

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary) รอบที่ 1 ปี 2561 วันที่ 12-14 ก.พ. 2561

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**

**2.1 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ**

**ประเด็นตรวจราชการ**

**13. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่**

(Primary Care Cluster)

1) แผนการจัดตั้ง PCC

2) การพัฒนาและขึ้นทะเบียน PCC

3) การพัฒนาสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หลักสูตร In-service training และ formal training ในเขตสุขภาพ

4) การดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

ผลลัพธ์: ร้อยละ 33.33

**1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญ สภาพปัญหาของพื้นที่**

จังหวัดมหาสารคาม มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิวางแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster แผนระยะ 10 ปี 2560-2561 เป้าหมาย 36 PCC 96 ทีม ปีงบประมาณ 2561 วางแผนการเปิดดำเนินการ 9 ทีม ได้แก่ อำเภอเมือง 1 ทีม อำเภอแกลง 1 ทีม อำเภอโกสุมพิสัย 3 ทีม อำเภอบรบือ 3 ทีม อำเภอวาปีปทุม 1 ทีม โดยในไตรมาสแรกสามารถเปิดดำเนินการได้ 3 ทีม ดังนี้ รพ.สต.โคกไร่ อ.แกลง รพ.สต.แพ่ง อ.โกสุมพิสัย รพ.สต.เหล่าตามา อ.บรบือ ผ่านเกณฑ์ประเมินแบบไม่มีเงื่อนไข

จังหวัดมหาสารคาม มีสถาบันการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หลักสูตร In-service training 3 แห่ง ได้แก่ รพ.มหาสารคาม โกสุมพิสัย และโรงพยาบาลเขียงยืน

นโยบายสำคัญ มีการวางแผนการจัดอัตรากำลังการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัว และวิชาชีพอื่นๆ นอกจากนี้ ยังเชื่อมโยงการดำเนินงานของ Primary กับ Service Plan

**2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key success)**

1) กำหนดเป็นนโยบายจังหวัดมีมอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ

2) กำหนดเป็น KPI ประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ตามแผนการจัดตั้งระยะ 10 ปี

3) มีการวางแผนพัฒนาศักยภาพกำลังคน รองรับการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ทุกสหวิชาชีพ

4) มีการเชื่อมโยงกับ Service Plan ทุกสาขา

**3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ**

1) ความชัดเจน และความเป็นไปได้ของนโยบาย และแนวทางปฏิบัติคลินิกหมอครอบครัว

2) งบประมาณ ในการสนับสนุนด้านการจัดบริการ การจัดบุคลากรให้ได้ตามเกณฑ์ และค่าตอบแทนบุคลากรค่อนข้างสูง

3) จำนวนแพทย์ที่สนใจในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว มีน้อย

4) อัตรากำลังโยกย้ายของแพทย์ที่ผ่านการอบรมแล้วมีสูง หากมีการโยกย้าย คลินิกหมอครอบครัวนั้นก็ขาดคุณสมบัติในการจัดตั้ง และมีความเสี่ยงในการที่จะหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาทดแทน

#### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) การบรรจุบุคลากร ใน PCC และหน่วยปฐมภูมิ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการจ้างของ CUP
- 2) ทำสัญญาการใช้ทุนในแพทย์ odod หรือ cpert
- 3) สร้างขวัญกำลังใจ ให้คุณค่า และสร้างความภาคภูมิใจ ความมีศักดิ์ศรีของ FM ให้ทัดเทียม

#### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best practice (ถ้ามี)

- 1) PCC สวมคึกการจับบริการที่มีคุณภาพ มีการเชื่อม Service plan สาขา NCD, STROK, CKD เกิดนวัตกรรม SNCD (Specialist NCD) เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจร
- 2) PCC ราชภัฏ โดดเด่นด้านการฟื้นฟูสภาพ และศูนย์กายอุปกรณ์ เพื่อแก้ไขปัญหาผู้พิการแบบครบวงจร

## 2.2 การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ

### 14. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

- 1) การประเมินตนเองในการเข้าร่วมโครงการ One Day Surgery
- 2) การจัดตั้งหน่วยให้บริการ One Day Surgery
- 3) ผลลัพธ์ของการให้บริการ One Day Surgery

#### Service Plan สาขาศัลยกรรม

ตัวชี้วัด 14. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (ร้อยละ 15)

- ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ Minimal Invasive Surgery (ร้อยละ 10)

ผลลัพธ์: 100 % (3/3 ราย)

#### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

รพ.มค เข้าร่วมโครงการเมื่อ ธ.ค.60 มีการผ่าตัดแบบ ODS ในกลุ่ม ผู้ป่วย Endoscopic Variceal Ligation (EVL) และ Indirect Inguinal Hernia โดย รพ.บรบือ สามารถให้การบริการส่องกล้อง EGD ได้ รพ.พยุหภูมิพิสัย สามารถทำผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy และส่องกล้อง EGD ได้ ในปี 2561 (ต.ค.-ธ.ค.60) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS จำนวน 3 ราย (100%) แต่ยังไม่มีการจัดตั้งหน่วย ODS

การทำผ่าตัด Minimal invasive Surgery เริ่มทำการผ่าตัด laparoscopic Cholecystectomy เป็นหลัก ต่อมาเพิ่มขึ้น Laparoscopic Colectomy, LAR, APR, Laparoscopic Appendectomy, Laparoscopic Hernioplasty และ Endoscopic Transoral Thyroidectomy ปัจจุบันมีทำ MIS ในสาขา ศัลยกรรมทางเดิน ปัสสาวะ สูติรีเวชกรรม ศัลยกรรมระบบประสาทและศัลยกรรมกระดูกและข้อ ตามลำดับ นอกจากนั้นโรงพยาบาล พยุหภูมิพิสัยยังสามารถให้การบริการ Laparoscopic Cholecystectomy ได้

#### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) การจัดตั้ง Pre anesthetic Assessment Center (PAC)
- 2) จัดทำ Standing order สำหรับ pre-post operative care

#### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน กับหน่วยงานสหวิชาชีพ ทำให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติ
- 2) การเบิกจ่ายเงิน กับ สปสช

#### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) การประเมินตนเองในการเข้าร่วมโครงการ One Day Surgery
- 2) การจัดตั้งหน่วยให้บริการ One Day Surgery
- 3) ประเมินผลลัพธ์ของการให้บริการ One Day Surgery

#### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

### 15. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

1) การวิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย และแผนงาน/แผนปฏิบัติการเพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษา ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดของมาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติการ เพื่อการลดการตาย การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อตัวชี้วัด : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ( $\geq$ ร้อยละ 85)

ผลลัพธ์ : ยังไม่ถึงรอบที่ประเมิน

#### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

สถานการณ์วัณโรคจังหวัดมหาสารคาม ระหว่างปีงบประมาณ 2558 – 2560 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (Incident cases) ขึ้นทะเบียนรักษา 1,164 ราย, 1,361 ราย และ 1,275 ราย ตามลำดับ อัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment coverage) ร้อยละ 70.16, 82.13 และ 76.94 ตามลำดับ และอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำระหว่างปีงบประมาณ 2557 – 2559 ร้อยละ 85.57, 79.40 และ 82.76 ตามลำดับ ทั้งอัตราความครอบคลุมการรักษาและอัตราความสำเร็จการรักษายังไม่บรรลุเป้าหมาย ( $\geq$ ร้อยละ 90) จึงยังไม่นำไปสู่การลดโรคได้

#### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญกับนโยบายควบคุมวัณโรคอย่างต่อเนื่อง
- 2) มีการประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานระดับผู้บริหารเป็นระยะ และประชุมผ่าน VDO conference สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกเดือน
- 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และโรงพยาบาลมหาสารคามร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตระหว่างรักษา เพื่อวางแนวทางแก้ไขปัญหาเชิงรุกกรณีผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต
- 4) ใช้กลไกศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรคแห่งชาติ (National Operation Center for TB : NOC-TB จังหวัดมหาสารคาม ช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงาน
- 5) วางระบบการคัดกรองค้นหา การดูแลรักษา กำกับติดตาม โดยเชื่อมโยงระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล (TBCM online)

#### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

จากการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2561 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 242 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต 17 ราย (ร้อยละ 7.02) และโอนออก 12 ราย (ร้อยละ 4.96)

#### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

เร่งรัดแก้ไขการเสียชีวิต โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งมีผู้ป่วยเสียชีวิต 11 ราย โดยนำข้อมูลวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สอบสวนการเสียชีวิต และ Death case conference กำกับ ติดตามผู้ป่วยที่โอนออก และใช้กลไกศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรคจังหวัดมหาสารคามสนับสนุนในการแก้ไขปัญหา

#### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice

-

## 16. จำนวนเมืองสมุนไพร

- 1) แผนบูรณาการพัฒนาเมืองสมุนไพร ภายใต้แผนพัฒนาจังหวัด
- 2) การจัดตั้งคณะกรรมการโครงการเมืองสมุนไพรระดับจังหวัด
- 3) การคัดเลือกกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพรในจังหวัด และขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการ
- 4) การส่งเสริมการผลิตและแปรรูปผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน GAP/GACP/Organic
- 5) การพัฒนาคุณภาพโรงงานผลิตยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพรสู่มาตรฐาน GMP
- 6) การขยายช่องทางการตลาด
- 7) การกำหนดยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันในสถานบริการทุกระดับ

ตัวชี้วัด : จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด (เป้าหมาย 13 จังหวัด)

ผลลัพธ์ : จังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดส่วนขยาย ในเขตบริการสุขภาพที่ 7

Small success : รอบ 3 เดือน มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพรอย่างน้อย 1 กลุ่ม คือ กลุ่มบ้านไร่สมุนไพร อ. นาอุดม

### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

เขตสุขภาพที่ 7 มีจังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดที่จะพัฒนาเป็นเมืองสมุนไพร มีต้นทุนการปลูกสมุนไพร จากโครงการตลาดกลางวัตุดิบสมุนไพร และเป็นต้นแบบในการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2555 โดยมีกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรต้นแบบ 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอนาอุดม อำเภอยางสีสุราช และอำเภอยักษ์ภูมิพิสัย และขยายพื้นที่ครอบคลุมทั้ง 13 อำเภอ รวมทั้งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการจัดตั้งโรงงานผลิตยาสมุนไพรที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

เมืองสมุนไพรจังหวัดมหาสารคาม มุ่งเน้นการพัฒนาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยแบบครบวงจรตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ตามแนวทางประชารัฐ โดยบูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในจังหวัดมหาสารคาม โดยมีหน่วยงานดำเนินการหลัก ได้แก่ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (สสจ.) โรงพยาบาลมหาสารคาม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนตลอดห่วงโซ่อุปทาน นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนงานด้านการวิจัยและพัฒนา ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยเมืองสมุนไพรจังหวัดมหาสารคาม มีผลการดำเนินงาน 4 มาตรการ รายละเอียด ดังนี้

มาตรการ	ชื่อผลผลิตของโครงการ	เป้าหมาย	ผลผลิต
1. สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน	1. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม (small success รอบ 3 เดือน)	1 กลุ่ม	กลุ่มบ้านไร่สมุนไพร อ.นาอุดม
	2. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/ พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตุดิบ สมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด (small success รอบ 6 เดือน)	1 ฐานข้อมูล	มีฐานข้อมูล ร่วมกับเกษตรกร จังหวัด 500 ไร่
	3. มีข้อมูลความต้องการวัตุดิบสมุนไพร/ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching) (small success รอบ 12 เดือน)	มีข้อมูล	มีฐานข้อมูลสมุนไพร 124 ชนิด ที่ รพ.มหาสารคาม

มาตรการ	ชื่อผลผลิตของโครงการ	เป้าหมาย	ผลผลิต
2. พัฒนาคุณภาพ วัตถุดิบสมุนไพร ยกระดับมูลค่าผลผลิต ให้กับเกษตรกร	1. มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกพืช สมุนไพร	มีการจัด Zoning	มีฐานข้อมูล ร่วมกับเกษตรกร จังหวัด 500 ไร่
	2. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน จากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี (small success รอบ 12 เดือน)	1,000 ไร่/ปี	
	3. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์ สมุนไพร GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ภาครัฐ และเอกชน)	1 แห่ง	อยู่ระหว่างการพัฒนาและ ขอ GMP -แห่งเดิม 1 แห่ง
	4. มีโรงงานแปรรูปและผลิตยา ผลิตภัณฑ์ สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ภาครัฐและเอกชน) (small success รอบ 12 เดือน)	1 แห่ง	(ศ.จัมปาตรี รพ.มค.) -แห่งใหม่ 1 แห่ง (พื้นที่ 40 ไร่)
3. ขยายช่องทางการใช้ ประโยชน์ เพิ่มมูลค่า และการตลาด (Non-Therapeutics)	1. บุคลากรผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการ สมุนไพรได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)	ผู้ประกอบการ อย่างน้อย 3 - 5 ราย	มีในแผนพัฒนาบุคลากร ปี 2561
	2. เพิ่มจำนวน Shop/Outlet อย่างน้อย ปี ละ 1 แห่ง	เพิ่มขึ้น 1 แห่ง	จัดตั้ง ร้านค้าจัมปาตรี เป็น Shop/Outlet แห่งแรก และขยายไปในทุกอำเภอ
	3. จัดตั้ง Shop/Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง (small success รอบ 6 เดือน)	1 แห่ง	
	4. มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น 4.1 จำนวนผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไพล กระจายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์ 4.2 จำนวนผลิตภัณฑ์สมุนไพร เด่นในจังหวัด อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์	- Product Champion 1 ผลิตภัณฑ์ - ผลิตภัณฑ์ สมุนไพรเด่น 2 ผลิตภัณฑ์	อยู่ในระหว่างการวิจัยและ พัฒนาผลิตภัณฑ์ เช่น ครีม มันแกว น้ำสมุนไพรผสมมัน แกว และลูกประคบ สมุนไพร
4. ส่งเสริมการใช้ สมุนไพรใน ระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)	1. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20 (small success รอบ 12 เดือน)	ร้อยละ 20	28.44 (ฐานข้อมูล HDC จังหวัด มหาสารคาม ณ วันที่ 11 ก.พ. 61)
	2. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุข เพิ่มขึ้นร้อยละ 15 (small success รอบ 12 เดือน)	ร้อยละ 15	32.64 (ฐานข้อมูล HDC จังหวัด มหาสารคาม ณ วันที่ 18 ม.ค. 2561)
	3. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 15	ร้อยละ 15	อยู่ในระยะเริ่มดำเนินการ
	3. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (small success รอบ 12 เดือน)	ร้อยละ 10	อยู่ในระยะเริ่มดำเนินการ

## 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) การสนับสนุนจากผู้บริหาร และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการดำเนินงาน
- 2) มีแกนนำกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรและมีเครือข่ายผู้ปลูกสมุนไพรในพื้นที่ต่างๆ อีกทั้งได้รับความร่วมมือจากเกษตรกรจังหวัดเพื่อพัฒนามาตรฐานการปลูกสมุนไพร
- 3) จัดตั้ง ร้านค้าจัมปาศรี เพื่อจำหน่ายยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของรพ.มหาสารคาม โดยมีแผนที่จะขยายพื้นที่จำหน่ายในร้านค้าประชารัฐทั่วจังหวัด
- 4) มีแผนดำเนินการผลิตสมุนไพรที่ลดความซับซ้อนในการผลิตยาของโรงงานยาในพื้นที่ เขต 7

## 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) รพ.มหาสารคาม อยู่ระหว่างพัฒนาโรงงานผลิตยาสมุนไพร เข้าสู่มาตรฐาน GMP
- 2) การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล มีความล่าช้า
- 3) ขาดแนวทางจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการจัดทำแผนธุรกิจ (Business Plan)
- 4) การบูรณาการในการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและการพัฒนาเมืองสมุนไพร ภายใต้แผนพัฒนาจังหวัด/อำเภอ ยังไม่ครอบคลุมทั้งจังหวัด
- 5) การสำรวจ Demand-Supply Chain ยังมีข้อจำกัดหลายด้าน (ขาดข้อมูลภาคเอกชน)
- 6) ขาดความชัดเจนในการบูรณาการโครงการ Herbal City ภายใต้แผนพัฒนาจังหวัด (ภาพรวมจังหวัด)

## 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

การก่อตั้งสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรและสุขภาพเป็นมูลนิธิ เพื่อขยายผลทางการตลาดในอนาคต

## 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (Best Practice)

-

## 2.3 การพัฒนาระบบบริการ : Health Outcome

### 17. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 1) การจัดตั้ง Stroke Unit ใน รพ.ระดับ A , S
- 2) ปรับเพิ่มจำนวนเตียง Stroke Unit ให้เหมาะสม
- 3) การจัดการและให้บริการกรณี Hemorrhage ใน Stroke Unit
- 4) การพัฒนาเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

ผลลัพธ์ : ร้อยละ 5.6

### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

ในปี 2560 ในภาพรวมทั้งประเทศ (12 เขตสุขภาพ) โรงพยาบาลระดับ A และ S มีบริการการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Stroke Fast Track) ร้อยละ 100 และ 97.9 ตามลำดับ มีหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) เพิ่มขึ้น โดยโรงพยาบาลระดับ A และ S มี Stroke Unit ร้อยละ 87.9 และ 58.3 ตามลำดับ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการมาตรฐานดังกล่าวเพิ่มขึ้น และอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 9.1

จังหวัดมหาสารคาม มีโรงพยาบาลระดับ S 1 แห่ง ซึ่งมีระบบบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Stroke Fast Track) และมีหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) 1 แห่ง จำนวน 16 เตียง

### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) มีการพัฒนาระบบส่งต่อ ลดขั้นตอนกระบวนการดูแลในโรงพยาบาล ขยายเวลาคัดกรองผู้ป่วย
- 2) การจัดทำ refer back อย่างเป็นระบบ

- 3) มีการอบรมความรู้และปรับปรุง CPG, CNPG นำมาปฏิบัติอย่างเคร่งครัด
- 4) การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง (COCR9) ครอบคลุมทุกอำเภอ

### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

-

### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน
- 2) การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน

### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

### 18. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

- 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 2) การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูน
- 3) Health Literacy: การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉินและปกติ
- 4) การพัฒนาระบบข้อมูล

ผลลัพธ์ : อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ  $\leq 27$  ต่อแสนประชากร 2.29 (22/960,407)

ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ ร้อยละ 100 100 (11/11)

#### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

รพ.มหาสารคามมี Cardiologist 1 คน พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ 5 คน พยาบาลเฉพาะทางวิกฤติ 5 คน Echo 2 เครื่อง Exercise Stress Test 1 เครื่อง มีCCU 6 เตียง หัตถการที่ทำได้คือ IABP,TPM,Echo,Exercise Stress Test มีบริการHeart Failure และ Warfarin Clinic ส่วน รพ.M2-F2 มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ 100% โดยอายุรแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มีการพัฒนาระบบSTEMI fast tract ร่วมกับรพ.ขอนแก่น ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ในการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็น Complicated MI หรือไม่สามารให้ยาละลายลิ่มเลือดได้สามารถส่งไปทำ Cath lab การเข้าถึงบริการใช้ระยะเวลาได้ตามเกณฑ์ (Onset to Needle Time :จากเริ่มมีอาการถึงได้รับยา) ส่วนเรื่องระบบการบริหารจัดการยา Dual-anti platelet (Clopidogrel)/ Beta-blocker for CHF (Carvedilol, Metoprolol, Bisoprolol) จาก รพ.ระดับ A-F2 ในจังหวัดได้ 100 % ซึ่งจะทำให้สามารถเพิ่มการ Refer back จาก รพ.จังหวัดไป รพช.ได้ ผลลัพธ์ในการรักษาพบว่าอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI มีแนวโน้มน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 10 และอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มลดลงจาก 18 ต่อแสนประชากร ในปี 2557 ลงเหลือ 11.3 ต่อแสนประชากร ในปี2559 และ 8.81 ต่อแสนประชากร ในปี2560

- ระยะเวลาที่ผู้ป่วย STEMI ตั้งแต่มีอาการจนถึงได้รับการเปิดเส้นเลือดหัวใจ OTN (onset to needle time) 185 นาที (เกณฑ์ 360 นาที)

- ระยะเวลาที่ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด DTN (door to needle time) 65 นาที (เกณฑ์มาตรฐาน 30 นาที)

- warfarin clinic ใน รพ. M-F2 7/11 ดำเนินการได้เฉพาะ รพ. M2 F1 6 รพ. ได้แก่ พยัคฆภูมิพิสัย ปรบือ โกสุมพิสัย วาปีปทุม เชียงยืน กันทรวิชัย

ในปี2560 มีผู้ป่วย STEMI 74 คน ได้รับ sk 23 คน ส่งต่อเพื่อทำ PCI 40 คน เสียชีวิต 3 คน

## 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) นโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหาร
- 2) แนวทางการบริหารจัดการยา

## 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) Cardiologist มีเพียงคนเดียว
- 2) ขาดอายุรแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางใน รพ.พยุหภูมิพิสัย
- 3) ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นในรถ refer เช่น EKG Real time
- 4) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนยังไม่ครอบคลุม
- 5) ยังไม่มีข้อมูลอัตราการเสียชีวิตจาก NSTEMI

## 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) เชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วย ACS ในระดับเขต
- 2) วางระบบจัดเก็บข้อมูลและพัฒนาระบบการดูแล NSTEMI
- 3) บูรณาการกับสาขาโรคเรื้อรัง ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มี CVD risk

## 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

## 19. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

- 1) การลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด (Emergency Department Crowding)
- 2) การพัฒนาคุณภาพการรักษาโดยใช้ ER Safety Goals
- 3) การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ใน รพ.F2 ขึ้นไป เป้าหมาย <12%

ผลลัพธ์ : อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma PS Score > 0.75) น้อยกว่าร้อยละ 1 0.58 (7/1,198)

: อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 1.78(162/9,090)

: ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 40 85.71% (54/63)

: ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปในแต่ละจังหวัด ที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System จนผ่านเกณฑ์การประเมิน 100% (63/63)

## 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

-

## 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องจากผู้ว่าราชการจังหวัดผ่านกิจกรรม กินข้าวเล่าเรื่อง
- 2) การพัฒนาข้อมูลอุบัติเหตุและการนำมาใช้ในด้าน การป้องกันและพัฒนาด้านการรักษา

## 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) ขาดบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2) ผลการประเมินตนเอง ECS คุณภาพ พบว่าทุกรพ.ยังตกเกณฑ์ในด้านงานวิจัย



#### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) ควรวิเคราะห์ผลและสรุปเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาของแต่ละรพ.ในองค์ประกอบที่ 4
- 2) ทบทวนแผนพัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมหลักสูตรต่างๆ ได้แก่ ICS/HOPE/MERT/MiniMERT/CLS/เครือข่าย ECS
- 3) พัฒนาระบบ Trauma nurse coordinator
- 4) พัฒนาระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการดูแลขณะส่งต่อ

#### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

#### การพัฒนาระบบบริการ : Service Outcome

#### 20. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- 1) กลไกขับเคลื่อนงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับเขตสุขภาพ (Chief Thai Traditional and alternative Medicine Officer: CTMO)
- 2) ประเมินการพัฒนาโรงพยาบาลเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
- 3) การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในรพ.สต.ทุกแห่ง

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย 20)

ผลลัพธ์ : ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 28.44 (ฐานข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม ณ วันที่ 11 ก.พ. 61)

#### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดมหาสารคาม มีบุคลากรแพทย์แผนไทยทั้งหมด จำนวน 53 คน มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 81.39 ปฏิบัติงานใน รพ. จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 84.9 ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 11.32 ดำเนินการพัฒนางานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในจังหวัด โดยครอบคลุมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ พบว่าประชาชนมีแนวโน้มในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น โดยร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2560 คิดเป็นร้อยละ 22.64, 24.63 และ 26.71 ตามลำดับ และปีงบประมาณ 2561 (ฐานข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม ณ วันที่ 11 ก.พ. 61) คิดเป็นร้อยละ 28.44 โดยมีรายละเอียดร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2561 ไตรมาส 1 ดังนี้

ร้อยละของผู้ป่วยนอก ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	จำนวนผู้ป่วยนอกที่รับบริการ (ครั้ง)		ร้อยละ	เป้าหมาย (ร้อยละ)
	ทั้งหมด	แพทย์แผนไทย		
ในสถานบริการทุกระดับ	577,310	164,177	28.44	20
- ใน รพศ. รพท.	86,476	13,406	15.50	10
- ในรพช.	238,177	46,055	19.34	20
- ในรพ.สต.	251,027	104,057	41.45	30

(ฐานข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม ณ วันที่ 11 ก.พ. 61)

คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน ดำเนินการ ร้อยละ 100 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 – 2561 จัดบริการ แพทย์ทางเลือก (ฝังเข็ม) โดยแพทย์แผนปัจจุบัน ใน รพ. จำนวน 3 แห่ง คือ รพ. มหาสารคาม รพ. พยัคฆภูมิพิสัย รพ. นาคนู ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการทุกระดับ โดยผลักดันให้ รพท. และรพช. ทุกแห่งมียาจากสมุนไพร ใช้อย่างน้อย 30 รายการ และรพ.สต. มียาสมุนไพรใช้อย่างน้อย 10 รายการ โดยการให้ผู้บริหาร CUP ได้เห็น ความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องมีรายการยาสมุนไพรไว้ให้บริการในทุกสถานบริการ ผ่านที่ประชุมประจำเดือน การ นิเทศงาน ผลักดันกรอบยาสมุนไพรผ่าน พบส. เกษัชกรรม และ PTC ยาระดับจังหวัด (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นประธาน) เมื่อ 13 ตุลาคม 2559 ส่งผลให้ รพ. ทุกแห่งได้เร่งรัดการสนับสนุนให้มียาสมุนไพรมากกว่าหรือเท่ากับ 30 รายการ ในปี พ.ศ. 2560 – 2561 มี รพ. มหาสารคาม ซึ่งกำลังพัฒนาโรงงานผลิตยาสมุนไพร เข้าสู่มาตรฐาน GMP ผลิตยาสมุนไพร จำนวน 33 รายการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ 1 รายการ และสนับสนุนการส่งเสริมและคุ้มครองภูมิ ปัญญาการแพทย์แผนไทย และร่วมจัดงานมหกรรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทย ระดับภาค ขับเคลื่อน งานพัฒนางานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยเชิงนโยบาย เกิดผลงานวิจัยใหม่ เช่น

- 1) การศึกษาภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อกระตุ้นน้ำนมมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลยางสีสุราช
- 2) ผลของยาต้มตำรับหมอพื้นบ้านต่อปริมาณน้ำนมมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลเขียงยืน

จังหวัดมหาสารคามมีแผนงานขับเคลื่อนระบบบริการ ในปีงบประมาณ 2561 ดังนี้

1. การอบรมเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย (72 ชั่วโมง)
2. การอบรมหลักสูตรพยาบาลคัดกรอง (OPD คู่ขนาน)
3. การพัฒนางานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย
4. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยทุกระดับ

## 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน ดำเนินการ ร้อยละ 100
- 2) ผู้บริหารให้ความสำคัญและดำเนินการขับเคลื่อนเชิงนโยบายให้ รพท. และรพช. ทุกแห่ง มียาจากสมุนไพร ใช้อย่างน้อย 30 รายการ และรพ.สต. มียาสมุนไพรใช้อย่างน้อย 10 รายการ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยนอกได้รับ บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และพัฒนางานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย
- 3) หน่วยงานให้ความสำคัญและมีแผนมีการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง

## 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) รพ. มหาสารคาม อยู่ระหว่างพัฒนาโรงงานผลิตยาสมุนไพร เข้าสู่มาตรฐาน GMP ผลิตยาสมุนไพร
- 2) มีบุคลากรแพทย์แผนไทยทั้งหมด จำนวน 53 คน มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมไทยและแพทย์แผนไทย ประยุกต์ จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 81.39 ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ ร้อยละ 18.61

## 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

คำตอบแทน พตส. และขวัญกำลังใจความก้าวหน้าในหน้าที่การงานของผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย

## 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (Best Practice)

การพัฒนานวัตกรรมตะกร้ากักเก็บความร้อน โรงพยาบาลนาคนู

## 21. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

- 1) การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 2) การจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม
- 3) การควบคุมมาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- 4) การจัดบริการ palliative care สำหรับผู้ป่วย ESRD ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

ผลลัพธ์ : โรคไตร้อยละของผู้ป่วยCKDที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 /min/1.73 m<sup>2</sup> /yr (เป้าหมาย: ≥66% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2561) 61.76 (2,999/4,856)

### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดมหาสารคาม มีอายุรแพทย์โรคไต 6 คน แพทย์ผ่านการอบรม 4 เดือน 1 คน มีHD มีเครื่องทั้งหมด 92 เครื่อง 549 คน, CAPD 310 คน , pc 367 คน ให้บริการครบทั้ง S M2 F1 คลินิกชะลอไตเสื่อมแบบบูรณาการครบ ในโซนใต้ยังต้องมีการพัฒนาอีกมากในหลายๆด้าน

### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) บุคลากรสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกชะลอไตเสื่อม ครู ก และ ครู ข
- 2) มีบริการ PD node และ HD node ครบ 100% ในโรงพยาบาลระดับ M2/F1

### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) บุคลากรทำงานหลายอย่างทำให้ผลของการทำงานไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ
- 2) ระบบ IT การรายงานผลที่ทำได้ไม่สัมพันธ์กับการลงข้อมูลในโปรแกรม
- 3) การเชื่อมโยงกับ DSH และตำบลจัดการสุขภาพยังมีน้อย
- 4) ขาดบุคลากรใน CKD Clinic ไม่ครบองค์ประกอบ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร กายภาพบำบัด
- 5) การคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM HT ยังต่ำ

### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

สนับสนุนให้มีการลงพื้นที่เพื่อคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่

### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (Best Practice)

-

## 22. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

- 1) การขยาย organ donor center ใน รพ.ระดับ A,S และ eye donor center ให้ครอบคลุม รพ.ระดับ A,S,M1
- 2) การบริหารจัดการระบบการรับบริจาคและดวงตาใน รพ.เป้าหมาย
- 3) ระบบการผ่าตัดนำอวัยวะผู้บริจาคออกเพื่อนำไปปลูกถ่าย (organ harvesting) ทั้งการผ่าตัดโดยใช้ทีมจากกาชาดส่วนกลาง หรือ ทีมจากระดับเขต (regional harvesting team) และ ระบบการผ่าตัดจัดเก็บดวงตาโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับใน รพ.เป้าหมาย หรือ โดยกาชาดจังหวัด

## ปลุกถ่ายอวัยวะ

- 1) จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายในแต่ละโรงพยาบาล Donor เป้าหมาย มากกว่า 0.4 ราย ต่อ 100 hospital death ผลงาน 1
- 2) จำนวนผู้บริจาคดวงตาจากผู้เสียชีวิตในแต่ละ รพ. A และ S > 5 ราย: 100 hospital death ผลงาน 3
- 3) จำนวนผู้ยื่นความจำนงบริจาคดวงตาและอวัยวะ 31 คน

### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดมหาสารคาม การดำเนินงานการปลุกถ่ายอวัยวะ แพทย์ระบบประสาท 2 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 6 คน วิสัญญีพยาบาล 27 คนเตียง ICU (sicu picu semi) 22 เตียง ห้องผ่าตัด 8 ห้อง พยาบาล 36 คน ผู้จัดเก็บดวงตา 1 คน

### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) มีคลังแพทย์ระบบประสาท
- 2) พยาบาลอบรมเฉพาะทางรับบริจาค 4 เดือน

### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) วัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่นิยมบริจาคอวัยวะ
- 2) ขาดพยาบาลแบบ Full time และผู้จัดเก็บดวงตาไม่เพียงพอ

### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) ควรพัฒนาระบบการดำเนินงานขอบริจาคอวัยวะให้มีรูปแบบชัดเจน ตั้งแต่วินิจฉัยว่าเกิดการบาดเจ็บศีรษะที่รุนแรง กระบวนการ Work instruction
- 2) สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ และบุคลากรด้านสาธารณสุขเข้าอบรม เรื่องการขอรับบริจาคอวัยวะจากแนวคิดของนักวิชาการและความคิดของคนในชุมชน กับการบริจาคอวัยวะ

### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (Best Practice)

-

## 23. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission)

1. จัดตั้งและดำเนินงานของคณะกรรมการบำบัดรักษา และคณะกรรมการลดอันตรายจากยาเสพติด (เฉพาะพื้นที่ 37 จังหวัด)
2. แผนพัฒนาระบบบริการ การรับส่งต่อ การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาสถานพยาบาล สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทุกระบบในพื้นที่
3. การคัดกรอง ประเมิน บำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนดและมีการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา
4. การพัฒนาสถานพยาบาล สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทุกระบบตามมาตรฐาน HA
5. การพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด

ตัวชี้วัด : 1) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ายาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดทุกระบบ (3 month remission rate) ร้อยละ 90

2) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ายาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate) ร้อยละ 50

ผลลัพธ์ : Leading Indicator ร้อยละ 97.78

Lagging Indicator ร้อยละ 56.57

### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดมหาสารคาม เป็นเมืองศูนย์กลางการศึกษาของภูมิภาค มีสถานศึกษาหลายแห่ง ส่งผลให้มีจำนวนนักเรียน/นักศึกษาอยู่เป็นจำนวนมาก สถานการณ์ด้านยาเสพติดในพื้นที่ไม่พบมีแหล่งผลิตยาเสพติดเป็นเพียงเส้นทางการลำเลียงผ่าน พื้นที่การแพร่ระบาด พบว่า ยาเสพติดมีการแพร่กระจายไปทั่วพื้นที่ทั้ง 13 อำเภอ โดยพื้นที่ที่มีความรุนแรงมากได้แก่ อำเภอเมือง กันทรวิชัย และพยัคฆภูมิพิสัย ชนิดของยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดคือ ยาบ้า

### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) มีนโยบายที่ชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญ
- 2) มีการพัฒนาคุณภาพสถานบำบัดรักษาและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
- 3) มีระบบรายงานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
- 4) มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน และอสม.ให้มีส่วนร่วมในการดูแล

### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) ผู้ที่ผ่านการบำบัดที่ไม่มีอาชีพ ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการฝึกอาชีพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมกลับไปเสพยา
- 2) มีสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้กลับไปเสพยา
- 3) ติดตามไม่ได้เนื่องจากการย้ายถิ่นฐาน

### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

-

### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (Best Practice)

-

## 24. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

- 1) การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ. และ รพ.สต.

การพัฒนาการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (AMR)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

ผลลัพธ์ :

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ไตรมาส 1 (Small success)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2561	ภาพรวม จังหวัด	ผลการประเมิน
1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล รพ.RDU ชั้นที่ 1	≥ ร้อยละ 60 (8 รพ.)	≥ ร้อยละ 80 (11 รพ.)	ร้อยละ 84.62 (11 รพ.)	ผ่าน small success
2	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล รพ.RDU ชั้นที่ 2	≥ ร้อยละ 5 (1 รพ.)	≥ ร้อยละ 20 (3 รพ.)	ร้อยละ 0 (0 รพ.)	ไม่ผ่าน small success

## 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จากการประเมินการดำเนินงานของทั้งโรงพยาบาล และ รพ.สต.ในเครือข่ายบริการ ผลการดำเนินงาน ไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ 2560 พบว่า ร้อยละโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ชั้นที่ 1 เท่ากับ ร้อยละ 69.23

**ปีงบประมาณ 2561** ไตรมาส 1 โรงพยาบาล 11 แห่ง (ร้อยละ 84.62) ผ่านตัวชี้วัด RDU ชั้น 1 (เกณฑ์ Small success 60%) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน 11 อำเภอ ผ่านตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค คือ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วมเฉียบพลัน **ยังไม่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2**

มีโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานดี และมีโอกาสผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะของ RDU ชั้นที่ 2 ได้แก่ โรงพยาบาลบรบือ และโรงพยาบาลวาปีปทุม ตัวชี้วัดที่มีโอกาสพัฒนา คือ ลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นใน 4 กลุ่มโรค และดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต

## 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) ผู้นำให้ความสำคัญต่อยุทธศาสตร์ การใช้อย่างสมเหตุผล
- 2) ได้รับงบประมาณสนับสนุนให้ดำเนินการนิเทศงานทั้งเชิงรุก และเชิงรับในการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- 3) ทีมวิชาการมีความมุ่งมั่น และดำเนินการให้คำปรึกษา สื่อสาร เผยแพร่วิชาการอย่างสม่ำเสมอ
- 4) มีการกำกับ ติดตาม หลายช่องทาง อย่างสม่ำเสมอและรายงานต่อ กวป. คปสอ. และพบส.เภสัชกรรมเพื่อหาแนวทางจัดการเมื่อพบปัญหาการดำเนินงาน

## 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) ความตระหนักของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค และการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง
- 2) ความเข้าใจของผู้สั่งใช้ในเครือข่ายระดับอำเภอ และความเข้าใจในการลงรหัสมาตรฐานโรค
- 3) ความตระหนักของประชาชนในการใช้อย่างสมเหตุผล เพื่อให้ประชาชนลดการเรียกหาที่ไม่จำเป็นต่อบุคคลากรทางการแพทย์ เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

## 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และโอกาสพัฒนา

- ทีม RDU ของจังหวัดติดตามรับฟังปัญหาการดำเนินงานของระดับอำเภอ เพื่อสื่อสารและทำความเข้าใจ และเพิ่มความตระหนักในการวินิจฉัยโรค และการลงข้อมูลรหัส ICD10 โดยมีแพทย์ หรือประธาน RDU จังหวัดเป็นผู้นำทีม
- ควรตั้ง Core team ในลักษณะการตั้ง COP (Community of Practice) ที่จะจัดการความรู้และส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในกลุ่มโรคต่างๆ โดยต้องมีส่วนร่วมจากทีมแพทย์ และสหวิชาชีพ โดยอาจมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดการองค์ความรู้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
- ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายสารสนเทศของโรงพยาบาลให้นำเข้าข้อมูล RDU สู่อระบบ HDC ให้เป็นปัจจุบัน โดยทีม RDU ของจังหวัดควรตรวจสอบข้อมูลในระบบ HDC อย่างต่อเนื่อง
- CUP Board กำหนดนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรใน รพ.สต.ในกลุ่มโรค URI และ AD และติดตามข้อมูลผลการใช้ยาสมุนไพรของ รพ.สต. เพื่อนำมาวางแผนและทบทวนกรอบบัญชียาสมุนไพรใน รพ.สต.

### ข้อเสนอแนะสำหรับส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข)

- ควรเร่งรัดการพัฒนาระบบฐานข้อมูลจากส่วนกลางให้สามารถบันทึกและประมวลผลโดยไม่มีการทำงานซ้ำซ้อน ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- Guideline การส่งจ่ายยาควรมีมาตรฐานเดียวกันจากองค์กรแพทย์ เช่น ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง
- ควรดำเนินการส่งเสริมนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลในชุมชนควบคู่กับการส่งเสริมนโยบายเดียวกันในสถานบริการสุขภาพ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในประเด็นดังกล่าว เติมเต็มการดำเนินงานของภาคสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบโดยพร้อมเพรียงกัน

### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

### 25. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

- 1) คณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อ
- 2) ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ
- 3) การพัฒนาฐานข้อมูลและระบบรายงานการส่งต่อผู้ป่วย

ผลลัพธ์ : มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่กำหนดใน Template 3 ขั้นตอนแรก คือ

1. มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่ในการประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อของพื้นที่
2. มีการจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ
3. มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล และ แก้ไขปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ

### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดมหาสารคาม มีโรงพยาบาลในสังกัด จำนวน 13 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง ได้มีการ set ระบบการ refer ภายในจังหวัด โดยกำหนดให้โรงพยาบาล ระดับ M2 จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลบรบือ และโรงพยาบาลพยัคภูมิพิสัย และ โรงพยาบาล ระดับ F1 จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย และ โรงพยาบาลวาปีปทุม เป็น node ในการรับ refer ในจังหวัด และการส่งต่อมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายของจังหวัดคือ โรงพยาบาลมหาสารคาม และ มีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ปีนี้ได้มีการกำหนดคำจำกัดความใหม่ว่า การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยใน 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคเมะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อ ในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพ ของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการ รักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไมฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา) แต่ภาพรวมของจังหวัดมีการส่งต่อใน 4 สาขาน้อยมาก และในปี 2560 โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้น ส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ออกนอกเขตบริการสุขภาพลดลง หากใช้หน่วยนับเป็นร้อยละ เมื่อเทียบกับจำนวนในปีที่ผ่านมาจะมีผลกระทบต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ ใน ปี 60 มีการส่งต่อออกนอกเขตจำนวน 1 ราย แต่ ปี 61 ปัจจุบันมี 2 รายแล้ว

ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กำหนดให้มีการดำเนินงานตามขั้นตอน คือ

- 1) มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด คณะกรรมการประกอบด้วยเจ้าหน้าที่แผนก ER ของทุกโรงพยาบาล มีการมีคู่มือ/แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยรายสาขาสำคัญ
- 2) มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย คือ ระบบ Refer online มีช่องทางการประสานงาน ผ่านเบอร์โทรศัพท์สายตรงศูนย์ประสานงานส่งต่อ, เบอร์โทรศัพท์สายตรงแพทย์เวร, Line ER, Line group รายสาขา, E-mail และมีการพัฒนาระบบตอบกลับข้อมูลการ Refer back จาก รพ.ต่างๆ
- 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ โดยจัดบุคลากรประจำตลอด 24 ชั่วโมง มีระบบให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขา ในเวรเช้าและเวรบ่าย โรงพยาบาลชุมชนสามารถ Consult แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินประจำ ER ประจำโรงพยาบาลมหาสารคามได้

## 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors)

- 1) การจัดบุคลากรประจำตลอด 24 ชั่วโมง มีระบบ Consult แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรายสาขา
- 2) มีศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด โดยมีคณะกรรมการประกอบด้วยเจ้าหน้าที่แผนก ER ของทุกโรงพยาบาล ทำให้การพัฒนางานเป็นไปได้อย่างสะดวก
- 3) มีการจัดคู่มือ/แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยรายสาขาสำคัญ เป็นหลักในการดำเนินการร่วมกัน

## 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) มีการเปลี่ยนแปลง template ใหม่ มีฐานข้อมูลเพียงบางส่วน และยังคงดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดใน template ไม่ครบ
- 2) ปัญหาการจัดการระบบข้อมูลการส่งต่อ โดยเฉพาะการใช้โปรแกรมที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ และครบถ้วนเป็นปัจจุบันในภาพเขต

## 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) การพัฒนาคุณภาพโปรแกรมฐานข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ อย่างครบถ้วนและเป็นปัจจุบันในระดับประเทศ
- 2) ควรมีศูนย์เครื่องมือแพทย์ระดับเขต ที่สามารถบริหารทรัพยากรที่จำเป็นร่วมกันได้ เช่น กรณีเครื่องช่วยหายใจหมด อาจไม่จำเป็นต้อง Refer ผู้ป่วยไปหาอุปกรณ์ แต่ใช้ระบบ Logistic ในเครือข่ายเขตบริการแทน
- 3) มีแนวทางการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุรถพยาบาลในมาตรการ Ambulance Safety ที่ชัดเจน ในขณะที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้
- 4) มีการติดตามประเมินผล เพื่อการพัฒนางานระบบ Refer ในระยะต่อไป รวมทั้งการนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวในการสร้างนวัตกรรมเพื่อพัฒนางาน

## 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

งานวิจัย เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลขณะส่งต่อกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI



## 26. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้

- 1) ความพร้อมของหน่วยงาน/ทีมงานแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด
- 2) ระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด
- 3) การให้ยาละลายลิ่มเลือด
- 4) ระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วย

### ผลลัพธ์

อัตราการตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ10)  
ผล ร้อยละ 4.05 (3/74)

อัตราของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic Agents) ภายใน 30 นาที(เกณฑ์มากกว่าร้อยละ50) 26.09 (6/23)

อัตราของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic Agents) ภายใน 6 ชม. ตั้งแต่เริ่มมีอาการ(Onset to Needle time<6ชม.) (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ80) 95.65 (22/23)

ร้อยละจำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้ยาWarfarine ได้ target INR ตามเป้าหมาย (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ50) 52.57 (921/1,752)

### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

รพ.มหาสารคามมี cardiologist 1 คน พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ 5 คน พยาบาลเฉพาะทางวิกฤติ 5 คน Echo 2 เครื่อง Exercise Stress Test 1 เครื่อง มี CCU 6 เตียง หัตถการที่ทำได้คือ IABP, TPM, Echo, Exercise Stress Test มีบริการ Heart Failure และ Warfarin Clinic ส่วน รพ. M2-F2 มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ 100% โดยอายุรแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มีการพัฒนาระบบ STEMI fast tract ร่วมกับรพ.ขอนแก่น ศูนย์หัวใจ สิริกิติ์ในการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็น Complicated MI หรือไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้สามารถส่งไปทำ Cath lab การเข้าถึงบริการใช้ระยะเวลาได้ตามเกณฑ์ (Onset to Needle Time : จากเริ่มมีอาการถึงได้รับยา) ส่วนเรื่องระบบการบริหารจัดการยา Dual-anti platelet (Clopidogrel)/ Beta-blocker for CHF (Carvedilol, Metoprolol, Bisoprolol) จาก รพ.ระดับ A-F2 ในจังหวัดได้ 100 % ซึ่งจะช่วยให้สามารถเพิ่มการ Refer back จาก รพ.จังหวัดไป รพช.ได้ ผลลัพธ์ในการรักษาพบว่าอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI มีแนวโน้มน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 10 และอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มลดลงจาก 18 ต่อแสนประชากร ในปี 2557 ลงเหลือ 11.3 ต่อแสนประชากร ในปี2559 และ 8.81 ต่อแสนประชากร ในปี 2560

- ระยะเวลาที่ผู้ป่วย STEMI ตั้งแต่มีอาการจนถึงได้รับการเปิดเส้นเลือดหัวใจ OTN (onset to needle time) 185 นาที (เกณฑ์ 360 นาที)

- ระยะเวลาที่ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด DTN (door to needle time) 65 นาที (เกณฑ์มาตรฐาน 30 นาที)

- Warfarin clinic ในรพ. M-F2 7/11 ดำเนินการได้เฉพาะ รพ. M2 F1 6 รพ. ได้แก่ พยัคฆภูมิพิสัย หนองบัวลำภู โกสุมพิสัย วาปีปทุม เชียงยืน กันทรวิชัย

ในปี 2560 มีผู้ป่วย STEMI 74 คน ได้รับ sk 23 คน ส่งต่อเพื่อทำ PCI 40 คน เสียชีวิต 3 คน

### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) นโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหาร
- 2) แนวทางการบริหารจัดการยา

### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) Cardiologist มีเพียงคนเดียว
- 2) ขาดอายุรแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางใน รพ.พฤษภูมิพิสัย
- 3) ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นในรถ Refer เช่น EKG real time
- 4) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนยังไม่ครอบคลุม
- 5) ยังไม่มีข้อมูลอัตราการเสียชีวิตจาก NSTEMI

### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) เชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วย ACS ในระดับเขต
- 2) วางระบบจัดเก็บข้อมูลและพัฒนาระบบการดูแล NSTEMI
- 3) บูรณาการกับสาขาโรคเรื้อรัง ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันที่มี CVD risk

### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

## ★ ตัวชี้วัด Monitor

### M 14 อัตราตายทารกแรกเกิด (กรมการแพทย์)

ตัวชี้วัด : อัตราตายทารกแรกเกิด < 3.4 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ

ผลลัพธ์ : 2.36

#### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดมหาสารคามมีกุมารแพทย์จำนวน 9 คน ( รพ.มค. 6 คน รพ.บรบือ รพ.วาปีปทุม และ รพ.โกสุมพิสัย โรงพยาบาลละ 1 คน) โรงพยาบาลมหาสารคามมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจำนวน 14 คน ได้สัดส่วนตามเกณฑ์ ตามศักยภาพ NB excellence center level 3 มีทารกเกิดประมาณ 7,000 ราย/ปี ปัจจุบันมีเตียง NICU ในโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 8 เตียง และมี Semi NICU 12 เตียง (รพ.มค 6 เตียง รพ.บรบือ 6 เตียง) ซึ่งเพียงพอในการให้บริการทารกในจังหวัด เนื่องจากมีการดูแลโดยใช้ Noninvasive respirator ทำให้ลดการใส่ท่อช่วยหายใจในทารก ลดระยะวันนอนใน NICU วันนอนเฉลี่ย 8.2 วัน อัตราครองเตียงเฉลี่ย 80.68

#### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

-

### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) การขาดแพทย์เฉพาะทาง Neonatologist กุมารแพทย์มีไม่ครบทุกโรงพยาบาล
- 2) พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง ส่งผลต่อความมั่นใจในการปฏิบัติงาน
- 3) ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอ

### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) นโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถดูแลทารกระยะวิกฤต ถือเป็นความเสี่ยง เนื่องยังขาดความพร้อมทั้งในด้านบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือ และสถานที่ที่เหมาะสม
- 2) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนให้ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง

### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

**M 15 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) (กรมการแพทย์)**  
**ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)**  
**ผลลัพธ์ : ร้อยละ 92.31**

### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

ปี 2558 – 2560 จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย มีจำนวนร้อยละ 70.90, 66.36 และ 64.75 ตามลำดับ โรคไตวายระยะสุดท้าย มีจำนวนร้อยละ 13.10, 5.59 และ 8.99 ตามลำดับ Stroke มีจำนวนร้อยละ 9.57, 6.26 และ 10.14 ตามลำดับ และโรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด มีจำนวนร้อยละ 19.53, 22.04 และ 17.97 ตามลำดับ โรงพยาบาลมหาสารคามมีพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมหลักสูตรระยะ 4 เดือน มีพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมหลักสูตร Palliative Care ระยะ 6 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และมีการจัดอบรมหลักสูตร Basic Palliative Care ระยะ 3 วัน แก่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต.ทุกแห่ง รวม 175

### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) มีคณะกรรมการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นหลักในการขับเคลื่อน
- 2) มีการพัฒนาการเข้าถึง Opioid ร่วมกับเครือข่ายเภสัชกรรม มีการจัดทำมาตรฐานระบบยาที่จำเป็น
- 3) มีการกำหนดเกณฑ์ผู้ป่วย CKD ที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
- 4) มีโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลเครือข่ายระดับอำเภอในการดูแลผู้ป่วยจนถึงระดับชุมชน

### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) ฐานข้อมูลยังไม่ชัดเจนในการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย
- 2) โปรแกรมที่ใช้ไม่เหมือนกัน

### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) ควรมีการกำหนดรหัสโรคหรือหัตถการในการเก็บตัวชี้วัดของกระทรวง
- 2) ควรมีโปรแกรมที่สามารถใช้ได้ร่วมกันได้
- 3) กำหนดกรอบโครงสร้างงานที่ชัดเจน

### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

## Service Plan สาขาสุขาภพจิตและจิตเวช

**M 16 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขาภพจิต (กรมสุขาภพจิต)**

**M 17 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (กรมสุขาภพจิต)**

- 1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขาภพจิต (ร้อยละ55) ผลงาน ร้อยละ 83.88
- 2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทในพื้นที่เข้าถึงบริการ(ร้อยละ70) ผลงาน ร้อยละ 71.01
- 3) ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการ(เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.0) ผลงาน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.26
- 4) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ(ไม่เกิน6.3 ต่อแสนประชากร) ผลงาน 1.35 ต่อแสนประชากร
- 5) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน1 ปี(ร้อยละ80) ผลงาน ร้อยละ 96.97
- 6) ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขาภพจิต(ร้อยละ9) ผลงาน ร้อยละ 3.51

## 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า แนวโน้มการฆ่าตัวตายของจังหวัดมหาสารคาม มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นและลดลงตามสถานการณ์และภาวะต่างๆ ที่สำคัญคือ ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต และภัยธรรมชาติต่างๆ มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 33 คน คิดเป็นอัตรา 3.33 ต่อประชากรแสนคน (กำหนดอัตราไม่เกินค่าเป้าหมาย 6.3 ต่อประชากรแสนคน) และปีงบประมาณ 2560 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 13 คน คิดเป็นอัตรา 1.35 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดเกณฑ์เป้าหมายเพื่อชี้วัดผลการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะยาว โดยมีกิจกรรมดำเนินการผ่าน พขอ. และ service plan สาขาสุขภาพจิต พร้อมมีส่วนร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น หน่วยงานด้านการศึกษา และที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนกลยุทธ์และกระบวนการตามนโยบายที่กำหนดไว้ อย่างต่อเนื่อง

ส่วนปัญหาจิตเวชเด็กที่พบการเชื่อมโยงข้อมูล IQ EQ และการคัดกรอง 4 โรคสำคัญ (ADHD ASD ID LD) ร่วมกับภาคการศึกษาเพื่อร่วมกันวางแผนพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือยังไม่ครอบคลุม และยาทางจิตเวชเด็กไม่เพียงพอใน รพ.ทุกระดับ

## 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) ผู้บริหารให้ความสำคัญ ในด้านนโยบาย การเน้นพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ และการพัฒนาระบบการคัดกรอง
- 2) ผู้รับผิดชอบงานมีความกระตือรือร้น ติดตามกำกับการทำงานพยายามให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด
- 3) มีการ สร้างเสริมทักษะ/องค์ความรู้ และความตระหนักในเรื่องงานสุขภาพจิตแก่ประชาชน ผ่านทางสื่อสารสาธารณะ ในทุกระดับ ทุกช่องทาง

## 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) ไม่มีหน่วยผู้ป่วยจิตเวชในรพท. ที่รับไว้รักษา เพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในหน่วยบริการทุกระดับ
- 2) การส่งต่อข้อมูลข้ามเขตในการดูแล ไม่ต่อเนื่อง /ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตมีภาระงานมาก
- 3) บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในความก้าวหน้าทางวิชาชีพ

## 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการส่งต่อเชื่อมโยงเพื่อระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย อย่างต่อเนื่อง
- 2) ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูล IQ EQ และการคัดกรอง 4 โรคสำคัญ (ADHD ASD ID LD) ร่วมกับภาคการศึกษาเพื่อร่วมกันวางแผนพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือต่อไป
- 3) ควรมีนโยบายการจัดให้มียาทางจิตเวชเด็กให้เพียงพอใน รพ.ทุกระดับ
- 4) ควรมีผังโครงสร้างงานจิตเวชใน รพท. ให้ชัดเจนและให้มีความก้าวหน้าเหมือนโครงสร้างงานการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ

## 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

- 1) การพัฒนารูปแบบติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อลดภาวะอาการกำเริบทางจิตในชุมชน รพ. โกสุมพิสัย
- 2) เรื่องเล่า “อิสรภาพจากโซ่ตรวน” รพ.มหาสารคาม (รางวัลชนะเลิศประชุมวิชาการระดับเขต)

## M 18 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (กรมการแพทย์)

ตัวชี้วัด : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired < ร้อยละ 30

ผลลัพธ์ : ร้อยละ 45.27

### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

ภาวะติดเชื้อ (sepsis/septic shock) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 1 ใน 5 อันดับแรกของมหาสารคาม และเป็นสาเหตุร่วมอันดับ 1 ของสาเหตุการเสียชีวิตในแผนกอายุรกรรม โดยในปี 2558-2560 พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อจำนวน 1,148, 864 และ 2,528 ราย/ปี ตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตโดยรวมมีแนวโน้มลดลง คือ 24.22%, 21.64% และ 11.55% ตามลำดับ จากการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิต แม้กระบวนการรักษาจะได้ตามตัวชี้วัดที่กำหนด ซึ่งประกอบด้วย การอัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. และอัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชม.แรก ซึ่งสามารถปฏิบัติได้จริงมากกว่า 95% แต่พบว่าภาวะติดเชื้อก่อให้เกิดกลุ่มภาวะการทำงานของอวัยวะล้มเหลวหลายตำแหน่ง (multiple organ dysfunction syndrome (MODS)) จนทำให้เสียชีวิต โดยจากข้อมูลของกลุ่มงานห้องแล็บ และงานควบคุมโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า เชื้อที่เป็นสาเหตุของผู้ป่วยที่วินิจฉัย Pneumonia with sepsis ได้แก่ Burkholderia Pseudomalei, Streptococcus Pneumonia และ Klebsiella Pneumoniae ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุด ทำให้เป็นโอกาสพัฒนาระบบการดูแลต่อไป

### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

-

### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) ศักยภาพของแพทย์และพยาบาลในการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ซับซ้อนยังไม่เพียงพอ
- 2) การเข้าถึงบริการทั้ง Pre hospital & In hospital ยังน้อย
- 3) กระบวนการดูแลรักษา ยังพบอัตราตายสูง เนื่องจากการไม่มีข้อมูลเชื้อที่เพียงพอ ไม่มีการเจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อใน รพช. ทำให้ได้รับ Empiric Antibiotic ไม่เหมาะสม

### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) เพิ่มจำนวนและศักยภาพของแพทย์และพยาบาลที่มี ให้มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย
- 2) ให้การสนับสนุนการจัดหา ยา LAB อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ ที่จำเป็นในโรงพยาบาลแต่ละระดับ โดยกำหนดเป็นนโยบายของผู้บริหาร เพื่อให้บุคลากรเห็นความสำคัญ
- 3) การพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลแต่ละระดับให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยกำหนดเป็นนโยบายของผู้บริหาร เพื่อให้บุคลากรเห็นความสำคัญ
- 4) จัดระบบข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดสามารถเข้าถึงข้อมูลของทั้งจังหวัดได้เอง

### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

M 20 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด (กรมการแพทย์)  
ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก

(มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก)

ได้รับการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด มากกว่าร้อยละ 80

ตัวชี้วัด : ผลลัพธ์

- ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายหลังจากวินิจฉัยภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (ร้อยละ80) 100 (44/44)
- ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (ร้อยละ80) 84.44 (38/45)
- ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (ร้อยละ80) 100 (14/14)
- อัตราตายมะเร็ง ตับ 24.6 ต่อแสนประชากร
- อัตราตายมะเร็ง ปอด 19.8 ต่อแสนประชากร

### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดมหาสารคามมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มมากขึ้นจากปีละ 1241 คน ในปี2558 เป็น 1395 คน ในปี 2559 เป็น 1428 คน ในปี 2560 โดยพบมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงที่สุด เสียชีวิตลดลง ในปี 2558 306 คนในปี 2559 290 คน และในปี 2560 = 281 คน แต่ รพ.มหาสารคามมีศักยภาพในการรักษาด้านการผ่าตัดและเคมีบำบัด มีศัลยแพทย์11 คน (ในรพ.มหาสารคาม8 คน) พยาธิแพทย์ 1 คน ทำให้รักษาได้เฉพาะมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนมะเร็งอื่นๆ เช่น มะเร็งตับ และท่อน้ำดี มะเร็งปอด ต้องส่งต่อ โดยปี2560 ส่งต่อในเขต 1,258 คนและนอกเขต 69 คน มีแนวโน้มลดลงจากปี 2559 ที่มีการส่งต่อในเขต 1270 คน และนอกเขต 102 คน ด้านการคัดกรอง พบว่าสามารถคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมได้ดี ผลการคัดกรองมีดังนี้

- สัดส่วนมะเร็งระยะ 1,2 ของมะเร็งปากมดลูก	79.16
- สัดส่วนมะเร็งระยะ 1,2 ของมะเร็งเต้านม	100
- สตรี 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	41.47
- สตรี 30-70 ปี ได้รับการตรวจเต้านมด้วยตัวเอง	28.44

กำหนดให้มีการใช้ข้อมูล TCB ครบทุกพื้นที่

### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

ผู้นำมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนลงไปในทุกพื้นที่

### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) ทะเบียนมะเร็ง Thai cancer base ครอบคลุมทั้งจังหวัด แต่ไม่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งจังหวัดอื่นๆ และการลงข้อมูลยังทำได้ไม่ค่อยดี
- 2) การ refer out ในเขตยังสูง
- 3) การผ่าตัดมะเร็งและการให้เคมีบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน ยังทำได้น้อย

### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) พัฒนาการบันทึกข้อมูลมะเร็ง TCB และส่งขึ้น web site เพื่อเชื่อมโยงข้อมูล Real time และทราบสถานการณ์ปัญหาที่แท้จริง และเชื่อมโยงฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งในระดับเขต เพื่อให้สามารถติดตามผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่ส่งต่อ
- 2) พัฒนาศักยภาพในการรักษาด้านการผ่าตัด และเคมีบำบัดในมะเร็งตับและท่อน้ำดี เพื่อลดอัตราการส่งต่อ
- 3) ควรพัฒนาระบบส่งต่อ

### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

## M 21 ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน (กรมการแพทย์)

ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

(มากกว่าร้อยละ 85) 97.67 (168/172)

ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา (มากกว่าร้อยละ 80) 23.15 (26,099/112,739)

### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

รพ.มหาสารคาม มีจักษุแพทย์ 5 คน (retina 2 คน cornea 1 คน) fundus camera 15 เครื่อง กระจายครบทุกรพ. โดยมี Fundus camera mobile 2 เครื่อง สำหรับกรณีเครื่องชำรุด พยาบาลเวชปฏิบัติด้านตา 17 คน ห้องผ่าตัด 1 ห้อง มีศักยภาพเป็นศูนย์ Retina สามารถรับ Refer ทั้งใน/นอกเครือข่าย มีศูนย์ดวงตา/เปลี่ยนกระจกตา มีการพัฒนา Node รพ.บรบือในการดูแลโรคตา ผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพสาขาตา มีดังนี้

- ผู้ป่วย Low Vision Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 วัน ร้อยละ 100
- ผู้ป่วย High Risk DR ได้รับการรักษาภายใน 30 วัน 291 คน คิดเป็นร้อยละ 100
- การตรวจคัดกรอง ROP ทำได้ร้อยละ 100

Best practice : one stop service ROP/ retina center

### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร

### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) จำนวนห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ
- 2) การลงข้อมูลการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุและการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตาน้อยกว่าที่ปฏิบัติได้จริง ทำให้ตัวเลขคัดกรองในระบบ ต่ำ
- 3) การเข้าถึงบริการและการคัดกรองต่ำกว่าเป้าหมายมากทุกอำเภอ

### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) ควรทบทวนแนวทางการลงข้อมูลในระบบ vision 2020 ให้ครบถ้วนทันเวลา
- 2) ควรร่วมกับสาขาโรคเรื้อรัง ในการวางแผนเร่งรัดการคัดกรอง DR
- 3) เพิ่ม Node ผ่าตัดใน รพ.บรบือ

### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

M 22 ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (กรมการแพทย์)

ตัวชี้วัด : ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)  $\geq$  ร้อยละ 10

ผลลัพธ์ : ร้อยละ 33.33

### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแต่ยังคงต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องหรือรับการฟื้นฟูสภาพ เป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่มีอยู่ในปัจจุบันมุ่งเน้นการดูแลรักษา ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และไม่ได้มีระบบการดูแลที่เป็นรอยต่อระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน ชุมชน ส่งผลให้ ผู้ป่วยที่มีสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพา อาจไม่พร้อมและยังคงมีความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่ไม่ได้รับการตอบสนอง กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เป็น Intermediate care ทำงานร่วมกับ รพ.สต. หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในชุมชน ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สร้างเสริม สุขภาพป้องกันโรค ลดความพิการ ลดความแออัดเป็นโรงพยาบาลประชารัฐ

### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
- 2) มีการอบรมเพิ่มความรู้ และทักษะ ให้กับแพทย์ พยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวภาวะแทรกซ้อน

### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) ขาดความพร้อมให้ด้านทรัพยากร(คน, เงิน, ของ)
- 2) บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจ
- 3) ระบบสารสนเทศในการจัดการข้อมูลยังไม่แน่นอน

### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

-

### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

-

M 23 ลดอัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก (1 เดือน- 5 ปี) (กบรส.)

ตัวชี้วัด : ลดอัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็กไทยอายุ 1 เดือน – 5 ปีบริบูรณ์

ผลลัพธ์: อัตราป่วยตาย =0

### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดมหาสารคาม มี Node สาขากุมาร 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลบรบือ, M1 (กุมารแพทย์ 1, เครื่อง HFNC =5) วาปีปทุม F1 (กุมารแพทย์ 1, เครื่อง HFNC = 2) โกสุมพิสัย F1 (กุมารแพทย์1, เครื่อง HFNC = 1)

พิสัยเด็กป่วยตายปีละ2-3 ราย อัตราตายน้อยกว่า1% และมีแนวโน้มลดลง (ปี58-60 =0.44%,0.49%,0.1%) ปี 61=0 ส่งต่อ จาก รพช.มา ที่ รพ.มค ก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน (ปี 58-60 8.42%,7.57%,3.31%)

### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเด็กและระบบการให้คำปรึกษาไปสู่โรงพยาบาลชุมชน
- 2) การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด Non-invasive ในโรงพยาบาล Node
- 3) มีการแบ่งโซนเครือข่ายโรงพยาบาล Node ที่มีกุมารแพทย์



### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) กุมารแพทย์ยังไม่ครบทุก Node ,ขาดพยาบาลเฉพาะทาง ใน รพช.
- 2) การคัดกรอง การวินิจฉัยโรค และการประเมินการรักษาเบื้องต้น ของ รพช
- 3) ประสบการณ์การใช้เครื่องออกซิเจน high flow

### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) เพิ่มศักยภาพ M2 ให้สามารถดูแลเด็กใช้เครื่องช่วยหายใจได้
- 2) สนับสนุนให้มีเครื่องออกซิเจน High flow ใน รพช.มากขึ้น

### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

- 1) พัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเด็กในเขตจังหวัดมหาสารคาม
- 2) โรงพยาบาลบรบือ สร้างทีมดูแลผู้ป่วยเด็กกึ่งวิกฤตโดยใช้เครื่อง High flow O2 Nasal

### Service Plan สาขาสูติกรรม (กบรส.)

M 24 อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ 0

M 25 ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) ลงร้อยละ 10 จากปีงบประมาณก่อน

M 28 การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดใน รพ.ที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification

ผลลัพธ์ : M 24 อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ 0 ผลลัพธ์ =0

: M 25 ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์)

ลงร้อยละ 10 จากปีงบประมาณก่อน ผลลัพธ์ ไม่ลด (เพิ่ม 12.5%)

: M 28 การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในรพ. ที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification ผลลัพธ์ 100 %

### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

มี Node คือ รพช.บรบือ และ รพช.พยัคฆภูมิพิสัย ตั้งแต่ปี 2557-2560 ไม่พบมารดาตายจากตกเลือดหลังคลอด (PPH) อัตรา PPH ปี 2558-2560 เป็น 0.69, 0.55, 1.04 อัตราการคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) ปี 2558-2560 พบร้อยละ 8.70, 5.46, 5.89 ส่วนใหญ่พบในอายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ รองลงมาคือ 33-34 และ 28-32 สัปดาห์ ด้านสถานการณ์ผ่าตัดคลอด (C/S) ปี 2558-2560 พบร้อยละ 52.22, 33.95, 34.63 การใช้ Robson ten group classification ในราย Elective C/S (group 2b พบ Elective 86.96 % (60ราย) ,มีข้อบ่งชี้ 13.04% (9ราย) ใน group 4b คือ Elective 82.14 % (23ราย),มีข้อบ่งชี้ 17.86 % (5 ราย)

### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) เครือข่ายการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง จัด zoning เพื่อให้เข้าถึงบริการที่รวดเร็วทันเวลา
- 2) ระบบการให้คำปรึกษาโดยผู้สูติแพทย์ รพ.มค 24 ชั่วโมง (One Labor Room One Province)

### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ คือ 1) สูติแพทย์ไม่เพียงพอ 2) ขาดกุมารแพทย์ทำให้การดูแลกลุ่ม High risk preterm ไม่ครบวงจร
- 2) ขาดระบบสำรองเลือด โรงพยาบาลระดับ F

#### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) กำหนดกรอบและแนวทางพัฒนาระบบ และจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ รพช.ระดับ M2 ขึ้นไปจากการศึกษารูปแบบของ Robson ten group classification
- 2) ระบบสำรองเลือด ใน รพ.ระดับ F

#### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

One Labor Room One Province) , (Warning sign PPH) ,ใช้ถุงตวงเลือดทั้งจังหวัด

M 26 ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ60 (กบรส.)

M 27 อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 (กบรส.)

ผลลัพธ์ : ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ร้อยละ 1.12

: อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิ์ของประชาชนในพื้นที่ ร้อยละ 9.26

#### 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

ในเวลา 2 ปีที่ผ่านมาจังหวัดมี รพ.สต./ศสม.ที่ให้บริการสุขภาพช่องปาก ครอบคลุม 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรมและให้บริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมประชากรไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ได้ตามเกณฑ์ ซึ่งมีผลงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ทำให้ผลการดำเนินงาน รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพได้ตามเกณฑ์เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 แต่ในปี 2561 เพิ่มเกณฑ์เป้าหมายในกิจกรรมย่อยในกลุ่มเด็กเล็ก เด็กวัยเรียน ได้รับการตรวจฟัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ผลงาน 4 เดือน ร้อยละ 1.12 และอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิ์ของประชาชนในพื้นที่จากเป้าหมายร้อยละ 35 ซึ่งผลงาน 4 เดือนได้ร้อยละ 9.26 อำเภอที่พบอัตราใช้บริการสุขภาพสูงสุด 3 อันดับ คือ อ.แกด้า อ.พยัคฆภูมิพิสัย และ อ.บรบือ จังหวัดต้องวางแผนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการมากขึ้น รวมทั้งเตรียมจัดประชุมกำหนดบทบาท กรอบการทำงานใน รพ.สต. และ PCC

#### 2. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- 1) มีการติดตาม นิเทศงานการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพในรพ.สต.ร่วมกับกลุ่มงานอื่น
- 2) มีการจัดการข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ
- 3) มีโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นพี่เลี้ยงทันตแพทย์ใน รพช. และรับส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทางให้ รพช.ได้ (มี ทพ.เฉพาะทางหลายสาขา) และมีการแบ่ง Node เพื่อการส่งต่อใน รพช.ที่มีทันตแพทย์เฉพาะทาง

#### 3. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

- 1) ทันตแพทย์ในบางอำเภอมีการโยกย้ายทุกปี ทำให้ขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในอำเภอนั้นๆ
- 2) งานทันตสาธารณสุข ขาดงบประมาณในการใช้ดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข

#### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- 1) สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการและงบลงทุนตามแผน Service Plan สาขาสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอ
- 2) ควรมีการสนับสนุนการจ้างผู้ช่วยงานทันตกรรมใน รพ.สต. ที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำ เพื่อให้การให้บริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

#### 5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice (ถ้ามี)

มีการจ้างผู้ช่วยงานทันตกรรมใน รพ.สต./ศสม.ทุกแห่งที่มีทันตบุคลากร ของ รพ.มหาสารคาม และ รพ.วาปีปทุม

\*\*\*\*\*