



ประเด็นที่ 4 : ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence)

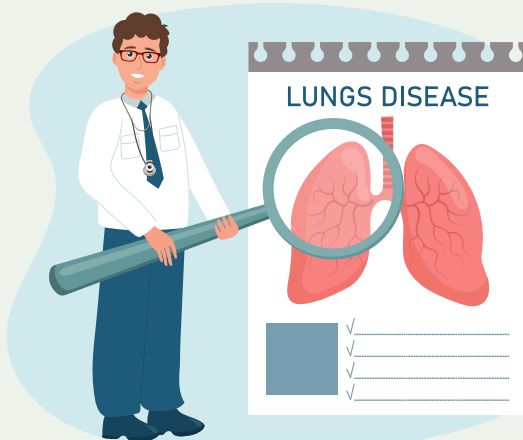
จังหวัดสตูล

ระหว่างวันที่ 21-23 มกราคม 2569

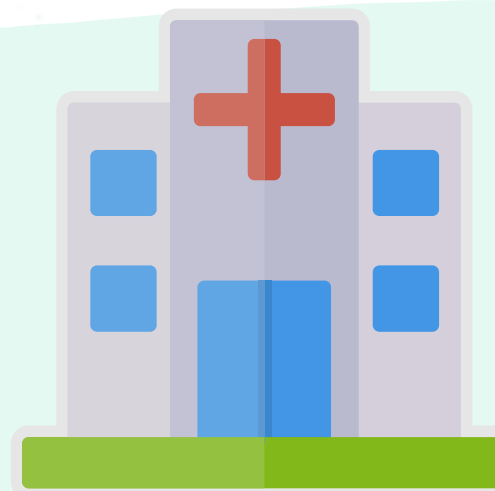
ร่วมกับ กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และกรมการแพทย์

นางสาวจิตติมา ศิริมาตยาพันธ์

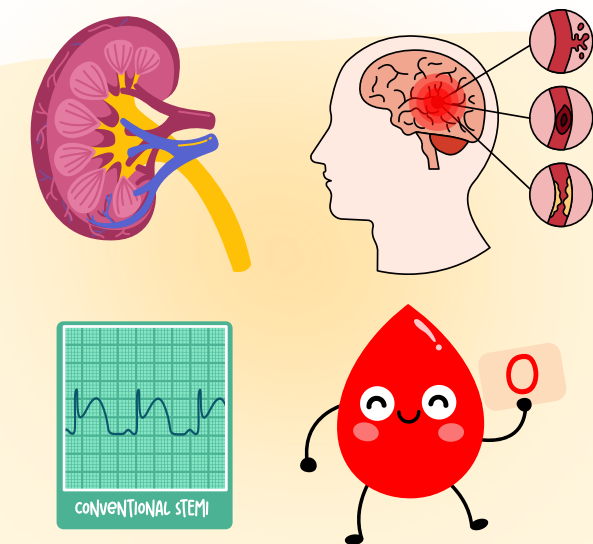
ประธานประเด็นที่ 4 ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence)



การค้นหาและคัดกรองวัณโรค



RLU hospital Plus

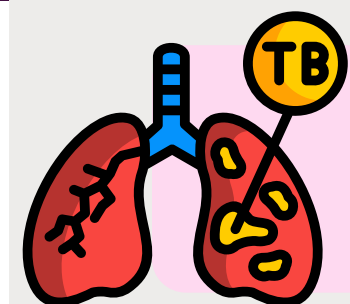


service plan

ตัวชี้วัดหลักที่ 1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่



ตัวชี้วัดหลักที่ 2 ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษ ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR)



ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีอัตราการขาดยา
(loss follow-up) < ร้อยละ 3



ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษที่ไม่ได้รับการคัดกรองมานานกว่า 6 เดือน
ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ร้อยละ 35



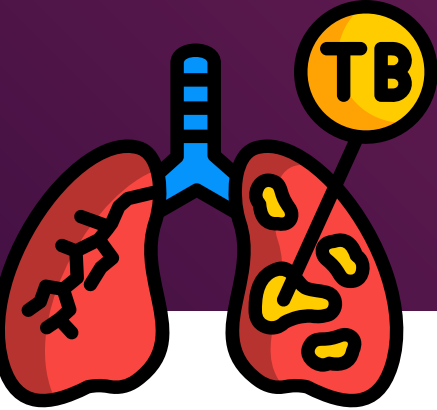
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไตรมาสที่ 1/2569 จังหวัดสตูล

อำเภอ	ขึ้นทะเบียน (รายผู้ป่วย)	กำลังรักษา (รายผู้ป่วย)	เสียชีวิต	โอนออก	ขาดยา
เมือง	20 (100)	20 (100)	0	0	0
ละงู	9 (100)	9 (100)	0	0	0
ควนกาหลง	4 (100)	4 (100)	0	0	0
ท่าแพ	4 (100)	4 (100)	0	0	0
ทุ่งหว้า	2 (100)	2 (100)	0	0	0
มะนัง	2 (100)	2 (100)	0	0	0
ควนโดน	1 (100)	1 (100)	0	0	0
รวมจังหวัด	42 (100)	42 (100)	0	0	0

ที่มา : โปรแกรม NTIP วันที่ 31 ธันวาคม 2568

เรือนจำจังหวัด สตูล	ผลการดำเนินงาน		
	จำนวนผู้ต้องขัง	ได้รับการคัดกรองถ่าย ภาพรังสีทรวงอก (CXR)	ร้อยละ
ก่อนพ้นโทษ	319	319	100
รายใหม่	310	310	100
รวมเก่า	905	572	63.2

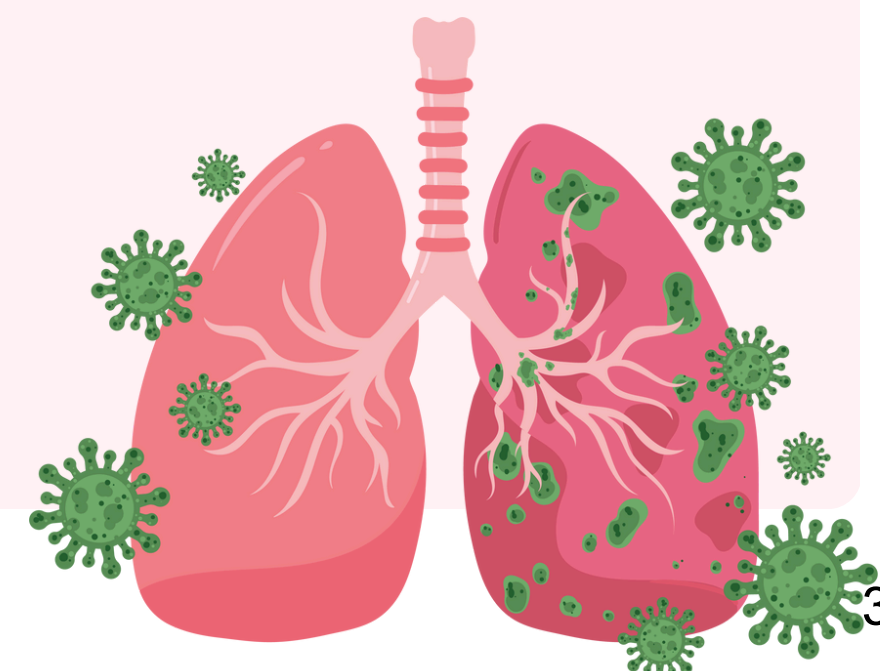
ที่มา : รายงานข้อมูลคัดกรองราชทัณฑ์ฯ ปีล่าสุด วันที่ 31 ธันวาคม 2568



มาตรการเร่งรัดการคัดกรองวัณโรค 7 กลุ่มเสี่ยง จังหวัดสตูล








- รพ.สต. จัดทำแผนคัดกรองเชิงรุกโดยใช้ Mobile X-Ray ซึ่งประจำอยู่ที่มิனிฮัตยูญารักษ์ และจัดหารถ X-Ray พระราชทาน จากเขตสุขภาพที่ 12 ประจำที่ รพ. สตูลทุกสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้เข้ารับบริการในคลินิก
- ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับทบทวนทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการ X-Ray เมื่อครบ 6 เดือน ให้เข้ารับการ X-Ray ให้เร็วที่สุด
- วางแผนติดตามกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องได้รับการ X-Ray เชิงรุกจากคลินิก ได้แก่ (COPD, เบาหวาน, รั้งัยไต, ฟอกไต, CKD, ผู้สูงอายุ และเอดส์)
- มีการจัดมหกรรมคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ครั้งที่ 1 วันที่ 14-19 ธันวาคม 2568 และครั้งที่ 2 วันที่ 23-24 เมษายน 2569
- ทบทวนจำนวนเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน





RLU hospital Plus

- ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามที่กำหนด

ตัวชี้วัดย่อย	ค่าเป้าหมาย (รอบที่1)	ผลการดำเนินงาน
1 เชิงระบบ		
1.1 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อย่างน้อยร้อยละ 25	1.อบรม RLU Surveyor 15 มกราคม 2569 2.ขึ้นทะเบียนเป็น RLU Surveyor ครบทั้ง 7 แห่ง 22 มกราคม 2569 3.โรงพยาบาลลงข้อมูลในระบบ e-report จำนวน 4 แห่ง : รพ.สตูล, รพ.มะนัง, รพ.ท่าแพ, รพ.ละงู (รอการประเมินจาก RLU Surveyor) 4.กำหนดประเมินผล รอบ 1 วันที่ 15 มีนาคม 2569 
2 เชิงปริมาณ		
2.1 โรคเบาหวาน		
2.1.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน	ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ 3.74 
2.1.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน	ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ 2.73 
2.1.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	มากกว่าร้อยละ 35	ข้อมูลตัวชี้วัด ยังอยู่ระหว่างการพัฒนาาระบบข้อมูลของ ศูนย์เทคโนโลยีฯ สป.
2.1.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	มากกว่าร้อยละ 35	
2.1.5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	มากกว่าร้อยละ 35	
2.2 ผู้มารับบริการ		
2.2.1 ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน	ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ 2.80 
2.2.2 ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน	ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ 2.87  5



ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารรับทราบและให้ความสำคัญ เนื่องด้วยนโยบายการลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ผลักดันให้เกิดการสื่อสารและปฏิบัติทุกระดับ อย่างจริงจัง
- มีการอบรมสร้าง RLU surveyor ของจังหวัด และสร้างเครือข่ายประสานงานความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินงานแต่ละชั้น



ประเด็นปัญหา/ความเสี่ยงหลัก

- ความพร้อมของระบบติดตามผลตัวชี้วัด เช่น HDC
- การเชื่อมต่อข้อมูลภายในจังหวัด
- มาตรการบังคับใช้และกำกับติดตาม ยังไม่ได้เป้าหมายในบางโรงพยาบาล

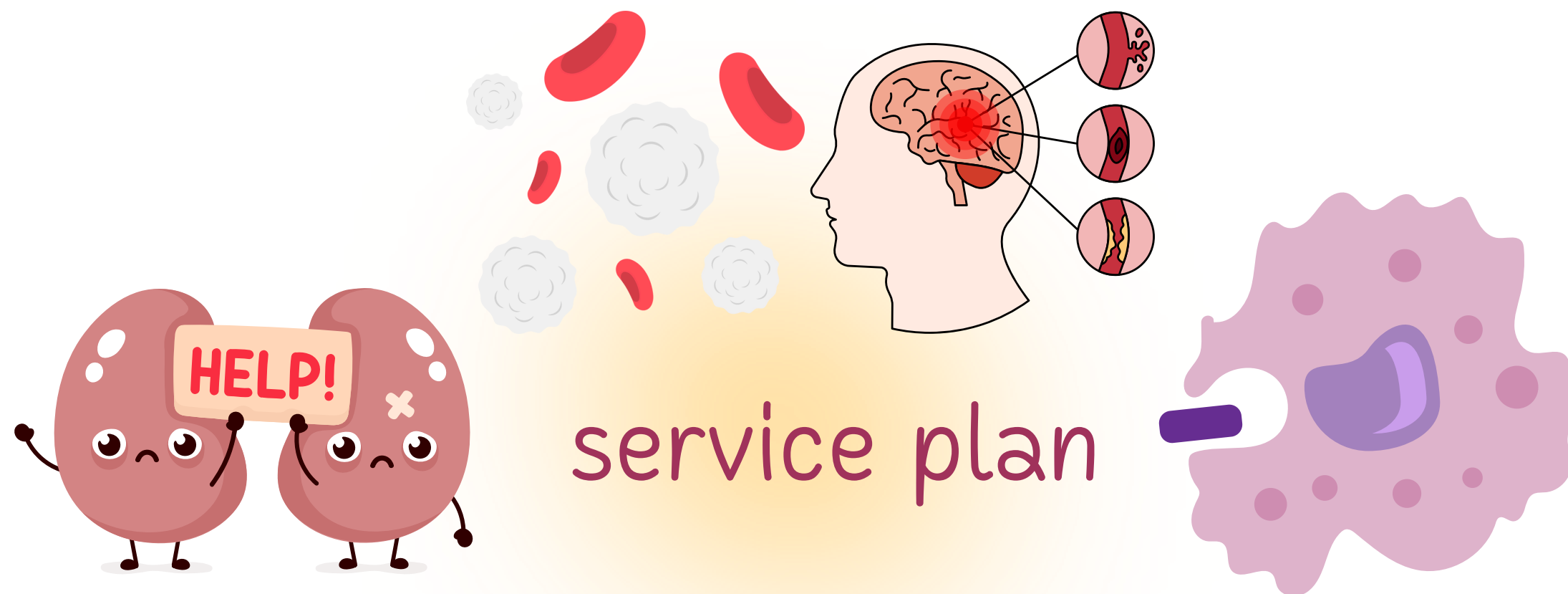
ข้อเสนอเพื่อพัฒนา/แนวทางการแก้ไขเร่งด่วน

- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ RLU โดยให้มี Mr.RLU เป็นแพทย์
- ควรมีมาตรการบังคับใช้และกำกับติดตามผลการดำเนินงาน เป็นแนวทางกลางร่วมกันในจังหวัดหรือเขตสุขภาพ
- ฝึกอบรมบุคลากร IT man ในการดึงเชื่อมต่อ HDC เพื่อพัฒนาหน้างาน

ประเด็นที่ควรกำกับติดตามต่อเนื่อง

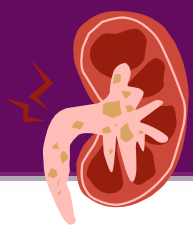
- การดำเนินงานของ RLU surveyor ให้มั่นใจว่าทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตน
- ประเด็นการประยุกต์ใช้ IT ในงาน RLU
- ขยายผลข้อมูลแลกเปลี่ยนระหว่าง รพ. Database





service plan

- ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า (ลดลง ร้อยละ 5)
- อัตราผู้ป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired (เป้าหมาย < ร้อยละ 24)
- อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)
- ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64) (เป้าหมาย < ร้อยละ 7)
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด
- Palliative care



สาขาโรคไต (CKD)



ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า (ลดลง \geq ร้อยละ 5)



ปัญหาอุปสรรค

1. CKD clinic ยังไม่ได้มาตรฐาน เช่น การให้คำปรึกษา ส่งผลให้เกิด Unplanned dialysis
2. ไม่มี CKD manager ประจำคลินิก
3. การควบคุมโรค NCD ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ประเด็น

ข้อค้นพบ

• การนำองค์กร

• ด้านบุคลากร

• ด้านบริการ

• ระบบการจัดการตนเอง

• มีการทบทวนนโยบาย/ทิศทาง การดำเนินงานคลินิก

• มีสหสาขาครบ สาขาตามที่กำหนด

• มี Primary Screening

• จัดโครงการอบรมภาคีเครือข่ายโรคไต, โครงการวันไตโลกณรงค์ให้ความรู้การชะลอไตเสื่อมให้แก่บุคลากร อสม. ผู้ป่วย และ ผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

- ควรมี CKD manager ประจำคลินิก
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร รพ.สต., รพช.เน้นทักษะคัดกรอง CKD ระยะต้น และการให้คำปรึกษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง NCD
- บูรณาการกับงาน NCD จังหวัด วางระบบ ALERT CKD ตั้งแต่ STAGE3
- จัดโครงการ CKD clinic excellence ระดับเขตสุขภาพ



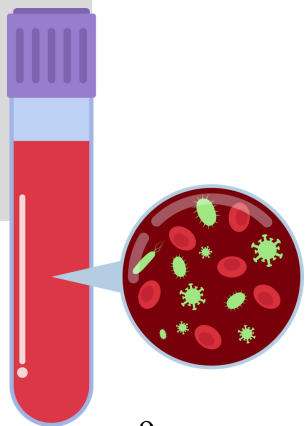
สาขาอายุรกรรม (Sepsis)

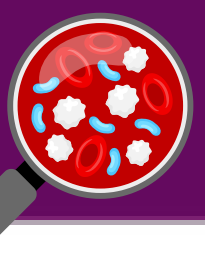


เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน ปี 69
ตัวชี้วัดหลัก		
อัตราป่วยตายด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Community - acquired	< ร้อยละ 24	ร้อยละ 25.61 
ตัวชี้วัดติดตาม		
อัตราป่วยตายด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Hospital - acquired	< ร้อยละ 40	ร้อยละ 0 
อัตราป่วยด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Community - acquired ในโรงพยาบาลทุกระดับ	มีการเก็บข้อมูล	มีการเก็บข้อมูล

ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 20 มกราคม 2569





ประเด็น

ข้อค้นพบ

การรักษาตามมาตรฐาน
คุณภาพบริการ

- อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ร้อยละ 96 เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5
- อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ร้อยละ 89 เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4
- อัตราผู้ป่วย Sepsis แบบรุนแรงได้เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง ร้อยละ 79 เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4

ปัญหาอุปสรรค

1. บุคลากรใหม่ยังขาดสมรรถนะ ในการประเมิน/คัดกรองผู้ป่วย Sepsis ทำให้เกิด diagnostic error
2. ระบบ RRT ยังไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

- พัฒนาระบบ Rapid Response Team
- วิเคราะห์ case death และให้มีการประชุมคณะทำงาน ทุก 3 เดือน





สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ (transplant)



เชิงคุณภาพ

ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

บริการ สุขภาพ

1. การแสดงความจำเป็นบริจาคอวัยวะและร่างกายเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากกิจกรรมประชาสัมพันธ์การรับบริจาคเชิงรุก จัดบูรณรงค์ในงานกาชาด, งานพิธีต่างๆ, เสี่ยงตามสายใน รพ.
2. มีจุดตั้งรับบริจาคอวัยวะและร่างกายที่จุดประชาสัมพันธ์ รพ.สตูล
3. มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ ในระดับจังหวัดและโรงพยาบาล
4. มี Flow การบริจาคดวงตา รพ.สตูลและปฏิบัติตามคู่มือการประสานงาน Transplant ของสภากาชาด

กำลังคน

1. ไม่มี TC Nurse Full time
2. พัฒนาบุคลากรด้วยการเข้าร่วมอบรมฟื้นฟูความรู้ เขตฯ12 (พยาบาลหมุนเวียน)

การจัดการ ข้อมูล

1. มี Dashboard วิเคราะห์และแสดงผลข้อมูลแสดงความจำเป็นบริจาคฯ ข้อมูลการเจรจาเชื่อมโยง Pop up ใน HosxP



ปัญหา/ข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

บริการสุขภาพ

- การรับรู้และการเข้าถึงข้อมูล มีข้อจำกัด ด้านความเชื่อ ศาสนา และทัศนคติ

- ประชาสัมพันธ์คำชี้แจงทางศาสนา (พัตวา) ร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน/ศาสนา
- ประชาสัมพันธ์ในกลุ่มญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยภาวะสมองตาย เพื่อดำเนินการตามความจำเป็นของผู้บริจาค
- บูรณาการร่วมกับที่ Palliative Care ในการประชาสัมพันธ์เชิงรุก

กำลังคน

- ไม่มี TC Nurse Full time ประจำ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ

- ส่งเสริมการจัดสรร TC Full time และ flow การบริจาคอวัยวะ ของ รพ.สตูล
- กรณีที่มี Donor เพิ่ม TCWN ในหอผู้ป่วยหนัก (Neuromed, NeuroSx)
- พัฒนา Harvesting Team โดยการขอความร่วมมือจาก รพ.หาดใหญ่เป็นที่ปรึกษา

การจัดการข้อมูล

- อัตราส่วนการเจรจาสำเร็จต่อการเจรจา (F/E)

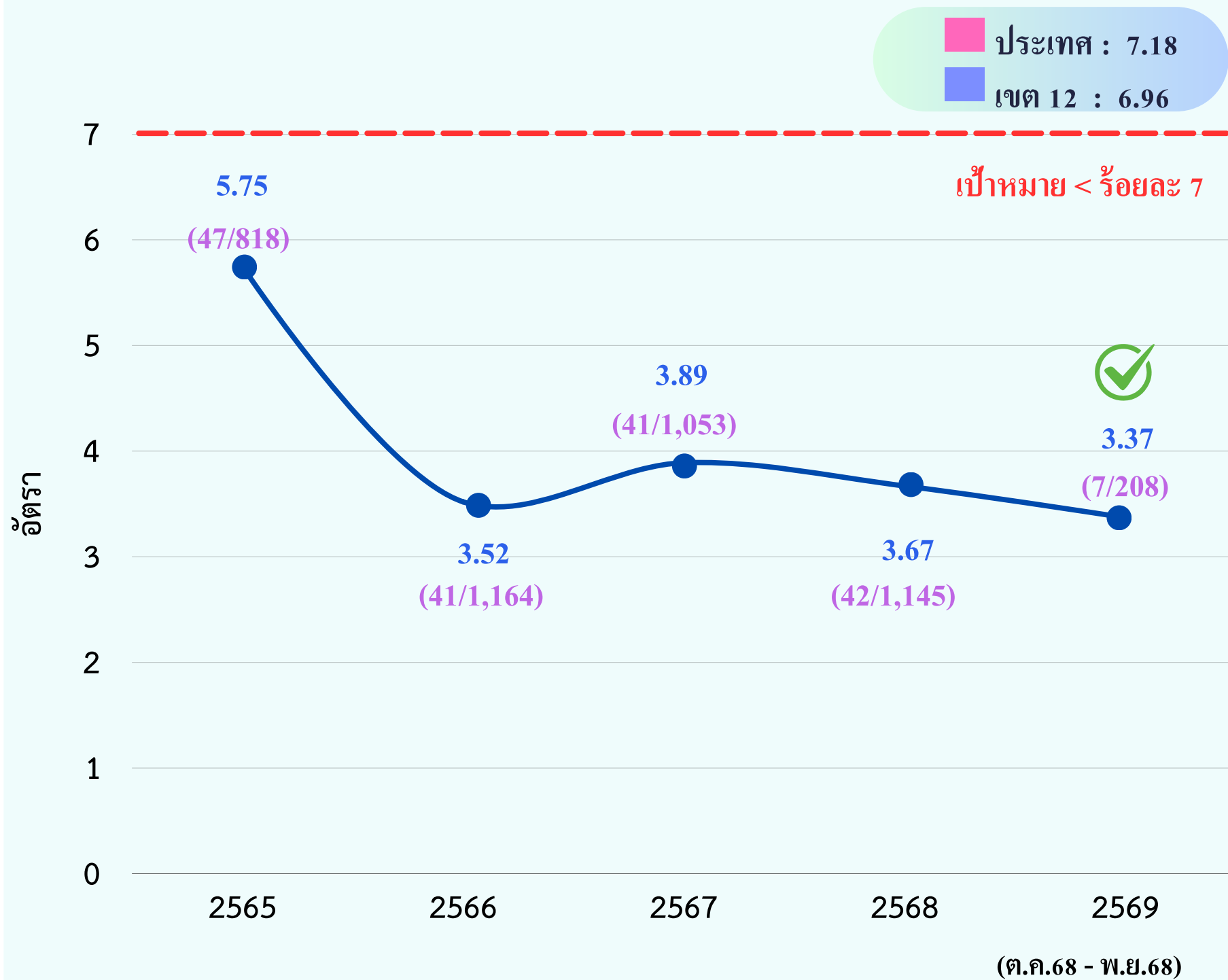
- จัดตั้งระบบ Alert การเจรจาเชิงรุก กลุ่มผู้ป่วย admit ที่มีโอกาส Brain death
- ค้นหา Potential donor
- ประเมินผลการดำเนินการเจรจา เพื่อพัฒนาทักษะ
- Role Model เคสการปลูกถ่ายอวัยวะสำเร็จ



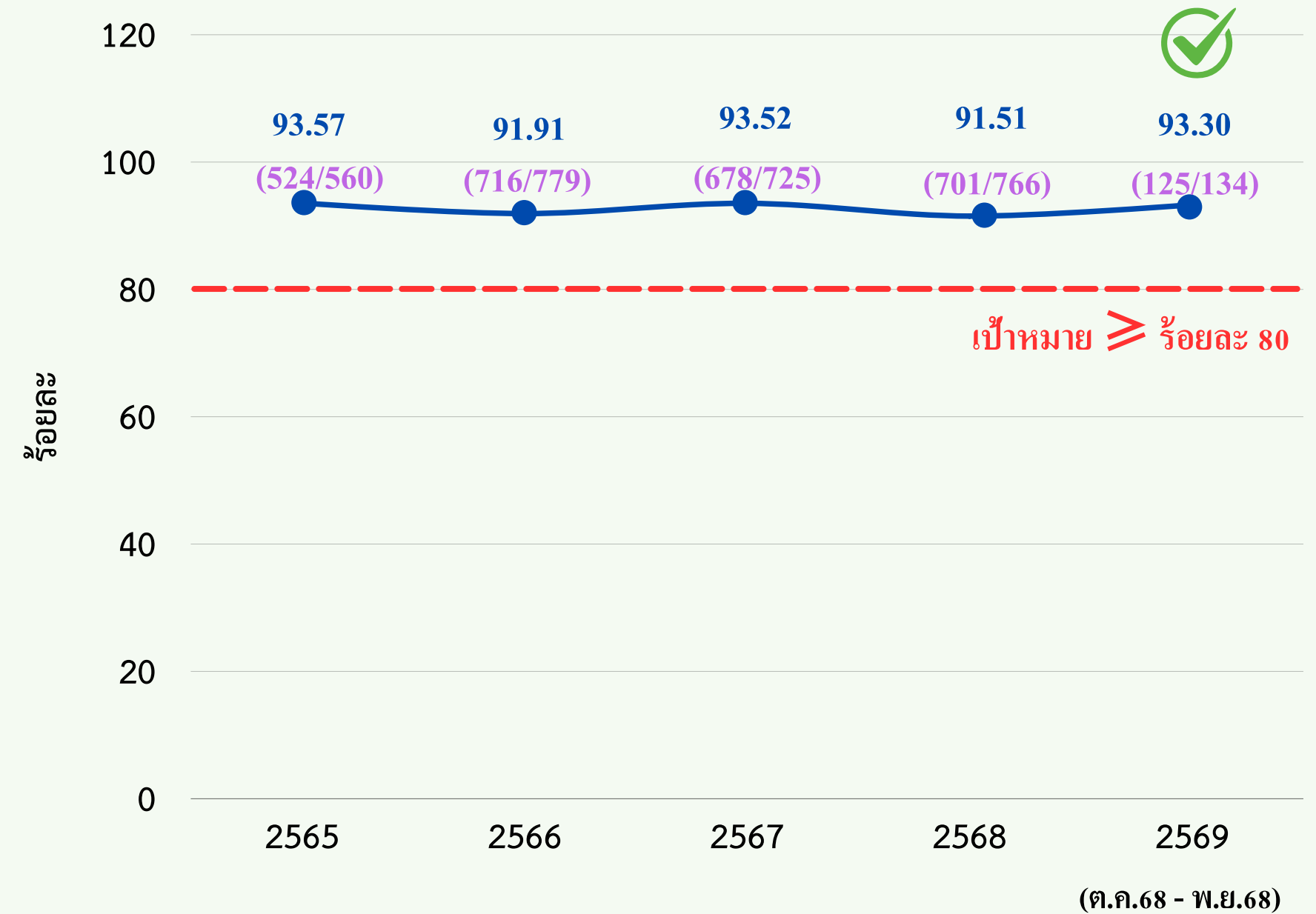
สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE)



อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 - I64)



ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit





สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE)

ผลลัพธ์ (Outcome)

ระบบให้บริการ สุขภาพ

- 1.รพ.สตูล มี Stroke Unit 10 เตียง อัตราครองเตียง 85-90%
- 2.มีระบบ Stroke Fast Track 75% พร้อม CPG ทั้งจังหวัด และใช้ Sky Doctor/Telemedicine ในพื้นที่เกาะหลีเป๊ะ ได้ตามเวลา
- 3.รพ.ละงู มี CT scan มีอายุรแพทย์ 2 คน สามารถให้ยา rt-PA ได้ และมีแผนจัดตั้ง Stroke Unit

กำลังคน ที่ให้บริการ

- 1.มีพยาบาลเฉพาะทาง 2 คน และอบรมพัฒนาศักยภาพ
- 2.พยาบาลเฉพาะทาง : ผู้ป่วย (1:4)
- 3.พัฒนา Stroke Nurse และบูรณาการดูแลร่วมกับทีม IMC/HHC ในผู้ป่วย Barthel index < 15

ระบบงานและ การจัดการข้อมูล

- 1.มีระบบ Referral Seamless แต่ยังมีขาดข้อมูล Refer Back
- 2.ติดตามคุณภาพการส่งต่อให้ Door to Refer \leq 30 นาที
- 3.ใช้ข้อมูลจาก HDC และผลลัพธ์ทางคลินิกในการติดตามตัวชี้วัด และพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง
- 4.ทบทวน CPG ระดับจังหวัด

การเข้าถึงยา ช่วยชีวิตและ อุปกรณ์

- 1.มีระบบส่งต่อทำ Thrombectomy และรับกลับมาดูแลต่อ
- 2.มีการพัฒนา Telemedicine รองรับพื้นที่เกาะ และพื้นที่เข้าถึงยาก
- 3.มี CT scan และศักยภาพให้ rt-PA ในรพ.ละงู

ภาวะผู้นำและ ธรรมาภิบาล

- 1.รพ.สตูล ผ่านการประเมิน Re-accredit SSCC ระดับ 5 ดาว และผ่านการประเมินเฉพาะโรค PDSC
- 2.มีการทำงานแบบสหวิชาชีพ และดูแลต่อเนื่อง (IMC, HHC) ชัดเจน
- 3.มีการนิเทศติดตาม รพช. ต่อเนื่อง



ปัญหา/ข้อจำกัด

Risk factor

ผู้ป่วย NCD ขาดยา ขาดนัด และ ไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ HT, DM, AF

ข้อเสนอแนะ

- คัดกรองภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (AF) ในชุมชนร่วมกับทีม Primary care
- เน้นประชาสัมพันธ์ Stroke alert/Awareness

Patient delay

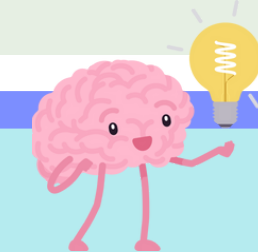
- 1.ผู้ป่วยและญาติ ตัดสินใจไม่ได้หรือล่าช้า
- 2.พื้นที่เกาะต้องอาศัยเวลานำขึ้น-นำลง ในการนำเรือออกเพื่อส่งต่อผู้ป่วย

เน้นย้ำความรู้อาการเตือน BEFASTและบูรณาการร่วมกับทีม NCD

Health workforce

- 1.ภาระงานบุคลากรสูง
- 2.บุคลากรเฉพาะทางด้าน Stroke ยังมีจำกัดในบางพื้นที่

วางแผนพัฒนาบุคลากรทดแทน และบริหารอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภาระงาน








โอกาสพัฒนา

1. พัฒนา node รพ.ละงู มี CT มีเตียง Stroke 1 เตียง
2. จัดหาอัตรากำลังพยาบาล Stroke ทั้งรพ.ละงู และ รพ.สตูล



สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)



เชิงปริมาณ	เป้าหมาย	ผลงาน ปี 2569
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 8	0 (ไม่มีผู้เสียชีวิต) 
เชิงคุณภาพด้านผลกระทบ	เป้าหมาย	ผลงาน
ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	\geq ร้อยละ 70	65.11 
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (น้อยกว่า 30 นาที)	\geq ร้อยละ 70	100 
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (ภายใน 120 นาที)	\geq ร้อยละ 70	63.41 
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI	< ร้อยละ 10	5.26 



สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)



เชิงคุณภาพ

ด้านผลลัพธ์

การให้บริการสุขภาพ

มีระบบ STEMI fast tract โดย รพ.ละงู/รพ.มะนัง/รพ.ทุ่งหว้า สามารถส่งต่อผู้ป่วยไป PPCI/ Rescue PCI ที่ รพ.ตรัง

กำลังคนด้านการให้บริการ

- cardiologist 1 คน
- บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในการส่งต่อผ่านการอบรม BLS และ ACLS

ระบบงานและการจัดการข้อมูล

- มีการลงข้อมูลในระบบ Thai ACS

การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี

- มีการใช้ยาละลายลิ่มเลือดและมีการใช้ยาได้จริง
- มีการทำ thrombectomy

ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

- มีแผนการพัฒนาระบบปฏิบัติงานและวางแผนพัฒนาร่วมกับเครือข่ายในจังหวัดและเขตสุขภาพ

ปัญหาอุปสรรค

1. ไม่มีแนวทางการรองรับที่ชัดเจนกรณีที่ไม่สามารถส่ง cath lab ในเขตภาคใหญ่และตรังได้ กรณีเกิดอุทกภัย
2. พื้นที่หลิเป๊ะพบปัญหาการสำรองยา SK เป็นเวลานาน ทำให้หมดอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำแผน BCP
2. ตั้งระบบแจ้งเตือนเมื่อยาเหลืออายุการใช้งาน 8 เดือน เพื่อทำการแลกเปลี่ยน ยาฉบับใกล้หมดอายุกับโรงพยาบาลบนฝั่งที่มีอุบัติการณ์การใช้ยาสูง แล้วนำยา Lot ใหม่กว่ามาสำรองที่เกาะแทนและให้มีการสำรองยาในปริมาณที่เหมาะสม

สาขามะเร็ง (Cancer)



- ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด



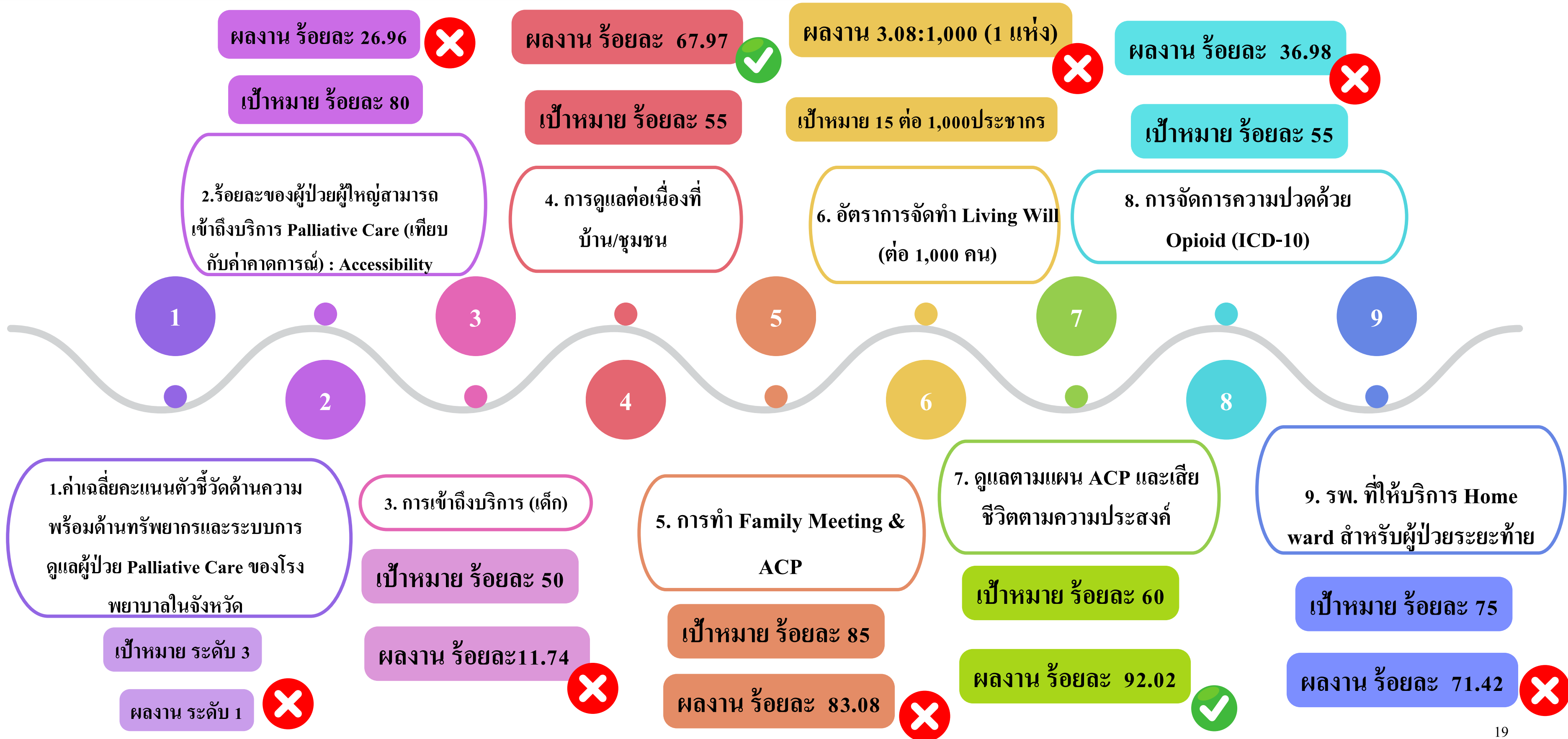
โอกาสพัฒนา

- พัฒนาOncoMedเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่องและเป็นมาตรฐาน
- จัดตั้งศูนย์มะเร็ง(CancerCenter)เพื่อบูรณาการและบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย การรักษา และระบบส่งต่ออย่างเป็นระบบ
- จัดตั้งศูนย์เคมีบำบัด(ChemotherapyCenter)เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ความปลอดภัย และประสบการณ์ผู้ป่วย



คุณภาพ	การผ่าตัด	คุณภาพ	เคมีบำบัด	รังสีรักษา
การให้บริการ สุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> มีระบบคิวด่วนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด มีระบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อการตัดสินใจ มีการปรับระบบการส่งชิ้นเนื้อเป็นรายวัน 	การให้บริการ สุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> บริการที่อาคาร OPD มีห้องบริการเฉพาะ มีคิวเฉพาะผู้ป่วยเคมีบำบัด (คิวด่วน) มีระบบส่งต่อ SW. หาดใหญ่ กรณีเกินศักยภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับรังสีรักษาไปยัง SW. หาดใหญ่ และ SW.สงขลา นครินทร์ (มอ.) ระบบส่งต่อผู้ป่วยผ่าน group line เขตสุขภาพที่ 12
ระบบงานและ การจัดการ ข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> มีการบันทึกข้อมูลในระบบการให้บริการของโรงพยาบาล 	กำลังคนให้ บริการ	<ul style="list-style-type: none"> มีบุคลากรที่รับผิดชอบ มีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> มีบุคลากรให้การดำเนินการบริหารจัดการระบบส่งต่อ
ภาวะผู้นำและ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> มีการดำเนินงานภายใต้ service plan ระดับจังหวัดและเชื่อมต่อกับระดับเขตสุขภาพ 	ระบบงานและ การจัดการ ข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> มีการบันทึกข้อมูลในระบบ TCB plus 	<ul style="list-style-type: none"> การติดตามส่งต่อผ่านระบบ line เขตสุขภาพ





ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

หัวข้อการประเมิน	คะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน	ผลการประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพ
ด้านผลลัพธ์ (outcome)		
การให้บริการสุขภาพ	51.14	
กำลังคนที่ให้บริการ	73.28	
ระบบงานและการจัดการข้อมูล	66.43	
ระบบพัฒนาคุณภาพและงานวิจัย	54.71	
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	84.57	
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	40	
คะแนนเฉลี่ยทุกด้าน	63.83	ระดับ 3 พอใช้ (Fair)
ด้านผลกระทบ (impact)		
การเข้าถึงบริการ	47.57	
ความครอบคลุมการรักษา	93.86	
คะแนนเฉลี่ยทุกด้าน	70.71	ระดับ 4 ดี (Good)
ด้านการดำเนินงานของเครือข่าย Service Plan	0	
คะแนนเฉลี่ย	0	ระดับ 1 ต้องเร่งแก้ไข (Critical)

ผลสัมฤทธิ์การประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ 70:30

หัวข้อ	คะแนน
ระดับคะแนนเชิงปริมาณ 70%	2.96
ระดับคะแนนเชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ 15%	0.96
ระดับคะแนนเชิงคุณภาพด้านผลกระทบ 10%	0.71
ระดับคะแนนเชิงคุณภาพด้านการดำเนินงานของเครือข่าย Service Plan 5%	0
คะแนนรวม	4.78





ข้อค้นพบ/ข้อชื่นชม

- มีการบริหารจัดการและให้บริการผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลและเกาะ ผ่านระบบ Telemed (sw.สตูล)
- ผู้ป่วยเด็กระยะท้ายเข้าถึงระบบบริการประคับประคองเพิ่มขึ้น (คัดกรองโดยกุมารแพทย์)
- ทุก รพ. สามารถให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (สถานที่เสียชีวิตให้เป็นไปตามความประสงค์)

ปัญหาอุปสรรค

- ขาดการติดตามนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง
- การประสานส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล
- รายการบัญชี Opioid รูปแบบ sustain release (อย่างน้อย 1 รายการ) ไม่ครบทุกรพ.
- การจัดการข้อมูลใน HDC
- การบริหารจัดการภาระงาน มีข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลัง
- OPD PC ไม่ได้แยกบริการจาก OPD ทั่วไป และมีไม่ครอบคลุมทุกรพ.
- การให้บริการ Home ward นอกเวลาราชการ

ข้อเสนอแนะ

- ทำแผนนิเทศติดตามงาน และสร้างเครือข่ายการทำงานระดับจังหวัด
- ส่งเสริมให้ รพช.ทุก รพ.มีรายการยา opioid ในรูปแบบ sustained release อย่างน้อย 1 รายการ และควบคุมกำกับการใช้ยา opioid ตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา
- ติดตามการลงข้อมูลในระบบ HDC จากข้อมูล data exchange ในส่วน HHC และ Opioid
- ขยายแผนการคัดกรองในชุมชน (palliative screening tool) และการทำ living will
- บริหารจัดการการให้บริการ Home ward for active dying นอกเวลาราชการ



สดุดี The First TO THE BEST



กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข



กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข



กรมวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข