



สรุปการตรวจราชการ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2562

เขตสุขภาพที่ 11

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ





คณะที่ 2

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

1. การพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.)

2. คลินิกหมอครอบครัว

3. รพ.สต. ติดดาว

4. ผู้ป่วยวัณโรคปอดราย
ใหม่

5. รพ.ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง (STROKE)

7. การตายผู้ป่วยติดเชื้อใน
กระแสเลือด (SEPSIS)

8. การตายผู้เจ็บป่วยวิกฤติ
ฉุกเฉิน (TRAUMA)

9. บำบัดรักษาผู้ป่วย
ยาเสพติด

10. การฆ่าตัวตายสำเร็จ

11. CKD สาขาไต

12. One day Surgery

13.14. Transplant

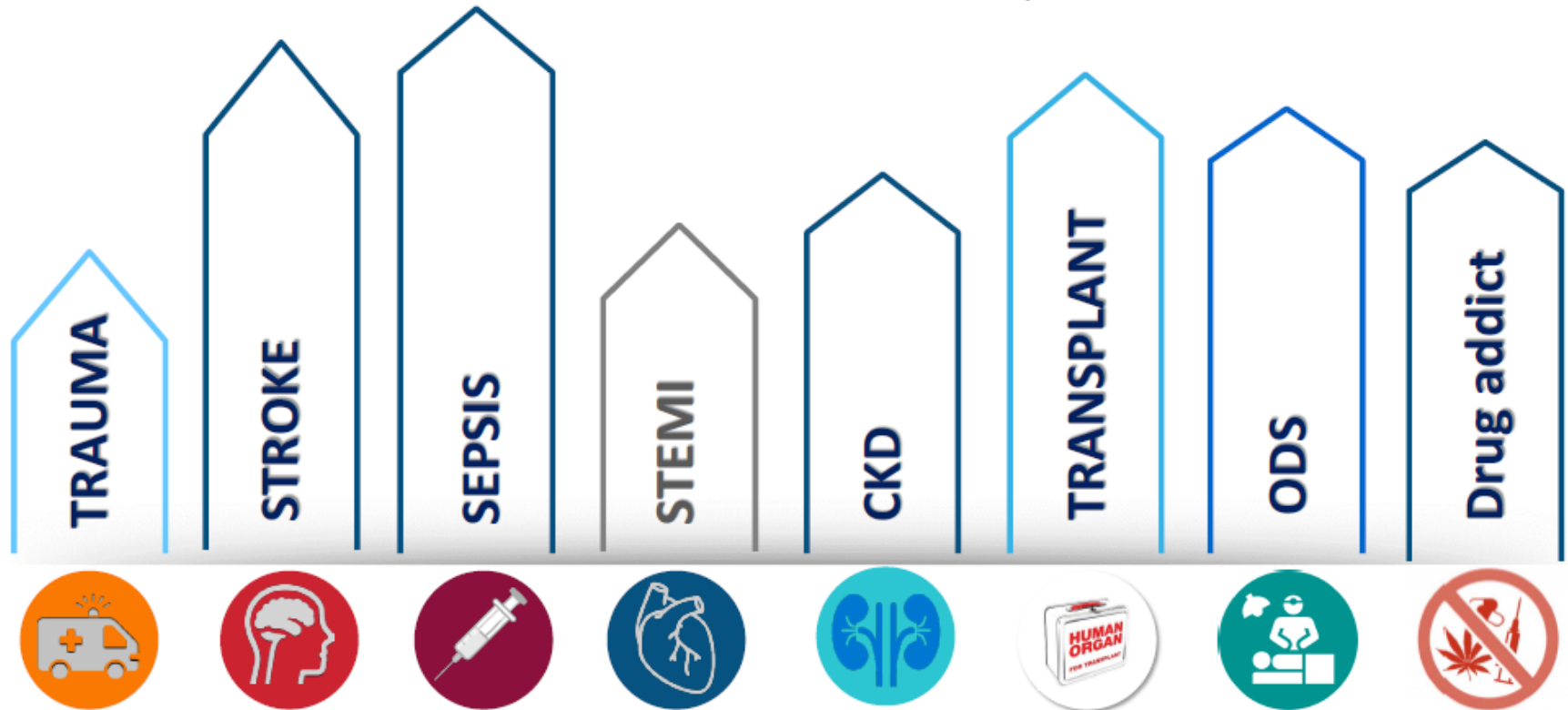
15. แพทย์แผนไทยและ
แพทย์ทางเลือก

16. การตายผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจ (STEMI)



KPI ตรวจสอบราชการ ปี 2562

คณะ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



กรมการแพทย์

DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

เป้าหมาย: ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน

3+1 สาเหตุสำคัญ



ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย (FAST TRACK)
จาก 4 สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ให้ผู้ป่วย
สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมได้ในเวลาที่เป็น
Golden period



- <7 % อัตราตาย STROKE
- <30 % อัตราตาย SEPSIS
- <12 % อัตราตาย TRAUMA
- <10 % อัตราตาย STEMI



4 Key Steps



Awareness

Health Literacy



Transfer

EMS / ER



Triage

Screening



Fast track

Care map / Protocol

External Process

Internal Process

Golden Period





4 Fast Track : Key success factors

“Pre-hospital vs In-hospital Communication”

TRAUMA FAST TRACK

Traumatic patients triage level 1
Door to OR \leq 60 min (\geq 80%)

STROKE FAST TRACK

Door to OR \leq 90 min (\geq 60%)
Door to rTPA \leq 60 min (\geq 50%)

SEPSIS FAST TRACK

Door to Antibiotic \leq 60 min (\geq 90%)

STEMI FAST TRACK

Diagnosis to Fibrinolytic \leq 30 min (\geq 50%)
Diagnosis to PPCI \leq 120 min (\geq 50%)

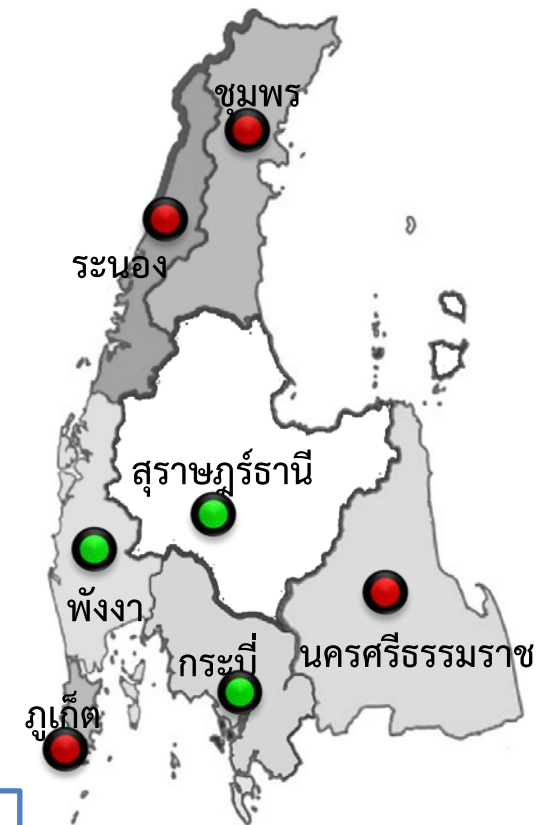
ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน



ประเด็นที่ 4 : Fast Track (STROKE)

ตัวชี้วัด : 6. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย <ร้อยละ 7)

สถานการณ์	Stroke Unit	CT scan	Neuro Med	Neuro Surg
กระบี่	5 Corner	1(3)	1	2
พังงา	5	3	-	-
ภูเก็ต	7	2(5)	2	3
ระนอง	6 Corner	1	-	-
นครศรีธรรมราช	10	6(10)	1	2
สุราษฎร์ธานี	8	5(8)	3	2
ชุมพร	8	1(3)	1	2



- รพ.ระนอง Ischemic Stroke Refer รพ.สุราษฎร์ธานี
Hemorrhagic Stroke Refer รพ.ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
- รพ.พังงา Hemorrhagic Stroke Refer รพ.วชิระภูเก็ต

ประเด็นที่ 4 : Fast Track (STROKE)

ตัวชี้วัด : 6. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย <ร้อยละ 7)

KPI (สัญชาติไทย)	เกณฑ์	กระบี่	พังงา	ภูเก็ต	ระนอง	นครฯ	สุราษฎร์ฯ	ชุมพร	เขต11
6 อัตราตายผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง	≤7%	5.00 (4/80)	6.25 (4/64)	14.78 (38/257)	13.33 (20/150)	8.15 (94/1153)	5.86 (53/904)	11.30 (52/460)	9.23 (265/3068)
6.1 Ischemic Stroke	≤5%	0	1.88	9.42	8.51	4.65	2.49	2.90	4.26
6.2 Hemorrhagic Stroke	≤25%	28.57	27.20	23.23	27.27	25.77	20.98	37.62	27.23
6.3 การรักษาใน Stroke unit	≥40%	NA	NA	57.24	NA	59.17	64.87	90.26	67.88
6.4 Door to needle time	≥50%	22.22	NA	55.55	NA	9.78	85.00	77.77	50.06
6.5 Door to OR	≥60%	0	NA	3.70	Refer	NA	100	100	50.92

ประเด็นที่ 4 : Fast Track (STROKE)

ตัวชี้วัด : 6. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย <ร้อยละ 7)

ปัญหา/ข้อจำกัด	แผนการพัฒนา
<u>Pre - Hospital</u>	
➤ การประชาสัมพันธ์เชิงรุกไม่ครอบคลุม การเข้าถึงล่าช้า	1. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง 2. ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชน 3. รพ. ระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และStroke fast trackเพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด
<u>In - Hospital</u>	
➤ ขาดอัตรากำลังเชี่ยวชาญเฉพาะทาง	4. จัดให้มี Stroke Unit ใน รพ.ระดับ M ที่มีความพร้อม 5 ให้การรักษา Ischemic และ Hemorrhagic stroke ใน Stroke Unit/ ICU
➤ Stroke Unit ไม่เพียงพอ	6. จัดให้มีเครือข่ายวิชาการและบริการทั้ง Acute และ Intermediate care 7. จัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในเขตและนอกเขตบริการที่รับผิดชอบ
➤ ระบบฐานข้อมูลแต่ละ รพ.ไม่เชื่อมโยงกัน	8. สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรมและการจัดการความรู้ ให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัด
<u>Post - Hospital</u>	
➤ IMC ยังไม่ครอบคลุม	9. กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานของสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

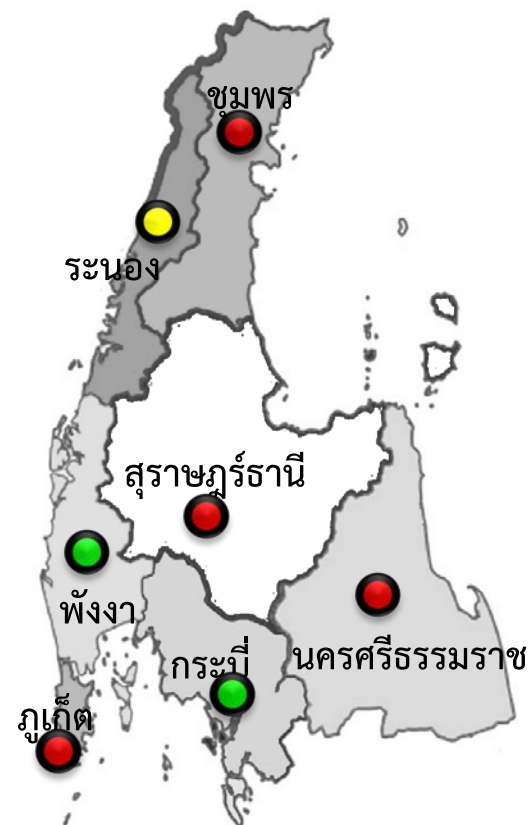
ประเด็นที่ 4 : Fast Track (SEPSIS)

ตัวชี้วัด : 7. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired (เป้าหมาย < ร้อยละ 30)

สถานการณ์

- Node Delayed Refer >> Infection
- Delayed Diagnosis >> คัดกรองซ้ำ qSOFA,SOS
- การใช้ CPG ยังไม่ได้ครอบคลุม
- แพทย์ Intern ยังไม่กล้า Load IVF
- อัตราการตายสูงจากการมีโรคร่วม เช่น DM COPD HT CRF

สถานการณ์	ICU
กระบี่	10
พังงา	16
ภูเก็ต	18
ระนอง	8
นครศรีธรรมราช	142
สุราษฎร์ธานี	124
ชุมพร	40



ประเด็นที่ 4 : Fast Track (SEPSIS)

ตัวชี้วัด : 7. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired

(เป้าหมาย < ร้อยละ 30)

KPI	เกณฑ์	ระนอง	พังงา	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร	สุราษฎร์ธานี	นครศรีธรรมราช	เขตสุขภาพที่ 11
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง community-acquired	≤30%	30.12 (25/83)	16.31 (38/233)	56.25	16.52 (19/115)	48.12 (193/401)	57.20	45.17	38.53
H/C ภายใน 30 นาที หลังการวินิจฉัย	≥90%	90.92	100	100	92.98	100	88.00	NA	95.32
Antibiotic ภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัย	≥90%	98.76	100	75.61	75.44	80.30	80.00	NA	72.87
IVF ตาม Protocol ภายใน 1 ชม.	≥90%	84.02	NA	63.41	84.21	72.40	74.50	NA	75.70
Severe Sepsis admit ICU ภายใน 3 ชม.	≥30%	62.77	NA	20	73.68	20.70	79.50	NA	51.33

ประเด็นที่ 4 : Fast Track (SEPSIS)

ตัวชี้วัด : 7. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired

(เป้าหมาย < ร้อยละ 30)

ปัญหา/ข้อจำกัด

แผนการพัฒนา

Pre - Hospital

- ขาด community Alert / Awareness

In - Hospital

- ขาดบุคลากร
- การวินิจฉัยล่าช้า
- การใช้ CPG ยังไม่ได้ครอบคลุม
- ระบบฐานข้อมูลแต่ละรพ.ไม่เชื่อมโยงกัน

Inter - Hospital

- Node delay Refer

1. Community Alert

2. มี Case NCD โดยเฉพาะ Chronic DM ที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อ Pseudomonas ซึ่งไม่ตอบสนองต่อ Cef-3 จำเป็นต้องใช้ Ceftazidime อาจมีการจัดทำ Protocol เพิ่ม ทั้งนี้ทั้งนั้นให้มีความเหมาะสมในด้าน Cost effective

3. วางแนวทางในการพัฒนาการใช้ CPG Sepsis ให้ครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น Early resuscitation โดยทำเป็นรูปแบบมาตรฐาน Checklist

4. เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย Sepsis corner ในกรณี ICU เต็ม

5. วางแผนในการพัฒนาบุคลากร

6. สร้างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลทุกแห่ง สร้าง Sepsis case manager

7. พัฒนาแนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยให้มีมาตรฐาน

ประเด็นที่ 4 : Fast Track (TRAUMA)

ตัวชี้วัด : 8. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชม. ใน รพ. ระดับ A,S,M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย < ร้อยละ 12)

สถานการณ์

- ปัญหาอุบัติเหตุทางจราจรยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
- การเข้าถึง 1669 น้อย
- การใช้ CPG ยังไม่ได้ครอบคลุม

สถานการณ์	ICU	EP	TEA Unit
-----------	-----	----	----------

กระบี่	10	2	ผ่าน
--------	----	---	------

พังงา	16	1	ระหว่างพัฒนา
-------	----	---	--------------

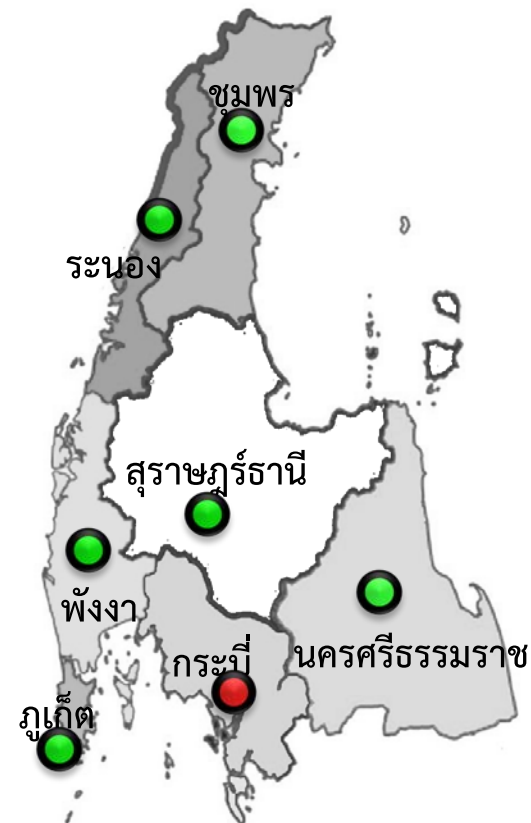
ภูเก็ต	18	7	-
--------	----	---	---

ระนอง	8	-	ผ่าน
-------	---	---	------

นครศรีธรรมราช	142	4	ผ่าน(รพ.มหาราชฯ)
---------------	-----	---	------------------

สุราษฎร์ธานี	124(Trauma6)	4	ผ่าน(รพ.สุราษฎร์ฯ)
--------------	--------------	---	--------------------

ชุมพร	40	-	ระหว่างพัฒนา
-------	----	---	--------------



ประเด็นที่ 4 : Fast Track (TRAUMA)

ตัวชี้วัด : 8. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชม. ใน รพ. ระดับ A,S,M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย < ร้อยละ 12)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระนอง	พังงา	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร	สุราษฎร์	นครศรี	เขตฯ11
อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน24ชม.ในรพ.ระดับ A S M1	<12%	7.69 (24/314)	11.28 (22/195)	6.80 (46/676)	20.52	10.23 (76/743)	9.45 (140/1481)	9.41 (214/2272)	10.75
อัตราผู้ป่วย Trauma triage level 1 เข้าห้องผ่าตัดภายใน 60 นาที	≥80%	50.00	NA	NA	100	NA	92.86	0	60.72
อัตราผู้ป่วย triage level 1,2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม	≥60%	90.31	56.88	59.64	43.22	NA	37.99	72.64	60.11
อัตราผู้ป่วยเสียชีวิต PS score>0.75 ได้รับการทำ Root cause analysis	100%	100	100	100	100	100	100	100	100
อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง Severe Traumatic Brain Injury	≤45%	83.33	18.75	17.25	33.33	NA	5.33	52.94	35.15
อัตรา TEA unit ใน รพ.ระดับ A , S และ M1	≥80%	100	60.25	NA	100	33.33	50	100	73.93
ร้อยละทีม ECS คุณภาพใน รพ.ระดับ F2	≥80%	100	71.15	100	87.50	83.33	100	100	91.71

ประเด็นที่ 4 : Fast Track (TRAUMA)

ตัวชี้วัด : 8. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชม. ใน รพ. ระดับ A,S,M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย < ร้อยละ 12)

ปัญหา/ข้อจำกัด

แผนการพัฒนา

Pre - Hospital

- การใช้บริการ 1669 ยังมีจำนวนน้อย

In - Hospital

- ขาดบุคลากรในการปฏิบัติงาน
- ให้บริการผู้ป่วยไม่วิกฤติจำนวนมาก
- การใช้ CPG ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน

Inter - Hospital

- การจัดเก็บและเชื่อมต่อข้อมูล

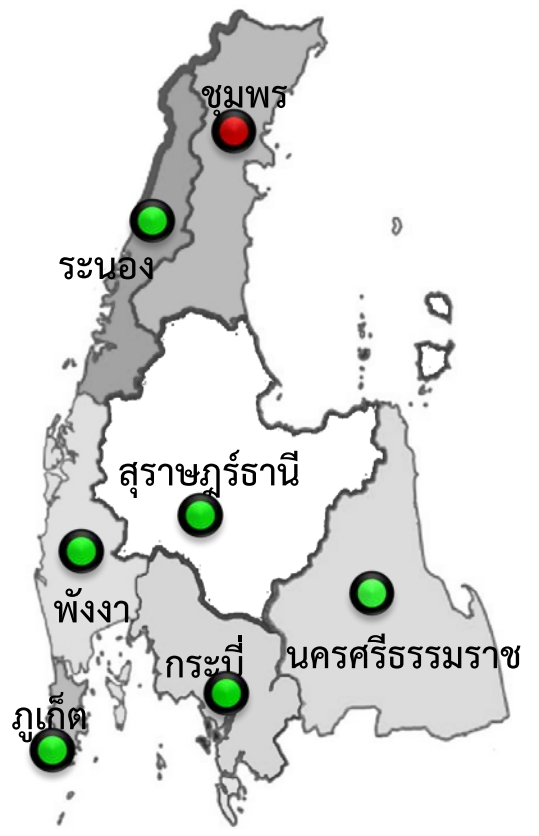
1. แผนการพัฒนาระบบ ECS (Emergency Care System) คุณภาพในปี 2561-2565 มุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ
2. วางแนวทางในการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วย Trauma Triage level1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายในเวลา 60 นาที
3. Community Alert การใช้บริการ 1669
4. วางแนวทางในการพัฒนาการใช้ CPG ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันภายในจังหวัดและเขตสุขภาพ
5. วางแผนในการพัฒนาบุคลากร
6. พัฒนาแนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยให้มีมาตรฐาน
7. พัฒนาในด้านการจัดเก็บข้อมูลใน HDC ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ประเด็นที่ : ประเด็นเพิ่มเติม

ตัวชี้วัด : 16. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) (≤ 26 ต่อแสนประชากร)

➤ รพ.F2 ให้ SK ได้ 100 % ทั้งเขต / F3 ให้ SK ได้ทุกจังหวัด (บางรพ.)

สถานการณ์	CCU	Cardio(PCI)	CVT
กระบี่	-	-	-
พังงา	-	1	-
ภูเก็ต	8	3(2)	3
ระนอง	-	-	-
นครศรีธรรมราช	8+2	3(2)	1
สุราษฎร์ธานี	8	4(2)	1
ชุมพร	6+2	1	-



ตัวชี้วัด : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) (เป้าหมาย ≤ 26 ต่อแสนประชากร)

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
กระบี่	469,610	14	2.98
พังงา	251,833	4	1.58
ภูเก็ต	402,707	7	24.85
ระนอง	189,184	47	24.85
นครศรีธรรมราช	1,600,000	116	7.25
สุราษฎร์ธานี	1,060,648	25	2.36
ชุมพร	509,650	179	35.12
เขตสุขภาพที่ 11	4,483,632	392	8.74

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ($\leq 10\%$)

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
กระบี่	47	4	8.51
พังงา	NA	NA	NA
ภูเก็ต	51	7	13.72
ระนอง	19	2	10.53
นครศรีธรรมราช	155	30	19.35
สุราษฎร์ธานี	81	8	9.87
ชุมพร	76	14	18.42
เขตสุขภาพที่ 11	429	65	15.15

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

- สุราษฎร์ธานี นักล้า ACS รพ.สต.ปากหมาก อ.ไชยา
- กระบี่ Best Practice “การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านบูรณาการกับ พชอ. ระดับประเทศ ปี 2561
- นครศรีธรรมราช ปฏิทินสวัสดีปีใหม่หัวใจแข็งแรง,โปสเตอร์ รู้ไว้ รู้ไว ไปเร็ว

ประเด็นที่ : ประเด็นเพิ่มเติม

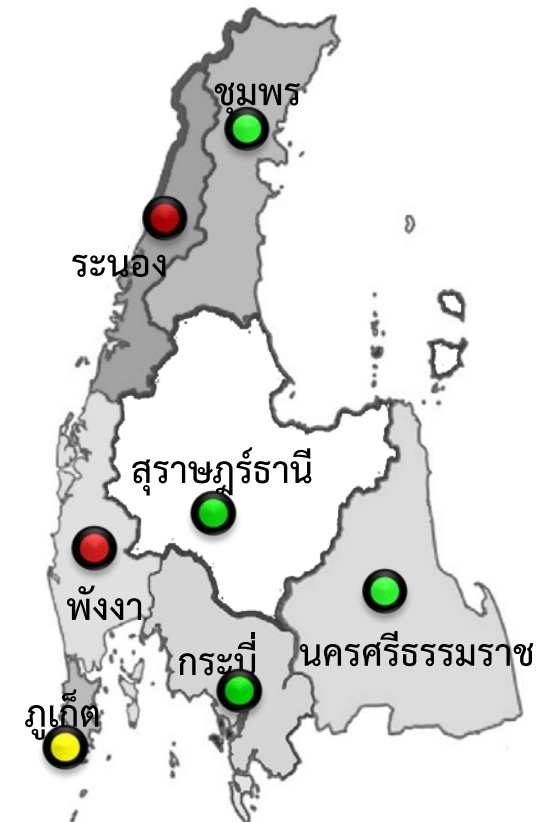
ตัวชี้วัด : 16. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI)

ปัญหา/ข้อจำกัด	แผนการพัฒนา
<p><u>Pre - Hospital</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ ประชาชนไม่ทราบอาการเตือนของโรค➤ การประชาสัมพันธ์ 1669 น้อย ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า	<ol style="list-style-type: none">1. ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ให้ผู้ป่วย STEMI มาโรงพยาบาลโดยเร็ว2. ทีมแพทย์หัวใจให้การวินิจฉัย STEMI ให้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย3. ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI หรือทำ PCI ภายใน 90 นาที นับจากผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัย STEMI โรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้
<p><u>In - Hospital</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ ขาดอัตรากำลัง เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง➤ ทีมใน CCU ไม่เพียงพอ	<ol style="list-style-type: none">4. พัฒนาศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือด และการทำ PCI ให้ครอบคลุมในเขตสุขภาพ5. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดเก็บข้อมูล พัฒนาโปรแกรมให้ได้ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ6. ควรมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันกับหน่วยบริการนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น เอกชน หรือ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่น

ประเด็นที่ 8 : การพัฒนาระบบบริการ ODS

ตัวชี้วัด : 12. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (เป้าหมาย ร้อยละ 20)

สถานการณ์	ประเมิน	จำนวนรายโรค
กระบี่	ODS	5 Inguinal hernia, Hemorrhoid, Colorectal polyp, Hydrocele Esophageal stricture
พังงา	รอประเมิน	- -
ภูเก็ต	ODS	3 Inguinal hernia/Femoral hernia, Hemorrhoid Colorectal polyp
ระนอง	รอประเมิน	- -
นครศรีธรรมราช	ODS	4 Colorectal polyp, Hydrocele Esophageal stricture Esophageal varices
สุราษฎร์ธานี	ODS	2 Inguinal hernia Colorectal polyp
ชุมพร	ODS	5 Inguinal hernia, Hemorrhoid, Colorectal polyp, Hydrocele Esophageal stricture



ประเด็นที่ 8 : การพัฒนาระบบบริการ ODS

ตัวชี้วัด : 12. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (เป้าหมาย ร้อยละ 20)

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระนอง	รอดำเนินการ		
พังงา	รอดำเนินการ		
ภูเก็ต	77	15	19.48
กระบี่	81	35	43.21
ชุมพร	39	17	43.59
สุราษฎร์ธานี	23	11	47.83
นครศรีธรรมราช	41	23	56.10
เขตสุขภาพที่ 11	261	101	38.70

ประเด็นที่ 8 : การพัฒนาระบบบริการ ODS

ตัวชี้วัด : 12. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (เป้าหมาย ร้อยละ 20)

ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
1. บุคลากรยังมีความเข้าใจไม่เพียงพอในการดำเนินงาน	<ul style="list-style-type: none">➤ พัฒนาขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการ➤ On the job training เอกสารแนวทาง CPG./CNPG.
2. การลงทะเบียนดำเนินงานตามรายโรค และการผ่าตัดแต่ละรายโรคมีย่านวนน้อย	<ul style="list-style-type: none">➤ ให้ลงทะเบียนรายโรคเพิ่ม เช่น Pterygium Excision ,Vaginal bleeding รวมทั้งให้ความรู้เครือข่ายใน การเพิ่มรายโรค และให้ศึกษาข้อมูลเงื่อนไขผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ามาทำ ODS ได้
3. โครงสร้าง ห้องผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือ ไม่เพียงพอ	<ul style="list-style-type: none">➤ เขียนแผนของงบประมาณปี 64-65 เพื่อขอสนับสนุนโครงสร้างอาคาร สถานที่อุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น
4. ข้อจำกัดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์/วิสัญญี	<ul style="list-style-type: none">➤ นโยบายและกำกับการพัฒนาศักยภาพหลักสูตรเฉพาะทาง
5. การจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นระบบ	<ul style="list-style-type: none">➤ แนะนำให้ทำ Minimally Invasive Surgery : MIS (Lap LC) และจัดทำแนวทางปฏิบัติและวางระบบการจัดเก็บข้อมูล

ประเด็นที่ 9 : SP สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

ตัวชี้วัด : 13. อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. (เป้าหมาย $\geq 0.8 : 100$)

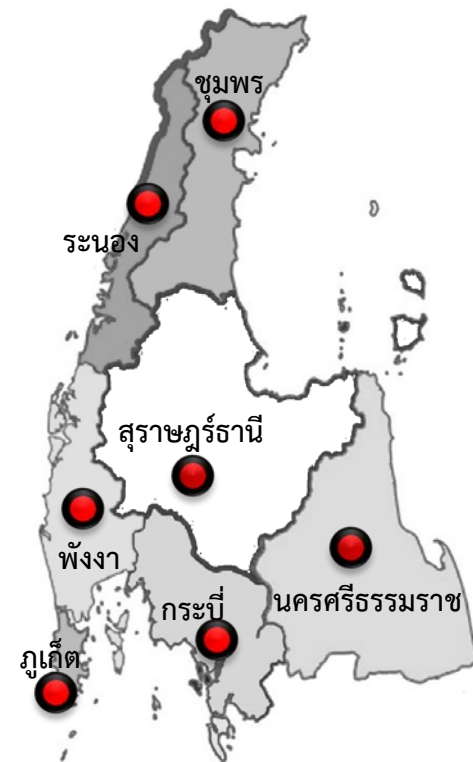
ตัวชี้วัด : 14. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.

(เป้าหมาย $\geq 1.3:100$)

สถานการณ์

ดำเนินการประชาสัมพันธ์ขอบริจาคอวัยวะ มีผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะและดวงตาแต่ยังจัดเก็บอวัยวะได้น้อย

บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (เป้าหมาย $\geq 0.8 : 100$)			บริจาคดวงตา (เป้าหมาย $\geq 1.3:100$)		
จังหวัด	ผลงาน	ร้อยละ	จังหวัด	ผลงาน	ร้อยละ
ระนอง	0/119	0	ระนอง	1/119	0.84
พังงา	0/234	0	พังงา	1/234	0.43
ภูเก็ต	0/253	0	ภูเก็ต	0/253	0
กระบี่	0/139	0	กระบี่	0/139	0
ชุมพร	0/412	0	ชุมพร	0/412	0
สุราษฎร์ธานี	0/509	0	สุราษฎร์ธานี	0/509	0
นครศรีธรรมราช	1/604	1.66	นครศรีธรรมราช	1/604	1.66
เขตสุขภาพที่ 11	1/2,270	0.04	เขตสุขภาพที่ 11	3/2,270	0.13



ประเด็นที่ 9 : SP สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

ตัวชี้วัด : 13. อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. (เป้าหมาย $\geq 0.8 : 100$)

ตัวชี้วัด : 14. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.

(เป้าหมาย $\geq 1.3:100$)

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

- มีการจัดทำแนวทาง กระบวนการหลักบริการพยาบาลการรับบริจาคอวัยวะ
- การสร้างเพจ ในนามของ Krabi Organ Donate โดยเนื้อหาของสื่อจะให้ความรู้เรื่องการบริจาคอวัยวะและดวงตา
- ออกหน่วยประชาสัมพันธ์แบบมี Donor card / มีความตื่นตัวในการแจ้ง Case potential Donor

ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
1. ความรู้และเจตคติในเรื่องการบริจาค	ดำเนินการเชิงรุกออกหน่วยให้ความรู้ ขับเคลื่อนให้ความรู้ในพื้นที่
2. ศาสนา/ความเชื่อส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการบริจาคโดยเฉพาะญาติที่ไม่ยอมรับ	ทีมสหวิชาชีพเข้าไปอธิบายข้อมูลแก่ญาติโดยดำเนินงานแบบเครือข่าย
3. การประชาสัมพันธ์ยังน้อย	เพิ่มสื่อประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลและในพื้นที่ หลายช่องทางมากขึ้น มีการออกรายการวิทยุ ออกหน่วยเคลื่อนที่ และให้เน้นการพูดคุยโดย
4. ขาดบุคลากรผู้รับผิดชอบหลัก	พัฒนาเครือข่ายการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ เพิ่มผู้รับผิดชอบและเพิ่มผู้ประสานงานกับสภาวิชาชีพ
5. ขาดพยาบาลผู้ประสานการบริจาคอวัยวะ	- พยาบาลที่ผ่านการอบรมระยะสั้น ๆ ทำหน้าที่เป็น TCWN ของ Ward - สนับสนุนพยาบาล Transplant

ประเด็นที่ 7 : SP สาขาไต

ตัวชี้วัด : 11. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m²/yr

(เป้าหมาย \geq ร้อยละ 66)

สถานการณ์

- สาเหตุสำคัญของโรคไต คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองน้อย
- ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยยังไม่ครบตามที่กำหนด
- ข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากยังไม่ครบรอบในการเจาะเลือด ครั้งที่ 2
- ทรัพยากร
 - กระบี่ แพทย์ Nephro 2 ท่าน ใช้พยาบาล CM NCD ในการทำหน้าที่แทน นักโภชนาการ
 - พังงา แพทย์ Nephro 1 ท่าน ที่ตะกั่วป่า และนักกำหนดอาหาร
 - ภูเก็ต แพทย์ Nephro 2 ท่าน Hemodialysis 14 เตียง 6 วัน (2 รอบ 4 วัน, 3 รอบ 2 วัน)
 - ระนอง แพทย์ Nephro 1 ท่าน การคัดกรองได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็นเนื่องจากเพิ่งเริ่มประสานงานกับงาน NCD
 - นครศรีธรรมราช แพทย์ Nephro 6 ท่าน โรงพยาบาลส่วนใหญ่บูรณาการ CKD Clinic กับ NCD Clinic
 - สุราษฎร์ธานี แพทย์ Nephro 4 ท่าน แพทย์ med ใน รพช. มีน้อย CKD และ NCD ไม่ได้ทำงานคัดกรองร่วมกัน
 - ชุมพร แพทย์ Nephro 2 ท่าน Hemodialysis สามารถทำได้ทันที มีหน่วยบริการ 6 หน่วย จำนวน 70 เตียง

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระนอง	69	36	52.17
พังงา	96	51	53.12
ภูเก็ต	415	273	60.00
กระบี่	61	31	50.82
ชุมพร	664	465	70.03
สุราษฎร์ธานี	1,326	813	61.31
นครศรีธรรมราช	1,202	684	56.91
เขตสุขภาพ			57.76

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

ระนอง

- โครงการ “ลดเค็ม” ดำเนินการประจำปี

ชุมพร

- Best Model โรงพยาบาลสวี
- NCD Clinic Plus

ประเด็นที่ 7 : SP สาขาไต

ตัวชี้วัด : 11. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m²/yr
(เป้าหมาย \geq ร้อยละ 66)

ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
<p>Pre Hospital</p> <ul style="list-style-type: none">ประชาชน ร้านค้า ขาดความตระหนักในการลดโซเดียม	<ul style="list-style-type: none">ใช้ Salt meter เป็นเครื่องมือทำให้มองเห็นเป็นรูปธรรม
<p>In Hospital</p> <ul style="list-style-type: none">ขาดบุคลากรในการปฏิบัติงาน และยังขาดความเชี่ยวชาญในการดำเนินงาน /แนวทางการดูแลแตกต่างกัน เนื่องจากเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อยคัดกรองได้น้อย ทำให้พบผู้ป่วยที่ stage 4 มาก	<ul style="list-style-type: none">คัดกรอง CKD และ NCD ร่วมกันรวม CKD และ NCD clinic ในรูปแบบของ NCD care cluster เนื่องจากเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน
<p>Inter Hospital</p> <ul style="list-style-type: none">มีปัญหาขาดการติดต่อเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยโรคไต ระหว่าง รพ.ภาครัฐ และคลินิกเอกชน	พัฒนาการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่าง รพ. และคลินิกให้เป็นข้อมูลชุดเดียวกัน

ประเด็นที่ 5 : ยาเสพติด

ตัวชี้วัด : 9. ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี และร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน (ไตรมาสแรก)

ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี				ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน			
จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระนอง	35	11	31.43	ระนอง	165	129	78.18
พังงา	30	12	40	พังงา	128	52	40.62
ภูเก็ต	23	8	34.78	ภูเก็ต	95	17	17.89
กระบี่	41	7	17.07	กระบี่	57	23	40.35
ชุมพร	120	18	15	ชุมพร	366	98	26.78
สุราษฎร์ธานี	1,134	457	40.3	สุราษฎร์ธานี	1,171	672	57.39
นครศรีธรรมราช	430	172	40	นครศรีธรรมราช	756	446	58.99
เขตสุขภาพที่ 11	1,813	685	37.78	เขตสุขภาพที่ 11	2,738	1,437	52.48

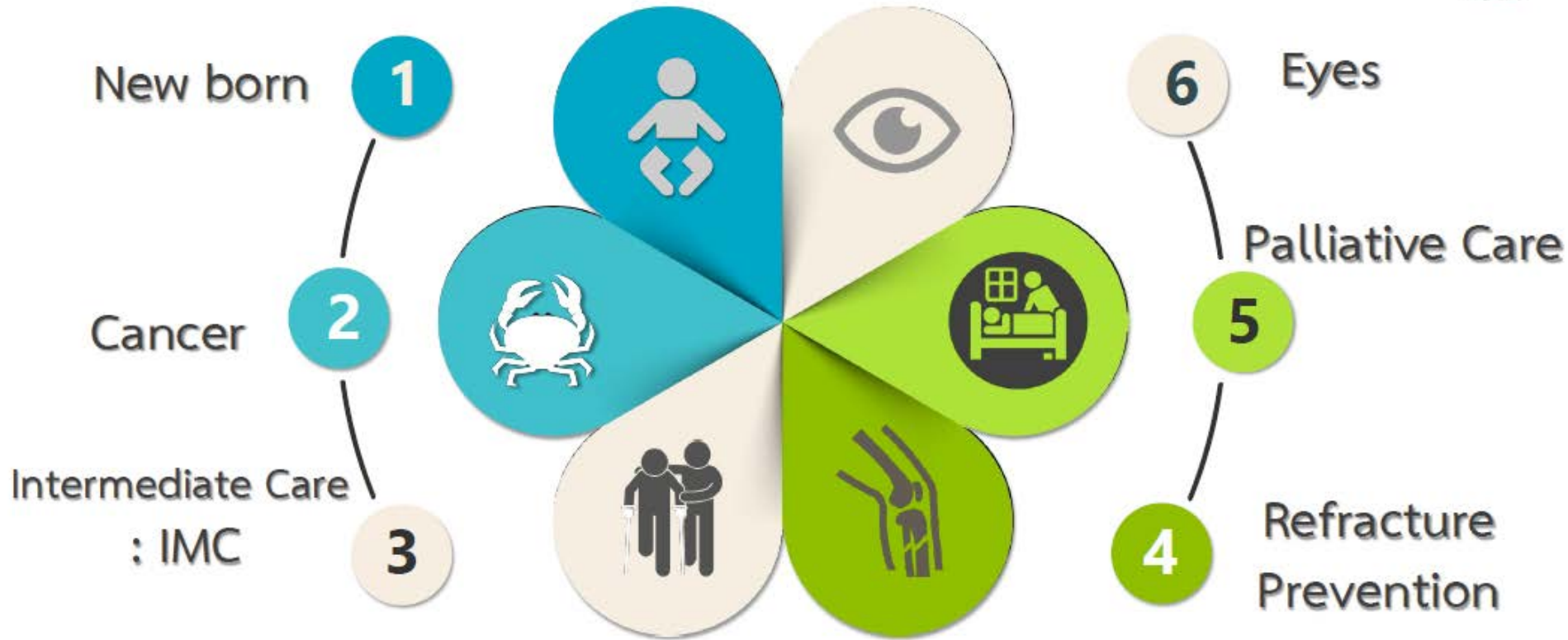
ประเด็นที่ 5 : ยาเสพติด

ตัวชี้วัด : 9. ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี และร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน

ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
- ด้านบุคลากรไม่มีการกำหนดกรอบอัตรากำลังโครงสร้าง ผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดโดยตรงส่งผลให้มีการโยกย้าย เปลี่ยนงานทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง	- เสนอเพิ่มกรอบอัตรากำลังของงานยาเสพติดให้กับ ผู้ปฏิบัติงานเพื่อความเจริญก้าวหน้าในงานด้านยาเสพติด
- การติดตาม/ช่วยเหลือ ผู้ผ่านการบำบัด ยังไม่มีประสิทธิภาพ ในบางจังหวัด	- ใช้คำสั่งคณะกรรมการระดับจังหวัดและบูรณาการร่วมกับการ ประชุม ศอปส.จ.สั่งการเพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ
- ระบบการลงข้อมูล บสต. ที่ไม่เสถียร และการได้มาซึ่งข้อมูล ผลการบำบัดรักษาที่ไม่ครอบคลุมทุกระบบ	- ติดตามการรายงานผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตาม แบบ บสต.
- ด้านHAยาเสพติด จังหวัดพังงายังไม่ผ่านการประเมิน HA ด้านยาเสพติด	- ประสานงานกับธัญญารักษ์สงขลา เพื่อพัฒนาและติดตาม ตรวจสอบประเมินการดำเนินงานHA อย่างต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการทางจิตแทรกซ้อน และผู้ป่วย Hard core เข้ารับการรักษา	- ประสานการส่งต่อล่วงหน้า ที่ รพ.สวนสราญรมย์ หรือ รพ. ธัญญารักษ์สงขลา



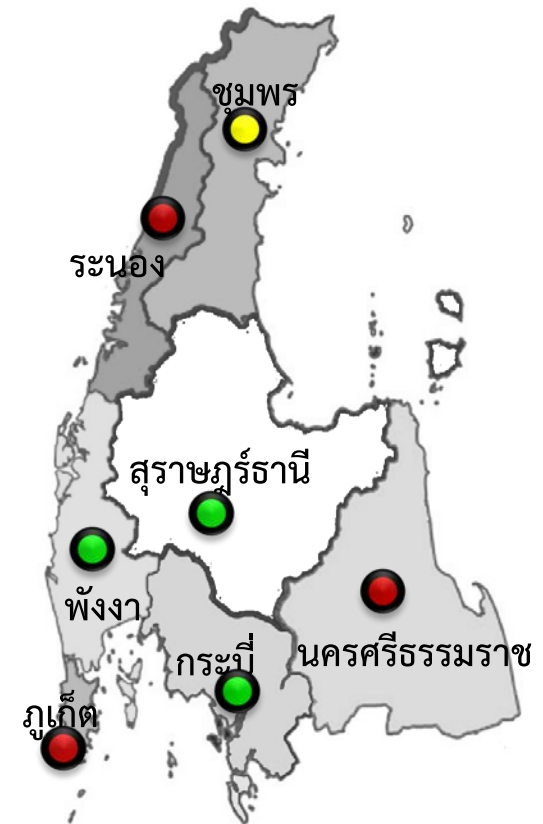
KPI monitor ปี 2562



ประเด็นติดตาม : ทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด : อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วันที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ 500 กรัม < 3.8 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

สถานการณื	NICU	PED	Newborn
กระบี่	8	5	-
พังงา	6	6	-
ภูเก็ต	8(12)	12	1
ระนอง	6	3	-
นครศรีธรรมราช	10	17	1(ทุ่งสง)
สุราษฎร์ธานี	16	15	1
ชุมพร	8	9	-



ประเด็นติดตาม : ทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด : อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วันที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ 500 กรัม < 3.8 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

➤ จ.สุราษฎร์ธานี Page กลุ่ม Newborn Care team

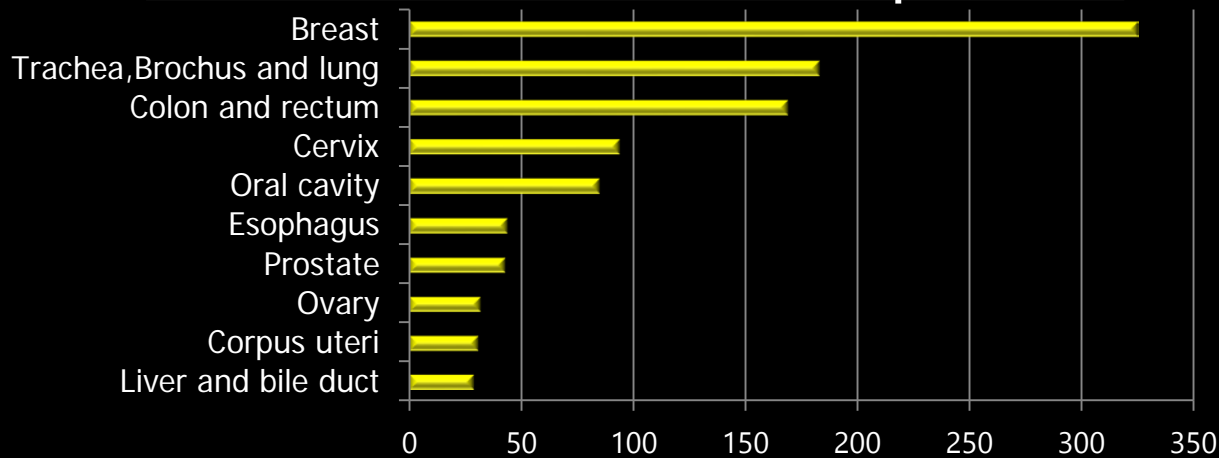
จังหวัด	เป้า หมาย	ผล งาน	อัตรา ตาย	ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
กระบี่	1,111	2	1.80	➤ การฝากครรภ์น้อย การ คลอดก่อนกำหนดมาก	➤ ประชาสัมพันธ์ กระตุ้น ANC ➤ พัฒนาการดูแลด้านสูติกรรม
พังงา	530	0	0.00	➤ หอ NICU แออัด	➤ พัฒนาศักยภาพ รพ.เครือข่าย ในเขตให้สามารถเปิด NICU ได้มากขึ้น เพื่อรองรับผู้ป่วย
ภูเก็ต	1,473	7	4.75	➤ รพ.M2 ที่มีกุมารแพทย์ไม่ มีสามารถรับดูแล Case ที่ มีปัญหาหนักได้อย่างเต็มที่	➤ วางแผนและจัดหาครุภัณฑ์ให้ เพียงพอ
ระนอง	375	2	5.33	➤ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ	
นครศรีธรรมราช	2,528	16	6.33		
สุราษฎร์ธานี	4,382	12	2.73	➤ ระบบการ Refer Newborn	➤ พัฒนาระบบการ Refer Newborn
ชุมพร	1,263	5	3.96		➤ จัดอบรมการดูแลทารกแรกเกิด ระหว่างการส่งต่อ
เขตสุขภาพที่ 11	11,662	44	3.77		

ประเด็นที่ : ประเด็นติดตาม สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด 3,990 ราย จำแนกเป็น ชาย 1,790 ราย หญิง 2,200 ราย

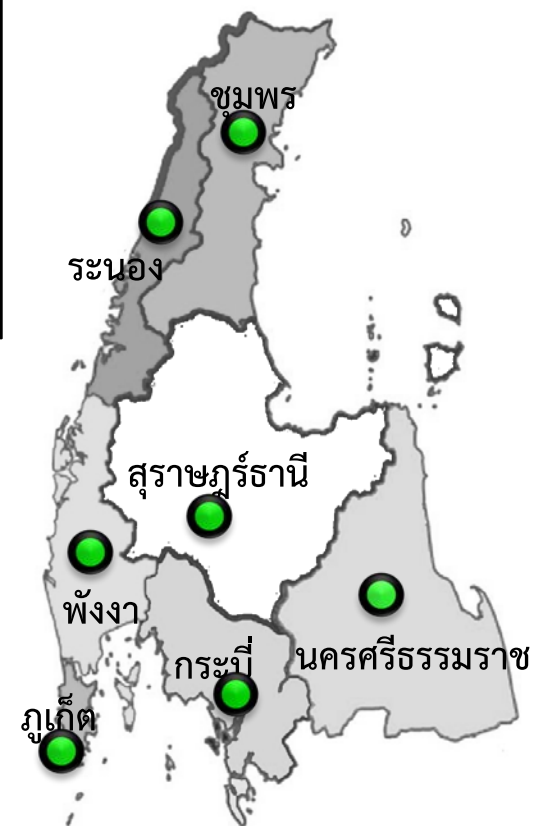
สถานการณ์โรคมะเร็ง 10 อันดับ เขตสุขภาพที่ 11



LINAC ที่ควรมี 1:500 รายใหม่ต่อปี (ปฏิบัติงาน 8 ชม)

1:700 รายใหม่ต่อปี (ปฏิบัติงาน 12 ชม)

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย (รายต่อปี)	LINAC (เครื่อง)	แพทย์ Radiation oncologist
มะเร็งสุราษฎร์ธานี	1200	2	2+1
นครศรีธรรมราช	กำลังจัดเก็บข้อมูล	1	1



ประเด็นที่ : ประเด็นติดตาม สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

Operation ≤ 4 Wk.

(เกณฑ์ ≥ 70%)

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
กระบี่	18	17	94.44
พังงา	8	8	100
ภูเก็ต	47	28	60
ระนอง	16	13	81.25
นครศรีฯ	48	43	89
สุราษฎร์ธานี	85	76	89
ชุมพร	11	9	81.82
เขตสุขภาพที่ 11	233	194	83.26

Chemotherapy ≤ 6 Wk.

(เกณฑ์ ≥ 70%)

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
กระบี่	3	3	100
พังงา	8	8	100
ภูเก็ต	59	42	77
ระนอง	1	1	100
นครศรีฯ	65	48	74
สุราษฎร์ธานี	114	105	92
ชุมพร	14	13	92.86
เขตสุขภาพที่ 11	264	220	83.33

Radiotherapy ≤ 4 Wk.

(เกณฑ์ ≥ 60%)

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
กระบี่	6	6	100
พังงา	13	10	76.92
ภูเก็ต	10	6	60
ระนอง	3	3	100
นครศรีฯ	31	26	83.8
สุราษฎร์ธานี	84	67	79.7
ชุมพร	18	15	83.3
เขตสุขภาพที่ 11	165	133	80.60

ตัวชี้วัดระยะรอคอย Radiotherapy
จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

ประเด็นที่ : ประเด็นติดตาม สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none">➤ ขาดแคลนอัตรากำลังเฉพาะทางโรคมะเร็ง➤ การ Refer out ออกนอกเขต ด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์	<ul style="list-style-type: none">➤ Co-creation ด้านบุคลากรและเครื่องมือแพทย์ ในระดับเขตสุขภาพ➤ พัฒนาศักยภาพในการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อลด ระยะเวลารอคอยการรักษา➤ รพ.มะเร็งสามารถเปิดบริการเวชศาสตร์นิวเคลียร์ได้ ในปี 2563
<ul style="list-style-type: none">➤ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศด้าน การรับส่งต่อผู้ป่วยและทะเบียนมะเร็ง	<ul style="list-style-type: none">➤ พัฒนาหน่วยจัดเก็บข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับ โรงพยาบาล โดยการใช้ Thai cancer based➤ พัฒนาระบบสารสนเทศในระดับเขตสุขภาพให้เป็น มาตรฐานเดียวกัน เชื่อมต่อข้อมูลในด้านการรักษา เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องภายในเขตสุขภาพ เช่น การใช้โปรแกรม Thai Refer

ประเด็นติดตาม : การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ตัวชี้วัด : ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (เป้าหมาย ร้อยละ 40)

สถานการณ์
<ul style="list-style-type: none"> ➤ บุคลากรผ่านการอบรมไม่ครบทุก รพ. ทำให้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการตามแนวทางของ PC ➤ การเข้าถึง Strong Opioid ยังไม่ครอบคลุมในทุก รพ. และไม่ครบทุกประเภท ➤ มีข้อจำกัดในการใช้ Strong opioid รพช. มียาไม่ครบ ➤ การใช้ Mo Injection โดย รพ. ระดับ A, S และ M1 มีการบริหารยาครบทุกชนิด F1, F2 และ F3 มียาชนิดรับประทานน้อยมากและบางแห่งยังไม่มียา สาเหตุที่โรงพยาบาลไม่มี Strong Opioid Medication ชนิดรับประทาน เนื่องจาก <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่บรรจุอยู่ในบัญชียาหลักของโรงพยาบาล 2. ยามีราคาแพง 3. ยามีระยะเวลาสั้นๆ หมดอายุเร็ว ปริมาณการใช้น้อย

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระนอง	339	126	37.16
พังงา	6	6	100
ภูเก็ต	237	166	70.04
กระบี่	-	-	20.12
ชุมพร	-	-	44.57
สุราษฎร์ธานี	-	-	67.28
นครศรีธรรมราช	1,565	388	24.79
เขตสุขภาพ		51.99	

ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
บุคลากรไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล	จัดอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน palliative care
มีข้อจำกัดในการใช้ Strong opioid	กำหนดนโยบายการให้ยา Strong opioid เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้
ระบบการส่งต่อเครือข่ายขาดการเชื่อมโยงกัน	พัฒนาระบบสารสนเทศในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างไร้รอยต่อ

ประเด็นติดตาม : จักษุ

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา \geq ร้อยละ 75

ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน \geq ร้อยละ 80

สถานการณ์

➤ ทรัพยากร

- กระบี่ จักษุแพทย์ 2 ท่าน
- พังงา จักษุแพทย์ 2 ท่าน
- ภูเก็ต จักษุแพทย์ 5 ท่าน (เชี่ยวชาญด้านจอตา 2, ต้อหิน 1, กระจกตา 1) รพ. กลาง / ป่าตอง ไม่มีจักษุแพทย์
- ระนอง จักษุแพทย์ 3 ท่าน ผลงานได้น้อยกว่าเป้าหมาย เนื่องจากบุคลากรในการคีย์ข้อมูลมีไม่เพียงพอ
- นครศรีธรรมราช จักษุแพทย์ 14 ท่าน สามารถผ่าตัดได้มากกว่า 350 คน/ เดือน
- สุราษฎร์ธานี รพ.สุราษฎร์ธานี 7 ท่าน (ผ่าตัด 10-12 คน/วัน) รพ.กาญจนดิษฐ์ 1 ท่าน ห้องผ่าตัด 2 ห้อง
- ชุมพร จักษุแพทย์ 2 ท่าน (กำลังเรียนต่อเฉพาะทางอีก 1 คน) ห้องผ่าตัด 1 ห้อง (3 วัน) แพทย์ช่วยจากบ้านแพ้ว ปิยะ 1 ครั้ง

ปัญหา

คัดกรองได้น้อย

จังหวัด	การคัดกรองสายตา	การผ่าตัดภายใน 30 วัน
ระนอง	13.47	60.47
พังงา	90.96	90.96
ภูเก็ต	17.41	98.92
กระบี่	98.76	90.91
ชุมพร	> 80%	93.75
สุราษฎร์ธานี	> 80%	47.76
นครศรีธรรมราช	8.01	95.15
เขตสุขภาพ	<u>55.51</u>	<u>82.61</u>

ข้อเสนอแนะ

- บูรณาการคัดกรองตา ร่วมกับกลุ่มผู้สูงอายุและออกหน่วยคัดกรอง DR และตรวจตาอื่นๆ

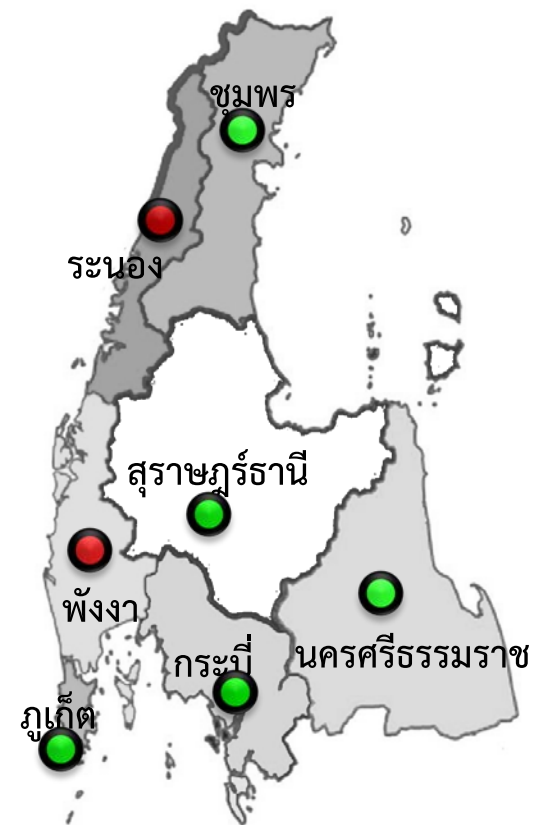
ประเด็นติดตาม : ออร์โธปิดิกส์ (Refracture Prevention)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปที่มีทีม Refracture Prevention (\geq ร้อยละ 20)

สถานการณ์

ทีม Refracture Prevention คือ สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก มีผู้ประสานงานได้แก่ FLS
 โรงพยาบาลระดับ A ที่จัดตั้งแล้ว ได้แก่ รพ.สุราษฎร์ธานี รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช และมีแผนขยายสู่ รพ. M1
 โรงพยาบาลระดับ S ที่จัดตั้งแล้ว ได้แก่ รพ.ภูเก็ต รพ.ชุมพรเขตอุดมศักดิ์ รพ.กระบี่ วางแผนการดำเนินงานใน รพ.พังงา รพ.ระนอง

มีทีม Refracture Prevention (เป้าหมาย ร้อยละ 20)			ผ่าตัดแบบ Early Surgery (เป้าหมาย > ร้อยละ 50)		
จังหวัด	ผลงาน	ร้อยละ	จังหวัด	ผลงาน	ร้อยละ
ระนอง	0/1	0	ระนอง	1/6	16.66
พังงา	0/2	0	พังงา	29/40	72.50
ภูเก็ต	1/1	100	ภูเก็ต	10/16	62.50
กระบี่	1/1	100	กระบี่	1/3	33.33
ชุมพร	1/1	100	ชุมพร	15/27	55.55
สุราษฎร์ธานี	2/2	100	สุราษฎร์ธานี	52/63	82.54
นครศรีฯ	1/3	33.33	นครศรีฯ	11/52	21.15
เขตสุขภาพที่ 11	6/11	54.55	เขตสุขภาพที่ 11	119/207	57.49



ประเด็นติดตาม : ออร์โธปิดิกส์ (Refracture Prevention)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปที่มีทีม Refracture Prevention

ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
1. ขาดบุคลากรเชี่ยวชาญ ได้แก่ แพทย์ Orthopedic และวิสัญญีแพทย์ ทำให้จัดตั้งทีมไม่ได้เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยแต่ละรายจะเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมากจำเป็นต้องดมยาสลบโดยวิสัญญีแพทย์	<ul style="list-style-type: none">➤ จัดฝึกอบรมเพื่อสร้างความมั่นใจให้วิสัญญีพยาบาล และเป็นการเพิ่มศักยภาพวิสัญญีพยาบาล➤ ใช้รูปแบบร่วมกันกับคลินิกผู้สูงอายุ โดยให้คำแนะนำชุมชนเกี่ยวกับแนวทางการจัดตั้งคลินิกการปลัดตกหลักคู่กับคลินิกผู้สูงอายุ
2. โรงพยาบาลชุมชนไม่ทราบตัวชี้วัด จึงไม่ได้ประสานงานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลศูนย์	<ul style="list-style-type: none">➤ ควรจัดประชุมชี้แจง ถ่ายทอดรายละเอียดตัวชี้วัดให้แก่ผู้รับผิดชอบ
3. ไม่มียาบางตัว เช่น วิตามินดี และยากระดูกพรุนยังจำกัดในคนไข้เบิกได้ ส่วนคนไข้สิทธิอื่น ๆ ยังมีปัญหาในการเข้าถึง	<ul style="list-style-type: none">➤ ให้มีการนำเอาเครื่อง BMD มาใช้ในการประเมินภาวะ Osteoporosis เพื่อเป็นข้อบ่งชี้ในการเข้าถึงการใช้ยา
4. จำนวนห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ	<ul style="list-style-type: none">➤ ให้ทำการปรับปรุงห้องผ่าตัดให้ผ่านมาตรฐาน HA
5. ความพร้อมทีมผ่าตัดในวันหยุดยาว	<ul style="list-style-type: none">➤ วางแผนภายในทีมให้มีการเพิ่มการผ่าตัดในช่วงวันเสาร์-อาทิตย์
6. มีทัศนคติและความเชื่อของประชาชนในพื้นที่ถึงผลลัพธ์ที่ไม่ดี ภายหลังจากการรักษาด้วยการผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none">➤ ให้ความรู้ความเข้าใจหรือจัดทำคู่มือการดูแลก่อนและหลังการผ่าตัด

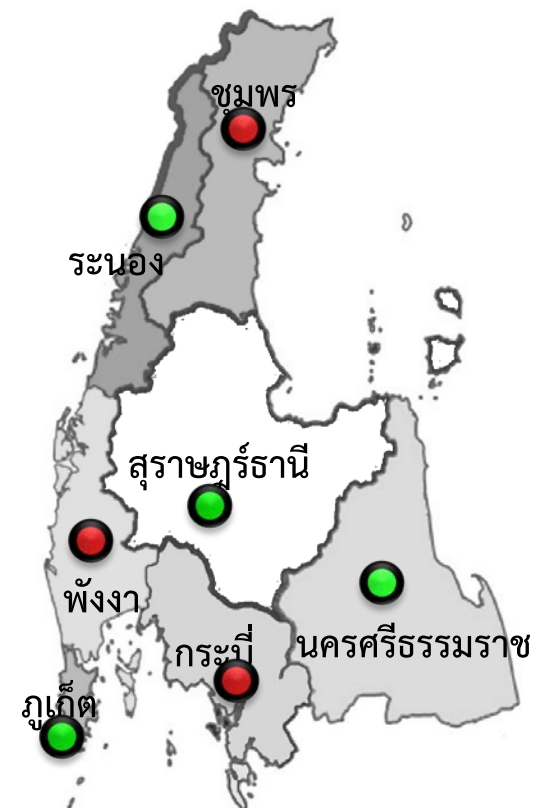
ประเด็นติดตาม : Intermediate Care

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed / ward) (6 เดือน ร้อยละ 25, 12 เดือน ร้อยละ 50)

สถานการณ์

- จังหวัดนครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต และระนอง ดำเนินงาน 3 กลุ่มโรค คือ Stroke /Spinal Cord Injury/ Traumatic Brain Injury มี Intermediate bed
- จังหวัดพังงา กระบี่ และชุมพร อยู่ระหว่างการดำเนินการ

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
พังงา	อยู่ระหว่างดำเนินการ		
กระบี่	อยู่ระหว่างดำเนินการ		
ภูเก็ต	2	2	100
ระนอง	4	1	25.00
สุราษฎร์ธานี	19	14	73.68
นครศรีธรรมราช	22	15	68.18
ชุมพร	อยู่ระหว่างดำเนินการ		
เขตสุขภาพที่ 11	334	94	28.14



ประเด็นติดตาม : Intermediate Care

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed / ward) (6 เดือน ร้อยละ 25, 12 เดือน ร้อยละ 50)

ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
1. ขาดแคลนบุคลากร เช่น แพทย์ Rehabilitations โรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมพยาบาลฟื้นฟูสภาพและ นักกิจกรรมบำบัด	<ul style="list-style-type: none">- จัดทำแผนอัตรากำลังเพื่อขอเพิ่มบุคลากรด้านการฟื้นฟู- พัฒนาศักยภาพของสหวิชาชีพ โดยส่งเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล
2. ระบบการส่งต่อเครือข่ายขาดการเชื่อมโยงกัน	<ul style="list-style-type: none">- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ- ทดลองใช้โปรแกรม Thai COC ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและส่งกลับข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลของรัฐในจังหวัด
3. โรงพยาบาลชุมชน ไม่มีความพร้อมที่จะเปิดให้บริการ IMC เนื่องจากไม่มีเครื่องช่วยหายใจ	ให้เริ่มดำเนินงาน intermediate bed ภายในโรงพยาบาลทุกแห่ง
4. ผู้รับผิดชอบขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน	จัดอบรม ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในเขตสุขภาพและศึกษาดูงานในพื้นที่ที่เป็นต้นแบบการดำเนินงาน IMC

ตัวชี้วัด : 4. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 85)

สถานการณ์วัณโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2561

	ชุมพร	ระนอง	สุราษฎร์ธานี	พังงา	กระบี่	ภูเก็ต	นครศรีฯ	รวมเขต11
อัตราป่วย TB ทุกประเภทต่อแสนปชก.	104	138	109	127	85	244	97	116
Treatment coverage (82.5%)	60.35	80.31	63.17	73.90	49.13	141.58	56.63	67.53
ผลสำเร็จการรักษา (all form) %	87.98	92.59	88.72	88.24	88.89	85.41	84.49	86.88
เสียชีวิต %	9.77	7.41	6.61	4.41	6.67	5.58	10.8	7.94
ขาดยา %	0.75	0	1.95	4.41	3.33	3.43	2.49	2.42
TB&HIV (90%)	95.67	94.22	85.69	88.65	95.97	94.23	85.36	89.74
HIV+ ได้รับยา ARV (70%)	83.33	75.00	84.62	43.48	75.56	77.36	80.72	78.53
มีผล DST (> 60%)	86.67	59.09	39.13	58.82	50.00	53.23	47.37	51.30
MDR - TB (ราย)	1	3	9	2	4	8	12	39
ผลสำเร็จการรักษา(ตัวชี้วัดPA) %	85.42	91.84	90.06	90.20	91.43	87.23	82.99	86.99

ผลงานตามประเด็นการตรวจติดตาม Small Success ในการตรวจราชการนิเทศงาน รอบ ที่ 1ปีงบประมาณ 2562

ทุกจังหวัดมีการจัดประชุมร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีการวางแผนแก้ไขปัญหาที่สอดคล้อง และดำเนินงานตามมาตรการสำคัญทั้ง 3 มาตรการ คือลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อ มีคณะกรรมการวัณโรคระดับจังหวัดทุกจังหวัด

**มีการแต่งตั้ง case management team (CM team) ครอบคลุม รพ.

**ผู้ป่วยวัณโรคที่เสี่ยงต่อการดื้อยาสูง มีกระบวนการให้ได้ตรวจ DST

** โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งเรือนจำ บันทึกลงและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online ครอบคลุม สำหรับ รพ.นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและ รพ.เอกชน ดำเนินการได้แล้วร้อยละ 80 (ซึ่งกำลังเร่งดำเนินการให้ครบทุกแห่งภายในปีนี้)

ตัวชี้วัด : 4. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 85)

ผลการดำเนินงานตามแผนงานวัณโรค จากการตรวจราชการนิเทศงาน รอบที่ 1/2562

1.การดำเนินงานคัดกรองทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอื่นๆ (TB Treatment Coverage ในภาพรวมได้ ร้อยละ 28.16) ซึ่งมีผลงานได้ **ค่อนข้างน้อย**

2.ผลการตรวจ HIV ในผู้ป่วยวัณโรค ได้ร้อยละ 87.60 ผู้ป่วย HIV+ ได้รับยาต้าน ร้อยละ 81.29 ทุกจังหวัดดำเนินงานได้ดีขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา

3.ผู้ป่วยวัณโรคที่เสี่ยงต่อการดื้อยา มีผลทดสอบความไวต่อยา (DST) ร้อยละ 66.22 (จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 คือ นครศรีธรรมราช ชุมพร และระนอง)

จังหวัด	TB Treatment Coverage		ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา (ตัวชี้วัด PA ปี 2562)	Gap/ความเสี่ยง	ข้อเสนอแนะในการพัฒนา		
	เป้าหมาย (156/แสน)	ผลงาน % (เป้า 82.5%)		Treatment coverage ได้ค่อนข้างน้อย (ปี 2561 ได้ 67.53%) ปี 2562 (ข้อมูล ณ. 6 มีค. 62) ได้ 28.16 %	ข้อเสนอแนะในการพัฒนา		
ชุมพร	795 ราย	227 (28.55)	91 ราย	ผลการวิเคราะห์ผู้เสียชีวิต พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ(>65 ปี) และมีโรคเรื้อรังร่วม(65%)รองลงมาเป็นกลุ่ม TB&HIV(25%) และเฉพาะTB 10%	1.เร่งรัด ค้นหา และเพิ่มคุณภาพการตรวจวินิจฉัยตามมาตรฐานทั้งในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้สงสัย ให้ครอบคลุม และขึ้นทะเบียนรักษาโดยเร็ว 2 พัฒนาการส่งต่อให้เป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ขึ้นทะเบียนรักษาครบ และติดตามผลการรักษาได้		
ระนอง	297 ราย	97 (32.66)	49 ราย				
สุราษฎร์ธานี	1,650 ราย	430 (26.06)	181 ราย				
พังงา	417 ราย	(108 (25.90)	51 ราย				
กระบี่	733 ราย	165 (22.51)	91 ราย				
ภูเก็ต	627 ราย	322 (51.56)	106 ราย				
นครศรีธรรมราช	2,430 ราย	607 (24.98)	279 ราย			มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ปี 2560-ปัจจุบัน (รวม 105 ราย) (RR 8 ราย/ MDR 88 ราย /Pre-XDR 4 ราย และ XDR 5 ราย)	1.ทบทวนประวัติ/ เฝ้าระวังผู้ป่วยดื้อยา และค้นหาผู้สัมผัส ใกล้ชิดมารับการตรวจ วินิจฉัย โดยเร็ว 2.เร่งรัดการส่งตรวจ DST เพื่อค้นหา MDR/XDR และส่งพบแพทย์ ให้การรักษาโดยเร็ว 3. ดูแลรักษาด้วยระบบ DOT เข้มข้น 4. XDR ให้ดำเนินการตาม พรบ.โรคติดต่อ 2558
รวม เขต 11	6,949 ราย	1,956 (28.16)	848 ราย				
ข้อมูล จาก TBCM online ณ วันที่ 6 มีนาคม 2562							

ปัจจัยความสำเร็จ : ผู้บริหารทุกจังหวัดให้ความสำคัญกับการดำเนินงาน มีกระบวนการติดตามอย่างต่อเนื่อง บางจังหวัดกำหนดเป็นตัวชี้วัดจังหวัด
: ความตั้งใจ อุดหนุนและเสียสละของผู้ปฏิบัติงานงานทุกระดับ ในการดำเนินงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย
: มีการจัดประชุม DOTS Meeting ภายในจังหวัด ร่วมวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา

ประเด็นที่ 3 : RDU – AMR (เขต 11)

ตัวชี้วัด : 5. ร้อยละ รพ.ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (เป้าหมาย RDU ชั้น 1 \geq 95%, RDU ชั้น 2 \geq 20%)

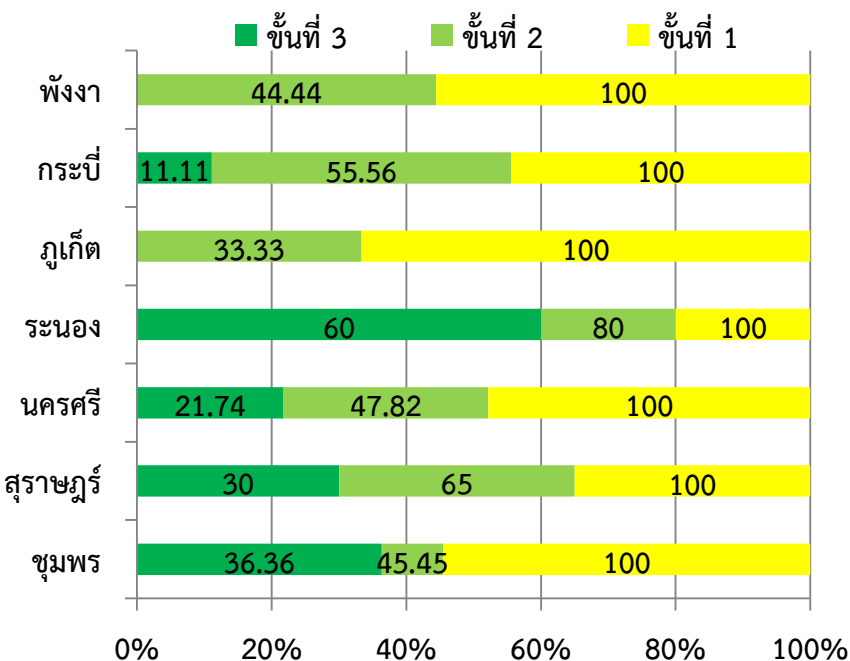
และร้อยละ รพ.ที่มีระบบ AMR (เป้าหมาย AMR ระดับ intermediate \geq 20%)

สถานการณ์

เขต 11 มีโรงพยาบาล 80 แห่ง

- RDU ชั้น1 = 80 แห่ง (100%)
- RDU ชั้น2 = 43 แห่ง (53.75%) ส่วนใหญ่ F1-3
- RDU ชั้น3 = 19 แห่ง (23.75%)

ลำทับ กะเปอร์ ละอุ่น สุขสำราญ ท่าศาลา ชะอวด ร่อนพิบูลย์
 จุฬาภรณ์ นบพิตำ ท่าโรงช้าง เกาะพังน เคียนซา ชัยบุรี ท่าฉาง
 พุนพิน ปากน้ำชุมพร ปากน้ำหลังสวน ละแม พะโต๊ะ



ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญ ความร่วมมือจากองค์กรแพทย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
2. มีการติดตามและคืนข้อมูลให้แก่ผู้รับผิดชอบตรวจสอบความถูกต้อง
3. การใช้จ่ายสมุนไพรทดแทนเพื่อลดการใช้จ่ายปฏิชีวนะ

ผลงานเด่น

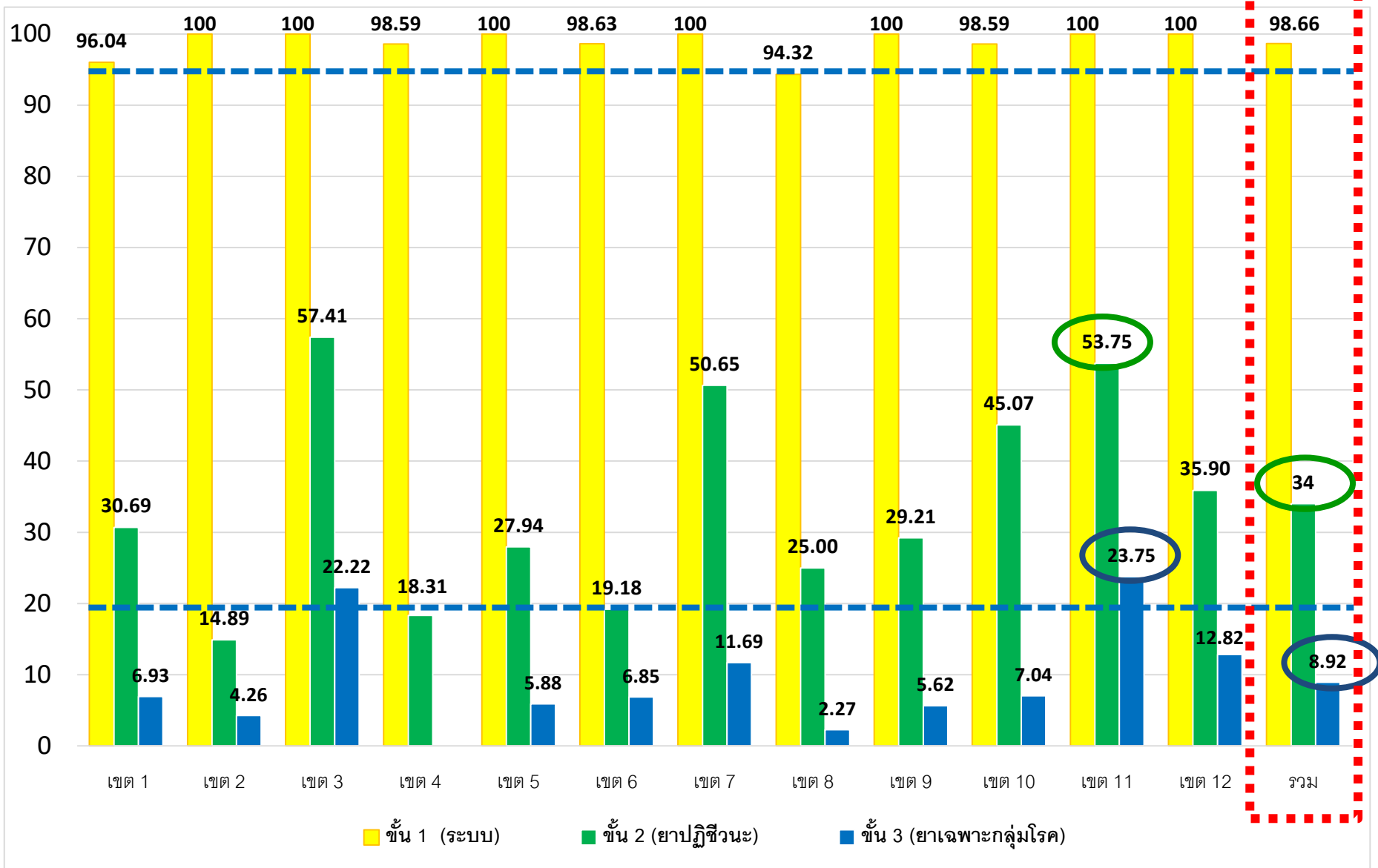
1. รพ.พังงา จัดให้มี special pharmacist คัดกรองการใช้ ATB
2. จ.ระนอง และ รพ.ท่าศาลา ได้รับรางวัล RDU-AMR ดีเด่น ปี 2562
3. จ.ภูเก็ต จัดทำ CPG การใช้ ATB ในโรค URI และ AD ประกาศใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด
4. รพ.เกาะลันตา (กระบี่) จัดทำแบบคัดกรองการใช้ ATB ในผู้ป่วยบาดแผลสด
5. รพ.บางขัน (นครศรีธรรมราช) จัดให้มีรางวัล RDU Award สำหรับบุคลากรทางการแพทย์
6. จ.สุราษฎร์ธานี จัดทำ CPG การใช้ยาปฏิชีวนะในผนวกกับการเลือกใช้จ่ายสมุนไพร
7. จ.ชุมพร กำหนดนโยบาย Thai herb first ใน รพ.สต.

ปัญหา/ข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะ

การใช้ ATB ใน URI AD	ส่งเสริมการใช้สมุนไพร เป็น First-line drug
การใช้ ATB ใน FTW	การปฏิบัติตาม CPG และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ในการดูแลรักษาแผลอย่างถูกวิธี
การจัดการข้อมูล	การลงข้อมูลในระบบ การปรับปรุงฐานข้อมูล และการดึงข้อมูลให้ถูกต้องตรงตามตัวชี้วัด

โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)



ประเด็นที่ 3 : RDU – AMR (เขต 11)

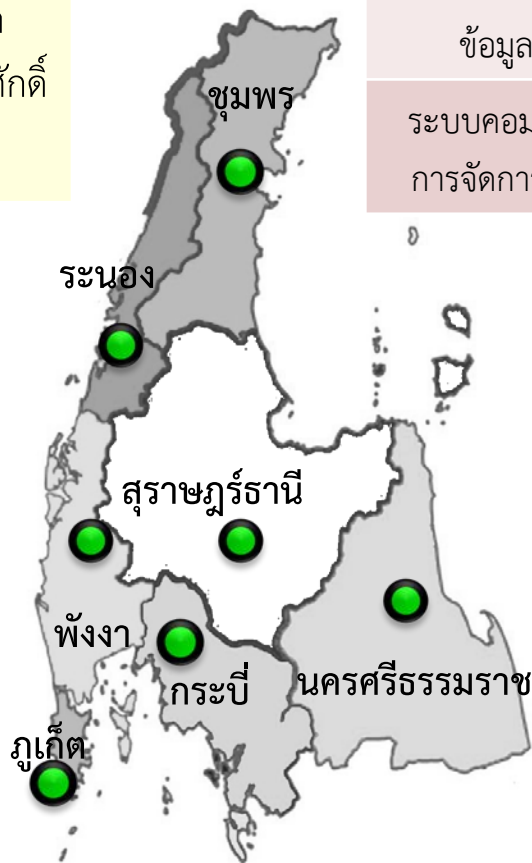
ตัวชี้วัด : 5. ร้อยละ รพ.ที่มีระบบ AMR (เป้าหมาย AMR ระดับ intermediate $\geq 20\%$)

สถานการณ์

AMR ระดับ intermediate 10 แห่ง จาก รพ.เป้าหมาย 11 แห่ง (90.91%)
 ได้แก่ รพ.กระบี่ รพ.พังงา รพ.ตะกั่วป่า รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช รพ.ทุ่งสง รพ.สิชล รพ.ระนอง รพ.วชิระภูเก็ต รพ.ชุมพรเขตอุดมศักดิ์ และ รพ.สุราษฎร์ธานี

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

1. ทีม AMR มีศักยภาพ และความเข้มแข็ง สามารถบูรณาการกิจกรรมสำคัญได้อย่างเป็นระบบ
2. มีการพัฒนา CPG เพื่อใช้ในหน่วยงาน



ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
ขาดแพทย์ ID พยาบาล IC	แจ้งผู้บริหารขอการสนับสนุน
การประสานงานระหว่างทีม ขาดการวิเคราะห์และการคืน ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง	กำหนดแผนดำเนินงาน เป้าหมาย และการประเมินผล ให้ชัดเจน
ระบบคอมพิวเตอร์ไม่เอื้อต่อการจัดการและใช้ประโยชน์	พัฒนาระบบโปรแกรม ให้ง่ายต่อการดูข้อมูล

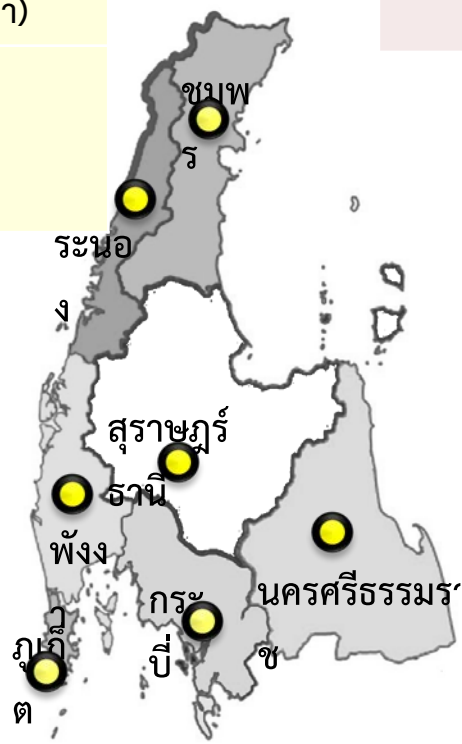
จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระนอง	1	1	100
พังงา	2	2	100
ภูเก็ต	1	1	100
กระบี่	1	1	100
ชุมพร	1	1	100
สุราษฎร์ธานี	2	1	50
นครศรีธรรมราช	3	3	100
เขตสุขภาพที่ 11	11	10	90.91
ประเทศ			

ประเด็นที่ 6 : SP สาขาสุขาภาพจิตและจิตเวช

ตัวชี้วัด : 10. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน6.3ต่อแสนประชากร)

สถานการณ์
ปี59-61อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.80,5.67,6.78
ปี59สูงที่ชุมพร,นครและสุราษฎร์
ปี60สูงที่ชุมพรและระนอง
ปี61สูงที่ระนอง,พังงา,นคร,ชุมพรและสุราษฎร์
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ 66.76 %(สฎ,พังงา)
ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ 74.50 %
ผู้ป่วยโรคติดยาเข้าถึงบริการ 11.80 %

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น
- แนวทางการดูแลผู้พยายามทำร้ายตัวเองรพ.ระนอง
- แนวทางการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (หลังสวน โมเดล)



ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
การสื่อสารสัญญาณเตือน	การสื่อสารสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายในผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง
การบูรณาการกับคณะกรรมการ พขอ. ที่ชัดเจน	บูรณาการการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มเสี่ยงเชื่อมกับคณะกรรมการ พขอ. หลัก 3 ส+

จังหวัด	ประชากร	ผลงาน	ต่อแสนประชากร
ระนอง	175,121	5	3.17
พังงา	261,669	3	1.19
ภูเก็ต	381,544	3	0.74
กระบี่	462,532	5	1.07
ชุมพร	502,866	11	2.2
สุราษฎร์ธานี	1,044,203	25	2.36
นครศรีธรรมราช	1,559,148	39	2.5
เขตสุขภาพที่11	4,379,083	91	1.89
ประเทศ	-	-	6.03

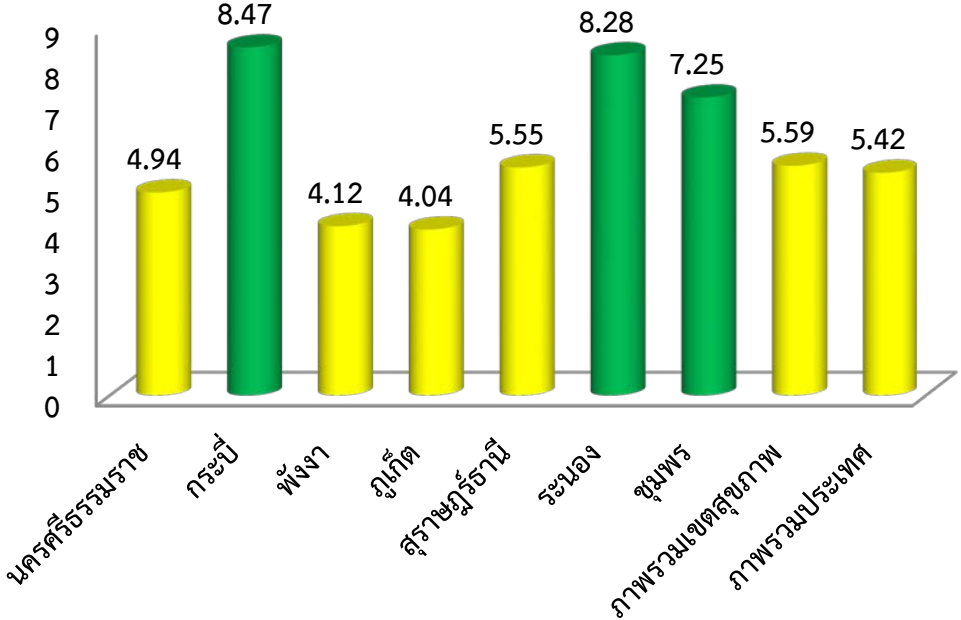
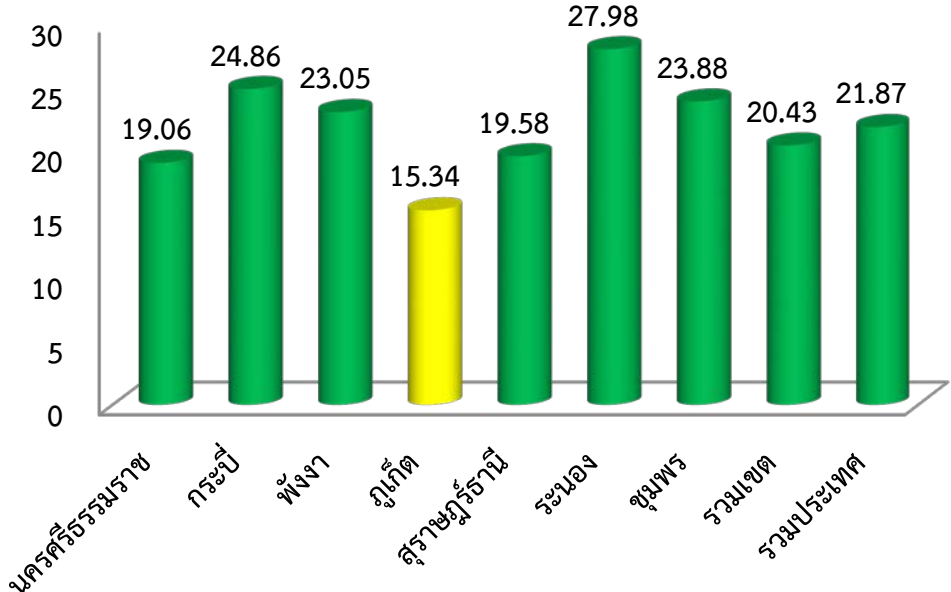
ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย 18.5)

สถานการณ์/ปัญหา

เขตสุขภาพที่ 11 ได้มีการพัฒนาการให้บริการ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่หน่วย บริการของภาครัฐอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่า มีการเปิด ให้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐระดับ รพศ. รพท. และ รพช.ทุกแห่ง ส่วนระดับ รพ.สต. ยังไม่ครบทุก พื้นที่ เนื่องจากบุคลากรแพทย์แผนไทยมีไม่เพียงพอ โดยมี จำนวนบุคลากรแพทย์แผนไทยทั้งหมด 443 คน

และเมื่อปี 2561 เขตสุขภาพที่ 11 ได้มีโครงการ First Line Drug ทำให้การเข้าถึงยาสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น อย่างต่อเนื่อง

“ร้อยละการสั่งใช้ยาสมุนไพร โดยมีจำนวนรายการยา สมุนไพรมากกว่าร้อยละ 6 ของการสั่งใช้ยาทั้งหมด”



**ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ
ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย 18.5)**

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

1. การประกวดพื้นที่ต้นแบบดีเด่นด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประจำปี 2562
 - จังหวัดนครศรีธรรมราช รพ.สต.บ้านสี่แยกสวนป่า ได้รับรางวัลชนะเลิศ ระดับประเทศ (ประเภท รพ.สต.)
 - จังหวัดชุมพร หมอเสริฐ ขาวอรุณ ได้รับรางวัลหมอไทยดีเด่นแห่งชาติ ระดับประเทศ ประจำปี 2562
2. การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข/สหวิชาชีพ ให้มีความรู้ความเข้าใจด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. การสร้างนวัตกรรม หรืองานวิจัย R2R ด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อเพิ่มความสะดวกในการให้บริการและสร้างความเชื่อมั่นในการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย
4. การสร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์กิจกรรมการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ
การนำวัสดุดิบสมุนไพรเข้ามาใช้ในหน่วยบริการ (ยาปรุงเฉพาะราย)	ควรมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อหาช่องทางที่สามารถนำมาใช้ได้โดยถูกต้อง มีระเบียบปฏิบัติ
บางพื้นที่ไม่สามารถเปิดให้บริการได้ครอบคลุมทุกกิจกรรม เนื่องจากข้อจำกัดในพื้นที่	ควรมีการวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
ความก้าวหน้าในวิชาชีพของบุคลากรแพทย์แผนไทย เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างจึงไม่มีความมั่นคงในการทำงาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบุคลากรบ่อยครั้ง	วางแผนอัตรากำลังระยะยาว



Thank you