resource  
Planning System

เชื่อมโยง **Front + Back**

**Office** จนเกิดเป็นระบบวางแผนการ

ใช้ทรัพยากรให้มี

คุณภาพประสิทธิภาพ





## เป้าประสงค์ (Objective : O) :

ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ อย่างรวดเร็วและปลอดภัยด้วยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัย

**P** จัดทำแผน และกำหนดแนวทางขับเคลื่อน

**D**

1. จัดประชุมชี้แจงแนวทางและเกณฑ์การประเมิน Smart Hospital
2. ประเมินตนเองตามเกณฑ์ เพื่อหาส่วนขาดและนำไปจัดทำแผนการพัฒนา
3. จัดเวทีประชุม admin ของโรงพยาบาล เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้

**A** 6. โรงพยาบาลดำเนินการพัฒนาตามส่วนขาด เพื่อให้บรรลุตามเกณฑ์การประเมิน

**C**

4. ออกติดตามเยี่ยมและประเมินผล พร้อมกับการนิเทศงานปกติ 2 ครั้ง/ปี
5. สรุปผลการตรวจเยี่ยมและแจ้งประเด็นเสนอแนะในการพัฒนา



	Smart Place	Smart Tool			Smart Services					สรุป
รพ.	G&C/DL	จอคิว	คิว online	เชื่อมต่อข้อมูล เครื่องมือแพทย์	ยกเลิกรับ บัตร	EMR	ใบสั่งยา อิเล็กทรอนิกส์	ข้อมูลระยะ เวลารอคอย	นัดหมายแบบ เหลืออมเวลา	
พิจิตร										ผ่าน
วังทรายพูน										
โพธิ์ประทับช้าง										
ตะพานหิน										ผ่าน
บางมูลนาก										ผ่าน
โพทะเล										
สามง่าม										ผ่าน
ทับคล้อ										
สากเหล็ก										ผ่าน
บึงนาราง										ผ่าน
ดงเจริญ										
วชิรбарมี										



# นวัตกรรม ของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

## ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมคิวเพิ่มเติม



หน้าจอจะแสดงคิวคนไข้นัดกับ  
คนไข้ทั่วไป



- เพิ่มชื่อแพทย์ผู้ตรวจในแต่ละห้อง
- พร้อมคิวคนไข้ที่รอหน้าห้องตรวจ
- สถานการณ์รอผล **lab** และ **x-ray**



- จำนวนผู้รับบริการ **ในวันนั้น / ปัจจุบัน**
- กำลังให้บริการ จำแนกตามความเร่งด่วน และ รายชื่อผู้รอรับบริการ
- ความรู้ด้านสุขภาพ และการประชาสัมพันธ์
- กรณีมีผู้ป่วยที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ จะมีตัวหนังสือ แสดงที่หน้าจอว่า เจ้าหน้าที่กำลังให้บริการอยู่

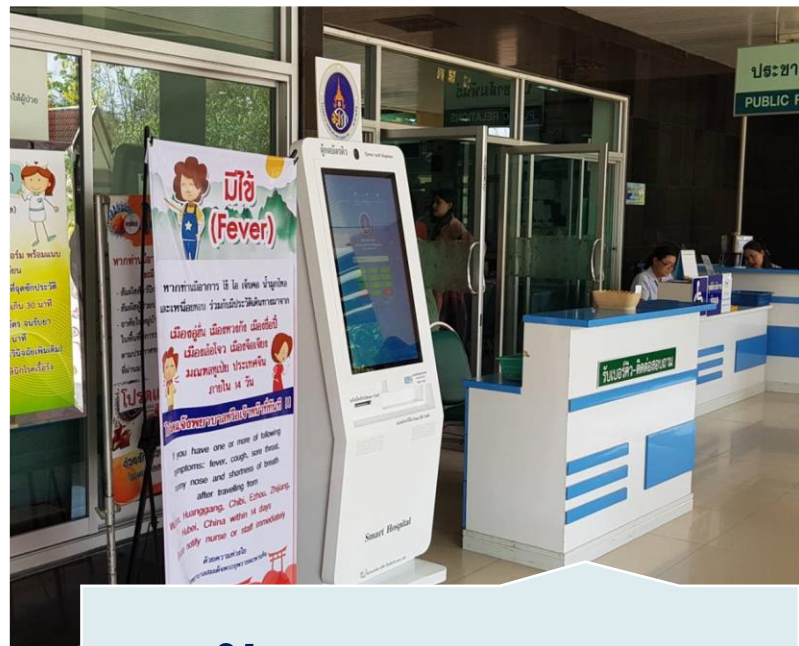
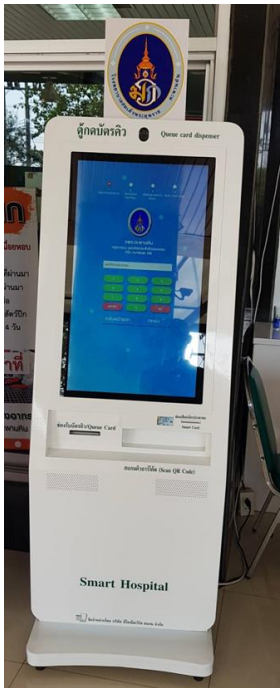


- แสดงคิวและสถานการณ์รอรับบริการเช่น คนไข้ที่ต้องชำระเงินจะขึ้นสีแดง
- ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของแต่ละคน
- มีเสียงเรียกชื่อและช่องรับยา



# จุดซักประวัติ

หน้าจอจะแสดงคิวคนไข้ **นัด** กับคนไข้ **ทั่วไป**



ตู้กดบัตรคิว

คิว	กำลังให้บริการ	*นัด* รอซักประวัติ 1 คน	ทั่วไป รอซักประวัติ 1 คน
1		AS59 : ด.ช.ปองภพ พยงหอม	A195 : น.ส.กัทภิญญา วงษ์
2			
3	AA196		
4			
5	A194		

จอแสดงผล



# หน้าห้องตรวจ



คิวรับบริการห้องตรวจโรค 13:14:47

ห้อง	คิวรอเข้าตรวจ	*ปิด* รอเรียนตรวจ 4 คิว	*ปิด* รอเรียนตรวจ 9 คิว
1	รพช. - รพช. พิษณุโลก (1)	AS163 : น.ส.ชก กง	S18 : เกตุพล อินทร์ฝิ่ง
2	รพช. - รพช. พิษณุโลก (2)	AA447 : น.ส.พิชญวรรณ กิ่งทอง (TANA LAB)	A425 : อ.อ.อุษณางาชาตนา BS บรรณศิริภรณ์
3	รพช. - รพช. พิษณุโลก (3)	AA470 : นางพัชราภรณ์ นิลน้อย	A432 : น.ส.ณัฐภรณ์ สุทธิพงษ์ (TANA LAB) (1)
4	รพช. - รพช. พิษณุโลก (4)	AS476 : อ.ญ.อุษณางาชาตนา ลอนภรณ์	A444 : อ.อ.ธนรินทร์ ฤกษ์อินทร์ (TANA LAB) (2)
5	รพช. - รพช. พิษณุโลก (5)	A443	A445 : นางสุพิน อุทุมม์ (TANA LAB) (3)
6	รพช. - รพช. พิษณุโลก (6)		A464 : เกตุวงศา คำดี

ผู้รับบริการที่เรียกเข้ารอ

หากมีอาการผิดปกติ โปรดติดต่อเจ้าหน้าที่



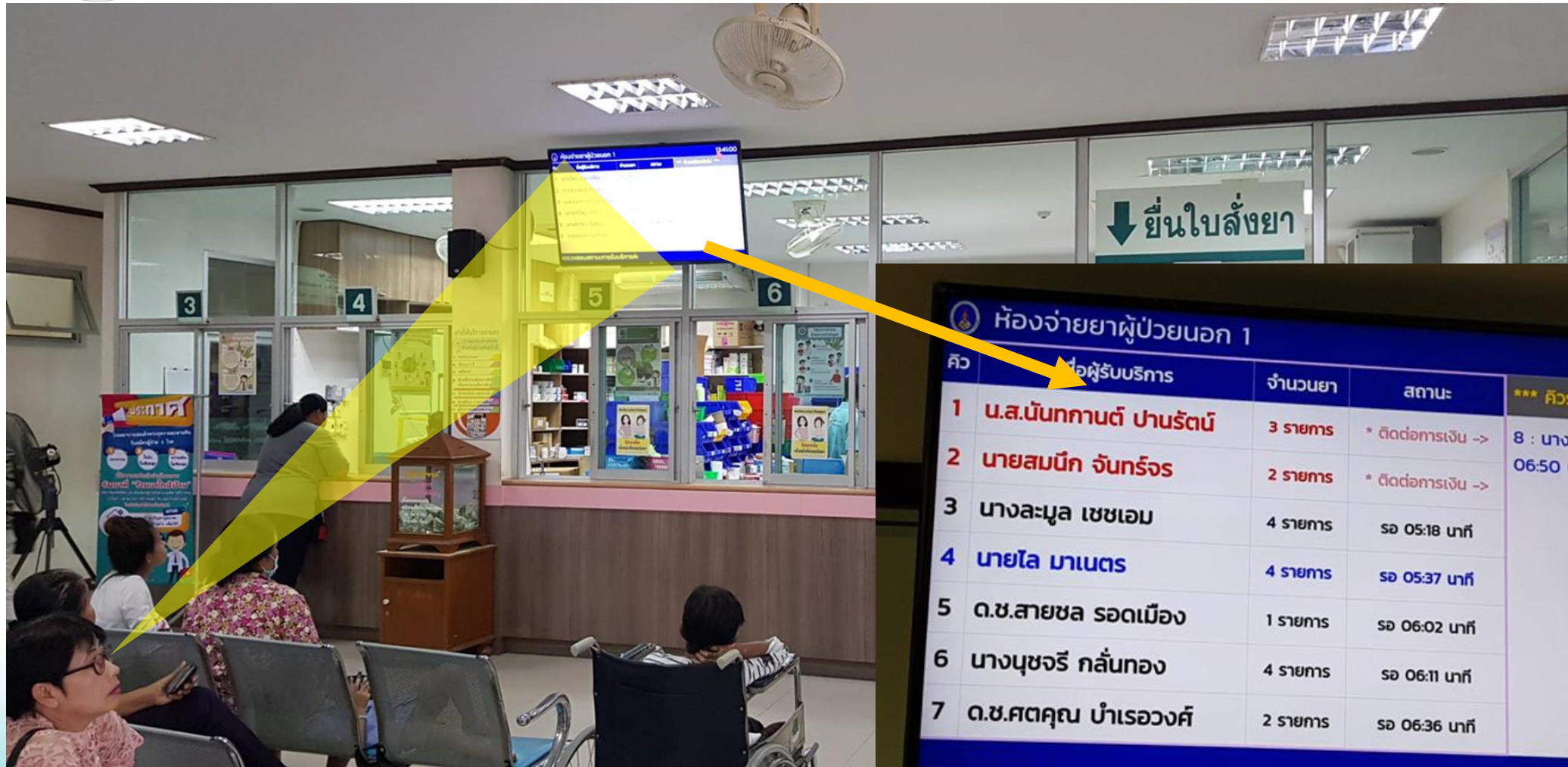


# ห้อง ER





# ห้องยา



ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก 1

13:45:28

\*\*\* คิวรอเรียกถัดไป \*\*\*

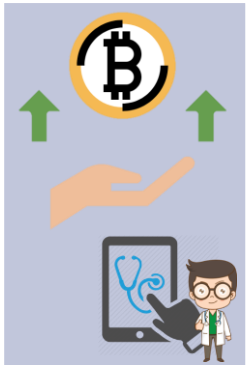
8 : นางสายหยุด ศรีศาสตร์ (รอ 06:50 นาที)

คิว	ชื่อผู้รับบริการ	จำนวนยา	สถานะ
1	น.ส.นันทกานต์ ปานรัตน์	3 รายการ	* ติดต่อการเงิน ->
2	นายสมนึก จันทร์จรัส	2 รายการ	* ติดต่อการเงิน ->
3	นางละมุล เซชเอม	4 รายการ	รอ 05:18 นาที
4	นายไฉ มาณตร	4 รายการ	รอ 05:37 นาที
5	ด.ช.สายชล รอดเมือง	1 รายการ	รอ 06:02 นาที
6	นางนุชจรี กลั่นทอง	4 รายการ	รอ 06:11 นาที
7	ด.ช.ศตคุณ บำเรวงศ์	2 รายการ	รอ 06:36 นาที

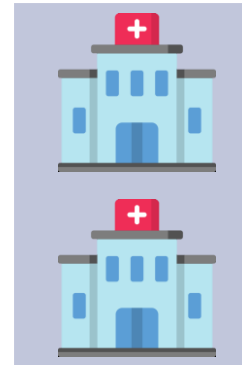
ยื่นใบสั่งยาแล้ว



# สิ่งที่จะทำต่อไป



จัดทำค่าของบลงทุนรายการ  
ครุภัณฑ์สำหรับ Smart  
Tools



ขยายการดำเนินงาน ตาม  
แนวทาง “รพร. ตะพานหิน  
โมเดล” ไปยัง โรงพยาบาลอื่น



จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ  
เพิ่มพูนทักษะส่วนขาด





# Post Hosp ปลายน้ำ



# การดำเนินงาน Service plan

Intermediate care : IMC การดูแลระยะกลาง

จังหวัดพิจิตร



# สถานการณ์



อัตราป่วยรายใหม่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
จังหวัดพิจิตร 2558=102.66, 2559= 67.96,  
2560=50.23, และ 2561=43.18 ต่อแสนปช



60-70% มักมีความพิการ และจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็ว เพื่อลดความเสี่ยงต่อความพิการถาวร



จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูจังหวัดรับ stroke ที่ รพ.สามง่าม  
ปี 2560



ปี 2561 กระทรวงสาธารณสุขสุขมีนโยบาย “การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง หรือ SP สาขา Intermediate Care”

## วัตถุประสงค์



- พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง
- สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย
- เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน
- ลดความแออัด รพศ. รพท./เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.



# การดำเนินงาน Process

แต่งตั้งคณะกรรมการ SP-IMC ระดับจังหวัด และประชุม

สื่อสารการนำ care protocol IMC ใช้ทั้งเขตสุขภาพ, กำหนดเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติของจังหวัด

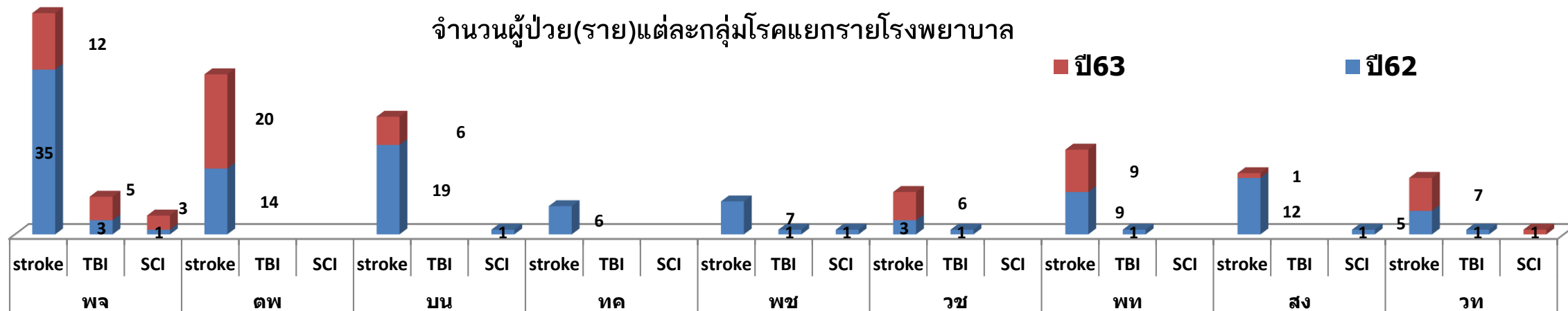
รพ.พิจิตร มี IMC bed 4 เตียง และ รพช. ระดับ M,F2 มี IMC bed 2 เตียง ส่วน รพ.F3 ให้ รพ. แม่ข่ายรับ (สากเหล็ก-พิจิตร, ดงเจริญ-บางมูลนาก, บึงนาราง-โพทะเล)

ส่งบุคลากรอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะเวลา 5 วัน รพ.ละ 1 คน (เดือน มีค.63) และพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน 2 คน (รพ.พิจิตร 1 คน และรพ.สามง่าม 1 คน เดือน กพ.63 )

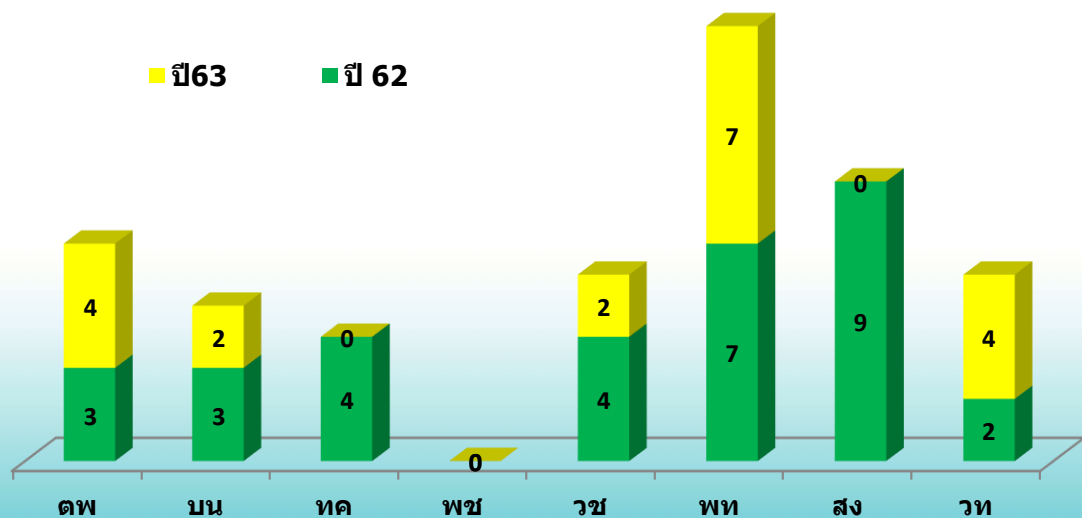


# ผลการดำเนินงาน IMC ปี62 (9ด.) –ปี63 (3ด.)

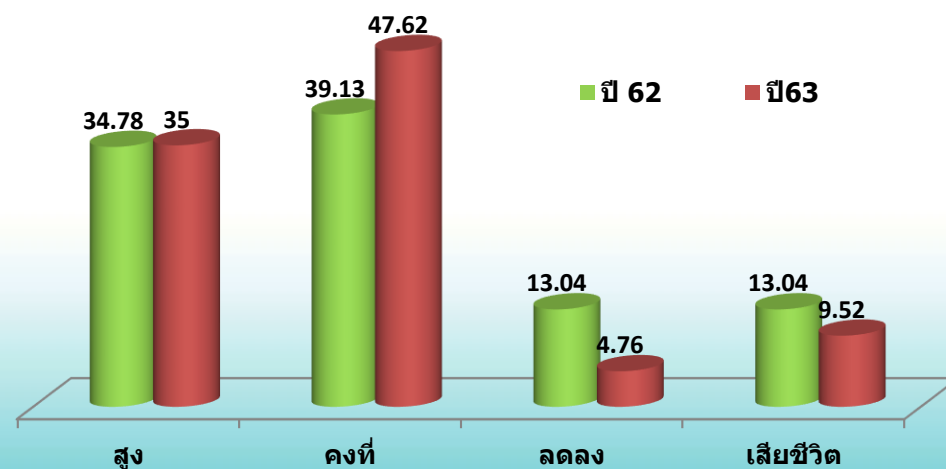
จำนวนผู้ป่วย(ราย)แต่ละกลุ่มโรคแยกรายโรงพยาบาล



จำนวนผู้ป่วยที่รพ.พิจิตร refer กลับ รพช.



ผลของการติดตาม BI ของผู้ป่วยครบ 6 เดือน





## การดำเนินงาน

- ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน BI < 15 รวมทั้งคะแนน BI  $\geq$  15 with multiple impairment ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน BI = 20 เป้าหมายปี 63=70%

โรงพยาบาล	ปี 2562	ปี2563 (ตค-พย)
จังหวัดพิจิตร	74.19	83.33
ร.พ.พิจิตร	55.56	75

### ปัญหา :

- ขาดแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
- นักกายภาพบำบัด ใน รพช.F3

### โอกาสพัฒนา

- อบรมพยาบาลฟื้นฟู 4 เดือน ครบทุก รพ.
- พัฒนา MIS เก็บข้อมูล



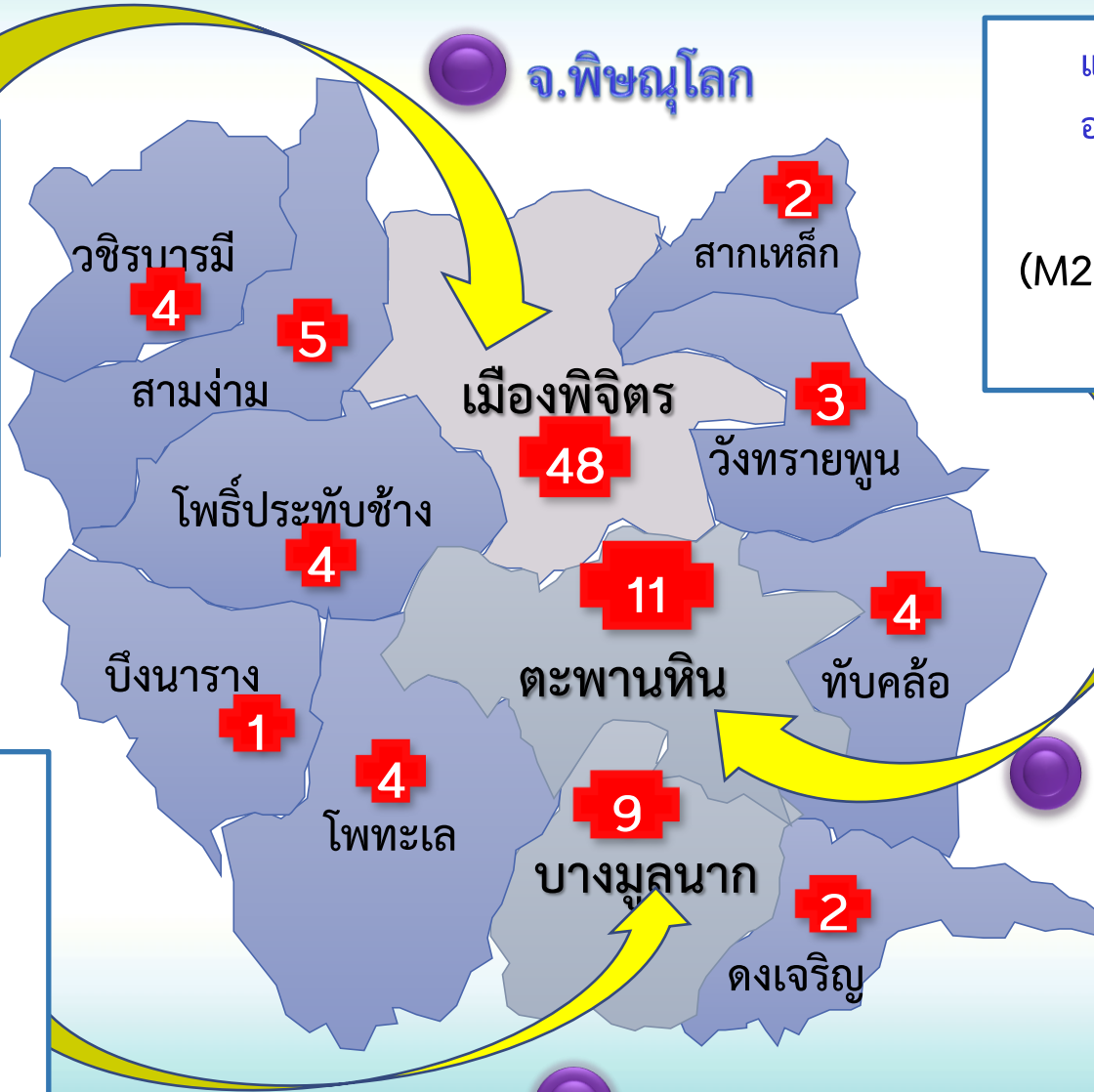
# เครือข่ายบริการสาธารณสุข และระบบส่งต่อผู้ป่วย (Refer)

ประชากรรวม 538,249คน

แพทย์ สูติกรรม (3) ศัลยกรรม (5)  
 อายุรกรรม (7) กุมารเวชกรรม (4)  
 ศัลยกรรมกระดูก (5)  
 ประชากร 274,746 คน  
 (S 450 เตียง)รับส่งต่อ อ.สง./พช./วพ./  
 วชิร./สล.

## จ.กำแพงเพชร

แพทย์ สูติกรรม (1)  
 อายุรกรรม (4) กุมารเวชกรรม (1) ศัลยกรรม  
 กระดูก (1)  
 ประชากร 153,495 คน  
 (M2 100 เตียง) รับส่งต่อ อำเภอ  
 โพนทะเล/บึงนาราง/ดงเจริญ



## จ.พิษณุโลก

แพทย์ สูติกรรม (2) ศัลยกรรม (0)  
 อายุรกรรม (2) กุมารเวชกรรม (2)  
 ประชากร 110,008 คน  
 (M2 100 เตียง) รับส่งต่อ อำเภอทับ  
 คล้อ

## จ.เพชรบูรณ์

## จ.นครสวรรค์



## ระบบ refer

### การดำเนินงาน

- แต่งตั้ง คกก.พัฒนาระบบส่งต่อ ประชุม 17 ตค.62
- มีการจัดตั้งศูนย์ประสานส่งต่อ(ศสต.)ที่ รพ.พิจิตร
- ให้พื้นที่ รวบรวมปัญหาที่พบ ส่งรายงานทุกเดือน เพื่อหาแนวทางในการแก้ไข
- จัดอบรมการใช้โปรแกรม Three Refer รพ.เครือข่าย (20 ธค.62)

### ปัญหา

1. รพ.แม่ข่าย Node รพช.มีแพทย์สาขาหลักไม่ครบทุกสาขา
2. แพทย์เฉพาะทางบางสาขา , Subbord มีจำกัด ขาดแพทย์ ศัลยกรรมเด็ก CVT , Vascular surgeryฯ
3. ระบบการจ่ายเงินของ สปสช.ในการรับผู้ป่วยกลับซึ่งระบุให้ จ่ายเงินเฉพาะ รพ. ที่ไปรับผู้ป่วยและต้องมา Admit ดูแลต่อ

### สิ่งที่จะดำเนินการต่อ

- วางแผนอัตรากำลังและจัดคนลงตามส่วนขาด
- เสนอให้ สปสช.แก้ไข ระเบียบการจ่ายเงินในการรับผู้ป่วยกลับ





# ระบบการรับยาที่ร้านขายยา

นโยบาย นพ.สสจ.พิจิตร

“โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดพิจิตร  
เชิญชวนร้านขายยาในพื้นที่  
ร่วมดำเนินการตาม  
**รูปแบบที่ 3**”

ขั้นที่ 1 กำหนดแนวทางดำเนินการ

ประชุมชี้แจงนโยบายและร่วมกำหนด  
แนวทางดำเนินการของจังหวัดพิจิตร

เดือนตุลาคม 2562

ขั้นที่ 2 เตรียมความพร้อม

โรงพยาบาลทุกแห่งและร้านขายยาใน  
พื้นที่สมัครขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการกับ  
สปสช. ด้วยรูปแบบที่ 3  
ภายในวันที่ 28 ตุลาคม 2562

โรงพยาบาล 9 แห่ง  
ประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้ป่วย  
และเตรียมขั้นตอนการให้บริการ  
เดือนพฤศจิกายน 62 – เดือนมกราคม 63

สปสช. สสจ.พิจิตร โรงพยาบาล  
ร้านขายยาร่วมลงนาม **MOU**  
สนับสนุนนโยบายฯ 31 มกราคม 2563

สิ่งที่ต้องพัฒนาเพื่อรองรับรูปแบบที่ 3

- สปสช. เป็นเจ้าภาพประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแก้ไขระเบียบด้านการเงินการคลัง  
และเจรจาต่อรองกับบริษัทฯ เพื่อรองรับการดำเนินการตามรูปแบบที่ 3

ขั้นที่ 3 เริ่มเปิดให้บริการ

โรงพยาบาลพิจิตร  
เปิดให้บริการรับยาที่ร้านขายยา  
ด้วยรูปแบบที่ 2 (ในระยะเริ่มต้น)  
■ เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563

**OPEN**





ขอบคุณ