



โรงพยาบาลสงขลา

ยินดีต้อนรับ

คณะกรรมการและนิเทศงาน

ปีงบประมาณ 2562

รอบที่ 1

วันที่ 13-15 กุมภาพันธ์ 2562



โรงพยาบาลสงขลา

- โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) 508 เตียง
- PCC = 7 Cluster 18 ทีม
- รพ.สต. 16 แห่ง
- PCU สสอ. = 2 แห่ง
- PCU รพ. = 7 แห่ง
- ศูนย์ = 2 แห่ง

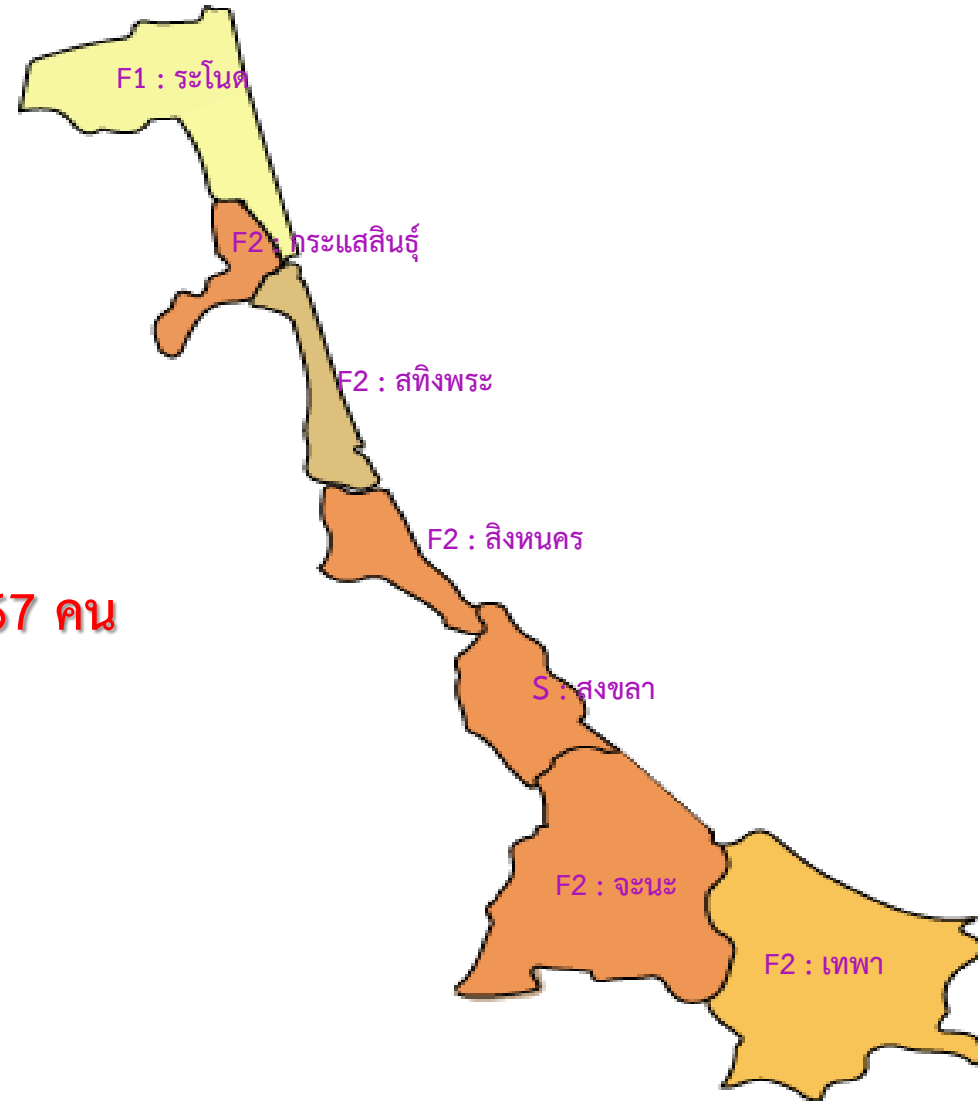
รับผิดชอบ 7 อำเภอ/ ประชากร = 561,067 คน

ระดับ F1 = 1 แห่ง

- รพ.ระโนด

ระดับ F2 = 5 แห่ง

- รพ.กระแสดินธุ์
- รพ.สติงพระ
- รพ.สิงหนคร
- รพ.จะนะ
- รพ.เทพา



จำนวนประชากรปฐมภูมิ
เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา
193,043 คน

ทั้งหมด 7 PCC
(18 ทีม)

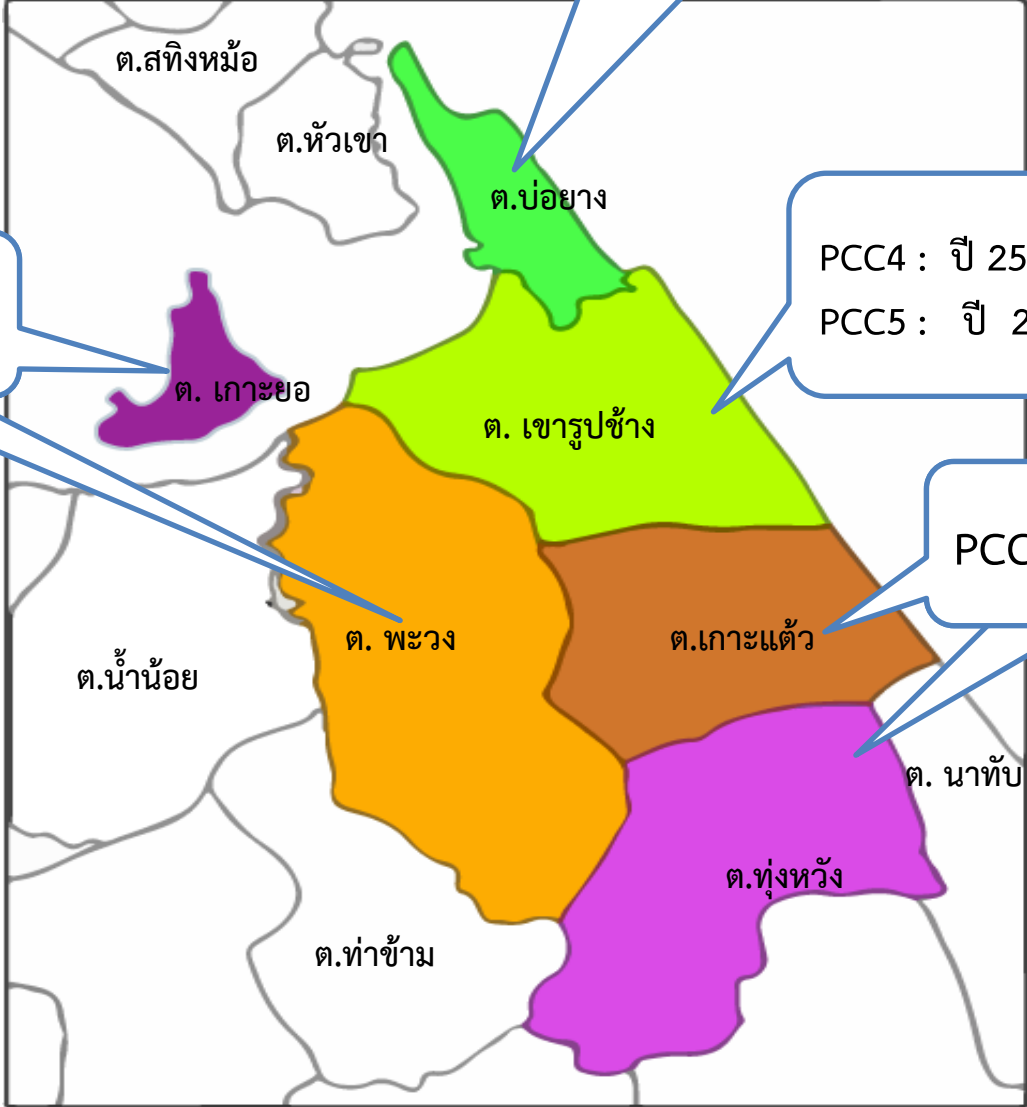
PCC1 : ปี 2560
PCC 3 : ปี 2561

PCC2 : ปี 2561

PCC4 : ปี 2563
PCC5 : ปี 2565

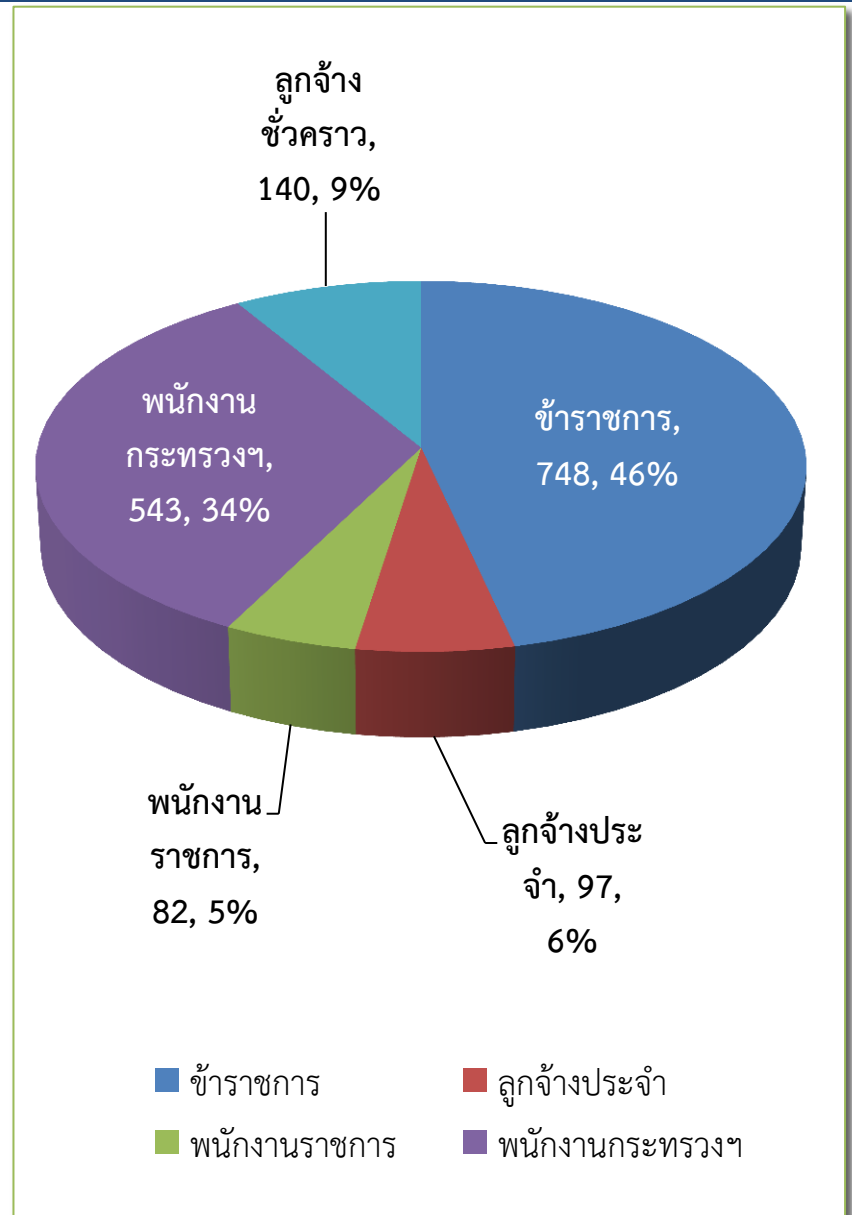
PCC6 : ปี 2567

PCC7 : ปี 2569



อัตรากำลังโรงพยาบาลสงขลา

ประเภท	จำนวน	ร้อยละ
ข้าราชการ	748	46.46
ลูกจ้างประจำ	97	6.02
พนักงานราชการ	82	5.09
พนักงานกระทรวงฯ	543	33.73
ลูกจ้างชั่วคราว	140	8.70
รวม	1,610	



อัตรากำลังแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลสงขลา

สาขา	กรอบ	มีจริง	แพทย์ศึกษาต่อจบ					สาขา	กรอบ	มีจริง	แพทย์ศึกษาต่อจบ				
			62	63	64	65	66				62	63	64	65	66
1.ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	5-8	8	-	1	1	-	1	14.กุมารเวชศาสตร์	5-8	9	1	1	-	1	-
2.วิสัญญีวิทยา	3-5	3	-	-	1	-	-	15.กุมารทันตกรรม	1-2	1	-	-	-	-	-
3.ประสาทศัลยศาสตร์	2-3	1	1	-	-	-	-	16.กุมารเวชศาสตร์	0-1	0	1	-	-	-	-
4.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	5-6	5	1	1	-	-	-	17.กุมารเวชศาสตร์	5-8	7	-	2	2	1	-
5.อายุรศาสตร์โรคไต	1-2	1	1	-	-	-	-	18.กุมารเวชศาสตร์	5-8	5	1	-	1	-	-
6.อายุรศาสตร์โรคทางเดินอาหาร	1-2	1	-	-	-	-	-	19.กุมารเวชศาสตร์	5-8	2	-	-	-	-	-
7.ประสาทวิทยา	1-2	2	-	1	-	-	-	20.กุมารเวชศาสตร์	5-8	4	-	-	-	-	-
8.เวชศาสตร์ครอบครัว	1:10,000	6	-	1	-	2	-	21.กุมารเวชศาสตร์	3-5	6	1	-	1	1	-
9.ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	2-3	2	1	-	-	1	-	22.จักษุวิทยา นาสสิก	2-3	6	-	-	-	-	-
10.ศัลยศาสตร์	6-8	9	-	1	1	-	-	23.ตจวิทยา	0-1	1	-	-	-	-	-
11.ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	1-2	1	1	-	1	-	1	24.พยาธิวิทยากายวิภาค	0-1	1	-	1	-	1	-
12.อายุรศาสตร์	6-10	7	1	1	1	1	-	25.จิตเวชเด็กและวัยรุ่น	0-1	2	-	-	-	-	-
13.อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	0-1	1	-	-	1	-	-	26.เวชศาสตร์ป้องกัน	5-8	2	-	-	-	-	-
								27.นิติเวชศาสตร์	0-1	1	-	-	-	-	-
								รวม		94	10	10	11	8	2

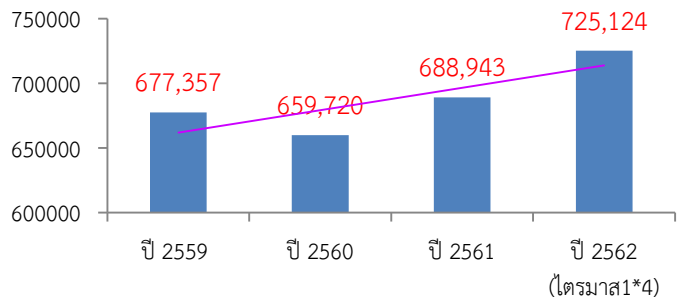
แพทย์ 97
 -GP = 3
 -Specialist = 94

อัตรากำลังพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา

หน่วยงาน	เตียง	อัตรากำลังขั้นต่ำ (คน)	จำนวนที่มีจริง	ขาด	เกิน	หมายเหตุ
- ICU	8	15	21			FTE ขั้นต่ำ 599 คน
- SICU	8	13	20			480 คน ขาด
- NICU/NS	12/20	21	24	132	54	ขาด 138 คน
- PICU	4	6				19 คน
- MICU	1					
- OR						พยาบาล - ขยายบริการ - FTE ขั้นต่ำ ขาด 19 คน - หากขยายบริการ มีความต้องการ พยาบาลเพิ่มอีก 68 คน
- AN						
- LR					20	
- ER						
- OPD						
- IPD	508	251	159	92		- Hospice care
- ไตเทียม	6	10	8	2		ต้องการพยาบาลเพิ่ม 68 คน
ตรวจรักษาพิเศษ					16	
- วิจัย		3	2	1		
- IC	508	4	6	-		
รวม		480	461	95		

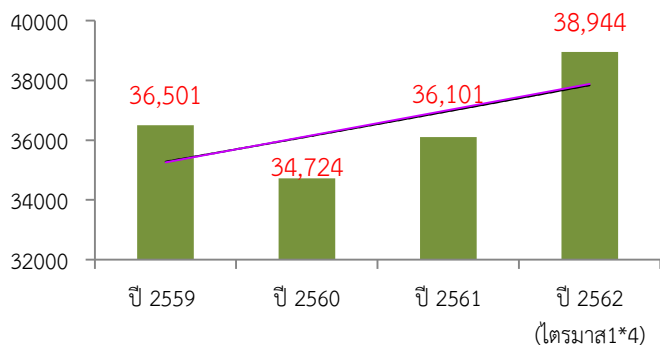
การให้บริการ

OPD CASE: ราย/ปี



OPD 2,367 2,415 2,564 2,516 ครั้ง/วัน

IPD CASE: คน/ปี



IPD 457 440 445 465 คน/วัน

อัตราการครองเตียง 89.92 85.39 87.68 91.6

ครองเตียง

อันดับโรคผู้ป่วยนอก

1. Hypertensive diseases
2. Hypercholesterolaemia
3. DM
4. Renal failure
5. Acute upper respiratory infections

NCD

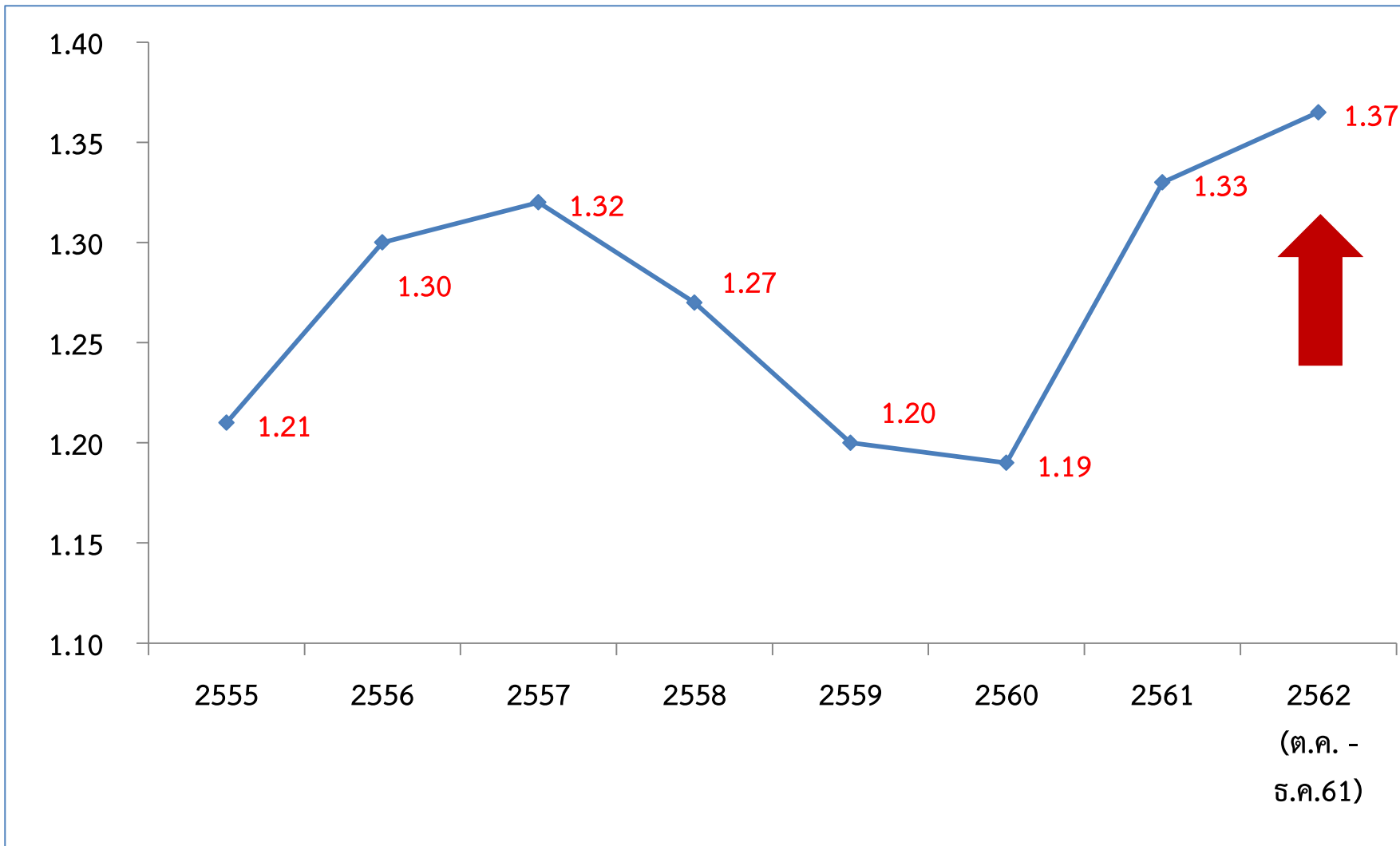
อันดับโรคผู้ป่วยใน

1. Cancer
2. Cerebrovascular diseases
3. Pneumonia
4. DHF and Chikungunya
5. Intestinal infections diseases

อันดับโรคผู้ป่วยเสียชีวิต

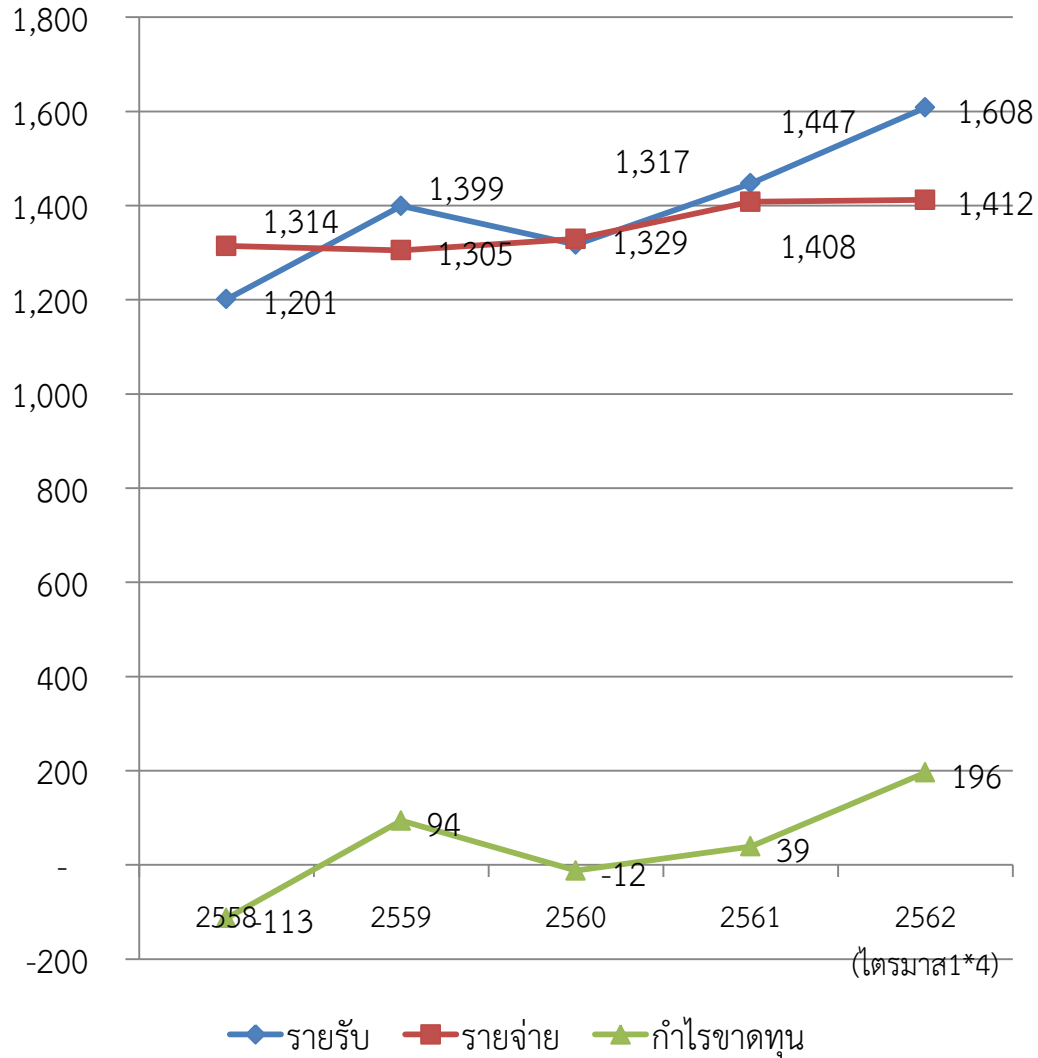
1. Cerebrovascular diseases
2. Cancer
3. Renal failure
4. COPD
5. IHD

CMI

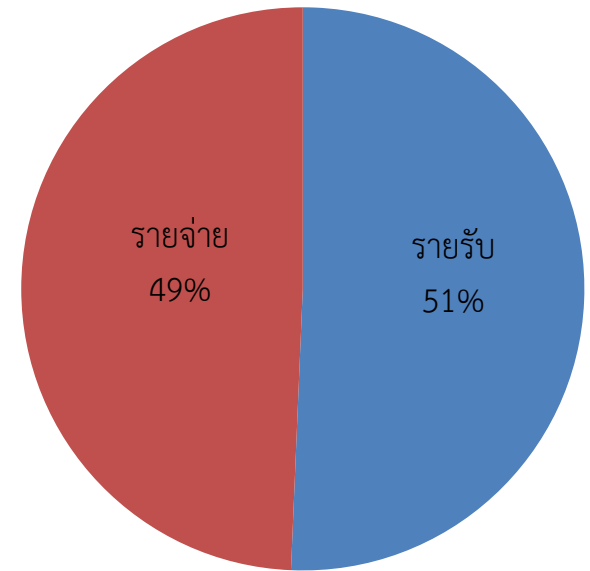


หมายเหตุ : เกณฑ์ รพ.ทั่วไป ≥ 1.2

รายรับ-รายจ่าย 2558-2562 (Q1)

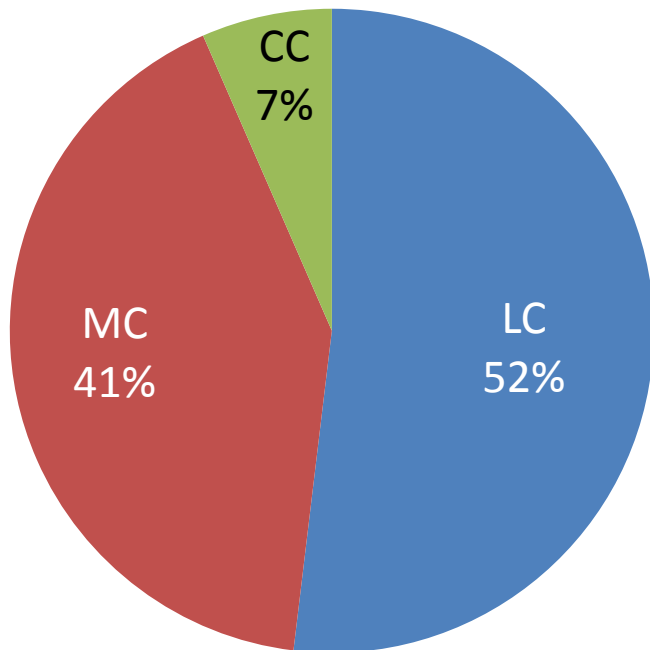


สัดส่วนรายรับรายจ่าย ปีงบประมาณ 2562(Q1)



■ รายรับ ■ รายจ่าย

ต้นทุน



■ LC ■ MC ■ CC

สถานการณ์วิกฤตทางการเงิน 7 ระดับ

รายการ	2558	2559	2560	2561	2562 (Q1)
1. Current Ratio (≥ 1.5)	1.25	1.23	0.92	1.13	1.12
2. Quick Ratio (≥ 1.0)	1.13	1.13	0.81	1.04	1.02
3. Cash (≥ 0.8)	0.63	0.68	0.50	0.70	0.68
4. Risk Score	3	2	7	2	2

การพัฒนาาระบบบริการ (Service plan)

โรงพยาบาลสงขลา



สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (Stroke)

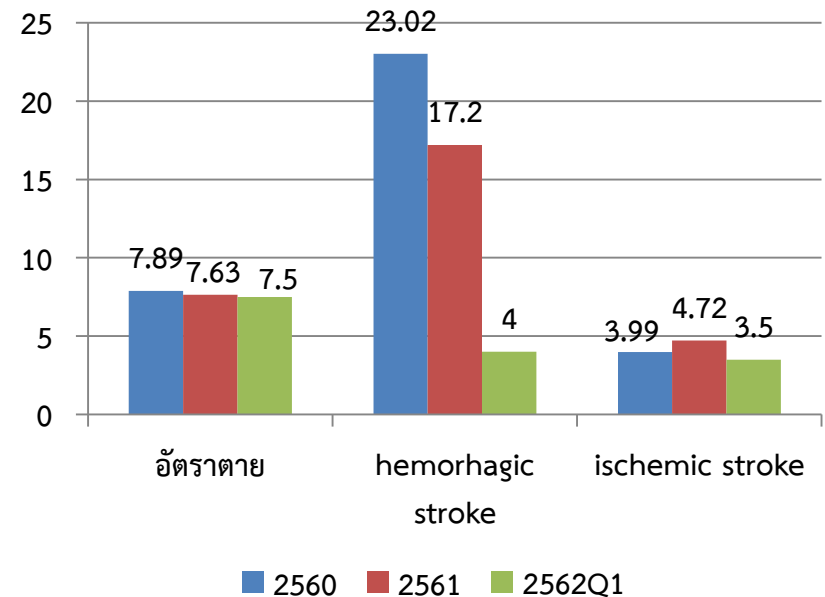


ตัวชี้วัด

- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย <7%)

KPI	2561	2562 (Q1)
➤ ร้อยละ stroke ที่มีอาการใน 72 ชม admit ใน stroke unit ($\geq 40\%$)	-	31.61
➤ Door to rTPA ≤ 60 min ($\geq 50\%$)	23.53	66.6

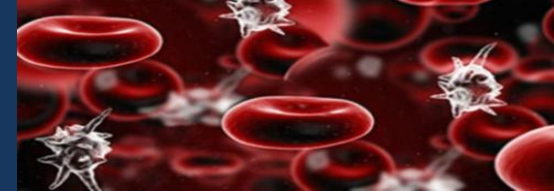
อัตราตาย



โอกาสพัฒนา

1. พัฒนา Pre - hos awareness (Time to hospital in 4.5 hrs 33 %)
2. Primary prevention , risk factor management , mapping high risk group
3. การขาดบุคลากรและสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการจัดทำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit)

สาขาอายุรกรรม (Sepsis)



ตัวชี้วัด

- อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis <30%

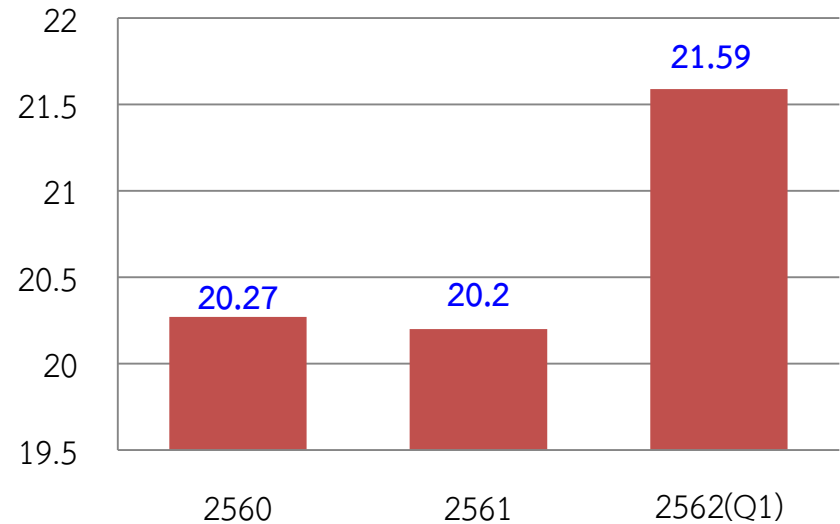
KPI	2561	2562 (Q1)
• Door to Antibiotic \leq 60 min (\geq 90%)	99.50	98.28
• อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน ICU ภายใน 3 ชม. \geq ร้อยละ30	-	30%

โอกาสพัฒนา

Pre-hospital

- พัฒนาเครือข่าย กำหนดเป้าหมายร่วมกัน
- พัฒนาระบบบริการระหว่างแพทย์ รพช รพท
- พัฒนาโรคที่เป็นปัญหาของการเสียชีวิต ได้แก่ Pneumonia, UTI, NF

อัตราตาย



In-hospital

- การเข้าถึงการดูแลรักษาใน ICU ขยาย ICU
- Step down ward

Post-hospital

- จัดระบบ refer back เพื่อดูแลต่อเนื่อง

สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ECS)

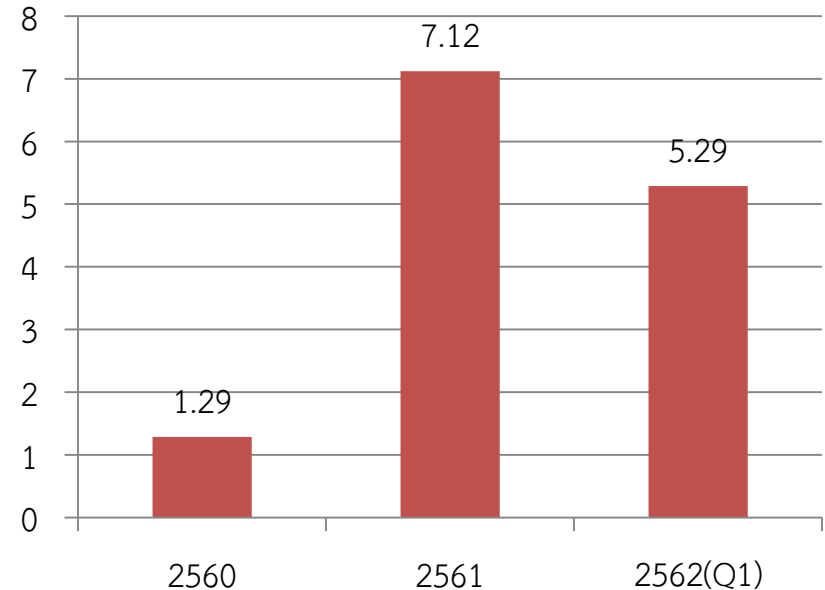


ตัวชี้วัด

- อัตราตายของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน รพ.ระดับ A, S, M1 เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 12

KPI	ผลงาน
อัตราผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในรพ. A, S, M1 < 45%	3.47%
อัตราของผู้ป่วย triage level 1,2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน น้อยกว่า 2 ชม. ในโรงพยาบาล A,S,M1 \geq 60	66.36 %
Traumatic patients triage level 1 Door to OR Door to OR \leq 60 min (\geq 80 %)	0 (3)

อัตราตาย



3 อันดับโรคผู้ป่วยวิกฤตที่เสียชีวิต <24 ชม.

1. Pneumonia = 17.95%
2. Gastrointestinal Haemorrhage = 12.82%
3. Traumatic Brain Haemorrhage = 7.69%

ข้อจำกัด โอกาสพัฒนา

1. การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล IS ที่บูรณาการกับฐานข้อมูลโรงพยาบาล พัฒนา TEA unit
2. พัฒนาศักยภาพระบบการรักษาพยาบาล การส่งต่อภายในเขตรับผิดชอบ

สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)



ตัวชี้วัด

- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร

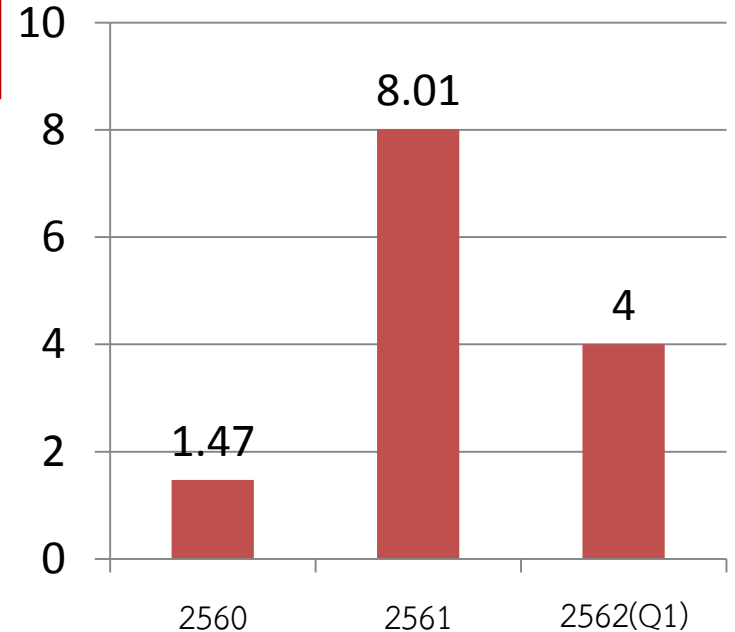
KPI	ผลงาน
(Diagnosis to Primary PCI ≤ 120 min.) (≥50%)	91.66%
Diagnosis to refer ≤ 90 min	(22)
Diagnosis to Fibrinolysis ≤ 30 min. (≥50%)	0

STEMI → SK/ PCI 96% (24/25)

รพช.ในเครือข่ายจำนวน 6 แห่งสามารถ Consult ส่ง PCI ได้โดยตรง ซึ่งผลการดำเนินการสามารถส่ง ได้ 34 รายได้แก่ รพ.

ระนอง 6 ราย รพ. สทิงพระ 4 ราย เทพา 7 ราย จะนะ 9 ราย รพ. สิงหนคร 8 ราย

อัตราการตายในโรงพยาบาล < ร้อยละ 10



โอกาสพัฒนา

1. การคัดกรองและจัดการกลุ่มเสี่ยง
2. BLS ภาคประชาชน
3. In-hos -> competency
4. ระบบส่งต่อคุณภาพบูรณาการร่วมกับ service plan สาขา NCD,ECS,LTC ระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงทั้งเครือข่าย

สาขาสูติกรรม



ตัวชี้วัด

- อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด

สถานการณ์/ปัญหา

มารดาในกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษจำนวน 169 ราย ชนิดปานกลางจำนวน 31 ราย ชนิดรุนแรงจำนวน 10 ราย (1.83 %) ไม่เกิดภาวะช็อกหลัง admit มารดาเบาหวานจำนวน 77 ราย เป็นก่อนตั้งครรภ์จำนวน 6 ราย เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 71 ราย, ไทรอยด์เป็นพิษจำนวน 2 ราย

ข้อจำกัด

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง และไม่ให้ความสำคัญกับการคุมกำเนิดอย่างจริงจัง
- การติดตามดูแลเชิงรุกในชุมชนยังขาดความต่อเนื่องจากการที่หญิงตั้งครรภ์มีการย้ายที่อยู่หรือปฏิเสธการเยี่ยมบ้าน

อัตราตายมารดา = 0

ตัวชี้วัด

	2561	2562 (Q1)
• มารดาคลอดทั้งหมด	3,358	830
• อัตราตายมารดา	0	0
• อัตราการตกเลือดหลังคลอด (%)	1.51% (51/3,358)	1.45% (12/830)
• อัตราเกิดภาวะช็อกในหญิงที่ตกเลือด	1.96% (1/51)	16.67% (2/12)

โอกาสพัฒนา

- ANC High risk Pregnancy at node โดย สูติแพทย์
- พัฒนาศักยภาพด้านการ assessment แก่ Intern ก่อนออก รพช. / พยาบาล ANC
- จัดอบรมทบทวนพยาบาล ANC

สาขาทารกแรกเกิด



สถานการณ์

หออภิบาลทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลสงขลา เปิดให้บริการ
เป็น 2 หน่วย คือ หน่วยทารกแรก
เกิดวิกฤติ (NICU) จำนวน 12 เตียง
และหน่วยทารกแรกเกิดที่มีปัญหา
ทางสุขภาพ (NS) จำนวน 15 เตียง
ให้บริการทารกที่เกิดทั้งภายในและ
ภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งในและ
นอกเครือข่าย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562 (ต.ค.-ธ.ค.61)
อัตราการตาย น้ำหนัก	3.4:1000 LB	2.59	5.93	7.2
< 1000	50 %	30 (3/10)	40.74 (11/27)	100 (2/2)
> 1000- 1499	10%	1.96 (1/51)	1.88 (1/53)	20 (1/5)
> 1500-2499	< 2%	0.38 (1/263)	0.4 (1/246)	0
> 2500	< 2%	0.33(4/1195)	0.41 (7/1680)	0.40 (3/743)

มาตรการปี 2562

- พัฒนาศักยภาพการดูแลทารกก่อนกำหนด
- ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยปฏิบัติตามแนวทางบันได 10 ขั้น
- แก้ไขปัญหา Sepsis
- พัฒนาการดูแลทารกขณะส่งต่อของโรงพยาบาลในเครือข่าย และการ
ให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลในเครือข่าย

โอกาสพัฒนา

- Preterm ยังเป็นปัญหาที่ทำนายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตั้งแต่งาน
ฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งต้อง
บูรณาการความร่วมมือกับ service plan สาขาสูติกรรมเพื่อป้องกันการคลอด
ก่อนกำหนดรวมถึงการพัฒนาศักยภาพการดูแลทารกก่อนกำหนดโดยเฉพาะทารก
น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม เช่น การช่วยหายใจด้วย เครื่องช่วยหายใจความถี่สูง
(High frequency oscillatory ventilator) เครื่องช่วยหายใจชนิด noninvasive
- Sepsis เป็นปัญหาหลักของทารกที่เข้ารับบริการในหออภิบาลทารกแรกเกิด
- การดูแลทารกขณะส่งต่อของโรงพยาบาลในเครือข่าย

สาขากุมารเวชกรรม

Pneumonia

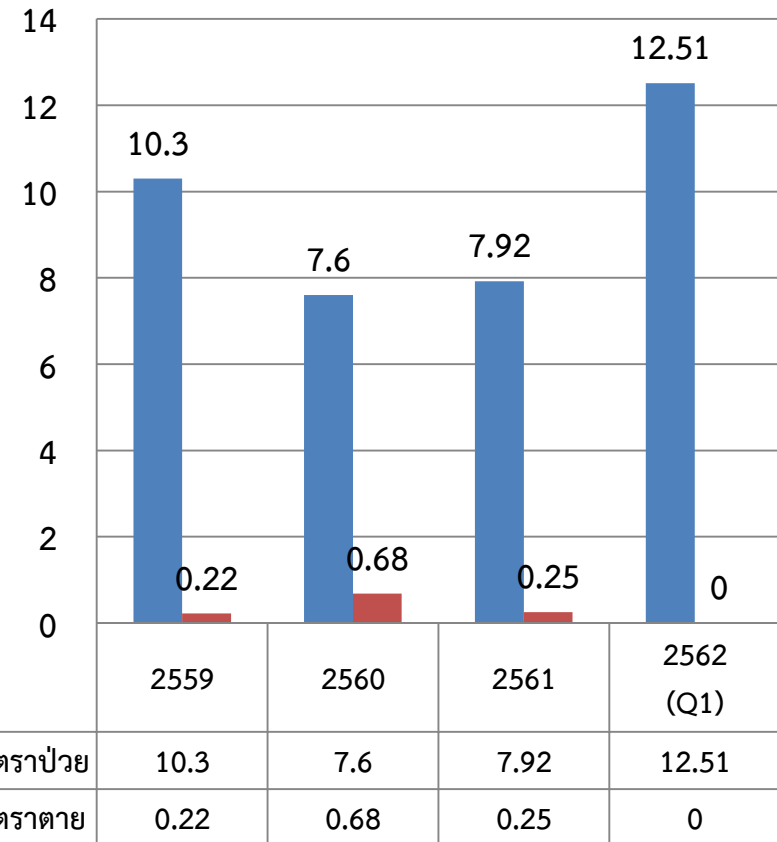


ตัวชี้วัด

- อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน-5 ปีบริบูรณ์ ลดลงร้อยละ 10

สถานการณ์

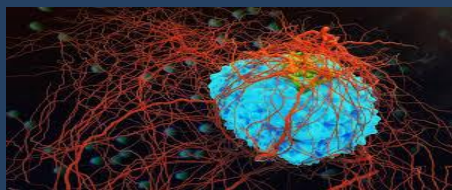
เด็กที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ เป็นเด็กกลุ่มเสี่ยง มีโรคประจำตัว เช่นโรคหัวใจ Down syndrome เป็นต้น สถิติผู้ป่วยปอดบวมเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสงขลา ปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 744, 582 และ 406 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตรา 10.3, 7.6 และ 7.92 ตามลำดับ พบว่าปีงบประมาณ 2562 ไตรมาสแรกซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน มีการระบาดของไวรัส RSV เป็นสาเหตุให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีป่วยด้วยโรคปอดบวมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.51 แต่ยังไม่พบสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคปอดบวม



ข้อจำกัด

- การสร้างภูมิคุ้มกันโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แรกเกิดถึง 6 เดือนยังน้อย
- เด็กป่วยกลุ่มเสี่ยงยังเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคปอดบวมน้อย เนื่องจากค่าวัคซีนแพง

สาขามะเร็ง



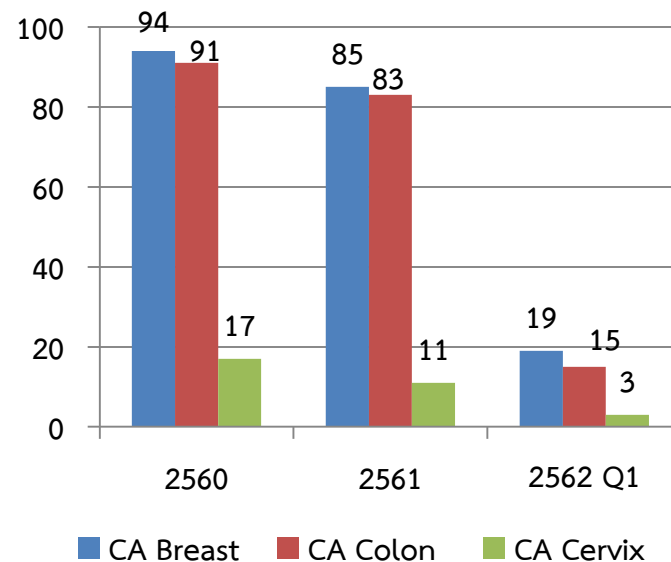
ตัวชี้วัด

- ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมี รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก

KPI	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน
ร้อยละของการรอคอยผลชิ้นเนื้อภายใน ๒ สัปดาห์	≥80%	100
ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ (CA Breast, CA Colon)	≥80%	79
ร้อยละของผู้ป่วยเคมีบำบัดภายใน ๔ สัปดาห์ (CA Breast, CA Colon)	≥80%	80

- ปี 62 โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (fit test) เป้าหมาย 1500 ราย

จำนวนผู้ป่วย โรคมะเร็งรายใหม่



ข้อจำกัด

- 1.จำนวนห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ
- 2.อัตรากำลัง/การจัดสรรเวลาในการทำงานแก่ผู้รับผิดชอบในการจัดทำทะเบียนมะเร็ง

โอกาสพัฒนา

- การจัดทำโปรแกรมคัดกรองมะเร็งสำหรับประชาชนทั่วไป
- การจัดทำทะเบียนมะเร็ง (Hospital base) ให้ครอบคลุมทุก Organ

สาขาสุขาภพจิตและจิตเวช

ตัวชี้วัด

- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน

สถานการณ์

แนวโน้มการฆ่าตัวตายของประเทศไทย จะมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ต่างๆ เช่นภาวะเศรษฐกิจ ภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและภัยธรรมชาติ ซึ่งในส่วนของจังหวัดสงขลามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2560 และ 2561 คือ 62 และ 72 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่สาเหตุมาจากมีอาการทางจิตจากยาเสพติด และปัญหาเศรษฐกิจและครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดภาวะวิกฤตแก่คนใกล้ชิดในครอบครัวรวมถึงการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเฝ้าระวังภาวะทางสุขาภพจิต ดังนั้นการบูรณาการระดับนโยบาย การป้องกันการฆ่าตัวตายและการพัฒนาระบบช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการประเมิน คัดกรองให้ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น และการติดตามเฝ้าระวังการกลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ จะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายได้เป็นอย่างดี

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ = 0

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี	เป้าหมาย	80%
	ผลงาน (คน)	13/15
	ร้อยละ	86.67

ข้อจำกัด

- Stigma ผู้ป่วยและญาติไม่กล้าเปิดเผย ละอาย จึงไม่เข้าสู่ระบบการรักษาและติดตาม
- ข้อมูลบางส่วนขาดหายไป เนื่องจากไม่ได้รับแจ้งจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นจาก ward และในชุมชนส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากญาติซึ่งเวลาล่วงเลยมาแล้ว
- การขาดความตระหนักของผู้ป่วย ทำให้ไม่เข้ารับการบำบัดรักษาต่อเนื่องเมื่ออาการดีขึ้น

สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

I #beatNCDs



ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี $\geq 40\%$
2. ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq 50\%$
3. ผู้ป่วย DM/ HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน CVD risk $\geq 82.50\%$

สถานการณ์

จากสถิติผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง อ.เมือง สงขลา ปี 2562 พบว่าผู้ป่วย DM/HT รายใหม่มีแนวโน้มลดลง ปัจจุบันมีผู้ป่วย DM 9,116 ราย HT 18,020 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

แผนการดำเนินงาน 2562

เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย DM/HT

1. เร่งรัดการตรวจ lab /คัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีให้เสร็จสิ้นในไตรมาส 2
2. จัดการตรวจสอบและลบข้อมูลผู้ป่วย DM/HT ที่ไม่ถูกต้องโดยตรวจสอบข้อมูลไปแล้ว 40% และยังคงดำเนินการต่อเนื่อง
3. ค้นหาปัญหาและแก้ปัญหาที่ทำให้ข้อมูลไม่เชื่อมต่อ ร่วมแก้ไขกับทีมสารสนเทศระดับจังหวัด

ตัวชี้วัด/เป้าหมายต่อปี	เป้าหมาย ไตรมาส 1	2561	2562
1. ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี $\geq 40\%$	3%	2.52	5.80
2. ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq 50\%$	15%	7.72	8.20
3. ผู้ป่วย DM/ HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน CVD risk $\geq 82.50\%$	55%	48.02	48.24

ปัญหา/ ข้อจำกัด

1. ข้อมูล JHCIS และ HosXP ยังไม่เชื่อมต่อ HDC ทำให้ข้อมูลยังไม่ถูกต้องครบถ้วน
2. การ Mobile จัดทำในเดือน ม.ค.-มี.ค.61 ผลงานจะเข้าไตรมาส 2
3. ข้อมูลผู้ป่วยในพท.ที่รับบริการนอกเครือข่าย (มอ.,รพ.เอกชน,คลินิก) ยังไม่เชื่อมต่อ HDC
4. ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งพบว่าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

สาขาจักษุ

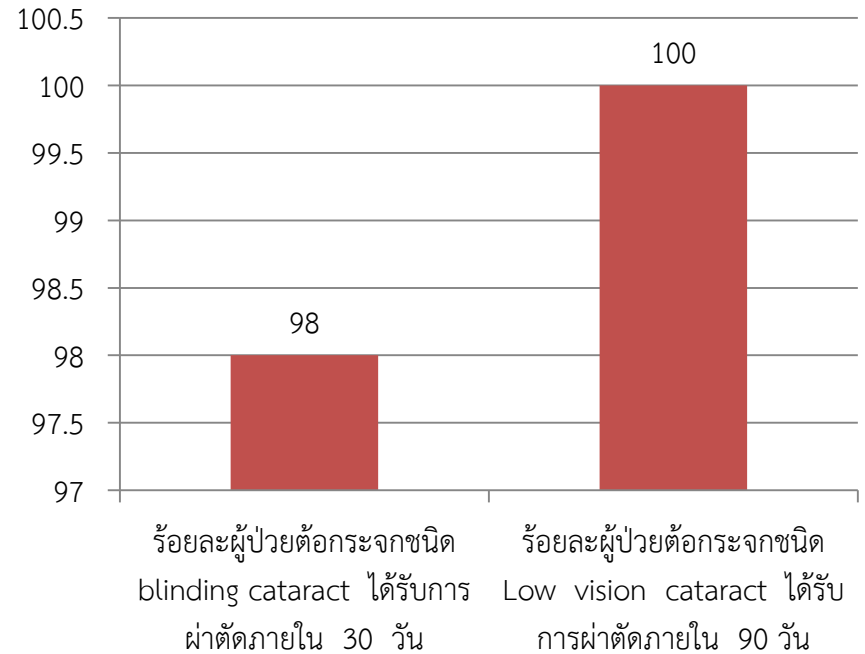


ตัวชี้วัด

- ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอดได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน (ร้อยละ 85)
- ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดสายตาเลือนรางได้รับการผ่าตัดภายใน 90 วัน (ร้อยละ 80)

สถานการณ์

ประเทศไทยมีความชุกของภาวะตามบอด 0.59% สายตาเลือนราง 1.59% จังหวัดสงขลามีการคัดกรองโรคทางตาทุกปี และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองต่อกระจกยังไม่ครอบคลุม โรงพยาบาลสงขลา มีการออกหน่วยคัดกรองร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยงานเวชกรรมสังคม 2 ครั้ง โดยได้ทำการคัดกรองต่อกระจกไปแล้วจำนวน 250 คน และคัดกรองต้อหินจำนวน 250 คน ได้กลุ่มเป้าหมายที่เป็น Blinding Cataract จำนวน 16 คน และ Low vision Cataract จำนวน 28 คน



ข้อจำกัด

- การบูรณาการของทีมสาธารณสุข ไม่ได้วางแผนการทำงานร่วมกันในแต่ละระดับของสถานพยาบาล เช่น สสจ. /รพท. /รพช. และ รพ.สต. ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการคัดกรองต่อกระจกเชิงรุกเชิงรุก
- ความร่วมมือของชุมชนในการคัดกรองต่อกระจกเบื้องต้น โดย อสม. เพื่อส่งไปให้ รพ.สต. ในความรับผิดชอบในแต่ละพื้นที่มีน้อยมาก

สาขาไต



ตัวชี้วัด

- ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
- การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m²/yr

สถานการณ์

ข้อมูลผู้ป่วยปี 2562 ไตรมาส 1 จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 9,116 คน ความดัน 18,020 คน (HDC:24 ม.ค.62) ผู้ป่วยโรคไต ระยะ 3 จำนวน 1,048 คน ระยะ 4 จำนวน 496 คน ระยะ 5 จำนวน 406 คน เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการใน CKD clinic 262 คน จากจำนวนผู้ป่วยในคลินิกทั้งหมด 431 คน

ข้อจำกัด

- ผู้ป่วย CKD ระยะ 5 ที่ไม่บำบัดทดแทนไต จนได้รับ unplan dialysis จะอยู่ใน CKD clinic ไม่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ตามตัวชี้วัด
- ผู้ป่วยที่รับยาโรคเรื้อรังเดิมต่อเนื่องที่ รพ.ต้นสังกัด หรือ รพ.สต. ไม่ได้ปรับยาตามที่แพทย์เฉพาะทางสั่งครั้งล่าสุด
- การคัดกรองไตรมาสแรก ยังไม่ได้นำเข้าข้อมูลทั้งหมด เนื่องจากอยู่ระหว่างการดำเนินการ Mobile lab ที่คัดกรอง ผู้ป่วย NCD ใน รพ.สต. และผู้ป่วยคลินิกเบาหวานที่จะเจาะเลือดประจำปีในช่วงต้นปีจะมีนัดเจาะเลือดในวันนัดครั้งถัดไป

ตัวชี้วัด	รายงานข้อมูล	ไตรมาส 1
ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	เป้าหมาย	>30%
	ผลงาน	16,716/2,364
	อัตรา/ร้อยละ	14.14
การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m ² /yr	เป้าหมาย	>30%
	ผลงาน	221/123
	อัตรา/ร้อยละ	55.66



มาตรการปี 2562

โรงพยาบาลสงขลาสามารถขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค
(All form: New and relapse cases) ได้จำนวนทั้งสิ้น 174 ราย

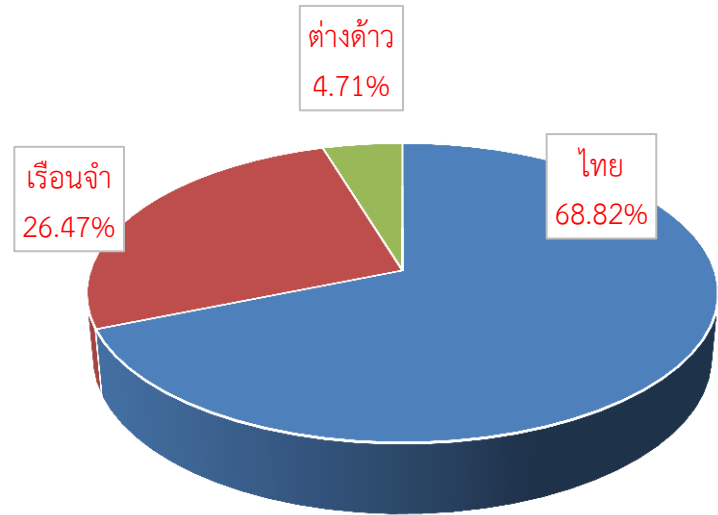
ตัวชี้วัด

- อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (PA) (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 85)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561
Success	$\geq 85\%$	83.7	86.5	84.98
เสียชีวิต	$<5\%$	5.44	6.4	3.45
ขาดยา	$<3\%$	10.88	6.9	9.11

ปีงบประมาณ 2562 Q1

- วัณโรคปอด = 153 คน
- มีผู้เสียชีวิต 3 คน = 1.96%
- กำลังรักษา 150 คน = 98.03%



ข้อจำกัด

- ไม่มีผู้ดูแลหลัก / กำกับการกินยาต่อหน้า (กินยาไม่สม่ำเสมอ) / ขาดยา
- การคัดกรองผู้สัมผัสและกลุ่มเสี่ยงไม่ต่อเนื่อง
- ไม่สามารถติดตามคนไข้ได้ ย้ายที่อยู่ เปลี่ยนเบอร์โทรเป็นแรงงานเคลื่อนย้าย, กลุ่มเปราะบาง
- ปัญหาเศรษฐกิจ/ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมา รพ.

One day surgery



ตัวชี้วัด

- ร้อยละของที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery เป้าหมาย ร้อยละ 20

สถานการณ์

โรงพยาบาลสงขลาผ่านการประเมินการผ่าตัดวันเดียวกลับ และได้การรับรองจากคณะกรรมการ ODS ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2561 เป็นต้นไป ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ODS 12 โรค

ข้อจำกัด

- การบริหารจัดการเก็บเอกสาร ODS เนื่องจากเป็นเอกสารที่มีผลต่อเนื่องในเรื่อง เบิกจ่ายเงิน และอาจมีการสุ่มตรวจ
- เจ้าหน้าที่ประจำ หน่วย ODS มีจำกัด แต่ผู้รับบริการมากขึ้น
- สถานที่สำหรับผู้รับบริการ ODS ขณะที่ยังรอรับการผ่าตัดไม่สามารถแยกเป็นสัดส่วน กับการให้บริการอื่นๆได้

	2561	2562 (ต.ค.-ธ.ค.61)
➤จำนวน (ราย)	25	27
➤จำนวนเงิน (บาท)	350,000	254,000
➤โรค	-Inguinal Hernia 2 ราย -Hemorrhoid 1 ราย -EGD c EVL 2 ราย -Colonic c polypectomy 20 ราย	-Inguinal Hernia 11 ราย -EGD c EVL 2 ราย -Colonic c polypectomy 14 ราย
➤ผู้ป่วยที่ เข้ารับการ ผ่าตัด One day surgery (20%)	22.52%	42.18%

สาขาการใช้ยาสมเหตุสมผล (RDU)



ตัวชี้วัด

- ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) เป้าหมาย RDU ชั้นที่ 1 $\geq 95\%$, ชั้นที่ 2 $\geq 20\%$
- ร้อยละ รพ.ที่มีระบบ AMR เป้าหมาย AMR ระดับ intermediate $\geq 20\%$

สถานการณ์

โรงพยาบาลสงขลา ยังคงมีปัญหาตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะ คณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล จึงได้หาแนวทางร่วมกัน ในการสร้างระบบ Lock การสั่งใช้ยาให้สอดคล้องกับ ICD 10 ที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะโรคของผู้ป่วย บุคลากร ทุกสหสาขาวิชาชีพ เกิดความตระหนักในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลมากขึ้น และเห็นความสำคัญในการป้องกันการดื้อยาในภาพรวมของโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ปี 2562 (ไตรมาสที่ 1)

- ผ่านเกณฑ์ 15 ตัวชี้วัด
- ไม่ผ่านเกณฑ์ 4 ตัวชี้วัดร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลัน , บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ , หลุ่ยคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ร้อยละในผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่ใช้ RASblockade(ACEI/ARB/Renin inhibitor) 2ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง,
- AMR ชั้น intermediate

ข้อจำกัด

- การเชื่อมต่อโปรแกรมการวิเคราะห์กับฐานข้อมูลโรงพยาบาล
- การ Awareness ของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย
- ภาระงานที่เพิ่มขึ้น อัตรากำลังที่ลดลง

สาขาออร์โธปิดิกส์



ตัวชี้วัด

- ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention

โรงพยาบาล	มี	FLS nurse
สงขลา (S)	✓	มี

- ปี 62 Q1 มีคนไข้ทั้งหมด 35 ราย ได้รับการผ่าตัดจำนวน 29 ราย และสามารถผ่าภายใน 72 ชม. จำนวน 13 ราย (44.82 %)
- ไม่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ

สถานการณ์/ปัญหา

รพ.สงขลา มีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านกระดูกและข้อที่ถูกส่งต่อมาจาก รพ.ระดับ M2 ลงไปเป็นจำนวนมาก ในปี 2560 จำนวน 34,304 คน และปี 2561 มี 29,954 คน ตามลำดับ ซึ่งทำให้มีปัญหาความแออัดของจำนวนผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการ และความไม่สะดวกสบายในการเดินทางมาโรงพยาบาล

มาตรการปี 2562

1. จัดอบรมความรู้ในการรักษาภาวะกระดูกหักที่ไม่ซับซ้อนให้กับแพทย์ รพช.
2. รับให้คำปรึกษาจาก รพช. เพื่อเสริมความมั่นใจของแพทย์และผู้ป่วยต่อการรักษาที่ รพช.
3. ออกแบบระบบหรือช่องทางที่สามารถเข้าถึงได้สะดวกในการให้คำปรึกษา เช่น ระบบ consult ผ่านทาง line เป็นต้น

ข้อจำกัด

- การเก็บและส่งต่อข้อมูลสถิติการส่งต่อของ รพช. ยังขาดความแม่นยำและน่าเชื่อถือ ซึ่งอาจมีหลายปัจจัย เช่น การลงข้อมูล ICD10
- ความรู้และความมั่นใจในเรื่องการรักษาภาวะกระดูกหักที่ไม่ซับซ้อนของแพทย์ รพช.

สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



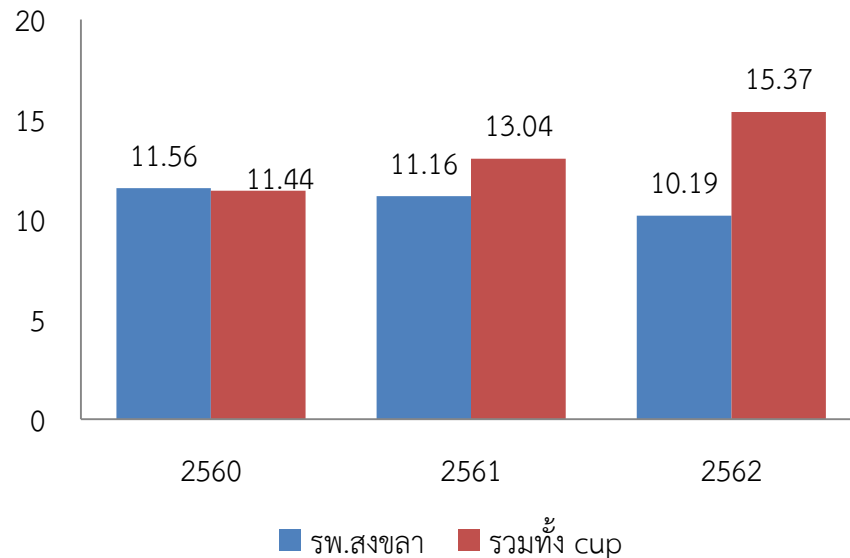
ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยฯ ที่ได้มาตรฐาน

สถานการณ์

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลสงขลา เปิดให้บริการตรวจวินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพผู้รับบริการด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยเปิดให้บริการ ๒ แห่ง คือที่โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลเมืองสงขลา ให้บริการทั้งในสถานบริการ และนอกสถานบริการ

แผนการดำเนินงาน 2562

1. เพิ่มยอดผู้รับบริการ โดยการให้มารับบริการแบบต่อเนื่อง
2. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปไปมาใช้บริการทางการแพทย์แผนไทยฯ
3. กระตุ้นและส่งเสริมให้มีการจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น
4. ให้มีการจ้างแพทย์แผนไทยประจำใน รพ.สต.



ข้อจำกัด

- เนื่องจากเปิดให้บริการ 2 แห่ง ทำให้ปริมาณงานมาก บุคลากรซึ่งคุณภาพรวมว่ามีมากแต่ก็ยังไม่เพียงพอกับปริมาณงานและความต้องการของผู้รับบริการ(โดยเฉพาะแพทย์แผนไทย)
- การสั่งจ่ายยาสมุนไพรในโรงพยาบาลยังมีปริมาณน้อย
- การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยฯ ใน รพ.สต. / PCU ในเขตอำเภอเมืองค่อนข้างต่ำ

Palliative care



ตัวชี้วัด

- ร้อยละการบรรเทาอาการปวด และจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 40

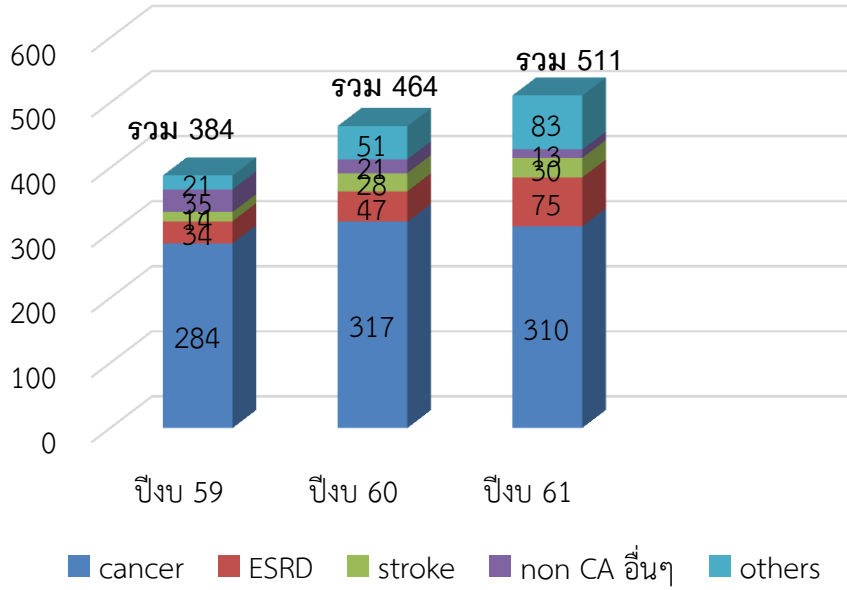
พื้นที่	จำนวนผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid	จำนวนผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid
อำเภอเมือง	38	151	25.17

ประเภท	จำนวน (ราย)	เรียกเก็บ (บาท)	สปสช. จ่ายชดเชย
➤ ผู้ป่วย Palliative care ปีงบประมาณ 2561	41	46,217	214,000

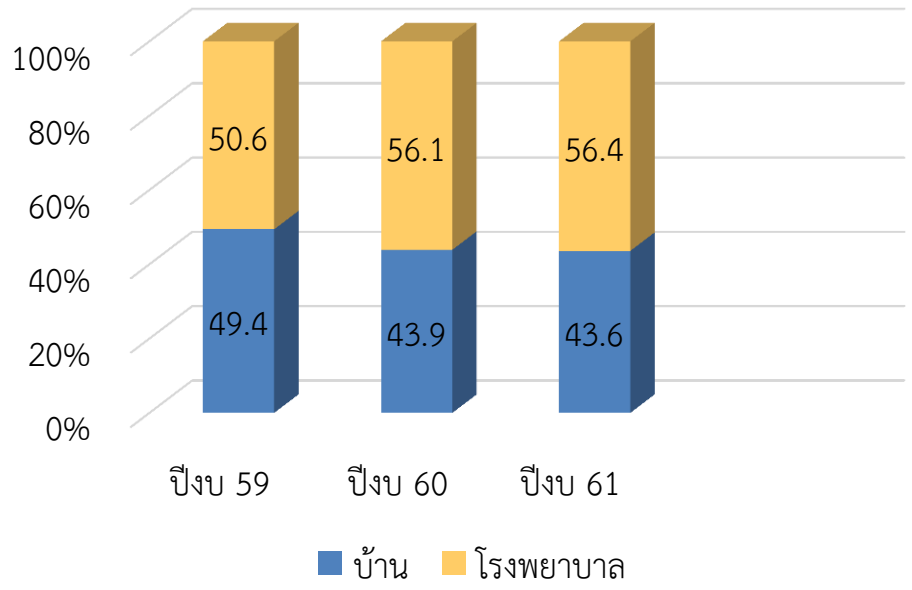
ข้อจำกัด

- การขาดองค์ความรู้ และความมั่นใจในการสั่งใช้ยา กลุ่ม opioid ในการจัดการอาการปวดและอาการหอบเหนื่อยรวมทั้งทัศนคติต่อยา opioid ของบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการอาการที่ดี
- การตรวจกรองผู้ป่วยระยะท้าย และส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุม ส่งผลต่อการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง
- การพูดคุยในเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวทำได้ไม่ครอบคลุม และช้ากว่าที่ควรจะเป็น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้การดูแลในช่วงท้ายไม่เป็นที่ตามความประสงค์ของ
- จำนวนบุคลากรในทีมการดูแลแบบประคับประคองน้อยเกินไป ไม่สอดคล้องกับภาระงาน ทำให้ไม่สามารถดูแลในโรงพยาบาลและการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

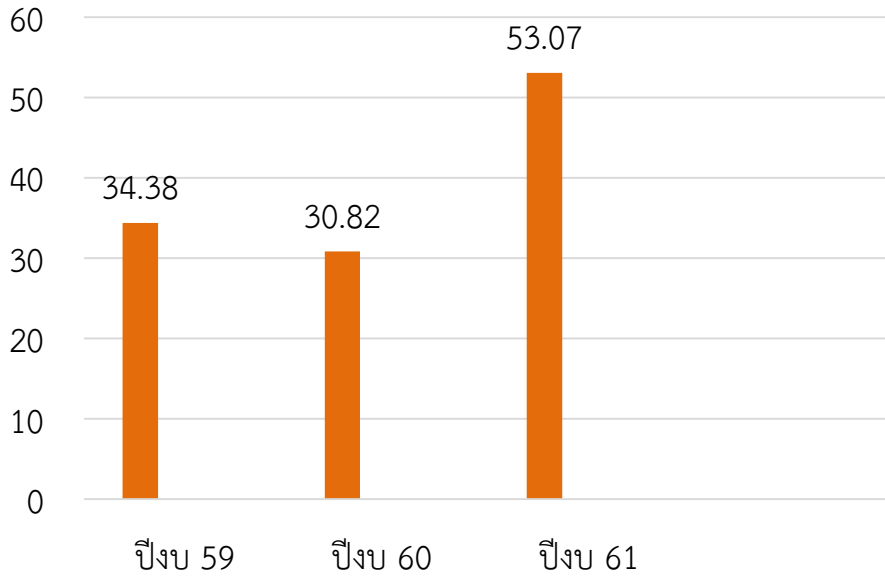
จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายแยกตามโรค



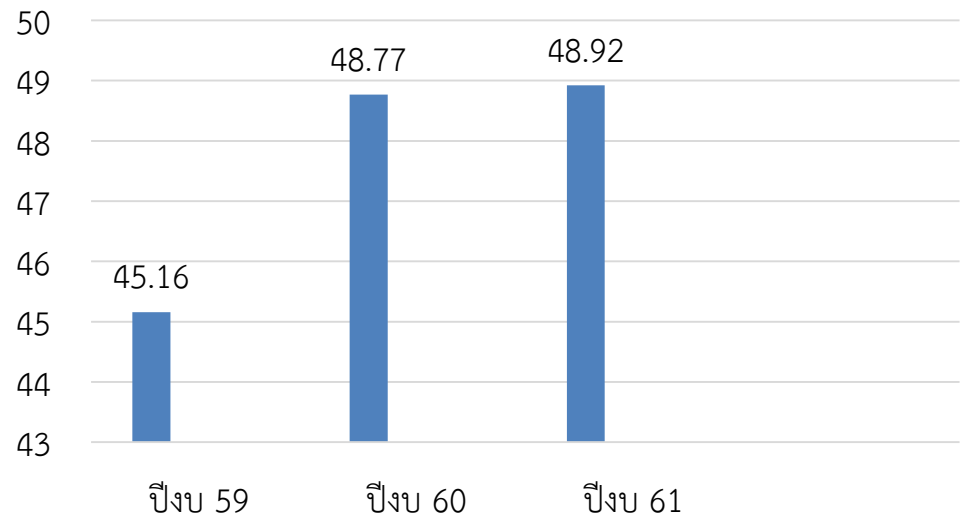
ร้อยละสถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย



ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับ strong opioid



ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้ทำแผนการดูแลตนเอง ในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ล่วงหน้า



PCC

เป้าหมาย ในปี 2569 อำเภอเมืองสงขลามี PCC ครบ 7 cluster 18 ทีม
ปัจจุบันดำเนินการ 3 cluster 9 ทีม (บ่อทราย, พะวง, ใจกลางเมือง)

ปี 2562 เป้าหมาย
PCC ต้นแบบ 1 แห่ง
(คลินิกหมอครอบครัว
เขตเมือง)

การเข้าถึงบริการและลดความแออัด

อัตราส่วน	เกณฑ์	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
ผู้ป่วยนอก	60 : 40	47.36:52.69	49.29:50.71	53.91:46.09	48.07:51.93 (ต.ค.61-ม.ค.62)

โอกาสพัฒนา :

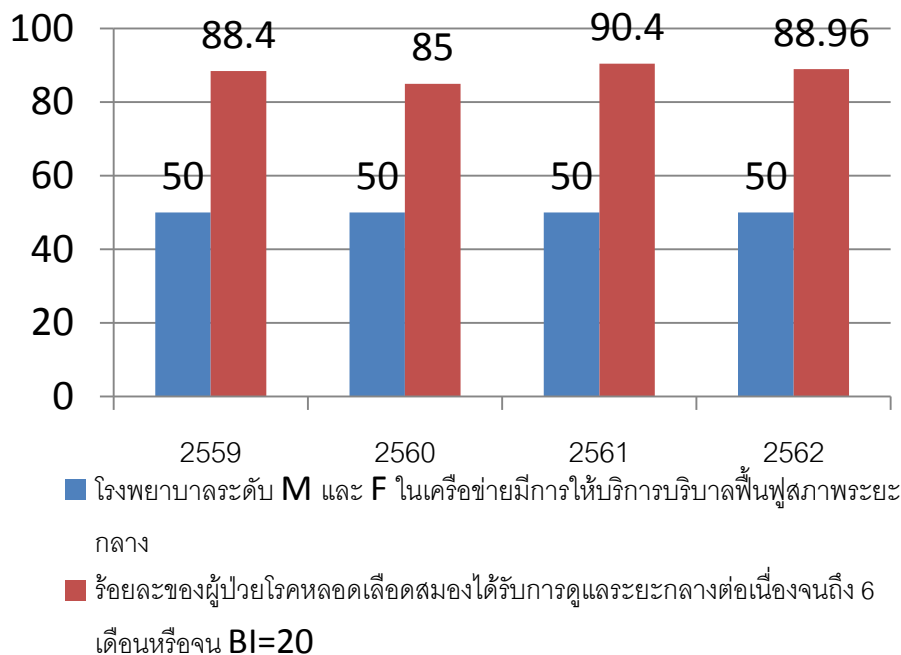
1. มีการวางแผนการจัดบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวของทีมสหวิชาชีพ ยึดหลัก 3 S
2. ทบทวน Mapping แผนการจัดตั้ง PCC 10 ปี ให้เหมาะสมกับ Staff / catchment population
3. สรรหาและผลิตแพทย์ FM เพิ่มเติม เช่น สอบอนุมัติบัตร และอบรมระยะสั้น
4. สรรหาสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักวิชาการหรือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข, เจ้าพนักงานเภสัชกรรม, ทันตภิบาล
5. ติดตามตัวชี้วัดคุณภาพ และการเยี่ยมบ้านคุณภาพโดยทีมสหวิชาชีพในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ



สาขาพัฒนาบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

สถานการณ์/ปัญหา

สถิติโรงพยาบาลสงขลา พบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นเรื่อยๆ โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา 1,386, 1,346 และ 1,336 ภายในปี 2559, 2560 และ 2561 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการฟื้นฟูสภาพ ในระยะผู้ป่วยใน 60%, 66% และ 72% ในปี 2559, 2560 และ 2561 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งยังไม่เข้าถึงการบริการฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่องไปถึงชุมชน



ข้อจำกัด

1. การส่งต่อผู้ป่วย Stroke, TBI และ SCI เพื่อรับการฟื้นฟูและดูแลระยะกลาง
2. การประสานงานที่ดีกับเครือข่าย ได้แก่ ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง, รพ.สต., รพช. ในการดูแลต่อเนื่อง
3. การเก็บฐานข้อมูลผู้ป่วย

โอกาสพัฒนา

- ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์อายุรกรรม , ortho , ศัลยกรรมระบบประสาท, ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูและหอผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูมากขึ้น
- มีการประชุม ชี้แจงนโยบายและผลักดันให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่าย (รพศ., รพท., รพ.สต.รพช. และชุมชน
- พัฒนาระบบ IT มาช่วยในการเก็บฐานข้อมูล

Referral system(Network)



Intermediate care



Service plan IMC
ระดับจังหวัด

1. Stroke
2. Traumatic brain injury
3. Long term / home care
4. Chronic wound
5. Post op care
6. IV ATB



M&E

1. ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่รับกลับ รพศ, รพท
2. CMI รพช เพิ่มขึ้น
3. ความพึงพอใจผู้ป่วยและญาติ

จำนวนผู้ป่วยใน admit > 1 เดือน

	2560	2561
1.จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด	36,941	36,101
2.จำนวนผู้ป่วยที่นอน นานเกิน 1 เดือน	347	348
คิดเป็น %	0.94	0.96
3.จำนวนผู้ป่วยที่นอน นานเกิน 1 เดือน+ อุปกรณ์ช่วยชีวิต เช่น bird,ET tube,เจาะคอ	243	223
คิดเป็น %	0.66	0.62



6,000

-

10,000

วัน

จำนวนผู้ป่วยใน admit > 1 เดือน

อำเภอ	CMI	อัตราการครองเตียง	จำนวน (ราย) / เฉลี่ย LOS (วัน)	
			ปี60	ปี61
	Q1 62	Q1 62		
เมืองสงขลา	1.37	91.9	126/61.57	123/62.59
สิงหนคร	0.53	74.28	46/57.17	59/62.95
สติงพระ	0.50	78.43	35/58.60	26/51.77
จะนะ	0.52	72.62	39/55.46	45/56.98
ระโนด	0.55	62.90	36/54.56	34/54.41
เทพา	0.56	86.09	17/44.29	13/44.54
กระแสสินธุ์	0.50	34.00	10/57.40	11/61.09

M2 0.8

F2 0.6

35
-
3,658 วัน

การพัฒนาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ของโรงพยาบาลสงขลา

Start 2561

- 1.กำหนดนโยบายชัดเจนโดย
ผู้อำนวยการ
- 2.เพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่
โรงพยาบาลชุมชน
- 3.Empowerment caregiver
- 4.Long term care center จัดหา
อุปกรณ์ที่จำเป็น

- LOS ลดลงเฉลี่ย 8 เดือน

→ 1-3 เดือน

- ค่าใช้จ่ายลดลงประมาณ ราย
ละ 1.7 ล้านบาท

กลุ่ม Refer Back IMC
โรงพยาบาลชุมชน มค.61 – กพ
62 จำนวน 30 ราย



โรงพยาบาลเทพา
ON.BIPAP อายุ 43 ปี LOS 2 เดือน COPD , CHF

ผู้ป่วยจำหน่ายไปใช้เครื่องช่วยหายใจ
ที่บ้านรวม 10 ราย สามารถหย่า
เครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ 3 ราย และ
ถอดท่อเจาะคอได้ 1 ราย



นางอัมพร 57 ปี OLD CVA , Cardiomegaly , LOS 4 เดือน รายจ่าย
จริง 344,686 เบิกคืน DRG 203,842
ปี2560 Re-Admit 3 ครั้ง LOS 1-2 เดือน ,ปี2561 Re-Admit 3
ครั้ง LOS 2-4 เดือน

Upcoming in 2562



- ระหว่างวันที่ 10 มค. 62 – 28 กพ. 62
กลุ่มเป้าหมาย 150 คน 6 โรงพยาบาล
ชุมชน



Humanized health Care

(การดูแลคนไข้ด้วยหัวใจ บนพื้นฐานความรู้)

ธนาคารอุปกรณ์ทางการแพทย์โรงพยาบาล



- กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพผู้ป่วย
งบประมาณ 2.4 ล้านบาท
- เงินบริจาคจากมูลนิธิกรมหลวงสงขลานครินทร์ในพระ
บรมราชูปถัมภ์ เป็นเครื่องผลิตออกซิเจน จำนวน 20
เครื่อง ราคาเครื่องละ 30,000 บาท รวมเป็นเงิน
600,000 บาท
- มีผู้บริจาคในโครงการเครื่องช่วยหายใจกลับบ้าน
จำนวน 5 เครื่อง พร้อมทั้งผลิตออกซิเจน จำนวน 2
เครื่อง



ปัญหา อุปสรรค

- รพช.ไม่สามารถต่อ bird ได้ เช่น รพ.สทิงพระ, รพ.สิงหนคร
- รพช.ไม่มีที่วัด pressure cuff และ spirometer
- รพช.ไม่มี test lung



นวัตกรรม

1. สายพยาง
2. Comfort
3. ถูงมือ



กลุ่มเป้าหมาย

เป็นผู้ป่วยที่นอนติดเตียงและมีท่อหายใจที่เจาะคอ (Tracheostomy tube) เป็นเวลานานเกิน 2 สัปดาห์ ในกลุ่มผู้ป่วย Intermediate Care และ Palliative Care



เปรียบเทียบราคา/อุปกรณ์ก่อนทำ
(BEFORE)



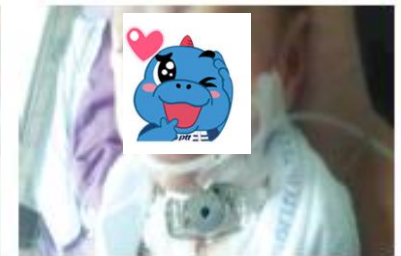
เปรียบเทียบราคา/อุปกรณ์หลังทำ
(AFTER)



สายพยางท่อแบบเดิม (เป็นผ้าก๊อศ, ริบบิ้น, ผ้า) (BEFORE)



สายพยางท่อแบบใหม่ (เป็นสายน้ำเกลือแบบนิ่มที่ใช้แล้ว
ระยะเวลาที่ใช้ 6-9 เดือน โดยไม่ต้องเปลี่ยนสาย) (AFTER)



Smart Hospital

តួនាទី

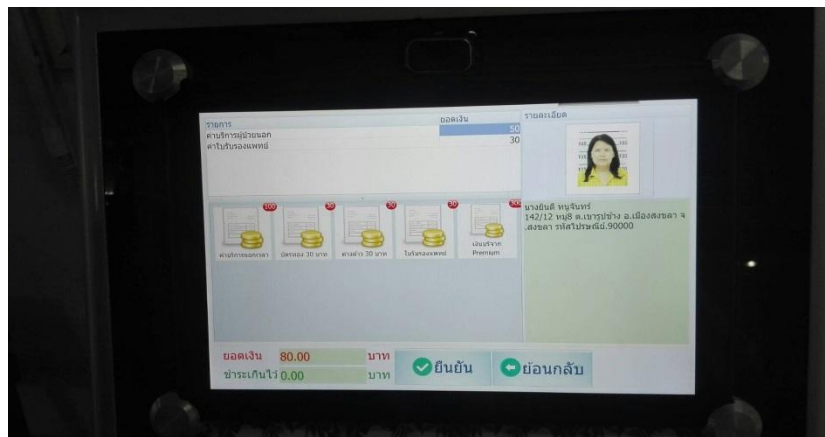
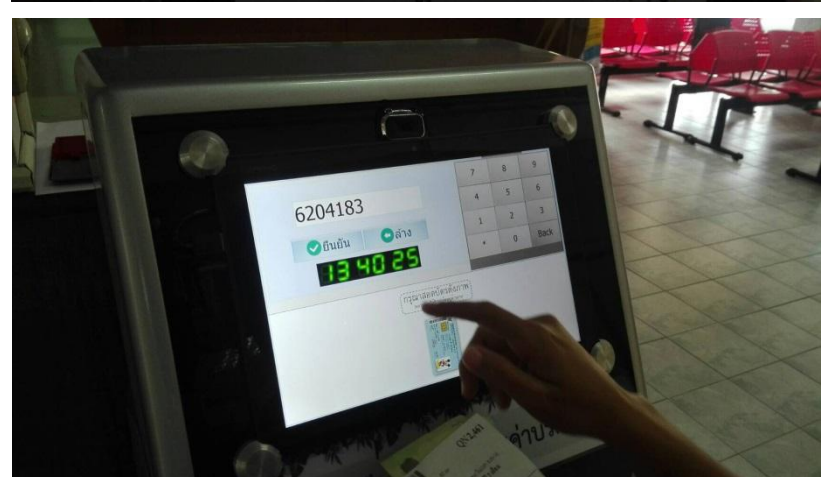
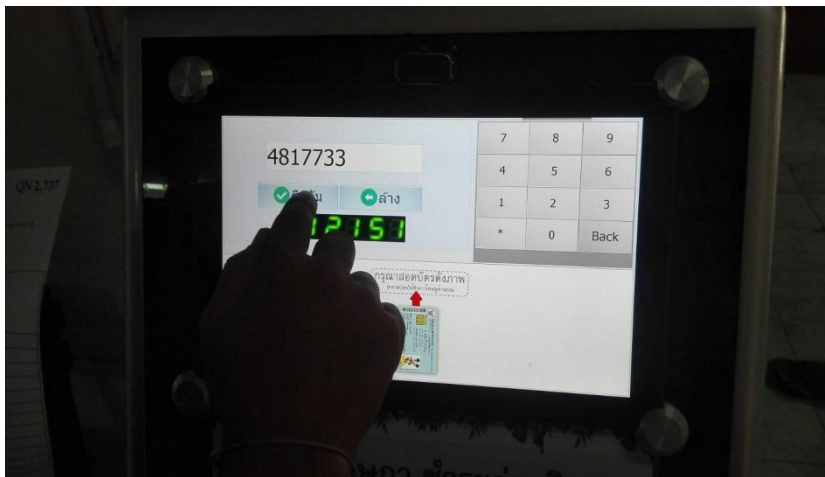
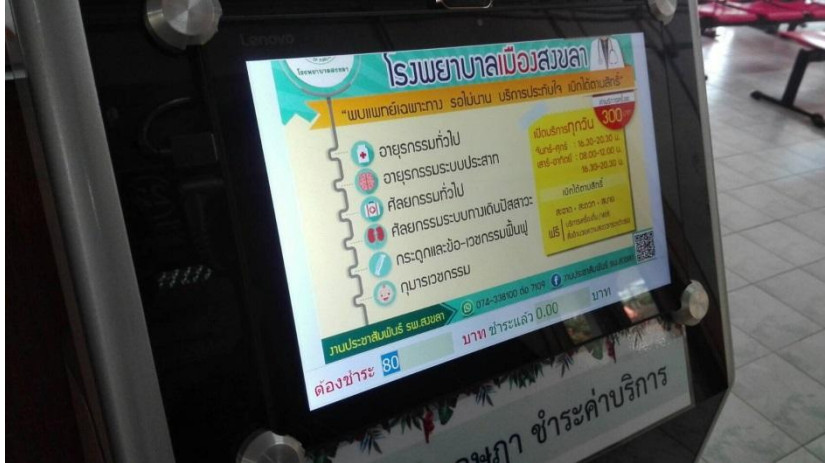
ตู้เจษฎา



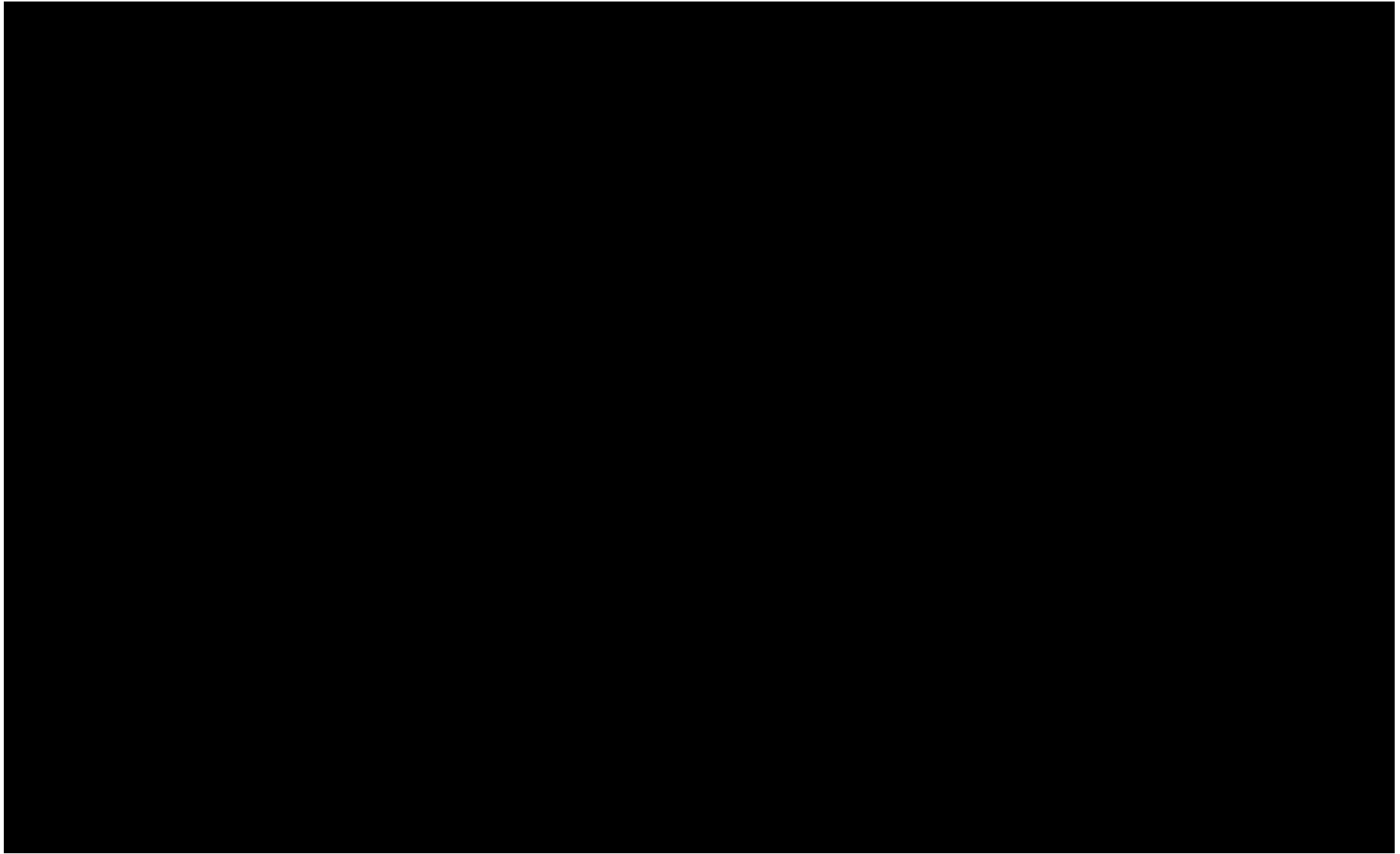
คุณสมบัติตู้เจษฎา

1. ผู้รับบริการสามารถชำระเงินได้ด้วยตนเองเพียงใช้เลข HN
2. บันทึกข้อมูลลูกหนี้สิทธิได้ทุกสิทธิ (ยกเว้นชำระราชการจ่ายตรง)
3. ลดระยะเวลารอคอยจากการใช้บริการโดยเจ้าหน้าที่ (3:1)
4. ประหยัดใบเสร็จรับเงิน

	ข้อดี	ข้อจำกัด
ผู้ให้บริการ	<ul style="list-style-type: none">- ลดภาระงาน (เจ้าหน้าที่)- ประหยัดใบเสร็จรับเงิน- บันทึกข้อมูลได้รวดเร็ว- นำข้อมูลไปบันทึกบัญชีได้ทันที	<ul style="list-style-type: none">- ตู้เป็นระบบดิจิทัล อาจขัดข้องได้จากระบบ- ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้หมดหากบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน
ผู้รับบริการ	<ul style="list-style-type: none">- สะดวก รวดเร็ว- สามารถทำได้ด้วยตนเอง- มีความพึงพอใจในระบบใหม่	<ul style="list-style-type: none">- ต้องเตรียมเงินให้พอดีกับยอดเงินที่ชำระ- ผู้รับบริการยังไม่ชำนาญในการใช้ตู้



Smart Hospital





ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง
ลาภทรัพย์สินและเกียรติยศจะตกมาแก่ท่านเอง
ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์

อินทพร