



ยินดีต้อนรับ คณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 1

นพ.ธงชัย มิ्लीการ

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลแพร่

แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลแพร์



เป้าหมาย : ประชาชนชาวแพร์มีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

คณะกรรมการอำนวยการ โรงพยาบาลแพร์



นางสุวรรณา ตีระวนิชย์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร์



นายธงชัย มีสื่อการ
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านยุติธรรมและ
ตติยกรรม



นางบุษบา พริบไหว
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร



นางสาวอุไรพร พงศ์พัฒน์าวงษ์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล



นายสมพงษ์ ตันติธนวัฒน์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบ
บริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ



นายวิสิน โชติปฐุเวชกุล
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการบริการ
ปฐมภูมิ



นายประภากร องอาจบุญ
ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษา



นางสาวศรinya สูดันธไชยวงศ์
ประธานองค์กรแพทย์



นายยอติปิติ ตั้งตรงจิตร
ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสวัสดิการฯ



นายสุวัฒน์ กิตติบรรกุล
หัวหน้ากลุ่มงานโสต ศอ นาสิก



นางจุฑารัตน์ ไกรขจรกิตติ
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม



โรงพยาบาลแพร่
Phrae Hospital

โรงพยาบาลแพร่ (S)

จำนวนเตียง 500 เตียง

เตียงสามัญ 385 เตียง เตียงพิเศษ 115 เตียง

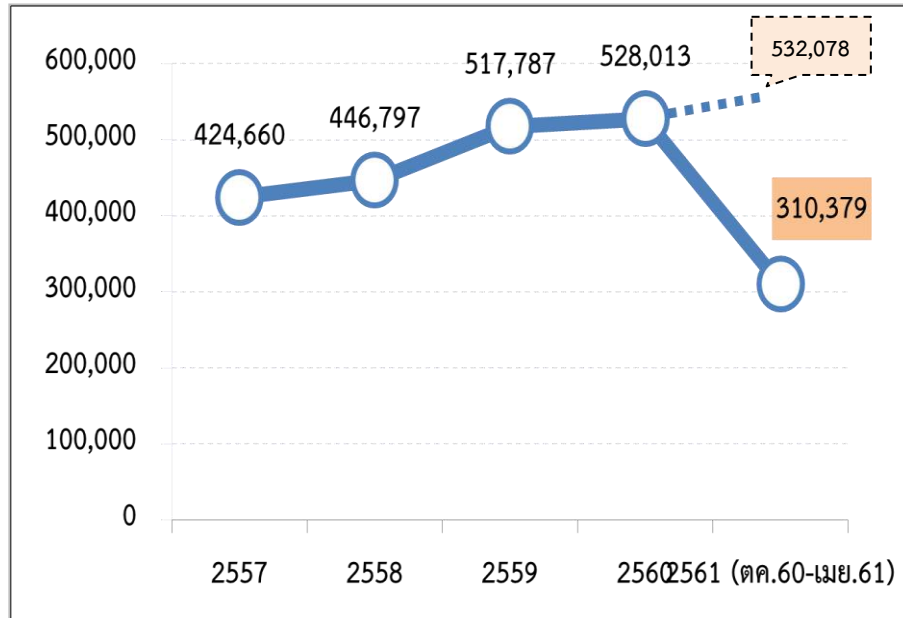
ICU 24 เตียง

อัตราครองเตียง ปี 2561 (ตค.60-เมย.61) 89.30%

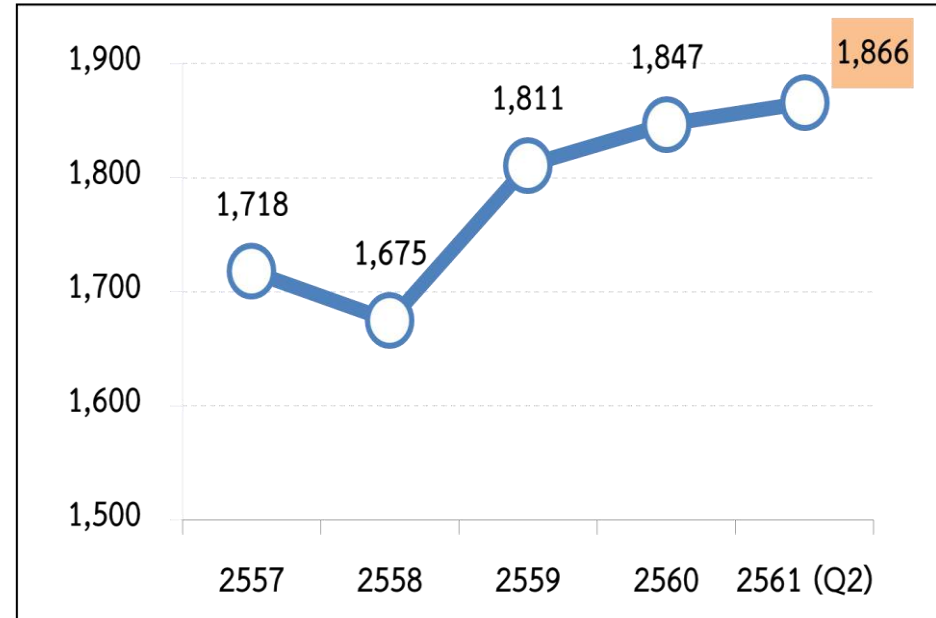
(อายุรกรรม = 109.29% / ศัลยกรรม=101.81%)

สถิติผู้ป่วยนอก

จำนวนผู้ป่วยนอก

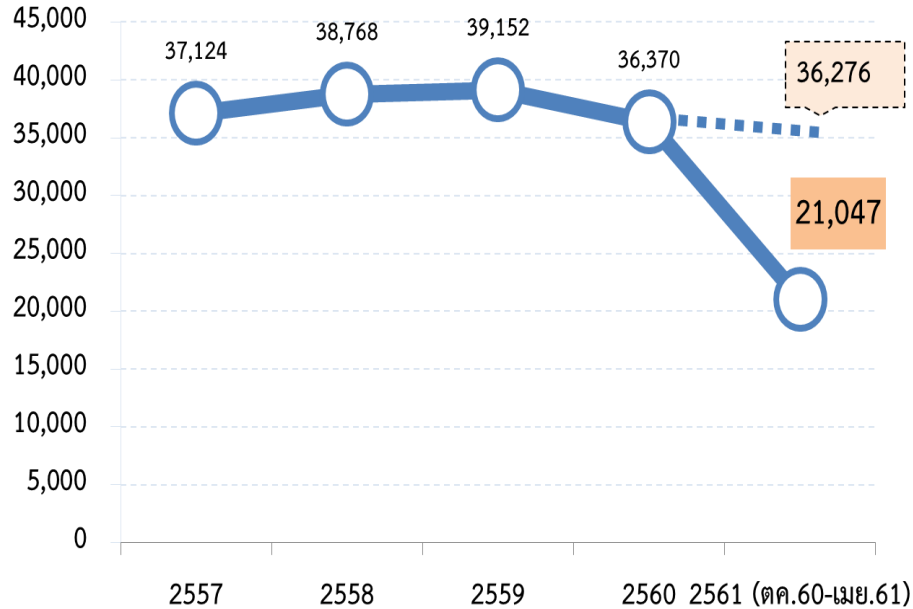


จำนวนผู้ป่วยนอก/วัน

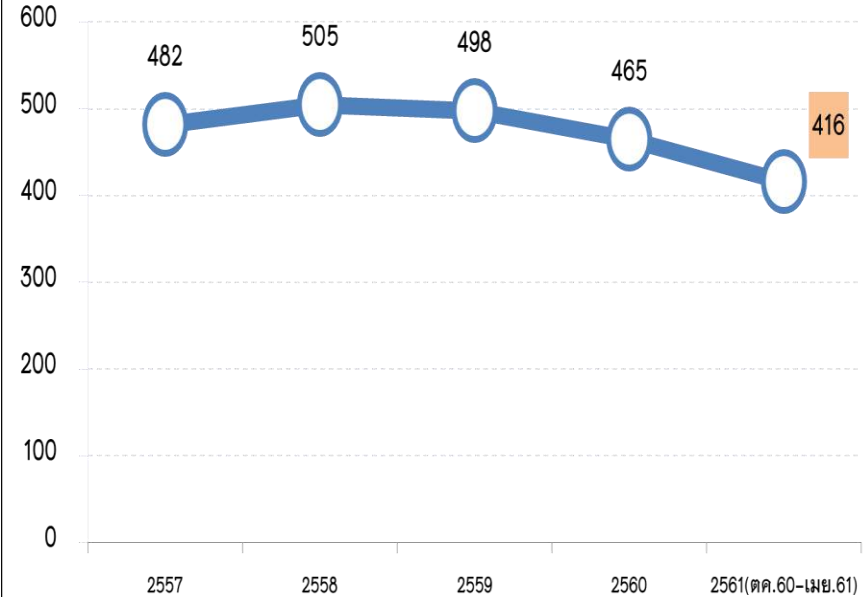


สถิติผู้ป่วยใน

จำนวนผู้ป่วยใน

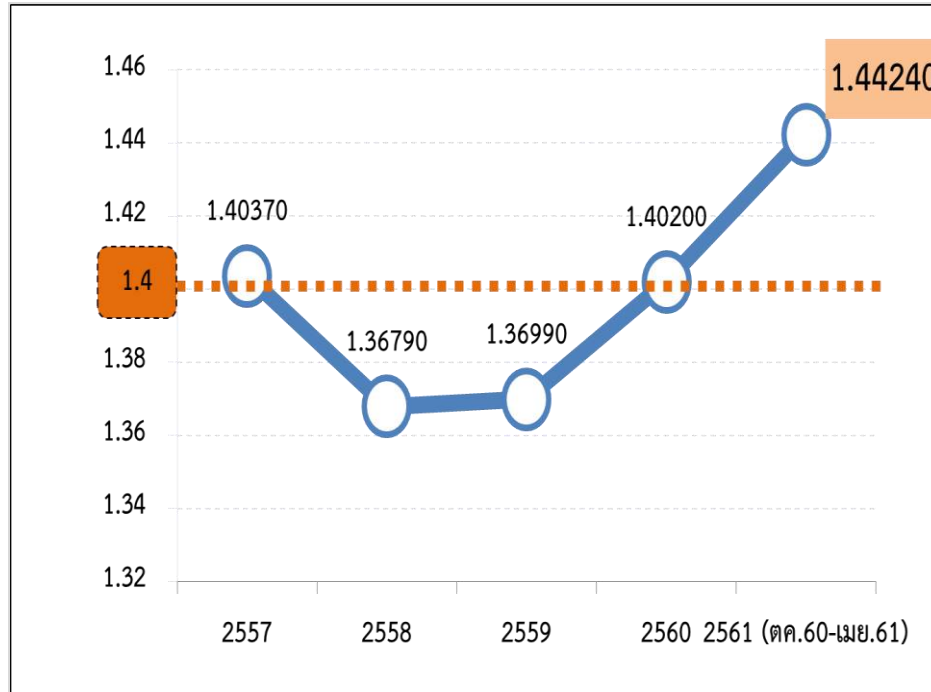


จำนวนผู้ป่วยใน/วัน

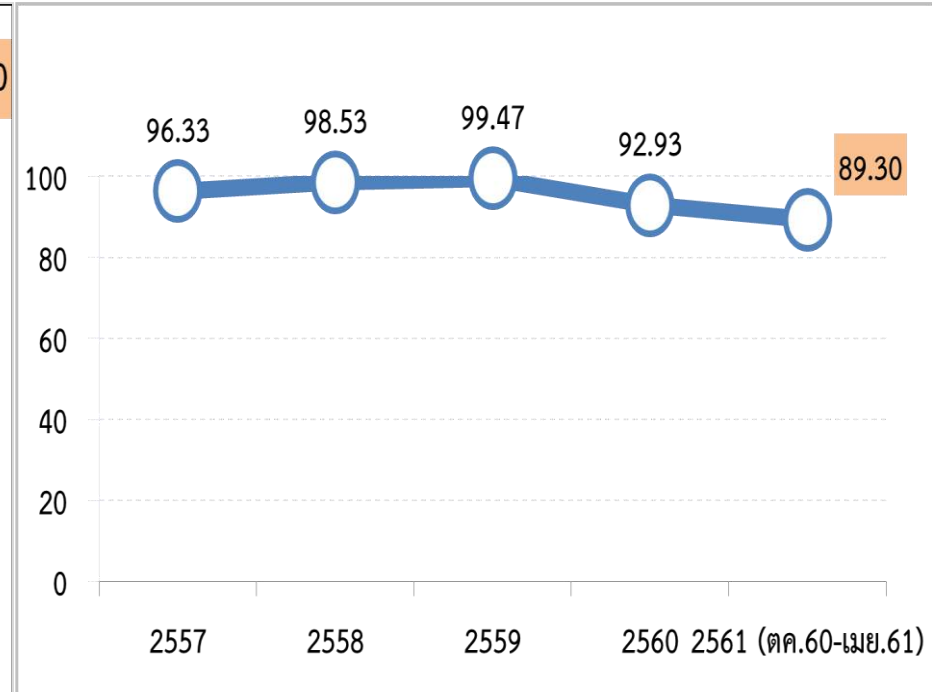


ข้อมูลการให้บริการ

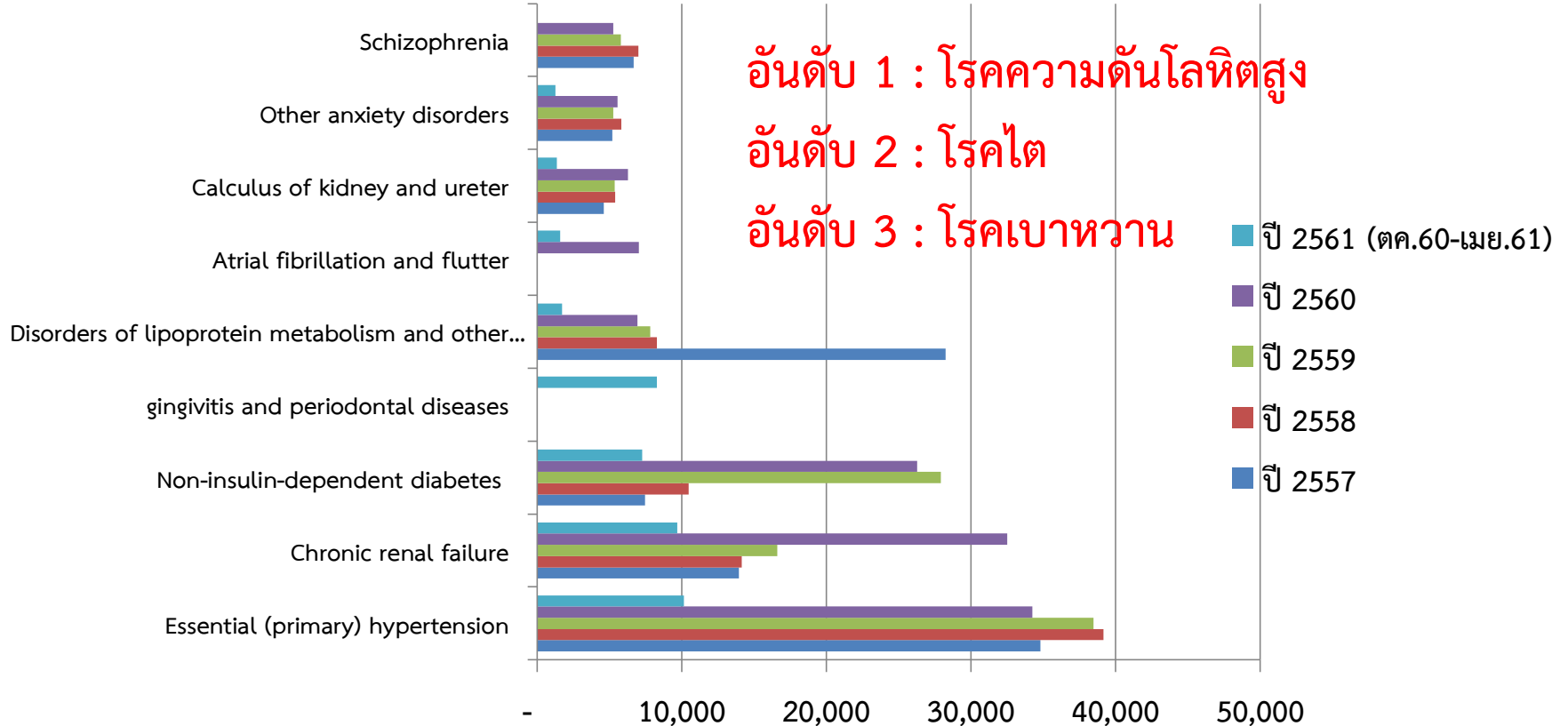
Case Mix Index



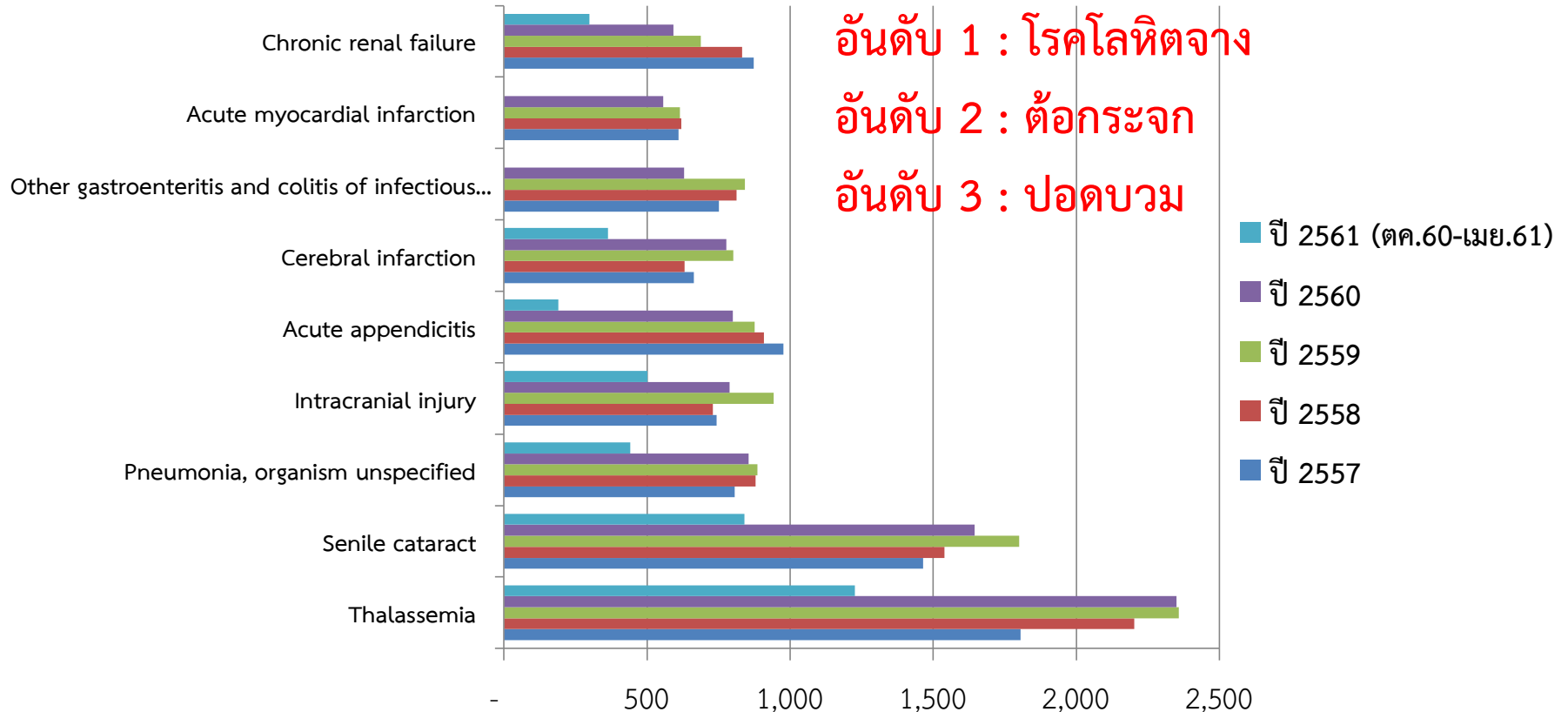
อัตราครองเตียง



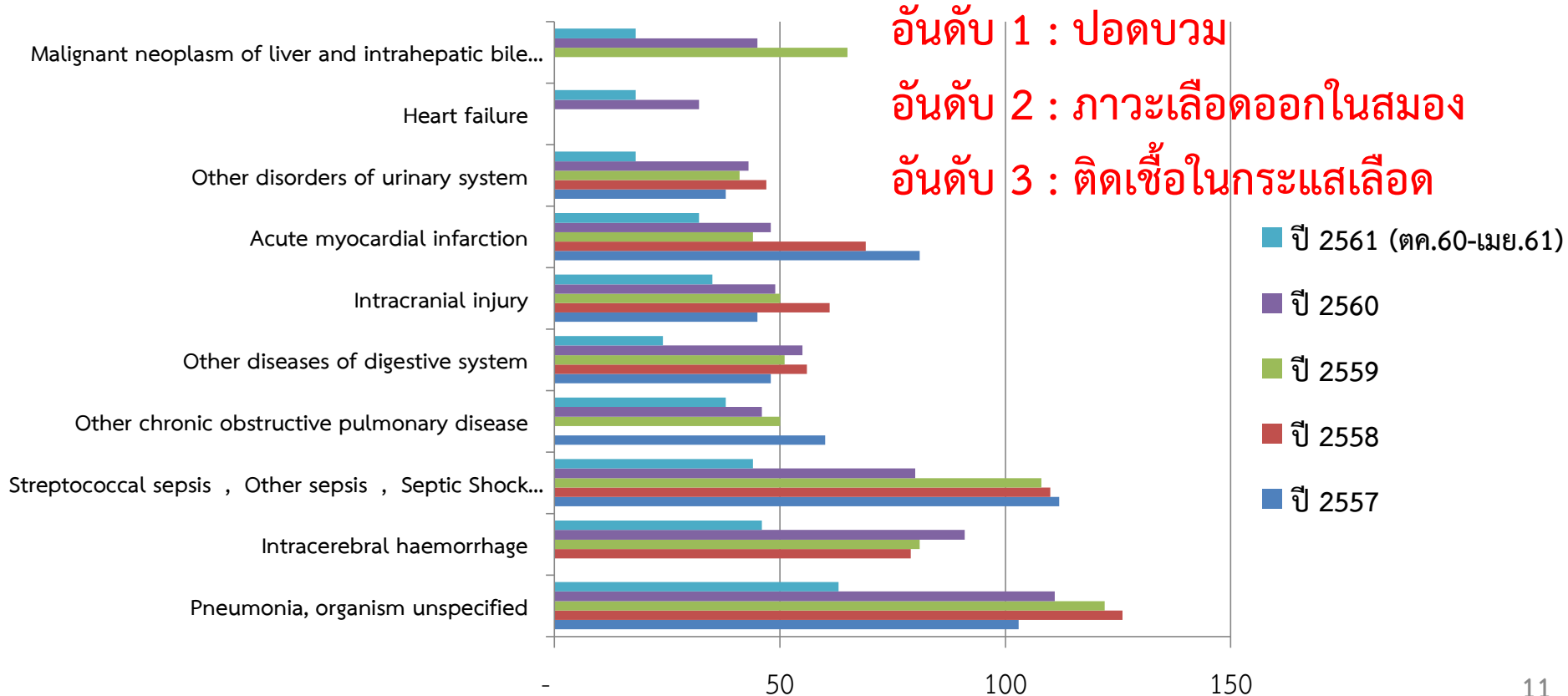
สาเหตุการป่วย : OPD ปี2561 (ตค.60-เมย.61)



สาเหตุการป่วย : IPD ปี2561 (ตค.60-เมย.61)



สาเหตุการเสียชีวิต : IPD ปี2561 (ตค.60-เมย.61)



Service Plan สาขา ODS

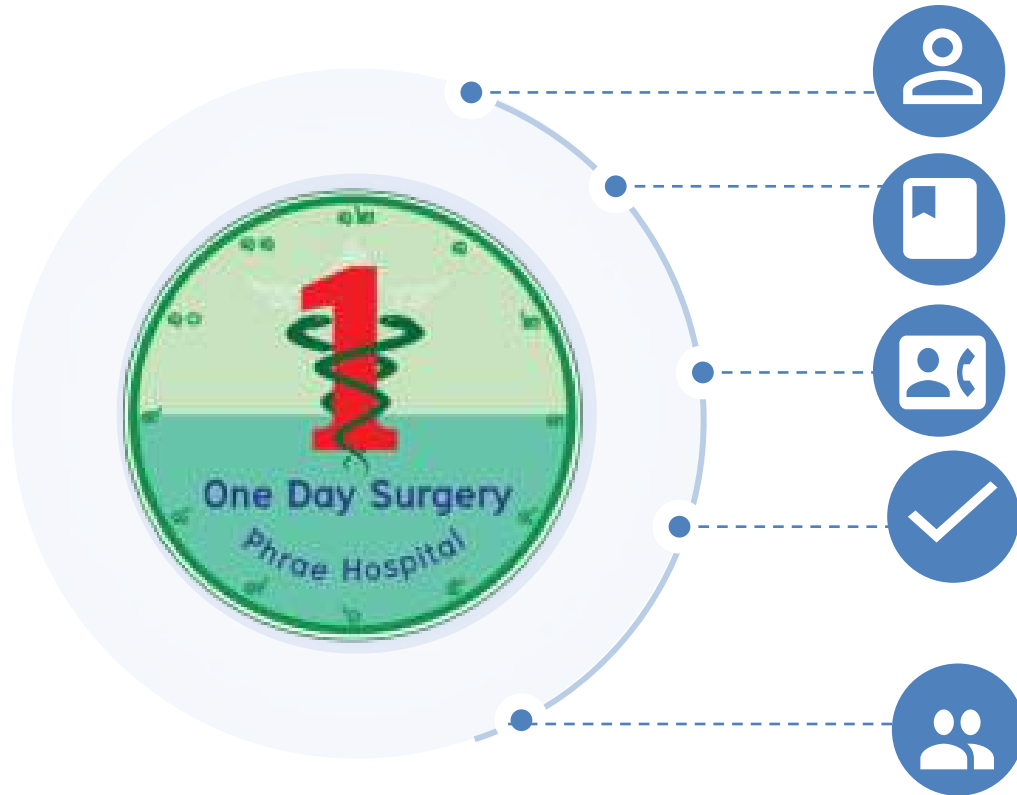
ผลการดำเนินการ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2561 (Q2)
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS *	15 %	100% (4/4)

- ผู้ป่วยสิทธิ์ UC ที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดแบบ ODS ทั้งหมด จำนวน 4 ราย (4/4) ซึ่งเป็นผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบทั้งหมด
- ไม่พบอุบัติการณ์ Drop out ในผู้ป่วย ODS ทั้งระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด
- ไม่พบอุบัติการณ์การ Admit หลังการผ่าตัด
- ระดับความพึงพอใจต่อการบริการผ่าตัด ODS คิดเป็น ร้อยละ 95



Service Plan สาขา ODS



- คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร่
- แนวปฏิบัติปฏิบัติการบริการผ่าตัด ODS
- ระบบติดตามผู้ป่วยก่อน และหลังทำหัตถการ
- ผ่านการประเมินระบบบริการผ่าตัด ODS จากกรรมการแพทย์ เป็นรพ.ที่ 2 ของประเทศไทยที่ขอรับการประเมิน และมีเอกสารประกอบการให้บริการ ODS ที่เป็นต้นแบบ
- ตัวแทนของกรรมการแพทย์ เข้าตรวจเยี่ยม และประเมินระบบบริการผ่าตัด ODS รพ.ในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 ได้แก่ รพ.น่าน รพ.อุตรดิตถ์ รพ.ลำปาง รพ.มะเริงลำปาง รพ.พะเยา

Service Plan สาขา ODS

การวางแผนพัฒนาต่อเนื่อง

จัดระบบการให้บริการแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องให้รับทราบ

สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชน เกี่ยวกับโครงการผ่าตัดแบบวันเดียว
กลับให้ทั่วถึงโดยร่วมกับ รพ.สต. และรพช.เครือข่าย

เพิ่มการผ่าตัดแบบ ODS ในโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายที่อยู่ห่างไกลจาก
โรงพยาบาลแพร่

Service Plan สาขา ODS

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1. แบบฟอร์มใบนำทางสำหรับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
(One Day Surgery : ODS)
2. แบบประเมินความเสี่ยงในการให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับ
บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (รายโรค)
3. คู่มือแนวปฏิบัติการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
โรงพยาบาลแพร่

Service Plan สาขา โรคหลอดเลือดสมอง

ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561	
					Q1	Q2
1. อัตราตายผู้ป่วย Stroke ทั้งหมด*	≤ 7	12.00	10.40	10.64	12.5	11.96
Ischemic Stroke	≤ 7	4.67	3.31	2.55	4.83	3.0
Hemorrhagic Stroke	≤ 25	25.21	26.70	31.58	34.25	30.19

- อัตราตาย โดยรวมมากกว่าค่าเป้าหมาย
- จำนวนผู้ป่วยแนวโน้มน่าเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยมีโรคประจำตัว HT/DM ร้อยละ 61.88
Ischemic stroke ร้อยละ 70.46, Hemorrhagic stroke ร้อยละ 29.54
- การเข้าถึงบริการ stroke fast track ยังมีจำนวนน้อย

Service Plan สาขา โรคหลอดเลือดสมอง

การดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- ทบทวนกระบวนการดูแล (Internal process) ปัญหาข้อบกพร่อง SFT, CPG
- ร่วมมือ NCD จัดกิจกรรมรณรงค์ เดินวิ่งปั่น ป้องกันอัมพาต ในวันเบาหวานโลก (17 พ.ย.60)
- พัฒนาบุคลากรเครือข่าย ร่วมกับรพ.ประสาทเชียงใหม่ (จัดประชุมวิชาการ 29-30 มี.ค.61)



ER >> CT >> LAB>>Ward >> PT&OT



กิจกรรมเดินวิ่ง ปั่น ป้องกันอัมพาต



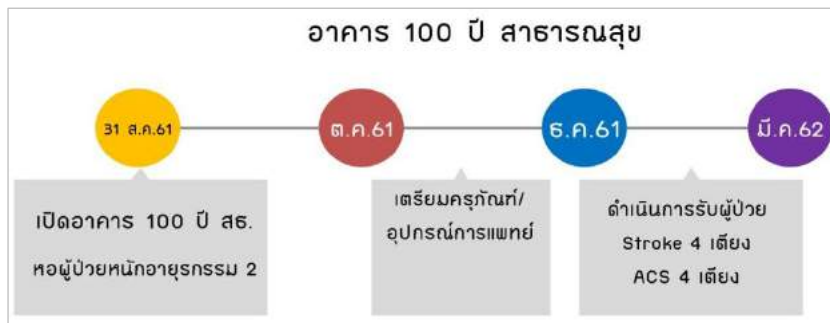
ประชุมวิชาการเครือข่าย ร่วมกับรพ.ประสาทเชียงใหม่

Service Plan สาขา โรคหลอดเลือดสมอง

แผนพัฒนาต่อไป

Internal process

1. แผนจัดตั้ง Stroke Unit



2. ทบทวนระบบ SFT / Nurse activate in SFT
3. ส่งพยาบาลวิชาชีพ อบรมเฉพาะทาง Stroke Nurse 1คน (ส.ค.61)
4. Focus group analysis >> Hemorrhagic Stroke
5. บูรณาการการทำงานเชื่อมโยง Cluster NCD ACS CKD

Service Plan สาขา โรคหลอดเลือดสมอง

แผนพัฒนาต่อไป

External process



Pre-hospital promotion



SFT guideline in community hospital



พัฒนาศักยภาพเครือข่ายรพช



นิเทศและติดตามสหสาขาวิชาชีพ เช่น IMC

Service Plan สาขา โรคหัวใจ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2561 (Q2)
อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ*	27 ต่อ แสนประชากร	18 ต่อ แสนประชากร
ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้*	100%	100%

- Case ACS : Poor NCD control, Onset to needle of STEMI นาน
- อัตราตายยังสูง & มักจะเสียชีวิตโดยมี post arrest, VT, VF shock
- Case Warfarin มาก คือคนไข้ที่ต้องใช้ยา warfarin และต้องติดตาม lab INR ให้อยู่ในค่าที่ต้องการ คือ inr intarget คนไข้ต้องมาเจาะเลือดบ่อย จำนวนคนไข้มาก ก็จะมา แอด ที่ รพ.แพร่ จึงต้องกระจาย คนไข้ ที่ ค่า inr คงที่ ดีขึ้น ไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมชน
- อัตราตายจากหัวใจสูงเพราะลงใบมรณะบัตรผิด

Service Plan สาขา โรคหัวใจ

	2555 [N=107]	2556 [N=98]	2557 [N=126]	2558 [N=143]	2559 [N=161]	2560 [N =	2561 -Dec60	Jan-Mar61
O to N,min	230	240	173	191	199	186	175	227
OTN180min			49.8	57.5	38.3	50.6	54.6	52
D to N,min	42.4	44.2	35.3	50.6	33.9	23	18	28

OTN ของผู้ป่วยเขตเมืองมีมากกว่าผู้ป่วยจากรพช.
วางแผนลด OTN โดยสอน อสม. จนท. รพ.สต. เขตเมือง
“warning sign ของโรคหัวใจ”

Service Plan สาขา โรคหัวใจ

การดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

รณรงค์สื่อประชาสัมพันธ์ แผ่นป้ายความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ



รู้ทันสัญญาณเตือนภัย!!
โรคหัวใจ ใครว่าไกลตัว

อาการเตือน!! โรคหัวใจ
ขาดเลือดไปเลี้ยงหัวใจ

โรคหัวใจ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก

ถ้าคุณมีความเสี่ยง

- อายุมากกว่า 45 ปี
- ไขมันในเลือดสูง (LDL สูง)
- สูบบุหรี่
- ความดันโลหิตสูง
- มีโรคประจำตัว

“คุณ” ก็อาจตายได้ทุกนาที

โทรฉุกเฉิน 1669 (ตลอด 24 ชั่วโมง)

เลือกกิน ลดพุง ลดโรค

เลือกกินให้ถูกวิธี

ลดพุง ลดโรค

เลือกกินให้ถูกวิธี

ลดพุง ลดโรค

แจก Warning card in NCD case

เป้าหมายการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

- 1 ควบคุมเบาหวาน
 - ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร 90-130 มก.%
 - ระดับน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมง น้อยกว่า 180 มก.%
 - ระดับน้ำตาลสะสม ประมาณ 7%
- 2 ควบคุมความดันโลหิต ให้ น้อยกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท
- 3 ควบคุมระดับไขมัน ตัวร้ายแอลดีแอล (LDL)
 - ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ค่าไขมันแอลดีแอล ต้องน้อยกว่า 100 มก.%
 - ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เบาหวาน ไตวาย ค่าไขมันแอลดีแอล ต้องน้อยกว่า 70 มก.%

สอนอสม เขตเมือง “warning sign ของโรคหัวใจ”



Service Plan สาขา โรคหัวใจ

การดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

อบรม EKG, CPR&AED in post cardiac arrest, VT VF shock



- ประสานรพช.และติดตามนิเทศงานคลินิกWarfarin ที่รพ.สอง และ รพ.ลอง พัฒนาขยายไปรพ.ร้องกวางและรพช.อื่นๆ
- ประสานrefer PCI เพิ่มความรวดเร็ว
- วิเคราะห์และแยกเอกสารข้อมูลใบมรณะบัตร สาเหตุการตายใน และนอกโรงพยาบาล

โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนท.
เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ACS

นำจนท.กลุ่ม NCD นำมาคัดกรอง
อบรมให้ความรู้ /หลักโภชนาการ



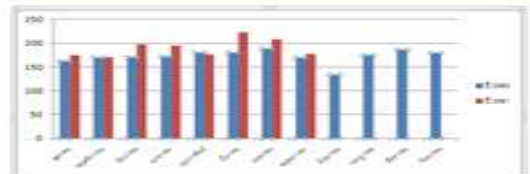
นำจนท.กลุ่ม NCD
ออกกำลังกาย



Service Plan สาขา Trauma & Emergency

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2561 (Q2)
อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมงลดลงในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป *	<12 %	4.24%

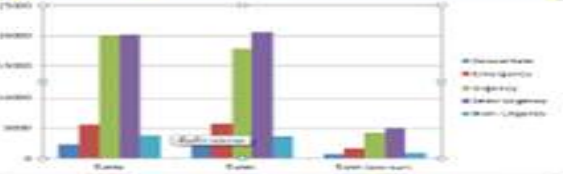
จำนวนผู้ป่วยวิกฤตสีแดง (ESI 1) มาด้วยระบบ EMS



จำนวนผู้ป่วยวิกฤตสีแดงมาโดย EMS

- * ปี 2560 ผลงาน 19 %
- * ปี 2561 (ไตรมาส 1-2) ผลงาน 23.81%

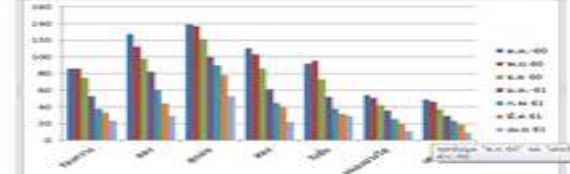
ห้องฉุกเฉินแออัด (ER Crowding) > 60 เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน + Violence



ปี 2561 (ไตรมาส 1-2)

- 0 ผู้มารับบริการห้องฉุกเฉิน 24,500 ราย
- 0 ผู้ป่วยประเภท R/E คิดเป็น 17.92 %
- 0 ผู้ป่วย U/S/N คิดเป็น 81.24 %
- 0 ความไม่ปลอดภัยในห้องฉุกเฉิน

อัตราเสียชีวิตภายใน 24 ชม.ผู้ป่วย ESI 1 ปี 2561 (ไตรมาส 1-2)



ปี 2561 (ไตรมาส 1-2)

- 0 จำนวนผู้ป่วยวิกฤตสีแดง ทั้งหมด 2993 ราย
- 0 ผู้ป่วยวิกฤตสีแดงเสียชีวิตใน 24 ชม. 127 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.24 (เป้าหมาย 12%)

Service Plan สาขา Trauma & Emergency

การดำเนินงาน

1. คำสั่งที่ 148/2560 คณะกรรมการระบบส่งต่อจังหวัดแพร่ / คำสั่งที่ 1133/2550 คณะกรรมการและอนุกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อเขต 1
2. ระบบส่งต่อ (Thai refer/COC Link) จังหวัดแพร่ ครั้งที่ 1/2560 วันที่ 7 ธันวาคม 2560
3. ศูนย์ประสานรับส่งต่อโรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่ / เขตสุขภาพที่ 1 (โซนลานนา 2) / มีคู่มือแนวทางการส่งต่อ
4. มีแนวทางการปรึกษาทั้งทางโทรศัพท์ / line / E-mail
5. โปรแกรม Thai refer , COC / สถิติ refer in / out /back /IMC ส่งกลับข้อมูล ปัญหา คุณภาพ

Service Plan สาขา Trauma & Emergency

การดำเนินงาน / ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- การลดภาวะแออัดในห้องฉุกเฉิน
- การพัฒนาคุณภาพการรักษาโดยใช้ ER Safety Goal
- การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศ TEA Unit มาตรฐาน
- ขยาย ER ให้ได้มาตรฐานเพิ่มพื้นที่การให้บริการ

งบประมาณ 35,000,000 บาท (ดำเนินการ ก.ย.61-ก.พ.62)



Service Plan สาขา Trauma & Emergency

พัฒนาบุคลากรทีมTraumaทุกสาขาให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561 (ไตรมาส 1-2)
- ผู้ป่วย Trauma fast track ได้รับการดูแลรักษาก่อนนำส่ง โรงพยาบาลแพร่อย่างเหมาะสม	70 %	3 ราย	2 ราย (100 %)
- จำนวนผู้ป่วย Trauma fast track ใช้เวลา Door to Surgical น้อยกว่า 60 นาที	90%	2 ราย	50%

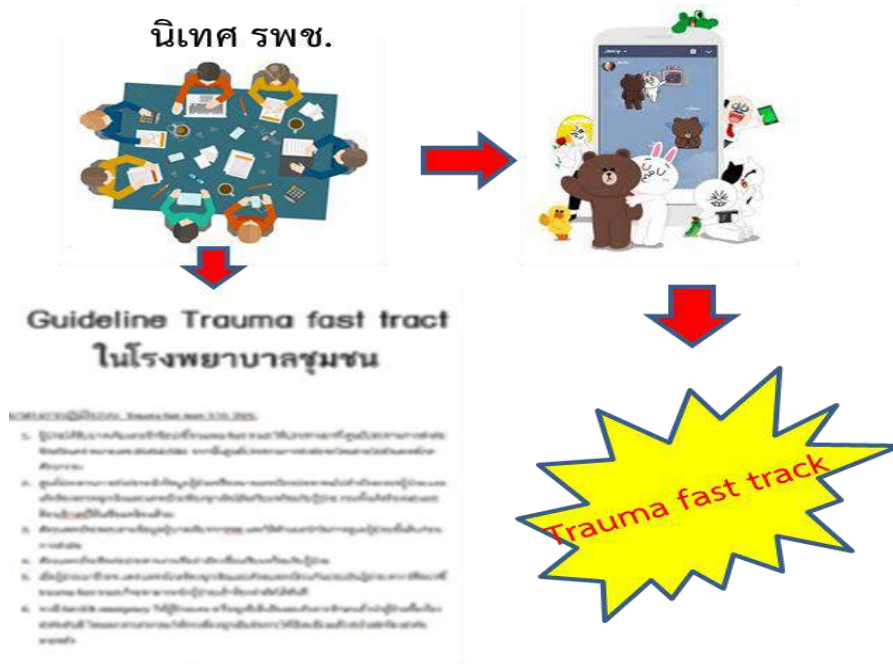
MM Conference / กินข้าวเล่าเรื่อง / Trauma Audit / เชื่อมโยงเครือข่าย



Service Plan สาขา Trauma & Emergency

Small success (เชื่อมโยงระบบงานและประสานความร่วมมือแบบครบวงจร Inclusive Trauma System)

แนวทางปฏิบัติ



1. ประสานแพทย์เวรคัดลยกรรรมให้คำแนะนำก่อนนำส่ง
2. พ.คัดลยกรรรม ติดต่อทีมผ่าตัด
3. ประสานศูนย์ส่งต่อ / ส่งข้อมูล Thai refer / ทำบัตรรอ / แจ้ง ER / lab / x-ray เตรียมความพร้อม
4. ผู้ป่วยมาถึง พ.คัดลยกรรรม / ER ร่วมกันประเมินมีข้อบ่งชี้ นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ทันที

	เวลา		เวลา
เกิดเหตุ		Consult แพทย์แผนกอื่น	
ถึง รพช.		ผู้ป่วยออกจาก ER	
Refer out		ผู้ป่วยถึง OR	
ผู้ป่วยมาถึง ER รพ แพร่		ผู้ป่วยออกจาก OR	
Consult คัลยแพทย์			

Service Plan สาขา Trauma & Emergency

ER คุณภาพ/ ลดภาวะแออัด

กิจกรรมดำเนินการ	ผลการดำเนินการ
มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ER	คำสั่งที่ 173/2561
แพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน	จัดอัตรากำลังให้มีแพทย์ EP ประจำในเวรเช้าและเวรบ่ายทุกเวร กรณีเวร ดึกไม่มีแพทย์ EPประจำการให้มีการทบทวน Audit OPD Cardในผู้ป่วย ESI 1-2
กำหนดระยะเวลาผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน (Target 2-4 ชั่วโมง)	ผลงาน 3 ชั่วโมง
พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลร้อยละ 4.24 (เป้าหมาย 12)
อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย PS Score > 0.75 (เป้าหมาย < 1)	ปี 2561 (ไตรมาส 1-2) = 0.2 %

Service Plan สาขา Trauma & Emergency

พัฒนาการเชื่อมโยงผู้ป่วยบาดเจ็บ ผู้ป่วยทางระบบประสาทศัลยศาสตร์

ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย (TEA unit ล้านนา 2)



- ลดระยะเวลาในการ refer ผู้ป่วยทางระบบประสาท
- ผู้ป่วย Safety
- การปฏิเสธการรับส่งต่อผู้ป่วยลดลง (ยกเว้นผู้ป่วยที่ conservative)
- การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยสะดวก ผ่าน Line consult สามารถให้แผนการรักษาล่วงหน้าได้ โดยปรึกษาทาง line
- โรงพยาบาลลำปางเป็นแม่ข่าย

ผลการดำเนินงาน : อัตราตายในผู้ป่วย Trauma PS $>0.75 = 0.2\%$ จำนวนผู้ป่วย TBI จำนวน 495 ราย เสียชีวิตภายใน 30 วันจำนวน 35 ราย คิดเป็น 7.07% / ระบบ APACHE Score และ MEWS ประเมินผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

Service Plan สาขา Trauma & Emergency

ER Personnel Safety Goals

Violence Prevention & Management

1. ระบบป้องกัน : ติดตั้งกล้องวงจรปิด, แจ้งระบบคิวอัตโนมัติ, แจ้งขั้นตอนบริการ และกริ่งฉุกเฉิน, การตอบสนองของพนักงานรักษาความปลอดภัยในโรงพยาบาล และการประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือไปยังตำรวจ
2. มีการซักซ้อมกรณีเกิดเหตุการณ์อย่างสม่ำเสมอ

Ambulance safety Protocols

- ☐ รถพยาบาล 3 คัน รถ EMS 2 คัน
ติด GPS, ติดกล้อง และทำประกันอุบัติเหตุ (ชั้น 1) ครบทุกคัน
- ☐ พนักงานขับรถยนต์ 13 คน
ไม่ผ่านการอบรม สดพ. 2 คน (พนักงานใหม่)

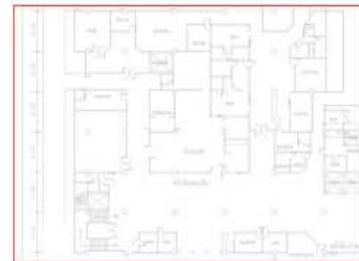


ความเสียหายในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



การพัฒนาระยะยาว

ปรับปรุงพื้นที่ห้องฉุกเฉิน และติดตั้งประตูเปิด-ปิดอัตโนมัติ



Service Plan สาขา Trauma & Emergency

แนวทางการพัฒนา+แผนพัฒนา

- 1.สนับสนุนแพทย์เฉพาะทาง /อุปกรณ์การแพทย์
- 2.ขยายพื้นที่การให้บริการER (ดำเนินการแล้ว)
- 3.พัฒนาสนับสนุนเพิ่มศักยภาพการใช้สารสนเทศ
4. นิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง

Service Plan สาขา ไต

ผลการดำเนินการ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 (Q2)
1. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตรา การลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr *	≥ 66 %	59.81%	59.63%	57.39%
2. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรค ไตเรื้อรัง	60 %	39.83%	47.86%	57.97%

การดำเนินงาน

- CAPD training node
- พัฒนา CKD clinic

Service Plan สาขา ไต

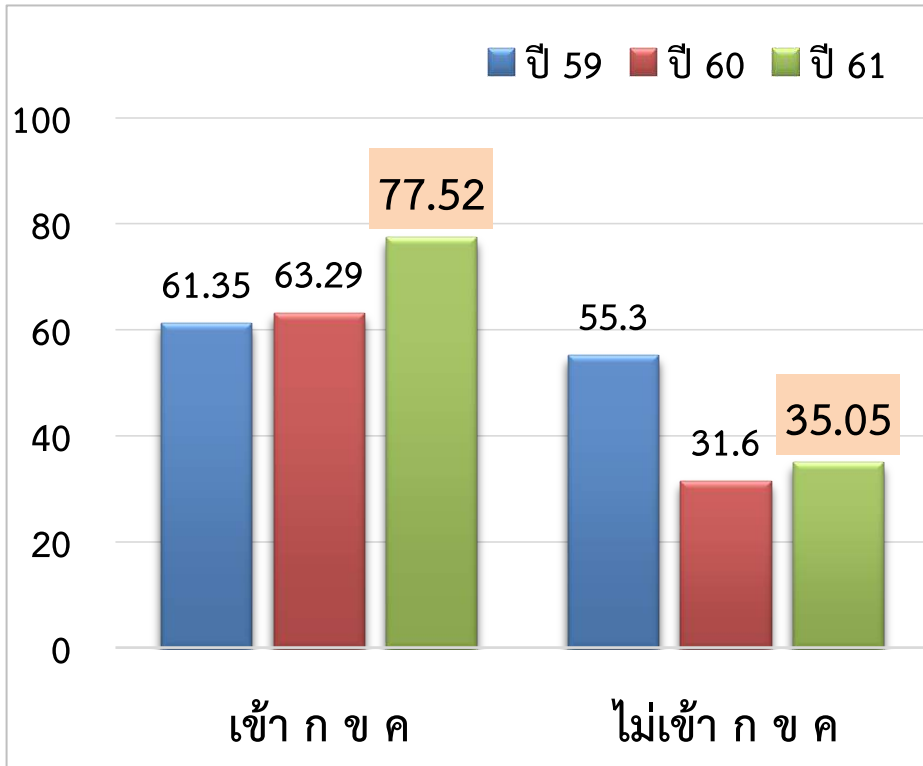
ผลงานเด่น ก ข ค ชะลอไตเสื่อม

- ก - กราฟ: โดยทีมแพทย์ และพยาบาลโรคไต
- กิน (อาหาร และการใช้ยา) : โดยทีมโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร และทีมเภสัชกร
- กำลังกาย: การออกกำลังกาย โดยทีมกายภาพบำบัด
- ข 'ไขขาวกินเสริม กินเพิ่มเนื้อปลา'
- ค - คัดกรอง: ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
- ควบคุม: เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมัน ยาแก้ไต ยาแก้ปวด สมุนไพร
- เค็ม: ธรณรงค์ลดเค็ม



Service Plan สาขา ไต

ผลงานเด่น ก ข ค ชะลอไตเสื่อม



การดำเนินงาน

ตลอดระยะเวลา 3 ปี (ปี 59,60,61) ที่ได้ใช้ concept ก ข ค ชะลอไตเสื่อม มีผู้ป่วยเข้าโครงการทั้งสิ้น 1,589 ราย เพื่อศึกษาว่าผลงานที่ทำไปได้ผลหรือไม่อย่างไร คณะดำเนินงานจึงทำการสุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้ผู้ป่วยที่เข้า ก ข ค ทั้งสิ้น 300 ราย และสุ่มเลือกผู้ป่วยโรคไตแต่ไม่ได้เข้า ก ข ค ได้ทั้งสิ้น 214 ราย

ผลการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยที่ได้เข้า ก ข ค ชะลอไตเสื่อมมีความเสื่อมของไตน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญ

Service Plan สาขา ไต

แผนการพัฒนา

- ตั้งโรงเรียน ‘โกศัยไตแข็งแรง’ ส่งเสริมความรู้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันโรคไต (Education class)
- กระจาย concept ก ข ค ชะลอไตเสื่อม และการดูแลแบบ multidisciplinary team ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งจังหวัด

Service Plan สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2561 (Q2)
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	6	4 ราย
อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาจากผู้ป่วยเสียชีวิตต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	6	4 ราย
จำนวนการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	2 ราย	1 ราย

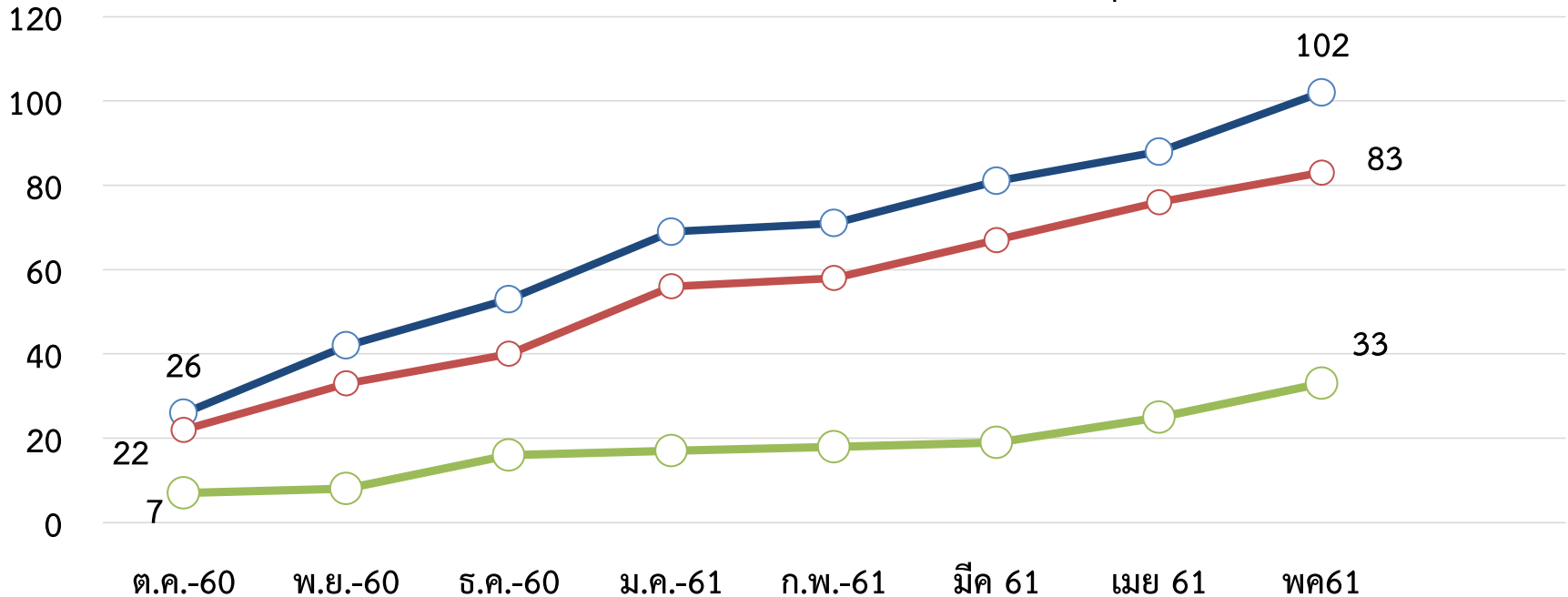
Service Plan สาขาลูกถ่ายอ้ววะ

สถิติผู้บริจาคอ้ววะ และร่าง ที่ยังมีชีวิตเป็นปกติ

อ้ววะ(เว้นตา)

เฉพาะตา

อุทิศสร้าง



Service Plan สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

เปิดศูนย์บริจาคอวัยวะและดวงตา
วันที่ 11 พ.ค. 2561 โดย ผวจ.แพร่

ประชุมพัฒนาองค์ความรู้
“การบริจาคอวัยวะและดวงตา”



ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา



ประชาสัมพันธ์การบริจาคอวัยวะ



Service Plan สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

GAP Analysis	แผนพัฒนาในปี 2562
1.ขาดบุคลากรประจำศูนย์รับบริจาค อวัยวะ	- จัดหาผู้ทำหน้าที่ transplant coordinator (TC) เพื่อส่ง ศึกษาต่อ พร้อมจัดทำงบประมาณ (หลักสูตร 4 เดือน)
2.ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญ และผ่าน การอบรม	- อบรมเพิ่ม หลักสูตรการรับบริจาค และปลูกถ่ายอวัยวะ (หลักสูตร 3 วัน) - ส่งแพทย์ 2 คน เข้าอบรมหลักสูตร จัดเก็บอวัยวะ International harvest program (ปลายปี 2561)

Service Plan สาขาพยาบาลตติ

ผลการดำเนินการ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2561 (Q2)
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา*	ร้อยละ 90	ร้อยละ 97.04

- ปี 2561 (ต.ค.60-พ.ค. 61) จ.แพร่ มีผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด 1,544 คน มากกว่าร้อยละ 95.2 เป็นยาบ้า ซึ่งเป็นยาเสพติด ที่ยังคงมีปัญหาในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้เสพรายใหม่ ร้อยละ 12.49
- ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น
- ผู้ป่วยยาเสพติดมีโอกาสกลับไปเสพซ้ำ ช่วง 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา เนื่องจากปัจจัยเรื่องตัวกระตุ้นทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง
- บุคลากรผู้ให้บริการไม่สัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยและภาระงานที่เพิ่มขึ้น

Service Plan สาขาพยาบาลตติ

ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



พัฒนาสถานพยาบาล

รับรองคุณภาพ (HA ยาสติต 100 %)



พัฒนารูปแบบการค้นหา ติดตาม ผู้ผ่านการบำบัด
โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.)

ดำเนินการ 14-15 มิถุนายน 61

Service Plan สาขาพยาบาลตติ

ผลงานเด่น/ความภาคภูมิใจ

1. สถานพยาบาลในระบบสมัครใจ ผ่านการรับรองการประเมินรับรองคุณภาพสถานบำบัดรักษายาเสพติด (Hospital Accreditation) **ครบทั้ง 8 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100**
2. พัฒนารูปแบบการค้นหา ติดตาม ผู้ผ่านการบำบัด โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พขอ.)
3. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานระดับ สสจ. ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณ จากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและชมรมนักบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดแห่งประเทศไทย **ด้านบริหารจัดการ** และผู้ปฏิบัติงาน ระดับโรงพยาบาล (โรงพยาบาลแพร่) **ได้รับรางวัลด้านวิชาการ** (การบำบัดฟื้นฟู)



ด้านบริหารจัดการ
นายปรกรณ์ วชิรกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ



ด้านวิชาการ(บำบัดฟื้นฟู)
นายปราโมทย์ มังกรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Service Planสาขายาเสพติด

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการกำหนดกรอบโครงสร้าง คุณสมบัติที่ชัดเจนสัมพันธ์ กับ
ปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นและสอดคล้องกับปริมาณและภาระงาน ที่
ปฏิบัติจริงในแต่ละระดับ

Service Plan สาขาทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 (8ด.)
อัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (ต่อ 1000 เกิดมีชีพ)*	< 3.4	2.94 (8/2,718)	2.63 (7/2,659)	1.16 (2/1,722)

การดำเนินงาน

1. เพิ่มศักยภาพในการดูแล preterm เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

- ฝึกอบรมพัฒนาสมรรถนะแพทย์ พยาบาลการให้ Surfactant, การใช้ high frequency
- กำหนดการศึกษาดูงานการใช้ Non invasive รพ.รามาธิบดี และการอบรมเชิงปฏิบัติการสมาคมทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย

2. ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหัวใจชนิดเขียวทุกรายและไม่พบทารกที่ผิดปกติ

Service Plan สาขาทารกแรกเกิด

Best Practice

1.พัฒนาโปรแกรมช่วยคำนวณสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำแก่ทารก(TPN)



เดิมเอกสาร

ใหม่ สูตรคำนวณ

จากเดิมปี2560 การให้TPN จะสั่งในใบโดยกรอกข้อมูลปริมาณที่ต้องการให้สารอาหารแต่ละชนิด โดยเภสัชกรจะไปคิดคำนวณปริมาณแล้วทำการผสม

****โปรแกรมTPN เมื่อลงข้อมูล โปรแกรมจะคำนวณปริมาณแต่ละชนิด และเภสัชกรจะสามารถเติมสารแต่ละชนิดได้ทันที**

2.งานวิจัยผลการติดตามการเจริญเติบโตทางร่างกายและพัฒนาการทารกคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต (Developmental care) และปัจจัยเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลแพร่

3.งานวิจัยผลการนวดปากกระตุ้นการดูดกลืนในทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย ในหน่วยบริบาลพิเศษทารกแรกเกิด โรงพยาบาลแพร่



Service Plan สาขาอายุรกรรม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561 (Q2)
อัตราการตาย*	<30 %	35.24%
การทำHCก่อนABO	>90 %	97.62 %
ABO in 1hr	>90 %	93.68%
IVF1L/1hr		96.36%
IVF>1500/3hr	>90 %	94.74 %
การย้ายICUin3hr	>50 %	26.50%

Service Plan สาขาอายุรกรรม

การดำเนินงาน



- การพัฒนาCPGร่วมกับเครือข่าย



- การทบทวนการดูแลผู้ป่วยsepsis/septic shock



- การประเมินสารน้ำด้วย U/Sและให้ IVF1000in1hrและ 1500 in 3hr



- sepsis fast track



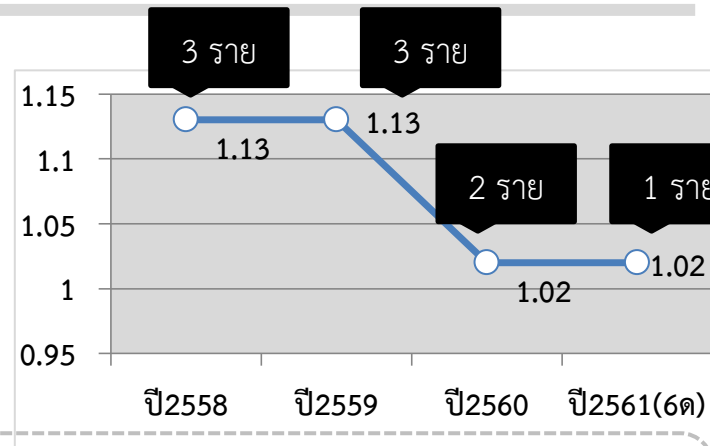
- แนวทางการรับผู้ป่วยเข้าICU
- ขยายหอผู้ป่วยอายุรกรรมหนัก2 ที่อาคาร 100 ปี สธ.



- การนิเทศอย่างต่อเนื่อง

Service Plan สาขา กุมารเวชกรรม

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2561 (6ด.)
อัตราป่วยตายผู้ป่วยโรคปอดบวมในผู้ป่วยเด็กอายุ ๑เดือน ถึง ๕ ปี*	ลดลง ร้อยละ10	1.02



ปี 2561(ต.ค.60- เม.ย.61)มี ผู้ป่วยเด็ก Pneumonia admit ทั้งหมด 98ราย เสียชีวิต 1ราย
ผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมที่เสียชีวิตทุกคนจะมีโรคประจำตัว และ/ หรือ มีความพิการแต่กำเนิด

การดำเนินงาน

ทำ Dead case conference เพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิตและโอกาสพัฒนา

Service Plan สาขา กุมารเวชกรรม

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 (6ด.)
1.TDT pretransfusion Hb $\geq$ 9 mg% หรือ Hct $\geq$ 27%	>25%	NA	15.73 (174/1106)	27.27% (175/605)
2.TDT ระดับ Ferritin < 1,000 ng/ml	>20%	25% (23/92)	36.96 (34/92)	15.11% (14/92)

มีผู้ป่วยธาลัสซีเมียรุนแรง ชนิดเต็มเลือดเป็นประจำ (TDT) กลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี จำนวน 92 ราย
ในจำนวนนี้มี 74 ราย ที่มีระดับสารเหล็ก (serum ferritin) $\geq$ 1,000 ng/ml

Service Plan สาขา กุมารเวชกรรม

การดำเนินงาน

การจัดบริการให้ผู้ป่วย
ไปรับเลือดที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียงบ้าน

เริ่มปฏิบัติการ ตั้งแต่วันที่ 19 มิถุนายน 2561



Service Plan สาขา กุมารเวชกรรม

การดำเนินงาน

1. ประสานรพช. เต็มเลือดผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย
ในรพช.จำนวน 6 รายในวันที่ 19 มิ.ย.61

2. โรงพยาบาลชุมชน ต้องการนำเลือด
crossmatch ให้ผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายเดิม

ผู้ป่วยรายใหม่

DAY 1

DAY 2

DAY 3

ผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลชุมชนเขตอำเภอ
ของตนเอง เพื่อเจาะเก็บตัวอย่างเลือด

โรงพยาบาลชุมชน นำส่งตัวอย่างเลือดของ
ผู้ป่วยพร้อมใบขอเลือดมาที่ธนาคารเลือด
โรงพยาบาลแพร่

ธนาคารเลือด โรงพยาบาลแพร่ โทรแจ้งให้
โรงพยาบาลชุมชนมารับเลือดที่เตรียมแล้ว
นำไปให้กับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชน

- PCTเด็ก / PCTMed เป็นผู้ประสาน/คัด
กรอง ส่งผู้ป่วยกลับไปรับเลือดที่ รพช
- PCTเด็ก / PCTMed ส่งใบ order ขอ
ใช้เลือดให้งานธนาคารเลือด รับทราบ
ล่วงหน้าเพื่อการสำรองและเตรียมโลหิต

งานธนาคารเลือดเตรียมเลือดให้
ผู้ป่วย(crossmatch) ทุกราย



ผู้ป่วยรายเดิม

ผู้ป่วยรายใหม่

รพ.ชุมชนที่ crossmatch เอง

รพ.ชุมชนที่ไม่ crossmatch เอง

- 1.ส่งใบ order ขอเบิกเลือดที่ต้องการล่วงหน้า 1 สัปดาห์
(ระบุ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย / หมู่เลือด/ ชนิดและจำนวนเลือดที่ต้องใช้)
: ระบุ cc/วัน เวลาที่จะมารับเลือด
- 2.หาก crossmatch ไม่ผ่าน ให้โทรประสานงานเพื่อ
แก้ไขปัญหหรืออาจต้องส่งผู้ป่วยกลับมาที่รพ.แพร่ เพื่อ
ขอเบิกเลือดจากสภากาชาดฯ

- 1.ส่งใบ order ขอเบิกเลือดที่ต้องการล่วงหน้า 1 สัปดาห์(ระบุ
ชื่อ-สกุลผู้ป่วย / หมู่เลือด/ ชนิดและจำนวนเลือดที่ต้องใช้)
: ระบุ cc/วัน เวลาที่จะใช้เลือด
- 2.ส่งตัวอย่างเลือดผู้ป่วยที่รับเลือด มาให้งานธนาคารเลือด ทำ
crossmatch ล่วงหน้า/ เป็นเลือดที่เจาะไม่เกิน 48 ชั่วโมง
- 3.ธนาคารเลือดโทรแจ้งให้มารับเลือด จึงมารับเพื่อนำไปให้กับ
ผู้ป่วย

Service Plan สาขา กุมารเวชกรรม

การดำเนินงาน

3.อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการรับบริจาคโลหิต

- กระบวนการ
- ขั้นตอน
- แนวปฏิบัติ

ในการให้เลือดผู้ใหญ่และเด็กโรคธาลัสซีเมียแก่
พยาบาลวิชาชีพจากรพช.ในจังหวัดแพร่
(ก.ค.2561)

4.ทีมสหสาขาวิชาชีพออกให้คำปรึกษา
นิเทศการวางระบบการให้เลือดผู้ใหญ่และ
เด็กโรคธาลัสซีเมีย
(ก.ค.61-ก.ย.61)



Service Plan สาขา กุมารเวชกรรม

ปัญหา อุปสรรค

1. ผลกระทบจากยาขับเหล็ก GPO-L1 ขาดทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาครบตามแผนการรักษา ส่งผลให้ระดับ SF เพิ่มขึ้น

Service Plan สาขา สูตินรีเวชกรรม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	รอบที่1	รอบที่2
1. อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด*	ตายจากการตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ 0	0	0
2. อัตราการคลอดก่อนกำหนด*	อัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดลงร้อยละ 10 จากงบประมาณก่อน	5.88	5.53
3. การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดโดย Robson ten group classification*	วิเคราะห์วิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอด โดย Robson ten group classification	ร้อยละ 65.41	ร้อยละ 64.49



Service Plan สาขา สูตินรีเวชกรรม

มาตรการป้องกันมารดาตาย & PPH

กลยุทธ์ "LABOR" เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหามารดาตาย เขตสุขภาพที่ 1
Ending Preventable Maternal Death : Chiang Rai Charter on Maternal Death
17 November 2015

L (Labor : หักหลอดเลือดรก)
A (Assessment : วินิจฉัยตัว, PPH-300, สัญญาณเตือน)
B (Stop Bleeding ภายใน 30 นาที, ยา คัดเลือดหรือมด)
O (On time คัดเลือดปกติ vital signs ต้อง stable)
R (Ready team : Effective teamwork ทีมงานมีประสิทธิภาพ)

Timing of PPH Treatment
30 minutes or less
สุจิต มุณีน วิริยะ จิตอาสา

กลยุทธ์ "LABOR" เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหามารดาตาย เขตสุขภาพที่ 1
Ending Preventable Maternal Death : Chiang Rai Charter on Maternal Death
17 November 2015

การใช้ยารักษา PPH
1. **First Line Drug** ให้ **oxytocin** ขนาด ๒๐-๔๐ มูนิต ในสารน้ำ ๑ ลิตร โดยให้ ๖๐ มด/นาที่ และให้ oxytocin ๑๐ มูนิต เข้ากล่มเนื้อ
Continuous treatment
ให้ oxytocin ทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง (๒๐ มูนิต ในสารน้ำ ๑ ลิตร โดยให้ ๔๐ มด/นาที่) จนกระทั่งเลือดหยุด
2. **Second Line Drug** ให้ **Ergometrine (Methergin®, Ergotyl®)** ๐.๒ มิลลิกรัม เข้ากล่มเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ ให้ซ้ำได้ทุก ๑๕ นาที แต่ไม่เกิน ๑ มิลลิกรัม (หรือ ๕ doses) ห้ามใช้ยา **PIH** โรคหัวใจ
3. **Third Line Drug** ให้ยา **Misoprostol (Cytotec®)** ขนาดระหว่าง ๒๐๐-๘๐๐ ไมโครกรัม (1-4 เม็ด) วันประทุกันหรือมด
ตั้งแต่วิจัย และรักษาด้วยยาต้องหยุดเลือดให้สำเร็จภายใน 30 นาทีถ้าไม่สำเร็จต้องส่งต่อทันที เพื่อความปลอดภัยของมารดา

การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อแก้ไขปัญหามารดาตาย และเด็กที่เสี่ยง
ในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 1
วันที่ 1-2 กันยายน ๒๕๕7
ณ ห้องประชุมกรรณิการ์ โรงแรมพลาซ่า

CPG
Clinical Practice Guidelines
แนวทางการปฏิบัติทางสูติศาสตร์ และกุมารเวชศาสตร์
Clinical Practice Guidelines in Obstetrics and Pediatrics
จัดทำโดยคณะกรรมการดำเนินงานอนามัยและเด็กในพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1
โรงพยาบาลสุโขทัย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย



Service Plan สาขา สูตินรีเวชกรรม

แผนการดำเนินงานพัฒนา

- บุคลากร
 - เพิ่มทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยคลอดที่มีภาวะวิกฤติ
 - อบรมฝึกซ้อมแผนช่วยเหลือมารดาและทารกในวิกฤติไม่สม่ำเสมอ
- ให้เพิ่มงบประมาณการจัดสรรยา progesterone ให้ครอบคลุมถึง รพช.
- การจัดเก็บข้อมูล
 - เพิ่มข้อมูลการจัดเก็บตัวชี้วัดให้ครอบคลุม

สรุปผลการดำเนินการNCD

ระดับปฐมภูมิ

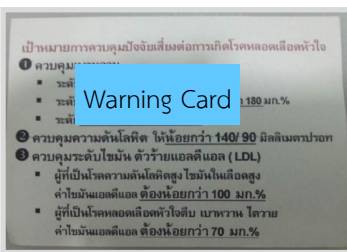
สร้างความตระหนัก ลดผู้ป่วยรายใหม่



ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในสถาน
บริการ(90%) = **58.39%**



ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยด้วยHT
ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
(10%) = **15.48%**



ระดับทุติยภูมิ

ป้องกัน รักษาภาวะแทรกซ้อน พิการ



1.ควบคุม HbA_{1c} <7%(40%)
= **13.28%**



2.ควบคุม HT ในผู้ป่วยHT
(>50%)= **35.76%**



3.ควบคุม HT ในผู้ป่วย
DM(>60%) = **58.98%**



1.เข้าถึงระบบ SFT Stroke ใน 4.5
ชม.(20%)=**27.61%**



1.OTN in 180min = **227 Min**

ระดับตติยภูมิ

รักษาเฉพาะประคับประคองคุณภาพชีวิต



ความเสื่อมของไต eGFR
< 4 mL/min/1.73 m²/yr
(66%)=**54.36%**



1.อัตราการตาย Stroke ($\leq 7\%$) = **11.96%**
2. อัตราตายIschemic Stroke ($\leq 7\%$)
= **2.27%**
3. อัตราตายHemorrhagic Stroke
($< 25\%$) = **30.19%**



1.STEMI Death = **8.8%**
2. NSTEMI Death = **11.2% (3M)**

แนวทางการพัฒนา

ระดับปฐมภูมิ

สร้างความตระหนัก ลดผู้ป่วยรายใหม่

- ทุกหน่วยบริการสำรวจข้อมูล ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มาหรือไม่มารับการรักษาที่หน่วยบริการ
- กรณีไม่มาให้ ติดตาม โดย อสม./ โทรศัพท์ / ไปรษณีย์
- ส่งข้อมูลให้ทีม Home Health care ออกเยี่ยมติดตามที่บ้าน
- พบว่า บางส่วน ไปรักษาที่ คลินิกเอกชน / โรงพยาบาลเอกชน / ซื้ยยาจากร้านขายยามารับประทานเองและบางส่วนได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา (ปรับพฤติกรรม ปรับอาหาร) จึงไม่มาโรงพยาบาล
- มีการตรวจสอบข้อมูลและกำลังดำเนินการปรับข้อมูลให้ถูกต้อง

ระดับทุติยภูมิ

ป้องกัน รักษาภาวะแทรกซ้อน พิกการ

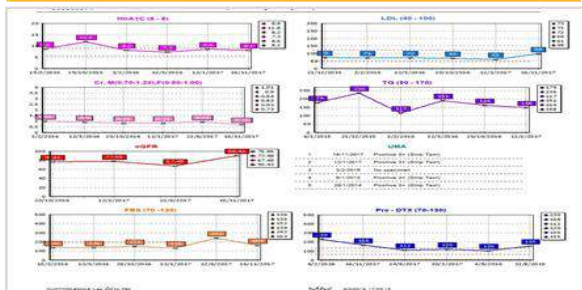
1. ส่งเสริม self monitoring blood glucose โดยผู้ป่วยเอง หรือ รพสต. ในผู้ป่วยที่ควบคุมได้ไม่ดี
2. ส่งเสริมการทำ home monitoring blood pressure โดยผู้ป่วยเอง หรือ รพ.สต. อาจใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่ได้รับแจกมาถ้าว่างอยู่
3. อบรม และตัดวิชาการ สำหรับแพทย์ทั่วไป และ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ เพื่อให้ชำนาญในการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นก่อนออกไปทำงานในระดับปฐมภูมิ
4. สร้างสื่อเรียนรู้ เฉพาะถิ่น

5. คลินิกสุขภาพเท้าเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลซ้ำ หรือการตัดนิ้วเท้า หรือเท้าซ้ำ โดยประสานกับเวชศาสตร์ฟื้นฟู

Service Plan สาขา NCD (DM-HT)

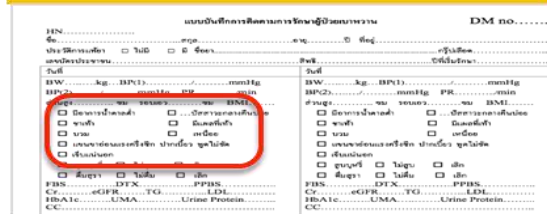
กิจกรรมการดำเนินการ

1. Patient Awareness

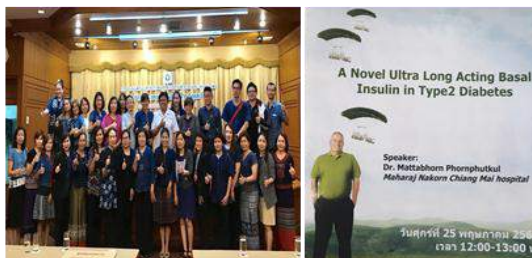


กราฟผลLab/HTเพื่อให้สามารถอธิบายเข้าใจง่าย
บนหน้าจอ HosXpและจะขยายไป รพช

2. การใช้แบบซักประวัติใน รพ.สต.



3. ประชุมวิชาการเบาหวาน



4. สนับสนุนการใช้ SMBG



รพ.แพร่ได้ติดตามผู้ได้ทำ Structured SMBG พบว่า
8 ใน 9 มีA1C ลดลง ระหว่าง 0.1-4.7 % อีก 1 คน ลดลง

5. กิจกรรมร่วมนรณรงค์ให้ความรู้ประชาชน



6. จัดหาสื่อประชาสัมพันธ์(สื่อภาษาพื้นเมือง)

7. สอนแพทย์ใช้ทุนเป็นรายบุคคลเมื่อปฏิบัติงาน
คลินิกเบาหวาน รพ.แพร่ เน้นบรรลุม Metabolic

Service Plan สาขา NCD (DM-HT)

โครงการปรับอินซูลิน

อ.สูงเม่น

- ผู้ป่วยในโครงการทั้งหมด 41 ราย ได้รับการปรับอินซูลินชนิดสำเร็จ 40 ราย โดยไม่ต้องกลับมานอนโรงพยาบาล คิดเป็น 97.56%
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น hypoglycemic shock , severe hyperglycemia
- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล
- ลดค่าใช้จ่ายในการนอนรักษาในรพ. และรายจ่ายทางครอบครัวที่ต้องมาเฝ้าผู้ป่วยที่รพ.
- ผู้ป่วยและญาติทุกรายยินยอมและพึงพอใจในการปรับอินซูลินที่บ้าน

โครงการการปรับอินซูลิน

โรงพยาบาลแพร่

- uncontrolled glucose , recurrent hypoglycemia
- SMBG : ยืมเครื่องไปตรวจเลือดเอง หรือไปตรวจที่รพช. รพ.สต. หรือ อสม.
- แพทย์วางระดับเป้าหมายน้ำตาลให้ และให้ปรับยาทุกสามครั้งของการเจาะเลือด
- CM ชี้แจง แนะนำฟป. ถึงวิธีการเจาะเลือด พร้อมให้เอกสารนำมาให้แพทย์ดูในนัดหน้า
- ส่วนใหญ่นัด 2 สัปดาห์ ยกเว้น คนไข้เต็ม

โครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวทางสุขภาพพอเพียงวิถีพุทธ

อ.หนองม่วงไข่

- สถานการณ์
 - ตัดเท้ารายใหม่ 4 ราย
 - ภาวะแทรกซ้อนทางตา รายใหม่ 45 ราย
- อบรม One day class แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมโรคไม่ได้ จำนวน 322 คน
- ก่อน:** มีความรู้เฉลี่ยร้อยละ 63.50 พฤติกรรมการป้องกันโรค ร้อยละ 81.80
- หลัง:** มีความรู้เฉลี่ยร้อยละ 75.35 พฤติกรรมการป้องกันโรค ร้อยละ 88.90
- ร้อยละ 21.74 มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากเดิม**



แนวทางการพัฒนาต่อไป

- อบรมแกนนำสุขภาพเบาหวาน ความดันโลหิต ตำบลละ 20 คนเพื่อเป็น buddy แก่ผู้ป่วยที่ยังควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตยังไม่ถึงเป้าหมาย
- สื่อพัฒนาเกี่ยวกับLow Na ออกทางทีวี วิทย์
- ควรมีเครื่องวัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยได้ไปทำ HBPM ที่บ้านได้ซึ่งจะส่งผลให้ควบคุมได้ดี

Service Plan สาขา COPD

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา/ร้อยละ ปี 2561 (7เดือน)
ลดการเกิด exacerbation rate*	< 130 (ครั้ง:100 pt. COPD)	103.96
เพิ่มการเข้าถึง COPD clinic (ลงทะเบียนกรรมการแพทย์ข้อมูล พฤษภาคม 2561)	> 30 %	2560=1,142 (55.26%) 2561=1,472 (67.83 %)

- การเกิด Exacerbation rate ของผู้ป่วย COPD จังหวัดแพร่=103.96 อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด
- ในอนาคตจะพัฒนาให้ Exacerbation rate ลดลงมากกว่านี้โดย
 - พัฒนาในด้านการรักษา การใช้ยาที่มีประสิทธิภาพให้เหมาะสมตามความรุนแรงของผู้ป่วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาอย่างถูกต้อง
 - พัฒนา COPD clinic ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเน้นพัฒนางานด้าน Pulmonary rehabilitation ให้มากขึ้น
 - พัฒนาเชื่อมโยงด้านการรักษาพยาบาลระหว่างทีมผู้ดูแลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

Service Plan สาขา COPD

การดำเนินงาน

- การกำหนดมาตรฐานแนวทางการรักษาอิงตาม GOLD guideline จัดทำเป็น CPG ให้ปฏิบัติเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน (ทั้ง รพช. และ โรงพยาบาลแพร่)
- แนวทางในการรับส่งต่อเพื่อมาตรวจรักษาที่ COPD clinic รพ.แพร่ ในกรณีที่เกินศักยภาพของ รพช.
- การดูแลร่วมกันของทีมสหสาขา ใน COPD clinic (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และกายภาพบำบัด) รวมถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยในให้ได้ตามมาตรฐาน
- การประสานงานการทำงานกับ COC ทีม ในกระบวนการส่งต่อข้อมูลในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย ในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ โปรแกรม D/C plan และ HHC
- โครงการ “แบ่งปันลมหายใจ” ในการจัดหาเครื่องผลิตออกซิเจนของเขตอำเภอเมืองแพร่

Service Plan สาขา COPD

Phrae COPD clinic

Pulmonary rehabilitation

2560=208 คน (56.9%)

2561(7M)= 65 คน(23.29%)



PFP

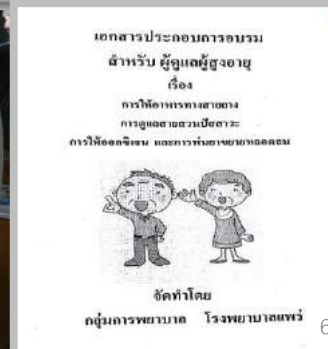
2559= 95.47%

2560= 95.60%

2561(7M)= 94.98%



โครงการ “แบ่งปันลมหายใจ



Service Plan สาขา COPD

GAP Analysis

แผนพัฒนาต่อไป

1. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วย COPD

- จัดทำ CPG แนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD สำหรับแพทย์และพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (รพช. รพท)
- ประชุมให้ความรู้ทางวิชาการ update แนวทางการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วย COPD
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อรับทราบปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนาระบบการทำงาน
- กระบวนการนิเทศติดตาม และวิเคราะห์หาสาเหตุแนวทางการแก้ไขปัญหในแต่ละพื้นที่

2. ผู้ป่วย COPD group D ในระยะ palliative ไม่สามารถจัดหา LTOT ได้เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ

- กำหนดให้พื้นที่จัดหา LTOL และให้หน่วยงานปฐมภูมิและ COC team ร่วมกันติดตามดูแล
- การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

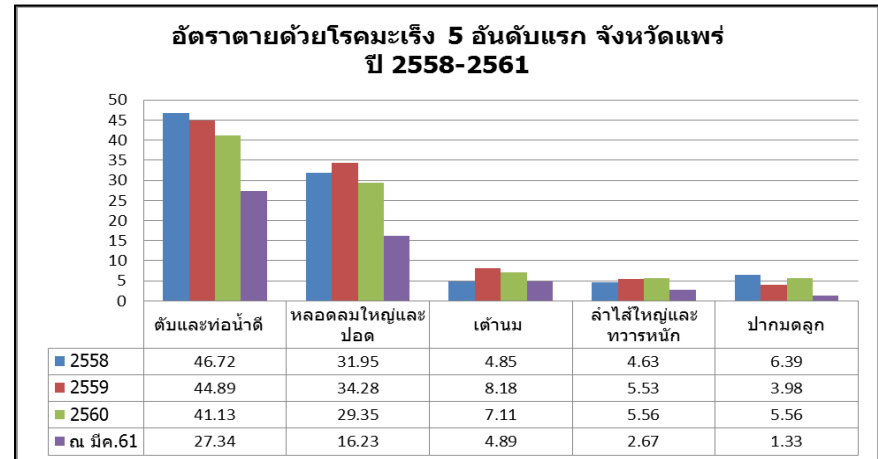
3. กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย COPD ที่มีความต้องการดูแลต่อเนื่อง ยังไม่ครบถ้วน

- ประสาน COC team ในการติดตามผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงต่ออาการทรุดหนัก หรือการกลับมารักษาซ้ำ ร่วมกับการ Telephone visit

Service Plan สาขา มะเร็ง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์*	≥ ร้อยละ 80	81.82%
2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์*	≥ ร้อยละ 80	90.48%
3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์*	≥ ร้อยละ 80	88.46%

สถิติผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่	ปี2558	ปี2559	ปี 2560	ปี 2561 (ตค.60-มีค.61)
1.จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่	942	984	931	273
2.ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 อันดับแรก				
2.1 มะเร็งตับและท่อน้ำดี	219	213	221	77
2.2 มะเร็งปอด	99	90	95	29
2.3 มะเร็งลำไส้ใหญ่	81	89	91	36
2.4 มะเร็งเต้านม	124	120	126	43
2.5 มะเร็งปากมดลูก	50	44	36	10



Service Plan สาขา มะเร็ง

การดำเนินงาน

ตำบลจัดการสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

พื้นที่เป้าหมาย
29 จังหวัดเสี่ยงสูง
613 ตำบล (เก่า 216 +
ใหม่ 397)
ภาคอีสาน 20 จ.
ภาคเหนือ 8 จ.
ภาคตะวันออก 1 จ.
(เขตบริการสุขภาพ 1, 6, 7,
8, 9, 10)



จังหวัดแพร่ เป้าหมาย

- ตำบลจัดการสุขภาพฯ OV&CCA

1.ต.หัวหม้าย 2.ต.บ้านกลาง

- OV ตำบลละ 905 ราย / - CCA=2,500 ราย

โครงการ MAMMOGRAMเคลื่อนที่เฉลิมพระเกียรติฯ

มูลนิธิกาญจนบารมี

โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) ในสตรีผู้สูงอายุและสตรีสูงอายุ เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมารในวาระที่เจริญพระชนมายุครบ ๕ รอบ

แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

ชื่อ _____ นามสกุล _____
 ตำบล _____ หมู่ _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____
 อายุ _____ ปี ตำแหน่ง _____ สถานะ _____ สถานศึกษา _____
 ศิษย์เก่า _____
 (ปกติ 15.5 - 22.5 ปี, อายุ 23 - 25 ปี, ขึ้น, มากกว่า 25)

1. อาการผิดปกติ

● มีก้อนในเต้านม หรือ รักแร้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐
 ● มีอาการปวดในเต้านม ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐
 ● มีลักษณะผิวหนังผิดปกติ (คัน, บวม, แดง) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐
 ● มีน้ำเหลือง หรือน้ำนมไหลจากเต้านม ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐

2. ประวัติการเจ็บป่วย

● เคยมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐
 ● เคยมีประวัติเป็นมะเร็งรังไข่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐
 ● BRCA 1, BRCA 2 (เฉพาะผู้ให้ประวัติ) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐
 ● เคยเป็นโรคประจำตัว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐
 ● เคยมีการฉายรังสีบริเวณเต้านมหรือรังไข่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐



พื้นที่เป้าหมายปี 2561 จังหวัดแพร่

- อำเภอสอง:วันที่ 8 สิงหาคม

สถานที่ ที่ว่าการ อ.สอง

- อำเภอหนองม่วงไข่:วันที่ 9 สิงหาคมสถานที่ ร.ร.บ้านหนองม่วงไข่(ม่วงไขวิทยาคาร)

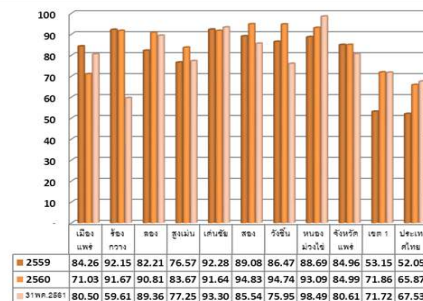
Service Plan สาขา มะเร็ง

การดำเนินงาน

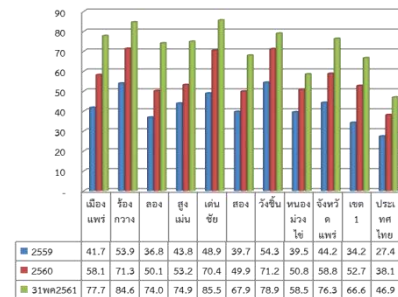
จำนวนเป้าหมายตามโครงการกำจัดการพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็น
พระราชกุศลฯ ตามแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี (2559-2568)

เขต	จังหวัด	อำเภอ เป้า ov	ตำบล เป้า ov	ปี 59	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
1	เชียงราย	18	124	1(1)	1(1)	10(10)	16	16	16	16	16	16	16
1	เชียงใหม่	25	204	3(3)	3(3)	26(26)	25	25	25	25	24	24	24
1	น่าน	15	99	1(1)	1(1)	5(5)	14	13	13	13	13	13	13
1	พะเยา	9	68	1(1)	1(1)	3(3)	9	9	9	9	9	9	9
1	แพร่	8	78		1(1)	2(2)	11	11	11	11	11	10	10
1	แม่ฮ่องสอน	7	45	1(1)	1(1)	2(2)	6	6	6	6	6	6	5
1	ลำปาง	13	100	1(1)	1(1)	4(4)	14	14	14	13	13	13	13
1	ลำพูน	8	51		1(1)	2(2)	7	7	7	7	7	7	6

อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี จังหวัดแพร่
ปี 2559-2561



อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี
จังหวัดแพร่ (สะสมปี 2559-2561)



ผลงาน ปี 2561 (ต.ค.60-พ.ค.61)

ปีงบประมาณ	พื้นที่	CCA							OV			
		เป้าหมาย	U/S	U/S	ส่งสัยCCA	ส่ง	พบเป็น CA	ผ่าตัด	เป้าหมาย	ตรวจ stool	พบ OV.	ให้การรักษ
		U/S	U/S	ผิดปกติ		CT/MRI/MRCP	CCA HCC					
2561	จังหวัดแพร่ 3 ตำบล (อ.หนองม่วงไข่/อ.สอง2)	2,500	1408 (56.32%)	681	45(3%)	CT=13 MRI+MRCP=7	4 3	-	1,810	1,767 (17.32%)	306	100%

- คัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรี 30-70 ปี จ.แพร่ = 76.3 %
- คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี = 66.6%

Service Plan สาขา มะเร็ง

การดำเนินงาน

มะเร็งลำไส้และทวารหนัก

การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้

เป้าหมาย ประชากรอายุ 50-70 ปี (เกิด พ.ศ.2491 - 2511)

คัดกรองด้วยวิธี Fit test - แพ้ม Special PP

1B0060 = ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งลำไส้ ได้ผลลบ

1B0061 = ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งลำไส้ ได้ผลบวก

Fit test ได้ผลบวก ได้รับการทำ Colonoscopy

- แพ้ม PROCEDURE_OPD หรือ PROCEDURE_IPD

รหัส 45.23 (รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM 2010) หรือ

รหัส 453-00-21 (รหัสมาตรฐาน ICD-10-TM 2014)

ผลการทำ Colonoscopy - แพ้ม DIAGNOSIS_OPD หรือ DIAGNOSIS_IPD

1. Normal Findings = Z121 (รหัสมาตรฐาน ICD-10)

2. Abnormal Findings

- พบติ่งเนื้อ (Polyp of Colon) = K63.5 (รหัสมาตรฐาน ICD-10)

- 8วามผิดปกติที่ไม่ใช่ติ่งเนื้อ (Non Polyp) = K57.3 , K51.- (รหัสมาตรฐาน ICD-10)

ผลการวินิจฉัยโรค - แพ้ม DIAGNOSIS_OPD หรือ DIAGNOSIS_IPD

เป็นมะเร็ง = C18-C20 (รหัสมาตรฐาน ICD-10)

ปี	การตรวจ คัดกรอง (ราย)	Stool occult blood positive (ราย)	ตรวจ Colonoscopy (ราย)
2560	1,000	2	1
2561	11,530	กำลังดำเนินการ	



Service Plan สาขา มะเร็ง

GAP Analysis	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
-คุณภาพการคัดกรองมะเร็งเต้านม	-พัฒนาศักยภาพ/ทักษะการคัดกรอง/การติดตามส่งต่อให้กับบุคลากรในพื้นที่
-ระยะเวลารอคอยเพื่อผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม -ระยะเวลารอคอยเพื่อรับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งตับ	-การนำเสนอปัญหาต่อคณะกรรมการService plan ระดับเขตสุขภาพ
-ขาดผู้รับผิดชอบในการติดตามผลการส่งต่อผู้ป่วย(มะเร็งตับและท่อน้ำดี) -ความล่าช้าของการบริหารจัดการในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	-การนำเสนอปัญหาต่อคณะกรรมการService plan ระดับเขตสุขภาพ

Service Plan สาขา จักษุ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ต.ค.60-มิ.ย.61)
1.ผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน *	85%	80.92%
2.การคัดกรองสายตาสายตาผู้ป่วยอายุ 60ปี ขึ้นไป	75%	82.88%

สถานการณ์

จังหวัดแพร่มีจักษุแพทย์ 4 ท่าน และเฉพาะทางด้านจอประสาทตา 1 ท่าน ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางตาทั้งจังหวัด โดยให้การรักษายาบาลและผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางตาในเขตโรงพยาบาลแพร่ นอกจากนี้ยังรับปรึกษาและรับส่งต่อผู้ป่วยทางตาจากโรงพยาบาลชุมชนอีก 7 แห่ง

Service Plan สาขา จักษุ

การพัฒนาและข้อเสนอแนะ

ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูล
ระหว่างโปรแกรม vision 2020 และ
HDC (Health Data Center)
เพื่อที่จะได้ข้อมูลเที่ยงตรงแม่นยำมาก
ขึ้น และช่วยลดภาระงานในการลง
ข้อมูล



Service Plan สาขาจิตเวช

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561 (6เดือน)
ร้อยละของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิมร้อยละ 2	17.03 ต่อแสนประชากร(76 คน)	17.38 ต่อแสนประชากร (78 คน)	38 คน (8.46 ต่อแสนประชากร) เทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี 2560 = 62 คน อัตราการฆ่าตัวตายลดลง 38%
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต *	$\geq 55 \%$	51.56%	66.54 %

การดำเนินงาน

- 1.เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชด้วยการขยายเครือข่ายบริการเชิงรุกในชุมชน
- 2.เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายโดยติดตามดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

Service Plan สาขาจิตเวช

กิจกรรมออกหน่วย
คลินิกจิตเวชสู่ชุมชน



กิจกรรมเสริมสร้างเครือข่าย
เฝ้าระวังและดูแลสุขภาพจิตในชุมชน



กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ
แกนนำ อสม.ในชุมชน



กิจกรรมสร้างสุขในวัยสูงอายุ



ศูนย์บริการผู้พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสมาคมสายใยน้ำใจแพร่



Service Plan สาขาจิตเวช

GAP Analysis	แนวทางแก้ไข
1.จำนวนบุคลากรสหวิชาชีพไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับประชากรที่ใช้บริการ รวมทั้งภาระงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก	- จัดให้มีระบบเครือข่ายภาคประชาชนมาร่วมเป็นจิตอาสางานจิตเวชในชุมชน
2.พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนมีภาระงานหลายด้านทำให้ไม่สามารถทุ่มเทให้กับด้านจิตเวชได้อย่างเต็มที่และขาดขวัญกำลังใจ	- โรงพยาบาลชุมชนจัดจ้างบุคลากรตำแหน่งนักวิชาการช่วยงานด้านจิตเวชเพิ่มขึ้น
3.โรงพยาบาลบางแห่ง ไม่สามารถใช้รถโรงพยาบาลนำส่งผู้ป่วยจิตเวชไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง	- ประสานขอความร่วมมือใช้รถของหน่วยกู้ภัยในการนำส่งผู้ป่วย โดยสมาคมสายใยน้ำใจแพร่สนับสนุนค่าพาหนะและเบี้ยเลี้ยงพนักงานกู้ภัย

Service Plan สาขาจิตเวช

Best Practice

- 1) ระบบการบริหารยาจิตเวชเครือข่ายจังหวัดแพร่ ผ่านโครงการทางด่วนยาจิตเวชให้ผู้ป่วยรับยาจิตเวชอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในสถานบริการใกล้บ้าน ช่วยให้ผู้บุคลากรระดับปฐมภูมิมีการพัฒนาศักยภาพในเฝ้าระวังติดตามดูแลผู้ป่วยทั้งเรื่องอาการของโรคจิตเวชข้อบ่งใช้และผลข้างเคียงของยาจิตเวช
- 2.) มีศูนย์บริการคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมสมาคมสายใยน้ำใจแพร่ ดำเนินงานโดยเครือข่ายภาคประชาชน

Service Plan สาขารอรับโรคกระดูก

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์ รพ.แพร่	ปี 2561 (ต.ค.60-พ.ค.61)
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture*	มีทีม Capture the fracture	มีทีม Capture the fracture	มีทีม Capture the fracture
ผู้ป่วย Capture The Fracture ใน ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ได้รับการ ผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ใน รพA/S	> 50 %	> 85%	เม.ย.61 = 85.71% พ.ค.61 = 93.75%
ผู้ป่วย Capture The Fracture มี ภาวะกระดูกหักซ้ำ	< 30%	< 5%	เม.ย.61 = 0% พ.ค.61 = 0%

Service Plan สาขาออร์โธปิดิกส์

การดำเนินงาน

- ส่งบุคลากรที่มีสุขภาพเข้าร่วมอบรมความรู้เรื่อง Capture the fracture
- ประชุมจัดตั้งคณะกรรมการที่ประกอบด้วย บุคลากรสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วย
- ประชุมกรรมการร่วมกันจัดทำ CPG Capture the fracture
- มีฐานข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและนำข้อมูลมาใช้ในการติดตามผลลัพธ์ของการดูแลรักษา

Service Plan สาขาออร์โธปิดิกส์

ประเด็นสำคัญในด้านนโยบายต่อการขับเคลื่อน

1.งบประมาณที่ชัดเจนจากกระทรวงในการตรวจ BMD ,ยารักษา

โรคกระดูกพรุน

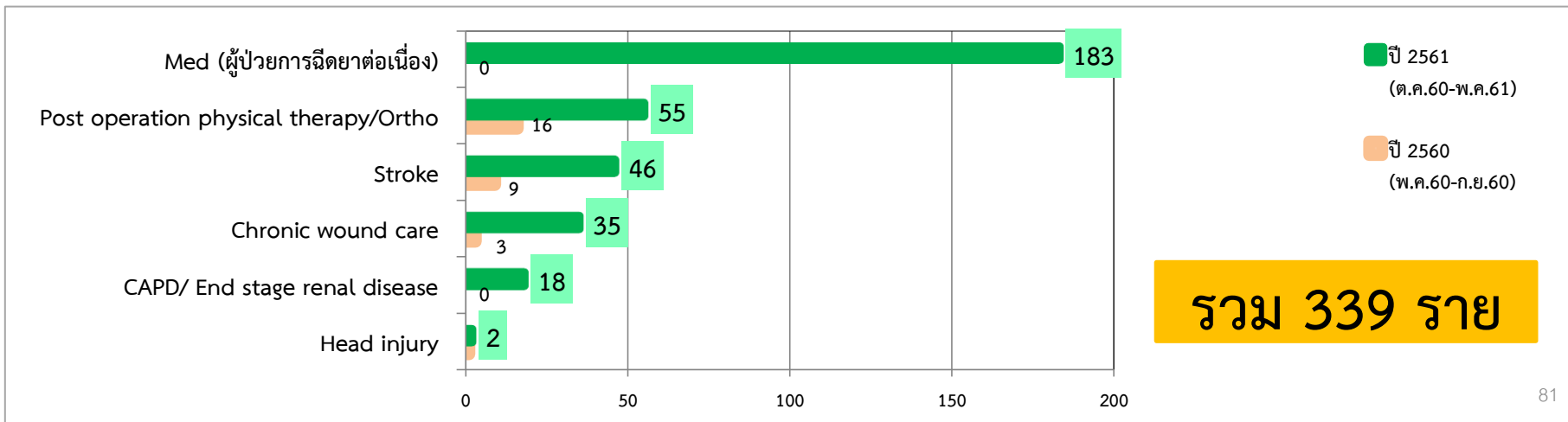
๒.การเขียนโปรแกรมส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในระดับจังหวัด ชุมชน เขต

ประเทศ(Report)

Service Plan สาขาIMC

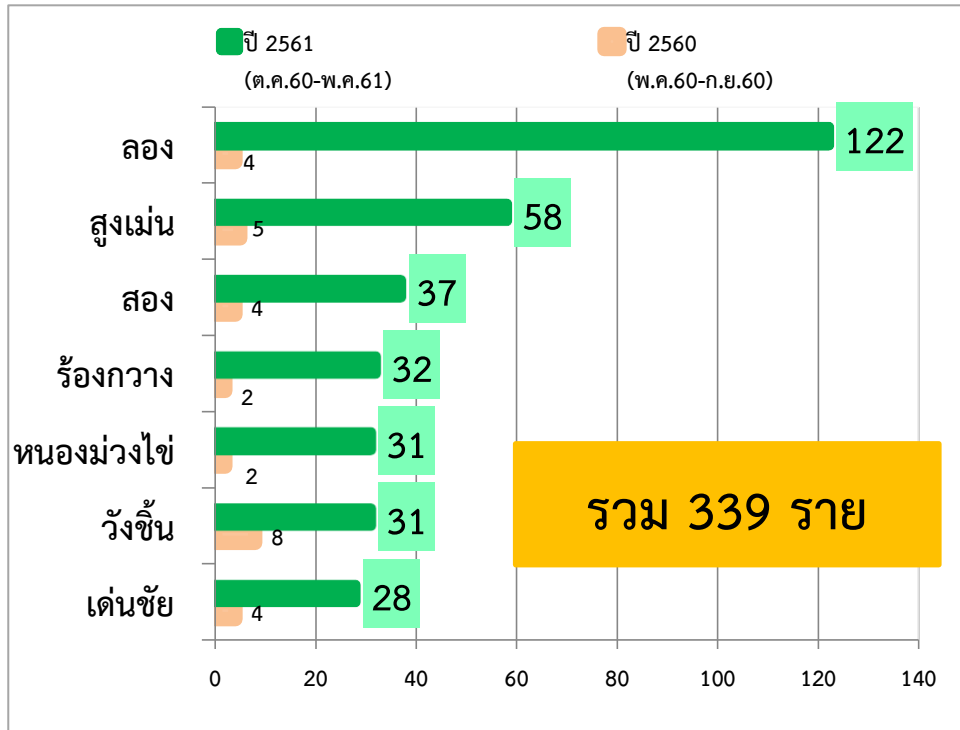
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานปี 2561 (ต.ค.60 –พ.ค. 61)
ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง*	8 แห่ง	8/8 ร้อยละ 100

จำนวนผู้ป่วยจ.แพร่ที่ส่งต่อแยกตามรายโรคปี2560 (พ.ค.60- ก.ย.60)-ปี2561(ต.ค.60-พ.ค.61)

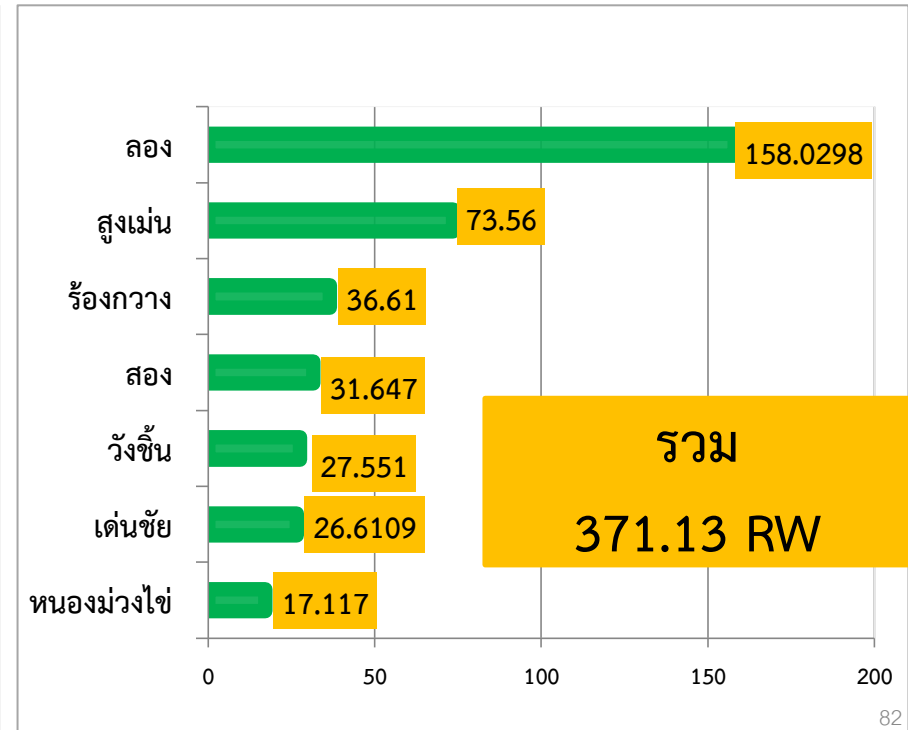


Service Plan สาขาIMC

จำนวนผู้ป่วยจ.แพร่ที่ส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนในระบบ IMC
ปี2560 (พ.ค.60- ก.ย.60)-ปี2561(ต.ค.60-พ.ค.61)



จำนวนAdj RW ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดแพร่
ปี 2561 (ต.ค.60-พ.ค.61)



Service Plan สาขาIMC

การดำเนินงาน

พัฒนาศักยภาพบุคลากร
โดยการจัดฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วย IMC



ทุก รพช. ใช้ระบบ Thai Refer ได้ครบทุกแห่ง



รพ.แพร่ ดำเนินการนิเทศติดตามเยี่ยมเสริมพลัง IMC สัณจจร รพช.ทุกแห่ง



Service Plan สาขาIMC

การดำเนินงาน

ประชุมขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ Intermediate Care จังหวัดแพร่ (15 พ.ค.61)

- รพช.ขาดทักษะการดูแลผู้ป่วย Wound care สามารถส่งส่งเจ้าหน้าที่มาฝึกปฏิบัติได้ที่รพ.แพร่
- การดูแลผู้ป่วย Stroke ควรมีการแยก Case ที่ฝึกกายภาพบำบัดกับกิจกรรมบำบัด
- ติดตามเรื่องการเพิ่ม AdjRW ของรพช.ในผู้ป่วยที่สามารถส่งกลับไปรับการรักษาต่อได้
- ผู้ป่วยโรคเลือดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รพ.แพร่จะส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับการเติมเลือดที่รพช.ที่มีความพร้อม



ประชุมนำเสนอและวิเคราะห์ AdjRW ของรพช. (15 มิ.ย.61)

- มีระบบของการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปนอนที่โรงพยาบาลชุมชนทุกราย
- ศูนย์ข้อมูล Thai Refer ของโรงพยาบาลแพร่ จะสรุปและคืนข้อมูลให้รพช.ทุกเดือน
- ให้โรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งวิเคราะห์ AdjRW แยกเป็นรายบุคคล



Service Plan สาขา Palliative Care

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2560	2561 ไตรมาส 1	2561 ไตรมาส 2
1. ผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับการดูแลตามแนวทาง	≥50%	89.6%	97.77%	96.93%
2. การรักษาด้วย Strong opioids รพ. ระดับ S	≥30%	43.01%	48.44%	87.50%
การรักษาด้วย Strong opioids รพ.ระดับ F1-F3	≥20%	36.84%	50.85%	53.54%
3. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและการทำ Advance Care Plan	≥50%	32.00%	76.02%	53.07%
4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง HHC	≥50%	74.55%	18.42%	61.10%

สถานการณ์

- ปี 2560 จ. แพร่ มีผู้ป่วย palliative care 1,588 ราย โรคที่ต้องดูแลมากที่สุด คือ กลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง (Non-CA) ร้อยละ 54
- ปี 2561 ไตรมาสที่ 1 มีผู้ป่วย palliative care 538 ราย โรคที่ต้องดูแลมากที่สุด คือ กลุ่มโรคมะเร็ง (CA) ร้อยละ 52
ไตรมาสที่ 2 มีผู้ป่วย palliative care 586 ราย โรคที่ต้องดูแลมากที่สุด คือ กลุ่มโรคมะเร็ง (CA) ร้อยละ 43.3

Service Plan สาขา Palliative Care

อบรมPCWN รพ.แพร่



ประชุมเครือข่ายจ.แพร่



เยี่ยมผู้ป่วย Palliative Care



นิเทศและให้ความรู้เครือข่ายรพช.



ก่อนได้รับการดูแล ได้รับการดูแลใน รพ. ได้รับการดูแลต่อที่บ้าน

1. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ 98 %
2. ลดต้นทุนบริการในช่วง 7 วัน
สุดท้ายก่อนเสียชีวิต
จำนวน 3,953,000 บาท

Service Plan สาขา Palliative Care

แผนพัฒนาต่อไป

1. อบรมบุคลากร Palliative
2. พัฒนาการทำ Advanced Care Plan, Discharge Plan
3. พัฒนาระบบเก็บข้อมูลโดยใช้สื่อสารสนเทศและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จากโรงพยาบาลระดับ S สู่วิทยาบาลระดับ F1-F3



Service Plan สาขาทันตกรรม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 (ต.ค.60-25 มิ.ย.61)
1.ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก ในรพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์*	$\geq 60 \%$	66.67%	72.36%	27.64%
2.อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของ ประชาชนในพื้นที่*	$\geq 35\%$	27.14%	30.73%	27.54%

ผลการวิเคราะห์

- ตัวชี้วัดที่ 1

1.กลุ่มเด็ก6-12ปี : การจัดบริการเริ่มที่ปีการศึกษาใหม่ คือ เดือนมิถุนายน ถึงกันยายน จึงอยู่ในช่วงการดำเนินงาน ทำให้ผลงานยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย

2. กลุ่มเด็ก0-2ปี และ กลุ่มเด็ก 3-5 ปี : กิจกรรมการตรวจช่องปาก ต้องครอบคลุมร้อยละ 50 ขึ้นไป จึงจะบรรลุตามเป้าหมาย

Service Plan สาขาทันตกรรม

การดำเนินงาน

- รพ.สต.ทุกแห่งประเมินตนเองโดยการวิเคราะห์ส่วนขาดศักยภาพบริการสุขภาพช่องปาก
- ปรับระบบบริการ ในรพสต.เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่
- ขยายบริการสุขภาพช่องปากใน ศสม. ร่องซ้อ
- พัฒนาระบบรายงานสารสนเทศให้มีคุณภาพ
- พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพสต.
- จัดทำโครงการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ 6 กลุ่มเป้าหมายหลัก และเน้นโครงการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค"เด็กแพร์ไร้ฟันผุ สุขภาพดี สูงดีสมส่วน และปลอดภัย"

Service Plan สาขาทันตกรรม

GAP Analysis	แนวทางพัฒนา
1.ชาดยูนิตทันตกรรมใน รพ.สต.	1.ขอรับการสนับสนุนยูนิตทำฟันจากส่วนกลางในพื้นที่ที่มีความพร้อมด้านบุคลากรและเครื่องมือแต่ชาดยูนิตทันตกรรม รพ.สต.ในจังหวัดแพร่ที่ไม่มียูนิตทำฟัน จำนวน 50 รพ.สต. ดังนี้ 1.อ.เมือง=7 แห่ง (สะบู่/ห้วยสูง/นาตอง/น้ำกลาย/ศรีภูมิ/แม่ยม/น้ำโค้ง/แม่ลั่ว) 2.อ.สูงเม่น=5 แห่ง (ร่องเสี้ยว/ป่าฝาง/สูงเม่น/บ้านโตน/ผาสุก) 3.อ.เด่นชัย=4 แห่ง (น้ำแรม/ปากปาน/บ่อแก้ว/สวนหลวง) 4.อ.ลอง = 7 แห่ง (ต้าเหล่า/ผาจีบ/ผาคัน/แม่รัง/แม่ปาน/แม่เกียม/แก่งหลวง) 5.อ.วังชิ้น=11แห่ง(บ้านนาพูน/วังลึก/แม่แปง/ม่วงคำ/แม่ป่าก/แช่ฟ้า/ป่าม่วง/ขุนห้วย/แม่ตึด/แม่สิน/สลก) 6.อ.หนองม่วงไข่ = 3 แห่ง (ทุ่งเคี้ยว/รัตนปัญญา/สะเลียม) 7.อ.ร้องกวาง 8 แห่ง = (ไทรพรวัว/ไผ่ย้อย/แม่ยางยวง/ห้วยเก็ด/ทุ่งศรี/แม่ทราย/ปากห้วยอ้อย/สสข.ห้วยอิอม) 8.อ.สอง= 4 แห่ง (สสข.แม่แรม /นาไร่เดียว/หนองเสี้ยว/วังดิน)
2.การพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร จังหวัดแพร่ ปี2561	1. เรื่อง การประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง(Oral care management in special needed patient) ในวันที่ 31 กค.61- 1 สค.61

Service Plan สาขาศัลยกรรม

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 (ต.ค.60-เม.ย.61)
1.	ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ	<20%	16.66%	20.81%	21.71 %
2.	ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน โรงพยาบาลของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน 5 ภาวะ	<4%	5.25%	4.92%	4%
3.	ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน	<20%	14.28%	23.5%	0
4.	ร้อยละของการถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไปของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา	< 10%	15.38 %	15%	6.6%

- 1.ภาวะแตกของไส้ติ่งอักเสบที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากคนไข้มา รพ.ช้าเนื่องอาการโรคไม่ชัดเจน โดยจัดทำ Warning Sign
- 2.กระตุ้นการประเมิน Alvorado Score



Service Plan สาขาศัลยกรรม

การดำเนินงาน

ภาวะไส้ติ่งอักเสบ

1. กระตุ้นแพทย์ รพช ประเมิน Alvorado score 73 %
2. โครงการพึงผลขึ้นเนื้อ โรงพยาบาลชุมชน ครบ 100%

Chronic Wound

1. นิเทศงาน IMC Wound care พัฒนาระบบการส่งต่อ รพช
2. อบรม ET Nurse junior ให้ รพช ครบ 100%
3. จัดตั้งเครือข่ายพยาบาลแผล จังหวัดแพร่ เพื่อการส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง

ผู้ป่วยปวดท้อง เจ็บพลัน 5 โรค

1. ปฐมนิเทศแพทย์ เพิ่มพูนทักษะเรื่องการ วินิจฉัยอาการปวดท้อง เจ็บพลัน 5 โรค
2. MM Conference ใน ผู้ป่วยที่dead จากปวด ท้องเจ็บพลัน 5 โรค

Service Plan สาขาศัลยกรรม

ผลงานเด่น

- 1.โครงการฝึกอบรมเสริมสร้างความรู้และพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วย
แผลเรื้อรัง (Wound care)จังหวัดแพร่ ประจำปี 2561
วันที่ 26-27เมษายน 2561

- 2.โครงการ อบรมการพัฒนาศักยภาพการดูแลแผล
เรื้อรังพยาบาลวิชาชีพพรพช.แพร่ (ET Nurse junior)
หลักสูตร 5 วัน จำนวน 2 รุ่น
ระหว่างเดือน พฤษภาคม-กันยายน 2561





โรงพยาบาลแพร่
Phrae Hospital

นโยบายที่สำคัญ

คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)



ปี 2560 PCC เวียงน้ำยม



ปี 2561 PCC บรมธาตุ

ประเด็นการขับเคลื่อนของ พชอ. อ.เมืองแพร่

คณะกรรมการ มีมติในการเลือกปัญหาในการขับเคลื่อน พชอ. จำนวน 2 ประเด็น

1. การกำจัดขยะและจัดการสิ่งแวดล้อม
2. การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ



ความก้าวหน้าการพัฒนา PCC

ก่อน

Structure “PCC เวียงน้ำยม” หลัง



Structure PCC บรมธาตุ



ประชาคมชาวบ้าน
เพื่อใช้พื้นที่ก่อตั้ง
ศูนย์ฟื้นฟูกายภาพ
ในชุมชนเพื่อรองรับ
กิจกรรมกายภาพบำบัด
ในชุมชน



เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนา PCC



การจัดบริการเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ให้บริการที่อบอุ่น

ทำให้ชุมชนสนับสนุน บริจาคเงิน และครุภัณฑ์การแพทย์ เพื่อใช้ดูแลประชาชนในพื้นที่ได้แก่
เครื่องผลิตOxygenให้กับผู้ป่วยที่บ้าน การบริจาคเงินเพื่อปรับปรุงพื้นที่ให้บริการ



ประชาชนได้อะไรบ้างจาก PCC



บริการเชิงรุกและ การส่งเสริมสุขภาพ

- การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง
- Home Health Care
- การดูแลสุขภาพ 5 กลุ่มวัย



ประชาชนได้อะไรบ้างจาก PCC



บริการเชิงรุกและ
การควบคุมป้องกันโรค
ในชุมชนและโรงเรียน



ประชาชนได้อะไรบ้างจาก PCC

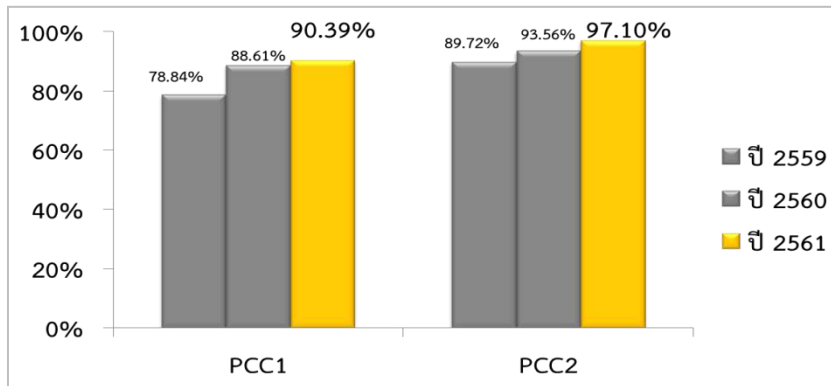


การพัฒนาบริการเชิงรับ

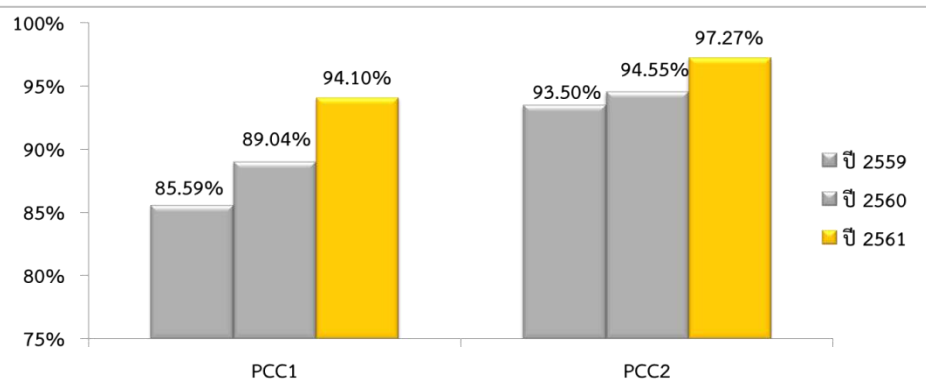
- มีระบบบริการ **ER**
- **OPD** ตรวจรักษาโรคทั่วไป
ANC, WBC Clinic
- NCD Clinic
- แพทย์ทางเลือก
- คลินิกทันตกรรม

ผลการดำเนินการ

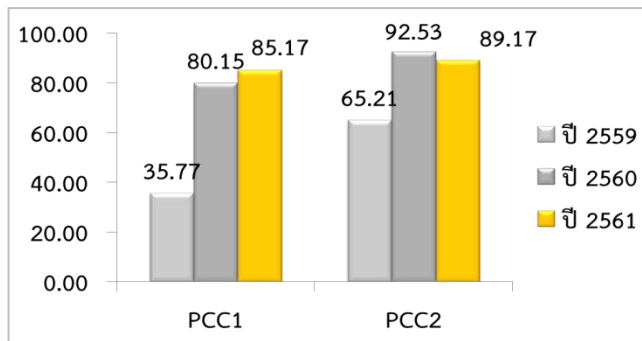
✓ เพิ่มการคัดกรองโรคเบาหวาน



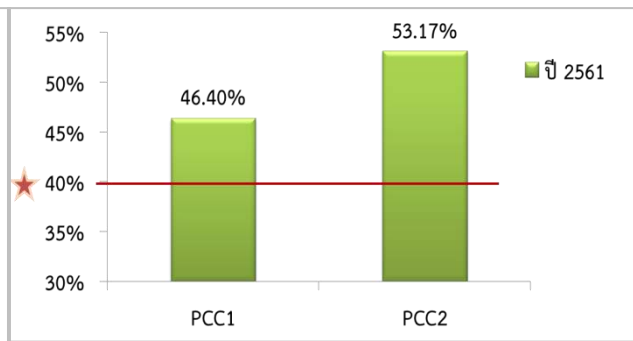
✓ เพิ่มการคัดกรอง HT



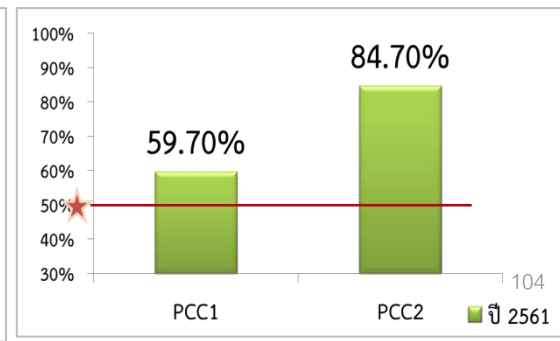
✓ เพิ่มการคัดกรอง CVD RISK



✓ เพิ่มการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน HbA1c<7%



✓ เพิ่มการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย HT



คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

ปัญหาอุปสรรค

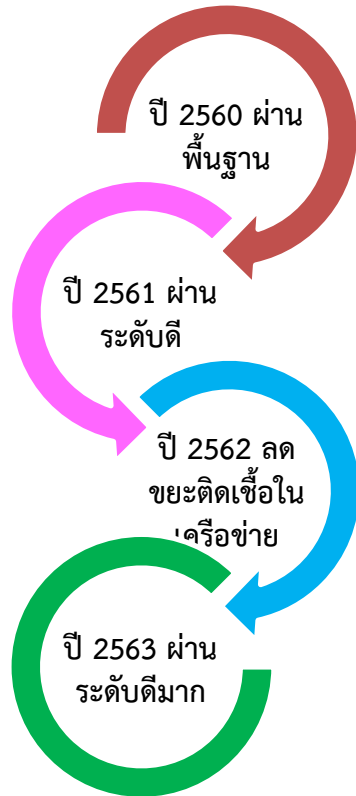
- จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในPCC
- การรวมรพสต.หลายแห่งเพื่อเป็นเครือข่าย PCC

โอกาสพัฒนา

- ✓ จัดตั้งสถาบันฝึกอบรมแพทย์FM
หลักสูตร In service training
- ✓ จัดทำแผนงาน โครงการระดับ
เครือข่าย PCC

Green & Clean Hospital

กำหนดกลยุทธ์ Green & Clean Hospital ในแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล



จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการของ
หัวหน้ากลุ่มงาน
คะแนน 5ส / ปริมาณขยะ Recycle



Green & Clean Hospital

ปัญหา

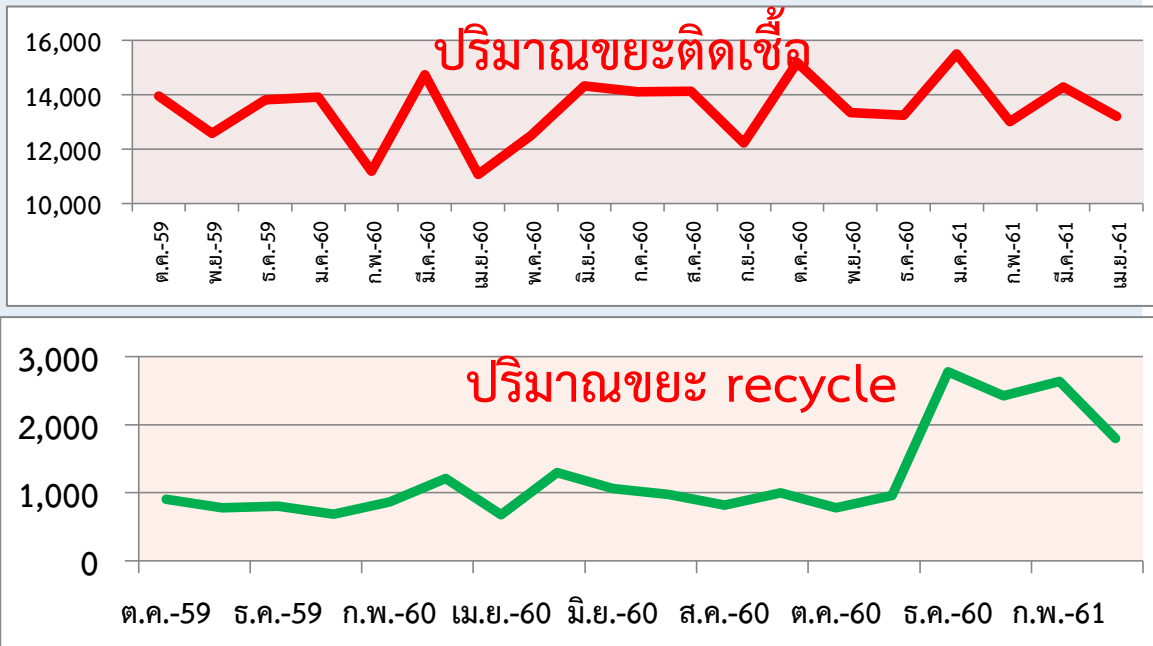
ประเด็น	ปัญหา
G : GARBAGE	1. การคัดแยกขยะ : เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย หรือญาติทิ้งขยะไม่ถูกต้อง 2. การเก็บรวบรวม : ถังขยะมีความหลากหลาย ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 3. การเก็บรวบรวม : ถังขยะมีขนาดใหญ่ น้ำหนักมาก 4. การเคลื่อนย้าย : พนักงานเก็บขยะไม่ทำตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อ 5. ปริมาณขยะติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
R : RESTROOM มาตรฐาน HAS	1. ความสะอาด : กระดาษชำระ สบู่ การระบายอากาศ กลิ่น 2. ความเพียงพอ : ในหอผู้ป่วยสามัญ บริเวณภายนอกสำหรับญาติ(ห้องอาบน้ำ) 3. ความปลอดภัย : ประตู กรง
E : Energy	1. ค่าใช้จ่าย หมวดค่าไฟฟ้า สูงมาก
E : Environment	1. คุณภาพน้ำเสีย ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (จากการประเมินของ สภก ลำปาง ปลายปี 2559) 2. ความสะอาดและความเป็นระเบียบเนื่องจาก มีพื้นที่ก่อสร้างหลายจุด
N : Nutrition	1. ร้านอาหาร/แผงลอยในโรงพยาบาล

GARBAGE : การบริหารจัดการขยะ

การดำเนินการ

- สำรวจถังขยะทุกหน่วยงาน
- กำหนดมาตรฐานถังขยะให้เหมาะสมกับหน่วยงาน
- จัดหาถังขยะและถุงขยะที่เหมาะสมและติดป้ายชนิดของขยะ
- อบรมความรู้เรื่องการคัดแยกขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ และ ขยะrecycle ให้กับบุคลากร
- จัดระเบียบโซนบ้านพักปลอดถังขยะ

ผลการดำเนินการ



RESTROOM : มาตรฐานห้องน้ำ

การดำเนินการ

- สำรวจส้วมทุกแห่งของโรงพยาบาล ตรงตามมาตรฐานหรือไม่ (2560)
- ตารางกำกับการทำความสะอาด (check list)
- เชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ การจัดการส้วมสะอาด ร่วมแลกเปลี่ยนกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (เม.ย.2561)
- การลงตรวจความสะอาดส้วมเป็นประจำ
- แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินส้วมสะอาดและจัดประกวดส้วมสะอาด

กิจกรรม



ผลการดำเนินการ

- ห้องน้ำผู้ป่วยนอก สะอาด ไม่มีข้อร้องเรียนเรื่อง กลิ่นเหม็น
- ห้องน้ำผู้ป่วยนอกและใน ได้รับการพัฒนาตามมาตรฐาน HAS

ENERGY : การบริหารจัดการด้านพลังงาน

การดำเนินงาน

- ออกมาตรการรณรงค์ประหยัดพลังงาน
- มาตรการลดใช้ไฟฟ้าน้ำมัน
ร่วมงานจ่ายกลาง
- ดำเนินการอาคารผู้ป่วยนอก
โดยออกมาตรการดังนี้
 - ติดตั้งมิเตอร์ไฟฟ้าอาคารผู้ป่วยนอก
 - การกำหนดเวลา ปิด-เปิด
เครื่องปรับอากาศ
 - เปลี่ยนหลอดไฟLED

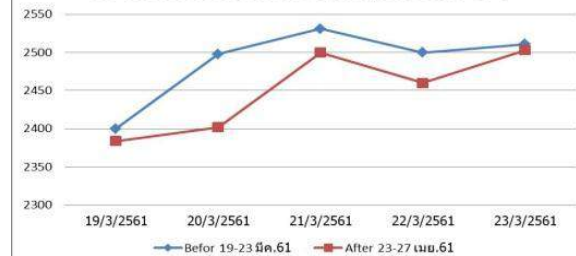
กิจกรรม



ผลการดำเนินการ

- ปริมาณการใช้ไฟฟ้า
ลดลง

กราฟค่าไฟฟ้า KWh อาคารผู้ป่วยนอก OPD



ENVIRONMENT : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

การดำเนินการ

1. วิเคราะห์ระบบบำบัดน้ำเสียและแก้ไข
 - ติดเครื่องเติม oxygen
 - การปรับปรุงระบบท่อระบายน้ำของโรงพยาบาล
2. Big cleaning day
3. คะแนน 5 ส เป็นส่วนหนึ่งของ P4P คุณภาพ

กิจกรรม



ผลการดำเนินการ

- ผลการประเมินน้ำเสียผ่านมาตรฐาน
- หน่วยงานผ่านมาตรฐาน 5 ส ระดับดาวทอง 48.83 %



NUTRITION : การบริหารจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ

การดำเนินการ

1. ประเมินสถานประกอบอาหารและร้านจำหน่ายอาหารทุกแห่งในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ทุก 6 เดือน
2. ประชุมร่วมกับคณะกรรมการอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาล เพื่อวางแผนแก้ไข ปัญหา
3. ประชุมร่วมกับสหกรณ์ร้านค้า เพื่อรายงานผลการตรวจมาตรฐานร้านค้าและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อดำเนินการตามมาตรฐาน
4. เยี่ยมชุมชน ประเมินแหล่งวัตถุดิบ
5. สุ่มตรวจสอบสารเคมีปนเปื้อนในวัตถุดิบ

กิจกรรม



ผลการดำเนินการ

- ร้านอาหารในสหกรณ์ร้านค้า ผ่านมาตรฐานกรมอนามัย ได้รับการรับรองเป็นร้านอาหาร “Clean Food Good Test”
- โรงพยาบาลแพร่ผ่านเกณฑ์ “รพ.อาหารปลอดภัย”



โรงพยาบาลแพร่
Phrae Hospital

การบริหารการเงินการคลัง โรงพยาบาลแพร่

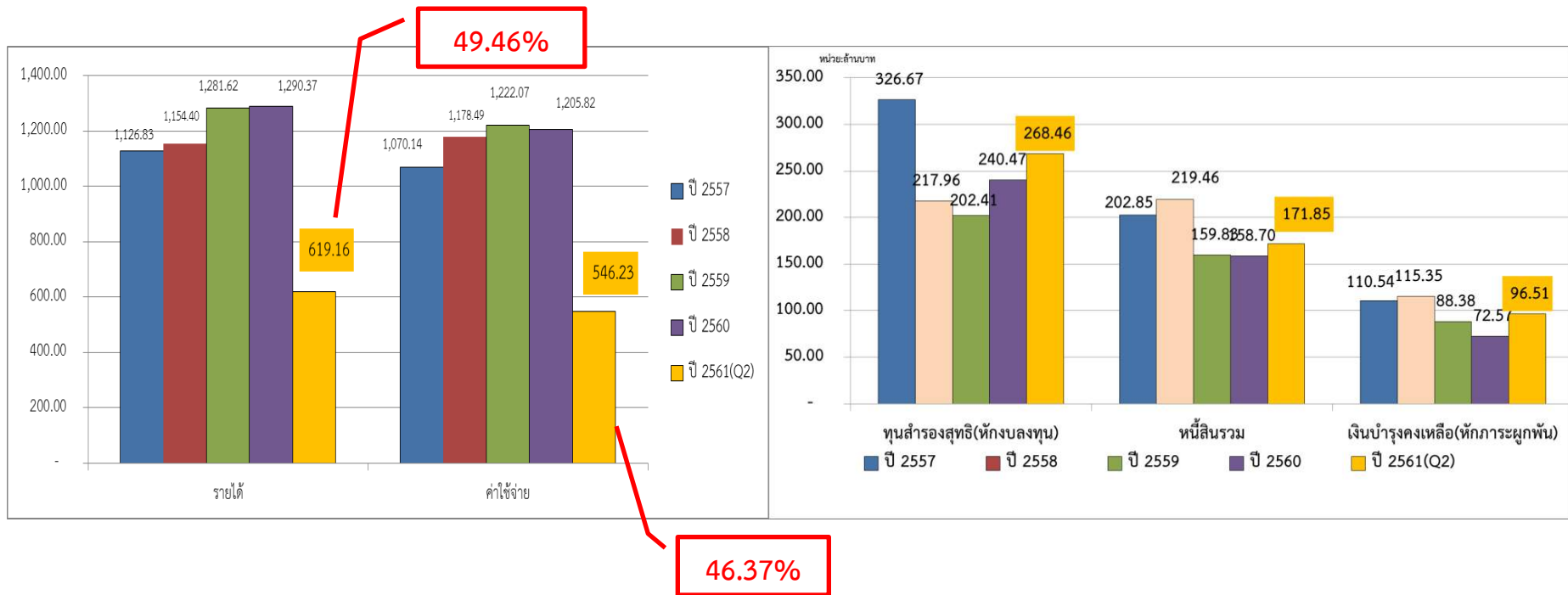
Plan Fin รายได้

หมวด	แผนปี 2561	รายได้จริง ถึงมี.ค.61	%
รายได้ UC	296,000,000.00	147,092,553.42	49.69
รายได้จาก EMS	1,300,000.00	925,462.00	71.19
รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	6,220,000.00	3,506,292.00	56.37
รายได้ค่ารักษา อปท.,กทม.	25,000,000.00	12,830,459.00	51.32
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	241,000,000.00	115,994,543.43	48.13
รายได้ประกันสังคม	52,000,000.00	35,958,739.76	69.15
รายได้แรงงานต่างด้าว	300,000.00	359,494.00	119.83
รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น ๆ	114,000,000.00	67,192,323.04	58.94
รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร	362,000,000.00	176,682,241.58	48.81
รายได้อื่น	60,000,000.00	20,638,432.15	34.40
รายได้งบลงทุน	94,000,000.00	37,982,969.27	40.41
รวมรายได้	1,251,820,000.00	619,163,509.65	

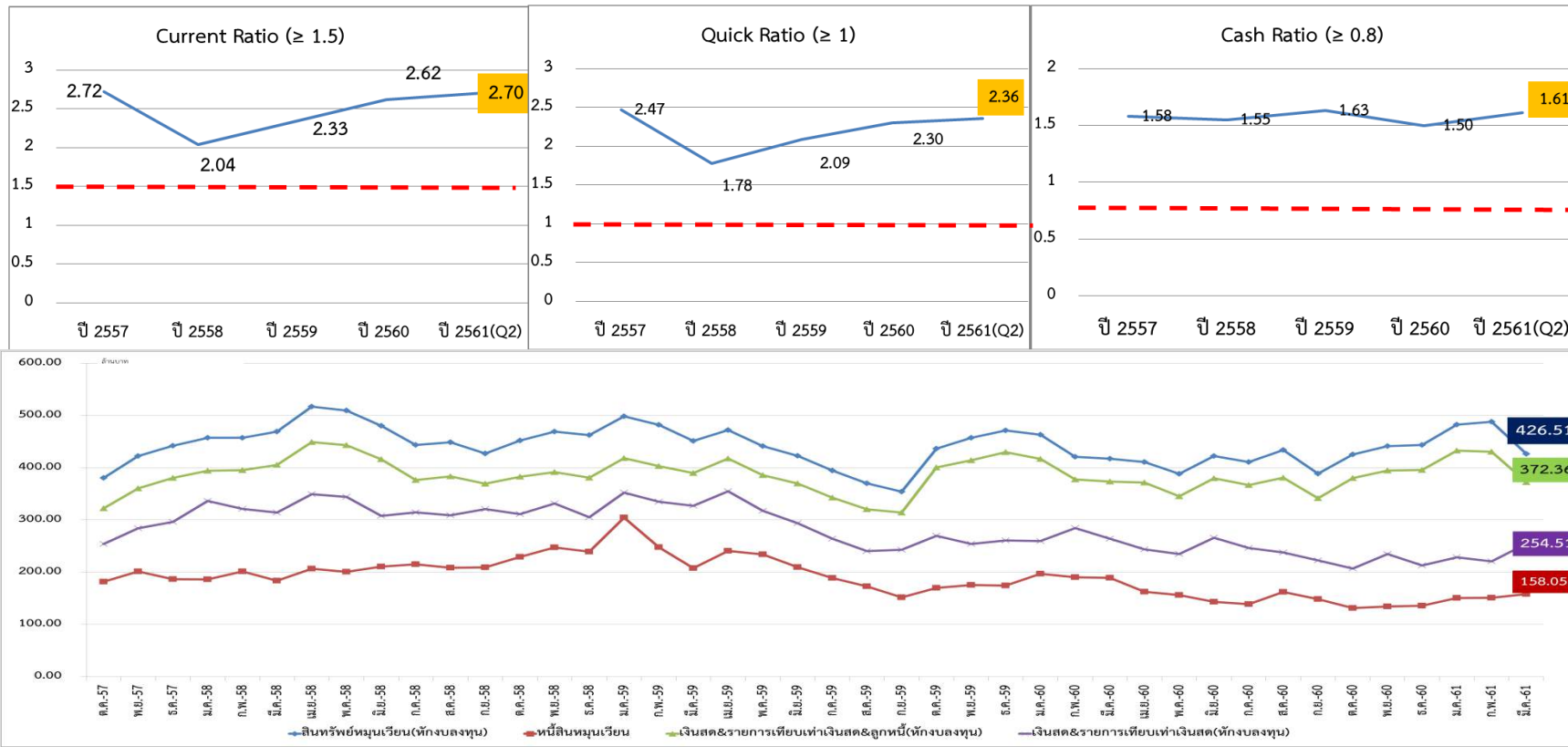
Plan Fin ค่าใช้จ่าย

หมวด	แผนปี 2561	ใช้จริงถึง มี.ค.61	%ใช้ไป
ต้นทุนยา	208,500,000.00	103,121,896.35	49.46
ต้นทุนเวชภัณฑ์มีชีวะยาและวัสดุการแพทย์	102,800,000.00	39,283,868.23	38.21
ต้นทุนวัสดุทันตกรรม	2,000,000.00	611,053.75	30.55
ต้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	35,000,000.00	19,257,214.81	55.02
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ	362,000,000.00	176,694,382.94	48.81
ค่าจ้างชั่วคราว/พกส./ค่าจ้างเหมาบุคลากรอื่น	75,000,000.00	35,880,768.70	47.84
ค่าตอบแทน	139,000,000.00	64,976,439.25	46.75
ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	25,600,000.00	11,389,165.73	44.49
ค่าใช้สอย	116,599,000.00	45,724,339.10	39.22
ค่าสาธารณูปโภค	22,000,000.00	9,331,237.99	42.41
วัสดุใช้ไป	32,000,000.00	15,254,486.90	47.67
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	50,000,000.00	22,583,152.96	45.17
หนี้สูญและสงสัยจะสูญ	3,500,000.00	394,237.80	11.26
ค่าใช้จ่ายอื่น	4,000,000.00	1,724,393.25	43.11
รวมค่าใช้จ่าย	1,177,999,000.00	546,226,637.76	
สรุปแผนประมาณการ(NI-รายได้งบลงทุน+ค่าเสื่อม)	29,821,000.00		

ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง รายได้-ค่าใช้จ่าย ปี 2557 – 2561 (Q2)



บริหารจัดการ การเงินการคลัง ความคล่องตามสภาพสินทรัพย์



ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ปีงบประมาณ 2561

1. ดัชนีตัวชี้วัดความเสี่ยงด้านการเงิน การคลัง Financial Risk Scoring

เดือน	$CR \geq 1.5$	$QR \geq 1$	$Cash \geq 0.8$	$I/E \geq 1$	NWC [ล้านบาท]	NI+Depreciation [ล้านบาท]	ระดับ วิกฤต
ก.ย.60	2.62	2.30	1.50	1.15	240.47	64.43	0
ต.ค.60	3.24	2.89	1.58	1.81	294.07	61.41	0
พ.ย.60	3.29	2.94	1.75	1.54	307.18	79.83	0
ธ.ค.60	3.19	2.84	1.53	1.40	304.61	88.07	0
ม.ค.61	3.20	2.87	1.52	1.42	331.89	128.08	0
ก.พ.61	3.23	2.85	1.46	1.35	337.10	135.51	0
มี.ค.61	2.70	2.36	1.61	1.18	268.46	72.93	0

ดัชนีวัดผลความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง 7 ระดับ

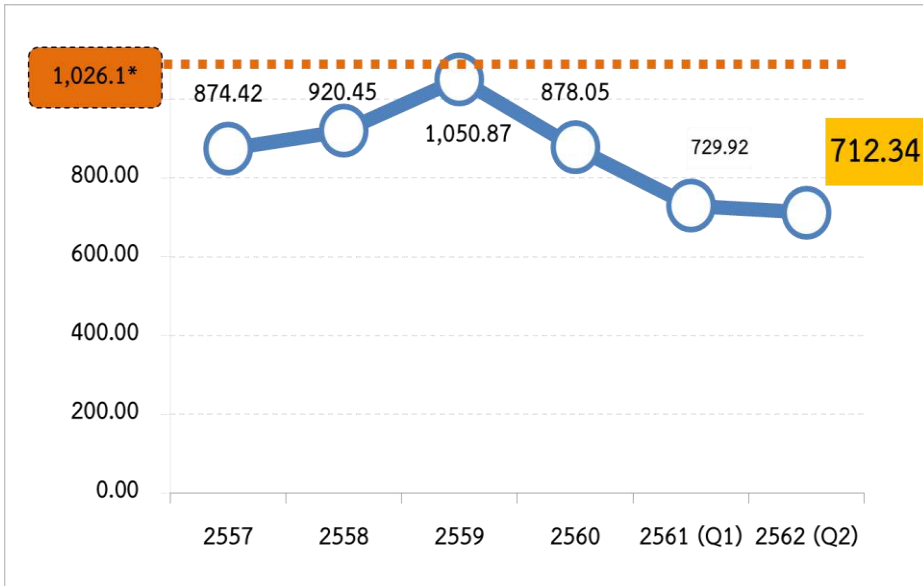
ประจำเดือน	Operating Margin Q4/60 ≥-2.16=1	Return on Asset Q4/60 ≥7.26=1	A Payment Period Cash ≤90=1	A Collection Period-UC ≤60=1	A Collection Period -ชรก. จ่ายตรง ≤60=1	A Collection Period-SSS ประกันสังคม(ในเครือข่าย) ≤60=1	Inventory Management (ยา) ≤60=1	จำนวนข้อผ่าน (ข้อ)	การจัด Grade	7 Risk Score	7 Plus Efficiency Score
ต.ค.60	34.06	5.19	112.98	41.51	55.56	183.48	59.68	4	B-	0	OB-
พ.ย.60	27.43	6.63	58.71	48.67	44.28	-187.04	55.21	7	A	0	0A
ธ.ค.60	19.72	7.23	60.73	59.23	52.28	251.99	52.01	6	A-	0	0A-
ม.ค.61	22.70	10.13	63.46	61.98	56.73	104.59	52.61	5	B	0	OB
ก.พ.61	18.82	10.67	60.59	67.55	50.76	116.87	57.07	5	B	0	OB
มี.ค.61	6.69	6.00	65.27	59.02	39.41	125.70	54.46	4	B-	0	OB-

ประสิทธิภาพการบริหารการเงิน การคลังอยู่ในระดับ B-
ความเสี่ยงและประสิทธิภาพการบริหารการเงิน การคลังอยู่ในระดับ OB-

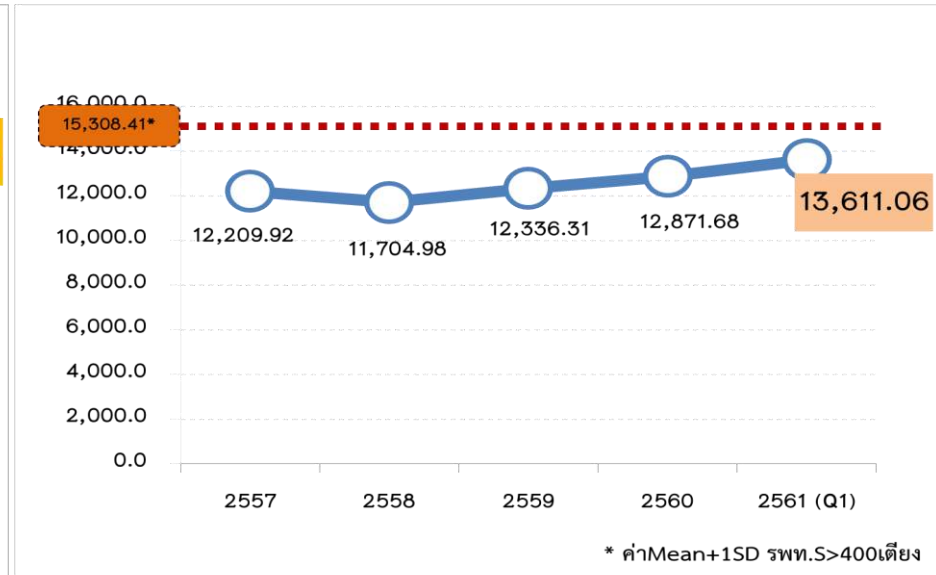
การบริหารจัดการเงิน UC

ต้นทุนต่อหน่วยบริการ

ผู้ป่วยนอก/Visit



ผู้ป่วยใน/Adj Rw



*ค่าMean +1SD รพท.S>400 เที่ยง

SMART FINANCE



1. ลดค่าใช้จ่าย



2. เพิ่มรายได้



3. พัฒนาประสิทธิภาพ
การเงินการคลัง

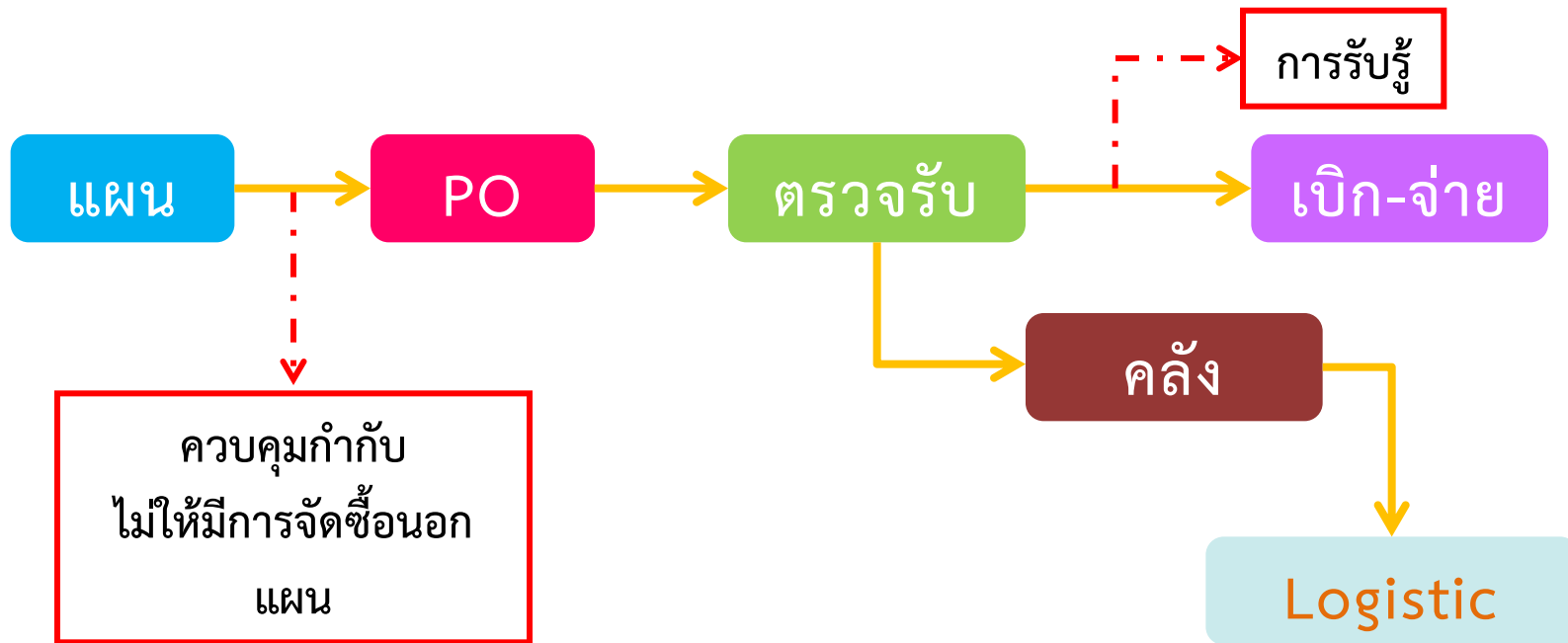
มาตรการลดค่าใช้จ่าย

ควบคุม/กำกับให้
เป็นไปตามแผน

- ❖ ควบคุมกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง
 - ตามระเบียบพัสดุ
 - ไม่ซื้อนอกแผน
- ❖ เน้นการจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/เขต
- ❖ สั่ง/ใช้ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง

รณรงค์ให้ช่วยกันประหยัดพลังงาน ใช้เท่าที่จำเป็น

กระบวนการจัดซื้อ



ลดค่าใช้จ่าย : ค่ายา

RDU



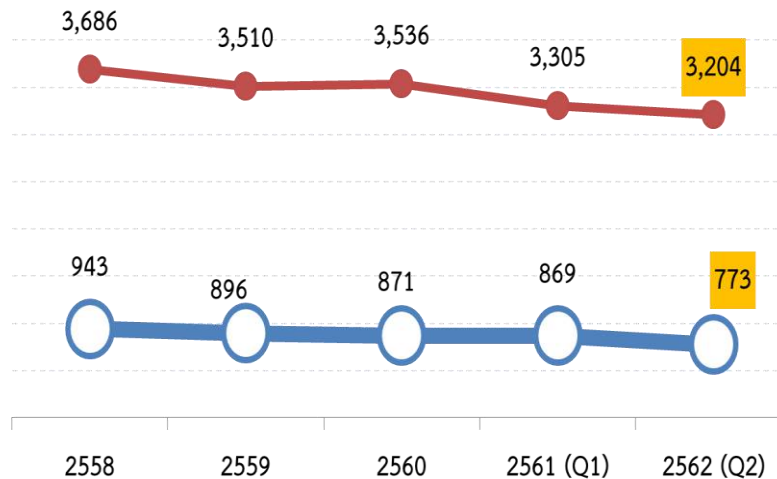
- ให้ความรู้
- จัดระบบบริหารยา

Refill&Reconciliation

- ลดคลังยา

ค่าเฉลี่ยต่อยา / 1 visit

○ ผู้ป่วยนอก ● ผู้ป่วยใน

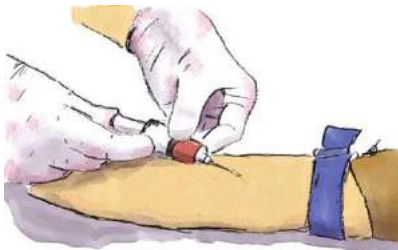


ลดค่าใช้จ่าย : ค่า LAB

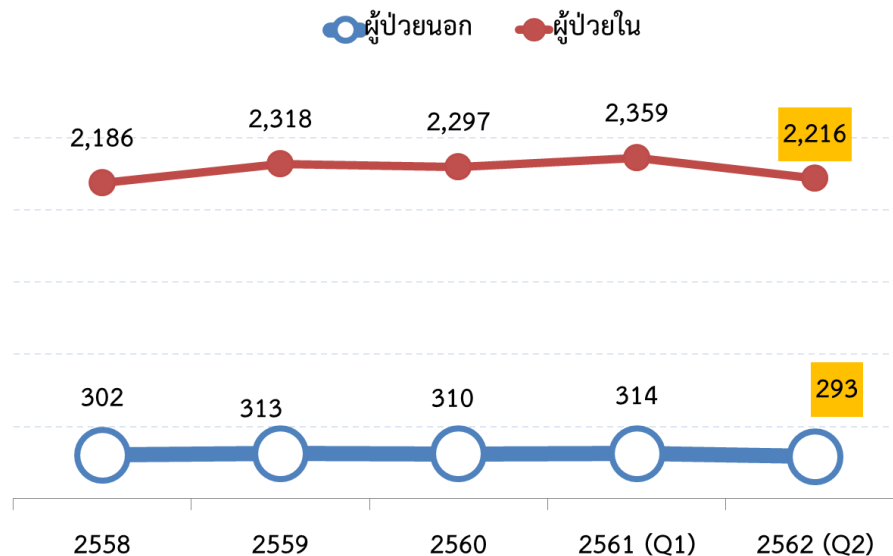
RIU

ลดการส่ง LAB ชำ ได้แก่

- HbA1c
- HIV



ค่าเฉลี่ยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ / 1 visit



ผลงาน UR รายโรค

โรค	DRG	RW	ค่ารักษาพยาบาลต่อราย(บาท) UC (หักค่าห้อง/ค่าอุปกรณ์เทียม)				
			ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 (Q1)	ปี 2561 (Q2)
I21 : Acute myocardial infarction	05530	1.2944	15,814.33	13,091.05	11,946.32	10,818.93	8,093.44
I63 : Cerebral infarction	01550	1.0563	8,989.98	9,808.18	10,063.28	8,068.86	9,437.11
K35 : Acute appendicitis	06320	1.4891	10,797.03	10,276.00	10,800.15	12,028.96	11,774.17
K802 : Calculus of gallbladder without cholecystitis (5123 : Laparoscopic cholecystectomy)	07100	2.2225	14,366.88	13,884.27	14,150.23	15,681.94	15,081.63
M171 : Other primary gonarthrosis (8154 : Total knee replacement)	08030	3.5015	33,343.64	19,092.40	20,447.43	23,273.58	23,763.04
M4806 : Spinal stenosis Lumbar region (0309 : Other exploration and decompression of spinal canal , 8108 : Lumbar and lumbosacral fusion, posterior technique	08050	4.3222	53,054.75	28,676.50	30,017.10	34,211.40	30,290.00
741 : Low cervical cesarean section	14010	1.3210	14,169.86	12,797.86	12,875.44	15,308.06	15,289.38
6849 : Other and unspecified total abdominal hysterectomy	13050	1.9700	21,822.40	18,805.52	19,614.07	23,856.22	23,035.90
D56 : Thallassaemia	16530	0.3621	3,793.17	3,039.89	3,345.69	3,369.51	3,371.09
P59 : Neonatal jaundice from other and unspecified causes	15540	0.2280	2,738.67	2,431.79	2,149.12	2,256.35	2,269.04
H25 : Senile cataract (มีผ่าตัด)	02060	1.3469	13,539.09	11,911.43	11,931.39	14,150.47	14,294.83
J32 : Chronic sinusitis (มีผ่าตัด)	03160	2.0410	24,380.83	20,680.00	23,851.00	17,233.00	24,593.75

มาตรการเพิ่มรายได้

1

ตรวจสอบ
สิทธิการรักษา

2

ตรวจสอบค่ารักษาพยาบาล
ตรวจสอบเวชระเบียน

3

รายรับจากเงินกองทุน

4

การหารายได้เพิ่ม

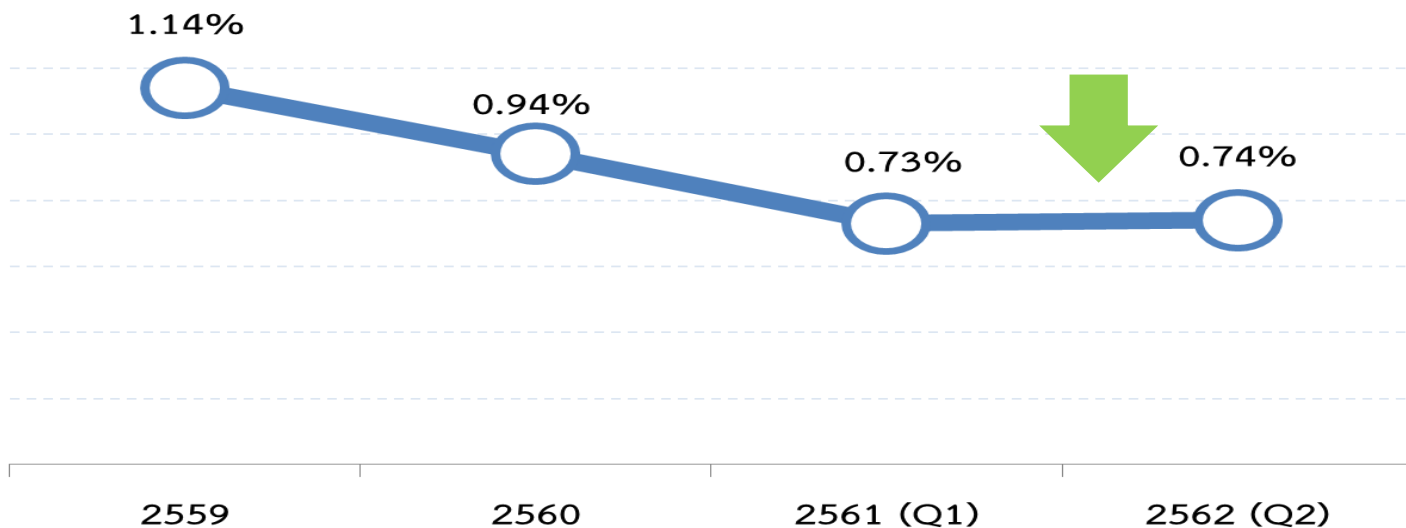
5

กองทุน CR

1

ตรวจสอบสิทธิการรักษา

ร้อยละความผิดพลาดการส่งข้อมูลเรียกเก็บ(ติดC)



2

ตรวจสอบค่ารักษาพยาบาล

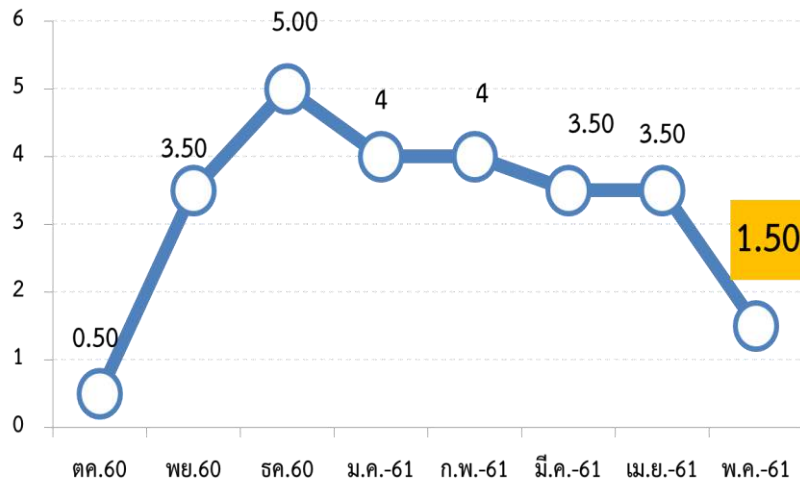
ปีงบประมาณ 2560						ปีงบประมาณ 2561			
ลำดับ	เดือน	จำนวน Chart ผู้ป่วยที่ จำหน่ายทั้งเดือน	พบข้อผิดพลาด	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนเงิน	จำนวน Chart ผู้ป่วยที่ จำหน่ายทั้งเดือน	พบข้อผิดพลาด	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนเงิน
1	ตุลาคม	3,095	712	23.00	507,738	3,073	162	5.27	28,535
2	พฤศจิกายน	3,157	634	20.08	454,076	3,043	142	4.67	19,261
3	ธันวาคม	3,003	623	20.75	322,221	2,954	160	5.42	15,665
4	มกราคม	2,871	457	15.92	195,539	3,204	221	6.90	68,800
5	กุมภาพันธ์	2,657	400	15.05	96,275	2908	223	7.67	58960
6	มีนาคม	2,744	299	9.42	151,697	3,275	239	7.30	49,060
7	เมษายน	2,773	290	10.46	115,702	3,030	198	6.53	46,110
8	พฤษภาคม	3,088	366	11.85	67,199	3,172	196	6.18	29,820
9	มิถุนายน	3,136	289	9.22	86,894				
10	กรกฎาคม	3,044	255	8.38	28,475				
11	สิงหาคม	3,218	248	7.71	27,388				
12	กันยายน	3,156	171	5.42	47,691				
	รวม	36,372	4,744	13.04	2,100,895				

P4P
คุณภาพ

2

ตรวจสอบค่ารักษาพยาบาล

ร้อยละความผิดพลาดการบันทึกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกผิดพลาด



เริ่มดำเนินการ 1 พ.ค.61



พัฒนาระบบการบันทึกค่ารักษาพยาบาล
(Barcode)

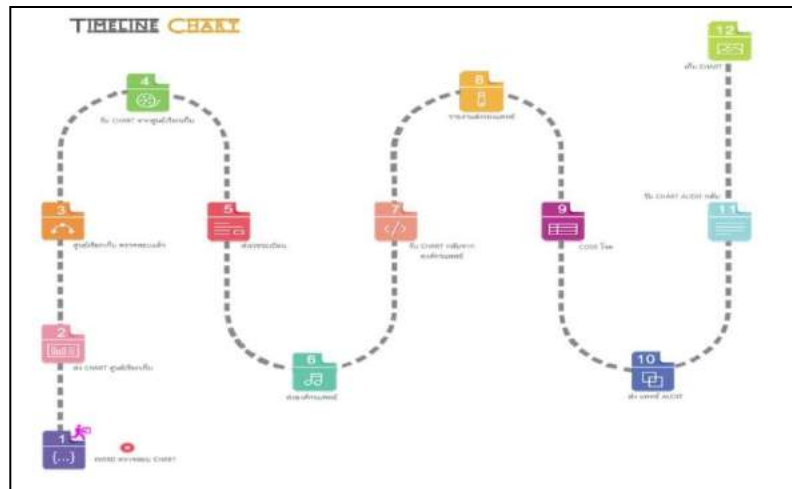
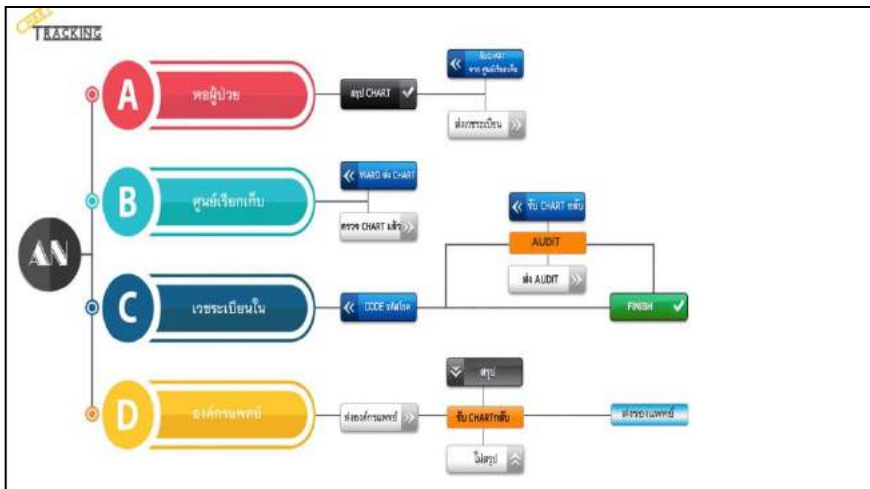
ตัวอย่าง Barcode

1		21101 เสียงสามัญ
	21101 (ชุดเสียงสามัญ)	55010 ค่าบริการผู้ป่วยใน IPD

2

ตรวจสอบเวชระเบียน

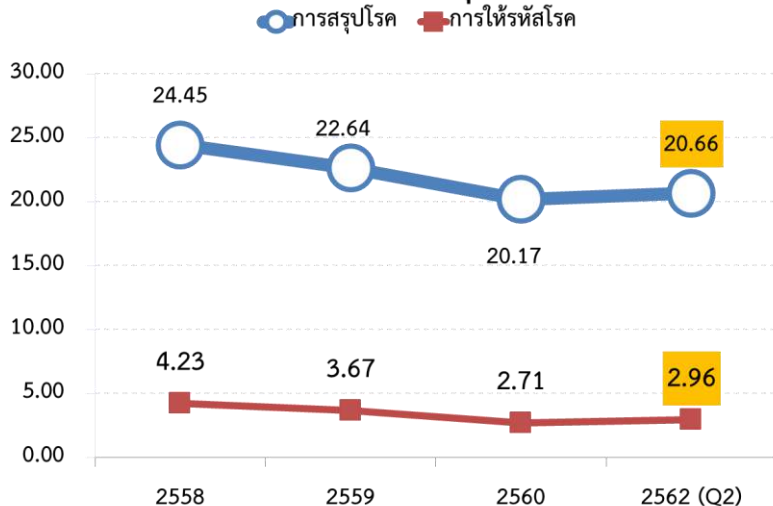
Tracking (Flow เวชระเบียน)



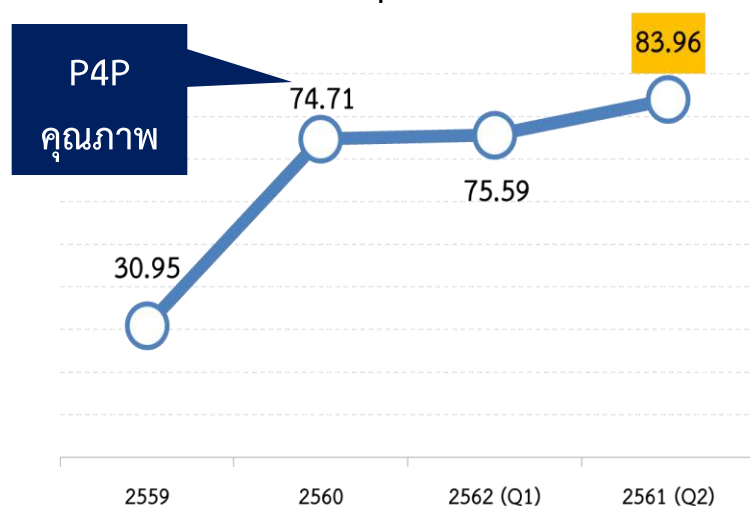
2

ตรวจสอบเวชระเบียน

ร้อยละความผิดพลาดของการสรุปโรคและการให้รหัส



ร้อยละแพทย์สรุปโรคภายใน 5 วัน



3

รายรับจากเงินกองทุน

ปัญหา

ผู้ป่วยสิทธิ UC Step Ladder มีผลกระทบทำให้รายรับ
OP+IP PP ลดลง

แนว
ทางแก้ไข

หารายได้จากกองทุนอื่นๆ นอกเหนือ Basic payment

3

รายรับจากเงินกองทุน

กองทุน	2559	2560	2561(Q2)	ประมาณการ2561
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)	300,092,927.39	298,551,207.48	191,483,687.75	287,225,531.63
ประกันสังคม	30,454,615.80	32,751,683.26	17,909,096.50	34,863,644.75
เบิกได้กรมบัญชีกลาง/กทม.	223,620,712.19	232,466,282.71	147,735,736.22	221,603,604.33
เบิกได้ อปท.	19,530,005.66	21,474,303.22	26,117,060.21	33,458,548.05
เบิกได้รัฐวิสาหกิจ	5,506,115.00	4,437,810.00	2,751,929.00	4,127,893.50
พรบ.	20,570,389.00	20,176,952.00	15,146,443.00	22,719,664.50
รวม	599,774,765.04	609,858,238.67	401,143,952.68	603,998,886.76

4

การหารายได้เพิ่ม

ปัญหา

- เงินที่ได้ตามกองทุนหลักกลดลง

แนวทางแก้ไข

- เพิ่มดำเนินการ พ.ร.บ.
- จ่ายตรงธนาคารออมสิน
- ไตเทียม
- รายรับจากการตรวจสุขภาพ (ตรวจสุขภาพเชิงรุก)
- เงินรับบริจาค
- การชำระเงินสด

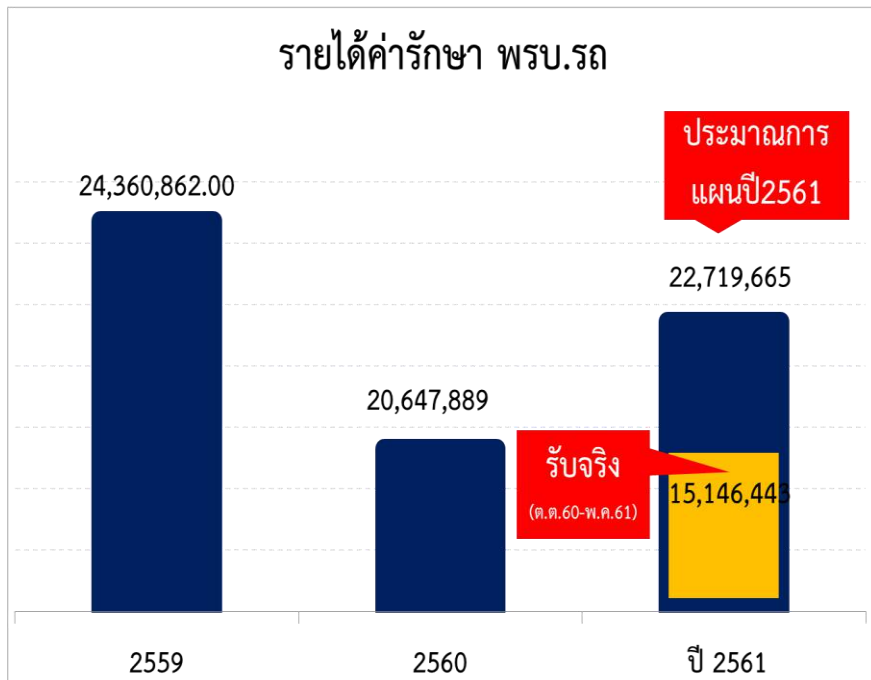
ส่วนที่พัฒนา

- เพิ่มการประกันชีวิต FAX Claim
- เงินรับบริจาค
- ตรวจสุขภาพเชิงรุก
- โปรแกรม Discharge Number

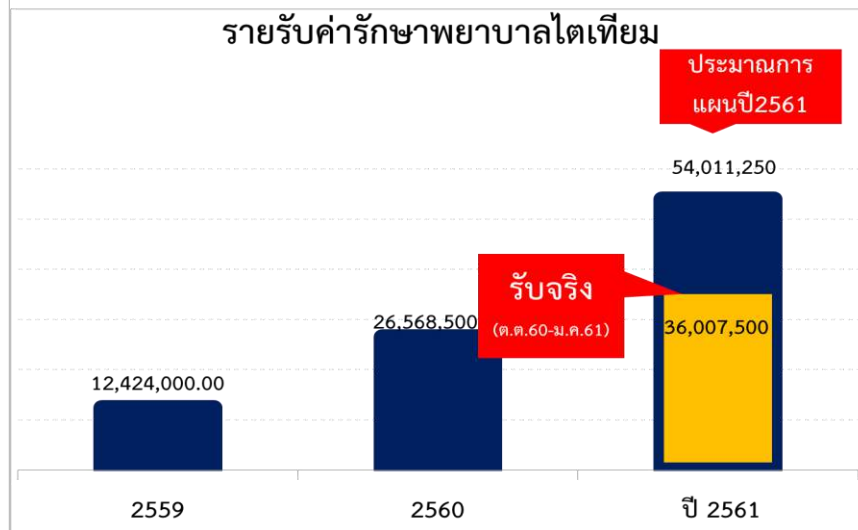
4

การหารายได้เพิ่ม

รายได้ค่ารักษา พรบ.รถ



รายรับค่ารักษาพยาบาลไต่เทียม



เริ่มเปิด พย 58 จำนวน 8 เครื่อง 2 รอบ
 กย 59 เพิ่มเป็น 23 เครื่อง 3 รอบ
 มีย 60 เพิ่มเป็น 25 เครื่อง 3 รอบ
 มีย 61 เพิ่มเป็น 28 เครื่อง 3 รอบ

5

กองทุน CR

ปัญหา

การบันทึกข้อมูลเรียกเก็บ โดยหน่วยงานที่ให้บริการขาดการประสานงานระหว่าง (เชื่อมต่อข้อมูล) หน่วยให้บริการและกลุ่มงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานการเงิน และกลุ่มงานบัญชี ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบข้อมูล

แนว ทางแก้ไข

ประชุมหน่วยงานร่วมกับหน่วย Claim เพื่อวางแผนทางการบันทึกข้อมูล และการตรวจสอบความครบถ้วน โดยใช้ IT ช่วย

5

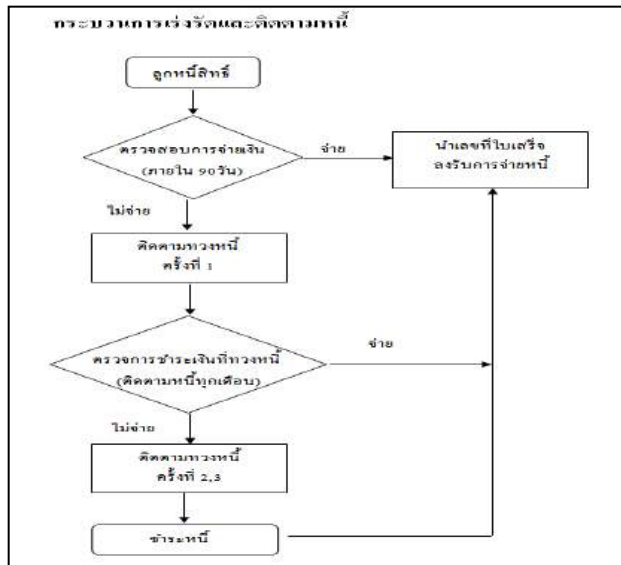
กองทุน CR

ลำดับ	กองทุน	ปีงบ 2559	ปีงบ 2560	ประมาณปีงบ 2561	ปีงบ2561 (รับจริงตค60-พ.ค.61)
1	กองทุน CENTRAL REIMBURSE	52,674,993.38	54,133,101.19	48,672,128.76	32,448,085.84
2	กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	2,431,659.00	1,584,903.00	2,213,550.00	1,475,700.00
3	งบแพทย์แผนไทย	1,087,299.00	1,503,756.67	1,236,634.44	309,158.61
4	กองทุนเอตส์	120,450.00	1,340,369.73	1,363,936.50	909,291.00
5	กองทุนไต้หวันเรื้อรัง	12,293,051.00	16,722,219.00	19,588,050.00	13,058,700.00
6	ค่าบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	3,441,047.00	3,142,000.00	2,951,793.00	2,951,793.00
7	งบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	100,000.00	100,000.00	150,000.00	150,000.00
8	ค่ารักษาพยาบาลผู้ประกันตนที่เป็นคนพิการ สิทธิ ประกันสังคม	0.00	149,507.93	129,552.51	86,368.34
9	ค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มี แพทย์ประจำครอบครัว			140,000.00	140,000.00
	รวม	72,148,499.38	78,675,857.52	76,445,645.21	51,529,096.79



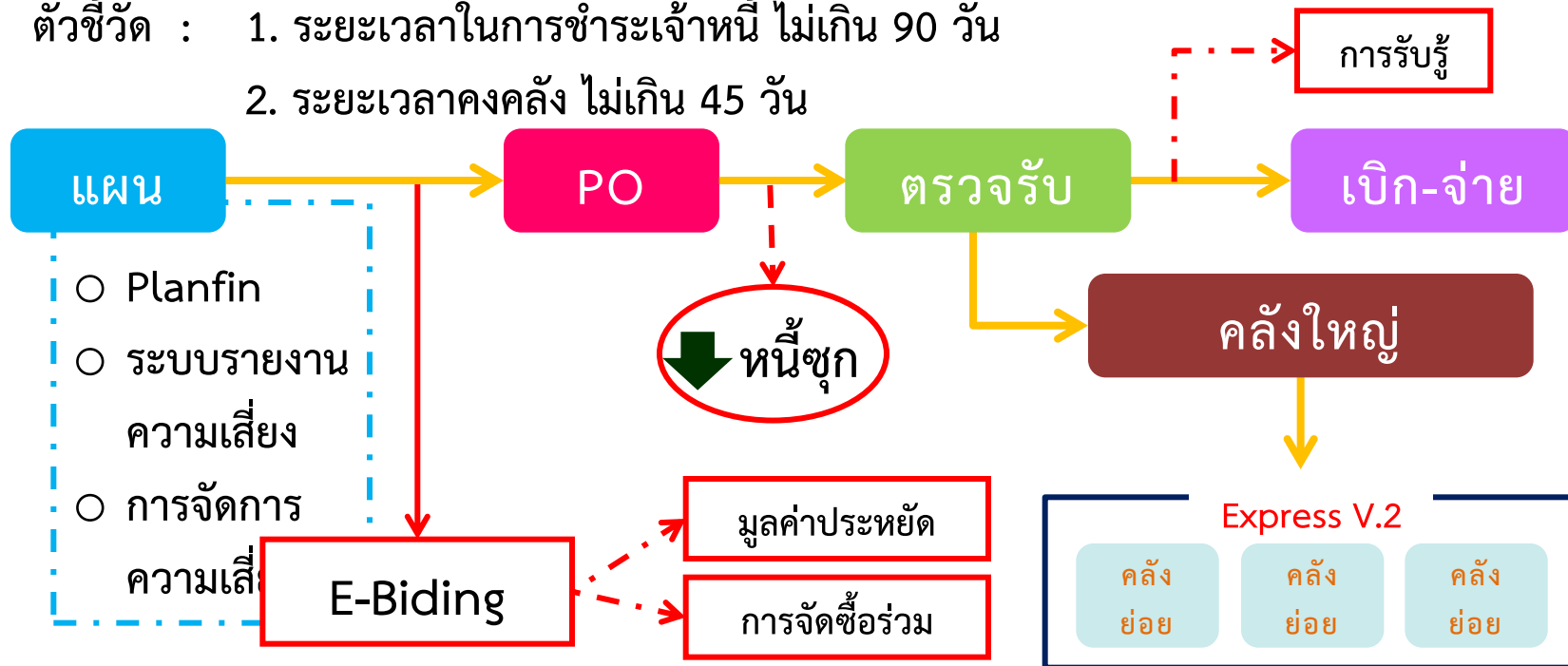
หนังก้าง

ตัวชี้วัด : ระยะเวลาในการเก็บลูกหนี้ ไม่เกิน 90 วัน
พัฒนาการเรียกเก็บลูกหนี้

[illegible][illegible]

พัสดุ : กระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง

- ตัวชี้วัด :
1. ระยะเวลาในการชำระเจ้าหนี้ ไม่เกิน 90 วัน
 2. ระยะเวลาคงคลัง ไม่เกิน 45 วัน



ลดรายจ่าย

ลดจำนวนผู้ป่วย ในโรงพยาบาลแพร่

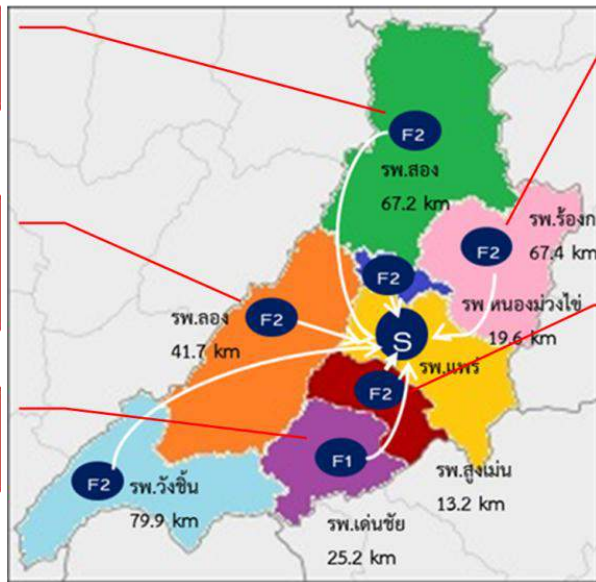
- Refer in
- Refer back
- ODS
- Intermediate care

พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน

- การแพทย์แผนไทย
- Family Medicine

- Trauma
- กายภาพบำบัด (กายอุปกรณ์)

- Trauma
- การแพทย์แผนไทย

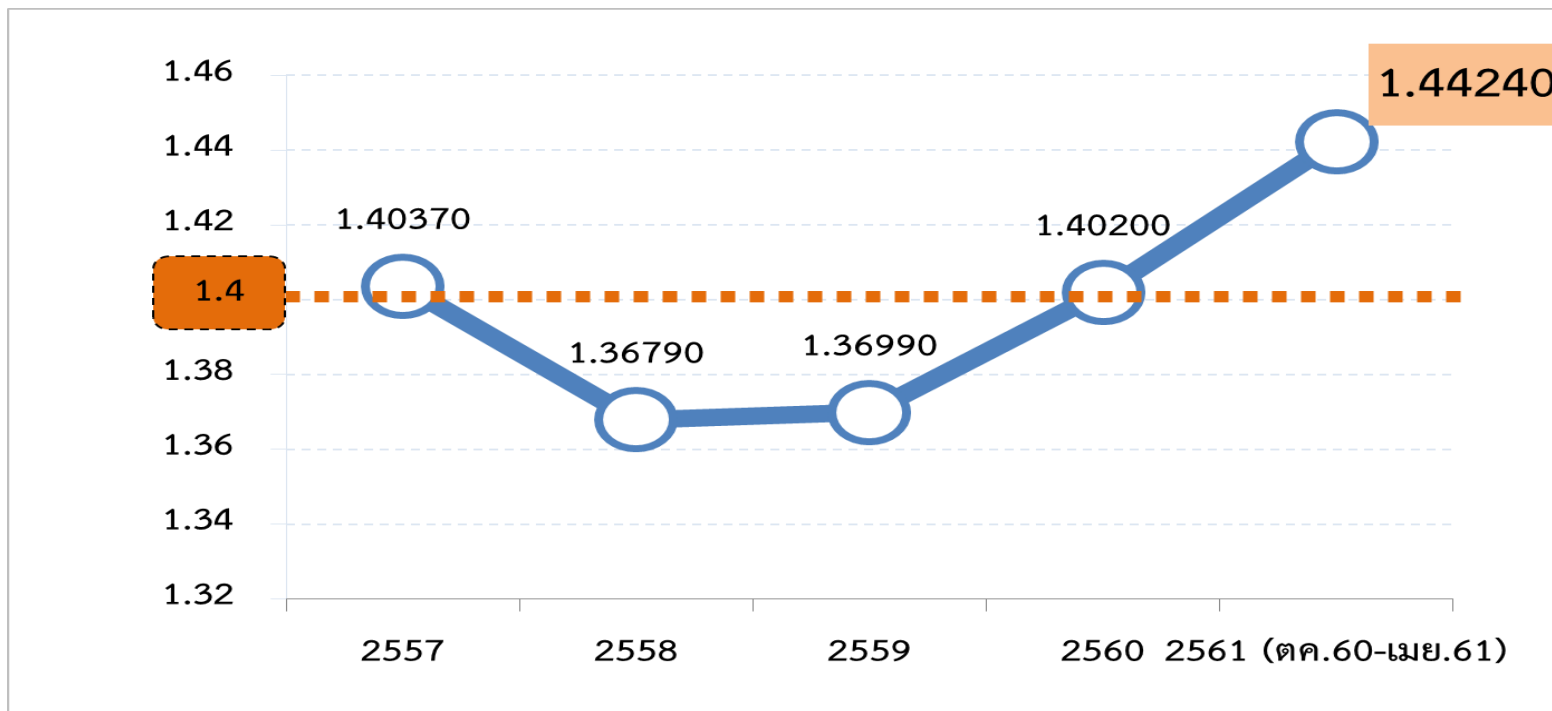


- Trauma
- อายุรกรรม
- CAPD

- อายุรกรรม
- จิตเวช
- NCD (CAPD)
- ออร์โธปิดิกส์
- ปี 2561
ยกระดับเป็น 60
เตียง
- ปี 2565 ขยาย
เป็น 120 เตียง

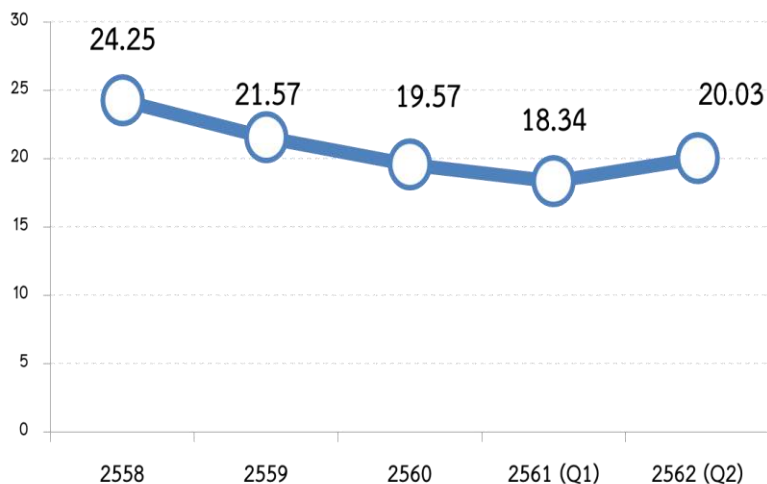
ผลลัพธ์จากการพัฒนา

Case Mix Index

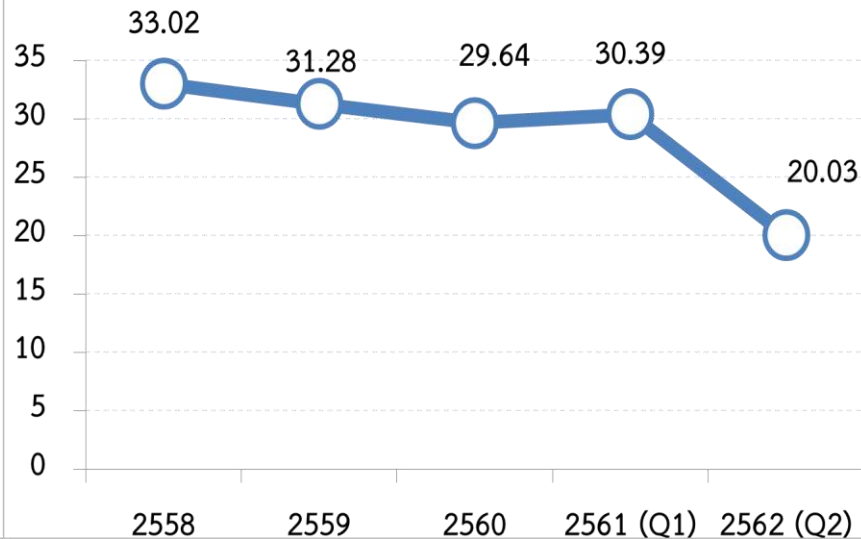


ผลลัพธ์จากการพัฒนา

ร้อยละ Adj RW <0.5 Refer In จาก รพช.



ร้อยละ Adj RW <0.5 รพ.แพร่



Nuno Retro
photography

ขอขอบพระคุณที่มาเยี่ยมเยือน
โรงพยาบาลแพร์