รายงานสรุปผลการดำเนินงาน
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประจำปีงบประมาณ 2564

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3

คำนำ

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง เพื่อสร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายโดยให้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ทั้งนี้เขตสุขภาพที่ 3 มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทั้ง 22 สาขา เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพในการให้บริการทางด้านต่างๆ ให้มีความครอบคลุมทั้ง 5 จังหวัด โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณทั้งจากศูนย์ต้นทุนเขต และกรมการแพทย์ในการบริหารจัดการ ดำเนินงานและขับเคลื่อนงานให้เป็นไปตามแผนพัฒนาที่ได้กำหนดเป้าหมายไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 โดยกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO) มีหน้าที่ในการติดตาม ควบคุม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงาน จึงจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2564 ขึ้น เพื่อรายงานผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ งบประมาณ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานในปีถัดไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3

สารบัญ

คำนำ
สารบัญ
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5
- กลไกการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5
- โครงสร้างการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 6

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล 11
ส่วนที่ 3 สรุปรายงานการใช้งบประมาณแผนงาน/โครงการ 15
ส่วนที่ 4 สรุปผลการดำเนินงานโครงการ 18
- โครงการบริหารจัดการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 3 18
- โครงการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 3 22
- โครงการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ปี 2565 เขตสุขภาพที่ 3 26
- โครงการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 เขตสุขภาพที่ 3 30

ส่วนที่ 5 สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด Service Plan 34
ภาคผนวก
สรุปผลการดำเนินงาน Service Plan 22 สาขา 40
- สาขาโรคหัวใจ 41
- สาขาโรคมะเร็ง 50
- สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 61
- สาขาทารกแรกเกิด 65
- สาขาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด 69
- สาขาสูติ-นรีเวชกรรม 78
- สาขาออร์โธปิดิกส์ 82
- สาขาอายุรกรรม 86
- สาขาศัลยกรรม 89
- สาขากุมารเวชกรรม 94
- สาขาสุขภาพช่องปาก 98
- สาขาโรคไต 101
- สาขาโรคตา 105
- สาขาบริการปฐมภูมิ 108
- สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) 115
- สาขาหลอดเลือดสมอง (Stroke) 124

สารบัญ (ต่อ)

สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	128
สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ	135
สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care)	138
สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	151
สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)	167
สาขาการให้บริการกัญชาทางการแพทย์	171

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ 3 มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการขับเคลื่อนงานสถานบริการทุกระดับของแต่ละจังหวัดภายในเขตสุขภาพที่ 3 ภายใต้คณะกรรมการ CSO โดยประธานเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (รพ.ระดับ A) และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทั้ง 22 สาขา โดยแต่ละสาขาประกอบด้วยที่ปรึกษา ประธาน และเลขานุการผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมทั้ง 5 จังหวัด และครอบคลุมระดับสถานบริการ ซึ่งได้มีการจัดประชุมติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ในปีงบประมาณ 2564 มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและขับเคลื่อนงาน Service Plan ทั้ง 22 สาขา โดยแหล่งงบจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 (งบศูนย์ต้นทุนเขต) จำนวน 604,750 บาท (หกแสนสี่พันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน) และงบสนับสนุนจากกรมการแพทย์ จำนวน 500,000 บาท (ห้าแสนบาทถ้วน) ซึ่งได้จัดสรรให้ครอบคลุมทุกสาขาในการจัดทำโครงการพัฒนางาน Service Plan และพัฒนาในส่วนที่ขาดขับเคลื่อนให้มีความก้าวหน้ามากขึ้น

ผลการดำเนินงานปัจจุบัน Service Plan ทั้ง 22 สาขา ได้จัดทำแผนบริการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล A,S,M2,F1-F3 และมีการทบทวนผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนงาน/โครงการ กิจกรรม เป้าหมาย ระยะเวลา งบประมาณ และผู้รับผิดชอบหลัก ระดับเขต ซึ่งประเด็นการพัฒนาทุกสาขาต้องบูรณาการร่วมกัน และขับเคลื่อนสถานบริการทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรม

กลไกการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบบริการ

1. วิสัยทัศน์การจัดบริการของเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพที่ 3 มีระบบสุขภาพที่ดี สังคมมีจิตสำนึกด้านสุขภาพ ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข

2. เป้าหมายการจัดบริการของเขตสุขภาพ

1) พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลระดับ A ให้เป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางด้านการแพทย์

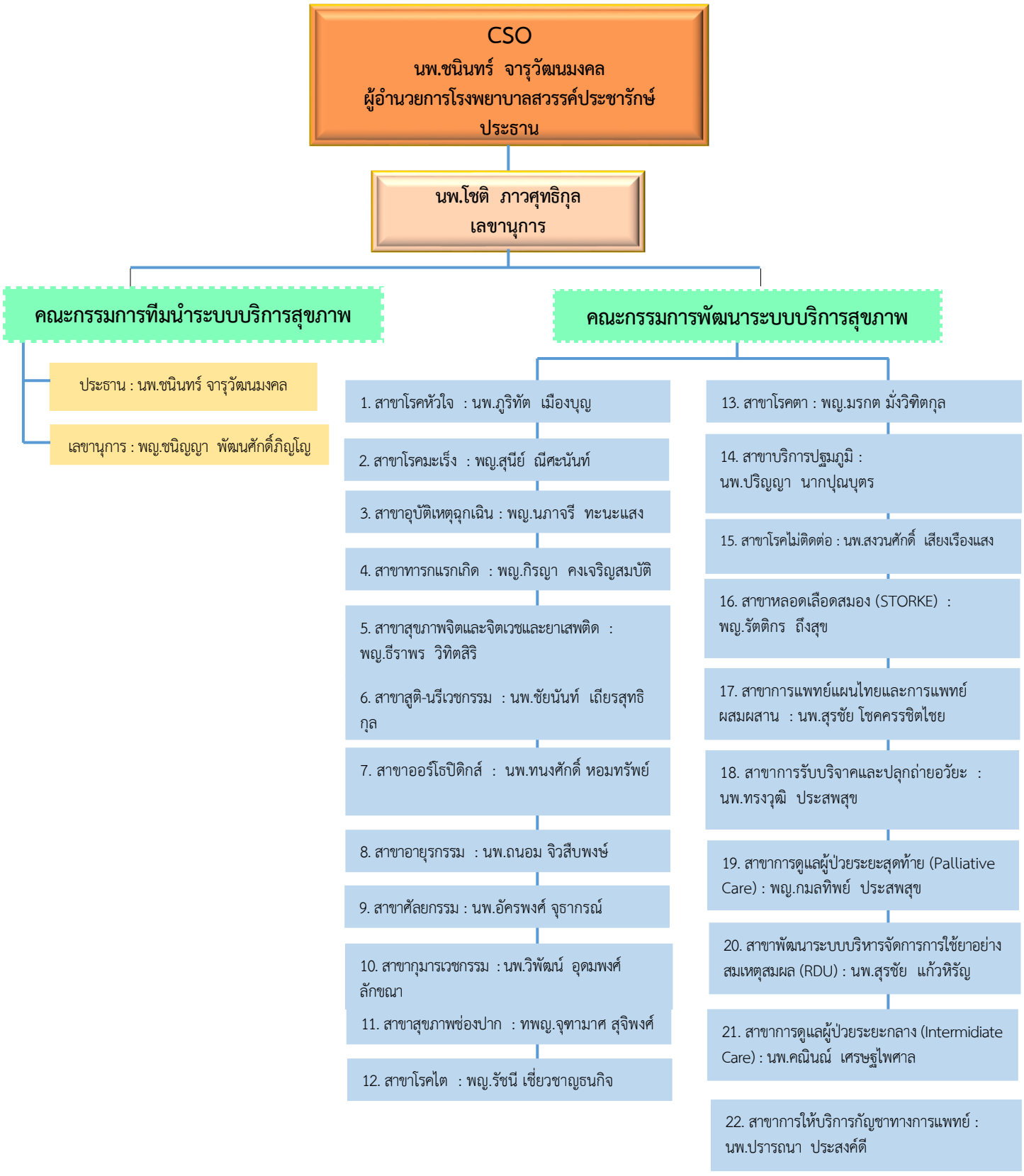
2) พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลระดับ S เป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคและขยายจำนวนเตียง

3) พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลระดับ M ให้เต็มศักยภาพเพื่อลดการส่งต่อ และขยายจำนวนเตียง

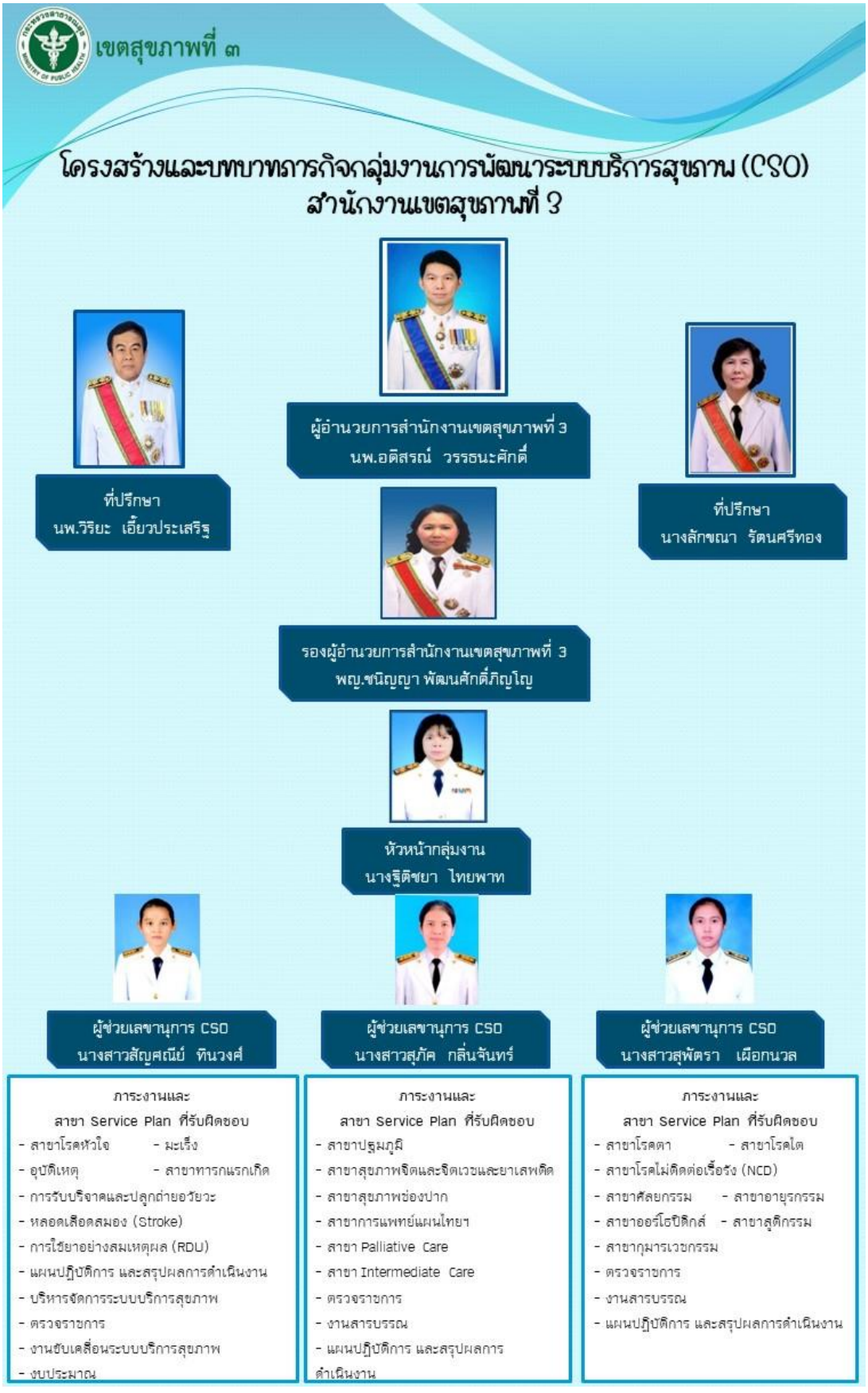
4) พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลระดับ F ให้สามารถบริการได้เต็มศักยภาพในพื้นที่

3. โครงสร้างการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

3.1 โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Chief Service Officer : CSO)



3.2 โครงสร้างกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO)



หน้าที่ความรับผิดชอบของข้าราชการและพนักงานราชการกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ตามคำสั่งสำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 ที่ 3/2563 เรื่อง การมอบหมายการปฏิบัติหน้าที่ของข้าราชการพนักงานราชการ และลูกจ้างภายในสำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 ได้มอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบของข้าราชการและพนักงานราชการกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รายบุคคล ดังนี้

1. นางฐิติชยา ไทยพาท ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

(1) ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพรับผิดชอบงาน ในการอำนวยการควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลตามบทบาทภารกิจกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(2) ภารกิจงานตรวจราชการ

(3) ศึกษา วิเคราะห์นโยบายกระทรวงสาธารณสุขและแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ

(4) วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพและร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 3

(5) จัดตั้งคณะกรรมการและดำเนินการจัดประชุมและพัฒนากลไกด้านระบบบริการสุขภาพ

(6) ประสาน ส่งเสริม สนับสนุนและสร้างความร่วมมือบูรณาการทรัพยากรในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ การนิเทศ ติดตาม กำกับและประเมินผล

(7) จัดกระบวนการถ่ายทอดแผนกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(8) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(9) บริหารแผนงาน ติดตาม กำกับ เร่งรัดและรายงานผลการใช้งบประมาณ

(10) งานอื่นใดตามที่ได้รับมอบหมาย

2. นางสาวสัญศณีย์ ทินวงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

หน้าที่ความรับผิดชอบ รับผิดชอบ service plan สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน, สาขาทารกแรกเกิด, สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ, สาขาหลอดเลือดสมอง (STROKE), บริหารจัดการการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU), การให้บริการกัญชาทางการแพทย์, พัฒนาระบบเภสัชกรรม (CPO) และปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

(1) ศึกษาวิเคราะห์นโยบายกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายสู่การปฏิบัติในเขต

(2) รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของเขตเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด

(3) จัดตั้งคณะกรรมการและดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(4) ประสานส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการจัดบริการร่วม

(5) ควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และนโยบายที่สำคัญทุกระดับ

(6) จัดกระบวนการการบริการจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในเขต

(7) จัดทำแผนของบประมาณและแผนบริหารบุคคลตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(8) จัดทำรายงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับ

(9) ดำเนินการและขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(10) สนับสนุนพัฒนากลไกในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(11) จัดกระบวนการถ่ายทอดแผนกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(12) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศพัฒนางานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(13) บริหารแผนงาน ติดตาม กำกับ เร่งรัดและรายงานผลการใช้งบประมาณ

(14) งานอื่นใดตามที่ได้รับมอบหมาย

3. นางสาวสุภัค กลิ่นจันทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

หน้าที่ความรับผิดชอบ รับผิดชอบ service plan สาขาปฐมภูมิ, สาขาสุขภาพจิตฯ, สาขาสุขภาพช่องปาก, สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน, สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care), สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) และปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

(1) ศึกษาวิเคราะห์นโยบายกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายสู่การปฏิบัติในเขต

(2) รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของเขตเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด

(3) จัดตั้งคณะกรรมการและดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(4) ประสานส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการจัดบริการร่วม

(5) ควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และนโยบายที่สำคัญทุกระดับ

(6) จัดกระบวนการการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในเขต

(7) จัดทำแผนของบประมาณและแผนบริหารบุคคลตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(8) จัดทำรายงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับ

(9) ดำเนินการและขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(10) สนับสนุนพัฒนากลไกในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(11) จัดกระบวนการถ่ายทอดแผนกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(12) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศพัฒนางานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(13) บริหารแผนงาน ติดตาม กำกับ เร่งรัดและรายงานผลการใช้งบประมาณ

(14) งานอื่นใดตามที่ได้รับมอบหมาย

3. นางสาวสุพัตรา เผือกนวล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

หน้าที่ความรับผิดชอบ รับผิดชอบ service plan สาขาโรคตา, สาขาโรคไต, สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, สาขาศัลยกรรม, สาขาอายุรกรรม, สาขาออร์โธปิดิกส์, สาขาสูติ-นรีเวชกรรม, สาขากุมารเวชกรรม และปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

(1) ศึกษาวิเคราะห์นโยบายกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายสู่การปฏิบัติในเขต

(2) รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของเขตเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด

(3) จัดตั้งคณะกรรมการและดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(4) ประสานส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการจัดบริการร่วม

(5) ควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และนโยบายที่สำคัญทุกระดับ

(6) จัดกระบวนการการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในเขต

(7) จัดทำแผนของบประมาณและแผนบริหารบุคคลตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(8) จัดทำรายงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับ

(9) ดำเนินการและขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(10) สนับสนุนพัฒนากลไกในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
(11) จัดกระบวนการถ่ายทอดแผนกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
(12) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศพัฒนางานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
(13) บริหารแผนงาน ติดตาม กำกับ เร่งรัดและรายงานผลการใช้งบประมาณ
(14) งานอื่นใดตามที่ได้รับมอบหมาย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล

ประเภท Service Plan และจำนวนเตียง

จังหวัด	ชื่อหน่วยงาน	ประเภท Service Plan	อัตราครองเตียง	Active Bed	จำนวนเตียงตามกรอบ	จำนวนเตียงจริง	จำนวนเตียงสามัญ	จำนวนเตียงพิเศษ	จำนวนเตียง ICU	จำนวนเตียง SUB-ICU	จำนวนเตียง NICU	จำนวนเตียง SNB
										on ET	Non ET	
นครสวรรค์	รพ.สวรรค์ประชารักษ์	A	105.94	741.55	659	630	580	74	28	8	10	0
	รพ.ตาคลี	M2	84.54	139.24	90	118	98	20	8	0	0	0
	รพ.ลาดยาว	M2	115.39	103.85	90	90	78	12	0	0	0	0
	รพ.ชุมแสง	F1	78.24	46.95	60	60	58	10	-	-	-	-
	รพ.ท่าตะโก	F1	77.17	46.30	60	79	64	15	0	0	0	0
	รพ.บรรพตพิสัย	F1	94.67	85	90	106	88	18	0	0	0	0
	รพ.ตากฟ้า	F2	93.15	27.98	30	39	29	10	-	-	-	-
	รพ.พยุหะคีรี	F2	106.74	32.02	30	60	60	-	-	-	-	-
	รพ.หนองบัว	F2	72.35	36.15	60	60	50	10	-	-	-	-
	รพ.เก้าเลี้ยว	F2	77.32	23.19	30	34	28	6	0	0	0	0
	รพ.แม่วงก์	F2	74.09	22.23	30	30	24	6	0	0	0	0
	รพ.โกรกพระ	F2	84.05	25.22	30	30	24	6	-	-	-	-
	รพ.ไพศาลี	F2	82.61	70.48	60	60	48	12	-	-	-	-
	รพ.ชุมตาบง	F3	85.92	3.67	5	5	5	-	-	-	-	-
กำแพงเพชร	รพ.กำแพงเพชร	S	105.93	83.58	450	504	410	94	26	18	8	0
	รพ.ทุ่งโพธิ์ทะเล	F3	66.38	68.50	10	10	8	2	0	0	0	0
	รพ.ไทรงาม	F2	109.29	94.80	30	30	25	5	0	0	0	0
	รพ.คลองลาน	F2	103.70	107.82	60	60	50	10	0	0	0	0
	รพ.ขาณุวรลักษบุรี	M2	107.20	90.82	90	90	70	18	0	0	0	2
	รพ.คลองขลุง	F1	80.20	74.39	90	90	75	15	0	0	0	0
	รพ.พรานกระต่าย	F2	77.00	72.65	60	60	54	6	0	0	0	0
	รพ.ลานกระบือ	F2	106.19	99.07	30	30	24	6	0	0	0	0
	รพ.ทรายทองวัฒนา	F2	81.85	97.63	30	30	25	5	0	0	0	0
	รพ.ปางศิลาทอง	F2	72.27	58.97	30	30	25	5	0	0	0	0
	รพ.บึงสามัคคี	F2	89.24	82.20	30	30	22	18	0	0	0	0
	รพ.โกสัมพีนคร	F3	126.47	134.50	0	10	10	0	0	0	0	0
พิจิตร	รพ.พิจิตร	S	96.28	74.68	400	450	337	113	24	0	6	12
	รพ.วังทรายพูน	F2	141.49	140.40	30	30	24	6	0	0	0	0
	รพ.โพธิ์ประทับช้าง	F2	96.58	100.08	30	30	26	4	0	0	0	0
	รพ.บางมูลนาก	M2	93.85	93.25	90	90	66	20	4	0	0	0
	รพ.โพทะเล	F2	103.56	88.88	60	45	40	5	0	0	0	0

จังหวัด	ชื่อหน่วยงาน	ประเภท Service Plan	อัตราครองเตียง	Active Bed	จำนวนเตียงตามกรอบ	จำนวนเตียงจริง	จำนวนเตียงสามัญ	จำนวนเตียงพิเศษ	จำนวนเตียง ICU	จำนวนเตียง SUB-ICU	จำนวนเตียง NICU	จำนวนเตียง SNB
										on ET	Non ET	
พิจิตร (ต่อ)	รพ.สามง่าม	F2	47.86	44.12	60	33	28	5	0	0	0	0
	รพ.ทับคล้อ	F2	102.82	101.64	30	30	29	6	0	0	0	1
	รพ.สมเด็จพระยุพราชตะพานหิน	M2	105.02	109.93	90	90	70	20	4	0	0	0
	รพ.วชิรบารมี	F2	83.30	90.04	30	30	26	4	0	0	0	0
	รพ.สากเหล็ก	F3	-	-	0	0	-	-	-	-	-	-
	รพ.บึงนาราง	F3	-	-	0	0	-	-	-	-	-	-
	รพ.ดงเจริญ	F3	-	-	0	4	-	-	-	-	-	-
อุทัยธานี	รพ.อุทัยธานี	S	83.03	290.06	350	350	268	82	16	0	6	12
	รพ.หนองฉาง	F1	68.49	61.64	90	90	84	6	0	0	0	0
	รพ.ทัพทัน	F2	45.89	41.3	90	90	60	30	0	0	0	0
	รพ.บ้านไร่	F2	76.7	46	60	60	48	12	0	0	0	0
	รพ.ลานสัก	F2	68.53	39.89	60	60	41	19	0	0	0	0
	รพ.สว่างอารมณ์	F2	97.35	29.2	30	42	38	4	0	0	0	0
	รพ.ห้วยคต	F2	63.37	19	30	30	28	9	0	0	0	0
	รพ.หนองขาหย่าง	F3	54.52	5.4	10	10	10	3	0	0	0	0
ชัยนาท	รพ.ชัยนาทนเรนทร	S	75.73	285.03	367	348	246	102	22	-	6	14
	รพ.มโนรมย์	F2	47.2	14.16	30	30	24	6	-	-	-	-
	รพ.วัดสิงห์	F2	41.82	12.55	30	30	30	4	0	0	0	0
	รพ.สรรคบุรี	F1	50.34	30.21	60	60	50	10	0	0	0	0
	รพ.สรรพยา	F2	45.86	13.75	30	30	26	4	-	-	-	-
	รพ.หันคา	F2	67.78	31.00	30	30	24	3	0	0	0	0
	รพ.หนองมะโมง	F3	121.81	12.18	10	10	6	4	0	0	0	0
	รพ.เนินขาม	F3	-	-	0	0	-	-	-	-	-	-

ประเภท Service Plan และจำนวนเตียง (ต่อ)

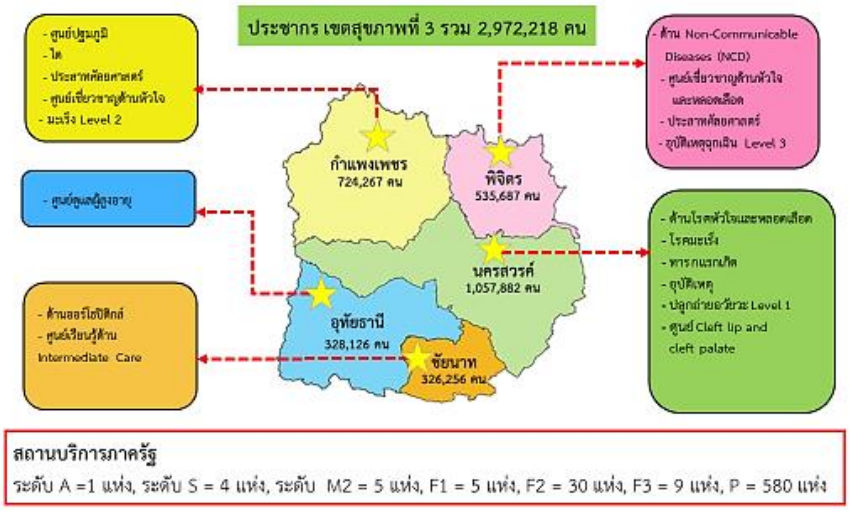
จังหวัด	ชื่อหน่วยงาน	จำนวนเตียง CCU	จำนวนเตียง BURN	จำนวนห้องผ่าตัด	จำนวนเตียง stroke	จำนวนเตียง Observe	CMI_2564	IP_2564	วันนอนผู้ป่วยใน_2564	Total Adj RW 2564	OP_Visit 2564
นครสวรรค์	รพ.สวรรค์ประชารักษ์	4	-	12	8	-	2.24	49532	270664	110733.66	632515
	รพ.ตาคลี	-	-	1	-	-	0.82	8178	35793	7931.36	176727
	รพ.ลาดยาว	-	-	2	2	-	1.0684	7,325	37,907	7,825.6713	176,275
	รพ.ชุมแสง	-	-	1	-	-	0.84	4,471	17,135	3721.3252	138,341
	รพ.ท่าตะโก	-	-	2	-	-	0.7084	3,921	16,898	2,726.45	136,367
	รพ.บรรพตพิสัย	-	-	2	-	-	0.67	6138คน/8307ครั้ง	31099	6815.18	165645
	รพ.ตากฟ้า	-	-	1	-	-	-	-	10,216	1,725.6350	-
	รพ.พยุหะคีรี	-	-	0	-	-	0.6814	3042	11694	2064.4957	128,829
	รพ.หนองบัว	-	-	1	-	-	0.67	3,620	13196	2418.72	-
	รพ.เก้าเลี้ยว	-	-	1	IMC2	-	0.9691	1,443	8,467	1,398.4193	89,292
	รพ.แม่วงก์	-	-	0	2	-	0.87	2,074	8,363	1,770.88	80,183
	รพ.โกรกพระ	-	-	1	-	-	0.7	1931	9203	1325.38	128572
	รพ.ไพศาลี	-	-	1	-	-	0.7953	4229	18092	2609.5	139075
	รพ.ชุมตาบง	-	-	-	-	-	0.7673	369	1,568	276.21	66,054
กำแพงเพชร	รพ.กำแพงเพชร	-	-	11	-	-	1.75	37,612	173,993	61,599.80	274,848
	รพ.ทุ่งโพธิ์ทะเล	-	-	-	-	-	0.68	685	2,423	465.41	65,816
	รพ.ไทรงาม	-	-	1	-	-	0.66	2,844	11,967	1,870.70	104,992
	รพ.คลองลาน	-	-	1	-	-	0.59	6,469	22,711	3,822.67	155,509
	รพ.ขาณุวรลักษบุรี	-	-	1	-	-	0.75	8,174	35,216	6,152.94	168,250
	รพ.คลองขลุง	-	-	2	-	-	0.68	6,695	26,345	4,524.78	181,362
	รพ.พรานกระต่าย	-	-	1	-	-	0.66	4,359	16,862	2,877.12	159,240
	รพ.ลานกระบือ	-	-	1	-	-	0.64	2,972	11,628	1,906.04	124,419
	รพ.ทรายทองวัฒนา	-	-	1	-	-	0.65	2,929	8,963	1,893.97	93,540
	รพ.ปางศิลาทอง	-	-	-	-	-	0.82	1,769	7,914	1,445.33	75,264
	รพ.บึงสามัคคี	-	-	-	-	-	0.64	2,466	9,772	1,581.78	81,866
	รพ.โกสัมพีนคร	-	-	-	-	-	0.59	1,345	5,490	798.41	58,987
พิจิตร	รพ.พิจิตร	-	-	11	10	3	1.83	27,892	140,562	45,601.06	659,942
	รพ.วังทรายพูน	-	-	1	-	3	0.92	3,510	15,493	3,214.57	124,274
	รพ.โพธิ์ประทับช้าง	-	-	-	-	1	0.81	2,502	10,576	2,027.80	201,849
	รพ.บางมูลนาก	-	-	2	-	5	1.24	6,994	30,831	8,650.11	249,287
	รพ.โพทะเล	-	-	-	-	1	0.86	4,444	22,679	3,808.94	295,564
	รพ.สามง่าม	-	-	-	-	1	0.77	2,206	10,482	1,698.79	202,297
	รพ.ทับคล้อ	-	-	-	-	1	0.84	2,541	11,259	2,136.11	200,163
	รพ.สมเด็จพระยุพราชตะพานหิน	-	-	3	2	1	1.23	8,245	34,500	10,109.80	337,814
	รพ.วชิรบารมี	-	-	-	-	1	0.70	2,251	9,121	1,578.50	153,987
	รพ.สากเหล็ก	-	-	-	-	-	-	-	-	-	126,421-

จังหวัด	ชื่อหน่วยงาน	จำนวนเตียง CCU	จำนวนเตียง BURN	จำนวนห้องผ่าตัด	จำนวนเตียง stroke	จำนวนเตียง Observe	CMI_2564	IP_2564	วันนอนผู้ป่วยใน_2564	Total Adj RW 2564	OP_Visit 2564
พิจิตร (ต่อ)	รพ.บึงนาราง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-136,641
	รพ.ดงเจริญ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-106,063
อุทัยธานี	รพ.อุทัยธานี	2	0	5	4	4	1.6334	18994	19040	30957.308	301342
	รพ.หนองฉาง	0	0	1	0	0	0.9791	5879	29577	4390.86	202177
	รพ.ทัพทัน	0	0	1	0	0	0.979	3827	15074	3197.6899	161969
	รพ.บ้านไร่	0	0	0	0	0	0.593	4628	16807	2745.13	136243
	รพ.ลานสัก	0	0	1	0	0	0.62	4381	15009	2712.78	282195
	รพ.สว่างอารมณ์	0	0	0	0	0	0.67	2139	10660	1442.13	79047
	รพ.ห้วยคต	0	0	1	0	0	0.6	1984	7633	1176.04	65528
	รพ.หนองขาหย่าง	0	0	0	0	0	0.57	599	1992	344.17	51423
ชัยนาท	รพ.ชัยนาทนเรนทร	-	-	10	4	7	1.5716	21399	109,779	33,627.53	266,812
	รพ.มโนรมย์	-	-	1	-	-	0.71	2153	5168	1520.69	61121
	รพ.วัดสิงห์	0	-	1	-	3	0.677	2049	4579	1387.18	81670
	รพ.สรรคบุรี	-	-	1	-	7	0.941	3217	11025	3027.72	156610
	รพ.สรรพยา	-	-	1	-	2	0.706	1520	5022	1073.75	97329
	รพ.หันคา	-	-	1	-	2	0.7619	2423	7422	1846.84	143840
	รพ.หนองมะโมง	0	0	0	0	0	0.7564	1401	4446	1059.71	54,055
	รพ.เนินขาม	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34,666

ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2564

โดย : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข (สสจ. 5 จังหวัด)

2. แนวทางการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพ ตามแผนการจัดระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ (Blueprint of Health Service and Human Resource) เขตสุขภาพที่ 3



ที่มา : รูปเล่มแผนการจัดระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Blueprint of Health Service and Human Resource) ปี พ.ศ. 2563 – พ.ศ. 2567

ส่วนที่ 3 สรุปรายงานการใช้งบประมาณแผนงาน/โครงการ

1. งบประมาณที่เขตสนับสนุน Focal Point 22 สาขา

ในปีงบประมาณ 2564 คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทั้ง 22 สาขา โดยได้รับจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 (งบศูนย์ต้นทุนเขต) จำนวนทั้งสิ้น 604,750 บาท (หกแสนสี่พันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน) โดยแบ่งโอนเงิน 2 รอบ ได้แก่ รอบที่ 1 จำนวน 545,250 บาท และรอบที่ 2 จำนวน 59,500 บาท เพื่อใช้ในการบริหารจัดการ ดำเนินงานและขับเคลื่อนงาน Service Plan ทั้ง 22 สาขา รายละเอียดดังนี้

สาขา	จัดสรร (บาท)	โอนเปลี่ยนแปลงหน่วยเบิกจ่าย (ไตรมาส1-2) รอบแรก 2564	เบิก จ่าย จริง (บาท)	คงเหลือ (บาท)	โอนเปลี่ยนแปลงหน่วยเบิกจ่าย (ไตรมาส3-4) รอบสอง 2564
หัวใจ	45,000	45,000	0	45,000	
มะเร็ง	27,750	27,750	0	27,750	
อุบัติเหตุ	27,800	27,800	22,668	5,132	
ทารกแรกเกิด	30,000	30,000	0	30,000	
สุขภาพจิตและจิตเวชและยาเสพติด	82,300	22,800	6,000	16,800	59,500
สูติกรรม	66,500	66,500	66,500	0	
ออร์โธปิดิกส์	5,000	5,000	0	5,000	
อายุรกรรม	46,600	46,600	0	46,600	
ศัลยกรรม	5,000	5,000	5,000	0	
กุมารเวชกรรม	45,000	45,000	0	45,000	
สุขภาพช่องปาก	40,000	40,000	31,300	8,700	
ไต	21,800	21,800	0	21,800	
ตา	5,000	5,000	0	5,000	
ปฐมภูมิฯ	0	0	0	0	
NCD	5,000	5,000	0	5,000	
หลอดเลือดสมอง	5,000	5,000	0	5,000	
แผนไทย	73,200	73,200	13,500	59,700	
ปลูกถ่ายอวัยวะ	5,000	5,000	0	5,000	
Palliative care	5,000	5,000	0	5,000	
RDU	5,000	5,000	0	5,000	
IMC	5,000	5,000	5,000	0	
กัญชา	43,800	43,800	0	43,800	
งานระบบเภสัชกรรม (CPO)	10,000	10,000	0	10,000	
รวมเขตสุขภาพ	**604,750**	**545,250**	**149,968**	**395,282**	**59,500**

รายงานข้อมูล ณ เดือนกันยายน 2564

หมายเหตุ : เนื่องจากได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 จึงไม่จัดสรรงบประมาณ รอบ 2 ให้กับสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

2. งบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจากกรมการแพทย์

ในปีงบประมาณ 2564 เขตสุขภาพที่ 3 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมการแพทย์ จำนวน 500,000 บาท (ห้าแสนบาทถ้วน) เพื่อใช้ในการบริหารจัดการ ดำเนินงานและขับเคลื่อนงาน Service Plan ทั้ง 7 สาขา รายละเอียดดังนี้

ประเด็น	ชื่อโครงการ	จำนวนงบประมาณขอสนับสนุน (บาท)	ผู้รับผิดชอบโครงการ	หมายเหตุ
1.โรคไม่ติดต่อ (NCD)	โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 3	319,400.-	1.นพ.สงวนศักดิ์ เสียงเรืองแสง นายแพทย์ชำนาญการ 2.นางสาวฉัฏฐมา ชัยรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สวรรค์ประชารักษ์	*แจ้งยกเลิกโครงการ เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2564 (ระหว่างตรวจสอบและรออนุมัติโครงการ)
2.หลอดเลือดสมอง (Stroke)	โครงการพัฒนาศักยภาพและสร้างเครือข่ายทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke home health care team)	51,000.-	1.พญ.รัตติกร ถึงสุข นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ 2.นางสาวประกอบพร ทิมทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สวรรค์ประชารักษ์	*แจ้งยกเลิกโครงการ เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2564 (ระหว่างตรวจสอบและรออนุมัติโครงการ)
3.Intermediate Care	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ (Nursing Rehabilitation) หลักสูตร 5 วัน	109,000.-	1.นพ.คณินณ์ เศรษฐไพศาล นายแพทย์ชำนาญการ 2.นางสาวรักคณา วิมลมุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.อุทัยธานี	ดำเนินโครงการฯ ช่วงวันที่ 14-18 มิถุนายน 2564 *แจ้งยกเลิกโครงการ เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2564
4. Business Continuity Plan : BCP	โครงการจัดทำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤตจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Business Continuity Plan : BCP)	20,600.-	1.นพ.ทรงวุฒิ ประสพสุข นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รพ.สวรรค์ประชารักษ์	ได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว *แจ้งยกเลิกโครงการ เมื่อวันที่ 10 มิ.ย.64
5.อุบัติเหตุฉุกเฉิน	โครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร เขตสุขภาพที่ 3	204,300.-	1.นางปารินันท์ คงสมบูรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สวรรค์ประชารักษ์	ขอยกเลิกโครงการก่อนเสนอโครงการอนุมัติ

ประเด็น	ชื่อโครงการ	จำนวนงบประมาณขอสนับสนุน (บาท)	ผู้รับผิดชอบโครงการ	หมายเหตุ
6.โรคมะเร็ง	โครงการ การเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก เขตสุขภาพที่ 3	223,200.-	1.นางสาวสุนีย์ ณีศะนันท์ นายแพทย์ชำนาญการ รพ.สวรรค์ประชารักษ์	ขอยกเลิกโครงการก่อนเสนอโครงการอนุมัติ
รวม 4 ประเด็น (ประเด็น 1-4) จำนวน 4 โครงการ เป็นเงินทั้งสิ้น 500,000.- (ห้าแสนบาทถ้วน)				

รายการโครงการขอสนับสนุนงบประมาณจากกรมการแพทย์ เพื่อการพัฒนาระบบบริการและวิชาการ เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2564 (ขอสนับสนุนงบประมาณ เพิ่มเติม)

ประเด็น	ชื่อโครงการ	จำนวนงบประมาณขอสนับสนุน (บาท)	ผู้รับผิดชอบโครงการ	หมายเหตุ
1.การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care)	โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2564	62,200.-	1.นางกมลทิพย์ ประสพสุข นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ 2.นางสาวพันธุ์ถาวร วิสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สวรรค์ประชารักษ์	ได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว *แจ้งยกเลิกโครงการเมื่อวันที่ 10 มิ.ย.64
รวม 1 ประเด็น จำนวน 1 โครงการ เป็นเงินทั้งสิ้น 62,200.- (หกหมื่นสองพันสองร้อยบาทถ้วน) * ขอสนับสนุนงบประมาณจากยอดวงเงิน 500,000 บาท (ห้าแสนบาทถ้วน) ที่กรมการแพทย์จัดสรรให้				

รายงานข้อมูล ณ วันที่ 14 มิถุนายน 2564

ส่วนที่ 4 สรุปผลการดำเนินงานโครงการ

โครงการบริหารจัดการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 3

หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างในประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 3 จึงต้องมีการพัฒนาระบบบริการในสถานพยาบาล ให้มีความพร้อมรองรับสถานการณ์ดังกล่าว พร้อมทั้งการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากร คุณภาพบริการ และด้านผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และความเชี่ยวชาญระดับสูง เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัด ภายในเขต เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ผู้ให้บริการเกิดความปลอดภัย ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพทั่วถึง เป็นธรรม และเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น เพื่อเป็นการสนับสนุน กำกับ ติดตาม การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทั้ง 22 สาขา และขับเคลื่อนงาน Service Plan ให้มีความต่อเนื่องได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดระบบบริการสุขภาพ และเพิ่มพูนศักยภาพทั้งด้านวิชาการ บริหาร และบริการ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 จึงได้จัดทำโครงการบริหารจัดการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 3 ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุน กำกับ ติดตามการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทั้ง 22 สาขา ให้ดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
2. เพื่อบริหารจัดการการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทั้ง 22 สาขา ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อส่งเสริมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในเขตสุขภาพ และเพิ่มพูนศักยภาพทั้งด้านวิชาการ บริหาร และบริการของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 3

เป้าหมาย

1. ประชุมคณะกรรมการทีมนำ Service Plan จำนวน 2 ครั้ง
2. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทั้ง 22 สาขา จำนวน 2 ครั้ง

ขอบเขตโครงการ/วิธีการดำเนินการ

1. กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 80 คน ประกอบด้วย

- คณะกรรมการทีมนำการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 20 คน
- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทั้ง 22 สาขา ในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 60 คน

2.วัน เวลา สถานที่จัดการประชุม

วันที่ 22 มีนาคม 2564 ณ ห้องประชุมคุณธรรม ชั้น 11 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

3.รูปแบบและเนื้อหาในการประชุม

เป็นการประชุมตามระเบียบวาระการประชุม โดยมีประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO) และคณะกรรมการทีมนำ ร่วมประชุมเพื่อวางแผนขับเคลื่อนงาน และติดตามความก้าวหน้าของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทั้ง 22 สาขา

ผลการดำเนินโครงการตามกิจกรรม

กิจกรรม	เป้าหมาย	ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน	ระยะเวลา		งบประมาณที่ใช้ไป	
			แผน	ผล	แผน	ผล
1.ประชุมคณะกรรมการทีมนำ Service Plan เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2564	คณะกรรมการทีมนำ จำนวน 20 คน	ดำเนินการจัดประชุม ได้ 1 ครั้ง เหลือ 1 ครั้ง	ไตรมาส 2,3	22 มี.ค.64	6,000	2,400
2.ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ทั้ง 22 สาขา เขตสุขภาพที่ 3	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จำนวน 60 คน	ดำเนินการจัดประชุม ได้ 0 ครั้ง เหลือ 2 ครั้ง	ไตรมาส 2,3	-	18,000	0
				รวมการใช้จ่ายเงิน	**24,000**	**2,400**
				ใช้เงินในโครงการคิดเป็นร้อยละ	**10.00**	

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในโครงการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน
1.จัดกิจกรรมได้ตามแผนที่กำหนดเป้าหมายไว้ (2 กิจกรรม/4 ครั้ง)	อย่างน้อยร้อยละ 80	ไม่สามารถดำเนินการจัดประชุมตามแผนที่กำหนดได้ เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้มีผู้ติดเชื้อภายในจังหวัดมากขึ้น ทำ
2.มีการสรุปผลความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	ปีละ 1 ครั้ง	มีการติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหาอุปสรรค หลังจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ดีขึ้น

ปัจจัยที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ

1. คณะกรรมการทีมนำมีนโยบายและร่วมกันขับเคลื่อนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ 3 อย่างมีประสิทธิภาพ

2. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทั้ง 22 สาขา ร่วมกันดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ 3 ปีของเขตสุขภาพที่ 3 และเล็งเห็นความสำคัญของงาน Service Plan ในแต่ละสาขา เพื่อให้งานเกิดการพัฒนาและสามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุมตามศักยภาพขีดความสามารถของหน่วยบริการ

3. คณะทำงานของกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO) มีผู้บริหารให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานอย่างเต็มที่

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) ช่วงปีงบประมาณ 2564 เกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ระบาดทั่วประเทศ ทำให้การประชุมไม่สามารถดำเนินการตามแผนได้ตามที่กำหนด

2) กลุ่มเป้าหมายในการประชุมแต่ละกิจกรรม บางกิจกรรมประธานสาขา ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

3) การประชุมบางกิจกรรมผู้รับผิดชอบงานไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ จึงส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุมแทน ทำให้การตอบข้อซักถามในบางหัวข้อของงานมีความไม่ชัดเจน

วิธีการแก้ไขที่ได้ดำเนินการ

1) มีการปรับรูปแบบการประชุม โดยใช้โปรแกรม ZOOM แต่เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ระบาดทั่วประเทศ ส่งผลให้การจัดประชุมโครงการ Service Plan ไม่ได้ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้

2) แจ้งให้ประธานสาขา มอบหมายรองประธาน หรือเลขานุการ ในการเข้าร่วมการประชุม และมีการแจ้งนัดประชุมล่วงหน้า เพื่อให้สามารถเข้าร่วมประชุมได้ทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการวางแผนการประชุมล่วงหน้า หรือทำแผนรายปีงบประมาณ เพื่อลดปัญหาการเข้าร่วมประชุมของกลุ่มเป้าหมายในโครงการ

2) ควรมีการสรุปผลการดำเนินงาน ประจำปีทุกสาขา เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนปีงบถัดไป

3) ควรมีการติดตามความก้าวหน้าของแต่ละสาขา และค้นหาผลงานเด่น หรือนวัตกรรมของแต่ละสาขา เพื่อเป็นผลงาน Best Practice ระดับเขต ส่งเข้าร่วมประชุม Service Plan Sharing ระดับกระทรวงในปีถัดไป

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีการดำเนินตามแผนงานอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงการพัฒนางานกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในทุกระดับ

2. ได้ผลงานที่เป็นรูปแบบความสำเร็จ/นวัตกรรม และเป็นคลังความรู้ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ 3

3. บุคลากรสาธารณสุขที่ดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 3 ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และมีการทำงานแบบมีส่วนร่วมกันทั้งเครือข่ายของเขตสุขภาพที่ 3

ภาพกิจกรรม

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3
Regional Health Office 3

การประชุมคณะกรรมการทีมนำพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2564

วันที่ 22 มีนาคม 2564 นพ.ชนินทร์ จารุวัฒนมงคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นประธานการประชุม พร้อมด้วย นพ.วิริยะ เอี๊ยวประเสริฐ นางลักขณา รัตนศรีทอง ที่ปรึกษาสำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประธาน และเลขานุการ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาหลอดเลือดสมอง สาขาโรคมะเร็ง ระดับเขต และผู้เกี่ยวข้อง เข้าร่วมประชุมเพื่อทบทวนคณะกรรมการทีมนำพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และ กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานประเด็นปัญหาของเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงาน Service Plan ณ ห้องประชุมคุณธรรม อาคารอำนวยการ ชั้น 11 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

GET IN TOUCH

ket3nsw@hotmail.com | ติดต่อเรา 056224426 โทรสาร 056224426 | 782 หมู่ 10 ตำบลนครสวรรค์ตก ถนนพหลโยธิน จังหวัดนครสวรรค์ 60000

โครงการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 3

หลักการและเหตุผล

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข จัดรูปแบบในการบริหารจัดการ แบ่งเป็นเขตสุขภาพ 12 เขต และกรุงเทพมหานคร โดยมีนโยบายส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยบริการในสังกัดทุกระดับมีการจัดระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมตามศักยภาพขีดความสามารถ และเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) ภายใต้แผนพัฒนาศักยภาพระบบบริการของตนเอง ที่ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากร คุณภาพบริการและด้านผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง เสริมสร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัด ภายในเขต และเป็นเครือข่ายระดับประเทศ เน้นการบริหารจัดการภายในเครือข่ายทั้งการบริการ งบประมาณ บุคลากร วัสดุ และครุภัณฑ์ เป้าหมายเพื่อลดอัตราตาย อัตราป่วย ลดค่าใช้จ่าย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอยในสถานบริการทุกระดับ และเขตสุขภาพที่ 3 นับเป็นหน่วยงานตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 5 จังหวัด คือ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท ซึ่งมีเป้าหมายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพทั่วถึง และเป็นธรรม โดยส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยบริการในสังกัดทุกระดับมีการจัดระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมตามศักยภาพขีดความสามารถ พร้อมวางแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งบรรลุตามเป้าหมาย และตอบสนองต่อการให้บริการในเครือข่ายให้มีคุณภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น เพื่อเป็นการสนับสนุนและขับเคลื่อนให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 จึงได้จัดทำโครงการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 3 ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุน กำกับ ติดตามการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทั้ง 22 สาขา ให้ดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
2. เพื่อจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปีงบประมาณ 2564

เป้าหมาย

เพื่อวางแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในระดับเขตสุขภาพ เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

ขอบเขตโครงการ/วิธีการดำเนินการ

1. กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 70 คน ประกอบด้วย

- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 45 คน
- คณะกรรมการทีมนำพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จำนวน 20 คน
- ผู้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ จำนวน 5 คน

2. วัน เวลา สถานที่จัดการประชุม

ดำเนินการวันที่ 5 ตุลาคม 2563 ณ ห้องประชุมสวรรค์ประชารักษ์ (เขาเขียว) อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

3. รูปแบบและเนื้อหาในการประชุม

เป็นการประชุมตามระเบียบวาระการประชุม โดยมีประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO) คณะกรรมการทีมนำ และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทั้ง 22 สาขา นำเสนอแผนปฏิบัติการ Service Plan โดยประธาน/เลขานุการ Service Plan ทั้ง 22 สาขา

ผลการดำเนินโครงการตามกิจกรรม

กิจกรรม	เป้าหมาย	ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน	ระยะเวลา		งบประมาณที่ใช้ไป	
			แผน	ผล	แผน	ผล
1.จัดทำโครงการ	- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 45 คน - คณะกรรมการทีมนำ จำนวน 20 คน - ผู้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ จำนวน 5 คน	จัดทำโครงการได้ตามกำหนด	ตุลาคม 63	ตุลาคม 63		
2.เสนออนุมัติโครงการ		เสนอโครงการตามกำหนด	ตุลาคม 63	ตุลาคม 63		
3.ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 3 เพื่อวางแผนการปฏิบัติงาน ปี 2564		สามารถจัดประชุมได้ตามแผนที่กำหนด	ตุลาคม 63	5 ตุลาคม 63	10,500	10,500
4.สรุปผลการดำเนินงาน		สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้	ตุลาคม 63	31 ตุลาคม 63		
				รวมการใช้จ่ายเงิน	**10,500**	**10,500**
				ใช้เงินในโครงการคิดเป็นร้อยละ	**100**	

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในโครงการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน
มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี 2564 ระดับเขตสุขภาพ	อย่างน้อยร้อยละ 90	Service Plan ทั้ง 22 สาขา มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทุกสาขา

ปัจจัยที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทั้ง 22 สาขา มีการประชุมวางแผนดำเนินงานในปี 2564 ล่วงหน้า จึงทำให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) การชี้แจงการจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ยังไม่ชัดเจน และครอบคลุม

2) การพิจารณางบประมาณ ยังไม่สามารถตัดสินใจได้ทันที ต้องเสนอผู้บริหารระดับสูงพิจารณาต่อไป

3) การประชุมจัดทำแผนมีหลาย Section เช่น การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ การจัดทำแผน Service Plan จึงทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสน

วิธีการแก้ไขที่ได้ดำเนินการ

1) ควรมีวิทยากรชี้แจงขั้นตอนทำแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนและถูกต้อง ตามหลักการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

2) ควรชี้แจงงบประมาณเบื้องต้นให้ทราบก่อน

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการวิเคราะห์สภาพปัญหา GAP ของทุกสาขา ทั้งด้านคน เงิน ของ เพื่อวางแผนการพัฒนาและจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของ Service Plan ทั้ง 22 สาขา

ประโยชน์ที่ได้รับ

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีแผนการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564 เพื่อให้สามารถดำเนินงานตามแผนงานอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงการพัฒนางานในยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพกิจกรรม

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3
Regional Health Office 3

ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 3

วันที่ 5 ตุลาคม 2563 นพ.ชนินทร์ จารุวัฒนมงคล ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO) เขตสุขภาพที่ 3 มอบให้ นพ.โชติ ภาวศุทธิกุล รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นประธานการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ปี 2563 เขตสุขภาพที่ 3 พร้อมด้วย นพ.วิริยะ เอี๊ยวประเสริฐ นางลักขณา รัตนศรีทอง ที่ปรึกษาสำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 พญ.ชนิญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประธาน เลขานุการ Service Plan ทั้ง 22 สาขา ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานจากศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพที่ 3 ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan เขตสุขภาพที่ 3 พร้อมข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีงบประมาณ 2564 ณ ห้องประชุมใหญ่ชั้น 5 อาคาร 100 ปี การสาธารณสุขไทย โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (เขาเขียว) จ.นครสวรรค์

GET IN TOUCH

ket3nsw@hotmail.com | ติดต่อเรา 056224426 โทรสาร 056224426 | 782 หมู่ 10 ตำบลนครสวรรค์ตก ถนนพหลโยธิน จังหวัดนครสวรรค์ 60000

❖ โครงการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ปี 2565 เขตสุขภาพที่ 3

หลักการและเหตุผล

ตามที่เขตสุขภาพที่ 3 ได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ปี 2564 เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ทั้ง 22 สาขา ให้สามารถดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และจากการดำเนินงานทั้ง 22 สาขา ยังพบส่วนที่ต้องพัฒนาในงานระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทั้งในด้านระบบบริการ เพื่อลดอัตราป่วย อัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะรอคอย ในสถานบริการทุกระดับ รวมทั้งเรื่องการบริหารจัดการด้านทรัพยากร และในปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างในประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 3 จึงต้องพัฒนาระบบบริการในสถานพยาบาล ให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อให้เกิดการบูรณาการในระบบบริการให้เกิดประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ดังนั้น เพื่อเป็นการสนับสนุนและขับเคลื่อนให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ต่อไปในเขตสุขภาพที่ 3 กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 จึงได้จัดทำโครงการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ปี 2565 เขตสุขภาพที่ 3 ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปีงบประมาณ 2565

เป้าหมาย

ประชุมจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 ครั้ง

ขอบเขตโครงการ/วิธีการดำเนินการ

1. กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 70 คน ประกอบด้วย

- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 45 คน
- คณะกรรมการทีมนำพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จำนวน 20 คน
- ผู้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ จำนวน 5 คน

2. วัน เวลา สถานที่จัดการประชุม

ดำเนินการวันที่ 9 กันยายน 2564 ณ ห้องประชุมอรรถกวี ชั้น 5 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (เขาเขียว) อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

3. รูปแบบและเนื้อหาในการประชุม

การประชุม ทั้ง Onsite และ Online ผ่านระบบ ZOOM Meeting ประกอบไปด้วย

- นพ.ชนินทร์ จารุวัฒนมงคล ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO) มอบหมายให้ นพ.โชติ ภาวศุทธิกุล เป็นประธานการประชุม และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม
- การบรรยายชี้แจงตัวชี้วัด Service Plan ระดับเขตสุขภาพ โดย พญ.ชนิญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ ประธานคณะกรรมการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ระดับเขต
- การบรรยายสรุปผลการดำเนินงานตามแผน Service Plan ปีงบประมาณ 2562-2564 โดย พญ.ชนิญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ ประธานคณะกรรมการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ระดับเขต
- นำเสนอแผนปฏิบัติการ Service Plan ทั้ง 22 สาขา ปีงบประมาณ 2565
- สรุปแผนปฏิบัติการ Service Plan ปีงบประมาณ 2565

ผลการดำเนินโครงการตามกิจกรรม

กิจกรรม	เป้าหมาย		ระยะเวลา	งบประมาณที่ใช้ไป

		ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน	แผน	ผล	แผน	ผล
1.จัดทำโครงการ	- คณะกรรมการทีมนำ จำนวน 20 คน - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 45 คน - ผู้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ จำนวน 5 คน	จัดทำโครงการได้ตามกำหนด	มีนาคม 64	มีนาคม 64		
2.เสนออนุมัติโครงการ		เสนอโครงการตามกำหนด	มีนาคม 64	มีนาคม 64		
3.ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ปี 2565 เขตสุขภาพที่ 3 เพื่อวางแผนการปฏิบัติงาน ปี 2565		สามารถจัดประชุมได้ตามแผนที่กำหนด	กันยายน 64	9 กันยายน 64	10,500	4,500
4.สรุปผลการดำเนินงาน		สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้	กันยายน 64	30 กันยายน 64		
				รวมการใช้จ่ายเงิน	**10,500**	**4,500**
				ใช้เงินในโครงการคิดเป็นร้อยละ	**42.86**	

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในโครงการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน
มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี 2565 ระดับเขตสุขภาพ	อย่างน้อยร้อยละ 90	Service Plan ทั้ง 22 สาขา มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทุกสาขา รวมทั้งการวิเคราะห์ปัญหา GAP ของสาขา ตาม 6 Building box พร้อมทั้งแผนพัฒนาบุคลากรของสาขาที่ขาดแคลนและต้องการส่งคนเข้าอบรม

ปัจจัยที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทั้ง 22 สาขา มีการประชุมวางแผนดำเนินงานในปี 2565 ล่วงหน้า จึงทำให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) จัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ยังไม่ครอบคลุม ขาดการวิเคราะห์ GAP ตาม 6 Building Block

2) การพิจารณาเรื่องโครงการ และงบประมาณ ยังไม่สามารถพิจารณาได้ทันที เนื่องจากข้อมูลการวิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ปัจจุบัน เหตุผลในทำแผนงาน/โครงการ ยังไม่เพียงพอต่อการพิจารณาตัดสิน

3) การเสนอแผนปฏิบัติการ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน เช่น ของบประมาณในการซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ การปรับปรุงห้อง และการส่งเจ้าหน้าที่ฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆ

วิธีการแก้ไขที่ได้ดำเนินการ

1) ควรมีวิทยากรชี้แจงขั้นตอนทำแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนและถูกต้อง ตามหลักการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

2) ควรให้ Service Plan ทุกสาขา หาข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลให้ครบทุกด้าน

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอเปรียบเทียบผลงานระหว่างปีที่ผ่านมาและปีปัจจุบัน

2) ควรมีการวิเคราะห์สภาพปัญหา GAP ของทุกสาขา ทั้งด้านคน เงิน ของ เพื่อวางแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ถูกต้องและเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

ประโยชน์ที่ได้รับ

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีแผนการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2565 เพื่อให้สามารถดำเนินงานตามแผนงานอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงการพัฒนางานในยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพกิจกรรม

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3
Regional Health Office 3
กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
C S O
การประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ปี 2565 เขตสุขภาพที่ 3
ผ่าน Application Zoom
SAWANPRACHARAK HOSPITAL
วันที่ 9 กันยายน 2564 นพ.ชนินทร์ จารุวัฒนมงคล ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 3 มอบหมายให้ นพ.โชติ ภาวศุทธิกุล เป็นประธานการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ Service Plan ปี 2565 เขตสุขภาพที่ 3 พร้อมด้วย นพ.วิริยะ เอี้ยวประเสริฐ นางลักขณา รัตนศรีทอง ที่ปรึกษาสำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 พญ.ชนิญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 ประธาน เลขานุการ Service Plan ทั้ง 22 สาขา ระดับเขตสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้อง เข้าร่วมประชุมและนำเสนอแผนปฏิบัติการ Service Plan 22 สาขา ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ณ ห้องประชุมอรรถกวี ชั้น 5 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (เขาเขียว)
GET IN TOUCH
ket3nsw@hotmail.com
ติดต่อเรา 056224426
โทรสาร 056224426
782 หมู่ 10 ตำบลนครสวรรค์ตก
ถนนพหลโยธิน จังหวัดนครสวรรค์ 60000

❖ โครงการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เขตสุขภาพที่ 3

หลักการและเหตุผล

การพัฒนาคุณภาพ เป็นนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญและมุ่งเน้นตลอดมา ในปี 2564 มีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับ โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ขับเคลื่อน สนับสนุนโรงพยาบาลให้มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3

การดำเนินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 ได้ดำเนินงานมาพอสมควร โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย และทีม QLN (Quality Learning Network) เป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนา มีการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพ พบว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 ผ่านการรับรองคุณภาพทุกแห่ง อยู่ระหว่างต่ออายุ จำนวน 2 แห่ง และจะรับการประเมินซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน 20 แห่ง

ดังนั้น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย เขตสุขภาพที่ 3 ร่วมกับกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 จึงจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งมุ่งเน้นวิธีการเยี่ยมให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ ความช่วยเหลือ และการกระตุ้นจากเพื่อนร่วมเครือข่าย ส่งเสริมให้การพัฒนาคุณภาพได้ตามมาตรฐานที่กำหนด เกิดวัฒนธรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 3

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 และกระตุ้นให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณ
2. เพื่อส่งเสริมโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน HA ขั้น 3 ให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจแนวคิด และทักษะการโค้ช และการตามรอยเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ
4. สรุปประเด็นสำคัญจากการโค้ช ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ พร้อมทั้งใช้ทักษะการโค้ชเพื่อช่วยให้หน่วยงานและทีมพัฒนาคุณภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนการพัฒนาให้มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมาย

1. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 1 ครั้ง
2. อบรมเรื่องการเยี่ยมสำรวจภายใน และการสร้างโค้ชเพื่อขับเคลื่อนคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Internal Survey & Coaching for Continuous Quality Journey) จำนวน 1 ครั้ง

ขอบเขตโครงการ/วิธีการดำเนินการ

1. กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 90 คน ประกอบด้วย

- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย เขตสุขภาพที่ 3
- ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 3 แห่งละ 2 คน

2. วัน เวลา สถานที่จัดการประชุม

ดำเนินการวันที่ 16 สิงหาคม 2564 ณ ห้องประชุมพระพิจิตร ชั้น 4 โรงพยาบาลพิจิตร

3. รูปแบบและเนื้อหาในการประชุม

การประชุม ทั้ง Onsite และ Online ผ่านระบบ ZOOM Meeting ประกอบไปด้วย

- นพ.สุรชัย แก้วหิรัญ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย เขตสุขภาพที่ 3 เป็นประธานการประชุม และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม
- การบรรยาย เรื่อง แนวคิดและทักษาการโค้ช โดย ภก.สงกรานต์ มีชูนึก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)
- การบรรยาย เรื่อง การวิเคราะห์ Hospital profile การนำข้อมูลไปใช้วางแผนการโค้ช โดย ภก.สงกรานต์ มีชูนึก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)

ผลการดำเนินโครงการตามกิจกรรม

กิจกรรม	เป้าหมาย	ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน	ระยะเวลา		งบประมาณที่ใช้ไป	
			แผน	ผล	แผน	ผล
1.จัดทำโครงการ	- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย เขตสุขภาพที่ 3 - ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพ สสจ./รพศ./รพท./รพช. ในเขตสุขภาพที่ 3 แห่งละ 2 คน	จัดทำโครงการได้ตามกำหนด	มิถุนายน 64	มิถุนายน 64		
2.เสนออนุมัติโครงการ		เสนอโครงการตามกำหนด	มิถุนายน 64	มิถุนายน 64		
3.ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย เขตสุขภาพที่ 3		สามารถจัดประชุมได้ตามแผนที่กำหนด	มิถุนายน 64	มิถุนายน 64	2,400	-
4.อบรมเรื่องการเยี่ยมสำรวจภายใน และการสร้างโค้ชเพื่อขับเคลื่อนคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Internal Survey & Coaching for Continuous Quality Journey)		สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้	สิงหาคม 64	16 สิงหาคม 64	27,000	8,400
5.สรุปผลการดำเนินงานจัดประชุม						
รวมการใช้จ่ายเงิน					**30,000**	**8,400**
ใช้เงินในโครงการคิดเป็นร้อยละ					**28.00**	

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในโครงการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน
1. จัดกิจกรรมได้ตามแผนที่กำหนด	อย่างน้อยร้อยละ 90	- จัดกิจกรรมได้ตามแผนที่กำหนด
2. ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพฯ เข้ารับการอบรม	≥ ร้อยละ 80	- ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพฯ สามารถเข้ารับการอบรมตามวัน เวลาที่กำหนดได้

ปัจจัยที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย เขตสุขภาพที่ 3 มีการวางแผนจัดการประชุมล่วงหน้า โดยมีวิทยากรบรรยายพิเศษ ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านคุณภาพบริการ (HA) ทำให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจแนวคิดและทักษะการโค้ชและการตามรอบเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) การจัดประชุมแบบ Online ไม่สามารถ work shop ได้จริง

2) การจัดการประชุม มีเนื้อหาสาระจำนวนมาก แต่เนื่องด้วยเวลาที่มีจำกัดทำให้ไม่สามารถลงรายละเอียดในบางหัวข้อได้

วิธีการแก้ไขที่ได้ดำเนินการ

1) การจัดการประชุมในครั้งต่อไป หากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาดีขึ้น ควรจัดประชุมเป็นแบบ On Site หรือหากรูปแบบการประชุมเป็นแบบ On line อาจต้องแบ่งการประชุมเป็น 2 วัน

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการทบทวนผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา เพื่อใช้ในการประกอบการวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดำเนินงานของแต่ละหน่วยบริการ

2) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางให้กับหน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

ประโยชน์ที่ได้รับ

1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย เขตสุขภาพที่ 3 มีการดำเนินตามแผนงานพัฒนาคุณภาพ

2) ผู้เข้าอบรมเข้าใจแนวคิด และทักษะการโค้ช และการตามรอบเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ

3) ผู้เข้าอบรมสรุปประเด็นสำคัญจากการโค้ช ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ พร้อมทั้งใช้ทักษะการโค้ชเพื่อช่วยให้หน่วยงานและทีมพัฒนาคุณภาพต่างๆที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนการพัฒนาให้มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

ภาพกิจกรรม

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3
Regional Health Office 3

CSO

การอบรมการเยี่ยมสำรวจภายใน และการสร้างโค้ช เพื่อขับเคลื่อนคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Internal Survey & Coaching for Continuous Quality Journey) เขตสุขภาพที่ 3

วันที่ 16 สิงหาคม 2564 นพ.สุรชัย แก้วหิรัญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร เป็นประธานการอบรมการเยี่ยมสำรวจภายใน และการสร้างโค้ช เพื่อขับเคลื่อนคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Internal Survey & Coaching for Continuous Quality Journey) โดยมี นายสงกรานต์ มีชูนึก วิทยากรบรรยายพิเศษ และมีผู้รับผิดชอบงานงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เข้าร่วมอบรมฯ เพื่อมุ่งเน้นวิธีการเยี่ยมให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ ความช่วยเหลือและการกระตุ้นเพื่อร่วมเครือข่าย ส่งเสริมให้การพัฒนาคุณภาพได้ตามมาตรฐานที่กำหนด เกิดวัฒนธรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 3 ผ่านระบบ Application Zoom

GET IN TOUCH
ket3nsw@hotmail.com | ติดต่อเรา 056224426 โทรสาร 056224426 | 782 หมู่ 10 ตำบลนครสวรรค์ตก ถนนพหลโยธิน จังหวัดนครสวรรค์ 60000

Service Plan

ส่วนที่ 5 สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด Service Plan

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
สาขาหัวใจ				
1.	อัตราตายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 9	12.50 9.22 (HDC)	
2.	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 50	50.77 34.17 (HDC)	
3.	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	ไม่เกิน 25 ต่อแสนประชากร	0.03	
4.	ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	ร้อยละ 100	100	
5.	ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI)	≥ ร้อยละ 80	88.24	
สาขาโรคมะเร็ง				
6.	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด			
	6.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 70	64.71	
	6.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 70	76.96	
	6.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 60	67.26	
7.	อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ	ไม่เกิน 23.5 ต่อประชากรแสนคน	10.93	
8.	อัตราตายจากมะเร็งปอด	ไม่เกิน 19.9 ต่อประชากรแสนคน	10.75	
สาขาอุบัติเหตุ				
9.	อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triagel level 1) ภายใน 24 ชม.ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	< ร้อยละ 12	11.59 20.40 (HDC)	
10.	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการ ผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A,S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	47.83	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
11.	อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60	91.42	
12.	อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis	ร้อยละ 100	0	
13.	อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75	<ร้อยละ 1	0	
14.	อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS≤8) ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1	ไม่เกิน ร้อยละ 45	36.15	
15.	อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่าน เกณฑ์ประเมินคุณภาพ	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	100	
16.	อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	93.48	
17.	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24	73.78	
18.	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ 80	0	
19.	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ 80	100	
20.	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง	ลดลงร้อยละ 5	0	
21.	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ	ร้อยละ 10	0	
สาขาทารกแรกเกิด				
22.	อัตราตายทารกแรกเกิด	อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน < 3.8 ต่อ 1000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	3.57 4.18 (HDC)	
23.	ร้อยละโรงพยาบาลระดับ F1 ขึ้นไปที่มีการดำเนินการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว	> ร้อยละ 80	100	
สาขาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด				
24.	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥ ร้อยละ 68	97.25 114.84 (HDC)	
25.	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	2.91 1.15 (HDC)	
26.	ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและ ได้รับการติดตาม ดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate 1 year)	ร้อยละ 22	47.97	
27.	ร้อยละของผู้ใช้ และผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)	ร้อยละ 40	43.21	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
28.	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ 60	69.23	
29.	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี	ร้อยละ 85	59.46	
30.	ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาโรคจิตเข้าถึงบริการ	≥ 75	77.73 91.48 (HDC)	
31.	ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 ของปีที่ผ่านมา	16.59 22.49 (HDC)	
สาขาสูติกรรม				
32.	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ในโรงพยาบาลระดับ M2	ร้อยละ 25	13.23	
33.	อัตรามารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด	0	0	
34.	อัตราแม่ตาย	17 : 100000 การเกิดมีชีพ	0	
35.	อัตราการคลอดก่อนกำหนด	< 11 : 100000 การเกิดมีชีพ	0	
สาขาอายุรกรรม				
36.	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired	< ร้อยละ 28	34.98	
37.	อัตราการเจาะ H/C ก่อนได้รับ Antibiotic	≥ ร้อยละ 90	77.56	
38.	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.(กรณีไม่มีข้อห้าม)	≥ ร้อยละ 90	36.63	
39.	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.	≥ ร้อยละ 90	61.96	
40.	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤตภายใน 3 ชม. หลังวินิจฉัย	≥ ร้อยละ 30	96.70	
สาขากุมารเวชกรรม				
41.	อัตราป่วยตายด้วยโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน - 5 ปี	ลดลงร้อยละ 10 (เป้าหมายพื้นฐานอัตราป่วยตาย < ร้อยละ 1)	0.09	
42.	อัตราป่วยตายด้วยโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน - 1 ปี	< ร้อยละ 5	0.22	
43.	อัตราป่วยตายในเด็ก 1 เดือน - 1 ปี	ไม่เกิน 6 ต่อแสนการเกิดมีชีพ	5.46	
44.	การส่งต่อผู้ป่วย สาขากุมารเวชกรรม จาก รพช. แม่ข่าย (M2) Refer out ไป รพศ./รพท. ลดลง	ร้อยละ 25	66.67	
สาขาสุขภาพช่องปาก				
45.	อัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ์ของประชาชนในพื้นที่	ร้อยละ 40	25.98	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
46.	ร้อยละ รพ.สต./ศสม. ผ่านเกณฑ์ จัดบริการสุขภาพช่องปาก 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม	ร้อยละ 60	43.50	
47.	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันหลัง (แท้ หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ)	ร้อยละ 60	49.17	
48.	ร้อยละผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ 20	12.75	
49.	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 3 ปีมีฟันผุในฟันน้ำนม	ร้อยละ 50	74.74	
50.	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีมีฟันผุในฟันน้ำนม	ร้อยละ 70	69.69	
51.	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	ร้อยละ 85	86.18	
สาขาโรคไต				
52.	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR	ร้อยละ 66	68.41	
53.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ 80	71.59	
54.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20	19.67	
สาขาโรคตา				
55.	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการ ผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ 85	88.59	
56.	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา	ร้อยละ 70	70.73	
57.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา	ร้อยละ 60	58.25	
58.	เด็กนักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการคัดกรองสายตาและได้รับการแก้ไขภาวะสายตาผิดปกติ	ร้อยละ 80	89.20	
สาขาปฐมภูมิ				
	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (PCC)	สะสม ร้อยละ 36		
สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)				
59.	ร้อยละคัดกรองโรคเบาหวาน	ร้อยละ 90	93.01	
60.	ร้อยละผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 90	93.24	
61.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤ 1.95	2.17	
62.	อัตราผู้ป่วยความดันรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดัน	≤ 5	5.60	
63.	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	ร้อยละ 30	82.03	
64.	ร้อยละการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ 60	79.62	
65.	ร้อยละการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ 60	78.35	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
66.	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้	ร้อยละ 40	42.34	
67.	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	ร้อยละ 50	53.01	
68.	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk)	ร้อยละ 80	89.88	
69.	สถานบริการแต่ละเขตผ่านเกณฑ์ NCD Clinic Plus	ร้อยละ 80	NA	
สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)				
70.	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< ร้อยละ 7	0 11.65 (HDC)	
71.	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke : I63)	< ร้อยละ 5	0 5.62 (HDC)	
72.	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke : I60-I62)	< ร้อยละ 25	0 27.01 (HDC)	
73.	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	ร้อยละ 50	0	
74.	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่ม เลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	ร้อยละ 60	0	
75.	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัด สมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	ร้อยละ 70	0	
สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
76.	ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน [นับรวมแผนจีน (U78x - U79x) แต่ไม่นับรวม U77x]	ร้อยละ 18.5	20.96	
สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ				
77.	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (รพ. A,S)	> 0.9 : 100	0.0840	
78.	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	> 1.3 : 100	0.1513	
สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care)				
79.	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ 40	30.00	
สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)				
80.	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)			
	1.RDU ขั้น 2	≥ 60	81.48	
	2.RDU ขั้น 3	≥ 20	37.04	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
81.	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)			
	1.โรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR ระดับ Intermediate	ร้อยละ 100	100	
	2.อัตราการติดเชื้อยาในกระแสเลือด	ลดลง ร้อยละ 7.5	0	
สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)				
82.	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาล ฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	ร้อยละ 50	0	
83.	ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาล ฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20	ร้อยละ 50	62.50	

ที่มา : สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด รายสาขา ผ่านเว็บไซต์สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3

สรุปผลการดำเนินงาน Service Plan 22 สาขา

สาขาโรคหัวใจ
สาขาโรคมะเร็ง
สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
สาขาทารกแรกเกิด
สาขาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด
สาขาสูติ-นรีเวชกรรม
สาขาออร์โธปิดิกส์
สาขาอายุรกรรม
สาขาศัลยกรรม
สาขากุมารเวชกรรม
สาขาสุขภาพช่องปาก
สาขาโรคไต
สาขาโรคตา
สาขาปฐมภูมิ
สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD)
สาขาหลอดเลือดสมอง (Stroke)
สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ
สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care)
สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)
สาขาการให้บริการกัญชาทางการแพทย์

1. สภาพปัญหา/สถานการณ์/เป้าหมายโรคที่ดำเนินการ ปีงบ 2564

1.1 สภาพปัญหา 5 กลุ่ม ประเมินโดยรวม

1) STEMI

a. จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อ cardiovascular disease ยังไม่แน่นอน
b. คลินิกเลิกบุหรี่ยังไม่ทั่วถึง (หลักฐานทางวิชาการการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วย CVD class Ia)
c. อัตราการได้ lytic <30 min ยังน้อย
d. 24/7 PPCI ยังไม่ available
e. CCU สำหรับทั้งจังหวัดและเขตฯ 3 ยังไม่พอสำหรับผู้ป่วย high risk (4 เตียง)
f. DIDO time นาน, logistic ล่าช้า
g. การจัดการก่อนและระหว่างในรถ refer มีจุดพัฒนาจำนวนมาก
h. Protocol การจัดการยังไม่เป็นเอกภาพ
i. ไม่มี MI registry และการจัดการข้อมูลเพื่อพัฒนา
j. Feedback ระบบล่าช้า ไม่ทันเหตุการณ์
k. ไม่มีการประเมิน competency MI care ทั้งระบบ
l. กำลังพัฒนา post-MI cardiac rehabilitation

2) NSTE-ACS

a. Under-recognition และ over diagnosis
b. ไม่มีระบบ risk stratification เพื่อ guide treatment
c. ยังมีเข้าใจผิดในการรักษา NSTE-ACS และการเริ่มยาที่จำเป็นในการรักษา ACS ยังน้อย เช่น high-potency statin, beta-blocker และการจัดการ anticoagulant
d. NSTE-ACS มักรุนแรง รอยโรค (จาก CAG) ซับซ้อน ต้องการ complex PCI แต่ยังติดเงื่อนไข Non-CVT backup cath lab ต้องส่งต่อออกนอกเขตฯ และรอคิวนาน
e. CCU สำหรับทั้งจังหวัดและเขตฯ 3 ยังไม่พอสำหรับผู้ป่วย high risk (4 เตียง)
f. Protocol การจัดการยังไม่เป็นเอกภาพ
g. ไม่มี MI registry และการจัดการข้อมูลเพื่อพัฒนา
h. Feedback ระบบล่าช้า ไม่ทันเหตุการณ์
i. ไม่มีการประเมิน competency MI care ทั้งระบบ
j. กำลังพัฒนา post-MI cardiac rehabilitation

3) Warfarin (WF) clinic

a. Anticoagulant ไม่ได้มีเพียง AF
b. การใช้ WF มีข้อบ่งใช้มากกว่าใน AF
c. ยังมี WF clinic ไม่ครบ 100% ในจังหวัดนครสวรรค์
d. TTR ต่ำกว่าเกณฑ์ (จาก รพ.สปร. ปี 2559)

4) Heart failure clinic

a. อัตรา readmission/death สูง แต่ไม่มีตัวเลขแน่นอน มักตายจาก pulmonary edema และ HF ที่ไม่ได้รับการรักษาสาเหตุ

b. ผู้ป่วย HF ยังได้รับการ echocardiogram เพื่อประเมินผู้ป่วยน้อยกว่าที่ควรโดยเฉพาะ รพ. ห่างไกล

c. มีอายุรแพทย์โรคหัวใจไม่ครบ 5 จังหวัดขาด รพ.ชัยนาทฯ

d. ผู้ป่วย HF ยังได้รับการวินิจฉัยด้วย echocardiogram ยังน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน รพ. พื้นที่ห่างไกล

e. อัตราการได้รับ neurohormonal blockers น้อยกว่าที่ควรได้รับ

f. มี heart failure clinic ประจำจังหวัด 100%, มี advanced HF clinic 1 แห่ง (รพ.สปร.) ที่รักษาด้วยยา, เครื่องมือและ heart transplantation network พร้อมทั้งระบบ diuretic regimen และมี result ที่สามารถลด readmission / death ได้อย่างมาก

g. Protocol การรักษาแบบสหวิชาชีพยังไม่เป็นเอกภาพ

5) Open heart surgery

a. ยังมี CVT surgeon ไม่เพียงพอ

b. เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 ทำให้ได้รับบริจาคเลือดไม่เพียงพอกับการผ่าตัด Open heart surgery

1.2 ผลดำเนินงานย้อนหลัง

1. อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25) (เป้าหมายลดลงปีละ 1: แสนประชากร) (ปี 2562 < 27 ต่อแสนประชากร) (เป้าหมาย 26: แสน ประชากร)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน			
	2560	2561	2562	2563
นครสวรรค์	30.60	35.90	34.12	35.29
กำแพงเพชร	23.44	23.44	33.36	33.34
พิจิตร	23.44	25.88	24.40	34.18
อุทัยธานี	51.67	3.31	7.49	10.91
ชัยนาท	20.55	25.76	6.12	22.22
เขตสุขภาพที่ 3	**32.28**	**28.55**	**28.49**	**30.48**

2. ร้อยละโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fribrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ ร้อยละ 100 (เป้าหมาย ให้ได้จริง 24 ชั่วโมง ร้อยละ 100)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน				
	2560	2561	2562	2563	2564
นครสวรรค์	100	100	100	100	100
กำแพงเพชร	100	100	100	100	100
พิจิตร	100	100	100	100	100
อุทัยธานี	100	100	100	100	100
ชัยนาท	100	100	100	100	100
เขตสุขภาพที่ 3	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และหรือ ขยายหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน				
	2559	2560	2561	2562	2563
นครสวรรค์	72.85	92.34	81.30	87.63	88.24
กำแพงเพชร	83.17	92.79	84.54	94.67	94.10
พิจิตร	86.52	90.00	88.37	94.14	100.00
อุทัยธานี	92.93	76.47	85.36	86.53	94.36
ชัยนาท	82.50	80.71	91.05	89.15	83.33
เขตสุขภาพที่ 3	**80.90**	**86.72**	**84.64**	**90.63**	**88.24**

4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) (Door to needle time≤ 30 นาที)และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary Percutaneous Coronary Intervention หรือ PPCI) (Door to PPCI ≤ 60 นาทีในโรงพยาบาลที่มี cath Lab) (Door to PPCI ≤ 120 นาที ในโรงพยาบาลที่ไม่มี cath Lab) (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 70)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน			
	2560	2561	2562	2563
นครสวรรค์	NA	29.20	27.80	52.91
กำแพงเพชร	NA	28.57	40.59	36.92
พิจิตร	NA	27.20	48.00	71.70
อุทัยธานี	NA	31.43	22.22	34.32
ชัยนาท	NA	66.67	48.70	53.08
เขตสุขภาพที่ 3	**NA**	**31.27**	**36.61**	**50.77**

5. อัตราป่วยตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (เป้าหมาย ≤ 9 %)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน				
	2559	2560	2561	2562	2563
นครสวรรค์	17.53	15.41	13.70	16.96	14.64
กำแพงเพชร	12.87	8.11	8.46	5.43	5.20
พิจิตร	10.64	8.89	7.00	11.61	14.58
อุทัยธานี	9.09	17.34	14.30	11.53	22.53
ชัยนาท	21.00	14.58	13.82	10.85	10.52
เขตสุขภาพที่ 3	**14.22**	**12.86**	**11.74**	**12.38**	**11.25**

6. มีการจัดตั้ง Heart Failure clinic ในโรงพยาบาลระดับ M ขึ้นไป (เป้าหมาย > 60 %)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน				
	2559	2560	2561	2562	2563
นครสวรรค์	1/4	1/4	1/4	1/4	1/4
กำแพงเพชร	2/2	2/1	2/2	2/2	2/2
พิจิตร	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3
อุทัยธานี	0/1	0/1	0/1	0/1	1/1
ชัยนาท	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
เขตสุขภาพที่ 3	**5/11** **9%**	**5/11** **45%**	**5/11** **45%**	**5/11** **45%**	**6/11** **54.6%**

7. มีการจัดตั้ง Warfarin clinic ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (เป้าหมาย 100 %)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน				
	2559	2560	2561	2562	2563
นครสวรรค์	11/3	13/13	13/13	13/13	13/13
กำแพงเพชร	4/9	5/9	5/9	5/9	9/9
พิจิตร	5/9	6/9	9/9	9/9	9/9
อุทัยธานี	7/7	7/7	7/7	7/7	7/7
ชัยนาท	26/44	6/6	6/6	6/6	6/6
เขตสุขภาพที่ 3	**29/44** **65.91%**	**37/44** **84.09%**	**40/44** **90.91%**	**40/44** **90.91%**	**44/44** **100.00%**

3. กิจกรรมที่ดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

3.1 ร่วมจัดทำห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ปี 2565 วันที่ 8 ตุลาคม 2564 ณ ห้องประชุมราชาวดี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

3.2 เนื่องจากสถานการณ์ COVID -19 มีความรุนแรง ทางคณะกรรมการมีความเห็นว่าควรงดประชุมในปีงบประมาณ 2564 ไปก่อน มีการวางแผนโครงการจัดการประชุมในปี 2565

4.สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2564

4.1 อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25) (เป้าหมาย< 26 ต่อแสนประชากร) (ถึง ก.ย.64)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.63- 30 ก.ย.64		
	จำนวนประชากร	ตายโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25)	_: แสนประชากร
นครสวรรค์	1,040,526	315	30.27
กำแพงเพชร	714,118	206	28.85
พิจิตร	431,180	176	33.13
อุทัยธานี	328,657	37	11.26
ชัยนาท	325,530	77	23.65
เขตสุขภาพที่ 3	**2,840,011**	**811**	**28.56**

4.2 ร้อยละโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fribrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ ร้อยละ 100 (เป้าหมาย ให้ได้จริง 24 ชั่วโมง ร้อยละ 100)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.63- 30 ก.ย.64		
	จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้	ร้อยละ
นครสวรรค์	13	13	100%
กำแพงเพชร	9	9	100%
พิจิตร	9	9	100%
อุทัยธานี	7	7	100%
ชัยนาท	6	6	100%
เขตสุขภาพที่ 3	**44**	**44**	**100%**

4.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และหรือ ขยายหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.63- 30 ก.ย.64		
	จำนวนผู้ป่วย STEMI	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และหรือ ขยายหลอดเลือดหัวใจ	ร้อยละ
นครสวรรค์	294	253	86.10
กำแพงเพชร	125	114	91.20
พิจิตร	123	118	95.93
อุทัยธานี	91	83	91.20
ชัยนาท	99	94	94.9
เขตสุขภาพที่ 3	**732**	**662**	**90.44**

4.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) (Door to needle time≤ 30 นาที) และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary Percutaneous Coronary Intervention หรือ PPCI) (Door to PPCI ≤ 60 นาทีในโรงพยาบาลที่มี cath Lab) (Door to PPCI ≤ 120 นาที ในโรงพยาบาลที่ไม่มี cath Lab) (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 70)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.63- 30 ก.ย.64		
	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และหรือ ขยายหลอดเลือดหัวใจ	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และหรือ ขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้คุณภาพ	ร้อยละ
นครสวรรค์	146	84	57.53
กำแพงเพชร	125	68	54.4
พิจิตร	94	73	77.76
อุทัยธานี	91	69	75.82
ชัยนาท	94	61	64.89
เขตสุขภาพที่ 3	**550**	**355**	**64.55**

4.5 อัตราป่วยตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (เป้าหมาย ≤ 9 %)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.63- 30 ก.ย.64		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	294	52	17.69
กำแพงเพชร	171	18	10.53
พิจิตร	123	14	11.38
อุทัยธานี	91	10	10.98
ชัยนาท	99	9	9.09
เขตสุขภาพที่ 3	**778**	**103**	**13.24**

4.6 มีการจัดตั้ง Heart Failure clinic ในโรงพยาบาลระดับ M ขึ้นไป (เป้าหมาย > 60 %)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.63- 30 ก.ย.64		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	4	1	25%
กำแพงเพชร	2	2	100%
พิจิตร	3	1	33.3%
อุทัยธานี	1	1	100%
ชัยนาท	1	1	100%
เขตสุขภาพที่ 3	**11**	**6**	**54.6%**

4.7 มีการจัดตั้ง Warfarin clinic ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (เป้าหมาย 100 %)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.63- 30 ก.ย.64		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	13	13	100%
กำแพงเพชร	10	9	90%
พิจิตร	9	9	100%
อุทัยธานี	7	7	100%
ชัยนาท	6	6	100%
เขตสุขภาพที่ 3	**45**	**44**	**97.78%**

4.8 ลดอัตราการส่งผู้ป่วย ACS (STEMI) ออกนอกระบบและออกนอกเขต (เป้าหมาย ลดลง ปีละ 10%)

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.63- 30 ก.ย.64		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	294	107	36.39
กำแพงเพชร	92	8	8.6
พิจิตร	48	42	87.5
อุทัยธานี	81	16	19.75
ชัยนาท	99	74	74.74
เขตสุขภาพที่ 3	**614**	**247**	**40.23**

5. งบประมาณที่ใช้

เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 มีความรุนแรงไม่ได้ทำการจัดประชุมวิชาการ จึงไม่ได้ใช้งบประมาณ ปี 2564

6. ปัญหา อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

อัตราการเปิดหลอดเลือดอย่างมีคุณภาพยังต่ำเพราะ

1. ระบบการวินิจฉัยโรคและทัศนคติการรักษาโรคของแพทย์ที่ต้องการการเสริมศักยภาพ
2. การเปิดหลอดเลือดอย่างมีคุณภาพยังเป็นการพัฒนาคุณภาพเรื่องใหม่ ที่ต้องอาศัยความเข้าใจและระยะเวลาของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ปฏิบัติงาน นโยบายและการตอบแทนทางการเงินให้แก่สถานพยาบาลจาก สปสช. ซึ่งมีสัดส่วนผู้ป่วยมากที่สุด
3. ขาดการสื่อสารกันในระดับสถานพยาบาลถึงแนวทางที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ ยังมีความเคยชินกับระบบเก่าที่มีอัตราการตายสูง
4. แนวปฏิบัติที่ปลอดภัยและมีคุณภาพยังไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกพื้นที่ตลอดเวลาอย่างแท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงเวลาที่มีแพทย์-พยาบาลปฏิบัติงานใหม่และในโรงพยาบาลเอกชน
5. ความรู้และทัศนคติของแพทย์และพยาบาลในการรักษา STEMI ด้วยวิธีเปิดหลอดเลือดอย่างมีคุณภาพ
6. Total ischemic time (ระยะเวลาตั้งแต่ angina onset to reperfusion) นาน (median 145 นาที ของประเทศ 165 นาที) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ใช้ไปโดยรวมทั้งของผู้ป่วย (patient delay) และของระบบทั้งหมด (system delay)
7. ผู้ป่วยสูงอายุ, sudden cardiac arrest presentation, Killip 3-4 (38.9%) ซึ่งพบมากกว่า ช่วงเวลาใกล้เคียงกันกับปีงบประมาณ 2563 แต่สูงกว่าช่วงก่อนระบาดของ COVID-19 ถึง 35.5%

ข้อเสนอแนะ

1. สอนและฟื้นฟูแนวปฏิบัติไปในคราวปฐมนิเทศแพทย์ใช้ทุนใหม่ให้เป็นแนวเดียวกัน
2. Feedback โรงเรียนแพทย์
3. วิชาการสัญจรและการสนับสนุนในเชิงบวกแก่โรงพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ดีและเพิ่ม quality Reperfusion ได้

4. กลยุทธ์ Spoke & Hub model ช่วยลด total ischemic time ได้ เป็นนโยบายปฏิบัติหลักของ quality reperfusion STEMI ของเขตสุขภาพที่ 3 เพื่อเพิ่ม reperfusion ให้มีประสิทธิภาพ (เร็ว/ดี/มีความปลอดภัย) ซึ่งพบว่าปีงบประมาณ 2562-2564 มี quality reperfusion และ survival เพิ่มขึ้นโดยตลอด
5. สนับสนุนการเพิ่มศักยภาพ reperfusion ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ยา Tenecteplase (TNK) ซึ่งประสิทธิภาพสูงกว่า streptokinase (SK), แผนขยายเวลาการสวนหัวใจฉุกเฉินผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 3
6. การฟื้นฟูวิชาการการรักษา Acute coronary syndrome (ACS) ที่ทันสมัยเป็นมาตรฐานให้แก่เครือข่าย เช่น แพทย์ใหม่, ทีมฉุกเฉินและอายุรแพทย์ในพื้นที่ด้วยประชุมวิชาการ หรือ case conference เป็นระยะ
7. สร้างขวัญกำลังใจด้วยการปรับปรุงค่าตอบแทนทีมสวนหัวใจฉุกเฉินและผู้ดูแลภาวะวิกฤติให้ใกล้เคียงเขตสุขภาพอื่น ไม่เหลื่อมล้ำกับภาคเอกชน

สาขาโรคมะเร็ง

1. ข้อมูลพื้นฐาน

ในปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ รายงานในปี พ.ศ.2558 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ 73,938 คน ชาย 42,598 คน หญิง 31,340 คน

สาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในเพศชาย 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งช่องปากและคอหอย และมะเร็งเม็ดเลือดขาว สำหรับเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่

ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่าปีงบประมาณ 2563 อัตราป่วยโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญ 5 อันดับ ได้แก่ มะเร็งตับ, มะเร็งลำไส้, มะเร็งเต้านม, มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก 28.72 , 28.68 , 28.35 , 25.57 และ 24.68 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ) และข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่าปีงบประมาณ 2562 พบว่าอัตราตายโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญ 5 อันดับ ได้แก่ มะเร็งตับ, มะเร็งปอด, มะเร็งเต้านม, มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูก (26.24 , 25.33 , 9.29 , 8.60 และ 7.62 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ)

ปีงบประมาณ 2564 พบว่าอัตราป่วยโรคมะเร็ง เป็นปัญหาสำคัญ 5 อันดับ ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก (31.28 , 29.13 , 27.18 , 24.46, 16.22 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ)

ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่าโรคมะเร็งมีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2563 (129.75 , 128.21 , 92.96 , 132.87 และ 123.13 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ)

ปีงบประมาณ 2564 พบว่าอัตราตายโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญ 5 อันดับ ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม (18.40 , 16.69 , 5.15 , 5.05 , 4.08) ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราป่วยมะเร็งต่อประชากรแสนคน 5 อันดับโรค ของเขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2559-2564

มะเร็ง	2559		2560		2561		2562		2563		2564 (Q3)	
	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน
มะเร็งทุกชนิด (C00-C97)	6,829	278.12	7,353	244.28	7,353	329.45	7,166	240.16	4,553	215.21	5,724	272.37
มะเร็งเต้านม (C50)	1,103	48.15	1,185	39.36	800	35.84	846	28.35	636	30.06	849	40.40
มะเร็งลำไส้ (C18-C21)	969	41.85	993	32.98	816	36.56	859	28.68	622	29.40	795	37.83
มะเร็งตับ (C22)	840	30.14	813	27.00	704	31.54	857	28.72	579	27.37	826	39.30
มะเร็งปอด (C33-C34)	701	25.60	688	22.85	667	22.26	763	25.57	480	22.69	649	30.88
มะเร็งปากมดลูก (C53)	445	19.21	486	31.68	360	31.40	376	24.68	224	20.59	230	21.28

แหล่งที่มา : ทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ตารางที่ 2 จำนวนและอัตราป่วยมะเร็งต่อประชากรแสนคน 5 อันดับโรค ของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2564

มะเร็ง	นครสวรรค์		กำแพงเพชร		ชัยนาท		พิจิตร		อุทัยธานี		เขตสุขภาพที่ 3	
	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน
มะเร็งทุกชนิด (C00-C97)	1,627	226.86	1,133	158.66	1,003	312.03	1,256	234.39	705	213.25	5,724	272.37
มะเร็งเต้านม (C50)	345	48.10	125	17.50	134	41.69	153	28.62	92	57.47	849	40.40
มะเร็งลำไส้ (C18-C21)	228	31.79	169	23.67	160	49.78	158	29.56	80	24.20	795	37.83
มะเร็งตับ (C22)	217	30.26	171	23.95	123	38.27	230	43.02	85	25.71	826	39.30
มะเร็งปอด (C33-C34)	168	23.43	170	23.81	106	32.98	121	22.63	84	25.41	649	30.88
มะเร็งปากมดลูก (C53)	59	16.02	64	8.96	45	14.00	35	6.50	27	16.87	230	21.28

แหล่งที่มา : ทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ตารางที่ 3 จำนวนและอัตราตายมะเร็งต่อประชากรแสนคน 5 อันดับโรค ของเขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2559-2564

มะเร็ง	2559		2560		2561		2562		2563		2564(Q3)	
	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน
มะเร็งทุกชนิด (C00-C97)	2,922	97.11	2,752	91.42	3,005	100.30	2,963	134.97	3}245	108.99	3,790	180.35
มะเร็งปอด (C33-C34)	555	17.59	515	17.10	577	19.25	556	25.33	595	19.98	530	25.22
มะเร็งตับ (C22)	588	19.35	548	18.20	593	19.79	576	26.24	558	17.74	626	29.79
มะเร็งปากมดลูก (C53)	87	2.87	72	4.69	136	4.54	86	7.62	184	6.18	95	8.79
มะเร็งลำไส้ (C18-C21)	172	6.12	155	5.14	170	5.67	191	8.70	281	9.44	580	27.60
มะเร็งเต้านม (C50)	188	6.13	144	4.78	114	7.45	204	9.29	94	6.18	277	13.18

แหล่งที่มา : ทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ตารางที่ 4 จำนวนและอัตราตายมะเร็งต่อประชากรแสนคน 5 อันดับโรค ของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2564

มะเร็ง	นครสวรรค์		กำแพงเพชร		ชัยนาท		พิจิตร		อุทัยธานี		เขตสุขภาพที่ 3	
	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน	จำนวน	ต่อแสน
มะเร็งทุกชนิด (C00-C97)	1,018	141.92	875	122.53	1,003	312.08	660	123.46	234	70.78	3,790	180.35
มะเร็งตับ (C22)	110	15.34	181	25.35	123	38.27	154	28.81	58	17.54	626	29.79
มะเร็งปอด (C33-C34)	108	15.06	159	22.27	106	32.98	119	22.26	38	11.49	530	25.22
มะเร็งเต้านม (C50)	29	4.04	52	7.28	134	41.69	44	8.23	18	11.24	277	13.18
มะเร็งลำไส้ (C18-C21)	61	8.5	41	5.74	160	49.78	28	5.24	13	3.93	580	27.60
มะเร็งปากมดลูก (C53)	8	2.29	22	3.08	45	14.00	14	2.60	6	12.39	95	8.79

แหล่งที่มา : รายงานการตาย รายจังหวัด โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

2. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตารางที่ 5 ผลงานตัวชี้วัดของ Service Plan เขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2564

ยุทธศาสตร์ที่	ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		นครสวรรค์	อุทัยธานี	กำแพงเพชร	ตาก	พิจิตร	พิษณุโลก	เขตสุขภาพที่ 3
1	1	ร้อยละของการจัดกิจกรรมตามแผนป้องกันและรณรงค์เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งอย่างชัดเจน ร้อยละ 80	เป้าหมาย	15	4	8	12	8	47
			ผลงาน	15	4	8	12	8	47
			ร้อยละ	100	100	100	100	100	100
2	2.1	ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 80	เป้าหมาย	151,590	107,399	53,391	79,006	55,486	446,872
			ผลงาน	48,247	37,409	17,932	10,405	16,919	130,912
			ร้อยละ	31.83	34.83	33.59	13.17	30.49	29.29
	2.2	สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 รวมกัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	ระยะที่ 1-4	113	20	12	3	7	155
			ระยะที่ 1-2	52	13	7	3	6	81
			ร้อยละ	46.02	65.00	58.33	100	85.72	52.26
	2.3	ร้อยละของสตรี อายุ 30-70 ปี ได้รับความรู้และได้รับการสอนตรวจเต้านมตนเอง ร้อยละ 80	เป้าหมาย	203,093	141,164	72,769	107,309	73,170	597,505
			ผลงาน	164,406	130,045	64,404	81,380	67,945	508,180
			ร้อยละ	80.95	92.12	88.50	75.84	92.86	85.05
	2.4	ร้อยละของสตรี อายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 80	เป้าหมาย	203,093	116,465	72,769	107,309	58,711	558,347
			ผลงาน	168,478	107,034	65,057	81,380	48,578	364,597
			ร้อยละ	82.96	91.90	89.40	75.84	82.74	65.30
	2.5	สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 รวมกัน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	ระยะที่ 1-4	194	76	30	95	17	412
			ระยะที่ 1-2	102	41	19	44	12	218
			ร้อยละ	52.58	53.95	63.33	46.32	70.59	20.91

ยุทธศาสตร์ที่	ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		นครสวรรค์	กำแพงเพชร	ชัยนาท	พิจิตร	อุทัยธานี	เขตสุขภาพที่ 3
3	3	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาภายใน 2 สัปดาห์ มากกว่าร้อยละ 80	เป้าหมาย	1,205	879	554	251	106	2,995
			ผลงาน	1,077	876	554	236	85	2,758
			ร้อยละ	89.00	99.66	100	94.02	80.19	92.08
	4	ร้อยละของผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตบริการสุขภาพเพื่อทำการตรวจวินิจฉัย (Cancer Diagnosis) โรคมะเร็ง ลดลงร้อยละ 50 เทียบกับปีที่ผ่านมา	เป้าหมาย	52	815	NA	24	122	1013
			ผลงาน	5	250	NA	32	51	338
			ร้อยละ	9.62	30.67	NA	8.33	61.48	33.37
4	5.1	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 70	เป้าหมาย	400	82	91	200	99	872
			ผลงาน	248	60	64	143	68	583
			ร้อยละ	62.00	73.17	70.32	71.50	68.69	66.86
	5.2	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 70	เป้าหมาย	655	99	108	197	73	1,132
			ผลงาน	400	82	87	152	63	784
			ร้อยละ	61.00	82.83	80.55	77.16	86.31	69.26
	5.3	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 70	เป้าหมาย	810	193	121	189	59	1,326
			ผลงาน	686	127	77	136	45	1,111
			ร้อยละ	84.69	62.80	63.63	71.96	76.27	83.78
	6	ร้อยละของผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตบริการสุขภาพเพื่อทำการรักษา (Cancer Treatment) โรคมะเร็ง ลดลง ร้อยละ 50 เทียบกับปีที่ผ่านมา	เป้าหมาย	52	815	1534	24	249	2,674
			ผลงาน	47	565	519	22	159	1,312
			ร้อยละ	90.39	69.33	33.84	91.67	63.86	49.07
5	7	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ร้อยละ 70	เป้าหมาย	194	288	32			
			ผลงาน	113	282	11			
			ร้อยละ	58.25	97.91	34.38			

ยุทธศาสตร์ที่	ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		นครสวรรค์	กำแพงเพชร	ชัยนาท	พิจิตร	อุทัยธานี	เขตสุขภาพที่ 3
5	8	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	เป้าหมาย	14	12	8	12	8	54
			ผลงาน	14	12	8	12	8	54
			ร้อยละ	100	100	100	100	100	100
6	9.1	ระดับความสำเร็จของการจัดตั้งหน่วยทะเบียนและมีการทำ Population-Based Cancer Registry (ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร)	เป้าหมาย	1	1	1	1	1	5
			ผลงาน	0	0	0	0	0	0
			ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	9.2	ระดับความสำเร็จของการทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry	เป้าหมาย	1	1	1	1	1	5
			ผลงาน	1	1	1	1	1	5
			ร้อยละ	100	100	100	100	100	100
7	10	ระดับความสำเร็จของการจัดตั้ง Research Center และผลิตผลงานวิจัย	เป้าหมาย	1	1	1	1	1	1
			ผลงาน	0	0	0	0	0	0
			ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อย ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2564 (Q3)

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		นครสวรรค์	กำแพงเพชร	ชัยนาท	พิจิตร	อุทัยธานี	เขตสุขภาพที่ 3
1	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 80.41	เป้าหมาย	210	82	91	200	99	682
		ผลงาน	144	60	64	143	68	479
		ร้อยละ	69.00	73.17	70.32	71.50	68.69	70.23
2	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 80	เป้าหมาย	430	99	108	197	73	907
		ผลงาน	275	82	87	152	63	659
		ร้อยละ	64.00	82.83	80.55	77.16	86.31	72.66
3	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 80	เป้าหมาย	170	193	121	189	59	732
		ผลงาน	70	127	77	136	45	455
		ร้อยละ	41.00	62.80	63.63	71.96	76.27	62.16

ปีงบประมาณ 2564 สตรี อายุ 30-60 ปี ในเขตสุขภาพที่ 3 ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 29.29 และจังหวัดที่ผลการดำเนินงานสูงสุด คือ จังหวัดกำแพงเพชร ร้อยละ 34.83, รองลงมา คือ จังหวัดชัยนาท ร้อยละ 33.59 , จังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 31.83, จังหวัดอุทัยธานี ร้อยละ 30.46 และจังหวัดพิจิตร ร้อยละ 13.17

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2562-2564 จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	2562			2563			2564		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	162,148	107,187	66.10	149,418	43,451	29.09	151,590	48,247	31.83
กำแพงเพชร	118,100	67,493	57.15	109,124	30,050	27.54	107,399	37,409	34.83
ชัยนาท	58,645	29,665	50.58	52,855	10,134	19.17	53,391	17,932	33.59
พิจิตร	88,000	46,800	52.39	79,330	18,025	22.72	79,006	10,405	13.17
อุทัยธานี	74,213	29,207	39.36	56,983	11,937	20.95	55,486	16,919	30.46
เขตสุขภาพที่ 3	501,106	279,652	55.81	390,727	113,597	29.07	446,872	130,912	29.29

แหล่งที่มา : 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ปีงบประมาณ 2564 สตรีอายุ 30-70 ปี ในเขตสุขภาพที่ 3 ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 84.94 และจังหวัดที่ผลการดำเนินงานสูงสุด คือ จังหวัดอุทัยธานี ร้อยละ 93.42 , จังหวัดกำแพงเพชร ร้อยละ 91.89 จังหวัดชัยนาท ร้อยละ 88.72 , จังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 80.50 และ จังหวัดพิจิตร ร้อยละ 75.84

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละสตรีอายุ 30–70 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2562-2564 จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	2562			2563			2564		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	204,811	168,899	82.47	201,448	159,467	79.16	203,093	164,406	80.95
กำแพงเพชร	148,249	134,592	90.79	143,038	131,705	92.08	141,164	130,045	92.12
ชัยนาท	74,161	66,597	90.42	72,929	65,462	89.76	72,769	64,404	88.50
พิจิตร	111,196	94,261	84.77	109,104	91,258	83.64	107,309	81,380	80.48
อุทัยธานี	92,298	69,416	75.21	74,952	67,016	89.41	73,170	67,945	92.86
เขตสุขภาพที่ 3	630,715	33,765	84.62	601,471	514,908	85.61	597,505	508,180	85.05

แหล่งที่มา : 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ปีงบประมาณ 2564 สตรีอายุ 30-70 ปี ในเขตสุขภาพที่ 3 ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 85.05 และจังหวัดที่ผลการดำเนินงานสูงสุด คือ จังหวัดกำแพงเพชร ร้อยละ 91.90 รองลงมา คือ จังหวัดชัยนาท ร้อยละ 89.62 จังหวัดอุทัยธานี ร้อยละ 84.12 จังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 82.63 และจังหวัดพิจิตร ร้อยละ 51.17

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละสตรีอายุ 30–70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2562-2564 จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	2562			2563			2564(Q3)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	204,811	138,899	82.47	201,448	16,609	82.46	203,093	168,478	82.96
กำแพงเพชร	117,830	106,460	90.35	143,038	131,705	92.08	116,465	107,034	91.90
ชัยนาท	74,161	68,077	91.80	72,929	66,357	90.99	72,769	65,057	89.40
พิจิตร	110,740	97,477	84.77	109,104	91,258	83.64	107,309	81,380	75.84
อุทัยธานี	69,437	46,528	67.07	59,848	49,924	83.42	58,711	48,578	82.74
เขตสุขภาพที่ 3	576,979	487,441	84.48	586,367	355,853	60.69	597,505	508,180	85.05

แหล่งที่มา : 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ปีงบประมาณ 2564 ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในเขตสุขภาพที่ 3 พบระยะที่ 1 และ 2 จำนวน 54 ราย จากทั้งหมด 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.10

ตารางที่ 10 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก เขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด และ Staging ปีงบประมาณ 2560-2564

จังหวัด	ปีงบประมาณ 2561				ปีงบประมาณ 2562				ปีงบประมาณ 2563				ปีงบประมาณ 2564			
	Staging				Staging				Staging				Staging			
	1-2	1-4	%	NA	1-2	1-4	%	NA	1-2	1-4	%	NA	1-2	1-4	%	NA
นครสวรรค์	63	121	64.95	34	68	144	47.22	22	37	65	26.92	16	22	38	42.14	6
กำแพงเพชร	9	14	64.28	0	20	18	90.00	3	9	15	60.00	0	20	13	65.00	
ชัยนาท	4	4	100	0	7	10	70.00	3	10	20	50.00	0	5	2	5	
พิจิตร	6	6	100	0					7	10	70.00	0	2	2	100	0
อุทัยธานี	19	26	73.07	0	7	8	87.50	0	4	12	30.00	0	6	7	85.72	
เขตสุขภาพที่ 3	64	91	70.32	34	102	180	56.66	28	67	122	54.92	16	54	62	87.10	6

แหล่งที่มา : ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ปีงบประมาณ 2564 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในเขตสุขภาพที่ 3 พบระยะที่ 1 และ 2 จำนวน 193 ราย จากทั้งหมด 421 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.84

ตารางที่ 11 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม เขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด และ Staging ปีงบประมาณ 2560-2564

จังหวัด	ปีงบประมาณ 2560				ปีงบประมาณ 2561				ปีงบประมาณ 2562				ปีงบประมาณ 2563				ปีงบประมาณ 2564 (Q3)			
	Staging				Staging				Staging				Staging				Staging			
	1-2	1-4	%	NA	1-2	1-4	%	NA	1-2	1-4	%	NA	1-2	1-4	%	NA	1-2	1-4	%	NA
นครสวรรค์	91	126	72.22	51	103	238	59.20	64	131	290	45.17	51	80	180	44.44	82	54	82	65.85	74
กำแพงเพชร	70	135	51.85	0	55	83	66.26	0	41	24	58.54	0	53	84	63.09	0	17	12	70.59	
ชัยนาท	23	45	51.11	13	15	46	32.6	0	23	45	51.11	13	19	25	39.58	48	21	32	65.62	52
พิจิตร	42	65	64.62	8	44	62	71.00	0	68	126	53.96	0	45	76	59.21	0	95	95	95	95
อุทัยธานี	2	7	28.57	0	15	23	65.21	0	27	38	71.05	0	14	23	60.90	0	6	7	85.72	
เขตสุขภาพที่ 3	228	378	60.32	72	232	452	51.32	64	290	523	55.45	64	211	388	54.38	130	193	421	45.84	221

แหล่งที่มา : ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

3. ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

1. เป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตาย เพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ การเข้าถึงบริการการรักษา มีการบริการจัดการโดยกำหนดเป้าหมายและมาตรการในแต่ละกลุ่มเพื่อลดอัตราป่วย อัตราตาย เพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และการเข้าถึงบริการการรักษา โดยคัดกรองโรคมะเร็งที่สำคัญของจังหวัดโดยใช้สื่อ 7 สัญญาณอันตราย เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA ที่สามารถคัดกรองได้แม่นยำมากกว่าวิธีตรวจด้วยวิธี Pap smear , การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธี 3 นิ้ว 3 สัมผัส , การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระ ด้วยวิธี FIT Testและส่งเสริมให้ความรู้ 5 ทำ 5 ไม่ ห่างไกลมะเร็ง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง

2. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ตามโครงการของกระทรวงที่มี สปสช.สนับสนุน

3. พัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง การให้เคมี รังสีรักษาและการผ่าตัด

4. พัฒนาระบบ การส่งต่อ (three refer) เพื่อการรักษาผู้ป่วยภายในเขตสุขภาพที่ ๓ เพื่อลดการส่งออกนอกเขตสุขภาพเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาและลดระยะเวลารอคอยการรักษา

5. พัฒนาระบบการส่งต่อประเด็นการยืนยันสิทธิ์โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวในโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ (Cancer anywhere)

4. ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค

1) อัตราป่วย อัตราตาย ด้วยมะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกยังเป็นปัญหาที่สำคัญของเขตบริการสุขภาพที่ 3

2) การคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

3) สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและ มะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย

4) ระยะเวลารอคอยผ่าตัดและเคมีบำบัด ล่าช้า

5) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA ล่าช้า

6) การใช้โปรแกรม TCB และ TCB plus ไม่ครอบคลุม

7) ขาดพยาบาลผู้ประสานงานการส่งต่อ และโครงการ cancer anywhere

ข้อเสนอแนะ

1) เร่งรัดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีคัดกรองชนิด HPV DNA ในทุกเครือข่ายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในปี 2564 ร้อยละ 80 เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการมากขึ้น

2) ทบทวนความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้บริการ Clinical Breast Exam

3) สนับสนุนให้มีการจัดตั้ง Breast Clinic ในสถานบริการที่มีความพร้อม

4) พัฒนาศักยภาพของแพทย์ในการทำ FNA CNB ที่ รพช.ทุกแห่งเพื่อให้การวินิจฉัยได้เร็วขึ้น

5) ทบทวนความรู้และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการตรวจและสอน การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

6) ติดตามและประเมินผลการใช้สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

7) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้มี Care Giver ครอบคลุมพื้นที่

8) ให้โรงพยาบาลทุกแห่ง มียา Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

9) หาแนวทางการบริหารจัดการเรื่องห้องผ่าตัดให้เพียงพอ ลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัด

10) จัดอบรมการใช้โปรแกรม TCB และ TCB plus ใน รพ.ที่มีผู้ป่วยมะเร็งไปรับการรักษา

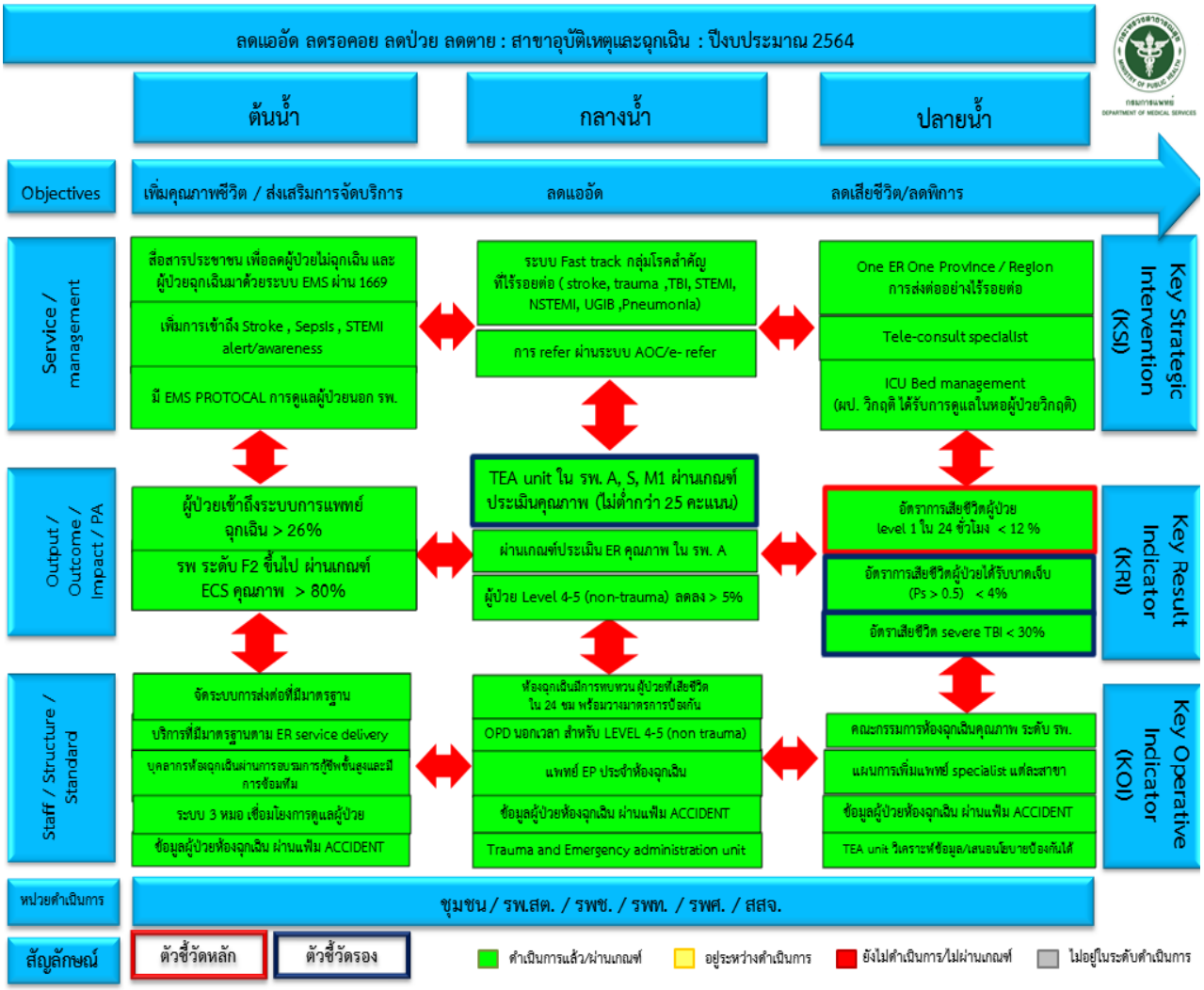
สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1. ประเด็นสำคัญ/จุดมุ่งเน้นที่สำคัญ/เป้าหมายนโยบายของ Service Plan

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) <12 %

2. สถานการณ์/ปัญหา

จากแนวทางการการตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 3 ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย ปีงบประมาณ 2564 มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิต การส่งเสริมการจัดบริการ ลดความแออัด ลดเสียชีวิต ลดพิการ ตามข้อมูลดังนี้



ตัวชี้วัดหลักคืออัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) <12 % ซึ่งจากการดำเนินงานปี 2563 ของเขตสุขภาพที่ 3 อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ ร้อยละ 11.49 ซึ่งยังมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงอยู่ จากการศึกษาข้อมูลพบว่าการเสียชีวิตเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ในปี 2564 มีการวางแผนจะพัฒนาทั้งในด้านบุคลากร และเครื่องมือในการติดตามอาการผู้ป่วย โดยวางแผนในเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan อุบัติเหตุและฉุกเฉินปีงบประมาณ 2564 ในเรื่อง โครงการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินแบบครบวงจร เขตสุขภาพที่3 โดยการจัดอบรมให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อผู้ป่วย ในเขต 3 มีการของบประมาณการติดตั้งเครื่อง Telemedicine ให้ครอบคลุมในเขต และการพัฒนาบุคลากรในเรื่องการอบรมเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉินให้กับพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งได้งบประมาณจากกรมการแพทย์ให้ดำเนินการได้ แต่เนื่องจากมีสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโควิด 19 ในระลอก 3 ทำให้โครงการการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินแบบครบวงจร เขตสุขภาพที่ 3 ต้องยกเลิกเพราะจะต้องมีการรวมกลุ่มกันเกิน 50 คน และการพัฒนาบุคลากรการอบรมเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ไม่ได้มีการอบรม เนื่องจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ไม่ได้เปิดการเรียนการสอนในหลักสูตรนี้

3. ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด

3.1 ตัวชี้วัด Service plan ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

ตัวชี้วัด	ประเด็นตรวจราชการ	เป้าหมาย	นครสวรรค์	พิจิตร	ชัยนาท	อุทัยธานี	กำแพงเพชร	เขตสุขภาพที่ 3
ตัวชี้วัดหลัก	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในรพ.ระดับ A,S,M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (trauma <12% และ non-trauma <12%)	< 12%	11.00	5.28	8.12	16.40	14.38	10.23
ตัวชี้วัดย่อย 1	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า PS มากกว่า 0.5 ใน รพ. ระดับ A, S, M1	< 4%	1.22	1.18	0.64	0.65	3.02	1.15

ตัวชี้วัด	ประเด็นตรวจราชการ	เป้าหมาย	นครสวรรค์	พิจิตร	ชัยนาท	อุทัยธานี	กำแพงเพชร	เขตสุขภาพที่ 3
ตัวชี้วัดย่อย 2	อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS ≤ 8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1	< 30%	52.94	52.08	46.55	12.50	35.04	33.04
ตัวชี้วัดย่อย 3	อัตราของ TEA unit ใน รพ.ระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน)	≥ 80%	100	0	100	100	100	80

จากตาราง จะพบว่าตัวชี้วัดในภาพเขต สาขาอุบัติเหตุ ผ่านตัวชี้วัดทั้งหมด แต่พบว่า ตัวชี้วัดหลัก อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม.ใน รพ.ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (trauma <12% และ non-trauma <12%) มีจังหวัด อุทัยธานี และจังหวัด กำแพงเพชร ยังไม่ผ่านตัวชี้วัด เกินเป้าหมาย ร้อยละ 12 คือ 16.40 และ 14.38 ตามลำดับ ส่วนตัวชี้วัดย่อยที่ 2 อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS ≤ 8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 มีจังหวัดอุทัยธานี ต่ำกว่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 12.50

3.2 จำนวนเครื่อง Telemedicine ทั้งหมด เครื่อง

จังหวัด/โรงพยาบาล	จำนวนเครื่อง	จังหวัด/โรงพยาบาล	จำนวนเครื่อง	จังหวัด/โรงพยาบาล	จำนวนเครื่อง
1.นครสวรรค์	17	2.พิจิตร	4	3.กำแพงเพชร	4
- สวรรค์ประชารักษ์	5	- พิจิตร	1	- กำแพงเพชร	2
- รพช.ในจังหวัดนครสวรรค์ 14 แห่ง แห่งละ 1 เครื่อง	14	- บางมูลนาก - ยุพราชตะพานหิน - โพทะเล	1 1 1	- ขาณุวรลักษบุรี - คลองขลุง	1 1

จังหวัด/โรงพยาบาล	จำนวนเครื่อง	จังหวัด/โรงพยาบาล	จำนวนเครื่อง
4.ชัยนาท	3	5.อุทัยธานี	3
- ชัยนาทนเรนทร - สวรรคบุรี	2 1	- อุทัยธานี - หนองฉาง - บ้านไร่	2 1

ผลงานที่ผ่านมา

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ไม่สามารถจัดอบรมได้ แต่ในส่วนของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ โรงพยาบาลต่างๆในเขต 3 ทั้ง 5 จังหวัดมีการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโควิด 19 เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานต้องปลอดภัย ซึ่งผลงานที่ได้รวบรวบไว้มีดังนี้

1.โครงการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่สู่ภาวะปกติใหม่ (รพ.พิจิตร) นำเสนองานวิชาการสาธารณภัยแห่งชาติ ปี 2564

2.โครงการ Personnel Safety @ ER (รพ.พิจิตร) นำเสนองานวิชาการสาธารณภัยแห่งชาติ ปี 2564

3.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ในจังหวัดนครสวรรค์ (รพ.สวรรค์ประชารักษ์) ส่งผลงานวิชาการสาธารณภัยแห่งชาติ ปี 2564

4.ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track ของหน่วย EMS ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ (รพ.สวรรค์ประชารักษ์)

5.การพัฒนาระบบการแสดงสถานะการรับบริการที่ ER ผ่าน QR code (รพ.สวรรค์ประชารักษ์)

6.ระบบบริหารเวรเปลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย (รพ.สวรรค์ประชารักษ์)

ปัญหาและข้อเสนอ

จากสถานการณ์การระบาดโรคโควิด 19 ทำให้การประชุมเพื่อพัฒนางานต่างๆจะเกิดความยุ่งยากเพิ่มขึ้น ทำให้ลดจำนวนการอบรม/ประชุมลง ทำให้แต่ละโรงพยาบาลต้องพัฒนาโรงพยาบาลของตัวเอง การอบรม/การประชุมต้องเน้นไปในทางการประชุม Online จะต้องมีการเตรียมห้อง เตรียมระบบ IT เพิ่มมากขึ้น

สาขาทารกแรกเกิด

1. สภาพปัญหา/สถานการณ์ (ย้อนหลัง 3-5 ปี เปรียบเทียบ เขต ประเทศ)

จำนวนทารกเกิดมีชีพ

จังหวัด	พ.ศ.2560	พ.ศ.2561	พ.ศ.2562	พ.ศ.2563	พ.ศ.2564
1.นครสวรรค์	8,602	7,097	7,352	7,117	6,661
2.กำแพงเพชร	5,174	4,808	4,713	4,403	4,276
3.พิจิตร	3,451	3,074	2,936	2,811	2,411
4.อุทัยธานี	2,529	2,519	2,453	2,208	1,982
5.ชัยนาท	2,273	1,976	1,808	1,662	1,419
6.เขต 3	21,763	19,474	19,262	18,131	16,749

สภาพปัญหา (Background)

- ทารกเสียชีวิตภายใน 28 วัน ส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนดอยู่ในเกณฑ์สูง
- เตียง NICUได้ตามอัตราส่วนต่ำสุด แต่การกระจายตัวไม่เพียงพอ เช่นที่ รพ.สวรรค์ประชารักษ์ มีคนไข้หนักที่ต้องนอน รพ.นาน และศูนย์รับ refer ทารกแรกเกิดศัลยกรรม ทำให้อัตราครองเตียงเกิน 100% ตลอดเวลา ทำให้ต้องมี ward sicknewborn และพยาบาลเฉพาะทางในการช่วยดูแลทารกหนัก
- พยาบาลที่จบเฉพาะทางทารกแรกเกิดยังไม่มีเพียงพอ โดยเฉพาะ รพ.สวรรค์ประชารักษ์
- ยังขาดเครื่องมือ iNO สำหรับ รพ.พิจิตร ในการรักษา PPHN ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถ refer ได้ และ รพ.จังหวัดมีศักยภาพในการรักษาหากได้รับเครื่องมือที่เหมาะสม
- เนื่องจาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้อัตราการนอน รพ.ลดลงทางเขตยังขาดแคลน พยาบาลเฉพาะทางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลายอัตรา

2. เป้าหมายโรค/การบริการ ปีงบประมาณ 2564

เป้าหมาย ลดอัตราตายทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด อัตราตายทารกแรกเกิด< 28 วัน <3.6 : 1000 การเกิดมีชีพ

เป้าหมาย เพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วย PPHN

ตัวชี้วัด อัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วย PPHN > 70%

เป้าหมาย เพิ่มจำนวนเตียง NICU

ตัวชี้วัด จำนวน NICU > 1: 500

3. กิจกรรมที่ดำเนินงาน

- ประชุมวิชาการปัญหาที่พบบ่อยในทารก 2 ครั้ง
- อบรมเชิงปฏิบัติการช่วยกู้ชีพสัญจร ที่ รพ.เครือข่าย
- พัฒนาบุคคลกรโดยขอทุนพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด 4 ราย

4. สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด/อื่นๆทุกตัว ของสาขาที่รับผิดชอบ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี พ.ศ.				
		2560	2561	2562	2563	2564
1.อัตราตายทารกแรกเกิด < 28วัน : 1,000การเกิดมีชีพ	<3.6 :1000 การเกิดมีชีพ	4.07	3.47	3.73	3.13	3.16
2. จำนวนเตียง NICU	1:500	1:604	1:566	1: 535	1:503	1:465
3.อัตราการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	> 80%	60	78	100	100	100

5. งบประมาณที่ใช้

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ตัวชี้วัดโครงการ	โครงการ/ กิจรรมหลัก	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย/จำนวน	งบประมาณรวม (บาท)
-บุคลากรมีสมรรถนะให้การดูแลทารกแรกเกิดวิกฤติ	1.หลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติทารกแรกเกิดวิกฤติ (4 เดือน)	พัฒนาศักยภาพบุคลากร	พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน	200,000 บาท
	2.ประชุมวิชาการประจำปีวิชาการ NCPR	พัฒนาคุณภาพบริการ	แพทย์ และพยาบาล จำนวน 200 คน	50,000บาท
	3.ประชุมคณะกรรมการ Service Plan ทารกแรกเกิด 1 ครั้ง	พัฒนาคุณภาพบริการ	กรรมการ Service Plan ทารกแรกเกิด	5,000บาท (งบ สปร.)

6. ปัญหา อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เป็นปัจจัยทำให้การดำเนินงานไม่สำเร็จ และข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข
1.เตียง NICU ไม่พอเพียง ที่ รพ.สวรรค์ประชารักษ์	-เพิ่มเตียง NICU 5 เตียง ที่ รพ.สวรรค์ประชารักษ์
2.บุคลากรไม่เพียงพอ - กุมารแพทย์ทารกแรกเกิด : รพ.สวรรค์ประชารักษ์ ขาด 2 คน -พยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต : รพ.อุทัยธานี ต้องการเพิ่ม 1 คน : รพ.กำแพงเพชร ต้องการเพิ่ม 1 คน : รพ.สปร. ต้องการเพิ่ม 8 คน	-เพิ่มกุมารแพทย์ทารกแรกเกิด : รพ.สวรรค์ประชารักษ์ เพิ่ม 1 คน : รพ.กำแพงเพชร เพิ่ม 1 คน -อบรมพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต : รพ.อุทัยธานี อบรม 1 คน : รพ.สปร.อบรม 5 คน (NICUปีละ 1 คน *5 ปี) (Sicknewborn ปีละ 1 คน* 3 ปี) : รพ.กำแพงเพชร อบรม 1 คน

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข
3.พยาบาลเฉพาะทางส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	อบรมพยาบาลนมแม่ เพิ่ม 2 คน (ปีงบ 66, 67)
4.ขาด Neonatologist ที่รพ.สวรรค์ประชารักษ์ 2 คน	กำลังลาศึกษา 1 คน ขอทุนเขตเพิ่ม 1 คนปีการศึกษาต่อไป
5. อุปกรณ์ ต้องการ iNO *1 เครื่อง รพ.พิจิตร	ควรจัดซื้อ iNO ที่ รพ.พิจิตร
6. ยังพบ Birth asphyxia สูงกว่าเขตอื่นๆ	เน้นวิชาการเรื่อง การกู้ชีพทารกและการส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

7. แผนพัฒนาระบบบริการ สาขาทารกแรกเกิด รพ.สวรรค์ประชารักษ์

7.1 แผนความต้องการบุคลากร ตาม Service Plan รพศ./รพท. (A/S)

โรงพยาบาล	RN	NNP	จำนวนที่ต้องการส่งเรียนพยาบาลเฉพาะทาง				
			ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
1.สวรรค์ประชารักษ์ (NICU)	14	4	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
1.สวรรค์ประชารักษ์ (Sick Newborn)	10	4	**1**	**1**	**1**	**1**	0
2.กำแพงเพชร (NICU)	7	5	**1**	0	0	0	0
2.กำแพงเพชร (Sick newborn)	12	0	0	0	0	0	0
3.พิจิตร	3	5	0	0	0	0	0
4.อุทัยธานี	5	1	**1**	0	0	0	0
5.ชัยนาท	7	5	0	0	0	0	0
รวมเขต	58	24	4	2	2	1	1

7.2 แผนความต้องการครุภัณฑ์/สิ่งก่อสร้าง สาขาทารกแรกเกิด

ลำดับ	จำนวนเตียง	ควรมี	ปัจจุบัน	ต้องการเพิ่ม	ครุภัณฑ์ iNO	
					ที่มี	ต้องการเพิ่ม
1.นครสวรรค์	เตียง NICU	15	10	5	1	-
2.กำแพงเพชร	เตียง NICU	8	8	0	-	-
3.พิจิตร	เตียง NICU	6	6	0	-	**1**
4.อุทัยธานี	เตียง NICU	6	6	0	-	-
5.ชัยนาท	เตียง NICU	6	6	0	-	-
รวมเขต	เตียง NICU	41	36	5	1	**1**

รายชื่อพยาบาลเฉพาะทางที่ขอทุนเขต 3 ศึกษาต่อเฉพาะทางทารกแรกเกิด

ปีงบประมาณ	โรงพยาบาล	ชื่อ
2565	สวรรค์ประชารักษ์	1. นางสาวประฐิญาภรณ์ ศรีวิลาส
		2. นางสาวพรรษา คงป่า
	อุทัยธานี	1. นางสาวราณี มูลเดช
	กำแพงเพชร	1. นางสาวชุลีพร อนุพันธ์
2566	สวรรค์ประชารักษ์	1. นางสาวรินทร์ลภัส แกล้วเกษตรกรณ์
		2. นางสาวศิริพร รมย์รวินท์
2567	สวรรค์ประชารักษ์	1. นางปวีณา ทองนิตย์
		2. นางสาวสุพิชญาณ์ เครือเนินสูง
2568	สวรรค์ประชารักษ์	1. นางสาววราภรณ์ วจีสัจจะ
		2. นางกาญจนา มิ่งขวัญ
2569	สวรรค์ประชารักษ์	1. นางสาวปวิตรา แผนสุวรรณ์

มาตรการในการดำเนินงาน

1. วางแผนเพิ่มจำนวนเตียง NICU ที่ รพ.สปร. (เขาเขียว) เป็น 15 เตียง
2. พัฒนาบุคลากรโดยการส่งเรียนพยาบาลทารกวิกฤต 4 เดือน ให้ได้ครบ 11 คนใน 5 ปี
3. ประชุมวิชาการทารกแรกเกิด 5 จังหวัดปีละ 1 ครั้ง
4. อบรมการกู้ชีพทารกวิกฤตและการส่งต่อ ปีละ 1 ครั้ง โดยให้แต่ละจังหวัดรับผิดชอบในเขตของตัวเอง
5. เสนอจัดซื้อ iNO ที่ รพ.พิจิตร โดยใช้งบ จังหวัดพิจิตร
6. ขอทุนสำหรับกุมารแพทย์ทารกแรกเกิดให้ รพ.สวรรค์ประชารักษ์ เพิ่ม 1 คน

สาขาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด

1.สภาพปัญหา (Background) ด้าน service delivery ของแต่ละจังหวัด พบว่า

ปีงบประมาณ 2562

- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเป้าหมายในจังหวัดนครสวรรค์ (8.87) รองลงมาคือ พิจิตร (7.2)
- อัตราการทำร้ายตนเองซ้ำค่อนข้างสูง ในจังหวัดชัยนาท (18.52)
- อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ผ่านเกณฑ์ ในจังหวัดกำแพงเพชรและอุทัยธานี (65.68, 69.80)
- อัตราการเข้าถึงบริการผู้มีปัญหาสมาธิสั้นต่ำกว่าเป้าหมาย ในจังหวัดอุทัยธานีและชัยนาท (เพิ่มจากเดิม ร้อยละ 2.16, 4.29)
- ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate) ร้อยละ 20 ไม่ผ่านเกณฑ์ในจังหวัดพิจิตร (16.42)

ปีงบประมาณ 2563

อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงจังหวัดอุทัยธานี และนครสวรรค์ (9.4, 8.46)

อัตราการทำร้ายตนเองซ้ำค่อนข้างสูงในจังหวัดชัยนาท (13.64)

อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยซึมเศร้าต่ำในจังหวัดพิจิตร (51.19)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ ต่ำในจังหวัดกำแพงเพชร และอุทัยธานี (70.11,73.11)

การเข้าถึงบริการผู้มีปัญหาสมาธิสั้นไม่ผ่านเกณฑ์ในจังหวัดชัยนาท (เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.93)

ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate) ปี 2563 ร้อยละ 50 ไม่ผ่านเกณฑ์ในจังหวัดชัยนาท และนครสวรรค์ (30.19, 49.0)

สภาพปัญหาโดยรวมที่ผ่านมา คือ เรื่องระบบการส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากมาตรฐานรพศ./รพท. ยังไม่ถึงระดับ 1 (ไม่มี ward จิตเวช) จึงจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วย ระบบส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ยังไม่สะดวก รวดเร็วและเป็นไปในแนวทางเดียวกันของเครือข่าย และขาดระบบการดูแลผู้ป่วยในการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจนในแต่ละจังหวัดและภาพเขต การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้านโดยเฉพาะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จิตแพทย์ทั่วไป พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด และนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย และยังไม่มีผู้รับผิดชอบงานด้านจิตเวชและยาเสพติดที่ชัดเจนโดยเฉพาะระดับ รพช. ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาก ต้องส่งตัวไปรับบริการห่างไกล ผู้ดูแลขาดศักยภาพทำให้ส่งผลต่อการแก้ปัญหาล่าช้า จึงต้องมีการพัฒนาระบบส่งต่อ และแนวทางส่งต่อผู้ป่วย ประสานงานเครือข่ายโดยมีโครงการพัฒนาระบบส่งต่ออย่างต่อเนื่อง ด้านข้อมูล ปัจจุบันยังไม่เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยภายในจังหวัดทั้งหมดได้ ระบบฐานข้อมูลโรคทางจิตเวชของ HDC ยังไม่ครบถ้วน ถูกต้อง ข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริง ด้านยาเสพติด พบว่า บางพื้นที่ผลดำเนินงานยังต่ำกว่าเป้าหมาย ปัจจุบันผู้ป่วยยาเสพติดมีอายุน้อยลงและเข้าไปเกี่ยวข้องกับคดียาเสพติดมากขึ้น แต่ผู้เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจในสถานพยาบาลกลับลดลง ปัญหาด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดเกี่ยวโยงกับปัญหาอื่นหลายด้าน เช่น ปัญหาเยาวชนตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรที่พบสูงขึ้น รวมทั้งมีคดีอื่นๆ ซึ่งการแก้ไขปัญหาเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน

2. เป้าหมายการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564 ตัวชี้วัดกระทรวง ปี 2564

ตัวชี้วัดหลัก

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 8.0 ต่อประชากรแสนคน

ตัวชี้วัดรอง (PA กระทรวง)

2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี (ร้อยละ 90)
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ร้อยละ 71)
4. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการ (ร้อยละ 82)

ผลการดำเนินงาน ปี2564

- อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงจังหวัดกำแพงเพชร พิจิตร (7.58, 7.11)
- อัตราการไม่ทำร้ายตนเองซ้ำผ่านเกณฑ์ทุกจังหวัด (มากกว่าร้อยละ 90)
- อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยซึมเศร้าผ่านเกณฑ์ทุกจังหวัด (มากกว่าร้อยละ 71)
- ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการต่ำในจังหวัดกำแพงเพชร (81.47)
- การเข้าถึงบริการผู้มีปัญหาสมาธิสั้นผ่านเกณฑ์ในจังหวัดพิจิตร (เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.57)
- ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate) ปี 2563 ร้อยละ 55 ไม่ผ่านเกณฑ์ในจังหวัดชัยนาท (53.16)

3. การดำเนินโครงการ/กิจกรรม ในปีงบประมาณ 2564

3.1 โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการทีมกำกับติดตามเพื่อวางแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2564 เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดเครือข่ายสุขภาพที่ 3 เป้าหมายทีมกำกับติดตามเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดเขตสุขภาพที่ 3 รวม 37 คน (ก.ย.64) การดำเนินงาน ประชุมทางไกลผ่านโปรแกรม Zoom meeting

3.2 โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติดเขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2564 เพื่อพัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อผู้ป่วยสุขภาพจิต ยาเสพติด และจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่3 ให้มีประสิทธิภาพ สะดวกต่อผู้รับบริการ และมีแนวทางเดียวกัน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วย ระบบการส่งต่อ และการจัดการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ มีระบบการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ ในกลุ่มแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตยาเสพติด งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้แทนของโรงพยาบาลทุกระดับในเขตสุขภาพที่ 3 และผู้จัด รวม 72 คน งบประมาณ 6,000 บาท การดำเนินงานประชุมทางไกลผ่านโปรแกรม Zoom meeting ในวันที่ 13 ส.ค.64

3.3 ดำเนินการประเมินจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดใน รพ.ของจังหวัดนครสวรรค์แล้ว 2 แห่ง และจะดำเนินงานต่อเนื่องอีก 18 แห่ง ในปี 2565 เพื่อให้มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนมากขึ้น เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และสนับสนุน การพัฒนาคุณภาพงานยาเสพติด มีการประเมินครบทุกแห่ง และผ่าน HA ครบทุกแห่งแล้วในเขตสุขภาพที่ 3

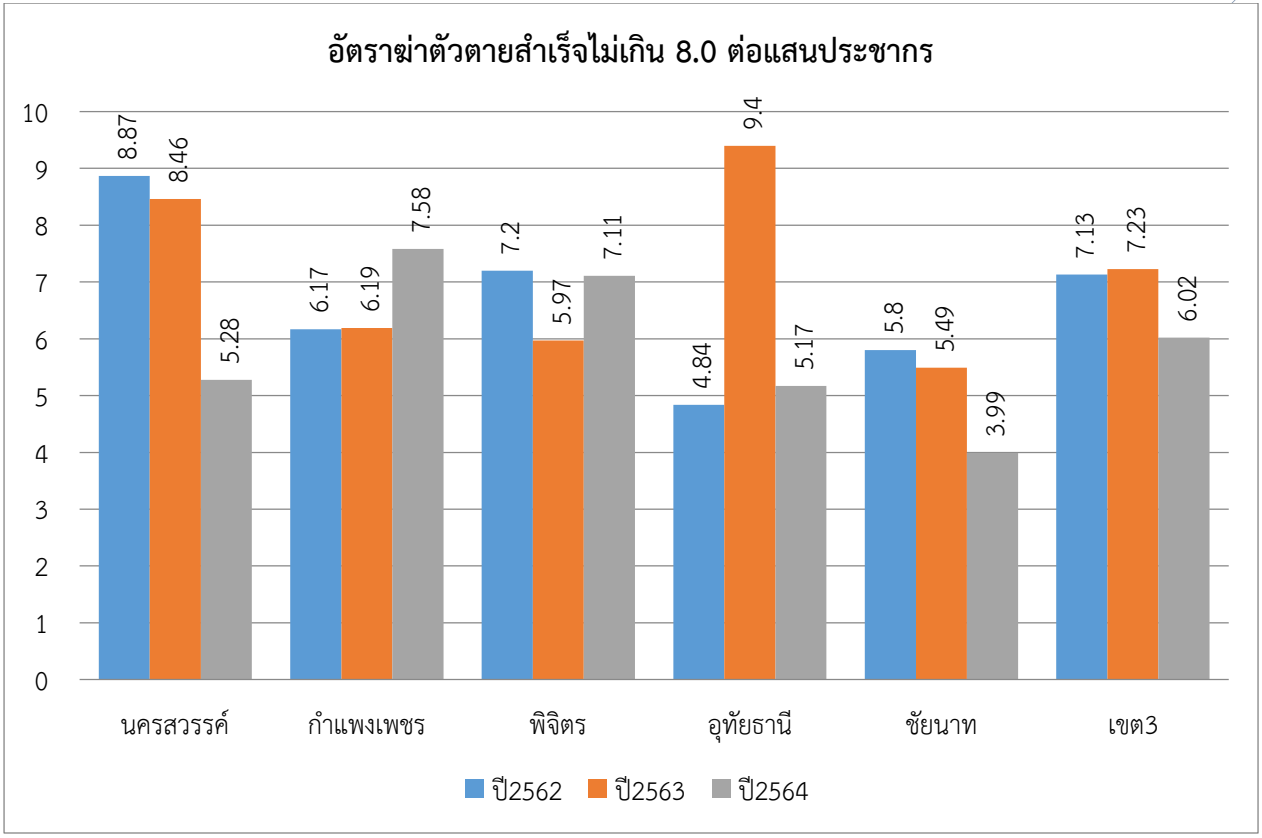
สรุปผลงานตามตัวชี้วัด สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2564 (ข้อมูล 1 ต.ค. 63 - 30 ก.ย.64)

ตารางที่ 1

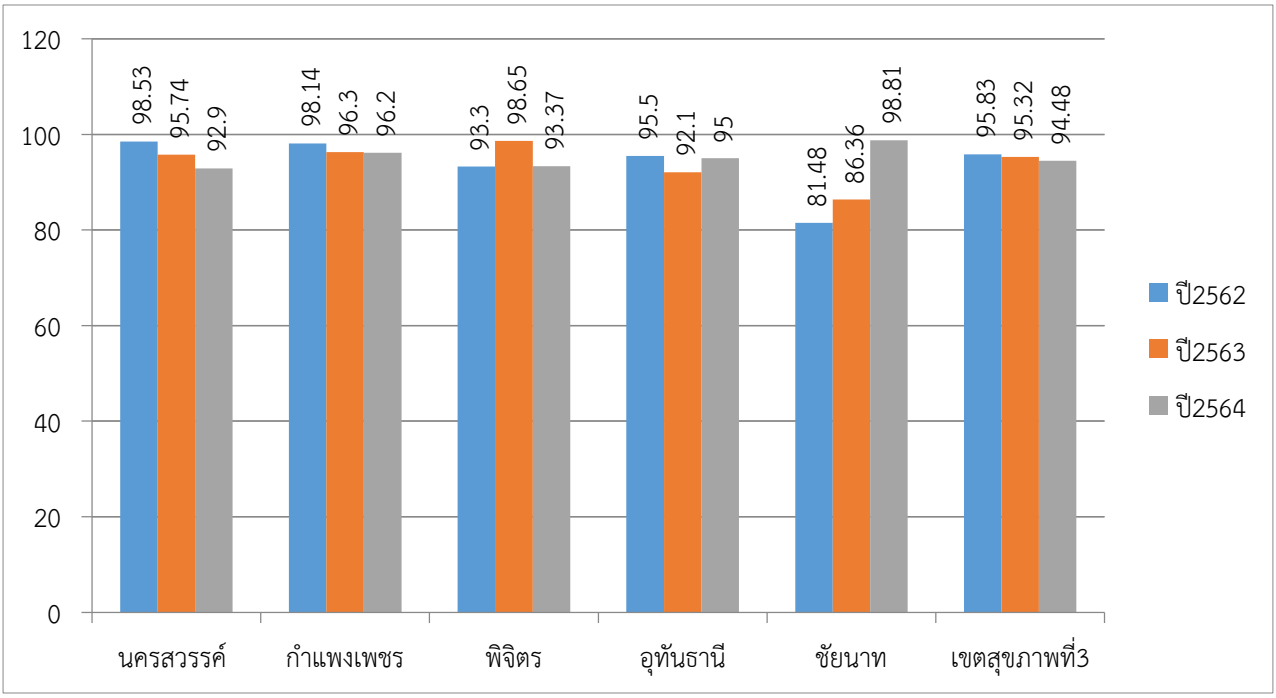
ที่	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2562			ปีงบประมาณ 2563			ปีงบประมาณ 2564		
		จำนวน	ผลงาน	อัตรา	จำนวน	ผลงาน	อัตรา	จำนวน	ผลงาน	อัตรา
1	**อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ**									
	ปี 2562 ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร ปี 2563 ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร ปี 2564 ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร									
	นครสวรรค์	1,059,887	94	8.87	1,040,308	88	8.46	1,041,876	55	5.28
	กำแพงเพชร	729,133	45	6.17	726,239	45	6.19	725,867	55	7.58
	พิจิตร	541,004	39	7.2	536,311	32	5.97	534,583	38	7.11
	อุทัยธานี (ไตรมาส 3)	330,299	16	4.84	329,942	31	9.4	328,567	17	5.17
	ชัยนาท	327,488	19	5.80	327,488	18	5.49	325,530	13	3.99
	เขตสุขภาพที่ 3	**2,987,811**	**213**	**7.13**	**2,960,288**	214	**7.23**	**2,956,423**	178	**6.02**
2	**ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี**									
	ปี 2562 ร้อยละ 80 ปี 2563 ร้อยละ 85 ปี 2564 ร้อยละ 90									
	นครสวรรค์	409	403	98.53	540	517	95.74	465	432	92.9
	กำแพงเพชร	215	211	98.14	216	208	96.30	292	281	96.2
	พิจิตร	68	58	93.30	74	73	98.65	166	155	93.37
	อุทัยธานี (ไตรมาส 3)	45	43	95.5	89	82	92.1	80	76	95.0
	ชัยนาท	55	44	81.48	44	38	86.36	84	83	98.81
	เขตสุขภาพที่ 3	**792**	**759**	**95.83**	**963**	**918**	95.32	**1087**	**1027**	**94.48**
3	**ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต**									
	ปี 2562 ผู้ป่วยซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานร้อยละ 60 ปี 2563 ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 68 ปี 2564 ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 71									
	นครสวรรค์	n/a	n/a	n/a	20,612	16,222	78.70	20,189	21,430	106.15
	กำแพงเพชร	13,563	13,884	102.37	13,597	15,520	114.14	13,624	17,347	127.33
	พิจิตร	n/a	n/a	n/a	10,470	5,360	51.19	10,346	9,751	94.25
	อุทัยธานี	n/a	n/a	n/a	5,708	8,384	146.88	6,259	8,523	136.36
	ชัยนาท	n/a	n/a	n/a	6,621	7,186	108.53	8,269	8,333	100.77
	เขตสุขภาพที่ 3	**n/a**	**n/a**	**n/a**	57,008	52,631	92.32	58,687	65,384	111.41
4	**ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ (เข้าถึงบริการสะสม)**									
	ปี 2562 ร้อยละ 75 ปี 2563 ร้อยละ 75 ปี 2564 ร้อยละ 82									
	นครสวรรค์	7,005	5,55	76.47	7,169	5,610	78.25	7,175	6,695	93.31
	กำแพงเพชร	4,718	3,099	65.68	4,718	3,308	70.11	4,825	3,931	81.47
	พิจิตร	3,607	2,888	80.07	3,635	3,053	84.00	3,635	3,568	98.16
	อุทัยธานี	2,169	1,514	69.80	2,194	1,604	73.11	2,195	1,875	85.42
	ชัยนาท	2,210	1,810	81.90	2,210	1,940	87.78	1,986	2,799	140.97
	เขตสุขภาพที่ 3	**19,976**	**14,334**	**71.76**	**19,926**	**15,501**	**77.79**	**19,816**	**18,868**	**95.22**

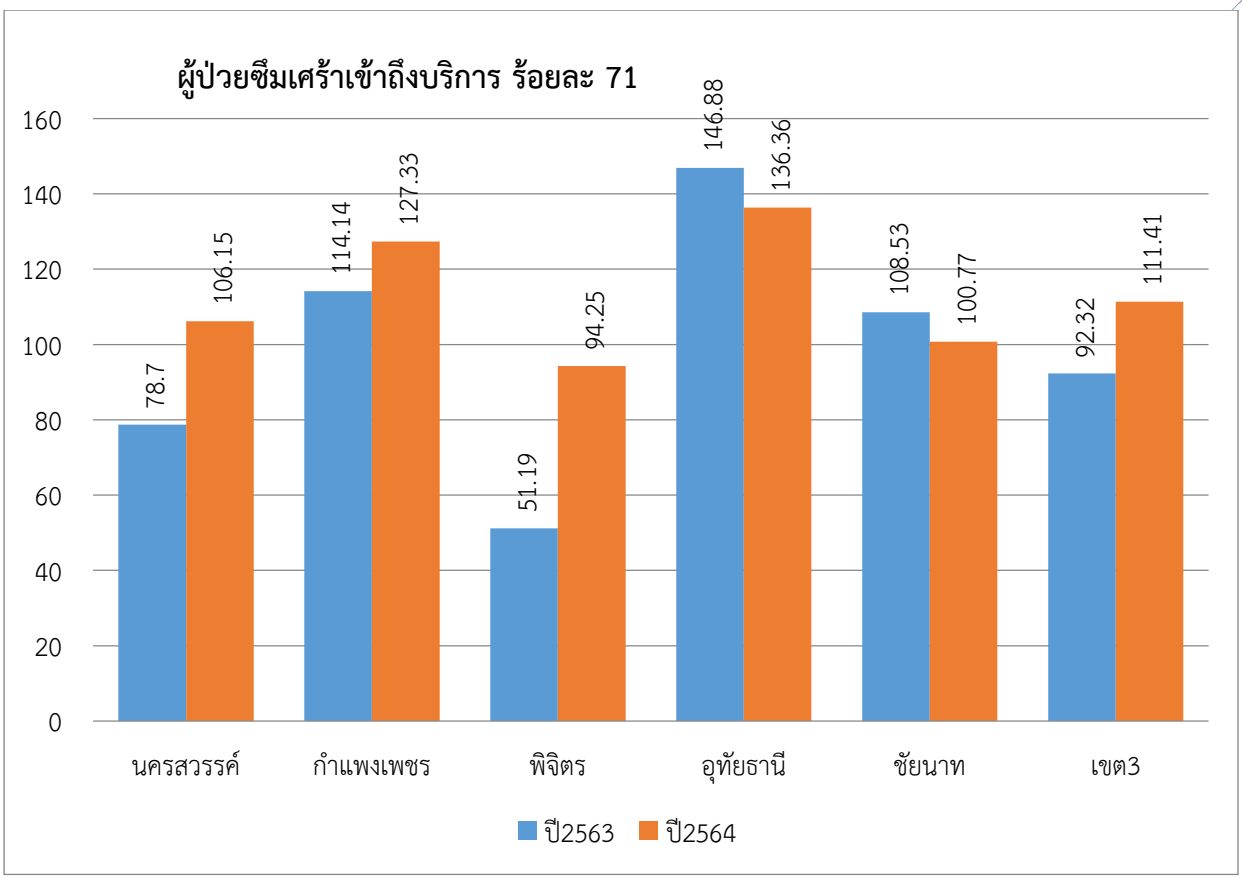
ตารางที่ 2 ผลงานตามตัวชี้วัด สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ2564 (ต่อ)

ที่	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2562			ปีงบประมาณ 2563			ปีงบประมาณ 2564		
		จำนวน	ผลงานสะสม	อัตรา (เพิ่มขึ้น)	จำนวน	ผลงานสะสม	อัตรา (เพิ่มขึ้น)	จำนวน	ผลงานสะสม	อัตรา
5	**ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ ปี 2562 เพิ่มขึ้น (จากปี61) ร้อยละ 5 ปี 2563 เพิ่มขึ้น (จากปี62) ร้อยละ 3 ปี 2564 ร้อยละ 25 (ยอดสะสมบริการ)**									
	นครสวรรค์	6,389	1,034	16.18 (7.77)	6,389	1,260	19.72 (3.54)	6,390	1,565	24.49
	กำแพงเพชร	4,795	561	11.70 (6.73)	4,795	732	15.27 (3.57)	4,786	1,019	21.29
	พิจิตร	3,328	628	18.87 (9.78)	3,268	893	27.32 (8.45)	3,316	881	26.57
	อุทัยธานี	2,111	161	7.63 (2.16)	2111	311	14.73 (7.71)	2,096	362	17.27
	ชัยนาท	2,100	253	12.05 (4.29)	1,895	265	13.98 (1.93)	1,898	330	17.39
	เขตสุขภาพที่ 3	**18,723**	**2,637**	**14.10 (6.82)**	**18,458**	**3,458**	**18.73 (4.63)**	**18,486**	**4,157**	**22.49**
6	**ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการติดตามดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) ปี 2562 ร้อยละ 20 ปี 2563 ร้อยละ 50 ปี 2564 ร้อยละ 55**									
	นครสวรรค์	295	137	46.44	639	313	49.00	386	264	68.39
	กำแพงเพชร	129	46	35.66	973	596	61.25	974	642	65.91
	พิจิตร	67	11	16.42	594	370	62.29	912	623	68.31
	อุทัยธานี	3	6	50	379	277	73.09	201	147	73.13
	ชัยนาท	122	34	27.87	371	112	30.19	269	188	53.16
	เขตสุขภาพที่ 3	**616**	**234**	**37.99**	**2956**	**1,668**	**56.43**	**2,742**	**1,864**	**67.98**

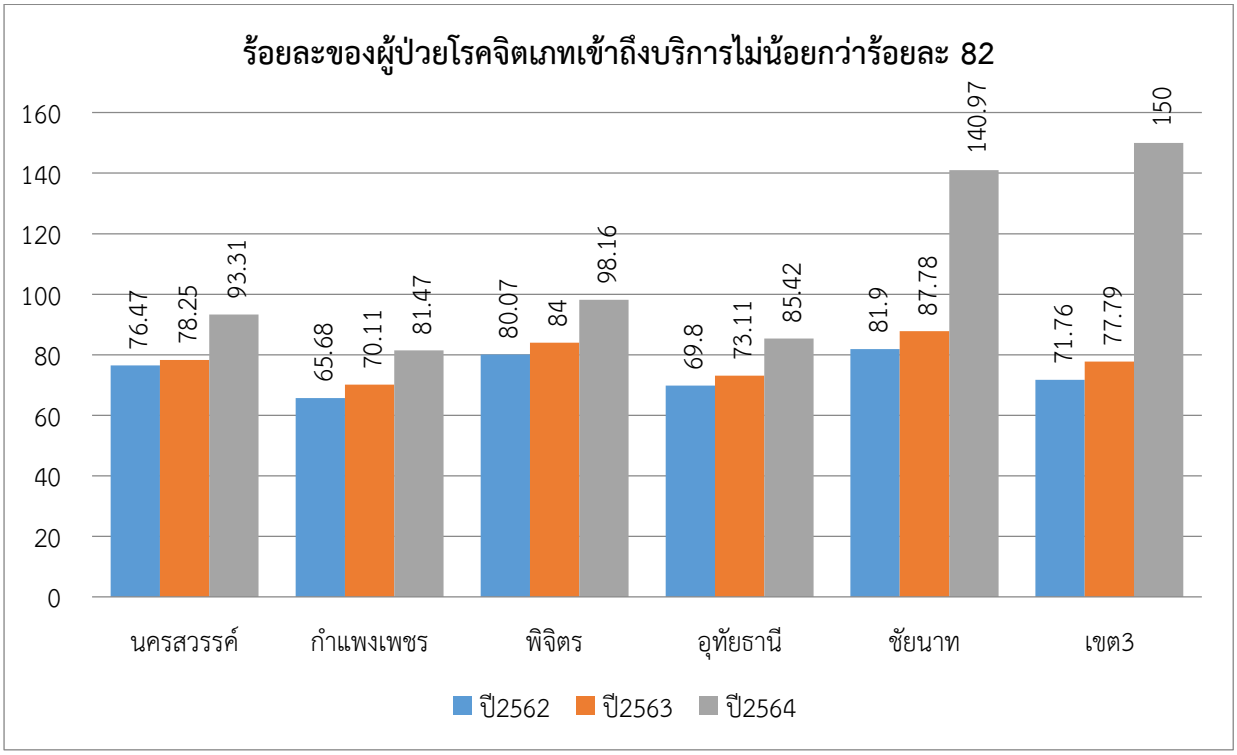


ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำใน 1 ปี ร้อยละ 90

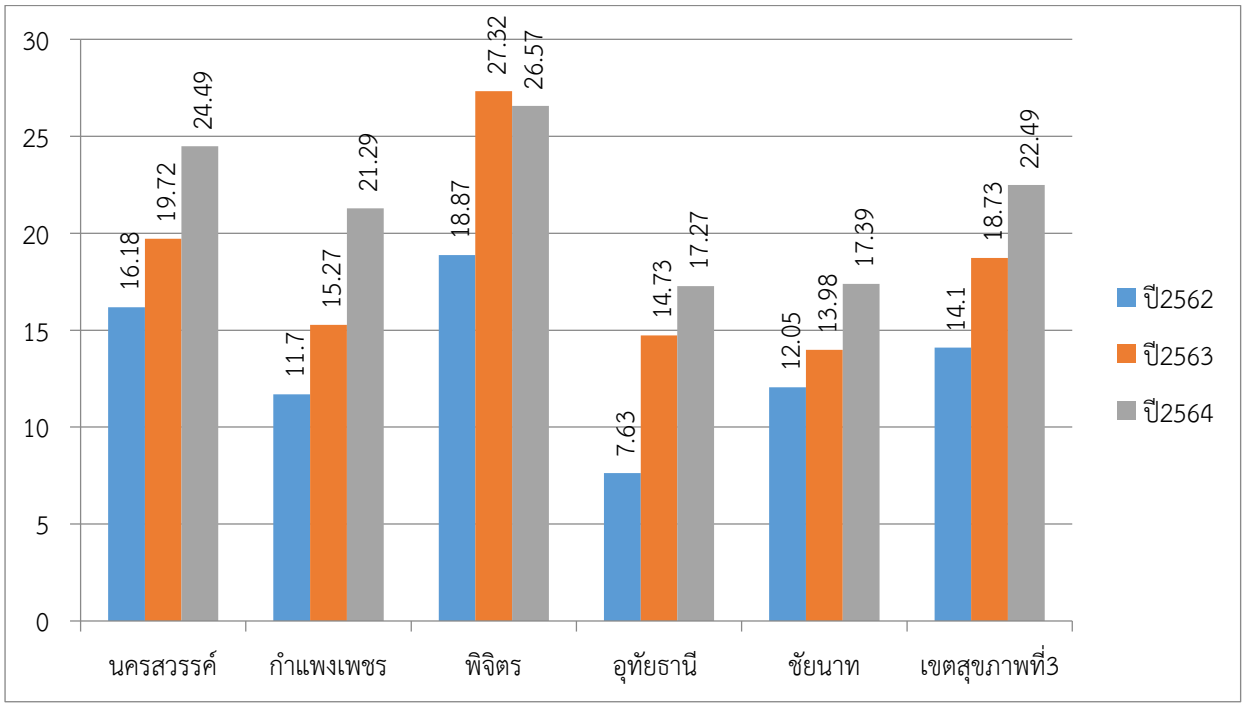




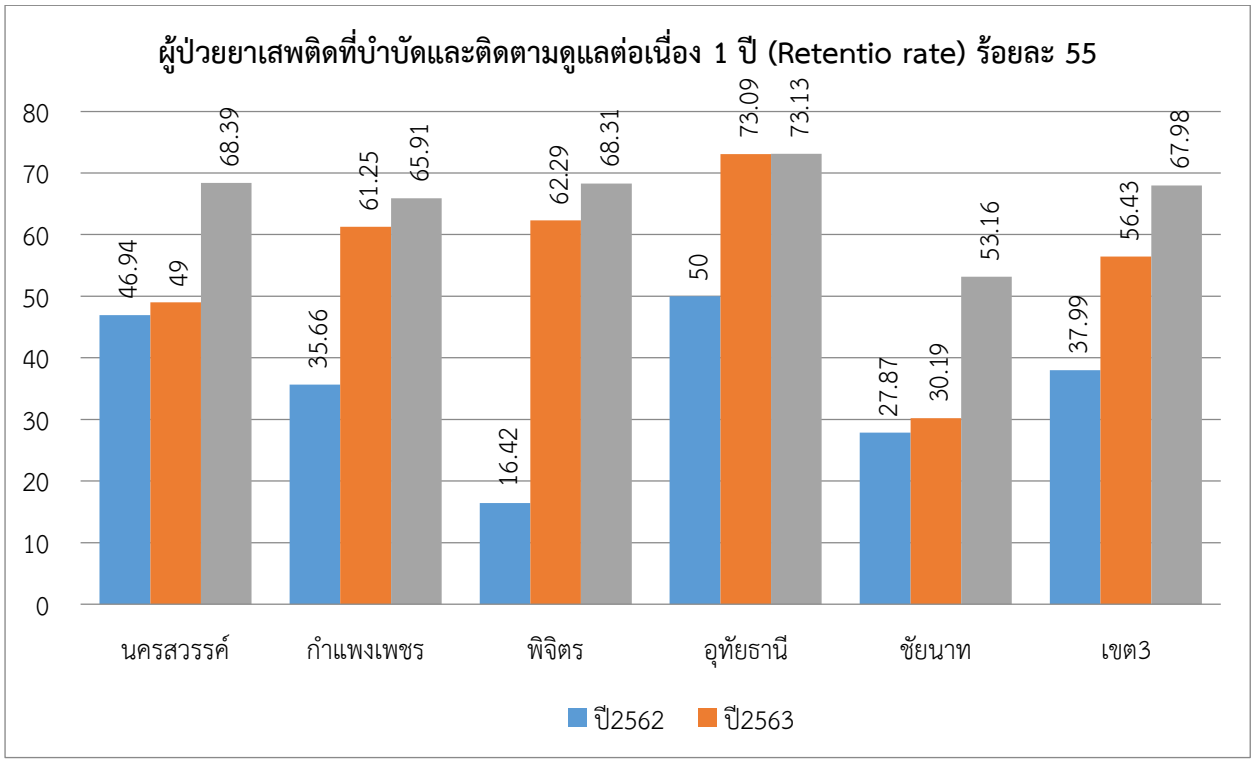
หมายเหตุ : ปี 2563 เปลี่ยนตัวชี้วัดเป็นผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 71



ปี 2564 ผู้มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 (ยอดสะสมบริการ)



หมายเหตุ : ปี 2562 เพิ่มจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5, ปี 2563 เพิ่มจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 3



หมายเหตุ : ปี 2562 ร้อยละ 20
ปี 2563 ร้อยละ 50
ปี 2564 ร้อยละ 55

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1.ระบบบริการ - มาตรฐาน รพศ./รพท. ยังไม่ถึงระดับ 1 (ไม่มีward จิตเวช) จึงจำเป็นต้องส่งต่อ และขาดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนในแต่ละจังหวัด และภาพเขตในการส่งต่อผู้ป่วย - ศักยภาพของบุคลากรในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต และสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจประชาชนในพื้นยังไม่ครอบคลุม

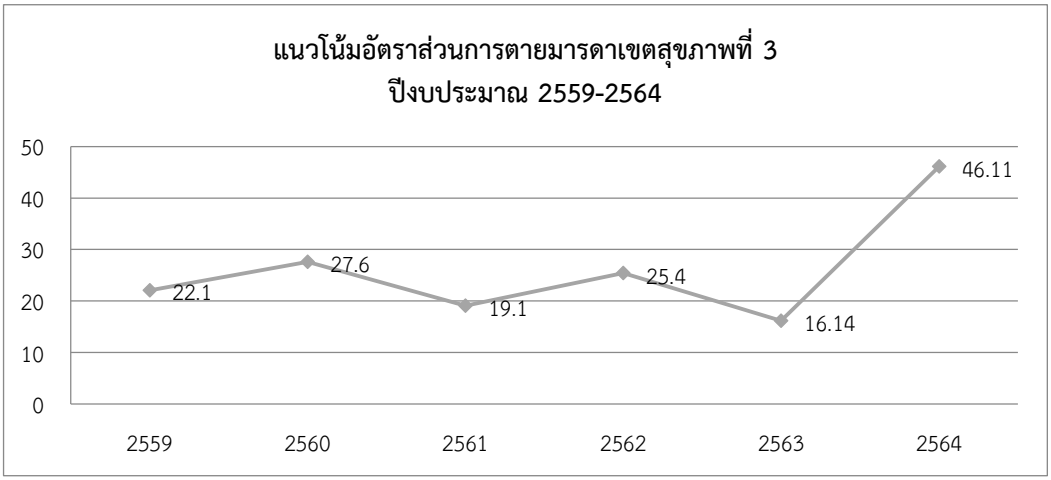
ปัญหา/ อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
พยาบาลจิตเวชเด็กฯ/ พยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด มีจำนวนไม่ครอบคลุมทุกระดับของสถานบริการ นักจิตวิทยามีจำนวนน้อย จำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่เพียงพอทุกระดับของสถานบริการ	- ส่งพยาบาล อบรมเฉพะทางหลักสูตรจิตเวชผู้ใหญ่ จิตเวชเด็กและวัยรุ่น พยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด
3.ระบบข้อมูล - HDC (43 แฟ้ม) ข้อมูลรายโรค เช่น โรคจิต ซึมเศร้า ยาเสพติด มีการลงข้อมูลไม่ครบถ้วน ซ้ำซ้อน ขาดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง รายงานมีหลายโปรแกรมเพิ่มภาระงาน จนท.	- ปรับรวมรายงานให้อยู่ใน HDC ของกระทรวงเพียงแหล่งเดียว เพื่อลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน แต่ลงข้อมูลให้ครบถ้วน - ขอให้ส่วนกลางทำฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและไม่ซ้ำซ้อน
4.ระบบยาและเทคโนโลยี - รพท./ รพศ. มีรายการยาไม่ต่างจาก รพช. มากนัก เมื่อมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองกับยาที่มี จึงจำเป็นต้องส่งต่อ	- เพิ่มรายการยากลุ่ม non-ED เพื่อเป็นทางเลือกให้มากขึ้น
5.การเงินการคลัง - รพศ. สถานที่คับแคบขาดพื้นที่เป็นสัดส่วน พื้นที่ให้บริการไม่ปลอดภัย ไม่สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐาน	- วางแผนการจัดตั้ง ward ใน รพท. /รพศ. และมีแผนเปิดตึกผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในรพ.สวรรค์ประชารักษ์ รพ.พิจิตร และ รพ.กำแพงเพชร - พัฒนาพื้นที่ให้บริการให้เหมาะสมทุกสถานบริการ
6.ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ - วิชาชีพพยาบาลมีสายงานในการบังคับบัญชาแตกต่างกัน การกำหนดกรอบอัตรากำลังไม่เหมาะสมตามบริบทการทำงาน มีข้อจำกัดในการจัดสรรคนเพื่อมาปฏิบัติงานใน ward (ระดับ รพท. /รพศ.) และในกลุ่มงานจิตเวชฯ ระดับ รพช. ขาดกำลังคนปฏิบัติงาน ปัญหาความก้าวหน้าการทำงาน	- ขอให้ส่วนกลางรับฟังความคิดเห็นและวางแผนนโยบายที่สอดคล้องกับสภาพการปฏิบัติงานจริง - สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดเขตสุขภาพที่ 3 เพื่อมีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนและมีความก้าวหน้าในระบบงานมากขึ้น
7.การมีส่วนร่วมของชุมชน - ตำรวจ, มหาดไทย,โรงเรียน, ชุมชน, พัฒนาสังคมฯ ศาล เรือนจำ คุมประพฤติ สถานพินิจฯ	- สร้างการมีส่วนร่วมให้มากขึ้นโดยเฉพาะด้านการนำส่งผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง

สาขาสูติ-นรีเวชกรรม

สภาพปัญหา/สถานการณ์

Service plan สาขาสูติกรรมเขตสุขภาพที่ 3 มีโรงพยาบาลระดับแม่ข่าย 5 จังหวัด คือ นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท พิจิตร กำแพงเพชร มีเป้าหมายการพัฒนาเพื่อประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ ลดการเสียชีวิตของมารดาและทารก พัฒนาศักยภาพบุคลากร แพทย์ พยาบาล โดยส่งเสริมโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นที่ปรึกษาแก่โรงพยาบาลในเครือข่ายฯ ให้การวินิจฉัยดูแลรักษารับการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงคลอด 24 ชั่วโมง ส่งเสริมโรงพยาบาลในเครือข่ายให้สามารถฝากครรภ์คุณภาพ จัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรม และการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย มีประสิทธิภาพเพื่อลดการเสียชีวิตของมารดา ส่งเสริมและเพิ่มศักยภาพการทำสูติศาสตร์หัตถการและการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับ M2 ที่มีสูติแพทย์

ในปีงบประมาณ 2564 เขตสุขภาพที่ 3 มีหญิงคลอด จำนวน 14,350 คน มารดาเสียชีวิต 8 ราย คิดเป็น 46.11 : 100,000 LB (เป้าหมายไม่เกิน 17 : 100,000 LB) สถานการณ์มารดาตายของเขตสุขภาพที่ 3 พบว่ามีแนวโน้มการตายของมารดาสูงขึ้น เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 และอัตราการเกิดน้อยทำให้ยอดอัตราส่วนการตายของมารดาไทยของเขตสุขภาพที่ 3 สูงขึ้นเป็นอันดับ 3 ของประเทศ



จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในปีงบประมาณ 2564 พบว่ามารดาเสียชีวิต 8 ราย ดังนี้

1) จังหวัดกำแพงเพชร 2 ราย จากปอดอักเสบจากโควิด-19 = 1 ราย และจาก PPH = 1 ราย

2) จังหวัดอุทัยธานี 1 ราย เสียชีวิต 15 วันหลังคลอดไม่ทราบสาเหตุไม่ได้ผ่าชันสูตร

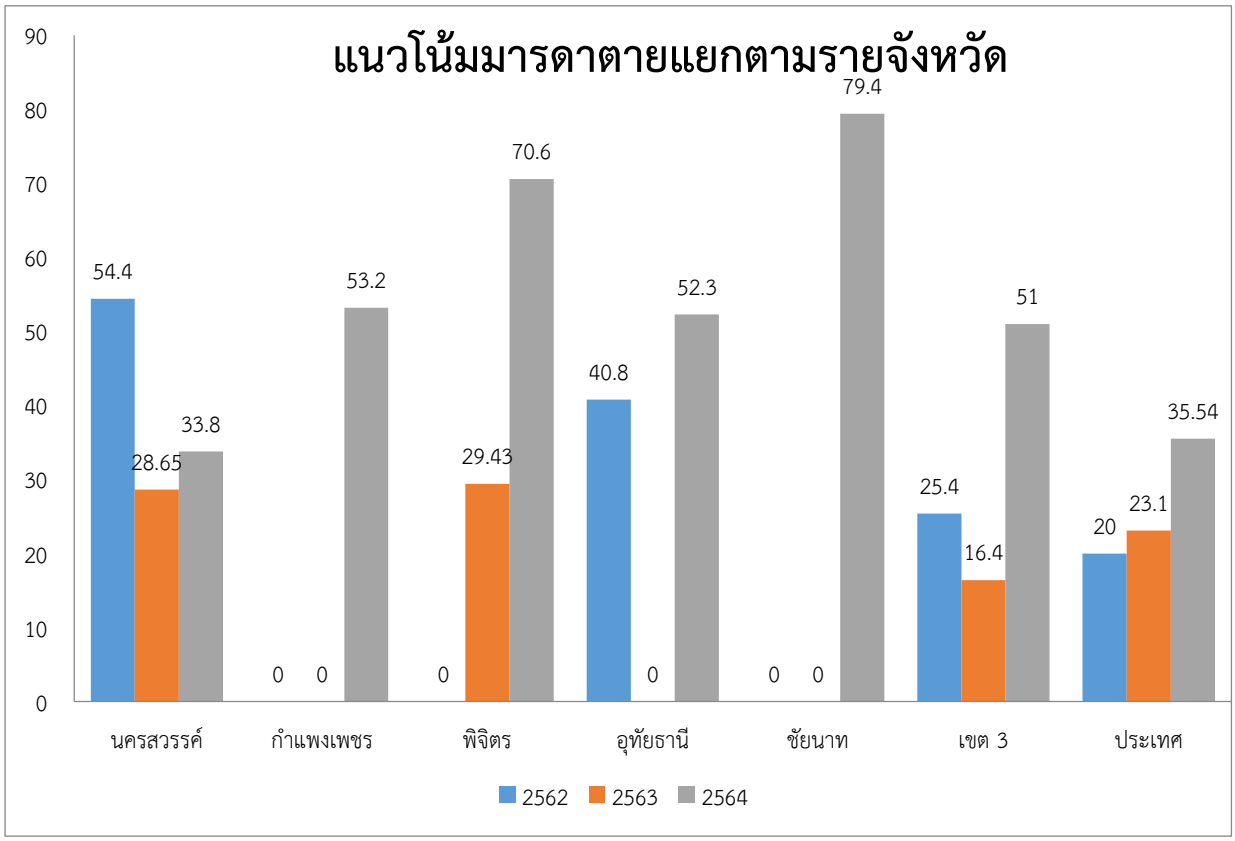
3) จังหวัดพิจิตร 2 ราย เสียชีวิตจาก Amniotic Fluid Embolism 1 ราย และปอดอักเสบจากโควิด-19 1 ราย

4) จังหวัดนครสวรรค์ 2 ราย เสียชีวิตจาก Maternal cerebellar hemorrhage with left pontine hemorrhage/ tonsillar herniation 1 ราย และ Thrombocytopenic purpura 1 ราย

5) จังหวัดชัยนาท 1 ราย เสียชีวิตจาก ปอดอักเสบจากโควิด-19

ตารางแสดงจำนวนมารดาตายแยกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2557-2564

จังหวัด	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
กำแพงเพชร	0	2	0	3	0	0	0	2
นครสวรรค์	3	3	3	2	4	4	2	2
พิจิตร	2	1	1	1	0	0	1	2
อุทัยธานี	0	2	1	0	0	1	0	1
ชัยนาท	0	0	0	0	1 (ลาว)	0	0	1
รวม	5	8	5	0	4	5	3	8



ในปี 2564 ทีม service plan สาขาสูติกรรมได้ร่วมกับทีมอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 3 วิเคราะห์สาเหตุมารดาตาย ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุทางอ้อม เมื่อมาวิเคราะห์ 3 Delays จากมารดาตาย 8 ราย พบว่าเกิดจากระบบบริการร้อยละ 71.42 การตัดสินใจเข้าถึงบริการร้อยละ 25 การบูรณาการ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคทางอายุรกรรมระหว่างทีมสหสาขายังดำเนินการได้น้อย บุคคลากรขาดทักษะและประสบการณ์ในการตัดสินใจและการจัดการภาวะฉุกเฉิน และสรุปเป็นรายละเอียด ดังนี้

ปัญหาการตายของมารดาในเขตสุขภาพที่ 3

1. อัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มสูงขึ้น พบส่วนใหญ่ตายจากสาเหตุทางอ้อมเกิดจากความล่าช้าจากระบบบริการถึงร้อยละ 71.42

2. การคัดกรองและจัดการความเสี่ยงยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่เข้าสู่ระบบฝากครรภ์

3. การส่งต่อเพื่อการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ ที่มีโรคทางอายุรกรรมที่มีความเสี่ยงหรือข้อห้ามในการตั้งครรภ์ ยังพบว่ามีการบูรณาการของสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลเดียวกันน้อย

4. การสื่อสาร การส่งต่อในเครือข่ายบางพื้นที่ยังไม่สามารถทำตามแนวทางที่กำหนดไว้

5. บุคลากรในระดับโรงพยาบาลชุมชนขาดทักษะและประสบการณ์ในการตัดสินใจ และจัดการภาวะฉุกเฉินเนื่องจากมีการโยกย้ายงานและแพทย์จบใหม่

แนวทางการแก้ไขปัญหา

1. ส่งเสริมการเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีภาวะเสี่ยงและการวางแผนครอบครัว

2. ค้นหา คัดกรอง จัดการความเสี่ยงที่พบบ่อยและที่มีโรคทางอายุรกรรมโดยการพัฒนาศักยภาพบุคคลากรในการให้บริการด้านคุณภาพงาน ANC

3. พัฒนาระบบกำกับดูแลหลังคลอดเน้นรายที่มีโรคทางอายุรกรรม

4. ขับเคลื่อนงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กให้ระบบบริการพื้นฐานเป็นมาตรฐานเดียวกันโดย MCH Board ระดับจังหวัด

5. พัฒนาศักยภาพบุคคลากรในโรงพยาบาลชุมชนให้มีทักษะ สามารถตัดสินใจและจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้อย่างเหมาะสม

6. เร่งรัดการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์

จากสถานการณ์ปีงบประมาณ 2564 มีการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ทำให้ Service plan สูติกรรมเขต 3 มีการวางนโยบายและแนวปฏิบัติร่วมกันระหว่างหน่วยงานสูติกรรม อายุรกรรม และกุมารเวชกรม โดยแต่ละจังหวัดจะกำหนดนโยบายและทำ Clinical practice guideline โดยในแต่ละจังหวัดจะกำหนดแนวทางสู่โรงพยาบาลในเครือข่ายฯ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ COVID -19 โดยมีแนวทางการติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ มารดาติดเชื้อ COVID -19 โดยแบ่งตามอายุครรภ์ และถ้ามี Active OB condition ให้สามารถปรึกษาโรงพยาบาลแม่ข่ายได้

สรุปผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด (Service Plan) สูติกรรมเขต 3

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564
1.มารดาเสียชีวิต	17 : 100,000 LB	4 (19.08)	5 (25.36)	3 (16.14)	8 (46.11)
2.ร้อยละมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด	0	0	0	0	1(6.96)
3.อัตราการคลอดก่อนกำหนด	< 10%	7.22%	7.03%	6.45%	7.30%
4.วิเคราะห์การผ่าตัดคลอดโดย Robson ten group classification	100%	100%	100%	100%	100%

สำหรับเขตจังหวัดนครสวรรค์ที่ผ่านมาในช่วงปี พ.ศ.2561 ถึงปัจจุบัน มีนโยบายจับคู่บริการระหว่างโรงพยาบาลระดับ M2 และ F2 ที่มีการคลอดไม่ถึง 30 ราย/เดือน เพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก แต่จากการนิเทศติดตามของโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า ภายหลังการจับคู่บริการในส่วนของโรงพยาบาล M2 บางส่วนยังไม่สามารถจัดบริการ และให้การดูแลโรงพยาบาล F2 ได้เต็มที่ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านห้องผ่าตัด จำนวนเตียง บุคลากร และเครื่องมือ และในส่วนของโรงพยาบาล F2 พบปัญหาในการดูแลมารดาและทารก เนื่องจากปิดบริการห้องคลอด เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินไม่สามารถช่วยเหลือภาวะวิกฤติได้ทัน และ

โรงพยาบาลระดับ F2 อยู่ไกลจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จึงจำเป็นต้องอาศัยการดูแลในระดับพื้นฐานก่อน ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ต้องมีการกระจายอัตรากำลังไปปฏิบัติงานที่อื่น ทำให้ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง เมื่อมีกรณีฉุกเฉินไม่สามารถให้การดูแลได้

การจับคู่บริการส่งผลทักษะความชำนาญของผู้ปฏิบัติใน รพ.ระดับ F2 ที่เคยปฏิบัติลดลง จึงมีการประชุมหาแนวทางร่วมกัน เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลที่ปิดห้องคลอดกลับมาเปิดห้องคลอด และเพิ่มศักยภาพในโรงพยาบาลระดับ M2

วิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคที่เป็นปัจจัยทำให้การดำเนินงานไม่สำเร็จ และข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไข
1.ปิดห้องคลอดมีการจับคู่บริการระหว่างโรงพยาบาล F2 และ M2	- ส่งเสริมให้โรงพยาบาลที่ปิดห้องคลอดกลับมาเปิดห้องคลอดและเพิ่มศักยภาพใน รพ. ระดับ M2/F2 - ส่งเสริม รพ. M2 ให้มีศักยภาพในการดูแลมารดาที่ติด COVID -19 โดยไม่ต้องส่งมา รพ.แม่ข่าย
2.การแพร่ระบาดของโรค COVID -19 ทำให้ไม่สามารถจัดประชุมอบรมบุคคลากรเกี่ยวกับการดูแลภาวะวิกฤติ ฉุกเฉินทางสูติกรรมได้	-จัดอบรมแบบ Stimulating situation -รับฝึกปฏิบัติงานให้กับบุคลากรใน รพ.ชุมชน - On the job training
3.สูติแพทย์ไม่เพียงพอใน รพ. M2	จัดสรรทุนให้กับสูติแพทย์

เป้าหมายการพัฒนา ปีงบประมาณ 2565

เป้าหมาย

1. เพื่อลดอัตราการตายของมารดา ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
2. ไม่มีมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด

มาตรการในการดำเนินการ

1. พัฒนาความรู้และสมรรถนะของบุคลากร พัฒนาทักษะด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน
2. จัดทีมการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงตามรายโรค
3. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลในระบบส่งต่อให้กับโรงพยาบาลในเครือข่าย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อได้ถูกต้องและเหมาะสม
4. ทบทวนพัฒนารูปแบบการดูแลร่วมกับทีมอายุรกรรม (NCD) และร่วมวางแผนพัฒนาสู่โรงพยาบาลในเครือข่าย และเยี่ยมเสริมพลังทีมดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์
5. ร่วมกับทีมพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 3 ทบทวนการเสียชีวิตของมารดาแบบรายกรณี และจัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในเครือข่ายตามความเร่งด่วน
6. โรงพยาบาลแม่ข่าย (สปร.) จัดอบรมฟื้นฟูทักษะการดูแลและช่วยเหลือการคลอดภาวะแทรกซ้อนในห้องคลอด
7. จัดให้มีการหมุนเวียนพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชนมาฝึกอบรมที่โรงพยาบาลแม่ข่ายฯ เพื่อเพิ่มทักษะความชำนาญจากสถานการณ์จริง
8. ส่งบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลศึกษาต่อในสาขาเฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง

สาขาออร์โธปิดิกส์

1. สภาพปัญหา/สถานการณ์

1.1 เนื่องจากปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยที่กระดูกข้อสะโพกหักมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นด้วย การได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็วและการดูแลหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะกระดูกหักซ้ำ สามารถช่วยลดการเกิดภาวะผู้ป่วยติดเตียงและเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

จากสถิติผู้สูงอายุที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

ปี พ.ศ.	ประชากร (ล้านคน)			ดัชนีผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุ/เด็ก 100 คน)
	ทั้งหมด	วัยเด็ก	ผู้สูงอายุ	
2548	62.2	14.3	6.4	45.0
2553	63.7	13.2	7.5	57.0
2558	64.6	12.3	9.0	73.4
2563	65.1	11.2	11.0	98.0
2564	65.2	11.0	11.3	103.2
2568	65.1	10.4	12.9	123.6
2573	64.5	9.8	14.6	149.9
2578	63.4	9.1	15.9	174.4

จำนวนผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก ในกลุ่มผู้สูงอายุหรือที่อายุเกิน 50 ปี มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นการหักจากการล้มในระดับความสูงของตนเอง ซึ่งเป็นอันตรายที่ไม่ร้ายแรง หมายความว่ากระดูกของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่แข็งแรง หรือที่เรียกว่ากระดูกพรุน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องเน้นไปที่การรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยกลับสามารถกลับไปเดินได้เร็วที่สุดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการหักซ้ำ การดูแลสภาพแวดล้อมในบ้าน การให้ความรู้ด้านโภชนาการและการรักษาด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

1.2 ปัจจุบันนี้มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อยครั้งและไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง ในการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้งมีผู้ป่วยกระดูกหักทั้งแบบเคลื่อนที่และไม่เคลื่อนที่ หรือเคลื่อนที่เล็กน้อย ซึ่งมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นทุกปี ผู้ป่วยกระดูกหักแบบไม่เคลื่อนที่หรือเคลื่อนที่เล็กน้อย สามารถให้การรักษาได้ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน โดยไม่ต้องส่งต่อ หรือส่งมาโรงพยาบาลจังหวัดในเวลาราชการ ลดการส่งต่อนอกเวลาราชการ ลดการรับผู้ป่วยเพื่อนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

1.3 ภาวะกระดูกหักแบบมีแผลเปิด (Open long bone fracture) จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินเร่งด่วนมีระยะเวลาที่ควรได้ทำการผ่าตัดก่อน 6 ชั่วโมง เพราะจะส่งผลต่อการรักษา เกิดภาวะการติดเชื้อที่บาดแผลและกระดูกตามมา ปัญหาส่วนหนึ่ง คือปริมาณห้องผ่าตัดนอกเวลาราชการมีน้อย แต่จำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดรวมหลายแผนกมีมาก และมาตรฐานราชวิทยาลัยของวิสัญญี NPO time 8 hours โดยเฉพาะคนไข้เด็ก

2. เป้าหมายโรค/การบริการ ปีงบประมาณ 2564

1. มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไปที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ

2. ผู้ป่วย Refracture Prevention ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) มากกว่าร้อยละ 50

3. ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ ภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) น้อยกว่าร้อยละ 30

4. การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพ.M1-F3 มากกว่าร้อยละ 70

5. ผู้ป่วย Open long bone fracture ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 50

3. กิจกรรมที่ดำเนินงาน

1. พัฒนาบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ให้เพื่อให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะ พยาบาลและบุคลากร ที่เกี่ยวข้องในการดูแลทำหน้าที่ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ช่วยให้คำแนะนำเรื่องสภาพแวดล้อมและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการล้มซ้ำ และมีเอกสารคู่มือ/CD ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุน การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักและมีคู่มือการดูแลและแนวในการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกหัก ในเขตสุขภาพที่ 3 เพื่อให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นคู่มือในการรักษาและดูแลผู้ป่วย

3. พัฒนาระบบการปรึกษาทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ คือ Line ในแต่ละจังหวัด

4. พัฒนาการทำงานของทีม Refracture Prevention อย่างต่อเนื่อง การเก็บข้อมูล การประสานข้อตกลง ความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

4. สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด

1. ทุกโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตสุขภาพที่ 3 มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention

2. ผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 50

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.63 - 30 ก.ย.64		
	จำนวนผ่าตัดทั้งหมด (ราย)	จำนวนผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง (ราย)	ร้อยละ
นครสวรรค์	302	95	31.46
กำแพงเพชร	66	36	54.55
พิจิตร	63	25	39.68
อุทัยธานี	103	40	38.83
ชัยนาท	78	47	60.26

3. ผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ ภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 30

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.63 - 30 ก.ย.64		
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ราย)	Refracture (ราย)	ร้อยละ
นครสวรรค์	302	0	0
กำแพงเพชร	154	0	0
พิจิตร	121	0	0
อุทัยธานี	157	0	0
ชัยนาท	135	0	0

4. การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพ. M1-F3 เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 70

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.63 – 30 ก.ย.64		
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ราย)	รักษาเอง (ราย)	ร้อยละ
นครสวรรค์	793	566	71.37
กำแพงเพชร	347	243	70.03
พิจิตร	923	882	95.56
อุทัยธานี	800	597	74.63
ชัยนาท	427	366	85.71

5. ผู้ป่วย Open long bone fracture ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 50

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.63 - 30 ก.ย.64		
	จำนวนผ่าตัดทั้งหมด (ราย)	จำนวนผ่าตัดใน 6 ชั่วโมง (ราย)	ร้อยละ
นครสวรรค์	224	93	41.52
กำแพงเพชร	159	45	28.30
พิจิตร	89	54	60.67
อุทัยธานี	60	39	65.00
ชัยนาท	56	16	28.57

5. งบประมาณที่ใช้

- ไม่มี

6. ปัญหา อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องมาจากสถานการณ์โควิด-19 ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคหลายด้าน เช่น โรงพยาบาลแม่ข่ายไม่มีการลงเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนในปีนี้ เจ้าหน้าที่บางส่วนถูกแบ่งไปช่วยหน่วยงานอื่น

2. จำนวนห้องผ่าตัดมีจำกัดและทีมผ่าตัดไม่เพียงพอ แพทย์ผ่าตัดจบมามากขึ้น แต่วิสัญญีแพทย์และทีมพยาบาลผ่าตัดไม่เพิ่มขึ้นทำให้จำนวนห้องโดยรวมถูกลดลง และบางครั้งมีเคสผ่าตัดที่เร่งด่วนกว่า เช่น แผนกศัลยกรรมและสูติกรรม

3. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมากหรือควบคุมไม่ได้ ต้องปรึกษาแพทย์แผนกอื่นทำให้ต้องใช้เวลาในการเตรียมผ่าตัด บางรายต้องมีการตรวจเพิ่มเติม เช่น Echocardiography หรือต้องรอญาติตัดสินใจทำให้ผ่าตัดเกินเป้าหมายที่กำหนด

สาขาอายุรกรรม

1. สภาพปัญหา/สถานการณ์ (ย้อนหลัง 3-5 ปี เปรียบเทียบ เขต ประเทศ)

การติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงมีผลทำให้มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก และเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ในการเสียชีวิต จากการวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราการเสียชีวิตอันดับที่ 7 ของประเทศ ดังในปีงบประมาณ 2560, 2561 ,2562 และ 2563 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 40.66, 37.5, 33.64 และ 32.2 ตามลำดับ ถึงแม้อัตราการเสียชีวิตมีอัตราลดลงตามลำดับ แต่ด้วยสถานการณ์ Covid -19 ในปีงบประมาณ 2564 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตในภาพรวมของเขตเพิ่มสูงขึ้น พบร้อยละ 35.17

ผลการดำเนินการในภาพรวมในอัตราตายจะพบอัตราตายในจังหวัดที่สูงได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์และชัยนาท จังหวัดที่อัตราตายน้อยกว่าร้อยละ 26 ตามที่กระทรวงกำหนดได้แก่ จังหวัด อุทัยธานี และกำแพงเพชร เมื่อนำข้อมูลมาทบทวนตามกระบวนการดำเนินการตามตัวชี้วัด 2562-2564 พบว่า ทั้ง 5 จังหวัด เกิดการ Delay diagnosis, Delay Resuscitation, Delay Reassesment ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น เป็นผลจากสาเหตุดังนี้

1. ด้านบริการ ปฏิบัติไม่ครบทุก Protocal และแนวทางปฏิบัติการส่งต่อ คำปรึกษาไม่ชัดเจน

2. บุคลากร- พยาบาลไม่เพียงพอ นำเครื่องมือมาประเมินไม่ต่อเนื่อง detect ล่าช้า และ แพทย์ฝึกหัดหมุนเวียนทุกเดือน

3. ข้อมูล ไม่ครบถ้วนถูกต้อง เก็บมือ และข้อมูลในการเก็บเยอะมาก และ Sepne-3 มีการลงข้อมูลจำนวนมาก ทำให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อน

4. เทคโนโลยี มีเครื่อง Poc lactate มีไม่ครบทุกโรงพยาบาล, เครื่อง Patient monitor ไม่เพียงพอ และเครื่องการทำ U/S Mobile ชำรุด และขาดแคลน

5. สถานที่ ไม่มีเตียง ICU รองรับผู้ป่วย และ Sepsis Cornor มีพื้นที่จำกัดในการจัดตั้ง

2. เป้าหมายโรค/การบริการปีงบประมาณ 2564

2.1 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired ≤ 26%

2.2 อัตราการได้รับการเก็บ H/C ก่อนให้ antibiotic ภายใน 30 นาที ≥90%

2.3 อัตราการได้รับ Antibiotic ใน 1 ชม. หลังได้รับวินิจฉัย ≥90%

2.4 อัตราการได้รับ IV Fluid 30 ml/kg/hr ใน 1 ชม. ≥30%

2.5 อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลระดับวิกฤตย้ายเข้า ICUภายใน 3 ชม. ≥30%

3. กิจกรรมที่ดำเนินการ

1. แจ้งกำหนดการดำเนินการ นโยบายเขต 3 ในการดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมายทั้งเขต 3 ปีงบประมาณ 2564

2. ประชุมชี้แจงการปฏิบัติตามแนวทาง CPG Sepsis ให้เป็น Hour-1- Bundle ร่วมกับปรับปรุงโปรแกรม Sepnet 3 ให้เหมาะสมกับผู้ใช้งาน

3. ติดตามประเมินผลการดำเนินการจากรายงานข้อมูล และระบบ Sepnet 3 เพื่อผลการปฏิบัติและรับฟังปัญหา อุปสรรค พร้อมมทั้งเสนอแนะแนวทางการแก้ไข

4. สรุปผลการดำเนินการ

4.1 อัตราการเสียชีวิตด้วย Severe sepsis/ Septic shock (Community acquired) 2561-2564 (ข้อมูลจาก HDC ณ 20 ตุลาคม 2564)

จังหวัด	ปี			
	2561	**2562**	**2563**	**2564**
นครสวรรค์	55.94	37.88	40.12	44.49
กำแพงเพชร	32.68	23.76	23.94	25.22
พิจิตร	38.42	35.58	27.23	33.21
อุทัยธานี	32.09	35.02	34.71	27.39
ชัยนาท	46.27	27.8	34.82	34.81
ภาพรวมเขต	**40.66**	**37.5**	**33.64**	**35.17**

4.2 ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด (KPI) ปีงบประมาณ 2564 (ข้อมูลจาก ใบรายงาน Sepsis และ Sepnet 3)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	นครสวรรค์	พิจิตร	กำแพงเพชร	อุทัยธานี	ชัยนาท	ภาพรวมเขต
1	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง		1,641	843	912	633	451	4,480
2	จำนวนผู้ป่วยได้รับ Antibioticภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย		1,215	776	890	560	418	3,859
	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	≥90%	74.04	92.05	97.54	88.47	92.68	86.13
3	จำนวนผู้ป่วยได้รับการเจาะ H/C ก่อนได้รับ Antibiotic		1,460	774	884	612	424	4,154
	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	≥90%	88.17	91.81	96.89	96.68	94.01	92.72
4	จำนวนผู้ป่วยได้รับ IV Fluid 3o ml/kg/hr ภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัย		766	763	802	599	425	3,355
	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	≥90%	46.67	90.51	87.98	93.84	94.23	74.88
5	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้เข้า ICU Sepsis Cornerภายใน 3 ชั่วโมง		1,641	843	226	308	123	3,141

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	นครสวรรค์	พิจิตร	กำแพงเพชร	อุทัยธานี	ชัยนาท	ภาพรวมเขต
	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชั่วโมง	≥30%	100	100	24.83	68.66	28.16	70.11
6	จำนวนโรงพยาบาล ที่มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลระดับ A และ S	มี/ไม่มี	1	1	1	1	1	

แนวทางแก้ไขในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาอายุรกรรมพื้นที่เขต 3

1. ชี้แจงแนวทาง Protocal One hour Buddle และปรับ Protocal Refer Sepsis ส่วนกลางให้ชัดเจนและกระจายไปยังพื้นที่ในทุกระดับ

2. จัดอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ระยะสั้น 2 สัปดาห์ จำนวน 70 ราย แบบ online และ Practice

3. จัดประชุมอบรมพัฒนาระบบบริการในระดับคณะกรรมการทุกจังหวัด ร่วมกับลงพื้นที่ในโรงพยาบาลที่มีปัญหาในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Sepsis จำนวน 6 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้เคียง

4. จัดหลักสูตรอบรมทบทวนแพทย์จบใหม่ในแต่ละจังหวัดของการตรวจวินิจฉัย การทำ U/S IVC และ Auditor ของ รพ.สอนการลง ICD9 และ ICD10

5. พัฒนาระบบข้อมูลในการคัดกรองเชื่อม Sepnet 3 และ Three refer

6. ขอสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือในภาพรวมเขต ได้แก่ Poc lactate ในโรงพยาบาลที่ขาดแคลน และงบสนับสนุนในการจัดซื้อเครื่อง Ultrasound เคลื่อนที่ในโรงพยาบาลที่มีไม่เพียงพอ หรือชำรุด

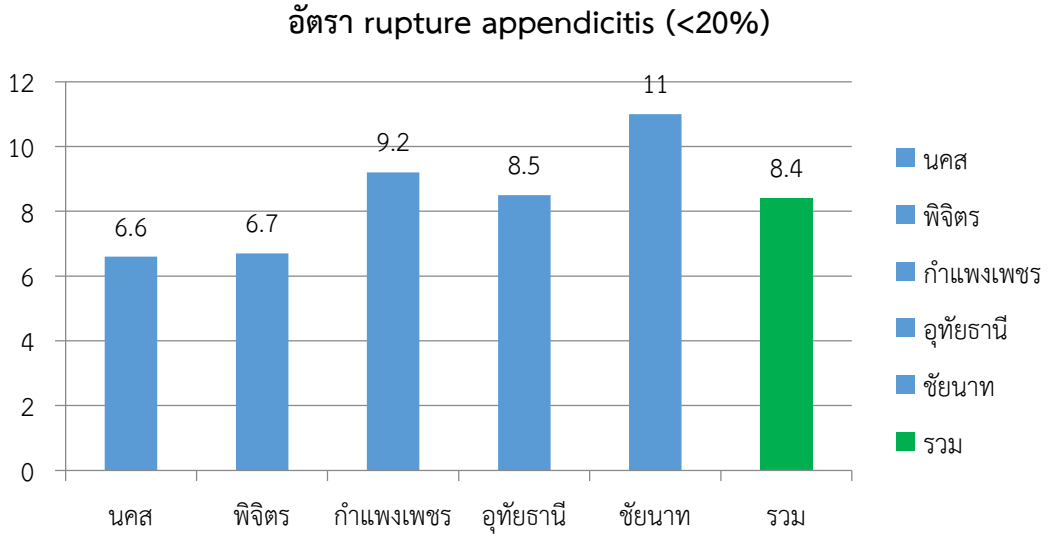
สาขาศัลยกรรม

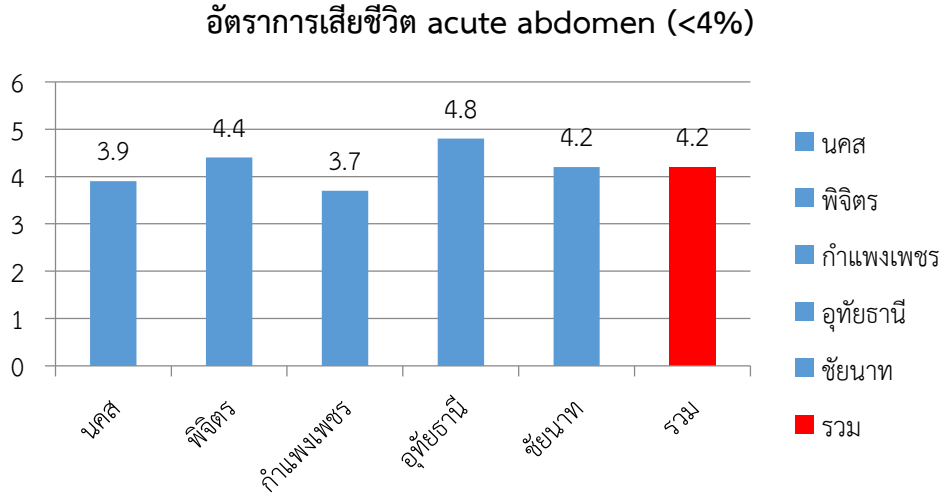
สภาพปัญหา/สถานการณ์ (ย้อนหลัง 3-5 ปี เปรียบเทียบ เขต ประเทศ)

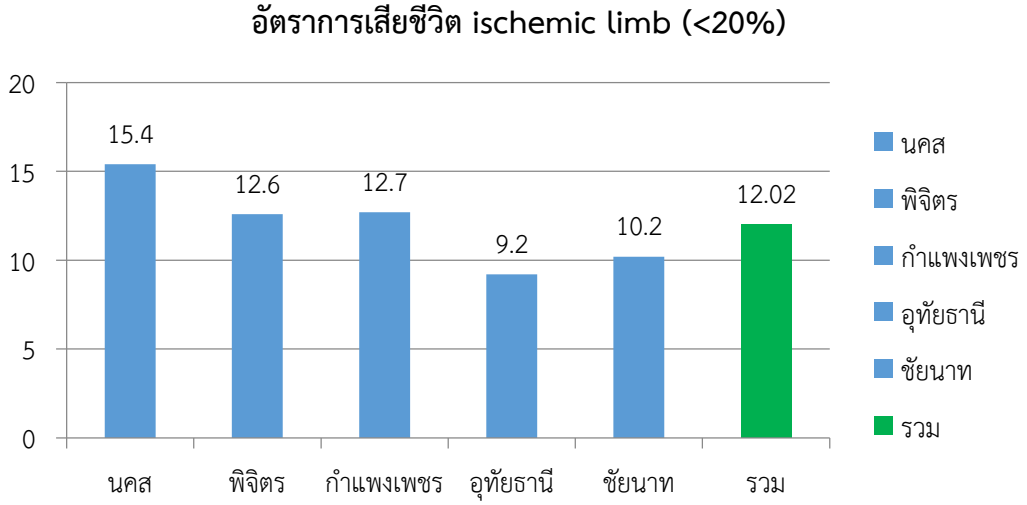
สถานการณ์ด้านศัลยกรรม เขต 3 โรงพยาบาลระดับ S มีแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป มีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ/ศัลยกรรมระบบประสาททุกที่แต่ยังไม่เพียงพอ ยังพบปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากรโดยเฉพาะในระดับ M2 ทุกจังหวัด ยังขาดโดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลที่ขาดการฟื้นฟู ในโรงพยาบาลระดับ A พบปัญหาขาดแคลนห้องผ่าตัด และแพทย์เฉพาะทางด้านเส้นเลือดศัลยกรรมทรวงอก ขาดแคลนในเขต 3 แต่โดยภาพรวมตัวชี้วัดที่พบมีปัญหาคือเรื่อง อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย acute abdomen 5 โรค ส่วนตัวชีวัดอื่นไม่เกินเป้าหมายตัวชี้วัด

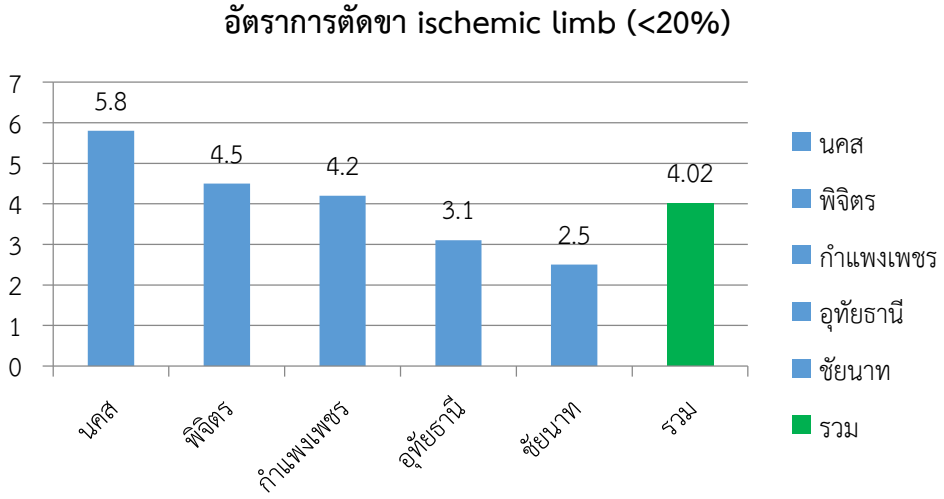
สถานการณ์ ปี 2564

อัตราการเกิดไส้ติ่งอักเสบแตก









เป้าหมายโรค/การบริการ ปีงบประมาณ 2564

a. ลดอัตราการเกิด rupture appendicitis ให้ <20%
b. ลดอัตราการเสียชีวิต acute abdomen 5 โรค ให้น้อยกว่า 4% โดยเน้น โรคที่มีการเสียชีวิตสูง คือ
    i. Cholangitis
    ii. Pancreatitis
    iii. Peptic Perforation
c. ลดการเสียชีวิตและ การตัดขาในกลุ่ม Limb ischemia ให้น้อยกว่า 20% โดยสร้างเครือข่ายการดูแล ผู้ป่วย vascular โดยศัลยแพทย์หลอดเลือด ที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์และโรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลลำปาง แนวทางการส่งต่อและการผ่าตัดที่รวดเร็ว

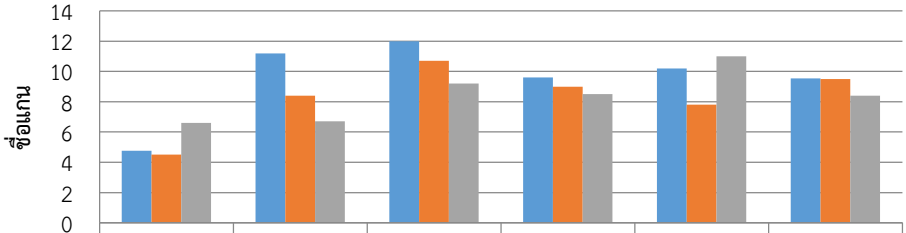
กิจกรรมที่ดำเนินงาน

1. ประชุมทีมกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับ A และ S ในเขต เพื่อตกลงแนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ประเด็นการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบด้วย Alvarado score ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขตเพื่อส่งตัวเข้ามายังโรงพยาบาลที่มีศัลยแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว และตกลงแนวทางในการผ่าตัดให้เฟ้าติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใน 6 ชม.หลังวินิจฉัย
2. ประชุมทีมกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับ A และ S ในเขต เพื่อตกลงแนวทางการดูแลผู้ป่วย peptic perforation ให้ได้รับการผ่าตัดใน 4 ชม. และให้มีการเฝ้าติดตามอย่างเคร่งครัด เพิ่มการearly resuscitationและ treatment ในกลุ่ม Pancreatitis และ cholangitis
3. จัดอบรม การดูแลผู้ป่วยที่ intensive care ทางศัลยกรรมหลังผ่าตัด และแนวทางการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงอุดตันที่ปลายแขนขา เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วย กลุ่ม acute abdomen ที่พบปัญหาการดูแลหลังผ่าตัด และการดูแล vascular disease

สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด ได้แก่

1. ตัวชี้วัดเรื่อง อัตราการเกิดไส้ติ่งอักเสบแตก
   เป้าหมาย < 20%

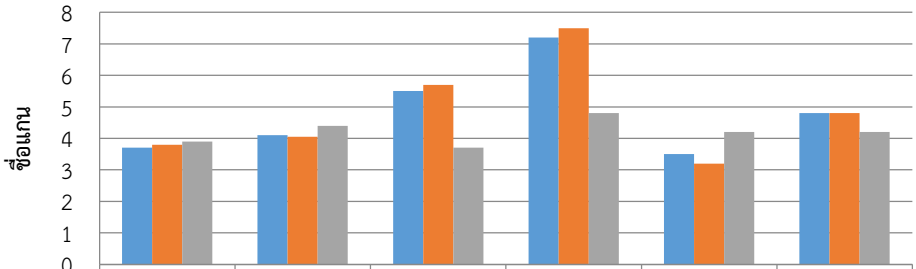
อัตรา rupture appendicitis (<20%)



	นคส	พิจิตร	กำแพงเพชร	อุทัยธานี	ชัยนาท	รวม
2562	4.76	11.2	12	9.6	10.2	9.55
2563	4.5	8.4	10.7	9	7.8	9.5
2564	6.6	6.7	9.2	8.5	11	8.4

2. อัตราการเสียชีวิต acute abdomen 5 โรค < 4%

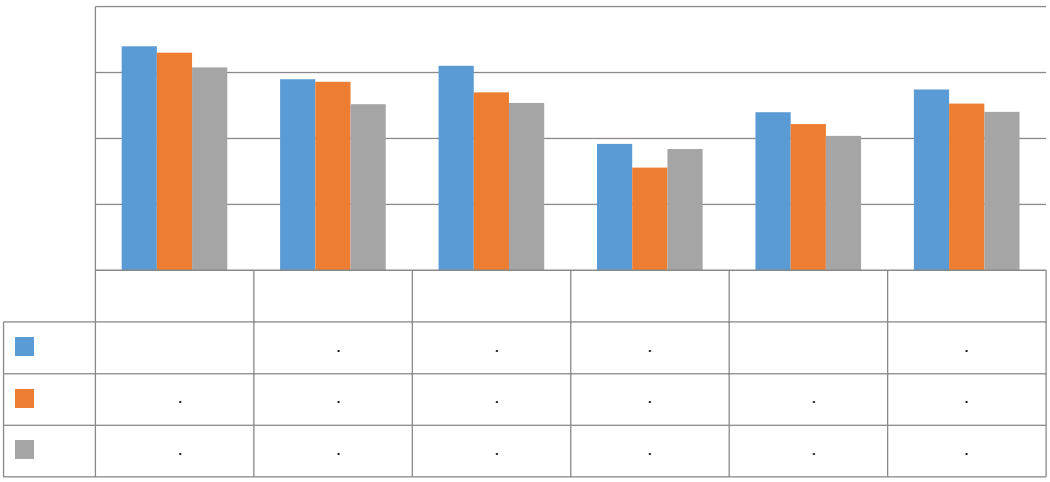
อัตราการเสียชีวิต acute abdomen (<4%)



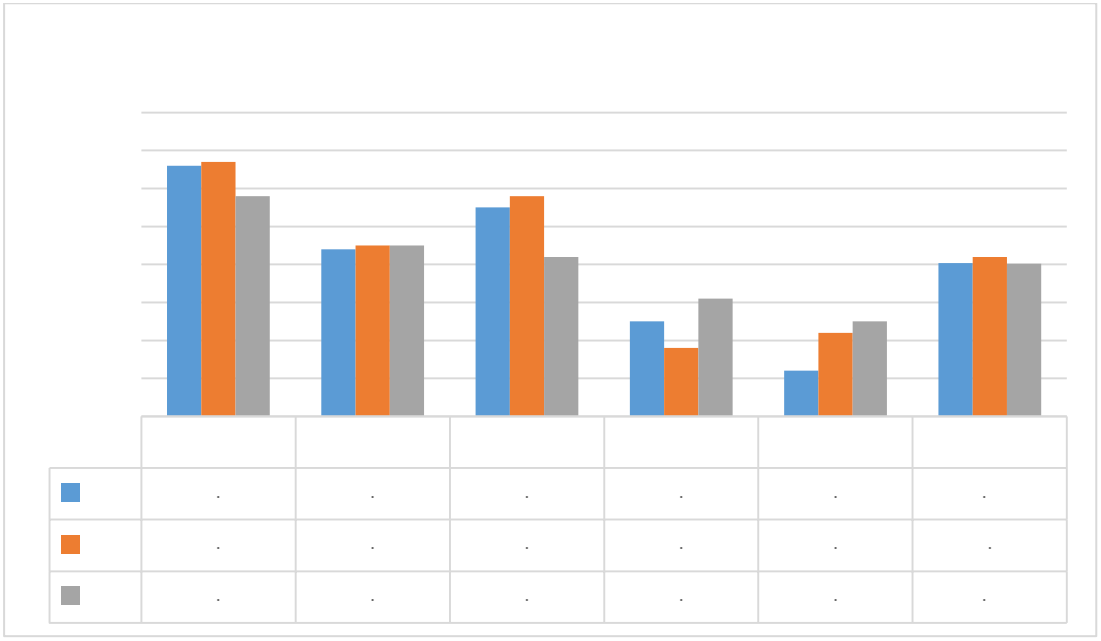
	นคส	พิจิตร	กำแพงเพชร	อุทัยธานี	ชัยนาท	รวม
2562	3.7	4.1	5.5	7.2	3.5	4.8
2563	3.8	4.05	5.7	7.5	3.2	4.8
2564	3.9	4.4	3.7	4.8	4.2	4.2

ผลการดำเนินงานดีขึ้น

3. อัตราเสียชีวิต จาก ischemic limb



4. อัตราการตัดขา จาก ischemic limb



พบว่าตัวชี้วัดทุกตัวมีแนวโน้มที่ดีขึ้นทุกตัว และไม่เกินค่าที่กำหนด แต่ยกเว้นการเสียชีวิตของ acute abdomen แต่ดีขึ้นกว่าปี 2563 ยังมีค่าสูงกว่ามาตรฐาน เล็กน้อย 4.2%)

งบประมาณที่ใช้

- ไม่มี

ปัญหา อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ปัญหาหลักของงานศัลยกรรมในเขต 3 คือปัญหาบุคลากร คือโรงพยาบาลระดับ M2 ในเขต ขาดแคลนศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล แม้มีทุนไปเรียนแต่ไม่สามารถอยู่ได้นาน เนื่องจากอุปสรรคด้านความก้าวหน้าทางวิชาการ ความทันสมัยของเทคโนโลยี และปริมาณแพทย์ที่มักมาอยู่ที่ละ 1 คนปริมาณงานมากเกิน จึงมาสามารถอยู่ในพื้นที่ได้นาน ทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่อง โรงพยาบาลชุมชนในเขต จึงไม่สามารถ

ดูแลผู้ป่วยด้านศัลยกรรมได้ แนวทางที่เสนอแนะควรเพิ่มปริมาณแพทย์ศัลยกรรม/วิสัญญีที่โรงพยาบาล A และ S ให้มีมากพอให้หมุนเวียนไปทำงานยัง โรงพยาบาลระดับ M2 ได้จนกว่าจะได้แพทย์ที่สามารถทำงานอยู่ได้ในโรงพยาบาลระดับ M2 ศัลยแพทย์ รพ.ศูนย์ /รพ.ทั่วไป ยังมีจำนวนน้อย ปริมาณผู้ป่วยที่ต้องดูแลจำนวนมาก ทำให้เกิดการ delay treatment ควรมีการพัฒนางานคุณภาพโดยเฉพาะกลุ่มที่ การรักษาล่าใช้หรือไม่เพียงพอ

ปัญหาด้านการขาดแคลน ศัลยแพทย์หลอดเลือด เนื่องจากศัลยแพทย์หลอดเลือดที่ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้ลาออก ต้องมีการสร้างระบบส่งต่อใหม่ไปยังโรงพยาบาลนอกเขต ปัจจุบันดีขึ้นและสามารถส่งต่อไปยัง รพ.ใกล้เคียงในเขตได้ (รพ.ลำปาง)

สาขากุมารเวชกรรม

1. สภาพปัญหา/ สถานการณ์ (ย้อนหลัง 3-5 ปี เปรียบเทียบ เขต ประเทศ)

จากปัญหาโควิด-19 ทำให้เด็กมีการเจ็บป่วยลดลงจากการเรียน online , มาตรการ D-H-M-T โรคสำคัญที่ต้องนอนโรงพยาบาลเช่น ปอดบวม RSV Bronchiolitis ท้องเสีย influenza และการติดเชื้อต่างๆ จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมมาตรการ New Normal ในประชาชน มีประโยชน์อย่างมากในการควบคุมโรคทางกุมารเวชกรรม

แต่ภายหลังที่มีการเกิดการกลายพันธุ์โควิดเป็นสายพันธ์ Delta ผู้ป่วยเด็กมีการติดเชื้อโควิดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (13% ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ admit) มีการเกิดคลัสเตอร์ฟันน้ำนมและมีเจ้าหน้าที่ที่มีการติดเชื้อโควิดทำให้มีจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ทำการรักษาพยาบาลลดลง นอกจากนั้นการที่เด็กต้องเรียน online ยังส่งผลกระทบต่อ growth and development ของเด็กอีกด้วย

เนื่องจากหอผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ ทำให้หอผู้ป่วยกุมารถูกยุบ ทำ ward เพื่อรักษาโควิด มี จนท.บางส่วนต้องไปช่วยงานรพ.สนามและฉีดวัคซีน ทำให้ลดความสามารถในการรับผู้ป่วยและรับ refer ลง การส่งเสริมศักยภาพในการดูแล ผป.กุมารของ รพท. รพช.โดยมีระบบเชื่อมต่อ Telemedicine เพื่อให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการร่วมดูแลผู้ป่วย จึงเป็นทางออกที่สำคัญทางหนึ่ง

งบประมาณประเทศและสาธารณสุขจำกัด และมีแนวโน้มจะลดลง แพทย์เฉพาะสาขาและอุปกรณ์ยังมีไม่เพียงพอ นอกจากนั้นสถานการณ์โควิด-19 ยังอยู่กับเราไปอีกนาน (อินเดียใช้เวลา 9 เดือน ลดจาก 400,000 เป็น 40,000 ราย) การใช้งบอย่างมีประสิทธิภาพ (cost effectiveness), การใช้ OKR เพื่อกำหนดการทำงานร่วมกับ SP อื่นๆจะทำให้การบริหารจัดการงบประมาณ บุคลากร เครื่องมือ กระทำได้อย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัดของ SP กุมารเขต 3 ปี 2564 ผ่านเกณฑ์ในระดับ 3, 4 ของประเทศทั้ง 3 ตัว

2. เป้าหมายโรค/ การบริการ ปีงบประมาณ 2564

1) อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 1 ปีบริบูรณ์
2) อัตราตายทารก อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี /1000 การเกิดมีชีพ
3) อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 5 ปีบริบูรณ์

3. กิจกรรมที่ดำเนินงาน

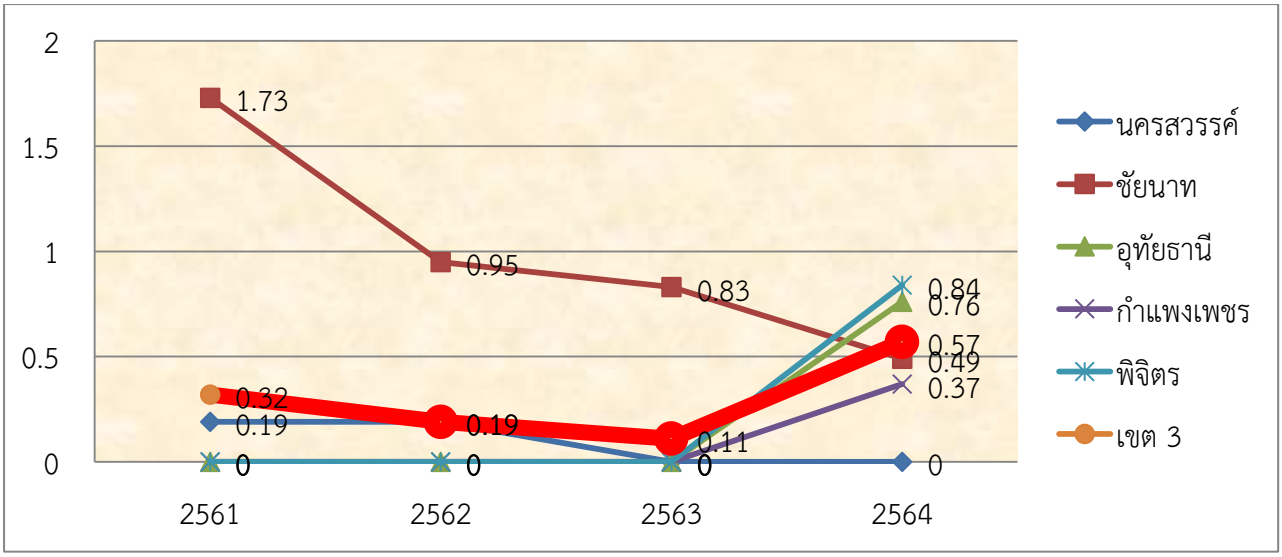
1) จัดทำแผนงบ service plan เพื่อซื้อ HFNC ให้แผนกกุมารเวชกรรม รพ.กำแพงเพชร จำนวน 1 เครื่อง
2) จัดหาและทำ Lecture online ผ่าน line กลุ่ม sp กุมารเขต 3
3) ประสานการให้มีการให้ IVIG โรค Kawasaki และจัดตั้งคลินิคเด็กอ้วน ที่ รพ.พิจิตร
4) ประสานการจัดทำ Consultation online
5) จัดทำโครงการ Premium Clinic Growth and Development ที่ รพ.สวรรค์ประชารักษ์
6) ติดต่อให้มีการฉีดวัคซีน influenza และ covid-19 ในเด็กกลุ่มเสี่ยง

4. สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด/ อื่นๆทุกตัวของสาขาที่รับผิดชอบ (จาก HDC เขต 3)

4.1 ตัวชี้วัดเรื่อง อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 1 ปีบริบูรณ์

เป้าหมาย ลดลงร้อยละ 5 เทียบกับปีที่ผ่านมา

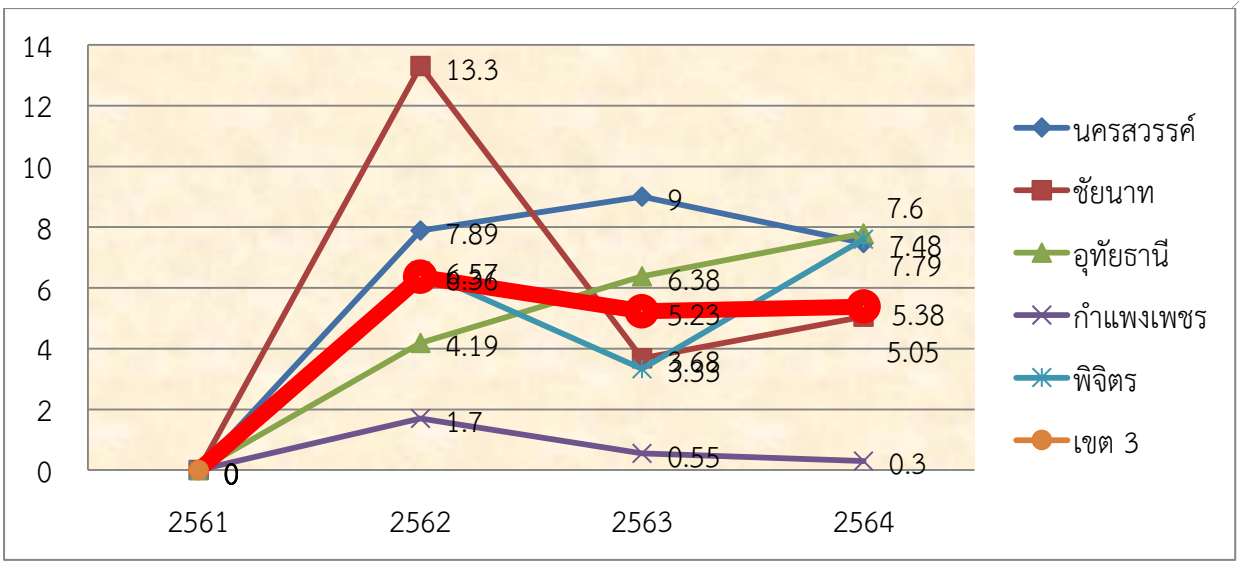
จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	328	0	0
กำแพงเพชร	274	1	0.37
พิจิตร	120	1	0.84
อุทัยธานี	1706	13	0.76
ชัยนาท	1214	6	0.49
รวมเขต 3	3,642	21	0.57



4.2 ตัวชี้วัดเรื่อง อัตราตายทารก อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี /1,000 การเกิดมีชีพ

เป้าหมาย น้อยกว่า 6

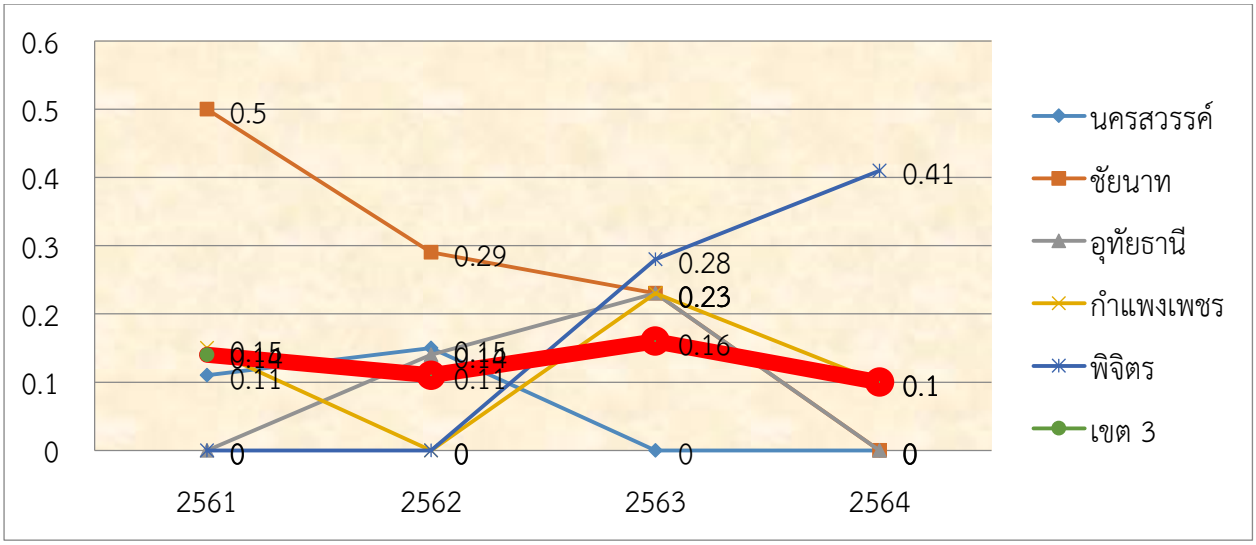
จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	4,410	33	7.48
กำแพงเพชร	3,285	1	0.30
พิจิตร	1,708	13	7.60
อุทัยธานี	1,668	13	7.79
ชัยนาท	1,189	6	5.05
รวมเขต 3	12,260	66	5.38



4.3 ตัวชี้วัดเรื่อง อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 5 ปีบริบูรณ์

เป้าหมาย ลดลงร้อยละ 10 (<1) เทียบกับปีที่ผ่านมา

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	1,199	0	0
กำแพงเพชร	973	1	0.10
พิจิตร	494	2	0.41
อุทัยธานี	64	0	0
ชัยนาท	124	0	0
รวมเขต 3	**2,854**	**3**	**0.10**



5. งบประมาณที่ใช้

- ไม่มี

6. ปัญหา อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

1. ขาดยุทธศาสตร์ใหม่ในระดับประเทศ ทั้งที่ตัวชี้วัดต่ำมากแล้ว/ข้อเสนอแนะ เขตควรร่วมกับ service plan จัดทำตัวชี้วัดยุทธศาสตร์เฉพาะของเขต 3 ซึ่งมี impact สูงและส่งต่อความเป็นเลิศไปถึงระดับประเทศ เช่น ลดการเกิดติดเชื้ออุบัติใหม่ ลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน cerebral palsy ลดการเกิด asthmatic attack ให้เป็น 0 ส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่เป็นเลิศ โครงการเหล่านี้ ทำในระดับ service plan ลำพังไม่ได้เพราะ ทำได้เพียงขอความร่วมมือ จำเป็นจะต้องมีการนำ สนับสนุน กำกับติดตาม ในระดับนโยบายร่วมด้วย

2. การใช้งบประมาณ และ ทรัพยากรร่วมกัน ในการพัฒนาระบบ service plan ทุกสาขา จะทำให้ใช้งบประมาณได้อย่างมีคุณค่า คุ้มค่า และเท่าเทียม สามารถแก้จุดบอดของการมองแยกส่วน เช่น ขาดเครื่องมือ ขาด IT สนับสนุน ขาดการประสานงาน ควรมองลงไปที่ผู้รับผลงาน ไม่ใช่จัดสรรไว้ที่ service plan เช่นกำหนดแต่ละระดับต้องการอะไรในการพัฒนาตามนโยบาย service plan แล้วจัด priority ส่งขึ้น จะได้ปัญหาจริงตรงประเด็น มีการประสานงานร่วมกันมากกว่าเดิม

3. ควรลดการอบรม แล้วมาดูที่ outcome แทน ทุก รพ.ในเขตควรเข้าใจมาตรฐาน service plan ทุกสาขา แล้วลงมือพัฒนาตามบริบทตนเอง สร้างนวัตกรรม กระบวนการใหม่ๆได้แล้ว service plan ในแต่ละระดับควรทำหน้าที่แค่เพียง Facilitator ระบบเท่านั้น แล้วนำมาประกวด สร้างกำลังใจเพื่อไปต่อยอดความเป็นเลิศในระดับประเทศต่อไป

สาขาสุขภาพช่องปาก

1. สภาพปัญหา/สถานการณ์ (ย้อนหลัง 3-5 ปี เปรียบเทียบ เขต ประเทศ)

เนื่องจากปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาของคนในทุกช่วงวัย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ ปัญหาโรคฟันผุ ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย และเป็นปัญหาสาธารณสุขมานาน จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ในปี พ.ศ.2560 พบว่า ปัญหาหลักที่พบคือการสูญเสียฟัน ในกลุ่มวัยทำงาน ร้อยละ 85.3 มีการสูญเสียฟันโดยเฉลี่ย 3.6 ซี่/คน โดยมีผู้ที่มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 43.3 มีปัญหาสภาวะเหงือกอักเสบและสภาวะปริทันต์ พบเหงือกอักเสบร้อยละ 62.4 และมีร่องลึกปริทันต์ ร้อยละ 25.9 มีรากฟันเผยผึ่งร้อยละ 57.1 และมีฟันสึกร้อยละ 49.7 โดยปัญหาดังกล่าว จะแสดงอาการ ที่รุนแรง จนเกิดความเจ็บปวดและการสูญเสียฟันในช่วงอายุต่อไป ถ้าไม่ได้รับการดูแล ป้องกัน รักษาที่เหมาะสมทันเวลา สำหรับกลุ่มวัยทำงาน นอกจากการส่งเสริมให้มีการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมแล้ว การเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และความรู้เพื่อการดูแลอนามัยช่องปากตนเองก็มีความจำเป็น

สถานการณ์ด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ในปี 2563 พบว่าวัยทำงานอายุ 40-59 ปี มีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่/ 4 คู่สบ คิดเป็น ร้อยละ 74.96 แต่เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ลดลงเหลือร้อยละ 30.88 จากสภาพปัญหาดังกล่าว พบว่ามีการสูญเสียฟันจากวัยทำงานสู่วัยผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 44 และร้อยละผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม อยู่ที่ 12.54 (ประชากร อายุ 15-59 ปี ทั้งหมด 1,250,139 คน ได้รับบริการทันตกรรม 156,790 คน) คณะกรรมการ SP สาขาสุขภาพช่องปากจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในวัยทำงาน (Best Practice) เขตสุขภาพที่3 ขึ้น

และเขตสุขภาพที่ 3 มีทันตแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยศาสตร์ช่องปาก และทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก กระจายอยู่ตามจังหวัดดังนี้

ทันตแพทย์เฉพาะทาง	กำแพงเพชร	ชัยนาท	อุทัยธานี	พิจิตร	นครสวรรค์	รวม
ด้านศัลยศาสตร์ช่องปาก	2	1	2	3	2	11
ด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก	1	2	0	1	1	5
รวม	3	3	2	5	3	16

ทันตแพทย์เฉพาะทางอาจจะอยู่ที่ รพช.หรือ รพท. ระบบการส่งต่ออาจจะมีรูปแบบไม่ชัดเจน ในบางจังหวัดไม่มีทันตแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้นเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะกรรมการ SP สาขาสุขภาพช่องปากจึงจัดโครงการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยด้านศัลยศาสตร์ช่องปากและทันตกรรมสำหรับเด็ก ขึ้น

2. เป้าหมายโรค/การบริการ ปีงบประมาณ 2564

1. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในวัยทำงาน และเพิ่มการเข้าถึงบริการในวัยทำงาน

2. เพื่อให้ทันตบุคลากรมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยด้านศัลยศาสตร์ช่องปากและทันตกรรมสำหรับเด็กมากยิ่งขึ้น

3. กิจกรรมที่ดำเนินงาน

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนารูปแบบการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในวัยทำงาน (Best Practice) เขตสุขภาพที่ 3 และพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยด้านศัลยศาสตร์ช่องปากและทันตกรรมสำหรับเด็ก ผ่านระบบแอพพลิเคชั่น Zoom มีกิจกรรม ดังนี้

1.การนำเสนอวิชาการ 3 เรื่อง ดังนี้

- การจัดการคนไข้ศัลยศาสตร์ช่องปากให้ปลอดภัย (Maxillofacial Management by dentist) โดย ทพ.ชลวิทย์ วงศ์ไพโรจน์พานิช ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพิจิตร
- การป้องกันฟันผุในเด็กอย่างไรให้ได้ผล (Caries Prevention) โดย ทพญ.สุขุมาล เศรษฐีธัญญาหาร ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- การบำบัดรักษาฟันที่ได้รับบาดเจ็บ (Management trauma in young permanent teeth) โดย ทพญ.นิศารัตน์ ชุติมาสถาพร ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

2.การประกวดผลงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในแต่ละจังหวัด ได้ผลการประกวดดังนี้

- รางวัลที่ 1 จังหวัดกำแพงเพชร เรื่องโครงการเครือข่ายอ่อนหวาน ต้านโรค ต้านฟันผุ จังหวัดกำแพงเพชร
- รางวัลที่ 2 จังหวัดพิจิตร เรื่องการสร้างความรอบรู้สุขภาพช่องปากในวัยทำงานโดยใช้ Application
- รางวัลที่ 3 จังหวัดอุทัยธานี เรื่องการพัฒนาการสื่อสานองค์ความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากผ่านชิองทางสังคมออน์ไลท์
- รางวัลชมเชย จังหวัดชัยนาท เรื่องโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสตร์ กษัตริย์

จังหวัดนครสวรรค์ เรื่องการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ จังหวัดนครสวรรค์ ปี 2564

4. สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด/อื่นๆทุกตัวของสาขาที่รับผิดชอบ ได้แก่

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย เขต (%)	ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564						
			นครสวรรค์	กำแพงเพชร	พิจิตร	อุทัยธานี	ชัยนาท	ภาพรวม เขต 3	ประเทศ
1	การเข้าถึงบริการทันตกรรม	40	17.83	36.39	28.02	27.3	23.42	25.99	24.57
2	ผู้สูงอายุมีฟันใช้งาน 4 คู่สบ (แท้-เทียม)	60	31.42	59.36	63.54	41,21	34.07	43.18	39.14
3	ร้อยละ 60 ของ รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ	60	28.87	40.46	41.96	73.63	52.78	43.5	41.64
4	การเข้าถึงบริการทันตกรรมของวัย	20	8.03	20.42	12.76	12.81	9.7	12.78	12.49

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย เขต (%)	ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564						
			นครสวรรค์	กำแพงเพชร	พิจิตร	อุทัยธานี	ชัยนาท	ภาพรวม เขต 3	ประเทศ
	ทำงาน อายุ 15-59 ปี								
5	เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ (caries free)	73	77.46	73.37	56.22	53.92	61.7	67.76	66.59
6	เด็ก 12 ปี ปราศจากฟันผุ (caries free)	71	63.62	75.92	72.49	69.97	67.22	69.69	70.19
7	เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	82	86.66	84.84	92.37	80.16	82.46	86.17	80.55

แหล่งที่มา : ข้อมูล HDC ณ วันที่ ตุลาคม 2564

5. งบประมาณที่ใช้

รวมงบประมาณทั้งสิ้น 31,300.00 บาท (สามหมื่นหนึ่งพันสามร้อยบาทถ้วน)

6. ปัญหา อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ทำให้การดำเนินงานยุ่งยากเล็กน้อย ต้องประสานจัดการประชุมทั้ง Online และ Onsite รวมทั้งต้องมีการเตรียมงานอย่างดี เผื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด

2. การให้บริการทันตกรรมต่างๆไม่สามารถดำเนินการได้ตามปกติ มีการงด หรือจำกัดบริการทันตกรรมบางประเภท ทำให้ตัวชี้วัดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

<u>สิ่งที่ต้องการสนับสนุน</u>

1. สนับสนุนปรับปรุงระบบระบายอากาศ Type A ในทุก รพช. อย่างน้อย 1 ห้อง จำนวน 34 ห้อง ห้องละ 124,000 บาท เป็นเงิน 4,216,000 บาท

2. สนับสนุนครุภัณฑ์ที่ป้องกันการฟุ้งกระจาย Motor suction ในทุก PCC จำนวน 119 ตัว ตัวละ 55,000 บาท เป็นเงิน 6,545,000 บาท

สาขาโรคไต

1. สถานการณ์ปัจจุบัน/สภาพปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรไทย คิดเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งหมด สาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรัง เกิดจากโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง แนวโน้มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องมีการใช้ทรัพยากร งบประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาไต มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน สามารถเข้าถึงสถานบริการใกล้บ้านได้ครอบคลุมและรวดเร็ว ตามสถานะสุขภาพ และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก เพื่อชะลอความเสื่อมของไต และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายซึ่งต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตให้ช้าที่สุด และมีความพร้อมเมื่อต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค และลดอัตราการเสียชีวิต

จากข้อมูลพบว่าแนวโน้มการชะลอความเสื่อมของไต เขตบริการสุขภาพที่ 3 ผลงานในปีงบประมาณ 2562-2564 พบว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้นผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <5ml/min/1.73m2/yr เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ≥66 ทำได้อยู่ที่ ร้อยละ 61.39, 67 และ 68.43 ตามลำดับ (ข้อมูลจาก HDC 18 ต.ค.64) ซึ่งในปี 2564 เขตบริการสุขภาพที่ 3 ทำได้ผ่านเกณฑ์เป้าหมายเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศ และข้อมูลการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 80 เขตสุขภาพที่ 3 ผลงานการดำเนินงาน ในปีงบประมาณปี 2562-2564 ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 73.46 , 72.9 และ 71.72 ตามลำดับ

2. เป้าหมายโรค/การบริการ ปีงบประมาณ 2564

เป้าหมายเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสถานบริการใกล้บ้าน รวมทั้งมีระบบการส่งต่อและได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมได้มาตรฐานตามแนวทาง CPG ร่วมกันทั้งเขตสุขภาพที่ 3

3. กิจกรรมที่ดำเนินงาน

3.1 การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

- ทำการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วย DM/HT โดยบูรณาการร่วมกับงาน NCD

3.2 การจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม

- จัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ตามแนวทางของ CKD Clinic คุณภาพ
- พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในเครือข่ายให้มีคุณภาพเพื่อเชื่อมโยงสู่ชุมชนและสะดวกในการประสานงานพร้อมทั้งคืนข้อมูลกลับให้พื้นที่
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร ระดับ รพช.และ รพ.สต.เรื่องการชะลอความเสื่อมของไต
- พัฒนาการดำเนินงานเพื่อขยาย CKD Clinic ให้ครอบคลุมในระดับ F3

3.3 การดำเนินงาน CAPD

- การขยายบริการ PD ใน รพ.ระดับ M2 โดยเปิด CAPD Clinic ที่ รพ.ท่าตะโก
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยทำ CAPD
- มีแนวปฏิบัติการรักษาภาวะช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (CAPD Peritonitis) และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อ
- สนับสนุน ส่งเสริมการกำจัดของเสียและขยะมูลฝอย PD ในชุมชนให้ถูกต้อง

3.4. การควบคุมมาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

- ดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติสำหรับการดำเนินการบริการศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2560

3.5 การจัดบริการ palliative care สำหรับผู้ป่วย ESRD ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

- พัฒนาแนวทาง palliative care เพื่อเชื่อมโยงการดูแลทั้งเครือข่าย ให้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับ palliative care nurse แบบ comprehensive conservative management ในกรณีผู้ป่วยมีโอกาสเปลี่ยนใจกลับมาทำ RRT หรือยังตัดสินใจไม่ได้ให้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบ Nephrologist ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

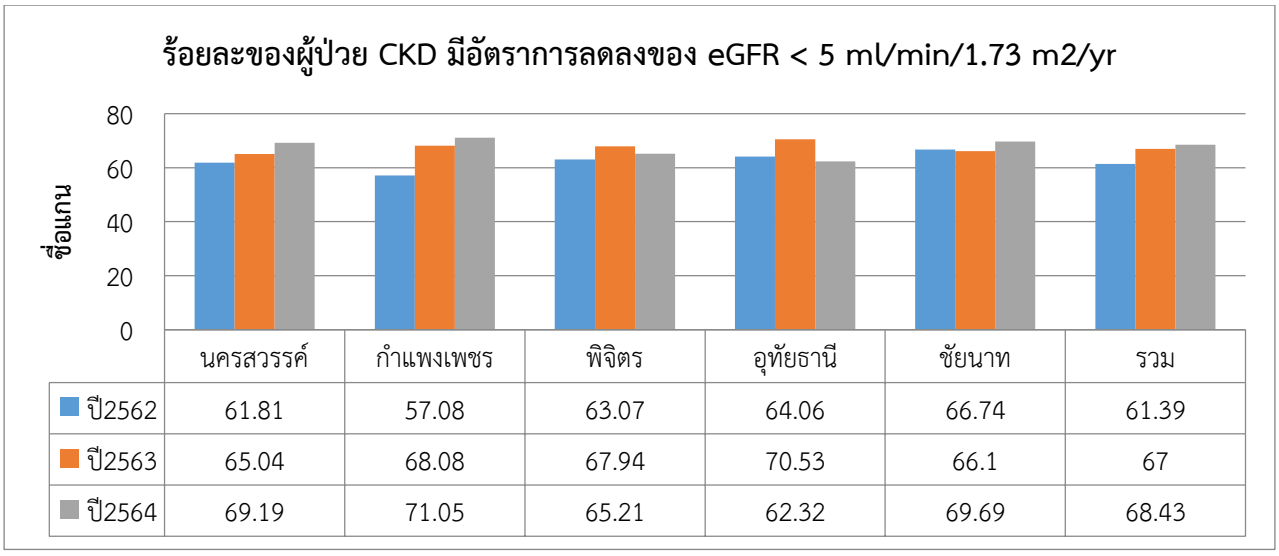
4. สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด

4.1 การชะลอความเสื่อมของไต : ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m^2/yr เกณฑ์เป้าหมาย ≥ ร้อยละ66

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m2/yr เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2562 - 2564

จังหวัด	ปี2562			ปี2563			ปี2564		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	9,271	5,730	61.81	15,743	10,240	65.04	16,079	11,125	69.19
กำแพงเพชร	8,845	5,049	57.08	11,88o	8,088	68.08	11,717	8,325	71.05
พิจิตร	4,227	2,666	63.07	7,047	4,788	67.94	7,027	4,582	65.21
อุทัยธานี	3,356	2,150	64.06	4,619	3,258	70.53	4,265	2,658	62.32
ชัยนาท	3,373	2,251	66.74	5,492	3,630	66.1	4,681	3,262	**69.69**
รวมเขต 3	29,072	17,846	61.39	44,781	30,004	67	43,769	29,952	68.43

ที่มา HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 18 ต.ค.2564



จากผลการดำเนินงาน ตั้งแต่ปี 2562 - 2564 พบว่า การชะลอความเสื่อมของไต : ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m^2/yr เท่ากับ ร้อยละ 61.39 ,67 และ 68.43 ตามลำดับ

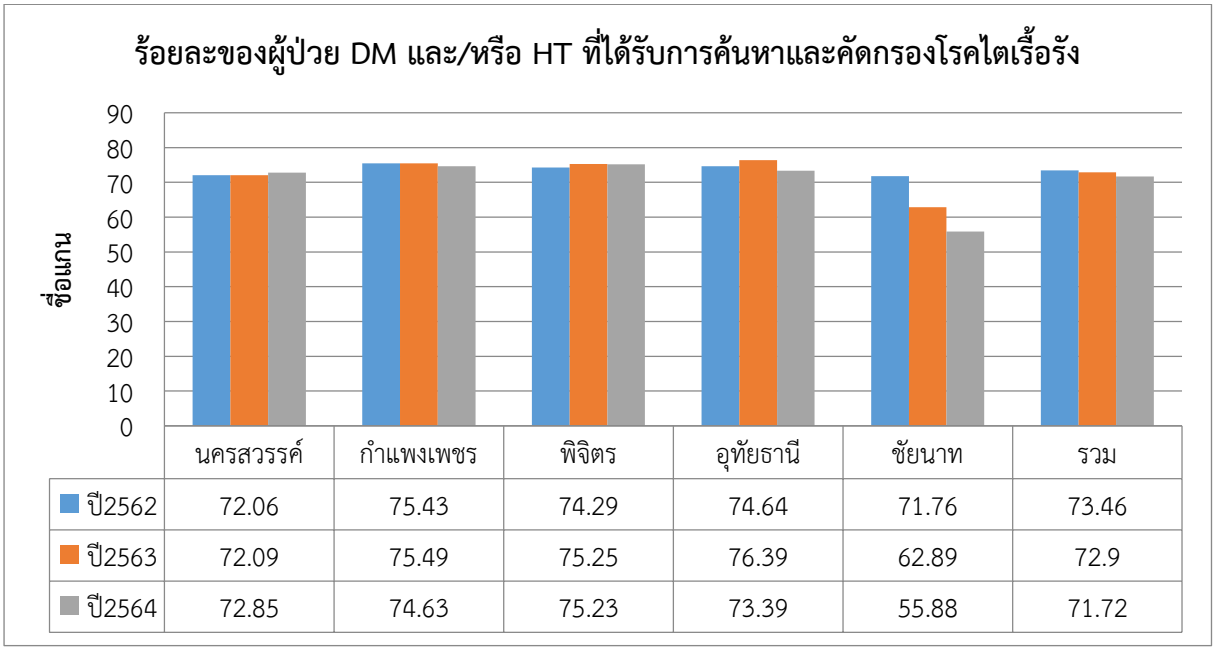
มีแนวโน้มควบคุมโรคได้ดีขึ้น ภาพรวมผลการดำเนินงาน เขตสุขภาพที่ 3 ในปี 2563 และ ปี 2564 ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย≥ ร้อยละ66 แต่ยังมี จังหวัดอุทัยธานี และพิจิตรที่มีผลงานในปีงบประมาณ 2564 ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 62.32 และ 65.21 ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

4.2 การคัดกรองค้นหา/เสี่ยงป่วยรายใหม่ : ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 80

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2562 - 2564

จังหวัด	ปี2562			ปี2563			ปี2564		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	127,648	91,988	72.06	125,238	90,285	72.09	125,562	91477	72.85
กำแพงเพชร	74,650	56,305	75.43	73,446	55,442	75.49	74,396	55,525	74.63
พิจิตร	68,457	50,859	74.29	67,670	50,924	75.25	67,871	50,505	75.23
อุทัยธานี	41,768	31,175	74.64	39,898	30,480	76.39	39,659	29,107	73.39
ชัยนาท	43,045	30,888	71.76	38,797	24,398	62.89	38,419	21,470	55.88
รวมเขต 3	**355,568**	**261,215**	**73.46**	**345,049**	**251,529**	**72.90**	**345,907**	**248,084**	**71.72**

ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 18 ต.ค.2564



จากข้อมูลการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2562 – 2564 ผลการดำเนินงานยัง ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 73.46 , 72.9 และ 71.72 ตามลำดับ เมื่อดูผลงานแยกรายจังหวัด ผลการดำเนินงานแต่ละจังหวัด ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายผลงานต่ำสุดอยู่ที่ จังหวัดชัยนาท คิดเป็นร้อยละ 55.88 (ตามตารางที่ 2)

5. งบประมาณที่ใช้

- ไม่มี

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
- การคัดกรอง CKD ต่ำกว่าเป้าหมาย	- พัฒนาระบบการลงข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบ HDC - จัดการกับฐานข้อมูลผู้ป่วย DM/HT ให้เป็นจริงและเป็นปัจจุบัน
- Unplanned dialysis ใน CKD Stage 5 with symptomatic เนื่องจากผู้ป่วยมักจะปฏิเสธในช่วงแรก และมีทัศนคติที่ไม่ดีกับการทำ CAPD	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปรับทัศนคติผู้ป่วยและครอบครัวต่อการรับการบำบัดทดแทนไต - พัฒนาระบบ Renal palliative care และการมีส่วนร่วมในชุมชน - พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อวางแผนเข้ารับการบำบัดทดแทนไตตามแนวทางส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายและกำหนดเกณฑ์การเข้ารับการบำบัดทดแทนไตให้เป็นระบบ - ปรับปรุงกระบวนการติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเชิงรุก เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับการบำบัดทดแทนไต ลดอัตราการเกิดผู้ป่วย Unplanned dialysis รายใหม่
- ขาดศัลยแพทย์ทำผ่าตัด และซ่อมเส้น Vascular access	- พัฒนาศักยภาพของ General surgeon และส่วนกลางควรกำหนดให้เป็นสาขาขาดแคลนในการ Training และสามารถ Train ได้เร็วขึ้น
- ปัญหาทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ ผล Lab บางตัวแปลค่าโปรตีนในปัสสาวะเป็นช่วงไม่สามารถนำมาใช้ในการปรับยาในกลุ่ม ACEI/ARB เพื่อใช้ในการรักษาเพื่อลดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ	- เสนอแนะให้ทุกโรงพยาบาลมีการตรวจวัดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะโดยใช้ค่า Lab : UACR หรือ UCPR แปลผลมีค่าหน่วยเป็น mg/gm เพื่อนำมาใช้ในการปรับยาในกลุ่ม ACEI/ARB เพื่อใช้ในการรักษาเพื่อลดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ ทำให้ช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้
- ขาดสหวิชาชีพ โดยเฉพาะ นักกำหนดอาหาร นักกายภาพบำบัดใน CKD Clinic บางโรงพยาบาล	- เพิ่มกรอบอัตราตำแหน่งเพื่อเพิ่มเข้ารับการบรรจุเจ้าหน้าที่ในตำแหน่งที่ขาดแคลน

7. แนวทางการพัฒนา

7.1 เชื่อมโยงข้อมูลกับ Service plan สาขา NCD เนื่องจาก โรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นผลลัพธ์จากการควบคุมโรคเรื้อรังที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

7.2 พัฒนาการดำเนินงานเพื่อขยาย CKD Clinic ให้ครอบคลุมในระดับ F3 ได้แก่ รพ.ชุมตาบง , รพ.หนองมะโมง

สาขาโรคตา

1. สภาพปัญหา/สถานการณ์ (ย้อนหลัง 3-5 ปี เปรียบเทียบ เขต ประเทศ)

สถานการณ์

จากการสำรวจความชุกของตาบอดในประชากรไทย พบตาบอดร้อยละ 0.59 โดยสาเหตุของตาบอดที่สำคัญคือผู้ป่วยโรคต้อกระจกตกค้าง (Backlog Cataract) จำนวน 14,868 ราย โดยสาเหตุของตาบอดร้อยละ 0.1 จำนวน 5,040 ราย ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด มีการพัฒนาระบบการทำงานให้สอดคล้องกับส่วนกลาง และขยายความร่วมมือไปยังหน่วยงาน สาธารณสุขทุกระดับให้มีส่วนร่วมในการติดตามค้นหาผู้ป่วยและให้มีการผ่าตัดผู้ป่วยได้ตามเกณฑ์และความจำเป็นเพื่อวัตถุประสงค์ลดภาวะตาบอดให้เหลือ 0.40 ใน ปี 2020

ลำดับ	ตัวชี้วัด	จังหวัด	2559	2560	2561	2562	2563	2564
1	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอดได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	นครสวรรค์	98.5	98.61	98.82	98.71	98.58	98.89
		กำแพงเพชร	99.41	99.18	98.28	88.64	99.74	99.20
		พิจิตร	98.68	100	100	89.48	56.71	97.80
		อุทัยธานี	95.63	97.62	100	85.01	86.21	85.05
		ชัยนาท	100	100	96.92	97.11	89.08	87.04
		เขต3	90.10	89.25	91.99	91.79	86.06	93.59
2	ร้อยละผู้สูงอายุ60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา	นครสวรรค์	93.11	86.25	61.50	78.15	55.55	57.40
		กำแพงเพชร	85.25	77.99	76.13	59.60	70.04	64.22
		พิจิตร	81.89	72.41	84.23	85.59	72.90	58.83
		อุทัยธานี	96.31	93.34	95.30	88.36	84.56	80.09
		ชัยนาท	86.90	90.51	78.01	85.98	74.01	59.50
		เขต3	88.69	84.1	79.03	79.53	71.41	64.10
3	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา	นครสวรรค์	48.42	54.95	63.16	71.07	68.62	63.91
		กำแพงเพชร	40.68	55.1	62.91	58.48	59.44	45.96
		พิจิตร	42.5	55	52.98	61.11	60.38	67.47
		อุทัยธานี	54.16	64.29	65.2	64.32	66.79	78.51
		ชัยนาท	46.83	50.83	51.85	49.38	37.27	30.90
		เขต3	46.04	55.45	59.9	62.98	60.88	58.25

2. เป้าหมายโรค/การบริการ ปีงบประมาณ 2564

ต้อกระจก

1.ผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน ร้อยละ 80

2.อัตราการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75

เบาหวานขึ้นจอประสาทตา

1.อัตราการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 60

3. กิจกรรมที่ดำเนินงาน

จัดประชุมชี้แจงการดำเนินการตามตัวชี้วัด เน้นตัวที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์

4. สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด/อื่นๆทุกตัวของสาขาที่รับผิดชอบ ได้แก่

1. ผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน ร้อยละ 80

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.-30 ก.ย.2564		
	จำนวน	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	539	533	98.89
กำแพงเพชร	1,001	993	99.20
พิจิตร	545	533	97.80
อุทัยธานี	555	472	85.05
ชัยนาท	378	329	87.04
ภาพรวมเขต 3	3,018	2,860	93.59

2. อัตราการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.-30 ก.ย.2564		
	จำนวน	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	77,312	44,374	57.40
กำแพงเพชร	64,305	41,296	64.22
พิจิตร	62,144	36,561	58.83
อุทัยธานี	68,227	54,645	80.09
ชัยนาท	54,949	32,692	59.50
ภาพรวมเขต 3	326,937	209,568	64.10

3. อัตราการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 60

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ต.ค.-30 ก.ย.2564		
	จำนวน	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	60,856	38,891	63.91
กำแพงเพชร	35,375	16,259	45.96
พิจิตร	33,407	22,541	67.47
อุทัย	18,621	14,619	78.51
ชัยนาท	21,721	6,711	30.90
ภาพรวมเขต 3	169,980	99,021	58.25

5. งบประมาณที่ใช้

- ไม่ได้ใช้งบประมาณ

6. ปัญหา อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากสถานการณ์โควิค ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน มีการงดผ่าตัดตา งดการลงคัดกรองสายตาในชุมชน

2. ปัญหาในการลงข้อมูล จากการคัดกรองผู้สูงอายุในแต่ละปีเจ้าหน้าที่ต้องทำการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุจำนวนมากร่วมกับภาระงานอื่นทำให้การคัดกรองไม่ได้คัดกรองตามเกณฑ์

3. ปัญหาฐานข้อมูลประชากรในโปรแกรม vision 2020 ที่ไม่เป็นปัจจุบันโดยในทุกจังหวัดจะมีปัญหาว่า ไม่พบข้อมูลของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้แม้ได้ทำการคัดกรองแล้วแต่ก็จะไม่ปรากฏในรายงาน

4. บางสถานบริการยังมีจำนวนจักษุแพทย์หรือห้องผ่าตัดที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ การเพิ่มงบประมาณเพื่อขยายงานห้องผ่าตัดตา เพิ่มจำนวนจักษุแพทย์ และบุคลากรที่มีความจำเป็น เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา เจ้าหน้าที่เทคนิคก็จะช่วยให้การให้บริการผู้ป่วยทำได้ดียิ่งขึ้น

สาขาบริการปฐมภูมิ

➢ **หมอประจำตัว 3 คน**

1. สภาพปัญหา/สถานการณ์ (ย้อนหลัง 3-5 ปี เปรียบเทียบ เขต ประเทศ)

การขับเคลื่อนนโยบาย “คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน" (หมอประจำบ้าน หมอสาธารณสุข หมอครอบครัว (MD/FM) ด้วยหลักการ “เข้าถึง ครอบคลุม ต่อเนื่อง” ซึ่งครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา พื้นฟูสภาพ ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูลในระบบบริการและมอบเป็นของขวัญปีใหม่ ประจำปี พ.ศ.2564 ให้กับประชาชน ในพื้นที่ พบว่า พื้นที่ไม่เข้าใจในนโยบาย ได้แก่ การลงข้อมูล ใน เว็ปไซต์ thaiphc.net เข้าใจว่าลงข้อมูลเฉพาะครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และ เข้าใจความหมายของแพทย์คนที่ 3 ว่าเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเท่านั้น ประกอบกับการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU ล่าช้า และยังไม่ได้บันทึกข้อมูล 3 หมอในระบบจึงทำให้การขับเคลื่อนนโยบาย “คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน” ครอบคลุม ร้อยละ 61.57 โดยเมื่อขึ้นทะเบียนแล้วเสร็จในเดือนสิงหาคม 2564 และพื้นที่บันทึกข้อมูลเรียบร้อยจะครอบคลุม ร้อยละ 76.2

2. เป้าหมายโรค/การบริการ ปีงบประมาณ 2564

2.1 ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน

2.2 จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน (แพทย์ FM) ร้อยละ 40

2.3 อสม.หมอประจำบ้านผ่านการอบรม ร้อยละ 100

3. กิจกรรมที่ดำเนินงาน

1. แจ้งกำหนดการดำเนินงาน นโยบาย 3 หมอ 3 มอบ และกำหนด Time line ในการดำเนินการพร้อมกันทั้งจังหวัด

2. ชี้แจงนโยบาย 3 หมอ พร้อมแนวทางการดำเนินการ ในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน

3. การดำเนินงาน 3 หมอ 3 มอบ ให้พื้นที่บูรณาการงบประมาณ ควบคู่ไปกับการดำเนินงานตามแผนงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

4. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล จากการบันทึกระบบข้อมูล 3 หมอ 3 มอบจากโปรแกรม http://3doctor.hss.moph.go.th/ และการลงพื้นที่ เพื่อติดตามผลการปฏิบัติ และรับฟังปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางแก้ไข

5. พัฒนา ส่งเสริม และสนับสนุน นโยบาย 3 หมอ 3 มอบ ควบคู่ไปกับงานพัฒนาระบบปฐมภูมิ เช่น PCU/NPCU พชอ. รพ.สต.ติดดาว และ อสม. (การมีส่วนร่วมจากภาคี เครือข่าย และภาคประชาชน)

6 พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานปฐมภูมิให้มีให้ความรู้ เพื่อนำไปปฏิบัติ ถ่ายทอด และใช้ในชีวิตประจำวัน ในพื้นที่ และชุมชน จนเกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ (Health Literacy)

7. จัดกิจกรรม Kick off โครงการตามนโยบาย“คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน”

- ส่งมอบบัตรแนะนำตัว หมอประจำตัว 3 คน
- เยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง
- มอบชุดของขวัญผู้สูงอายุติดบ้าน/ ติดเตียง และผู้ด้อยโอกาส
- มอบกระเป๋าปฐมพยาบาล/ มอบยาสามัญประจำบ้าน/ มอบปฏิทินแนะนำตัว 3 หมอ
- อบรม อสม.หมอคนที่ 1 และมอบใบประกาศฯ แก่ อสม.ที่ผ่านการอบรม

4. สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด/อื่นๆทุกตัว ของสาขาที่รับผิดชอบ

ความครอบคลุมประชากรที่ได้รับการดูแลจากหมอประจำตัว

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2564		
	เป้าหมาย จำนวนประชากร (คน)	ผลงาน จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน (คน)	ร้อยละ
นครสวรรค์	1,076,951	575,913	53.48
กำแพงเพชร	601,554	424,985	70.65
พิจิตร	531,507	297,384	55.95
อุทัยธานี	289,345	289,345	100
ชัยนาท	291,331	130,604	44.83
รวมเขต 3	2,790,688	1,718,231	61.57

การบันทึกข้อมูลตามนโยบาย "คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน"

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2564		
	เป้าหมาย จำนวนครัวเรือน (HDC)	ผลงาน จำนวนครัวเรือน (บันทึก)	ร้อยละ
นครสวรรค์	329,667	216,658	65.72
กำแพงเพชร	209,298	168,435	80.48
พิจิตร	169,773	120,783	71.14
อุทัยธานี	97,308	91,914	94.45
ชัยนาท	108,559	99,282	91.45
รวมเขต 3	914,605	697,072	76.2

การอบรมหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2564		
	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน อบรมแล้ว(คน)	ร้อยละ
นครสวรรค์	1,432	1,432	100
กำแพงเพชร	957	984	102.82
พิจิตร	889	889	100
อุทัยธานี	642	733	114.17
ชัยนาท	505	615	121.78
รวมเขต 3	4,425	4,653	105.15

5. งบประมาณที่ใช้ งบปฐมภูมิของแต่ละจังหวัด

6. ปัญหา อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

1) โปรแกรมในการบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อน ไม่สามารถประมวลผล เสนอให้ประสานผู้ดูแลระบบเพื่อพัฒนาระบบการใช้งานให้ดีขึ้น
2) ภาระงานมาก และช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้การบันทึกล่าช้า รวมถึงการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU ล่าช้าด้วย เสนอให้ทุกจังหวัดเร่งบันทึกข้อมูลภายในไตรมาสสุดท้ายให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 80

➢ **การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562**

1. สภาพปัญหา/สถานการณ์ (ย้อนหลัง 3-5 ปี เปรียบเทียบ เขต ประเทศ)

เขตสุขภาพที่ 3 มีแผนเปิดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ 10 ปี (2562-2573) จำนวนทั้งสิ้น 272 ทีม ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ ปี 2559 ภายในเดือนกันยายน 2564 ขึ้นทะเบียนรวมทั้งสิ้น 168 ทีม คิดเป็นร้อยละ 61.76 โดยความครอบคลุมของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิมากที่สุดคือ จังหวัดอุทัยธานี ร้อยละ 100 รองลงมา จังหวัดกำแพงเพชร ร้อยละ 60.67 เปิดดำเนินการฯ ครอบคลุมน้อยที่สุด ที่จังหวัดชัยนาท ร้อยละ 51.72 จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน (FM) ครอบคลุมมากที่สุด จังหวัดอุทัยธานี ร้อยละ 100 รองลงมา จังหวัดกำแพงเพชร ร้อยละ 70.65 ครอบคลุมน้อยที่สุด จังหวัดชัยนาท ร้อยละ 44.83

ปัญหาการดำเนินงาน คือการขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พบสาเหตุ คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแล้วมีการย้ายที่ปฏิบัติงานและไปเรียนต่อในสาขาอื่น การจัดอบรมแพทย์เวชศาสตร์มีเพียง ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งไม่เพียงพอต่อการส่งแพทย์เข้ารับการอบรม เป็นอุปสรรคต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายในการบริหารจัดการแพทย์เข้าอบรม ทำให้เป็นอุปสรรคในการตั้งเป้าหมายพัฒนาและขับเคลื่อนให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด

2. เป้าหมายโรค/การบริการ ปีงบประมาณ 2564

2.1 ความสำเร็จในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวกับแผน 10 ปี

2.2 ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 40

3. กิจกรรมที่ดำเนินงาน

3.1 มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวเพื่อดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ โดยทีมสหวิชาชีพตามเกณฑ์ที่กำหนด

3.2 จัดให้มีรูปแบบการให้บริการตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ พัฒนาการทำงานให้ตรงตามแนวคิดของคลินิกหมอครอบครัว(Primary care cluster)“ บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี”

3.3 การพัฒนาโครงสร้างหรือกลไกการขับเคลื่อนในการจัดบริการปฐมภูมิ กำหนดให้มีกลไกการขับเคลื่อนในทุกระดับตั้งแต่เขตบริการสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับคลินิกหมอครอบครัว

3.4 พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนและทีมสุขภาพ มุ่งเน้นให้เกิดสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในจังหวัดและการจัดให้มีกำลังคน ที่เพียงพอทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เป็นทีมหมอครอบครัวที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพร่วมปฏิบัติงานให้บริการ

3.5 พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มุ่งเน้นการพัฒนาและจัดระบบสนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ การพัฒนาวิชาการ การวิจัยและพัฒนา

4. สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด/อื่นๆทุกตัวของสาขาที่รับผิดชอบ

4.1 ตัวขี้วัดเรื่อง การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 เป้าหมายร้อยละ 40

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2564				
	เป้าหมาย (แห่ง)		ผลงาน(แห่ง)		ร้อยละ
	แผน 10 ปี	ปี 2564	เปิดแล้ว	สะสมรวม	
นครสวรรค์	99	22	10	54	56.56
กำแพงเพชร	63	5	4	42	60.67
พิจิตร	51	7	7	27	52.94
อุทัยธานี	30	12	12	30	100
ชัยนาท	29	4	4	15	51.72
รวมเขต 3	272	43	37	168	61.76

5. งบประมาณที่ใช้ งบปฐมภูมิของแต่ละจังหวัด

6. ปัญหา อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

6.1 กำหนดแนวทางการพิจารณาจัดสรรบุคลากรลงปฏิบัติงานในPCU/NPCU เป็นอันดับแรก

6.2 พัฒนาให้ศูนย์แพทย์ศาสตร์ชั้นคลินิก รพ.สปร. เป็นสถาบันหลักในการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสนับสนุนให้มีสถาบันสมทบในการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (รพ.ลาดยาว) และจังหวัดพิจิตรเตรียมการพัฒนาสถาบันฝึกอบรมหลักของพิจิตร ซึ่งจะได้รับการประเมินในปีนี้ โดยมี รพ.พิจิตร เป็นสถาบันหลัก รพ.ตะพานหิน/รพ.บางมูลนาก เป็นสถาบันสมทบแหล่งฝึก

6.3 ส่งเสริม สนับสนุน ให้แพทย์ศึกษาต่อด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

6.4 พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานปฐมภูมิ และเป็นไปตามกรอบอัตรากำลังในการเปิดให้บริการ PCU/NPCU

6.5 อบรมพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติให้เป็นพยาบาลครอบครัว และอบรมทีมสหวิชาชีพด้านเวชศาสตร์ครอบครัวตามเป้าหมายการจัดตั้ง PCU รายปี

6.6 วางแผนการจัดสรรงบประมาณ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้บริการเพื่อรองรับการเปิดให้บริการ PCU/NPCU

➢ **ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ**

1. สภาพปัญหา/สถานการณ์ (ย้อนหลัง 3-5 ปี เปรียบเทียบ เขต ประเทศ)

เขตสุขภาพที่ 3 ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ครอบคลุมทั้ง 54 อำเภอ โดยมีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกอำเภอ ตามระเบียบสำนักนายกว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.2561 และมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนแต่ละประเด็นแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2. เป้าหมายโรค/การบริการ ปีงบประมาณ 2564

ร้อยละ 75 ของอำเภอ มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

3. กิจกรรมที่ดำเนินงาน

3.1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (พชอ.) ครบทุกอำเภอ

3.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอดำเนินการสร้างกลไกและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

3.3 มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่อย่างน้อย 2 ประเด็นครบทุกอำเภอ

3.4 จัดทำแผนปฏิบัติการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต

3.5 ประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา / ประเด็นการพัฒนา คัดเลือกประเด็นการพัฒนา

3.6 ดำเนินการตามแผน / แก้ไขปัญหาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

3.7 มีการประเมินผลการดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามเกณฑ์ UCCARE ผ่านระดับ 3 แห่ง ทุกอำเภอ

3.8 ติดตามเยี่ยมเสริมพลังเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเสริมจุดขาด

3.9 สรุปผลการดำเนินงานทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

3.10 พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีอย่างต่อเนื่อง จัดระบบการเรียนรู้ และพัฒนาเพื่อให้เกิดนวัตกรรมในพื้นที่

4. สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด/อื่นๆทุกตัวของสาขาที่รับผิดชอบ

4.1 ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	นครสวรรค์	กำแพงเพชร	พิจิตร	อุทัยธานี	ชัยนาท	รวม
1	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	เป้าหมาย 75%	15	11	12	8	8	54
		ผลงาน	15	11	12	8	8	54
		อัตรา/ร้อยละ	100	100	100	100	100	100
2	ประเด็นแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	เป้าหมาย	30	22	24	16	16	108
		ผลงาน	30	37	53	34	22	174
		อัตรา/ร้อยละ	100	168.2	220.8	212.5	137.5	161.1

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	นครสวรรค์	กำแพงเพชร	พิจิตร	อุทัยธานี	ชัยนาท	รวม
3	ประเมินด้วยกระบวนการ UCCARE	เป้าหมาย (ผ่านขั้น 3)	15	11	12	8	8	54
		ผลงาน	15	11	12	8	8	54
		อัตรา/ร้อยละ	100	100	100	100	100	100

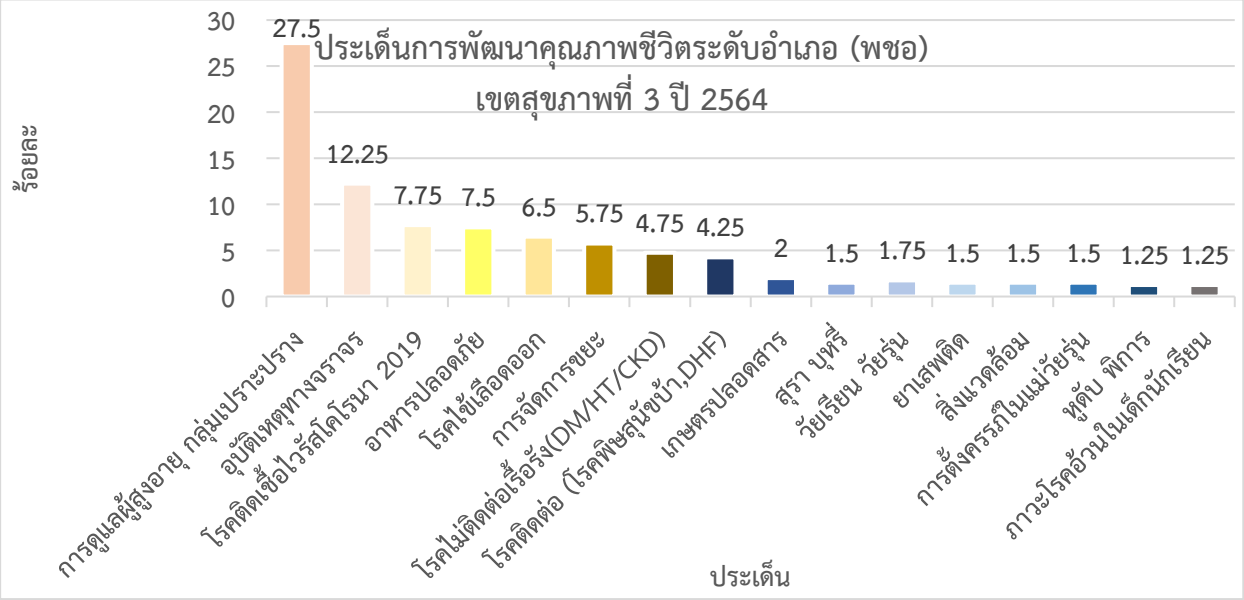
4.2 ประเด็นที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่อย่างน้อย 2 ประเด็น + กลุ่มเปราะบาง ครบทุกอำเภอ

พบว่า 3 ประเด็นแรก คือ

1) การดูแลผู้สูงอายุ

2) อุบัติเหตุ

3) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



5. **งบประมาณที่ใช้** งบพัฒนา พชอ.จาก สสส.

6. **ปัญหา อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ**

6.1 การคัดเลือกประเด็นปัญหาของพื้นที่ ควรให้ทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมและเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขร่วมกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน

6.2 การแพร่ระบาดของโรคระบาด COVID 19 โดยมีมาตรการป้องกันการระบาดฯ ในระดับจังหวัด ทำให้การขับเคลื่อนในประเด็น พชอ.ประเด็นอื่นๆ ชะลอการดำเนินงาน

สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)

1. สภาพปัญหา/สถานการณ์ (ย้อนหลัง 3-5 ปี เปรียบเทียบ เขต ประเทศ)

สถานการณ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 3 ในปี 2561 ถึง 2563 พบปัญหาที่สำคัญที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ประเด็นหลัก ได้แก่ ผลการดำเนินงานควบคุมโรคเบาหวาน การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานละความดันโลหิตสูง ส่วนการประเมิน NCD Clinic Plus บรรลุเกณฑ์เป้าหมาย ตั้งแต่ปี 2562 ถึง 2563 แต่เป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพที่ต้องพัฒนาต่อเนื่อง พิจารณารายตัวชี้วัด ได้ดังนี้

1. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 ในเขตสุขภาพที่ 3 ผลการดำเนินงานสูงกว่าระดับประเทศ และมีแนวโน้มดีขึ้นแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย จัดอันดับอยู่ในอันดับที่ 2 ของประเทศ เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่ามีเพียงจังหวัดนครสวรรค์ที่บรรลุเป้าหมาย และอีก 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร และจังหวัดอุทัยธานี ผลงานมีแนวโน้มดีขึ้นแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ส่วนจังหวัดชัยนาทมีผลงานลดลง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปี 2561-2563

จังหวัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ชัยนาท	33.18	31.71	30.74
นครสวรรค์	31.89	36.76	41.81
อุทัยธานี	29.30	29.23	33.08
กำแพงเพชร	35.20	34.66	37.83
พิจิตร	31.93	31.91	33.57
เขตสุขภาพที่ 3	32.45	33.88	36.98
ประเทศ	26.88	28.25	29.42
อันดับของประเทศ	2	3	2

2. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 เขตสุขภาพที่ 3 มีผลการดำเนินงานสูงกว่าระดับประเทศและบรรลุเป้าหมาย จัดอันดับอยู่ในอันดับที่ 5 ของประเทศ เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่าทุกจังหวัดมีแนวโน้มดีขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีในเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปี 2561-2563

จังหวัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ชัยนาท	34.66	39.92	50.08
นครสวรรค์	46.21	49.30	62.43
อุทัยธานี	46.23	44.75	64.69
กำแพงเพชร	48.25	50.57	64.92
พิจิตร	40.51	44.90	59.40
เขตสุขภาพที่ 3	44.16	47.07	61.15
ประเทศ	41.67	43.70	58.61
อันดับของประเทศ	6	5	5

3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เป้าหมาย ปี 2561 ถึง 2563 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.5, 85.0 และ 87.5 ตามลำดับ ในเขตสุขภาพที่ 3 ผลการดำเนินงานสูงกว่าระดับประเทศและบรรลุเป้าหมายทั้ง 3 ปี จัดอันดับอยู่ในอันดับที่ 3 ของประเทศ เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่าในปี 2563 บรรลุเป้าหมาย 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดอุทัยธานี ส่วนจังหวัดชัยนาท และจังหวัดพิจิตรผลงานไม่บรรลุเป้าหมาย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปี 2561-2563

จังหวัด	ปี 2561 (เป้าหมาย 82.5%)	ปี 2562 (เป้าหมาย 85.0%)	ปี 2563 (เป้าหมาย 87.5%)
ชัยนาท	85.25	93.02	87.20
นครสวรรค์	87.21	89.05	88.22
อุทัยธานี	85.44	85.64	87.80
กำแพงเพชร	89.75	89.35	89.37
พิจิตร	79.84	87.88	86.99
เขตสุขภาพที่ 3	85.90	88.94	88.06
ประเทศ	85.77	88.22	86.41
อันดับของประเทศ	6	5	3

4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ในเขตสุขภาพที่ 3 ผลการดำเนินงานสูงกว่าระดับประเทศแต่ไม่บรรลุเป้าหมายทั้ง 3 ปี จัดอันดับอยู่ในอันดับที่ 2 ของประเทศ เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่าส่วนใหญ่มีแนวโน้มสูงขึ้น มีเพียงจังหวัดชัยนาทที่ผลการดำเนินงานลดลง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ในเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปี 2561-2563

จังหวัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ชัยนาท	66.70	71.76	62.92
นครสวรรค์	68.73	72.06	72.09
อุทัยธานี	74.14	74.64	76.39
กำแพงเพชร	74.34	75.43	75.47
พิจิตร	70.13	74.29	75.23
เขตสุขภาพที่ 3	70.54	73.46	72.89
ประเทศ	62.25	63.12	62.55
อันดับของประเทศ	2	2	2

5. ร้อยละสถานบริการผ่านเกณฑ์ NCD Clinic plus เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 70 ปี 2562 และ 2563 สถานบริการผ่านเกณฑ์ NCD Clinic plus มากกว่าเป้าหมาย มีดังตารางที่ 5 ในปี 2563 ยังมีสถานบริการในจังหวัดชัยนาทที่คะแนนต่ำกว่าพื้นฐาน 2 แห่ง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ร้อยละสถานบริการผ่านเกณฑ์ NCD Clinic plus ในเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปี 2561-2563

จังหวัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ชัยนาท	25.00	75.00	75.00
นครสวรรค์	78.57	85.71	100
อุทัยธานี	100	87.5	100
กำแพงเพชร	91.66	91.66	100
พิจิตร	66.66	91.66	100
เขตสุขภาพที่ 3	74.07	87.03	96.29

ตารางที่ 6 จำนวนสถานบริการผ่านเกณฑ์ NCD Clinic plus ในเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปี 2561-2563

จังหวัด	ปี 2561					ปี 2562					ปี 2563				
	ต่ำกว่าพื้นฐาน	พื้นฐาน	ดี	ดีมาก	ดีเด่น	ต่ำกว่าพื้นฐาน	พื้นฐาน	ดี	ดีมาก	ดีเด่น	ต่ำกว่าพื้นฐาน	พื้นฐาน	ดี	ดีมาก	ดีเด่น
ชัยนาท	6	1	1	-	-	2	5	1	-	-	2	2	2	2	-
นครสวรรค์	3	8	2	1	-	2	7	3	1	1	-	2	3	6	3
อุทัยธานี	-	5	3	-	-	1	4	2	1	-	-	-	1	5	2
กำแพงเพชร	1	5	1	4	1	1	1	8	2	-	-	-	4	6	2
พิจิตร	4	2	3	3	-	1	6	3	2	-	-	2	4	6	-
เขต 3	14	21	10	8	1	7	23	17	6	1	2	6	14	25	7

2. แผนการดำเนินงาน

คณะกรรมการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อ (Service Plan NCD) เขตสุขภาพที่ 3 ได้ดำเนินการทบทวน วิเคราะห์ส่วนขาดและสภาพปัญหา ตามประเด็นของ 6 Building Blocks ดังนี้

6 Building Blocks	GAP (สิ่งที่ขาด)	แผนการดำเนินงาน
1. Health Service Delivery	1.1 ไม่มีคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน และ แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยากต่อการรักษา ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 1, เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ดี และหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน 1.2 ไม่มีคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยได้รับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมทั่วไป ไม่มีการดูแลเฉพาะในกลุ่มควบคุมโรคไม่ดี 1.3 ไม่มีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ	1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการ HNA (Healthcare Network Accreditation) จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 3 ดังนี้ 1.1 ประชุมวิชาการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 1.2 เยี่ยมเยียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนิน งานโรคเบาหวาน จังหวัดพิจิตร และอุทัยธานี 1.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 3
2. Health Workforce	2.1 NCM และ Mini CM ไม่เพียงพอ 2.2 มีโภชนากรไม่ครบทุกโรงพยาบาล 2.3 ไม่มีศัลยแพทย์หลอดเลือด	2.1 สำรวจจำนวนและความต้องการ NCM, Mini CM, โภชนากร และบุคลากรที่เกี่ยวข้องตลอดจนความต้องการการฝึกอบรมของบุคลากรในเขต เพื่อวางแผนการพัฒนาบุคลากร ปี 2565 2.2 ร่วมมือกับภาคเอกชน หรือ ภาครัฐบาลในและนอกเขตบริการสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาหลอดเลือดส่วนปลายอุดตันที่เป็น Elective case
3. Health system financing	3.1 การจัดสรรงบประมาณการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ HbA1c, Cr และMAU ไม่เพียงพอ ในโรงพยาบาลที่มีมีปัญหาเสถียรภาพด้านการเงินตรวจได้ไม่ครบถ้วน	3.1 กำหนดการตรวจ HbA1c ให้เป็นตัวชี้วัดในการคุณภาพการทำงาน เพื่อได้รับเงินสนับสนุนเพิ่มเติมจากกองทุนโรคเรื้อรังของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. Health information system	4.1 ไม่มี Data Center ในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด และประมวลผลการดำเนินงานเฉพาะกลุ่มโรค 4.2 รายงานการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง และ CVD risk ไม่แยกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	4.1 เสนอผู้บริหารระดับเขตจัดทำ Data Center ที่ประมวลผลตัวชี้วัดการดำเนินงานเฉพาะกลุ่มโรค การทำรายงานการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง และ CVD risk ในเขต แยกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานกับความดันโลหิตสูง และมอบหมายหน่วยงานและผู้รับผิดชอบหลักอย่างชัดเจน

6 Building Blocks	GAP (สิ่งที่ขาด)	แผนการดำเนินงาน
	4.3 ไม่มีบุคลากรและหน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับเขต	
5.Leadership & Governance	5.1 ไม่มีแผนการดำเนินงานเฉพาะ เพื่อเร่งรัดผลการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย	5.1 เสนอท่านผู้ตรวจราชการให้ HNA เป็นประเด็นพัฒนาและแนวทางการดำเนินงานของเขตอย่างต่อเนื่อง และมี Timeline การดำเนินงานที่ชัดเจน
6. Medical Products, Vaccine & Technology	6.1. อุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไม่เพียงพอในบางสถานบริการ ได้แก่ Fundus camera, ABI 6.2. อุปกรณ์สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยไม่เพียงพอ ได้แก่ Glucometer และ Strip, เครื่องวัดความดันโลหิตแบบพกพา 6.3.Influenza vaccine , Pnenmococcal vaccine ไม่เพียงพอสำหรับกลุ่มเป้าหมาย 6.4. ไม่มีบัญชียาที่จัดทำร่วมกันในจังหวัดและในเขต 6.5. ไม่มีเทคโนโลยีใหม่ สำหรับดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ไม่ปกติ เช่น โรคระบาด	6.1 ทำแผนเสนอผู้บริหารระดับจังหวัดเพื่อของบประมาณสนับสนุน ร่วมกับหาช่องทางขอรับบริจาคจากมูลนิธิหรือองค์กรเอกชน 6.2 ให้พื้นที่ทำแผนขอสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 6.3 เสนอผู้บริหารระดับเขตเพื่อบริหารจัดการด้านวัคซีน และบัญชียา 6.4 จัดระบบ Telemedicine และการส่งยาทางไปรษณีย์ รองรับในสถานการณ์ไม่ปกติ และเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สะดวกมาโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงาน

ตารางที่ 7 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปี 2561-2564

จังหวัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	**ปี 2564**
ชัยนาท	33.18	31.71	30.74	**23.29**
นครสวรรค์	31.89	36.76	41.81	**42.32**
อุทัยธานี	29.30	29.23	33.08	**34.23**
กำแพงเพชร	35.20	34.66	37.83	**34.33**
พิจิตร	31.93	31.91	33.57	**38.64**
เขตสุขภาพที่ 3	32.45	33.88	36.98	**36.62**
ประเทศ	26.88	28.25	29.42	**29.07**
อันดับของประเทศ	2	3	2	**1**

จากตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่า ในปี 2564 การควบคุมโรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 3 มีผลงานลดลงเล็กน้อย แต่เลื่อนอันดับขึ้นเป็นอันดับ 1 ของประเทศ พิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีผลงานดีขึ้น ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดพิจิตร และจังหวัดอุทัยธานี ตามลำดับ ส่วนจังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดชัยนาท

มีผลการควบคุมเบาหวานลดลง เมื่อจัดอันดับของจังหวัดในประเทศ พบว่ามีเพียง 4 จังหวัดที่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดชุมพร จังหวัดอุตรดิตถ์ และจังหวัดศรีสะเกษ ตามลำดับ โดยจังหวัดนครสวรรค์มีผลงานเป็นอันดับ 1 ของประเทศ ส่วนจังหวัดพิจิตร อันดับ 7, จังหวัดกำแพงเพชร อันดับ 25, จังหวัดอุทัยธานี อันดับ 26 และจังหวัดชัยนาทอันดับ 62 ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

ตารางที่ 8 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีในเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปี 2561-2564

จังหวัด	ปี 2561 (เป้าหมาย 50%)	ปี 2562 (เป้าหมาย 50%)	ปี 2563 (เป้าหมาย 50%)	**ปี 2564 (เป้าหมาย 60%)**
ชัยนาท	34.66	39.92	50.08	**43.91**
นครสวรรค์	46.21	49.30	62.43	**61.58**
อุทัยธานี	46.23	44.75	64.69	**67.43**
กำแพงเพชร	48.25	50.57	64.92	**61.75**
พิจิตร	40.51	44.90	59.40	**61.51**
เขตสุขภาพที่ 3	44.16	47.07	61.15	**60.14**
ประเทศ	41.67	43.70	58.61	**56.13**
อันดับของประเทศ	6	5	5	**4**

จากตารางที่ 8 ในปี 2564 เป้าหมายการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงปรับเพิ่มขึ้นจาก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 เป็นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 3 มีผลงานลดลงเล็กน้อย แต่เลื่อนลำดับขึ้นจากลำดับ 5 เป็นอันดับ 4 ของประเทศ พิจารณารายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีผลงานดีขึ้น ได้แก่ จังหวัดอุทัยธานี และจังหวัดพิจิตร ส่วนจังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดชัยนาท มีผลการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงลดลง เมื่อจัดอันดับของจังหวัดในประเทศ พบว่ามี 32 จังหวัดที่บรรลุเป้าหมาย ในเขตสุขภาพที่ 3 มี 4 จังหวัดที่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดอุทัยธานี อันดับ 8, จังหวัดกำแพงเพชร อันดับ 23 จังหวัดนครสวรรค์ อันดับ 24 และจังหวัดพิจิตร อันดับ 26 ส่วนจังหวัดชัยนาท อันดับ 68 ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

ตารางที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปี 2561-2564

จังหวัด	ปี 2561 (เป้าหมาย 82.5%)	ปี 2562 (เป้าหมาย 85.0%)	ปี 2563 (เป้าหมาย 87.5%)	**ปี 2564 (เป้าหมาย 90.0%)**
ชัยนาท	85.25	93.02	87.20	**81.60**
นครสวรรค์	87.21	89.05	88.22	**89.73**
อุทัยธานี	85.44	85.64	87.80	**89.94**
กำแพงเพชร	89.75	89.35	89.37	**85.08**
พิจิตร	79.84	87.88	86.99	**83.73**
เขตสุขภาพที่ 3	85.90	88.94	88.06	**86.79**
ประเทศ	85.77	88.22	86.41	**83.42**
อันดับของประเทศ	6	5	3	**2**

จากตารางที่ 9 เป้าหมายการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ปรับเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2564 กำหนดเป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในเขตสุขภาพที่ 3 มีผลงานลดลงเล็กน้อย แต่เลื่อนลำดับขึ้นจากลำดับ 3 เป็นอันดับ 2 ของประเทศ พิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีผลงานดีขึ้น ได้แก่ จังหวัดอุทัยธานี และจังหวัดนครสวรรค์ ส่วน จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร และจังหวัดชัยนาท มีผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ลดลง เมื่อจัดอันดับของจังหวัดในประเทศ พบว่ามีเพียง 8 จังหวัดที่บรรลุเป้าหมาย ในเขตสุขภาพที่ 3 ไม่มีจังหวัดที่บรรลุเป้าหมาย จังหวัดอุทัยธานี อันดับ 9, จังหวัดนครสวรรค์ อันดับ 10, จังหวัดกำแพงเพชร อันดับ 35, จังหวัดพิจิตร อันดับ 42 และจังหวัดชัยนาท อันดับ 52

ตารางที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ในเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปี 2561-2563

จังหวัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	**ปี 2564**
ชัยนาท	66.70	71.76	62.92	**55.86**
นครสวรรค์	68.73	72.06	72.09	**72.87**
อุทัยธานี	74.14	74.64	76.39	**73.37**
กำแพงเพชร	74.34	75.43	75.47	**74.67**
พิจิตร	70.13	74.29	75.23	**74.39**
เขตสุขภาพที่ 3	70.54	73.46	72.89	**71.72**
ประเทศ	62.25	63.12	62.55	**61.16**
อันดับของประเทศ	2	2	2	**2**

จากตารางที่ 10 ในปี 2564 ผลการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตสุขภาพที่ 3 มีผลงานลดลงเล็กน้อย เป็นอันดับ 2 ของประเทศ พิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีผลงานดีขึ้น ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ ส่วน จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร และจังหวัดชัยนาท มีผลการคัดกรองโรคไตเรื้อรังลดลง เมื่อจัดอันดับของจังหวัดในประเทศ พบว่าไม่มีจังหวัดที่บรรลุเป้าหมาย ในเขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดกำแพงเพชร อันดับ 7, จังหวัดพิจิตร อันดับ 8, จังหวัดอุทัยธานี อันดับ 10, จังหวัดนครสวรรค์ อันดับ 12 และจังหวัดชัยนาท อันดับ 50

ตารางที่ 11 ร้อยละสถานบริการผ่านเกณฑ์ NCD Clinic plus ในเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปี 2561-2563

จังหวัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	**ปี 2564**
ชัยนาท	25.00	75.00	75.00	**50.00**
นครสวรรค์	78.57	85.71	100	**85.71**
อุทัยธานี	100	87.5	100	**100**
กำแพงเพชร	91.66	91.66	100	**100**
พิจิตร	66.66	91.66	100	**100**
เขตสุขภาพที่ 3	74.07	87.03	96.29	**88.88**

ตารางที่ 12 จำนวนสถานบริการผ่านเกณฑ์ NCD Clinic plus ในเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายจังหวัด ปี 2561-2563

จังหวัด	ปี 2561					ปี 2562					ปี 2563					**ปี 2564**				
	ต่ำกว่าพื้นฐาน	พื้นฐาน	ดี	ดีมาก	ดีเด่น	ต่ำกว่าพื้นฐาน	พื้นฐาน	ดี	ดีมาก	ดีเด่น	ต่ำกว่าพื้นฐาน	พื้นฐาน	ดี	ดีมาก	ดีเด่น	**ต่ำกว่าพื้นฐาน**	**พื้นฐาน**	**ดี**	**ดีมาก**	**ดีเด่น**
ชัยนาท	6	1	1	-	-	2	5	1	-	-	2	2	2	2	-	**4**	**3**	**-**	**1**	**-**
นครสวรรค์	3	8	2	1	-	2	7	3	1	1	-	2	3	6	3	**2**	**1**	**4**	**3**	**4**
อุทัยธานี	-	5	3	-	-	1	4	2	1	-	-	-	1	5	2	**-**	**-**	**4**	**-**	**4**
กำแพงเพชร	1	5	1	4	1	1	1	8	2	-	-	-	4	6	2	**-**	**-**	**5**	**5**	**2**
พิจิตร	4	2	3	3	-	1	6	3	2	-	-	2	4	6	-	**-**	**4**	**3**	**4**	**1**
เขต 3	14	21	10	8	1	7	23	17	6	1	2	6	14	25	7	**6**	**8**	**16**	**13**	**11**

จากตารางที่ 11 และ 12 ผลการประเมิน NCD Clinic plus ของสถานบริการในเขตสุขภาพที่ 3 บรรลุเป้าหมาย มีสถานบริการผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 88.88 เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า ยังมีจังหวัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่จังหวัดชัยนาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีสถานบริการที่ต่ำกว่าพื้นฐาน จำนวน 4 โรงพยาบาล จังหวัดนครสวรรค์ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 85.71 ยังมีสถานบริการที่ต่ำกว่าพื้นฐาน จำนวน 2 โรงพยาบาล ส่วนจังหวัด อุทัยธานี จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดพิจิตร ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 100

3. ปัญหา/อุปสรรค

เนื่องจากเกิดการแพร่ระบาดของโคโรน่าไวรัส 2019 มีผลให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนงานที่กำหนดไว้ จำเป็นต้องมีการปรับแผนงานบางกิจกรรม และงบประมาณบางส่วนต้องส่งคืนหน่วยงานต้นสังกัดที่สนับสนุนงบประมาณมาให้ ในด้านการควบคุมโรคและการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามปกติ ปรับรูปแบบการให้บริการแบบ New Normal โดยการส่งยาทางไปรษณีย์ และ Telemedicine ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลมีวิธีดำเนินการที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วย และส่งผลต่อผลการประเมินการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

4. ผลงานเด่น

1. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ได้รับรางวัลชนะเลิศการประกวดการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ประจำปี 2564 ประเภทโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระดับเขตสุขภาพที่ 3 และระดับประเทศ และโรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ ได้รับรางวัลชนะเลิศการประกวดการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ประจำปี 2564 ประเภทโรงพยาบาลขนาดกลาง ระดับเขตสุขภาพที่ 3 และระดับประเทศ

2. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลพิจิตรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบ New Normal โดยใช้ Tele - medicine

3. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พัฒนารูปแบบ Tele – consult ให้การปรึกษากับโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายระดับ Node เพื่อลดการส่งตัวผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และเพิ่มศักยภาพทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

4. โรงพยาบาลพิจิตร นำร่องดำเนินการ “ร้านกาแฟหวานน้อย” โดย MOU กับร้านกาแฟในโรงพยาบาลพิจิตร ส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

5. จังหวัดอุทัยธานี ดำเนินการ Home BP Monitoring ในกลุ่มผู้ป่วย Uncontrolled Hypertension โดยให้ผู้ป่วยวัดความดันโลหิตที่บ้านก่อนพบแพทย์ 7 วันติดต่อกัน กำหนดเป็น CPG ครอบคลุมทุกสถานพยาบาลในจังหวัดอุทัยธานี

การพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาคลินิกเบาหวานในสถานพยาบาลทุกระดับ และขอรับรอง DSC (Disease Specific Certification) โรคเบาหวาน จากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล องค์การมหาชน

2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งเครือข่าย โดยใช้กระบวนการ HNA (Healthcare Network Accreditation)

3. พัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วย NCD แบบ New Normal, Telemedicine และระบบบริการ One Province One Hospital

4. พัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ให้ผ่านเกณฑ์ระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

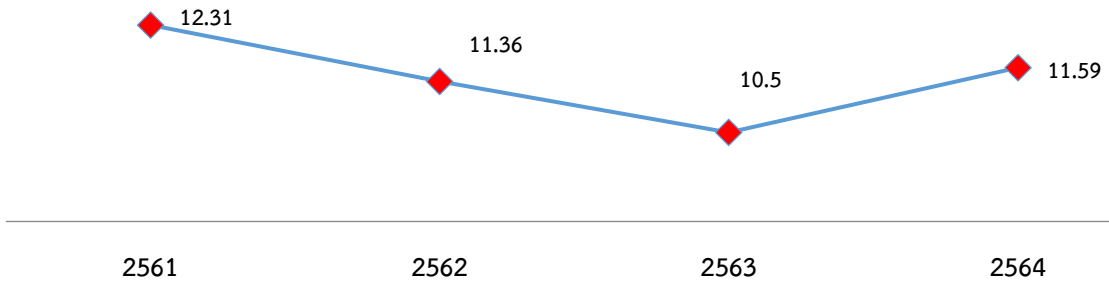
สาขาหลอดเลือดสมอง (Stroke)

สถานการณ์ปัจจุบัน/สภาพปัญหา

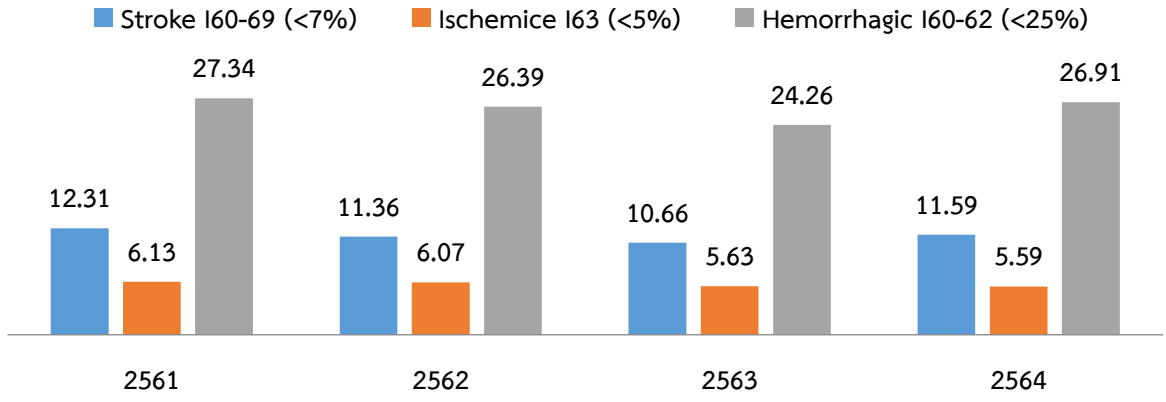
ในปีงบประมาณ 2564 เขตบริการสุขภาพที่ 3 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 3 รองจากเขต 4 , 6 ตามลำดับ (14.58, 11.65) อัตราการเสียชีวิต 11.59 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ < 7%) จากการวิเคราะห์ถึงสาเหตุอัตราการเสียชีวิตที่สูงของเขตบริการสุขภาพที่ 3 เนื่องจากมีสัดส่วนผู้ป่วย hemorrhage สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วไป คือสัดส่วนผู้ป่วย Ischemic stroke : Hemorrhagic stroke เป็น 55 : 45 (สถิติทั่วไป สัดส่วน ischemic : hemorrhage เป็น 70 : 30) ซึ่งผู้ป่วย Hemorrhagic stroke มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า (Hemorrhage stroke < 25%) , Ischemic stroke Ischemic stroke อัตราตาย < 5%) เมื่อคำนวณเป็นอัตราการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดจึงสูงขึ้น และสาเหตุที่ทำให้เกิด Hemorrhagic stroke จำนวนมากเป็นเพราะผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การควบคุมโรคประจำตัวไม่ดีขาดการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

จากข้อมูลอัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ในปี 2561-2564 พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น โดยปี 2564 อยู่ที่ร้อยละ 11.59

กราฟที่ 1 แสดงอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69 เขตสุขภาพที่ 3



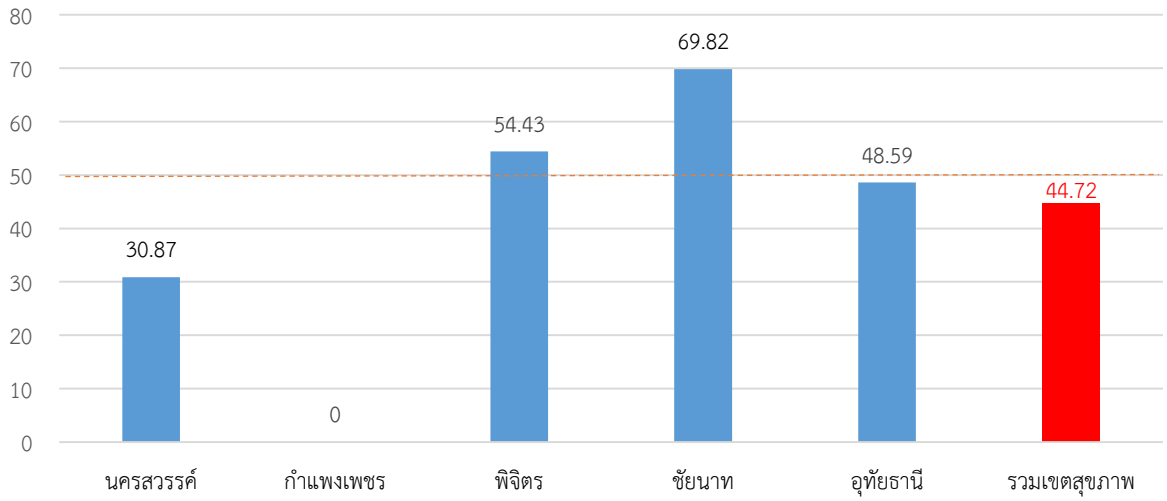
กราฟที่ 2 แสดงอัตราการเสียชีวิต แยกรายประเภท เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2561-2564



แหล่งข้อมูล : HDC วันที่ 30 ก.ย.2564

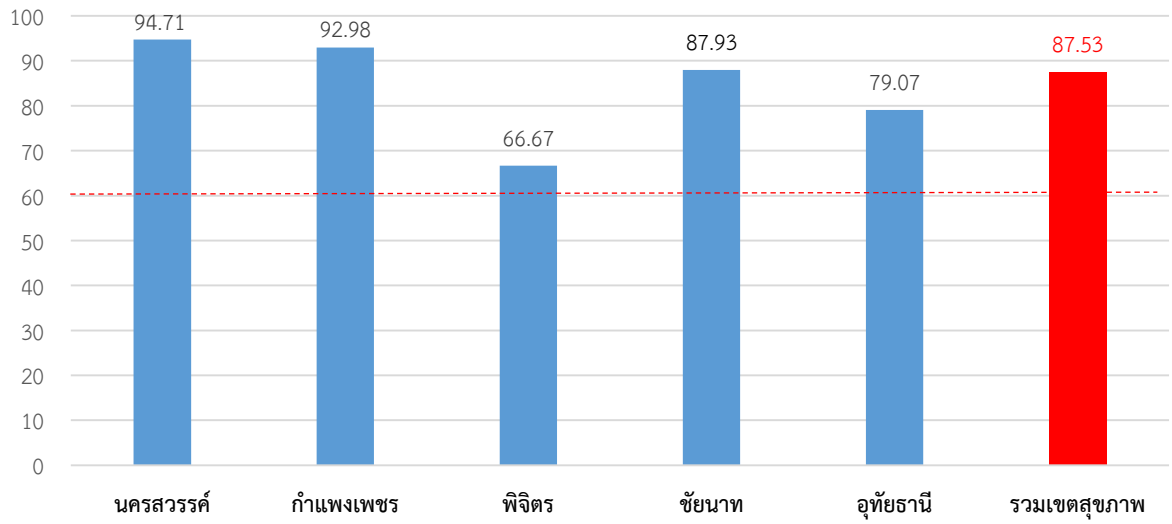
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 3 ได้เพียงร้อยละ 31.47 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50) เนื่องจากจำนวนเตียง stroke unit ไม่เพียงพอ จากการคำนวณเตียงแล้วยังขาดอีก 30 เตียง โดยจังหวัดกำแพงเพชร ยังไม่เปิดบริการ Stroke unit (รอเปิดตึกใหม่) และจังหวัดที่มีผลงานน้อยกว่าเกณฑ์ ได้แก่ นครสวรรค์ และอุทัยธานี ดังกราฟที่ 3 ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564 รพ.ชัยนาทฯ ปิด Stroke unit เนื่องจากมีปัญหาด้านบุคลากร จึงทำให้เขต 3 ขาดแคลนเตียง Stroke unit เพิ่มมากขึ้น

กราฟที่ 3 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)
ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2564



ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (Door to needle time) ภาพรวมของเขตสุขภาพ มีผลงานดีอยู่ที่ร้อยละ 69.94 แต่เมื่อดูผลงานแยกรายจังหวัด พบว่าจังหวัดชัยนาทมีผลงานอยู่ที่ร้อยละ 37 ต่ำกว่าเป้าหมาย ดังภาพกราฟที่ 4

กราฟที่ 4 : Door to needle time ≤ 60 min เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2563



กิจกรรมดำเนินการ

1) ลดอัตราการเสียชีวิต

- ผลักดันให้มีการจัดตั้ง Stroke unit และเพิ่มเตียงให้มีจำนวนเพียงพอ
- พัฒนาระบบ Hemorrhage Stroke Fast Track มีการนิเทศระบบการดูแลผู้ป่วย (Hemorrhagic stroke) และระบบการส่งต่อ ผลการดำเนินงาน อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย Hemorrhagic stroke มีแนวโน้มลดลง

• ผลักดันให้โรงพยาบาลชุมชนในเขต พัฒนาลดระยะเวลาการส่งต่อผู้ป่วย Stroke fast track และมีการเก็บข้อมูล ซึ่งได้รับการสนับสนุนเงิน จากเขต 1,500,000 บาท

2) เพิ่มการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด

- พัฒนาระบบ Ischemic Stroke Fast Track

- จัดระบบการรักษาไร้รอยต่อในอำเภอที่อยู่ใกล้เขตพื้นที่ของจังหวัดใกล้เคียง เขตสุขภาพที่ 3 โดยประสานขอความร่วมมือในการรับผู้ป่วย Stroke fast track และจัดให้มีการแชร์แนวทางการส่งต่อให้โรงพยาบาลที่อยู่พื้นที่รอยต่อทราบ เพื่อลดความผิดพลาดในการประสานงาน และลดระยะเวลาในการส่งต่อ

- พัฒนาระบบการส่งการส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชน โดยการลดระยะเวลาการบริหารจัดการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย Stroke fast track ของโรงพยาบาลชุมชน (door to refer time)

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ Lean door to needle time ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ

- ประสานขอความร่วมมือทุกภาคส่วน ในการให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ Alert signs และ การเข้าถึงบริการ Fast Track โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง NCD

วิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรค ที่เป็นปัจจัยทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Factor)

- ประชาชน ส่วนใหญ่ยังไม่รู้ Alert signs
- Hemorrhagic stroke มีอัตราเสียชีวิตสูง ส่วนหนึ่งมีสาเหตุเนื่องจากมีเตียงไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย Post op care และ onset to operation time > 90 นาที
- จำนวนเตียงใน Stroke unit ไม่เพียงพอในการรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- โรงพยาบาลระดับ M2 ยังไม่สามารถให้ยา rtPA ได้เนื่องจากไม่มีเครื่อง CT ซึ่งเคยมีประสบการณ์ในการตั้งเครื่อง CT ของบริษัท Outsource แต่พบปัญหาการขาดทุน เนื่องจากอัตราการส่ง CT มีน้อยไม่คุ้มทุน จึงยกเลิกการติดตั้งเครื่อง CT ในโรงพยาบาลตาคลี

3) ลดความแออัด

- ร่วมจัดตั้ง Intermediate bed, Intermediate ward ในรพ.ชุมชน และพัฒนาแนวทางการส่งผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดที่รพ.ชุมชน

แผนการพัฒนา

1. จัดทำโครงการ Stroke awareness เชิงรุก
2. จัดตั้ง Stroke clinic ในทุกโรงพยาบาลระดับ A, S (ปัจจุบันมีโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, กำแพงเพชร, ชัยนาท)
3. ผลักดันให้โรงพยาบาลกำแพงเพชร และชัยนาท จัดตั้ง Stroke unit และผ่านการประเมิน Stroke unit 100%

4. เชื่อมโยงข้อมูลกับ SP สาขา NCD ในการทำ Stroke prevention เนื่องจาก Stroke เป็นผลลัพธ์มาจากการควบคุมโรคเรื้อรังที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นในกลุ่ม High risk

5. พัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมบ้านให้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านไปในแนวทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

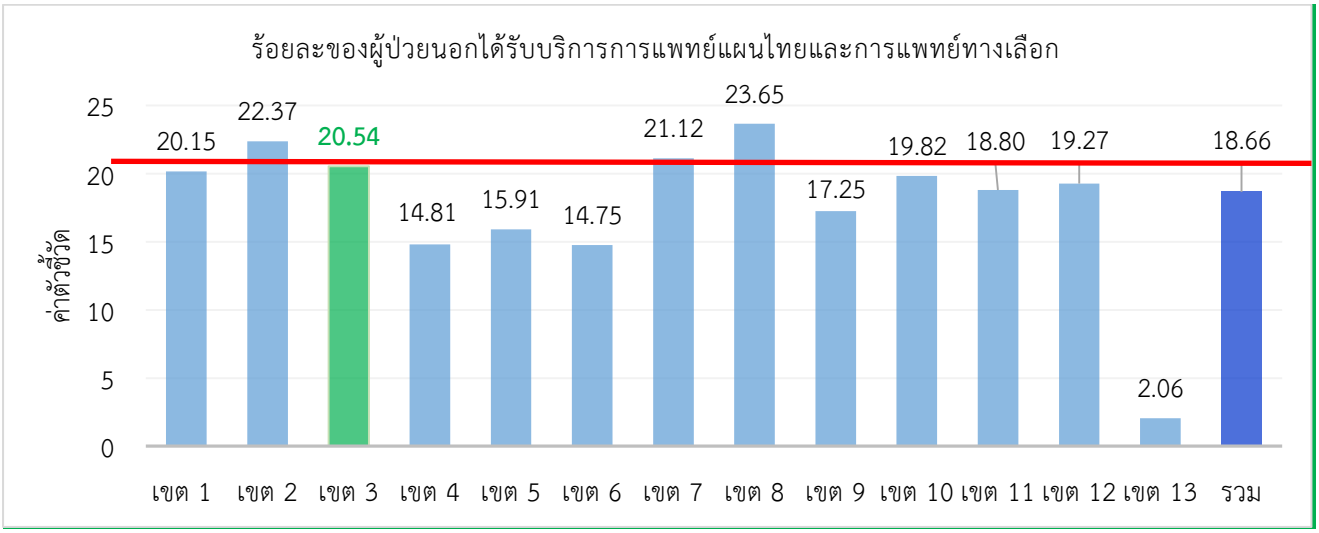
1. ระบบการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ระหว่างฐานข้อมูลจาก HDC กับ 43 แฟ้ม และควรมีการเพิ่มตัวชี้วัดย่อยเข้าไปในระบบ HDC เพื่อประโยชน์ในการเทียบเคียงกับโรงพยาบาลในระดับประเทศ

2. ควรมีการร่วมมือกันในภาพภาคีเครือข่ายในชุมชน สถานบริการสุขภาพในชุมชน ในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับ Alert sign , awareness ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

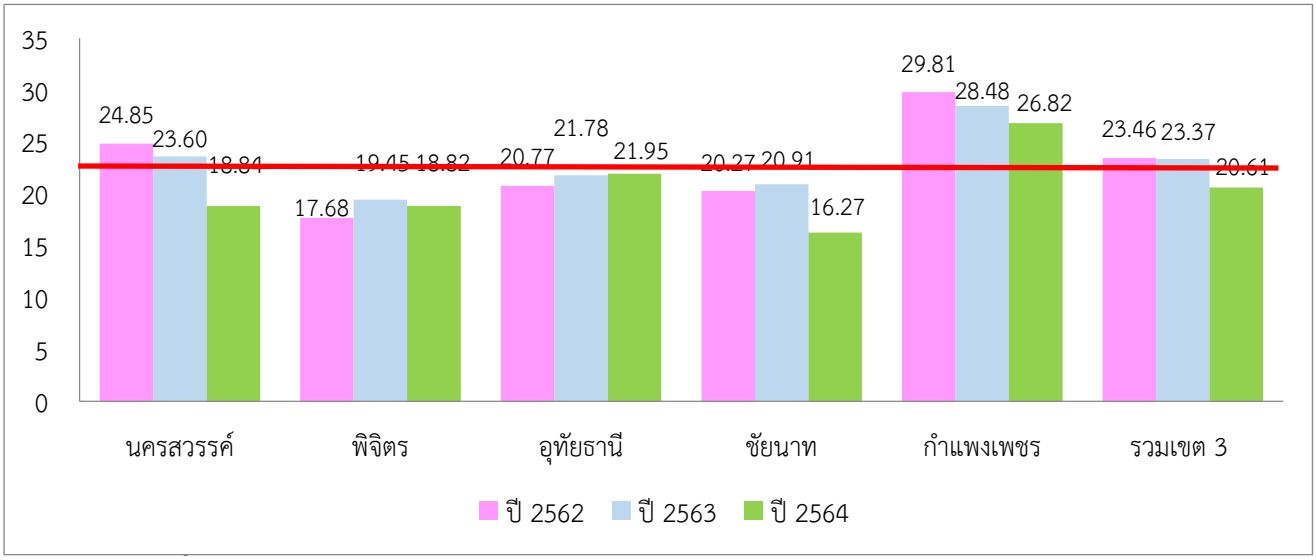
สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1. สภาพปัญหา/สถานการณ์ (ย้อนหลัง 3-5 ปี เปรียบเทียบ เขต ประเทศ)

สถานการณ์ผลการดำเนินงาน ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประจำปีงบประมาณ 2564 ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เป้าหมายร้อยละ 20.5



ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกปีงบประมาณ 2564 เปรียบเทียบภาพรวมระดับประเทศ พบว่าเขตสุขภาพที่ 3 ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 20.54 ซึ่งอยู่อันดับที่ 4 ของประเทศ



เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2564 จำแนกรายจังหวัด 3 ปี ย้อนหลัง พบว่ามี จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดอุทัยธานี ผ่านเกณฑ์ และจังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดพิจิตร จังหวัดชัยนาท ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย

2. เป้าหมายโรค/การบริการ ปีงบประมาณ 2564

2.1 การบริการหลักทางการแพทย์แผนไทย การตรวจวินิจฉัยทางเวชกรรมไทย, การนวดรักษา ฟื้นฟูโรค, การประคบสมุนไพร, การอบสมุนไพร, การจ่ายยาสมุนไพร เป็นต้น

2.2 มีการบูรณาการในการรักษาโรคทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับสหวิชาชีพเชิงคลินิก ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC), การดูแลผู้ป่วย Plaliative care ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โรคสะเก็ดเงิน, Pre-DM , การจัดบริการOPD คู่ขนานการแพทย์แผนปัจจุบัน, การใช้ยาสมุนไพรที่มีฤทธิ์เทียบเคียงยาแผนปัจจุบัน, การตั้งตำรับยาปรุงเฉพาะราย, การดูแลมารดาหลังคลอด, การดูแลข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ, การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย เป็นต้น

2.3 ด้านการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ระดับเขตสุขภาพที่ 3 การรายงานข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ถูกนำไปใช้จริงในระบบบริการสุขภาพ ดังต่อไปนี้

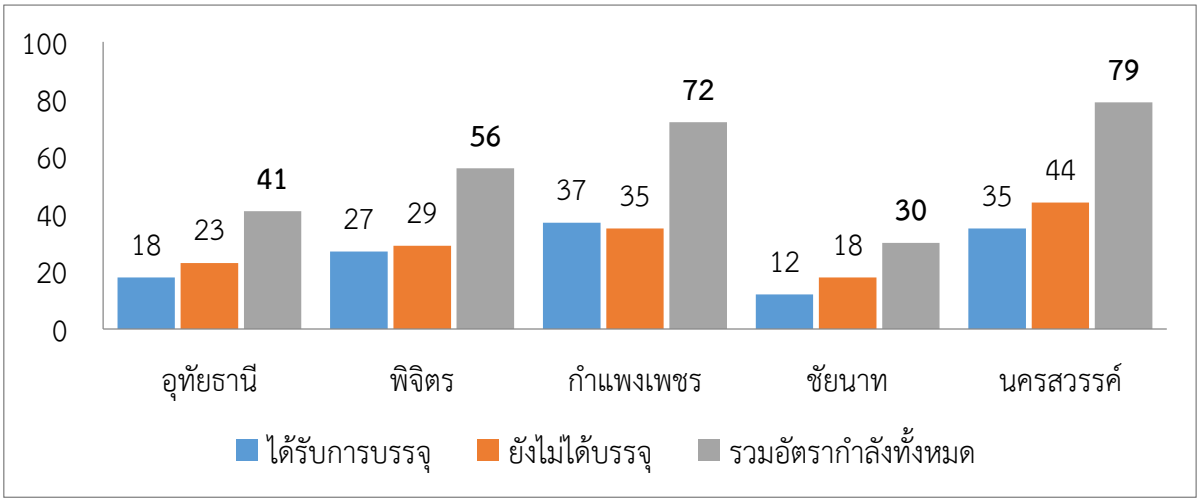
ลำดับ	ประเภท	รายการ	สถานะการขึ้นทะเบียน			ข้อบ่งใช้	ชื่อหน่วยงาน	จังหวัด
			ขึ้นทะเบียนแล้ว	อยู่ระหว่าง	ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน			
1.	ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	ยาหอมแปลกผง	√	-	-	แก้ลมวิงเวียน จุกเสียด แน่นท้อง	ร้านขายยาพิเชฏฐ์เภสัช	นครสวรรค์
2.	ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	สบู่สมุนไพร	-	√	-	ช่วยให้แผลเป็นจางลง ป้องกันแสงแดด	วิสาหกิจชุมชนกลุ่มผู้ปลูกพืชและสมุนไพรทางการเกษตรและแปรรูปอำเภอชุมตาบง	นครสวรรค์
3.	ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	ชาตะไคร้ใบเตย	-	√	-	บรรเทาอาการไอขับเสมหะ ช่วยในการผ่อนคลาย	วิสาหกิจชุมชนกลุ่มผู้ปลูกพืชและสมุนไพรทางการเกษตรและแปรรูปอำเภอชุมตาบง	นครสวรรค์
4.	ยาสมุนไพร	สมุนไพร หอบหืด ปอดพิการ	√	-	-	บรรเทาอาการหอบ หืด	ชมรมรักหมอพื้นบ้าน	กำแพงเพชร
5.	ยาสมุนไพร	ยาแก้ปวดฟัน	√		-	แก้ปวดฟัน	ชมรมรักหมอพื้นบ้าน	กำแพงเพชร
6.	ยาสมุนไพร	สมุนไพรบำบัดเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	√	-	-	ควบคุมน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต	ชมรมรักหมอพื้นบ้าน	กำแพงเพชร

3. กิจกรรมที่ดำเนินงาน

3.1 การจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในเขตสุขภาพ

3.2 การสรุปข้อมูลบุคลากรปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของเขตสุขภาพที่ 3

จังหวัด	อัตรากำลังรวมทั้งหมด	บรรจุข้าราชการแล้ว	ยังไม่ได้บรรจุ
อุทัยธานี	41	18	23
พิจิตร	56	27	29
กำแพงเพชร	72	37	35
ชัยนาท	30	12	18
นครสวรรค์	79	35	44
รวม	**277**	**134**	**143**



3.2 ประชุมชี้แจงวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขาการแพทย์แผนไทยฯ ในระดับเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 2 ครั้ง

3.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทยฯ ระดับเขตสุขภาพที่ 3 โดยผลการดำเนินงานการประกวดพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพ ดังนี้

3.3.1 แจ้งผลการประกวดพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทยระดับประเทศ

- รางวัลชนะเลิศอันดับ 1 ประเภท รพ.สต. คือ รพ.สต.บ้านศาลเจ้าไก่ต่อ อ.ลาดยาว จ.นครสวรรค์
- รางวัลชนะเลิศอันดับ 1 ประเภท สสจ. คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์

3.3.2 แจ้งผลการประกวดพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทยระดับเขตสุขภาพ

- รางวัลชนะเลิศอันดับ 1 ระดับ รพศ./รพท. คือ โรงพยาบาลอุทัยธานี จ.อุทัยธานี
- รางวัลชนะเลิศอันดับ 1 ระดับ รพช. คือ โรงพยาบาลลานกระบือ จ.กำแพงเพชร

3.3.3 แจ้งผลการประกวดพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทยระดับเขตสุขภาพ

- รางวัลชนะเลิศอันดับ 1 คือ ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลทัพทัน จ.อุทัยธานี

3.3.4 แจ้งผลการประกวดหมอไทยดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทยระดับภาค

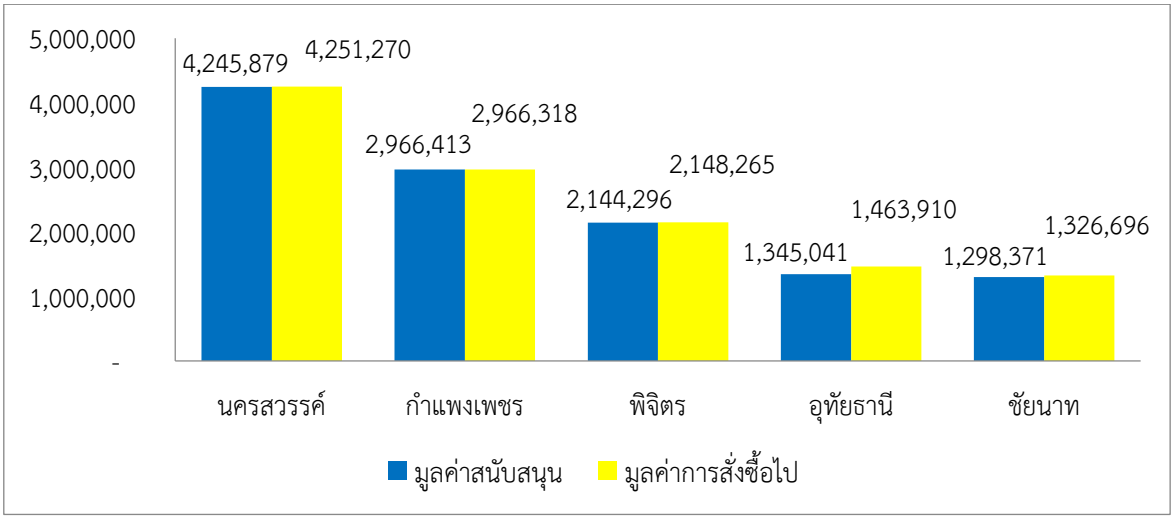
- นายสำอางค์ เสาวมาลย์

3.4 การจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการของรัฐและสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐาน GMP ในเขตสุขภาพที่ 3 ด้วยระบบการโอนขายบิล

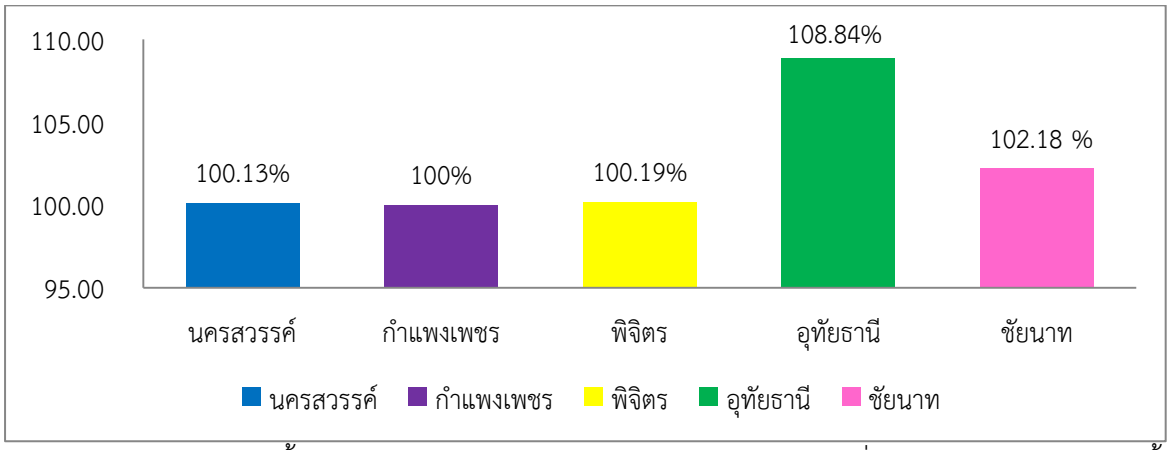
- ข้อมูลงบประมาณสนับสนุนในการจัดซื้อยาสมุนไพรด้วยวิธีการโอนขายบิล เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 12,000,000 บาท รายละเอียดดังนี้

จังหวัด	ยอดจัดสรร (บาท)
นครสวรรค์	4,245,879
กำแพงเพชร	2,966,413
พิจิตร	2,144,296
อุทัยธานี	1,345,041
ชัยนาท	1,298,371
รวม	**12,000,000**

- ผลการดำเนินงานการจัดซื้อยาสมุนไพรด้วยวิธีการโอนขายบิล เขตสุขภาพที่ 3 ประจำปีงบประมาณ 2564



- ร้อยละการจัดซื้อยาสมุนไพรด้วยวิธีการโอนขายบิล เขตสุขภาพที่ 3 ประจำปีงบประมาณ 2564



รายงานการจัดซื้อยาสมุนไพรด้วยวิธีการโอนขายบิล เขตสุขภาพที่ 3 โดยมีร้อยละการจัดซื้อยาสมุนไพร โดยวิธีการโอนขายบิล โดยแยกแต่ละจังหวัด ดังนี้ อุทัยธานี ร้อยละ 108.84, ชัยนาท ร้อยละ 102.18, นครสวรรค์ ร้อยละ 100.1, พิจิตร ร้อยละ 100.19, กำแพงเพชร ร้อยละ 100,

3.5 การจัดทำข้อมูลแนวโน้มการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน เพื่อดูแนวโน้มการใช้ยาสมุนไพรสามารถทดแทน หรือลดการสั่งใช้ยาแผนปัจจุบันได้หรือไม่

3.6 การสรุปผลดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ service plan สาขาการแพทย์แผนไทยฯ ในระดับเขตสุขภาพที่ 3 ประจำปีงบประมาณ 2564 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

โครงการ	จำนวน	ผลการดำเนินงาน	งบประมาณ
1.ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทยฯระดับเขตสุขภาพที่ 3	60 คน	ดำเนินการแล้ว (5 มกราคม 2564)	9,000 บาท
2.ประชุมพัฒนาระบบบริการ สาขาการแพทย์แผนไทยและการการแพทย์ผสมผสานระดับเขตสุขภาพที่ 3	30 คน	ดำเนินการแล้ว (22 มีนาคม 2564)	4,500 บาท
3.ประชุมเชิงปฏิบัติการตรวจร่างกายผู้ป่วยทางทางออโธปิดิกส์ในเวชกรรมไทยสำหรับแพทย์แผนไทยระดับเขตสุขภาพที่ 3	50 คน	ไม่ได้ดำเนินงาน	29,900 บาท (คืนงบประมาณ)
4.ประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยสำหรับแพทย์แผนไทยระดับเขตสุขภาพที่ 3	60 คน	ไม่ได้ดำเนินงาน	29,800 บาท (คืนงบประมาณ)

3.7 ได้มีการเสนอจัดทำแผนการปฏิบัติงานและการขออนุมัติงบประมาณด้านการแพทย์แผนไทย ปี 2565 มีทั้งหมด 5 แผนงาน service plan สาขาการแพทย์แผนไทย รวมทั้งสิ้น 105,100 บาท

- ประชุมพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานระดับเขตสุขภาพที่ 3 ดำเนินการ ไตรมาส 1 และ ไตรมาส 4 จำนวน 2 ครั้ง กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 40 คน
- ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทยฯ เขตสุขภาพที่ 3 ดำเนินการ ไตรมาส 2 กลุ่มเป้าหมายจำนวน 100 คน
- ประชุมเชิงปฏิบัติการตรวจร่างกายผู้ป่วยทางออโธปิดิกส์ในเวชกรรมไทยสาหรับแพทย์แผนไทย ระดับเขตสุขภาพที่ 3 ดำเนินการไตรมาส 3 กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 50 คน
- ประชุมเชิงปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดำเนินการไตรมาส 3 กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 50 คน
- ประชุมเชิงปฏิบัติการสังคายนาข้อมูลหมอพื้นบ้านและความรู้ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยเขตสุขภาพที่ 3 ดำเนินการไตรมาส 2 กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 50 คน

4. สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดเรื่อง : ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี 2564

เป้าหมาย : ร้อยละ 20.5

ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564		
จังหวัด	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**
นครสวรรค์	20.5%	18.84
กำแพงเพชร	20.5%	26.82
พิจิตร	20.5%	18.82
อุทัยธานี	20.5%	21.95
ชัยนาท	20.5%	16.27
ภาพรวมเขต 3	**20.5%**	**20.61**

ตัวชี้วัดเรื่อง : ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร ปี 2564

เป้าหมาย : ร้อยละ 3

ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564		
จังหวัด	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**
นครสวรรค์	3	1.30
กำแพงเพชร	3	1.92
พิจิตร	3	1.14
อุทัยธานี	3	4.05
ชัยนาท	3	2.63
ภาพรวมเขต 3	**3**	**1.77**

แหล่งข้อมูลจาก HDC : ณ วันที่ 11 ตุลาคม 2564

5. งบประมาณที่ใช้

งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน	งบประมาณที่ใช้ดำเนินการแล้ว	จำนวนงบประมาณที่คืน
73,200 บาท	13,500 บาท	59,700 บาท

งบประมาณที่ได้รับตามแผนปฏิบัติงานในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ประจำปีงบประมาณ 2564 มีจำนวน 73,200 บาท ได้ใช้การดำเนินงาน 2 โครงการ จำนวน 13,500 บาท และไม่ได้ใช้ในการดำเนินงาน จำนวน 59,700 บาท เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมได้ตามเป้าหมาย

6. ปัญหา อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

6.1 ปัญหา

6.1.1 ระบบการโอนขายบิลมีความซับซ้อน มีหลายหน่วยงานรับผิดชอบ และราคายาสมุนไพรบางรายการแพงกว่าบริษัทเอกชน เนื่องด้วยจำนวนปริมาณในการผลิตอาจยังน้อยกว่าภาคเอกชน

6.1.2 วัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตส่วนใหญ่ยังซื้อจากภาคเอกชนและการขยายพื้นที่ ในการปลูกสมุนไพรยังมีน้อยซึ่งแหล่งปลูกยังไม่กระจายในทุกจังหวัดของเขต 3 ทำให้วัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตไม่เพียงพอ

6.1.3 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในปี 2564 ยังพบบางจังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ทั้งด้านร้อยละผู้ป่วยนอกที่รับบริการทางการแพทย์แผนไทยและมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร

6.2 ข้อเสนอแนะ

6.2.1 กำหนดนโยบายเพื่อกระตุ้นการใช้ยาสมุนไพร เช่น การเพิ่มตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพร, วิเคราะห์การใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานที่ดีและมีการถอดบทเรียนส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร

6.2.2 จัดประชุมกลุ่มย่อยสำหรับแหล่งผลิตยาสมุนไพรและผู้ปฏิบัติ เพื่อเป็นการพัฒนาการซื้อยาสมุนไพรในเขตสุขภาพที่ 3

6.2.3 จัดทำแผนพัฒนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการ งานวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์แผนไทยเขตสุขภาพที่ 3

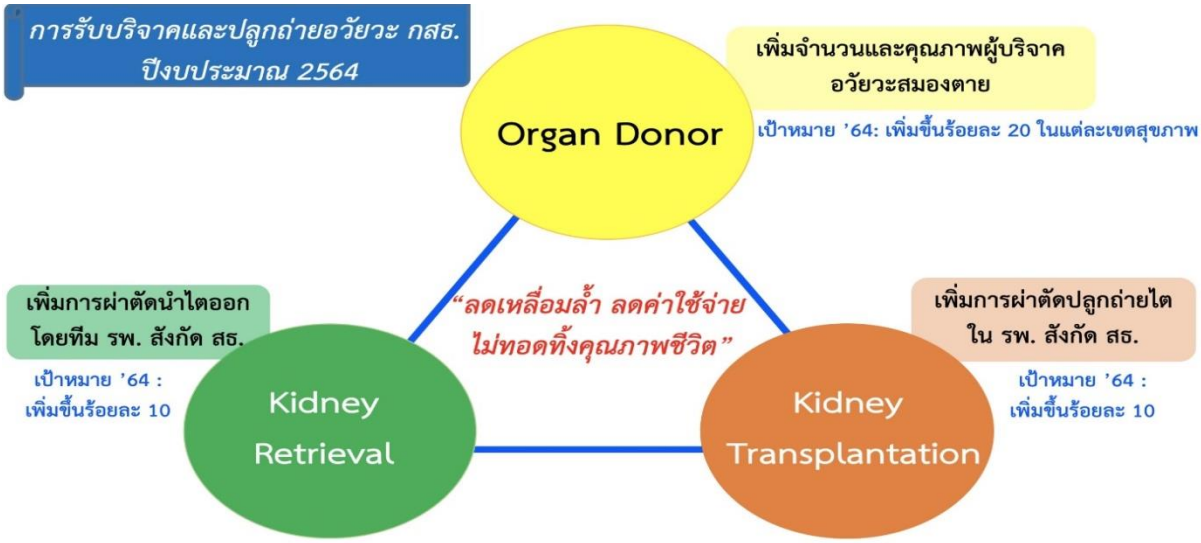
สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

1. สภาพปัญหาและสถานการณ์

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายและดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ โดยกำหนดเป็น Service Plan เพื่อพัฒนาศักยภาพ และประสิทธิภาพ รักษาผู้ป่วยโดยวิธีปลูกถ่ายอวัยวะ ซึ่งเป็นวิธีที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทั้งยังเป็นการรักษาที่ลดค่าใช้จ่ายในระยะยาว เสื่อมสภาพ ซึ่งในการนี้เขตสุขภาพที่ 3 จึงให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ ได้ดำเนินการเปิดศูนย์รับบริจาคอวัยวะและดวงตาในโรงพยาบาล A,S ปี 2559 ผลการดำเนินงานใน 5 ปี ที่ผ่านมา พบว่ามียอดผู้บริจาคอวัยวะจากภาวะสมองตาย รวมทั้งสิ้น 28 ราย เฉลี่ยปีละ 5-6 ราย ยอดบริจาคดวงตาจากผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 79 ราย เฉลี่ยปีละ 15-16 ราย

จะเห็นได้ว่ามียอดผู้บริจาคอวัยวะจากภาวะสมองตายยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ (1:100 HD)

2. เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2564



ตัวชี้วัดการดำเนินงานการรับบริจาคอวัยวะ ปีงบฯ 2564

KPI หลัก 2564 : อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. A, S

เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากปีงบ 62 ในแต่ละเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
ผล 62	0.19	0.39	0.17	0.19	0.22	0.30	0.56	0.58	0.23	0.16	0.11	0.07	0.26
เป้า 64	≥ 0.23	≥ 0.47	≥ 0.20	≥ 0.23	≥ 0.26	≥ 0.36	≥ 0.67	≥ 0.70	≥ 0.28	≥ 0.20	≥ 0.13	≥ 0.08	≥ 0.30

3. สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	นครสวรรค์	พิจิตร	กำแพงเพชร	ชัยนาท	อุทัยธานี	ภาพเขต
Hospital death/ปี2563			2,511	1219	1,566	979	921	7,196
1.	จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จใน รพ.ระดับ A	อยู่ระหว่างเตรียมการ	-	-	-	-	-	-
2.	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากภาวะสมองตาย >20% จากปี 2562 (≥ 0.20)	ผลงาน	0.12 (3ราย)	0	0.06 (1ราย)	0.10 (1ราย)	0.11 (1ราย)	0.08 (6ราย)
3.	จำนวนผู้บริจาคดวงตาจากผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล 1.4 : 100 HD	ผลงาน	0.07 (2ราย)	0	0.13 (2ราย)	0.10 (1ราย)	0.22 (2ราย)	0.10 (7ราย)

4. งบประมาณที่ใช้

ไม่ได้ใช้งบดำเนินการ

5. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

เนื่องจาก ปี2563-2564 มีสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ทำให้มีผลต่อการดำเนินงาน ทั้งด้านการประชาสัมพันธ์ และการคัดกรอง Case บริจาคอวัยวะ รวมถึงการจัดเก็บอวัยวะ หยุดชะงัก (เขตสุขภาพที่3 ยังไม่มี Regional organ retrieval team การจัดเก็บอวัยวะต้องรอทีมจากส่วนกลาง)

6. ปัญหา/อุปสรรค/แนวทางการดำเนินงาน 6 Building Block Plus

	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการดำเนินงาน
Service delivery	- ระบบการจัดการงานบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ ไม่ต่อเนื่อง	- ประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่และประชาชนเข้าถึงบริการรับบริจาคอวัยวะ - มีระบบการค้นหา Donor
Health Work Force	- ทีมบุคลากรขาดความรู้เฉพาะทางในงานบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ	- จัดอบรมให้บุคลากรมีความรู้และทัศนคติที่ดีในการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ เพิ่มพูนทักษะขั้นตอนการจัดเก็บดวงตา
Health Information	- ระบบการจัดเก็บข้อมูล ยังไม่เป็นฐานข้อมูลเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ	- จัดทำระบบการจัดเก็บ การเชื่อมโยงการจัดการข้อมูลให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ
Technology	- ขาดความพร้อมด้านอุปกรณ์ Lab/ยา/รังสีวินิจฉัย/สถานที่ และเอกสาร/สื่อ ประชาสัมพันธ์	- จัดเตรียมความพร้อมโดยประสานกับโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และศูนย์สภากาชาดไทย

	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการดำเนินงาน
การมีส่วนร่วมของชุมชน	- การดำเนินงานในรูปเครือข่ายไม่ชัดเจน	- สร้างระบบเครือข่ายการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะทั้งใน รพ.และระหว่าง รพ. ในจังหวัด - จัดประชุมเครือข่ายงานบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะทั้งใน รพ.และระหว่าง รพ. ในจังหวัด - ให้ความรู้กับประชาชนสร้างเครือข่ายการรับบริจาคอวัยวะกับชุมชนและหน่วยงานราชการ - การมีส่วนร่วมของเครือข่ายต่างๆ เช่น หน่วยบริจาคโลหิต เครือข่าย อสม. และส่วนราชการอื่นๆ

7. แผนพัฒนา

1. พัฒนาการประเมินและค้นหา potential donor
2. พัฒนาความรู้และเพิ่มพูนทักษะพยาบาลที่ดูแล Donor
3. รณรงค์เพิ่มจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะและดวงตาในเขตสุขภาพที่ 3
4. พัฒนา Regional harvesting team และ Corneal transplantation
5. เตรียมทีมสำหรับดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต

สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care)

สถานการณ์

ตัวชี้วัด : ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (จากฐาน HDC) ***(ร้อยละ40)*** การประเมินการดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพบริการประกอบด้วย

โรงพยาบาลมีการจัดการอาการปวดและ/หรือ อาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อยสับสน ด้วย Opioid ร่วมกับยาและการจัดการอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้าย โรงพยาบาลตองดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้

1. มีบุคลากรที่สามารถสั่งใช้ยา จ่ายยา และบริหารยา Opioid ในการจัดการอาการปวด และ/ หรืออาการรบกวน ดังนี้

1.1. โรงพยาบาลระดับ A, S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 1 คน (หรือ เทากับ 1 FTE) โรงพยาบาลระดับ M,F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน

1.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน

1.3. โรงพยาบาลทุกระดับมีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน

1.4. โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ใน รูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์หรืองาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว

2. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรคที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใชแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายของกรมการแพทย์ ดังนี้

2.1 กลุมโรคมะเร็งระยะแพรกระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48

2.2 กลุมโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัสF03

2.3 โรคไตในกลุมที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5

2.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44

2.5 ภาวะหัวใจลมเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50

2.6 ภาวะตับลมเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)

2.7 ภาวะเอดสเต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1

2.8 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ป) ประคับประคองระยะท้าย

2.9 ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ป) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุมโรคตามข่อ 2.1-2.7 และภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง

3. มีรายการยา Long-acting Opioid ชนิดรับประทาน และซึมผ่านผิวหนัง ในบัญชียาของโรงพยาบาล และพรอมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อมีผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพและ

ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชย ยามอรฟนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

4. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณอักษร ด วยกระบวนการ Family Meeting และมีการใช แนวทางการปฏิบัติงานผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสาธารณสุข และเจ าหน าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดง เจตนาไม่ประสงค จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย ของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแหงชาติ พ.ศ. 2550) และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน (HIS) สงเข า HDC และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผล การดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 60)

5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และบันทึกรหัสการเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) สงเข า HDC ในแฟ้ม community service และ บันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑร้อยละ 50) *เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยการบริการ แบบประคับประคองตามระยะเวลากอนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังอุปกรณ์การแพทย์และ ร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการสงเสริมสุขภาพและปองกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)

1. เป้าหมาย และผลงาน ปีงบประมาณ 2564 (ต.ค.2563 – มี.ค.2564)

1.1 ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (จากฐาน HDC) (ร้อยละ40)

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับ ประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid **(A)**	จำนวนผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) **(B)**	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid **(A/B) X 100**
นครสวรรค์	434	1,497	28.99
กำแพงเพชร	201	825	24.36
พิจิตร	428	1,006	42.54
ชัยนาท	199	693	28.72
อุทัยธานี	136	602	22.59
ภาพรวมเขต	1,398	4,623	30.24

ที่มาของข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 30 กันยายน 2564

1.2 การวินิจฉัยและการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	2561	2562	2563	2564
1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)					
	ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3 ดำเนินการได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง	ผลลัพธ์ ; ร้อยละ 100	100	100	100	100
	ร้อยละโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ดำเนินการได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง	ผลลัพธ์ ; ร้อยละ 100	100	100	100	100

1.3 ทีม PC ได้ทำ Family Meeting และ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นลายลักษณ์อักษร (ร้อยละ 60)

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ทำ (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร **(C1)**	จำนวนผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) **(A)**	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร **(C1/A) X 100**
นครสวรรค์	401	2,410	16.63
กำแพงเพชร	476	1,461	32.51
พิจิตร	847	2,107	40.19
ชัยนาท	590	1336	41.48
อุทัยธานี	222	737	30.12
ภาพรวมเขต	2,526	8,230	30.69

ที่มาของข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 30 กันยายน 2564

1.4 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน (ร้อยละ 60)

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และมีการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน (C2)	จำนวนผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) (A)	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน (C2/A) X 100
นครสวรรค์	255	1,497	17.03
กำแพงเพชร	60	825	7.27
พิจิตร	324	1,006	32.20
ชัยนาท	255	693	36.79
อุทัยธานี	307	602	50.99
ภาพรวมเขต	1,201	4,623	25.97

ที่มาของข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 30 กันยายน 2564

1.5 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ

1. บุคลากรที่สามารถสั่งใช้ยา จ่ายยา บริหารยา Opioids ในการจัดการอาการปวด และ/ หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย และมี Opioids Essential drugs list

อำเภอ	บุคลากรที่ปฏิบัติงาน PC (จำนวน)			strong opioid			หมายเหตุ
	แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	Short acting (มี/ไม่มี)	Long acting (มี/ไม่มี)	Syringe driver (จำนวน)	
นครสวรรค์	15 FM=4 PC=1	102 pcwn=94 4 เดือน=8	11	14	14	6	
กำแพงเพชร	17 FM=5 PC=0	33 pcwn=31 4 เดือน=2	16	13	10/2	7	
พิจิตร	13 FM=8 PC=0	17 pcwn=13 4 เดือน =4	12	13	13	0	
ชัยนาท	2 FM=2 PC=0	67 pcwn=66 4เดือน = 1	16	8	8	0	
อุทัยธานี	8 FM=2 PC=0	34 pcwn=33 4เดือน = 1	8	8	8	12	
ภาพรวมเขต	55 FM=21 PC=1	231 pcwn=215 4เดือน =16	62	56	54/2	16	

1.6 เครือข่ายการดูแลประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วยและอุปกรณ์การการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและ/หรือแพทย์แผนไทยในการดูแลประคับประคอง *(ไม่มี/มี)*

อำเภอ	เครือข่ายการดูแลประคับประคอง (มี/ไม่มี)	ศูนย์อุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (มี/ไม่มี)	ใช้แพทย์แผนไทยในการดูแลประคับประคอง (มี/ไม่มี)	หมายเหตุ
นครสวรรค์	มี	มี	มี	หากมี 1 อำเภอ คือ มี
กำแพงเพชร	มี	มี	มี	
พิจิตร	มี	มี	มี	
ชัยนาท	มี	มี	มี	
อุทัยธานี	มี	มี	มี	
ภาพรวมเขต	มี	มี	มี	

ที่มาของข้อมูล ผู้ประสาน SP PC ระดับจังหวัด เขตสุขภาพที่ 3

แผนงานโครงการ

2. สรุปสถานการณ์ (สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบาย)

เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย โรงพยาบาล 54 แห่ง

- โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง
- โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง
- โรงพยาบาลแม่ข่าย 6 แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน 43 แห่ง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 583 แห่ง

มีการจัดบริการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ร้อยละ 100 ให้บริการ Palliative care แก่ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 7 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง Palliative care และศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care : COC) เพื่อการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ถึง รพ.สต.และที่บ้าน โดยมีแพทย์ และพยาบาล เฉพาะทางที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (PCN,CPCN ,PCWN)

มีผู้ป่วย Palliative 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) จำนวน 4,623ราย ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid 1,398 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.24

มีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ โดยกลุ่มโรคที่มากที่สุด คือ โรคมะเร็ง จำนวน 2,111 ราย รองลงมา ได้แก่ Stroke 1,313 ราย และโรคไตในกลุมที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง 803 ราย ตามลำดับ

ผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมดจำนวน 8,230 ราย ทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรจำนวน 2,526 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.69

ผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมดจำนวน 4,623 ราย มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 1,201 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.97

การให้บริการด้านการดูแลแบบประคับประคองในแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3

นครสวรรค์	อุทัยธานี	กำแพงเพชร	พิจิตร	ชัยนาท
แพทย์ PC 2 PCN 8 (รพ.สปร. 5, รพช.3) PCNC 4 PCWN 25 คน PCCN 14 คน (รพช.ละ 1คน) สาขาวิชาชีพอื่น เภสัชกร, แพทย์แผนไทย นักโภชนากร เครือข่าย รพ.สต./อสม./ อปท. **มี OPD PC** **วันพุธ/พฤหัส/** **ศุกร์**	แพทย์ PC 1 PCN 1 PCNC 1 PCWN 15 PCCN 16 สาขาวิชาชีพอื่น เภสัชกร, แพทย์แผนไทย นักโภชนากร เครือข่าย รพ.สต./อสม./ อปท. **มี OPD PC** **พุธที่ 3 ของเดือน**	แพทย์ PC ไม่มี PCN 2 PCWN 15 PCCN 12 (รพช.ละ 1คน) สาขาวิชาชีพอื่น เภสัชกร, แพทย์แผนไทย นักโภชนากร เครือข่าย รพ.สต./อสม./ อปท. **ไม่มีOPD PC** **มี Clinic tumor**	แพทย์ PC ไม่มี PCN 4 (รพ.พิจิตร 2 , รพช. 2) PCWN PCCN (รพช.ละ 1คน) สาขาวิชาชีพอื่น เภสัชกร, แพทย์แผนไทย นักโภชนากร เครือข่าย รพ.สต./อสม./ อปท. **มี OPD PC** **วันอังคาร**	แพทย์ PC ไม่มี APN 1 PCN 1 PCWN 20 PCCN 7 (รพช.ละ 1คน) สาขาวิชาชีพอื่น เภสัชกร, แพทย์แผนไทย นักโภชนากร เครือข่าย รพ.สต./อสม./ อปท. **ไม่มีOPD PC**

นครสวรรค์

มีผู้ป่วย Palliative 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) จำนวน 1,497 ราย ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับ ประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid 434 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.99

มีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ โดยกลุ่มโรคที่มากที่สุด คือ โรคมะเร็ง จำนวน 696 ราย

ผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมดจำนวน 2,410 ราย ทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร จำนวน 401 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.63

มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 255 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.03

ในปี 2562 – 2564 ด้วยสถานการณ์ COVID 19 งดการจัดประชุมหรืออบรมและโครงการต่างๆ รวมถึงโครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองประจำปี

กำแพงเพชร

มีผู้ป่วย Palliative 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) จำนวน 825 ราย ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับ ประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid 201 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.36

มีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ โดยกลุ่มโรคที่มากที่สุด คือ โรคมะเร็ง จำนวน 485 ราย

ผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมดจำนวน 1,461 ราย ทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร จำนวน 476 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.51

มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.27 ซึ่งจากการดำเนินงานพบว่า

Situation Analysis	Goal	GAP Analysis
1. ระบบบริการ (Service Delivery)	1.มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเชื่อมโยงจากโรงพยาบาล ถึง รพ.สต.และบ้าน 2.มีระบบการเชื่อมโยงระหว่าง service plan ที่เกี่ยวข้อง 3.พัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุมผู้ป่วยระยะท้ายในกลุ่มโรคอื่นๆ เพิ่มขึ้น	1.ระบบการส่งต่อข้อมูล ผ่านโปรแกรม smart COC แต่บุคลากรยังขาดทักษะการใช้งานโปรแกรมและการใช้งานยังไม่ครอบคลุมในทุกโรงพยาบาล 2.การประสานงานแบบ Informal ผ่านกลุ่ม line pc kph ยังไม่ครอบคลุม 3.ขาดการนิเทศติดตามงาน ในแต่ละระดับ 4.ไม่มีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเชิงคุณภาพ
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	1.มีบุคลากรทีมสุขภาพ ที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง 2.มีพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล 3.มีทีมเยี่ยมบ้าน โดยหมอครอบครัว อสม.ครอบครัว และจิตอาสาในชุมชน 4. ฟื้นฟู / พัฒนาศักยภาพบุคลากรรุ่นใหม่ : 4.1 แพทย์ผ่าน shot course Palliative/จบเวชศาสตร์ครอบครัว 4.2 พยาบาลผ่านหลักสูตร Palliative care Nurse (4 เดือน) ทุกโรงพยาบาล 4.3 เภสัชกรผ่านหลักสูตรการใช้ยาและอุปกรณ์ให้ยา syringe driver 4.4 สหสาขาวิชาชีพผ่าน short course palliative care	1.มี แพทย์ผ่าน shot course Palliative จำนวน 1 คน ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร 2.พยาบาลผ่านหลักสูตร Palliative care Nurse (4 เดือน) มี 1 คน (รพ.กำแพงเพชร) 3.ไม่มีสหสาขาวิชาชีพอื่นได้ผ่านการอบรม short course palliative care
4.เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Drug & Equipment)	1.สนับสนุนให้มี Strong Opioid /ยาที่จำเป็นใช้ อย่างครอบคลุม และเหมาะสม 2.เพิ่มการเข้าถึงยา Opioid ชนิดฉีดของผู้ป่วย Palliative care 3.มีอุปกรณ์ที่จำเป็นเพียงพอต่อการยืมไปใช้ที่บ้าน ได้แก่ syringe driver /เตียง Fowler / เครื่องผลิตออกซิเจน / Suction mobile เป็นศูนย์ธนาคารเครื่องมือ 4.ด้านยามีเภสัชกรที่ ควบคุมการเบิกจ่ายและให้การปรึกษาเรื่องยา มีแผนการใช้	1.อุปกรณ์ที่จำเป็นเพียงพอ ได้แก่ ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ เตียงผู้ป่วยปรับระดับ เครื่องผลิตออกซิเจนไฟฟ้า เครื่อง suction และมี syringe driver จำนวน 7 เครื่อง (รพ.กำแพงเพชร 5 เครื่อง, รพ.คลองขลุง 1 เครื่อง, รพ.บึงสามัคคี 1 เครื่อง) 2.โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีศูนย์และอุปกรณ์เพียงพอ 3.ไม่มีนวัตกรรม Palliative

Situation Analysis	Goal	GAP Analysis
	5.จัดการดูแล Palliative Care ร่วมกับสหสาขา เช่น แพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย	
5.การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	1.ขอสนับสนุนงบประมาณจาก PP, UC, NonUC, สสส. 2.กระตุ้นการลงข้อมูล E-claim เพิ่มในทุกโรงพยาบาล 3.ประชาสัมพันธ์การรับบริจาค	1.รพ.ขนาดเล็ก งบประมาณและบุคลากรจำนวนน้อย ทำให้การพัฒนาศักยภาพบุคลากร PCN ไม่ต่อเนื่อง 2.ติดตามกำกับการเบิกจ่ายเงินจากการส่งข้อมูล palliative care ผ่าน E-claim ของโรงพยาบาล จากกองทุนบริการกรณีเฉพาะ สปสช.
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance)	1.มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและศูนย์ดูแลต่อเนื่องระดับจังหวัด โดยมีแพทย์เป็นประธาน มีตัวแทนจากโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนเป็นคณะกรรมการ	-
7.การมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation)	1.ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน ได้แก่ งบประชารัฐ/อปท.ธนาคารเครื่องมือ 2.กลุ่มจิตอาสา Palliative care /ชมรม หรือจิตอาสาแทน CG ที่ได้เงินเดือน	1.เร่งพัฒนาการดำเนินงานเชิงรุก 2.ส่งเสริมให้มีการพัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในทุกโรงพยาบาล

พิจิตร

มีผู้ป่วย Palliative 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) จำนวน 1,006ราย ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับ ประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid 428 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.54

มีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ โดยกลุ่มโรคที่มากที่สุด คือ โรคมะเร็ง จำนวน 561 ราย

ผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมดจำนวน 2,107 ราย ทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร จำนวน 847 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.19

มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 324 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.20

ปัจจุบันโรงพยาบาลพิจิตร (S) มีคลินิกประคับประคอง ให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่นัดมาจากIPD และส่งต่อมาจากชุมชน โดยให้บริการทุกวันอังคารบ่าย(13.00น.-16.30น.) บริหารจัดการโดย Palliative care Team ประกอบไปด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน Palliative care nurse (PCN) 2 คน มีPalliative care ward nurse (PCWN ใน IPD ครบทุก ward)

โรงพยาบาลชุมชน (M2,F1,F2,F3) มีการดูแลแบบประคับประคองทุกแห่ง มี Palliative care nurse 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลโพทะเล และ โรงพยาบาลสามง่าม ปัจจุบันมี Palliative care nurse (NP)เป็นทีมดูแลผู้ป่วยประคับประคองทุกโรงพยาบาล ส่วนเรื่องยาทุกโรงพยาบาลมีการใช้ Strong Opioids ทุกแห่ง

ชัยนาท

มีผู้ป่วย Palliative 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) จำนวน 693 ราย ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับ ประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid 199 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.72

มีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ โดยกลุ่มโรคที่มากที่สุด คือ โรคมะเร็ง จำนวน 279 ราย

ผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมดจำนวน 1,336 ราย ทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร จำนวน 590 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.48

มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 255 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.79

อุทัยธานี

มีผู้ป่วย Palliative 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) จำนวน 602 ราย ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับ ประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid 136 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.59

มีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ โดยกลุ่มโรคที่มากที่สุด คือ โรคมะเร็ง จำนวน 262 ราย

ผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมดจำนวน 737 ราย ทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร จำนวน 222 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.12

มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 307 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.99

มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน มีเครือข่ายการดูแลประคับประคอง มีศูนย์อุปกรณ์การการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และ/หรือใช้แพทย์แผนไทยในการดูแลประคับประคอง ในโรงพยาบาลทุกแห่ง

โรงพยาบาลอุทัยธานี (S) มีคลินิกประคับประคอง ให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่นัดมาจากIPD และส่งต่อมาจากชุมชน โดยให้บริการทุกวันอังคารบ่ายที่3 ของเดือน (13.00 น.-16.30 น.) บริหารจัดการโดย Palliative care Team ประกอบไปด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน Palliative care nurse (PCN) 2 คน มี Palliative care ward nurse (PCWN ใน IPD ครบทุก ward)

จังหวัดอุทัยธานี เริ่มใช้โปรแกรม Thai COC ในเดือนมีนาคม 2562 เพื่อเชื่อมโยงการรับ – ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และ Palliative Care ระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการ รพท., รพช., รพ.สต. ภายในจังหวัด และภายนอกจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ , โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และจังหวัดอื่นๆ ที่ใช้โปรแกรม Thai COC โดยใช้ระบบ paper less ยกเลิกการส่งข้อมูลทางจดหมายไปรษณีย์ สามารถรับข้อมูลการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ภายใต้หลักการ“เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ แบบไร้รอยต่อ”

การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuing of Care : COC) โดยใช้โปรแกรม Thai COC และได้มีการติดตามงานในเวทีที่ประชุมผู้บริหารระดับจังหวัดทุกเดือน ผลการดำเนินงาน พบว่า มีอัตราความครอบคลุมการตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านดีขึ้น (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ

ผลงานใน HDC (ผลงานใน HDC ต่ำ) และในปี 2563 - 2564 ผลงานที่ลดลงสาเหตุเนื่องมาจาก สถานการณ์ Covid-19 ซึ่งกระทบต่อระบบบริการ ในเรื่องการลงบันทึกข้อมูล ซึ่งจะได้จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง Palliative care และศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) เพื่อติดตามความก้าวหน้าและเร่งรัดการดำเนินงานต่อไป

ภาพรวมผลกระทบจากสถานการณ์ การระบาดของ COVID-19

1. กิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วย Palliative Care ตามระบบยังคงดำเนินไปตามปกติ

2. มีการงดบางกิจกรรมที่วางแผนไว้ ตามมาตรการ Physical distancing ได้แก่ งดการจัดประชุมคณะกรรมการ Service Plan Palliative Care เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อ มีการใช้การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ และติดต่อทาง line application มากขึ้น

3. ระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน ลดลง แต่ยังคงติดต่อทางโทรศัพท์ และประสานงานกับ อสม.และ รพ.สต.ในพื้นที่ มากขึ้น

4. ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกที่จะกลับไปดูแลที่บ้าน เนื่องจากมีการจำกัดญาติเยี่ยมและเข้าพักในหอผู้ป่วย

5. สถิติการขอยืมอุปกรณ์ไปใช้ที่บ้านเพิ่มขึ้น เช่นเครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ และที่นอนลม ในอนาคต อาจมีแผนขอสนับสนุนอุปกรณ์จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้น หาก แนวโน้ม ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านมากขึ้น

6. จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง เนื่องจากในหลายโรงพยาบาลมีนโยบายปรับห้องพิเศษเป็นห้องรองรับการดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย COVID-19

7. จำนวนเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบในงาน Palliative care ไม่เพียงพอเนื่องจาก ในแต่ละโรงพยาบาลต้องจัดเจ้าหน้าที่ไปช่วยงานด้านการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ในเรื่องการคัดกรอง โรงพยาบาลสนาม รวมถึงการดูแลเรื่องการได้รับวัคซีนป้องกันโรคCOVID-19

3. ปัญหา จุดร่วมสะท้อน

วิเคราะห์ผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2564 วิเคราะห์ส่วนขาด ตาม 6 BB. plus

Situation Analysis	Goal	GAP Analysis
1. ระบบบริการ (Service Delivery)	1.มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเชื่อมโยงจากโรงพยาบาล ถึง รพ.สต.และบ้าน 2.มีระบบการเชื่อมโยงระหว่าง service plan ที่เกี่ยวข้อง 3.พัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุมผู้ป่วยระยะท้ายในกลุ่มโรคอื่นๆ	1. มีบุคลากรทางการแพทย์บางส่วน ยังไม่เห็นความสำคัญของPalliative Care ทำให้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ เข้าไม่ถึงบริการ 2.ไม่มีการนิเทศติดตามงาน ในแต่ละระดับ 3.ไม่มีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเชิงคุณภาพ
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	1.มีบุคลากรทีมสุขภาพ ที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง	1.แพทย์ผ่าน shot course Palliative น้อย ควรมีอย่างน้อยจังหวัดละ 1-2 ท่าน 2.พยาบาลผ่านหลักสูตร Palliative care Nurse (4 เดือน) ไม่ครบทุกโรงพยาบาล

Situation Analysis	Goal	GAP Analysis
	2.มีพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล 3.มีทีมเยี่ยมบ้าน โดยหมอครอบครัว อสม. ครอบครัว และจิตอาสาในชุมชน 4.ฟื้นฟู /พัฒนาศักยภาพบุคลากรรุ่นใหม่: -.แพทย์ผ่าน shot course Palliative -.พยาบาลผ่านหลักสูตร Palliative care Nurse (4 เดือน)ทุกโรงพยาบาล -.เภสัชกรผ่านหลักสูตรการใช้ยาและอุปกรณ์ให้ยา syringe driver -.สหสาขาวิชาชีพผ่าน short course palliative care	3.มีเภสัชกรผ่านหลักสูตรการใช้ยาและอุปกรณ์ให้ยา syringe driver ไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลแม่ข่าย 4.ไม่มี สหสาขาวิชาชีพผ่าน short course palliative care 5.กลุ่มการพยาบาลยังไม่สามารถ สนับสนุน PCN ให้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย
3.ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information system and sharing) 1.ระบบจัดเก็บข้อมูล data center โดย HDC 2.พัฒนาระบบเอกสารในการส่งต่อให้เหมือนกัน	1.มีแนวทางปฏิบัติ Palliative care guideline และ pain guideline ตามแนวทางของเขตสุขภาพที่ 3 2.มีสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง เขตสุขภาพที่ 3 3.มีคู่มือการใช้ยา Opioidsในผู้ป่วยระยะท้าย 4.ใช้ Thai COC เป็นระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึง รพ.สต.และที่บ้าน ควบคู่กับการประสานงานผ่าน line กลุ่ม COC	1.ระบบการส่งต่อข้อมูล ผ่านโปรแกรม Thai COC เว็บไซต์ https://thaicarecloud.org แต่บุคลากรยังขาดทักษะการใช้งานโปรแกรมและการย้ายเปลี่ยนงานของบุคลากร ทำให้การใช้งานโปรแกรมไม่ต่อเนื่อง - การลงข้อมูล HDC น้อยกว่าความเป็นจริง -จัดทำเอกสารส่งต่อเป็นแนวทางเดียวกันทั้งเขตและใช้ Group line ในการประสานส่งต่อเพื่อความรวดเร็วในการส่งต่อข้อมูล
4.เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Drug & Equipment) 1. บริหารจัดการด้านยาเพื่อการเข้าถึงบริการ 2. จัดตั้งศูนย์สำรองอุปกรณ์	1.สนับสนุนให้มี Strong Opioid /ยาที่จำเป็นใช้ อย่างครอบคลุม และเหมาะสม 2.เพิ่มการเข้าถึงยา Opioid ชนิดฉีดของผู้ป่วยPalliative care 3.มีอุปกรณ์ที่จำเป็นเพียงพอต่อการยืมไปใช้ที่บ้าน ได้แก่ Suction mobile / เครื่องผลิตออกซิเจน / เตียง Fowler / syringe driver เป็นศูนย์ธนาคารเครื่องมือ 4.ด้านยามีเภสัชกรทีบริหารระบบการเบิกจ่ายและให้คำปรึกษา มีแผนการใช้ในแต่ละปี	1 โรงพยาบาลระดับ M2 มีกรอบของ strong opioid น้อยจึงไม่สามารถให้ผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาล M2 ซึ่งเป็น node และบางโรงพยาบาลแพทย์ยังไม่สั่งใช้ยา strong opioid 2.มีศูนย์สำรองอุปกรณ์ธนาคารเครื่องมือ แต่อุปกรณ์ที่จำเป็นยังไม่เพียงพอ โรงพยาบาลทุกแห่ง ยังไม่มีระบบ Library of palliative care online 3.ไม่มีนวัตกรรม Palliative
5.การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	1.ขอสนับสนุนงบประมาณจาก PP, UC, NonUC, สสส.	1.งบประมาณเขต 3 มีจำกัด ขาดงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และจัดซื้ออุปกรณ์

Situation Analysis	Goal	GAP Analysis
	2.กระตุ้นการลงข้อมูล E-claim เพิ่มในทุกโรงพยาบาล 3.ประชาสัมพันธ์การรับบริจาค	2.ไม่มีงบประมาณพัฒนาระบบฐานข้อมูล Palliative care และพัฒนานวัตกรรม
6. ภาวะผู้นำและธรรมมาภิบาล (Leadership and Governance)	1.มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและศูนย์ดูแลต่อเนื่องระดับจังหวัด โดยมีแพทย์เป็นประธาน มีตัวแทนจากโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนเป็นคณะกรรมการ	-ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกตามเกณฑ์กลุ่มเป้าหมาย โดยในปัจจุบันเริ่มมีการเชื่อมโยงข้อมูลกับ Intermediate care
7.การมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation)	1.ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน ได้แก่ งบประชารัฐ/อปท.ธนาคารเครื่องมือ 2.กลุ่มจิตอาสา Palliative care /ชมรม หรือจิตอาสาแทน CG ที่ได้เงินเดือน	-ขาดการประชาสัมพันธ์เพื่อการเข้าถึงและดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน, องค์กรภาครัฐอื่นและองค์กรเอกชน -ขาดการประสานส่งต่อในการส่งผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลอื่นๆ ต่างสังกัด

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ประเด็น	วิเคราะห์ตาม 6 BB ที่เป็น KSF และ Key Risk or Failure Factor
1.ระบบบริการที่จัดให้มีตามนโยบาย/เป้าหมาย	KSF: 1.มีระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเชื่อมโยงจากโรงพยาบาล ถึง รพ.สต.และบ้าน 2.มีระบบการเชื่อมโยงระหว่าง service plan ที่เกี่ยวข้อง 3.พัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุมผู้ป่วยระยะท้ายในกลุ่มโรคอื่นๆ เพิ่มขึ้น
2.กำลังคน	KSF: 1.มีบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง 2.มีพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลทุกแห่ง 3.มีทีมเยี่ยมบ้าน โดยหมอครอบครัว อสม. อสค. CG ตลอดจนจิตอาสาในชุมชน KR: 1.รพ. มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน Palliative care จำเป็นต้องอบรมพัฒนาผู้รับผิดชอบงานใหม่ เพื่อให้การดำเนินงานต่อเนื่อง
3.ระบบข้อมูล	KSF: 1.มีแนวทางปฏิบัติ Palliative care guideline และ pain guideline ตามแนวทางของเขตสุขภาพที่ 3 2.มีสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง เขตสุขภาพที่ 3 3.มีคู่มือการใช้ยา Opioids ในผู้ป่วยระยะท้าย 4.มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยด้วยโปรแกรม Thai COC ที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึง รพ.สต.และที่บ้าน และ รพ.สวรรค์ประชารักษ์ และประสานงานผ่านกลุ่มไลน์

ประเด็น	วิเคราะห์ตาม 6 BB ที่เป็น KSF และ Key Risk or Failure Factor
	5.มีระบบฐานข้อมูล Palliative care และ COC ในโปรแกรม Thai COC Online ที่สามารถส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างรวดเร็ว ติดตามประเมินผลและวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศเชิงคุณภาพได้ KR : 1.การติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดงาน Palliative care และ COC จากรายงานในโปรแกรม Thai COC นำเสนอผู้บริหาร กระตุ้นการใช้งานฯ 2.ข้อมูลผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ การส่งต่อข้อมูลผ่านระบบอินเตอร์เน็ต ต้องระมัดระวังเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วย
4.ยา เครื่องมือ เทคโนโลยี	KSF: 1.มีงบประมาณเพียงพอ
5.การเงินการคลังสาธารณสุข	KSF: 1.มีอุปกรณ์ที่เพียงพอ ภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณที่ได้น้อยในภาพรวม 2.มียาระงับอาการปวดอย่างเหมาะสม 3.ด้านยามีเภสัชกรที่ ควบคุมการเบิกจ่าย และให้การปรึกษาเรื่องยา 4.ด้านเวชภัณฑ์ยา และเทคโนโลยี ทางการแพทย์มีแผนการใช้ในแต่ละปี KR: 1.จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้อุปกรณ์สำหรับให้ผู้ป่วยยืมไปใช้ที่บ้านไม่เพียงพอ
6.ภาวะผู้นำ และการอภิบาลระบบ	KSF: 1.มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคองและศูนย์ดูแลต่อเนื่องระดับจังหวัด โดยมีแพทย์เป็นประธาน มีตัวแทนจากโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนเป็นคณะกรรมการ
7.การมีส่วนร่วม	KSF: 1.ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม

5.ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
ตัวชี้วัด การทำ ACP ไม่สามารถตรวจสอบรายบุคคลได้ เนื่องจากไม่สามารถดู Data Exchange ได้ เนื่องจากส่วนกลางไม่อนุมัติให้ทำ	ควรให้สามารถตรวจสอบรายชื่อรายบุคคลได้	ประสานให้กรมการแพทย์ดำเนินการ

6. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

โครงการ HOME VENTILATOR ในผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย

สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

1.สภาพปัญหา/สถานการณ์ (ย้อนหลัง 3-5 ปี เปรียบเทียบ เขต ประเทศ)

การนำยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สู่การพัฒนาระบบยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สอดคล้องตามแผนแม่บทการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งได้กำหนดเป้าหมาย คือ การมีชุมชนสุขภาพดี การมีระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานที่ประชาชนทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น และประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาวะสามารถดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2561 จึงได้มีมติเห็นชอบต่อแนวทางการขับเคลื่อนสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU country) และต่อมาคณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2563 เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2562 ประเด็นการจัดการเชิงระบบสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งได้มอบหมายให้หน่วยงานดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้อง โดยการนำมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าวสู่การปฏิบัติ มุ่งพัฒนาให้เกิด “อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (RDU การนำยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สู่การพัฒนาระบบยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สอดคล้องตามแผนแม่บทการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งได้กำหนดเป้าหมาย คือการมีชุมชนสุขภาพดี การมีระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานที่ประชาชนทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น และประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาวะสามารถดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2561 จึงได้มีมติเห็นชอบต่อแนวทางการขับเคลื่อนสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU country)

จังหวัดพิจิตร

จังหวัดพิจิตรได้ดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตั้งแต่ปี 2557 โดยเริ่มจากการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล ซึ่งมีผลการดำเนินงาน 3 ปีย้อนหลัง พบว่าปีงบประมาณ 2562 มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 100 (12/12 แห่ง), ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 50 (6/12 แห่ง) และผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 8.33 (1/12 แห่ง) ปีงบประมาณ 2563 มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 100 (12/12 แห่ง) , ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 83.33 (10/12 แห่ง) และผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 41.67 (5/12 แห่ง) และปีงบประมาณ 2564 มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 100 (12/12 แห่ง) , ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 66.67 (8/12 แห่ง) และผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 33.33 (4/12 แห่ง)

สำหรับการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) จังหวัดพิจิตรได้มีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 โดยการสร้างเครือข่ายการจัดการปัญหายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน แต่มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปแบบในบางอำเภอ และขยายเครือข่ายการดำเนินงานทุกปี โดยในปี 2562 มีการดำเนินงาน RDU Community ในอำเภอโพทะเล, ปี 2563 มีการดำเนินงาน RDU Community ในอำเภอตะพานหิน และในปี 2564 ได้มีการขยายการดำเนินงาน RDU Community เพิ่มจากปีละ 1 อำเภอ เป็น 3 อำเภอได้แก่ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง อำเภอเมือง และอำเภอโพทะเล ทั้ง 5 กิจกรรม และมีแผนดำเนินงาน RDU Community ถึง 3 กิจกรรม ในอีก 7 อำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดพิจิตร แต่ด้วยเกิดภาวการณ์ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินกิจกรรม เนื่องด้วยห้ามไม่ให้มีการรวมตัวดำเนินกิจกรรม ประชุม ฯลฯ เกิน 50 คน จึงดำเนินโครงการ RDU Community ได้ถึงเพียงกิจกรรมที่ 3 และบางอำเภอไม่สามารถดำเนินกิจกรรมถึงระดับ 3 ได้ทัน จึงมีแผนการดำเนินงานต่อให้ครบ ตามแผนที่แต่ละอำเภอกำหนดไว้ในปี 2565 ต่อไป

จังหวัดชัยนาท

ผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดชัยนาท ในปีงบประมาณ 2564 ณ วันที่ 30 กันยายน 2563 จังหวัดชัยนาท มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ชัยนาท ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ขั้น 2 จำนวน 7 แห่งจาก 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 87.5 (ไม่ผ่าน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลวัดสิงห์) และผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3 จำนวน 6 แห่งจาก 8 แห่ง (ไม่ผ่าน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และโรงพยาบาลวัดสิงห์) คิดเป็นร้อยละ 75 ซึ่งนับว่าผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และมีการส่งเสริมการดำเนินงานในเรื่องการดื้อยาในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

นอกจากนี้จังหวัดชัยนาทยังได้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมการใช้ยาให้สมเหตุผลจึงได้จัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในงาน รพ.สต.ติดดาว ร้านค้า-ร้านชำไม่ขายยาชุด เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล และในชุมชน ส่งผลให้ในปีงบประมาณ 2564 ผลการดำเนินงานจังหวัดชัยนาท ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทั้งหมด โดยการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน มีการดำเนินการกิจกรรมตามเกณฑ์ทั้ง 5 ข้อ ครบทุกอำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100

ในการติดตามเรื่องเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ยังคงเป็นปัญหาหลักของจังหวัดชัยนาท ซึ่งในสถานการณ์โควิดที่ผ่านมา มีผลทำให้การเกิดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นมาก คิดเป็นร้อยละ 42.30 จากเดิมในปี 2561 ที่ใช้เป็นค่าพื้นฐาน คือ ร้อยละ 30.70 ซึ่งการเกิดเชื้อดื้อยามีได้หลายสาเหตุ แต่ทางโรงพยาบาลก็ยังคงมีการดำเนินงานโดยการทำ Lab alert เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถติดตามผลได้ไวขึ้น

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดผลงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับโรงพยาบาล และในชุมชนของจังหวัดชัยนาท คือการที่จังหวัดชัยนาทส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนเห็นถึงความสำคัญของการเกิดเชื้อดื้อยา ผลักดันนโยบายเข้าสู่ระดับผู้บริหาร ทั้งในรูปแบบการคืนค่าข้อมูล การติดตามข้อมูลการพัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความตระหนักรู้ในผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ขยายเครือข่ายการดำเนินงานไปยังระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยทำตัวชี้วัดระดับจังหวัดเพื่อส่งเสริม และเป็นแนวทางในการดำเนินงานบูรณาการใช้ยาทางเลือก ซึ่งผู้บริหารเห็นชอบ

จังหวัดกำแพงเพชร

จังหวัดกำแพงเพชรได้ดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ในปีงบประมาณ 2560 ยังเป็นการดำเนินงานในระยะเริ่มต้น ซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้อีกมาก โดยมีโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด RDU ขั้นที่ 1 เพียง 2 แห่งจาก 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16.66 ปีงบประมาณ 2561 เริ่มมีการดำเนินงานที่ครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้น มีโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานผ่าน RDU ขั้นที่ 1 จำนวนทั้งหมด 12 แห่งจาก 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งมีโรงพยาบาล 1 แห่งที่ผ่าน RDU ในขั้นที่ 2 นั้น คือ โรงพยาบาลขาณุวรลักษบุรี ซึ่งเป็นผลมาจากการกำหนดนโยบาย และวางแนวทางการดำเนินงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2562 เริ่มมีการดำเนินงานที่เข้มข้นมากขึ้น จากการกำหนดนโยบายของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ที่ประกาศให้การดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นนโยบายระดับจังหวัด ให้ทุกโรงพยาบาลถือปฏิบัติ ทำให้ผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจังหวัดกำแพงเพชรเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ขั้นที่ 1 จำนวน 12 แห่งจาก 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 มีโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ขั้นที่ 2 จำนวน 12 แห่งจาก 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และมีโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ขั้นที่ 3 จำนวน 5 แห่งจาก 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 41.66 ในปีงบประมาณ 2563 ได้มีการดำเนินงานที่เข้มข้นต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา ทำให้มีโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานผ่าน RDU ขั้นที่ 1 จำนวน 12 แห่ง จาก 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 โรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ขั้นที่ 2 จำนวน 10 แห่ง จาก 12 แห่ง

คิดเป็นร้อยละ 83.33 และโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ขั้นที่ 3 จำนวน 6 แห่งจาก 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งจะเห็นได้ว่าจังหวัดกำแพงเพชร มีผลการดำเนินงานที่ผ่านตามเกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยการดำเนินงานในส่วน RDU Community ในปีงบประมาณ 2563 อยู่ในระหว่างการริเริ่มดำเนินการ จึงยังไม่มีโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานผ่านระดับ 3 ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

จังหวัดอุทัยธานี

จังหวัดอุทัยธานีได้ดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 โดยเริ่มจากดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล ซึ่งมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 100 (8/8 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 50 (4/8 แห่ง) RDU ขั้นที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 12.5 (1/8 แห่ง) ปีงบประมาณ 2562 (1 ต.ค.61 - 20 ก.ค.62) จังหวัดอุทัยธานี มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 100 (8/8 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 75 (6/8 แห่ง) RDU ขั้นที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 62.5 (5/8 แห่ง) การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ในขณะเดียวกัน ในปี 2560 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ได้สำรวจครัวเรือน พบปฏิชีวนะเหลือใช้ ร้อยละ 11.09 (15/613 ครัวเรือน) และสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง ร้อยละ 24.30 (149/613 คน) ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงปนเปื้อนสเตียรอยด์

ในปี 2561 ได้สำรวจครัวเรือนพบปฏิชีวนะเหลือใช้ ร้อยละ 28.65 (151/527 ครัวเรือน) และสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง ร้อยละ 5.12 (27/527 คน) ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงปนเปื้อนสเตียรอยด์

ดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) จังหวัดอุทัยธานี ได้มีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 โดยการสร้างเครือข่ายการจัดการปัญหายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชนทุกอำเภอ (อำเภอละ 1 ตำบล) และขยายเครือข่ายทุกปี (อำเภอละ 1 ตำบล) ในปี 2563 ได้มีการดำเนินการตามแนวทาง RDU Community ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรมทุกอำเภอ (อำเภอละ 1 ตำบล) รวม 8 อำเภอแต่ด้วยเกิดสถานการณ์ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 จึงทำให้สามารถดำเนินการได้ 4 อำเภอ ได้แก่ 1) ตำบลหมกแถว อำเภอหนองขาหย่าง 2) ตำบลลานสัก อำเภอลานสัก 3) ตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน และ 4) ตำบลห้วยรอบ อำเภอหนองขาหย่าง ในปี 2564 ได้ตั้งเป้าหมายขยายพื้นที่ทุกอำเภอ (อำเภอละ 1 ตำบล) รวม 8 อำเภอแต่ด้วยเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 จึงทำให้สามารถดำเนินการได้ 1 อำเภอ ได้แก่ ตำบลลานสัก (ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องตาที) อำเภอลานสัก

ในปี 2563 ดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) ตามคู่มือการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน 5 กิจกรรมหลัก

จังหวัดนครสวรรค์

จังหวัดนครสวรรค์มีโรงพยาบาลทั้งหมด 14 แห่ง และได้เริ่มดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 โดยมีโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด RDU ขั้นที่ 1 เพียง 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 64.28 (เป้าหมายร้อยละ 80) ปีงบประมาณ 2561 มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 ทั้งหมด 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 (เป้าหมายร้อยละ 80) ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 7.14 (เป้าหมายร้อยละ 20) และยังไม่มีแห่งใดผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3 ปีงบประมาณ 2562 มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 ทั้งหมด 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 (เป้าหมายร้อยละ 80) ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 (เป้าหมายร้อยละ 20) และผ่านเกณฑ์ RDU

ขั้นที่ 3 จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.28 ปีงบประมาณ 2563 มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 ทั้งหมด 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 (เป้าหมายร้อยละ 80) ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.71 (เป้าหมายร้อยละ 50) และผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3 จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 35.71 (เป้าหมายร้อยละ 20) ปีงบประมาณ 2564 มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 ทั้งหมด 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 (เป้าหมาย 100%) ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 35.71 (เป้าหมาย 62%) ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3 จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 21.43 (เป้าหมาย 32%)

จังหวัดนครสวรรค์ได้เริ่มดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) อย่างจริงจัง ในปีงบประมาณ 2564 โดยกำหนดอำเภอต้นแบบ 2 อำเภอได้แก่ อำเภอตากฟ้า และอำเภอไพศาลี และวางแผนลงพื้นที่อำเภอละ 1 ตำบล มีกลุ่มเป้าหมายในชุมชนประกอบไปด้วย อสม. นักเรียน ผู้สูงอายุ และร้านชำ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้คนในชุมชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา การดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย และเพื่อสร้างเครือข่ายดำเนินการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุสมผลรวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงในชุมชน อีกทั้งมีการจัดทำสื่อเผยแพร่ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน

2.เป้าหมายโรค/บริการ ปีงบประมาณ 2564

2.1 การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล 18 ตัวชี้วัดทุกอำเภอ

2.2 ร้อยละ 70 ของ รพ.ทั้งหมดมีการจัดการ AMR ผ่านระดับ Intermediate ทุกกิจกรรมสำคัญ

- อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 61

2.3 การดำเนินงานโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนอย่างน้อย 3 กิจกรรมในทุกอำเภอ

3.กิจกรรมที่ดำเนินงาน

จังหวัดพิจิตร

มีการดำเนินงานงาน RDU Community ผ่านคณะกรรมการ Service Plan การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจังหวัดพิจิตร โดยมี RDU Coordinator ครบทุกอำเภอ ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวม 24 คน และดำเนินงาน RDU Community โดยกำหนดให้ทุกอำเภอมีการจัดทำแผนการดำเนินงาน RDU Community ในแต่ละอำเภอ อย่างน้อย 1 ชุมชน และดำเนินกิจกรรมอย่างน้อย 3 กิจกรรม ตามตัวชี้วัดที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ได้กำหนดไว้ในปี 2564 โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

ในปีงบประมาณ 2564 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ให้ดำเนินกิจกรรมโครงการ การส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลนำร่อง จังหวัดพิจิตร ปี 2564 ณ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง โดยมีกิจกรรมในแต่ละอำเภอ ดังนี้

1. การดำเนินกิจกรรม Hospital surveillance

1.1 Concurrent Case finding : เป็นการค้นหาผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลซึ่งมีอาการแสดงหรือโรคที่อาจเกิดจากปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

- การค้นหาผู้ป่วยที่เกิด ADR จากการใช้ยาอันตราย เช่น steroid ในยาชุดผลิตภัณฑ์สมุนไพร ที่มารับบริการในโรงพยาบาล

1.2 Retrospective Case finding : เป็นการค้นหาผู้ป่วยจากฐานข้อมูลสุขภาพที่มีการวินิจฉัยตามโรคที่กำหนด ซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากการใช้ยาของผู้ป่วย

- การค้นหาผู้ป่วยที่เกิด ADR จากแฟ้มข้อมูลในระบบการให้บริการของโรงพยาบาล

ผลการประเมิน

มีการดำเนินงานในกิจกรรมที่ 1 ทุกอำเภอ รวมทั้ง 12 แห่ง

2.การดำเนินกิจกรรม Community surveillance

2.1 การค้นหาโรคและภัยที่เกิดจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากงานประจำ (Routine case finding) เป็นการค้นหาโรคและภัยฯ จากงานประจำที่ทำอยู่ เช่น การสำรวจเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในแหลงกระจายหรือการเยี่ยมบ้านด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นต้น

2.2 การค้นหาโรคและความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพนอกเหนือจากงานประจำ (Active case finding) เป็นการค้นหาโรคและภัยฯ นอกเหนือจากงานประจำ เช่น RDU Coordinator ระดับอำเภอ แจ้งข้อมูลปัญหาการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based surveillance) หรือภาคีเครือข่ายแจ้งเบาะแส เมื่อพบผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ยา พบยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพน่าสงสัย พบการโฆษณาจากสื่อต่างๆ หลอกลวง/เป็นเท็จ หรือการจัดทำโครงการจัดการปัญหาโดยมีเป้าหมายเฉพาะ เป็นต้น

ผลการประเมิน

มีการดำเนินงานในกิจกรรมที่ 2 จำนวน 9 อำเภอ จาก 12 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 75

3. การดำเนินกิจกรรม Community participation

3.1 รวบรวมสถานการณและปัญหาที่พบจาก กิจกรรมที่ 1 และ 2

3.2 สร้างทีมและเตรียมชุมชน โดยสร้างเครือข่าย

- ออกตรวจร้านชำ โดยผู้นำชุมชน/ รพ.สต.เป็นผู้นำในการประสานงาน
- ออกตรวจสอบข้อร้องเรียนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ผลการประเมิน

มีการดำเนินงานในกิจกรรมที่ 3 จำนวน 7 อำเภอ จาก 12 อำเภอ ได้แก่ อำเภอโพทะเล , อำเภอเมือง , อำเภอโพธิ์ประทับช้าง , อำเภอบางมูลนาก ,อำเภอวังทรายพูน , อำเภอทับคล้อ และอำเภอดงเจริญ คิดเป็นร้อยละ 58.33

4. การดำเนินกิจกรรม Good private sector

4.1 สร้างการมีส่วนร่วมและส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานประกอบการด้านยาและสุขภาพภาคเอกชนและสถานที่จำหน่ายยา โดยความร่วมมือของพหุภาคเครือข่ายในชุมชน

ผลการประเมิน

มีการดำเนินงานในกิจกรรมที่ 1 จำนวน 1 อำเภอ จาก 12 อำเภอ ได้แก่ อำเภอโพทะเล คิดเป็นร้อยละ 8.33

5. การดำเนินกิจกรรม Health literacy

5.1 การวัดและการประเมินผล Health Litercy ในชุมชนที่ดำเนินกิจกรรม ทั้ง 4 ระดับ

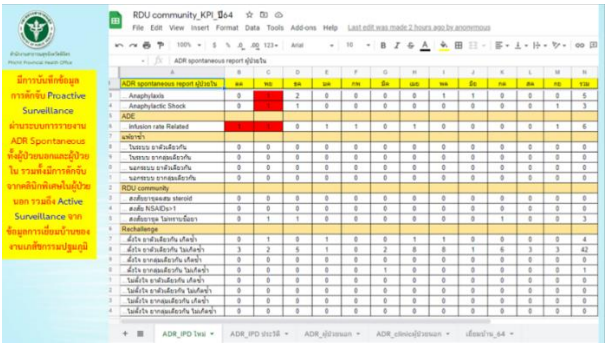
5.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมิน Health literacy

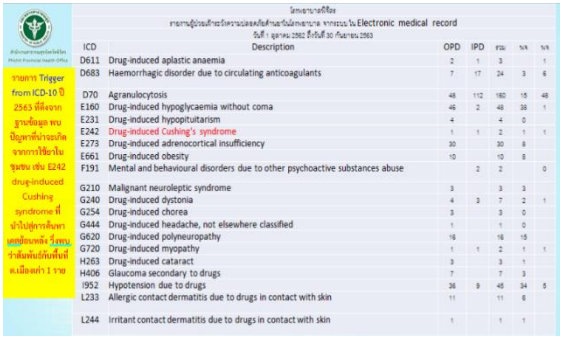
5.3 การวิเคราะห์ข้อมูลการประเมิน Health literacy

ผลการประเมิน

มีการดำเนินงานในกิจกรรมที่ 1 จำนวน 1 อำเภอ จาก 12 อำเภอ ได้แก่ อำเภอโพทะเล คิดเป็นร้อยละ 8.33

ภาพตัวอย่างการดำเนินกิจกรรม RDU Community ที่อำเภอเมือง (ตำบลฆะมัง) จังหวัดพิจิตร





ICD	Description	OPD	IPD	รวม	%	%
D611	Drug-induced aplastic anaemia	2	1	3		1
D683	Haemorrhagic disorder due to circulating anticoagulants	7	17	24	3	6
D70	Agranulocytosis	48	112	160	15	48
E160	Drug-induced hypoglycaemia without coma	46	2	48	38	1
E231	Drug-induced hypopituitarism	4		4	0	
E242	Drug-induced Cushing's syndrome	1	1	2	1	1
E273	Drug-induced adrenocortical insufficiency	30		30	8	
E661	Drug-induced obesity	10		10	8	
F191	Mental and behavioural disorders due to other psychoactive substances abuse		2	2		0
G210	Malignant neuroleptic syndrome	3		3	3	
G240	Drug-induced dystonia	4	3	7	2	1
G254	Drug-induced chorea	3		3	0	
G444	Drug-induced headache, not elsewhere classified	1		1	0	
G620	Drug-induced polyneuropathy	16		16	10	
G720	Drug-induced myopathy	1	1	2	1	1
H263	Drug-induced cataract	3		3	1	
H406	Glaucoma secondary to drugs	7		7	3	
I952	Hypotension due to drugs	36	9	45	34	5
L233	Allergic contact dermatitis due to drugs in contact with skin	11		11	6	
L244	Irritant contact dermatitis due to drugs in contact with skin	1		1	1	

จังหวัดชัยนาท

จังหวัดชัยนาทดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับโรงพยาบาล โดยกำหนดคณะกรรมการระดับจังหวัด และในแต่ละโรงพยาบาล มีการติดตามตัวชี้วัดแต่ละกิจกรรมที่กำหนดอย่างต่อเนื่องจากเดิมที่ได้ทำมา โดยมุ่งส่งเสริมให้แพทย์ที่มาใหม่มีความเข้าใจและตระหนักรู้ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทีมผู้เกี่ยวข้องมีการดำเนินการสั่งจ่ายยาตามเกณฑ์ และมีการทบทวนเคสอย่างสม่ำเสมอ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทดำเนินการติดตามงานและกำกับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การส่งเสริมการใช้ยาในระดับชุมชน มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานของโรงพยาบาล โดยจังหวัดชัยนาท ได้กำหนดแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการขับเคลื่อนงาน RDU Community โดยประชุมคณะทำงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ครั้งที่ 1/2563 เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2563 เพื่อวางระบบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปี 2564 ปัจจุบันมีการแต่งตั้ง RDU Coordinator ครบทุกอำเภอ และดำเนินงาน RDU Community ครบทุกอำเภอ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง ตั้งแต่ปี 2563 และได้วางแผนการดำเนินงานกิจกรรมต่อเนื่องในปี 2564 แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ทุกภาคส่วน มีภารกิจเร่งด่วนจึงใช้การติดตามการดำเนินงานและการประชุมอย่างไม่เป็นทางการผ่านระบบออนไลน์แทน

โดยผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน จังหวัดชัยนาท ทั้งหมด 8 อำเภอ ปีงบประมาณ 2564 มีอำเภอที่ดำเนินการ RDU community ครบทุกอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผ่านเกณฑ์ดำเนินการขั้นที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 100 โดยใช้กิจกรรม 5 กิจกรรมที่กำหนด

โดยมีข้อมูลเบื้องต้นในการดำเนินการ ดังนี้

- กำหนด RDU Coordinator ในระดับอำเภอ ทุกอำเภอ โดยมี เภสัชกร สาธารณสุขอำเภอ และผู้รับผิดชอบใน รพ.สต.ที่ร่วมดำเนินการ
- ขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานผ่าน พชอ. คปสอ. ร่วมกับการดำเนินงานในโรงพยาบาล โดยให้แต่ละอำเภอคิดกิจกรรมในการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง เพื่อแก้ปัญหางานของตนเอง
- มีการส่งเสริมการใช้ยาใน อย.น้อย คลินิก ร้านค้า ร้านชำ ให้ความรู้แก่ร้านขายยา และนักเรียน
- สร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยการให้ความรู้แก่ประชาชน

ภาพ ตัวอย่างการดำเนินงาน RDU community จ.ชัยนาท

ภาพ ตัวอย่างการดำเนินงาน RDU community จ.ชัยนาท

จังหวัดกำแพงเพชร

<u>โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</u> ดำเนินกิจกรรมตามกุญแจ PLEASE

1. กิจกรรม ขั้นที่ 2
   - ลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นใน 4 กลุ่มโรค
   - ดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต
2. กิจกรรม ขั้นที่ 3
   - ดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเหมาะสม ได้แก่ โรคหอบหืด โรคเบาหวาน
   - ป้องกันการใช้ยาซ้ำซ้อน ได้แก่ RAS NSAID
   - ลดการใช้ยา BZD ในผู้สูงอายุ - ไม่ใช้ Non-sedating antihistamine RI ในเด็ก

<u>รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ</u>

- ลดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค ได้แก่ RI และ AD

<u>การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน 5 กิจกรรมหลัก</u>

1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive hospital based surveillance)
2. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community participation)
3. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active community based surveillance)
4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector) เช่น ร้านชำ คลินิก
5. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU literacy)

3 อำเภอ

<u>การดำเนิน 5 กิจกรรมสำคัญในการจัดการ AMR</u> ได้แก่

1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ
2. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ
3. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล
4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล

จังหวัดอุทัยธานี

<u>การดำเนินงาน RDU Hospital</u>

- จัดอบรมให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ สร้างความตระหนักให้กับบุคลากรให้กับแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขใน รพ. และ รพ.สต.
- จัดทำคู่มือการใช้ ATB ใน URI และ AD ใน รพ. และ รพ.สต.
- จัดทำกระจกส่องคอ เจ็บคออย่างไรถึงต้องใช้ยาฆ่าเชื้อ
- ทำสื่อให้ความรู้ประชาชน โปสเตอร์ สื่อออนไลน์ สปอตวิทยุ
- บูรณาการกับแพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพรทดแทน เจ็บคอจากไวรัสใช้ฟ้าทะลายโจร
- Strong Policy KPI พิจารณาความดี ความชอบ เลื่อนขั้นเงินเดือน
- ควบคุม/กำกับ โดยประชุม คกก.RDU จังหวัดทุกไตรมาส และประชุม คกก.PTC จังหวัด ปีละ 2 ครั้ง และรายงานผลในคณะกรรมการประเมินผลจังหวัดทุกเดือน

<u>การดำเนินงาน โรงพยาบาล IAM</u>

- ตุลาคม 2563 : เนื่องจากผลการดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของจังหวัดอุทัยธานีในปีงบประมาณ 2563 ที่ผ่านมา พบว่า โรงพยาบาลอุทัยธานีพบเชื้อดื้อยาที่เป็นปัญหามากที่สุด ได้แก่ Escherichia coli ที่ดื้อต่อกลุ่มยา Fluoroquinolone และ Extended - spectrum cephalosporin และส่วนใหญ่เป็นเชื้อดื้อยาประเภท community acquired ถึงร้อยละ 70 ของเชื้อดื้อยาทั้งหมด
- พฤศจิกายน 2563 : โรงพยาบาลอุทัยธานี ดำเนินการส่งหนังสือรายงานสถานการณ์การดื้อยาดังกล่าวแก่แพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลอุทัยธานี ขอความร่วมมือในการควบคุมและสั่งจ่ายยาต้านจุลชีพในกลุ่ม Fluoroquinolone และ Extended - spectrum cephalosporin อย่างเหมาะสม และนอกจากนี้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ได้ดำเนินการส่งหนังสือขอความร่วมมือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในคลินิกและร้านขายยาทุกแห่งในจังหวัดอุทัยธานี พิจารณาความเหมาะสมในการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะกับผู้ป่วยที่มารับบริการเพื่อช่วยป้องกันและควบคุมไม่ให้อัตราเชื้อดื้อยาเพิ่มสูงขึ้น
- มิถุนายน 2564 : รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การเกิดเชื้อดื้อยา และปริมาณการใช้ต้านจุลชีพของโรงพยาบาลอุทัยธานี รายงานแก่แพทย์

จากการรวบรวมข้อมูลการใช้ต้านจุลชีพกลุ่มควบคุม ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 – พฤษภาคม 2564 พบยอดการใช้ยา Colistin เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากยา Colistin ถูกกำหนดให้ใช้สำหรับ Specific treatment เท่านั้น จึงทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับปริมาณเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล พบว่ามีอัตราการเกิดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ในทุก specimen ร้อยละ 27 ซึ่งพบว่าอัตราการดื้อยาเพิ่มสูงขึ้น จึงเสนอสถานการณ์การดื้อยาต้านจุลชีพแก่แพทย์และทีม IC ของโรงพยาบาลเพื่อสร้างระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

การดำเนินงาน RDU Community

จังหวัดอุทัยธานีขับเคลื่อนงาน RDU Community ผ่านคณะทำงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจังหวัดอุทัยธานี โดยประชุมคณะทำงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ครั้งที่ 1/2563 วันที่ 24 ก.พ. 2563 เพื่อวางระบบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปี 2564 ปัจจุบันมีการแต่งตั้ง RDU Coordinator ครบทุกอำเภอ และดำเนินงาน RDU Community ด้วยความสมัครใจเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ทุกภาคส่วนมีภารกิจเร่งด่วน

ในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานีมีทั้งหมด 8 อำเภอ ปีงบประมาณ 2564 มีอำเภอที่ดำเนินการ RDU community จำนวน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอทัพทันและอำเภอลานสัก ซึ่งมีข้อมูลเบื้องต้น ดังนี้

อำเภอที่ดำเนินการ RDU community	จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ อำเภอทัพทันและอำเภอลานสัก - มี RDU Coordinator ทั้ง 2 แห่ง - RDU Coordinator ผู้ที่ทำหน้าที่คือ เภสัชกร, เภสัชกรร่วมกับผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ
กลไกหลักในการขับเคลื่อนงาน RDU district ในพื้นที่	- กลไกหลักอันดับ 1 คณะกรรมการ/คณะทำงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (RDU Hospital) - กลไกหลักอันดับ 2 คณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) - กลไกหลักอันดับ 3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
เครือข่าย RDU ในอำเภอของท่านประกอบด้วยองค์กร/หน่วยงานใดบ้าง	- เครือข่ายระดับจังหวัด ได้แก่ สสจ. - เครือข่ายระดับอำเภอ ได้แก่ สสอ., ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล - เครือข่ายระดับตำบล ได้แก่ รพ.สต., องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) - เครือข่ายระดับหมู่บ้าน ได้แก่ แกนนำท้องที่ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำเยาวชน เช่น อย.น้อย เยาวชนรู้เท่าทันสื่อ โรงเรียน - เครือข่ายภาคเอกชน ได้แก่ ร้านยา, ร้านชำ/ร้านค้าปลีก

การดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1.การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive hospital based surveillance)

การดำเนินการ

มติที่ประชุมคณะทำงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งกำหนด trigger จำนวน 1 trigger และวางระบบในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ ขั้นตอนที่ต้องดำเนินงาน ได้แก่

1. มีระบบคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบ Concurrent case finding ในขณะมารับบริการในโรงพยาบาล

2. มีข้อมูลสถานการณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลที่ค้นพบจากการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่เจอและเกิดจากปัญหายาในชุมชน, อัตราชุกของการป่วยที่มีสาเหตุจากยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตาม trigger ที่กำหนด เป็นต้น

3. มีกระบวนการส่งต่อข้อมูลผู้รับผิดชอบไปสู่ชุมชน เพื่อแจ้งเตือนภัย และจัดการปัญหา

ผลการประเมิน

อำเภอที่ดำเนินการ RDU community จำนวน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอทัพทันและอำเภอลานสัก ใช้กระบวนการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังลักษณะอาการทางคลินิก (Trigger) กับการใช้ยา Steroid ของผู้ป่วย (เริ่มดำเนินการแต่ยังไม่เป็นระบบ)

2. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active community based surveillance)

การดำเนินการ

- มติที่ประชุมคณะทำงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้กำหนดขั้นตอนการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน ดังนี้

1. มีแนวทางการสำรวจ/ค้นหาปัญหายาไม่เหมาะสมในชุมชน เช่น เอกสารแนวทาง หรือ กระบวนการสำรวจ/ค้นหาปัญหายาไม่เหมาะสมในชุมชน เช่น แนวทางการเยี่ยมบ้าน แนวทางปฏิบัติในการสำรวจเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในแหล่งกระจายยา แบบสำรวจตามโครงการยาปลอดภัยในชุมชน แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นต้น

2. มีข้อมูลสถานการณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของชุมชน

3. มีกระบวนการส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชนหรือหน่วยต่างๆ ในชุมชนเพื่อเตือนภัยและจัดการปัญหา

- จัดประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมการดำเนินงานอำเภอส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)

ผลการประเมิน อำเภอที่ดำเนินการ RDU community จำนวน 2 อำเภอ ได้แก่

อำเภอทัพทัน ดำเนินการค้นหาหรือพบปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพของคนในชุมชน ขณะที่ปฏิบัติงาน เช่น สำรวจร้านชำ/ตลาด การเยี่ยมบ้าน (Routine case finding) (เริ่มดำเนินการแต่ยังไม่เป็นระบบ)

อำเภอลานสัก ค้นหาหรือพบปัญหาที่เกิดจากยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในชุมชนจากการดำเนินงานหรือโครงการที่นอกเหนือจากงานประจำ เช่น เฝ้าระวังโฆษณาจากสื่อ การแจ้งเบาะแสจากเครือข่าย (Active case finding) ดำเนินการแล้วอยู่ระหว่างติดตามประเมินผล

3. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community participation)

การดำเนินการ

อำเภอสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation) โดยให้ทุกอำเภอดำเนินการควบคู่ไปกับโครงการยาปลอดภัยในชุมชน

ผลการประเมิน

อำเภอทัพทันสร้างทีมในชุมชน สร้างความตระหนัก และพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เกิดความร่วมมือของชุมชนในการจัดการกับปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์ (เริ่มดำเนินการแต่ยังไม่เป็นระบบ)

อำเภอลานสักทำงานร่วมกับชุมชนและเครือข่าย เพื่อกำหนดแนวทางการจัดการปัญหาการใช้/กระจายยาและผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสม และดำเนินการในพื้นที่สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามและประเมินผลการทำงานร่วมกันในชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งงานในระยะต่อไป (ดำเนินการเป็นระบบและเข้มแข็ง)

4.การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector) เช่น ร้านชำ คลินิก

การดำเนินการ

4.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีดำเนินการพัฒนาร้านขายยาส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ร้านยา RDU) มีร้านขายยาเข้าร่วมทั้งหมด 25 ร้าน (ดำเนินการเป็นระบบและเข้มแข็ง)

4.2 อำเภอที่ดำเนินการ RDU community จำนวน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอทัพทัน และอำเภอลานสัก ได้ดำเนินการติดตาม กำกับร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ดำเนินการเป็นระบบและเข้มแข็ง)

ผลการประเมิน

ดำเนินการเป็นระบบและเข้มแข็ง

5.การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU literacy)

การดำเนินการ

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีสนับสนุนสื่อสำหรับให้ความรู้กับบุคลากร และประชาชน รวมถึงเครื่องมือจำเป็นสำหรับการให้บริการ เช่น กระจกส่องคอ ฉลากยาเสริม เอกสารให้ความรู้ยา สำหรับผู้มารับบริการ

- ชุมชนเขียนโครงการขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนทองถิ่นในการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

ผลการประเมิน

ในปี 2564 ได้ประเมินความรอบรู้ ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานี พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับทำได้บ้างถึงทำได้ง่าย การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับทำได้ง่าย

จ.นครสวรรค์

RDU Hospital

ได้จัดการประชุมคณะกรรมการ RDU จังหวัดซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนทีมแพทย์และเภสัชกรของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 2 ครั้ง เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2564 (ไตรมาสที่ 2) และวันที่ 28 กันยายน 2564 (ไตรมาสที่ 4) เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงแชร์ปัญหาอุปสรรค และค้นหาวิธีแก้ปัญหาร่วมกัน โดยยึดหลักการดำเนินกิจกรรมตามกุญแจสำคัญ 6 ประการ (PLEASE)

RDU community

จังหวัดนครสวรรค์ขับเคลื่อนงาน RDU Community ผ่านคณะทำงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดนครสวรรค์ โดยได้นำเสนอโครงการ RDU Community ในที่ประชุมครั้งที่ 1/2564 วันที่ 11 มกราคม 2564 เป็นครั้งแรก เพื่อคัดเลือกอำเภอต้นแบบในการดำเนินงาน 2 อำเภอ จากทั้งหมด 14 อำเภอ อำเภอที่ถูกคัดเลือก ได้แก่ อำเภอตากฟ้า ดำเนินการในตำบลพุนกยูง และอำเภอไพศาลี ดำเนินการในตำบลตะคร้อ

โดยวางแผนการดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (5 keys activity) โดยจะเน้นที่ 3 กิจกรรมแรก คือการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based Surveillance) การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based surveillance) และการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation) ซึ่งกลุ่มเป้าหมายในชุมชนประกอบไปด้วย อสม. นักเรียน ผู้สูงอายุ

โดยได้ลงพื้นที่ประสานงานขับเคลื่อนการดำเนินโครงการ 2 ครั้ง (อำเภอละ 1 ครั้ง) เพื่อวางแผนการดำเนินโครงการร่วมกันกับเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ โดยผลงานที่เป็นรูปธรรมในปีงบประมาณนี้คือ การผลิตสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับ RDU และ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในรูปแบบ โรลอัพ พัด และแผ่นพลิกให้ความรู้เรื่องยาในห้องพยาบาล ในส่วนของการจัดกิจกรรมสร้างการรับรู้ การมีส่วนร่วมเรื่องการใช้ยาอย่างปลอดภัยให้แก่ชุมชน ยังไม่ได้ดำเนินงานเนื่องด้วยสถานการณ์โควิด

4.สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด/อื่นๆ ทุกตัวของสาขาที่รับผิดชอบ

ตัวชี้วัด RDU hospital

เขต	จังหวัด	ตัวชี้วัด ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล							RDU ขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 32 ของรพ.ทั้งหมด	
		เป้าหมาย	1. RDU ขั้นที่ 0		2. RDU ขั้นที่ 1		3. RDU ขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่า			
			จำนวน รพ. ผ่าน RDU ขั้นที่0	RDU ขั้นที่0 ร้อยละ	จำนวน รพ. ผ่าน RDU ขั้นที่ 1	RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละ	จำนวน รพ. ผ่าน RDU ขั้นที่ 2	RDU ขั้นที่ 2 ร้อยละ	จำนวน รพ. ผ่าน RDU ขั้นที่ 3	RDU ขั้นที่ 3 ร้อยละ
3	กำแพงเพชร	12	12	100.00%	12	100.00%	9	75.00%	6	50.00%
	ชัยนาท	8	8	100.00%	8	100.00%	7	87.50%	6	75.00%
	นครสวรรค์	14	14	100.00%	14	100.00%	4	28.57%	2	14.29%
	พิจิตร	12	12	100.00%	12	100.00%	8	66.67%	4	33.33%
	อุทัยธานี	8	8	100.00%	8	100.00%	8	100.00%	4	50.00%
		54	54	100.00%	54	100.00%	36	66.67%	22	40.74%

ตัวชี้วัด รพ.IAM (%AMR ร้อยละเชื้อดื้อยา)

%AMR 8 เชื้อหลัก รพ..ในเขต3 (เปรียบเทียบปี 2561 - 2564 6 เดือน)

โรงพยาบาล	%AMR				เปรียบเทียบปี 2561		
	2561	2562	2563	2564 6 เดือนแรก	61Vs62	61Vs63	61Vs64
กำแพงเพชร	*34.10*	*40.20*	*36.70*	*33.40*	17.89	7.62	-2.05
ชัยนาท	*30.70*	*40.80*	*36.40*	*42.30*	32.90	18.57	37.79
สวรรค์ประชารักษ์	*34.10*	*35.70*	*39.50*	*41.20*	4.69	15.84	20.82
อุทัยธานี	*34.80*	*36.80*	*42.90*	*46.80*	5.75	23.28	34.48
พิจิตร	35.90	31.40	49.70	46.10	-12.53	38.44	28.41

ที่มา : http://203.157.3.54/hssd1/

ตัวชี้วัดเรื่อง ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ ดำเนินการถึงระดับ 3

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564		
	เป้าหมาย (แห่ง)	ผลงาน (แห่ง)	ร้อยละ
พิจิตร	12	7	58.33
ชัยนาท	8	8	100
กำแพงเพชร	3	12	25
อุทัยธานี	8	2	25
นครสวรรค์	2	14	14

5.งบประมาณที่ใช้

<u>แหล่งงบประมาณ</u>

- จังหวัดพิจิตร เงินนอกงบประมาณจากเงินรายได้ในการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จำนวน 141,400 บาท

- จังหวัดอุทัยธานี เงินนอกงบประมาณจากเงินรายได้ในการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จำนวน 90,000 บาท

- จังหวัดนครสวรรค์ เงินนอกงบประมาณจากเงินรายได้ในการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จำนวน 70,000 บาท

6.ปัญหา อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

<u>จังหวัดพิจิตร</u>

6.1 ภาวะวิกฤติการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ไม่สามารถรวมตัวดำเนินกิจกรรมตามโครงการที่กำหนดได้

6.2 ภารกิจของทั้ง จนท.สาธารณสุขและ อสม.มีมาก โดยเฉพาะการจัดการโรคโควิดในพื้นที่จนไม่มีเวลาในการดำเนินโครงการต่างๆ ได้

6.3 เจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์การดำเนินงานในชุมชน ที่ต้องเชื่อมการทำงานร่วมกับพหุภาคีเครือข่าย เช่น วัด โรงเรียน ร้านค้า ผู้นำชุมชน อสม. ตัวแทนประชาชน ฯลฯ

6.4 ประชาชนขาดความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

6.5 ร้านชำมีการจำหน่ายยาอันตราย

<u>จังหวัดชัยนาท</u>

6.1 การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนงาน RDU Community ได้อย่างเต็มที่ เช่น ไม่สามารถจัดกิจกรรมกลุ่มในการให้ความรู้ได้อย่างต่อเนื่องทั้งปี จึงต้องใช้การให้ความรู้ในรูปแบบอื่นแทน เช่น การประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย ภาพโปสเตอร์แทน ควบคู่

6.2 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ต้องส่งเสริมความตระหนักรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้เพิ่มขึ้น และมีการติดตามกำกับที่ต่อเนื่อง

6.3 ควรมีการจัดประชุมทีมแพทย์โรคติดเชื้อให้เป็นผู้มีบทบาทในการกำกับติดตามงาน

6.4 สถานการณ์โควิด ทำให้แพทย์อาจต้องเลือกใช้ยาที่เพิ่มขึ้นไว้ก่อน

<u>จ.กำแพงเพชร</u>

6.1 ภาวะการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 โดยในปีงบประมาณ 2564 จังหวัดกำแพงเพชรมีการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่องและยาวนานตลอดทั้งปีงบประมาณ ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างยากลำบาก ในหลายอำเภอมิสามารถดำเนินงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

6.2 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ สวนทางกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น

6.3 การระบาดของโรคอุบัติใหม่ ส่งผลให้การเลือกใช้ ATB มีมากขึ้น

6.4 การเปลี่ยนแปลงโยกย้ายบุคลากรทางการแพทย์

<u>จ.อุทัยธานี</u>

6.1 การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนงาน RDU Community ได้ตามแผนงานที่วางไว้

6.2 ควรปรับรูปแบบการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้เป็นแบบ new normal

6.3 การยอมรับของแพทย์ (ปัญหาเฉพาะบุคคล)

6.4 ความรู้ ความเข้าใจของประชาชน เมื่อไม่ได้รับยา ATB ก็ไปหาซื้อจากคลินิก ร้านยา

6.5 การขยายเครือข่ายในสถานพยาบาลเอกชน คลินิกและร้านยา (มีเรื่องธุรกิจเข้ามาเกี่ยวข้อง)

<u>จ.นครสวรรค์</u>

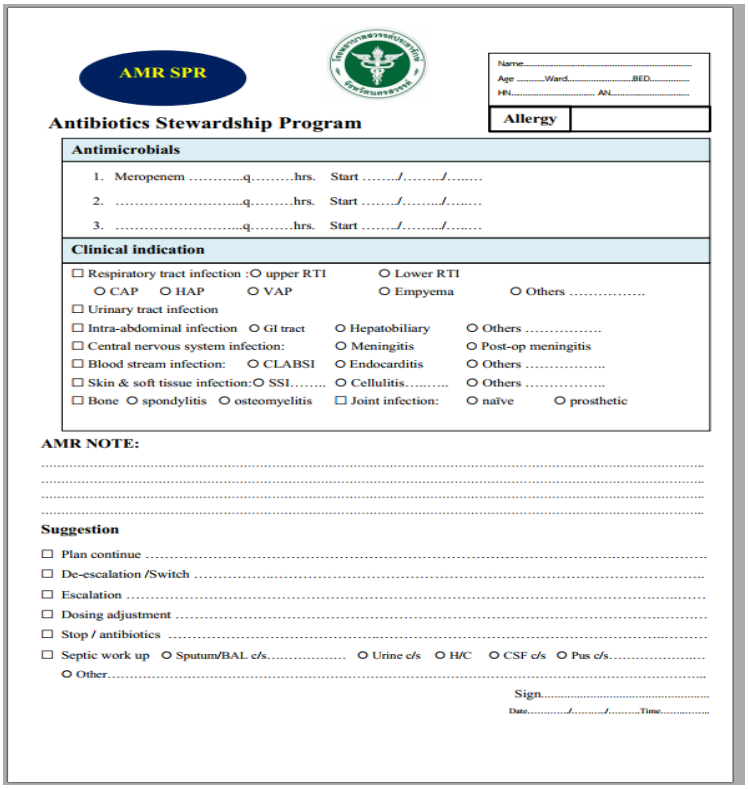
เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 มีผลกระทบต่อการดำเนินงาน RDU ทั้งในด้านของ RDU Hospital และ RDU Community การขับเคลื่อนงาน RDU เป็นไปอย่างยากลำบาก โดยเฉพาะงาน RDU Community ที่กิจกรรมหลักคือการลงพื้นที่ ส่วนงาน RDU hospital โดยปกติแล้วจะมีการลงพื้นที่ในเขตอำเภอที่มีผลการดำเนินงานไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย เพื่อหารือและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาในระดับอำเภอนั้นๆ หากสถานการณ์ของโรคติดเชื้อ COVID-19 ยังไม่ดีขึ้น อาจจะต้องมีการเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินกิจกรรมจาก onsite เป็น online

ในปีงบประมาณ 2564 ผู้รับผิดชอบงาน RDU มีภารกิจเพิ่มเติมที่เกี่ยวเนื่องกับสถานการณ์โรคติดเชื้อ COVID-19 ทั้งในด้าน logistics และ vaccine ทำให้มีผลต่อการขับเคลื่อนงาน RDU เป็นไปได้อย่างไม่เต็มที่

แผนพัฒนางานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (AMR) ในปีต่อไป

Plans	Goals
LAB เชื้อดื้อยาลดลง 7.5 %	1. **Sensitivity test (disk) >>> MIC** 2. **Report cascade**
IC VAP < 3.6/1000 vent.day	1. **Zoning AMR patients** 2. **อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ/แพร่กระจายของเชื้อ**
ASP (การใช้ยา)อัตราการ De-escalation CBPs > 80 %	1. **Report cascade โดยเริ่มใช้กับยา Tigecycline** 2. **วิเคราะห์ข้อมูลยาที่ใช้ในโรงพยาบาล และ Feed back เพื่อพัฒนา** 3. **จำทำแนวทางการใช้ยาของโรงพยาบาล (Clinical practice guideline :CPG)**

1. กำหนดกิจกรรม ASP ในรูปแบบ Post-authorization ของยากลุ่ม CBPs โดยติดตามระหว่างที่มีการใช้ยาในวันที่ 7 โดยเริ่มกิจกรรม สิงหาคม 2563 –มีนาคม 2564 (ต้องหยุดชั่วคราวเนื่องจากสถานการณ์ COVID-19)



AMR SPR

Antibiotics Stewardship Program

Name..... Age .....Ward.....BED..... HN..... AN.....

Allergy

Antimicrobials

1. Meropenem .....q.....hrs. Start ...../...../.....
2. .....q.....hrs. Start ...../...../.....
3. .....q.....hrs. Start ...../...../.....

Clinical indication

☐ Respiratory tract infection :○ upper RTI ○ Lower RTI
○ CAP ○ HAP ○ VAP ○ Empyema ○ Others .....
☐ Urinary tract infection
☐ Intra-abdominal infection ○ GI tract ○ Hepatobiliary ○ Others .....
☐ Central nervous system infection: ○ Meningitis ○ Post-op meningitis
☐ Blood stream infection: ○ CLABSI ○ Endocarditis ○ Others .....
☐ Skin & soft tissue infection:○ SSI..... ○ Cellulitis..... ○ Others .....
☐ Bone ○ spondylitis ○ osteomyelitis ☐ Joint infection: ○ naïve ○ prosthetic

AMR NOTE:

.....
.....
.....
.....

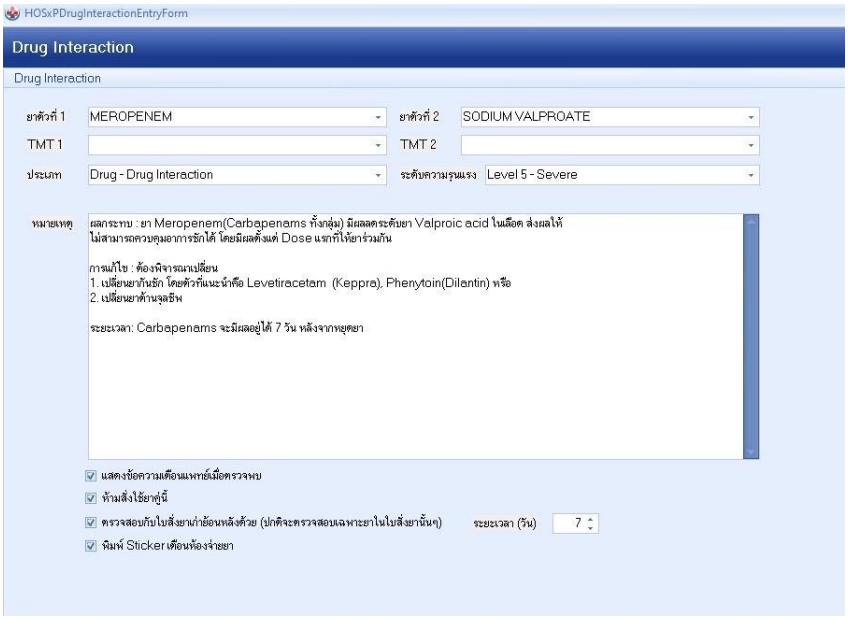
Suggestion

☐ Plan continue .....
☐ De-escalation /Switch .....
☐ Escalation .....
☐ Dosing adjustment .....
☐ Stop / antibiotics .....
☐ Septic work up ○ Sputum/BAL c/s..... ○ Urine c/s ○ H/C ○ CSF c/s ○ Pus c/s.....
○ Other.....

Sign.....
Date...../...../.....Time.....

2. จัดทำแนวทางการบริหารยาและเพิ่มข้อมูลวิธีการผสมและบริหารยาต้านจุลชีพในฉลากยา

3. จัดทำแนวทางการจัดการ Drug interaction ของยาต้านจุลชีพกับยาชนิดอื่น เช่น ยากลุ่ม Carbapenams กับ sodium valproic และให้มีการแจ้งเตือนในโปรแกรม HOS-XP



4. จัดทำแนวทางการใช้ยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาล (Clinical practice guideline: CPG)

5. วางแผนจัดทำ Application สำหรับเลือกใช้ยาสำหรับ empiric และ Specific ในกลุ่มโรค UTI, Pneumonia ตามความไวของเชื้อของแต่ละกลุ่มหอผู้ป่วย

ที่มาข้อมูล : คณะทำงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล จ.พิจิตร จ.ชัยนาท จ.กำแพงเพชร จ.อุทัยธานี และ จ. นครสวรรค์

สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)

1. สถานการณ์ปัจจุบัน

ในปีงบประมาณ 2564 เขตบริการสุขภาพที่ 3 ได้ดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate care; IMC) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความพิการ ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค Stroke, TBI และ SCI โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโดยสมาชิกครอบครัวและชุมชน เพื่อลดความแออัดของคนไข้ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านพัฒนาให้มีการบริการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางในโรงพยาบาลทุกระดับนั้น ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 3 ได้เปิดบริการ Intermediate ward / bed ในสถานพยาบาลระดับ ระดับ A, S, M และ F ในทั้ง 5 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 3 และผ่านเกณฑ์ประเมินจากคณะนิเทศของแต่ละจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 60 และได้สร้างระบบบันทึกข้อมูลการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายได้อย่างครบถ้วน

1.1 โรงพยาบาลระดับ A, S, M และ F ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบ IPD (IPD for IMC bed/ward)

จังหวัด	สถานพยาบาล ระดับ A, S, M และ F	จำนวนเตียง IMC ทั้งหมด	จำนวนเตียง	
			IMC Ward	IMC bed
นครสวรรค์	สวรรค์ประชารักษ์	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
	เก้าเลี้ยว	6	6	
	โกรกพระ	10	10	
	ตาคลี	2		2
	ตากฟ้า	2		2
	ท่าตะโก	2		2
	ไพศาลี	2		2
	หนองบัว	2		2
	ชุมแสง	2		2
	บรรพตพิสัย	2		2
	พยุหะคีรี	2		2
	ลาดยาว	2		2
	แม่วงก์	2		2
รวม		37	16	21

จังหวัด	สถานพยาบาล ระดับ A, S, M และ F	จำนวนเตียง IMC ทั้งหมด	จำนวนเตียง	
			IMC Ward	IMC bed
กำแพงเพชร	รพ.กำแพงเพชร (S)	0		
	รพ.ขาณุวรลักษบุรี(M2)	6	6	
	รพ.คลองขลุง(F2)	6	6	
	รพ.พรานกระต่าย(F2)	2		2
	รพ.คลองลาน(F2)	2		2
	รพไทรงาม(F2)	2		2
	รพ.ลานกระบือ(F2)	2		2
	รพ.ทรายทองวัฒนา(F2)	2		2
	รพ.บึงสามัคคี(F2)	2		2
	รพ.ปางศิลาทอง(F2)	2		2
	รพ.ทุ่งโพธิ์ทะเล(F3)	2		2
รวม		30	12	18
พิจิตร	รพ.พิจิตร (S)	4		4
	รพ.บางมูลนาก(M2)	2		2
	รพ.ตะพานหิน(M2)	2		2
	รพ.วังทรายพูน(F2)	6	6	
	รพ.โพธิ์ประทับช้าง(F2)	2		2
	รพ.สามง่าม(F2)	6	6	
	รพ.วชิรบารมี(F2)	2		2
	รพ.โพทะเล(F2)	2		2
	รพ.ทับคล้อ(F2)	2		2
	รพ.สากเหล็ก(F3)	0		0
	รพ.บึงนาราง(F3)	0		0
	รพ.ดงเจริญ (F3)	0		0
รวม		28	12	16

จังหวัด	สถานพยาบาล ระดับ A, S, M และ F	จำนวนเตียง IMC ทั้งหมด	จำนวนเตียง	
			IMC Ward	IMC bed
ชัยนาท	รพ.ชัยนาทนเรนทร (S)	4	4	0
	รพ.มโนรมย์	2	0	2
	รพ.วัดสิงห์	2	0	2
	รพ.สรรพยา	4	0	4
	รพ.สรรคบุรี	4	0	4
	รพ.หันคา	2	0	2
	รพ.หนองมะโมง	2	0	2
	รพ.เนินขาม	0	0	0
รวม		20	4	16
อุทัยธานี	อุทัยธานี (S)		6	
	หนองฉาง(F1)		6	
	สว่างอารมณ์(F2)			2
	บ้านไร่(F2)			2
	ทัพทัน(F2)			2
	ลานสัก(F2)		6	
	ห้วยคต(F2)			2
	หนองขาหย่าง(F3)			2
รวม		0	18	10

1.2 ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index > 15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

จังหวัด/กลุ่มโรค	A	B	ผู้ป่วยได้รับการติดตาม BI ครบ 6 เดือน (ร้อยละ 60)	Outcome ติดตาม BI เมื่อครบ 6 เดือน เปรียบเทียบกับก่อนเริ่มการฟื้นฟู									
				BI สูงขึ้น		BI คงที่		BI ลดลง		เสียชีวิต		ย้าย	
				ราย	(%)	ราย	(%)	ราย	(%)	ราย	(%)	ราย	(%)
กำแพงเพชร	544	642	84.74	403	74.08	70	12.87	29	5.33	37	6.80	5	0.92
ชัยนาท	196	196	100.00	137	69.90	11	5.61	8	4.08	35	17.86	5	2.55
พิจิตร	290	293	98.98	132	45.52	54	18.62	13	4.48	40	13.79	51	17.59
นครสวรรค์	420	420	100.00	308	73.33	36	8.57	12	2.86	48	11.43	16	3.81
อุทัยธานี	213	213	100.00	162	76.06	14	6.57	5	2.35	28	13.15	4	1.88
รวม	**1663**	**1764**	**94.27**	**1142**	**68.67**	**185**	**11.12**	**67**	**4.03**	**188**	**11.30**	**81**	**4.87**
Stroke	1526	1622	94.08	1043	68.35	172	11.27	66	4.33	168	11.01	77	5.05
Traumatic Brain Injury	96	101	95.05	74	77.08	6	6.25	0	0.00	15	15.63	1	1.04
Spinal Cord Injury	41	41	100.00	25	60.98	7	17.07	1	2.44	5	12.20	3	7.32
รวม	**1663**	**1764**	**94.27**	**1142**	**68.67**	**185**	**11.12**	**67**	**4.03**	**188**	**11.30**	**81**	**4.87**

2. สภาพปัญหา

เนื่องจากการระบาดของโรคไวรัสโควิด19 ทำให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานหลายหน่วยงานเพื่อปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินระหว่าง มิถุนายน 2564 เป็นต้นมา ได้แก่ งานแพทย์แผนไทยปิดให้บริการ, งานกายภาพบำบัดและแพทย์แผนจีนลดบริการลง 50% ในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งปิดให้บริการผู้ป่วยปรับเปลี่ยนสถานที่เป็นหอผู้ป่วยโควิด หรืออาคารให้บริการฉีดวัคซีน ส่วนบุคลากรได้รับมอบหมายภารกิจกรณีพิเศษในสถานการณ์โควิด ทำให้ลดบทบาทการให้บริการในส่วนอื่นไป

หอผู้ป่วยในหลายโรงพยาบาลดำเนินนโยบายสงวนเตียงสำหรับภาวะฉุกเฉินเท่านั้น จึงทำให้เตียงสำหรับการฟื้นฟูลดน้อยลงไปด้วย

3. แนวทางการดำเนินงาน ปี 2565

ประเด็น	แนวทาง
1) อบรมเพิ่มศักยภาพบุคลากร	จัดอบรมเพิ่มศักยภาพ ทดแทนบุคลากรที่ขาดแคลน
2) เพิ่มกลุ่มผู้ป่วยโรค Fracture around hip	เพิ่มกลุ่มผู้ป่วยโรค Fracture around hip เป็นผู้ป่วยใน
3) พัฒนาสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินบริการ	เพิ่มจำนวนเตียง IMC ใน รพช. และเพิ่ม LOS.

สาขาการให้บริการกัญชาทางการแพทย์

1. สภาพปัญหา/สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ 3 เริ่มดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขากัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 จนถึงปัจจุบัน

การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ เขตสุขภาพที่ 3

จังหวัด	ปีงบประมาณ 2562		ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564	
	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ
นครสวรรค์	2	14.28	4	28.57	7	50.00
กำแพงเพชร	0	0	10	83.33	11	91.66
ชัยนาท	0	0	3	37.5	5	62.50
อุทัยธานี	1	12.50	8	100.0	8	100.0
พิจิตร	0	0	1	8.33	11	91.67
รวมเขต 3	3	5.55	26	48.15	42	77.76

2. เป้าหมายการบริการ ปีงบประมาณ 2564

2.1 ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ.ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ
เป้าหมาย ร้อยละ 50

2.2 ร้อยละของ รพ.สังกัดกรมวิชาการมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ
เป้าหมาย ร้อยละ 50

2.3 ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ
เป้าหมาย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง

3. กิจกรรมที่ดำเนินงาน

ต้นน้ำ :

- ส่งเสริมสนับสนุนการปลูกกัญชา

เขตสุขภาพที่ 3 มีการเข้าร่วมโครงการปลูกกัญชาทางการแพทย์ โดยมีกลุ่มรัฐวิสาหกิจชุมชน ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดำเนินการปลูกกัญชา จำนวน 47 กลุ่ม ได้รับใบอนุญาตแล้ว 30 กลุ่ม รอรับใบอนุญาต 1 กลุ่ม รอรับการตรวจประเมิน 15 กลุ่ม และอยู่ระหว่างสร้างโรงเรือนอีก 1 แห่ง

- ส่งเสริมโครงการปลูกกัญชาบ้านละ 6 ต้น เพื่อให้ รพ. หรือ รพ.สต. นำไปปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายในพื้นที่

- เครือข่ายต้นกล้ากัญชา เขตสุขภาพที่ 3

ส่งเสริมสนับสนุนการปลูกกัญชา เขตสุขภาพที่ 3

ประเด็น	จังหวัด	ผลการดำเนินงาน (จำนวน.....แห่ง)			
		กลุ่มวิสาหกิจยื่นคำขอ	ได้รับใบอนุญาต	รอรับใบอนุญาต	รอรับการตรวจประเมิน
ส่งเสริมสนับสนุนการปลูก	นครสวรรค์	23	9	0	14
	พิจิตร	2	2	0	0
	ชัยนาท	2	1	0	1
	อุทัยธานี	15	15	0	0
	กำแพงเพชร	5	3	1	1
	รวม	47	30	1	16

กลางน้ำ : ส่งเสริมสนับสนุนการสกัดและแปรรูป กัญชาทางการแพทย์

ดำเนินการในภาพรวมเขตที่ รพ.หนองฉาง จ.อุทัยธานี โดยมีแผนการดำเนินงานในปี 2564 ดังนี้

ไตรมาส 1/2564 ดำเนินการต่ออายุ GMP

ไตรมาส 2/2564 เข้ารับการอบรมจากกรมการแพทย์แผนไทยในการผลิตน้ำมันกัญชา สูตรอาจารย์เดชา

ไตรมาส 3/2564 กรมแพทย์แผนไทยตรวจสถานที่และให้คำแนะนำในการปรับปรุงเบื้องต้น

ไตรมาส 4/2564 ดำเนินการผลิตน้ำมันกัญชา สูตรอาจารย์เดชา

แต่เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้กรมแพทย์แผนไทยไม่สามารถเข้าตรวจสถานที่ได้จึงทำให้กระบวนการผลิตน้ำมันกัญชาล่าช้ากว่าแผนที่กำหนดไว้ โดยในปีงบประมาณ 2565 กรมแพทย์แผนไทยมีแผนจะเข้ามาตรวจสถานที่และให้คำแนะนำในการปรับปรุงเบื้องต้นในไตรมาสที่ 1 ซึ่งหากเป็นไปตามแผน รพ.หนองฉางก็จะสามารถดำเนินการในขั้นตอนถัดไป

ปลายน้ำ : จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (รายละเอียดตามข้อ 4)

- ส่งเสริมให้มีการจัดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการในหน่วยงานสาธารณสุขทั้งภาครัฐบาลและเอกชน
- พัฒนาองค์ความรู้บุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้มีความพร้อมในการให้บริการ

บูรณาการสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ :

- พัฒนาเส้นทางท่องเที่ยว และศูนย์แสดงผลิตภัณฑ์กัญชา กัญชง สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

4. สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด

4.1 ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ.ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ

เป้าหมาย ร้อยละ 50

ผลงาน :

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	14	7	50.00
กำแพงเพชร	12	11	91.66
ชัยนาท	8	5	62.50
อุทัยธานี	8	8	100.0
พิจิตร	12	11	91.67
รวมเขต 3	54	42	77.76

4.2 ร้อยละของ รพ.สังกัดกรมวิชาการมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ

เป้าหมาย ร้อยละ 50

ผลงาน : เขตสุขภาพที่ 3 มี รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ

4.3 ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ

เป้าหมาย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง

ผลงาน : เขตสุขภาพที่ 3 มีสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีสุโข จังหวัดพิจิตร

5. งบประมาณที่ใช้

ไม่มีการใช้งบประมาณ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงไม่ได้ดำเนินการจัดอบรม และดำเนินการจัดประชุมผ่านช่องทางออนไลน์ทั้งหมด

6. ปัญหา อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ต้นน้ำ	1. ขาดความชัดเจนในการดำเนินโครงการกัญชา 6 ต้น 2. กลุ่มผู้ปลูกยังไม่มีความเชี่ยวชาญในด้านเทคนิคการปลูก
กลางน้ำ	1. เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้กระบวนการผลิตน้ำมันกัญชาล่าช้ากว่าแผนที่กำหนดไว้
ปลายน้ำ	1. ผู้ให้บริการยังขาดความเชี่ยวชาญในการให้บริการและการสั่งใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์ 2. ขาดการประชาสัมพันธ์และการค้นหาผู้ป่วยในเชิงรุก 3. รพ.บางแห่ง การให้บริการยังไม่เกิดการบูรณาการระหว่างแผนไทย และแผนปัจจุบัน 4. รพ.บางแห่ง ที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ยังไม่มีสารสกัด THC ไว้สำหรับให้บริการ

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3