



## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โดย....

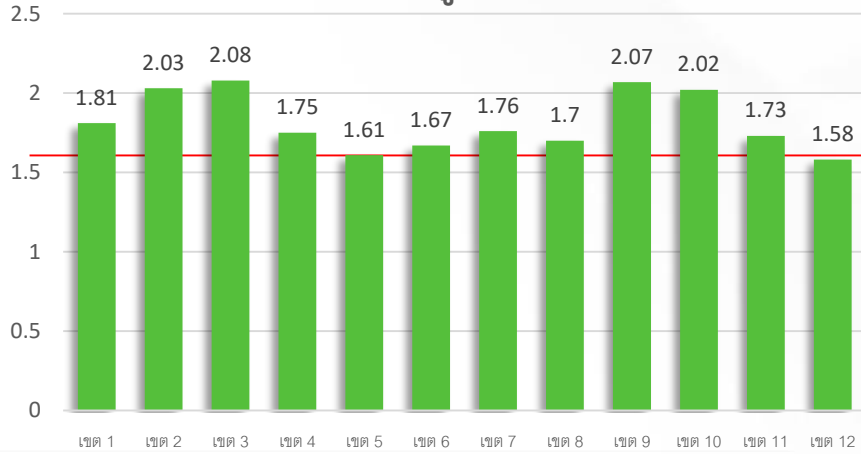
นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์

ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 1

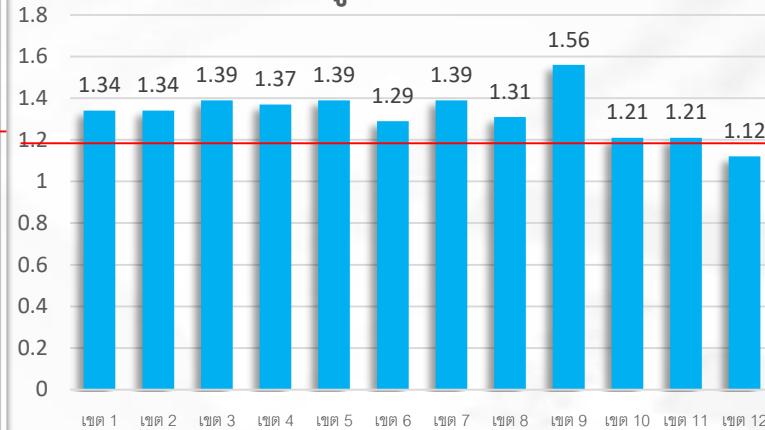


# CMI จำแนกตามระดับ Service Plan

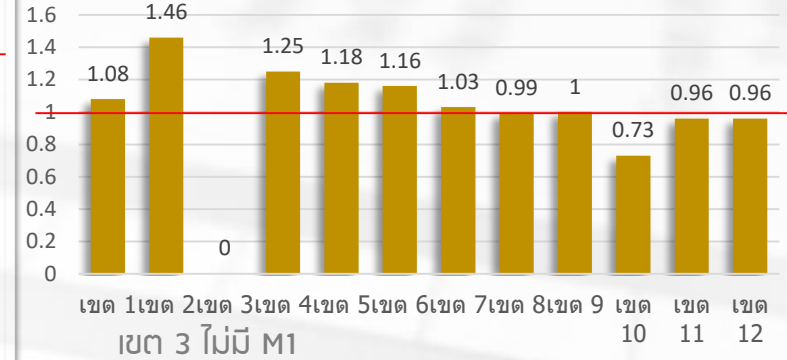
แผนภูมิ CMI ระดับ A



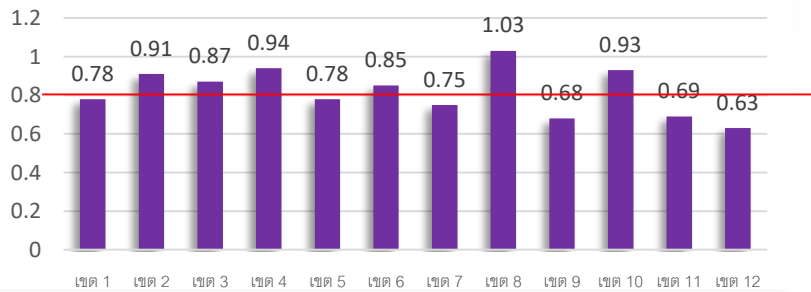
แผนภูมิ CMI ระดับ S



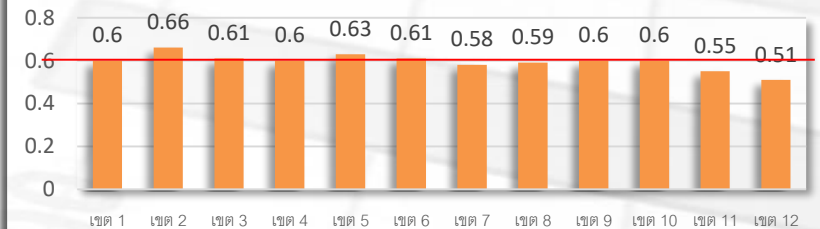
แผนภูมิ CMI ระดับ M1



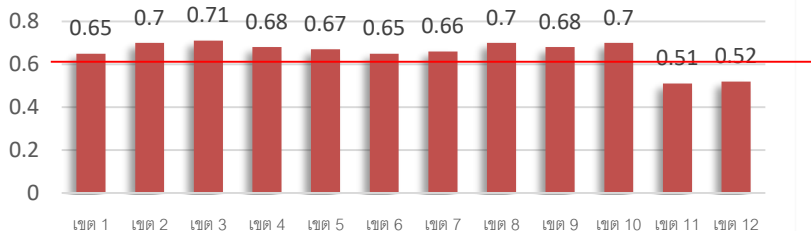
แผนภูมิ CMI ระดับ M2



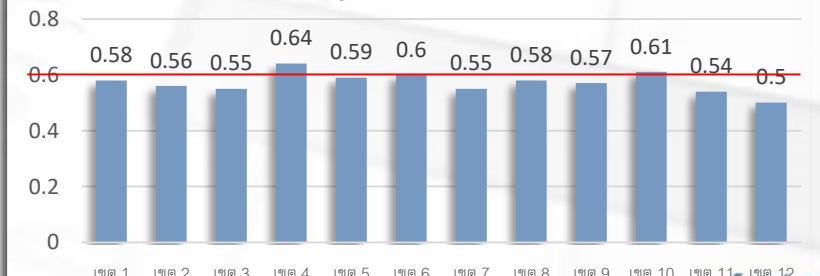
แผนภูมิ CMI ระดับ F2



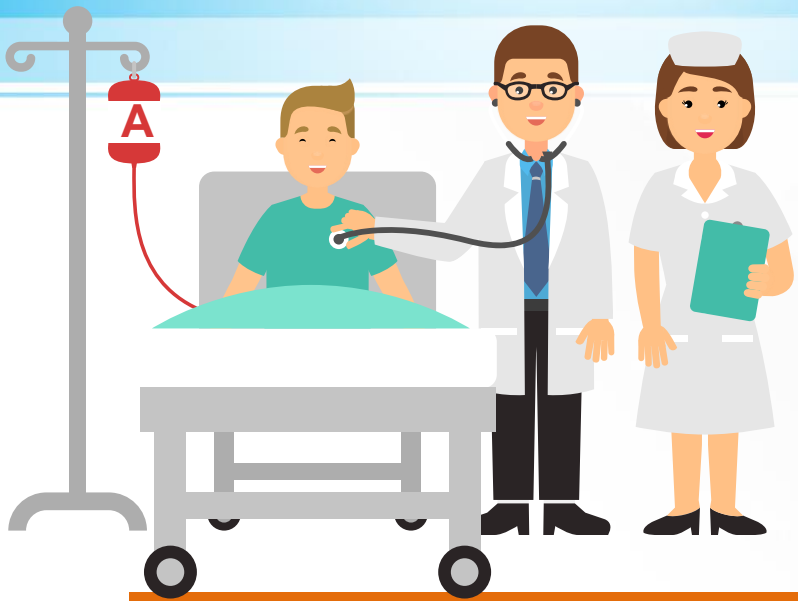
แผนภูมิ CMI ระดับ F1



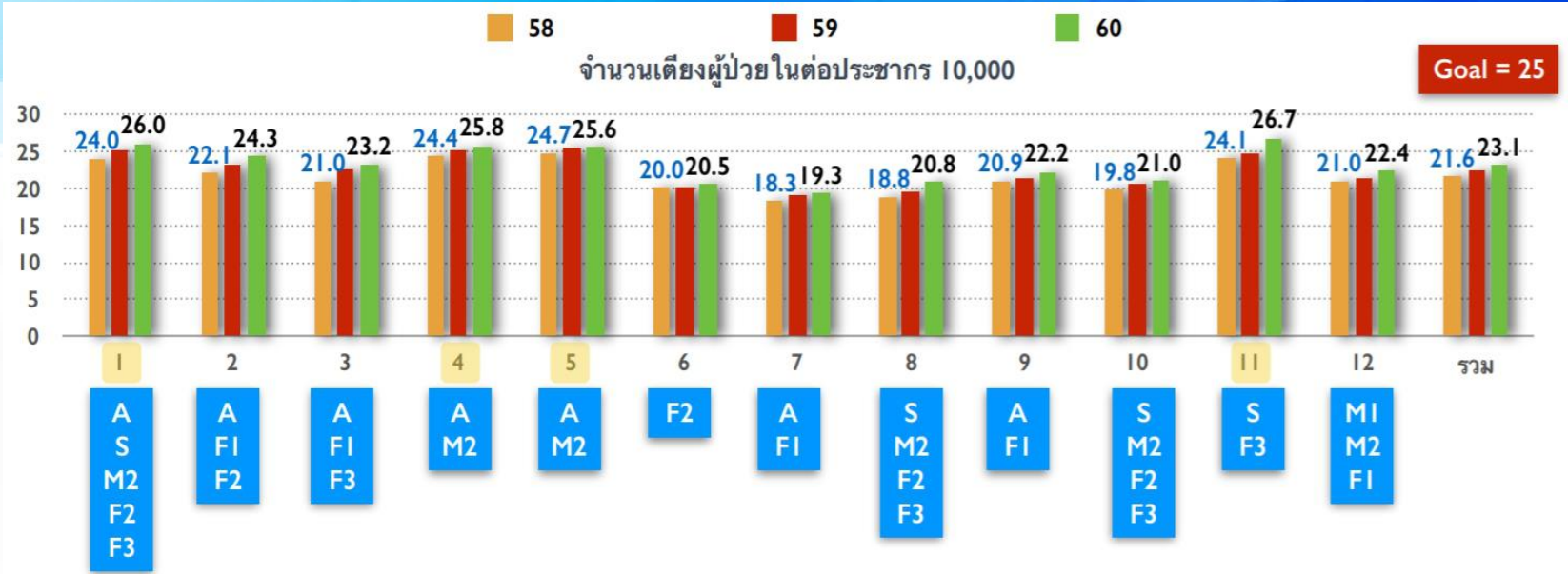
แผนภูมิ CMI ระดับ F3



แหล่งข้อมูล <http://203.157.3.54/hssd1/>

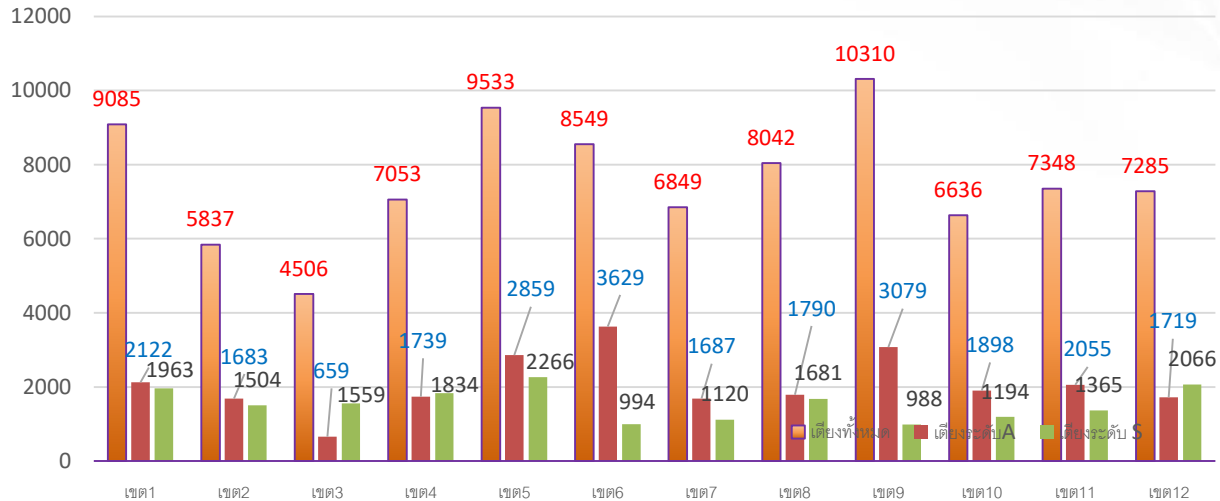


แสดงจำนวนเตียงรายเขตสุขภาพ และระดับ Service Plan A ,S

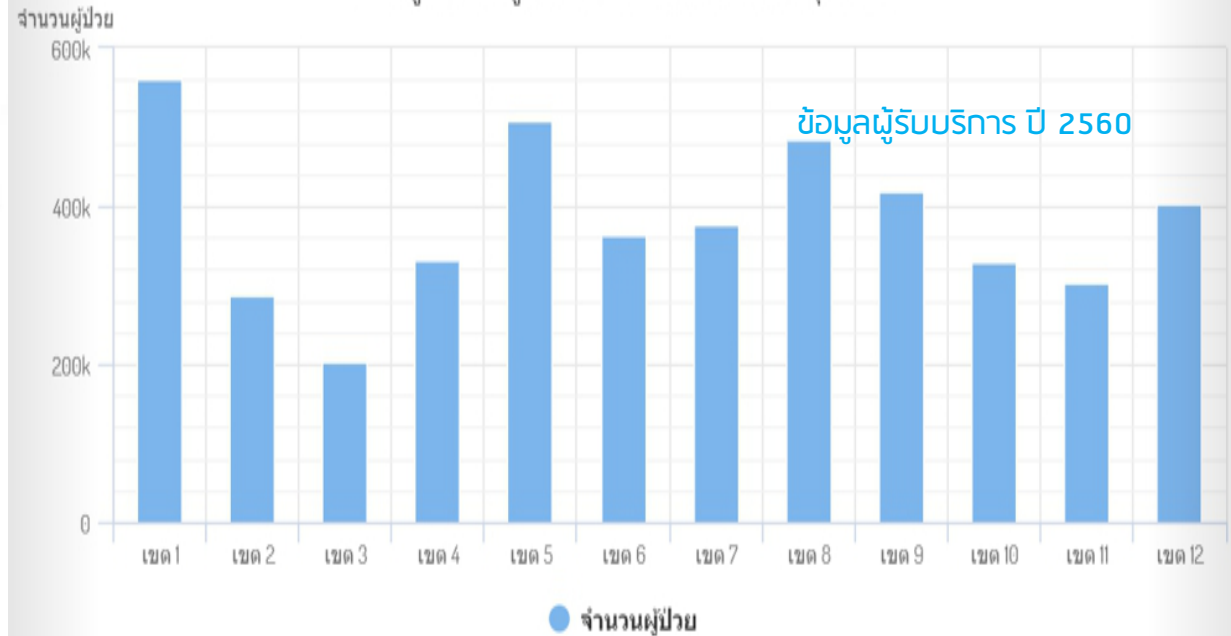


แหล่งข้อมูล <http://203.157.3.54/hssd1/>

ข้อมูลจำนวนเตียง ปี 2560



แผนภูมิแสดงผู้รับบริการ จำแนกตามเขตสุขภาพ

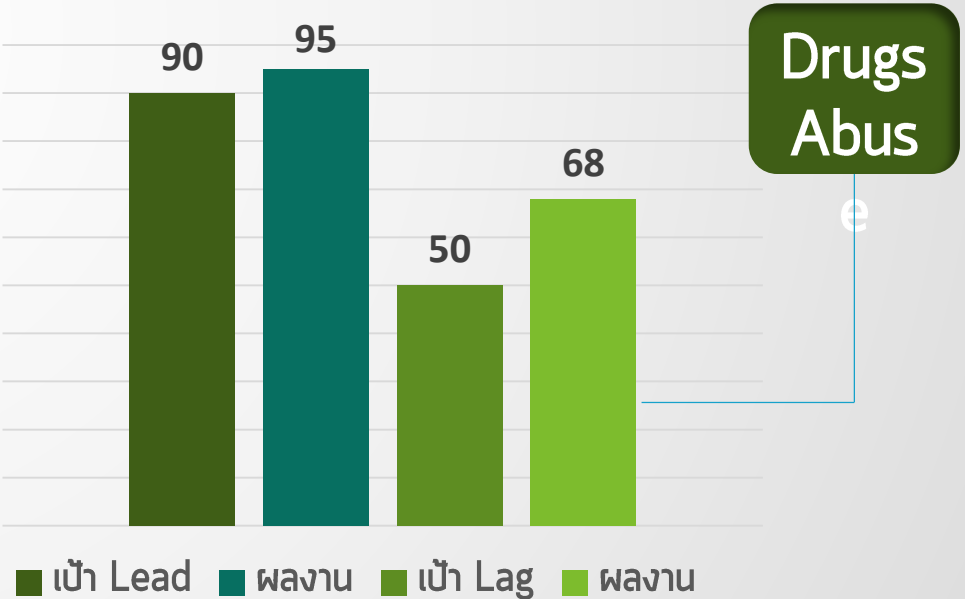
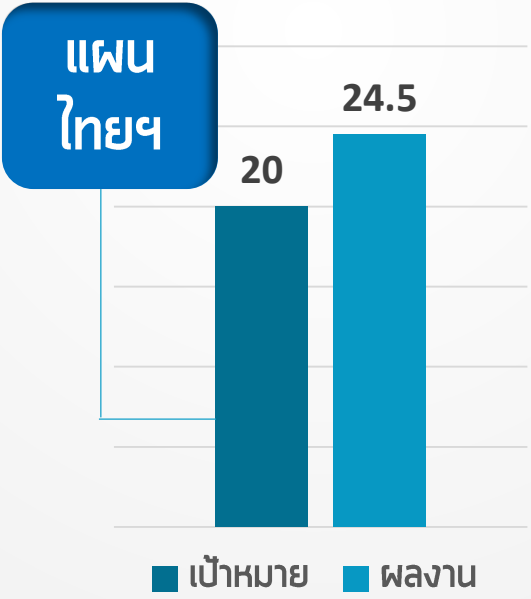
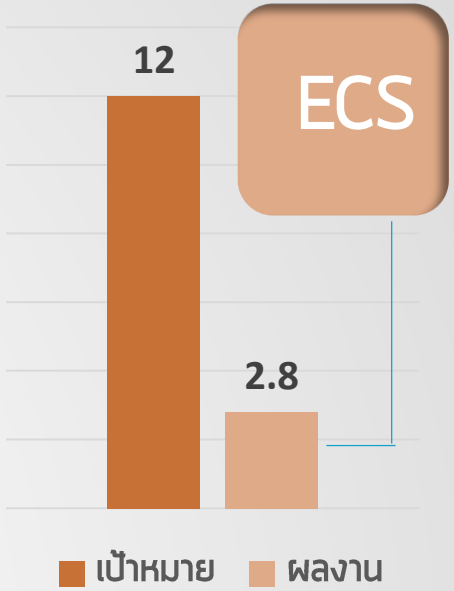
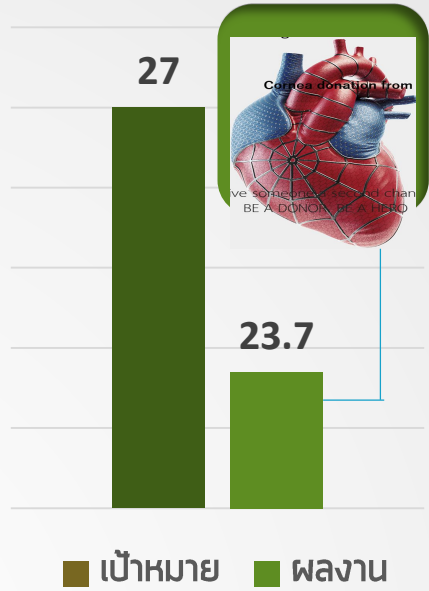
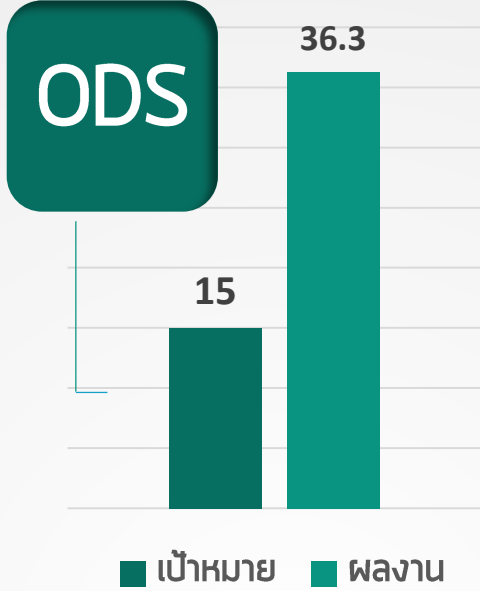


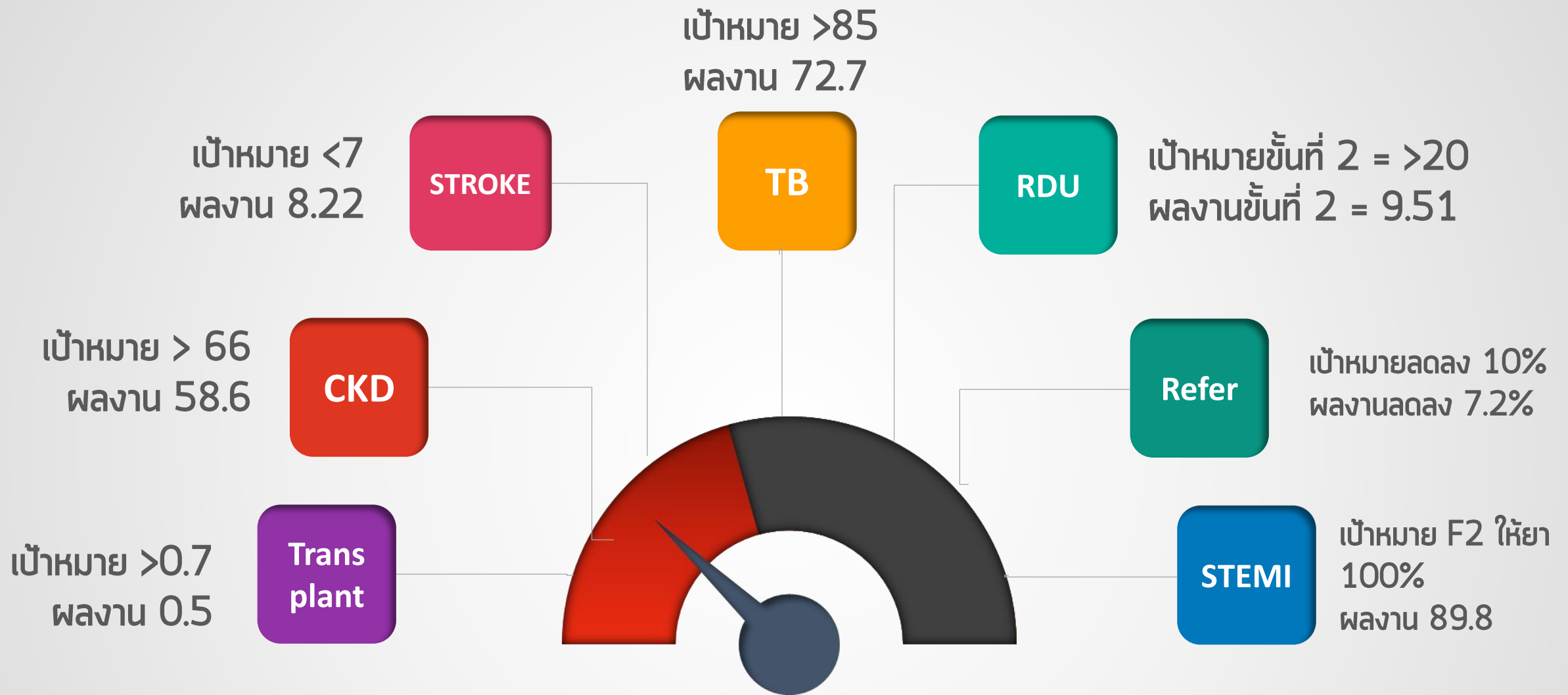
# KPI INSPECTION

## ผ่านเกณฑ์ 5 ตัวชี้วัด

### INS 2.2,2.6,2.7,2.8,1.11

หมายเหตุ นับจำนวน KPI หลัก ทั้งหมด 12 ตัวชี้วัด  
 ไม่นับรวม KPI PCC และ เมืองสมุนไพร



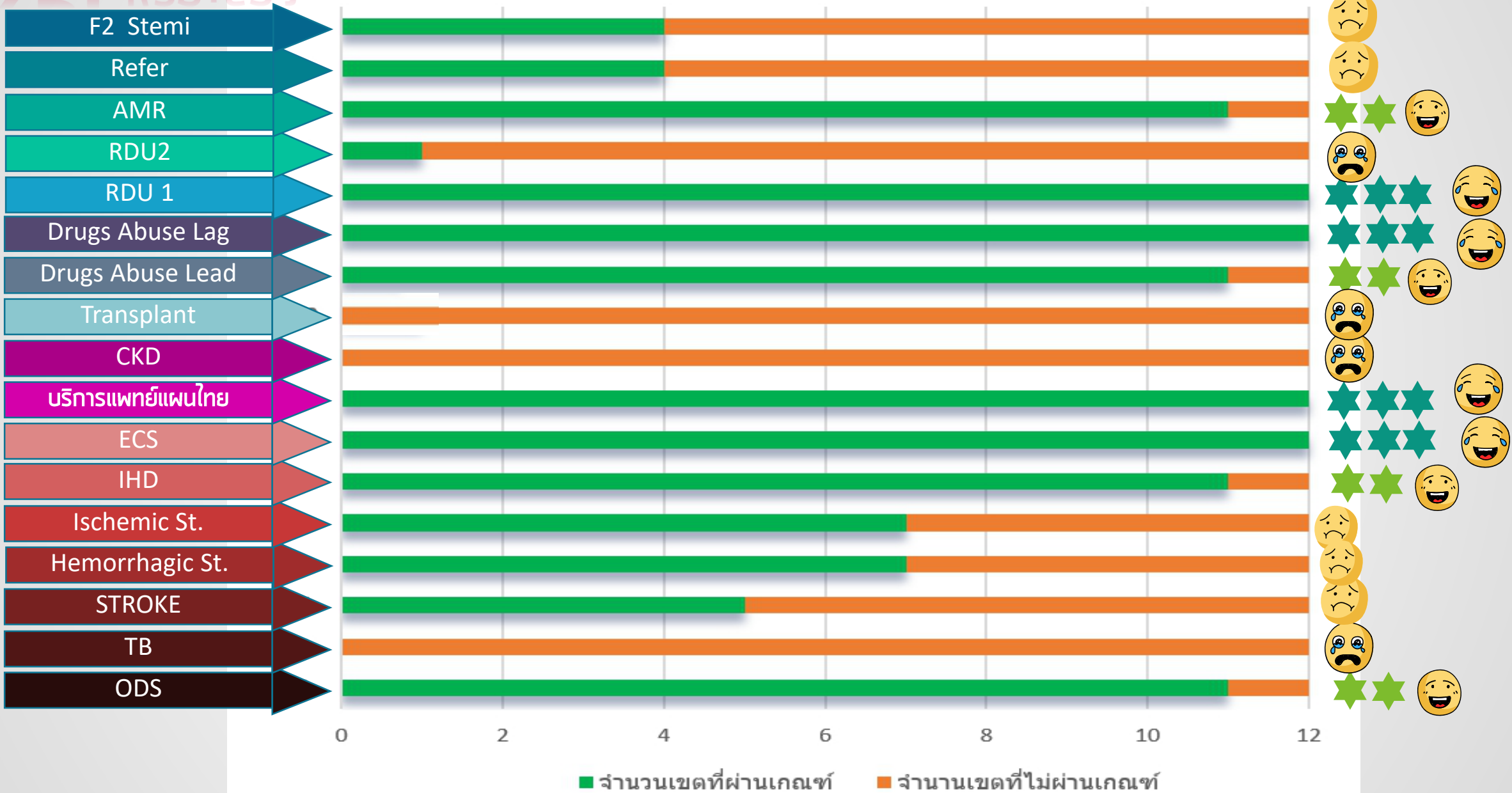


**KPI INSPECTION**  
 ไม่ผ่านเกณฑ์ 7 ตัวชี้วัด  
 2.3,2.5,2.9,2.10,2.12,2.13,2.14

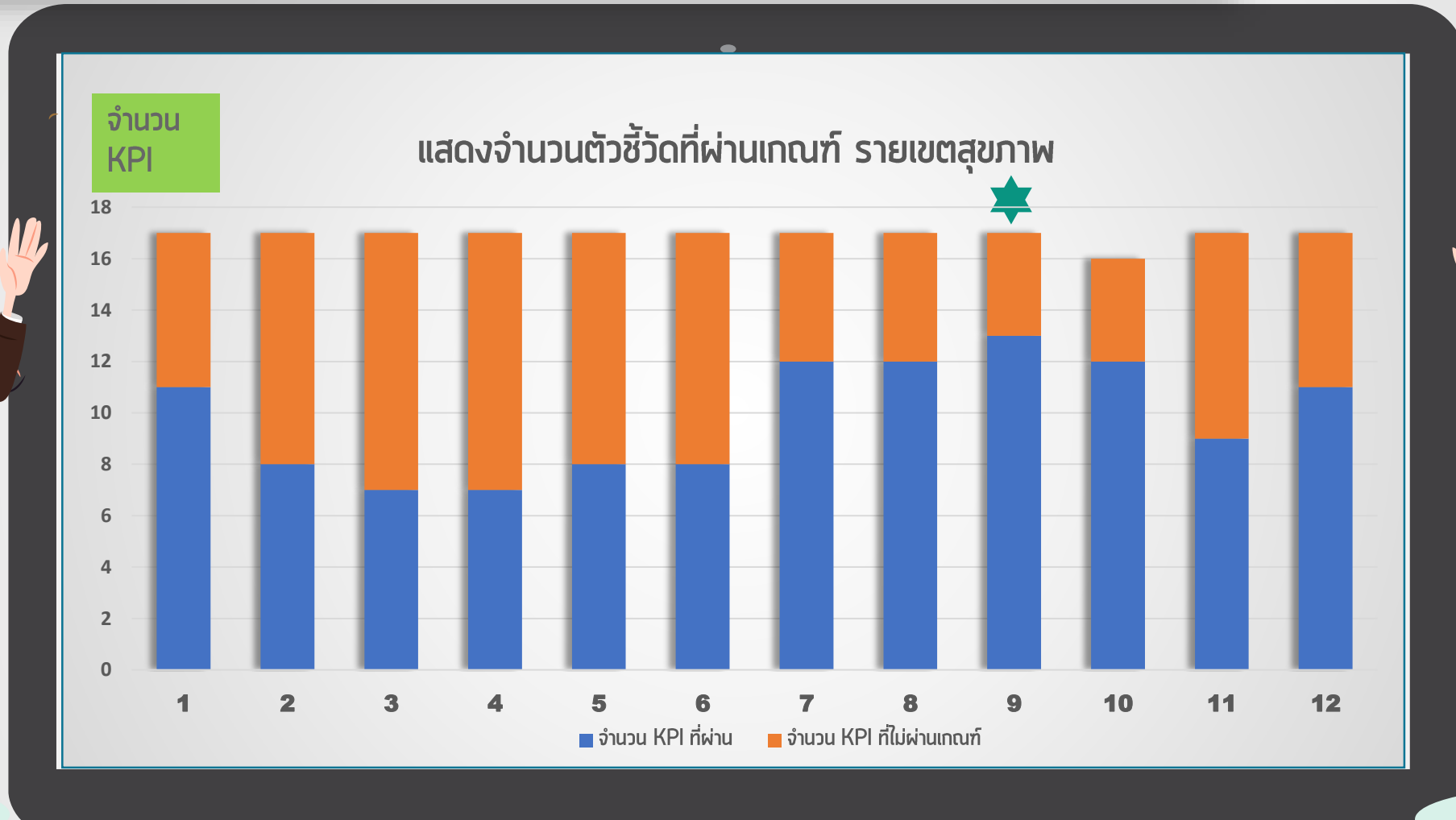
หมายเหตุ นับจำนวน KPI หลัก ทั้งหมด 12 ตัวชี้วัด  
 ไม่นับรวม KPI PCC และ เมืองสมุนไพร

# KPI หลัก+รอง

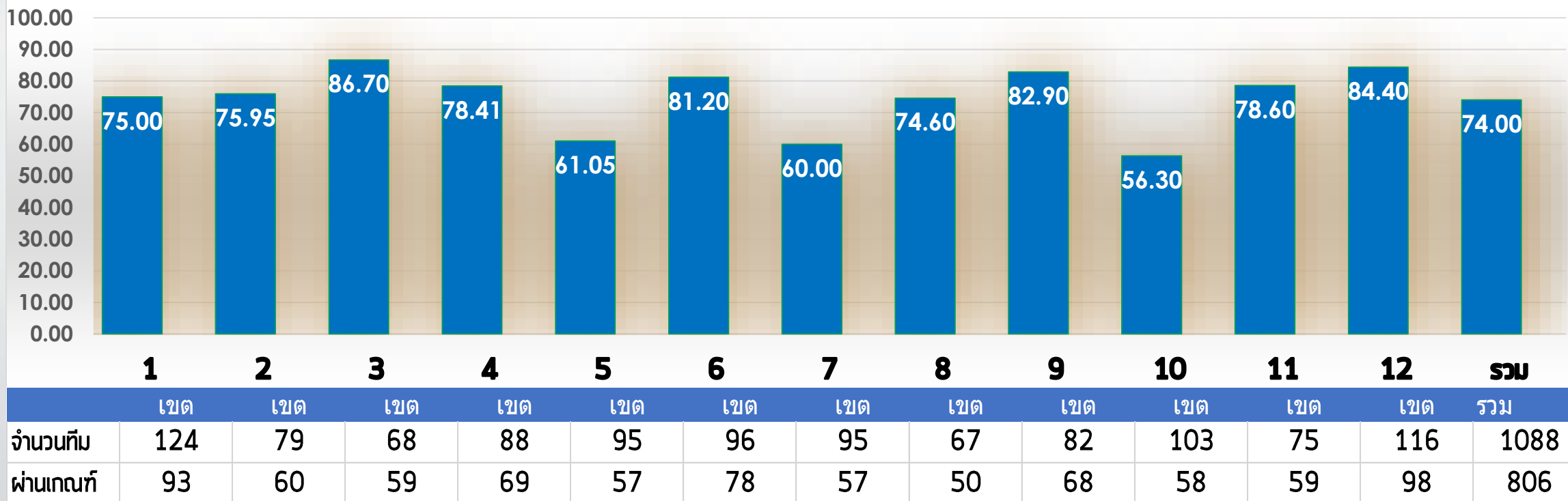
## แสดงจำนวนเขตที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด



# ผลงานรายเขตสุขภาพ จำนวน KPI ที่ผ่านเกณฑ์ ไม่นับรวม KPI PCC และ เมืองสมุนไพร



## INS 2.1 ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)



จำนวนทีม= จำนวนทีมที่ลงทะเบียนปี 2559-2560 + ทีมในแผนปี 2561  
ผ่านเกณฑ์= จำนวนทีมที่ผ่านเกณฑ์ในระบบลงทะเบียน

เป้าหมายปี 2561 ผ่านเกณฑ์ 845 ทีม  
ผลงาน 806 ทีม =  $\frac{806 \times 100}{845} = 95.38\%$



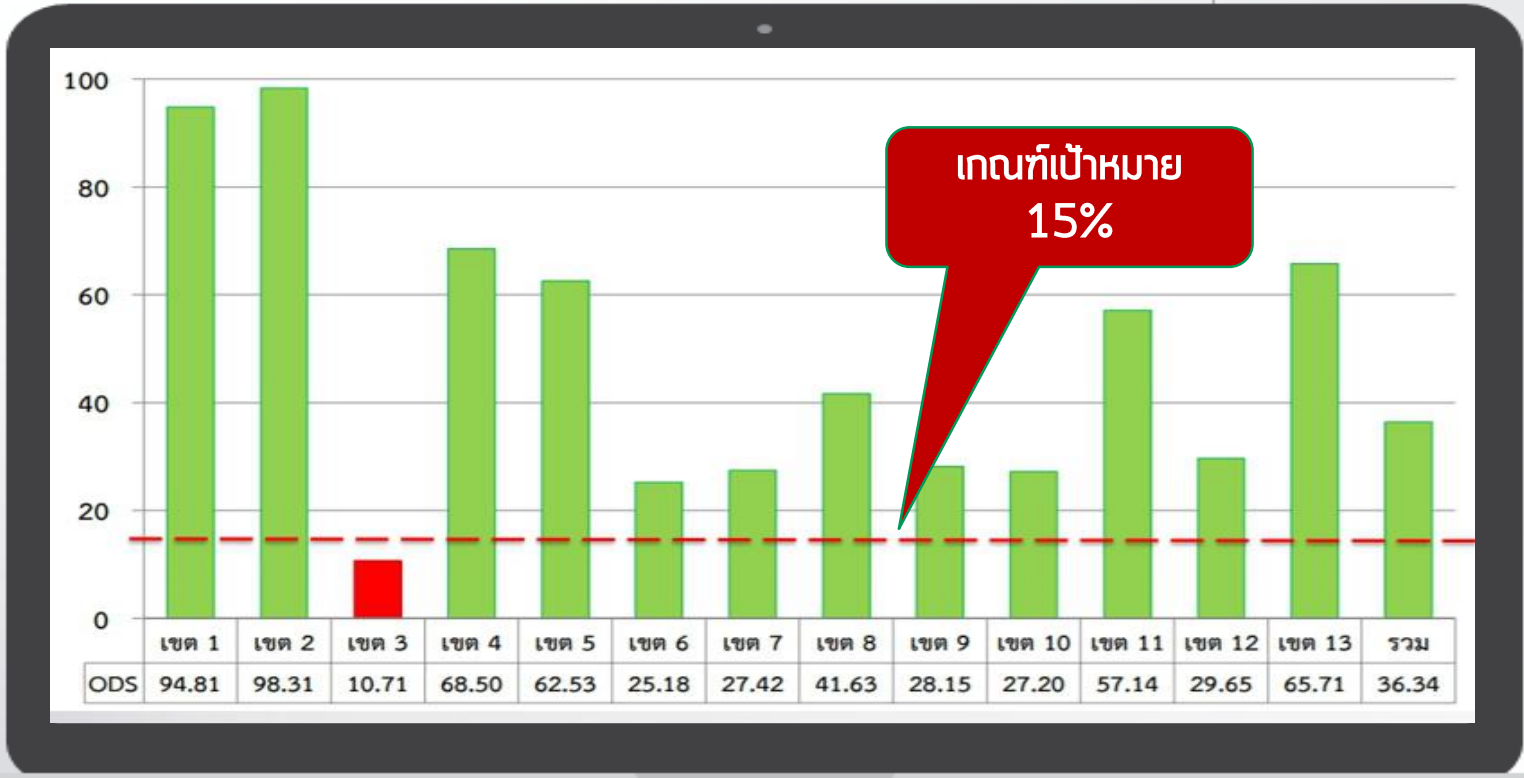
## INS 2.1 ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
1.ประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบมีจำนวนน้อยเกินไปหรือมากเกินไป ทำให้ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน 3S	1.ปรับเกณฑ์การประเมิน 3S (ด้าน System) ให้สอดคล้องกับประชากรในพื้นที่
2.แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว - มีภาระงานมาก ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัว 3 วัน/สัปดาห์ - ขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	2.แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว - ปรับกลยุทธ์เพื่อสรรหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว - ทบทวนหลักเกณฑ์การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว
3.ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน/หลักเกณฑ์ การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน	3. ทบทวน สื่อสาร แนวทางการดำเนินงาน หลักเกณฑ์การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวให้สอดคล้องกับนโยบาย





# INS 2.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery





ข้อเด่น

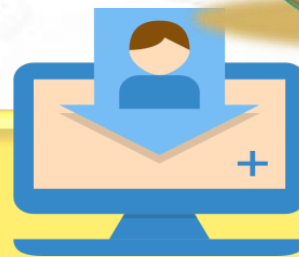
ข้อจำกัด



ประชาชนได้รับบริการ  
ทางการแพทย์ที่  
ปลอดภัยตาม  
มาตรฐานสากล



เกิดการพัฒนา  
เครือข่ายการเชื่อมโยง  
ภายในเขตจังหวัดและ  
เขตสุขภาพ



อยู่ระหว่างการพัฒนา  
ระบบการจัดเก็บข้อมูล  
เพื่อประมวลผลการ  
ดำเนินงาน



บุคลากรผู้เชี่ยวชาญ  
ทางการแพทย์  
พยาบาลวิสัญญี  
และด้านโครงสร้าง  
ห้องผ่าตัด และ  
อุปกรณ์  
เครื่องมือที่จำเป็น





## ปัญหา

## การแก้ไข

- ขาดแคลนบุคลากรทางด้านการผ่าตัด และวิสัญญี
- ระบบเรียกเก็บของ สปสช. ไม่ชัดเจนทำให้เบิกจ่ายเงินได้ไม่ครบ มีความยุ่งยากซับซ้อน
- การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการไม่เหมาะสม ทำให้เกิด Drop Out มากขึ้น
- ฐานข้อมูลยังไม่เป็นระบบเดียวกัน ทำให้การเก็บข้อมูลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- ความไม่เข้าใจในการสมัครเข้าร่วมประเมิน ODS
- การนับ case มีความไม่ชัดเจน เกิดจากความสับสนในเครือข่าย

- เครือข่ายวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางด้านการผ่าตัดและวิสัญญี
- ประสานการขึ้นทะเบียนหัตถการกับ สปสช.
- ให้คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการตามข้อกำหนดอย่างเคร่งครัด
- พัฒนา Web based
- มีการชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการอย่างชัดเจน
- การทำข้อตกลงร่วมกันในการนับ case ที่ชัดเจน

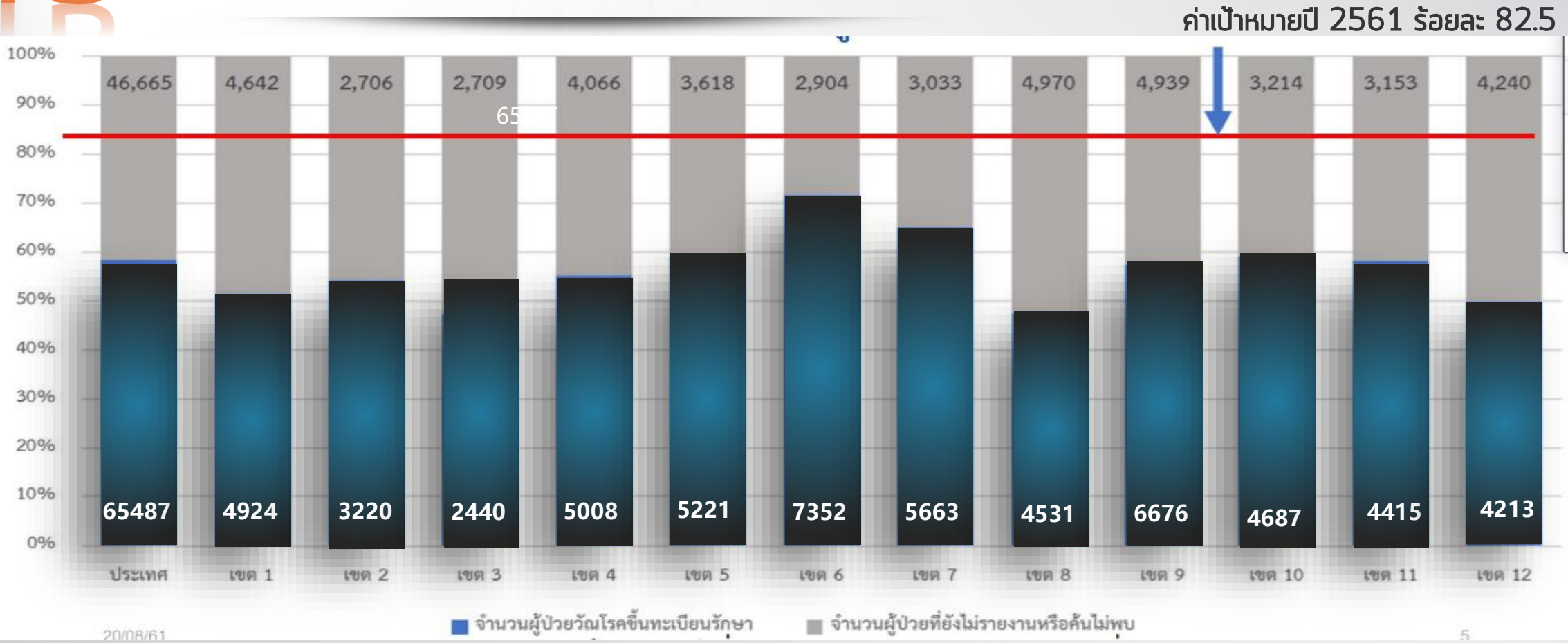




# INS 2.3 "อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่"

# TB

## (TB Treatment Coverage) ปี 2558-2561



20/08/61

5

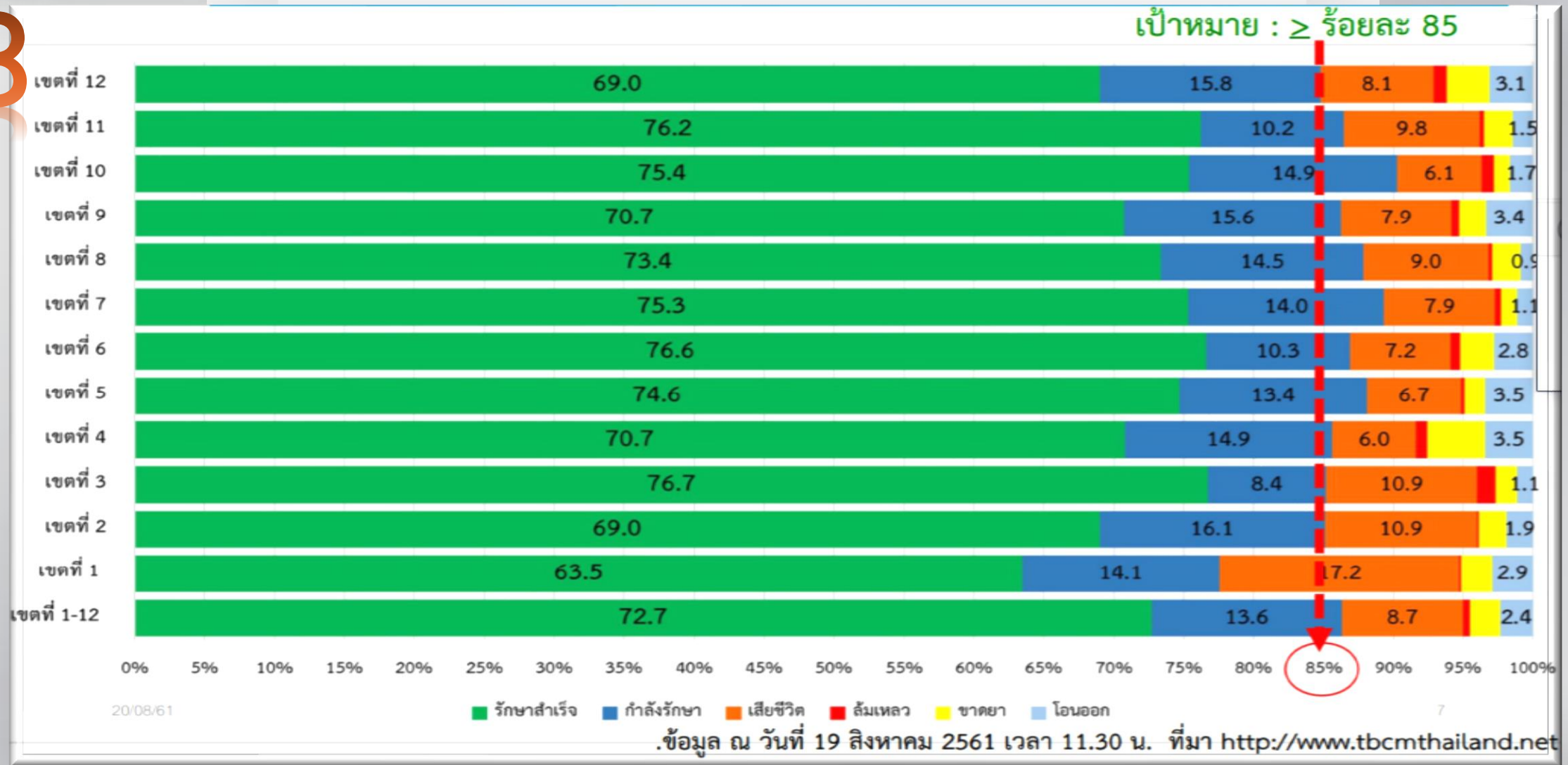


สรุปผลการตรวจราชการปี 2561 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



# INS 2.3 "อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่"

# TB





# INS 2.3 "อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่"

DMEPPT.COM

## END TB

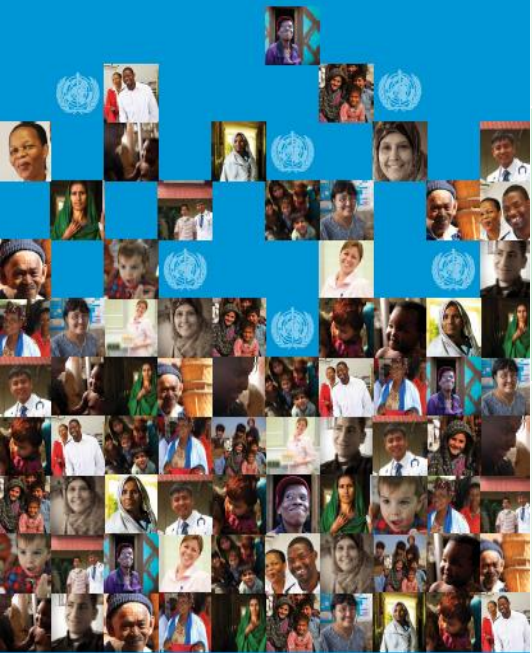


มาตรการ	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงมาตรการ
ลดการเสียชีวิต	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างรักษาวัณโรค : ส่วนมาก 2 เดือนแรก ในกลุ่มสูงอายุ และมีโรคร่วม โรคเรื้อรัง</li> <li>การคัดกรองผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงที่มารักษาที่โรงพยาบาลมีความล่าช้า ทำให้พบวัณโรคเมื่อมีอาการหนักแล้ว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>คัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงวัณโรคในโรงพยาบาล วินิจฉัยที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนทุกราย</li> <li>พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาล</li> <li>ติดตามกำกับอย่างต่อเนื่องด้วยกลไกของเขตสุขภาพ คณะกรรมการ service plan ของเขตสุขภาพและ พชอ.</li> </ul>
ลดการขาดยา	<ul style="list-style-type: none"> <li>การดูแลรักษาแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) และ PCC ยังไม่ครอบคลุมทุกราย</li> <li>ผู้ป่วยสูงอายุและโรคร่วมมีอาการไม่พึงประสงค์มาก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้กลไกดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (PCC) ดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) อย่างใกล้ชิด</li> <li>เฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายอย่างใกล้ชิด</li> </ul>
การกำกับติดตามดูแลรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน TBCM ล่าช้าส่งผลต่อการกำกับติดตาม</li> <li>ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อยังขาดความต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาระบบข้อมูล กำหนดหลักเกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคในระดับพื้นที่ เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง</li> <li>ใช้ระบบข้อมูล TBCM และหน่วยงานทุกระดับสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อกำกับติดตาม</li> </ul>





# END TB



## ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงมาตรการที่จะนำไปสู่การยุติวัณโรค

<p>1.นโยบายเข้มแข็ง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ขับเคลื่อนโดยเขตสุขภาพ คณะกรรมการ service plan ของเขตสุขภาพ คณะกรรมการ พชอ.</li> <li>▪ ผลักดันเข้าสู่ระบบ service plan TB</li> <li>▪ ใช้กลไกของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ในการการขับเคลื่อนงานวัณโรค</li> </ul>
<p>2.เสริมแรงด้วยความรู้</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ พัฒนาคูณภาพและมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาล</li> <li>▪ สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่ายที่ดำเนินงานด้านวัณโรค</li> <li>▪ พัฒนानวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค</li> </ul>
<p>3.รวมหมู่เป็นเจ้าของ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ใช้กลไก พชอ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงานภายในส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่</li> <li>▪ ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (PCC) ดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) และเฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</li> </ul>
<p>4.ต้องก้าวต่อเนื่อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ สนับสนุนการพัฒนาคูณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค</li> <li>▪ เร่งรัดการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย รวมถึงส่งตรวจเพาะเชื้อ และทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR-TB อย่างต่อเนื่อง</li> </ul>



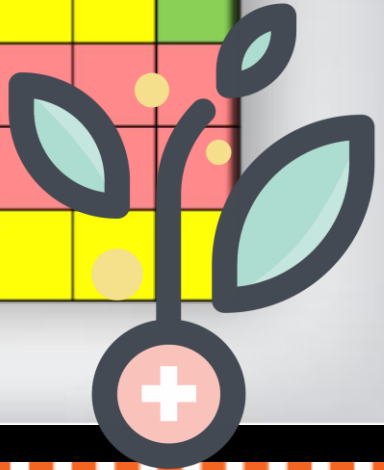




# INS 2.4 จำนวนเมืองสมุนไพร (เป้าหมาย : อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด)

ไตรมาสที่	small success		เป้าหมาย	เขตพื้นที่ส่วนนำร่อง				เขตพื้นที่ส่วนขยาย							
				1	6	8	11	2	3	4	5	6	7	9	10
I	แกนนำ และ ส่วนขยาย	มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม	1 กลุ่ม	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	แกนนำ	มี zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร	1,000 ไร่	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
II	แกนนำ และ ส่วนขยาย	มีฐานข้อมูลวัตถุดิบ	data จังหวัด	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	แกนนำ	มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบ (Demand & Supply Matching)	data จังหวัด	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	ส่วนขยาย	มีแผนธุรกิจ (business Plan)	plan จังหวัด	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
III	แกนนำ และ ส่วนขยาย	มีการจัดตั้ง Shop/Outlet	1 แห่ง	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	แกนนำ	มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น	product champion 1 ผลิตภัณฑ์	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น	สมุนไพรเด่นในจังหวัด 2 ผลิตภัณฑ์	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	ส่วนขยาย	มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบ (Demand & Supply Matching)	data จังหวัด	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

หมายเหตุ      ● พื้นที่ดำเนินการแล้ว      ● อยู่ระหว่างดำเนินการ      ● โอกาสในการพัฒนา





# INS 2.4 จำนวนเมืองสมุนไพร (เป้าหมาย : อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด)

## ปัญหาอุปสรรค

- 1. ขาดกลไกการรวบรวมข้อมูล รายงานผลเชิงพื้นที่
- 2. การบูรณาการร่วมกัน ดำเนินงาน

## ข้อเสนอแนะ

- 1. สร้างเครื่องมือการสรุปและรายงานผลของพื้นที่มายังส่วนกลาง
- 2. เขตสุขภาพร่วมวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน
  - 2.1 องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัดในเขตสุขภาพร่วมเป็นเจ้าภาพดำเนินการในแต่ละมิติ
  - 2.2 จัดสรรงบประมาณกลุ่มทั้งมิติ ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง

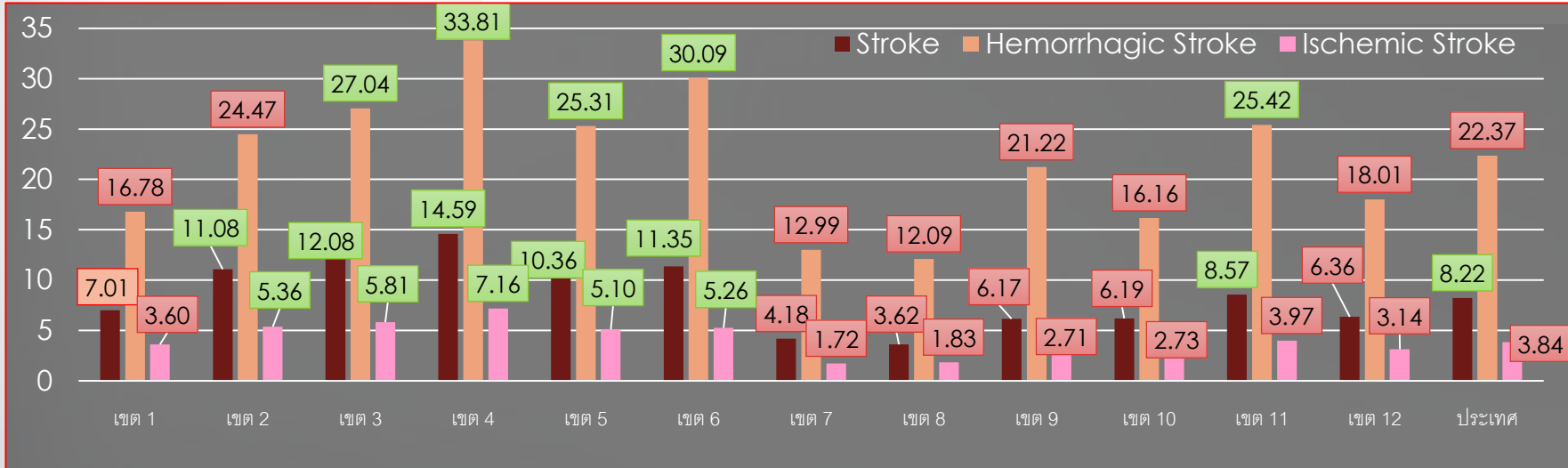
## ประเด็นที่จะติดตามในปีต่อไป

- 1. ติดตามแผนบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันในเขตสุขภาพ
- 2. ติดตามความก้าวหน้าเชิงผลลัพธ์ ในการขับเคลื่อนมิติเมืองสมุนไพร ระดับเขตสุขภาพ

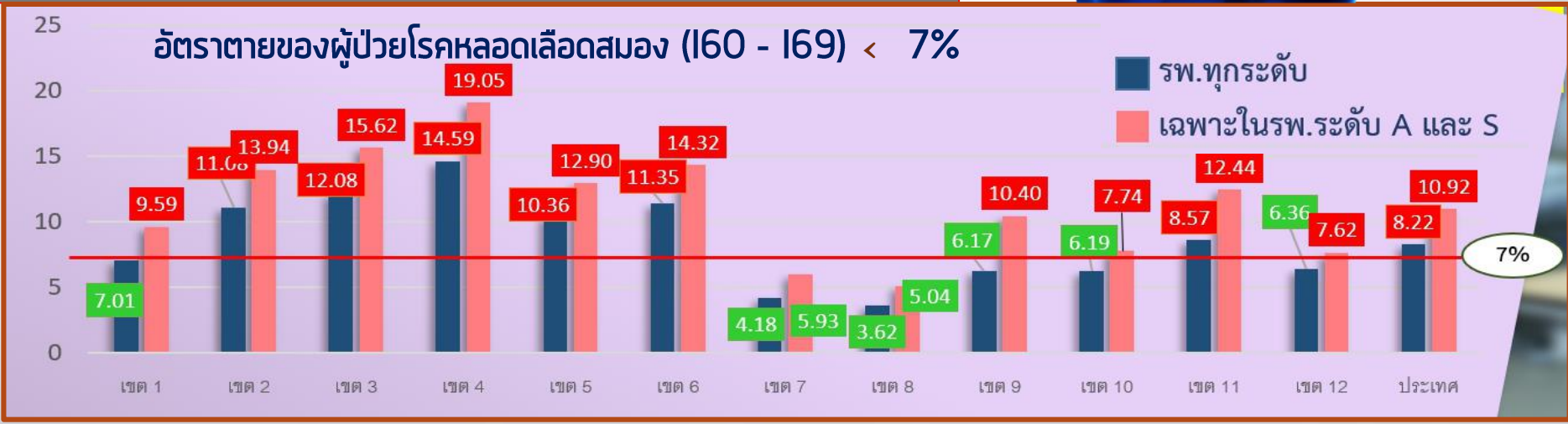
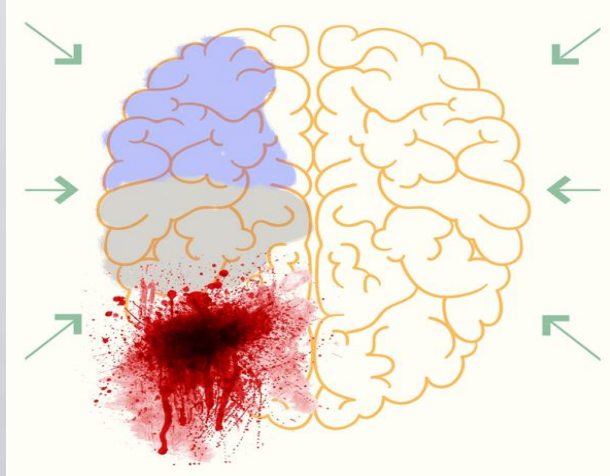




**INS 2.5 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง < 7% ผลงาน 8.22 % (9,517/115,745)**  
**อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25% ผลงาน 22.37 % (6,488/29,006)**  
**อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5% ผลงาน 3.84 % (2,623/68,229)**

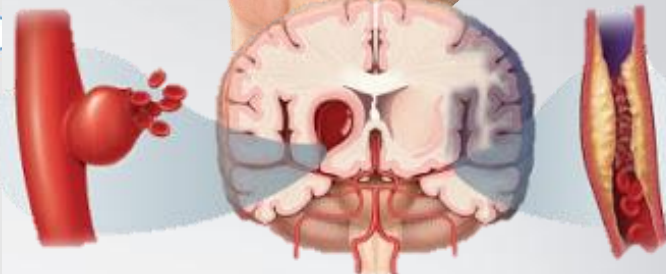


- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ





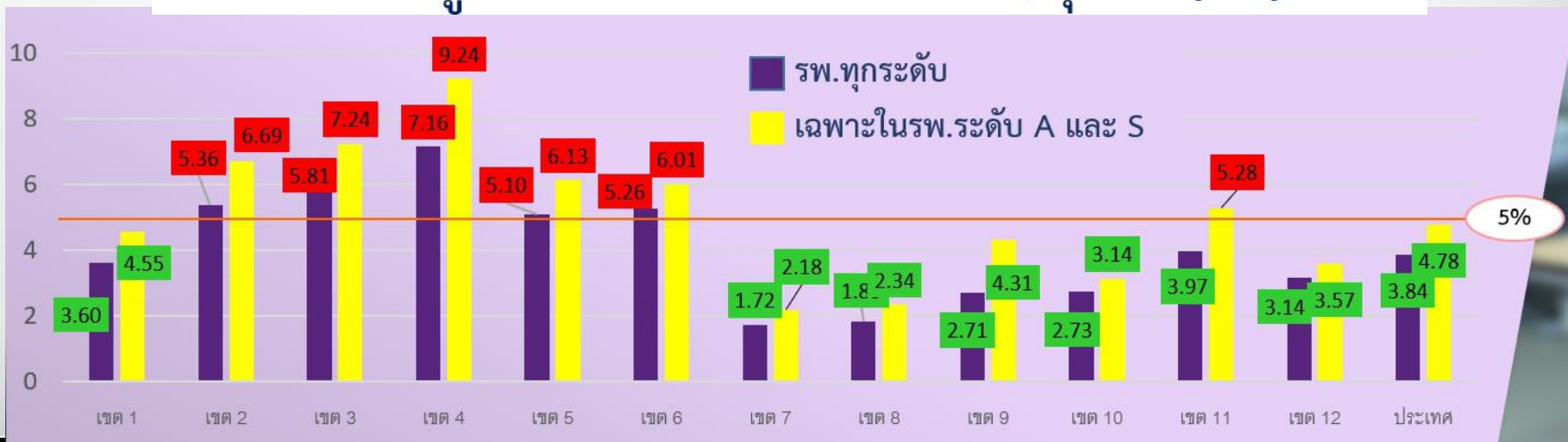
# STROKE



## อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25%



## อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5%



A 97.06% ขาด 1 แห่งของเขต 5

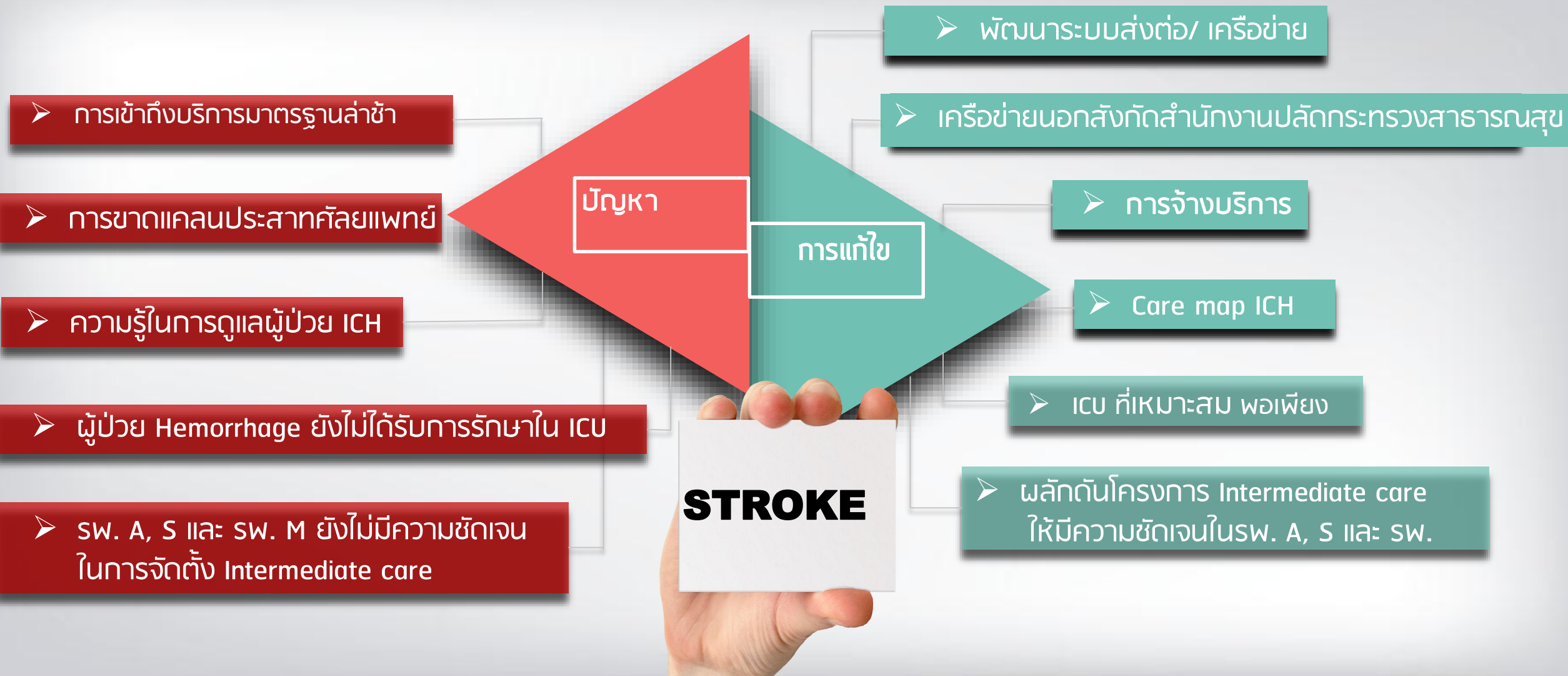
S 65.31% (49/32)

M1 25.23% (34/8)





# INS 2.5 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง





### ประเด็นที่จะต้องดำเนินการในปีต่อไป

1. การประชาสัมพันธ์เป็นระบบต่อเนื่อง โดยเฉพาะ Stroke Awareness, Stroke Alert
2. กระตุ้นรพ.ระดับ A, S ในแต่ละเขต ให้จัดตั้ง Stroke Unit ให้เพียงพอ
3. เพิ่มบุคลากรสำหรับ Stroke Unit, Stroke Fast track
4. รพ. A, S กับ รพ. M ให้มีเครือข่าย Intermediate care ในรพ. M
5. ทำความเข้าใจกับพื้นที่ในการรายงานอัตราตายให้ถูกต้อง
6. แยกอัตราตาย Ischemic Stroke และ Hemorrhagic Stroke



**STROKE**



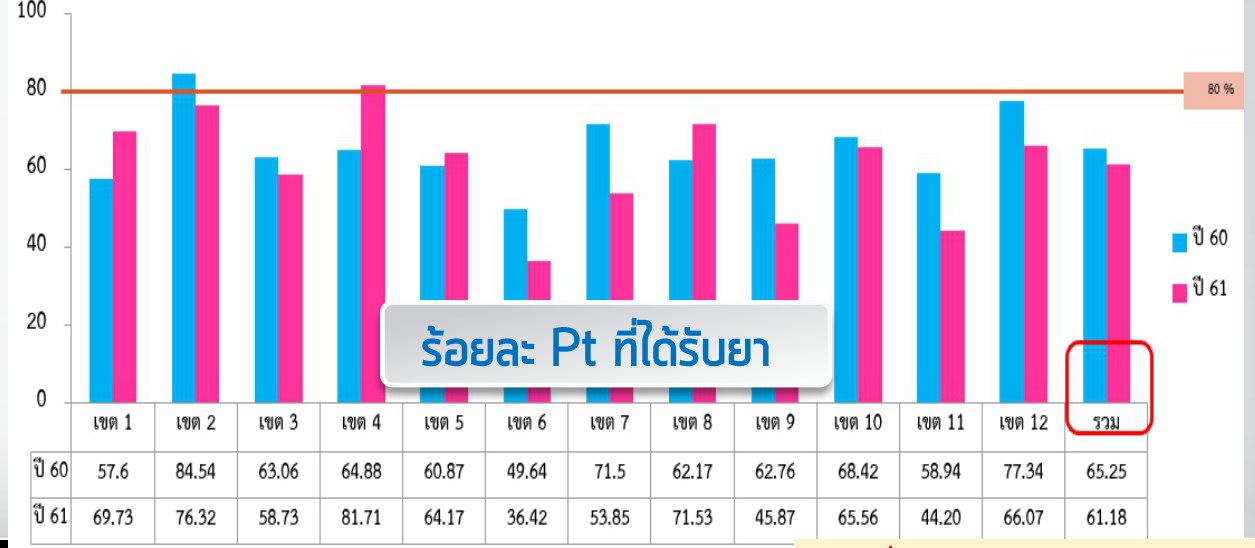
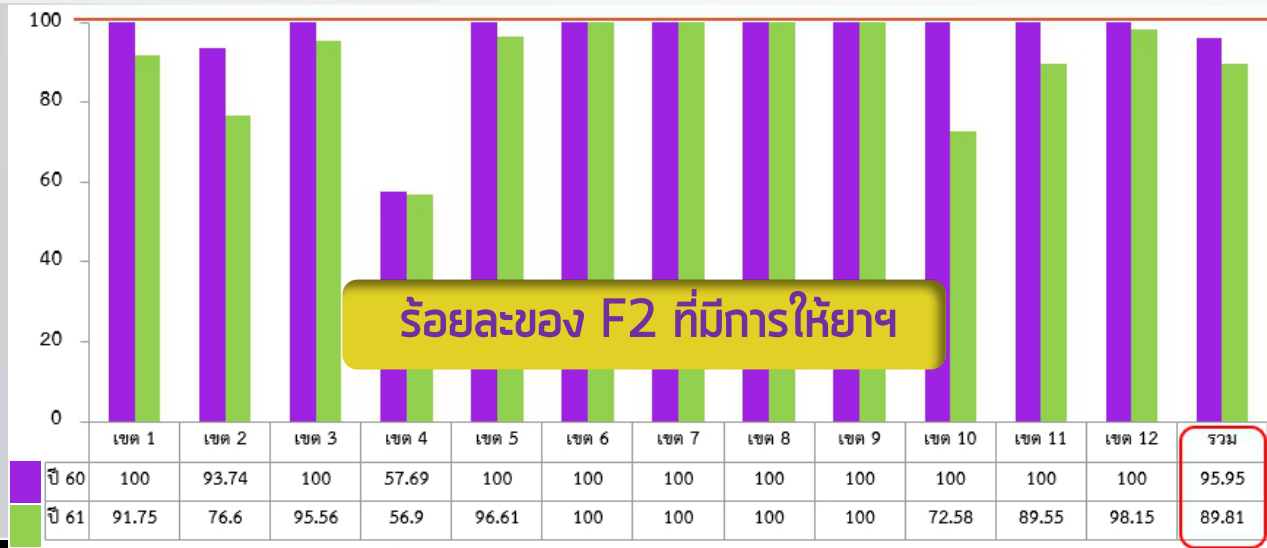


INS 2.6 : อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 27 ต่อแสนประชากร

INS 2.14 ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้



ที่มา : ปี 60 : สำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย  
ปี 61 : สำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย



ที่มา : ปี 60 : รายงาน ตก.2 รอบที่ 2 ปี 60  
ปี 61 : รายงาน ตก.2 รอบที่ 2 ปี 61



สรุปผลการตรวจราชการปี 2561 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ที่มา : ปี 60 : ACS ปี 60  
ปี 61 : ACS รอบ 9 เดือน ปี 61



INS 2.6 : อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 27 ต่อแสนประชากร

INS 2.14 ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแ่ระดับ 2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้



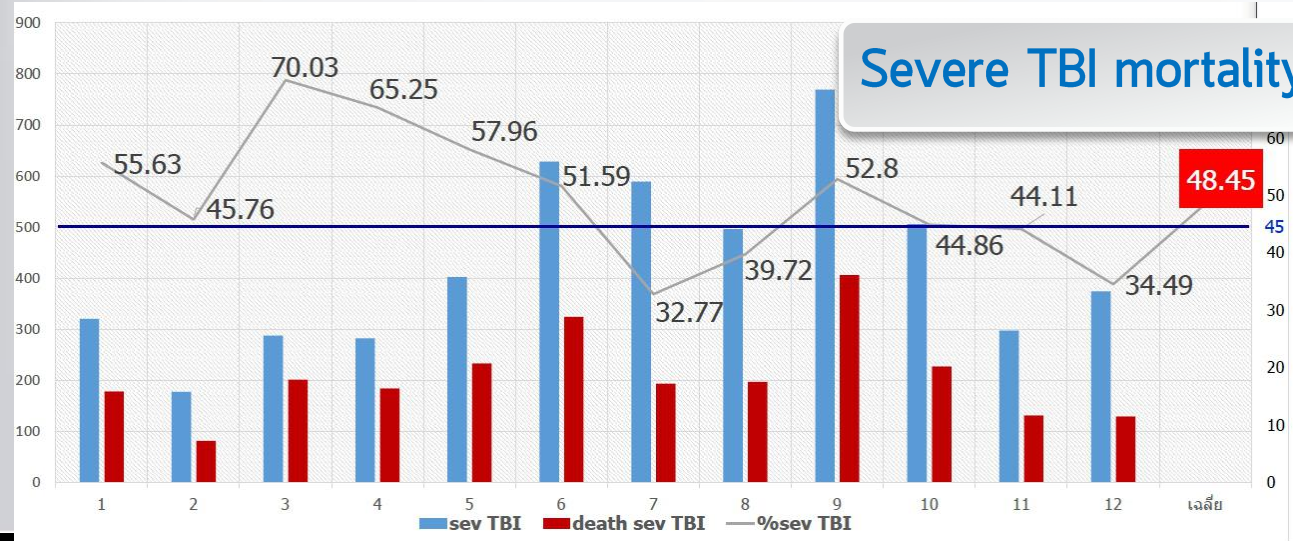
<p>การเข้าถึงบริการ ล่าช้า</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-เน้นการประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ กระตุ้น Awareness</li> <li>-เพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลทุกระดับ Fibrinolytic first ใน STEMI ถ้าไม่สามารถทำบอลลูนหรือ ส่งมาทำบอลลูนได้ใน 2 ชั่วโมง</li> </ul>
<p>S:UURefer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ขยาย NODE และพัฒนาศักยภาพของ NODE</li> <li>-พัฒนา เครือข่ายการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ตัวอย่าง PNC เขต 8 อุดรธานี)</li> <li>-ทำแผน Zoning การส่งต่อที่เป็นรูปธรรมชัดเจน (ตัวอย่าง เขต7 -ขอนแก่น)</li> </ul>
<p>การขาดแคลน บุคลากร</p>	<p>เพิ่มและวางแผนกำลังคน Cardiologist, Interventionists, Cardiac surgeons, Cardiac anesthetists, Nurses, นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ตามภาระงาน</p>
<p>ระยะเวลารอคอยการ ผ่าตัดและสวนหัวใจยาว</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-เพิ่มบุคลากร</li> <li>-ร่วมด้วยช่วยกันในเขต เขตรอยต่อ ส่วนกลาง มหาวิทยาลัย กลาโหม และเอกชน</li> </ul>
<p>การลงและการ เชื่อมโยงข้อมูล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-มี Data center เชื่อมโยงข้อมูล ACS Registry UCEP และ HDC ตลอดจนถึงมีงบประมาณการลงทุนข้อมูลสำหรับพื้นที่</li> </ul>







# INS 2.7 อัตราเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Triage Level 1,2 ภายใน 24hr. ใน F2 ขึ้นไป เป้าหมาย<12%



Severe TBI mortality

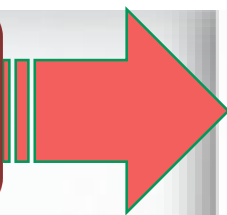




# INS 2.7 อัตราเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Triage Level 1,2 ภายใน 24hr. ใน F2 ขึ้นไป เป้าหมาย<12%



## ปัญหาอุปสรรค

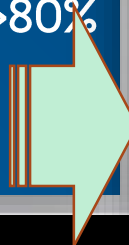


1. เณฑ์ตัวชีวิต ปี 2561 ยังไม่สะท้อนสภาพปัญหาที่แท้จริง (เนื่องจากเป็นการรวม Triage level 1,2 และข้อมูลจาก sw.ระดับเล็ก M2 - F2)
2. ข้อมูล Accident จากฐานข้อมูล HDC ขาดความครบถ้วน และคุณภาพ
3. บทบาท TEA Unit ในการขับเคลื่อนงาน ECS ยังน้อย
4. ปัญหา RTI ยังเป็นปัญหาสำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ทั้งการป้องกัน การแก้ไขจุดเสี่ยง การลดความรุนแรงของการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตลอดจนการพัฒนา ECS
5. การขาดเจ้าภาพหลักในการดูแลผู้ป่วย Trauma & Multiple Injury
6. ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรและข้อมูล P,ENP,Paramedic,Neurosurgery

## ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา



1. ปรับตัวชีวิตหลักใหม่เป็น..... อัตราเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (เฉพาะ Triage level 1) ภายใน 24 hr. ใน sw.ระดับ (A, S, M1) ไม่เกิน 10%
2. ปรับตัวชีวิตรอง
  - ร้อยละของผู้ป่วย Triage level 1,2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชั่วโมง (A,S,M1) >60% (To definitive Care : OR, ICU, Intervention, Ward)
  - ร้อยละของผู้ป่วย severe TBI ที่เสียชีวิต (A,S,M1) <45%
  - ร้อยละของ TEA Unit ของ sw.ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (A,S,M1) >80%
  - ร้อยละของ sw.ระดับ F2 ขึ้นไป ที่มี ECS คุณภาพ  $\geq 80\%$
3. การบริหารจัดการข้อมูลเฝ้าระวังอุบัติเหตุทางถนน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



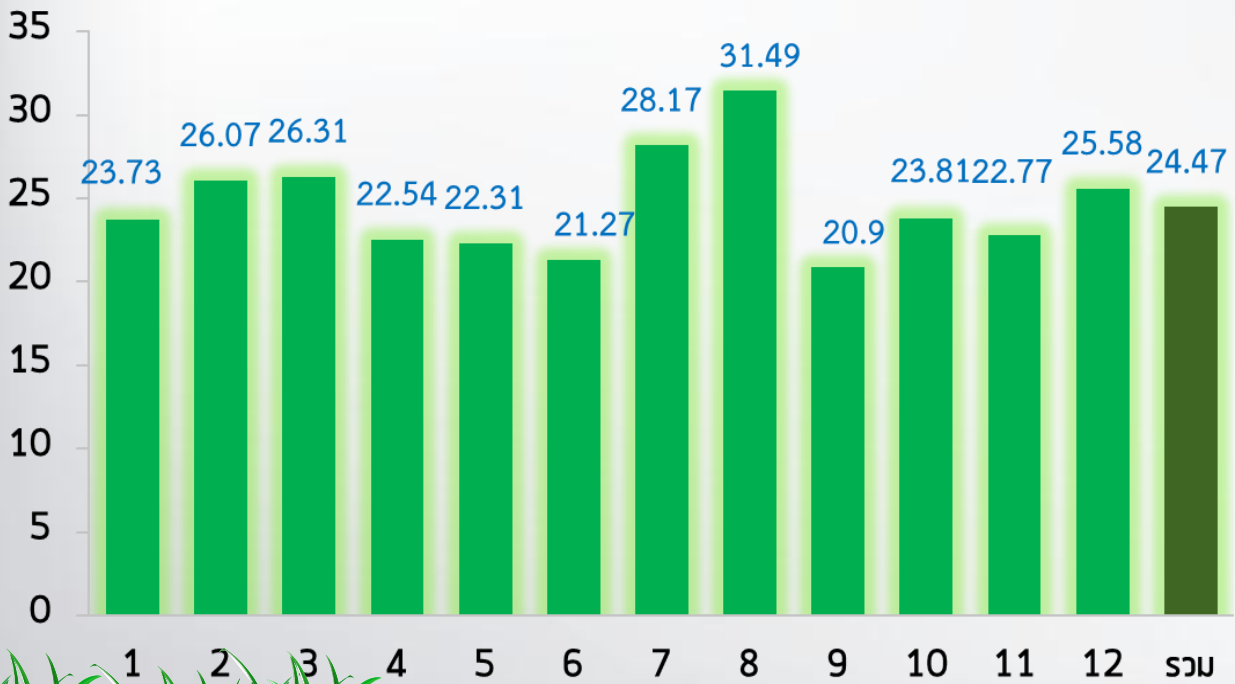
4. ประสานความร่วมมือกับราชวิทยาลัยและมหาวิทยาลัย เพื่อพัฒนาและผลิตแพทย์ สาขาที่ขาดแคลน เช่น Neuro surgery และ EP
5. สนับสนุนการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ตอบสนองงานด้าน ER และ ECS
6. ฐานข้อมูลที่บูรณาการ โปรแกรม ITEMS, HDC, IS online, PHERAccident และ ThaiRefer เพื่อลดความซ้ำซ้อนเป็นมาตรฐานในการเก็บและติดตามตัวชีวิต
7. การสนับสนุนจากผู้บริหารและเครือข่าย





# INS 2.8 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย ร้อยละ 20)

ข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย 20) จากการตรวจราชการ รอบ 9 เดือน ปี 2561



ข้อมูลเปรียบเทียบร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี 2561 (ไตรมาสที่ 1-3) (การรักษา - การส่งเสริมสุขภาพ)



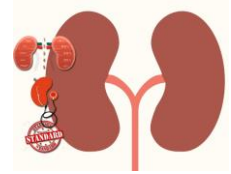
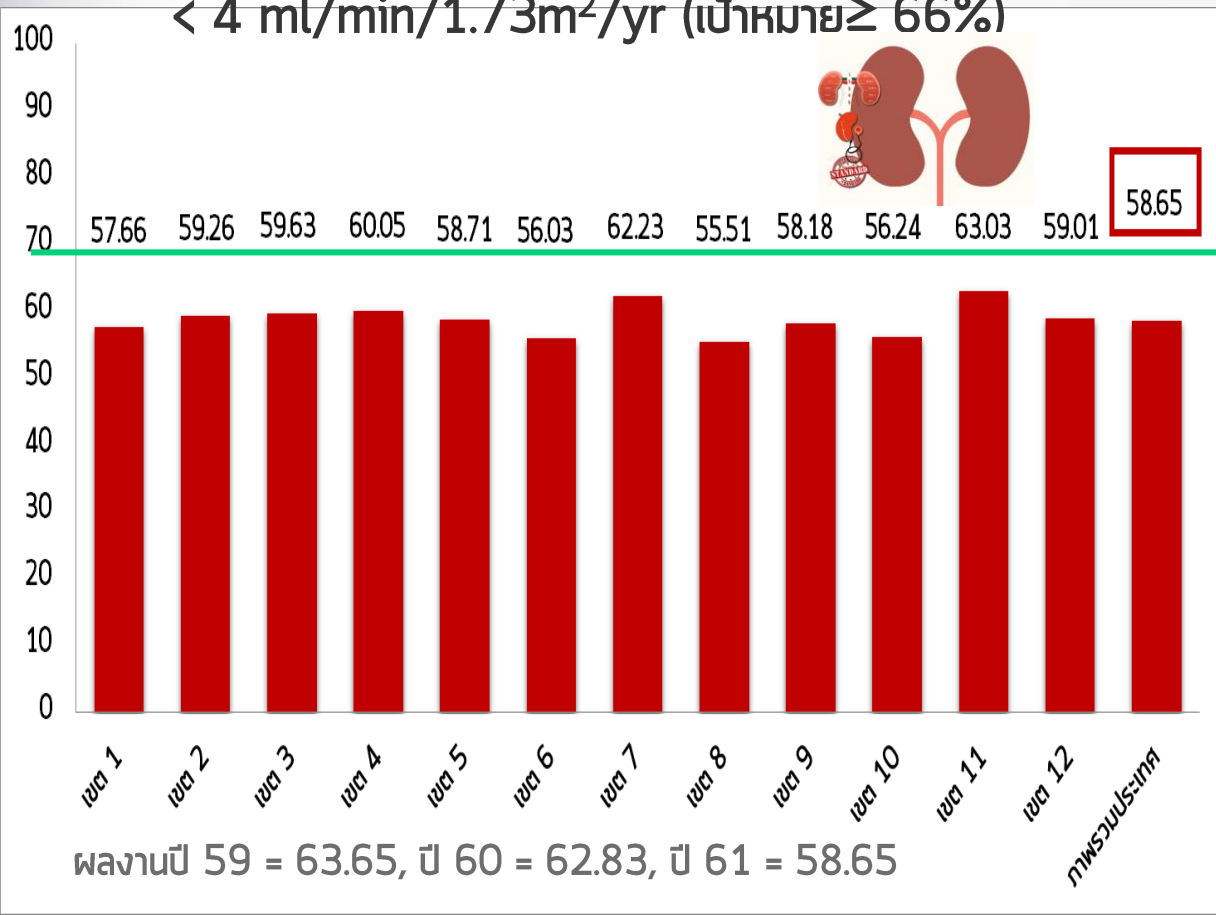
ที่มา : HDC ไตรมาสที่ 1-3 ปีงบประมาณ 2561 (1 ตุลาคม 2560 - 30 มิถุนายน 2561) ณ วันที่ 3 สิงหาคม 2561



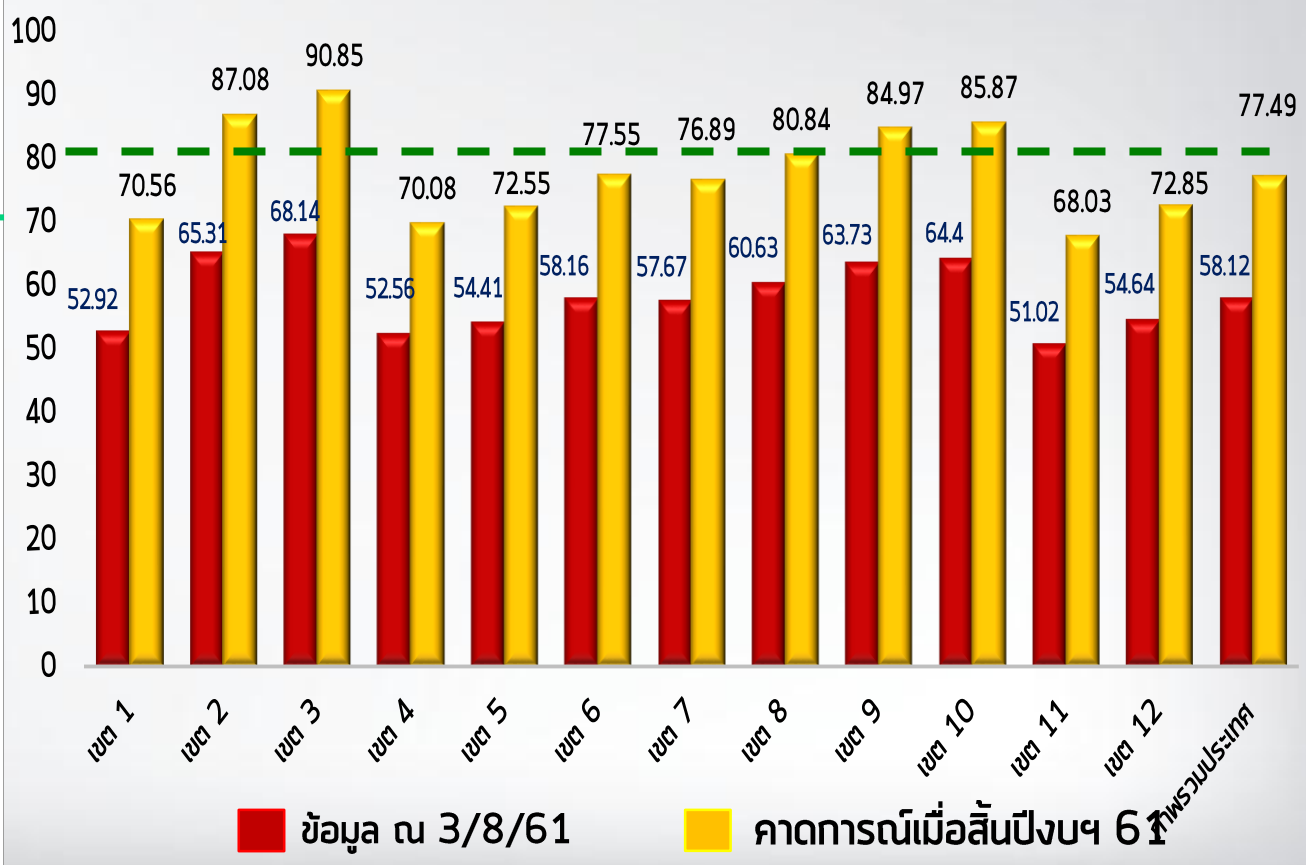


# INS 2.9 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr (เป้าหมาย ≥ 66%)

## ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr (เป้าหมาย ≥ 66%)



## ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการค้นหา และคัดกรอง CKD (เป้าหมาย ≥ 80%)





INS 2.9 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr (เป้าหมาย ≥ 66%)

## ปัญหาอุปสรรค

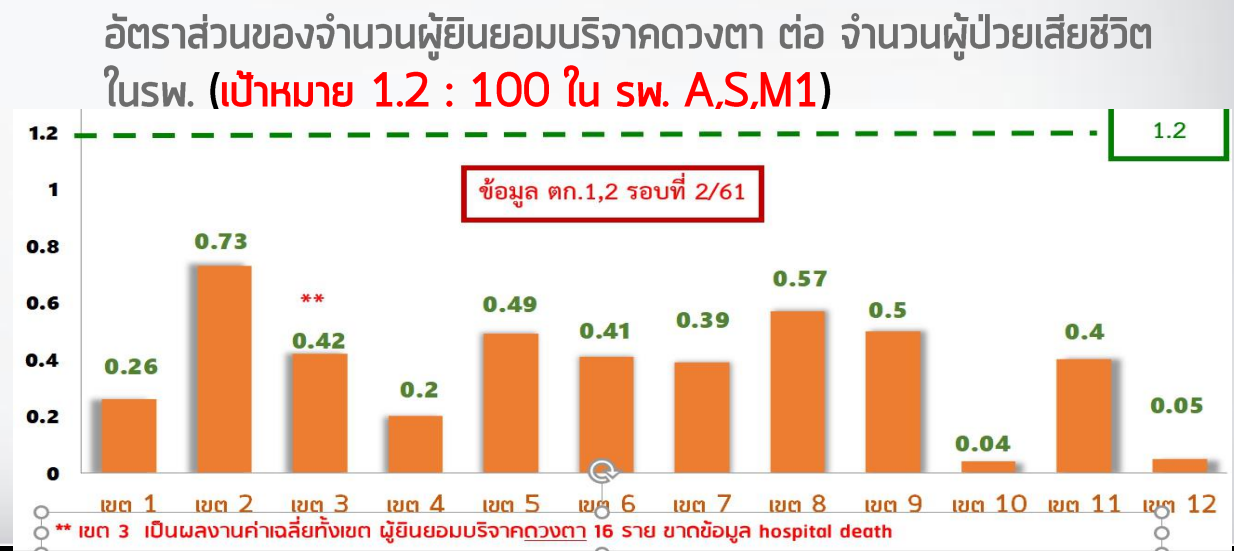
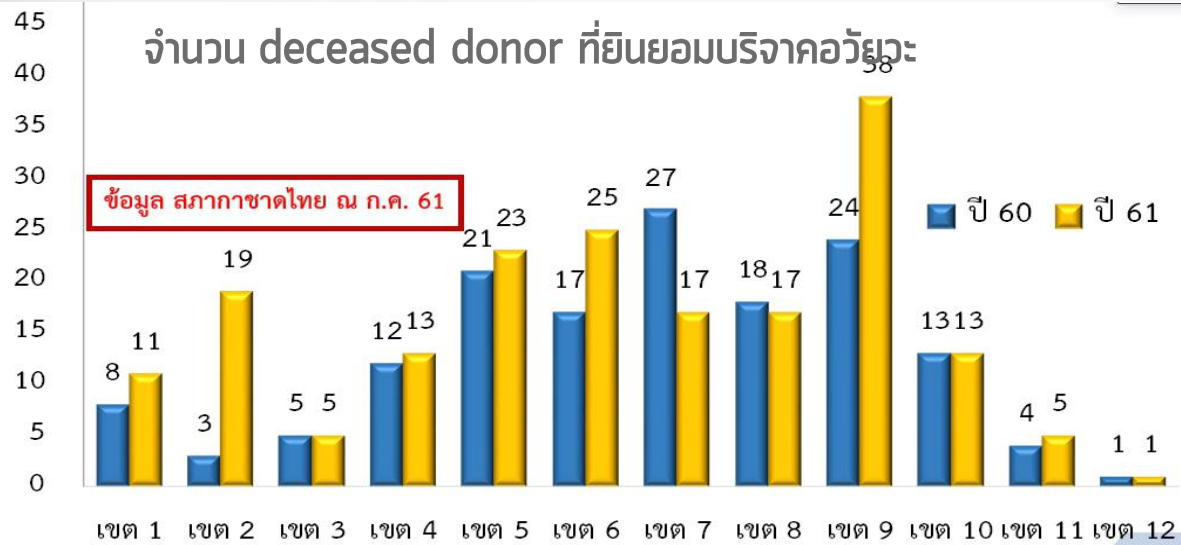
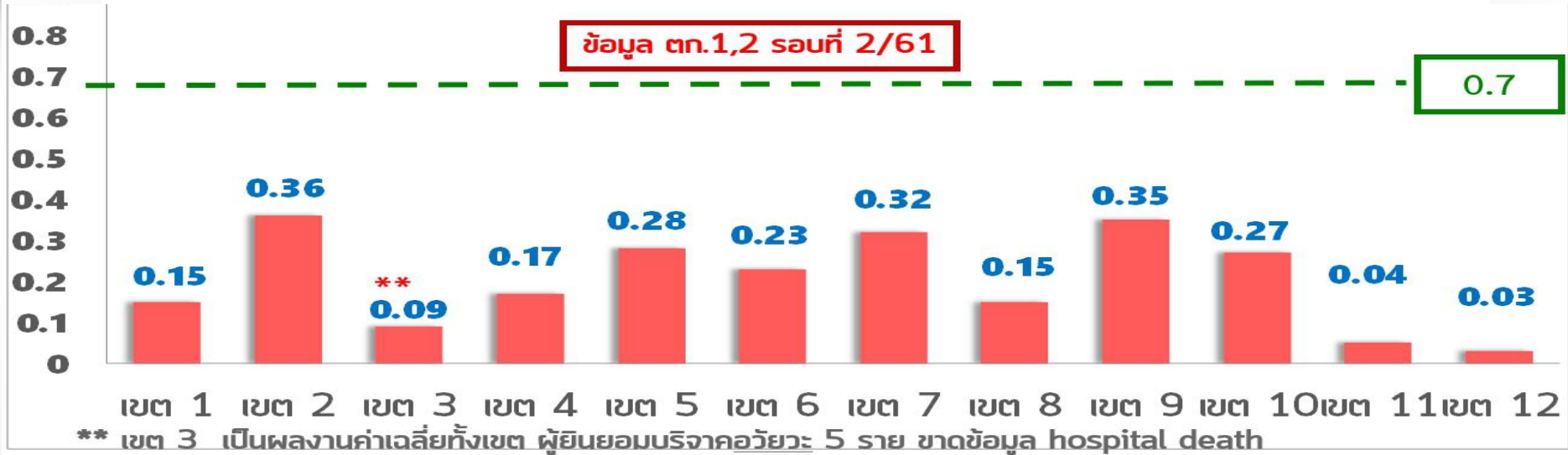
- การชะลอไตเสื่อม และ การคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM, HT ยังต่ำกว่าเป้าหมาย
- รูปแบบการบูรณาการงานระหว่าง CKD Clinic กับ NCD Clinic อื่นๆ และ PCC ยังไม่ชัดเจน
- CKD stage 3-4 บางพื้นที่ได้รับการตรวจ Serum Cr เพียง 1 ครั้ง เนื่องจาก F/U ที่ สหสศ.
- ระยะเวลารอคิวทำ vascular access นาน
- ขาดนักกำหนดอาหาร และนักกายภาพบำบัด
- ความแออัดในการให้บริการ PD สหศ/สห. และไม่สามารถขยายเครือข่ายลง รพช.ได้ เนื่องจาก career path ของ PD nurse ใน รพช.ไม่ชัดเจน

## ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

- นำเกณฑ์ CKD clinic คุณภาพ มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนา CKD clinic ใน รพช.
- กรมการแพทย์ กรม คร. และ กรม สบส. ร่วมกันพัฒนารูปแบบการบูรณาการงานระหว่าง CKD Clinic กับ NCD Clinic อื่นๆ และ PCC
- หารือแนวทางปฏิบัติกับพื้นที่เพื่อให้ CKD stage ≥3 ได้รับการตรวจ Serum Cr อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และ เพิ่มเกณฑ์ระยะเวลาการตรวจวินิจฉัย Serum Cr สำหรับผู้ป่วย stage 3-4 ใน KPI template
- ผลักดันการจัดตั้ง vascular access center ประจำเขตสุขภาพ และสนับสนุนการฝึกอบรม
- จัดอบรมด้านการกำหนดอาหารและกายภาพบำบัดแบบ short course ในบุคลากรด้านอื่นๆ
- กำหนด career path ของ PD nurse ใน รพช. ให้ชัดเจน



INS 2.10 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาค อวัยวะ จากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. (เป้าหมาย  $\geq 0.7 : 100$  ใน sw. A,S,M1)



## ปัญหาอุปสรรค

- ขาด TC nurse โดยเฉพาะใน รพ.ระดับ S และ Career path ของ TC ยังไม่ชัดเจน
- รพ.ที่เป็น target transplant center ยังขาด TC nurse full time
- ปัญหาการรายงาน potential donor ความเชี่ยวชาญในการ เจรจาขอบริจาคอวัยวะ และ resuscitate donor
- harvesting team จากส่วนกลาง ไม่พร้อมออกปฏิบัติงานในพื้นที่ที่เดินทางไปถึงยาก
- การ declare brain death ต้องทำ 2 ครั้งห่างกัน  $>6$  ชม. นานเกินไป ญาติจึงนำผู้ป่วยกลับก่อน และยกเลิกการบริจาคอวัยวะ
- ความเชื่อและทัศนคติความเข้าใจการบริจาคอวัยวะของประชาชน

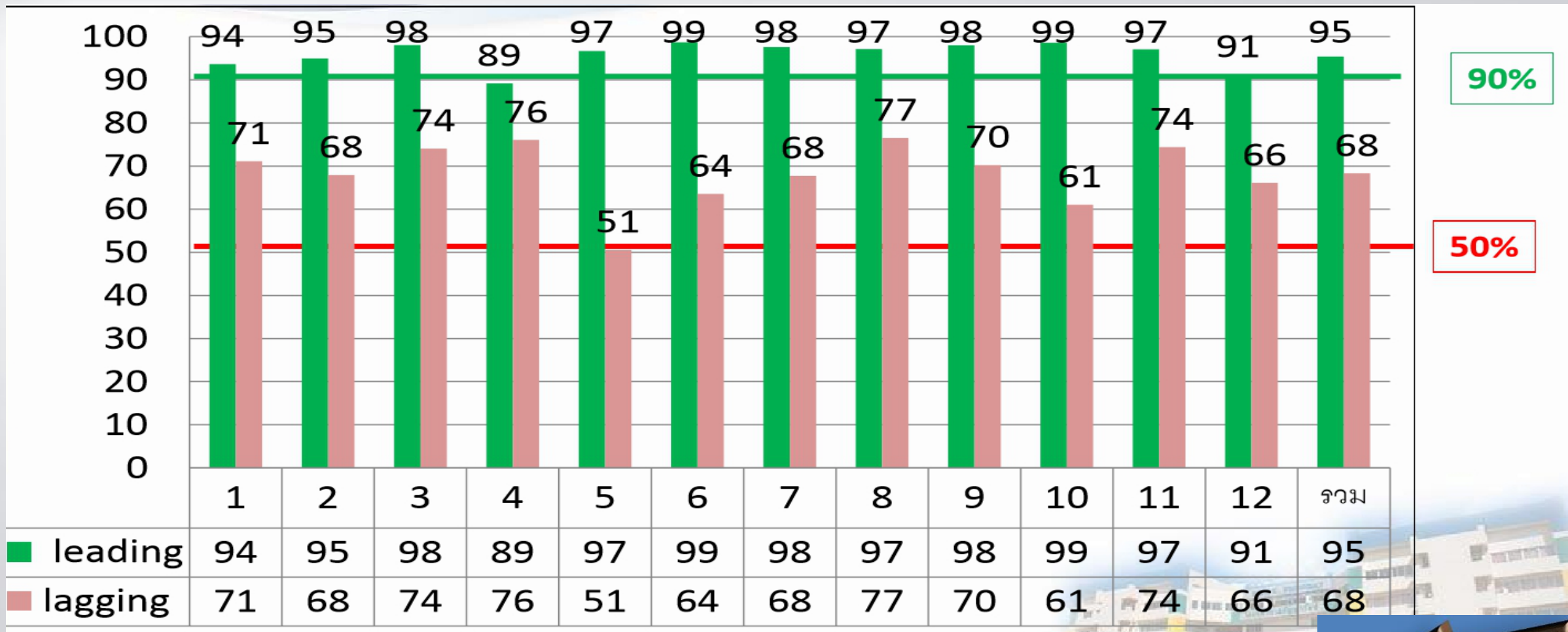
## ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

- ส่งเสริมให้มีแผนพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกปี และพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพของ TC nurse
- กำหนด TC nurse หลักในการปฏิบัติงาน และ อบรมพยาบาล target ward ให้เข้าใจระบบรับบริจาคอวัยวะ และ ดูแล donor
- ใช้ model full time TC rotation
- แต่ละเขตสนับสนุนให้มี Harvesting team ประจำเขตของตน
- เพิ่มความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยสมองตายในแผนกอื่นๆ นอกจากหอผู้ป่วยหนัก เช่น หอผู้ป่วย stroke
- เจรจากับแพทยสภาเพื่อลดระยะเวลาระหว่าง declare brain death ครั้งที่ 1,2
- ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อต่างๆ ภายใต้วินัยธรรม ความเชื่อ และศาสนา





## INS 2.11 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 months remission rate)

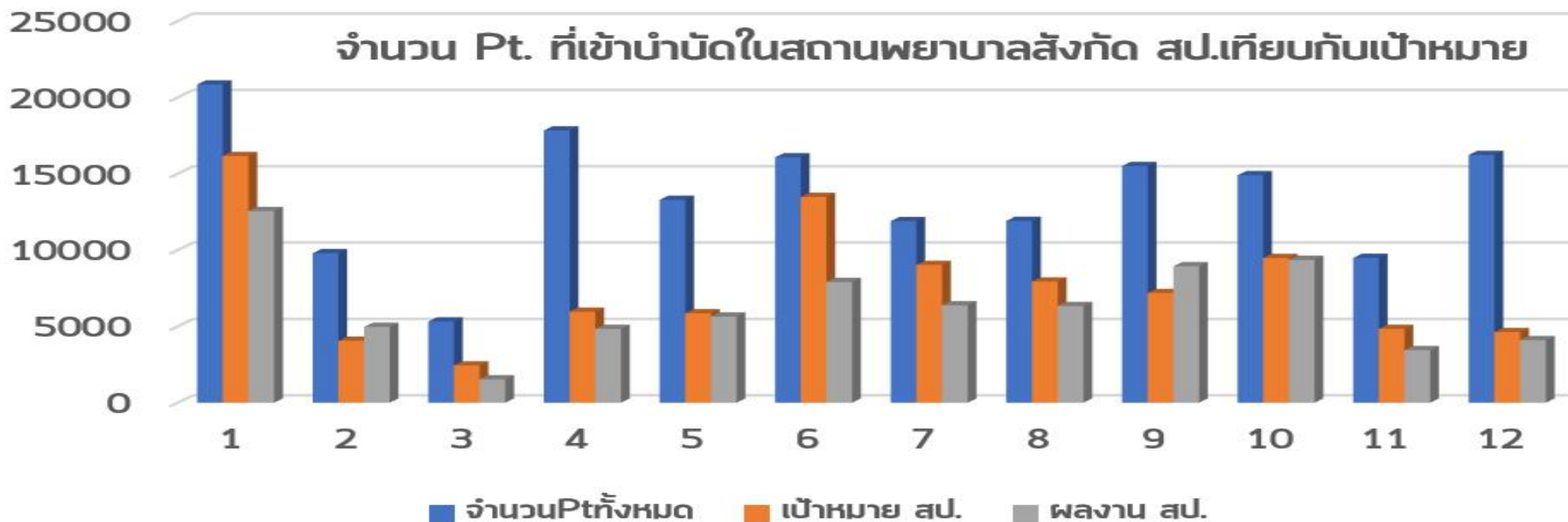






**INS 2.11 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน  
หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 months remission rate)**

สรุปจำนวนผู้ป่วยที่เข้าบำบัดรักษายาเสพติด ณ 30 ก.ค.61



จำนวน Pt. ทั้งหมด	จำนวน Pt. ที่เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัด สป.เทียบกับเป้าหมาย		
	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
เขต 1-12 = 163062	91000	75984	83.5
กทม = 11299			





INS 2.11 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพยาเสพติดต่อเนื่อง 3 เดือน  
หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 months remission rate)



ปัญหา



เสนอแนะ



หน่วยงาน

- 1 ไม่มีโครงสร้างงานยาเสพติดใน รพ.
- 2 บุคลากรระดับเชี่ยวชาญเฉพาะยังไม่เพียงพอ ทั้งแพทย์ พยาบาล
- 3 องค์กรความรู้ด้าน PP&P Harm Reduction และ Community based treatment
- 4 ความแตกต่างระบบการรักษา กับ หน่วยงานนอก กสร และความร่วมมือ
- 5 ระบบข้อมูล บสต

1. รพ. ควรมีโครงสร้างงานยาเสพติด หรือ กำหนดตัวบุคคลที่ทำหน้าที่ กำหนด Career path
2. จัดการอบรมความรู้เฉพาะยาเสพติดระดับวิชาชีพ ต่อยอดให้กับบุคลากร
3. ถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ชัดเจนเรื่อง PP&P, Harm Reduction และ Community based treatment พัฒนาด้านการรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด
- 4 พัฒนาการประสานงาน การส่งต่อสถานฟื้นฟูนอก สร.
5. พัฒนาระบบข้อมูล บสต

เขต สสจ. SW

กรมการแพทย์ /  
กรมสุขภาพจิต

กรมการแพทย์/  
ศอ.ปส.สร./เขต/สสจ

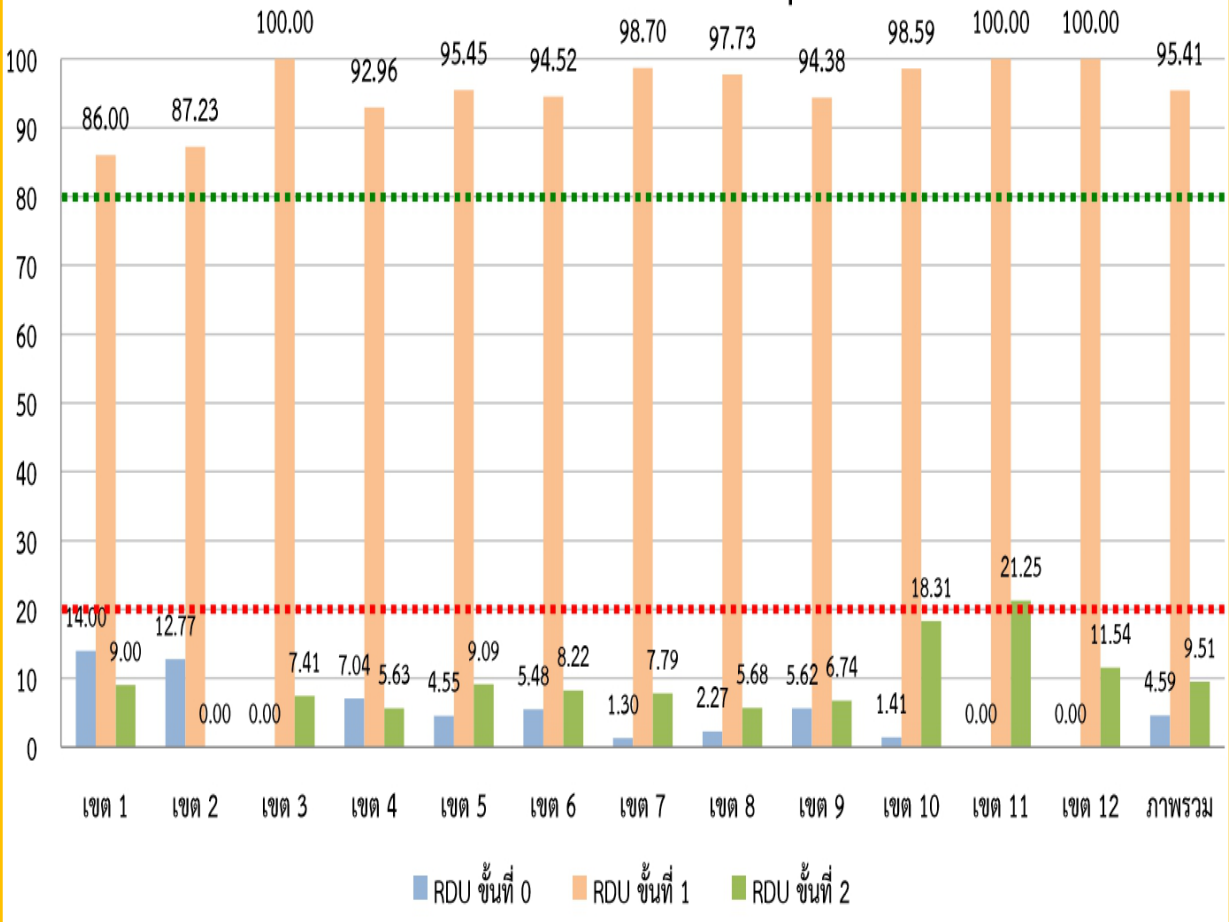
กรมการแพทย์/สสจ  
ศอ.ปส.สร.



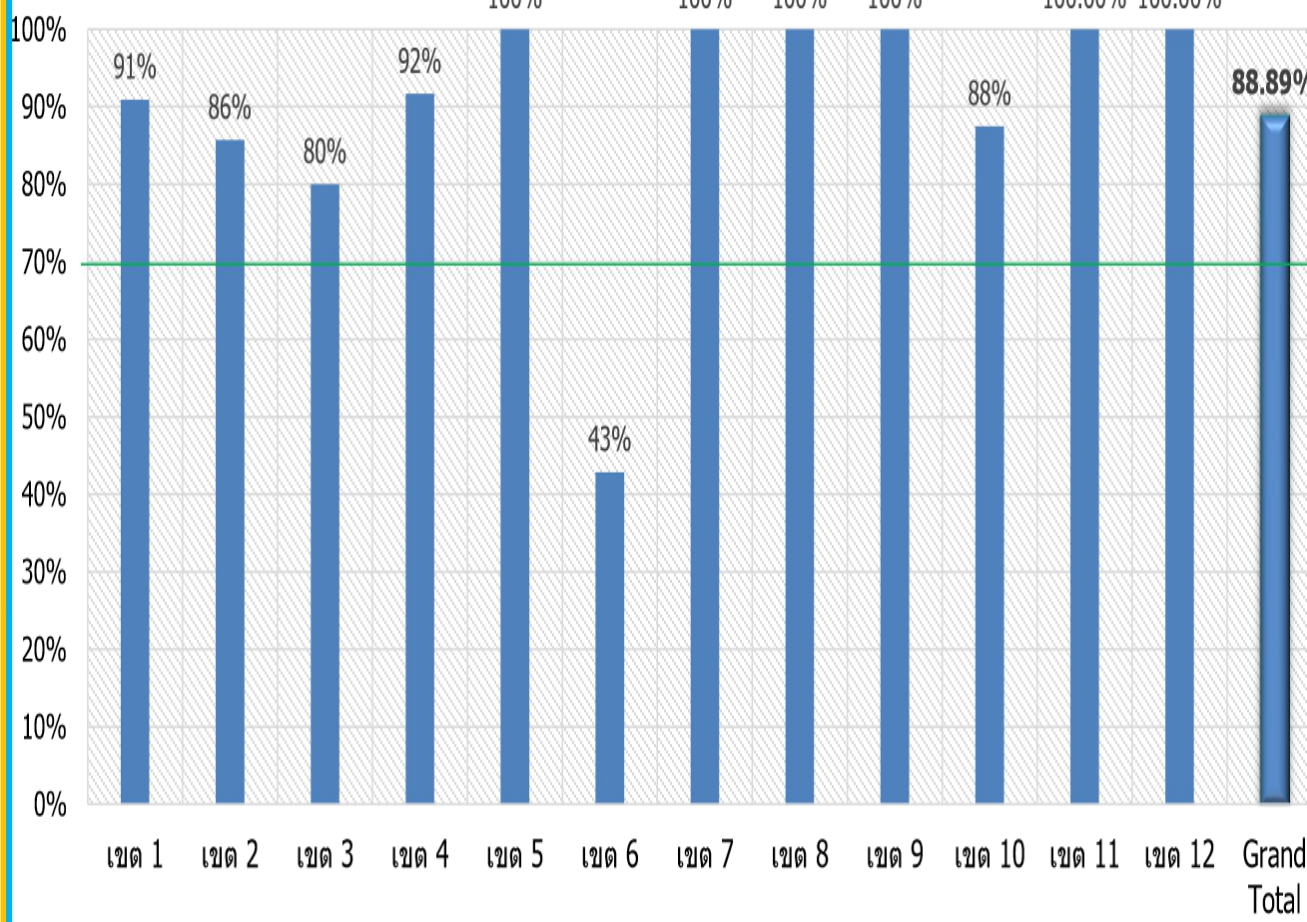


# INS 2.12 ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ร้อยละของ รพ. ที่มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

### ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)



### ร้อยละ รพ.ที่มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ





# INS 2.12 ร้อยละของ sw ที่ใช้อย่างสมเหตุผล RDU

## RDU

### ปัญหาอุปสรรค

1. ความตระหนักเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประชาชน
2. การใช้ยาปฏิชีวนะในขนาดแผลสดจากอุบัติเหตุในสัดส่วนที่สูง เพราะไม่มั่นใจในสุขลักษณะของผู้ป่วย กังวล ต่อการดำเนินโรคอาจแยลง และการฟ้องร้อง
3. ความไม่สมบูรณ์ของโปรแกรมที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลทั้งในส่วน ของโรงพยาบาล และระบบ HDC
4. บุคลากรทางการแพทย์ขาดความมั่นใจในการใช้ยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน

## RDU

### ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

1. ทำความเข้าใจแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลกับประชาชน โดยสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ
2. ทำความเข้าใจแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลกับ บุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
3. ควรมีการนิเทศติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ โดยใช้ระบบพี่เลี้ยง



## ปัจจัยความสำเร็จ/ ผลงานเด่น RDU



1. การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการติดตามการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
2. ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ
3. การรณรงค์ให้ความรู้แก่ภาคประชาชน และระดมความ ร่วมมือในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
4. ฉลากยาพูดได้ (2 - 3 ภาษา)
5. Checklist เพื่อช่วยพิจารณาการจ่ายยาปฏิชีวนะ





## INS 2.12 ร้อยละของ รพ. ที่มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

### AMR

### ปัญหาอุปสรรค

1. รพ.บางแห่ง ขาดผู้นำในการขับเคลื่อนการทำงานอย่างบูรณาการ
2. ข้อยกีดกันของความเชื่อมโยงของข้อมูลสารสนเทศระหว่าง ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการเฝ้าระวัง การติดเชื้อ และข้อมูลของ HIS รพ. ทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้โดยยาก และไม่สมบูรณ์
3. แพทย์และเภสัชกรขาดความเข้าใจและทักษะการขับเคลื่อนมาตรการด้านการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม

### AMR

### ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

1. ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างเครือข่าย AMR ระดับเขต
2. พัฒนาขีดความสามารถบุคลากรด้านโรคติดเชื้อและการจัดการ AMR โดยเฉพาะเรื่อง Antibiotic stewardship
3. ควรมีการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการจุล ชีววิทยาฯ



### ปัจจัยความสำเร็จ/ ผลงานเด่น AMR



1. มีผู้นำทีมที่เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา เชื่อดี้อย่าและการประสานงานร่วมกันของทีมเลขานุการ ซึ่งประกอบด้วย เภสัชกร ICN และนักเทคนิคการแพทย์
2. ระบบข้อมูลสารสนเทศ Lab/ ยา / IC ที่มีประสิทธิภาพ

### แนวทางในปี 2562



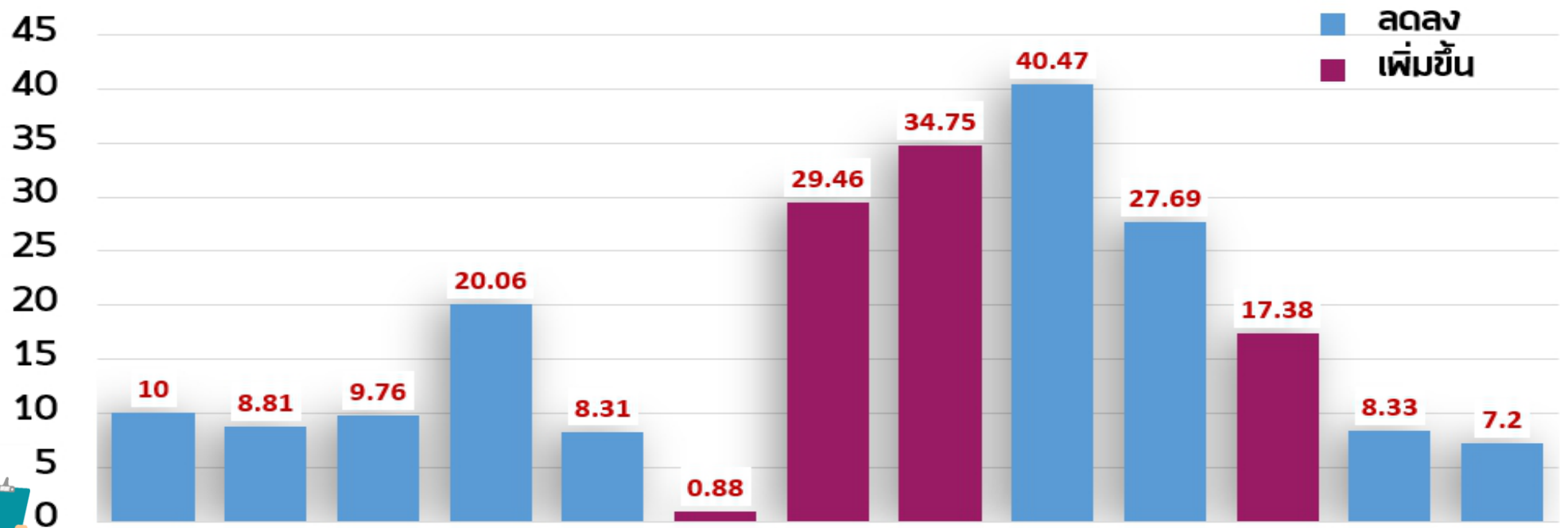
รพ. มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (เชิงคุณภาพ Basic Intermediate Advance level เป้าหมาย Intermediate Advance level 50%)





# INI 2.13 ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง (เป้าหมาย ลดลงร้อยละ 10)

## ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ปี 60	70	1214	3803	1934	5814	2500	112	826	682	307	541	120	17923
ปี 61	63	1107	3432	1546	5331	2522	145	1113	406	222	635	110	16632





# ปัญหา อุปสรรค

การลงข้อมูลในระบบส่งต่อผู้ป่วย  
ยังมีความล่าช้า ทำให้ข้อมูลในการ  
ส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลยังไม่  
เป็น Real time



ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง รวมทั้งเครื่องมือที่เป็น  
High Technology ในบางสาขา จึงทำให้มีการส่ง  
ต่อออกนอกเขตสุขภาพ



ขาดแคลนกำลังคนภายในศูนย์  
ประสานการส่งต่อระดับจังหวัด และ  
เขตสุขภาพ

โปรแกรม HDC มีปัญหาด้านความ  
น่าเชื่อถือของข้อมูล เนื่องจากข้อมูลยังไม่  
ตรงกับความเป็นจริง จากปัญหาการไม่ได้  
บันทึกข้อมูล/การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง





# INI 2.13 ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง (เป้าหมาย ลดลงร้อยละ 10)



ด้านกำลังคนในศูนย์ส่งต่อยังไม่เพียงพอ ควรมีการกำหนดโครงสร้างศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน รวมถึงพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในระบบส่งต่อ

ควรจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการส่งต่อผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สารสนเทศของโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในการใช้โปรแกรมระบบส่งต่อ



ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยและทบทวนการนำข้อมูลมาใช้ โดยเฉพาะกรณีตอบกลับการ Refer







# สรุป KPI Monitor

MO	KPI	เป้าหมาย	ผลงาน	จำนวนเขตที่ผ่านเกณฑ์
MO 2.1	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ โรคเบาหวาน โรคความดันสูง	≥50	38.86	1
		≥40	24.54	0
MO 2.2	อัตราการทารกแรกเกิด	<3.4	4.26	1
MO 2.3	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	80	98.57	12
MO 2.4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥55	65.17	11
MO 2.5	อัตราการฆาตกรรมสำเร็จ	≤6.3	4.41	1
MO 2.6	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	<30	34.85	2
MO 2.7	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	เขตละ10แห่ง	50 ทีม	12
MO 2.8	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	≥80	76.54	4
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	≥80	79.43	6
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการรังสี	≥80	75.93	5





# สรุป KPI Monitor

MO	KPI	เป้าหมาย	ผลงาน	จำนวนเขตที่ผ่านเกณฑ์
MO 2.9	ร้อยละผู้ป่วยตามยอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	≥85	84.44	5
MO 2.10	ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง	10	39.71	10
MO 2.11	ลดอัตราการเสียชีวิตโรคปอดบวมในเด็ก(1 เดือน- 5 ปี) ลดลงกว่าปี 2560	≥10	43	12
MO 2.12	อัตราการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด	0	-	4
MO 2.13	ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์)	≥10	-	-
MO 2.14	ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ	60	55.58	4
MO 2.15	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่	35	32.51	2
MO 2.16	การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในรพ.ที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification	100	100	12



สรุป ผ่านเกณฑ์ 7 ตัวชี้วัด ไม่ผ่านเกณฑ์ 9 ตัวชี้วัด





# สรุป KPI Monitor

MEPPT.COM

การนำ KPI Monitor ไปกำหนดเป็น  
KPI Inspection ของเขตสุขภาพ



INSPECTION  
MONITOR

เขต	จำนวน KPI	KPI
1	2	2.5 , 2.13
2	1	2.1
3	2	2.1 , 2.9
4	2	2.1 , 2.2
5	-	-
6	16	ทุกตัวชีวิต
7	16	ทุกตัวชีวิต
8	1	2.1
9	-	-
10	5	2.1 , 2.3 , 2.4 , 2.5 , 2.6
11	11	2.1-2.10 , 2.14
12	-	-





# WHAT 'S NEXT

MEPPT.COM

## การพัฒนาตัวชี้วัดในปีต่อไป



01

ด้าน KPI ตัวชี้วัด

ความชัดเจน ประเด็นการตรวจราชการ  
มาตรการความสำเร็จของKPI เกณฑ์/เป้าหมาย ฯลฯ



02

ด้านการจัดเก็บข้อมูล

การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลในระบบ HDC  
การสร้างโปรแกรมดึงข้อมูลจาก HDC

03

ด้านการบันทึกข้อมูล

การลงข้อมูลในฐานข้อมูลตามเวลา  
ที่กำหนด การตรวจสอบ การเฝ้าระวัง ฯลฯ



# BIG DATA



# ขอขอบคุณ กรมวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง





THANK  
YOU

