



โรงพยาบาลมหาสารคาม
MAHASARAKHAM HOSPITAL



เอกสารประกอบการบรรยายสรุป โรงพยาบาลมหาสารคาม และเครือข่าย

วันที่ ๓ - ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒

เสนอผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

เขตสุขภาพที่ ๓

ตามแผนการตรวจราชการและนิเทศ

รอบที่ ๒ ประจำปี ๒๕๖๒



คำนำ

โรงพยาบาลมหาสารคามได้กำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมายการพัฒนางาน ให้ความสำคัญสอดคล้องกับสภาพปัญหา และสอดคล้องนโยบายของหน่วยงานระดับเหนือขึ้นไป ซึ่งตัวชี้วัดของสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์ประกอบสำคัญที่โรงพยาบาลมหาสารคามได้นำมาเป็นทิศทางในการพัฒนางาน

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบในการนำเสนอข้อมูลสำหรับคณะผู้ตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายที่ ๗ ตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ วันที่ ๓ – ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ประกอบด้วยข้อมูล ๒ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ ๒ ผลการดำเนินงาน

คณะผู้จัดทำ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับคณะตรวจราชการและนิเทศงาน ในการนำไปประกอบการพิจารณาเพื่อจะได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานของโรงพยาบาลมหาสารคาม นำไปทำการปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

งานยุทธศาสตร์และประเมินผล

กลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป	๑
ประวัติโรงพยาบาลมหาสารคาม	๒
แผนกลยุทธ์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๓
ข้อมูลบุคลากร	๔
ข้อมูลทางการเงิน	๖
ข้อมูลการให้บริการ	๙
ส่วนที่ ๒ ผลการดำเนินงาน	๑๒
คณะ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ	๑๒
๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย	๑๓
๒. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน	๑๙
๓. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	๒๔
๔. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	๒๗
๕. ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และ ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	๓๔
๖. อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	๓๗
๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	๔๕
๘. ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital	๕๑
๙. โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน	๕๖
คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๖๐
๑๐. ร้อยละของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)	๖๑
๑๑. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวเปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	๖๕
๑๒. ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	๖๙
๑๓. อัตราความสำเร็จของการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๗๔
๑๔. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU)	๘๒
๑๕. ร้อยละ ๒๐ ของผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate)	๘๕
๑๖. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๙๒
๑๗. การขอรับบริจาคอวัยวะและดวงตา	๑๐๑
๑๘. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min /๑.๗๓ml๒/yr	๑๐๗
๑๙. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	๑๑๗

	หน้า
๒๐. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	๑๒๐
๒๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๑๒๙
๒๒. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired sepsis<๓๐%	๑๓๔
๒๓. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิน ๒๖/แสนประชากร	๑๔๑
๒๔. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม.	๑๕๒
คณะ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ	๑๖๑
๒๕. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	๑๖๒
๒๖. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข	๑๖๖
๒๗. ร้อยละของ รพ. สังกัด กสธ.มีคุณภาพผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	๑๗๓
๒๘. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๑๗๕
๒๙. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด	๑๗๘
๓๐. เขตสุขภาพดำเนินการ digital transformation อย่างน้อยเขตละ ๑ จังหวัด	๑๘๑
๓๑. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๔	๑๘๖
คณะ ๔ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี	๑๙๓
๓๒. โครงการเมืองสมุนไพร	๑๙๔
๓๓. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี	๒๐๓
๓๔. การส่งเสริมการบริโภคไอโอดีน และให้ความรู้แก่พ่อแม่เด็กในด้านโภชนาการที่เหมาะสม	๒๐๘

ส่วนที่ ๑

๑. ประวัติโรงพยาบาลมหาสารคาม
๒. แผนกลยุทธ์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
๓. ข้อมูลบุคลากร
๔. ข้อมูลทางการเงิน
๕. ข้อมูลการให้บริการ

๑. ประวัติโรงพยาบาลมหาสารคาม

ปี พ.ศ. ๒๔๙๐ โรงพยาบาลมหาสารคามเริ่มการก่อสร้างบนเนื้อที่ ๑๒ ไร่เศษ ตั้งอยู่เลขที่ ๑๖๘ ถนนผดุงวิทย์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยได้รับโอนที่ดินจากสถานีสุศาลา เทศบาลเมืองมหาสารคาม

พ.ศ. ๒๕๓๒ เป็นต้นมาโรงพยาบาลมหาสารคามมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลอีกหลายท่าน ที่ทุ่มเททั้งแรงกายแรงใจเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลขนาด ๕๘๐ เตียง ในเนื้อที่ ๓๔ ไร่เศษ ตั้งอยู่เลขที่ ๑๖๘ ถ. ผดุงวิทย์ ต. ตลาด อ. เมือง จ. มหาสารคาม โทร. ๐๔๓-๗๑๑๐๒๙, ๗๑๑๔๖๓, ๗๔๐๙๙๓-๖ โทรสาร ๐๔๓-๗๑๑๔๓๓ และได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ ๑ ในวันที่ ๑๐ เดือนพฤศจิกายน ๒๕๔๘ ครั้งที่ ๒ ได้รับการรับรองคุณภาพในวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ ถึงวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

รายนามผู้อำนวยการตั้งแต่เริ่มเปิดดำเนินการจนถึงปัจจุบัน

นายแพทย์บรรลุ	ศิริพานิช	พ.ศ. ๒๔๙๔ - ๒๔๙๖
นายแพทย์วุฒิ	โพธิสุนทร	พ.ศ. ๒๔๙๖ - ๒๔๙๘
นายแพทย์วิสิษฐ์	สุวรรณี	พ.ศ. ๒๔๙๘ - ๒๕๐๐
นายแพทย์สุพัฒน์	ตระกูลดิษฐ์	พ.ศ. ๒๕๐๐ - ๒๕๑๘
แพทย์หญิงชูศรี	โพธิสุนทร	พ.ศ. ๒๕๑๘ - ๒๕๓๒
นายแพทย์สมศักดิ์	ธันวาคม	พ.ศ. ๒๕๓๒ - ๒๕๓๖
นายแพทย์มงคล	เชษฐากุล	พ.ศ. ๒๕๓๖ - ๒๕๓๗
นายแพทย์สุวัฒน์	เลิศสุขประเสริฐ	พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๔๒
นายแพทย์ชาย	ธีระสุด	พ.ศ. ๒๕๔๒ - ๒๕๔๕
นายแพทย์วิชิต	ว่องสัณพงษ์	พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๗
นายแพทย์วีระพันธ์	สุพรรณไชยมาตย์	พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๐
แพทย์หญิงเสาวลักษณ์	นาคะพงษ์	พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๒
นายแพทย์สุนทร	ยนต์ตระกูล	พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๘
นายแพทย์วีระศักดิ์	อนุดรอังกูร	พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐
นายแพทย์สุนทร	ยนต์ตระกูล	พ.ศ. ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

๒. แผนกลยุทธ์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

วิสัยทัศน์

“บริการเป็นเลิศ เครือข่ายเข้มแข็ง”

ปรัชญา

“เชี่ยวชาญวิชาการ คุณภาพมาตรฐาน บริการดูญาติมิตร”

ค่านิยม

"M-S-K-H"

M	=	Morality	เชี่ยวชาญ
S	=	Safety Service Systmes	บริการปลอดภัย
K	=	Knowledge	ใฝ่เรียนรู้
H	=	Humanized	ห่วงใยความเป็นมนุษย์

พันธกิจ (Mission)

๑. ให้บริการครบมิติสุขภาพแบบได้มาตรฐานไร้รอยต่อ
๒. จัดระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ
๓. ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์

ประเด็นยุทธศาสตร์

๑. พัฒนาศักยภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่มีสมรรถนะสูง ทำงานแบบภาคีเครือข่าย (Standard & Seamless Service)
๒. เพิ่มศักยภาพระบบบริหารจัดการภายใน (ระบบการเงิน การคลังพัสดุ เทคโนโลยีสารสนเทศ การพัฒนาระบบบุคลากร งานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และการประชาสัมพันธ์องค์กร) ให้มีประสิทธิภาพ (Smart Organization)
๓. พัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีคุณภาพ ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ ให้ได้มาตรฐาน (Learning Organization)

๓. ข้อมูลบุคลากร

ตาราง ๑ อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามบัญชีถ้อยจ่ายเงินเดือน

ระดับปฏิบัติการ – เชี่ยวชาญ (ตามเงินเดือนถ้อยจ่าย จ.๑๘) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ประเภท	ปีงบประมาณ			
	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ข้าราชการ	๗๕๗	๗๕๔	๗๙๑	๗๘๖
ลูกจ้างประจำ	๑๐๙	๑๐๘	๘๗	๘๗
พนักงานกระทรวง สาธารณสุข	๕๓๕	๔๘๓	๕๑๖	๔๘๓
ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)		๙๓	๘๐	๖๖
ลูกจ้างชั่วคราว (รายวัน)	๑๗๒	๑๘๘	๑๘๖	๒๑๔
พนักงานราชการ	๓๘	๔๒	๔๔	๕๒
รวม	๑,๖๑๑	๑,๖๖๘	๑,๗๐๔	๑,๖๘๘

ที่มา: ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ค.ศ. ๒๕๖๒

ตาราง ๒ อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม (ข้าราชการ) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ประเภท	ตามบัญชีถ้อยจ่ายเงินเดือน (จ.๑๘) จำนวน (คน)	ปฏิบัติงานจริง จำนวน (คน)
๑. แพทย์	๑๑๐	๑๐๒
- แพทย์ใช้ทุน แพทย์พี่เลี้ยง	-	๒๑
๒. ทันตแพทย์	๑๒	๑๔
๓. เภสัชกร	๓๗	๓๖
๔. นักเทคนิคการแพทย์	๓๕	๓๕
๕. นักกายภาพบำบัด	๗	๗
๖. นักกิจกรรมบำบัด	๒	๒
๗. นักรังสีการแพทย์	๑๐	๑๐
๘. พยาบาลวิชาชีพ	๔๙๒	๔๘๙
๙. อื่น ๆ	๗๘	๘๑
รวม	๗๘๓	๗๙๗

ที่มา: ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ค.ศ. ๒๕๖๒

ตาราง ๓ จำแนกแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับที่	แพทย์เฉพาะทาง	จำนวน (คน)
๑	อายุรกรรมทั่วไป	๑๐
๒	อายุรกรรมโรคเลือด	๑
๓	อายุรกรรมโรคไต	๑
๔	อายุรกรรมโรคหัวใจ	๑
๕	อายุรกรรมระบบประสาท	๑
๖	อายุรกรรมกระเพาะอาหารและตับ	๑
๗	อายุรกรรมทรวงอก	๑
๘	อายุรกรรมตจวิทยา	๑
๙	กุมารเวชกรรม	๕+(ผอ.รพ.๑+ครองแพทย์) = ๗
๑๐	รังสีแพทย์	๖
๑๑	เวชกรรมฟื้นฟู	๒
๑๒	ศัลยกรรมทั่วไป	๑๐+(ครองแพทย์ ๑) = ๑๑
๑๓	ศัลยกรรมระบบประสาท	๒
๑๔	ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	๒
๑๕	ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	๗
๑๖	สูติ-นรีเวชกรรม	๑๑
๑๗	จักษุแพทย์	๓
๑๘	จักษุแพทย์ (จอประสาทตา)	๒
๑๙	หู คอ จมูก	๔
๒๐	วิสัญญีแพทย์	๕
๒๑	จิตเวช	๒
๒๒	พยาธิวิทยากายวิภาค	๑
๒๓	เวชศาสตร์ครอบครัว	๖
๒๔	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๓
รวม		๙๑
๑	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP)	๑๑
๒	แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	๒๑
รวม		๓๒
รวมทั้งหมด		๑๒๓

ที่มา: ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

๔. ข้อมูลทางการเงิน

ตาราง ๔ ประมาณการรายรับและรับจริง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับที่	รายการ	ประมาณการ (บาท)	รับจริง (บาท)	ร้อยละ
๑	เงินงบประมาณ	๓๗๔,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๒๕๗,๖๖๒,๓๕๓.๖๗	๖๘.๘๙
๒	เงิน UC	๔๔๒,๗๐๐,๐๐๐.๐๐	๒๖๖,๓๒๐,๖๗๘.๕๗	๖๐.๑๖
๓	เงินอื่นๆ	๗๓๙,๓๑๖,๒๕๒.๑๔	๕๒๑,๒๑๖,๙๗๗.๖๙	๗๐.๕๐
รวม		๑,๕๕๖,๐๑๖,๒๕๒.๑๔	๑,๐๔๕,๒๐๐,๐๐๙.๙๓	๖๗.๑๗

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ตาราง ๕ รายละเอียดงบประมาณรายรับ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	รายการ	ประมาณการ (บาท)	รับจริง	
			(บาท)	ร้อยละ
๑	รายได้ UC	๔๔๒,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๒๖๕,๓๙๑,๒๗๘.๕๗	๖๐.๐๔
๒	รายได้ EMS	๗๐๐,๐๐๐.๐๐	๙๒๙,๔๐๐.๐๐	๑๓๒.๗๗
๓	ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	๑๒,๕๐๐,๐๐๐.๐๐	๓,๒๙๒,๒๖๘.๕๒	๒๖.๓๔
๔	รายได้ค่ารักษา อปท.	๓๖,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๒๔,๒๑๖,๘๑๙.๗๘	๖๗.๒๗
๕	รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	๒๒๐,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๑๔๔,๕๐๕,๗๕๕.๐๓	๖๕.๖๘
๖	รายได้ประกันสังคม	๘๙,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๖๖,๙๒๐,๑๑๗.๘๔	๗๕.๑๙
๗	รายได้แรงงานต่างด้าว	๒๐๐,๐๐๐.๐๐	๑๒๑,๙๔๘.๕๒	๖๐.๙๗
๘	รายได้ค่ารักษาและบริการอื่นๆ	๑๒๙,๕๐๐,๐๐๐.๐๐	๗๙,๗๒๐,๓๕๑.๒๓	๖๑.๕๖
๙	รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร	๓๗๔,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๒๕๗,๖๖๒,๓๕๓.๖๗	๖๘.๘๙
๑๐	รายได้อื่น	๑๔๒,๗๕๓,๖๖๙.๐๐	๘๗,๗๒๕,๗๕๐.๖๓	๖๑.๕๕
๑๑	รายได้งบลงทุน	๑๐๙,๓๖๒,๕๘๓.๑๔	๑๑๔,๗๑๓,๙๖๖.๑๔	๑๐๔.๘๙
รวม		๑,๕๕๖,๐๑๖,๒๕๒.๑๔	๑,๐๔๕,๒๐๐,๐๐๙.๙๓	๖๗.๑๗

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ตาราง ๖ สรุปรายจ่าย จำแนกรายหมวด ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับที่	รายการ	ประมาณการ (บาท)	จ่ายจริง (บาท)	ร้อยละ
๑	งบบุคลากร	๖๗๕,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๔๘๑,๗๗๗,๔๓๐.๐๙	๗๑.๓๗
๒	งบดำเนินการ (รวมรายจ่ายอื่น)	๕๖๔,๕๒๕,๕๘๐.๒๖	๔๒๙,๘๖๙,๑๔๘.๖๑	๕๘.๖๔
๓	งบลงทุน	๑๐๙,๓๖๒,๕๘๓.๑๔	๑๕,๘๘๓,๑๑๕.๐๐	๑๐.๘๙
๔	งบกลาง	๒,๑๕๖,๗๕๕.๖๐	๒,๑๕๖,๗๕๕.๖๐	๑๐๐
รวม		๑,๓๕๑,๐๔๔,๙๑๙.๐๐	๙๒๙,๖๘๖,๔๔๙.๓๐	๖๘.๘๑

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ตาราง ๗ แผนประมาณการรายจ่ายและรายจ่ายจริง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ หมวดงบบุคลากร

ลำดับที่	รายการ	ประมาณการ (บาท)	จ่ายจริง (บาท)	ร้อยละ
๑	เงินเดือนข้าราชการ	๓๐๒,๗๑๒,๐๐๐.๐๐	๒๐๖,๐๑๙,๘๓๘.๔๒	๖๘.๐๖
๒	ค่าจ้างลูกจ้างประจำ	๒๕,๐๗๐,๐๐๐.๐๐	๑๓,๓๕๘,๕๙๐.๐๐	๕๓.๒๙
๓	พนักงานราชการ	๑๖,๐๙๕,๐๐๐.๐๐	๗,๕๘๑,๘๔๙.๐๓	๔๗.๑๑
๔	เงินประจำตำแหน่ง	๓๐,๐๘๕,๐๐๐.๐๐	๑๗,๖๙๕,๓๕๒.๑๖	๕๘.๘๒
๕	ค่าจ้างพนักงานกระทรวง สาธารณสุข	๖๖,๕๐๐,๐๐๐.๐๐	๔๔,๑๒๔,๘๒๖.๐๐	๖๖.๓๕
๖	ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว	๑๑,๕๐๐,๐๐๐.๐๐	๘,๒๐๙,๐๖๘.๐๐	๗๑.๓๘
๗	ค่าจ้างชั่วคราวรายวัน	๒๐,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๑๗,๔๗๘,๐๒๘.๓๔	๘๗.๓๙
๘	ค่าตอบแทน พตส.	๒๙,๗๘๓,๓๐๐.๐๐	๑๗,๕๘๑,๐๐๕.๐๐	๕๙.๐๓
๙	ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอก เวลา (OT)	๑๒๘,๕๙๕,๐๐๐.๐๐	๙๓,๘๒๑,๓๗๑.๔๐	๗๒.๙๖
๑๐	ค่าตอบแทนอื่นๆ ทั้งหมด	๔๒,๖๒๒,๐๐๐.๐๐	๕๕,๙๒๗,๕๐๑.๗๔	๑๒๕.๒๓
รวม		๖๗๕,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๔๘๑,๗๗๗,๔๓๐.๐๙	๗๑.๓๗

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ตาราง ๘ แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ หมวดงบดำเนินการ

ลำดับที่	รายการ	ประมาณการ (บาท)	จ่ายจริง(บาท)	ร้อยละ
๑	ค่าใช้สอย (M๑) (รวมโครงการ)	๘๐,๐๕๖,๒๕๐.๐๐	๔๑,๒๒๑,๓๓๔.๔๒	๕๑.๔๙
๒	ค่าสาธารณูปโภค (M๒)	๓๑,๕๐๐,๐๐๐.๐๐	๒๒,๗๖๐,๔๒๘.๘๔	๗๒.๒๖
๓	ค่าวัสดุ (M๓)	๑๘๖,๓๐๐,๐๐๐.๐๐	๑๔๒,๔๖๗,๑๓๑.๒๒	๗๖.๔๗
๔	ค่าวัสดุยา (M๔)	๒๐๐,๐๐๐.๐๐๐.๐๐	๑๕๑,๙๑๕,๙๒๕.๑๔	๗๕.๙๖
รวมงบดำเนินการ		๔๙๗,๘๕๖,๒๕๐.๐๐	๓๕๘,๓๖๔,๘๘๙.๖๒	๗๑.๙๘
๕	การสนับสนุนเครือข่าย	๑๐,๕๐๐,๐๐๐.๐๐	๔,๗๘๗,๙๖๕.๘๑	๔๕.๖๐
รวมงบดำเนินการและสนับสนุนเครือข่าย		๕๐๘,๓๕๖,๒๕๐.๐๐	๓๖๓,๑๕๒,๘๕๕.๔๓	๗๑.๔๔
๖	งบสำรองฉุกเฉิน			
	งบกลาง	๕,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๐	๐
รวมงบกลาง งบดำเนินการและสนับสนุนเครือข่าย		๕๑๓,๓๕๖,๒๕๐.๐๐	๓๖๓,๑๕๒,๘๕๕.๔๓	๗๐.๗๔

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ตาราง ๙ แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ หมวดงบลงทุน

ลำดับที่	รายการ	ประมาณการ (บาท)	จ่ายจริง(บาท)	ร้อยละ
๑	ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	๘๗,๗๘๘,๒๐๐.๐๐	๙๘๕,๐๐๐.๐๐	๑.๑๒
๒	ครุภัณฑ์การแพทย์	๓๓,๔๒๙,๘๕๐.๐๐	๒๔,๑๒๔,๕๕๓.๕๐	๗๒.๑๖
๓	ครุภัณฑ์ไม่ใช้การแพทย์	๘๑,๘๐๗,๒๐๙.๐๐	๒,๑๗๕,๗๒๐.๐๐	๒.๖๖
๔	ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	๓,๖๓๒,๘๐๐.๐๐	๒,๐๓๐,๒๐๐.๐๐	๕๕.๘๙
รวมครุภัณฑ์		๑๑๘,๘๖๗,๘๕๙.๐๐	๒๘,๓๓๐,๔๗๓.๕๐	๒๓.๘๓
รวม		๒๐๖,๖๖๘,๐๕๙.๐๐	๒๙,๓๑๕,๔๗๓.๕๐	๑๔.๑๘

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

๕. ข้อมูลการให้บริการ

ตาราง ๑๐ การให้บริการของโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ – ๒๕๖๒

การให้บริการ		ปีงบประมาณ			
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (ตุลา ๖๑-พค ๖๒)
๑	จำนวนเตียง (เตียง)	๕๘๐	๕๘๐	๕๘๐	๕๘๐
๒	จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง)	๖๐๐,๘๐๖	๕๗๐,๗๕๕	๕๘๗,๖๕๕	๓๙๑,๖๗๖
๓	จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง/วัน)*	๑,๖๔๖	๑,๕๖๔	๑,๖๑๐	๑๖๑๒
๔	จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (ครั้ง)	๕๐,๐๑๖	๔๙,๕๘๕	๕๐,๓๑๘	๓๓,๗๗๔
๕	จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง/วัน)**	๕๔๗	๕๔๙	๕๔๐	๕๘๔
๖	จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน (วัน)	๑๙๙,๗๖๑	๒๐๐,๕๑๙	๑๙๖,๙๗๑	๑๔๑,๘๙๖
๗	อัตราครองเตียง (ร้อยละ)***	๙๔.๓๖	๙๔.๗๒	๙๓.๐๔	๘๘.๑๗
๘	จำนวนการผ่าตัดใหญ่ทั้งหมด (ครั้ง)	๓๑,๔๐๙	๒๖,๗๗๙	๓๑,๙๒๘	๒๒,๔๔๕
๙	อัตราการผ่าตัดใหญ่ต่อผู้ป่วยใน (ร้อยละ)	๖๒.๘๐	๕๔.๐๐	๖๓.๔๕	๖๖.๔๖
๑๐	จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (วัน/คน)	๓.๙๙	๔.๐๔	๓.๙๑	๓.๙๐
๑๑	จำนวนผู้ป่วยในเสียชีวิต	๙๘๓	๙๙๙	๑,๐๕๓	๗๑๒
๑๒	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน โรงพยาบาล (ร้อยละ)	๑.๙๗	๒.๐๑	๒.๐๙	๒.๑๑
๑๓	จำนวนผู้ป่วยนอกเสียชีวิต (คน)	๑๕๓	๑๕๗	๑๔๐	๑๑๓
๑๔	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล (ร้อยละ)	๐.๐๓	๐.๐๓	๐.๐๒	๐.๐๓
๑๕	จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาต่อ (ครั้ง)	๘๒,๒๑๓	๙๑,๖๔๔	๙๙,๔๙๙	๖๖,๑๖๘
๑๖	จำนวนผู้ป่วยที่ส่งไปรักษาต่อ (ครั้ง)	๗,๕๖๘	๑๑,๕๗๗	๑๒,๗๐๑	๗,๒๒๐
๑๗	สัดส่วนการรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ/การส่ง ผู้ป่วยไปรักษาต่อ	๑๐.๘๖	๗.๙๙	๗.๘๓	๙.๑๖

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

หมายเหตุ: ๑. จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง/วัน)* ปี ๒๕๖๒ = จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง) / จำนวนวัน
 ๒. จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง/วัน)** = จำนวนวันนอน / จำนวนวัน
 ๓. อัตราครองเตียง (ร้อยละ)*** = (จำนวนวันนอน x ๑๐๐) / (จำนวนเตียง x จำนวนวัน)

ตาราง ๑๑ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม ๕ อันดับแรก

ปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๒

ลำดับ ที่	โรค	ปีงบประมาณ							
		๒๕๕๙		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒	
		จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
๑	โรคความดันโลหิตสูง	๔๒,๖๕๐	๗.๑๐	๓๘,๖๖๖	๖.๗๗	๔๐,๑๑๓	๖.๘๓	๒๖,๖๑๐	๖.๗๙
๒	เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่ง อินซูลิน	๔๒,๑๕๔	๗.๐๒	๓๗,๕๑๑	๖.๕๗	๓๘,๒๘๓	๖.๕๑	๒๕,๐๕๑	๖.๔๐
๓	ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ของ ไลโปโปรตีนและไลปิดดี เมียอื่นๆ	๓๗,๒๗๔	๖.๒๐	๓๓,๒๗๓	๕.๘๓	๓๒,๘๘๑	๕.๖๐	๒๑,๘๒๕	๕.๕๗
๔	โรคที่เกี่ยวข้องกับลม	๑๔,๒๗๘	๒.๓๘	๑๙,๒๒๖	๓.๓๗	๒๓,๘๙๓	๔.๐๗	๑๗,๑๘๑	๔.๓๙
๕	โรคไตวาย	๒๐,๖๕๕	๓.๔๔	๒๑,๓๒๑	๓.๗๔	๑๙,๘๑๘	๓.๓๗	๑๓,๐๖๘	๓.๓๔

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

หมายเหตุ: จัดเป็นกลุ่มโรค ๓ หลัก ร้อยละ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด

ตาราง ๑๒ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม ๗ อันดับแรก

ปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๒ (เรียงลำดับตามร้อยละการเกิดโรค ปี ๒๕๖๒)

ลำดับ ที่	โรค	ปีงบประมาณ							
		๒๕๕๙		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒	
		จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
๑	การบาดเจ็บต่อสมอง	๑,๓๒๔	๒.๖๕	๑,๒๕๔	๒.๕๓	๑,๖๐๓	๓.๑๙	๑,๐๒๙	๓.๐๕
๒	ไตวาย	๑,๑๔๔	๒.๒๙	๑,๓๖๕	๒.๗๕	๑,๒๙๐	๒.๕๖	๘๒๖	๒.๔๕
๓	หลอดเลือดสมองอุดตัน	๘๑๖	๑.๖๓	๙๗๘	๑.๙๗	๑,๓๔๓	๒.๖๗	๘๐๒	๒.๓๗
๔	ไส้ติ่งอักเสบ	๑,๔๔๘	๒.๙๐	๑,๔๐๕	๒.๘๓	๑,๒๕๙	๒.๕๐	๗๗๙	๒.๓๑
๕	นิ่วในทางเดินปัสสาวะ	๑,๑๔๔	๒.๒๙	๑,๑๑๗	๒.๒๕	๑,๑๐๓	๒.๑๙	๗๑๕	๒.๑๒
๖	ต่อกระจากที่เกิดในผู้สูงอายุ	๑,๕๙๗	๓.๑๙	๑,๔๒๓	๒.๘๗	๑,๒๓๐	๒.๔๔	๗๐๐	๒.๐๗
๗	ปอดอักเสบ	๙๘๘	๑.๙๘	๑,๑๕๐	๒.๓๒	๑,๑๙๘	๒.๓๘	๕๙๙	๑.๗๗

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

หมายเหตุ: จัดเป็นกลุ่มโรค ๓ หลัก ร้อยละ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด

ตาราง ๑๓ ผู้ป่วยในจำหน่ายต่อวัน โรงพยาบาลมหาสารคาม

รายการ		ปี ๒๕๕๙		ปี ๒๕๖๐		ปี ๒๕๖๑		๒๕๖๒	
		จำนวน (ครั้ง)	เฉลี่ย / วัน	จำนวน (ครั้ง)	เฉลี่ย / วัน	จำนวน (ครั้ง)	เฉลี่ย /วัน	จำนวน (ครั้ง)	เฉลี่ย /วัน
ผู้ป่วยใน โรงพยาบาล มหาสารคาม	ในเขต อ.เมือง	๑๔,๕๙๒	๔๐	๑๔,๔๗๗	๔๐	๑๔,๗๒๐	๔๐	๙,๐๖๕	๓๗
	นอกเขต อ. เมือง	๓๕,๔๒๕	๙๗	๓๕,๑๐๘	๙๖	๓๕,๕๙๙	๙๗	๒๒,๖๘๗	๙๓
รวม		๕๐,๐๑๗	๑๓๗	๔๙,๕๘๕	๑๓๖	๕๐,๓๑๙	๑๓๘	๓๑,๗๕๒	๑๓๑

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคามเฉลี่ยต่อวัน = จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง) / จำนวนวัน

จำนวนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคามจำหน่ายเฉลี่ยต่อวัน ปี ๒๕๖๒ = จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง) /
จำนวนวัน

ส่วนที่ ๒
ผลการดำเนินงาน
คณะ ๑
การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
และการจัดการสุขภาพ

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับตรวจราชการรอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

ประเด็นการตรวจราชการ อัตราส่วนการตายมารดาไทย (เป้าหมาย < ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต)

- ๑) มีระบบบริหารจัดการ MCH Board คุณภาพ และขับเคลื่อนการดำเนินงาน
- ๒) มีการจัดการการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และลดปัจจัยเสี่ยงอย่างมีคุณภาพ
- ๓) มีการสร้างภาคีเครือข่าย (Zoning)
- ๔) มีระบบบริการที่มีคุณภาพ (ANC, LR, PP)
- 5) มารดาตายจากการป้องกันได้ ลดลง (PPH, PIH)

ผู้รับผิดชอบ

นางรำไพ เกตุจิระโชติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๘๙๒๗๔๐๑๑๙

๑.การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

ปัญหาการตายของมารดาในจังหวัดมหาสารคาม ข้อมูลปี ๒๕๕๗-๒๕๖๒ มารดาตาย ๐-๓ รายต่อปี สาเหตุการตายคือภาวะน้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือดปอด (Amniotic fluid embolism; AFE) ระยะก่อนคลอด ๑ราย ขณะผ่าตัดคลอด ๑ ราย เลือดคั่งในสมอง(Intracranial hemorrhage)จากภาวะพิษแห่งครรภ์ (Pre-eclampsia with severe feature) ๑ ราย ภาวะพิษแห่งครรภ์ส่งผลให้เกิดน้ำท่วมปอด ๑ราย หลังผ่าตัดไส้ติ่งมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ๑ ราย และ วัณโรคปอดติดเชื้อ ๑ ราย

ไม่มีมารดาตายจากสาเหตุตกเลือดหลังคลอด(Postpartum hemorrhage; PPH) ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ เป็นต้นมา

ปี ๒๕๕๙ กรรมการ MCH Board จังหวัดมหาสารคามได้ประกาศนโยบายให้ใช้ถุงตวงเลือด (Safety Bag) ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อเป็น Warning signs ในการเฝ้าระวังปริมาณการสูญเสียเลือดขณะคลอด เป็นเครื่องมือช่วยให้บุคลากรสามารถประเมินปริมาณเลือดได้ใกล้เคียงความเป็นจริง สามารถวางแผนช่วยเหลือผู้คลอดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความมั่นใจในการตัดสินใจมากขึ้น ปี ๒๕๖๐ จังหวัดมหาสารคามได้ใช้มาตรการการป้องกันและแก้ไขมารดาตาย ของเขตสุขภาพที่ ๗ ร่วมกับการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทั้งจังหวัดอย่างต่อเนื่อง เช่นการจัด Zoning เพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอดได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ จัดให้โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงทำหน้าที่เป็น Node แม่ข่ายในพื้นที่ คือโรงพยาบาลระดับ M๒ ๒ แห่งคือ รพ.พยัคฆภูมิพิสัยและ รพ.บรบือ โรงพยาบาลระดับ F๑ ที่มีสูติแพทย์ ๑ แห่ง คือ รพ.โกสุมพิสัย มีศักยภาพในการดูแล High risk ได้ดีเช่นเดียวกัน ส่วนโรงพยาบาล F๑ ที่ไม่มีสูติแพทย์คือ รพ.วาปีปทุม จัดให้สูติแพทย์จากรพ.มหาสารคามออกช่วยตรวจ/ผ่าตัดคลอดในราย Elective ๑ วันต่อสัปดาห์ นอกจากนั้นที่มสูติแพทย์และพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลมหาสารคามได้ออกเยี่ยมเสริมพลังและสร้างความเข้มแข็งในการจัดระบบบริการด้านแม่และเด็ก มีการประเมินมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ ฝากครรภ์คุณภาพ การจัดบริการคลอดมาตรฐาน พัฒนาความรู้บุคลากร ออกชี้แจงทำความเข้าใจการใช้ CPG update มีการสมมุติสถานการณ์ฉุกเฉินและแก้ปัญหา เป็นต้น นอกจากนั้นยังส่งทีมตัวแทนจากโรงพยาบาลระดับ F๑ และ F๒ เข้าร่วมฝึกประสบการณ์การช่วยเหลือ High risk pregnancy ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน (Obstetrics crisis rally) เขตสุขภาพที่ ๗ ด้านการบริหารจัดการ มีจัดระบบการให้คำปรึกษาที่โดดเด่นคือมีสูติแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม คอยรับและให้การปรึกษาตลอด ๒๔ ชั่วโมงแบบพี่ดูแลน้องและเป็นห้องคลอดเดียวกัน (One Labor Room One Province) ซึ่งผู้คลอดที่รับไว้

ดูแลในห้องคลอดทุกโรงพยาบาล เสมือนได้รับการร่วมวางแผนดูแลโดยทีมผู้เชี่ยวชาญของจังหวัด ทำให้โรงพยาบาลชุมชนมีความเชื่อมั่นและดูแลผู้คลอดได้เต็มศักยภาพ กรณีฉุกเฉินมีระบบส่งต่อแบบ Fast track ที่มีประสิทธิภาพ ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์และยาจำเป็น จัดหาให้มีครบทุกโรงพยาบาล เช่น Electronic fetal monitoring, Newborn resuscitator, Ultrasound, Infusion pump และอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพมารดา-ทารก มีระบบสำรองยาจำเป็นในกรณีตกเลือดหลังคลอดคือ Nalador, Cytotec โดยเภสัชกรประจำโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบจัดหาให้มีพร้อมใช้ ด้านระบบสำรองเลือด ในโรงพยาบาลระดับ F ไม่มีการสำรองเลือด แต่มีระบบบริหารจัดการที่ชัดเจน เช่นรับจาก Node แม่ข่าย หรือส่งต่อผู้คลอดไปรับเลือด รับประกันเวลาภายใน ๓๐ นาที

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑. ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่องอัตราส่วนมารดาตาย ภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒

เรื่อง/ตัวชี้วัด/ กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๑ ต.ค.๖๑-๓๑พ.ค.๖๒)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อัตราส่วนมารดาตาย	ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	๐	๐	๓	๘๖.๕๖	๑	๕๙.๗

กรณีมารดาตาย ปี ๒๕๖๑ มารดาตาย ๓ ราย รายที่ ๑ สาเหตุจากภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด ปอด ระหว่างผ่าตัดคลอด(หลังทารกคลอดแล้ว) เกิดที่ห้องผ่าตัด รายที่ ๒ สาเหตุจากภาวะน้ำท่วมปอดหลังผ่าตัดคลอด ๑ วัน อาการทรุดลงที่ตึกสูติกรรมหลังคลอด รายที่ ๓ เป็น In directed cause ในผู้ป่วยตั้งครรภ์ ๑๔ สัปดาห์ หลังผ่าตัดไส้ติ่ง สาเหตุการตายเกิดจาก severe abdominal Infection with septic shock with multiple organ failure ผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้เข้ารับการดูแลในสาขาสูติกรรมแต่มารับบริการที่ศัลยกรรมและอายุรกรรม ปี ๒๕๖๒ มารดาตาย ๑ ราย จากสาเหตุ Pulmonary TB with Sepsis ฝากครรภ์ที่ รพ.โกสุมพิสัย ส่งต่อมาคลอดที่ รพ.มหาสารคาม หลังคลอดจำหน่ายกลับบ้าน เสียชีวิตที่บ้าน ตลอดการดูแลรักษาตรวจวินิจฉัยไม่พบเชื้อ TB

๒.การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อกำหนดการดำเนินงานในปี ๒๕๖๒ ตัวชี้วัด/เรื่องอัตราส่วนมารดาตาย

๒.๑ การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อกำหนดการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง อัตราส่วนมารดาตาย

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	๑. งานป้องกัน(Prevention)และสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์โดยเริ่มที่ รพ.สต. ให้สามารถเฝ้าระวัง/ค้นหาสตรีที่เริ่มตั้งครรภ์ในชุมชน ๒. พัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้คลอดกลุ่ม High risk pregnancy ในเครือข่าย - พัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาลห้องคลอดให้สามารถดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง - ปรับปรุงคู่มือ/แนวปฏิบัติให้ทันสมัย - จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอ เช่น Electronic Fetal Monitoring, Doptone, Transport Incubator, Ultrasound เป็นต้น

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
	- พัฒนา Node ให้เข้มแข็งลดการส่งต่อในรายที่ไม่ซับซ้อน - Node สามารถผ่าตัด C/S ได้ ๒๔ ชม. - ตรวจ Ultrasound เพื่อยืนยันอายุครรภ์ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์และตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงด้วย Ultrasound ทุกราย - สามารถวินิจฉัยภาวะ Fetal distress ด้วยเครื่อง Fetal monitoring ได้
๒. บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	- บริหารอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพให้ได้ตามมาตรฐานการดูแล ฝากคลอด ๑:๓ และ ขณะคลอด ๒:๑ - ส่งพยาบาลวิชาชีพอบรมเฉพาะทางผดุงครรภ์หลักสูตร ๔ เดือน ปีละ ๑ คน - จัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรการดูแล High risk pregnancy ในคลอด - เข้าร่วม CoPs. Engagement for Patient Safety ระดับประเทศ - จัดทำวิจัย R๒R นวัตกรรมด้านแม่และเด็ก
๓. ข้อมูลข่าวสาร (Information)	- เป็นแม่ข่ายพัฒนาระบบรายงานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม - สื่อสาร ส่งต่อข้อมูลไปยังพื้นที่ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์/มารดาหลังคลอดได้รับการดูแล ทันเวลา - วิเคราะห์ข้อมูล/พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลมารดาทารก - รายงานผลตัวชี้วัด ก.๑ก.๒ ทุกไตรมาส ครบถ้วนทันเวลา
๔. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และ เทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	- มีครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ เพิ่ม/ทดแทนตามความจำเป็น - มีระบบสำรองยาจำเป็นครบถ้วน - มีระบบสำรองเลือด/คลังเลือดเพียงพอ พร้อมใช้
๕. การเงิน (Financing)	-
๖. การนำและการอภิบาลระบบ (Leading / Governance)	- โรงพยาบาลมหาสารคาม ร่วมเป็นกรรมการ MCH Board ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ เพื่อชี้ทิศทาง บริหารระบบ กำกับดูแลพัฒนาคุณภาพทั้งเครือข่าย
๗. ชุมชน ภาคีและ การมีส่วนร่วม (Participation)	- มีกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล เพื่อบริหารระบบ กำกับดูแลพัฒนาคุณภาพทั้งเครือข่าย

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒

การพัฒนาคุณภาพบริการด้านสูติกรรม เพื่อป้องกันการตายมารดา ปี ๒๕๖๒

๑. มีทบทวนระบบการดูแล High Risk Pregnancy เช่น การจัด Zoning, ระบบ Refer มาตรฐาน, ระบบ Refer Fast track, ระบบ consult สูติแพทย์ ๒๔ ชั่วโมง, สูติแพทย์ออกตรวจและฝากคลอด ใน รพช. ระดับ F๑ ๑ แห่ง

๒. ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหามารดาตาย เน้นการพัฒนาระบบ

บริการสร้างเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เชิงรุก เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงในระดับชุมชน จัดกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ระดับความเสี่ยงตาม Health Area ๗

๓. ประเมินและสนับสนุนการใช้ถุงตวงเลือด (safety bag) ทุกโรงพยาบาล

๔. ทีมแม่ข่ายออกเยี่ยมเสริมพลังเพื่อสร้างความเข้มแข็ง รพช. ชี้แจงการใช้ CPG update และประเมินการจัดบริการการคลอดมาตรฐาน ทุกโรงพยาบาล

๕. มีการจัดประชุมทบทวน MM Conference, near miss ภายในจังหวัดมหาสารคาม ทุก ๒ เดือน และร่วมประชุมทบทวน MM Conference กับเขตสุขภาพที่ ๗ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๑ ครั้ง

๖. มีการจัดประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ทุก ๓ เดือน

๗. มีการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขาสูติกรรม ทุก ๒ เดือน

๘. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ ประชุมทุก ๑ เดือน

๙. จัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะบุคลากร ๒ กิจกรรมคือ

๑) ประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรม (OB Crisis Rally) วันที่ ๑๔ มิ.ย. ๒๕๖๒

- ผู้เข้าอบรม ๘๐ คน เข้าแข่งขันเป็นทีม แต่ละทีมประกอบด้วยแพทย์ใช้ทุน ๑ คนและ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดหรืออุบัติเหตุห้องฉุกเฉิน ๒ คน จากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งและโรงพยาบาลมหาสารคาม

๒) ประชุมเชิงปฏิบัติการ การดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในระยะคลอด

- กลุ่มเป้าหมายคือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จำนวน ๔๐ คน
- จัดอบรม ๒ รุ่น รุ่นที่ ๑ วันที่ ๔-๗ มิ.ย. ๒๕๖๒ รุ่นที่ ๒ วันที่ ๒๔-๒๘ มิ.ย. ๒๕๖๒
- อบรมทฤษฎี ๒ วัน ฝึกปฏิบัติในห้องคลอดโรงพยาบาลมหาสารคาม ๓ วัน
- วิทยากร โดยสูติแพทย์ พยาบาล ทีมใกล้เคียง โรงพยาบาลมหาสารคาม

๒.๒ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

๑. มีคณะกรรมการ MCH Board นำการขับเคลื่อนนโยบายอย่างเป็นระบบและเข้มแข็ง

๒. แม่ข่ายระดับจังหวัดมีความพร้อมในการให้การปรึกษาการดูแลราย case ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ตามนโยบาย One Labor Room One Province

๓. มีแม่ข่ายระดับเขต ๗ ให้การสนับสนุนทั้งด้านความรู้ สื่อการสอน และการจัดประชุมคณะกรรมการCSO อย่างต่อเนื่อง

๒.๔ ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. ขอสนับสนุนทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอ เช่น สูติแพทย์ กุมารแพทย์ ควรมี Node ละ ๒ อัตรพยาบาลวิชาชีพ ควรมีตามมาตรฐานการจัดบริการ คือ ๑: ๓ ขณะรอคลอด และ ๒: ๑ ขณะคลอด

๒. ควรเพิ่มงบประมาณบุคลากรในระดับจังหวัด

๓. ควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนด้านเครื่องมือจำเป็นในการดูแล High risk pregnancy ระดับแม่ข่าย เช่น เครื่องอัลตราซาวด์ที่มีคุณภาพ เครื่อง Electronic fetal monitoring ควรมีเพียงพอ

๓. การดำเนินการตามข้อสั่งการและแก้ไขปัญหาลุ่บสรรค จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒

ตารางที่.๓...การดำเนินการตามข้อสั่งการ และการแก้ไขปัญหาลุ่บสรรคของจังหวัดมหาสารคาม ตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของตัวชี้วัด/เรื่องการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ปี ๒๕๖๒ จากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๑/๒๕๖๒

ข้อสั่งการ/ ข้อเสนอแนะ	การดำเนินการตามข้อสั่งการ และแก้ไขปัญหาลุ่บสรรค ของจังหวัดมหาสารคาม
การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและ คุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ	ประเด็นการเฝ้าระวัง/ค้นหาความเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์ ๑. จัดอบรมบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ที่ดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อฟื้นฟูความรู้การฝากครรภ์คุณภาพ การค้นหาความเสี่ยง ๒. ร่วมกับทีม พชอ. ออกประเมินพื้นที่และจัดทำคู่มือฝากครรภ์แก่รพ.สต.ในเครือข่าย ๓. ออกเยี่ยมเสริมพลัง รพช.ทุกแห่ง สร้างความเข้มแข็งเครือข่าย ๔. แจกจ่ายแบบเฝ้าติดตามและเฝ้าระวังสตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคแทรกซ้อน ๕ โรค ในชุมชนตามมาตรการป้องกันแม่ตายเขตสุขภาพที่ ๗ ๕. สนับสนุนการให้ความรู้สื่อออนไลน์ เช่นโปรแกรม ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก กลุ่มไลน์ชุมชนหญิงตั้งครรภ์ ใน รพช. ๖. ทบพวน MM Conference ทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์ และให้แพทย์ฝึกหัด/ใช้ทุน เข้ามาเรียนรู้ด้วย

๔. Best Practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ รางวัลที่ได้รับ

๑. ระบบการบริหารจัดการเครือข่ายแบบพี่ดูแลน้อง (One Labor Room One Province)
๒. นวัตกรรม Safety Bag (ถุงตวงเลือด) ใช้ทั้งจังหวัด (เป็น warning sign ป้องกัน PPH)
๓. นวัตกรรม ระบบป้องกันการคลอดติดไหล่ด้วยตาข่ายดักจับ ๓ ชั้น

๕. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน

๑) ประชุม MCH Board, MM Conference ที่ สสจ.มหาสารคาม และ รพ.มหาสารคาม



๒) เยี่ยมเสริมพลัง รพช. ทั้ง ๑๒ แห่ง ระหว่างเดือน เม.ย.-พ.ค. ๒๕๖๒



๓) อบรมพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดทั้งเครือข่าย ที่ รพ.มค.รุ่น ๑ ๔-๗ มิ.ย. , รุ่น ๒ ๒๔-๒๘ มิ.ย.๒๕๖๒



๔. OB Crisis Rally ที่ รพ.มหาสารคาม ๑๔ มิ.ย.๒๕๖๒



สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

ประเด็นการตรวจราชการ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

๑. เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
๒. เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า
๓. เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ
๔. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDAcI
๕. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

ผู้รับผิดชอบชื่อ นางวิศรุตดา ตีเมืองซ้าย และนางสุนันต์หา พิณุน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร ๐๘๖-๖๓๒๕๕๘๐, ๐๙๐๙๖๑๔๓๗๘

E-mail wisuda.tee@gmail.com และ sunanthapilun@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

การแก้ไขปัญหาพัฒนาการเด็ก และภาวะสูงดีสมส่วนของเด็กอำเภอเมืองมหาสารคาม ได้มีการแก้ไขปัญหและขยายพื้นที่การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการและส่งต่อ เด็กปฐมวัย ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือล่าช้าอย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลพัฒนาการเด็กปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ ในกลุ่มเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ๔๒ เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๔๖, ๗๓.๑๘ และ๗๘.๓๖ สงสัยพัฒนาการล่าช้า คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๕๖, ๒๕.๗๒ และ๓๓.๑๗ (เป้าหมายคัดกรองพบเด็ก มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าร้อยละ ๓๐) ครอบคลุมของการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังกระตุ้นพัฒนาการ ๑ เดือน คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๓๑, ๙๒.๙๘ และ๘๘.๐๕ และพบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัย คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๕๐, ๙๓.๑๒ และ๙๕.๔๔ จากการสำรวจสาเหตุของปัญหาดังกล่าว พบว่า เด็กอำเภอเมืองมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงถึงร้อยละ ๓๐ และการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ายังไม่ครอบคลุม สาเหตุพบว่าการคีย์ข้อมูลไม่ทันเวลา ไม่ถูกต้อง กลุ่มเป้าหมายติดตามล่าช้า และระบบการประสานส่งต่อระหว่างพื้นที่ในการติดตามเด็กยังไม่ชัดเจน และผู้เกี่ยวข้องขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก

นอกจากนั้นเรื่องการให้บริการโภชนาการใน WCC ยังไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการจัดระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ศูนย์เด็กเล็กดำเนินงานไม่ได้มาตรฐานทางโภชนาการ และปัญหาที่พบในพื้นที่ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงชำรุดและไม่ได้มาตรฐานขาดการสอบเทียบเครื่องมือ และไม่มีโมเดลสารอาหารสำหรับเด็กแต่ละช่วงวัย รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายไม่อยู่ในพื้นที่ ทำให้ติดตามล่าช้าเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ พบว่า เด็กได้รับการประเมินการเจริญเติบโตในช่วงวัย ๐-๕ ปี พบว่า เด็กสูงสมส่วน คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๖๓ และ ๓๘.๘๐

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่องระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็ก และเด็กสูงวัยมีส่วนร่วม ตามเกณฑ์มาตรฐานภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ ค.) ต.๖๑-พ.๖๒	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการ คัดกรองพัฒนาการ	๙๐%	๓,๐๖๙	๗๙.๘๘	๓,๐๒๔	๗๘.๓๖	๑,๔๗๕	๙๒
เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการ คัดกรองพัฒนาการพบสงสัย ล่าช้า	๒๐%	๘๐๗	๒๖.๓๐	๑,๐๐๓	๓๓.๑๗	๕๔๖	๓๗
เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับ การติดตาม/ส่งต่อ	๙๐%	๖๐๕	๗๕.๙๑	๘๗๗	๘๘.๐๕	๔๖๐	๘๒
เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับ การกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I	๖๐%	-	-	๑๐	๖๖.๖๗	๑๐	๗๐
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงวัยมีส่วนร่วม	๕๔%	-	๔๕.๖๓	๒,๓๓๘	๓๘.๘๐	๙๑๗	๕๗.๕๓

๑) แนวโน้มของผลงานภาพรวมอำเภอเมืองมหาสารคาม ของปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ มีแนวโน้มการประเมินคัดกรองพัฒนาการดีขึ้น สามารถคัดกรองเพื่อค้นหาเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้น และเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I เพิ่มขึ้น แต่ยังพบปัญหาการติดตามและส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ายังไม่ผ่านเกณฑ์

๒) ผลงานภาพรวมอำเภอเมืองมหาสารคาม ของปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ เทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด แต่แต่ละปี ไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจาก การคีย์ข้อมูลไม่ทันเวลา ไม่ถูกต้อง กลุ่มเป้าหมายติดตามลำบาก และระบบการประสานข้อมูลส่งต่อระหว่างพื้นที่ในการติดตามเด็กยังไม่ชัดเจน ซึ่งในปี ๒๕๖๒ ผลงานการคัดกรองพัฒนาการเด็ก พบเด็กสงสัยล่าช้า การติดตามเด็กสงสัยล่าช้า และการติดตามเด็กมากระตุ้นเด็กมากระตุ้นพัฒนาการด้วย teda๔i มีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่องระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็ก และเด็ก สูงวัย

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงาน ตัวชี้วัด/เรื่องระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็ก และเด็กสูงวัย

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	- มีคำสั่งคณะกรรมการการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และคณะกรรมการ พขอ.ของ smart kid ๔.๐
๒. Information	๑. มีการติดตามข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในฐานข้อมูล HDC MIS ๒. มีช่องทางการติดต่อสื่อสารระบบงานข้อมูลผ่านทาง Line Facebook และโทรศัพท์ กับผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอเมือง
๓. Intervention / Innovation	๑. กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/มหัศจรรย์ ๑๐๐๐ แรกของชีวิตมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ เป็นนโยบายสำคัญของอำเภอโดยมีคณะกรรมการ พขอ.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๒. มีการจัดประชุมคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กของอำเภอเมือง ๓. จัดให้บริการคลินิกพัฒนาการเด็กเคลื่อนที่ในชุมชน ๔. พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า แนวทางการส่งต่อ ๕. ดำเนินงานตามแนวทางตำบลส่งเสริมสุขภาพเด็ก ๐-๕ ปี สูงวัย ส่วน พี่ไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และจังหวัดไอโอดีที่ยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ ในระดับอำเภอ/ตำบล โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC คณะกรรมการ พขอ. ๖. จัดทำ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ชูความรู้ คู่มือต่างๆที่เกี่ยวข้อง ๗. กำกับติดตามการนำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้ม และส่งออกข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้พื้นที่ทราบร่วมกัน
๔. Integration	มีการบูรณาการร่วมกับงาน พขอ.ในประเด็น Smart kid ๔.๐
๕. Monitoring / Evaluation	๑. มีการนิเทศติดตามงานอนามัยแม่และเด็กในทุกรพ.สต./ศสม. อย่างต่อเนื่อง ๒. คำนวณข้อมูลให้ทุกรพ.สต./ศสม.

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒

- มีการจัดทำกิจกรรมตามแผนงานโครงการพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก ๐-๕ ปี อำเภอเมือง ปี ๒๕๖๒ โดยการจัดประชุมพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานกลุ่มแม่และเด็ก ๐-๕ ปี ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในเครือข่ายทุกเดือน

- เน้นการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ เช่น คลินิกเอกชน ในชุมชน
- จัดกิจกรรมคลินิกพัฒนาการเด็กเคลื่อนที่ในชุมชน
- ติดตามเยี่ยมกลุ่มเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยง โดยทีมรพ.มหาสารคามร่วมกับพื้นที่
- วิเคราะห์ข้อมูล TSH เด็กทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง
- ติดตามเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน Smart kids ของ พชต. โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ในกิจกรรมอำเภอยิ้มเคลื่อนที่ทุกเดือน
- จัดทำ Flow chart การติดตามเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าและค่าไรรอยด์เกิน

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

- มีการจัดทำโครงการดำเนินการ/กิจกรรมตามแผนร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล สสอ. หน่วยบริการปฐมภูมิ และภาคีเครือข่าย
- มีการนิเทศการจัดบริการคลินิกฝากครรภ์/ WCC/คลินิกพัฒนาการเด็ก ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม โดยทีมพี่เลี้ยงจากรพ.มหาสารคามและสสอ.เมืองฯ

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

- จังหวัดมีนโยบายจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อเด็กดักสิลา (Taksila smart kids ๔.๐) ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล

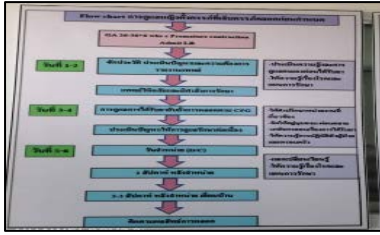
๓. การดำเนินการตามข้อสั่งการและแก้ไขปัญหาอุปสรรค จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	การดำเนินการตามข้อสั่งการ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคของอำเภอเมืองมหาสารคาม
การแยกคลินิกบริการของคลินิก WCC และคลินิกพัฒนาการเด็ก	ชี้แจงหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งนำสู่การปฏิบัติ มีการดำเนินการโดยแยกคลินิกบริการ เพิ่มวันให้บริการ ออกให้บริการเชิงรุกในชุมชน
บุคลากรบางส่วนบันทึกข้อมูลใน ๔๓ แฟ้ม ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน	มีการนิเทศการจัดบริการคลินิกฝากครรภ์/ WCC/คลินิกพัฒนาการเด็ก ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม โดยทีมพี่เลี้ยงจากรพ.มหาสารคามและสสอ.เมืองฯ

๔. Best Practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ รางวัลที่ได้รับ

- วิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก ๐ - ๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ได้รับรางวัลชนะเลิศ ประเพณีวิจัย นำเสนอด้วยวาจา สาขาส่งเสริมสุขภาพจากการประชุมวิชาการของ สสจ.มหาสารคาม

๕. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน (ให้อธิบายประกอบภาพกิจกรรม ใคร/ทำอะไร/ที่ไหน/เมื่อไหร่)



จัดทำ Flow chart



นิเทศการจัดบริการคลินิกฝากครรภ์



ฝึกตรวจพัฒนาการเด็กให้กับผู้รับผิดชอบงานใหม่ เยี่ยมศูนย์เด็กเล็กในกิจกรรมอำเภอยิ้มเคลื่อนที่ มอบเกียรติบัตรให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ลำดับที่	ชื่อโครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ผู้รับผิดชอบ	สถานะ
๑	โครงการ...	...	...	...
๒	...	...	...	...
๓	...	...	...	...
๔	...	...	...	...



สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ.

หัวข้อ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

ประเด็นการตรวจราชการ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ.ฉวีวรรณ.สกุล.เผ่าพันธ์.ตำแหน่ง..พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร..๐๘๑-๗๖๘๘๓๐๘..E-mail phoaphan_komalotok@hotmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

สถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์โดยรวมของจังหวัดมหาสารคาม จะพบว่าพื้นที่อำเภอเมืองเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีปัญหาทางด้านการตั้งครรภ์วัยรุ่น กล่าวคือ ข้อมูลสถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นอำเภอเมืองมหาสารคามพบว่าในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ คิดเป็น ๒๖.๑๖, ๒๑.๙๔, และ ๑๘.๒๒ ต่อพันประชากร แม้ว่าขนาดปัญหาดังกล่าวจะไม่เกินเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดคือ ๓๘/๑๐๐๐ ประชากร แต่สภาพปัญหายังไม่ได้จำกัดเฉพาะการตั้งครรภ์วัยรุ่นเพียงอย่างเดียวโดยสถานการณ์ปัญหาของการตั้งครรภ์วัยรุ่นในพื้นที่อำเภอเมือง ยังเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการตั้งครรภ์ซ้ำ กล่าวคือ ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยรุ่นสามารถพบได้มากคิดเป็นร้อยละ ๗๔.๒๘ และอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำคิดเป็นร้อยละ ๑๖.๑๒, ๑๔.๖๑ และ ๑๗.๔๓ ตามลำดับ . โดยกลุ่มที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จะพบได้ในกลุ่มอายุมากกว่า ๒๐ ปีขึ้นไป และพบในกลุ่มนิสิตนักศึกษา ซึ่งกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่สามารถไปทำแท้งเถื่อนได้ (ข้อมูลจากสถิติผู้มารับบริการแผนกสูติการสังคมโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี ๒๕๖๑) จากประสบการณ์การทำงานพบว่าสาเหตุของปัญหาดังกล่าวเกิดจากการที่กลุ่มเป้าหมายยังขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัว การเสพยาเสพติด การเลียนแบบ ตลอดจนพื้นที่เสี่ยงที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่กล่าวคือ อำเภอเมืองมหาสารคามมีหอพักจำนวน ๑๐๒๐ แห่ง ร้านเกมส์ ร้านเน็ต ๒๐๘ แห่ง สถานบริการ ๙๔ แห่ง ร้านจำหน่ายสุรา ๑๓ แห่ง หรือแม้กระทั่งการตั้งครรภ์ซ้ำที่เกิดจากการกลัวการคุมกำเนิด ค่านิยมในการต้องการมีบุตรกับสามีคนใหม่ ด้วยเหตุนี้จึงได้มีการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นขึ้น

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ .ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ ต.ค. ๖๑-พ.ค. ๖๒)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อัตราการคลอดมีชีพในหญิง ๑๕-๑๙ ปี	๓๘/ ๑๐๐๐ ปชก	๑๕๗	๒๖.๑๖	๑๔๒	๒๑.๙๔	๕๔	๘.๙๑
อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิง อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๔.๕	๒๕	๑๖.๑๒	๒๐	๑๔.๖๑	๔	๗.๔๑

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ ด.) ตค.๖๑-พค.๖๒	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า๒๐ปีหลังคลอดหรือแท้งได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร	มากกว่าร้อยละ๘๐	๕๐	๓๑.๘๕	๖๓	๔๔.๓๗	๓๘	๗๐.๓๗
อัตราการคลอดมีชีพในหญิง ๑๐-๑๔ปี	๑.๓/ ๑๐๐๐ ปก	๔	๑.๒๕	๓	๐.๙๓	๒	๐.๖๓

จากตารางพบว่าอัตราการตั้งครรภ์ในหญิง ต่ำกว่า๒๐ปีแนวโน้มลดลงจากปี๒๕๕๙-๒๕๖๑ แม้ว่าขนาดปัญหาดังกล่าวจะไม่เกินเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดคือ ๓๘/๑๐๐๐ประชากร แต่สภาพปัญหายังไม่ได้จำกัดเฉพาะการตั้งครรภ์วัยรุ่นเพียงอย่างเดียวโดยสถานการณ์ปัญหาของการตั้งครรภ์วัยรุ่นในพื้นที่อำเภอเมือง ยังเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการตั้งครรภ์ซ้ำ จากตารางพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน(ไม่เกินร้อยละ๑๐)

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่องอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ๑๕-๑๙ปี

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงาน ตัวชี้วัด/เรื่อง.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ๑๕-๑๙ปี.

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	การดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น ดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)
๒. Information	มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา การตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ซ้ำ พื้นที่เสี่ยง การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ แยกรายพื้นที่ สถานศึกษา การคืนข้อมูลผ่านคณะกรรมการความมั่นคงระดับอำเภอโดยนายอำเภอเพื่อการขับเคลื่อนและติดตามงาน
๓. Intervention / Innovation	๑.การจัดทำหลักสูตรเพศศึกษารอบด้านร่วมกับคณะครุศาสตร์ (หลักสูตรวิชาGE) ๒.อบรมพัฒนาทักษะชีวิตนักเรียนในโรงเรียนอำเภอเมืองโดยนักศึกษาGEเพศศึกษา ๓.สรุปวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอคณะกรรมการ ๔.บริการเชิงรุกฝังยาคุมกำเนิด
๔. Integration	การดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการDHS/UC-Care
๕. Monitoring / Evaluation	การถอดบทเรียนการดำเนินการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยใช้กรอบOttawa Charter

๒.๒ แผนงาน กระบวนงาน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒

แผนการดำเนินงานการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นและตั้งครรภ์ซ้ำ

- การจัดทำหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน

- อบรมพัฒนาทักษะชีวิตนักเรียนในโรงเรียนอำเภอเมืองโดยนักศึกษา GE เพศศึกษา/จัดทำคู่มือบริการเป็นมิตรวัยรุ่น

- บริการเชิงรุกฝังยาคุมกำเนิด

- สรุปรวบรวมข้อมูลผ่านคณะกรรมการความมั่นคงอำเภอเมืองและคณะกรรมการพขอ.

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

ในการจัดบริการที่เป็นมิตรวัยรุ่นโรงพยาบาลมหาสารคามดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการโรงพยาบาลบริการเป็นมิตรกับวัยรุ่นคำสั่งโรงพยาบาลมหาสารคามแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

Advocate การให้ข้อมูลข่าวสาร/สร้างแรงกดดัน/สร้างกระแสทางสังคม/การกำหนดนโยบาย

Medicate การประสานงานระหว่างหน่วยงาน

Enable การเพิ่มศักยภาพประชาชน/นักศึกษา

๓. Best Practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ รางวัลที่ได้รับ

๑.การจัดทำหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน วิชาเลือก

๒.การจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันปัญหาตั้งครรภ์วัยรุ่น

๓.การป้องกันตั้งครรภ์วัยรุ่นแบบมีส่วนร่วมตำบลโคกก่อ

๔.การเฝ้าระวังปัญหาตั้งครรภ์วัยรุ่น ต.หนองปลิง/ต.ท่าสองคอน

๔. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน



สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

(Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๙๐)

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ นางวิศรดา ตีเมืองชัย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร ๐๘๖-๖๓๒๕๕๘๐, ๐๙๐๙๖๑๔๓๗๘ E-mail wisuda.tee@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

ข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๕๙- ๒๕๖๑ จำนวน ๑๙,๕๖๒, ๒๐,๔๑๔ และ ๑๙,๖๙๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒๕, ๑๒.๗๕ และ ๑๒.๓๗ ของประชากรทั้งหมด ซึ่งถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และในปี ๒๕๖๒ ไตรมาสที่ ๒ พบว่ามีกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๙๖.๓๐ เป็น ๙๘.๐๘ กลุ่มติดบ้านลดลงจากร้อยละ ๒.๙๖ เหลือร้อยละ ๑.๓๘ และกลุ่มติดเตียงลดลงจากร้อยละ ๐.๗๓ เหลือร้อยละ ๐.๔๗ (ที่มา HDC จังหวัดมหาสารคาม) และในปี ๒๕๖๒ คัดกรองพบภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน ๖,๖๕๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๔๒ เบาหวาน จำนวน ๑,๑๙๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๘.๑๒ เสี่ยงต่อโรคหัวใจหลอดเลือดร้อยละ ๓,๒๑๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๖๔ สมองเสื่อม จำนวน ๒๘๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๙๕ ภาวะซึมเศร้า จำนวน ๑๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๗ ข้อเข่าเสื่อม จำนวน ๒,๐๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๓๗ พลัดตกหกล้ม จำนวน ๑,๐๐๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๙๑ สุขภาพฟันผุปกติ จำนวน ๑,๑๑๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๓๖ ภาวะดัชนีมวลกายเกิน ๕,๒๘๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๕๔

ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมถึงครอบครัว และชุมชน เพื่อทำให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างเหมาะสมกับบริบทแต่ละชุมชนโดยผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมี Care Manager เป็นผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จัดทำ Care Plan รายบุคคล ให้ Care Giver และทีมสหวิชาชีพ ออกให้บริการดูแลผู้สูงอายุตาม Care Plan ส่วนผู้สูงอายุติดสังคม (Healthy Aging) มีโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๒๐ แห่ง ครอบคลุมทุกตำบลเพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะสังคมผู้สูงอายุในสถานการณ์ปัจจุบัน โดยการจัดทำแผนบูรณาการส่งเสริมป้องกัน มีกระบวนการนำแนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอและตำบล

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ แสดงผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่องตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒ (สะสม)

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	ตำบล Long Term Care ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๘๐)	๑๔	๑๔	๑๐๐
๒	จำนวน Care Manager ผ่านการอบรม หลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง ของกรมอนามัย (ร้อยละ ๙๕ - ๑๐๐) (๑๕ กองทุน)	เกณฑ์ ๑: ๓๕-๔๐ต่อ กองทุน	๑๑ กองทุน	๗๓.๓๓
๓	จำนวน Care Giver ผ่านการอบรมหลักสูตร ๗๐ ชั่วโมงของ กรมอนามัย (ร้อยละ ๙๐) (๒๑๕ หมู่บ้านละ ๒ คน)	๔๓๐	๓๐๔	๗๐.๖๙
๔	ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการประเมินและจัดทำแผนการดูแล รายบุคคล (Care Plan) (ร้อยละ ๙๐)	๑,๒๒๖	๑,๒๒๖	๑๐๐
๕	จำนวนกองทุนตำบล LTC ที่มีการเบิกจ่ายงบประมาณ			
	๕.๑ อบท. ที่เข้าร่วมดำเนินงาน ปี ๒๕๕๙	๑๕	๓	๒๐
	๕.๒ อบท. ที่เข้าร่วมดำเนินงาน ปี ๒๕๖๐	๑๒	๕	๔๑.๖๖
	๕.๓ อบท. ที่เข้าร่วมดำเนินงาน ปี ๒๕๖๑	๗	๕	๗๑.๔๓
	๕.๔ อบท. ที่เข้าร่วมดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒	๒	๒	๑๐๐

จากตาราง พบว่า จำนวน Care manager และ Care Giver ผ่านการอบรมหลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง ของกรมอนามัย ยังไม่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน(๒๑๕ หมู่บ้านละ ๒ คน) ส่วนกองทุนตำบล LTC ที่มีการเบิกจ่าย งบประมาณแล้วจำนวน ๑๓ แห่งร้อยละ ๘๖.๖๖ ซึ่งมีการเบิกจ่ายผ่านหน่วยบริการ จำนวน ๕ แห่ง ได้แก่ รพ. สด.แก้ง,รพ.สด.โคกก่อง,รพ.สด.แก่งเลิงจาน,รพ.สด.เขวา,รพ.สด.ลาด,รพ.สด.หนองแวง และโอบนงบลงศูนย์ พัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน ๗ แห่ง คือ อบต.ท่าสองคอน ,อบต.ห้วยแอ่ง,อบต.บัวค้อ,อบต.ดอนหว้าน,อบต. หนองโน,อบต.ท่าตูม,อบต.แวงน่าง,เทศบาลเมืองมหาสารคาม

ตารางที่ ๒ ข้อมูลสถานการณ์แยกรายตำบล อำเภอเมืองมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (สะสม)

ลำดับ ที่	ตำบล (ทุกตำบล)	ชื่อ อบท.	จำนวนผู้สูงอายุในโครงการ LTC					จำนวน CM (คน)	จำนวน CG (คน)	จำนวนผู้สูงอายุ ที่มีแผนการดูแล รายบุคคล(คน)	เบิกจ่ายงบประมาณ ออกจากบัญชีกองทุน LTC		ผู้สูงอายุสุขภาพดีขึ้น	
			กลุ่ม ๑ (คน)	กลุ่ม ๒ (คน)	กลุ่ม ๓ (คน)	กลุ่ม ๔ (คน)	รวม (คน)				จำนวนเงินที่เบิก (บาท)	ลงวันที่	กลุ่มติดบ้าน เปลี่ยนเป็น ติดสังคม(คน)	กลุ่มติดเตียง เปลี่ยนเป็น ติดบ้าน(คน)
๑	แก้ง	อบต.แก้ง	๒๑	๗	๖	๓	๓๗	๒	๑๐	๓๗	รอ ประชุมคณะอนุฯ		เข้ากองทุน ปี ๖๒	
๒	เขวา	อบต.เขวา	๑๐๙	๘	๙	๐	๑๒๖	๑	๒๒	๑๒๖	๕๕๖,๘๓๐	พ.ย.๖๑	-	-
๓	แวงน่าง	อบต.แวงน่าง	๖๒	๘	๘	๑	๗๙	๔	๑๕	๗๙	๑๙๕,๐๐๐	๕ พ.ค. ๖๒	๒	๑
๔	ท่าสองคอน	อบต.ท่าสองคอน	๑๔๑	๑๖	๒๐	๑	๑๘๐	๓	๓๐	๑๘๐	๘๙๕,๗๒๐	๒๑ ธ.ค.๖๒	-	-
๕	บัวค้อ	อบต.บัวค้อ	๑๒	๕	๒	๔	๒๓	๓	๘	๒๓	๑๐๑,๕๐๐	๒๘ ก.พ.๖๒	-	-
๖	แก่งเลิงจาน	อบต.แก่งเลิงจาน	๒	๑๕	๘	๔	๒๙	๒	๑๓	๒๙	รอดำเนินการ		-	-
๗	โคกก่อง	อบต.โคกก่อง	๑๕	๑๑	๗	๓	๓๖	๒	๑๔	๓๖	๑๘๐,๐๐๐	พ.ค.๖๒	-	-
๘	ห้วยแอ่ง	อบต.ห้วยแอ่ง	๓๔	๔	๖	๔	๔๘	๒	๑๘	๔๘	๒๔๐,๐๐๐	ต.ค.๖๑	-	-
๙	ท่าตูม	อบต.ท่าตูม	๔	๓๒	๕	๐	๔๑	๒	๑๒	๔๑	๒๐๕,๐๐๐	๕ มี.ค.๖๒	๓	๑
๑๐	ดอนหว่าน	อบต.ดอนหว่าน	๒๙	๓	๔	๒	๓๘	๒	๑๕	๓๘	๑๘๘,๖๐๐	๑๔ พ.ย.๖๑	-	-
๑๑	หัวนาคำ	อบต.หนองปลิง	๔๓	๒๐	๓	๐	๖๖	๒	๑๑	๖๖	รอโอนงบลง รพ. สต.๓๒๒,๕๖๐	ดำเนินงาน ๑ ก.ค. ๖๒	-	-
๑๒	หนองโน	อบต.หนองโน	๓๕	๑๐	๗	๒	๕๔	๒	๑๓	๕๔	๒๖๗,๘๐๐	๒๔ ธ.ค.๖๑	-	-
๑๓	แวงน่าง	ทต.แวงน่าง	๖๓	๘	๒๗	๓	๑๐๑	๒	๕	๑๐๑	๕๑,๗๖๐	๒๘ ก.ย.๖๑	๖	๓
๑๔	ลาดพัฒนา	อบต.ลาดพัฒนา	๑๙	๙	๑๐	๐	๓๘	๓	๒๘	๓๘	ประชุมอนุฯ๑๒/๖/๖๒ รอเงินโอนจาก สปสข.เพื่อโอนลง รพ.สต.		รอโอนงบลง รพ.สต เริ่ม ดำเนินงาน ๑ ก.ค.๖๒	
๑๕	บึงคล้า	อบต.ลาดพัฒนา	๒	๗	๔	๐	๑๓	๑	๑๒	๑๓				
๑๕	ตลาด	ทม.มหาสารคาม	๕๙	๑๑	๑๔	๐	๘๔	๗	๖๓	๘๔	๔๒๐,๐๐๐	๒๘ มี.ค.๖๒	-	-
๑๖	เชียงเหียน	อบต.เขวา	๙๘	๙	๖	๐	๑๑๓	๑	๒๒	๑๑๓	๔๘๐,๓๓๐	๑ พ.ย.๖๒	-	-
รวม			๗๔๘	๑๘๓	๑๕๖	๒๗	๑,๑๑๔	๔๑	๓๐๔	๑,๑๑๔			๑๑	๕

ตารางที่ ๓ ข้อมูลผลการดำเนินงานแยกรายตำบล อำเภอเมืองมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

เครือข่ายบริการสุขภาพ	จำนวน ผู้สูงอายุ ทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง					ยังไม่ได้รับ การคัดกรอง
		ติดสังคม (ADL ๑๒- ๒๐)	ติดบ้าน (ADL ๕- ๑๑)	ติดเตียง (ADL ๐- ๔)	รวม	ร้อยละ	
รพ.สต.เชียงเหียน	๑,๐๑๙	๙๘๗	๔	๐	๙๙๑	๙๗.๒๕	๒๘
รพ.สต.เขาวา	๑,๑๗๒	๑,๐๖๔	๙	๒	๑,๐๗๕	๙๑.๗๒	๙๗
รพ.สต.ท่าตูม	๙๒๒	๘๗๙	๒๒	๔	๙๐๕	๙๘.๑๖	๑๗
รพ.สต.หนองแวง	๑,๔๕๙	๑,๓๒๒	๕๐	๘	๑,๓๘๐	๙๔.๕๙	๗๙
รพ.สต.โคกก่อง	๑,๒๑๘	๑,๒๐๗	๒	๒	๑,๒๑๑	๙๙.๔๓	๗
รพ.สต.ดอนหว้าน	๗๓๗	๗๓๖	๐	๐	๗๓๖	๙๙.๘๖	๑
รพ.สต.แก้ง	๑,๒๗๒	๙๖๘	๑๙	๗	๙๙๔	๗๘.๑๔	๒๗๘
รพ.สต.หนองจิก	๑,๒๔๖	๑,๑๓๙	๗	๑	๑,๑๔๗	๙๒.๐๕	๙๙
รพ.สต.อุบราช	๗๕๑	๗๐๔	๔๑	๕	๗๕๐	๙๙.๘๗	๑
รพ.สต.โนนदै	๑,๓๘๕	๖๑๔	๓๕	๒๕	๖๗๔	๔๘.๖๖	๗๑๑
รพ.สต.ลาด	๘๑๒	๗๔๐	๒๑	๔	๗๖๕	๙๔.๒๑	๔๗
รพ.สต.ท่างาม	๔๘๖	๒๘๗	๑๒	๗	๓๐๖	๖๒.๙๖	๑๘๐
รพ.สต.หัวนาคำ	๗๕๖	๗๑๔	๓๗	๕	๗๕๖	๑๐๐.๐๐	๐
รพ.สต.ห้วยแอ่ง	๕๔๘	๔๘๗	๑๘	๑	๕๐๖	๙๒.๓๔	๔๒
รพ.สต.หนองโน	๑,๐๒๐	๑,๐๐๘	๘	๔	๑,๐๒๐	๑๐๐.๐๐	๐
รพ.สต.บัวค้อ	๘๒๕	๒๑๖	๑	๓	๒๒๐	๒๖.๖๗	๖๐๕
รพ.สต.โนนเพ็ก	๖๒๗	๕๘๘	๓	๒	๕๙๓	๙๔.๕๘	๓๔
เทศบาลเมืองมหาสารคาม	๑,๓๙๗	๑,๑๖๐	๖	๖	๑,๑๗๒	๘๓.๘๙	๒๒๕
ศสม.สามัคคี	๑,๖๘๙	๑,๖๓๔	๙	๘	๑,๖๕๑	๙๗.๗๕	๓๘
ศสม.ส่องนางใย	๑,๔๗๒	๑,๓๑๐	๑	๐	๑,๓๑๑	๘๙.๐๖	๑๖๑
ศสม.ราชภัฏศรีสวัสดิ์	๓	๐	๑	๐	๑	๓๓.๓๓	๒
รวม	๒๐,๘๑๖	๑๗,๗๖๔	๓๐๖	๙๔	๑๘,๑๖๔	๘๗.๒๖	๒,๖๕๒

ที่มา : HDC จังหวัดมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๒

๒. การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อกำหนดการดำเนินงานในปี ๒๕๖๒ ตัวชี้วัด/เรื่องตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์

กรอบวิเคราะห์	ผลการวิเคราะห์ ปี ๒๕๖๑	การพัฒนางาน ปี ๒๕๖๒
S : Structure	๑. Aging Manager ๒. Care Manager ๓. Care Giver ๔. Care Plan	๑. อบรบ Care Manager / อบรบ ฟื้นฟู Care Giver ๒.พัฒนา Care Plan คุณภาพ
I : Information	๑. HDC ๒. โปรแกรม ltc.anamai.go.th ๓. โปรแกรม ltc.nhso.go.th	๑. กระตุ้นการคัดกรองและบันทึก ๒.ศึกษาโปรแกรมและนำเข้าข้อมูล ให้ครบถ้วนถูกต้องทันเวลาจาก สปสข. ศูนย์อนามัยที่ ๗
I : Intervention and Innovation	๑. ตำบล LTC ๒. โรงเรียนผู้สูงอายุ ๓. Care Giver Junior	๑. สนับสนุนและประสานการ ดำเนินงานกองทุน LTC ของทุก กองทุนให้เบิกจ่ายเงิน ๒.ขยายโรงเรียนผู้สูงอายุครบทุก พื้นที่/Health Literacy ๓.ขยาย Care Giver Junior
I : Integration	๑.อปท. ๒.พมจ. ๓.สาขาสมาคมผู้สูงอายุฯ ๔.วศม.	บูรณาการกับงานSmart Kidsและ เครือข่าย ๑.อปท. ๒.พมจ. ๓.สาขาสมาคมผู้สูงอายุฯ ๔.วศม.
M : Monitoring and Evaluation	๑. นิเทศติดตาม ๒. รายงานข้อมูลทุกเดือน ๓. ยกย่องเชิดชูเกียรติ ๓.๑ ผู้สูงอายุ๑๐๐ ปี สุขภาพดี ๓.๒ ตำบลLTCดีเด่น ๓.๓ CM/CG ดีเด่น	๑. นิเทศติดตาม ๒. รายงานข้อมูลทุกเดือน ๓. ยกย่องเชิดชูเกียรติ ๓.๑ ผู้สูงอายุ ๑๐๐ ปี สุขภาพดี ๓.๒ ตำบลLTCดีเด่น ๓.๓ CM/CG ดีเด่น มีเวที แลกเปลี่ยนประสบการณ์ Best Practice

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ ของตัวชี้วัด/เรื่อง ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์

๑. มีกองทุนLTC ที่ยังไม่มั่นใจในการโอนงบ และการเบิกจ่ายเงิน LTC ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเสียโอกาสในการได้รับการดูแลอย่างเต็มศักยภาพ

๒. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มสิทธิเบิกได้โดยตรง ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน แต่ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุน LTC ได้ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเป็นสิทธิ UC เท่านั้น

๔. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

ระเบียบ กฎหมายที่ออกมาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติอย่างเต็มที่ เช่น “ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องการกำหนดกิจการที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”

๕. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑. ชมรมผู้สูงอายุตักสิลานคร เทศบาลเมืองมหาสารคาม ได้รับรางวัลชนะเลิศ ในการประกวดชมรมผู้สูงอายุดีเด่นระดับจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒ และรางวัลรองชนะเลิศระดับเขต ๗



๒. นวัตกรรมชื่อผลงาน “สมุนไพรแก้อ่อนล้า ผ่าขวาม้าประคบกาย” โดย ชมรมผู้สูงอายุชุมชนสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม



๖. ภาพกิจกรรมดำเนินการ

กิจกรรมตรวจรักษา ตรวจคัดกรองต่อกระดูก ปอกเข้าด้วยสมุนไพรในกลุ่มข้อเข่าเสื่อม
ทำกายภาพบำบัดในรายข้อติด สาธิตอาหารและออกกำลังกาย



ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนโดยแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ช่วยเหลือด้านสวัสดิภาพ



สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และ ทีมตระหนักรู้อาการ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ ๑. นายสุรสิทธิ์ ศรีวิรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

เบอร์โทร ๐๘๖-๖๔๓-๐๒๙๘ E-mail sriwio๘.sura@gmail.com

๒. นางจุลินทร ศรีโพนพันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

เบอร์โทร ๐๘๔-๙๕๗-๑๗๑๑ E-mail

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

อำเภอเมืองมหาสารคามในปี ๒๕๖๒ พบมีการระบาดของโรคไข้เลือด ตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๖๒ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ อัตราป่วยเท่ากับ ๔๘.๘๕ ต่อประชากรแสนคน ได้ดำเนินการเปิด EOC โรคไข้เลือดออก โดยมีนายอำเภอเมืองมหาสารคามเป็นประธาน และมีการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนจำนวน ๑ ครั้ง และ EOC ทางทันตกรรมร่วมกับ EOC จังหวัดมหาสารคามในงานเนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก

สำหรับโครงสร้าง EOC เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม มีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม เป็น ICS มีโครงสร้างของศูนย์แยกตามภัยสุขภาพ เช่น อุบัติเหตุจราจร โรคอุบัติใหม่ อุทกภัย และภัยอื่นๆ, ทีม SAT ในภาวะปกติใช้ทีมเดียวกับงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและงาน TEA UNIT ในภาวะฉุกเฉินแต่งตั้งเพิ่มเติมตามโครงสร้างของแต่ละภัย, ทบทวนการประเมินความเสี่ยงในโรคและภัยเป็นปัญหาในพื้นที่ และจัดทำแผน IAP จำนวน ๓ แผน คือ แผนรับมืออุบัติเหตุหมู่ แผนรับมือโรคอุบัติใหม่(MERS,EBOLA) และแผนรับมืออัคคีภัย ได้มีการประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุหมู่และกรณีสารเคมีรั่วในโรงงานน้ำแข็ง ในปี ๒๕๖๒ ได้ซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ และมีแผนร่วมซ้อมแผนอัคคีภัยในอาคารสูงร่วมกับ จังหวัดมหาสารคาม โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็น ICS (ซ้อม ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒) และซ้อมรับการระบาดของโรคติดต่อ

ตารางที่.๑ ผลการดำเนินงานความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ ค.) ตค.๖๑-พค.๖๒	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ระดับความสำเร็จของ จังหวัดในการ พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงาน ได้จริง	ระดับ ๕	ตัวชี้วัดใหม่ปี ๒๕๖๒				๑	๑๐๐

ตามรายละเอียดมาตรการการดำเนินงานทั้ง ๕ ขั้นตอน ได้ดำเนินการดังนี้ ทบพทวนคณะกรรมการ EOC และทีม SAT ,รายงานการเฝ้าระวังทุกเดือน, ทบพทวนการประเมินความเสี่ยงในโรคและภัยที่สำคัญ,ซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ๑ ครั้ง และมีแผนซ้อมแผนอัคคีภัยอาคารสูง(อาคารอุบัติเหตุฉุกเฉิน)กับจังหวัดมหาสารคาม และแผนรับการระบาดของโรคอุบัติใหม่, activate EOC โรคไข้เลือดออก ๑ ครั้ง ร่วมกับอำเภอเมืองมหาสารคาม

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	ทบทวนโครงสร้างและคณะกรรมการ EOC โรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย
๒. Information	-ประเมินความเสี่ยงโรคและภัย ดังนี้ อุบัติเหตุยานยนต์ โรคอุบัติใหม่ อัคคีภัย สารเคมีรั่วในโรงงานน้ำแข็ง และอุทกภัย -ซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ๑ ครั้ง
๓. Intervention / Innovation	๑.ประชุมคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้องภัยต่างๆเพื่อทบทวนประเมินความเสี่ยง ๒.โครงการประชุมฟื้นฟูการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง(บูรณาการงาน IC) ๓.โครงการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ อัคคีภัยและโรคอุบัติใหม่

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๔. Integration	การป้องกันการเกิดเหตุการณ์บูรณาการร่วมกับโครงการต่างๆในงานอุบัติเหตุ งานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และงานระบาดวิทยา
๕. Monitoring / Evaluation	๑.มีการวิเคราะห์และคืนข้อมูลสถานการณ์โรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๒.มีการประชุมติดตามการดำเนินงาน

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒ เพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ

๑.โครงการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่, โครงการซ้อมแผนอัคคีภัย และโครงการซ้อมแผนรับการระบาดของโรคอุบัติใหม่

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒
โครงสร้างคณะกรรมการ EOC ที่ประกอบด้วยหลายหน่วยงาน สหวิชาชีพ

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

๓. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน



การเตรียมการซ้อมแผนอัคคีภัย



การซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่

การซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการรอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ

อัตราผู้ป่วยเบาหวาน (DM) รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน $\leq$ ร้อยละ ๒.๐๕

อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (HT) ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน $\geq$ ร้อยละ ๓๐

ผู้รับผิดชอบชื่อ ๑. นางวิศรดา ตีเมืองชัย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทร ๐๘๖-๖๓๒๕๕๘๐

๒. นางสาวศิริธร พลไชย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข เบอร์โทร ๐๙๘ - ๒๓๘๘๑๔๔

๑.การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด คือ ๕,๓๘๘.๐๙ , ๕,๘๔๖.๑๘ และ ๖,๒๗๖.๖๖ (คน: แส่นประชากร) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด จำนวน ๖,๖๓๒.๗๔, ๗,๘๕๒.๔๒ และ ๘,๖๘๗.๔๕ (คน: แส่นประชากร) ตามลำดับ ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานป่วยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ ๒.๔๐, ๒.๕๔ และ ๓.๒๓ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕ และอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑ ร้อยละ ๒.๔๒ และ ๒.๖๐ ตามลำดับ ผลการดำเนินงานมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี ๒๕๖๑ กลุ่มเสี่ยงสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านจำนวน ๑,๗๑๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๔๘ และได้รับถูกวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน ๘๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๑๒ จากสถานการณ์ดังกล่าว อำเภอเมืองมหาสารคามได้จัดกระบวนการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘๓.๖๑-๖๒)	
		จำนวน (เป้าหมาย /ผลงาน)	อัตรา	จำนวน (เป้าหมาย /ผลงาน)	อัตรา	จำนวน (เป้าหมาย /ผลงาน)	อัตรา
๑.อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	ร้อยละ ๙๐	๓,๒๗๒ คน/ ๓,๐๖๔ คน	๙๓.๖๔	๒,๐๒๙ คน/ ๑,๘๘๕ คน	๙๒.๙๐	๒,๖๓๒ คน/ ๒,๔๙๖ คน	๙๔.๘๓
๒.อัตราผู้ป่วยเบาหวาน (DM) รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	$\leq$ ๒.๐๕ %	๓,๐๓๖ คน/ ๗๗ คน	๒.๕๔	๑,๙๘๓ คน/ ๖๔ คน	๓.๒๓	๒,๖๓๒ คน/ ๖๓ คน	๒.๓๙

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ด.) ตค.๖๑-พค.๖๒	
		จำนวน (เป้าหมาย /ผลงาน)	อัตรา	จำนวน (เป้าหมาย /ผลงาน)	อัตรา	จำนวน (เป้าหมาย /ผลงาน)	อัตรา
๓. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (HT) ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน	≥ ๓๐ %	NA	NA	๔,๓๕๔ คน/ ๑,๗๑๙ คน	๓๙.๔๘	๓,๗๔๕ คน/ ๒,๕๙๗ คน	๖๙.๓๕
๔. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย(ทำ HomeBP)	≤ ร้อยละ ๑๐	NA	NA	๑,๗๑๙ คน/ ๘๘ คน	๕.๑๒	๒,๕๙๗ คน/ ๑๑๒ คน	๔.๓๑

จากตาราง พบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับร้อยละ ๒.๔๕, ๓.๒๓, ๒.๓๙ (ข้อมูล ๘ เดือน) ตามลำดับ แต่เมื่อเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายการดำเนินงานยังถือว่า “ไม่ผ่านเกณฑ์” และอัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับร้อยละ ๙๓.๖๔, ๙๒.๙๐ และ ๙๔.๘๓ (ข้อมูล ๘ เดือน)ตามลำดับ แต่เมื่อเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายการดำเนินงานยังถือว่า “ผ่านเกณฑ์”

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เรื่องอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (HT) ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ ๓๐ ภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๑ – ปี ๒๕๖๒ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับร้อยละ ๓๙.๔๘ และ ๖๙.๓๕ ตามลำดับ แต่เมื่อเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายการดำเนินงานยังถือว่า “ผ่านเกณฑ์” และตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (HT) ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน(ทำ HomeBP) ปี ๒๕๖๑ – ปี ๒๕๖๒ มีแนวโน้มลดลงเท่ากับร้อยละ ๕.๑๒ และ ๔.๓๑ ตามลำดับเมื่อเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายการดำเนินงานถือว่า “ผ่านเกณฑ์” (ที่มา : ข้อมูลจาก โปรแกรม HDC จังหวัดมหาสารคาม ณ วันที่ ๑๗ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๒)

ตารางที่ ๒ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เรื่องอัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำร้อยละ ๙๐ แยกราย รพ.สต.และ ศสม.ของอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๒

ลำดับ ที่	เครือข่ายบริการ สุขภาพ	ปี ๒๕๖๐			ปี ๒๕๖๑			ปี ๒๕๖๒		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	รพ.สต.อุบลราช	๑๘๙	๑๓๐	๘๙.๙๕	๑๑๓	๑๑๑	๙๘.๒๓	๖๐	๖๐	๑๐๐
๒	ศสม.ส่องนางใย	๒๓๐	๒๒๙	๙๙.๕๖	๑๔๓	๑๓๘	๙๖.๕	๖๐	๖๐	๑๐๐
๓	รพ.สต.ห้วยแอ่ง	๑๑๐	๑๐๒	๙๒.๗๓	๙๓	๘๖	๙๒.๔๗	๑๓/๔	๑๓/๒	๙๘.๘๕
๔	ศสม.สามัคคี	๓๒๐	๓๐๖	๙๕.๖๓	๓๘	๓๕	๙๒.๑๑	๒๐๓	๑๙๙	๙๘.๐๓
๕	รพ.สต.เชียงเหียน	๖๒	๖๒	๑๐๐	๑๐๐	๙๔	๙๔	๑๒๓	๑๒๔	๙๙.๖๔
๖	รพ.สต.หัวนาคำ	๒๑	๒๐	๙๕.๒๔	๔๐	๔๐	๑๐๐	๑๕๘	๑๕๔	๙๗.๔๗
๗	รพ.สต.หนองจิก	๑๒๔	๑๑๗	๙๔.๓๕	๘๓	๗๒	๘๖.๗๕	๑๘๑	๑๗๖	๙๗.๒๔
๘	รพ.สต.ท่าตูม	๒๒๕	๒๑๙	๙๗.๓๓	๒๖๓	๒๕๒	๙๕.๐๒	๑๓๖	๑๓๐	๙๕.๕๙
๙	รพ.สต.ลาด	๒๔๙	๒๑๖	๘๖.๗๕	๑๗/๕	๑๕๖	๘๙.๑๔	๑๕๐	๑๔๓	๙๕.๓๓
๑๐	รพ.สต.โคกก่อ	๑๓๒	๑๖๓	๙๗.๐๙	๑๘๑	๑๕๓	๘๖.๗๔	๒๒๒	๒๑๗	๙๕.๑๘
๑๑	รพ.สต.หนองแวง	๑๕๔	๑๒๙	๘๓.๗๗	๑๒๒	๑๑๙	๙๗.๕๔	๒๑๙	๒๐๘	๙๔.๙๘
๑๒	รพ.สต.เขวา	๑๒๓	๑๑๔	๘๙.๕๑	๑๔๑	๑๓๕	๙๕.๗๔	๑๗/๓	๑๖๗	๙๘.๓๕
๑๓	รพ.สต.โนนไต้	๕๒๐	๔๙๒	๙๔.๖๒	๑๕๕	๑๕๒	๙๘.๐๖	๒๓๔	๒๒๐	๙๔.๐๒
๑๔	ศสม.บูรพา	๑๒๙	๑๑๑	๘๖.๐๕	๒๓	๒๓	๘๕.๑๙	๓๒	๓๐	๙๓.๗๕
๑๕	รพ.สต.โคกบัวค้อ	๑๓๖	๑๖๙	๙๖.๐๒	๑๒๒	๑๑๓	๙๒.๖๒	๑๕๗	๑๔๗	๙๓.๖๓
๑๖	รพ.สต.หนองโน	๑๑๒	๑๐๕	๙๓.๗๕	๘๑	๘๐	๙๘.๗๗	๑๑๓	๑๐๕	๙๒.๙๒
๑๗	รพ.สต.ดอนหว้าน	๓/๓	๓/๖	๙๘.๓	๖๐	๕๕	๙๑.๖๗	๘๔	๗/๓	๘๖.๙๐
๑๘	รพ.สต.โนนเพ็ก	๔๓	๔๓	๙๑.๔๙	๔๓	๓๙	๙๐.๗	๒๖	๒๒	๘๔.๖๒
๑๙	รพ.สต.แก้ง	๑๙๐	๑๘๐	๙๔.๗๔	๔๕	๓๘	๘๔.๔๔	๑๐๙	๘๖	๗๘.๙๐
๒๐	รพ.สต.ท่างาม	๓๖	๓๕	๙๗.๒๒	๐	๐	๐	๔	๓	๗๕.๐๐
๒๑	ศสม.ราชภัฏศรีฯ	๒	๒	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รวม		๓,๒๓๒	๓,๐๖๔	๙๓.๖๔	๒,๐๒๙	๑,๘๘๕	๙๒.๙๐	๒,๖๓๒	๒,๔๙๖	๙๔.๘๓

จากตารางข้อมูลรายรพ.สต. พบว่า รพ.สต.ที่มีอัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ ๙๐ พบว่า มี จำนวน ๔ รพ.สต. ดำเนินงาน ไม่ผ่าน

เกณฑ์ ได้แก่ รพ.สต.ทำงาน รพ.สต.แก้ง รพ.สต.โนนเพ็ก และ รพ.สต.ดอนหว้าน ร้อยละ ๓/๕.๐๐, ๓/๘.๙๐, ๘๔.๖๒ และ ๘๖.๙๐ ตามลำดับ

ตารางที่ ๓ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕ แยกราย รพ.สต. และ ศสม.ของอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๒

ลำดับ ที่	เครือข่ายบริการ สุขภาพ	ปี ๒๕๖๐			ปี ๒๕๖๑			ปี ๒๕๖๒		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	รพ.สต.หนองจิก	๑๑๘	๒	๑.๖๙	๗๖	๕	๖.๕๘	๑๘๑	๐	๐
๒	รพ.สต.อุบราช	๑๕๘	๖	๓.๘	๑๑๒	๐	๐	๖๐	๐	๐
๓	รพ.สต.ทำงาน	๓๖	๑	๒.๗๘	๐	๐	๐	๔	๐	๐
๔	รพ.สต.โนนเพ็ก	๔๓	๑	๒.๓๓	๔๑	๒	๔.๘๘	๒๖	๐	๐
๕	ศสม.ราชภัฏศรีฯ	๒	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๖	รพ.สต.หัวนาคำ	๒๐	๒	๑๐	๔๐	๒	๕	๑๕๘	๑	๐.๖๓
๗	รพ.สต.เชียงเหียน	๖๑	๒	๓.๒๘	๑๐๐	๒	๒	๑๒๗	๑	๐.๗๙
๘	รพ.สต.หัวแย่ง	๑๐๖	๒	๑.๘๙	๘๘	๒	๒.๒๗	๑๗๔	๒	๑.๑๕
๙	รพ.สต.โคกก่อง	๑๖๔	๙	๕.๔๙	๑๗๖	๖	๓.๔๑	๒๒๘	๓	๑.๓๒
๑๐	ศสม.ส่องนางใย	๒๑๑	๖	๒.๘๔	๑๔๒	๕	๓.๕๒	๖๐	๑	๑.๖๗
๑๑	รพ.สต.โคกบัวค้อ	๑๗๒	๒	๑.๑๖	๑๑๘	๑	๐.๘๕	๑๕๗	๓	๑.๙๑
๑๒	รพ.สต.ท่าตูม	๒๒๐	๘	๓.๖๔	๒๖๐	๑๐	๓.๘๕	๑๓๖	๓	๒.๒๑
๑๓	รพ.สต.หนองแวง	๑๔๙	๑	๐.๖๗	๑๒๑	๐	๐	๒๑๙	๕	๒.๒๘
๑๔	ศสม.บุรพา	๑๐๖	๒	๑.๘๙	๒๖	๐	๐	๓๒	๑	๓.๑๓
๑๕	รพ.สต.ลาด	๒๐๒	๗	๓.๔๗	๑๗๑	๓	๑.๗๕	๑๕๐	๕	๓.๓๓
๑๖	รพ.สต.ดอนหว้าน	๗๖	๒	๒.๖๓	๕๗	๔	๗.๐๒	๘๔	๓	๓.๕๗
๑๗	รพ.สต.แก้ง	๑๘๔	๔	๒.๑๗	๔๔	๑	๒.๒๗	๑๐๙	๔	๓.๖๗
๑๘	รพ.สต.โนนแต้	๔๘๙	๖	๑.๒๓	๑๕๕	๙	๕.๘๑	๒๓๔	๑๐	๔.๒๗
๑๙	รพ.สต.หนองโน	๑๐๙	๒	๑.๘๓	๘๑	๕	๖.๑๗	๑๑๓	๕	๔.๔๒
๒๐	ศสม.สามัคคี	๓๐๔	๕	๑.๖๔	๓๗	๐	๐	๒๐๓	๙	๔.๔๓
๒๑	รพ.สต.เขวา	๑๐๖	๗	๖.๖	๑๓๘	๗	๕.๐๗	๑๗๗	๘	๔.๕๒
	รวม	๓,๐๓๖	๗๗	๒.๕๔	๑,๙๘๓	๖๔	๓.๒๓	๒,๖๓๒	๖๔	๒.๔๓

จากตารางเมื่อแยกข้อมูลรายรพ.สต. พบว่า ปี ๒๕๖๒ รพ.สต.ที่มีอัตราป่วยรายใหม่เบาหวานจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ผ่านเกณฑ์ ที่กำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕ จำนวน ๔ รพ.สต.ได้แก่ ศสม.ราชภัฏศรีรพ.สต.โนนเพ็ก รพ.สต.อุปราชรพ.สต.หนองจิก พบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใหม่เบาหวานจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และ จำนวน ๕ รพ.สต.ได้แก่ รพ.สต.หัวนาคำรพ.สต.เชียงเหียนรพ.สต.โคกก่อ ศสม.ส่องนางใยและรพ.สต.โคกบัวค้อเท่ากับร้อยละ ๐.๖๓,๐.๗๙,๑.๓๒,๑.๖๗ และ๑.๙๗ ตามลำดับ ซึ่งถือว่า “ผ่านเกณฑ์” และจากการดำเนินงาน พบว่าอำเภอเมืองมหาสารคามมี รพ.สต. ๑๗ แห่ง และ ศสม. จำนวน ๔ แห่ง รวมเป็น ๒๑ แห่ง ผลงานผ่านเกณฑ์ ๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๘๖ และ รพ.สต. ๑๒ แห่ง ยังไม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๑๔

ตารางที่ ๔ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เรื่องอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (HT) ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน $\geq$ ร้อยละ ๓๐แยกราย รพ.สต.และ ศสม.ของอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒

ลำดับ ที่	เครือข่ายบริการ สุขภาพ	ปี ๒๕๖๑			ปี ๒๕๖๒		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	รพ.สต.อุปราช	๑๕๕	๓๔	๒๑.๙๔	๓๖	๓๖	๑๐๐
๒	รพ.สต.ท่างาม	๒๐	๑๙	๙๕.๐๐	๒๙	๒๙	๑๐๐
๓	รพ.สต.โคกบัวค้อ	๓๓๒	๓๓๐	๙๙.๔๐	๑๒๖	๑๒๕	๙๙.๒๑
๔	รพ.สต.ลาด	๒๘๐	๒๗๐	๙๖.๔๓	๒๔๐	๒๓๗	๙๘.๗๕
๕	รพ.สต.แก้ง	๑๑๕	๓๕	๓๐.๔๓	๖๕๐	๖๑๔	๙๔.๔๖
๖	รพ.สต.ห้วยแอ่ง	๑๔๗	๑๔๒	๙๖.๖๐	๘๖	๗๗	๘๙.๕๓
๗	รพ.สต.หนองแวง	๔๐๕	๔๖	๑๑.๓๖	๒๖๕	๒๓๗	๘๙.๔๓
๘	รพ.สต.โคกก่อ	๓๐๓	๒๑๐	๖๙.๓๑	๑๗๙	๑๕๒	๘๔.๙๒
๙	รพ.สต.ท่าตูม	๒๘๖	๒๖๘	๙๓.๗๑	๒๖๗	๒๒๓	๘๓.๕๒
๑๐	ศสม.ส่องนางใย	๑๕๘	๑๓	๘.๒๓	๑๓๓	๑๐๒	๗๖.๖๙
๑๑	รพ.สต.โนนเพ็ก	๓๓	๒๓	๖๙.๗๐	๒๑	๑๖	๗๖.๑๙
๑๒	รพ.สต.หัวนาคำ	๑๓๕	๑๒๕	๙๒.๕๙	๒๓	๑๗	๗๓.๙๑
๑๓	รพ.สต.หนองจิก	๒๑๓	๒๓	๑๐.๘๐	๑๗๒	๑๑๔	๖๖.๒๘
๑๔	รพ.สต.หนองโน	๑๑๐	๒๓	๒๐.๙๑	๒๓๔	๑๕๒	๖๔.๙๖
๑๕	รพ.สต.เขวา	๒๕๘	๔๔	๑๗.๐๕	๑๒๖	๖๓	๕๐.๐๐
๑๖	รพ.สต.โนนแต้	๑๗๐	๒๓	๑๓.๕๓	๑๑๕	๕๗	๔๙.๕๗
๑๗	รพ.สต.เชียงเหียน	๓๐๒	๓๓	๑๐.๙๓	๒๖๖	๑๑๑	๔๑.๗๓
๑๘	รพ.สต.ดอนหว้าน	๓๕๔	๔๓	๑๒.๑๕	๒๘๘	๑๑๙	๔๑.๓๒
๑๙	ศสม.สามัคคี	๔๑๓	๖	๑.๔๕	๓๕๖	๑๑๓	๓๑.๗๔
๒๐	ศสม.ราชภัฏศรี	๕๕	๖	๑๐.๙๑	๗	๑	๑๔.๒๙

ลำดับ ที่	เครือข่ายบริการ สุขภาพ	ปี ๒๕๖๑			ปี ๒๕๖๒		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๒๑	ศสม.บวรพา	๑๑๐	๓	๒.๗๓	๑๒๕	๒	๑.๖๐
	รวม	๔,๓๕๔	๑,๗๑๙	๓๙.๔๘	๓,๗๔๔	๒,๕๙๗	๖๙.๓๖

จากตาราง พบว่า รพ.สต.ที่มีอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๓๐ พบว่า มี ๒ รพ.สต. ที่ดำเนินการ ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ศสม.บวรพา และศสม.ราชภัฏศรีฯเท่ากับร้อยละ ๑.๖๐ และ ๑๔.๒๙ ทั้งนี้การดำเนินงานวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน ในระดับอำเภอ ถือว่า “ผ่านเกณฑ์” คือ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๓๙.๔๘ และปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๖๙.๓๖ ทำให้มีแนวโน้มสูงขึ้น

๒.การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่องอัตราผู้ป่วยเบาหวาน (DM) รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (HT) ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่องอัตราผู้ป่วยเบาหวาน (DM) รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (HT) ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้านกรณีเป็นระบบบริการใช้กรอบ SI^๓Mในงานอื่นๆที่ไม่ใช่ระบบบริการ)

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	๑.คำสั่งคณะกรรมการ NCD Board อ.เมืองจ.มหาสารคาม
๒. Information	วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบกับรายปี ตารางที่ ๑ภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑พฤษภาคม ๒๕๖๒)
๓. Intervention / Innovation	๑.ประชุมชี้แจงตัวชี้วัดและแนวทางการดำเนินงาน ๒. ใช้เวทีประชุมประจำเดือนสสอ.และไลน์NCD CUP Mueang เป็นช่องทางการสื่อสาร และการคืนข้อมูลสถานการณ์ ผลการดำเนินงานทุกเดือน เพื่อกระตุ้นผลการดำเนินงาน ๓. จัดทำแนวทางการดำเนินงาน NCD ของ จนท.สาธารณสุข และ อสม. เพื่อเชื่อมโยงระหว่างรพ.กับหน่วยบริการปฐมภูมิ ๔. สร้างแบบฟอร์ม เพื่อสนับสนุนให้พื้นที่สามารถจัดเก็บข้อมูลได้สะดวกและง่ายต่อการทำงาน ๕.ส่งเสริมให้พื้นที่ มีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงอย่างน้อย ๑ กิจกรรม ๖. อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโดยใช้หลักการแพทย์วิถีธรรมในพื้นที่ คือ ตำบลลาดพัฒนา,ตำบลแวงนาง ๗. จัดอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในโครงการรักษ์ไต อร่อยได้ ไม่ต้องเค็ม ที่ตำบลเก็ง ๗.สสอ.และรพ.มค(NCD+IT+MCH+TB) บูรณาการออกติดตามงานตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ไตรมาสที่ ๑

๔. Integration	๑.นำเสนอสถานการณ์ และขอความร่วมมือจาก อปท.อบต. ใน เวทีประจำความมั่นคงของอำเภอเมือง ๒.บูรณาการร่วมกับงาน IT+MCH+TB ในการออกนิเทศติดตาม ในพื้นที่ ๓. เชื่อมโยงพขอ.ประเด็น อาหารปลอดภัยฯ ในการส่งเสริมการ ปลุกและใช้สมุนไพร เพื่อลดโรคเบาหวาน ความดัน
๕. Monitoring / Evaluation	๑. ประมวลผล HDC ทุกเดือนพร้อมคืนข้อมูลในเวทีปจต.สสอ. , ในกลุ่มไลน์ NCD CUPMueang ๒.นิเทศติดตามในพื้นที่

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒ เพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่
 ต้องการ

- มีการจัดทำกิจกรรมตามแผนงานโครงการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมือง ปี ๒๕๖๒
 และในพื้นที่จัดทำแผนงานโครงการจากงบกองทุนสุขภาพท้องถิ่นระดับตำบลในการแก้ไขปัญหา ดำเนินงาน
 ภายใต้ NCD Board อ.เมืองจ.มหาสารคาม และขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมือง
 มหาสารคาม มีการประชุมให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในเครือข่ายทุกเดือน

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

- มีการจัดทำโครงการดำเนินการ/กิจกรรมตามแผนร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล สสอ. หน่วย
 บริการปฐมภูมิ และภาคีเครือข่าย

- มีการนิเทศการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมาตรฐาน NCD clinic plus และ รพ.สต.ติด
 ดาวโดยทีมพี่เลี้ยงจากรพ.มหาสารคามและสสอ.เมืองฯ

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (เป้าหมาย ≤ ๒.๐๕)

กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำต้น

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เป้าหมายกลุ่มเสี่ยงเบาหวานรายใหม่ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕ พบว่าระดับอำเภอมีผลการ
 ตรวจน้ำตาลซ้ำ ร้อยละ ๙๔.๖๓ เกินเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ ๙๐ แต่การดำเนินงานในระดับอำเภอพบว่า
 อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานร้อยละ ๒.๔๓ ยังเกินเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงอยู่ใน
 เขตเมือง และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน

อัตรากลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (เป้าหมาย ≥ ๓๐)

ผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปใน
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ร้อยละ ๖๙.๓๖ พบว่า ในบาง รพ.สต.และ ศสม. มีผลงานน้อย เพราะอยู่ในเขตเมือง
 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน ข้อสังเกตของอำเภอเมืองที่มีกลุ่มสงสัยป่วยสูง จะมีผลการทำ Home BP น้อย
 ได้แก่ ศสม.บุรพา และศสม.ราชวิถีศรีฯ

๓. ภาพกิจกรรม

แนวทางการคัดกรองและการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่



อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในโครงการรักไต อร่อยได้ ไม่ต้องเค็ม ที่ตำบลแก้ง



วิทยากรค่ายแพทย์วิถีธรรมให้ความรู้เรื่องอาหาร วัตถุดิบในการประกอบอาหารส่วนเป็นสมุนไพรและผักพื้นบ้าน



การติดตามวัดความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Home BP)



สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

ผู้รับผิดชอบ : แพทย์หญิงจิราพร พิลัยกุล

โทร ๐๘๑-๖๖๑๔๖๕3

E-mail : j_pilaikul@yahoo.com

ผู้จัดเก็บ : พว.พูนทรัพย์ สมกล้า

โทร ๐๘๑-๘๗๒๗๗๐๗

E-mail : n_aaex@hotmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ที่ผ่านมา พบว่า จังหวัดมหาสารคาม มีการคัดกรองเบาหวานได้ร้อยละ ๙๔.๘๖ พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด ร้อยละ ๒.๘๖ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดร้อยละ ๑๕.๐๙ คัดกรองความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ ๙๕.๑๐ ควบคุมความดันได้ร้อยละ ๔๙.๗๑ อำเภอเมือง มีการคัดกรองเบาหวานได้ร้อยละ ๙๓.๔๒ พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด ร้อยละ ๒.๔๒ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดร้อยละ ๑๕.๑๒ คัดกรองความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ ๙๒.๙๑ ควบคุมความดันได้ร้อยละ ๓๘.๕๙ การที่ผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน ไม่สามารถ ควบคุมน้ำตาล/ความดันโลหิตสูงได้ดีย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ส่วนหนึ่งไม่เข้าถึงบริการ/ขาดนัด รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หรือการบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ภาพรวมของ จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๒

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ ควบคุมได้	≥๔๐	๘,๔๖๐	๑๙.๙๖	๘,๙๐๙	๑๗.๒๐	๙,๒๖๔	๑๖.๖๓
๒.ร้อยละของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมได้	≥๕๐	๑๑,๔๘๓	๓๐.๐๕	๑๒,๔๔๑	๔๘.๕๖	๑๓,๐๘๗	๓๙.๘๑

๒. ข้อมูลสถานการณ์แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๒

ตารางที่ ๑ เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๒ ของ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ที่	ตำบล	ปี ๒๕๕๙			ปี ๒๕๖๐			ปี ๒๕๖๑			ปี ๒๕๖๒ (๑ ต.ค.๖๑-๓๑พ.ค.๖๒)		
		เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อย ละ	เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อย ละ	เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อย ละ	เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อย ละ
๑	ตลาด	๒,๑๗๓	๔๒๘	๑๙.๗	๒,๔๑๑	๔๕๘	๑๙	๒,๔๐๖	๔๓๕	๑๘.๐๘	๒,๔๖๗	๔๓๔	๑๗.๖
๒	เขวา	๖๙๙	๑๔๑	๒๐.๑๗	๗๗๕	๑๘๑	๒๓.๓๕	๘๒๒	๑๔๘	๑๘	๘๕๒	๑๔๓	๑๖.๗
๓	ท่าตูม	๓๔๙	๖๕	๑๘.๖๒	๓๘๓	๗๔	๑๙.๓๒	๔๐๕	๖๐	๑๔.๘๑	๔๒๐	๖๑	๑๔.๕

ที่	ตำบล	ปี ๒๕๕๙			ปี ๒๕๖๐			ปี ๒๕๖๑			ปี ๒๕๖๒ (๑ ต.ค.๖๑-๓๑พ.ค.๖๒)		
		เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อยละ	เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อยละ	เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อยละ	เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อยละ
๔	เวียงน้ำ	๖๓๙	๑๓๔	๒๐.๙๗	๗๑๖	๑๕๐	๒๐.๙๕	๗๙๗	๑๓๗	๑๗.๑๙	๘๙๕	๑๔๓	๑๕.๙
๕	โคกก่อ	๓๙๒	๖๗	๑๗.๐๙	๔๒๖	๘๓	๑๙.๔๘	๔๕๖	๖๕	๑๔.๒๕	๔๗๕	๘๑	๑๗
๖	ดอนหว้าน	๒๓๑	๓๓	๑๔.๒๙	๒๕๓	๔๐	๑๕.๘๑	๒๗๖	๓๘	๑๓.๗๗	๒๘๘	๔๔	๑๕.๒
๗	แก้ง	๔๕๑	๑๐๗	๒๓.๗๓	๕๓๗	๑๒๒	๒๒.๗๒	๖๑๗	๑๑๑	๑๗.๙๙	๕๙๔	๑๐๒	๑๗.๑
๘	แก้งเลิงจาน	๓๘๗	๙๙	๒๕.๕๘	๔๓๔	๙๔	๒๑.๖๖	๕๒๕	๘๘	๑๖.๗๖	๕๔๒	๑๐๓	๑๙
๙	ท่าสองคอน	๘๔๓	๑๖๘	๑๙.๙๓	๙๑๐	๑๔๒	๑๕.๖	๙๒๕	๑๔๙	๑๖.๑๑	๙๗๔	๑๔๒	๑๔.๕
๑๐	ลาดพัฒนา	๔๖๒	๑๒๓	๒๖.๖๒	๔๙๒	๑๓๗	๒๗.๘๕	๕๑๐	๖๙	๑๓.๕๓	๕๓๔	๗๙	๑๔.๗
๑๑	หนองปลิง	๓๓๙	๔๔	๑๒.๙๘	๓๕๙	๔๕	๑๒.๕๓	๓๖๕	๕๒	๑๔.๒๕	๓๘๐	๓๖	๙.๔๗
๑๒	ห้วยแอ่ง	๑๖๖	๔๐	๒๔.๑	๑๘๔	๔๗	๒๕.๕๔	๑๙๕	๔๗	๒๔.๑	๒๐๘	๕๑	๒๔.๕
๑๓	หนองโน	๒๙๙	๖๖	๒๒.๐๗	๓๒๗	๕๘	๑๗.๗๔	๓๕๐	๘๑	๒๓.๑๔	๓๕๙	๖๕	๑๘.๑
๑๔	บัวค้อ	๒๒๖	๔๘	๒๑.๒๔	๒๕๓	๕๘	๒๒.๙๒	๒๖๐	๕๒	๒๐	๒๗๖	๕๗	๒๐.๖
	รวม	๗,๖๕๖	๑,๕๖๓	๒๐.๔๒	๘,๔๖๐	๑,๖๘๙	๑๙.๙๖	๘,๙๐๙	๑,๕๓๒	๑๗.๒๐	๙,๒๖๔	๑,๕๔๑	๑๖.๖

ผลงานของปี ๒๕๖๑ เทียบกับเกณฑ์ของปี ๒๕๖๒ พบว่า ปี ๒๕๖๑ ตำบลที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ๓ ตำบลแรกได้แก่ ตำบลห้วยแอ่ง ตำบลหนองโนและตำบลบัวค้อตามลำดับ ตำบลที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ๓ ลำดับสุดท้าย คือ ตำบลลาดพัฒนา ตำบลดอนหว้าน ตำบลหนองปลิงและตำบลโคกก่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๒ พบว่า ๓ ตำบลแรกที่มีแนวโน้มการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี คือ ห้วยแอ่ง ตำบลบัวค้อและตำบลหนองโนตามลำดับ ตำบลที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ๓ ลำดับสุดท้าย คือ ตำบลหนองปลิง ตำบลท่าตูมและตำบลท่าสองคอน

ตารางที่ ๒ เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๒ ของอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ที่	อำเภอ	ปี ๒๕๕๙			ปี ๒๕๖๐			ปี ๒๕๖๑			ปี ๒๕๖๒ (๑ ต.ค.๖๑-๓๑พ.ค.๖๒)		
		เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อยละ	เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อยละ	เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อยละ	เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อยละ
๑	ตลาด	๓,๓๒๑	๕๕๑	๑๖.๕๙	๓,๘๖๙	๘๕๓	๒๒.๐๕	๓,๙๔๓	๙๑๗	๒๓.๒๖	๔,๐๗๘	๘๙๒	๒๑.๘๗
๒	เขวา	๗๓๕	๙๘	๑๓.๓๓	๙๖๒	๒๗๔	๒๘.๔๘	๑,๐๘๐	๗๘๖	๗๒.๗๘	๑,๑๕๒	๗๓๕	๖๓.๘
๓	ท่าตูม	๓๘๘	๑๒๙	๓๓.๒๕	๔๘๗	๒๑๒	๔๓.๕๓	๕๓๑	๓๒๒	๖๐.๖๔	๕๗๙	๓๒๓	๕๕.๗๙
๔	เวียงน้ำ	๗๒๗	๑๑๓	๑๕.๕	๙๔๕	๒๙๔	๓๑.๑๑	๑,๐๐๙	๔๖๕	๔๖.	๑,๑๒๓	๔๒๖	๓๗.๙
๕	โคกก่อ	๔๘๐	๑๔๔	๓๐	๕๖๔	๒๔๖	๔๓.๖๒	๕๙๙	๓๑๕	๕๒.๖	๖๓๕	๓๖๑	๕๖.๘
๖	ดอนหว้าน	๒๕๓	๖๕	๒๕.๖๙	๒๙๐	๘๖	๒๙.๖๖	๓๓๗	๒๕๒	๗๔.๗๘	๓๔๙	๒๖๘	๗๖.๗๙

ที่	อำเภอ	ปี ๒๕๕๙			ปี ๒๕๖๐			ปี ๒๕๖๑			ปี ๒๕๖๒ (๑ ต.ค.๖๑-๓๑พ.ค.๖๒)		
		เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อยละ	เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อยละ	เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อยละ	เป้า หมาย	ผล งาน	ร้อยละ
๗	แก้ง	๕๖๑	๖๐	๑๐.๗	๖๘๒	๑๙๐	๒๗.๘๖	๘๔๘	๖๑๙	๗๓	๘๒๕	๒๑๒	๒๕.๗
๘	แก้งเลิงจาน	๕๐๐	๔๕	๙	๖๐๒	๑๕๙	๒๖.๔๑	๗๔๔	๔๐๗	๕๔.๗	๗๗๑	๓๖๑	๔๖.๘๒
๙	ท่าสองคอน	๘๕๗	๑๙๖	๒๒.๘๗	๑,๐๗๖	๓๖๘	๓๔.๒	๑,๑๖๗	๖๒๓	๕๓.๓๘	๑,๒๕๓	๖๓๗	๕๐.๘๔
๑๐	ลาดพัฒนา	๔๙๓	๑๐๕	๒๑.๓	๕๔๗	๑๙๓	๓๕.๒๘	๕๙๓	๔๖๘	๗๘.๖๒	๖๒๙	๔๐๘	๖๔.๘๖
๑๑	หนองปลิง	๓๖๑	๑๕๓	๔๒.๓๘	๔๑๖	๑๕๐	๓๖.๐๖	๔๒๙	๓๗๗	๘๗.๘๘	๔๔๖	๑๐๖	๒๓.๗๗
๑๒	ห้วยแอ่ง	๒๑๔	๔๓	๒๐.๐๙	๒๓๘	๙๒	๓๘.๖๖	๒๗๐	๑๓๔	๔๙.๖๓	๓๐๐	๑๕๘	๕๒.๖๗
๑๓	หนองโน	๔๗๐	๑๔๖	๓๑.๐๖	๕๐๙	๒๒๗	๔๔.๖	๕๖๘	๒๒๙	๔๐.๓๒	๕๘๙	๒๑๗	๓๖.๘๔
๑๔	บัวค้อ	๒๖๑	๘๓	๓๑.๘	๒๙๖	๑๐๗	๓๖.๑๕	๓๒๓	๑๒๗	๓๙.๓๒	๓๕๘	๑๐๖	๒๙.๖๑
๑๕	รวม	๙,๖๒๑	๑,๙๓๑	๒๐.๐๗	๑๑,๔๘๓	๓,๔๕๑	๓๐.๐๕	๑๒,๔๔๑	๖,๐๔๑	๔๘.๕๖	๑๓,๐๘๗	๕,๒๑๐	๓๙.๘๑

ผลงานของปี ๒๕๖๑ เทียบกับเกณฑ์ของปี ๒๕๖๒ พบว่า ปี ๒๕๖๑ ตำบลที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี ๓ ตำบลแรกได้แก่ ตำบลหนองปลิง ตำบลดอนหวาน และตำบลแก้ง ตามลำดับ ตำบลที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ ๓ ลำดับสุดท้าย คือ ตำบลตลาด ตำบลบัวค้อและตำบลหนองโน เปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๒ พบว่า ๓ ตำบลแรกที่มีแนวโน้มการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี คือ ตำบลดอนหวาน ตำบลลาดพัฒนา และตำบลเขวา ตามลำดับ ตำบลที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ๓ ลำดับสุดท้าย คือ ตำบลตลาด ตำบลหนองปลิง ตามลำดับ

๒. การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อกำหนดการดำเนินงานในปี ๒๕๖๒ เรื่อง การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงได้ดี

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	พัฒนาศักยภาพ ระดับหน่วยบริการ เฉพาะพื้นที่เพื่อรองรับระบบบริการสุขภาพตามสภาพปัญหาของพื้นที่ เป้าหมาย: ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนบรรลุปเป้าหมายตามตัวชี้วัดและได้รับการดูแลรักษา ส่งต่อตามความเหมาะสม เช่น รพ.สต.ขนาดใหญ่มีการรับดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่พบเบาหวานขึ้นจอประสาทตา มีระบบ Refer in พัฒนาระบบการส่งต่อให้สมบูรณ์รองรับการจัดบริการแบบเครือข่าย “Referral Cascade System”

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
	เป้าหมาย : มีแนวทางการ Consult/Refer ผู้ป่วย เบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะฉุกเฉินและหรือมีความซับซ้อนทางด้านการดูแล เช่น GDM / DM type ๑/DM type ๒ จัดโครงการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จาก รพ.สต. ถึง รพท. ๑.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างแนวปฏิบัติการส่งต่อ – รับกลับ และประกาศใช้เป็นนโยบายร่วมกัน ๒.จัดทำแนวทางการดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะฉุกเฉินในระดับรพ.สต. ๓.ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางทุก ๖ เดือน
๒. บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	พัฒนาศักยภาพ ตามระดับหน่วยบริการเฉพาะพื้นที่เพื่อรองรับระบบบริการสุขภาพตามสภาพปัญหาของพื้นที่ เป้าหมาย: มีผู้รับผิดชอบงานเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงขยายครบทุก รพ.สต.ในอำเภอเมือง มหาสารคาม กิจกรรม: จัดอบรมหลักสูตร Mini Nurse Case Manager จังหวัดมหาสารคามจำนวน ๒๐๐ คน ร่วมกับเขตบริการสุขภาพที่ ๗ จำนวน ๘๐ คน วันที่ ๓-๔ พฤษภาคม ๒๕๖๑ และมีการประเมินติดตามผลการดำเนินงาน ระหว่างการออกประเมิน NCD Clinic Plus ระดับจังหวัด ประจำปี ๒๕๖๒ : จัดอบรมหลักสูตร MI (Motivational Interviewing) วันที่ ๒๑-๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๒
๓.ข้อมูลข่าวสาร (Information)	พัฒนาระบบฐานข้อมูลสนับสนุนการบริการและการตัดสินใจเชิงบริหารให้มีความเชื่อมโยงกันระหว่าง CSO CIO CHRO และ CFO “CSO-MIS profile” เป้าหมาย: มีฐานข้อมูลโปรแกรม HDC ที่สมบูรณ์ สามารถเชื่อมโยงในพื้นที่ได้ กิจกรรม: โครงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรค NCD

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
	จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการระบบฐานข้อมูล ๔๓ แห่ง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัด เมื่อวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๑ และบูรณาการร่วมกับผู้รับผิดชอบระบบข้อมูล HDC ระดับจังหวัดในกิจกรรมกำกับ ติดตาม และตรวจสอบการใช้งานระบบ Data Exchange ในหน่วยบริการสาธารณสุข และประเมินติดตามการขับเคลื่อนระบบงาน NCD Clinic Plus ประจำปี ๒๕๖๒
๔. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	พัฒนาระบบบริการให้ดีขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุม ๔ มิติที่มีคุณภาพ และมีความเสมอภาค “Better Service” เป้าหมาย: มีการใช้เครื่องมือและทรัพยากรร่วมกันเครื่อง LASER และ Fundus Camera กิจกรรม : จัดทำแผนงบลงทุนครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้างโดยใช้ Evidence base : กำหนดแผนงบลงทุนครุภัณฑ์ อำเภอเมือง
๕. การเงิน (Financing)	พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการ งบดำเนินการ และงบลงทุนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการService Plan โดยใช้ Evidence Base เป้าหมาย: มีแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอเมืองที่ใช้ในการพัฒนาร่วมกัน กิจกรรม: ๑. จัดทำคู่มือแนวทางการเบิกจ่ายงบประมาณตามมาตรฐาน ๒. ประชุมชี้แจงระเบียบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฝ่ายแผน /ฝ่ายการเงิน
๖. การนำและการอภิบาลระบบ (Leading / Governance)	มีคณะกรรมการ สาขา NCD Board ติดตามการดำเนินงานระดับอำเภอ
๗. ชุมชน ภาควิและการมีส่วนร่วม (Participation)	ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน โดยประสานความร่วมมือผ่านระบบการดูแล พขอ. ในพื้นที่ มีคณะกรรมการติดตามประเมินผลโดยผ่านกระบวนการประเมิน NCD Clinic Plus

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ ของตัวชี้วัด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และ การควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี

๑. ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ มีภาระงานค่อนข้างมาก ไม่สอดคล้องกับอัตรากำลังในการพัฒนาระบบงานการดูแล และงานต่างๆในพื้นที่ถูกกำกับด้วย KPI มาก ทำให้การทำงานมีความยุ่งยากซับซ้อน

๒. บางพื้นที่ ไม่มีผู้รับผิดชอบงาน NCD ที่เป็นรูปธรรม และมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย

๓. โรค มีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้เกิดความยากแก่การรักษาและควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

๓. สิ่งแวดล้อม ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ร้านค้าในชุมชน มีน้ำหวาน ขนมหวาน หรือเครื่องปรุงรสที่หลากหลาย ไม่มีการควบคุม

๔. ประชาชนทั่วไป ไม่ตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓ อ. ๒ ส. ทำให้มีกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้น

๔. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. จัดหลักสูตรอบรม Mini Nurse Case Manager DM HT ให้ครบทุกพื้นที่

๒. จัดอบรมชี้แจงแนวทางการบันทึกข้อมูล HoS-XP ตามตัวชี้วัดทุกตัว

๕. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง อำเภอเมือง ปี ๒๕๖๒

R๒R : ๑. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เพื่อชะลอไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

๒. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองมหาสารคาม ตำบล ตลาด อำเภอ เมือง จังหวัด มหาสารคาม

นวัตกรรม : คลินิกโรคเรื้อรัง ฉบับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง

: สร้างเครือข่ายเข้าสู่ระบบ พชอ. ให้ครอบคลุมมุ่งสู่ชมรมรักษ์ ไตใส่ใจเบาหวานความดันระดับอำเภอ ให้ชัดเจนขึ้น

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ นายอนุชิต สกุล พรหมรักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

เบอร์โทร ๐๙๓๓๒๘๘๐๐๙ E-mail chito_janglome@hotmail.co.th

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital โดยมีนโยบายให้สถานบริการเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ทั้งผู้ป่วยและญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม

ปี ๒๕๖๑ โรงพยาบาลมหาสารคามผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดี จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า โรงพยาบาลมหาสารคามยังมีความไม่ชัดเจนในเรื่องของนวัตกรรม GREEN และการสร้างเครือข่ายลงสู่ชุมชน ผนวกกับเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ในปี ๒๕๖๒ มีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์เป็นระดับดีมาก PLUS ในปี ๒๕๖๒ ได้ทบทวนคณะกรรมการชุดใหม่ และมีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน และสร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community นอกจากนั้นยังได้ดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลปลอดภัยร่วมกับ ภาควิชาเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหาร ปลอดภัย Food Safety Hospital) และได้พัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ผ่านการประเมินระดับเริ่มต้นพัฒนา จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น จึงทำให้ปัจจุบันโรงพยาบาลมหาสารคามได้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก PLUS เมื่อวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๒ ที่ผ่านมา โดยศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละของ รพ. ที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	ดีมาก PLUS	ระดับดี	ระดับดี	ระดับดี PLUS

จากตารางพบว่า ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ในระดับดี ได้มีการพัฒนานวัตกรรม GREEN และการสร้างเครือข่ายลงสู่ชุมชน พร้อมทั้งพัฒนาโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย และระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ทำให้ปี ๒๕๖๒ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ในระดับดีมาก PLUS

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	โรงพยาบาลพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN ๑. ประเมินตนเองตามหลักเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital วิเคราะห์และวางแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อน ๒. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ กำกับติดตาม ประเมินผล และพัฒนาอย่างต่อเนื่องส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม GREEN ๓. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN & CLEAN Hospital สู่ชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิด GREEN & CLEAN Community
๒. Information	- การประเมินตนเองตามแบบประเมินตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital ปี ๒๕๖๒ - การประชุม/การจัดเก็บข้อมูล GREEN and CLEAN Hospital ทุกเดือน
๓. Intervention / Innovation	๑. ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล/ชุมชน และสร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด Green community ๒. โรงพยาบาลดำเนินงานนโยบาย โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหาร ปลอดภัย Food Safety Hospital) ๓. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการ อาชีวนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป
๔. Integration	โรงพยาบาลบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล และชุมชน (ท้องถิ่น/รพ.สต./โรงเรียน/ชุมชน)
๕. Monitoring / Evaluation	การพัฒนาระบบให้ยั่งยืน ๑. โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ๒. โรงพยาบาลพัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาล

๓. Best Practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ รางวัลที่ได้รับ

รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลมหาสารคามอาหารปลอดภัย โภชนาการดี รสชาติเลิศ Food Safety, Good Nutrition, Good Taste @MSKH Hospital พัฒนาคน พัฒนางาน มุ่งมั่นนวัตกรรม

๔. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน



วันที่ ๒๗ พ.ค.๖๒ งานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลมหาสารคาม ตรวจเข้ม คุณภาพอาหารและสินค้า ที่จำหน่ายในร้านสวัสดิการ มุ่งเน้นนโยบายอาหารปลอดภัย สร้างความความไว้วางใจของผู้บริโภคเป็นอันดับแรก



วันที่ ๑๙ เม.ย.๖๒ รพ.มหาสารคาม ต้อนรับคณะกรรมการรับรองการประเมินและเยี่ยมเสริมพลัง GREEN & CLEAN Hospital และอาหารปลอดภัย เขตสุขภาพที่ ๗



วันที่ ๑๗ เม.ย.๖๒ ประชุมหาแนวทางปฏิบัติในการดูแลระบบน้ำในหน่วยงานได้ถูกต้องตามมาตรฐาน



วันที่ ๒๙ มี.ค.๖๒ โรงพยาบาลมหาสารคาม จัดประชุมวิชาการอาชีพอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม
ในโรงพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๒



วันที่ ๘ มี.ค.๖๒ การประสานส่วนภูมิภาค ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ตรวจสอบคุณภาพน้ำประปา
โรงพยาบาลมหาสารคาม



วันที่ ๑๔ ม.ค.๖๒ นายแพทย์สุนทร ยนต์ตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม ร่วมในพิธีเปิดงาน
มหกรรมผลิตภัณฑ์เกษตรปลอดภัยและเกษตรอินทรีย์ เพื่อแสดงผลผลิตทางการเกษตร ภายใต้โครงการ
ส่งเสริมการผลิตพืชเศรษฐกิจของจังหวัด ณ บริเวณคณะเทคโนโลยีการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏ
มหาสารคาม



วันที่ ๙ ม.ค.๖๒ เทศบาลเมืองมหาสารคามจัดกิจกรรมเริ่มต้นการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ๖๐ วัน “แยกก่อนทิ้ง” ตามโครงการเพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดมหาสารคาม”



วันที่ ๖ ธ.ค.๖๑ ชาว รพ.มหาสารคาม ร่วมทำความสะอาดและทาสีกำแพงโรงพยาบาล ปรับภูมิทัศน์ให้สวยงาม

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการรอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ.โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ ๑.นางพัชรา พรหมอารักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์โทร.๐๘๑-๔๗๐๒๕๒๔ E-mail patpatchara.m@gmail.com

๒. นางนิตยา ฤทธิศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร ๐-๘๑๘-๗๓๗-๖๓๐ E-mail : nittayao๑๑@hotmail.com

๓. นางธัญญธร วิจารณ์ชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์โทร.๐๙๕-๒๒๙-๕๕๕๒

๔. นางนงค์เยาว์ ทุมวัน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์โทร.๐๖-๔๙๖๑-๙๔๕๑

๑.การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

โรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย มีการดำเนินงานโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน โดยมีเป้าหมายในโครงการ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปจำนวน ๙๓,๕๗๑ คนและอสม.ทั้งหมด ๒,๓๘๑ คน กิจกรรมที่ดำเนินการมีดังนี้ ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบ ในระดับอำเภอ โดยบูรณาการร่วมกับ คณะกรรมการดำเนินงานด้านยาเสพติด ๒.จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในทศพร.สต. ๓. อบรมพัฒนาทักษะการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูล HDC ๔๓ เพิ่ม special pp ๔.จัดระบบสนับสนุนรองรับตามโครงการเลิกบุหรี่ ได้แก่ คลินิกอดบุหรี่ ระบบให้คำปรึกษา การส่งต่อเพื่อรับบริการ ๕.สนับสนุนให้มีการบูรณาแผนการปฏิบัติงานร่วมกับกองทุนสุขภาพตำบล งานสุขภาพภาคประชาชน ๖.รณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อและกิจกรรมการประชุมต่างๆ ๘. จัดอบรมอสม.ในเขตอำเภอเมือง ให้ทราบนโยบาย และคัดกรองอสม.ที่เป็นผู้สูบบุหรี่เพื่อให้เข้าร่วมโครงการบำบัด ๙.อสม.ชักชวนประชาชนให้เข้าร่วมโครงการอสม.๑ คนต่อผู้สูบบุหรี่ ๓ คน

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่๑ .ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่

ภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ค.ตค.๖๑-พค.๖๒)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ร้อยละการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	๔๐,๔๘๙	๓๗.๒๑	๒๘,๘๒๙	๒๔.๙๔	๘๙,๔๒๓	๙๕.๕๗
ร้อยละประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปสูบบุหรี่	ไม่เกินร้อยละ ๒๐.๘	๘,๕๕๗	๒๑.๑๓	๘,๓๐๖	๒๘.๘๑	๘,๙๖๕	๑๐.๐๓

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ด.) ตค.๖๑-พค.๖๒	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ร้อยละการติดตามและได้รับการบำบัด ผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๕๖๑๕	๖๕.๖๒	๗๕๗๙	๙๑.๒๕	๘๑๒๙	๙๐.๖๗
ผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปเลิกบุหรี่						๑๗๒	๑.๙๒
ร้อยละการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ในอสม.	-	NA	NA	NA	NA	๒,๓๔๕	๙๘.๔๙
ร้อยละของอสม.ที่สูบบุหรี่	-	NA	NA	NA	NA	๖๓	๒.๖๕
ร้อยละของอสม.ที่สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการบำบัด	ร้อยละ ๑๐๐	NA	NA	NA	NA	๖๓	๑๐๐
จำนวนประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี	อสม.๑คน ต่อประชาชน ๓ คน	NA	NA	NA	NA	๗,๒๗๑	๑๐๐

จากตารางที่ ๑ สถานการณ์การดำเนินงานบุหรี่ ในระบบฐานข้อมูล HDC ๔๓ แฟ้ม special pp ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ พบว่าการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปมีแนวโน้มคัดกรองมากขึ้นจากร้อยละ ๓๗.๒๑ , ๒๔.๙๔ , ๙๕.๕๗ ซึ่งผ่านเกณฑ์ คือไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ และมีผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ ๒๑.๑๓ , ๒๘.๘๑ , ๑๐.๐๓ ซึ่งผ่านเกณฑ์ คือไม่เกินร้อยละ ๒๐.๘ ได้รับการติดตามและการบำบัดมีแนวโน้มมากขึ้น จากร้อยละ ๖๕.๖๒ , ๙๑.๒๕ , ๙๐.๖๗ ซึ่งผ่านเกณฑ์ คือไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

จากการดำเนินงานบุหรี่ในงานสุขภาพภาคประชาชนในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ ยังไม่มีนโยบายขับเคลื่อน ในปี ๒๕๖๒ มีการบูรณาการงานบุหรีร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน พบว่า อสม.ทั้งหมดในอำเภอเมือง จำนวน ๒,๓๘๑ คน ได้รับการคัดกรองจำนวน ๒,๓๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๔๙ มีผู้สูบบุหรี่ ๖๓ คนคิดเป็นร้อยละ ๒.๖๕ และเข้าร่วมโครงการบำบัดจำนวน ๖๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ อสม.สามารถชักชวนประชาชนเข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี จำนวน ๗,๒๗๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๒.การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่องจำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่องจำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	๑.มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบในระดับอำเภอ ๒.มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านยาเสพติดในระดับอำเภอ ๓.มีผู้รับผิดชอบงานบุหรี่และสุราในรพท.,สสอ.,รพ.สต.และในชุมชน ๔.หน่วยงานทุกระดับ รพท.รพ.สต ประกาศนโยบายเป็นองค์กรปลอดบุหรี่
๒. Information	๑.มีการบันทึกข้อมูลคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระบบฐานข้อมูล HDC ๔๓ แฟ้ม special pp ๒.มีการบันทึกข้อมูลลงสม.ผ่านแบบรายงานอสม.๑
๓. Intervention / Innovation	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๑.จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบุหรี่ทุกระดับ. ๒.จัดประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อชี้แจงแนวทางปฏิบัติงานบุหรี่ ๓.เจ้าหน้าที่คัดกรองการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ๑๕ปีขึ้นไป ๔.ติดตามผู้สูบบุหรี่เข้าโครงการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องทุก๑เดือน,๓เดือน และ๖เดือน ๕.บันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูล HDC ๔๓ แฟ้ม special pp กิจกรรมของอสม. ๑.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.นักจัดการสุขภาพ สุ่ม๔.๐ เพื่อให้ทราบนโยบาย แนวทาง และมีความรู้ ตามโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปีเลิกบุหรี่ ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ๒.อสม.สำรวจ ค้นหาอสม.ที่เป็นผู้สูบบุหรี่ ๓.อสม.ส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการผ่านแบบอสม.๑ให้รพ.สต.เพื่อเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ๔.อสม.เชิญชวนประชาชนเข้าร่วมโครงการ อสม.๑คนต่อผู้สูบบุหรี่๓ คน ๕.เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลในเว็บไซต์www.thaiphc.net
๔. Integration	๑.สนับสนุนให้มีการบูรณาการงานร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน งานกองทุนสุขภาพระดับตำบล และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น สสส.เป็นต้น ๒.จัดกิจกรรมรณรงค์เลิกบุหรี่ในชุมชน สร้างกระแสเชิญชวนผู้สูบบุหรี่ให้เข้าโครงการ สร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่ จัดกิจกรรมในวันงดสูบบุหรี่โลก วันอสม.แห่งชาติ
๕. Monitoring / Evaluation	๑.นิเทศ/ติดตาม ประเมินผลตัวชี้วัด/กิจกรรมในรพ.สต.ปีละ๒ ครั้งและในงานอสม.ทุก๓เดือน ๒.ติดตามเยี่ยมเสริมพลังร่วมกับพขอ.ปีละ ๑ ครั้ง

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒ เพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ

๑) จัดอบรมสม.นักจัดการสุขภาพ สู่อสม.๔.๐ในวันที่ ๒๓-๒๔ เมษายน ๒๕๖๒ ซึ่งมีหัวข้ออบรมให้ความรู้ ๕ เคล็ดลับง่าย ๆ ในการเชิญชวนคนเลิกสูบบุหรี่ สอนการใช้ Application “SMART อสม.” เพื่อเป็นสื่อการเข้าถึงความรู้ และช่องทางการทำงาน การส่งรายงานอสม.๑

๒). จัดระบบติดตามการคัดกรอง ค้นหาผู้สูบบุหรี่ และชักชวนผู้สูบบุหรี่เพื่อให้เข้าโครงการบำบัด

๓). พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิด้านการบำบัดและติดตามในชุมชน

๔). ประสาน บูรณาการข้อมูล ติดตามประเมินผลร่วมกันในงานยาเสพติด งานสุขภาพภาคประชาชน งานคัดกรองNCD งานคลินิกบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด งานพขอ. เป็นต้น

๕) ผนวกป้องกันและสร้างมาตรการทางสังคมเพื่อลดการสูบบุหรี่

๖). นำเข้าข้อมูลผ่านระบบฐานข้อมูลถูกต้องครบถ้วนและทันเวลา

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

๑). มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบในระดับอำเภอ

๒). มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านยาเสพติดในระดับอำเภอ

๓). มีผู้รับผิดชอบงานบุหรี่ยาสูบในรพท.,สสอ.,รพ.สต.และในชุมชน

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

๑.การบูรณาการงานในงานยาเสพติด งานสุขภาพภาคประชาชน งานคัดกรองNCD งานคลินิกบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด งานพขอ.

๓. Best Practice หรือนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ รางวัลที่ได้รับ

“เทศบาลเมืองมหาสารคามเมืองปลอดบุหรี่” โดยการสร้างภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนกลไกในการควบคุมยาสูบ สร้างความตระหนักเรื่องพิษภัยกฎหมายและรู้เท่าทันอุตสาหกรรมยาสูบ การประชาสัมพันธ์/รณรงค์ผ่านสื่อ ดนตรี งานประเพณี ฯลฯ มีมาตรการชุมชนพื้นที่เขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม

๔. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน



คณะ ๒

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการรอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ประเด็นการตรวจราชการ. ร้อยละของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ ๑.นางพัชรา พรหมอารักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์โทร.๐๘๑-๔๗๐๒๕๒๔ E-mail patpatchara.m@gmail.com

๒.นายปราโมทย์ หามาลา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์โทร.๐๘๓-๒๘๘-๑๒๓๐

๑.การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

จากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองมหาสารคาม ในปี ๒๕๖๐ ได้ขับเคลื่อนโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ หลังคลอด จนถึงเด็กอายุ๑๑ ในปี ๒๕๖๑ มีการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหา ๖ ประเด็น คือ ๑. เด็กเมืองเก่งดีมีสุข ๒. อาหารปลอดภัยและเมืองสมุนไพร ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงและเกษตรอินทรีย์ ๓. จิตอาสาพระราชัฐดูแลกลุ่มเปราะบางทางสังคม ๔. เมือง ๕ ดีลดโรคเรื้อรัง ๕. พิชสูบบุหรี่และ ๖. วัฒนธรรม และปี๒๕๖๒ มีการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหา ๖ ประเด็น คือ ๑.ประเด็น“เด็กอำเภอเมืองมหาสารคาม เก่ง ดี มีสุข ๒.ด้านอาหารปลอดภัยและเมืองสมุนไพรตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและเกษตรอินทรีย์๓.จิตอาสาพระราชัฐ ดูแลกลุ่มเปราะบางทางสังคม ๔.การป้องกัน แก้ไขปัญหายาเสพติดและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ๕.การอนุรักษ์และส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรมอันดีงาม ๖.การส่งเสริมการสร้างรายได้และการมีอาชีพ

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่.๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ค. ตค.๖๑-พค.๖๒)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อำเภอผ่านเกณฑ์การ ประเมินการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตที่มีคุณภาพ	๑ อำเภอ	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐

จากการดำเนินงานอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ พบว่าอำเภอเมืองมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี๒๕๖๐-๒๕๖๒ ซึ่งกระบวนการพัฒนาประกอบด้วย๑.มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพชอ.ระดับอำเภอ,ตำบล ๒.มีแผนปฏิบัติการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ,ตำบล ๓.ใช้กระบวนการตามองค์ประกอบ UCCARE ๔. มีการออกเยี่ยมเสริมพลังระดับตำบล๕.มีการถอดบทเรียนเพื่อการพัฒนาในปีต่อไป

๒.การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่องร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	๑.มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ.มีนายอำเภอเป็นประธาน ๒.มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล.มีนายกองค์การบริหารตำบล/ปลัดตำบล/กำนันเป็นประธาน
๒. Information	๑.มีฐานข้อมูล กลุ่มเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาแต่ละประเด็น ๒.มีการใช้วิชาการนำ เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ๓.มีการสื่อสารพขอ.ในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ,การออกหน่วยอำเภอเยี่ยมเคลื่อนที่ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
๓. Intervention / Innovation	๑.มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพขอ.ระดับอำเภอ,ตำบล ๒.มีแผนปฏิบัติการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ,ตำบล ๓.ใช้กระบวนการขับเคลื่อนตามองค์ประกอบ UCCARE ๔. มีการออกเยี่ยมเสริมพลังระดับตำบล ๕.มีการถอดบทเรียนเพื่อการพัฒนาในปีต่อไป
๔. Integration	๑.มีการบูรณาการกับการพัฒนารพ.สต.ติดตาม งานPCC งานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ๒.มีการบูรณาการ สร้างการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานต่างๆ ผ่านการประชุมประจำเดือนหัวหน้าส่วนราชการ , การออกหน่วยอำเภอเยี่ยมเคลื่อนที่
๕. Monitoring / Evaluation	๑.มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเลขาเชิงประเด็น ประชุมติดตามงานก่อนการประชุมพขอ.ทุกเดือน ๒.มีการควบคุม กำกับ ติดตามงานแต่ละประเด็นทุกเดือน ๓.ประเมินผล เยี่ยมเสริมพลังพขอ. ปีละ๑ครั้ง ๔.ถอดบทเรียนพขอ.เพื่อการพัฒนาปีต่อไป

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒

- ๑).มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพขอ.ระดับอำเภอ,ตำบล
- ๒).มีแผนปฏิบัติการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ,ตำบล
- ๓) ใช้กระบวนการขับเคลื่อนตามองค์ประกอบ UCCARE
- ๔). มีการออกเยี่ยมเสริมพลังระดับตำบล
- ๕).มีการถอดบทเรียนเพื่อการพัฒนาในปีต่อไป

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

๑).มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ.มีนายอำเภอเป็นประธาน

๒).มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล.มีนายกองค์การบริหารตำบล/ปลัดตำบล/

กำนันเป็นประธาน

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒ จำนวน

๑).เป็นงานนโยบาย ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธาน ทำให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนจากอำเภอสู่ตำบล

๒).การทำงานบูรณาการทุกภาคส่วน สร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

๓).การทำงานเป็นทีม เลขาเชิงประเด็นมีการขับเคลื่อนติดตามงานทุกเดือน

๓. Best Practice หรือนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ รางวัลที่ได้รับ

๑).มีการจัดตั้งอนุกรรมการเลขาเพื่อเป็นคณะทำงานของอำเภอในการประชุมวางแผน การขับเคลื่อนงานเชิงประเด็น

๒). การจัดงานเทศกาลหุ่นฟางยักษ์และหมอลำหุ่นจังหวัดมหาสารคาม เพื่อหารายได้จัดตั้งกองทุนช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางของอำเภอเมืองมหาสารคาม

๓).รางวัลชนะเลิศระดับเขต ในการประกวดนวัตกรรม GREEN & CLEAN ในรูปแบบการพัฒนาอาหารปลอดภัยและเมืองสมุนไพรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ขยายผลสู่ชุมชน

๔).การพัฒนาโรงเรียนอาหารปลอดภัย

๕. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน



การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน



การประชุมคณะอนุกรรมการเลขาเชิงประเด็น โดยมี ปลัดอาวุโส เป็นประธาน



การบูรณาการเยี่ยมบ้านให้ความช่วยเหลือในกลุ่มเปราะบาง พร้อมกับออกอำเภอเยี่ยมเคลื่อนที่ทุกเดือน



การจัดถนนสายบุญ นำสิ่งของที่ได้รับจากการตัดบาตร มาบริจาคมอบให้กลุ่มเปราะบาง



การจัดการเทศกาลหุ่นฟางยักษ์และหมอลำหุ่น
จังหวัดมหาสารคาม



รางวัลชนะเลิศระดับเขต ในการประกวด
นวัตกรรม GREEN & CLEAN



การเยี่ยมชมพลังพวอ. โดยมีนายอำเภอเป็น
ประธาน

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ประเด็นการตรวจราชการ ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวเปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ.นางเกศมุกดา ไตรรัตน์ตำแหน่ง..พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

เบอร์โทร ๐๘๑-๒๖๑๗๗๓๖..E-mail ketmookda@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

คลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการที่มีองค์ประกอบทั้งคนทำงานและการบริหารจัดการให้มีกระบวนการทำงานที่ทำให้เกิดบริการที่มีคุณค่าเน้นการดูแลแต่แรก แบบองค์รวม อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมผสมผสานให้คำปรึกษา ประสานการส่งต่อ และพัฒนาระบบเทคโนโลยีเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี อำเภอเมืองมหาสารคามประกอบไปด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพจำนวน ๑๔ ตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิได้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง ๔ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๗ แห่ง โดยมีแผนยกระดับเป็นคลินิกหมอครอบครัวตั้งแต่ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ จำนวน ๑๒ cluster

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวให้มีคุณภาพ เกิดการดูแลที่มีคุณค่าใกล้บ้านใกล้ใจ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ได้รับการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยแพทย์และทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเกิด Home Ward เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตัดบ้าน ตัดเตียง เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการแก้ปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่.....ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่

(Primary Care Cluster).ภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน								
		๒๕๖๐			๒๕๖๑			๒๕๖๒		
		เป้า	ผลงาน	อัตรา	เป้า	ผลงาน	อัตรา	เป้า	ผลงาน	อัตรา
ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	สะสมร้อยละ ๑๘	๖	๖	๑๐๐	๘	๖	๗๕	๙	๖	๖๖.๖๗

จากตารางพบว่าจากการดำเนินการตามนโยบายอำเภอเมืองมหาสารคามลงทะเบียนจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวเป้าหมายสะสมตั้งแต่ปี๒๕๖๐-๒๕๖๒จำนวน ๙ทีม โดยที่ได้ขึ้นทะเบียนจัดตั้งจำนวน ๖ทีม คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๖๗

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่องร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงาน ตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒					
๑. Structure	๑.จัดทำป้ายคลินิกหมอครอบครัวในศสม./ปรับทำเนียบหมอครอบครัว/ปรับตารางการให้บริการให้สอดคล้องกับPCC ๒.ปรับปรุงสถานที่ ๓.เพิ่มรถยนต์เยี่ยมบ้านคัน/หน่วยบริการ ๔.จัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็นใช้ในPCC					
๒. Information	ปี	PCC	ประชากร	ปี	PCC	ประชากร
	๖๐	สามัคคี ประกอบด้วย -สามัคคี -ราชภัฏ๑ -ราชภัฏ๒	๑๒๕๒๗ ๑๐๐๐๐ ๙๐๐๐	๖๒	โนนแต่ ประกอบด้วย -โนนเพ็ก -หัวนาคำ -โคกบัวค้อ	๓๖๐๖ ๓๗๘๕ ๓๙๓๘
	๖๐	ส่องนางไย ประกอบด้วย -ส่องนางไย -บุรพา -โคกก่อ	๕๖๙๓ ๙๘๕๙ ๘๘๙๓	๖๓-๖๕	ลาดพัฒนา ประกอบด้วย ๑.ลาด -บุ่งคล้า -หนองแขวง ๒.เขวา -ท่าตูม -ดอนหวาน ๓.เชียงเหียน -อุปราษ -ห้วยแอ่ง	๒๖๙๔ ๒๑๔๑ ๗๐๕๒ ๕๐๖๗ ๓๕๓๖ ๓๕๖๘ ๔๘๖๔ ๓๕๕๘ ๒๖๗๔
	๖๑	โนนแต่ ประกอบด้วย -โนนแต่ -หนองโน -หนองจิก -แก้ง	๗๑๓๘ ๔๐๗๓ ๖๐๖๘ ๗๖๖๗			
๓. Intervention / Innovation	-แพทย์เป็นเจ้าของพื้นที่-มีแพทย์ประจำครอบครัว-แพทย์ใช้สถานการณ์ส่งเสริมสุขภาพ-แพทย์มุ่งกลุ่มเป้าหมายสำคัญเพื่อการดูแลผู้ป่วย-แพทย์ออกบริการ๕วัน-Lab delivery-ทันตกรรม-คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู-การพัฒนาระบบConsult แพทย์DS ER รพ.มหาสารคาม/แพทย์ประจำPCC					
๔. Integration	การดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการDHS/UC-Care					
หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒					
๕. Monitoring / Evaluation	๑ Health Well being					

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
	๒ Quality of Care ๓ Unit Cost ๔ Best practice ๕ Ottawa Charter

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒ เพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ

แผนการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลมหาสารคาม
 -การอบรมระยะสั้นหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว

- กำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิเชื่อมกับService plan ทุกสาขา
- การพัฒนาระบบบริการคุณภาพปฐมภูมิโดยการจัดแบ่งโซนบริการ ๔ โซน
- การจัดทำระบบส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิสู่ตติยภูมิ(Green chanel)

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒
 ในการจัดบริการที่ปฐมภูมิดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการCUP Broad พขอ.เพื่อขับเคลื่อนงานด้านบริการและคุณภาพควบคู่กันไปซึ่งจะประกอบด้วย

PCC๑	PCC๒	PCC๓	PCC๔
PCC ศสม.สามัคคี	PCC ศสม.ราชภัฏ	PCC ศสม.ส่องนางใย	PCC ศสม.บุรพา
PCCโคกก่อ+ PCCหนองโน	PCCโนนแท้ง+ PCCอุบราช	PCCเขวา+ PCCเชียงเหียน	PCCหนองแวง+ PCCโนนเพ็ก
PCCดอนหว่าน+PCCบัวค้อ	PCCเกิ้ง+PCCลาด+ PCCบึงคล้า	PCCห้วยแอ่ง+PCCท่าตูม	PCCหนองจิก+ PCCหัวนาคำ

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒
 การกำหนดนโยบาย/กำหนดผู้รับผิดชอบ/มีการทบทวนแผนการดำเนินงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้/การพัฒนาเชื่อมโยงกับService Planทุกสาขา/การพัฒนาศักยภาพทีมและโครงสร้างการดำเนินงาน

๓. การดำเนินการตามข้อสั่งการและแก้ไขปัญหาอุปสรรค จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒

ได้มีการดำเนินงานให้ความรู้พัฒนาทักษะบุคลากรในการเตรียมความพร้อมที่จะเปิด PCC โดยการจัดกิจกรรมการตลาดเชิงรุกในพื้นที่ ครอบคลุมทุกแห่ง ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพบริการในแห่งเดิมที่ดำเนินการอยู่ตามตัวชี้วัดการดำเนินงาน

๔. Best Practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ รางวัลที่ได้รับ

๑. การเปิดเป็นสถาบันหลักในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อวัดบัตร์แสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
๒. การบริการสุขภาพระดับอำเภอ ภายใต้แนวคิด DHS/UC-Care
๓. การพัฒนาระบบ Consult แพทย์ DS ER รพ.มหาสารคามแพทย์ประจำ PCC
๔. เกิดศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูสุขภาพชุมชน/Health Literacy ภูมิปัญญาชาวบ้านพืชสมุนไพร
๕. การสอบสวนอุบัติการณ์ใหม่ใช้กาหลังแอ่น
๖. คลินิกบริการวัยรุ่น/การจัดทำหลักสูตรเพศศึกษารอบด้านในมร.
๗. พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง

๕. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน



สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการรอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อโครงการ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ประเด็นการตรวจราชการ. ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ ๑.นางพัชรา พรหมอารักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์โทร.๐๘๑-๔๗๐๒๕๒๔ E-mail patpatchara.m@gmail.com

๒.นายพิสิษฐ์ แสงโทโพธิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์โทร.๐๙๕-๖๕๗-๙๕๙๗

๑.การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

ในการดำเนินงานพัฒนารพ.สต.ติดตาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ ผ่านการประเมินรับรองตามเกณฑ์รพ.สต.ติดตาม ระดับ๕ดาว โดยมีผลงานในปี๒๕๖๐จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๗๖ และปี๒๕๖๑ จำนวน ๙ แห่ง(สะสม)คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๙๔ มีการประชุมถอดบทเรียนในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ มาวางแผนพัฒนาปรับปรุงแก้ไข เช่น อบรมให้ความรู้บุคลากรเรื่อง เกณฑ์การพัฒนาตามมาตรฐานการพัฒนารพ.สต.ติดตามครบ๑๐๐% , มีการเชื่อมโยงระบบคุณภาพบริการสู่รพ.สต. เช่น งาน IC, Lab ,ER และมีการพัฒนาทักษะของบุคลากรโดยใช้กระบวนการ CBL เป็นต้น .

ปี พ.ศ.	ร้อยละผ่านเกณฑ์ระดับ ๕ ดาว	หน่วยบริการปฐมภูมิ
๒๕๖๐	ร้อยละ ๑๑.๗๖	๒ แห่ง ได้แก่ รพ.สต. โนนแต้ ,รพ.สต. ลาดพัฒนา
๒๕๖๑	ร้อยละ ๕๒.๙๔	๙ แห่ง ได้แก่ รพ.สต. โนนแต้ ,รพ.สต. ลาดพัฒนา, รพ.สต.โคกก่อง, รพ.สต.หนองจิก, รพ.สต.อุปราช, รพ.สต.หนองแขวง,รพ.สต.ท่าตูม, รพ.สต.โนนเพ็ก , รพ.สต.ห้วยแอ่ง
๒๕๖๒	รอบประเมิน ๓ แห่ง รพ.สต.หนองโน รพ.สต.ดอนหวาน รพ.สต.หัวนาคำ	๙ แห่ง ได้แก่ รพ.สต. โนนแต้ ,รพ.สต. ลาดพัฒนา, รพ.สต.โคกก่อง, รพ.สต.หนองจิก, รพ.สต.อุปราช, รพ.สต.หนองแขวง,รพ.สต.ท่าตูม, รพ.สต.โนนเพ็ก , รพ.สต.ห้วยแอ่ง

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง.ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตามอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ด.) ตค.๖๑-พค.๖๒	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่าน เกณฑ์การพัฒนา คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ ๓ ดาว	ร้อยละ ๑๐๐	NA		NA		๑๗	๑๐๐

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘๓.๖๑-๗๓.๖๒)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่าน เกณฑ์การพัฒนา คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว	ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๑๐	๒	๑๑.๗๖				
ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่าน เกณฑ์การพัฒนา คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว (สะสม)	ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๒๕			๙	๕๒.๙๔		
ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่าน เกณฑ์การพัฒนา คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว (สะสม)	ปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๖๐					รับ ประเมิน รพ.สต. ๕ ดาว จำนวน ๑๔ แห่ง	๘๒.๓๕

จากตารางที่ ๑ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ พบว่า ในปี ๒๕๖๐ มีรพ.สต.ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ ๕ ดาว จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๗๖ ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ ๑๐) ปี ๒๕๖๑ มีการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ ๕ ดาว (สะสม) จำนวน ๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๙๔ ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ ๒๕) ปี ๒๕๖๒ มีการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ ๓ ดาวขึ้นไปจำนวน ๑๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และ รพ.สต.ที่ต้องรับการประเมิน รพ.สต. ๕ ดาว จำนวน ๑๔ แห่ง ร้อยละ ๘๒.๓๕ ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ ๖๐)

๒.การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่องร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

๒.๑การวิเคราะห์การดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่องร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	๑.มีคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.ติดดาวระดับอำเภอ,ระดับตำบล ๒. มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ,ระดับตำบล
๒. Information	๑.มีผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานรพ.สต.ติดดาว ๒.มีแนวทางปฏิบัติคลินิกบริการเช่น ANC WCC NCD การให้ คำปรึกษา LAB IC เป็นต้น
. Intervention / Innovation	๑.มีการประชุมทีมพี่เลี้ยงสหวิชาชีพจากรพ.มหาสารคาม, ผู้รับผิดชอบงานของสสอ.เพื่อนำส่วนขาดจากปี ๒๕๖๑ มา วางแผนการพัฒนางานในปี ๒๕๖๒

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
	๒.ชี้แจงนโยบายการพัฒนา รพ.สต.ติดตามและเกณฑ์พัฒนา รพ.สต.ปี๒๕๖๒ แก่ทีมพี่เลี้ยงและรพ.สต. ๓.จัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะแก่บุคลากรรพ.สต เช่น มาตรฐานLAB, IC,ER, การช่วยฟื้นคืนชีพ งานการเงินและบัญชี เป็นต้น ๔.จัดอบรมอสม.ผู้จัดการสุขภาพ สู่สม.๔.๐ ให้มีความรู้และทักษะตามหลักสูตร เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ ๕.CUP สนับสนุนงบประมาณ งบลงทุน งบประจวบ รพ.สต. วัสดุ ครุภัณฑ์ยา – ไม่ใช่ยา ๖.ติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาผ่านช่องทางLINE ,การประชุมประจำเดือน
๔. Integration	๑.มีการบูรณาการการขับเคลื่อนไปกับงาน พชอ.,งานสุขภาพภาคประชาชน(ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต)และงานคลินิกหมอครอบครัว(PCC) ๒.มีการบูรณาการงบประมาณกับกองทุนสุขภาพตำบล งบพชอ. งบPCC
๕. Monitoring / Evaluation	๑.มีการควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศงานรพ.สต.ติดตามปีละ ๑ ครั้ง ๒.มีการประชุมคืนข้อมูลหลังรับการประเมิน เพื่อการวิเคราะห์ ส่วนขาดและเตรียมแผนพัฒนาในปีต่อไป

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒

๑).มีการประชุมทีมพี่เลี้ยงสหวิชาชีพจากรพ.มหาสารคาม,ผู้รับผิดชอบงานของสสอ.เพื่อนำ ส่วนขาดจากปี๒๕๖๑ มาวางแผนการพัฒนางานในปี๒๕๖๒

๒).ชี้แจงนโยบายการพัฒนา รพ.สต.ติดตามและเกณฑ์พัฒนา รพ.สต.ปี๒๕๖๒ แก่ทีมพี่เลี้ยง และรพ.สต.ทุกแห่ง

๓.)จัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะแก่บุคลากรรพ.สต เช่น มาตรฐานLAB, IC,ER, การช่วย ฟื้นคืนชีพ งานการเงินและบัญชี เป็นต้น

๔).จัดอบรมอสม.ผู้จัดการสุขภาพ สู่สม.๔.๐ ให้มีความรู้และทักษะตามหลักสูตร เพื่อให้ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ

๕).CUP สนับสนุนงบประมาณ งบลงทุน งบประจวบ รพ.สต. วัสดุครุภัณฑ์ยา – ไม่ใช่ยา

๖).ติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาผ่านช่องทางLINE ,การประชุมประจำเดือน

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

๑).มีคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต.ติดตามระดับอำเภอ,ระดับตำบล

๒). มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, ระดับตำบล

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

๑).การสนับสนุนจากCUP ในด้านวิชาการ มาตรฐานงานบริการ ด้านงบประมาณ วัสดุ ครุภัณฑ์ยา-ไม่ใช้ยา

๒).การทำงานเป็นทีม ในระดับCUP และระดับตำบล

๓).การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานหมวด๒ OTOP

๓. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน



ประชุมทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอบูรณาการเกณฑ์รพ.สต.ติดตามและPCC



อบรมบุคลากรรพ.สต.ในมาตรฐานการเงินและบัญชี



ประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรรพ.สต.ด้านการจัดการสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ



อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรรพ.สต.ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ



อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรรพ.สต.ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ



อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรรพ.สต.ด้านมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข(Lab)



ออกเยี่ยมเสริมพลังรพ.สต.ติดตามโดยทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองการตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ

ประเด็นตรวจราชการ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕
ประเด็นการตรวจราชการ

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ นางอุดมลักษณ์ สุทธิเจริญ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร ๐๘ ๑๗๙๙ ๗๔๓๒ E-mail Udomlaksut@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลมหาสารคามที่ขึ้นทะเบียนตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๒ มีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด จำนวน ๓๑๔ ราย เปลี่ยนการวินิจฉัย ๗ ราย รักษาหายหรือรักษาครบ จำนวน ๕๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๕๒ กำลังรักษารอประเมินผล จำนวน ๑๙๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๗๔ เสียชีวิตระหว่างการรักษา จำนวน ๒๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘.๒๘ ขาดยาจำนวน ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๒๗ โอนออก ๑๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๔๖ MDR TB จำนวน ๑๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๕๐ และรักษาล้มเหลวไม่มี สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด จำนวน ๑๔๙ ราย เปลี่ยนการวินิจฉัย ๔ ราย รักษาหายหรือรักษาครบ จำนวน ๒๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๑๒ กำลังรักษารอประเมินผล จำนวน ๑๐๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๑๔ เสียชีวิตระหว่างการรักษา จำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๗๐ ขาดยาจำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๗ โอนออก ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๐๑ MDR TB จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๗ และรักษาล้มเหลวไม่มี

Cohort ๑/๒๕๖๒ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑) โรงพยาบาลมหาสารคาม ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ทั้งหมด ๔๘ ราย เปลี่ยนวินิจฉัย จำนวน ๔ ราย คงเหลือ ๔๔ ราย รักษาหายหรือรักษาครบ จำนวน ๒๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๓๖ กำลังรักษารอประเมินผล จำนวน ๑๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๘๑ เสียชีวิตระหว่างการรักษา จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๕๔ ขาดยาและรักษาล้มเหลวไม่มี

โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้จัดทำโครงการกิจกรรมในการเพิ่มประสิทธิภาพเพื่อการยุติวัณโรค ปี ๒๕๖๒ โดยมีการดำเนินงานตามมาตรการ ลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา เพิ่มความครอบคลุมการค้นพบ และรักษา ดังนี้ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ NOC TB ระดับอำเภอ ซึ่งกรรมการประกอบด้วยตัวแทนจาก โรงพยาบาลมหาสารคาม สสอ.เมือง และ Case Management Team มีการกำกับติดตามการรักษา โดยมี Manager TB ชุมชน แจ้งเตือนผู้ป่วยรายใหม่ทุกวันพุธ เพื่อให้พื้นที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และตอบกลับข้อมูลการเยี่ยมบ้าน (google form) มีการบริหารจัดการยาแบบ Daily Dose มีระบบการมีการทบทวน Dead Case Conference ทุกไตรมาส เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของการเสียชีวิต มีการวางระบบการคัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยง ทั้ง ๗ กลุ่ม เพื่อให้เข้าถึงการรักษาได้รวดเร็ว มีการพัฒนาศักยภาพทีมและเครือข่าย อสม.เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีการประชุมติดตามเพื่อคืนข้อมูลและแก้ไขปัญหาการดำเนินงานวัณโรค (DOTS Meeting) ระดับอำเภอและมีระบบการให้คำปรึกษาโดยจัดทำ Group Line มีการสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็งโดยการจัดทำตำบล หมู่บ้านต้นแบบ มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์รณรงค์วัณโรคโลก มีการเชื่อมประสานและบูรณาการกับหน่วยงานภายนอกเช่น เทศบาลเมืองมหาสารคาม มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีการกำกับติดตาม โดยระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล (TBCM online) และใช้โปรแกรมออนไลน์ เพื่อใช้ป้องกันพื้นที่บ้านผู้ป่วย (Program ONA) และ เน้นการพัฒนา Best Practice นวัตกรรมในการแก้ปัญหาเพื่อการยุติวัณโรคต่อไป

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลมหาสารคามเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑. ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕ ภาพรวมโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (๘ ค.) ต.ค.๖๑-พ.ค.๖๒
- อัตราความสำเร็จของการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	≥ ๘๕ %	๗๕.๑๙%	๖๙.๓๖%	๑๕.๐๙ % กำลังรักษา ๘๔ ราย
- ร้อยละความครอบคลุมการ รักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ร้อยละ ๙๐ ของ ค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณ โรค (๑๗๒/แสนประชากร)	≥ ร้อยละ ๙๐	๗๕.๗๓%	๗๗.๓%	๗๕.๔๕ %

แหล่งที่มาขอข้อมูล:tbcmthailand.net ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม๒๕๖๒

จากตารางที่ ๑ พบว่า อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Success rate) ปี๒๕๖๐ - ๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๑๙,๖๙.๓๖ ตามลำดับและ ปี๒๕๖๒ คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๐๙ มีผู้ป่วยกำลังรักษา ๘๔ รายและความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ร้อยละ ๙๐ ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (๑๗๒/แสนประชากร) ปี ๒๕๖๐ -๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๗๓,๗๗.๓ และ ๗๕.๔๕ ตามลำดับ พบว่า ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจาก อัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษาและอัตราการขาดยา สูง ≥ ร้อยละ ๕

ตารางที่ ๒. การดำเนินงานเฝ้าระวังคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่ม
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๒)

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป็นTB	ร้อยละ
๑.บุคลากรสาธารณสุข	๑,๖๐๐	๑,๔๘๔	๙๒.๗๕	๐	๐
๒.ผู้สัมผัส	๘๐๐	๕๔๒	๖๗.๗๕	๓	๐.๕๕
๓.เอชไอวี	๑,๘๐๐	๑,๒๕๙	๖๙.๙๔	๑๕	๑.๑๙
๔.Elderly ≥ ๖๕ ปี with DM uncontrolled (HbA๑ C>๗ FBS ≥ ๑๔๐)	๑,๖๐๐	๑,๓๐๘	๘๑.๗๕	๑๔	๑.๐๗
๕.Patient CKD Stage ๔,๕	๔๘๑	๒๒๓	๔๖.๓๖	๐	๐.๐๐
๖.ผู้ต้องขัง	๒,๕๐๐	๒,๖๘๓	๑๐๗.๓๒	๒๓	๐.๘๖
๗.Migrant	๑๖๙	๑๐๒	๖๐.๓๖	๑	๐.๙๘
รวม	๘,๙๕๐	๗,๖๐๑	๘๔.๙๓	๕๖	๐.๗๔

จากตารางที่ ๒ พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้มีการกำหนดนโยบายการดำเนินการ คัดกรองเอกซเรย์ทรวงอกในประชากรกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่ม ผลการคัดกรองภาพรวมทุกกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๙๓ กลุ่มที่มีผลการคัดกรองได้มากที่สุดคือ ผู้ต้องขัง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๗.๓๒ รองลงมา คือกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มElderly ≥ 65 ปี with DM uncontrolled (HbA1c ≥ 7 FBS ≥ 120) คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๗๕ และ ๘๑.๗๕ ตามลำดับ

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่อง อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงาน ตัวชี้วัด/เรื่อง อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒																																										
๑. Structure	ขับเคลื่อนดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ NOC TB ระดับอำเภอ ซึ่งมีกรรมการประกอบด้วยตัวแทนจากโรงพยาบาลมหาสารคาม สสอ.เมืองและ Case Management Team ทุก รพ.สต./ศสม.และมี ICWN ทำหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการในหอผู้ป่วยต่างๆในโรงพยาบาล																																										
๒. Information	120 100 80 60 40 20 0 ผลการดำเนินงานปี 2558-2562 81.9175.6675.7377.375.45 <table><tr><th>ปี</th><th>ผลสำเร็จ</th><th>ล้มเหลว</th><th>ตาย</th><th>ขาดยา</th><th>โอนออก</th><th>กำลังรักษา</th></tr><tr><td>2558</td><td>81.91</td><td>1.81</td><td>8.27</td><td>4.13</td><td>3.36</td><td>0</td></tr><tr><td>2559</td><td>75.66</td><td>0.41</td><td>13.7</td><td>9</td><td>1.23</td><td>0</td></tr><tr><td>2560</td><td>75.73</td><td>0.83</td><td>15.15</td><td>7.68</td><td>0.62</td><td>0</td></tr><tr><td>2561</td><td>77.3</td><td>0.81</td><td>12.43</td><td>8.38</td><td>0.81</td><td>0</td></tr><tr><td>2562</td><td>75.45</td><td>0</td><td>20.09</td><td>2.68</td><td>0</td><td>1.79</td></tr></table> ผลการดำเนินงาน ปี 2558-2562 (ไตรมาส ที่ 1-2)	ปี	ผลสำเร็จ	ล้มเหลว	ตาย	ขาดยา	โอนออก	กำลังรักษา	2558	81.91	1.81	8.27	4.13	3.36	0	2559	75.66	0.41	13.7	9	1.23	0	2560	75.73	0.83	15.15	7.68	0.62	0	2561	77.3	0.81	12.43	8.38	0.81	0	2562	75.45	0	20.09	2.68	0	1.79
ปี	ผลสำเร็จ	ล้มเหลว	ตาย	ขาดยา	โอนออก	กำลังรักษา																																					
2558	81.91	1.81	8.27	4.13	3.36	0																																					
2559	75.66	0.41	13.7	9	1.23	0																																					
2560	75.73	0.83	15.15	7.68	0.62	0																																					
2561	77.3	0.81	12.43	8.38	0.81	0																																					
2562	75.45	0	20.09	2.68	0	1.79																																					
๓. Intervention / Innovation	๑. นิเทศติดตามกระตุ้นตามตัวชี้วัด KPI ปี ๒๕๖๒ โดยเน้นการใช้ TBCM online ๒. ดำเนินการจัดทำหมู่บ้านต้นแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคที่ ตำบลท่าสองคอน ตำบลลาดพัฒนา ตำบลโคกก่อ และตำบลตลาด ๓. มีการสอนพนักงานในการเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านให้แก่ผู้รับผิดชอบ ๔. มีผู้รับผิดชอบประสานงานการติดตามผู้ป่วยชัดเจน โดยพยาบาลชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบส่งต่อข้อมูลและประสานงาน ๕. จัดอบรมผู้รับผิดชอบงานวัณโรค โดยให้ความรู้เป็นฐานเรียนรู้ (TB Rally) เรื่อง ความรู้เรื่องโรค TBCM online IC ยา การจัดการตนเอง และการสอบสวนโรค พร้อมจัดทำแผนปี ๒๕๖๒ ๖. อบรม อสม.เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ทุกตำบล ๗. รณรงค์วันวัณโรคสากล ที่ วัดนาควิชัย ตำบลตลาด อำเภอเมือง ๘. มีการทบทวน Dead Case Conference ทุกไตรมาส เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของการเสียชีวิต และค้นหากลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เข้าถึงการรักษาได้รวดเร็ว ๙. ประชุมแก้ไขปัญหาการดำเนินงานวัณโรค (DOTS Meeting) ระดับอำเภอ																																										

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
	๑๐. เข้าร่วมวิจัยกับ สคร.๗ เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากร ๑๑. มีระบบการติดตามจาก Manager TB ชุมชน โดยการแจ้งทุกวันพุธ เพื่อให้พื้นที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และตอบกลับข้อมูลการเยี่ยมบ้าน (google form) ๑๒. กำลังพัฒนาระบบการกำกับกับการกินยาผู้ป่วยที่บ้าน โดยระบบรักษาทางไกล (Smart DOTS) กับคณะวิทยาการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ๑๓. มีนวัตกรรมในการปฏิบัติตัวและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยจัดทำตะกร้ามหัศจรรย์ ประกอบด้วย กระปุกใส่เสมหะที่ฝาปิดมิดชิด ขวดน้ำ ๖๐๐ CC , หม้อดินสำหรับกำจัดเสมหะ , และหน้ากากอนามัย. ๑๔. ใช้โปรแกรมออนไลน์ เพื่อใช้ปักพิกัดพื้นที่บ้านผู้ป่วย (Program ONA) ๑๕. มีการบริหารจัดการยาแบบ Daily Dose
๔. Integration	๑. มีคณะกรรมการ NOC TB ระดับอำเภอ ดำเนินงานร่วมกับ คณะกรรมการควบคุมและป้องกันวัณโรคของโรงพยาบาล ๒. มีการประสานงานและทำงานร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สคร.๗ และคณะวิทยาการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ๓. บูรณาการร่วมกับการพัฒนางาน รพ.สต.ติดดาว
๕. Monitoring / Evaluation	๑. ประชุมติดตามความก้าวหน้าทุกไตรมาส ๒. มีการวิเคราะห์และคืนข้อมูลสถานการณ์ การติดต่อประสานกรณีมีผู้ป่วยใหม่ ผู้ป่วยขาดนัด และกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒ เพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ

- โครงการคัดกรองและค้นหาวัณโรคในเรือนจำ เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงวัณโรค
- โครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เพื่อให้ อสม.และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และจัดอบรมหมู่บ้านต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒ ตามคำสั่ง คณะกรรมการ NOC TB และคณะกรรมการควบคุมและป้องกันวัณโรคของโรงพยาบาล

- มีโครงสร้างการบริหารที่ชัดเจน และบูรณาการร่วมกันเป็นทีม จัดประชุมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

- ผู้บริหารให้ความสำคัญและกำกับติดตามการดำเนินงาน
- มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา
- ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคทุกระดับมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงาน
- มีการสร้างภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ องค์กรส่วนท้องถิ่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นต้น

๓. การดำเนินการตามข้อสั่งการและแก้ไขปัญหาลุพสรรค จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒

ตารางที่ ๓ การดำเนินการตามข้อสั่งการ และการแก้ไขปัญหาลุพสรรคของอำเภอเมืองมหาสารคาม ตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของตัวชี้วัด/เรื่องอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕ ปี ๒๕๖๒ จากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๑/๒๕๖๒

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	การดำเนินการตามข้อสั่งการ และแก้ไขปัญหาลุพสรรคของอำเภอเมืองมหาสารคาม
- การเร่งรัดค้นหาวัณโรคให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเสี่ยง และให้เข้าถึงการรักษาให้ครอบคลุมทุกราย รวมถึงต้องมีการติดตามกำกับผู้ป่วย ให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ชายขอบ และผู้ป่วยติดเตียงที่โอนการเข้าถึงการรักษาโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยรักษาสำเร็จ	- เร่งรัดค้นหาวัณโรคให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ ๘๔.๙๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ มิ.ย. ๖๒) - การเข้าถึงการรักษาให้ครอบคลุมทุกราย รวมถึงต้องมีการติดตามกำกับผู้ป่วย ให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ชายขอบ แต่ในส่วนที่รับผิดชอบ มีเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่รอยต่อเขตพื้นที่ และมีการประชุมเชื่อมโยงข้อมูลในระดับจังหวัด - ผู้ป่วยติดเตียงที่โอนการเข้าถึงการรักษา
- DOT ทุกราย และพิจารณา Admit ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิต เช่น ผู้สูงอายุ มีโรคร่วม	- มี DOT ทุกราย และพิจารณา Admit ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง

๔. Best Practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ รางวัลที่ได้รับ

๑. วิจัยเรื่อง TB Care Team กับ การแก้ไขปัญหาลุพสรรคในชุมชน

๒. วิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร

สาธารณสุขเรือนจำ

๕. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน

DOTS Meeting



ครั้งที่ 1 วันที่ 11 ธันวาคม 2561
ที่ สสอ.เมือง

ครั้งที่ 2 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562
ที่ สสอ.เมือง

ครั้งที่ 3 วันที่ 23 พฤษภาคม 2561
ที่รพ.สต.เขมบงเหียน

การพัฒนาศักยภาพทีม



ประชุมวิชาการ แพทย์ เภสัชกร CM ห้าง
จังหวัด เรื่อง วัณโรค วันที่ 23 เมษายน 2562



Dead case conference
วันที่ 25 เมษายน 2562



ประชุมวิชาการ PCT อบรมกรรม
เรื่องวัณโรค วันที่ 12 มิถุนายน 2562

การพัฒนาศักยภาพทีมอสม.



อบรมอสม.เชี่ยวชาญวัณโรค หักตำบล
วันที่ 24 เมษายน 2562



อบรมอสม.เชี่ยวชาญวัณโรค ตำบลโคกก่อ
วันที่ 27 พฤษภาคม 2562



อบรมอสม.เชี่ยวชาญวัณโรค รพ.สต.โนนแร่
วันที่ 27 พฤษภาคม 2562

ทีมโรงพยาบาลมหาสารคามประชุมเพื่อพัฒนาApp Smart DOT ร่วมกับทีมอาจารย์คณะวิทยาการสารสนเทศ มมส.วันที่ 29 เมษายน 2562



**ทีมพี่เลี้ยง CUP เมืองมหาสารคาม ออกเยี่ยมออกเยี่ยมเสริมพลัง
รพ.สต.ดัดดาว วันที่ 30 เมษายน 2562**



**โรงพยาบาลมหาสารคามร่วมกับเทศบาลเมืองมหาสารคาม
จัดกิจกรรมรณรงค์วันโรคสาก
วันที่ 26 มีนาคม 2562 ที่วัดนาคริขัย**



**ทีมโรงพยาบาลมหาสารคามประชุมทำวิจัยร่วมกับ ทีมสตร.๗ เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา
การติดเชื้อโรคในบุคลากร วันที่ 23 พฤษภาคม 2562**

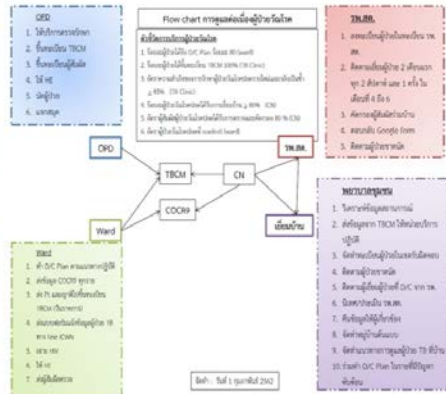


**สร้างเครือข่าย หมู่บ้านต้นแบบเข้มป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจ
วันที่ 6 มิถุนายน 2562 ที่บ้านหนองกุงเต่า ต.ท่าสองคอน อ.เมืองมหาสารคาม**



**ประชุมทีมผู้ป่วยในและชุมชนเพื่อจัดทำแนวทางเชื่อมระบบบริการดูแล
ผู้ป่วยวัณโรคต่อเนื่อง**

**1 กุมภาพันธ์ 2562 ประชุม QA ประเด็นการดูแล
ผู้ป่วยวัณโรค ต่อเนื่องเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่
ชุมชน ผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ ตัวแทนจาก IPD
OPD IC และพยาบาลชุมชน สรุปการประชุมได้
Flow chart การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยวัณโรค**



สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการรอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ ญ. ชุติมาภรณ์ ไชยสงค์ ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ

เบอร์โทร ๐๙๗-๓๑๐๐๙๑๓ E-mail chuchaiyasong@gmail.com

๑.การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

ในปี ๒๕๖๒ อำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการดำเนินงานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการซื้อยาด้านจุลชีพผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยมีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์การใช้ ATB ในโรค URI และ AD ทั้ง ๒ โรค มากถึงร้อยละ ๙๕.๒ (๒๐ แห่ง จาก ๒๑ แห่ง) มีการใช้ยาอย่างสมเหตุในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินของ RDU ขั้นที่ ๒ และมีการจัดการซื้อยาอย่างบูรณาการในระดับ Advance

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการซื้อยาด้านจุลชีพ ภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (๘๑. ค.๖๑-พค.๖๒)
RDU	ขั้น ๒	ขั้น ๑	ขั้น ๑	ขั้น ๒
AMR	Interme- diate	-	-	Advance

อำเภอเมืองมหาสารคาม ผ่าน RDU ขั้น ๑ ตามเป้าหมายในปี ๒๕๖๐ แต่ไม่ผ่าน RDU ขั้น ๒ ตามเป้าหมายในปี ๒๕๖๑ เนื่องจากมีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะใน RI และ FTW ในโรงพยาบาลที่สูงเกินเป้าหมาย ซึ่งคณะกรรมการได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า วิธีการคิดตัวชี้วัด และเป้าหมายที่กระทรวงกำหนดยังไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติ จึงได้ส่งข้อมูลเพื่อ feedback ไปยังผู้กำหนดตัวชี้วัด ส่งผลให้ปี ๒๕๖๒ กระทรวงได้ทำการปรับปรุง template และเป้าหมายของตัวชี้วัดเรื่องการจ่ายยาปฏิชีวนะใหม่ ทำให้ในปี ๒๕๖๒ อำเภอเมืองสามารถผ่าน RDU ขั้น ๒ ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

๒.การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพ

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพ

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	-
๒. บุคลากรสาธารณสุข(Health Workforce)	อบรมให้ความรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการจัดการเชื้อดื้อยา
๓.ข้อมูลข่าวสาร (Information)	จัดทำสื่อ แนวปฏิบัติต่างๆ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
๔. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	เพิ่มกรอบรายการยาสมุนไพร เพื่อทดแทนยาปฏิชีวนะ
๕. การเงิน (Financing)	สนับสนุนงบประมาณในการจกกิจกรรมดำเนินงานตามความเหมาะสม
๖. การนำและการอภิบาลระบบ (Leading / Governance)	ผู้บริหารติดตามตัวชี้วัดในการประชุมบริหาร การประชุมหัวหน้างาน และกำหนดเป็น KPI รายบุคคล
๗. ชุมชน ภาคีและการมีส่วนร่วม (Participation)	มีการดำเนินการเรื่อง RDU community

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒ เพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ : RDU ในโรงพยาบาล มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก และ feedback ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ พัฒนานวัตกรรม โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อช่วยส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ในชุมชน มีการอบรมให้ความรู้แก่ อสม. เจ้าหน้าที่ และประชาชน ตลอดจนมีการเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาและแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย และในด้านงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีการเฝ้าระวัง สร้างแนวปฏิบัติเพื่อควบคุม ส่งเสริมอบรม ให้ใช้ยาอย่างปลอดภัยสมเหตุผล และตรวจเฝ้าระวังในร้านชำไม่จำหน่ายยาห้ามจำหน่าย

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒ : มีการเชื่อมโยงการดำเนินงานจากหลายภาคส่วน ได้แก่ RDU ในโรงพยาบาล มีคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลและคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดเป็นทีมขับเคลื่อน RDU ในชุมชน มีสสอ.ร่วมทำงาน ปฐมภูมิเป็นทีมขับเคลื่อน และงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีงานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นทีมขับเคลื่อน

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒ : มีการทำงานเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง สร้างภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิ โรงเรียน ผู้นำชุมชน อสม. ร้านยา ร้านชำ

๓.การดำเนินการตามข้อสั่งการและแก้ไขปัญหาอุปสรรคจากการตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๒

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๒	การดำเนินการตามข้อสั่งการ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคของอำเภอเมืองมหาสารคาม
ควรบูรณาการงาน RDU และเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชนในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผล	มีการกำหนดพื้นที่นำร่องจัดการปัญหาในชุมชน รพสต.มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้การใช้ยาสมเหตุผลในกลุ่ม อสม. อย.น้อย. มีการควบคุมการกระจายยาในร้านค้าปลีกด้วยกลไกคุ้มครองผู้บริโภคทั้งเชิงส่งเสริมคือการรับรองคุณภาพร้านชำไม่ขายยาปฏิชีวนะ และใช้มาตรการทางกฎหมายโดยทีมตระหนักรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์ (SAT team) จังหวัด อบรมสมาร์ท อสม.เพื่อเป็นเครือข่ายขยายความรู้สู่ประชาชนและเฝ้าระวังการกระจายยาไม่เหมาะสมในครัวเรือน

๔. Best Practice หรือนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ รางวัลที่ได้รับ

๑. งานวิจัยระบบยาปลอดภัยในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอำเภอเมืองมหาสารคาม ชนะเลิศประเภท oral presentation ระดับโรงพยาบาล (งานมหกรรมวิชาการประจำปี๒๕๖๒), ระดับจังหวัด (งานประชุมวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม), ระดับประเทศ (อย.)

๒. มีการKM และถอดบทเรียนของ cup เมืองมหาสารคาม

๓. มีพื้นที่ต้นแบบ: หองโนโมเดล, ห้วยแอ่ง ตำบลตระหนักยาปลอดภัยในชุมชน

๔. มีการประชาสัมพันธ์เชิงรุก โดยการแจกสื่อ ๓ สื่อ; ยาห้ามจำหน่าย, ยาที่จำหน่ายได้ในร้านชำ, หลักการใช้ยาในครัวเรือน โดยเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานเชิงรุกกับผู้ประกอบการ

๕. นวัตกรรมโปรแกรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโรงพยาบาลมหาสารคาม ได้รับคัดเลือกให้เป็น best practice สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการนำเสนอผลงานงาน Service Plan Sharing ปี ๒๕๖๒

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดแผนงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด
ประเด็นการตรวจราชการ.๑. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตาม
ดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ Year)

๒. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตาม
ดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ Year)

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวอัญชลี ประคำทอง ตำแหน่ง.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร.๐๘๑-๗๓๙๔๐๔๗ E-mail anchus@hotmail.com

๒. นางนิตยา ฤทธิ์ศรี ตำแหน่ง.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร.๐๘๑-๘๗๓๗๖๓๐ E-mail nittaya๐๑๑@hotmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

อำเภอเมืองมหาสารคามเป็นพื้นที่เน้นหนัก เป็นแหล่งพักและกระจายยาเสพติด ยาเสพติดที่มีการแพร่
ระบาดและเป็นปัญหามากที่สุดคือ ยาบ้า โดยเป็นกลุ่ม G๑ จะมีสัญลักษณ์ WY ราคาในพื้นที่ปัจจุบันลดลง
เหลือเม็ดละ ๕๐- ๑๐๐ บาท การติดต่อซื้อขายจะติดต่อกันทางโทรศัพท์และนัดจุดส่งของ ซึ่งจุดนัดส่งของมี
ความง่ายต่อการเข้าถึงและเป็นแหล่งชุมนุมมากขึ้น อาทิ ตลาดสด ปิมน้ำมัน หน้าร้านขายของสะดวกซื้อ
หอพักเป็นต้น สถานที่ที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ หอพัก/อพาร์ทเมนต์ (ที่เปิดตลอด ๒๔ ชั่วโมง) รีสอร์ท โรงงาน
สถานบริการ สถานศึกษา ในช่วง ปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในโรงพยาบาล
มหาสารคามและหน่วยบริการเครือข่ายมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ

เรื่อง/ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน								
		๒๕๖๐			๒๕๖๑			๒๕๖๒(๘ ด)		
		เป้า หมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้า หมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้า หมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑.ร้อยละการนำผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการ บำบัดตามเป้าหมาย	๑๐๐	๑๕๐	๒๒๙	๑๕๒.๖๖	๑๖๐	๒๙๘	๑๘๖.๒๕	๑๘๐	๑๐๗	๕๙.๔๔

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๒ .ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่าย (๓ month remission rate) .ภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ ค.) ตค.๖๑-พค.๖๒	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
.ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่าย (๓ month remission rate)	ร้อยละ ๔๐	๙๕	๕๐.๕๓	๑๑๑	๔๖.๖๓	๑๑๐	๕๙.๑๔

*** ข้อมูลจากระบบรายงานยาเสพติด (บสต.)กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ จากตารางที่ ๒ พบว่าโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่ายมีการบำบัดและติดตามหลังการบำบัดในระยะ ๓ เดือนหลังการบำบัดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่โรงพยาบาลยังต้องค้นหาปัญหาและทบทวนผลการดำเนินงานดังกล่าวเพื่อพัฒนาคุณภาพงานต่อไป

ตารางที่ ๓ .ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ Year) ภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ ค.) ตค.๖๑-พค.๖๒	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ Year)	ร้อยละ ๒๐	๓๙	๔๑.๔๘	๙๒	๓๓.๐๙	๑๑๐	๕๙.๑๔

*** ข้อมูลจากระบบรายงานยาเสพติด (บสต.)กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ จากตารางที่ ๓ พบว่าโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่ายมีการบำบัดตามเกณฑ์ที่กำหนดและมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หากแต่เป็นความท้าทายที่โรงพยาบาลต้องทบทวนพัฒนา

กระบวนการติดตามดูแลให้สามารถดำเนินงานให้ผลลัพธ์เพิ่มขึ้นและสามารถดูแลผ่านการบำบัดได้ทุกรายต่อไป

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแผนงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงาน ตัวชี้วัด/เรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแผนงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	๑.ให้บริการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจ และบังคับบำบัดการบำบัดในชุมชนโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) และติดตามช่วยเหลือในชุมชน ๒.สนับสนุนทรัพยากร วิทยาการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกำกับมาตรฐานการบำบัดในศูนย์ปรับเปลี่ยนฯ ระบบบังคับบำบัดและต้องโทษบำบัด ๓.ดำเนินงาน Harm Reduction เพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแก่ผู้มารับบริการ ผลการดำเนินงานเกินเป้าหมายKPI กำหนด Retention rate ร้อยละ ๒๐ ผลงาน ร้อยละ ๕๙.๑๔และ ๓ Month remission rate เกณฑ์ร้อยละ๔๐ ผลงาน๕๙.๑๔
๒. บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	๑.พัฒนาบุคลากรด้านวิชาการ โดยสนับสนุนให้ผู้รับผิดชอบงานในรพ.และในรพ.สต.เข้าอบรม Matrix Program ,BA/BI, ระบบรายงาน บสต ให้ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดใน รพ.สต. ทุกแห่ง ๑๐๐% ๒.สนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./ศสม.)สามารถเปิดบริการบำบัดรักษาเสพติดได้มีผู้ป่วยเข้ารับบริการ ๑๕ แห่งจาก ๒๐ แห่ง (อีก๕แห่งยังไม่มีผู้ป่วยขอใช้บริการ)
๓. ข้อมูลข่าวสาร (Information)	- พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลและการประมวลผลให้ถูกต้อง ครบถ้วน - จัดระบบการเฝ้าระวังและการบันทึกรายงานการบำบัดให้มีประสิทธิภาพ -กำกับติดตามการนำเข้าข้อมูลในระบบ บสต.ให้ครบถ้วน สมบูรณ์ -สนับสนุนวิชาการ เอกสารความรู้ คู่มือที่จำเป็นสำหรับหน่วยบริการในเครือข่ายทุกแห่ง
๔. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	-มีการขยายรูปแบบการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในระดับ รพ.สต. ในชุมชน ในสถานศึกษา และในเรือนจำจังหวัด -มีการจำแนกคัดกรองและบำบัดแบบผู้ป่วยนอกเบื้องต้นในระดับรพสต.โดยใช้เครื่องมือวัดของกระทรวงสาธารณสุขแบบV๒ -พัฒนานวัตกรรมด้านการบำบัดโดยใช้รูปแบบพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย R๒R อย่างต่อเนื่อง มีรูปแบบการบำบัดในเรือนจำ โรงเรียนและรูปแบบการติดตามในชุมชน รวมถึงเชื่อมโยงระบบการส่งต่อผู้มีปัญหาทางจิตจากการใช้สารเสพติดที่มีประสิทธิภาพ
๕. การเงิน (Financing)	-ได้รับสนับสนุนงบประมาณยาเสพติดแบบบูรณาการจากระดับจังหวัดและรพ.มค. -ควบคุมกำกับการใช้งบประมาณให้เป็นไปตามห้วงเวลายกกำหนด ตรงตามวัตถุประสงค์การได้รับจัดสรร
๖. การนำและการอภิบาลระบบ(Leading / Governance)	- มีการถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานผ่านเวทีประชุมชี้แจงและการเยี่ยมติดตามในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ -แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน รวมถึงการขับเคลื่อนงานยาเสพติดผ่านกลไก พขอ.

	- มีการจัดทำแผนวิเคราะห์ แบบ ๖ Building Blocks plus - ร่วมดำเนินงานในพื้นที่ ติดตามเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผล
๗. ชุมชน ภาควิชาและการมีส่วนร่วม (Participation)	- ขับเคลื่อนการดำเนินงานคัดกรอง การบำบัดในชุมชน การช่วยเหลือ ติดตามผู้ผ่านการบำบัดโดยใช้กลไกพหุขอ.ให้ชุมชนมีส่วนร่วม - พัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน, อสม.ยาเสพติด ในการมีส่วนร่วมดูแล - สร้างความร่วมมือกับท้องถิ่น ภาคประชาชนในการร่วมดำเนินงานแบบบูรณาการ

๒.๒ แผนงาน กระบวนงาน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒ เพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่

ต้องการ

แผนงาน	กระบวนงาน เครื่องมือ
-การสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วม	- ดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการ สร้างการรับรู้ เข้าใจกับคณะกรรมการในทุกระดับ - ดำเนินงานในรูปแบบการบูรณาการกับทุกภาคีที่เกี่ยวข้อง
-การส่งเสริมป้องกัน	-ดำเนินงานโครงการTO BE NUMBER ONE อย่างต่อเนื่องครอบคลุมกิจกรรมหลักและพื้นที่เป้าหมาย
-การบำบัดรักษาและฟื้นฟู	- จัดระบบบริการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจ และบังคับบำบัด การบำบัดในชุมชนโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) การบำบัดแบบชุมชนบำบัดในเรือนจำ การบำบัดในโรงเรียน และติดตามช่วยเหลือในชุมชน - เปิดบริการจิตสังคมบำบัดในรพ.สต./ศสม.ทุกแห่ง - ดำเนินงาน Harm Reduction เพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
-การพัฒนาบุคลากรด้านงานวิชาการ/นวัตกรรม	- สนับสนุนให้พัฒนางานวิชาการและร่วมงานนำเสนอผลงานยาเสพติดในเวทีประชุมวิชาการ - จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปบทเรียนอย่างต่อเนื่อง

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

- จัดทำโครงการดำเนินงานครอบคลุมตลอดปี โดยใช้งบประมาณจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาสารคาม (งบเงินบำรุงและPP) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ แผนงานตามยุทธศาสตร์ป้องกันแก้ไขปัญหาเฝ้าระวัง
- ผ่านการพิจารณาเห็นชอบแผนงาน/โครงการโดยคณะกรรมการบริหารแผนโรงพยาบาลมหาสารคาม
- จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวังระดับโรงพยาบาล ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามโครงการ Road map การดำเนินงานตามโครงการ การบริหารจัดการงบประมาณแก่คณะกรรมการเฝ้าระวังและผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่
- ร่วมดำเนินงานตามแผน กำกับมาตรฐานการดำเนินงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- มีการประชุมสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนเป็นแนวทางการจัดทำแผนงานในปีถัดไป

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

- นโยบายชัดเจนตั้งแต่ต้นนโยบายระดับชาติ ระดับกระทรวง และจังหวัด
- ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนเป็นอย่างดี ทั้งคน เงินงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และกำกับ การขับเคลื่อนงาน
- ทีมบูรณาการที่เข้มแข็งตั้งแต่ระดับจังหวัดจนถึงหมู่บ้าน/ชุมชน รวมถึงหน่วยงานภาคีเครือข่าย กระทรวงต่างๆที่เกี่ยวข้อง

๓. การดำเนินการตามข้อสั่งการและแก้ไขปัญหาอุปสรรค จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	การดำเนินการตามข้อสั่งการ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคของจังหวัดมหาสารคาม
-ไม่มีข้อสั่งการหรือข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	ได้ดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ที่จัดทำไว้ตามRoad map และประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งภายในและนอกหน่วยงานเพื่อดำเนินงานตามข้อสั่งการของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์

๔. Best Practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ รางวัลที่ได้รับ

รูปแบบการติดตามหลังการบำบัดรักษาแบบบูรณาการ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

รางวัล งานวิจัย R๒R ดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๑
ระดับตติยภูมิ



ความสำคัญ

ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดทุกระบบ (สมัครใจบำบัด , บังคับบำบัด ต้องโทษบำบัด) ต้องได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๑ ปี หากพบว่า ยังมีการใช้ยาเสพติดเกิน ๒ ครั้งติดต่อกันในระยะเวลาที่ติดตามควรส่งเข้ารับการบำบัดรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดในชุมชนได้รับการติดตามดูแล และให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ได้รับการยอมรับจากชุมชน สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้และอาศัยอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติสุข แนวทางปฏิบัติในการช่วยเหลือในชุมชน ดังนี้

๑. สร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยยาเสพติด ตามแนวนโยบายของรัฐบาลให้ถือว่า ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด คือ ผู้ป่วย ที่จะต้องได้รับการดูแลรักษา
๒. ให้การติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ๗ ครั้งใน ๑ ปี จึงจะถือว่าหยุดเสพยา
๓. ให้คำแนะนำช่วยเหลือ ส่งเสริมด้านการประกอบอาชีพแก่ผู้ที่ว่างงาน โดยสามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนทุนประกอบอาชีพจาก สำนักงาน ป.ป.ส.ภาค ๔ ขอนแก่น ได้ ทุนละ ๒๐,๐๐๐ บาท เช่น ทุนประกอบอาชีพด้านการเกษตร เลี้ยงไก่ เลี้ยงปลา เพาะเห็ด ช่างฝีมือแรงงานตามถนัด หรือนวดแผนไทย ตามที่ผู้ป่วยสนใจ โดยส่งแบบคำขอรับทุนได้ที่ ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ ทุกอำเภอ
๔. ให้คำแนะนำและประสานความช่วยเหลือด้านการศึกษา โดยสามารถให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการการศึกษาต่อที่ กศน. ไกลบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสทางการศึกษาและสังคม
๕. เมื่อมีปัญหาสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ที่ รพ.สต.ไกลบ้าน ,โรงพยาบาลประจำอำเภอ หรือ ศูนย์ประสานการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดอำเภอ ที่ว่าการอำเภอทุกอำเภอ

สรุปและถอดบทเรียนแนวทางการติดตามช่วยเหลือแบบบูรณาการ



๕. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน



การติดตามช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษาแบบบูรณาการ อำเภอเมืองมหาสารคาม



การบำบัดในโรงเรียนโดยใช้จิตสังคมบำบัดในโรงเรียนร่วมกับการเยี่ยมให้คำปรึกษาครอบครัว



การบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง CBTx เริ่มดำเนินงานใน ๑ หมู่บ้านนำร่องจำนวนผู้ป่วย ๑๘ คน

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองการ รบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้ออัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ประเด็นการตรวจราชการอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร

ผู้รับผิดชอบ พญ.ณัฐวรรีตต์ เอนกวิทย์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทร ๐๔๓ ๗๑๑๗๕๐ ต่อ ๒๖๕

นส.อัญชลี ประคำทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๔๓ ๗๑๑๗๕๐ ต่อ ๒๖๕

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

แนวโน้มการฆ่าตัวตายของจังหวัดมหาสารคามในปีพ.ศ.๒๕๕๖ - ๒๕๖๐ มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นและลดลงตามสถานการณ์และภาวะต่างๆที่สำคัญคือภาวะเศรษฐกิจของประเทศภาวะวิกฤตที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและภัยธรรมชาติต่างๆโดยแต่ละปีมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ๔๐คนและปีพ.ศ.๒๕๖๐ มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ๔๐ คนคิดเป็นอัตรา ๔.๑๔ ต่อประชากรแสนคน(กำหนดอัตราไม่เกินค่าเป้าหมาย๖.๓ต่อประชากรแสนคน)และปีงบประมาณ๒๕๖๑มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย๔๗คนคิดเป็นอัตรา ๔.๘๘ ต่อประชากรแสนคน (กำหนดอัตราไม่เกินค่าเป้าหมาย ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นคิดเป็นร้อยละ๑๘ ดังนั้น กระบวนการ/กลยุทธ์เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายตั้งแต่ระดับกระทรวง กรม เขตสุขภาพที่๗และจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดเกณฑ์เป้าหมายเพื่อชี้วัดผลการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในระยะยาว คือ

ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
≤ ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๖.๐ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๖.๐ ต่อประชากรแสนคน

ดังนั้นจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง จะเห็นจากร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นและ จำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับทำร้ายตนเองซ้ำภายใน๑ปีลดลง ผู้ใช้สารเสพติดให้เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ผู้โรคสมาธิสั้นในเด็กเข้าถึงบริการเพิ่มตามลำดับ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ	จิตแพทย์	แพทย์แขนง	ป.โทสุขภาพจิตและจิตเวช	PGสุขภาพจิตเวชและจิตเวช	PGสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	นักจิตวิทยา
รพ.มหาสารคาม(S)	๓	๑	๑	๓	๒	๓

ประเด็นการตรวจราชการ

๑. บริการจิตเวชเร่งด่วน(Acute Care)ในระดับโรงพยาบาลA-MI๒ทุกแห่ง
๒. ระบบการจัดบริการจิตเวชได้มาตรฐานทุกระดับ
๓. พัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
๔. บูรณาการโปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันฆ่าตัวตาย

มาตรการสำคัญ

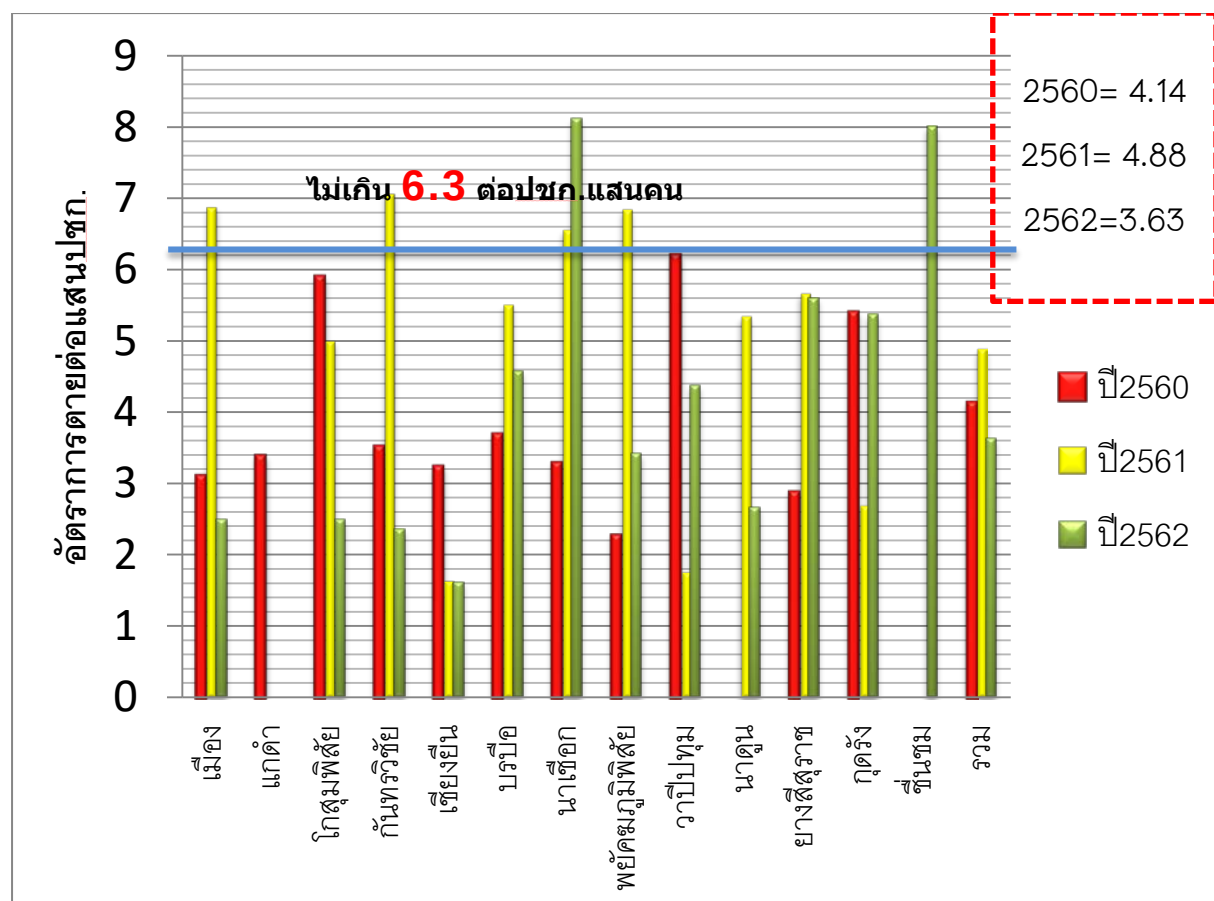
๑. บริการจิตเวชเร่งด่วน(Acute Care)ในระดับโรงพยาบาลA-MI๒ทุกแห่ง
 ๒. ระบบการจัดบริการจิตเวชได้มาตรฐานในโรงพยาบาลสังกัด สป ทุกระดับ
 ๓. พัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการดูแลต่อเนื่องให้อาการ อยู่ในระยะสงบ
 ๔. บูรณาการโปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันฆ่าตัวตาย(๓ส+)เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ) มุ่งเน้นพื้นที่ที่มีปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายสูง
 - ๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี
- ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคามอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๒

ตัวชี้วัด	๒๕๕๙ (ร้อยละ)	๒๕๖๐ (ร้อยละ)	๒๕๖๑ (ร้อยละ)	๒๕๖๒ (ร้อยละ)
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ(ไม่เกิน๖.๓ ต่อแสนคน)	๓.๕๔ จาก ๕๐๖๕	๔.๑๔ จาก ๕๐๖๕	๔.๘๘ จาก ๕๐๖๕	๓.๖๓ ผ่าน
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเอง ซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี(ร้อยละ๘๐)	N/A	N/A	๙๖.๓๖	๙๖.๓ ผ่าน
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ร้อยละ๖๕ขึ้นไป)	๖๕.๘๑	๖๕.๙	๘๕.๓๙	๘๙.๒๘ ผ่าน
ร้อยละของผู้ป่วยติดสุราเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่าน มา(เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑.๐)	N/A	N/A	๑๗.๑๗	๓.๙๕ ผ่าน
ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ(ร้อยละ ๙)	๑.๐๓	๔.๙	๖.๙	๘.๖๙ ไม่ผ่าน

จากผลการดำเนินงานปีงบประมาณปีประมาณตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๑จังหวัดมหาสารคามมีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้น ๓.๕๔ ๔.๑๔ ๔.๘๘ตามลำดับ ในปีงบประมาณ๖๒ในช่วงระยะเวลา ๘ เดือน มีอัตราการฆ่าตัวตาย ๓.๖๓ต่อแสนประชากรแต่ไม่เกินเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนดคือ ๖.๓ ต่อแสนประชากร ซึ่งจะเห็นว่าแนวโน้มที่อาจจะสูงขึ้นโดยเฉพาะในอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นก็จะสอดคล้องกับการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าที่ไม่ถึงเกณฑ์จึงต้องมีการพัฒนาการค้นหาคัดกรองในทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะโรคที่จิตเวชที่สำคัญเช่นซึมเศร้า ใช้สารเสพติด สมาธิสั้น สมองเสื่อมปี ๒๕๖๒มีการคืนข้อมูลให้ทีมผู้บริหารระดับอำเภอ เพื่อเร่งแก้ไขปัญหพื้นที่(ที่ไม่ผ่านเกณฑ์) ผ่าน พขอ. ซึ่งที่เร่งด่วนมี ๕ อำเภอ เฝ้าระวังใกล้ชิด ๒ อำเภอ เน้นความหลากหลายของนวัตกรรมในพื้นที่ผ่านระบบ Service Plan สาขาสุขภาพจิตเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการมากที่สุด พร้อมนำ พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ งาน MCATT และแนวทางการ

สนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. มาเพื่อต่อการปฏิบัติงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายอดสะสม ตั้งแต่ปี ๒๕๕๒- ๒๕๖๐ รายงานโดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิตพบว่าจังหวัดมหาสารคามมี ผลงานเป็นอันดับ ๑ ของเขตสุขภาพที่ ๗ มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ ถึงปัจจุบันสำหรับในปี ๒๕๖๒ จังหวัดมหาสารคามมีผลงานร้อยละ ๘๙.๒๘ ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการร้อยละ ๘.๖๙ ไม่ผ่านเกณฑ์ จึงได้พัฒนางานดังนี้๑.ช่วงไตรมาส ๓ ในปี๒๕๖๒ จะมีจิตแพทย์เด็กเพิ่ม ๑ คน ทำให้มีระบบ การดูแลรักษาที่ครบถ้วนและครอบคลุมเพิ่มขึ้น ๒.มีการรวมกลุ่มงานของสุขภาพจิตและจิตเวช ยาเสพติด จิต เวชเด็กในโรงพยาบาลชุมชน จึงทำให้มีบุคลากรเพิ่มขึ้น ๓.มีการประสานงานกับแม่ข่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ งานบริการที่รวดเร็ว ทันเวลาและครบถ้วน ๔.การพัฒนาการบริการได้มีการประชุมปรึกษาหารือกับเครือข่าย เพื่อให้เกิดการร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ๕.การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนสาธารณสุขและนอก กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงศึกษาธิการได้มีการอบรมครู อย่างต่อเนื่องให้สามารถใช้ แบบคัดกรอง แบบประเมินความผิดปกติ รวมทั้งระบบการส่งต่อไปยังหน่วยบริการทางด้านสาธารณสุข

๑.๒ ข้อมูลสถานการณ์แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๒



จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ รายอำเภอ ปี๒๕๖๑-๒๕๖๒

	เมือง	แกดำ	โกสุมพิสัย	กันทรวิชัย	เชิงเย็น	บรบือ	นาเชือก	พยัคฆภูมิพิสัย	วาปีปทุม	นาตุโน	ยางสีสุราช	กุดรัง	ชื่นชม	รวม
ปี๒๕๖๑	๑๑	๐	๖	๖	๑	๖	๔	๖	๒	๒	๒	๑	๐	๔๗
ปี๒๕๖๒	๔	๐	๓	๒	๑	๕	๕	๓	๕	๑	๒	๒	๒	๓๕

ร้อยละผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำซ้ำภายใน ๑ ปี

อำเภอ	๒๕๖๐			๒๕๖๑			๒๕๖๒		
	ผู้พยายามฆ่าตัวตาย	ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี	ร้อยละ	ผู้พยายามฆ่าตัวตาย	ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี	ร้อยละ	ผู้พยายามฆ่าตัวตาย	ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี	ร้อยละ
เมืองมหาสารคาม	๓๙	๓๘	๑๐๐	๔๖	๔๔	๙๗	๓๖	๓๓	๙๑.๖

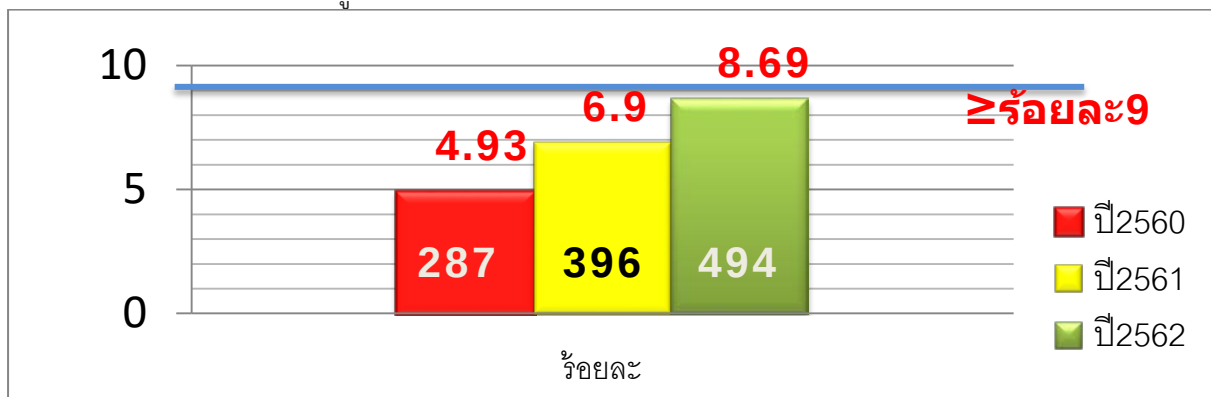
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๓ ผลการดำเนินงาน : ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

หน่วยบริการสุขภาพ		เป้าหมาย	๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (ตค-พค๖๒)	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑	เมือง	๓๒๔๑	๕๘๖๙	๑๐๐	๕๘๗๐	๑๐๐	๕๘๙๙	๑๐๐

ที่มา http://www.thaidepression.com/www/report/main_report/

ผู้ป่วยสมาธิสั้นเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา



ที่มา <https://hdcservice.moph.go.th>

ผู้ป่วยติดสุราเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๑

ปี	ความชุก	ผู้ป่วยติดสุรารายใหม่	จำนวนผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการรักษาสะสม ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒	ร้อยละการเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้น	ร้อยละการเข้าถึงบริการสะสม
๒๕๖๑	๑๓,๘๓๙	๒๓๗๖	๑๑,๖๑๓	๑๗.๑๗	๘๓.๙๑
๒๕๖๒	๒๘,๕๖๐ เพิ่มจากเดิม	๑,๐๓๒	๑๔,๒๒๔	๓.๙๕	๕๐.๑๔

จังหวัดมหาสารคามผู้ป่วยติดสุราเข้าถึงบริการเป็นอันดับที่ ๑ ของประเทศ

ที่มา http://thaialcohol.in.th/database_report.php

๒. การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อกำหนดการดำเนินงานในปี ๒๕๖๒ การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM^๓

กรอบวิเคราะห์	ผลการวิเคราะห์ ปี ๒๕๖๑	การพัฒนางาน ปี ๒๕๖๒
S : Structure	ดำเนินงานตามคำสั่ง Service Plan สาขาสุขภาพจิตร่วมกับแนวทาง พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑	ดำเนินงานตามคำสั่ง Service Plan สาขาสุขภาพจิตร่วมกับ แนวทาง พร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑และคณะกรรมการMCATT จ.มค. และแนวทางการสนับสนุนงบประมาณสปสช. ที่เกี่ยวข้อง
I : Information	ใช้ระบบรายงานเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย จาก ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ กรมสุขภาพจิต ผ่านรายงาน ๕๐๖ร เพื่อลดปัญหาความเลื่อมล้ำของข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับระบบ HDC ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้ม / รู้พื้นที่เป้าหมายที่ต้องเร่งแก้ไขปัญหาโดยด่วน และคืนข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติทราบ/ เร่งแก้ไข แล้ว (แต่ยังไม่คืนข้อมูลให้ผู้บริหารรับทราบเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบฯ)	เริ่มปรับปรุง และพิจารณาแก้ไขปรับปรุงระบบรายงานเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย จาก ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ กรมสุขภาพจิต และ สนย. ผ่านระบบ HDC เพื่อให้เกิดความชัดเจน สอดคล้องและถูกต้อง ต่อไป ปี ๒๕๖๒ คืนข้อมูลให้ทีมผู้บริหารระดับอำเภอ เพื่อเร่งแก้ไขปัญหาพื้นที่(ที่ไม่ผ่านเกณฑ์) ผ่าน พชอ. ซึ่งที่เร่งด่วนมี ๕ อำเภอ เฝ้าระวังใกล้ชิด ๒ อำเภอ เป็นต้น
I : Intervention and Innovation	เน้นความหลากหลายของนวัตกรรมในพื้นที่ผ่านระบบ Service Plan สาขาสุขภาพจิตเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการมากที่สุด ร่วมกับ รูปแบบ/ เทคนิค วิธีการที่สนับสนุนการประชุมอบรมของ Excellent Center ที่เกี่ยวข้อง	เน้นความหลากหลายของนวัตกรรมในพื้นที่ผ่านระบบ Service Plan สาขาสุขภาพจิตเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการมากที่สุด พร้อมนำ พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ งาน MCATT และแนวทางการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. มาเอื้อต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ เข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง การดูแลรักษา พื้นฟูสมรรถภาพ และรับ-ส่งต่อ ในกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด
I : Integration	บูรณาการกับงาน พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ และแนวทางการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช.	บูรณาการกับงาน พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑, งาน MCATT, แนวทางการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. และงาน EOC
M : Monitoring and Evaluation	ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล ผ่าน คณะ กก. Service Plan สาขาสุขภาพจิต และKPIตรวจราชการ และ	ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล ผ่าน คณะ กก. Service Plan สาขาสุขภาพจิต และKPIตรวจราชการ ร่วมกับ คณะอนุกรรมการ พรบ.

กรอบวิเคราะห์	ผลการวิเคราะห์ ปี ๒๕๖๑	การพัฒนางาน ปี ๒๕๖๒
	ผลลัพธ์การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องผ่านระบบการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. เป็นต้น	สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑, คณะ กก. MCATT ระดับจังหวัดมหาสารคาม, และผลลัพธ์การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องผ่านระบบการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจากสปสช. เป็นต้น

๓.การดำเนินการตามข้อสั่งการและแก้ไขปัญหาลงอุปสรรคจากการตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๒

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๒	การดำเนินการตามข้อสั่งการ และแก้ไขปัญหาลงอุปสรรคของจังหวัดมหาสารคาม
ระบบยายังไม่ครอบคลุม	-พัฒนาในอำเภอที่พร้อม มีจำนวนคนไข้มากพอ โดยเฉพาะรพ.ที่เป็น node
มีบางอำเภอที่มีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายสูง	-คืนข้อมูลให้ทีมผู้บริหารระดับอำเภอ เพื่อเร่งแก้ไขปัญหพื้นที่(ที่ไม่ผ่านเกณฑ์) ผ่าน พชอ. ซึ่งที่เร่งด่วนมี ๕ อำเภอ เฝ้าระวังใกล้ชิด ๒ อำเภอ -คัดกรอง ๒Q๔Q๘Q ในโรคทางจิตเวชที่สำคัญทุกราย -การติดตาม เยี่ยมบ้านผู้ป่วยยาเสพติดทำร้ายตนเอง และการส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่ เน้นการดูแลตามหลัก ๓ส -ส่งเสริมความรู้แก่ประชาชนเรื่องโรคซึมเศร้า สมาธิสั้น ติดสุรา สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย
การขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพรบ.สุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ยังไม่ครอบคลุม	-นำ พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ งาน MCATT และแนวทางการสนับสนุนงบประมาณจากสปสช. มาเอื้อต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ เข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง การดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และรับส่งต่อ ในกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด -มีการพัฒนาระบบ Acute Care ภายในจังหวัดมหาสารคาม

เกณฑ์ประเมินความเร่งด่วนในการส่งพบจิตแพทย์

ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรองพบว่า อาการเข้าได้กับเกณฑ์ต่อไปนี้ สามารถส่งพบจิตแพทย์ได้ทันที

๑. มีประวัติเข้าได้กับโรคซึมเศร้าหรือมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยผลการประเมิน $๙Q \geq ๑๓$ หรือ ผลการประเมิน $๘Q \geq ๘$
๒. มีประวัติพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ในช่วงที่มีอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ เช่น พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น พฤติกรรมอาละวาดทำลายสิ่งของหรือประเมินอาการเข้าได้กับเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - $CGI - S \geq ๕$ คะแนน
 - ประเมินประวัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวของโรงพยาบาลมหาสารคาม ได้ ๑-๒ คะแนน (หากประเมินได้ ๓ คะแนน ควรส่งผู้ป่วยไปห้องฉุกเฉิน)

๓. มีประวัติขาดสุรา ร่วมกับประเมิน CIWA Score ≥ 8 คะแนน
๔. *มีประวัติรับยาทางจิตเวช กลุ่ม Antipsychotic หรือ Lithium หรือ Valproate และมีอาการที่อาจเป็นผลข้างเคียงจากยา เช่น มือสั่น ถิ้นแข็ง ตัวแข็งเกร็ง คอแข็ง กระวนกระวายอยู่นิ่งไม่ได้ ง่วงซึม ไข้สูง เพื่อสับสน ชักเกร็ง ท้องเสีย อาเจียน เดี๋ยวเซ ปัสสาวะไม่ออก หรือได้รับยาจิตเวช และมีอาการที่ต้องสงสัยว่าแพ้ยา
๕. *ผู้ป่วยที่มีมาด้วยอาการซึม สับสนวันเวลาสถานที่ พุดคุยถามตอบไม่ตรงคำถาม
๖. *ผู้ป่วยทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่มีสัญญาณชีพผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง หลังจากวัดซ้ำอย่างน้อย ๒ ครั้ง ได้แก่

ความดันโลหิต $\leq 80/50^{**}$ หรือ $\geq 180/120$ mmHg

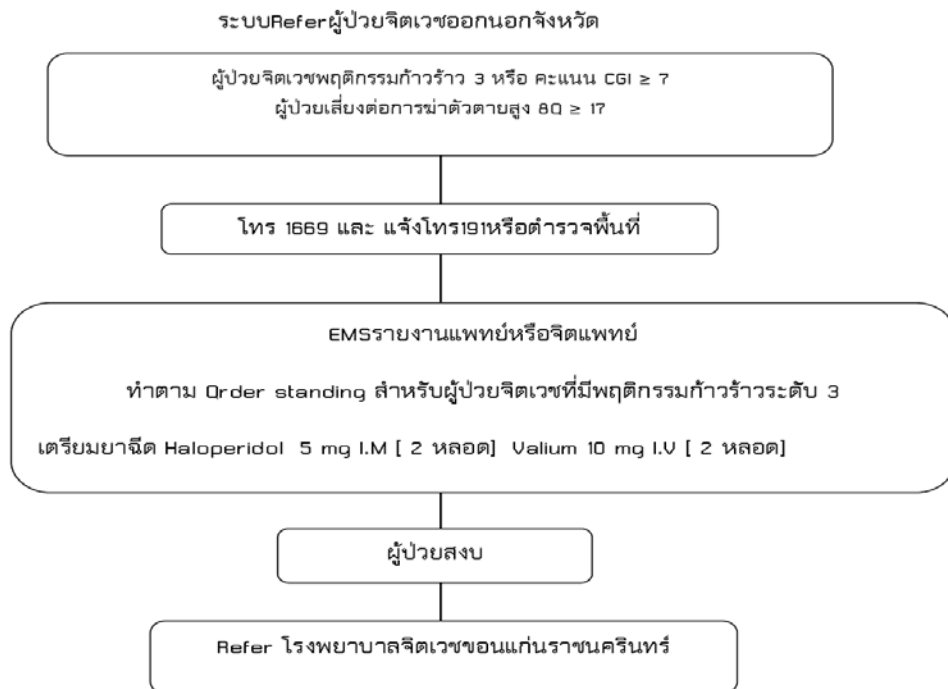
ชีพจร > ๑๒๐ bpm อัตราการหายใจ ≥ 24 ครั้งต่อนาที O_2 Saturation $\leq 92\%^{**}$

๗. ผู้ป่วยสูงอายุมีประวัติเข้าได้กับภาวะสมองเสื่อม ที่เริ่มมีอาการในระยะเวลาน้อยกว่า ๑ เดือน (ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลมหาสารคาม)

* ผู้ป่วยในข้อ ๔-๖ หากประเมินแล้วว่าอาการรุนแรง สามารถแจ้งแพทย์ให้ส่งปรึกษา ER ได้ทันที

** เปรียบเทียบกับประวัติเดิม หากลดลงจากเดิม ให้สงสัยว่ามีภาวะที่ต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน





๔. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- ๑.โครงการสาธารณสุขเคลื่อนที่ดูแลจิตใจผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว จ.มหาสารคาม
- ๒.การนิเทศติดตามเครือข่ายทุกระดับเพื่อเสริมสร้างกำลังใจแก่บุคลากร ๒ ครั้งต่อปี
- ๓.แนวทางการรักษาสำหรับแพทย์ที่ERและหอผู้ป่วย
- ๔.แนวทางการดูแลผู้ป่วยAcute Careในหอผู้ป่วย
- ๕.การฟื้นฟูความรู้ การเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินด้านจิตเวช การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแก่แกน

นำชุมชน

- ๖.ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติตามพรบ.สุขภาพจิตพศ.๒๕๕๑ภาพรวมจังหวัด
- ๗.การพัฒนาโรงพยาบาลระดับ F๑-๓ ให้สามารถดูแลผู้ป่วยAcute Care และส่งต่อระดับที่สูงขึ้น

ผลงานวิชาการประกวดระดับเขต ปี ๒๕๖๒

ประเภทที่ ๑ ประเภทโครงการ

รางวัลที่ ๑ เรื่องการพัฒนารูปแบบการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มวัยทำงาน อำเภอนาตุณ จังหวัดมหาสารคาม

รางวัลที่ ๒ เรื่องรูปแบบของการพัฒนาระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วม อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

รางวัลที่ ๔ เรื่องผลโปรแกรมการให้คำปรึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่ใช้กลไกป้องกันทางจิตแบบ “เก็บกด” เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ประเภทที่ ๒ ประเภทนวัตกรรม

รางวัลที่ ๑ เรื่องโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางจิตโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนจิตอาสา อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม

รางวัลที่ ๒ เรื่องผ้าผูกแขนแทนใจในการผูกยึดผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยกลุ่มอาการเนื่องจาก
การขาดสารฯ โรงพยาบาลมหาสารคาม

รางวัลที่ ๔ เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน อำเภอสามชัย จังหวัดมหาสารคาม

๕.ภาพกิจกรรมดำเนินการ



สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะ๒ การพัฒนาระบบบริการ

หัวข้อ การตรวจราชการ Service Plan สาขา บริจาคอวัยวะ

ประเด็นการตรวจราชการ การขอรับบริจาคอวัยวะและดวงตา

ผู้รับผิดชอบ ประธานสาขา นพ.สมคิด ศรีพลแทน โทร.๐๘๑๖๕๐๙๕๗๔ e-mail

Somkrits@hotmail.com

เลขานุการสาขา นางสาวจิรพรรณ อินทะวัน โทร ๐๘๘๕๗๒๕๙๑๕ e-mail

Jeeraphan.inthawan@Gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลระดับ S เป็นทั้ง organ donor center และ eye donor center มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการขอรับบริจาคอวัยวะ ๑ คน (ไม่มีพยาบาล full time) มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมระยะสั้นจากสภาากาชาด ๑๕ คนมีประสาทศัลยแพทย์ ๒ คน และประสาทอายุรแพทย์ ๑ คน ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๑ มีผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย ๓ รายและบริจาคดวงตา ๕ ดวงพบปัญหา และอุปสรรคดังนี้

๑.ประชาชนไม่เข้าใจการบริจาคอวัยวะ มีความเชื่อว่าถ้าบริจาคทำให้เกิดชาติหน้าอวัยวะไม่ครบ กลัวความเจ็บปวด จากการผ่าตัด และผู้ป่วยสมองตายไม่ได้แสดงความจำนงไว้

๒. ไม่มีพยาบาล full time ในการดำเนินการเชิงรุก และเชิงรับ

๓. บุคลากรบางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจการบริจาคอวัยวะ

๔. ไม่มีระบบเครือข่าย

๕. การประชาสัมพันธ์/รณรงค์ไม่ทั่วถึง และไม่ต่อเนื่อง

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง การขอรับบริจาคอวัยวะ ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ ค.)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อัตราส่วนของจำนวนผู้ ยินยอมบริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล	๐.๘: ๑๐๐	๕	๐.๖๓	๓	๐.๒๙	๑	๐.๑
จำนวนดวงตาที่ได้รับบริจาค	๔๐	๘	๒๐	๕	๑๒.๕	๔	๑๐

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ ด.)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
จำนวนผู้ยื่นความจำนง บริจาคอวัยวะ	๒๐๐	๑๙๙	๙๙.๕	๕๖	๒๘	๗๐	๓๕
จำนวนการปลูกถ่าย กระเจกตา	๔	๘	๒๐๐	๑๒	๓๐๐	๔	๑๐๐

อธิบายตารางที่ ๑ จากตารางพบว่าการบริจาคอวัยวะและดวงตามีแนวโน้มลดลง จากการวิเคราะห์ราย case พบว่าผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะไม่พร้อมที่จะบริจาค ประกอบด้วย ๑) ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ๑ ราย (จากการตรวจ NAT) ๒) ผู้ป่วยติดเชื้อ Hepatitis C ๑ ราย ๓) Cardiac arrest ก่อนผ่าตัด ๒ ราย ๔) ผู้ป่วยยินยอมบริจาคแต่ Score M๔ หลัง Resuscitate ๒ ราย และขาดการขอบริจาคดวงตาในกลุ่ม Cardiac dead

๑.๒. อธิบายกระบวนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาภาพจังหวัดในกรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	มาตรการ	ผลการดำเนินงาน			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. อัตราส่วนของจำนวนผู้ ยินยอมบริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล	๐.๘:๑๐๐ (๑ : ๑ ๐ ๐ hospital dead)	- มี TCWN ประจำหน่วยงาน - ค้นหา potential Donor ทุกวัน - มีทีมเจรจาขอ บริจาคอวัยวะ - มีระบบ donor management	๐	๐	๐.๑	-
๒. จำนวนดวงตาที่บริจาค	๔๐	- การส่งเสริม สมรรถนะการ บริจาคดวงตาทุก หน่วยงาน - ขอบริจาคดวงตา จากผู้ป่วย cardiac dead	๑	๒	๔	-
๓. จำนวนผู้ยื่นความจำนง บริจาคอวัยวะ	๒๐๐	- ประชาสัมพันธ์ เชิงรับ และเชิงรุก	๒๐	๔๐	๗๐	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	มาตรการ	ผลการดำเนินงาน			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
		-สนับสนุน ป้าย ประชาสัมพันธ์ และแผ่นแจ้ง ความจำนงบริจาค อวัยวะ				
๔.จำนวนการปลูกถ่าย กระจกตา	๒	-การพัฒนา สมรรถนะ ทักษะ แพทย์	๒	๔	๖	๘

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่อง..การขอรับบริจาคอวัยวะ

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงาน ตัวชี้วัด/เรื่อง..การขอรับบริจาคอวัยวะ

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	ขอรับบริจาคอวัยวะ การดูแลอวัยวะพร้อมปลูกถ่ายอวัยวะ การดูแลร่างผู้บริจาค การเชิดชูเกียรติและร่วมพิธีทางศาสนา
๒. บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	อบรมเพิ่มสมรรถนะแก่พยาบาลผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล
๓. ข้อมูลข่าวสาร (Information)	จัดเก็บเวชระเบียนผู้บริจาคอวัยวะ และดวงตา
๔. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	ICU room Inotropic drug, DDAVP, bandage, ABG
๕. การเงิน (Financing)	สภากาชาด เงินสวัสดิการโรงพยาบาล กาชาดจังหวัด
๖. การนำและการอภิบาลระบบ (Leading / Governance)	คณะกรรมการบริจาคอวัยวะและดวงตา
๗. ชุมชน ภาคีและการมีส่วนร่วม (Participation)	กาชาด สถาบันการศึกษาอุดมศึกษา รพช. วัด

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒ เพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ

มีระบบขอรับบริจาคอวัยวะผู้ป่วยสมองตายโดยกำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมี TCWN ประจำหน่วยงาน มีการค้นหา potential Donor ทุกวันโดย TC nurse มีการจัดตั้งทีมเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะ มีระบบ donor management มีระบบติดต่อประสานงานกับศูนย์บริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ศูนย์ดวงตา โรงพยาบาลในเครือข่าย มีระบบการดูแลร่างผู้บริจาค และการเข้าร่วมพิธีทางศาสนา

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

มีคณะกรรมการดำเนินงานบริจาคอวัยวะและดวงตา ประกอบด้วย ๑) คณะกรรมการที่ปรึกษาโดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นประธาน ๒) คณะกรรมการดำเนินงานโดยมีแพทย์หัวหน้าสาขาประสาทศัลยศาสตร์ เป็นประธาน มีพยาบาลผู้ประสานงานเป็นเลขา

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

- ๑) นโยบายของโรงพยาบาล
- ๒) มีระบบการขอรับบริจาคอวัยวะ
- ๓) ทีม สหสาขาวิชาชีพที่มุ่งมั่น
- ๔) ทีมสนับสนุน เช่น สภากาชาดไทย เขต ๗ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และกาชาดจังหวัด

๓. การดำเนินการตามข้อสั่งการและแก้ไขปัญหาอุปสรรค จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	การดำเนินการตามข้อสั่งการ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคของจังหวัดมหาสารคาม
เพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย	๑.ค้นหา potential Donor ทุกวัน
	๒.จัดตั้งทีมขอบริจาคอวัยวะ
	๓.พัฒนาวิธีการปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น เทคนิคการขอบริจาคอวัยวะ การดูแล Donor

๔. Best Practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ รางวัลที่ได้รับ

๑. การพัฒนาระบบขอบริจาคอวัยวะเขต ๗

๕. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน

วันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๒ มีผู้ม่ายยื่นความจำนงบริจาคอวัยวะที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะโรงพยาบาลมหาสารคาม



วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๒ โรงพยาบาลมหาสารคามได้รับบริจาคอวัยวะ ตับ ไต ๒ ข้าง



ทีมจัดเก็บอวัยวะ เคารพร่างผู้บริจาคอวัยวะ



สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับตรวจราชการรอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ (๖๖%)

ประเด็นการตรวจราชการ

๑.การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

๒.ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr}$

๓. ผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่

ผู้รับผิดชอบ นายสมโภช อินทร์ักษ์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

นางอริสรา สิทธิจันทร์เสน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

นางวิศรุตดา ตีเมืองซ้าย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

เบอร์โทร ๐๘๖-๖๓๒๕๕๘๐, ๐๙๐๙๖๑๔๓๗๘ E-mail wisuda.tee@gmail.com

๑.การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์

ข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ พบว่ามีการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๗๙.๘๗, ๖๑.๐๗ และ ๖๑.๒๑ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ ๘๐ นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ในปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ คือร้อยละ ๓๒.๙๔, ๓๗.๙๕ และ ๓๓.๒๖ และการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ คือร้อยละ ๖๑.๘๙, ๖๒.๐๕ และ ๕๘.๕๓ มีแนวโน้มลดลงและยังไม่ผ่านเกณฑ์คือมากกว่าร้อยละ ๖๖

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ ภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ ต.)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑.การคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง	>๘๐%	๗,๔๔๒	๖๑.๐๗	๙,๓๘๒	๗๑.๔๔	๗,๙๖๐	๖๑.๒๘
๒.ร้อยละของผู้ป่วย CKD มี อัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr}$	>๖๖%	๑,๓๙๘	๖๒.๐๕	๖๖๙	๕๘.๕๓	๔๔๓	๕๓.๓๗
๓.ผู้ป่วย DM, HT เป็นโรค ไตเรื้อรังรายใหม่	>๒๐% ในปีที่ ผ่านมา	๒,๘๒๔	๓๗.๙๕	๓,๑๒๐	๓๓.๒๖	๑,๙๖๒	๒๔.๖๕

จากตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๒ พบว่าตัวชี้วัด:การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ และ ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ มีผล

การดำเนินงานยังต่ำกว่าเกณฑ์ และร้อยละของผู้ป่วย DM, HTเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ซึ่งเป็นการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นให้ได้เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ ๒๐ ในปีที่ผ่านมา แต่พบว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์

๑.๒ ข้อมูลสถานการณ์แยกรายหน่วยบริการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๒

ตารางที่ ๒ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด/เรื่องการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง แยกรายหน่วยบริการของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

ที่	หน่วยบริการ	๒๕๖๐			๒๕๖๑			๒๕๖๒ (๘ ด.)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	รพ.สต.เชียงเหียน	๕๗๒	๓๕๒	๖๑.๕๔	๕๙๕	๔๕๑	๗๕.๘	๕๘๘	๓๗๗	๖๔.๑๒
๒	รพ.สต.เขวา	๕๙๖	๓๗๒	๖๒.๔๒	๖๗๗	๔๖๙	๖๙.๒๘	๖๖๕	๓๙๑	๕๘.๘
๓	รพ.สต.ท่าตูม	๕๙๒	๓๘๕	๖๕.๐๓	๖๒๖	๔๗๖	๗๖.๐๔	๖๔๓	๔๒๙	๖๖.๗๒
๔	รพ.สต.หนองแวง	๖๘๒	๔๔๒	๖๔.๘๑	๗๗๙	๕๒๗	๖๗.๖๕	๘๑๙	๔๗๔	๕๗.๘๘
๕	รพ.สต.โคกก่อ	๖๕๔	๔๙๑	๗๕.๐๘	๖๘๖	๕๖๔	๘๒.๒๒	๖๘๖	๔๙๙	๗๒.๗๔
๖	รพ.สต.ดอนหว่าน	๓๖๓	๒๔๔	๖๗.๒๒	๓๙๔	๒๙๔	๗๔.๖๒	๓๘๓	๒๔๑	๖๒.๙๒
๗	รพ.สต.แก้ง	๗๖๑	๔๓๖	๕๗.๒๙	๙๓๕	๖๓๓	๖๗.๗	๘๔๗	๔๗๖	๕๖.๒
๘	รพ.สต.หนองจิก	๖๖๐	๔๒๒	๖๓.๙๔	๘๓๖	๕๖๕	๖๗.๕๘	๘๐๙	๔๗๗	๕๘.๙๖
๙	รพ.สต.อุบราช	๔๒๙	๒๗๗	๖๔.๕๗	๔๕๙	๓๔๖	๗๕.๓๘	๔๒๗	๒๗๐	๖๓.๒๓
๑๐	รพ.สต.โนนแต้	๘๐๗	๕๐๖	๖๒.๗	๘๖๑	๖๒๓	๗๒.๓๖	๘๗๖	๕๔๖	๖๒.๓๓
๑๑	รพ.สต.ลาด	๓๗๐	๒๔๑	๖๕.๑๔	๔๐๓	๒๘๗	๗๑.๒๒	๔๒๔	๒๗๑	๖๓.๙๒
๑๒	รพ.สต.ท่างาม	๒๙๐	๑๙๘	๖๘.๒๘	๒๙๓	๒๒๒	๗๕.๗๗	๒๙๓	๒๐๙	๗๑.๓๓
๑๓	รพ.สต.หัวนาคำ	๔๗๗	๒๗๐	๕๖.๖	๔๗๔	๓๒๖	๖๘.๗๘	๔๗๗	๒๘๘	๖๐.๓๘
๑๔	รพ.สต.ห้วยแอ่ง	๒๘๓	๑๗๕	๖๑.๘๔	๓๑๒	๒๓๑	๗๔.๐๔	๓๐๘	๒๒๘	๗๔.๐๓
๑๕	รพ.สต.หนองโน	๕๗๕	๔๑๑	๗๑.๔๘	๖๒๖	๔๙๘	๗๙.๕๕	๖๑๐	๔๕๒	๗๔.๑
๑๖	รพ.สต.บัวค้อ	๓๑๑	๒๐๒	๖๔.๙๕	๓๖๓	๒๙๒	๘๐.๔๔	๓๕๔	๒๗๐	๗๖.๒๗
๑๗	รพ.สต.โนนเพ็ก	๙๓๖	๔๑๔	๔๔.๒๓	๓๓๘	๒๓๔	๖๙.๒๓	๓๕๖	๒๑๙	๖๑.๕๒
๑๘	ศสม.บุรพา	๑,๓๔๙	๖๗๔	๔๙.๙๖	๙๔๑	๖๒๘	๖๖.๗๔	๘๘๔	๔๕๒	๕๑.๑๓
๑๙	ศสม.สามัคคี	๑,๐๘๙	๖๕๐	๕๙.๖๙	๑,๓๖๐	๘๙๔	๖๕.๗๔	๑,๓๖๒	๗๒๗	๕๓.๓๘
๒๐	ศสม.ส่องนางไย	๓๙	๑๓	๓๓.๓๓	๑,๑๔๙	๘๑๐	๗๐.๕	๑,๑๖๗	๖๕๘	๕๖.๓๘
๒๑	ศสม.ราชภูมิ	๓๑๑	๒๐๒	๖๔.๙๕	๒๖	๑๒	๔๖.๑๕	๑๒	๖	๕๐
	รวม	๑๒,๑๘๖	๗,๔๔๒	๖๑.๐๗	๑๓,๑๓๓	๙,๓๘๒	๗๑.๔๓	๑๒,๙๙๐	๗,๙๖๐	๖๑.๒๗

จากข้อมูลตารางที่ ๒ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเรื่อง การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีเป้าหมายการดำเนินงานตามเกณฑ์กระทรวงร้อยละ ๘๐ พบว่า ผลการดำเนินงานย้อนหลังจาก ปี ๒๕๖๐ -๒๕๖๑ ภาพรวมในระดับอำเภอมีแนวโน้มการดำเนินงานดีขึ้นจาก ร้อยละ ๖๑.๐๗ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๑.๔๓ และในปี ๒๕๖๒ (ผลการดำเนินงาน ๘ เดือน) ร้อยละ ๖๑.๒๗

ตารางที่ ๓ เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด/เรื่อง ผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๑-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒) ของอำเภอเมืองมหาสารคาม แยกรายหน่วยบริการ

ที่	หน่วยบริการ	๒๕๖๐			๒๕๖๑			๒๕๖๒ (๘ ค.)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	รพ.สต.เชียงเหียน	๓๕๒	๑๒๓	๓๔.๙๔	๔๕๑	๑๔๔	๓๑.๙๓	๓๗๗	๙๔	๒๔.๙๓
๒	รพ.สต.เขวา	๓๗๒	๑๓๙	๓๗.๓๗	๔๖๙	๑๗๑	๓๖.๔๖	๓๙๑	๘๓	๒๑.๒๓
๓	รพ.สต.ท่าตูม	๓๘๕	๑๓๘	๓๕.๘๔	๔๗๖	๑๕๘	๓๓.๑๙	๔๒๙	๑๐๖	๒๔.๗๑
๔	รพ.สต.หนองแวง	๔๔๒	๑๖๑	๓๖.๔๓	๕๒๗	๑๕๗	๒๙.๗๙	๔๗๔	๑๒๐	๒๕.๓๒
๕	รพ.สต.โคกก่อ	๔๙๑	๑๗๔	๓๕.๔๔	๕๖๔	๑๗๔	๓๐.๘๕	๔๙๙	๑๐๘	๒๑.๖๔
๖	รพ.สต.ดอนหว่าน	๒๔๔	๑๑๒	๔๕.๙	๒๙๔	๑๐๘	๓๖.๗๓	๒๔๑	๖๘	๒๘.๒๒
๗	รพ.สต.เกิ้ง	๔๓๖	๑๔๕	๓๓.๒๖	๖๓๓	๑๗๘	๒๘.๑๒	๔๗๖	๑๑๗	๒๔.๕๘
๘	รพ.สต.หนองจิก	๔๒๒	๑๔๕	๓๔.๓๖	๕๖๕	๒๑๒	๓๗.๕๒	๔๗๗	๑๒๑	๒๕.๓๗
๙	รพ.สต.อุปราษ	๒๗๗	๑๐๓	๓๗.๑๘	๓๔๖	๑๒๑	๓๔.๙๗	๒๗๐	๗๓	๒๗.๐๔
๑๐	รพ.สต.โนนแต้	๕๐๖	๒๒๘	๔๕.๐๖	๖๒๓	๑๘๙	๓๐.๓๔	๕๕๖	๑๔๒	๒๖.๐๑
๑๑	รพ.สต.ลาด	๒๔๑	๑๒๐	๔๙.๗๙	๒๘๗	๑๓๗	๔๗.๗๔	๒๗๑	๘๕	๓๑.๓๗
๑๒	รพ.สต.ท่างาม	๑๙๘	๕๙	๒๙.๘	๒๒๒	๗๒	๓๒.๔๓	๒๐๙	๖๑	๒๙.๑๙
๑๓	รพ.สต.หัวนาคำ	๒๗๐	๑๑๑	๔๑.๑๑	๓๒๖	๑๒๙	๓๙.๕๗	๒๘๘	๗๓	๒๕.๓๕
๑๔	รพ.สต.ห้วยแอ่ง	๑๗๕	๖๘	๓๘.๘๖	๒๓๑	๘๗	๓๗.๖๖	๒๒๘	๖๔	๒๘.๐๗
๑๕	รพ.สต.หนองโน	๔๑๑	๑๔๓	๓๔.๗๙	๔๙๘	๑๘๔	๓๖.๙๕	๔๕๒	๑๐๘	๒๓.๘๙
๑๖	รพ.สต.บัวค้อ	๒๖๗	๑๒๙	๔๘.๓๑	๒๙๒	๑๑๘	๔๐.๔๑	๒๗๐	๗๓	๒๗.๐๔
๑๗	รพ.สต.โนนเพ็ก	๒๐๒	๙๐	๔๔.๕๕	๒๓๔	๗๗	๓๒.๙๑	๒๑๙	๗๑	๓๒.๔๒
๑๘	ศสม.บุรพา	๔๑๔	๑๓๖	๓๒.๘๕	๖๒๘	๑๗๔	๒๗.๗๑	๔๕๒	๘๗	๑๙.๒๕
๑๙	ศสม.สามัคคี	๖๗๔	๒๓๓	๓๔.๕๗	๘๙๔	๒๙๔	๓๒.๘๙	๗๒๗	๑๕๒	๒๐.๙๑
๒๐	ศสม.ส่องนางไย	๖๕๐	๒๖๕	๔๐.๗๗	๘๑๐	๒๓๓	๒๘.๗๗	๖๕๘	๑๕๕	๒๓.๕๖
๒๑	ศสม.ราชภูมิ	๑๓	๒	๑๕.๓๘	๑๒	๓	๒๕	๖	๑	๑๖.๖๗
	รวม	๗,๔๔๒	๒,๘๒๔	๓๗.๙๔	๙,๓๘๒	๓,๑๒๐	๓๓.๒๕	๗,๙๖๐	๑,๙๖๒	๒๔.๖๔

จากตารางที่ ๓ พบว่า ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (ผลการดำเนินงาน ๘ เดือน) ภาพรวมอำเภอมีแนวโน้มลดลง และเมื่อเปรียบเทียบรายหน่วยบริการพบว่าทุกแห่งมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ตัวชี้วัดนี้เป็นการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นให้ได้เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ ๒๐ ในปีที่ผ่านมา แต่พบว่ยังไม่ผ่านเกณฑ์

๒.การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml /min/๑.๗๓m๒/yr (๖๖%)

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml /min/๑.๗๓m๒/yr (๖๖%) ผลงานในปี ๒๕๖๒ (ผลการดำเนินงาน ๘ เดือน) ภาพรวมอำเภอเมืองมหาสารคามยังมีผลการดำเนินงานยังต่ำกว่าเกณฑ์ คือ ร้อยละ ๕๓.๓๗ (เกณฑ์คือมากกว่าร้อยละ ๖๖) เนื่องจาก

ข้อมูลการตรวจ Cr.ครั้งที่ ๒ เริ่มมีการดำเนินการช่วงเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน ๒๕๖๒ (หลังจากกลุ่มผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปแล้ว ๔ - ๖ เดือน) ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการ

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	๑.คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังได้รับการคัดกรองโรคไตในระยะเริ่มแรก ๒. ดำเนินงาน CKD Clinic คุณภาพ ๑๐๐% (ประเมินตนเองและประเมินโดยทีมจังหวัด) ๓. ให้บริการคลินิกชะลอภาวะไตเสื่อมที่รพ.สต.นาร่อง ๒ แห่งคือ รพ.สต.โคกก่อ และรพ.สต.หนองโน โดยทีมพยาบาลชุมชน ๔.ดำเนินงานตามแนวทางในการดูแลรักษา (CPG) ที่เหมาะสมในโรงพยาบาล โดยยึดตามคำแนะนำสำหรับการดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๕๘ แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานและ แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับความดันโลหิตสูงของสมาคมวิชาชีพต่างๆ และ สหสาขาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน รับทราบอย่างทั่วถึง ๕.จัดให้มีกลุ่ม Self-help group เพื่อจัดการความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๖. ดำเนินการเชิงรุกตามกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ “รักษไต อร่อยได้ ไม่ต้องเค็ม”ในตำบลเก็ง ๗. ติดตามเยี่ยมบ้านให้ครอบครัวกลุ่ม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและทีมชุมชน ๘.พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลการรักษา
๒. บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	๑.พัฒนาศักยภาพบุคลากรหลักสูตร โรงพยาบาลเค็มน้อยอรร้อย (๓) ดี และโครงการ“รักษไต อร่อยได้ ไม่ต้องเค็ม” ๒.พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน CKD Clinic ในโรงพยาบาลและเครือข่าย ๓.พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงาน NCD & CKD โดยการอบรม Mini Case manager CKD Clinic ๓.พัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน CKD แก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
๓.ข้อมูลข่าวสาร (Information)	๑. Road map การดำเนินงานความเชื่อมโยงการจัดบริการและระบบสารสนเทศ ๒. ประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดทำระบบการจัดเก็บข้อมูลให้เป็นแบบเดียวกันร่วมกับทีมจังหวัด ๓. ระบบ HDC, ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม , CKD Registry

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
	๔. มีการสร้างเครือข่ายข้อมูล โดยใช้ Line group ให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถสื่อสารผ่านข้อมูลกันได้อย่างครอบคลุม ๕. พัฒนาระบบฐานข้อมูล การลงข้อมูลให้ถูกต้อง สามารถนำมาวิเคราะห์และจัดการได้
๔. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	๑. ตรวจ Serum Creatinine ด้วย enzymetic method ๒. พัฒนาสื่อการสอนเรื่องเมนูอาหารชะลอไตเสื่อม ๓. จัดทำคู่มือและสื่อการสอนการชะลอไตเสื่อม ๔. จัดหาเครื่องมือในการทดสอบความเค็มในอาหาร
๕. การเงิน (Financing)	๑. กองทุนโรคเรื้อรัง ๒. งบประมาณเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด ๓. งบประมาณเพื่อนโรคไตจังหวัดมหาสารคาม ๔. งบกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
๖. การนำและการอภิบาลระบบ (Leading / Governance)	๑. จัดตั้งคณะกรรมการ NCDs Board รเพื่อระดับอำเภอดำเนินการและติดตามความก้าวหน้า ๒. ให้การรักษาตามแนวทางปฏิบัติ
๗. ชุมชน ภาควิชาและการมีส่วนร่วม (Participation)	๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการ พขอ. ร่วมกับประเด็นอาหารปลอดภัยและสมุนไพร เน้นการปลูกพืชสมุนไพร เช่น ต้นไชยาช่วยลดความเค็มจากการใช้เกลือปรุงอาหาร ๒. กิจกรรมช่วยเหลือสมาชิกชมรมเพื่อนโรคไต จ.มหาสารคาม ๓. โครงการสร้างเสริมสุขภาพ “รักษไต อร่อยได้ ไม่ต้องเค็ม” ในตำบลแก้ง อำเภอเมือง ๔. ขยายการดำเนินกิจกรรมชุมชนรักษไต ๕. ขับเคลื่อนการขยายการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมตามรูปแบบแก้ไตโมเดล

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒ เพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ

แนวทางดำเนินระดับอำเภอ

๑. แต่งตั้งคณะทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ

- จัดทำแผนดำเนินการและสื่อสารทำความเข้าใจ
- ทบทวนประเมินสถานการณ์ระบบบริการและทรัพยากร

๒. วิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์แยกรายหน่วยบริการ

๓. สนับสนุนการทำงานของ CKD system manager

- สนับสนุนการจัดการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพ
- สนับสนุนการทำประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความตระหนักแก่ประชาชน
- สนับสนุนการเชื่อมโยงระบบข้อมูลของโรงพยาบาล (HIS) ให้เชื่อมโยง กับระบบฐานข้อมูล

มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (HDC)

- พัฒนาและบูรณาการระบบฐานข้อมูลการดำเนินงาน ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- ๔. จัดให้มีบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมโดยบูรณาการกับ Non-communicable diseases (NCD) อื่นๆ และเชื่อมโยงกับ Primary Care Cluster และ District Health System (DHS)
- ๕. กำกับติดตามการทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐานโดยใช้มาตรฐาน CKD clinic คุณภาพ
- ๖. สาธารณสุขอำเภอ สนับสนุนการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่าน ทางระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และตำบลจัดการสุขภาพ
- ๗. มีการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่าย ระบบส่งต่อและปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่าย
- ๘. จัดตั้งชุมชนรักษไต/ทีมรักษไต
- ๙. มีการขับเคลื่อนกิจกรรมชมรมเพื่อนโรคไตประจำอำเภอ
- ๑๐. ดำเนินการโรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (๓) ดี และ “รักษไต อร่อยได้ ไม่ต้องเค็ม”

แนวทางดำเนินระดับตำบล

- ๑. เฝ้าระวัง ติดตาม คัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 - ๒. การสร้างความตระหนักในระดับประชากรและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
 - ๓. การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดความเสี่ยงและจัดการโรคไตเรื้อรังในชุมชน
 - ๔. การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เน้นการลดเค็ม ลดโรค)
 - ๕ การพัฒนาคุณภาพการบริการและเชื่อมโยงการให้บริการระดับ ชุมชนกับสถานบริการในระดับต่างๆ
- ๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒
- มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการหลายชุด ที่มีการทำงานแบบบูรณาการประกอบด้วย
- ๑. คณะกรรมการ NCDs Board ระดับอำเภอ และระดับตำบล
 - ๒. คณะกรรมการชมรมเพื่อนโรคไตระดับอำเภอ
 - ๓. ร่วมดำเนินการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนและดำเนินงานตามโครงการสร้างเสริมสุขภาพ “รักษไต อร่อยได้ไม่ต้องเค็ม” จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ๒๕๖๒
 - ๔. คณะกรรมการชุมชนรักษไตในแต่ละพื้นที่ต้นแบบ
- ๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒
- ๑. เป็นนโยบายระดับประเทศ เขต และจังหวัดในการขับเคลื่อนงาน
 - ๒. มีการติดตามในประเด็นการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
 - ๓. ผู้บริหารให้การสนับสนุนและเห็นความสำคัญ
 - ๔. ผู้ปฏิบัติมีความตั้งใจและมีความรู้ในการทำงาน
 - ๕. บุคลากรได้รับการอบรมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
 - ๖. มีแผนการนิเทศ กำกับ ติดตาม
 - ๗. มีงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ
 - ๘. มีกำหนดคณะกรรมการและผู้รับชอบที่ชัดเจนทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ
 - ๙. ระบบอำเภอมีความเข้มแข็งชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

๓.การดำเนินการตามข้อสั่งการและแก้ไขปัญหาอุปสรรคจากการตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๒

ตารางที่ ๖ การดำเนินการตามข้อสั่งการ และการแก้ไขปัญหาอุปสรรคของจังหวัดมหาสารคาม ตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของตัวชี้วัด/เรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาไต ปี ๒๕๖๒ จากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๑/๒๕๖๒

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๒	การดำเนินการตามข้อสั่งการ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคของจังหวัดมหาสารคาม
- CKD การดำเนินการตามตัวชี้วัด ยังต่ำกว่าเกณฑ์ ทั้งการคัดกรอง และการรักษา ขอให้มีการเร่งรัดดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายต่อไป	- เร่งรัดให้มีการดำเนินการตรวจสอบเป้าหมายและความถูกต้องของข้อมูลจาก Data exchange พร้อมติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่รับบริการให้เข้าสู่ระบบบริการตรวจคัดกรอง ภายในเดือน มิถุนายน - เร่งรัดให้มีการดำเนินการเจาะ Cr. ครั้งที่ ๒ ในกลุ่มผู้ป่วย CKD ระยะที่ ๓ และ ๔ โดยเฉพาะในระยะที่ ๓ ยังมีการเจาะ Cr ครั้งที่ ๒ ยังไม่ครอบคลุม - ติดตาม กำกับ ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานผ่านระบบ HDC และคืนข้อมูลผ่านการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO) ทุกเดือน - พัฒนาตนเองตาม NCD Clinic Plus บูรณาการ CKD Clinic คุณภาพ รับประเมินระหว่างเดือน พฤษภาคม – มิถุนายนพร้อมทั้งให้คำแนะนำในประเด็นปัญหาของแต่ละพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อ (DM HT และ CKD)

๔. Best Practice หรือนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ รางวัลที่ได้รับ

๑. งานวิจัยเรื่อง : การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิ้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิ้ง การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มไตเสื่อมเพิ่มระดับเพิ่มขึ้น ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการให้ความรู้ ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิ้งจำนวน 4 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ญาติและอาสาสมัครสาธารณสุข ที่สมัครใจเข้าร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่รับยาต่อเนื่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิ้ง จำนวน ทั้งหมด 72 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคม 2560 – มีนาคม 2562 ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับวงจรเชิงปฏิบัติการ P-A-O-R ของ Elliott & Kemmis มาใช้ในการกระบวนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้มี 2 ชนิด 1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลเป็น

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย 2) เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่าได้รูปแบบการให้ความรู้ 7 กิจกรรม และจากการประเมินผลหลังการใช้รูปแบบการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นพบว่า ผลด้านความรู้ของผู้ป่วยหลังการให้ความรู้คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบบริการ อยู่ในระดับมาก ระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการให้ความรู้ อยู่ในระดับมาก ค่าอัตราการกรองของไตผู้ป่วยระดับ 3 และ 4 จำนวนผู้ป่วยคงเดิม ระดับ 2 เพิ่มขึ้น การจัดระบบบริการร่วมกับการปรับใช้สื่อ และวิธีการสอนที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจง่ายเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้ชะลอไตเสื่อมได้มากที่สุด

๕. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน



การตรวจคัดกรองโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
คลินิกชะลอภาวะไตเสื่อมในรพ.สต.โคกก่อ และรพ.สต.หนองโน



ชุมชนรักไ้ไ้บ้านนากเขียน ต.หนองโน

“กิจกรรมวันไตโลก”

ณ วัดธัญญาวาส ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม
วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๒ จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๒



การดำเนินงาน “โรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (๓) ดี”
โรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๒



สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

ประเด็นการตรวจราชการ Service Plan สาขา One Day Surgery และ Minimal Invasive Surgery

ผู้รับผิดชอบ ประธานสาขา นายแพทย์ประวิทย์ แสงดี ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โทร ๐๘๓-๖๖๐๕๖๘๓ Psawangdee@yahoo.com

เลขานุการสาขา นางอนงค์ คำบุตตา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร ๐๘๑-๐๕๔๐๗๙๘ Anongwadee๑๙@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

Service plan สาขาศัลยกรรมสาขา One Day Surgery โรงพยาบาลมหาสารคามมีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ และ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีศักยภาพทางด้านการผ่าตัด และได้เข้าร่วมโครงการตามนโยบายการผ่าตัดแบบ One Day Surgery โดยกำหนดกลุ่มโรค ๕ โรคจากทั้งหมด ๒๔ โรค ได้แก่ Inguinal hernia ,Hydrocele, Hemorrhoid, Esophageal varices ,colorectal polyp เริ่มดำเนินการ ๘ มกราคม ๒๕๖๑ และผ่านการประเมินรับรองโครงการจากกรมการแพทย์และ สปสช. ในวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ซึ่งได้มีการประชุมชี้แจงเพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery โดยการประชุมบูรณาการตั้งแต่ห้องบัตร ,OPD, ห้องผ่าตัด ,แผนกวิสัญญี, Lab, X-ray และหอผู้ป่วย กลุ่มงานศัลยกรรม มีการจัดตั้ง Pre anesthetic Assessment Center (PAC) เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และดูแลหลังการผ่าตัดก่อนกลับบ้าน จัดทำ Standing order สำหรับ pre-post operative care ประสานห้องบัตร และ OPD เพื่อนัดผู้ป่วยและส่งตัวผู้ป่วยไปผ่าตัด และจัดตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบในส่วนต่างๆ ในสถานการณ์ปัจจุบันโรงพยาบาลมหาสารคามมีศัลยแพทย์ ๑๐ คน ในการดำเนินการผ่าตัดแบบ ODS ในช่วงปีงบประมาณ ๒๕๖๑ – ไตรมาส ๒ ๒๕๖๒ มีการผ่าตัดแบบ ODS เฉลี่ย เดือนละ ๒ - ๓ รายส่วนมากเป็นผู้ป่วยใส่เลื่อนขาหนีบ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากกว่า ๙๐ %

สำหรับการทำผ่าตัด Minimal invasive Surgery เริ่มดำเนินการที่สาขาศัลยกรรมโดยทำการผ่าตัด laparoscopic Cholecystectomy เป็นหลัก ต่อมาได้มีการทำผ่าตัดแบบ MIS เพิ่มขึ้น ได้แก่ Laparoscopic Colectomy ,LAR ,APR ,Laparoscopic Appendectomy ,Laparoscopic Hernioplasty และEndoscopic Transoral Thyroidectomy ปัจจุบันมีการขยายการทำ MIS ในสาขา ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ สูติรีเวชกรรม ศัลยกรรมระบบประสาทและ ศัลยกรรมกระดูกและข้อ เช่น Arthroscopy ACL reconstruction , Laparoscopic Hysterectomy ,Laparoscopic Cystectomy ตามลำดับ นอกจากนั้นโรงพยาบาลระดับ M ๒ ได้แก่ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย และโรงพยาบาลบรบือยังสามารถให้บริการ Laparoscopic Cholecystectomy ได้

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี
 ตารางที่๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง. One Day Surgery และ Minimal Invasive Surgery
 ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ ค.)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	>๒๐%	NA	-	๒๕ /๑๓๒	๑๘.๙๔ %	๑๒/๔๑	๒๙.๒๗ %
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Minimally Invasive Surgery	>๑๐%	๔๘๘	-	๕๒๖ /๕๔๖	๙๖.๓๔ %	๔๗๑ /๕๐๒	๙๓.๘๒ %

๑) แนวโน้มของผลงานภาพรวมจังหวัด ของปี ๒๕๖๐- พค. ๒๕๖๒ ในภาพรวมมีแนวโน้มดีขึ้น ศัลยแพทย์และทีมดำเนินการมีความเข้าใจ และให้ความร่วมมือ

๒) ผลงานภาพรวมจังหวัดของปี ๒๕๖๐-พค. ๒๕๖๒ เทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยที่เข้าโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากในช่วงแรกของการเก็บข้อมูลยังไม่ชัดเจน ปี ๒๕๖๑ ฐานข้อมูลผู้ป่วยนับจากโรคแต่ไม่มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ชัดเจน จึงทำให้ข้อมูลแตกต่างจากปี ๒๕๖๒ เพิ่มขึ้นจาก ๑๘.๙๔ % เป็น ๒๙.๒๗% ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดมากกว่าร้อยละ ๒๐ และในการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าโรคที่ทำการผ่าตัดแบบ ODS มากที่สุด คือ โรคไส้เลื่อนขาหนีบ รองลงมาได้แก่ ริดสีดวงทวารหนัก และ โรคถุงน้ำในถุงอัณฑะ ตามลำดับ และมี ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ผ่าตัด Herniorrhaphy ๑ ราย หลังกลับบ้าน ๒ วันมีอาการแผลบวม Readmitted รักษา ๕ วัน

๑.๒ ข้อมูลสถานการณ์แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๒
 ตารางที่๒ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด/เรื่อง. Minimal Invasive Surgery แยกรายอำเภอของ
 จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

ที่	อำเภอ	๒๕๖๐			๒๕๖๑			๒๕๖๒ (๘ ค.)		
		เป้า หมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้า หมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้า หมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	เมือง	>๑๐%	๔๘๘	-	>๑๐%	๔๘๓/๔๙๔	๙๗.๗๗	>๑๐%	๔๓๐/๔๕๕	๙๔.๕๑%

สำหรับการทำผ่าตัด Minimal invasive Surgery โรงพยาบาลมหาสารคามมีเครื่องมือในการทำผ่าตัด และ ความพร้อมของศัลยแพทย์เริ่มดำเนินการที่สาขาศัลยกรรมโดยทำการผ่าตัด laparoscopic Cholecystectomy เป็นหลัก ต่อมาได้มีการทำผ่าตัดแบบ MIS เพิ่มขึ้น ได้แก่ Laparoscopic Colectomy ,LAR ,APR ,Laparoscopic Appendectomy ,Laparoscopic Hernioplasty และ Endoscopic Transoral Thyroidectomy ปัจจุบันมีการขยายการทำ MIS ในสาขา ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ สูติรีเวชกรรม

ศัลยกรรมระบบประสาทและ ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ผลการดำเนินการที่ผ่านมาของโรงพยาบาล
มหาสารคามอยู่ในเกณฑ์มากกว่า ๙๐ %

**๒. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบ
ความสำเร็จ ของตัวชี้วัด/เรื่อง Service plan สาขาศัลยกรรมสาขา One Day Surgery**

(ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ และติดตามแล้ว โดยให้ระบุว่าสาเหตุมาจากอะไร เป็นข้อๆ)

๑. มีการวางระบบการดำเนินงาน ODS ในโรงพยาบาลมหาสารคามครบถ้วน แต่ในการปฏิบัติตาม
แนวทางยังไม่ครบถ้วนเนื่องจากการสื่อสารยังไม่ครอบคลุม

๒. การ screening ผู้ป่วยเพื่อเข้าโครงการ ODS ยังไม่ครอบคลุม ๒๔ โรค ส่วนมากทำใน Case
Hernia ส่งผลให้ปริมาณจำนวนผู้ป่วยแบบ ODS มีจำนวนไม่มากพอ

๓. บุคลากรยังไม่ได้รับการอบรมการลงข้อมูลผู้ป่วย ในโปรแกรม ODS ทำให้ข้อมูลผู้ป่วยภาพรวม
ของการผ่าตัด ODS ไม่ครบถ้วน

๔. จุดในการให้บริการผู้ป่วย ODS ยังต้องเชื่อมหลายหน่วย

๕. การเบิกจ่าย ปัจจุบันการเบิกจ่ายผู้ป่วย ODS เบิกเป็นผู้ป่วยใน Adj RW ทำให้การเบิกได้น้อย
กว่าการเรียกเก็บจริง

๓. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. วางแผน นำเสนอนโยบาย /แนวทางการปฏิบัติแก่ทีมที่เกี่ยวข้องให้ทราบข้อมูลเป็นระยะเมื่อมี
สถานการณ์ข้อมูลเปลี่ยนแปลง

๒. ทีมศัลยแพทย์ประเมินร่วมกัน ในการเปิด ODS ในโรคที่สามารถคัดกรองเข้าผ่าตัดแบบ ODS
เพิ่มมากขึ้น และ สนับสนุนขยายให้ โรงพยาบาลระดับ M๒ เข้าร่วมรับการประเมินโครงการ ODS

๓. มีการสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรมในแต่ละโครงการเพื่อพัฒนางาน

๔. จัดหน่วย ODS ให้เป็น One stop service

๕. ขาดเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น Hysteroscope เพื่อทำการตรวจรักษาของแผนกสูติรีเวช
กรรม ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานได้ ควรจะทำการสำรวจศักยภาพของโรงพยาบาลและความต้องการ
เครื่องมือที่ใช้ก่อนที่จะเลือกสาขาที่จะดำเนินงาน

กิจกรรมพัฒนาระบบบริการ ODS

-มีแผนจะขยายไปในกลุ่มโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ และผ่าตัดต้อเนื้อ(Pterygium Excision)

ผลการดำเนินงาน ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ

ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ประเด็นการตรวจราชการ ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ ๑๘.๕)

ผู้รับผิดชอบ	๑. นางสาวพัชรพร ชมภูคำ	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
	เบอร์โทร ๐๘๑-๘๗๒๙๙๘๐	Email : chompukum@yahoo.com
	๒. นายอดิศักดิ์ ถมอดุทา	ตำแหน่ง เกษีกรชำนาญการ
	เบอร์โทร ๐๘๑-๕๔๔๕๓๒๗	Email : adisakrx๑๕@hotmail.com
	๓. นางสาวศิริพร ราชรามแก้ว	ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
	เบอร์โทร ๐๖๖-๑๕๖๖๑๕๕	Email : mskh.toom@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (Service Plan) ภายใต้ภารกิจในการพัฒนา ๕ ด้าน สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

๑. ส่งเสริมและสนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย
๒. พัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๓. เสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๔. สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านสุขภาพและพัฒนาภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็ง
๕. พัฒนาระบบสารสนเทศด้านการแพทย์แผนไทย

ในปี ๒๕๖๒ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ได้มีการพัฒนาระบบบริการตั้งแต่แม่ข่ายไปสู่ลูกข่าย รวมถึงด้านบุคลากรเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของประชาชน นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาการผลิตยาสมุนไพร เพื่อให้เครือข่ายได้มีการใช้ยาสมุนไพรอย่างเพียงพอ และครอบคลุมทุกกลุ่มอาการ และส่งเสริมการปลูกสมุนไพรในชุมชนเพื่อสนับสนุนเกษตรกรให้ผลิตวัตถุดิบสมุนไพรรองรับการผลิตยาสมุนไพร และยังก่อให้เกิดการพึ่งตนเองของประชาชนในท้องถิ่นอีกด้วย จากการพัฒนาดังกล่าวพบว่าประชาชนมีแนวโน้มในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้นกล่าวคือร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ – ๒๕๖๒ คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๐๖ , ๑๙.๖๘, ๒๑.๐๒ และ ๒๒.๙๓ ตามลำดับ และ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (๑ ต.ค.๖๑-๓๑ พ.ค.๖๒) ตัวชี้วัดได้ปรับเป็นร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ ด้วย

ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ ๑๘.๕) จังหวัดมหาสารคามมีผลงานที่ร้อยละ ๒๒.๕๔

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเรื่อง ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๑๘.๕ แยกรายหน่วยบริการ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒ รอบ ๘ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒) ผลงานย้อนหลัง

ลำดับ	หน่วยบริการ	ผลการดำเนินงานรายปี			
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (๑ ตค ๖๑ - ๓๑ พค ๖๒)
๑	รพ.สต.เชียงเหียน	๔๕.๘๗	๗๕.๗๘	๒๗.๓๖	๒๑.๒๓
๒	รพ.สต.เขวา	๕๔.๖๗	๓๒.๒๓	๒๕.๙๑	๒๘.๙๑
๓	รพ.สต.ท่าตูม	๒๖.๖๔	๒๙.๔๕	๓๔.๙๓	๓๔.๗๓
๔	รพ.สต.หนองแวง	๔๖.๓๘	๓๒.๘	๔๒.๕๒	๔๖.๔๓
๕	รพ.สต.โคกก่อ	๑๙.๓๕	๒๔.๑๑	๓๒.๗๙	๒๘.๒๙
๖	รพ.สต.ดอนหว่าน	๔๙.๒๘	๔๕.๓๕	๒๓.๖๔	๒๒.๓๘
๗	รพ.สต.แก้ง	๓๕.๙๗	๒๕.๓๘	๒๔.๕๖	๑๑.๖๗
๘	รพ.สต.หนองจิก	๔๑.๘๔	๓๙.๔๗	๓๘.๓๕	๔๑.๖๓
๙	รพ.สต.อุปราช	๔๙.๗๙	๓๗.๕๔	๓๔.๗๘	๓๙.๕๖
๑๐	รพ.สต.โนนแต้	๒๘.๕๓	๒๒.๓๓	๒๒.๑๔	๓๑.๘๕
๑๑	รพ.สต.ลาด	๓๔.๑๔	๓๕.๓๕	๓๔.๔๗	๓๑.๓
๑๒	รพ.สต.ท่างาม	๓๕.๕๗	๓๗.๗๑	๔๖.๒๖	๓๗.๑๖
๑๓	รพ.สต.หัวนาคำ	๒๘.๗๓	๑๙.๕๒	๑๙.๕	๒๒.๑๑
๑๔	รพ.สต.ห้วยแอ่ง	๓๗.๘๒	๓๔.๓๘	๒๙.๗๗	๓๐.๒๗
๑๕	รพ.สต.หนองโน	๓๐.๘๙	๒๘.๐๒	๓๒.๑๓	๒๙.๖๙
๑๖	รพ.สต.โคกบัวค้อ	๓๗.๐๘	๓๑.๔๗	๓๓.๖๘	๓๗.๔๙
๑๗	รพ.สต.โนนเพ็ก	๘๐.๘๘	๕๒.๗๘	๑๖.๙๘	๒๑.๙๓
๑๘	ศสม.สามัคคี	๑๗.๕๕	๑๗.๐๕	๓๐.๕๔	๓๕.๙๙
๑๙	ศสม.ส่องนางใย	๓๔.๕๖	๒๓.๓๔	๒๓.๔๖	๓๙.๙๗
๒๐	ศสม.ศรีสวัสดิ์	๑๙.๓๔	๒๔.๙๕	๓๖.๐๔	๓๗.๗๑
๒๑	รพ.มหาสารคาม	๗.๙๒	๑๓.๔๕	๑๖.๘๗	๑๘.๙๒
	ภาพรวม	๑๖.๐๖	๑๙.๖๘	๒๑.๐๒	๒๒.๙๓

๑.๒ ข้อมูลสถานการณ์ประจำปี ๒๕๖๒

ตารางที่ ๒ เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเรื่อง ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับ บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อย ละ ๑๘.๕ แยกรายหน่วยบริการ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒ รอบ ๘ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

ลำดับ	หน่วยบริการ	ปี ๒๕๖๒		ร้อยละ
		เป้าหมาย	ผลงาน	
๑	รพ.สต.เชียงเหียน	๕,๒๕๑	๑,๐๙๐	๒๐.๗๖
๒	รพ.สต.เขวา	๕,๗๓๙	๑,๖๖๒	๒๘.๙๖
๓	รพ.สต.ท่าตูม	๘,๒๑๖	๒,๑๓๔	๒๕.๙๗
๔	รพ.สต.หนองแวง	๓,๙๔๙	๑,๘๒๔	๔๖.๑๙
๕	รพ.สต.โคกก่อ	๕,๙๔๗	๑,๖๘๗	๒๘.๓๗
๖	รพ.สต.ดอนหว้าน	๓,๘๕๗	๘๕๗	๒๒.๒๒
๗	รพ.สต.เกิ้ง	๓,๙๖๑	๔๕๔	๑๑.๔๖
๘	รพ.สต.หนองจิก	๕,๑๕๘	๒,๑๔๖	๔๑.๖๑
๙	รพ.สต.อุปราชา	๒,๘๑๙	๑,๑๑๐	๓๙.๓๘
๑๐	รพ.สต.โนนแต้	๕,๗๕๑	๑,๘๐๔	๓๑.๓๗
๑๑	รพ.สต.ลาด	๖,๐๐๙	๑,๘๕๐	๓๐.๗๙
๑๒	รพ.สต.ท่างาม	๖,๑๖๙	๒,๓๒๐	๓๗.๖๑
๑๓	รพ.สต.หัวนาคำ	๕,๖๑๖	๑,๑๓๑	๒๐.๑๔
๑๔	รพ.สต.ห้วยแอ่ง	๓,๕๙๔	๑,๐๘๐	๓๐.๐๕
๑๕	รพ.สต.หนองโน	๗,๔๙๘	๒,๒๑๘	๒๙.๕๘
๑๖	รพ.สต.โคกบัวค้อ	๔,๘๑๐	๑,๘๑๕	๓๗.๗๓
๑๗	รพ.สต.โนนเพ็ก	๔,๖๘๔	๑,๐๐๘	๒๑.๕๒
๑๘	ศสม.สามัคคี	๕,๑๓๐	๑,๘๑๖	๓๕.๔
๑๙	ศสม.ส่องนางใย	๕,๐๕๒	๒,๐๐๒	๓๙.๖๓
๒๐	ศสม.ศรีสวัสดิ์	๔,๑๖๙	๑,๗๑๖	๔๑.๑๖
๒๑	รพ.มหาสารคาม	๒๒๙,๐๓๓	๔๓,๑๘๖	๑๘.๘๖
	ภาพรวม	๓๓๒,๔๑๒	๗๔,๙๑๐	๒๒.๕๔

จากผลการดำเนินงานด้านการเข้าถึงบริการร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน และร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค

และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๑๘.๕ แยกรายหน่วยบริการของเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิ้ง มีผลการดำเนินงานน้อยกว่าตำบลอื่น และไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด เนื่องจากขาดบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานอยู่

โดยทางแม่ข่ายโรงพยาบาลมหาสารคามได้ดำเนินงานตามแผนพัฒนาพื้นที่ดังกล่าว โดยมีการออกนิเทศ และลงพื้นที่แต่ละแห่งเพื่อค้นหาปัญหา และร่วมหาแนวทางการพัฒนาร่วมกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เพื่อให้การสนับสนุนเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ให้มีความสำคัญในการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยอื่น เช่น การจ่ายยาสมุนไพร การให้คำแนะนำ และการให้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย

ตารางที่ ๓ เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเรื่อง รายการยาสมุนไพรมากกว่าร้อยละ ๖ ของการสั่งใช้ยาทั้งหมด แยกรายหน่วยบริการ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒ รอบ ๘ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

ลำดับ	หน่วยบริการ	ปี ๒๕๖๒		ร้อยละ
		เป้าหมาย	ผลงาน	
๑	รพ.สต.เชียงเหียน	๗,๖๐๗	๑,๘๔๐	๒๔.๑๙
๒	รพ.สต.เขวา	๘,๙๖๔	๑,๘๘๖	๒๑.๐๔
๓	รพ.สต.ท่าตูม	๑๓,๖๓๔	๓,๑๓๕	๒๒.๙๙
๔	รพ.สต.หนองแวง	๘,๖๘๙	๒,๙๑๗	๓๓.๕๗
๕	รพ.สต.โคกก่อง	๑๔,๔๗๗	๑,๗๐๘	๑๑.๘๐
๖	รพ.สต.ดอนหว่าน	๖,๓๕๖	๘๐๓	๑๒.๖๓
๗	รพ.สต.เกิ้ง	๕,๒๑๓	๕๙๘	๑๑.๔๗
๘	รพ.สต.หนองจิก	๑๑,๑๕๕	๔,๕๒๒	๔๐.๕๔
๙	รพ.สต.อุปราชา	๕,๔๙๘	๑,๒๑๘	๒๒.๑๕
๑๐	รพ.สต.โนนแต้	๑๑,๘๓๖	๑,๙๖๑	๑๖.๕๗
๑๑	รพ.สต.ลาด	๑๑,๒๒๗	๑,๗๑๐	๑๕.๒๓
๑๒	รพ.สต.ท่างาม	๑๑,๐๘๖	๒,๒๙๘	๒๐.๗๓
๑๓	รพ.สต.หัวนาคำ	๗,๙๘๘	๑,๑๘๙	๑๔.๘๘
๑๔	รพ.สต.ห้วยแอ่ง	๖,๓๘๙	๑,๓๑๐	๒๐.๕๐
๑๕	รพ.สต.หนองโน	๑๔,๑๙๐	๒,๙๒๒	๒๐.๕๙
๑๖	รพ.สต.โคกบัวค้อ	๑๒,๑๙๙	๒,๒๙๖	๑๘.๘๒
๑๗	รพ.สต.โนนเพ็ก	๕,๐๑๘	๑,๐๐๑	๑๙.๙๕
๑๘	ศสม.สามัคคี	๑๕,๓๕๒	๒,๐๑๙	๑๓.๑๕
๑๙	ศสม.ส่องนางใย	๑๖,๘๔๙	๔,๒๓๐	๒๕.๑๑
๒๐	ศสม.ศรีสวัสดิ์	๗,๑๖๓	๑,๖๔๓	๒๒.๙๔

ลำดับ	หน่วยบริการ	ปี ๒๕๖๒		ร้อยละ
		เป้าหมาย	ผลงาน	
๒๑	รพ.มหาสารคาม	๖๘๓,๕๔๖	๕๓,๔๓๔	๗.๘๒
	ภาพรวม	๑,๑๐๒,๑๐๔	๔๑,๒๐๖	๓.๗๔

จากผลการดำเนินงานด้านรายการยาสมุนไพรมากกว่าร้อยละ ๖ ของการสั่งใช้ยาทั้งหมด แยกรายหน่วยบริการของเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าทุกหน่วยบริการผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ ๖ แต่ในภาพรวมระดับอำเภอยังไม่ผ่านตัวชี้วัด ดังนั้นเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคามจึงได้ดำเนินงานตามแผนพัฒนาพื้นที่แต่ละแห่งเพื่อค้นหาปัญหา และร่วมหาแนวทางการพัฒนาร่วมกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เพื่อให้การสนับสนุนเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ให้มีความสำคัญในสั่งจ่ายยาสมุนไพรให้มากขึ้น

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ เรื่อง ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ ๑๘.๕)

๒.๑ การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อกำหนดการดำเนินงาน ตัวชี้วัด/เรื่องร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	๑. การพัฒนาคลินิกเฉพาะโรคแบบครบวงจร ๒. พัฒนาแพทย์แผนไทยเข้าสู่กระบวนการ TTM-HA ๓. ปรับปรุงอาคารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (หลังเดิม) เป็นโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยแบบองค์รวมต้นแบบ เพื่อให้บริการแพทย์แผนไทยแบบครบวงจร เพิ่มการเข้าถึงการรับบริการแพทย์แผนไทย ส่งเสริมและผลักดันการใช้ยาสมุนไพรและยังยั้งให้กับเศรษฐกิจภายในประเทศ ๔. ก่อสร้างโรงงานผลิตยาสมุนไพร GMP
๒. บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยและที่เกี่ยวข้อง ๒. สนับสนุนให้แพทย์แผนไทยเข้าอบรม Teleconference ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยต่อเนื่องทุกเดือน ๓. พัฒนาศักยภาพ และทบทวนองค์ความรู้ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในทุกปี ๔. พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านการผลิตยาสมุนไพรตามหลักมาตรฐาน GMP
๓. ข้อมูลข่าวสาร (Information)	๑. พัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
	๒. ทำความเข้าใจร่วมกันในการรายงานข้อมูล ระบบ HDC ในด้านผู้ปฏิบัติงานในการเข้าไปศึกษาติดตามผลการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขการทำงานและนำไปนำเสนอผลการดำเนินงานมากขึ้น ๓. มีช่องทางการ consult ผู้เชี่ยวชาญ ทางไลน์ และเฟสบุ๊ก ทั้งระดับอำเภอและจังหวัด ๔. มีการกำกับติดตามในระดับจังหวัด (โดยวิธีการดูข้อมูลผลการดำเนินงานในระบบ HDC แล้วเลือกพื้นที่ในการลงนิเทศ
๔. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	๑. มีครุภัณฑ์และอุปกรณ์เพื่อรองรับการพัฒนา OPD คู่ขนาน และคลินิกพิเศษ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานทุกพื้นที่ที่จัดบริการ
๕. การเงิน (Financing)	๑. งบโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City) ๒. งบประมาณจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๓. งบ UC ๑๑.๖๑ บาท/ปชก จาก สปสช. ๔. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๕. มหาวิทยาลัยต่างๆ (เป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพแพทย์แผนไทย) ๖. อปท. ๗. เงินบำรุงโรงพยาบาล
๖. การนำและการอภิบาลระบบ (Leading / Governance)	๑. มีคณะกรรมการ Service plan สาขารแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ระดับเขตสุขภาพที่ ๗ และระดับจังหวัด ๒. มีแผนพัฒนาระบบบริการสาขารแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ๓. คณะกรรมการมหาสารคามเมืองสมุนไพร
๗. ชุมชน ภาควิและการมีส่วนร่วม (Participation)	๑. จิตอาสาแพทย์แผนไทย ๒. อสม.สาขากุมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ๓. หมอพื้นบ้าน ๔. กลุ่มปลูก ผลิต แปรรูป สมุนไพร

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ ของตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ ๑๘.๕)

การดำเนินงานจะไม่ประสบผลสำเร็จ ถ้าหาก

1. ผู้บริหารระดับสูงทั้งผู้ว่าราชการจังหวัด และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเมืองสมุนไพร เพราะเป้าหมายของการพัฒนาเมืองสมุนไพรคือทำให้เกิดการหมุนเวียนเศรษฐกิจในพื้นที่ เกษตรกรมีรายได้เพิ่มจากการปลูกสมุนไพร ผู้ป่วยได้ใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพ ราคาถูก รวมถึงประชาชนในชุมชนสามารถใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นได้
2. ภาครัฐและเอกชนให้ความร่วมมือในการพัฒนาการดำเนินงาน
3. การรายงานผลการดำเนินงานในรอบไตรมาส

๔. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการ รอบที่๑/๒๕๖๒	การดำเนินการตามข้อสั่งการ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคของจังหวัดมหาสารคาม
๑.ควรจัดสรรอัตรากำลังคน “แพทย์แผนไทย” เพิ่มเพื่อรองรับการเปิดบริการโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย กำกับติดตามการบันทึกข้อมูลลงในบริการให้เป็นปัจจุบัน และให้มีการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง	๑. เพิ่มอัตรากำลังรองรับ การบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้ - แพทย์แผนไทย ๑ ตำแหน่ง - ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยรายเดือน ๒ ตำแหน่ง - ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยรายเปอร์เซ็นต์ ๒๐ ตำแหน่ง - แม่ครัวศูนย์อาหารสุขภาพ ๓ ตำแหน่ง - พนักงานประจำตึก ๑ ตำแหน่ง ๒. เพิ่มอัตรากำลังรองรับการบริการแพทย์แผนไทย ศูนย์จัมปาศรี ดังนี้ - แพทย์แผนไทย ๑ ตำแหน่ง - ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยรายเดือน ๑ ตำแหน่ง - ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยรายเปอร์เซ็นต์ ๑๐ ตำแหน่ง ๓. มีการลงนิเทศ กำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานทั้งตามรอบนิเทศงานทั่วไป และนิเทศงานเฉพาะด้านแพทย์แผนไทยสำหรับพื้นที่ที่ต้องเร่งพัฒนาเพิ่มเติม

๔. Best Practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างหรือรางวัลที่ได้รับ

- โรงพยาบาลมหาสารคาม อ.เมือง ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับสอง พื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติ ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ปี ๒๕๖๒ ประเภทโรงพยาบาลทั่วไป
- โรงงานผลิตยาสมุนไพร ผ่านมาตรฐาน GMP ปี ๒๕๖๑
- ผลงานนวัตกรรมเรื่อง มหัศจรรย์สมุนไพรจากหนอนตายหยากรักษาหิด ได้รับรางวัลชมเชยที่ ๑ จากงานมหกรรมวิชาการสาธารณสุข สสจ.มหาสารคาม ปี ๒๕๖๒ “กลุ่มโรค NCDs โรคที่คุณสร้างเอง” ผลงานของนางสาววิไลวรรณ ศาลาแสง ตำแหน่งแพทย์แผนไทย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านส้องนางโย อ.เมือง จ.มหาสารคาม

๕. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน



ภาพ การพัฒนาสวนสมุนไพรจัมปาศรี



ภาพ การรับรางวัลหมอไทยดีเด่น ระดับจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๒



ภาพ การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ร่วมกับสหวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่

รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๒ ปี ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ Service Plan

๒. สถานการณ์/ตัวชี้วัด(KPIs)/ผลการดำเนินงาน (ตัวชี้วัดระดับประเทศ)

ตัวชี้วัด : KPI ๕ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้รับผิดชอบ ประธานสาขา แพทย์หญิงสุพิศหา อิศาศวัต โทร ๐๔๓-๗๔๐๙๙๓ ต่อ ๒๙๙

เลขานุการสาขา นางเบญจพร เองวานิช โทร ๐๙๑-๔๑๙๙๗๔๙

email..srithep.aengwanich@gmail.com...

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขโดยข้อมูลขององค์การอนามัยโลกรายงานว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ ๒ และสร้างความพิการเป็นอันดับที่ ๓ ของโลกโดยพบว่าร้อยละ ๗๐ เกิดในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงรายได้ระดับปานกลางและร้อยละ ๘๗ ของการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและการเสียชีวิตที่ปรับตามภาวะ (disability adjusted life year) เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงรายได้ระดับปานกลาง โดยเฉพาะในสี่ทศวรรษที่ผ่านมาในประเทศเหล่านี้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึง ๒ เท่าในขณะที่ในประเทศที่มีรายได้ในระดับสูงจำนวนผู้ป่วยลดลงถึงร้อยละ ๔๒ แต่กระนั้นในปี ค.ศ. ๒๐๑๘ จากรายงานของ American Heart Association ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ๘๐๐,๐๐๐ คน/ปี ยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๕ จำนวนผู้เสียชีวิต ๑๒๘,๙๗๘ คน/ปี หรือทุกๆ ๔๐ วินาที มีคนอเมริกันเป็นโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่และทุกๆ ๔ นาที มีคนอเมริกันเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในปัจจุบันการรักษาที่มีประสิทธิภาพช่วยลดการเสียชีวิตและทุพพลภาพของผู้ป่วย ได้แก่ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) โดยใช้ Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) จากการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับ rt-PA ภายใน ๓ ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยไม่เกิดทุพพลภาพหรือลดการทุพพลภาพได้น้อยร้อยละ ๓๐ เมื่อเทียบกับยาหลอกในระยะเวลา ๑๒ เดือน และในผู้ป่วยที่ได้รับ rt-PA ในระยะเวลา ๓ ถึง ๔.๕ ชั่วโมงเมื่อติดตามผู้ป่วยไป ๙๐ วันสามารถลดทุพพลภาพได้ร้อยละ ๗.๒ การให้ rt-PA จึงเป็นการรักษาแบบมาตรฐานซึ่งแพร่หลายในปัจจุบัน

ในขณะที่ประเทศไทยจากสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๑ ในประชากรไทยทั้งเพศชายและหญิงคิดเป็นจำนวน ๓๐ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนและ ๓๑ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนตามลำดับ และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญอันดับที่ ๒ ในเพศชาย (๔๘๒ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน) และอันดับที่ ๑ ในเพศหญิง (๓๗๖ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน) โดยความชุกของโรคในประเทศไทยปีพ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๖๐ อยู่ที่ ๒๑๐-๒๕๙ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ในขณะที่ข้อมูลจังหวัดมหาสารคามปีพ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๖๐ อยู่ที่ ๑๔๓-๒๐๕ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน และอัตราการเสียชีวิตหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ๓๐ วัน ในระดับประเทศ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๖๐ อยู่ที่ร้อยละ ๑๗.๙-๒๑.๙ ในขณะที่ระดับเขตสุขภาพที่ ๗ อยู่ที่ร้อยละ ๒๐.๖-๒๕.๗ ปัญหาโรคหลอดเลือดสมองยังมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้นจากการที่ประเทศเข้าสู่สังคมสูงวัย (aged society) และ

ภายในปีพ.ศ. ๒๕๖๘ จะเข้าสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์ (complete aged society) ข้อมูลปีพ.ศ. ๒๕๖๐ ประเทศไทยไทยประชากรผู้สูงอายุร้อยละ ๑๕.๔๕ ในขณะที่จังหวัดมหาสารคามมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ ๑๕.๗๕ คิดเป็นจำนวน ๑๕๑,๖๙๐ คน

ดังที่กล่าวข้างต้นว่าการรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันการให้ยาละลายลิ่มเลือดถือว่าเป็นมาตรฐานแต่อัตราการให้ยาละลายลิ่มเลือดในประเทศไทยปีพ.ศ. ๒๕๕๑ อยู่ที่ร้อยละ ๐.๐๑ จังหวัดมหาสารคามยังไม่เปิดบริการ stroke fast track ซึ่งหมายความว่าประชากร ๙๖๓,๐๗๒ คน จะขาดซึ่งโอกาสในการเข้าถึงการรักษาตามมาตรฐาน

๑. Pre hospital ตั้งแต่ในชุมชน กลุ่มประชาชนทั่วไป และผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยง ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยรณรงค์ให้ความรู้ พัฒนาการคัดกรองและระบบส่งต่อ

๒. In hospital เป็นการพัฒนาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ได้แก่โรงพยาบาลชุมชน เน้นการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อเมื่อเกินศักยภาพเน้นการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อเมื่อเกินศักยภาพ ในโรงพยาบาลจังหวัดพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะที่มีอาการเฉียบพลัน (acute) และระยะเริ่มต้นฟื้นฟูแบบครบวงจร รวดเร็ว มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

๓. Post hospital เป็นการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) กลับไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน และพัฒนาการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเมื่อผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

๓.๑ ตัวชี้วัด (KPIs)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
			๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
๑.	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (๒๐-๒๖๙)	≤ ร้อยละ ๗	๔.๕๓	๓.๘๕	๔.๒๓	๓.๓๓	๓.๒๑
๒.	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (๒๐-๒๖๒)	≤ ร้อยละ ๒๕	NA	NA	๑๐.๑	๑๐.๔๖	๑๐.๔๔
๓.	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (๒๖๓)	≤ ร้อยละ ๕	๔.๕๓	๓.๘๕	๓.๒๓	๑.๗๒	๒.๐๕
๔	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (๒๐-๒๖๙)ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน stroke unit	≥ ๕๐	๖๙.๔	๙๒	๙๔	๙๕.๔	๙๔.๔๕
๕	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบอุดตันระยะเฉียบพลัน(๒๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน๔.๕ชั่วโมง ได้รับ	≥ ๕๐	๙๕.๕	๙๕.๘	๙๗	๑๐๐	๙๔

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
			๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
	การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๖๐ นาที						
๖	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที (door to operation time)		NA	NA	NA	NA	๑๔.๒๙

๓.๒ ผลการดำเนินงาน (ภาพรวมรายอำเภอ)

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒(๑ ต.ค. ๖๑-๓๑พ.ค.๖๒)
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)	เป้าหมาย<๗	๑๑๗๒/๕๒ ๔.๔๔%
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒)	เป้าหมาย< ๒๕	๒๗๓/๓๑ ๑๑.๓๖%
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (I๖๓)	เป้าหมาย<๕	๘๐๒/๑๙ ๒.๓๗%
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน stroke	เป้าหมาย> ๔๐	๑๓๒๖/๑๗๑๖ ๗๗.๒๗%
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบอุดตันระยะเฉียบพลัน(I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๖๐ นาที	เป้าหมาย> ๕๐	๔๘/๕๑ ๙๔.๑๔%
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก(I๖๐-I๖๒)ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที	เป้าหมาย> ๕๐	๗/๑ ๑๔.๒๙%

๔. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

KPI	เป้าหมาย	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
๑.Acute Stroke		๑,๐๕๗	๑๓๙๕	๑๐๒๖
๒. Fast track		๓๑๓ (๒๙.๖%)	๓๖๓(๔๕.๘%)	๒๕๔(๒๔.๘)
๓.rt-PA(จำนวน/ร้อยละ)	> ๕ %	๖๖ (๖.๒%)	๑๐๑ (๖.๕%)	๕๑(๔.๙๗)
๔.Door to needle time	< ๖๐ min	๔๕.๖	๔๓	๔๒

KPI	เป้าหมาย	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
๕.onset to needle time	< ๒๗๐ min	๑๖๖.๗	๑๕๒	๑๕๔
๖.CT to report	<๔๕ min	๑๗	๑๓.๓	๑๙
๗. Lab to report	<๒๕ min	๒๓	๒๐	๒๑
๘.Favorable outcome	> ๖๐%	๘๖	๘๖	๘๕.๗
๙. Bleed %	<๖ %	๓ (๔.๖)	๓	๗.๘๔(๔ case)
๑๐. Dead	<๗%	๓.๒๓%	๓	๒.๐๕(๒๑ case)
๑๑.Stroke unit	>๗๐%	๙๔	๘๗	๗๗.๒๗
๑๒. PT	>๗๐%	๙๓.๔%	๙๖.๖%	๙๗.๒

ตารางผลการดำเนินงาน ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

โรงพยาบาล	refer in	Fast track	Door to refer	Refer back
เมือง	๑๕๔	๕๒		

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๕.๑.โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง มี stroke corner สำหรับรับผู้ป่วยที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อ IMC ต่อ แต่ในโรงพยาบาลระดับ M๒, F๑ ตักผู้ป่วยในมีความแออัด ทำให้ผู้ป่วยที่ส่งกลับ สามารถ Admit ได้เพียง ๑-๓ วัน

๕.๒. การเพิ่มเครือข่ายในการให้ ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ยังไม่สามารถให้ยาได้ในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพยังไม่มีเครื่อง CT Scan ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด

๕.๓. ระบบยารักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรใช้การรักษาที่เหมือนกันทั้งจังหวัด

๖. โอกาสพัฒนา

๖.๑. พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายใกล้บ้าน

๖.๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Intracerebral hemorrhage ในโรงพยาบาลมหาสารคาม และระบบการดูแลต่อเนื่องลงสู่โรงพยาบาลชุมชน

๖.๓. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลในเครือข่ายจังหวัดมหาสารคามทั้ง Ischemic stroke และ hemorrhagic stroke

๖.๔. พัฒนาแนวทางการรักษาและการส่งต่อในเครือข่าย ทั้ง Ischemic stroke และ hemorrhagic stroke

๖.๕ ทบทวน Dead case ในผู้ป่วยเสียชีวิตเพื่อค้นหาประเด็นปัญหาเพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย

๗. นวัตกรรม/Best practice (ปีที่ผ่านมา)

๗.๑ Reaccredit SSCC เมื่อวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒

๗.๒ เริ่มดำเนินการเพื่อเข้าสู่การตรวจรับรอง PNC จังหวัดมหาสารคาม

๗.๓ พัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่ม hemorrhage stroke จัดทำ CPG , standing order for hemorrhage stroke , แนวทางส่งต่อ โรงพยาบาลชุมชน

๗.๔ ดำเนินการจัดตั้ง stroke corner ในตึกศัลยกรรมชาย,หญิง เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่ม hemorrhage stroke

๗.๕ ดำเนินการร่วมกับงานปฐมภูมิเพื่อติดตามและเฝ้าระวังในกลุ่ม NCD โดยใช้เครื่องมือ CVD risk

๘. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร

๘.๑ ควรสนับสนุน ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชน

๘.๒ สนับสนุนบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนในการอบรมระยะสั้น การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๘.๓ พัฒนาโรงพยาบาลชุมชน ให้มีเครื่อง CT scan เพื่อให้ผู้ป่วยในจังหวัดได้เข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองการ รบที่ ๒/๒๕๖๒

ประเด็นการตรวจราชการ.

- (๑) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๓๐
- (๒) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic $\geq$ ร้อยละ ๙๐
- (๓) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) $\geq$ ร้อยละ ๙๐
- (๔) อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ mL/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) $\geq$ ร้อยละ ๙๐
- (๕) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม. $\geq$ ร้อยละ ๓๐
- (๖) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ นส.สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง .ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร ๐๙๔-๒๘๗๔๙๓๖ E-mail sukontip_med@hotmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการพัฒนางานสาขาอายุรกรรมตาม Service plan มาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันพบว่า อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแผนกอายุรกรรมยังมีอัตราสูงเกินค่าเป้าหมาย จากร้อยละของการดำเนินงานในปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑ ตามลำดับดังนี้ ๒๐.๐๘%, ๓๗.๔๔% และ ๓๔.๔๕% แผนกอายุรกรรมได้มีการจัดวางแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยในระบบ Fast track เชื่อมกับระบบส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชน และเน้นการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้แนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด โดยการนำ qSOFA score, SOS score ช่วยในการคัดกรองทุกโรงพยาบาล ในขณะนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนมากได้รับการรักษาตาม CPG sepsis และปฏิบัติตามได้ครบมากขึ้น โดยเฉพาะการให้ยาปฏิชีวนะและเพาะเชื้อในเลือดภายใน ๑ ชั่วโมงแรก มากกว่าร้อยละ ๙๐ นอกจากนี้ อัตราการให้สารน้ำเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่สูงขึ้นเป็นร้อยละ ๘๘.๙๘% อย่างไรก็ตาม การให้การดูแลผู้ป่วยแบบภาวะวิกฤติยังไม่ถึงเป้าหมายร้อยละ ๓๐ ซึ่งต้องมีการพัฒนาต่อไป

ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired sepsis ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดโดยผ่านประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ดังนี้

๑. มีการติดตามตัวชี้วัด output คือ อัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis ให้ได้น้อยกว่าร้อยละ ๒๔ (รวมผู้ป่วยที่ขอไปเสียชีวิตที่บ้านและไม่นับรวมผู้ป่วย palliative รหัส Z ๕๑.๕)

๒. มีการติดตามตัวชี้วัด process ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis ได้แก่

๒.๑ อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) $\geq$ ร้อยละ ๙๐

๒.๒ อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic $\geq$ ร้อยละ ๙๐

๒.๓ อัตราการเริ่มได้รับ IV ๓๐ mL/kg (๑.๕ ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชม.แรก เมื่อมีความดันต่ำ (MAP < ๖๕ mmHg) หรือมี serum lactate $\geq$ ๔ mmol/L และได้จนครบภายใน ๓-๖ ชั่วโมง $\geq$ ร้อยละ ๙๐ (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)

๒.๔ อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับการดูแล ๒-๓) ภายใน ๓ ชม.หลังได้รับการวินิจฉัย $\geq$ ร้อยละ ๓๐

๒.๕ มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี
 ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง..อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด
 community acquired sepsis ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ปี (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (ไตรมาสที่๓)
จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด		๑๙๕๒	๒๕๘๘	๑๖๖๘
จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่เสียชีวิตทั้งหมด		๙๑๓	๙๖๙	๕๕๘
จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis ที่เสียชีวิตทั้งหมด		๓๙๒	๙๔๘	๕๕๐
จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วย Hospital -acquired sepsis เสียชีวิตทั้งหมด		๕๒๑	๒๑	๘
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง		๔๖.๗๗%	๓๗.๔๔%	๓๓.๔๕%
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในกลุ่ม ผู้ป่วย community-acquired sepsis	<๓๐%	๒๐.๐๘%	๓๖.๖๓%	๓๒.๙๗%
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วย Hospital -acquired sepsis	<๔๐%	๑.๕๙%	๐.๘๑%	๐.๔๘%
อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	≥๙๐%	๙๒.๙๘%	๙๑.๓๘%	๙๑.๘๕%
อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	≥๙๐%	๙๐.๑๑%	๙๔.๗๔%	๙๖.๙๔๗%
อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม. แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) จำนวนหาร = ผู้ป่วยที่ลงทะเบียน ICD๑๐ (R๖๕๑ และ R๕๗๒)	≥๙๐%	๙๑.๑๐%	๘๙.๔๐% (๑๘๕๐* ๑๐๐)/ ๒๐๗๖	๙๑.๒๔% (๑๐๙๓* ๑๐๐)๑๑๙๘
อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม.	≥๓๐%	NA	๓.๔๘%	๗.๕๑%
มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)	มี	NA	NA	กำลังดำเนินการ

อธิบายตารางจากตาราง พบว่าอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี ๒๕๖๑ จาก ๒๐.๐๘% ในปี ๒๕๖๐ สูงขึ้นเป็น ๓๗.๙๐% เนื่องจากตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ เป็นต้นมา ได้รวมจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล และผู้ป่วยปฏิเสธการรักษากลับบ้าน ทำให้จำนวนผู้ป่วยสูงขึ้น แต่เมื่อมีการตรวจสอบ พบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาไม่ได้เสียชีวิตที่บ้านทั้งหมด

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อกลุ่ม Hospital -acquired sepsis ลดลงจากปี ๒๕๖๐ มากเช่นกัน เนื่องจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ได้จัดโปรแกรมการคัดกรองผลตรวจเพราะเชื้อที่ระบุเวลาได้ชัดเจน ทำให้การวินิจฉัยกลุ่ม Hospital -acquired sepsis ชัดเจนมากขึ้น

การจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S) กำลังอยู่กระบวนการตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดทำทีมขึ้น

๑.๒ ข้อมูลสถานการณ์แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๒

ตารางที่ ๒ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด/เรื่อง..... แยกรายอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม

ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒) ข้อมูลจาก HDC

๑. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis

อำเภอ	รายการข้อมูล						หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่เสียชีวิตรวมผู้ป่วยปฏิเสธการรักษากลับบ้าน (A)		จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)		อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis (A/B) × ๑๐๐		
ปี	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	
เมือง	๘๕๘	๔๙๘	๑๕๙๓	๙๗๖	๕๓.๘๖%	๕๑.๐๒%	
บรบือ	๕	๗	๑๘๐	๑๗๕	๒.๗๘%	๔%	
โกสุมพิสัย	๕๘	๓๒	๒๐๑	๑๓๓	๒๘.๘๖%	๒๔.๐๖%	
พยัคฆภูมิพิสัย	๖	๓	๖๘	๕๘	๘.๘๒%	๕.๑๗%	
วาปีปทุม	๖	๕	๑๗๙	๑๑๕	๓.๓๕%	๔.๓๕%	
กันทรวิชัย	๓	๓	๕๙	๔๑	๕.๐๘%	๗.๓๒%	
เชียงยืน	๖	๐	๗๒	๔๔	๘.๓๓%	๐	
แกดำ	๐	๑	๔๐	๒๒	๐	๔.๕๕%	
นาเชือก	๒	๑	๕๙	๑๗	๓.๓๙%	๕.๘๘%	
นาइन	๔	๐	๖๔	๒๙	๖.๒๕%	๐	
ยางสีสุราช	๐	๐	๔๒	๒๗	๐	๐	
กุฉีรัง	๐	๐	๒๒	๒๒	๐	๐	
ชื่นชม	๐	๐	๙	๙	๐	๐	
ภาพังจังหวัด	๙๔๘	๕๕๐	๒๕๘๘	๑๖๖๘	๓๖.๖๓%	๓๒.๙๗%	

๒. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.

อำเภอ	รายการข้อมูล						หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่เสียชีวิตรวมผู้ป่วยปฏิเสธการรักษากลับบ้าน (A)		จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)		อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (A/B) × ๑๐๐		
ปี	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	
เมือง	๑๕๕๕	๙๖๖	๑๕๙๓	๙๗๖	๙๗.๖๑%	๙๘.๙๘%	
บรบือ	๑๗๙	๑๖๒	๑๘๐	๑๗๕	๙๙.๔๔%	๙๒.๕๗%	
โกสุมพิสัย	๑๙๑	๑๐๗	๒๐๑	๑๓๓	๙๕.๐๒%	๘๐.๔๕%	
พยัคฆภูมิพิสัย	๖๘	๕๘	๖๘	๕๘	๑๐๐%	๑๐๐%	
วาปีปทุม	๑๐๑	๑๑๔	๑๗๙	๑๑๕	๕๖.๔๒%	๙๙.๑๓%	
กันทรวิชัย	๕๑	๔๑	๕๙	๔๑	๘๖.๔๔%	๑๐๐%	
เขียงยืน	๗๒	๔๔	๗๒	๔๔	๑๐๐%	๑๐๐%	
แกดำ	๔๐	๒๒	๔๐	๒๒	๑๐๐%	๑๐๐%	
นาเชือก	๕๙	๑๗	๕๙	๑๗	๑๐๐%	๑๐๐%	
นาดูน	๖๓	๒๘	๖๔	๒๙	๙๘.๔๔%	๙๖.๕๕%	
ยางสีสุราช	๔๒	๒๗	๔๒	๒๗	๑๐๐%	๑๐๐%	
ชื่นชม	๒๒	๒๒	๒๒	๒๒	๑๐๐%	๑๐๐%	
กุตุรัง	๙	๙	๙	๙	๑๐๐%	๑๐๐%	
ภาพังจังหวัด	๒๔๕๒	๑๖๑๗	๒๕๘๘	๑๖๖๘	๙๔.๗๔%	๙๖.๙๔%	

๓. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

อำเภอ	รายการข้อมูล						หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่เจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (A)		จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)		อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (A/B) × ๑๐๐		
ปี	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	
เมือง	๑๕๕๓	๙๕๙	๑๕๙๓	๙๗๖	๙๗.๔๙%	๙๘.๒๖%	
บรบือ	๑๗๕	๑๕๑	๑๘๐	๑๗๕	๙๗.๒๒%	๘๖.๒๙%	
โกสุมพิสัย	๑๗๓	๑๑๘	๒๐๑	๑๓๓	๘๖.๐๗%	๘๘.๗๒%	
พยัคฆภูมิพิสัย	๖๘	๕๘	๖๘	๕๘	๑๐๐%	๑๐๐%	
วาปีปทุม	๑๓๑	๘๓	๑๗๙	๑๑๕	๗๓.๑๘%	๗๒.๑๗%	
กันทรวิชัย	๔๑	๓๒	๕๙	๔๑	๖๙.๔๙%	๗๒.๗๓%	
เขียงยืน	๒๓	๓๑	๗๒	๔๔	๓๑.๙๔%	๗๐.๔๕%	
แกดำ	๔๐	๑๙	๔๐	๒๒	๑๐๐%	๘๖.๓๖%	

อำเภอ	รายการข้อมูล						หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่เจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (A)		จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)		อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (A/B) × ๑๐๐		
ปี	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	
นาเชือก	๕๖	๑๗	๕๙	๑๗	๙๔.๙๒%	๑๐๐%	
นาตุน	๔๓	๒๑	๖๔	๒๙	๖๗.๑๙%	๗๒.๔๑%	
ยางสีสุราช	๔๐	๒๑	๔๒	๒๗	๙๕.๒๔%	๗๗.๗๘%	
ชีนชม	๒๒	๒๒	๒๒	๒๒	๑๐๐%	๑๐๐%	
กุฉีรัง	๐	๐	๙	๙	๐	๐	
ภาพังจังหวัด	๒๓๖๕	๑๕๓๒	๒๕๘๘	๑๖๖๘	๙๑.๓๘%	๙๑.๘๕%	

๔. อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) จำนวนหาร = ผู้ป่วยที่ลงรหัส ICD ๑๐ (R๖๕๑ และ R๕๗๒)

อำเภอ	รายการข้อมูล					
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อที่มีภาวะ hypotension ได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) (A)		จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่มีภาวะ hypotension ทั้งหมด (B)		อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) จำนวนหาร = ผู้ป่วยที่ลงรหัส ICD๑๐ (R๖๕๑ และ R๕๗๒) (A/B) × ๑๐๐	
ปี	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒
เมือง	๑๒๗๑	๗๔๙	๑๓๒๑	๗๘๒	๙๖.๑๔%	๙๕.๗๘%
บรปือ	๘๖	๗๗	๙๓	๗๗	๙๒.๔๗%	๑๐๐%
โกสุมพิสัย	๑๐๙	๗๗	๑๔๙	๙๘	๗๓.๑๕%	๗๘.๕๗%
พยัคฆภูมิพิสัย	๖๒	๒๙	๖๒	๒๙	๑๐๐%	๑๐๐%
วาปีปทุม	๑๑๖	๖๐	๑๓๕	๘๐	๘๕.๙๓%	๗๕.๐๐%
กันทรวิชัย	๓๑	๙	๕๕	๓๒	๕๖.๓๖%	๒๘.๑๓%
เขียงยืน	๓๓	๑๐	๕๗	๒๔	๕๗.๘๙%	๔๑.๖๗%
แกดำ	๒๔	๑๑	๒๔	๑๗	๑๐๐%	๖๔.๗๑%
นาเชือก	๓๕	๑๑	๔๒	๑๔	๘๓.๓๓%	๗๘.๕๗%
นาตุน	๒๓	๑๓	๔๒	๑๕	๕๔.๗๖%	๘๖.๖๗%
ยางสีสุราช	๔๒	๒๔	๔๒	๒๔	๑๐๐%	๑๐๐%
ชีนชม	๒๒	๒๒	๒๒	๒๒	๑๐๐%	๑๐๐%
กุฉี	๒	๑	๒	๑	๑๐๐%	๑๐๐%
ภาพังหวัด	๑๘๕๖	๑๐๙๓	๒๐๗๖	๑๑๙๘	๘๙.๔๐%	๙๑.๒๔%

๕. อัตราที่ผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือดแบบรุนแรง (ระดับ ๒-๓) ได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติใน ICU ภายใน ๓ ชม.

อำเภอ	รายการข้อมูล						หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้เข้ารับการรักษานใน ICU ภายใน ๓ ชั่วโมงแรก (A)		จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)		อัตราที่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (ระดับ ๒-๓) ได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติใน ICU ภายใน ๓ ชม. (A/B) x ๑๐๐		
ปี	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	
เมือง	๕๕	๘๓	๑๕๕๗	๙๕๙	๓.๕๓%	๘.๖๕%	
บรบือ	๐	๐	๑๘๐	๑๗๕	๐	๐	
โกสุมพิสัย	๓๔	๔๐	๒๐๑	๑๓๓	๑๖.๙๒%	๓๐.๐๘%	
พยัคฆภูมิพิสัย	๐	๐	๖๘	๕๘	๐	๐	
วาปีปทุม	๐	๐	๑๗๙	๑๑๕	๐	๐	
กันทรวิชัย	๐	๐	๕๙	๔๑	๐	๐	
เขียงยืน	๐	๐	๗๒	๔๔	๐	๐	
แกดำ	๐	๐	๔๐	๒๒	๐	๐	
นาเชือก	๐	๐	๕๙	๑๗	๐	๐	
นาดูน	๐	๐	๖๔	๒๙	๐	๐	
ยางสีสุราช	๐	๐	๔๒	๒๗	๐	๐	
ชื่นชม	๐	๐	๒๒	๒๒	๐	๐	
กุตุรัง	๐	๐	๙	๙	๐	๐	
ภาพจังหวัด	๘๙	๑๒๓	๒๕๘๘	๑๖๖๘	๓.๔๔%	๗.๓๗%	

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงาน

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	- พัฒนา Sub ICU ใน รพ.มค เพื่อให้รองรับการดูแล - พัฒนาศักยภาพ รพ.ระดับ M ให้มี ICU หรือ Intensive Care Unit รองรับผู้ป่วย Critical Care Sepsis นอก ICU
๒. บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	- ส่งแพทย์เรียน ID ๑ คน จบปี ๒๕๖๕ - จัดประชุมวิชาการ
๓. ข้อมูลข่าวสาร (Information)	- ดำเนินการจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน กำลังดำเนินการหางบประมาณ

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๔. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	- จัดงบประมาณ Antibiotic, Norepinephrine - พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลเรื่องเชื้อที่สัมพันธ์กับโรค ความไวต่อเชื้อของยาปฏิชีวนะ antibiogram
๕. การเงิน (Financing)	จัดหาแหล่งสนับสนุนงบประมาณ ในการจัดอบรมเพื่อพัฒนาเครือข่าย
๖. การนำและการอภิบาลระบบ (Leading / Governance)	- HRM วางแผนทรัพยากรบุคคล แพทย์ ID พยาบาล - จัดทำคู่มือ Sepsis ฉบับประชาชน
๗. ชุมชน ภาควิชาและการมีส่วนร่วม (Participation)	จัดอบรมผู้นำชุมชน

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒ เพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ

เนื่องจากปัญหาอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น ในกลุ่ม community-acquired sepsis แม้จะให้การรักษาตามกระบวนการอย่างถูกต้อง แต่พบว่าอัตราการเสียชีวิตไม่ลดลง จึงได้มีการทบทวนทั้งระบบ พบว่ากลุ่มยาปฏิชีวนะที่ให้ใน CPG หลาย โรงพยาบาลไม่ครอบคลุมเชื้อที่ตรวจพบ ทำให้ทีมมองเห็นปัญหา จึงได้ร่วมมือกับทีม AMR ของโรงพยาบาลเพื่อปรับการใช้ยาปฏิชีวนะใหม่ กำลังอยู่ในช่วงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

ทีมอายุรกรรม ได้เห็นความสำคัญของกระบวนการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ จึงได้จัดประชุมวิชาการขึ้นใน สัปดาห์ที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๒ ที่ผ่านมา โดยเน้นกลุ่มเป้าหมาย คือ แพทย์ พยาบาล และนักศึกษาแพทย์ ซึ่งผลตอบรับเป็นไปในแนวทางที่ดี ได้มีความเข้าใจในกระบวนการรักษามากขึ้น

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

ความร่วมมือของทีม และผู้สนับสนุนจากหลายสาขาวิชาชีพ

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

ประเด็นการตรวจราชการ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิน ๒๖/แสนประชากร

ผู้รับผิดชอบ

ประธานสาขา พญ.กิตติยา ตียาภักดิ์ โทร ๐๘๑๕๔๔๙๙๗๗ e-mail kitiyatiyapuk@gmail.com

เลขานุการสาขา นางพุทธกัญญา นารณศิลป์ โทร๐๘๙๗๑๒๐๒๘๐ e-mail N.nok๒๕๑๑@hotmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

จังหวัดมหาสารคามมีประชากร ๙๖๓,๔๘๔ คน โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลระดับ S มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด M๒ จำนวน ๒ รพ F๑ จำนวน ๒ รพ. F๒ จำนวน ๖ รพ.และ F๓ จำนวน ๒ รพ. โรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์ประจำคือ รพ.บรบือ รพ.พยัคฆภูมิพิสัย รพ.โกสุมพิสัยและ รพ.วาปีปทุม โรงพยาบาลมหาสารคาม สามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยมีหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจจำนวน ๖ เตียง มีแพทย์ Cardiologist ๑ คน และกำลังศึกษาต่อ Cardio ๑ คน ไม่มี Interventionist ไม่มี CVT มีพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ ๖ คน พยาบาลเฉพาะทางวิกฤติ ๕ คน หัตถการที่ทำได้คือ Intra Aortic Balloon Pump, TPM, Echocardiogram, Exercise Stress Test, มี Heart Failure Clinic, Warfarrin Clinic รพ.ระดับ M๒-F๒ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทุกโรงพยาบาล ๑๐๐% มีWarfarrin Clinic ๘ แห่ง คือ รพ.มหาสารคาม, รพ.พยัคฆภูมิพิสัย, รพ.บรบือ, รพ.โกสุมพิสัย, รพ.วาปีปทุม, รพ.เขียงยืน, รพ.กันทรวิชัย,รพ.นาเชือก และจะดำเนินการเปิดWarfarrin Clinic ให้ครบ ๑๐๐% ในปี๒๕๖๒ อัตราการตายต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๘,๒๕๕๙,๒๕๖๐,๒๕๖๑ เท่ากับ ๑๙.๒๐ , ๑๙.๙๑ , ๑๙.๗๒ และ ๒๒.๒๒ ตามลำดับ (ฐานข้อมูล HDC สสจ.มค.๒๕๖๑)

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี

๓.๑ ผลการดำเนินงาน (ภาพจังหวัด) (๒๕๕๘-พ.ค.๒๕๖๒)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
			๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (๑ตค-๓๑พ.ค.๖๒)
๑.	ร้อยละ รพ.ตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยSTEMI ได้	๑๐๐%	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๒.	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ(I๒๐-I๒๕)ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคน	๒๖/ แสนปก	๑๙.๒๐	๑๙.๙๑	๑๙.๗๒	๒๒.๒๒	๑๑.๘๓

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
			๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (๑ตค-๓๑พ.ค.๖๒)
๓.	ร้อยละของการให้การ รักษาผู้ป่วย STEMI ได้ ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนด	ร้อยละ ๕๐	๗๒.๗๘	๓๔.๙๓	๒๙.๑๗	๑๖.๒๑	๒๙.๖๘
๔	อัตราการตายผู้ป่วย STEMI(1๒๑.๐-๒๑.๓) ใน รพ.	≤ ๑๐%	๓.๐๓	๑.๙๒	๒.๔๐	๒.๙๒	๐.๙๖
๕	อัตราการเปิดหลอดเลือด เลือด SK/PPCI	≥ ๘๕%	๘๖.๑๔	๙๖.๗๙	๙๒.๘๑	๘๘.๗๖	๙๕.๑๙

ตารางที่ ๑.ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง (ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคามปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒)

๑.ร้อยละ รพ.ตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยSTEMI ได้

๒.อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ(1๒๐-1๒๕)ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคน

๔.อัตราการตายผู้ป่วย STEMI(1๒๑.๐-๒๑.๓)ในรพ.≤ ๑๐%

๕.อัตราการเปิดหลอดเลือด SK/PPCI ≥ ๘๕%

อภิปรายผล

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานตัวที่ ๑ , ๒ , ๔ และ ๕ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ในภาพรวมจังหวัดเนื่องจากผู้บริหารระดับจังหวัดให้ความสำคัญ มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนในระดับจังหวัดและเครือข่าย มีคณะกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมกันอย่างเป็นระบบ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ACS ทั้งจังหวัด มีCPG, CNPG มีระบบ Fast track STEMI ระบบ Consult Line : Refer MKH STEMI ระบบส่งต่อ Refer Bypass มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ P๓-A ด้านการคัดกรองเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น Monitor EKG, Defibrillator, External Pacemaker ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดอื่นๆ มี Heart Failure Clinic ในโรงพยาบาลมหาสารคาม และจัดตั้ง Warfarin Clinic ในโรงพยาบาลระดับ M๒ F๑ และ F๒ จากผลการดำเนินงานโรงพยาบาลในเครือข่ายสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ๑๐๐%จึงส่งผลให้ อัตราตายผู้ป่วย STEMI(1๒๑.๐-๒๑.๓)ใน รพ.และ อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ(1๒๐-1๒๕)ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนอยู่ในค่า ต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัด

๓.ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (Door to Needle ≤ ๓๐ นาที ร้อยละ ๕๐

อภิปรายผล

ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด(Door to Needle ≤ ๓๐ นาที ร้อยละ ๕๐ ไม่ผ่านเกณฑ์ในภาพรวมของจังหวัดจากการทบทวนสาเหตุพบว่าเกิดจากกระบวนการในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งกระบวนการในการให้ยาละลายลิ่มเลือดประกอบด้วย ๑) การคัดกรองและทำ EKG ภายใน

เวลา ๑๐ นาที ๒) การตรวจและวินิจฉัยภายใน ๑๕ นาที ๓) การเตรียมให้ยาและให้ยา ภายใน ๕ นาที ในทั้ง ๓ กระบวนการพบว่าที่เป็นปัญหาทำให้ ตัวชี้วัดไม่ผ่าน คือ การตรวจและวินิจฉัย ซึ่งเป็น Competency ของแพทย์ในโรงพยาบาลเครือข่าย ในการวินิจฉัย EKG แพทย์ขาดความมั่นใจ ต้องผ่านกระบวนการ Consult Staff ก่อนให้ยาลดสลายลิ่มเลือดในกรณีไม่แน่ใจ ทำให้ขั้นตอนนี้เกิดความล่าช้า คณะกรรมการระดับจังหวัดได้มีการทบทวนและจัดประชุมเพื่อเพิ่ม Competency ให้กับแพทย์ในโรงพยาบาลเครือข่ายและปรับปรุงกระบวนการ Consult เป็นระยะ ในเคสที่ตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์ได้มีการทบทวนทุกรายทำให้ตัวชี้วัดอยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้น (จาก ร้อยละ ๒๕ เพิ่มเป็นร้อยละ ๒๙.๖๘)

๑.๒ ข้อมูลสถานการณ์แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๒

ตารางที่ ๒. เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ(๒๐-๒๕)ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคน

ที่	อำเภอ	ปี ๒๕๕๙			ปี ๒๕๖๐			ปี ๒๕๖๑			ปี ๒๕๖๒ (๑ ต.ค.๖๑-๓๑ พ.ค.๖๒)		
		เป้าหมาย	ผล งาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผล งาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผล งาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผล งาน	ร้อยละ
๑	เมือง	๔๑	๓๒	๒๐.๐๔	๔๑	๔๐	๒๔.๙๘	๔๑	๓๓	๒๐.๗๒	๔๑	๒๐	๑๒.๕๖
๒	แกดำ	๗	๔	๑๓.๔๑	๗	๕	๑๖.๗๖	๗	๑๓	๔๓.๕๕	๗	๔	๑๓.๔๐
๓	โกสุมพิสัย	๓๑	๒๖	๒๑.๖๐	๓๑	๒๑	๑๗.๔๗	๓๑	๒๕	๒๐.๘๑	๓๑	๙	๗.๔๙
๔	กันทรวิชัย	๒๒	๑๗	๑๙.๗๐	๒๒	๑๘	๒๑.๑๙	๒๒	๑๕	๑๗.๖๐	๒๒	๙	๑๐.๕๖
๕	เขียงยืน	๑๕	๗	๑๑.๓๙	๑๕	๑๔	๒๒.๗๙	๑๕	๒๐	๓๒.๕๘	๑๕	๙	๑๔.๖๖
๖	บรบือ	๒๘	๒๐	๑๘.๓๖	๒๘	๓๐	๒๗.๕๒	๒๘	๒๕	๒๒.๙๓	๒๘	๑๘	๑๖.๕๑
๗	นาเชือก	๑๕	๑๑	๑๘.๐๑	๑๕	๑๔	๒๒.๙๑	๑๕	๑๖	๒๖.๑๕	๑๕	๖	๙.๘๐
๘	พยัคฆฯ	๒๓	๒๐	๒๒.๗๙	๒๓	๑๓	๑๔.๘๒	๒๓	๑๖	๑๘.๒๓	๒๓	๑๐	๑๑.๓๙
๙	วาปีปทุม	๒๙	๓๐	๒๖.๒๕	๒๙	๑๓	๑๑.๓๗	๒๙	๑๕	๑๓.๑๑	๒๙	๑๑	๙.๖๑
๑๐	นาइन	๙	๑๐	๒๖.๘๑	๙	๒	๕.๓๔	๙	๖	๑๕.๙๙	๙	๓	๗.๙๙
๑๑	ยางสีสุราช	๙	๗	๑๙.๘๐	๙	๔	๑๑.๓๑	๙	๑๒	๓๓.๙๖	๙	๖	๑๖.๙๘
๑๒	กุฉีกรัง	๙	๕	๑๓.๔๕	๙	๑๓	๓๔.๙๔	๙	๑๒	๓๒.๒๐	๙	๘	๒๑.๔๗
๑๓	ชื่นชม	๗	๓	๑๑.๙๙	๗	๓	๑๒.๐๑	๗	๖	๒๔.๐๕	๗	๑	๔.๐๐
	รวม	๒๔๕	๑๙๒	๑๙.๙๑	๒๔๕	๑๙๐	๑๙.๗๒	๒๔๕	๒๑๔	๒๒.๒๒	๒๔๕	๑๑๔	๑๑.๘๓

อภิปรายผล อำเภอแกดำ ยางสีสุราช เขียงยืนและกุฉีกรังมีแนวโน้มประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น ควรมีการติดตามประเมินเชิงรุกในการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของประชาชนในพื้นที่โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงจากการประเมินคัดกรองโดย CVD Risk

๑.๓ ข้อมูลผลการดำเนินงานแยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๘ เดือน(๑ตุลาคม๒๕๖๑-๓๑ พฤษภาคม๒๕๖๒)

ตารางที่๓. เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละ รพ.ตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยSTEMI ได้

ที่	อำเภอ	ปี ๒๕๖๐			ปี ๒๕๖๑			ปี ๒๕๖๒ (๑ ต.ค.๖๑-๓๑พ.ค.๖๒)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	F๒-S	๑๑	๑๑	๑๐๐	๑๑	๑๑	๑๐๐	๑๑	๑๑	๑๐๐
๒	F๓	๐	๐	๑๐๐	๐	๐	๑๐๐	๑	๑	๑๐๐
	รวม	๑๑	๑๑	๑๐๐	๑๑	๑๑	๑๐๐	๑๑	๑๑	๑๐๐

อภิปรายผล

มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นให้พร้อมใช้ จัดระบบสำรองยา ระบบ Consult ระบบส่งต่อ ระบบ Refer Bypass ให้โรงพยาบาลในเครือข่ายตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ครบ๑๐๐%ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙

ในโรงพยาบาลระดับ F๓ คณะกรรมการบริหารระดับจังหวัดมีข้อตกลงร่วมกันหากมีเคส STEMI ที่ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือด ให้ดำเนินการดังนี้ โรงพยาบาลขึ้นชมให้ส่งผู้ป่วยมารับยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาล เชียงยืน โรงพยาบาลกุดรังให้ส่งผู้ป่วยมารับยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลบรบือ แต่หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ Refer Bypass F๓ สามารถ Refer Bypass ได้เอง

ในรอบการตรวจราชการรอบที่๒/๒๕๖๒ โรงพยาบาลกุดรังซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ F๓ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้เอง โดยมีการศึกษาดูงานและพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตารางที่๔. ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

ที่	อำเภอ	ปี ๒๕๖๐			ปี ๒๕๖๑			ปี ๒๕๖๒ (๑ ต.ค.๖๑-๓๑พ.ค.๖๒)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	เมือง	๒๑	๑๓	๖๑.๙๑	๒๕	๑๐	๔๐	๑๓	๗	๕๓.๘๔
๒	แกดำ	๓	๑	๓๓.๓๓	๑	๐	๐	๓	๐	๐
๓	โกสุมพิสัย	๑๐	๔	๔๐	๑๓	๒	๑๕.๓๘	๖	๒	๓๓.๓๓
๔	กันทรวิชัย	๒	๐	๐	๙	๑	๑๑.๑๒	๔	๐	๐
๕	เชียงยืน	๑๐	๑	๑๐	๕	๐	๐	๘	๔	๕๐
๖	บรบือ	๑๗	๓	๑๗.๖๕	๑๗	๑	๕.๘๘	๖	๒	๓๓.๓๓
๗	นาเชือก	๑๐	๒	๒๐	๙	๒	๒๒.๒๓	๖	๑	๑๖.๖๗
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๗	๑	๑๔.๒๙	๗	๐	๐	๐	๐	๐

๙	วาปีปทุม	๑๑	๑	๙.๐๙	๑๙	๑	๕.๒๖	๑๑	๐	๐
๑๐	นาइन	๑	๑	๑๐๐	๕	๐	๐	๒	๐	๐
๑๑	ยางสีสุราช	๔	๐	๐	๑	๑	๑๐๐	๓	๑	๓๓.๓๓
๑๒	กุตุรัง	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๒	๒	๑๐๐
๑๓	ขึ้นชม	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
	รวม	๙๖	๒๘	๒๙.๑๗	๑๑๑	๑๘	๑๖.๒๑	๖๔	๑๙	๒๙.๖๘

อภิปรายผล

อัตราการให้ยาละลายลิ่มเลือด(Door to Needle time $\leq$ ๓๐ นาที $\geq$ ๕๐%)เปรียบเทียบข้อมูลในปี ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ พบว่า ในภาพรวมจังหวัด ผลงาน ๑๖.๒๑%และ ๒๙.๖๘% ตามลำดับซึ่ง **ตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์** แยกข้อมูลราย รพ.ในปี ๒๕๖๒ พบว่า ผ่านเกณฑ์ มี ๓ รพ.คือ รพ.มหาสารคาม รพ.เขียงยืน และ รพ.ชุกดริง นอกนั้นไม่ผ่านเกณฑ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เป็นปัญหาเรื่องของระบบ Consult และ Competency ของบุคลากร ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป

๒. การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อกำหนดการดำเนินงานในปี ๒๕๖๒ ตัวชี้วัด ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด(Door to Needle time $\leq$ ๓๐ นาที $\geq$ ๕๐%)

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	-ปชส.๑๖๖๙ ร่วมกับSP ระบบส่งต่อและปฐมภูมิ -Prevention ร่วมกับปฐมภูมิ คัดกรอง CVD Risk -พัฒนาเครือข่าย STEMI Fast track จาก P๓-S
๒. บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	-เพิ่มอายุรแพทย์ใน รพ.เครือข่าย -พัฒนา Competency แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุข การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ การอ่านและแปลผล คลื่นไฟฟ้าหัวใจ
๓.ข้อมูลข่าวสาร (Information)	-พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูล ACS registryโดยใช้โปรแกรม Thai ACS Registry -เชื่อมโยงข้อมูล CVD Risk กับ NCD และปฐมภูมิ
๔. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	-เพิ่ม บช.ยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจให้พร้อมใช้ใน รพ. เครือข่าย(๔ตัวหลัก SK, Clopidogrel, Warfarin,Bisoprolol) และCordarone, NTG, Adenosine) -กำกับการณ์ลงข้อมูลทุก รพ.ในโปรแกรม Thai ACS Registry
๕. การเงิน (Financing)	-งบประมาณกระทรวง สปสช. งบประมาณจากท้องถิ่น
๖. การนำและการอภิบาลระบบ (Leading / Governance)	-มีคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด -การประชาสัมพันธ์ ปชช.ทุกคนสามารถเข้าถึงระบบช่องทางด่วน STEMI Fast track โดยใช้รถฉุกเฉิน ๑๖๖๙

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๗. ชุมชน ภาควิชาและการมีส่วนร่วม (Participation)	-พัฒนาระบบ Refer Bypass ร่วมกับ รพ.มหาวิทยาลัย และ รพ.เอกชน

ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

- ๑.ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบ
- ๒.มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยมีคณะกรรมการระดับจังหวัด
- ๓.มีระบบการดูแล การให้คำปรึกษา การรักษา การส่งต่อที่ชัดเจนในเครือข่ายบริการ
- ๔.บุคลากรให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง
- ๕.มีการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ
- ๖.มีการทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์และดำเนินงานเพื่อปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

๓. การดำเนินการตามข้อสั่งการและแก้ไขปัญหาลุप्तรรค จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒
 ตารางที่ ๕ การดำเนินการตามข้อสั่งการ และการแก้ไขปัญหาลุप्तรรคของจังหวัดมหาสารคาม ตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของตัวชี้วัด/เรื่องร้อยละของการให้การรักษาลุप्तรรค STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (Door to Needle time $\leq$ ๓๐ นาที $\geq$ ๕๐
 ปี ๒๕๖๒ จากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๑/๒๕๖๒

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	การดำเนินการตามข้อสั่งการ และแก้ไขปัญหาลุप्तรรคของจังหวัดมหาสารคาม
ควรมีการพัฒนา Door to Needle time ต่อไป	คณะกรรมการระดับจังหวัดได้ทบทวนข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานพบปัญหาจาก ๑. Competency ๒. ระบบ Consult ให้คณะกรรมการระดับรพช.ทบทวนและแก้ไขร่วมกันทุกเคสที่ตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์และควบคุมกำกับติดตามโดยคณะกรรมการระดับจังหวัด
และการ Refer Bypass ให้ถือปฏิบัติเหมือนกันทุกจังหวัด	แจ้งแนวทางการ Refer Bypass ให้ทุก รพ.ทราบและถือปฏิบัติ

๔. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (อาจค้นพบที่ระดับจังหวัด อำเภอหรือตำบล โดยให้ระบุเรื่องและพื้นที่ดำเนินการหรือหน่วยงานที่ดำเนินการ)

- ๑.Poodin Model ต.โคกก่อ อ.เมือง
- ๒.Muang Model หน่วยงาน ปฐมภูมิ
- ๓.Set Box Arrhythmias หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ
- ๔.ระบบ Refer Bypass ทั้งจังหวัด

๕. ภาพกิจกรรมดำเนินการ

กิจกรรมนิเทศ ติดตามการดำเนินงานในรพ.เครือข่าย



กิจกรรมการสอนแพทย์ การตรวจ ประเมิน คัดกรอง เบื้องต้น



POODIN MODEL รูปแบบการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ



**รพ.มหาสารคาม มุ่งพัฒนาสมรรถนะบุคลากร
ในการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด**



(28-5-2561) หน่วยงานหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม จัดโครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ในการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีแพทย์หญิงกิตติยา ตียากักดี ประธาน Service Plan สาขาหัวใจ เป็นวิทยากรบรรยายและชี้แจงนโยบายการพัฒนา Service Plan สาขาหัวใจ ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้บุคลากรทุกระดับ มีความรู้และเข้าใจแนวทางในการดูแลรักษา ป้องกัน และคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และพัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการของรัฐ ได้อย่างทั่วถึง รวดเร็วและทันเวลาซึ่งมีผู้ที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมโครงการในครั้งนี้กว่า 100 คน

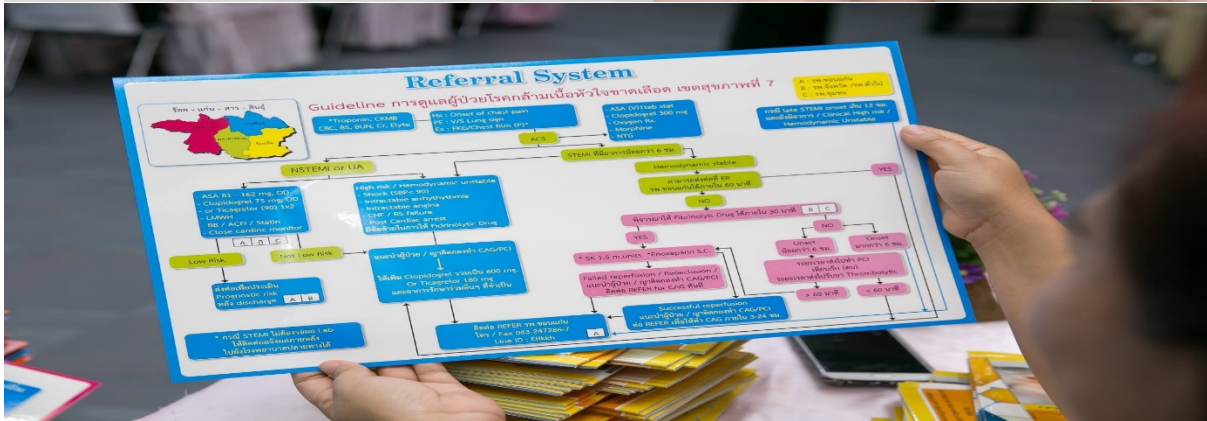
ขอเชิญร่วมโครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร

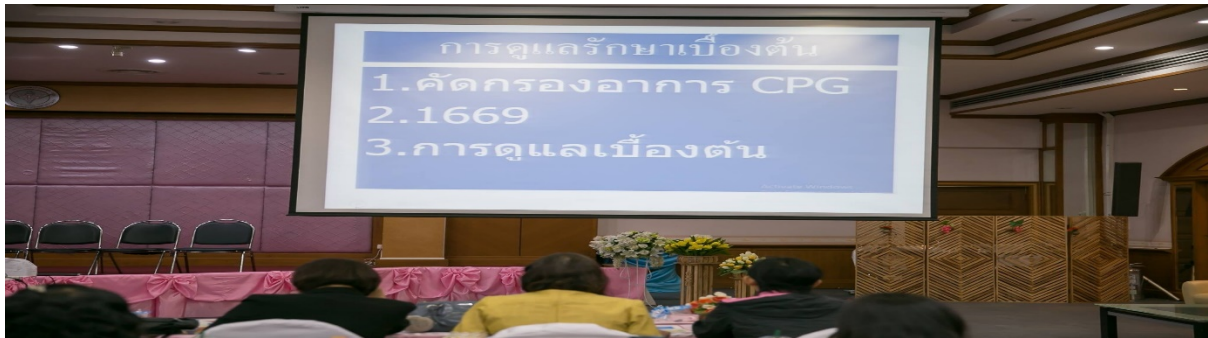
การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

- นโยบายการพัฒนา Service Plan สาขาหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข
โดย แพทย์หญิงกิตติยา ตียากักดี ประธาน Service Plan สาขาหัวใจ
- โรคหัวใจและหลอดเลือด
โดย แพทย์หญิงกิตติยา ตียากักดี
- แนวทางการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
โดย พว.แพทย์กัญญา นารถศิลป์ และคณะ เลขา Service Plan สาขาหัวใจ
- การส่งต่อผู้ป่วยและการเชิงรุกผ่าน ออชส
โดย พว.แพทย์กัญญา นารถศิลป์ และคณะ
- ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
โดย พว.แพทย์กัญญา นารถศิลป์ และคณะ

วันที่ 28 พฤษภาคม 2561 เวลา 08.00 - 16.30 น.
ณ ห้องประชุมตึกศิลา สัน 4 อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม







ประชุมวิชาการ การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน



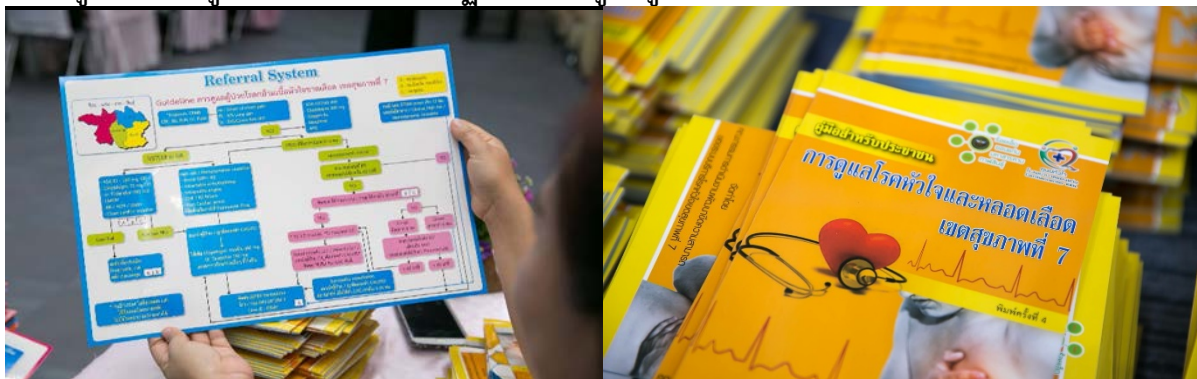
โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูทักษะ และปฏิบัติ Service Plan Rally จังหวัดมหาสารคาม



อบรมการลงบันทึกข้อมูล Thai ACS Registry / Warfarin Registry



จัดทำคู่มือ จนท. คู่มือ ประชาชน แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและแนวทางการคัดกรองเบื้องต้น



โครงการอบรมพัฒนาศมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจและหลอดเลือดใน
โรงพยาบาลแม่ข่าย



สรุปผลการดำเนินงานตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

หัวข้อ.การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด: ๑. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ **น้อยกว่าร้อยละ ๑๒**

๒.ร้อยละประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๒

ตัวชี้วัดรอง: ๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care

๑.๑ อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที **ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐**

๑.๒ อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ **ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐**

๒. ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis **ร้อยละ ๑๐๐**

๒.๒ อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S ๐๖.๑ – S ๐๖.๙) **ไม่เกินร้อยละ ๔๕**

๓. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน

๓.๑ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ **ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐**

๓.๒ อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ **ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐**

ผู้รับผิดชอบ ๑.นายอนันตเดช วงศรียา ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ

เบอร์โทร ๐๘๑-๗๑๗๓๙๐๕ E-mail advisory๑๔๙@yahoo.com

๒. นางจุลินทร ศรีโพนทัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

เบอร์โทร ๐๘๔-๙๕๗๑๗๑๑ E-mail Julintron_sri@hotmail.com

๓.พรมารณณ์ รัตนวงศะวัต ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร ๐๘๘-๕๕๒๙๘๕๘ E-mail paramaporn๒๐๑๖@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หมายถึงระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral system) การจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ในปี ๒๕๖๑ จังหวัดมหาสารคามมีผู้มารับบริการห้องฉุกเฉิน ๔๘๐,๑๔๕ ครั้ง คิดเป็น ๔๙๘ ครั้งต่อ ๑๐๐๐ ประชากร ราย โดยมีความแตกต่างกันในระหว่างโรงพยาบาลระดับ S, M และ F คือในโรงพยาบาลระดับ S,M ร้อยละ ๕๐ เป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ส่วนโรงพยาบาลระดับ F มากกว่าร้อยละ ๘๐ เป็นผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน ซึ่งต้องมีการวางแผนพัฒนาแตกต่างกันตามบริบทของโรงพยาบาล ส่วนอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใน ๒๔ ชั่วโมง ปี ๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๗.๖๙

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดมหาสารคาม ในปี ๒๕๖๒ มุ่งเน้น ในการพัฒนา ER คุณภาพ โดยมีการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลห้องฉุกเฉิน การลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด การพัฒนา ข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่..๑..สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉินจังหวัดมหาสารคาม

ประเภทผู้ป่วย	โรงพยาบาลมหาสารคาม					จังหวัด	
	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	รายวัน	ปี ๒๕๖๒ (ตค๖๑ – พค ๖๒)	ราย/วัน	ปี ๒๕๖๒ (ตค๖๑ – พค ๖๒)	ราย/วัน
Resuscitation	๔,๕๙๑ ๙.๕๒ %	๕,๔๓๗ ๑๐.๖๒ %	๑๔.๘๙	๓,๒๘๑ ๑๐.๐๗%	๑๕.๖๒	๕,๑๗๖ ๑.๗๒๔	๒๔.๖๕
Emergency	๑๖,๑๗๗ ๓๓.๕๓ %	๑๙,๙๐๔ ๓๘.๘๙ %	๕๔.๕๓	๑๓,๑๑๘ ๔๐.๔๗%	๖๒.๘๐	๑๖,๗๑๔ ๕.๕๔%	๗๙.๕๙
Urgency	๖๙.๖๔	๒๐,๐๑๑ ๓๙.๑๐ %	๕๔.๘๒	๑๒,๙๓๓ ๓๙.๖๘%	๖๑.๕๘	๖๙,๗๘๓ ๒๓.๑๔%	๓๓๒.๓
Less Urgency	๔,๙๕๘ ๑๐.๒๘ %	๓,๔๘๒ ๖.๘๐ %	๙.๕๓	๒,๐๖๘ ๖.๓๔%	๙.๘๕	๖๘,๒๒๐ ๒๒.๖๓%	๓๒๔.๘๖
Non Urgency	๓,๔๗๗ ๗.๒๑ %	๒,๓๔๕ ๔.๕๘ %	๖.๔๒	๑๑๑๘ ๓.๔๓%	๕.๓๒	๑๑๓,๒๒๘ ๓๗.๕๖%	๕๓๙.๑๘
TOTAL	๔๘,๒๔๕	๕๑,๑๗๙		๓๒,๕๘๘		๓๐๑,๔๖๓	
เฉลี่ย/วัน(ราย)	๑๓๒.๑๗		๑๔๐.๒๒		๑๕๕.๑๘		๑,๔๓๕.๕๓

ตารางที่..๒..ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่องการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ. ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ปี ๒๕๖๑				ปี ๒๕๖๒(ต.ค.๖๑-พ.ค.๖๒)			
		รพ.มหาสารคาม		จังหวัด มหาสารคาม		รพ.มหาสารคาม		จังหวัดมหาสารคาม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยฉุกเฉิน(level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ใน รพ.A,S,M๑	< ๑๒%	๓๙๖ /๕๓๘๘	๗.๓๕	๖๐๘/ ๗๘๕๑	๗.๗๔	๒๗๗ /๓,๒๘๑	๘.๔๔%	๔๓๔ /๕,๑๗๖	๘.๓๘%
อัตราผู้ป่วย Trauma level ๑ มีข้อบ่งชี้ในการ ผ่าตัดสามารถเข้าห้อง ผ่าตัดได้ใน ๖๐ นาที	>๘๐%	NA	NA	NA	NA	๔๐/๔๐	๑๐๐ %	๔๐/๔๐	๑๐๐%

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ปี ๒๕๖๑				ปี ๒๕๖๒(ต.ค.๖๑-พ.ค.๖๒)			
		รพ.มหาสารคาม		จังหวัด มหาสารคาม		รพ.มหาสารคาม		จังหวัดมหาสารคาม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัตราผู้ป่วย Triage level ๑,๒อยู่ในห้อง ฉุกเฉิน <๒ชม.	>๖๐%	NA	NA	NA	NA	๑๐,๑๙๐ /๑๖,๔๖ ๙	๖๑.๘๗ %	๑๔,๗๘๑/ ๒๑,๘๙๐	๖๗.๕๒ %
อัตราการตาย Severe Traumatic Brian Injury	<๔๕%	๔๗/๑๘ ๔	๒๕.๕๔ %	๘๓/๓ ๑๖	๒๖.๒๗ %	๒๐/๑๑ ๑	๑๘.๐๒ %	๕๓/๒๒๐	๒๔.๐๙ %
อัตราตายผู้ป่วยPs score ≥ ๐.๗๕ ใน รพ. ทุกระดับ ได้รับการทำ Root cause analysis	<๑% ๑๐๐%		๐.๘๕ ๑๐๐ %		๐.๖๑ ๑๐๐%	๑๑/๑๗ ๔๒	๐.๖๓% ๑๐๐	๑๒/๓๓๓ ๑	๐.๓๖% ๑๐๐
คุณภาพอัตราของ โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS	>๘๐% (รพ)		๗๙.๗๔		๕๗.๕๔		๖๙.๕๘		๖๐.๙๐
อัตราของTEA unit ที่ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	๑๐๐%	ผ่าน					ผ่าน		
ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤต(สีแดง)มาโดย ระบบ EMS	> ๒๒%	NA	NA	NA	NA	๒,๑๘๗/ ๑๐,๙๕๘	๑๙.๙๖ %	๔,๒๓๐/๑ ๖,๓๗๙	๒๕.๘๓ %

ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๒(ต.ค.๖๑-ธ.ค.๒๕๖๑)การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบ
วงจรและระบบการส่งต่อ. ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานทั้งหมด ๘ ตัว พบว่า
ผ่านเกณฑ์ ทุกตัว และยังคงมีการประชาสัมพันธ์การใช้ ๑๖๖๙ อย่างต่อเนื่อง ผ่านทางเว็บไซต์ ไลน์กลุ่ม หอ
กระจายข่าวหมู่บ้าน ภูเขา เครือข่ายกู้ชีพกลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและ
กลุ่มนักเรียนนักศึกษา

๑.๒ ข้อมูลสถานการณ์แยกรายอำเภอ

สรุปผลงานตามตัวชี้วัด อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประจำปี ๒๕๖๒ จังหวัดมหาสารคาม
(ตุลาคม ๒๕๖๑ – พฤษภาคม ๒๕๖๒)

ที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	สูตรคำนวณ	ผลการดำเนินงาน													
				เมือง	โกสุม	พยัคฆ์	บรบือ	วาปี	เขียง ยืน	กันทร	นา เชือก	นา ดูน	แกดำ	ยางสี	กุตุรัง	ชื่นชม	รวม/ เฉลี่ย
๑	อัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยฉุกเฉิน (level๑)ใน ๒๔ ชม. ในรพ.F๒ขึ้น ไป	<๑๒%	ผู้ป่วยฉุกเฉินlevel๑ที่ เสียชีวิตใน ๒๔ ชม.* ๑๐๐ ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินER ทั้งหมด	๘.๔	๑๙.๐๙	๖.๘๗	๒.๘๓	๑๔.๕๔	๑๒.๐๓	๖.๒๕	๑๓	๑๓.๑๙	๑๙.๕๑	๙.๓	๐	๘	
๒	อัตราผู้ป่วย Trauma level ๑ มีข้อบ่งชี้ในการ ผ่าตัดสามารถเข้า ห้องผ่าตัดได้ใน ๖๐ นาที	>๘๐%	Trauma level ๑ เข้า ผ่าตัดในเวลาที่*๑๐๐ Trauma level ๑ที่ จำเป็นต้องผ่าตัด ทั้งหมด	๑๐๐													
๓	อัตราผู้ป่วย Triage level ๑,๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน <๒ชม.	>๖๐%	Triage level ๑,๒อยู่ ในห้องฉุกเฉิน <๒ชม.* ๑๐๐ ผู้ป่วย Triage level ๑,๒ทั้งหมด	๖๑.๘๗ (๑๐,๑ ๙๐/๑ ๖,๔๖๙)	๑๐๐	๑๐๐	๖๓.๑ ๗ (๑,๑๕ ๘/๑, ๘๓๓)	๙๕.๑ ๕ (๔๗๑ /๔๙๕)	๑๐๐	๙๖.๑ ๐ (๓๒๐ /๓๓๓)	๑๐๐	๙๒.๐ ๕ (๒๔๓ /๒๖๔)	๑๐๐	๙๓.๘ ๘ (๑๘๔ /๑๙๖)	๕๙.๖ ๕ (๑๐๒ /๑๗๑)	๘๘.๗ ๓ (๑๒๖ /๑๔๒)	๖๖.๐๔
๔	อัตราการตาย Severe TBI	<๔๕%	ผู้ป่วย Severe TBI เสียชีวิต *๑๐๐	๑๘.๐ ๒	๓๓.๓๓	๓๓.๓๓	๕๕	๑๕.๓๘	๐	๐	๐	๕๓.๓๓	๑๐๐	๐	๐	๒๕	

ที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	สูตรคำนวณ	ผลการดำเนินงาน													
				เมือง	โกสุม	พยัคฆ์	บรบือ	วาปี	เขื่อง ยีน	กันทร	นา เชือก	นาคูน	แกดำ	ยางสี	กุดรัง	ชื่นชม	รวม/ เฉลี่ย
			ผู้ป่วย Severe TBI ทั้งหมด														
๕	อัตราการตายผู้ป่วย Ps score $\geq$ ๐.๗๕ ใน รพ.ทุก ระดับ และได้รับ การทำ-Root cause analysis	๑๐๐%	<u>๑.ผู้ป่วย Ps score > ๐.๗๕ เสียชีวิต *๑๐๐</u> ผู้ป่วย Ps score > ๐.๗๕ ทั้งหมด <u>๒.จำนวนผู้ป่วย Ps score > ๐.๗๕</u> <u>เสียชีวิตที่ทำRCA</u> ผู้ป่วย Ps score > ๐.๗๕ เสียชีวิตทั้งหมด	๐.๖๓ (๑๑/ ๑๗๔ ๒) ๑๐๐	๐ --	๕๐ ๑/๒ ๑๐๐	๐ -	๐ -	๐ -	๐ -	๐ -	๐ -	๐ -	๐ -	๐ -		
๖	ECS คุณภาพ อัตราของ โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปผ่าน เกณฑ์ประเมิน ECS	ร้อยละ ๘๐	<u>รพ.ที่ประเมินได้ ๕๐</u> <u>คะแนน*๑๐๐</u> รพ.ทั้งหมด	๖๙.๕๘	๕๓.๗๐	๗๔.๓๙	๖๔	๗๔.๒๗	๗๗.๕	๕๑.๖๖	๕๒.๔๖	๔๘.๗	๕๒.๘๑	๖๒.๗๙	๔๕.๗๖	๓๗.๒๖	๖๐.๙๐
๗	อัตราของ TEA unit ที่ผ่านเกณฑ์ คุณภาพ	๑๐๐%	<u>TEA unit ที่ผ่าน</u> <u>เกณฑ์คุณภาพ*๑๐๐/</u> TEA unitทั้งหมด	ผ่าน													
๘	EMS คุณภาพ		<u>ผู้ป่วยlevel๑ มาด้วย</u> <u>EMS*๑๐๐</u>	๑๓.๘ ๙													

ที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	สูตรคำนวณ	ผลการดำเนินงาน													
				เมือง	โกสุม	พยัคฆ์	บรบือ	วาปี	เขื่อง ยืน	กันทร	นา เชือก	นาดูน	แกดำ	ยางสี	กุดรัง	ชื่นชม	รวม/ เฉลี่ย
	ร้อยละผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤตมา โดยระบบ EMS		ผู้ป่วย level๑ER ทั้งหมด														

๒. การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อกำหนดการดำเนินงานในปี ๒๕๖๒

ตัวชี้วัด/เรื่องอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาล A,S,M๑

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	๑.การพัฒนากระบวนการจัดการความรุนแรงในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๒ ๒. การฝึกซ้อมการจัดการสาธารณภัย เดือนเมษายน ๒๕๖๒ ๓.มีแนวทางปฏิบัติและการจัดการ เฝ้าระวังและทบทวน อุบัติการณ์ ทุก ๒เดือน ๔.จัดบริการผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน(level ๔-๕)ใช้บริการคลินิกนอกเวลา หรือเปิด OPD ค่อยนานและลดระยะเวลาผู้ป่วยในห้อง ER
๒. บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	๑.มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤต ฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ชั่วโมง ระดับอำเภอ/ระดับจังหวัดทุก ๒ เดือน ๒.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้เข้าอบรมหลักสูตร MERT /Mini-Mert /ATLS /PHTLS/ACLS ๓.หลักสูตรลำเลียงทางอากาศยาน (แพทย์) เดือนมิถุนายน ๒๕๖๒ ๔.อบรมการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่อ ๑๐๐% เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๒ ๕. อบรมฟื้นฟูความรู้บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(เจ้า พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ,อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์) ๑๐๐% ๖.พัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลหลักสูตรการพยาบาลฉุกเฉิน (EN/ENP) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี,นครสวรรค์,ตรัง , มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๗.พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการคัดกรองผู้ป่วย(ตาม MOPH Triage) เดือน มีนาคม ๒๕๖๒
๓.ข้อมูลข่าวสาร (Information)	๑.พัฒนาระบบข้อมูล อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเพื่อนำมาใช้อปพลิเคชัน และ เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลอื่นๆ IS PHER ๒.ทบทวนคุณภาพการบริการ Trauma Audit ทุก ๔ เดือน ๔.อบรมพัฒนาระบบประสานงานโดย case manager เดือน มีนาคม ๒๕๖๒ ๕. ระบบให้ข้อมูลผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผ่าน Television media monitor ๖. เก็บรวบรวมข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยจาก manual สู่ระบบสารสนเทศ ๗. การเก็บตัวชี้วัดผ่านระบบ IT โดยมีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อ เชื่อมโยงฐานข้อมูลระดับเขต(Refer-IT-Service Plan)

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
	๘. มีแนวทางปฏิบัติข้อตกลง Admit /การConsult ๙.จัดอบรม Work force Violence เดือนมิถุนายน ๒๕๖๒
๔. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	๑.มาตรฐานความปลอดภัยรถพยาบาล (Ambulance Safety) ๒.พัฒนาระบบสื่อสาร โดยผ่านระบบ Medical Director ๓.เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นตามมาตรฐาน เช่น AED
๕. การเงิน (Financing)	๑.งบประมาณเขต ๒.งบจังหวัด ๓.งบโรงพยาบาล
๖. การนำและการอภิบาลระบบ(Leading / Governance)	๑.จัดสรรงบประมาณตามแผนปฏิบัติงาน ๒.สนับสนุนอัตรากำลังแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
๗. ชุมชน ภาควิชาและการมีส่วนร่วม (Participation)	๑.มีคณะกรรมการ ECS ระดับจังหวัดและระดับเขต ๒. มีคณะกรรมการ Trauma & Service Plan ระดับจังหวัด และระดับเขต ๓.มีคณะกรรมการ สปถ.ระดับอำเภอและระดับจังหวัด ๔.การเยี่ยมนิเทศ ติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายร่วมกับกรรมการ Service plan แต่ละสาขา

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

๑. ขาดแคลนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น EP, EN/ENP
๒. ER มีความแออัด จากการใช้บริการของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก
๓. เพิ่มศักยภาพของ รพ. ระดับ M๑ และ M๒ ลดความแออัดของ รพ. A และ S
๔. การ Refer Back ผู้ป่วยกลับ รพ. ที่เป็น Node

๔. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑. ขาดแคลนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง - EP - EN/ENP	- วางแผนอัตรากำลังเพิ่ม EP, EN/ENP	- จัดสรรอัตรากำลัง - พัฒนาแหล่งฝึกภายในเขต
๒. ER คุณภาพ	- นำ CPG มาใช้และมีการประเมินผล	-

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อ หน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
	- ทบทวนแนวทางการจัดการความ รุนแรงในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน - ฝึกซ้อมการจัดการความรุนแรงใน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก	
๓. TEA Unit ที่ได้มาตรฐาน	- พัฒนา TEA Unit ใน รพ. ระดับ A ,S ,M๑ ให้ได้มาตรฐาน	- จัดสรรอัตรากำลัง - อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ TEA Unit - ความชัดเจนของ Career path
๔. การ Refer Back ผู้ป่วย	- ส่งเสริมการ Refer Back อย่างมี ระบบกลับ	- พัฒนาระบบส่งต่อ ศูนย์ AOC ระบบประกันสุขภาพ
๕. ระบบสนับสนุน ECS คุณภาพ	บรรจุในแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล	กำกับติดตาม

คณะ ๓

การพัฒนาระบบบริหารจัดการ
เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับตรวจราชการรอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

ชื่อ นางสาววัฒนา แก้วกลยา ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ

ชื่อ นางสาวสุจิตราพร ศรีตระการโกศล ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

เบอร์โทร. ๐๔๓ - ๗๑๑๗๕๐ - ๔ ต่อ ๒๐๘ E-mail sretra.๒๕๘๙@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

บุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม (รวมทุกกลุ่มประเภท) ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ จำนวน ๑,๕๑๕ คน (ไม่นับรวมลูกจ้างชั่วคราวรายวัน/รายคาบ) และข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๒ (ข้อมูลปัจจุบัน ๑ มิถุนายน ๒๕๖๒) ประกอบด้วยข้าราชการ ๘๐๔ คน ลูกจ้างประจำ ๘๗ คน พนักงานราชการ ๔๙ คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ๕๐๗ คน และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ๖๘ คน รวม ๑,๕๐๖ คนงบประมาณรายจ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง และค่าตอบแทน จำนวน ๒๒๑,๖๕๖,๗๐๐.๕๕ บาท (LA/ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒)

กลุ่มเป้าหมายปี ๒๕๖๒ ประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน และจากข้อมูลอัตรากำลัง ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๒ พบว่า

โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการสูญเสียบุคลากร จำนวน ๔๙ คน คิดเป็น ๓.๒๓ % เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรทั้งหมด ๑,๕๑๕ คน (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑) โดยแบ่งตามสาเหตุการสูญเสีย ดังนี้ ลาออก จำนวน ๓๙ ราย และการย้าย/ไปช่วยปฏิบัติงานที่ส่วนราชการ จำนวน ๑๐ ราย ไม่มีจำนวนผู้ถูกไล่ออก/ให้ออก

เมื่อจำแนกตามสายงาน พบว่าโดยส่วนใหญ่เป็นประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ใน กลุ่มพนักงานบริการ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ และพยาบาลวิชาชีพ ในกลุ่มข้าราชการจะเป็นการลาออกเพื่อได้รับการเรียกตัวเพื่อบรรจุเข้ารับราชการในประเภท/สายงาน

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		ปีงบประมาณ ๒๕๖๒		
		ต.ค.๖๑-มิ.ย.๖๒		
๑. ร้อยละของตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด	ร้อยละ ๕	จำนวนตำแหน่งว่างทั้งหมด ๒๕ อัตรา	บริหารอัตรารว่างได้ ๘ อัตรา	๓๒%

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		ปีงบประมาณ ๒๕๖๒		
		ต.ค.๖๑-มิ.ย.๖๒		
๒. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๑	ร้อยละ ๗๑	จำนวนอัตราตามกรอบ ๗๗ อัตรา	จำนวนที่มีจริง ๕๕ อัตรา	๗๑.๔๒ %

โรงพยาบาลมหาสารคาม มีตำแหน่งว่างคงเหลือจำนวน ๑๗ อัตรา (จากตำแหน่งว่าง ๒๕ ตำแหน่ง/อัตรา เมื่อเทียบกับตำแหน่งทั้งหมด ๘๕๓ ตำแหน่ง/อัตรา (ข้าราชการและพนักงานราชการ) เทียบสัดส่วนแล้วสามารถบริหารจัดการอัตราว่างได้คิดเป็นร้อยละ ๓๒

จากข้อมูลพบว่าโรงพยาบาลยังไม่สามารถบริหารจัดการตำแหน่งว่างคงเหลือได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากจำนวนอัตราว่างที่ว่างลงในกรณีเกษียณอายุราชการ เป็นประเภทตำแหน่งที่ได้รับจัดสรรคืนเฉพาะกลุ่มประเภทสายงานหลัก ประเภทวิชาการ และดำเนินการขอรับย้ายรับโอน ซึ่งต้องผ่านการพิจารณาให้ความเห็นชอบในระดับเขตก่อนดำเนินการ และขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการขอรับโอนเพื่อมาดำรงตำแหน่งว่าง และมีบางตำแหน่งในประเภทสายงานสนับสนุนประเภททั่วไปที่ต้องรอรับการจัดสรรคืนจากคปร. และปัจจุบันก็ยังไม่ได้รับการจัดสรรคืน จึงทำให้ยังคงมีอัตราว่างเหลืออยู่ และอัตราว่างตำแหน่งนายแพทย์ ที่ถูกกำหนดเป็นระดับเชี่ยวชาญและที่ค้ำจายกระบบที่ทาง สป.ยังไม่ได้บริหารจัดการซึ่งอาจจะอยู่ระหว่างดำเนินการขอประเมินผลงานเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งในระดับสูงขึ้น และตำแหน่งที่ไม่สามารถสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งว่างที่ว่างจากการย้าย/ลาออกได้ เช่น ตำแหน่งช่างทันตกรรม

ลำดับ	สายงานให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน)	กรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน [A]	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสายให้บริการทางการแพทย์(ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน) ที่มีอยู่จริง*๒ [B]	ร้อยละบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ (≥ ร้อยละ ๗๑) [C = (B/A)x๑๐๐]
๑	นายแพทย์	๑๓๐	๑๒๓	๙๔.๖๑
๒	ทันตแพทย์	๑๕	๑๔	๙๓.๓๓
๓	เภสัชกร	๓๘	๓๙	๑๐๒.๖๓
๔	พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค	๖๒๙	๕๙๘	๙๕.๐๗
๕	จพ.ทันตสาธารณสุข	๖	๑๔	๒๓๓.๓๓
๖	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	๓๐	๑๙	๖๓.๓๓
๗	ช่างทันตกรรม	๑	๐	๐
๘	นวก.สาธารณสุข/จพ.สาธารณสุข	๒๑	๒๒	๑๐๔.๗๖
๙	แพทย์แผนไทย	๑๐	๑๒	๑๒๐
๑๐	นักเทคนิคการแพทย์/ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/	๔๙	๓๕	๗๑.๔๒

ลำดับ	สายงานให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน)	กรอบอัตรากำลัง ที่กำหนดใน ระดับหน่วยงาน [A]	จำนวนบุคลากรสาธารณสุข สายให้บริการทางการแพทย์(ยกเว้น สายวิชาชีพขาดแคลน) ที่มีอยู่จริง* ^๒ [B]	ร้อยละบุคลากร สาธารณสุขเพียงพอ (≥ ร้อยละ ๗๑) [C = (B/A)×๑๐๐]
	จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์			
รวม		๘๘๙	๘๗๖	๙๗.๔๔

ข้อมูลจากระบบโปรแกรมบริหารทรัพยากรบุคคล (HROPS) ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๒ (๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๒)

หมายเหตุ :

** บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง ความเพียงพอของบุคลากรสาธารณสุข ๕ ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)) ในสายงานการให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายงานขาดแคลน) จำนวน ๑๐ สายงาน

จากข้อมูลปัจจุบัน ณ วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๒ พบว่า มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอร้อยละ ๗๑.๔๒ (จนท.บุคลากรสาธารณสุขสายให้บริการทางการแพทย์(ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน) ที่มีอยู่จริง ๕๕ คน เทียบกับกรอบอัตรากำลังที่มีอยู่จำนวน ๗๗ อัตรา และจากสถานการณ์ปัจจุบันของโรงพยาบาลมหาสารคาม ถือว่ามีปัญหาในเรื่องการขาดแคลนอัตรากำลังกลุ่มวิชาชีพ ซึ่งอาจจะมีบ้างในบางกลุ่มวิชาชีพที่มีความต้องการเพื่อมาพัฒนางานในระบบการให้บริการกับผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เช่น ตำแหน่งเจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักกิจกรรมบำบัด ช่างกายอุปกรณ์ ช่างภาพการแพทย์ นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละของหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละของหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	- บริหารอัตรากำลังให้เป็นไปตามกรอบโครงสร้างและความต้องการให้สอดคล้องกับภารกิจอย่างเหมาะสม - จัดทำแผนความต้องการแต่ละหน่วยงาน เทียบกับภารกิจหลักกับกรอบโครงสร้างตาม FTE - จัดระบบการสรรหาอัตรากำลังเชิงรุก - จัดระบบรับข้อมูล (Exit interview) เพื่อทำการปรับปรุง - จัดระบบประเมินสมรรถนะรายบุคคล
๒. Information	- บันทึกข้อมูลอัตรากำลังในระบบ hroph ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
	- มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์/แจ้งเวียนหนังสือและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานด้านทรัพยากรบุคคลทางระบบอิเล็กทรอนิกส์/ไลน์ ฯลฯ
๓. Intervention / Innovation	- มีการวางแผนอัตรากำลังร่วมกันในระดับ CUP โดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพที่ขาดแคลนเพื่อสนับสนุนงานบริการ
๔. Integration	
๕. Monitoring / Evaluation	มีการรายงานสถานการณ์ด้านกำลังคนแก่ผู้บริหาร เพื่อนำไปวางแผนในการสรรหา/เลือกสรรบุคลากรเพื่อสนับสนุนการให้บริการอย่างเหมาะสมและเพียงพอ

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒ เพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการจำนวน

- มีการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ วิเคราะห์ภาระงาน จัดสรร/เลือกสรรอัตรากำลังคนในกลุ่มวิชาชีพที่ขาดแคลนเพื่อสนับสนุนงานบริการ เช่น สนับสนุนทุนการศึกษา สนับสนุนทุนการวิจัย โดยมีคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล/คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล พิจารณาร่วมกับในระดับองค์กร
- โครงการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ให้บุคลากรมีความสามารถเพิ่มเพื่อภาระงานที่ซับซ้อน

- พิจารณา Node เพื่อกระจายภาระงานของโรงพยาบาลมหาสารคาม

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

การดำเนินการผ่านคณะกรรมการ HRM

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

ดำเนินการสรรหา/เลือกสรรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสมมาดำรงตำแหน่งได้ตรงตามความต้องการอย่างเหมาะสม และมีการวางแผนความก้าวหน้าในสายวิชาชีพเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของบุคลากรในการสืบทอดตำแหน่งในระดับบริหาร

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ นางทิพย์พาณี สกุล มารีน ตำแหน่ง หัวหน้างานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

เบอร์โทร ๐๙๑-๘๑๓๓๕๓๙ E-mail : tippane0๓@hotmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

๑.๑ โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับมาตรฐานจำนวนเตียง ๕๘๐ เตียง มีบุคลากรจำนวน ๑,๗๑๐ ราย (ข้อมูล ณ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑) ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “บริการเป็นเลิศ เครือข่ายเข้มแข็ง” โดยมีค่านิยมองค์กร “จริยธรรมดี มีมาตรฐาน บริการสังคม อุดมความรู้ สู้หัวใจความเป็นมนุษย์” เน้นการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมในองค์กรให้บุคลากรเป็นคนดี มีคุณภาพ และได้นำนโยบายสู่การปฏิบัติ ผ่านโครงการและการปฏิบัติต่างๆ เพื่อปลูกฝังค่านิยมอยู่ในบุคลากรทุกคน ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลสัมฤทธิ์ผล บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” จนได้รับรางวัลการพัฒนาองค์กรคุณธรรมต้นแบบในระดับจังหวัด ในปี ๒๕๖๑

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบรายปี

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เกณฑ์	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (๑ ต.ค.๖๑ ถึง ๓๑ พ.ค.๖๒)
จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข จังหวัดละ ๑ แห่ง	๑๐๐% ๘๕ หน่วยงาน	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%
๑. ดัชนีชี้วัดความสุขขององค์กร	ระดับ Happy	-	ระดับ Happy	-	ระดับ Happy ๖๓.๒๓ %
๑.๑ ดัชนีวัดความสุข HPI	ระดับ กำลังพัฒนา	-	ระดับ น่าปลื้มที่สุด ๗๕.๔๐ %	-	ระดับ กำลังพัฒนา ๖๐.๖๐ %
๒. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	>๘๐%	๘๗.๙๓%	๘๗.๗๓%	๘๓.๓๗%	OPD ๘๐.๑๘% IPD ๘๕.๙๖%
๓. บุคลากรมีผลงานดีเด่นต่อเนื่อง	>๑๕ รางวัล	๑๗ รางวัล	๒๐ รางวัล	๒๒ รางวัล	๓๔ รางวัล
๔. ร้อยละบุคลากรเข้ารับการพัฒนาคูณธรรมจริยธรรมตามแผน	๘๐ %	๘๐ %	๘๐.๖๘ %	๙๐.๘๑ %	๙๓.๕๗ % (๑,๖๐๐ คน)
๕. มีจำนวนโครงการที่ขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขอย่างต่อเนื่อง	๑๐๐%	๑๙ โครงการ (๑๐๐%)	๑๔ โครงการ (๑๐๐%)	๑๕ โครงการ (๑๐๐%)	๑๖ โครงการ (๘๑.๒๕%) ดำเนินการแล้ว เสร็จ ๑๓ โครงการ
๖. ร้อยละของหน่วยงานมีบุคลากรพัฒนาตนเองให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น	๘๕ หน่วยงาน ๘๐%	-	-	-	๙๒.๓๓%

๒. ๒.การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อกำหนดการดำเนินงานในปี ๒๕๖๒

๒.๑ การวิเคราะห์เชิงระบบตามแผนการพัฒนางานองค์กรคุณธรรมและองค์กรสร้างสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	๑.๑ มีการกำหนดนโยบายองค์กรคุณธรรม องค์กรสร้างสุขเป็นลายลักษณ์อักษร ๑.๒ มีการทบทวนโครงสร้าง ปรับคณะกรรมกร ผู้บริหารในการพัฒนางานองค์กรและพัฒนาศักยภาพครอบคลุมทุกภารกิจ ๑.๓ มีการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพด้านกิจกรรม/โครงการต่างๆ ๑.๔ มีการประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างองค์กรคุณธรรมและองค์กรแห่งความสุข
๒. Information	๒.๑ มีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคลากรในองค์กร เช่น การ Groups line, Groups facebook, MSN ๒.๒ มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ HR ของแต่ละหน่วยงานครอบคลุมทุกหน่วยงาน เพื่อประสานติดตาม
๓. Intervention innovation	มีการจัดทำโครงการต่างๆครอบคลุมการนำดัชนีชี้วัดความสุขของคนทำงานไปใช้ (Happinometer) ๓.๑ กิจกรรมส่งเสริม Happy body เพื่อการมีสุขภาพที่ดี มีกิจกรรมและนโยบายอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล การลดอาหารว่างที่มีแคลอรีสูง ลดอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม มากเกินไป กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย การรณรงค์ตรวจสุขภาพประจำปี การค้นหาบุคลากรต้นแบบด้านสุขภาพ จัดหาอุปกรณ์และสถานที่ฟิตเนส มีครูฝึกการออกกำลังกาย เป็นต้น รวมทั้งมีแผนงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการแพทย์วิถีธรรม มุ่งเน้นธรรมชาติบำบัด มีการตรวจสุขภาพบุคลากรใหม่ก่อนเข้าทำงาน มีกิจกรรมปฐมนิเทศ ๓.๒ กิจกรรมส่งเสริม Happy Heart, Happy Relax, Happy Soul, Happy Family, Happy Society โรงพยาบาลใช้แนวคิดในการส่งเสริมการพัฒนางานองค์กรคุณธรรมต้นแบบ มุ่งให้บุคลากรมีความซื่อสัตย์ โปร่งใส ใส่ใจบริการ โดยมีกิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม และค่านิยมในการทำงานของบุคลากร เป็นกิจกรรมธรรมาตรา “ทำดีด้วยหัวใจด้วยธรรมะปฏิบัติ” การเข้าค่ายพัฒนาจิตบุคลากรหลักสูตร ๕ วัน กิจกรรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยด้วยค่านิยมจิตอาสา กิจกรรมมุทิตาจิตส่งเสริมความกตัญญู ณ วันที่ ๑ ตุลาคม๒๕๖๑ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ได้ดำเนินโครงการแล้วเสร็จจำนวน ๑๓ โครงการ คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๒๕ ของโครงการทั้งหมด ๑๖ โครงการ โครงการที่ดำเนินการเกี่ยวกับกิจกรรม Happy Heart, Happy Relax, Happy Soul, Happy Family, Happy Society ดังนี้ ๑. โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมและค่านิยมในการทำงานของบุคลากร ๒. โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำเสนอผลงานวิชาการด้านคุณธรรมจริยธรรมระดับเขต ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ๓. โครงการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยด้วยค่านิยมจิตอาสา ๔. โครงการจัดงานส่งเสริมจริยธรรมในวันสำคัญ กิจกรรมวันสงกรานต์

	๕. โครงการส่งเสริมค่านิยมการเป็นพลเมืองที่ดี
หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
	๓.๓ กิจกรรมส่งเสริม Happy Work life ด้วยภาระงานหลักและขาดแคลนบุคลากร บางสาขา เช่น พยาบาลวิชาชีพ เกษษกร เทคนิคการแพทย์ งานช่าง งานโยธา นิติกร ทำให้มีการทบทวนอัตรากำลัง และจัดสรรอัตรากำลังเพิ่มเติม มีการสรรหาอัตรากำลัง เร่งด่วนโดยการจ้างแบบรายวันเพื่อทดแทนส่วนขาด มีการทบทวนการกระจายอัตรากำลัง ระบบค่าตอบแทน การจัดเวรเสริม และปรับระบบเวรพยาบาล และกำหนดตำแหน่ง พนักงานราชการ ๕ ตำแหน่งที่สำคัญเพื่อสร้างขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าในหน้าที่การ งาน นอกจากนั้นยังมีโครงการต่างๆ เกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริม Happy Work life ๑. โครงการพัฒนาหมอนวดแผนไทยเพื่อรองรับนโยบาย Herb City ๒. โครงการพัฒนาระบบคุณภาพด้านบริการ รพ.มค. “พัฒนาบุคลากรเพื่อบรรลุปริการเป็น เลิศ” ๓. โครงการส่งเสริมการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารในงานการแพทย์ ๔. โครงการทบทวนการประเมินสมรรถนะเพื่อพัฒนาทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ๕. โครงการพัฒนาศักยภาพภาวะผู้นำของหัวหน้างาน ๖. โครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรก่อนประจำการ ๗. โครงการแลกเปลี่ยนบุคลากรทางการแพทย์กับโรงพยาบาลโอคายามาไซชิโก ประเทศ ญี่ปุ่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ๘. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากร (ผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ) ๙. โครงการศึกษาดูงานเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการและระบบ ธรรมาภิบาลในองค์กร ๑๐. โครงการส่งเสริมความรู้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสนับสนุน (Product Champion)
๓. Intervention innovation	๓.๔ กิจกรรมส่งเสริม Happy Money เนื่องจากผลการประเมิน Happy money ของบุคลากรพบว่าปัญหาสูงสุด บุคลากรส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ทำให้จำเป็นต้องหาแนวทางช่วยเหลือ เช่น ระบบสหกรณ์ออมทรัพย์ ระบบร้านค้าสวัสดิการ ตลาดนัดสินค้าเกษตรปลอดสารพิษราคาถูก รวมทั้งการจัดตลาดนัดออนไลน์เพื่อให้สมาชิกได้ มีอาชีพเสริม ค่าขายสินค้าอุปโภคบริโภคในเครือข่ายชาวโรงพยาบาลมหาสารคามให้เกิด เงินทุนหมุนเวียนในองค์กรสนับสนุนรายได้ในกลุ่มบุคลากรสมาชิก มีกิจกรรมการออมเงิน การลงทุนในหุ้นกิจการร้านค้าและสหกรณ์ออมทรัพย์ โดยมีกิจกรรมส่งเสริม Happy Money ดังนี้ ๑. โครงการพัฒนาชีวิตใหม่ของบุคลากร ๓.๕ กิจกรรมส่งเสริม Happy Brain ด้วยบุคลากรในโรงพยาบาลทางการแพทย์และ ระบบสนับสนุนจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ มี แผนที่ตามระบบคอมพิวเตอร์เพื่อความรวดเร็ว ทันสมัยในการศึกษาค้นคว้า มีการจัดทำ Smart Card สำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อการบริหารข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งพัฒนาบุคลากร ด้านการศึกษาวิจัย การศึกษาต่อเฉพาะทางให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาพัฒนาห้องสมุด ให้เป็นมาตรฐานสากลมากขึ้น

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๔. Integrate	๔.๑ ในการทำงานพัฒนาองค์กรแห่งความสุข มีการบูรณาการโดยทำงานในรูปแบบการทำงานแบบสาขาวิชาชีพคณะกรรมการ เช่น คณะกรรมการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เพื่อร่วมกันกำหนดนโยบายและจัดทำกิจกรรมโครงการดูแลสุขภาพบุคลากรร่วมกันกับงาน สุขศึกษา งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการดำเนินการตรวจสอบสุขภาพ ประเมินข้อมูล แจ้งข้อมูล และคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ติดตามประเมินผล ๔.๒ มีการติดตามเยี่ยมหน่วยงานและสุขภาพบุคลากรเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ ๔.๓ กิจกรรมเชิดชูคนดี คนเก่ง คนมีคุณธรรมขององค์กร คณะกรรมการบริหารเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในชีวิตการทำงาน
๕. Monitoring/ Evaluation	๕.๑ มีการติดตาม ประเมินผลโครงการ ผลการประเมินตามตัวชี้วัด วิเคราะห์ผลการตอบแบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขในการทำงาน ๕.๒ ผู้รับผิดชอบงาน HR ส่วนใหญ่ร่วมเป็นคณะกรรมการที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์กร เพื่อนำข้อมูลไปใช้ติดตามและพัฒนาองค์กรให้ครอบคลุมทุกมิติของความสุขในการทำงาน ๕.๓ ภารกิจที่สำคัญต่อองค์กรเชิงนโยบายจะมีระบบรายงานประจำเดือนในเวทีคณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการสหวิชาชีพ ระดับหน่วยงาน ๕.๔ มีแผนกำหนด HRD ประจำหน่วยงานเพื่อสื่อสารนโยบายและติดตามความก้าวหน้าในงานความเสี่ยงด้านบุคลากรและระบบบริหารผลงานและการพัฒนาบุคลากร

๓. การดำเนินการตามข้อสั่งการและแก้ไขปัญหาอุปสรรค จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒

๓.๑ การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมองค์กรแห่งความสุข ยังขาดความต่อเนื่องและการตอบสนองที่ไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากองค์กรมีความหลากหลายของหลายตำแหน่งงาน หลากหลายภารกิจ และมีบุคลากรจำนวนมาก ทำให้มีปัจจัยต่อความสุขของบุคลากรแต่ละกลุ่มแตกต่างกันไป ดังนั้นหากจะดำเนินการกิจกรรมโครงการจำเป็นต้องอาศัยงบประมาณในการตอบสนองผ่านโครงการต่างๆด้วยการลงทุนงบประมาณจำนวนมาก งบประมาณซึ่งเป็นเงื่อนไขต่อความสำเร็จและการขับเคลื่อนนโยบายด้วย เป็นต้น

๓.๒ การประเมินติดตามผลโครงการยังขาดการวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนา

๔. Best Practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ รางวัลที่ได้รับ

๔.๑ โครงการตลาดนัดออนไลน์ส่งเสริมอาชีพบุคลากรทั้งด้านบริโภคและอุปโภคโดยมีวัตถุประสงค์การกระจายรายได้ของบุคลากรในกลุ่มบุคลากรด้วยกันเองในองค์กร ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปซื้อหาสินค้าอุปโภค บริโภค และส่วนใหญ่เป็นสินค้าเกษตรที่บุคลากรปลูกและผลิตขึ้นเองเป็นสินค้าหัตถกรรม และสินค้าในชุมชน ทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน การแบ่งปันน้ำใจ การเห็นใจเข้าใจซึ่งกันและกัน เป็นรูปแบบกิจกรรมที่สามารถส่งเสริมการพัฒนาชีวิตบุคลากรและเป็นตัวอย่างครอบครัวที่ดีในการขยันหารายได้ ขยันประกอบอาชีพ ทำให้เกิด Happy money, Happy Heart, Happy family, และ Happy Society ได้อย่างดี

๔.๒ โครงการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม ธรรมยาตรา ทำดีด้วยหัวใจด้วยธรรมะปฏิบัติ เป็นโครงการที่บูรณาการความร่วมมือร่วมกับชุมชน วัด โรงพยาบาล เครือข่ายและประชาชนที่เป็นญาติธรรม มาร่วมเข้า

ค่ายกิจกรรมเรียนรู้ธรรมะ อาศัยความอดทน ความเอื้อเฟื้อ ทาน ศีล ภาวนา ซึ่งได้จัดกระทำทุกปีมีบุคลากร และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำควบคู่กัน

๕. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน

โครงการจัดงานส่งเสริมจริยธรรมในวันสำคัญ กิจกรรมวันสงกรานต์
ในวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๒
ณ บริเวณโดมอาคารศูนย์แพทยศาสตร และบริเวณหน้าพระประธาน ข้างอาคาร ๖๐ ปี
มีบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๕๐๐ คน



โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำเสนอผลงานวิชาการด้านคุณธรรมจริยธรรมระดับเขต
ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคามในวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๒ ณ โรงแรมตักสิลา จังหวัด
มหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคามส่งประกวดผลงานดีเด่นการพัฒนาคูณธรรมจริยธรรม
ในการประชุมสัมมนาพัฒนาคูณธรรมจริยธรรม เขตสุขภาพที่ ๗ ประจำปี ๒๕๖๒
ประเภทเรื่องเล่าคุณธรรม ในหัวข้อ รวมพลังจิตอาสา พัฒนาคูณธรรมสังคมไทย เทิดไท้องค์ราชันย์
“Inspiration to Innovation แสงส่องชีวิต”

คือ นายนิกร เชื้อคำฮุด ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ได้รับรางวัลชนะเลิศระดับจังหวัดและ
ได้รับรางวัลรองชนะเลิศ อันดับ ๑ ระดับเขต



โครงการส่งเสริมการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารในงานการแพทย์
 ในวันที่ ๒๐ - ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๒
 ณ ห้องประชุมจัมปาศรี อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น ๔ โรงพยาบาลมหาสารคาม
 มีบุคลากรเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๔๐ คน



โครงการพัฒนาศมรรถนะบุคลากรก่อนประจำการ
 ๑. กิจกรรมอบรมแนวทางการปฏิบัติงานและเชิงปฏิบัติการ
 ในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม-๑ มิถุนายน ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมจัมปาศรี อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น ๔
 โรงพยาบาลมหาสารคาม
 มีบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๕๐ คน,
 นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๑ คน นิติกร จำนวน ๑ คน,
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี จำนวน ๒ คนและนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน ๑ คน



โครงการพัฒนาศมรรถนะบุคลากรก่อนประจำการ
 ๒. กิจกรรมฟังบรรยาย “HAPPY MONEY” (การวางแผนการบริหารการเงินและการลงทุน)
 ในวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมตักสิลา อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น ๔ โรงพยาบาลมหาสารคาม



โครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรก่อนประจำการ
๓. กิจกรรมการเข้าค่ายพัฒนาจิตบุคลากร โรงพยาบาลมหาสารคาม
ในวันที่ ๑๑ - ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๒ ณ วัดอู่ปราสาท.ท่าสองคอน อ.เมือง จ.มหาสารคาม



สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ ร้อยละของ รพ. สังกัด กสธ.มีคุณภาพผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓

ผู้รับผิดชอบชื่อ นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๑. สถานการณ์

โรงพยาบาลมหาสารคามเข้าสู่กระบวนการรับรองกระบวนการคุณภาพ และผ่านการรับรองมาตรฐานฉบับปีกาญจนาภิเษก ครั้งแรก ตั้งแต่วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๔๘ -๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๐ จนกระทั่งโรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี ผ่านกระบวนการรับรองกระบวนการ (Accreditation) ตั้งแต่วันที่ ๒๔ กพ.๒๕๕๕-๒๓ กพ.๒๕๕๗ ผ่านการรับรองกระบวนการประเมินซ้ำ ครั้งที่ ๑ (Re-accreditation ๑st) วันที่ ๓๐ พค.๒๕๕๗ -๒๙ พค.๒๕๖๐ และครั้งที่ ๒ (Re-accreditation ๒ nd) วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ -๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ และโรงพยาบาล ทุ่มเทความมุ่งมั่นในการจัดการด้านคุณภาพ และต่อยอดไปสู่การพัฒนาตามแนวทาง Advance HA ต่อไป

แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	มาตรการ	ผลการดำเนินงาน			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๘ เดือน	๑๒ เดือน
โรงพยาบาลมหาสารคาม ผ่านการรับรอง Advance HA	ผ่านการ รับรอง	๑.สร้างการเรียนรู้ภายใน หน่วยงาน ๒.ติดตามเยี่ยม หน่วยงาน ๓.รับการเยี่ยม เพื่อเฝ้าระวัง ๔.เข้าสู่ กระบวนการ รับรอง Advance HA ภายในปี ๒๕๖๔	เรียนรู้ มาตรฐาน Advance HA	กระบวนการ เรียนรู้ ภายใน หน่วยงาน	ติดตาม เยี่ยม หน่วยงาน และ รายงาน ความก้าวหน้า	รับการเยี่ยม เพื่อเฝ้าระวัง จาก สรพ.

๒. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๒.๑ การประเมินประสิทธิผลของระบบการนำในประเด็นต่างๆ เช่นระบบการนำที่คำนึงถึงความสามารถของบุคลากร และส่งเสริมพัฒนา การรับฟังความต้องการของผู้รับบริการ มาเป็นข้อมูล ดำเนินการ การตั้งความคาดหวังต่อผลการดำเนินงาน

๒.๒ การประเมินความเสี่ยงเชิงกลยุทธ์ หาปัจจัยที่อาจทำให้องค์กรไม่สามารถดำเนินตามแผนได้ ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และทรัพยากรอื่นๆ

๒.๓ การกำกับติดตามทางคลินิก ทบทวนตัวชี้วัดสำคัญที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และมีการเปรียบเทียบผลงาน (Benchmark) ที่เหมาะสม

๒.๔ นำแนวคิด ๓P และPCSA ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพด้วยความเข้าใจ ทบทวนระบบต่างๆ ที่วางไว้และดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

๓. ปัญหาอุปสรรค

๓.๑ ความรู้ ความเข้าใจเรื่องกระบวนการ มาตรฐานคุณภาพเนื่องจากการปรับเปลี่ยนมาตรฐานใหม่

๓.๒ ความไม่ต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพ และการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพของแต่ละหน่วยงาน

๓.๓ ระบบสารสนเทศที่ไม่เป็นปัจจุบัน นำเชื่อถือ และเข้าถึงง่าย

๓.๔ ยังไม่มีการกำกับติดตามทางคลินิกในระดับโรงพยาบาล

๔. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

สนับสนุนด้านกำลังคนงานพัฒนาคุณภาพ และความก้าวหน้าในวิชาชีพ

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ นางสาวภาภรณ์ นามสกุล คณะเวชศาสตร์ ดุสิต ปฎิบัติหน้าที่รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร

เบอร์โทร ๐๘๑-๒๖๑-๐๙๖๙ E-mail

ชื่อ นางสาวสุภาพร นามสกุล จันทิชัย ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป

เบอร์โทร ๐๘๗-๒๓๗-๑๕๕๑ E-mail koisuphaphorn@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

การดำเนินงาน ITA จะใช้วิธีประเมินโดยสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้เฉพาะหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น ๕ ดัชนี คือ

๑. ความโปร่งใส (Transparency Index)
๒. ความพร้อมรับผิดชอบ (Accountability Index)
๓. ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index)
๔. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture Index)
๕. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity Index)

โดยปีงบประมาณ ๒๕๖๒ แบบประเมินมีทั้งหมด ๒๖ หัวข้อการประเมิน ในไตรมาสที่ ๑ โรงพยาบาลมหาสารคามผ่านการประเมิน ในดัชนีความโปร่งใส (Transparency Index) ในการจัดซื้อจัดจ้าง ไตรมาสที่ ๒ ต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน ในร้อยละ ๘๐ จากหัวข้อการประเมินทั้งหมด ๒๖ ข้อ ผลคะแนนที่ได้ คือ ๒๓ คะแนนจาก ๑๐๐ คะแนน ยังไม่ผ่านการประเมินในไตรมาสที่ ๒ เนื่องจากรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ยังไม่ครบตามข้อการประเมินและอยู่ระหว่างเตรียมเอกสาร ไตรมาสที่ ๓ ต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน ที่ร้อยละ ๘๕ ซึ่งอยู่ระหว่างรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์และประเมินให้คะแนน

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบกับรายปี

ตารางผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่องระดับความสำเร็จของร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (๘ ด.) ต.๖๑-พ.๖๒
		ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐
ร้อยละของหน่วยงานใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๐	๙๖.๙๗	๙๐.๙๑	ไตรมาส ๑ : ผ่านเกณฑ์ การประเมินดัชนีความ โปร่งใส ตามตัวชี้วัดที่ ๑ การจัดซื้อจัดจ้าง ไตรมาส ๒ : ๒๓ คะแนน

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้คะแนนการประเมินคุณธรรมความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ด้วยวิธีประเมินตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ร้อยละ ๙๖.๙๗ เกณฑ์การประเมิน

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ได้คะแนนการประเมินคุณธรรมความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ด้วยวิธีประเมินตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ร้อยละ ๙๐.๙๓

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไตรมาสที่ ๑ ผ่านเกณฑ์การประเมินดัชนีความโปร่งใส ตามตัวชี้วัดที่ ๑ การจัดซื้อจัดจ้าง ไตรมาสที่ ๒ ได้คะแนนการประเมินตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ ๒๓ คะแนน ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการรวบรวมเอกสารหลักฐานประกอบ

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่องร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงาน ตัวชี้วัด/เรื่องร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ITA แยกตามหัวข้อการประเมินให้ชัดเจนขึ้น
๒. Information	๑. มีการรวบรวมเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามหัวข้อการประเมินตั้งแต่ EBIT๑ – EBIT ๒๖
๓. Intervention / Innovation	๑. การประกาศเจตจำนงสุจริตของผู้บริหารเพื่อการบริหารงานที่โปร่งใส ๒. การอบรมให้ความรู้เพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ๓. ประกาศเจตจำนงสุจริต อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน ๒. ประเมินตนเองตามแบบประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessment (เฉพาะ EB๔-EB๖) ๓. ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒
๔. Integration	เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบแต่ละ EBIT ประเมินตนเองตามแบบประเมินและรวบรวมเอกสารและหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้ผู้ประสานงาน เพื่อประเมินให้คะแนนจากคณะกรรมการเขต
๕. Monitoring / Evaluation	รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อตรวจสอบประเมินให้คะแนนจากคณะกรรมการเขต

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒

- มีการให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบแต่ละหัวข้องการประเมินตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ประเมินตนเองตามแบบสำรวจและรวบรวมเอกสารตามหัวข้องการประเมินรวบรวมให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่รวบรวมเอกสารเพื่อส่งแบบประเมินและหลักฐานประกอบให้คณะกรรมการระดับเขตตรวจประเมิน

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑-๒ ย่อหน้า

- มีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการITA เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตอบแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ตามแต่ละดัชนีเพื่อความสะดวกและความเข้าใจของเจ้าหน้าที่

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑-๒ ย่อหน้า

- การมีคณะกรรมการดำเนินงานที่มีความรู้ในแต่ละด้านของการประเมินทำให้สามารถตอบแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์และรวบรวมเอกสารหลักฐานประกอบการประเมินได้รวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ ทำให้ผ่านเกณฑ์การประเมินและได้คะแนนในระดับที่สูง

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มี

ระบบการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ นางสาวสุภาภรณ์ นามสกุล คณะเวชศาสตร์ ตำแหน่ง ปฏิบัติหน้าที่รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร

เบอร์โทร ๐๘๑-๒๖๑-๐๙๖๙ E-mail

ชื่อ นางสาวสุภาพร นามสกุล จันทิชัย ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป

เบอร์โทร ๐๘๗-๒๓๗-๑๕๙๑ E-mail koisuphaphorn@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

การดำเนินงานควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการแต่งตั้งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบและผู้ใช้งานระบบตรวจสอบภายในผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic internal Audit : EIA) ระบบตรวจสอบภายใน ๕ มิติ โดยจัดเตรียมเอกสารการประเมินแต่ละมิติ ในไตรมาสที่ ๑- ๓ (เดือน พฤษภาคม) มีการรวบรวมรายงานควบคุมภายใน (แบบ ปค.)จากหน่วยงานต่างๆ เพื่อจัดทำรายงานควบคุมภายในระดับหน่วยรับตรวจ หน่วยงานที่ส่งรายงานคิดเป็น ๕๕ % ของหน่วยงานทั้งหมดในโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีการออกหนังสือกำกับติดตามให้หน่วยงานที่ยังไม่ได้ส่งรายงานได้ส่งรายงานตามกำหนด เพื่อจะได้นำรายงานควบคุมภายในของหน่วยงานย่อยมาวิเคราะห์และจัดทำเป็นแบบ ปค.ของโรงพยาบาลมหาสารคามส่งสำนักงานสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงต่อไป

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่องระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัดภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (๘ ต.) ตค.๖๑-พค.๖๒
ระดับความสำเร็จของ หน่วยงานสังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มี ระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการ บริหารความเสี่ยงระดับ จังหวัด	ผ่านเกณฑ์ การ ประเมิน ครบทุก ขั้นตอน	ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน	ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน	อยู่ระหว่างประเมิน

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๑ ได้จัดทำรายงานควบคุมภายใน แบบ ปอ.๑, แบบ ปอ.๒ และแบบ ปอ.๓ ตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินจัดส่งให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจังหวัดมหาสารคาม และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับงวดสิ้นสุด ณ วันที่ ๓๐ กันยายน (รอบ ๑๒ เดือน) และจัดส่ง รายงานควบคุมภายใน แบบ ติดตาม ปอ.๓ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (รอบ ๖ เดือน) และได้ประเมินตนเองตามแบบประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง ๕ มิติ ได้แก่ มิติด้านการเงิน มิติด้านการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล มิติด้านงบการเงิน มิติด้านบริหารพัสดุ และมิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบและผู้ใช้งานระบบตรวจสอบภายในผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic internal Audit : EIA) ระบบตรวจสอบภายใน ๕ มิติ และมีการเข้ารับการตรวจประเมินจากคณะกรรมการควบคุมภายในระดับจังหวัดและระดับเขต จัดส่งแบบประเมินควบคุมภายใน ๕ มิติผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA) พร้อมหลักฐานแนบ ซึ่งอยู่ระหว่างการประเมิน

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่องระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงาน ตัวชี้วัด/เรื่องระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	๑. แต่งตั้งผู้รับผิดชอบและผู้ใช้งานระบบตรวจสอบภายในผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic internal Audit : EIA)
๒. Information	๑. ให้ผู้รับผิดชอบแต่ละมิติของการประเมินการควบคุมภายใน ๕ มิติ (EIA) ทำการประเมินแต่ละมิติและแนบเอกสารหลักฐานประกอบการประเมิน ๒. คณะกรรมการควบคุมภายในและคณะกรรมการตรวจสอบภายในประชุมจัดทำรายงานการควบคุมภายในระดับองค์กร (จัดทำแบบ ปค.๓ แบบ ปค.๔และแบบ ปค.๕)
๓. Intervention / Innovation	๑. จัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow Chart) ตามภารกิจของหน่วยงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และมีรายงานทางการเงินน่าเชื่อถือ และมีการปฏิบัติตามกฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ๒. จัดทำรายงานควบคุมภายในและติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน ตามแบบที่กระทรวงการคลังกำหนด จัดส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม รอบ ๖ เดือน ภายในวันที่ ๓๐ เมษายน ของทุกปี รอบ ๑๒ เดือน ภายในวันที่ ๓๐ ธันวาคม ของทุกปี

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
	๓.ประเมินตนเองและรวบรวมเอกสารเกี่ยวกับการประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง ๕ มิติ ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic internal Audit : EIA) ๔. รับการตรวจประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัดและคณะกรรมการระดับเขต
๔. Integration	ผู้รับผิดชอบแต่ละมิติการประเมินเตรียมเอกสารประกอบการประเมิน เพื่อรอรับการประเมินจากคณะกรรมการระดับเขตและระดับจังหวัด และประสานการให้ข้อมูลแต่ละด้านของการประเมิน
๕. Monitoring / Evaluation	๑. มีการนิเทศติดตามงานจากผู้รับผิดชอบในแต่ละมิติการประเมิน ๒. ส่งแบบประเมินการควบคุมภายใน ๕ มิติพร้อมแนบเอกสารหลักฐานผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ๓. รับการประเมินจากคณะกรรมการระดับเขตและระดับจังหวัด

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒

- มีการจัดทำแผนผังการทำงานตามโครงสร้างของการควบคุมภายในทำให้การดำเนินงานเป็นไปตามระบบและมีประสิทธิภาพ

- การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบและผู้ใช้งานระบบตรวจสอบภายในผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic internal Audit : EIA) ทำให้ง่ายต่อการประสานงานและการตอบแบบประเมินการควบคุมภายใน ๕ มิติ

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

- มีการประชุมและประสานงานกับผู้รับผิดชอบแต่ละหัวข้อการประเมินเพื่อเตรียมเอกสารหลักฐานก่อนการประเมินเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี

- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้มีการประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ทำให้ประหยัดเวลาในการส่งเอกสารและการตรวจเอกสาร

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ เขตสุขภาพดำเนินการ digital transformation อย่างน้อยเขตละ ๑ จังหวัด

ผู้รับผิดชอบ นางสาวกาญจนาภรณ์ ตาราไต้

ตำแหน่ง หัวหน้าศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

เบอร์โทร ๐๔๓-๗๑๑๗๕๐ ต่อ ๒๗๐, ๒๗๑ E-mail taratai๕๕๕@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยนอก พบปัญหาดังนี้

๑. มีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มสูงขึ้น ทำให้เกิดการรอคอย ระยะเวลาบริการนาน (๒๓.๖๕% จากการตอบแบบสอบถาม ๗๐๐ คน)

ปีงบประมาณ	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด (ครั้ง)	๕๕๙,๓๗๖	๕๗๐,๑๙๙	๕๗๙,๐๑๕
จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง/วัน)	๑,๕๓๒	๑,๕๖๒	๑,๕๘๖

๒. สถานที่แออัด คับแคบ ไม่มีที่นั่งรอ (๑๒.๖๕% จากการตอบแบบสอบถาม ๗๐๐ คน)

๓. ผลสำรวจร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก แนวโน้มลดลง ปี๒๕๕๙-๒๕๖๑ คือ ๘๕.๙๖,๘๓.๒๒ และ๖๘.๗๓ ตามลำดับ OPD ชั้น ๑ เป็นหน่วยงานที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุดของโรงพยาบาล

๔. สำรวจเสียงสะท้อนของผู้มารับบริการ(Customer Voice) ปัญหาที่ผู้มารับบริการสะท้อนมากที่สุดคือ การรอนาน และไม่ทราบสถานะคิวขณะรอตรวจรอ

๕. ในไตรมาสที่ ๑ ปี ๒๖๕๒ ยังไม่มีระบบคิวในการบริการผู้ป่วยนอก

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง..เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital.

ภาพรวมของอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	ผลการดำเนินงาน				
	๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ ต.) ตค.๖๑-พค.๖๒
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	ผลงาน
๑. รพ มีระบบ Smart Tools - บัตรแสดงลำดับคิว จากตู้ Kiosk - แสดงหมายเลขคิวที่เรียกในหน้าจอทีวี					๑. ดำเนิน ตั้งแต่ ก.พ.๖๒ - มีตู้Kiosk ๒ ตู้ - มีจอ TV แสดงคิว - สามารถดูคิวจากมือถือได้

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	ผลการดำเนินงาน				
	๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ ด.) ตค.๖๑-พค.๖๒
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	ผลงาน
- แจ้งเตือนลำดับการเรียกคิว ผ่านโทรศัพท์มือถือ - นัดหมายหรือจองคิวแบบออนไลน์ - ระบบเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือ API (Application Programming Interface) ๒. รพ. มีระบบ Smart Service - การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ - การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ๓. Smart Outcome โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร					- มี App.ในการจองคิวออนไลน์ได้ - มีระบบ API ทั้งเขต เช่น nRefer และ Service plan ๒. ดำเนินการทั้งใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์และจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ๑๐๐% ตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ เป็นต้นมา ๓. อยู่ในการช่วงดำเนินการ

จากการดำเนินงาน Digital Transformation รพ. มหาสารคามได้ดำเนินการในส่วน Smart service ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นต้นมา ในส่วน Smart Tools ได้พัฒนาระบบคิว ตู้ Kiosk และ Application ดูคิวผ่านมือถือตั้งแต่เดือน ก.พ. ๒๕๖๒ ขณะนี้ดำเนินการทุกห้องตรวจใน OPD ชั้น ๑ ในส่วน Smart outcome กำลังดำเนินงานปรับระบบ Back office โดยการนำ IT มาใช้ให้เต็มรูปแบบ เพื่อให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบวางแผนการใช้ทรัพยากรทั้งโรงพยาบาล

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่องเขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital.

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงาน ตัวชี้วัด/เรื่องเขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital.

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	๑. ผู้บริหารเห็นชอบ และสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น งบประมาณ และการวางระบบ ๒. บุคลากรทางการแพทย์หน่วยงาน OPD ร่วมกับงาน IT ร่วมออกแบบระบบ
๒. Information	ปริมาณการให้บริการผู้ป่วยนอก และแบบสอบถามความพึงพอใจงานบริการของผู้ป่วยนอก (ด้าน IT)
๓. Intervention / Innovation	๑. รพ มีระบบ Smart Tools - บัตรแสดงลำดับคิว จากตู้ Kiosk - แสดงหมายเลขคิวที่เรียกในหน้าจอทีวี - แจ้งเตือนลำดับการเรียกคิว ผ่านโทรศัพท์มือถือ - นัดหมายหรือจองคิวแบบออนไลน์ - ระบบเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือ API (Application Programming Interface) ๒. รพ. มีระบบ Smart Service - การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ - การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
๔. Integration	วางระบบคิวทุกแผนกในงานบริการผู้ป่วยนอก โดย Integrate ให้ใช้คิวเดียวทุกแผนก
๕. Monitoring / Evaluation	แบบสอบถามความพึงพอใจงานบริการของผู้ป่วยนอก (ด้าน IT) ทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒

ผู้บริหารระดับสูง มอบนโยบาย ทีม IT ทำการวิเคราะห์ระบบร่วมกับงานบริการ OPD นำข้อมูลที่ได้มาออกแบบระบบ นอกจากนั้น ยังนำกระบวนการ Lean เข้ามาใช้ในการร่วมออกแบบระบบด้วย โดยได้กำหนดแผนงานดำเนินการ ไว้ดังนี้

ที่	รายการ	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑	ประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ระบบการทำงาน	←→										
๒	ออกแบบระบบระบบ		←→									
๓	จัดหาครุภัณฑ์ต่างๆ พร้อมติดตั้ง			←→								
๔	พัฒนาโปรแกรม		←→		→							
๕	ทดลองใช้ระบบ (Implementation)				←→							
๖	เริ่มใช้ระบบจริง					←→						
๗	ติดตามผล พร้อมแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น					←						→

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

จากแผนงานข้อ ๒.๑ รองผู้อำนวยการด้าน พรส. ในฐานะ CIO เป็น project manager ร่วมกับงาน IT และหน่วยงานต่างๆใน OPD ร่วมกันดำเนินงานตามแผนที่วางไว้

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

๑. ผู้บริหารเห็นชอบ และสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น งบประมาณ และการวางระบบ
๒. มีรองผู้อำนวยการด้าน พรส. ในฐานะ CIO เป็น project manager
๓. บุคลากรทางการแพทย์หน่วยงาน OPD ร่วมกับงาน IT ร่วมออกแบบระบบ
๔. บุคลากรด้าน IT มีความสามารถในการพัฒนาระบบด้วยตนเอง
๕. บุคลากรทางการแพทย์หน่วยงาน OPD มีความร่วมมือในการ Implementation
๖. มีการรายงานผล และติดตามผลการดำเนินงานในที่ประชุม คณะกรรมการบริหาร รพ.

๓. Best Practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ รางวัลที่ได้รับ

๑. การพัฒนาตู้ Kiosk เอง
๒. การพัฒนาระบบคิว และการ การแสดงคิวบนทีวี เอง
๓. การพัฒนา Application ดูคิวเอง
๔. การพัฒนาระบบ Queue Online เอง
๕. การพัฒนาระบบ HIS ในการบริการผู้ป่วยนอกแบบ Electronic Medical Recordใน OPD ๑๐๐% ขึ้นใช้เอง

๔. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน



รพ. มหาสารคามดำเนินการพัฒนาระบบ Smart Tools และ Smart service ขึ้นใช้เอง ประกอบด้วย ตู้ Kiosk ,การแสดงคิวบนจอทีวี Application ดูคิวผ่านมือถือ และระบบ Queue Online โดยทดลองใช้ระบบ ที่ งานบริการผู้ป่วยนอกชั้น ๑ จำนวน ๑๒ ห้องตรวจ เริ่มใช้งานตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๔

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ นางสาวสุภาภรณ์ คณะเวชย์ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ

ปฏิบัติหน้าที่รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร เบอร์โทร ๐๘๑-๒๖๑-๐๙๖๙

ชื่อ นางสาวสิริญาพร คงแสนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ

เบอร์โทร ๐๘๑-๙๔๙๖๙๓๑ E-mail sirin๒๔๙@hotmail.co.th

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลมหาสารคามอย่างต่อเนื่อง โดยคณะกรรมการปรับประสิทธิภาพการเงินการคลังของโรงพยาบาลมีการประชุมกำหนดแนวทางการพัฒนาเพื่อทบทวนกระบวนการบริหารงานและการดำเนินงานด้านการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมถึงมีการพัฒนากระบวนการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้จัดทำตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสร้างกลไกให้โรงพยาบาลมีการเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านการเงินการคลัง สะท้อนข้อมูลรายงานทางการเงินที่สำคัญแก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ส่งผลให้โรงพยาบาลมหาสารคามยังไม่ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ณ ปัจจุบัน

สถานการณ์ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ประสิทธิภาพการบริหารการเงิน โรงพยาบาลมหาสารคาม ระดับวิกฤติ เท่ากับ ๐

ตัวชี้วัด/ไตรมาส	ธ.ค. ๒๕๖๑	มี.ค. ๒๕๖๒	พ.ค. ๒๕๖๒
Current Ratio	๒.๖๓	๒.๕๕	๒.๔๗
Quick Ratio	๒.๑๓	๒.๐๗	๒.๐๔
Cash Ratio	๑.๑๒	๑.๑๔	๑.๑๘
ทุนสำรองสุทธิ (NWC)	๔๒๕.๕๑ ล้านบาท	๓๗๔.๐๙ ล้านบาท	๓๙๔.๗๒ ล้านบาท
กำไรสุทธิ	๓๒.๖๖ ล้านบาท	๑๑๘.๕๔ ล้านบาท	๑๑๕.๕๑ ล้านบาท
Risk Scoring (ระดับ)	๐	๐	๐
ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ (เดือน)	๒.๕๙ เดือน	๒.๔๔ เดือน	๒.๗๒ เดือน
I/E Ratio	๑.๑๐	๑.๑๕	๑.๑๒
คุณภาพบัญชี	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ต้นทุน Unit Cost แบบ Quick Method ปี ๒๕๖๒ ซึ่งจะมีการเสนอผลต่อผู้บริหารทุกไตรมาส

ไตรมาส	ประเภท	ค่า Mean+๑SD	รพ.มหาสารคาม
ธ.ค. ๒๕๖๑	OPD	๑,๑๔๑.๗๖	๘๖๑.๐๑
	IPD	๑๕,๗๐๔.๑๗	๑๖,๒๕๕.๔๐
มี.ค. ๒๕๖๒	OPD	๑,๑๔๑.๗๖	๗๘๓.๕๔
	IPD	๑๕,๗๐๔.๑๗	๑๔,๓๔๐.๐๙
พ.ค. ๒๕๖๒	OPD	๑,๑๔๑.๗๖	๗๗๘.๔๔
	IPD	๑๕,๗๐๔.๑๗	๑๔,๕๓๘.๒๔

ผลการดำเนินงานตามแผนทางการเงิน Planfin

- ด้านรายรับ

GroupID	PlanName	ControlAmt	AmtX	AmtY	Diff	PerDiff	Definition
P04	รายได้ UC	442,000,000.00	294,666,666.67	265,391,278.57	- 29,275,388.10	- 9.94	Not OK
P05	รายได้จาก EMS	700,000.00	466,666.67	929,400.00	462,733.33	99.16	OK
P06	รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	12,500,000.00	8,333,333.33	3,292,268.52	- 5,041,064.81	- 60.49	Not OK
P61	รายได้ค่ารักษา อพท	36,000,000.00	24,000,000.00	24,216,819.78	216,819.78	0.90	OK
P07	รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	220,000,000.00	146,666,666.67	144,505,755.03	- 2,160,911.64	- 1.47	Not OK
P08	รายได้ประกันสังคม	89,000,000.00	59,333,333.33	66,920,117.84	7,586,784.51	12.79	OK
P09	รายได้แรงงานต่างด้าว	200,000.00	133,333.33	121,948.52	- 11,384.81	- 8.54	Not OK
P10	รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น ๆ	129,500,000.00	86,333,333.33	79,720,351.23	- 6,612,982.10	- 7.66	Not OK
P11	รายได้งบประมาณส่วนบุคลากร	374,000,000.00	249,333,333.33	257,662,353.67	8,329,020.34	3.34	OK
P12	รายได้อื่น	142,753,669.00	95,169,112.67	87,725,750.63	- 7,443,362.04	- 7.82	Not OK
P13	รายได้งบลงทุน	109,362,583.14	72,908,388.76	114,713,966.14	41,805,577.38	57.34	OK
	รวมรายได้	1,556,016,252.14	1,037,344,168.09	1,045,200,009.93	7,855,841.84	0.76	

- ด้านรายจ่าย

GroupID	PlanName	ControlAmt	AmtX	AmtY	Diff	PerDiff	Definition
P14	ต้นทุนยา	200,000,000.00	133,333,333.33	151,915,925.14	18,582,591.81	13.94	Not OK
P15	ต้นทุนเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์	103,000,000.00	68,666,666.67	72,889,110.00	4,222,443.33	6.15	Not OK
P151	ต้นทุนวัสดุทันตกรรม	1,800,000.00	1,200,000.00	1,301,424.50	101,424.50	8.45	Not OK
P16	ต้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	42,500,000.00	28,333,333.33	42,242,924.80	13,909,591.47	49.09	Not OK
P17	เงินเดือนและค่าจ้างประจำ	374,000,000.00	249,333,333.33	250,603,891.47	1,270,558.14	0.51	Not OK
P18	ค่าจ้างชั่วคราว	98,000,000.00	65,333,333.33	66,332,063.66	998,730.33	1.53	Not OK
P19	ค่าตอบแทน	203,000,000.00	135,333,333.33	136,456,017.28	1,122,683.95	0.83	Not OK
P20	ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	32,200,000.00	21,466,666.67	28,385,457.68	6,918,791.01	32.23	Not OK
P21	ค่าใช้สอย	80,056,250.00	53,370,833.33	41,221,334.42	- 12,149,498.91	- 22.76	OK
P22	ค่าสาธารณูปโภค	31,500,000.00	21,000,000.00	22,760,428.84	1,760,428.84	8.38	Not OK
P23	วัสดุใช้ไป	39,000,000.00	26,000,000.00	26,033,671.92	33,671.92	0.13	Not OK
P24	ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	87,000,000.00	58,000,000.00	59,103,730.82	1,103,730.82	1.90	Not OK
P241	หนี้สูญและสงสัยจะสูญ	2,000,000.00	1,333,333.33	2,150,834.44	817,501.11	61.31	Not OK
P25	ค่าใช้จ่ายอื่น	56,988,669.00	37,992,446.00	28,289,634.33	- 9,702,811.67	- 25.54	OK
	รวมค่าใช้จ่าย	1,351,044,919.00	900,696,612.67	929,686,449.30	28,989,836.63	3.22	

สำหรับแผนประมาณรายได้และค่าใช้จ่าย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง พฤษภาคม ๒๕๖๒)

๑. ด้านรายได้ ในภาพรวมโรงพยาบาลมหาสารคาม มีส่วนต่างรายได้มากกว่าแผนประมาณการ จำนวน ๗,๘๕๕,๘๔๑.๘๔ บาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๖ = ผ่านเกณฑ์ ซึ่งรายได้เกือบทุกรายการที่ไม่สามารถ จัดเก็บได้ตามแผน มีเพียงรายได้ค่ารักษา EMS รายได้ค่ารักษา อปท. รายได้ประกันสังคม รายได้งบประมาณ ส่วนบุคลากร และรายได้ลงทุนเท่านั้นที่สามารถจัดเก็บได้มากกว่าแผน

๒. ด้านค่าใช้จ่าย ในภาพรวมโรงพยาบาลมหาสารคาม มีส่วนต่างค่าใช้จ่ายมากกว่าแผนประมาณ การ จำนวน ๒๘,๙๘๙,๘๓๖.๖๓ บาท คิดเป็นร้อยละ ๓.๒๒ = ผ่านเกณฑ์ ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ไม่สามารถ ควบคุมได้ตามแผน มีเพียงค่าใช้สอยและค่าใช้จ่ายอื่นเท่านั้นที่สามารถควบคุมได้ตามแผน

ผลการประเมิน FAI (ประเมินตนเอง) ไตรมาส ๒/๒๕๖๒ เท่ากับ ๙๒ คะแนน

๑. การพัฒนาคุณภาพบัญชี AC มีทีมหรือคณะทำงานระบบบัญชีและมีการประชุมอย่างน้อยทุกไตรมาส มีการรายงานทางการเงิน ตัวชี้วัดทางการเงินและการวิเคราะห์สถานะการเงินของโรงพยาบาลเสนอต่อผู้บริหาร(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) ทุกไตรมาส มีการรายงานการเงินของลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ตามผังบัญชี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบคลุมทุกแห่ง มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นที่ยอมรับ(คุณภาพบัญชีทางอิเล็กทรอนิกส์หน่วยบริการแม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ ๑๐๐%) ส่วนปัญหาหรือประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพบัญชีเสนอต่อผู้บริหาร (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) อยู่ระหว่างรวบรวมประเด็นจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารต่อไป

๒. การพัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMS โรงพยาบาลมีงบทดลอง ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ สำหรับการยกยอดเข้าระบบ GFMS ที่ถูกต้อง มีการส่งงบทดลองประจำเดือน เข้าระบบ GFMS ภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป

๓. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FM มีคณะทำงานบริหารการเงินการคลังปลามีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินทุกเดือน มีการกำหนดปัญหาหรือประเด็นที่เป็นผลกระทบด้านการเงินการคลังในพื้นที่ มีกระบวนการแก้ไขปัญหา/เสนอแผนมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายหรือประเด็นที่เป็นปัญหาพร้อมนำเครื่องมือมาใช้ในการบริหารประสิทธิภาพ Planfin ดัชนี ๗ ระดับ ค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ความสำเร็จ คือ ไม่มีความเสี่ยงทางการเงินระดับ ๗ (ผลระดับวิกฤติ ๐)

๔. ในส่วนของ UnitCost แบบ Quick Method พบว่ายังคงสามารถควบคุมไม่ให้เกินค่าเฉลี่ยของหน่วยบริการระดับเดียวกัน

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๔ ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (๘ ต.) ต.๖๑-พ.ค.๖๒
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๔	ระดับ วิกฤติ ๐	ระดับวิกฤติ ๐	ระดับวิกฤติ ๐	ระดับวิกฤติ ๐

จากผลการดำเนินงานข้างต้นจะเห็นได้ว่า ตั้งแต่ ๓ ปีย้อนหลัง โรงพยาบาลมหาสารคามยังไม่ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน ยังสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี มีสภาพคล่องทางการเงินดีแต่ต้องระมัดระวังการก่อหนี้ ต้องมีการควบคุม บริหารจัดการหนี้ให้มีประสิทธิภาพ

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๔

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงาน ตัวชี้วัด/เรื่อง ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๔

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒			
๑. Structure	คณะทำงานบริหารการเงินการคลัง (CFO) และมีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินทุกเดือน มีการกำหนดปัญหาหรือประเด็นที่เป็นผลกระทบด้านการเงินการคลังในพื้นที่ มีกระบวนการแก้ไขปัญหา/เสนอแผนมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายหรือประเด็นที่เป็นปัญหาพร้อมนำเครื่องมือมาใช้ในการบริหารประสิทธิภาพ Planfin ดัชนี ๗ ระดับ ค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ความสำเร็จ คือ ไม่มีความเสี่ยงทางการเงิน			
๒. Information	มีการประมวลผลหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ทุกเดือนจากเว็บไซต์ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลมหาสารคาม มีระดับวิกฤติ ๐			
๓. Intervention / Innovation	- มีการแต่งตั้งคณะทำงานบริหารการเงินการคลัง (CFO) - มีการแต่งตั้งคณะกรรมการการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (FAI) - ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โรงพยาบาลมหาสารคามได้มีการบริหาร ติดตาม และกำกับการเงินการคลังด้วยแผนทางการเงิน Planfin มีแผนประมาณการรายรับทั้งปีอยู่ที่ ๑,๖๒๔,๕๑๔,๘๐๑.๖๖ บาท มีแผนประมาณการรายจ่ายทั้งปีอยู่ที่ ๑,๔๑๘,๔๕๓,๙๑๙.๐๐ บาท และได้มีการปรับแผนกลางปีด้านรายรับ ๑,๕๕๖,๐๑๖,๒๕๒.๑๔ บาท ด้านรายจ่าย ๑,๓๕๑,๐๔๔,๙๑๙.๐๐ บาท			
๔. Integration	มีการรายงานสถานการณ์ทางการเงินการคลัง ให้ผู้บริหารทราบทุกเดือน			
๕. Monitoring / Evaluation	มีการประมวลผลทางบัญชีจากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์			
	ตัวชี้วัด/ไตรมาส	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (ต.ค.-พ.ค.๖๒)
	Current Ratio	๒.๓๒	๒.๔๐	๒.๔๗
	Quick Ratio	๒.๐๘	๒.๐๓	๒.๐๔
	Cash Ratio	๑.๐๙	๑.๒๔	๑.๑๘

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒			
	ทุนสำรองสุทธิ (NWC)	๔๗๐.๒๓ ล้านบาท	๔๐๖.๓๒ ล้านบาท	๓๙๔.๗๒ ล้านบาท
	กำไรสุทธิ	๑๕๗.๑๔ ล้านบาท	๓๕๙.๔๐ ล้านบาท	๑๑๕.๕๑ ล้านบาท
	Risk Scoring (ระดับ)	๐	๐	๐

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒

- มีมาตรการในการขับเคลื่อนการบริหารการเงินการคลัง โดยการจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin) การสร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ มีการพัฒนาระบบข้อมูลทางบัญชีโดยใช้โปรแกรมต่างๆ เข้ามาช่วย มีการพัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

- มีการทบทวนคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อเฝ้าระวังและวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงิน การคลังโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินการเพื่อการบริหารจัดการที่ดี

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

- คณะกรรมการ CFO มีการออกแบบและการวางระบบการเงินการคลังที่ดี
- ผู้บริหารให้ความสำคัญด้านการเงินการคลัง
- การมีวินัยการเงินการคลังที่ดี
- มีการพัฒนาทักษะทีม CFO และบัญชีอย่างต่อเนื่อง
- มีการเฝ้าระวัง กำกับ ติดตาม ภาวะเสี่ยงทางการเงินอย่างต่อเนื่อง

๔. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน

๑. ประชุมคณะกรรมการ CFO ครั้งที่ ๒/๒๕๖๒ เพื่อติดตามสถานการณ์ทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลมหาสารคาม



๒. ประชุมพัฒนาประสิทธิภาพระบบจัดเก็บรายได้ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด



คณะ ๔

การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

สรุปผลการดำเนินงาน เมืองสมุนไพรจังหวัดมหาสารคาม รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๔ : การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

ประเด็นการตรวจราชการ : โครงการเมืองสมุนไพร

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ นางสาวรัตนพร สกุล เสนาลาด ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการ

เบอร์โทร ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔ Email : ratta.by๒๖๘๘@gmail.com

นายสุริยา สกุล ชันทชาติ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย

เบอร์โทร ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑ Email : tormini๒๕๓๓@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของจังหวัดมหาสารคาม

จังหวัดมหาสารคาม เป็นหนึ่งในจังหวัดที่ได้รับคัดเลือกเป็นเมืองสมุนไพร เมื่อปี พ.ศ.๒๕๖๐ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้ดำเนินการตามนโยบายภาครัฐเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นต้นมา ภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยมุ่งเน้นดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจร ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐ และขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาสมุนไพรสู่ความมั่นคงทางสุขภาพและเศรษฐกิจอย่างยั่งยืนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาสมุนไพรไทยในทุกภาคส่วน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงได้มีการประสานงานและดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในดำเนินงานเพื่อพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal city) จังหวัดมหาสารคาม อย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการพัฒนาเมืองสมุนไพร จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ข้อมูล ถึง พฤษภาคม ๒๕๖๒) พบว่า จังหวัดมหาสารคามสามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายตามเกณฑ์ประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพรได้ร้อยละ ๗๐ (ดำเนินการได้ ๗ ข้อ จาก ๑๐ ข้อของเกณฑ์การประเมิน)

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับจังหวัดเปรียบเทียบรายปี

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดเรื่องการพัฒนาเมืองสมุนไพร ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (๘๕.)
		จำนวน/ อัตรา	จำนวน/ อัตรา	จำนวน/ อัตรา
๑. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก	มี	-	-	มี
๒. มีแหล่งรวบรวมและขยายสมุนไพรพันธุ์ดี	มี	-	-	มี ๑๒ ไไร่
๓. จำนวนของเกษตรกรรายใหม่ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่อง GAP/organic สมุนไพร ปีละ ๓๐ ราย	มี	-	๑๕๐ ราย	๕๐ ราย
๔. มีการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรในพื้นที่ที่ได้รับการรับรอง Organic อย่างน้อย ๑ แหล่ง	มี	-	-	มี ๓ แหล่ง

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (๘ด.)
		จำนวน/ อัตรา	จำนวน/ อัตรา	จำนวน/ อัตรา
๕. มีแผนข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัด เมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)	มี	-	-	มี
๖. มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๒ ผลิตภัณฑ์	มี	-	-	มี ๗ ผลิตภัณฑ์
๗. มีแผนการตลาดและการประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายตามแผน	มี	-	-	ยังไม่มี
๘. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ ๑๘.๕	-	-	๓๐.๐๑
๙. ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น	-	๒.๘๑	๓.๓๑
๑๐. มีข้อมูลมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมในจังหวัดมากกว่าค่าเฉลี่ย (ประเมินโดยกรมการแพทย์แผนไทยฯ)				

การดำเนินงานพัฒนาเมืองสมุนไพร จังหวัดมหาสารคาม ทั้งต้นทาง กลางทาง และปลายทาง มีการดำเนินงานโดยใช้เกณฑ์การประเมินกรมการแพทย์แผนไทยฯ เป็นแนวทางในการพัฒนางาน โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในคณะกรรมการเมืองสมุนไพร และมีการรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการทราบอยู่เป็นระยะ ทำให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายการดำเนินงานได้เป้าหมาย แต่ในข้อที่ ๗ แผนการตลาดและการประชาสัมพันธ์ จังหวัดมหาสารคามยังไม่มีหน่วยงานที่ดำเนินงานเรื่องนี้อย่างชัดเจน ประกอบกับปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จังหวัดมหาสารคามไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้ยังไม่มี การดำเนินงานในเรื่องนี้อย่างชัดเจน แต่ถึงอย่างไรก็ตามมีการประชาสัมพันธ์เมืองสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม ผ่านสื่อวิทยุ โทรทัศน์ท้องถิ่น อยู่เป็นระยะแต่ไม่ต่อเนื่อง ส่วนตัวชี้วัดข้อ ๑ – ข้อ ๘ ที่ไม่มีผลการดำเนินงานใน ปี ๒๕๖๐ และ ปี๒๕๖๑ เนื่องจาก เกณฑ์ตัวชี้วัดเหล่านี้เพิ่งมีในปี ๒๕๖๒ และการรวบรวมข้อมูลของกรมการ แพทย์แผนไทยฯ ไม่สามารถย้อนหลังได้ จึงรายงานผลการดำเนินงานได้เฉพาะปี ๒๕๖๒

๑.๒ ข้อมูลผลการดำเนินงานแยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๘ เดือน

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงานเพื่อพัฒนาเมืองสมุนไพรทั้งต้นทาง กลางทาง และปลายทาง มีการดำเนินงานตาม โครงการเพื่อพัฒนาเมืองสมุนไพรและระบบบริการ ได้แก่ การพัฒนาแผนธุรกิจเมืองสมุนไพร, การพัฒนาการ ดำเนินงานระบบบริการสุขภาพ สาขากการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกนาร่อง ในสถานบริการ สาธารณสุข, การพัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยและเภสัชกรรมไทย และการพัฒนาความรู้ เกษตรกรในการปลูกสมุนไพรเพื่อให้ได้มาตรฐาน GAP และ Organic

การนำเสนอข้อมูลผลการดำเนินงานพัฒนาสมุนไพร แยกรายอำเภอ จะนำเสนอเฉพาะข้อมูลในส่วน ของผลการดำเนินงานด้านการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เนื่องจากข้อมูลด้านการ

ปลูกสมุนไพร แปลงสมุนไพร และข้อมูลการผลิตยาสมุนไพรอื่นๆ ได้นำเสนอในภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ตามหัวข้อ ๑.๑ แล้ว

ตารางที่ ๒ เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเรื่อง ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แยกรายอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒ รอบ ๘ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

ที่	อำเภอ	๒๕๖๒	
		เป้าหมาย	ผลงาน (ร้อยละ)
๑.	เมือง	๑๑	๒๒.๗๖
๒.	แกดำ	๑๘.๕	๓๑.๐๙
๓.	โกสุมพิสัย	๑๘.๕	๒๖.๒๘
๔.	กันทรวิชัย	๑๘.๕	๒๘.๑๕
๕.	เขียงยืน	๑๘.๕	๔๒.๙๓
๖.	บรบือ	๑๘.๕	๒๖.๖๒
๗.	นาเชือก	๑๘.๕	๓๖.๙๔
๘.	พยัคฆภูมิพิสัย	๑๘.๕	๒๕.๔๘
๙.	วาปีปทุม	๑๘.๕	๓๔.๖๗
๑๐.	นาแก	๑๘.๕	๓๖.๔๔
๑๑.	ยางสีสุราช	๑๘.๕	๓๓.๙๕
๑๒.	กุตุรง	๑๘.๕	๓๓.๙๓
๑๓.	ชื่นชม	๑๘.๕	๓๘.๔๕
รวม		๑๘.๕	๓๐.๐๑

จากผลการดำเนินงานด้านการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แยกรายอำเภอของจังหวัด อำเภอเมืองมีเป้าหมายที่ต่ำกว่าอำเภออื่นเนื่องจาก โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่จึงใช้เป้าหมายตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลทั่วไประดับประเทศ คือ ร้อยละ ๑๑ ทั้งนี้ในภาพรวมของแต่ละอำเภอมีผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ทุกอำเภอเนื่องจากใช้ข้อมูลของสถานบริการทุกระดับมารวมกันทั้ง รพ.สต. และโรงพยาบาลประจำอำเภอ ซึ่งผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาล พบว่า ยังมีโรงพยาบาลที่ผลการดำเนินงานยังไม่ได้ตามเป้าหมายได้แก่ รพ.โกสุมพิสัย (๑๐.๒๒), รพ.วาปีปทุม (๑๒.๕๗), รพ.พยัคฯ (๑๕.๑๗), รพ.บรบือ (๑๖.๙) และ รพ.กุตุรง (๑๗.๖)

โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามได้ดำเนินงานตามแผนพัฒนาพื้นที่ดังกล่าว โดยมีการออกนิเทศ และลงพื้นที่แต่ละแห่งเพื่อค้นหาปัญหา และร่วมหาแนวทางการพัฒนาร่วมกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ส่วนสถานบริการระดับ รพ.สต. มีผู้ป่วยนอกที่เข้าถึงและได้รับบริการด้านแพทย์แผนไทยจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละการเข้าถึงบริการในอัตราที่สูง ทำให้ในภาพรวมของทุกอำเภอผ่านเกณฑ์การดำเนินงานทุกแห่ง

ตารางที่ ๓ เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเรื่องมูลค่ายาสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น แยก
รายอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐ – ปี ๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

ที่	อำเภอ	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	
		ผลงาน (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)
๑.	เมือง	๒.๑๘	๒.๓๕	๓.๐	๒.๗๗
๒.	แกดำ	๓.๙๖	๔.๑๗	๓.๐	๔.๗๗
๓.	โกสุมพิสัย	๒.๑๕	๑.๘๗	๓.๐	๑.๖๘
๔.	กันทรวิชัย	๑.๔๘	๑.๗๑	๓.๐	๑.๕๓
๕.	เซิงยีน	๔.๕๔	๓.๘๕	๓.๐	๔.๓๓
๖.	บรบือ	๒.๖๔	๑.๙๔	๓.๐	๒.๘๗
๗.	นาเชือก	๒.๔๙	๒.๑๖	๓.๐	๒.๗๖
๘.	พยัคฆภูมิพิสัย	๖.๑๕	๖.๘๙	๓.๐	๔.๘๘
๙.	วาปีปทุม	๒.๖๖	๒.๙๑	๓.๐	๓.๕๗
๑๐.	นาดูน	๒.๑๓	๒.๑๘	๓.๐	๓.๔๓
๑๑.	ยางสีสุราช	๔.๒๘	๓.๖๗	๓.๐	๕.๙
๑๒.	กุตุรัง	๒.๙๙	๓.๔๓	๓.๐	๒.๒๓
๑๓.	ชีนชม	๕.๙๔	๔.๖๑	๓.๐	๔.๘๔
รวม		๒.๖๙	๒.๘๓	๓.๐	๓.๐๔

จากตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเรื่องมูลค่ายาสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบัน แยกรายอำเภอของ
จังหวัดมหาสารคาม เมื่อเปรียบเทียบกับย้อนหลัง ๓ปี พบว่า ภาพรวมทั้งจังหวัดมีแนวโน้มร้อยละมูลค่ายา
สมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น โดยจังหวัดมหาสารคามตั้งเป้าหมายไว้ที่ ร้อยละ ๓.๐ จากตารางจะพบว่ามี
บางอำเภอที่ยังมีผลการดำเนินงานไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ ได้แก่ เมือง, โกสุมพิสัย, กันทรวิชัย, บรบือ, นาเชือก
และกุตุรัง จากการลงพื้นที่และวิเคราะห์ปัญหาแต่ละแห่งพบว่า รพ.ชุมชนขนาดเล็กเช่น กันทรวิชัย และกุตุรัง
มีรายการยาสมุนไพรใช้จริงในปริมาณที่น้อย ไม่ครอบคลุมกลุ่มโรคที่สามารถให้ยาสมุนไพรได้ และแพทย์ยัง
ไม่ให้ความร่วมมือในการสั่งใช้ยาสมุนไพรเท่าที่ควร ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ เช่น บรบือ เมือง โกสุม
พิสัย มีแพทย์เฉพาะทางหลากหลายสาขามาก และแพทย์ยังไม่สั่งยาสมุนไพรในกลุ่มโรคที่หลากหลาย
มีการสั่งใช้เฉพาะสมุนไพรบางกลุ่มโรค เช่น ฟ้าทะลายใจ, ยาแก้ไอมะขามป้อม ในผู้ป่วยโรคหัด และขมิ้นชัน
ในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร ส่วนยาสมุนไพรชนิดอื่น ๆ ยังไม่ค่อยมีการสั่งใช้

การพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้มีการจัดอบรม ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพรใน
ผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กับบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (แต่มีแพทย์เข้าร่วมประชุมน้อย) และ
ในการออกนิเทศ กำกับ ติดตามการดำเนินงานเมืองสมุนไพรในแต่ละอำเภอ ได้มีการนำเสนอข้อคิดเห็น
เกี่ยวกับการขอความร่วมมือสหวิชาชีพ โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่จ่ายยาให้ผู้ป่วย ให้มี
ส่วนร่วมในการจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ เรื่อง การพัฒนาเมืองสมุนไพร จังหวัดมหาสารคาม

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงาน เรื่อง การพัฒนาเมืองสมุนไพร

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
Structure:	- มีคณะกรรมการเมืองสมุนไพรระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และมีหัวหน้าหน่วยงานทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ เป็นคณะกรรมการดำเนินงานเมืองสมุนไพร - มีคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาเมืองสมุนไพรระดับอำเภอทุกอำเภอ
Information	- ปัจจุบัน จ.มหาสารคามมีพื้นที่แปลงเกษตรสมุนไพรผ่านมาตรฐาน GAP ทั้งหมด ๒๕๐ ไร่ เป็นสมุนไพร ๑๙ ชนิด เกษตรกรบางกลุ่มส่งผลผลิตให้ รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และส่งให้โรงงานผลิตยารพ.มหาสารคาม - หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการส่งเสริมให้เกษตรกรปลูกสมุนไพรตามความต้องการของโรงงานผลิตยา แต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายของปี ๒๕๖๒ เนื่องจากไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานต่อเนื่อง - โรงงานผลิตยาแห่งใหม่ รพ.มหาสารคาม ยังไม่พร้อมเปิดให้บริการเนื่องจากขาดระบบสาธารณูปโภค (ระบบน้ำ และระบบไฟฟ้า) - โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจังหวัดมหาสารคาม แห่งใหม่ พร้อมเปิดให้บริการ เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๒ (ปัจจุบันยังขาดอุปกรณ์สำคัญ เช่น เตียงและเบาะนวด)
Intervention and Innovation	- มีการสื่อสารแนวทางการดำเนินงานรวมทั้งชี้แจงการประเมินผล ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กับทุกอำเภอ - มีการจัดทำโครงการเพื่อพัฒนาการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการ และการเข้าถึงบริการด้านแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ทั้งหมด ๘ โครงการ - มีการจัดประชุมคณะกรรมการเมืองสมุนไพร ๒ ครั้งเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาเมืองสมุนไพร
Integration:	- บูรณาการดำเนินงานด้านแพทย์แผนไทยร่วมกับงานเภสัชกรรม การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU), พัฒนาคุณภาพรูปแบบบริการ งานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และงานส่งเสริมสุขภาพ
Monitoring and Evaluation:	- มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และนิเทศงานตามแผนงานที่วางไว้

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

- โรงพยาบาลมหาสารคามร่วมกับศูนย์วิจัยพืชไร่ มีการลงพื้นที่เพื่อส่งเสริมให้เกษตรกรปลูกสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน GAP และทำสัญญาการซื้อขายวัตถุดิบกับเกษตรกรในจังหวัดมหาสารคาม
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามมีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมและสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งสิ้น ๘ โครงการ ได้แก่
 ๑. โครงการพัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยและเภสัชกรรมไทย
 ๒. โครงการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติในแพทย์แผนปัจจุบัน
 ๓. โครงการพัฒนาการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพ สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกนำร่อง ในสถานบริการสาธารณสุข
 ๔. โครงการพัฒนาแผนธุรกิจเมืองสมุนไพร จังหวัดมหาสารคาม
 ๕. โครงการศึกษาดูงานโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
 ๖. โครงการอนุรักษ์คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
 ๗. โครงการสร้างสุขด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพรไทย
 ๘. โครงการนำเสนอผลการดำเนินงานปฏิบัติที่ดี (Best practice) ด้านการให้บริการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพร
- จัดทำแผนความต้องการใช้ยาสมุนไพรในระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ ๗ เพื่อกำหนดเป็นปริมาณความต้องการสมุนไพรให้สอดคล้องกับปริมาณการผลิตที่จะร่วมผลิตยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยามาตรฐาน GMP ของเขตสุขภาพที่ ๗ (มี ๓ แห่ง)

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ ขับเคลื่อนโดยมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการมหาสารคามเมืองสมุนไพร โดยให้ผู้บังคับบัญชาของแต่ละหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ และเอกชนในจังหวัดมหาสารคาม เป็นคณะกรรมการเมืองสมุนไพร และให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ของแต่ละส่วนหรือหน่วยงาน เป็นคณะกรรมการดำเนินงาน ซึ่งคณะกรรมการเมืองสมุนไพรจังหวัดมหาสารคาม มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานกรรมการ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ร่วมกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม และ เกษตรจังหวัด เป็นกรรมการและเลขาธิการ โดยคณะกรรมการเมืองสมุนไพรประกอบไปด้วย

๑. คณะกรรมการที่ปรึกษา
๒. คณะกรรมการอำนวยการ
๓. คณะกรรมการดำเนินงาน
 - ๓.๑ คณะกรรมการดำเนินงานต้นทาง
 - ๓.๒ คณะกรรมการดำเนินงานกลางทาง
 - ๓.๓ คณะกรรมการดำเนินงานปลายทาง
 - ๓.๔ คณะกรรมการดำเนินงานประสานงาน
๔. คณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอทุกอำเภอ

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒

๔. ผู้บริหารระดับสูงทั้งผู้ว่าราชการจังหวัด และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ให้
ความสำคัญกับการพัฒนาเมืองสมุนไพร เพราะเป้าหมายของการพัฒนาเมืองสมุนไพรคือทำ
ให้เกิดการหมุนเวียนเศรษฐกิจในพื้นที่ เกษตรกรมีรายได้เพิ่มจากการปลูกสมุนไพร ผู้ป่วยได้
ใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพ ราคาถูก รวมถึงประชาชนในชุมชนสามารถใช้สมุนไพรในการดูแล
สุขภาพเบื้องต้นได้
๕. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความร่วมมือในการพัฒนาเมืองสมุนไพร
๖. การประสานงานและรายงานผลการดำเนินงานอยู่เป็นระยะ ให้คณะกรรมการเมืองสมุนไพร
ทราบ

๓. การดำเนินการตามข้อสั่งการและแก้ไขปัญหาอุปสรรค จากการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒

ตารางที่ ๔ การดำเนินการตามข้อสั่งการ และการแก้ไขปัญหาอุปสรรคของจังหวัดมหาสารคาม ตามข้อสั่งการ/
ข้อเสนอแนะของตัวชี้วัดเรื่อง การพัฒนาเมืองสมุนไพร ปี ๒๕๖๒ จากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณี
ปกติรอบที่ ๑/๒๕๖๒

ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะจากการตรวจ ราชการ รอบที่๑/๒๕๖๒	การดำเนินการตามข้อสั่งการ และแก้ไขปัญหาอุปสรรค ของจังหวัดมหาสารคาม
๑. ควรมีการสนับสนุนอัตรากำลังคน เพิ่มเติม และควรกำหนดแผนงาน โครงการ Herbal city เป็นแผนของจังหวัด ระยะ ๓-๕ ปี เพื่อการพัฒนาที่ต่อเนื่อง	๑. เพิ่มอัตรากำลัง รองรับโรงงานผลิตยาสมุนไพรเพิ่มเติม ดังนี้ - เกสซ์กร ๒ ตำแหน่ง - พนักงานธุรการ ๑ ตำแหน่ง - พนักงานผลิตยา ๒ ตำแหน่ง - พนักงานประจำตึก ๑ ตำแหน่ง - พนักงานซ่อมบำรุง ๑ ตำแหน่ง ๒. เพิ่มอัตรากำลังรองรับ การบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้ - แพทย์แผนไทย ๑ ตำแหน่ง - ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยรายเดือน ๒ ตำแหน่ง - ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยรายเปอร์เซ็นต์ ๒๐ ตำแหน่ง - แม่ครัวศูนย์อาหารสุขภาพ ๓ ตำแหน่ง - พนักงานประจำตึก ๑ ตำแหน่ง ๓. เพิ่มอัตรากำลังรองรับการบริการแพทย์แผนไทย ศูนย์จัมปาศรี ดังนี้ - แพทย์แผนไทย ๑ ตำแหน่ง - ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยรายเดือน ๑ ตำแหน่ง - ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยรายเปอร์เซ็นต์ ๑๐ ตำแหน่ง ๔. เพิ่มอัตรากำลัง สำหรับการดูแลสวนสมุนไพรจัมปาศรี - เจ้าพนักงานด้านเกษตร ๑ ตำแหน่ง - คนสวนสมุนไพร ๒ ตำแหน่ง

๔. Best Practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างหรือรางวัลที่ได้รับ

- ผลการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข พบว่าจังหวัดมหาสารคามมีผลการดำเนินงานเป็นอันดับ ๑ ในประเทศไทย โดยมีสัดส่วนบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกผู้ป่วยนอก ร้อยละการรับบริการ ๓๑.๗๔
- นางสาวภัสราพร จวบบุญ โรงพยาบาลเชียงยืน อ.เชียงยืน ได้รับรางวัลชนะเลิศแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานดีเด่นระดับเขต ปี ๒๕๖๒
- นางเกษร โพพันธ์ราช หมอพื้นบ้าน ต.แคน อ. วาปีทุม ได้รับรางวัลชนะเลิศหมอไทยดีเด่นระดับเขต ปี ๒๕๖๒
- โรงพยาบาลมหาสารคาม อ.เมือง ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับสอง พื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติ ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ปี ๒๕๖๒ ประเภทโรงพยาบาลทั่วไป
- สำนักงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผ่านการประเมินอัตรากำลังภาพพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติ ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ประเภทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๕. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน



คณะกรรมการเมืองสมุนไพรประชุมพัฒนาแผนธุรกิจสมุนไพร ต้นแบบจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๒ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามจัดการประกวดหมอพื้นบ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ ๗
วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๑ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



เจ้าหน้าที่และคณะกรรมการเมืองสมุนไพรลงเยี่ยมเกษตรกร
แปลงสมุนไพรที่ผ่านมาตรฐาน GAP อำเภอกุดรัง

สสจ.มหาสารคาม ศึกษาจากโครงการมหาสารคามเมืองสมุนไพร
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร แรกทัศน์ปลูกสมุนไพร OTOP ดันแบบ จังหวัดปราจีนบุรี



คณะกรรมการเมืองสมุนไพร ศึกษาดูงานการพัฒนา
ธุรกิจสมุนไพร วันที่ ๑๓-๑๔ มีนาคม ๒๕๖๒ ณ
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และ แปลงเกษตร
บ้านดงบัง จ.ปราจีนบุรี

รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ติดตามความก้าวหน้า
การดำเนินงานโครงการเมืองสมุนไพร(Herbal City) จังหวัดมหาสารคาม



รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทย ฯ และคณะกรรมการ
ขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรลงพื้นที่เยี่ยมเมืองสมุนไพร จังหวัด
มหาสารคาม วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒
ณ ศาลากลางจังหวัดมหาสารคาม



กลุ่มวิสาหกิจชุมชนเรียนรู้การแปรรูปผลิตภัณฑ์
สมุนไพรจากท้องถิ่นสู่การผลิตเป็นเครื่องสำอาง
วันที่ 18-22 มีนาคม 2562 ณ จ.อุดรธานี



สบู่ใบบัวบก ตัวอย่างผลิตภัณฑ์แปรรูปจากสมุนไพรในท้องถิ่น

สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๔ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

แผนงานหลัก ที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ

และมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ ๘๐)

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ ๑. นายสุรสิทธิ์ ศรีวิรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

เบอร์โทร ๐๘๖๖๔๓๐๒๙๘ E-mail sriwio๘.sura@gmail.com

๒. นายเสรีย์ ชะโน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์โทร ๐๘๙-๗๑๐-๘๔๒๗ E-mail

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองมหาสารคาม

อำเภอเมืองมหาสารคามมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน ๑๕๕ ราย อัตราป่วยเท่ากับ ๙๗.๑ ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยใหม่ในปี ๒๕๖๒ เท่ากับ ๑๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑ ของผู้ป่วยทั้งหมดการดำเนินงานจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกัน คัดกรองและบำบัด ดูแลรักษาผู้ป่วยพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงของอำเภอเมืองมหาสารคาม เริ่มดำเนินการ ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๒ ดำเนินงานทั้งสิ้น ๕ ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๗๑ อปท. จัดการสิ่งแวดล้อม เป้าหมาย ๗ แห่ง ผ่านเกณฑ์ ๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๑๔ โรงเรียน จัดการเรียนการสอนในโรงเรียน เป้าหมาย ๒๓ แห่ง ผลงาน ๒๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ดังนี้

ปี พ.ศ.	ตำบล	อปท.จัดการสิ่งแวดล้อม			โรงเรียนจัดการเรียนการสอน		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๒๕๕๙	โคกก่อ	๑	๑	๑๐๐	๑	๑	๑๐๐
๒๕๖๐	ตลาด	๑	๑	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐
	โคกก่อ	๑	๑	๑๐๐	๗	๗	๑๐๐
๒๕๖๑	แก่งเลิงจาน	๑	๑	๑๐๐	๕	๕	๑๐๐
๒๕๖๒	ท่าตูม	๑	๐	-	๒	๒	๑๐๐
	เกิ้ง	๑	๐	-	๔	๔	๑๐๐
	ห้วยแอ่ง	๑	๐	-	๒	๒	๑๐๐
รวม		๗	๔	๕๗.๑๔	๒๓	๒๓	๑๐๐

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ระดับอำเภอเมืองเปรียบเทียบรายปี

เป้าหมายการตรวจหาพยาธิใบไม้ตับ อำเภอเมืองมหาสารคาม ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๙ จำนวนทั้งสิ้น ๕ ตำบล ๕,๔๒๔ คน ได้รับการตรวจทั้งสิ้น ๕,๒๔๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๖๖ พบพยาธิใบไม้ตับทั้งสิ้น ๔๕๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๘.๖๔ ได้รับยาถ่ายพยาธิ ๔๕๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ปี พ.ศ.	ตำบล	เป้าหมาย	ตรวจ OV		ติดเชื้อ OV		ได้รับยาถ่ายพยาธิ	
			จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
๒๕๕๙	โคกก่อง	๙๐๔	๙๑๑	๑๐๐.๗	๔๑	๔.๕	๔๑	๑๐๐
๒๕๖๐	ตลาด	๙๐๔	๔๕๑	๔๙.๘๓	๗๘	๑๗.๓	๗๘	๑๐๐
๒๕๖๑	แก่งเลิงจาน	๙๐๔	๑๑๕๔	๑๒๗.๕๑	๔๔	๓.๘๑	๔๔	๑๐๐
๒๕๖๒	ท่าตูม	๙๐๔	๙๐๖	๑๐๐.๒๒	๑๕๓	๑๖.๘๙	๑๕๓	๑๐๐
	เกิง	๙๐๔	๙๐๕	๑๐๐.๑๑	๔๔	๔.๘๖	๔๔	๑๐๐
	ห้วยแอ่ง	๙๐๔	๙๑๖	๑๐๑.๓๓	๙๓	๑๐.๑๕	๙๓	๑๐๐
รวม		๕,๔๒๔	๕,๒๔๓	๙๖.๖๖	๔๕๓	๘.๖๔	๔๕๓	๑๐๐

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตรวจหาพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจอุจจาระอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

จำนวนผู้ที่ตรวจคัดกรอง CCA ด้วยอัลตราซาวด์ อำเภอเมืองมหาสารคาม ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ เป้าหมายจำนวน ๓,๙๐๕ คน ได้รับการตรวจคัดกรอง ๑,๘๒๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๗

ปี	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สงสัย CCA	CT/MRI	พบเป็นมะเร็ง	รักษา
๒๕๕๙	๑,๐๐๐	๗๖๒	๗๖.๒	๙	๖	๒	๒
๒๕๖๐	๙๐๕	๘๙๖	๙๙.๐	๖	๖	๑	๑
๒๕๖๑	๙๐๕	๔๙๘	๕๕.๐	๒	๒	-	-
๒๕๖๒	๑,๐๐๐	๑,๑๒๕	๑๑๒.๕	๓	๓	-	-
รวม	๓,๘๑๐	๒,๙๖๖	๗๗.๘	๒๐	๑๗	๓	๓

ตารางที่ ๒ จำนวนผู้ที่ตรวจคัดกรอง CCA ด้วยอัลตราซาวด์ อำเภอเมืองมหาสารคาม ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

๒. การวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงระบบ ตัวชี้วัด/เรื่อง การเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี

๒.๑ การวิเคราะห์การดำเนินงาน ตัวชี้วัด/เรื่องการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี .

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	๑. ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานและจัดทำโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลและน้อมสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณใน พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ปี ๖๒ ๒. ประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบงาน ของ ตำบลเป้าหมาย ๓ ตำบล ได้แก่ ตำบลห้วยแอ่ง ตำบลท่าตูมและตำบลแก้ง ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตาม ๕ มาตรการ
๒. Information	มีระบบการรายงานผลการดำเนินงานผ่านโปรแกรม Isan cohort และโปรแกรม Hosxp_PCU
๓. Intervention / Innovation	สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการศึกษาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี ๒๕๖๒ ดังนี้ อำเภอเมือง เข้าร่วมประชุม รุ่นที่ ๒ วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๒ ณ ศูนย์ประชุมแก่งเลิงจาน อ.เมืองฯ จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม ๗ คน จาก ๗ โรงเรียน
๔. Integration	จากการติดตามผลการบันทึกข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายในตำบลดำเนินงานปี ๒๕๖๒ ทั้ง ๓ ตำบล พบว่า ทุกตำบลได้ดำเนินการนำเข้าข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวครบทุกแห่งแล้ว กำลังบันทึกข้อมูลผลการตรวจในโปรแกรม Isan cohort และโปรแกรม Hosxp_PCU
๕. Monitoring / Evaluation	๑. ติดตามผลการดำเนินงาน ในโปรแกรม Isan cohort ทุกเดือน ๒. ติดตามการใช้จ่ายงบประมาณให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบกิจกรรม ๓. จัดประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน ๔. จัดทำแผนออกติดตามการดำเนินงานทุกเดือน

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒ เพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ

ดำเนินการตาม “โครงการสนับสนุนการกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่ สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒”

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

จัดทำคำสั่งโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ ๙๑/๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการสนับสนุนการกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่ สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นประธานกรรมการอำนวยการ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

การทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายในตำบล รวมทั้งบูรณาการงบประมาณจากโครงการพระราชดำรินในการอบรมให้ความรู้ในชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๔. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน (ให้อธิบายประกอบภาพกิจกรรม ใคร/ทำอะไร/ที่ไหน/เมื่อไหร่)

กิจกรรม	ภาพประกอบ
การตรวจพยาธิใน รพ.สต. เดือน เมย.- พค. ๖๒	
การรณรงค์ให้ความรู้ใน ชุมชน ตำบลเกิ้ง	

กิจกรรม	ภาพประกอบ
	 
การรณรงค์ให้ความรู้ในชุมชน ตำบลท่าตูม	   
การรณรงค์ให้ความรู้ในชุมชน ตำบลห้วยแอ่ง	   
อัลตราซาวด์ที่ กลุ่มงานรังสีวิทยา รพ.มหาสารคาม	 

สรุปผลการดำเนินงานรับตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒

คณะที่ ๔ : การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

หัวข้อ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ

ประเด็นการตรวจราชการ การส่งเสริมการบริโภคไอโอดีน และให้ความรู้แก่พ่อแม่เด็กในด้านโภชนาการที่เหมาะสม

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางวิศรดา ตีเมืองชัย

เบอร์โทร ๐๘๖-๖๓๒๕๕๘๐

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

E-mail : wisuda.tee@gmail.com

๒. นางสุนันต์หา พิลุน

เบอร์โทร ๐๙๐๙๖๑๔๓๗๘

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

E-mail : sunanthapilun@gmail.com

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/สภาพปัญหา

โรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชากรทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ และเด็กปฐมวัย เนื่องจากไอโอดีนเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน ที่จำเป็นต่อการสร้างเซลล์สมองและการทำงานของร่างกาย โดยเฉพาะทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ ๓ ปี หากขาดสารไอโอดีนตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา อาจทำให้ปัญญาอ่อน ประสาทพิการแต่กำเนิด การขาดไอโอดีนตั้งแต่วัยเด็กทำให้พัฒนาการของสมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ อำเภอเมืองมหาสารคามมี ๑๔ ตำบล ๑๑๕ หมู่บ้าน ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านไอโอดีน รวมถึงครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ ๑๐๐

จากปัญหาดังกล่าว กรมอนามัยจึงมีนโยบายให้ดำเนินโครงการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ด้วยการเฝ้าระวังคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ปีละ ๑ ครั้ง เพื่อสุ่มตรวจคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในครัวเรือน โรงเรียน ร้านอาหารในชุมชน อำเภอเมืองมหาสารคาม มีการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน จำนวน ๑๔ ตำบล และจากการวิเคราะห์ค่า TSH ที่มีค่าไม่เกิน ๑๑.๒ mU/L ไม่เกินร้อยละ ๓พบว่า ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ คิดเป็นร้อยละ ๖.๗๗, ๔.๔๔ และ ๕.๐๐ ซึ่งจากการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนที่ผ่านมา ต้องอาศัยการทำงานแบบบูรณาการขับเคลื่อนทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดความร่วมมือทุกภาคส่วน การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนต้องชัดเจน

อำเภอเมืองมหาสารคามได้มีการดำเนินงาน ขับเคลื่อนไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ ตั้งแต่วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๑ โดยมีการลงนามประกาศเจตนารมณ์ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีเป้าประสงค์ เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนให้เป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือน มีและบริโภคอย่างเพียงพอ เพื่อให้เด็กอำเภอเมือง เก่ง ดี มีสุข ได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ข้าว นม ผัก ส่วนหญิงวัยเจริญพันธุ์เข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนต่อไป

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานตัวชี้วัด การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนมหาสารคามมุ่งสู่เด็กมหาสารคาม ๔.๐ เปรียบเทียบรายปี (๒๕๖๐-๒๕๖๒)
ตารางที่ ๓ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคน
มหาสารคามมุ่งสู่เด็กมหาสารคาม ๔.๐ เปรียบเทียบรายปี ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ ค.)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	มากกว่า ร้อยละ ๘๐	๖๕๕	๒๖๒ (๔๐.๐๐)	๖๐๙	๔๑๑ (๖๗.๔๙)	๑๑๖	๑๑๓ (๙๗.๒๒)
๒.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์	มากกว่า ร้อยละ ๘๐	๖๕๕	๑๕๔ (๒๓.๕๑)	๖๐๙	๓๔๓ (๕๖.๓๒)	๑๑๕	๑๐๙ (๙๗.๑๔)
๓.ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๒๐ - ๓๔ ปี ที่แต่งงานและพร้อม จะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุ เหล็ก (ไอโอดีน) และโฟลิก ทุกวัน ละ ๑ เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ ๑๒ สัปดาห์	มากกว่า ร้อยละ ๘๐ หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น	-	-	๔๘๑	๔๕๒ (๙๓.๙๗)	๓๖๔	๓๕๑ (๙๖.๔๓)
๔.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ด เสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ ๑ ครั้ง มากกว่า ร้อยละ ๙๐ หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น	>๙๐% หรือ มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น	๒,๑๑๑	๗๔๒ (๓๕.๑๕)	๒,๑๖๔	๑,๐๖๒ (๔๙.๐๘)	๙๙๓	๘๘๑ (๘๙.๘๐)
๕.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณ ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร ไม่เกินร้อยละ ๕๐	ไม่เกิน ร้อยละ ๕๐	-	-	ตรวจ ๑๐ ราย ผลงาน ๗ ราย	๗๐	ตรวจ ๘ ราย ผลงาน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕	
๖.ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัย รอยด์(TSH)ในทารกแรกเกิด มากกว่า๑๑.๒mU/Lไม่เกินร้อยละ ๓	ไม่เกิน ร้อยละ ๓	๘๗๑	๕๙ (๖.๗๗)	๙๖๙	๔๓ (๔.๔๔)	๔๖๖	๒๗ (๕.๗๙)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒ (๘ ค.)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๗.ร้อยละการได้รับยาเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐	-	-	๔,๙๗๓	๔,๕๘๒ (๙๒.๑๓)	๔,๐๖๐	๓,๗๔๕ (๙๒.๒๔)
๑๐.ร้อยละการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในเด็กนักเรียน ป.๑-๖	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐	-	-	๖,๘๘๙	๖,๕๐๘ (๙๔.๔๖)	๖,๘๘๙	๖,๗๙๔ (๘๘.๖๒)

จากตาราง การดำเนินงานตัวชี้วัดการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคามมุ่งสู่เด็กมหาสารคาม ๔.๐ เปรียบเทียบรายปี ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๒ พบว่า ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด มีเพียงระดับฮอโมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์(TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒ mU/L ไม่เกินร้อยละ ๓ ถึงแม้จะยังไม่ผ่านเกณฑ์ แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

๒. การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อกำหนดการดำเนินงาน ในปี ๒๕๖๒

๒.๑ การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อกำหนดการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคามมุ่งสู่เด็กมหาสารคาม ๔.๐

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
๑. Structure	๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับตำบล คณะอนุกรรมการด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับอำเภอ, คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก
๒. Information	๑. การติดตามระบบข้อมูล HDC มีการวิเคราะห์ข้อมูล คืบข้อมูลและติดตามผลการดำเนินงานในไลน์กลุ่ม CPM และการประชุม MCH ระดับอำเภอ คืบข้อมูลให้คณะกรรมการ คปสอ. ทุกเดือน ๒.สนับสนุนคู่มือ การประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ และสื่อต่างๆ เช่น คู่มือ DSPM/DAIM, ป้ายไว้นิลประชาสัมพันธ์, Infographic , แผ่นพับความรู้, หนังสือนิทาน, แอปพลิเคชันต่างๆ เช่น ก้าวอย่างเพื่อสร้างลูก ๓.พัฒนาระบบการบันทึกและประมวลผลข้อมูลที่เป็นปัญหา เช่น Lab Hct ครั้งที่ ๒, การได้รับยาเสริมธาตุเหล็กของเด็ก ๖ เดือนถึง ๒ ปี, การได้รับนมแม่
๓. Intervention /Innovation	๑.ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ เชิงรุกโดย อสม.ในชุมชน ๒. ขอความร่วมมือขอข้อมูล หญิงตั้งครรภ์ในคลินิกเอกชน ๓.ให้ความรู้กับวัยรุ่นในโรงเรียน/ชุมชนเกี่ยวกับเพศศึกษารอบด้านและจ่ายยาโฟลิก ๔. จัดทำโครงการบัดดี้ Kids ในชุมชน ๕. จัดให้มีพี่เลี้ยงลงสอนการคีย์ข้อมูลเชิงรุกในชุมชน ๖. มีการจ่ายยาให้หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่รพ. ทุกรายและบันทึกข้อมูลทุกครั้ง

หัวข้อ	กิจกรรมที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒
	๗.ติดตามเยี่ยมเด็กที่มีค่าไทรอยด์เกิน ๑๑.๒๕ มิลลิยูนิต/ลิตร
๔. Integrate	- ประกาศให้การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดักสิลา ๔.๐ เป็นวาระอำเภอเมืองมหาสารคาม นำทีมโดยนายอำเภอเมืองมหาสารคาม หัวหน้าหน่วยงานราชการ และการ ขับเคลื่อนผ่าน พขอ.พชต. ร่วมกันประกาศเจตนารมณ์ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกัน ในวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๑ - การบูรณาการระดับพื้นที่ ได้บันทึกข้อตกลง (MOU) ในวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒ เครือข่ายสุขภาพพระดั่งอำเภอและตำบล, ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน และพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย (แกนนำอสม)
๕. Monitoring/ Evaluation (ติดตามการฝาก ครรภ์)	- ระบบข้อมูล HDC (คืนข้อมูลและติดตาม) - นำเสนอรายงานสรุปผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในที่ประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก - รายงานสรุปผลการดำเนินงานอำเภอเมืองมหาสารคามไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดักสิลา ๔.๐ (Smart Kids Kudrang ๔.๐) ทุกเดือน - นำเสนอผลการดำเนินงานในที่ประชุมกรรมการ คปสอ. ทุก ๓ เดือน (คืนข้อมูลและติดตาม) - เยี่ยมเสริมพลัง นิเทศติดตาม และประเมินเครือข่าย รพ.สต

๒.๒ แผนงาน กระบวนการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานปี ๒๕๖๒

- มีการจัดทำกิจกรรมตามแผนงานโครงการพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก ๐-๕ ปี อำเภอเมือง ปี ๒๕๖๒ โดยการจัดประชุมพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานกลุ่มแม่และเด็ก ๐-๕ ปี ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในเครือข่ายทุกเดือน

- เน้นการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ เช่น คลินิกเอกชน ในชุมชน
- ติดตามเยี่ยมกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยง โดยทีมรพ.มหาสารคามร่วมกับพื้นที่
- วิเคราะห์ข้อมูล TSH เด็กทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง
- ติดตามเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน Smart kids ของ พชต. โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิต (พขอ.) ในกิจกรรมอำเภอยั่งยืนเคลื่อนที่ทุกเดือน

- จัดทำ Flow chart การติดตามเด็กค่าไทรอยด์เกิน

๒.๓ การจัดโครงสร้างการบริหารโครงการ (Project Manager/Project Team) ของปี ๒๕๖๒

- มีการจัดทำโครงการดำเนินการ/กิจกรรมตามแผนร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล สสอ. หน่วยบริการปฐมภูมิ และภาคีเครือข่าย

- มีการนิเทศการจัดบริการคลินิกฝากครรภ์ ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม โดยทีมพี่เลี้ยงจากรพ.มหาสารคามและสสอ.เมืองฯ

๒.๔ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) ของการดำเนินงานปี ๒๕๖๒

- จังหวัดมีนโยบายจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อเด็กดักสิลา (Taksila smart kids ๔.๐) ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

๓.๑ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ที่คลินิกและได้รับยาเสริมไอโอดีนมากินทำให้การเก็บกลุ่มตัวอย่างของอำเภอเมืองทำได้น้อย

๓.๒ การขาดความตระหนักในการกินยาของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอ

๔. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน (ให้อธิบายประกอบภาพกิจกรรม ใคร/ทำอะไร/ที่ไหน/เมื่อไหร่)



ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน/เด็กที่มีค่าไอโอดีนเกิน



ติดตามเยี่ยมเสริมพลังใน ศพด.เด็กทุกเดือน

ภาคผนวก

คณะผู้จัดทำ

❖ เจ้าของ

- โรงพยาบาลมหาสารคาม

❖ ที่ปรึกษา

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
- รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามทุกฝ่าย
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามทุกด้าน

❖ กองบรรณาธิการ

- | | |
|----------------------------|--|
| ○ นพ.นายประเสริฐ ศรีสารคาม | รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและ
สนับสนุนบริการสุขภาพ |
| ○ นพ.นายประวิณ ทับแสง | ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ |
| ○ นายสุรสิทธิ์ ศรีวิรัตน์ | หัวหน้างานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ |

❖ รวบรวมและเรียบเรียงข้อมูล

- | | | |
|--------------|------------|---------------------|
| ○ นายศิวกร | แสนยะมาตย์ | นักวิชาการสาธารณสุข |
| ○ นายธวัชชัย | สุขศรีงาม | เจ้าพนักงานธุรการ |

❖ ออกแบบปก

- | | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| ○ นางสาวอรสา สี่ละอามาศย์ | เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน |
|---------------------------|-----------------------------------|

❖ แหล่งข้อมูล

- | | |
|----------------------|-----------------------------------|
| ○ ข้อมูลบุคลากร | ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ |
| ○ ข้อมูลทางการเงิน | ฝ่ายการเงินและบัญชี |
| ○ ข้อมูลการให้บริการ | ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ |

❖ ปีที่พิมพ์

- กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๒